



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología,
Medicina Preventiva y Salud Pública e
Inmunología, Microbiología Médica y
Enfermería y Estomatología

Tesis doctoral

VULNERABILIDAD SOCIAL Y SALUD
EN EL DISTRITO DE VILLAVERDE
DE LA CIUDAD DE MADRID

Marta Sastre Paz

2017

D^a Isabel del Cura González, profesora del Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología de la Universidad Rey Juan Carlos

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral titulado “Vulnerabilidad social y salud en el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid” ha sido realizado bajo mi dirección por D^a Marta Sastre Paz y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid a 27 de Abril de dos mil diecisiete.

Fdo. Profa. Dra. Isabel del Cura González



Universidad
Rey Juan Carlos

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología,
Medicina Preventiva y Salud Pública e
Inmunología, Microbiología Médica y
Enfermería y Estomatología**

Tesis doctoral

**VULNERABILIDAD SOCIAL Y SALUD
EN EL DISTRITO DE VILLAVERDE
DE LA CIUDAD DE MADRID**

Autora: Marta Sastre Paz
Directora: Isabel del Cura González

2017

A quienes se sientan parte de Villaverde.

A quienes nos sentimos vulnerables.

A quienes intentamos avanzar hacia un mundo más justo.

Todas juntas, es posible.

*“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas pueden cambiar el mundo”*

Eduardo Galeano

“No voy a fingir que no estoy asustado. Pero mi sentimiento predominante es el de gratitud. He amado y he sido amado; he recibido mucho y he dado algo a cambio; he leído y viajado, he pensado y escrito”.

Oliver Sacks

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado del trabajo de mucha gente a la que debo expresar mi agradecimiento; son y sois muchas las personas que habéis contribuido a que pudiera avanzar en el desarrollo de esta tesis y, en general, en mi vida.

En primer lugar, a la Directora de esta tesis, sin la cual no hubiera sido posible este trabajo; por la orientación y seguimiento desde los aspectos positivos, por todas las dudas y preguntas planteadas (¡qué no nos falten!) para las cuales siempre trazaba una búsqueda conjunta de soluciones. Gracias por su ánimo y apoyo, así como por su entusiasmo e implicación en la Atención Primaria y la Medicina de Familia y Comunitaria, y por fomentar la investigación para avanzar en conocimientos aplicables a la práctica diaria que mejoren la salud de la población.

Gracias a Madrid Salud por la cesión de los datos y la oportunidad de mostrar una pequeña parte del trabajo que realiza la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Me gustaría agradecer el trabajo habitualmente “invisible” que realiza la Sección de Epidemiología y que tanto aporta a nuestra tarea cotidiana.

Mi familia siempre ha sido y es mi soporte fundamental; gracias por estar siempre ahí, con un amor incondicional y con disposición a acompañar y apoyar en cualquier etapa y de todas las maneras posibles.

A mi madre y mi padre, que me enseñaron, y siguen mostrándome, que somos vulnerables, que la justicia social es fundamental y que, desde mis situaciones de privilegio, debo contribuir a la equidad. Así como por encender en mí la pasión por el conocimiento.

A Edu, por la constante compañía, paciencia y tranquilidad que me transmite y que han sido muy importantes en el proceso de elaboración de este trabajo.

A mi “familia de corazón”, gracias por estar siempre bien cerquita, aceptando y acompañándome en mis ilusiones.

A mi tutor de residencia, Juan Luis Ruiz-Giménez, que me enseña y me ayuda a levantarme tras cada caída, en este proceso que dura ya diez años. Y al PACAP, por ser parte de mi sostén y por cuidarme.

A quienes se sienten parte de Villaverde, gracias por transmitirme algunas de las fortalezas y potencialidades que tiene este lugar en el mundo. Seguro que seguimos identificando y conectando muchas más. En especial, muchas gracias a las vecinas y los vecinos de los diferentes barrios del distrito.

Al Equipo del CMS Villaverde, y al ampliado de la Subdirección, gracias por acogerme y acompañarme en el desarrollo de un proyecto estimulante de promoción de la salud con enfoque de equidad y orientación comunitaria; así como por la posibilidad que me habéis dado de conocer y sentirme parte de Villaverde. A todas y todos, también por compartir vuestros conocimientos, experiencias, emociones y vivencias en esta andadura. En especial, a “mi gemela” Carmen Ramos y a Rosa Obesso, por su continua cercanía; a Darío Ochoa, por su llamada a la puerta avisando de la posibilidad de un trabajo “que te pega”; a Javier Segura y Mercedes Martínez, por abrir la brecha y allanar el camino, sin su apoyo no hubiera sido posible, gracias Javier por transmitirme conocimientos y pasión por la temática; y a Manuel Díaz-Olalla, por su permanente accesibilidad, dedicación y motivación.

A Ángel Alberquilla, por su disposición a apoyar cualquier iniciativa que vaya a favor de la equidad en salud. A Elena Ojeda, por su esfuerzo para enriquecer el apartado “más dulce”, desde el cariño a Villaverde.

A Jorge Olmedo, por la generosidad con la que ha compartido su tesis conmigo, y por el interés que ha mostrado en que su investigación contribuya a enriquecer esta tesis.

A Isabel, por transmitir que no hay dificultades ni retos insalvables; por su ilusión y su tesón, y a su familia, que me han acogido siempre con una sonrisa y palabras de aliento en su casa.

A todas las personas con las que he tenido la suerte de compartir tiempo y entusiasmo por el conocimiento de diversas facetas de la vida, trabajando de manera conjunta y participativa para hacer de este mundo un lugar más justo y saludable.

*Dende aquí vexo un camiño
que non sei a onde vai;
polo mesmo que non o sei,
quixera podelo andar.*
Rosalía de Castro

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN.....	15
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	25
INTRODUCCIÓN.....	29
Las vulnerabilidades: la vulnerabilidad social.....	31
Concepto universal, relativo y dinámico.	31
Tipos de vulnerabilidad. Vulnerabilidad social.	33
Vulnerabilidad Social en Salud: expresión de las desigualdades.	39
La vulnerabilidad urbana.	43
Barrios vulnerables.....	44
Dimensiones e indicadores de las vulnerabilidades y la salud en el ámbito urbano.....	45
Unidades territoriales de estudio e intervención: el barrio, la sección censal.	55
Vulnerabilidad en salud.....	57
Mortalidad y esperanza de vida.....	57
Uso de servicios sanitarios.....	58
En Atención Primaria:.....	59
Enfermedades crónicas y complejidad (ACG). El caso de la diabetes.	59
Enfermedad mental y “problemas sociales” (códigos Z).....	62
Intervenciones hacia la equidad en salud.	66
Claves y recomendaciones para intervenir.	68
El enfoque de la vulnerabilidad social.	70
El papel de los sistemas de salud: Atención Primaria.....	78
El papel municipal en la salud.....	89
Distrito de Villaverde.....	100
Historia.	100
Ubicación, elementos estructurales y límites. Organización Territorial.....	100
Factores determinantes de salud y la percepción de la población.	104
JUSTIFICACIÓN	115
HIPÓTESIS	119
HIPÓTESIS CONCEPTUAL.....	121
HIPOTESIS ESPECÍFICAS	121
OBJETIVOS	123
OBJETIVO GENERAL	125
OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	125
MATERIAL Y MÉTODO	127

ESTUDIO I: Descripción de la vulnerabilidad, según tipo, del distrito y sus barrios.	
MATERIAL Y MÉTODO.....	133
RESULTADOS	143
ESTUDIO II: Describir la distribución de la presencia de diagnósticos psiquiátricos, códigos Z, bandas de complejidad y utilización de consultas de Atención Primaria, según sexo y centro de salud	
MATERIAL Y MÉTODO.....	169
RESULTADOS	183
ESTUDIO III: Describir la prevalencia en población consulta de diabetes mellitus tipo 2 por sexo, según sección censal, barrio y centro de salud y analizar su relación con indicadores de privación	
MATERIAL Y MÉTODO	215
RESULTADOS	221
ESTUDIO IV: Describir las intervenciones realizadas por el CMS Villaverde en el marco del Programa de Desigualdades Sociales en Salud	
MATERIAL Y MÉTODO.....	231
RESULTADOS	241
DISCUSIÓN	269
CONCLUSIONES.....	313
BIBLIOGRAFÍA.....	317
ÍNDICE DE TABLAS	343
ÍNDICE DE FIGURAS	347
ANEXOS.....	351
Anexo 1: Indicadores básicos, recomendados y opcionales según dimensión estudiada	353
Anexo 2. Indicadores según característica a estudiar y nivel de recomendación, según la guía de elaboración del mapa de riesgo de vulnerabilidad.....	354
Anexo 3. Limitantes y dificultades del desarrollo del abordaje comunitario en atención primaria de salud.....	355
Anexo 4. Variables e indicadores utilizados en el Estudio I, según la fuente y el año....	356
Anexo 5. Número de asociaciones por tipo de asociación en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid	358
Anexo 6. Espacios comunitarios de trabajo en los que participaba el CMS Villaverde, según objetivos y composición. Año 2015	359
Anexo 7. Descripción de algunos de los Espacios de Coordinación que tuvieron alguna característica o actividad singular en el año 2015.	361
Anexo 8. Ficha resumen de la experiencia Proyecto Fotovoz sobre Entorno Alimentario en Villaverde.....	362

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

Todas las personas, grupos y comunidades son vulnerables en relación a otras, ya sea por factores ambientales, demográficos, socioeconómicos, políticos, jurídicos y culturales, que involucran riesgos e inseguridades, así como capacidades disminuidas para enfrentarlos, en un momento determinado, condicionando así el grado y tipo de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad social, expresión de las desigualdades sociales, es la condición social que dificulta la satisfacción del bienestar, calidad de vida de las personas o grupos, o bien la incapacidad de respuesta o falta de habilidad para adaptarse a las consecuencias frente a riesgos, en el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de proyectos.

La vulnerabilidad en salud implica que estas personas tienen menores posibilidades de alcanzar su máximo estado de salud, en función de sus características sociales, o socioeconómicas o geográficas, en contraposición al concepto de equidad en salud. Las desigualdades sociales en salud se reflejan por ejemplo en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales y diabetes, con mayor complejidad clínica y un mayor uso de servicios sanitarios.

En las ciudades se ponen de manifiesto importantes desigualdades sociales en salud, con la existencia de barrios vulnerables. Para su estudio, se dispone de registros de información tanto a nivel municipal, en su mayoría recogidos del padrón, que nos aportan datos sociodemográficos contextuales de los barrios, como de información sanitaria, generada en la atención a la población en los centros de salud de atención primaria con fines asistenciales y registrada en la historia clínica electrónica, que recoge morbilidad y utilización de servicios.

Para tomar medidas contra las inequidades en materia de salud urbana es preciso involucrar a la ciudadanía y a todas las áreas y niveles de gobierno, teniendo un papel importante la promoción de la salud con orientación comunitaria en el ámbito local. Además de la orientación de los servicios sanitarios incorporando las dimensiones colectivas de la salud. Las estrategias que se impulsen desde la salud pública municipal, en sus competencias

de promoción de la salud, orientadas al desarrollo comunitario, pueden suponer un impulso y avance pro-equidad en salud, como la Estrategia Gente Saludable 2010-2015.

Hipótesis

El distrito de Villaverde presenta una situación de vulnerabilidad social y de salud comparado con la ciudad de Madrid y estas vulnerabilidades son diferentes entre los distintos barrios del distrito.

Hipótesis Específicas

En el distrito de Villaverde se observan diversas situaciones de vulnerabilidad social y de salud entre los diferentes barrios, siendo los barrios de Villaverde Alto y de San Cristóbal los que presentan mayor vulnerabilidad en las diferentes dimensiones.

La morbilidad y la utilización de servicios en los Centros de Salud de los diferentes barrios del distrito de Villaverde tienen relación con las situaciones de vulnerabilidad social.

Objetivos

Objetivo general

Estudiar la vulnerabilidad social y la salud en el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid, analizando la variabilidad entre sus barrios en el periodo 2007-2016.

Objetivos específicos

1. Describir la población del distrito de Villaverde en el año 2016, comparar las características de vulnerabilidad demográfica, social y residencial entre los diferentes barrios del distrito y con la ciudad de Madrid.
2. Comparar la morbilidad por banda de complejidad, prevalencia de trastornos mentales y los diagnósticos sociofamiliares (códigos Z) de la población consultante en los centros de salud de los diferentes barrios del distrito de Villaverde en el año 2007 y analizar su relación con el sexo y el centro de salud.
3. Comparar el uso de servicios, medido como número de visitas al año a la consulta médica y a la consulta enfermera de atención primaria de la población consultante en

los Centros de Salud de los diferentes barrios del distrito de Villaverde en el año 2007 y analizar su relación con la edad, el sexo y el centro de salud.

4. Comparar la prevalencia de diabetes tipo 2 en población consultante con historia clínica en los centros de salud del distrito Villaverde en el año 2016 y describir las comorbilidades asociadas, analizando su relación con indicadores de privación utilizando diferentes unidades de agrupación: sección censal, centro de salud y barrio.
5. Caracterizar la población atendida individualmente en función de su perfil socioeconómico y describir las intervenciones llevadas a cabo por el Centro Madrid Salud Villaverde, en relación al Programa de Desigualdades Sociales en Salud de la Estrategia Gente Saludable en el periodo 2013-2015.

Material y métodos

Para poder responder a los objetivos del estudio se llevaron a cabo cuatro estudios:

Estudio I: Para dar respuesta al objetivo 1 se ha realizado un estudio descriptivo transversal ecológico de la población residente en los cinco barrios que componen el distrito de Villaverde en el año 2016, recogiendo variables e indicadores de vulnerabilidad demográfica, residencial y social, así como de privación, de esperanza de vida y discapacidad. Se describieron mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y a través de los porcentajes para las variables cualitativas, analizando la correlación entre índice de privación y diferentes factores.

Estudio II: Para dar respuesta a los objetivos 2 y 3 se realizó un estudio longitudinal retrospectivo analítico, de la población adscrita a los centros de salud del distrito sanitario de Villaverde en el año 2007. Se describió la complejidad clínica (banda ACG) de la población, la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares (códigos Z), así como la frecuentación a consultas de medicina y enfermería, mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y a través de los porcentajes para las variables cualitativas, en función del sexo y del centro de salud. Para estudiar la variabilidad que explicaban las variables individuales y contextuales sobre la utilización de la consulta de medicina y de enfermería se ajustó un modelo lineal generalizado.

