



**PLAN PROVINCIAL DE SALUD
DE GRANADA**

2013-2020



Presentación

1. Metodología y proceso de elaboración del Plan de Provincial de Salud

- 1.1. Proceso de implantación del IV PAS: Ruta de la provincialización y la localización
- 1.2. Informe de salud provincial por determinantes
- 1.3. Proceso de priorización de determinantes y problemas de salud a abordar
- 1.4. Grupos de Trabajo: Constitución; funcionamiento; metas, objetivos y acciones provinciales

2. Informe de Salud Provincial por determinantes

- 2.1. Perfil Socio-demográfico
- 2.2. Determinantes sociales de la salud
- 2.3. Factores de riesgo, hábitos y estilos de vida
- 2.4. Situación de salud

3. Metas, objetivos y acciones para mejorar la salud en Granada

4. Seguimiento y evaluación del Plan Provincial de Salud

- 4.1. Modelo general de seguimiento y evaluación interna
- 4.2. Informe anual de seguimiento
- 4.3. Evaluación interna
- 4.4. Contenidos de de los informes de seguimiento y evaluación
- 4.5. Planificación y seguimiento de las acciones provinciales: Fichas de Acciones



Presentación

Hoy sabemos que la mejora de la salud de la población es atribuible en gran parte a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario, lo que llamamos determinantes sociales de la salud. Este modelo de determinantes sociales de la salud describe bien la complejidad de los factores que influyen en la salud de las personas, al que aparte de sus características personales genéticas y biológicas se añaden factores políticos, condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales. Por tanto, los niveles de intervención en salud son muy diversos: desde las grandes líneas políticas que influyen el empleo, bienestar, vivienda, educación, etc.) hasta los niveles de intervención más locales, el nivel comunitario. Por ello, el **IV Plan Andaluz de Salud** apostó por adquirir un compromiso por la mejora de la calidad de vida de las personas, focalizando la atención sobre estos determinantes en el marco conocido como **SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS (STP)** y con la clara voluntad de abordar las diferentes circunstancias que generan desigualdades sociales y que condicionan la salud de las personas de manera interdisciplinar, intersectorial y con la participación de la ciudadanía.

El proceso de implantación del citado Plan contempla su desarrollo a nivel provincial para que sea la realidad de la provincia de Granada la que focalice las intervenciones a realizar. Como punto de partida realizamos el Informe de Salud Provincial al que siguió con un proceso participativo para la definición de prioridades y en función de ellas se llevó a cabo la constitución de diferentes grupos de trabajo que han llevado a la concreción de metas, objetivos y acciones que constituyen nuestro Plan Provincial de Salud para mejorar nuestra salud con el horizonte 2020.

Hasta llegar a la concreción de este documento ha sido necesario generar alianzas con otras organizaciones públicas y privadas y con muchas personas que han colaborado de forma generosa en las distintas fases de la metodología con la que se ha llevado a cabo y que ha hecho realidad un Plan Provincial con estrategia de Salud en todas las políticas. Quiero agradecerles su colaboración y su trabajo al resto de las Delegados y Delegadas Territoriales de la Junta, al Comité Técnico de STP donde están representadas las Jefaturas de Servicio designadas por las mismas, a representantes de la Administración Local de la Red Local de Acción en Salud y de las Asociaciones de Ayuda Mutua que participaron en la priorización, y a los miembros de los grupos de trabajo involucrados, cuyas aportaciones han sido fundamental para elaborar el **Plan Provincial de salud de Granada**.

Este Plan elaborado entre todos y para todos, acomete ahora la tarea de ponerse en marcha, el espíritu de cooperación de su redacción debe dar paso ahora al trabajo conjunto de su implementación y consolidación en estos próximos cuatro años. El esfuerzo habrá merecido la pena si en el momento de su evaluación constatamos la mejora en la salud las personas que viven en nuestra provincia.



Higinio Almagro Sánchez

Delegado Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

1. Metodología y proceso de elaboración del Plan de Provincial de Salud

1.1. Proceso de implantación del IV PAS: Ruta de la provincialización y la localización.

El IV Plan Andaluz de Salud representa una forma de hacer, con la implicación de todos los sectores, poniendo especial atención a las desigualdades en salud, con el objetivo de una mayor cohesión social. El propio documento define el proceso de implantación:

A) Ruta de la Salud en Todas las Políticas en el nivel autonómico: Trabajar de forma coordinada y con gobernanza horizontal. Cada dos años se recogerán en un documento los Compromisos de desarrollo del IV PAS.

Para la implantación y seguimiento a nivel autonómico se crea el documento 'Compromisos de desarrollo del IV PAS'. En él se reflejan las alternativas de solución a los diferentes problemas y las acciones concretas.

B) La Ruta Territorial y Comunitaria: Desarrollada en el ámbito provincial y municipal posibilitando la adaptación de políticas a los territorios.

La **Provincialización** del PAS es un refuerzo que supone un acercamiento a las realidades de la provincia, a los determinantes vinculados a esa población, así como a los recursos y condiciones en ese territorio; concretándose en los Planes de Salud Provinciales.

La **Localización** del IV PAS va más allá de los planes de salud provinciales, tiene la voluntad de llevar sus objetivos al entorno más próximo de la ciudadanía a las agendas políticas de las Entidades Locales; porque es allí donde ésta participa de una forma más directa en las decisiones relacionadas con los determinantes que condicionan su salud.

C) Ruta de los Servicios de Salud: El IV PAS incluye la reorientación de los servicios de salud y objetivos específicos a incorporar en los diferentes instrumentos de gestión de la organización. Esta ruta destaca que la salud es un activo en todas las políticas con la incorporación del Plan de Salud Provincial y de los diferentes Planes Locales de Salud. Para ello se realizarán compromisos, acuerdos, convenios, contratos... con todos los agentes implicados, se reorientarán las políticas de subvenciones y se trabajará en una red de redes.

El proceso de provincialización se ha desarrollado en fases diferenciadas:

1.2. Informe de salud provincial por determinantes

En marzo de 2014 se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales del Sistema Sanitario Público que durante dos meses, y tomando como marco de referencia los contenidos de la situación de salud del IV PAS, elaboró un **Análisis de Salud**. Este fue presentado en tres foros diferentes:

1º) Personal técnico de Delegaciones Territoriales y de Servicios Provinciales de la Junta de Andalucía y Diputación Provincial (**33 asistentes**), la mayor parte con nivel de Jefatura de Servicio.

2º) Representantes políticos y técnicos de los Ayuntamientos adheridos a la Red Local de Acción en Salud –RELAS- y profesionales sanitarios de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de referencia. (**28 participantes**).

3º) Encuentro de Asociaciones del ámbito de Salud y del ámbito Comunitario (**84 participantes**).

Tras los tres encuentros se completó el análisis con las aportaciones del resto de sectores y de la ciudadanía, dando lugar al documento **Informe de Salud Provincial**.

En el informe se detectaron un total de 20 problemas de salud y/o factores de riesgo relacionados con la salud (Anexo 1), vinculados fundamentalmente con los determinantes sociales de la salud, en los que se haría necesaria la intervención.

1.3. Proceso de priorización de determinantes y problemas de salud a abordar

Al tener como condición indispensable que el Plan Provincial debía contener la máxima eficiencia en sus intervenciones, se hacía necesario realizar una priorización de problemas/factores de riesgo, en función de diversas variables a contemplar y desde diferentes ámbitos y visiones.

Se aplicó, por tanto, el método Hanlon (empleando una versión más simplificada que se adaptaba mejor a la realidad), y permitió definir las prioridades basándose en cuatro criterios básicos, donde:

- ✓ **A: Magnitud:** Número de personas afectadas por el problema respecto a la población total.
- ✓ **B: Severidad:** Valoración en función de datos objetivos de medición de daños que se tenga disponible tales como mortalidad, morbilidad, incapacidad, costes asociados; o con datos subjetivos tales como el impacto en la calidad de vida a nivel individual, familiar y social; muertes prematuras, importancia en determinados sectores de la población,...
- ✓ **C: Eficacia:** Capacidad real para actuar sobre ese problema en función de los recursos y la tecnología existente.
- ✓ **D: Factibilidad:** Si existe disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros para actuar.

Esta metodología se ha desarrollado en tres reuniones diferentes y en fechas distintas:

1ª Reunión. Con personal técnico de Delegaciones Territoriales y de Servicios Provinciales de la Junta de Andalucía y Diputación Provincial (**33 asistentes**), la mayor parte con nivel de Jefatura de Servicio.

2ª Reunión. Con representantes políticos y técnicos de los Ayuntamientos adheridos a la Red Local de Acción en Salud –RELAS– y profesionales sanitarios de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de referencia. (**28 participantes**).

3ª) 31 de octubre de 2014: Encuentro de Asociaciones del ámbito de Salud y del ámbito Comunitario (**84 participantes**).

Se desarrolló la técnica solicitando a cada participante que valorara cada problema/factor de riesgo en función de los cuatro criterios definidos. Después de un proceso de tabulación de resultados, resultó el un listado priorizado en función de la magnitud, severidad, eficacia y factibilidad (Anexo 2).

1.4. Grupos de trabajo: Constitución, funcionamiento, metas, objetivos y acciones provinciales

Concluida la fase de priorización, se procedió a la agrupación de problemas de salud y/o factores de riesgo en **4 áreas de intervención** para así realizar una propuesta de creación de Grupos de Trabajo que trabajaran sobre propuestas concretas de abordaje de problemas conectados entre si.

En este momento se suprimieron del listado algunos problemas por considerar que eran indicadores que monitorizarían el propio plan provincial de salud:

- ✓ Esperanza de Vida en Buena Salud
- ✓ Frecuentación en consulta médica en los Centros Sanitarios de Atención Primaria
- ✓ Percepción de salud
- ✓ Envejecimiento poblacional de la provincia

Las 4 áreas así como los problemas que integran son los que siguen a continuación:

	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>	<i>Grupo 3</i>	<i>Grupo 4</i>
Áreas de Trabajo	Alimentación y Actividad Física	Desigualdades Sociales	Entorno	Salud Mental y Adicciones
Problemas asociados	Dieta inadecuada	Fracaso escolar elevado	Accidentes de Tráfico	Tabaquismo
	Sobrepeso y obesidad	Abandono escolar de casi el 30%	Insuficientes estructuras para uso de transportes alternativos no contaminantes (carriles bici)	Consumo de alcohol
	Sedentarismo en población infantil y en población general	Alta Tasa de Desempleo	Calidad del Aire (Superación de valores legales de Partículas en Suspensión y de Dióxido de Nitrógeno en Granada y su área metropolitana)	Tendencia creciente del consumo de cannabis
	Diabetes	Desigualdad de Género		Aumento de trastornos ansioso-depresivos y del consumo de medicamentos
	Enfermedades Cardiovasculares	Elevado número de infraviviendas		Suicidio

El desempleo, la infravivienda, la desigualdad de género y el fracaso escolar, fueron agrupados en el Área Desigualdades Sociales aunque se considera que existen Desigualdades

de ámbito general que han de ser también abordadas como elementos transversales en el resto de grupos tales como Clase Social, Género, Edad y Discapacidad.

Los grupos de trabajo se constituyeron por profesionales procedentes de instituciones provinciales y locales y por personas procedentes del movimiento asociativo. La primera reunión tuvo lugar el 27 de marzo de 2015 que dio lugar a numerosas propuestas de trabajo y acciones en cada una de las áreas de intervención y que supusieron el avance en la determinación de las metas, objetivos y acciones provinciales en las cuatro áreas de trabajo.

Se constituyó además **un quinto grupo de trabajo** con profesionales de Servicios Sanitarios con el objetivo de provincializar los Compromisos 5 y 6 del Plan Autonómico. La constitución de los cinco grupos se refleja en el Anexo 3.

2. Informe de salud provincial por determinantes

2.1. Perfil Socio-Demográfico

2.1.1. Evolución y Proyección de la Población en la Provincia de Granada

A fecha de 1 de Enero de 2013, la población de la provincia de Granada se sitúa en 919.319 habitantes, de ellos, un 49,35% Hombres y un 50,65% Mujeres.

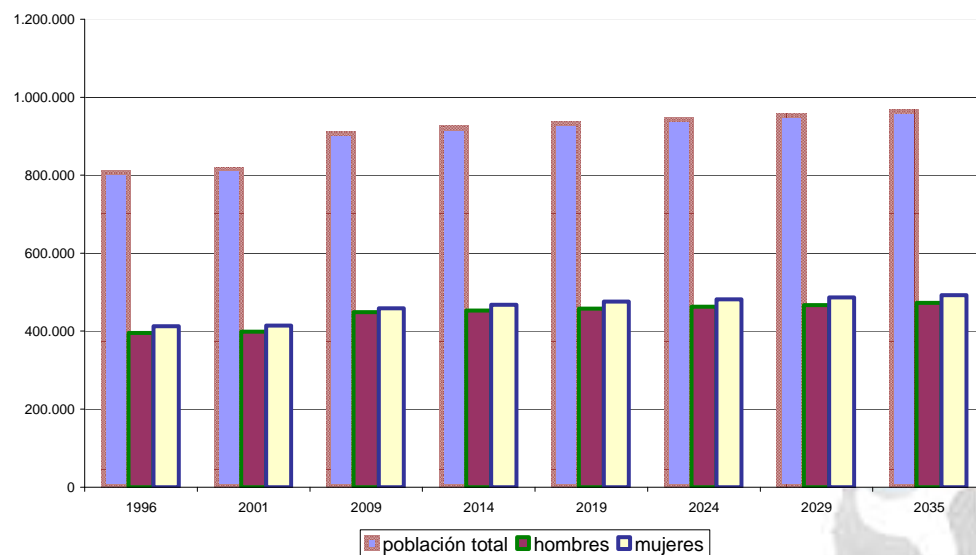
En el caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía, cuenta con 8.440.300 habitantes, 49,41% Hombres y 50,59% Mujeres. El total de la provincia de Granada representa un 10,89% del total de la población de Andalucía.

En los últimos años, las pautas de comportamiento de la población están repercutiendo en el perfil demográfico de la provincia de Granada y en el conjunto de Andalucía y el resto de España, aunque, según los últimos datos disponibles, Andalucía es la Comunidad Autónoma que más ha crecido en los últimos años.

En dos gráficos que siguen, se refleja y se combina la evolución de la población de la provincia de Granada y Andalucía junto a las proyecciones obtenidas a partir de 2014 hasta 2035, teniendo en cuenta, lo siguiente:

- los datos globales de población (y por sexos) de 1996, 2001, 2009 corresponden con datos reales del padrón.
- los datos reflejados en los gráficos a partir del período 2014, hasta 2035, corresponden a proyecciones de población, y se han obtenido teniendo en cuenta las últimas tendencias en los fenómenos sociodemográficos (*fuelle: Instituto de Estadística de Andalucía IECA*).

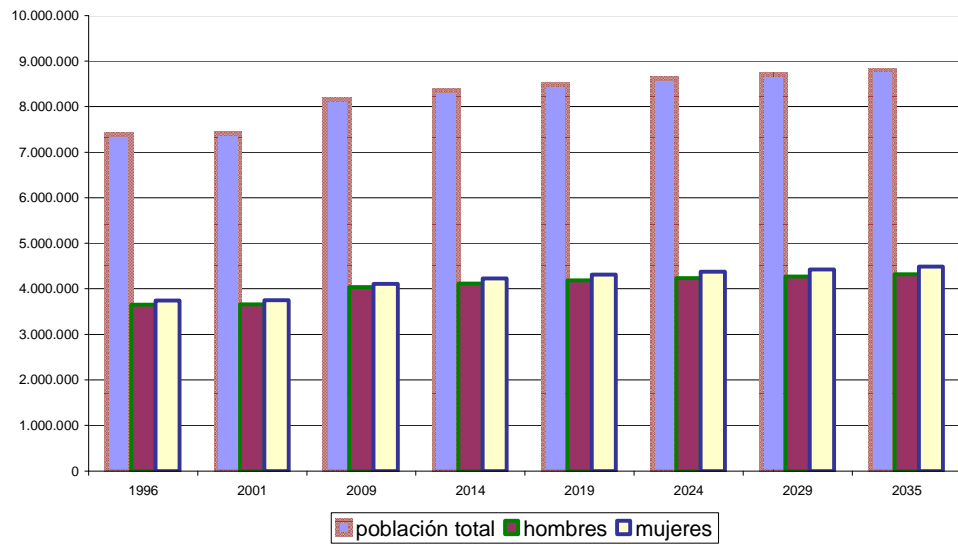
Evolución-proyección población. Granada 1996-2035.



Fuente Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)



Evolución-proyección población. Andalucía 1996-2035.



Fuente Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

Si tenemos en cuenta, los datos reflejados en estos gráficos, la población andaluza irá creciendo en torno a un 2-3%, desde el año 2014 hasta 2024, frente al escaso 1% de la provincia de Granada en ese mismo período.

Además, si analizamos el posible incremento de población desde el año 1996 hasta 2014, tanto Andalucía como Granada Provincia se sitúa en el 14%, y si tenemos en cuenta el período 1996-2035, en estos 40 años, la población andaluza y granadina crecería en torno a un 19%.



2.1.2. Distribución espacial de la población

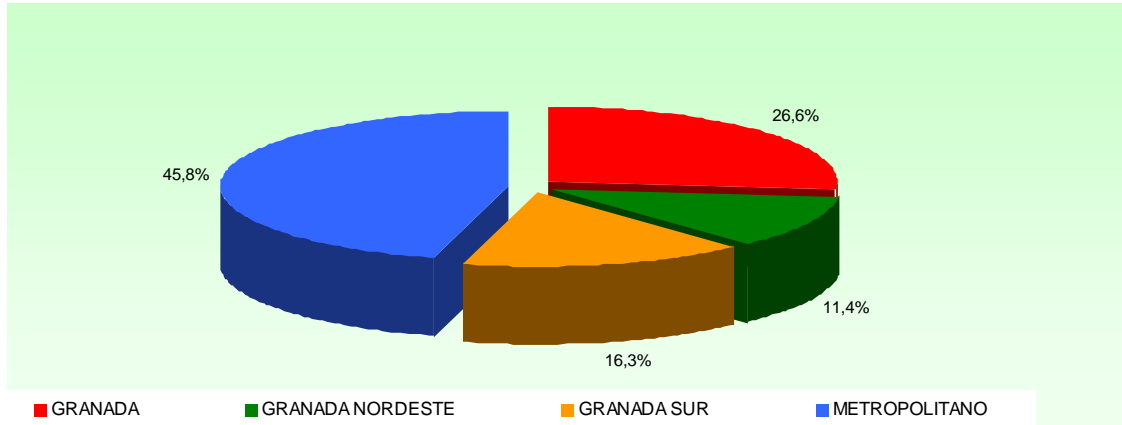
Las demarcaciones territoriales para la organización de los Servicios Sanitarios o Zonas Básicas de Salud (que se agrupan a su vez en Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria), garantizan la prestación de asistencia sanitaria a lo largo de la geografía de la provincia. Agrupan a su vez varios municipios y el análisis poblacional que se realiza en este epígrafe nos informa de cómo se distribuye la población por grandes grupos de edad.

**Mapa Sanitario de la Provincia de Granada
Áreas Sanitarias, Distritos y Zonas Básicas de Salud**



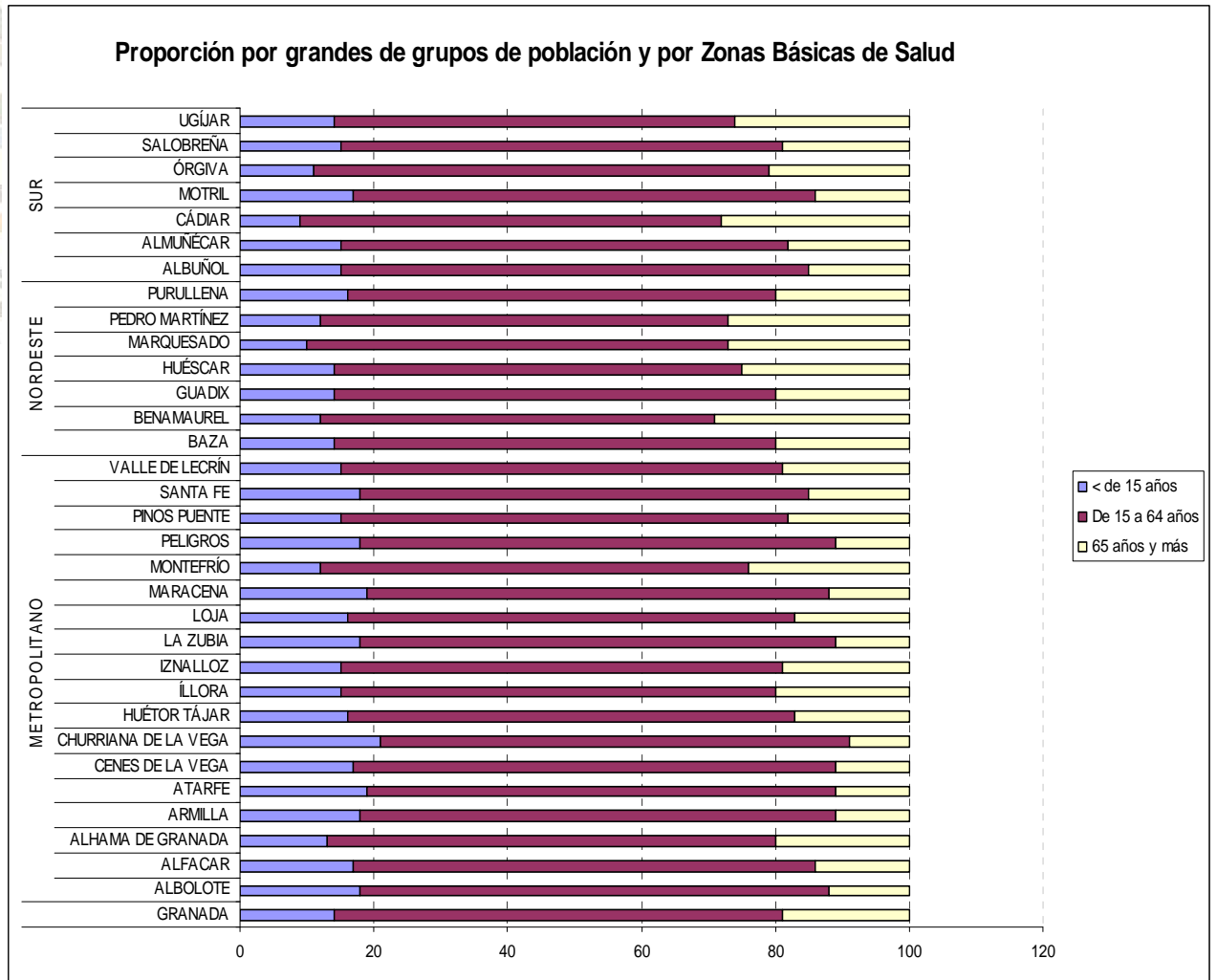
Fuente: Unidad de Información de la Delegación Territorial de Salud, Igualdad y Políticas Sociales

En el gráfico que aparece a continuación se refleja la distribución de la población por colores distinguiendo el Distrito (Granada y Metropolitano) y Áreas de Gestión Sanitaria (Sur y Nordeste) existentes. Se observa que el grueso de población está concentrada en Granada así como en el Área Metropolitana. Más del 70% de población vive entre Granada capital y los municipios del cinturón.



Fuente: INE. Padrón 2013. Unidad de Información de la Delegación Territorial de Salud, Igualdad y Políticas Sociales

En cada zona básica de salud la población se agrupa de modo desigual. En general, las zonas del área metropolitana tienen un menor porcentaje de población de 65 y más años y conforme nos vamos alejando de estos núcleos, este porcentaje va aumentando hasta casi el 30 % en Benamaurel, Marquesado, Pedro Martínez, Huéscar, Cádiar o Ugíjar. Un segundo grupo de núcleos poblacionales (20% o más de población mayor de 65 años) abarcarían a Granada capital, Alhama de Granada, Huétor Tájar, Íllora, Iznalloz, Montefrío, Pinos Puente, Valle de Lecrín, Baza, Guadix, Purullena, Albuñol, Almuñecar, Órgiva y Salobreña:



Fuente: INE. Padrón 2013. Unidad de información de la Delegación Territorial de Salud, Igualdad y Políticas Sociales. Elaboración propia

2.1.3. Esperanza de vida

La **esperanza de vida al nacer en la provincia de Granada (EVN)**, ha ido progresivamente aumentando, pasando de los 76,68 años en 1991 a los 81,23 en el año 2012, sobre todo en el caso de la mujer, que pasó de los 80,28 años en 1991, a los 84,03 años en 2012. En los hombres, los datos son ligeramente inferiores, 73,15 años (1991) a los 78,45 años (2012). Para el caso de Andalucía, los datos son similares.

La **esperanza de vida a los 65 años**, ha pasado en la provincia de 18,55 años en 2007 a casi 20 en 2011, datos similares a los de Andalucía.

Sin embargo, con respecto a la **esperanza de vida en buena salud (EVBS)**, Granada ha pasado de los 9,44 años en 2007 a los 7,79 años en 2011, mientras que en Andalucía se ha ganado casi un año (de 8,99 años en 2007 a 9,87 años).

**Esperanza de vida (EV) y Esperanza de vida en buena salud (EVBS) a los 65 años
Andalucía y Granada, 2007 y 2011**

	2007		2011	
	EV	EVBS	EV	EVBS
Granada	18,55	9,44	19,82	7,79
Andalucía	18,59	8,99	19,58	9,87

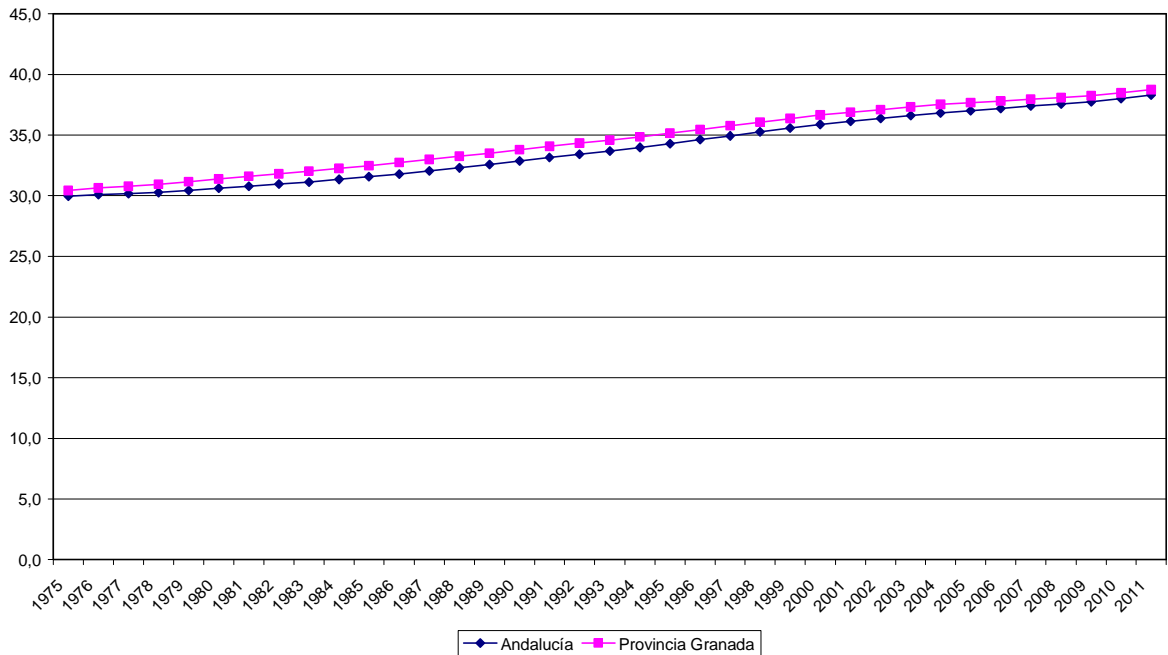
Fuente: IECA y EAS 2007 y 2011. Elaboración: Sección Epidemiología y Salud Laboral. SG Calidad, Innovación y Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Aunque no se dispone del dato a nivel provincial, es importante resaltar que en Andalucía en 2011 la EVBS a los 65 años es de 9,22 años en mujeres y de 10,54 años en hombres, creciendo en ambos un año con respecto a 2007.

2.1.4. Envejecimiento, Dependencia y Discapacidad

El aumento de la EV y el descenso de las tasas de fecundidad, han hecho que **la edad media de la población andaluza y de la provincia de Granada** se incremente progresivamente a lo largo de los años, corroborando el proceso de progresivo envejecimiento de la población andaluza y granadina. En el gráfico que sigue, queda reflejada la evolución que ha ido siguiendo este indicador desde 1975:

Evolución Edad Media Población. Andalucía y Granada. 1975-2011.



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

El índice de envejecimiento, relaciona el porcentaje que representa la población de más de 64 años sobre la población menor de 16 años. En Granada durante el período 2009-2013, este índice se ha ido incrementando, llegando a casi 99 personas mayores por cada 100 menores de 16 años mientras que en Andalucía hay 90 personas mayores por cada 100 menores.

Estos datos se acentúan en el caso de las mujeres, ya que por cada 100 mujeres menores de 16 años hay 116 mujeres mayores de 65 años. Los datos globales de Andalucía se sitúan muy por debajo de los de la provincia de Granada, como quedan reflejados en esta tabla, tanto en hombres como en mujeres:

Índice de Envejecimiento en Granada y Andalucía. 2009 y 2013

	2013	2009
Granada Provincia	98,91	96,96
Hombres	82,82	81,04
Mujeres	115,96	115,91
Andalucía	89,96	84,83
Hombres	75,3	70,33
Mujeres	105,47	100,22

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

La proporción de población mayor de 80 años (**sobreenvejecimiento**) es superior en Granada con respecto a Andalucía. La diferencia entre hombres y mujeres es muy destacable:

Proporción de población mayor de 80 años en Granada y Andalucía. 2013

Granada Provincia	4,92
Hombres	3,73
Mujeres	6,09
Andalucía	4,34
Hombres	3,19
Mujeres	5,46

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

El índice de dependencia, o cociente entre la población residente menor de 16 años más la población mayor de 64 años dividido entre la población de 16 a 64 años (edad legal para trabajar), en el período 2009-2013, se ha incrementado en la provincia y es ligeramente superior al índice autonómico:

Índice de Dependencia en Granada y Andalucía. 2009 y 2013

Granada Provincia	50,02	47,47
Andalucía	49,35	47,36

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía. IECA

Los indicadores de **discapacidad y autonomía personal**, resultan claves para medir y valorar la necesidad de servicios públicos de una determinada población.

Según datos del Instituto de Estadística de Andalucía (Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008), la tasa de personas con **discapacidad** en la provincia de Granada, para personas de 6-64 años se sitúa en 116,3 por cada mil habitantes, con valores muy similares para hombres y mujeres, según queda reflejado en la tabla siguiente.

Si nos centramos en personas de 65-79 años, los datos de la provincia de sitúan en 335,25 (Hombres 253,22 y Mujeres 401,96), valor muy superior al de Andalucía.

