



Acción Local
en Salud
CÁDIZ

Plan de Salud de Cádiz



Ayuntamiento de Cádiz

Ayuntamiento de Cádiz, marzo 2019.

Aprobado por Acuerdo de Pleno Municipal de 29 de marzo de 2019.

EQUIPO REDACTOR

Eva Tubío Martínez –Concejala de Salud del Ayuntamiento de Cádiz.

Pilar San Narciso Aguinaco – Médica. Coordinadora técnica del Plan de Salud.

Helena Fernández Valle – Abogada. Asesora Ayuntamiento de Cádiz.

Antonio Vergara de Campos – Médico. Asociación para la Defensa de la Salud Pública.

Pilar Solís Espallargas – Periodista. Comunicación Ayuntamiento de Cádiz.

DISEÑO, EDICIÓN Y MAQUETACIÓN

Alejandro Ahumada Pérez – Diseñador. Comunicación Ayuntamiento de Cádiz.

PARTICIPANTES Y COLABORADORES/AS

A lo largo del documento se citan a las personas y organizaciones que forman parte activa del **Plan de Salud de La Viña** y que han participado en la elaboración del mismo. A todas ellas les agradecemos su generosidad, su trabajo y su maravillosa implicación.

1. SALUDO DEL ALCALDE	5
2. SALUDO DE LA CONCEJALA DE SALUD	8
3. PRÓLOGO.....	11
4. INTRODUCCIÓN.....	16
5. MARCO NORMATIVO	20
5.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	21
5.2 CONTEXTO NACIONAL.....	22
5.3 CONTEXTO AUTONÓMICO.....	23
5.4 CONTEXTO MUNICIPAL	24
6. PERFIL DE SALUD	26
6.1 INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO METODOLÓGICO	27
6.2 DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA EN LOS BARRIOS DE LA CIUDAD DE CÁDIZ (2002-2013).....	35
6.3 LA VIVIENDA	49
6.4 LA EDUCACIÓN.....	75
6.5 LOS ASUNTOS SOCIALES	108

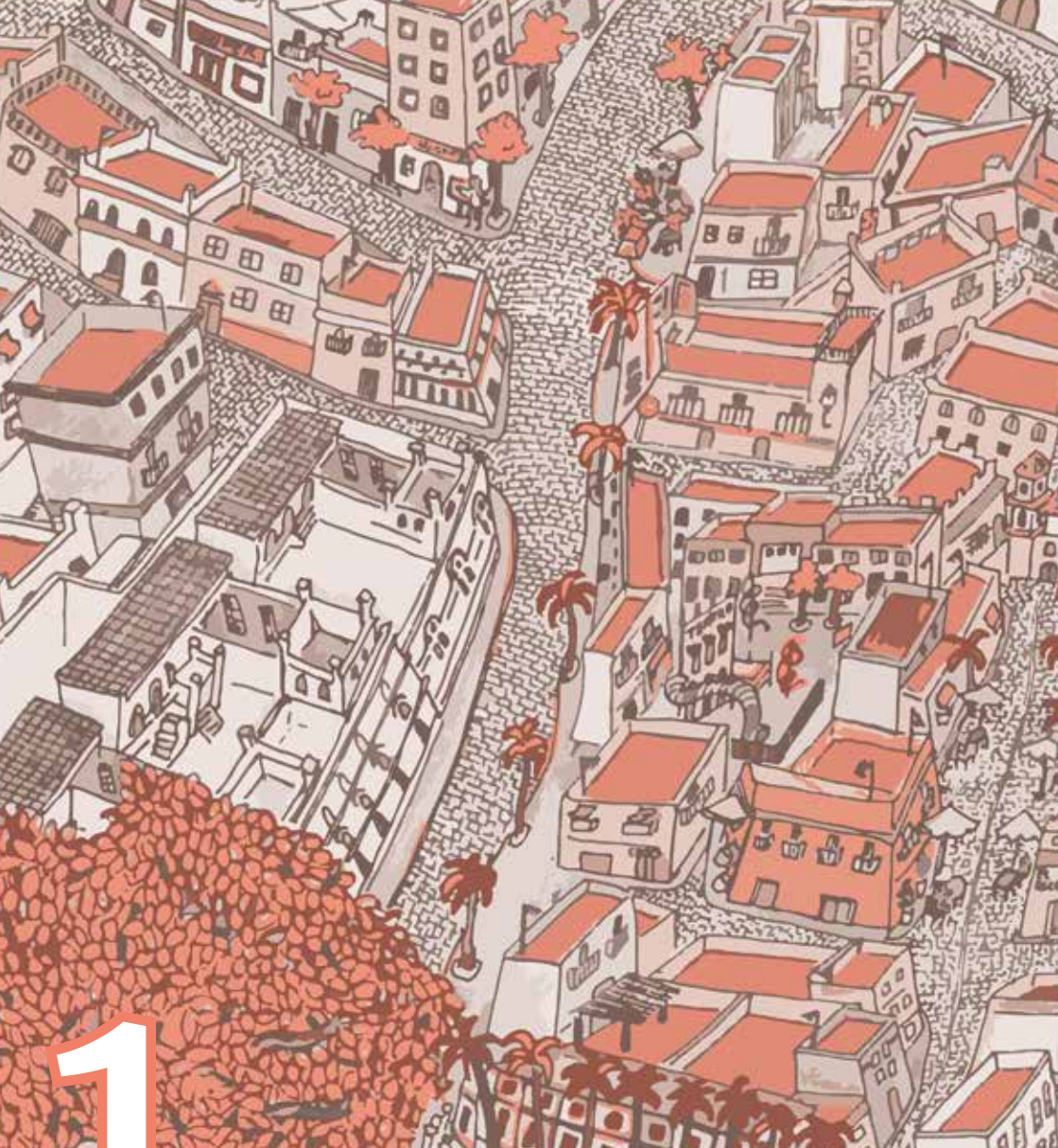
6.6	EL MEDIOAMBIENTE Y LOS ESPACIOS PÚBLICOS	166
6.7	ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA.....	215
6.8	MORBI-MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE CÁDIZ SUS DETERMINANTES	299
6.9	LOS ACTIVOS PARA LA SALUD	342
7.	PRIORIZACIÓN Y PROPUESTAS	353
7.1	INTRODUCCIÓN.....	354
7.2	DESARROLLO METODOLÓGICO.....	355
7.3	RESULTADOS	357
8.	PLAN DE ACCIÓN	373
8.1	ACTUACIONES GENERADAS A TRAVÉS DE LA RED DE SALUD	374
8.2	ACTUACIONES DEL AYUNTAMIENTO DE CÁDIZ SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	380
8.3	ELABORACIÓN DE LA AGENDA ANUAL DE ACCIONES	428
9.	EVALUACIÓN.....	430

10. PRESUPUESTO 432

11. ENLACES 434

11.1 ENLACES A LA DOCUMENTACIÓN

COMPLEMENTARIA..... 435



1

Saludo del Alcalde





José María González Santos

Uno de los primeros compromisos que adquirí a mi llegada a la Alcaldía de esta ciudad fue el de poner todos los recursos y todo el esfuerzo de nuestro Equipo de Gobierno para conseguir que nuestros vecinos y vecinas fuesen más felices. Sonaba utópico pero no por ello menos era menos real.

Son muchos los barómetros que podemos utilizar para medir la felicidad pero sin duda uno de los indicadores más llamativos para poder basarnos es el de salud. Porque a través de la salud, de si se tiene o se carece ella, podemos tener una referencia de si nuestros mayores pueden salir a la calle y sociabilizar si disponen de un ascensor, podemos saber si nuestros jóvenes son sedentarios

o se mueven porque tienen un centro deportivo al que poder acudir, o si el asma de algunos de nuestros vecinos o vecinas se agrava cuando la vivienda no cuenta con las condiciones de habitabilidad necesarias.

Esto que os digo, que parece algo genérico y amplio tiene su equiparación en un estudio elaborado por epidemiólogos de la Junta de Andalucía en el que ya hace años advertían de que existe en la ciudad de Cádiz una diferencia de esperanza de vida de hasta ocho años en función del barrio en el que se resida. En Cádiz, con un término municipal de poco más de 13 kilómetros cuadrados, es más que llamativo que entre barrios separados por la Puerta de Tierra haya una diferencia de esperanza de vida tan amplia.

Esto fue uno de los factores que nos motivó a embargarnos en la gran aventura de realizar un Plan Local de Salud que fuera más allá del diagnóstico de enfermedades, del concepto ya antiguo de que la salud es la ausencia de enfermedades y estableciera una radiografía de las necesidades, de las mejoras que había que realizar y de los proyectos que había que emprender para que nuestros vecinos gozasen de mayor salud.

Había que empezar por algún sitio y comenzamos con La Viña. Durante más de un año estuvimos hablando, debatiendo, analizando la composición, el ADN de este barrio para saber cuáles son los síntomas de sus enfermedades y su tratamiento para llevar una vida más saludable, más feliz. Para añadir vida a los años.

Para ello, nos reunimos con aquellas personas que sabían más del barrio de la Viña, sus vecinos y vecinas. Hablamos con los directores y las directoras de los colegios, con el personal de enfermería y médico del centro de salud, con el tejido asociativo presente en el barrio, los y las que trabajan día a día por el bienestar de sus vecinos y vecinas, con el propio vecindario a través de la asamblea y de los talleres informativos y por supuesto con el personal técnico municipal de las distintas áreas que de una forma u otra participan en la vida diaria del barrio: vivienda, servicios sociales, educación, deporte...

Lo que teníamos todos claro desde el principio es que la salud no es la ausencia de enfermedades por lo que fuimos a la raíz del problema preguntando directamente a vecinos y vecinas, a aquellas personas que están implicadas en el barrio. Hicimos un diagnóstico y unas conclusiones que se recogieron en un primer documento. Con actuaciones concretas, algunas de las cuales ya están puestas en marcha para revertir la brecha de vida.

No nos conformamos y hemos seguido trabajando creando otros tres grupos por el resto de la ciudad para recoger las inquietudes, las preocupaciones, la posible mejora de recursos para poder mantener una vida activa. De nuevo acudimos a los que más saben de la realidad de sus respectivos barrios. De nuevo contamos con los agentes sociales, con el personal sanitario, con los vecinos y vecinas y con nuestros técnicos para volver a crear debates sobre como mejorar la vida de los barrios de la ciudad.

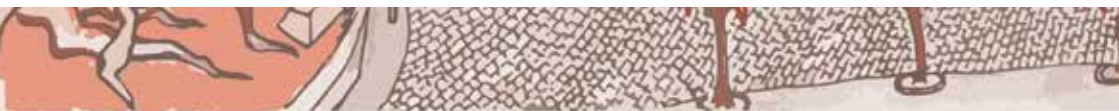
El diagnóstico y las conclusiones de los distintos grupos que se compusieron para elaborar el Plan Local de Salud es lo que aparece en este documento. A nosotros, como institución, nos toca buscar el remedio que pasa por velar por el buen estado de las viviendas, incentivar el deporte, promover unos buenos hábitos de vida a través de una alimentación y trabajar porque las familias puedan acceder a ello.

Estamos firmemente convencidos de que necesitamos de cada uno de los sectores que componen la ciudad para disponer de ciudadanía sana, cuya esperanza de vida sea igual sin importar si reside en La Viña, Bahía Blanca, o Puntales. Debemos trabajar para garantizar que esta ciudad goce de buena salud en todos sus aspectos. Éste es el reto que estamos dispuestos a asumir.



2

Saludo de la Concejala de Salud





Eva Tubío Martínez

Un Plan Local de Salud hecho por y para los vecinos y vecinas de Cádiz. Éste podría ser el resumen del amplio documento que tiene ante sí y en el que se ha trabajado durante cerca de tres años. Un resumen que recoge la premisa más básica que ha dirigido este Plan municipal en el que se han recogido las opiniones, los diagnósticos, las aportaciones, las reclamaciones y propuestas de diferentes ámbitos de la ciudadanía. Esta premisa de la participación se encuentra impregnada en nuestros genes para lograr una ciudad con más equidad y mayor calidad de vida. Una ciudad más saludable.

Este plan se basa en un concepto de salud más allá del aspecto sanitario. No se trata solo de combatir la enfermedad, cuestión por cierto fundamental cuando se pierde la salud. Los criterios son mucho más preventivos, con una visión a largo plazo: promover mediante la acción política que la población disfrute y tenga la sensación de un pleno bienestar físico pero también psíquico y social. Este compromiso trata que la Salud Comunitaria sea el eje fundamental para que toda la población de cada barrio tenga opciones de llevar una vida más equitativa y saludable.

Quiero destacar que es la primera vez que el Ayuntamiento de la ciudad de Cádiz acomete acciones políticas con este enfoque comunitario y que desarrolla un Plan Local de Salud.

Desde el primer momento lo teníamos muy claro. Para conseguir estos ambiciosos objetivos era imprescindible, pero también necesaria, la participación ciudadana real y efectiva en términos de igualdad con el trabajo de las instituciones. Este requisito ha sido indiscutible en todo el proceso que ahora presentamos.

Para poder aspirar al pleno sentimiento de bienestar social teníamos que conocer los determinantes sociales de la salud de cada barrio y tener presente en todo momento que todas las acciones políticas en temas de salud de este Ayuntamiento deben tener como primer compromiso la lucha contra las desigualdades sociales. Esta cuestión obliga a centrarnos en los sectores sociales más desfavorecidos, que en su sobrecargada realidad diaria, no pueden aprovechar por diversas circunstancias los recursos que tienen para mejorar su salud.

Todos estos criterios, que siempre han sido irrenunciables, justifican el Plan Local de Salud que ahora tenemos el honor de hacer público. Decidimos comenzar por un barrio que tuviera a priori necesidades socio sanitarias importantes. Decidimos comenzar por el barrio La Viña hace ahora más de tres años. La experiencia ha resultado muy positiva y ya ha resultado de gran ayuda para extenderlo al resto de la ciudad, y cuyo resultado se recoge en este documento.

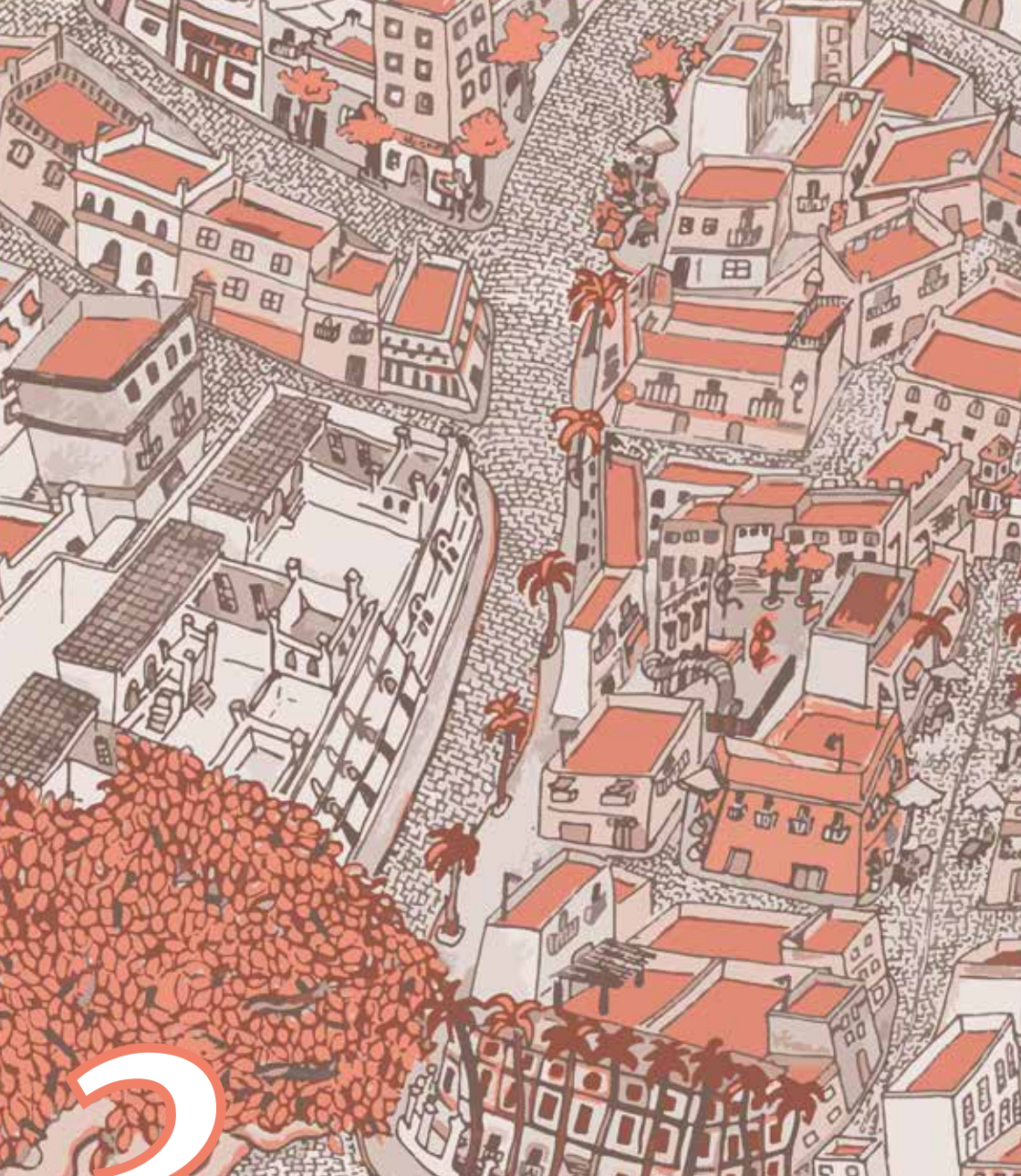
La herramienta para desarrollar el Plan Local de Salud no necesitó mucho debate. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía la había elaborado desde hacía algunos años. La Red Local de Acción en Salud (RELAS) reunía todos los elementos comentados previamente por lo que estaba claro que sería nuestro referente.

Lo primero fue presentar este proyecto en un acto plenario a los grupos municipales, delegaciones, instituciones y colectivos de la ciudad para posteriormente plantear una moción con la intención de su aprobación en Pleno municipal. Como hecho destacable, consiguió un apoyo unánime.

Lo siguiente fue organizar los talleres para la formación del personal técnico municipal de diferentes delegaciones junto con los movimientos sociales de la comunidad. El grupo motor que se formó tras este período formativo ha sido clave para conseguir llegar al punto en el que estamos actualmente. Se ha conseguido una implicación institucional compartida con las organizaciones ciudadanas que ha resultado de gran eficiencia para el trabajo desarrollado. Este modelo se ha repetido con el mismo éxito por el resto de barrios de la ciudad divididos en tres bloques.

Durante estos tres años hemos organizado asambleas ciudadanas, talleres de presentación, fiestas de la salud. Todas estas actividades y movilizaciones con el objetivo de que la ciudadanía pudiese expresar su opinión y priorizar los problemas que debemos abordar. El entusiasmo que hemos percibido en estas movilizaciones nos anima a pensar que estamos en la línea correcta.

Todo este trabajo se ha traducido en este documento. Quiero aprovechar esta oportunidad que se me brinda para agradecer a todas las personas participantes el gran trabajo que han hecho. A nuestros técnicos y nuestras técnicas de las distintas delegaciones municipales, al personal sanitario y educativo de la comunidad autónoma andaluza y a los movimientos sociales. Todos ellos han dejado su corazón en este Plan para conseguir un objetivo que es compartido por todas y todos: conseguir una ciudad de Cádiz más saludable.



3

Prólogo



De soleras y risas como activos de salud pública.

Carlos Álvarez-Dardet Díaz.

Catedrático de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Director de Gaceta Sanitaria.



Concha Colomer Revuelta y Carlos Álvarez-Dardet en Cádiz mirando el atardecer.

Lo primero que siento al escribir estas líneas es necesidad de expresar mi pesar por haber conocido Cádiz tarde. Es una pena, pero para mi generación en Sevilla, Cádiz era algo lejano. Se iba más a Chipiona, al Puerto de Santa María o a Jerez, que al mismo Cádiz. No es hasta mi edad adulta, por una serie de avatares personales y profesionales, que mi mujer (la añorada Concha Colomer, hija de gaditana de la calle Plocia / Callejón de los negros) y yo, nos vimos envueltos en una de las iniciativas de salud pública

más interesantes en España de los últimos años. Me refiero lógicamente a las jornadas de desigualdades sociales y salud que empezaron a organizar hace ya 17 años Antonio Vergara, Lola Martínez y sus compañeros de viaje Antonio Escolar y Juan Antonio Córdoba. Esta experiencia me hizo encontrarme varias veces con Cádiz e iniciar un idilio que aún dura.

En España es relativamente fácil ser pionero de algo, siendo un país tan atrasado en tantas cosas (ya nos lo contaba Blanco White, que desde el mismo Cádiz se pegó el piro, diciendo que España no tenía remedio) y los organizadores de las jornadas de desigualdades sociales y salud fueron pioneros. Lo difícil es que las innovaciones perduren y, sobre todo, que sirvan para algo. Ésto solo se puede conseguir con compromiso y trabajo, mezclado con mucha gracia. Antonio, Lola y los demás lo han tenido encendiendo una lucecita que han mantenido ardiendo muchos años, una rara mezcla de buen hacer académico con activismo, bienestar, cariño y guasa. No es raro siendo de la tierra de Fernando Quiñones y, si me apuran, del tipo de mezcla que hacía

en sus cantes Chano Lobato, pura seriedad risueña.

Mezclar en unas jornadas de desigualdades en salud chirigota, teatro y ponencias de Carme Borrell, es sin duda saber hacer cócteles y que este cóctel entre bien, como otros cócteles *gaditas* como la manzanilla o el oloroso, es sin duda una artesanía gloriosa. La mezcla de soleras, algo tan gaditano, es el secreto del éxito de las jornadas. Ahora ese mismo grupo de pioneros tiene la oportunidad política de que su innovación sirva para algo.

Cádiz vuelve a estar en el mapa de las esperanzas progresistas en España. Ya lo estuvo con la Constitución (primera en el mundo en reconocer el derecho a la salud) también con los cantonalistas y con su alcalde Fermín Salvochea. Los llamados ayuntamientos del cambio ahora plantean nuevas miradas y han renovado la idea (durante la primera internacional el nombre en clave del anarquismo era precisamente ese 'la idea') de mejoras de salud que vengan desde abajo en un proceso participativo entendiendo la cultura de salud y los activos comunitarios como algo tanto o más importantes que los servicios profesionales. Es bonito ver al alcalde de Cádiz ahora mismo orgulloso de sentarse en la misma silla de Salvochea. Lo que está pasando políticamente en Cádiz, no es sólo importante para sus habitantes. Muchos estamos fuera mirando y viviendo los procesos con interés y, sobre todo, intentando aprender.

Que el Ayuntamiento de Cádiz tuviera unanimidad para impulsar este proyecto de salud dice mucho del apoyo político y del compromiso institucional que existe. Avanzar en salud sin destruir activos comunitarios es sin duda el secreto. Construir sobre lo que la gente ya tiene, sobre su patrimonio de salud, comprender el estado del bienestar como una prolongación de la comunidad y no como algo impuesto sobre ella es crucial en este proceso que ahora empieza Cádiz.

Contaba Eduardo Mendoza que una vez en Cádiz le preguntó a uno cómo ir a un sitio y el preguntado le dijo "¿tú ves esa calle? pué métete por ella y ve haciendo lo que la calle te diga". Con este informe estamos en un proceso de audición, no solo de necesidades y problemas sino también de activos de salud y de salud pública. Este informe ha paseado por Cádiz oyendo a sus calles.

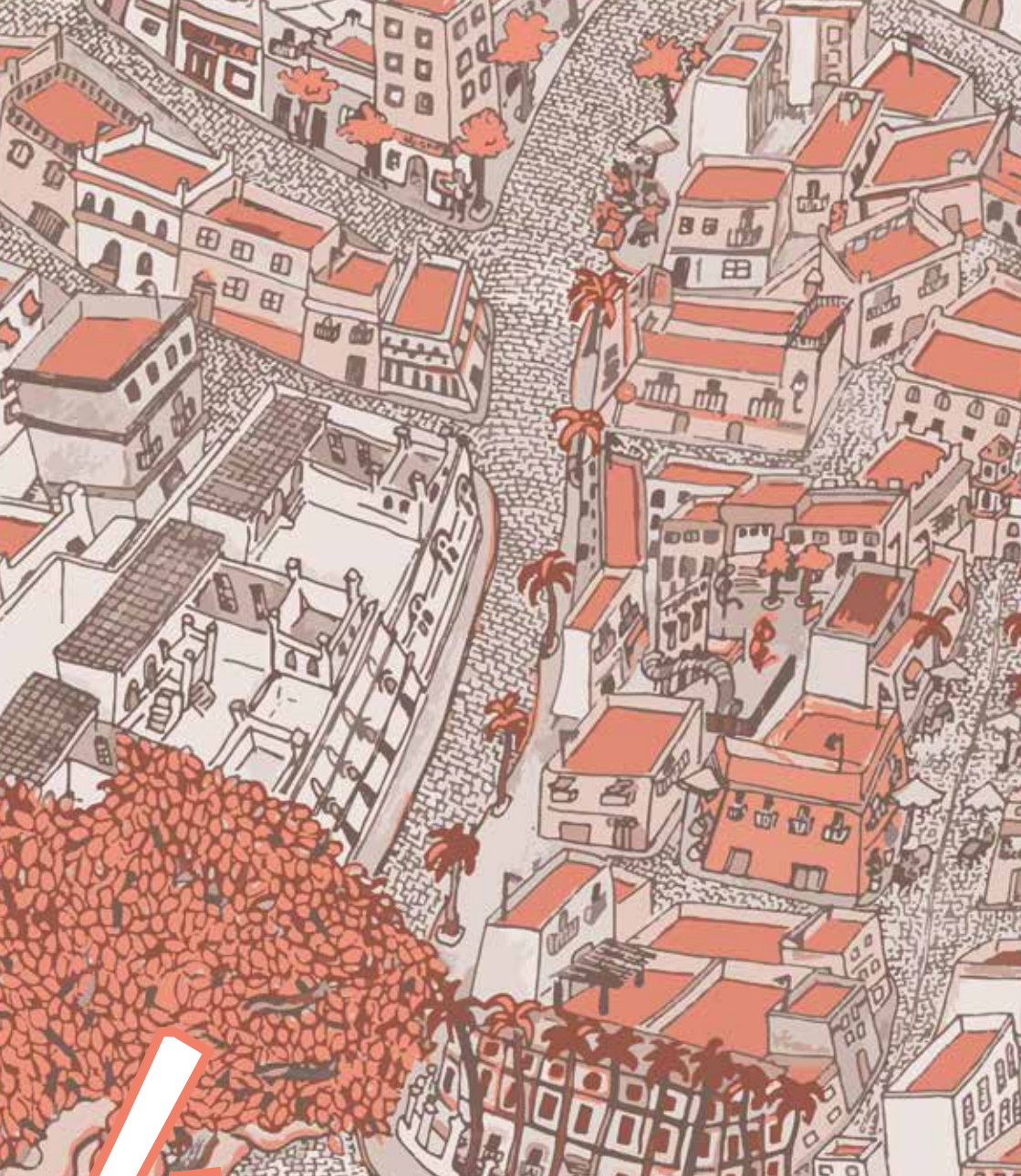
Dice Robert Waldinger, explorador del concepto de felicidad, de la Universidad de Harvard y director de el estudio de cohortes con más seguimiento que existe, que el factor que más explica la salud es la calidad de las relaciones humanas, y esto es, precisamente, lo que te están diciendo las calles de Cádiz todo el día. El futuro de la salud pública está en una sabia mezcla de visibilizar necesidades (para cubrirlas) y activos para la salud (para dinamizarlos).

Por ello, este informe dedica espacios a problemas y necesidades sociales como la vivienda. Es un tema crucial y desgraciadamente como la PAH ha puesto sobre la mesa en los últimos años en España que las personas afectadas por desahucios tienen un altísimo riesgo de padecer problemas de salud mental. Como se ha evidenciado en estudios realizados en Andalucía, también se resaltan problemas de envejecimiento de la población. Algunas ciudades del mundo están afrontando esta cuestión sencillamente con proyectos de vivienda pública intergeneracional. En Alicante tenemos un buen ejemplo de vivienda intergeneracional. Un edificio público cuya planta baja es un centro de salud, en las otras plantas viven personas, mayores y jóvenes, que comparten espacios y experiencias. Los pasillos del edificio son sus calles y los rellanos son como plazas que propician encuentros. La azotea es un huerto urbano en el que todos aprenden sobre dieta saludable y recuperación de sabores (<https://www.bshf.org/world-habitat-awards/winners-and-finalists/municipal-project-for-intergenerational-housing-and-community-services-in-alicante/>)

Hay polvos blancos que se consumen en exceso en Cádiz, me refiero al azúcar y la sal. Esto queda patente en la frecuencia de enfermedades cardiovasculares y alta prevalencia de hipertensión. La solución más sensata sería una reducción del consumo de polvos blancos, que por cierto suelen ir escondidos en los alimentos procesados y la recuperación más vigorosa de los sabores tradicionales de la excelente cocina gaditana mezclado sabiamente con una mayor intensidad de ejercicio físico no competitivo. El descenso de consumo de alimentos procesados es crucial y a la vez muy fácil con la maravillosa calidad de productos (ese pescado de estero, esa ternera retinta) que hay en la cocina gaditana. El aumento de ejercicio físico en una ciudad plana y preciosa, repleta de gente encantadora, es también una cuestión de aprovechar los activos que la ciudad tiene.

El problema que tiene la profesionalización de la salud es que se erosionan los activos comunitarios, los profesionales crean adicción en su propio beneficio (el fenómeno que Ivan Illich llamaba la expropiación de la salud) y que ha llegado a límites insospechados con la actuación de las corporaciones farmacéuticas y diagnósticas. Hay que devolverle la salud a la gente. Hemos de reconocer que la salud se ha convertido en conocimiento experto que difícilmente es comprensible para la población. Sin embargo si desarrollamos programas de salud que se basen en lo que la gente ya tiene, en sus activos, eso resulta mucho más fácil.

Así que creo que el pueblo de Cádiz vuelve a tener suerte con esta iniciativa, que empieza ahora, mantenednos informados por favor.



4 Introducción



Este Plan de Salud no es solo el cumplimiento de un imperativo legal, es, sobre todo, el compromiso del Ayuntamiento para transformar a Cádiz en una ciudad más saludable y hacerlo con la colaboración de las personas y colectivos que comparten este objetivo. Es una necesidad social sentida por gran parte de la comunidad.

El proceso se puso en marcha con la aprobación por unanimidad en el Pleno del Ayuntamiento de Cádiz el 26 de febrero de 2016 de la adhesión a la Red de Acción Local en Salud por la que la ciudad se une a los municipios que siguen la metodología propuesta por la Junta de Andalucía (RELAS), dando un paso más con la firma del acuerdo de colaboración con la Consejería de Salud el 22 de marzo de 2016 por el que las instituciones se comprometen a trabajar de forma coordinada y se presta el asesoramiento de especialistas de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud.

El trabajo de salud comunitaria realizado en La Viña fue el primer fruto de este acuerdo y desde el principio se implicaron las entidades sociales, sanitarias y educativas, dando como resultado la elaboración participativa del Plan de Salud de La Viña¹ y la puesta en marcha de acciones para mejorar la salud de la comunidad.

La experiencia adquirida en La Viña ha facilitado la expansión del Plan de Salud a la ciudad de Cádiz donde se ha conseguido un buen nivel de participación ciudadana. Esto ha hecho posible la elaboración del Plan de Salud que aquí se presenta en el que se incluye el Perfil de Salud de Cádiz, que identifica los problemas de salud y sus determinantes y algunos recursos y activos de la ciudad. Este Perfil de Salud no es un documento exhaustivo de la situación de salud de la ciudad, pero tiene el valor de aportar la sabiduría de más de 100 personas que, organizadas en los Grupos Motores y Grupos de Trabajo, han reflejado una visión colectiva de la situación de la salud en la localidad, complementaria del diagnóstico de salud de la ciudad ya descrito en el documento de La Viña².

También se ha alcanzado un buen nivel de participación ciudadana en la Jornada La Salud de Cádiz celebradas el 16 de enero de 2019, en la que algunos representantes

1 <https://transparencia.cadiz.es/planlocaldesalud/>

2 https://transparencia.cadiz.es/consulta-perfil-salud-del-barrio-la-vina/aytodecadiz-plansalud_v006-2/

de los Grupos de Trabajo presentaron públicamente los resultados más destacables del Perfil de Salud, seguido de la selección de los problemas prioritarios entre todos los participantes, para concluir con la aportación de recomendaciones y propuestas tras su debate en grupo. Esta labor también está descrita en este Plan de Salud y se ha tenido en cuenta para proponer las líneas de actuación prioritarias.

Especialmente destacable es, que desde que se inició este proceso de elaboración del Plan de Salud, se han realizado actuaciones conjuntas con otras instituciones y entidades potenciando la sinergia entre diversos sectores y sentando las bases de un trabajo en red que facilita un abordaje eficaz de los complejos problemas que determinan la salud de la comunidad.

Producto de este esfuerzo comunitario resulta el Plan de Salud que se describe en este documento. En las propuestas de acción se visibiliza la labor que realizan diferentes áreas municipales para mejorar las condiciones de vida y de salud de los ciudadanos y las ciudadanas. Además, se diseñan intervenciones específicas surgidas del esfuerzo comunitario del Plan de Salud.

El Plan de Salud de Cádiz tiene prevista su implantación hasta 2023 y se presenta como un documento abierto, en interacción continua con la comunidad, por lo que se revisará y actualizará anualmente de forma participativa atendiendo a las competencias y directrices municipales.

En el desarrollo del Plan de Salud se tienen presentes los principios siguientes:

- **Participación.** *Como en la elaboración del Perfil de Salud, el Plan de Acción será igualmente realizado siempre con la participación de la ciudadanía, bien mediante las asociaciones y colectivos de cualquier índole relacionados con el bienestar y la salud o por los vecinos y vecinas que a título particular intervengan en el Plan.*
- **Salud en todas las políticas.** *Es una estrategia política transversal que introduce la mejora de la salud y la equidad en salud como objetivo compartido de todos los sectores y niveles de gobierno municipal.*
- **Coordinación y colaboración.** *La intervención estará coordinada en todo momento con el resto de Delegaciones Municipales, fundamentalmente con*

Servicios Sociales, Mujer, Mayores, Vivienda, Deportes, Medio Ambiente... así como con la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía, el Distrito Sanitario Bahía de Cádiz la Janda y las instituciones y entidades que comparten el objetivo de mejorar la salud.

- **Trabajo en red e intersectorialidad.** *Es necesario el compromiso de las instituciones y los organismos públicos y privados de diversos sectores para crear sinergias que favorezcan la mejora de las condiciones de vida y la salud de las personas y los barrios. Este es uno de los motivos por lo que se sigue la metodología RELAS, Red Local de Acción en Salud.*
- **Educación:** *Cádiz, ciudad educadora. Durante todo el plan de acción se van a desarrollar acciones formativas formales e informales en salud dirigidas a las personas, asociaciones, colectivos y profesionales que participan en el mismo.*
- **Equidad.** *Se persigue la reducción de las desigualdades injustas y evitables en la salud de la población partiendo del principio de universalismo proporcional (acciones universales aplicadas con una escala e intensidad proporcional al grado de desventaja). Y se interviene sobre los distintos niveles de los determinantes sociales de la salud.*
- **Perspectiva de género.** *Es imprescindible la participación activa de mujeres y hombres en todo el proceso y realizar el análisis de los factores sociales que condicionan las diferencias de salud en razón al género.*
- **Diversidad e inclusión.** *Toda la sociedad debe ser parte activa sin discriminación por razón de etnia, género, sexo, identidad, orientación, capacidad...*



5 ○ Marco normativo



El municipio es el territorio más cercano a la ciudadanía y donde mayor importancia cobran las acciones para promover conductas más sanas y saludables en los entornos como los barrios, calles y plazas donde viven, conviven y trabajan las personas y familias.

En este nuevo marco se inscribe la acción local en salud, en la que son los ayuntamientos los llamados a liderar y coordinar las actuaciones de los diferentes sectores, tanto públicos como privados, contando con sus habitantes para proteger la salud de la población, cuidando su entorno medioambiental (agua potable, salud alimentaria, residuos, etc.) así como promoviendo estilos de vida saludables, para conseguir una mejor calidad de vida, más sana.

Es en este contexto donde se establecen y desarrollan las redes locales de acción en salud, que trabajan para la mejora de la salud de la población del municipio, con la vocación de perdurar en el tiempo y según un proceso de planificación que se concreta en un instrumento clave: el Plan Local de Salud. Este plan se perfila como una herramienta de planificación imprescindible para la acción local en salud en las entidades locales, representa una nueva forma de hacer, e incorpora las respuestas a los principales problemas y situaciones de riesgo en la localidad mediante acciones concretas y específicas.

Estas acciones tienen una cobertura legal que históricamente ha ido evolucionando y que cada vez tienen mayor protagonismo también a nivel jurídico. Vamos a diferenciar diferentes contextos para destacar algunas de las principales normas reguladoras del Plan Local de Salud.

5.1 Contexto Internacional

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada y firmada por 61 Estados y que entró en vigor en 1948. Esta definición vino a reemplazar una noción que se tuvo durante mucho tiempo que definía la salud simplemente como la ausencia de enfermedad biológica. Desde entonces la definición no ha sido modificada.

La OMS afirma que la salud contiene una serie de factores que la componen y que es la estrecha relación y semejanza entre estos aspectos lo que determina el completo estado de salud de la persona y es la carencia de uno de ellos lo que genera cualquier estado de enfermedad, estos factores son:

- *El estado de adaptación al medio ya sea biológico o sociocultural.*
- *El estado fisiológico de equilibrio.*
- *El equilibrio entre la forma y la función de un organismo.*
- *La perspectiva biológica y social como las relaciones familiares o los hábitos.*

Las personas demandan, cada vez más, una asistencia sanitaria de calidad que resuelva sus problemas de enfermedad, pero además requieren que sus entornos (social, laboral, de ocio...) sean cada vez más seguros y saludables, así como favorecedores de las opciones más sanas, y que se les garantice la seguridad de los alimentos, la calidad del aire que respiran y la potabilidad de las aguas que consumen.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25.1 señala: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

5.2 Contexto Nacional

El artículo 43 de la Constitución Española establece como derecho fundamental la protección de la Salud así como la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. De igual modo se insta a los poderes públicos para fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte; así como la

adecuada utilización del ocio.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública dice en su texto que los poderes públicos han de asegurar y mejorar la salud de la población, actual y futura, entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social, tanto por el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales, sin olvidar la contribución a la sostenibilidad general por el aumento de la productividad asociada a la salud y por el efecto positivo que las políticas de cuidado del medio tienen en el entorno y en la salud humana. Habla esta Ley de la Promoción de la Salud indicando específicamente que “la promoción de la salud incluirá las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva”.

La Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en su Artículo 27 establece la integración del principio de igualdad en la política de salud.

En él se obliga a las administraciones públicas a garantizar un igual derecho a la salud de mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

5.3 Contexto Autonómico

Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud en Andalucía

En su artículo 38. 1 establece las competencias sanitarias de los municipios dentro del marco de los planes y directrices de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía y concretamente en materia de salud pública tiene la responsabilidad de hacer cumplir las normas y planes sanitarios, entre ellas la de desarrollar programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de los grupos sociales con riesgos específicos.

En el apartado 2.5 del mismo artículo se establece que los municipios podrán participar en la elaboración de los planes de salud de su ámbito.

El artículo 92.2 h) del Estatuto de Andalucía establece que los ayuntamientos tienen competencias propias – en los términos que determinen las leyes – para cooperar con otras administraciones públicas para la promoción, defensa y protección del medio ambiente y de la salud pública.

5.4 CONTEXTO MUNICIPAL

El artículo 9 de la Ley 5/2010 de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía (LAULA) establece igualmente como competencia propia de los municipios andaluces la promoción, defensa y protección de la salud pública incluyendo la elaboración, aprobación, implantación, y ejecución del Plan Local de Salud y el desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía establece:

Artículo 40.3: contempla la autonomía local en salud pública: “Los municipios asumen la coordinación de las intervenciones contempladas en el Plan Local de Salud en materia de promoción de salud comunitaria en su territorio, incorporando y articulando la acción y participación de la población y de los diferentes sectores públicos y privados”.

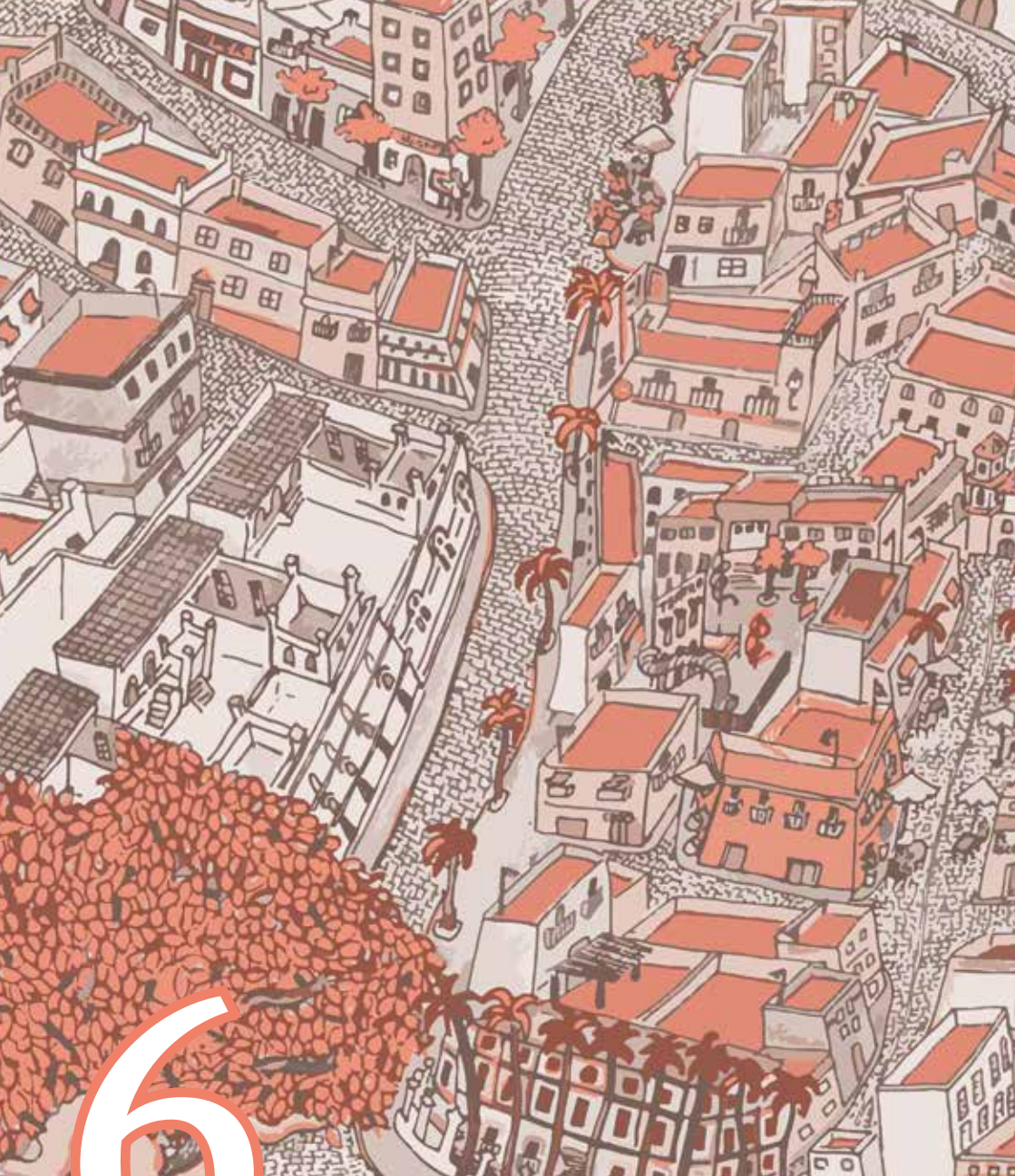
Artículo 41: Define y contempla los contenidos mínimos del Plan Local de Salud:

Definición: El Plan Local de Salud es un instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o mancomunidad de municipios.

Contenidos mínimos:

- a.** *Hogar y familia como centro de intervención.*

- b.** *Seguridad y gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.*
- c.** *Reducción de desigualdades en salud: socioeconómica, cultural de género, que afecten a grupos específicos o a personas en situación de exclusión.*
- d.** *Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación equilibrada y lucha contra el tabaquismo.*
- e.** *Entornos saludables y estrategias sostenibles: escuelas, lugares de encuentro, ocio y paseo.*
- f.** *Elementos de protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental.*



6

○ Perfil de Salud



6.1 INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO METODOLÓGICO



Se organizarán dos ediciones, a elegir, una de mañana y otra de tarde.

- ☐ Martes 30 de enero de 17 a 20:30 horas
☐ Jueves 1 de febrero de 10 a 13:30 horas

30 de enero de 17 a 20:30 horas 1 de febrero de 10 a 13:30 horas	Inspección del taller
	Por: Luis Martínez. Delegado de Salud, Cultura y Juventud
	Presentación del taller y de los participantes
	Los determinantes sociales y la salud
	Áreas: Ciudad, Población, Medio ambiente, Organización Territorial de Salud en la Junta de Andalucía
	Tres Acciones en Salud
	1.ª Acciones en Salud: Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	2.ª Acciones en Salud: Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	3.ª Acciones en Salud: Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Aspectos fundamentales de la Acción Local en Salud
30 de enero de 17 a 20:30 horas 1 de febrero de 10 a 13:30 horas	Aspectos fundamentales de la Acción Local en Salud
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)
	Acción Plan de Salud de Barrios (Iniciativa: Piedad)

Aunque el Perfil de Salud de La Viña contempla múltiples aspectos de la salud y de sus determinantes en el ámbito de toda la ciudad, y no solo del barrio de La Viña, se consideró conveniente realizar un nuevo acercamiento a la situación de salud de Cádiz abierto a la participación de nuevos agentes sociales de la ciudad.

El punto de partida fue la celebración de dos talleres de formación, impulso y desarrollo de la Acción Local en Salud los días 30 de enero y 2 de febrero de 2018 en la Casa de Iberoamérica en la que participaron 120 personas de 31 instituciones o colectivos.

El siguiente paso fue la constitución de tres grupos motores a los que se encomendó la elaboración del Perfil de Salud de tres zonas de la ciudad: Intramuros, Extramuros-Playa y Extramuros-Bahía.



En estos tres territorios se agrupan distintos barrios que, aunque no son del todo homogéneos, sí tiene ciertas peculiaridades y características socioeconómicas comunes.

A partir de la experiencia adquirida en la elaboración del Perfil de Salud de La Viña, este nuevo Perfil de toda la ciudad

se acotó en tiempo y contenido de estudio, buscando una menor dispersión y mayor eficiencia. Se afrontó el estudio en torno a los grupos de determinantes siguientes:

- *La vivienda*
- *La educación*
- *Los asuntos sociales*
- *El medioambiente y los espacios públicos*
- *Los estilos y hábitos de vida*
- *La morbilidad y la mortalidad*

Para ello, en cada Grupo motor se eligió a una persona responsable de coordinar un grupo de trabajo con la misión de elaborar un informe de cada tipo de determinantes en cada territorio.

Grupos Motores / Grupos de trabajo



Varios grupos de trabajo se fusionaron generando un solo informe para dos territorios o para toda la ciudad, pero siempre manteniendo la mirada en los barrios. Otros grupos de trabajo se han organizado en subgrupos para profundizar en algún aspecto particular del tema de estudio. Estos estudios independientes se han agrupado en un solo informe.

El resultado del perfil de salud, sin ser homogéneo, es rico en información de interés y práctica, ya que es fruto de la participación de un amplio abanico de agentes sociales de la comunidad.

[illegible]

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS MOTORES Y GRUPOS DE TRABAJO

El total de personas integradas en los grupos motores y grupos de trabajo con participación activa y continuada ha sido de 110, a las que tenemos que sumar multitud de colaboraciones y aportaciones de otras personas, indispensables para elaboración de los informes del Perfil de Salud o de la identificación de activos. Este proceso ha generado una red de trabajo de la que han surgido acciones conjuntas y colaboraciones mantenidas en el tiempo.

En total se han celebrado 18 reuniones de grupos motores, seis en cada zona. La media de asistentes a las reuniones roza las 20 personas (19.39).

Nº ASISTENTES REUNIONES GRUPOS MOTORES

Nº DE REUNIÓN	INTRAMUROS	EXTRAMUROS-BAHÍA	EXTRAMUROS-PLAYA
1ª	15	21	23
2ª	19	27	21
3ª	18	25	21
4ª	12	22	20
5ª	8	28	15
6ª	14	26	14

A continuación se indica la fecha y el lugar de las reuniones. Éstas se han celebrado en sedes de entidades colaboradoras con el Plan de Salud de distintos barrios de la ciudad.

Reuniones de los grupos motores (intramuros)

#	Fecha	Lugar
1	13/3/2018	Centro Integral de la Mujer
2	4/4/2018	Centro de Participación Activa de Mayores Caleta
3	2/5/2018	Diputación Provincial de Cádiz
4	28/5/2018	A.VV. Las Tres Torres-Federación 5 de Abril
5	12/9/2018	Centro Integral de la Mujer
6	28/11/2018	Centro de Participación Activa Cádiz II Caleta

Reuniones de los grupos motores (extramuros-bahía)

	Fecha	Lugar
1	13/3/2018	Centro Integral de la Mujer
2	5/4/2018	C.E.I.P. Adolfo de Castro
3	3/5/2018	Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía
4	30/5/2018	Asociación Alendoy. Centro Promoción del Menor Eduardo Benot
5	12/9/2018	Centro Integral de la Mujer
6	28/11/2018	Centro de Asuntos Sociales La Paz

Reuniones de los grupos motores (extramuros-playa)

	Fecha	Lugar
1	13/3/2018	Centro Integral de la Mujer
2	3/4/2018	AFANAS, c/. José Cadalso, 4
3	2/5/2018	A.VV. Muñoz Arenillas
4	29/5/2018	A.VV. La Laguna
5	12/9/2018	Centro Integral de la Mujer
6	28/11/2018	A.VV. Muñoz Arenillas

Todo el trabajo se ha efectuado de forma voluntaria y altruista, siendo altísimo el compromiso y la implicación de la mayoría de las personas.

Las instituciones y entidades que han estado representadas por personas participantes en los grupos motores, grupos de trabajo y acciones comunitarias son:

- *Ayuntamiento de Cádiz:*
- *Delegación de Salud*
- *Delegación de Asuntos Sociales*
- *Delegación de Comercio y Artesanía*
- *Delegación de Enseñanza*
- *Delegación de Medioambiente*
- *Delegación de Movilidad*
- *Delegación de Vivienda PROCASA*
- *Fundación de la Mujer*
- *Instituto de Fomento, Empleo y Formación*
- *Instituto Municipal del Deporte*
- *Delegación Territorial de Igualdad, Salud, y Políticas Sociales*
- *Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda*

- *Centro de salud de Mentidero*
- *Centro de salud La Laguna*
- *Centro de salud La Merced*
- *Centro de salud La Paz*
- *Centro de salud La Viña*
- *Centro de salud Loreto-Puntales*
- *Centro de salud Puerta Tierra*
- *Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Cádiz*
- *Unidad de Salud Mental Comunitaria de Cádiz*
- *Universidad de Cádiz:*
- *Facultad de Enfermería y Fisioterapia*
- *Facultad de Ciencias de la Educación*
- *Departamento de Acción Social y Solidaria (Vicerrectorado de Responsabilidad Social, Extensión Cultural y Servicios)*
- *Centro Universitario de Enfermería Salus Infirmorum*
- *Diputación de Cádiz:*
- *Centro de Tratamiento y Adicciones*
- *Departamento de Salud Laboral*
- *Centro de Educación Infantil y Primaria Adolfo de Castro*
- *Centro de Educación Secundaria Fernando Aguilar Quignon*
- *Centro de Participación Activa de Mayores I Caleta*
- *Centro de Participación Activa de Mayores II La Paz*
- *Colegio de Trabajo Social de Cádiz*
- *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz*
- *Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y titulados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de Cádiz*
- *Colegio Oficial de Médicos de Cádiz*
- *Colegio Oficial de Psicología-Andalucía Occidental Delegación de Cádiz*
- *AFANAS*

- *AFEDU*
- *AGADI*
- *Asociación Alendoy*
- *Asociación Amigas al Sur*
- *Asociación Cardíaca Trébol de Corazones de Cádiz*
- *Asociación Nivel Exclusión Social*
- *Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública*
- *Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía*
- *Chandamama*
- *Cruz Roja Española Delegación de Cádiz*
- *Empresa Inserción Nufans*
- *Equa*
- *FACUA*
- *Federación Surge*
- *FEGADI*
- *Ganar Cádiz en Común*
- *Iguals en Acción*
- *Liga gaditana de la Educación y Cultura Popular*
- *Nueva Juventud de Trille*
- *Partido Socialista Obrero Español*
- *Por Cádiz Sí se Puede*
- *Proyecto Hombre*

En los siguientes apartados se exponen los informes que conforman el Perfil de Salud de la ciudad de Cádiz. Se ha comenzado con el documento Las desigualdades sociales en la mortalidad y la esperanza de vida en los barrios de la ciudad Cádiz, ya que el Plan Local de Salud de Cádiz considera las desigualdades en salud como eje transversal de su actuación. Seguidamente se exponen los informes elaborados por los grupos de trabajo. En cada trabajo se indica la identidad de los autores y colaboradores.

De los informes de los grupos de trabajo se extrajo un listado de 69 problemas, necesidades, determinantes, factores de riesgo y protectores que se utilizó para identificar los asuntos prioritarios según se describe en el capítulo correspondiente.

Se recuerda que en el Perfil de Salud de La Viña, tanto en el documento resumen¹, como en los capítulos completos², se puede consultar una información muy interesante sobre la situación de la salud de la ciudad y de sus barrios.

6.2 DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA EN LOS BARRIOS DE LA CIUDAD DE CÁDIZ (2002-2013)

Autores: Santiago de los Reyes Vázquez, Juan Antonio Córdoba Doña y Antonio Escolar Pujolar

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser ampliamente reconocidas, las relaciones de la salud y la enfermedad con las condiciones de vida de las personas son escasamente tenidas en cuenta en los diagnósticos de salud. La calidad de la educación recibida, la clase social, la mayor o menor dificultad económica, la calidad de los puestos de trabajo, la accesibilidad a alimentos saludables, la disponibilidad de una vivienda y de un salario digno, de unos servicios de bienestar social de calidad, etc., constituyen determinantes clave de la salud y la enfermedad. Son las llamadas ‘causas de las causas’ de la enfermedad y la salud en la epidemiología social. La desigual distribución social de estos determinantes conducen finalmente a las desigualdades sociales en salud que se observan de forma repetida en numerosos estudios, también en Andalucía y en Cádiz, estudios que demuestran que cuanto mayor es la desigualdad social, mayores son las desigualdades en la salud y la enfermedad. Por tanto, el análisis de los indicadores más importantes del nivel de salud como

1 https://institucional.cadiz.es/sites/media/docs/salud/AytoDeCadiz_PlanSalud_v006.pdf

2 <https://transparencia.cadiz.es/planmunicipaldesalud/>

la mortalidad y la esperanza de vida con un enfoque de desigualdades y de determinantes sociales es inexcusable.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la desigualdad en la mortalidad y en la esperanza de la ciudad de Cádiz según el nivel de privación de la sección censal, pero hasta ahora no se ha realizado ningún análisis detallado por barrios como unidad territorial significativa, y como espacio natural para la acción sobre los determinantes de la salud.

Los objetivos de este estudio son:

- *Determinar la tendencia de la desigualdad por nivel educativo en mortalidad general entre 2002-2013 en la ciudad de Cádiz.*
- *Estimar la mortalidad general y por varias grandes causas y la esperanza de vida en los barrios de la ciudad.*
- *Analizar el posible papel mediador que juegan el índice de privación de la sección censal y el nivel de estudios individual en las diferencias encontradas entre barrios.*

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo ecológico de áreas geográficas pequeñas (barrios) conformados a partir de secciones censales, con cortes transversales en trienios.

FUENTE DE DATOS

Con la población andaluza incluida en el censo de 2001, el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) creó la cohorte censal 2001. Desde 2002 hasta 2013, la población incluida en el censo (unos 8 millones de andaluces) ha sido seguida para obtener información sobre distintos acontecimientos demográficos (defunciones, nacimientos, matrimonios...) A partir del cruce de datos entre distintos registros, el de

Mortalidad y el Padrón Municipal de Habitantes, de especial interés en nuestro caso, se ha constituido la Base de Datos Longitudinal de Población de Andalucía (BDLPA), fuente de datos de los análisis que se presentan.

Para la subdivisión de la ciudad en barrios se usó una adaptación de la clasificación del Catálogo Barrios Vulnerables elaborada por la Sección de Urbanismo del Instituto Juan de Herrera (IJH) de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid (ETSAM) de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) con la colaboración del Ministerio de Fomento. El procesamiento de los datos se realizó con el software Stata v.13.

Defunciones: Defunciones en la ciudad de Cádiz producidas en los años 2002 a 2013 (ambos inclusive).

Causas de muerte analizadas: Mortalidad General (por todas las causas), Mortalidad por Cardiopatía Isquémica, Mortalidad por Tumores Malignos.

VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS

El nivel educativo ha sido categorizado en 4 niveles: (1) Estudios universitarios, (2) Estudios secundarios, (3) Estudios primarios; y (4) Personal analfabetas y sin estudios. Para el análisis de la desigualdad social se consideran las defunciones en personas de 30 o más años, edad a partir de la cual el nivel educativo normalmente permanece estable.

Se ha empleado también un índice de privación de la sección censal de residencia, utilizado en diversos estudios anteriores, elaborado a partir de la información contenida en el censo de 2001 de desempleo, educación y trabajo no cualificado.

PERSPECTIVA TEMPORAL

Se ha utilizado la segmentación de datos en los periodos 2002-04; 2005-07; 2008-10; 2011-13, según se precisa.

ANÁLISIS

INDICADORES ELABORADOS:

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

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

Se calcularon las Tasas de Mortalidad General (y por causas) estandarizadas por edad para cada sexo, las tasas de mortalidad según nivel educativo, período y sexo, y las Razones de Tasas de Mortalidad (RTM) para 16 barrios.

2. *Esperanza de vida.*

Se analizó la esperanza de vida al nacer y a los 30 años. Asimismo también se ha calculado la esperanza de vida por nivel educativo en ambos sexos.

3. *Determinantes socioeconómicos.*

Finalmente se incluyeron en modelos de regresión de Poisson con la edad, el índice de privación de la sección censal y el nivel de estudios para evaluar el peso de los determinantes socioeconómicos en las diferencias de mortalidad encontradas entre barrios.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 193.818 defunciones a lo largo de los 12 años.

1. Mortalidad

1.01. Tasa de Mortalidad General (TMG) y tendencia temporal.

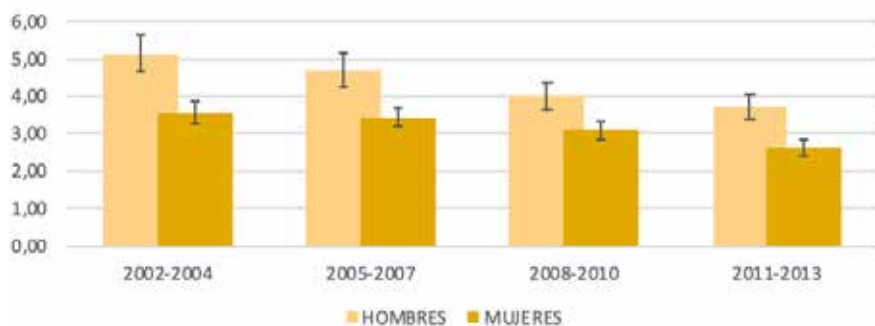
Las tasas de mortalidad general estandarizadas por edad en el primer trienio fueron de 14,97/100.000 para hombres y 8,26/100.000 para mujeres, pasando a 12,56/100.000 y 7,22/100.000, respectivamente en el último trienio del estudio. En la tabla 1 se presenta la evolución de la mortalidad por trienio en ambos sexos.

Estos datos arrojan un porcentaje de descenso relativo anual de la mortalidad fue del 1,20% en hombres y del 0,83% en mujeres.

1.02. Tasas de mortalidad específica por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. Tendencia temporal.

Se aprecia una tendencia descendente en ambos sexos en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, más evidente en hombres. En hombres también desciende la mortalidad por tumores malignos, aunque no significativamente, mientras que en mujeres no se detectan cambios en el tiempo (ver Figura1).

Tasa de Mortalidad Específica para Enfermedades Cardiovasculares. (2002-2013)



Tasa de Mortalidad Específica para Tumores Malignos. (2002-2013)

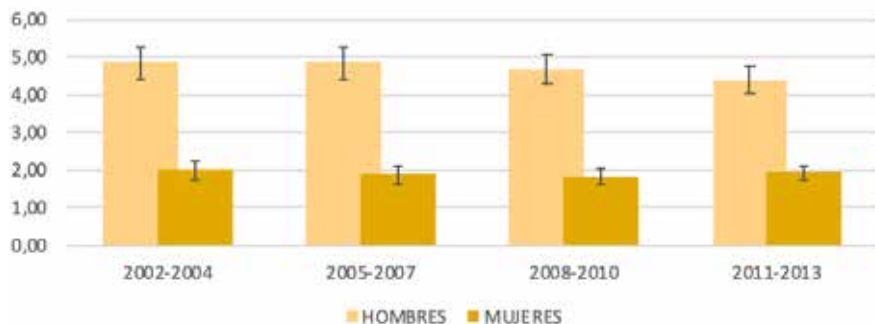


Figura 1. Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por tumores malignos en la ciudad de Cádiz. Tendencia temporal. Hombres y mujeres, de 2002 a 2012.

Tabla 1. Tasas de Mortalidad General estandarizadas para ambos sexos por trienios

Periodo	Hombres			Mujeres		
	TMGe	IC [95%]		TMGe	IC [95%]	
2002-2004	15,52	14,72	16,32	8,89	8,45	9,34
2005-2007	15,22	14,48	15,97	9,03	8,61	9,46
2008-2010	14,11	13,43	14,79	8,45	8,06	8,84
2011-2013	13,29	12,65	13,92	8,01	7,64	8,37

1.03. Desigualdades en mortalidad por nivel educativo

En la gráfica siguiente se observa cómo la reducción en la mortalidad se produce en todos los niveles educativos de manera parecida, con lo cual las desigualdades relativas no decrecen sino que han aumentado ligeramente en el período de estudio (ver Figura 2). Las razones de tasas de mortalidad entre los hombres sin estudios y los universitarios en el primer y último período son 1,46 y 1,62, y en mujeres pasan de 1,33 a 1,45.

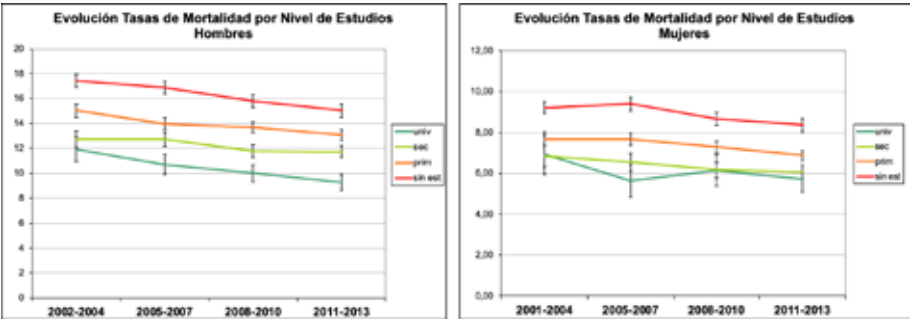


Figura 2. Tasas de mortalidad en la ciudad de Cádiz.
Tendencias y desigualdades por nivel educativo.

2. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en la ciudad fue de 83,28 años en mujeres y 76,24 años en hombres. Ambos datos son inferiores en 3 y 2 años con los de España para 2013 (mujeres: 85,54 años; hombres: 79,94 años).

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer y a los 30 años por nivel educativo y sexo. Cádiz 2002-2013.

		Mujeres		Hombres	
		EV	IC95	EV	IC95
EVNacer	Promedio	83,28		76,24	
	Universitarios	86,71	86,06-87,36	79,95	79,40-80,50
	Secundarios	85,52	85,09-85,96	76,93	76,48-77,37
	Primarios	83,24	82,75-83,72	74,51	73,86-75,15
	Sin estudios	79,30	77,92-80,67	71,95	70,80-73,11
EV30años	Promedio	53,61		46,75	
	Universitarios	56,74	56,10-57,39	50,17	49,67-50,68
	Secundarios	55,73	55,32-56,14	47,18	46,75-47,61
	Primarios	53,40	52,93-53,87	44,92	44,30-45,54
	Sin estudios	50,44	49,35-51,53	42,63	41,55-43,70

Las desigualdades por nivel educativo son importantes en ambos sexos. Tanto en hombres como en mujeres hay un claro gradiente, donde los universitarios y las universitarias superan en unos 8 y 7 años la esperanza de vida las personas sin estudios, respectivamente. La desigualdad en esperanza de vida a los 30 años sigue un patrón similar (ver Tabla 2).

3. Tasas de mortalidad general y esperanza de vida por barrios.

3.01. Mortalidad por barrios

Se detectan diferencias importantes entre barrios de la ciudad, mayores en los hombres. El exceso de mortalidad en hombres entre

el barrio con peor indicador y el mejor situado es de un 87% y en mujeres del 44%. Si limitamos el análisis a la mortalidad prematura, entre 35 y 64 años, el exceso de mortalidad en hombres alcanza el 182% y en mujeres el 74%. En la figura 3 se observan, para ambos sexos, los 16 barrios analizados, ordenados de menor a mayor tasa mortalidad ajustada en hombres (ver Figura 3). En mujeres, las tasas más elevadas se aprecian en San Juan- Pópulo- Santa María y en el Cerro del Moro, seguidos de La Viña-Callejones y San Severiano-La Paz Norte. En hombres, las mayores tasas se observan en San Juan- Pópulo- Santa María, Puntales, La Viña-Callejones y San Severiano-La Paz Norte.



Figura 3. Tasas de mortalidad por barrios de la ciudad de Cádiz por sexo (2002-2013).

3.02. Esperanza de vida por barrios

En hombres se detectan diferencias de hasta 9,3 años de esperanza de vida al nacer entre la zona Paseo Marítimo Norte y San Juan-Pópulo-Santa María (ver figura 4).

En mujeres observamos hasta 4,2 años de diferencia en la esperanza de vida al nacer entre el Paseo Marítimo Norte y Cerro del Moro, que presentan los valores extremos.



Figura 4. Esperanza de vida al nacer por barrios de la ciudad de Cádiz por sexo (202-2013).

4. Los determinantes sociales en la desigualdad en salud por barrios: el papel del nivel educativo y la privación de la sección censal.

Para evaluar el rol de los determinantes socioeconómicos en las importantes diferencias encontradas en la mortalidad por barrios, se ajustaron modelos de regresión de Poisson. Al incluir en los modelos estadísticos de mortalidad el índice de privación de la sección de residencia y el nivel educativo, el exceso de mortalidad se reduce de una manera relevante. Por ejemplo, en el caso de los hombres de San Juan-Pópulo-Santa María se reduce del 87% al 31% (en comparación con el barrio con menor mortalidad). Es decir, más de la mitad del exceso de mortalidad se puede atribuir a determinantes socioeconómicos. En el caso de las mujeres, en la mayoría de los barrios se detecta un efecto similar (tablas 3 y 4).

Tabla 3. Modelos de Poisson para mortalidad en hombres.

Barrio	Ajuste por edad [IC 95%]	Ajuste por edad+ISNSE	Ajuste por edad+Nivel educativo	Ajuste por Edad+ISNSE+Nivel Educativo[IC 95%]
Paseo Marítimo Norte	1,00 (referencia)	1,00	1,00	1,00
Paseo Marítimo Sur	1,16 [1,04-1,30]	1,16	1,11	1,11 [0,99-1,25]
Segunda Aguada	1,20 [1,05-1,37]	1,10	1,02	0,98 [0,84-1,14]
Loreto	1,21 [1,05-1,40]	1,04	1,00	0,92 [0,78-1,10]
Residencia – La Laguna	1,26 [1,10-1,43]	1,10	1,09	1,00 [0,86-1,17]
Carranza-Cortadura	1,33 [1,14-1,54]	1,27	1,18	1,16 [0,99-1,36]
Brunete-Trille – San José	1,47 [1,31-1,64]	1,33	1,30	1,23 [1,08-1,40]
Balón-Hospital de mujeres	1,50 [1,33-1,71]	1,33	1,31	1,22 [1,05-1,41]
Cerro del Moro	1,52 [1,30-1,79]	1,11	1,23	1,00 [0,81-1,22]
Centro-San Carlos	1,53 [1,37-1,72]	1,41	1,37	1,31 [1,14-1,51]
Mentidero – Falla	1,54 [1,34-1,76]	1,36	1,33	1,24 [1,05-1,46]
La Paz Sur	1,56 [1,34-1,82]	1,23	1,30	1,12 [0,93-1,46]
SanSeveriano – LaPaz Norte	1,56 [1,40-1,74]	1,29	1,32	1,17 [1,01-1,35]

Barrio	Ajuste por edad [IC 95%]	Ajuste por edad+ISNSE	Ajuste por edad+Nivel educativo	Ajuste por Edad+ISNSE+Nivel Educativo[IC 95%]
Puntales	1,68 [1,34-2,11]	1,27	1,38	1,15 [0,89-1,49]
La Viña-Callejones	1,70 [1,51-1,91]	1,34	1,39	1,20 [1,03-1,41]
San Juan-Pópolo-Sta. María	1,87 [1,66-2,11]	1,47	1,53	1,31 [1,12-1,54]

Tabla 4. Modelos de Poisson para mortalidad en mujeres

Barrio	Ajuste por edad [IC 95%]	Ajuste por edad+ISNSE	Ajuste por edad+Nivel educativo	Ajuste por Edad+ISNSE+Nivel Educativo[IC 95%]
Paseo Marítimo Norte	1,00 (referencia)	1,00	1,00	1,00
Paseo Marítimo Sur	0,99 [0,88-1,11]	0,99	0,98	0,98 [0,87-1,10]
Loreto	1,10 [0,95-1,29]	1,07	0,96	0,99 [0,82-1,18]
Segunda Aguada	1,11 [0,96-1,28]	1,10	1,00	1,01 [0,86-1,19]
Puntales	1,18 [0,92-1,51]	1,07	1,01	1,00 [0,76-1,31]
Residencia – La Laguna	1,19 [1,05-1,35]	1,13	1,08	1,07 [0,93-1,24]
Carranza-Cortadura	1,21 [1,04-1,42]	1,22	1,13	1,16 [0,98-1,36]

Barrio	Ajuste por edad [IC 95%]	Ajuste por edad+ISNSE	Ajuste por edad+Nivel educativo	Ajuste por Edad+ISNSE+Nivel Educativo[IC 95%]
Centro – San Carlos	1,22 [1,09-1,36]	1,23	1,16	1,20 [1,05-1,39]
Brunete – Tri- lle-San José	1,23 [1,10-1,37]	1,21	1,12	1,14 [1,00-1,31]
La Paz Sur	1,23 [1,04-1,45]	1,14	1,09	1,09 [0,90-1,32]
Balón – Hospital de Mujeres	1,25 [1,10-1,42]	1,22	1,16	1,18 [1,01-1,37]
SanSeveriano – LaPaz Norte	1,29 [1,16-1,44]	1,22	1,13	1,14 [0,99-1,31]
Mentidero – Falla	1,29 [1,13-1,48]	1,29	1,20	1,23 [1,05-1,45]
La Viña – Calle- jones	1,34 [1,19-1,51]	1,24	1,17	1,16 [1,00-1,36]
Cerro del Moro	1,43 [1,23-1,67]	1,22	1,22	1,15 [0,95-1,40]
Sanjuán - Pópulo - Sta.María	1,45 [1,28-1,63]	1,32	1,28	1,26 [1,08-1,47]

CONCLUSIONES:

En la ciudad de Cádiz la tendencia de la mortalidad general es descendente en hombres y mujeres en el periodo de estudio. Esta tendencia se detecta especialmente en enfermedades cardiovasculares y en hombres, y no así en la mortalidad por cáncer en mujeres. A pesar de la tendencia decreciente en las tasas de mortalidad, la

desigualdad relativa en mortalidad general por nivel educativo no ha disminuido en la ciudad de Cádiz entre 2002 y 2013.

La esperanza de vida al nacer de toda la ciudad para el periodo estudiado está por debajo de la media nacional tanto para hombres como para mujeres.

El estudio de la mortalidad por barrios en la ciudad permite detectar diferencias muy elevadas, que llegan hasta el 87% en hombres y el 44% en mujeres.

En el mismo sentido, existe una importante diferencia de esperanza de vida entre los barrios, especialmente entre algunos barrios del centro histórico y de la zona bahía con respecto al Paseo Marítimo Norte (9,29 años de esperanza de vida para hombres y 4,25 para mujeres).

Al calcular las razones de tasas de mortalidad ajustadas por factores sociales, se pone de manifiesto que cualquier estrategia para reducir de manera efectiva las desigualdades de mortalidad entre barrios en la ciudad requiere el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

6.3 LA VIVIENDA

AUTORES Y COLABORADORES

Helena Fernández (Ayuntamiento de Cádiz) María del Carmen Gómez (Ayuntamiento de Cádiz, PROCASA)

Barriada de La Paz

APDH: Eladio García (Coordinador del Informe), Eulalia Lacarra y Milagros Celaya y
ALENDY: María Vladimir Jiménez Bahamondes

Barriada Guillén Moreno

AA.VV. Fermín Salvochea: Dolores Villar y María del Carmen Ruiz

Barriada Cerro del Moro

Amigas del Sur: Josefa Fernández Villar

Barriada Puntales

Sueña Puntales: Juan Pastrana
Manoli Casado Meilán

Barriada Loreto

AA:VV Loreto: Manuel Salomón

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 del Plan Local de la ciudad de Cádiz, se presenta referido a cuatro grandes zonas en las que hemos dividido a la ciudad (La Viña, Intramuros, Bahía y Playa) para realizar un mejor análisis, obtener conclusiones y realizar propuestas. Este estudio hace un análisis de las características de las viviendas de las zonas 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 de cada zona 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.

Las zonas que comprende este estudio son:

- *ZONA LA VIÑA: corresponde a los distritos censales 4 y parte del 5 (sección Balón).*
- *ZONA INTRAMUROS: correspondiente a los distritos censales 1, 2, 3, 5, 6 y 7.*
- *ZONA BAHÍA: correspondiente a las secciones de los distritos censales 8, 9 y 10 comprendidas entre la avenida Juan Carlos I y avenida de la Bahía.*
- *ZONA PLAYA: correspondiente a las secciones de los distritos censales 8, 9 y 10 comprendidas entre avenida Juan Carlos I y Paseo Marítimo.*

DATOS GENERALES POR ZONAS

Zonas de estudio	Zona Intramuros (excepto La Viña)	La Viña	Zona Bahía	Zona Playa
nº personas (población) (aprox. Población total 2017 ver Mapa Fuente)	29.694 (26%)	5.051 (5%)	32.765 (29%)	46.961 (40%)
nº total de viviendas	15.158	2.469	13.542	23.280
nº de viviendas principales (residencia habitual)	12.310	2.076	11.905	17.958
nº viviendas no principales (secundaria + vacías)	2.848	393	1.637	5.322
nº de inscripciones en el Registro Demandante de Vivienda Protegida de Cádiz	2.391	370	1.888	1.649
nº de viviendas deshabitadas (estimadas)	1.372	223	1.226	2.107
nº de viviendas deshabitada (sin suministro ni padrón)	847	144	427	908
nº medio de personas por vivienda principal	2	2,4	2,8	2,6
nº de viviendas con fines turístico con inscripción en Registro Turismo Andalucía	186	24	2	55
nº de viviendas con fines turístico de ofertas otros canales (web)	910	144	75	481

Fuente: Mapa de la vivienda deshabitada del término municipal de Cádiz, elaborado por Espacio Común, Soc. Coop. And., promovido por Procasa-Ayuntamiento de Cádiz, junio/2017.

