Acción Local en Salud
CÁDIZ

La Salud de la Viña

// ABRIL 2017

Ayuntamiento de Cádiz

1. INTRODUCCIÓN 4

2. CRONOLOGÍA 8

3. METODOLOGÍA Y PARTICIPANTES 11

4. CONTEXTO HISTÓRICO 22

5. CONCLUSIONES DEL TALLER DE PARTICIPACIÓN 26

6. PRINCIPALES DATOS Y CONCLUSIONES DEL PERFIL DE SALUD DEL BARRIO 35

6.1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA 35

6.2. VIVIENDA 41

6.3. MEDIOAMBIENTE 51

6.4. CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO 54

6.5. SERVICIOS SOCIALES 57

6.6. PERSONAS SIN HOGAR 65

6.7. ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA 72

6.8. ADICCIONES 78

6.9. EDUCACIÓN 83

6.10. MORBILIDAD Y MORTALIDAD 88

6.10.1. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN EL ÁREA SANITARIADEL CENTRO DE SALUD EL OLIVILLO..... 89

6.10.2. DESIGUALDES SOCIALES Y MORTALIDAD EN EL BARRIO DE LA VIÑA..... 92

6.10.3. SALUD MENTAL EN EL BARRIO DE LA VIÑA..... 93

6.11. PARTICIPACIÓN Y ASOCIACIONISMO 95

7. RECOMENDACIONES 99

8. PRÓXIMAS FASES 103

1. Introducción

El Perfil de Salud es un Informe sobre la salud de la población basado en el impacto que sobre la misma ejercen sus distintos determinantes y es la primera fase de un proceso que culmina con la elaboración y el desarrollo del Plan de Salud.

El proceso de elaboración de un Plan Local de Salud se compone de una serie de fases:

Fase Inicial: Compromiso político, Informe de Salud y constitución de un Grupo Motor

- *El Perfil de Salud Local*
- *Priorización*
- *Plan de Acción*
- *Aprobación política*
- *Implantación del Plan Local de Salud*
- *Evaluación*

El objetivo final es la elaboración y el desarrollo de un Plan Local de Salud para la ciudad de Cádiz, siendo el barrio de La Viña la primera zona de actuación que ha sido elegido porque reúne criterios de necesidades en salud y tiene un sentimiento profundo que lo identifica, pero progresivamente se hará extensivo el Plan de Salud al resto de la ciudad.

La elaboración del Perfil de Salud se ha llevado a cabo de manera intersectorial y participada por profesionales de distintos sectores y agentes sociales de la población viñera. La recogida de información del perfil de salud se ha realizado de manera interdisciplinar y por canales variables en función de los recursos y fuentes disponibles, formales e informales y ha permitido que los grupos de trabajo identificaran problemas, necesidades y recursos de salud del barrio. La heterogeneidad de la composición de estos grupos y la puesta en común de la recopilación de datos obtenidos por diferentes canales ha dado como resultado los diferentes informes realizados por los grupos de trabajo.

Un concepto clave que ha sido transversal en todo el Perfil de Salud ha sido la consideración de la Salud como algo más que la ausencia de enfermedad ya que se ha entendido como el pleno sentimiento de bienestar físico, mental y social. Y por ello los determinantes sociales de la salud adquieren una relevancia máxima en todo momento. La Salud Comunitaria, la Salud Pública, las desigualdades sociales y su impacto en la salud de la población son los ejes argumentales de todo el Perfil de Salud. La salud en positivo y la salud en todas las políticas son principios que están presentes en el Plan de Salud.

Otra cuestión innegociable ha sido la defensa de una participación intersectorial en igualdad de condiciones, real y efectiva que ha conseguido que todos los capítulos hayan sido generados con múltiples opiniones y analizados desde distintos puntos de vista para no hurtar ningún aspecto importante.

Durante el debate, también se han tenido en cuenta los aspectos positivos, los cimientos que tiene el barrio de cara a la mejora de salud tales como unas calles llenas de vida que invitan a pasear no sólo por el barrio, sino también por el resto de Centro Histórico de la ciudad o la cercanía a la playa de La Caleta, que es un activo muy a tener en cuenta en La Viña por su carácter social, medio ambiental y saludable. Hay que destacar que los habitantes conservan buenas costumbres gastronómicas basadas en la dieta mediterránea en la que está muy presente el pescado fresco. Pero por encima de todo, está el carácter de la gente de La Viña, un carácter alegre, solidario, espontáneo, con capacidad de afrontar la vida con humor, ingenio y mucha gracia.

El resultado de este trabajo colaborativo es el informe completo del Perfil de Salud de La Viña que está publicado en la página web del Ayuntamiento de Cádiz [1].

Para acercar la información a la población de La Viña se ha redactado el presente documento que recopila algunos datos relevantes de la salud del barrio y las principales conclusiones del Perfil de Salud de La Viña. También se incluyen algunas recomendaciones generales derivadas de los informes técnicos ya que pueden servir de base para diseñar propuestas participativas que lleven a la acción en salud.

---

1 http://institucional.cadiz.es/area/Salud/53

Este trabajo hay que leerlo e interpretarlo como un extracto del informe general por lo que se invita a las personas interesadas a que consulten el informe completo del Perfil de Salud del barrio de La Viña de Cádiz en la página web municipal.

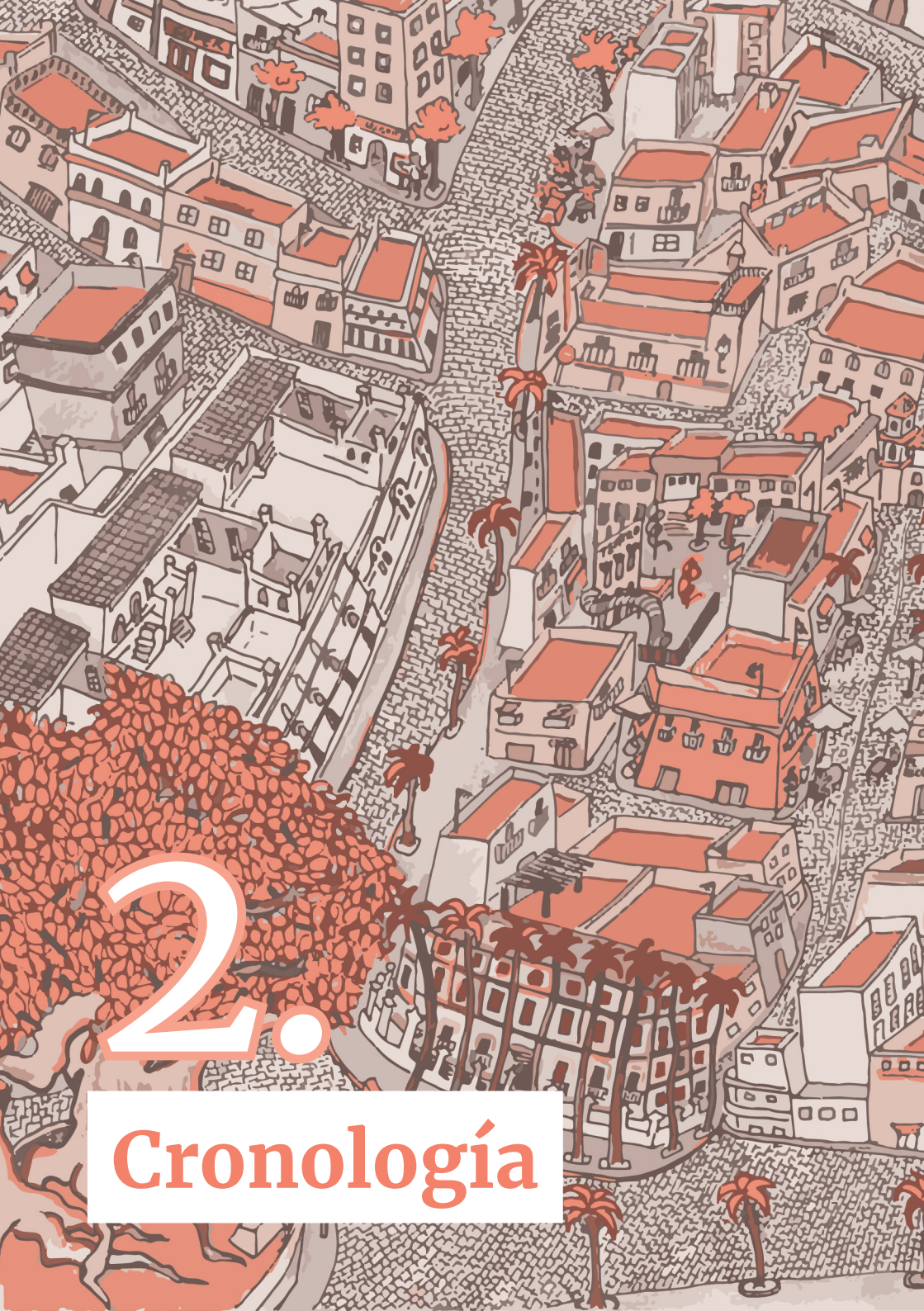
Uno de los logros que ya se ha conseguido en la ciudad de Cádiz es el de coordinar a personas e instituciones que han trabajado con mucha ilusión desde el convencimiento de que mejorar la salud de la población es posible.

Responsables políticos y técnicos y de la Delegación Territorial de Salud, Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, Centro de Salud del Olivillo sito en el Barrio de La Viña, Centro de Salud Mental, Centro de Tratamiento de Adicciones de la Diputacón de Cádiz, Centro de Educación Infantil y Primaria Santa Teresa, Centro de Educación Infantil V. de La Palma, Colegio de Trabajo Social, Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Unión Democrática de Pensionistas, Delegaciones Municipales de Salud, Deporte, Asuntos Sociales, Vivienda, Medioambiente, Cultura, Fundación de la Mujer, Estadísticas, Instituto de Fomento, Empleo y Formación, Fundación de la Mujer, Participación y Comunicación han trabajado con líderes sociales del barrio como los de la asociación Mujeres de Acero y Calor en la Noche, junto con otras personas que se han ido sumando al proyecto. Todos y todas han colaborado en el proyecto con entusiasmo y generosidad.

La experiencia adquirida será muy útil para completar el Plan de Salud de la Viña y continuar luego con el resto de la ciudad con el deseo de mejorar las condiciones de vida y la salud de la población y conseguir entre todos y todas hacer de Cádiz una ciudad más saludable.

Ojalá que la lectura de este documento sea de utilidad y sirva para animar a más personas a sumarse a este proyecto.

No se puede terminar esta introducción sin hacer público el inmenso agradecimiento a todos los autores y colaboradores que han participado durante el largo período de tiempo de gestación del Perfil de Salud. Gracias de corazón.



2. Cronología

FECHA	ACTIVIDAD	LOCALIZACIÓN
6-11-2015	Aprobación en Junta de Gobierno Local del inicio de gestiones con la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía.	Ayuntamiento de Cádiz
17-2-2016	Presentación de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) por Andrés Rabadán (Jefe de Servicio de Salud Pública de la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía)	Salón de Plenos del Ayuntamiento de Cádiz. Asistencia: 70 personas
26-2-2016	Aprobación por unanimidad de adhesión del Ayuntamiento de Cádiz a la Red de Municipios de Acción Local en Salud.	Pleno del Ayuntamiento de Cádiz.
22-3-2016	Firma del acuerdo de colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Ayuntamiento de Cádiz.	Ayuntamiento de Cádiz.
7 Y 8- 4-2016	Taller de formación para el impulso y desarrollo de la Acción Local en Salud.	Espacio de Creación Contemporánea (ECCO) de Cádiz Asistencia: 61 personas
4-5-2016	Constitución del Grupo Motor	Delegación Municipal de Salud de Cádiz

FECHA	ACTIVIDAD	LOCALIZACIÓN
DEL 17-5-2016 AL 6-4-2017	15 reuniones del Grupo Motor	- Delegación Municipal de Salud - Escuela Infantil V. de La Palma - Asociación Mujeres de Acero - CEIP Santa Teresa - Biblioteca de La Viña - Asociación Calor en la Noche - Procasa - UGC El Olivillo
21-9-2016	Asamblea La Salud de La Viña	Plaza de La Reina (barrio de La Viña) Asistencia: 150 personas
28-9-2016	Taller La Salud de La Viña	Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (Antiguo Hospital de Mora) Asistencia: 62 personas
10-10-2016	Charla La Salud en La Viña	Unión Democrática de Pensionistas. Asistencia: 28 personas.

3. Metodología y participantes

Para la realización del **Perfil de Salud del barrio de La Viña se ha seguido la metodología Relas (Red Local de acción en Salud)** diseñada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y se ha trabajado de forma intersectorial y con una activa participación ciudadana.

Cronológicamente el trabajo realizado se enmarca en el proceso deductivo de recoger y recopilar indicadores, datos e informes a través de la revisión bibliográfica de fuentes formales e informales y de opiniones fundamentadas de personas con experiencia en su campo de actuación, de realizar un análisis e interpretación de los datos obtenidos y elaborar unas conclusiones en función de los determinantes sociales de la salud.

Para la puesta en marcha de las acciones que conlleva el Plan Local de Salud era necesaria la creación de un Grupo Motor que coordinara la elaboración del perfil de salud del barrio de La Viña. Previamente se celebró una acción formativa denominada Impulso y desarrollo de la acción local en Salud, celebrado en el mes de abril de 2016 donde participaron 60 personas entre profesionales de distintos sectores del municipio y agentes sociales del barrio de La Viña y fue este colectivo el que propuso a las personas que forman parte del Grupo Motor.

El Grupo Motor está compuesto por 18 personas pertenecientes a diversos sectores sanitarios, educativos, institucionales y sociales de la ciudad. Las personas que lo componen son:

- **Eva Tubío Martínez.** *Concejala de Salud, Vivienda y Cultura del Ayuntamiento de Cádiz.*
- **Mercedes Alfaro Gómez.** *Directora del Centro de Infantil Campo del Sur*
- **Nuria Álvarez López.** *Secretaria de organización de la Federación gaditana de personas con discapacidad física y/o orgánica (FEGADI).*
- **Laura León Rubio.** *Trabajadora social de Unión Democrática de Pensionistas.*
- **Manuel Mení Pérez.** *Presidente de Calor en la Noche*
- **Antonio Vergara de Campos**. *Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.*
- **Concepción Domínguez Parrilla.** *Presidenta de Mujeres de Acero.*
- **Emilio Bautista Prada.** *Director del CEIP "Santa Teresa".*
- **Francisco Moreno Castro.** *Enfermero Gestor de Casos CS El Olivillo*
- **Dolores Martínez Ruiz.** *Médica de Familia y Comunitaria CS El Olivillo*
- **Mª del Mar Robles Viaña.** *Técnica de promoción de la salud Distrito Cádiz la Janda*
- **Francisco Peral Pérez.** *Médico del Instituto Municipal del Deporte*
- **Mª del Carmen Gómez Rico.** *Patronato Municipal de la Vivienda*
- **Helena Fernández Valle.** *Asesora municipal. Ayuntamiento de Cádiz.*
- **Elena Ballester Sánchez.** *Trabajadora social de Asuntos Sociales*

- **Pilar Solís Espallargas.** *Periodista del Gabinete de Prensa. Ayuntamiento de Cádiz.*

- **Miguel Ángel Cuesta Guerrero.** *Técnico de Acción Local en Salud*

- **Pilar San Narciso Aguinaco.** *Médica coordinadora técnica del Plan Local de Salud*

Tras la puesta en marcha del Grupo Motor, se crearon varios grupos de trabajo coordinados por los miembros de aquel con el objetivo de recoger información sobre los principales determinantes sociales de la salud del barrio de La Viña. Entre los miembros del Grupo Motor se reparte la responsabilidad de dirigir los trabajos de recopilación de cada área de conocimiento. Los grupos de trabajo están formados por profesionales y agentes sociales que de una manera u otra tienen relación con el ámbito de trabajo y que han aportado su tiempo y conocimientos en la elaboración de los informes del perfil de salud del barrio de La Viña.

Dentro del proceso de elaboración del perfil de salud del barrio se desarrolló en la **Plaza de La Reina situada en el mismo barrio una asamblea ciudadana**[1] a la que acudieron 150 personas, para difundir e informar del Plan Local de Salud del barrio, de su metodología, del trabajo que se estaba realizando e invitar a ciudadanos y ciudadanas a participar en el taller La Salud de La Viña.

Este taller llevado a cabo en la Universidad de Económicas y Empresariales, situado también en el barrio de La Viña y al que asistieron 62 personas, tenía como objetivo fomentar la participación de vecinos y vecinas de La Viña en el análisis de la salud del barrio e identificar entre todos y todas cuáles son los determinantes que afectan a la salud, así como identificar los agentes clave y generar alianzas para las distintas fases del proceso del Plan Local de Salud. Las conclusiones a las que llegaron los grupos de trabajo de este taller sobre los principales problemas de salud del barrio de La Viña se resumen más adelante en este documento.