Personas con discapacidad por cada mil habitantes en Granada y Andalucía

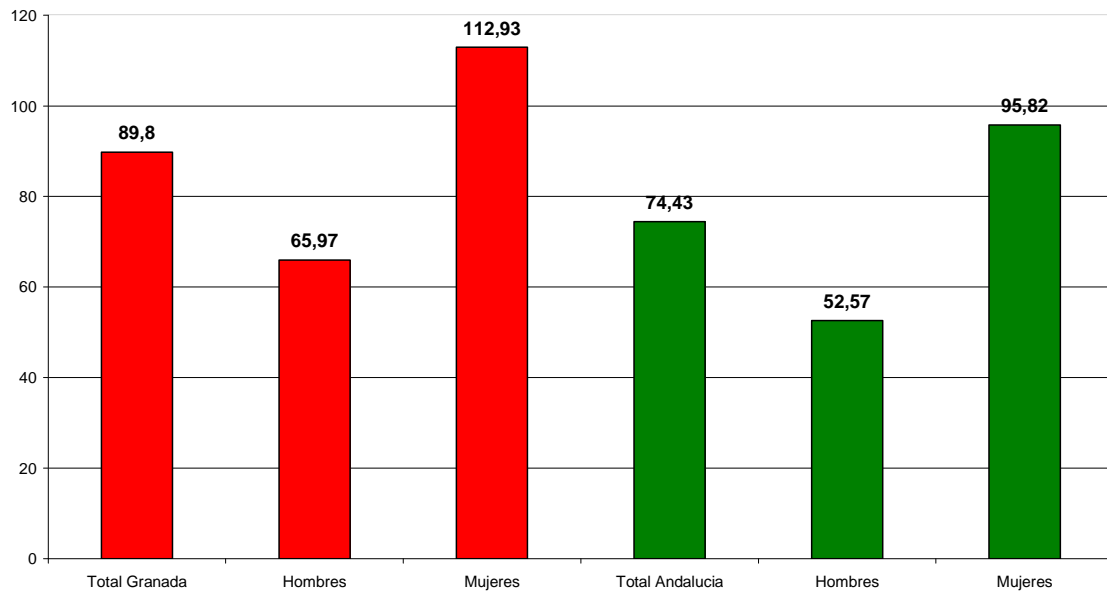
	6-64 años	65-79 años
Granada Provincia	116,3	335,25
Hombres	56,93	253,22
Mujeres	58,72	401,96
Andalucía	95,82	267,86
Hombres	46,93	200,43
Mujeres	56,13	322,49

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

Igual que ocurre con la discapacidad, también es importante conocer el número de personas que precisan algún tipo de ayuda y/o apoyo para sus **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**. En el caso de la provincia de Granada, con datos actualizados de 2008, por cada mil habitantes mayores de 6 años, hay 90 personas que necesitan algún tipo de ayuda para sus actividades diarias, 113 Mujeres y 66 Hombres.

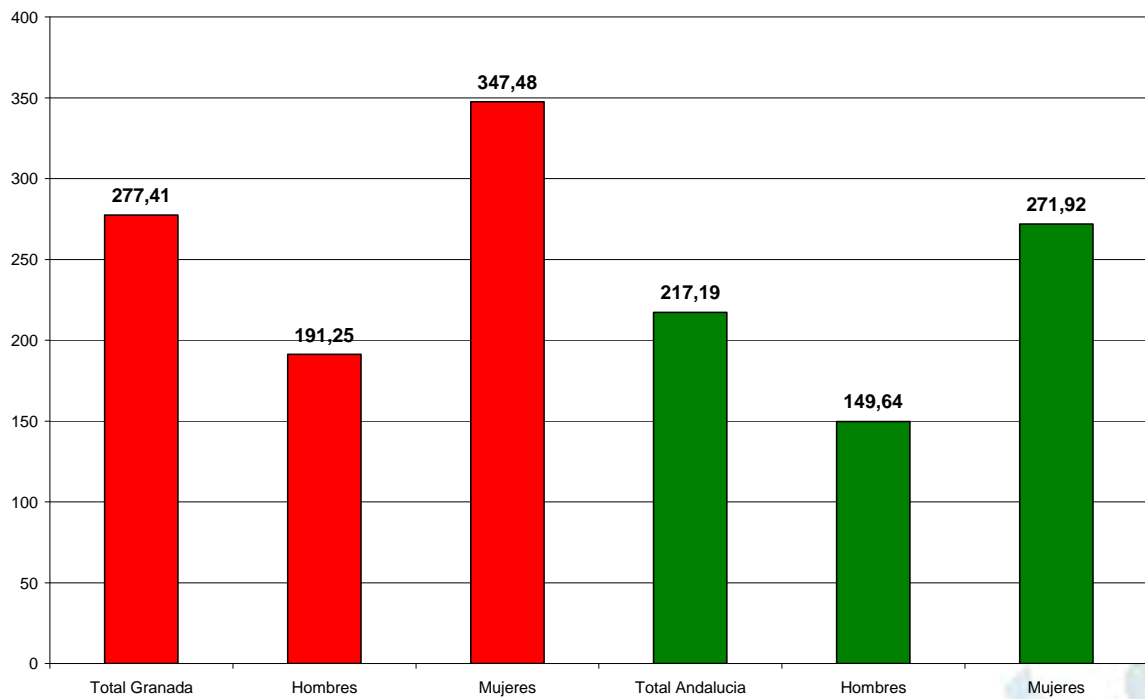
En general, los datos globales de Andalucía se sitúan muy por debajo. En los gráficos siguientes, quedan reflejadas las tasas de personas que necesitan ayuda, tanto para mayores de 6 años como para mayores de 65 años, desglosado por sexo, para la provincia de Granada y para Andalucía.

Tasa de personas que necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) (por 1000 hab. de 6 a 64 años). 2008



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

Tasa de personas que necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) (por 1000 hab. 65-79 años). 2008



Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)

También resulta de gran interés conocer los datos de población en edad escolar que presenta necesidades educativas especiales. En la tabla que se presenta a continuación aparece el alumnado matriculado por tipo de trastorno en la provincia:

Alumnado con Necesidades Educativas Especiales en Granada por tipo

Curso 2012-2013	Trastornos Graves de Desarrollo		Visual		Auditiva		Intelectual		Física		Trastornos del Espectro Autista		Trastornos de la Comunicación		Trastornos Graves de Conducta		Trast. Por Déficit de Atención con Hiperactividad		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Granada																			
Público	2	1					22	10	13	6	17	6			1			5	
Concertado		1	4	7	29	18	193	117	83	61	53	14	6	3	5	4		4	3
Privado																			
Total	2	2	4	7	29	18	215	127	96	67	70	20	6	3	6	4		9	3
Andalucía																			
Público	8	4	5	4	52	35	274	215	157	133	139	43	3		6			7	1
Concertado	20	9	26	22	33	24	659	422	267	204	358	123	7	3	63	36		29	5
Privado																			
Total	28	13	31	26	85	59	933	637	424	337	497	166	10	3	69	36		36	6
Porcentaje alumnado NEE en Granada sobre total Andalucía	9,76		19,30		32,64		21,78		21,42		13,57		69,23		9,52		28,57		

Fuente: Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Unidad de Estadística y Cartografía.

2.1.5 Perfil de las redes y apoyo familiares

En este apartado, se recogen una serie de conclusiones extraídas de diferentes estudios publicados por el **Instituto de Estadística de Andalucía (IECA)**, teniendo en cuenta varios aspectos relevantes sobre el perfil de las redes y apoyos familiares en la Comunidad Autónoma de Andalucía (perfectamente aplicable a la provincia de Granada):

- **Sobre la estructura de las redes familiares en Andalucía y la endogamia territorial hay que destacar lo siguiente:**
 1. Las redes de las personas andaluzas están fuertemente enraizadas
 2. Se destaca el poco eco que ha tenido la movilización entre provincias
 3. En los contextos rurales y de interior se dan en menor medida la exogamia territorial

- **En relación con el rol de abuelos y abuelas en las redes familiares:**
 1. El rol de cuidadores/as de la infancia se ha trasladado en mayor medida a los/as abuelos/as, de hecho, uno de cada tres personas que tienen nietos/as, son cuidados por ellos/as mismos/as.
 2. Mayor cuidado por aquellas personas abuelos/as con un mayor nivel de formación
 3. En mayor medida se realiza el apoyo y el cuidado por la matrilinealidad (hijos/as de la hija, clave de la relación para el adecuado cuidado)

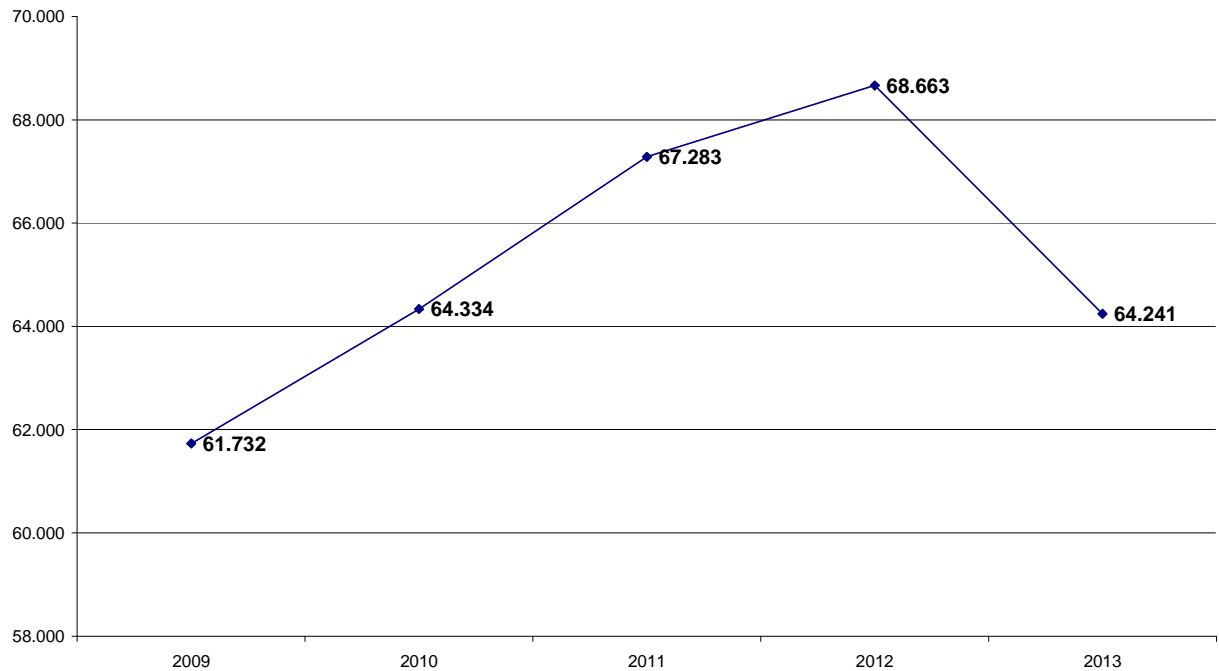
- **Y sobre las características territoriales en la composición y funcionamiento de las redes familiares en Andalucía, cabe destacar:**
 1. El hábitat rural condiciona las prácticas y los comportamientos más tradicionales de sus habitantes.
 2. La población de las áreas urbanas suelen adoptar pautas de comportamientos más heterogéneas y menos tradicionales.
 3. En las áreas urbanas, hay una mayor proporción de mujeres que de hombres, frente a la masculinización de las zonas rurales, como rasgo demográfico patente.
 4. Es significativo el progresivo envejecimiento de las zonas rurales de interior y alejadas de las zonas metropolitanas, así como una mayor concentración de personas jóvenes en el litoral.
 5. En las zonas rurales, se concentran una mayor abundancia de personas con parientes verticales descendentes.
 6. En las zonas metropolitanas y del litoral, la presencia de población más joven, implica un mayor número de parientes ascendentes.
 7. En las zonas rurales se da el mayor número de personas que residen en el mismo lugar donde nacieron.
 8. Las redes familiares más envejecidas se encuentran en las zonas rurales. En las zonas metropolitanas las redes familiares son más pequeñas y básicas (menos miembros y red de contactos reducida).
 9. La red de apoyo a través del voluntariado para personas dependientes y/o necesitadas de ayuda, están más arraigadas en las zonas urbanas/metropolitanas.

2.1.6 Perfil de la población extranjera

La población extranjera a fecha de 2013, presente en la provincia de Granada, se sitúa en las **64.241 personas**, esto supone una tasa del 6,99 sobre el total de la población, frente al 8,65% en el caso de Andalucía.

De ellas el **80% se sitúa entre 16-64 años**, un 14% son menores de 16 años y el restante 6% mayores de 65 años. Si tenemos en cuenta el sexo, el 53% son hombres y el 47% mujeres.

Evolución Población Extranjera. Granada 2009-2013.




Fuentes: Instituto de Estadística de Andalucía (IECA). Instituto Nacional de Estadística (INE)

En 2013, un 48% son personas procedentes de algún país de la Unión Europea, un 22% de África (Marruecos), un 22% de Países fundamentalmente latinoamericanos (Bolivia, Ecuador) y el resto de países asiáticos (China) y de Europa no Comunitaria.

En 2010, un 26% de las personas extranjeras tenían Bachiller, Formación Profesional 2º grado y títulos equivalentes o superior, desagregado por sexos, un 23% en Hombres y un 29% en Mujeres. El restante 74% de las personas extranjeras han alcanzado como máximo el graduado escolar, aunque es llamativo que gran parte de este porcentaje se debe a personas que tienen una titulación inferior al grado de escolaridad.

En cuanto a las **autorizaciones de residencia en vigor a personas extranjeras (régimen general)**, en el año 2010 en la provincia de Granada estaban en vigor un total de 27.969 permisos de residencia, representando un 10,56% sobre el total de Andalucía., muy por debajo de provincias como Almería y Málaga (27%).



En la provincia de Granada en el año 2010, las **autorizaciones de residencia en vigor a personas extranjeras (régimen comunitario)** eran de un 10,78% sobre el total de Andalucía, siendo Málaga la provincia con más autorizaciones, un 37%.

En cuanto a **Defunciones de extranjeros/as residentes en Andalucía por sexo y causas (grandes grupos CIE 10ª versión –Clasificación Internacional de Enfermedades-)** del total de defunciones en Andalucía en el año 2008, un 7,88% tuvieron lugar en la provincia de Granada:

- **Las tres principales causas de muerte son:** los tumores, enfermedades del sistema circulatorio y otras causas externas de mortalidad y morbilidad.
- **En el caso de los hombres:** los tumores, enfermedades del sistema circulatorio y otras causas externas de mortalidad y morbilidad.
- **Y en las mujeres:** los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio

2.1.7. Conclusiones Bloque 1

1. La Provincia de Granada representa el 10,89% de la población de Andalucía. En el periodo de 2014-2035 se prevé un crecimiento del 1% frente al 2-3% previsto en Andalucía.
2. La esperanza de vida al nacer ha ido aumentando progresivamente, pasando de 76,68 en 1991 a 81,23 en el año 2012 (De 80,28 a 84,03 en mujeres y de 73,15 a 78,45 en hombres).
3. En Granada se han perdido casi dos años en esperanza de vida en buena salud en 2011 con respecto a 2007, algo que no ha ocurrido a nivel andaluz ya que se ha ganado casi un año.
4. La provincia de Granada sufre un progresivo envejecimiento en su población desde 2009, siendo sus tasas globales, como por sexo, muy superiores con respecto a Andalucía.
5. Más del 70% de la población en Granada se distribuye en la capital y los municipios del área metropolitana. Tan sólo un 11% residen en el Area Nordeste (comarcas de Guadix, Baza y Huéscar).
6. Los municipios del cinturón son los que tienen tasas de población más joven. A mayor distancia de la capital y en zonas de interior, mayores tasas de población de más de 65 años.
7. El índice de dependencia se ha incrementando en el período 2009-2013 en la provincia siendo ligeramente superior al índice autonómico.
8. En la provincia existen tasas de personas con discapacidad más elevadas que en Andalucía tanto en el grupo de edad de 6 a 64 años como en el de 65 y más años.
9. La proporción de personas extranjeras en la provincia de Granada, es ligeramente inferior a Andalucía, destacando el progresivo descenso, fundamentalmente desde el año 2012 en adelante.
10. La población extranjera presente en la provincia de Granada está en edad activa, un 80% se sitúan entre los 16-64 años y casi la mitad proceden de algún país de la Unión Europea
11. Las principales causas de muerte entre las personas extranjeras (datos globales como por sexo) son similares a las causas de muerte en las personas autóctonas: tumores y enfermedades del sistema circulatorio.

2.2. Determinantes Sociales de la Salud

Las condiciones socioeconómicas y ambientales generales influyen en las condiciones de vida y de trabajo, que a su vez dependen del acceso a los servicios y recursos básicos.

Los determinantes sociales que pueden influir en la salud se han clasificado en los siguientes apartados: situación económica y social, niveles de renta y condiciones económicas de la vida, condiciones de vivienda, movilidad y entorno urbanístico, educación, medio ambiente y salud, alimentación y seguridad alimentaria y desigualdades en la utilización de los servicios de salud.

2.2.1. Situación económica y social

Observando la información más reciente del **Producto Interior Bruto** por provincias andaluzas, que data del bienio 2009-2010, se constata que la provincia de Granada es la segunda con menor PIB tras la provincia de Jaén. Sufre un descenso del 2,3% entre los dos años (16446.52 € vs 16072.59 €).

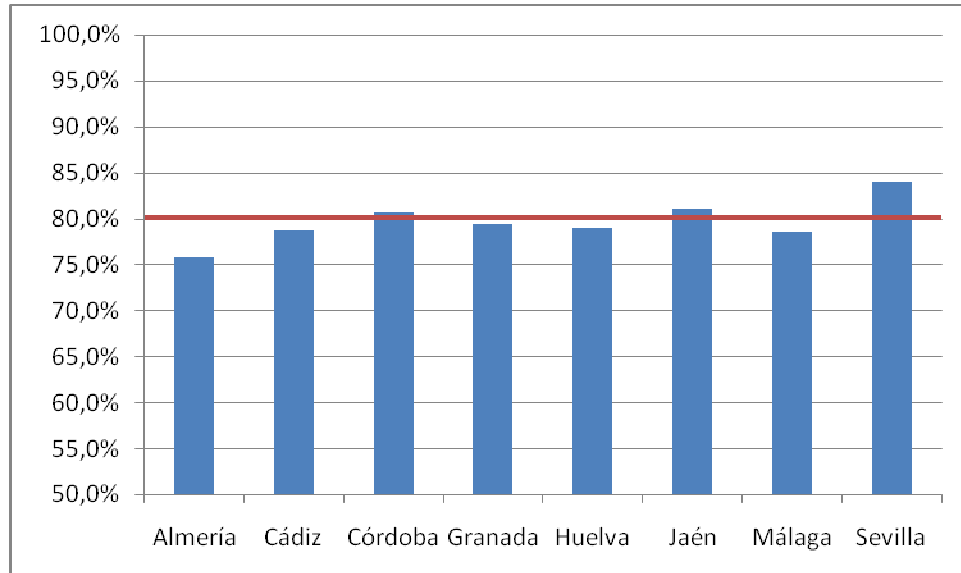
Respecto a la población activa, la tasa de actividad en la provincia de Granada permanece estable en dichos años al igual que ocurre en Andalucía en los últimos cuatro años. Las cifras correspondientes al último trimestre de 2013 en Granada son del 50,5% para las mujeres y el 65,7% para hombres. Estas cifras se mantienen un 0,6% para hombres y un 2,9% para mujeres por debajo de las cifras existentes en toda la comunidad para ese mismo periodo. La tasa de paro experimenta una variación sustancial, siendo el incremento en Granada del 28,9% entre los últimos trimestres de 2009 y 2013, más acusado en las mujeres. Paralelamente, la tasa de empleo sufre un descenso del 8,6%, en consonancia con las cifras de tasa de actividad y de desempleo.

2.2.2. Niveles de renta y condiciones económicas de la vida

El nivel de renta bruta disponible de los hogares es un indicador económico que define el volumen de las economías domésticas y sus posibilidades de cara al consumo. Mayores niveles de renta originan un aumento del consumo en los hogares. Este nivel de renta en los hogares pertenecientes a la provincia de Granada se sitúa en torno a un 1,6% del total nacional, tras Sevilla, Málaga y Cádiz, siendo el de toda la Comunidad Autónoma del 14,4%. En 2009 sufrió un decremento interanual del 1,5%, siendo más acusado en 2010, con un 2,4% y experimentando un ligero repunte en 2011 (+ 0,2%).

La renta bruta disponible de los hogares per cápita se encuentra en los años analizados en torno al 79,5%, próximo al valor de Andalucía (80,1%) ambas cifras comparadas con el estándar nacional (100%).

Renta bruta disponible (per cápita); la línea roja muestra el valor de Andalucía
El estándar nacional se sitúa en el 100%.



Fuente: INE 2011

La tasa de pobreza relativa en Andalucía es otro de los indicadores utilizados para valorar las condiciones económicas de la vida. En nuestra comunidad se sitúa en 2012 en cifras del 19,4% excluyendo el alquiler de la vivienda habitual, no disponiendo de dicho porcentaje por provincias. Se observa que las personas mayores de 65 años o más son las que sufren condiciones más desfavorables en este indicador.

2.2.3. Condiciones de vivienda

Atendiendo al **porcentaje de personas mayores de 16 años con vivienda en propiedad**, según la Encuesta Andaluza de Salud se observa que en Andalucía se ha producido un ligero retroceso desde el año 2003 a 2011, pasando del 88,9% al 86,3%, al contrario de lo ocurrido en la provincia de Granada, donde hay un ligero aumento, pasando de un 82,0% de personas con vivienda propia al 85,3%, pero aún por debajo de la media andaluza.

Las condiciones de la vivienda son igualmente un indicativo del bienestar de las personas. Según el censo de población y vivienda, en 2011 el 31,2% de hogares andaluces manifestaron no tener una temperatura suficientemente cálida durante los meses de invierno, más acusado en grupos de personas de 65 años o más.

Un 32,7% no tienen temperatura suficientemente fresca durante el verano, indicado sobre todo por el grupo de 16 a 49 años, con casi un 42%. No se dispone de información en la provincia de Granada, donde las condiciones climáticas sobre todo del invierno, difieren sustancialmente respecto del resto de provincias andaluzas.

Por otra parte, la encuesta de Condiciones de Vida no refleja la situación o el grado de rehabilitación (estructural y/o energética) que necesita cada una de las viviendas o si es considerada una vivienda como "infravivienda" ni si la población que habita en ellas requiere una pronta intervención.

No obstante, Granada tiene un gran número de “infraviviendas” como demuestra que el 60% del presupuesto de la Comunidad en rehabilitación para esta finalidad haya sido y esté siendo ejecutado en esta provincia.

2.2.4. Movilidad y entorno urbanístico

El Plan Andaluz de la Bicicleta (2014-2020) pretende propiciar un mayor uso de este medio de transporte. Es una apuesta a favor de la movilidad sostenible, aborda además de la infraestructura viaria, los elementos complementarios como aparcamientos, la intermodalidad o medidas de concienciación ciudadana y de gestión.

Los **Planes de Transporte Metropolitano (PTM)** están orientados hacia un modelo de movilidad más sostenible, favoreciendo las infraestructuras para el transporte público y promoviendo a su vez los modos de transporte no motorizados. Hasta el momento sólo ha sido aprobado el del Área de Sevilla y están formulados los correspondientes a Bahía de Cádiz, Málaga y Granada, así como la propia revisión del Plan de Sevilla”.

El área de Granada configura un ámbito metropolitano clásico con una ciudad central de gran peso por su propio tamaño respecto de los municipios de la corona y por la concentración de servicios y equipamientos urbanos. Los municipios de mayor población, Armilla al sur y Maracena al norte, están prácticamente conurbanos con Granada.

La zona situada al este de la capital presenta orografía accidentada y un débil sistema de asentamientos. Por ello la potencialidad para los viajes en bicicleta se sitúa en la Vega y en el Sur. Buena parte de los núcleos urbanos se encuentran a menos de 9 kilómetros de la capital y entre ellos con frecuencia las distancias son menores, facilitando la movilidad en bicicleta.

Diversas iniciativas han enlazado mediante vías ciclistas algunos núcleos de población: Vegas del Genil y Churriana de la Vega. Existen también algunas vías ciclistas inconexas: entre Atarfe, Santa Fe, Belicena y Purchil. En paralelo al Río Genil, desde el Parque de Las Ciencias, existe una vía ciclista acondicionada hasta Purchil.

El metropolitano de Granada ha construido también una vía ciclista entre Albolote y Maracena, pendiente de conectar con Granada.

A destacar en esta aglomeración la densa red de caminos ciclables acondicionados por la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio que unen un número importante de núcleos. Son las llamadas Puertas Verdes.

Existen un total de 2.100 kilómetros operativos de Vías Verdes en España, de los que en Andalucía se localizan unos 23 itinerarios que suman una longitud total cercana los 500 km.. lo que supone en torno a un 22% del total. En Granada hay sólo dos y una de ellas acondicionada:

- Vía verde de Sierra Nevada de 1.65 km.
- Vía verde de la Sierra de Baza de 6,45 km (acondicionada)

Según el documento informativo sobre “Patrones de Movilidad en el Transporte Público de Andalucía”, en Granada el transporte público representa el 11,8% de toda la movilidad en transporte público de Andalucía; con un peso mayor en el uso del autobús urbano, que es utilizado por el 69% de las mujeres y por el 31% de los hombres.

Mención especial merece el Grupo de trabajo de Mejora de la Movilidad Infantil liderado por la Diputación Provincial de Granada para la puesta en marcha de Caminos Escolares seguros. Los municipios de Albolote, Peligros, La Zubia, Íllora, Benamaurel, Guadix, Montejícar y Ogijares.

2.2.5. Educación

La tasa de escolarización en menores de 5 años durante el curso 2012-2013 en Andalucía fue del 95,9%, estando la provincia de Granada algo por encima de este valor, con un 96,6%. Analizando el nivel de estudios más alto alcanzado en la población de 16 años o más en Andalucía, el número de personas que tienen estudios universitarios es del 14,6%, mientras que dicha cifra asciende en la provincia de Granada hasta el 21,2%.

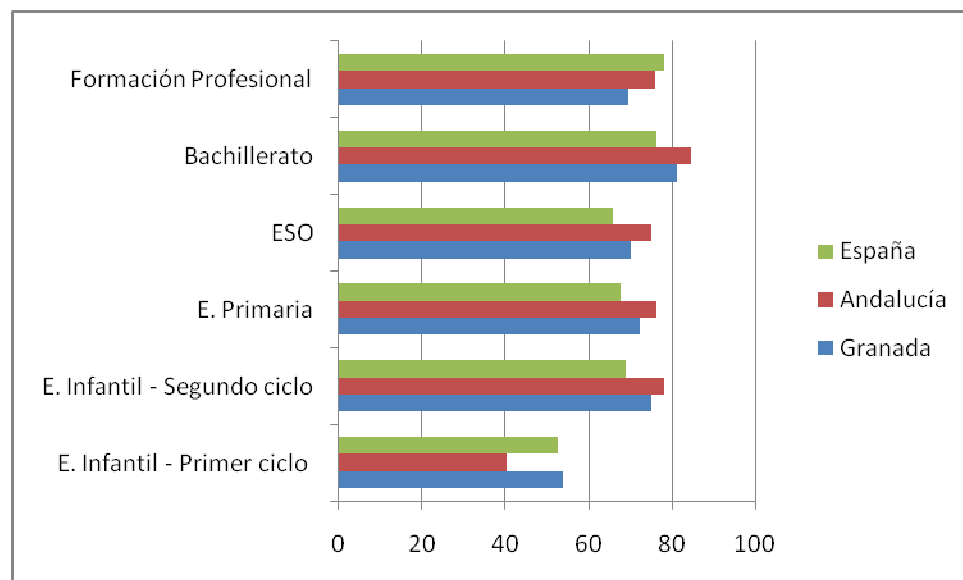
Por contra, **el porcentaje de personas analfabetas y sin estudios** en nuestra provincia es superior a la cifra de Andalucía (16,9% frente a 14,1%) y con bastante diferencia respecto a España (9,8%). Sin embargo, la tasa de analfabetismo en Granada y Andalucía es similar (3,9% y 3,6% respectivamente), con cifras más altas de las de España, un 2,1%.

Atendiendo a la tasa de fracaso escolar, en 2012 Granada es la segunda provincia que menor porcentaje tiene en este indicador respecto al resto de provincias de la comunidad, estando esta cifra en un 30,3% (Jaén la que menos un 30,2% y Almería la que más un 39,4%). La tasa de abandono escolar prematuro en Andalucía en este mismo año asciende a la cifra del 28,8%, por encima del 24,9% existente en España.

Respecto al alumnado matriculado en centros públicos en enseñanza no universitaria en el curso 2012-2013, Granada se encuentra en un punto medio entre España y Andalucía, con un 71,9% en la provincia, un 68,3% a nivel nacional y un 75% a nivel autonómico.

Desglosando por enseñanza (educación infantil-segundo ciclo, educación primaria, educación secundaria, bachillerato y formación profesional) se observa que en todas ellas Granada está por debajo del resto de provincias andaluzas excepto en educación infantil-primer ciclo, donde el porcentaje más bajo se da en la provincia de Málaga.

Porcentaje de alumnos matriculados en centros públicos durante el curso escolar 2012-2013
(enseñanza no universitaria)



Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte 2012-2013

La percepción de la mala salud en Andalucía según la Encuesta de Población Andaluza está en torno al 4% según las encuestas realizadas en 2003 y 2007, presentando valores algo inferiores en 2011, con un 3,4%. **En la provincia de Granada es algo superior**, estando en un 7,6% en 2003 y en un 6% en 2011. Se constata en Andalucía (no hay datos provinciales) una relación inversa entre la percepción de la mala salud y el nivel de estudios de

la población, oscilando entre una mala percepción del 5,2% para las personas con estudios primarios y una cifra del 1,2% para las personas con estudios universitarios.

2.2.6. Medio ambiente y salud

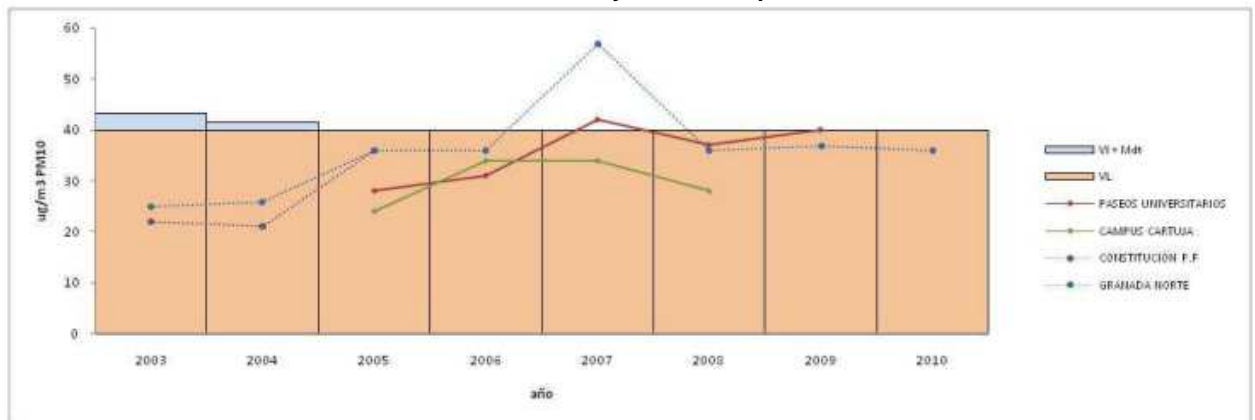
La contaminación atmosférica es uno de los principales problemas medioambientales a los que es necesario hacer frente debido a su incidencia directa en la salud humana. Las afecciones que causa están asociadas, principalmente, a los sistemas respiratorio y cardiovascular. Los grupos de población más afectados son las personas de avanzada edad, las mujeres embarazadas, población infantil y las personas con enfermedades respiratorias o cardiovasculares crónicas.

