

Mapa de Vulnerabilidad y Salud. El Caso de Cañada Real

Beatriz Aragón Martín y Grupo de Trabajo del Mapa de Vulnerabilidad y Salud de la Zona Básica de Salud del Ensanche de Vallecas

¡Allí estaban las chabolas! Sobre un pequeño montículo en que concluía la carretera derruida, Amador se había alzado -como muchos siglos antes Moisés sobre un monte más alto- y señalaba con ademán solemne y con el estallido de la sonrisa de sus bellos gloriosos el vallizuelo escondido entre dos montañas altivas, una de escombrera y cascote, de ya vieja y expoliada basura ciudadana la otra (de la que la busca de los indígenas colindantes había extraído toda sustancia aprovechable valiosa o nutritiva) en el que florecían, pegados los unos a los otros, los soberbios alcázares de la miseria.

Luis Martín Santos, *Tiempo de Silencio* (1962).

RESUMEN

El objetivo de esta presentación es compartir la experiencia de trabajo de realización de un mapa de vulnerabilidad y salud en una zona básica de salud de Madrid. La finalidad de realizar un mapa de vulnerabilidad consiste en ubicar en el territorio las problemáticas relacionadas con la vulnerabilidad social de forma que dicha información facilite la planificación, priorización e intervención en salud en un territorio. Es necesaria una apuesta institucional sólida para poder diseñar estrategias y servicios que incorporen la equidad a partir del conocimiento de las vulnerabilidades de los territorios relatados en los mapas.

INTRODUCCIÓN

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud estableció la comisión sobre determinantes sociales en salud (DSS) con el objetivo de asesorar sobre las desigualdades sociales en salud y cómo mitigarlas. Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los DSS a lo largo de la escala social (lo que en el contexto anglosajón se conoce como *Healthinequities*)¹. Las desigualdades sociales en salud siguen un gradiente social; no afecta exclusivamente a los más desfavorecidos pero sí que van aumentando según vamos descendiendo en la escala social. La comisión de los DSS nos recuerda

que lejos de ser un fenómeno natural o de elección individual, la desigualdades en salud son “el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política”². Desde este marco conceptual de los DSS y dentro del plan regional de promoción de la salud y prevención 2011-13 -que incluye un apartado de promoción de la salud en colectivos vulnerables- se plantea la elaboración de mapas de vulnerabilidad y salud en las zonas básicas de salud.

MAPAS DE VULNERABILIDAD

Los mapas de vulnerabilidad y salud se entienden como una estrategia para ubicar territorialmente las problemáticas relacionadas con la vulnerabilidad social a partir de la información aportada por los distintos actores del territorio. De esta manera se consiguen representar los puntos, situaciones y colectivos o áreas que son más vulnerables así como los recursos con los que cuentan (o de los que carecen). La zona básica de salud del Ensanche de Vallecas fue una de las once priorizadas en el año 2011 por tener los peores indicadores de vulnerabilidad, siendo los indicadores utilizados un índice de privación elaborado a partir de varios indicadores (porcentaje desempleo, trabajadores eventuales, trabajadoras manuales, instrucción insuficiente en jóvenes y adultos), el porcentaje de inmigrantes económicos, el de personas mayores de 75 años que viven solas y finalmente el porcentaje de hacinamiento. En esta zona básica de salud, los indicadores de vulnerabilidad eran peores que en el resto de la Comunidad de Madrid (Tabla 1) debido principalmente a la presencia en la zona de asentamientos marginales, motivo por el que se decidió pilotar el mapa de vulnerabilidades en salud en esa zona básica.

Tabla 1. Indicadores de vulnerabilidad en la Zona Básica de Salud a estudio

INDICADORES	Ensanche Vallecas	C. de Madrid
Índice de privación (Censo de población y viviendas, 2001)	0,9	0
% Inmigrantes (Padrón, 2010)	17,1	15,0
% 75 y más años (Padrón, 2010)	5,1	7,3
% 75 y más años que viven solos (Censo de población y viviendas, 2001)	1,4	1,6
Hacinamiento (Censo de población y viviendas, 2001)	4,1	2,1
Nº de chabolas (Instituto de Realojo e Inserción Social)	16+6	
RME Mortalidad general, Hombres (Registro de mortalidad, IECM 2001-2007)	114	100
RME Mortalidad general, Mujeres (Registro de mortalidad, IECM 2001-2007)	109,8	100
Población (Padrón, 2010)	61.337	6.458.684

El trabajo inicial del grupo motor consistió en la revisión de las fuentes de información, principalmente el informe de estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid (2012), los datos obtenidos del proyecto MEDEA en la Comunidad de Madrid, de la historia clínica informatizada (HCI) de atención primaria y del visor del sistema de información geográfica de indicadores de salud (SIGIS). Posteriormente estos datos se pusieron en común con los distintos actores de la zona (figura 1), haciendo una valoración y priorización de problemas, así como una programación de las intervenciones mientras se evaluaba de forma continuada el proceso. Toda la información obtenida se recogió en un informe publicado por la Dirección General de Atención Primaria y se puso a disposición de los distintos actores del territorio.