1 http://transparencia.cadiz.es/la-asamblea-la-salud-de-la-vina-expone-sus-principales-retos/

PARTICIPANTES EN LOS TRABAJOS DEL PERFIL DE SALUD

TEMAS	PARTICIPANTES	INSTITUCIÓN
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	Juan Nieto Vera	Epidemiólogo Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Mª Victoria de la Cruz Calderón	Epidemióloga Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Nuria López Ruiz	Médica residente Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Isabel Barranco Boada	Médica residente Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
VIVIENDA	M. Carmen Gómez Rico	Técnica administrativa de PROCASA
	Conchi Domínguez Parrilla	Asociación Mujeres de Acero
	José Antonio Galindo	Director Departamento Técnico de PROCASA
	Francisco Gil Ramírez	Delineante de PROCASA
	Francisca Hernández Calero	Trabajadora social de PROCASA
	Victoria Gallego García	Trabajadora Social de PROCASA
	Helena Fernández Valle	Asesora grupo municipal Ayuntamiento de Cádiz

TEMAS	PARTICIPANTES	INSTITUCIÓN
MEDIOAMBIENTE	Daniel García Jiménez	Técnico Delegación de Medioambiente.
	Daniel López Marijuán	Ecologistas en acción.
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	Dolores Rivas Aguayo	Médica salubrista
SERVICIOS SOCIALES	Elena Ballester Sánchez	Trabajadora Social de UTS4 Delegación de Servicios Sociales
	Manolo Mení Pérez	Presidente de Calor en La Noche.
	Laura León Rubio	Trabajadora Social de Unión Democrática de pensionistas
PERSONAS SIN HOGAR	Menchu Romero Ruiz	Trabajadora Social Colegio de Trabajo Social
	Manolo Mení Pérez	Presidente de Calor en La Noche.
	Elena Ballester Sánchez	Trabajadora Social de UTS4 Delegación de Servicios Sociales

TEMAS	PARTICIPANTES	INSTITUCIÓN
ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA	Francisco Peral Pérez	Médico Instituto Municipal de Deportes
	Mª del Mar Robles Viaña	Técnica de Promoción de la Salud Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Sonia Roa Bolaños	Sembradoras de Salud
ADICCIONES	Juan Sebastián Verdugo Gordillo	Trabajador Social Centro de Atención de Adicciones Diputación
	José Manuel Martínez Delgado	Médico Centro de Atención de Adicciones Diputación
EDUCACIÓN	Emilio Bautista Prada	Director del CEIP Santa Teresa
	Mercedes Alfaro Gómez	Directora del CEI V. de la Palma
	Sonia Roa Bolaños	Sembradoras de Salud

TEMAS	PARTICIPANTES	INSTITUCIÓN
MORBILIDAD Y MORTALIDAD	Lola Martínez Ruiz	Médica UGC El Olivillo
	Paco Moreno Castro	Enfermero UGC El Olivillo
	Antonio Vergara de Campos	Médico Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
	Antonio Escolar Pujolar	Salud Pública Delegación Territorial de Salud
	Juan Antonio Córdoba Doña	Salud Pública Delegación Territorial de Salud
	Juan Nieto Vera	Epidemiólogo Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Mª Victoria de la Cruz Calderón	Epidemióloga Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Nuria López Ruiz	Médica residente Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
	Isabel Barranco Boada	Médica residente Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
PARTICIPACIÓN Y ASOCIACIONISMO	Laura León Rubio	Trabajadora social Unión Democrática de Pensionistas
	María Gallego Loroño	Asesora municipal.

OTROS TRABAJOS

Contexto histórico	Fernando Osuna García	Técnico Municipal de Cultura
Comunicación	Pilar Solís Espallargas	Periodista. Gabinete de Prensa

OTRAS PERSONAS PARTICIPANTES Y COLABORADORAS

Miguel Ángel Cuesta Guerrero	Técnico de Acción Local en Salud Junta de Andalucía
Andrés Rabadán Asensio	Salud Pública Delegación Territorial de Salud
Jesús Ruiz Cayuso	Salud Pública Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda
Nuria Álvarez López	FEGADI
Mª José Soto Cárdenas	Hospital Puerta del Mar
Cristina Serván Talía Ardana	Asociación Pro Derechos Humanos
Manuela Lacida Baro	Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda.
Juan Francisco Juanes Riesco	Sociólogo
Alejandro Ahumada	Diseñador Ayuntamiento
Psiquiatra, enfermera y trabajadora social	Centro de Salud Mental
Ignacio Ruz Franci	Médico de Familia UGC El Olivillo

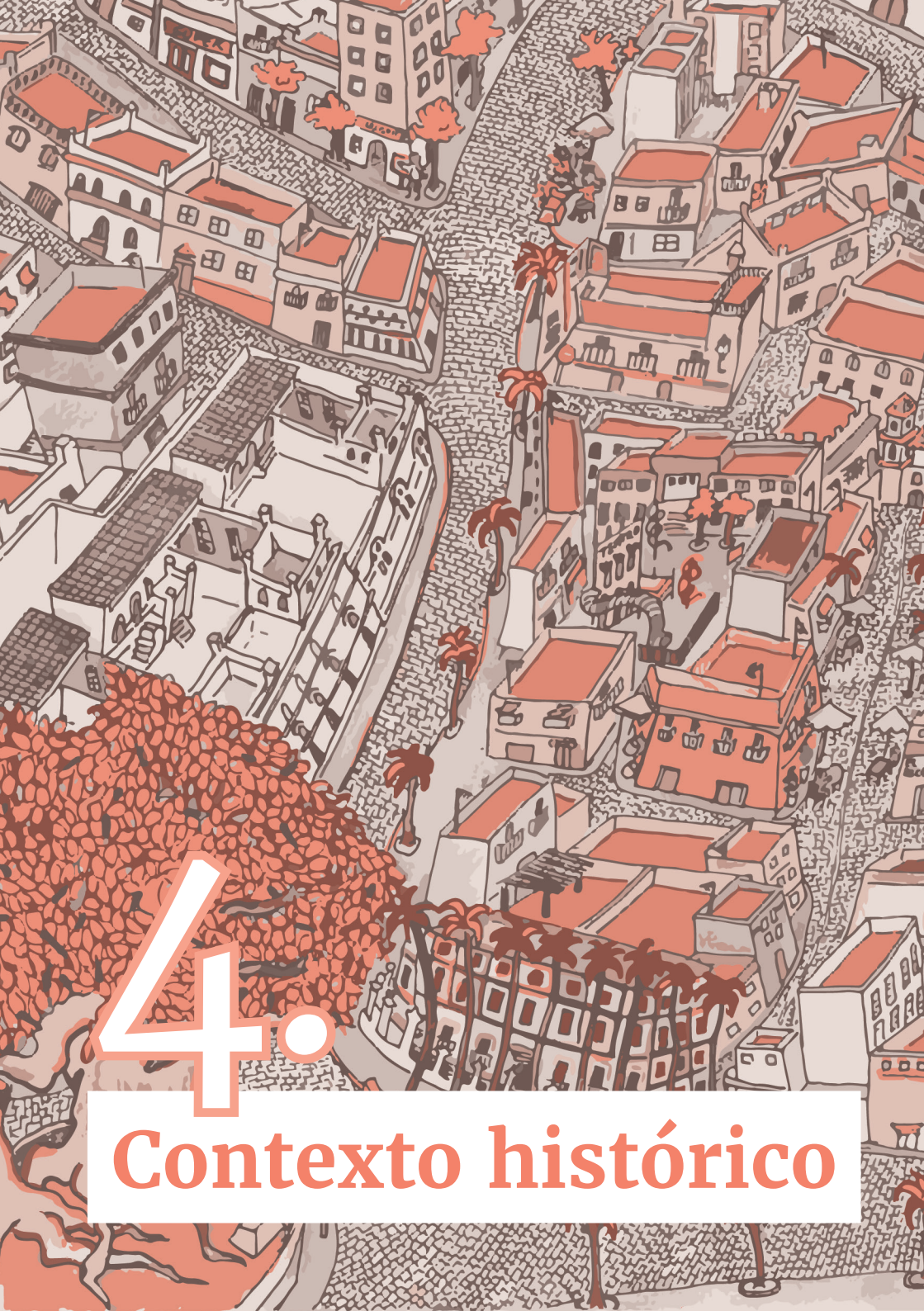
Enfermera, trabajadora social y psicóloga clínica	Unidad de Salud Mental Infantil
Pilar Tubío Martínez Ana María Calzado Girón	Fundación de la Mujer, Ayuntamiento de Cádiz
María Luisa Torres Martínez Rosa Oliva Robles	Instituto de Fomento, Empleo y Formación (IFEF) EDUSI, Ayuntamiento de Cádiz
Carmen Moncada Godino Carmen Almadana Pacheco	Servicios Sociales, Ayuntamiento de Cádiz
Rosa Gamboa de la Rosa José Velarde Gallardo	Estadísticas, Ayuntamiento de Cádiz
José María González Santos	Alcalde de Cádiz
Eva Tubío Martínez	Concejala de Salud. Coordinadora política del Plan de Salud
Miguel Macías Benítez	Jefe de Servicio de Salud Ayuntamiento de Cádiz
Pilar San Narciso Aguinaco	Médica de la Del. Municipal de Salud. Coordinadora técnica

Equipo redactor:

Antonio Vergara de Campos	Médico internista. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
Eva Tubío Martínez	Concejala de Salud del Ayuntamiento de Cádiz
Helena Fernández del Valle	Asesora del Ayuntamiento de Cádiz
Pilar San Narciso Aguinaco	Médica del Ayuntamiento de Cádiz
Pilar Solís Espallargas	Periodista del Ayuntamiento de Cádiz

El documento que se presenta es el fruto del trabajo de estos equipos, de cada una de las personas que han participado en cada uno de ellos, de sus colaboradoras y colaboradores, de los vecinas y vecinas de La Viña y de la ciudad de Cádiz que han participado en las diferentes acciones llevadas a cabo, importantísimas todas ellas para la elaboración del perfil de salud de La Viña.

El trabajo grupal aquí presentado se ha realizado entre junio de 2016 y marzo de 2017. Los capítulos no siguen un estilo homogéneo debido a la diversidad de participantes y a la libertad con la que se ha afrontado el acercamiento al conocimiento de los problemas y las necesidades en salud del barrio de La Viña desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades.



4. Contexto histórico

Es difícil condensar la historia del barrio de La Viña en un preámbulo que nos resuma los 3.000 años de historia de este espacio geográfico, a los que habría que sumar los años previos de su rica prehistoria.

Para hablar en propiedad del barrio de La Viña, obviando la ocupación de este territorio en momentos anteriores, habría que remontarse a la urbanización efectuada entre los años 1650 y 1730 de 130 solares que se crean sobre una zona dedicada hasta ese momento a espacio industrial residual (cererías) y a huertas.

Sobre este primer entramado urbano, se suma en 1755 la urbanización del espacio ocupado por la antigua Cerería de Peñalba y finalmente, en 1777, la urbanización de los Huertos de Cepeda.

Además de esta urbanización, en los aledaños del mismo se situaron una serie de edificios de singularidad arquitectónica, bien de raíz militar (castillos y baluartes), religiosa (Convento de Capuchinos) o civil (Hospicio de la Casa de la Misericordia).

La conexión y el continuo urbano con el resto de la ciudad siempre fue problemático, por el tapón al tránsito que suponía el Convento de San Diego (1608), que dividía la ciudad de una forma clara en dos sectores, uno para las clases más acomodadas y otro para las clases menos favorecidas. El Convento de San Diego, con su enorme huerta (hoy el espacio del Mercado Central) suponía una barrera no sólo física, sino

social. Hasta la desaparición del Convento en el siglo XIX, no fue factible una correcta conexión entre ambos sectores.

El barrio de La Viña fue concebido desde sus orígenes como un espacio donde alojar a los estratos de la población con un nivel socioeconómico más bajo, además de diversas industrias molestas que no se querían en otros lugares de la ciudad; de esta manera se aprecia cómo, desde el principio, este barrio poseyó un carácter periférico y unas circunstancias que han condicionado la vida de sus habitantes y, consecuentemente, su salud.

La tipología habitacional es un reflejo de todo ello, abundando en el barrio la llamada casa de vecinos, que aunque se aprecia en otros barrios de Cádiz, en La Viña, es el resultado de una construcción hecha así, ex-profeso, para dar solución al alojamiento de moradores de recursos escasos. Normalmente cuando aparecen patios de vecinos en otros barrios gaditanos, viene dado por la ocupación de interiores residuales de manzanas o por la degradación de la habitabilidad de tipologías arquitectónicas más nobles.

Frente a la vivienda burguesa gaditana tan presente en el Casco Histórico, en esta zona la altura es menor, los materiales más sencillos y el tipo de arquitectura está más vinculada a la de zonas rurales del ámbito de la Bahía de Cádiz que a lo construido en el resto de la ciudad.

La sociabilidad y el modo de vivir viñero está marcado por el tipo de convivencia tan estrecho que se ha dado en estas viviendas. Su relato e idealización han pasado a los sainetes gaditanos de González del Castillo o al mundo de los títeres en las representaciones de la Tía Norica.

Todo esto ha influido en una forma especial de identidad viñera, que se siente orgullosa de su procedencia y de su entorno, y que hoy día aún es muy visible, y que, además, también ha trascendido el propio ámbito del barrio; así, para muchos de nuestros visitantes, el barrio de La Viña, es el que conserva la esencia de un Cádiz más auténtico que mantiene su esencia tradicional a pesar del transcurrir del tiempo.

5. Conclusiones del taller de participación

El taller participativo La Salud en la Viña forma parte del proceso de participación de la elaboración del Perfil de Salud Local del Plan Local de Salud. Es una herramienta derivada de la asamblea ciudadana realizada el 21 de septiembre de 2016.

El taller se realizó el día 28 de septiembre de 2016, con la asistencia de 62 personas, en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (antiguo Hospital de Mora) situado en el barrio de La Viña.

Con esta acción se pretendía:

- *Fomentar la participación de los vecinos y vecinas de La Viña en el análisis de la salud del barrio e identificar entre todos y todas cuáles son los determinantes que afectan a la salud.*

- *Identificar agentes clave y generar alianzas para las distintas fases del proceso.*

El trabajo colectivo se realizó por grupos y posteriormente las personas portavoces de cada uno de ellos dieron a conocer las opiniones de los y las asistentes. A continuación se exponen las conclusiones sobre los principales problemas de salud del barrio de La Viña identificados por los grupos de trabajo del taller.

VIVIENDA

GRUPO 1	Hay muchas casas viejas, en mal estado de conservación o de habitabilidad, con cocina y cuartos de baño en malas condiciones. Hay infravivienda. Faltan viviendas saludables
	Hay casas que no disponen de los suministros básicos de electricidad, agua o gas
	Hay viviendas con instalaciones eléctricas y contadores muy antiguos. Es muy caro dar el alta
	Hay casas interiores con una ventilación insuficiente, por lo que aparecen humedades que favorecen el asma y otros problemas respiratorios
	La accesibilidad de las viviendas es mala, no hay ascensores y las fincas antiguas no están adaptadas, por lo que las personas con problemas de movilidad sufren muchas limitaciones, llegando a estar confinadas en sus domicilios
	El precio del alquiler es alto
	Hay muchas viviendas vacías
	La propiedad de las viviendas está concentrada en muy pocas personas que imponen sus condiciones
	Faltan políticas para crear un parque social de viviendas y faltan viviendas saludables y viviendas para jóvenes
	Hay obstáculos entre las distintas administraciones para buscar soluciones a los problemas de vivienda
	Hay hacinamiento: viven muchas personas en pisos pequeños
	Todos estos problemas originan enfermedades psicológicas como la depresión y se genera mal ambiente en el hogar y en el barrio

EDUCACIÓN

GRUPO 2	No se fomenta la actividad cultural
	Hay poca accesibilidad a colegios y centros culturales (bibliotecas…)
	Faltan espacios para la educación de los mayores, por ejemplo, para la formación en nuevas tecnologías
	Hay poca educación y esto se traduce en falta de respeto hacia los demás y hacia el entorno
	La educación obligatoria aborda de forma insuficiente las materias relacionadas con la salud como la alimentación…
	Hay pocos espacios para la educación física y el deporte, lo que favorece el sedentarismo y el abuso de los videojuegos
	Las familias tienen poca formación sobre alimentación favorable y está muy extendida la ingesta de comida basura
	Hay pocas conexiones entre las generaciones

PROBLEMAS SOCIALES

GRUPO 3	Pobreza y desempleo
	Trabajo precario
	Problemas de vivienda
	Desahucios
	Falta de formación
	Desigualdad de género
	Estos problemas afectan especialmente a las personas más vulnerables: mayores, mujeres, infancia, juventud
	Faltan intervenciones y recursos para proteger a las personas sin hogar
	Hay poco civismo, poca capacidad para ser respetuosos con el espacio y con las personas
	Hay problemas de actitud, de afrontar las dificultades, apatía, derrotismo, falta de responsabilidad, sentimiento de que por sí misma una persona no puede hacer nada con los problemas y se espera que la solución venga de fuera. Este pensamiento está en el ambiente cultural del barrio y hace que se aborden los problemas de determinada manera

MEDIO AMBIENTE

GRUPO 4	Faltan parques, espacios verdes, árboles y vegetación
	No hay zonas deportivas
	Faltan fuentes y espacios con agua. El agua genera buen ambiente
	Hay problemas con las motos: humos y ruidos
	Las calles del barrio están sucias y algunas huelen mal
	Se malgasta el agua al baldear en exceso algunas calles
	Exceso de ruido por el tráfico y las actuaciones musicales
	Faltan contenedores lo que dificulta el reciclado
	Faltan papeleras por lo que las calles están sucias
	Suciedad en la playa, en la Caleta, sobre todo después de un día de mucha afluencia en la playa
	Poca conciencia medioambiental de los vecinos y vecinas, de la gente del barrio
	Problema con los excrementos de los perros, hay poca concienciación de sus dueños y dueñas
	Algunos de estos problemas son consecuencia de otros y están interrelacionados, el hecho de que falten zonas verdes y no se pueda sacar a los perros, la poca conciencia del vecindario que hace que se queden los excrementos en el suelo y la falta de papeleras y la poca conciencia que hacen que el papel o la lata se tire al suelo

ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA

GRUPO 5	Sedentarismo y falta de ejercicio físico. Afecta a todas las edades: antes los niños y las niñas jugaban en la calle, pero ahora dedican mucho tiempo a la televisión y a juegos sedentarios. También las personas jóvenes dedican mucho tiempo al ordenador, nuevas tecnologías, videojuegos…
	Faltan zonas deportivas y espacios públicos
	Hábitos alimentarios deficientes. Se abusa de la comida rápida con grasas y azúcares en detrimento de la dieta mediterránea
	Habría que urbanizar los espacios públicos para que haya plazas, zonas de juegos infantiles… Hacer que sean agradables, que se esté a gusto, que tengan árboles…También deben estar limpios y sin excrementos de perros. Hay que responsabilizarse entre todos porque la responsabilidad compartida favorece que se esté más a gusto
	Hay problemas de drogas, alcohol y tabaco, relacionados con los problemas sociales, el paro, etc
	No hay conciencia de consumo abusivo del alcohol
	Hay en la cárcel personas consumidoras de drogas que están muy deterioradas.
	Adicción a los videojuegos de niños, niñas y jóvenes. El uso del móvil y de otros dispositivos produce incomunicación y aislamiento
	La prevención de embarazos no deseados y la educación sexual son insuficientes porque, aunque hay programas, la información no llega a todos/as
	La alimentación inadecuada y la falta de ejercicio físico originan problemas de obesidad en la población del barrio.

