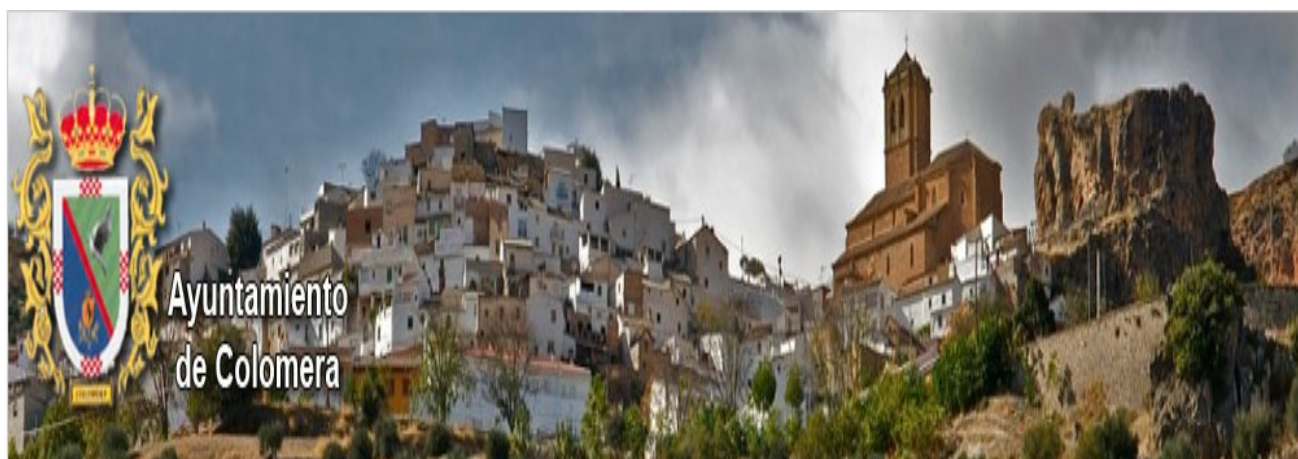


INFORME DE SALUD COLOMERA



PROYECTO DE DESARROLLO DE LA ACCIÓN LOCAL EN 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.....	16
Patrimonio histórico, artístico y monumental.....	16
1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	17
1.4.1 Población.....	17
1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA:.....	24
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS.....	24

III.

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	26
2.1 Protección de la Salud.....	26
2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención).....	29
2.3 Promoción de la Salud (estilos de vida).....	31
3. RECURSOS DE SALUD.....	41
3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros.....	41
3.2 Proyectos y Programas de Prevención, Protección y Promoción de la Salud:.....
4. CONCLUSIONES.....	42
5. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	43
6. ANEXO I.....	44
6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio.....	44

1ª PARTE
MARCO NORMATIVO Y
CONCEPTUAL

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

integrada, coherente, coordinada y transparente a los retos complejos de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

que las habitan, influirá indudablemente en la calidad de vida y en la salud de las personas que viven en ellas.

I. 1 Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



para el alcance de todos sus objetivos.

II. MARCO LEGAL

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

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

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

En lo que respecta a la municipalidad este cambio que vivimos y que afecta a la organización de los gobiernos locales, es solo el principio de un proyecto de gobierno que se 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.

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.](#)



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 local⁹; con un nodo central que representa el liderazgo del gobierno local y su corresponsabilidad, lo que supone asumir entre todas las partes:

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

En estos momentos, **el desarrollo del IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS, 2013-2020) incorpora la perspectiva local** como un instrumento clave capaz de garantizar sus objetivos mediante la conexión de las políticas de salud con las estrategias de respuesta que se ejecutan en el nivel local.

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

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

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

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

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

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

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

2ª PARTE
ANÁLISIS
SOCIO-DEMOGRÁFICO

1. MARCO DE ACTUACIÓN

1.1 Localización Geográfica

Colomera es una localidad y municipio español situado en la parte suroccidental de Los Montes, en la provincia de Granada, comunidad autónoma de Andalucía. Limita con los municipios de Montillana, Benalúa de las Villas incluido un pequeño enclave en el centro del término municipal benaluego, Iznalloz, Albolote, Atarfe y Moclín.

El municipio colomereño comprende los núcleos de población de Colomera y Cauro. También cabe destacar las aldeas de Los Morales y Saladillo. El origen del nombre es "*Columbaira*" del latín para «*nido de paloma*» o «*palomar*», ya que antiguamente existían muchas palomas en dicha población.

La economía del municipio es fundamentalmente agrícola, en la que hay que destacar el cultivo del olivar, que produce alrededor de 5 millones de litros de aceite en dos cooperativas agrarias: la de *Nuestra Señora del Pilaren* Colomera y la de *San Sebastián* en Benalúa de las Villas, ya que la mayoría de la aceituna que se moltura en esta segunda cooperativa se produce en el término municipal colomereño.

Otra de las fuentes de ingresos y puestos de trabajo que genera viene de la fabricación de sábanas de invierno en la popular empresa textil *El Cisne Rojo*, que suministra sábanas de franela por toda España y a diferentes países europeos.¹ Es de destacar también el importante lugar que ocupa el turismo rural en las últimas décadas para el desarrollo de la zona en una economía sostenible y equilibrada.

1.1.2 Entorno físico

Extensión superficial. 2015	112
Altitud sobre el nivel del mar. 2015	842
<u>Número de núcleos que componen el municipio. 2014</u>	2



Término municipal de Colomera respecto a la provincia de Granada

1.2 Reseña histórica

Colomera es un pueblo de la provincia de Granada, situado al norte de la capital, perteneciente a la comarca de los Montes Orientales. Su nombre procede de "Columbaira", y significa "tierra de palomas", sin embargo a los moros les gustaba apodarlo "Granada la Chica" e hicieron de ella una de las siete fortalezas para defender el Reino de Granada. Sus orígenes se remontan, con fundamentación arqueológica, a la época de los visigodos, siglo VII, según puede comprobarse por la necrópolis encontrada en el cortijo de El Chopo. También se podría afirmar que Colomera existió en el siglo II, a juzgar por los muros del poblado romano encontrados frente a este cortijo o si observamos el intacto puente romano que se halla junto al molino de la Puente.

