

Capítulo

Morbi-Mortalidad en el barrio de La Viña

Autor: Vergara de Campos, Antonio

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

Miembro del Grupo Motor del Plan Local de Salud de Cádiz

A.- Introducción

B.- Objetivos

C.- Material y métodos

D.- Resultados y conclusiones

**ESTUDIO 1. APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SALUD EN CÁDIZ.
PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD**

**ESTUDIO 2. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN EL ÁREA
SANITARIA DEL CENTRO DE SALUD DEL OLIVILLO**

**ESTUDIO 3. DESIGUALDES SOCIALES Y MORTALIDAD EN EL
BARRIO DE LA VIÑA**

ESTUDIO 4. SALUD MENTAL EN EL BARRIO DE LA VIÑA

E. Algunas consideraciones finales

A.- INTRODUCCIÓN

La salud es algo más que la ausencia de la enfermedad e implica un estado de pleno bienestar físico, mental y social. Esta concepción es la que se mantendrá en todo el contenido de este capítulo. Esta forma de concebir la salud obliga a considerar factores sociales y económicos en el disfrute de mayores o menores niveles saludables, lo que significa que no sólo el sistema sanitario, sino que la situación laboral, la vivienda, la educación y el entorno de la ciudad o del barrio intervienen, en muchas ocasiones, en gran medida, en el objetivo de vivir con salud, tanto a nivel individual como comunitario¹.

Si en la práctica clínica se utilizan los síntomas, los antecedentes personales y familiares o las circunstancias previas que pueden ayudar a diagnosticar una enfermedad, en la salud comunitaria ¿cuáles serían los determinantes sociales de la salud?

Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. Serían el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas¹.

La OMS define los factores determinantes de la salud como el «conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones».

Existen diversas clasificaciones sobre los determinantes de la salud. La universalmente aceptada, y que ha pasado a ser clásica en Salud Pública, es la formulada por Lalonde (1974). Divide los determinantes en cuatro grupos de factores¹:

1. Biología humana (carga genética, resistencia a la enfermedad, edad, sexo).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, entorno social, económico y cultural, el diseño urbano, la movilidad...).
3. Estilos de vida y conductas de salud (abuso de sustancias, sedentarismo, nutrición, estrés, violencia, actividades de riesgo).
4. Sistema de asistencia sanitaria (tipo de servicios sanitarios, equidad y utilización de los mismos, accesibilidad).

Los determinantes de la salud pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores positivos o negativos para la salud.

Factores positivos para la salud. Contribuyen al mantenimiento o mejora de la salud. Algunos de los fundamentales son, por ejemplo, la seguridad económica, una vivienda digna, la seguridad alimentaria, la dieta equilibrada, la actividad física, una vida activa, las redes de apoyo social, la formación, medioambiente y entornos seguros y saludables. El control sobre los acontecimientos de la vida y disfrutar de unas buenas relaciones familiares y otras relaciones sociales que producen una gratificación emocional son también importantes factores positivos para la salud (Wilkinson, 2005).

Factores negativos para la salud. Estos factores pueden tener como consecuencia el empeoramiento o pérdida de la salud. Algunos de los fundamentales son la contaminación del aire, de las aguas, el hábito de fumar, el sedentarismo, una dieta poco equilibrada, poca conciencia del riesgo, falta de espacios verdes, desempleo, bajo nivel de formación...

Los determinantes de la salud son variables que influyen en la salud; estos hacen que la salud se distribuya de forma desigual, de ahí el concepto de inequidad en salud.

Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud entre los grupos de la población, consideradas **sistemáticas, evitables e injustas**. Sus causas están en las estructuras sociales y en las instituciones políticas, económicas y legales que actúan sobre los distintos grupos de población.

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas (las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja) los que presentan peor salud. Es necesario señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que producen un exceso de enfermedad y muerte superior a la que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan en la mayoría de países donde se han estudiado porque la salud mejora más en las personas de clases sociales más aventajadas. Hoy día, existen evidencias suficientes que demuestran que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales².

Las desigualdades sociales en salud se caracterizan también por ser generalizadas, consistentes, enormes, graduales, crecientes, adaptativas y persistentes.

Las desventajas producidas por la desigualdad social son relativas, si se comparan unos grupos con otros dentro de un mismo país o una misma región. Tienen que ver con la percepción de unas personas respecto a otras, dentro de una misma sociedad.

La posición socioeconómica que determinan los ingresos, el nivel educativo y la ocupación de cada individuo afecta en gran medida las oportunidades de tener una buena salud. Este elemento pone de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales más acomodadas, los hombres y las personas de piel blanca.

Otros factores como la vivienda, el barrio de residencia, las condiciones de trabajo, los estilos de vida y conductas individuales o los factores psicosociales también determinan la salud de la población.

La dificultad de acceso y menor calidad de los Sistemas de Salud contribuye a que se produzcan desigualdades en salud sobre todo para las clases sociales desfavorecidas, lo que supone una vulneración de los derechos humanos. Por ello también debe ser tenido en cuenta en este modelo de determinantes sociales de las desigualdades en salud.

La OMS define la **equidad en salud** como “el goce del grado máximo de salud posible que está al alcance de todos, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Los principales ejes de desigualdad en salud son:

Posición social: El estudio de la clasificación social se basa en los ingresos, la educación y la ocupación, principalmente. Pertenecer a una clase social más desfavorecida está asociado a una peor salud percibida, a enfermedades crónicas, a mortalidad y a estilos de vida poco saludables.

Edad: La niñez representa un periodo de gran vulnerabilidad en el que el individuo es especialmente sensible al entorno que conlleva diferencias en su salud. La situación de salud de una persona mayor, en gran medida es el resultado de exposiciones adversas a circunstancias ocupacionales, sociales y geográficas a lo largo de su ciclo vital.

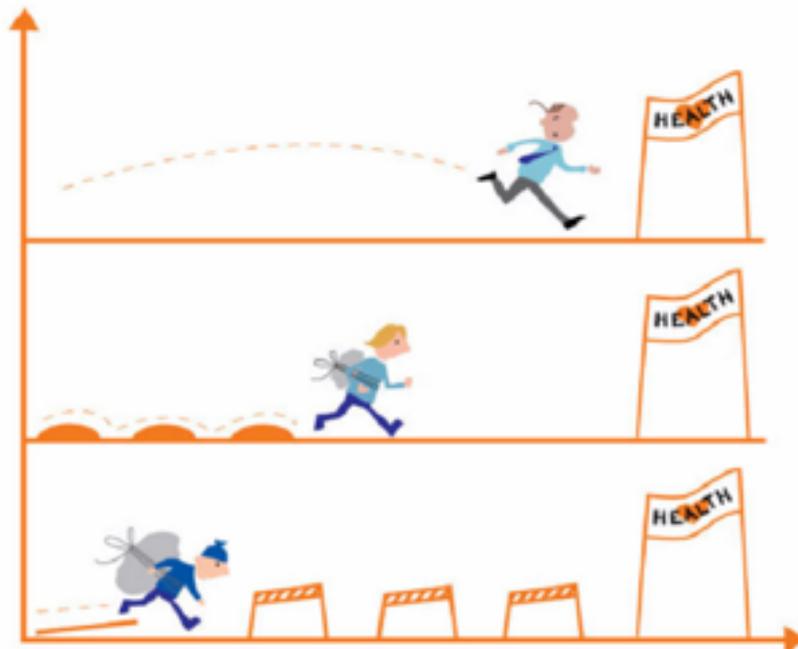
Etnia: Pertenecer a un grupo étnico minoritario está relacionado con desigualdades específicas en salud, no solo por las condiciones socioeconómicas relacionadas, sino además por las barreras de acceso a los servicios sociales y sanitarios y a la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación.

Territorio: Las características económicas, políticas, sociales y ambientales del territorio en donde viven las personas influyen en su salud, con independencia de la posición social individual. En general, las personas que viven en las zonas más empobrecidas de un país, los municipios que tienen un nivel más alto de desempleo o los barrios de una ciudad donde la vivienda es de peor calidad, tienen más factores de riesgo, menos oportunidades sociales y laborales, y más problemas vitales que las personas que viven en áreas en donde las condiciones son mejores.

Género: La desigualdad de género es una construcción social que transforma las diferencias sexuales en discriminación expresada por la división sexual del trabajo y el acceso diferencial a los recursos y al poder en sus distintas expresiones.

La salud de los hombres y las mujeres es diferente y también desigual. Es diferente porque biológicamente lo es, y es desigual, porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas.

Figura 2. Desigualdades en salud según clase social.



Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting.

Conclusión final.

En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida entre Andalucía y España y dentro de Andalucía, se seguirán manteniendo importantes y crecientes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto al enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas.

En el primer informe andaluz sobre esta materia (INDESAN) se recoge que los servicios sanitarios andaluces demuestran estar funcionando como un aceptable tampón del efecto en salud de las desigualdades sociales. Las desigualdades en salud que se encontraron serían sin duda mucho mayores si no nos hubiéramos dotado de un sistema público de salud, universal, y con un funcionamiento tendente a la equidad³.

El camino que se bosqueja a partir del INDESAN supone, por un lado, conocer mejor las desigualdades en salud para poder desarrollar políticas más eficientes de equidad en el sistema sanitario. Por otro lado, es necesario visibilizar públicamente el enorme beneficio en salud que supondría la reducción de las desigualdades y desarrollar liderazgo político para avanzar en esa línea. Existen herramientas formales para desarrollar estos procesos, que se desarrollan más en las recomendaciones pero que pretenden llevar la salud a todas las políticas públicas, evaluar el impacto en salud de todas las políticas públicas y privadas, y dejar de considerar la salud como un gasto para empezar a verlo como una verdadera inversión⁴.

Las desigualdades sociales en la salud han pasado de ser una olvidada tanto

desde el punto de vista institucional como científico, a convertirse en uno de los temas más citados en las publicaciones, cursos y cualquier actividad docente en Salud Pública. Este hecho, que celebrado de sobremanera, se traduce en una mayor sensibilidad social por los problemas que sufren las personas más desfavorecidas desde el punto de vista económico y que tienen de forma rotunda estrategias tanto para disminuirlos como para prevenirlos.

Como recuerdo entrañable es digno de comentar que, cuando la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) comienza a iniciar en el año 2000m las Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, no había jornadas con este planteamiento en todo el territorio nacional⁵.

Una de las evidencias más claras de la vigencia del interés por este importante asunto es la producción de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) de Granada que es la referencia en la comunidad autónoma andaluza. El tiempo pasa muy rápido y cuando no se toman las medidas políticas para aliviar estos problemas, resulta penoso revisar la literatura y comprobar el tiempo perdido. Ya en 2009 se publicaba en la EASP un libro, que sería de cabecera, cuyos editores Antonio Daponte Codina, Julia Bolívar Muñoz y María del Mar García Calvente consiguieron reunir a prestigiosos expertos para formar e informar⁶.

Pero, ¿qué se entiende por desigualdades sociales en salud? Pues son las diferencias en la salud entre los grupos de la población, que se consideran importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Las causas de estas inequidades están en las estructuras sociales subyacentes y en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales tienen en los distintos grupos poblacionales⁷. Por lo tanto se indican dos conceptos fundamentales: son de causa social y son evitables con la acción política.

La ADSP de Andalucía editó en 2008 el primer Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud en Andalucía (INDESAN). En un capítulo de este informe, Antonio Escolar muestra en un estudio científico realizado en la ciudad de Cádiz, cómo los niveles de Esperanza de Vida al Nacer (EVN) son diferentes dependiendo del barrio en el que se resida y del nivel educativo, entre otros determinantes sociales. Los niveles más bajos de EVN correspondían sobre todos a los barrios del Pópulo, Santa María y La Viña, habiendo una diferencia de hasta 8 años entre los barrios de mejores índices y los más desfavorecidos⁸.

En 2015 se publica un libro sobre 'La salud en Cádiz y sus determinantes', en el que colaboran la mayoría de los expertos en Salud Pública y Epidemiología gaditanos y que nos vuelven a demostrar que los niveles de salud están por debajo de las medias⁹, incluso llegando a niveles de mortalidad prematura¹⁰.

Por eso, la importancia de este capítulo en el perfil de salud del barrio de La

Viña actualizado a 2016, para comprobar la tendencia y las necesidades que puedan persistir.

Este es todo el sentido y todas las pretensiones tanto en este capítulo de morbi-mortalidad como en todo el Informe Local de Salud del barrio de La Viña y del futuro de toda la ciudad de Cádiz. Por supuesto, el objetivo final es concretar y promover iniciativas con la participación de instituciones y la ciudadanía para reducir las desigualdades sociales en salud que se hayan diagnosticado.

B.- OBJETIVOS

- Analizar los datos sociodemográficos, enfermedades prevalentes y determinantes sociales del barrio de La Viña en comparación con los del resto de la ciudad de Cádiz.
- Analizar las enfermedades más relevantes y las tendencias de los últimos cinco años en práctica clínica asistencial en el barrio de La Viña de Cádiz.
- Analizar las personas inmovilizadas en sus domicilios y sus causas médicas, en el barrio de La Viña de Cádiz.
- Analizar los determinantes sociales del barrio donde se habita y del nivel de educación, segregando por edad y género, en cuanto a su influencia en la mortalidad del barrio de La Viña de Cádiz.
- Analizar las tendencias asistenciales y las enfermedades mentales más prevalentes, tanto en adultos como en la infancia, en el barrio de La Viña de Cádiz.
- Analizar las características principales, las enfermedades más prevalentes y su correlación con el resto de la ciudad de Cádiz, de las adicciones en el barrio de La Viña de Cádiz.

C.- MATERIAL Y MÉTODOS

Este capítulo se ha distribuido en cuatro subestudios para alcanzar los objetivos marcados previamente.

ESTUDIO 1: Para analizar las enfermedades más prevalentes y los determinantes sociales más destacables del barrio de La Viña de la ciudad de Cádiz, comparándolos con el resto de barrios de la ciudad, se ha solicitado la colaboración de los epidemiólogos del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz - La Janda, actualizados hasta Junio de 2015, que son los últimos datos disponibles.

ESTUDIO 2: Para analizar las enfermedades más prevalentes y las tendencias de los últimos cinco años se ha solicitado la colaboración del centro de salud del Olivillo sito en el barrio de La Viña. Han revisado todos los datos recogidos en el programa Diraya, es decir, son datos asistenciales reales de práctica clínica, correspondientes a los últimos cinco años.

Para analizar las personas inmovilizadas que existen en el barrio de La Viña de la ciudad de Cádiz y sus causas médicas, se ha solicitado la colaboración de Francisco Moreno, enfermero gestor de casos del centro de salud del Olivillo, que junto a médicos y enfermeros en formación especializada han realizado un trabajo de campo investigando estas cuestiones. Hay que destacar que dicha investigación fue presentada en el último congreso de la SEMERGEN, obteniendo el mérito de ser considerada la mejor comunicación tipo Póster de dicho congreso.

ESTUDIO 3: Para analizar los determinantes sociales que intervienen en la mortalidad del barrio de La Viña de Cádiz, se solicitó la colaboración de los epidemiólogos clínicos y salubristas de la Delegación Provincial de Salud que se encargan de estos estudios de forma tradicional y que son referentes nacionales en la materia.

ESTUDIO 4: Para analizar las tendencias asistenciales y las enfermedades mentales más prevalentes se ha solicitado la colaboración de la Unidad de Salud Mental del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz, que pasa consultorías especializadas en el centro de salud del Olivillo y de la Unidad de Salud Mental Infantil de la provincia, sito en la ciudad de Cádiz. Para conseguir los datos que se pretendían, se ha organizado entrevistas grabadas, de una hora cada una, con psiquiatras, enfermeras, psicólogas y trabajadoras sociales de estas unidades. Se elaboraron documentos que fueron consensuados con las personas entrevistadas antes de difundirlos.

Para tratar de transmitir los resultados de forma lo más clarificadora posible, se han dividido los resultados en cuatro estudios diferenciados porque proceden de instancias diferentes. Cada estudio, por sí solos, tienen contenido y sentido propio, pero todos ellos tratan de diagnosticar el Perfil de Salud del barrio de La Viña.

No todos los resultados corresponden al mismo espacio físico: así en algunos será el área sanitaria del centro del Olivillo, en otros será el censo del Ayuntamiento..., según la fuente de dónde se han extraídos los datos. No habrá confusiones porque en cada caso y en cada gráfica se especificará el espacio al que corresponden los datos.

Cada estudio presenta citas bibliográficas específicas pero el capítulo general tiene una introducción, unos objetivos, este material y métodos, los resultados de cada uno de los cuatro estudios interpretados y, posteriormente, una discusión general del capítulo. Las conclusiones y las propuestas de mejora se incluyen en cada uno de los cuatro estudios. Finalmente existen las citas bibliográficas del capítulo general.

D.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

ESTUDIO 1

APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SALUD EN CÁDIZ. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Autores: Nieto Vera, Juan; de la Cruz Calderón, María Victoria; López Ruiz, Nuria y Barranco Boada, Isabel

Unidad de Salud Pública Cádiz. Epidemiología Distrito Sanitario Bahía de Cádiz /La Janda

La trascendencia sanitaria que tiene la mortalidad es diferente si ocurre en edades tempranas o en edades avanzadas de la vida. Por ello, es necesario medir la mortalidad prematura mediante algún indicador alternativo que detecte las causas de muerte que podrían ser teóricamente evitables por ir asociadas a determinados estilos de vida. La mortalidad prematura forma parte de los elementos más sensibles por su magnitud de los Indicadores de Desarrollo Sostenible de la Unión Europea en el apartado de Salud Pública.

La mortalidad prematura y el número medio de años potenciales de vida perdidos se definen como los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad que no es la habitual de defunción fijada teóricamente para ese colectivo. Es una medida de la mortalidad que teóricamente se podría evitar.

El análisis de los distintos indicadores de la salud de la población de Cádiz refleja la situación en la que se encuentra el municipio y mostraría las áreas donde se deben centralizar los esfuerzos para una intervención. En el análisis de los APVP (Años Potenciales de Vida Perdidos) los hombres presentan pérdidas de más años de su vida que las mujeres (14,4 años en los hombres y 13,1 en las mujeres) al fallecer a una edad que no correspondía con la edad teórica de defunción esperable. Las seis causas que tienen mayor peso en la mortalidad prematura, es decir, que van a dar lugar a las cifras más altas de años potenciales de vida perdidos durante el periodo último analizado en el municipio de Cádiz en comparación y relación a los de la provincia son las siguientes:

En las mujeres: cáncer de mama, cirrosis, enfermedades cerebrovasculares, VIH-Sida, autolisis y cardiopatía isquémica. En los hombres: cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, accidentes de tráfico, cirrosis, VIH-Sida, autolisis.

APVP MUJERES	CÁDIZ	PRV CÁDIZ
1. CA MAMA	261,96	237,59

2. CIRROSIS	132,54	57,69
3. ENF CEREBROV ACULARES	84,56	87,73
4. VIH-SIDA	84,10	67,51
5. AUTOLISIS	80,14	55,78
6. CARDIOPATI A ISQUEMICA	68,03	92,2
APVP HOMBRES	CADIZ	PRV CADIZ
1. CA PULMÓN	531,20	459,49
2. CARDIOPATI A ISQ.	491,38	443,25
3. ACCIDENTE S TRÁFICO	350,42	443,02
4. CIRROSIS	332,03	271,05
5. VIH-SIDA	319,73	328,47
6. AUTOLISIS	229,83	228,03

Nota: Tasas de APVP en Cádiz (periodo 2002-2008)

Junto al análisis de estas causas de mortalidad prematura se analiza a través de la herramienta AIMA (Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía), las tasas de mortalidad, sobremortalidad significativa y tendencia de las 18 causas de muerte que representan más del 1% de las defunciones.

Las tablas a continuación muestran las causas que presentan un exceso de mortalidad en el municipio de Cádiz con respecto a España.

Se han desglosado por sexo, grupo de edad y tendencia, abarcando el periodo 1981-2012.

CAUSAS CON SOBREMORTALIDAD SIGNIFICATIVA	GRUPO EDAD	TASA ESPECÍFICA	TASA COMPARATIVA CON LA ESPAÑOLA	TENDENCIA
VIH	m.15-44	0,171	3,224	C-D
Ca. Estómago	h.65-74	7,888	1,68	D-C
Ca. Estómago	m.75-84	6,687	1,608	D
Ca. Colon, Recto, Ano	h.45-64	4,049	1,483	C
Ca. Colon, Recto, Ano	m.65-74	9,493	1,923	C-D
Ca. Hígado	h.15-44	0,272	3,434	D-C
Ca. Hígado	h.45-64	3,4	2,225	D-C
Ca. Hígado	h.65-74	8,401	1,835	D
Ca. Laringe	h.75-84	6,527	2,29	D-C
Ca. Pulmón	h.45-64	12,03	1,395	D
Ca. Pulmón	h.65-74	37,16	1,391	NS
Ca. Mama	m.15-44	0,78	1,853	NS
Ca. Vejiga	h.65-74	11,96	2,456	NS
Ca. Vejiga	h.75-84	20,67	1,637	NS
Diabetes mellitus	h.45-64	1,597	2,293	D
Enfermedad Isquémica	m.45-64	1,646	1,668	D

Enfermedad Isquémica	h.75-84	74,34	1,38	D
Enfermedad Isquémica	m.75-84	38,41	1,483	C-D
Enfermedad Isquémica	m.>85	150,7	1,371	D
Enfermedad Cerebrovascular	h.15-44	0,404	2,335	D
Enfermedad Cerebrovascular	h.45-64	3,623	1,866	D
Enfermedad Cerebrovascular	h.75-84	56,9	1,502	D
Enfermedad Cerebrovascular	m.75-84	34,05	1,212	D
Aterosclerosis	h.>85	23,96	2,441	C-D
Cirrosis	m.15-44	0,342	3,72	D-C
Cirrosis	h.45-64	5,535	1,784	D
Cirrosis	h.65-74	11,67	2,195	D
Cirrosis	m.65-74	4,565	2,932	C-D
Cirrosis	h.75-84	11,22	1,766	NS
Cirrosis	m.75-84	10,62	3,513	NS
Cirrosis	h.>85	18,59	2,7	NS

(Nota: C= tendencia creciente, D= tendencia decreciente, C-D= tendencia creciente decreciente, D-C= tendencia decreciente creciente. NS= no significativa. M= mujeres, h= hombres)

El análisis de los **Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)** mide los ingresos hospitalarios evitables, es decir, las admisiones que podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios de calidad y autocuidados adecuados, factores de riesgo social, exclusión... porque hay factores que pueden provocar ingresos evitables que están fuera del control directo del sistema sanitario, como son el nivel sociocultural de la población o el incumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Las variables PQIs son 'indicadores de área', es decir, computan los eventos por áreas geográficas. Se destacan los siguientes:

PQI alterados(n°)	MUJERES	PQI alterados(n°)	HOMBRES
PQI_1	Complicación aguda diabetes	PQI_1	Complicación aguda diabetes
PQI_7	Hipertensión	PQI_7	Hipertensión
		PQI_16	Amputación de la extremidad inferior en pacientes diabéticos
PQI_8	Insuficiencia cardiaca	PQI_8	Insuficiencia cardiaca
PQI_12	Infección del tracto urinario	12	Infección del tracto urinario
PQI_13	Enfermedad coronaria	PQI_13	Enfermedad coronaria
PQI_14	Diabetes descontrolada	PQI_14	Diabetes descontrolada
PQI_15	Asma	15	Asma

Tabla.3 PQIs con tasas alteradas en Cádiz (periodo 2009-2012)

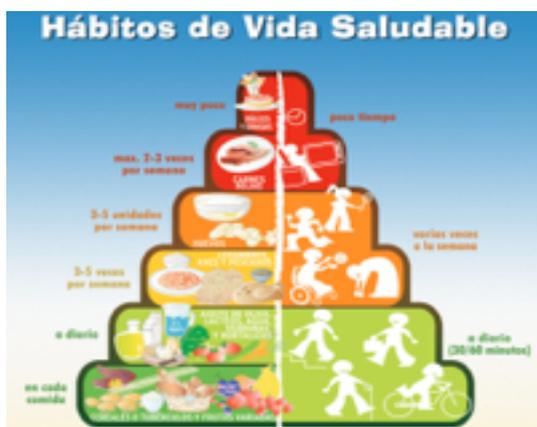
Se analizan prioritariamente los PQI de los 4 grandes grupos: Enfermedad Respiratoria Crónica (5,15), Enfermedad Cardiovascular (7, 8, 13), Diabetes (1,3,14,16), Por grupo de edad y sexo comparando las zonas básicas de salud con el de Andalucía.

RECOMENDACIONES Y ÁREAS PRIORITARIAS DE INTERVENCIÓN:

El análisis de PQIs, es concordante con el análisis de mortalidad prematura previo y con los años potenciales de vida perdidos (APVP).