ENFERMEDAD Y SISTEMA SANITARIO

GRUPO 6	El sistema sanitario es el responsable del 25% de la generación de salud, pero es extraordinariamente importante cuando se pierde la salud. Tiene que ser muy bueno
	Faltan políticas sanitarias de prevención
	Se tarda en dar cita para la consulta de medicina familiar
	Hay una degradación del sistema sanitario porque faltan recursos diagnósticos. Ha habido deterioro por los recortes y por la falta de sustituciones. Este deterioro también lo padecen los que trabajan en el sistema sanitario. Son los políticos los responsables de los recortes
	Hay muchas personas asmáticas. Las casas no están acondicionadas y hay humedad. El Ayuntamiento tendrá que estudiar soluciones. No se puede quedar en el diagnóstico, hay que tratarlo
	En el barrio de La Viña hay mucho sedentarismo y mucho costumbrismo social, es decir, hay muchas personas de La Viña que no salen del barrio, no lo ven necesario. No creen que hay motivos para salir de las Puertas de Tierra. Esto provoca un aislamiento social que puede explicar algunos de los problemas
	Hay obesidad, sobre todo en mujeres Hay personas inmovilizadas que no pueden salir de sus casas por obesidad, sedentarismo y problemas articulares. Muchas personas no tienen dificultad para desplazarse por su casa y hacer las labores del hogar, pero no pueden salir a la calle porque no pueden bajar las escaleras. En La Viña hay 109 personas en esta situación y hay que solucionar este problema
	Abandono de las personas dependientes
	Falta de calidad en el descanso y el sueño porque hay mucho ruido

GRUPO 6	Alcohol, droga y tabaco
	La diabetes es la enfermedad más frecuente del barrio y los estilos de vida influyen en la diabetes
	Problemas socio- sanitarios: faltan recursos en la calle y hay un deterioro físico y mental de las personas sin hogar y muchas de ellas suelen estar en el barrio de La Viña
	La precariedad generalizada es causa de enfermedad y muerte
	Falta de recursos económicos para cubrir los tratamientos y la alimentación equilibrada. El 20% de la población no puede sacar las medicinas. O compra comida o compra medicamentos
	Soledad de las personas mayores
	Violencia de género

Con las aportaciones de las personas participantes en este taller se ha conseguido tener una primera aproximación de los principales problemas del barrio y esta información complementará la que se está obteniendo en los grupos de trabajo del Perfil de Salud de La Viña. Gran parte de estos problemas los comparte el resto de la ciudad, por lo que también ha sido bien recibida la contribución de personas en este taller que no tienen una relación estrecha con La Viña. Este aprendizaje servirá para avanzar en la elaboración del perfil de salud de otros barrios de Cádiz.

Esta experiencia ciudadana ha puesto de manifiesto muchos problemas sociales, educativos, económicos, urbanísticos, sanitarios y relacionados con los hábitos y los estilos de vida que condicionan la salud de la población y que originan desigualdades en salud.

Estas aportaciones son tenidas en cuenta, junto con los estudios realizados por los grupos que han elaborado el perfil de salud de La Viña, para poner en marcha medidas que mejoren la salud de todos los vecinos y vecinas y, en especial, de los y las que están en una situación más desfavorable.

6.1. Información demográfica

El tradicional barrio de La Viña está situado en el Casco Antiguo de Cádiz entre las calles La Rosa, Sagasta, Campo del Sur y Duque de Nájera. Tiene una población algo superior a los 5.000 habitantes, de los que el 52,4% son mujeres. La población representa el 4,1% de la población de Cádiz.

Población por sexo del barrio de la Viña (distrito 4)y Cádiz

	La Viña. Distrito 4.		Cádiz	
	Población	%	Población	%
Hombres	2.357	47,6	57.001	47,3
Mujeres	2.591	52,4	63.467	52,7
TOTAL	4.948	100	120.468	100

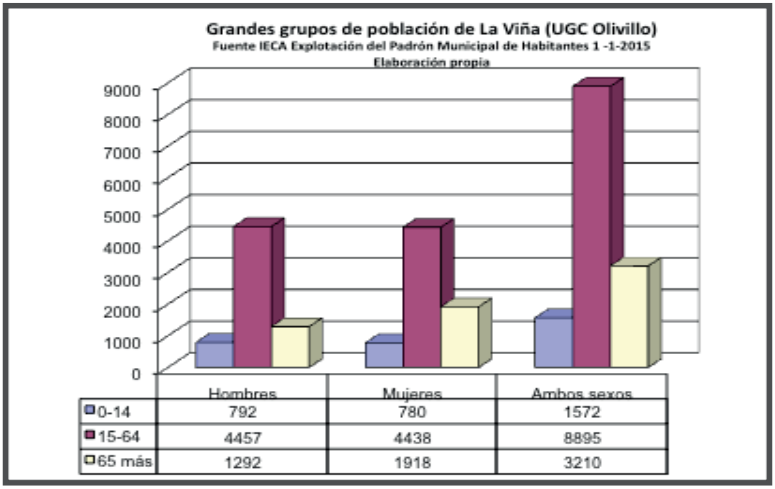
INE, a 1 de enero de 2015. Elaboración propia

Su territorio se corresponde con el distrito censal 4 completo más una pequeña parte del distrito 5, pero en muchas ocasiones en el perfil de salud se hará referencia a la población residente en el territorio atendido por la Unidad de Gestión Clínica El Olivillo (UGC Olivillo) que abarca, además del barrio de La Viña, una parte del barrio de El Balón, Los Callejones y la zona cercana al mercado Central (secciones 3, 4, 5 y 6 del distrito 3 y los distritos 4 y 5) que tiene una población de 18.018 habitantes, de los que 8.630 (47,9%) son hombres y 9.388 (52,1%) son mujeres. En este caso representa el 15% de la población gaditana. (INE a 1 de enero de 2015).

La densidad de población de La Viña (distrito 4) es de 33.033 habitantes/Km y la del resto de la zona UGC Olivillo de 56.600, 61.250, 32.950 y 8.783 habitantes/Km las secciones 3, 4 5 y 6 del distrito 3 respectivamente y 36.592 h/Km2 el distrito 5. Estas cifras superan los 9.956 habitantes/ Km2 de la ciudad Cádiz (27.071 habitantes/ Km2 si se considera únicamente la zona residencial), uno de los municipios más densamente poblados de Andalucía.

En el siguiente gráfico se observa cómo la población mayor de 65 años de La Viña –

UGC Olivillo es superior a la de menos de 15 años, llegando a ser más del doble en el caso de las mujeres.

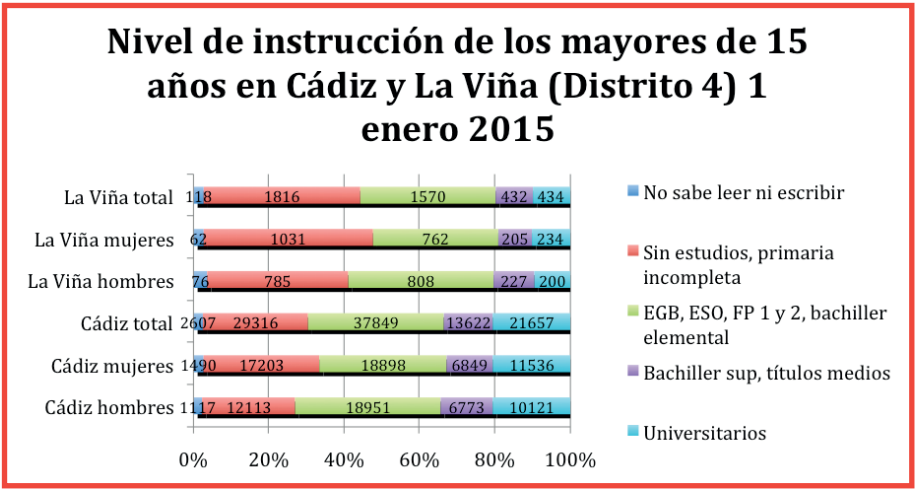


El nivel de instrucción de la población del barrio de La Viña es bajo, pudiendo condicionar el desarrollo económico, la situación laboral, la movilidad social y la salud. El 44,3% no ha completado la primaria o carece de estudios. De este porcentaje, el 2,7% de la población se encuentra en situación de analfabetismo y solo un escaso 9,9% tiene estudios universitarios.

Nivel de instrucción La Viña – UGC Olivillo. Mayores 16 años. 2016

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
No sabe leer ni escribir	56	2,7%	62	2,7%	118	2,7%
Sin estudios, primaria incompleta	785	37,8%	1031	44,9%	1816	41,6%

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
EGB, ESO, FP1y2, bachiller elemental	808	38,9%	762	33,2%	1570	35,9%
Bachillere superior, títulos medios	227	10,9%	205	8,9%	432	9,9%
Universitarios	200	9,6%	234	10,2%	434	9,9%
Total	2076	100%	2294	100%	4370	100%



El número de personas residentes extranjeras no es significativo en el barrio de la Viña y ha disminuido considerablemente en los últimos años debido, probablemente, a la crisis económica y la pérdida de empleo.

La población extranjera de La Viña supone el 1,4 % del barrio. En el territorio de la UGC Olivillo son el 1,5% y en la ciudad de Cádiz, el 1,7%. La presencia de extranjeros

en Cádiz es muy baja comparada con la de la provincia (3,36%) y la de de Andalucía (7,88%).

En la ciudad de Cádiz viven 2.088 personas extranjeras de las cuales 68 (3,2%) residen en La Viña (distrito 4) y 271 (13 %) en la zona de la UGC Olivillo.

Mientras que la población extranjera de Cádiz tiene una proporción de hombres del 46,4% y 53% de mujeres, en La Viña la zona UGC Olivillo la proporción de mujeres es superior a los hombres: 53% y 51,3% frente al 47% y 48,7%, respectivamente.

CONCLUSIONES

1. *La Viña, con más de 5.000 habitantes, es un pequeño barrio en cuanto a su extensión y* **está densamente poblado, pero no hacinado.**

2. *Su población se encuentra* **envejecida e inmersa en un proceso de envejecimiento** *como demuestran las proyecciones demográficas.*

3. *El aumento de la población mayor de 65 años viene acompañado de una* **importante disminución de la población infantil y juvenil.**

4. *Debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, a partir de los 65 años habrá más mujeres y más mayores, siendo la* **población mayor de 80 años mayoritariamente femenina.**

5. *Actualmente la* **tasa de sobre-envejecimiento es superior en extramuros** *que en el Casco Histórico.*

6. *La dependencia aumenta con la edad, por tanto,* **la tasa de dependencia del barrio de La Viña va a crecer notablemente en los próximos años,** *debido al mayor número de personas que integran el grupo de 65 y más años y sobre todo el de 80 años y más.*

7. *Debido al envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población, es de esperar que se produzca una* **mayor demanda de todo tipo de servicios, públicos y privados, de atención sanitaria y socio-sanitaria,** *buscando respuestas, tanto a los problemas de salud como a la pequeña, mediana y gran dependencia.*

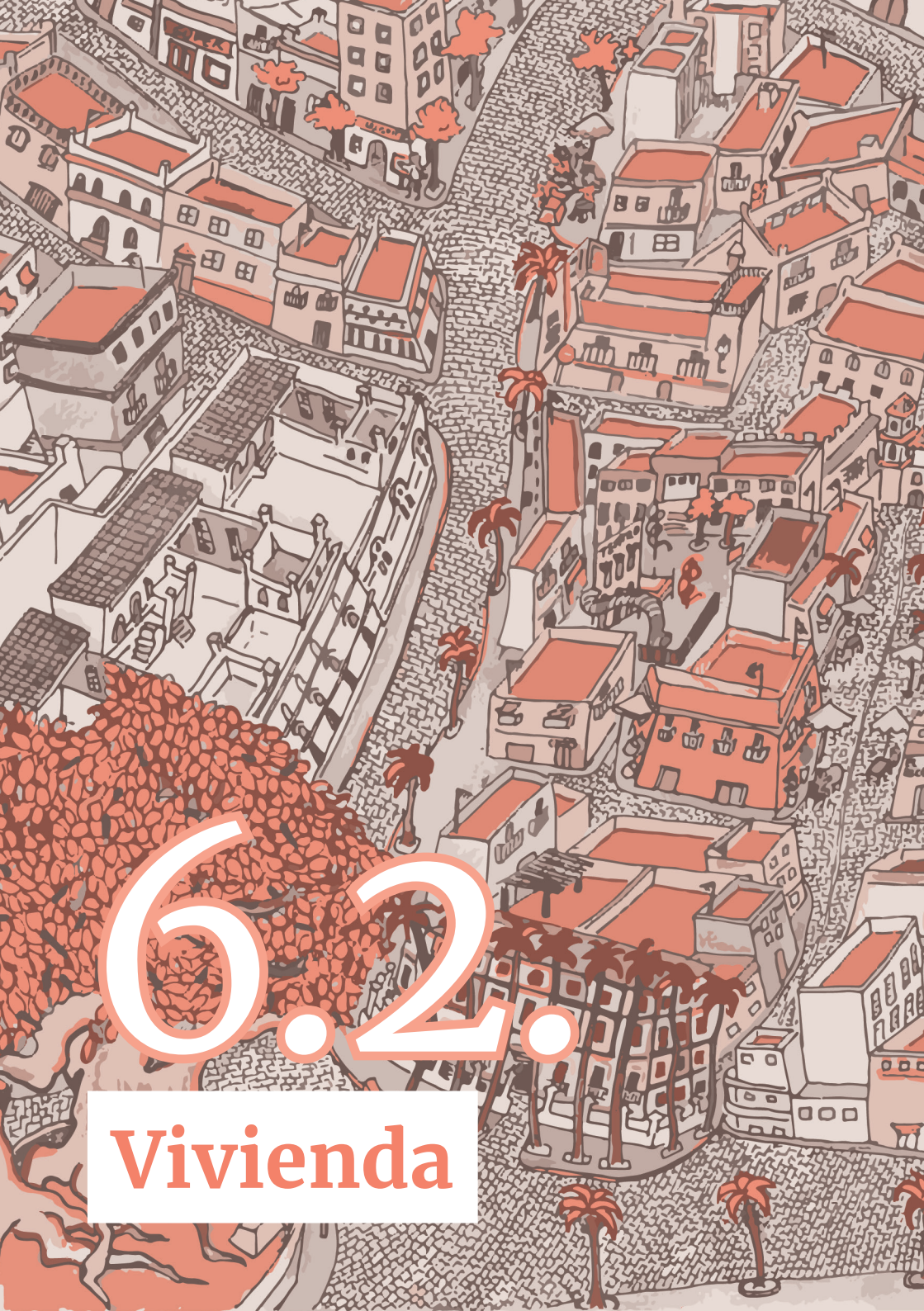
8. **La pérdida de la población de la ciudad, que se viene observando desde 1985, puede continuar su progresión** *ya que no han cambiado las circunstancias que provocan dicha pérdida: menos nacimientos, falta de trabajo, carestía y elevado precio de la vivienda, falta de oportunidades para la juventud con mayor nivel de estudios, etc.*

9. **La disminución del tejido empresarial en la ciudad y las altas tasas de paro van de la mano.** *Más de 15.000 personas estaban en paro a finales de 2015. La desaparición de pequeñas y grandes empresas ha sido constante en el último decenio: 587 empresas menos desde 2007 a 2015.*

10. *El nivel de instrucción es bajo en el barrio de La Viña.* **Sólo el 10% de la población tiene estudios universitarios mientras el 44% no ha completado la primaria o carece de estudios.** *Se constata una amplia base de población con estudios inferiores a secundaria.*

11. *A menor nivel de instrucción, menor nivel de capital social, más dificultad de encontrar trabajo,* **menor capacidad de adaptación a los profundos cambios sociales que se están produciendo y escasa posibilidad de emprendimiento.**

12. **La incidencia de la poca población extranjera que vive en el barrio de La Viña no es significativa** *a nivel económico, social, cultural y político.*



6.2. Vivienda

La relación entre vivienda y salud puede explicarse a través de cuatro dimensiones interrelacionadas, tal como propone la Organización Mundial de la Salud:

- *El hogar: significado social y emocional que las personas dan a su vivienda.*
- *Las condiciones físicas de la vivienda.*
- *El entorno físico.*
- *El entorno social (comunidad) del barrio donde está situada la vivienda.*

El estudio de vivienda del informe del perfil de salud de La Viña hace un análisis de las características de las viviendas del barrio permitiendo identificar los principales problemas constructivos y las necesidades de sus habitantes con el fin de disponer de elementos que permitan proponer medidas de mejora de las condiciones de vida y reducir las desigualdades sociales en salud.

El objetivo específico es describir la tipología de las viviendas del barrio de La Viña que potencialmente puedan influir en la salud de su población: cuántas son las viviendas habituales, secundarias y vacías; cuáles se usan en propiedad, en alquiler, en cesión; cuántas tienen hipotecas pendiente; qué tamaño tienen; en qué estado y antigüedad se encuentran los edificios; cuál es el grado de accesibilidad de las viviendas; qué problemas hay de humedad en las vivienda, etc.

Estado de las fincas y las viviendas

En el barrio de La Viña existen 1.775 viviendas principales, de las que 485 presentan algún grado de deficiencia. En La Viña se identifican 23 fincas residenciales en mal estado, 7 de las cuales se consideran infraviviendas.

Estado de los locales comerciales ubicados en el barrio de La Viña

El 45% de las fincas de uso residencial posee bajos comerciales, de los cuales, un 64% se encuentran en uso. La actividad económica se reduce a la existencia de pequeñas industrias de estructura reducida por número de empleos y al sector terciario, especialmente bares y peñas. Se ha observado en los últimos años el incremento de bares y peñas en la calle Virgen de la Palma y sus alrededores, consolidando en este barrio su popularidad.

Accesibilidad

Según los datos extraídos del censo de viviendas, 1.600 de las 1.755 viviendas principales del barrio son no accesibles y de las no accesibles 1.050 están en régimen de propiedad. En el barrio de La Viña existen 1.330 viviendas principales sin ascensor

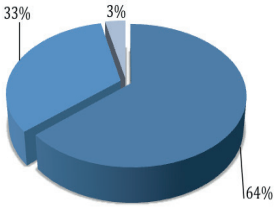
en el edificio, lo que supone más de un 75% de las viviendas, muy similar a lo que ocurre en los otros barrios del Casco Histórico que se llega hasta un 80% de viviendas sin ascensor de media. El 24% de los locales comerciales (con actividad o no) tiene buena accesibilidad según los estándares actuales, el 75% no es accesible y el 1% restante no posee accesibilidad pero podría alcanzarla.

