INFORME DE SALUD

MONACHIL

PROYECTO DE DESARROLLO DE LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD

MONACHIL
AYUNTAMIENTO
SANIDAD

SALUD LOCAL
RELAS

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

I. INDICE

I.

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL 5

I. 1 Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local 8

II. MARCO LEGAL 10

III. JUSTIFICACIÓN PROYECTO RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS) 12

II.

1. MARCO DE ACTUACIÓN 14
1.1 Localización Geográfica 14

1.2 Reseña histórica.....16

Patrimonio histórico, artístico y monumental¡Error! Marcador no d

1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS 23
1.4.1 Población 23

1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA:.....30
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS 30

III.

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD. 34

2.1 Protección de la Salud.....34

2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención).....43

2.3 Promoción de la Salud (estilos de vida).....48

3. RECURSOS DE SALUD 58

3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros 58

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

4. CONCLUSIONES.....59

5. FUENTES DE INFORMACIÓN 60

6. ANEXO I 61

6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio.....61

1ª PARTE

MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. 1 Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. MARCO LEGAL

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

En Andalucía, desde 1998, la Ley de Salud[8], dedicada directa y principalmente al ciudadano, representa un marco legislativo más amplio para la administración sanitaria en materia de protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, con el que, además, se pretende regular el campo de actuación y relación con el sector privado, siempre dentro del ámbito competencial de la administración local. Con ella se potencia el papel de los municipios, con el principal objetivo de regular las actuaciones que hacen efectivos los derechos y deberes de la ciudadanía respecto al sector salud, se fomenta la participación, y consecuentemente la corresponsabilidad en el derecho a la protección de la salud.

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

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

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

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

---

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

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

Esto requerirá una **convergencia de los objetivos de los diferentes sectores** en torno a la salud pública en la que cada sector actúa desde su marco de competencias, hacia otra nueva forma de gobernanza, de funcionamiento en Red local[9]; con un nodo central que representa el liderazgo del gobierno local y su corresponsabilidad, lo que supone asumir entre todas las partes:

- Una nueva forma de trabajo local liderada por los gobiernos locales, a los que también se les plantea la acción conjunta de varios departamentos;

- La acción participada de la ciudadanía como protagonista en la elaboración, aplicación y seguimiento de las políticas;

- Unos contenidos de protección y de promoción de la salud así como de la prevención de la enfermedad y de los riesgos para la salud y el desarrollo, explícitos.

- Una forma de abordaje capaz de implicar a todos los actores que concurren en estos espacios, con un lenguaje común, diferentes formas de comunicación y fomento de las alianzas;

- Un estilo de trabajo: “trabajar con los otros”.

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

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

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

- **La integración de la salud** como eje transversal en todas las políticas es necesaria para el desarrollo de respuestas eficaces a los retos actuales de la salud y mucho más efectiva en el entorno más próximo a la ciudadanía.

- **La salud es un recurso fundamental** para la sociedad porque las personas en buena salud incrementan su capacidad productiva y su competitividad frente a sociedades menos saludables; generan riqueza, mejoran el capital de las ciudades.

- **El círculo virtuoso entre salud, bienestar, desarrollo social y económico** justifica, la implementación de este Proyecto en el nivel local.

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

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

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

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

2ª PARTE

ANÁLISIS

SOCIO-DEMOGRÁFICO

1. MARCO DE ACTUACIÓN

1.1 Localización Geográfica

Monachil es una localidad y municipio español perteneciente a la provincia de Granada, en la comunidad autónoma de Andalucía. Está situado en la parte centro-sur de la comarca de la Vega de Granada, a unos 8 km de la capital provincial. Limita con los municipios de Huétor Vega, Cenes de la Vega, Pinos Genil, Güéjar Sierra, Dílar, La Zubia y Cájar. Pertenece a la Mancomunidad del río Monachil.

El municipio monachileño está formado por los núcleos de Monachil, Barrio de la Vega y Sierra Nevada (Pradollano).

Su nombre procede del árabe, *Monastir*, término de origen latino que significa "monasterio".[3]

En su término municipal existe un yacimiento arqueológico correspondiente a la cultura argárica: el Cerro de la Encina.

En Monachil se encuentra la Estación de Esquí de Sierra Nevada, en la que se celebró el Campeonato Mundial de Esquí Alpino de 1996. Pese a ser término municipal de Monachil, varias pistas pertenecen en propiedad al Ayuntamiento de Granada.

Su amplio territorio, 90,13 km2, está atravesado de este a oeste por el río Monachil, y presenta una morfología alargada con desniveles que van desde los 3.394 m. del pico Veleta hasta los 740 m . en que se encuentra el punto más bajo de su vega.

1.1.2 Entorno físico

Extensión superficial. 2015	**88,9**
Altitud sobre el nivel del mar. 2015	**806**
Número de núcleos que componen el municipio. 2014	**3**

Término municipal de Monachil respecto a la provincia de Granada

1.2 Reseña histórica

Monachil es un precioso enclave cultural y turístico. Al iniciar la visita a nuestro municipio lo primero que nos encontramos es el popularmente llamado Barrio de Monachil. Varios aspectos de este populoso barrio resultan esenciales para su caracterización.

En primer lugar la gran concentración de viviendas que a partir del núcleo inicial se han ido incorporando en las últimas décadas. En segundo lugar, destaca y es conocido por muchos la presencia de una serie de afamados restaurantes y merenderos, surgidos de una cocina autóctona, aunque se sirven toda clase de platos; una visita muy satisfactoria para el paladar.

CONVENTO-SEMINARIO NTRA. SRA. DEL BUEN CONSEJO DE LOS PADRES AGUSTINOS RECOLETOS

Este convento de agustinos recoletos contrasta claramente con su entorno inmediato, es como un remanso del tiempo detenido en su rápida evolución. Este edificio fue construido en los inicios del siglo XX, e inicialmente era una fábrica de telas.

El convento presenta una estructura de grandes dimensiones, en el exterior destacan las filas de ventanas con arcos carpaneles, que abren muros de ladrillo y enlucido formando esgrafiados. En el lado derecho se levanta la iglesia de las primeras décadas del siglo XX, corresponde al estilo historicista.

La fachada acoge una portada con pilastras y capiteles corintios, sobre la que aparece un relieve representando a San Agustín. El interior presenta una nave apilastrada y cubierta con bóvedas de aristas, abriéndose ventanas con adornos como renacentistas. La capilla mayor viene marcada por su bóveda de nervios que la dividen en paños. En los pies de la capilla se extiende un amplio coro adintelado. El retablo mayor y las esculturas son entre otros escultores de Navas Parejo son Santo Tomás de Villanueva y san Nicolás de Tolentino, en cuyo rico estofado se intenta mantener el carácter de la escultura policromada de tradición granadina. La imagen de Santa Rita es del escultor Jesús García-Ligero. Completa el retablo una pintura de la Virgen del Buen Consejo. Formando todo el conjunto un gran centro de peregrinación de los devotos a Santa Rita.