Este pueblo milenario, lógicamente ha sufrido varias transformaciones a través de su historia. Durante los siglos XVIII, XIV y XV estaba dividida en tres núcleos de población ocupados por distintas clases sociales: Colomera, en donde vivía la aristocracia, los Berbes, ocupados por los labradores de mayor renta y las Mesas, en donde vivían los más modestos y los cristianos, entre ellos Juan Alonso de Rivas, a quien se le aparecería la Virgen de la Cabeza la noche del 11 al 12 de Agosto de 1227. En 1.486, Colomera fue reconquistada, rindiéndose el jefe moro a las 12 de la mañana en la calle de "La Tercia", quedándose el Gobernador, D.Fernando Álvarez de Toledo, que al año siguiente acudiría al Albaycin de Granada a socorrer a Boabdil de los acosos de su tío "El Zagal". A finales del siglo XV, Colomera aparece en los archivos con el nombre de "Colomera y el Verbel". Por estas mismas fechas, entre 1.486 y 1.540, se construyó la Iglesia, o mejor dicho, se adaptó al culto cristiano la Mezquita que allí había.

El día 14 de septiembre de 1.570 fue consagrada por excelentísimo Sr. Arzobispo de Granada, con la asistencia de los Obispos de Guadix, Baza, Baeza y el clero parroquial. En esta época, Colomera tuvo una enorme importancia, llegando a poseer Tribunal Vicario, lo que hizo que residieran en ella nobles cuyo nombre daría prestigio a la Villa, en la que se llegó incluso a construir un hospital en el año 1.541. Su economía también era floreciente llamándose la Villa de las cinco "pes": Pan, Peces, Perniles, Peras y Perdices. A principios del siglo XVI se constituyó la Hermandad del Santo Cristo de la Vera Cruz y en 1.626 se construyó la Iglesia del Calvario, en donde habitualmente se venera al actual Patrón Real de Colomera, aunque de todos es sabido que el Patrón histórico fue San Antonio, a partir de la tormenta morronera (procedente de la Sierra del Morrón, que corona Colomera en su zona occidental), en el siglo XVII.

Hasta el siglo XVII la Iglesia poseyó las tierras, pero en 1.640, los vecinos del pueblo las compraron en parcelas de una a tres fanegas. En este mismo siglo, a causa de las tormentas mencionadas y las frecuentes lluvias, se produjo un enorme corrimiento de tierra que arrastró la mitad del pueblo hacia la zona posterior de la Iglesia. Este momento se protegió fabricando junto a él un gran muro que aún hoy persiste. El pueblo original tenía la Iglesia en el centro y llegaba hasta llamando Barranco Calero, pero tras las inundaciones referidas las edificaciones se sucedieron al otro lado del barranco, llegando hasta el barrio de Santa Catalina. En esta zona



fabricaron sus casas obreros dedicados al trabajo del hierro con "fraguas", dándole al barrio su nombre de honor a la Patrona de este gremio.

En el siglo XVIII, año 1.785, Colomera fue Alcaldía de Corregimiento de la Real Chancillería, que comprendía los pueblos de: Montejícar, Guadahortuna, Torrecardela, Moreda, Puerto Lope, Moclín, Tózar, Limones, Tiena, Los Olivares y Trujillo. Montillana fue anejo de Colomera hasta el año 1.836. En 1.927 se descubrió un meteorito que actualmente está expuesto en el Museo de las Ciencias Naturales de Madrid. En la actualidad Colomera es un pueblo habitado por gente que, fundamentalmente, se dedica al cultivo del olivo, aunque también se han creado algunas empresas familiares que , junto a la Cooperativa de aceite, aportan trabajo y riqueza al municipio.

Ferias, fiestas y promociones

Fiestas patronales del Santo Cristo de la Vera Cruz

Estas fiestas tienen como fin honrar la figura del Santo Cristo de la Vera Cruz. Por esta razón se realizan una serie de actos solemnes, como una misa y una procesión alrededor de la localidad. Además, en las noches se puede disfrutar de música en vivo a través de las populares verbenas, donde todos los vecinos se reúnen para disfrutar de unas jornadas de ocio.

Romería de la Virgen de la Cabeza

El último jueves de abril se hace fiesta para despedir a los romeros de la Virgen de la Cabeza, que parten hacia el Cerro del Cabezo en Andujar, y en agosto tiene lugar una Semana Cultural en honor de la Virgen con participación de los numerosos emigrantes que regresan a pasar sus vacaciones en el pueblo.

Rutas turísticas e hitos de interés

El Legado Andalusí propone en su Ruta del Califato un recorrido entre dos de los centros de máximo esplendor durante la época de Al-Andalus: de Córdoba a Granada, dos referentes de la cultura árabe en Andalucía. Considerada Itinerario Cultural Europeo, los municipios en los que desemboca la Ruta del Califato son testigos de la importancia del agua en Al-Andalus, con construcciones de fuentes y acequias que aún hoy están en funcionamiento.

Villas, sierras, castillos, mezquitas y construcciones arquitectónicas son las paradas obligatorias en la Ruta del Califato para comenzar a entender y descubrir los secretos de una civilización que fue pionera en el conocimiento de la artesanía, la ciencia o la literatura y que parece ser inmortal al paso del tiempo. Así, el recorrido que comienza en Córdoba y la *Madinat al-Zahra*, desemboca en Granada tras su paso por Moclín, Colomera, Pinos Puente, Cogollos Vega, Alfacar y Víznar.

Al pie de la Sierra del Marqués, Moclín se esconde en una ladera bajo la atenta mirada del *Hins Al- Muklin* (fortaleza de las pupilas), un castillo que situado sobre una zona estratégica, permitía la vigilancia de la región y los intercambios de los defensores. La entrada al recinto fortificado por la torre-puerta evidencia el periodo de su construcción, ya que el escudo de la dinastía se mantiene prácticamente intacto en la clave del arco de medio punto peraltado que da la bienvenida al visitante.

El castillo, que responde a un tipo de construcción militar muy funcional, se levantó posiblemente sobre los restos de un castillo zirí, aunque su obra principal es de época nazarí. Junto a él, se levanta el santuario del Cristo del Paño, fundado por los Reyes Católicos sobre la antigua mezquita de la zona.