Zonas de estudio		Zona Intramuros (excepto La Viña)	La Viña	Zona Bahía	Zona Playa
% DE VIVIENDAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO EN LA ZONA		21,80%	6,90%	52,50%	18,80%
RÉGIMEN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA (%)	ARRENDAMIENTO	46,60%	33%	17,50%	12%
	PROPIEDAD	48,60%	63,50%	76,50%	80,50%
	PREARIO	4,80%	3,50%	6,00%	7,50%
% VIVIENDAS SIN ASCENSOR		80,80%	80%	25,50%	17,90%
EDAD DE LAS PERSONAS (%)	MAYORES DE 16	13,50%	12%	12,70%	14,70%
	ENTRE 16-64	66,20%	65%	68,10%	66,30%
	MAYORES DE 65	20,30%	23%	19,20%	19,00%

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2011.

CONCLUSIONES GENERALES:

- *De las cuatro zonas analizadas, la zona Bahía es la de mayor carácter residencial con un 88% del total de viviendas habituales, seguida de la zona La Viña con un 84% y de Intramuros con un 81,2%. La zona Playa presenta un 77% de vivienda principal. Por ello, consideramos Bahía, La Viña y todo Intramuros zonas eminentemente residenciales.*

- *La zona de La Viña es la que tiene un mayor porcentaje de viviendas vacías sin empadronamiento ni suministros básicos, un 5,8% del total de las viviendas del barrio, similar a la zona Intramuros con un 5,6%, seguidos de la zona Playa con un 3,9% y de la zona Bahía con un 3,2% de viviendas vacías.*
- *Las viviendas secundarias o no principales predominan en la zona Playa, representado casi un 23% del total de las viviendas, seguida de la zona Intramuros (19%) y La Viña (16%), siendo Bahía la zona más escasa en este tipo de viviendas (12%).*
- *Respecto a la vivienda destinada a uso turístico, el mayor porcentaje se encuentra en la zona de Intramuros y La Viña, en torno a un 6%, seguidas con mucha diferencia de la zona Playa con un 2%, siendo mínima su existencia en la zona Bahía, un 0,5%.*
- *El alquiler de la vivienda habitual predomina en la zona de Intramuros (46,6%) y La Viña (33%), con diferencia a las otras zonas en las que la mayoría son viviendas habitadas por sus propietarios/as, observándose que en la zona Playa el 80,5% de las viviendas es en propiedad y en la zona Bahía el 76,5%. Aunque en la zona de La Viña existe mucha vivienda habitual en régimen de alquiler, predomina la vivienda en propiedad (63,5%) si lo comparamos con los otros barrios de intramuros, aunque la propiedad en porcentaje es inferior a los valores medios europeos y españoles.*

La vivienda alquilada como residencia habitual, en España está de media en torno al 11% y en Europa al 25%, por lo que en todo intramuros destaca una alta proporción de alquiler en detrimento de la vivienda en propiedad. En Extramuros (zona Bahía y Playa) las proporciones de vivienda alquilada y en propiedad son más similares a los valores de media en España y en Europa.

En el perfil de salud de La Viña se detectó que, 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, unido a un bajo nivel de ingresos, lo que influye directamente en la salud.

- *La vivienda pública predomina, con diferencia, en la zona Bahía, representando más de la mitad del parque público total del municipio. En la zona Intramuros (22%) y Playa (19%) el parque público es similar y en torno al 20%. La zona de La Viña es la que presenta menor proporción de vivienda pública con un 6,9% del total de viviendas del barrio, muy por debajo de los valores medios de barrios de intramuros (21,8%), y por debajo de los valores europeos (9%).*
- *Del total de viviendas públicas (autonómicas y municipales) de la ciudad corresponden:*
 - *el 6,9 % a la zona de La Viña*
 - *el 18,8% a la zona de la Playa*
 - *el 52,5% a la zona de Bahía*
 - *el 21,8% a la zona de Intramuros*
- *El tamaño medio del hogar es muy inferior en la zona Intramuros (2 personas por vivienda principal) y mayor en la zona Bahía y en la zona Playa, 2,8 y 2,6 personas/hogar, respectivamente. En la zona de La Viña, el número de personas por hogar es mayor que la media de los otros barrios de intramuros, siendo de 2,4 personas.*
- *A pesar de que en las décadas anteriores se han rehabilitado muchas viviendas siguen existiendo viviendas en mal estado y algunas con infravivienda, sobre todo en intramuros. Según el último estudio del estado actual de la vivienda en el Casco Histórico de Cádiz, elaborado por ProCasa, actualizado hasta el mes de abril de 2017, de 2.943 edificios estudiados, predominantemente residenciales, se encuentran 187 fincas afectadas, de las cuales 36 fincas con infravivienda. Se concluye que, aproximadamente, el 1,22% de las fincas de uso residencial de los barrios perimetrales del casco histórico/intramuros, posee una o varias infraviviendas.*
- *Hay problemas de accesibilidad general en las viviendas, con un 80% de viviendas sin ascensor de media en todo Intramuros y de un 25% en la zona Bahía. En el perfil de salud de La Viña, además, se detectaron problemas de acceso a las fincas y en las vías y espacios públicos, coincidiendo con una población residente habitual cada vez con 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 son arrendatarios/as de viviendas privadas de baja calidad cuyos propietarios/as no rehabilitan ni renuevan las viviendas.

La instalación de ascensores en las fincas de extramuros quizás sea más fácil técnicamente y también será posible en algunas de intramuros, aunque se ha de tener en cuenta el bajo nivel económico de los residentes para hacer frente a la instalación y mantenimiento de un ascensor, la mayoría con pocos vecinos por finca, y con unas escasas ayudas públicas. Sobre todo en el casco abundan las fincas que por su fisionomía no puede instalarse el ascensor, siendo una opción el sistema salva-escaleras.

- *En cuanto al estado del interior de las viviendas y las condiciones generalizadas de humedad, más acentuado en toda la zona de intramuros, por las características geográficas y climatológicas del municipio de Cádiz, con unos 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 antiguos y los hábitos de mantenimiento y de vida de los residentes, se considera un elevado riesgo de padecer humedades por condensación o filtración dentro de las viviendas, situación que podría ser causa de enfermedades del aparato respiratorio. Estas condiciones podrían ser determinantes de las elevadas tasas de asma en la infancia que se observan, por ejemplo, en la zona de La Viña y que se comentan en el apartado de Morbimortalidad del Perfil de Salud de La Viña.*
- *Dada la edad cada vez más avanzada de la población y para hacer frente a la salud de una población cada vez más envejecida, no existen viviendas tuteladas para mayores ni otras soluciones habitacionales dentro de cada barrio que faciliten la reubicación o la permuta en viviendas adecuadas a los residentes.*
- *Gran parte de los locales comerciales están en desuso, en la zona de La Viña se detectó un 64% sin uso y un 75% del total de locales con problemas de accesibilidad.*

PROPUESTAS:

1. *Identificar los casos de personas que viven confinadas y aisladas en su domicilio por problemas relacionados con barreras arquitectónicas del edificio o vivienda o problemas relacionados con la movilidad de la personas para incluirlas en el programa Bajemos a la calle de la Delegación municipal de Salud lo que iría directamente en beneficio de su salud.*
2. *Incrementar el parque de viviendas públicas protegidas de la zona, en vista del bajo porcentaje de vivienda pública existente en la ciudad, muy por debajo de los niveles recomendados europeos e insuficiente para satisfacer la demanda de vivienda protegida de las familias inscritas en el Registro municipal de demandantes de Cádiz, lo que favorecería la salud de la ciudadanía al disponer de vivienda asequible y adecuada, así como la emancipación de los jóvenes dentro del municipio.*
3. *Aumentar el número de edificios accesibles con ayudas públicas y financiación disponible para instalación de ascensores o dispositivos elevadores, según el caso.*
4. *Promover ayudas y buscar fórmulas de financiación para la rehabilitación, el aumento de la eficiencia energética y el aislamiento de edificios y viviendas de intramuros, que es la zona que mayores dificultades presenta respecto a accesibilidad y eficiencia energética debido principalmente a la antigüedad de sus construcciones, necesitando adecuación para ser habitada saludablemente por las familias afectando este problema directamente a la salud.*
5. *Promover un comercio local atractivo en la zona, con objeto de crear empleo y actividad en las calles, atrayendo la residencia habitual de población más joven que conviva con la actual, evitando la despoblación de una zona como la de Intramuros que tiende a ser predominantemente de residencia temporal o turística.*
6. *Promover estudios de viabilidad de viviendas tuteladas para mayores, dentro de cada barrio, evitando la desubicación, facilitando la permuta y la adecuación de las viviendas, de una población cada vez de mayor edad.*

7. *Promover cambios legislativos y/o establecer convenios que permitan incorporar al mercado de la vivienda habitual asequible, un parque de viviendas que supone casi un 28% de las viviendas no habituales de la zona de Intramuros, cuya propiedad es una entidad financiera o inmobiliaria, de modo que no permanezcan ni vacías ni de uso predominantemente turístico, así como impulsar la herramienta que supone el ya aprobado programa de la Ordenanza del Alquiler Social.*

LA SALUD EN LA ZONA BAHÍA. URBANISMO Y VIVIENDA

La delimitación de la Zona Bahía, a los efectos del estudio de la Salud en la ciudad de Cádiz, comprende toda la superficie desde el frente litoral a la Bahía hasta la avenida de Juan Carlos I y desde las instalaciones de Astilleros hasta la Zona Franca. En esta delimitación se incluyen las barriadas populares de Extramuros, entre las que destacaríamos por su origen e importancia las de Puntales, La Paz, Cerro del Moro, Loreto y Guillén Moreno. Estos ámbitos se completan con los de San Severiano, Segunda Aguada, (donde se encuentra Guillén Moreno), y el nuevo barrio de Astilleros.

De sus características destacaríamos que se trata de un amplio sector de Extramuros, correspondiente al ensanche moderno y cuyo uso global es el residencial. En su conjunto se encuentran 13.542 viviendas y una población total de 32.765 habitantes, lo que supone más del 27 % de toda la ciudad. A partir del soterramiento del ferrocarril se produce una mayor integración con el resto de la ciudad de una zona en parte marginada. También puede resaltarse la incidencia del nuevo puente sobre la Bahía en la estructura viaria y en el futuro la que podrán tener los equipamientos a nivel ciudad de los Juzgados en los depósitos de Tabacalera y del nuevo hospital en la parcela ocupada en su día por Construcciones Aeronáuticas.

En este primer informe, tal y como se trató en el grupo motor, nos centraremos en la identificación de las deficiencias más graves y en las prioridades para su posible solución. La priorización que señalamos está basada principalmente en la apreciación que captan en su entorno las entidades sociales de cada barrio. Siempre que los datos de que disponemos nos lo permiten, las apoyamos con una medición de la magnitud del problema.

URBANISMO

Como antecedentes puede recogerse que las denominadas como barriadas populares fueron construidas en las décadas 40, 50 y 60 del pasado siglo. En gran parte constituyen unidades homogéneas, que de forma discontinua han ocupado la banda oriental del istmo de la ciudad y con el límite de la vía del ferrocarril, hoy Avenida Juan Carlos I después del soterramiento.

En el informe urbanístico realizado con anterioridad para la Zona de Necesidad de Transformación Social (ZNTS) de la Barriada de la Paz, del que podría incorporarse gran parte de su contenido, se establecían conclusiones que se consideran bastante aproximadas también para el conjunto. De forma resumida son las siguientes:

- *A partir del análisis de los espacios libres y construidos en toda la Zona Bahía, obtendríamos conclusiones desalentadoras y que derivan de la ordenación urbanística adoptada en su origen. De ese diseño perviven cuestiones como el trazado de calles y de las manzanas edificables, que, en el caso de la Barriada de la Paz, acogen agrupaciones de edificios aislados de planta baja +4 y planta baja +10. En algunos edificios la planta baja sólo se ocupa por el portal de acceso. La superficie de la parcela no ocupada por la edificación, en muchos casos, ha quedado como una tierra de nadie, en régimen semipúblico y mal urbanizada. Por otra parte, la única existencia de aparcamientos de vehículos en superficie, anexas al viario, supone en la práctica la omnipresente presencia del automóvil frente al peatón, degradando el espacio público en su conjunto. La excepción en cuanto a los espacios libres es el Paseo Marítimo que ocupa todo el borde litoral, desde el nuevo barrio de Astilleros hasta Puntales, renovado y ampliado en los últimos años constituye uno de los principales activos a nivel de toda la ciudad.*
- *Sin embargo, los resultados de esta ordenación urbanística de la Barriada de la Paz pueden considerarse aceptables, si los comparamos con otros ámbitos de la Zona Extramuros Bahía, donde el aprovechamiento máximo por la edificación y hasta los límites catastrales de las antiguas parcelas ha sido el único criterio de la ordenación. El caso extremo lo encontramos en los bloques construidos en Segunda Aguada. Como conclusión señalaríamos que la falta de un planeamiento urbanístico integrado o el incumplimiento de las ordenanzas en*

otros casos pueden explicar los resultados de lo que ahora nos encontramos y que tiene un difícil y costoso remiendo.

- *De la superficie de los ámbitos delimitados para cada barrio y del número de viviendas, se obtendría una primera conclusión sobre la intensidad de ocupación. La comparación entre las 89 viv/ha de la Barriada de la Paz o de 99 viv/ha de Puntales, perfectamente conformes con la normativa urbanística vigente para el suelo urbano, a las 410 viv/ha de Guillén Moreno ó de 420 viv/ha de Loreto, es significativa. En otros ámbitos, por ejemplo, de Segunda Aguada, estas densidades serían incluso superiores. Por tanto, puede resaltarse esta característica, la densidad excesiva en ámbitos cuyo uso casi exclusivo es el residencial en la incidencia también con los problemas de salud de sus habitantes. (Como anexo se acompaña una tabla con los datos de población y vivienda de todas las barriadas de Extramuros que conforman la Zona Bahía).*
- *Respecto a los Equipamientos, que se desarrollan en otro apartado de este informe, señalaríamos que en su conjunto pueden considerarse suficientes, aunque infrautilizados y con necesidades de mejoras. Como conclusión, del análisis de la Barriada de la Paz, se consideraba que la dotación de nuevos centros de equipamientos y la reforma de los existentes, debería estar acompañada de personal dinamizador de nuevas actividades y que del éxito de las diferentes actividades podría deducirse una incidencia positiva en el empleo y en la mejora notable de las condiciones de la vida ciudadana. Esta propuesta puede extenderse al resto de los ámbitos del estudio de la Zona Bahía.*

VIVIENDA

De los datos conocidos del Censo de Población y Vivienda de 2011 y estudios de PROCASA sobre la vivienda deshabitada de 2017, puede destacarse que en la Zona Bahía se encuentran 11.905 viviendas principales (88 % del total) y una población de 32.765 habitantes. El número de habitantes por vivienda principal es de 2,75.

Según el régimen de tenencia el 76,4 % es de propiedad, el resto en alquiler u otro tipo de cesión y que el 15,2 % del total se califican de vivienda pública (Ayuntamiento y Junta de Andalucía). El porcentaje de la población inscrita en el Registro Municipal

de Demandantes es del 12 % respecto al total de la población de la zona Bahía. (En el anexo N° 1 se recogen las magnitudes más importantes de la zona Extramuros Bahía)

Respecto a los problemas detectados en las viviendas podemos agruparlos, por orden de importancia, en los siguientes:

1. La accesibilidad.

La evolución de la pirámide de población en los últimos 60 años ha cambiado radicalmente la problemática de la accesibilidad en la edificación en altura. Entre 1960 y 2017 la esperanza de vida ha pasado de 70 a 83 años, de tal manera que la población mayor de 65 años ha variado del 7% de la población al 19% y por tanto una mayoría de familias tiene uno o más miembros de la tercera edad.

Por otro lado, la normativa de la construcción de edificios, siempre tan condescendiente con los promotores, hasta hace muy poco excluía a los edificios de viviendas de cuatro plantas de la obligación de estar dotados de ascensor. Tal carencia ocasiona que a un gran número de personas les resulta muy difícil acceder a la calle y por tanto relacionarse con sus vecinos, pasear, asistir a eventos y espectáculos etc. En los casos de movilidad reducida es prácticamente imposible, lo que conlleva consecuencias nefastas para su calidad de vida y para su salud física y mental.

La edificación existente en la Zona de Extramuros Bahía no es uniforme en el tema que nos ocupa:

- Los edificios de viviendas en Segunda Aguada y Astilleros son de construcción más moderna, principalmente de promoción privada y habitados por familias en condiciones económicas más desahogadas. Están dotadas de ascensores y no presentan problemas significativos de accesibilidad desde la vía pública, salvo la adaptación de portales en algunos casos.*
- En el Cerro del Moro la construcción es moderna y todos los edificios están dotados de ascensor. Todas las viviendas se encuentran en régimen de alquiler, siendo la propiedad de la Junta de Andalucía. No obstante, la Asociación Mujeres al Sur informa que, a veces al*

carecer las familias de medios económicos, no pueden costear el mantenimiento del ascensor y permanece un tiempo inutilizado. Como propuesta sugerimos que el recibo del alquiler debería llevar incorporado el coste de mantenimiento, que la Junta debería contratar globalmente el mantenimiento de todos los ascensores del barrio para abaratar costes y que debería crear ayudas para las familias en riesgo de exclusión.

- *La AAVV de Guillén Moreno informa que todos los bloques, dada su altura disponen de ascensor y de no tener problemas en la actualidad, ya que PROCASA se encarga del mantenimiento de los mismos.*

De todo lo anterior se deduce que el grueso del problema de accesibilidad recae en los bloques de cuatro plantas de la Barriada de la Paz, de Loreto y de Puntales, sobre lo que ofrecemos más información.

- *Barriada de La Paz. Al no disponer de datos oficiales hemos recorrido todas las calles e inventariado los bloques de cuatro plantas, con y sin ascensor, resultando lo siguiente:*
 - *Bloques con ascensor..... 29*
 - *Bloques sin ascensor..... 131*
- *Por tanto, sin ascensor se encuentran 131 bloques x 8 viviendas = 1.048 viviendas (familias), lo que afecta aproximadamente a 2.903 personas.*
- *Barriada de Loreto. Según informa la AAVV acaban de ser concedidas subvenciones a 21 comunidades de vecinos de bloques de cuatro plantas y otras cinco solicitudes han sido denegadas. Además, quedan nueve bloques sin ascensor que no han presentado solicitud para acogerse a las ayudas.*

Por tanto, si consideramos que los bloques con ayudas aprobadas están en vías de solución, restan 14 bloques con necesidad de ser dotados de ascensor. Se trataría de 224 viviendas, lo que afectaría aproximadamente a 594 personas.

- *Barriada de Puntales. Según informa la Asociación Sueña Puntales existen 19 bloques de cuatro plantas, de los cuales cuatro tienen ascensor, por tanto restan 15 bloques sin ascensor. Supondría un total de 240 viviendas, lo que afectaría aproximadamente a 646 habitantes.*

Como resumen de esta situación señalaremos que en la Zona de Extramuros Bahía, existen 160 bloques de cuatro plantas que carecen de ascensor, lo que afectaría a 1.512 viviendas y aproximadamente a 4.143 habitantes.

Se aprecia un factor positivo en el incremento de las ayudas de la Unión Europea para dotar de accesibilidad a las viviendas, aunque sería necesario que tanto el Gobierno Central como el Autonómico incrementaran el número de ayudas con aportaciones de sus recursos propios. Asimismo, todas las administraciones deberían ofrecer una información más exhaustiva y expresamente dirigida a dichas comunidades, cuando se produzcan las convocatorias para solicitar las mencionadas ayudas.

2. Hacinamiento.

El hacinamiento es un fenómeno muy conocido en Cádiz, especialmente en el Casco Histórico, añadido al de la infravivienda en general. La crisis económica ha extendido y agudizado el problema, obligando a familias a regresar al hogar de sus padres, por carecer de capacidad económica para pagar la hipoteca o sostener un alquiler. El problema se empeora si tenemos en cuenta que en los últimos 10 años las administraciones públicas prácticamente no han construido viviendas en alquiler, habiéndose operado un retroceso histórico de gran envergadura en la solución del problema de la vivienda y por tanto para la erradicación del hacinamiento. Como es sabido esto genera una convivencia forzada de graves consecuencias y que ocasiona:

- Fracaso escolar*
- Degradación de las relaciones personales y familiares*
- Problemas de convivencia*
- Sensación de fracaso, etc.*

Para la determinación del número de viviendas en las que existen problemas de hacinamiento se requeriría un inventario pormenorizado, vivienda por vivienda y en su defecto un estudio sociológico de la población residente, con una muestra significativa y realizado por empresas o personas especializadas.

En este momento y para su estudio hemos partido especialmente de la apreciación que hacen las asociaciones y entidades de los distintos barrios de la Zona Extramuros Bahía, aunque también existen datos que nos permiten hacer ciertas apreciaciones. Para ello y teniendo en cuenta el número de inscripciones en el Registro de Demandantes actualizado de los distintos barrios, obtenemos lo siguiente:

	Inscripciones	Población afectada
Astilleros	162	309
Barriada de la Paz	490	1.045
Cerro del Moro	184	397
Loreto	283	607
Puntales	108	232
San Severiano	387	784
Segunda Aguada	274	501
TOTAL	1.888	3.875

Es evidente que no todas las inscripciones en el Registro de Demandantes responden al problema de hacinamiento, también puede tratarse de familias que ocupan viviendas en alquiler que en su día pretendían obtener una vivienda en el centro o a familias que ya han resuelto su problema y que no se han dado de baja, permaneciendo en el Registro porque no se ha depurado el mismo. No obstante, teniendo en cuenta que en la Zona Extramuros Bahía el 76,4% de las viviendas el régimen de tenencia es en propiedad y que para acceder al Registro no se puede ser propietario de otra vivienda, es procedente pensar que una buena parte de las inscripciones del listado anterior se corresponde con situaciones de posible hacinamiento. Dicha

apreciación, en cualquier caso, también se sostiene en las opiniones de las entidades y asociaciones de los distintos barrios que coinciden en que en su barrio existen más o menos viviendas en las que convive más de un núcleo familiar.

El hacinamiento no es posible erradicarlo con medidas a aplicar en el barrio ni en la zona, solo tendría solución a nivel ciudad, pero de lo que no cabe la menor duda es que el fenómeno existe en la Zona Extramuros Bahía y en una cantidad superior a la que en principio podemos pensar.

Como elemento positivo, de los datos conocidos, para la posible solución de los problemas de hacinamiento, señalaremos que, en la Zona Extramuros Bahía, existen también un total estimado de 1.226 viviendas deshabitadas, sobre las que se debería actuar para ponerlas al servicio de la población afectada.

3. Derecho a los suministros.

El derecho a la vivienda implica el derecho a los suministros (luz y agua), sin los cuales las viviendas no son habitables. A menudo se producen cortes en los suministros de familias gaditanas por impagos de los recibos y a otras les resulta difícil abonarlos de forma puntual o permanente, debido a ingresos insuficientes. Hasta tal punto es así, que no pocas familias, todos los meses tienen que buscar en el Ayuntamiento y en las distintas entidades caritativas, ayudas para pagar los recibos de luz y agua. Esta dedicación por periodos prolongados les absorbe un tiempo que deberían emplear en la búsqueda de trabajo y en mejorar su formación profesional, y sobre todo les daña seriamente la autoestima abocándolas a la exclusión social.

Los cortes de luz y agua por impagos deben ser erradicados inmediatamente, implantando un bono eléctrico y una Ordenanza municipal sobre el suministro de agua que regule el derecho de todos los ciudadanos a disponer de la cantidad mínima necesaria de energía eléctrica y de agua para una vida digna. Bono y Ordenanza reguladas no basándose en la caridad, sino en un derecho inalienable de todos los ciudadanos y que aplique ayudas proporcionales a los ingresos familiares.

Un factor positivo importante es que el Ayuntamiento es propietario del 51% de Eléctrica de Cádiz y que Aguas de Cádiz es una empresa municipal, de tal manera que bastaría la voluntad política de la institución o de una mayoría suficiente para hacer realidad el bono y la Ordenanza antes mencionados.

4. Otras deficiencias.

Los graves problemas tratados en los tres apartados anteriores, que consideramos prioritarios en su tratamiento, no excluyen que se aborden otras deficiencias, principalmente en los edificios más antiguos, como son la rehabilitación de los elementos comunes del edificio, así como los privativos de las viviendas que se detecten en los Informes de Evaluación de los Edificios.

Hay que recordar que los edificios más antiguos se construyeron con una normativa que no exigía el aislamiento, tal como se concibe hoy día, ni los estándares de eficiencia energética u otras exigencias del actual Código Técnico de la Edificación.

Como tema particular cabe mencionar la invasión periódica de cucarachas e insectos provenientes de la Harinera.

5. La remodelación del Cerro del Moro.

Se van a cumplir 26 años desde que en julio de 1992 se pusiera la primera piedra de la remodelación del Cerro del Moro. Las viejas viviendas se habían convertido en inhabitables: superficies por debajo de los estándares mínimos obligatorios, importantes problemas de seguridad estructural y constructiva, redes e instalaciones caducas etc. La remodelación consistía y consiste en la sustitución de las viejas viviendas por viviendas dignas que respondan a los estándares de calidad actuales.

Desde aquel julio de 1992 se han ejecutado seis fases con un total de 480 viviendas. Las tres primeras fases se ejecutaron por el Ayuntamiento mediante un Convenio de Ejecución y Gestión con la Junta de Andalucía con un total de 266 viviendas. Las otras tres fases fueron promovidas por la Junta de Andalucía con un total de 174 viviendas.

Las llaves de la sexta y última fase ejecutada (57 viviendas) se entregaron a las correspondientes familias en octubre de 2012; desde entonces el proceso se ha estancado, quedando por ejecutar las fases séptima y octava. Es de especial importancia, por la cantidad de familias afectadas, la construcción del edificio que albergue a los vecinos de la séptima y octava fases.

Durante años las administraciones competentes, Junta de Andalucía y Ayuntamiento, estuvieron enfrascados en acusarse mutuamente en vez de buscar soluciones al problema de los ciudadanos. El factor positivo en la actualidad consiste en que Ayuntamiento y Junta (AVRA) están colaborando estrechamente, lo que hace posible:

- 5.01.** *Se está tramitando la declaración de ruina del edificio vacío y clausurado. Al no haberse presentado alegaciones se espera que se apruebe en breve, permitiendo la demolición del mismo.*
- 5.02.** *La Junta de Andalucía (AVRA) y el Ayuntamiento de Cádiz van a firmar un Convenio de Colaboración, cuando las direcciones de ambas administraciones aprueben el contenido de los acuerdos a que han llegado (se espera que dentro de un mes o mes y medio). El Convenio recoge la redacción y aprobación del estudio de detalle, el proyecto de reparcelación, la construcción de las viviendas, la reurbanización de la zona y cuantos trámites y acciones son necesarias para que las viviendas de la séptima y octava fases puedan ser entregadas a las familias.*

RESUMEN DE LAS PROPUESTAS SOBRE LA VIVIENDA.

- 1.** *La mejora de las condiciones de accesibilidad, con la dotación de ascensores en los 160 edificios que no disponen de los mismos en la zona de Extramuros Bahía y las reformas de los correspondientes elementos comunes de portales.*
- 2.** *Erradicar el Hacinamiento mediante la construcción de viviendas en operaciones a nivel ciudad y especialmente tomando medidas eficaces para que el mayor número posible de las viviendas vacías de la zona Extramuros*

Bahía (1.226), desempeñen el papel social que le corresponde al servicio de la población afectada.

- 3.** *Aprobación definitiva y aplicación del bono eléctrico y Ordenanza de suministro de agua que eliminen los cortes de suministro por impago y que regulen el derecho de todos los ciudadanos a disponer de la cantidad mínima necesaria de luz y agua.*
- 4.** *Obras de reformas y rehabilitación para la mejora del estado de conservación de los edificios: estructura, envoltentes e instalaciones y que mejoren la eficiencia energética tanto de las zonas comunes como de los privativos de viviendas que se recogen en el Código Técnico de la Edificación y que se detecten en los Informes de Evaluación de los Edificios.*
- 5.** *Completar la remodelación del Cerro del Moro mediante la construcción del edificio con todas las viviendas necesarias para albergar a las familias de la séptima y octava fases para lo que es imprescindible que continúe la colaboración de la Junta de Andalucía (AVRA) y el Ayuntamiento de Cádiz.*

LOS EQUIPAMIENTOS

Para determinar las carencias y necesidades comenzamos haciendo inventario de los principales equipamientos y recursos disponibles, en concreto los ya recogidos en el ámbito de la ZNTS Barriada de la Paz y que se completa para el resto de las barriadas de la Zona Bahía.

Docentes. Existen cinco centros de Escuela Infantil (de 0 a 3 años), cuatro de Primaria y Secundaria y dos de Bachillerato (IES Rafael Alberti e IES San Severiano). Además, existen el Centro de Educación Especial AFANAS, el de Educación Permanente Viento de Levante, el CEIP Tartesos, el Centro de Formación del Profesorado y el Instituto provincial de formación de adultos y el centro de Promoción del Menor Eduardo Benot.

Otros equipamientos. Se pueden destacar la Biblioteca Municipal Adolfo Suárez, el centro de servicios sociales Hermanas Mirabal y el Centro Tartesos, los centros

de salud de La Paz y de Loreto – Puntales, así como el centro de día de mayores, la residencia de mayores en la calle Valencia, el centro de promoción ciudadana El Puntal y la sede de la Delegación municipal de Asuntos Sociales La Paz. La existencia de los centros parroquiales de San Francisco Javier y San Vicente Paúl, así como el de la Iglesia de Nuestra Señora de Loreto, ofrecen más servicios que los estrictamente religiosos. La Administración autonómica dispone del centro de prevención de riesgos laborales, con alcance de equipamiento a nivel provincial.

Equipamientos deportivos. Los principales que se encuentran en la zona de estudio son el complejo deportivo municipal Manuel Irigoyen, los centros náuticos de Puntales y Levante, y el Polideportivo Francisco Blanca. También destacaríamos los pabellones polideportivos Nuestra Señora de la Paz y colegio Gadir, la pista polideportiva Tofiño y las pistas deportivas incluidas en los centros docentes.

Equipamiento comercial. No existe como tal en el ámbito, limitándose a un centro comercial de mediana superficie en la esquina de la Avda. del Perú y calle Barbate, así como los locales comerciales en algunas plantas bajas de edificios en la Avenida de la Bahía, en locales en el antiguo Centro cívico y en locales en las plantas bajas de los edificios situados a lo largo de la Avenida de San Severiano, Segunda Aguada y Lacave. En su conjunto puede calificarse como de poco diverso y escaso, respecto a la población residente, obligada a desplazarse a los centros comerciales situados en las proximidades. En sentido positivo destacamos el mercado ambulante que se instala los lunes y que ocupa el Paseo Marítimo y que completa la oferta de la zona.

En resumen y como conclusiones sobre los equipamientos cabe reseñar, en sentido negativo, la falta de centros culturales y de ocio, así como la infrautilización y necesidad de reformas del edificio del antiguo Centro Cívico de la Barriada de la Paz, que en su momento constituyó el epicentro de la incipiente vida comunitaria de la zona, a finales de los años 60 del pasado siglo. En sentido positivo se puede destacar que existen también parcelas disponibles, calificadas en el vigente Plan General para equipamiento asistencial: Una de 895 m² de superficie en avenida San Severiano esquina calle Cineasta Julio Diamante, y otra de 1.829 m² con frente a la calle Barbate y avenida del Perú. Así mismo se encuentra disponible en Puntales la parcela destinada a albergue juvenil y que la Junta de Andalucía ha desistido de construir. Por último recogemos la disponibilidad de actuaciones de equipamientos en los depósitos de Tabacalera, de propiedad municipal.

Abrir el colegio al barrio. La mayoría de los centros educativos de la zona cierran sus instalaciones al finalizar la jornada de mañana y permanecen cerrados, no desarrollando ninguna actividad en horario de tarde. La apertura de centros a los barrios respectivos solucionaría el tema de contenedores para albergar actividades deportivas y culturales. También facilitaría la puesta en marcha de aulas de mayores, así como talleres ocupacionales para la población desempleada. Implementar estas medidas resulta menos oneroso que la construcción de grandes contenedores. Tan solo necesitaría contar con un mínimo personal que garantizara en buen uso de las instalaciones y no interferir en la normal actividad académica de los centros. Es importante asegurar que al día siguiente, cuando el centro abra las puertas al alumnado, todo esté en perfecto uso. Sería extraordinario que la colaboración entre AMPAS y AAVV se convirtiera en instrumento para el cambio de la relación docencia-barrio.

Animadores socioculturales. Cuando se está inmerso durante años en luchar por sobrevivir y encontrar algún tipo de trabajo por precario que sea, se van perdiendo los deseos y habilidades para cultivarse culturalmente, practicar deporte, mejorar la formación etc. Por ello, tan importante o más que disponer de instalaciones para desarrollar actividades, es contar con animadores socioculturales que las organicen y monitores que orienten y organicen la práctica deportiva. El factor positivo consiste en que el IES Columela tiene un Ciclo formativo de Grado superior sobre Animación Sociocultural e Integración social. Se cuenta por tanto con un vivero que puede aportar a estudiantes en prácticas para apoyo a los profesionales y también los propios profesionales que se contraten.

RESUMEN DE LAS PROPUESTAS SOBRE EQUIPAMIENTOS.

1. *Reforma del edificio del antiguo Centro Cívico de la Barriada de la Paz, para recuperar funciones y actividades de la vida comunitaria.*
2. *Construcción de centros para actividades culturales, formativas y comunitarias, en las parcelas calificadas en la avenida San Severiano esquina calle Cineasta Julio Diamante, la situada en calle Barbate y avenida del Perú y en la disponible en Puntales.*

3. *Reforma y adaptación de los depósitos de Tabacalera, (aparte de los nuevos juzgados), para centro de formación ocupacional y de nuevas actividades.*
4. *Necesidad de mejoras y equipamiento de las instalaciones existentes para que se puedan poner en marcha de forma eficiente.*
5. *Reforma y mejoras de las instalaciones deportivas y dotarlas de monitores que orienten y organicen las actividades.*
6. *Abrir al barrio los centros escolares como recursos de actividades culturales, formativas y deportivas. Las administraciones competentes deben dotarlos del personal necesario para garantizar la seguridad y el buen uso de las instalaciones.*
7. *Disponer de animadores socioculturales para fomentar y organizar las actividades.*

LOS ESPACIOS LIBRES

Completamos este informe con las apreciaciones y propuestas sobre los espacios libres existentes en el ámbito del estudio de la Zona Extramuros Bahía, que coinciden con las recogidas para la ZNTS de La Paz, y que son las que siguen.

Respecto a las apreciaciones, es cierto que con la elevada densidad se diseñó una importante superficie de espacios libres, sin embargo, se trata de un espacio público no cualificado, ya que carece de los elementos que estimulen el intercambio y la cohesión social, pues se trata de espacios para la contemplación y no para relación.

En algunos casos la planta baja de los edificios residenciales sólo se ocupa por el portal de acceso. La superficie de la parcela no ocupada por la edificación, en muchos casos, ha quedado como una tierra de nadie, en régimen semipúblico y mal urbanizada. Por otra parte, la única existencia de aparcamientos de vehículos en superficie, anexas al viario, supone en la práctica la omnipresente presencia del automóvil frente al peatón, degradando el espacio público en su conjunto.

Como tema particular incluimos la necesidad de asfaltar la calle Dársena en el barrio de Puntales, posiblemente la única calle de Cádiz que carece de asfaltado.

Como contrapunto positivo tenemos el estupendo paseo marítimo que discurre a todo lo largo de la Zona Extramuros Bahía por la avenida de la Bahía y que además es soporte de actividades interesantes, como puede ser el mercadillo de El Piojito.

Recuperar espacios como lugar de convivencia. La mayoría de espacios libres están infrautilizados y lo que es peor a menudo sirven como soporte para que un grupo de individuos realice actividades de consumo y tráfico de drogas lo que refuerza la no utilización por las familias. Rescatar estos espacios para los vecinos de todas las edades, necesitan que los espacios sean acogedores y estén diseñados para fomentar las relaciones, pero sobre todo, y a riesgo de ser reiterativos de organizar actividades con dinamizadores culturales y el apoyo activo de las entidades sociales del barrio. Como muestra, en el Anexo 2, reproducimos carteleros y fotos de la fiesta dirigida a los niños organizada por las entidades sociales (que figuran en el cartel) de la Barriada de la Paz el pasado 9 de mayo en la Plaza Rafael Alberti. El 9 de Mayo de 2018 la plaza fue rescatada para los ciudadanos y fue ejemplo de convivencia.

Las propuestas sobre los espacios libres existentes en el ámbito del estudio de la Zona Extramuros Bahía son las siguientes:

1. *Diseñar específicamente cada espacio para que sea acogedor y especialmente para que fomente la convivencia.*
2. *Obras de reurbanización, resolviendo los problemas de accesibilidad en los itinerarios peatonales.*
3. *Recuperación de algunas superficies ocupadas en la actualidad por vehículos aparcados, para zonas de estancia y juego de niños.*
4. *Mejoras y reposición de arbolado, en general en todas las zonas ajardinadas y dotación de mobiliario urbano, incluidos más zonas para juegos de niños, para jugar a la petanca, mobiliario de intemperie para juegos de mesa etc.*
5. *Fomentar actividades para las distintas edades. El Ayuntamiento y otras administraciones deben facilitar personal especializado.*

6. *Asfaltar la calle Dársena.*

Como resumen del urbanismo y vivienda de la Zona Extramuros Bahía, que podemos caracterizarlo como un amplio sector del Cádiz moderno donde habita más del 27% de la población y donde se repiten problemas de determinados barrios del casco antiguo, recogemos las propuestas que pueden extenderse a gran parte de la ciudad. Estas propuestas tienen que ver con la mejora de las condiciones de las viviendas en cuanto a la accesibilidad y a la eficiencia energética, con la dotación de los suministros básicos y con la optimización de los equipamientos comunitarios existentes. Así mismo consideramos que estas propuestas deberían incorporarse sin mayores dilaciones a los planes urbanísticos municipales, si no estuvieran ya recogidas, y que contribuirían de forma notable a la mejora en general de las condiciones de vida de la población residente y en concreto de la salud de los habitantes, como objetivo general de este informe.

Cádiz, junio de 2018

ANEXO 1. DATOS VIVIENDA ZONA BAHÍA

BARRIADAS	Población	Viv Principales	VivSecun	Vivvacía	nºhab/viv	nº Demand	Pob Demand	%pob dem/pt	Viv Det (1)
CERRO DEL MORO	2.801	1.022	292	119	2,74	184	397	14,17%	163
BARRIADA DE LAPAZ	7.778	2.809	469	297	2,77	490	1.045	13,44%	73
LORETO	4.883	1.841	198	185	2,65	283	607	12,43%	38
PUNTALES	1.692	628	142	70	2,69	108	232	13,71%	23
ASTILLEROS	3.528	1.210	102	119	2,92	162	309	8,76%	16
SAN SEVERIANO	6.076	2.244	199	221	2,71	387	784	12,90%	107
SEGUNDA AGUADA	6.007	1.651	235	216	3,64	274	501	8,34%	7
GUILLÉN MORENO		501							
TOTAL ZONA BAHÍA	32.765	11.905	1.637	1.226	2,75	1.888	3.875	11,83%	427

(1) Viviendas detectadas sin suministros o personas empadronadas

Viv pública Junta Andalucía	795	44,6% del total de Cádiz
Viv pública Ayuntamiento	1.016	60,8% del total de Cádiz
% Viv pública/Viv Principales		15,21%
Régimen tenencia en propiedad	10.010	76,40%
Régimen tenencia en alquiler	2.295	17,50%
Otro tipo régimen cesión	800	6,10%

Estado edificación	Total viviendas	Bueno	Deficiente	Malo	Ruinoso	No consta
S/censo 2011	13.100	12.380	455	70	85	120

ANEXO 2.



6.4 LA EDUCACIÓN

COMPONENTES DE LA COMISIÓN

Autores: M^a Vladimir Jiménez (Asociación Alendoy), Carlos Gentil (Liga gaditana de la educación y cultura popular), David Cifredo (Facua), Amparo Butrón (Ceip Adolfo de Castro).

Colaboradores: Zoraida Calvo (IES Fernando Aguilar Quignon), Antonio Vergara (coordinador grupo motor Extramuros-Bahía), Pilar San Narciso (coordinadora del Plan Local De Salud), Rosario Salán (Asociación Chandamama) y Beda Román (Asociación Chandamama).

INTRODUCCIÓN

La comisión de educación se forma para contribuir a la creación del Perfil de Salud Local de Cádiz, dicha comisión se fragua a lo largo de las primeras reuniones, donde se plantean los objetivos del Plan de Salud Local y se establecen unas estrategias de trabajo.

El objetivo planteado para esta comisión es la elaboración del Perfil de Salud de Cádiz en relación con la educación.

MÉTODO DE TRABAJO

Inicialmente se constituyen tres comisiones (Extramuros-Bahía, Extramuros-Playa e Intramuros) con los profesionales que se dedican a la educación y se nombra un coordinador/a.

En la comisión hay representantes de diferentes sectores, asociaciones que trabajan en la zona, FACUA y centros de Educación Primaria e institutos de Educación Secundaria públicos.

Finalmente, las tres comisiones se fusionan por lo que se ha funcionado como una única comisión, que se ha nutrido de las informaciones suministradas por las diferentes entidades y asociaciones, algunos equipos directivos de centros públicos, así como por el trabajo realizado por los integrantes de dicha comisión.

La dinámica de trabajo ha sido la lectura y análisis de toda la documentación a la que se ha tenido acceso para luego debatir su inclusión en el documento final.

Se han realizado tres reuniones específicas de la comisión de educación, en las que se han decidido qué aspectos tratar y se ha aportado la información conseguida por cada uno de los componentes. Posteriormente la coordinadora ha unificado toda la información, dando forma al documento.

Es de destacar el buen funcionamiento de la comisión y el trabajo realizado por sus componentes, aunque se considera que el documento está pendiente de completar, aún hay aspectos por desarrollar. Como se trata de un documento vivo y abierto se irán practicando las modificaciones oportunas.

COMISIÓN EDUCACIÓN EXTRAMUROS – BAHÍA

INTRODUCCIÓN

La comisión de educación, constituida por integrantes que representan a diferentes instituciones relacionadas con la educación en la zona que nos ocupa, ha pretendido reflejar la situación real del alumnado y las familias que se atienden en los centros de enseñanza, en lo referido a la educación y su relación directa con la salud integral.

Estudiado el contexto, constatadas las necesidades y establecidas las propuestas de mejora, se pretende concluir con el establecimiento de los activos disponibles y conseguir la mayor rentabilidad de los mismos.

CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

La zona objeto de análisis está localizada entre la avenida Juan Carlos I y la Bahía, por tanto, abarca el barrio de San Severiano, la barriada de Guillén Moreno, la barriada de La Paz, barriada del Cerro del Moro, barriada de Loreto y barriada de Puntales.

La información que a continuación se refleja ha sido extraída de diferentes documentos:

- *Informe sobre la barriada de la Paz, de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.*
- *Documento por la no exclusión social: Asociación Cardjin, Asociación Patas Arriba, APDHA Cádiz, Fundación Manuel María Vicuña, Alendoy, NUFAN SL, Asociación Nivel, Liga Gaditana Educación, Bahía Gaditana, Federación 5 abril, AVV Loreto, AVV Cerro del Moro, AVV Puntales, técnico de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Cádiz, Amigas al Sur.*
- *Informe sindicato CGT sobre alumnado con necesidades educativas especiales (NEE).*
- *Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España del Ministerio de Fomento.*
- *IV Plan de Salud de Cádiz.*
- *Estudio de ZNTS del Ayuntamiento de Cádiz.*
- *Documentos basados en las publicaciones del profesor Ildefonso Hernández, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y presidente del SESPAS.*
- *Informes aportados por los equipos directivos de los centros públicos de la zona:*
 - *CEIP Andalucía*
 - *IES Rafael Alberti*
 - *CEIP Adolfo de Castro*

Gran parte del alumnado objeto del grupo motor Extramuros-Bahía, participa de las características y problemáticas que a continuación se reflejan con respecto a la educación, la salud y la vivienda.

DATOS DEMOGRÁFICOS

	total zona	%
Población (a 2011)		
Población total	35670	
Población menor de 15 años	3740	10,34%
Población de 16 a 29 años	6110	17,32%
Población de 30 años y más	31140	87,39%
Población de 65 años y más	2380	6,69%
Hogares (a 2011)		
Hogares unipersonales de mayores de 65 años	1205	9,58%
Hogares con un adulto y uno o más menores	730	5,56%
Nivel educativo y situación laboral (a 2011)		
Población sin estudios	4685	15,42%
Población activa de 16 años o más	17930	49,95%
Edificación y vivienda (a 2011)		
Viviendas familiares	13890	

	total zona	%
Viviendas principales	12950	93,05%
Viviendas unifamiliares	60	0,38%
Viviendas en edificios de vivienda plurifamiliar	13720	98,71%
Viviendas con superficie menor de 30m2	30	0,24%
Viviendas sin cuarto de aseo con inodoro	225	1,63%
Viviendas sin baño o ducha	120	0,86%
Viviendas en edif. en estado ruinoso, malo o deficiente	645	5,08%
Viviendas en edificios de 4 o más plantas	12710	91,46%
Viv. pples. en edificios de 4 plantas o más sin ascensor	605	5,32%
Viviendas principales sin calefacción	1920	16,89%
Superficie media útil por habitante (m2)	30	

CON RESPECTO A LA EDUCACIÓN

- *De los estudios analizados se constata un muy bajo nivel de estudios en la zona, como consecuencia significativa de ese bajo nivel cultural también se manifiesta la incapacidad de acceso a las nuevas tecnologías, por lo que está generándose una importante brecha digital.*
- *Las familias con nivel educativo bajo reproducen la situación en sus hijos, perpetuándose las desigualdades.*

- *Los centros educativos de la zona constatan la poca importancia que le asigna la familia a la educación y al rendimiento escolar de sus hijos e hijas.*
- *Se produce un alto nivel de absentismo en el alumnado de secundaria, como consecuencia de lo anterior, posiblemente.*
- *Hay un alto índice de fracaso escolar que está condicionando gravemente el futuro de las jóvenes generaciones de la zona. Si partimos de que las personas con menos cualificación o con cualificaciones más bajas, son las que más dificultades tienen para el acceso al mercado laboral podemos concluir que en nuestra zona de estudio la incidencia del desempleo será aún mayor, así como el acceso a recursos esenciales para la integración de las personas en la sociedad.*
- *La desestructuración familiar y altos niveles de hacinamiento están presentes entre muchas familias de la zona, lo que en muchos casos hace muy complicado entender el funcionamiento familiar, y diluye las responsabilidades respecto a los estudios y al comportamiento.*
- *La población adolescente presenta un gran desconocimiento de sus propias emociones y de las emociones ajenas, y de cómo éstas influyen en su comportamiento, provocando muy poca tolerancia a la frustración (que en la práctica se traduce en frecuentes crisis de ansiedad y falta de autonomía para gestionar y resolver sus propios problemas).*
- *Falta de centros culturales y de ocio. Una zona donde los equipamientos, con la honrosa excepción de la biblioteca Adolfo Suárez, brillan por su ausencia o permanecen cerrados.*

DIVERSIDAD FUNCIONAL (DISCAPACIDAD)

Los centros públicos superan ampliamente el 20% de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), (el CEIP Gadir o el IES San Severiano el 25%, el CEIP Adolfo de Castro el 23%, IES Rafael Alberti o el CEIP Andalucía con el 19%). En cuanto al alumnado con necesidades educativas especiales (NEE), alumnado que requiere, en un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados

apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de la conducta, siendo de nuevo más del doble la proporción de alumnado NEE matriculado en los centros públicos de la ciudad (7,21%), frente a apenas el 3,1% en los privados concertados. Esto explica que centros públicos puedan tener amplios porcentajes de alumnado NEE como el CEIP Gadir (17,6%), IES Rafael Alberti (12%), el CEIP Adolfo de Castro (10,4%), el IES San Severiano 10,4, el CEIP Fermín Salvochea con el 10%, y el CEIP Andalucía el 9%.

Los colectivos o asociaciones que trabajan en esta zona son Down Cádiz, Autismo Cádiz, Adacca Y Aspademis.

EL ALUMNADO EXTRANJERO.

Según datos del curso 2016/17, el alumnado extranjero es bastante escaso en la ciudad con un total de 408 alumnos/as, Este alumnado está sin embargo distribuido de manera completamente desigual ya que más del 80% está matriculado en la escuela pública, como en el CEIP Adolfo de Castro, donde casi el 10% de su alumnado es extranjero.

EDUCACIÓN NO FORMAL

En nuestra zona la llevan a cabo asociaciones y colectivos como Alendoy, Patas Arriba, Laliga De La Educación, Nivel, Nufan SI Y Cardjin.

ESCUELAS INFANTILES

La oferta de plazas en las escuelas infantiles está sometida a las fluctuaciones del índice de natalidad. De tal manera que, dependiendo de la edad del alumnado, existen o no listas de espera. Parece que para el alumnado de dos años ha sido suficiente la oferta, mientras que para 1 año y bebé hay lista de espera, debido a que ha habido un repunte en el índice de natalidad.

La situación difiere entre intramuros, con una sola escuela pública y extramuros, que tiene dos, por lo que la escolarización en intramuros tiene que sustentarse más en las escuelas concertadas.

Se viene detectando en la escolarización de 0 a 3 un mayor número de alumnado con necesidades educativas especiales (NEE).

CON RESPECTO A LA VIVIENDA

Numerosas situaciones de hacinamiento y convivencia forzada por cuestiones económicas (familias que regresan al hogar de sus padres y madres al no tener capacidad económica para sostener un alquiler). Ésta es una cuestión de urgencia y prioridad, ya no solo atendiendo al número de personas que se ven afectadas sino también por las graves consecuencias que tiene sobre la vida de las personas afectadas. Y es que, el problema para acceder a una vivienda digna desencadena o agudiza problemáticas como:

- *Fracaso escolar*
- *Degradación de las relaciones personales y familiares*
- *Problemas de convivencia*
- *Sensación de fracaso*

CON RESPECTO A LA SALUD

- *ZNTS LA PAZ-GUILLEN MORENO.*
- *ZNTS CERRO DEL MORO-PUNTALES.*

Población susceptible de padecer:

- *Enfermedades crónicas progresivas de larga evolución (más de dos o tres diagnósticos) y que tras procesos agudos han generado incapacidades funcionales, gran complejidad y discapacidad.*
- *Anciano frágil pluripatológico que desarrolla una incapacidad funcional, temporal o definitiva: demencias, párkinson..., que precisan apoyos formales, debido a una escasa y no adecuada red de apoyo familiar.*
- *Menores en riesgo social por ambiente socio-familiar desestructurado, donde confluyen patologías crónicas.*
- *Menores con trastornos mentales (fundamentalmente trastornos de ansiedad y TDAH), que en muchos casos se ven agravados por los condicionantes educativos, sociales y económicos de sus familias y de su entorno.*
- *Personas con hábitos adictivos: toxicomanías, alcohol, ludopatía... generadores de cuadros residuales.*
- *Enfermedad mental grave.*

Se considera, desde la experiencia de los miembros de la comisión, que para la atención a población de riesgo socio-sanitario es imprescindible disponer de una red de servicios coordinados desde los diferentes sectores (educación empleo, vivienda, servicios sociales, salud...). Esto trae consigo beneficios para esta población, en tanto en cuanto, puede facilitar la respuesta adecuada, eficaz y pertinente a los requerimientos complejos y diversos de su proceso asistencial.

Sería fundamental que funcionase con más agilidad y con más frecuencia la asistencia a los menores con trastornos de carácter mental, pues en la actualidad las citas en el Servicio de Salud Mental Infanto-juvenil se producen con muy poca regularidad.

Según el IV Plan de Salud en Cádiz, las desigualdades sociales condicionan la esperanza de vida. En relación a la formación del individuo, según sean analfabetos o sin estudios o personas con estudios universitarios, existe un gradiente de salud, enfermedad y muerte.

PROBLEMAS Y NECESIDADES

- *Se detecta la necesidad de mejora de los equipamientos y de la consideración de centros de educación compensatoria a todos los centros existentes en la zona, con los consiguientes recursos complementarios, tanto económicos como personales, de forma que se puedan atender las necesidades o dificultades del alumnado, en especial de aquellos que presentan trastornos de comportamiento y emocionales, y de sus familias.*
- *Se ha de dar mayor atención al alumnado que presenta dificultades, tanto de aprendizaje como de conducta, con programas específicos de educación formal y no formal, con continuidad en el tiempo y sin dependencia de convocatorias puntuales, logrando así que tengan proyección a medio y largo plazo.*
- *Se hace necesario favorecer la apertura de los centros educativos en horario de tarde (instalaciones deportivas, biblioteca, informática), con personal contratado al efecto, y como una forma de eliminar las brechas existentes y como apoyo cultural a las familias.*
- *Es conveniente reforzar los programas de Formación Profesional Ocupacional, para mejorar la cualificación profesional de las personas desempleadas de la zona.*
- *Se ve del todo necesario potenciar la Educación Permanente de Personas Adultas (EPA), dinamizando el centro existente para convertirlo en un organismo generador de cultura y educación para el barrio (alfabetización, talleres, conferencias, exposiciones, etc.)*
- *Se hace del todo imprescindible favorecer una mayor coordinación entre las entidades y asociaciones que trabajan en la zona, para conseguir una intervención más organizada y coherente.*
- *Actuar desde la prevención intentando eliminar el tratamiento asistencialista.*
- *Se hace necesario mayor coordinación y presencia de los equipos de familia que tienen en seguimiento familias en los centros educativos.*

INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

De todos los informes existentes sobre la situación de exclusión de la zona, no existe ninguno que se lleve a cabo desde una perspectiva de género. Esto quiere decir que el diagnóstico que luego orienta las actuaciones para trabajar contra la exclusión social, no tiene en cuenta aquellos factores que hacen, que hoy en día y en nuestra sociedad, la discriminación y la desigualdad entre hombres y mujeres siga estando muy presente. Si no se atiende a estos factores, difícilmente se podrán implementar acciones y medidas que realmente generen las mismas oportunidades para hombres y para mujeres.

ACTUACIONES QUE LUCHEN CONTRA EL AISLAMIENTO DE LA ZONA Y LOS PREJUICIOS

Eliminar la infrautilización y el distanciamiento que sufren muchas de las instalaciones públicas respecto a la población de la zona, como el caso de los centros de enseñanza (colegios e institutos). La apertura de estas instalaciones fuera del horario lectivo a la población general de la zona, a través de la oferta de actividades como escuelas deportivas, escuelas de música, acceso a biblioteca, ludotecas, aulas de informática... además de aportar un aumento de las oportunidades de ocio y aprendizaje a una población más amplia, supondría un incentivo para fomentar el tan demandado interés de las familias por la vida escolar de sus hijos.

APORTACIONES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS

//// ACTUACIONES DEL CEIP ADOLFO DE CASTRO

Actuaciones que realiza el centro educativo para establecer situaciones de igualdad social para su alumnado:

- *Plan de Compensación educativa: Aplicación de programas de estimulación y prevención. Educación emocional y en valores (actividades con asociaciones Márgenes y Vínculos y Proyecto Hombre).*
- *Intervenciones de la trabajadora social del EOE.*
- *Aplicación de programas de refuerzo.*
- *Participación en actividades de rango autonómico (equipamientos medioambientales) y estatal. Programa Mus-e.*
- *Programación de actividades con el entorno (otros colegios, el centro de salud, la residencia de ancianos, el Ayuntamiento y la asociación de vecinos Segunda Aguada).*

Actuaciones del centro para integrar a las familias en la vida escolar

- *AMPA: colaboraciones en las actividades del centro. Promoción de actividades propias.*
- *Planes y Programas: Más que leer, Encuentros de Familias, Hábitos Saludables.*

Actuaciones del centro para promover hábitos saludables

- *Programa Creciendo en salud: Programación de actividades con el centro de salud para alumnado y para familia. Talleres en el propio centro, paseos Un millón de pasos. Plan de consumo de frutas. Educación emocional y en valores. Ecoescuela y Huerto Escolar.*
- *Prevención de accidentes: policía local, nacional y bomberos.*
- *Deporte escolar: natación y vela.*
- *Educación afectivo-sexual: Desde el colegio a través del currículo (educación afectivo-social) y desde el Centro de salud: programa Forma Joven en IES. En los centros de salud existe el PSIAA (Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía), pero sólo de aplicación en los propios centros, sería muy*

interesante sacar dicho programa a los colegios a modo de plan intersectorial para trabajar con el alumnado y las familias.

- *Prevención de adicciones:*
 - *drogas (Policía Local), drogas y alcohol (Programa de Alendoy y el Ayuntamiento).*
 - *Videojuegos y redes sociales: uso adecuado del tiempo libre (programas con Márgenes y Vínculos y con Proyecto Hombre)*

//// ASOCIACIÓN ALENDY

Alendoy considera a la familia el eje fundamental para trabajar los aspectos educativos con los menores, resolver sus necesidades y para ello tenemos una red amplia de programas y mediadores que intentan dar solución tanto derivándolas programas con los que cuenta la entidad como a recursos externos con los que contamos con una coordinación profesional (Red alerta Malos tratos, Atención terapéutica para la Mujer Prima, Programa de inserción sociolaboral Incorpora).

//// ESCUELA INFANTIL BOLICHE

Padres miembros del consejo escolar, mensualmente las familias reciben la programación didáctica y pueden presentar propuestas.

Se entiende a las familias como parte fundamental en la educación de los pequeños/as por lo que ellos entran en el aula a dejar y recoger a sus hijos/as.

Escuelas de familias con temas que ellos/as proponen. Comisión de familias para las fiestas. Programa un día en la escuela.

Actuaciones para el fomento de la igualdad de género

- *Se promueven desde la coordinación de coeducación a nivel de centro, no son acciones aisladas, se procura impregnar el resto de actividades, dotándolas de perspectiva de género, y con el exterior promoviendo el I Concurso del Día Internacional de la Mujer con la colaboración del Ayuntamiento.*

Actuaciones para visibilizar las fortalezas de la zona

- *Equipamientos infrautilizados (patio y gimnasio del colegio): poner en valor, rehabilitar, mantener.*
- *Formación del profesorado: educación emocional y competencias clave.*

COMISIÓN EDUCACIÓN EXTRAMUROS-PLAYA

CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

La zona objeto de análisis de esta comisión está localizada entre la avenida Juan Carlos I y la playa, comenzando en las Puertas de Tierra y terminando en Cortadura.

La información que a continuación se refiere ha sido extraída de diferentes documentos:

- *Documentos aportados por los directores y vicedirectora de los siguientes centros:*
- *Alberto Román, CEIP Reyes Católicos.*
- *José Fernández, CEIP Carola Ribed.*
- *Salvador Hernández, IES Drago.*
- *Nicolás Corchero, IES Fernando Aguilar Quignon.*
- *Coral González, IES Columela*

Los datos referidos al alumnado con NEE están recogidos del informe elaborado por el sindicato CGT.

Gran parte del alumnado objeto del grupo motor Extramuros-Playa participa de las características sociales y familiares que a continuación se indica con respecto a la educación, la salud y la vivienda.

Los centros educativos de la zona atienden a un alumnado muy heterogéneo, cuyas residencias y puestos de trabajo de las familias, se reparte entre el entorno del centro y la periferia, sobre todo en el IES Fernando Aguilar Quignon, que recibe alumnado de otras localidades para sus ciclos formativos. Mención especial merecen el IES Columela que atiende alumnado del barrio de Santa María y el CEIP Carola Ribed que recibe alumnado de la barriada Guillén Moreno.

Las actividades económicas de las familias son variadas, pero prima, por encima de todas, el sector servicios, funcionarios y diferentes profesiones liberales. El paro aumenta, especialmente en las mujeres.

Respecto al nivel socioeconómico de las familias es medio. En estos últimos años de crisis ha bajado el nivel, encontrando familias con falta de recursos económicos que anteriormente tenían cubiertas sus necesidades.

El nivel educativo de las familias ha mejorado, un 32% se sitúa por encima con estudios universitarios y un 15% que se sitúa por debajo sin estudios. Se puede decir que la tercera parte del censo tiene estudios secundarios, y más de la mitad con bachillerato, ciclos formativos y estudios universitarios.

Las familias presentan, en su mayoría, un alto nivel de compromiso con la educación de sus hijos e hijas. Sólo un 10% de ellas, en situación de dificultad socioeconómica, muestran poca preocupación por la educación de sus hijos e hijas.

La mayor parte de las familias están integradas por dos hijos/as. Este dato favorece que la mayoría del alumnado disponga de buenas condiciones de estudio, con habitación propia a tal efecto.

El nivel cultural es medio y la mayoría de las familias muestran sus inquietudes respecto a las expectativas para sus hijos/as adecuando un lugar para el estudio, dotándolos de materiales y recursos. En su mayoría las familias desean que sus hijos vayan a la universidad.

DIVERSIDAD FUNCIONAL (DISCAPACIDAD)

El alumnado con necesidades especiales de apoyo educativo (ACNEAE o NEAE) se encuentra fundamentalmente escolarizado en los centros públicos, la media es de más del doble en los centros públicos (más del 13,1%) que en los privados concertados (apenas un 5,97%).

Algunos centros públicos superan el 20% de alumnado de este tipo como el IES Fernando Aguilar Quignon con el 21%.

En cuanto al alumnado con necesidades educativas especiales (ACNEE o NEE), es de nuevo más del doble la proporción de alumnado NEE matriculado en los centros públicos de la ciudad (7,21%), frente a apenas el 3,1% en los privados concertados. Esto explica que centros públicos puedan tener amplios porcentajes de alumnado NEE como el IES Fernando Aguilar Quignon (14,2%), el IES Columela con el 10% y el CEIP Carola Ribed con el 9%.

Alumnado con NEAE, IES Fernando Aguilar Quignon

CURSO	Nº ALUMNOS/AS
1º ESO	10 ALUMNOS/AS
2º ESO	4 ALUMNOS/AS
3º ESO	2 ALUMNOS/AS
4º ESO	2 ALUMNOS/AS

Alumnado NEE, IES Fernando Aguilar Quignon

CURSO	Nº ALUMNOS /AS
1º ESO	5 ALUMNOS/AS
2º ESO	3 ALUMNOS/AS
3º ESO	2 ALUMNOS/AS
4º ESO	1 ALUMNO/A

EL ALUMNADO EXTRANJERO

Según datos del curso 2016/17, el alumnado extranjero es bastante escaso en la ciudad con un total de 408 alumnos/as. Este alumnado está sin embargo distribuido de manera completamente desigual ya que más del 80% está matriculado en la escuela pública.

A continuación, se muestran datos del IES Fernando Aguilar Quignon:

CURSO	ALUMNADO EXTRANJERO	PROCEDIENTE DE LA UNIÓN EUROPEA	DE FUERA DE LA UNIÓN EUROPEA
1º ESO	6 ALUMNOS/AS	0	6
2º ESO	1 ALUMNO/A	0	1
3º ESO	3 ALUMNOS/AS	1	2
4º ESO	3 ALUMNOS /AS	1	2

APORTACIONES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS

//// ACTUACIONES DEL CEIP REYES CATÓLICOS

Actuaciones para trabajar la salud integral de su alumnado:

A través del programa CSI, COLEGIO SALUDABLE INTEGRAL, realiza actuaciones encaminadas a promover hábitos de vida saludable. Comprende este programa diferentes actividades:

- *Club Supersano: desayuno saludable*
- *Retos Saludables: el alumnado trabajará cada mes en un reto saludable*
- *Influencer de la salud: creación del canal healthy*
- *El deporte en nuestra escuela: para mejorar y trabajar la educación emocional, así como ir en paralelo con el proyecto de coeducación*
- *II Carrera Popular: cada curso con una temática o finalidad trabajada por el alumnado*
- *II Mini-carrera solidaria: con el alumnado de la etapa de infantil*
- *Concienciados con el huerto*

//// ACTUACIONES DEL IES DRAGO

Actuaciones en favor de la igualdad social y de la salud integral del alumnado:

- *Plan de Acompañamiento y Refuerzo (PARCES) para alumnado con más dificultades para el estudio en casa*
- *Plan de Igualdad entre hombre y mujeres, con múltiples actividades a lo largo del curso*

- *Plan de Apoyo a las Familias: apertura del centro por las tardes*
- *Apoyo económico a través de AMPA o el propio centro a familias con dificultades para la participación del hijo/a en actividades extraescolares*
- *Plan de Gratuidad de libros de texto*
- *Educación emocional y en valores a través del programa Escuela, espacio de paz*

Integración de las familias en el centro:

- *Escuela de Familias*
- *Colaboración de la AMPA y presencia de sus asociados/as en las actividades del centro*
- *Club de lectura para familias*

Hábitos saludables:

- *Programa Forma Joven*
- *Talleres de prevención de adicciones en tutorías*
- *Actividades de surf, piragüismo y senderismo a lo largo de la Educación Secundaria*
- *Educación afectivo-sexual: talleres específicos; formación del profesorado a través de un grupo de formación en centros constituidos este curso*

Igualdad de género:

- *Días especiales: contra la violencia de género; semana de la mujer*
- *Trabajos conjuntos sobre el papel de la mujer en las distintas áreas de conocimiento*

- *Encuentros con mujeres profesionales en distintos ámbitos*
- *Visibilización de la mujer en el currículum*

Visibilización de las fortalezas de la zona:

- *Apertura de las instalaciones deportivas al entorno*
- *Propuestas para la remodelación urbanística de la zona*
- *Difusión a través de la página web del centro de actividades de interés para la ciudad*
- *Comunicados de prensa sobre actividades relevantes del centro*

//// ACTUACIONES EN EL IES FERNANDO AGUILAR QUIGNON

Actuaciones favor de la igualdad social y de la salud integral del alumnado.

Celebración de efemérides como:

- *28 de mayo: Día de la salud de las mujeres; educar en la prevención y en los hábitos saludables. Participación en la campaña para la prevención del cáncer de mama desarrollada en el Ayuntamiento.*
- *Actividades deportivas con participación de las alumnas en el centro.*
- *Hay que favorecer deportes coeducativos, y posibilitar otras alternativas, ricas y variadas. El club de patinaje acrobático Cádiz, El grupo de baile de instituto y el torneo deportivo de fútbol mixto en el centro educativo, son iniciativas de mucho éxito y que generan dinámicas coeducativas.*
- *Mejora de la convivencia escolar: prevenir, mediar y resolver conflictos. Con este objetivo, hemos desarrollado durante años un trabajo muy serio con un detallado plan de convivencia, realista y operativo.*

- *La participación de los alumnos colaboradores-mediadores.*
- *Las tutorías: las sesiones de tutoría lectiva, inciden en el crecimiento como grupo y en unas relaciones humanas más pacíficas y satisfactorias.*
- *La escuela de padres y madres, para fomentar la reflexión en los padres sobre los retos y actitudes que hay que requiere la corresponsabilidad en la educación de sus hijos /as.*
- *Secuenciación de la Escuela de padres y madres presencial:*
 - *Primer trimestre: Cómo ayudar a los hijos /as en los estudios.*
 - *Segundo trimestre: Educar para la igualdad en casa.*
 - *Tercer trimestre: Orientación escolar para el curso próximo.*
 - *Para los padres y madres que no pueden asistir, se ha creado la tele-escuela.*
- *La movida alternativa, se realiza una vez al trimestre, un viernes de 22.00 a 01.30 horas. Una fiesta con música, torneos, playstation, discoteca, refrescos y bocadillos, etc....). Responde a la necesidad de educar en el buen uso del tiempo libre.*
- *Los torneos deportivos en los recreos (Convivencia positiva).*
- *Acogida al alumnado nuevo y sus familias.*
- *La cultura de la integración.*
- *El buzón de alerta.*
- *Escuela de deportes Francisco Parrilla.*
- *Colaboramos con el SAS, mediante el programa Forma Joven, con la participación de dos enfermeros que visitan el centro mensualmente para desarrollar charlas y talleres sobre hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades.*

- *Colaboración con la asociación socioeducativa Alendoy que desarrolla en nuestro centro charlas y talleres sobre las drogas y la prevención de dependencias.*
- *Colaboración con la asociación de Vecinos La Cortadura, siendo sede de las reuniones de vecinos y abriendo las instalaciones al barrio, tanto para torneos deportivos, como para el uso de la biblioteca, abierta al barrio por las tardes.*

//// ACTUACIONES DEL IES COLUMELA

Actuaciones favor de la igualdad social y de la salud integral del alumnado.

- *Programa Forma Joven*
- *Al inicio del curso escolar se organizaron talleres para el alumnado en los que se trataron la educación emocional y la nutrición*
- *Durante el curso se han realizado píldoras, en formato de mini-taller, de relajación*
- *Se han llevado a cabo talleres de educación afectivo-sexual*
- *Proyecto Más, dentro de este proyecto hay dos mini-proyectos, uno de cocina que aborda temas como la nutrición y los alérgenos. El otro sobre igualdad e iniciación profesional.*

COMISIÓN EDUCACIÓN INTRAMUROS

CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

La zona objeto de análisis de esta comisión está localizada en el casco histórico de la ciudad, al igual que el barrio de La Viña en el que ya se realizó el estudio del Perfil de Salud.

La información que a continuación se refiere ha sido extraída de diferentes documentos.

Documentos aportados por las directoras y los directores de los siguientes centros:

- *IES La Caleta, Pilar Cotorruelo*
- *IES Cornelio Balbo, José Manuel Enríquez de Salamanca*

Gran parte del alumnado objeto del grupo motor Intramuros comparte las características y problemáticas que a continuación se reflejan con respecto a la educación, la salud y la vivienda.

CON RESPECTO A LA EDUCACIÓN

- *El IES La Caleta escolariza a una parte del alumnado del Cádiz interior, concretamente el procedente de los barrios de La Viña, El Balón y una parte del Barrio de Santa María.*
- *Los barrios, pese a la situación central que ocupan con respecto al casco antiguo, forman parte del área más deprimida de la ciudad, estimándose que sus tasas de paro son muy superiores al de la media de la ciudad y, por tanto, de las más altas de la Unión Europea, lo que lleva consigo unos problemas de calidad de vida muy alejada de los estándares europeos.*
- *Las escasas rentas familiares, el desempleo y la precariedad laboral, los deficientes hábitos alimenticios, las carencias afectivas y las habituales situaciones de desintegración familiar, son algunos de los déficits que se manifiestan en una parte sustancial (por supuesto, no en toda) la población de esta zona de nuestra ciudad.*
- *Escasez de recursos sociales y culturales organizados e institucionalizados para la comunidad.*
- *Estas problemáticas llevan al alumnado a que su comportamiento ante la*

institución escolar, se traduzca, a veces, en inadaptación, absentismo escolar y trastornos de conducta; así como fracaso escolar y situaciones de desventaja socio-cultural.

- *Se trata también de una población con un mayor riesgo de fracaso escolar y, consecuentemente, de exclusión social.*
- *El IES La Caleta escolariza, por tanto, a un alumnado en clara desventaja escolar (aproximadamente un 34 % de alumnos y alumnas, en 1º de ESO presentan algún tipo de dificultades de aprendizaje o de retraso escolar, con carencias importantes en cuanto a competencia instrumental y estrategias de aprendizaje) asociada a un entorno sociocultural deficitario.*
- *Entorno cultural y educativo pobre: Este alumnado pertenece a entornos familiares con escasos recursos culturales y educativos, familias poco académicas y cuyo nivel de instrucción escolar es muy bajo.*
- *Además, hay un alto porcentaje de alumnado que presenta necesidades educativas especiales en mayor o menor grado, con problemáticas cuya etiología y síntomas son muy variados, y en gran medida asociadas a entornos familiares, sociales y culturales deficitarios con escasas posibilidades de brindar oportunidades. Ante esta situación los recursos ordinarios que ofrece el sistema educativo son insuficientes y se hacen imprescindibles mecanismos de compensación.*
- *Alumnado cuyas familias tienen problemas relacionados con las toxicomanías.*
- *Alumnado afectado por situaciones de maltrato o desamparo.*

DIVERSIDAD FUNCIONAL (DISCAPACIDAD)

El Alumnado con Necesidades Especiales de Apoyo Educativo (ACNEAE o NEAE) se encuentra fundamentalmente escolarizado en los centros públicos, la media es de más del doble en los centros públicos (más del 13,1%) que en los privados concertados (apenas un 5,97%).

En cuanto al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE o NEE), es de nuevo más del doble la proporción de alumnado NEE matriculado en los centros públicos de la ciudad (7,21%), frente a apenas el 3,1% en los privados concertados. Esto explica que algunos centros como el CEIP Santa Teresa tengan un alto porcentaje de este alumnado.

EL ALUMNADO EXTRANJERO

Según datos del curso 2016/17, es bastante escaso en la ciudad con un total de 408 alumnos/as, Este alumnado está sin embargo distribuido de manera completamente desigual ya que más del 80% está matriculado en la escuela pública, como el CEIP Celestino Mutis que tiene un 12% de alumnado extranjero.

CON RESPECTO A LA VIVIENDA

Estos barrios se encuentran entre los de mayor densidad de población y presentan los niveles de precariedad en las viviendas más acusados.

El IES Cornelio Balbo está situado en la avenida Nuevo Mundo y atiende alumnado proveniente de zonas como el barrio de San Carlos, la Plaza de España y el barrio del Mentidero.

- *Podemos considerar que el alumnado del IES Cornelio Balbo es de clase social media.*
- *La diversidad del alumnado es uno de los rasgos característicos.*
- *Existe una minoría de alumnado inmigrante (actualmente de 13 países diferentes), aunque se va observando un aumento progresivo de alumnos y alumnas que provienen tanto de países comunitarios como extracomunitarios.*

APORTACIONES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS

//// ACTUACIONES DEL IES CALETA

Actuaciones para trabajar y favorecer la igualdad social y la salud integral de su alumnado:

Asesoría para la formación de los jóvenes: Programa Forma Joven:

Desde el curso 03/04 se ha iniciado en el IES La Caleta una asesoría de salud para jóvenes dentro del proyecto interinstitucional Forma Joven.

El programa Forma Joven acerca a los espacios que frecuentan los jóvenes (en este caso educativo) una asesoría de información-formación, a nivel individual y colectivo, con la que se pretende mejorar la respuesta a los riesgos y hacer compatible diversión y salud.

Esta asesoría se realiza por profesionales de los sectores de salud y educación con participación de los propios jóvenes del centro con un objetivo central: asesorar informando y formando, para hacer posible la elección de la conducta más favorable para la salud.