YACIMIENTO ARQUEOLÓGICO DEL CERRO DE LA ENCINA

Nuestro municipio conserva su bello, y aún casi inédito tesoro de su historia milenaria en los restos arqueológicos del Cerro de la Encina , y hasta el se remontan los orígenes de Monachil, año 1.300 a .C. "Cultura del Argar"; siendo la colonia argárica más occidental de Andalucía, el enclave estratégico de este poblado constituye una importante vía de comercio y comunicación. Muy importantes fueron también las estructuras defensivas que se hicieron en Monachil. Hacia el 1.600 a .C se levanto sobre la primera estructura una potente fortificación que presidía la vida del poblado. La fortificación ocupaba gran parte de la meseta y quedaba abierta a través de dos puertas. Sus muros estaban construidos con piedras unidas con barro. El recinto fue reforzado mediante la construcción de muros paralelos.
En el año 1.200 a .C. se abandono definitivamente el poblado.

Hacia el año 1.000 a . C un nuevo poblado aparece adscrito a la "Cultura del Bronce Final del Sudeste". Monachil vuelve a cobrar vida con este nuevo asentamiento, renaciendo de sus ruinas volvió a convertirse en un enclave importante de la última parte de la Prehistoria del Sudeste. Se conservan numerosos fragmentos en el Museo Arqueológico.

A continuación nos encontramos con el núcleo urbano "pueblo" ubicado en la falda de Sierra Nevada, tiene dos plazas una llamada Plaza Alta frente a la Iglesia y otra la Plaza Baja en la entrada de la población, en la cual hoy en día esta situado el edificio del Ayuntamiento.

IGLESIA DE LA ENCARNACIÓN

Esta Iglesia es la obra arquitectónica más importante de Monachil, erigida canónicamente como parroquia en 1501, época de tránsito a la Granada mudéjar, dicha Iglesia se construyo encima de la mezquita mayor (aljama) de las tres existentes en Monachil.

La iglesia actual muestra claramente las diferentes etapas constructivas en las que se realizó, pero toda ella pertenece al tipo denominado como mudéjar.

Dentro de la iglesia merece especial atención el retablo mayor ya que el mismo pertenece a lo mejor que salió de los talleres del renacimiento granadino y es considerado uno de los más importantes en nuestra provincia. datado en el siglo XVI es atribuido al taller de Pedro Machuca.

Además del retablo existen otras obras importantes por la devoción que se le profesa esta San Antón, patrón de Monachil obra del primer tercio del siglo XVII.

Las pinturas expuestas en la Iglesia son de mayor interés, la de mayor mérito es la "Aparición de la Virgen a San Cayetano" pintura realizada por Bocanegra. También hay dos pinturas que representan a la Inmaculada Concepción , la más antigua de ellas muestra a María con una túnica roja y manto azul su estilo puede ser el de los pintores del primer barroco. La otra es más barroca. La pintura más sorprendente es la que representa a un "Niño Jesús de Pasión" ricamente vestido.

El conjunto que forman las calles Iglesia, San Antonio Abad, Tiendas, Cervantes, Casa Alta y Barranco, con sus viejos caserones encalados y refrescados con parras que trepan por sus muros dan lugar a un especial sabor.

CASA DEL MOLINO o DE LOS SEÑORES DE ARAGÓN

De las mansiones señoriales que debieron existir en Monachil es la única que se conserva en la actualidad. De gran interés histórico-artístico, se le conoce popularmente como "la casa de las señoricas". Su estructura actual es el resultado de la unión de dos viviendas diferentes con diversas reformas. La más pequeña y antigua es original del siglo XV, "labrada", en transcripción literal de las escrituras, en el año 1450 y fue reconstruida años más tarde por Alonso de Venegas. La segunda parte, fue adosada a la primera hacia 1780, mejorando el primer edificio, propiedad de D. José Pedro Pérez Valiente, hombre de fortuna, ya que el rey Carlos III le había concedido el Mayorazgo de las tierras y "todas las laderas de la Sierra , con la obligación de plantarlas de árboles que impidiesen el avenamiento de las vegas de Caxar, La Zubia y Huetor, y para que hubiese madera para la construcción de casas en Granada".

Lo más interesante es el patio antiguo, que tiene un piso inferior, con pilares octogonales y dóricos, rodeado por un corredor cubierto con alfarjes de madera y el piso superior cerrado con cristales y pies derechos con zapatas. El exterior, de menor riqueza monumental que el patio, destaca por su fachada principal. Aquí encontramos una portada de cantería, adintelada y con escudo heráldico y las ventanas y el balcón protegidos por los guardapolvos característicos del siglo XVIII.

La casa fue propiedad de la familia Venegas (Venegas Pintor y Pérez Valiente) descendientes de don Alonso Venegas y su esposa doña Brianda, una acaudalada pareja de conversos cuyos nombres figuran entre los `primeros pobladores de Monachil, tras la caída del reino nazarí. Según el libro de bautismos de la parroquia, aparecen apadrinando a la mayoría de los niños y matrimonios en los años 1562-1566 (que por sus apodos casi todos eran moriscos), concretamente a una niña de raza negra que pusieron de nombre "Clara". Son, sin duda, la familia más importante de la localidad antes de la expulsión de 1568.

Todavía se conservan algunos blasones en las calles Don Luis y Plaza alta, como testimonio de esta presencia nobiliaria en Monachil.

El relato de las vicisitudes del linaje Granada-Venegas, esconde tras lo superficial de la narración, una realidad social de enorme interés : las brillantes estrategias matrimoniales que durante dos siglos dearrolló esta familia en orden a incrementar su poder, riqueza y prestigio. Veámoslas:

La dependencia primitiva de la gran Casa de Granada, alguaciles mayores de la capital de reino, se refuerza inmediatamente mediante la entrega en matrimonio de la hija de Cidi Yahyar con su primo don Fernando de Granada. Este enlace redobla la unión de ambas ramas del mismo regio linaje, una relación que ha de entenderse en un contexto de dependencia : los Venegas de Monachil, pertenecen a la amplia clientela de los poderosos Granadas de Campotéjar. Precisamente en ese contexto es donde se explican correctamente sus estrategias matrimoniales, todas encaminadas a reforzar los lazos existentes entre la élite morisca del reino de Granada, una "clase" que no entiende de fronteras a la hora de relacionarse.

Los enlaces que se establecen entre las quince o veinte principales casas moriscas discurren en zonas tan alejadas como Granada, Almería, Guadix, Baza, Abla, Huéscar, Tabernas y Monachil. La segunda generación monachileña enlazó con dos importantes familias, antaño pertenecientes a la aristocracia nazarí: Pedro Venegas casó con una hija de don Miguel de León, uno de los personajes más insignes y polémicos de los inicios de la Granada cristiana (enemigo personal del Conde de Tendilla). Por su parte Alonso Venegas, su hermano, matrimonió con doña Brianda de Granada Abenhima, seguramente descendiente o colateral, del visir del rey Boabdil, Ibn Kumasa (las genealogías conocidas la denominan doña Brianda Abencomisar, hecho que se refuerza por el toponímico Granada que usa como apellido).