Camino de Tózar y bañado por el río Velilla, el viajero puede descubrir dos de los mayores ejemplos de arte rupestre en Granada. Junto a la Cueva de Malalmuerzo – considerada el ‘santuario’ andaluz del Neolítico– las pinturas del abrigo natural de Corcuera son algunas de las más representativas del Neolítico halladas en Andalucía. Los dibujos representan una escena de caza en la que un grupo de hombres y mujeres intentan ahuyentar a un grupo de cabras monteses. Según Manuel López, técnico del Ayuntamiento de Moclín, se trata de uno de los paneles de pinturas “más ricos” de Granada, que se enmarca dentro del conjunto arqueológico de Tózar, que se extiende en más de mil metros cuadrados cobijando dólmenes, tumbas antropomorfas...

Siguiendo el curso del río que le da nombre se encuentra Colomera, una pequeña localidad de calles empinadas ejemplo de la villa fortaleza del reino nazarí. Cruzada por el puente romano, el viajero puede encontrar en ella un lugar idóneo para el descanso en La Posada de Colomera, un alojamiento rural con nueve habitaciones que mantiene intacto el encanto andalusí, promociona los productos típicos de la tierra (cerámica, esparto, aceite, jamón...) y oferta actividades complementarias deportivas y culturales.

En una situación privilegiada se ubica Alfacar, uno de los lugares de recreo favoritos de los monarcas ziríes y cuyo nombre árabe *al-Fajjar* alude a los cauces de sus fuentes y de sus fiestas y folclore. Famosa por la calidad de su pan, María Dolores Ontiveros regenta la única panadería de la zona que cuece el pan en un horno árabe de leña hecho de piedra y con bóveda de ladrillo en el que diariamente se tuestan más de doscientas barras de pan que se reparten por toda Granada.

Una de los centros de referencia de Alfacar es la Fuente Grande o de *Aydanamar* (la fuente de las lágrimas), en la que converge el embrujo del agua con una ubicación privilegiada. Según Miguel Morales, técnico del Legado Andalusí, esta fuente ovalada fue una de las principales surtidoras de agua durante siglos y su cauce llegaba incluso hasta el Albaicín y el monasterio de San Jerónimo. “Todos los pasos nazaríes están conservados en perfecto estado y se construyeron para darle servicio a todas las fincas hasta El Fargue. Fue una gran zona de almunias”, explica Morales.



Junto a ella, también se conservan los restos de un baño andalusí de bóvedas de ladrillo en el que se bañaban los sacerdotes mahometanos antes de ir a la oración.

Apenas a nueve kilómetros de Granada, Víznar se alza sobre unos orígenes de la Edad Media y un asentamiento en la época zirí. Bañada por numerosos pasos de agua y un sistema curioso de aprovechamiento del riego, fue uno de los lugares de refugio preferidos por los granadinos. Así, la acequia de *Aydanamar*, la mayor trazada en época andalusí, recorre la zona norte de Víznar con un sistema de aguas que aún permanece vigente en nuestros días.

Tras su paso por Víznar, la Ruta del Califato termina su recorrido en Granada, donde un paisaje que combina mar y nieve se ha encargado de convertir cada uno de sus enclaves en lugares privilegiados. Junto a emplazamientos como el Albaicín o el Sacromonte y recorriendo las estrechas callejuelas plagadas de baños y aljibes árabes que desembocan a la Cuesta de Alhacaba, el viajero puede disfrutar con la contemplación de la Alhambra, donde la historia y la contemporaneidad se funden y sus paredes son mudos testigos de una de las mayores épocas de esplendor.

Gastronomía

En Colomera se producen derivados del cerdo, como los embutidos y chacinas, y hay abundante caza menor. Entre los platos caseros destacan el choto al ajillo, la carne en salsa, la sopa granadina, la sopa de picadillo, las patatas a lo pobre, las migas, el asado y la fritada de conejo con tomates y pimientos, así como los asados y guisos de cordero. La dulcería está encabezada por magdalenas, roscos y bizcochos. Además, el municipio forma parte de la zona de producción del aceite de oliva virgen extra con la Denominación de Origen Montes de Granada.



1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

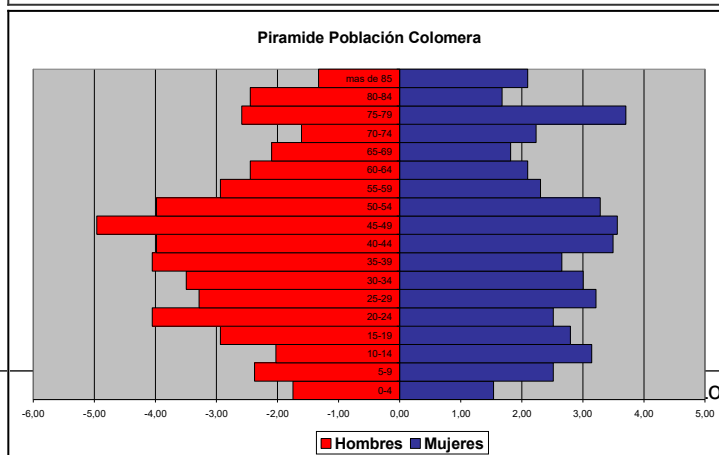
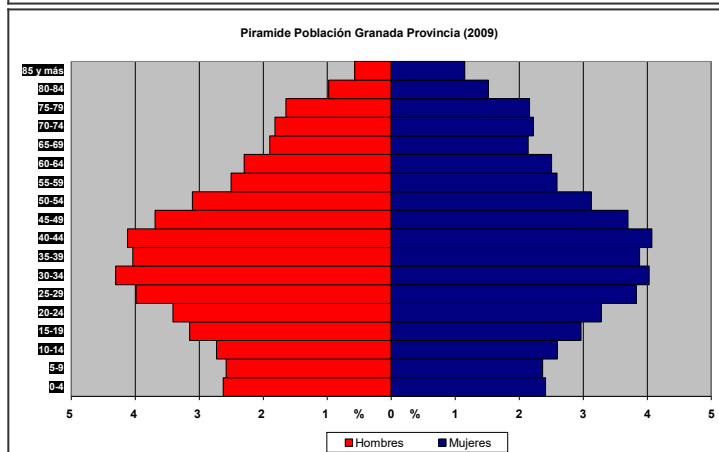
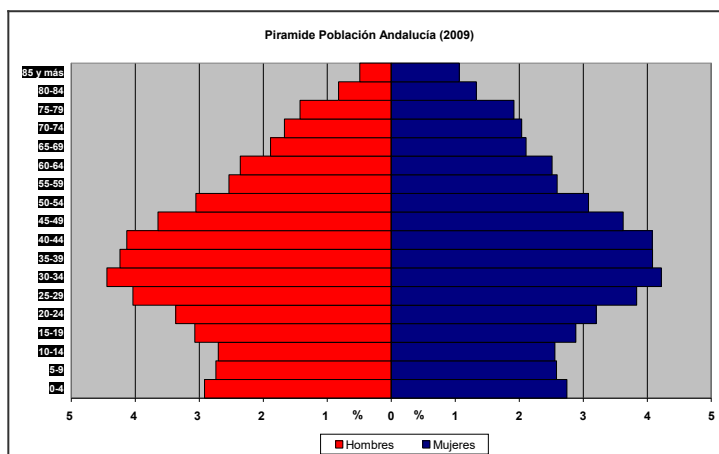
1.4.1 Población