Estudio III: para dar respuesta al objetivo 4 se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el año 2016 de la población atendida en los centros de salud del distrito de

Villaverde. Se calculó la prevalencia de diabetes tipo 2 por sección censal, centro de salud, barrio y distrito y su distribución por sexo. Se comparó la distribución del número de casos para el distrito según el cuartil del índice de privación que tenga la sección censal de residencia, en función del índice del Proyecto MEDEA y de la Propuesta de Índice de Privación de Madrid Salud.

Estudio IV: para dar respuesta al objetivo 5 se ha realizado un estudio de cortes transversales seriados desde 2011 a 2015 de la población atendida en el CMS Villaverde en consultas individuales y de las intervenciones realizadas por el mismo Centro en los ámbitos grupal y comunitario. Se describieron cada una de las variables mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y a través de los porcentajes para las variables cualitativas. Se realizó una descripción narrativa de las intervenciones en el ámbito comunitario y grupal en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud en 2015.

Resultados

Estudio I: El distrito de Villaverde presentó un índice de envejecimiento inferior a la media del municipio de Madrid (107,15 vs 140,95) y un porcentaje de personas inmigrantes superior (12,47 vs 8,18), siendo el barrio de San Cristóbal el que presentaba mayor vulnerabilidad demográfica.

La situación de vulnerabilidad social del distrito era también generalizada con respecto a la ciudad de Madrid, con una tasa de paro del 14,72% vs 10,23%, de personas perceptoras de Rentas Mínimas de Inserción 7,32% vs 4,22%, de población analfabeta o sin estudios 10,77% vs a 5,86%, índice de privación material 0,45 vs 0,32, respectivamente. El porcentaje de abstención electoral, que fue superior en Villaverde frente a Madrid, mostró una correlación fuerte 0,9 ($p=0,037$) con el índice de privación material entre los barrios del distrito.

Los barrios de San Cristóbal y Villaverde Alto, por ese orden, fueron los que presentaban las mayores tasas de desempleo y los peores indicadores de precariedad educativa. El barrio de Los Ángeles fue el único cuyo indicador de precariedad material no superaba la media de la ciudad de Madrid, y el de Butarque el único cuya población presentaba un nivel educativo más elevado que la media de la ciudad.

La población que residía en los barrios que presentaban un índice de privación material superior a la mediana del distrito tenía de forma significativa una menor esperanza de vida al nacer que la residente en los barrios con índice de privación inferior a la mediana del distrito.

Estudio II: El 80% de la población adscrita consultó en el año 2007 en su centro de salud en el distrito de Villaverde. La población consultante fueron mayoritariamente mujeres españolas, pensionistas y con una edad media 8 años superior a las personas que no consultaron.

El 26,5% de la población adscrita presentaba diagnósticos psiquiátricos y el 9,1% diagnósticos socio-familiares (Códigos Z). Ambos diagnósticos fueron más frecuentes en mujeres, siendo la ansiedad y la depresión más frecuentes en las mujeres y el abuso de tóxicos más frecuente en los hombres. El CS Potes fue el que más diagnósticos psiquiátricos presentó (32,6%), seguido del CS San Andrés (28%) e invirtiéndose el orden en diagnósticos socio-familiares (Códigos Z), en el que el CS San Andrés tenía un 12,7% y el CS Potes un 10,4%. Se observaron diferencias significativas en el análisis por sexo y centro de salud en los diagnósticos psiquiátricos en todos los centros, excepto en el CS San Cristóbal y el CS Los Ángeles en cuanto a los diagnósticos sociales.

La banda de complejidad clínica mayoritaria fue la banda intermedia 3. Los que presentaban una mayor proporción de bandas 4 y 5 (mayor complejidad) entre su población fueron los CS Potes (28,2%) y CS Los Ángeles (25,4%). La complejidad aumentaba con la edad y fue significativamente mayor en las mujeres en todos los centros de salud.

La frecuentación media en el distrito fue mayor en las consultas de medicina 7,58 (6,80) frente a las de enfermería 2,99(6,03). El CS Potes fue el que presentó la mayor frecuentación, seguido de CS San Andrés, tanto en consulta médica como de enfermería. Por sexo, las mujeres consultaron más en todos los tramos etarios a ambos profesionales.

La frecuentación a consultas de medicina y enfermería aumenta con la edad, en el caso de mujeres y la presencia de diagnóstico de ansiedad o depresión y socio-familiar (códigos Z) entre la población consultante a ambas consultas. El aumento de la complejidad fue el factor que más se asoció con mayor frecuentación, aumentando de media en 8,53 visitas en los casos de mayor complejidad (banda 5) frente a los de menor (banda 1) a medicina, y de 4,23 a enfermería. El presentar un diagnóstico psiquiátrico disminuyó el número medio de visitas a la enfermera en 0,25 y aumentó a medicina en 0,36.

Estudio III: La prevalencia de diabetes tipo 2 es similar a la de otros estudios realizados en Atención Primaria, siendo mayor en mujeres. Entre las personas con diagnóstico de diabetes se observa un mayor porcentaje de personas con nivel alto de riesgo, según estratificador GMA, en los barrios de San Cristóbal, Los Ángeles y Villaverde Alto, siendo más frecuente estos casos en mujeres; mientras que al analizar por centro de salud, se observa que el porcentaje clasificado como riesgo alto es menor en los CS Los Rosales y El Espinillo.

La mayoría de los casos de diabetes tipo 2 en el distrito de Villaverde se agrupan en las secciones censales del primer y segundo cuartil (las más favorecidas), según el índice de privación material de Madrid Salud, con una distribución similar en hombres y mujeres. La mayor parte de los casos se dan en las secciones censales con índice más desfavorable si se mide con el índice del Proyecto MEDEA, y además, se observa que el número de casos de mujeres en estas secciones es mayor.

Estudio IV: La mayoría de las personas que consultaron en el CMS Villaverde fueron mujeres, trabajadoras en activo y con nivel de estudios secundario. Las personas atendidas en consulta individual consideradas vulnerables, por no haber alcanzado el nivel de estudios obligatorio para su edad, han aumentado del 34,5% en 2013 al 37,1% en 2015. El porcentaje de población residente en zonas de intervención preferente que ha sido atendido en este mismo tipo de consulta ha disminuido pasando del 57,2% al 55,9%.

A lo largo del periodo estudiado ha aumentado el número de participantes en intervenciones comunitarias y de ciudadanía en los Espacios de Coordinación intersectorial. El Programa de Desigualdades Sociales en Salud es el marco del 98,08% de los proyectos comunitarios, del 82,35% actividades comunitarias y del 36,6% de las actividad grupales realizadas en 2015. En los barrios de Villaverde Alto y San Cristóbal se establecieron más alianzas. El Programa impulsa actividades con enfoque de equidad y se suma a las lideradas por otros agentes.

Conclusiones

1. El distrito de Villaverde presenta situaciones de mayor vulnerabilidad demográfica, residencial y socio-económica con respecto a la ciudad de Madrid. Los barrios del distrito presentan diferentes vulnerabilidades entre sí, alcanzando la mayoría de ellos situaciones de polivulnerabilidad.

2. Los barrios de Villaverde Alto y San Cristóbal presentan situaciones de vulnerabilidad integral, resultando Butarque el barrio con menor vulnerabilidad socioeconómica y residencial, con población más joven y con mayor nivel de estudios. La vulnerabilidad social de la población de los barrios de Los Rosales y Los Ángeles ocupa posiciones intermedias en el distrito. El barrio de Los Ángeles destaca por un índice de envejecimiento superior al de la ciudad de Madrid. Los barrios con mayor índice de privación, San Cristóbal y Villaverde Alto, mostraron también mayor abstención electoral.
3. Los diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares (Códigos Z) fueron más frecuentes en las mujeres y en los centros de salud San Andrés y Potes, ambos ubicados en el barrio de Villaverde Alto. La población de estos centros de salud presentó mayor complejidad clínica medida como bandas de ACG seguida de la del centro de salud San Cristóbal. Las bandas de complejidad intermedia y alta (bandas 3 y 4) fueron asimismo más frecuentes en las mujeres. La complejidad aumentó con la edad.
4. Las mujeres consultaron más que los hombres, en todos los tramos de edad, tanto a consultas de medicina como de enfermería. Entre la población consultante aumentó la frecuencia con la edad, en el caso de mujeres, con el aumento de la complejidad clínica y con la presencia de ansiedad o depresión y socio-familiares (Códigos Z). En consultas de medicina, la frecuentación aumentó con la presencia de un diagnóstico psiquiátrico ansiedad o depresión mientras que en las consultas de enfermería, éste disminuyó el número medio de visitas. Los Centros de Salud Potes y San Andrés son los que mayor frecuentación presentaron tanto en consultas de medicina como de enfermería.
5. La prevalencia de diabetes tipo 2 en la población consultante en atención primaria ha sido similar a la encontrada en otros estudios que utilizaron la historia clínica electrónica como fuente de datos; siendo ésta mayor en mujeres y en las secciones censales que presentaron un índice de privación más desfavorable. Los resultados obtenidos se modifican dependiendo del nivel agregación de las variables. La vinculación de datos clínicos individuales con datos contextuales por sección censal permite una descripción de la realidad más completa.

6. El perfil de las personas atendidas individualmente en el CMS Villaverde es el de mujeres, con nivel de estudios secundarios y con empleo. La vulnerabilidad de estas personas se debe especialmente a que residen en zonas consideradas como de intervención preferente.

7. El Programa de Desigualdades Sociales en Salud muestra una amplia implementación en los proyectos comunitarios del CMS Villaverde, promoviendo la perspectiva de equidad de las intervenciones de promoción de la salud y prevención con orientación comunitaria desarrolladas en los diferentes ámbitos de intervención, priorizando la atención de población y territorios con mayor vulnerabilidad, estableciendo alianzas estratégicas, y fomentando la participación vecinal.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ACG: Adjusted Clinical Groups

ALAS: Alimentación, Actividad Física y Salud

APS: Atención Primaria de Salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria

CMS: Centro Madrid Salud

CS: Centro de Salud

DM: diabetes mellitus

EAP: Equipo de Atención Primaria

EPA: Encuesta de Población Activa

EU27: Unión Europea 27

GMA: Grupos de Morbilidad Ajustados

HCE: Historia Clínica Electrónica

INE: Instituto Nacional de Estadística

IRPF: Impuesto de la Renta sobre las Personas Fijas

IT: Incapacidad temporal

MIR: Médico Interno Residente

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

PACAP: Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria

PyC Tabaquismo: Prevención y Control del Tabaquismo.

RMI: Renta Mínima de Inserción

SPEE: Servicio Público de Empleo Estatal

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

UE: Unión Europea

ZBS: Zona Básica de Salud

ZIP: Zonas de Intervención Preferente

INTRODUCCIÓN

What I am calling for is

“a society of citizens who admit that they are needy and vulnerable”

Marta Nussbaum

La humanidad siempre ha sido vulnerable a distintas dificultades

Stephen Kawking

Las vulnerabilidades: la vulnerabilidad social en salud.

Concepto universal, relativo y dinámico.

Según la Organización de Naciones Unidas¹, *“la vulnerabilidad existe en todos los niveles y dimensiones de la sociedad y es parte integrante de la condición humana, por lo que afecta tanto a cada persona como a la sociedad en su totalidad. La vulnerabilidad puede definirse como un estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”*.

El término vulnerabilidad viene del latín “vulnerabilis”, *vulnus*, «herida»; la partícula *-abilis*, que es equivalente a «poder de»; y el sufijo *-dad*, que significa «cualidad». En sentido etimológico y en el uso cotidiano, el término “vulnerable” expresa la susceptibilidad o probabilidad de ser herido, dañado^{2,3} o perjudicado, o de ser afectado, conmovido o vencido por algo⁴. A su vez, el concepto de vulnerabilidad está relacionado con la capacidad que una persona, grupo o comunidad tenga para advertir, resistir y recuperarse de un riesgo próximo³. La vulnerabilidad examina las posibilidades internas de sufrir por alguna amenaza, aunque el daño no se produce si no existe vulnerabilidad; dependiendo a su vez del grado de exposición, de la protección, de la reacción inmediata, de la recuperación básica y de la reconstrucción⁵.

La vulnerabilidad expresa tanto la exposición al riesgo, como la medida de la capacidad para enfrentarlo a través de una respuesta⁶. En tal sentido, puede considerarse vulnerable a aquella persona, grupo social o territorio con alta probabilidad de verse afectado por algún tipo de daño, en función de estas dos clases de razones, que además, a menudo, resultan complementarias:

- a) por un lado, una elevada exposición a riesgos de diversa naturaleza o a situaciones adversas que escapan a su control.
- b) por otro, su indefensión, escasa capacidad de respuesta y dificultad de adaptación a la nueva situación, ya sea por sus propias debilidades y falta de medios adecuados o, además, por la falta de apoyo externo para atenuar los daños provocados.

Factores externos e internos suman así sus efectos, pues es “la tensión dialéctica entre ambos tipos de factores la que produce y reproduce un desarrollo geográfico desigual”, como señala Hadjimichalis, aunque la importancia de unos y otros difiera en cada caso o situación⁷.

Así se explica el significado, a veces confuso, que presenta el término vulnerabilidad, al examinar, a la vez, las condiciones y factores de riesgo; así como, las capacidades de respuesta ante los mismos, para poder prevenir, resistir y sobreponerse a su impacto². Así, se puede ver cierta analogía con la noción de activos y recursos de las personas y hogares para su desempeño social⁵, y por lo tanto, el concepto de vulnerabilidad no alude exclusivamente a los riesgos y posibilidades de daño o herida.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) entiende la vulnerabilidad como *“un proceso al cual puede concurrir cualquier persona, grupo o comunidad que en un momento determinado se encuentre en una situación desfavorecida o de desventaja con respecto a otras personas, grupos o comunidades; y que tiene en cuenta los recursos que se poseen para enfrentar los riesgos y sus consecuencias; sin olvidar, además, que la naturaleza de los riesgos (ambientales y sociales), la exposición y consecuencias varía, según ámbitos espaciales y valores culturales”*³.

El concepto de vulnerabilidad, o más correctamente, vulnerabilidades, se utiliza con significados diversos, por lo que no existe una definición única y generalizada. Los múltiples factores que intervienen en la definición de ellas las convierten en un sistema complejo, dinámico y cambiante, según poblaciones, momentos y lugares concretos⁸. Su desarrollo ha sido mayor en el ámbito de los estudios ambientales y el análisis de desastres, incluyéndose más recientemente también en los de ciencias sociales y de carácter socioeconómico⁷, viéndose aún de manera limitada en los de ciencias de la salud.