Entre las zonas en las que se ha dividido Andalucía y donde se han superado los valores legales de Partículas en suspensión (PM_{10} y $PM_{2,5}$) se encuentra la zona de Granada y área metropolitana. En esta también se supera el límite de Dióxido de Nitrógeno (NO_2)¹.

Existe un Plan de Mejora de la Calidad del Aire de esta zona que comprende los municipios de Granada, Albolote, Alhendín, Atarfe, Armilla, Cájar, Cenes de la Vega, Churriana de la Vega, Cúllar-Vega, Las Gabias, la Zubia, Gójar, Granada, Huétor-Vega, Jun, Maracena, Monachil, Ogíjares, Otura, Peligros, Pulianas, Santa Fe y Vegas del Genil.

En el periodo de estudio de 2003-2010 se pone de manifiesto los elevados niveles de partículas menores de diez micras (PM_{10}) alcanzados así como los datos registrados de NO_2 .

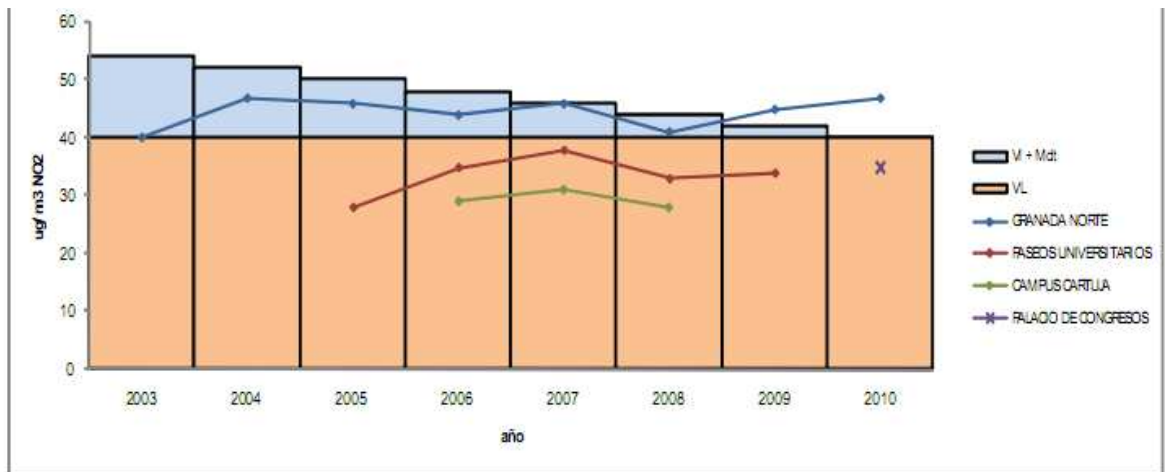
Evolución media anual de PM_{10} para el periodo 2003-2010 en la zona de Granada y Área Metropolitana



Fuente: Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

Evolución media anual de NO_2 para el periodo 2003-2010 en la zona de Granada y Área Metropolitana

¹ Andalucía cuenta con una red de estaciones fijas que permite realizar un seguimiento de los niveles de los más importantes contaminantes atmosféricos en las principales áreas urbanas e industriales. En Granada existen 6 ubicadas en Avenida de Cádiz, Constitución, Campus de Cartuja, Granada Norte, Paseos Universitarios y Palacio de Congresos) y además una Unidad Móvil que también evalúa el área metropolitana.



Fuente: Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

En Granada las mayores emisiones de partículas, un 35,7% en 2007, se deben a la industria de materiales no metálicos, seguidas de las procedentes al tráfico rodado, con un 33,4%. En cuanto al NO_2 , las emisiones más altas corresponden al sector del tráfico rodado, con un 51,2% en 2007 seguidas de las procedentes de la actividad de fabricación de cementos, cales y yesos con un 29,1% para el mismo año.

Respecto a las precipitaciones ocurridas en 2012, en Granada hubo 309,8 mm, estando la temperatura media de 14.5 grados, siendo la más baja de toda la Comunidad Autónoma.

2.2.7. Alimentación y seguridad alimentaria

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía ha creado controles oficiales con objeto de asegurar la calidad y seguridad de los alimentos. En dichos controles se comprueba el cumplimiento de la normativa orientada a prevenir, eliminar o reducir a niveles aceptables los riesgos que amenazan a las personas, directamente o a través del medio ambiente, y garantizar prácticas equitativas en el comercio de alimentos, así como proteger los intereses de los consumidores, incluyendo el etiquetado de alimentos y otras modalidades de información al consumidor.

En la provincia de Granada, en 2013, se realizaron entre otras:

- 4073 visitas de inspección dentro del Plan de Inspección Basado en el riesgo.
- 171 auditorías del Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol.
- Dentro del II Plan de Acción para el sector Lácteo, en 22 industrias activas en la provincia se han llevado a cabo 7 auditorías, 30 inspecciones de control y tomas de muestras para peligros biológicos, químicos y aflatoxinas.
- Se han tomado muestras para control de riesgos biológicos, contaminantes de alimentos (dioxinas, metales pesados, nitratos, etc.), controles de aflatoxinas independientes de los del sector lácteo, controles de alérgenos y de ingredientes tecnológicos (aditivos).
- 448 tomas de muestras del Plan Nacional de Investigación de Residuos.
- 20 controles en los 12 mataderos de la provincia, dentro del Programa de control oficial de bienestar animal en mataderos de Andalucía.
- Controles oficiales de mataderos de Andalucía: 11 inspecciones de control de riesgo, 6 auditorías, así como inspecciones ante y postmortem de los animales sacrificados en los mataderos de la provincia.
- 53 inspecciones de control a establecimientos por denuncias interpuestas por los ciudadanos o por alertas que podrían afectar a la seguridad alimentaria y 454 visitas de inspección por nuevos establecimientos.

La Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural ejecuta en Andalucía el Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria, elaborado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, para dar cumplimiento al mandato Comunitario derivado del Reglamento (CE) nº 882/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y la normativa sobre sanidad animal y bienestar de los animales. Dicho Reglamento establece en su artículo 41 que "...cada Estado miembro preparará un único plan nacional de control plurianual integrado", en el ámbito de la producción primaria de alimentos. Dentro del mismo se han realizado las siguientes actuaciones por la Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente en Granada:

1. Se ha controlado 164 industrias agroalimentarias.
2. Se han realizado para su control un total de 930 visitas a explotaciones ganaderas y establecimientos vinculados a las mismas.
3. Dentro del marco de Control de Residuos en alimentos se han detectado residuos de medicamentos veterinarios (sulfadiacina, clortetraciclina y dexametasona) en 8 explotaciones.
4. Igualmente se han controlado un total de 142 explotaciones agrícolas y establecimientos complementarios.

Se ha dado trámite a 332 expedientes sancionadores en materia de Sanidad Animal, 61 en Industrias y por calidad de los alimentos, y 162 por fitosanitarios.

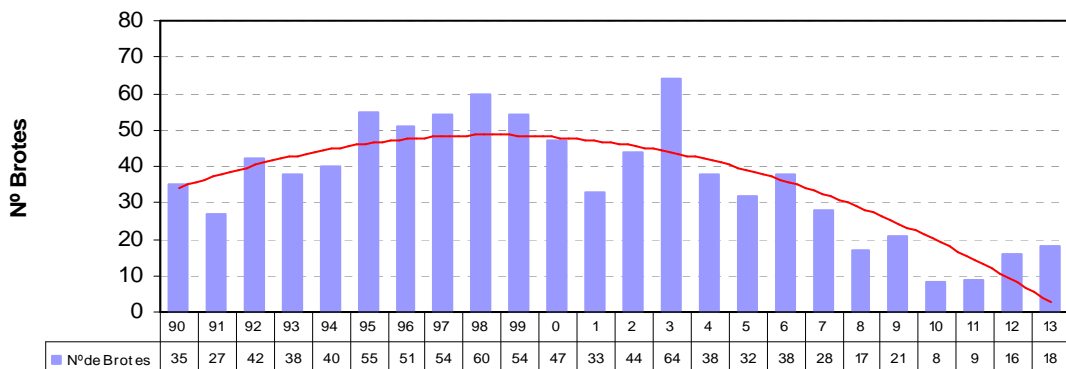
En materia de control de zoonosis (Influenza aviar, Brucelosis, tuberculosis, encefalopatías espongiiformes, etc.) se han realizado un total de 1.077 actuaciones por los

Servicios Veterinarios Oficiales de la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural en la provincia.

Todas estas actuaciones tenían como objetivo prevenir riesgos en cuanto a seguridad alimentaria, una de cuyas manifestaciones son las toxiinfecciones alimentarias detectadas en la provincia.

El número de Brotes de Toxiinfección Alimentaria registrados en Granada presenta una tendencia descendente en los últimos años. Los valores máximos se registraron en la segunda mitad de los años 90, llegando a 60 brotes anuales, y en el año 2003 (64 brotes). En 2010 y 2011 se dieron los valores mínimos (8 y 9 casos, respectivamente).

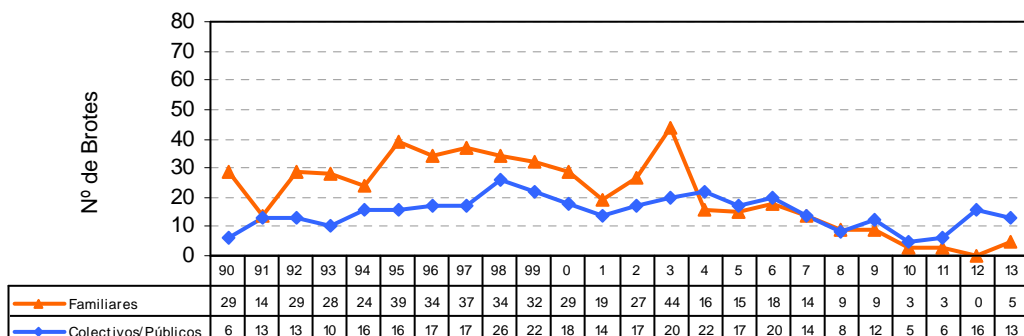
Número de Brotes de TIA Granada 1990-2013



Fuente: SVEA. Elaboración propia

Los Brotes ocurridos por consumo de alimentos elaborados en domicilio comenzaron a descender en Granada en 1997 (con la excepción de 2003), hasta su valor mínimo en 2012, año en que no se registró ningún brote familiar. Los Brotes relacionados con establecimientos Colectivos o Públicos (restaurantes, bares, hoteles, etc.) o con alimentos de venta al público, se han mantenido más estables.

Nº Brotes de TIA Granada 1990-2013



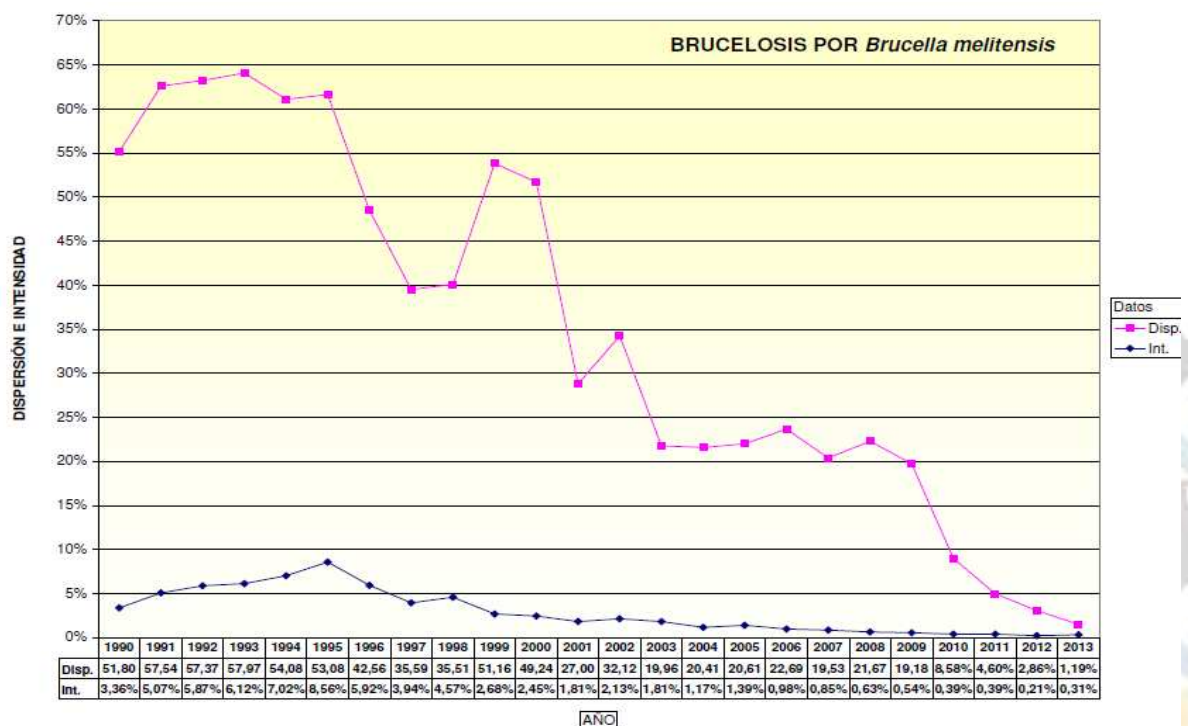
Fuente: SVEA. Elaboración Propia

En un periodo más reciente, entre 2008-2012 se notificaron en Granada 74 brotes de toxiinfección alimentaria (TIA), que afectaron a 699 personas. El promedio de brotes de TIA por año fue de 14, con una media de 140 afectados/año y de 9 afectados/brote. En el año 2012 hubo 16 brotes de TIA con 201 afectados, suponiendo un 33.3% del total de alertas epidemiológicas de ese año en Granada. En Andalucía en 2012 se notificaron 170 brotes de TIA con un total 1371 personas afectadas, suponiendo un 45,8% del total de alertas epidemiológicas anuales en Andalucía. En Granada los agentes causales de las TIA son los mismos que en el resto de Andalucía, manteniéndose la tendencia a la baja de los brotes producidos por Salmonella.

Con el fin de controlar la Salmonella se han comprobado la realización de autocontroles en todas las explotaciones avícolas de la provincia por parte de la Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente, realizándose además toma de muestras oficiales en 30 explotaciones y 5 controles directos sobre los autocontroles. Como consecuencia de todo ello se ha detectado Salmonella spp. en 9 explotaciones, aunque solamente en 2 de ellas ha sido de interés zoonótico. En ambos casos se ha procedido al vaciado de la explotación con sacrificio obligatorio de la totalidad de los animales.

Respecto a la Brucelosis, en Granada ha habido 2 brotes de esta enfermedad entre 2009 y 2013. En el de 2010 se afectaron 22 personas y hubo 2 casos en el de 2013. En Andalucía en ese mismo periodo hubo 8 brotes: 1 en 2009, 2 en 2010, 3 en 2011, ninguno en 2012 y 2 en 2013, con 35 afectados en total. Granada contribuye de forma importante a la incidencia de brucelosis en Andalucía (25%).

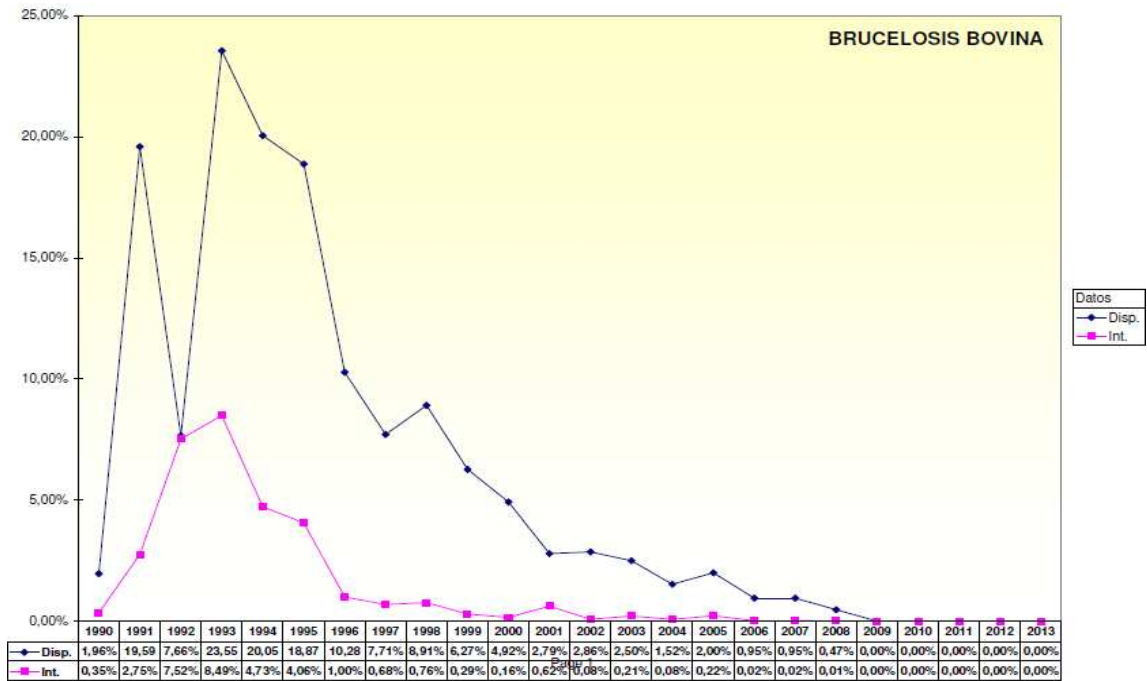
Por parte de la Delegación Territorial de Agricultura y Pesca, dentro del Programa Nacional de Erradicación de Brucelosis en pequeños rumiantes, se han muestreado 2.378 explotaciones en la provincia, realizando 431.993 analíticas en animales, con un total de 2,959 animales sacrificados como positivos, aislándose *B. melitensis* en 25 ganaderías y procediéndose al vacío sanitario (sacrificio completo de todos los animales en 10 explotaciones). También se procedió a la inmunización de 58.217 animales de reposición.



Fuente: Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente. Granada

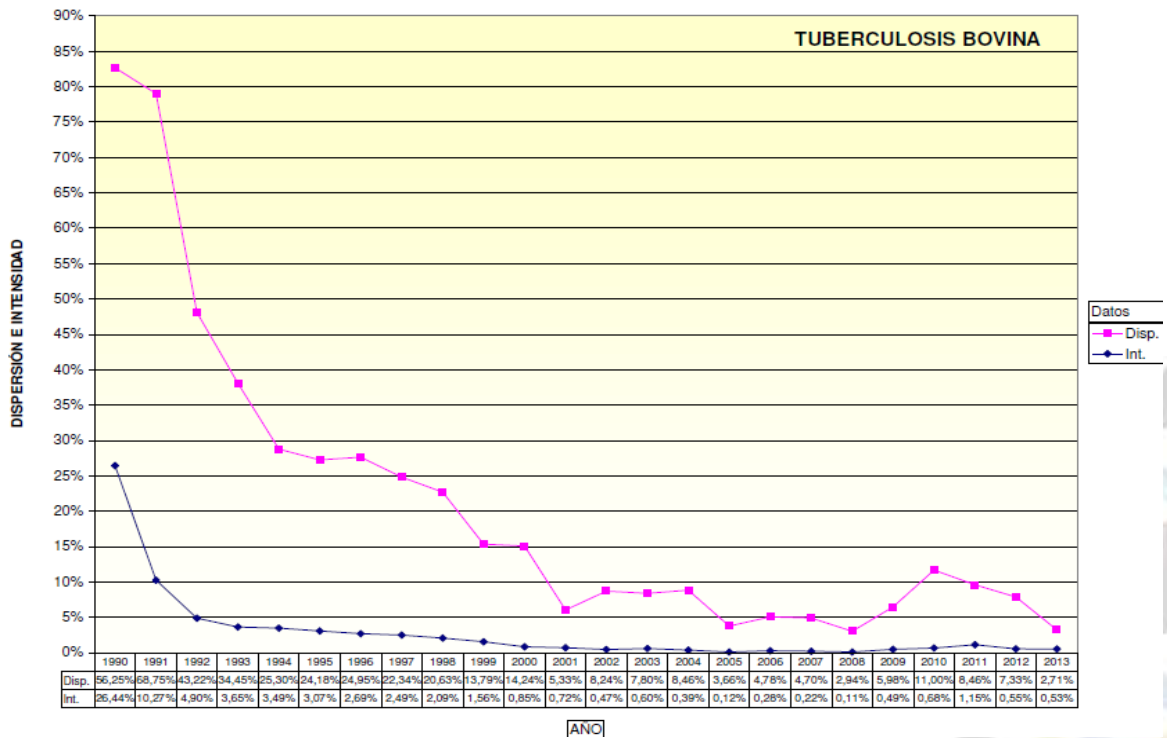


En Brucelosis bovina, se investigaron 12.309 animales, todos ellos con resultados negativos.



Fuente: Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente. Granada

Dentro del Programa Nacional de Erradicación de Tuberculosis Bovina, se investigaron 176 rebaños, realizándose muestreos en 15.730 animales, obteniéndose 83 animales positivos que se sacrificaron en su totalidad.



Fuente: Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente. Granada

Para la obtención de estos resultados, además de los Servicios Veterinarios Oficiales, se cuenta con el apoyo de quince Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera (A.D.S.G.) y casi un centenar de veterinarios de la provincia inscritos en el Directorio al efecto. Siendo estas actividades cofinanciadas por la Unión Europea.

2.2.8. Desigualdades en la utilización de los servicios de salud

Según la encuesta andaluza de salud de 2011, las personas de la provincia de Granada que acudieron a consulta médica en las dos últimas semanas del estudio fueron el 24,6%, después de Sevilla con un 23,6% y muy lejos del 34.4% de asistencia solicitada en la provincia de Jaén (figura 3).

Según datos de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria de Granada, la frecuentación en consulta médica ha subido en 2013 con respecto a 2009 y en mujeres es muy superior a la de hombres. En la tabla que sigue se detalla este dato por Distritos y Áreas Sanitarias:

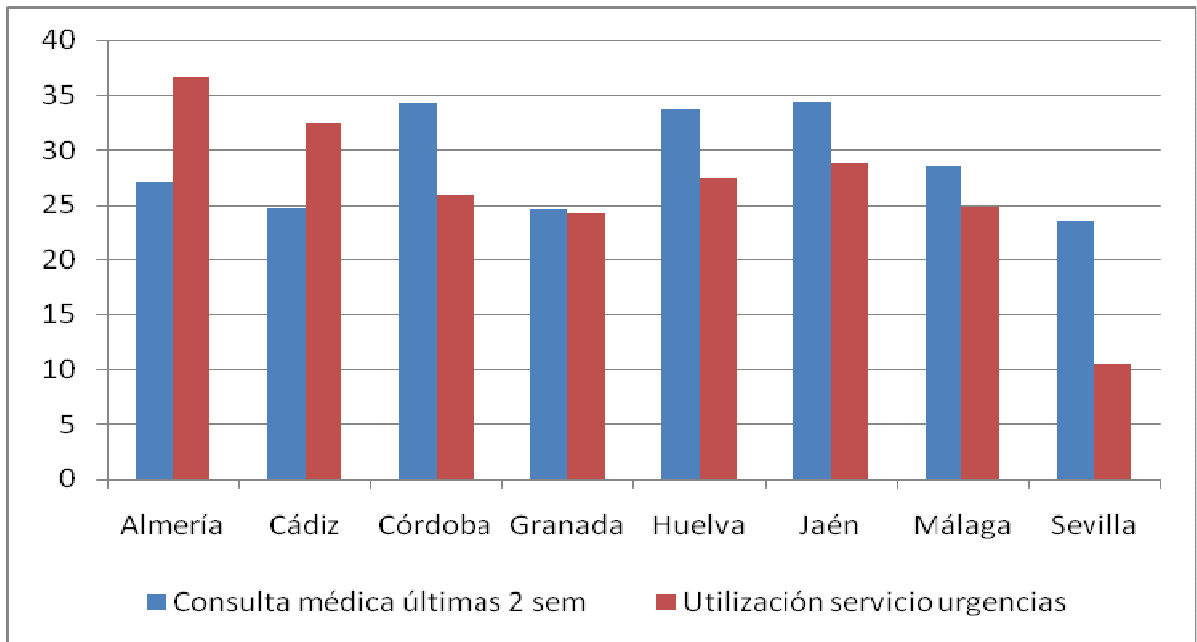
Frecuentación en consulta médica de los servicios sanitarios de Atención Primaria de la provincia de Granada. 2009 y 2013

SEXO	DISTRITO / ÁREA	Citas / Persona	
		2009	2013
HOMBRE	Sur	6.97	8.53
	Granada	6.86	6.48
	Metropolitano	7.62	8.33
	Nordeste	6.78	10.67
TOTAL HOMBRE		7.19	8.07
MUJER	Sur	9.74	12.08
	Granada	9.70	9.19
	Metropolitano	10.69	12.03
	Nordeste	9.35	14.62
TOTAL MUJER		10.07	11.39

Fuente: Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Si se tiene en cuenta el nivel de estudios de las personas encuestadas, se observa que en Andalucía las personas con estudios primarios consultaron al médico en las dos últimas semanas en un 33,4%, siendo dicha cifra del 18,9% de aquellas con estudios universitarios. Igualmente las personas con mayores ingresos mensuales tienden a ir menos a consulta médica, así como las pertenecientes a las clases sociales I y II (directivos, profesiones asociadas a estudios universitarios, artistas y deportistas).

Porcentajes de personas que acudieron a consulta médica en las dos últimas semanas y de utilización de algún servicio de urgencias en el último año



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2011

Igualmente, la cifra de personas que utilizaron **algún servicio de urgencias** en el último año es inferior en Granada (24,2%) que en el resto de provincias andaluzas, con excepción de Sevilla, con un 10,5% (figura 3). Las personas con estudios universitarios tienden a utilizar menos los servicios de urgencias que aquellas que tienen estudios primarios (19,6% frente a 26,4%).

Un 61,6% de población de Granada **consume algún medicamento** según la Encuesta Andaluza de Salud de 2011, situándose como la quinta provincia de la Comunidad Autónoma. Las personas con estudios secundarios y universitarios consumen medicamentos en un 47% y 48,1% respectivamente, cifra muy inferior al 69,5% de las personas con estudios primarios. Las personas que tienen una retribución de 2500 euros o más al mes, son las menos consumidoras, alcanzando la cifra del 45%.

1.2.9. CONCLUSIONES BLOQUE 2

1. Granada respecto a Andalucía tiene un menor Producto Interior Bruto, menor tasa de población activa y cifras similares de paro.
2. Granada y Andalucía están 20 puntos por debajo de España en cuanto a renta bruta disponible de los hogares per cápita.
3. Alrededor del 85% de las personas mayores de 16 años residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza, tienen su vivienda en propiedad, encontrándose la provincia de Granada con cifras similares.
4. Aunque no se tienen datos exactos, se sabe que en Granada hay un gran número de infraviviendas.
5. El Plan Andaluz de la Bicicleta y el Plan de Transporte Metropolitano impulsarán en la ciudad y área metropolitana una movilidad más sostenible.
6. Granada destaca por tener un mayor número de personas con formación universitaria y también por tener una tasa de analfabetismo elevada.
7. Aunque Granada es la segunda provincia con menor porcentaje de fracaso escolar, este indicador es muy elevado en toda la Comunidad Autónoma (en torno al 30% en 2012). Además la tasa de abandono escolar prematuro en Andalucía para este mismo año asciende al 28,8%, muy por encima del 24,9 existente en España.
8. En la zona de Granada y área metropolitana se han superado los valores legales de Partículas en suspensión (PM_{10} y $PM_{2,5}$) y el límite de Dióxido de Nitrógeno (NO_2).
9. En la provincia de Granada durante los últimos cinco años, se han producido 74 brotes por toxiinfección alimentaria y 2 brotes por brucelosis
10. Granada, aunque lejos de alcanzar las cifras de Sevilla, se encuentra en utilización de servicios de salud en una situación favorable, respecto al resto de provincias.

2.3. Factores de Riesgo, Hábitos y Estilos de Vida

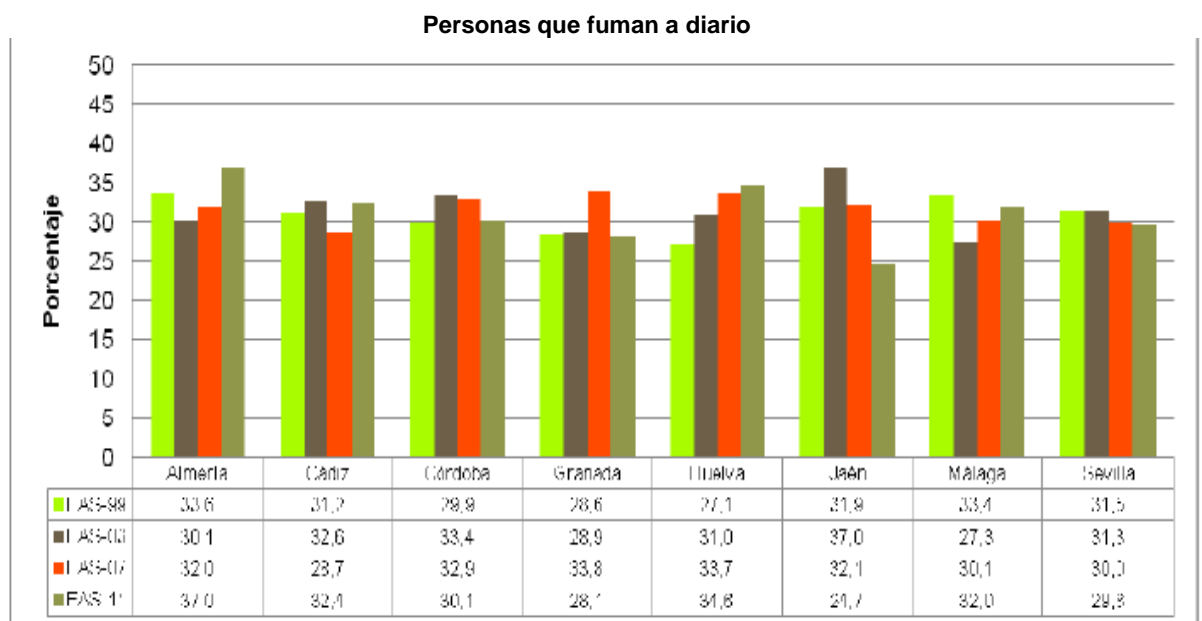
2.3.1 Tabaquismo en Granada

La prevención del tabaquismo es la actuación de salud pública más importante que se puede realizar para la prevención del cáncer, de enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

El hábito del tabaquismo se asocia con la incidencia y la mortalidad por cáncer y con las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Al tabaquismo se le atribuye un tercio de todas las muertes por cáncer, en torno a un 31% de los casos de Enfermedades Cardiovasculares en hombres y un 7% para mujeres. Está constatado que dejar de fumar evita en gran medida el exceso de riesgo debido al tabaco, incluso en la edad adulta.