El municipio de Colomera cuenta en la actualidad con 1.431 habitantes (según INE-IECA 2015).

La densidad de población se sitúa en 12,78 hab/Km², muy por debajo de la media provincial y de Andalucía (73 hab/Km² y 96 hab/Km² respectivamente).

1.4.1.1 Pirámide de Población

A continuación, la pirámide de población muestra la estructura por edad y sexo de la población de Colomera 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 (2015)

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 Gábias	33,4
Armillá	36,7
La Zubia	37,8
Monachil	39,4
Colomera	43,6

Fuente: IEA, Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía SIMA 2015

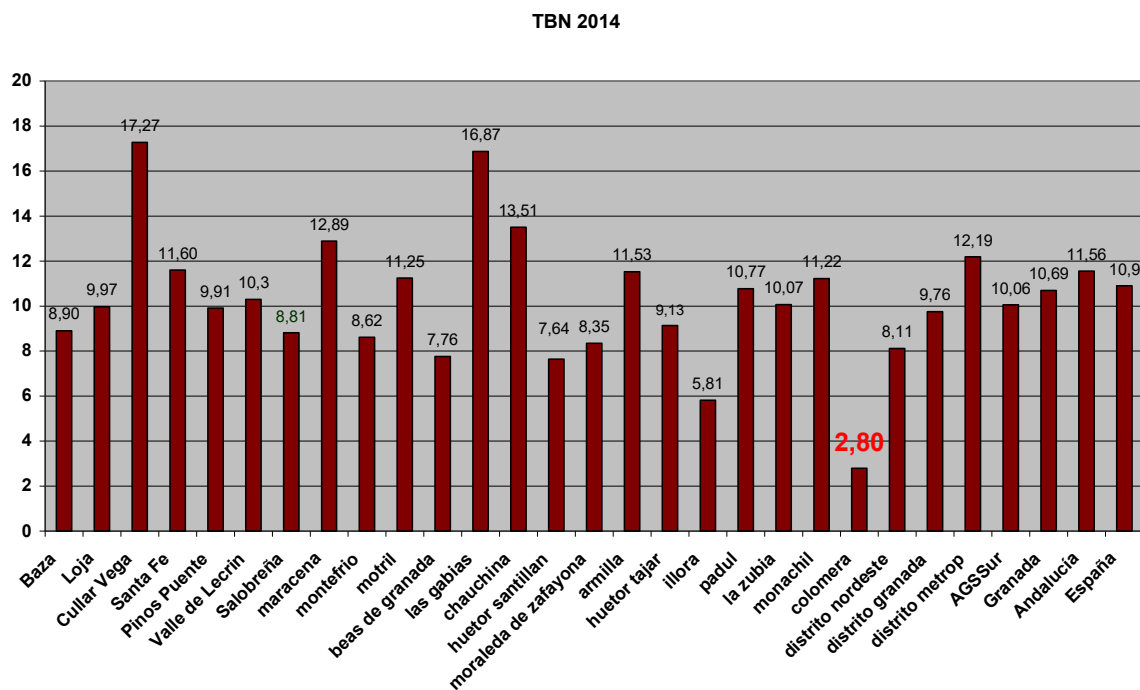
1.4.2 Población extranjera

El volumen de población extranjera es de 30 personas. Del total de población extranjera, un 87 % corresponden a personas procedentes de Rumanía. En este caso, la tasa de inmigración de Colomera, se sitúa en 2,09%, veamos la comparativa con algunos municipios RELAS:

Municipios RELAS	tasa de inmigración
Baza	9,53
Loja	5,99
Cullar Vega	5,89
Santa Fe	4,65
Pinos Puente	2,14
Salobreña	11,50
Orgiva	22,81
Maracena	5,46
Motril	11,19
Las Gubias	5,64
Armillá	9,07
La Zubia	3,58
Monachil	5,62
Colomera	2,09

1.4.3 Movimientos Naturales de Población (MNP)

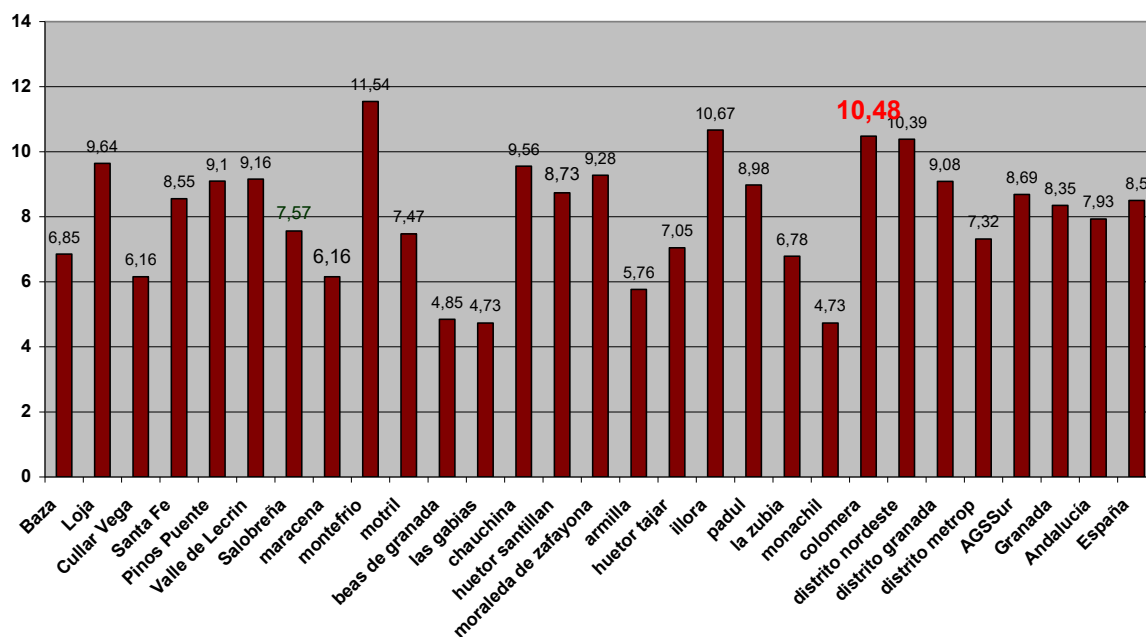
1. Tasa Bruta de Natalidad (TBN): En la siguiente gráfica queda reflejada la TBN comparada con el resto de unidades de desagregación:



Fuente: INE-IEA SIMA, Revisión Padrón Municipal 2014

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

TBM 2014

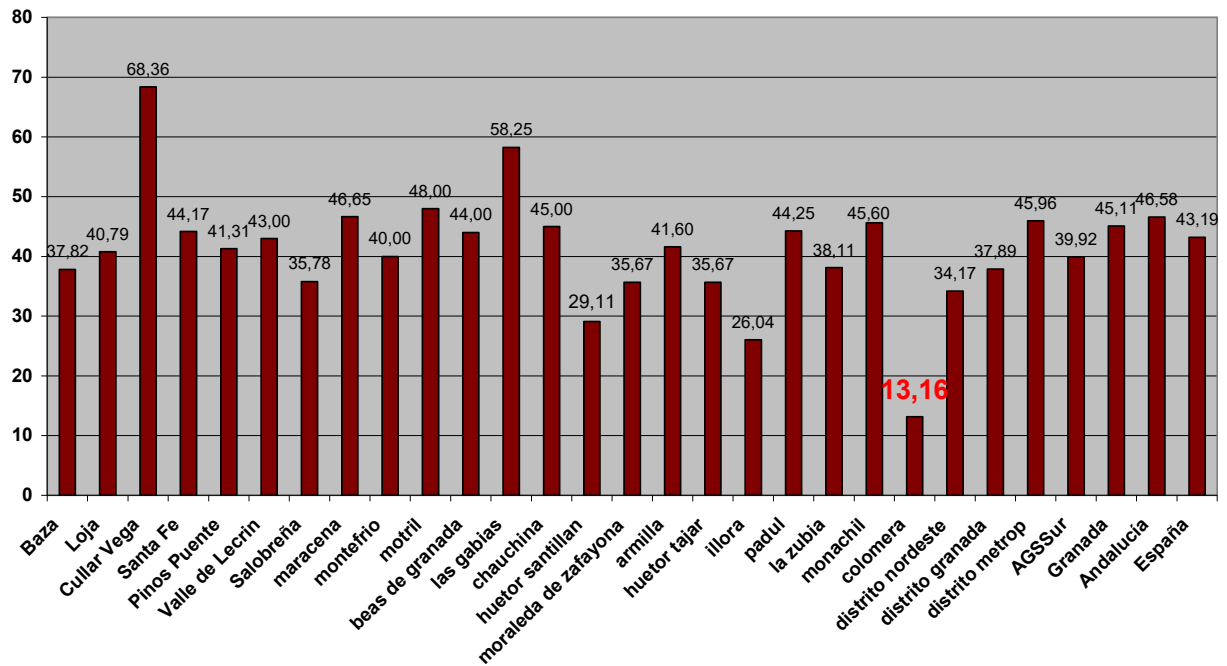


Fuente: INE-IEA SIMA, Revisión Padrón Municipal 2014

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

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

TGF 2014



Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2014

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

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

Tabla 5

2015	Índice Dependencia (ID)
------	-------------------------

COLOMERA	56,05
MONACHIL	43,18
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 2015

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

2015	Índice Juventud	Índice Vejez	Tasa de Sobre-envejecimiento *100
COLOMERA	14,33	21,59	3,42
Hombres	12,95	19,22	2,54
Mujeres	15,84	24,19	4,40
GRANADA PR.	16,59	16,16	1,56
Hombres		14,08	1,03
Mujeres		18,24	2,09
ANDALUCÍA	17,42	14,63	1,44
Hombres		12,56	0,95
Mujeres		16,67	1,98
ESPAÑA	15,33	16,66	1,96
Hombres		14,28	1,21
Mujeres		18,99	2,69

Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2015

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 Colomera en comparación con Granada Provincia y Andalucía, además del resto de municipios del proyecto RELAS:

Tabla 7

2015	IGA
COLOMERA	1,84
MONACHIL	3,58
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 2015

1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Tabla recogida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (VIGIA)



Indicador	Dato
% Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío sobre total superficie	100
% Tierras ocupadas por cultivos herbáceos seco sobre total superficie	56,62
% Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío sobre total superficie	100
% Tierras ocupadas por cultivos leñosos seco sobre total superficie	99,83
Índice de privación material	1,94
Índice sintético de bienestar	99,28
Nº de hombres parados	94
Nº de mujeres paradas	46
Nº establecimientos con actividad económica de 20 y más trabajadores/as sobre el total de establecimientos	0
Nº establecimientos con actividad económica de 6-19 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	6
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	51
Nº total de parados	140
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	29
Renta bruta per cápita	6455,19
Tasa de vehículos por habitantes	0,95
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío	6
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos seco	355
Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío	1940
Tierras ocupadas por cultivos leñosos seco	3590
Total de Restaurantes	1
Total Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	0

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

Entidad	RBDpc (€)
COLOMERA	6.455,19
MONACHIL	13.221,77
LA ZUBIA	12.348,57
Armillá	10.539,05
Las Gabias	11.504,25
Motril	10.331,42
Maracena	10.711
Huéscar	7.379,12
Guadix	8.739,81
Orgiva	7.246,84
Salobreña	8.600,22
Albuñuelas	5.090,27
Dúrcal	8.670,55