Del concepto de vulnerabilidad se resalta su aspecto universal, puesto que afecta a todas las personas, aunque con intensidad muy diferente, así como su carácter relativo, ya que necesita de la comparación. La vulnerabilidad expresa las desigualdades (diferencias jerárquicas discriminatorias) entre personas, grupos o comunidades, debidas a la influencia de múltiples factores sociales, culturales y funcionales, al vivir inmersos en situaciones que nos afectan, o en palabras de Ortega y Gasset⁹ *“Yo soy yo y mi circunstancia”*.

Un tercer aspecto esencial, de la vulnerabilidad, consiste en que la vulnerabilidad no es estática, sino dinámica en el tiempo, esto es, puede aumentar o disminuir. Resulta por tanto imprescindible que su análisis contemple la dimensión temporal¹⁰; para también permitir conocer el tiempo que conlleva todo el proceso de vulnerabilidad³. La representación de la noción dinámica del término vulnerabilidad examina las condiciones y factores de riesgo, a

la vez que trata de explicar cuáles son los caminos y los procesos que tienen lugar a lo largo del tiempo⁵ en el funcionamiento social de las personas, grupos y comunidades. De esta forma, el concepto más rico desde el punto de vista analítico se amplía a otros momentos temporales, no sólo no restringe su aplicación a las carencias actuales, sino que también permitiría aplicarse para describir situaciones de riesgo, de debilidad, de fragilidad y de precariedad futura a partir de las condiciones registradas en la actualidad¹¹. El carácter temporal se debe incluir en relación al grado y tipo de vulnerabilidad³, también debido a sus posibilidades acumulativas y de progresión.

Tipos de vulnerabilidad. Vulnerabilidad social.

Las vulnerabilidades de una sociedad, de una persona son diversas en tipos e intensidades, según describe la clasificación de Wilches-Chaux¹² y que se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Tipos de vulnerabilidades según Wilches-Chaux¹²

Natural	Condiciones ambientales y sociales difíciles, severas para el desarrollo de los seres humanos
Física	Ubicación de la población en zonas de riesgo físico, por pobreza, condiciones ambientales y falta de oportunidades para una localización de menor riesgo
Económica	Insuficiencia de ingresos, desempleo, explotación, inestabilidad laboral, dificultad de acceso a los servicios de educación, de salud y ocio, que facilitan el riesgo e impacto de desastres
Social	Grado deficiente de organización y cohesión interna de la sociedad
Política	Concentración de la toma de decisiones, organización gubernamental central y debilidad en la autonomía en el poder de decisión y de solucionar problemas de otros ámbitos (regionales, locales y comunitarios)
Técnica	Incapacidad de control y manejo de las tecnologías frente a los riesgos (por ejemplo, en la infraestructura básica)
Ideológica	Pasividad, fatalismo, presencia de mitos, aumentan la vulnerabilidad
Educativa	Falta de conocimiento de las realidades locales y regionales para hacer frente a los problemas
Cultural	Influencia de la personalidad de la población que se identifica con un modelo de sociedad; así como influencias de los medios masivos de comunicación frente a los riesgos
Ecología	Vulnerabilidad de los ecosistemas frente a los efectos directos o indirectos de la acción humana, y, por otra, altos riesgos para las comunidades que los explotan o habitan
Institucional	Obsolescencia y la rigidez de las instituciones

Todas las personas, grupos y comunidades son vulnerables en mayor o menor grado, ya sea por factores ambientales, demográficos, socioeconómicos, políticos, jurídicos y culturales, entre otros muchos motivos, que involucran riesgos e inseguridades, condicionando el grado (según las combinaciones de los factores) y tipo de vulnerabilidad³.

Se centra ahora el tipo de vulnerabilidad más específico, motivo de esta tesis doctoral, que es la vulnerabilidad social. La vulnerabilidad social es un concepto complejo, en el que se

establecen relaciones con todos los factores de vulnerabilidad, y de manera especial con factores ambientales, naturales, culturales, económicos, urbanísticos y sociales⁸.

Se entiende por vulnerabilidad social, la condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar, en tanto subsistencia y calidad de vida, en contextos socio históricos y culturalmente determinados¹¹, o bien como la incapacidad de respuesta o falta de habilidad para adaptarse a las consecuencias frente a la materialización de estos riesgos, en el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas². Este tipo de vulnerabilidad se usa para identificar⁵:

- 1) Grupos en situación de “riesgo social”, es decir, propensos a presentar conductas o “variantes” relacionadas con la agresión, la delincuencia, la drogadicción, o a experimentar diversas formas de daño o a tener dificultades para la inserción social;
- 2) Grupos humanos que tienen probabilidades de ser afectados por eventos perjudiciales, aunque tienen “opciones” o expectativas para resolver los problemas;
- 3) Segmentos de población que tienen algún atributo común que genera problemas relevantes similares.

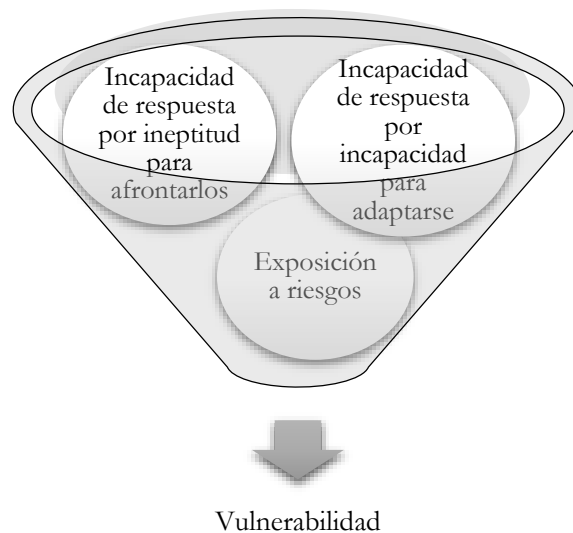
La vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos¹³, como el concepto de vulnerabilidad:

- a) la inseguridad e indefensión en las condiciones de vida de las comunidades, grupos, familias y personas, a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento natural, económico y social de carácter traumático;
- b) el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, grupos, familias y personas para afrontar los efectos de los eventos traumáticos.

La introducción de la categoría conceptual "condiciones de vida" se vincula a la necesidad de abarcar los diversos planos y dimensiones tanto de la vida privada como comunitaria. Esto se refiere a los múltiples elementos que pueden ser indicadores de diferencias y posicionamientos en la estructura social. Con "condiciones de vida" se alude al equipamiento y/o provisión de bienes del hogar con relación a la cantidad de miembros, a las características de su inserción ocupacional, a los niveles de educación alcanzados por los mismos, a su acceso a los beneficios sociales y a la posibilidad de expresión y participación en la vida pública^{5,11}.

Otra opción de comentar los elementos de la vulnerabilidad, quizás más sintética, está en la “ecuación de vulnerabilidad” que reflejó la CEPAL³, y que muestra que la vulnerabilidad es el resultado de sumar los riesgos, los mecanismos y recursos para enfrentarlos y la capacidad para adaptarse a ellos de forma activa; lo cual implicaría importantes reestructuraciones internas. O bien, el esquema que describe Foschiatti⁵, Figura 1, que resulta similar, como explicación de que para que se produzca un daño debe ocurrir un acontecimiento desfavorable, un riesgo, que puede ser interno o externo, una incapacidad de respuesta frente a él y una imposibilidad para adaptarse al nuevo panorama generado por la materialización del riesgo.

Figura 1. Expresiones presentes en la vulnerabilidad⁵



Sánchez-González y Egea-Jiménez³ entienden que las variables sociodemográficas están incluidas en el concepto de vulnerabilidad social, ya que los grupos vulnerables son definidos en gran parte por sus características sociodemográficas. Estas variables, demográficas y sociodemográficas, permiten identificar los grupos vulnerables y sus riesgos, lo que conforman su vulnerabilidad social. Esta vulnerabilidad se considera un producto de una construcción social, generada a partir de desigualdades sociales, falta de oportunidades de empoderamiento y de acceso a la protección social³. Se entiende así que la vulnerabilidad social es el proceso encarado por una persona, grupo o comunidad en desventaja social y ambiental³.

La vulnerabilidad social no es sinónimo de pobreza ni de exclusión. De manera habitual la vulnerabilidad se asocia con la pobreza; sin embargo, la conceptualización que en este trabajo se presenta, contempla que la vulnerabilidad es un concepto más amplio, si bien la pobreza puede contribuir de manera importante a la vulnerabilidad. Pizarro reflexiona sobre este hecho, al considerar que la escasa precisión conceptual del término vulnerabilidad social, hace que se confunda, la mayoría de las veces, con pobreza¹³.

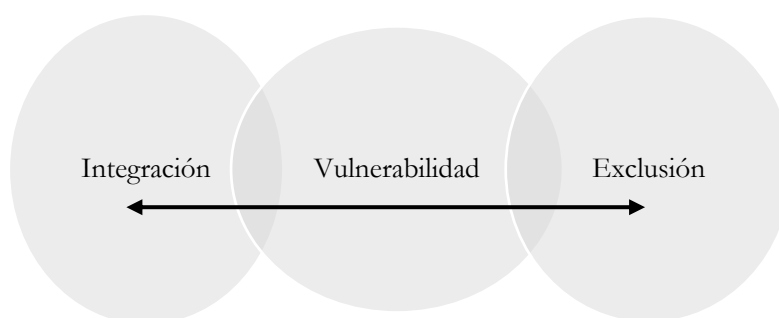
El concepto de pobreza expresa una condición de necesidad resultante sólo de la insuficiencia de ingreso, no integrando las diversas facetas que afectan a las personas en situación de vulnerabilidad. Así, la pobreza se refiere a una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente, es decir, a partir de la construcción de escenarios analíticos⁵.

No obstante, el concepto de pobreza ha sufrido cambios a lo largo de la historia, siendo un concepto complejo cuya conceptualización influye decisivamente en su análisis. Según Padilla y López¹⁴, la pobreza no es meramente monetaria, donde lo monetario es un factor de conversión de unos determinantes y recursos en unas capacidades determinadas; siendo conscientes a su vez de que los indicadores de privación no monetaria se encuentran relacionados; manifestando mayor vulnerabilidad las mujeres, las familias monoparentales y los colectivos migrantes¹⁴.

En realidad, el enfoque de pobreza habitualmente califica de forma descriptiva determinados atributos de personas y familias, sin dar mayor cuenta de los procesos causales que le dan origen. Pizarro¹³ considera que el enfoque de vulnerabilidad entrega una visión más integral sobre las condiciones de vida de las personas que viven en situaciones de pobreza y, al mismo tiempo, que considera la disponibilidad de recursos y las estrategias de las propias familias para enfrentar los impactos que las afectan en las distintas dimensiones de la vida social. La insatisfacción analítica con los enfoques de pobreza y sus métodos de medición ha extendido los estudios de vulnerabilidad. Este cambio conceptual podría tener incidencia en las políticas públicas, con tratamientos que permitan atacar la pobreza y la vulnerabilidad de forma integral¹³.

El concepto de vulnerabilidad hace referencia a la diversidad de “situaciones intermedias” y a los procesos por los cuales se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión⁵. Siguiendo el esquema propuesto por Robert Castel¹⁵ las personas en la sociedad se encuentran en alguna de estas tres zonas de organización o de cohesión social, que se muestra en la Figura 2, entre las que cada vez los límites son más difusos. Las personas pueden cambiar de zona, en cualquier sentido, a lo largo de la vida.

Figura 2. Zonas del proceso continuo de organización social²⁰



Las tres zonas son¹⁵:

- zona de integración: trabajo estable y fuerte inscripción relacional (a menudo juntos);
- zona de vulnerabilidad: inestable, al ser zona de turbulencias caracterizada por una precariedad en relación al trabajo y por una fragilidad de soportes relacionales;
- zona de exclusión: de gran marginalidad, de desafiliación, en la que se mueven los más desfavorecidos con ausencia de trabajo y aislamiento relacional.

Por lo tanto, la vulnerabilidad social no se refiere exclusivamente a la situación de pobreza como carencia de recursos materiales, sino también a la falta de capacidad y de estructura necesaria para mejorar la calidad de vida y acceder a diferentes bienes y servicios.

El individuo se integra en la sociedad a través de un doble eje: el trabajo y su mundo de relaciones, familiares y comunitarias. La situación de vulnerabilidad social se vincula con la precaria situación laboral, con la fragilidad institucional (a nivel de organismos intermedios y de acciones protectoras del Estado) y con el debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales². De hecho, Castel¹⁵ ya hablaba de la ascensión de la vulnerabilidad social, no sólo debido a la precarización del empleo, sino por la fragilidad en la que están cayendo los soportes relacionales que aseguran la inserción en unas redes y modos adecuados para la vida.

Así, el concepto “vulnerabilidad social” permite una mayor aproximación a la diversidad de situaciones a las que se enfrentan los que, de una u otra manera, son partícipes de algún tipo de privación, incluidas las más críticas, para las que se reserva el término exclusión¹¹.

La vulnerabilidad social se identifica a veces como vulnerabilidad demográfica, sociodemográfica³ o socio-económica¹⁶. Las variables demográficas permitirían identificar grupos vulnerables y riesgos sociodemográficos; de manera similar, las variables sociales y económicas los riesgos del mismo nombre.

La erradicación de la pobreza y de la marginación, de la conservación de medioambiente y de la reducción del desempleo y la condición de paz son condiciones inseparables de la salud¹⁷, que debe estar al alcance de todas las personas sin distinción, ya que se trata de un derecho humano fundamental, incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La salud es un prerrequisito indispensable para el bienestar y la felicidad. Si bien es un concepto difícil de definir, es a la vez una palabra cotidiana; la salud es un derecho, un valor, una aspiración, un recurso, una necesidad y una demanda social que está en el centro de las decisiones que se toman en ámbitos públicos y privados. Desde el siglo XX hasta la actualidad, el foco de atención en salud ha cambiado desde lo personal a lo comunitario y social, donde residen los auténticos determinantes de la salud y de las desigualdades en salud y de la exclusión; estando actualmente nuestra sociedad “salutizada”, pues es ésta uno de sus focos centrales¹⁷.

Vulnerabilidad Social en Salud: expresión de las desigualdades.

La vulnerabilidad en salud hace referencia a la falta de protección de grupos poblacionales específicos que presentan problemas de salud particulares, así como a los mayores obstáculos y desventajas que tienen para resolverlos, en comparación con otros grupos de población. Esta situación de vulnerabilidad implica que estas personas tienen menores posibilidades de alcanzar su máximo estado de salud, en relación a otras, en función de sus características sociales, o socioeconómicas o geográficas¹⁸. Esta situación se identifica como un importante problema de salud pública¹⁹.