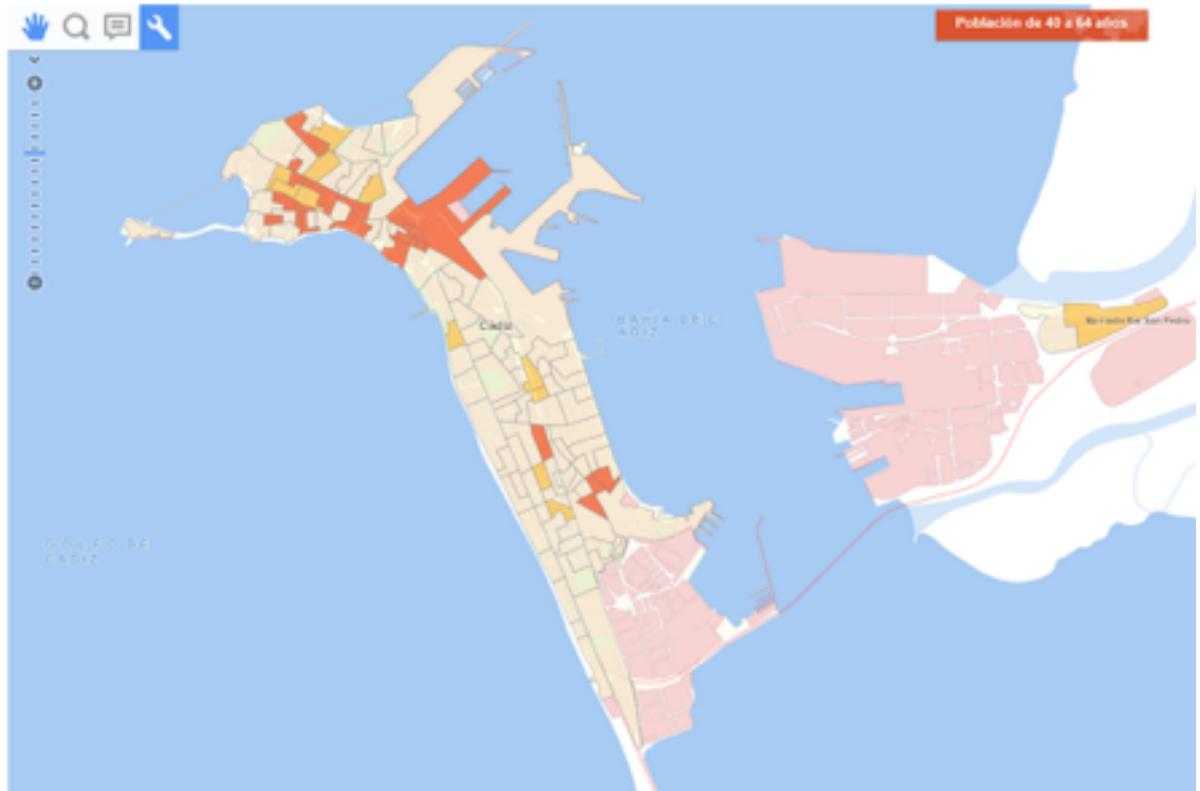
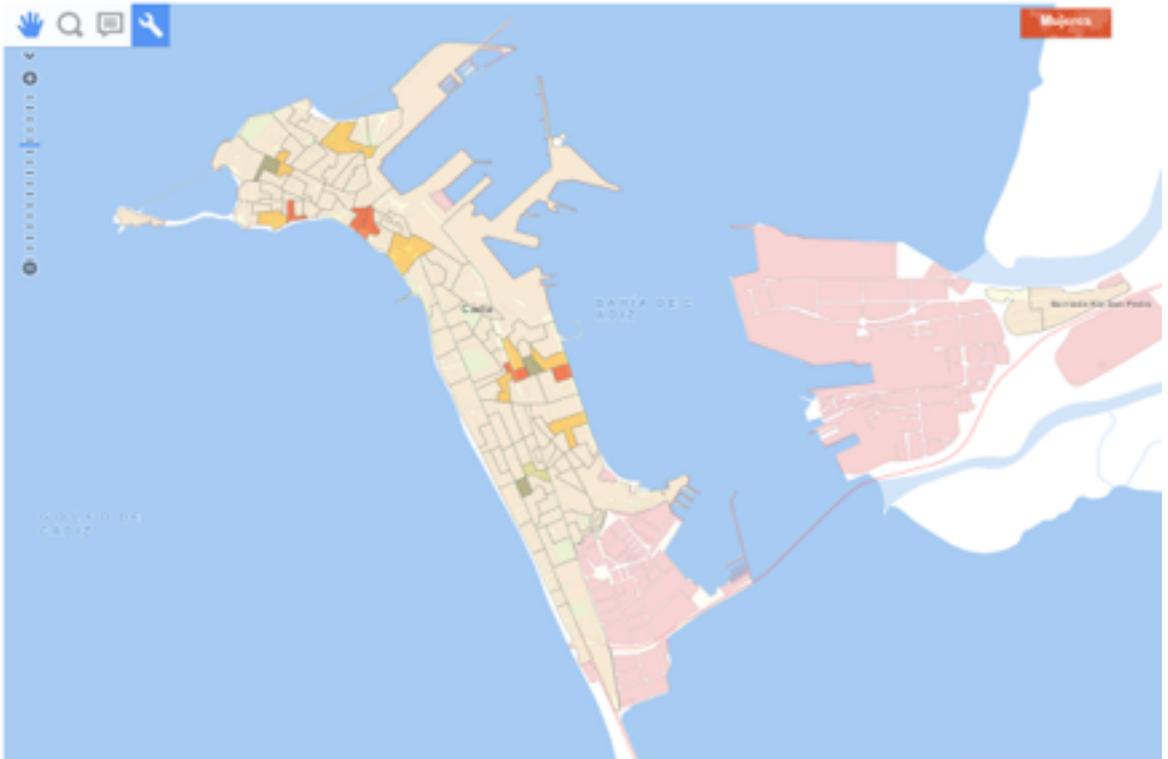
El esquema de problemas asociados a resolver para minimizar ingresos evitables o mortalidad evitable en los dos grupos principales de PQIs son los siguientes:

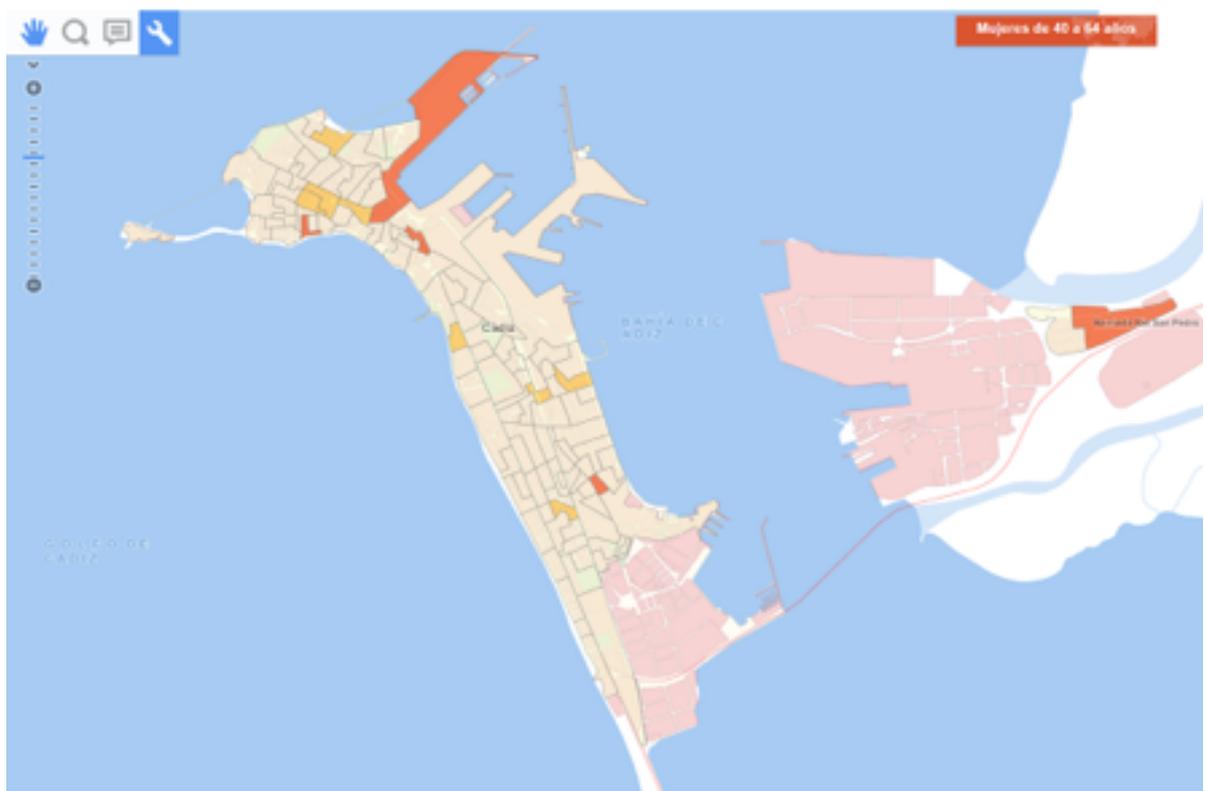
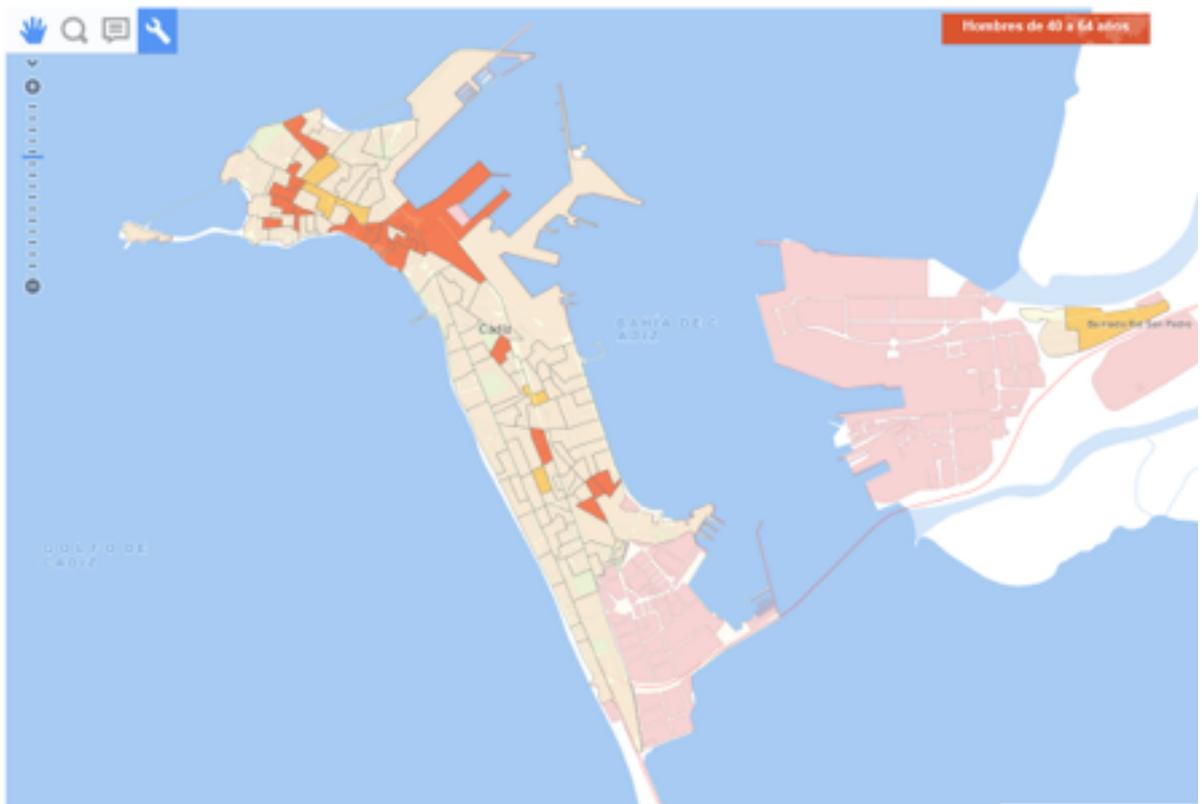
Se debe abundar en lo priorizado hasta ahora como son las intervenciones en diabetes, enfermedades vasculares, y como coadyuvante de ambas se preconiza la intervención estilos de vida que contribuyan al control y prevención de los factores desencadenantes (sumando a ello el que se observa un aumento en los ingresos por insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial (HTA) con respecto a PQI 2014) y la detección e intervención en núcleos y ZNTS bajo la perspectiva de estrategia de riesgo.

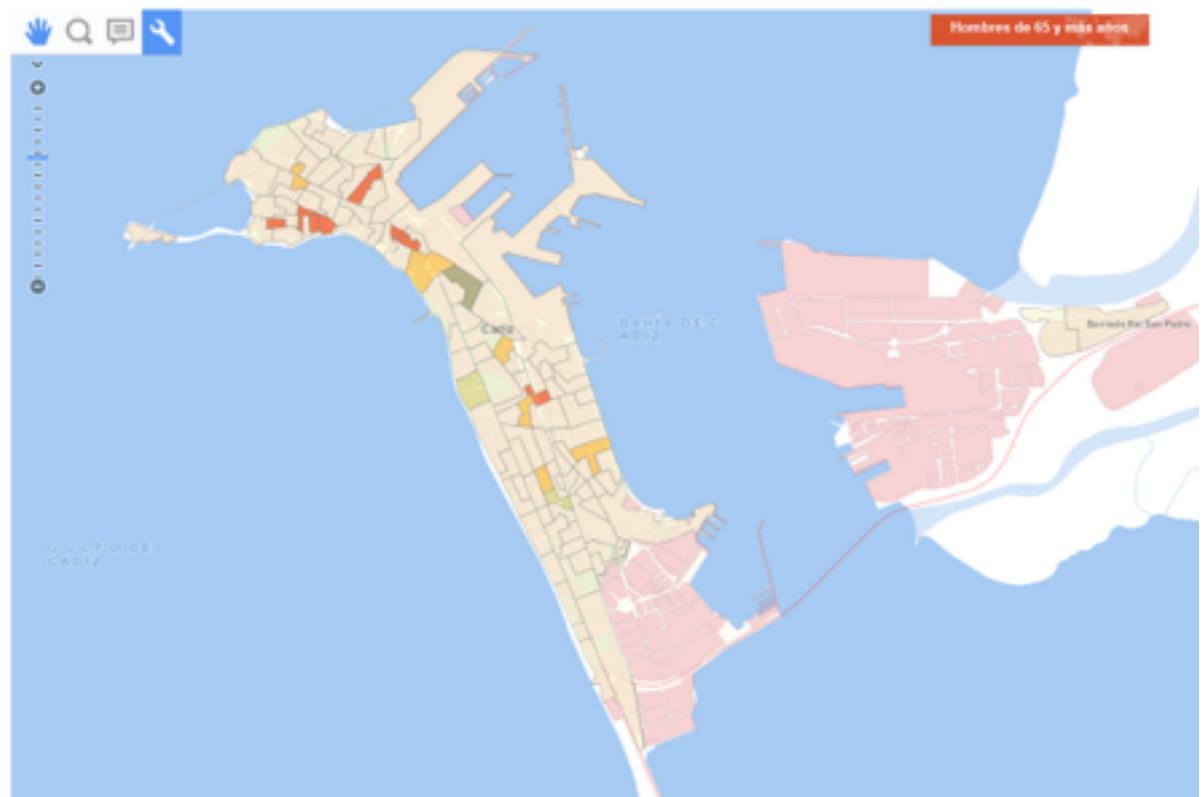
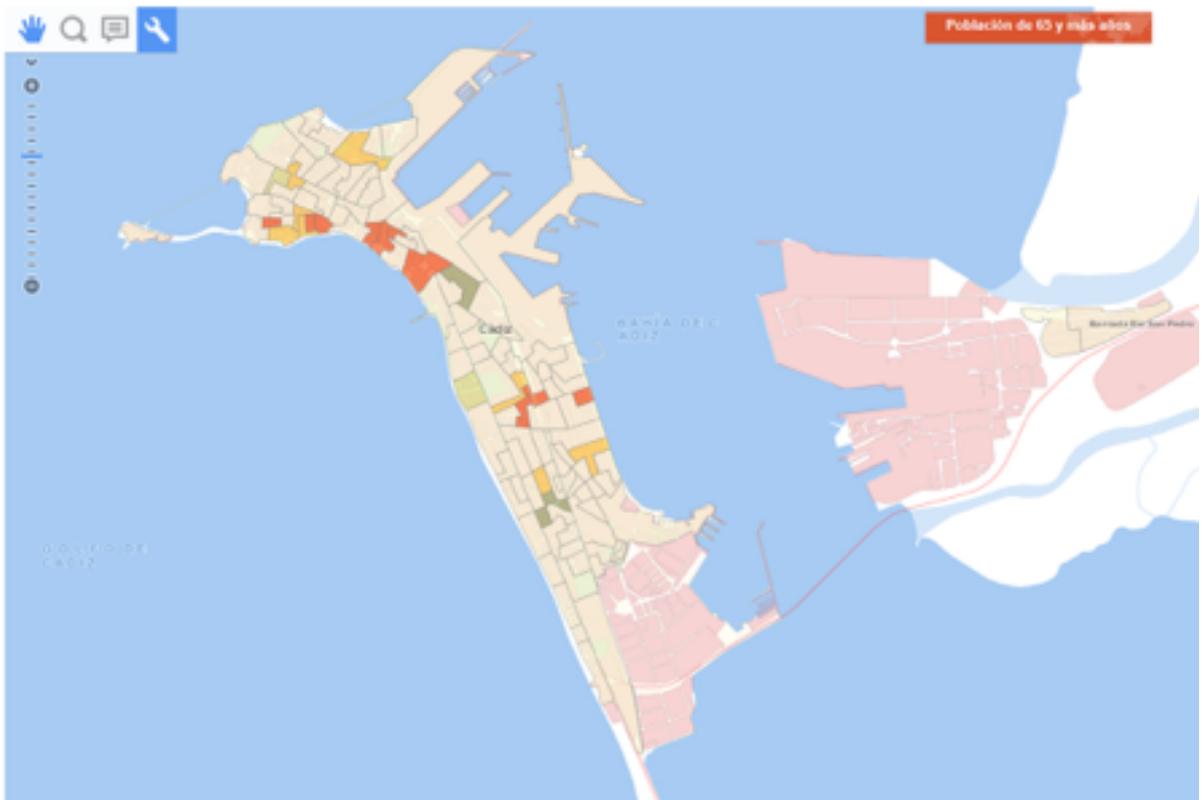


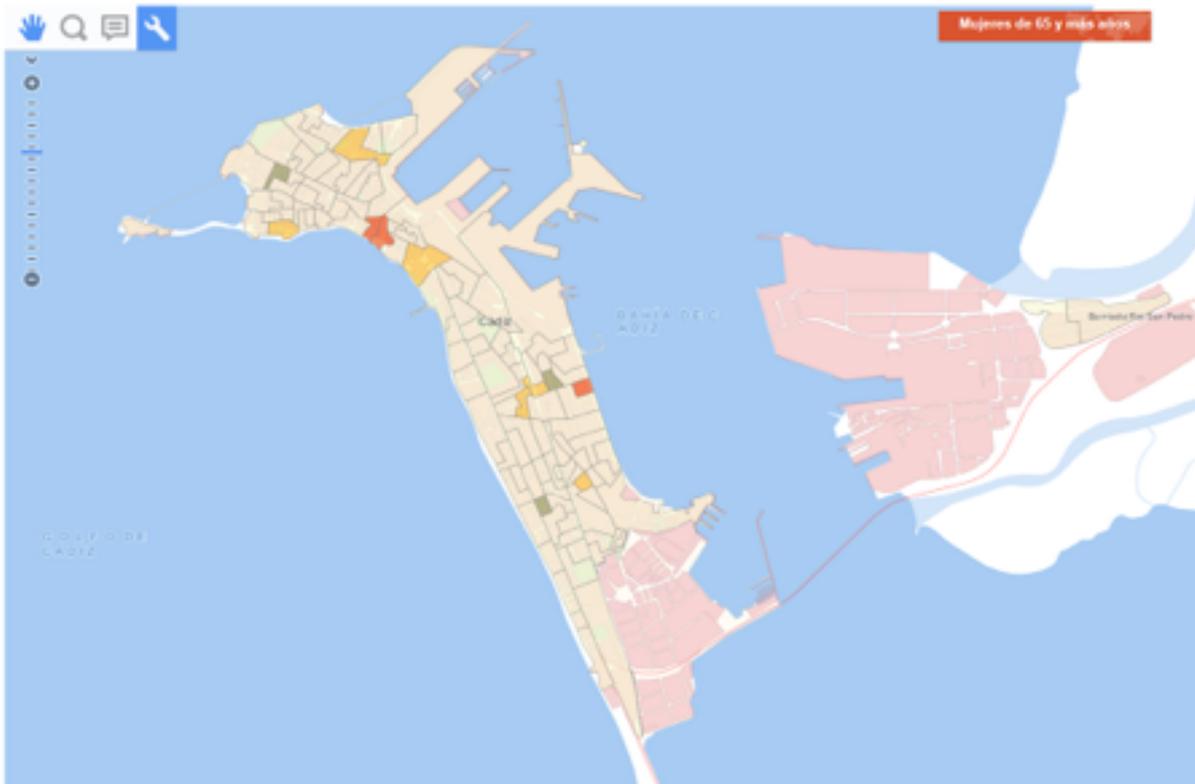
EVOLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA. INFLUENCIAS EN MORBIMORTALIDAD

		Al Nacer		a los 65 Años	
		hombres	mujeres	hombres	mujeres
2010	Andalucía	77,95	84,09	17,57	21,59
	Cádiz	77,17	83,44	16,85	20,69
2011	Andalucía	78,23	84,04	17,77	21,66
	Cádiz	77,31	83,45	16,9	20,98
2012	Andalucía	78,18	84,06	17,6	21,51
	Cádiz	77,05	83,02	16,59	20,9
2013	Andalucía	78,91	84,61	18,17	22,01