En Granada las encuestas andaluzas de salud ponen de manifiesto cierta estabilidad del hábito del tabaquismo, estando en torno al 28% las personas que fuman a diario. En la encuesta de 2007, ese porcentaje subió casi al 34%, el mayor de Andalucía en ese año. En la encuesta de 2011 disminuyó al 28.1%, siendo la cifra más baja de todas las encuestas y estando por debajo de la media de Andalucía.

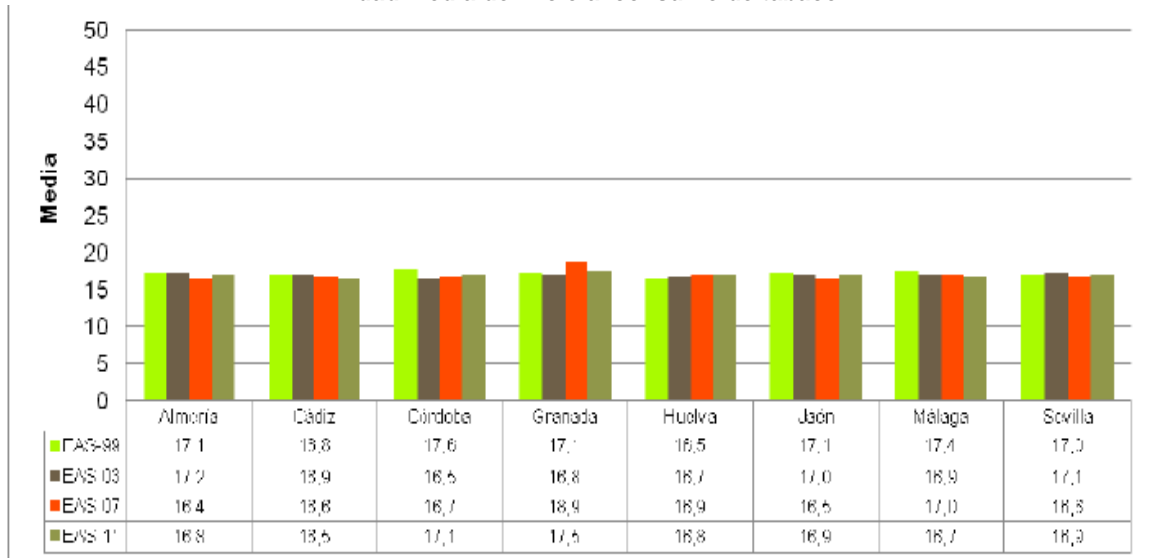
El porcentaje de fumadores a diario es superior en hombres (31.1) que en mujeres (25.3), mostrando una tendencia ligeramente ascendente en mujeres (20% en 1999, 20.9% en 2003, 25% en 2007).



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

En el año 2011 la edad media de inicio del consumo de tabaco se sitúa en 17.5 años, más alta que la media de Andalucía (16,9 años), situando a Granada como la provincia donde más tarde se comienza a fumar. La evolución de la edad media de inicio en el consumo se mantiene estable en torno a los 17.5 años.

Edad media de inicio al consumo de tabaco



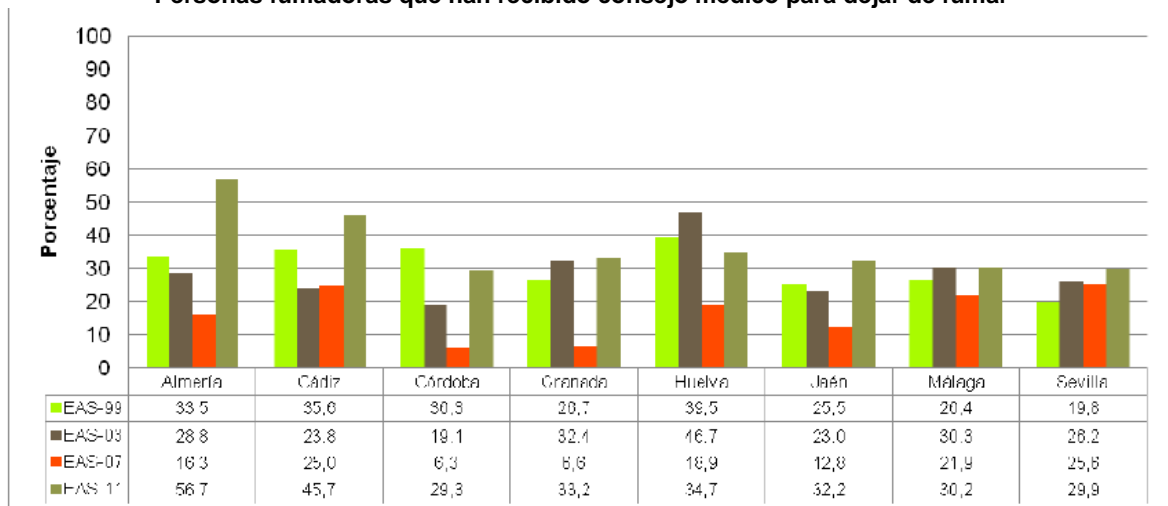
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Granada es la provincia con menor porcentaje de fumadores pasivos en el domicilio, tanto globalmente (28.7) como por sexos, mientras que ocupaba el segundo puesto en 2007, cuando estuvo por encima de la media de Andalucía.

Entre los varones, la provincia de Granada ocupa el segundo puesto en porcentaje de exfumadores en 2011 (28%). Entre las mujeres ocupa una posición intermedia (12.4%). También ocupa un puesto intermedio en cuanto al porcentaje de personas que recibieron consejo médico para dejar de fumar, pero fue la única provincia en la que se observaron diferencias de género llamativas (hombres: 27,7%, mujeres: 39%). También cabe destacar el gran aumento que se produce respecto a 2007 en Granada.

Granada fue en 2011 la provincia con el menor porcentaje de personas exfumadoras que abandonaron el tabaco por consejo médico (6.3%).

Personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar



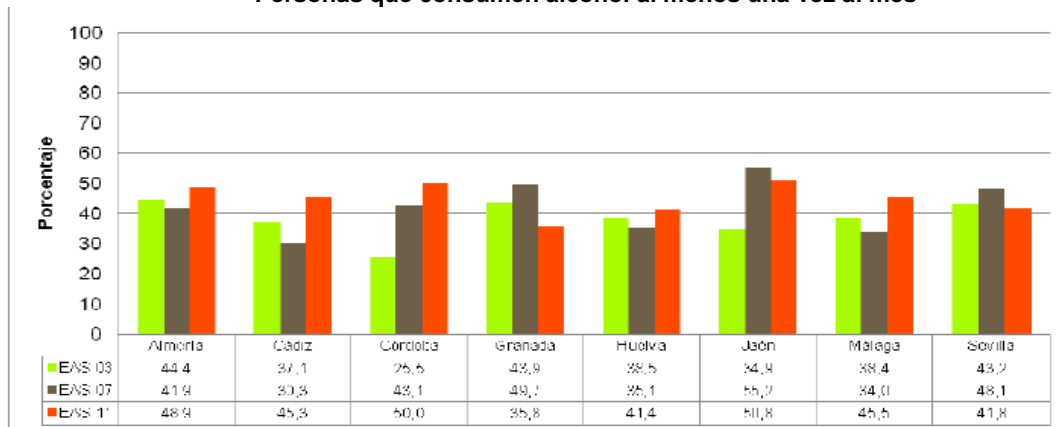
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

El programa de promoción de la salud y prevención, A no Fumar ¡Me Apunto!, es una estrategia integral de prevención del tabaquismo en centros de Educación Secundaria. En Granada, en el curso escolar 2013/2014, casi un 14% de alumnado matriculado en esta etapa, recibió este programa.

2.3.2 Consumo de alcohol en Granada

Granada es en 2011 la provincia de Andalucía con menor porcentaje de personas que consumen alcohol al menos una vez al mes (35,8%) y sólo en Granada y Sevilla se observa una tendencia a la baja desde 2003.

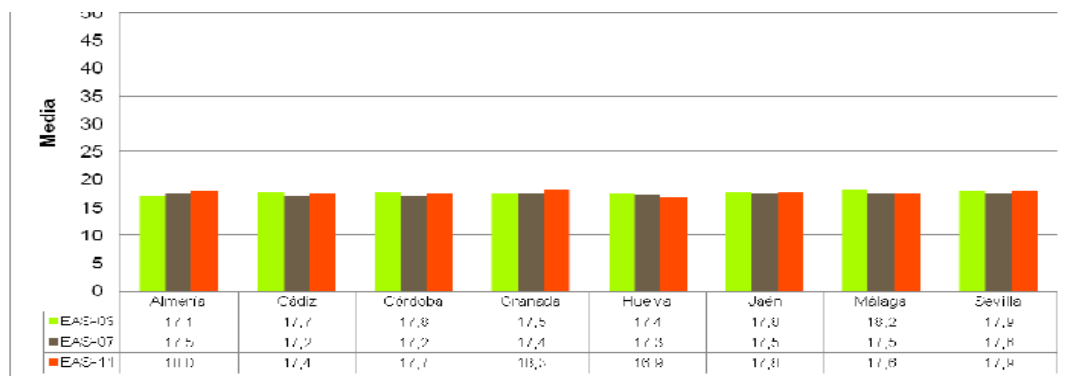
Personas que consumen alcohol al menos una vez al mes



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

En el año 2011, la **edad media de inicio al consumo de alcohol** fue de 17,7 años en Andalucía. Granada es la provincia donde las personas inician el consumo de alcohol más tarde (18,3 años de media).

Edad Media de inicio al consumo de alcohol



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Granada y Sevilla son las únicas provincias en las que desciende el porcentaje de personas con sospecha de alcoholismo desde 2003.

2.3.3. Consumo de otras sustancias

Según el estudio “La Población Andaluza ante las Drogas²” en su edición de 2011, después del tabaco y el alcohol, las drogas con un uso más extendido en la población andaluza son el cannabis (27% consumo alguna vez en la vida), la cocaína en polvo (6% alguna vez en la vida) y las legal highs³ (3,9% alguna vez en la vida). Con respecto a la edición de 2009, existe un aumento generalizado de todos los consumos, excepto la cocaína en polvo y los hipnóticos.

Granada es, junto con Málaga y Huelva, una de las provincias en las que se detectan mayores prevalencias de consumo en estas sustancias:

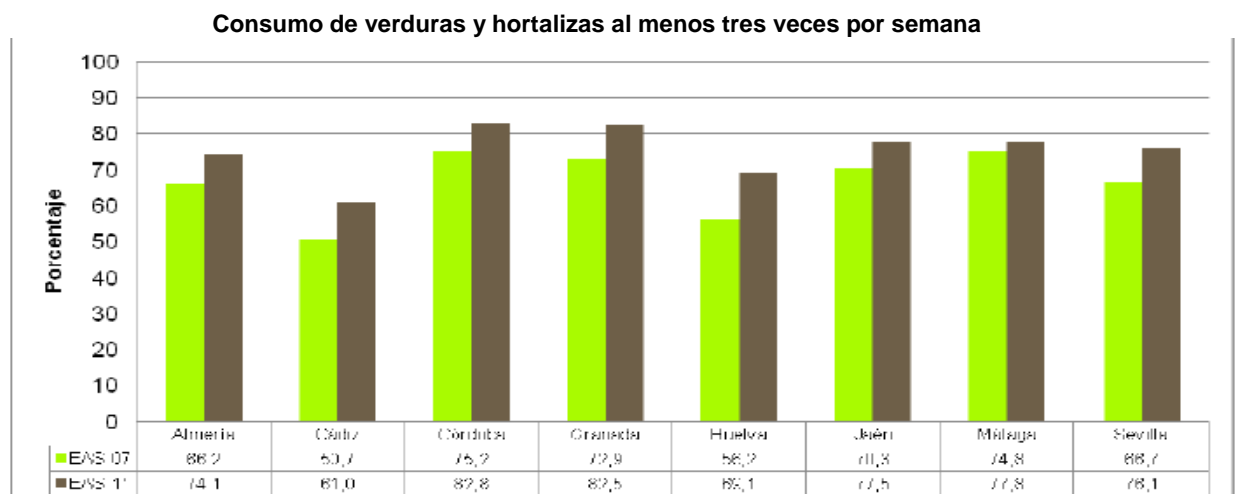
- ✓ Un 26% de población **alguna vez consumió** cannabis, un 7,5% clorhidrato de cocaína, un 3,7% de Legal Highs, un 2,6% ketamina.
- ✓ **En los últimos seis meses**, un 2,3% de la población consumió MDMA/Extasis y un 1,3% alucinógenos.
- ✓ **En el último mes**, un 6% consumió hipnosedantes y un 4,8 tranquilizantes, ambos con prescripción médica y con datos muy superiores a los de Andalucía.

Existen una serie de programas en el ámbito escolar destinados a la prevención de drogodependencias y adicciones⁴:

- ✓ El programa DINO, dirigido a alumnado de tercer ciclo de Educación Primaria, cubre a algo más del 2% de alumnado matriculado.
- ✓ El programa Prevenir para Vivir, dirigido a alumnado de Educación Secundaria Obligatoria, llega al 6% de alumnado matriculado en estos niveles.
- ✓ El programa Y tú qué piensas, dirigido a alumnado de 4º ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos, se desarrolla con un 8% de alumnado matriculado.

2.3.4. Consumo de fruta y verdura en la población de Granada

Granada fue la segunda provincia donde mayor proporción de personas consumió verduras y hortalizas al menos tres veces por semana (82,5%).



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

² Este estudio analiza el consumo de sustancias psicoactivas y se realiza bienal. La primera edición fue editada en 1987 y el universo muestral es la población andaluza de 12 a 64 años.

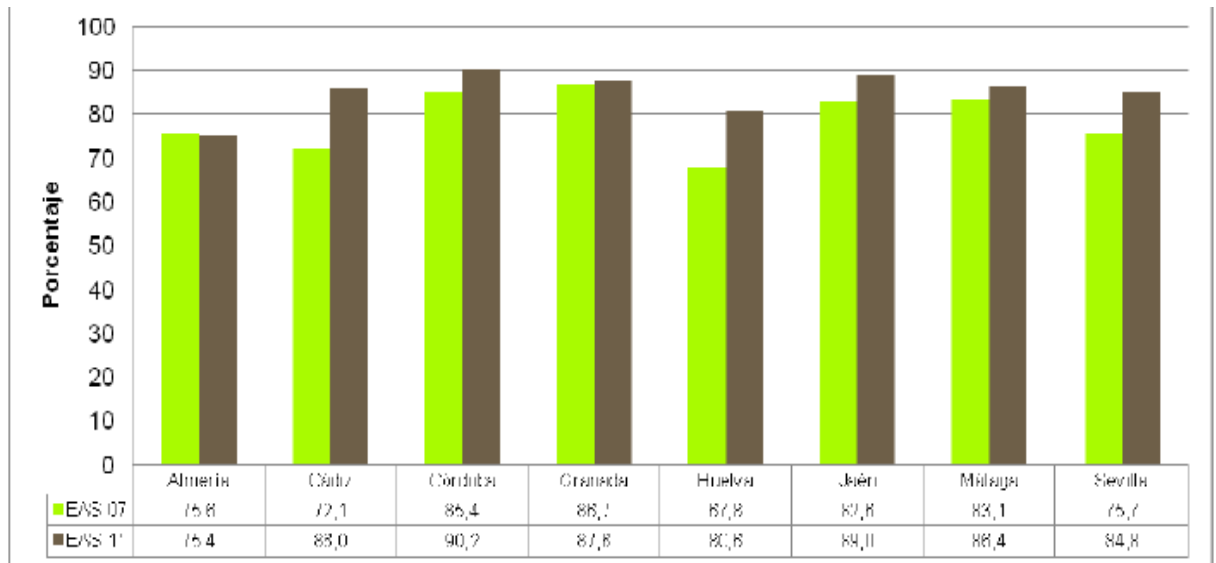
³ Sustancias de reciente aparición que imitan los efectos de las drogas ilícitas. Se trata de sustancias no reguladas que se comercializan como alternativas legales a drogas que sí están bajo control legal y que generalmente son vendidas a través de Internet o en tiendas especializadas.

⁴ Los datos de estos programas están referidos al curso escolar 2013/2014.

En Granada, al igual que en el resto de provincias, el aumento en el **consumo de verduras, hortalizas y fruta fresca al menos tres veces** a la semana se produce para todos los grupos de edad, nivel de estudios, de renta y clases sociales en los últimos años.



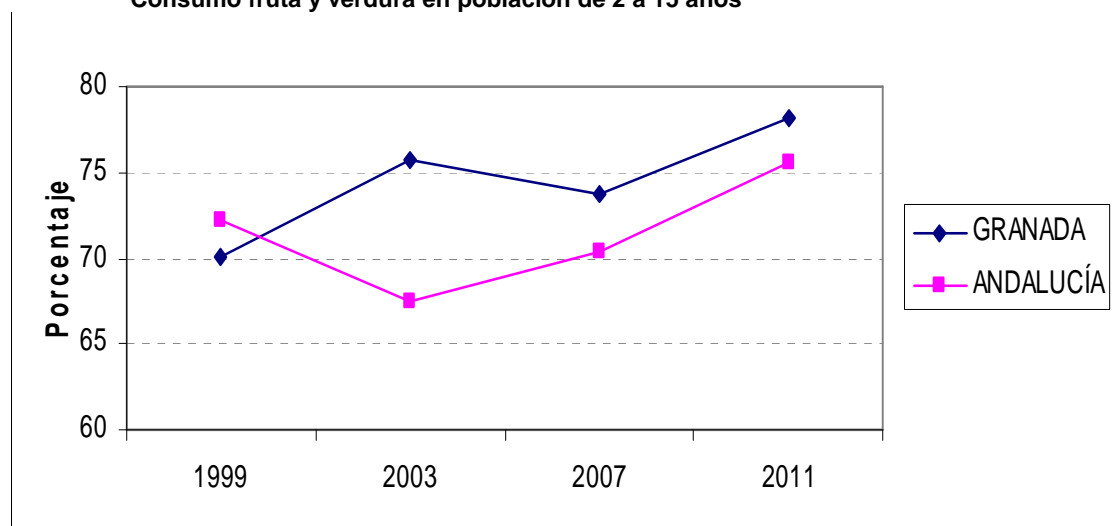
Consumo de fruta de al menos tres veces por semana



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

En Granada, el porcentaje de población de 2 a 15 años que consume fruta o verdura al menos cinco veces por semana es del 78.1 en 2011, mayor en niñas (82.1) que en niños (74.3). En los niños las cifras han permanecido similares entre 2003 a 2011, mientras que en las niñas las cifras fueron similares desde 1999 a 2007 aumentando de forma importante en 2011. Globalmente también se observa cierta tendencia ascendente desde el 70.1% en 1999 hasta el 78.1% en 2011.

Consumo fruta y verdura en población de 2 a 15 años



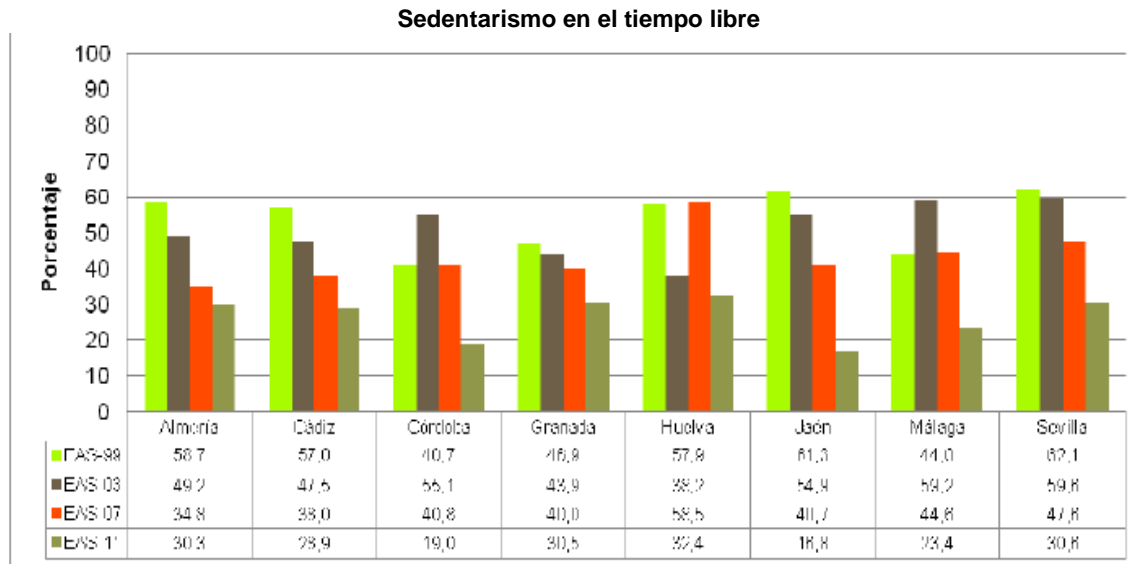
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

Con motivo de la iniciativa europea para fomentar el consumo de frutas y hortalizas entre los escolares, existe un proyecto impulsado por la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural con la ayuda financiera de la Comunidad Europea, el Plan de Consumo de Frutas en la Escuela, por el que se distribuyen frutas y hortalizas en centros docentes sostenidos con fondo públicos de Andalucía. En Granada, algo más del 26% del alumnado de Educación Primaria, estuvo cubierto por este proyecto durante el curso escolar 2013/2014.

2.3.5. Actividad física y deportiva en la población de Granada

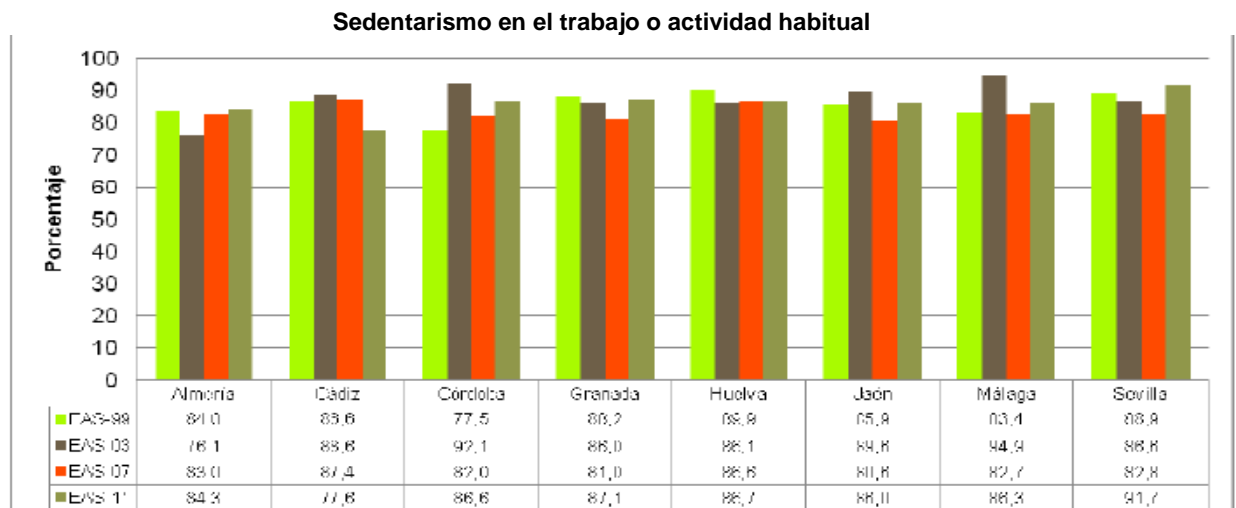
En 2011 las personas que **no realizan ejercicio físico durante el tiempo libre** suponen el 30,5% en Granada, algo superior al 26,8% de Andalucía. El sedentarismo en tiempo libre está descendiendo desde 1999. En 1999 era un 46,9% y en 2007 un 40%.

La mitad de las provincias, entre ellas Granada, tuvo más de un 30 % de la población con una vida sedentaria en su tiempo libre.



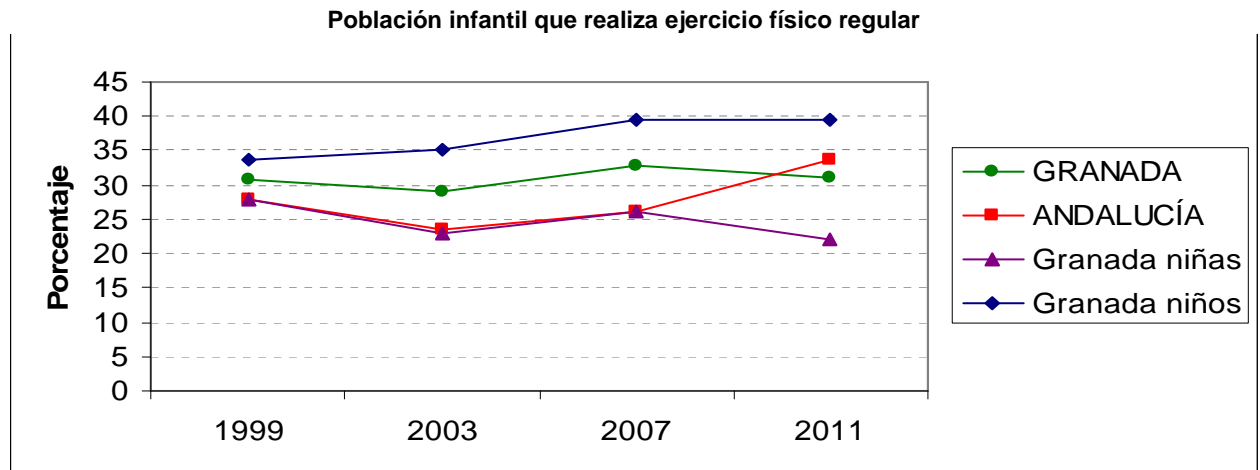
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

El sedentarismo en el trabajo o actividad habitual alcanza el 87,1% en 2011 en Granada, mostrando cierta estabilidad entre el 81 y 88% desde 1999.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

El porcentaje de población infantil que realiza ejercicio físico regular una o varias veces a la semana se mantiene estable en Granada de forma global, al anularse el efecto de cierta tendencia ascendente entre los niños con cierta tendencia descendente entre las niñas. Granada ocupa el tercer lugar entre las provincias donde el porcentaje de actividad física regular es menor, estando por debajo de la media de Andalucía.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

En la encuesta “Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte”, realizada a población andaluza de 16 y más años mediante entrevista personal, se recoge que en Granada la tasa de práctica deportiva alcanzó el 55.8% (63% en varones y 48.4% en mujeres), lo que sitúa a Granada como la provincia donde se realiza más deporte o actividad física. Aún así, el 43.3% de los granadinos no practica deporte. Los principales motivos para no practicar deporte son la falta de tiempo, la edad y la pereza-desgana.

La edad más frecuente de comienzo de actividad deportiva está entre los 16 y los 25 años, más tarde que en el conjunto de Andalucía. Menos de un 13% comenzó antes de los 16 años.

La proporción de población de Granada que practica deporte no es de las más elevadas, ya que un 64% lo hace tres veces por semana y un 21% dos veces por semana. Más del 87% lo hacen por su cuenta y las instalaciones más utilizadas son las públicas (un 53% los servicios y actividades deportivas municipales), seguidas de los lugares públicos, aunque casi una tercera parte acude a gimnasios privados. El 67% considera suficientes las instalaciones deportivas próximas a su casa, pero un 7% indica que no hay ninguna cerca de casa. Los deportes más practicados son la gimnasia de mantenimiento (49%) y el fútbol (17.5%).

Un 53% de las personas encuestadas caminaban o paseaban para mantener o mejorar la forma física. Granada es una de las provincias en las que menor porcentaje de población pasea y además la de menor frecuencia de práctica de paseo.

2.3.6. Sobrepeso, Obesidad

Según la O.M.S., el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. El 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y un porcentaje variable de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

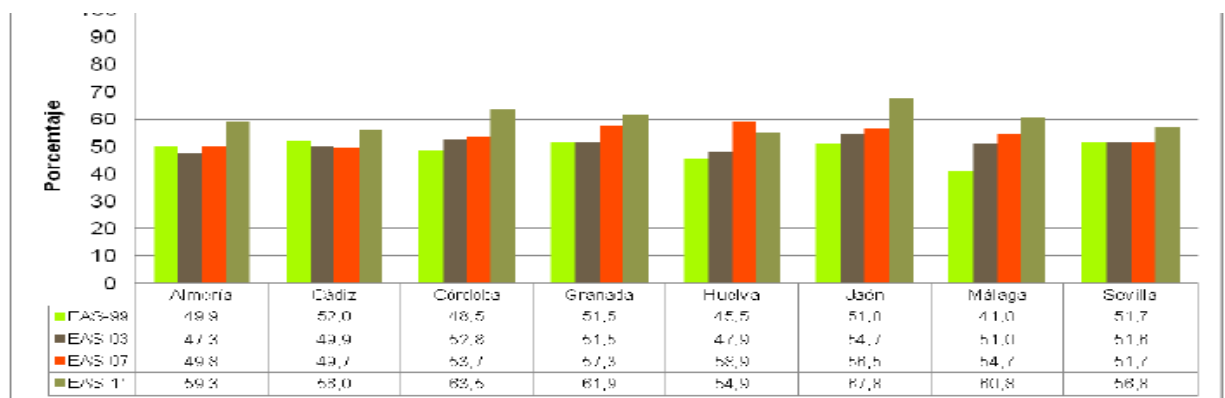
Para identificar el sobrepeso y la obesidad en las personas adultas se utiliza frecuentemente el índice de masa corporal (IMC), un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla

en metros (kg/m^2). Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

En el año 2011, el 61.9% de la población de Granada mayor de 16 años tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), ocupando el tercer lugar entre las provincias de Andalucía con mayor porcentaje. En Granada, al igual que en el resto de provincias, excepto Huelva, este porcentaje ha aumentado respecto a anteriores encuestas y es el mayor de toda la serie.

En Granada, como en el resto de Andalucía, ha aumentado en los últimos años la proporción de personas con sobrepeso u obesidad, con respecto a los rangos de edad y nivel socioeconómico. Desde 2003 se observa un aumento en el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad (51.5% en 2003, 57.3% en 2007 y 61.9% en 2011).