Una generación más tarde los Venegas ampliaron su círculo familiar a otros linajes, de mercaderes moriscos. Todo este tejido familiar unió indisolublemente los destinos de un gran conjunto de apellidos a lo largo del reino de Granada, siendo comunes los matrimonios endogámicos. Así Pedro de Granada se casó con una sobrina segunda, mientras que la hermana de ésta casó a su hija con don Jacinto Jiménez Venegas, su primo tercero. La hija de éstos, doña Ana de behamonte, se desposó con don Luis Jacinto de la Trinidad y Gibaja, regidor de Almería , un deudo muy lejano, más allá de l cuarto grado, que vino a Monachil a casarse en los límites de la parentela.

El patrimonio familiar de los Granada Venegas de Monachil, aunque inferior al de sus parientes los señores de Campotéjar, era bien considerable, compuesto por diferentes posesiones en el municipio, entre las que estaba la susodicha casa del Molino, como fuera de esta población.

Como curiosidad , señalar que, un hijo del matrimonio formado por una Venegas y un Pérez-Valiente estuvo en México y se trajo de allí a una hija del mismísimo Moctezuma, apellido que se incorporaría más tarde al escudo familiar en el retablo mayor de la iglesia, en cuya construcción contribuyó principalmente la familia Venegas.

La Inquisición granadina , desde el centro de la ciudad controló y vigiló a los moriscos con más celo que en otras sedes del reino, por lo que hubo un buen número de confiscaciones. Pero aparte de la Inquisición, los mejores pagos del regadío, pertenecían a particulares. Don Alonso Venegas aunque tenía propiedades no era el mayor propietario, Soria Mesa señala en "Entre Reyes moros y oscuros labradores" que el Sr. Venegas poseía hazas, huertas, cañaveral, alameda, piezas de secano y viña, con casa y jardín.

Testimonio de la propiedad de la casa podemos encontrar en el "Inventario y posesión de bienes raíces de moriscos" en el archivo del Ayuntamiento, fechado en Monachil a 4 de febrero de 1572: ".Ytem declaro que par del mismo lugar, el dicho Alonso Banegas tiene par de una casa suya que tiene en el dicho lugar una ereda de guerta y olivar que se riega de arboles y una biña."

En el interior de la casa se encuentra un cuadro de la Virgen que tiene por detrás esta leyenda: "verdadero retrato de Ntra. Sra. La Virgen de las Angustias". A principios del siglo XX la casa pasó a ser propiedad de la familia Aragón, conocidos popularmente por los "señoricos de Aragón". El señor don Emilio Aragón, heredó la propiedad de su padre (que había comprado diversas propiedades, pues perseguía la obtención de un título nobiliario) a la prematura muerte de éste. La familia se deshizo de muchas de sus propiedades en Monachil, siendo los nietos de éste (Srs. Aragón y Prados Aragón) los que realizaron la venta al Excmo. Ayuntamiento de Monachil, el día 4 de Agosto de dos mil cuatro.

Señalar, que como el Ayuntamiento de Monachil no existió hasta 1840, existen lagunas sobre la propiedad entre los siglos XVII al XIX.

San Antón en Monachil (17 de enero)

La festividad de San Antón, patrón de Monachil, se celebra el 17 de enero con una fiesta en clara consonancia con el carácter serrano, rural y ganadero del municipio. La fiesta culmina con la degustación de la popular Olla de San Antón entre todos los asistentes. Esta fiesta tradicional, de origen antaño, surgió como una forma de protegerse de las desfavorables condiciones climáticas propias del mes de enero.

Olla de San Antón

En sus orígenes, la Olla se hacía con los aportes que generosamente ofrecían los habitantes del pueblo. En la actualidad los componentes típicos de esta olla son: arroz, habas secas, garbanzos, careta, orejas, manos de cerdo, morcilla, tocino, patas, huesos de espinazo, hinojos, acelgas, etc, suponiendo un rico aporte calórico. Actualmente es el Ayuntamiento es quien se encarga de su elaboración.

Esta festividad es siempre muy concurrida por cientos de visitantes que vienen a degustar la Olla y pasar un día entre los maravillosos parajes naturales que nos rodean.

San José en el Barrio de Monachil (19 de marzo)

Esta festividad se desarrolla en el Barrio de Monachil el 19 de marzo por ser San José el santo patrón de este núcleo. Teniendo en cuenta las peculiaridades del Barrio, con vecinos procedentes de otros lugares de la provincia de Granada, se trata de promover el ambiente festivo y acogedor que un municipio como Monachil es capaz de ofrecer a sus nuevos habitantes y a todos los visitantes que nos acompañan durante estos días.

La celebración de las fiestas patronales de San José en el Barrio de Monachil son muy antiguas, girando su conmemoración alrededor de la Iglesia de los Padres Agustinos Recoletos.

Además de la Santa Misa y Procesión, destacamos las distracciones populares de carácter deportivo, lúdico y musical, como por ejemplo: las cucañas de veteranos en la pradera, campeonato de fútbol, pasacalles de la Banda de Música Municipal, la gran Paella de arroz para más de 2.000 personas, la verbena con grupos musicales.

Virgen del Rosario (Primera semana de octubre)

Aunque la onomástica de la Virgen del Rosario es el 7 de octubre, las fiestas en su honor del casco urbano de Monachil se celebran la primera semana del mes de octubre.

Los actos que se desarrollan incluyen una gran variedad de actividades culturales y deportivas, además de las puramente religiosas, como por ejemplo las populares cucañas, carreras de cintas, paella de arroz para toda la gente que acompañe el domingo por la mañana, la habitual verbena popular, etc.

Semana Santa

El Miércoles Santo salida procesional por las calles de nuestro municipio de la Venerable Hermandad de nuestro padre Jesús de la Intercesión y María Santísima de la Paz y el Viernes Santo representación de la Crucifixión de Jesús por los vecinos del municipio, representación del inusitado realismo y de gran calidad que concita el interés de vecinos de muy distinta edad. Posteriormente salida procesional del Santo Entierro.

Son típicos de estas fechas el Bacalao, Remojón, Potaje de Garbanzos con Espinacas, Leche frita, pestiños, Roscos fritos, Arroz con leche, natillas, Galletas de coco de la abuela.

Páginas web de la Cofradía Venerable Hermandad de Nuestro Padre Jesús de la Intersección y María Santísima de la Paz (Parroquia San José) Barrio de Monachil.

http://www.intercesionypaz.galeon.com/

http://intercesionypaz.iespana.es

Virgen de las Nieves en Sierra Nevada (2 de Agosto)

La festividad de la Virgen de las Nieves se celebra el 2 de agosto, en torno a una imagen de la misma que se alza sobre un sencillo arco de lajas de pizarra (obra del escultor Francisco López Burgos), que está ubicada junto a la carretera que asciende desde los Peñones de San Francisco hasta el Veleta.