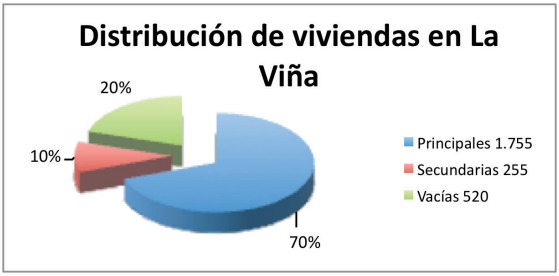
Tipología de las viviendas

El número total de viviendas del barrio de La Viña es de 2.530 viviendas: lo que representa el 12,1% de las viviendas del Casco Histórico y el 4,3% de las viviendas del municipio. (Fuente: INE). De éstas:

- *1.755 (69,4%) son viviendas principales o habituales, es decir, son utilizadas toda o la mayor parte del año como residencia habitual.*
- *255 (10,1%) son viviendas secundarias, es decir, son utilizadas solamente parte del año, periódica o esporádica y no constituye residencia habitual.*
- *520 (20,5%) se encuentran vacías o desocupadas, es decir, no son residencia habitual ni son utilizadas de forma estacional, periódica o esporádica.*

Régimen de tenencia de las viviendas principales de La Viña





La Viña es el barrio del Casco Histórico que mayor porcentaje de viviendas principales en propiedad tiene, un 63,5%, siendo la media del centro de Cádiz del 48,6%. Aunque la mayoría de las viviendas principales del barrio son en propiedad, las cifras de alquiler son elevadas (33%), siendo superiores a la media del municipio (24,8%) y muy por encima de la provincial (10,2%), de la autonómica (9,8%) y de la estatal (13,5%). Así, más de la mitad de las viviendas principales del barrio (55%) están en situación de alquiler o con pagos de cuota de hipoteca.

El 77% de los casos tramitados en el primer año de la Oficina Municipal de Defensa de la Vivienda de Cádiz son del Casco Histórico y aproximadamente el 15% son del barrio de La Viña y alrededores. Prácticamente los casos que han acudido del barrio tienen problemas por impago en vivienda alquilada o en precario-cesión, siendo minoría los problemas por compra o hipoteca de la vivienda. La aplicación de la Ordenanza reguladora de las ayudas al programa municipal Alquiler Social, recientemente aprobada, deberá desarrollarse en la ciudad y concretamente en el barrio de La Viña, ampliando la oferta de vivienda asequible para los ciudadanos, para lo que se tendrá en cuenta el número de viviendas vacías o sin uso del barrio.

Superficie de la vivienda y número de habitaciones

La vivienda tipo de La Viña se caracteriza por una distribución de tipo familiar con 2 ó 3 dormitorios y de dimensiones inferior a los 90 m². Se dan casos de hacinamiento a consecuencia del tamaño relativamente pequeño de las casas y del hecho de que algunas familias se hayan agrupado en las viviendas de otros familiares, circunstancia que se ha visto agravada por la crisis económica.

Antigüedad de la construcción

De las 1.755 viviendas principales del barrio de La Viña: 395 viviendas tienen fecha de construcción anterior al año 1900; 295 viviendas construidas entre de 1900 – 1950; 650 viviendas entre 1950 – 2009 y el resto, 80 viviendas, no consta el año de construcción en el INE. Así, es el barrio del Casco Histórico de construcción más reciente y comparado con otros barrios del casco tiene el más bajo porcentaje de viviendas construidas antes de 1900 (22%) y el más bajo para las viviendas de más de 50 años (30,8%).

Según el último censo de vivienda del INE, en el barrio de La Viña había 540 viviendas principales (30,8%) susceptibles de someterse a la Inspección Técnica de Edificios mientras que en el Casco Histórico el porcentaje era más del doble, el 68%.

Estado del interior de las viviendas: condiciones de humedad

Las características geográficas y climatológicas del municipio de Cádiz con valores altos de humedad relativa en el ambiente a lo largo de casi todo el año, el elevado nivel freático, las condiciones constructivas de los edificios y los hábitos de vida de los residentes podrían ocasionar un elevado riesgo de padecer humedades por condensación o filtración dentro de las viviendas, situación que podría ser la causa de enfermedades del aparato respiratorio. Estas condiciones, por tanto, podrían ser determinantes de las elevadas tasas de asma en la infancia que se observan en La Viña y que se comentan en el apartado de Morbimortalidad.

Demandantes de vivienda protegida de Cádiz

De las 7.070 familias demandantes (en agosto de 2016) del Registro Municipal de Vivienda de Cádiz, 538 unidades familiares (7,6%) residen en el barrio de La Viña-Balón.

Los demandantes de vivienda protegida con residencia actual en el barrio de La Viña pertenecen a todos los grupos de edad no distinguiéndose un grupo en especial. Se demanda vivienda para personas con movilidad reducida en un porcentaje que habría que estudiar en relación con los demandantes residentes en otros barrios.

Parque público de vivienda en La Viña

Del actual borrador del Plan Municipal de Viviendas de Cádiz se extrae la descripción de este parque público.

- **Las viviendas públicas en alquiler en el barrio de La Viña.**
  Las administraciones que mantienen y gestionan este parque público son la Junta de Andalucía y el Ayuntamiento de Cádiz. La primera es propietaria de 69 viviendas en el barrio y la administración municipal tiene 40 viviendas. Entre ambas gestionan un parque público de 109 viviendas en el barrio, lo que supone un 6,1% de las viviendas principales del mismo.

- **La vivienda protegida en el barrio de La Viña.**
  Actualmente no hay ninguna promoción pública de vivienda protegida en ejecución en el barrio de La Viña aunque en la proximidad al barrio se encuentra una actuación pendiente en el antiguo grupo de viviendas de la calle Doctor Marañón.. El análisis incluido en el borrador del Plan Municipal de Viviendas de Cádiz para todo el municipio pone de manifiesto que no hay apenas stock de viviendas del SAREB ni de viviendas protegidas y que existe un mercado inmobiliario de compra y alquiler bastante reducido con unos precios altos, fuera del alcance de la mayor parte de la población demandante de vivienda, situación que se reproduce en el barrio de La Viña.
  Para una población de 5.000 habitantes en el barrio de La Viña, con una media de 2,4 miembros por unidad familiar, se necesitarían 2.083 viviendas principales. Actualmente hay 1.755 viviendas principales para 5.000 habitantes y una demanda de 313 unidades familiares que buscan vivienda por lo que se necesitarían unas 2.068 viviendas principales. Actualmente existen 520 viviendas vacías.

- **Actuaciones recogidas en el Plan Municipal de Vivienda de interés para mejorar las condiciones de la vivienda:**
  Rehabilitación genérica del parque de edificios y viviendas del barrio, accesibilidad.
  Conservación, mantenimiento y rehabilitación del parque público de alquiler.
  Eliminación de la infravivienda.
  Disponibilidad del stock de viviendas vacías del barrio y activación de la Ordenanza Alquiler Social.

CONCLUSIONES

1. *El barrio de La Viña es eminentemente residencial.*

2. *A pesar de que en las décadas anteriores se han rehabilitado muchas viviendas, sigue habiendo viviendas en mal estado (23 fincas) y algunas fincas con infravivienda (7 fincas).*

3. *Hay problemas de accesibilidad general en las viviendas, en el acceso a las fincas y en las vías y espacios públicos, coincidiendo una población residente habitual cada vez de edad más avanzada, con pocos recursos económicos que, o bien son propietarios/as de sus viviendas y se ven atrapados en una casa inadecuada, o bien son arrendatarios/as de viviendas privadas de baja calidad cuyos propietarios no rehabilitan ni renuevan.*

4. *Hay fincas en las que, por su fisonomía, sería posible instalar ascensores aunque se ha de que tener en cuenta el bajo nivel económico de los residentes para instalar y mantener el coste de un ascensor y que las ayudas públicas son escasas. Otra opción es la instalación de sistemas salva-escaleras con menor coste de mantenimiento.*

5. *Los locales comerciales que están en uso son el 64%. La actividad de estos locales se caracteriza por dedicarse al sector terciario, sobre todo a la hostelería con pequeños bares y peñas, con pocos empleos, consolidando un carácter gastronómico y turístico, claramente identificado con la fiesta del Carnaval y la temporada de verano. El 75% de los locales comerciales tiene problemas de accesibilidad.*

6. *No hay estudios de viabilidad de viviendas tuteladas para mayores dentro del mismo barrio que eviten la desubicación o que faciliten la reubicación o la permuta en viviendas adecuadas.*

7. *La Ordenanza de Alquiler Justo o Social, es una herramienta que ofrece ayudas para la rehabilitación, la mejora de la accesibilidad y de la eficiencia energética dirigidas a las viviendas de baja calidad de alquiler privado y a las viviendas vacías para que se destinen a alquiler sostenible.*

8. *Se detecta un 20% de viviendas vacías.*

9. *En relación al régimen de tenencia de las viviendas, La Viña se clasificaría como un barrio con predominio de la vivienda en propiedad (64%), aunque en porcentaje inferior a los valores medios españoles y europeos.*

10. *Destaca una proporción elevada de viviendas de alquiler (33,3%) en comparación con la media de española (11%) y la europea (25%), en detrimento de la vivienda en propiedad.*

11. *El alquiler privado (26%) es superior al alquiler público (6,9%).*

12. *Las viviendas sociales en alquiler del barrio (6,9%) superan los valores españoles (1%) pero quedan por debajo de los europeos (9%).*

13. *La Delegación de Servicios Sociales ofrece una importante cantidad de ayudas públicas, tanto puntuales como periódicas, para el pago del alquiler y los suministros de la vivienda.*

14. *Los demandantes de vivienda protegida residentes en el barrio pertenecen a todos los grupos de edad.*

15. *En más de la mitad de las viviendas principales del barrio, sus residentes tienen que hacer frente periódicamente a los gastos derivados del pago del alquiler o de la hipoteca de la vivienda.*

16. *La deficiente situación económica y el elevado desempleo de la población residente eleva el riesgo de impago, desahucios, estrés, deficiencias en las viviendas, situaciones que producen efectos negativos directos en la salud de las personas. El pago de la vivienda puede suponer una merma de los recursos familiares dedicados a cubrir necesidades básicas como la alimentación.*

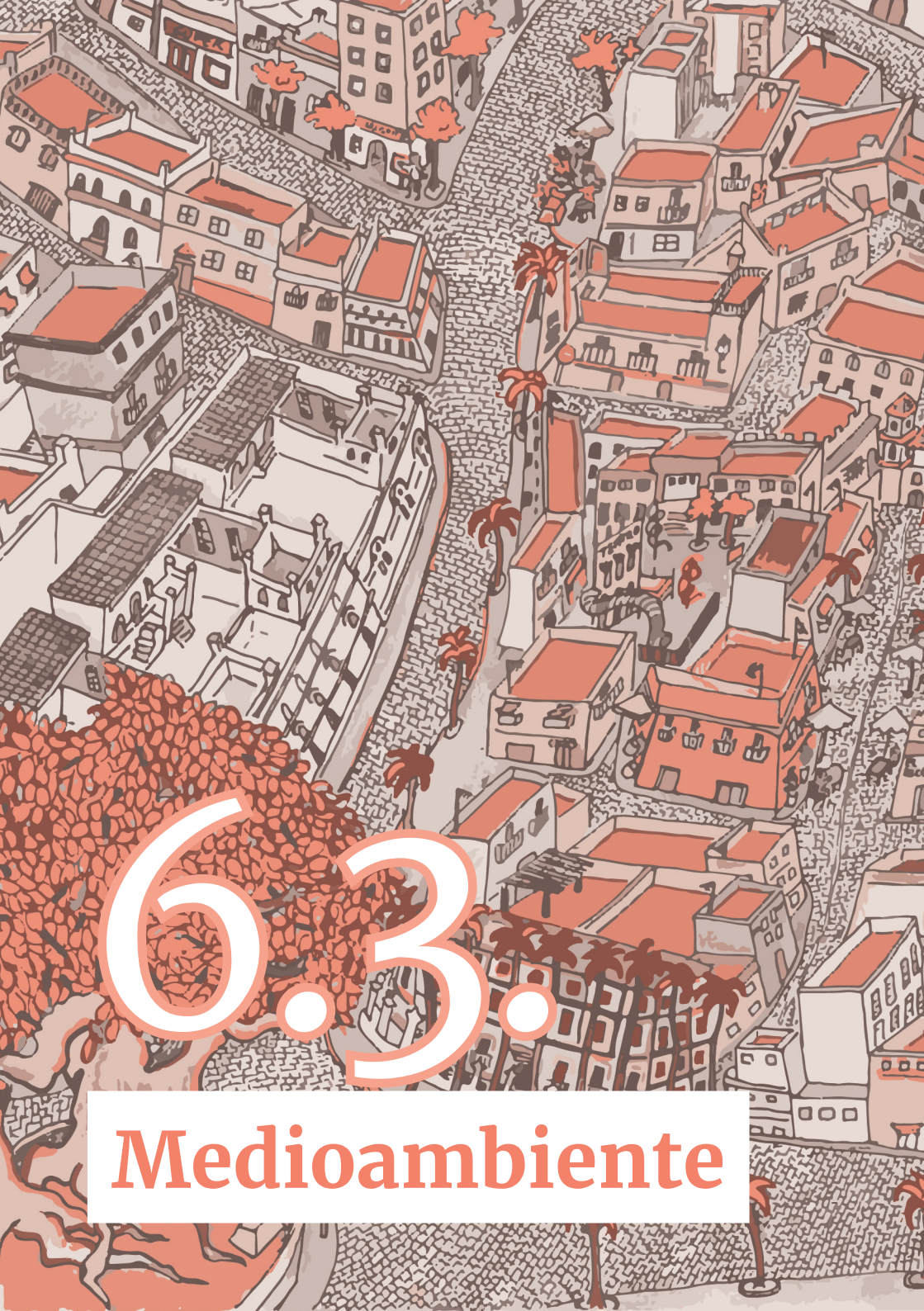
17. *No hay un sistema de recogida de indicadores para la valoración periódica de la situación de la vivienda y de los efectos de los determinantes socioeconómicos en la salud.*

18. *Prácticamente todas las personas de La Viña que han acudido a la Oficina Municipal de Defensa de la Vivienda de Cádiz (Omdevi) han referido problemas de impagos o desahucio en vivienda alquilada o en precario-cesión, siendo escasos los propietarios de viviendas que recurren a este servicio. Los vecinos de La Viña son el 15% del total de los casos atendidos en OMDEVI.*

19. *El tamaño y las características de las viviendas no reúnen las condiciones necesarias para dar cobijo adecuado a las familias que se han reagrupado a causa de la crisis económica, por lo que son frecuentes los problemas de hacinamiento.*

20. *Aunque La Viña presenta el menor porcentaje de viviendas con más de 50 años de los barrios de Intramuros, la Inspección Técnica de Edificios debe impulsarse como herramienta de mejora del parque de viviendas.*

21. *La existencia de construcciones antiguas que no cumplen la normativa de aislamiento junto con la falta de mantenimiento, la deficiente ventilación, el escaso uso de calefacción y deshumificadores, unido al escaso poder adquisitivo de los residentes para acometer reformas y mantenimientos en los edificios e instalaciones, hace que se presenten problemas de humedad, condensaciones, filtraciones de agua, etc. Los problemas de humedad en la vivienda están afectando a la salud de las personas residentes en el barrio.*



6.3. Medioambiente

Las condiciones ambientales de La Viña son compartidas, en gran parte, con los otros barrios de Cádiz. La importancia del medio ambiente y su influencia en la salud de las personas y las comunidades está justificada entre otros motivos por:

- *La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. La calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.*

- *La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 13% y el 27% de la carga de enfermedad mundial podría prevenirse mejorando el medio ambiente.*

- *El impacto de los riesgos ambientales en los países desarrollados como España afecta especialmente a las enfermedades no transmisibles como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares.*

- *Las desigualdades en salud a nivel urbano son muy pronunciadas y la evidencia científica muestra claramente que las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidos tienen peor salud.*

CONCLUSIONES

El barrio de La Viña, en general, participa de las buenas condiciones ambientales que pueden considerarse favorecedoras de una buena calidad de vida. La playa de La Caleta se configura como un activo extraordinario para generar salud por ser un espacio natural de gran belleza, cercano al barrio y que favorece la realización de actividades sociales, deportivas y de ocio saludables.

No obstante, se han identificado algunas situaciones que pueden generar problemas:

1. *El Índice de Calidad del Aire en Cádiz en 2015 ha dado un resultado negativo durante 13 días en los que el estado del medioambiente atmosférico ha sido desfavorable.*

2. *En el año 2015, durante episodios de alta radiación solar y elevadas temperaturas en época estival, se superó el valor máximo de ozono troposférico en el aire de la ciudad en 11 ocasiones*

3. *Los límites de las partículas en suspensión PM10 se superaron 23 días en el aire de Cádiz durante el 2015.*

4. *La calidad de agua potable está controlada y solo una de las mediciones en el grifo ha revelado una situación de elevado contenido en plomo en La Viña, posiblemente por la existencia de instalaciones interiores antiguas.*

5. *Hay escasa disponibilidad de espacios públicos y zonas verdes (a excepción de la playa y el paseo litoral).*

6. *Los niveles de ruido en La Viña son elevados a consecuencia del tráfico de vehículos, especialmente en la ronda litoral y de algunas actividades relacionadas con la hostelería y las fiestas de Carnaval.*

7. *Aunque la mayoría de esta información es pública, resulta de difícil acceso: es necesario que haya mayor transparencia, disponibilidad y accesibilidad de los datos y de la información ambiental.*

8. *Se necesita mejorar la recogida selectiva de residuos e implantar sistemas de economía circular y recogida puerta a puerta.*

9. *Se necesita mejorar la higiene de las zonas y espacios públicos.*

6.4. Condiciones de vida y trabajo

Para subsanar las desigualdades en una generación, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone tres recomendaciones:

- *Mejorar las condiciones de vida cotidiana.*
- *Luchar contra la distribución desigual del poder y el dinero y los recursos.*
- *Medición y análisis de los problemas.*

El barrio de La Viña, junto con El Pópulo y Santa María, han sido incluidos en el grupo de barrios desfavorecidos de Andalucía, que tienen una posición central en el centro histórico de la ciudad y que cuentan con fuertes estructuras de apoyo comunitario que se organiza en la superación de las desigualdades y con las formas de uso del espacio. Reconocibles en el imaginario andaluz como espacios de especial atención por las dinámicas sociales que se generan en su entorno. En un estudio sobre la vulnerabilidad del tejido social de los barrios desfavorecidos en Andalucía es acertado el desglose de sus problemas sociales, urbanísticos y de integración vecinal, con un enfoque amplio y multidisplinar, que permita valorar las oportunidades que ofrecen estos espacio para una articulación que cree mejores posibilidades de desarrollo como espacios de vida.