Se pretende:

- *Favorecer una política de anticoncepción efectiva, desde la perspectiva de la salud pública, en el área afectivo-sexual*
- *Promover una conducta igualitaria entre géneros, introduciendo contenidos de educación en valores*
- *Alertar sobre las consecuencias de las conductas mediadas por el alcohol*
- *Contribuir al descenso de los accidentes de tráfico*

- *Detectar y encauzar los trastornos alimentarios*
- *Favorecer la convivencia y propiciar un espacio de negociación de conflictos, como la violencia, incluida la de género*

Ideas básicas para la acción en la asesoría de salud:

- *Respetar los derechos individuales, abandonando actitudes paternalistas*
- *Dar prioridad a los problemas prevalentes*
- *Articular intervenciones intersectoriales: educación y salud*
- *Actuar en los espacios y tiempo propios de los adolescentes*
- *Desarrollar asesorías individuales y grupales*
- *Utilizar la estrategia de mediadores, dada la influencia de sus iguales*
- *Sensibilizar a la opinión social, contando con la participación de los padres, madres, profesionales y sus organizaciones (AMPAS, Consejo, asociaciones)*
- *Desarrollar una formación específica en estas áreas*
- *Incluir en los Contratos-Programa*

Actividades grupales que se plantean en esta asesoría:

- *Taller sobre tabaco: Dirigido a alumnos y alumnas de 1º de ESO*
- *Taller Cómo me veo, cómo me siento: Taller sobre hábitos alimentarios, autoconcepto y autoestima. Dirigido a alumnado de 3º de ESO*
- *Taller Sexualidad y anticonceptivos: Dirigido a alumnado de 1º y 2º de Bachillerato*
- *Taller Violencia entre iguales. Dirigido al alumnado de 1º y 2º de ESO*

- *Participación en la escuela de padres y madres impartiendo dos sesiones sobre l@s adolescentes y la sexualidad*

Talleres transversales y de ocio

La Fundación Tierra de Todos colabora en el desarrollo de actividades relacionadas con los temas transversales y su tratamiento en el Plan de Acción Tutorial y en las actividades generales del centro inscritas en las distintas jornadas y celebraciones de días que realizamos y que en este proyecto se desarrollan en el apartado de Actividades Complementarias.

Se desarrollan en los siguientes ámbitos:

- *Habilidades sociales*
- *Resolución de conflictos*
- *Participación y asociacionismo*
- *Educación para la salud*

Alumnado ayudante

El IES La Caleta fue pionero en la aplicación de este programa. A través de la formación del profesorado y el alumnado, se ha consolidado dicho programa.

Plan de acción tutorial

El Plan de Acción Tutorial contiene aspectos tan importantes como:

- *La puesta en marcha de las tutorías en las Jornadas de Acogida con el trabajo de la creación de grupo y conocimiento de las normas*
- *El desarrollo de las dinámicas de grupo y otras estrategias que permiten que el*

grupo se consolide como tal a través del conocimiento, la confianza y el aprecio de las personas que lo componen.

- *El análisis de los conflictos y los procesos que los regulan*
- *Los procesos de elección de delegados y delegadas vinculados con la participación*
- *La elaboración de normas como proceso planificado y organizado*
- *El desarrollo de las áreas transversales participando desde las tutorías en la puesta en marcha de las actividades con las que reflexionamos y visualizamos cuestiones tan importantes como:*
 - *Género*
 - *Migración y Fronteras*
 - *Derechos Humanos*
 - *Participación y Democracia*
 - *Educación para la Salud*
 - *Educación Vial*

//// ACTUACIONES DEL IES CORNELIO BALBO

Actuaciones para trabajar y favorecer la igualdad social y la salud integral de su alumnado:

Con la finalidad de abrir el centro al exterior y a las familias, como elemento motivador y para ampliar la oferta local, se están desarrollando en la actualidad los siguientes planes y proyectos:

- *Plan de Apertura de Centros Docentes (PROA)*
- *Escuelas deportivas*

- *A estos planes y proyectos hay que añadir otros que se desarrollan en horario lectivo como:*
- *Escuela Espacio de Paz*
- *Plan de Igualdad entre hombres y mujeres en la educación*
- *Educación ambiental para la comunidad educativa*
- *Forma Joven*

El centro también oferta, como asignatura de diseño propio y de libre disposición en 1º ESO (2 horas semanales) inteligencia emocional, la cual está demostrando tener un gran éxito tanto entre el alumnado como en las familias.

Además, y dentro de las actividades complementarias y extraescolares, se desarrollan actividades deportivas (senderismo, spinning, surf, etc.) y de promoción de la vida sana y el deporte.

Junto a todo esto, y desde el Departamento de Orientación, se han diseñado y llevado a cabo los siguientes talleres:

- *Adolescentes frente a las drogas, 3º ESO*
- *Prevención alcohol y tabaco, 4º ESO*
- *Educación Sexual, 1º y 4º ESO*
- *Fundación triángulo (LGTBIQ), para 1º, 2º, 3º y 4º ESO.*
- *Prevención en drogas y alcohol (Plan Director), 3º ESO.*

Además de todas las actuaciones anteriores, el alumnado de Salud Ambiental ha elaborado unos videos de primeros auxilios (para casos de ataques epilépticos o atragantamiento) que se han trabajado con los/as alumnos/as de 1º ESO.

CONCLUSIONES GENERALES

La comisión trabaja con las zonas en las que el Plan Local de Salud ha dividido la ciudad. Se constatan características diferenciales entre ellas. En primer lugar, en extramuros, donde la situación socioeconómica es muy diferente entre la zona de la Bahía y la zona de la playa. Con respecto a intramuros, también se constatan diferencias entre algunos de sus barrios.

La comisión de educación constata que hay numerosas asociaciones, especialmente en Extramuros-Bahía, que desde hace muchos años trabajan, se comunican y se movilizan con el objetivo de mejorar las condiciones del alumnado y las familias de las barriadas en las que desarrollan su labor. A ello hay que unir la labor realizada desde los centros de salud y los colegios públicos que se mantienen en contacto tanto entre sí, como con las asociaciones que operan en la zona, conscientes todos de la necesidad de establecer acciones conjuntas que posibiliten y enriquezcan el trabajo por realizar.

Los diferentes colectivos que trabajan en los barrios, especialmente en los más desfavorecidos, deben seguir manteniendo las acciones de coordinación que ya se han iniciado para que las acciones sean fructíferas.

Las fortalezas de muchos barrios, como los de la zona de Extramuros-Bahía, se sustentan en las asociaciones implantadas en la comunidad. Estas asociaciones han aportado a esta comisión de salud sus datos y apreciaciones y cuya larga trayectoria les confiere autoridad.

Los datos arrojados por los estudios realizados por el profesor Ildelfonso Hernández son altamente significativos:

- *Una mejor salud se asocia a una vida más larga*
- *El nivel educativo se asocia al nivel de conocimiento de la salud*
- *A mayor nivel educativo mejor nutrición, se hace más ejercicio y se consumen menos drogas*
- *Una política dirigida a asegurar que no hubiera abandono escolar tendría,*

además de unas repercusiones sociales obvias, unos efectos en la salud extraordinarios

Por ello, es del todo necesario disminuir las diferencias sociales entre la población ya que solo así se podrá mejorar la salud y los rendimientos escolares.

Desde la escuela pública se manifiesta la voluntad por trabajar en un solo sentido y a disposición de quien lo necesite y, aunque si bien es cierto que los colegios públicos de la zona se encuentran en diferentes niveles de actuación, a partir de la puesta en marcha de esta comisión se ha obtenido respuesta y sensibilización sobre la necesidad de trabajar por la salud integral del alumnado y sus familias y se gesta un compromiso conjunto para el próximo curso.

Para avanzar en el trabajo con el alumnado y sus familias se ha de seguir confluyendo con las diferentes asociaciones que centran su actividad en la zona, hacer fluctuar la información y una disposición positiva, ya que solo así se podrán crear activos reales que mejoren la situación actual.

La puesta en marcha de esta comisión ha servido para constatar el trabajo coordinado que ya se viene realizando desde lo público y que debe extenderse a toda la ciudad.

PROPUESTAS DE ACCIÓN COMUNES A LAS TRES COMISIONES

Catalogar a todos los centros de la zona Extramuros-Bahía como de compensatoria para poder recibir los recursos que ello conlleva.

Mejorar las instalaciones de los centros educativos y favorecer la apertura de los centros educativos fuera del horario lectivo (instalaciones deportivas, biblioteca, informática), con personal contratado al efecto y como medida para eliminar las brechas existentes y el apoyo cultural a las familias.

Afianzar los programas específicos de educación formal y no formal, para dar respuesta al alumnado que presenta mayores dificultades.

Reforzar los programas de Formación Profesional Ocupacional para los desempleados de la zona.

Dinamizar el centro de Educación Permanente de Personas Adultas para que genere situaciones de cultura en el barrio.

Implantar programas preventivos que acaben con la intervención asistencialista.

Ampliación del número de equipos de familia o de los integrantes de los mismos, para facilitar su presencia en los centros educativos.

Promover la coordinación de entidades y asociaciones para lograr una mejor intervención y una rentabilización de los recursos existentes.

Establecer mesas de coordinación entre las entidades públicas y privadas de la zona, que intervengan tanto en la educación formal como no formal, para conseguir una intervención más organizada y coherente, actuando desde la prevención eliminando el tratamiento asistencialista y con una mayor presencia de los equipos de familia que tienen en seguimiento casos concretos de los distintos centros educativos.

Aumentar la oferta de actividades lúdico-educativas de ocio Inclusivo de la ciudad.

Realizar todas las actuaciones teniendo presente la perspectiva de género y la atención a la discapacidad. Ambas deben ser un eje transversal que impregne las actuaciones.

6.5 LOS ASUNTOS SOCIALES

// 6.5.1 PROBLEMÁTICAS SOCIALES EN CÁDIZ-PLAYA Y CÁDIZ-BAHÍA

PERSONAS AUTORAS

M^a Vladimir Jiménez (Asociación Alendoy), Josefa Fernández (Amigas al Sur), Dolores Pachón (UGC centro salud La Paz), Antonio M^a Gutiérrez (UGC centro de salud Loreto-Puntales y Puerta Tierra), María del Mar León (UGC Centro de Salud La Laguna y Loreto – Puntales), Josefa Castro (USMC), Gala Domínguez (Asociación Equa), María Ángeles Córdoba Arana (Asociación Equa), Irene María Díaz (Afanas), Juan Francisco Juanes (APDHA) y Montserrat López (Federación Surge – asociación Nivel – Empresa de Inserción Nufan SL).

METODOLOGÍA

Inicialmente las personas incluidas en cada subgrupo de problemas sociales Playa y Bahía realizan la revisión y estudio de documentos relacionados con los problemas sociales de los barrios. En las sesiones de trabajo de los subgrupos problemas sociales se ha seguido un proceso de síntesis de datos recogidos en los diferentes documentos contrastándolos con la percepción de los miembros de cada grupo. Se realizó una puesta en común de valoraciones. Esto se ha trasladado a una tabla específica de cada Zona.

Además de las sesiones de cada subgrupo de problemas sociales, se han tenido de forma independiente sesiones conjuntas de ambos para compartir lo elaborado y la elaboración de este informe.

Se realizaron unas tablas resumen de las características sociales identificadas en cada zona en la que se recogen tanto los problemas sociales como los activos,

elementos positivos que ayudan a mejorar y afrontar esas situaciones de dificultad. Las tablas también clasifican la información por grupos de edad y perspectiva de género, discapacidad y migrantes y sirvieron al grupo para aportar ideas y hacer una foto de la situación. Siguiendo este propósito también se realizó el ejercicio de trasladar a imágenes fotográficas las problemáticas y los activos. También nos fue de ayuda situar sobre un mapa los servicios dándonos esto una visión general de las características de las zonas. Todo ello es un material disponible para consultar.

Los documentos consultados han sido.

- *Informe del Perfil de Salud de la Viña (2017). Delegación Salud- Ayto de Cádiz*
- *Documento por la No Exclusión Social (2017). Mesa entidades ZNTS*
- *Estudio Socioeconómico Barriadas y Barrios de Cádiz 2014-2015. Delegación B Social -Ayto Cádiz*
- *Informe de ZNTS Loreto-Puntales. Cádiz. Cerro del Moro: aspectos sociales (2012). TS UGC C Salud Loreto-Puntales y Dra C SSSS Comunitarios La Laguna*
- *Activos de la Delegación de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cádiz*
- *Plan Municipal de Vivienda y Suelo de Cádiz elaborado por la empresa municipal PROCASA*

PROBLEMÁTICAS

Vamos a ofrecer la identificación, dentro de cada zona (Bahía y Playa), de aquellos sectores que se consideran de especial necesidad de atención así como la definición de la problemática que le hace peculiar y necesitado de atención diferencial.

//// ZONA BAHÍA

Se considera que las siguientes zonas requieren una especial atención:

- *Puntales*
- *Loreto*
- *Cerro del Moro*
- *Barriada de la Paz*
- *Guillen Moreno*

Problemáticas identificadas:

- *Laboral: empleo precario, economía sumergida, desempleo, falta de cualificación profesional, escasez de empresas (medianas-pequeñas), desprotección laboral.*
- *Económicos: ausencia de renta básica, ingresos únicamente de pensiones y subsidios mínimos, falta de proporción ingresos-gastos, dependencia de ayudas sociales, dependencia económica de pensiones de mayores, cultura consumista.*
- *Vivienda: imposibilidad para acceder a viviendas sociales por escasez de alquiler social, dificultad para afrontar gastos básicos (luz, agua) y alquiler, convivencia de varias generaciones en viviendas pequeñas, barreras arquitectónicas de acceso.*
- *Familiares: patrones educativos disfuncionales, desorganización-desestructuración, débil responsabilidad parental, conflictos intergeneracionales, sobrecarga de mujeres cuidadoras (de mayores, menores, discapacitados), faltas de apoyo formal, incertidumbre de familiares con hijas/os con discapacidad, duelo....*
- *Salud: consumo tóxicos, estilos de vida no saludables (sedentarismo, exceso de grasas y alimentos hipercalóricos....), cronicidad, discapacidad, más años a la vida pero no más vida a los años, nuevos desafíos ante el aumento de la esperanza de vida; mayores necesidades, mayor necesidad de atención*

- *Género: desigualdades de género, violencia machista, embarazos no deseados, sobrecarga de cuidados de la mujer, más fortaleza de la mujer por la cultura de aguantar, además si la mujer es discapacitada, se percibe cómo tienen mayor dificultad para llegar a los recursos de formación y empleo que los hombres.*
- *Discapacidad: las personas con discapacidad además de todas las problemáticas descritas se le añaden otras como: barreras arquitectónicas, falta de ocio inclusivo, escasez en el mercado laboral de empresas de economía social, falta de adaptación en el lenguaje, falta de educación afectivo- sexual adaptada a las necesidades, falta de seguimiento en cuestiones básicas de salud...*
- *Accesibilidad: servicios solapados sin itinerarios claros ni acercamiento adecuada a la ciudadanía que los necesita, a su vez estos con nivel de instrucción bajo y escasas habilidades sociales.*

Activos identificados:

- *Amplia red de servicios*
- *Redes vecinales consistentes*
- *Sectores de voluntariado asociado a parroquias, predominan mujeres mayores*
- *Espacios públicos compartidos en el ocio: plazoletas*

//// ZONA PLAYA

Se considera que las siguientes zonas requieren una especial atención:

- *C/ Adelfas y Edificio Matadero*
- *Patio La Alegría*
- *Pacios La Luz y Virgen del Carmen*

- *Barriada España*
- *C/ García Carrera y García de Sola*

En ellas se pueden encontrar las mismas problemáticas y similares activos que los relacionados en la zona Bahía.

Hay que añadir una peculiaridad a esta zona en la parte que corresponde a todo el paseo marítimo desde Puertas de Tierra a Cortadura ya que aquí se encuentra una zona de la ciudad que corresponde con la concentración de viviendas de temporada (turistas y estudiantes) y servicios turísticos: hoteles, restaurantes, cafeterías... Esto le convierte un elemento seleccionador de la población en función al coste de la vivienda. Además conlleva a una mayor posibilidad de aislamiento de la población residente que conviven de forma permanente con población turística o estudiantil. Ello no permite que se genere red social de apoyo y hace que el soporte vecinal sea débil.

Problemática social específica en esta zona:

- *Aislamiento de mayores con escasa red social de apoyo. Dinámicas vecinales en las que el soporte y ayuda mutua es débil.*

Activos identificados:

- *Amplia red de servicios*
- *Buen nivel formativo de la población*
- *Poder adquisitivo medio*

CONCLUSIONES

De las sesiones de trabajo de los diferentes grupos se han obtenido una serie de ideas que se desprenden del trabajo de análisis de las problemáticas sociales presentes en estas zonas de la ciudad. Estas son:

- *Cádiz es una ciudad con una alta densidad de población que condiciona la aparición de las problemáticas sociales y sus consecuencias.*
- *Existe una importante heterogeneidad poblacional y de dinámicas de funcionamiento, en sectores de población muy cercanos territorialmente, pudiéndose solapar realidades muy dispares.*
- *No es una ciudad con presencia importante de personas inmigrantes, el elemento interculturalidad no tiene gran relevancia.*
- *Las problemáticas sociales está directamente conectadas con problemas económicos, educativos, laborales, sanitarios, medioambientales, vivienda, urbanísticos... Pero percibimos que hay un factor que interviene decisivamente en todo ello y es el factor educación. No entendido desde la instrucción formal sino desde el compartir valores cívicos (responsabilidad, respeto, solidaridad...) capaz de generar vínculos comunitarios que den contenido a una ciudadanía más allá de aspectos formales.*
- *Parece existir una no correspondencia entre la gran presencia de colectivos ciudadanos organizados (Asociaciones Vecinales, Culturales, Recreativas, Deportivas, Profesionales...) y un efecto proporcional en las dinámicas de participación e implicación ciudadana en la ciudad.*
- *Las zonas Playa y Bahía son muy diferentes entre sí pero además, dentro de cada zona, se presentan realidades dispares también. A pesar de ello en ambas zonas podemos identificar sectores que, teniendo distintas dimensiones (a veces un conjunto de bloque de viviendas), presentan una serie de problemáticas que hacen preciso idear elementos de atención diferenciados.*
- *La dimensión reducida del territorio; las características administrativas como ciudad capital de provincia; su peculiaridad en cuanto a incidencia de importantes problemáticas económicas (alto nivel de desempleo, empleo precario, economía sumergida, bajo nivel de renta, encarecimiento de la vivienda, falta de suelo edificable...), sociales (absentismo escolar, personas sin hogar...) y de salud (consumo de tóxicos, obesidad, diabetes...), desigualdades de género.... conducen a una importante proliferación de servicios, programas, entidades... con finalidades similares y sin conexión,*

coordinación y planificación compartida. Hay muchos recursos en la zona, sin embargo, es necesario llevar a cabo un trabajo comunitario para que los resultados sean efectivos.

M. Marchioni: “todo proceso comunitario es fundamentalmente un proceso de educación de personas adultas. No se trata tanto de ayudar a la gente como qué hay que hacer y cómo han de hacerlo para que la gente aporte algo”.

PROPUESTAS DE ACCIÓN

Teniendo en cuenta la problemática detectada en los barrios detallados, la principal propuesta que se presenta, para que realmente existan cambios estructurales, es apostar por un trabajo comunitario basado en la promoción de la convivencia ciudadana y la cohesión social, en el que todos los agentes sociales del territorio estén implicados: ciudadanos/as, personal técnico y administraciones, a través de protocolos de colaboración, creación y fomento de mesas de trabajo de diferentes sectores (salud, empleo, educación, vivienda, discapacidad, juventud...) y puesta en marcha de acciones conjuntas (encuentros ciudadanos, guía de recursos...)

Por otra parte y de forma más concreta, se presentan una serie de propuestas por ámbitos de problemáticas:

Empleo y Economía:

- *Crear un modelo de itinerario de inserción sociolaboral acorde a las necesidades de la población de estos barrios en situación de riesgo o exclusión social.*
- *Asesoramiento para la regulación y profesionalización de actividades de economía sumergida que sean frecuentes en la zona.*
- *Promoción de la Economía Social: empresas de inserción, centros especiales de empleo y cooperativas, empleo con apoyo que posibilite la inserción laboral de habitantes de la zona.*

- *Mayor oferta de Formación Profesional para el empleo de nivel 1 a la que puedan acceder personas pertenecientes a colectivos preferentes como personas en riesgo o situación de exclusión social, personas con discapacidad o mujeres.*

Vivienda:

- *Con respecto a las problemáticas sociales relacionadas con la vivienda, consideramos que las propuestas presentadas en el Plan Municipal de Vivienda y Suelo realizado por PROCASA que junto a las necesidades detectadas por el grupo motor de vivienda y urbanismo pueden paliar dicha situación.*

Familiares:

- *Adecuar las ayudas existentes relacionadas con el aislamiento de personas mayores a la realidad de éstas, ayudando además así, a reducir la sobrecarga de sus acompañantes, siendo en su mayoría mujeres.*
- *Aumentar el número de profesionales especializados en la mediación familiar, educadores familiares con colectivos en situación o riesgo de exclusión para una correcta intervención, acompañamiento y seguimiento de los numerosos casos que se dan en la zona.*

Salud:

- *Desarrollar actuaciones que promuevan hábitos de vida saludable, habilidades sociales, educación afectivo-sexual, empoderamiento de las mujeres, hábitos de higiene...*
- *Fomentar actividades físicas y de ocio, y de manera muy concreta impulsar el deporte y ocio inclusivo.*
- *Desarrollar acciones coordinadas entre los diferentes recursos sobre prevención de tóxicos e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).*

Discapacidad, género y exclusión social:

- *Programas de formación permanente de sensibilización sobre discapacidad, género y exclusión social, destinado a todo el personal técnico que intervenga en temas sanitarios, educativos, vivienda, comunitarios...*
- *Programas informativos sobre alternativas para personas con discapacidad o en situación de exclusión social.*
- *Diseñar programas específicos de acompañamiento social de personas con discapacidad, por ejemplo, personas con discapacidad intelectual que nunca se han realizado una analítica o no han asistido nunca al médico, intérpretes de lengua de signos...*
- *Tratados de manera transversal en cada una de las actuaciones que se realicen que permita visualizar y transformar las desigualdades existentes en cada una de las realidades sobre las que se pretende incidir.*

	Problemática/activos	Género	Discapacidad
MENORES 0-12	-Conductas disociales -Familias desestructuradas ligadas al problema de consumo -Falta de recursos (profesionales) -Falta de educación sexual (planificación) -Menores no acompañados	-Violencia de género -Falta de Concienciación sobre igualdad	-Falta de ocio inclusivo -Falta de ayuda externa -Escasos Recursos específicos en las escuelas -Barreras arquitectónicas en domicilio y entorno. -Recursos Ley Dependencia deficientes y de acceso lento. -Mucha demora en la valoración de discapacidad que dificulta acceso recursos.
MENORES 0-12 (ACTIVOS)	-Centro educativo de compensatoria -Actividades infantiles AVV -ETF SSSS Comunitarios -PSIAA. Programa Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. (menor y padres). -Forma Joven. -Creciendo en Salud: Programa promoción hábitos saludables CEIP y Educación especial. -PIOBIN: Plan Integral Obesidad Infantil	-Centros de planificación Liga Gaditana -Programas IAM Instituto Andaluz de la Mujer: Atención Psicológica a menores en riesgo de VG/ Redes sociales y VG... -Mayor rapidez de detección en problemas de abuso sexual	-AFANAS -Autismo Cádiz -Ong's y Asociaciones -Programas inclusivos dentro del aula -Equipos Orientación Educativa. -Ley de Dependencia -CVO - SSSS Comunitarios (Ayuntamiento)

	Problemática/activos	Género	Discapacidad
MENORES 3- 18	-Absentismo -Pobreza -Escasas Habilidades sociales -Falta de formación -Consumo de tóxicos -Violencia entre adolescentes -Cultura consumista -Delincuencia, vandalismo -Enfermedad duales -No uso de recursos -Acceso gratuito a instalaciones y ocio y efecto de no "atracción" -Falta de hábitos saludables e higiene -Adicción NNTT -Edad temprana inicio alcohol y tabaco -Familias desestructuradas	-Violencia de genero -Sobrecarga de cuidados -Falta de asociaciones de mujeres dentro de la zona -Embarazos tempranos y no deseados -No uso de recursos	-Trastorno de conducta asociados -Barreras arquitectónicas en lugares de ocio -Falta de ocio inclusivo
MENORES 3- 18 (ACTIVOS)	-CTA -Instalaciones deportivas -Playa -Parques -Carnaval -Centro educativos para adultos (Viento de Levante,(Tarifa) Aulas en AVV Cerro del Moro -Asociaciones con programa de inserción laboral -Economía Social (empresas de inserción) -Festivales de música: conciertos, recitales... -Casa de la juventud: ocio, actividades culturales, canet joven, encuentros juveniles... -PUMP (programa de fomento de actividad física Por un Millón de Pasos) -Forma joven -PIOBIN -PSIAA -Centro de música joven La Báscula	-GRUSE-M Grupos Socioeducativos para Mujeres -GRUSE-H Grupos Socioeducativos para Hombres -Programas IAM Instituto Andaluz de la Mujer: Atención Psicológica a menores en riesgo de VG/ Redes sociales y VG... -Centro Asesor Mujer Municipal -Forma joven -LIGA GADITANA	-Fundación de la ONCE -EQUA -PRESTACIONES LEY DEPENDENCIA -Ongs Y Asociaciones -Equipos de orientación educativa

	Problemática/activos	Género	Discapacidad
ADULTO 19-35	-Desempleo, empleo precario, economía sumergida. -Pobreza -Escasas Habilidades sociales -Escasa autoestima -Falta de formación -Consumo de tóxicos -Violencia -Cultura consumista -Delincuencia, vandalismo -Enfermedad duales -No uso de recursos -Acceso gratuito a instalaciones y ocio y efecto de no "atracción" -Falta de hábitos saludables e higiene -Riesgos de adicción a las nuevas tecnologías, internet, videojuegos y redes sociales	-Violencia de genero -Sobrecarga de cuidados -Sin experiencia laboral reglada -No vinculada a movimientos asociativos -Falta de asociaciones de mujeres dentro de la zona -Embarazos no deseados -No uso de recursos -Aislamiento y baja demanda en mujer con DI por sobreprotección familiar -Las mujeres con DI tienen muchas dificultades para llegar a los recursos de formación y empleo que llegan los hombres con DI.	-Barreras arquitectónicas en el entorno laboral -Falta de recursos especializados -Falta de apoyo y seguimiento entorno familiar -Escaso Mercado Laboral: empresas de economía social -Falta de educación afectivo- sexual adaptada a las necesidades -Tanto a las PcDI como a los profesionales: No asumen que les haga falta métodos anticonceptivos. -Falta o escasa formación profesional-escasa cualificación profesional. -Escasa Autoestima. -Pocas ofertas gratuitas de ocio y falta de información sobre las que existen. -Falta de adaptación en el lenguaje. -No se dirigen los profesionales a las Pc DI sino sus acompañantes. -Se da una falta de conocimiento sobre los criterios que se tienen en cuenta en la valoración por parte del EVO. Miedo a revisar por riesgo a perderla. - Afanas Cádiz (Centro Ocupacional y UED). - Falta de adaptación en los centros de salud, por ejemplo, para poder hacerse una analítica.

	Problemática/activos	Género	Discapacidad
ADULTO 19-35 (ACTIVOS)	-CTA -Instalaciones deportivas -Playa -Parques -Carnaval -Centro educativos para adultos (Viento de Levante, (Tarifa) Aulas en AVV Cerro del Moro -Asociaciones con programa de inserción laboral Economía Social (empresas de inserción) -Festivales de música: conciertos, recitales... -Casa de la juventud: ocio, actividades culturales, canet joven, encuentros juveniles... -PUMP (programa de fomento de actividad física Por un Millón de Pasos)	-GRUSE-M Grupos Socioeducativos para Mujeres -GRUSE-H Grupos Socioeducativos para Hombres -Programas IAM Instituto Andaluz de la Mujer: Atención Psicológica a menores en riesgo de VG/ Redes sociales y VG... -Centro Asesor Mujer Municipal	-Fundación de la ONCE -Prestaciones ley dependencia -EQUA -Afanas Cádiz: Centro Ocupacional y UED. -SSSS Municipales (Ayuntamiento)

	Problemática/activos	Inmigración	Género	Discapacidad
ADULTO 36-65	-Necesidades ocupacionales -Bajo nivel instrucción -Escasa cualificación profesional -Desempleo empleo precario, economía sumergida -Falta de habilidades sociales -Escasa Autoestima -Consumo de tóxicos: tabaco, alcohol... -Hábitos de vida: sedentarismo, consumo frecuente de grasas, no consumo de verduras y frutas... -Violencia -No uso adecuado de recursos -Déficit en hábitos de higiene -Enfermedades crónicas limitantes	-Según procedencia dificultades de integración -Colectivos poco numerosos -Problemas de acogida	-Violencia de genero -Sobrecarga de cuidados familiares -Perfil ama de casa: sobrecarga -Ayuda domicilio - Sin experiencia laboral reglada -No vinculada a movimientos asociativos -Más fortaleza de la mujer por la cultura de "aguantar"	-Barreras arquitectónicas -Falta de ocio inclusivo -Sobrecarga cuidadora -Graves problemas de accesibilidad a recursos -Falta de recursos especializados -Escaso Mercado Laboral: Empresas de economía social - Falta de adaptación en los centros de salud, por ejemplo, para poder hacerse una analítica.
ADULTO 36-65 (ACTIVOS)	Programas SSSS Comunitarios: SIVO, SAD- Servicio de Ayuda a Domicilio, PIF-Programa de Infancia y Familia -Prestaciones Ley Dependencia -UED -CTA -Instalaciones deportivas -Playa -Parques y plazoletas -Carnaval -Centro educativos para adultos (Viento de Levante, Tarifa)) Aulas en AVV Cerro del Moro -Asociaciones con programa de inserción laboral -Economía Social (empresas de inserción) -Festivales de música -PUMP (programa de fomento de actividad física Por un Millón de Pasos)	-Programa Inmigración Cruz Roja -Programa Inmigración Parroquia Loreto - CARDINJ	-GRUSE-M -GRUSE-H	-Fundación de la ONCE -EQUA -Prestaciones ley Dependencia -UED -SSSS Comunitarios (Ayuntamiento)

	Problemática/activos	Género	Discapacidad
PERSONA MAYOR 66-80	-Falta programaciones específicas necesidades mayores con discapacidad intelectual -Presencia de enfermedades crónicas incapacitantes: dependencia -Bajo nivel instrucción -Falta de habilidades sociales -Escasa Autoestima -Consumo de tóxicos: tabaco, alcohol... -Hábitos de vida: sedentarismo, consumo frecuente de grasas, no consumo de verduras y frutas... -Violencia - Soledad -Escaso Apoyo familiar -Falta de red de apoyo -Barreras arquitectónicas - Pensiones insuficientes que además sirven para ayudar a familia extensa	-Envejecimiento femenino: enfermedades incapacitantes -Exceso de Cargas familiares -Falta de Ayuda domicilio lleva mujeres con edad similar que persona cuidada	-Barreras arquitectónicas espacios públicos: parques, calle... -Graves problemas accesibilidad vivienda -Sobrecarga persona cuidadora -Escasos recursos especializados - Falta de adaptación en los centros de salud, por ejemplo, para poder hacerse una analítica.
PERSONA MAYOR 66-80 (ACTIVOS)	-Centro de Día mayores: municipal y de la JA -Programa SAD Mpal: comedor en domicilio, cuidados básicos... -Prestaciones Ley Dependencia -Asociación ALZHE -C Residenciales -Programa GAM (Grupo de Ayuda Mutua para -Personas Cuidadoras) del CS Loreto -Programa educación Adultos en AVV: Cerromarcha... -PUMP(programa de fomento de actividad física Por un Millón de Pasos) -Centro Atención Personas Mayores La Paz. -Centro Educativo Viento de Levante -SAD Municipal, Beca de Comedor. -Prestaciones Ley de Dependencia -Teleasistencia	-GRUSE-M -GRUSE-H	-Centro de Día mayores: municipal y de la JA -Camas articuladas, barandas (SAS).

	Problemática/activos	Género	Discapacidad
PERSONA MAYOR +80	-Bajo nivel instrucción -Falta de habilidades sociales -Escasa Autoestima -Consumo de tóxicos: tabaco, alcohol... -Hábitos de vida: sedentarismo, consumo frecuente de grasas, no consumo de verduras y frutas... -Violencia -Presencia de enfermedades crónicas incapacitantes: dependencia -Soledad -Escaso Apoyo familiar -Falta de red de apoyo -Carencia de recursos idóneos para permanencia en su domicilio. - Pensiones insuficientes que además sirven para ayudar a familia extensa -Aislamiento -Falta centro de día	-Mayor discapacidad femenina -Desigualdades de género	-Barreras arquitectónicas espacios públicos: parques, calle... -Colectivo con muchas necesidades de apoyo social y agilización de recursos. -Sobrecarga de la cuidadora -Necesidades de apoyo social y agilización de recursos -Falta de adaptación en los centros de salud, por ejemplo, para poder hacerse una analítica.
PERSONA MAYOR +80 (ACTIVOS)	-Centro de Día mayores: municipal y de la JA -Programa SAD Mpal: comedor en domicilio -Prestaciones ley Dependencia -UED -Asociación ALZHE -C Residenciales -Programa Voluntariado Cruz Roja -Pastorales de Salud de las Parroquias -Programa GAM(Grupo de Ayuda Mutua para Personas Cuidadoras) C Salud Loreto -Residencias -Prestaciones Ley de Dependencia		-Centro de Día mayores: municipal y de la JA -Residencias -Prestaciones Ley de Dependencia -SAD Municipal, Beca de comedor.

// 6.5.2 PROBLEMAS SOCIALES DE CÁDIZ- INTRAMUROS

INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO

María José Cano (PSOE), Mercedes López (PSOE) y Esmeralda Modesto (directora del Centro de Participación Activa de Mayores Caleta)

AGRADECIMIENTO

Agradecemos la colaboración para la elaboración de este Plan de Salud a las asociaciones de vecinos que tan generosamente nos han proporcionado los datos e informes para la elaboración de este proyecto, ya que sin su apoyo no habría sido posible este informe.

PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN

Esmeralda Modesto (directora del Centro de Participación Activa de Mayores Caleta), Manuel Salomón (Vecinos de Cádiz-Federación AA.VV. 5 de Abril), José Rodríguez (asociación de vecinos Las Tres Torres del barrio de Santa María), José María Alonso (asociación de vecinos Los Tres Arcos del barrio del Pópulo y San Juan), Marisa Campos (asociación de vecinos Cádiz Centro), Sergio García (asociación de vecinos El Carmen del barrio del Mentidero y San Lorenzo) y Catalina Cárdenas (asociación de vecinos Gades La Viña).

/// 6.5.2.1 INTRODUCCIÓN

Desde este grupo de trabajo del Plan Local de Salud, se ha realizado un acercamiento a los problemas sociales de los ciudadanos de Cádiz Intramuros, con la intención de obtener el punto de vista de los propios interesados, con el fin de conseguir una visión

real de los temas de esta índole que les preocupan, ya que la visión externa y técnica ya ha sido objeto de estudio.

Con el resultado del informe se obtendrá una visión más fiel de lo que los gaditanos consideran prioritario y lo que necesitan que se les resuelva con más urgencia.

Sería deseable poder seguir recopilando los datos que faltan, considerando que se podría ser interesante, y lo más importante es que el ciudadano se encontraría con la sensación que se preocupan y ocupan de ellos.

Se ha realizado un resumen de los datos obtenidos por varios colectivos, los cuales se nombran y se pasan a describir.

/// 6.5.2.2 METODOLOGÍA.

Se realizó un cuestionario anónimo con algunas preguntas cerradas y otras abiertas para ser entregado a las asociaciones de vecinos y, éstas a su vez, a los vecinos correspondientes de cada barrio.

Las asociaciones vecinales no han visto la necesidad de repartir los cuestionarios, debido a que ellos consideran que conocen las necesidades de sus barrios.

Los resultados, por tanto, se han obtenido de los informes remitidos por algunos presidentes de estas asociaciones. y, en los barrios en los que las estas no han aportado informe, la información ha sido obtenida a través de algunos vecinos bien por vía telefónica o por entrevista directa con algunos vecinos.

Además, se aportan datos de informes elaborados por otras entidades que son reseñadas en la bibliografía.

/// 6.5.2.3 CIRCUNSCRIPCIÓN DE LOS BARRIOS DEL CENTRO.

El estudio engloba y analizará detenidamente los siguientes barrios:

1. Santa María
2. Pópulo
3. San Juan – Callejones
4. Viña
5. Balón
6. Mentidero
7. San Carlos
8. Centro (Es la zona del casco antiguo que no forman parte de los anteriores barrios enumerados)



Mapa representativo de los barrios³

3 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017

//// BARRIO SANTA MARÍA.

Ubicación del Barrio



El barrio Santa María consta de 56 manzanas⁴.

4 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017

RESUMEN BARRIO DEL MENTIDERO	
Fincas RESIDENCIALES	399
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	7
Fincas Residenciales DESHABITADAS	16
TOTAL FINCAS AFECTADAS	23
SOLARES	9

Situación social

La información para realizar el análisis del estado en el que se encuentra el barrio Santa María, está basado en el informe aportado por el presidente de la asociación de vecinos.

Superficie de 96.074,82 m², con una población aproximadamente de unos 1.400 habitantes, repartidas en 289 fincas residenciales, de las cuales 30 son infraviviendas, 16 se encuentran cerradas y cuatro son solares. El 85% de las fincas ya han sido rehabilitadas y cinco se encuentran en obras.

La mayoría de las viviendas de esta zona es de propiedad municipal o autonómica, lo que supone, un beneficio para sus habitantes, ya que las habitan en régimen de alquiler social.

En cuanto a la edad media de los vecinos de este barrio podemos constatar que es elevada, con un porcentaje que rondaría el 65% de pensionistas.

Estos mayores forman unidades familiares que, como en otros casos, soportan grandes cargas familiares al haberse convertido en el principal sustento de hijos/as y nietos/as en paro, o trabajando en precario.

Del total de personas de avanzada edad con la que cuenta esta zona, alrededor de un 17% a un 20% viven totalmente solas.

La llegada de los jóvenes al barrio de Santa María, se produjo a partir de la

rehabilitación de sus edificios, y la posterior venta de estas viviendas. Como consecuencia del afincamiento de estos jóvenes se produjo el aumento del número de niños en la zona, sin que haya sido suficiente para lograr el rejuvenecimiento del barrio.

Otro tema importante a destacar es la problemática de edificios rehabilitados, con falta de accesibilidad a la vivienda, vivienda sin ascensor, en la mayoría de los casos. Esta situación imposibilita la realización de una vida diaria más independiente a sus moradores, como ya reseñamos anteriormente de edad avanzada.

La accesibilidad de las calles del barrio es bastante aceptable, aunque aún quedan algunas sin adaptar, permaneciendo en algunas zonas con bolos, que dificultan la movilidad de personas con ciertas discapacidades motoras.

Los problemas sociales:

- *Dificultades económicas*
- *Necesidad de recurrir a la recogida de alimentos (Cruz Roja, Fundación Caja Sol, y comerciantes del barrio abstencen a la asociaciones de vecinos para que sea gestionando por ellos)*
- *Pagos de recibos de electricidad, agua, alquiler, etc..*
- *Problemas de desahucios*
- *Carencia de zonas verdes*
- *Falta de zonas de juegos para niños, parques infantiles.*
- *Se detecta un ligero aumento de consumo de alcohol, droga y venta de drogas*
- *Predominan las personas de avanzada edad, gozan de una salud aceptable y hay un 18% con movilidad reducida*

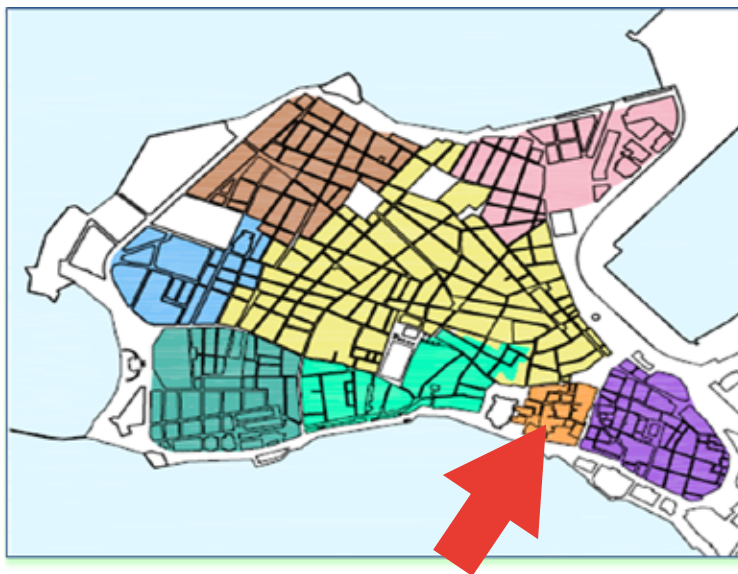
Activos

- *Equipamiento deportivo compartido con el colegio Campo del Sur Mirandilla.*
- *Buen acceso a transportes públicos, (dos líneas de autobús, Renfe)*
- *Equipamiento cultural, según los vecinos está infrautilizado*
- *Calles, en su mayoría, con buena accesibilidad*
- *Existencia de un centro de mayores*
- *Sala de exposiciones Baluarte de Santa Elena*
- *Museos: títeres, Litográfico*
- *Existencia del Centro de Día de la Tercera Edad Botica (Centro de Participación Activa), en el que se ofertan varios talleres: manualidades, Diseño y estilismo, Pintura en tela, Pintura al óleo, abaniquería, teatro*

//// BARRIO DEL PÓPULO

Ubicación del Barrio⁵

5 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017



RESUMEN BARRIO DEL POPULO	
Fincas RESIDENCIALES	72
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	0
Fincas Residenciales DESHABITADAS	8
TOTAL FINCAS AFECTADAS	8
SOLARES	0

Situación social

La población es de unos 700 habitantes aproximadamente: De 0 a 18 años, un 2%, de 19 a 64 años, un 43%, y de más de 65 años, un 65%.

El índice de desempleo ronda el 80% y esto, en un barrio donde la economía circular es nula y donde no se crean puestos de trabajo, hace que sean las personas mayores, con sus bajas pensiones, las que tengan que mantener los núcleos familiares, aunque no lleguen nunca a final de mes.

Debido lo expuesto anteriormente, se deduce que los vecinos de este barrio necesitan solicitar diversos tipos de ayuda para subsistir.

Para ello recurren a:

- *Trabajador/a Social de los Servicios Sociales municipales, para solicitar tanto ayudas para alimentos, como pago de recibos*
- *Parroquia de Santa Cruz, Fundación Dora Reyes, y Fundación Virgen de Valvanuz, cuando no les han sido del todo solventado los temas anteriores desde Servicios Sociales*
- *Centro de la Cruz Roja de Plaza de la Merced, en barrio Santa María, para recibir asesoramiento*

- *Asociación Vecinal del Pópulo y San Juan Los tres Arcos, donde se centran en la labor de mediación entre las administraciones y los vecinos, además, de gestionarles la documentación necesaria, e incluso rellenándoselas y/o acompañándoles a realizar los trámites.*

En cuanto a las viviendas en sí, en la década de los noventa se rehabilitó el barrio prácticamente al completo, por lo que no están en tan malas condiciones la mayoría de estas.

Por su peculiar estructura y las reducidas dimensiones de sus calles, la accesibilidad para la gran mayoría de servicios de emergencias es casi imposible, a esto se añade viviendas poco accesibles, sin ascensor, provocando aislamiento en una población predominante mayor y con problemas de movilidad.

La mayor parte del parque de viviendas están en régimen de alquiler y con rentas antiguas, pero está surgiendo el temor entre los vecinos ante los apartamentos turísticos que están empezando a complicar la convivencia, alterando la tranquilidad y el bienestar.

Carencia de zonas verdes, falta de equipamiento, de zonas deportivas, de parques infantiles con zonas de juegos para niños, así como, la usurpación de espacios libres para terraza de bares. Esto da lugar a que los niños se desplacen a otras plazas colindantes para jugar.

Despunte significativo del consumo de drogas entre los más jóvenes, así como su venta.

El acceso al transporte público está ubicado en la periferia del barrio, debido a la limitación de acceso en sus calles.

La mitad de los equipamiento culturales están cerrados.

Según nos informa el presidente de la asociación de vecinos Los Tres Arcos, los datos del barrio de San Juan, está incluido en este estudio.

Activos

Actividades desarrolladas por la asociación Los Tres Arcos, Tierra de todos, Centro de cultura popular el Pópulo:

- *Tierra de todos: Acciones para prevenir el fracaso y/o absentismo escolar, ayuda a los inmigrantes, formación en nuevas tecnologías.*
- *Centro de cultura popular el Pópulo: Centro cultural fundado por mujeres que realizan actividades y talleres, tanto culturales, para la integración social laboral de la mujer.*
- *Asociación de vecinos Los Tres Arcos: Presta servicio a los vecinos, en diferentes ámbitos de su vida cotidiana, (trabajo de mediación entre administraciones, asesoramiento a los vecinos, gestión de documentación necesaria).*

//// BARRIO SAN JUAN – CALLEJONES

Ubicación del Barrio



RESUMEN BARRIO DE SAN JUAN - CALLEJONES

Fincas RESIDENCIALES	330
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	9
Fincas Residenciales DESHABITADAS	30
TOTAL FINCAS AFECTADAS	39
SOLARES	4

Situación social

Posee el 26 % de las infraviviendas del centro, (datos del febrero 2017, de las APDHA Cádiz y la Asociación de Vecinos Cádiz Centro), lo más habitual es la presencia de casas de vecinos con problemas estructurales y problemas de hacinamiento.

En relación a la vivienda, se concluye que es un barrio fuertemente deprimido, en estado de deterioro, con pocos espacios libres, falta de zonas verdes, además muchas de las rehabilitaciones se están dedicando a apartamentos turísticos.

Activos

Comedor social Comedor Virgen Poderosa

Centro municipal de las Artes Escénicas Arbolí: Espacio municipal que acoge todas las iniciativas ciudadanas relacionadas con las artes escénicas, teatro, danza, ballet, gimnasia, Tai-Chí, etc. Estas van dirigidas a jóvenes, mayores, grupos, etc....

El centro Arbolí cuenta con diferentes espacios, según su función, cabe destacar, el aula de conciliación, está facilitada que los padres/madres de menores, puedan participar en las diversas actividades.

//// BARRIO LA VIÑA.

Ubicación del Barrio⁶



RESUMEN BARRIO DE LA VIÑA	
Fincas RESIDENCIALES	371
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	6
Fincas Residenciales DESHABITADAS	20
TOTAL FINCAS AFECTADAS	26
SOLARES	1

Situación social⁷

Es un barrio muy atacado por el desempleo, por el bajo nivel académico de sus vecinos y vecinas y por la crisis económica, acuden en un porcentaje elevado a

6 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017

7 Datos extraídos del Informe del Plan de salud del Barrio de la Viña – "La Salud de la Viña"
– Abril/2017

solicitar ayudas de los organismos oficiales (Asuntos Sociales) y organismos sin ánimo de lucro, como por ejemplo Cruz Roja o la Iglesia de la Palma.

La carencia de empleo reglado y la crisis económica, hace que algunas 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. Algunas familias se ven abocadas a la economía sumergida.

Tras un análisis de la zona, se enumera las necesidades básicas más relevantes de las familias que viven en la zona:

- *Incremento de las demandas por prestaciones para la vivienda, por lo que se constata que el coste de la vivienda es muy elevado para muchas de las familias que acuden a los Servicios Sociales*
- *Las viviendas en propiedad, mayoritariamente se encuentran en propiedad de personas mayores, éstas antiguamente eran propiedad de la Junta de Andalucía y del Ayuntamiento*
- *Se constata un leve aumento de jóvenes que se establecen en el barrio, en viviendas principalmente de régimen de alquiler a particulares*
- *La rehabilitación de las fincas están siendo para uso de hospedería, (apartamentos vacacionales, pequeños hoteles), dando lugar a que haya falta de alquiler habitacionales, debido a que los dueños de las fincas, no rehabilitan con el fin de que una vez totalmente vacías, puedan dar otros usos*
- *Aumento con respecto a años anteriores de 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*

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:

- *Las familias 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.*
- *Ha aumentado el número de personas adultas con toxicomanías.*
- *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.*
- *Surge 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.*
- *En el desarrollo de los Programas de Mayores en el año 2016 en el barrio de La Viña se obtienen las siguientes conclusiones:*
 - *Es importante no duplicar programas y proyectos y concentrar la inversión en las competencias propias municipales.*
 - *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.*

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. 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.

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.

Es importante resaltar la existencia de personas usuarias del SAD que viven solas, con enfermedades como Alzheimer, problemas de salud mental, algunas sufren el síndrome de Diógenes, otras se encuentran en situación de exclusión social. Esto significa que existen personas usuarias vulnerables y algunas en situación de grave riesgo.

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

La limpieza del barrio se realiza normalmente, pero se da el hecho de que las calles se encuentran sucias y con mal olor, debido a que esta zona es un punto de encuentro habitual para las personas sin hogar, llegando a ser insoportable para los vecinos esta situación.

La accesibilidad de las calles no es mala, pero presentan deficiencias debido a la falta de mantenimiento de las mismas (baches)

Falta de zonas verdes en el propio barrio, existe un parque infantil en la plaza de la Reina, plaza José Macías Rete, plaza de Capuchinos, este se encuentra en mal estado.

Falta de equipamiento deportivo.

Acceso a líneas de autobuses nº 2 y 7.

Según entrevista con la representante vecinal a la pregunta Qué es lo que considera usted más urgente para solucionar en su barrio: ella considera que lo más importante a solucionar es el tema de las personas sin hogar, el mantenimiento de las calles, el barrio necesita más diversidad de comercio.

Activos de Salud.

Actividades culturales:

- *Talleres en asociación de vecinos Gades La Viña: Yoga, costura, bolillos, manualidades, pintura tanto en tela como óleo, conferencias, taller de memoria.*
- *Mujeres de Acero: Realización de diversas actividades.*
- *Biblioteca Campo del Sur.*

La playa de La Caleta.

- *En ella se realizan varias actividades, como ejercicios de pilates, sobre todo en verano.*
- *Se hace una conexión vecinal importante, pues es un punto de encuentro y disfrutes para las familias.*

Centro de participación Activa La Caleta.

- *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.*

//// BARRIO BALÓN

Ubicación del Barrio⁸



RESUMEN BARRIO DEL BALÓN	
Fincas RESIDENCIALES	124
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	1
Fincas Residenciales DESHABITADAS	5
TOTAL FINCAS AFECTADAS	6
SOLARES	3

8 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017

//// BARRIO MENTIDERO

Ubicación del Barrio⁹



Situación social

Actualmente podemos decir que en este barrio existe cierta paridad entre el número de vecinos de edad avanzada y de jóvenes, debido principalmente a que a los vecinos de toda la vida se les ha sumado la llegada de gente joven que se instala cerca de las universidades. Por concretar algo más, la población de mayor edad se ubica principalmente por la zona de San Lorenzo, y la de menor edad por la zona de la Plaza del Mentidero y alrededores.

En cuanto al tema de la vivienda, subrayar lo paradójico que resulta el precio elevadísimo de las casas en alquiler y el número de fincas vacías. Existen fincas ocupadas ilegalmente.

9 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017

Debido al alto precio del alquiler con respecto a los ingresos de la mayoría de las familias se ha producido una reducción del número de habitantes de mediana edad en esta zona.

Las fincas y solares vacíos desde hace mucho tiempo se han convertido en focos de suciedad, excrementos, ratas e insectos con la insalubridad que esto conlleva.

Entre los principales problemas socio-económicos que podemos encontrar se encuentran: Un elevado índice de desempleados/as, muchas familias sobreviven con salarios precarios o con actividades englobadas en la llamada economía sumergida.

Se ha producido un reagrupamiento forzoso de unidades familiares, padres pensionistas que tienen que acoger a hijos y a sus familias que se ven abocados a convivir en espacios muy reducidos.

Se percibe un aumento de la drogadicción, quizás relacionada con la situación económica de la que hablamos antes, se observa un incremento en la incidencia de depresiones y ansiedad debido a los mismos factores estresantes.

Debido a lo reseñado antes, muchas familias necesitan recurrir a distintos tipos de ayudas, la asociación de vecinos del Mentidero les sirve de soporte y apoyo canalizando los diferentes recursos a través de distintas asociaciones:

- *Asociación de vecinos del Balón y asociación de vecinos DE San Carlos La Negrita, para el reparto de alimentos.*
- *Cáritas parroquial de San Antonio y San Lorenzo Mártir.*

Dentro del apartado de zonas verdes y plazas Públicas destacamos: La plaza de Mina, la Alameda Apodaca y el Parque Genovés, si bien constituyen unos de los mejores espacios públicos de la ciudad tenemos que realizar varios apuntes; faltan espacios específicos para juegos infantiles, en el Parque Genovés, que es un parque público de indudable valor botánico, no se permite la realización de actividades diversas que también servirían para potenciar su uso e incrementar el conocimiento de las especies que alberga.

En el apartado de espacios culturales debemos constatar que actualmente este barrio

ha sufrido la pérdida de algunos como por ejemplo, el Teatro José María Pemán cerrado desde el año 2008, y el Centro Cultural Reina Sofía que ha sido cedido a la Universidad.

Aún se mantiene en perfecto funcionamiento el Gran Teatro Falla, que da vida a la zona, pero que por diversas causas, sobre todo económicas, los vecinos no pueden disfrutar todo lo que quisieran.

Equipamiento deportivo: esta zona cuenta con un centro deportivo que resulta escaso para cubrir las necesidades del barrio. Cada vez más jóvenes y pequeños quieren formar parte del club deportivo pero es escaso el material y el espacio para darles cabida a todos. A esto hay que sumar que el precio para usar sus instalaciones (gimnasio, pistas deportivas, vestuarios...) es muy elevado para el nivel económico de los vecinos).

En cuanto a bibliotecas, centros de lecturas, etc., el Mentidero y San Lorenzo carecen de ellos, si bien es cierto que está todo el equipamiento de la Universidad éste está vetado en general a los vecinos que no pertenezcan a esta institución.

Accesibilidad; como en el resto de barrios de intramuros existe un grave problema en este tema. Por un lado tenemos la casi inexistencia de edificios equipados con ascensores, creando prisioneros en sus propios hogares, nos referimos por supuesto a personas con diversos problemas de movilidad y a personas de edad avanzada. Por otro, debemos referirnos a las barreras arquitectónicas en sus calles, como: bordillos altos, problemas e incluso accidentes por mala señalización para el tráfico, a veces incluso inexistente. Queremos destacar como ejemplo la inaccesibilidad del Paseo de Santa Bárbara, los muchos obstáculos en su acerado hace prácticamente imposible el acceso a personas con movilidad reducida, que tienen que utilizar la carretera para poder pasear por allí, con el peligro que conlleva.

Activos

Plazas públicas y zonas verdes:

- *Parque Genovés, Alameda Apodaca, plaza del Mentidero. Como puede observarse, el barrio cuenta con buenas zonas tanto en extensión como en calidad que son susceptibles de ser utilizadas de forma más eficiente para la mejora de vida de sus vecinos.*
- *El Paseo de Santa Bárbara, que aunque tiene unas vistas maravillosas, lo reseñamos de forma separada porque los ciudadanos de ésta zona se quejan de su accesibilidad.*

Zonas Deportivas:

- *Cuenta con un centro deportivo con buen equipamiento, es necesario facilitar, lo máximo posible, que pueda ser utilizado por los habitantes del barrio.*

Equipamiento cultural:

- *Gran Teatro Falla, aunque los vecinos no puedan acudir mucho a sus diferentes funciones por temas de índole económico.*
- *El equipamiento propio de la Universidad de Cádiz en esta zona podría constituir un activo si se logra de alguna manera regular la utilización de éste por parte de la gente que vive aquí, aunque no pertenezcan a esta institución.*
- *El patio del Colegio Público Carlos III es un recurso infrautilizado, debido que no se usa fuera del horario escolar.*
- *Actividades del Centro de Participación Activa La Caleta, descritos más adelante, en el apartado de Activos Generales en Intramuros.*

//// BARRIO SAN CARLOS

Ubicación del Barrio¹⁰



RESUMEN BARRIO DE SAN CARLOS

Fincas RESIDENCIALES	197
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	2
Fincas Residenciales DESHABITADAS	9
TOTAL FINCAS AFECTADAS	11
SOLARES	1

Situación social

Los vecinos de la zona son en su mayoría de avanzada edad. Escasean los residentes jóvenes en el barrio.

10 Datos recopilados del "Estudio Estado 2017-Casco Histórico Cádiz- PROCASA 2017

Los vecinos, están especialmente preocupados por el vandalismo y actos incívicos que se producen debido a la cercanía de la zona de ocio nocturna de la Punta de San Felipe (pintadas, excrementos, suciedad en general, vandalismo, ruidos, etc.), se quejan de que nadie soluciona estos problemas, estos se remontan a hace muchos años, además refieren que esta situación les crea problemas para conciliar el sueño, generándoles problemas de salud a largo plazo.

En cuanto a accesibilidad, al igual que en el resto de barrios, existen los problemas asociados a edificios antiguos, la mayoría sin ascensores, cuya arquitectura no facilitan la movilidad de todos los ciudadanos.

En las calles del barrio se encuentran las barreras arquitectónicas típicas del centro histórico de la ciudad. Si bien, los vecinos han recibido con enorme satisfacción la peatonalización de la Plaza Argüelles, también recalcan que sigue habiendo calles que los vehículos recorren a velocidad excesiva, con el peligro que conlleva para los residentes en esta zona, por lo que consideran que esta medida debe ir acompañada de un incremento en la vigilancia del cumplimiento de las normas.

La Plaza de España es la gran zona verde del barrio y la plaza de juegos de los chicos/as de aquí, y del mismo modo se ha convertido en centro cultural en diferentes ocasiones ya que se ha utilizado para diversos eventos de éste tipo. Ante la expectativa de su futura peatonalización esperan que añada actividad a la zona.

El centro cultural más importante es La Central Lechera, que cuenta con bastante prestigio entre los vecinos, no solo de aquí, sino también entre el resto de los habitantes de Cádiz.

Activos

- *Buen acceso a los autobuses urbanos.*

Zonas verdes y plazas públicas:

- *Como ya comentamos anteriormente la más importante en tamaño y en relevancia es la Plaza España, que aunque ya se está utilizando para diversas actuaciones, tanto lúdicas como culturales, aún se le puede sacar más partido*

para convertirla en un gran espacio para la ciudadanía, cosa que esperamos ocurra una vez peatonalizada.

- *También tenemos la Plaza de Argüelles, que ya es peatonal, y el paseo elevado de las Murallas de San Carlos.*
- *Las Bóvedas de la Muralla de San Carlos, también pueden constituir un espacio utilizable para realizar actividades que enriquezcan de alguna manera la vida de las personas que allí habitan, por supuesto, después del necesario acondicionamiento.*

Espacios culturales:

- *Destacamos por su relevancia La Central Lechera y la actividad que en ella se desarrolla. Como reseñamos anteriormente, también se ha utilizado la propia Plaza de España para diversas actividades culturales abiertas a toda la ciudadanía.*
- *Sería interesante que los patios de los colegios, tanto Celestino Mutis como el de Las Carmelitas, pudieran ser usados fuera del horario escolar.*

//// BARRIO DEL CENTRO

Es la zona del casco antiguo, que no forman parte de los anteriores barrios enumerados.

Ubicación del Barrio¹¹

11 Datos recopilados del “Estudio Estado 2017- Casco Histórico Cádiz – PROCASA 2017



RESUMEN CENTRO	
Fincas RESIDENCIALES	1159
Fincas residenciales INFRAVIVIENDA	5
Fincas Residenciales DESHABITADAS	36
TOTAL FINCAS AFECTADAS	41
SOLARES	1

Situación social

La mayoría de residentes de esta zona son de edad elevada, casi todos y todas de la llamada tercera edad.

Unidades familiares con bajos ingresos: Pensionistas, trabajadores en paro.

Trabajadores en activo con sueldos precarios y estudios básicos.

Predominan las viviendas privadas en régimen de alquiler. Se está produciendo un aumento de viviendas utilizadas como segunda residencia, así como aumenta también el número de éstas para pisos vacacionales.

Se da la circunstancia de que existen dos extremos en las viviendas de esta zona, o son viviendas, enormemente grandes, casi palacios; o realmente pequeñas, los denominados en Cádiz partiditos.

El principal problema es la escasa accesibilidad en estos edificios, no suelen tener ascensores. La mayoría de habitantes son personas mayores que aún, no presentando una dependencia severa, se ven abocados a vivir encerrados en sus casas debido a la extrema dificultad que les supone bajar/subir escaleras y que conlleva una dependencia innecesaria para la realización de diversas tareas de su vida diaria.

También queremos resaltar que muchas viviendas están deterioradas y tienen muchos desperfectos que deberían ser subsanados por sus dueños, pero los inquilinos no reclaman ante éstos por temor a represalias.

Debido al bajo nivel de ingresos de casi todos sus habitantes, la mayoría ha tenido retrasos en el pago de facturas, algunos/as en casi todo.

Muchos/as manifiestan que, a pesar del deterioro de la vivienda y de la humedad que acumulan, no pueden poner la calefacción en invierno debido a la imposibilidad de asumir el incremento de la factura eléctrica. Esta circunstancia repercute directamente en la salud de los habitantes de esta zona.

Prioritariamente utilizan el Sistema Público de Salud, suelen realizar visitas continuas a los centros de salud. Se ha detectado problemas económicos para la adquisición de medicamentos.

Reflejan un repunte de consumos de drogas, del tipo llamadas duras. Los usuarios son los jóvenes que acuden al barrio.

Comentan que por temporadas hay un gran aumento de la inseguridad ciudadana.

La limpieza viaria es mediocre.

Se quejan de no tenerse en cuenta la edad media del barrio a la hora de programar las actividades culturales. No realizan ninguna actividad en su tiempo libre, se limitan a ver la televisión. No se optimizan las instalaciones del equipamiento cultural.

Activos

Contamos con un gran activo en este barrio, como el Centro de Participación Activa de Mayores Caleta, que pasamos a desarrollar:

Centro de Participación Activa La Caleta

Dan asistencia a personas de avanzadas edad, la mayoría se encuentra ente los 60 hasta 90 años, predominando más las mujeres que los hombres, atienden a usuarios de todo intramuros.

Se realizan diversas actuaciones para preservar la salud, tanto física como mental de los mayores de intramuros, como:

- *Taller de memoria, de lectoescritura.*
- *Gimnasia, Tai-Chí, bailes de salón, bailes por sevillanas.*
- *Taller de costura, de pintura.*

Además de todas estas actividades, también se da servicio de comidas, por lo que muchos mayores no se ven obligados a comer solos, por un lado, y, por otro se les facilita llevar una dieta adecuada.

Espacios públicos y zonas verdes:

Plaza de candelaria, Plaza Mina, Plaza San Antonio. Carencia de parques infantiles. Espacios culturales: Museo de Cádiz. Yacimientos arqueológico Gadir.

Debido a la intensa actividad comercial en esta zona, favorece el paseo y la interacción social de los residentes de la zona (plaza de las flores y plaza de abastos y calle Ancha, etc...)

/// 6.5.2.4 ACTIVOS GENERALES DE SALUD.

Definición de Activo:

“Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”. (Morgan A. & Ziglio E. 2007; Morgan A., Davis M & Ziglio E., 2010).

Según el IV Plan Andaluz de Salud en la provincia de Cádiz, conciben la idea de “activos para la salud o el patrimonio de las personas y las sociedades (cualquier factor o recurso) para tener, mantener o mejorar su salud”.

Para que se desarrollen los activos, es importante empoderar a los ciudadanos, éstos han de tomar sus decisiones encauzadas a la mejora de su salud, para conseguir este fin, disponemos de numerosos recursos, a nuestro alcance que debemos convertir en activos para la salud, activarlos.

Recursos convertibles en activos de salud

RECURSOS	QUIENES
1. De los individuos	Conocimientos y creencias (salud, tradiciones, recursos..., Motivación, actitud, sentido de la vida, alegría, felicidad, optimismo, manera de tomarse y entender la vida. Autoestima, resiliencia, actividad, responsabilidad, creatividad, sinceridad. Capacidad de afrontamiento. Habilidades sociales / de comunicación y sociabilidad. Concepción de comunidad, de pertenencia. Generosidad, solidaridad, altruismo.
2. De las relaciones informales/sociales.	Amigos. Redes sociales amplias/grupos de iguales. Vecinos. Familia

RECURSOS	QUIENES
3. De las asociaciones formales.	De enfermos y familiares, GAM Voluntarios y ONG. Religiosos. Deportivos (vela, futbol, ciclismo, pesca, caza...). Culturales y lúdicos. Vecinos. AMPAS. Amas de casa. Mujeres
4. De las organizaciones	Ayuntamiento, Junta de Andalucía, Diputación, universidad, empresas y sindicatos.
5. Físicos y medioambientales.	Clima. Instalaciones deportivas / para actividad física. Espacios creados / acondicionados en entorno urbano. Espacios naturales. Vivienda. Ciudad: tamaño no excesivo. Medios de transporte / comunicaciones. Entorno / Ambiente social. Económicos. Culturales.
6. Económicos:	-Sector Primario (ganadería, agricultura, viticultura/bodegas, pesca) -Sector Secundario (industria, alimentación, marroquinería...) Sector Terciario (hostelería/turismo -playa, rural, festivo-, comercios, actividad portuaria
7. Culturales.	Artes/actividades culturales: (de forma pasiva o activa) Teatro, cine, música, baile/danza, pintura, escultura, literatura... Costumbres/tradiciones: Flamenco, caballos, religiosidad, carnaval, ferias, romerías, alimentación (dieta mediterránea) o la propia idiosincrasia de las personas de la zona
8. Otros	Nuevas tecnologías, Internet, Tics

Activos generales de la zona de Intramuros

Teniendo en cuenta la definición y los recursos anteriormente mencionados, hemos identificado algunas actitudes y formas de vida en los ciudadanos/as de intramuros que por sí solos pueden considerarse como Activos para la salud.

Relaciones vecinales estrechas, relaciones familiares fuertes, optimismo ante las dificultades diarias, por lo que opinamos que la forma de ser y, de ver la vida de mucho/as de nuestros/as convecinos/as puede ser considerado, per se, un activo para la salud.

Al margen de esto, queremos destacar:

Centro de Día de la Tercera Edad Botica (Centro de Participación Activa), en el que se ofertan varios talleres: manualidades, Diseño y estilismo, Pintura en tela, Pintura al óleo, abaniquería, teatro.

Centro de Participación Activa La Caleta se realizan diversas actuaciones para preservar la salud, tanto física como mental de los mayores de intramuros., como:

- *Taller de memoria.*
- *Taller de lectoescritura.*
- *Gimnasia.*
- *Tai- Chí.*
- *Bailes de salón.*
- *Bailes por sevillanas.*
- *Taller de costura.*
- *Taller de pintura.*

Además de todas estas actividades, también se da servicio de comidas, por lo que muchos mayores no se ven obligados a comer solos, por un lado, y, por otro se les facilita llevar una dieta adecuada.

Centro Municipal de las Artes Escénicas Arbolí: Espacio municipal que acoge todas las iniciativas ciudadanas relacionadas con las artes escénicas, teatro, danza, ballet, gimnasia, Tai-Chí, etc. Estas van dirigidas a jóvenes, mayores, grupos, etc....

Tiene diferentes espacios, según su función, cabe destacar, el aula de conciliación, facilita que los padres/madres de menores puedan participar en las diversas actividades.

Fundación Centro Tierra de todos: Acciones para prevenir el fracaso y/o absentismo escolar, ayuda a los inmigrantes, formación en nuevas tecnologías.

Centro de cultura popular el Pópulo: Centro cultural fundado por mujeres que realizan actividades y talleres, tanto culturales, como para la integración social laboral de la mujer.

Asociación de Vecinos Los Tres Arcos: Presta servicio a los vecinos, en diferentes ámbitos de su vida cotidiana, (trabajo de mediación entre administraciones, asesoramiento a los vecinos, gestión de documentación necesaria).

Comedor social:

- *Comedor Virgen Poderosa (conocido como comedor de María Arteaga, debido al nombre de la calle donde se encuentra).*
- *De la Fundación Benéfica Virgen de Valvanuz, sita en Calle Santiago.*
- *Desayunos de Calor en la noche en el año 2017, realizó la entrega de aproximadamente 21.500 desayunos. Se encuentra el local en la Avenida Campo del Sur, con entrada por la calle Regimiento de Infantería de Cádiz.*

Equipamientos deportivos:

- *Colegio Campo del Sur Mirandilla*
- *Complejo deportivo Pabellón Centro Histórico Cádiz.*

Equipamientos culturales:

- *Teatros:*
 - *Gran Teatro Falla.*

- *Sala Central Lechera.*
- *Teatro del Títere LA TÍA NORICA*
- *Espacios culturales:*
 - *Museo del Títere*
 - *Bóvedas de San Roque*
 - *Torreón de Puertas de Tierra*
 - *Mercado Central*
 - *Casa de Iberoamérica*
 - *Palacio de Congresos y Exposiciones de Cadiz*
 - *Sala de Exposiciones El Pópulo*
 - *Espacio de Creación Contemporánea (ECCO)*
 - *Centro de arte flamenco La Merced*
 - *Centro cultural Reina Sofía*
 - *Castillo de Santa Catalina*
 - *Baluarte de la Candelaria*
- *Museos*
 - *Museo de las Cortes de Cádiz*
 - *Museo Litográfico (Antigua Litografía Müller)*
- *Bibliotecas:*
 - *Biblioteca Pública Provincial de Cádiz. Avenida cuatro de diciembre de 1977, nº 16.*
 - *Biblioteca Municipal José Celestino Mutis. Calle San Miguel, 17*
 - *Biblioteca de La Viña. Campo del Sur, 36*
 - *Biblioteca de Santa María. Calle Enrique el Mellizo, 2*
 - *Centro de documentación Mercedes Formica (Biblioteca Especializada de la Mujer). Centro Integral de la Mujer. Plaza del Palillero s/n 11001 Cádiz*

- *FUNDACIÓN: Actividades de la Fundación Municipal de Cultura*
 - *Alcances - Festival de Cine Documental*
 - *Festival Iberoamericano de Teatro de Cádiz*

No hay que olvidar un bien añadido que posee la zona de intramuros, como la playa de La Caleta, un espacio en el que se genera relaciones vecinales, actividades para todas las edades.

/// 6.5.2.5 CONCLUSIONES:

Elevado nivel de pobreza, alta tasa de desempleo.

El precio de la vivienda es muy alto para el nivel económico que poseen los gaditanos, existe escasez de vivienda pública, muchas casas vacías, y un aumento de pisos turísticos. Es digno de mencionar, que el hecho de la existencia de casas vacías, el precio de la vivienda sigue siendo alto.

Se percibe que el incremento de viviendas turísticas pueden ser un problema: Subida alquiler habitacional, imposibilidad de adquirir vivienda.

Partimos de la base de que las unidades familiares de intramuros, están compuesta por personas de avanzada edad, solo o acompañados, predominando unidades familiares de edad avanzada, con escasos recursos económicos, fundamentalmente de pensiones no contributivas, pensiones de jubilación y viudedad.

La unidades familiares compuestas por personas jóvenes, con un nivel económico precario, predomina la economía de subsistencia (economía sumergida).

Existen viviendas con condiciones de insalubridad, hacinamiento, que cobijan a varias generaciones, se hace hincapié en las viviendas con barreras arquitectónicas que limitan y condicionan la autonomía de las personas mayores y/o con movilidad reducida, llegando incluso al aislamiento tanto físico como socio afectivo.

Mala alimentación por falta de recursos, que dificulta la elaboración de los menús saludables.

Existe en el reparto de los alimentos una escasez de alimentos frescos, frutas y verduras, un exceso de productos azucarados y procesados. La carencia de estos da lugar a una mala alimentación.

Estilo de vida no saludable: Sedentarismo, tabaquismo y alcohol.

Elevado índice de fracaso escolar

Percepción de un aumento del consumo de droga, disminuyendo la edad de iniciación al consumo, detección de narcopisos.

Falta de ocio inclusivo (mayores, discapacitados), déficit de programas que faciliten el envejecimiento activo, atendiendo a sus propuestas. Falta de divulgación de las actividades. Se trata de no infantilizar a los mayores y permitir la realización de un envejecimiento activo.

Personas sin hogar, evidenciándose la falta de recursos para ser atendido de forma efectiva.

Falta de parques infantiles con zonas de juegos, así como la infrautilización de los patios de los colegios para otros fines, realización de talleres, deportes, etc...

La ciudad no está preparada para las personas mayores, ni para personas con problemas de movilidad: Faltan bancos, bordillos altos, calles con bolos, aceras estrechas.

/// 6.5.2.6 PROPUESTAS

Optimización y racionalización de los espacios de los centros escolares, aprovechando la utilización fuera de horario escolar, de los patios de centros educativos para la realización de diversas actividades.

Optimización y racionalización de los espacios públicos, tanto zonas verdes, como plazas públicas.

Posibilitar al usuario de los bancos de alimentos, el rechazo de productos que no van a consumir, o no son apropiados para ellos por padecer una enfermedad (ejemplo: Diabetes, Celíaco, alergias alimentarias), y que no se vean abocados a elegir todos los productos para que no se les eliminen de la lista de reparto. Añadir productos frescos, frutas y verduras. Una forma de conseguir estos productos, sería conseguir donaciones de los fruteros, supermercados, que donasen los alimentos cuando le falte poco para perecer. Se podría establecer un día de reparto para estos productos.

Peatonalización del casco histórico, debido a la mayoría de personas de edad avanzada. Colocación de espejos en las esquinas de las calles, para que las personas tengan más visibilidad al transitar por las mismas.

Eliminación de barreras arquitectónicas, tanto en los edificios, como en las vía pública.

Programa de acompañamiento a las personas que por su características personales, físicas, y/o económicas viven en situación de aislamiento.

Realizar un seguimiento de las viviendas consideradas insalubres, de que no se esté haciendo un mal uso de la misma, es decir, alquilarla, realización de obras no propias para la mismas.

Control del número de viviendas dedicadas a apartamentos vacacionales y estudio de la incidencia y repercusión en el precio del alquiler habitacional

Realizar programas de ocio inclusivo (mayores, discapacitados), de envejecimiento activo, con la suficiente divulgación de las actividades. Ofreciendo a los mayores actividades que puedan desarrollar, atendiendo a sus propuestas, se trata de no infantilizar a los mayores y permitir la realización de un envejecimiento activo.

/// 6.5.2.7 BIBLIOGRAFÍA

- *Datos facilitados a través de cuestionarios remitidos a las siguientes Asociaciones:*

- *Asociación de Vecinos Vecinos de Cádiz, Federación AA.VV 5 de Abril.*
 - *Asociación de Vecinos Las Tres Torres barrio de Santa María.*
 - *Asociación de Vecinos Los tres Arcos barrio del Pópulo y San Juan.*
 - *Asociación de Vecinos Cádiz Centro.*
 - *Asociación de Vecinos El Carmen El Mentidero.*
 - *Asociación de Vecinos Murallas de San Carlos, datos obtenidos de personas del barrio.*
- *Datos facilitados por el Centro de Participación Activa La Caleta.*
 - *Informe del Perfil de Salud de la Viña (2017). Delegación Salud- Ayto.de Cádiz.*
 - *IV Plan Andaluz de Salud en la provincia de Cádiz*
 - *Serie Monografías EASPNº51, Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud _ Autores: Mariano Hernán,Anthony Morgan y Ángel Luis Mena.*
 - *Pagina Web del Ayuntamiento de Cádiz¹²*

12 <http://institucional.cadiz.es/area/Feria%20del%20libro/2491>

/// 6.5.2.8 ANEXO I. CUESTIONARIO BÁSICO

BARRIO:

CALLE:

1.- Composición de la Unidad familiar:

Menores de edad:

Mayores de edad.

Vive solo/a. Edad

Persona con discapacidad. Posee certificado de discapacidad %

Persona en situación de dependencia:

Grado de dependencia Reconocida %.

Recibe ayuda

¿Qué tipo de ayuda?

2.- Ingreso de la Unidad Familiar.

¿Trabaja? Profesión:

Miembros en paro.

Recibe ayudas sociales.

¿Qué tipo (electricidad, alimentos, etc.)?

¿Qué entidad le ayuda?

3.- Vivienda:

En Propiedad.

Alquiler social.

Alquiler privado.

Compartido.

¿Ha tenido aviso de desahucio?

4.- Estado de la vivienda:

Años del edificio

Metros de la casa:

Situación del estado del piso. (Humedad, ventanas estancas, situación de derrumbe, etc....)