La vulnerabilidad en salud, como ya se ha visto con la vulnerabilidad, es una condición dinámica y contextual que resulta de la conjunción de varios determinantes sociales que interactúan de forma específica¹⁹. Las dimensiones de la vulnerabilidad sociodemográfica, englobada en la vulnerabilidad social, son producto de una construcción social generada a partir de desigualdades sociales, falta de oportunidades de empoderamiento y de acceso a la protección social³; por lo que las vulnerabilidades están determinadas por las desigualdades sociales vinculadas a los ejes que las estructuran (género, migración, edad, diversidad funcional, territorio...) y que desencadenan diferentes riesgos y activos, potencialidades o estrategias de afrontamiento³.

La vulnerabilidad social en salud expresa las desigualdades sociales de distintos grupos poblacionales²⁰. Los denominados "grupos vulnerables" no son vulnerables "per se": son las condiciones sociales en las que viven estas poblaciones las que definen su condición de vulnerabilidad. La comprensión integral de tales desigualdades puede abordarse desde el marco de determinantes sociales de la salud, que es un enfoque innovador y relevante para el estudio de la vulnerabilidad²⁰.

Por Desigualdades Sociales en Salud entendemos aquellas diferencias sistemáticas en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente²¹. Estas desigualdades son el resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de los diversos ejes de desigualdad, y que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos²². La diferencia no siempre es sinónimo de jerarquía y/u opresión; la desigualdad social sí lo es, como también de discriminación.

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen se denominan determinantes sociales en salud; es decir, el contexto de su vida cotidiana, sus acciones y las consecuencias de ellas, ya que tienen gran influencia en su salud. Las desigualdades en estas condiciones conllevan desigualdades en materia de salud²³. Según el modelo de determinantes sociales de la salud, la privación tanto monetaria como no monetaria, se traduce en los determinantes intermedios de las desigualdades en salud¹⁴. Esta comprensión más rica de la pobreza permitiría entonces abordar el gradiente social en salud, pobreza y salud, con el mismo marco²⁴.

Las desigualdades sociales en salud son diferencias sistemáticas, evitables e injustas según Whitehead y Dahlgreen²¹ que describieron estos tres rasgos distintivos de las desigualdades en salud:

- Se consideran diferencias sistemáticas en salud las que no se distribuyen en la población de forma aleatoria, sino obedeciendo a un mismo patrón, por ejemplo, las que se manifiestan entre los distintos grupos socioeconómicos²⁵. La mortalidad y la morbilidad aumentan a medida que se desciende en la escala de la posición social. Este gradiente social de la enfermedad es universal, aunque su magnitud y su extensión varíen de un país a otro²¹.
- El segundo rasgo es que son evitables, dado el origen social de estas diferencias, son modificables²¹. Estas diferencias se deben en gran parte a las distintas circunstancias sociales y no determinadas biológicamente. Si las políticas sociales y económicas existentes perpetúan estas brechas, hay que calificarlas de inequitativas y cambiarlas reducirían las inequidades²⁵.
- El tercer rasgo es que las desigualdades sociales son consideradas por la mayoría como injustas, porque son generadas y mantenidas, por lo que Evans y Peters denominaron “condiciones sociales injustas”, que atentan contra las nociones comunes de justicia²¹. Por ejemplo, probablemente todas las personas coincidirían en considerar injusto que las posibilidades de supervivencia fueran muy inferiores para los niños de unos grupos socioeconómicos en comparación con las de otros²⁵.

La evidencia científica señala que las inequidades en salud son responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al producido por la mayoría de los factores de riesgo conocidos, y que pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas, siendo evitables e injustas. Como las circunstancias en las que se inscriben las condiciones de vulnerabilidad en salud pueden verse modificadas y favorecer la equidad en salud, evitar la transmisión intergeneracional de la inequidad en salud debería ocupar uno de los lugares prioritarios en la agenda de las políticas públicas de los países¹⁹.

Se considera común el uso de los términos de “desigualdades sociales en salud” y el de “inequidades en salud” como sinónimos²⁶. Los estudios realizados en el ámbito de la salud en relación a esta temática suelen estar enfocados y tratar las desigualdades sociales en salud, no siendo tan frecuentes los que utilizan el término y el foco de las vulnerabilidades.

En 2010, en el contexto español, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E) adaptó el marco conceptual para explicitar las causas o los factores determinantes de las desigualdades en salud (Figura 3). Este marco muestra como los ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza, y el territorio de procedencia o de residencia, que determinan jerarquías de poder en la sociedad que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios.

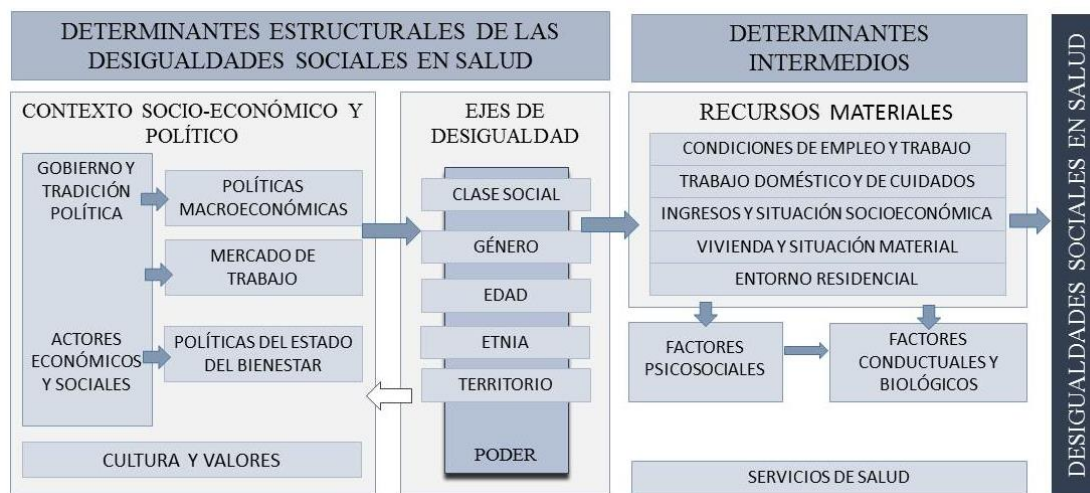
Los servicios sanitarios pueden presentar un efecto multiplicador y amortiguador en la generación de las inequidades en salud, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores (a igual necesidad) para los grupos sociales menos favorecidos²⁷.

Se considera la inclusión de otro eje de la desigualdad, la discapacidad, que no aparece como tal en este marco pero que atraviesa a las personas e influye en sus posibilidades de bienestar, como parte de la condición humana, es la discapacidad. Las personas con discapacidad pertenecen a un grupo especialmente vulnerable²⁸, desfavorecido a nivel social²⁹ y con vulnerabilidades particulares, en parte, por las deficiencias que presentan los servicios recibidos tales como la atención en salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo³⁰. Además, la discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones consideradas como vulnerables en otras facetas³⁰. En este trabajo, se opta por el uso del término diversidad

funcional en vez de discapacidad, por considerar que todas las personas tienen diferentes características y funcionan de maneras diversas³¹.

Aunque es habitual considerar, como muestra el marco, los ejes de desigualdad por separado, la realidad no es así, pues están interrelacionados y precisan de interseccionalidad, como herramienta de análisis que permita conocer la situación en la cual una clase concreta de discriminación interactúa con dos o más grupos de discriminación creando una situación única³².

Figura 3. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud³³.



Joan Benach et al³⁴ afirmaron que la desigualdad en salud es la mayor epidemia del siglo XXI. La existencia de las desigualdades sociales en salud en nuestro país viene demostrada por numerosas investigaciones³⁵. Los grupos socialmente más desfavorecidos (mujeres, etnia gitana, migrantes de países pobres...) muestran una peor salud y un menor bienestar, en sus diferentes dimensiones, tanto físicas, mentales como sociales^{33,35,36}.

El objetivo de atención deberá ser el gradiente social en salud y no la brecha existente entre el nivel socioeconómico alto y el bajo. “Este gradiente se da a lo largo de todo el espectro socioeconómico y supone, que las personas que están por encima de otra posición presentan un peor estado de salud que las que están por encima de ella, pero un mejor estado de salud que las que están por debajo”²³. El gradiente social en salud no debe desviar la atención de las situaciones complejas y difíciles a las que se enfrentan las personas que están en la parte inferior del gradiente; si bien, permite considerar que todas las personas están involucradas en el gradiente y por lo tanto, en la necesidad de atención²³.

La vulnerabilidad urbana.

El término “vulnerabilidad urbana”³⁷ hace referencia a la afectación potencial de la población de un determinado espacio urbano concreto por circunstancias adversas; entendiéndose como el proceso de malestar de la población residente en ciudades, producido por la combinación de múltiples dimensiones de desigualdad, por lo que se valora como muy difícil cualquier esperanza de movilidad social ascendente, de superación de su condición social de exclusión, o de vulnerabilidad, según el esquema de Castel, asumiendo una percepción de inseguridad y de miedo por la posibilidad de empeoramiento de sus actuales condiciones de vida.

La vulnerabilidad urbana, como vulnerabilidad que es, presenta iguales rasgos básicos, como su carácter relativo, dinámico, y de fruto de una construcción social⁷. La vulnerabilidad de un territorio tiene que ver con dos dimensiones relacionadas³⁸:

- a) está constituida por condiciones de desigualdad social, de desventajas estructurales de una población.
- b) la vulnerabilidad es también un estado psicosocial que afecta a la percepción que las personas tienen del territorio en donde viven y de sus propias condiciones sociales, lo que puede denominarse como vulnerabilidad subjetiva.

Para Alguacil, la vulnerabilidad urbana es “*aquella situación existente en ciudades donde coinciden situaciones de exclusión social y exclusión residencial. En definitiva, las áreas vulnerables urbanas no son otra cosa que la expresión de una producción social del espacio que se origina en un contexto general de desigualdad social*”¹⁶. Las áreas vulnerables se pueden clasificar en tres tipologías de vulnerabilidad¹⁶:

- Monovulnerabilidad: áreas en las que solo se identifica un tipo de vulnerabilidad: social, económica o residencial.
- Polivulnerabilidad: áreas en las que se identifican dos tipos de vulnerabilidad simultáneamente.
- Vulnerabilidad integral: áreas en las que se identifican los tres tipos a la vez (social, económica y residencial).

Barrios vulnerables.

Las ciudades son ámbitos complejos, con acentuaciones de sus contrastes internos y procesos de segmentación socio-espacial, a lo largo de su evolución en el marco de la globalización⁷. Las ciudades ofrecieron en la época industrial oportunidades de empleo y como consecuencia, concentraciones de población; sin embargo, más tarde, estas oportunidades se desvanecieron, afectando a barrios enteros en enclaves cercanos a las industrias³⁹. La población de estos barrios acumula factores de vulnerabilidad: viviendas inadecuadas, familias con miembros con diversidad funcional, monoparentales, migrantes... Además, estos barrios suelen estar poco cuidados por las administraciones y adquieren imagen de abandono, generándose situaciones de marginación y estancamiento^{39,40}. Aunque la vida urbana sigue ofreciendo muchas oportunidades, estas ventajas pueden tener una distribución muy desigual. Ninguna ciudad es inmune al problema de la inequidad en salud⁴¹.

Las desigualdades sociales en salud o inequidades sanitarias intraurbanas se dan entre diferentes barrios o distritos o grupos socioeconómicos dentro de una misma ciudad, por ejemplo, en función de los ingresos o del nivel educativo^{25,42}. En las ciudades se manifiestan situaciones de fuertes desigualdades, que conllevan la existencia de grupos vulnerables y de desequilibrios territoriales entre barrios⁴⁰. Así, debido a la existencia de barrios con elevada privación socioeconómica y concentración de población vulnerables, se presentan en las ciudades más desigualdades socioeconómicas en salud⁴³. La evidencia científica muestra claramente que las personas que viven en los barrios y zonas urbanas socioeconómicamente menos ventajosas tienen peor salud⁴³, entendiendo que no todas las personas residentes de estos barrios pertenecen a grupos desfavorecidos⁴⁰.

La cuestión de los barrios vulnerables (*distressed urban areas*) en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), está resultando un problema difícil de abordar, pues dificultan el desarrollo económico y debilitan la cohesión social además de crear altos costes ambientales. Ningún país es inmune a la aparición y extensión de las áreas vulnerables, ni está seguro de que va a resolver este problema⁴⁰. Para participar en el *Project Group on Distressed Urban Areas* de la OCDE, fue necesario preparar información desagregada sobre la situación de menoscabo en los barrios de las ciudades españolas y de ahí que se realizara en España el “*Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España. Sobre la Vulnerabilidad Urbana*”⁶⁸, a partir de los Censos de población y vivienda de 1991. Los criterios de deterioro

fueron: el desempleo, análisis de la carencia de estudios o de servicios en las viviendas⁴⁰. La cantidad de barrios vulnerables en los países de la OCDE está aumentando⁴⁰.

En el estudio “*Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España. Sobre la Vulnerabilidad Urbana*”⁶⁸ se define barrio vulnerable como aquel conjunto urbano de cierta homogeneidad y continuidad urbanística, vinculado siempre a un área estadística vulnerable (agrupación de secciones censales colindantes y de cierta homogeneidad urbanística, de entre 3.500 y 15.000 habitantes en las que al menos uno de los tres indicadores de vulnerabilidad considerados supere el valor establecido como referencia: índice de estudios, de paro o de carencias en las viviendas. Según los criterios que se utilicen para su cuantificación, se puede estimar que entre un 15 y un 20% de la población de los municipios españoles mayores de 20.000 habitantes vive en barrios desfavorecidos, es decir entre 4 y 5 millones de los 25 millones de habitantes que residen en estos municipios⁴⁰. La vulnerabilidad vendría determinada por factores físicos, sociales y económicos, que pueden combinarse de maneras diversas e interactúan en estos barrios facilitando su degradación⁴⁰.

La pobreza en sí no es el problema determinante de los barrios vulnerables. “*Mucha gente pobre vive fuera de estos barrios y muchos de sus habitantes no son pobres. No es solo la escasez de ingresos lo que caracteriza a estos barrios, si no el conjunto de circunstancias ambientales, sociales y económicas, interrelacionadas y muchas veces agravadas por algunas actuaciones públicas, creándose una situación que desalienta la inversión y la creación de empleo y que potencia la alienación y la exclusión*”⁷⁴⁰.

Dimensiones e indicadores de las vulnerabilidades y la salud en el ámbito urbano.