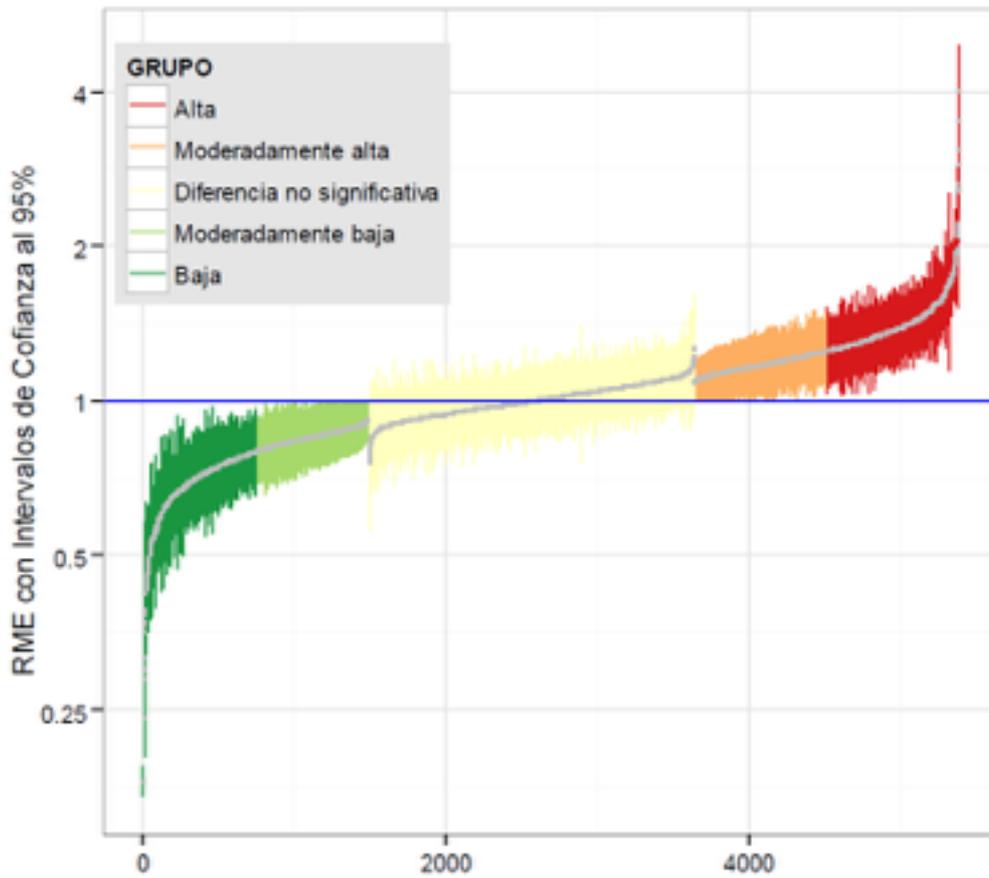






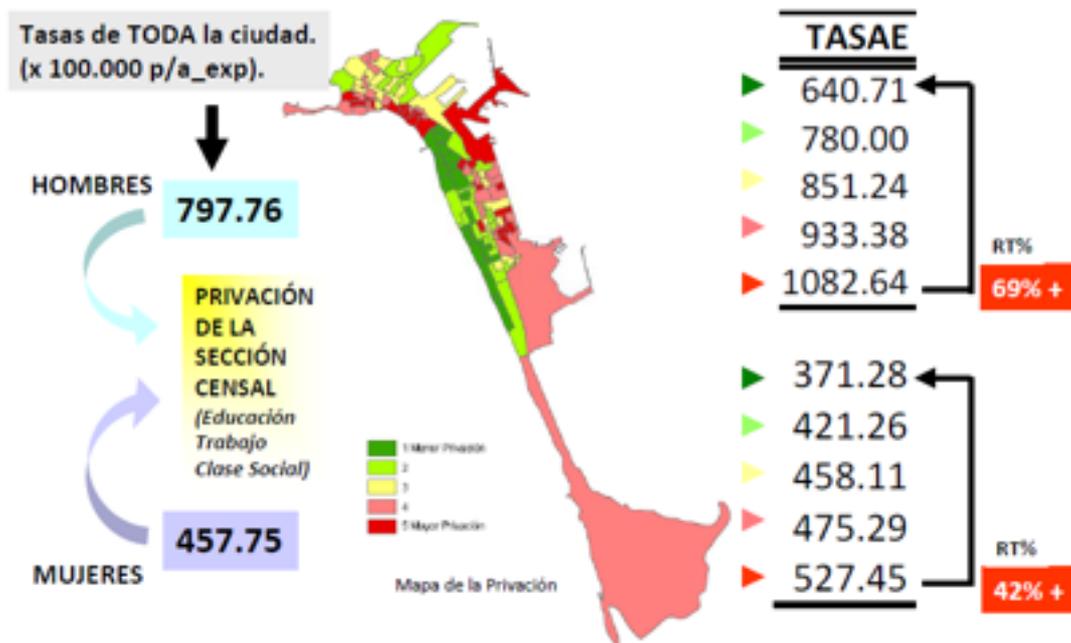
Clasificación de las secciones censales de Andalucía de acuerdo al nivel y a la significatividad estadística de su RME

	Diferencia con respecto al nivel de mortalidad del conjunto de Andalucía:		
	Significativamente superior	No significativa	Significativamente inferior
Mayor que mediana del grupo	Alta	No distinta del valor medio de Andalucía	Moderadamente Baja
Menor que mediana del grupo	Moderadamente Alta	No distinta del valor medio de Andalucía	Baja

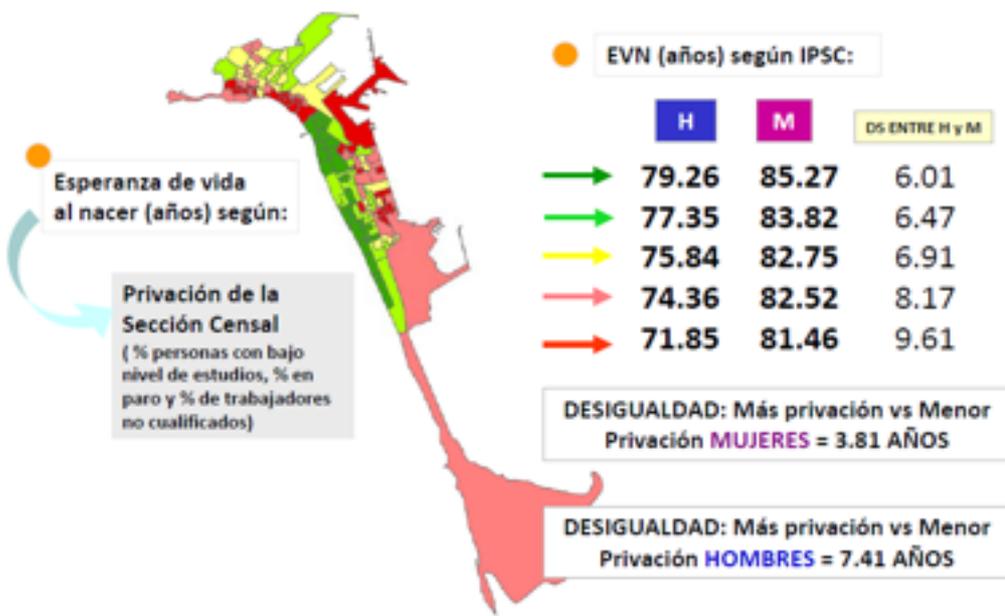


MORTALIDAD GENERAL POR SECCIONES POR PRIVACIÓN CENSAL

Cádiz. 2002-2010 (BDLPA-IECA). **Todas las edades.**



ESPERANZA DE VIDA AL NACER.
La ciudad de Cádiz, 2002-2010.



LA DESIGUALDAD SOCIAL en la MORTALIDAD GENERAL (30 y + años) según:

- NIVEL DE ESTUDIOS**
- Est. Universitarios*
- Est. Secundarios*
- Est. Primarios*
- Analf. + Prim. Incompl. + Sin Estudios*

ESPERANZA DE VIDA A LOS 30 AÑOS
La ciudad de Cádiz, 2002-2010.



Asociación entre indicadores de deprivación no monetaria e indicadores de salud			
Indicador de deprivación	Variable estudiada	Magnitud del riesgo (Intervalo de confianza al 95%)	Estudios
Deprivación de empleo			
Desempleo	Mortalidad	1,63 en 10 años 2,13 (1,71-2,65) en 5 años	Roelf DJ, 2011 Morris JK, 1994
	Mortalidad cardiovascular	1,82 (1,29-2,45)	Stuckler D, 2009
	Suicidios	(2,04-9,04)	
	Depresión	2,33 (1,35-4,03) 1,72 (p < 0,001)	Leach LS, 2011 Gill M, 2012
	Abuso de alcohol y drogas	1,36 (p < 0,05)	Gill M, 2012
	Salud autopercebida	1,10 (1,05-1,15)	Giatti L, 2008
Empleo informal	Salud autopercebida	1,06 (1,03-1,15)	Giatti L, 2008
Problemas habitacionales			
Problemas ambientales con la vivienda	Asma	1,28 (1,13-1,46) (moño) 1,13 (0,95-1,35) (humedad)	Zock JP, 2002
	Salud autopercebida	1,9 (1,3-2,8)	Lindén-Bostrom M, 2010
Problemas ambientales con el entorno	Salud autopercebida	1,5 (1,1-2,1)	Lindén-Bostrom M, 2010
Tenencia de la vivienda	Salud autopercebida	2,0 (1,4-2,9) para alquiler (Ref. vivienda en propiedad)	Lindén-Bostrom M, 2010
Desahucios	Depresión	2,95 (p < 0,001)	Gill M, 2012
Pobreza energética	Depresión	1,37 (1,17-1,61)	Vries R, 2013
Relaciones sociales			
Aislamiento social	Mortalidad cardiovascular	2,52 (1,02-6,17) en 15 años para el nivel superior de AS	Kathi L, 2011
Educación			
Bajo nivel educacional	Riesgo de ECV	1,64 (1,42-1,90) en hombres 1,31 (1,02-1,68) en mujeres	Estudio MORGAN, 2014
	Salud autopercebida	7,63 (6,29-9,28) (Ref. nivel universitario) 1,49 (1,27-9,28) (Ref. nivel superior)	Calcedo B, 2015 Oshio T, 2014
	Mortalidad	1,45 (1,39-1,51) en hombres y 1,15 (1,04-1,26) en mujeres de valores mínimos 2,93 (2,87-2,98) en hombres y 2,24 (2,16-2,33) en mujeres de valores máximos	Mackenbach JP, 2015
AS: aislamiento social; ECV: enfermedad cardiovascular.			

BARRIADAS	CAP
Mentidero	Mentidero
La Viña	Olivillo
El Populo-Catedral	La Merced
Santa Maria	La Merced
La Paz-Gillen Moreno	La Paz
Cerro del Moro- Puntales	Loreto Puntales

TIPO DE CÁNCER POR TASAS ESTANDARIZADA

La revisión de las Tasas Estandarizadas por tipo de Cáncer en Cádiz durante el periodo 2012-13 indica un aumento de la incidencia en los siguientes tipos de tumores:

El Plan Integral de Oncología de Andalucía

Para este plan se analiza la mortalidad prematura de todos los tumores, así como para los tipos de cáncer más frecuentes: Mama, Colonorectal, Cerviz, Laringe, Próstata, Pulmón y Vejiga Urinaria. El indicador utilizado es la Tasa Truncada Estandarizada de Mortalidad por 100.000 habitantes en el grupo de edad 35-64 para el año 2013, siendo la fuente de información el Sistema de Información de Vigilancia de la Salud (SIVSA). De los datos obtenidos y teniendo en cuenta la estabilidad de las tasas cuando se utiliza un solo año en poblaciones pequeñas, se ve que para el total de los cánceres la Tasa del Distrito en mujeres está por encima de la de Andalucía, siendo inferior a la tasa Provincial. En hombres la tasa del Distrito supera ligeramente la de Andalucía y la Provincia.

EL ANÁLISIS DE LA TASA PARA LOS TIPOS DE CÁNCERES MÁS FRECUENTES:

Cáncer de mama: Se ha producido un incremento de la Tasa tanto en el Distrito, como en la Provincia y Andalucía con respecto a la tasa del 2012. Barbate, Medina, Paterna, Puerto de Santa María y Vejer son los municipios que presentan las tasas más altas.

En cáncer colonorectal La tasa en mujeres ha sufrido un incremento con respecto a 2012 tanto en el Distrito como en la Provincia de Cádiz y Andalucía. Por municipios **Cádiz**, Conil, Paterna y Puerto Real son los que presentan tasas superiores. En Hombres la tasa del Distrito y Andalucía es prácticamente similar a la del año 2012 habiendo descendido en la Provincia. Los municipios del Distrito que superan esas tasas son Cádiz, Conil, Puerto Real y Paterna.

Cáncer de pulmón En mujeres la tasa del Distrito inferior a la tasa provincial y andaluza siendo Barbate, Cádiz y Conil los municipios con tasa superiores. En hombres la tasa del Distrito es superior a la andaluza y provincia. Por municipios Alcalá de los Azules, Barbate, Paterna, Puerto Real, Puerto de Santa María, y San Fernando son los municipios con tasa superiores.

Cáncer de vejiga En mujeres, la tasa del Distrito está por encima de las tasas de la provincia y Andalucía. Mientras que en los hombres son inferiores respectivamente. Por municipios Alcalá y Barbate en mujeres y Conil, Puerto de Santa María y Benalup en hombres, son los municipios cuyas tasas superan las del Distrito.

Cáncer de próstata: Las tasas del Distrito y la provincia han experimentado un incremento con respecto a las del 2012 mientras que la de Andalucía ha permanecido igual. Por municipios Cádiz y San Fernando son los que tienen las tasas más altas

En el cáncer de cérvix La tasa del Distrito es inferior a las tasas de la provincia y Andalucía y sólo Chiclana presenta tasas superiores

Cáncer de laringe Tanto en hombres como en mujeres la tasa del Distrito es superior a la de Andalucía y la provincia de Cádiz. Por municipios, San Fernando en mujeres y Cádiz y San Fernando en hombres presentan las tasas más elevadas.

En resumen y para el año 2013 los tipos de cáncer con tasas más elevadas para cada uno de los municipios son:

En Mujeres. Mama, Colonorectal, Laringe y Vejiga son los tipos de cáncer en los que las tasas truncadas de mortalidad en el año 2013 son superiores tanto a las tasas de la provincia de Cádiz como de Andalucía.

Por municipios destacan:

- Alcalá de los Gazules: Cáncer de vejiga
- Barbate: Cáncer de mama y pulmón
- Conil: Cáncer de mama y pulmón
- **Cádiz:** Cáncer colonorectal, pulmón y vejiga
- Chiclana: total de cáncer, cáncer de mama y cérvix
- Medina: Cáncer de mama
- Paterna: Cáncer de Mama y colonorectal
- Puerto de Santa María: Total de cáncer, cáncer de mama y pulmón
- Puerto Real: Cáncer colonorectal
- San Fernando: Cáncer colonorectal, laringe y pulmón
- Vejer: Cáncer de mama

Hombres La tasa global de cáncer, el cáncer colonorectal, próstata, laringe y pulmón son los cánceres en los que las tasas truncadas de mortalidad en el año 2013 son superiores a las tasa del Distrito y Andalucía.

Por municipios destacan:

- Alcalá: Cáncer de pulmón
- Barbate: Cáncer de pulmón
- **Cádiz:** La tasa global de cáncer, colo rectal, próstata y laringe
- Conil: La tasa global de cáncer, cáncer colo rectal y vejiga
- Paterna: La tasa global de cáncer y cáncer de pulmón
- Puerto de Santa María: Cáncer de pulmón y vejiga
- Puerto Real: Tasa global de cáncer, cáncer de laringe
- San Fernando: Tasa global de cáncer, cáncer de próstata, laringe y pulmón
- Vejer: Cáncer colonorectal

- Benalup: La tasa global de cáncer y cáncer colo rectal y vejiga

	Total cáncer		mama		colo rectal		pulmón	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
DSAP BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA	102,07	112,84	23,84	36,35	4,66	12,65	15,14	11,89
PROVINCIA CÁDIZ	108,49	114,62	25,08	34,27	8,76	11,1	13,02	16,53
ANDALUCÍA	94,96	100,30	22,87	26,07	9,52	10,24	13,9	12,43
Alcalá de los Gazules		116,55						
Barbate	43,1001	95,49	22,18	47,74				22,6
Cádiz	113,4328	114,63	17,91	24,06	5,83	16,79	23,34	19,54
Conil de la Frontera	128,1285	94,61	75,11	24,7		26,84	53,01	24,7
Chiclana de la Frontera	125,7672	136,94	24,47	29,27			12,41	
Medina-Sidonia		104,48		51,42				
Paterna de Rivera	91,5751	185,14		72,96		112,17		
Puerto de Santa María (El)	88,0485	136,03	27,14	62,55	4,73	5,5	11,77	10,27
Puerto Real	88,2966	79,39	24,31	22,53	13,56	31,61		
San Fernando	99,2881	92,43	14,15	19,48	5,23	14,15	15,71	14,5
Vejer de la Frontera	96,5231	92,88	48,53	46,12				
Benalup-Casas Viejas	239,337	80,13	145,85					

	Total cáncer		próstata		colo rectal		pulmón		vejiga	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
DSAP BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA	195,82	174,12	3,94	6,65	27,36	21,06	68,8	66,53	12,76	2,86
PROVINCIA CÁDIZ	188,70	167,44	2,1	5,38	24,75	17,7	71,44	58,83	8,45	6,26
ANDALUCÍA	169,15	164,22	3,907	3,91	19,72	19,7	59,71	53,77	6,67	9,97
Alcalá de los Gazules	149,12	273,23					149,11	105,08		
Barbate	188,93	134,32					44,67	97,61	42,62	
Cádiz	249,13	196,08	11,04	11,45	42,25	34,47	84,71	48,31	4,03	
Conil de la Frontera	189,10	185,67			71,94	37,39	47,56	47,22	21,24	2,252
Chiclana de la Frontera	124,98	101,63		4,92	25,38		26,15	59,92	14,25	
Medina-Sidonia	181,65	125,17			46,1		90,99			
Paterna de Rivera	179,63	188,95					84,66	97,37		
Puerto de Santa María (El)	238,72	166,64		5,79	17,21	22,21	101,9	77,78	17,18	5,59
Puerto Real	144,24	186,24			10,47	12,42	50,42	106,19	13,08	
San Fernando	184,93	208,33	5,01	10,74	27,05	20,94	62,91	76,72	16,55	

Vejer de la Frontera		119,30				31,88		42,03		
Benalup-Casas Viejas	208,99	287,62				73,56	149,94			73,56

Plan Integral de Atención a las Cardiopatías

Para este plan se analiza la mortalidad prematura, a través de la tasa ajustada de años potenciales de vida perdidos, (APVP) por cardiopatía isquémica para el año 2013 y la Tasa de Ingresos por Insuficiencia Cardíaca (PQI 8) para el año 2014. La fuente de información utilizada ha sido SIVSA y CMBDA.

El Distrito, para ese año, tiene una tasa de APVP por cardiopatía isquémica superior en hombres (384,88) y mujeres (102,94) a la tasa de la provincia (351,16; 93,15) y a la de Andalucía (291,78; 63,06). Se ha producido un aumento de la tasa con respecto a la de 2012.

Por Municipios destaca en hombres, Alcalá, Cádiz, Conil, y Vejer. En mujeres Cádiz, Chiclana, San Fernando y Vejer son los municipios con tasas de APVP superiores al Distrito, provincia de Cádiz y Andalucía.

	AÑO 2012		AÑO 2013	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
DSAP BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA	292,01	87,66	384,88	102,94
PROVINCIA CÁDIZ	367,9	88,92	351,16	93,15
ANDALUCÍA	319,6	79,72	291,78	63,06
Alcalá de los Gazules	98,97		696,38	
Barbate	523,51	200,7	263,11	
Cádiz	308,22	199,05	574,57	121,67
Conil de la Frontera	173,46		835,79	77,6
Chiclana de la Frontera	152,1	68,45	333,02	121,66
Medina-Sidonia		48,76		
Paterna de Rivera	1135,5	102,71	282,7	
Puerto de Santa María (El)	413,97	18,46	309,57	110,96

Puerto Real	231,47	13,53	256,66	
San Fernando	183,17	80,73	305,12	110,06
Vejer de la Frontera	736,19		475,45	499,36
Benalup-Casas Viejas	734,65		76,76	

Plan Andaluz del ICTUS

Se analiza a través de la mortalidad prematura, mediante el indicador de APVP por enfermedad cerebrovascular para el año 2013, y la tasa de ingresos por hipertensión arterial para el año 2014 (PQI7). La fuente de información utilizada ha sido SIVSA y CMBDA.

Para ese año el Distrito en hombres tiene una tasa de APVP (100,78) inferior a la tasa de la provincia (101,94) y Andalucía (122,42) En mujeres (45,51), la tasa es ligeramente superior a la de la provincia de Cádiz (44,29) e inferior a la de Andalucía (64,08) al contrario siendo ligeramente superior a la de Andalucía (79,7) e inferior a la tasa provincial (88,92). Indicar también que se ha producido una disminución de la tasa de APVP con respecto a 2012 tanto en hombres como en mujeres.

Por municipios en hombres las tasas más altas corresponden a Barbate (215,27), Cádiz (136,34) y Chiclana (169,77 y Vejer (216,11). En mujeres Barbate (176,13), Cádiz (60,84), Paterna (306,62) y Puerto de Santa María (104,79).

	AÑO 2012		AÑO 2013	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
DSAP BAHÍA DE CÁDIZ-LAJANDA	123,01	74,67	100,78	45,51
PROVINCIA CÁDIZ	119,81	77,58	101,94	44,29
ANDALUCÍA	127,85	61,38	122,42	64,08
Alcalá de los Gazules	692,79			
Barbate	214,16		215,27	176,13
Cádiz	202,27	69,44	136,34	60,84
Conil de la Frontera	123,9		24,58	25,87
Chiclana de la Frontera	171,94	136,9	169,77	
Medina-Sidonia			45,91	
Paterna de Rivera				306,62
Puerto de Santa María (El)	55,61	49,23	43,34	104,79
Puerto Real		67,64	38,5	13,45
San Fernando	97,31	121,09	80,6	

Vejer de la Frontera			216,11	
Benalup-Casas Viejas				

Tasa ingresos por Hipertensión	CMBD 2013			CMBD 2014		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
DSAP BAHÍA DE CÁDIZ-LAJANDA	17,7	14,65	16,12	5,54	6,69	6,13
ANDALUCÍA			12,4			15,74

Plan Andaluz de Salud Mental

Se analiza el porcentaje de ingresos por autolesiones a partir de los datos del CMBDA suministrados por los dos hospitales de referencia de nuestro Distrito, dado que se carecen de datos a nivel autonómico para el cálculo de las tasas estandarizadas.

Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía

Se analiza a partir del porcentaje de personas fumadoras con diabetes mellitus e hipertensión. Los datos se han obtenido a partir de la Encuesta de Salud de Andalucía realizadas en los años 2003, 2007 y 2011.

En la provincia de Cádiz el porcentaje de personas con diabetes que se declaran fumadores ha variado a lo largo del tiempo. Descendiendo desde la encuesta del 2003 (15,2) al 2007 (10,45) y volviendo a aumentar en 2011 (17,44). En Andalucía estos porcentajes siempre han estado por debajo y se han mantenido mas estable oscilando entre el 13% del 2003 al casi el 15% en 2007 y 2011.

Si se diferencian estos porcentajes por sexo se puede apreciar como va disminuyendo en los hombres y aumentando en las mujeres que doblan el porcentaje tanto en Cádiz pasando del 8,16% en 2003 al 16,67% en 2011 como en Andalucía que pasa del 6,10% al 12,70%, además, si se ve el porcentaje de exfumadores a lo largo de los años, se ve como hay una discriminación de género tanto en la provincia de Cádiz como en Andalucía ya que si en 2003 el porcentaje en hombres exfumadores en Cádiz y Andalucía era del 26,67% y 46,11% respectivamente, en 2011 es del 53,13% y 55,08%. Sin embargo en las mujeres de 6,12 % y 4,58% de mujeres exfumadoras en 2003 pasa a 5,56% y 6,21%.

Con respecto a las personas con hipertensión el porcentaje de hombres y mujeres fumadoras ha ido disminuyendo a lo largo de los años tanto en Cádiz como en Andalucía, siendo este descenso superior en la provincia. Así en hombres de 2003 a 2011, en Cádiz el porcentaje ha descendido del 26,1% al 19,5 % mientras que en Andalucía este descenso ha sido del 26,2 al 23,1%. En mujeres, el porcentaje ha pasado del 9,1% y 5,5 % en Cádiz y Andalucía en el año 2003 al 6,3% y 8,9 % en el año 2011.

PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS FUMADORAS

	2003			2007			2011		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
CÁDIZ	26,60%	8,16%	15,20%	29,17%		10,45%	18,75%	16,67%	17,44%
ANDALUCÍA	23,20%	6,10%	13,09%	26,04%	5,36%	14,90%	18,22%	12,70%	14,83%

	2011								
	MUJER			HOMBRE			TOTAL		
	DIARIO	OCASIN	EX FUM	DIARIO	OCSIN	EX FUM	DIARIO	OCSIN	EX FUM
CADIZ	16,67		5,56	18,75		53,13	17,44		23,26
ANDALUCIA	12,7		6,21	18,22	0,85	55,08	14,83	0,38	24,14

PORCENTAJES DE PERSONAS FUMADORAS EN POBLACIÓN CON HTA,-

	2003			2007			2011		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
CÁDIZ	26,1%	9,1%	16,2%	22,7%	8,1%	13,1%	19,4%	6,3%	11,9%
ANDALUCÍA	26,2%	5,5%	13,7%	24,3%	8,3%	15,3%	23,1%	8,7%	14,9%

Plan Integral de Obesidad infantil

Este plan se evalúa a partir de la evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 3 a 15 años, de la provincia de Cádiz y Andalucía siendo la fuente de información (SIVSA).

Según la última encuesta del 2011, la prevalencia de sobrepeso de la provincia (14 %) tanto en niños como en niñas, es inferior a la de Andalucía (18 %). La de obesidad, sin embargo, es ligeramente superior en la provincia tanto en niños (15,50%) como en niñas(14,70%) a la de Andalucía (14,40% y 13,10%).

A lo largo del tiempo, la prevalencia de sobrepeso ha ido oscilando según reflejan los datos de las cuatro encuestas realizadas. Así, si en los datos de la encuesta de 1999,

2003 y 2007 la prevalencia aumentaba en los niños tanto en Cádiz como en Andalucía, se ha producido un descenso en la encuesta del 2011. En niñas la prevalencia se mantiene a niveles de 1999, habiendo aumentado del 10,4 % en 2007 al 14,4% en 2011. Este aumento también se ha producido a nivel de Andalucía.

Con respecto a la prevalencia de obesidad, mientras que en la encuesta del 2007 se produce un aumento en la prevalencia con respecto a las dos anteriores, en la encuesta del 2011 refleja una disminución importante del porcentaje de obesidad en la provincia de Cádiz pasando del 19,15% a 15 % en los niños y del 20% a 14,4% en las niñas.