CONCLUSIONES:

1. *La frecuencia de desempleo, el bajo nivel de estudios y el trabajo no cualificado en el barrio de La Viña, son índices de precariedad y carencia material. Muestran que las condiciones de vida cotidiana exponen a esta población a crecer, vivir, trabajar y envejecer con mayor dificultad, conflicto, sufrimiento y enfermedad.*

2. *Aunque la ausencia de un sistema de vigilancia con indicadores establecidos sobre los determinantes sociales de la población de La Viña impide conocer el grado exacto de desigualdad de los mismos, así como su comparación con otras poblaciones, la interpretación de los datos muestra la existencia de pobreza infantil, energética y necesidad de ayudas sociales para recursos básicos como la vivienda, alimentación e incluso prestaciones complementarias sanitarias.*

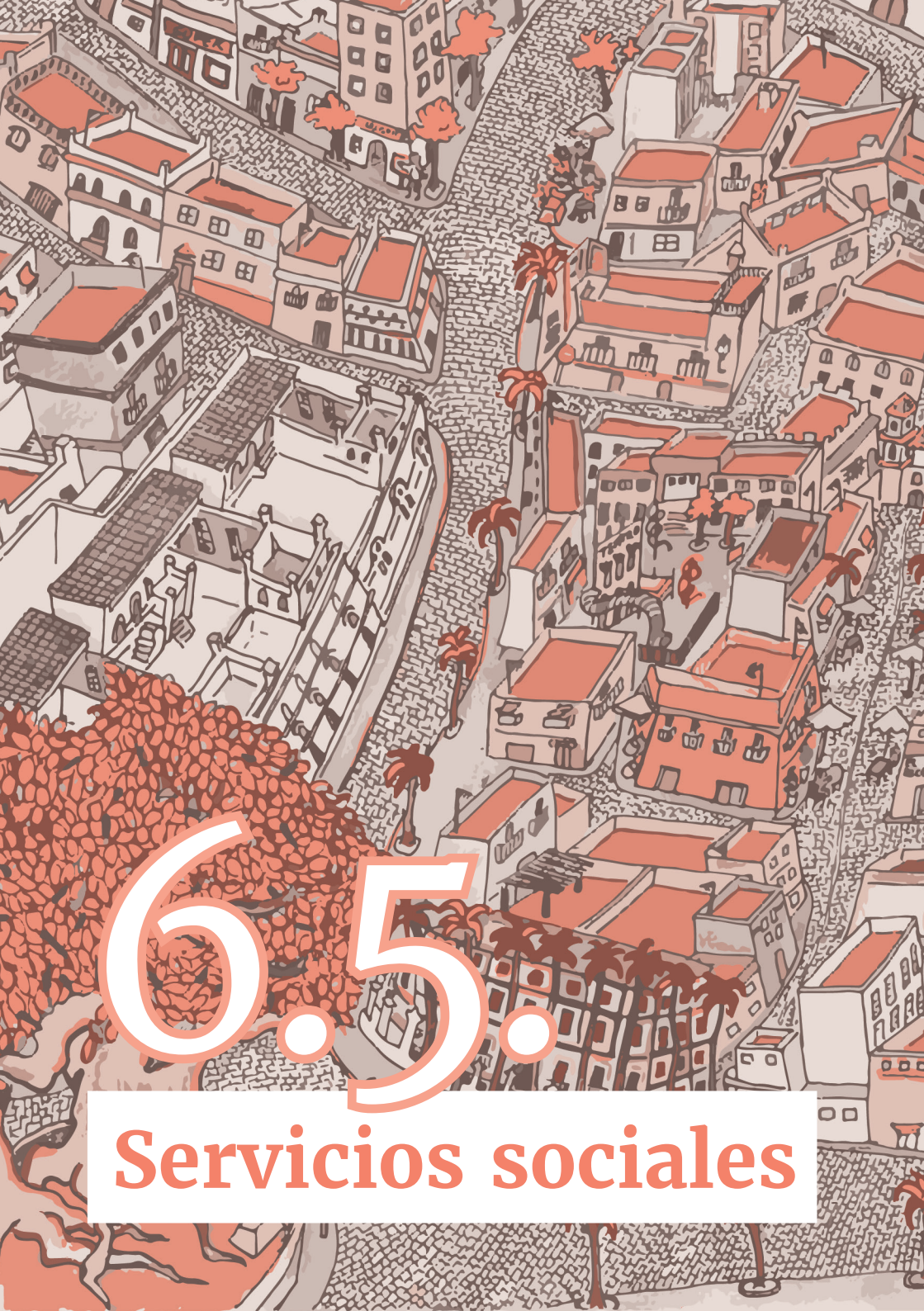
3. *La inequidad del sistema de pensiones español resulta insuficiente e ineficaz para garantizar la prevención de la exclusión social.*

4. *Las mujeres parecen ser la población más vulnerable en estos barrios, ya que sufren en mayor medida el impacto de injustas situaciones sociales.*

5. *Las peculiaridades del carácter de la población de este barrio, las fuertes estructuras de apoyo comunitario, su situación territorial en el centro histórico, su belleza y apertura al mar, son oportunidades para el desarrollo de mejores condiciones de vida.*

Se añade, como limitación a las conclusiones de este capítulo, la carencia de trabajos con metodología cualitativa, dirigidos a conocer en profundidad la peculiaridad de estos determinantes, la percepción de sus habitantes, así como posibles oportunidades de mejora.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta: "Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo. Alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación es posible; es lo que hay que hacer y éste es el momento adecuado para hacerlo"



6.5. Servicios sociales

Al comparar los datos de la Unidad de Trabajo Social (UTS) 4 de la Delegación de Servicios Sociales, perteneciente al barrio de La Viña, con el resto de las UTS se podría destacar que es un barrio muy atacado por el desempleo, por el bajo nivel académico de sus vecinos y vecinas y por la crisis económica. La falta de un empleo reglado en este barrio origina que algunas personas recurran a la economía sumergida, siendo un gran recurso la playa de La Caleta, de la que durante años se han ido nutriendo de la pesca y el marisqueo. A esto se une un gran número de viviendas consideradas infraviviendas, que no reúnen las condiciones adecuadas de habitabilidad. Estas condiciones de la vivienda hacen que el precio disminuya y que, por lo tanto, se esté concentrando un gran número personas con bajo nivel económico, trasladándose desde otras zonas al barrio de La Viña.

En resumen, La Viña es un barrio con una problemática cronificada en el tiempo y con un gran número de población usuaria de los Servicios Sociales.

A continuación se exponen datos relativos a las prestaciones que la Delegación Municipal de Servicios Sociales ha concedido a familias de la UTS 4 en el periodo de enero a noviembre de 2016.

CONCEPTO	TOTAL DE AYUDAS	TOTAL IMPORTE (euros)
Adultos Aprenden	1	306
Alquiler	447	167.265,19
Alquiler nueva vivienda	22	16.682,20
Alta suministro agua	13	2.032,03
Alta suministro luz	4	221,39
Ayuda económica familiar	20	6.076
Ayudas varias	13	2.970,87

CONCEPTO	TOTAL DE AYUDAS	TOTAL IMPORTE (euros)
Becas de libros	3	263,32
Bono Educa	3	138,71
Desplazamientos	1	20
Hipoteca	40	14.304,88
Prótesis y Órtesis	5	663,15
Recibo agua	87	6.396,80
Recibo luz	234	21.644,87
Residencia geriátrica	48	41.228,42
Tarifa reducida de pensionista de agua	70	0
Tarifa reducida de pensionista de luz	73	0
Tasa de gestión de residuos sólidos	8	327,50
Transporte urbano	7	528,09
Tratamientos médicos	4	118,49
TOTAL	1.103	281.187, 91

Además de estas prestaciones reflejadas en la tabla, hay otros servicios y programas que la Delegación ofrece a la ciudadanía, para menores y mayores principalmente. A modo de resumen se puede ofrecer una serie de conclusiones que se extraen de la Memoria de 2015 correspondientes a la ciudad de Cádiz, y que son extrapolables a lo que ha acontecido en La Viña.

CONCLUSIONES:

1. *Durante estos últimos años se ha ido incrementando en todos los sentidos la atención prestada a las personas usuarias, sin embargo el personal que atiende a esta población tuvo una pérdida en el 2014 que aún no se ha recuperado. Esta falta de recursos humanos es un gran problema en momentos tan delicados y de crisis.*

2. *Hay que resaltar que una demanda muy solicitada es la prestación para la vivienda. Esta prestación se ha visto incrementada de manera potencial durante el año 2015, se han tramitado 2.249 prestaciones más con respecto al año anterior. El nivel de aumento no tiene antecedentes en la Delegación y concretamente el concepto de mayor valor es el alquiler con 2.027 prestaciones. Ante esta situación se constata que se mantiene la situación de crisis económica y que el coste de la vivienda es muy elevado para muchas de las familias que acuden a los Servicios Sociales.*

3. *Seguidamente a esta prestación hay otro gran problema dentro de las necesidades básicas de las familias y es el suministro de luz y agua. Se observa que se han triplicado las solicitudes de ayuda en este concepto. Destacando además que supone una necesidad básica de alto coste para la ciudadanía.*

4. *Otra ayuda importante es la Prestación Complementaria de Salud que es considerada de necesidad básica pues engloba ayudas para tratamientos médicos (fármacos no cubiertos por la Seguridad Social), prótesis, órtesis, etc. Esta prestación también ha aumentado con respecto a años anteriores.*

5. *Destaca la aparición de una prestación nueva en los últimos años ante la necesidad de la alimentación infantil contemplada en el Decreto-Ley 8/2014, de 10 de junio, de medidas extraordinarias y urgentes para la inclusión social a*

través del empleo y el fomento de la solidaridad en Andalucía.

6. *La falta de empleo y la crisis económica hacen que las familias tengan que acudir a Servicios Sociales porque no pueden cubrir sus necesidades básicas como la vivienda, los suministros básicos, tratamientos médicos e incluso la alimentación de sus menores.*

7. *Con respecto a las intervenciones con menores en situación de posible desprotección, el Servicio de Familia e Infancia detecta el incremento de forma alarmante de casos que precisan atención, destacando los siguientes datos:*

   7.01. *Las familias atendidas suelen ser monoparentales, en situación de desempleo, con estudios primarios, sin vivienda propia, viviendo con familias extensas o en viviendas ocupadas, ya que no pueden hacer frente a una vivienda en régimen de alquiler.*

   7.02. *Ha aumentado el número de personas adultas con toxicomanías.*

   7.03. *Existe un alto número de personas usuarias no diagnosticadas donde es evidente la necesidad de tratar diversos procesos psicológicos como la depresión o la ansiedad.*

   7.04. *A través de este programa se evidencia cómo aumenta el déficit de atención sanitaria dentro del déficit de hábitos saludables. Aparece una nueva problemática que es el aislamiento en menores, motivado por algún tipo de adicción al juego. En la actualidad no hay recursos para atender esta nueva problemática, porque no existen servicios especializados que atiendan en el domicilio a menores.*

8. *La ciudad de Cádiz cuenta con una población de la que un 24% es mayor de 65 años. En el desarrollo de los Programas de Mayores en el año 2016 en el barrio de La Viña se obtienen las siguientes conclusiones:*

   8.01. *Es importante no duplicar programas y proyectos y concentrar la inversión en las competencias propias municipales. Esto es lo que motiva que durante este año se haya trabajado en la extinción del Servicio Municipal de Teleasistencia, que ya desarrolla la Junta*

de Andalucía a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

8.02. *La Delegación de Asuntos Sociales ha sido sensible en la cobertura de necesidades básicas no sólo a través del Programa de emergencia social sino a través de su Programa de Comida a Domicilio y los Comedores de Mayores en los Centros de Participación Activa, ya antes de que se desarrollara el Programa de Garantía Alimentaria a través de la línea de subvenciones de la Junta de Andalucía. Se han atendido en comida a domicilio a 30 personas mayores, que se encontraban en situación de alta vulnerabilidad y se han atendido a 50 personas mayores válidas en los almuerzos en los Centros de Participación Activa, fomentando además la relación con sus iguales y reduciendo la posibilidad de accidentes domésticos por la manipulación de los alimentos en el cocinado.*

8.03. *Los Centros de Participación Activa deberían además ser espacios diana para el desarrollo de programas preventivos, hecho éste que en la actualidad sólo sucede puntualmente.*

8.04. *El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se presenta no sólo como un servicio de atención personal y doméstica sino que la atención socioeducativa y preventiva cada vez es más potente. En el 2016 se atendieron 822 personas usuarias de las cuales 427 provenían de la Ley de Dependencia y 395 del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal. El servicio además cuenta con una considerable lista de espera, 384 personas que solicitan el servicio municipal ante los retrasos del procedimiento de Dependencia.*

8.05. *Por otro lado, muchas personas mayores aún no llegan al Grado II de Dependencia que es lo que les da la posibilidad de la Ayuda a Domicilio entre, otras prestaciones. Sin embargo, estas personas que no llegan al Grado II de Dependencia tienen limitaciones funcionales y psicosociales para las que el Servicio de Ayuda a Domicilio de carácter preventivo puede ser un instrumento muy válido.*

8.06. *No debe olvidarse el carácter instrumental del Servicio de Ayuda a Domicilio en los procesos de intervención social, casos de familias con menores, síndrome de Diógenes, mayores en situación de abandono …*

8.07. *Se plantea que los equipos de Dependencia y los de Ayuda a Domicilio debieran ser de carácter interdisciplinar y no solo formados por profesionales del trabajo social dada la necesidad de coordinación institucional y específica, sobre todo con el sistema sanitario y judicial, que se mantiene en los casos complejos. De hecho este año se ha desarrollado un proyecto piloto en el que se ha incorporado la figura profesional del/a psicólogo/a durante tres meses en una zona de la ciudad específica con resultados muy positivos, abriéndose una brecha en el trabajo de desarrollo de habilidades en las personas cuidadoras, acompañamiento en los procesos de duelo y de toma de decisiones, orientación y resolución de conflictos, trabajo a nivel de emociones…*

8.08. *Es importante resaltar que de las 648 personas usuarias del SAD en activo a 31 de diciembre de 2016, 223 viven solas. 40 de ellas sufren la enfermedad de alzhéimer y de éstas, 3 viven solas. 34 personas tienen problemas de salud mental y de éstas 15 viven solas. 3 personas sufren el síndrome de Diógenes. 61 personas se encuentran en situación de exclusión social. Esto significa que existen 361 personas usuarias vulnerables y 81 en situación de grave riesgo.*

8.09. *La ratio de personas usuarias por profesional es de 274. Teniendo en cuenta el perfil descrito arriba, es del todo insuficiente y no garantiza la atención en tiempo y modo.*

8.10. *Respecto a las plazas residenciales por emergencia social, debe señalarse que los ingresos en residencia no son competencia de los municipios sino de la comunidad autónoma. Sin embargo son los municipios los que detectan y tienen que atender a sus personas mayores en riesgo sociosanitario, por lo que estas plazas constituyen una herramienta indispensable en aquellos casos en los que la permanencia en la vivienda no es posible. Se han atendido por esta vía a 18 personas mayores.*

8.11. *Dentro del apartado de prevención destaca por su nivel de participación el Programa de Animación sociocultural de personas mayores, que atiende a unos 1.000 personas mayores válidas de toda la ciudad a través de talleres diversos en periodo escolar (pintura al óleo, yoga, encuadernación, teatro, taichí, gimnasia de mantenimiento, informática, diseño…). Este programa es una inversión en salud y en el desarrollo del envejecimiento activo.*

8.12. *Es necesario considerar que existen un número no determinado de personas mayores con dificultades que no son atendidas por los Servicios Sociales, dado que ni ellas ni sus familiares acuden a los centros municipales. La identificación de estas personas mayores y de sus necesidades constituiría una inversión en el capítulo de prevención.*

8.13. *La coordinación transversal entre las Delegaciones del propio Ayuntamiento así como entre los distintos sistemas de protección es una herramienta fundamental para la adecuada atención a las personas mayores.*

6.6. Personas sin hogar

Los datos e información disponibles sobre las personas en situación de sin hogar -PSH en adelante- tanto en la ciudad de Cádiz como en el propio barrio de la Viña, son insuficientes, limitados o parciales y muy localizados en el espacio y el tiempo lo cual dificulta conocer su perfil socio demográfico.

La carencia de datos suele suplirse con el mantenimiento de tópicos sobre las personas que están en esa situación. Tópicos en su mayoría estigmatizantes, que cuando se manejan a nivel coloquial, lejos de acertar en las interconexiones de causas y efectos de esta forma de manifestación de la exclusión social, se conforman como un ruido altamente peligroso que frecuentemente distorsionan la comprensión del fenómeno. En el peor de los casos incluso afecta a la integridad física de las personas que se hallan en esta situación.

Es por ello que este informe se remite a datos empíricos e informes realizados por fuentes fiables tanto públicas como privadas que han realizado estudios en el territorio andaluz o nacional, los cuales son totalmente extrapolables a la realidad del barrio de La Viña, ya que esta información no responde a la realidad de un barrio en concreto sino a un fenómeno social globalizado como es el sinhogarismo.

En la ciudad de Cádiz se dispone de las memorias de los recursos existentes que recogen los datos con criterios diferentes, lo cual dificulta su análisis. Aún así, han sido las fuentes en las se ha basado la realización de este informe. Además de estas memorias y de la experiencia propia del tejido asociativo que atiende esta realidad, también se han contado con los datos recogidos en el censo oficial de PSH de la ciudad, realizado cada dos años y organizado desde la Mesa de PSH perteneciente al Consejo de Inclusión Municipal.