Accesibilidad:

¿Tiene Ud. conocimiento de viviendas vacías por su zona?

¿Ha puesto en conocimiento las deficiencias de las casas?

¿Se le ha solucionado?.

5.-Ha tenido Ud.

En los últimos años, ¿Ha tenido retraso en el pago de facturas?

Cuales

Electricidad

Agua

Calefacción

Comunidad

IBI

Seguros de Vivienda

Y/u otros impuestos municipales

En los últimos años, ¿Ha tenido algún impago?

¿Cuál?

6.-Puede poner Usted la calefacción o refrigeración.

Motivos:

7.- Califique la salud de cada miembro de la unidad familiar

Tipo de cobertura sanitaria: Social: Privada:

Última visita al centro sanitario realizada por algún miembro.

¿Puede comprar los medicamentos?

8.- Que estudios tienen los miembros de la unidad familiar.

9.- Está viendo Ud. en su barrio, un aumento del consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas.

¿Tipo?

¿Edad?

¿Ha aumentado la inseguridad ciudadana?

Puede explicar los motivos.

10.- Califique el entorno de su barrio:

Grado de limpieza viaria

Accesibilidad en las calles.

Dispone de zonas verdes:

Parques infantiles. ¿En qué estado se encuentra?

Actividades culturales.

Equipamiento deportivo.

En su tiempo libre ¿Qué actividad realiza?:

Acceso transporte público.

Equipamiento cultural (teatros, bibliotecas, cines, etc.).

11.- Que es lo que considera Ud. más urgente que habría que solucionar en su barrio.

12.- Sí lo desea puede Usted comentar algo sobre su barrio.

6.6 EL MEDIOAMBIENTE Y LOS ESPACIOS PÚBLICOS

// 6.6.1 SALUD Y MEDIO AMBIENTE

La salud y el medio ambiente que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de nuestras viviendas y de los edificios donde trabajamos, el hábitat donde intentamos esparcirnos en nuestro tiempo libre 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 (1). 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 y respiratorias (2).

Las desigualdades en salud a nivel urbano son muy pronunciadas. ¿Cuáles son los determinantes medio ambientales que influyen en la salud? La evidencia científica muestra claramente que las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidas tienen peor salud.

Según los expertos, la contaminación atmosférica podría ser la causa directa de más de 10.000 muertes al año en España (3). Además de provocar y agudizar enfermedades respiratorias y cardiovasculares, está relacionada con el cáncer de pulmón, mama y aparato digestivo. Investigadores del Instituto Nacional Carlos III han asegurado que, entre los contaminantes ambientales, el óxido de nitrógeno (NO₂) seguido de las partículas en suspensión y el ozono troposférico son las principales causas de este exceso de mortalidad, muy superior a la causada por los accidentes de tráfico. El Comité de Enfermedades Respiratorias de Origen Medio Ambiental de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) han destacado que la mala calidad de aire provoca afecciones de por vida, incluso antes de nacer el feto. El asma y las enfermedades pulmonares crónicas son patologías agravadas por la

mala calidad del aire, y que afectan especialmente a personas con pluripatologías y enfermedades crónicas, mujeres embarazadas, personas de edad avanzada y a la infancia.

Investigadores del Instituto de Diagnóstico Ambiental del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) han incidido en que la fórmula para reducir la mala calidad del aire en las ciudades pasa por mejorar la red de transporte público, poner tasas especiales a los vehículos más contaminantes o crear zonas bajas en emisión. Igualmente en la distribución de mercancías más eficiente, así como el uso de la bicicleta y la creación de espacios verdes, mejorarían la calidad ambiental. Las ciudades están diseñadas para facilitarnos los desplazamientos con garantías y rapidez al trabajo, a los lugares de ocio, a los centros comerciales. La movilidad individual basada en el automóvil no solo es mala para las ciudades, sino que es perjudicial para las personas. Según la OMS desde 2015 los accidentes de tráfico son la única categoría dentro de las 10 principales causas de mortalidad global que no son una enfermedad.

Expertos de la Fundación ECODES han declarado que cuando una ciudad mejora la calidad de su aire se nota de manera inmediata en la salud de sus habitantes, de ahí la importancia de compartir buenas prácticas para abordar el problema.

Actualmente se encuentra en marcha el PLAN AIRE II a nivel nacional promovido por la Administración General del Estado, y que entre sus objetivos se plantea garantizar el cumplimiento de la legislación en materia de calidad de aire, reducir la emisión de contaminantes a la atmósfera, mejorar las informaciones disponibles y fomentar la conciencia medio ambiental de la ciudadanía. Dicho plan aborda estrategias interministeriales con medidas que vienen a complementar los planes de actuación aprobados por comunidades autónomas o entidades locales, y pretende desarrollar aplicaciones que permitan la difusión en tiempo real de datos de calidad del aire en nuestras ciudades y nuestro entorno.

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.who.int/phe/about_us/es/
2. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano

Portero R, González Moran F, Pousa Ortega A. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. Gaceta Sanitaria Volume 30, Issue 2, March–April 2016 (154-157)

3. <https://www.efeverde.com/noticias/la-contaminacion-atmosferica-cause-mas-10-000-muertes-al-ano-espana/>

INFORME SOBRE MEDIO AMBIENTE EN LA CIUDAD DE CÁDIZ.

Dadas las dimensiones del término municipal de la ciudad de Cádiz resultaría complicado, por condicionantes técnicos y por similitud de espacios geográficos muy próximos, el plantear una sectorización de la ciudad sin caer en el error de repetir los mismos datos y las mismas conclusiones en espacios muy próximos.

Por ello a la hora de elaborar el Plan De Salud de la ciudad de Cádiz obviaremos la sectorización a priori planteada, y que en otros aspectos relevantes en cuestión de salud de la población sí podrían tener importancia a la hora de diferenciarlos, tanto en cuanto a problemas de salud propiamente dichos como a las posibles actuaciones propuestas. Esa parcelación del Casco Antiguo, Zona Bahía y Zona Playa, es una fragmentación del territorio que en lo que concierne al medio ambiente de la ciudad poca relevancia puede aportar.

OBJETIVO

El objetivo de este informe es el de conocer el medio ambiente, en una acepción lo más amplia del término, de la ciudad de Cádiz. Un entorno urbano de características peculiares, espacio reducido y configuración insular que le aporta características al mismo tiempo singulares y homogéneas.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración de este documento se solicitó un informe técnico a la Delegación Municipal de Medio Ambiente, que fue presentado en las diversas reuniones del grupo motor.

También se han recogido las opiniones de las asociaciones vecinales para que identificasen, en su opinión, los principales problemas ambientales. Igualmente se han tenido en cuenta las experiencias aportadas por los miembros del grupo motor, en especial la de los líderes vecinales, que por su cercanía con la ciudadanía, su trabajo a pie de calle y su contacto cotidiano con la realidad socio vecinal, aportan una información, tal vez de poco rigor cuantitativo, pero de gran valor cualitativo. En las reuniones se discutieron los principales problemas medio ambientales de la ciudad y se elaboraron las conclusiones que en el mismo se aportan.

Los datos descriptivos aportados en este informe se han obtenido de las fuentes que se detallan más adelante.

RESULTADOS

//// CALIDAD DE AGUA (RESIDUALES, POTABLE Y BAÑO)

En lo relativo a la gestión de aguas residuales

Las aguas residuales son recogidas y transportadas por el sistema de drenaje urbano hasta la Estación Depuradora de Aguas Residuales (EDAR) Cádiz – San Fernando, para su depuración y posterior vertido al mar en condiciones óptimas para el Medio Ambiente.

La red de saneamiento presenta dos tipologías diferenciadas: una red unitaria de unos 55 kms que recoge las aguas residuales domésticas y pluviales conjuntamente de la zona de intramuros y dos redes separativas cada una de unos 60 kms que recogen, respectivamente, las aguas residuales domésticas y pluviales de la zona de

extramuros.

El sistema está compuesto por 11 estaciones de bombeo de agua residuales (EBAR), una estación de bombeo de aguas pluviales (EBAP) y 26 puntos de vertidos al mar debidamente autorizados.

La Estación Depuradora de Aguas Residuales (EDAR) Cádiz – San Fernando, cuya gestión no es competencia de Aguas de Cádiz, recibe y da tratamiento a la totalidad del agua residual de las localidades de Cádiz y San Fernando. La depuradora, situada en término municipal de Cádiz, tiene capacidad de tratamiento de 375.000 habitantes equivalentes y un caudal medio diario de 75.000 m³/día.

El proceso consta de tres líneas fundamentales de tratamiento: línea de agua, línea de fango y línea de gas.

El proceso en la línea de agua permite la depuración del agua residual mediante una serie de etapas de pretratamiento, tratamiento primario, tratamiento biológico y clarificación del agua.

Una vez que el agua es depurada, es vertida al mar a través de un emisario submarino de 4.234 metros de longitud.

En lo referente a esta cuestión, la empresa municipal responsable es Aguas de Cádiz¹³.

En lo relativo a la calidad del agua de consumo

Aguas de Cádiz suministra agua potable de forma continuada, con presión requerida y calidad óptima, y depura las aguas residuales de una población aproximada de 119.000 habitantes. En su labor de provisión de un servicio fundamental para la ciudad, la empresa apuesta por la innovación tecnológica y medioambiental y asume su compromiso social con todos los gaditanos para completar, con la máxima calidad y profesionalidad, el ciclo integral del agua en la ciudad. El agua superficial es

13 <https://www.aguasdecadiz.es/gestion-del-agua/>

captada en los embalses de la Sierra de Cádiz de Los Hurones y Guadalcanal y tratada en la Estación de Tratamiento de Agua Potable (ETAP) El Montañés, ubicada en el término municipal de Puerto Real.

Tras el tratamiento de potabilización, el agua es distribuida por conducciones de gran diámetro hasta la red de distribución y el depósito de almacenamiento situado en la Zona Franca de la ciudad. Los procesos de captación, tratamiento, aducción, almacenamiento y elevación, son responsabilidad del Consorcio de Aguas de la Zona Gaditana (CAZG).

La red de distribución de la ciudad, de unos 190 kms de longitud, está constituida por las conducciones que distribuyen el agua desde los puntos de suministro del CAZG hasta las acometidas de los usuarios.

Aguas de Cádiz cumple con un estricto protocolo de autocontrol y gestión del abastecimiento de acuerdo a los requerimientos del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano y del decreto 70/2009, de 31 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de vigilancia sanitaria y calidad del agua de consumo humano de Andalucía.

De este modo, se garantiza en todo momento la calidad del agua potable que se entrega al consumidor.

Aguas de Cádiz confía en el Laboratorio de Aguas Naturales y Consumo Humano de la Universidad de Cádiz para la realización de las analíticas requeridas por la normativa vigente.

Los análisis de control son realizados por AQUALIA LAB, certificados en base a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015.

Desde el 1 de enero al 31 de agosto de 2018 se ha realizado 24 análisis de control en los siguientes puntos de muestreo: Barriada de Loreto, Cortadura, Edificio JOP, Fragela, avenida del Perú, glorieta Ingeniero La Cierva, avenida Gibraltar Gasolinera BP, Grupos San Gabriel, calle Libertad, Complejo Deportivo Elcano, Gabriel Matute, Santa María del Mar, Antonio Muñoz Quero y calle Trinidad.

Todos los análisis realizados concluyen que el agua de la red de consumo en la ciudad de Cádiz es de muy buena calidad.

Actualmente Aguas de Cádiz está renovando e instalando nuevas fuentes públicas en diversos puntos de la ciudad. Otra iniciativa saludable es la campaña Pro agua del grifo que promueve el consumo de agua de la red pública en el ámbito familiar y de la hostelería.

En lo relativo a la calidad de las aguas de baño

Puede consultarse el siguiente enlace, correspondiente al Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño (Red Náyade), del Ministerio de Sanidad y Política Social¹⁴.

El Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño o NÁYADE es un sistema de información sanitario y ambiental que recoge datos sobre las características de las playas marítimas y continentales de España y la calidad del agua de baño. Náyade actualmente está sustentado por una aplicación informática a través de Internet. Dicho sistema se encarga de detectar y prevenir riesgos para la población derivados del uso recreativo de las aguas de baño, de identificar en el ámbito local, autonómico y nacional la calidad del agua de baño y de las características de las playas y de facilitar al ciudadano información básica de las zonas de baño y la calidad del agua de baño. De forma periódica elabora informes sobre las características de las zonas de baño y de la calidad del agua de consumo humano para las comunidades autónomas en el ámbito de su territorio y para la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En la ciudad de Cádiz existen cuatro playas sometidas a este sistema de control realizándose periódicamente analíticas (determinación de *Escherichia coli* y de Enterococos por 100 mililitros) durante la temporada de baño, comprendida entre el 1 de junio y el 30 de septiembre de 2018. Playa de Cortadura (3 puntos de control analítico), playa de la Victoria (3 puntos de control analítico), playa de Santa María del Mar (1 punto de control analítico) y playa de La Caleta (1 punto de control analítico).

14 <https://nayadeciudadano.msssi.es/>

Todos los controles realizados certifican la excelente calidad de las aguas de baño en todas las playas de la ciudad de Cádiz.



Cádiz	PLAYA CORTADURA PM1	Excelente	
Cádiz	PLAYA CORTADURA PM2	Excelente	
Cádiz	PLAYA CORTADURA PM3	Excelente	
Cádiz	PLAYA LA CALETA PM1	Excelente	
Cádiz	PLAYA LA VICTORIA PM1	Excelente	
Cádiz	PLAYA LA VICTORIA PM2	Excelente	
Cádiz	PLAYA LA VICTORIA PM3	Excelente	
Cádiz	PLAYA STA MARIA DEL MAR PM1	Excelente	

Calidad de las Aguas de Baño de España. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
Madrid. Febrero 2017.

Punto Muestreo: Playa Cortadura PM1

Fecha Toma	Escherichia coli	Enterococo	Observaciones
18/09/2017	4 UFC/100 mL	4 UFC/100 mL	Sin Calificar
04/09/2017	4 UFC/100 mL	7 UFC/100 mL	Sin Calificar
21/08/2017	0 UFC/100 mL	6 UFC/100 mL	Sin Calificar
07/08/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar
17/07/2017	5 UFC/100 mL	22 UFC/100 mL	Sin Calificar
03/07/2017	0 UFC/100 mL	6 UFC/100 mL	Sin Calificar
19/06/2017	0 UFC/100 mL	8 UFC/100 mL	Sin Calificar
05/06/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar
22/05/2017	0 UFC/100 mL	29 UFC/100 mL	Sin Calificar

Punto Muestreo: Playa Sta. María del Mar PM1

Fecha Toma	Escherichia coli	Enterococo	Observaciones
18/09/2017	8 UFC/100 mL	6 UFC/100 mL	Sin Calificar
04/09/2017	5 UFC/100 mL	6 UFC/100 mL	Sin Calificar
21/08/2017	0 UFC/100 mL	8 UFC/100 mL	Sin Calificar
07/08/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar
17/07/2017	4 UFC/100 mL	8 UFC/100 mL	Sin Calificar

Fecha Toma	Escherichia coli	Enterococo	Observaciones
03/07/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar
19/06/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar
05/06/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar
22/05/2017	0 UFC/100 mL	0 UFC/100 mL	Sin Calificar

La encuesta satisfacción¹⁵ de usuarios de playas 2017 elaborada por el Área de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Cádiz pone de manifiesto los siguientes datos en un análisis comparativo entre los que acuden a la playa de La Caleta y La Victoria.

Satisfacción usuarios de las playas (Caleta y Victoria)	Porcentaje	Comentarios
Calidad del Agua	Muy buena y Buena + 80%	Mejor en La Victoria
Calidad de la Arena	Muy buena y Buena + 85%	Mejor en La Victoria
Servicios de limpieza	Muy buena y Buena + 80%	Mejor en La Victoria
Socorrismo y Asistencia	Muy buena y Buena + 85%	Mejor en La Caleta
Servicio Policía	Muy buena y Buena + 70%	Mejor en La Victoria
Acceso personas discapacitadas	Muy buena y Buena + 80%	Mejor en La Caleta
Acceso peatonal	Muy buena y Buena + 80%	Igual en las dos
Aparcamientos	Mala o Muy Mala + 80%	Igual en las dos

15 <http://institucional.cadiz.es/area/documento/encuesta-satisfacci%C3%B3n-usuarios-de-playas-2017>

Varias iniciativas ciudadanas se han puesto en marcha para concienciar sobre la suciedad de las playas, una de las cuales, Zero Waste, está promovida por jóvenes y adolescentes.

//// RUIDO

En lo relativo a los niveles de ruido y las zonas de contaminación acústica

Se adjunta el enlace de la página web municipal¹⁶ donde se podrá descargar el informe completo.

//// CALIDAD DEL AIRE

En lo relativo a los valores de Ozono

Según el informe consultado y publicado en la página web de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio (http://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/atmosfera/informes_siva/meses17/IMA1712.pdf), en la estación de medición de Avenida Marconi no se ha superado ni el umbral de información a la población (promedio horario de 180 µg/m³) ni del umbral de alerta (promedio horario de 240 µg/m³), pero se han superado en seis ocasiones el valor límite de la salud humana (120 µg/m³ como máxima media octohoraria del día).

A continuación se transcriben los datos registrados desde principio de año hasta el mes de diciembre de 2017.

16 <http://sicaweb.cedex.es/ume-fase2.php?id=168>

Mes	Media 1h			Máxima Media 8h Diaria	
	V máximo	Nº superaciones		V máximo	Nº superaciones
		U. información	Alerta		Salud humana
Enero	104	0	0	100	0
Febrero	106	0	0	100	0
Marzo	122	0	0	117	0
Abril	136	0	0	129	3
Mayo	136	0	0	129	0
Junio	136	0	0	129	1
Julio	159	0	0	129	1
Agosto	159	0	0	129	1
Septiem- bre	159	0	0	129	0
Octubre	159	0	0	129	0
Noviem- bre	159	0	0	129	0
Diciem- bre	159	0	0	129	0
					6

Parámetro: O_3

Red de Vigilancia y Control de la Calidad del Aire en Andalucía

Informe de Calidad del Aire Ambiente Julio 2018. Durante todo el mes no se han sobrepasado los límites del Umbral de información de O₃ (180 µg/m³).

En lo relativo a los valores de partículas en suspensión (PM₁₀)

Los valores límite de la legislación vigente se refieren a mediciones realizadas por el método gravimétrico. Estos contaminantes quedan recogidos en filtros, que se analizan en el Laboratorio Andaluz de Referencia de la Calidad del Aire (LARCA), evaluando posteriormente los resultados obtenidos.

Según el artículo 22 del Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire, el cual desarrolla la Ley 34/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental, en lo referido a la calidad del aire, se considera fuente natural “las erupciones volcánicas, las actividades sísmicas o geotérmicas, los incendios forestales no intencionados, los fuertes vientos, los aerosoles marinos, la resuspensión atmosférica y el transporte de partículas naturales procedentes de regiones áridas”.

Cabe destacar que en Andalucía los episodios naturales con mayor repercusión en los niveles de PM₁₀ son los episodios de aporte de partículas procedentes del continente africano (intrusión sahariana).

Los datos obtenidos en la estación de medición de la avenida Marconi se realizan utilizando un sistema de medición en continuo mediante la atenuación β, consistente en un sensor láser que mide la turbidez del aire, obteniéndose los siguientes resultados¹⁷.

17 http://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/atmosfera/informes_siva/meses17/IMA1712.pdf

Mes	Media 24h		Año civil	
	V. Máximo	Nº de superaciones	Promedio	Nº de superaciones
		Salud humana		Salud humana
Enero	66	3	33	0
Febrero	138	10	40	0
Marzo	138	1	37	0
Abril	138	3	36	0
Mayo	138	4	35	0
Junio	138	4	35	0
Julio	138	10	37	0
Agosto	138	0	37	0
Septiembre	138	1	37	0
Octubre	138	3	37	0
Noviembre	138	4	37	0
Diciembre	138	1	36	0
		44		

Parámetro: PM10

Como se utiliza otro método al legislado, los resultados deberán tratarse mediante un factor de corrección para producir resultados equivalentes a los que se habrían obtenido con el método gravimétrico. Además, a los valores de PM10 medidos por

ambos métodos (gravimétrico y automático), es necesario descontarles los aportes procedentes de fuentes naturales (artículo 22 del Real Decreto 102/2011, de 28 de enero).

A todo esto, nos encontramos a la espera de que el Ministerio de Agricultura, Pesca, Alimentación y Medio Ambiente publique su informe anual de Calidad del Aire para 2017 donde todos los valores ya han sido tratados y corregidos, por lo que el número de superaciones será sensiblemente inferior al reflejado.

Red de Vigilancia y Control de la Calidad del Aire en Andalucía

Informe de Calidad del Aire Ambiente Julio 2018. Durante todo el mes no se ha sobrepasado el Valor límite diario de PM10 para la protección de la salud humana (50 µg/m³).

No obstante, sí se han observado en estos últimos años algunos picos elevados de ozono troposférico y de partículas.

Residuos Urbanos

La tabla refleja la cantidad total de los diferentes residuos, recogidos en la ciudad durante el año 2017, a través de los propios servicios municipales.

Para conocer la cantidad generada en el casco antiguo se deberá ponderar en función de la población y se obtendrá un valor aproximado. Para conocer la distribución de población por zonas y distritos, deberán dirigirse al servicio de estadística municipal¹⁸.

18 <http://institucional.cadiz.es/area/Datos%20estad%C3%ADsticos/476>

Aspecto Ambiental	Cantidad (kg)
Residuos Sólidos urbanos	45.079.800
Vidrio	1.585.840
Envases ligeros	1.546.880
Papel y cartón (ciudad)	2.640.940
Papel y cartón (Punto Limpio Fijo, PLF))	61.010
Textil (Vía Pública)	446.549
Textil (PLF)	13.075
Jardín podas (planta transferencia)	1.271.500
Jardín podas (PLF)	10.260
Residuos playas	478.540
Aceite vegetal (ciudad)	43.478
Aceite vegetal (PLF)	1.060
Muebles y enseres	2.670.560
Baterías	30
Chatarra (PLF)	56.640
Escombros (PLF)	1.819.880
Lámparas y fluorescentes (PLF)	2.008
Línea Blanca	35.960
Mix RAE	77.560

Aspecto Ambiental	Cantidad (kg)
Pilas (PLF)	2.028
Pilas (Red Ecopilas)	0
Pilas (soporte publicitario)	6.600
Neumáticos usados	0
Envases metálicos contaminados	59
Envases plásticos contaminados	132
Aerosoles	154
Lodos de pintura	158
Restos Residuos Peligrosos	162

ACTIVOS GENERALES DE LA CIUDAD DE CÁDIZ

Para dar respuesta a las preguntas que se nos plantean de qué aspectos positivos, en los términos más amplios, encontramos en nuestra ciudad. ¿Qué funciona bien?, ¿en qué somos buenos? ¿Qué aspectos encontramos positivos?, se relacionan aquellos activos que potencian y generan salud.

//// DE SUS GENTES

La ubicación geográfica de la ciudad de Cádiz, situada a caballo entre dos continentes y a la orilla de ese océano que mas que separar lo que hace es unirnos con el que fuera el Nuevo Mundo, ha conformado el carácter de la ciudadanía gaditana. Esa pátina de diversidad a lo largo de los siglos ha tallado una forma de ser abierta y hospitalaria. Sus gentes son afables y acogedoras, amables y alegres, generosas y solidarias. Eso conforma una manera de enfrentarse a la adversidad que la hace

mucho más llevadera. Esa flexibilidad en el modo de afrontar los cambios la hace más resistente. Sin caer en el conformismo, la gente de Cádiz encara los problemas mirando siempre ese punto de vista de oportunidad que siempre te brinda el infortunio.

La gente de Cádiz es sociable de nacimiento. Aquí el individualismo no existe ni siquiera cuando la soledad nos viene impuesta. Así forma parte de nuestra manera de entender la vida las ricas relaciones de vecindad. Tenemos sentimiento de grupo y contamos con la red de apoyo familiar y social que ha supuesto el elemento más positivo a la hora de afrontar esta crisis que tan duramente ha fustigado a la población. El desarrollo de lo comunitario se antepone al individualismo.

//// DE SU ENTORNO

Su pequeño término municipal y su clara configuración insular la hacen ser una ciudad a la medida de las personas. Su disposición urbanística, sobre todo en lo que se refiere a la zona de intramuros, le dan ese carácter de entorno amigable y acogedor del que adolecen otras ciudades. Alguien llegó a decir que “Cádiz es la única ciudad acabada”.

La bondad de su clima le confiere una temperatura media anual con pocas variaciones entre mínimas y máximas, y un elevado número de horas de sol, lo que permite que sus gentes disfruten de sus calles y zonas de esparcimientos.

Si bien existe un déficit importante de zonas verdes, éste se compensa con la enorme extensión que conforman sus playas (La Caleta, La Victoria y Cortadura).

El régimen de vientos que predomina en la ciudad es una constante alternancia entre el levante (viento seco y racheado) y el poniente (viento constante, húmedo y fresco) ello supone una renovación constante del aire que impide que se alcancen cotas algunas de contaminación.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Partiendo de la base de que, según los datos consultados y contrastados obtenidos de fuentes fiables, las condiciones ambientales de la Ciudad de Cádiz son aceptables en cuanto a la calidad del aire, niveles de contaminación acústica, la calidad de agua de consumo, la calidad de su gestión de residuos urbanos y aguas residuales y la calidad del agua de sus playas, no está de más hacer una serie de consideraciones que, desde el prisma de una opinión de los miembros del grupo de trabajo de Medioambiente y de los grupos motores, puede suponer un salto cualitativo para poder conseguir que Cádiz sea una ciudad más limpia, más sostenible, más verde y más comprometida con el medio ambiente.

//// RUIDO

Hay quejas ciudadanas de problemas de ruidos en determinadas zonas de la ciudad o en determinadas épocas del año:

- *Provocado por el tráfico (Vías urbanas principales, calles del Casco Antiguo, estrechas y con intenso tráfico)*
- *Provocado por zonas de ocio (zonas de concentración de establecimientos de hostelería. Casco Antiguo, plazas y zonas de restauración. Paseo Marítimo. Predominio estival y en fiestas)*
- *Provocado durante la noche por servicio de recogida de basuras. Adecuar horario al descanso nocturno.*
- *Provocado por el turno de noche de trabajo de la Industria Naval. Astilleros. Zona próxima a Navantia.*
- *Provocado por dispositivos de juntas del nuevo Puente de la Constitución. Zona próxima al Puente.*

//// CONTAMINACIÓN DEL AIRE

- *Tráfico intenso en vías urbanas principales. Autobuses urbanos e interurbanos. Flota de autobuses urbanos obsoleta con una media de antigüedad de más de 15 años en algunas líneas.*
- *Contaminación de áridos a granel del muelle del bajo de la Cabezuela. Autoridad Portuaria de la Bahía de Cádiz pendiente de estudio ambiental.*
- *El incremento del uso del carril bici se considera una medida necesaria para reducir la contaminación del aire y el ruido de la ciudad.*

//// ESPACIOS PÚBLICOS, LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

- *Zonas de la ciudad con deficiente limpieza (mayor frecuentación de baldeos)*
- *Mejora de limpieza y conservación de parques y jardines. (algunos en estado lamentable)*
- *Mejor cuidado de plantas de ornamentación y arbolado urbano*
- *Incrementar el arbolado*
- *Mejor mantenimiento y conservación de fuentes públicas*
- *Campaña de concienciación de dueños de animales domésticos.*

//// RECOGIDA DE BASURAS

- *Promover recogida selectiva de basuras.*
- *Mayor frecuentación de recogida selectiva de basura (papel, vidrio, envases, pilas).*
- *Adecuar los puntos de recogida selectiva a las necesidades y número de población.*

//// CAMPAÑA DE CONCIENCIACIÓN CIUDADANA

- *Fomentar y promover las iniciativas ciudadanas dirigidas al cuidado del medio ambiente (uso del carril bici, corresponsabilidad con la limpieza de parques y jardines, asociación que fomenta el no tirar colillas en la arena de la playa, campañas escolares, campañas en centros de mayores, campañas en asociaciones vecinales, por un barrio limpio).*

//// AGUA DE CONSUMO

- *Fomentar el consumo del agua del grifo (evitar el agua de botella, reducción de plásticos, ningún establecimiento de hostelería sin botellas de Agua de Cádiz).*

//// CONTAMINANTES HORMONALES Y MICROPLÁSTICOS

- *Adoptar medidas para reducir la contaminación por disruptores hormonales*
- *Campaña especial para reducción del consumo de plásticos.*

// 6.6.2 EL ESPACIO PÚBLICO DE CÁDIZ

AUTORA

Judit Díaz– AGADI – Asociación Gaditana de Discapacidad

/// 6.6.2.1 INTRODUCCIÓN

Los espacios públicos de una ciudad, son la esencia de la vida en comunidad, y constituyen un hábitat que todo ciudadano tiene derecho a ocupar y usar, respetando el derecho de sus semejantes. Sin embargo, las infinitas facetas de la condición humana, los múltiples y diversos factores físicos, económicos y sociales que condicionan el espacio urbano, transforman a los espacios públicos de una ciudad.

Se pretende generar un documento direccionando la mirada hacia las necesidades reales de la gente. Las carencias que se presentan y que contribuyen a empeorar la salud de la comunidad.

Un espacio público de calidad mejora la vida de cada individuo al poder ejercer el derecho a la vida pública. La condición sine qua non para poder ejercer el derecho a la vía pública en plenitud es que el espacio público sea de calidad.

//// FACTORES DE INTERÉS

DENSIDAD DE POBLACIÓN

“Presenta una alta densidad de población, siendo en el año 2010 el municipio con mayor densidad de población de Andalucía con 10.398 habitantes por kilómetro cuadrado. En 2012 la densidad del municipio es de 10.077,02 personas/km² siendo de 167,45 para el territorio de la provincia de Cádiz y 96,46 para todo el territorio de la Comunidad de Andalucía... se encuentra entre los veinte primeros de España de densidad, solo superado por poblaciones de áreas metropolitanas de Barcelona y

POBLACIÓN INFANTIL

"Habida cuenta de la disminución de la autonomía infantil en las últimas décadas (de juego y experimentación libre en el barrio), el patio escolar y los espacios de proximidad han aumentado su importancia como espacio de juego no dirigido y autónomo, necesario para el desarrollo de una infancia activa y saludable. Los usos de los patios escolares y los espacios de proximidad, se configuren como espacios físicos y sociales que promuevan la salud y la convivencia, se parte de la premisa de que todo espacio, desde su diseño, materiales y distribución, condiciona el uso que hacen las personas; por lo tanto, condiciona las relaciones humanas y la convivencia. El diseño del patio escolar, al igual que otros espacios públicos de la ciudad, reproduce los roles de género y genera discriminaciones de diferentes tipos. Estos aspectos se deberían tener en cuenta con la finalidad de crear espacios que busquen mejorar las relaciones intergénero, intergeneracional e intercultural, y den respuesta a las diferentes necesidades y deseos de quienes los habitan." Estudio Proyecto MICOS (entornos escolares saludables, en el que se evalúa el estado físico y el carácter funcional de los 242 CEIPS de Madrid)

La importancia creciente de los patios escolares y espacios de proximidad como promotores de salud en la población infantil, es significativa. No presentándose en nuestra ciudad estudios ni proyectos que analicen lo existente

NUEVA VÍA CICLISTA

Se está implantando, para que el uso de la bicicleta se convierta en algo posible, seguro y respetado, logrando con ello importantes avances en la calidad de vida de sus ciudadanos.

En pleno proceso de construcción de una red completa que implemente su uso cotidiano en la ciudad, supone un nuevo factor de salud a considerar en la población gaditana.

Su uso continuado demuestra que tiene grandes efectos positivos en la salud al ser

una de las actividades más completas y universales para prevenir dolores de espalda, proteger articulaciones, mejorar el sistema circulatorio inmunológico, así como mantener la salud psíquica.

Pensemos en todos: los beneficios sociales de la bicicleta.

- El transporte en bicicleta **REDUCE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA.**
 - 1.1 UE 400.000 muertes prematuras al año en Europa por la contaminación.
 - 1.2. Según estudios de la OMS, la contaminación del aire -especialmente la producida por el diesel- causa de cáncer de pulmón y de vejiga.
 - 1.3. La contaminación acústica causa estrés y otros problemas de salud, el 80% del nivel medio de ruido, debido a vehículos de motor. Según la OCDE España es el segundo país del mundo con más índice de personas expuesta a niveles altos de ruido.
- El transporte en bicicleta **RECUPERA EL ESPACIO PÚBLICO.**
 - 2.1 Porque descongestiona el tráfico y evita atascos [dato: por donde circulan 1000 coches pueden hacerlo 7000 bicis]
 - 2.2 Porque no necesita apenas espacio para estacionar [dato: donde aparca un coche pueden estacionar entre 7 y 12 bicis]
 - 2.3 Porque favorece las políticas de peatonalización.
- El transporte en bicicleta **SANEA LAS CUENTAS PÚBLICAS.**
 - 3.1 Porque reduce sensiblemente nuestro gasto sanitario.
 - 3.2 Porque reduce nuestra dependencia energética. [Dato: España importa el 99% del combustible]
 - 3.3. Porque el gasto en infraestructuras que necesita la bicicleta es muchísimo menor que el que requiere el coche.
 - 3.4. Porque al mejorar la salud del trabajador que se desplaza en bicicleta se reduce el absentismo laboral.
- El transporte en bicicleta **ESTIMULA LA ECONOMÍA LOCAL.**
 - 4.1 Porque dinamiza el comercio y la hostelería de los núcleos urbanos.
 - 4.2 Porque al desplazar progresivamente al coche hace a las ciudades con potencial turístico mucho más atractivas
 - 4.3 Porque permite el desarrollo de nuevos sectores de actividad ligados a la bicicleta, como el cicloturismo.
 - 4.4 Porque la movilidad favorece la productividad.

Piensa en tí : los beneficios individuales de la bicicleta.

- El transporte en bicicleta es el más **EFICIENTE.**
 - 1.1 Porque en distancias de hasta 6 km es el más rápido
 - 1.2 Porque puede combinarse fácilmente con el transporte público (tren, catamarán, tranvía, metro, autobús).
 - 1.3. Porque es el que permite tener más autonomía en los desplazamientos.
- El transporte en bicicleta es el más **ECONÓMICO.**
 - 2.1 Porque no necesita combustible.
 - 2.2 Porque una bicicleta está al alcance de todos y su mantenimiento es simple.
 - 2.3 Porque no acarrea gastos adicionales de estacionamiento ni paga impuestos.
- El transporte en bicicleta es el más **SALUDABLE.**
 - 3.1 Porque mejora el funcionamiento del sistema circulatorio y el sistema inmune.
 - 3.2 Protege las articulaciones y la espalda.
 - 3.3 Previene el sobrepeso, la obesidad infantil y la aparición de la diabetes.



Fuente web : Carrilbicadiz.es

/// 6.6.2.2 OBJETIVOS

La repercusión del espacio público de calidad en la salud de la comunidad es tangible. La existencia o no de espacios caminables y pedaleables repercuten directamente en las tasas de obesidad y diabetes, así como la existencia de espacios de esparcimiento para la interacción social evitando el aislamiento y la aparición de enfermedades mentales. Todo esto nos invita a identificar en el espacio público de nuestra ciudad:

- *La existencia de entornos caminables seguros para toda la población*
- *La existencia de zonas de descanso intercaladas en los itinerarios peatonales ligado a las necesidades de la tercera edad*
- *La existencia de vías ciclistas de calidad*

- *La presencia de zonas para prácticas de deporte*
- *La existencia y calidad de zonas de esparcimiento y de encuentro*
- *La existencia de zonas saturadas de contaminación acústica , que impidan el derecho al descanso*

//// PLAN DE MOVILIDAD URBANA SOSTENIBLE CÁDIZ 2012

Los objetivos Generales del PMUS favorecen la existencia de los entornos definidos anteriormente, influenciando en la salud de la comunidad. Presentándose como herramienta fundamental de mejora de la salud comunitaria, a la que hacer referencia y aplicar estrategias.

Concretamente sus objetivos son:

- *Alcanzar un reparto modal de desplazamientos con alta participación de los medios ambientales respetuosos.*
- *Configurar una red de itinerarios enfocados a los desplazamientos en medios no motorizados a pie y en bicicleta, de calidad, acompañada de infraestructuras específicas y que favorezca el acceso directo, evitando desvíos y rodeos*

Para ello se plantea:

- *Recuperar espacios públicos para uso y disfrute del ciudadano sin motorizar*
- *Fomentar una movilidad individual más responsable y sostenible*
- *Modificar hábitos de movilidad:*
 - *Incrementar el peso de los modos no motorizados en el reparto modal.*
 - *Implantar nuevos itinerarios peatonales.*
 - *Reducir barreras naturales e infraestructurales.*
 - *Promover el uso de la bicicleta. Aumentar la red de vías ciclistas.*

- *Reducir el riesgo y el peligro en los espacios públicos.*
- *Aumentar el atractivo a modos no motorizados.*
- *Ampliar el reparto de superficie a los modos no motorizados.*
- *Garantizar la accesibilidad de las personas de movilidad reducida.*

//// PLAN DE ACCESIBILIDAD LEVANTANDO BARRERAS 2002-2004

Plan de accesibilidad existente en la ciudad de Cádiz, aunque está un tanto obsoleto en cuanto a normativa de aplicación y evolución de la ciudad, es una herramienta válida como estrategia de análisis y diagnóstico del que partir. Al tratar la eliminación de barreras urbanísticas, el desarrollo del estudio se fundamentó en el concepto de itinerarios, entendiéndose como tal: recorridos que enlazan espacios públicos, facilitando el acceso a los edificios y espacios de interés. Se proyectaron un total de 29 itinerarios, 13 en Intramuros y 16 en Extramuros.

La valoración del nivel de barreras existentes se realizó contrastando la realidad con las exigencias dictadas por la normativa autonómica y municipal. A nivel autonómico se consideró el Decreto 72/1.992, de 5 de Mayo, el cual establecía las Normas Técnicas para la Accesibilidad y la Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y en el Transporte, derogado actualmente. Dada la heterogeneidad propia de la ciudad, es imposible hablar de una problemática común generalizada y extendida en toda la ciudad, siendo imprescindible diferenciar nuevamente como punto de partida entre Casco Antiguo y Extramuros.

El horizonte del plan era tener un Cádiz accesible en 10 años (2012), logro que no se ha conseguido y que afecta directamente en la calidad de vida y salud de la ciudadanía.

//// ESPACIOS LIBRES PGOU 2011

El artículo 10 de la Ley de Ordenación Urbanística de Andalucía, en su apartado c1, determina que el planeamiento general ha de contemplar parques, jardines y espacios libres públicos de rango de sistema general "en proporción adecuada a las necesidades sociales actuales y previsibles, que deben respetar un estándar

mínimo entre 5 y 10 m2 por habitante, a determinar reglamentariamente según las características del municipio”.

ESPACIOS LIBRES	Casco histórico	Extramuros	Totales
DEPORTIVOS	1.506	44.881	46.387
JARDINES	45.207	53.890	99.097
ESPACIOS LIBRES	73.781	314.021	387.802
PARQUES	26.833	59.873	86.706
PASEO MARITIMO	46.423	69.272	115.695
PLAYAS	21.252	309.985	331.237
TOTAL	215.002	851.922	1.066.924

ESPACIOS LIBRES	Revisión PGOU		
	Casco histórico	Extramuros	Totales
JARDINES	75.498	99.332	174.830
ESPACIOS LIBRES	77.958	422.538	500.496
PARQUES	26.833	77.313	104.146
PASEO MARITIMO	63.290	88.379	151.669
(1) SUBTOTAL ZONAS VERDES	243.579	687.562	931.141
(2) PLAYAS URBANAS	21.252	397.866	419.118
(3) PARQUE SALINAS Y PLAYA CORTADURA			4.705.988

ESPACIOS LIBRES	m2	Población	m2/habitante
(1)	931.141	130.000	7,16
(1) + (2)	1.350.259	130.000	10,39
(1) + (2) + (3)	6.056.247	130.000	46,59

En el caso de Cádiz, es evidente que las playas, en especial las urbanas, juegan en términos funcionales un papel básico en la satisfacción de la demanda de ocio y espacios libres de los gaditanos

Siendo fundamentales para el cumplimiento de parámetros urbanísticos de ordenación.

REVISION PGOU	SIN PLAYAS	CON PLAYAS
TOTAL SISTEMAS GENERALES	377.151	796.269
Población	130.000	130.000
Estándar SG (m2/hab)	2,90	6,13

Más allá del cumplimiento o no, estos parámetros denotan carencias generalizadas de espacios públicos en el interior de la trama urbana. Lo que dificulta la socialización de los/las vecinos/as, entre otros aspectos vinculados al empeoramiento de la salud de la comunidad.

/// 6.6.2.3 METODOLOGÍA

Para la elaboración de este documento se han recopilado documentos fundamentalmente de la delegación de Urbanismo y ProCasa.

Ante la relevancia detectada, del espacio público en la salud de la comunidad, en las primeras reuniones, y su incidencia en diferentes aspectos como los hábitos de vida, se decide nombrar una de las secciones a estudio como Vivienda y Espacio Público. Dicho grupo nos reunimos a su vez decidiendo dividir en bloques la sección ante la numerosa información existente. Ante la transversalidad del tema y poseer elementos comunes en toda la localidad se decide realizar el informe de Espacio Público de forma independiente aunque manteniendo en su desarrollo la estructura metodológica del grupo motor correspondiente a las tres zonas de la ciudad:

- INTRAMUROS
- PLAYA
- BAHÍA

/// 6.6.2.4 RESULTADOS

//// INTRAMUROS

PLAN DE ACCESIBILIDAD LEVANTANDO BARRERAS 2002-2004

Se proyectaron un total de 13 itinerarios 13 en Intramuros.

Los problemas comunes detectados en el Casco histórico fueron los siguientes según importancia:

- *Calles con acusadas pendientes longitudinales*
- *Anchura insuficiente en los recorridos peatonales*
- *Existencia de desniveles no adaptados*
- *Acerados afectados por acusadas pendientes transversales*
- *Mobiliario urbano no adaptado a las exigencias de la norma*
- *Invasión del ámbito del peatón verticalmente: vegetación, toldos publicitarios*
- *Elementos temporales de decoración y exposición de productos en comercios*
- *Kioscos o terrazas de locales que resultan inaccesibles*
- *Inexistencias de aseos públicos accesibles*
- *Pavimentos deteriorados*
- *Vehículos estacionados en lugares indebidos*

La estimación económica de la ejecución del plan en el casco histórico era de 3.714.548,02 euros.

ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE ACCESIBILIDAD 2017

El documento Propuestas de actuación en materia de sostenibilidad y accesibilidad en el casco Histórico de Cádiz trata de la actualización del Plan de Accesibilidad I (2002-2004) elaborado por la Oficina Técnica de Ayuntamiento de Cádiz, en el ámbito del Centro Histórico entre otros temas, lo que lo convierte en una herramienta más de implementación para mejorar la salud de la ciudad.

En la ciudad histórica, la topografía, traza y morfología son los aspectos donde tienen su origen la mayoría de los problemas detectados, ya que debido a ellos nos enfrentamos a calles con acusadas pendientes longitudinales, escasas dimensiones de anchura, que originan perfiles de pobres Acerados y reducidas calzadas, situación que conlleva un enfrentamiento en la convivencia del peatón con el tráfico rodado, que se ve agravada ante el propósito de adaptar la ciudad eliminando las barreras urbanísticas y por lo tanto de fomento del caminar. Para ello es necesario:

- *Dimensión de anchura suficiente en los recorridos peatonales*
- *Pendientes suaves en los recorridos peatonales*
- *Inexistencia de desniveles*
- *Mobiliario urbano adaptado*
- *Continuidad en los itinerarios*

Se consideraron a estudio 13 itinerarios en intramuros entendiéndose como tal recorridos que enlazan espacios públicos, facilitando el acceso a los edificios y espacios de interés.

El presupuesto de contrata total, incluido IVA, de los tramos que faltan por adaptar del Plan de Accesibilidad es el siguiente:

PRESUPUESTO DE CONTRATA + IVA = 8.798.009,64 €



Itinerarios propuestos plan de accesibilidad 2017



En rojo trayectos no adaptados incluidas en itinerarios propuestos

Se debe tener en cuenta que no hay plazos de ejecución fijados, pero la existencia del documento, con un presupuesto pormenorizado y cronograma de prioridades a realizar, supone un documento valioso que ayuda a crear una estrategia de salud comunitaria.

ESPACIOS LIBRES PGOU 2011



Fuente PGOU Cádiz 2011

Las fachadas marítimas del recinto histórico han acogido los principales espacios libres de la ciudad histórica, junto con un número significativo de plazas.



Extracto PMUS

ESTUDIO DEL ESTADO ACTUAL DE LA VIVIENDA EN ELCASCO HISTÓRICO 2017

El estudio contempla el estudio pormenorizado de cada barrio:

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. Santa María | 5. Balón |
| 2. Pópulo | 6. Mentidero |
| 3. San Juan- Callejones | 7. San Carlos |
| 4. La Viña | 8. Centro |



BARRIO	SUPERFICIE TOTAL	SUPERFICIE ESPACIO LIBRES PÚBLICOS	PORCENTAJE
1 SANTA MARÍA	96.074,82	19.336,82	20,12%
2 POPULO	28.266,30	5.163,81	18,27%
3 SAN JUAN-CALLE-JONES	93.351,73	12.944,96	13,87 %
4 VIÑA	127.688,62	30.750,10	24,08%
5 BALÓN	84.056,21	18.422,49	21,92%
6 MENTIDERO	134.710,91	23.214,98	17,23%
7 SAN CARLOS	127.400,28	52.371,43	41,11%
8 CENTRO	-	-	-

Datos Espacios libres públicos extraídos s/ Estudio del estado actual de la vivienda en el Casco Histórico 2017 Elaboración propia.

Respecto al espacio libre, el Casco Histórico está bordeado de forma discontinua por un paseo marítimo y la playa de La Caleta. La zona verde de mayor extensión es el Parque Genovés que abarca unos 26.661 m². En la parte posterior del parque hay un mirador y un paseo provisto de espacios para la práctica de deporte, zona de ocio y actividades. La otra gran zona verde es la Alameda Apodaca (9.800m) también vinculada al borde marítimo. Interiormente las zonas verdes existentes son plazas duras con cierto arbolado: plaza de la Candelaria (2.403 m²), plaza de Mina (6.286 m²) Paseo Carlos III (1.872 m), en total en torno a 50.000 m² de espacio libre de cierta calidad estancial, solamente un 3,3% de la superficie total de la zona histórica que se estima en 1.500.000 m², el resto de espacio libre está destinado a Acerados y espacio vehicular (calzada y aparcamiento en superficie).

//// EXTRAMUROS: PLAYA Y BAHÍA

PLAN DE ACCESIBILIDAD LEVANTANDO BARRERAS 2002-2004.

Los problemas comunes detectados en Extramuros fueron los siguientes:

- *Existencia de desniveles no adaptados*
- *Plazas de aparcamientos reservadas a personas con movilidad reducida inadaptadas*
- *Acerados afectados por acusadas pendientes transversales*
- *Mobiliario urbano no adaptado a las exigencias de la norma*
- *Invasión del ámbito del peatón verticalmente: vegetación, toldos publicitarios*
- *Elementos temporales de decoración y exposición de productos en comercios*
- *Kioscos o terrazas de locales que resultan inaccesibles*
- *Inexistencias de aseos públicos accesibles*

- *Pavimentos deteriorados*
- *Vehículos estacionados en lugares indebidos*
- *Calles con acusadas pendientes longitudinales y anchura insuficiente en los recorridos peatonales en menor medida*

La estimación económica de la ejecución del plan en extramuros era de 1.718.379,09 euros.

En el Plan de accesibilidad Levantando barreras (2002-2004) se consideraron a estudio 16 itinerarios en extramuros.

A día de hoy se desconoce cuánto se ha ejecutado del plan y cuanto queda por hacer. Por otro lado, tenemos que considerar que los parámetros de la redacción y las consideraciones de la normativa en el momento de la elaboración del plan no son los actuales. Así como el esquema de movilidad que se quiere alcanzar ni los cambios de modelo de ciudad que se han producido en los últimos tiempos.



Itinerarios principales propuestos en el Plan de accesibilidad 2002-2004 (Elaboración propia)

Especialmente relevante resulta este parámetro para el análisis de extramuros, ya que la medida estándar de calle secundarias en las barriadas es la de un acerado de 1,50 m o incluso 1,20 m, lo que nos lleva a pensar que la mayoría de calles secundarias de las barriadas populares de Cádiz, incumplen sistemáticamente la normativa actual* de accesibilidad (orden VIV/561/2010). Esto junto a la inoperancia de la administración al respecto y una vez superado el plazo máximo de 4 de diciembre de 2017** (RD 1/2013 de 29 de noviembre por el que se aprueba) para adecuarlas, plantean la necesidad de una intervención integral con un cambio de esquema urbanístico y de movilidad, que garantice el uso no discriminatorio, seguro y autónomo a todas las personas; que además inviten al paseo y el disfrute del espacio público con la repercusión en la salud de la comunidad que se quiere mejorar.

[illegible]

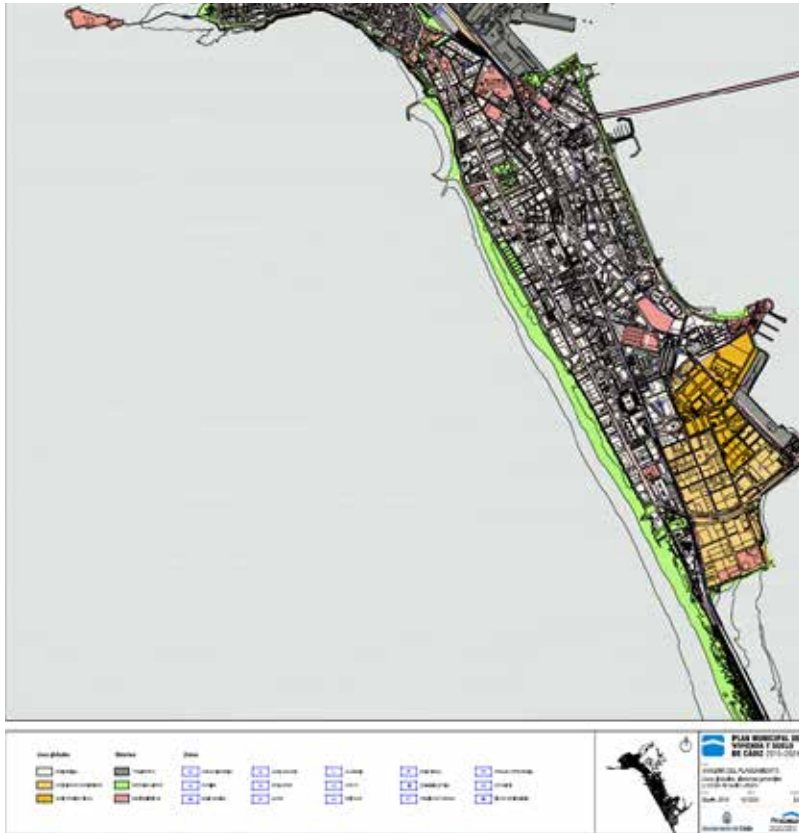
// 6. Perfil de Salud

La parte de la ciudad de Extramuros ha tenido durante décadas una dotación de espacios libres inferior a la del casco. La política de los planes generales de 1984 y 1995 ha ido paliando esta situación, doblando el estándar inicial de espacios libres del ensanche, si bien los elementos más relevantes en la estructura urbana de la red de espacios libres de estos distritos de la ciudad se limita aún a la playa, el parque de los Cinco Continentes y los jardines del antiguo Cuartel Varela, el parque de Astilleros y del antiguo cementerio en proyecto.

A efectos de estructura urbana cobran especial relevancia los conjuntos de espacios libres de distinta entidad que se articulan en torno a:

- *La avenida de Andalucía: Telegrafía sin hilos, plaza de la Habana, San Juan de Puerto Rico, Reina Sofía y Carlos Díaz*
- *La avenida de Juan Carlos I: Parque de los Cinco Continentes, cementerio de los Ingleses, Alcalde Blázquez y patios de Sevillana*

Al igual que en el Casco Histórico, las actuaciones del parque de Astilleros y del cementerio de San José, tienen una localización marcadamente perimetral. La conclusión del traslado de restos del cementerio de San José permitirá la construcción de una gran zona verde y abrirá al mar el tramo central de la avenida. El Paseo Marítimo de la Bahía constituye un foco de atracción en la avenida de la Bahía, aumentándose su utilización en los últimos años.



SITUACION SOCIAL Y VULNERABILIDAD EN LA BARRIADA DE LA PAZ DE CÁDIZ DICIEMBRE 2016 (APDHA).

El desarrollo de las promociones en la avenida de San Severiano -Lacave, se produce por parcelas y con la laxa interpretación, por el Ayuntamiento de entonces, de las ordenanzas urbanísticas. Puede afirmarse como, en la mayoría de los casos, se ocupó la práctica totalidad de la superficie de las parcelas, sin otros parámetros de ordenación que el máximo aprovechamiento de las mismas. En bastantes ejemplos

puede apreciarse como resultado, la escasa permeabilidad con el resto de la trama urbana y la existencia de espacios marginales.”

El análisis de los espacios libres lleva a conclusiones desalentadoras y que derivan de la ordenación inicial. Los criterios por el que se abordaba la formación, en otras ciudades, de los polígonos de viviendas, por el Ministerio del ramo, aquí se encuentran también presentes. De este diseño perviven cuestiones como el trazado de calles y de las manzanas edificables, que acogen agrupaciones de edificios aislados de planta baja +4 y planta baja +10. En algunos casos la planta baja sólo se ocupa por el portal de acceso. La superficie de la parcela no ocupada por la edificación, en muchos casos, ha quedado como una tierra de nadie, en régimen semipúblico y mal urbanizada. Por otra parte, la única existencia de aparcamientos de vehículos en superficie, anexas al viario, supone en la práctica la omnipresente presencia del automóvil frente al peatón, degradando el espacio público en su conjunto.

La excepción es el Paseo Marítimo que ocupa todo el borde, renovado en los últimos años y que permitirá la continuidad desde Astilleros hasta Puntales.

La superficie total es de 28 Ha, lo que supone el 6,32% del total del ámbito. El resto, descontando la superficie ocupada por la edificación y zonas anexas, lo constituye el espacio viario formado por los acerados, calzadas y aparcamientos.

Los equipamientos deportivos principales se encuentran adyacentes a la zona de estudio: el complejo deportivo municipal Manuel Irigoyen, Polideportivo Francisco Blanca y centros náuticos de Puntales y Levante. En el interior del ámbito los pabellones polideportivos Nuestra Señora de la Paz y colegio Gadir, la pista polideportiva Tofiño y las pistas deportivas incluidas en los centros docentes.

También a reseñar, en sentido negativo, la falta de centros culturales y de ocio, así como la infrautilización y necesidad de reformas del edificio del antiguo Centro Cívico de la Barriada de la Paz, que en su momento constituyó el epicentro de la incipiente vida comunitaria de la zona, a finales de los años 60 del pasado siglo. Sin embargo, se puede destacar que existen dos parcelas disponibles, calificadas en el vigente Plan General para equipamiento Asistencial. Una de 895 m² de superficie en avenida San Severiano esquina calle Cineasta Julio Diamante, y otra de 1.829 m² con frente a la calle Barbate y Avenida del Perú.

La percepción de sus habitantes y agentes sociales en relación al Espacio urbano y la vivienda.

Una barriada con una deteriorada dotación de equipamientos e infraestructuras, destacando la deficiente urbanización en cuanto a zonas de ocio y participación, las malas condiciones de las aceras, la falta de equipamiento comercial y para la formación, suciedad e inseguridad sigue siendo, en líneas generales, la percepción general que habitantes y agentes sociales de la Barriada nos transmiten.

Conviene resaltar tres aspectos significativos, por lo relevante de la demanda o por la persistencia en que se repiten estas demandas en materia de infraestructura.

- *Las deficiencias en el mantenimiento y conservación de infraestructuras destinadas a la enseñanza, así como el déficit en materia de recursos materiales básicos como mobiliario y acondicionamiento de las aulas y espacios deportivos, son una de las demandas reiteradas por parte de los profesionales de la educación que hemos entrevistado.*
- *Aunque de forma general se valora la paulatina eliminación de barreras arquitectónicas en las calles de la zona, lo que ha facilitado la inclusión de las personas con movilidad reducida en la vida diaria de la Barriada, se denuncia desde el centro de adultos la persistencia de barreras y obstáculos que, por encontrarse dentro de un recurso público formativo, supone un caso grave de vulneración de derechos al acceso a la formación para personas con problemas de movilidad*
- *La necesidad de potenciar y facilitar la apertura de comercios y establecimientos en la zona ha sido una demanda especialmente recurrente tanto entre los habitantes como los agentes participantes. Pero lo especialmente significativo de esta demanda es que se han señalado de forma casi unánime, no solo los beneficios prácticos y evidentes de tal dotación, sino el beneficio colectivo que en materia de oportunidades laborales y de facilitadora de relaciones sociales puede tener para el conjunto de la población.*

otro lado la zona de Bahía, que es donde se encuentran las barriadas, al ser zona deprimida también se presenta información específica en documentos elaborados como la EDUSI y la ZNTS de la APDHA.

En la zona de PLAYA la información y datos que se presentan son genéricos.

//// CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Conclusiones Generales

Existe una carencia generalizada de espacios libres, compensada con un perímetro marítimo tradicionalmente usado como zona de paseo y estancial. En las tramas internas se palpa la carencia de los mismos, agravado con el uso de la mayoría del espacio libre existente para aparcamientos en superficie y circulación a motor.

Como ya se comenta al principio del documento: la existencia de espacios estanciales de calidad, combinado con espacios paseables y pedaleables, fomenta la socialización y el ejercicio, lo que repercute significativamente en mejorar la salud de la población.

Por todo ello se debe tener presente una estrategia de mejora de la vía pública, consistente en líneas generales en:

- *Desarrollo de estudio y diagnóstico de entornos escolares saludables, incluyendo los espacios públicos de proximidad.*
- *Ejecución de planes de accesibilidad que eliminen las barreras urbanísticas, permitiendo el tránsito por la vía pública de todas las personas, especialmente las más vulnerables: personas con movilidad reducida, personas con discapacidad, personas mayores etc. De modo que puedan transitar de forma segura por la vía pública.*
- *Aumento y recuperación de zonas estanciales para la socialización en las áreas internas ya que los grandes espacios libres se concentran en el perímetro vinculado al mar.*
- *Ejecución de red ciclista de calidad, respetando el espacio peatonal.*

Intramuros

El Centro Histórico, presenta cierta complejidad en su trama, ya que es el resultado de un desarrollo de miles de años, con edificios y espacios singulares. Los itinerarios peatonales en ocasiones no pueden ser accesibles por motivos patrimoniales, agravándose la situación cuando en las últimas décadas, se ha ocupado la mayor parte del espacio público por el tráfico motorizado. Expulsándose de las calles a personas vulnerables como niños/as, personas de tercera edad y personas con movilidad reducida, limitando o incluso impidiendo su socialización.

- *Recuperación de espacio libre destinado a tráfico y aparcamiento, para itinerarios peatonales accesibles, peatonalizando gran parte del casco histórico, y restringiendo el tráfico motorizado.*
- *Declaración del centro histórico como zona residencial, esto implicaría la prioridad peatonal en todo el área, favoreciendo la utilización de la calzada como tránsito de prioridad peatonal, garantizando la continuidad de los itinerarios peatonales.*
- *Ejecución de la Propuesta de Actuación en materia de Sostenibilidad y Accesibilidad en el casco Histórico de 2017 eliminando las barreras urbanísticas y por lo tanto fomentando el caminar*
- *Ejecución de vía ciclista en el perímetro de la zona histórica*

Playa

En general esta zona responde a un crecimiento ordenado, intercalándose equipamientos y espacios verdes. Su gran espacio público de calidad es el Paseo Marítimo, vinculado a la playa que se desarrolla en toda la zona longitudinalmente, en esta banda se concentra la actividad hostelera y el área de socialización. Actualmente con el desarrollo de la vía ciclista a lo largo del perímetro, se está interviniendo en las carencias que presentaba el espacio peatonal del paseo marítimo, garantizándose por lo tanto un espacio paseable y pedaleable adecuado para su uso diario para la ciudadanía. Previsiblemente esto incidirá positivamente en la salud de la comunidad.

Se deberá incidir en:

- *Mejoras de los itinerarios peatonales perpendiculares al Paseo Marítimo que en general se presenta con unas aceras estrechas y llenas de obstáculos, inaccesible, de forma que se conecte la mayor parte de población de la franja central a ese gran espacio de calidad perimetral.*
- *Actualización y ejecución del plan de accesibilidad en esta zona*
- *Ejecución de vía ciclista respetando el espacio peatonal.*

Bahía

La zona de la bahía, es donde se concentran las barriadas populares. Si bien presenta un desarrollo y mejora del perímetro marítimo, en cuanto a calidad del espacio (itinerario peatonal y ciclable incluido), se presenta un deterioro generalizado del espacio público, esto acrecentado por la situación de zona necesitada de transformación social, supone una área con la peor salud de su comunidad, por lo que la necesidad de invertir en este ámbito resulta prioritario en la localidad.

- *Reformas con dotación de arbolado, Plaza Rafael Alberti, zona trasera, etc.*
- *Obras de reurbanización, resolviendo los problemas de accesibilidad en el interior de los núcleos residenciales*
- *Actualización y ejecución del plan de accesibilidad en esta zona, garantizando los itinerarios peatonales accesibles.*
- *Recuperación de algunas superficies ocupadas por vehículos aparcados, para zonas de estancia y juego de niños.*
- *Ampliar y crear dotaciones de proximidad de espacios libres*
- *Mejoras y reposición de arbolado, en general*
- *Completar la ejecución de la vía ciclista y mejora de la existente*

En este área se presenta en los próximos años una oportunidad excepcional de mejora de los espacios público y por tanto de la salud de la ciudadanía, con la aprobación de los fondos EDUSI (15 millones de euros). Estos fondos deben ser un instrumento de financiación de las intervenciones necesarias para mejorar la vida en las barriadas, tan necesitadas tanto por el deterioro patente, como la falta de concepción en su desarrollo de la vía pública como espacios generadores de salud.

Propuestas generales

1. *Programa de colocación de elementos de descanso (banco), para dar cumplimiento con la normativa vigente (en espacios públicos a intervalos menores de 50 m, art.34 Decreto 293/2009), posibilitando que las personas vulnerables puedan pasear, relacionarse y alcanzar los espacios estanciales.*
2. *Ejecución de Propuesta de Actuación en materia de Sostenibilidad y Accesibilidad en el casco Histórico de 2017 eliminando las barreras urbanísticas y por lo tanto fomentando el caminar. Permitiendo el tránsito por la vía pública de todas las personas, especialmente las más vulnerables (personas con movilidad reducida, personas con discapacidad, personas mayores etc.) de modo que se pueda transitar de forma segura y alcanzar los pocos espacios estanciales de la ciudad que se encuentran la mayoría en el perímetro, alejados de la trama interior.*
3. *Recuperación de espacio libre destinado a tráfico y aparcamiento, para itinerarios peatonales accesibles, peatonalizando gran parte del casco histórico, restringiendo el tráfico motorizado.*
4. *Declaración del Centro Histórico como zona residencial, esto implicaría la prioridad peatonal en todo el área, favoreciendo el paseo.*
5. *Mejoras y creación de itinerarios peatonales, transversales a los frentes marítimos, que en general se presenta con unas aceras estrechas y llenas de obstáculos, inaccesibles, de forma que se favorezca el tránsito y disfrute de mayor parte de población a ese gran espacio de calidad perimetral.*

6. *Ampliar y crear dotaciones de proximidad de espacios libre y recuperación de zonas estanciales para la socialización en las áreas internas ya que los grandes espacios libres se concentran en el perímetro.*
7. *Los fondos EDUSI deben ser un instrumento de financiación de las intervenciones necesarias para mejorar la vida en las barriadas, tan necesitadas tanto por el deterioro patente, como la falta de concepción en su desarrollo de la vía pública como espacios generadores de salud.*
8. *Obras de reurbanización, resolviendo los problemas de accesibilidad en el interior de los núcleos residenciales de las barriadas.*
9. *Desarrollo de estudio y diagnóstico de entornos escolares saludables, incluyendo los espacios públicos de proximidad.*
10. *Creación de itinerarios escolares seguros. Favoreciendo la llegada de los niñ@s a los colegios andando.*
11. *Recuperación de superficies para zonas de estancia y juego de niños.*
12. *Completar la ejecución de la vía ciclista y mejora de la existente respetando el espacio peatonal.*
13. *Mejoras y reposición de arbolado, en general.*

//// BIBLIOGRAFIA

- *Plan Movilidad Urbana Sostenible 2012 Cádiz (PMUS)*
- *Plan de Accesibilidad Levantando Barreras (2002-2004)*
- *Propuesta de Actuación en materia de Sostenibilidad y Accesibilidad en el casco Histórico. (2017)*
- *Situación social y vulnerabilidad en la barriada de la Paz de Cádiz (APDHA, Diciembre 2016)*

- *Plan General de Ordenación Urbana de Cádiz 2012 (PGOU)*
- *Fuentes Documentales Procasa*
- *PEPCA*
- *Plan municipal de vivienda y suelo 2015-2024 (PMVS)*
- *Estudio del estado actual de la vivienda en el Casco Histórico de Cádiz abril 2015*
- *EDUSI Cádiz 2020: Documento final presentado a los fondos Europeos Desarrollo Urbano Sostenible e Integrado*
- *Orden VIV/561/2010 de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados*
- *Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social*

6.7 ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA

// 6.7.1 LA SITUACIÓN ALIMENTARIA EN CÁDIZ. SOBREPESO Y OBESIDAD

Autores: Amelia Rodríguez (catedrática de Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Directora del master de Dietética y Nutrición Humana. Universidad de Cádiz), José Manuel Martínez (profesor titular de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz), Antonio Ares (jefe de Servicio de Prevención. Diputación de Cádiz. Delegado Territorial del Colegio de Médicos de Cádiz) y Felipe Mozo (farmacéutico especialista en nutrición y alimentación aplicada. Vocal de alimentación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz).

El desarrollo económico y social en Cádiz ha mejorado la accesibilidad a alimentos más saludables y ha contribuido a un incremento de la calidad de vida de la población. Sin embargo, paralelamente se ha incrementado la incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad tanto en la infancia como en población adulta, constituyendo un serio problema para la salud pública. En el desarrollo de estas patologías influyen estilos de vida como el sedentarismo o los hábitos nutricionales pudiendo destacar a sí mismo la importante influencia de las desigualdades sociales que se han ido incrementando en los últimos años (1-4). Hay grandes diferencias en la calidad y en la esperanza de vida entre los distintos grupos socioeconómicos (5,6). Así, la obesidad y sus factores de riesgo son más frecuentes entre la población de menor nivel cultural, coexistiendo en las zonas más desfavorecidas (7).

Al valorar los hábitos alimentarios en nuestra ciudad podemos establecer dos amplios grupos.

//// HÁBITOS ALIMENTARIOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

Atendiendo a las recomendaciones dietéticas de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), los escolares en Cádiz según un estudio realizado por el Área de Salud Pública de la Universidad de Cádiz, presentan bajos consumos de algunos grupos de alimentos como verduras: 16,7%, cereales: 8,1% o frutas: 11,9%. Por otro lado, el consumo de carnes y pescados es adecuado en el 50% de la población infanto-juvenil; las recomendaciones del consumo de lácteos asciende al 75%; poseen un consumo excesivo de azúcares (dulces: 18,1%, bebidas azucaradas: 35,4%).

La calidad de la dieta mediterránea medida mediante el test Kidmed puso de manifiesto en estudios en población adolescente escolarizada de Cádiz como se reduce con la edad siendo menor en la mujer. La calidad de la dieta guarda una relación directa con el nivel de estudios y ocupación laboral tanto del padre como de la madre.

Otros hábitos alimentarios a destacar son la realización de las cinco comidas al día, el desayunar o no y el realizar picoteos. En nuestra ciudad, la población infanto-juvenil realiza 5 comidas diarias en un 52,9%, desayunan un 93% y no picotean un 65,3% (8).

El estudio de la calidad de la dieta mediterránea mediante el test KIDMED puso de manifiesto en la población adolescente escolarizada de Cádiz que solo el 26,1% de los sujetos estudiados sigue una dieta mediterránea óptima. La calidad de la dieta guarda una relación directa con el nivel de estudios y ocupación laboral tanto del padre como de la madre (9).

En relación al sobrepeso y la obesidad, a partir de un estudio realizado por el Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Cádiz (10) se ha obtenido una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) del 29,67% y de obesidad del 13,73%. La prevalencia es mayor en niños que en niñas, tanto en exceso de peso (el 33,11 frente al 25,95%) como en obesidad (16,73 frente al 10,49%).

Cabe destacar de forma significativa la diferencia de prevalencia dependiendo de la zona de Cádiz estudiada hecho que queda recogido en la siguiente tabla.

Cádiz Zona Centro

1	BajoPeso	0,5376
128	NormoPeso	68,817
35	Sobrepeso	11,828
22	Obesidad	18,817
186	Percentiles>85	30,645

Cádiz Zona Bahía

139	NormoPeso	62,333
40	Sobrepeso	15,962
34	Obesidad	18,779
74	Percentiles>85	34,741

Cádiz Zona Playa

1	BajoPeso	0,621
115	NormoPeso	71.428
14	Sobrepeso	19,254
31	Obesidad	8,695
45	Percentiles>85	27.950

Es muy elevado el seguimiento de conductas sedentarias, alcanzando un 56,8% en la población infanto-juvenil estudiada (8).

En este colectivo, el consumo de verduras es del 2%, cereales 8,1%, y frutas 20,4%; el consumo de carnes y pescados es adecuado en aproximadamente el 50% de la población infanto-juvenil; el consumo de lácteos es cuantitativamente correcto y el consumo de azúcares es excesivo (8).

Se estima que el 40% de los niños con sobrepeso y obesidad realizan las cinco comidas frente al 58% de los niños con normopeso, y es más frecuente en estos niños el no desayunar y picotear entre horas (8).

En cuanto al nivel educativo y socioeconómico de los padres y su relación con el sobrepeso y obesidad infantil y los estilos de vida anteriormente mencionados, hay un descenso progresivo significativo en el porcentaje de niños/as con Sobrepeso, Obesidad y Sobrecarga Ponderal cuanto mayor nivel educativo y laboral tengan el padre y la madre (11, 12).

Existe un mayor cumplimiento de las recomendaciones de actividad física, menor sedentarismo y mejores hábitos alimentarios en los hijos/as de padres y madres cuanto mayor es el nivel educativo y laboral (11, 12).

//// HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA POBLACIÓN ADULTA

Entre nuestros adultos, el consumo recomendado de fruta y verdura sólo se alcanza en el 53,8% y el 21,5% de la población y apenas uno de cada tres adultos consume carne y pescado tres veces a la semana. Por el contrario, casi dos terceras partes de ellos exceden la ingesta de grasas/embutidos y un 48% la de azúcares (13,14).

Comparando nuestros valores (13,14) con los publicados por la EAS para el total de Andalucía (15), el consumo de lácteos, fruta y verdura resulta inferior a la media regional, donde se refiere un consumo al menos tres veces por semana del 93,6%, 78,9% y 67% respectivamente adecuando las personas de mayor edad su dieta a las recomendaciones establecidas. Las diferencias en el consumo de alimentos están íntimamente relacionadas con el nivel socioeconómico y educativo de la población.

En relación al sobrepeso y la obesidad la prevalencia alcanzada es del 49,5% siendo superior en el hombre. Si estudiamos la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos en relación al nivel socioeconómico familiar, en nuestra ciudad observamos que ambas prevalencias crecen de forma significativa a medida que disminuye el nivel de ingresos familiares. De esta forma, entre los niveles de ingresos más extremos, la prevalencia de obesidad llega casi a triplicarse en los adultos de menor renta (13,14).

El gradiente social aumenta cuando se considera el nivel educativo más elevado en la pareja; los adultos sin estudios alcanzan un sobrepeso del 44,8% y una obesidad del 33,6%, multiplicando hasta cuatro veces la obesidad que presenta el adulto universitario (13,14).

Los estilos de vida marcados por la práctica de una mayor actividad física y consumo adecuado de alimentos según las recomendaciones establecidas en la SENC van a ser diferentes dependiendo también del nivel socioeconómico y educativo de la población como puede apreciarse en las siguientes tablas (4,15):

Nivel económico familiar

Consumo de alimentos según lo recomendado	<999 euros	1000-1499 euros	1500-2499 euros	>2500 euros	Nivel de significación estadística
Lácteos (diario)	190 (80,2%)	187 (83,1%)	242 (81,8%)	49 (80,3%)	p= 0,865
Fruta fresca (diario)	130 (54,9%)	127 (56,4%)	162 (54,7%)	39 (63,9%)	p= 0,729
Verduras/hortalizas (diario)	41 (17,3%)	46 (20,4%)	61 (20,6%)	18 (29,5%)	p= 0,209
Legumbres (2 ó más/sem)	55 (23,2%)	49 (21,8%)	58 (19,6%)	5 (8,2%)	p= 0,068
Pescado (al menos 3/sem)	76 (32,1%)	88 (39,1%)	94 (31,8%)	16 (26,2%)	p= 0,154

Carne (al menos 3/sem)	41 (17,3%)	53 (23,6%)	71 (24,0%)	13 (21,3%)	p= 0,254
Dulces (2 ó menos/sem)	124 (52,3%)	85 (37,8%)	82 (27,7%)	20 (32,8%)	p= 0,000
Embutidos (Menos de 1/sem)	160 (67,5%)	142 (63,1%)	159 (53,7%)	44 (72,1%)	p= 0,012

Nivel de estudios en la pareja

	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universit.	
Lácteos (diario)	94 (75,8%)	147 (77,8%)	441 (86,0%)	118 (85,5%)	p= 0,007
Fruta fresca (diario)	64 (51,6%)	86 (45,5%)	280 (54,6%)	89 (64,5%)	p= 0,041
Verduras/hortalizas (diario)	21 (16,9%)	26 (13,8%)	113 (22,0%)	47 (34,1%)	p= 0,000
Legumbres (2 ó más/sem)	40 (32,3%)	37 (19,6%)	91 (17,7%)	37 (26,8%)	p= 0,001
Pescado (al menos 3/sem)	44 (35,5%)	57 (30,2%)	174 (33,9%)	51 (37,0%)	p= 0,595
Carne (al menos 3/sem)	26 (21,0%)	32 (16,9%)	120 (23,4%)	52 (37,7%)	p= 0,000
Dulces (2 ó menos/sem)	90 (72,6%)	126 (66,7%)	297 (57,9%)	86 (62,3%)	p= 0,027
Embutidos (Menos de 1/sem)	68 (54,8%)	72 (38,1%)	164 (32,0%)	56 (40,6%)	p= 0,001

No obstante, para actuar de una manera positiva frente a los problemas anteriormente detectados en nuestra ciudad disponemos de diferentes e importantes recursos/ activos, entre los que cabe destacar:

- *Elevada disponibilidad y accesibilidad, tanto material como cultural, de alimentos saludables: frutas, verduras...*
- *Dieta Mediterránea, como elemento cultural que puede actuar como referente alimentario y que facilita la aceptación y normalización de pautas alimentarias saludables.*
- *Medios de comunicación, que en la actualidad están fomentando el gusto o moda por aspectos culinarios, gastronómicos, que pueden colaborar en el fomento de una alimentación saludable.*
- *Familia, como institución socializadora de primer orden, a través de la que se transmiten conocimientos, valores, actitudes y hábitos (en lo que ahora nos interesa) alimentarios, y que puede tenerse en cuenta en una estrategia de fomento de la alimentación saludable,*
- *Asociaciones, grupos, redes sociales: Importante nivel relacional que puede tener un importantísimo papel en el fomento de la alimentación saludable.*
- *Recursos de las organizaciones o institucionales: sistema educativo, sistema sanitario... además de otras instituciones como Ayuntamiento, Diputación, etc., que disponen de recursos físicos, personales, programas de intervención, etc., a través de los cuales se fomentan hábitos alimentarios saludables.*

//// PROGRAMAS DE ACTUACIÓN

- *PIOBIN: Plan Integral de Obesidad Infantil (1). Es una línea estratégica de actuación en la que se trabaja de forma directa sobre niños y adolescentes de 6 a 14 años, con problemas de sobrepeso y/o obesidad. En el distrito de Bahía Cádiz-La Janda se están consiguiendo unos objetivos de intervención avanzada grupal del 3,92%, y de individual del 10,95%.*

- *Programa de seguimiento de salud infantil (PSI) (16), comprende las edades de 0 a 4 años. Un apartado fundamental es la alimentación infantil. En estas consultas se realiza fomento y apoyo a la lactancia materna, introducción en la dieta infantil de los alimentos, detección de niños con riesgo nutricional, e implantación de las pautas correctoras de alimentación necesarias, siempre basadas en la dieta mediterránea.*
- *En el marco de la comunidad educativa se están llevando a cabo programas dentro de la estrategia NAOS (17) (nutrición, actividad física y prevención de la obesidad) a nivel nacional y la red comedores saludables (18) (Consejería de Salud y Bienestar Social, la Consejería de Educación y la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD) en Andalucía, entre otros.*
- *Creciendo en salud y forma joven (19, 20): Programas desarrollados en el ámbito educativo en los que entre otros aspectos, en el área de estilos de vida saludables se plantea la promoción de la alimentación equilibrada y la actividad física.*
- *Por un millón de pasos (21): fomenta que mediante la práctica de paseos en grupo se alcancen un total de, al menos, un millón de pasos en un mes mediante las aportaciones de todos los participantes.*
- *Consejo dietético en atención primaria (22): es una línea estratégica de actuación sobre alimentación y estilo de vida dirigido a la población adulta con o sin problemas de patologías crónicas. El objetivo es disminuir los problemas de salud relacionados con la alimentación inadecuada y la falta de actividad física en la población de referencia, fomentando la práctica de actividad física y hábitos de alimentación equilibrada desde cada Centro de Atención Primaria.*
- *Muy importante es la actuación sobre el nivel educativo y socioeconómico de nuestra población, pues como se ha detectado constituye uno de los pilares fundamentales en la presencia de unos correctos estilos de vida.*

//// RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Los hábitos alimentarios en la ciudad de Cádiz distan mucho de lo que se consideran hábitos saludables según las recomendaciones actuales.