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD 3 A 15 AÑOS PERCIBIDO POR SEXO Y PROVINCIA

	Niños				Niñas				Total			
	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011
CÁDIZ	11,3%	14,7%	17,8%	14,1%	14,1%	19,9%	10,4%	14,4%	12,7%	17,2%	14,3%	14,2%
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%
9b. Prevalencia de obesidad percibido por sexo y provincia, EAS 1999 - 2003 - 2007-2011												
	Niños				Niñas				Total			
	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011	1999	2003	2007	2011
CÁDIZ	8,50%	14,50%	19,10%	15,50%	7,70%	9,50%	20,00%	14,40%	8,10%	12,00%	19,50%	15,00%
ANDALUCÍA	13,00%	15,00%	13,50%	14,70%	12,10%	13,10%	12,70%	13,10%	12,50%	14,10%	13,10%	13,90%

Plan Integral de Diabetes de Andalucía

Este plan se analiza a través de tres indicadores: la tasa truncada estandarizada de mortalidad por diabetes (35-64 años), la tasa de incidencia de amputaciones y la tasa de incidencia de cetoacidosis en pacientes con DM. La fuente de información es el SIVSA, CMBDA y DIABACO para los denominadores.

En el Distrito, la tasa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres ha continuado descendiendo a lo largo de la serie considerada, con oscilaciones, a lo largo de los años. Este descenso ha sido más acusado en las mujeres, hecho que sucede igualmente en la provincia de Cádiz y Andalucía.

Si se comparan las tasas del Distrito con la de la provincia y Andalucía se observa que en la mayor parte de los años considerados (2002-2013) la tasa del Distrito en hombres continúa por encima de la de Andalucía y es similar a la de la provincia.

Con respecto a la tasa de incidencia de altas por amputaciones y cetoacidosis según el CMBD para el año 2014, se ve que la tasa global de amputaciones del Distrito es superior a la de Andalucía, al contrario que la tasa de cetoacidosis. Si diferenciamos por sexo vemos que las tasas de amputaciones en hombres son más altas que la de las mujeres tanto en el Distrito (4,5-1,56) como en Andalucía (3,98-1,41). Diferencias que son mucho menores en la cetoacidosis (1,01-0,72) en el Distrito y (1,18- 1,31) en Andalucía.

TASA TRUNCADA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA POR DIABETES

	HOMBRES		
	Distrito	Provincia	Andalucía
2002	4,46	3,81	3,48
2003	4,19	2,58	3,38
2004	4,23	4,60	3,52
2005	4,98	4,59	4,18
2006	0,93	1,79	3,21
2007	2,93	4,15	3,18
2008	3,23	2,72	2,69
2009	1,90	2,94	3,19
2010	3,50	2,08	2,21
2011	1,72	1,31	2,04
2012	3,19	3,74	2,30
2013	2,17	2,00	1,59

	MUJERES		
	Distrito	Provincia	Andalucía
2002	3,75	3,69	1,89
2003	4,94	4,05	2,12
2004	3,88	2,98	1,56
2005	2,02	1,73	1,47
2006	1,99	2,35	1,56
2007	1,81	1,61	1,72
2008	2,14	2,42	1,33
2009	1,27	1,65	1,17
2010	0,86	0,96	1,22
2011	0,42	0,92	0,96
2012	0,83	1,24	0,76
2013		0,87	0,83

TASA DE INCIDENCIA DE ALTAS POR AMPUTACIONES Y CETOACIDOSIS

	Amputaciones			Cetoacidosis		
	Tasa de incidencia de altas por amputaciones			Tasa de incidencia por cetoacidosis		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
DSAP BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA	4,53	1,56	3,45	1,01	0,72	0,86
PROVINCIA CÁDIZ						
ANDALUCÍA	3,98	1,41	2,74	1,18	1,31	1,24

Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas

Este plan se monitoriza a través de la Esperanza de Vida al nacer y la Esperanza de Vida a los 65 años. Es un indicador muy utilizado para medir la desigualdad en salud.

Según estas tasas, no existen diferencias entre la Esperanza de Vida al nacer del Distrito y la provincia de Cádiz ni en hombres (77 años) ni en mujeres (83). Igual ocurre con la Esperanza de Vida a los 65 años que es de 16 años para los hombres y 21 para las mujeres. Al compararlo con Andalucía, tanto la Esperanza de Vida al nacer como a los 65 años es ligeramente inferior en hombres y en mujeres.

Plan Andaluz de Atención a las personas con Dolor

Los indicadores referidos al dolor pueden ser utilizados para medir la calidad de vida sin discapacidad. En las encuestas de salud efectuadas en los años 2007 y 2011, en la que se preguntaba si en las cuatro últimas semanas, el dolor había dificultado su trabajo habitual, incluyendo las actividades del hogar, se aprecia que hay diferencias importantes según el sexo del entrevistado.

De este modo, en los hombres, el 21,5% en 2007 y el 13,2% en 2011 contestaban que algo había limitado su actividad, este porcentaje era del 18% en ambos años para Andalucía. El porcentaje de los que contestaban que bastante o mucho aumentaba en Cádiz de 3,4% en 2007 a 5,7% en 2011. Este aumento también se produce en Andalucía (3,6% y 4,9%).

En las mujeres el porcentaje es bastante superior. El 41,7% en 2007 y el 29,2% en 2011 contestaban que el dolor limitaba algo su actividad diaria y el 8% en 2007 y 12,3% en 2011 las que definían esta limitación como bastante o mucha. Este aumento en el porcentaje también se produce en Andalucía que pasa del 5% en 2007 al 9,8% en 2011. Como se aprecia, tanto en los hombres como en las mujeres de Cádiz, el porcentaje de los que contestan que el dolor ha limitado su actividad es superior al de Andalucía.

Plan Andaluz de Accidentabilidad

Este plan integral se analiza en función de dos indicadores. Los Exitus Intrahospitalarios

(fallecimientos) según el tipo de traumatismo y localización anatómica y las secuelas de accidentes de tráfico. La fuente de información son los datos de CMBDA de 2014 de los dos hospitales de referencia de nuestro Distrito.

Con respecto al primer indicador en hombres se han producido 13 exitus siendo la tasa por 100 altas de 2,35. En mujeres se han producido 18 exitus siendo la tasa de 2,83.

Por tipo de traumatismo, el craneoencefálico y el traumatismo de miembros son los más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, pero si se comprueba la tasa, los traumatismos craneoencefálicos son los que tiene una letalidad mayor tanto en hombres (8,47) como en mujeres (7,81).

Para el segundo indicador, al igual que ocurría en el año 2013, para el 2014 aunque el número de accidentes en hombres (80) triplica el de las mujeres (25), cuando se ve la tasa de secuelas asociadas a accidentes de tráfico, ésta es ligeramente superior en mujeres que en hombre (36 y 23,75 respectivamente).

INCIDENCIA CANCER ANÁLISIS 2007 – 2012:

MORBILIDAD, OTRAS.

BAJO PESO AL NACER

BPN Nacidos año 2015			
Andalucía	79537	5905	7,42%
Provincia de Cádiz	11493	834	7,26%
Distrito Bahía	4572	361	7,90%
Cádiz	897	89	9,92%

PREVALENCIA PATOLOGÍAS CRÓNICAS CONTROLADAS

	DIABETES	EPOC	ASMA ADULTO	ASMA INFANTIL
UGC Mentidero	7%	3%	5%	17%
UGC Olivillo	9%	7%	5%	22%
UGC La Merced	10%	3%	6%	11%
UGC La Paz	9%	3%	4%	16%
UGC Puerta Tierra	9%	3%	4%	12%
UGC Loreto Puntales	12%	6%	5%	10%
UGC La Laguna	8%	5%	5%	16%
Total Cádiz	9%	4%	5%	15%
Distrito Bahía de Cádiz- La Janda	8%	5%	5%	13%

Prevalencia Estándar

Atención a Personas con Diabetes	6
Atención a personas con Hipertensión	15
Atención a personas con EPOC	9
Atención a Personas con Asma	5

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE NUEVAS INFECCIONES POR TUBERCULOSIS (TBC) Y OTRAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIAS.

El análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía del periodo 1 de Enero al 31 de Enero del 2014 indica 11 casos nuevos de TBC en el Municipio de Cádiz y en 2015, 9 casos. La evolución de las declaraciones y casos de TBC en la provincia de Cádiz ha experimentado un descenso en los últimos 5 años. Se aprecia cierto aumento de incidencia en algunas infecciosas:

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Herpes genital y otras ITS
- Legionella
- Tosferina en vacunables

Este aumento puede ser debido a la mejor vigilancia y declaración de los casos. No obstante es significativo el aumento del herpes genital y la tendencia al alza de la Infección gonocócica, lo cual es indicativo para la insistencia en la prevención de las ETS entre la población joven y sexualmente activa.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH – SIDA.

Nuevos diagnósticos infección por VIH en Distrito Bahía –la Janda, registrados en SiVIHda desde 1 de enero 2013 hasta 9 de enero 2015.

Zona básica	2013		2014		Total	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Cádiz	7	2	8	0	15	2

RETARDO DIAGNÓSTICO: ‘Diagnóstico tardío’ se ha definido como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH y ‘enfermedad avanzada’ con cifra de CD4 < 200 células/ μ l.

	No cumplimentado	Diagnostico tardío CD4 < 350 cl	CD4 > 350 cl CD4
Cádiz	2 11,76%	10 58,82%	5 29,41%
	Enfermedad avanzada CD4<200 cl	CD4 200 a 350 cls	CD4>350 cls

Cádiz	5	5	5
-------	---	---	---

VIOLENCIA DE GÉNERO y Maltrato a personas.

Centro Sanitario	Fallece1	VG Física1	VG Psicológica1	VG Sexual1	VG Fis+Psico1	VG Fis+Sexua1	VG Fis+Psico+Sex1	VG Psico+Sex1	VG Sin tipo1	Total
C.S. Cádiz - El Meridero	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
C.S. Cádiz - El Olivillo	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3
C.S. Cádiz - Puerta Tierra	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
C.S. Cádiz - La Paz	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
C.S. Cádiz - Loreto-Puntales	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
UCCU Cádiz- extramuros	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
UCCU Cádiz- INTRAMUROS	0	2	0	0	2	0	0	0	0	4
Total general	0	6	2	0	2	0	0	0	0	10

Centro Sanitario	VG_Mujer1	VG_Hombre	Maltrato menores1	Maltrato a Ancianos	Maltrato a Dependientes	Maltrato a Discapacitados	Maltrato sin datos	Agresion Sexual Menor1	Agresion Sexual Adulto1	Total
C.S. Cádiz - El Meridero	2	0	0	1	1	1	0	0	0	5
C.S. Cádiz - El Olivillo	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
C.S. Cádiz - Puerta Tierra	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C.S. Cádiz - La Paz	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
C.S. Cádiz - Loreto-Puntales	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UCCU Cádiz- extramuros	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UCCU Cádiz- INTRAMUROS	4	0	0	0	1	1	0	0	0	6
Total general	12	0	0	1	1	1	0	0	0	16

SERVICIOS DE SALUD

CONTROL DE ENFERMEDADES VACUNABLES

La incidencia de enfermedades vacunables es muy pequeña en el área de Cádiz, debido fundamentalmente a las altas coberturas de vacunación que ha conseguido el programa de vacunas que hacen que haya poca posibilidad de circulación de patógenos (efecto rebaño). De forma excepcional se detecta (en todo el estado) un aumento de casos de consumo en las que aparecen casos aislados incluso en vacunados.

El desglose de las coberturas de vacunación indica una importante protección:

	Primo Vacunación Niños / Niñas 1 año	Vacunación Completa Niños / Niñas 2 años	Dos Dosis de T.V Niños/ Niñas 3 años
UGC Meridero	99,2	98	98,2
UGC Olivillo	98,8	97,7	97
UGC La Merced	95,1	93,5	92,8
UGC La Paz	98,1	96,8	98,4
UGC Puerta Tierra	100	97,9	99,1

UGC Loreto Puntales	97,6	98,9	100
UGC La Laguna	99,5	98,5	99,1
Distrito BCLJ	98,7	97,8	97,6

DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE MAMA

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVEs)

	Mujeres 15-49	Nº IVE	IVE*1000
UGC Mentidero	3905	28	7
UGC Olivillo	3377	28	8
UGC La Merced	2428	36	15
UGC La Paz	5685	47	8
UGC Puerta Tierra	4046	12	3
UGC Loreto Puntales	3972	28	7
UGC La Laguna	5507	28	5
Total Cádiz	28920	207	7
Distrito Bahía de Cádiz- La Janda	123191	793	6

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

- Población muy envejecida y dependiente. Socialmente muy afectada por el desempleo.
- Amplias desigualdades sociales que se reflejan en la expectativa de vida.
- Prevalencia de patologías crónicas ligadas a las condiciones de vida y los estilos de vida.
- Alta incidencia en ingresos evitables por las citadas patologías.
- Años de vida perdidos relacionado con lo anterior y que afecta a grandes procesos sindrómicos como diabetes y vasculares.
- Razón de Mortalidad más importante en las zonas de Intramuros (en especial barrio del Pópulo – Catedral – Santa María).
- El barrio de La Viña no presenta los resultados más desfavorables (son los mencionados en el punto anterior) pero desde luego presenta criterios de índices

saludables bajos.

- Como dato positivo relevante, hay que destacar el alto grado de adherencia a los programas de vacunaciones.

Por lo tanto, se debe abundar en priorizar las intervenciones relacionadas con la diabetes y las enfermedades vasculares, y como coadyuvante de ambas y de forma global por ser origen de casi todas ellas, se preconizaría la intervención en los estilos de vida saludables. Además, se deberá continuar o emprender las acciones de mejora y que se sumarían a su vez a las medidas de intervención sobre la morbilidad seleccionada según los años potenciales de vida perdidos (APVP), el análisis de PQIs y la morbilidad prevalente:

- En el diagnóstico precoz del cáncer de mama y cérvix.
- En la atención de las cardiopatías tanto en hombres como en mujeres.
- Aunque se han mejorado las tasas de APVP por enfermedad cerebrovascular así como en la tasa de ingresos por hipertensión, es conveniente seguir mejorando el diagnóstico precoz y tratamiento de la hipertensión tanto en hombres como en mujeres.
- Mejorar la intervención en tabaquismo tanto en hombres como en mujeres pero fundamentalmente en ellas cuando hay una patología crónica asociada.
- Mejorar la atención a las personas diabéticas, en especial, la patología del pie diabético ya que nuestra tasa global de amputaciones están por encima de la de Andalucía.
- Fomentar las actividades de promoción de la salud relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física.
- Intervenciones en activos en salud y estrategia de riesgo.

ESTUDIO 2 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN EL ÁREA SANITARIA DEL CENTRO DE SALUD DEL OLIVILLO

Autores: Moreno Castro, Francisco^(a), Martínez Ruíz, Dolores^(b, c), Vergara Campos, Antonio^(c)

^(a)Enfermero Gestor Casos UGC Olivillo

^(b)Médico de Familia, UGC Olivillo

^(c)Médico, Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP)

INTRODUCCIÓN

Morbilidad, en el sentido epidemiológico, es un concepto referido al estudio y

cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población.

El concepto morbilidad está íntimamente unido a la calidad de vida de una población. El binomio a mayor morbilidad, peor calidad de vida, suele venir acompañado del el de mayor mortalidad y/o mortalidad prematura. Cuantificar dicha morbilidad es fundamental para una planificación adecuada de los recursos sanitarios de la zona afecta, tanto para la dotación de recursos como para la priorización de la atención a la población.

El centro de salud El Olivillo es el centro referencial del barrio de La Viña y está ubicado en el casco histórico de Cádiz, desde donde se atiende a una población de 14.564 habitantes que se incluye en tres barrios con características similares, uno de ellos (La Viña) está incluido en el Plan de Intervención en Zonas con Necesidades de Transformación Social.

Presentan una pirámide poblacional envejecida, siendo los mayores de 65 años un 19,97% de la población.

Los datos que se presentan en este capítulo están recogidos de los registros asistenciales de las enfermedades que presentaban la población atendida en el centro de salud El Olivillo¹. Son datos de tendencias y prevalencias, por lo que recogen datos de los cuatro últimos años.

Este estudio de prevalencia de enfermedades tiene ciertas limitaciones:

1.- El ámbito estudiado es la Cartera de Servicio de Atención Primaria por lo que se recogen datos sobre patologías, enfermedades y servicios exclusivos de la atención en el centro de salud El Olivillo, por lo tanto en el ámbito de la Atención Primaria. Hay enfermedades que, por su complejidad diagnóstica o su seguimiento preferentemente hospitalario, se recogen en estudios epidemiológicos de Atención Especializada, tratadas en otros capítulos.

2.- Otra de las limitaciones, son las limitaciones de género. No tenemos actualmente datos desagregados por género.

3.- En algunas enfermedades tampoco tenemos datos por rangos de edad.

4.- Los datos presentados son de personas que asisten al centro de salud El Olivillo por lo tanto, no se recogen datos sobre población absentista y se incluye atención a personas que están fuera de zona (por decreto de libre elección de facultativo), aunque estos últimos son porcentajes muy bajos en comparación con el resto de población atendida que no sesgan significativamente los resultados del estudio.

Para introducirnos en los resultados obtenidos sobre prevalencias de enfermedades en nuestro barrio es importante conocer el perfil demográfico de la población.

En la tabla 1, aparecen los datos demográficos más relevantes de nuestra zona de

intervención y de Cádiz capital en el año 2015.

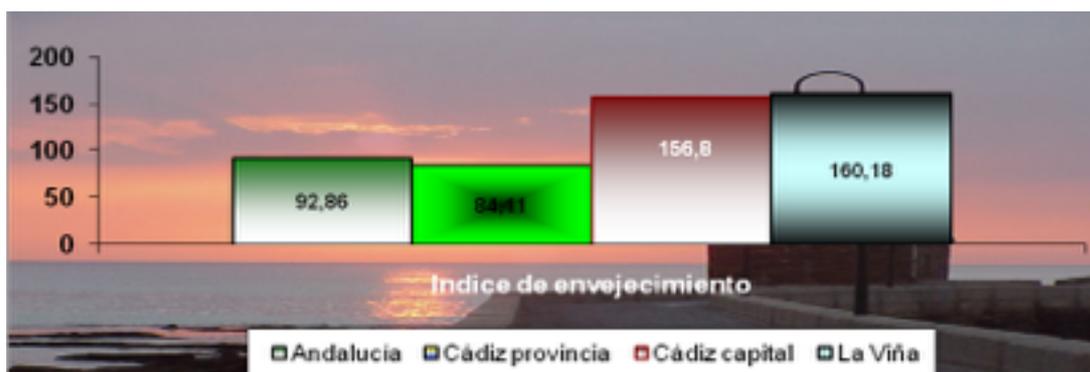
Tabla 1. DATOS DEMOGRÁFICOS 2015

DATOS DEMOGRÁFICOS	OLIVILLO	CÁDIZ
Población General	14.564	12.5118
Mayor e igual a 65 años	2.909	24.364
Censo Residencia ancianos	84	586
Mayor e igual a 15 años	12.748	109.586
Nacidos vivos Cohorte 2014 (ESTIMADO)	89	817
Nacidos vivos Cohorte 2012	99	893
Nacidos vivos Cohorte 2010	114	1.040
Niños que cumplen 6 años	137	1.127
Mujeres entre 15 y 49 años	3.523	30.273
Mayor e igual a 40 años	7.996	69.700
Menores de 15 años	1.816	15.532
Mujeres incluida en el Proceso embarazo	106	964
Hombres mayores de 40 años	3.685	31.496
Tasa envejecimiento ⁽¹⁾	19,97%	19,47%
Índice envejecimiento ⁽²⁾	160,18	156,8
Tasa de natalidad ⁽³⁾	6,11 * 1000	9,46* 1000

(1)Tasa de envejecimiento: Tanto por ciento de personas mayores de 65 año.

(2)Índice de envejecimiento: Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Cálculo: Cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100.

(3)Tasa de natalidad: Es la cantidad de niños que nacieron en un determinado año en una cierta población por cada 1.000 ciudadanos



Los datos aportados por el centro de salud están recogidos en lo que se define como Cartera de Servicios de Atención Primaria.

La cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía garantiza prestaciones comunes para la atención integral y en condiciones de equidad a los usuarios del sistema sanitario público; así, contiene programas, procedimientos, técnicas y tecnologías que suponen una mejora de la salud y están basadas en la mejor evidencia científica disponible.

El conjunto de servicios se incluyen en cuatro grandes bloques:

- Área de Atención a la persona
- Área de Atención a la familia
- Área de Atención a la comunidad
- Otros servicios.

En la tabla 2 se desglosan todos los servicios básicos ofertados en Atención Primaria por el Servicio Andaluz de Salud y al que denominamos Cartera de Servicios en Atención Primaria².

Tabla 2. CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SAS. 2015

Atención al alta hospitalaria

Atención a inmovilizados

Atención a las cuidadoras/es

Atención a los mayores de 65 años

Atención a mayores de 65 años en riesgo de dependencia

Atención a mayores de 65 a. residentes en instituciones

Atención a personas con HTA

Inmunizaciones Tétanos-difteria

Inmunizaciones Gripe (Indicación de vacunación)

Vacunación Completa

Seguimiento de Salud Infantil a los 4 años

Vacunación de niños en edad escolar

Vacunación de TV en niños de 3 años

Planificación Familiar

Programa de diagnóstico precoz del Cáncer de Mama

Cirugía Menor

Atención a las personas cuidadoras de grandes discapacitados

Telecontinuidad de cuidados a personas frágiles tras el alta hospitalaria. Seguimiento

CARTERA DE SERVICIOS POR PROCESOS ASISTENCIALES

Atención a personas con Diabetes (DMI+DMII)

Atención a personas con EPOC

Atención a adultos con asma

Atención a niños con asma

Cobertura de Embarazo

Embarazadas con 1ª visita antes de la 12 semana

Educación Maternal

Asistencia Puerperal

Atención a personas en situación de cuidados paliativos

Atención a personas con Insuficiencia cardiaca

OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de enfermedades y problemas de salud más revelantes en la población del barrio de la Viña-
- Determinar la tendencia y evolución de los mismos-
- Comparar el comportamiento de dichas enfermedades y problemas de salud con respecto a otros centros de Cádiz.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo transversal que abarca el periodo 2012-2015. Las fuentes del estudio son los datos recogidos anualmente en cada uno de los servicios que componen la Cartera de Servicios de Atención Primaria del centro de salud El Olivillo. Las herramientas de explotación de datos utilizadas son los módulos informáticos incluidos en la red informática del Servicio Andaluz de Salud (Diábaco y MTI).

Por la extensión de la cartera de Servicios se ha resaltado los resultados y las conclusiones de los Servicios más importantes desde el punto de vista de la Salud Pública y cuyos resultados difieren de las prevalencias en este entorno.

Hemos incluido en el apartado de Atención a Pacientes Inmovilizados un determinante que se considera muy importante por parte de este estudio como es el impacto de las barreras arquitectónicas existentes en las viviendas del barrio en dicha inmovilización, basado en unos estudios realizados por profesionales del centro de salud El Olivillo.

RESULTADOS

Los datos de cada uno de los servicios son datos de cobertura asistencial por lo que es necesario hablar de pacientes distintos vistos en el año de estudio.

El estudio comparativo en un periodo de tiempo acerca a tendencias asistenciales

de población con determinados problemas que, al comparar con la población diana y otros denominadores de salud andaluces y nacionales, se aproxima a un análisis realista de los determinantes de salud que afecta a la población.

CARTERA SERVICIOS DATOS ASISTENCIALES. PERIODO: 2012 – 2015.