La devoción a la Virgen de las Nieves en nuestro municipio tiene su origen en el siglo XVI. La leyenda cuenta que había un "señorico" con gran fe hacia la Virgen y que la noche del día 4 de Agosto mientras iba de camino hacia las Alpujarras junto a su fiel sirviente, comenzó una gran ventisca. Asustados y a su vez asombrados ya que era pleno verano, corrieron a refugiarse en los "Tajos de la Virgen " cuando ya creían que iban a morir por la gran nevada que en pocos minutos cayó y cubrió toda la sierra, se les apareció nuestra Señora con el niño en brazos, pidiéndoles que le construyeran una pequeña ermita.

El acto principal de esta festividad consiste en una romería nocturna que va desde Pradollano hasta los Tajos de la Virgen , al pie del Veleta, pasando por Borreguiles. Se puede decir que es la Romería más alta del mundo y va acompañada de una pequeña imagen llevada a hombros por los romeros, quienes son bautizados en la zona denominada Lagunillos.

La romería parte desde la plaza de Andalucía a las 4,00 horas de la madrugada del día 5 de Agosto y llega a Borreguiles sobre las 6,00 horas, donde se hace una parada para reponer fuerzas, ya que todo el trayecto es ascendente y bastante empinado. En este lugar se ofrece a todos los romeros y acompañantes infusiones de Té autóctono de nuestra Sierra, café, y una bolsa de higos secos y frutos secos (aunque es el mes de Agosto, en esta zona y a estas horas hace bastante frío).

Una vez tomado este reconstituyente, se prosigue el recorrido hasta los Tajos de la Virgen , lugar al que se llega sobre las 8,00 de la mañana y en donde se recibe al peregrino con Té caliente a la espera a que asomen los primeros rayos de sol que iluminen el altar, momento en el cual se realiza la Eucaristía. Son numerosas las personas, que salvando incluso problemas físicos, están dispuestas a soportar el madrugón, las bajas temperaturas y la dificultad de la caminata para acudir a esta Romería en honor de la Señora que encumbra Sierra Nevada.

Paralelamente a esta manifestación religiosa se realizan otra serie de actos festivos en el núcleo urbano de la Estación de Esquí de Sierra Nevada que trata de ser lo más amplia y completa posible, de forma que abarquen todos los ámbitos (culturales, lúdicos, gastronómicos, etc.).

1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

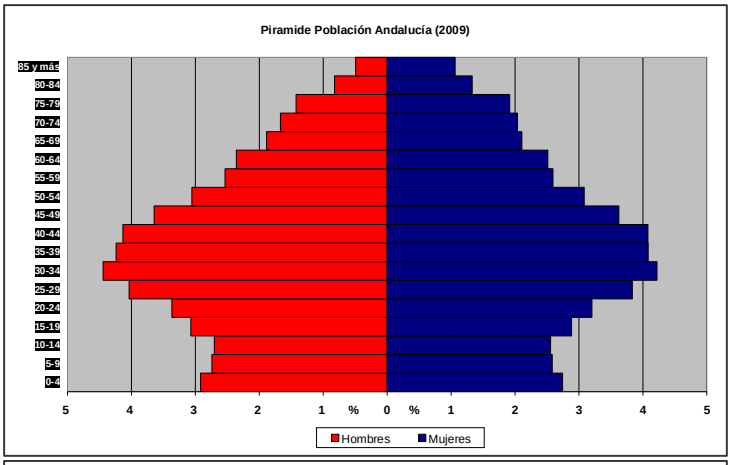
1.4.1 Población

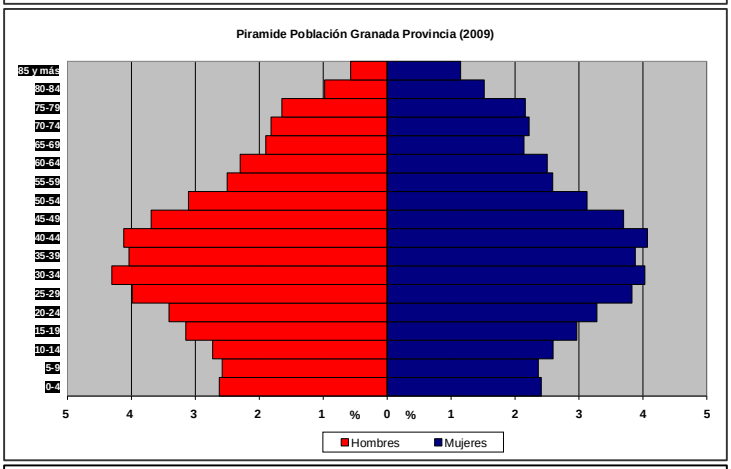
El municipio de Monachil cuenta en la actualidad con 7.538 habitantes (según INE-IECA 2015).

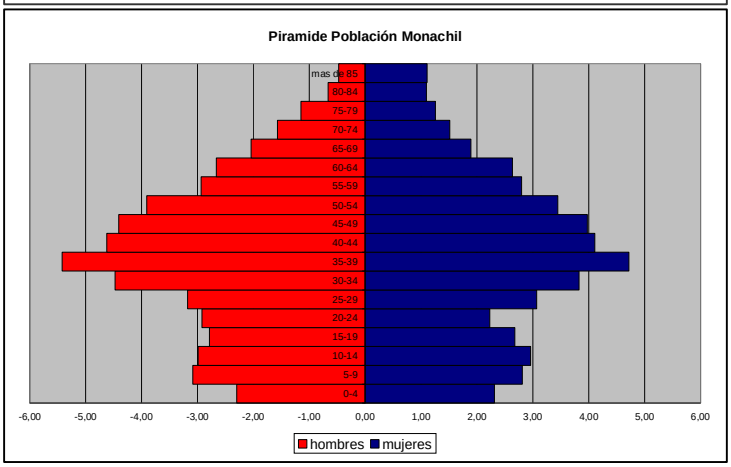
La densidad de población se sitúa en 84,79 hab/Km^2, entre la media provincial y de Andalucía (73 hab/Km^2 y 96 hab/Km^2 respectivamente).

1.4.1.1 Pirámide de Población

A continuación, la pirámide de población muestra la estructura por edad y sexo de la población de Monachil 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 Gabias	33,4
Armilla	36,7
La Zubia	37,8
Monachil	**39,7**