Al ubicar en el territorio las vulnerabilidades encontradas a partir de los indicadores y los informantes clave, se vio que una zona en concreto acumulaba las situaciones de mayor vulnerabilidad: la zona del sector VI de la Cañada Real Galiana y el asentamiento de chabolas conocido como "el Gallinero". La elaboración de los mapas también nos permitió ver cómo la evolución temporal del territorio explica los usos del suelo actuales y algunas de las características vinculadas a la

vulnerabilidad: la compartimentación, discontinuidades, barreras geográficas, el aislamiento y los problemas de accesibilidad y de distribución de recursos, así como la ubicación de los riesgos ambientales que afectan a la población que vive en los asentamientos.

Figura 1. Participantes en la elaboración del mapa de vulnerabilidades del Ensanche de Vallecas.

SERMAS ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA:

- Dirección Asistencial Sureste
- Dirección Centro de Salud de Ensanche de Vallecas y Equipo de Intervención con Población Excluida (EIPE)
- Hospital Infanta Leonor

D.G. SALUD PÚBLICA:

- Área 1 de Salud Pública
- Servicios centrales de la Dirección General de Salud Pública; Promoción de Salud, Informes de Salud y Estudios, Sanidad Ambiental y Epidemiología, Coordinadora Áreas de Salud Pública

AYUNTAMIENTO DE MADRID:

- Centro Municipal de Salud de Villa de Vallecas
- Servicio de Convivencia Intercultural de Ensanche de Vallecas

CRUZ ROJA: Coordinador Programas Cruz Roja

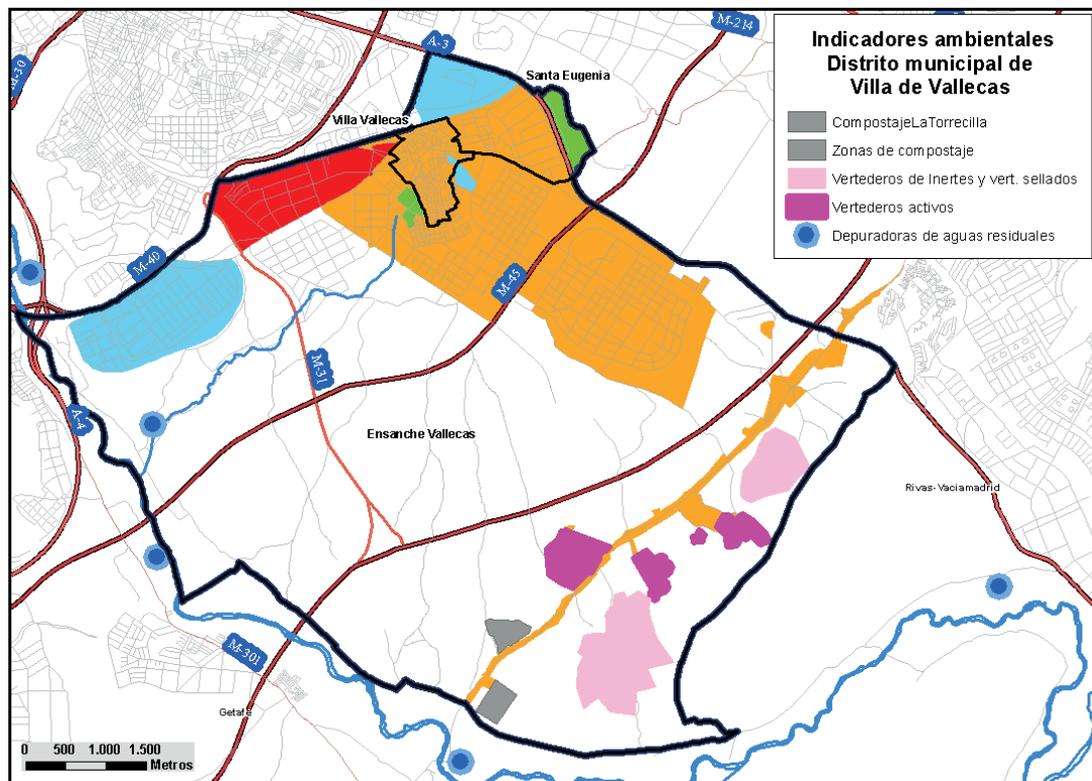
PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA INTERCULTURAL de Cañada Real