Lecrín	6.951,46
Nigüelas	6.841,24
Padul	8.745,62
El Pinar	5.737,07
El Valle	6.258,33
Villamena	6.167,00
Pinos Puente	5823,65
Santa Fe	9.604,25
Cúllar Vega	12.594,02
Loja	7.873,56
Baza	8.255,54
Granada	16.954,21
Andalucía	10.798,00
España	14.192,00

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

- Indicador Sintético de Bienestar Municipal (ISBM)

Entidad	ISBM
COLOMERA	99,28
MONACHIL	109,24
LA ZUBIA	111,15
Armillá	106,56
Las Gabias	111,27
Motril	107,26
Maracena	106,57
Huésca	96,07

Guadix	104,97
Orgiva	93,88
Salobreña	100,49
Pinos Puente	90,16
Santa Fe	104,22
Cullar Vega	112,43
Loja	97,40
Baza	103,01
Granada	119,72

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

2ª PARTE

DIAGNÓSTICO DE SALUD

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD. MUNICIPIO COLOMERA

2.1 Protección de la Salud

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

2.1.1 Salud Ambiental

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

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

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

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

A continuación, se realiza un breve diagnóstico de la situación

La ciudadanía y su medio ambiente constituyen un complejo sistema de interacciones en el que cada uno de ellos es afectado por la acción y reacción del otro.

Para disminuir los riesgos ambientales es importante tener en cuenta aspectos como:

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

ASPECTOS DE SANIDAD AMBIENTAL CONTROLADOS DESDE LA UNIDAD DE PROTECCIÓN DE LA SALUD

AGUA DE CONSUMO HUMANO

AGUASVIRA es la empresa gestora del agua de consumo humano en el municipio. En el municipio hay definidas 2 zonas de abastecimiento en función de la procedencia del agua:

Zona de abastecimiento	Gestor	Núcleos de población	Vol. Distrib./ día
COLOMERA	Aguasvira	COLOMERA	277 m3

CERRO CAURO	Aguasvira	CERRO CAURO	31m ³
-------------	-----------	-------------	------------------

Todas las Captaciones (4) son de Aguas subterráneas (Pozo o Manantial), dónde el principal riesgo a controlar sería las filtraciones de fertilizantes o plaguicidas que pudieran originarse desde los campos de cultivo al acuífero.

También existen 4 depósitos y 3 redes

Tratamiento: Cloración en depósitos

Nota: Los boletines analíticos correspondientes a la red de distribución pueden ser consultados por la población a través del SINAC, "acceso al ciudadano"

INSTALACIONES DE RIESGO DE LEGIONELLA

Desde la Unidad de Protección de la Salud, se controlan las instalaciones de mayor y menor riesgo de proliferación de legionella de establecimientos públicos y privados, con el objetivo de reducir la tasa de enfermedades infecciosas relacionadas con instalaciones de riesgo, y en concreto la tasa de legionelosis.

Instalaciones de mayor riesgo:

- Actualmente no hay notificadas Torres de Refrigeración ni Condensadores evaporativos.
- Otras instalaciones de mayor riesgo son Sistemas de agua caliente sanitaria con circuito de retorno (tampoco existen establecimientos censados con estas instalaciones)

Especial atención requiere la actual proliferación de los sistemas de refrigeración de terrazas, mediante equipos de enfriamiento evaporativo basados en un sistema de pulverización de agua en el ambiente mediante boquillas o en otros procedimientos similares. Hay que señalar que el pasado año se publicaron en la Web de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, tanto el tríptico informativo como la Guía orientativa que recoge los criterios básicos de actuación encaminados al control y la prevención de la Legionella.

PISCINAS

El OBJETIVO del Programa de Piscinas es reducir los riesgos para la salud derivados del uso de las piscinas. Para ello se realizan las siguientes actuaciones:

- Llevar a cabo actuaciones de control en piscinas de nueva construcción o que hayan sido reformadas
- Comprobar la adecuación de las piscinas a la normativa vigente.
- Realizar el seguimiento de aquellas piscinas que presenten deficiencias.

Actualmente hay censada 1 piscinas de uso colectivo,
-Piscina municipal

PRODUCTOS QUÍMICOS / BIOCIDAS

Las actuaciones se fundamentan en el principio de cautela para garantizar que la producción y comercialización de las sustancias activas y biocidas en el mercado no tengan efectos nocivos en la salud humana o animal ni efectos inaceptables en el medio ambiente.

La gran proliferación de productos químicos en el mercado y el uso indiscriminado de los mismos a nivel doméstico y profesional, lleva asociado un aumento de los riesgos a los que se ve sometida la población. Es de vital importancia la concienciación sobre su uso racional así como la formación de los ciudadanos respecto a los sistemas de información de los productos (etiquetas y/o fichas de datos de seguridad) que proporcionan información indispensable respecto a su peligrosidad, uso, manipulación...

Desde la Unidad de Protección de la Salud se realizan las siguientes actividades

- **Vigilancia y Control de Establecimientos y Servicios Biocidas** Control sobre instalaciones, productos de tratamiento, y capacitación del personal técnico. (No hay establecimientos censados)
- **Control de espacios tratados:**

En los últimos años se está prestando especial atención a los efectos generados por la exposición circunstancial e inadvertida a los plaguicidas en lugares de trabajo residenciales exentos de ellos en su actividad usual. La exposición circunstancial a biocidas ocurre con frecuencia (y de forma creciente en los años noventa) como consecuencia de actividades DDD, generalmente desinsectaciones, en las que se aplican inadecuadamente biocidas de uso preventivo ambiental o agrícola en los espacios interiores de edificios en servicio (centros sanitarios, centros educativos, residencias, etc.). En ocasiones se trata de:

- Manipulación inadecuada del biocida, efectuando una aplicación incorrecta de concentraciones del biocida superiores a los niveles tolerables admitidos, por lo que permanecerá la acción residual más tiempo.
- Utilización de biocidas prohibidos para aplicaciones en interiores.
- En numerosas actuaciones no se respetan los plazos de seguridad del preparado ni se informa de ellos a los usuarios del edificio, reanudándose las actividades habituales del lugar tras la aplicación.
- Aplicación por personal no capacitado, cuando ello se requiera.

Estos y otros tipos de mala praxis pueden combinarse entre sí, agravando los riesgos de exposición de los trabajadores o residentes de los centros donde se aplican biocidas.