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

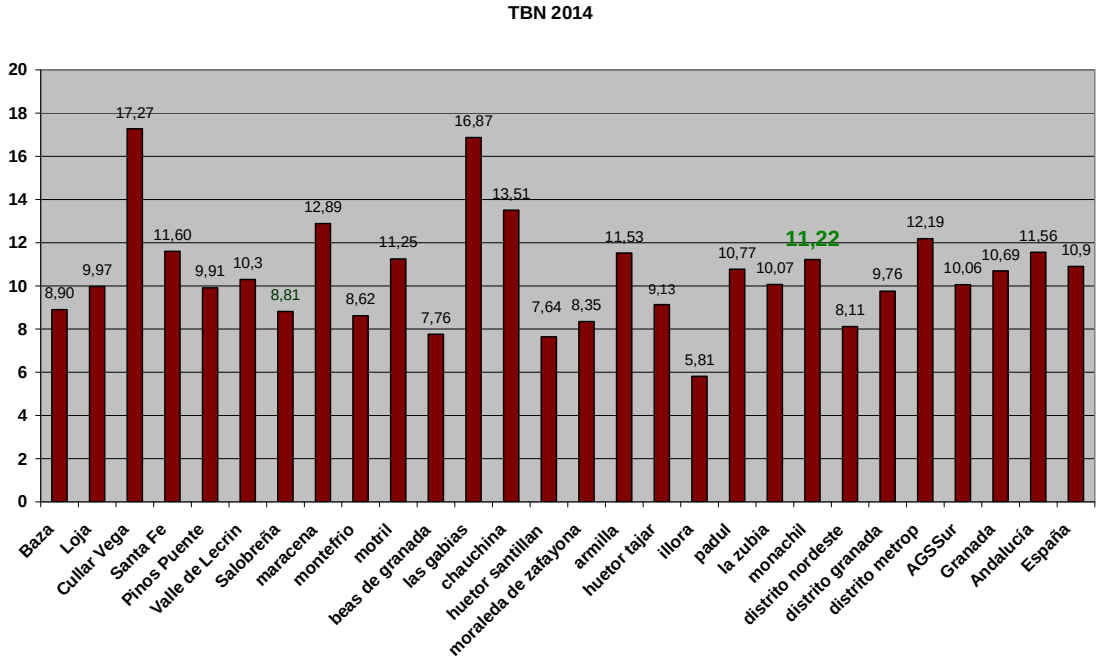
1.4.2 Población extranjera

El volumen de población extranjera es de 414 personas. Del total de población extranjera, **un 14 % corresponden a personas procedentes de Italia.** En este caso, la tasa de personas extranjeras de Monachil, **se sitúa en 5,49%, veamos la comparativa con algunos municipios RELAS:**

Municipios RELAS	Tasa personas extranjeras
Baza	9,53
Loja	5,99
Cullar Vega	5,89
Santa Fe	4,65
Pinos Puente	2,14
Salobreña	11,50
Orgiva	22,81
Maracena	5,46
Motril	11,19
Las Gabias	5,64
Armilla	9,07
La Zubia	3,58
Monachil	**5,49**

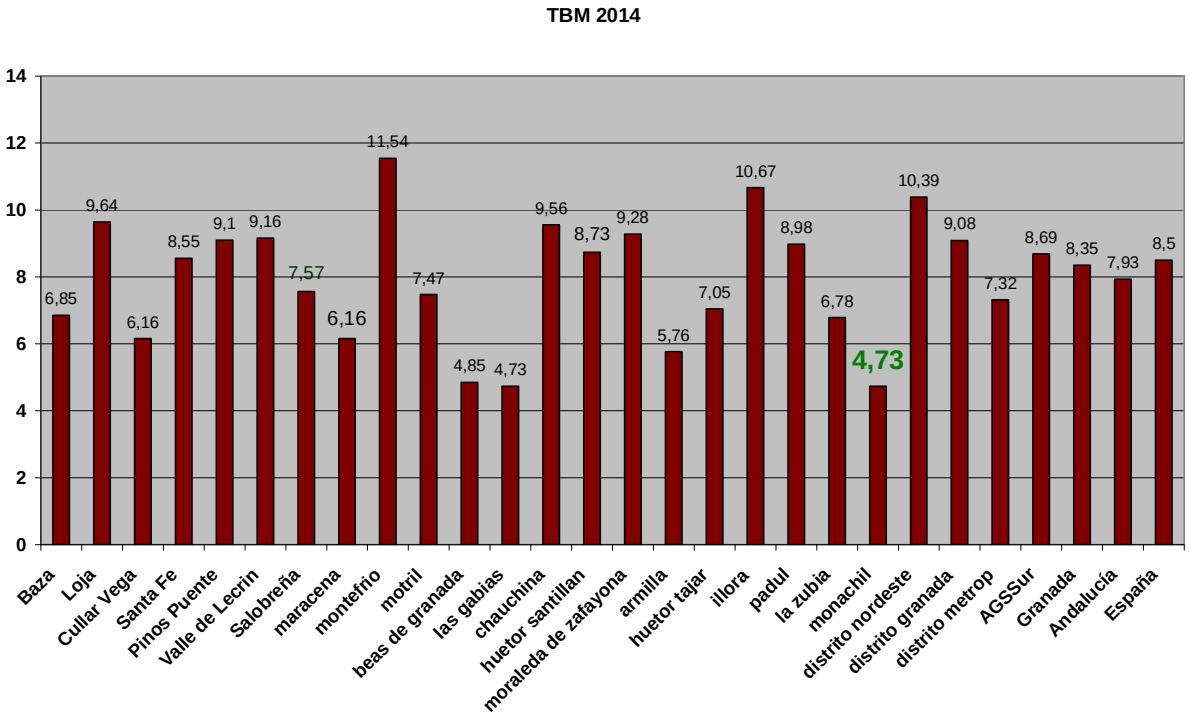
1.4.3 Movimientos Naturales de Población (MNP)

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

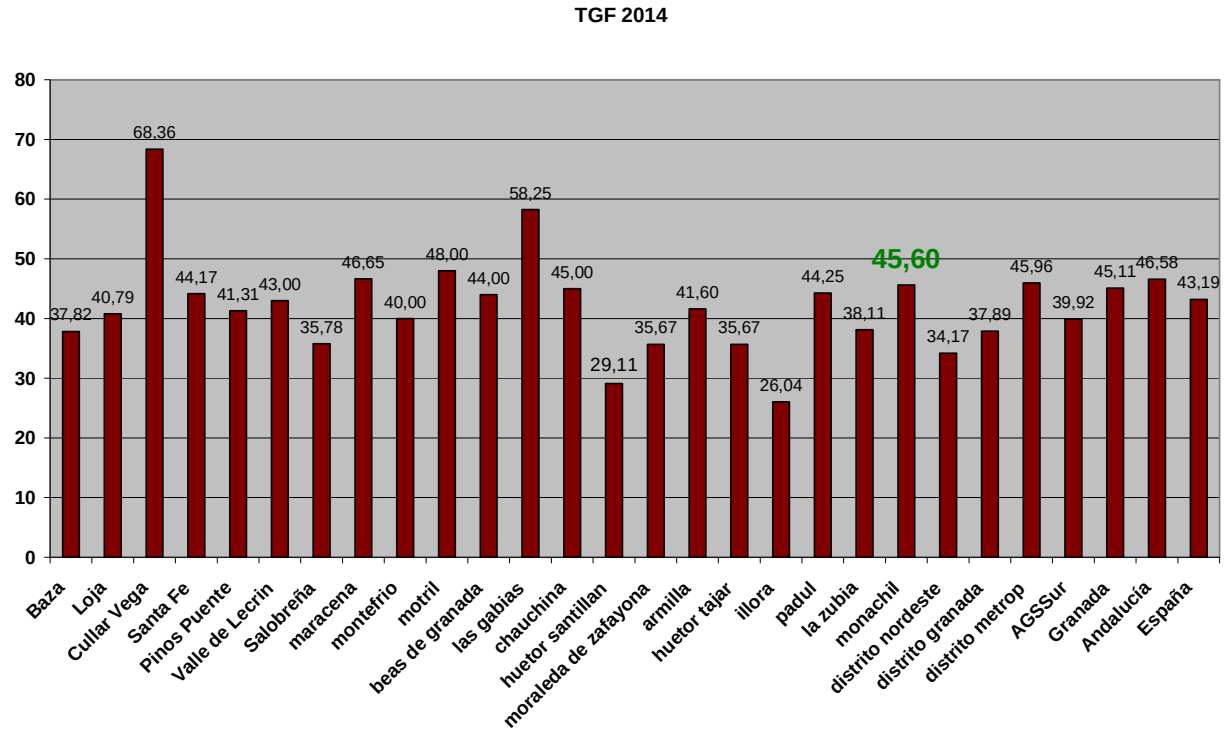
2. Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): En la siguiente gráfica queda reflejada la TBM comparada con el resto de unidades de desagregación:



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).