Existen unas elevadas prevalencias de sobrepeso y obesidad en el conjunto de la población, tanto en los distintos grupos de edad, sexo/genero, zonas geográficas de la ciudad, como niveles socio-económicos.

Se encuentran importantes diferencias según sexo/género, tanto en lo referente a los hábitos alimentarios como en las prevalencias de sobrepeso y obesidad.

Desigualdades sociales en salud, con unos hábitos alimentarios menos saludables y mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en aquellos grupos de población con menor nivel de estudios, menores recursos económicos y laborales, y mayor vulnerabilidad social (y económica), mientras que entre los grupos más favorecidos (mayor nivel de estudios, nivel laboral...) los hábitos alimentarios son más saludables y las prevalencias de sobrepeso y obesidad menores.

A pesar de la situación encontrada, existen importantes recursos/activos para la salud que pueden tenerse en cuenta para elaborar un plan de acción encaminado a la consecución de una alimentación saludable y una disminución de las prevalencias de sobrepeso y obesidad, así como de otros factores de riesgo, que redunde en un aumento de los niveles de salud y calidad de vida en la población gaditana.

//// RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

Población infantil

- *Intervenciones en centros educativos para incentivar una alimentación y actividad física saludables a partir de los centros de formación de profesores, AMPA, centros de salud.*
- *Intervención en el barrio con la colaboración de las asociaciones vecinales, farmacias, centros de salud que fomenten la educación en alimentación saludable y actividad física, con aprovechamiento de los espacios públicos para la práctica de dicha actividad física.*

Población adulta

- *Intervención educativa en centros de barrio (centros de mayores, centros de día, asociaciones de vecinos).*
- *Intervención educativa a través de los centros de salud, farmacias.*
- *Intervención educativa en los centros de trabajo por parte de los médicos de los servicios de salud creando empresas saludables.*
- *Intervención educativa en centros deportivos públicos y privados.*

Sería recomendable que toda la información aportada en las actividades educativas en los diferentes ámbitos, estuviera consensuada a partir de una comisión de expertos en la materia siguiendo las nuevas Guías Alimentarias, así como fomentar a través del sector de la hostelería la elaboración de menús y tapas saludables.

//// BIBLIOGRAFÍA

1. *Martínez Rubio A, Soto Moreno AM, Ramírez de Arellano Espadero A, Oliver Navarro B, Lama Herrera C, Macarro Sancho C, et al. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía: 2007-2012. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.*
2. *Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2015]¹⁹.*
3. *Nutrition & diet for healthy lifestyles in Europe: science & policy implications. Public Health Nutr. 2001;4(2A):265-73.*

19 Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

4. *Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novalbos Ruiz JP, García Palacios MV, Carrasco Sánchez P, Villagrán Pérez SA. Situación alimentaria en la provincia de Cádiz. Programas de actuación en educación nutricional. En: Córdoba Doña JA, Martínez Nieto JM, Almenara Barrios J, editores. La salud en Cádiz y sus determinantes. Cádiz: Editorial UCA. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2015. p. 105-21.*
5. *Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. Obes Rev. 2003;11(4):195-200.*
6. *Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Obesidad infantil y juvenil Estudio enKid. Barcelona: Masson S.A.; 2001. p. 81-108.*
7. *Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2002.*
8. *Villagrán Pérez SA, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz JP, Martínez Nieto JM, Lechuga Campoy JL. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. [Habits and lifestyles modifiable in children with overweight and obesity]. Nutr Hosp. 2010;25(5):823-31.*
9. *Martínez Nieto JM. Estudio de la conducta alimentaria de la población adolescente escolarizada de Cádiz. Factores personales y ecológico-contextuales como condicionantes. Universidad de Cádiz; 2015.*
10. *Mozo Alonso F, Fernández Jaldón RP, García-Agulló Fernández D, Macías González C, Virués Ávila A, Marín Magán FJ, et al. Resultados de la campaña sanitaria «Peso y salud infantil» en las farmacias comunitarias de la provincia de Cádiz [Results of the health campaign weight and child health in Cádiz pharmacies]. Acta Pediatr Española. 2017;75(9-10):e150-8.*

11. Villagrán-Pérez SA, Novalbos-Ruiz JP, Rodríguez-Martín A, Martínez-Nieto JM, Lechuga-Sancho AM. Implications of family socioeconomic level on risk behaviors in child-youth obesity. *Nutr Hosp*. 2013;28(6):1951-60.
12. Rodríguez Martín A, Novalbos Ruiz JP, Villagran Pérez SA, Martínez Nieto JM, Lechuga Campoy JL. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores [Parents perception of childhood overweight and obesity of their children]. *Rev Esp Salud Publica*. 2012;86(5):483-94.
13. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novalbos Ruiz JP, Escobar Jiménez L. Overweight and obesity: The role of education, employment and income in Spanish adults. *Appetite*. 2008;51(2):266-72.
14. odríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz JP, Martínez-Nieto JM, Escobar-Jiménez L. Life-stile factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutr Hosp*. 2009;24(2):144-51.
15. Sánchez Cruz JJ, Sánchez Villegas P, Moya Garrido MN, Mayoral Cortés JM. La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2017. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
16. Seguimiento de la salud infantil - Servicio Andaluz de Salud [Internet]²⁰.
17. Estrategia NAOS. AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]²¹.
18. Comedores Saludables - Junta de Andalucía [Internet]²².

20 Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_3_1

21 Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

22 Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/adulta/paginas/comedores-saludables.html>

19. *Creciendo en Salud - Junta de Andalucía [Internet]*²³.
20. *Forma Joven - Junta de Andalucía [Internet]*²⁴.
21. *Por un millón de pasos - Junta de Andalucía [Internet]*²⁵.
22. Castilla Romero ML, Jiménez Lorente CP, Lama Herrera C, Muñoz Bellerín J, Obando y de la Corte J, Rabat Restrepo JM, et al. *Consejo Dietético en Atención Primaria*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
23. Castilla Romero ML, Delgado Romero A, López Fernández R, Martínez Nieto JM. *Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria*. 2a reimpre. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009.
24. *Consejo dietético - Servicio Andaluz de Salud [Internet]*²⁶.

-
- 23 Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/creciendo-salud.html>
 - 24 Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/formajoven-educativo.html>
 - 25 Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/porunmillondepasos.html>
 - 26 Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_1_2_5_2

// 6.7.2 LA ACTIVIDAD FÍSICA

Ana Carbonell Baeza

Doctora en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Profesora Titular de Universidad. Grupo de Investigación MOVE-IT. Departamento de Didáctica de la Educación Física, Plástica y Musical. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Cádiz. Colegio Oficial de Licenciados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de Andalucía.

David Jiménez Pavón

Doctor en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Investigador Ramón y Cajal. Grupo de Investigación MOVE-IT. Departamento de Didáctica de la Educación Física, Plástica y Musical. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Cádiz. Colegio Oficial de Licenciados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de Andalucía.

Francisco Luis Peral Pérez

E. Medicina de la Educación Física y el Deporte. Jefe Dpto. Medicina Deportiva del IMD - Ayuntamiento de Cádiz.

Antonio Ares Camerino

Jefe Servicio Prevención y Salud Laboral. Diputación de Cádiz. Delegado Territorial de la Bahía de Cádiz. Colegio de Médicos de Cádiz.

Juan B. Blanco Rodríguez

Licenciado en Sociología. Master en estudios de opinión. Coordinador del Dpto. de Actividades Deportivas del Instituto Municipal del Deporte - Ayuntamiento de Cádiz.

/// 6.7.2.1 INTRODUCCIÓN

El cuerpo del ser humano está preparado para moverse, más aún, tiene la necesidad de hacerlo. No obstante, a pesar de esta necesidad, la práctica de actividad física en la población es cada vez menos frecuente, muy especialmente en niños. Estos bajos niveles de práctica de actividad física conllevan el sedentarismo de buena parte de la población, lo que unido a unos hábitos alimentarios nada idóneos han provocado el aumento alarmante de diferentes patologías (obesidad, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico...) que, en algunos casos, se han convertido en un auténtico problema de salud pública (1).

La inactividad física es la principal causa de muerte prematura y del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El Informe de la Salud Mundial publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 (2,3) puso de manifiesto el incremento global de las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc.) y que suponen el 47% de la morbilidad y el 60% de la mortalidad. Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte en el mundo entero y más del 40% de ellas fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad.

El estilo de vida inactivo se define como aquel que no cumple las recomendaciones de una práctica de actividad física de intensidad determinada por condicionantes de edad y de determinadas limitaciones. En las últimas décadas se ha observado un leve descenso en la prevalencia de personas inactivas; aunque diferentes estudios han mostrado datos un tanto divergentes, se podría considerar que un 20-40% de la población es inactiva. Por otra parte, conocer los requerimientos energéticos es importante para ajustar las recomendaciones nutricionales de manera individualizada, pero la medición del consumo energético es difícil en la práctica diaria; por lo tanto, los objetivos contra la inactividad física deben dirigirse al aumento de la actividad física hasta alcanzar, o incluso superar, la recomendaciones generales (4).

La propia OMS viene insistiendo en sus campañas del Día Mundial de la Salud de la importancia de adoptar un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Parte importante de este estilo de vida es la práctica en todas las épocas de la vida de algún tipo de actividad física adaptada siempre, en intensidad y duración, a la edad, las limitaciones y los requerimientos de la vida diaria. En las recomendaciones

mundiales sobre la actividad física para la salud de la OMS en 2010 (2) se indica que la inactividad física es el cuarto factor de mortalidad más importante en todo el mundo. La inactividad física aumenta en muchos países y ello influye en el aumento de las enfermedades no transmisibles y en la salud general de la población. Por el contrario, realizar los 75 minutos de actividad física vigorosa, o 150 minutos de actividad física moderada por semana establecidas en las recomendaciones, puede disminuir el riesgo de mortalidad en un 20%, si casi duplicamos ese tiempo de actividad física el riesgo de mortalidad decrece en un 31%, y si alcanzamos las dos a tres veces ese esfuerzo llegamos hasta el 37%(5). Más allá no se producen mejoras (5).

En una enfermedad que nos preocupa especialmente como el cáncer, altos niveles de actividad física comparados con bajos niveles de actividad física durante el tiempo libre se asociaron con un menor riesgo de 13 tipos de cáncer (descenso del riesgo del cáncer de esófago en un 42%, en el cáncer de hígado un 27%, cáncer del pulmón un 26%, de riñón un 23%, de estómago un 22%, de colon un 16%, de mama un 10%,etc.) (6). La práctica regular de ejercicio físico es una recomendación establecida para prevenir y tratar los principales factores de riesgo cardiovascular modificables, como la diabetes mellitus, la hipertensión y la dislipemia. Realizar actividad física de intensidad moderada varios días por semana mejora la capacidad funcional y se asocia a reducciones en la incidencia de enfermedad cardiovascular y mortalidad. El ejercicio físico induce adaptaciones fisiológicas cardiovasculares que mejoran el rendimiento físico (4).

Un reciente macroestudio de escala global analiza la evolución de la actividad física de las personas con una conclusión clara: un porcentaje elevado de los habitantes de países ricos está en riesgo de enfermar por culpa de su inactividad física (7). La prevalencia de inactividad física a nivel mundial se sitúa en el 27,5% en el año 2016, con una diferencia de 8 puntos entre hombres y mujeres, siendo ellas más inactivas. La presencia de inactividad física es más del doble en países con altos ingresos frente a los países con bajos ingresos. De hecho la evolución muestra un incremento en los países de altos ingresos de 31,6% en 2001 a 36,8% en 2016, mientras que se ha mantenido estable en países con bajos ingresos. Se concluye que, si esta tendencia continua, el objetivo establecido por la OMS para 2025 de una reducción relativa del 10% en la inactividad física no será alcanzado. Esto indica la necesidad urgente de establecer políticas para incrementar la actividad física de la población (7).

Un estudio realizado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en 2016, titulado Actividad física y prevalencia de patologías en la población española ponía de manifiesto que, en la población española de 18 a 74 años, la prevalencia de algunas de las enfermedades crónicas más comunes (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, depresión y ansiedad) se incrementa notablemente en la población inactiva, pudiendo ser entre dos y cuatro veces mayores con respecto a la observada en la población que practica actividad física o deporte. También se observa una clara disminución del consumo de medicamentos en las personas físicamente activas. Por último, la práctica de actividad física se incrementa con el nivel de estudios, disminuye con la edad y es significativamente menor en las mujeres (8). Como conclusiones señalan que un incremento en la práctica de actividad física en la población española produciría una importante reducción del gasto sanitario en España y reduciría significativamente los costes laborales y aumentaría la productividad de los trabajadores (8).

El IV Plan Andaluz de Salud recoge que desde el año 2003 se viene produciendo un descenso en el sedentarismo, este descenso se ha producido en todos los grupos de edad. Existen diferencias claras por género, pero estas desaparecen a partir del grupo de edad de 45 a 54 años. Igualmente se observa un patrón de menor sedentarismo y mayor frecuencia de la actividad física regular a medida que aumenta el nivel de estudios y de ingresos (9). La provincialización del IV Plan Andaluz de Salud publicado en julio de 2017 describe entre sus objetivos operativos algunos directamente relacionados con el fomento de la actividad física a todas las edades (Programa Forma Joven, Promoción de la Actividad Física en Personas Mayores, desarrollo de Actividades Deportivas Comunitarias en los Colegios de Educación Infantil y Primaria, Planes de Centros Educativos Saludables, Planes para el Fomento de Desplazamientos Saludables, Fomento del Ocio para las familias en espacios de encuentro comunitarios, Investigación sobre el efecto de la Actividad Física para personas mayores) (10), dada la importancia de la misma en el estado de salud, como ha quedado patente con la información previa aportada.

/// 6.7.2.2 BIBLIOGRAFIA

1. Escalante Y. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *RevEsp Salud Pública* 2011; 84: 325-328.
2. Organización Mundial de la Salud. 2010. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud²⁷.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014²⁸.
4. Cordero A, Masiá MD, Galve E. Ejercicio físico y salud. *Revista Española de Cardiología*. 2014;67(9): 748-753.
5. Arem H, Moore SC, Patel A, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship". *JAMA Intern Med*. 2015;175 (6):959-67 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25844730>
6. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. "Association of Leisure-Time Physical Activity with Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults." *JAMA Intern Med*. 2016 Jun 1;176(6):816-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27183032>
7. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018, 2018 Oct;6(10):e1077-e1086.

27 <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>

28 <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

8. *Aragonés Clemente M T, Fernández Navarro P, Ley Vega de Seoane V. Actividad Física y Prevalencia de patología en la población española. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Agencia Española de la Protección de la salud en el Deporte. 2016*²⁹.
9. *IV Plan Andaluz de Salud*³⁰.
10. *IV Plan Andaluz de Salud en la provincia de Cádiz*³¹.

/// 6.7.2.3 MARCO JURÍDICO

Se ha procedido a revisar la legislación vigente para encuadrar los derechos y deberes de la administración y los ciudadanos en materia deportiva. En este sentido el artículo 2 de la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía, establece lo siguiente respecto al derecho al deporte: "1. En el ámbito territorial de Andalucía, todas las personas físicas tienen derecho a la práctica del deporte de forma libre y voluntaria, de conformidad con lo establecido en la presente ley y las disposiciones que la desarrollen. 2. Las administraciones públicas de Andalucía, en el ámbito de sus competencias, dirigirán su acción de gobierno de modo que el acceso de la ciudadanía a la práctica del deporte se realice en igualdad de condiciones y de oportunidades." Esta Ley en su artículo 5 indica que los poderes públicos de Andalucía, en el marco de sus respectivas competencias, fomentarán el deporte a través de una práctica deportiva compatible con la salud y la seguridad, de acuerdo a un principios rectores, entre los cuales nos gustaría destacar, por su implicación en la salud de las personas, los siguientes: "a) La formulación de la práctica deportiva como un factor esencial para la salud, una mayor calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo integral de la persona; b) La promoción de las condiciones que favorezcan el desarrollo general del deporte, con atención preferente a las actividades

-
- 29 <https://sede.educacion.gob.es/publivena/actividad-fisica-y-prevalencia-de-patologias-en-la-poblacion-espanola/deportes-salud-publica/21268>
 - 30 www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/41144.html
 - 31 <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/plan-provincial-salud-cadiz.html>

físico-deportivas dirigidas a la ocupación del tiempo libre, al objeto de desarrollar la práctica continuada del deporte con carácter recreativo y lúdico.; c) El acceso a la práctica deportiva de toda la población andaluza y, en particular, de las personas con discapacidad, personas mayores y de los grupos que requieran una atención especial.; f) La protección de la seguridad y salud de las personas que practiquen deporte mediante la promoción de la atención médica y el control sanitario. A este fin, los poderes públicos y las entidades con funciones públicas en materia deportiva actuarán de manera coordinada.; j) La planificación, promoción y fomento de una red de instalaciones y equipamientos deportivos suficiente, racionalmente distribuida, y acorde con los principios de sostenibilidad social, económica y ambiental y de movilidad.”

Esta Ley establece en su artículo 12 que las competencias de las entidades locales en materia de deporte son las reguladas en el apartado 18 del artículo 9 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, que incluye fundamentalmente la promoción del deporte y gestión de equipamientos deportivos de uso público, de forma más concreta: “a) La planificación, ordenación, gestión y promoción del deporte de base y del deporte para todos; b) La construcción, gestión y el mantenimiento de las instalaciones y equipamientos deportivos de titularidad propia; c) La organización y, en su caso, autorización de manifestaciones y competiciones deportivas que transcurran exclusivamente por su territorio, especialmente las de carácter popular y las destinadas a participantes en edad escolar y a grupos de atención especial; y d) La formulación de la planificación deportiva local.”

En línea con las competencias asignadas al ámbito local, y según el artículo 71 de la Ley 5/2016, de 19 de julio, del Deporte de Andalucía los municipios elaborarán y aprobarán planes locales de instalaciones deportivas. Consultado el enlace donde aparece el estado de elaboración de los planes locales³² se observa que en el caso de Cádiz en estado aparece “sin información”.

En el artículo 73 de la ley se regula el Inventario Andaluz de Instalaciones y Equipamientos Deportivos, que la Consejería mantendrá actualizado con la colaboración de las entidades locales. En dicho inventario se recogen las

32 <http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/opencms/areas/deporte/instalaciones-deportivas/planes-locales/>

instalaciones deportivas de uso público y privado, convencionales o no, tiene carácter público y su contenido está a disposición de las entidades públicas y privadas, especialmente para la promoción del deporte como práctica saludable por los Servicios de Salud.

Según el Inventario Andaluz de Instalaciones deportivas³³ se comprueba que aparecen 103 instalaciones en Cádiz capital, donde se incluyen espacios tanto públicas (entre ellos centros escolares) como privadas.

Dentro del Servicio Deportivo Local (Instituto Municipal del Deporte del Ayuntamiento de Cádiz) se tienen establecidas las Normas y usos de las Instalaciones deportivas municipales en la ciudad de Cádiz desde 2016.

En referencia a la Legislación vigente que aborden de forma más específica y conjuntamente la materia deportiva y la salud en el ámbito local y de aplicación relativa a las instalaciones deportivas y las actividades deportivas así como a los espectáculos públicos y actividades recreativas, que sean organizadas por la Administración local (Ayuntamiento) o no; destacan las siguientes:

- *RD-Ley 3/2017, de 17 de febrero, por el que se modifica la Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva, y se adapta a las modificaciones introducidas por el Código Mundial Antidopaje de 2015. En su artículo 41 indica que “El Consejo Superior de Deportes establecerá una política efectiva de protección de la salud de los deportistas y de las personas que realizan actividad deportiva. Esta política se plasmará en un “Plan de Apoyo a la salud en el ámbito de la actividad deportiva” que determine los riesgos comunes y específicos, en especial atendiendo a las diferentes necesidades de mujeres, hombres y menores de edad, así como a las necesidades específicas por razón de discapacidad y las medidas de prevención, conservación y recuperación que puedan resultar necesarias en función de los riesgos detectados.” En el artículo 42 establece que el Consejo Superior de Deportes, en colaboración con las comunidades autónomas y las entidades locales, definirá los*

33 <http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/opencms/areas/deporte/instalaciones-deportivas/buscador-instalaciones-deportivas/>

elementos, medios, material y personal necesario para contribuir a una práctica deportiva más segura en todas las instalaciones deportivas, en función de sus respectivas características.

- *Por otra parte, La Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía en su artículo 12 reconoce, entre otros, los siguientes derechos en el ámbito de la promoción de la salud, a la población en Andalucía: "i) A la información adecuada sobre la importancia de la actividad física y cómo llevarla a cabo sin riesgos y con el mejor aprovechamiento, y a disponer de planes de promoción de actividades físicas saludables; j) A la promoción, por las Administraciones públicas competentes, de espacios públicos que permitan realizar actividades físicas, deportivas o lúdicas, en condiciones de seguridad y accesibilidad en las ciudades y pueblos de Andalucía."*

En su artículo 41 se regula el Plan Local de Salud, que deberá abordar entre los contenidos mínimos los estilos de vida saludable (actividad física, alimentación equilibrada y lucha contra el tabaquismo) y los entornos saludables y estrategias sostenibles (escuelas, lugares de encuentro, ocio y paseo).

Por último nos gustaría destacar que en Cádiz, dentro del Plan Estratégico del Instituto Municipal del Deporte de Cádiz presentado en 2016 se incluye la línea estratégica 6.1-"Desarrollo de un plan estratégico de intervención médico-deportiva con programas y proyectos que valoren el deporte para todos y deporte salud en el servicio deportivo local". Este plan tiene como objetivos generales fomentar la práctica deportiva como hábito imprescindible dentro de un estilo de vida saludable y proteger la salud de la ciudadanía en su práctica deportiva. Para alcanzar el logro de estos objetivos se promueven acciones estratégicas orientadas a:

- *Promocionar la práctica de actividades físico-deportivas saludables (regular, segura y adaptada al estado de salud y condición física de las personas) en las diferentes etapas de la vida (menores, jóvenes, adultos, mujeres, mayores) con o sin patología diagnosticada y aquellas personas en riesgo de exclusión social.*
- *Proteger la salud de las personas en el uso de las instalaciones deportivas municipales, cuando participan en eventos deportivos (tanto espectáculos públicos como las actividades recreativas y deportivas organizadas por el*

Servicio Deportivo Local (IMD-Cádiz).

Se pretende desarrollar el Plan local de salud en la práctica deportiva por el Departamento de Medicina Deportiva del IMD-Cádiz. Para la elaboración e implantación de este Plan Integral de Actividad física, Deporte y Salud en el ámbito local se deben considerar los Grupos de Atención especial tal como vienen establecidos en la legislación vigente en materia de deporte.

Como objetivos específicos de este plan estratégico se abordan:

- *Implementar el Programa de Actividad Física Saludable en Edad Escolar – Deporte escolar del IMD-Cádiz.*
- *Promover la práctica deportiva saludable y segura entre la población infanto-juvenil con el Programa de AFS- Jóvenes deportistas.*
- *Promover la actividad física con el Programa de Actividad Física y Salud en el lugar de trabajo.*
- *Implementar las actuaciones del servicio deportivo local en relación a la práctica saludable de la mujer.*
- *Reestructuración del programa de actividades físico-deportivas para personas mayores Club de la Salud-Envejecimiento Activo.*
- *Implementar la labor desempeñada por el IMD-Cádiz en relación al programa de actividad física y salud en personas discapacitadas.*
- *Implementar la labor del Servicio Deportivo Local en personas en riesgo de exclusión social.*
- *Implementar el Plan Local de Instalaciones Deportivas con el Plan de Cardioprotección de Instalaciones deportivas municipales.*
- *Implementar el Plan Local de Instalaciones deportivas municipales con el Plan de Salubridad de Instalaciones deportivas municipales.*

- *Instaurar un Plan de Cobertura sanitaria de eventos deportivos organizados por el IMD-Cádiz.*
- *Mejorar la calidad asistencial y de atención sanitaria del Servicio Sanitario-Médico Deportivo.*

/// 6.7.2.4 NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN ANDALUZA Y DE CÁDIZ

Según los resultados de la última encuesta Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte la tasa de práctica deportiva para Andalucía en personas mayores de 15 años en el 2017 alcanza el 43,6%, resultado que supone un aumento de 1,2 puntos porcentuales en la participación deportiva desde 2012 (37,6%) y un incremento de seis puntos porcentuales respecto a 2007 (37,6%). Respecto a la frecuencia de práctica, del 43,6% que practican el 41,2 % lo realiza de forma regular (un incremento de dos puntos porcentuales frente al 2012) y el 2,4% de forma esporádica. Como aspecto destacado, el crecimiento en este período de la tasa de práctica femenina (+15,5 puntos) ha sido muy superior al de la tasa de práctica masculina (+6 puntos), de forma que la brecha de género se ha reducido a la mitad y se sitúa en torno a los 10 puntos porcentuales (48,9% hombres frente a 38,5% mujeres).

La provincia de Cádiz ocupa el cuarto puesto en tasa de práctica deportiva anual con un 44,8%, ligeramente superior a la media andaluza indicada previamente.

Entre la población que practica uno o más deportes, las modalidades más frecuentes son la gimnasia de mantenimiento, aeróbic, step, yoga, pilates, etc. (33,8%), el fútbol, fútbol 7 (15,9%) y el ciclismo (14,8%). Con respecto a los resultados que se obtuvieron en 2012, se consolida en primera posición la Gimnasia de mantenimiento, aeróbic, etc. con un aumento de cuatro puntos porcentuales, este hecho pone de manifiesto la creciente demanda de actividades físico-deportivas relacionadas con la salud, la recreación y el mantenimiento de la forma física. También cabe destacar el aumento que experimentan musculación (+5,2 puntos), en consonancia con una población cada vez más preocupada por el aspecto físico y Carrera a pie (+3,1 puntos), práctica que está ganando adeptos por ser un deporte económico, se puede hacer prácticamente

en cualquier sitio y tiene un fuerte componente socializador. Los resultados de la encuesta refleja un progresivo desplazamiento de los hábitos de la población hacia deportes o actividades deportivas con mayor carácter recreativo, en detrimento de aquellos que tienen naturaleza federativa, como el fútbol.

Los lugares de práctica deportiva más frecuentes entre la población andaluza son las instalaciones deportivas públicas (36,3%) y los lugares públicos (32,2%), aunque en ambos casos se ha producido un descenso con respecto a los resultados obtenidos en 2012. Aumenta de forma muy notable el porcentaje de población que hace uso de los gimnasios privados, 11,4 puntos porcentuales más que en 2012. La percepción del grupo de expertos que analizó los resultados de la encuesta destaca que practicar deporte hoy día está más desarrollado en el terreno privado que en el público, pudiendo generar este hecho una brecha entre quienes pueden costear el consumo de este tipo de actividades y quienes no lo pueden costear, por lo que se anima a la administración pública a tener un papel más activo en el fomento y puesta en marcha de actividades físicas y deportivas, principalmente en el sector de la enseñanza y el sanitario.

Entre los motivos que señalan los andaluces para practicar deporte, los que se dan con más frecuencia son los relacionados con la ejercitación (59,2%), el gusto por hacer deporte (43,7%) y la recreación (42,6%). Con respecto a los resultados obtenidos en 2012 no se detectan cambios importantes, aumenta la población que hace deporte por ejercitarse y los que lo hacen por motivos de salud. Según los resultados de la encuesta, tres de cada diez andaluces indican que en alguna ocasión su médico de cabecera le ha recomendado la práctica de alguna actividad físico-deportiva.

La práctica del paseo con el propósito de mejorar la forma física, continúa en ascenso entre la población andaluza. Según los datos obtenidos en la encuesta, siete de cada diez andaluces caminan con el propósito de realizar ejercicio físico, este resultado supone un incremento de casi tres puntos porcentuales con respecto a la tasa de práctica del paseo que se obtuvo en 2012 y demuestra que se trata de una práctica ampliamente establecida en nuestra comunidad y que va en aumento. La edad sí resulta un factor determinante, la tasa más alta se registra para la población con edades comprendidas entre los 45 y 65 años (77,6%). El 17,5% de los encuestados afirman que la utilizan como medio de transporte alternativo.

Entre la población que no hace deporte, el motivo más frecuente para no practicar es la falta de tiempo (43,2%), aunque es señalado por menos población que en la anterior encuesta (48,1%). Se mantiene el porcentaje entre los que indican que no les gusta (23,9%) y aumenta la población que alega motivos como la edad (20,4% en 2017 frente a 17,5% de 2012) o la salud (19,4% en 2017 frente a 14,6% en 2012) para no practicar. La falta de tiempo es el motivo más frecuente para no practicar en la población de menos de 65 años. Para la población mayor de 65 años las principales razones son la edad y la salud. Cabe destacar, por lo preocupante del dato, que el grupo de población más joven es el que señala con más frecuencia que no realizan deporte porque no les gusta y por pereza o desgana.

La ciudadanía ha señalado como principales causas que les impiden asentar un hábito cotidiano de práctica de deporte y/o actividad física, el cansancio físico y mental que las obligaciones domésticas o profesionales les producen, el desinterés absoluto por la práctica deportiva (aburrimiento), la conciliación laboral-familiar, motivos económicos y ausencia de unas infraestructuras adecuadas.

En cuanto a las motivaciones que les llevarían a iniciarse en hábitos deportivos y/o actividad física, se ha señalado principalmente la prescripción médica. En concreto, los jóvenes señalaron como factor que les motivaría a hacer deporte y/o actividad física, el hecho de que supondría una herramienta para socializarse con otros jóvenes.

Según los resultados de la encuesta Hábitos y actitudes de la población andaluza en edad escolar ante el deporte del 2016, el 56,5% de los escolares andaluces practican ejercicio de forma regular 3 o más veces a la semana, incrementando nueve puntos porcentuales respecto al 2011. La provincia de Cádiz ocupa con un 84,3% el quinto puesto en tasa de práctica deportiva (referida a porcentaje de población con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, que ha practicado deporte o actividad física al menos una vez al año, en horario no lectivo.) ligeramente inferior a la media andaluza situada en el 85,1%.

Si se diferencia entre práctica deportiva dentro y fuera del centro escolar, se observa que el porcentaje de escolares andaluces que practica deporte en el centro escolar, fuera de las horas de clase, experimenta un aumento de 13 puntos porcentuales con respecto a 2011, alcanzando el 41,5%. Por el contrario, la práctica deportiva fuera del centro escolar disminuye siete puntos porcentuales y se sitúa en torno al 80%. Entre los escolares andaluces que practican deporte, los deportes más frecuentes son

fútbol (49,1%), baloncesto (33,8%) y natación/actividades subacuáticas (30,9%). Con respecto a 2011, desciende la práctica de fútbol y aumenta la práctica de baloncesto y natación. Los escolares practican en primer lugar en las instalaciones de su ciudad o municipio, después en las instalaciones deportivas de un club, seguidas de los espacios urbanos. En Andalucía, el 44,2% de los escolares que practican deporte dicen pertenecer a un club deportivo y el 29,8% están federados, lo que supone un aumento desde 2011, de seis y cinco puntos porcentuales respectivamente.

Cuando se les pregunta por qué no practican deporte, los valores son muy dispares, hay que tener en cuenta que son muy pocos los alumnos que dicen no practicarlo, una de las principales razones es que no tienen tiempo, con 56,7%, valor ha aumentado en 14 puntos con respecto al valor que tenía esta opción en 2011, seguido por no les gusta hacer deporte con 47,8% que en 2011 alcanzó un valor similar con 51,2%.

Centrándonos ahora en los datos de Cádiz capital, se puede observar en la Figura 1, los centros que participan en el programa deporte escolar, según la información aportada por el departamento de actividades deportivas al Plan local de Acción en Salud en la ciudad de Cádiz. Este programa, que no tiene cuota o tasa de inscripción, se imparte en horario escolar en coordinación con los centros de enseñanzas y va dirigido al alumnado de 1º y 2º de primaria para la modalidad de natación y al alumnado de 3º y 4º de primaria para la modalidad de vela.

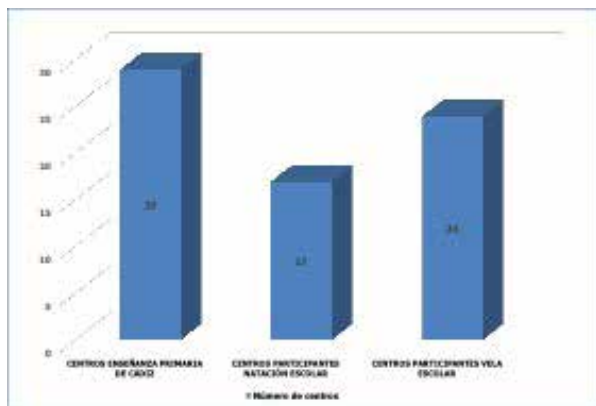


Gráfico 1. Número de centros de enseñanza primaria en Cádiz y número que participan en los programas de natación y vela escolar.

En los gráficos 2 y 3 se observan los resultados del Programa de Juegos Deportivos Municipales (Gráficos nº 2 y 3) que se imparte en horario extra escolar y va dirigido a población en edad escolar, de 6 a 17 años. La tasa de inscripción se fija según ordenanza fiscal. Se puede apreciar la baja participación de centros públicos en comparación a los centros privados.

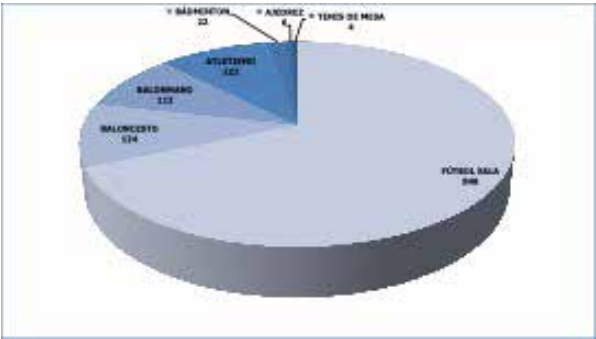


Gráfico 2. Distribución por modalidad deportiva de los 1.238 participantes en los juegos deportivos municipales Excmo. Ayuntamiento de Cádiz.

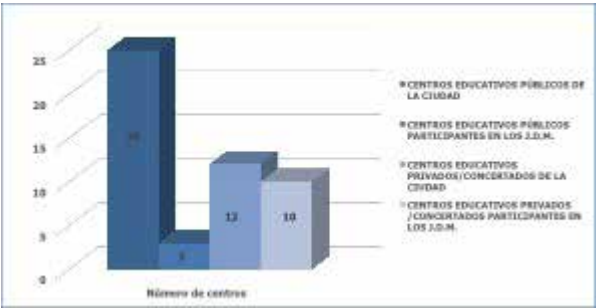


Gráfico 3. Número de centros educativos participantes en los juegos deportivos municipales, diferenciados por su carácter público o privado/concertado.

En el gráfico 4 se presenta la inversión económica destinada a cada modalidad de la convocatoria anual de subvenciones del Instituto Municipal de Deportes. Esta convocatoria se destina para desarrollar, organizar y / o participar en actividades físico-deportivas. Se convocan tres modalidades de subvenciones según el objeto:

1) Para actividades físicas-deportivas desarrolladas en playas; 2) Para actividades deportivas; 3) Para entidades participantes en competiciones oficiales deportivas; destacando por su cuantía la inversión destinada a esta modalidad.

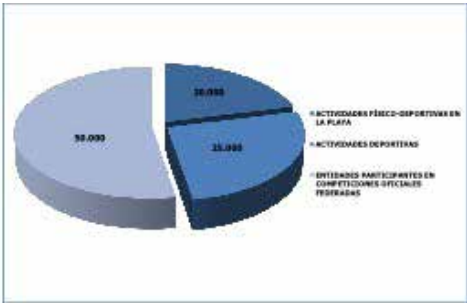


Gráfico 4. Cuantía económica en euros destinados a cada modalidad de la convocatoria anual de subvenciones del Instituto Municipal de Deportes.

En el Grafico 5 se presentan la distribución de horas cedidas para el uso de instalaciones deportivas en base a la convocatoria de la temporada 2018/2019. Se convocan tres modalidades de cesión: 1) Para entidades participantes en competiciones federadas; 2) Para entidades que realicen actividades de interés social; y 3) Para personas físicas o jurídicas (particulares, grupos de amigos y otras asociaciones), con un claro uso por parte del deporte federado frente a las otras dos modalidades.

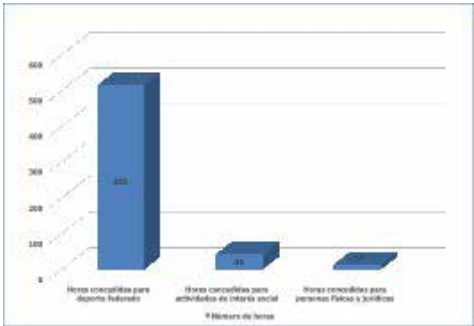


Gráfico5. Número de horas concedidas en instalaciones deportivas gestionadas por el Instituto Municipal de Deportes en la convocatoria de cesión de temporada o curso 2018 / 2019.

El departamento de medicina deportiva del Instituto Municipal de Deporte dirige el programa club de la salud-envejecimiento activo dentro del Plan Local de Salud en la Práctica Deportiva cuyas finalidades son: 1) Mejora de la salud, bienestar social y la calidad de vida de las personas mayores de Cádiz; 2) Promover la práctica de actividades físico-deportivas como hábito de vida saludable en los mayores; y 3) Facilitar el acceso a las Instalaciones deportivas municipales y su participación activa.

Dentro de este programa se ofertan las siguientes actividades físico-deportivas dirigidas y controladas por monitores deportivos contratados por empresa de servicios técnico-deportivos (Eulen):

- *Actividades acuáticas y/o natación. Dos sesiones a la semana de 45 minutos en horario de 8.15 a 9.00 y de 9.00 a 9.45 horas. Lugar: Piscina del complejo deportivo Ciudad de Cádiz (con bonobús gratuito para desplazarse a esta instalación deportiva) y piscina de Astilleros.*
- *Paseos-marcha. De lunes a viernes (5 sesiones / semana) de 1 hora de duración, en tres recorridos diferenciados (Centro Histórico, Paseo Marítimo-playa Victoria y Paseo de la Bahía-La Paz) por la ciudad acompañados de monitor. No se ha establecido límite de participantes, ya que acuden entre 20 y 40 personas.*
- *Gimnasia funcional. Dos sesiones semanales de 30 minutos de duración. Lugar: gimnasio complejo deportivo Ciudad de Cádiz se ofrecen en horario de 9.00 a 9.30 y 9.30 a 10.00 horas mientras que en las salas de gimnasia multifuncional de la piscina de Astilleros y el polideportivo El Náutico de 9.00 a 9.30 horas la capacidad/aforo está limitado a 20 – 25 personas por turno.*

Requisitos de admisión para participar son: 1.- Mayor de 65 años de edad. Empadronado de Cádiz; 2.- Haberse dado de alta en el Club de la Salud que implica disponer de Tarjeta deportiva municipal. Dado de alta por el Servicio Administrativo del programa; no presentar contraindicación para la práctica deportiva ofertada según la valoración del el Servicio Médico-deportivo del IMD.

Según la información aportada por el Departamento de Medicina Deportiva del Instituto Municipal de Deporte, en la temporada 2017-2018 participaron 505 personas

mayores en total; distribuidas entre actividades acuáticas-natación(414) con una participación más numerosa en el complejo deportivo Ciudad de Cádiz (312) frente a la piscina de Astilleros (102), le sigue la participación en la gimnasia funcional (174) siendo igualmente mayoritaria en el complejo (104) seguido de piscina Astilleros (50) e IDB El Náutico (20). Por último los en Paseos-marcha (97), donde en Paseo Marítimo y Barriada de la Paz rondan las 35-40 personas mientras que en el Casco Histórico son escasas las personas que acuden (19). En los gráficos 6, 7 y 8 se refleja la distribución en base a las instalaciones y las actividades, días de la semana y meses.

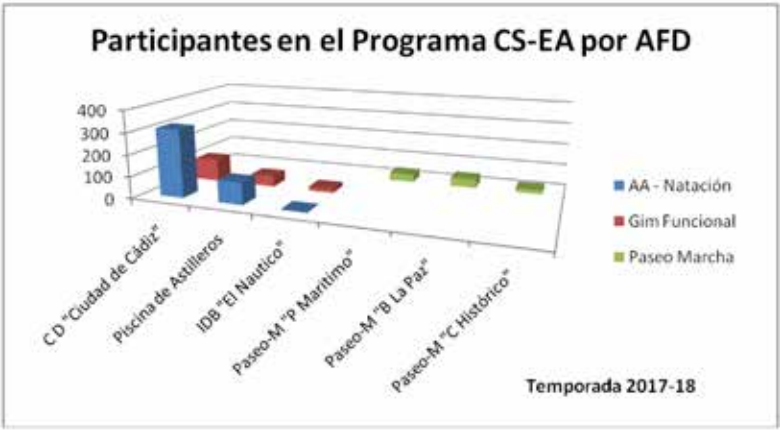


Gráfico 6.- Número de participantes por Actividades Físico-deportivas en el Club de la salud-Envejecimiento activo.

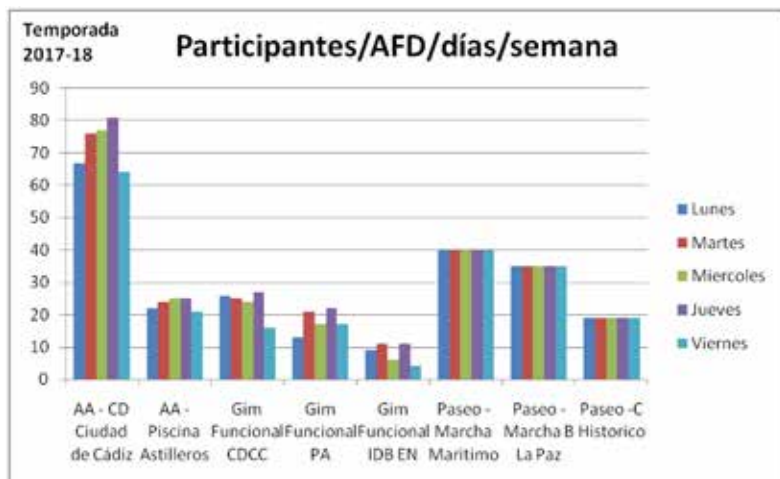
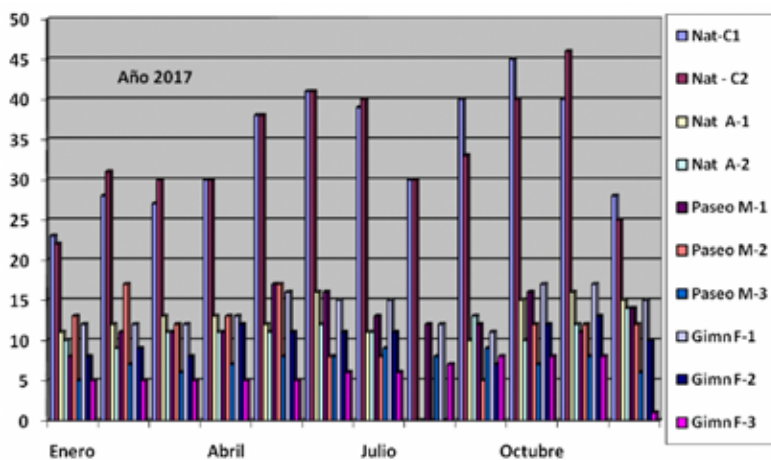


Gráfico 7.Participantes por Actividad Físico – deportiva según día de la semana.



Gráfica 8.Participación media-mensual de los usuarios en el Club de la Salud en el año 2017.

/// 6.7.2.5 CONCLUSIONES

Respecto a la Legislación en materia de salud y deporte en el ámbito local

- *Aún siendo muy extensa y mejorada tanto a nivel estatal como autonómico, con la entrada en vigor de la nueva Ley del Deporte de Andalucía 5/2016 de 19 de julio, queda pendiente todavía normativa de desarrollo en relación a la protección de la salud de los más jóvenes (deporte base) y los practicantes de actividad físico-deportiva en tiempo libre (deporte de ocio) y en pruebas deportivas populares, espectáculos públicos y actividades recreativas, específicamente en los reconocimientos médico-deportivos pre-participación y/o los requisitos mínimos en la cobertura sanitaria con dispositivos sanitarios asistenciales según la modalidad deportiva, número de participantes, condiciones ambientales, complejidad del evento, etc.*
- *Las normas y usos de las instalaciones deportivas municipales de la ciudad de Cádiz debieran actualizarse, al tener como marco jurídico de referencia la anterior Ley del Deporte en Andalucía 6/1998, de 14 de diciembre.*

Respecto a instalaciones deportivas

- *Se observa una falta de instalaciones de uso público en Cádiz intramuros, dado que las instalaciones existentes son en su mayoría de uso privado.*
- *En la zona Bahía hay mayor número de instalaciones deportivas de uso público y privado respecto a Cádiz intramuros y Cádiz Playa.*
- *El Plan Local de Instalaciones Deportivas de la ciudad de Cádiz no está elaborado y/o accesible desde la página de la Junta de Andalucía donde están disponibles los planes de los municipios de la Comunidad Autónoma.*
- *Los datos de las instalaciones registradas en el Inventario Andaluz de instalaciones Deportivas no están actualizados.*

- *Hay instalaciones deportivas de titularidad pública cerradas (Telegrafía y Francisco Blanca), limitando la oferta deportiva de actividades en dichas zonas.*
- *Varias instalaciones de titularidad municipal están en régimen de concesión a otras entidades, que ofertan actividades pero que no son accesibles para toda la población, sin conocerse ni la oferta que se realiza por dichas entidades ni la participación de la población en las mismas.*

Respecto a actividades deportivas

- *En el programa de Deporte Escolar participan 17 centros en la modalidad de natación y 24 en la modalidad de vela. Por tanto, 12 centros de la ciudad no participan en natación y cinco no participan en vela; al asumir todos los costes el I.M.D.; la variante más importante para que estos centros participen es de índole organizativa y de coordinación.*
- *La duración del programa de Deporte Escolar ha pasado de realizarse durante dos trimestres del curso escolar a un trimestre en las últimas ediciones. Asimismo, las modalidades ofertadas se han reducido de cuatro (natación, vela, atletismo, deportes de playa) a únicamente dos (natación y vela).*
- *Casi el 70% de los inscritos en el programa de Juegos Deportivos Municipales, participan en la modalidad de fútbol sala. En torno al 10% de los inscritos en la modalidad de baloncesto; con porcentaje similar las modalidades de atletismo y balonmano. Las modalidades de bádminton, tenis mesa y ajedrez apenas llegan al 2% y 1% respectivamente.*
- *A pesar del objeto del programa de acercar la práctica deportiva acentuando la participación en detrimento de rasgos competitivos, tanto por parte de la propia organización como de participantes, se dan elementos no concordantes al citado objeto, como que las modalidades convocadas se regulen por las normativas de las diferentes federaciones deportivas; así como la extrema importancia que se da por parte de delegados y entrenadores a las clasificaciones y recompensas (trofeos o medallas) a sus primeros clasificados.*

- *La participación de centros docentes en el programa de Juegos Deportivos Municipales se ha reducido considerablemente en los últimos 15 años. De los 25 centros educativos públicos de la ciudad, sólo participan en Juegos Deportivos Municipales tres de los mencionados.*
- *El 90,2 % de las horas de cesión de uso de temporada de instalaciones deportivas municipales se destina a deporte federado.*
- *El 52,6% del importe de la modalidad de subvenciones se destina a “entidades participantes en deporte federado”.*
- *El número de personas con licencia deportiva federada que son beneficiarios de la modalidad de subvenciones entidades participantes en deporte federado, así como de la modalidad de cesión de uso de temporada de instalaciones deportivas municipales deporte federado, es de 2.614; considerando que la población de la ciudad es de 118.048 personas (revisión del Padrón – 2016), representan solamente algo más de un 2% por ciento de la población.*

Respecto a coordinación entre los diferentes ámbitos competentes en materia de actividad física y salud

- *Falta de información respecto al nivel de conocimiento de los recursos deportivos disponibles actualizados, así como de la oferta deportiva por parte del personal sanitario.*
- *Falta de coordinación entre los sectores implicados en la salud y actividad física respecto a la información ofertada a la población así como de las acciones llevadas a cabo.*
- *Falta de información respecto al nivel de conocimiento por parte de la población de los servicios deportivos municipales y su oferta.*

/// 6.7.2.6 RECOMENDACIONES

En relación a instalaciones deportivas

- *Las instalaciones deportivas de centros docentes podrían utilizarse para su uso público en horario no lectivo.*
- *Dinamizar la puesta en uso de las instalaciones deportivas cerradas y acelerar los trámites de la puesta en funcionamiento de espacios deportivos municipales previstos en el Plan General de Ordenación Urbana.*
- *Se recomienda la mejora de la accesibilidad a todos los espacios deportivos públicos.*

En relación a actividades deportivas

- *Potenciar encuentros de evaluación y coordinación con los centros participantes en el programa Deporte Escolar, así como con los centros no participantes para estudiar las causas de su no participación y posibles fórmulas que faciliten su incorporación al programa.*
- *Introducir nuevas actividades en el programa Juegos Deportivos Municipales que no estén sujetas a normativas y reglas del deporte federado, más cercanas y acordes con la filosofía del deporte para todos.*
- *Realizar campañas divulgativas del programa Juegos Deportivos Municipales, así como encuentros con los centros educativos públicos de cara a fomentar su participación en las actividades del citado programa.*
- *Modificar la distribución de recursos (subvenciones y concesión de instalaciones), así como la diversificación de actividades deportivas subvencionadas, ya que se aprecia un desequilibrio entre los recursos destinados al deporte federado y los destinados a otro tipo de actividades física-deportivas de carácter no competitivo.*

- *Se recomienda incrementar el uso de los espacios naturales de Cádiz, así como la oferta de actividades físico-deportivas para disfrute de tiempo libre y ocio, especialmente durante el periodo estival.*
- *Se recomienda que las actividades ofertadas en instalaciones deportivas públicas no gestionadas directamente por el Instituto Municipal de Deportes, tengan carácter de acceso no restringido.*
- *Realizar campañas para dotar a la población de estrategias para incrementar el nivel de actividad física saludable así como para reducir el sedentarismo a todos los niveles (gestión del tiempo y descubrimiento de recursos disponibles).*
- *Campañas de visualización de los activos en materia deportiva disponibles para la ciudadanía.*

En relación a la coordinación entre los diferentes ámbitos competentes en materia de actividad física y salud

- *Crear una comisión compuesta por responsables de las diferentes administraciones competentes en el ámbito de la actividad física y la salud, así como por los respectivos colegios profesionales para facilitar el intercambio de información, así como la puesta en marcha de estrategias coordinadas para la promoción de actividad física en todos sus ámbitos de aplicación (comunitario, educativo, sanitario y deportivo).*

// 6.7.3 SOCIOEPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA CIUDAD DE CÁDIZ 2013-2017

AUTORES

Jonathan Ariza (voluntario), María Isabel Vargas (Proyecto Hombre) Juan Sebastián Verdugo (Centro de Tratamiento Ambulatorio de Cádiz. Diputación de Cádiz), José Manuel Martínez (Centro de Tratamiento Ambulatorio de Cádiz. Diputación de Cádiz), Luis Miguel Forja (Plan Municipal sobre Drogas y Adicciones. Ayuntamiento de Cádiz), Lola Callealta Lizan (presidenta Asociación Familiares Enfermos Duales (AFEDU) e Izaskun Bilbao (Agencia Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Junta de Andalucía).

/// 6.7.3.1 PRESENTACIÓN

Dentro del Plan Local de Salud de la ciudad de Cádiz y con la finalidad de elaborar un perfil de salud que sirva como punto de partida para el desarrollo de dicho plan, se ha reunido un grupo de profesionales que trabaja y está sensibilizado con los problemas de las adicciones, tanto a sustancias como comportamentales, para elaborar este dossier, que permita un acercamiento a la realidad de las mismas, tanto en el plano de la atención, como en el de la prevención.

Se inicia el documento con las conclusiones y propuestas elaboradas a partir del dossier que se presenta a continuación.

En el dossier, incluye una recopilación de datos obtenidos del estudio sobre los andaluces ante las drogas XIII³⁴, correspondientes al año 2015, sobre la prevalencia del consumo de sustancias en las diferentes provincias de Andalucía, lo que permite un análisis comparativo de dicha prevalencia.

34 <http://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78146.html>

Seguidamente, se presenta otro estudio sobre la población atendida por el Centro de Tratamiento Ambulatorio para las Adicciones de Cádiz, dependiente del Servicio Provincial de Drogodependencias, en el quinquenio comprendido entre 2013 y 2017.

También se incluye otro estudio con los perfiles de la población atendida por la asociación Proyecto Hombre, en el mismo periodo.

Documento sobre los Enfermos Duales.

También se aporta un documento con una relación de recursos que en la ciudad de Cádiz atienden a personas con problemas de adicciones o a familiares de estas.

Finalmente, se presenta otra relación de recursos que desarrollan actividades encaminadas a la prevención de las adicciones.

/// 6.7.3.2 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS:

Conclusiones del trabajo realizado

- *Las drogas más consumidas en la ciudad de Cádiz, son alcohol y tabaco, seguidas del cannabis (Hachís y Marihuana).*
- *En general los hombres son más consumidores que las mujeres en todas las sustancias salvo en lo que se refiere a tranquilizantes e hipnóticos.*
- *El consumo de alcohol de riesgo se encuentra más extendido en los jóvenes entre 21 y 24 años y el de tabaco diario entre los 25 a 34 años.*
- *La droga de curso ilegal percibida como más disponible es el cannabis.*
- *Por cada cinco personas con problemas de drogas que solicitan atención, cuatro son hombres y una es mujer.*

- *Existe una mayor dificultad para afrontar los problemas adictivos, cuando los padece una mujer que un hombre.*
- *El mayor porcentaje de personas que demandan atención por problemas con adicciones residen en la zona de Extramuros – Bahía, seguida de Intramuros y finalmente Extramuros – Playa.*
- *Los factores sociales, como la situación laboral, nivel de formación o la situación familiar influyen como factores de riesgo o de protección ante una posible problemática de adicciones.*

Propuestas al Plan Local de Acción en Salud de Cádiz

- *Que desde el Plan Local de Acción en Salud de Cádiz se contemple como un objetivo importante la prevención de las conductas adictivas, tratando de que todo lo que se diseñe y/o realice, dentro del Plan, contemple una perspectiva preventiva de las conductas adictivas (disminuir la oferta y la demanda).*
- *Aprovechar los recursos disponibles para las políticas de prevención universal orientándolas a la creación de un clima social que facilite la puesta en marcha de medidas del control de la publicidad, la venta de sustancias legales como el alcohol y el tabaco y facilite la normalización de los pacientes con problemas de consumo de drogas ilegales.*
- *Que se mejore y promueva la coordinación entre todos los activos de salud, que trabajen en el abordaje y prevención de las conductas adictivas.*
- *Es recomendable la normalización de la prestación de los servicios a través de la integración de todos los recursos en el Sistema Andaluz de Salud, más concretamente en la red de Salud Mental.*
- *Resulta imprescindible la puesta en marcha de políticas de disminución de riesgos (políticas que disminuyan la disponibilidad y la aceptabilidad de las drogas) y políticas de disminución del daño en los consumidores: Intensificar y diversificar los programas de mantenimientos, complementar programas orientados a la abstinencia con otros orientados a consumos de menos riesgos.*

- *Una propuesta clara para el Plan Local de Acción en Salud en Cádiz es que deben tenerse en cuenta los objetivos del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en los que aparece de forma expresa, el papel de los Planes Locales de Acción en Salud, dentro de la Prevención de las Drogodependencias y Adicciones con algunas estrategias preventivas señaladas. (Anexo I).*
- *Que el Plan Local de Acción en Salud, se convierta en un instrumento activo, útil y eficaz dentro del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.*
- *Que se contemple, y para nada se olvide, la perspectiva de género, en cualquier diseño o actividad que se realice, dentro del PLAS, tanto en el ámbito de la atención, como en el de la prevención de las adicciones.*
- *Crear un grupo de trabajo dentro del Plan Local de Acción en Salud, encargado de realizar todo lo anterior.*

Propuesta para el trabajo con mujeres con problemas de adicción

(El grupo de trabajo ha considerado muy importante especificar este conjunto de propuestas por su necesario conocimiento y priorización.)

En el trabajo de acompañamiento a personas con problemas de adicción es necesario realizar un abordaje de esta problemática desde una perspectiva de género.

Lo que podemos percibir cuando una mujer solicita tratamiento es que llegan con una gran carga emocional motivada por una serie de factores añadidos a la propia problemática de consumo.

- *Soportan mayor rechazo social y familiar.*
- *Suelen ocultar el problema, no demandando ayuda o retrasándola.*
- *Suelen tener mayores consecuencias sobre su salud física o mental.*

Las problemáticas laborales, legales y familiares con las que suelen llegar anexas al consumo, por regla general suelen vivirlas en solitario lo que dificulta la búsqueda de soluciones.

Para abordar los problemas de adicción en las mujeres y los problemas que le acompañan requieren tener a su disposición programas y recursos donde se les apoye y donde ellas sean el centro de la atención y la herramienta principal, su empoderamiento.

Para ello se proponen:

- *Realizar un trabajo en red donde se le pueda dar respuesta a las necesidades que presentan sin alargar los tiempos de espera.*
- *Contar con recursos donde poder realizar derivaciones.*
- *Poder disponer de alojamiento temporal, centro para mujeres.*
- *Contar con un entorno facilitador donde poder desarrollar una convivencia e iniciar un proceso de cambio y donde se fomenten todos los aspectos que les favorezcan en su desarrollo, acompañadas con por un equipo de profesionales.*
- *Terapia individual y grupal, mediante la que realizar un entrenamiento en el autocuidado y desarrollo de la vida diaria, talleres enfocados a la salud física y emocional, gestión del tiempo, formación, deporte, ocio....*
- *Hacer llegar ésta demanda al Ayuntamiento, área de la mujer, IAM, Diputación...*

AFEDU

Muestra su total conformidad y acuerdo a las propuestas elaboradas por las otras entidades del grupo motor de Salud y hace las siguientes propuestas a sumar a las anteriores:

- *Incrementar la perspectiva de género en los abordajes.*
- *Realizar acogidas y entrevistas a pacientes y/o familiares con estudio personalizado, diseño de propuestas de actuación para aumenta la probabilidad de adherencia a los tratamientos.*

- *Acompañamientos a pacientes y familiares, si es necesario, a los equipos de Salud Mental, Adicciones y órganos de justicia*
- *Realización de un estudio epidemiológico de las personas sin techo y posterior diagnóstico que facilite sus tratamientos, recuperación e integración*
- *Potenciar el trabajo en RED para una mejor respuesta a las necesidades y disminuir el tiempo de espera para ingresos en centros específicos.*
- *Grupos terapéuticos y de autoayuda tanto para los enfermos como para sus familiares.*
- *Atención específica a los hijos e hijas de los enfermos con Patología Dual.*
- *Talleres para las personas que han cumplido condenas con el objetivo de evitar reingresos. Ofrecer un espacio formativo donde trabajar la salud y autocuidado de manera holística y preventiva.*

/// 6.7.3.3 DOSSIER

//// RESUMEN

Los problemas relacionados con el consumo de drogas suponen un grave problema de salud pública. Constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y explican un porcentaje importante de enfermedad (morbilidad) y mortalidad.

Se revisa la realidad de la ciudad de Cádiz a través de indicadores disponibles (prevalencias del consumo, disponibilidad, percepción de riesgos, actividad asistencial y morbimortalidad asociada). Se hace una revisión narrativa en las principales fuentes de datos disponibles.

La mayor prevalencia en el consumo corresponde a las bebidas alcohólicas, el consumo diario de estas es el más frecuente junto con el del tabaco y la droga ilegal más consumida es el cannabis. Se está produciendo un incremento del

consumo diario de bebidas alcohólicas, feminizándose el consumo y los consumos problemáticos son muy llamativos en los sectores más jóvenes. El consumo diario de sustancias ilegales casi ha desaparecido, se ajusta más a patrones recreativos. El consumo de derivados del cannabis mantiene un aumento paulatino. El consumo en general se centra sobre todo en los hombres, salvo los tranquilizantes e hipnóticos, cuyo consumo va en aumento en mujeres. Las edades medias de inicio en los consumos son más bajas en los fumadores diarios y en los bebedores con patrón de riesgo, lo cual representa un cierto fracaso en las políticas prevencionistas. Se da mucho la asociación de beber en riesgo y fumar diariamente tabaco y derivados del cannabis.

Los problemas derivados del consumo de drogas y sus costes como lo señalan los indicadores de prevalencia del consumo de drogas, su carga de morbilidad y los datos asistenciales, representan un importantísimo problema de salud pública en la ciudad de Cádiz.

//// INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con el consumo de drogas suponen un grave problema de salud pública en todo el mundo. Constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y explican un porcentaje importante de morbilidad y mortalidad. Representan una carga de sufrimiento incalculable entre familiares, amigos, lugares de trabajo y sociedad en general, sin olvidar el sufrimiento individual. Se revisa la realidad de la ciudad de Cádiz a través de indicadores extraídos (prevalencias del consumo, disponibilidad, percepción de riesgos, actividad asistencial, morbilidad asociada y activos de salud) en las principales fuentes de datos disponibles: informes, memorias, encuestas poblacionales y estudios del Observatorio Español sobre Drogas (OED)³⁵, el Observatorio Andaluz sobre Drogas (OAD)³⁶, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y artículos publicados en las principales revistas sobre drogas en España. Igualmente se revisarán las memorias de diversas áreas ministeriales, consejerías andaluzas relacionadas con el problema de las drogas, de la

35 <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

36 <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/consejeria/organos-colegiados/62120.html>

//// PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE CÁDIZ 2008-2015

Datos obtenidos del estudio Los andaluces ante las drogas XIII, (2015).

Comenzamos exponiendo algunos datos, de ámbito autonómico, obtenidos del estudio realizado por el Plan Andaluz para las Drogodependencias, con el título de Los andaluces ante las drogas XIII, correspondiente al año 2015.

De este estudio hemos extraído unas tablas, con las prevalencias de los consumos de diferentes sustancias por provincias. Lo cual, nos permite hacer una comparación de prevalencia por provincias, para así ver cuál es la situación de la provincia de Cádiz, con respecto al resto de provincias de Andalucía.

Comenzamos exponiendo una tabla (Tabla 1) en la que pueden verse las prevalencias de consumo de tabaco diario por provincia.

Provincia	2015
Almería	37,5%
Cádiz	40,7%
Córdoba	32,9%
Granada	35,5%
Huelva	35,1%
Jaén	35,6%
Málaga	27,3%
Sevilla	36,4%

Provincia	2015
Andalucía	34,9%

Tabla 1. Prevalencia de CONSUMO DIARIO DE TABACO por provincia (2015)

Las mayores prevalencias se observan en las provincias de Cádiz (40,7%) y Almería (37,5%), mientras que las más reducidas corresponden a Málaga (27,3%) y Córdoba (32,9%).

Continuamos con otra tabla (Tabla 2) donde se recogen las prevalencias de consumo de alcohol de riesgo en cada provincia.

Provincia	2015
Almería	2,8%
Cádiz	3,8%
Córdoba	2,4%
Granada	2,8%
Huelva	2,1%
Jaén	1,3%
Málaga	1,4%
Sevilla	1,6%
Andalucía	2,2%

Tabla 2. Prevalencia de CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO por provincia (2015)

La prevalencia más elevada se detectó en la provincia de Cádiz (3,8%) y las más reducidas en Jaén (1,3%) y Málaga (1,4%).

A continuación (Tablas 3,4 y 5) se exponen y analizan las prevalencias del consumo de las diversas sustancias por provincia. Se ha incluido también una columna con los resultados obtenidos en toda la Comunidad Autónoma Andaluza, con el objetivo de que sirva como referencia del nivel de consumo en el conjunto de Andalucía.

	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Inhalables									
Alguna vez	0,8%	1,0%	0,7%	0,9%	1,8%	0,9%	0,7%	0,4%	0,7%
Últimos 12 m	0,3%	0,0%	0,6%	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%	0,1%
Últimos 6 m	0,3%	0,0%	0,4%	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%	0,1%
Último mes	0,2%	0,0%	0,4%	0,6%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%
Cannabis									
Alguna vez	30,0%	31,6%	32,7%	22,0%	37,2%	30,4%	23,7%	31,6%	28,2%
Últimos 12 m	10,0%	10,7%	11,2%	8,0%	12,0%	14,7%	5,0%	10,2%	9,3%
Últimos 6 m	9,0%	9,8%	9,7%	6,5%	10,9%	11,6%	4,7%	9,9%	8,2%
Último mes	7,9%	9,8%	8,4%	5,3%	10,4%	9,4%	4,3%	8,4%	7,1%
Hachís									
Alguna vez	24,8%	23,5%	28,5%	17,8%	27,6%	28,6%	20,1%	25,8%	24,2%
Últimos 12 m	8,2%	7,1%	9,1%	7,1%	8,4%	11,6%	4,0%	8,8%	8,1%
Últimos 6 m	7,5%	6,2%	8,2%	6,5%	7,4%	9,8%	3,9%	8,8%	7,6%
Último mes	6,5%	5,9%	7,6%	5,1%	6,3%	8,5%	3,2%	7,2%	6,6%

	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Marihuana									
Alguna vez	22,4%	24,8%	21,3%	16,9%	30,4%	20,4%	19,4%	23,8%	21,0%
Últimos 12 m	8,2%	9,8%	8,0%	6,0%	11,5%	10,7%	4,0%	7,8%	7,9%
Últimos 6 m	7,2%	8,8%	6,7%	4,8%	10,2%	8,4%	4,0%	7,6%	6,7%
Último mes	6,2%	8,5%	5,3%	4,5%	9,7%	6,6%	4,0%	6,2%	5,5%
Clorhidrato de Cocaína									
Alguna vez	7,6%	10,1%	8,8%	4,5%	10,4%	6,7%	5,4%	7,9%	6,6%
Últimos 12 m	1,5%	1,6%	1,9%	1,5%	2,3%	1,3%	0,7%	1,0%	1,4%
Últimos 6 m	1,1%	0,7%	1,7%	1,2%	2,0%	0,9%	0,7%	0,9%	0,7%
Último mes	0,8%	0,6%	1,5%	0,9%	1,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,6%
Cocaína base									
Alguna vez	1,7%	4,2%	1,1%	0,9%	2,8%	1,3%	1,4%	1,2%	1,6%
Últimos 12 m	0,2%	1,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Últimos 6 m	0,1%	0,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Último mes	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabla 3. % de prevalencias de consumo por provincia (1)

	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Anfetaminas/Speed									
Alguna vez	2,8%	4,6%	2,8%	2,7%	3,6%	2,2%	1,4%	2,3%	2,9%
Últimos 12 m	0,4%	0,6%	0,9%	0,0%	0,8%	0,4%	0,0%	0,1%	0,2%
Últimos 6 m	0,3%	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,4%	0,0%	0,1%	0,2%
Último mes	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
GHB									
Alguna vez	0,7%	1,3%	0,7%	0,3%	0,5%	0,0%	0,4%	0,4%	1,2%
Últimos 12 m	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Últimos 6 m	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Último mes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
MDMA									
Alguna vez	4,0%	2,9%	4,9%	2,4%	5,4%	5,4%	2,5%	3,5%	4,6%
Últimos 12 m	1,3%	0,3%	1,3%	1,2%	1,3%	0,9%	1,1%	1,7%	1,3%
Últimos 6 m	1,0%	0,3%	0,6%	0,9%	1,0%	0,9%	0,7%	1,6%	1,1%
Último mes	0,2%	0,0%	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,7%	0,0%	0,2%
Ketamina									
Alguna vez	0,5%	1,0%	0,2%	0,6%	1,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,7%
Últimos 12 m	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Últimos 6 m	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Último mes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Alucinógenos									
Alguna vez	3,2%	6,2%	2,8%	2,7%	5,6%	2,2%	2,2%	2,9%	2,3%
Últimos 12 m	0,3%	1,3%	0,2%	0,3%	0,8%	0,0%	0,4%	0,0%	0,1%
Últimos 6 m	0,2%	0,7%	0,2%	0,3%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Último mes	0,1%	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Heroína									
Alguna vez	0,8%	2,6%	0,2%	0,3%	1,3%	0,9%	0,7%	0,4%	0,7%
Últimos 12 m	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%
Últimos 6 m	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%
Último mes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Tranquilizantes con prescripción									
Alguna vez	22,7%	24,1%	24,3%	20,8%	33,4%	27,2%	23,7%	17,3%	19,6%
Últimos 12 m	12,4%	9,4%	12,5%	9,2%	16,0%	16,0%	12,5%	11,7%	12,8%
Últimos 6 m	10,9%	8,8%	11,0%	7,4%	13,0%	13,8%	10,0%	10,7%	12,0%
Último mes	9,1%	5,6%	9,1%	5,4%	10,0%	11,6%	9,3%	8,9%	11,0%

Tabla 4. % de prevalencias de consumo por provincia (2)

	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Tranquilizantes sin prescripción									
Alguna vez	2,1%	1,6%	3,2%	2,4%	4,3%	4,5%	1,4%	1,4%	0,6%
Últimos 12 m	0,9%	0,0%	1,1%	0,3%	2,5%	3,6%	1,1%	0,4%	0,4%
Últimos 6 m	0,7%	0,0%	0,7%	0,3%	1,8%	3,1%	0,4%	0,4%	0,1%
Último mes	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%	0,8%	2,6%	0,4%	0,0%	0,1%
Hipnosedantes con prescripción									
Alguna vez	7,7%	8,1%	8,0%	5,7%	9,9%	8,5%	6,8%	8,8%	6,1%
Últimos 12 m	4,8%	4,2%	4,9%	2,7%	5,9%	5,8%	4,3%	5,3%	4,6%
Últimos 6 m	4,5%	3,9%	4,5%	2,7%	5,6%	5,8%	4,3%	4,9%	4,2%
Último mes	4,0%	2,9%	3,7%	2,7%	4,3%	4,9%	4,3%	4,5%	4,2%
Hipnosedantes sin prescripción									
Alguna vez	0,9%	1,3%	1,7%	0,9%	1,8%	2,7%	0,4%	0,3%	0,0%
Últimos 12 m	0,6%	1,0%	1,3%	0,6%	1,5%	1,8%	0,4%	0,0%	0,0%
Últimos 6 m	0,5%	0,7%	0,9%	0,6%	1,3%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Último mes	0,2%	0,3%	0,2%	0,6%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Legal highs									
Alguna vez	1,0%	2,3%	0,7%	0,3%	0,8%	1,3%	1,8%	1,0%	0,8%
Base	3.600	307	535	337	393	224	278	694	832

Tabla 5. % de prevalencias de consumo por provincia (3)

Como se observa en las tablas las prevalencias de consumo más elevadas, en general, se detectan en las provincias de Granada, Almería y Cádiz.

En concreto, las prevalencias más altas de consumo de cannabis, se encuentran en Granada, Almería y Cádiz, seguida de Málaga. Córdoba y Jaén presentan las prevalencias más bajas de estas sustancias.

También el consumo de clorhidrato de cocaína presenta prevalencias más altas en Granada, Almería y Cádiz, en tanto que las prevalencias más bajas se encuentran en Córdoba y Jaén. En cuanto al consumo de cocaína base, la mayor prevalencia se obtiene en la provincia de Almería. Granada registra también el consumo más extendido de inhalables, seguida por Almería.

En cuanto al consumo de alucinógenos, se observa una mayor prevalencia en Almería y Granada mientras Sevilla, Huelva y Jaén tienen las prevalencias más bajas. Por el contrario, cuando se trata del consumo de ketamina, Sevilla tiene una de las mayores prevalencias junto con Granada.

En lo que se refiere a otras sustancias vinculadas a ambientes recreativos y de fiesta, como el MDMA se detectan prevalencias más elevadas en Huelva y Granada, seguidas de Cádiz y Sevilla. En cuanto al GHB presenta mayores prevalencias en Almería y en Sevilla.

El consumo de anfetaminas y speed aparece con mayor prevalencia en Almería y Granada, mientras que Jaén tienen las prevalencias más reducidas de este consumo. El reducido consumo de heroína que se detecta en la encuesta presenta sus niveles más elevados en Almería (2,6% alguna vez en la vida) y Granada (1,3% alguna vez en la vida). Las prevalencias más altas de consumo de tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica se encuentran en Huelva y Granada, seguidas por Cádiz.

En cuanto a las legal highs, sólo ha sido registrado su consumo experimental, encontrándose una prevalencia más elevada en Almería, seguida de Jaén y Huelva.