- **Revisión de los Certificados de tratamiento / Diagnosis** proporcionados por el Ayuntamiento y que a su vez le entregan las empresas que realizan estos tratamientos en los diferentes establecimientos del municipio, con el objetivo de determinar el grado de conformidad de la información recogida en los modelos DDD y su adecuación.
- **Revisión de los sistemas de información (etiquetado y Fichas de datos de Seguridad) de los productos existentes en el mercado.**
El objetivo de la vigilancia de los productos químicos (PQs) en establecimientos y empresas es constatar la adecuación de las características y condiciones de su comercialización y uso a la normativa de carácter sanitario de PQs al objeto de disminuir los riesgos para la salud pública en Andalucía.

La vigilancia de los productos se realiza teniendo en cuenta: la peligrosidad de los productos químicos presentes en el territorio, la exposición en función de la presentación de los productos y su forma de uso, el tipo de población que los manipula, público en general o usuarios profesionales.

Por último existe un criterio relacionado con los anteriores que es la finalidad del producto. Ésta puede orientar acerca del tipo de usuario que utiliza los productos y

por otro lado también está relacionado con la peligrosidad de los mismos, pues existen sustancias y mezclas que por sus propiedades peligrosas sólo pueden emplearse en determinados ámbitos.

- **Gestión de alertas de productos químicos**

2.1.2 Protección Alimentaria

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

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

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

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

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

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

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

....

Categoría	Industrias	Establecimientos restauración	Establecimientos minoristas
A			
B			
C			
D			
E o no clasif.			

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*):

Durante el año 2013, fallecieron 15 personas, 10 hombres y 5 mujeres, en el municipio de Colomera, que se corresponde con una tasa bruta de mortalidad de 10,48 ‰ (Andalucía 7,83‰).

La Mortalidad por todas las causas o Mortalidad General (2012) en la localidad de Colomera es superior al compararla con España, en mujeres, para el grupo de edad de 75 a 84 años.

Cuando se estudian las causas o Mortalidad Específica (2012), se comprueba que existe un exceso significativo de riesgo de mortalidad, con respecto a España, en las siguientes causas específicas:

- Enfermedad de Alzheimer, en hombres mayores de 85 años de edad.
- Enfermedad Isquémica del Corazón, en mujeres entre 65 y 74 años.
- Enfermedad Cerebro-vascular, en hombres mayores de 85 años y en mujeres mayores de 75 años.
- Suicidio, en hombres de 45 a 64 años y de 75 a 84 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:

- Enfermedad de Alzheimer, en hombres mayores de 65 años y mujeres mayores de 85 años.
- Cáncer de Mama, en mujeres mayores de 85 años
- Cáncer de Recto-Colon en hombres mayores de 45 años y mujeres de 65 a 74 y mayores de 85 años.
- Suicidio, en hombres de 15 a 44 años.
- VIH/SIDA en hombres y mujeres de 45 a 64 años.

2.2.1.1 Años potenciales de vida perdidos (APVP)

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

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

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

Entidad	Sexo	Tipología	APVP
DISTRITO SANITARIO METROP-GRA	HOMBRES	Accidentes Tráfico	662,65
		Enfermedades Isquem. Corazón	403,17
		Cáncer pulmón	300,14
		Suicidios y lesiones autoinfl.	296,75
		Cirrosis y otras enf. crónicas	246,56
	MUJERES	Cáncer Mama	178,92
		Accidentes Tráfico	156,14
		Enfermedad Isquémica Corazón	99,01

		Suicidios y lesiones autoinfl.	93,31
		E. CerebroVasculares	85,44
COLOMERA	Hombres	Cirrosis	1.707,01
		VIH-Sida	963,1
		Enfermedad CRVasc	850,6
	Mujeres	Enfermedad Isquémica Cardíaca	808,1
		Cáncer de Mama	1.038,9
		Enfermedad Isquémica Cardíaca	920,9
		Cirrosis	36,9

Si comparamos estos indicadores con España, no existe exceso de mortalidad prematura estadísticamente significativa. Tampoco existe tendencia creciente.

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 Colomera durante el periodo 2010-2014, se han notificado un número muy bajo de enfermedades de declaración obligatoria. No se han declarado enfermedades de transmisión sexual.

En este mismo periodo, se diagnosticó 1 caso de tuberculosis, que representa una tasa media de incidencia anual de 13,9 casos por 10⁵ habitantes, cifra similar a la media andaluza y del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano (9,8 por 10⁵ habitantes), para el año 2014. No se han producido brotes de enfermedades infecciosas en el último quinquenio.

En cuanto a las enfermedades vacunables, en los últimos 5 años no se han detectado casos, a pesar de los extensos brotes de sarampión, parotiditis y tos ferina ocurridos en Andalucía y España. Puede explicarse por los altos índices de cumplimiento del calendario de vacunaciones en los últimos años (100%).

La Tasa Estandarizada de Incidencia anual por todos cánceres, en el municipio de Colomera durante el quinquenio 2008-2012, fue de 471,4 por 10⁵ habitantes, cifra ligeramente superior a la de la provincia de Granada, para el mismo periodo (452,8 por 10⁵ habitantes). Durante este periodo, los cánceres más frecuentes entre los hombres fueron el Cáncer de Piel no Melanoma (7), Cáncer de Colon-Recto (7), Cáncer de Próstata (7), Cáncer de Pulmón (3), Cáncer de vejiga (3) y Cáncer de Cerebro y Sistema Nervioso Central (3) .

Con respecto a los tumores más frecuentes en mujeres, destacan el Cáncer de Mama (4), Cáncer de Piel no Melanoma (2) y Cáncer de Cerebro y Sistema Nervioso Central (2) .

Estos diagnósticos, representan tasas de incidencia inferiores a las de la provincia de Granada. En el caso del Cáncer de Cerebro y Sistema Nervioso Central la incidencia es superior, fundamentalmente en hombres.