Cuantificación de las Personas Sin Hogar en la ciudad de Cádiz

ESTIMACIÓN TOTAL ANUAL	DIARIAMENTE	ÁMBITO/RECURSO
150 personas cifra estimada sin estar corroborada cuantitativamente de forma oficial	115 personas. Fecha del censo: 5-11-2015	ÁMBITO CIUDAD

ESTIMACIÓN TOTAL ANUAL		DIARIAMENTE	ÁMBITO/RECURSO
25 personas de media		De 15 a 25 de media Fluctuando según la época del año	Durmiendo en calle dentro del barrio de La Viña y atendidas por diferentes entidades de calle
Nº Total Personas Atendidas	1.052	18 personas de media	Centro de Alojamiento Municipal (CAM) P/ Macías Retes
Nº Total Personas Alojadas DISTINTAS	777		
Nº Personas Atendidas Sin Alojamiento	254		
Nº Demandantes de Información y/o Atención Social	575		
2.400 personas aproximadamente El 70% son PSH, frente al 30% que pertenecen a otros grupos de riesgo: inmigrantes, desempleados de larga duración, familias, personas sin recursos económicos, mayores con pensión no contributiva (PNC)		90 Personas diarias 70% PSH	Comedor Virgen Poderosa C/ María Arteaga

Por otro lado existen datos pertenecientes a la Memoria del año 2015 del único Centro de Acogida Municipal para PSH situado en la Plaza Macías Retes, situada en el barrio de La Viña, cuyos datos completos pueden consultarse en el capítulo de Servicios Sociales del perfil completo de salud del barrio. De ellos se concluye:

1. *Las personas atendidas durante el año 2015 fueron 1054, de los que 808 se alojaron y 254 no.*

2. *De las personas atendidas con alojamientos la media de estancia en el 2015 fue de 564 al mes en total con un nivel de ocupación del 92,87%, lo que supone un aumento significativo respecto al año 2014 cuya media era de 535 y un nivel de ocupación del 87,79%.*

3. *Entre las personas distintas que se alojaron en el Centro (777), 640 fueron hombres (82,37%) y 137 (17,63%) mujeres, apreciándose una subida de éstas con respecto a 2014 (917), en el que los hombres fueron 815 (88,87%) y las mujeres 102 (11,12%).*

4. *El número de parejas alojadas en 2015 ha sido de 15, aumentando también respecto al 2014 que fueron 10.*

5. *La nacionalidad de las personas alojadas distintas (777), 592 (76,19%) fueron españolas y 185 (23,81%) fueron extranjeras en 2015, siendo los porcentajes similares al año 2014 (917), en el que 692 (74,46%) fueron españolas y 225 (24,54%) extranjeras, porcentajes muy similares.*

6. *Durante 2015 desde el centro se han gestionado las prestaciones y servicios que a continuación se detallan:*

   6.01. *Alojamiento: de 989 demandas de alojamiento, fueron aprobadas 768 (77,65 %) y tuvieron que ser denegadas por diferentes motivos 221 de ellas (22,35 %).*

   6.02. *Desplazamiento: de las 106 demandas de desplazamiento, fueron aprobadas 16 (15,09%) y tuvieron que ser denegadas 90 de ellas (84,90 %).*

6.03. *Empadronamiento: fueron aprobadas 9 (16,36%) demandas del total de 55 presentadas, siendo denegadas 46 (83,64%).*

6.04. *Farmacia: fueron aprobadas las 336 demandas de esta ayuda.*

7. *Las demandas atendidas a petición de personas usuarias no alojadas fueron entre otras: derivación de casos normalizados tras planes integrales de trabajo social hacia los Servicios Sociales Comunitarios, gestión para obtención de documentación en general, ayudas económicas de distinta índole, recepción, aviso y entrega de correspondencia importante, ayudas individuales, mediación en alojamientos alternativos por circunstancias especiales, violencia de género, localizaciones, tramitación de valoración de grado de minusvalía, gestiones sanitarias (peticiones de citas, tramitación de cobertura sanitaria temporal, coordinación con los Centros de Salud y hospitales, coordinación con la unidad de salud mental…) etc.*

8. *Los datos que arrojan los datos del dispositivo de alerta por frío a finales de 2015 , denominada Campaña de Frío de 2015/2016 y cuyo funcionamiento consiste en la concesión de una jornada de albergue, no renovable al día siguiente pero si demandable de manera independiente, con todos los servicios de los que consta una estancia normalizada (pernocta, manutención e higiene) eran de 68 personas que habían utilizado el dispositivo (62% más que la campaña de 2014/2015) entre las que se sumaron 411 estancias (121% más que en 2014), observándose una altísima subida en un año de la demanda de servicio.*

CONCLUSIONES

1. *El perfil de las Personas Sin Hogar de Cádiz y su problemática sociosanitaria coinciden con los referentes nacionales.*

2. *Se estima que en Cádiz viven unas 150 personas sin hogar. Esta cifra es suficientemente importante como para considerar el sinhogarismo un problema relevante de la ciudad. No obstante, este fenómeno social debe entenderse como una realidad cualitativa más que cuantitativa.*

3. *Se ha constatado una tendencia ascendente en los últimos años.*

4. *La esperanza de vida de estas personas es mucho menor que la del resto de la población. La calle mata.*

5. *Las PSH no tienen cubiertas sus necesidades más básicas, a excepción de la alimentación, para una vida digna y autónoma: vivienda, empleo, recursos económicos, redes familiares y sociales…*

6. *Presentan niveles bajos de salud aunque la autopercepción no es muy negativa.*

7. *Predominan las enfermedades y trastornos del área de la salud mental.*

8. *La utilización, por parte de estas personas, de los servicios socio-sanitarios específicos o normalizados es nula o muy deficiente.*

9. *En gran medida solo utilizan los recursos sanitarios en situaciones extremas y por la vía de urgencias.*

10. *Muchas de las enfermedades que sufren no son tratadas médicamente o no se cumple el seguimiento adecuado y muchas ni siquiera están diagnosticadas.*

11. *Al no existir un trabajo de calle profesionalizado, la atención socio-sanitaria recae en el tercer sector y en el voluntariado.*

12. *La soledad y el abandono son las principales características de las personas que sufren la realidad de calle.*

13. *La mayoría de las PSH de Cádiz viven en intramuros, aunque hay un gran porcentaje en extramuros que no usa los recursos existentes.*

14. *Los principales recursos especializados están ubicados en intramuros, tanto en el barrio de La Viña, como en los alrededores.*

15. *Estos recursos responden más al activismo social o la iniciativa privada que a las instituciones públicas.*

16. *Existe gran escasez de recursos y de profesionales que garanticen la atención sociosanitaria a estas personas.*

17. *Los recursos existentes, en su mayoría, son asistenciales y no ofrecen alternativas reales al hecho de poder salir de la calle definitivamente.*

18. *La mayoría de PSH no posee trabajo y su permanencia en situación de desempleo suele ser muy dilatada en el tiempo.*

19. *La mayor parte de PSH de Cádiz son hombres, siendo mucho menor el número de mujeres.*

20. *La edad media de las PSH de Cádiz es de 47 años. El predominio de edades avanzadas aporta un factor de mayor gravedad y deterioro en términos de salud.*

21. *La mayor parte de las PSH de la ciudad son de Cádiz o nacionales. De las personas extranjeras predominan las europeas, seguidas de las africanas.*

22. *El perfil de las PSH de Cádiz se caracteriza por bajo nivel de estudios, tiempo prolongado de desempleo, escasa o nula percepción de ayudas económicas y carencia de documentación administrativa (empadronamiento y tarjeta sanitaria).*

6.7. Estilos y hábitos de vida

El aumento del desempleo en España ha sido una de las consecuencias más dramáticas de la crisis económica. Existen evidencias científicas que demuestran una clara relación entre el nivel educativo de padres y madres, el desempleo y el descenso de bienestar de la población con una repercusión desfavorable sobre los estilos y hábitos de vida (mayor sedentarismo, mala alimentación, afectación del sueño y consecuente descanso, incremento de las conductas antisociales y adicciones, etc.) causando un aumento en enfermedades crónicas no transmisibles, cuadros depresivos, malestares psicosomáticos e, incluso, las ratios de suicidio.

La metodología de intervención apropiada para conseguir cambios en los estilos de vida de las personas debe ser de tipo comunitario para que los mensajes de salud lleguen desde distintos agentes e implicar a la ciudadanía en la elección y puesta en marcha de las distintas estrategias de promoción de la salud.

Estas estrategias no deben centrarse solo en modificar los estilos de vida de las personas ya que son más eficaces las medidas orientadas a mejorar las condiciones del entorno para hacer más fáciles las opciones saludables.

A continuación se ofrecen conclusiones de los datos recogidos y revisados por el Grupo de trabajo sobre Estilos y hábitos de vida del Plan Local de Acción en Salud de Cádiz. En estos datos se hace referencia al ámbito de La Viña, al de Cádiz ciudad y al de Andalucía.

CONCLUSIONES:

1. **Sobre sexualidad:**

1.01. *Hay adolescentes que inician las relaciones sexuales a edades tempranas pudiendo estar en una situación de vulnerabilidad ante el riesgo de embarazo, de infecciones de transmisión sexual y de desarrollo afectivo-sexual no saludable.*

1.02. *La población adolescente que pertenece a familias con estatus medio y bajo manifiesta haber tenido relaciones sexuales coitales en mayor porcentaje que las que pertenecen a familias de estatus alto.*

1.03. *El uso de método anticonceptivo en la primera relación es menos habitual entre las mujeres con estudios primarios y nivel de ingresos bajo.*

1.04. *En la provincia de Cádiz ha aumentado el porcentaje de personas que no usan métodos anticonceptivos. Cádiz es la segunda provincia con mayor porcentaje de personas que no usan métodos anticonceptivos.*

1.05. *En la población de La Viña atendida en el Centro de Salud El Olivillo ha disminuido la interrupción voluntaria del embarazo desde el año 2011 aunque se observa un repunte en el último año.*

1.06. *Las intervenciones en educación afectivo-sexual deben continuar realizándose haciendo especial hincapié en las ZNTS (Zonas necesitadas de transformación social) y en los centros educativos ubicados en dichas zonas o que acojan a esta población.*

2. Sobre adicciones (alcohol y tabaco):

2.01. *Las mujeres andaluzas presentan la mayor prevalencia de España en tabaquismo, detectándose la necesidad de una intervención más adaptada a las mujeres y a sus necesidades y una revisión de los sesgos de género en las intervenciones para la prevención del tabaquismo.*

2.02. *Existe una notable prevalencia del consumo de alcohol semanal en la población de 17-18 años por lo que se requiere la existencia de programas que aborden esta realidad social. Al tratarse de una droga social aceptada y valorada la dirección de la intervención debe apuntar a un cambio cultural y a una reflexión sobre la funcionalidad del alcohol en nuestra sociedad y al valor lúdico otorgado a esta sustancia.*

3. Sobre actividad física y deporte:

3.01. *En Andalucía, durante el año 2015, más de la mitad de la población de 16 o más años no realizó ningún tipo de práctica deportiva de*

forma regular o habitual. Más de la mitad de la población gaditana no practica deporte, lo que representa la tasa más alta de Andalucía.

3.02. *El sedentarismo en el tiempo libre presenta valores preocupantes en menores. Aunque se van reduciendo las diferencias por género, el sedentarismo sigue siendo mayor en mujeres que en hombres y de manera más significativa entre las mujeres mayores de 75 años.*

3.03. *De la población andaluza que abandona la práctica deportiva el principal motivo es la salud (39,6%), pero luego existen diferencias de género; siendo para las mujeres por obligaciones familiares (21,3%) y para los hombres por cansancio (35%) y/o lesiones (27,5%).*

3.04. *De manera positiva se destaca que Cádiz es la provincia andaluza que presenta la mayor frecuencia de paseo, aunque esta actividad física no se considera como práctica deportiva.*

4. Sobre problemas de exceso de peso (sobrepeso/obesidad):

4.01. *La provincia de Cádiz presenta una tendencia en los últimos años a aumentar el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad.*

4.02. *En la población de menores de 16 años, Cádiz es la provincia con mayor riesgo de obesidad y presenta el mayor porcentaje de obesidad de Andalucía (21,9%).*

4.03. *Como indicador de desigualdad social existe una relación inversa evidente entre el nivel de estudios e ingresos de padres y madres y los problemas de exceso de peso.*

4.04. *El exceso de peso en la mujer embarazada constituye un especial riesgo para la salud de la madre y de la descendencia, por lo que su abordaje se debe considerar prioritario.*

5. Sobre alimentación:

5.01. *La tendencia general desde la infancia hasta la adolescencia es*

consumir cada vez menos fruta y verdura, mientras que el consumo de dulces y refrescos crece de forma significativa.

5.02. *Sin disponer de un estudio específico en Cádiz, probablemente exista una tendencia actual más acusada de las familias desfavorecidas y de las personas más jóvenes a la alimentación rápida, económica y desequilibrada.*

6. Sobre lactancia materna:

6.01. *Se incumplen las directrices de la OMS y UNICEF donde se recomienda que el inicio de la lactancia materna debe darse en la primera hora de vida, la lactancia debe ser exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida, y la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados debe ser a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.*

6.02. *La lactancia materna ha disminuido en la provincia de Cádiz y ha habido un aumento en el uso del biberón.*

6.03. *Cádiz es una de las dos provincias donde menos se da el pecho.*

6.04. *Los niños y niñas atendidos en el centro de salud El Olivillo tienen un notable abandono de la lactancia materna en el primer mes y a partir del quinto mes. Se puede sospechar que la incorporación al mundo laboral de la madre provoca el abandono de la lactancia materna.*

6.05. *En los centros de salud de la zona no está implantada la estrategia IHAN de Humanización del Nacimiento y la Lactancia (UNICEF). Esta iniciativa podría plantearse como una línea de mejora.*

6.06. *La baja tasa de lactancia materna y su tendencia descendente se considera un problema de salud prioritario y por lo tanto es fundamental promover la lactancia materna.*

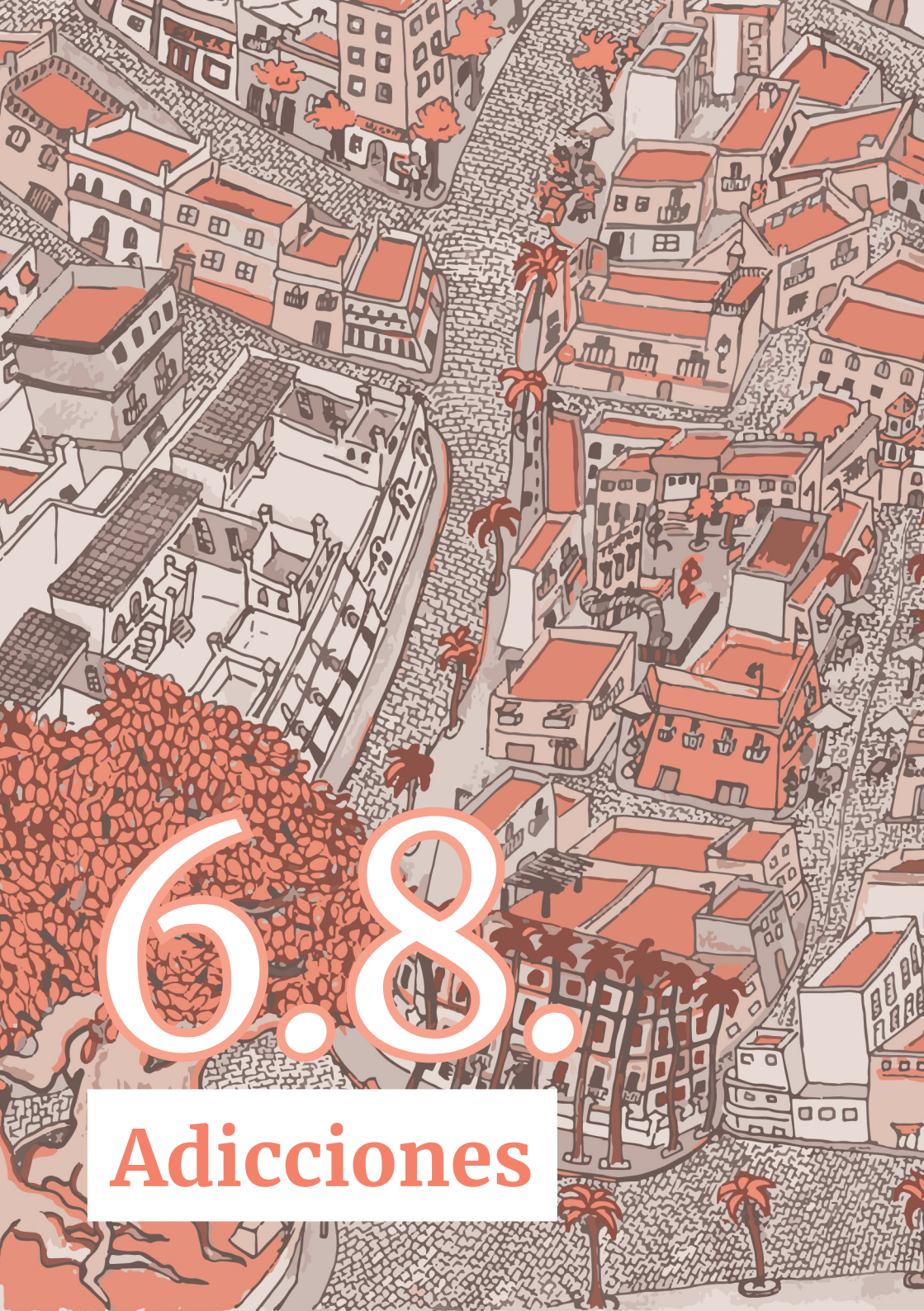
7. **Sobre siniestralidad/accidentabilidad y seguridad vial:**

7.01. *De los datos extraídos se considera relevante la implicación de ciclomotores y motocicletas en los accidentes de tráfico en la ciudad de Cádiz y los índices más elevados de mortalidad en las personas mayores de 75 años.*

7.02. *Se considera oportuno destacar la labor educativa de la Policía Local y en concreto el programa preventivo de Seguridad Vial que es un referente provincial.*

7.03. *No se han encontrado variaciones destacables en la tendencia de los últimos años sobre los delitos y/o atestados registrados y su relación con las desigualdades sociales.*

De manera general se concluye que se han encontrado ciertas limitaciones documentales en la obtención de datos actualizados y específicos sobre estudios de indicadores epidemiológicos del estilo y hábitos de vida de la población gaditana, de la ciudad de Cádiz, y en concreto del barrio La Viña.



6.8. Adicciones

En el Centro de Tratamiento Ambulatorio para las Adicciones de Cádiz (en adelante CTA de Cádiz), entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015 fueron atendidas 2.746 personas con problemas de adicciones (a sustancias o comportamentales).De esta población, 124 personas situaron su domicilio en el barrio de La Viña, lo que supone que un 4,5 % de la población atendida tiene su residencia registrada en el barrio de la Viña.

De los estudios realizados por el Plan Andaluz para las Drogodependencias 'La Población Andaluza ante las Drogas' y de las conclusiones obtenidas de la extracción de datos del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), considerando todas las personas que han recibido atención en el CTA de Cádiz en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015,y filtrando por domicilio, de la población que tiene recogida en su ficha de datos personales una dirección, la que está dentro de la zona delimitada como barrio de La Viña de Cádiz, se obtienen unas estadísticas de cuya información se concluyen los siguientes datos:

Sexo

De las 124 personas atendidas domiciliadas en el barrio de la Viña, 101 son hombres (81,5 %) y 23 mujeres (18,5 %), mientras que del resto de Cádiz, 2140 (81,6 %) son hombres y 482 (18,4 %) son mujeres. Se observa que la proporción de personas atendidas es de una mujer por cada 4 hombres. Sin embargo, los porcentajes comparativos de La Viña con el resto de Cádiz son casi idénticos.