El enfoque de la vulnerabilidad comenzó tradicionalmente en relación a la comprensión de los riesgos naturales, ambientales. Sin embargo, a lo largo de su desarrollo, toma conciencia de que los factores sociales influyen también a las personas, como las condiciones laborales, de vivienda, de cobertura social y asistencial, guerras y conflictos, crisis económicas, etc. Por ello, y fundamentalmente desde 1980, se aceptó una perspectiva social en los estudios de vulnerabilidad o enfoque social de la vulnerabilidad, con énfasis en las estructuras y procesos socio-espaciales dinámicos, determinantes de la vulnerabilidad de las personas y grupos desfavorecidos, y la comprensión de las condiciones de vida cotidiana de las personas y comunidades para generar estrategias dirigidas a enfrentar y reducir la vulnerabilidad³. En este sentido, los estudios con este enfoque analizan la vulnerabilidad desde una perspectiva

socio-ambiental, asociada a riesgos naturales y sociales y sus interacciones³. En el ámbito urbano, estos estudios se centran en las relaciones entre la vulnerabilidad y los riesgos para sus habitantes y bienes, como los problemas de tráfico, el hacinamiento, la pobreza, la falta de vivienda, la delincuencia e inseguridad, el desempleo, la contaminación, la falta de infraestructuras, los procesos de elitización, la escasez de servicios sociales y asistenciales³.

En España, se encuentran referencias de estudios sobre la vulnerabilidad urbana en el Ministerio de Fomento, que desarrolla esta línea de trabajo y configuró un *Observatorio de vulnerabilidad urbana* para estudiar la evolución a nivel nacional desde 1991, con información sobre las ciudades que superan los 50.000 habitantes además de las capitales de provincia⁷. En concreto, llevando a cabo el “*Estudio cuantitativo sobre Barrios Desfavorecidos en las ciudades españolas*” y, posteriormente, el “*Análisis urbanístico de los Barrios Desfavorecidos de España*”, que sigue actualizando según disponen de nuevos datos³⁸. En este mismo marco, años más tarde, se desarrolló el Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España⁴⁴, como una aplicación web que ofrece información estadística y permite elaborar mapas para analizar la vulnerabilidad urbana a nivel de sección censal en todos los municipios de España.

Dado que la pretensión es construir un concepto de vulnerabilidad multidimensional, la medición de la misma debe hacerse a través de indicadores diversos que expresen la complejidad al combinar diferentes dimensiones³⁸. En el estudio “*Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España. Sobre la Vulnerabilidad Urbana*”⁶⁸ se contemplan cuatro perspectivas o dimensiones de la vulnerabilidad, y varios indicadores para cada una de las dimensiones, como se muestra en la Tabla 2.

Como indicadores básicos de vulnerabilidad urbana tomaron: el porcentaje de población en situación de desempleo, porcentaje de población sin estudios (comunes para los años 1991, 2001 y 2011), y en 1991, el porcentaje de viviendas sin agua corriente, wc, baño o ducha; en 2001, el porcentaje de población en viviendas sin servicio o aseo; y en 2011, el porcentaje de viviendas en edificios en estado de conservación ruinoso, malo o deficiente. En la Adenda de 2006, añadieron un cuarto indicador que fue la tasa de inmigración. El criterio de vulnerabilidad para la definición de barrio vulnerable que aquel que superaba, en al menos uno de estos valores, la media nacional, regional o local del valor establecido como referencia³⁸.

Para estos estudios, la fuente básica de información ha sido el Censo de Población y Vivienda (1991, 2001 y 2011), al disponer de información extensiva e intensiva de los indicadores utilizados a nivel estatal con un nivel de desagregación espacial suficiente (la sección censal) para poder abordar este trabajo³⁸.

Tabla 2. Indicadores según la dimensión de la vulnerabilidad abordada^{38,45}.

VULNERABILIDAD	INDICADORES
SOCIODEMOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de envejecimiento. - Porcentaje de hogares unipersonales de mayores de 64 años. - Porcentaje de hogares con un adulto y un menor o más. - Tasa de inmigración. - Porcentaje de población extranjera infantil.
SOCIOECONÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de población en paro o Tasa de paro - Renta bruta disponible per cápita - Porcentaje de ocupados eventuales, o no cualificados - Porcentaje de población sin estudios. - Usuarios de servicios sociales.
RESIDENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de viviendas con menos de 30 m². - Superficie media por habitante (m²). Índice de hacinamiento - Porcentaje de población en viviendas sin servicio o aseo, o sin cuarto de aseo con inodoro o sin baño o ducha. - Porcentaje de viviendas en edificios en estado de conservación ruinoso, malo o deficiente. - Porcentaje de viviendas en edificios anteriores a 1980.
SUBJETIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de población con problemas de ruidos exteriores. - Porcentaje de población con problemas de contaminación en su entorno. - Porcentaje de población con problemas de mala comunicación. - Porcentaje de población con problema de escasez zonas verdes. - Porcentaje de población con problemas de delincuencia en su entorno.

Navarro y Larrubia⁴⁶ formularon en 2006 una propuesta de sistema de indicadores para conocer la vulnerabilidad social de las personas, en el marco del Proyecto URB-AL. Este Proyecto de la Comisión Europea⁴⁷, de cooperación descentralizada con América Latina, tiene como objetivo impulsar y fortalecer políticas locales de prevención de violencia en áreas urbanas en situación de vulnerabilidad. Los indicadores deberían ser cuantitativos, simples, suministrados por las fuentes estadísticas, con posibilidad de ser obtenidos de forma sencilla y renovable, reconociendo, sin embargo, que otras fuentes de información resultan de gran valor para abordar este conocimiento y que las fuentes estadísticas oficiales tienen carencias, que son mayores al querer datos desagregados por territorios más pequeños que el nacional o estatal. Las dimensiones que proponen Navarro y Larrubia⁴⁶ son: nivel de ingresos/pobreza, trabajo, formación, salud, vivienda y entorno, vulnerabilidad familiar y participación social.

Para conocer la magnitud de las inequidades en materia de salud urbana, es importante desglosar los datos relativos a la salud y los determinantes de la salud dentro de las ciudades⁴¹. Carr-Hill y Chalmers-Dixon⁴⁸ realizaron una revisión de las categorizaciones usadas para definir las desigualdades sociales en salud. Para ello recopilaron y analizaron indicadores de la situación socioeconómica, como son la ocupación, la educación y los ingresos, así como medidas de salud y mortalidad. Para estudiar la situación socioeconómica se necesitan describir las siguientes dimensiones y variables⁴⁸:

- Situación demográfica: edad y sexo, área de residencia, etnia
- Posición social y estatus económico.
- Ambiente social (vivienda) y capital social (redes sociales y de apoyo)

La Organización Mundial de la Salud, en 2010, desarrolló el Proyecto “Urban Heart” (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) que es un instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los centros urbanos, y que permite identificar y analizar desigualdades en salud entre personas que viven en diferentes áreas de la ciudad, con el fin de facilitar la toma de decisiones efectivas para reducir aquellas²⁵. Esta Guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁵ considera los siguientes grupos de indicadores, que se muestran según dominios de política:

a) Resultados sanitarios: reflejan los principales resultados o repercusiones de múltiples factores, impulsores del funcionamiento del sistema de salud y de otros sectores relacionados con los determinantes sociales de la salud.

- a. indicadores sintéticos (ej. Tasa mortalidad en lactantes)
- b. mortalidad y morbilidad por enfermedades específicas (ej. Tasa mortalidad por diabetes estandarizada por edad)

b) Determinantes sociales de la salud: se han clasificado en los cuatro dominios de política siguientes:

a) Entorno físico e infraestructura: comprende indicadores relacionados con riesgos físicos y ambientales asociados a las condiciones de vida (ej. acceso a agua potable y a servicios de saneamiento, y las condiciones ambientales del barrio, la comunidad y el puesto de trabajo, la exposición a riesgos laborales).

b) Desarrollo humano y social: incluye determinantes e interacciones que influyen en aspectos del desarrollo humano y el riesgo de exclusión social (ej. acceso a los servicios

de salud y educación, nutrición y seguridad alimentaria, y otros servicios sociales); así como obstáculos a la adopción de comportamientos favorables a la salud, de modos de vida mejores, y las prácticas de salud asociadas a la falta de conocimientos sanitarios básicos.

c) **Economía:** contiene indicadores que miden la situación económica y las barreras a las oportunidades económicas (ej. acceso a crédito y capital, oportunidades laborales, potencial para generar ingresos y otras trabas para salir de la pobreza).

d) **Gobernanza:** incluye aspectos relacionados con los derechos de las personas y la exclusión política, como los asociados a la participación en los procesos de toma de decisiones, y las prioridades en la asignación de recursos para mejorar la salud y sus determinantes.

La Guía del Proyecto Urban Heart²⁵ recomienda desglosar cada indicador por grupo de población o zona geográfica, para proponer así medidas de equidad específicas. En función del indicador, los datos podrían desglosarse por grupo de población (sexo o franja de edad), lugar (barrio o distrito) o grupo socioeconómico (nivel de educación o de ingresos), es decir, según ejes de desigualdad. Los indicadores básicos, recomendados y opcionales del Proyecto “Urban Heart” se recogen en el Anexo 1.

En la ciudad de Barcelona se ha aplicado el “Urban Heart”, para identificar las desigualdades en salud, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones para la puesta en marcha de políticas orientadas a disminuir estas desigualdades. Se recogen a continuación los indicadores de determinantes de la salud y de salud, según barrios de la ciudad, que se han utilizado.

a) Indicadores de determinantes de salud

–Indicador de sobre-envejecimiento

–Porcentaje de personas mayores de 75 años que viven solas

–Índice de Renta Familiar Disponible

–Porcentaje de personas de más de 15 años cuyo nivel máximo de estudios alcanzados son los estudios primarios

–Porcentaje de paro registrado en personas entre 16 y 64 años

–Porcentaje de abstención en las elecciones municipales

b) Indicadores de salud

- Esperanza de vida al nacer
- Razón de mortalidad comparativa
- Razón de años potenciales de vida perdidos
- Tasa de tuberculosis
- Tasa de fecundidad en población adolescente
- Prevalencia de bajo peso al nacer

El Proyecto Ineq-cities (*Socioeconomic Inequalities in Mortality: evidence and policies of cities of Europe*)^{43,49}, financiado por la Unión Europea, buscaba analizar las diferencias en los patrones de desigualdades sociales en salud (en cuanto a la mortalidad) en las áreas pequeñas, e identificar políticas sociales y de salud puestas en marcha para disminuirlas, con el fin de hacer recomendaciones para monitorizar y proponer intervenciones frente a las desigualdades urbanas en salud. En España, este Proyecto fue coordinado y liderado por la Agència de Salut Pública de Barcelona, y desarrollado en el periodo de 2009 a 2012.

El Proyecto Ineq-cities^{43,49} propone un marco de determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano, que incluye aspectos de gobernanza urbana, contexto físico, contexto socioeconómico y entornos, similares al Proyecto “Urban Heart”. La influencia de todos ellos en la salud puede variar según los diversos ejes de desigualdad: clase social, género, edad, etnia y status migratorio, según se muestra en la Figura 4.

Debido al contexto en el que surgió el Proyecto, este marco incluye diversos aspectos donde la administración local tiene competencias, sin olvidar que hay otros agentes implicados. Se trata de un marco valioso para analizar las desigualdades sociales en salud e implementar políticas para reducirlas en ámbitos urbanos, ya que contribuye a conceptualizar y a entender mejor cómo los factores y los procesos que describe influyen en las desigualdades en salud a nivel urbano, además de resultar una herramienta útil para la abogacía de la promoción de equidad en salud en las ciudades⁴⁹. Este marco explica que factores como la gobernanza, el entorno físico (natural y construido), el entorno social y económico influyen en la salud de las poblaciones que residen en las ciudades⁴⁹. Así mismo, establece un conjunto mínimo de indicadores que permiten conocer el estado y la percepción de la salud de la población de un área geográficamente definida, así como los determinantes de los contextos físico y

socioeconómico (Tabla 3). Se requiere que la información esté disponible según área geográfica y demás ejes de desigualdad⁴³.

Figura 4 Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano del Proyecto Ineq-cities^{43,49}.



Tabla 3. Ejemplos de indicadores de las dimensiones del Proyecto Ineq-cities⁴³.

Gobernanza
Participación electoral.
Contexto físico
Zonas verdes y Contaminación (PM10)
Contexto social
Desempleo, nivel de estudios, país de origen, perceptores de Renta Mínima de Inserción o equivalente.
Salud
Mortalidad, embarazos en adolescentes, SIDA y tuberculosis, salud percibida.

En relación a los estudios sobre desigualdades sociales en salud y su distribución geográfica, en España, cabe señalar el informe Navarro-Benach⁵⁰, titulado “Desigualdades Sociales en Salud en España” como hito inicial, que recogió la descripción exhaustiva hasta la fecha de la realidad del ámbito de estudio. Posteriormente se ha ido enriqueciendo y aumentando la producción científica en este campo, lo que refleja el interés y desarrollo crecientes por esta temática, y que se recogen hasta 2005 en el trabajo “Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco”⁵¹ y que han mejorado notablemente su calidad y aportaciones con la elaboración de atlas(nacional o regional), como el del “Desigualdades Socioeconómicas y Medioambientales en la Mortalidad en ciudades de

España”, más conocido como Proyecto MEDEA⁵². Tanto el informe Navarro-Benach⁵⁰, como el más reciente de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España³³ presentan propuestas políticas de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud.

En el ámbito regional más cercano, la Comunidad de Madrid, dentro del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013 de la Dirección General de Atención Primaria⁵³, se viene trabajando e impulsando a partir del año 2011 la elaboración de mapas de riesgo de la vulnerabilidad, teniendo en cuenta las dimensiones que se muestran en la Tabla 4⁵⁴ y los indicadores en el Anexo 2.

El proceso de elaboración de un mapa de riesgos de la vulnerabilidad permite a los equipos de salud y demás sectores implicados en la atención a la vulnerabilidad social, poner en común y debatir experiencias, conocimiento, información y representaciones mentales acerca de las necesidades de salud de la población que habita en el territorio, a fin de consensuar y priorizar acciones al respecto⁵⁴, contando en todo momento con la participación y el conocimiento de la población residente.