UGC OLIVILLO	DENOMINADOR	POBLACIÓN STANDARD	2012	2013	2014	2015
Atención a inmovilizados	15% >65 años (65 y más)	436	474	471	476	526
Atención a mayores de 65 años en riesgo de dependencia	15% de >65 años (65 y más)	436	705	727	760	755
Atención a mayores de 65 a. residentes en instituciones	Censo real	84	94	91	86	95
Atención a personas con HTA	15% Población General	2.185	2.165	2.184	2.355	2.470
Planificación Familiar	Mujeres 15-49 años	3.523	160	410	94	98

CARTERA DE SERVICIOS POR PROCESOS ASISTENCIALES

Atención a personas con Diabetes (DMI+DMII)	6% Población General	874	1.290	1.279	1.306	1.303
Atención a personas con EPOC	9% de >40 años (40 y más)	720	359	390	444	556
Atención a adultos con asma	5% de >15 años (15 y más)	637	508	518	588	638
Atención a niños con asma	10% de <15 años (0-14)	182	410	415	407	396
Atención a personas en situación de cuidados paliativos	0,15% Población General	22	36	29	28	42
Atención a personas con Ins. Cardíaca	6% de la población > 65 años	175	257	229	229	215
PAI HB de próstata/Cáncer de próstata	6% de los varones > de 40 años	221	538	505	589	576
Atención a personas con VIH.	220/100.000 habitantes	32	37	36	29	38

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

UGC OLIVILLO	MEDIANA	variación 12-15	tasa de variabilidad 12-15	MEDIA PACIENTES ATENDIDOS	DESVIACIÓN RESPECTO A STANDARD	% DESVIACIÓN RESPECTO ESTÁNDAR
Atención a inmovilizados	475	52	9,89%	487	50	11,55%
Atención a mayores de 65 años en riesgo de dependencia	741	50	6,58%	737	300	68,84%
Atención a mayores de 65 a. residentes en instituciones	92,5	1	1,05%	92	8	8,93%
Atención a personas con HTA	2269,5	305	12,35%	2294	109	4,98%

Planificación Familiar	129	-62	-63,27%	191	-3333	-94,59%
------------------------	-----	-----	---------	-----	-------	---------

CARTERA DE SERVICIOS POR PROCESOS ASISTENCIALES

Atención a personas con Diabetes (DMI+DMII)	1296,5	13	1,00%	1295	421	48,14%
Atención a personas con EPOC	417	197	35,43%	437	-282	-39,24%
Atención a adultos con asma	553	130	20,38%	563	-74	-11,67%
Atención a niños con asma	408,5	-14	-3,44%	407	225	124,12%
Atención a personas en situación de cuidados paliativos	32,5	6	14,29%	34	12	54,49%
Atención a personas con Ins. Cardíaca	229	-42	-18,34%	233	58	33,21%
PAI HB de próstata/Cáncer de próstata	557	38	6,45%	552	331	149,66%
Atención a personas con VIH.	36,5	1	2,63%	35	3	9,24%

SERVICIOS	PREVALENCIA OMS/ ANDALUCÍA	MEDIA ESTÁNDAR *	MEDIA UGC	VARIACIÓN
ATENCIÓN INMOVILIZADOS	15% >65 años (65 y más)	436	487	11,55%
DIABETES	6% Población General	874	1295	48,14%
EPOC	9% de >40 años (40 y más)	720	437	-39,24%
ASMA ADULTOS	5% de >15 años(15 y más)	637	563	-11,67%
ASMA NIÑOS	10% de <15 años (0-14)	182	407	124,12%
CUIDADOS PALIATIVOS	0,15% Población General	22	34	54,49%
INSUFICIENCIA CARDIACA	6% de la población > 65 años	175	233	33,21%
PAI PROSTATA	6% de los varones > de 40 años	221	552	149,66%
HIV+	220/100.000 habitantes	32	35	9,24%

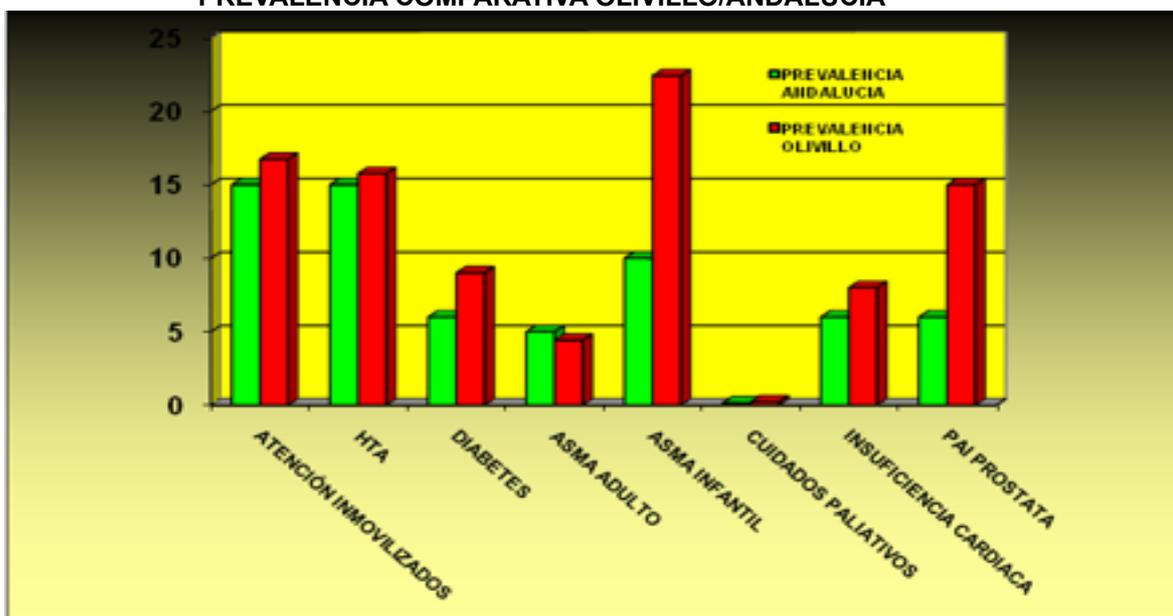
*Valores hipotético de pacientes atendidos en el Centro de Salud si el comportamiento de la misma fuera igual a la prevalencia standard

TABLA COMPARATIVA. PATOLOGÍAS CRÓNICAS

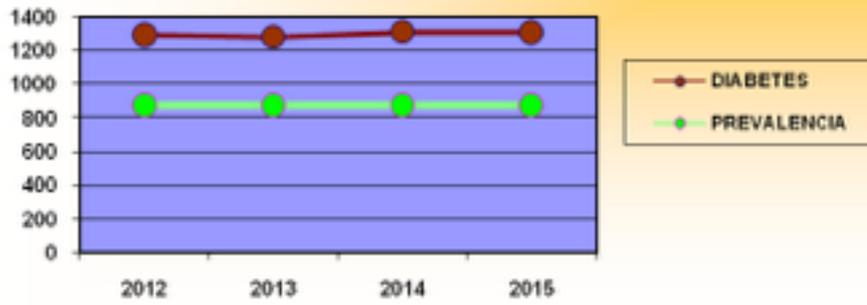
SERVICIOS	PREVALENCIA STANDARD	PREVALENCIA OLIVILLO
ATENCIÓN INMOVILIZADOS	15%	16,73%
HTA	15%	15,75%
DIABETES	6%	9%
EPOC	9%	5,47%
ASMA ADULTOS	5%	4,42%
ASMA NIÑOS	10%	22,41%
CUIDADOS PALIATIVOS	0,15%	0,23%
INSUFICIENCIA CARDIACA	6%	8%
PAI PROSTATA	6%	14,98%

GRÁFICAS

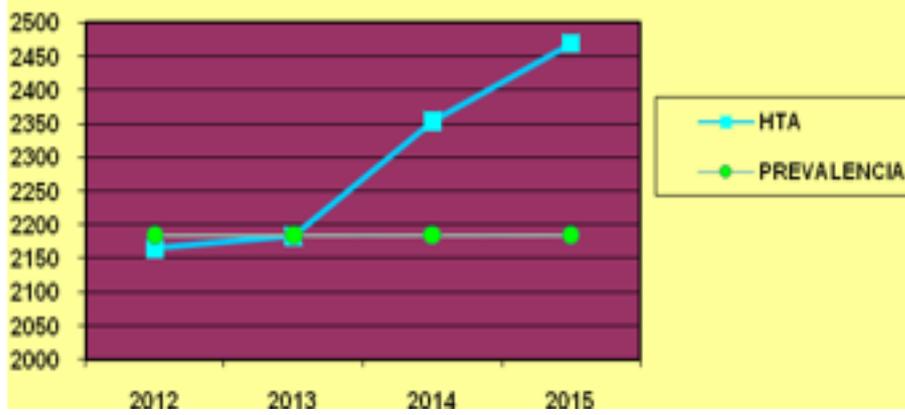
PREVALENCIA COMPARATIVA OLIVILLO/ANDALUCIA



TENDENCIA COBERTURA ASISTENCIAL DIABETES MELLITUS

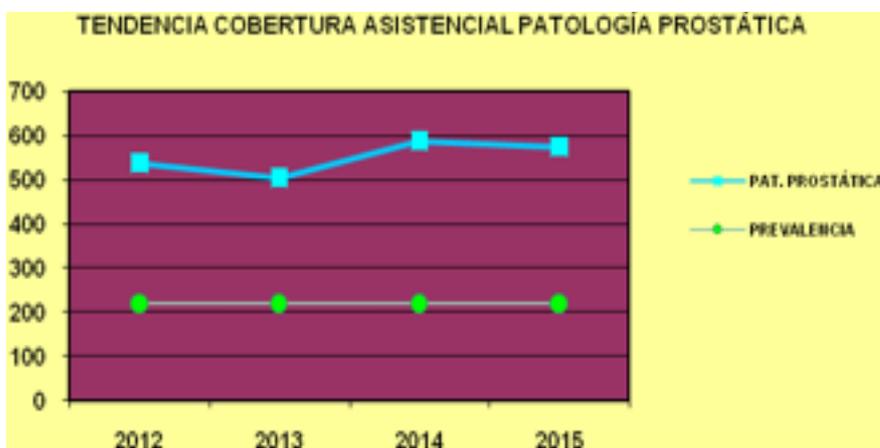
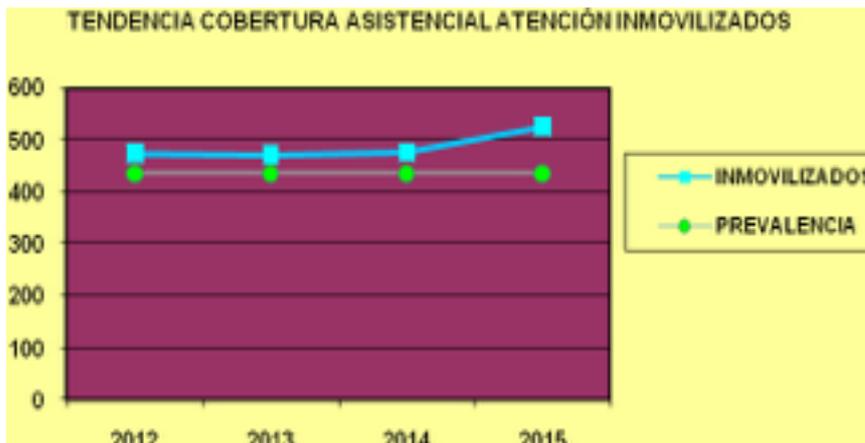


TENDENCIA COBERTURA ASISTENCIAL HTA



TENDENCIA COBERTURA ASISTENCIAL EPOC





**PREVALENCIA PROCESOS CRÓNICOS UNIDADES GESTIÓN CLÍNICAS DE CÁDIZ
COMPARATIVA CON DISTRITO Y ANDALUCÍA. AÑO 2015**

Microsoft PowerPoint - TRAJER VECINOS

Archivos | Edición | Ver | Insertar | Formato | Herramientas | Presentación | Ventanas | Ayuda

Buscar una diapositiva

Morbilidad Cádiz

Resultados por patologías en el área comarcal

Patología	Prevalencia (%)				
UOC Mentidero	7%	9%	10%	9%	9%
UOC Olivello	9%	9%	12%	8%	9%
UOC La Merced	10%	9%	8%	9%	6%
UOC La Paz	9%	9%	8%	9%	6%
UOC Puerta Tierra	9%	9%	8%	9%	6%
UOC Loreto Puntales	9%	9%	8%	9%	6%
UOC La Laguna	9%	9%	8%	9%	6%
Total Cádiz	9%	9%	8%	9%	6%
Total Distrito	9%	9%	8%	9%	6%
Prev Estándar	9%	9%	8%	9%	6%

Atención a Personas con Diabetes: 0
 Atención a personas con EPDC: 0
 Atención a Personas con Asma: 0

Prev Estándar: 0

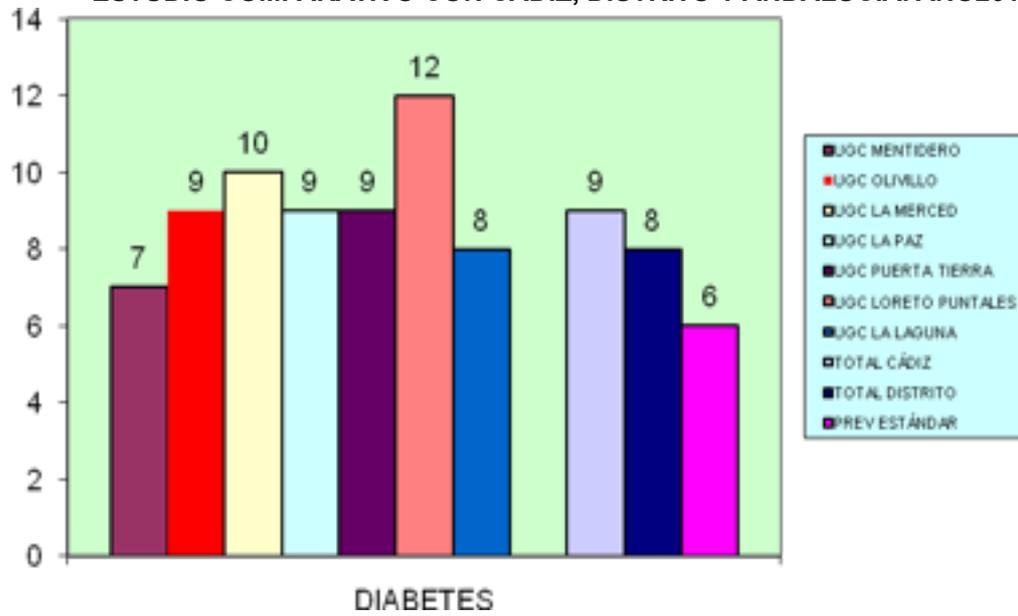
Extracción de: País: Local: Acción: Morb. Cádiz

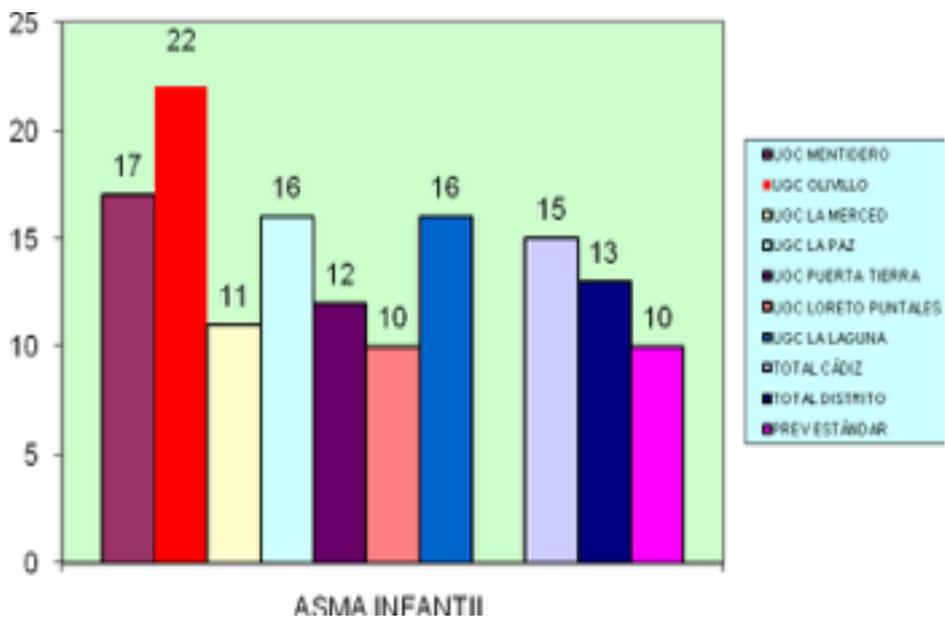
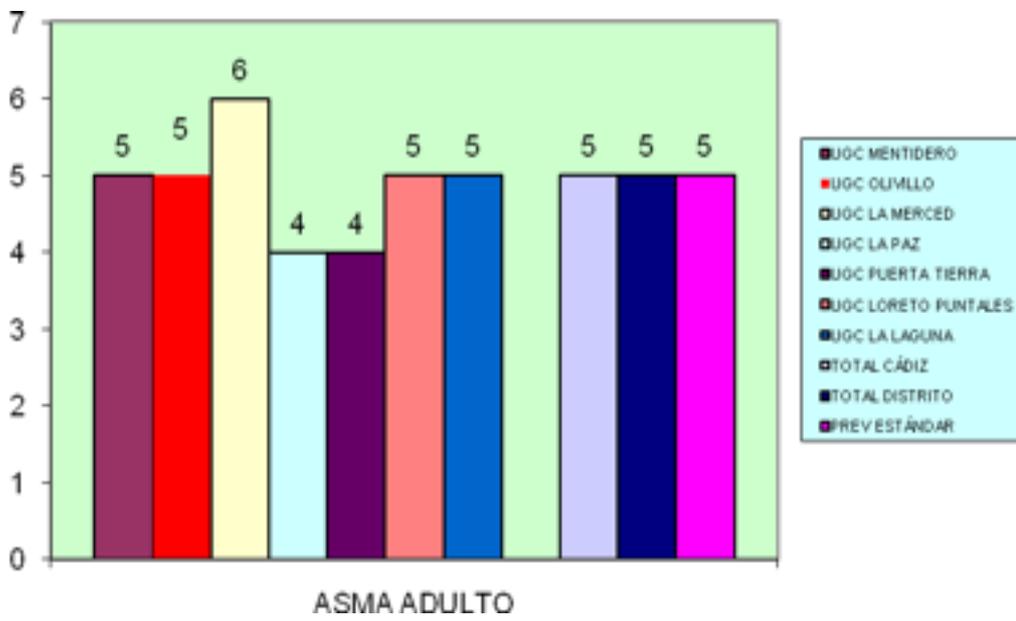
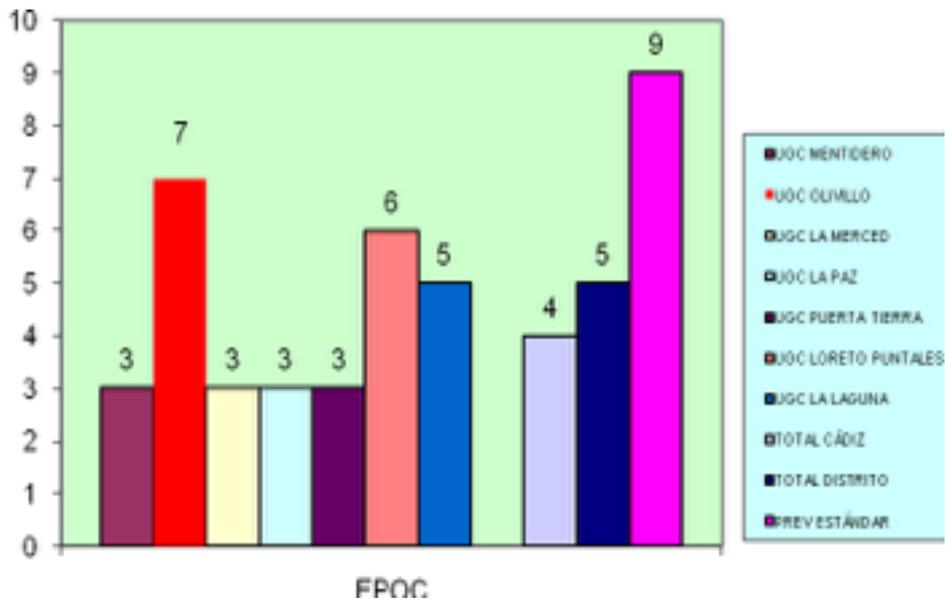
Diagnóstico 7 de 10

Tema de Office: info@trajervecinos.com

10/01/2014 10:04

PREVALENCIAS (%)
ESTUDIO COMPARATIVO CON CÁDIZ, DISTRITO Y ANDALUCÍA. AÑO 2015



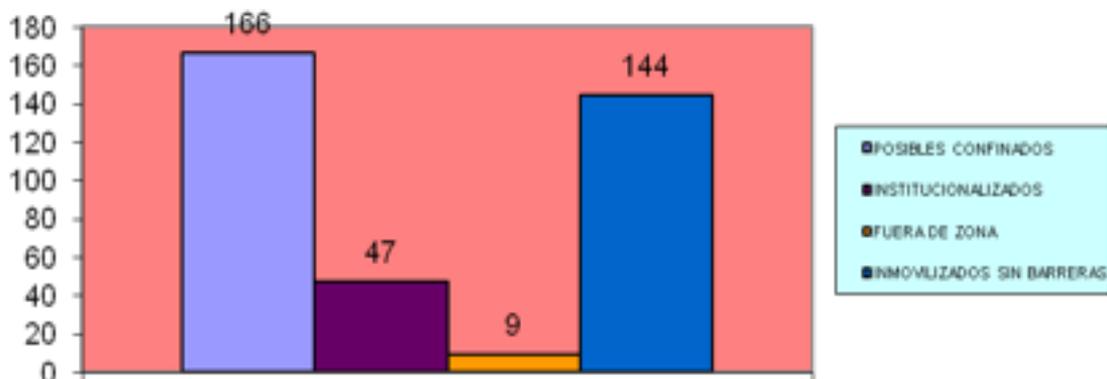


IMPACTO DE LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA EN EL CONFINAMIENTO DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE INMOVILIZADOS DEL CENTRO DE SALUD EL OLIVILLO

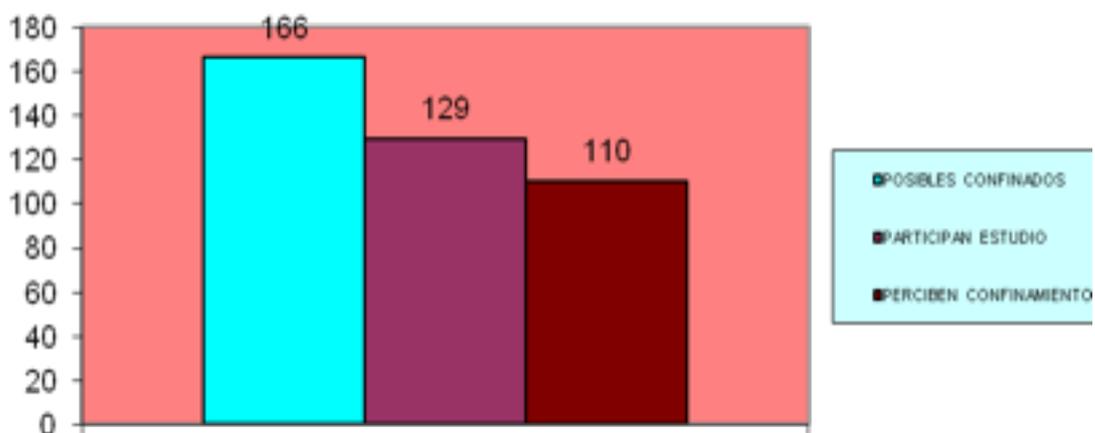
Autores: Javier Andrés Vera (*R1 Medicina Familiar y Comunitaria*), Jessica Largo (*R1 Enfermería Familiar y Comunitaria*), Francisco Moreno (*Enfermero Gestor de Casos*), Nuria Cifuentes (*Médico de Familia*)

Un grupo de trabajo de la UGC El Olivillo ha realizado un estudio de campo con el objetivo de conocer el número de personas inmovilizadas y las condiciones en las que viven. Los resultados de dicho estudio son los que siguen.