Nivel de formación

Se observa que en los niveles más bajos de formación los porcentajes son más altos que en el resto de Cádiz. Sin embargo, en los niveles de población que ha finalizado el Bachillerato o ciclo formativo de grado medio la tendencia cambia de signo y los porcentajes pasan a ser más bajos en el barrio de la Viña que en el resto de Cádiz. Por tanto, podríamos concluir que la población diana, a grandes rasgos, tiene un nivel de formación más bajo que la media del resto de la población de Cádiz, teniendo en cuenta que se refiere a la población atendida en el CTA de Cádiz y en el periodo señalado.

Situación laboral en el momento de la admisión

Con estos datos, se observa algo parecido a lo que ocurre en el nivel de formación. Los datos que tienen que ver con una situación de empleo, ya sea indefinido, autónomo o temporal, son menores en porcentaje en el barrio de La Viña que en la población del resto de Cádiz. Pero cuando pasamos a la población desempleada, la tendencia se invierte y los porcentajes son mayores en la población de La Viña que en la del resto de Cádiz. Por tanto, se puede concluir que la población atendida en el CTA de Cádiz domiciliada en la Viña tiene mayores niveles de desempleo que la del resto de Cádiz.

Adicciones por las que demandan atención

Los datos más llamativos son:

- *A nivel general, habría que comentar que el alcohol es la sustancia que afecta a mayor porcentaje de población que demanda atención en el CTA de Cádiz, seguida del "rebujao" de heroína con cocaína, después la cocaína y después el cannabis. Siendo el resto de sustancias y adicciones en porcentajes mucho menores.*

- *En cuanto a los porcentajes comparativos del barrio de La Viña con el resto de Cádiz, observamos que el porcentaje de casos que demandan atención por juego patológico, es 2,3 % mayor en La Viña que en el resto de Cádiz. Menor el porcentaje de personas que solicitan atención por consumo de "rebujao", un 2,6 % en la Viña que en el resto de Cádiz. Mayor el de cocaína (1,2%) y el de cannabis (1,5%) y menor el de alcohol (2,8%).*

Edad

La edad media de la totalidad de las personas que componen este estudio, es de 43,19 años. Hay tres datos que pueden llamar la atención, que son:

- *La diferencia de edad en las personas en tratamiento por cocaína. Que mientras en el resto de Cádiz es de 38,31, en La Viña sube a 42,20.*

- *Esa diferencia también se observa en las personas en tratamiento por cannabis, aunque aquí la diferencia es menor, en el resto de Cádiz es de 30,70 y en La Viña es de 31,86.*

- *El dato más llamativo se presenta en la diferencia de edad de las personas con problemas de consumo de hipnóticos y sedantes, que en el resto de Cádiz es de 40,70 y en La Viña de 57,33. Sin olvidar que la muestra de la que hablamos es de 61 personas para el resto de Cádiz y de 3 para la Viña. Aún así, resulta un dato a señalar.*

Situación de convivencia

Revisando estas bases de datos, sin olvidar la población que se estudia y recordando que la edad media de dicha población es de 43,19, hay algunos datos a considerar, que especialmente llaman la atención:

- *Que el 40,8 % de la población atendida conviva con sus padres o familia de origen.*

- *Que el 13,4 % de la población viva sola.*

- *Que sólo el 19,4 % conviva con pareja e hijos.*

Vía de acceso a nuestro Centro

El 44,3% de las personas que asisten al CTA de Cádiz lo han hecho por iniciativa propia. Un 16,6 % lo han hecho a través de familiares y amistades y un 10,2% acude a través de Servicios legales y/o policiales. A continuación vendrían los que acuden a través de consulta médica general y hospitales u otros servicios de salud. Habría que señalar que la derivación por consulta médica general y por la atención primaria en el barrio de La Viña, supera en tanto por ciento al resto de Cádiz como vía de acceso al centro. Igual ocurre con los Servicios Sociales.

CONCLUSIONES

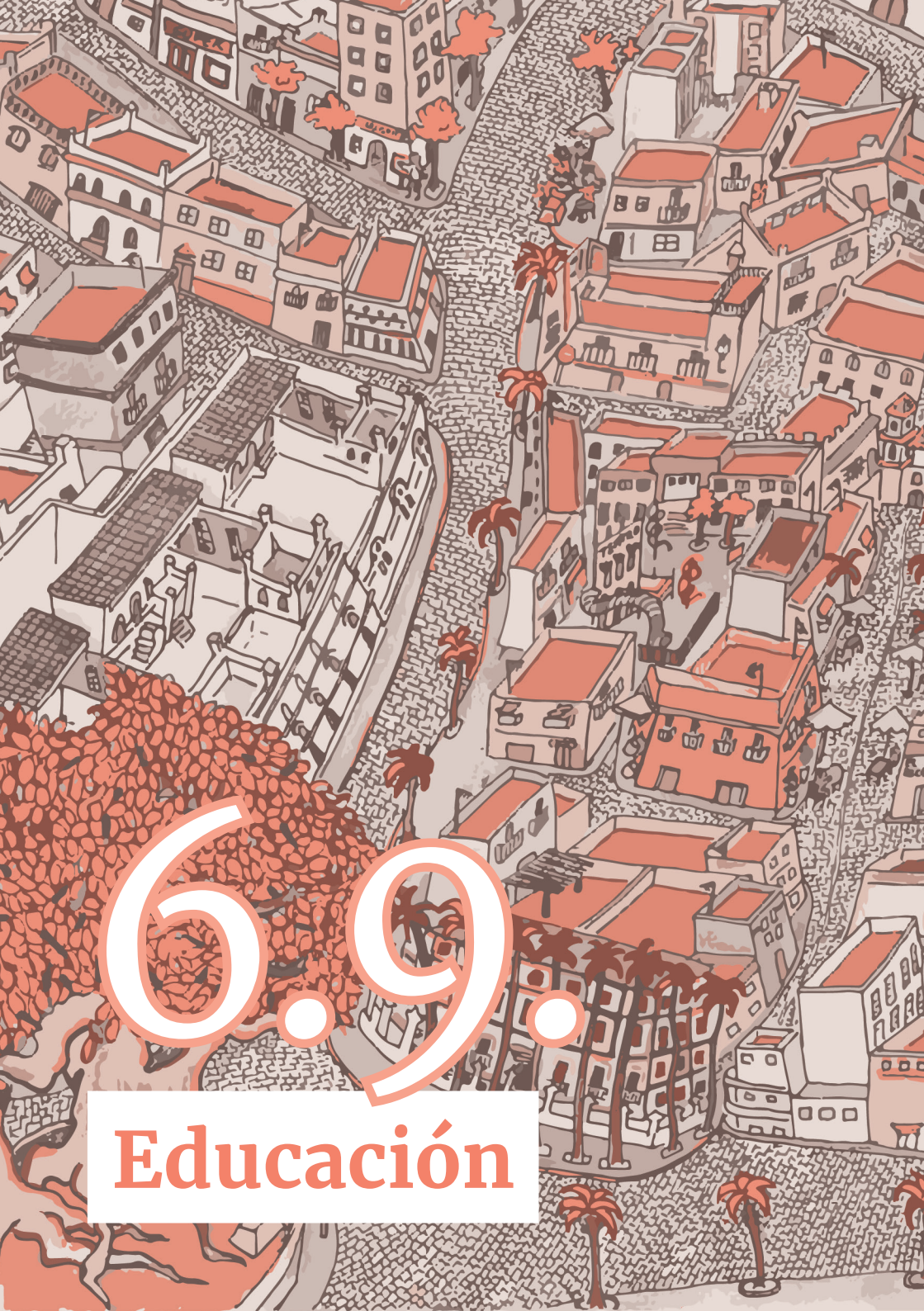
En el barrio de La Viña los problemas derivados del consumo de drogas y sus costesrepresentan un importantísimo problema de salud pública, tal y como señalan los indicadores de prevalencia del consumo de drogas, la carga de morbimortalidad que presenta y los datos asistenciales, por lo que es necesario realizar una reflexión crítica orientada hacia la toma de decisiones que mejoren dicha realidad:

1. *Necesidad de un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de consumos.*

2. *Mejorar la coordinación de los servicios a través de medidas formativas y de elaboración de protocolos conjuntos con Servicios Sociales y Atención Primaria de Salud.*

3. *Estrategias de prevención universal que faciliten la disminución del consumo.*

Se considera que cualquier actuación que se haga en esta dirección elevará el nivel de salud de la población.



6.9. Educación

Si la intención es elaborar un documento que diagnostique la salud del barrio de La Viña, su previsión de futuro y la compilación de recursos para la salud integral de la zona, es necesario analizar la situación de partida.

Es imprescindible el estudio de las condiciones socioeconómicas de la zona, poniendo el foco en este apartado en la educación, nivel de instrucción, absentismo escolar, recursos educativos y centros de formación.

El análisis de estos aspectos del barrio demuestra que el barrio de La Viña presenta unas tasas de desempleo por encima de la media de la ciudad y Cádiz padece una de las tasas de desempleo más altas de la Unión Europea. Los datos demográficos del barrio de La Viña pueden consultarse en el capítulo de Demografía del perfil de salud del barrio.

Para la recopilación de los datos del capítulo de educación del informe del perfil de Salud del barrio de La Viña se han considerado diferentes informes y fuentes bibliográficas. En diversas reuniones, nunca suficientes, se han determinado los datos relevantes para este informe y desechado los no vinculantes. Igualmente se han consultado vía telefónica datos de interés a distintos centros educativos e instituciones. Tras lecturas de los distintos informes y consultas se compila la información que se precisa, y que se refleja en dicho informe. Aún así es necesaria la ampliación de recogida de datos y la elaboración de informes que arrojen datos concretos del barrio.

El barrio de La Viña cuenta con los siguientes centros educativos:

Centros	Nombre	Titularidad	Oferta
Escuelas infantiles 1ª Ciclo de Infantil	Virgen de la Palma	Público	Taller de Juegos (17 a 20 h.)

Centros	Nombre	Titularidad	Oferta
Colegios 2º ciclo Infantil y Primaria	Josefina Pascual	Público	Extraescolares: Fútbol, Zumba, Taller de cocina, Inglés, Baloncesto, Taller de Artesanía, Balonmano
	San Rafael	Público	
	Santa Teresa*	Público	
	San Felipe	Público	
	La Salle Viña	Concertado	
	María Milagrosa / Juan Pablo II	Concertado	
Secundaria FP Básica Cualificación Profesional Inicial	La Salle Viña	Concertado	Enseñanzas FP Básica y Cualificación Profesional en Administrativo
	IES Caleta	Público	Secundaria
	María Milagrosa/ Juan Pablo II	Concertado	Secundaria

** Cuenta con aula específica: CEIP Santa Teresa.*

La oferta educativa del barrio es:

- *Infantil Primer ciclo.*
- *Infantil Segundo ciclo.*
- *Primaria.*
- *Educación Secundaria Obligatoria.*
- *Bachillerato.*
- *Formación Profesional básica y cualificación inicia en Administración.*
- *Estudios Universitarios de Económicas y Empresariales.*
- *Estudios Universitarios de Relaciones Laborales.*

La oferta de plazas del barrio de la Viña ha sido:

- *Para Primer ciclo de infantil han faltado 135 plazas en la Viña.*
- *Para segundo ciclo de infantil han sobrado 100 plazas en la Viña.*

CONCLUSIONES

1. *El Premio Nobel de Economía James Heckman, tras realizar experimentos en niveles de preescolar, basados en actuaciones de alta calidad en la primera infancia de niños y niñas, demuestra que estas actuaciones fomentan sus capacidades, lo que permite atacar la desigualdad en su origen. Las actuaciones precoces también aumentan la productividad de la economía. Igualmente estudios españoles encuentran que la educación infantil ayuda especialmente al alumnado con características socio-demográficas más desventajadas y al que tiene necesidades de Atención temprana.*

2. *En el barrio de La Viña faltan 135 plazas para escolarizar a niños y niñas de 0 a 3 años, por lo que no se están tomando medidas a este nivel de escolarización temprana, a pesar de que influye en la disminución del abandono escolar.*

3. *Los datos de los estudios estudios europeos consultados determinan ya en 2015, que el esfuerzo estructural económico que ha realizado España en los últimos años no es suficiente para alcanzar los objetivos europeos de 2020, no sólo en cuanto al Producto Interior Bruto (PIB) sino al resto de indicadores estructurales.*

4. *A raíz de los informes Pisa, incluidos en COUNTRY ANALYSIS. Monitor 2012, sobre España, se aplicaron estrategias de mejora. La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) define nuevos puntos de intervención estratégicos para alcanzar algunos objetivos:*

5. *Hacer realidad el aprendizaje permanente y la movilidad.*

6. *Mejorar la eficacia de la Educación y de la Formación.*

7. *Promover la equidad, la ciudadanía activa y la cohesión social.*

8. *Incrementar la creatividad y la innovación, incluido el espíritu empresarial, en todos los niveles de la educación y formación.*

Sin embargo en el barrio de La Viña se está a años luz de la idoneidad para el empleo y la educación. Se requiere un esfuerzo estructural para el fomento de la empleabilidad que es una combinación de factores que permiten a las personas progresar, accediendo a un empleo, permaneciendo en un trabajo o progresando en su carrera laboral. Este concepto incluye tanto las características, habilidades, aptitudes y motivación individuales como los factores externos que van más allá de las políticas educativas y de formación, como la regulación del mercado laboral, la demografía, el marco económico o la situación económica general.

6.10. Morbilidad y mortalidad

La población de La Viña está muy envejecida y es dependiente. Socialmente se encuentra muy afectada por el desempleo, aspecto éste que provoca grandes desigualdades sociales que se reflejan en la expectativa de vida.

En el barrio de La Viña hay una prevalencia de patologías crónicas ligadas a las condiciones y estilos de vida. De hecho hay una alta incidencia en ingresos evitables por las patologías descritas en el informe y una esperanza de vida menor relacionado con grandes procesos sindrómicos como son los procesos de diabetes y vasculares.

Existe una razón de mortalidad más importante en las zonas del Casco Histórico con especial incidencia en el barrio del Pópulo – Catedral – Santa María. En cuanto al barrio de La Viña no presenta los resultados más desfavorables pero desde luego se aprecian criterios de índices saludables bajos.

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

[6.10.1] Prevalencia de enfermedades en el área sanitaria del centro de salud El Olivilllo

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 asociado a otros estudios de personas inmovilizadas del área, hay que resaltar que muchas de la inmovilizaciones de ancianos y ancianas en sus domicilios son debidos a factores como barreras arquitectónicas, falta de recursos, soledad, etc. 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 altos 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% más, 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 (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) 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 más 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 está muy por encima de los datos de referencia y los desencadenantes comunes suelen ser ambientales y del entorno (polvo, suciedad, aire que se respira, humedad y ventilación de la vivienda, fumadores/as pasivos/as, 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 son indicativos 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 hombres incluidos en el proceso de atención a pacientes con hipertrofia benigna o 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 2007-2012. Las tasas de morbilidad de Cádiz capital en este tipo de cáncer están muy por encima de las tasas provinciales.*

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 personas cuidadoras atendidas por encima incluso del número de pacientes dependientes y ello es debido a la dificultad de excluir del programa a las personas cuidadoras cuando dejan de serlo por lo que es un servicio sobredimensionado y cuyos datos no son reales. Igual puede ocurrir con los servicios de asma y EPOC en la persona adulta 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 se atienden 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 de la ciudadanía.

[6.10.2] Desigualdades sociales y mortalidad en el barrio de La Viña

1. *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.*

2. *La esperanza de vida, tanto la de Cádiz, como la de la Zona Básica de Salud (ZBS) están por debajo de las de España. Este estudio no dispone de cifras a nivel nacional estratificadas según nivel de estudios.*

3. *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.*

4. *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 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 individuales. No se puede seguir esperando. Las políticas de orientación neoliberal deben acabar si se desea alcanzar mejores niveles de salud.

[6.10.3] Salud mental en el barrio de La Viña

1. *El número de consultas en Salud Mental de las personas adultas 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 personas cuidadoras.*

15. *El número de consultas en Salud Mental Infantil también está aumentando.*

16. *Los trastornos de conducta y los déficits 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.*

6.11. Participación y asociacionismo

El capítulo de Participación y Asociacionismo del Perfil de Salud de La Viña tiene como objetivo reflejar la información referente al tejido asociativo en la ciudad de Cádiz, concretamente en el ámbito de actuación del objeto de estudio, el barrio de La Viña.

Dentro de estos dos conceptos, participación y asociacionismo, se determinan dos aspectos: las estructuras de participación ciudadana dinamizadas o promovidas por la administración local y las de la sociedad civil, y por otro lado, las entidades sociales registradas en diferentes categorías.

En la elaboración del informe del perfil de salud de La Viña se ha realizado, en primer lugar, una división entre las estructuras que son promovidas por la administración pública y la sociedad civil, y aquellas entidades sociales que pertenecen al ámbito privado. Para la obtención de los datos cuantitativos ha sido necesario el cruce de los diferentes listados en los que aparecen recogidas las entidades, una vez unificados los datos, hemos procedido a la división y recuento de las mismas, en función de las distintas categorías contempladas por dichos registros. Con la intención de aportar claridad a la información, se han calculado los resultados en datos porcentuales y representado las distintas categorías del tejido asociativo de manera gráfica, de modo que se identifiquen fácilmente cuáles son las categorías con mayor y menor representación.

Del mismo modo, y con el objetivo de acercarnos a los límites establecidos en el objeto de estudio (barrio de La Viña), se ha procedido a la división geográfica de las entidades. Para ello se ha clasificado a las entidades según su ubicación en intramuros o extramuros, siendo las primeras las que se ubican más cerca geográficamente de La Viña.

A pesar de no haber realizado una exposición de los datos que contemple exclusivamente las entidades ubicadas en el barrio de La Viña, resulta importante mencionar que, del total de peñas ubicadas por la ciudad, una mayoría importante de las mismas se encuentran en el barrio en cuestión. Otro de los aspectos que llama la atención es que las entidades de solidaridad tienen fundamentalmente carácter asistencialista (comedores, donación de ropa, pagos de servicios básicos, etcétera) y muchas de éstas se ubican en el barrio de La Viña y sus alrededores (el 71% de presencia de entidades de solidaridad).La distribución geográfica muestra la proximidad a la zona, pero no se puede corroborar que la participación en las distintas entidades guarde relación con dicha proximidad.