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

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

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

Tabla 5

2015	Índice Dependencia (ID)
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 Sobreenvejecimiento *100
MONACHIL	**17,40**	**12,76**	**1,58**
Hombres	**17,11**	**11,43**	**0,92**
Mujeres	**17,70**	**14,18**	**2,29**
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 Monachil en comparación con Granada Provincia y Andalucía, además del resto de municipios del proyecto RELAS:

Tabla 7

2015	IGA
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	
% Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío sobre total superficie	70,59
% Tierras ocupadas por cultivos herbáceos secano sobre total superficie	56,67
% Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío sobre total superficie	62,07
% Tierras ocupadas por cultivos leñosos secano sobre total superficie	78,85
Índice de privación material	0,3
Índice sintético de bienestar	109,24
Nº de hombres parados	433
Nº de mujeres paradas	490
Nº establecimientos con actividad económica de 20 y más trabajadores/as sobre el total de establecimientos	22
Nº establecimientos con actividad económica de 6-19 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	68
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	528
Nº total de parados	923
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	20
Renta bruta per cápita	13221,77
Tasa de vehículos por habitantes	0,95
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío	51
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos secano	30
Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío	116
Tierras ocupadas por cultivos leñosos secano	104
Total de Restaurantes	42
Total Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	3018

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

Entidad	RBDpc (€)
MONACHIL	**13.221,77**
LA ZUBIA	12.348,57
Armilla	10.539,05
Las Gabias	11.504,25
Motril	10.331,42
Maracena	10.711
Huéscar	7.379,12
Guadix	8.739,81
Orgiva	7.246,84
Salobreña	8.600,22
Albuñuelas	5.090,27
Dúrcal	8.670,55
Lecrín	6.951,46
Nigüelas	6.841,24
Padul	8.745,62
El Pinar	5.737,07
El Valle	6.258,33
Villamena	6.167,00
Pinos Puente	5823,65
Santa Fe	9.604,25
Cúllar Vega	12.594,02
Loja	7.873,56
Baza	8.255,54
Granada	16.954,21
Andalucía	10.798,00
España	14.192,00

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

- Indicador Sintético de Bienestar Municipal (ISBM)

Entidad	ISBM
MONACHIL	109,24
LA ZUBIA	111,15
Armilla	106,56
Las Gabias	111,27
Motril	107,26
Maracena	106,57
Huéscar	96,07
Guadix	104,97

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

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

2ª PARTE

DIAGNÓSTICO DE SALUD

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD. MUNICIPIO MONACHIL

2.1 Protección de la Salud

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

2.1.1 Salud Ambiental

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

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

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

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

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

En el municipio hay definidas 3 zonas de abastecimiento en función de la procedencia del agua:

Zona de abastecimiento (ZA)	Gestor	Núcleos de población
Monachil	Ayuntamiento de Monachil	Monachil
Monachil-Borreguiles	Cetursa	S. Nevada
Sierra Nevada	Ayuntamiento de Monachil	S. Nevada

ZA MONACHIL

Todas las Captaciones (10) 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, ó contaminaciones “ganaderas”.

Además existen 12 depósitos y 7 redes que abastecen a distintas zonas del núcleo de población de Monachil.

ZA. MONACHIL-BORREGUILES

Las 4 captaciones son 2 manantiales y 2 Lagunas donde el riesgo a controlar es mínimo debido a que están en una cota superior a los 2800 metros, no hay cultivos, ni ganaderías. Además existen 6 depósitos y 2 redes de distribución.

ZA SIERRA NEVADA

Captaciones (8) 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, ó contaminaciones “ganaderas”, y 2 Captaciones de agua superficial en las que los riesgos a controlar son los normales de un punto de muestreo o menos debido a que están son captaciones muy cerca del nacimiento del río y a una cota superior a los entre 2400 a 2800 metros, sin cultivos, ni ganaderías. Además existen 9 depósitos y 4 redes.

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.

MONACHIL

Instalaciones de mayor riesgo:

- Actualmente hay notificada 1 Torre de Refrigeración
- Otras instalaciones de mayor riesgo son Sistemas de agua caliente sanitaria con circuito de retorno y sistemas de climatización (5 establecimientos hoteleros)

SIERRA NEVADA

Instalaciones de mayor riesgo:

- Actualmente no hay notificadas ninguna Torre de Refrigeración ni condensador evaporativo.

- Otras instalaciones de mayor riesgo son Sistemas de agua caliente sanitaria con circuito de retorno y sistemas de climatización (21 establecimientos hoteleros y deportivos)

- Instalaciones de menor riesgo (presentes en varios alojamientos turísticos (7):

Sistemas de agua caliente sanitaria sin circuito de retorno
Sistemas de agua fría de consumo humano
Sistemas de riego por aspersión
Fuentes ornamentales
Sistema contra incendios

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 Salud, 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 censadas las siguientes piscinas de uso colectivo, en distintos tipos de establecimientos:

MONACHIL.
Tipo 2: 4 establecimientos
-Alojamientos turísticos
Tipo 3A: 7 establecimientos
-Urbanizaciones
-Alojamiento rural

S. NEVADA
Tipo 1 Y 2: 7 establecimientos
-Alojamientos turísticos
- Club e instalaciones deportivas
Tipo 3A: 1 establecimiento
-Comunidad de propietarios

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 y 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** (ningún establecimiento censado). Control sobre instalaciones, productos de tratamiento, y capacitación del personal técnico.

- **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

El municipio de Monachil cuenta con un censo de establecimientos alimentarios de 203, establecimientos de los cuales el 10% son industrias, siendo en su mayoría establecimientos minoristas, en concreto el 75% son establecimientos de restauración y el 15% son establecimientos de venta menor de alimentos.

En total tenemos censadas 21 industrias alimentarias, de las cuales de acuerdo a la clasificación realizada por nuestros servicios tres se consideran de mayor nivel de riesgo (clasificada A), estando clasificadas la mayoría en los niveles de menor riesgo.