En España, y en concreto en Madrid, el reciente Proyecto MEDEA⁵⁵⁻⁵⁷ describió los patrones geográficos de mortalidad de diversas ciudades de España relacionándolos con las características socioeconómicas y ambientales, a nivel de sección censal. Para identificar las áreas con situaciones socioeconómicas más desfavorables y analizar su relación con la mortalidad general, elaboraron un índice de privación, por sección censal, en ciudades, máxima desagregación que permite el censo⁵⁵. Así, el Proyecto elaboró un índice de privación socioeconómica a partir de cinco indicadores socioeconómicos simples (desempleo, instrucción insuficiente total y de jóvenes de 16 a 29 años, trabajadores manuales y asalariados eventuales), según información censal del año 2001⁵⁵. Entre las características socioeconómicas de privación estudiadas en el Proyecto MEDEA y la mortalidad general, los indicadores referidos a trabajo, educación, vivienda-entorno y hogares monoparentales son los que más altas correlaciones presentaron⁵⁵.

Recientemente, Madrid Salud, organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid, ha construido una propuesta de índice de privación capaz de señalar zonas territoriales en la ciudad de Madrid donde reside población vulnerable, además de predecir y explicar la

mortalidad general, de mujeres y hombres residentes en áreas pequeñas, como son las secciones censales⁵⁸. Para la construcción de este índice utilizaron un indicador de carencia material grave con fuertes vínculos con la exclusión social (Renta Mínima de Inserción: RMI), otro de insuficiencia educativa (nivel educativo no mayor de secundario), un tercero de dificultad habitacional (hacinamiento en las viviendas) y un cuarto que define problemas de empleo (desempleo registrado en las oficinas de empleo)⁵⁸.

Tabla 4. Dimensiones a analizar, según la Guía de Trabajo de Elaboración del Mapa de Riesgo de la Vulnerabilidad⁵⁴

Conocimiento del entorno
Zonas verdes; carriles bici y peatonales; farmacias; centros educativos; polideportivos, piscinas y zonas para la práctica deportiva; centros culturales, bibliotecas; iglesias, parroquias, centros de culto. Existencia de zonas de chabolismo y asentamientos marginales.
Localización de recursos socio-sanitarios específicos
Centros de salud; hospital de referencia; centros de servicios sociales; centro Madrid Salud; centro de atención a la familia (CAF); centros de participación e integración de inmigrantes (CEPI); centro de atención social a inmigrantes (CASI); centro de atención a personas con drogodependencia (CAD); Centros de día: sin hogar, mayores; centros de acogida a colectivos vulnerables; centros de salud mental; comedores colectivos y albergues sociales; asociaciones, ONGs y grupos de ayuda mutua
Características socio-demográficas
Distribución de la población por edad, sexo y nacionalidad Datos de fecundidad: edad media de las madres
Mayores frágiles
Personas de 85 años o más Aislamiento y problemas de movilidad
Características socio-sanitarias
Dotación media de profesionales/habitante Frecuentación Barreras de acceso a servicios sanitarios Estado de salud – morbilidad Salud materno-infantil Detección de personas mayores frágiles Personas inmovilizadas Violencia y malos tratos

Tras la exposición de diversos marcos de referencias, se observa como en varios de los mismos la relación de zonas verdes por habitante se concibe como indicador de sostenibilidad urbana y de vulnerabilidad subjetiva o de contexto físico en relación con la salud de las personas, al cumplir dichas superficies una importante función en la calidad de vida de la población y la ecología urbana⁵⁹. La Organización Mundial de la Salud recomienda una relación mínima de 9m²/habitante postulando organismos europeos un ratio de 15m²/habitante⁵⁹. Son los espacios verdes una de las dotaciones que originan mayor interés en las vecindades; siendo un factor importante en sus vidas y en la satisfacción que sienten,

y, por ende, en su salud integral. En general, la finalidad de la ordenación urbana es, desde muchos puntos de vista, idéntica a la de los programas de salud pública: asegurar el bienestar físico, mental y social de la población. Aunque la actividad económica y en particular la producción industrial, constituye la base del desarrollo urbano moderno, no cabe olvidar que la higiene del medio es requisito indispensable para el éxito del proceso⁶⁰.

La relación entre vulnerabilidad y salud es estrecha, como se observa en los diferentes estudios, y también al proponer entre las dimensiones a estudiar para conocer la vulnerabilidad social de un área geográfica la dimensión “salud”, ya que se considera el estado de salud como indicador primario, al cubrir uno de los ámbitos más importantes de cara a la exclusión social⁴⁶.

La participación de la comunidad debe ser un proceso que involucre a las personas que la integran y conforman. Así, las comunidades pueden pasar a colaborar activamente en las decisiones que afectan a su salud, al tiempo que se fomenta el uso simultáneo de los recursos disponibles. Es importante reconocer que la exclusión social es un determinante clave de las inequidades sanitarias. Las ciudades y las zonas urbanas ofrecen, en general, resultados y oportunidades desiguales debidas, en parte, a que algunos grupos de población quedan sistemáticamente excluidos de la participación en los procesos de toma de decisiones. Por ejemplo, las barreras de género y etnia que obstaculizan la participación en la toma de decisiones dan lugar a un acceso desigual a los recursos, capacidades y derechos, lo que, a su vez, genera inequidades sanitarias²⁵.

La relación entre las condiciones socioeconómicas y la salud son el objetivo de diversos estudios, cada vez más numerosos en España, reconociendo la mayor tradición de éstos en Reino Unido⁶¹. Entre las medidas de situación socioeconómica resultan interesantes los indicadores e índices de privación, que permitan el acercamiento a conocer las bolsas de personas en la situación de mayor vulnerabilidad social⁶¹. En relación a la privación, se señala la distinción de privación material y privación social, haciendo referencia la primera a la falta de bienes, servicios, recursos, comodidades y ambiente físico, mientras que con privación social se refleja la no participación, el aislamiento o exclusión de las personas, por pertenecer a una clase, raza, edad, género u otros rasgos de la estructura social⁶². Townsend definió la privación como un estado de desventaja observable y demostrable en relación con la comunidad, la sociedad o la nación a la cual pertenece un individuo, una familia o un grupo⁶².

Unidades territoriales de estudio e intervención: el barrio, la sección censal.

El barrio, conceptualmente, es un espacio dotado de unas propiedades de continuidad espacial y de articulación social, que permite la apropiación por sus habitantes y es percibido como unidad. Para conocer su realidad se requiere información de las pautas históricas de su creación, la evolución de sus principales características socio-económicas y urbanísticas y su localización geográfica³⁹. Además, para abordar la vulnerabilidad de los barrios, es necesario analizar, al mismo tiempo, la ciudad, su organización social, política y económica⁴⁰.

La interacción del medio social y urbano es indudable, pudiendo desarrollarse, tanto en sentido positivo como negativo⁴⁰. En su origen, cada barrio surgió en un momento histórico preciso, en el que tanto la forma de urbanización como de edificación son determinantes para la selección de los grupos sociales que se van a instalar y que puede perdurar, con inercia, largos periodos de tiempo⁴⁰. Esto puede conllevar una imagen colectiva, exterior e interior, de abandono a lo irremediable, que sólo es visibilizada y superada, en algunos momentos y circunstancias, por las reivindicaciones vecinales⁴⁰.

Entre los estudios sobre desigualdades sociales en salud son cada vez más frecuentes los estudios a nivel territorial, de área de residencia⁵⁵, de tipo ecológico, y la utilización de unidades de análisis más pequeñas, como son las secciones censales, con el objetivo de detectar grupos y territorios más pequeños que asocian peor salud y pobreza, o difíciles condiciones de vida⁶¹. En diversos estudios, se ha observado que cuanto más pequeña es el área de referencia, más probable es que la población sea más homogénea y se detecten mejor posibles diferencias en salud⁵⁵. También se percibe el interés de favorecer estudios realizados a varias escalas, con información tanto individual como del área de residencia, que pueden ayudar a conocer mejor la relación entre las condiciones socioeconómicas y salud⁶¹.

Se pone de manifiesto así el interés de disponer de una fuente homogénea para elaborar los índices o con relación a indicadores socio-económicos para poder realizar comparaciones entre áreas, siendo necesaria la geo-localización de los datos. De esta manera, el censo ha sido la fuente de estos índices de manera más habitual en España a pesar de no presentar actualizaciones suficientes ni informaciones exhaustivas⁵⁵. La Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid ofrece gran cantidad de información, procedente en su mayoría del padrón municipal, aportando por lo tanto en estos momentos información

de relevancia y actualizada, accesible, no como el censo¹⁶, con datos a nivel de barrio y distrito. Madrid Salud utiliza esta fuente de datos en sus estudios⁵⁸ e intervenciones.

La mayoría de los registros y las fuentes sanitarias de información no disponen de información socioeconómica de las personas que atienden, al no incluir variables sociales (nivel de estudios, situación laboral...). Si bien algunas, como la historia clínica en atención primaria, incorporan el domicilio donde residen las y los pacientes, permitiendo incluir y asociar de esta manera variables socioeconómicas contextuales por sección censal o barrio, como la tasa de paro. Además, los registros rutinarios, como el de mortalidad, tampoco permiten codificar fácilmente el área geográfica de residencia (geocodificar) más allá del municipio. Sólo a partir de iniciativas locales o de las comunidades autónomas se ha podido avanzar en este campo⁶³, siendo conscientes de que los determinantes sociales tienen gran influencia en la salud y en la atención sanitaria de las personas. Por lo que se considera éste un campo de mejora necesaria en relación al conocimiento y abordaje de las desigualdades sociales en salud y de las vulnerabilidades.

Además de mejorar los registros sanitarios, es necesario avanzar en los sistemas de información contextuales, con datos sobre las zonas básicas, los barrios y las comunidades. Con la agrupación de las secciones censales se pueden obtener unidades mayores, como las correspondientes a la zonificación sanitaria (zonas básicas, barrios, distritos y áreas)⁵⁵ y realizar así estudios con fuentes de datos sanitarias que tengan datos a estos niveles de desagregación. Esta información, a excepción de los datos censales, no suele estar sistematizada, lo que la hace poco accesible a investigadores y profesionales de la salud pública. Sería necesario que estos temas figuraran en la agenda tanto de las personas con responsabilidad política como de las dedicadas a la planificación, para mejorar los sistemas de información⁶³. El estudio con diferentes unidades de análisis, fuentes de datos y perspectivas (social y sanitaria) abordaría de manera más completa la realidad y permitiría la intervención desde diversos sectores, de manera más integral.

Vulnerabilidad en salud

Mortalidad y esperanza de vida

La mortalidad ha sido tradicionalmente el indicador de salud, de hecho, de enfermedad, más utilizado en los estudios sobre la influencia de las condiciones socioeconómicas de las personas y poblaciones en la salud⁶³. El reciente estudio publicado en *The Lancet*⁶⁴ avala nuevamente, con sus dimensiones y consistencia, la asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la mortalidad prematura. También recientes, y en nuestro contexto, se señalan el Proyecto MEDEA⁵⁷ y el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid⁶⁵, como trabajos que observan desigualdades territoriales en mortalidad. El Proyecto MEDEA describió la asociación entre la mortalidad general en hombres y mujeres y la privación económica, de manera que a medida que empeora la privación se da un incremento gradual del riesgo de muerte⁵⁷. El Estudio de Salud de la Ciudad⁶⁵ corroboró esta desigualdad, apuntando a una concentración de los problemas en la zona sur de la ciudad y en el distrito Centro, que se aprecian también según el nivel de desarrollo de los distritos; quedando, especialmente evidente, la peor situación de los hombres en los de menor desarrollo.

El análisis territorial de la esperanza de vida también muestra desigualdades, presentando relación inversa con indicadores socioeconómicos, como el nivel de estudios²⁶. Según el citado Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid⁶⁶, la esperanza de vida al nacer en los distritos de la ciudad presenta variaciones de 2,9 años en el caso de los hombres y de 2 en el de las mujeres; además de la brecha de género existente que se sitúa en 6 años a favor de las mujeres.

La salud auto-percibida, la prevalencia de enfermedades crónicas y la utilización de servicios también reflejaron diferencias según género, clase social y comunidades autónomas, en el estudio llevado a cabo en nuestro país con datos del periodo 1993-2003⁶⁷. Las mujeres declararon presentar un peor estado de salud y padecer más trastornos crónicos (alergia, hipertensión, depresión, artrosis) frente a los varones; lo mismo ocurre en la clase social ocupacional más desfavorecida frente a la más privilegiada⁶⁷. A su vez, el género y la clase social son importantes determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud, que también muestran patrones diferentes según estos determinantes⁶⁷. La salud auto-percibida ha sido otro indicador utilizado en el análisis de desigualdades sociales⁵⁰, siendo capaz de predecir adecuadamente la esperanza de vida, morbi-mortalidad y el uso de servicios sanitarios.

Uso de servicios sanitarios.

Los servicios sanitarios pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de cuales sean su acceso, utilización y calidad entre los diferentes grupos sociales, considerando las diferencias en su grado de necesidad⁶⁸. El modelo de Sistema Nacional de Salud de España es un modelo Beveridge, mixto, financiado fundamentalmente por impuestos y con intento de cobertura universal⁶⁹, que no ha sido efectiva y que se ha limitado en los últimos años con la entrada en vigor del RDL16/2012⁷⁰. El nivel de asistencia sanitaria inicial, más cercano a las personas y base del Sistema es el de Atención Primaria, con gran accesibilidad y que garantiza la globalidad y continuidad de atención.

La ley de atención inversa o de cuidados inversos opera en la utilización de los servicios sanitarios; según la cual la disponibilidad de atención sanitaria suele variar inversamente con la necesidad de la población atendida⁷¹. Ahora bien, las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios públicos quizás son adecuadas si existen paralelas desigualdades en salud, para dar respuesta a las mismas. De hecho, sería preocupante no encontrarlas si hay diferencias entre niveles socioeconómicos en la tasa de mortalidad, por ejemplo⁷².

La utilización de servicios sanitarios varía en función de la clase social de las personas, medida a través del nivel de estudios u ocupación. Los estudios^{67,73} muestran que las personas con posiciones más desfavorecidas acudieron más frecuentemente a consultas de Atención Primaria (médicas fundamentalmente) y urgencias que, a consultas especializadas y preventivas. Estos resultados confirman la ley enunciada por Tudor Hart⁷¹ que marca que la disponibilidad de atención médica de calidad es inversamente proporcional al grado de necesidad de la población a la que atiende⁷³. Las mujeres acudieron más frecuentemente a los Servicios de Atención Primaria⁷³, debido, en parte, a su peor estado de salud de éstas, y a su mayor preocupación por la misma, debido al rol de cuidadora que tradicionalmente vienen desempeñando⁶⁷.