Personas con índice de masa corporal superior al normopeso (Sobrepeso y Obesidad)

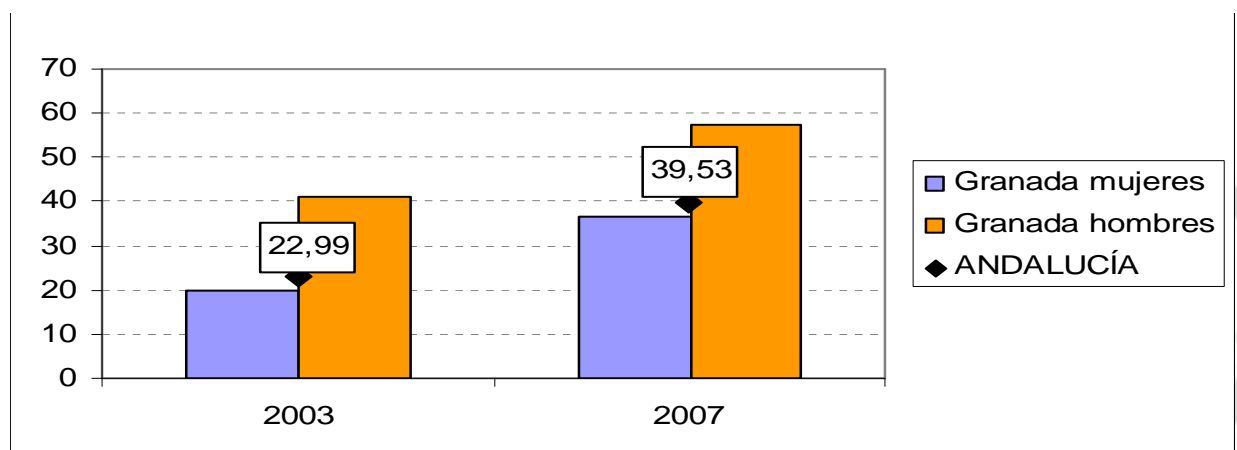


Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

La prevalencia de sobrepeso aumentó desde 2003 a 2007, tanto en hombres como en mujeres en Granada. La prevalencia de obesidad en cambio disminuyó globalmente en ese mismo periodo, con un descenso más marcado en los hombres que en las mujeres.

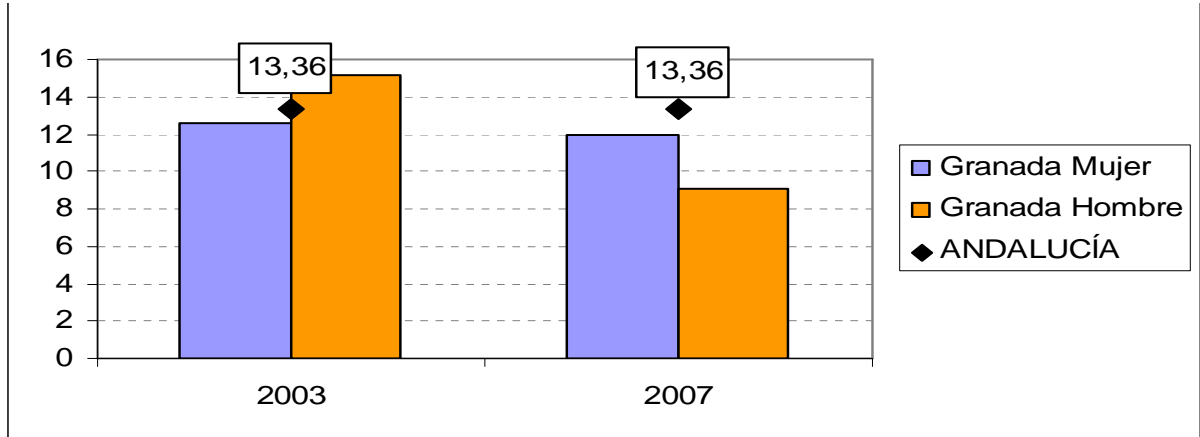
La prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres que en mujeres tanto en 2003 como en 2007, pero la prevalencia de obesidad fue mayor entre las mujeres en 2007.

Prevalencia de Sobrepeso



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

Prevalencia de Obesidad



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

En las niñas y niños de Granada, la prevalencia de sobrepeso percibido en el año 2011 fue del 16.8% (14.9% en niños y 18.9% en niñas), estando por debajo de la media de Andalucía globalmente y en niños, e igualando la media en niñas.

Prevalencia de Sobrepeso Percibido

	Niños				Niñas				Total			
	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011
Granada	15,9	13,1	24,8	14,9	9,6	13,5	26	18,9	12,8	13,3	25,4	16,8
ANDALUCÍA	15,6	15,1	19,9	18,7	11,6	13,4	17,3	18,9	13,6	14,3	18,6	18,8

Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

En los/as niños/as de Granada, la prevalencia de obesidad percibida en el año 2011 fue del 9.7%, la tercera más baja de todas las provincias y claramente por debajo de la media de Andalucía. Existen importantes diferencias entre ambos sexos (15.8% en niños y 3.2% en niñas), siendo Granada la segunda provincia con la prevalencia de obesidad percibida más alta en varones, mientras que es la de prevalencia percibida más baja en mujeres.

Prevalencia de Obesidad Percibida

	Niños				Niñas				Total			
	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011
Granada	2,8	8,3	3,7	15,8	8,7	5,2	7,7	3,2	5,7	6,8	5,6	9,7
ANDALUCÍA	13	15	13,5	14,7	12,1	13,1	12,7	13,1	12,5	14,1	13,1	13,9

Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

A través del Programa de “Alimentación Saludable en la Escuela”, se trata de fomentar la sensibilización del alumnado de Educación Primaria sobre la importancia de la alimentación para la salud. Además proporciona al profesorado información y recursos para trabajar este aspecto. En Granada un 25% del alumnado de primaria estuvo cubierto por este programa en el curso escolar 2013/2014.

El Programa Forma Joven dirigido a alumnado de Educación Secundaria y a otros entornos donde también hay jóvenes, es un programa integral dirigido a promover entornos y conductas saludables entre la población juvenil. Abarca las áreas de Salud Afectivo-Sexual, Convivencia, Estilos de Vida y Salud Mental. En el curso escolar 2013/2014 casi un 32% de alumnado de Secundaria, Bachillerato, Ciclos Formativos y Educación Permanente estuvo adscrito a este recurso.

2.3.7. CONCLUSIONES BLOQUE 3

- 1. El 28% de las personas de Granada fuman a diario. La tendencia es ligeramente ascendente en mujeres.**
- 2. La edad media de inicio en el consumo de tabaco es de 17.5 años**
- 3. La edad media de inicio al consumo de alcohol es de 18.3 años.**
- 4. Una de cada tres personas consumen alcohol al menos una vez al mes.**
- 5. Después del tabaco y el alcohol, la sustancia más consumida en Granada es el cannabis y además la tendencia en los últimos años es creciente.**
- 6. Cerca de un 20% de población consume verduras y hortalizas menos de 3 veces por semana.**
- 7. El 20% de la población de 2-15 años consume fruta o verdura menos de 5 veces por semana.**
- 8. El 30% de las personas de Granada tiene una vida sedentaria en su tiempo libre.**
- 9. Granada ocupa el tercer lugar entre las provincias donde el porcentaje de actividad física regular es menor, estando por debajo de la media de Andalucía. Más de la mitad de la población (55%) practica deporte de forma regular.**
- 10. En el año 2011, el 61.9% de la población de Granada mayor de 16 años tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad). Este porcentaje ha aumentado respecto a anteriores encuestas y es el mayor de toda la serie.**
- 11. La participación de los Centros Educativos en los Programas de Hábitos de Vida Saludable y de Prevención de Drogodependencias, es muy baja.**

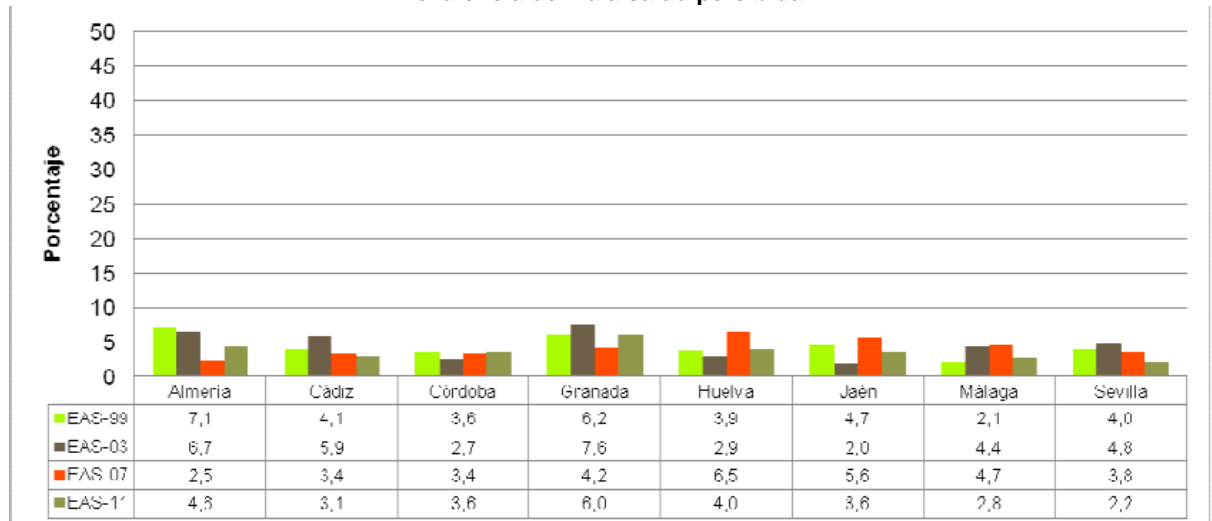
2.4. Situación de Salud

2.4.1. Salud Percibida

Granada fue la provincia en la que mayor porcentaje de personas percibieron de forma más negativa su salud (El 3,4 % de la población andaluza declaró tener una mala o muy mala percepción de su salud, frente al 6% que lo hizo en Granada).

Cuando en la mayoría de provincias, esta percepción ha mejorado con respecto a la EAS de 2007, tan sólo en Almería y en Granada, empeora el dato.

Prevalencia de mala salud percibida



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Las mujeres perciben una mala salud en mayor porcentaje y se observa una relación directa entre la percepción de mala salud y la edad de la persona.

Con respecto a la evolución de este indicador desde la EAS de 1999, los porcentajes de personas cuya percepción de salud fue mala o muy mala, son similares en la provincia de Granada.

2.4.2. Mortalidad por municipios en Granada

En los últimos 25 años se observa una tendencia decreciente de la mortalidad durante todo el periodo en la mayoría de los municipios; para todos los grupos de edad y sexo.

No existe ningún municipio en el que la tendencia de la tasa de mortalidad sea creciente. En los hombres la tendencia es decreciente-creciente en el grupo de edad de 65 a 74 años en Huéscar y Galera.

En las mujeres, existe una tendencia decreciente-creciente en las menores de 1 año en Granada capital, en el grupo de 65 a 74 años en Castilléjar y Cogollos de la Vega, en el grupo de 75-84 años en la Puebla de don Fadrique y en las mayores de 85 años en Las Gabias, Ogjares, Fuente Vaqueros y de nuevo en la Puebla de don Fadrique.

Municipios con exceso de mortalidad significativo y tendencia de mortalidad por algunas causas (suicidio, accidentes de tráfico, enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica, Alzheimer, diabetes mellitus y VIH):

- **Suicidio:**

Los municipios con un exceso de mortalidad significativo van cambiando según varía el grupo de edad y sexo estudiado, pero existe un claro predominio de la comarca del poniente granadino. Se observa una tendencia creciente de mortalidad en hombres de 15-44 años en Granada capital, Guadix y 11 municipios más situados entre los referidos y el límite de la provincia de Jaén, y en mujeres de 15-44 años en Granada y tres municipios del nordeste.

- **Accidentes de tráfico:**

Tendencia decreciente en todos los municipios.

- **Enfermedad cerebrovascular:**

Ningún municipio con tendencia creciente

- **Enfermedad isquémica:**

Ningún municipio con tendencia creciente excepto Santa Fe en mujeres de 85 y más años.

- **Alzheimer:**

Las Gabias, Santa Fe y Fuente Vaqueros presentan un exceso de mortalidad significativo en mujeres mayores de 74 años; y Vegas del Genil en hombres de 65-84 años. La tendencia es creciente en hombres de 65-74 años en numerosos municipios, especialmente norte y nordeste de la provincia. En mujeres de esa misma edad, también hay varios municipios que presentan tendencia creciente, situados sobre todo en la zona colindante con el sur de Almería. En hombres y mujeres de 85 y más años hay algunos municipios con tendencia creciente, principalmente en la parte norte de la provincia.

- **Diabetes mellitus:**

Tendencia creciente sólo en algunos municipios dispersos, tanto en hombres como mujeres de 85 y más años.

- **VIH:**

Granada y Pinos Puentes son los únicos municipios con exceso de mortalidad significativo, y ambos sólo en hombres de 15 a 44 años. La tendencia de mortalidad es creciente en todos los municipios de la provincia en mujeres de 45-64 años, excepto Gualchos y Santa Cruz del Comercio. También es creciente en hombres de 45-64 años en la mayoría de municipios, salvo la zona colindante con la provincia de Córdoba y con el nordeste de Almería, y la zona del nordeste de Granada que linda con Almería.

Aunque existen variaciones entre grupos de edad y sexo, la evolución de mortalidad en los municipios de Granada, en términos generales, sugiere una tendencia convergente con las tasas españolas a través del tiempo.

En 2010 se realizó a nivel provincial un estudio que estableció las causas de mortalidad priorizadas por Distritos y Áreas Sanitarias. Los criterios que se utilizaron para dicha priorización fueron:

- Tasa elevada de Años potenciales de Vida Perdidos (APVP) (periodo 2002-2006).
- Exceso de APVP respecto a la media andaluza.
- Tasas específicas de mortalidad (truncada a los 75 años) superior a la media española (año 2008).
- Tendencias de las tasas específicas de mortalidad sean crecientes o estables (periodo 1981-2008).

Los resultados de este estudio muestran que las causas de mortalidad priorizadas son:

- ✓ En Área Sur de Granada: Cáncer de colon y Alzheimer.

- ✓ En Área Nordeste de Granada: Enfermedad Isquémica del Corazón, VIH-SIDA, y Cáncer de Colon.
- ✓ Distrito Sanitario Granada-Metropolitano: Enfermedad Isquémica del Corazón, Suicidios y Lesiones Autoinflingidas y VIH-SIDA.

2.4.3. Principales causas de morbimortalidad de la población de Granada

2.4.3.1 Vacunaciones

El **Programa de Vacunaciones en Andalucía** incluye en la actualidad la vacunación sistemática frente a un total de 12 enfermedades: hepatitis B, enfermedad invasiva por Meningococo C, enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae tipo b, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela y papilomavirus.

La incidencia de algunas de estas enfermedades ha disminuido en Granada a partir de su inclusión en el calendario vacunal, alcanzando valores muy bajos.

Sin embargo, durante los últimos años se observa la reemergencia de alguna de estas enfermedades, como ha ocurrido con el sarampión, la parotiditis y la tosferina.

Casos confirmados y compatibles de sarampión por provincia. 2001-2012

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Almería	0	0	181	0	0	0	0	0	0	2	24	1
Cádiz	1	1	1	0	0	0	0	223	0	0	88	1
Córdoba	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	91	0
Granada	0	0	6	0	6	0	1	2	22	83	229	0
Huelva	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	37	1
Jaén	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	30	0
Málaga	5	0	0	1	2	1	0	5	0	2	32	5
Sevilla	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1745	13
Total	12	3	190	1	8	1	2	246	24	89	2276	21

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)

Casos y tasas de incidencia de parotiditis por provincia. Andalucía 2010-2012

Provincia	Casos 2010	Tasas 2010	Casos 2011	Tasas 2011	Casos 2012	Tasas 2012
Almería	9	1.29	24	3.41	53	7.53
Cádiz	7	0.57	26	2.09	30	2.41
Córdoba	4	0.50	5	0.62	1	0.12
Granada	23	2.51	28	3.03	14	1.52
Huelva	9	1.74	3	0.57	1	0.19
Jaén	5	0.75	42	6.26	8	1.19
Málaga	39	2.42	11	0.68	20	1.22
Sevilla	19	0.99	20	1.04	20	1.03
Total Andalucía	115	1.37	159	1.89	147	1.74

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)

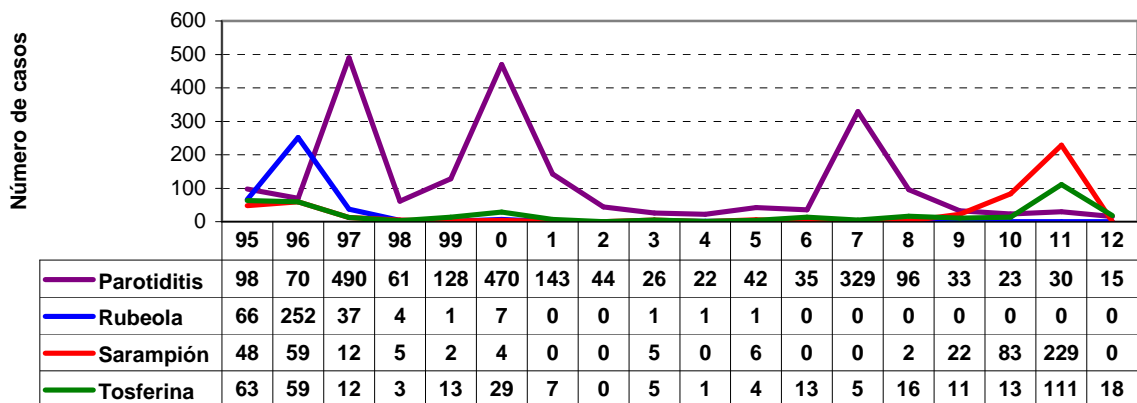
Casos y tasas de incidencia de tos ferina por provincia. Andalucía 2008 – 2012

Provincia	Casos 2008	Tasa 2008	Casos 2009	Tasa 2009	Casos 2010	Tasa 2010	Casos 2011	Tasa 2011	Casos 2012	Tasa 2012
Almería	5	0,75	7	1,02	3	0,03	15	2,13	4	0,57
Cádiz	10	0,82	9	0,73	1	0,01	12	0,97	20	1,61
Córdoba	5	0,63	5	0,62	0	0,00	10	1,24	9	1,12
Granada	16	1,78	11	1,21	13	0,15	111	12,01	18	1,95
Huelva	1	0,20	0	0,00	0	0,00	6	1,15	0	0,00
Jaén	1	0,15	0	0,00	0	0,00	5	0,75	7	1,04
Málaga	15	0,96	2	0,13	6	0,07	28	1,72	36	2,19
Sevilla	8	0,43	14	0,74	34	0,40	78	4,04	33	1,70
Total Andalucía	61	0,74	48	0,58	57	0,68	265	3,15	127	1,50

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)

Además de la existencia de un número de casos antes del inicio de la edad vacunal o en poblaciones mayores que no se beneficiaron del Programa de Vacunaciones de Andalucía (PVA), se producen también casos en niños y jóvenes. Existen movimientos antivacunas, que se organizan principalmente en Albayzín y Alpujarra, que hacen que no se alcance la cobertura óptima en determinada población.

Casos de Parotiditis, Rubeola, Sarampión y Tosferina Granada

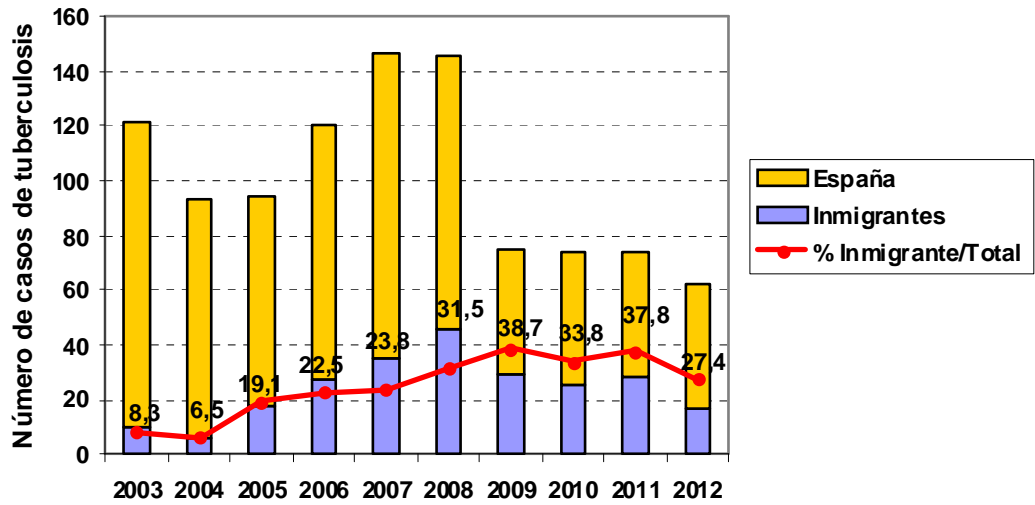


Fuente: SVEA y Redalerta. Elaboración propia

La tasa de incidencia de la **tuberculosis pulmonar** declarada en Granada se sitúa, salvo el periodo 2006-2008, por debajo de la media de Andalucía, y tiene una tendencia descendente. En 2012 la tasa de incidencia en Granada fue de 9.2 casos por 100.000 habitantes, ocupando el sexto lugar entre las provincias de Andalucía, cuya tasa fue de 10.5. Ningún distrito de Granada se encuentra entre los que alcanzaron mayores tasas en 2012. Un 41.3% de los casos de tuberculosis tienen alguna situación de especial vigilancia epidemiológica. Entre éstas destacan la condición de personas inmigrantes (25.2%), internos en prisión (5.7%) y vagabundos en el último año (3.4%). Se considera como situación de especial vigilancia= inmigrante cuando un paciente originario de un país distinto de España presenta una situación que hace más probable la tuberculosis o ciertas dificultades para el seguimiento. El peso de la inmigración en la incidencia de tuberculosis en Granada ha ido oscilando en el tiempo, pero en los últimos 5 años más de la cuarta parte de los casos declarados era inmigrante. Hubo un 6.9% de casos con resistencias a al menos uno de los fármacos antituberculosos, un 2.3% presentaba multiresistencia. Finalizó el tratamiento el 88% de los casos nuevos y el 82.7% del total.

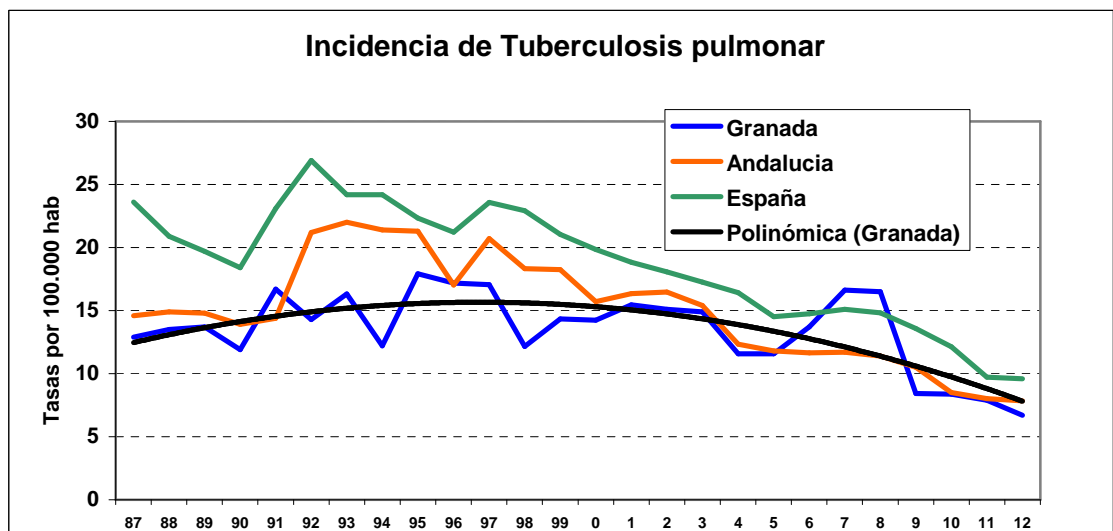


Casos de Tuberculosis pulmonar Granada



Fuente: SVEA y Redalerta. Elaboración propia

Incidencia de Tuberculosis pulmonar



Fuente: SVEA y Redalerta. Elaboración propia



2.4.3.2. Accidentes de Tráfico (AT)

La evolución de la accidentalidad en la provincia de Granada arroja datos muy positivos en lo que al descenso de víctimas mortales se refiere. De 107 fallecimientos en el año 1994 se ha pasado a 49 víctimas mortales en el año 2014, si bien es cierto que el mejor dato corresponde al año 2013 con 33 fallecidos. Acontece algo similar con las personas heridas graves, que de 527 en el año 1994 pasan a 181 en el año 2014, no sucediendo lo mismo con las heridas leves que se incrementan de 1.046 en el año 1994 a 2.445 en el año 2014.

Evolución de accidentes y víctimas. 1994- 2014

AÑO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Fallecidas	107	114	103	108	108	130	137	127	116
Heridas graves	527	594	588	646	789	780	608	610	599
Heridas leves	1.046	1.347	1.372	1.448	1.594	1.820	1.687	1.692	1.571

AÑO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Fallecidas	107	105	101	103	77	77	65	47	40
Heridas graves	715	465	603	673	563	484	355	290	267
Heridas leves	1.945	1.817	1.621	1.946	2.295	1.840	1.709	1.571	1.831

AÑO	2012	2013	2014
Fallecidas	43	33	49
Heridas graves	244	219	181
Heridas leves	2.129	2.445	1.956

Fuente: Anuarios Estadísticos de Accidentes. Jefatura Provincial de Tráfico de Granada. Ministerio del Interior

Evolución de personas fallecidas en accidentes de tráfico con víctimas. Serie 1994-2014



Fuente: Anuarios Estadísticos de Accidentes Jefatura Provincial de Tráfico de Granada. Ministerio del Interior

La siguiente tabla recoge, desde 2005, la evolución de los principales indicadores de accidentalidad (accidentes con víctimas, fallecidas, heridas graves y heridas leves) así como de indicadores representativos del nivel de exposición en la provincia (población, parque de vehículos o tráfico en la red interurbana).

Si nos centramos en la evolución en el periodo 2013-2014, debemos destacar:

- Disminuyen los accidentes con víctimas pero aumenta el número de fallecimientos, contabilizándose 16 más que en el año anterior. Al hilo de lo expuesto, aumentan los fallecimientos por millón de habitantes y el promedio diario.
- Disminuyen las personas heridas graves en un total de 38 así como por millón de población.
- Las heridas leves experimentan un incremento de 489.
- El parque automovilístico sufre un ligero aumento, no así los fallecimientos por millón de vehículos que aumenta de forma significativa.
- El índice de letalidad también experimenta un aumento.

Si la evolución se analiza sobre un periodo más amplio, 2005-2014, se observa que aumentan los accidentes con víctimas pero se reduce el número total de fallecimientos, los fallecimientos por millón de habitantes y el promedio diario. Mientras que las personas heridas graves tienden a bajar, las heridas leves aumentan. El parque automovilístico se ha incrementado moderadamente.

Evolución de los principales indicadores 2005-2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2013
Accidentes con víctimas	1.316	1.660	1.919	1.557	1.333	1.214	1.403	1.635	1.820	1.423	-21,81%
Fallecidas	101	103	77	77	65	47	40	43	33	49	48,48%
Heridas graves	603	673	563	484	355	290	267	244	219	181	-17,35%
Heridas leves	1.621	1.946	2.295	1.840	1.709	1.571	1.831	2.129	2.445	1.956	-20,00%
Fallecidas por millón de habitantes (1)	118	118	87	86	71	51	43	47	36	53	48,75%
Promedio diario de fallecimientos	0,28	0,28	0,21	0,21	0,18	0,13	0,11	0,12	0,09	0,13	48,89%
Parque automóvil	543.110	583.326	605.638	619.706	624.485	630.632	634.561	634.808	628.244	630.429	0,35%
Fallecimientos por millón de vehículos de parque automóvil	186	177	127	124	104	75	63	68	53	78	47,97%
Índice de letalidad	4,3	3,8	2,6	3,2	3,1	2,5	1,9	1,8	1,2	2,2	83,19%
Heridas graves por millón de habitantes	704	772	636	538	390	317	290	265	237	197	82,80%
Tráfico vehículo-km 10⁶ (*)	5.542,2	5629	5.739,3	5.601,3	5.603,8	5.146,1	5.525,2	4.915,9	4.755,2	4868,6	102,38%

(1) Tasas calculadas conforme a los datos del Censo de Población revisados por el INE en 2014

(*) Los datos de esta categoría se refieren a vías interurbanas exclusivamente.

Fuentes: Anuarios Estadísticos de Accidentes, Anuario Estadístico General, INE, Almacén de datos y Anuarios Estadísticos de FOMENTO

En 2014 fallecieron 38 hombres y 11 mujeres. Respecto de las personas heridas graves, 139 fueron hombres, representando el 76,80%, mientras que 42 fueron mujeres, suponiendo el 23,20% restante.

Víctimas mortales y heridas en función del sexo y la zona, 2014.

SEXO	VÍAS INTERURBANAS			VÍAS URBANAS			TOTAL		
	Fallecidas	Heridas graves	Heridas leves	Fallecidas	Heridas graves	Heridas leves	Fallecidos	Heridas graves	Heridas leves
MUJER	10	33	499	1	9	257	11	42	756
HOMBRE	37	114	795	1	25	397	38	139	1.192
SIN ESPECIFICAR	0	0	3	0	0	5	0	0	8
TOTAL	47	147	1.297	2	34	659	49	181	1.956

Fuente: Explotación a 30 días realizada por la Subdirección General de Análisis y Vigilancia Estadística. Jefatura Provincial de Tráfico de Granada. Ministerio del Interior

Las tasas de mortalidad son mucho mayores en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

En términos absolutos, los accidentes de circulación con resultado de muerte afectan principalmente al grupo de edad comprendido entre los 35 y 54 años, con 22 fallecimientos y en los accidentes con personas heridas, el mayor número se produjo en el grupo de 25 a 34, con 39 heridos graves y 459 heridos leves.

En carretera, la mayor parte de la accidentalidad ocurre con vehículos ligeros en todas las edades y principalmente en jóvenes y adultos jóvenes.

Respecto a la distribución según día de la semana en la provincia, se puede ver un ligero incremento en el número de accidentes durante los lunes y los viernes.

Los municipios con mayor porcentaje de accidentes de tráfico en zona urbana son Granada capital (85,86 %) seguido de Churriana de la Vega (1,5%).

Granada pertenece al modelo 2 de accidentabilidad, caracterizado por presentar una tasa de número de víctimas para todos los grupos de edad mayor en desplazamientos en carretera que en zona urbana.

La Dirección General de Tráfico en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, ofrece material de apoyo y asesoramiento para el desarrollo de la Educación Vial en los Centros Educativos a través de los Programas de Promoción de Hábitos de Vida Saludable.

2.4.3.3 Salud Laboral

Según la II Encuesta Andaluza de Condiciones de Trabajo, realizada por el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo en 2011, al 53.5% de los trabajadores en Granada se le había ofrecido en el último año realizar un reconocimiento médico por los servicios de prevención de las empresas, propios o ajenos, y lo hicieron. Un **36,4% de las personas encuestadas** afirman que no han recibido tal ofrecimiento por parte de su empresa.