Según su actividad, la mayor parte de las industrias se incluyen dentro de la categoría “industrias de harinas y derivados” y “almacenes mayoristas polivalentes”. Otras categorías de industrias existentes son los de y “carnes y derivados”, “grasas comestibles”, “bebidas alcohólicas”, “alimentos estimulantes”, “leche y derivados” y “comidas preparadas”, además de encontrarse ubicado en este municipio uno de los mataderos de nuestro distrito.

Dentro del sector minorista, tenemos censados un total de 183 establecimientos minoristas, entre los que se encuentran 152 establecimientos de restauración y 31 establecimientos de venta menor de alimentos.

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

En cuanto a los establecimientos de venta menor de alimentos abarcan distintos sectores, siendo los mas frecuentes los establecimientos de venta menor polivalente seguidos de sectores como el de vegetales y derivados. Pesca y carne y productos cárnicos. De todos ellos ninguno se incluye en la categoría A de mayor riesgo, encuadrándose la mayoría en el grupo C.

El hecho de que una establecimiento minorista (tanto de sector restauración como venta menor) se considere de mayor riesgo es debido fundamentalmente al tipo de alimentos que se manipulan y al proceso de elaboración que se lleva a cabo, pero también a la dificultad que muchas veces existe por parte de los operadores económicos responsables de estos establecimientos de llevar los controles exigidos.

Hay que destacar que la estación de esquí de Granada, ubicada en Sierra Nevada, pertenece al municipio de Monachil y forma un núcleo de población en el que existe una población estable a lo largo del año de unos quinientos habitantes, pero que en la temporada de esquí se eleva hasta unos veinte mil (datos estimados de acuerdo con el Ayuntamiento de Monachil y con los registros de los remontes de CETURSA). A esto hay que sumar una alta densidad de establecimientos turísticos y de restauración de carácter temporal, lo que supone una dedicación intensa de vigilancia y control alimentario durante la temporada de invierno que es posible realizar con los recursos personales existentes en la plantilla de este Distrito en la actualidad.

De hecho aproximadamente el 70% de los establecimientos de restauración existentes en este municipio se localizan en la estación de esquí. **En resumen, los establecimientos clasificados según nivel de riesgo son:**

Categoría	**Industrias**	**Establecimientos restauración**	**Establecimientos minoristas**
A	3	1	0
B	1	113	0
C	14	18	36
D	0	1	6
E o no clasif.	3	2	1

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 35 personas, 19 hombres y 16 mujeres, en el municipio de Monachil, que se corresponde con una tasa bruta de mortalidad de 4,73 ‰ (Andalucía 7,83 ‰).

La Mortalidad por todas las causas o Mortalidad General (2012) en la localidad de Monachil es similar a la de España, en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

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 Isquémica del Corazón, en hombres y mujeres entre 75 y 84 años de edad.
- Cirrosis, en hombres de 75 a 84 años.
- Suicidio, en hombres de 65 a 74 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 mujeres de 65 a 74 años.
- Cáncer de Mama, en mujeres mayores de 85 años
- Cáncer de Ovario, en mujeres mayores de 65 años.
- Cáncer de Recto-Colon en hombres mayores de 45 años y mujeres de 65 a 74 y mayores de 85 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 Monachil, 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
MONACHIL	Hombres	Accidentes Tráfico	626,5
		Cáncer pulmón	164
		Cirrosis	157,7
		Enfermedad CRV	101,9
	Mujeres	Cáncer mama	309,4
		Cáncer estomago	144,9
		Suicidios	144,9

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 Monachil durante el periodo 2010-2014, se han notificado un número bajo de enfermedades de declaración obligatoria. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, solamente se ha declarado un caso de gonococia y otro de sífilis.

En este mismo periodo, se diagnosticaron 2 casos de tuberculosis, que representa una tasa media de incidencia anual de 5,4 casos por 10^5 habitantes, cifra inferior respecto a la media andaluza (9,8 por 10^5 habitantes) y del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano (9,8 por 10^5 habitantes), para el año 2014. Se han producido 4 brotes de enfermedades infecciosas en el último quinquenio.

En cuanto a las enfermedades vacunables, en los últimos 5 años se han detectado 14 casos, cinco de sarampión, tres de parotiditis y seis de tos ferina; del resto de enfermedades incluidas en el Calendario Vacunal de Andalucía como tétanos, difteria, poliomielitis, hepatitis B, meningitis C y rubéola no se han declarado casos. Estos casos han coincidido con extensos brotes de tos ferina, sarampión y parotiditis en Andalucía y España, aunque al ser la tasa de vacunación superior al 95% en recién nacidos (años 2010 y 2012) puede explicar el bajo número de afectados.

La Tasa Estandarizada de Incidencia anual por todos cánceres, en el municipio de Monachil durante el quinquenio 2008-2012, fue de 386,4 por 10^5 habitantes, cifra inferior a la de la provincia de Granada, para el mismo periodo (452,8 por 10^5 habitantes).

Durante este periodo, los cánceres más frecuentes entre los hombres fueron el Cáncer de Piel no Melanoma (20), Cáncer de Pulmón (8), Cáncer de Colon-Recto (8), de Próstata (6), Linfoma No Hodking (6) y Cáncer de vejiga (5).

Con respecto a los tumores más frecuentes en las mujeres, destaca el Cáncer de Piel no Melanoma (19), Cáncer de Mama (14), Cáncer de Colon-Recto (7), Cáncer de Cuerpo Uterino (6), Cáncer de Hígado (3) y Cáncer de Tiroides (3).

Representan tasas de incidencia similares o inferiores a las de la provincia de Granada salvo en el Cáncer de Hígado y Piel, en mujeres y el Linfoma No Hodking en hombres, que son superiores.

INCIDENCIA DE CANCER EN MONACHIL
QUINQUENIO 2008 - 2012

PRINCIPALES TIPOS DE 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)	39	20	19	100,5	100,0
Colon-Recto	15	8	7	39,6	45,0
Mama	15	-	14	84,6 (mujeres)	81,7 (mujeres)
Pulmón, traquea, bronquios	8	8	0	18,8	32,9
Próstata	6	6	-	35,2 (hombres)	88,5 (hombres)
Vejiga	6	5	1	14,8	26,3
Cuerpo uterino	6	-	6	29,7 (mujeres)	20,4 (mujeres)
Linfoma No Hodking	6	6	0	15,6	11,2
Total Cánceres	147	76	71	386,4	452,8

Fuente: Registro de Cáncer de Granada

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

Prevalencia de enfermedades / Factores de riesgo	MONACHIL	DISTRITO
Diabetes	7,49%	6,98%
Insuficiencia cardíaca	6,74%	0,6%
EPOC	5,95%	3,27%
Asma infantil	18,3%	11,8%
Hipertensión arterial	15,7%	14,1%

Datos correspondientes al año 2013

2.3 Promoción de la Salud (estilos de vida)

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

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

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

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

2.3.1 Estilos de vida:

2.3.1.1 Alimentación Saludable

- Consumo de lácteos, frutas y verduras en población adulta

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

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

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

- Lactancia materna (% menores)

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

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

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

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

- Las pautas de consumo en la población infantil de la provincia de Granada son ligeramente superiores a las de Andalucía, 73,7% - 70,4%.