La tabla 6 muestra la evolución en el consumo al menos una vez en los últimos seis meses en toda Andalucía en donde queremos destacar: el aumento paulatino e importante del consumo de tranquilizantes e hipnóticos, aumento del consumo de cannabis acercándonos a las cifras de 1987, el consumo de tabaco se mantiene en

un tercio de la población y aunque pueda parecer que el consumo de riesgo bebedor abusivo disminuye, se debe fundamentalmente a que en 2009 se modificó el método para el cálculo de la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (el consumo de riesgo de alcohol en la actualidad está más presente en el grupo de edad de los 21 a 24 años y el de tabaco diario entre los 25 a 34 años)

	1987	1989	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2005	2007	2009	2011	2015
TRANQU.	6,7	7,1	7,5	7,0	6,2	4,8	5,3	3,5	1,6	1,9	4,7	5,7	10,9
HIPNÓTICOS	3,3	2,8	2,9	2,8	2,2	1,4	3,8	2,0	0,5	1,2	1,9	3,8	4,5
ANFETAMINAS	2,6	2,9	1,5	1,3	1,3	0,8	0,6	0,3	0,2	1,1	0,1	0,3	0,3
ANALG. MORF.	1,2	1,3	1,2	1,6	0,8	0,6	0,6	0,5	0,1	0,9			
CANNABIS	10,8	6,9	4,8	5,6	5,8	5,3	7,5	7,3	9,0	9,5	7,4	9,8	9,0
COCAINA	3,1	2,7	2,9	3,1	2,0	1,9	2,2	2,6	2,2	3,1	2,6	1,3	1,1
HEROÍNA	1,6	1,6	1,8	1,6	0,7	0,6	0,6	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
D. DISEÑO				1,3	1,6	0,9	1,5	1,2	0,6	1,5	0,6	0,7	1,0
ALUCINÓGENOS	0,9	1,1	0,4	0,6	0,8	0,7	0,4	0,5	0,3	1,0	0,1	0,2	0,2
CRACK						0,2	0,3	0,04	0,2	0,1		0,2	0,1
FUMA DIARI.	44			33,7	29,5	31,0	33,2	29,4	34,4	32,4	35,2	36,1	34,9
BEBEDOR ABUS.				9,5	7,8	6,5	7,8	6,4	5,9	5,1	2,3	2,3	2,2

Tabla 6. Evolución en el consumo al menos una vez en los últimos seis meses en toda Andalucía

/// OPINIONES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS, DISPONIBILIDAD Y CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS CON LOS CONSUMOS:

En el estudio Andaluz de 2015, se ha evaluado la percepción del riesgo y la disponibilidad de las drogas, asumiéndose que la percepción de un mayor riesgo está asociada a un menor consumo mientras que una mayor disponibilidad está relacionado con un mayor consumo.

La mayor percepción de riesgo se observa para el consumo de cocaína, heroína, MDMA y alucinógenos y el menor riesgo se aprecia para el consumo de cañas o copas en fin de semana así como el uso de tranquilizantes o pastillas para dormir una vez al mes.

Comparativamente entre los años 2009 y el 2015 destaca un aumento en la percepción de riesgo para el consumo de cinco o seis cañas cada día y una disminución en la percepción en fumar hachís una vez al mes o menos.

Entre los jóvenes de 21 a 24 años es menor la percepción de riesgos en el consumo de cannabis y la percepción de tomarse 5 o 6 cañas o copas el fin de semana. La menor percepción del riesgo de consumir diariamente tabaco la tienen las personas del grupo de edad entre los 16-20 años.

Sobre la disponibilidad se indica que entre las drogas ilegales el cannabis es la más accesible y la menos la Ketamina. Entre los menores de edad resulta fácil o muy fácil acceder a las bebidas alcohólicas, parecería indiscutible explorar estrategias que dificulten dicha accesibilidad como las propuestas en el Manifiesto Amfhora³⁷ : eliminación de toda publicidad de las bebidas alcohólicas, subidas de impuestos y reducción de los puntos de venta.

En general las mujeres presentan una mayor percepción de riesgos que los hombres.

Para conocer las principales conductas de riesgo realizadas por las personas consumidoras, se seleccionó a aquellas que habían consumido en el último mes y solamente a los menores de 30 años (estudio de 2011): El 75,5% reconoce que nunca ha conducido tras el consumo de cualquier sustancia, el 38% se han desplazado sabiendo que el conductor había consumido. El 51% de hombres y el 41% de mujeres reconocen haber tenido relaciones sexuales en el último año sin preservativos tras el consumo. Casi el 15% de los hombres ha participado en peleas en el último año tras haber consumido sustancias.

Sobre las actitudes y las percepciones sobre las actuaciones en materia de drogas y adicciones, el 52% (ha descendido con respecto a 2011 que era cercano al 54%) de la población se siente bastante o muy informada. Es la población de 16 a 20 años la

37 amphoraproject.net/w2box/data/.../Spain/AMPHORA_Manifiesto_Spain.pdf

que se percibe como mejor informada. Las fuentes de información más utilizadas para saber de drogas son internet, seguido de las amistades y el uso de los medios de prensa.

En cuanto al tipo de asistencia que las personas entrevistadas consideran más adecuada en caso de presentar un problema de adicciones, el recurso más mencionado son los Centros de Drogodependencias (43,3%) y en segundo lugar los Médicos de Familia en los Centros de Salud.

El 50,8% de los encuestados está en desacuerdo o muy en desacuerdo con que se regularice legalmente el consumo de cannabis y el 87,1% en la regularización de todas las drogas. Contrariamente a estudios anteriores se observa una tendencia general desfavorable a la permisividad del uso de drogas en el ámbito privado.

//// DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CÁDIZ 1 DE ENERO DE 2013 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2017

Estudio sobre la población residente en la ciudad de Cádiz, que han recibido atención en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para las Adicciones de Cádiz, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017.

Descripción del Estudio

A continuación exponemos conclusiones obtenidas de una base de datos, extraída del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), con todas las personas que han recibido atención en el Centro de Tratamiento Ambulatorio para las Adicciones de Cádiz (en adelante CTA de Cádiz), en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017.

A esta base de datos, aplicamos un filtro, y dividiremos a la población según su domicilio en el momento de iniciar la demanda de tratamiento.

Una vez obtenida esta población diana, se le ha aplicado un paquete estadístico, que nos ha aportado una información, que expondremos en este estudio.

Población atendida/ Población diana

En el CTA de Cádiz, entre el 01 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017, ha sido atendida una población de 2708 personas, con problemas de adicciones (a sustancias o comportamentales). De los cuales 1071 siguen activos hoy en día. Si comparamos los datos con el anterior estudio, realizado desde el 01 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015, vemos que los datos son muy similares, en este periodo se atendieron un total de 2746 personas.

Situación geográfica

Para poder realizar una comparativa de la ciudad, se ha dividido los usuarios/as en cuatro grupos. El primer grupo recoge a las personas residentes en el casco histórico de Cádiz, a este grupo se le llamará grupo de Intramuros. El segundo grupo, llamado grupo de Extramuros-Playa se encuentran las personas residentes desde la zona del Paseo Marítimo hasta la Avenida Juan Carlos I. El tercero abarca desde la avenida Juan Carlos I hasta la Barriada de la Paz, se nombrará como Extramuros-Bahía. Por último, se ha clasificado a las personas que han sido atendidas por el CTA pero no residían en la ciudad y a las personas sin hogar.

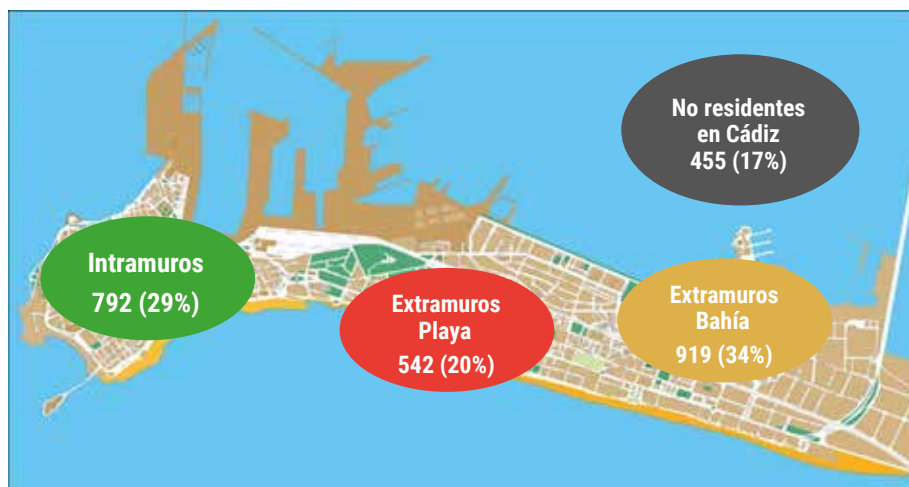


Gráfico 1: Imagen Mapa de la distribución de los usuarios del CTA de Cádiz.

La zona que más usuarios/as presenta es la zona de Extramuros- Bahía, con un total de 919 personas, suponiendo el 34% de la población atendida. En segundo lugar, se encuentra la zona de Intramuros, con 792 ciudadanos (29%). La zona que menos usuarios presenta es la zona de Extramuros-Playa, con 542 beneficiarios del los servicios del CTA de Cádiz, suponiendo el 20 % de las personas atendidas. Por último, nos encontramos con 455 personas que no residían en Cádiz o no tenía vivienda donde poder vivir.

Sexo

De las 2708 personas que el CTA atendió durante el 01 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2017, 2189 eran hombres (80,83 %) y 519 eran mujeres (19,16%).

Si desglosamos los datos por las zonas en la que hemos dividido la ciudad, los datos son muy parecidos:

- *Intramuros: 624 hombres (78,78 %) y 168 mujeres (21,22).*
- *Extramuros-Playa: 450 hombres (83 %) y 92 (17%).*
- *Extramuros-Bahía: 758 eran hombres (82,48 %) y 74 eran mujeres (17,51 %).*
- *Grupo PSH o no residentes en Cádiz: 171 hombres (78,46 %) y 46 mujeres (21,53%).*

Como puede observarse, existe una gran diferencia entre el número de hombres y de mujeres que reciben atención en el CTA de Cádiz. Encontramos a una mujer cada cuatro hombres, y estos datos se mantienen aunque dividamos a la población según su situación geográfica.

Vía de acceso	Intramuros	Ext-playa	Ext-Bahía	PSH o No Residentes	Total
Empresa o empleador	2		3	4	9
Familiares o amigos	106	97	133	86	422
Hospital , otro servicio de salud	44	29	32	17	122
Iniciativa propia	309	226	370	198	1103
Orden judicial	2	2	2	1	7
Médico general, atención primaria de salud	48	50	73	25	196
Movimiento asociativo	13	5	8	13	39
Otro servicio de CTA	9	4	9	8	30
Prisión, centro reforma o internamiento cerrado para menores	30	13	51	16	110
Salud Mental	6	4	8	10	28
Servicios de educación	2	5	4	1	12
Servicios legales o policiales	62	33	90	21	206
Servicios sociales	44	17	31	9	101
Desconocido	97	50	87	34	268
Otras formas	19	7	18	11	55
Total	792	542	919	455	2708

Tabla 7. Vía de acceso al Centro de Tratamiento Ambulatorio de Cádiz

Los usuarios/as del CTA de Cádiz pueden acceder a nuestro centro de múltiples formas (Ver Tabla 7). La más común y la más importante para poder superar un problema de adicción es tener iniciativa propia para salir de la situación de dependencia a una sustancia o a un comportamiento. En el segundo nivel, nos encontramos con los familiares y amigos, por supuesto forman un pilar fundamental para que la persona no se sienta sola durante el proceso.

Muchas veces se puede acceder mediante la derivación de otros servicios sanitarios, como pueden ser hospitales, médicos generales, Salud Mental o la derivación de otros servicios movimientos sociales.

También se atienden a personas derivadas por los servicios policiales o legales, por órdenes judiciales...; en estos casos, el usuario/a carece en la mayoría de los casos de voluntad para cambiar su situación.

Nivel de formación	Intramuros	Extramuros-Playa	Extramuros-Bahía	PSH o No residentes	Total
No sabe ni leer ni escribir.	6		5	4	15
Enseñanza primaria incompleta.	115	50	158	66	389
Enseñanza primaria completa.	234	116	321	125	796
E.S.O. Completada.	211	137	206	92	646
Bachiller o ciclo formativo de grado medio.	100	106	104	76	386
Ha finalizado estudios superiores.	32	75	20	51	178
NS/NC	94	58	105	41	298
Total	792	542	919	455	2708

Tabla 8. Nivel de formación

La tabla 8 muestra como las zonas de Intramuros y Extramuros-Bahía, las dos zonas con más usuarios/as del CTA de Cádiz, también poseen el nivel de formación más bajo de la ciudad. Cabe destacar que existe un gran número de personas que sólo cuenta con la formación primaria y en otros muchos casos, los pacientes no llegan a tener dicha formación. Por el contrario, la zona con menos usuarios, Extramuros-Playa, cuenta con un nivel de formación superior. Una vez más se demuestra que la formación académica es fundamental para poder evitar problemas de adicciones.

Situación laboral principal en el momento de la admisión	Intramuros	Ext-Playa	Ext-Bahía	Otros	Total
Con relación laboral, contrato indefinido o autónomo	78	89	95	72	334
Con contrato o relación laboral temporal	58	45	70	39	212
Parado. No habiendo trabajado antes	57	40	58	25	180
Parado. Habiendo trabajado antes	337	198	419	182	1136
Incapacitado permanente, pensionista	90	59	98	61	308
Estudiando u opositando	43	49	63	27	182
En otra situación/ Desconocida	129	62	116	49	357
Total	792	542	919	455	2708

Tabla 9 Situación laboral en el momento de la admisión

La formación académica es fundamental a la hora de poder encontrar empleo, por esta razón las dos zonas de mayor número de usuarios y peor nivel de estudios,

Intramuros y Extramuros-Bahía vuelven a ser las zonas con más desempleo y con contratos más precarios. Una vez más, se nota la necesidad de mejorar la educación de estas personas, con ello se podrá optar a un empleo mejor y a evitar caer en una adicción (Ver tabla 9)

Droga principal o comportamiento adictivo sin sustancias por el que es admitido a tratamiento, según Plan Nacional	Intramuros	Ext-Playa	Ext-Bahía	Otros	Total
Juego Patológico	20	10	22	28	80
Conductas adictivas distintas a juego	2	3	4	5	14
Otros opioides	25	19	30	16	90
Rebujao	75	26	100	59	260
Estimulantes sin especificar			1		1
Cocaína	142	89	155	80	466
Anfetaminas	1	2		2	5
Heroína	66	34	108	40	248
MDMA (éxtasis) y otros derivados	5	2	2	2	11
Tabaco	6	13	9	10	38
Hipnóticos y sedantes	3	3	6	2	14
Sustancias volátiles	1			1	2
Cannabis	130	109	176	44	459

Droga principal o comportamiento adictivo sin sustancias por el que es admitido a tratamiento, según Plan Nacional	Intramuros	Ext-Playa	Ext-Bahía	Otros	Total
Alcohol	204	171	216	126	717
Benzodiacepina	18	10	13	8	49
Desconocidos	94	51	77	32	254
Total	792	542	919	455	2708

Tabla 10. Adicciones por la que demandan atención

La tabla 10 recoge las sustancias o comportamientos por los que se han admitido a tratamiento a los usuarios del CTA de Cádiz. Como sustancia predominante encontramos al alcohol, siendo la sustancia más atendida en las tres zonas de Cádiz. Como segunda sustancia más demandada, vemos a la heroína, ya sea consumida sola o mezclada con cocaína, lo que se conoce como rebujao. La cocaína es otra de las sustancias junto al cannabis más demandada. Sobre todo, en Intramuros y Extramuros- Bahía.

Sin embargo, no es habitual que los pacientes demanden ayuda para dejar de fumar tabaco, o para dejar de consumir benzodiacepina o MDMA. Por el contrario, cada vez más se atiende a personas con problemas comportamentales, como el juego patológico o la adicción al sexo o al teléfono móvil.

Como conclusión podemos decir que en Cádiz, predominan los usuarios que pretenden dejar de consumir en primer lugar, alcohol, seguido de la heroína (ya sea sola o mezclada con cocaína), y por último, encontramos los consumidores de cannabis y cocaína.

Situación de convivencia	Intra-muros	Ext-Playa	Ext-Bahía	PSH o No residentes	Total
Con familiares o amigos	11	6	7	11	35
Con pareja e hijo/a	127	83	170	85	465
Familia de origen	263	230	394	122	1009
Solo/as	139	55	78	70	342
Instituciones Penitenciarias	26	11	40	15	92
Únicamente con hijo/as	89	83	90	72	334
Otros	48	20	52	41	161
Desconocidos	89	54	88	39	270
Total	792	542	919	455	2708

Tabla 11.Situación de convivencia

Como podemos observar (Ver tabla 11), existe una mayoría de usuarios/as que viven con sus familias de origen, varios de los factores que explican esta situación, son la falta de formación y la carencia de empleo. Existen también muchos casos de personas que conviven con su pareja y su hijo/a y también tienen problemas de adicciones.

Desde el CTA de Cádiz se atiende a pacientes que reciben en instituciones penitenciarias, aunque el número no es muy elevado.

//// CONCLUSIONES GENERALES

El Centro de Tratamiento Ambulatorio de Cádiz, atendió entre los años 2013-2017, a un total de 2.708 personas, de las cuales siguen activas 1.071. El 80,83% eran hombres y el 19,17% restante mujeres.

La forma más común de ingresar en nuestro centro, es por iniciativa propia, factor fundamental para superar un proceso de adicción. También es habitual que la familia o los amigos/as empujen al paciente para que se trate.

La zona de Extramuros-Bahía agrupa a una concentración mayor de usuarios, seguido de la zona de Intramuros.

Estas dos zonas coincide con un nivel de formación más bajo y por la tanto, una mayor tasa de desempleo o de trabajos precarios.

Las sustancias más atendidas son el alcohol, los opiáceos y la cocaína. A su vez son las drogas que más muerte tienen asociadas.

Estudio sobre la población residente en la ciudad de Cádiz, que han recibido atención en Proyecto Hombre, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017

En Proyecto Hombre, sede de Cádiz desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017, se atienden a un total de 126 personas con problemas de adicción con sustancias o problemas de comportamiento (Ver tabla 12).

Las 126 personas usuarias residen en las tres zonas que ha sido dividida la ciudad de Cádiz para su estudio (ver tabla 13):

- *Intramuros: 31 (25%)*
- *Extramuros Bahía: 52 (41%)*
- *Extramuros Playa: 43 (34%)*

En la sede de Cádiz se atienden además durante ese periodo a un total de 189 personas que no residen en Cádiz capital.

En los distintos centros penitenciarios, Puerto I, Puerto II, Puerto III y Botafuegos se atienden a un total de 178 personas internas.

La zona que más usuarios/as presenta es la zona de Extramuros- Bahía, con un total de 52 personas, suponiendo el 41,26% de la población atendida. En segundo lugar, se encuentra la zona de Extramuros-Playa, con 43 usuarios/as (34,12%) y por últimos la zona de Intramuros con un total de 31 personas, suponiendo el(24,6%)

Sexo

De las 126 personas que se han atendido en Proyecto Hombre desde el 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2017, 108 son hombres (86%) y 18 son mujeres (14%).

Datos por zonas en la que se ha dividido la ciudad:

- *Intramuros: 27 hombres (87 %) y 4 mujeres (13%).*
- *Extramuros-Playa: 37 hombres (86 %) y 6 mujeres (14%).*
- *Extramuros-Bahía: 44 hombres (85 %) y 8 mujeres (15 %).*

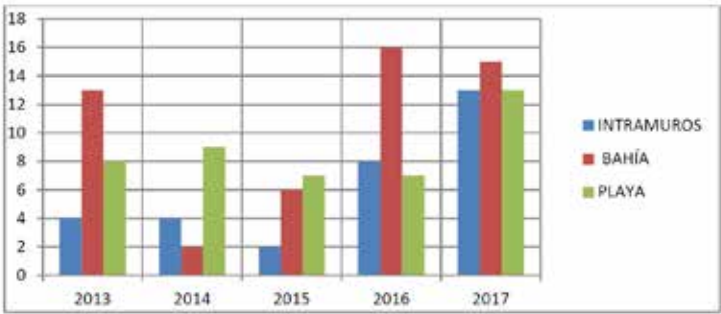


Tabla 12. Evolución del número de personas atendidas.

	2013	2014	2015	2016	2017	INTRAMUROS	EXTRAMUROS- BAHÍA	EXTRAMUROS- PLAYA	
Hombres	23 (92%)	12 (86%)	11 (77%)	26 (90%)	34 (83%)	27 (87%)	44 (85%)	37 (86%)	108 (86%)
Mujeres	2 (8%)	2 (14%)	4 (23%)	3 (10%)	7 (17%)	4 (13%)	8 (15%)	6 (14%)	18 (14%)
TOTAL	25	14	15	31	41	31	52	43	126

Tabla 13. Perfil de las personas atendidas.

La demanda de tratamiento por sustancias en Proyecto Hombre

Como sustancia predominante encontramos la cocaína (29%), siendo la sustancia por la que se solicita más atención en las tres zonas de Cádiz. Como segunda sustancia más demandada es la mezcla heroína+cocaína conocido como rebujao (21%). Cannabis (19%). Alcohol (14%). Heroína (10%) y por último uso abusivo a internet, móviles (4%).

La cocaína es la sustancia más demandada tanto en Extramuros-Bahía como en Extramuros-Playa. En Extramuros-Bahía es la zona por la que se solicita atención por la mayoría de las sustancias, incluyendo la adicción a internet y móviles, exceptuando el alcohol que es la sustancia por la que se demanda tratamiento en Intramuros (Ver tabla 14)

DEMANDA	2 9 1 3	Intra- muros	Bahía	Playa	2 9 1 4	Intra- muros	Bahía	Playa	2 6 1 6	Intra- muros	Bahía	Playa	2 9 1 6	Intra- muros	Bahía	Playa	2 9 1 7	Intra- muros	Bahía	Playa
Cocaína			1 (4%)	3 (12%)		1 (7%)	1 (7%)	3 (18%)		1 (6.6%)		1 (6.6%)	2 (6.9%)		2 (22.8%)	3 (19%)		4 (19%)	5 (12%)	5 (12%)
Alcohol			2 (8%)	1 (4%)			1 (7%)					1 (6.6%)	5 (19%)					4 (18%)	1 (2%)	3 (7%)
Heroína			1 (4%)	1 (4%)		1 (7%)	1 (7%)		1 (6.6%)	4 (27.3%)		1 (6.6%)			1 (3%)			1 (2%)	1 (2%)	
Heroina+cocaína (Rebujao)		1 (4%)	2 (8%)	1 (4%)			2 (14%)			1 (6.6%)	1 (6.6%)	1 (3%)	4 (19%)	3 (19%)			3 (7%)	3 (21%)	1 (2%)	
Cannabis		3 (12%)	7 (28%)	2 (8%)		2 (14%)			1 (6.6%)	2 (12.2%)		2 (6.9%)	1 (3%)		1 (2%)		1 (2%)			1 (2%)
Otras drogas										1 (6.6%)										
Juego Patológico																				2 (8%)
Otras Adicciones sin sustancia (Móvil, Internet)							1 (7%)						2 (6.9%)					1 (2%)	1 (2%)	

Tabla 14. Demanda de tratamiento por sustancias.

La edad media de las personas usuarias por sustancias que solicitan tratamiento en Proyecto Hombre

Las personas que solicitan ayuda para abandonar el consumo de la cocaína tienen una media de edad de 34 años, con adicción al alcohol 44 años, al rebujo 32 años, al cannabis 19 años y por último las personas usuarias que han solicitado ayuda por abuso a las TICs tienen una media de edad de 20 años (Ver tabla 15).

EDAD MEDIA DEL USUARIO POR SUSTANCIA O ADICCIÓN																
	2013	Intra-muros	Bahía	Playa	2014	Intra-muros	Bahía	Playa	2015	Intra-muros	Bahía	Playa	2016	Intra-muros	Bahía	Playa
Cocaína			45	31		34	35	29		36		30		30	35	31
Alcohol			33	31				56				34		43		44
Heroína			29	49		63	31			43	35	43		38		47
Heroína/Coc-rebujó		35	30	21				34		52	35	40		34	30	25
Cannabis		17	17	18		16		21		17	18				34	14
Otras drogas										37				23	20	
Juego																44
Otras Adicciones sin Sustancias								17						22		18

EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO O ADICCIÓN																
	2013	Intra-muros	Bahía	Playa	2014	Intra-muros	Bahía	Playa	2015	Intra-muros	Bahía	Playa	2016	Intra-muros	Bahía	Playa
Cocaína			20	16		17	17	20		17		17		16	18	20
Alcohol								24				15		12		14
1er consumo Heroína			16	16						19	20	19		16		15
Heroína y "Rebujó"		16	22	18				25		18	20	16		25	19	25
Cannabis		14	14	15		11		15		15	14			12	13	11
Juego																21
Otras Adicciones sin Sustancias								18						14		12
Otras drogas										26						20

Tabla 15

Situación laboral

Las zonas donde se recogen mayor número de personas desempleadas son en Extramuros-Bahía y Extramuros-Playa (Ver tabla 16).

	2012	Intra-muros	Bahía	Playa	2013	Intra-muros	Bahía	Playa	2014	Intra-muros	Bahía	Playa	2015	Intra-muros	Bahía	Playa	2016	Intra-muros	Bahía	Playa
Parado		1 (4%)	0 (24%)	5 (20%)			1 (7%)	4 (20%)		2 (13.3%)	5 (30.3)	5 (33.3)		7 (22.5%)	8 (20%)	4 (13%)		8 (19.5%)	10 (24.3%)	4 (10%)
Trabajando Contrato indefinido o autónomo			1 (4%)	1 (4%)			1 (7%)				1 (6.0%)	5 (6.0%)		1 (5.0%)	6 (19.3%)	2 (6.5%)		1 (2%)	1 (2%)	4 (10%)
Con contrato temporal								1 (7%)								1 (3.5%)			3 (7%)	4 (10%)
Estudiando		2 (8%)	1 (4%)			2 (14%)		2 (14%)			1 (6.0%)					1 (3.0%)			1 (3%)	1 (3%)
Circa		1 (4%)	5 (20%)	2 (8%)			1 (7%)													
Raja Laboral																1 (3.0%)				
Pensionista						2 (14%)												1 (3%)		

Tabla 16. Situación laboral.

Nivel de estudios

Con respecto al nivel de estudios, en las zonas de Intramuros y Extramuros-Bahía es en las que se recoge un nivel bajo de formación académica. De 47 personas usuarias, 40 no han finalizado estudios primarios y corresponden a estas dos zonas (ver tabla 17).

	2012	Intra-muros	Bahía	Playa	2013	Intra-muros	Bahía	Playa	2014	Intra-muros	Bahía	Playa	2015	Intra-muros	Bahía	Playa	2016	Intra-muros	Bahía	Playa
Primarios o inferior no finalizado		11 (44%)	0 (36%)	3 (12%)		2 (14%)	1 (7%)					1 (6.0%)				5 (16%)		8 (14.6%)	7 (21%)	2 (5%)
Finalizado educación primaria		1 (4%)	3 (12%)	2 (8%)		2 (14%)	1 (7%)	3 (11%)				3 (20%)		2 (12.3%)		4 (12%)		2 (5.5%)	1 (3.0%)	1 (2%)
Graduado Escolar o E.S.O		1 (4%)		2 (8%)		1 (7%)	3 (21%)					1 (6.0%)	2 (13.3%)	3 (20%)		2 (6.3%)	5 (16%)	4 (13%)	2 (6%)	6 (14.8%)
Bachiller Superior o P.P.			1 (4%)	1 (4%)			2 (14%)					1 (6.0%)	1 (6.0%)		2 (6.5%)	3 (9%)	1 (3.0%)		1 (2%)	2 (5%)
Estudios Universitarios														1 (6.0%)		1 (3.0%)		1 (2%)		2 (5%)
Desconocido																				

Tabla 17. Nivel de estudios.

Convivencia familiar

El 70% de las personas usuarias conviven con la familia de origen y el 21% con familia propia (ver tabla 18).

	1 0 1 2	1 0 1 3	2 0 1 6	2 0 1 8	3 0 1 5	3 0 1 7	3 0 1 8	4 0 1 5	4 0 1 7	4 0 1 8	5 0 1 7	5 0 1 8	6 0 1 7	6 0 1 8	7 0 1 8
	Intra- muros	Bahía	Playa	Intra- muros	Bahía	Playa	Intra- muros	Bahía	Playa	Intra- muros	Bahía	Playa	Intra- muros	Bahía	Playa
Con Familia de Origen	3 (12%)	11 (44%)	7 (28%)	2 (8%)	1 (4%)	6 (23%)	1 (4%)	5 (20%)	4 (16%)	5 (20%)	6 (24%)	5 (20%)	11 (44%)	9 (36%)	8 (32%)
Con Familia Propia	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)	2 (8%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)	3 (12%)	1 (4%)	6 (24%)	2 (8%)		4 (16%)	3 (12%)
Solo		1 (4%)													
Con Amigos Otros													1 (4%)		
Otras Situaciones Cárcel Albergue							1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)	2 (8%)	3 (12%)		1 (4%)	2 (8%)	2 (8%)

Tabla 18. Convivencia familiar.

//// MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE DROGAS 1 DE ENERO DE 2013 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2017

Se estima que en la población europea, dentro de los diez principales factores de riesgo de morbilidad se encuentran el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales; morbilidad que es evitable o prevenible con correctas políticas de Salud.

Del SIPASDA³⁸ podemos extraer algunas cifras sobre morbilidad en la ciudad de Cádiz:

Durante los años 2013-2017 (ver tabla 19) se han registrado un total de 81 muertes (78% en hombres), de las cuales 46 (57%) estaban relacionadas con el consumo de opioides (Heroína, Rebuja, Metadona y otros) y 24 (30%) con el de BA (Bebidas Alcohólicas), esto supone una mortalidad anual cercana al 1,5% de los pacientes (unos 13 fallecidos por año).

38 Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. www.sipasda.info.

Las zonas con más usuarios fallecidos son la zona de Intramuros y la zona de Extramuros-Bahía, con un total de 26 y 27 casos. Las dos sustancias más atendida por los profesionales del CTA de Cádiz, coinciden con las sustancias más consumida por los fallecidos. El 57% estaban relacionadas con el consumo de opiáceos y 30% con el consumo de bebidas alcohólicas.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	P	n	P	n	P
Alcohol	17	20,99 %	7	8,64 %	24	29,63 %
Benzodiacepina. Bromacepam	1	1,23 %	0	0,00 %	1	1,23 %
Benzodiacepina. Cloracepato dipotásico	0	0,00 %	1	1,23 %	1	1,23 %
Cannabis	0	0,00 %	1	1,23 %	1	1,23 %
Cocaína. Base libre de cocaína	2	2,47 %	0	0,00 %	2	2,47 %
Cocaína. Clorhidrato	4	4,94 %	0	0,00 %	4	4,94 %
Cocaína. Sin especificar	1	1,23 %	0	0,00 %	1	1,23 %
Heroína	26	32,10 %	5	6,17 %	31	38,27 %
Heroína+cocaína base (Mezcla, Rebujado, revuelto)	6	7,41 %	3	3,70 %	9	11,11 %
Nicotina - Tabaco	0	0,00 %	1	1,23 %	1	1,23 %
Opiáceo sintético. Metadona	4	4,94 %	0	0,00 %	4	4,94 %
Opiáceos	2	2,47 %	0	0,00 %	2	2,47 %
Total	63	77,78 %	18	22,22 %	81	100 %

Tabla 19. Número de personas usuarias fallecidas (2013-2017), desglosado por droga principal y por género. Los porcentajes que se muestran lo son respecto al total.

Entre los consumidores de heroína y/o rebujao en Cádiz al menos un 9% es positivo al VIH entre 2014 y 2017, en 2013 la cifra era del 16,9% (En Andalucía el 6 % entre 2014-2017 y en 2013 del 7,1%) y en relación a la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en 2013 del total de pacientes de Cádiz el 13,14% era positivo y el 44% de los consumidores de Heroína y/o rebujao (en Andalucía el 20%), para el periodo 2014-2017 del total resultaron positivos el 9,15% y de los consumidores de heroína y/o rebujao el 26,3% (en Andalucía el 14%).

Según diversos estudios el abuso de BA está relacionado al menos con 60 patologías y motiva el 1,5% de la mortalidad mundial cada año, y el 2,1% de los años potenciales de vida perdidos. También se relaciona directamente con el 6% de los años de vida con discapacidad y el 3,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad. Y aunque en los últimos años las muertes por cirrosis hepática están disminuyendo, el consumo de BA sigue relacionado con el 40-60% de todas las muertes accidentales, el 25% de los fallecidos en accidente de tráfico y laborales y un porcentaje importante de suicidios y homicidios. El consumo per cápita en nuestro medio se encuentra estable, alrededor de 10 litros anuales. El coste anual del alcoholismo en España (calculado mediante la metodología cost of illness studies) se estima en unos 3.500 a 4.000 millones de euros anuales.

Algunos estudios sitúan la mortalidad atribuible al consumo de BA en España entre el 2,5 y el 3,3%, lo que representaría para Cádiz provincia en 2016 entre 247 y 327 fallecidos al año, mientras que la mortalidad por drogas ilegales se sitúa sobre el 0,6%, lo que equivaldría a unos 59 fallecidos en 2016.

La mortalidad y morbilidad relacionadas con el consumo de drogas ilegales resultan muy difíciles de medir ya que los indicadores habituales no suelen reflejar las relaciones entre consumos y causas de morbimortalidad. Diversos autores cifran la proporción de mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en un 0,6%, pero representarían un 16,1 % en la población de 30-39 años debido fundamentalmente a las muertes por SIDA en inyectores y las muertes por reacción aguda al consumo (sobredosis). La tasa anual de mortalidad en consumidores de heroína va del 2 al 4%, 30 a 40 veces más alta que la de la población general de similar edad y sexo. La esperanza de vida al nacer del dependiente a la heroína se reduce en 25 años en comparación con la población general. Estas cifras han ido descendiendo gracias a la eficacia de las medicaciones antirretrovirales (TARGA), a los programas de

mantenimiento con Metadona, al paso de la vía de consumo endovenosa a fumada y a la reducción del número de consumidores de heroína.

A modo de resumen, en la siguiente tabla (Tabla 20), de elaboración propia, se presentan, a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), algunas de las causas de muertes relacionadas con el consumo de drogas en la Provincia de Cádiz en el período 2013-2016 (no ha sido posible extraer los datos concretos de la ciudad de Cádiz). Destaca que al menos el 70% de las muertes por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se deben al consumo de BA y entre un 25-50% de suicidios, homicidios y accidentes están relacionados con el consumo de drogas.

Algunos de los indicadores indirectos más al uso y fiables son los relacionados con la conducción de vehículos y accidentes de tráfico. Se estima que al menos el 40% de los conductores fallecidos en España (En 2017 han fallecido 1.200 personas) presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol. En el 74,2% de los casos con resultado positivo se detectó alcohol solo o asociado a drogas y/o psicofármacos. Algo más de la mitad de los peatones fallecidos presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol.

El OED en su informe sobre urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas 1996-2009, destaca un incremento paulatino del número de urgencias atendidas por consumos de cocaína y alcohol y una disminución de las urgencias por heroína.

Por último, conviene señalar la gran importancia de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) en los consumidores de drogas. Un reciente estudio epidemiológico sobre la prevalencia de patología dual realizado en nuestro entorno, concretamente en la Comunidad de Madrid, destaca como resultados que el 25% de las personas que consultan en un dispositivo específico de salud mental padece patología dual y esta proporción aumenta al 63% en las personas que consultan en un dispositivo asistencial específico de drogodependencias.

Año	2013	2014	2015	2016
Suicidios	96	91	73	97
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	166	138	185	171
Hepatitis víricas	29	25	32	19
SIDA	45	45	33	28
T. Mentales por uso de Alcohol	5	5	6	6
T. Mentales uso otras drogas	1	2	3	2
Accidentes de Tráfico	38	40	32	41
Homicidios / Agresiones	10	12	8	8
Total fallecidos	9438	9278	10121	9902

Tabla 20. Indicadores mortalidad asociados al consumo de drogas. Provincia de Cádiz 2013-2016

Fuente: INE³⁹

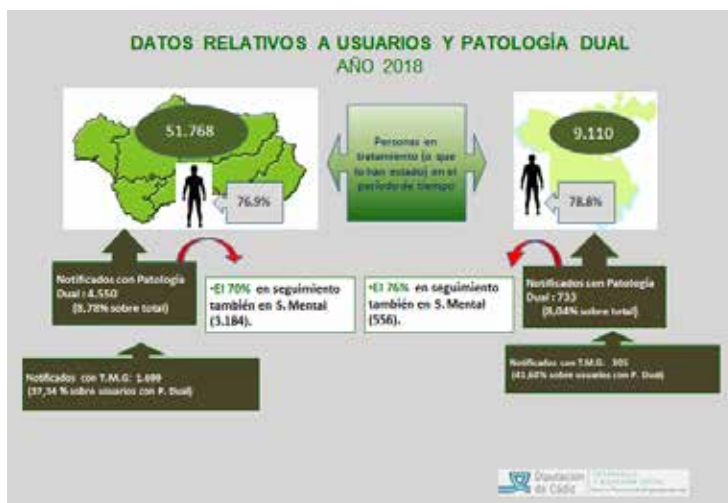
//// DATOS RELATIVOS A USUARIOS Y PATOLOGÍA DUAL. AÑO 2018

Casi el 8% (933) de los pacientes activos en la provincia de Cádiz tienen un diagnóstico actual de Patología Dual. En Andalucía tienen este diagnóstico más de 5.000 personas.

Durante el año 2018 han estado en tratamiento en la red andaluza de atención a las adicciones casi 52.000 personas, algo más de 9.000 en la provincia de Cádiz. De estas algo más del 8% fueron notificadas como enfermos duales (4.550 en toda Andalucía y 733 en la provincia de Cádiz) y de estos al menos el 70 % eran atendidos

39 http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175

por las dos redes (Adicciones y Salud Mental). En la provincia de Cádiz unos 300 pacientes en tratamiento presentaban un trastorno mental grave y una adicción.



AFEDU considera que el porcentaje de personas enfermas que acuden a los dispositivos públicos no reflejan la realidad, ya que las personas con mayor poder adquisitivo no acuden a los recursos públicos. Igualmente estiman que el 90 % de las personas sin techo presentan una patología Dual. Los datos recogidos por AFEDU entre 2013 y 2017 señalan que se han atendido a unas 50 familias, llama la atención que desde los inicios de la asociación en 2001 esta cifra no ha disminuido, lo que le lleva a plantear la eficacia de los sistemas de prevención.

AFEDU muestra su total conformidad y acuerdo a las propuestas elaboradas por las otras entidades del grupo motor de salud y hace las siguientes propuestas a sumar a las anteriores:

- *Incrementar la perspectiva de género en los abordajes*
- *Realizar acogidas y entrevistas a pacientes y/o familiares con estudio personalizado, diseño de propuestas de actuación para aumentar la probabilidad de adherencia a los tratamientos*

- *Acompañamientos a pacientes y familiares, si es necesario, a los equipos de salud mental, Adicciones y órganos de justicia*
- *Realización de un estudio epidemiológico de las personas sin techo y posterior diagnóstico que facilite sus tratamientos, recuperación e integración*
- *Potenciar el trabajo en red para una mejor respuesta a las necesidades y disminuir el tiempo de espera para ingresos en centros específicos*
- *Grupos terapéuticos y de autoayuda tanto para los enfermos como para sus familiares.*
- *Atención específica a los hijos e hijas de los enfermos con patología Dual*
- *Talleres para las personas que han cumplido condenas con el objetivo de evitar reingresos. Ofrecer un espacio formativo donde trabajar la salud y autocuidado de manera holística y preventiva*

//// ACTIVOS DE SALUD EN ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN LA CIUDAD DE CÁDIZ.

(Esta relación puede estar incompleta, por lo que rogamos que si alguien quiere añadir algún activo, se ponga en comunicación con algún participante del PLAS y lo haga saber).

- *Centro de Tratamiento Ambulatorio para las Adicciones de Cádiz.*
DIPUTACIÓN DE CÁDIZ.
Avda del Guadalquivir s/n.
11012 Cádiz. Tlfns. 956 281261-281107
- *SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA. AYUNTAMIENTO DE CADIZ.*
Plaza de Mina, nº 14.
11004 Cádiz. Tlfn. 956 225746

- *Proyecto Hombre.*
Centro Municipal Hermanas Mirabal, Av. Segunda Aguada, s/n, 11012 Cádiz.
Tlfn. 956 250153
- *ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.*
Tlfn. 606 210001
- *NARCÓTICOS ANÓNIMOS.*
C/. Trille nº 40 – Centro TARTESSOS
11009 – Cádiz. Tlfn.
- *JUGADORES ANÓNIMOS.*
Parroquia Nuestra Señora del Loreto. C/ Héroes de La Aviación Española S/N
11011 – Cádiz. Telfn. 24 horas 670 306697
- *FAMILIAS ANÓNIMAS.*
Grupo NUEVO GIRO (Sábado 18.00 h.)
Antigua Guardería Loreto
C./ Héroes Aviación Española, s/n
11011 – Cádiz. Tlfn. 659 360670
- *ARCA (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Cádiz)*
C/. Conil de la Frontera.
11010 – Tlfn. 956 250101

//// ACTIVOS DE SALUD EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES

(Esta relación puede estar incompleta, por lo que rogamos que si alguien quiere añadir algún activo, se ponga en comunicación con alguien del PLAS y lo haga saber).

- *GOBIERNO DE ESPAÑA*
Ministerio del Interior.
Policía Nacional.

- JUNTA DE ANDALUCIA
 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
 Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.
 Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
 Instituto Andaluz de la Mujer.

- DIPUTACIÓN DE CADIZ
 Área de Igualdad y Bienestar Social.
 Servicio Provincial de Drogodependencias. C.T.A. de Cádiz.
 Avda. del Guadalquivir s/n.
 11012 Cádiz. Teléfonos 956 28 12 61 – 28 11 07

- AYUNTAMIENTO DE CADIZ
 Delegación de Asuntos Sociales.
 Plan Municipal sobre Drogas y Adicciones
 Centro de AASS Hermanas Mirabal
 Plaza Real Hospital de la Segunda Aguada, s/n
 11012 Cádiz. Teléfono 956 20 58 70 / 74

- Asociación Proyecto Hombre
 Centro de AASS Hermanas Mirabal
 Plaza Real Hospital de la Segunda Aguada, s/n
 11012 Cádiz. Teléfono 956 18 32 74 / 25 01 53

- FEDERACIÓN ENLACE - CEPA
 C/ Bartolomé LLompart, s/n
 11003 Cádiz. Teléfono 956 07 95 14

- AFEDU (Asociación de familiares de enfermos duales).
 C/ Conil, s/n.
 11011 Cádiz. Teléfono 627 53 44 81

- MUJER GADES
 C/ Alcalá Galiano nº 2
 11001 Cádiz Tlfno. Fax. 956225672

//// ANEXO I.

Extracto del III PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES. Dentro del ÁREA DE PREVENCIÓN.

Objetivo general 1

Evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como de otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones.

Objetivos específicos:

1.1 *Promover desde el ámbito comunitario actuaciones preventivas, potenciando la participación coordinada desde todos los ámbitos de actuación y contando con todos los y las agentes implicados.*

Estrategia

1.1.15. *Promoviendo la participación de profesionales del III PASDA en los planes locales de Acción en Salud, en los que se incorporarán actuaciones preventivas en drogodependencias y adicciones.*

1.2. *Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, promoviendo actitudes y hábitos de vida saludables, desde todos los ámbitos de la prevención, prestando especial atención a las personas más vulnerables, y a las diferencias entre mujeres y hombres.*

Estrategia

1.2.13. *Incluyendo estrategias de prevención de las drogodependencias y adicciones dirigidas a la infancia y adolescencia en los Planes Locales de Acción en Salud (PLS) ubicados en las Zonas de Necesidades de Transformación Social (ZNTS).*

Objetivo general 2

2. Evitar la instauración de conductas adictivas, la dependencia a sustancias psicoactivas y de consumo de riesgo y abusivos para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas.

Objetivo específico

2.1. Promover la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas desde los diversos ámbitos de actuación, fomentando comportamientos responsables, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.

Estrategia

2.1.13 Incorporando actuaciones preventivas de reducción de riesgos y daños en los Planes Locales de Acción en Salud.

// 6.7.4 ASOCIACIONISMO Y RELACIONES VECINALES

Jerónimo Acosta (presidente de la Delegación de Cádiz del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental) y Alfonso Fuentes (asociación Trébol de Corazones)

Estudiar el asociacionismo y las relaciones vecinales supone entender el concepto barrio como sinónimo de comunidad, considerando que va más allá de la simple localización espacial, del mero espacio físico o geográfico delimitado por unas calles concretas, para pasar a incluir también un componente psicológico, personal, en torno a la existencia de redes sociales y de interacciones, que determinan una vivencia subjetiva de pertenencia.

En este contexto de barrio quedarían representados dos de los tres niveles de relación con el entorno social que, según el sociólogo NanLin, establecen las personas: las relaciones con la comunidad más amplia (que proporciona sentimientos de pertenencia y sentido general de identidad social) y las relaciones con las redes sociales, a través de las cuales se accede a un número más o menos amplio de personas y que proporcionan sentimientos de vinculación. Reseñemos que el tercer nivel (que se contempla sobre todo en ámbitos del hogar y familia) lo constituirían las relaciones íntimas y de confianza, de las que derivan sentimientos de compromiso.

Se ha demostrado que las relaciones interpersonales positivas y el sentido de comunidad tienen evidentes efectos positivos para las personas, incrementado la percepción de bienestar personal, mejorando el ajuste psicológico, la autoestima y las sensaciones de confianza y control.

En las zonas de Cádiz analizadas, existe una consolidada estructura de asociaciones vecinales, con un total de 26 entidades⁴⁰, la práctica totalidad de ellas, a su vez, aglutinadas en una federación vecinal. Si consideramos que el número de asociados de algunas de ellas supera las 300 personas (con mayor presencia de hombres),

40 Se hace referencia únicamente a las asociaciones de vecinos, por estar analizándose en concreto las relaciones y participación vecinales. Existe, en cualquier caso, un extenso tejido asociativo, fundamentalmente de apoyo y ayuda mutua, conformado por personas que padecen determinadas enfermedades.

podemos hacernos una idea de la participación de la ciudadanía gaditana en este movimiento asociativo.

En cualquier caso, actualmente se percibe un retroceso en los niveles de participación, indicándose que se observa también un envejecimiento en las personas que participan más activamente en el movimiento asociativo, sin que se esté produciendo un relevo generacional: las personas más jóvenes no se incorporan a estas asociaciones.

En este sentido, ha de destacarse que se ha encontrado repetidamente que los procesos de participación comunitaria tienden a agotarse y diluirse cuando se alcanzan (o pierden sentido y vigencia) los objetivos y metas concretas que las justificaron (muchas veces, metas y objetivos de corto plazo). Con ello, se pierde el sentido de la participación como ejercicio permanente, necesitándose una redefinición de objetivos e, incluso, del modelo mismo de asociacionismo. En el caso de Cádiz Extramuros, de hecho, se percibe que los jóvenes no solo no se incorporan al movimiento vecinal, sino que tampoco son proclives a incorporarse a otro tipo de asociaciones.

En consonancia, la participación comunitaria en actividades vecinales de una cierta complejidad, y el nivel de compromiso con estas, también parece haber sufrido un estancamiento, circunstancia a la que ha contribuido el descenso continuado en la dotación económica recibida por estas entidades. Sí se mantienen actividades de ocio diario de un perfil más bajo, centradas sobre todo en juegos de salón y tertulias entre asociados.

En varias de las zonas de Extramuros analizadas se percibe igualmente un sentimiento de pertenencia e identidad vecinal menor que el que se puede dar en zonas de Intramuros, donde la conciencia de barrio parece más consolidada.

En cuanto a las vinculaciones personales con los vecinos, conformadoras de redes de apoyo, se aprecian claras diferencias entre varias zonas de Extramuros, en función sobre todo de la mayor o menor presencia de viviendas de segunda residencia o destinadas a uso preferente en verano.

En las zonas donde tales viviendas no son muy numerosas, se percibe una relación de buena calidad e intensidad con las redes de apoyo, manteniéndose igualmente

buenas entre personas mayores y jóvenes. Recordemos que estas relaciones suponen interacción interpersonal directa y exigen un cierto esfuerzo ya que se deben mantener las relaciones con una frecuencia y nivel de compromiso razonable. En compensación, mantener relaciones sociales positivas con las personas más próximas aumenta la calidad de vida. Los resultados de muchos estudios confirman una relación entre el apoyo comunitario y el ajuste psicológico (mayores niveles de autoestima y menores niveles de estrés percibido a mayores niveles de apoyo comunitario percibido).

En general, se mantiene una vida social vecinal más intensa correspondiéndose con los horarios comerciales (en los que las calles están muy transitadas), decayendo de forma evidente durante las tardes, sobre todo en días de fiesta. En muchas zonas de Extramuros se percibe una menor tendencia a hacer vida en los espacios públicos, unida a una queja por la escasa dotación de tales espacios, facilitadores de las actividades de relación vecinal. En tal sentido, únicamente se aprecia tal actividad relacional en épocas de verano en algunas de las pocas plazas y plazoletas existentes en zonas de edificación intensiva (viéndose además dificultada por las distintas necesidades de las diversas poblaciones coincidentes: personas mayores, familias con hijos menores, adolescentes, etc.).

En determinadas zonas, más próximas a la playa, aunque se observen patrones diferentes en función de la época del año, se definen como de menor intensidad las relaciones vecinales. Durante el verano, estas relaciones se ven interferidas por la presencia de numerosa población flotante; durante el invierno, se llega a percibir una cierta sensación de soledad en algunas zonas y un mayor repliegue sobre sí mismos y sobre el hogar propio en los vecinos.

Esta mayor tendencia a vida en el hogar (con el consiguiente retroceso de las relaciones vecinales) está teniendo ya algunas consecuencias muy negativas, como el fallecimiento en soledad de algunas personas mayores, sin que los vecinos lo adviertan hasta pasado bastante tiempo.

/// 6.7.4.1 CONCLUSIONES

- *Aunque con diferencias según las distintas zonas, se observa un menor sentimiento de pertenencia vecinal que en Intramuros.*
- *Existe un alto número de asociaciones vecinales, con presencia mayoritariamente masculina.*
- *No se observa una suficiente incorporación de personas jóvenes a las asociaciones.*
- *Hay una disminución en la programación de actividades de una cierta complejidad y exigencia de implicación. El descenso en dotación económica contribuye a esta disminución de actividades.*
- *Las relaciones vecinales se ven muy influidas por la presencia o no de una mayor población flotante, debido a la existencia de un notable parque de segundas viviendas en algunas zonas.*
- *La vida social de barrio se vincula básicamente con los horarios comerciales.*
- *Se observa una falta de dotación de espacios y recursos que faciliten las relaciones vecinales y sociales de los distintos segmentos poblacionales.*
- *En época invernal sobre todo, se observa un importante repliegue sobre el propio hogar, que genera impresión y vivencias de soledad.*

/// 6.7.4.2 PROPUESTAS DE ACCIÓN

Como medida puntualmente extraíble, es claro que deben aumentarse los espacios y recursos que permitan las relaciones vecinales, con una diversificación que facilite la no colisión entre personas de diferente edad y diferentes necesidades (personas mayores, familias con hijos/as menores, jóvenes...).

En cualquier caso, y a modo de propuesta global, la débil incorporación de personas jóvenes al movimiento vecinal y asociativo sugiere la necesidad de una reflexión en profundidad que permita determinar si se mantiene el sentido y vigencia de las metas y objetivos de dicho movimiento o si se precisa una reformulación en profundidad de estos.

6.8 MORBI-MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE CÁDIZ Y SUS DETERMINANTES

Introducción

Autor: Antonio Vergara de Campos (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Miembro del grupo motor del Plan Local de Salud).

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

Si en la práctica clínica se utilizan los síntomas, los antecedentes personales y familiares o las circunstancias previas que pueden ayudar a diagnosticar una enfermedad, en la fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. Serían el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas¹. La OMS define los factores determinantes de la salud como el «conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones». Existen diversas clasificaciones sobre los determinantes de la salud. La universalmente aceptada, y que ha pasado a ser clásica en Salud Pública, es la formulada por Lalonde (1974). Divide los determinantes en cuatro grupos de factores¹: 1. Biología humana (carga genética, resistencia a la enfermedad, edad, sexo). 2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, entorno social, económico y cultural, el diseño urbano, la movilidad...). 3. Estilos de vida y conductas de salud (abuso de sustancias, sedentarismo, nutrición, estrés, violencia, actividades de riesgo). 4. Sistema de asistencia sanitaria (tipo de servicios sanitarios, equidad y utilización de los mismos, accesibilidad). Los determinantes de la salud pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores positivos o negativos para la salud.

Los factores positivos para la salud contribuyen al mantenimiento o mejora de la salud. Algunos de los fundamentales son, por ejemplo, la seguridad económica, una vivienda digna, la seguridad alimentaria, la dieta equilibrada, la actividad física, una vida activa, las redes de apoyo social, la formación, medioambiente y entornos seguros y saludables. El control sobre los acontecimientos de la vida y disfrutar de unas buenas relaciones familiares y otras relaciones sociales que producen una gratificación emocional son también importantes factores positivos para la salud (Wilkinson, 2005). Los factores negativos para la salud pueden tener como consecuencia el empeoramiento o pérdida de la salud. Algunos de los fundamentales son la contaminación del aire, de las aguas, el hábito de fumar, el sedentarismo, una dieta poco equilibrada, poca conciencia del riesgo, falta de espacios verdes, desempleo, bajo nivel de formación...

Los determinantes de la salud son variables que influyen en la salud; estos hacen que la salud se distribuya de forma desigual, de ahí el concepto de inequidad en salud. Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud entre los grupos de la población, consideradas sistemáticas, evitables e injustas. Sus causas están en las estructuras sociales y en las instituciones políticas, económicas y legales que actúan sobre los distintos grupos de población. La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas (las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja) los que presentan peor salud. Es necesario señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que producen un exceso de enfermedad y muerte superior a la que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan en la mayoría de países donde se han estudiado porque la salud mejora más en las personas de clases sociales más aventajadas. Hoy día, existen evidencias suficientes que demuestran que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales². Las desigualdades sociales en salud se caracterizan también por ser generalizadas, consistentes, enormes, graduales, crecientes, adaptativas y persistentes. Las desventajas producidas por la desigualdad social son relativas, si se comparan unos grupos con otros dentro de un mismo país o una misma región. Tienen que ver con la percepción de unas personas respecto a otras, dentro de una misma sociedad.

La posición socioeconómica que determinan los ingresos, el nivel educativo y la ocupación de cada individuo afecta en gran medida las oportunidades de tener una buena salud. Este elemento pone de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales más acomodadas, los hombres y las personas de piel blanca. Otros factores como la vivienda, el barrio de residencia, las condiciones de trabajo, los estilos de vida y conductas individuales o los factores psicosociales también determinan la salud de la población. La dificultad de acceso y menor calidad de los sistemas de salud contribuye a que se produzcan desigualdades en salud sobre todo para las clases sociales desfavorecidas, lo que supone una vulneración de los derechos humanos. Por ello también debe ser tenido en cuenta en este modelo de determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Los principales ejes de desigualdad en salud son:

- **Posición social:** *El estudio de la clasificación social se basa en los ingresos, la educación y la ocupación, principalmente. Pertenecer a una clase social más desfavorecida está asociado a una peor salud percibida, a enfermedades crónicas, a mortalidad y a estilos de vida poco saludables.*
- **Edad:** *La niñez representa un periodo de gran vulnerabilidad en el que el individuo es especialmente sensible al entorno que conlleva diferencias en su salud. La situación de salud de una persona mayor, en gran medida es el resultado de exposiciones adversas a circunstancias ocupacionales, sociales y geográficas a lo largo de su ciclo vital.*
- **Etnia:** *Pertenecer a un grupo étnico minoritario está relacionado con desigualdades específicas en salud, no solo por las condiciones socioeconómicas relacionadas, sino además por las barreras de acceso a los servicios sociales y sanitarios y a la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación.*
- **Territorio:** *Las características económicas, políticas, sociales y ambientales del territorio en donde viven las personas influyen en su salud, con independencia de la posición social individual. En general, las personas que viven en las zonas más empobrecidas de un país, los municipios que tienen un nivel más alto de desempleo o los barrios de una ciudad donde la vivienda es*

de peor calidad, tienen más factores de riesgo, menos oportunidades sociales y laborales, y más problemas vitales que las personas que viven en áreas en donde las condiciones son mejores.

- **Género:** *La desigualdad de género es una construcción social que transforma las diferencias sexuales en discriminación expresada por la división sexual del trabajo y el acceso diferencial a los recursos y al poder en sus distintas expresiones. La salud de los hombres y las mujeres es diferente y también desigual. Es diferente porque biológicamente lo es, y es desigual, porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas.*

En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida entre Andalucía y España y dentro de Andalucía, se seguirán manteniendo importantes y crecientes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto al enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas. En el primer informe andaluz sobre esta materia (INDESAN) se recoge que los servicios sanitarios andaluces demuestran estar funcionando como un aceptable tampón del efecto en salud de las desigualdades sociales. Las desigualdades en salud que se encontraron serían sin duda mucho mayores si no nos hubiéramos dotado de un sistema público de salud, universal, y con un funcionamiento tendente a la equidad³. El camino que se bosqueja a partir del INDESAN supone, por un lado, conocer mejor las desigualdades en salud para poder desarrollar políticas más eficientes de equidad en el sistema sanitario. Por otro lado, es necesario visibilizar públicamente el enorme beneficio en salud que supondría la reducción de las desigualdades y desarrollar liderazgo político para avanzar en esa línea. Existen herramientas formales para desarrollar estos procesos, que se desarrollan más en las recomendaciones pero que pretenden llevar la salud a todas las políticas públicas, evaluar el impacto en salud de todas las políticas públicas y privadas, y dejar de considerar la salud como un gasto para empezar a verlo como una verdadera inversión⁴. Las desigualdades sociales en la salud han pasado de ser una olvidada tanto desde el punto de vista institucional como científico, a convertirse en uno de los temas más citados en las publicaciones, cursos y cualquier actividad docente en Salud Pública. Este hecho, que celebrado de sobremana, se traduce en una mayor sensibilidad social por los problemas que sufren las personas más desfavorecidas desde el punto de vista económico y que tienen de forma rotunda estrategias tanto para disminuirlos como para prevenirlos. Como recuerdo entrañable es digno de comentar que, cuando la Asociación para la

Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) comienza a iniciar en el año 2000 las Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, no había jornadas con este planteamiento en todo el territorio nacional⁵. Una de las evidencias más claras de la vigencia del interés por este importante asunto es la producción de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) de Granada que es la referencia en la comunidad autónoma andaluza. El tiempo pasa muy rápido y cuando no se toman las medidas políticas para aliviar estos problemas, resulta penoso revisar la literatura y comprobar el tiempo perdido. Ya en 2009 se publicaba en la EASP un libro, que sería de cabecera, cuyos editores Antonio Daponte Codina, Julia Bolívar Muñoz y María del Mar García Calvente consiguieron reunir a prestigiosos expertos para formar e informar⁶. Pero, ¿qué se entiende por desigualdades sociales en salud? Pues son las diferencias en la salud entre los grupos de la población, que se consideran importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Las causas de estas inequidades están en las estructuras sociales subyacentes y en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales tienen en los distintos grupos poblacionales⁷. Por lo tanto se indican dos conceptos fundamentales: son de causa social y son evitables con la acción política.

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

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

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

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.
2. Borrell Carme. *Primer Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud en Andalucía (INDESAN)*. Prólogo: https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf. <https://sites.google.com/site/adspandalucia/>.
3. Márquez-Calderón S. INDESAN. Capítulo 8. Páginas 145-166. 2008. https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf.
4. Escolar-Pujolar A. Editor INDESAN. Página 183. 2008. https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf.
5. www.fadsp.org/.../jornadas/1217-xvi-jornada-desigualdades-sociales-y-saludcadiz-28. "Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J y García-Calvente MM. "Las desigualdades sociales en salud". Escuela Andaluza de salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. NuevaSaludPública / 3. ISBN 978-84-87385-93-3. GR 2009-2009.
6. Bolívar-Muñoz J y Daponte-Codina A.: "Aspectos teóricos sobre las desigualdades sociales en salud". En "Las desigualdades en salud" Escuela Andaluza de salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. NuevaSaludPública / 3. Capítulo 1, páginas 11-43. ISBN 978-84-87385-93-3. GR 2009-2009.
7. Escolar-Pujolar A. "La esperanza de vida al nacer en la ciudad de Cádiz. Desvelar la desigualdad". En *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Edita Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Editor: Antonio escolar Pujolar. Página 179, 2008.
8. Córdoba-Doña JA, Martínez-Nieto JM, Almenara-Barrios J y Abellán-Hervás MJ. "La salud en Cádiz y sus determinantes". Editores Universidad de Cádiz. Servicio de Publicaciones. ISBN 978-84-9828-517-8, 2015. 82

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

Objetivos

- Conocer las enfermedades más relevantes y las tendencias
- Analizar las personas inmovilizadas en sus domicilios
- Analizar las desigualdades sociales y su influencia en la mortalidad y morbilidad
- Analizar las tendencias asistenciales y las enfermedades mentales más prevalentes, tanto en adultos como en la infancia

Metodología

El informe sobre la morbilidad, la mortalidad y desigualdad de la población de Cádiz de 2018 se realiza para actualizar y completar el Perfil de Salud de la Viña de 2016 en el que ya se aporta mucha información sobre las enfermedades que padecen los gaditanos y gaditanas y no sólo los del barrio de La Viña⁴¹.

Esta actualización ha sido posible gracias a la participación del sector sanitario de la ciudad que se ha implicado en la realización de un análisis colectivo de los problemas de salud de mayor trascendencia de la comunidad.

Para dar respuesta a estos objetivos el informe se ha estructurado en tres estudios, cada uno de ellos con una metodología específica que se describe en el apartado correspondiente.

41 El Perfil de Salud de La Viña se puede consultar en <https://transparencia.cadiz.es/planlocaldesalud> / informes completos / morbilidad y mortalidad

// 6.8.1 APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SALUD EN CÁDIZ Y PRIORIZACIÓN

Autores

Juan Nieto Vera. Epidemiólogo Distrito Bahía de Cádiz- La Janda

Encarnación Benítez Rodríguez: Responsable del Registro de tumores de Andalucía en Cádiz

María Victoria de la Cruz Calderón: Medica Grupo motor plan local de salud de Cádiz

Antonio Vergara Campos: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Miembro del Grupo motor del Plan Local de Salud de Cádiz

UGC Olivillo:

Francisco Moreno Castro	Enfermero de enlace
Dolores Martínez Ruiz	Médica

UGC Mentidero:

Carmen Fidalgo Campaña	Pediatra
Francisco Moreno Castro	Enfermero de enlace

UGC La Merced:

Inmaculada Casas Ciria	Médica
------------------------	--------

UGC Puertas de Tierra:

Carmen Cotorruelo Sánchez	Médica-Directora
Rosario Alfaro Gómez	Médico
Belén García Carrascosa	Coordinadora-enfermera
Antonio Gutiérrez Nieto	Trabajador Social

UGC Loreto-Puntales:

M ^a del Mar León Grima	Enfermera de enlace
Antonio Gutiérrez Nieto	Trabajador Social
Guillermo Moratalla Rodríguez	Médico

UGC La Paz:

José Manuel Escobar	Coordinador de cuidados
M ^a José Gómez-Plana Usero	Enfermera de enlace
Ana de Cózar Irigoyen Díaz	Directora-enfermera
Dolores Pachón	Alcázar Trabajadora social

UGC La Laguna:

J. Antonio Madueño Caro	Director-Médico
M ^a del Mar León Grima	Enfermera de enlace
Juan Manuel Caparrós García	Coordinador-Enfermero

Para hacer esta aproximación al estado de salud de Cádiz se ha realizado una revisión y un análisis de las fuentes disponibles, organizadas en dos apartados: morbilidad y mortalidad.

//// MORBILIDAD

Para conocer la morbilidad se han utilizado indicadores que provienen de los registros asistenciales recogidos en la explotación de los datos, de la cartera de servicio de las siete unidades de gestión clínica (UGC) de la ciudad de Cádiz, de indicadores procedentes de los ingresos prevenibles (PQI) y de indicadores del Registro Provincial de Cáncer.

Según la media de pacientes atendidos por las UGC de Cádiz durante el periodo 2012-2015 (tabla nº 1), se puede destacar que la tasa de prevalencia de Diabetes Mellitus atendida en todas las UGC es superior a la prevalencia estimada de Andalucía y del distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Destacan Loreto-Puntales y La Merced como las UGC con mayor prevalencia y Mentidero y La laguna como las UGC con prevalencias cercanas a la estándar de Andalucía.

Otra patología con tasas de prevalencia elevada en Cádiz es el asma infantil, según los datos extraídos de la cartera de servicios. Destacan las tasas altas en las UGC de La Laguna, La Paz y Olivillo, siendo la prevalencia de esta última más del doble de la estimada de Andalucía y del distrito Bahía de Cádiz- la Janda. Solo las UGC de Puerta Tierra y Loreto-Puntales tienen una prevalencia menor de la esperada.

Otro problema de salud a considerar es la hiperplasia benigna de próstata y el cáncer de próstata ya que la prevalencia atendida en todas las UGC está muy por encima de las previstas para Andalucía, aunque estos valores elevados también podrían estar ocasionados, en opinión de algunos profesionales de atención primaria, a un registro excesivo de casos ya que la sospecha de problema prostático y la petición del marcador (PSA) se registran en el sistema informático como HBP/cáncer de próstata.

El resto de las patologías analizadas tienen en Cádiz una prevalencia inferior a la estimada.

La variabilidad observada entre las distintas prevalencias de las UGC podría estar motivada por una diferente forma de clasificación de los pacientes por parte de los profesionales debida de circunstancias organizativas y a los objetivos recogidos en los acuerdos de gestión, por lo que sería conveniente continuar analizando estas prevalencias para determinar si se mantienen estas diferencias con el tiempo.

	PREVALENCIA ANDALUCÍA %	PREVALENCIA CÁDIZ CAPITAL %	PREVALENCIA DISTRITO CÁDIZ BAHÍA LA JANDA	UGC MÉRIDANO	UGC OLIVELLO	UGC LA MERCEDE	UGC LA LAGUNA	UGC LA PAZ	UGC PUERTA TIERRA	UGC LORETO PUNTALES
DIABETES	6,00%	8,92%	8,00%	7,44%	9,00%	10,68%	7,68%	8,40%	8,40%	11,46%
ATENCIÓN RIMOVILIZADOS	15,00%	10,00%	10,95%	14,40%	16,73%	11,10%	8,55%	4,35%	6,90%	7,95%
EPOC	9,00	4,01	5,00	3,06	5,47	3,42	5,21	2,52	2,79	5,49
ASMA ADULTO	5,00%	4,88%	5,00%	4,60%	4,42%	6,28%	5,28%	3,40%	4,60%	5,75%
ASMA INFANTIL	10,00%	13,36%	13,00%	11,50%	22,41%	10,70%	16,20%	15,20%	8,60%	8,90%
INSUFICIENCIA CARDIACA	6,00%	3,71%	4,50%	3,38%	8,00%	3,38%	2,94%	4,50%	2,28%	1,56%
HBP/C PROSTATA	6,00%	15,38%	12,90%	12,98%	14,98%	13,68%	16,92%	13,80%	21,72%	13,62%

Tabla 1

También se han revisado los Ingresos prevenibles (PQI), indicadores que permiten identificar las enfermedades susceptibles de tratamiento ambulatorio en las que un buen abordaje en este ámbito podría evitar una hospitalización o en las que la intervención precoz prevendría complicaciones o la progresión a estadios más severos. Así, en los dos cuatrienios analizados, la razón de tasas que compara la población de Cádiz con la población andaluza presenta valores desfavorables (los superiores a uno) en algunas UGC para las complicaciones agudas de la diabetes y la insuficiencia cardiaca, destacando especialmente las complicaciones agudas de la diabetes en las mujeres para los dos periodos analizados (Tabla nº 2).

Cuatrienio 2012-2015 PQI-1 (Complicación aguda diabetes) Global Distrito 1,9		2011-2014		2012-2015	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Cádiz PQI-1 Global 1,4	La Laguna	2,6	2,1	1,0	1,0
	La Paz	0,5	1,0	0,5	1,5
	Olivillo	1,1	1,5	4,8	5,5
	Mentidero	2,6	3,8	1,8	3,1
	Puerta tierra	1,5	1,9	1,0	2,8
	Loreto	3,1	2,5	4,5	1,5
	La Merced	0,0	10,9	0,0	15,2
Muy pocos casos registrados = poco valorable					
Supera Distrito (Distrito supera Andalucía)					

Cuatrienio 2012-2015 PQI-8 (Insuficiencia Cardíaca) Global Distrito 1,26		2011-2014		2012-2015	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Cádiz PQI-8 Global 1,8	La Laguna	1,4	1,1	1,1	1,2
	La Paz	1,7	1,5	1,8	1,6
	Olivillo	1,0	1,6	0,9	1,7
	Mentidero	1,2	1,0	1,1	1,0
	Puerta tierra	1,0	0,6	1,1	1,2
	Loreto	1,8	2,0	1,6	2,1
	La Merced	2,0	1,7	1,6	1,8
Supera Distrito (Distrito supera Andalucía)					

Tabla 2

Los profesionales de atención primaria que han intervenido en la elaboración de este informe destacan otros problemas de salud importantes para la población basándose en su experiencia profesional ya que no se dispone de registros fiables:

La obesidad infantil

Alimentación y ejercicio físico

Se observa una tendencia de consumir cada vez menos frutas y verduras, mientras aumenta el consumo de refrescos y dulces. Al mismo tiempo existe un alto porcentaje de la población que no realiza ningún tipo de práctica deportiva de manera regular.

Adicciones: alcohol y tabaco

Se aprecia un incremento del consumo de alcohol de los jóvenes que se inicia cada vez a edades más tempranas. Es necesaria la implantación de programas para el abordaje de este problema.

Al tratarse de una droga social aceptada, la dirección de la intervención debe apuntar a un cambio cultural y a una reflexión sobre la funcionalidad del alcohol en nuestra sociedad y el valor lúdico otorgado a esta sustancia.

Las mujeres andaluzas presentan la prevalencia mayor de España en el tabaquismo, por lo que es necesario realizar intervenciones más adaptadas a las mujeres y sus necesidades.

Sexualidad

Hay adolescentes que inician relaciones sexuales de manera precoz, pudiendo estar en situación de vulnerabilidad por riesgo de embarazo, de infecciones de transmisión sexual (ETS) y de desarrollo afectivo-sexual no saludable.

El uso de método anticonceptivo ha disminuido en la provincia de Cádiz. Según han puesto de manifiesto los farmacéuticos, la venta de preservativos ha disminuido coincidiendo con el incremento de la anticoncepción hormonal, incluida la postcoital, con el consiguiente incremento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Y, efectivamente, se ha observado un aumento de nuevos casos de estas enfermedades (sífilis, gonorrea, herpes genital...), siendo la media de 36 nuevos afectados por cada 100.000 habitantes en Andalucía y de 14,41 en Cádiz.

Violencia de género y maltrato infantil

En la ciudad de Cádiz, según los últimos datos se ha triplicado la cifra de jóvenes entre 16-20 años atendidas por violencia de género con respecto a 2015. En las consultas se aprecian situaciones de machismo que muchas jóvenes entienden como normal, por lo que se deberán realizar intervenciones dirigidas a los adolescentes y jóvenes en materia de igualdad (en centros escolares, institutos, centros juveniles...)

Polimedicación

Existe un porcentaje elevado de la población con polimedicación, con desconocimiento del tratamiento que realiza, lo que conlleva riesgos de efectos secundarios, interacciones medicamentosas, etc.

Uno de los principales problemas de salud pública en nuestro medio es la enfermedad neoplásica (cáncer). Es la segunda causa de muerte en Andalucía por detrás de las enfermedades circulatorias y la primera causa de años potenciales de vida perdidos (APVP), tanto en los hombres como en las mujeres, como veremos al analizar la mortalidad.

Según los últimos datos disponibles del Registro de Cáncer de la provincia de Cádiz para el periodo 2008-2012, la tasa de Incidencia (nuevos casos para el periodo considerado) en Cádiz, como vemos en el cuadro siguiente, es superior a la de la provincia para el total de cánceres tanto en hombres como en mujeres.

Si consideramos las tasas de los cánceres más frecuentes esta mayor incidencia se mantiene para todos ellos tanto en hombres como en mujeres, salvo en cáncer de útero cuya incidencia es inferior. (Tabla 3).

Mujeres

	Total cáncer	mama	colo- rectal	cuerpo útero	pulmón
CADIZ	278,64	95,03	39,67	14,86	13,79
PROVINCIA CÁDIZ	232,14	84,24	32,60	16,81	8,10

Hombres

	Total cáncer	próstata	colo rectal	pulmón	vejiga
CADIZ	494,68	82,38	75,47	82,52	64,34
PROVINCIA CÁDIZ	380,26	70,90	62,20	61,40	51,27

//// MORTALIDAD

Los datos de mortalidad representan elementos fundamentales para cuantificar los problemas de salud. Dentro de los indicadores más simples para analizar la mortalidad se encuentran el recuento de defunciones y las tasas calculadas a partir de ello. Éstas representan una medida-resumen de la mortalidad de la población, que puede ser usada para determinar y monitorear prioridades o metas en salud. Sin embargo, las tasas generales crudas o ajustadas son altamente influidas por los problemas de salud de las edades más avanzadas, donde ocurren la mayoría de las defunciones de ahí la importancia de utilizar indicadores de mortalidad prematura como los años potenciales de vida perdidos (APVP).

Para ver las causas de mortalidad más importante en la ciudad de Cádiz se han utilizado dos indicadores:

- *La razón estandarizada por grupos de edad y sexo de las principales causas de muerte cuya fuente es el Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía (AIMA, Anexo 1).*
- *El % de APVP durante dos periodos cuya fuente son datos suministrados por la Delegación Territorial de Salud de Cádiz.*

Según el primer indicador se puede resaltar que la mortalidad de Cádiz es superior a la española en mortalidad general de menores de un año tanto en niños como en niñas.