CONCLUSIONES

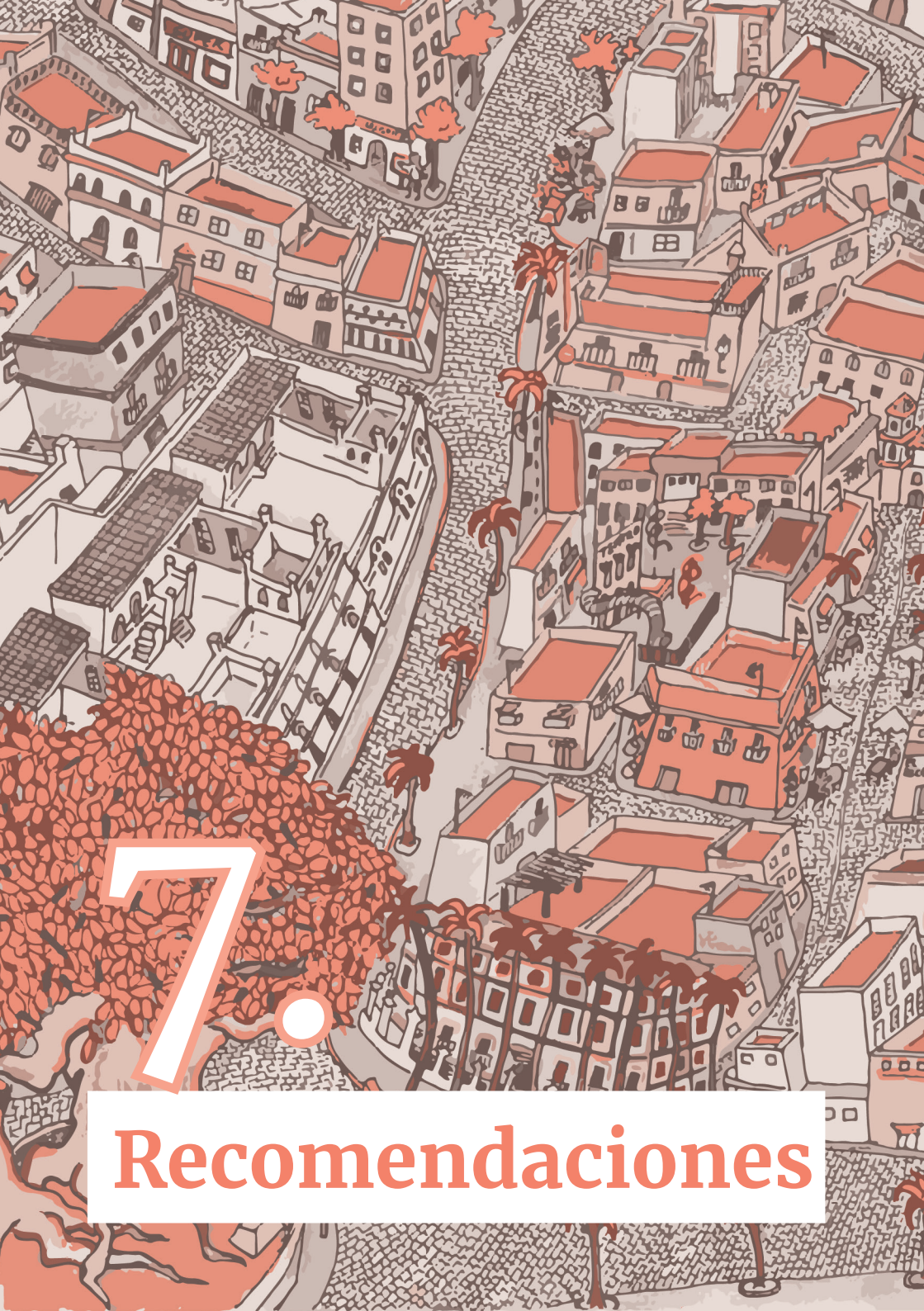
1. *Existe una gran cantidad de asociaciones en el ámbito territorial a analizar, aunque los datos sobre las actividades que desarrollan y el grado de participación de la ciudadanía son muy limitados.*

2. *En el barrio de La Viña existe una importante presencia de colectivos de carácter cultural y de ayuda-solidaridad. Estas últimas, en comparación con el resto de la ciudad, tienen un alto grado de concentración en la zona de estudio (Calor en la Noche, Cáritas, Madre Coraje, María Arteaga…) lo que podría reflejar, por un lado, las necesidades sociales que tiene el barrio, y por otro lado, el espíritu solidario y asistencial que tiene la población que habita este sector.*

3. *La presencia de las mujeres es mayoritaria en las asociaciones.*

4. *En general hay grandes dificultades para abordar desde las instituciones el tema de la participación como clave para definir estrategias de intervención en los territorios. Existen coordinaciones puntuales y algunas planificadas, pero habitualmente dependen de las voluntades personales y no de apuestas institucionales con dotación de recursos técnicos y económicos.*

5. *Hacen falta estudios que analicen el tipo de actividades que desarrollan las entidades, el perfil de las personas que participa, el modelo organizativo, el tipo de relaciones que se establecen entre sus componentes y personas usuarias y la existencia de redes asociativas.*



7. Recomendaciones

El objetivo fundamental de estas recomendaciones y de todo el informe del Perfil de Salud del barrio de La Viña de Cádiz es combatir las desigualdades sociales con políticas socialmente justas para conseguir mejores niveles de salud.

Una cuestión esencial es asumir el concepto de que la salud debe formar parte de todas las políticas. Existe una cultura de asociar salud con los servicios sanitarios que conlleva un error trascendental: se olvidan los determinantes sociales de la salud.

Por todo lo anterior, la intersectorialidad en el abordaje y la gestión de las políticas es un factor fundamental para conseguir que estas sean equitativas y saludables.

La participación ciudadana permanente, real y efectiva es una de las claves para conseguir resultados saludables en la aplicación de las políticas.

Estas recomendaciones generales han sido extraídas de los resultados y conclusiones de los capítulos de este del Perfil de Salud del Plan Local de La Viña y elaboradas de manera participativa por los diferentes grupos de trabajo, van a ser complementadas y priorizadas con vecinos y vecinas mediante unas jornadas populares que se van a organizar en el barrio de La Viña para que de forma colectiva se establezcan las principales líneas de actuación de mejora de la salud del barrio y de sus habitantes.

VIVIENDA

Se recomienda promover actuaciones de rehabilitación encaminadas a la eliminación de la infravivienda y adecuación de instalaciones de suministros básicos (electricidad, agua, gas) obsoletas y poco eficientes y a la mejora del estado de conservación y accesibilidad de las viviendas.

MEDIO AMBIENTE

Aunque las condiciones ambientales del barrio de La Viña son saludables, se recomienda la aplicación de políticas que reduzcan los niveles de ruido relacionados con el tráfico rodado, se incremente la calidad del aire, se mejore la recogida selectiva de residuos y la limpieza e higiene de las zonas y espacios públicos. La peatonalización del casco histórico podría favorecer un entorno saludable.

CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

Se recomienda que las políticas de las administraciones públicas tengan como objetivo prioritario dinamizar la actividad económica, generar empleo de calidad y mejorar la cualificación laboral.

SERVICIOS SOCIALES

Las condiciones precarias sociolaborales del barrio de La Viña originan una necesidad imperiosa de atención social. Se recomienda priorizar la prestación para la vivienda, suministro de luz y agua y complemento de la asistencia sanitaria, que son las prestaciones más demandadas. La atención de menores y de personas vulnerables debe ser prioritaria.

PERSONAS SIN HOGAR

Se recomienda la puesta en marcha del Plan Municipal Integral y Operativo de Inclusión de Personas Sin Hogar en la ciudad de Cádiz.

ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA

Las políticas deben promover condiciones sociales, económicas, educativas… que faciliten los estilos de vida saludables. La opción del uso preferente de la bicicleta debería priorizarse frente al uso de vehículos privados de motor.

Para el abordaje de los estilos de vida, además de ser importante la implicación de la comunidad, habría que formar a agentes de salud de la propia comunidad que actuarían como mediadores de salud.

Se recomienda la promoción de una alimentación equilibrada, fomentando la lactancia materna y la actividad física, además de la reducción de la conducta sedentaria.

Los lugares deberían estar disponibles para la actividad física en atractivos entornos seguros, con espacios accesibles e infraestructura adecuada.

Necesariamente debe darse la igualdad de oportunidades para la actividad física, con independencia de su sexo, edad, ingresos, educación, origen étnico o discapacidad,

eliminando todo tipo de barreras y facilitando la actividad física en todas las etapas de la vida.

ADICCIONES

Las adicciones suponen un grave problema de salud pública, por lo que se recomienda la promoción de políticas de ocio saludable y que fomenten la responsabilidad colectiva e individual del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

La asistencia sanitaria de una enfermedad tan grave y con tantas repercusiones en la salud pública como son las adicciones tiene que ser responsabilidad del sistema sanitario público. Por esos motivos, se recomienda la integración de las adicciones en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

EDUCACIÓN

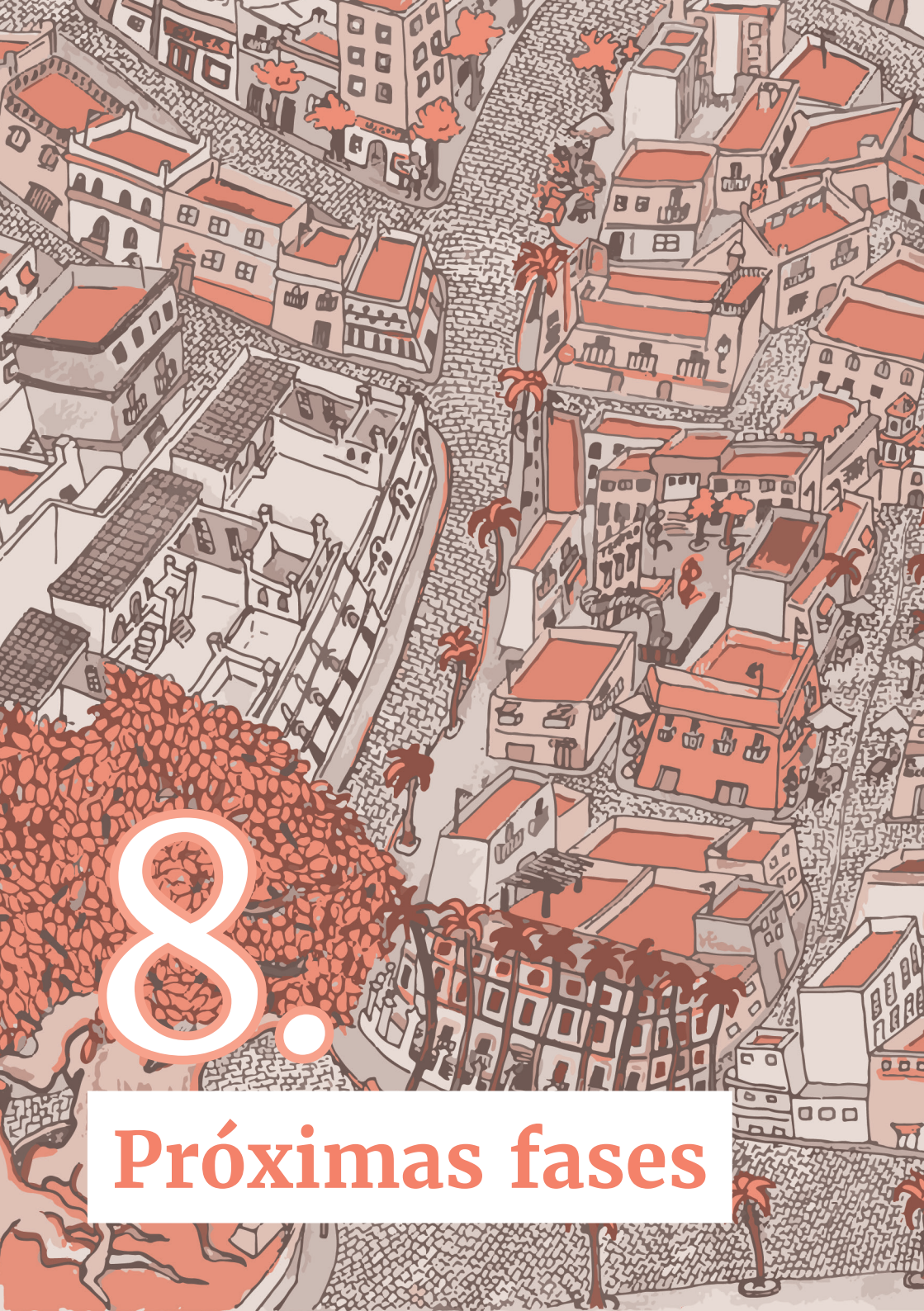
La coordinación institucional permanente entre las administraciones públicas de salud (que son todas) y la educativa deberá ser la regla y no la excepción como ocurre en la actualidad. Para conseguir los objetivos trascendentales de educación es imprescindible apoyar a la escuela y a los colegios públicos.

MORBIMORTALIDAD

El sector sanitario debe trabajar con la idea fundamental de la promoción de la salud y no solo dedicarse a combatir la enfermedad. Las enfermedades más prevalentes tienen determinantes sociales muy claros.

PARTICIPACIÓN

Las decisiones políticas que afecten a la salud deben gestionarse con la participación ciudadana. Contar con la ayuda del asociacionismo social de la ciudad es fundamental para que las políticas sean justas y equitativas.



8. Próximas fases

Este documento es la recopilación de algunos datos relevantes y de las conclusiones de los diferentes capítulos que componen el Informe del Perfil de Salud del barrio de La viña, elaborado de manera participativa por diferentes agentes, colectivos, personal técnico y colaboradores a nivel individual. Los capítulos originales y completos realizados por las personas participantes en todo este proceso pueden consultarse en la página web del Ayuntamiento de Cádiz [1].

Con ello queda elaborado el Perfil de Salud del barrio de la Viña, con las limitaciones a la hora de recabar información señaladas en cada uno de los capítulos.

Este documento - que ha sido elaborado de forma multidisciplinaria desde una óptica diversa- permite identificar los determinantes de la salud, aporta una amplia información sobre la situación actual de la salud comunitaria del barrio de La Viña y sus problemas más relevantes, y, en definitiva, realiza el diagnóstico de la Salud Pública del barrio. Por lo tanto, se está completando el segundo paso del esquema arriba detallado.

Además, próximamente se publicarán los resultados de un estudio cualitativo que está realizando un equipo de profesionales del Centro de Salud El Olivillo con la supervisión de especialistas en Salud Pública de la Delegación Territorial de Salud y que permitirá completar el conocimiento de cómo se percibe la salud y cuáles se consideran que son las causas de los problemas de salud del barrio de La Viña mediante técnicas de entrevistas realizadas a personas representativas de distintos sectores.

1 http://institucional.cadiz.es/area/Salud/53

Ahora ha llegado el momento de decidir sobre qué problemas hay que actuar de forma prioritaria. Hay dos formas de intentarlo: la primera es que esta decisión se tome en exclusiva en las instituciones y la segunda es que las propuestas sean conjuntas con los ciudadanos y las ciudadanas. La opción elegida es esta última ya que nadie mejor que la población conoce sus problemas más acuciantes.

Para conseguir este decisivo objetivo se va a organizar una **Jornada de Participación Ciudadana en el Barrio de la Viña** a la que se invitará a asistir y participar a los vecinos y vecinas y a las personas que trabajan en el barrio. En la primera parte de esta jornada se presentará el Perfil de Salud para conocimiento general de la población del barrio. En la segunda parte, tras debatir entre las y los asistentes los resultados del Perfil de Salud, se seguirá una metodología participativa para decidir entre todos cuáles son los problemas que necesitan una intervención prioritaria. La tercera parte se dedicará a proponer a las personas que formen parte de los grupos de trabajo que en las semanas siguientes elaborarán las propuestas para intervenir sobre los problemas de salud prioritarios. La jornada culminará con una relatoría amplia de todo el contenido que ha generado la misma, que será redactada posteriormente de forma clara para su publicación y difusión pública.

Una vez conocida la situación de la salud pública del barrio de La Viña y los problemas de salud comunitaria más relevantes que necesitan un abordaje con acciones de salud más rápidas y enérgicas, los grupos de trabajo presentarán sus propuestas y a partir de éstas se diseñará el Plan de Acción que incluirá un calendario y las diversas iniciativas que mejoren el estado de salud del barrio y lo hagan más saludable.

Este Plan de Acción exige la coordinación de los sectores implicados porque las iniciativas se pueden dirigir a recursos y a personas diversas: como ejemplo, no sólo se necesitan acciones sanitarias de las que se encargarán el centro de salud y el Distrito Sanitario sino posiblemente se abordarán acciones en vivienda, en medio ambiente, en accesibilidad, en urbanismo, etc. Habrá acciones dirigidas a colectivos específicos como pueden ser las personas con algún tipo de enfermedad, los escolares… y otras dirigidas a población general porque tratarán de los estilos de vida y hábitos saludables.

Con la metodología que se ha seguido seguido, con la representatividad multisectorial del grupo motor y los grupos de trabajo y con los agentes sociales que se pueden implicar, esta coordinación se espera que sea muy fructífera.

Además, desarrollando esta planificación, se tienen todos los elementos necesarios para la constitución del Consejo de Salud del barrio de La Viña, imprescindible para mantener esas acciones en el tiempo, ya que tendrá como misión fundamental la evaluación periódica del impacto de esas acciones sobre la salud del barrio.

Este Plan de Acción, como se indica en el esquema inicial varias veces mencionado, necesita de la aprobación del Pleno del Ayuntamiento porque es la fórmula idónea de alcanzar el compromiso político necesario para conseguir sus ambiciosos objetivos.

El desarrollo de esta planificación, es decir, la implantación de este plan de acción en salud del barrio de La Viña, necesitará de recursos humanos y materiales sobreañadidos para que pueda llevarse a cabo. Estos requisitos necesitan asimismo la complicidad y el compromiso municipal.

La evaluación periódica del impacto positivo sobre la salud del barrio que esté teniendo este Plan de Acción es otra responsabilidad municipal y tendrá la aportación necesaria de la valoración del Consejo de Salud, en el que estarán representados ciudadanos y ciudadanas, agentes sociales e instituciones.

Acción Local en Salud

CÁDIZ

Ayuntamiento de Cádiz