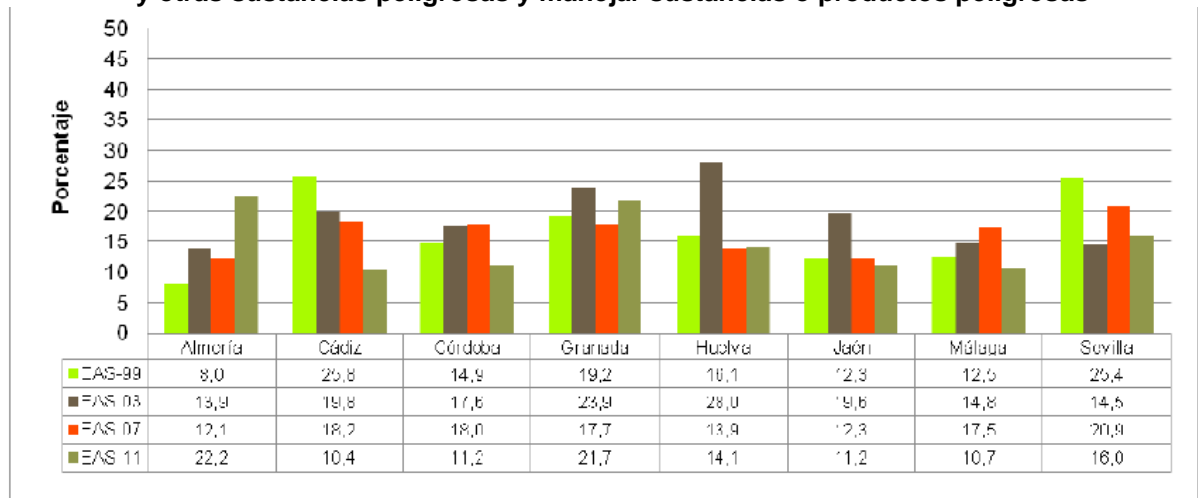
Respecto a si en su empresa se ha realizado en los doce meses previos una evaluación o algún estudio de los riesgos para la salud, resulta significativo el alto porcentaje de personas que dicen desconocer si se ha hecho o no, superando en Granada el 31%.

La percepción de algún riesgo de accidente laboral en el puesto de trabajo se extiende al 80.5% de trabajadores en Granada.

Según la Encuesta de condiciones de trabajo, el 5.8% de los encuestados afirma que en su puesto de trabajo respira polvos, humos, aerosoles, gases o vapores nocivos o tóxicos, el porcentaje más bajo de todas las provincias de Andalucía.

Según la Encuesta de Salud de Andalucía, Granada tiene un 21.7% de personas trabajadoras muy expuestas a respirar vapores, humos y otras sustancias peligrosas y manejar sustancias o productos peligrosos, frente al 14.5 % en Andalucía y en tercer lugar tras las provincias de Almería y Jaén. Por área geográfica, las únicas provincias donde aumentó de 1999 a 2011 el porcentaje de personas expuestas a sustancias peligrosas en el ámbito laboral en los últimos años fueron Almería y Granada, descendiendo en el resto de provincias.

Personas trabajadoras muy expuestas a respirar vapores, humos y otras sustancias peligrosas y manejar sustancias o productos peligrosos



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Granada fue donde se registró mayor exposición a posiciones fatigantes/dolorosas en el trabajo (47,1%) y es, junto con Almería, la única provincia en la que ha aumentado el número de personas expuestas a posturas fatigantes/dolorosas en los últimos años.

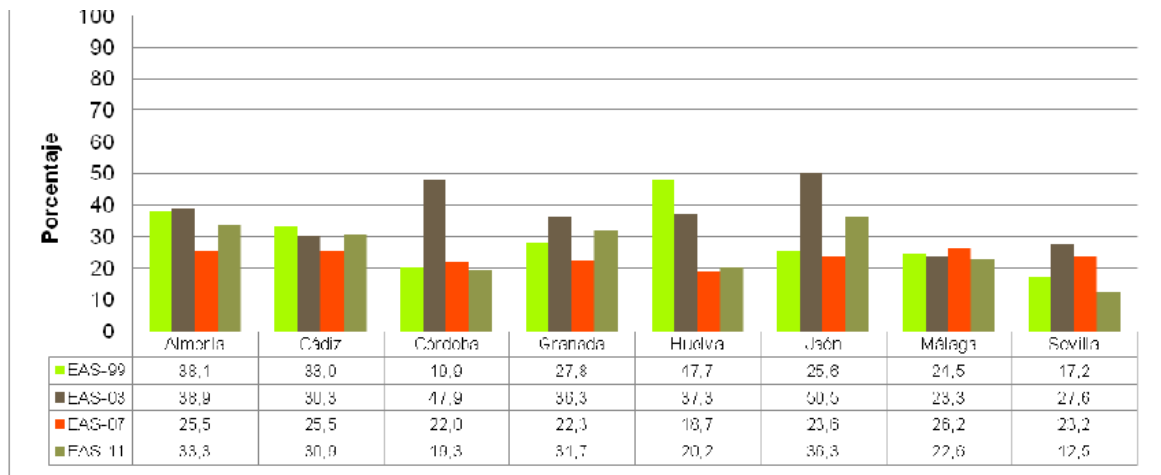
El 5% de los trabajadores ocupados en Granada declara haber sufrido en los dos últimos años algún accidente en su lugar de trabajo que requiera asistencia médica o tratamiento, por debajo de la media de Andalucía (7,4%).

La prevalencia de enfermedades profesionales diagnosticadas o en trámite era del 0.5% en Granada, por debajo de la media de Andalucía (1,4%). Esta cifra ha disminuido para el global de Andalucía desde la Encuesta de 2008, en que era del 2.4%.

Según la Encuesta de condiciones de trabajo, el 12.3% de los trabajadores en Granada opinan que su trabajo está deteriorando su estado de salud. Este porcentaje es el más bajo de todas las provincias y está claramente por debajo de la media de Andalucía (25,4%).

En cambio, según la Encuesta Andaluza de Salud de 2011, en Granada un 31.7% personas trabajadoras tenían un pensamiento negativo en la influencia del trabajo en la salud, siendo Granada y Jaén las únicas provincias que tuvieron un aumento en la proporción de personas trabajadoras que tenían un pensamiento negativo en la influencia del trabajo en la salud en los últimos años.

Personas trabajadoras a las que el trabajo afecta negativamente a su salud



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Sólo el 32% de las personas encuestadas que pensaban que el trabajo les afecta a la salud habían realizado una o más visitas al médico debido a afecciones atribuidas al trabajo. Es el porcentaje más bajo de todas las provincias y está claramente por debajo de la media de Andalucía (45.8%).

Dado el gran volumen de actividad agrícola en Andalucía y el alto uso de productos químicos para el control de plagas, en 2000 se inicia la declaración de intoxicaciones agudas por plaguicidas en zonas de especial vigilancia, siendo desde enero de 2009 una enfermedad de declaración obligatoria no urgente. La presentación clínica puede variar debido a la afectación de distintos sistemas corporales, oscilando entre síntomas leves como cefalea o náuseas hasta otros graves como el coma o la muerte. Entre 2008 y 2012 ha habido en Granada 4 casos de intoxicación aguda por plaguicidas y 7 brotes por exposición a tóxicos, uno de ellos por exposición a plaguicidas.

2.4.3.4. Cáncer

En Granada en el período 2003-2007, igual que en el conjunto de Andalucía, el cáncer fue la segunda causa de muerte en ambos sexos, representando el 23.5% de las defunciones en la provincia (el 27.5% de la mortalidad total en hombres y el 19.2% en mujeres). En los hombres, la provincia de Granada presenta tasas por debajo de la media andaluza. La distribución provincial en las mujeres es similar pero no coincidente, ocupando Granada una posición intermedia.

Mortalidad por cáncer

AÑO	Tasa estandarizada /100.000 h					
	HOMBRES		MUJERES		TOTALES	
	Granada	ANDALUCÍA	Granada	ANDALUCÍA	Granada	ANDALUCÍA
1999	233,5	256,8	112,37	109,51	172,935	183,155
2000	208,7	249,2	107,74	109,95	158,22	179,575
2001	222,4	248,9	107,03	108,11	164,715	178,505
2002	222,4	247,8	104,49	107,64	163,445	177,72
2003	211,4	240,7	105,55	106,82	158,475	173,76
2004	217,8	244,6	99,52	105,71	158,66	175,155
2005	204,9	234,2	99,05	100,03	151,975	167,115
2006	203,2	225	103,51	102,55	153,355	163,775
2007	211,1	223,6	106,67	102,51	158,885	163,055
2008	195,2	221,8	99,07	101,34	147,135	161,57
2009	210,8	217,5	96,11	99,47	153,455	158,485

Fuente: Instituto Estadística Andalucía (IECA). Elaboración propia

Las tasas de mortalidad fueron más elevadas en los hombres que en las mujeres, con una razón de tasas de 2.

En mujeres las principales causas de mortalidad por cáncer en Granada (2003-2007) se debieron al cáncer de mama, colorrectal, útero, pulmón, ovario e hígado; y en los hombres al cáncer de pulmón, colorrectal, próstata, vejiga, estómago e hígado.

La mortalidad por cáncer afecta fundamentalmente a adultos de edad avanzada. El 74% de las defunciones se produjeron en personas de 65 o más años, en ambos sexos. Aunque en los menores de 15 años las tasas son bajas, excluyendo el primer año de vida, en el grupo de 1 a 4 años el cáncer es la primera causa de muerte.

En cuanto a la incidencia, en el período 2007-2009 se registró un total de 14.051 casos, correspondientes a los sujetos residentes en la provincia de Granada, diagnosticados por primera vez de cáncer durante esos años, lo que representó una media de 4.684 casos nuevos anuales.

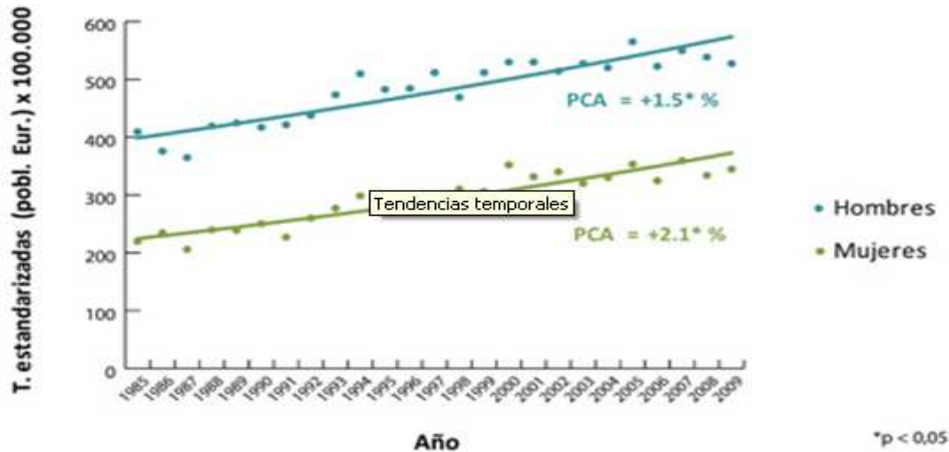
El número absoluto de casos diagnosticados anualmente sube, debido en parte al envejecimiento de la población. En el periodo 2007-2009, la incidencia media anual de cáncer en Granada presentó unas tasas brutas de 609 y 436 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. La incidencia fue más elevada en los hombres que en las mujeres, con una razón de tasas estandarizadas de 1,6. El 59% de los casos incidentes se presenta en personas de 65 o más años, en ambos sexos. Únicamente el 0,5% de los casos se presenta en menores de 15 años.

Los cánceres más frecuentes, excluyendo el de piel no melanoma, fueron los de próstata y pulmón en los hombres, y mama y colon en las mujeres.

Las tasas acumulativas calculadas hasta los 74 años fueron de un 45,7% y 27,9% para hombres y mujeres, respectivamente, lo que significa que, si las tendencias temporales no se modifican, casi 1 de cada 2 hombres y 1 de cada 4 mujeres residentes en la provincia de

Granada desarrollará un cáncer antes de los 75 años de edad. Esto significa un gran número de personas con cáncer en tratamiento o en seguimiento durante muchos años.

Tendencias de la incidencia total del cáncer. Granada, 1985-2009



Fuente: Registro del Cáncer

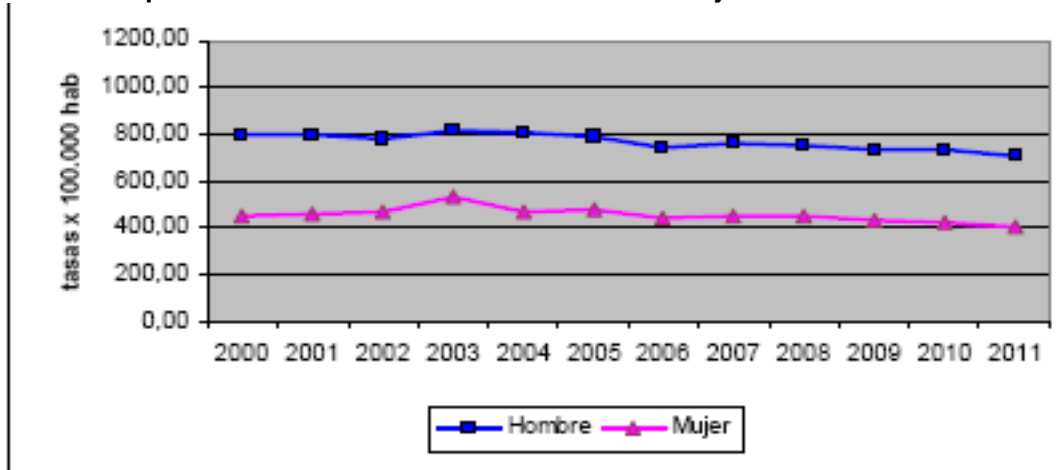
En Granada, el **análisis de tendencias** para cada uno de los cánceres estudiados muestra patrones específicos:

- **Cáncer de piel no melanoma.** Incremento de las tasas de **incidencia** en ambos sexos. Su impacto en el conjunto de la mortalidad es muy bajo.
- **Cáncer de colon-recto.** Incremento de las tasas de **incidencia** en ambos sexos. La **mortalidad** por cáncer de colon también muestra una tendencia ascendente.
- **Cáncer de vejiga urinaria.** Incremento de la **incidencia** en hombres y estabilización en mujeres.
- **Cáncer de pulmón en hombres.** Incremento de la **incidencia** en un primer periodo y decremento posterior, ambos estadísticamente significativos, con un punto de cambio. La **mortalidad** tiene tendencia al descenso.
- **Cáncer de pulmón en mujeres.** Incremento estadísticamente significativo de la **incidencia** a lo largo de todo el período. La **mortalidad** tiene tendencia al ascenso.
- **Cáncer de próstata.** Incremento en la **incidencia**. La **mortalidad** tiene tendencia al descenso.
- **Cáncer de mama en las mujeres.** Incremento en la **incidencia**. La **mortalidad** tiene tendencia al descenso.
- **Cáncer de laringe en los hombres.** Descenso estadísticamente significativo de la tendencia de la **incidencia**. La **mortalidad** tiene tendencia al descenso.
- **Cáncer de cérvix.** Estabilización de la tendencia de la **incidencia** (6 por 100.000 mujeres, 1998-2002), si bien hay que resaltar que en las mujeres más jóvenes, menores de 39 años, se detectó un incremento estadísticamente significativo. La **mortalidad** presenta cierta estabilidad.

2.4.3.5. Las enfermedades cardiovasculares

Los ingresos hospitalarios por Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en Andalucía se han mantenido estables, con un ligero descenso estadísticamente no significativo, en los últimos años en hombres y mujeres. Esta tendencia se observa también en Granada.

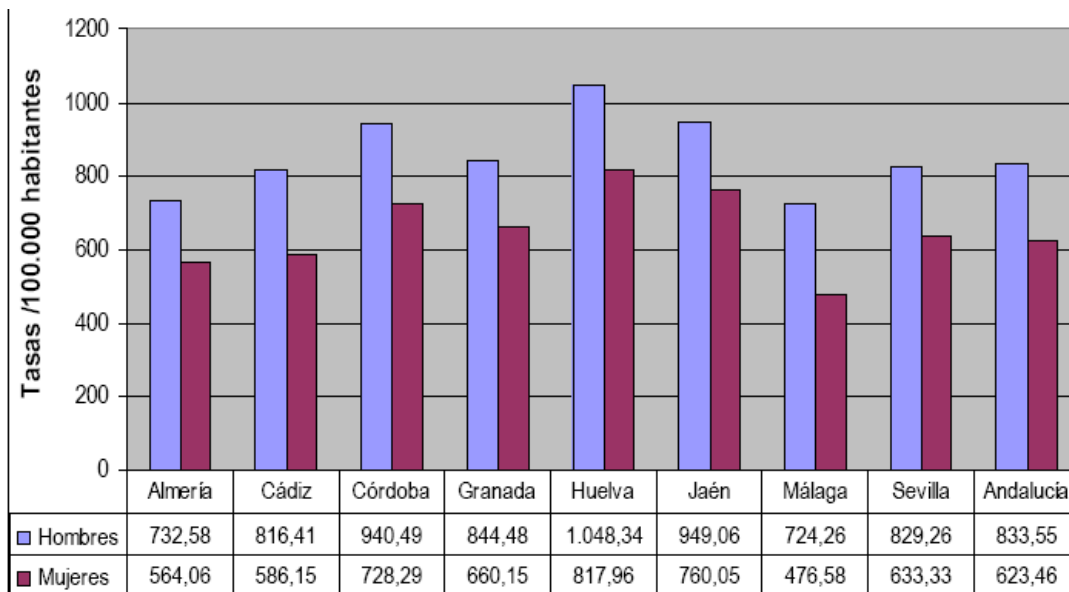
Altas por enfermedades cardiovasculares. Tasas ajustadas. Por sexo. Granada 2000-2011



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta (CMBDA).

Granada ocupó en 2011 una posición intermedia tanto en hombres como en mujeres.

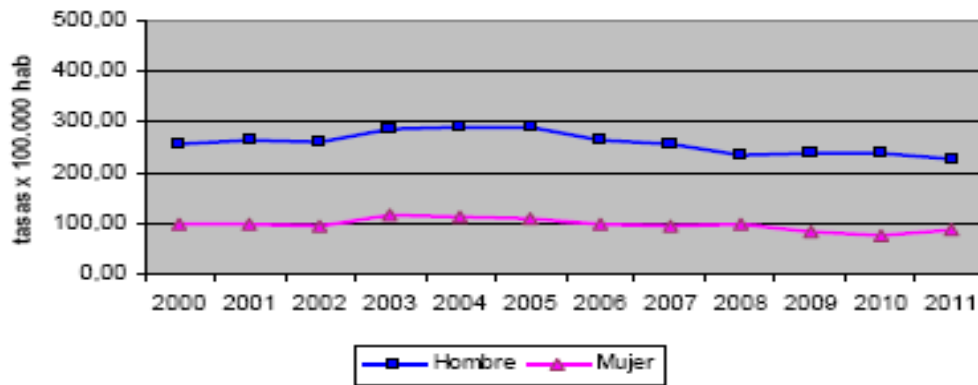
Altas por enfermedades cardiovasculares. Tasas brutas por sexo. Andalucía



Fuente: CMBDA. Elaboración: Sº Epidemiología y SL SG de Salud Pública. Consejería Igualdad, Salud y Políticas Sociales

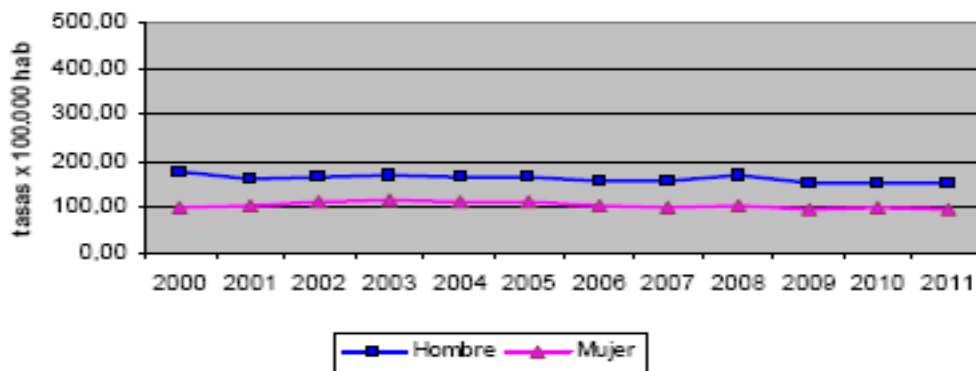
Los ingresos por Cardiopatía Isquémica (C.I.) en Granada han seguido la misma tendencia que el conjunto de las ECV durante el periodo 2000 y 2011. La tasa en los hombres duplica a la de las mujeres. La tasa ajustada de altas hospitalarias por enfermedades cerebrovasculares (ECBV) presenta una estabilidad con una suave tendencia a descender durante la última década en Granada.

Altas por cardiopatía isquémica. Tasas ajustadas. Por sexo. Granada 2000-2011



Fuente: CMBDA. Elaboración: Sº Epidemiología y SL SG de Salud Pública. Consejería Igualdad, Salud y Políticas Sociales

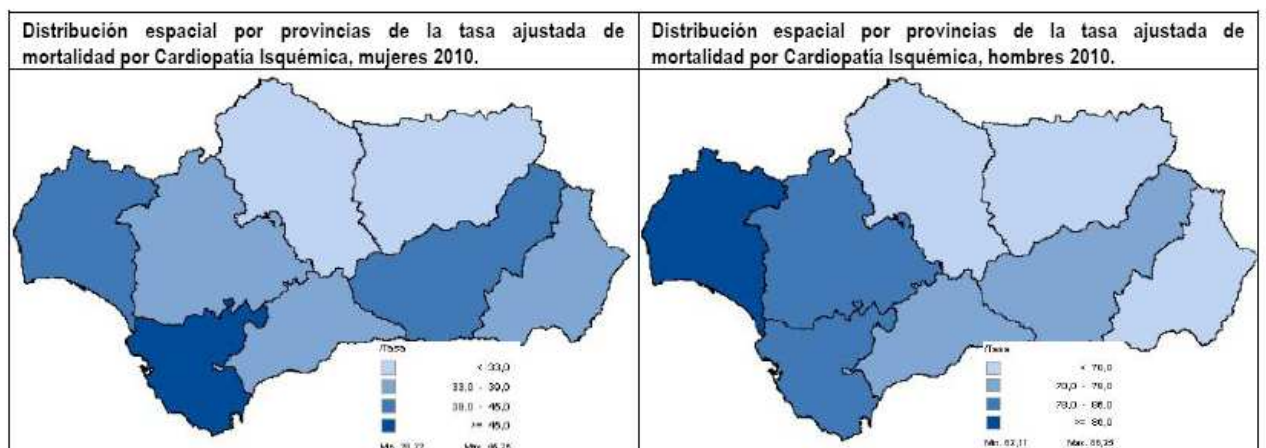
Altas por enfermedad cerebrovascular. Tasas ajustadas. Por sexo. Granada 2000-2011

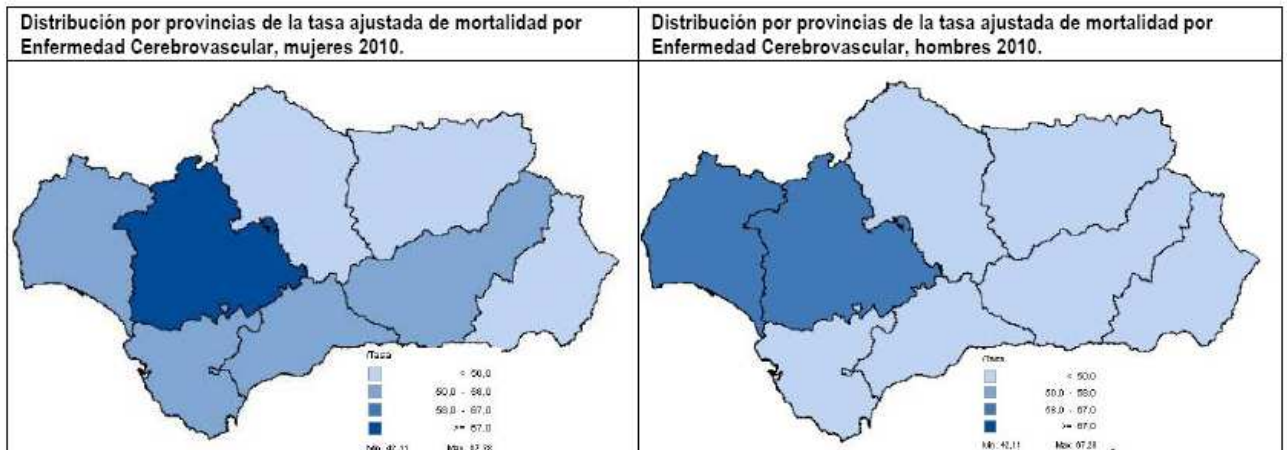


Fuente: CMBDA. Elaboración: Sº Epidemiología y SL SG de Salud Pública. Consejería Igualdad, Salud y Políticas Sociales

La mortalidad por CI y por ECBV en Andalucía ha tenido un importante descenso durante los últimos 30 años tanto en las mujeres como en los hombres, destacando el descenso de los ECBV. La incidencia de CI en Granada en 2010 media-baja en hombres y una tasa media-alta en mujeres. En cuanto a la ECBV, la tasa es baja en hombres y media-baja en mujeres.

Distribuciones espaciales de mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular





Cierta estabilidad en la incidencia de Enfermedades Cardiovasculares (ECV) junto con la disminución de la mortalidad que se viene produciendo durante los últimos años, implica un progresivo incremento de la prevalencia de ECV, sus complicaciones y secuelas, con la correspondiente demanda de servicios sanitarios y sociales.

2.4.3.6. Diabetes

En Andalucía la diabetes es la quinta causa de muerte en mujeres, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y digestivas; y la sexta en hombres tras las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias, causas externas y enfermedades digestivas.

La mortalidad por Diabetes Mellitus ha tenido una tendencia descendente durante las últimas décadas en Granada, siendo en las mujeres donde este descenso se ha producido de una manera más acusada.

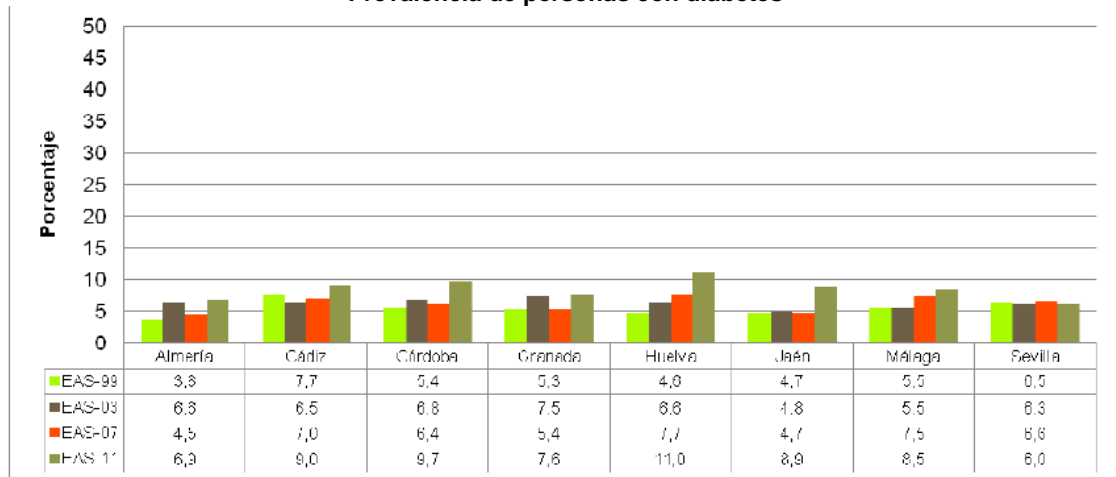
Mortalidad por Diabetes Mellitus

		HOMBRES		MUJERES		TOTALES	
		Granada	ANDALUCÍA	Granada	ANDALUCÍA	Granada	ANDALUCÍA
2000-2004	Defunciones	443	3450	700	5610	1143	9060
	Tasa Bruta	22	18,65	33,52	29,51	27,76	24,08
	Tasa Ajustada	17,68	17,68	18,21	17,41	17,945	17,545
	Tasa APVP	43,87	46,14	32,99	28,15	38,43	37,145
2005-2009	Defunciones	473	3500	613	5130	1086	8630
	Tasa Bruta	21,58	17,47	27,39	25,2	24,485	21,335
	Tasa Ajustada	16,89	15,49	13,83	13,82	15,36	14,655
	Tasa APVP	43,43	47,63	16,01	22,16	29,72	34,895

Fuente: IECA. Elaboración propia

La prevalencia de diabetes aumentó en Granada respecto a la última EAS de 2007, pasando de un porcentaje del 5.4 al 7.6. En Andalucía también se produjo un aumento de personas con diabetes, que en 2011 es de un 7.1% en los hombres y 8,8% en las mujeres. Tanto en Granada como en Andalucía, el incremento de la prevalencia de obesidad no augura un escenario de contención en la prevalencia de diabetes en el futuro próximo. El refuerzo de las medidas de promoción y prevención resulta cada vez más apremiante.

Prevalencia de personas con diabetes



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Los ingresos hospitalarios por Diabetes Mellitus han aumentado en Granada, al igual que en Andalucía, durante los últimos años. El porcentaje de altas por DM, sobre el total de altas, ha pasado en los hombres del 9.2% al 18% y en las mujeres del 8.6% al 12.7%. En Andalucía alcanzó en 2011 un 16,7% del total de altas hospitalarias, produciéndose este aumento especialmente a partir de la población diabética mayor de 45 años.

Altas Hospitalarias por Diabetes Mellitus



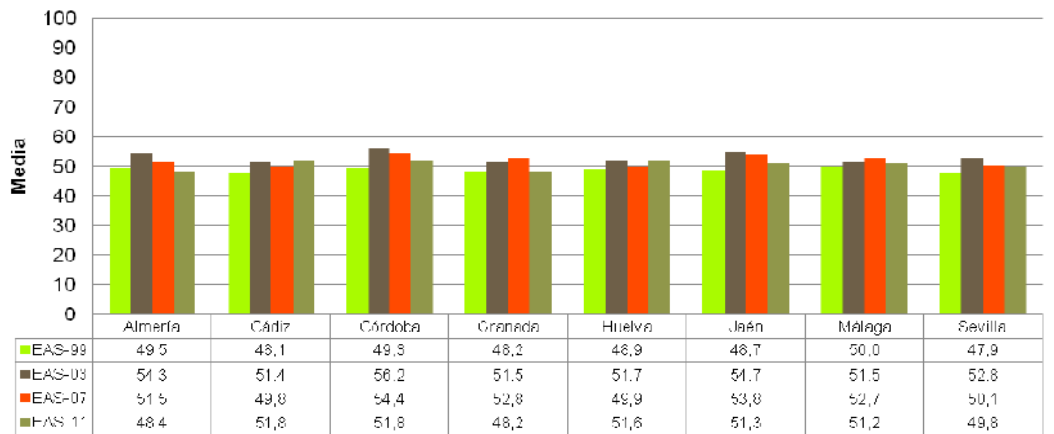
Fuente: CMBDA. Elaboración propia

2.4.3.7. Salud Mental

La Encuesta Andaluza de Salud (EAS) utiliza el cuestionario SF-12, que con una escala de 0 a 100 en sus puntuaciones describe la salud física y la salud mental. El valor 50 (con una desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores respectivamente que la media poblacional.