Entre los factores que favorecen o dificultan la intensidad del uso de los servicios están los relacionados con las personas que acuden, que explicarían la mayor parte de la variabilidad de la utilización de servicios y entre los que se encuentran las necesidades de la población, la percepción subjetiva de la persona de su estado de salud y los condiciones socioculturales y del entorno, así como el tiempo y dinero que se tenga para cuidar la salud^{74,75}. Las diferencias

en el uso de Servicios que se deban a factores como creencias sobre la salud, variables de estructura social y factores facilitadores pueden considerarse inequidades.

El modelo de Andersen⁷⁶ permite valorar estas posibles inequidades en el acceso al sistema de salud al integrar los factores que influyen en dicho acceso, de la siguiente manera:

- Factores predisponentes: que corresponden a variables sociodemográficas, así como a indicadores de vulnerabilidad social.
- Factores necesidad: que corresponden a variables clínicas.
- Factores facilitadores: que corresponden a variables de accesibilidad.

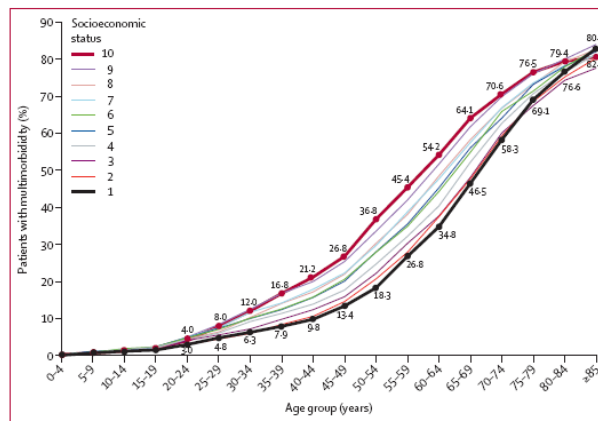
En Atención Primaria:

Enfermedades crónicas y complejidad (ACG). El caso de la diabetes.

Las enfermedades crónicas son una amenaza cada vez mayor para la salud de las personas y para la sostenibilidad de los servicios que las abordan. La presencia de problemas crónicos de salud declarados se considera un indicador objetivo de la salud, tanto si se trata de diagnósticos resultado de evaluaciones clínicas, como también en el caso del relato subjetivo de estas enfermedades⁶⁷. En este sentido, la morbilidad “constituye un componente importante para evaluar de manera integral el estado de salud de la población”, ya que permite identificar el daño y diferenciar qué grupos de población son más vulnerables².

La condición más habitual en las personas con enfermedades crónicas^{77,78} es la multimorbilidad, y aunque su prevalencia aumenta con la edad, más de la mitad de las personas con esta condición son menores de 65 años. El inicio de la multimorbilidad ocurrió 10-15 años antes en las personas que vivían en áreas con menor nivel socioeconómico, además de presentar estas personas mayor multimorbilidad que la de las personas que residen en áreas con mejor nivel socioeconómico⁷⁷. El gradiente socioeconómico se refleja también en relación a la presencia de trastornos mentales asociados según el número de trastornos físicos que sufren las personas, siendo más frecuentes en personas que residen en zonas con menor nivel socioeconómico⁷⁷. (Figura 5)

Figura 5. Prevalencia de la multimorbilidad según edad y nivel socioeconómico (siendo 1 la mejor situación socioeconómica y 10 la más desfavorecida), tomado de Barnett et al.⁷⁷



Algunos estudios han demostrado la relación entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, en el sentido de que las personas en situaciones más desfavorecidas social y materialmente presentan una prevalencia mayor de la enfermedad, sin encontrar, asociación con la prevalencia de diabetes tipo 1⁷⁹. La fuerte asociación inversa entre la situación socioeconómica y la prevalencia de la diabetes tipo 2 en la edad media de la vida sugiere que la exposición a factores que están implicados en la causa de esta patología es más común en las zonas desfavorecidas⁸⁰; siendo aquellos cada vez más reconocidos en relación a la creciente incidencia de la diabetes tipo 2 y a las oportunidades que se presentan para contrarrestarla⁸¹. La explicación de este efecto no está clara, pero probablemente se relaciona con la exposición temprana y creciente a factores de riesgo de estilo de vida y ambientales para la diabetes tipo 2 entre personas que viven en áreas de bajo nivel socioeconómico⁸⁰. El importante crecimiento en la última década en la prevalencia de esta enfermedad en todo el mundo ha estimulado el estudio de la posible existencia de desigualdades sociales, de sexo y/o de atención sanitaria en pacientes con esta enfermedad. En los Estados Unidos, los bajos ingresos se asociaron con una mayor prevalencia de diabetes y en Israel la incidencia de la diabetes estaba inversamente relacionada con el nivel de instrucción, como indicador del nivel socioeconómico⁸⁰. En España y en Madrid, la diabetes presentó mayor prevalencia en clases sociales desfavorecidas, sobre todo en el caso de mujeres; sin presentar en 2003, a nivel global, diferencias por sexo más allá del 5% para todos los grupos de edad, en relación a las diferencias encontradas anteriormente, según el estudio de Rodríguez et al⁶⁷.

Para conocer el impacto de las enfermedades crónicas se han diseñado diversos sistemas de clasificación, así se puede medir la complejidad a través del nivel de morbilidad de una persona y comparar poblaciones de pacientes en función del grado de morbilidad⁸². El sistema Adjusted Clinical Group- ACG®⁸², tipo case mix, diseñado y desarrollado por la Universidad Johns Hopkins es una de las herramienta informática, una de las maneras para establecer la complejidad clínica de la población. Este sistema estima el nivel de complejidad (carga de enfermedad) y valora el uso de recursos sanitarios que conlleva, permitiendo cuantificar el uso de recursos sanitarios en función de las necesidades de la población. Por lo tanto, cada persona, en función del tipo, severidad y número de enfermedades crónicas que presente, tendrá asignada una categoría ACG y un uso esperado de recursos. Cada ACG estratifica a las personas en diferentes grupos de similar complejidad clínica y uso esperado de recursos, lo que facilita realizar comparaciones. Estas comparaciones se realizarían con respecto a la utilización esperada de recursos de su mismo ACG o en comparación entre distintos ACG, lo que sería en función de su necesidad medida como morbilidad, entendiendo que a más o menos morbilidad, mayor o menor necesidad de consumo de recursos. De hecho, el sistema ACG ha resultado ser una herramienta útil para explicar el uso de los Servicios de Atención Primaria en un sistema nacional de atención de salud dentro de la Unión Europea⁸³.

Un reciente estudio llevado a cabo en Cataluña, con información individual de toda la población, observó un gradiente socioeconómico en todos los indicadores utilizados, tanto de utilización de servicios y de consumo de fármacos; concluyendo que las personas con menor nivel socioeconómico presentaron más complejidad (medida con Grupos de Morbilidad Ajustados: GMA), resultando menor el gradiente en relación al uso de servicios en Atención Primaria y mayor en el consumo de psicofármacos⁷². Los GMA son otro sistema de clasificación de la complejidad clínica⁸⁴, basado en niveles de comorbilidad con datos de la práctica clínica habitual⁸⁵, generado en el entorno sanitario español. En la tesis doctoral de Olmedo Galindo⁸⁶, la complejidad clínica (medida como banda de Adjusted Clinical Group) en atención primaria en el área 11 de la Comunidad de Madrid junto con presentar un diagnóstico psiquiátrico de ansiedad y/o depresión fueron los factores que más se asociaron a la utilización de la consulta del profesional de la medicina en Atención Primaria.

Enfermedad mental y “problemas sociales” (códigos Z).

Las personas que viven en situaciones de pobreza soportan a menudo una mayor carga de enfermedades mentales, tanto por el mayor riesgo de sufrir cualquiera de esas enfermedades como por su menor acceso a los tratamientos⁸⁷. Este hecho puede tener relación con las vulnerabilidades de las personas, entendiendo que el estrés o los acontecimientos que implican amenaza severa durante cierto tiempo presentan relación con trastornos depresivos, aunque otros autores correlacionan los eventos de pérdida con la depresión y los de amenaza con la ansiedad. La intensidad de los agentes que producen estrés se asocia de forma concomitante y positiva con la sintomatología y con dificultades en la recuperación o mejoría⁸⁸.

El estudio europeo “*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*”, que incluía España, puso de manifiesto que un 11,5% de la población había sido diagnosticada de algún trastorno mental en el último año y el 25,9% en algún momento de su vida⁸⁹, detectando los trastornos del estado de ánimo como los diagnósticos más prevalentes junto a los de ansiedad tanto a nivel europeo como en España⁹⁰. En relación a las posibles diferencias de la prevalencia de trastornos de salud mental según ejes de desigualdad, cabe señalar que las mujeres (debido a la construcción social de su rol de género, a peores condiciones de vida...), y las personas de menor clase social (tanto hombres como mujeres) sufren mayor morbilidad psíquica, depresión⁸⁸, así como un patrón geográfico entre comunidades autónomas⁸⁹ presentando los dos archipiélagos la prevalencia más alta, seguidos de las comunidades situadas en el sur de la península.

Los trastornos mentales constituyen una prioridad para la salud pública, debido a su prevalencia y a su influencia en la morbilidad y mortalidad prematuras, siendo una de las causas más importantes de discapacidad⁹¹. Son entidades que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo, y representan un alto costo para los sistemas nacionales de salud, resultando una de las causas más frecuentes de morbilidad atendida en atención primaria⁸⁹. Los trastornos que cursan con ansiedad y la depresión constituyen uno de los principales motivos de consulta de atención primaria⁹². La comorbilidad psicosocial se ha considerado un factor relevante en pacientes que presentan patologías somáticas; siendo además, la multimorbilidad, la cronicidad y la severidad de las patologías somáticas factores significativos en la presencia de estrés emocional y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión⁹⁰.

Existe controversia sobre el infradiagnóstico de la depresión, como ejemplo de trastorno mental. Algunos autores lo sostienen^{89,90}, al mismo tiempo que otras profesionales⁹³⁻⁹⁵ reconocen, por su elevada prevalencia en Atención Primaria, una tendencia a la medicalización de malestares de la vida de las personas en estas; señalando como agentes de este comportamiento no adecuado a la administración y gestores sanitarios, los medios de comunicación, las instituciones, las empresas médico-farmacéuticas, así como a la población y a los y las profesionales sanitarios^{96,97}.

Esta forma de proceder (medicalización) supone una manera de legitimar el sufrimiento⁹⁴ que, a través de categorías o etiquetas diagnósticas del área de salud mental (códigos P) o a través de factores que influyen en la salud y contactos con los Servicios de Salud (códigos Z) y con la consecuente prescripción de psicofármacos, conllevan la pérdida de capacidad de decisión sobre las vidas propias de las personas y situaciones de dependencia de profesionales sanitarios⁹⁵. Los “factores que influyen en la salud y contactos con los servicios de salud” o “problemas sociales”, como es más habitual escuchar, se codifican según clasificaciones de enfermedades (CIE-10⁹⁸) o CIAP2⁹⁹ como Códigos Z, siendo éstos la manera con la que principalmente se catalogan problemas de salud que no son propiamente enfermedades¹⁰⁰. Estas situaciones casi ocupan un 20% de las consultas de salud mental y un porcentaje mucho mayor en las de Atención Primaria¹⁰¹. El problema puede residir en el condicionamiento por el actual concepto de salud en una sociedad tan medicalizada que cualquier persona puede ser en algún momento un código Z¹⁰⁰. Puesto que factores social como el desempleo, la pobreza, el insuficiente nivel de instrucción afectan directamente y de manera importante la salud de la población española en la actualidad, se considera necesario utilizar esta codificación para visibilizarlos, así como para reflejar que la vulnerabilidad de las personas y las situaciones de desigualdad social pueden ser posibles causas de enfermedades¹⁰², y por supuesto, para tenerlos en cuenta de cara a la intervención y atención en Atención Primaria.

La vulnerabilidad de las personas se relaciona con los mecanismos de afrontamiento de situaciones estresantes, difíciles, problemáticas. La frontera entre códigos Z y trastornos mentales no es sencilla de trazar, porque quizás no exista, ya que es un territorio caracterizado por el sufrimiento y el malestar que bordea entre la salud y la enfermedad¹⁰³. Detectar a los códigos Z permite evitar exponer a esta población a la mayor iatrogenia de un servicio especializado y favorece la racionalización de los recursos asistenciales¹⁰³. En un estudio

llevado a cabo en un centro de salud mental de Madrid, las personas que acudieron con diagnósticos de códigos Z tenían tratamiento psicofarmacológico pautado en casi el 50% de los casos al llegar a consulta, mientras que las que lo hicieron con diagnósticos de trastorno mental lo tenían en un 60%¹⁰³.

El estudio de Olmedo⁸⁶ muestra que los centros urbanos ubicados en barrios con mayor tasa de desempleo (menor nivel socio-económico) tuvieron mayores frecuencias de trastornos psiquiátricos (códigos P) fundamentalmente de ansiedad o depresión y, sobre todo, un aumento de la problemática socio-familiar (códigos Z). De esta manera, los códigos P y Z podrían apuntar en la misma dirección que indicadores de salud, como la morbilidad, complejidad, mortalidad, que se han descrito previamente en el estudio de las relaciones con las vulnerabilidades sociales y con las desigualdades sociales.

Por todo ello, se valora la historia clínica electrónica como una rica fuente de información, también para la investigación^{104,105}. En ella, se registran todos los datos, ya sean administrativos, clínicos, preventivos y sociales a lo largo del proceso asistencial, facilitando, al estar informatizada, también la gestión asistencial¹⁰⁶. En concreto, en Atención Primaria, como eje central del sistema sanitario, se recoge en la historia clínica, a lo largo de la vida de las personas, valiosa documentación para el proceso de seguimiento, siendo a su vez una fuente excepcional de interés para la investigación en salud pública, por abarcar a la gran mayoría de la población residente. No obstante, puesto que los datos que recogen no tienen como finalidad principal la investigación, presentan para este objetivo, dificultades por la escasa meticulosidad, demasiada heterogeneidad y variabilidad en la cumplimentación por las diferentes profesionales que la registraron, etc.¹⁰⁷, si bien colaboran en la estimación, por ejemplo, la prevalencia de las enfermedades crónicas¹⁰⁸. La historia clínica electrónica es una fuente de datos secundaria, sencilla y económica que, junto con otras fuentes, como las encuestas de salud, con utilidad para el estudio de las desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios, permiten cruzar estos indicadores con las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población, analizando su relación y evolución⁶⁷. Las características de la Atención Primaria confirman que puede resultar un entorno óptimo para proporcionar información sobre la salud de la población, según su grado de accesibilidad a la población y la cercanía que presenta para la comunidad¹⁰⁹.