Por causas, sexo y edad destacan:

En las mujeres:

- *Vih-Sida en todos los grupos de edad desde 15-64 años*
- *El cáncer de hígado en el grupo de 45-64 años*
- *El cáncer de pulmón, laringe y mama en el grupo 15-44 con tendencia creciente el cáncer de pulmón*

- *Las enfermedades isquémicas en el grupo de edad de 45-64*
- *La cirrosis en el grupo de 15-44 años*

En los Hombres:

- *Vih-Sida en el grupo de 45-64 años con tendencia creciente*
- *El cáncer de estómago, colon recto y laringe en el grupo de 15-44 con tendencia creciente en el cáncer de colon*
- *Cáncer de hígado en los grupos de 15-44 y 45-64 años*
- *Cáncer de vejiga de en el grupo de edad de 64-74 años*
- *Diabetes y la aterosclerosis en el grupo de 45-64 años*
- *Cuando se analiza cuáles son las causas que más contribuyen a una mortalidad prematura vemos que las neoplasias, las enfermedades del aparato circulatorio y las causas externas son las que tiene un mayor porcentaje de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) tanto en hombres como en mujeres, destacando las neoplasias que aumentan el porcentaje en el segundo cuatrienio tanto en hombres como en mujeres.*
- *Al estudiar algunas causas más específicas, se observa que el cáncer de pulmón en las mujeres ha sufrido un incremento considerable en el segundo periodo.*

GRUPOS ESPECÍFICOS DE CAUSAS HOMBRES			GRUPOS ESPECÍFICOS DE CAUSAS MUJERES		
2005-2008		2009-2013	2005-2008		2009-2013
% APVP	Municipio Cádiz	% APVP	% APVP	Municipio Cádiz	% APVP
1,80	CA. COLON-RECTO	2,98	2,52	CA. COLON-RECTO	1,96
7,78	CA. PULMÓN	4,56	9,08	CA. MAMA	8,06
0,97	CA. VÉJIGA	0,67	1,34	CA. PULMÓN	4,49
3,12	CIRROSIS	3,88	1,46	CA. ÚTERO	1,38
5,73	ENF. CEREBRO VASCULAR	4,49	0,22	CA. VÉJIGA	0,24
4,97	ENF. ISQUÉMICA CARDÍACA	4,77	2,13	CIRROSIS	0,83
0,11	LEUCEMIAS	0,01	6,19	ENF. CEREBRO VASCULAR	4,6
4,50	SUICIDIOS	3,78	2,75	ENF. ISQUÉMICA CARDÍACA	2,98
1,90	VIH	1,75	2,02	LEUCEMIAS	2,30
			5,26	SUICIDIOS	5,59
			0,95	VIH	0,50

Tabla 4

CAUSAS	APVP HOMBRES		CAUSAS	APVP MUJERES	
	2005-2008	2009-2013		2005-2008	2009-2013
INFECCIOSAS	4,65	8,94	INFECCIOSAS	5,99	3,94
NEOPLASIAS	30,34	34,58	NEOPLASIAS	40,62	44,04
SANGRE Y ÓRG.	0,50	0,15	SANGRE Y ÓRG.	0,12	0,59
ENDOCRINAS	2,18	1,22	ENDOCRINAS	2,88	1,58
MENTALES	0,55	0,63	MENTALES	1,24	0,00
SISTEMA NERVIOSO	1,73	3,91	SISTEMA NERVIOSO	1,39	4,59
APARATO CIRCULATORIO	17,08	17,08	APARATO CIRCULATORIO	12,54	11,47
APARATO RESPIRATORIO	5,24	3,83	APARATO RESPIRATORIO	2,50	1,51
DIGESTIVO	7,51	7,76	DIGESTIVO	7,52	4,05
PIEL Y CONJUNTIVO	0,03	0,35	PIEL Y CONJUNTIVO	0,44	0,04
MÚSCULO ESQUE	0,26	0,56	MÚSCULO ESQUE	0,27	1,06
GENITO URINARIO	0,57	0,87	GENITO URINARIO	1,30	1,49
PERINATAL	7,71	5,98	EMBARAZO-PARTO	0,00	0,46
MALFORMACIONES	0,90	1,72	PERINATAL	5,31	7,63
NO CLASIFICADOS	0,84	3,67	MALFORMACIONES	6,61	2,47
EXTERNAS	19,94	13,74	NO CLASIFICADOS	1,32	2,67
TOTAL	100	100	EXTERNAS	10,43	12,61
			TOTAL	100	100

Tabla 5

//// CONCLUSIONES

Aunque las causas de morbilidad de Cádiz no difieren esencialmente de las causas presentes en la provincia y Andalucía, sí podríamos destacar:

Una prevalencia atendida mayor a la esperada de adultos con diabetes mellitus, y de niños con asma infantil.

Incidencia elevada de ingresos evitables y tasas superiores a las esperadas

en comparación con las andaluzas en dos grandes patologías como son las complicaciones de la diabetes mellitus y la insuficiencia cardiaca sobre todo en mujeres.

Una incidencia mayor para todos los tipos de cáncer y para los tumores más frecuentes: mama, pulmón, colorectal, próstata y laringe destacando el cáncer de pulmón en las mujeres jóvenes, con un incremento en el porcentaje de años potenciales de vida perdidos y una tendencia creciente para el periodo 1981-2015.

Tendencias de mortalidad crecientes para los hombres en las serie analizada del cáncer de estómago en el grupo de edad de 65-74 años, el cáncer de colon en el grupo de 75-84 años, el cáncer de hígado en hombres de 45-64 años.

Aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

Alimentación inadecuada y falta de ejercicio físico que provocan obesidad infantil y en los adultos.

Aumento de la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco sobre todo en jóvenes.

//// RECOMENDACIONES

Dado que la morbilidad de estas patologías está influenciada por el diagnóstico precoz, los estilos de vida saludables y las condiciones de vida y trabajo, se recomienda:

Fomentar la participación de la población en los programas de diagnóstico precoz desarrollados por los servicios sanitarios.

Fomentar la adherencia a los tratamientos, incluyendo los activos en salud de la comunidad, en la prescripción por parte de los sanitarios, así como un adecuado seguimiento de los objetivos de tratamiento.

Programar las actividades comunitarias de promoción de salud desde una perspectiva de equidad, con participación de la población a la que van destinadas y objetivos medibles que posibiliten su evaluación y la medición del impacto.

Incluir objetivos de salud comunitaria en los proyectos desarrollados por todas las administraciones. En especial aquellas destinadas a reducir las desigualdades sociales.

Mejorar la coordinación entre las instituciones públicas para fomentar hábitos saludables en la escuela, mejorando la práctica de la actividad física sobre todo en las niñas.

Mejorar las intervenciones para dejar de fumar.

Implantar intervenciones para disminuir el consumo de alcohol sobre todo en los más jóvenes que debe apuntar a una reflexión sobre la funcionalidad del alcohol en nuestra sociedad y el valor lúdico otorgado a esta sustancia.

Implantar intervenciones preventivas sobre prácticas sexuales de riesgo, enfermedades transmisibles y formas de evitarlas, sexualidad, sensibilización al maltrato, etc....) en las que deben implicarse sectores educativos, sanitarios, municipales...

// 6.8.2 SITUACIÓN DE LAS PERSONAS INMOVILIZADAS Y CONFINADAS

Autores

Enfermeros Gestores de casos UGC de Cádiz

Francisco Moreno Castro, María del Mar León Grima y María José Gómez-Plana Usero

El objetivo del estudio es conocer el número de personas inmovilizadas y confinadas así como las condiciones en las que viven, incluyendo tipo de vivienda y barreras arquitectónicas de dichos domicilios de Cádiz. Tiene como antecedente el análisis realizado por los profesionales del Centro de salud del Olivillo, referente de la población del barrio de La Viña, durante los años 2015 y 2016.

Se consideran personas inmovilizadas aquellas personas que, independientemente de la causa, se ven obligadas a pasar la mayor parte del tiempo en cama y que solo pueden abandonarla con ayuda de otras personas; o personas con dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales. Estas circunstancias tienen que persistir por un tiempo de al menos dos meses. Se estima que el 15% de la población andaluza mayor de 65 años se encuentra en esta situación.

Las personas confinadas en su domicilio, son aquellas que debido a barreras arquitectónicas u otras limitaciones del entorno se ven obligas a permanecer en su domicilio o tienen grandes dificultades para salir de su vivienda.

Este confinamiento es de vital importancia en la calidad de vida de estos pacientes y la percepción de salud de los mismos ya que la reclusión involuntaria en la vivienda conlleva problemas de salud añadidos, resaltando la pérdida de relaciones sociales, limitación en la actividad física, aumentos de trastornos emocionales (tristeza, apatía, depresión, etc.) no solamente en el paciente sino también en la persona cuidadora.

Según el estudio del centro de salud del Olivillo el impacto de la situación de confinamiento en la persona afectada y en su cuidadora es el siguiente:

IMPACTO EN LA SALUD DE LA PERSONA CONFINADA

- *Pérdida de relaciones sociales: 92,16%*
- *El deterioro físico se acelera: 88,24%*
- *Produce trastornos emocionales: 73,53%*
- *Limita la actividad física: 46,08%*

IMPACTO EN LA SALUD DE LA CUIDADORA

- *Pérdida relaciones sociales: 90,54%*
- *Limita la actividad física: 78,38%*
- *Produce trastornos emocionales: 77,03%*
- *Influye en el cansancio como cuidadora: 63,51%*

Estos efectos podrían afectar igualmente a la población de otros barrios de la ciudad de Cádiz que tienen características semejantes a las del barrio de La Viña en los que también hay viviendas antiguas con barreras arquitectónicas, viviendas sociales, etc.

La metodología seguida para conocer este importante problema de salud ha consistido en:

- *Elaborar listados de personas registradas en el programa de inmovilizados de la cartera de servicios y clave médica en las Unidades de Gestión Clínica de Cádiz capital.*
- *Realizar el cribado por domicilios para identificar las fincas con barreras arquitectónicas de acceso y sin ascensor.*
- *Y por último se realiza contacto telefónico con las personas inmovilizadas o familiares para valorar la situación y las posibilidades y los deseos de los pacientes de salir del confinamiento.*

//// RESULTADOS

Mediante esta metodología se han podido detectar, a fecha de diciembre de 2018, a 158 personas en estas condiciones de confinamiento y que, por lo tanto, podrían beneficiarse del Programa Bajemos a la Calle, puesto en marcha en fechas recientes por el Ayuntamiento de Cádiz para las personas confinadas.

// 6.8.3 LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE CÁDIZ

Autor

Antonio Vergara (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Grupo motor Plan Local de Salud de Cádiz)

//// INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

//// MATERIAL Y MÉTODOS

Para este informe, se han realizado seis entrevistas de 1,5 a 2 horas cada una, grabadas, transcritas posteriormente y remitidas a las entrevistadas para que aprobaran el trabajo final elaborado.

Este método se ha realizado en el centro de salud mental de adultos, recurso de especialidad de segundo nivel, dependiente del Hospital Universitario Puerta del Mar, con las grabaciones realizadas en el propio centro. Se entrevistaron a profesionales de la psiquiatría, enfermería y trabajo social.

Todas las personas entrevistadas tienen una amplia experiencia profesional, lo que significa que tienen criterios y trayectorias personales en la atención de pacientes que

viven en la ciudad de Cádiz, de la que se quiere extraer su perfil de salud.

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

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

CENTROS SALUD	NÚMERO DE DERIVACIONES (PAP)	DERIVACIONES AJUSTADOS POR TAE (10.000 TARJETAS)
EXTRAMUROS		
LA PAZ	441	119
PUERTA TIERRA	295	112
LA LAGUNA	288	80
LORETO PUNTALES	197	79
TOTAL EXTRM	1221	390
INTRAMUROS		
MENTIDERO	295	118
OLIVILLO	267	130

CENTROS SALUD	NÚMERO DE DERIVACIONES (PAP)	DERIVACIONES AJUSTADOS POR TAE (10.000 TARJETAS)
LA MERCED	156	111
TOTAL INTRAM.	718	359
TOTAL CADIZ	1.939	749

Adjuntamos numero derivaciones realizadas desde atencion primaria en 2017 según datos recogidos - en p.I.O (plan integral operativo) y sin contar con las diferidas

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

Preguntas formuladas:

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

//// RESULTADOS EN SALUD MENTAL DE ADULTOS EN LA CIUDAD DE CÁDIZ

Se transcriben los conceptos clínicos consensuados de las conversaciones.

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

Los motivos de consulta predominantes son los cuadros de ansiedad, depresiones y somatizaciones. El incremento de estos cuadros está en relación con factores socio-económicos y también personales.

Ante el incremento de los factores estresantes, la respuesta normal es la ansiedad, que debemos saber canalizar. Si fracasamos en su control o los estresores son demasiados graves, se puede entrar en crisis, lo que conlleva con cierta frecuencia la búsqueda de apoyos y ayudas. Una de ellas es la sanitaria.

Es cierto que no todas las personas, ante estresores similares, responden con el mismo grado de ansiedad. Las respuestas van a depender de los adecuados o no adecuados niveles de contención que tengan cada cual. Estos diques tienen que ver con factores psicológicos pero también con otros socio-económicos y familiares.

La consecuencia habitual de todos estos hechos comentados es un aumento de las consultas sanitarias, bien sean por motivos aparentemente somáticos o psíquicos. En muchas ocasiones, además, se acude buscando remedios milagrosos y ahí nos encontramos con los abusos en la petición de psicofármacos.

El abuso de los psicofármacos es un hecho constatado. Adjuntamos la tabla del consumo en Andalucía y en España.

	2008	2013	% Var. 08-13
Ansiolíticos	8.924.423	9.966.098	11,67
Derivados benzodiazepinas	1.642.129	2.091.856	27,39

	2008	2013	% Var. 08-13
Fármacos relacionados benzo-diazepinas	783.648	792.594	1,14
Otros hipnóticos y sedantes	124.413	87.389	-29,76
Antidepresivos	4.252.334	5.517.977	29,76
Psicolépticos / psicoanalépticos (comb.)	219.637	0	-100,00
Antipsicóticos	1.860.695	1.877.692	0,91
Litio	41.920	40.947	-2,32
Total	17.849.199	20.374.553	14,15

Tabla 18. Consumo de fármacos en Andalucía. Total de envases. SSPA, 2008-2013

Fuente: Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud.

	2009	2010	2011	2012	2013	% Var. 09-13
Antipsicóticos	13.744.389	14.192.497	14.091.784	13.481.266	13.351.436	-2,86
Antidepresivos	35.177.505	37.805.971	38.587.556	38.765.700	38.954.531	10,74
Tranquilizantes	53.012.679	54.916.395	54.914.376	54.522.845	54.565.279	2,93
Hipnóticos y sedantes	21.774.414	22.703.535	22.511.144	22.026.211	21.655.222	-0,55

Tabla 19. Consumo de envases. España, 2009-2013.

Fuente: Crisis económica y Salud mental. Informe SESPAS 2014

Es necesario mencionar la utilidad de estos fármacos y el alivio que ocasionan cuando realmente son necesarios y están bien utilizados.

Las causas de este abuso de psicofármacos son múltiples y multifactoriales.

Destacamos como las más significativas en nuestra área asistencial:

- *La excesiva medicalización de los problemas cotidianos. Existe una tendencia a medicalizar, psiquiatrizar y psicologizar.*
- *La cultura social predominante, en el código social actual se imponen algunas cuestiones, como la tolerancia cero al sufrimiento, fomentado incluso por la publicidad, que nos dice como ante cualquier molestia existe un fármaco que nos permitiría seguir con nuestra actividad. Se fomenta la creencia que todo tiene arreglo, que para cualquier dolor (físico ó psíquico) o bien existe una pastilla o una técnica psicológica que lo elimine.*
- *La necesidad de una respuesta inmediata.*
- *La orientación más biologicista de la salud mental y el agotamiento del profesional, habitualmente sobrecargado y con falta de tiempo para intentar transmitir otras alternativas.*
- *La estructuración de la asistencia clínica y el tiempo disponible para la misma.*

Existen otras estrategias técnicas, distintas a las farmacológicas, es decir, distintas a la respuesta inmediata que desea y solicita el paciente de que se le recete una pastilla milagrosa que le solucione cualquier trastorno ó situación conflictiva, que pueden ayudar en muchos casos de Trastorno Mental Menor (TMM), que son patologías poco significativas, como son los programas de autoayuda, relajación grupal, grupos socioeducativos, asociaciones que organicen de forma coordinada con Salud Mental programas de ocio y tiempo libre, hábitos saludables, etc., que pueden paliar en gran parte el aislamiento, la soledad y mejorar la salud en general.

Una dificultad añadida es la no adecuada coordinación entre los recursos de Salud Mental y la Atención Primaria de Salud y además entre los recursos sanitarios y los de Trabajo Social. En la cartera de servicios de los centros de salud no aparece

ningún servicio específico en relación con la Salud Mental. Se han diseñado, eso sí, una serie de iniciativas que tratan de paliar esta desconexión. Se han instaurado una serie de grupos dentro de la Atención Primaria, como los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) ó los Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en la Atención Primaria (GRAFA), con muy buenos resultados pero, evidentemente, estos programas sin la dotación de recursos adecuados no se pueden asumir. Todos somos plenamente conscientes y los hemos padecido que en los últimos años ha habido recortes importantes en estas parcelas, lo que ha influido en la calidad de nuestra asistencia clínica.

En relación con los Trastornos Mentales Graves (TMG), queremos destacar como en los barrios, en general, el estigma del enfermo mental grave es menor, es aceptado en su entorno y recibe el apoyo vecinal. De todas maneras, este fenómeno de apoyo vecinal ha ido a menos. La forma de vivir en las casas ha variado y no hay tanta labor comunitaria. Además, la población de Intramuros ha envejecido mucho y las posibilidades de ayuda comunitaria son menores.

Los Trastornos Mentales Menores por disfunción familiar, condiciones de la vivienda, convivencia de varias generaciones como consecuencia del paro y la precariedad laboral se detectan más en la actualidad que hace décadas. En los barrios que mantienen en mayor medida esa labor comunitaria de apoyo vecinal normalizado existen unos niveles de solidaridad que hacen disminuir las consecuencias negativas. Vivir en el casco antiguo o en Puertas de Tierra es como vivir en otra ciudad.

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

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

La distribución por grupos de edad no es homogénea. Existen dos picos, uno que va de los 40 a los 50 años y otro de los 60 a los 70 años.

En relación al sexo existe un predominio de mujeres sobre hombres.

Antes de entrar en las causas que pensamos son determinantes, queremos dejar claro que son afirmaciones subjetivas, es decir, no están sustentadas en estudios científicos o estadísticos.

La mujer adopta más roles sociales, es madre, ama de casa, en muchas ocasiones aportadora de ingresos y en torno a ella se organiza la vida diaria. Todo esto sin descartar que tenga que cuidar y atender a sus mayores, sobrecarga que termina llegando tarde o temprano.

Todas estas funciones que asume la mujer de ‘forma obligatoria’ terminan pasando factura. Si bien es verdad que se aprecian algunos cambios en relación con los roles masculinos y femeninos, todavía estamos lejos de la paridad.

Entre las causas actuales que están influyendo en una mayor sobrecarga y agotamiento, destacamos el retorno de los hijos al domicilio familiar, bien sea por separaciones de las parejas o por falta de trabajo, en cuyo caso llegan acompañados de toda la familia, con los problemas de habitabilidad y convivencia que todo ello provocan.

Todos tenemos experiencias de atender a mujeres cuyas circunstancias vitales se caracterizan por ser mayores y con sus pensiones, habitualmente bajas, mantienen al resto de la familia. El papel determinante de los abuelos, mejor sería decir abuelas, en la infraestructura del núcleo familiar de los hijos es un hecho nada infrecuente. Esto es un estímulo positivo en ocasiones pero también provoca unas limitaciones y termina agotando a la mujer que lo padece.

En relación a la clase social, nuestra opinión es que acuden más a los Servicios de Salud Mental públicos las clases menos favorecidas. La clase social alta acude menos y, si lo hace, es en caso de trastornos mentales graves.

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

La tendencia más llamativa es el incremento de los problemas de ansiedad reactiva, derivados de la situación socio-económica y en los barrios más desfavorecidos a la infravivienda, al riesgo de padecer desahucios, al paro, a la pérdida de autonomía y a las situaciones forzadas de reestructuración de sus familias.

Si a estos determinantes le añadimos que la cobertura o protección social ha disminuido, tenemos las condiciones que justifican el incremento de la ansiedad.

Estas situaciones son factores claros de demanda de consultas en Salud Mental, lo que provoca una masificación y desesperanza de todos, incluido la del profesional que le atiende, ya que la resolución desde luego no es la medicalización. Por otra parte, los Servicios Sociales se ven desbordados sin poder responder plenamente a las demandas.

En estos casos, con claros determinantes sociales en los trastornos mentales menores y reactivos, son fundamentales los grupos de apoyo familiar, organizaciones vecinales o asociaciones de autoayuda de pacientes y familiares.

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

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

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

Antes funcionaban muy bien las escuelas taller donde aprendían un oficio. En la actualidad, estas escuelas se han perdido. Ahora los cursos son teóricos, no les interesa y la administración se gasta mucho dinero en ese estéril concepto. Las escuelas taller sacaban a los jóvenes que no estudiaban del aislamiento, de la

ociosidad, les abría otras perspectivas, les sacaba de esa calma. Además aprendían y recibían una prestación. Se ha perdido la formación de los oficios. Esto hace concluir que sería necesario hacer menos cursos académicos y más escuelas taller.

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

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

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

En las familias en exclusión social o en riesgo de exclusión es más difícil cualquier tipo de abordaje porque es complicado que sigan indicaciones y le den continuidad, tanto en la atención como en los cuidados.

En estos casos con determinantes sociales desfavorables son más imprescindibles todavía las actuaciones coordinadas e interdisciplinarias, entre los recursos sanitarios y de Trabajo Social. Es muy necesaria una mayor dotación de recursos, tanto humanos como materiales.

En las consultas de enfermería de Salud Mental, donde mejores resultados se han conseguido son con los programas de psico-educación familiar, donde se empodera a los familiares, dándoles herramientas para un mejor entendimiento del enfermo. Hemos comprobado como al reducir las expectativas se consigue una evolución más favorable, tanto para el paciente como para las familias.

Una circunstancia desfavorable es la falta de recursos socio-sanitarios residenciales de media y larga estancia. Este hecho redundaría en las familias provocándoles una sobrecarga que terminan agotando a las cuidadoras.

El apoyo vecinal en muchas casas es clave para mantener situaciones de personas abandonadas, impedidas y que no podrían sobrevivir por sí solos. Hay sistemas de

contención familiares propios (las capacidades que cada familia tiene) y después están los sistemas de contención externos que son los movimientos sociales y los vecinos. Esta cultura del apoyo vecinal es ancestral, aunque esté disminuyendo. De todas maneras, siempre en los barrios más unidos (en los partiditos) existirá más que en otras comunidades.

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

Consideramos que un mayor apoyo institucional a las asociaciones de familiares, como FAEM (Familiares y Allegados de Enfermos Mentales) y AFEMEN (Asociación de Familiares de Enfermos Mentales) ayudaría mucho y completaría a la atención más completa de estos pacientes.

Son fundamentales también los programas de capacitación de las personas con trastornos mentales a través de los programas de empleo, para intentar optimizar la reinserción socio-laboral de estos enfermos.

//// RESULTADOS EN SALUD MENTAL EN LA INFANCIA EN LA CIUDAD DE CÁDIZ

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

Trabajando con niños, los principales motivos de consulta son trastornos con déficit de atención con ó sin hiperactividad (TDAH) y trastornos de conducta. Primero serían los trastornos de conducta, ya que los TDAH, se consideran problemas de conducta.

Puede haber consultas también para diagnosticar y tratar enfermedades y trastornos más específicos como el Asperger, Autismo y también Psicosis infantil, pero afortunadamente son menos prevalentes.

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

comprensión del niño, y trabajo con el entorno, mejoran; para ello se están realizando esfuerzos de coordinación y formación con los profesionales implicados, pero aún queda mucho trabajo, pues sigue imperando el modelo biologicista y muchos niños mejoran con psicoestimulantes que es más fácil y rápido y es lo que la población demanda.

Todos estos cuadros de TDAH y trastornos de conducta son constantes en las consultas y han aumentado en los últimos años.

En general son tratados por trastornos de conducta, entre los que se incluye los problemas de control de la conducta en las relaciones con los adultos (disciplina, impulsividad, ansiedad, alimentación... afectivos muchos) y los problemas de conducta relacionados con la escolaridad (agresividad entre ellos, falta de respeto a figuras de autoridad, falta de interés por los estudios...) y la clínica escolar (suspensos, fracaso de curso, desmotivación para estudiar, negativa a ir al cole porque se aburre...) convirtiéndose problemas escolares en problemas psiquiátricos.

Para resumir, TDAH y comportamientos disociales, aparecen como el resto de Andalucía. Estos trastornos de conducta son en muchas ocasiones por inadaptación al mundo de adultos.

Estos trastornos son mucho más frecuentes que los trastornos mentales graves.

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

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

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

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

A menor nivel social, menor nivel de estudios y mayor tasa de paro el riesgo de padecer trastornos de conducta aumenta.

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

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

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

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

Las consultas en la Unidad de Salud Mental Infantil de la ciudad de Cádiz han aumentado mucho. Quizás por una mayor accesibilidad y por un mayor interés en la prevención de riesgos, lo que genera también mayor número de hiperdiagnósticos, en muchos casos erróneos.

La crisis genera un estrés emocional en los padres y en las familias y esto repercute en los niños. Hay niños que no tienen autonomía con el sueño, y resulta que viven o

han vivido mucho tiempo compartiendo espacios para dormir con muchos familiares (con abuelos en el salón, hacinamientos, normas distintas de los padres y de los abuelos...) y todo ello repercute lógicamente en las conductas de los niños.

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

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

Y necesidad de estar con sus padres y cuidadores, disfrutar con ellos, no tantas actividades extraescolares, en algunos casos.

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

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

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

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

La cuestión económica es importante.

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

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

En el grupo que consiguen una nueva casa, la mejora es muy importante. Los niños que viven en casas, hacinados, que duermen en el salón, que para dormir tienen que esperar que se duerma el abuelo....es lógico que tengan trastornos del sueño y de conducta.

Otro grupo de mejora es la psicoeducación, coordinados con los colegios, dan buenos resultados. Los trabajadores de familia de los servicios sociales hacen una labor estupenda.

Otra labor importante es recurrir a las asociaciones y trabajar con ellas: con buena respuesta.

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

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

Hay que disponer de profesionales preparados donde prioricen la autonomía y la no dependencia de las familia con el sistema sanitario es importante la formación de los profesionales en este sentido, y ayudar a las familias y cuidadores a ser lo mas autónomos posible.

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

La Unidad de Salud Mental Infantil no puede trabajar de forma aislada. Los sistemas educativo, social y judicial tienen que trabajar de forma coordinada porque son

complementarios. También tiene especial relevancia el trabajo coordinado de las instituciones relacionadas con los Centros de Menores.

Ha mejorado mucho en los últimos años este trabajo de equipos multidisciplinares, incluso de instituciones distintas al ser ahora comisiones de seguimiento multidisciplinarias. Cuando hay un caso grave en un colegio, se reúnen estas comisiones multidisciplinarias y consiguen mejores resultados, incluso en situaciones graves. Estas comisiones, como son un despliegue de recursos, se deben reservar a casos graves, pero el trabajo coordinado de la USMI con sociales y educativos debe ser permanente.

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

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

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

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

//// DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Queremos finalizar destacando la importancia vital de la participación ciudadana real y efectiva. En la generación de culturas saludables y de la lucha por la salud es fundamental. Los planes locales de salud son una oportunidad histórica para conseguir estos fines. Pero en la Salud Mental este componente sociosanitario alcanza niveles que los diferencian de algunos otros. Los efectos sobre la familia, los barrios y la sociedad en general de los trastornos mentales crónicos son devastadores cuando se encuentran sin recursos de apoyo.

Las asociaciones de enfermos y familiares hacen una labor que alguna vez deberían recibir un homenaje público. Queremos destacar en la ciudad de Cádiz la realizada por FAEM (Familiares de Enfermos Mentales), AFEMEN (Asociación de Familiares de Enfermos Mentales) y AFEDU (Asociación de Familiares de Enfermos Duales), sin desmerecer a las demás.

//// CONCLUSIONES PERFIL DE SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE CÁDIZ

- *El número de consultas en Salud Mental de los adultos que viven en la ciudad de Cádiz está aumentando.*
- *Los trastornos más frecuentes son la ansiedad y la depresión reactiva.*
- *Son más frecuentes en mujeres.*
- *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.*
- *Han disminuido los trastornos mentales determinados por la infravivienda.*
- *La protección social ha disminuido y el desamparo se ha incrementado.*
- *El apoyo familiar, sobre todo de las mujeres, tiene un efecto paliativo de las carencias socioeconómicas.*
- *El precio de esta labor es el agotamiento de las cuidadoras.*
- *El apoyo comunitario vecinal ha disminuido pero sigue siendo fundamental en los casos de personas mayores sin apoyo familiar.*
- *La medicalización ha aumentado: se atribuye a la enfermedad lo que es un problema social que de forma reactiva produce trastornos.*
- *La búsqueda de la pastilla milagrosa es la salida a esta medicalización.*
- *El consumo de psicofármacos ha aumentado.*
- *Son necesarias políticas de salud pública para prevenir esta dinámica.*
- *Los programas de psicoeducación son fundamentales para pacientes, para familiares y para cuidadores.*

- *El número de consultas en Salud Mental Infantil también está aumentando.*
- *Los trastornos de conducta y los déficit de atención con o sin hiperactividad son los más prevalentes.*
- *Son más frecuentes en los niños que en las niñas.*
- *Es posible que en este aumento también contribuya una mayor capacidad diagnóstica y la disponibilidad de recursos específicos.*
- *La medicalización es también un hecho en la infancia.*
- *En la mayor parte de los casos el condicionante es una situación domiciliaria muy deficitaria y sobrecargada.*
- *Cuando mejora la situación (vivienda nueva) los trastornos de conducta mejoran e incluso pueden llegar a desaparecer.*
- *Existen picos de edades: alrededor de los 6 años y la adolescencia.*
- *En edades tempranas se pueden prevenir estos trastornos.*
- *La atención multidisciplinaria coordinada (sanitaria, social, educativa y judicial) es fundamental para el abordaje correcto.*
- *Los programas psicoeducativos son imprescindibles.*
- *La implicación de la comunidad en el abordaje de los problemas de salud mental es decisiva para conseguir resultados satisfactorios.*

//// BIBLIOGRAFÍA DEL ESTUDIO SALUD MENTAL

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

2. Informe 2016 OxfamIntermon.<http://www.oxfamorg/>.
3. www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=9056
4. Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*.2015;4:4.
5. Navinés R, Martín-Santos R, Olivé V y Valdés M. "Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *MedClin (Barc)*. 2016; 146 (8): 359-366.
6. Amable, Marcelo. "La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España". Tesis Doctoral. UniversitatPompeuFabra. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Director/a: Benach, Joan; Benavides, Fernando G. (Fernando García). Fecha de defensa: 27-07-2006.
7. Depósito legal: B.41379-2008. ISBN: 9788469216965.
8. Gili M, García-Campayo J y Roca M.: "Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *GacSant* 2014; 28 (S1): 104-108.
9. Daponte A y Escolar A. Diálogos en la Escuela de Salud Pública de Andalucía. Granada, Abril 2016. *Desigualdades sociales y Salud*. www.easp.es/mes-de-la-salud/.
10. de Pedro Cuesta J y cols.: "Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *PSIQ BIOL* 2016; 23 (2): 67-73.

6.9 LOS ACTIVOS PARA LA SALUD

José Manuel Martínez Nieto (facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz)

Unos de los elementos que se determinó como fundamental desde el inicio del trabajo conducente a la elaboración del Perfil de Salud y del Plan Local de Salud de Cádiz fue la inclusión del enfoque de Activos para la Salud, entendiendo por estos, como lo definen Morgan y Ziglio, “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”(1), y en el intento de que este informe y propuesta incluyera, además de la clásica visión del déficit, aquellos aspectos positivos, favorables, las fortalezas que existan en la ciudad de Cádiz, elementos que posibilitaran y facilitaran mantener y desarrollar la salud en nuestra ciudad, siempre bajo un enfoque salutogénico(2,3), de salud positiva(4,5) y de desigualdades sociales en salud(6).

Podríamos plantearnos si a estas alturas del proceso sabemos algo de los activos para la salud de que disponemos y usamos en Cádiz.

Para abordar esta cuestión podemos recurrir, al menos, a tres fuentes, las cuales ordenándolas y presentándolas secuencialmente según orden temporal son:

- *Estudio Activos para la salud en la provincia de Cádiz: Una aproximación a través de la visión de los profesionales de la Salud (7).*
- *Trabajo de los diferentes grupos motores que han participado en la elaboración del Perfil de Salud.*
- *Algunas experiencias específicas realizadas, en las que se han identificado diferentes recursos y activos para la salud, entre las que se puede nombrar el Fotovoz realizado en el Barrio de La Viña por la Asociación Sociocultural Mujeres de Acero o la experiencia de Mapeo de Activos para la Salud en La Merced.*

1. Estudio Activos para la salud en la provincia de Cádiz: Una aproximación a través de la visión de los profesionales de la Salud(7). En este estudio, publicado en 2015 en el libro La salud en Cádiz y sus determinantes(8) y referido en el Plan Provincial de Salud de Cádiz(9), se hace referencia a los recursos y activos para la salud existentes en la provincia de Cádiz, clasificándolos en ocho tipos distintos o categorías:

- *De los individuos.*
- *De las relaciones informales / sociales.*
- *De las asociaciones formales.*
- *De las organizaciones*
- *Físicos y medioambientales del área.*
- *Económicos.*
- *Culturales.*
- *Tecnológicos*

Podemos considerar que la mayoría de los activos para la salud identificados en este estudio no solo están disponibles o pertenecen al ámbito provincial, sino también al local. Algunos recursos/activos, especialmente algunos de los físicos y medioambientales (espacios naturales como la montaña, la sierra, los parques naturales, o el campo), aunque no se encuentren en el propio espacio geográfico del municipio, pueden ser tenidos en cuenta, ya que al encontrarse en las proximidades, están disponibles y accesibles para la población y de hecho son utilizados. Otros recursos, como los económicos, deben ser considerados de manera diferenciada teniendo en cuenta las características propias de la ciudad de Cádiz.

Los principales activos para la salud identificados en este estudio, clasificados según categorías, se reflejan en la tabla 1.

1.- Activos de los individuos.

- *Motivación (general y aspectos de salud). Actitud (ante la vida, las circunstancias, los consejos de los profesionales). Sentido de la vida, visión o filosofía de vida. Alegría, felicidad, optimismo.*
- *Valores.*
- *Conocimientos y creencias (general, tradiciones, de su enfermedad, situación, de los recursos existentes, formación: nivel educativo).*
- *Capacidad de afrontamiento/manejo de problemas (incluye reconocer problemas y sus causas)*
- *Habilidades sociales/de comunicación y sociabilidad (Capacidad para: Comunicarse, transmitir, escuchar, empatizar – respetar, compartir, pedir ayuda, relacionarse en grupo y redes sociales, carácter abierto/extroversión).*
- *Concepción social/comunitaria (contrario a individualismo), generosidad, solidaridad, altruismo.*
- *Autoestima.*
- *Resiliencia.*
- *Actividad (contrario a pasividad), capacidad de trabajo, de aprovechar el tiempo, constancia.*
- *Responsabilidad.*
- *Creatividad*
- *Sinceridad*
- *'Carácter gaditano': extrovertido, divertido, generoso, alegre, desdramatización de problemas.*

2.- Activos de las relaciones informales / sociales.

- *Familia.*
- *Amigos.*
- *Vecinos.*
- *Redes sociales / Grupos de iguales / Relaciones sociales amplias.*

3.- Activos de las asociaciones formales.

- Asociaciones y grupos:
- Religiosos (Cofradías y Hermandades...)
- Voluntarios y ONGs (Cruz Roja, Cáritas, Colectivos de ayuda...)
- Deportivos (vela, fútbol, ciclismo, pesca, caza...)
- Culturales y lúdicos (teatro, lectura, flamenco, toros, caballos, carnaval...)
- De enfermos y familiares, GAM (Grupos de Ayuda Mutua) (Ca. Mama, Alzheimer, Fibromialgia, Autismo, Minusválidos...)
- Vecinos
- AMPAS (Madres y padres de alumnos)
- Mujeres (de la mujer)

4.- Activos de las organizaciones.

- Centros / atención reflejada:
- Servicios Sociales.
- Atención sanitaria (Hospitales, AP...)
- Educación (Centros educativos...)
- Mayores/Ancianos (SS Mayores, Residencia de ancianos y discapacitados, Centro de mayores, Casa del pensionista, Ayuda a domicilio)
- Infancia / Juventud (Campamentos de niños y jóvenes, Casa de la juventud...)
- Colectivos con problemas específicos (centro de alzheimer, discapacitados, centros de atención temprana, atención a la mujer maltratada)
- Colaboración con asociaciones
- Recursos y actividades culturales y lúdicas (teatro, zoo, baile, ludotecas...)
- Recursos y actividades deportivos y actividad física (piscinas, deportivos, rutas saludables, Taichi...)
- Actividades educativas, saludables, Educación para la Salud... (drogas, alimentación...)

5.- Activos físicos y medioambientales del área.

- *Clima (Luz / sol, temperatura...)*
- *Instalaciones deportivas / para actividad física (carril bici, polideportivo, piscinas, campos/canchas de fútbol..., recursos/aparatos/mobiliario para ejercicio físico en zonas públicas, club náutico, rutas de paseo/ senderismo).*
- *Espacios creados / acondicionados en entorno urbano (plazas, parques, jardines, zonas de paseos, paseo marítimo, espacios abiertos, zonas de pic-nic y recreo)*
- *Espacios naturales (mar, playa, pinares, parques naturales, bahía/entorno acuático, montaña/sierra, lago/pantano, campo).*
- *Vivienda: (viviendas que permiten relaciones vecinales, casas de campo/ chalet, con huertos... arquitectura típica: casas bajas...).*
- *Ciudad: tamaño no excesivo...*
- *Medios de transporte / comunicaciones*
- *Entorno / Ambiente social (saludable, no estresado..., seguridad ciudadana).*

6.- Activos económicos.

- *Sector Primario (ganadería, agricultura, viticultura/bodegas, pesca)*
- *Sector Secundario (industria, alimentación, marroquinería...)*
- *Sector Terciario (hostelería/turismo -playa, rural, "festivo"-, comercios, actividad portuaria).*
- *Apoyo económico de la familia, ONG's, Iglesia, Banco de alimentos.*

7.- Activos culturales.

- *Artes/actividades culturales (teatro, cine, música, baile/danza, pintura, escultura, literatura...)*
- *Costumbres / tradiciones.*

8.- Tecnológicos.

- *Nuevas tecnologías, Internet, TIC's.*

Tabla 1.- Activos disponibles en la provincia de Cádiz.

Fuente: Modificado de: Martínez Nieto JM, López de Lis C, Robles Viaña M, Rojas Villegas J, Suárez-Bárcena Gómez A, 2015(7).

2. Trabajo de los diferentes grupos motores que han participado en la elaboración del Perfil de Salud.

Desde el mismo inicio del plan se observó la necesidad de tener en cuenta el enfoque de activos para la salud, así, en el taller de impulso y desarrollo de la Acción Local en Salud dirigido a aquellas personas que estuviesen interesados en participar en el Plan se incluyó formación específica sobre Activos para la Salud.

Posteriormente, y una vez comenzado el proceso de trabajo del Perfil de Salud, se le planteó a los tres grupos motores (Intramuros, Extramuros-Bahía y Extramuros-Playa), así como a los diferentes grupos de trabajo (Vivienda y Espacio Público, Educación, Problemas Sociales, Medio Ambiente, Estilos y Hábitos de Vida y Morbimortalidad y Sistema Sanitario) que comenzaran a identificar recursos y activos para la salud... contestando a cuestiones como ¿qué funciona bien? ¿en qué somos buenos? ¿qué aspectos positivos encontramos?, y en resumidas cuentas que determinaran y registraran aquellas fortalezas y elementos positivos que se encontraran. Con esto no se ha pretendido conseguir un listado pormenorizado y exhaustivo de todos los activos existentes, sino solo comenzar el mapeo, ya que la identificación y puesta en valor, activación y desarrollo de los recursos/activos es un largo proceso, e incluso continuo y permanente, que va mucho más allá en contenido y temporalidad que el Perfil de Salud.

Fruto de esta labor, puede comprobarse cómo el informe, el trabajo de los grupos motores y de sus grupos de trabajo, está jalonado de aspectos positivos, recursos y potenciales activos para la salud existentes específicamente en la ciudad de Cádiz. Entre ellos, sin ánimo de caer en reiteración, ya que han sido expuestos a lo largo del presente documento en sus correspondientes apartados, podemos nombrar algunos de ellos, como:

- *Características de las personas como la forma de ser abierta y hospitalaria, la manera de afrontar las situaciones, la resiliencia, la sociabilidad, amabilidad, optimismo, alegría, generosidad o la solidaridad.*
- *La identidad y el sentimiento de pertenencia y de mutua dependencia.*

- *Las redes de apoyo social y familiar, las relaciones personales, de amistad, vecinales y la familia como elemento central.*
- *Las asociaciones de diversa índole, grupos de ayuda mutua, clubs, voluntariado...*
- *Recursos dependientes de diferentes organizaciones / instituciones, como los educativos, sanitarios, sociales, museísticos, bibliotecas...*
- *Equipamientos docentes, culturales y deportivos. Características urbanísticas y sociales de la ciudad, espacios libres y de esparcimiento, carril-bici, playas, zonas verdes... todo ello en un clima que favorece su utilización y posibilita y fomenta la actividad física, el ocio y las relaciones sociales.*
- *Recursos, elementos, y manifestaciones culturales de todo tipo, que de forma transversal se relacionan con los distintos activos mencionados.*
- *Gran cantidad de actividades que se organizan desde diferentes instituciones, organismos, asociaciones y grupos, y que fomentan hábitos saludables.*

En algunos de estos recursos/activos, se han encontrado importantes diferencias en cuanto a su distribución geográfica en la ciudad de Cádiz. Un ejemplo de esto es la concentración de parques y de zonas de recreo en ciertas zonas de extramuros y la escasa disponibilidad de los mismos en otras zonas.

3. Otra de las fuentes de recursos y activos para la salud hace referencia a algunas experiencias que se han realizado (o se están realizando) y que suponen el inicio de un camino en el que no se trata solo de identificar los recursos/activos, sino de poner de manifiesto su valor, enlazarlos, activarlos, y que pueden suponer una interfase, el paso de la investigación a la acción (participativa), a la utilización de esos recursos detectados en beneficio de las personas, su salud y su bienestar.



Ejemplo de estas experiencias lo tenemos en el Fotovoz realizado en el Barrio de La Viña por la asociación sociocultural Mujeres de Acero y en la barriada de la Paz por un grupo de

adolescentes de un taller socioeducativo de la Delegación de Asuntos Sociales. En ambas experiencias, de forma participativa y a pie de calle, se identificaron y fotografiaron elementos que podrían actuar como activos para la salud, para posteriormente de manera grupal reflexionar sobre todos esos elementos y así poder hacer planes de acción y utilizarlos adecuadamente.

Otro ejemplo a mencionar es el Mapeo de Activos para la Salud en La Merced, en el que a través de metodología cualitativa (entrevistas cualitativas semiestructuradas a informantes clave y posteriormente grupo focal y nominal), se están identificando y priorizando recursos/activos, así como planteando propuestas de acción encaminadas a usarlos y optimizarlos.

Con todo esto, tras la conclusión del Perfil de Salud, nos podemos plantear... ¿qué hacer a partir de ahora en cuanto a los activos para la salud y a la promoción de la salud?

Como hemos comentado, la identificación y puesta en valor, activación y desarrollo de los recursos/activos es un largo proceso, e incluso continuo, que va mucho más allá en contenido y temporalidad que el Perfil de Salud. Lo que se ha realizado hasta ahora no es sino el inicio del camino, por lo que se debe continuar con el mapeo de activos, su identificación, y sobre todo pasar a la fase de implantación y desarrollo, de acción, de uso de los activos detectados a través de acciones de Promoción de la Salud basada en Activos (10), para lo cual se deben fomentar la competencia y auto-responsabilidad de la comunidad, promoviéndose la colaboración, la participación y el empoderamiento de la misma, implantándose procesos de desarrollo y acción comunitaria.

Para implantar y desarrollar esta compleja fase de desarrollo, de activación y uso de los recursos/activos, de participación activa de la comunidad, de apropiación y co-creación de salud, en resumidas cuentas de Promoción de la Salud Basada en Activos, es aconsejable considerar, al menos, los siguientes elementos básicos:

- *Acción directa del sistema formal. Seguir desarrollando y optimizando los distintos recursos, programas, servicios y actividades ofertadas desde el sistema formal y los organismos dependientes del Estado, la Junta de Andalucía (sistema sanitario, educativo, asuntos sociales...), Ayuntamiento, Diputación, Universidad, etc.*
- *Prescripción social/recomendación de activos. Instauración de un sistema de prescripción/recomendación de activos para la salud a través del cual se pueda referir, poner en contacto, intermediar o derivar a la persona hacia aquellos recursos/activos para la salud que le fueran beneficiosos, ya sean comunitarios o del sistema formal.*
- *Implicación, colaboración y coordinación entre el sector público, el sector privado, el tercer sector o de acción social y la comunidad.*
- *Desarrollo comunitario/acción comunitaria. Promoción de la acción/participación de la propia comunidad, los grupos, las asociaciones para que actúen en favor de su salud. Fomento de agentes de salud comunitarios y de la educación entre iguales.*
- *Conocimiento, colaboración y coordinación entre los propios recursos comunitarios. Ya sean asociaciones, grupos de ayuda mutua, clubs, etc.*
- *Mapas y registros de recursos/activos disponibles, lo que facilitaría la prescripción/recomendación de los mismos por parte del sistema formal, así como el acceso directo a esos recursos por parte de la comunidad.*

Para terminar, parece importante recordar que el modelo de activos, la auto-responsabilidad y el empoderamiento no puede justificar una disminución de los servicios públicos ni el desmantelamiento del Estado del Bienestar, sino que debe plantearse como una estrategia para mejorar y aumentar el nivel de salud y el bienestar(7,11) en la ciudad de Cádiz y disminuir las desigualdades en salud existentes.

//// BIBLIOGRAFÍA:

1. Morgan A, Ziglio E. *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. *Promot Educ*. 2007;14:17-22.
2. Antonovsky A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promot Int*. 1996;11:11-8.
3. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1987.
4. Seligman MEP. *Positive Health*. *Appl Psychol*. 2008;57(S1):3-18.
5. Joseph S, Sagy S. *Positive Psychology in the Context of Salutogenesis*. En: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al., editores. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 83-8.
6. Solar O, Irwing A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. *Comission on Social Determinants of Health*; 2007.
7. Martínez Nieto JM, López de Lis C, Robles Viaña MM, Rojas Villegas J, Suárez-Bárcena Gómez A. *Activos para la salud en la provincia de Cádiz: Una aproximación a través de la visión de los profesionales de la salud*. En: Córdoba Doña JA, Martínez Nieto JM, Almenara Barrios J, editores. *La salud en Cádiz y sus determinantes*. Cádiz: Editorial UCA. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2015. p. 185-205.
8. Córdoba Doña JA, Martínez Nieto JM, Almenara Barrios J, editores. *La salud en Cádiz y sus determinantes*. Cádiz: Editorial UCA. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2015. 326 p.
9. *Plan Provincial de Salud de Cádiz*. Cádiz: Delegación Territorial de Salud de Cádiz; 2017. p. 80.

10. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30(S1):93-8.
11. Álvarez Dardet C, Ruiz Cantero MT. Patrimonio de Salud. ¿Son posibles las políticas salutogénicas? *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85(2):123-7.



7 ○ Priorización y propuestas



7.1 Introducción

En el marco del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de la ciudad de Cádiz, esta fase de priorización y aportación de propuestas se realizó de forma participativa partiendo de los cocimientos adquiridos de los problemas de salud y de sus determinantes durante la producción del Perfil de Salud de Cádiz.

Se remarca en este punto la importancia de la experiencia lograda en el desarrollo y elaboración del Plan de Salud del barrio La Viña ya que ha servido de referencia para desarrollar un trabajo similar, en este caso, en la ciudad de Cádiz al completo.

Metodológicamente, esta fase consistió en una jornada ciudadana para la priorización de los principales problemas detectados en el Perfil de Salud, destacando también los activos en salud, y la posterior propuesta de acciones para la mejora de la salud de la comunidad. Se celebró el 16 de enero de 2019 en el Centro Integral de la Mujer, edificio en el que se ubica la Delegación municipal de Salud.

7.2 Desarrollo metodológico

Esta jornada estuvo abierta a toda la ciudad y tuvo una asistencia de un centenar de personas con perfiles de carácter intersectorial, con la participación de profesionales de distintas instituciones, representantes del movimiento asociativo de la ciudad y también varias personas a nivel individual.

La jornada de trabajo de 9.00 a 14.00 horas, se desarrolló en tres partes:

1. *Presentación del Perfil de Salud de la ciudad de Cádiz. Este documento es resultado del trabajo de varios meses de más de cien personas de diversas instituciones y de movimientos sociales de la ciudad, lo que le concede a este documento una transversalidad y una multidisciplinaridad muy satisfactoria y apegada a la realidad local.*

En la jornada se realizó una exposición de los datos más significativos del Perfil de Salud presentada por representantes de cada uno de los 6 grupos de determinantes. Posteriormente se repartió a los presentes la lista de los problemas, necesidades, determinantes, factores de riesgo y de protección... elaborada por el grupo coordinador a partir de los documentos del Perfil de Salud de Cádiz.

2. *Priorización de los problemas. A continuación, se realizó una priorización de los problemas y las necesidades derivadas del Perfil de Salud, agrupados según los grupos de trabajo por los tipos de determinantes sociales de la salud. El sistema que se utilizó fue el de votación simple ponderada por cada grupo de problemas, en función del número de composición del mismo. La votación se realizó individualmente, mediante una plantilla de votación anónima.*
3. *Recomendaciones y propuestas surgidas de los seis grupos de trabajo por tipos de determinantes: 1 Vivienda, 2 Educación, 3 Problemas sociales, 4 Medioambiente y espacios públicos, 5 Estilos y Hábitos de Vida, 6 Morbimortalidad. Los asistentes se dividieron libremente entre los distintos grupos por perfiles o intereses profesionales y personales. La organización realizó una adecuación de la distribución atendiendo a criterios numéricos y*

de perfiles.

7.3 RESULTADOS

Como resultados de esta jornada de participación se obtuvieron dos productos: una lista de problemas priorizados y una serie de recomendaciones y propuestas por grupos de determinantes.

// 7.3.1 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

**Listado de determinantes y problemas de salud prioritarios
16 de enero de 2019**

Vivienda	
56	Precio alquiler – hipoteca
35	Accesibilidad
31	Vivienda pública
16	Uso turístico
15	Hacinamiento
13	Deshabitada
13	Eficiencia energética
10	Conservación

Medioambiente

44	Espacios públicos
39	Conciencia medioambiental
25	Suciedad
23	Accesibilidad
16	Ruido
13	Tráfico motorizado
13	Residuos
11	Contaminación del aire
7	Contaminantes hormonales

Educación

40	Nivel educativo familiar
32	Desestructuración familiar
31	Recursos sociales y culturales
25	Gestión de emociones
24	Necesidades educativas especiales
17	Formación profesional ocupacional
17	Actividades lúdico-educativas
15	Atención a la diversidad

Educación	
15	Educación afectivo-sexual
10	Equipamiento
9	Educación no formal
5	Educación de personas adultas
4	Parentalidad

Alimentación y actividad física	
62	Alimentación
49	Sedentarismo
41	Oferta de actividad física
25	Equipamientos deportivos

Adicciones	
33	Alcohol
28	Patología dual (enfermedad mental y adicción)
27	Tabaco
27	Programas, recursos y centros
17	Cultura tolerante

Adicciones	
15	Tranquilizantes e hipnóticos
9	Cannabis
9	Rechazo social
6	Carga emocional
4	Opiáceos

Problemas sociales	
70	Desempleo
27	Aislamiento social
20	Necesidades básicas
20	Personas sin hogar
16	Economía sumergida
15	Cualificación profesional
15	Sobrecarga de personas cuidadoras
13	Envejecimiento
12	Dependencia
12	Soledad no deseada
10	Pensiones
10	Renta básica y subsidios

Problemas sociales	
7	Asistencialismo
6	Consumismo
3	Emancipación

Participación	
50	Participación comunitaria
35	Relevo generacional
33	Redes de apoyo
27	Movimiento asociativo
27	Relaciones vecinales y comunitarias

Enfermedad	
65	Sobrepeso y obesidad
57	Salud mental
27	Diabetes
24	Cáncer
3	Asma infantil

Lista general de problemas priorizados

Orden	Problema/Necesidad/Factor de Riesgo	Votos
1.	Desempleo	70
2.	Sobrepeso y obesidad	65
3.	Alimentación	62
4.	Salud mental	57
5.	Precio alquiler – hipoteca	56
6.	Participación comunitaria	50
7.	Sedentarismo	49
8.	Espacios públicos	44
9.	Oferta de actividad física	41
10.	Nivel educativo familiar	40
11.	Conciencia medioambiental	39
12.	Accesibilidad	35
13.	Relevo generacional	35
14.	Alcohol	33
15.	Redes de apoyo	33
16.	Desestructuración familiar	32
17.	Vivienda pública	31
18.	Recursos sociales y culturales	31
19.	Patología dual (enfermedad mental y adicción)	28

Orden	Problema/Necesidad/Factor de Riesgo	Votos
20.	Aislamiento social	27
21.	Tabaco	27
22.	Programas, recursos y centros	27
23.	Movimiento asociativo	27
24.	Relaciones vecinales y comunitarias	27
25.	Diabetes	27
26.	Gestión de emociones	25
27.	Suciedad	25
28.	Equipamientos deportivos	25
29.	Necesidades educativas especiales	24
30.	Cáncer	24
31.	Accesibilidad	23
32.	Necesidades básicas	20
33.	Personas sin hogar	20
34.	Formación profesional ocupacional	17
35.	Actividades lúdico-educativas	17
36.	Cultura tolerante	17
37.	Uso turístico	16
38.	Economía sumergida	16

Orden	Problema/Necesidad/Factor de Riesgo	Votos
39.	Ruido	16
40.	Hacinamiento	15
41.	Atención a la diversidad	15
42.	Educación afectivo-sexual	15
43.	Cualificación profesional	15
44.	Sobrecarga de personas cuidadoras	15
45.	Tranquilizantes e hipnóticos	15
46.	Deshabitada	13
47.	Eficiencia energética	13
48.	Envejecimiento	13
49.	Tráfico motorizado	13
50.	Residuos	13
51.	Dependencia	12
52.	Soledad no deseada	12
53.	Contaminación del aire	11
54.	Conservación	10
55.	Equipamiento	10
56.	Pensiones	10
57.	Renta básica y subsidios	10

Orden	Problema/Necesidad/Factor de Riesgo	Votos
58.	Educación no formal	9
59.	Cannabis	9
60.	Rechazo social	9
61.	Asistencialismo	7
62.	Contaminantes hormonales	7
63.	Consumismo	6
64.	Carga emocional	6
65.	Educación de personas adultas	5
66.	Parentalidad	4
67.	Opiáceos	4
68.	Emancipación	3
69.	Asma infantil	3

// 7.3.2 RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS POR GRUPOS DE DETERMINANTES DE LA SALUD

/// 7.3.2.1 VIVIENDA

- *Regular el precio del alquiler y la calidad de la vivienda por medio de una Ordenanza municipal que obligue a limitar los precios y se mejore el estado de*

las viviendas, interviniendo el Ayuntamiento.

- *Regular el uso turístico de la vivienda por medio de una Ordenanza municipal, interviniendo el Ayuntamiento.*
- *Recoger en la ordenanza del uso turístico de la vivienda la participación transversal de colectivos en labores de seguimiento, registro, oferta, etc. (como Afanas, Asociaciones, etc.)*
- *Colaboración con la UCA y colegios profesionales del entorno de la ciudad, para realizar estudios e investigaciones sobre soluciones y alternativas a problemas de vivienda y salud.*
- *Aumentar la dotación económica destinada a la colocación de ascensores y accesibilidad de viviendas y edificios, y aumento de la vivienda protegida, por parte de las administraciones.*
- *Penalización de la vivienda deshabitada con aumento de impuestos o teniéndose que acoger al programa del Alquiler Social.*
- *Ampliación y diversificación del programa Bajemos a la calle de forma que se puedan acoger otros colectivos y también para otros modelos de acompañamiento.*

/// 7.3.2.2 EDUCACIÓN

- *Las leyes de inclusión deben ir acompañadas de financiación. No se pueden hacer efectivas con financiación cero.*
- *Uso real del lenguaje inclusivo y de género.*
- *Poner en valor la formación profesional y en concreto la necesidad de revalorizar la formación profesional ocupacional.*
- *Enseñanza Paralela o No Reglada para atender al alumnado en su dimensión*

personal y emocional antes de acceder al currículum.

- *La Educación Afectivo-Sexual debe trabajarse en colaboración de los tres agentes implicados: familias, escuela y centro de salud.*
- *Creación de un protocolo de acompañamiento a la inclusión, Necesidades Educativas Especiales (NEE) Y Atención A La Diversidad*
- *Bajada de ratios.*
- *Puesta en marcha del DUA, Diseño Universal para el Aprendizaje.*
- *Sensibilización y formación del profesorado.*
- *Creación de itinerarios accesibles: eliminación de barreras, colocación de guías, colocación de pictogramas, en conclusión, accesibilidad universal.*
- *Formación Profesional Ocupacional como respuesta a un sector de la población joven sin expectativas.*
- *Escuelas abiertas: fomentar y flexibilizar la participación de las familias.*
- *Inclusión curricular de La Educación Afectivo-Sexual con perspectiva de globalidad.*
- *Debe trabajarse en colaboración de los tres agentes implicados: familias, escuela y centro de salud.*

/// 7.3.2.3 PROBLEMAS SOCIALES

- *Es indispensable que las diversas administraciones cubran las necesidades básicas de personas y familias.*
- *Y se les dote de herramientas para encarar el tema de la búsqueda de trabajo con la mayor eficacia posible.*

- *Necesidad urgente de establecer espacios de coordinación de todas las entidades que trabajan en la misma problemática (Administraciones, asociaciones, profesionales, empresas, etc.) para optimizar esfuerzos, actuaciones y evitar duplicidades.*
- *Ofrecer una Renta mínima para evitar la exclusión social.*
- *Que todas las niñas y niños tengan una alimentación saludable, debiendo ser el Ayuntamiento parte muy activa en este tema.*
- *Trabajar en el desarrollo de habilidades emocionales en las personas paradas, que les ayuden a enfrentar la situación personal, social y familiar lo más positivamente posible.*
- *Por ello se deberían dar a conocer y reforzar los grupos socio-educativos que ya existen en los Centros de Salud.*
- *Se considera necesario promover la cooperación social entre las personas paradas y la búsqueda de empleo con apoyo.*
- *En cuanto a las personas que reciben ayudas para la alimentación: sería conveniente que se les diera formación mínima sobre hábitos de alimentación saludable.*
- *Estudiar la posibilidad de la realización de contraprestaciones de aquellas personas que reciben ayudas, como una forma de sentirse útiles y promover la solidaridad.*
- *En cuanto a las personas cuidadoras: La inmensa mayoría son mujeres y deberían contar con ayuda económica, recuperando las ayudas para personas cuidadoras.*
- *Se deberían llevar a cabo programas de respiro y que el voluntariado que participara en estos programas estuviera debidamente remunerado.*

/// 7.3.2.4 MEDIOAMBIENTE Y ESPACIOS PÚBLICOS

- *Utilizar fondos EDUSI como instrumento de financiación para crear y mejorar espacios públicos.*
- *Favorecer la prioridad peatonal frente a incluso la bici.*
- *Apoyar los proyectos y actividades generadas en el Parque Natural Bahía de Cádiz que está desaprovechado.*
- *Buen uso del Consejo Local de Medioambiente y Movilidad ya creado, para que sea un órgano práctico y efectivo en propuestas.*
- *Aportar más medios al departamento responsable de Parques y Jardines y fomentar el cambio de cultura arborícola del mismo.*
- *Actualizar el sistema de recogida de residuos, tanto en su forma (los contenedores son inaccesibles, provocando que se dejen bolsas fuera), como en el tipo (camiones ruidosos, selección de materia orgánica para compostaje, etc.)*
- *Recursos y coordinación en la eliminación de barreras arquitectónicas.*
- *Aumentar recursos para mantenimiento urbano.*
- *Priorizar el mantenimiento de las aceras frente al mantenimiento de la calzada.*

/// 7.3.2.5 ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA

- *Disminuir la burocracia de los programas que se llevan a cabo en los centros educativos para fomentar su participación y coordinar la recogida de información.*
- *Reorientar la oferta deportiva fomentando el deporte para todos e incrementar la oferta directa por parte del Instituto Municipal de Deportes de actividades*

abiertas a todo el público especialmente en la zona intramuros.

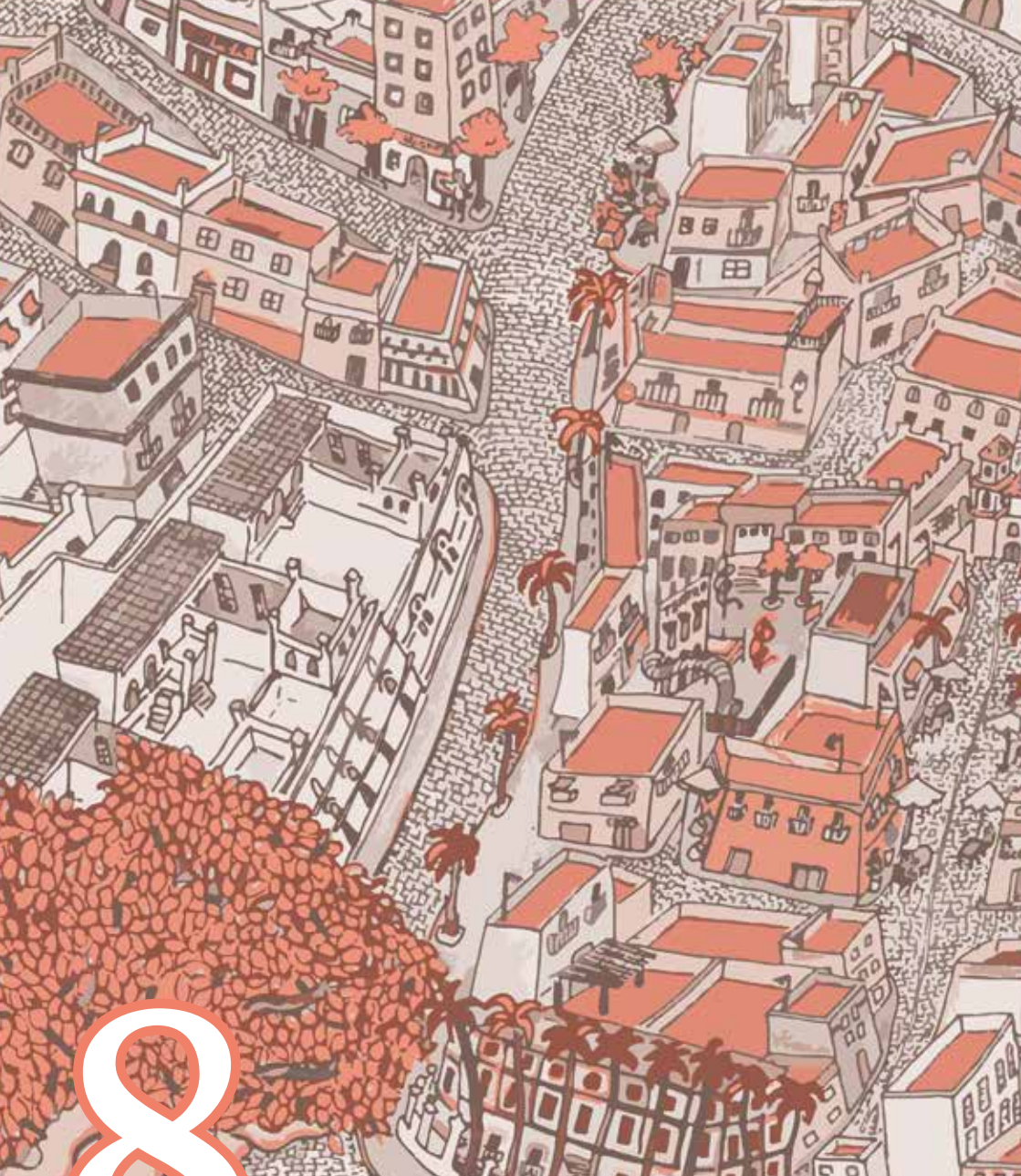
- *No hacer acciones puntuales sino coordinadas para tener un mayor impacto en la población, y evitar situaciones de programas con poca participación como está ocurriendo actualmente.*
- *Incrementar las vías de información o comunicación hacia la población y crear procesos participativos con todos los sectores.*
- *Incrementar las instalaciones deportivas.*
- *Establecer una coherencia con las políticas a la hora de publicitar alcohol respecto al patrocinio. Ejemplo: campañas de carnaval de Cádiz.*
- *Revisar la formación de los profesionales para crear campañas motivantes.*
- *Programas interdisciplinares a nivel comunitario para mejorar el estilo de vida.*
- *Reorientar los programas existentes o con incremento de participación de los medios de comunicación. Medir las acciones que se realizan y seguimiento de los efectos a medio y largo plazo.*
- *Campañas de divulgación de las acciones llevadas a cabo para incrementar el conocimiento de la población.*
- *Diseñar una aplicación de comunicación con la población donde todos los organismos involucrados en estilos de vida puedan subir información.*
- *Creación de una unidad específica de para abordar problemas de alcohol e implementar campañas de educación sobre abuso de alcohol.*
- *Dinamizar el papel de las asociaciones y creación de herramientas para ser mediadores en su barrio.*
- *Creación de una figura por barrio contratada dedicada a conectar con la población.*

/// 7.3.2.6 MORBIMORTALIDAD

- *Incluir la labor de los psicólogos clínicos en los centros de salud.*
- *Colaborar en la reorientación y cooperación con las asociaciones de vecinos.*
- *Impulsar la mejora en el Registro de Cánceres.*
- *Impulsar el trabajo en red entre instituciones y movimientos sociales.*
- *Impulsar campañas de prevención de cánceres.*
- *Mejorar la accesibilidad de la ciudad de Cádiz.*
- *Reivindicar la recuperación de los presupuestos sanitarios finalistas y las plantillas de los centros sanitarios, para hacer posible la Acción Sanitaria Comunitaria.*
- *Ayudar a los movimientos ciudadanos que se dedican en la práctica al apoyo comunitario y que son esenciales para muchas personas. Generar espíritu de barrio, espíritu comunitario.*
- *Contribuir a la coordinación de todas las organizaciones e instituciones que trabajan en prevención de la salud. Favorecer la existencia de un Banco de Recursos, de una Base de Datos que ayuden a todos.*
- *Mejorar la comunicación entre los centros de salud y las asociaciones civiles y vecinales.*
- *Mejorar el poder de convocatoria de los Centros de Salud con la ciudadanía en cuanto a las actividades formativas que en la actualidad se organizan.*
- *Escuela de padres y madres para prevenir los trastornos mentales en la Infancia.*
- *Talleres de formación para padres y madres de apoyo que ayudarán a los futuros padres con hijos con problemas mentales. Deben estar cercanos a*

pediatría en los centros de salud. Para evitar la derivación automática a Salud Mental.

- *Talleres reglados de Formación a Profesionales (sanitarios, educativos, sociales, policía, etc.), para evitar la medicalización de la Salud Mental, sobre todo Infantil.*
- *Reimpulsar la Asociación de Diabéticos de Cádiz (ASDIGA) con la ayuda de profesionales multisectoriales.*
- *Talleres de formación para grupos de autoayuda comunitarios.*
- *Diseñar programas de intervención psicoterapéuticas en personas con sobrepeso o diabetes.*
- *Talleres de formación, dirigidas a ciudadanía, sobre hábitos y estilos de vida saludables.*
- *Ayudar a los movimientos ciudadanos que se dedican en la práctica al apoyo.*
- *Tratar de utilizar indicadores de calidad de todos los programas para demostrar científicamente la utilidad de los mismos.*
- *Incentivar los programas de educación y prevención de la salud individual y comunitaria.*
- *Reorganizar escuelas de pacientes que sirvan como asesores en los barrios.*
- *Tratar de impulsar la prescripción social en las propias consultas asistenciales.*
- *Talleres que trabajen sobre la gestión emocional.*
- *Organizar calendarios fijos de talleres que puedan ser conocidos y asumidos en cada barrio.*
- *Consolidación de encuestas de salud periódicas.*



8

○ Plan de acción



Las intervenciones realizadas en el Ayuntamiento de Cádiz generadoras de salud comunitaria se organizan en los tres apartados siguientes:

1. *Actuaciones generadas a través de la red de salud*
2. *Actuaciones del Ayuntamiento de Cádiz sobre los determinantes de la salud*
3. *Elaboración de la agenda anual de acciones*

8.1 ACTUACIONES GENERADAS A TRAVÉS DE LA RED DE SALUD

Se relacionan algunas actuaciones realizadas en el marco del Plan Local de Salud, en primer lugar las de La Viña, seguidas después por las efectuadas en otros barrios o en el conjunto de la ciudad.

En la tabla se indican las actividades de salud comunitarias realizadas en el primer periodo, más centradas en el barrio de La Viña:

FECHA	ACTIVIDAD	LOCALIZACIÓN
6/11/2015	La Junta de Gobierno Local aprueba el inicio de gestiones con la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía	Ayuntamiento de Cádiz
17/2/2016	El jefe de Servicio de Salud Pública, Andrés Rabadán Asensio, presenta la Red de Acción Local en Salud a políticos, técnicos y agentes sociales.	Salón de Plenos del Ayuntamiento (70 personas)
26/2/2016	Adhesión del Ayuntamiento de Cádiz a la Red de Municipios de la Red de Acción Local en Salud por aprobación unánime	Pleno del Ayuntamiento de Cádiz

FECHA	ACTIVIDAD	LOCALIZACIÓN
22/3/2016	Firma del acuerdo de colaboración entre la Consejería de Salud y el Ayuntamiento de Cádiz	Ayuntamiento de Cádiz
7 y 8/4/2016	Taller de formación impulso y desarrollo de la Acción Local en Salud	Espacio de Creación Contemporánea (ECCO) de Cádiz
4/5/2016	Constitución del grupo motor de La Viña	Delegación Municipal de Salud
17/5/2016 a 19/4/2018	Reuniones del grupo motor (18)	Delegación 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 Etc.
21/9/2016	Asamblea La Salud de La Viña	Plaza de la Reina, barrio de La Viña(150 personas)
28/9/2016	Taller de formación La Salud de La Viña	Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (barrio de La Viña) (62 personas)

FECHA	ACTIVIDAD	LOCALIZACIÓN
10/10/2/16	Charla La Salud en La Viña	Unión Democrática de Pensionistas (28 personas)
17/5/2016 a 6/4/2017	Perfil de Salud de La Viña	Trabajo colaborativo directo de 62 personas de 6 instituciones, 9 movimientos sociales, 2 ciudadanos individuales, además de la participación indirecta de otras 210 personas a través de acciones participativas.
4/5/2017	Taller presentación del Perfil de Salud de La Viña y priorización y propuestas participativas	Barrio de La Viña (Colegio La Salle Viña, 70 personas)
30/9/2017	I Fiesta de La Salud (Ayuntamiento, Delegación T. de Salud, Distrito Sanitario, centros de salud, colegios y 43 asociaciones)	Plaza de La Reina (100 personas)
9/2017 a 31/3/2018	Talleres socioeducativos y de salud en la infancia, adolescencia y juventud (salud bucodental, alimentación saludable, imagen y salud, autoestima, prevención de infecciones de transmisión sexual...) con educadoras sociales del Programa Emple@ Joven	Centros Educativos
7/2/2017 a 10/10/2018	Taller de salud y entrenamiento de la memoria de mujeres mayores	Asociación Mujeres de Acero
13/7/2018	Fotovoz Activos en Salud de La Viña con un grupo de la asociación Mujeres de Acero	Asociación Mujeres de Acero y barrio de La Viña

Las acciones en salud realizadas de manera colaborativa y participativa durante el segundo periodo, más abierto a la ciudad, son:

● **Talleres de educación en salud de la comunidad.**

Dirigidos a escolares de distintos grupos etáreos (infancia, adolescencia y juventud).

- *Taller de SALUD bucodental*
- *Taller infecciones de transmisión sexual (ITS)*
- *Taller de diversidad de identidad de género y orientación sexual*
- *Taller de memoria*
- *Taller de autoestima*
- *Taller de alimentación*
- *Taller de buen uso de las TIC*

● **Fotovoz en la barriada de la Paz.**

Se ha realizado de manera coordinada entre la Delegación de Salud del Ayuntamiento de Cádiz y el programa de Asuntos Sociales de Zonas con Necesidades de Transformación Social con un grupo de adolescentes y jóvenes (14 a 16 años) residentes en este caso en la barriada de la Paz y pertenecientes a familias usuarias de los programas comunitarios de inclusión social.

● **Programa de alimentación saludable en la Escuela Infantil Municipal**

El diseño y desarrollo del programa educativo han sido realizados por el personal de la Escuela Infantil Municipal, especialmente por un equipo compuesto por la directora, el cocinero y una educadora con la colaboración de la médica de la Delegación de Salud en el marco del Plan Local de Salud.

Las actividades dirigidas a los y las escolares se han realizado durante todo el curso 2017/18 y las efectuadas con los progenitores de enero a junio de ese curso escolar.

El programa tiene como objetivo promover la alimentación saludable de las familias y facilitar a padres y madres estrategias educativas para que los menores adquieran hábitos saludables. Se pretende así, transferir la

metodología de enseñanza de conocimientos, actitudes y hábitos sanos del aula y el comedor al hogar.

El trabajo se desarrolla con toda la comunidad escolar en distintos contextos. Por una parte, el profesorado y el personal auxiliar y de cocina trabaja con el alumnado en el aula y en el comedor escolar durante todo el curso para favorecer una alimentación sana y completa. Por otro lado, el equipo impulsor del programa de alimentación (directora, educadora, cocinero y médica) realizan reuniones informativas con los padres y las madres del alumnado en una sesión al mes durante cinco meses de 9.00 a 10.00 horas en las que se ofrece una información básica sobre la alimentación saludable, se favorece la reflexión y el análisis de la dieta que realiza cada familia, se debate sobre el abuso del consumo de azúcares, grasas no saludables, alimentos ultraprocesados..., se resuelven dudas sobre las dificultades para llevar una alimentación sana y se facilita a los padres y madres estrategias educativas para que los menores adquieran hábitos saludables.

Además de los y las profesionales referidos, en la charla de clausura del programa han participado como especialistas en alimentación infantil una pediatra del centro de salud del Mentidero y una nutricionista de la Escuela Universitaria de Enfermería Salus Infirmorum. Ambas participan habitualmente en el Plan Local de Salud de Cádiz y contribuyen a incrementar la colaboración interinstitucional y el trabajo en red.

● **Día de Acción en Salud de la Mujer y Día de la Nutrición**

El 28 de mayo de 2018 se celebró en la plaza de El Palillero un encuentro ciudadano con profesionales de la salud gracias a la colaboración municipal con el Distrito Sanitario Bahía de Cádiz/La Janda y otras entidades participantes con el objetivo de promocionar la alimentación saludable y la lactancia materna.

● **Día sin Tabaco**

El 31 de mayo de 2018 se organizó de forma intersectorial la campaña 'El tabaco rompe corazones'

● **Día Mundial de la Salud**

El Ayuntamiento de Cádiz se sumó a la celebración del Día Mundial de la Salud iluminando el monumento de las Puertas de Tierra de color verde la noche del sábado 7 al domingo 8 de abril de 2018. Miembros del grupo motor de La Viña participaron el sábado en una concentración en la plaza de la Libertad bajo el lema elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Salud Para Todos con la Cobertura Sanitaria Universal. En el acto se repartieron folletos informativos del Plan de Salud.

● **Fotovoz con Mujeres de Acero**

Actividad de identificación de activos en salud del barrio de La Viña y empoderamiento de un grupo de mujeres de edad comprendida entre los 60 y 80 años.

● **Bajemos a la calle**

El Ayuntamiento de Cádiz firmó un convenio de colaboración el 14/12/2018 con Cruz Roja Española en Cádiz para desarrollar durante un año un programa dirigido a facilitar la salida de casa de las personas mayores que viven confinadas en sus domicilios por problemas de movilidad, barreras arquitectónicas o escasa red de apoyo social, prestando ayuda para bajar por las escaleras y realizar acompañamiento a quien lo precise. En la evaluación del programa colaboran la Facultad de Enfermería y Fisioterapia y el Distrito Sanitario Bahía de Cádiz/La Janda.

● **Pedalear en Salud**

El Ayuntamiento fomenta que los niños y niñas de 6 y 7 años aprendan a montar en bicicleta y que incrementen la actividad física con un programa realizado en colaboración con los centros públicos de la ciudad y un centro de menores con discapacidad.

8.2 Actuaciones del ayuntamiento de cádiz sobre los determinantes de la salud

El Ayuntamiento de Cádiz desarrolla una serie de planes, programas, campañas y actuaciones en sus diferentes delegaciones que contribuyen al bienestar y a la salud de sus vecinos y vecinas de la ciudad. Para la elaboración del siguiente epígrafe se ha solicitado a las delegaciones la cumplimentación de una ficha en la que de manera resumida describan cuáles son las principales actuaciones llevadas a cabo desde sus áreas con repercusión en la salud de la población.