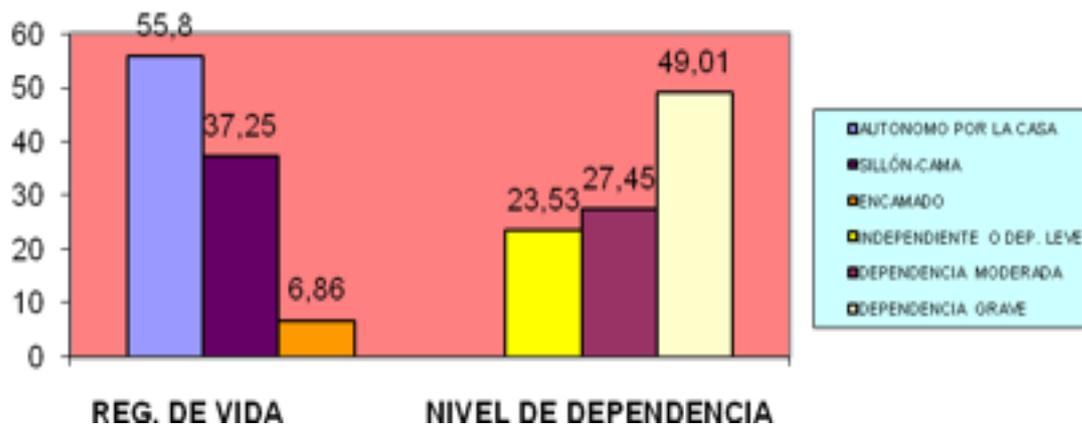
ATENCIÓN INMOVILIZADOS. UGC OLIVILLO



PERCEPCIÓN CONFINAMIENTO



REGIMEN DE VIDA Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN CONFINADOS (EN %)



IMPACTO EN LA SALUD DE LA PERSONA CONFINADA

Pérdida de relaciones sociales: 92,16%

El deterioro físico se acelera: 88,24%

Produce trastornos emocionales: 73,53%

Limita la actividad física: 46,08%

IMPACTO EN LA SALUD DE LA CUIDADORA

Pérdida relaciones sociales: 90,54%

Limita la actividad física: 78,38%

Produce trastornos emocionales: 77,03%

Influye en el cansancio como cuidadora: 63,51%

DISCUSIÓN

ATENCIÓN A LA PERSONA ANCIANA Y CUIDADORA

Atención a inmobilizados.- La población o el denominador estándar establecido por el Servicio Andaluz de Salud para este servicio es el 15% de la población mayor de 65 años. Según este denominador de referencia, la población inmobilizada atendida por la UGC Olivillo, en estos últimos años supera en un 11,5% dicho consumo. Hay que resaltar para interpretar adecuadamente este resultado que hay una población institucionalizada (en la zona hay una residencia

de ancianos con una capacidad de 84 personas) y que parte importante de dicha población está incluido en este programa.

Confinamiento.- De especial interés en este apartado es el estudio realizado por varios profesionales del centro de salud El Olivillo titulado 'Impacto de las condiciones de la vivienda en el confinamiento de pacientes incluidos en el programa de inmobilizados en una unidad de gestión clínica de Atención Primaria', que consiguió el premio a la mejor comunicación póster en el último congreso de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)³. En él se estudia la importancia de las barreras arquitectónicas y los problemas de accesibilidad en el barrio que determinan la imposibilidad de salir a la calle y el confinamiento en el domicilio de gran parte de esta población. Problema que, en otros barrios de la ciudad con un parque de viviendas mejor adaptadas y más accesibles, no se da. Este confinamiento es de vital importancia en la calidad de vida de estos pacientes y la percepción de salud de los mismos ya que la reclusión involuntaria en la vivienda conlleva problemas de salud añadidos, resaltando la pérdida de relaciones sociales, limitación en la actividad física, aumentos de trastornos emocionales (tristeza, apatía, depresión, etc.) no solamente en el paciente sino también en la persona cuidadora.

Atención a mayores de 65 años en riesgo de dependencia.- Este servicio está relacionado íntimamente con la atención a mayores de 65 años. La diferencia es que se incluye en este programa los mayores de 65 años con criterios de riesgo de dependencia. Los criterios para determinar a una persona en riesgo de dependencia son:

- Problemas de salud: Patología crónica que condicione una incapacidad funcional; por ejemplo: neoplasia avanzada, demencia, hospitalización reciente, polifarmacia, deterioro mental, deterioro cognitivo, depresión.
- Criterios asistenciales: Edad superior a 80 años, inmobilizado en su domicilio, residentes en instituciones.
- Problemas sociales: Aislamiento social y/o familiar (vive solo o sin familia próxima); cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante); viudedad reciente; riesgo de institucionalización prematura o inadecuada; rechazo de su situación; recursos económicos insuficientes; problemas de vivienda (barreras arquitectónicas, sin condiciones mínimas, etc.).

La población atendida es muy superior a la estándar por lo que se puede concluir que la población de mayores de 65 años de la zona de la Viña es una población con determinantes que aumentan el riesgo de dependencia⁴.

ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Atención a personas con hipertensión arterial.

Los datos indican que se atiende a un número de personas muy cercana a la

población estándar por lo que este servicio se comporta en la zona de la Viña en términos muy parecidos a referencias de prevalencias e incidencias andaluza y provincial.

Atención a personas con diabetes.

En este servicio es significativo el porcentaje de atención a pacientes distintos con diabetes ya que supera en un 48,14% a los estándares andaluces y la tendencia, aunque en mínimas proporciones, son al alza.

Atención a personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

En cambio, este servicio se comporta a la baja en relación con la población diana y estándar de la población andaluza. Un dato importante es que la tendencia de atención a estos pacientes es al alza y muy significativa ya que en el 2015 se atienden casi 200 pacientes más que en el 2012.

Atención a persona adulta con asma.

Al igual que el servicio de Atención a pacientes con EPOC, la atención a pacientes está por debajo de los estándares pero la tendencia en los cuatro últimos años es al alza, incluso es significativo que en el último año se llega a atender a un número de población igual a la población diana.

Atención a niños con asma.

Este servicio se comporta con una elevadísima tasa de atención a pacientes distintos, 124,12% por encima de los valores estándares. La tendencia es homogénea por lo que los datos no varían excesivamente en el periodo 2012-2014.

Atención a personas en situación de cuidados paliativos.

Los datos obtenidos para este servicio nos indican que se atienden un 54,49% por encima de la población diana. Es importante aclarar que actualmente la inclusión en este servicio es casi exclusivamente para pacientes oncológicos.

Atención a personas con insuficiencia cardiaca.

En este servicio, los datos obtenidos nos indican que se atiende a una población 33,21% mayor que la población estándar y que la tendencia en los cuatro años es a la baja.

Atención a personas con patología prostática.

Es uno de los servicios con atención muy superior con respecto a los estándares, un 149,66% por encima del mismo. La tendencia es al alza en el periodo 2012 a 2014.

Atención a personas con VIH.

Este servicio se comporta en cifras ligeramente elevadas por encima del estándar aunque no es significativa.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes son:

Con respecto al área de atención a la persona anciana:

1.- Existe un número importante de personas inmovilizadas que se atiende en la zona de La Viña. Su número se comporta con una tendencia al alza si bien, y asociando otros estudios de inmovilizados del área, hay que resaltar que muchas de la inmovilizaciones de los ancianos en sus domicilios son debidos a factores como barreras arquitectónicas, falta de recursos, soledad, etc⁵. Hay que resaltar, como anteriormente se ha comentado, el impacto que ocasiona en personas inmovilizadas las barreras arquitectónicas y las dificultades de accesibilidad que presentan muchas viviendas del barrio. Estos problemas derivan en una pérdida de calidad de vida importante en las personas afectadas así como en sus cuidadoras, tanto el aspecto físico como anímico, constatados por diferentes estudios realizados con esta población.

2.- Si bien se atiende a un número menor de pacientes mayores de 65 años que los estándares establecidos por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), dicha población es una población con niveles de dependencia muy alto y habrá que estudiar los criterios que determinan dicha dependencia (asistenciales, de salud, sociales, etc).

Con respecto al área de atención a pacientes con enfermedades crónicas:

1.- La hipertensión arterial en esta población se comporta de una manera similar a las prevalencias andaluzas, ligeramente al alza.

2.- La diabetes puede ser uno de los problemas de salud más significativos que se atienden en el centro. Los datos determinan que se está muy por encima de la prevalencia andaluza, casi un 50% mas, por lo que es un dato muy a tener en cuenta y sería conveniente cotejar con los indicadores de calidad preventivos (PQI) de la zona para validar las conclusiones de este estudio.

3.- En personas adultas atendidas con EPOC y asma, si bien la tendencia asistencial es al alza y se acercan los datos a las referencias de prevalencias andaluzas, se está por debajo de dichas referencias, con un repunte en el último año estudiado que lo acerca a las prevalencias conocidas del entorno. Es arriesgado concluir que la EPOC no es un problema de salud relevante en la zona, más cuando uno de los factores de riesgo que mas arraigado está en esta población es el tabaquismo. Las mismas conclusiones se pueden extrapolar al servicio de personas adultas con asma.

4.- Son de especial relevancia los datos de asma infantil puesto que es uno de los servicios que están muy por encima de los datos de referencia y los desencadenantes comunes suelen ser ambientales y del entorno (polvo, suciedad, aire que respiramos, humedad y ventilación de la vivienda, fumadores pasivos, mascotas, etc.) y además suele ser una patología que incide mucho en el absentismo escolar, el sedentarismo infantil y la frecuentación a los servicios de urgencias y pediatría.

5.- En atención a pacientes incluidos en cuidados paliativos, el comportamiento asistencial difiere mucho anualmente y la población diana es muy reducida por lo que, aunque los datos indican una asistencia mayor a la referencia estándar, no es indicativo estos resultados para identificar como un problema de salud prioritaria la atención a cuidados paliativos y sobre todo si existe el sesgo de la exclusión de cuidados paliativos de los procesos no oncológicos.

6.- En el servicio de atención a personas con insuficiencia cardíaca, aunque la tendencia es la atención a un menor número de personas con dicho problema, está muy por encima de los estándares de prevalencia y es importante resaltar también este problema de salud dentro de los determinantes de salud de la población de La Viña aunque al igual que en otras patologías crónicas sería interesante cotejar con indicadores de calidad preventivos de la zona

7.- Por último resaltar los datos de Atención a pacientes incluidos en el proceso de atención a pacientes en PAI hb de próstata / cáncer de próstata. Se atiende a más del doble de pacientes con respecto a la población diana de referencia, concluyendo que puede ser otro problema de salud prevalente en la zona. Estos datos coinciden con los resultados de morbilidad en cáncer de próstata en tasas truncadas y ajustadas del periodo 2007-2012⁶. Las tasas de morbilidad de Cádiz capital en este tipo de cáncer están muy por encima de las tasas provinciales.

REFLEXIÓN FINAL

Hay que analizar cuidadosamente algunos de los servicios de la cartera ya que hay problemas en la explotación de datos que pueden sesgar dichos resultados, ejemplo de ello es el número tan elevadísimo de cuidadoras atendidas por encima incluso de número de pacientes dependientes y ello es debido a la dificultad de excluir del programa a las personas cuidadoras cuando dejan de ser cuidadoras por lo que es un servicio sobredimensionado y cuyos datos no son reales. Igual puede ocurrir con los servicios de Asma y Epoc en el adulto en los que hay pacientes que pueden estar incluidos en ambos programas o incluso erróneamente catalogados (pacientes con Asma que son Epoc o viceversa).

Independientemente de estos problemas en la explotación de datos, los datos estudiados como tendencia y comportamiento de los servicios en los últimos cuatro años pueden dar una idea cercana a la realidad de los problemas de salud más

prevalentes que atendemos en la zona.

Sería conveniente que en un futuro se contemplara por parte de los Servicios Centrales la posibilidad de consultar estos datos con criterios que facilitasen realizar un análisis más profundo como la distribución por grupos de edad, por sexo, etc.

Como reflexión final y como petición argumentada en los resultados de estos estudios, solicitar que las administraciones responsables en la aportación de servicios de salud a la comunidad, recapaciten y valoren estos análisis para generar políticas de salud más realistas, priorizando los problemas que surgen de estos estudios acompañándolos de una reorganización de los servicios más acordes a las necesidades reales del ciudadano.

BIBLIOGRAFÍA

¹*Datos Estadísticos. 2012-2015. Servicio Andaluz Salud. Diraya y MTI*

²*SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERIA DE SALUD. Cartera de servicios de Atención Primaria. Área de atención a la comunidad. 1.4 Atención al riesgo social en Salud. Áreas de atención preferente. Abril 2014*

³*Impacto de las condiciones de la vivienda en el confinamiento de pacientes incluidos en el programa de inmovilizados en una unidad de gestión clínica de Atención Primaria Javier Andrés Vera, Jessica Largo Fernández, Francisco Moreno Castro y Nuria Cifuentes Mimoso Comunidad noviembre 2016;18(3):6 ISSN: 2339-7896*

⁴*A. Escolar Pujolar. Marcos teóricos-explicativos de los determinantes de la salud de la población. En: Córdoba Doña, JA, Martínez Nieto, JM, Almenara Barrios, J (eds.) La salud en Cádiz y sus determinantes. 1ªed. Cádiz: UCA; 2015.p. 36-47*

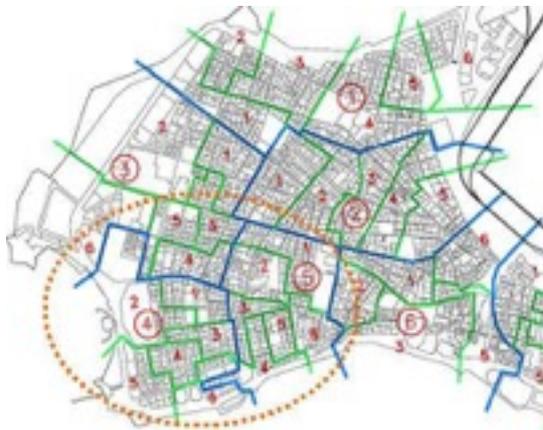
⁵*PROCASA (Promoción y Gestión de viviendas de Cádiz S.A). Ayuntamiento de Cádiz. Estudio del estado actual de la vivienda en el Casco Histórico de Cádiz y los locales comerciales. Mayo 2015. Tomo 3. Pag 14*

⁶*Incidencia del cáncer. DAPS Bahía de Cádiz-La Janda, 2007-2012. Hombres. (Registro Cáncer Cádiz)*

ESTUDIO 3. DESIGUALDES SOCIALES Y MORTALIDAD EN EL BARRIO DE LA VIÑA

Análisis de la Mortalidad en la Zona Básica de Salud El Olivillo y su comparación con la de la ciudad de Cádiz. Período 2002-2013

Autor: Antonio Escolar Pujolar
Epidemiología clínica. Salud Pública
Delegación Territorial Salud Cádiz
Enero, 2017



1. Introducción

En el discurso explicativo sobre las causas de las enfermedades más frecuentes, las primeras posiciones las ocupan los factores biológicos, los estilos de vida (tabaquismo, ejercicio físico y alimentación) y los factores sanitarios asistenciales. Este discurso es el asumido mayoritariamente por la comunidad científica, las administraciones sanitarias, los medios de comunicación y por muchos profesionales sanitarios. Las respuestas dirigidas al control de la enfermedad y el mantenimiento de la salud se circunscriben fundamentalmente a las soluciones que aporte el sistema asistencial y al seguimiento individual de normas de vida saludable (no fumar, hacer ejercicio físico y evitar la obesidad). Todo ello conduce a concentrar los recursos humanos y financieros en la enfermedad (más hospitales, más profesionales sanitarios, más medicamentos, más exploraciones diagnósticas, etc.). Culpar a los pacientes de sus enfermedades por no haber sido 'buenos' es la respuesta rápida y fácil cuando se busca a los responsables del fracaso.

Por otra parte las relaciones de la salud y la enfermedad con las condiciones de vida de las personas son escasamente tenidas en cuenta. La calidad de la educación recibida, su clase social, su mayor o menor dificultad económica, la calidad de sus puestos de trabajo, la accesibilidad a alimentos saludables, la disponibilidad de una vivienda y de un salario digno, de unos servicios de bienestar social de calidad, etc., constituyen determinantes clave de la salud y la enfermedad. Son lo que desde la epidemiología social llaman 'las causas de las causas' de la enfermedad y la salud. La desigual distribución social de estos determinantes conducen finalmente a las desigualdades sociales en salud que se observan de forma repetida en numerosos estudios, también en Andalucía y en Cádiz, estudios que demuestran que cuanto mayor es la desigualdad social, mayores son las desigualdades en la salud y la enfermedad.

Analizar el porqué de la desigualdad social es inexcusable si queremos comprender el panorama de salud y enfermedad de un territorio. Para ello es necesario estudiar su

historia respecto a la distribución del poder económico y político, la estructura social y sus determinantes. La justicia social, la lucha por la igualdad, por la mejora de las condiciones de vida, por los derechos humanos forman parte sustancial de las soluciones a las desigualdades sociales en salud.

El objetivo del estudio ha sido medir la desigualdad social en la mortalidad de la ZBS Olivillo. (*La Zona Básica de Salud Olivillo oferta asistencia sanitaria pública de primer nivel a la población del barrio de la Viña, principalmente*).

2. Material y métodos

Fuente de los datos:

La Cohorte censal 2001 (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía-IECA)

Con la población andaluza incluida en el Censo de 2001, el IECA creó la Cohorte censal 2001. Desde 2002 hasta 2013, la población incluida en el Censo (unos 8 millones de andaluces) ha sido seguida para obtener información sobre distintos acontecimientos demográficos (defunciones, nacimientos, matrimonios...) A partir del cruce de datos entre distintos registros, el de Mortalidad y el Padrón Municipal de Habitantes para lo que a nosotros nos interesa, se ha constituido la Base de Datos Longitudinal de Población de Andalucía (BDLPA), fuente de datos de los análisis que se presentan. La enorme aportación de la BDLPA es que nos permite analizar la mortalidad de acuerdo con datos individuales de tipo social como el nivel educativo y por tanto medir la desigualdad social en la mortalidad.

Defunciones:

Defunciones en la Zona Básica de Salud Olivillo y la ciudad de Cádiz producidas en los años 2002 a 2013 (ambos inclusive).

Causas de muerte analizadas:

Mortalidad General (por todas las causas) y Mortalidad por Cardiopatía Isquémica

Indicadores elaborados:

1. Tasas de mortalidad ajustadas a la población estándar europea (x 1000 p/a)
(x100000 p/a)

Cada persona incluida en la Cohorte Censal-2001 ha aportado desde 2002 hasta 2013 (último año de seguimiento) un número determinado de años de seguimiento, son lo que llamamos personas-tiempo en riesgo de muerte. Sobre esta base se calculan las respectivas tasas, que expresamos por 1.000 personas-año (p/a) ó por 100.000 p/a. Así por ejemplo una tasa de 10 por 1.000 p/a significa que por cada 1.000 personas seguidas durante un año han muerto 10.

2. Esperanza de vida al nacer; Esperanza de vida a los 30 años

Análisis con perspectiva de equidad:

La variable nivel educativo es utilizada como filtro social para el estudio de las desigualdades en la mortalidad. Los indicadores anteriores han sido estratificados para cada sexo de acuerdo con el nivel educativo según se registró en el Censo de 2001. El nivel educativo ha sido categorizado en los niveles siguientes:

- 1) Estudios universitarios + secundarios
- 2) Estudios primarios
- 3) Analfabetos y sin estudios

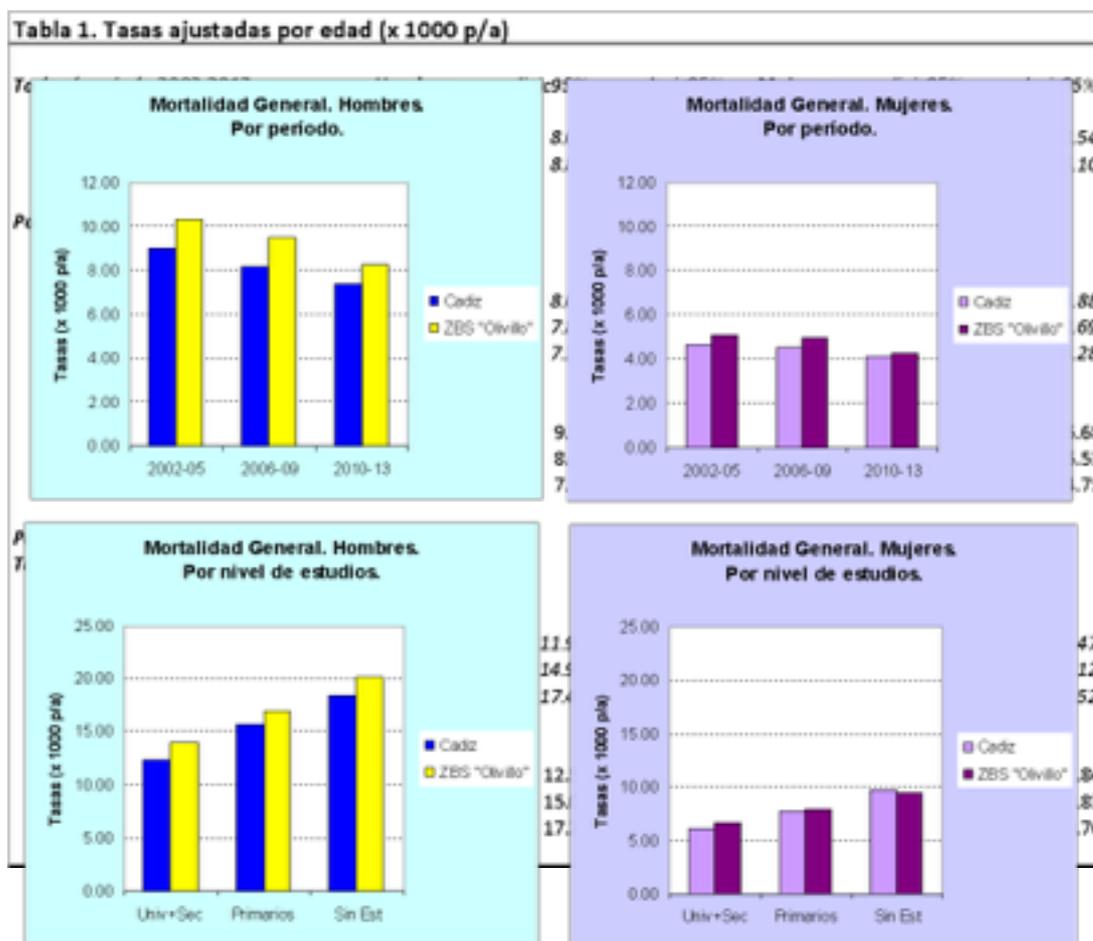
Para algunos análisis la variable se ha categorizado en dos niveles:

- 1) Estudios universitarios + secundarios
- 2) Estudios primarios + analfabetos y sin estudios.

El número pequeño de defunciones disponible ha obligado a hacer agrupaciones de la variable nivel de estudios, originalmente disponible en la BDLPA con 7 niveles. Para el análisis de la desigualdad social se consideran las defunciones en personas de 30 o más años.

Perspectiva temporal: Análisis para los períodos 2002-05; 2006-09; 2010-13

2. Resultados.3.1. Mortalidad general



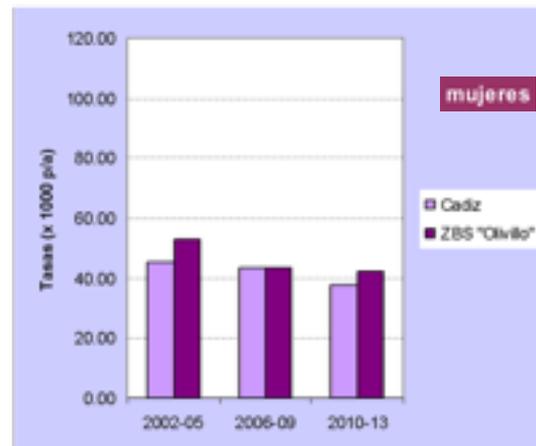
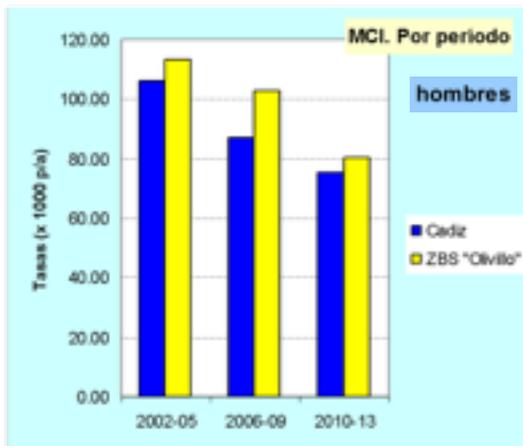
Comentarios:

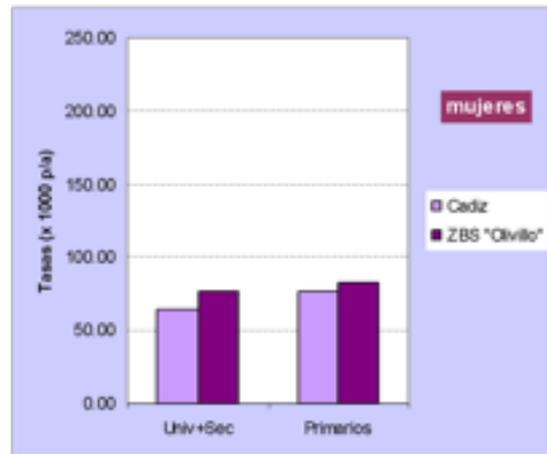
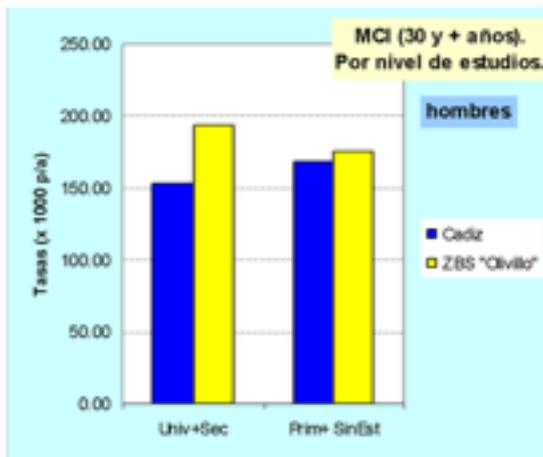
1. Aproximadamente el 15% de las muertes de la ciudad de Cádiz en 2002-2013 (7.328 hombres y 6.961 mujeres fallecidos) han sido de residentes en la ZBS (1.087 hombres y 1.021 mujeres)
2. Las tasas de mortalidad de los hombres tanto en la ZBS como en la ciudad de Cádiz son superiores a las de las mujeres.
3. La mortalidad de la ZBS Olivillo es un 15% superior a la del conjunto de la ciudad en hombres, y de un 8% en las mujeres.
4. Tanto en Cádiz como en la ZBS se observa una caída de la mortalidad, en ambos sexos.
5. En ambos ámbitos territoriales se observa, en los hombres, un gradiente social en el riesgo de muerte, en el sentido de que las tasas aumentan a medida que baja el nivel de estudios.