INCIDENCIA DE CANCER EN COLOMERA 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)	9	7	2	62,8	100,0
Colón-Recto	8	7	1	58,7	45,0
Próstata	7	7	-	82,4 (hombres)	88,5 (hombres)
Cerebro y SNC	5	3	2	41,8	14,6
Mama	4	-	4	66,7 (mujeres)	81,7 (mujeres)
Pulmón, traquea, bronquios	4	3	1	41,2	32,9
Vejiga	4	3	1	18,2	26,3
Total Cánceres	57	42	15	471,4	452,8

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	COLOMERA	DISTRITO
Diabetes	9,35%	6,98%

Insuficiencia cardíaca	1,18%	0,6%
EPOC	3,97%	3,27%
Asma infantil	3,67%	11,8%
Hipertensión arterial	18,6%	14,1%

Datos correspondientes al año 2014

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

homb

sitúa
ligera

2.3.1
- Mo

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

(97,1% en

carretera se
cinturón es

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

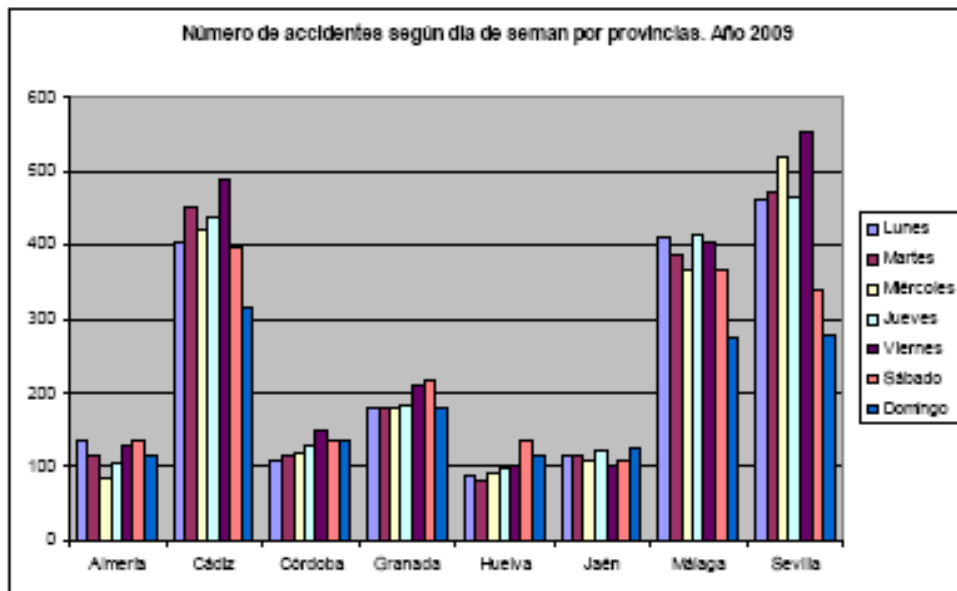
- **Tipo de vehículo**, Si añadimos la variable tipo de vehículo, considerando sólo los dos tipos que presentaban mayor frecuencia de accidentalidad tendremos en cuenta:

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

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

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

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



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

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

- A lo largo del año 2009 se han producido 1.333 accidentes de tráfico en la provincia de Granada, lo que representa el 10,11% del total de Andalucía.
- El número de víctimas ha sido de 2129 (10,3%) con 56 muertes (14,4%).
- La evolución respecto a la frecuencia de víctimas registra dos picos máximos: uno en 2003 (2767 víctimas) y otro en 2007 (2129). Desde 2007 a 2009 se observa una reducción del 22%.
- Las tasas de víctimas por 100.000 hab. son más altas en el grupo de 15 a 24 años, seguidas por el grupo de 25 a 34, y a distancia, por los restantes grupos de edad. En 2009 se observa una reducción en la tasa de víctimas en todos los grupos de edad.
- En 2009 la mortalidad en el grupo de edad de 15-24 años ha descendido: la tasa de mortalidad en este grupo de edad en 2008 fue de 13,59 y se reduce a 9,08 en 2009.

- Los afectados son principalmente hombres, jóvenes y adultos jóvenes.
- Granada dentro del patrón global pertenece al modelo 2, el que engloba además a Córdoba, Almería, Jaén y Huelva. Se define por presentar una tasa de número de víctimas mayor en desplazamientos de carretera que en desplazamientos urbanos.
- En carretera la mayor parte de la accidentalidad ocurre con vehículos ligeros en todas las edades y, principalmente en jóvenes y adultos jóvenes. En desplazamientos urbanos las tasas son mayores en vehículos de dos ruedas para el grupo de edad 15-24.
- Analizando la distribución por día de la semana en la provincia, se puede ver un ligero incremento en el número de accidentes durante los viernes y sábados. La media de accidentes por día es de 190,4.
- El área de la provincia con mayor porcentaje de accidentes es Granada capital (91 %).

2.3.1.8 Patologías crónicas: Diabetes, Hipertensión,...

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

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

2.3.1.11 Sedentarismo y actividad física

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

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

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

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

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

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

2.3.1.12 Salud Laboral (condiciones de trabajo)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1.13 Percepción estado de salud en población adulta

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

2.3.1.14 - Percepción de mala salud en población infantil.

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

Un análisis más detallado de esta información señala que a edades más tempranas es mejor la percepción que se tiene del estado de salud del niño o la niña, siendo también

mejores las opiniones cuanto más favorecido es el perfil socioeconómico del entorno familiar (mayor nivel de estudios del padre o la madre y clase social más alta).

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

3. RECURSOS DE SALUD

3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros

El municipio de Colomera se ubica en la Unidad de Gestión Clínica/ (UGC)/Centro de Salud de Albolote, que forma parte del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Cuenta con dos consultorios, localizados en el Cerro Cauro y en el propio núcleo principal del municipio.

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

1. Puntos Forma Joven, en este curso 2014-2015, cuenta con los siguientes:

-

2. Programa “A No Fumar Me Apunto (ANFMA)”, en este curso 2014-2015:

-

3. Otros...

4. CONCLUSIONES

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

Un activo para la salud¹⁰ 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.

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

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,...

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 Colomera

www.colomera.es

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

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

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

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

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

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

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

5.8 Otras Fuentes:

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

6. ANEXO I

6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio

(a facilitar por la entidad local, para el Perfil de Salud Local)

6.1.1 Sociales (programas, servicios, proyectos,...)

6.1.2 Educativos (centros infantil, primaria, secundaria, adultos, mayores...)

6.1.3 Asociaciones y entidades de voluntariado

6.1.3.1 Otros recursos socio-sanitarios

6.1.4 Infraestructuras para ocio y tiempo libre

6.1.4.1 Equipamientos Polideportivos

...