Según la zona geográfica, en todas las provincias se obtuvieron valores medios similares, alrededor de los 51, excepto en Almería, Granada y Sevilla donde se obtuvieron valores inferiores a 50 (en concreto, Granada fue la provincia que obtuvo el menor valor medio de toda Andalucía, 48,2). El valor medio de salud mental para el total de la población de Andalucía en 2011 fue de 50,6.

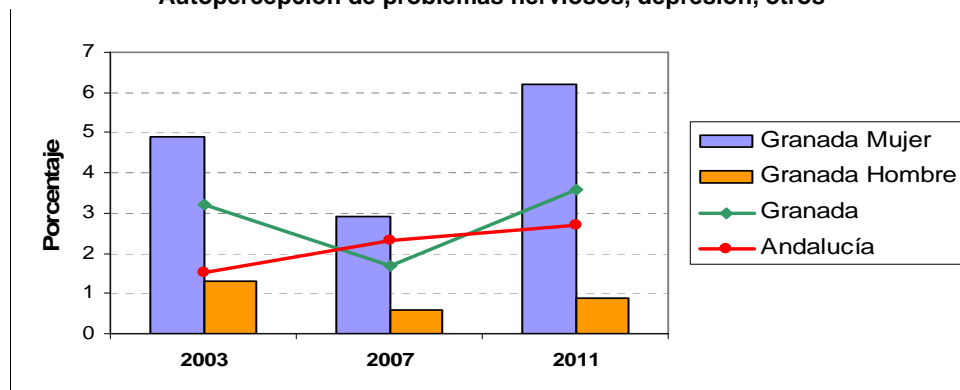
Valores medios en la puntuación mental para la escala SF-12



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud

Granada es la tercera provincia con mayor porcentaje de población que manifestó en 2011 padecer ansiedad, depresión o trastorno mental (3.6%) y es, junto con Cádiz, la provincia que presenta mayor diferencia entre ambos sexos: 0.9% en hombres y 6.2% en mujeres. Se ha producido un aumento importante respecto a 2007 en Granada, pasando del 1,7% al 3,6%, a expensas de las mujeres.

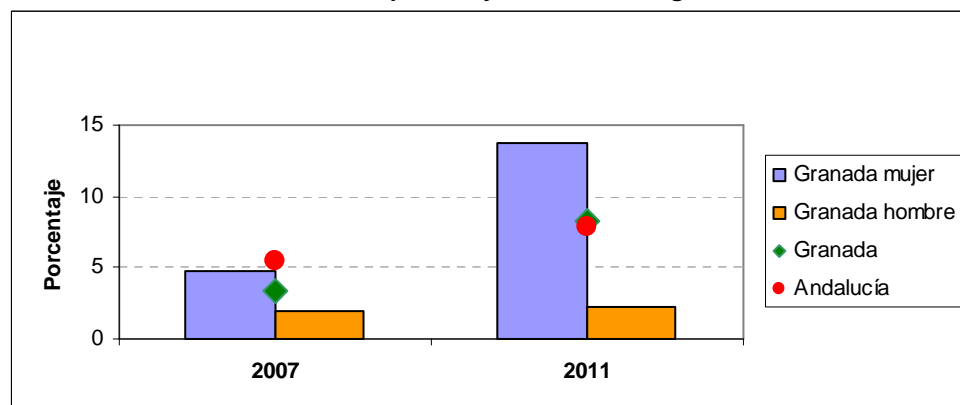
Autopercepción de problemas nerviosos, depresión, otros



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

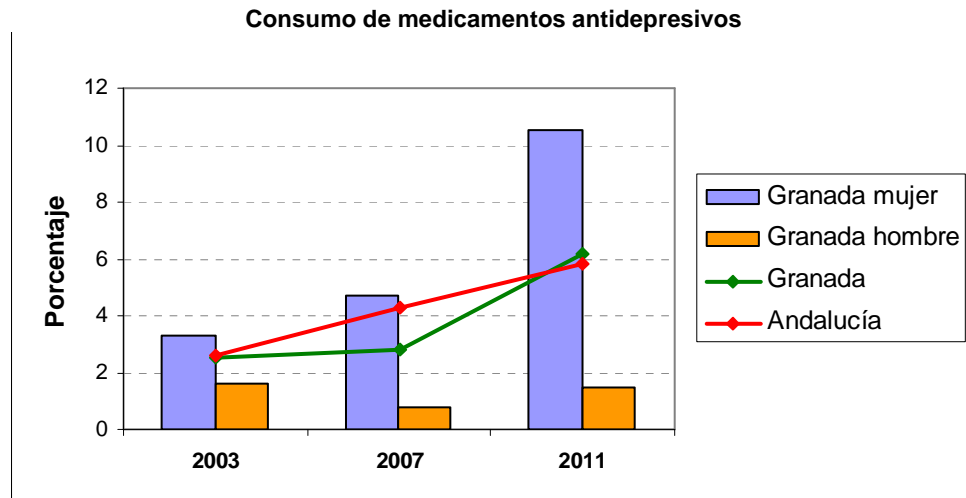
Granada presenta la prevalencia de depresión y/o ansiedad diagnosticada más baja en hombres (2,3%), mientras que está ligeramente por encima de la prevalencia media de Andalucía en mujeres (13.7% frente a 11.6%).

Prevalencia de depresión y/o ansiedad diagnosticada



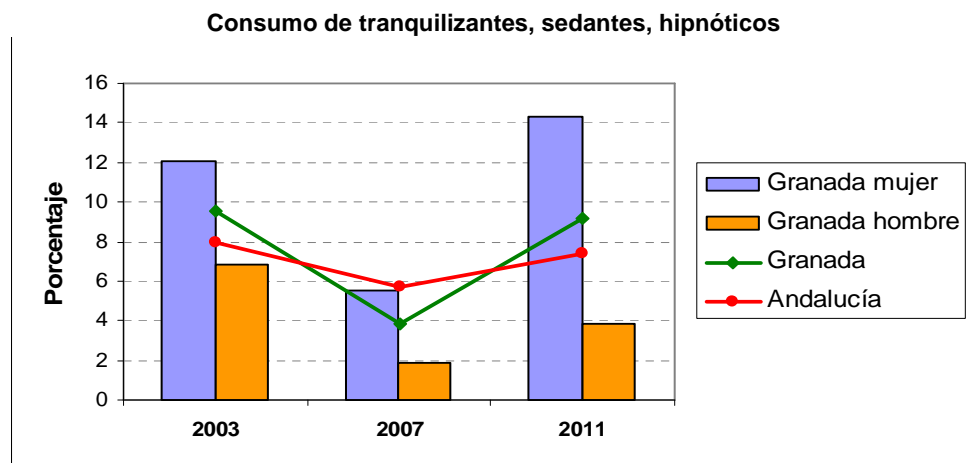
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia.

Entre 2003, 2007 y 2011 el consumo de medicamentos antidepresivos ha aumentado en Granada, especialmente entre 2007 y 2011 en que se duplica. Este aumento es principalmente a expensas de las mujeres, siendo Granada la segunda provincia con el porcentaje más elevado en 2011. En Andalucía también se ha observado un aumento progresivo.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia.

Granada es la tercera provincia con valores más elevados en consumo de tranquilizantes, sedantes o hipnóticos (9.2%), estando por encima de la media de Andalucía (7.4%). Por sexos, ocupa el segundo lugar entre las mujeres (14.3%), mientras que en hombres está por debajo de la media de Andalucía. El consumo ha aumentado respecto a 2007 en todas las provincias excepto Málaga y Sevilla, pero es Granada la provincia en la que más han aumentado.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración propia

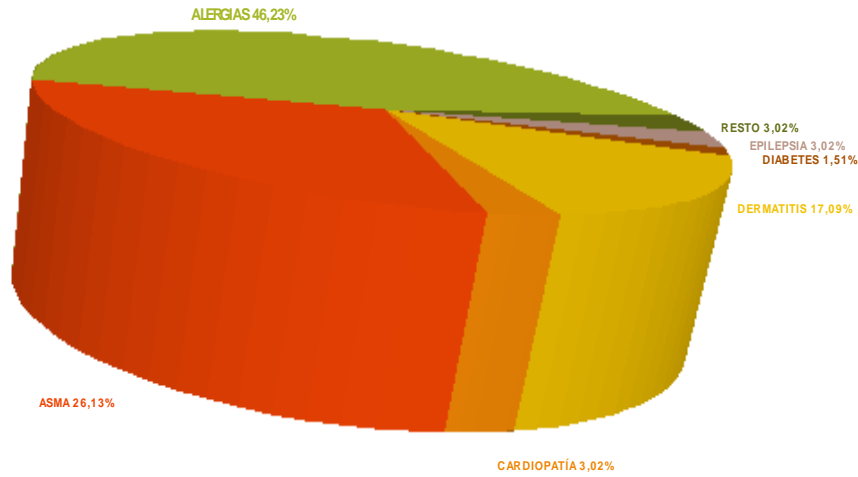
El consumo ha aumentado respecto a 2007 en todas las provincias excepto Málaga y Sevilla, pero es Granada la provincia en la que más ha aumentado.

2.4.4. Enfermedades crónicas en población escolar de Granada

En la provincia de Granada se viene elaborando un censo del alumnado que presenta enfermedades crónicas cuyas familias lo han puesto en conocimiento del centro escolar correspondiente. El censo, elaborado por los Equipos de Orientación Escolar y el Equipo Técnico Provincial, incluye tanto al alumnado que necesita medidas de atención específica, como aquel que no requiere ninguna actuación educativa particular.

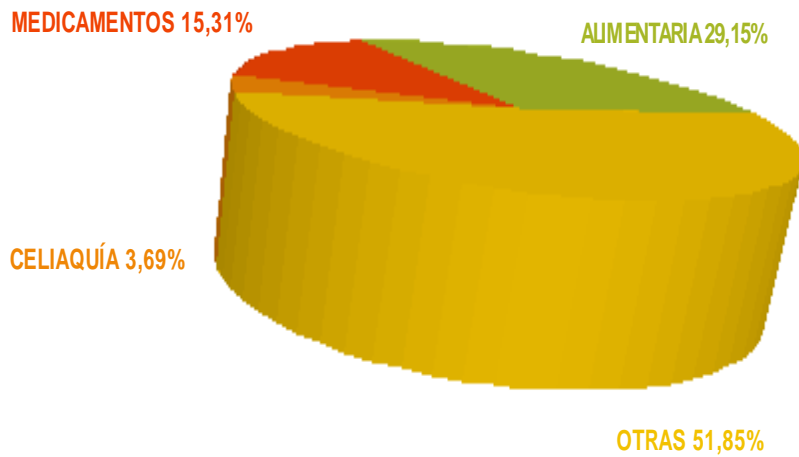
Las enfermedades más prevalentes en este censo son, por este orden, las alergias, tanto de tipo asma, como dermatitis, de tipo alimentario y medicamentoso.⁵

**Prevalencia de enfermedades crónicas en población escolar de Granada.
Curso Escolar 2013/2014**



Fuente: Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte

**Tipos de alergias en población escolar de Granada.
Curso Escolar 2013/2014**



Fuente: Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte

⁵ En el Curso Escolar 2013/2014 se llegaron a censar 2.805 casos de asma, 2.933 de otras alergias, 2.117 dermatitis atópica, 1.649 de alergias alimentarias y 866 de alergia a medicamentos.

2.4.5. CONCLUSIONES BLOQUE 4

1. Granada fue la provincia en la que mayor porcentaje de personas percibieron de forma más negativa su salud (el 3,4 % de la población andaluza declaró tener una mala o muy mala percepción de su salud, frente al 6 % que lo hizo en Granada)
2. Durante los últimos años se observa la reemergencia de algunas enfermedades como sarampión, parotiditis y tosferina.
3. Existen movimientos antivacunas que hacen que no se alcance la cobertura óptima de vacunación en determinada población.
4. Granada pertenece al modelo 2 de accidentabilidad, caracterizado 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 para el grupo de edad de 15-24 años en carretera.
5. Las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico son mayores en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.
6. En desplazamientos urbanos las tasas de accidentabilidad son mayores en vehículos de dos ruedas para el grupo de edad 15-24 años.
7. Un 36,4% de las personas encuestadas afirman que su empresa no les ha ofrecido realizar un reconocimiento médico por el servicio de prevención de la empresa, propio o ajeno.
8. La prevalencia de enfermedades profesionales diagnosticadas o en trámite era del 0.5% en Granada, por debajo de la media de Andalucía (1,4%).
9. En Granada en el período 2003-2007 el cáncer fue la segunda causa de muerte en ambos sexos, representando el 23.5% de las defunciones en la provincia (el 27.5% de la mortalidad total en hombres y el 19.2% en mujeres).
10. Está aumentando la incidencia de la mayoría de los principales cánceres, excepto el de laringe en hombres, que está descendiendo y el de cérvix, con estabilización en la tendencia salvo en mujeres jóvenes (<39 años) en las que aumenta.

2.4.5. CONCLUSIONES BLOQUE 4

11. La mortalidad por cáncer de colon-recto presenta una tendencia ascendente. La mortalidad por cáncer de pulmón ascendió en las mujeres de toda Andalucía, destacando el fuerte ascenso en Granada.
12. El incremento progresivo de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, sus complicaciones y secuelas, hace pensar en un aumento correspondiente de la demanda de servicios sanitarios y sociales.
13. La prevalencia de diabetes aumentó en Granada respecto a la última EAS de 2007, pasando de un porcentaje del 5.4 al 7.6. El incremento de la prevalencia de obesidad no augura un escenario de contención en la prevalencia de diabetes en un futuro próximo. El refuerzo de las medidas de promoción y prevención resulta cada vez más apremiante.
14. Granada fue la provincia que obtuvo el menor valor medio de toda Andalucía en el cuestionario utilizado para describir la salud física y la salud mental.
15. En Granada en 2011 respecto a 2007 se ha producido un aumento importante en el porcentaje de población que manifestó padecer ansiedad, depresión o trastorno mental pasando del 1,7% al 3,6% y es una de las provincias que presentan mayor diferencia entre ambos sexos: 0.9% en hombres y 6.2% en mujeres.
16. El consumo de medicamentos antidepresivos ha aumentado, principalmente en las mujeres. Granada es la provincia en la que más ha aumentado el consumo de tranquilizantes, sedantes e hipnóticos.
17. Las enfermedades más prevalentes en el censo de Escolares con Enfermedades Crónicas declaradas son las alergias, tanto de tipo asma, como dermatitis y de tipo alimentario y medicamentoso.

3. Metas, objetivos y acciones para mejorar la salud en Granada

El Plan Provincial de Granada contempla un total de 11 metas, 29 objetivos y 85 acciones provinciales todas vinculadas con el Plan Autonómico.

Cada una de las 11 metas define retos provinciales en el abordaje del determinante del que se trate. Dentro de la meta se definen objetivos a conseguir y acciones provinciales que bien venían realizándose o bien se han previsto gracias al trabajo de colaboración en la implantación del IV PAS. Cada acción provincial ha sido codificada del siguiente modo: De izquierda a derecha, el primer dígito determina el compromiso, el segundo la meta y el tercero el objetivo del Plan Autonómico, a continuación aparecen las siglas GR de Granada y el resto de dígitos que aportan la información de carácter provincial (meta, objetivo y acción).

META GR.1. Fomentar la adquisición de una alimentación sana y equilibrada entre la población de Granada

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
1.1.1.GR.1.1. Potenciar la adquisición por parte de niños y niñas de Granada, de una alimentación sana y equilibrada a través del desarrollo de Programas existentes, priorizando en las zonas desfavorecidas	1.1.1.GR.1.1.1. Promover a través de los Programas de Hábitos de Vida Saludable en el entorno escolar, la adquisición de conocimientos significativos que permitan la participación del alumnado en la confección de dietas	Ordenación Educativa
	1.1.1.GR.1.1.2. Fomentar HVS en familias atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar de Servicios Sociales	Familia
1.1.1.GR.1.2. Potenciar la adquisición de conocimientos básicos en alimentación y nutrición a través de los Programas de Hábitos de Vida Saludable en el entorno escolar y Forma Joven en otros entornos, priorizando en colectivos vulnerables	1.1.1.GR.1.2.1. Implicar a profesionales de la Red de Consejo Dietético en el desarrollo de los Programas de Hábitos de Vida Saludable en el entorno escolar y Programa Forma Joven en otros entornos	Servicios Sanitarios
	1.1.1.GR.1.2.2. Formar a profesionales del ámbito de la empresa en básicos de alimentación y nutrición, selección de productos alimenticios y actitudes sensatas de consumo	Salud
1.1.1.GR.1.3. Incorporar en las actividades deportivas (concentraciones, caminatas, Plan de Deporte Escolar) el mensaje de la dieta saludable y equilibrada	1.1.1.GR.1.3.1. Diseño de materiales conjuntamente entre Salud y Deportes para su difusión y homogenización de doble mensaje (dieta y deporte).	Deportes
	1.1.1.GR.1.3.2. Incorporación de actividades paralelas de alimentación sana y equilibrada en todos los Campeonatos Andaluces organizados en la provincia.	Deportes
1.2.1.GR.1.4. Sensibilizar a la población acerca del impacto de la dieta en la salud en municipios adheridos a la Red de Acción Local en Salud	1.2.1.GR.1.4.1. Realizar talleres de cocina saludable mediterránea en municipios RELAS	Salud
	1.2.1.GR.1.4.2. Realizar talleres de alimentación y nutrición, selección de productos alimenticios y actitudes sensatas de consumo en municipios RELAS	Salud
1.2.3.GR.1.5. Difundir el programa de comedores saludables en la red de centros residenciales y de día integrados en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.	1.2.3.GR.1.5.1. Diseñar con los técnicos de protección de la salud la intervención a realizar	Servicios Sanitarios

META GR.2. Promover la realización de actividad física y el conocimiento de Espacios Naturales en la provincia

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
1.2.1.GR.2.1. Desarrollar programas en municipios RELAS que relacionen la práctica de ejercicio físico con el ocio y la salud.	1.2.1.GR.2.1.1. Realizar planes de comunicación y difusión de actividades físicas y deportivas en municipios RELAS	Salud
	1.2.1.GR.2.1.2. Potenciar programas de prescripción de ejercicio físico conjuntos entre Ayuntamientos y Centros Sanitarios	Servicios Sanitarios
1.2.1.GR.2.2. Fomentar la actividad física y deportiva en la población general.	1.2.1.GR.2.2.1.	Deportes
3.3.1.GR.2.3. Potenciar y poner a disposición de la ciudadanía los activos de salud vinculados a los entornos naturales	3.3.1.GR.2.3.1. Realizar mapa provincial de rutas saludables ubicadas en entornos naturales protegidos de Granada	Espacios Naturales Protegidos
	3.3.1.GR.2.3.2. Difundir el mapa entre los Centros Sanitarios y los municipios RELAS	Servicios Sanitarios
	3.3.1.GR.2.3.3. Elaborar y desarrollar un Programa de actividades provinciales que sirvan para potenciar entre la ciudadanía los activos en salud existentes en las poblaciones	Espacios Naturales Protegidos
	3.3.1.GR.2.3.4. Analizar los entornos naturales y proponer actuaciones de mejora	Espacios Naturales Protegidos

META GR.3. Disminuir la tasa de fracaso escolar y abandono escolar prematuro

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
4.1.3.GR.3.1. Desarrollar el Plan SICAR de compensación educativa para el curso 2015/2016	4.1.3.GR.3.1.1. Desarrollo de la dimensión sanitaria del Plan SICAR en Aulas Hospitalarias, atención domiciliaria.	Ordenación Educativa
	4.1.3.GR.3.1.2. Desarrollo de la dimensión de exclusión social y solidaridad del Plan SICAR a través del análisis de las nuevas pobrezas juveniles y difusión del protocolo para profesionales sobre ayudas sociales, compromisos de los subsidios y ayudas familiares.	Ordenación Educativa
	4.1.3.GR.3.1.3. Desarrollo de la dimensión de prevención del absentismo escolar del Plan SICAR a través de la difusión del Protocolo de Absentismo entre los Centros Educativos, la potenciación de las estructuras existentes y la intervención de ONG's y entidades locales.	Ordenación Educativa
	4.1.3.GR.3.1.4. Desarrollo de la dimensión de interculturalidad y minorías étnicas del Plan SICAR a través de Proyecto de intervención sistémica en Centros Educativos (con alumnado, profesorado y familias) y Proyecto de adaptación lingüística e integración.	Ordenación Educativa
	4.1.3.GR.3.1.5. Seguimiento del alumnado sujeto a medidas judiciales.	Ordenación Educativa
	4.1.3.GR.3.1.6. Desarrollo de la dimensión de movilización social del Plan SICAR a través del trabajo de monitores de tiempo libre en ambientes desfavorecidos y de proyectos de inserción en zonas desfavorecidas.	Ordenación Educativa

META GR.4. Disminuir la tasa de desempleo

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
4.1.1.GR.4.1. Desarrollar las políticas activas de empleo	4.1.1.GR.4.1.1. Desarrollo del Programa Andalucía Orienta	Empleo
	4.1.1.GR.4.1.2. Acompañamiento e inserción para personas con discapacidad	Empleo
	4.1.1.GR.4.1.3. Lanzaderas para el empleo	Empleo
	4.1.1.GR.4.1.4. Desarrollo del Decreto-ley 20//2015 de medidas urgentes para favorecer la inserción laboral, la estabilidad en el empleo, el retorno del talento y el fomento del trabajo autónomo	Empleo
	4.1.1.GR.4.1.5. Orientación Laboral en Centros de Educación Secundaria	Empleo y Ordenación Educativa
4.1.1.GR.4.2. Formar para la mejora o la consecución de un empleo	4.1.1.GR.4.2.1. Incentivación a la formación de adultos	Ordenación Educativa
	4.1.1.GR.4.2.2. Orientación vocacional y profesional desde el Sistema Educativo	Ordenación Educativa
	4.1.1.GR.4.2.3. Formación en cultura emprendedora	Ordenación Educativa
	4.1.1.GR.4.2.4. Programa Erasmus Plus	Ordenación Educativa
	4.1.1.GR.4.2.5. Programas de Orientación a través de los Centros Municipales de Información a la Mujer y del Centro Provincial	Formación para el Empleo e IAM
	4.1.1.GR.4.2.6. Programa CUALIFICA de formación e inserción a mujeres víctimas de violencia de género a través del IAM	
	4.1.1.GR.4.2.7. Realización de la Formación Profesional para el Empleo en Andalucía regulada en la Orden de 23 de octubre de 2009, y dirigida a: Jóvenes, colectivos con una especial dificultad en el acceso al empleo, personas de baja cualificación, personas inmigrantes y personas ocupadas en pequeñas y medianas empresas.	

META GR.5. Mejorar la calidad en las viviendas

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
4.1.1.GR.5.1. Desarrollar las Medidas de Rehabilitación	4.1.1.GR.5.1.1. Desarrollo del programa de Adecuación Funcional de Viviendas integrando criterios de priorización relacionados con la discapacidad y/o dependencia	Vivienda
	4.1.1.GR.5.1.2. Gestión de ayudas y subvenciones para la rehabilitación de viviendas privadas	Vivienda
	4.1.1.GR.5.1.3. Gestión de ayudas y subvenciones para la rehabilitación de viviendas públicas	EPSA
4.1.1.GR.5.2. Priorizar actuaciones en zonas vulnerables social y económicamente	4.1.1.GR.5.2.1. Actuación en Barrio Santa Adela y otros Barrios	
	4.1.1.GR.5.2.2. Actuación en Casas-cueva comarca de Baza, Guadix y Huéscar	

META GR. 6. Mejorar la seguridad vial y la calidad del aire en Granada y su área metropolitana

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
2.3.4.GR.6.1. Crear conciencia ciudadana visibilizando la repercusión de las concentraciones de contaminantes atmosféricos en la salud de las personas	2.3.4.GR.6.1.1. Considerar el plan de Mejora de la calidad del aire en Granada para PM10 y NO2	Protección Ambiental
	2.3.4.GR.6.1.2. Determinación de una información mínima de carácter preventivo dirigida a la población general y que integre pautas de conducta ante incremento niveles de contaminación.	Protección Ambiental
	2.3.4.GR.6.1.3. Comunicación por parte de Medio Ambiente de superación de concentraciones admisibles al Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Protección Ambiental
	2.3.4.GR.6.1.4. Incluir datos de contaminación en el Boletín Mensual Epidemiológico	Salud
	2.3.4.GR.6.1.5. Implicación de los Medios de Comunicación	Salud
2.5.1.GR.6.2. Establecer medidas de control de tráfico y conducción eficiente	2.5.1.GR.6.2.1. Difusión información entre la población sobre conducción eficiente a través de los Servicios Sanitarios	Servicios Sanitarios
	2.5.1.GR.6.2.2. Desarrollo del Plan de Movilidad Sostenible de Granada y el Area Metropolitana	Consortio de Transportes (Urbanismo y Diputación)
2.5.3.GR.6.3. Fomentar a nivel provincial los desplazamientos no motorizados: a pie y en bicicleta	2.5.3.GR.6.3.1. Diseño de rutas de senderismo en municipios RELAS con la participación de la ciudadanía	Salud
	2.5.3.GR.6.3.2. Colaboración con Medio Ambiente en la recuperación de vías pecuarias y su establecimiento como Rutas de Vida Sana	Salud
	2.5.3.GR.6.3.3. Desarrollo del Plan Andaluz de la Bici en la provincia	Fomento
	2.5.3.GR.6.3.4. Fomento de los "caminos escolares"	Diputación Provincial

META GR.7. Promover la Salud Mental y mejorar la atención a la enfermedad mental, a las adicciones y a las patologías duales (enfermedad mental + adicciones)

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
1.1.1.GR.7.1. Sensibilizar, informar y formar a profesionales de distintos ámbitos en salud mental, enfermedad mental y/o adicciones	1.1.1.GR.7.1.1. Creación de un plan formativo anual provincial, dirigido a técnicos de Ciudades ante las Drogas	Acción e Inserción Social
	1.1.1.GR.7.1.2. Realización de un catálogo de recursos de atención a la Salud Mental	UGC Salud Mental
	1.1.1.GR.7.1.3. Organización de una Jornada de Salud Mental en torno al Día Mundial (10 de octubre) integrando al movimiento asociativo y a todos los recursos de atención a la patología mental y a las adicciones	Salud
	1.1.1.GR.7.1.4. Promover unas jornadas provinciales sobre suicidio desde las distintas administraciones implicadas, invitando a personal sanitario, docente, asociaciones, etc.	Servicios Sanitarios
	1.1.1.GR.7.1.5. Incorporar en los planes formativos del Programa Forma Joven contenidos sobre salud mental y adicciones impartidos por profesionales de los Dispositivos implicados	Salud y Ordenación Educativa
1.2.1.GR.7.2. Consolidar el marco de colaboración existente entre los recursos de atención a adicciones y a enfermedad mental	1.1.2.GR.7.2.1. Creación de perfiles en alguna o varias redes sociales más visitadas por la población adolescente. El CPD gestionaría estos perfiles en coordinación con la Delegación de Salud y otras entidades que quisieran colaborar, con el fin de fomentar actividades saludables y alternativas al botellón y consumo de drogas.	CPD
	1.1.2.GR.7.2.2. En esos perfiles de redes sociales mencionados en el objetivo anterior, hacer énfasis en las consecuencias del cannabis creando un apartado específico para esta sustancia.	CPD
	1.2.2.GR.7.2.3. Proyecto provincial para dar a conocer los efectos reales del consumo de cannabis a la población general.	CPD
	1.2.1.GR.7.2.4. Desarrollo del protocolo de colaboración entre el Centro Provincial de Drogodependencias y los Servicios de Salud Mental.	UGC Salud Mental
	1.2.1.GR.7.2.5. Creación de un protocolo de coordinación y comunicación entre los Servicios Sociales Comunitarios y Atención Primaria de Salud en atención a personas con problemas de adicciones y/o de salud mental.	UGC Salud Mental
	1.2.1.GR.7.2.6. Mejorar la coordinación entre Justicia Juvenil y Salud Mental a través de la Comisión liderada por Educación para el seguimiento de menores con medidas judiciales.	UGC Salud Mental
1.3.2.GR.7.3. Potenciar la estrategia GRUSEs dentro del II Plan Integral de Salud Mental y extender la intervención a otros colectivos	1.3.2.GR.7.3.1. Desarrollo de grupos socioeducativos en mujeres	Servicios Sanitarios
	1.3.2.GR.7.3.2. Desarrollo del pilotaje de grupos socioeducativos en hombres en desempleo de larga duración	Servicios Sanitarios
	1.3.2.GR.7.3.3. Desarrollo de la iniciativa provincial de grupos socioeducativos en adolescentes y jóvenes a través del Programa Forma Joven	Servicios Sanitarios

META GR. 8. Reorientación de Servicios Sanitarios hacia la reducción de inequidades en salud

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
4.3.1.GR.8.1. Adaptación de la atención sanitaria hacia problemas de salud relacionados con las desigualdades sociales	4.3.1.GR.8.1.1. Implantar en el resto de Areas y Distritos (además del Area Sur) las estructuras de colaboración con Educación en el nivel de Area o Distrito y entre Equipos de Orientación Educativas y Centros de Salud	Servicios Sanitarios
	4.3.1.GR.8.1.2. Implantar en el resto de Areas y Distritos (además del Area Sur) estructuras de colaboración para la atención a Víctimas de Violencia de Género	Servicios Sanitarios

META GR.9. Incorporar la participación ciudadana en todos los procesos de mejora del sistema sanitario

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
5.2.1.GR.9.1 Garantizar el funcionamiento y la sostenibilidad del nuevo modelo de relación entre la ciudadanía y el Sistema Sanitario Público Andaluz	5.2.1.GR.9.1.1. Constitución de Comisiones de Participación en Complejo Hospitalario, Areas de Gestión Sanitaria Sur y Nordeste y Distrito Granada-Metropolitano.	Servicios Sanitarios
	5.2.1.GR.9.1.2. Constitución de Mesas de Participación en las UGC	Servicios Sanitarios
	5.2.1.GR.9.1.3. Realización de Convenios de Colaboración con Asociaciones	Servicios Sanitarios
	5.2.1.GR.9.1.4. Abordaje en el seno de estas Comisiones de planes de mejora en la accesibilidad física, sensorial, cultural, idiomática,...	Servicios Sanitarios
5.3.2.GR.9.2. Impulsar el uso de las nuevas tecnologías como instrumento de comunicación entre profesionales y ciudadanía	5.3.2.GR.9.2.1. Implantar un blog abierto a la ciudadanía	Servicios Sanitarios
5.3.4.GR.9.3. Potenciar espacios de trabajo compartido entre profesionales y ciudadanía	5.3.4.GR.9.3.1. Ampliación de Escuelas de Pacientes a otros colectivos (personas cuidadoras, personas ostomizadas y salud mental)	Servicios Sanitarios
	5.3.4.GR.9.3.2. Puesta en marcha a nivel provincial de las mejoras contempladas en el Proyecto "Al Lado"	Servicios Sanitarios
5.4.4.GR.9.4. Incorporar instrumentos en las UGC que permitan una adaptación de los servicios a las propuestas de la ciudadanía	5.4.4.GR.9.4.1. Análisis de las encuestas de satisfacción	Servicios Sanitarios
	5.4.4.GR.9.4.2. Extensión al resto de Areas y Distritos (además del Complejo Hospitalario) de la realización de grupos focales y encuestas antes y después del contacto con servicios sanitarios	Servicios Sanitarios

META GR.10. Gestión de la información y del conocimiento

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
6.3.2.GR.10.1. Promover la actividad investigadora como parte de las funciones de profesionales de salud	6.3.2.GR.10.1.1. Impulsar la pertenencia de profesionales a Áreas de Investigación del Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada	Servicios Sanitarios
	6.3.2.GR.10.1.2. Incorporación en los Acuerdos de Gestión de las UGC de objetivos no contemplados en los CP tales como: presentaciones a congresos, publicaciones en revistas indexadas o no indexadas o colaboración de profesionales en proyectos de otras UGC.	Servicios Sanitarios
6.3.2.GR.10.2. Implantar a nivel provincial un Sistema de Información de Salud Local	6.3.2.GR.10.2.1. Elaboración y validación de un sistema de indicadores que monitoricen el nivel de salud en los municipios en la UGC Provincial de Promoción y Vigilancia de la Salud	Servicios Sanitarios
	6.3.2.GR.10.2.2. Extensión a todas las UGC de Atención Primaria de Salud	Servicios Sanitarios
6.3.3.GR.10.3. Aprovechar los recursos tecnológicos existentes para agilizar procedimientos	6.3.3.GR.10.3.1. Acceso desde DIRAYA al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas	Servicios Sanitarios
6.4.1.GR.10.4. Dar a conocer desde los Centros Sanitarios el proceso de acceso telemático a la cita previa en atención primaria.	6.4.1.GR.10.4.1. Realización de talleres informativos a la población a través de los Servicios de Atención a la Ciudadanía de las UGC	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.2. Colocación de cartelería informativa en todos los Centros de Salud y Consultorios	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.3. Información a profesionales en las reuniones de grupo	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.4. Información a través de ONG'S (Cruz Roja)	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.5. Información a estudiantes de la Universidad de Granada en las Jornadas de Recepción celebradas en octubre	Servicios Sanitarios

META GR.11. Visibilizar la Salud en Todas las Políticas a nivel provincial

3.1.2.GR.11.1. Crear una vía de información de los distintos recursos implicados en salud desde diferentes administraciones, con el fin de evitar solapar las actuaciones y de conocer las distintas intervenciones que se están llevando a cabo, así como el material elaborado sobre distintas temáticas

3.2.3.GR.11.1.1. Creación de una feria de la salud desde las distintas administraciones públicas implicadas, en forma de jornadas abiertas en un espacio accesible y céntrico, donde se puedan dar a conocer todas las iniciativas saludables de nuestra provincia, así como materiales elaborados, recursos existentes, intervenciones que se estén llevando a cabo, etc.