3.2. Mortalidad por Cardiopatía Isquémica (MCI).

Tabla 2. Tasas ajustadas por edad (x 100000 p/a)

Todo el período 2002-2013		Hombres	$\hat{\mu}_{ic95\%}$	$\hat{\mu}_{ic95\%}$	Mujeres	$\hat{\mu}_{ic95\%}$	$\hat{\mu}_{ic95\%}$
Cádiz		88.69	82.46	94.92	41.85	38.62	45.07
ZBS Olivillo		98.45	80.35	116.55	46.18	36.47	55.89
Por Período							
Cádiz							
2002-05		106.27	93.67	118.86	45.45	39.32	51.57
2006-09		86.98	76.21	97.76	43.20	37.66	48.73
2010-13		75.16	65.80	84.52	37.63	32.42	42.83
ZBS Olivillo							
2002-05		113.50	77.49	149.51	52.71	33.54	71.88
2006-09		102.67	70.97	134.37	43.30	27.10	59.50
2010-13		80.28	53.62	106.94	42.42	27.10	57.74
Por nivel de estudios (morta 30 y + años)							
Todo el período 2002-2013							
Cádiz							
Univ+Sec		152.76	136.35	169.17	63.51	52.39	74.63
Prim+ SinEst		167.91	150.67	185.16	76.49	69.46	83.52
ZBS Olivillo							
Univ+Sec		193.13	136.44	249.83	76.86	36.15	117.57
Prim+ SinEst		175.63	128.95	222.30	82.26	62.17	102.34





Comentarios:

1. Aproximadamente el 15% de las muertes por cardiopatía isquémica de la ciudad de Cádiz en 2002-2013 (806 hombres y 708 mujeres fallecidos) lo fueron en residentes en la ZBS (119 hombres y 100 mujeres)
2. Las tasas en los hombres son superiores a las de las mujeres.
3. La mortalidad en la ZBS es un 10-11% más alta que la del conjunto de la ciudad.
4. La mortalidad en hombres y en ambos territorios está disminuyendo. En este mismo sexo las tasas de la ZBS son en cada período mayores que las de Cádiz. En las mujeres la caída es de menor magnitud, siendo además las diferencias entre ambos territorios menores.
5. Se observa un discreto gradiente social en los hombres de Cádiz, así como en las mujeres de ambos territorios. En los hombres de la ZBS no se observa gradiente social.

3.4. Esperanza de Vida.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER				
2002-2013				
		Hombres	Mujeres	Brecha de Género
ZBS "OLIVILLO"		74.11	82.56	-8.45
CADIZ CIUDAD		76.30	83.33	-7.03
Desigualdad ZBS .. Cádiz ciudad		-2.19	-0.77	

ESPERANZA DE VIDA A LOS 30 AÑOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS				
2002-2013				
ZBS EL OLIVILLO				
	Nivel de Estudios	EV30	DSS	Brecha de Género
Hombres	Univer+Secund.	46.82		-8.51
	Primar+Sin Est.Analf	43.05	-3.77	-9.09
Mujeres	Univer+Secund.	55.33		
	Primar+Sin Est.Analf	52.14	-3.20	

CADIZ CIUDAD				
	Nivel de Estudios	EV30	DSS	Brecha de Género
Hombres	Univer+Secund.	48.37		-7.65
	Primar+Sin Est.Analf	44.09	-4.28	-8.14
Mujeres	Univer+Secund.	56.02		
	Primar+Sin Est.Analf	52.23	-3.79	

Comentarios:

3.La esperanza de vida al nacer de la ZBS es en los hombres 2.19 años menor que la del conjunto de la ciudad. En las

mujeres la diferencia es mucho más baja.

- Las personas, tanto en Cádiz como en la ZBS, con nivel de estudios primarios, sin estudios o analfabetas tienen a los 30 años una menor esperanza de vida que las que tuvieron estudios universitarios o secundarios (entre 3 y 4 años menos aprox.).
- La brecha de género (diferencias en la EV entre mujeres y hombres) en personas con igual nivel de estudios muestran las menores esperanzas de vida de los hombres. Las brechas son mayores entre los que tenían menor nivel de estudios.

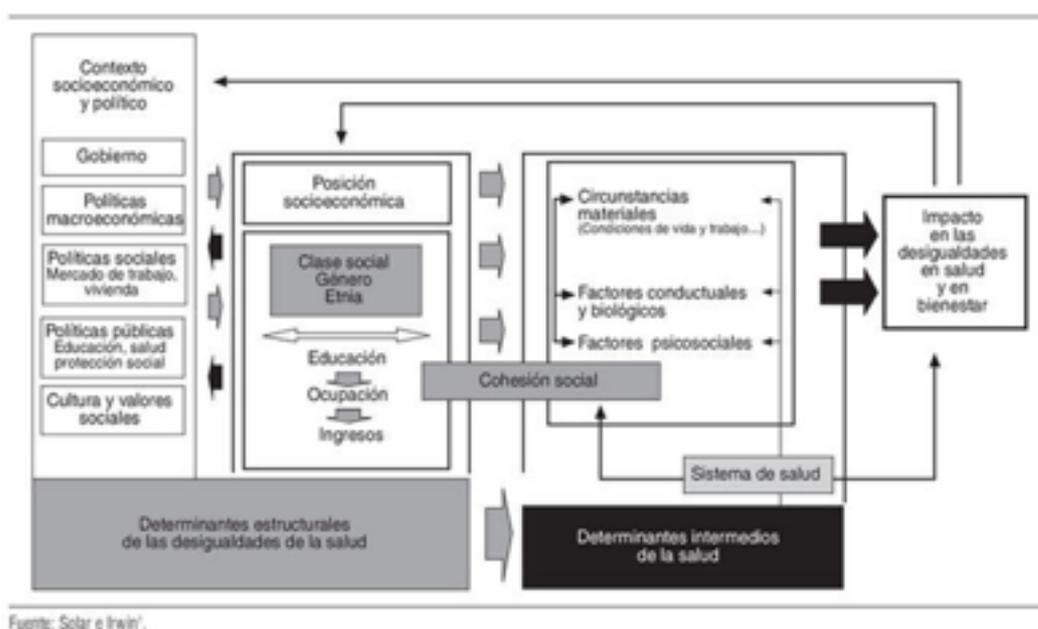
6. Conclusiones generales.

- Las tasas de mortalidad general y por cardiopatía isquémica están, en ambos sexos y ambos territorios, por encima de España, sobre todo las tasas de los hombres en mortalidad general y cardiopatía isquémica en las mujeres.
- La esperanza de vida, tanto la de Cádiz, como la de la ZBS están por debajo de las de España. Este estudio no dispone de cifras a nivel nacional estratificadas según nivel de estudios.
- La brecha de género en la esperanza de vida observada en la ZBS y la ciudad de Cádiz es mayor que la existente en España, que fluctuaba en el período analizado entre 5.6 y 6.4 años.
- Un dato positivo es el que hace referencia a las tendencias negativas, tanto de la mortalidad general como por cardiopatía isquémica. Es decir se ha producido una mejora de la salud en la población cuyas causas no han sido investigadas. Esta tendencia se ha

producido en otros ámbitos territoriales, tanto a nivel de Andalucía como de España, pero la desigualdad se mantiene. Es decir, se acaba de converger con España. Esto podría indicar que los esfuerzos a múltiples niveles dirigidos a la mejora de los determinantes de la salud han sido menores y/o a que la carga de exposiciones y vulnerabilidades acumuladas por las generaciones nacidas en momentos de mayores dificultades sociales y económicas ha sido superior a la de las generaciones equivalentes en edad nacidas en otras regiones españolas.

Las causas de las desigualdades observadas están por desvelar y las hipótesis que se puedan elaborar estarían relacionadas con la distribución de los determinantes estructurales e intermedios que la Organización Mundial de la Salud (gráfica al final) define como los determinantes sociales de la distribución de la salud en un territorio o en una comunidad. A pesar de este vacío de conocimiento, con el ya acumulado por investigaciones realizadas dentro y sobre todo fuera de España, se pueden hacer ya intervenciones que mejoren las condiciones de vida de la población (en el trabajo, en la escuela, en el barrio, ...), abandonando las actuales estrategias preventivas basadas en los estilos de vida individual. No se puede seguir esperando. Las políticas de orientación neoliberal deben acabar si se desea alcanzar mejores niveles de salud.

Determinantes de la salud.



ESTUDIO 4. SALUD MENTAL EN EL BARRIO DE LA VIÑA

INTRODUCCIÓN

España es el segundo país de la Unión Europea con más paro de larga duración, con una tasa del 11,4% lejos del 1,7% que tenía antes de la crisis, y su tasa duplica a la media. Ya no es un paro puntual, sino estructural. También es el segundo país de Europa con más paro femenino, con casi el 50% de las españolas sin trabajar. Los últimos datos de los servicios públicos de empleo mostraron que por primera vez, desde 2010, bajó la cifra de paro de los cuatro millones de personas, pero a costa de empleo precario y temporal. Sólo el 8,3% de los contratos fueron indefinidos¹.

Quienes lo padecen se enfrentan a un periodo de incertidumbre, donde las prestaciones y ayudas escasean. Acceder a ellas se ha vuelto más complicado. Por eso, en la última legislatura las ayudas a los parados se han reducido un 30%. Otra cifra en el mismo sentido es que 54.300 hogares tienen a todos sus miembros activos en paro. Y un 27,7% lleva más de tres años sin trabajo. 7 de cada 10 desempleados ya no reciben ayudas y cerca del 80% vive gracias a la ayuda de la familia, según un informe. En esta situación, casi la mitad de los parados está en riesgo de pobreza².

Mientras se ensalza cifras de recuperación macroeconómica, la pobreza avanza en el país. Según datos de OxfamIntermon, España es el país de la OCDE que más ha crecido en desigualdad, tan solo por detrás de Chipre, y es casi catorce veces más desigual que Grecia².

Uno de cada cinco españoles está en riesgo de pobreza, el 22%, según el INE¹. Esto se traduce en que, por ejemplo, más de cinco millones de españoles sufren pobreza energética, en un país donde no han parado de aumentar el coste de los recibos de luz y gas. La pérdida de derechos y la flexibilidad laboral también ha originado un aumento de los trabajadores pobres.

Un informe de Cáritas apunta la creación de una España a dos velocidades. Confirma que los ingresos de los hogares han caído desde el primer impacto de la crisis, con una reducción que supera el 10%. Acompañado de un hundimiento de las rentas más bajas. Desde esta organización advierten que esta tendencia va más allá de un proceso puntual de la crisis y evidencia que es “una cuestión de modelo social”³.

Con este panorama, pocas dudas pueden existir acerca de que en el momento actual exista un grave estrés laboral entre una parte de la población española y que este fenómeno pueda llegar a tener consecuencias en la salud física y mental.

El estrés laboral se define como una respuesta psicobiológica nociva, que aparece cuando los requisitos de un trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador⁴. En este condicionante, cuando se cronifica como es el caso por desgracia en España, existen múltiples evidencias científicas que condicionan directamente repercusiones en la salud física y mental⁵.

En el mismo sentido, la precariedad laboral tiene una repercusión indudable en la salud de la persona que la padece. Ya en 2006, en una Tesis doctoral defendida por Marcelo Amable, en la Universidad de Pompeu y Fabra de Barcelona y en el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud y dirigida por prestigiosos autores como Joan Benach y Fernando García Benavides, se evidenciaba claramente esta correlación⁶.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este informe, se han realizado seis entrevistas de 1,5 a 2 horas cada una, grabadas,

transcritas posteriormente y remitidas a las entrevistadas para que aprobaran el trabajo final elaborado.

Este método se ha realizado en el Centro de Salud Mental del Distrito Bahía de Cádiz / La Janda, con las grabaciones realizadas en el propio centro. Se entrevistaron a profesionales de la psiquiatría, enfermería y trabajo social.

Algunos de éstos, además de su trabajo en el centro con pacientes procedentes del área sanitaria, han realizado durante 3 ó 4 años Consultorías Especializadas en el Centro de Salud de El Olivillo, sito en el barrio de La Viña. Este hecho significa que tienen criterios y experiencias personales en la atención de personas que viven en el barrio del que se quiere extraer su perfil de salud.

Igual proceder se llevó a cabo en la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI). Este recurso es de tercer nivel para todos los especialistas salvo para pediatras que pueden derivar los pacientes de forma directa. Las entrevistas también se realizaron en el propio centro asistencial. Se prestaron a la colaboración los profesionales de la enfermería, trabajo social y psicología clínica, todos adscritos a la USMI-Cádiz.

Este centro atiende a pacientes de todo el área sanitaria, pero todos reconocen que la mayoría de las derivaciones proceden de los barrios de La Viña y los contiguos Santa María y El Pópulo, que tienen todos ellos perfiles similares en cuanto a nivel bajo socioeconómicos.

A todos los profesionales entrevistados se les presentó la misma encuesta, que se le hizo llegar días previos a la entrevista, para que tuvieran tiempo para madurar las contestaciones:

Preguntas formuladas:

1. Principales motivos de consulta de salud mental para la población de este barrio.
2. Esos motivos o causas ¿se distribuyen de la misma manera según edad, sexo, clase social?
3. ¿Se percibe algún cambio de tendencia en los últimos años?
4. ¿Cuáles crees que son los principales determinantes de la salud mental en el barrio?
5. ¿En qué grupo crees que se obtienen mejores resultados con vuestras intervenciones desde los servicios de salud mental?
6. ¿En qué grupos crees que se necesitan otros abordajes que van más allá de las unidades de salud mental?

RESULTADOS EN SALUD MENTAL DE ADULTOS

Se transcriben los conceptos clínicos consensuados de las conversaciones.

PUNTO 1: Principales motivos de consulta de salud mental para la población de este

barrio.

Los motivos de consulta que predominan son de ansiedad, depresiones y somatizaciones. El evidente aumento de cuadros ansiosos-depresivos ha generado los tampones del abuso de ansiolíticos y antidepresivos y sin embargo han disminuido los programas de autoayuda, de relajación, los programas de grupo, etc. Si en el barrio se implantaran estos programas tendrían mayor efecto positivo que los psicofármacos. Este fenómeno es, en parte, por dejación de los profesionales.

Las causas de este abuso de psicofármacos son diversas, algunas de ellas dependientes del usuario. Hay una tendencia a medicalizar, a psiquiatrizar y a psicologizar los problemas de la vida cotidiana, van al médico en busca de una pastilla milagrosa. Otras causas del abuso de psicofármacos dependen del profesional. El usuario puede pedir medicación pero la puede conseguir o no, dependiendo en gran medida del profesional de turno. Hay un agotamiento de los profesionales y prefieren recetar que emplear un tiempo, que no tienen, en trabajar con el paciente. Este fenómeno ocurre más en Atención Primaria pero también en el centro de salud mental. Las condiciones laborales en los últimos diez años, incluyendo la de los profesionales sanitarios, están condicionando muchas consultas. La precariedad, la explotación, no saber cuántas horas se trabaja, cotizar menos de las que se trabaja, etc., son condicionantes que terminan en las consultas de salud mental.

Finalmente, otras causas que favorecen el consumismo sanitario dependen de la cultura social predominante. En el código social actual se imponen algunas cuestiones: tolerancia cero al sufrimiento, medicalizar las consecuencias dramáticas lógicas (fallecimientos de familiares, accidentes, etc.) ó los fracasos escolares. Los duelos se deberían desarrollar en el seno familiar y no acudir a salud mental.

El barrio de la Viña no es una zona muy castigada por trastornos mentales graves (TMG). En estos casos más severos médicamente, las condiciones sociales comunitarias clásicas del barrio consiguen que las situaciones estén más compensadas: Las personas y sus entornos tienen baja exigencia y tienen mayor adaptación a la realidad, los vecinos avisan al centro de salud mental de los problemas de los pacientes... El barrio acepta a estas personas, las conocen y no se magnifica el drama, por lo que se condiciona una mayor contención social y permite trabajar mejor a los recursos sanitarios.

Los trastornos mentales menores (TMM) por disfunción familiar sí se detectan más en la actualidad. Los TMM derivados de problemas laborales existen pero menos. Parece que tienen sus propias referencias como que al estar los vecinos iguales y al ser entornos cerrados, parece como si estuvieran adaptados. Las situaciones laborales graves en las viviendas no escandalizan. Vivir en el casco antiguo o en Puertas de Tierra es como vivir en otra ciudad. Existe de forma muy clara la economía sumergida. Como no hay contrataciones reguladas, predomina el 'buscarse la vida'. Quizás sea una razón que explique que la crisis se haya notado menos.

Es importante destacar que existe el fenómeno del apoyo vecinal. En el barrio, los vecinos apoyan a los más necesitados y de forma constante se preocupan de que estén alimentados, están al tanto de la situación personal e intentan ayudar en lo que puedan. De todas maneras, este fenómeno de apoyo vecinal ha ido a menos. La forma de vivir en las casas ha variado y no hay tanta labor comunitaria. Además, la población del barrio ha envejecido mucho y las posibilidades físicas de ayuda comunitaria son menores.

Existen experiencias muy positivas con programas de autoayuda y de trabajo en equipo. Los programas de colaboración con los vecinos en el barrio son fundamentales. Los grupos SEGRES (talleres de ayuda mutua) se han implantado en algunos centros de salud. Son desarrollados por trabajadores sociales y el perfil de usuarios son mujeres, de mediana edad, con problemas de agotamiento familiar (marido, casa....) y buscan tiempo para ellas. Estos grupos estaban funcionando muy bien pero en los últimos años se han abandonado muchos de ellos.

Los trabajadores sociales tienen su visión específica. En la década de los 90 la mayoría de los cuadros que se atendían en el centro (ansiedad, depresiones leves, problemas relacionales, problemas con los vecinos....) estaban relacionados con las condiciones en la vivienda propia (con servicios comunes: baños y cocinas, viviendas en mal estado...). En el momento actual han disminuido mucho los problemas de consultas condicionados por las viviendas.

PUNTO 2: Esos motivos o causas ¿se distribuyen de la misma manera según edad, sexo, clase social?

Las consultas más frecuentes son de mujeres de 50 a 70 años, que desde el punto de vista económico han estado llevando una vida aceptable pese a los problemas que tenían, y ahora reciben en su domicilio a los hijos, nueras, nietos... es decir, una sobrecarga que termina agotando. Los motivos de esas consultas son fundamentalmente la ansiedad.

Las mujeres consultan más, aunque en muchas ocasiones lo hacen en nombre de familiares o vecinos. Los hombres tardan más en consultar, las mujeres consultan antes. Los espacios sociales de los hombres en La Viña son los bares y la Caleta. Las mujeres de La Viña son muy trabajadoras y son más activas socialmente en el barrio. Las mujeres mayores sostienen a las familias con sus pensiones.

La distribución por grupos de edad no es homogénea. Hay dos picos. Por una parte, una edad media fijada entre los 40 y los 50 años y por otra parte, las abuelas, que con la pensión mantienen a los nietos e hijos parados. Los jóvenes acuden condicionados por el paro, pero en menor proporción que los grupos comentados previamente. Este hecho de que los jóvenes no consideren los recursos de salud mental puede significar que buscan soluciones fuera de control, lo que origina un riesgo elevado del abuso en el consumo de drogas, por ejemplo. Es muy notoria la desesperanza de los jóvenes. Han disminuido muchos los cursos formativos y se sienten perdidos. Los que han abandonado el colegio a los 17 años, mantienen hasta los 21 años la desesperanza y son años muy peligrosos, como reconocen las madres que acuden a las consultas desesperadas por las circunstancias en las que se encuentran sus hijos. Todos estos condicionantes justifican la alta migración de jóvenes en el barrio de La Viña.

En cuanto a la clase social, evidentemente no comparten las mismas características. La clase social alta acude menos a los servicios de salud mental públicos. En cualquier caso, cuando existen enfermedades mentales graves todos acuden a la pública.

PUNTO 3: ¿Se percibe algún cambio de tendencia en los últimos años?

En las consultas de Salud Mental procedentes de personas que viven en el barrio de La Viña hay un aumento de aquellas relacionadas con la situación laboral. Afecta de manera decisiva el hecho de haber tenido una situación aceptable y haber perdido el poder adquisitivo e incluso tener un riesgo

de desahucio. Los motivos son ansiedades y depresiones leves o reactivas a su situación.

La cobertura o protección social está disminuyendo. Incluso los que obtienen un grado de incapacidad no tienen recursos para una vida familiar digna. Esta situación es un factor claro de demanda de consulta en salud mental. Estos hechos condicionan una masificación de las consultas en este ámbito y que no se pueda atender los problemas más específicos y graves.

Los trastornos adaptativos se pueden trabajar en grupos con lo que se ahorraría muchas consultas. A las mujeres que tienen una situación familiar complicada que le provoca problemas de ansiedad, agotamiento.... no habría que ponerles etiquetas de enfermedades y su asistencia se podría organizar más allá del centro sanitario, por ejemplo en colaboración con organizaciones de vecinos u otras asociaciones presentes en el barrio, para evitar la medicalización.

PUNTO 4: ¿Cuáles crees que son los principales determinantes de la salud mental en el barrio?

Hay consenso sobre el principal determinante de la salud mental que sería el desempleo y la precariedad laboral.

La sociedad vivió en el pasado el gran problema de la emigración. Ahora, un determinante social es el paro, pero un factor que lo cronifica es que la falta de formación dificulta las posibilidades de encontrar empleo y la cultura predominante en el barrio es la aceptación de esa realidad de desempleo por lo que la salida pasa por la economía sumergida impidiendo así encontrar un trabajo que mejore la situación. Las habilidades las emplean en pedir ayudas sociales.

Antes funcionaban muy bien las escuelas taller donde aprendían un oficio. En la actualidad, estas escuelas se han perdido. Ahora los cursos son teóricos y no les interesa y la administración se gasta mucho dinero en ese estéril concepto. Las escuelas taller sacaban a los jóvenes que no estudiaban del aislamiento, de la ociosidad, les abría otras perspectivas, les sacaba de esa calma. Además aprendían y recibían una prestación. Se ha perdido la formación de los oficios. Esto hace concluir que sería necesario hacer menos cursos académicos y más escuelas taller.

Los malos tratos a mujeres han aumentado. No es extraño que situaciones que propician la irritabilidad generen malos tratos; además los programas facilitan que se hable más de estos problemas.

Existen también casos de nietos (los padres son toxicómanos y los han dejado con los abuelos) que maltratan a las abuelas.

Existen casos de maltrato de hijos a padres aunque no se puede confirmar que estén aumentando. Una de las causas es su tardanza a la hora de reconocer la situación en la consulta, sólo se confirma cuando se llega al límite. Las madres no reconocen fácilmente estos problemas.

PUNTO 5: ¿En qué grupo crees que se obtienen mejores resultados con vuestras intervenciones desde los servicios de salud mental?

En las familias sin apoyo socio-económicos las intervenciones tienen pocos resultados porque no es posible que sigan las indicaciones que favorecen la continuidad en la atención y en los cuidados. No

hay continuidad en los procesos por falta real de posibilidades. La trabajadora social, que es la que plantea habitualmente los conflictos, no tiene capacidad por sí sola para resolverlos. El trabajo coordinado interdisciplinario es imprescindible.

En las consultas de enfermería, donde más resultados se han conseguido son con los programas de psicoeducación de familiares en los que se reúnen a los familiares se les explica la enfermedad y entienden lo que ocurre. Aún en estos barrios pobres, estos grupos controlan las expectativas, los sentimientos de culpas disminuyen y se consiguen mejores resultados con los enfermos.