- Por sexos, el porcentaje de niños y niñas granadinas que consumen frutas y verduras, es superior con respecto a los niños y niñas andaluzas.

- Efectuando la comparativa con los datos disponibles de España, el % se sitúa en 62,3%, siendo el comportamiento similar tanto en niños/as, manteniendo la tendencia de ser muy inferiores a los datos de Andalucía y la provincia de Granada.

- Consumo embutidos población infantil (%)

- Los datos disponibles se refieren a Andalucía en comparación con España, en este caso, el consumo de embutidos es inferior en Andalucía (25,8%), frente a los datos de España (29,1%).

- Desagregado por sexo, el % es ambos casos es muy similar, ligeramente mayor para el caso de los niños.

- Consumo refrescos población infantil (%)

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

- Por sexo, es ligeramente superior en el caso de los niños.

- Consumo dulces población infantil (%)

- En el caso del consumo de dulces, el porcentaje en Andalucía se sitúa en el 33,7% frente al 45% de España.

- Por sexo, la tendencia en ambos casos es superior en los niños/as.

2.3.1.2 Sobrepeso

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

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

2.3.1.3 Obesidad infantil (2-15 años)

- Evolución prevalencia sobrepeso infantil (EAS 2007)

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

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

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

- Evolución prevalencia obesidad infantil, a destacar lo siguiente:

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

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

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

2.3.1.4 Tabaquismo: Consumo y edad de inicio

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

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

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

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

2.3.1.5 Consumo de alcohol. Edad de inicio

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

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

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

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

2.3.1.6 Seguridad vial

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

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

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

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

2.3.1.7 Accidentes de tráfico

- Modelo de accidentabilidad en Andalucía

Modelización

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

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

MODELOS DE ACCIDENTABILIDAD EN ANDALUCÍA	
MODELO 1	MODELO 2
Se caracteriza porque en el grupo de edad entre 15 y 24 años la tasa de víctimas en zona urbana es superior a la tasa de víctimas en carretera.	Se caracteriza por presentar una tasa de número de víctimas para todos los grupos de edad mayor en desplazamientos en carretera que en zona urbana.
La tasa máxima es de 386,59 para el grupo de15-24 años en zona urbana	La tasa máxima es de 294,50 para el grupo de 15-24 años en carretera
Dentro de este modelo se incluyen las provincias con grandes áreas metropolitanas andaluzas: Sevilla, Cádiz, Málaga.	Dentro de este modelo se incluyen las provincias con áreas metropolitanas más pequeñas: Almería, Córdoba, Granada, Jaén, Huelva.
Mayor frecuencia de accidentes y de víctimas	Menor frecuencia de accidentes y de víctimas
Menor razón: víctimas/accidente; muertes/accidente; muertes/víctimas	Mayor razón: víctimas/accidente; muertes/accidente; muertes/víctimas

Tabla extraída de Monografía sobre la Accidentabilidad 2010

Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud laboral. Consejería de Salud

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

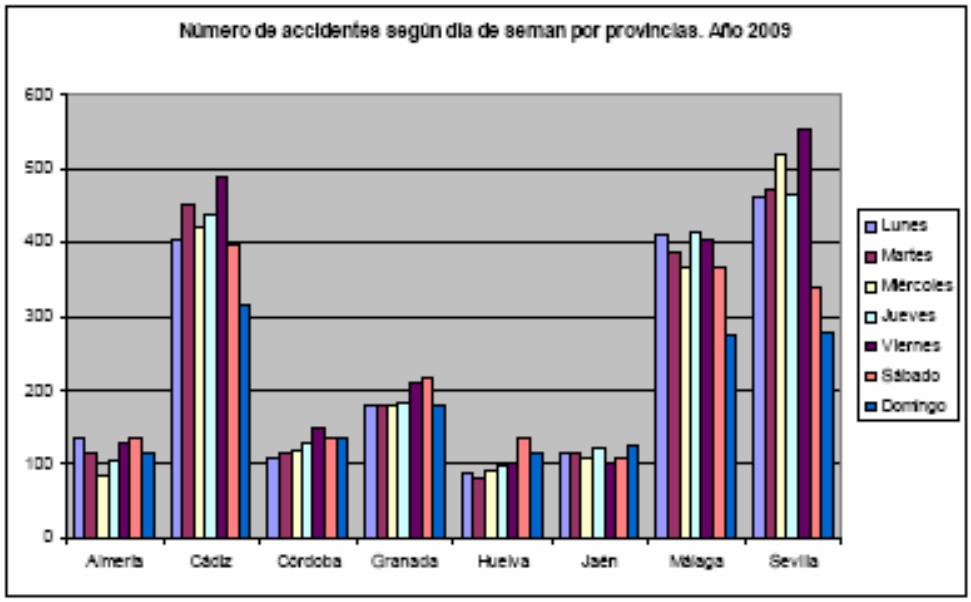
• Vehículo de dos ruedas: Bicicletas, ciclomotores y motocicletas.

• Resto de vehículos (vehículos de cuatro ruedas): Turismos, ambulancias, furgonetas, camiones < 3500 Kg., tractor agrícola y otros.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1.8 Patologías crónicas: Diabetes, Hipertensión,…

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

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

2.3.1.11 Sedentarismo y actividad física

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

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

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

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

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

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

2.3.1.12 Salud Laboral (condiciones de trabajo)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1.13 Percepción estado de salud en población adulta

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

2.3.1.14 - Percepción de mala salud en población infantil.

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

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

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

3. RECURSOS DE SALUD

3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros

El municipio de Monachil se ubica en la Unidad de Gestión Clínica/ (UGC)/Centro de Salud de La Zubia, que forma parte del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, y engloba además del municipio de Monachil, a los municipios de La Zubia, Cájar, Gójar y Ogíjares. Cuenta con dos consultorios, localizados en el Barrio de Monachil 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 2015-2016, cuenta con los siguientes:

I.E.S. Los Cahorros

2. Programa "A No Fumar Me Apunto (ANFMA)", en este curso 2015-2016:

I.E.S. Los Cahorros

3. Otros...
---

4. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

1. **La juventud y las personas mayores** como un recurso básico en su implicación y participación en las intervenciones relacionadas con los hábitos saludables.

2. **Los recursos institucionales y de otros organismos**, con la planificación y puesta en marcha de proyectos y/o programas relacionados con la promoción, prevención y protección de la salud.

3. **La intersectorialidad en las intervenciones,** es clave primordial para el abordaje de la acción local en salud.

4. **El "mainstreaming" o las intervenciones con perspectiva de género,** dada una mayor prevalencia de ciertas patologías y hábitos no adecuados en la población femenina, por sus mayores cargas laborales, familiares (dificultades para la conciliación vida familiar/laboral), barreras culturales, rol de cuidadoras,...

5. **El territorio local como activo en salud,** dado por su orografía, su climatología, su riqueza histórico-cultural-artístico, su gastronomía,...

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

5. FUENTES DE INFORMACIÓN

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

5.2 Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA)

- Web: **www.demap.es/aima**

5.3 Página web Ayuntamiento de Monachil

http://www.monachil.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

...