OBJETIVOS	ACCIONES	SERVICIOS IMPLICADOS
4.3.1.GR.8.1. Adaptación de la atención sanitaria hacia problemas de salud relacionados con las desigualdades sociales	4.3.1.GR.8.1.1. Implantar en el resto de Areas y Distritos (además del Area Sur) las estructuras de colaboración con Educación en el nivel de Area o Distrito y entre Equipos de Orientación Educativas y Centros de Salud	Servicios Sanitarios
	4.3.1.GR.8.1.2. Implantar en el resto de Areas y Distritos (además del Area Sur) estructuras de colaboración para la atención a Víctimas de Violencia de Género	Servicios Sanitarios
5.2.1.GR.9.1 Garantizar el funcionamiento y la sostenibilidad del nuevo modelo de relación entre la ciudadanía y el Sistema Sanitario Público Andaluz	5.2.1.GR.9.1.1. Constitución de Comisiones de Participación en Complejo Hospitalario, Areas de Gestión Sanitaria Sur y Nordeste y Distrito Granada-Metropolitano.	Servicios Sanitarios
	5.2.1.GR.9.1.2. Constitución de Mesas de Participación en las UGC	Servicios Sanitarios
	5.2.1.GR.9.1.3. Realización de Convenios de Colaboración con Asociaciones	Servicios Sanitarios
	5.2.1.GR.9.1.4. Abordaje en el seno de estas Comisiones de planes de mejora en la accesibilidad física, sensorial, cultural, idiomática,...	Servicios Sanitarios
5.3.2.GR.9.2. Impulsar el uso de las nuevas tecnologías como instrumento de comunicación entre profesionales y ciudadanía	5.3.2.GR.9.2.1. Implantar un blog abierto a la ciudadanía	Servicios Sanitarios
5.3.4.GR.9.3. Potenciar espacios de trabajo compartido entre profesionales y ciudadanía	5.3.4.GR.9.3.1. Ampliación de Escuelas de Pacientes a otros colectivos (personas cuidadoras, personas ostomizadas y salud mental)	Servicios Sanitarios
	5.3.4.GR.9.3.2. Puesta en marcha a nivel provincial de las mejoras contempladas en el Proyecto "Al Lado"	Servicios Sanitarios
5.4.4.GR.9.4. Incorporar instrumentos en las UGC que permitan una adaptación de los servicios a las propuestas de la ciudadanía	5.4.4.GR.9.4.1. Análisis de las encuestas de satisfacción	Servicios Sanitarios
	5.4.4.GR.9.4.2. Extensión al resto de Areas y Distritos (además del Complejo Hospitalario) de la realización de grupos focales y encuestas antes y después del contacto con servicios sanitarios	Servicios Sanitarios

6.3.2.GR.10.1. Promover la actividad investigadora como parte de las funciones de profesionales de salud	6.3.2.GR.10.1.1. Impulsar la pertenencia de profesionales a Areas de Investigación del Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada	Servicios Sanitarios
	6.3.2.GR.10.1.2. Incorporación en los Acuerdos de Gestión de las UGC de objetivos no contemplados en los CP tales como: presentaciones a congresos, publicaciones en revistas indexadas o no indexadas o colaboración de profesionales en proyectos de otras UGC.	Servicios Sanitarios
6.3.2.GR.10.2. Implantar a nivel provincial un Sistema de Información de Salud Local	6.3.2.GR.10.2.1. Elaboración y validación de un sistema de indicadores que monitoricen el nivel de salud en los municipios en la UGC Provincial de Promoción y Vigilancia de la Salud	Servicios Sanitarios
	6.3.2.GR.10.2.2. Extensión a todas las UGC de Atención Primaria de Salud	Servicios Sanitarios
6.3.3.GR.10.3. Aprovechar los recursos tecnológicos existentes para agilizar procedimientos	6.3.3.GR.10.3.1. Acceso desde DIRAYA al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas	Servicios Sanitarios
6.4.1.GR.10.4. Dar a conocer desde los Centros Sanitarios el proceso de acceso telemático a la cita previa en atención primaria.	6.4.1.GR.10.4.1. Realización de talleres informativos a la población a través de los Servicios de Atención a la Ciudadanía de las UGC	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.2. Colocación de cartelera informativa en todos los Centros de Salud y Consultorios	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.3. Información a profesionales en las reuniones de grupo	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.4. Información a través de ONG'S (Cruz Roja)	Servicios Sanitarios
	6.4.1.GR.10.4.5. Información a estudiantes de la Universidad de Granada en las Jornadas de Recepción celebradas en octubre	Servicios Sanitarios

4. Seguimiento y Evaluación del Plan de Salud Provincial

El Plan de Salud Provincial ha sido concebido bajo el paradigma de Salud en Todas las Políticas (STP), estrategia innovadora transversal que 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 de gobernanza, sectores y agentes de gobierno.

Nos encontramos así ante el reto de evaluar un Plan que ha sido desarrollado bajo un enfoque integrador que comprende fines compartidos, estrategias conjuntas y alianzas; y que incorpora, bajo el enfoque de STP, la voluntad por incrementar la participación ciudadana en la tomas de decisiones de salud y el compromiso con la equidad de género.

Los propósitos de la evaluación van a ser:

- Medir el grado de consecución de las distintas medidas, acciones y compromisos establecidos para garantizar que todos ellos responden de manera pertinente, coherente, efectiva y eficaz a las demandas ciudadanas.
- Favorecer el seguimiento continuo del desarrollo de las actuaciones programadas, como método de aprendizaje y mejora, como ejercicio de transparencia en la rendición de cuentas de las políticas públicas.
- Fortalecer su gestión, facilitando la redefinición y reorientación de sus políticas de intervención en base a problemas no resueltos o de nueva aparición, a los logros alcanzados.

El enfoque de STP del Plan Andaluz de Salud y de los Planes de Salud provinciales es determinante para que en ambos se adopte un modelo de **evaluación participada** por todos los actores involucrados en su elaboración. **Y queda articulada a través de los órganos que a tal efecto crea el IV PAS:**

- **Comisión Provincial de Coordinación:**
 - o **Comité de Personas Técnicas de Salud en Todas las Políticas**
 - **Grupos de Trabajo por Área de Intervención**
- **Comisión Asesora de Participación**

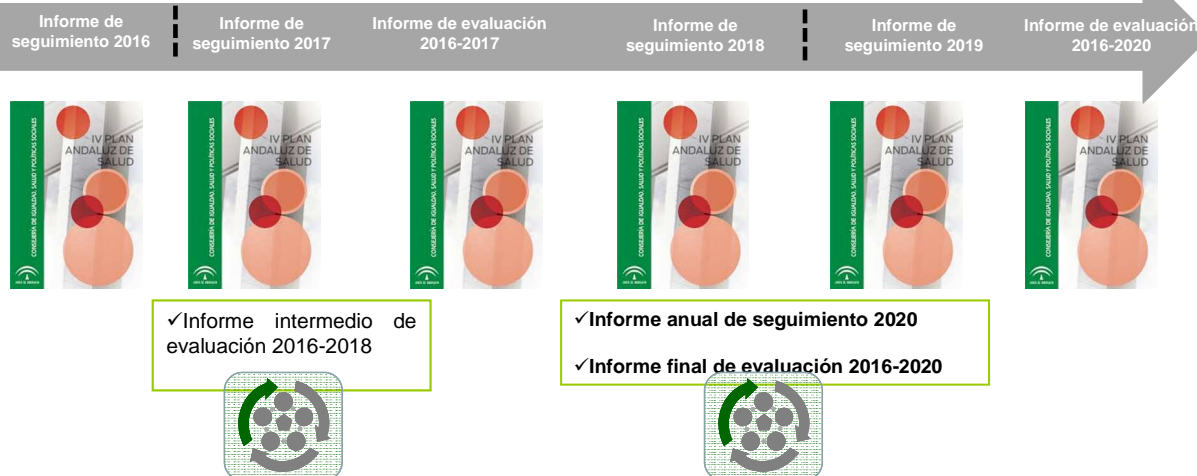
La evaluación del Plan Provincial, ha de proporcionar por una parte el conocimiento acerca del cumplimiento de metas, objetivos y acciones provinciales y por otra parte constituir un proceso de gestión dinámico y flexible que permita actualizar las actuaciones durante el periodo de vigencia.

Para el cumplimiento de este proceso, el Comité Técnico Provincial de Salud en Todas las Políticas mantendrá dos reuniones con carácter ordinario para el seguimiento de acciones provinciales y aquellas con carácter extraordinario que se determinen.

Las fichas son el instrumento que va a posibilitar la evaluación. Existe una por acción que la describe y determina las condiciones de implantación y los indicadores de evaluación (Anexo 4).

4.1. Modelo general de seguimiento y evaluación interna

Detalle del Plan de seguimiento y evaluación.



Requerimiento	Quién	Cómo
1º. Elaboración de las Fichas de Acciones provinciales.	Responsable del Área de Intervención (AI)	Coordina la cumplimentación por su responsable de cada "Ficha de Acción" del AI.
	Comisión Técnica de STP.	Valida las Fichas de Acción
		Selecciona Indicadores a incluir en el Cuadro de Mandos ⁶
2º. Inicio de ejecución de las Acciones y Medidas	Responsable Área Intervención	Impulsa ejecución de acciones
3º. Recopilación periódica de la información	Responsable de Acción	Registra actuaciones, datos e indicadores en la "Ficha de Acción"
4º. Análisis de la información	Responsable Área Intervención	Informe de Resultados del AI
	Servicio de Salud y de Otros Sectores	Elabora Informe Anual de seguimiento de Objetivos sectoriales
5º. Seguimiento: Informe Anual	Comisión Técnica de STP	Elabora Informe Anual del PSP
	Com. Provincial Coordinación	Aprueba Informe Anual PSP
6º. Evaluación: Informe Bienal	Comisión Técnica de STP	Informe Intermedio del PSP
	Comisión Asesora de Participación Provincial	Conoce y cuestiona el Informe de Evaluación: origen de observaciones y propuestas
	Comisión Provincial Coordinación	Analiza demandas, observaciones y propuestas. Si procede, determina su inclusión en el nuevo proceso de planificación. Validación del Informe Bienal que incluye los nuevos compromisos bienales.
7º. Evaluación: Informe Final	Comisión Técnica de STP	Informe Final de evaluación
	Comisión Asesora de Participación Provincial	Conoce y cuestiona el Informe de Evaluación: observaciones y propuestas
	Comisión Provincial Coordinación	Aprueba el Informe Final

⁶ Sometidos a homogeneización por grupo de trabajo específico (Ficha de Indicadores) y posterior validación por la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación del PAS.

4.2. Informe Anual de Seguimiento

Transcurrido el primer año de la puesta en marcha de PSP, al comienzo de cada uno de los años de vigencia del plan (preferentemente **mes de marzo**), se remitirá por parte de la Comisión de Seguimiento del Comité de STP, una ficha de seguimiento-evaluación a cada Servicio/entidad responsable que tengan comprometidas acciones, para que aporte información sobre el grado de ejecución de las mismas.

Igualmente con carácter anual se convocará durante el **mes de octubre** la Comisión de Seguimiento e Impulso de cada Área de Intervención, al objeto de:

- Presentar los resultados del Informe de ejecución del año anterior y de los indicadores del Plan
- Realización de un taller de dinamización de acciones, donde se presentarán las propuestas remitidas por los miembros de cada Comisión con antelación a la reunión, en relación con las acciones llevadas a cabo (valorando la continuidad, eliminación o la incorporación de nuevas acciones). Se podrá abordar la necesidad de reorientar las acciones si se estima oportuno y propuesta para mejorar la calidad de las intervenciones

4.3. Evaluación Interna

La evaluación interna, será llevada a cabo por la Comisión de Seguimiento del Comité Técnico del STP, que elaborará:

- **Indicadores.** Cuadro de mando integral: se elaboraran indicadores de proceso midiendo el número de actuaciones (de eficacia probada) de promoción/prevención puestas en marcha, el número o porcentaje de administraciones involucradas ó el número de profesionales, ciudadanos destinatarios de estas acciones, número de reuniones de coordinación, porcentaje ayuntamientos con protocolos autocontrol, número de informes emitidos....
- **El Informe final del PSP** que deberá contener información sobre los resultados y logros del IV PAS, los procesos y actuaciones desarrolladas para su cumplimiento, y las mejoras que se puedan llevar a cabo para planes futuros.

4.4. Contenidos de los Informes de Seguimiento y Evaluación

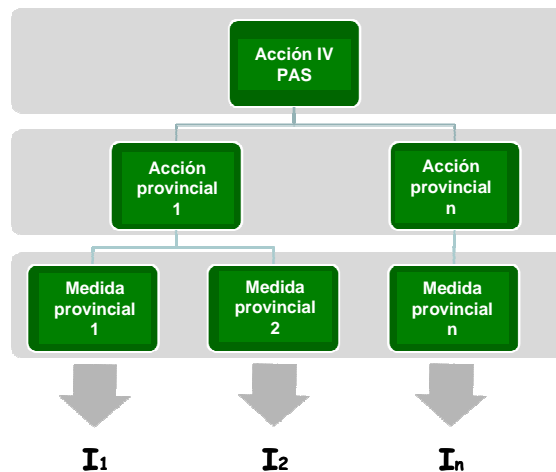
- **Informe Anual de Seguimiento**
 - Análisis de la ejecución y resultados de las acciones previstas en la planificación anual.
- **Informe Bienal de Evaluación (Informe Intermedio de evaluación)**
 - Análisis de la ejecución y resultados de las acciones previstas en la planificación de los dos años anteriores.
 - Reorientación de los PSP y nueva priorización de las acciones a ejecutar en los próximos años.
 - Con análisis de la viabilidad: posibilidades presupuestarias, las prioridades marcadas por el informe de seguimiento de los años anteriores y la disponibilidad de recursos humanos para su ejecución.


Aspecto que deberá quedar definido por la Comisión Provincial de coordinación a propuesta del Comité técnico de STP y a la luz de las observaciones realizadas por la Comisión Asesora de Participación provincial.
- **Informe Final de Evaluación**
 - Análisis de la ejecución y resultados de las acciones previstas.
 - Reorientación del PAS y nueva priorización de las acciones a ejecutar en los próximos años. Análisis de la viabilidad

Contenidos	Informe de Seguimiento	Informe de Evaluación
Estado de Ejecución del total de acciones programadas en el año que se esté evaluando. (valores en Ficha de Acción)	x	x
Evaluación de los indicadores , con análisis de los puntos fuertes y puntos débiles que se desprendan de los resultados.	x	x
Recomendaciones / Conclusiones por acción programada: aspectos a mejorar y por tanto, a considerar en la programación del próximo año.	x	x
Actualización de la planificación de las acciones programadas para siguiente año (previsto en Ficha de Acción provincial)		x (Bienal)
Actualización de la planificación. Según las conclusiones alcanzadas en el último informe de seguimiento, las acciones programadas para el año venidero (según lo previsto por cada ficha de acción provincial) + nuevos compromisos PAS (Informe Final). Análisis de viabilidad.		x (final)

4.5. Planificación y seguimiento de las acciones provinciales: Fichas de Acciones.

En el Plan Provincial de Salud se han priorizado las acciones provinciales por cada objetivo o acción contemplada en el PAS. Una vez definidas las medidas por cada acción provincial, se hace necesario establecer una batería de indicadores que arrojen datos sobre los resultados obtenidos al ejecutar las mismas:





Las **medidas que desarrollen cada acción** han de ser planificadas de manera anual, contemplando los datos arrojados por la evaluación del Plan como principal input de esta planificación. La planificación de cada acción provincial, debe llevar aparejada la definición de que medios o recursos se articulan para la ejecución de éstas y que resultados se espera conseguir con las mismas. Así, en su evaluación se podrá establecer una comparativa entre los medios empleados y actividades realizadas, parámetros de ejecución, y los resultados alcanzados con las mismas.

Por tanto, se ha elaborado **una ficha por acción provincial** que recoge la información y los datos necesarios para interpretar de manera clara en primer término qué se pretende con la acción (Anexo 4: Ficha de Acción. Programación); en segundo lugar, la eficacia y eficiencia en la ejecución de las medidas que contemple, facilitando así el seguimiento del grado de ejecución y resultado de las mismas (Anexo 5: Ficha de Acción. Seguimiento y Evaluación) y será la principal fuente de información a incluir en los informes de seguimiento y evaluación.


El **Sistema de indicadores**, asociado a la estructura general del Plan, ha de permitir evaluar el resultado de cada acción provincial (indicadores de resultado) así como el grado de desarrollo de las mismas (indicadores de ejecución).

La Comisión de Seguimiento de los Planes de Salud Provinciales determinará los indicadores que vayan a formar parte del **Cuadro de Mandos**, que habrán de ser definidos para asegurar la homogeneidad de su medida.



ANEXO 1

LISTADO DE PROBLEMAS Y/O FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN EL INFORME DE SALUD

- ✓ Accidentes de tráfico
 - ✓ Alta tasa de desempleo
 - ✓ Calidad del aire (Superación de valores legales tanto en Partículas en suspensión como en Dióxido de Nitrógeno en Granada y Área Metropolitana)
 - ✓ Consumo de alcohol
 - ✓ Consumo de medicamentos (trastornos depresivo-mentales)
 - ✓ Diabetes
 - ✓ Dieta inadecuada
 - ✓ Elevado número de infraviviendas
 - ✓ Enfermedades cardio-vasculares
 - ✓ Esperanza de Vida en Buena Salud por debajo de la media de Andalucía
 - ✓ Fracaso escolar elevado y abandono escolar prematuro de casi el 30%
 - ✓ Insuficiente infraestructuras para uso de transportes alternativos no contaminantes (carriles bici)
 - ✓ La frecuentación en consulta médica en los Centros Sanitarios de Atención Primaria ha subido en 2013 con respecto a 2009 y en mujeres es muy superior a la de hombres
 - Percepción mala salud
 - ✓ Progresivo envejecimiento población provincia
 - ✓ Sedentarismo (tiempo libre)
 - ✓ Sedentarismo en la población infantil
 - ✓ Sobrepeso-obesidad
 - ✓ Suicidio
 - ✓ Tabaquismo
 - ✓ Tendencia creciente consumo cannabis
- 

ANEXO 2

LISTADO DE PROBLEMAS Y/O FACTORES DE RIESGO PRIORIZADOS MÉTODO HANLON

1º	Sedentarismo (tiempo libre)
2º	Dieta inadecuada
3º	Sedentarismo en la población infantil
4º	Sobrepeso-obesidad
5º	Tabaquismo
6º	Enfermedades cardio-vasculares
7º	Consumo de alcohol
8º	Alta tasa de desempleo
9º	Calidad del aire (Superación de valores legales tanto en Partículas en suspensión como en Dióxido de Nitrógeno en Granada y Área Metropolitana)
10º	Consumo de medicamentos (trastornos depresivo-mentales)
11º	Diabetes
12º	Tendencia creciente consumo cannabis
13º	Trastornos depresivos-mentales
14º	Esperanza de Vida en Buena Salud por debajo de la media de Andalucía
15º	Accidentes de tráfico
16º	Fracaso escolar elevado y abandono escolar prematuro de casi el 30%
17º	Elevado número de infraviviendas
18º	Insuficiente infraestructuras para uso de transportes alternativos no contaminantes (carriles bici)
19º	Percepción mala salud
20º	Suicidio
21º	La frecuentación en consulta médica en los Centros Sanitarios de Atención Primaria ha subido en 2013 con respecto a 2009 y en mujeres es muy superior a la de hombres
22º	Progresivo envejecimiento población provincia

ANEXO 3

MIEMBROS DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE TRABAJO CONSTITUIDOS PARA LA PROVINCIALIZACIÓN

GRUPO DE TRABAJO PARA EL ANÁLISIS DE SALUD

Amelia Fernández Sierra

Dirección Unidad de Gestión Clínica (UGC) Provincial de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud.

Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

M^a Dolores Galicia García

Sección Epidemiología. Delegación Territorial en Granada de la Consejería de Salud.

Agustín Gómez Jiménez

Acción Local en Salud de la provincia de Granada

Begoña López Hernández

UGC Provincial de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud.
Distrito Granada-Metropolitano

Manuel Carlos del Moral Campaña

UGC Provincial de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud.
Distrito Granada-Metropolitano

M^a del Mar Rodríguez del Águila

UGC Provincial de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud.
Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"

GRUPO DE TRABAJO ÁREA ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN

José Carlos Ávila Cano

Jefatura Servicio de Agricultura, Ganadería, Industria y Calidad
Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural

Manuel Cala Rodríguez

Plataforma "Salvemos la Vega"

Juan Alonso Figueras Cañadas

Técnico Deportes. Ayuntamiento Santa Fe

M^a Jesús Gutierrez

Médica familia. Servicio Andaluz de Salud

Carmen López Hernández

Equipo Orientación Educativa
Delegación Territorial de Educación

Beatriz López Vidal

Jefatura de Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia
Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Felisa Magaña Malo

Jefatura de Servicio de Deportes
Delegación Territorial de Cultura, Turismo y Deporte

Emilio Pastor Morales

Dirección Residencia "La Milagrosa"
Diputación Provincial de Granada

José Villegas Rodríguez

Director Centro Participación Activa Mayores de Montefrío



GRUPO DE TRABAJO ÁREA DESIGUALDADES SOCIALES

Luz Alvarez Alvaneda

Departamento de Orientación
Dirección Provincial del Servicio Andaluz de Empleo

Inmaculada Chacón Herrero

Trabajo Social. Centro de Salud Almanjáyar

José Antonio Espinar Aguilera

Jefatura de Servicio de Vivienda
Delegación Territorial de Fomento y Vivienda

Encarnación García Reyes

Jefatura de Servicio de Gestión de Servicios Sociales
Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Iluminada Jiménez Olivencia

Jefatura de Servicio de Ordenación Educativa
Delegación Territorial de Educación

Montserrat Muñoz Saez

Jefatura de Servicio del Centro Provincial de la Mujer
Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Assane Top

Asociación Anaquerando

GRUPO DE TRABAJO ÁREA ENTORNO

David Fernández Caldera

Técnico Ambiental
Diputación Provincial de Granada

María Moraleda Sánchez

Técnica de la Unidad de Protección de la Salud
Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Jesús Muñoz

Dirección Area Movilidad. Educación Vial
Ayuntamiento de Granada

Jesús Picazo Muñoz

Jefatura Servicio Protección Ambiental
Delegación Territorial de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

Juan Raya Ruiz

Plataforma "Salvemos la Vega"

Alicia Rodríguez Baena

LINDECO. Gestión de residuos
Ayuntamiento Motril

Jorge Tatay Puchades

Asociación de Ciclistas "Bici Escuela"

José Luis Viedma Peralta

Coordinación Provincial de Educación Vial
Jefatura Provincial de Tráfico



GRUPO DE TRABAJO ÁREA SALUD MENTAL Y ADICCIONES



José Manuel Arévalo López
Asociación SAPAME

Antonia Fiol Alomar
Trabajo Social. Centro de Salud de La Zubia

Inmaculada Martín Milán
Dirección Provincial FAISEM

Antonio David Martínez Rodríguez
Asociación AD HOC

Blanca Molina Molina
Jefatura Servicio Centro Provincial de Drogodependencias
Diputación Provincial

M^a Isabel Rodríguez Reinoso
Jefatura Servicio del Centro Provincial del Instituto Andaluz de la Juventud
Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Rosa M^a Rojas Rodríguez
Jefatura de Departamento de Justicia Juvenil
Delegación de Gobierno de la Junta de Andalucía

Mercedes Rueda Lizana
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental

Antonio Sánchez Uceta
Técnico Ciudades ante las Drogas. Consorcio para el desarrollo de
la Vega-Sierra Elvira

GRUPO DE TRABAJO SERVICIOS SANITARIOS

Ambrosio Blesa Franco
Atención a la Ciudadanía. Complejo Hospitalario Universitario

Berta Gorlat Sánchez
Dirección Cuidados Enfermería. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Begoña López Hernández
Vigilancia Epidemiológica. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Joaquín Maeso Villafaña
Atención a la Ciudadanía. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Carlos del Moral Campaña
Vigilancia Epidemiológica. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Maximiliano Ocete Espínola
Subdirección Médica.. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Adelina Romero Soto
Atención a la Ciudadanía. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Aurelia Salas Muñoz
Atención a la Ciudadanía. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada



ANEXO 4 MODELO DE FICHA DE ACCIÓN. PROGRAMACIÓN

Plan Andaluz de Salud- “Salud en Todas las Políticas. Compromisos con la Salud”

PLAN DE SALUD PROVINCIALIZADO 2013-2020. PROVINCIA :

GRUPO DE TRABAJO / ÁREA DE INTERVENCIÓN :

COMPROMISO PAS (Código. Literal) :

META PAS (Código. Literal):

OBJETIVO PAS (Código. Literal)

ACCIÓN PAS (Código. Literal)

ACCIÓN PSP (Código)

ACCIÓN PSP (Literal):

RESPONSABLE del desarrollo de la Acción (Persona o Grupo):

PROGRAMACIÓN

Fecha inicio Acción (comienza la ejecución de la primera medida) :

Fecha finalización Acción (finaliza la ejecución de la última medida) :

Descripción de MEDIDAS a desarrollar para cumplir con lo establecido en la Acción, señalando los aspectos más relevantes cuyo cumplimiento en fecha es determinante para la ejecución de la Medida.

Medida 1

Medida 2

Medida 3

INDICADORES de Resultado / Ejecución de cada Medida

Medida 1

-

-

-

Medida 2

-

-

-

Medida 3

-

-

-

FECHA PREVISTA de inicio y final de desarrollo de cada Medida

Medida 1

Medida 2

Medida 3

PREVISIÓN PRESUPUESTARIA DEL CONJUNTO DE LA ACCIÓN**Previsión presupuestaria 2016****Aplicaciones Presupuestarias 2016****Previsión presupuestaria 2017****Aplicaciones Presupuestarias 2017**

ANEXO 5

MODELO DE FICHA DE ACCIÓN. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Plan Andaluz de Salud- “Salud en Todas las Políticas. Compromisos con la Salud”

PLAN DE SALUD PROVINCIALIZADO 2013-2020. PROVINCIA :

ACCIÓN PSP (Código)

ACCIÓN PSP (Literal):

RESPONSABLE del desarrollo de la Acción (Persona o Grupo):

SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS. Valoración del estado de ejecución de cada Medida a evaluar, acompañada de los principales productos y resultados de los indicadores.

Medidas previstas en el periodo	Estado de Ejecución ⁷

Indicador	Valor Previsto	Valor Alcanzado	Fecha Valor

⁷ **VALORES POSIBLES**

- IC-Iniciada conforme a previsión
- I - Iniciada
- NI - No iniciada
- FC-Finalizada conforme a previsión
- F - Finalizada
- NF - No finalizada y reprogramada

CRÉDITOS

DIRECCIÓN DEL PLAN PROVINCIAL

Higinio Almagro Castro
Delegado Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Consejería de Salud

COORDINACIÓN TÉCNICA

Isabel Marín Rodríguez
Jefatura de Salud. Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Consejería de Salud

Mónica Martín Agudo
Asesora Técnica. Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Consejería de Salud

COMITÉ TÉCNICO DE SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

José Carlos Ávila Cano
Jefatura de Servicio de Agricultura, Ganadería, Industria y Calidad
Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural

Feliciano Albaladejo Hernández
Jefatura Servicio Salud Laboral. Diputación Provincial

José Antonio Espinar Aguilera
Jefatura de Servicio de Vivienda
Delegación Territorial de Fomento y Vivienda

Antonio González Martínez
Jefatura de Servicio de Espacios Naturales
Delegación Territorial de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

Iluminada Jiménez Olivencia
Jefatura Servicio Ordenación Educativa
Delegación Territorial de Educación

Felisa Magaña Malo
Jefatura de Servicio de Deportes
Delegación Territorial de Cultura, Turismo y Deporte

María De Nova Pozuelo
Jefatura de Servicio de Intermediación y Orientación Laboral
Delegación Territorial de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.

Jesús Picazo Muñoz
Jefatura Servicio Protección Ambiental
Delegación Territorial de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente

Soledad Rodríguez Almendros
Jefatura de Servicio de Formación para el Empleo
Delegación Territorial de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo

José Luis Viedma Peralta
Coordinación Provincial de Educación Vial
Jefatura Provincial de Tráfico