// 8.2.1 Vivienda

PROTOCOLO MUNICIPAL PARA LA PREVENCIÓN DE DESAHUCIOS

Objetivo: Prevenir y paliar las situaciones de desahucio de las viviendas que constituyan el domicilio habitual de las personas, especialmente las que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

Acciones:

- *Mediación con propiedad, entidades financieras y juzgados.*
- *Coordinación con servicios sociales para informes y ayudas.*
- *Búsqueda de alternativa habitacional en caso de imposibilidad de permanecer en la vivienda.*

SIAMI: SERVICIO DE ATENCIÓN MUNICIPAL DE ASESORAMIENTO INTEGRAL A INQUILINOS E INQUILINAS

Objetivo: Asesoramiento y mediación en arrendamientos urbanos a las personas y

familias arrendatarias que lo soliciten.

Acciones:

- *Informar de los derechos y obligaciones a las familias arrendatarias.*
- *Mediar entre propietarios/as o administraciones y arrendatarios/as.*
- *Facilitar documentación para el contrato de arrendamiento e información legal para ambas partes.*

SERVICIO DE INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN DE CLÁUSULAS SUELO Y GASTOS DE HIPOTECA

Objetivo: Informar de los derechos, medidas de reclamación y cálculo estimado de cantidades a recuperar por cláusulas suelo y gastos de hipoteca indebidamente cobrados.

Acciones: Asesoramiento personalizado de las medidas del Real Decreto 1/2017 para la reclamación de las cantidades indebidamente cobradas por aplicación de cláusulas suelo y para la recuperación de los gastos de constitución de hipoteca, con redacción de formularios de reclamación ante las entidades de crédito.

PROGRAMA VIVIR EN CÁDIZ: ORDENANZA MUNICIPAL DE ALQUILER

Objetivo: Fomento del alquiler de viviendas desocupadas para familias gaditanas con garantías para familias propietarias e inquilinas.

Acciones:

- *Para la propiedad: anticipo para adecuación de vivienda, garantía del pago íntegro del alquiler durante tres años y de la cuota de comunidad por parte de Procasa, 50% del coste de contratación del seguro y seguimiento jurídico y social con las familias inquilinas para el buen uso de la vivienda, zonas*

comunes y convivencia vecinal.

- *Para las familias arrendatarias: garantizar el acceso a una vivienda digna con ayudas para el alquiler durante la duración del contrato que varía en función de sus características económicas.*

REGISTRO MUNICIPAL DE DEMANDANTES DE VIVIENDA

Objetivo: Regular el proceso de selección de personas y familias adjudicatarias de todas las viviendas sujetas a cualquier régimen de protección pública, que vayan a ser objeto de promoción y adjudicación, tanto en venta como en alquiler, en el municipio de Cádiz, sean promovidas o no, por la sociedad municipal de vivienda de Cádiz, PROCASA. El servicio que ofrece el Registro municipal va dirigido a todas aquellas personas físicas, mayores de edad, que quieran formar parte de un proceso de selección para la adjudicación de una vivienda bajo cualquier régimen de protección pública, en la ciudad de Cádiz.

Acciones:

- *Atención personalizada para la inscripción en el Registro.*
- *Talleres de información de funcionamiento, procedimiento y baremación del Registro.*

// 8.2.2 Comercio y artesanía

CAMPAÑA DE NAVIDAD. PLAZA DE SAN ANTONIO

Objetivo: Promoción del comercio en Cádiz Centro.

Acciones:

- *Actividades lúdicas que se realizan para activar y promover el comercio en Cádiz.*

- *Instalación de pista de hielo y tobogán en la plaza de San Antonio.*
- *Instalación de una carpa de la magia en la plaza de San Antonio, dirigida al público infantil.*

CAMPAÑA DE NAVIDAD. ZONA DE LA LAGUNA

Objetivo: Promoción del comercio en la zona de la Laguna.

Acción: Realización de actividades dirigidas principalmente al público infantil.

FERIA PROFESIONAL DE LA ARTESANÍA

Objetivo: Promover el mercado de artesanía durante la campaña de Navidad.

Acción: Instalación de puestos en la plaza de San Antonio donde los artesanos y artesanas pueden exponer a la venta sus artículos.

EXPOSICIONES

Objetivo: Dar una oportunidad a pequeños artistas para que puedan dar a conocer sus obras.

Acción: Cesión de espacios para que puedan exponer sus obras al público.

TALLERES ARTISTAS

Objetivo: Facilitar a pequeños artistas que dispongan de un lugar donde desarrollar sus aptitudes artísticas.

Acción: Cesión de talleres sitios en el Castillo de San Catalina.

MERCADO DE CRUCEROS

Objetivo: Promover la artesanía en Cádiz con vistas principalmente a las visitas de cruceristas en la ciudad.

Acción: Instalación de puestos en la plaza de San Juan de Dios para ser ocupados por pequeños artesanos y artesanas.

MERCADO DE VERANO

Objetivo: Promoción de la artesanía en Cádiz durante la temporada estival por la mayor visita de turistas en la ciudad.

Acciones: Instalación de puestos en el paseo marítimo para que los artesanos muestren y vendan sus artículos.

ECOMERCADO. MERCADO DE AGRICULTURA ECOLÓGICA

Objetivo:

- *Fomentar una alimentación saludable mediante el consumo de productos agroecológicos o elaborados artesanalmente con garantía y reconocimiento de producción ecológica.*
- Fomento de la actividad económica de la ciudad, vinculada a la sostenibilidad; al cuidado del medio ambiente y a la correcta utilización de los recursos naturales.

Acción: El Mercado se instala en el patio de la antigua Casa del Niño Jesús, en las Puertas de Tierra, los segundos sábados de cada mes, incluso festivos.

// 8.2.3 JUVENTUD E INFANCIA

PTQ DE CARTAS MAGIC

Objetivos: Fomentar la reunión juvenil a través de los juegos de mesa e incrementar la oferta y tipología de actividades de ocio.

Acciones: Torneo del juego de cartas coleccionables 'Cartas Magic'.

CARNAVAL JUVENIL E INFANTIL

Objetivos: Ofrecer una serie de actividades al público infantil y juvenil durante las fiestas de Carnaval y hacer protagonistas de la fiesta al público infantil y juvenil.

Acciones: Concurso infantil de disfraces, desfile, títeres...

CICLO DE CONFERENCIAS DE JOVENES HISTORIADORES/AS

Objetivos: Ofrecer la posibilidad a jóvenes para que expongan sus trabajos de investigación histórica y la adquisición de experiencia por parte de los participantes.

Acciones: Ciclo de conferencias de personas jóvenes historiadoras en formación, que en un futuro serán investigadoras y estudiosas de la Historia.

TALLERES PREVENTIVOS EN LA CASA DE LA JUVENTUD

Objetivo: Formar en diferentes materias de interés: prevención en drogas, educación sexual, trastornos alimenticios, entre otros según las peticiones de los colegios participantes.

Acciones (talleres):

- *Educación vial*
- *Prevención en el consumo de drogas*
- *Los riesgos de internet*
- *Educación sexual*
- *Bullying en la escuela*
- *Trastornos de conductas alimenticias*
- *Consumo responsable*
- *Género y publicidad*

ENCUENTRO DE JUEGOS DE MESA

Objetivos: Ofrecer la posibilidad de disfrutar de los juegos de mesa como alternativa de ocio difundir este tipo de actividad potenciando las relaciones entre jóvenes.

Acciones:

- *Torneos de juegos de mesa.*
- *Demostraciones y ludoteca.*
- *Jornadas Divier - Tete Jugando.*

TALLERES PREVENTIVOS ENRÓLLATE

Objetivo/s:

- *Drogas: proporcionar conocimientos sobre las drogas, todo lo que rodea al botellón, concienciar de los problemas que crea y fomentar una actitud responsable y cívica.*
- *Internet: proporcionar estrategias para que puedan protegerse mientras navegan.*
- *Sexualidad: reflexionar sobre las actitudes ante la sexualidad, entendiéndola como forma de relación y comunicación, frente a actitudes de riesgo que se llevan a cabo en el contexto de la movida juvenil.*

Acciones: Talleres preventivos en centros de enseñanza de secundaria.

SALA DE ESTUDIOS NOCTURNA

Objetivo: Ofrecer la Sala de Estudios de la Casa de la Juventud como espacio para estudiar en horario nocturno.

Acción: Sala de estudios en horario nocturno (sábados y domingos).

LA NOCHE MÁS CORTA MÁS LARGA DE JUEGOS

Objetivos: Fomentar las relaciones entre los jóvenes y la afición a determinados juegos y actividades sanas y divertidas.

Acción: Noche dedicada en la Casa de la Juventud a los juegos de mesa.

CLÁSICA JOVEN EN VIVO

Objetivos: Fomentar la música clásica entre la juventud y propiciar la participación del alumnado del Real Conservatorio de Música y otras escuelas de Música de Cádiz.

Acciones: Conciertos de clásica de grupos o solistas jóvenes.

CINE EN FAMILIA

Objetivos: Ofrecer un espacio en período estival todos los jueves por la noche donde al aire libre recuperar esas tradicionales noches de cine de verano fomentando la reunión juvenil y familiar.

Acciones: Proyecciones de películas.

JORNADA DE JUEGOS MUEVE FICHA

Objetivos: Difundir los juegos de mesa promoviendo las relaciones entre jóvenes.

Acciones: Torneos de juegos, talleres y ludoteca.

FESTIVAL MANGA DE CÁDIZ

Objetivos: Incrementar el asociacionismo, potenciar la función organizativa de las asociaciones y promover el intercambio cultural.

Acciones:

- *Actividades de ocio relacionadas con el manga.*
- *Actividades de cultura japonesa.*

CARNIVAL FREAK GAMES

Objetivo: Ofrecer en las fechas de carnaval un espacio lúdico que recoja un buen

número de las actividades preferidas por los jóvenes que no estén relacionadas con el carnaval.

Acciones: Actividades de ocio: talleres, videojuegos, torneos, etc.

DIA FRIKI

Objetivos:

- *Facilitar a las asociaciones y colectivos juveniles la realización de actividades diseñadas y propuestas por ellos mismos.*
- *Celebrar el día friki.*

Acciones: Actividades durante un día completo, relacionadas con el mundo friki: concursos, hamma, talleres, juegos de mesa, proyecciones, disfraces, conciertos y videojuegos.

NOCHE DE TEATRO

Objetivos:

- *Ofrecer a la juventud una alternativa de ocio y cultura para las noches de los fines de semana.*
- *Facilitar espacios escénicos a grupos de teatro para realizar sus actuaciones.*

Acciones: Representar obras de grupos de Cádiz y la provincia.

JORNADAS NAVIDEÑAS UNA NAVIDAD EN JUEGO

Objetivos: Ofrecer en las fechas navideñas un espacio lúdico que recoja un buen número de las actividades preferidas por la juventud.

Acciones: Torneos, talleres, karaoke, juegos de mesa, videojuegos.... actividades de ocio para todos los gustos como complemento a las vacaciones navideñas.

MASTER CLASS Y CURSOS DE LA BASCULA

Objetivos:

- *Ampliar los conocimientos de los músicos y músicas que necesiten trabajar correctamente la técnica del instrumento*
- *Ofrecer clases magistrales de músicos y músicas de prestigio.*

Acción: Clases personalizadas dirigidas a jóvenes en proceso de formación musical con un nivel bajo-medio que será acreditada para currículo musical. Las MasterClass son clases magistrales impartidas por profesionales de prestigio.

MÚSICA JOVEN EN VIVO

Objetivos:

- *Motivar a los y las jóvenes a actuar en directo.*
- *Apoyar a los grupos jóvenes y a la cultura musical de la ciudad.*

Acciones: Conciertos en directo de grupos noveles de música juvenil.

TARDES DE COMIC

Objetivos: Fomentar las relaciones entre los jóvenes a través de su afición a determinadas actividades sanas y divertidas.

Acción: Clases magistrales de dibujantes de prestigio.

CASA DE LA JUVENTUD

Objetivos:

- *Dar respuesta a la demanda de servicios y actividades destinadas a la población juvenil*
- *Ofrecer espacios para las necesidades planteadas por los colectivos juveniles y jóvenes en particular.*

Acciones: Actividades celebradas en el centro (cursos, jornadas, uso de aulas, etc..)

CENTRO DE ARTES ESCÉNICAS

Objetivos:

- *1. Albergar todas las iniciativas ciudadanas relacionadas con las artes escénicas.*
- *2. Ofrecer un espacio sociocultural que interactúe con la ciudadanía gaditana: familias, jóvenes, grupos, entidades, particulares, empresas... con inquietudes artísticas, teatro, ballet, danza, baile, entre otros, en vehículos para fomentar la creatividad y la convivencia.*

Acciones: Actividades realizadas en el centro (representación de teatro, talleres, etc..)

LA BÁSCULA

Objetivos:

- *Ofrecer un espacio destinado exclusivamente para su uso por jóvenes que individualmente o en grupo utilizan instrumentos que por sus características necesitan de amplificación electrónica y emiten un nivel de decibelios que hacen imprescindible la insonorización y acondicionamiento acústico de las salas de ensayo.*
- *Ofrecer un espacio para las relaciones entre jóvenes.*

Acciones: Actividades celebradas en el centro (cursos, ensayos, grabación de maquetas, etc..)

UN MAR DE ACTIVIDADES

Objetivos:

- *Ofrecer una serie de actividades lúdicas y deportivas para el recreo de la población juvenil e infantil que disfruta de la playa en los meses de verano.*
- *Ofrecer un programa de actividades de ocio variada y de calidad a la población infantil y juvenil, haciendo especial incidencia en la educación y formación en valores.*

Acciones: Actividades y talleres realizados en la playa Victoria (Modulo Malibú), playa de La Caleta y playa Santa María del Mar.

TALLERES POR JÓVENES PARA JÓVENES

Objetivos:

- *Motivar a los y las jóvenes a recibir e impartir talleres, siendo los principales protagonistas.*
- *Aumentar la experiencia de jóvenes monitores y monitoras.*

Acciones: Talleres multidisciplinares impartidos en la Casa de la Juventud.

// 8.2.4 ENSEÑANZA

LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO COLEGIOS PÚBLICOS

Objetivos y acciones: Limpieza de las instalaciones y mantenimiento de los edificios.

GUÍA EDUCATIVA

Objetivos:

- *Facilitar información de las actividades organizadas por el Ayuntamiento dirigidas a la comunidad educativa*
- *Ofrecer información de recursos educativos en la ciudad de Cádiz.*

Acciones: Edición de una guía digital y difusión por todos los centros.

TALLERES EDUCATIVOS

Objetivo: Ofrecer una herramienta a los centros de Primaria para incluir en las aulas actividades relacionadas con la creatividad, la Lengua de Signos o valores ciudadanos.

Acciones:

- *Taller de creatividad: artes escénicas y del movimiento dirigido al alumnado de 1º Primaria*
- *Taller de creatividad: cuentos, animación a la lectura dirigido al alumnado de 2º Primaria.*
- *Taller de flamenco dirigido al alumnado de 3º de Primaria.*
- *Taller de lengua de signo española.*
- *Taller de astronomía dirigido al alumnado de 5º de primaria.*
- *Taller de valores ciudadanos: sensibilización social dirigido al alumnado de 5º de Primaria*
- *Taller de valores ciudadanos: la participación dirigido al alumnado de 6º de Primaria*

PLENO INFANTIL

Objetivos:

- *Educar a los y las escolares en valores de participación y de compromiso ciudadano.*
- *Desarrollar la iniciativa personal para adquirir compromisos y actitudes proactivas en la búsqueda del equilibrio y la justicia social.*

Acciones:

- *Asambleas en los centros educativos*
- *Pleno infantil en el Salón de Pleno del Ayuntamiento.*

PREMIOS A LA TRAYECTORIA

Objetivo: Premiar al alumnado de ESO, BACHILLER, Educación de Adultos, Formación Profesional que hayan destacado por sus valores, su trayectoria personal, más allá de lo académico.

Acciones: Concesión de premios por el Consejo Escolar Municipal y entrega de estos en un acto educativo que se celebra cada año en el Salón de Pleno del Ayuntamiento.

DISTINCIÓN EDUCATIVA

Objetivo: Distinguir a personas o entidades que por su trayectoria en el ámbito de la enseñanza hayan destacado.

Acciones: Concesión de la distinción por el Consejo Escolar Municipal y entrega de placa en un acto educativo que se celebra cada año en el Salón de Pleno del Ayuntamiento.

DÍA DE LAS CIUDADES EDUCADORAS

Objetivo: Celebrar el día de la Ciudades Educadoras.

Acciones:

- *Jornada de difusión del concepto de Ciudad Educadora y de reflexión y puesta en común de actividades a desarrolla en nuestra ciudad en torno a este concepto.*
- *Puesta en marcha de la mesa de la Ciudad Educadora.*

AULA DE CONVIVENCIA ALTERNATIVA

Objetivo: Crear una opción educativa para el alumnado expulsado de los centros de secundaria de nuestra localidad.

Acciones:

- *Creación de un aula en la Casa de la Juventud*
- *Creación de un aula en el centro Eduardo Benot.*

CAMPAÑA DE ESCOLARIZACIÓN

Objetivos: Apoyar la escuela pública e incentivar la matriculación en colegios públicos

Acciones:

- *Campaña en los medios municipales: Onda Cádiz y pantallas Led.*
- *Carta informativa a todos los progenitores/tutores de los niños y niñas en edad de escolarización.*

COLABORACIÓN EN CURSOS DE VERANO DE LA UCA.

Objetivo/s:

- *Promover acciones formativas durante el periodo estival en nuestra ciudad.*
- *Proponer y apoyar seminarios relacionados con los objetivos del Ayuntamiento.*

Acción: Apoyo económico a los Seminarios.

// 8.2.5 MUJER

EMPODERARTE CON...

Objetivo: Promover el empoderamiento personal y la igualdad de género, así como la creación de redes sociales y la visibilización de las mujeres en la sociedad gaditana dotándolas de herramientas y recursos que impulsen su participación y, asimismo, fomenten su autonomía, tanto en la vida pública como en la privada.

Acciones: Amplia gama de actividades y talleres formativos así como de promoción del ocio y el tiempo libre entendidos como complementos indispensables para el desarrollo individual y social de las personas. Los talleres se programan de enero a junio y de octubre a diciembre de cada año, ofreciéndose tanto en horario de mañana como de tarde.

AMAMANTAR ES UN DERECHO, HAZLO PÚBLICO

Objetivo: Visibilizar la sala de lactancia y cuidados infantiles de la Fundación Municipal de la Mujer, trasladándola a la Plaza del Palillero, en apoyo a la visibilización, promoción y protección de la lactancia materna como práctica natural clave para el desarrollo sostenible.

Acción: Instalación de sala de lactancia y cuidados infantiles en la plaza del Palillero, con motivo de la conmemoración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Con esta actividad, la Fundación Municipal de la Mujer y, por ende, el Ayuntamiento de Cádiz apoya la visibilización y protección de la lactancia materna, con el slogan 'Amamantar es un derecho, hazlo público', e invita a todas las madres lactantes que así lo deseen, a sumarse a esta reivindicación.

CONMEMORACIÓN DEL 28 DE SEPTIEMBRE: DÍA DE ACCIÓN GLOBAL POR UN ABORTO LEGAL, SEGURO Y GRATUITO

Objetivo: Reflexionar sobre la necesidad de garantizar el derecho de las mujeres a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente sobre la maternidad.

Acción: ¿El aborto como un derecho consolidado? Mesa redonda que analiza, desde distintas perspectivas, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y a la salud reproductiva.

SEMANA CONMEMORATIVA DEL 19 DE OCTUBRE, DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

Objetivo: Sensibilizar y concienciar a la población gaditana sobre el cáncer de mama y conmemorar el 19 de octubre, Día Contra el Cáncer de Mama, como recordatorio del compromiso de toda la sociedad en la lucha contra esta enfermedad.

Acciones: Actuaciones a determinar cada año.

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Objetivo: Ofrecer una atención integral a las víctimas de violencia de género, a sus familias y a todas las mujeres que puedan presentar cualquier otra problemática y que requieran asesoramiento jurídico, social o tratamiento psicológico.

Acciones: El equipo de violencia de género de la Fundación Municipal de la Mujer del Ayuntamiento de Cádiz, se conforma como un equipo multidisciplinar especializado, destinado a la atención integral de las mujeres de Cádiz, especialmente a aquellas que sufren violencia de género o se encuentran en riesgo de sufrirlo. Asimismo, el servicio está a disposición de todas las mujeres gaditanas en general para cualquier otra problemática que pudieran presentar y en la que no esté presente de manera directa o indirecta la violencia.

El servicio está formado por:

- *Unidad de Trabajo Social*
- *Unidad de Asesoría Psicológica*

- *Unidad de Asesoría Jurídica*
- *Servicio 24 horas 900 21 21 30 de atención directa a mujeres víctimas de violencia*

LUDOTECA COEDUCATIVA

Objetivo: Fomentar la conciliación al tiempo que la coeducación así como ofrecer a las familias gaditanas un espacio gratuito de promoción de la igualdad intergénero en la infancia.

Acción: Programa dirigido a menores con edades comprendidas entre los 3 y los 10 años y consistente en implementar talleres coeducativos, de carácter gratuito, diseñados para la promoción de valores igualitarios en la infancia. Los talleres se desarrollan e imparten a demanda de la Fundación Municipal de la Mujer del Ayuntamiento de Cádiz, tanto en horario de mañana como de tarde, y durante distintos periodos del año, con especial incidencia en las vacaciones escolares de verano y navidad, así como en función de los actos que organice este organismo autónomo municipal.

CAMPAÑA CÁDIZ SIN VIOLENCIAS

Objetivo: Campaña de sensibilización, concienciación y formación destinada a dar a conocer los mecanismos de dominación que están en la base de todo tipo de violencias machistas.

Acción: Jornadas multidisciplinarias a celebrar durante el mes de noviembre en el Centro Integral de la Mujer, con talleres y conferencias que versarán sobre distintos temas de actualidad de la agenda feminista y de género.

CONMEMORACIÓN DEL 28 DE MAYO: DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN POR LA SALUD DE LAS MUJERES

Objetivo: Reflexionar sobre las dificultades de acceso a la salud, así como al cuidado y disfrute de la misma, que millones de mujeres alrededor del mundo deben enfrentar en los diferentes ciclos de su vida.

Acciones: Acciones formativas y de sensibilización a determinar cada año.

COEDUCA: CAMPAÑA DE EDUCACIÓN NO SEXISTA

Objetivos: Complementar, desde la iniciativa municipal, la educación en igualdad y la prevención de la violencia de género en los centros de enseñanza sostenidos con fondos públicos de la ciudad de Cádiz que así lo soliciten.

Acciones: Actuaciones coeducativas de dos horas de duración:

- *Escuela de Igualdad: dirigida al alumnado de 3º curso del segundo ciclo de educación infantil (cinco años).*
- *Talleres para la promoción de la igualdad intergénero: dirigida al alumnado de 6º curso de educación primaria (once años).*
- *Talleres de prevención y sensibilización ante la violencia de género en las primeras relaciones de pareja: dirigida al alumnado de 4º curso de educación secundaria obligatoria (quince años).*

// 8.2.6 MAYORES

PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL PARA MAYORES (TALLERES)

Objetivo:

- *Ofrecer a las personas mayores la posibilidad de ocupar su tiempo de ocio en*

actividades atractivas a sus intereses.

- *Ofrecer a las personas mayores un escenario donde interrelacionarse y crear nuevos ámbitos de amistad.*
- *Evitar que las personas mayores se anquilosen en sus casas (vida sedentaria) y desarrollen actividades de participación activa.*
- *Favorecer el mantenimiento y aumento de la autoestima.*
- *Responder a los principios educativos de la formación continua.*
- *Ofrecer a los mayores la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, según los contenidos de los diferentes Talleres ofertados.*

Acciones:

- *Gimnasia*
- *Tai-Chi*
- *Yoga*
- *Manualidades*
- *Diseño y estilismo*
- *Pintura en tela*
- *Pintura al óleo*
- *Baile de salón*
- *Talla en madera*
- *Abaniquería*

- *Baile folklórico*
- *Informática*
- *Teatro*
- *Patrimonio cultural de Cádiz*
- *Risoterapia*
- *Memoria*
- *Marquetería (monitor voluntario)*
- *Encuadernación (monitor voluntario)*

CENTROS DE PARTICIPACIÓN ACTIVA

Objetivo:

- *Mejorar la calidad de vida de sus usuarios.*
- *Promover la capacidad de participación, potenciando las relaciones interpersonales.*
- *Mejorar la integración social, favorecer la autonomía personal y la permanencia en su entorno habitual.*
- *Constituirse como punto de encuentro y espacio.*
- *Cubrir las necesidades de ocupación del tiempo libre.*
- *Fomentar las relaciones interpersonales.*
- *Favorecer el mantenimiento y aumento de la autoestima.*

- *Incrementar el disfrute en diferentes facetas de la vida y de actividades de tiempo libre.*
- *Propiciar actividades que contribuyan a concebir la vejez como una etapa dinámica, productora y satisfactoria.*

Acciones:

- *C.P.A. Vistahermosa: En la barriada de la Paz, en la calle Medina Sidonia nº 5.*
- *C.P.A. Botica: En el barrio Santa María, calle Santo Domingo, nº 22.*
- *Sala de mayores Cerro del Moro-Loreto-Puntales, anexo a residencia Micaela Aramburu, en avenida Marconi.*

ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

Objetivo: Promover la formación continua, la adquisición de nuevos conocimientos, la aclaración de dudas y la actualización en temas de actualidad y contenidos que respondan a sus intereses y necesidades.

Acciones: Excursiones temáticas con fines culturales, charlas y conferencias temáticas, actuaciones de teatro, musicales, etc., visitas a museos, exposiciones, etc.

CONVIVENCIAS Y CELEBRACIONES PUNTUALES

Objetivo:

- *Reconocer a las personas mayores la importante labor social que vienen realizando.*
- *Ofrecer a las personas mayores dinámicas de diversión y participación.*

Acciones: En las convivencias y celebraciones las personas mayores tienen la

posibilidad de disfrutar de diferentes actos sociales en los que relacionarse, conocer a otras personas, bailar, reír, etc. En definitiva, pasárselo bien.

Entre estos eventos se pueden distinguir en dos grupos:

- *Las grandes convivencias: Carnaval, Verano y Semana de las Personas Mayores. Están dirigidas a toda la población de mayores de la ciudad y se organizan directamente desde la Delegación de Mayores. Los actos se vienen celebrando en el Baluarte de La Candelaria, con barra de bar y orquesta en directo para el baile. La entrada es libre para personas mayores de 60 años.*
- *Las convivencias en los centros de participación activa: Carnaval, Semana Santa, Cruces de Mayo (Semana del Socio) y Navidad. Están dirigidas fundamentalmente a las personas socias y usuarias de cada Centro y el programa de actos se organiza desde las propias juntas de participación y gobierno de cada centro, en coordinación con el equipo técnico de la Delegación de Mayores.*

// 8.2.7 CULTURA

ARTES PLÁSTICAS

Objetivos: Transformación social a través del arte fomentándolo en los barrios y facilitar la expresión artística acercándola a la ciudadanía.

Acciones:

- *Programa anual de exposiciones en el Castillo de Santa Catalina.*
- *Cesión temporal de espacio en Castillo de Santa Catalina para artistas plásticos.*

CÁDIZ, CIUDAD LECTORA

Objetivos:

- *Colaborar con asociaciones para el fomento de la lectura.*
- *Apoyar con diferentes actividades el fomento a la lectura con la base del Plan Director de Cultura.*

Acciones:

- *Taller literario de escritura creativa infantil en verano (Baluarte del Orejón)*
- *Visibilizar la Biblioteca de La Viña – Cuentacuentos y talleres.*

CONCIERTOS, MÚSICA

Objetivos:

- *Favorecer el uso de los espacios públicos no formales para la creación y promoción cultural.*
- *Aprovechar los festivales para promover y promocionar el barrio.*

Acciones:

- *Actuaciones del programa Cádiz en Danza (playa Caleta, Gran Teatro Falla).*
- *Actuaciones del programa Fiesta de la Música en la plaza de la Reina.*

FOMENTO DE LA LECTURA EN LA BIBLIOTECA DE LA VIÑA

Objetivos:

- *Elevar los índices de lectura en la población .*
- *Favorecer el acceso a la lectura en población potencialmente en riesgo de*

exclusión social.

Acciones:

- *Facilitar el préstamo domiciliario*
- *Facilitar el acceso a las lecturas obligatorias en centros escolares*

FOMENTO DE LA LECTURA EN LA BIBLIOTECA DE LA VIÑA (II)

Objetivo: Favorecer el uso de las nuevas tecnologías a los usuarios de la biblioteca

Acciones:

- *Facilitar el acceso a internet mediante ordenadores en sala*
- *Favorecer el uso de nuevas tecnologías en la biblioteca*

FOMENTO DE LA LECTURA EN LA BIBLIOTECA DE LA VIÑA (III)

Objetivo: Facilitar el acceso a la prensa escrita y digital para mejorar los niveles de información de la población.

Acción: Puesta a disposición de la Hemeroteca local y nacional.

FOMENTO DE LA LECTURA EN LA BIBLIOTECA DE LA VIÑA (IV)

Objetivos:

- *Acercar a niños y niñas a la literatura de tradición oral.*
- *Fomentar el encuentro lector en familias.*

Acciones:

- *Cuentacuentos mensuales*
- *Talleres relacionados con la lectura (puntos de lectura, marcapáginas...)*

EQUIPAMIENTO

Objetivos:

- *Difundir la existencia de los distintos equipamientos culturales*
- *Desarrollo de los servicios propios de cada equipamiento*
- *Planificar actividades novedosas*

Acciones:

- *Archivo Histórico: Conservar divulgar y facilitar la consulta e investigación del patrimonio documental de la ciudad de Cádiz.*
- *Bibliotecas (Celestino Mutis, Adolfo Suarez, barrio de la Viña, barrio Santa María): servicio propio de dos bibliotecas centrales y dos de barrio. Prestamos de libros, salas de estudio y consulta, promoción de la lectura. (Ver Cádiz, ciudad lectora).*
- *Museo Las Cortes y Exposiciones Museográficas del Títere y Litográfico:*
 - *Museo histórico muestra material de los hechos del Cádiz del Siglo XVIII y XIX de las Cortes de Cádiz.*
 - *Museo del Títere, muestra hasta el momento las colecciones propiedad del Ayuntamiento.*
 - *Colección Litográfica muestra una importante colección formada por más de mil piedras litográficas, procedentes de las canteras de Baviera y de una gran calidad. Las máquinas e impresos originales todo de una*

de las imprentas Müller, instaladas en la ciudad.

- *Centro Cultural Reina Sofía: oficinas de la delegación de Cultura, exposición de colecciones como la Vasallo y sede física de entidades como Aula hispanoamericana, Ateneo, fundación Carlos Edmundo de Ory, Fundación Joly, legado de la Familia Aramburu. Presentaciones de libros.*
- *Espacio de Cultura Contemporánea ECCO: exposiciones, talleres, charlas, encuentros relacionados con la cultura contemporánea. Programación especial de veranos (conciertos, talleres).*
- *Castillo Santa Catalina: exposiciones, talleres, uso de espacios temporalmente por artesanos. Programación especial de verano.*
- *Baluartes de Candelaria: exposiciones en la casa mata. Uso de las salas para charlas proyecciones y encuentros. Feria del Libro. (programación especial de verano/conciertos y actos benéficos).*
- *Baluartes del Orejón: actividades de carácter literario.*
- *Centro Municipal de Flamenco la Merced: talleres, ensayos, actuaciones y exposiciones de flamenco.*
- *Teatros (Gran Teatro Falla, Sala Central Lechera, y Teatro de Títeres La Tía Norica): programación propia de los tres espacios de artes escénicas.*
- *Centro Cultural El Bidón: desarrollo de distintos talleres.*

// 8.2.8 SERVICIOS SOCIALES Y DROGODEPENDENCIAS

SABER DECIDIR

Objetivo: Reducir o paliar el uso de drogas, tanto legales e ilegales, promocionando el

empleo de estrategias encaminadas a suprimir o reducir los factores responsables de la iniciación al consumo de drogas, así como potenciar los factores de protección.

Acciones: Talleres sobre temáticas establecidos con el centro escolar.

CRECIENDO EN SALUD

Objetivos:

- *Contribuir al desarrollo de competencias y capacidades que permitan al alumnado afrontar los riesgos para la salud más frecuentes en la Educación Primaria, favoreciendo la elección de conductas saludables.*
- *Promover aptitudes que potencien la autonomía emocional, una actitud positiva hacia uno mismo y hacia los demás, así como estrategias que permitan afrontar los retos de la vida de forma sana y equilibrada.*
- *Ofrecer estrategias para un uso responsable de las tecnologías de la información y comunicación, fortaleciendo la relación entre padres, madres, hijos e hijas y fomentando valores y actitudes positivas hacia las mismas.*
- *Retrasar la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas, incidiendo en los factores de riesgo y de protección que se relacionan con la probabilidad de uso de tabaco, de alcohol y de otras sustancias o conductas adictivas.*
- *Hacer partícipes a las familias, fomentando su colaboración en la promoción de la salud y la prevención de adicciones.*
- *Mejorar el entorno del centro en su dimensión física y social mediante estrategias de estudio, valoración y actuación para la promoción de la salud y el bienestar general de la comunidad, de cara a incrementar los activos que protegen y mejoran la salud de toda la comunidad educativa.*

Acciones:

- *Talleres temáticos centrados en el uso positivo de las TIC.*
- *Talleres temáticos centrados en la prevención en el consumo de sustancias adictivas: tabaco y alcohol.*

FORMA JOVEN

Objetivos:

- *Contribuir al desarrollo de competencias y capacidades que permitan al alumnado afrontar los riesgos para la salud más frecuentes en la Educación Secundaria Obligatoria, favoreciendo la elección de conductas saludables.*
- *Promover aptitudes que potencien la autonomía emocional, una actitud positiva hacia uno mismo y hacia los demás, así como estrategias que permitan afrontar los retos de la vida de forma sana y equilibrada.*
- *Ofrecer estrategias para un uso responsable de las tecnologías de la información y comunicación, fortaleciendo la relación entre padres, madres, hijos e hijas y fomentando valores y actitudes positivas hacia las mismas.*
- *Retrasar la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas, incidiendo en los factores de riesgo y de protección que se relacionan con la probabilidad de uso de tabaco, de alcohol y de otras sustancias o conductas adictivas.*
- *Hacer partícipes a las familias, fomentando su colaboración en la promoción de la salud y la prevención de adicciones.*
- *Mejorar el entorno del centro en su dimensión física y social mediante estrategias de estudio, valoración y actuación para la promoción de la salud y el bienestar general de la comunidad, de cara a incrementar los activos que protegen y mejoran la salud de toda la comunidad educativa.*

Acciones:

- *Talleres temáticos centrados en el uso positivo de las TIC.*

- *Talleres temáticos centrados en la prevención en el consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas.*

SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA

Objetivos:

- *Implicar a los y las profesionales del sector hostelero en la prevención y reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.*
- *Sensibilizar a las y los profesionales del ámbito de la hostelería en dispensación responsable de alcohol y pautas de reducción de riesgos asociados, tanto al consumo de alcohol como al de otras drogas.*
- *Fomentar la dispensación responsable de alcohol y el cumplimiento de la normativa en la relación a las drogas legales e ilegales.*

Acciones:

- *Actuaciones en líneas de sensibilización para favorecer la credibilidad de la Red de Establecimientos Colaboradores en el programa.*
- *Actuaciones en líneas de formación de profesionales del sector hostelero.*

SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA (II)

Objetivo: Detección, diagnóstico precoz e intervención temprana de menores en riesgo por consumo de sustancias.

Acción: Consulta previa cita con la psicóloga. Los casos serán derivados en la mayoría de los casos por la Policía Local.

PROGRAMA FORMATIVO

Objetivo: Estimular la implicación y participación de la población, a través de sus organizaciones, en la construcción de una ciudad más saludable, donde no se promocióne el consumo de ningún tipo de drogas.

Acción: Formación de unos 60 alumnos/as repartidos en tres acciones formativas repartidas a lo largo del año.

CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE TRÁFICO RODADO

Objetivos: Contribuir a la disminución del riesgo que supone el consumo de drogas, especialmente dirigido a jóvenes consumidores ocasionales o habituales de fin de semana.

Acciones: Intervenciones los fines de semana, en horario de salida nocturnas de los viandantes, donde el consumo de alcohol es mayor, cubriéndose entonces una franja horaria determinada

// 8.2.9 MOVILIDAD

SEMANA EUROPEA DE LA MOVILIDAD

Objetivos:

- *Sensibilizar a la ciudadanía en cuanto al uso del transporte público, el uso de la bicicleta y la movilidad peatonal.*
- *Promover el uso de formas de transporte y de viaje alternativas al coche privado.*
- *Proporcionar una visión diferente de la ciudad gracias a la restricción del tráfico motorizado en ciertas zonas de la ciudad.*

- *Promover hábitos saludables.*

Acciones: Actividades de concienciación que se celebran cada año en el mes de septiembre con motivo de la EMW (EuropeanMobilityWeek).

PROYECTO DE CARRIL BICI – PLAN ANDALUZ DE LA BICICLETA

Objetivo: Convertir a Cádiz en una ciudad más sostenible, implementando una red de carriles bicis que discurran por todo el término municipal, conectando los distintos ramales para que sea funcional... haciendo de ésta una infraestructura útil que permita que la bicicleta sea un medio de transporte para ir al centro de trabajo, de estudio, espacios de ocio, comerciales... y por supuesto, una red que garantice en todo momento la seguridad tanto de ciclistas y peatones.

Acciones: Construcción de una red de más de 20 kilómetros de carril bici en el marco del Plan Andaluz de la Bicicleta, constituyendo así una malla de ramales que permiten conectar la ciudad con esta infraestructura.

FOMENTO USO DE LA BICICLETA

//// CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN CIRCULACIÓN EN BICICLETA

Objetivo: Aumentar el uso de la bicicleta en la ciudad haciéndola más sostenible y saludable, rompiendo hábitos sedentarios que fomentan la actividad deportiva necesaria para una vida saludable.

Acciones: Campañas a través de redes sociales y medios municipales.

//// BICIREGISTRO

Objetivo: Prestar a la ciudadanía un servicio consistente en identificar las bicicletas

a través de un registro a nivel nacional, facilitando a usuarios y usuarias de una herramienta que pueda paliar el aumento de sustracciones de estos vehículos.

Acciones: Registro municipal para la inscripción de bicicletas¹ permitiendo su localización en caso de hurto o robo.

FOMENTO ITINERARIOS PEATONALES

//// CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN PEATONAL

Objetivo: Concienciar a la ciudadanía sobre las distintas situaciones en las que los peatones tienen preferencia sobre los vehículos.

Acciones: Campañas a través de redes sociales y medios municipales.

//// CÁDIZ MEJOR ANDANDO

Objetivo: Fomentar el caminar en la ciudad mediante la información y concienciación de sus beneficios, indicando cual es el tiempo en el que se tarda andando de un punto a otro de la ciudad.

Acciones: Elaboración de mapa con distancias peatonales y difusión.

MEDIDAS DE REGENERACIÓN DE ESPACIOS URBANOS MEDIANTE ACTUACIONES DE CALMADO DE TRÁFICO Y PEATONALIZACIÓN

Objetivo: Favorecer la movilidad peatonal y ciclista y reducir el tráfico motorizado mediante la ejecución de proyectos de reurbanización de los espacios públicos.

1 <https://carrilbicicadiz.es/biciregistro>

Acciones: Redacción de proyectos y ejecución. Ejemplo: Accesos a la facultad de Medicina y Empresariales.

VIVE LA PLAZA

Objetivo: Concienciar y sensibilizar a la ciudadanía de los grandes beneficios que tendría limitar el tráfico rodado en el centro de la ciudad.

Acciones: Desarrollo de evento durante la primavera en el que en espacios destinados al tráfico motorizado se implementan otros usos saludables y colectivos que permiten ver más allá el espacio existente para poder valorar la regeneración urbana del espacio para otros usos más sostenibles y amables. Ejemplo: Vive La Plaza 2017 y 2018.

// 8.2.10 URBANISMO

ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Objetivo: Suprimir progresivamente los obstáculos que tienen las personas con cualquier tipo de discapacidad y potenciar la accesibilidad mediante la eliminación de barreras arquitectónicas y psicosociales.

Acciones: Redacción y ejecución de proyectos. Actuaciones puntuales periódicas con Mantenimiento Urbano.

PROYECTOS DE URBANIZACIÓN PARA LA REGENERACIÓN DE ESPACIOS URBANOS MEDIANTE ACTUACIONES DE CALMADO DE TRÁFICO Y PEATONALIZACIÓN

Objetivo: Favorecer la movilidad de las personas con discapacidad mediante la ejecución de proyectos de reurbanización de los espacios públicos que supriman las barreras arquitectónicas y psicosociales existentes.

Acciones: Redacción y ejecución de proyectos. Actuaciones puntuales periódicas con Mantenimiento Urbano.

// 8.2.11 MANTENIMIENTO URBANO

ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Objetivo: Eliminar las barreras arquitectónicas de cualquier tipo que dificulten la integración social de las personas con algún tipo de discapacidad.

Acciones: Actuaciones periódicas en colaboración con AGADI.

// 8.2.12 AGUAS CÁDIZ

ABASTECIMIENTO, SANEAMIENTO Y DEPURACIÓN DEL AGUA

Objetivo: Gestionar los servicios públicos de abastecimiento, saneamiento y depuración del agua dentro del término municipal de la ciudad, necesarios para el desarrollo y mantenimiento de la calidad de vida de los gaditanos, basándose en los principios de sostenibilidad social, ambiental y económica.

Acciones: Gestión de los recursos hídricos en baja, mantenimiento de las redes, conducción hasta la EDAR, controles diarios de potabilidad, etc...

CAMPAÑA PROGRIFO

Objetivos:

- *Concienciar a la población sobre los beneficios del consumo del agua del grifo.*
- *Mejorar la imagen del agua del grifo poniendo en valor sus cualidades reales.*

Acciones:

- *Reparto de botellas y decantadores de vidrio a la ciudadanía y a restaurantes que se adhieran a la campaña. Los envases están decorados con imagen de Cádiz para lo que se convocó un concurso de diseño.*
- *Campaña de sensibilización. Catas de agua en la calle.*

REPARACIÓN Y AMPLIACIÓN DE FUENTES PÚBLICAS DE AGUA POTABLE

Objetivos:

- *Mejorar los accesos al agua potable de los y las viandantes siguiendo las recomendaciones de los servicios de salud públicos.*
- *Favorecer la hidratación fomentando el uso de botellas reutilizables.*

Acciones:

- *Localización y distribución de fuentes públicas para el plan de mantenimiento.*
- *Campaña de difusión.*

// 8.2.13 DEPORTES

DEPARTAMENTO DE INSTALACIONES DEPORTIVAS

Objetivo: Ofrecer instalaciones deportivas municipales y su equipamiento para facilitar práctica deportiva a toda la población.

Acciones:

- *Complejo Deportivo Ciudad de Cádiz*
- *Complejo Deportivo Puerto El Cano*
- *Pistas polideportivas Elcano*
- *Polideportivo Centro Histórico*
- *Polideportivo La Mirandilla – Campo del Sur*
- *IDB Polideportivo El Náutico*
- *Complejo Deportivo Puntales-La Paz*
- *Piscina Astilleros*
- *Escuela Náutica municipal de Cortadura*
- *Circuito de carreras y caminatas*
- *Circuito de ejercicios calisténicos en playa Victoria*
- *Polideportivo Francisco Blanca*
- *Instalaciones Deportivas de Barrio (colegios públicos y asociaciones de vecinas y vecinos)*

DEPARTAMENTO DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Objetivos:

- *Contribuir y facilitar la promoción e iniciación deportiva en la población infantil y juvenil mediante las Escuelas Deportivas Municipales, Escuelas Deportivas de Iniciación, los Juegos Deportivos Municipales y el Deporte Escolar.*
- *Organizar la oferta de actividades deportivas dirigidas en los espacios deportivos municipales: instalaciones deportivas convencionales y no convencionales (ej. en playa).*
- *Promover la práctica deportiva y el ejercicio físico a toda la población.*
- *Organizar espectáculos públicos y actividades recreativas (eventos deportivos, entre otras.)*
- *Colaborar en la gestión de actividades deportivas dirigidas y el deporte de competición por federaciones, organismos, entidades o asociaciones deportivas mediante las subvenciones o autorizaciones municipales.*
- *Aumentar los índices de participación de los diferentes programas deportivos desarrollados por el departamento.*

Acciones:

- **PROGRAMAS EDAD ESCOLAR**
 - *Deporte Escolar (natación y vela)*
 - *Juegos Deportivos Municipales (fútbol sala - baloncesto - balonmano - ajedrez - atletismo - bádminton - tenis de mesa)*
 - *Escuelas Deportivas Municipales*
- **EVENTOS DEPORTIVOS**
 - *Media Maratón Bahía de Cádiz*
 - *Premios y Gala del Deporte Ciudad de Cádiz*
 - *Eventos deportivos organizados por otras entidades*

- **PROGRAMACIÓN DE INSTALACIONES DEPORTIVAS MUNICIPALES**
 - *Concesiones de temporada*
 - *Concesiones ocasionales*
 - *Actividades dirigidas*
- **GESTIÓN DEPORTIVA**
 - *Reserva de usos zonas deportivas de playa*
 - *Autorizaciones de actividades deportivas en espacios públicos*
 - *Baremación de solicitudes para subvenciones I.M.D.*
 - *Campañas de promoción deportiva*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEPORTIVA

Objetivos:

- *Mejorar el estado de salud, bienestar y calidad de vida de las personas practicantes de actividad deportiva y deportes en Cádiz.*
- *Promover la práctica de Actividades Físico-deportivas como hábito de vida saludable.*

Acciones:

- **INSTALACIONES DEPORTIVAS**
 - *Plan de Cardioprotección en Espacios Deportivos municipales*
 - *Plan de Salubridad en IIDMM. Control higiénico-sanitario de Instalaciones deportivas acuáticas.*
- **ACTIVIDADES DEPORTIVAS**
 - *Cobertura sanitaria de espectáculos públicos y actividades recreativas, asimismo aquellos eventos deportivos organizados por el IMD-Cádiz*

(Juegos Deportivos Municipales, Deporte Escolar, Media Maratón, Gran Regata, etc.)

● **PROGRAMA LOCAL DE ACTIVIDADES FISICO-DEPORTIVAS PARA PERSONAS MAYORES**

- *Programa de actividades deportivas para personas mayores de 65 años (Club de la Salud-Envejecimiento activo):*
- *Gimnasia acuática y/o natación en piscina climatizada (CD Ciudad de Cádiz y piscina de Astilleros). Se ofertan 2 sesiones de 45 minutos/semana.*
- *Gimnasia funcional en Instalación deportiva (CDCC, piscina Astilleros e IDB El Náutico). Se ofertan 2 sesiones de 30 minutos/semana y*
- *Paseos-marcha en 3 circuitos: Paseo Marítimo, Barriada de la Paz y Centro Histórico. De 1 a 5 sesiones de 1 hora/semana.*

Siendo gratuito para quienes cumplen los requisitos de la edad y empadronamiento en Cádiz.

// 8.2.14 PROTECCIÓN ANIMAL.

PROGRAMA DE CONTROL DE GATOS ASILVESTRADOS

Objetivos:

- *Garantizar condiciones de bienestar animal.*
- *Evitar molestias a la ciudadanía y mejorar las condiciones de salubridad del entorno.*

Acciones:

- *Elaboración de un censo de colonias y concesión del carnet de alimentadores/as y cuidadores/as a personas voluntarias.*

- *Esterilización y control sanitario de gatos.*

SERVICIO DE CONTROL DE ANIMALES PERDIDOS, ABANDONADOS O ENTREGADOS POR SUS PROPIETARIOS/AS.

Objetivos:

- *Conocimiento de la ciudadanía de este servicio para evitar el abandono.*
- *Evitar problemas derivados de la existencia de animales sin control en vía pública.*

Acciones:

- *Recogida de los animales por la empresa encargada de la prestación del servicio.*
- *Recuperación por sus propietarios/as de animales perdidos y promover las adopciones con el fin de alcanzar el sacrificio cero.*

REGISTRO MUNICIPAL DE ANIMALES DE COMPAÑÍA

Objetivos:

- *Disponer de censo que posibilite actuaciones sanitarias preventivas o urgentes.*
- *Recuperar los animales perdidos o robados.*
- *Depurar las responsabilidades en caso de incumplimiento de la legislación por los propietarios.*
- *Controlar el estado sanitario de los animales inscritos.*

Acciones:

- *Gestión del convenio de colaboración con el Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios para la creación y desarrollo del registro.*
- *Confección y mantenimiento al día del registro.*

REGISTRO MUNICIPAL DE CENTROS VETERINARIOS Y CENTROS PARA LA VENTA, ADIESTRAMIENTO Y CUIDADO DE LOS ANIMALES DE COMPAÑÍA

Objetivos:

- *Vigilar las condiciones técnico-sanitarias de los establecimientos.*
- *Garantizar condiciones de bienestar animal.*

Acciones:

- *Confección y mantenimiento al día del registro.*
- *Inspección y vigilancia del cumplimiento de los requisitos técnico-sanitarios de los establecimientos.*
- *Vigilancia del cumplimiento del programa de higiene y profilaxis de los animales albergados.*

// 8.2.15 SALUD.

PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO EN CELEBRACIONES O EVENTOS EN LOS QUE SE ELABOREN Y/O SIRVAN ALIMENTOS.

Objetivos:

- *Garantizar la protección de la salud de las personas consumidoras con la*

prevención de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario.

- *Reducir y eliminar prácticas incorrectas en la manipulación y conservación de alimentos.*

Acciones:

- *Establecer los requisitos mínimos estructurales para poder conseguir unas prácticas higiénicas correctas.*
- *Dictar las normas de higiene durante la elaboración, conservación y servicio para garantizar la seguridad de los productos alimenticios.*

INTERVENCIÓN SANITARIA EN VIVIENDAS CON PROBLEMAS DE SALUBRIDAD.

Objetivo: Eliminar los problemas de salubridad en viviendas o solares.

Acciones:

- *Gestión de las denuncias ciudadanas por problemas de salubridad y de las peticiones procedentes de Asuntos Sociales, Policía Local...*
- *Inspección sanitaria de las viviendas y valoración del riesgo para la salud.*
- *Coordinación con otras áreas municipales Asuntos Sociales, Urbanismo, Procasa... para ofrecer una respuesta integral al problema.*
- *Elaboración de informes, propuestas de requerimiento de subsanación de deficiencias, inspecciones de comprobación, ejecución subsidiaria (limpieza de choque, eliminación de basuras, desinfección, desinsectación, desratización), desalojo en situaciones de riesgo grave e inminente...*

DISPOSITIVO SANITARIO DE PLAYAS

Objetivo: Atender las urgencias ocasionadas en las playas de la ciudad

Acciones:

- *Prestación de primeros auxilios y asistencia sanitaria de primer nivel en los casos de accidente o urgencia por enfermedad ocasionados durante la estancia en las playas en la temporada de baños. El servicio se presta en 8 botiquines atendidos por personal médico y de enfermería.*
- *Traslado de los casos que necesitan atención hospitalaria.*

INSPECCIONES SANITARIAS DE ACTIVIDADES COMERCIALES

Objetivos:

- *Vigilar y controlar el cumplimiento de la normativa higiénico-sanitaria de las actividades comerciales que inician la actividad.*
- *Vigilar y controlar el cumplimiento de la normativa higiénico-sanitaria de las actividades comerciales de especial riesgo (aplicación de tatuajes y piercing...)*

Acciones:

- *Inspecciones de los locales que inician la actividad.*
- *Información a los y las titulares sobre la normativa higiénico-sanitaria y su aplicación.*
- *Control y seguimiento.*
- *Información a la Delegación de Urbanismo para la tramitación de los expedientes.*

PROGRAMA ESCOLAR DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD CUIDEMOS LA ESPALDA

Objetivo: Promover la actividad física y la salud de los y las escolares de 3º de Primaria

Acciones: Distribución de Cuidemos la Espalda. Cuaderno de Actividades de Educación Física y Salud para todo el alumnado de 3º de Educación Primaria de todos los centros escolares de Cádiz.

El cuaderno se pone a disposición del profesorado de Educación Física y de los tutores y tutoras, según el caso, para que lo utilicen los alumnos y alumnas de 8 ó 9 años (3º de Educación Primaria). Se trata de un recurso didáctico complementario para abordar, a criterio del profesorado, los temas curriculares de la asignatura Educación Física. Muchas de las técnicas de aprendizaje se plantean como juegos. El cuaderno es un soporte didáctico que promueve el ejercicio físico como generador de salud y para prevenir enfermedades relacionadas con el sedentarismo: trastornos alimentarios, diabetes, enfermedad cardiovascular, etc. También tiene como objetivo fomentar la seguridad en el ejercicio, los deportes, la higiene, los buenos hábitos, la expresión corporal...

Además de promover el desarrollo saludable de niñas y niños también pretende prevenir desviaciones de columna, especialmente la escoliosis, cuya incidencia se dispara a los 12 o 13 años de edad, y los dolores de espalda, que aparecen en los menores desde edades muy tempranas.

Este cuaderno tiene como eje central la espalda, pero aborda también aspectos importantes relacionados con la salud, como la seguridad en el ejercicio físico y los deportes, el aprendizaje de hábitos posturales adecuados, los buenos hábitos de higiene o la expresión corporal.

El cuaderno tiene contenido teórico y práctico. Así, propone de manera amena y divertida, 20 actividades para trabajar en el aula y 10 en el patio. Algunos contenidos de estas 30 unidades didácticas son:

- *La columna vertebral. Los músculos*
- *Postura sana. Manipulación y transporte de cargas*
- *Postura ante el ordenador*

- *La alimentación. El descanso*
- *Ejercicios de flexibilidad. Fortalecimiento del tronco*
- *Los deportes*
- *Los estiramientos. El calentamiento. Los masajes*
- *Prevención de accidentes*
- *Desviaciones de la columna*
- *Registro de hábitos saludables*

CONTROL DE PLAGAS URBANAS NOCIVAS PARA LA SALUD

Objetivo: Controlar la población de plagas urbanas nocivas para la salud.

Acciones:

- *El control de plagas urbanas (roedores, insectos y parásitos) se realiza a través del Servicio Municipal de Desinfección, Desinsectación y Desratización, que desarrolla su trabajo en espacios públicos, red de saneamiento de aguas, perímetro costero, edificios públicos municipales y en viviendas a petición de la ciudadanía.*
- *Inspección y valoración de los focos de vectores de enfermedades (roedores, cucarachas, pulgas, garrapatas, etc.)*
- *Inspección y valoración de otras plagas domésticas (insectos xilófagos, mosquitos, ácaros, etc..)*
- *Diseño y ejecución del Programa Municipal de Desratización y Desinsectación en la red de alcantarillado y espacios públicos.*
- *Tratamientos periódicos de desinfección, desinsectación y desratización en*

dependencias municipales y edificios públicos municipales (colegios públicos, teatros, instalaciones deportivas, mercados, etc.)

- *Tratamientos de desinfección, desinsectación y desratización en áreas privadas y viviendas a petición ciudadana o por necesidades de protección de la salud pública.*

8.3 ELABORACIÓN DE LA AGENDA ANUAL DE ACCIONES

A partir del conocimiento adquirido y de las colaboraciones y el trabajo conjunto, cada año los grupos motores diseñarán una agenda conjunta de acciones basada en las propuestas y recomendaciones participativas y que respondan a las necesidades y problemas priorizados.

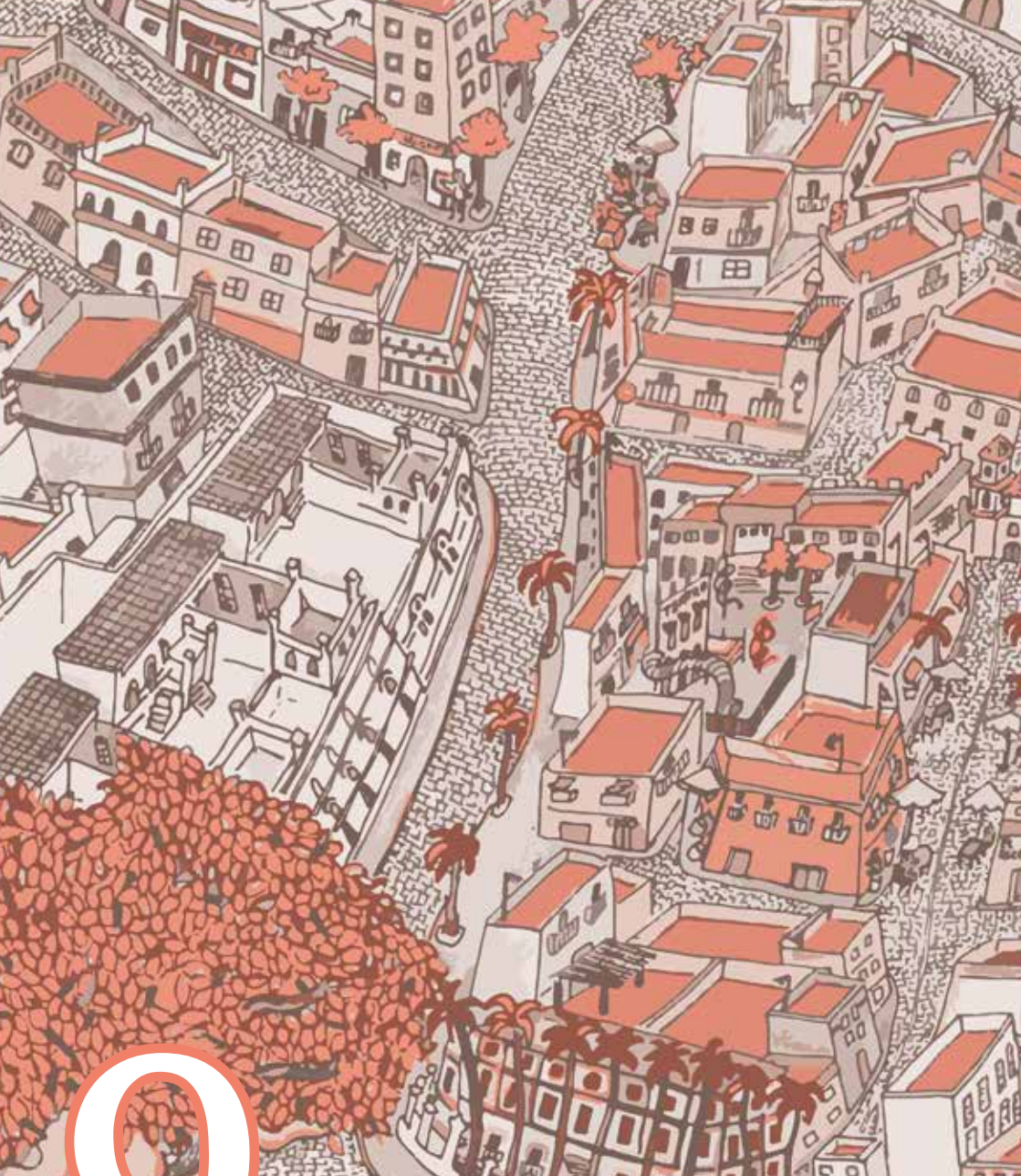
Las acciones identificadas deben ser elaboradas en función de los siguientes criterios:

- *Oportunidad*
 - *Está programada por algún agente local*
 - *Existen recursos disponibles y accesibles*
- *Riesgo de no intervención*
 - *Urgencia del problema*
 - *Importancia a corto plazo*
 - *No existen ninguna actividad al respecto*
- *Factibilidad*
 - *Posibilidad real de realizarla*
 - *Existencia de compromiso o posibilidad de haberlo por parte del promotor o impulsor de la acción*

- *Interacción con otros planes o programas*
 - *Está programada en otros planes locales*
 - *Posibilidad de aportar valor salud a esa actividad*

Estas acciones, recogidas en fichas, deben ser aprobadas y consensuadas con los promotores y responsables de las mismas, con compromisos presupuestarios y disponibilidad de recursos y siempre bajo los principios de la participación y la intersectorialidad.

La agenda anual deberá elaborarse en los primeros meses de cada año.



9

○ Evaluación



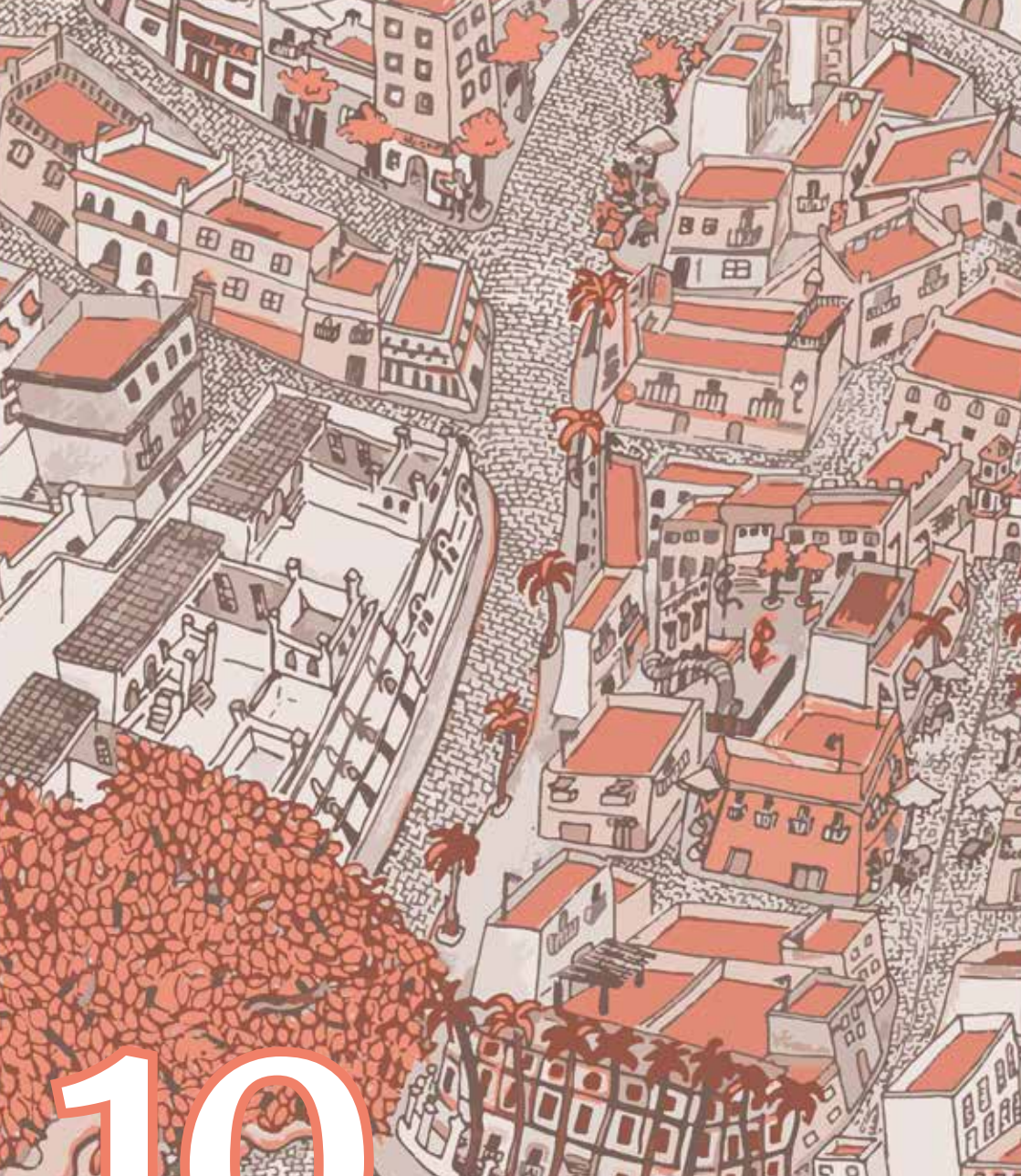
El Plan Local de Salud de Cádiz es un documento de planificación estratégica en materia de salud pública basado en los determinantes sociales de la salud. Como tal documento de planificación es necesario realizar una evaluación de proceso que mida y nos proporcione información sobre el desempeño metodológico previsto y el grado de cumplimiento de los principios orientadores del plan. Esta evaluación tendrá como resultado un informe de evaluación elaborado por el grupo motor, una vez que el Plan Local de Salud esté aprobado y publicado.

Para esta evaluación de proceso se utilizarán dos instrumentos:

- *Check-List sobre metodología previstas en el Manual de Elaboración de Planes Locales de Salud*
- *Cuestionario de entrevista semiestructurada para investigación cualitativa a los participantes en el Plan.*

Como evaluación de resultados, se utilizarán las evaluaciones previstas en cada una de las acciones de la Agenda Anual. Las actividades de esta agenda deben ser medibles y evaluables.

A los cuatro años se realizará una evaluación de impacto en salud.



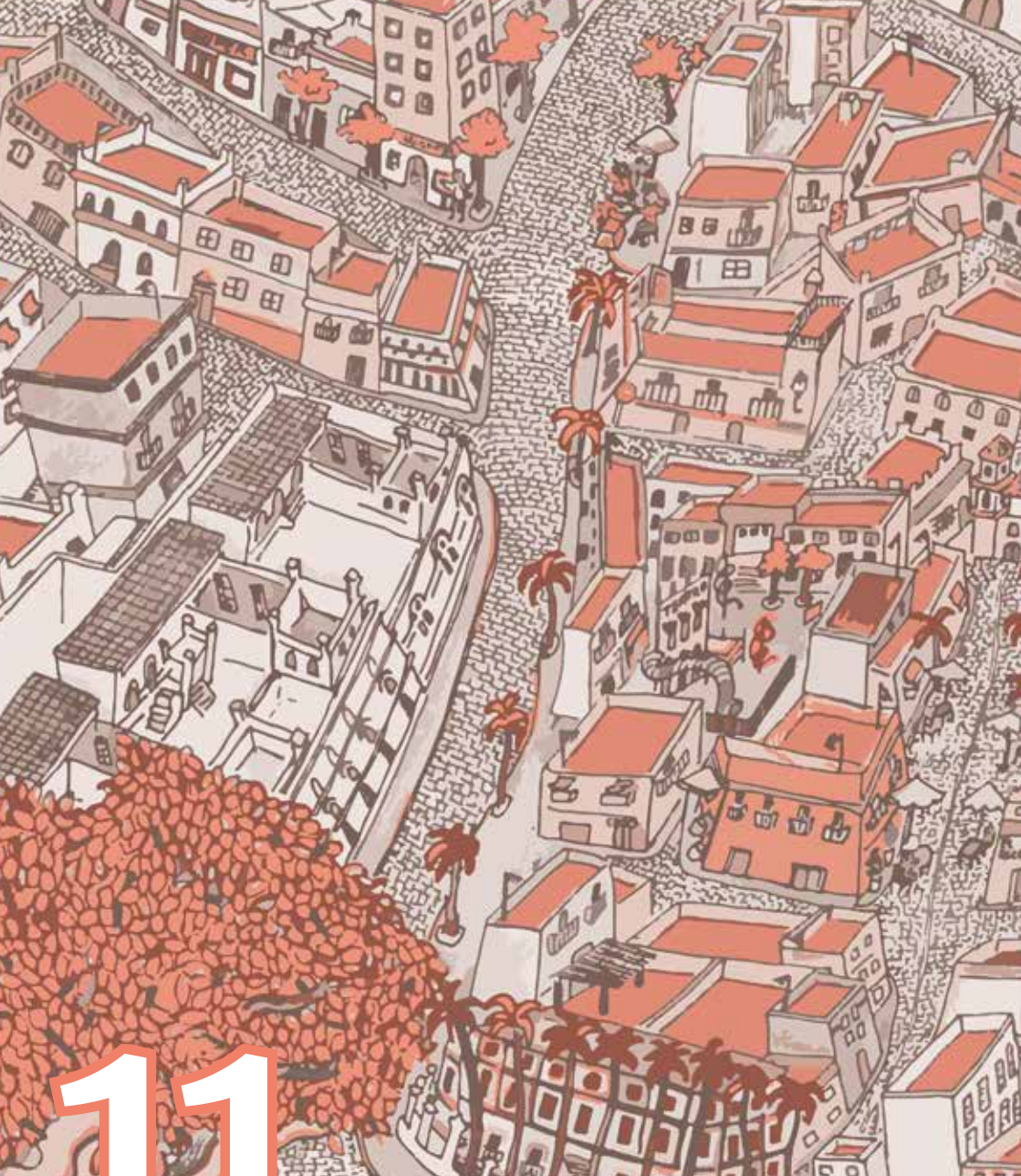
10 ○

Presupuest



Puesto que en el Plan de Salud se integran las intervenciones municipales que tienen efectos positivos en la salud, una parte importante del presupuesto municipal ya va dirigido a servicios, programas y campañas saludables. Así, de forma continuada, se cuenta con el presupuesto de las distintas delegaciones municipales que tienen relación con la salud, además del presupuesto de la Delegación de Salud, impulsora del Plan.

En este Plan de Salud de Cádiz no se especifica un presupuesto concreto ya que anualmente se acordará la agenda de actuaciones en función de las prioridades de acción y del presupuesto anual aprobado por el Ayuntamiento.



Enlaces



11.1 Enlaces a la documentación complementaria

1. *Acto informativo en el Salón de Plenos del Ayuntamiento* [!\[\]\(6302aad5aed157b291fddf37b4870784_img.jpg\)](#)¹
2. *Aprobación de la integración en la Red Local de Salud (Relas) por el Pleno del Ayuntamiento* [!\[\]\(a9ca2c237943a6d0a9f22252f295b6f3_img.jpg\)](#)²
3. *Firma de Convenio Relas* [!\[\]\(9a01a64e0b4ff865df7d32ee7991fe8b_img.jpg\)](#)³
4. *Taller de Formación Impulso y Desarrollo de la Acción Local en Salud* [!\[\]\(6aefe9a3d997eb8b55c40ecd5fa7053f_img.jpg\)](#)⁴ [!\[\]\(baa8f8ba8c970db55300f5bb45bb3460_img.jpg\)](#)⁵
5. *Asamblea Ciudadana de La Viña en la Plaza de la Reina: Presentación del Plan de Salud en el barrio de La Viña* [!\[\]\(a6e28495607b2299466d3d5d3193848c_img.jpg\)](#)⁶ [!\[\]\(ed205fcb6e75c95529564351570724d7_img.jpg\)](#)⁷
6. *Taller de Formación La Salud de La Viña: La salud y sus determinantes sociales* [!\[\]\(27a992a1de9d3e89591e2e26256c5a71_img.jpg\)](#)⁸

-
- 1 <https://transparencia.cadiz.es/la-corporacion-municipal-se-compromete-a-elaborar-un-plan-local-de-salud/>
 - 2 <https://transparencia.cadiz.es/pleno-ordinario-febrero/>
 - 3 <https://transparencia.cadiz.es/el-ayuntamiento-de-cadiz-y-la-junta-de-andalucia-firman-un-convenio-para-desarrollar-la-red-local-de-accion-en-salud/>
 - 4 <http://www.fegadi.org/wp-content/uploads/IMG-20160414-WA0000.jpg>
 - 5 <http://www.fegadi.org/el-ayuntamiento-de-cadiz-felicita-a-los-participantes-en-el-taller-impulso-y-desarrollo-de-accion-local-en-salud/>
 - 6 <https://transparencia.cadiz.es/la-vina-acoge-una-asamblea-informativa-para-debatir-sobre-la-salud-en-el-barrio/>
 - 7 <https://transparencia.cadiz.es/la-asamblea-la-salud-de-la-vina-expone-sus-principales-retos/>
 - 8 <https://transparencia.cadiz.es/la-vina-acoge-una-asamblea-informativa-para-debatir-sobre-la-salud-en-el-barrio/>

7. *Perfil de Salud de La Viña versión resumida* [!\[\]\(effbd7993c63c039a58fd3395789cf3f_img.jpg\)](#)⁹
8. *Perfil de Salud de La Viña completo* [!\[\]\(144980d038f2541d7b588a8a9132bd70_img.jpg\)](#)¹⁰
9. *Jornada participativa La Salud de La Viña. Perfil de Salud, Priorización y Propuestas de Acción* [!\[\]\(c4ce2d477989700c971cf3d240ad9283_img.jpg\)](#)¹¹ [!\[\]\(5013555a72072875cb154b597e002a46_img.jpg\)](#)¹²
10. *Difusión de los trabajos del Perfil de Salud en el Congreso Nacional de Activos para la Salud Comunitaria (Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada)*



Perfil de Salud Colaborativo del barrio de La Viña (Cádiz)

1. Pilar San Narciso Aguilera. Médica Ayuntamiento de Cádiz. 2. Miguel Ángel Cuesta Guerrero. Político/a.EASP. 3. Helena Fernández Valle. Abogada. Ayuntamiento de Cádiz. 4. Dolores Martínez Ruiz. Médica USC (El Olivo). 5. Eva Tábata Martínez. Trabajadora Social. Concejalía Salud Ayuntamiento de Cádiz. 6. Antonio Vergara de Campos. Médico Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.

INTRODUCCIÓN

Se ha estudiado la Salud Comunitaria basada en los **determinantes sociales intermedios** y en las desigualdades, en el ámbito de la **gobernanza local en salud**, desde un enfoque común para la búsqueda de la salud como parte integral del bienestar y el desarrollo social. Se enmarca en el **Modelo RELAS** de la **Estrategia Andaluza de Acción Local en Salud**

OBJETIVO

Conocer la salud del Barrio de la Viña en relación al impacto que sobre la misma ejercen sus distintos determinantes.

RESULTADOS

Identificación de más de **40 determinantes de la salud**. Trabajo colaborativo directo de 62 personas de distintas instituciones (6), movimientos sociales (9) y ciudadanos individuales (2), además de la participación indirecta de otras 210 personas a través de las acciones participativas. El documento elaborado facilita ordenar y priorizar las actuaciones de salud pública en el territorio.

CONCLUSIONES

- ❑ Los determinantes de la salud son múltiples y con relaciones multisectoriales por lo que su análisis requiere una perspectiva colaborativa desde distintos ámbitos.
- ❑ La iniciativa e impulso puede venir de cualquier sector de la sociedad pero es necesaria una convergencia de todos los actores en el territorio y la coordinación de la administración local.



Referencias y Descarga Documento



<http://www.cadiz.es>

-
- 9 http://institucional.cadiz.es/sites/media/docs/salud/AytoDeCadiz_PlanSalud_v006.pdf
 - 10 <http://transparencia.cadiz.es/planmunicipaldesalud/>
 - 11 <https://transparencia.cadiz.es/la-vina-acoge-manana-la-jornada-de-participacion-sobre-salud/>
 - 12 <https://transparencia.cadiz.es/tubio-califica-de-muy-productiva-las-propuestas-realizadas-en-la-jornada-de-participacion-la-salud-en-la-vina/>

11. *Difusión en XVII Jornada Nacional sobre Desigualdades Sociales y Salud (A. para la Defensa de la Sanidad Pública)* ¹³
12. *Difusión en redes sociales* ¹⁴ _
13. *Fiesta de la Salud* ¹⁵ ¹⁶ ¹⁷ ¹⁸

13 https://transparencia.cadiz.es/wp-content/uploads/2017/12/Perfil-de-Salud-La-Vin%CC%83a-5_REDUCIDO.pdf

14 <https://www.facebook.com/Plan-Municipal-de-Salud-C%C3%A1diz-1968629663407601/>

15 <https://transparencia.cadiz.es/el-ayuntamiento-de-cadiz-organiza-la-i-fiesta-de-la-salud/>

16 <https://transparencia.cadiz.es/la-plaza-la-reina-acoge-este-sabado-la-i-fiesta-la-salud/>

17 <https://www.youtube.com/watch?v=o7dPP6pG0iY>

18 <https://www.youtube.com/watch?v=3pjDCOZMUoQ>



Acción Local
en Salud
— CÁDIZ —



Ayuntamiento de **Cádiz**