MEDIADORA VECINAL Ensanche (AAVV)

VULNERABILIDADES AMBIENTALES Y SOCIALES

El sector VI de la Cañada Real Galiana discurre como una ciudad lineal a lo largo del trazado de esta antigua vía pecuaria que posteriormente se convirtió en la ruta principal de acceso a las instalaciones de residuos sólidos de la Comunidad de Madrid. Rodeada de vertederos (activos e inactivos) y de distintas instalaciones de tratamiento de los residuos sólidos de Madrid (ver imagen 1, el sector VI es la franja color mostaza que discurre rodeada de vertederos), el sector VI de la Cañada acoge a una población diversa que sin embargo comparte tanto la exposición a los riesgos ambientales que supone vivir cerca de una incineradora³ como el aislamiento y la falta de recursos públicos de la zona.

Imagen 1: Indicadores ambientales del distrito municipal de Vallecas. Elaborado por la unidad de información y análisis geográfico SIGIS, Mapa de Vulnerabilidad y Salud en la ZBS del Ensanche de Vallecas, 2014



Si nos fijamos en el mapa, el sector VI de la Cañada está aislado del resto de las zonas residenciales, esto implica que para acceder a servicios públicos como el centro de salud o el hospital los habitantes de Cañada necesitan disponer o de un vehículo privado o recorrer grandes distancias a pie y largos trayectos en transporte público. El acceso a los centros sanitarios se ve condicionado principalmente por la posibilidad de desplazamiento y no por motivaciones culturales de los distintos grupos que viven en esta zona: el mapa nos muestra lo erróneo de utilizar las “diferencias culturales” como mecanismo explicativo del acceso diferencial escondiendo las desigualdades en salud (evitables e injustas)⁴. También hay que tener en cuenta que estos desplazamientos suponen un coste económico directo (gasto del viaje) como indirecto (perder jornada laboral, pagar cuidador hijos...) que no todas las personas pueden asumir en el momento en el que lo necesitan.

CONCLUSIONES

Desafortunadamente el mapa nos ha mostrado que la conocida ley de cuidados inversos que enunció hace más de treinta años Julian Tudor Hart sigue vigente en zonas como el Ensanche de Vallecas: “El acceso a atención

sanitaria de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población”⁵ decía Hart y es lo que vemos representado en los mapas de vulnerabilidades, ya que aquellas poblaciones que presentan mayores desigualdades en salud debido a sus condiciones de hábitat y socioeconómicas son las que también tienen más dificultades para acceder a servicios sanitarios adecuados y de calidad. La utilidad de los mapas radica en que nos permiten “visibilizar” en el territorio esas vulnerabilidades que a menudo pasan desapercibidas en la consulta, pese a que tienen efectos igual de nefastos sobre la salud que otros factores de riesgo sobre los que sí que intervenimos⁶. Al poner de manifiesto esta interacción entre los problemas de salud que surgen en determinadas condiciones sociales, y que además son exacerbadas por esas mismas condiciones sociales, ambientales y políticas en las que están inmersos (lo que los anglosajones conocen como “syndemics”⁷), los mapas de vulnerabilidad son información necesaria para planificar intervenciones y estrategias que tengan en cuenta la equidad a partir de las condiciones de vulnerabilidad del territorio. En el caso de la Zona Básica del Ensanche de Vallecas el mapa de vulnerabilidad ha servido para desarrollar dos líneas básicas de intervención (grupo de trabajo mujer y salud y proyecto

de mejora de salud bucodental) y solicitar el aumento de recursos tanto humanos como materiales. Asimismo, la realización del mapa ha servido para afianzar la red de trabajo entre las distintas instituciones y actores del territorio, encontrando un lenguaje común para describir la compleja realidad de la que forman parte, bien como representantes institucionales o como ciudadanía.

BIBLIOGRAFIA

1. MSSSI. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. 141 (Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).
2. WHO, Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009).
3. García-Pérez J, et al. Cancer mortality in towns in the vicinity of incinerators and installations for the recovery or disposal of hazardous waste. *Environ. Int.* 2013; 51:31–44.
4. Fassin D, Naudé A. J. Plumbism Reinvented Childhood Lead Poisoning in France, 1985-1990. *Am. J. Public Health.* 2004; 94:1854–63.
5. Hart JT. The inverse care law. *Lancet Lond. Engl.* 1971; 1:405–12.
6. Escartín Lasierra P, Gimeno Feliu L. La historia de Pilar (lo socioeconómico en la consulta) (AMF 2013) No todo es clínica.
7. Singer M, Bulled N, Ostrach B, et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet Lond. Engl.* 2017; 389:941–50.