Han disminuido los recursos residenciales y eso es un problema acuciante; había pacientes que vivían bien en pisos tutelados, pero ahora las tutorizaciones han disminuido tanto que van algún día a la semana y no son suficientes. La falta de recursos residenciales redonda en la sobrecarga de las familias, sobre todo de las abuelas.

El apoyo vecinal en muchas casas es clave para mantener situaciones de personas abandonadas, impedidas y que no podrían sobrevivir por sí solos. Hay sistemas de contención familiares propios (las capacidades que cada familia tiene) y después están los sistemas de contención externos que son los movimientos sociales y los vecinos. Esta cultura del apoyo vecinal es ancestral, aunque esté disminuyendo. De todas maneras, siempre en los barrios más unidos (en los partiditos) existirá más que en otras comunidades.

PUNTO 6: ¿En qué grupos crees que se necesitan otros abordajes que van más allá de las unidades de salud mental?

Como resultado de la falta de recursos institucionales las asociaciones de familiares de pacientes hacen una labor imprescindible. En el caso de Salud Mental destacan AFEMEN (Asociación de Familiares de Enfermos Mentales) y FAEM (Federación Andaluza de Entidades Locales Municipales). Sin embargo en estos momentos están en crisis porque han disminuido las ayudas a estas asociaciones. AFEMEN no tienen ni local. Hacen un ejercicio de imaginación increíble para sufragar un poquito los déficits de recursos. Con sorteos, vacaciones en Asturias... Toda esta labor es muy importante. Hay que procurar proteger y reconocer la labor de estas asociaciones.

RESULTADOS EN SALUD MENTAL EN LA INFANCIA

PUNTO 1: Principales motivos de consulta de salud mental para la población de este barrio.

Trabajando con niños, los principales motivos de consulta son trastornos con déficit de atención con ó sin hiperactividad (TDAH) y trastornos de conducta. Puede haber consultas también para diagnosticar enfermedades específicas como el asperger, autismo y también psicosis infantil, pero afortunadamente son menos.

La crisis ha generado paro, desencadenado separaciones matrimoniales y los niños han desarrollado trastornos de las emociones, secundario a las situaciones en los domicilios. No son enfermedades psicopatológicas graves. Son trastornos reactivos. Por suerte, si no hay discusiones, se adaptan... y mejoran.

Todos estos cuadros de TDAH y trastornos de conducta son constantes en las consultas y

han aumentado en los últimos años.

En general son tratados por trastornos de conducta, entre los que se incluye los problemas de control de la conducta en las relaciones con los adultos (disciplina, impulsividad, ansiedad, alimentación... afectivos muchos) y los problemas de conducta relacionados con la escolaridad (agresividad entre ellos, falta de respeto a figuras de autoridad, falta de interés por los estudios...) Para resumir, TDAH y comportamientos disociales, aparecen como el resto de Andalucía. Estos trastornos de conducta son en muchas ocasiones por inadaptación al mundo de adultos. Estos trastornos, son mucho más frecuentes que los trastornos mentales graves.

PUNTO 2: Esos motivos o causas ¿se distribuyen de la misma manera según edad, sexo, clase social?

Es mucho más frecuente los trastornos de conducta en niños que en niñas. Las niñas se adaptan mejor, tienen más tolerancia. El 98% de los casos de TDAH se da en chicos, que tienen mayor agresividad y son más impulsivos.

Cuanto más pequeño, más se consulta por trastornos del desarrollo y menos de conducta. A partir de 4-5 años predominan las consultas por trastornos de conducta.

Ahora existen más casos de niños de 6 años. Esto se debe a que hay una mayor labor preventiva, un mayor conocimiento de pediatras y profesores y a que tienen más facilidad para la derivación a la USMI. Pero hay una edad determinante y difícil que va desde los 9 años a la adolescencia. A nivel social, hay más riesgo a menor nivel estudios y mayor de paro en las familias.

Antes eran más frecuentes en las clases sociales bajas pero en la actualidad no es así. Ahora no hace falta una familia desestructurada o con problemas de adicciones, sino que son familias que tenían buena situación previa, y ahora con la crisis (paro, separaciones, conflictos) han desencadenado estos episodios. Afecta a cualquier nivel social. No se hacen público muchas veces por vergüenza social: son casos dramáticos (mujeres con casa propia previa que ahora están limpiando en casas ajenas para ganar dinero...) Cuando mejoran las situaciones en sus casas familiares, los niños mejoran mucho. Si la Empresa Municipal de Vivienda les consigue algún piso y pueden abandonar el domicilio de los abuelos, los niños mejoran incluso en casos graves de trastornos de emociones.

PUNTO 3: ¿Se percibe algún cambio de tendencia en los últimos años?

En todos los barrios hay de todo. Antes había barrios marginales donde eran más frecuentes estos trastornos de conducta y TDH. Ahora hay menos guetos que antes. Hay que mejorar, pero la realidad no tiene nada que ver con la vivida en otras décadas.

Existe un aumento de la demanda por la presión escolar y esto ha llevado a una tendencia rápida e inmediata de resolver el malestar que produce a veces el niño, siendo el fármaco y la tendencia biologicista algo que va en aumento. Se necesitan más terapias psicológicas y

de grupo y desmedicalizar más.

Las consultas en USMI han aumentado mucho: quizás porque antes acudían a la privada y ahora por problemas económicos acuden a la pública.

La crisis genera un estrés emocional en los padres y en las familias y esto repercute en los niños. Hay niños que no tienen autonomía con el sueño, y resulta que viven o han vivido mucho tiempo compartiendo espacios para dormir con muchos familiares (con abuelos en el salón, hacinamientos, normas distintas de los padres y de los abuelos...) y todo ello repercute lógicamente en las conductas de los niños.

Existe un aumento, no relacionada con la crisis, de consultas del espectro autista. No sólo en la de Cádiz sino en otras USMI. Es posible que sea porque se detecta mejor.

En los niños con trastornos de conducta, en los hiperactivos... son muy necesarias las actividades extraescolares, por ejemplo de habilidades sociales. No sólo actividades dirigidas a los niños sino también para mejorar las competencias de los padres. Cada vez las funciones de los padres son más complejas porque se conocen más aspectos que influyen en la educación y hay que mejorar esas competencias. Que haya grupos o escuelas de padres para favorecer las competencias parentales son otra de las intervenciones fundamentales que habría que abordar para mejorar el futuro de esos niños (escuela de padres o grupos de psicoeducación).

PUNTO 4: ¿Cuáles crees que son los principales determinantes de la salud mental en el barrio?

El principal determinante social es la desinformación. Muchas veces los padres no conocen estos trastornos y los niños tienen problemas escolares. No es lo mismo unos padres informados que acuden a los recursos informativos (fundación de la mujer.....) que otros que no conocen estos trastornos y pasan por conflictos.

Otras veces, algunos de los padres son enfermos mentales y no detectan estos trastornos. El niño no tiene psicopatología sino que la padecen el padre o la madre. La salud mental del padre o de la madre es otro determinante social. El trabajador social trabaja habitualmente con la familia y detecta que el problema es del padre o la madre.

Los principales determinantes de la salud mental son el paro y el desconocimiento (de todos, incluyo también de profesionales, educadores, cuidadores...). También la pobreza. La incultura, la desinformación, la poca inquietud de aprender y la falta de autonomía personal. La cuestión económica es fundamental.

La cuestión educativa no sólo afecta a la escuela sino que habría intervenir en la educación de los adultos.

PUNTO 5: ¿En qué grupo crees que se obtienen mejores resultados con vuestras intervenciones desde los servicios de salud mental?

En el grupo que consiguen una nueva casa, la mejora es muy importante. Los niños que

viven en casas, hacinados, que duermen en el salón, que para dormir tienen que esperar que se duerma el abuelo...es lógico que tengan trastornos del sueño y de conducta.

Otro grupo de mejora es la psicoeducación, coordinados con los colegios, dan buenos resultados. Los trabajadores de familia de los servicios sociales hacen una labor estupenda. Otra labor importante es recurrir a las asociaciones y trabajar con ellas: con buena respuesta.

Se considera que deberían volver las escuelas talleres que en otros tiempos han desarrollado una labor muy importante.

Cuanto más pequeños son los niños que se atienden, más probabilidades existirá para la prevención primaria o secundaria de estos trastornos. La intervención precoz puede reducir las posibilidades de trastorno de conducta en el futuro (saber responder a una rabieta de un niño pequeño puede prevenir un trastorno de conducta posterior).

PUNTO 6: ¿En qué grupos crees que se necesitan otros abordajes que van más allá de las unidades de salud mental?

La Unidad de Salud Mental Infantil no puede trabajar de forma aislada. El sistema educativo, social y judicial tienen que trabajar de forma coordinada porque son complementarios. También tiene especial relevancia el trabajo coordinado de las instituciones relacionadas con los Centros de Menores.

Ha mejorado mucho en los últimos años este trabajo de equipos multidisciplinarios, incluso de instituciones distintas al ser ahora comisiones de seguimiento multidisciplinarias.

Cuando hay un caso grave en un colegio, se reúnen estas comisiones multidisciplinarias y consiguen mejores resultados, incluso en situaciones graves. Estas comisiones, como son un despliegue de recursos, se deben reservar a casos graves, pero el trabajo coordinado de la USMI con sociales y educativos debe ser permanente.

Una iniciativa prometedora es diseñar una escuela de padres, intentando seguir el modelo de escuela de pacientes. Éste podría ser un abordaje más realista en cuanto a las necesidades de salud mental de los niños y sus cuidadores, sobre todo para la psicoeducación de las dificultades que toda crianza lleva aparejado y que puede conllevar el riesgo a desencadenar trastornos el día de mañana. Esta experiencia que se está desarrollando en la USMI está dando excelentes frutos.

Existe un problema en la actualidad con los cuidadores de niños pequeños. Hay mucho miedo y un sentido de la responsabilidad exagerada. Parece que las familias tienen que tener conocimientos de pediatría, nutrición..., todo parece complicado. En este grupo se consiguen buenos resultados con programas de psicoeducación, tipo escuela de padres.

Habría que potenciar las Unidades de Atención Temprana dirigidas a los menores de 0 a 5 años.

También serían necesarios recursos específicos como unidades de día (no existen) y mejorar los recursos hospitalarios (actualmente sólo hay 2 camas en la Unidad de Agudos del Hospital de Puerto Real destinadas a pacientes provenientes de la USMI).

DISCUSIÓN

Este estudio, ante la complejidad de una metodología cuantitativa, ha utilizado una cualitativa, pero dada la diversidad y el número de profesionales entrevistados y el consenso encontrado, se deduce que las conclusiones son realistas y correctas.

Los trabajos publicados antes de la crisis financiera del año 2008 sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental. El estudio IMPACT, realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. También se observan diferencias de género, con un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante el periodo de crisis. El desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento. Paralelamente se observa, en los últimos años, un aumento del consumo de fármacos antidepresivos, aunque no una variación al alza significativa del número de suicidios. Finalmente, se señalan algunas propuestas para reducir el impacto de la crisis en la salud mental: incremento de servicios comunitarios y políticas activas de empleo, de reducción de consumo de alcohol y de prevención de conductas suicidas, en especial en población joven⁷.

Los resultados de este estudio son coincidentes en cuanto al aumento de las consultas por trastornos mentales, por problemas de ansiedad y depresión reactiva. No se ha podido confirmar el dato del alcoholismo incrementado en las mujeres.

Parece muy claro que en el barrio de La Viña, han aumentado las consultas en Salud Mental de adultos, sobre todo en base a trastornos del ánimo (ansiedad y depresión) y que estas entidades están condicionadas directamente por la situación laboral y económica que están padeciendo muchas familias de este barrio.

El desempleo es un determinante fundamental. La medicalización y el aumento del consumo de psicofármacos se deben a diversos factores: mayor demanda del usuario, rendición del profesional por sobrecarga asistencial y cultura de búsqueda de la 'pastilla milagrosa'. No hay datos de suicidios en nuestro estudio.

Hay que tener en cuenta lo expuesto por Daponte y Escolar, dos expertos salubristas, en un encuentro organizado y celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Estos autores coinciden en que la metodología que se le exige a un estudio epidemiológico para correlacionar crisis, recortes o iniciativas en ese sentido y sus repercusiones sobre la salud son tan exigentes que cuando se concluye no siempre se llega a tiempo. No hay una recogida suficientemente precoz para acercarse a la realidad⁸. Hay que utilizar otras herramientas más eficaces.

En cuanto a la infancia, parece también evidente que han aumentado los trastornos de conducta y los déficit de atención con o sin hiperactividad. Igualmente parece claro que estas alteraciones son reactivas a situaciones conflictivas familiares, como el que varias generaciones tengan que vivir en casa de los abuelos.

Existen documentos científicos suficientes que destacan estos aspectos de la salud mental, de interés en salud pública, y formas de prevenirlos. La prevención primaria habría de completarse con prevención secundaria y terciaria. La vigilancia según el esquema de las enfermedades crónicas (estudios de encuestas, publicaciones científicas, etc.) priorizaría la depresión, el suicidio, las adicciones y las patologías del espectro autista, así como los pacientes crónicos complejos. Serían abordajes específicos:

- 1) El estudio de diagnósticos al alta hospitalaria y de causas de muerte para trastornos mayores, suicidios, tentativas de suicidio, nuevos pacientes psicóticos y trastornos de personalidad y de conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.
- 2) La identificación de una red clínica de salud mental de base poblacional capaz de revelar determinados eventos centinela: ejemplo de Italia.
- 3) La realización de encuestas sobre determinadas problemáticas en población asistida⁹.

CONCLUSIONES

- 1) El número de consultas en Salud Mental de los adultos que viven en el barrio de la Viña está aumentando.**
- 2) Los trastornos más frecuentes son la ansiedad y la depresión reactiva.**
- 3) Son más frecuentes en mujeres.**
- 4) Los condicionantes sociales más claramente relacionados con estos trastornos son el nivel educativo, la situación laboral, el paro de larga duración y las dificultades económicas para conseguir una vida adecuada.**
- 5) Han disminuido los trastornos mentales determinados por la infravivienda.**
- 6) La protección social ha disminuido y el desamparo se ha incrementado.**
- 7) El apoyo familiar, sobre todo de las mujeres, tiene un efecto paliativo de las carencias socioeconómicas.**
- 8) El precio de esta labor es el agotamiento de las cuidadoras.**
- 9) El apoyo comunitario vecinal ha disminuido pero sigue siendo fundamental en los casos de personas mayores sin apoyo familiar.**
- 10) La medicalización ha aumentado: se atribuye a la enfermedad lo que es un**

problema social que de forma reactiva produce trastornos.

- 11) La búsqueda de la pastilla milagrosa es la salida a esta medicalización.
- 12) El consumo de psicofármacos ha aumentado.
- 13) Son necesarias políticas de salud pública para prevenir esta dinámica.
- 14) Los programas de psicoeducación son fundamentales para pacientes, para familiares y para cuidadores.
- 15) El número de consultas en salud mental Infantil también está aumentando.
- 16) Los trastornos de conducta y los déficit de atención con o sin hiperactividad son los más prevalentes.
- 17) Son más frecuentes en los niños que en las niñas.
- 18) Es posible que en este aumento también contribuya una mayor capacidad diagnóstica y la disponibilidad de recursos específicos.
- 19) La medicalización es también un hecho en la infancia.
- 20) En la mayor parte de los casos el condicionante es una situación domiciliaria muy deficitaria y sobrecargada.
- 21) Cuando mejora la situación (vivienda nueva) los trastornos desaparecen.
- 22) Existen picos de edades: alrededor de los 6 años y la adolescencia.
- 23) En edades tempranas se pueden prevenir estos trastornos.
- 24) La atención multidisciplinaria (sanitaria, educativa y judicial) es fundamental para el abordaje correcto.
- 25) Los programas psicoeducativos son imprescindibles.
- 26) La implicación de la comunidad en el abordaje de los problemas de salud mental es decisiva para conseguir resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

¹Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Empleo (INE). www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0216.pdf

²Informe 2016 OxfamIntermon. <http://www.oxfam.org/>.

³www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?id=9056

⁴Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*. 2015;4:4.

⁵Navinés R, Martín-Santos R, Olivé V y Valdés M. “Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *MedClin (Barc)*. 2016; 146 (8): 359-366.

⁶Amable, Marcelo. “La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España”. Tesis Doctoral. Universitat Pompeu Fabra. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Director/a: Benach, Joan; Benavides, Fernando G. (Fernando García). Fecha de defensa: 27-07-2006. Depósito legal: B.41379-2008. ISBN: 9788469216965.

⁷Gili M, García-Campayo J y Roca M.: “Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *GacSant* 2014; 28 (S1): 104-108.

⁸Daponte A y Escolar A. Diálogos en la Escuela de Salud Pública de Andalucía. Granada, Abril 2016. Desigualdades sociales y Salud. www.easp.es/mes-de-la-salud/.

⁹de Pedro Cuesta J y cols.: “Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *PSIQ BIOL* 2016; 23 (2): 67-73.

E.- ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Se está en un período de tiempo de cambios muy importantes. Existe un intento de mercantilizar la vida: la economía frente a los derechos de los ciudadanos. En el último informe de FOESSA se destaca: “hacia un nuevo modelo social: ¿la privatización del vivir social?” que define, amplía y advierte de estos riesgos de deshumanizar la sociedad¹¹.

Los aspectos educativos son fundamentales para conocer y modificar hábitos saludables, por lo que las intervenciones en los jóvenes nos parecen fundamentales. El estudio HBSC-2010 trata sobre las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles y estudian a chicos y chicas de 11 a 18 años. Los resultados indican que estamos muy lejos de poder estar tranquilos porque están normalizadas muchas conductas de riesgo para la salud y además con un grado de inconsciencia y desinformación increíbles¹².

En un reciente estudio científico realizado por universitarios españoles¹³, se concluye de forma contundente que el consumo intensivo de alcohol y el consumo de cannabis constituyen un problema de salud pública debido a su asociación con una variedad de problemas, incluidas las prácticas sexuales de riesgo. Los resultados obtenidos permiten sugerir que una importante proporción de las

prácticas de sexo no seguro podrían evitarse reduciendo este patrón de consumo de alcohol.

Uno de los determinantes sociales en la salud es el género, aunque pueda parecer increíble en pleno siglo XXI. Las mujeres tienen menos nivel de salud, hasta el punto que han sido necesarios implantar herramientas para su seguimiento. El Observatorio de Salud de la Mujer, dependiente del Ministerio de Sanidad y además en algunas comunidades autonómicas, entre las que se encuentra Andalucía, se organizan diversos recursos con estos objetivos¹⁴.

La Atención Primaria de Salud juega un papel fundamental para corregir estas desigualdades sociales en salud porque tiene un papel relevante en la población y porque controla la realidad sociosanitaria de las comunidades y barrios¹⁵.

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Andalucía, consiguió editar el primer informe sobre Desigualdades Sociales y Salud de Andalucía (INDESAN), como se ha comentado previamente. Además con el mérito de conseguir que todos los autores fueran profesionales de la salud pública, que aspiraban desde hacía décadas estas iniciativas para intervenir en la mejora de la salud de la población. Todas estas circunstancias así como el resumen y las conclusiones de dicho informe fueron elaboradas por un autor pionero en Andalucía y en España así como referente nacional e internacional, el doctor Carlos Álvarez-Dardet Díaz¹⁶. En 2008 constituyó una radiografía de la situación andaluza. Por desgracia no se ha conseguido elaborar el segundo informe por la imposibilidad de conseguir colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Orientaciones para la intervención en desigualdades en salud

- Promover y facilitar la participación de la población más vulnerable desde el análisis de los problemas hasta el desarrollo de las intervenciones y su evaluación.
- Identificando que las desigualdades en salud se deben de forma distinta para hombres y mujeres, ya que sus determinantes pueden variar según el sexo.
- Mostrando las diferencias en salud según la etnia o el área geográfica teniendo en cuenta la posición socioeconómica.
- Basando los sistemas de salud en principios de equidad, proporcionando atención a la población, independientemente de su capacidad económica.
- Facilitando instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha.

Ideas clave para recordar

La OMS define los factores determinantes de la salud como el “conjunto de

factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”.

Las desigualdades sociales en salud son diferencias sistemáticas, evitables e injustas en la salud de los individuos y grupos de población. Entre los determinantes sociales de estas desigualdades están: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica que determinan los ingresos, el nivel educativo y la ocupación de cada individuo, la vivienda, el barrio de residencia, las condiciones de trabajo, los estilos de vida, las conductas individuales y los factores psicosociales, entre otros.

Se puede intervenir sobre las desigualdades sociales desde las políticas públicas, mediante acciones multisectoriales en las que la participación de las poblaciones a las que se dirige la intervención debe ser activa desde el análisis de las necesidades, el desarrollo de las intervenciones y su evaluación.

Para saber más

- Determinantes sociales de la salud. Hechos probados. Wilkinson, R y Marmor, M. OMS, 2003. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf><http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
- Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Sanidad 2012 http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdfhttp://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
- Impulsar medidas para lograr la equidad en materia de salud en la UE. Informe final del Consorcio DETERMINE, 2010. <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story-SPANISH.pdf><http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story-SPANISH.pdf>
- Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE, 2010. <http://www.iam.junta-andalucia.es/institutodelamujer/ugen/node/487><http://www.iam.junta-andalucia.es/institutodelamujer/ugen/node/487>
- Reducir las desigualdades en materia de salud en la Unión Europea. Comisión Europea, 2011. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=es&pubId=589&type=2&furtherPubs=no><http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=es&pubId=589&type=2&furtherPubs=no>
- Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, 2011. http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/

[Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

- Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008. http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf

http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf

BIBLIOGRAFÍA de introducción general y consideraciones finales

¹Organización Mundial de la Salud.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.

²Borrell Carme. Primer Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud en Andalucía (INDESAN). Prólogo: https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf. <https://sites.google.com/site/adspandalucia/>.

³Márquez-Calderón S. INDESAN. Capítulo 8. Páginas 145-166. 2008. https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf.

⁴Escolar-Pujolar A. Editor INDESAN. Página 183. 2008. https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf.

⁵www.fadsp.org/.../jornadas/1217-xvi-jornada-desigualdades-sociales-y-salud-cadiz-28.

⁶Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J y García-Calvente MM. “Las desigualdades sociales en salud”. Escuela Andaluza de salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. NuevaSaludPública / 3. ISBN 978-84-87385-93-3. GR 2009-2009.

⁷Bolívar-Muñoz J y Daponte-Codina A.: “Aspectos teóricos sobre las desigualdades sociales en salud”. En “Las desigualdades en salud” Escuela Andaluza de salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. NuevaSaludPública / 3. Capítulo 1, páginas 11-43. ISBN 978-84-87385-93-3. GR 2009-2009.

⁸Escolar-Pujolar A. “La esperanza de vida al nacer en la ciudad de Cádiz. Desvelar la desigualdad”. En Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Edita Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Editor: Antonio escolar Pujolar. Página 179, 2008.

⁹Córdoba-Doña JA, Martínez-Nieto JM, Almenara-Barrios J y Abellán-Hervás MJ. “La salud en Cádiz y sus determinantes”. Editores Universidad de Cádiz. Servicio de Publicaciones. ISBN 978-84-9828-517-8, 2015.

¹⁰Nieto-Vera J y cols.: “Mortalidad prematura en la provincia de Cádiz”. En “La salud en Cádiz y sus determinantes”. Editores Universidad de Cádiz. Servicio de Publicaciones. Páginas 209-230, ISBN 978-84-9828-517-8, 2015.

¹¹Castro Martín, Teresa y cols.: INFORME FOESSA. Capítulo 1. Páginas 31 a 64. Fundación FOESSA (www.foessa.es). Cáritas Española Editores (www.caritas.es). ISBN: 978-84-8440-591-7. Depósito Legal: M. 27354-2014. Madrid, 2014.

¹²Moreno Carmen y cols. Universidad de Sevilla. ESTUDIO HBSC-2010. Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organization Cross-national Study. Estudio financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://publicacionesoficiales.boe.es>. Madrid, 2012.

¹³Moure-Rodríguez L y cols.: “Consumo intensivo de alcohol y cannabis y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios”. GacSanit 2016; 30 (6):438-443.

¹⁴Rodríguez-Sanz Maica y cols.: Observatorio de Salud de la Mujer (1993-2003): Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas. <http://publicacionesoficiales.boe.es>. Madrid-2006.

¹⁵Hernández-Aguado Idelfonso y cols.: “Las desigualdades sociales en salud y la Atención Primaria. Informe SESPAS 2012”. GacSanit 2012; 26-S:6-13.

¹⁶Alvarez-Dardet Díaz, Carlos: “Resumen y conclusiones del INDESAN”. Páginas 17-26, 2008. https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final.pdf.