A modo de resumen, se observa la existencia de desigualdades sociales en salud a nivel individual y también geográfico, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada área⁶⁷, habiéndose observado en España desigualdades no sólo entre comunidades autónomas, sino en las unidades más pequeñas como son las secciones censales⁵². La vulnerabilidad social y en salud de los grupos de población, entendidos según características geográficas, sociales, económicas... o ejes de la desigualdad, es una de las expresiones de estas desigualdades sociales. El conocimiento de las situaciones de vulnerabilidad y de las desigualdades sociales, así como de sus posibles repercusiones en la salud y el uso de servicios sanitarios⁶¹ resulta crucial para poder intervenir de cara a facilitar que todas las personas puedan lograr el máximo desarrollo posible de su salud, lo que se denomina equidad en salud.

El análisis de la equidad en salud es complejo y en muchas ocasiones la discriminación se refleja en no lograr la salud, ni la calidad de asistencia y de prestaciones debido a su condición, lo que se acentúa en los colectivos aludidos según los ejes de desigualdad. La separación de categorías analíticas y de identidades, como los ejes de desigualdad, es ficticia, puesto que la realidad es que los conjuntos de categorías influyen en las oportunidades de las personas, en las múltiples dimensiones de la vida social. Una clase concreta de discriminación, como puede ser cada eje de desigualdad, interactúa con dos o más grupos de discriminación creando una situación única. La herramienta de análisis, de trabajo de abogacía y de elaboración de políticas, que aborda las relaciones entre las múltiples discriminaciones se llama interseccionalidad. La interseccionalidad está contribuyendo a diseccionar con más precisión las diferentes realidades en las que se encuentran, por ejemplo, las mujeres y por lo tanto, puede mejorar la acción política³². Por lo que el objeto de investigación más realista serían los multi-grupos, formados por la intersección de los diferentes ejes de desigualdad.

Intervenciones hacia la equidad en salud.

La equidad en salud hace referencia a la eliminación de las desigualdades sociales en salud alcanzando así todas las personas el máximo potencial de salud, como cuestión de justicia social, ya que la salud es un derecho humano fundamental²¹. Por ello, la equidad en salud es la situación ideal en la que todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales¹¹⁰. Esto implica la distribución equitativa, que no es sinónimo de igual ni uniforme, de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas²¹. La existencia de claras diferencias sociales en la salud y en la distribución de sus determinantes contradice los valores aceptados de la equidad y la justicia¹¹¹, teniendo las desigualdades sociales importantes efectos sobre la salud y la supervivencia¹¹².

La visión de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²³ es la de un mundo en el que todas las personas tengan la libertad de llevar vidas valiosas. La auténtica riqueza o progreso de un país se mide por la existencia de justicia social; si todas y cada una de las personas gozan de unos mínimos de calidad de vida, si no se limitan a sobrevivir, o pueden disfrutar de lo que se considera en cada momento, como una vida decente¹¹³. También el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que el estado de salud de los grupos más favorecidos de la sociedad puede utilizarse como un indicador práctico del grado de salud deseable de una cierta sociedad y como el objetivo de las políticas dirigidas a combatir las desigualdades en salud²¹.

Sen, Premio Nobel de Economía y miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, reconoce que la equidad en salud tiene un alcance y relevancia enormemente amplios, ya que no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y libertad humanas. La equidad en salud va más allá de la distribución de la salud y de la asistencia sanitaria o de los recursos, ya que las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo son algunos de los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en cuestiones de salud¹¹². Resultando importante que la

sociedad organice sus recursos sanitarios de manera equitativa, para que toda la población tenga acceso a ellos, la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales¹¹².

Mientras se considera que la salud tiene un valor intrínseco, es decir, que es un fin en sí misma, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²³ también reconoce su valor instrumental. La buena salud permite a las personas participar en la sociedad. En este sentido, Sen define la salud como un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como una mejor educación o un empleo. La salud es, por tanto, una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades¹¹⁴, valorando la Comisión como inadecuada una distribución desigual, no equitativa, de las condiciones sociales por su impacto en la salud²³.

En los últimos años, la OMS¹¹⁰ ha reconocido la reducción de las desigualdades sociales en salud como una de sus prioridades, representando, desde 2002, un tema prioritario en su agenda política¹¹⁵. En 2005, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo, la OMS puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión defiende que *“corregir las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países es una cuestión de justicia social”*¹¹⁶. La Dra. Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, expuso en la presentación del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en 2008, que *“la desigualdad en salud es realmente una cuestión de vida o muerte”*¹¹⁷. Dicho informe refleja que *“la injusticia social está matando a la gente a gran escala”*¹¹⁸. Sir Marmot afirmó que *“una manera más efectiva de aumentar la esperanza de vida y mejorar la salud sería que cada política y programa del gobierno sea evaluado por su impacto en la salud y la equidad en salud”*¹¹⁷. Tras los trabajos y el posicionamiento de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Determinantes Sociales de la Salud, en mayo de 2009, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, basada en las recomendaciones de la Comisión, adoptó en su 62.ª reunión una resolución titulada *“Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud”*¹¹⁸.

Se percibe, así, que existe actualmente un mayor impulso desde organizaciones internacionales e instituciones, para trabajar en el desarrollo de propuestas de acción y políticas para la reducción de las desigualdades; sin embargo, las macropolíticas dominantes que se ejercen, en términos generales, siguen aumentando las desigualdades³⁵. En concreto, este mayor protagonismo internacional y europeo en aras de reducir estas desigualdades ha situado esta meta también en la agenda política española. De esta manera, en 2008 se estableció la reducción de las desigualdades sociales en salud como una prioridad para la legislatura, y se creó la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, con el objeto de elaborar una propuesta de intervenciones. Dos años después, la Comisión presentó el documento de propuestas *“Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”*³³. Además, en España, el 28 de mayo de 2009 tuvo lugar una presentación del «Informe Mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud» de la OMS³⁵. También en 2010, con motivo de la presidencia española de la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad eligió la «Innovación en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud» como una de las tres prioridades de salud, lo que llevó a la elaboración de un informe técnico³⁵.

Claves y recomendaciones para intervenir.

La Comisión de Determinantes en Salud de la OMS estableció las siguientes líneas de actuación contra las desigualdades en salud, desde estas premisas:

- Los principales determinantes de la salud son sociales, por lo que las soluciones también deben estar en el medio social.
- El conocimiento disponible debe ser práctico y aplicado a la hora de la toma de decisiones de responsables políticos y sociales.

Esta Comisión⁴² informó de que el éxito en la mejora de la salud y la disminución de estas desigualdades depende de una seria atención a las causas sociales subyacentes, ya que son importantes pero no son suficientes las soluciones técnicas que se ponen en marcha dentro del sector de la salud. Tratar los determinantes sociales de la salud generará beneficios mayores y sostenibles a los esfuerzos analizados, en diversos aspectos, para mejorar la salud mundial²¹, fortaleciendo a las personas, las comunidades y los países para lograr un cambio tanto la estructura como las condiciones sociales²³.

La Comisión⁴² hace tres recomendaciones generales para abordar los "efectos corrosivos de la desigualdad de oportunidades en la vida":

- Mejorar las condiciones de vida diarias, incluyendo las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- Abordar la distribución injusta del poder, el dinero y los recursos, los factores estructurales de esas condiciones, a nivel mundial, nacional y local.
- Medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción.

Si bien la salud de la población en su conjunto puede estar mejorando, la salud de las personas con situaciones sociales menos favorecidas se mejora más lentamente que el resto de la población o en algunos casos, empeora en términos absolutos. La mejora de la salud de las personas en situaciones de vulnerabilidad supone un desafío para responsables políticos y profesionales¹¹⁹. Por ello, es necesario abordar las desigualdades sociales en salud, lo que significa, por diversas razones, mejorar la salud, reducir las diferencias de salud entre los grupos más desfavorecidos y los menos, y elevar los niveles de salud a lo largo de la jerarquía socioeconómica más cercana a la de arriba (actuando sobre todo el gradiente)¹¹⁹.

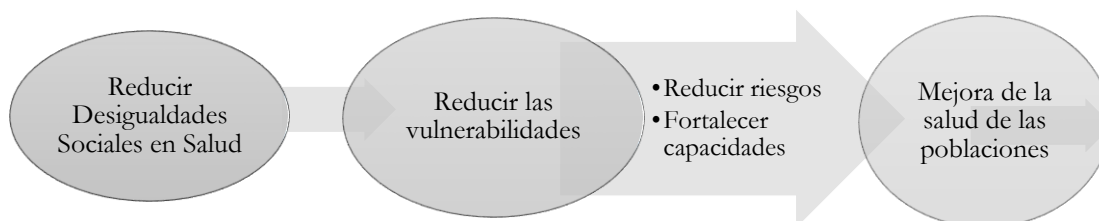
Se considera de interés la preocupación por reducir la desigualdad en la salud, esté o no correlacionada con la desigualdad en otras dimensiones del bienestar, bajo el principio de que la salud es un componente intrínseco del bienestar¹²⁰. No obstante, como se ha visto, la desigualdad social en salud ocurre debido a la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud y por lo tanto, *“abordar los determinantes de las desigualdades en salud es abordar la distribución desigual de los determinantes de la salud”*¹¹⁹.

La mayoría de estas intervenciones no han sido evaluadas, por lo que se dispone de limitadas evidencias en cuanto a que intervenciones son más eficaces para reducir las desigualdades^{121,122}. La evaluación de las actividades requiere de indicadores específicos que permitan valorar qué población la ha realizado y qué beneficio ha obtenido, según sus características socioeconómicas y demográficas, pues es posible dictaminar algunas de estas intervenciones aumentan las desigualdades existentes previamente⁴³.

La reducción de las desigualdades sociales en salud (con enfoque de equidad) contribuirá a la reducción de la vulnerabilidad y ésta a su vez favorecerá la salud de la población. La

reducción de la vulnerabilidad puede realizarse desde el enfoque de déficits y de activos, siendo ambos complementarios (Figura 6)

Figura 6. Relación entre la reducción de las desigualdades sociales en salud, las vulnerabilidades y la salud de las poblaciones.



Tanto para favorecer la salud de la población, teniendo en cuenta la influencia que tienen los determinantes sociales sobre ella, como para reducir las vulnerabilidades de las poblaciones y las desigualdades sociales en salud se precisa de la participación de profesionales y ciudadanía, haciendo especial hincapié en facilitar la implicación de la población en situación de vulnerabilidad como agentes activos, queriendo contar con sus capacidades, fortalezas y conocimientos.

El enfoque de la vulnerabilidad social.

Robert Castel¹⁵ abogaba por un tratamiento social de la exclusión y vulnerabilidad actuando en sus fuentes, río arriba, pues la exclusión es el final de una cadena; siendo a su vez la vulnerabilidad producto de la construcción social generada a partir de desigualdades sociales³.

El concepto de vulnerabilidad social presenta dos componentes principales que lo enmarcan: los riesgos y los activos. Unos y otros son elementos de la vulnerabilidad social³, y que, además, permiten identificar y examinar fases en el proceso de análisis, así como plantear escenarios posibles desde una fase a la siguiente: existencia de riesgos externos a la persona, grupo o comunidad; proximidad a los mismos y posibilidad de evitarlos; capacidad y mecanismos para superar los efectos de esos riesgos; situación final resultante, una vez enfrentadas las consecuencias de la actuación de dichos riesgos.

Hasta ahora, el foco de los estudios ha estado más centrado en los riesgos que en los activos, tanto en el ámbito social como en el de la salud. Sin embargo un enfoque de vulnerabilidad hace necesario y enfatiza ambos componentes. Se analiza a continuación con más detalle de cada uno de ellos.

a) El enfoque de riesgos.

La CEPAL define el riesgo como la posibilidad de aparición de un evento, característica o proceso que entrañe efectos adversos para la unidad de referencia (comunidad, hogar, persona, empresa, ecosistema u otra). Es decir, un riesgo³ no alude a “*un acontecimiento intrínsecamente negativo, sino al que puede generar daño o incertidumbre, y cuyas consecuencias concretas pueden ser ambiguas o mixtas, combinando adversidad y oportunidad [...] El reconocimiento de que algunos riesgos acarrear oportunidades, sirve de fundamento a la expresión riesgos positivos [...]*”. En este sentido, el concepto de riesgo social ya expresa, más facetas que el riesgo natural. Las características y dimensiones sociales que determinan la vulnerabilidad social de las personas y los grupos, entre otros, son factores de exclusión social, problemas de salud, soledad y abandono. Estos factores mantienen relación con el contexto histórico, político, económico, cultural y religioso. Para su análisis, se debe conocer los riesgos que amenazan y el nivel de exposición ante los mismos³.

Según Foucault¹²³, la construcción social de riesgos ha resultado una manera de dominio de la medicina tradicional; donde la figura del profesional de la medicina emergía como un “dueño de la verdad” o de “privilegio de conocimiento”, dada la consideración del “saber científico”¹²³. Posteriormente, Beck expone la idea de una “sociedad del riesgo” en la que éstos son producidos a una escala masiva y con un fundamento científico-técnico para su reproducción; los riesgos son fruto del desarrollo industrial, pasando a ser administrados y gestionados política y científicamente, y apareciendo de este modo a escala mundial, suponiendo “situaciones globales de amenaza”¹²⁴. Así mismo, estos riesgos, además de ser invisibles y producir “situaciones sociales de peligro”¹²⁴, causan daños “irreversibles” y sistemáticos que solo pueden ser establecidos mediante el ejercicio del “saber científico”, que es el que se encarga de constatar “objetivamente” la situación de riesgo y peligro. De esta manera, Beck explica los riesgos como “*peligros que precisan de los “órganos perceptivos “de la ciencia (teorías, experimentos, instrumentos de medición) para hacerse “visibles”, interpretables, como “peligros”*”¹²⁴.

Las condiciones de vulnerabilidad y riesgo en las que viven las personas están influidas socialmente. Las condiciones de salubridad resultan importantes para relacionar los problemas biológicos de las enfermedades con la construcción de riesgos a partir de éstas. Señala así Álvarez Castaño¹²⁵ que “*las condiciones materiales precarias: alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los diferentes estratos socioeconómicos y estos riesgos se expresan en forma de inequidad social, o desigualdades sociales, pudiendo dar lugar también a enfermedades y riesgos contruidos, lo que se denominarían desigualdades sociales en salud*”.

La vulnerabilidad es un indicador de inequidad y de desigualdad social². Aquí quizás radica una autolimitación de las ciencias de la salud, pues al utilizar, de manera habitual, el concepto de riesgo, a nivel teórico y metodológico, no aborda suficientemente las capacidades de las personas y grupos ni el concepto o enfoque de vulnerabilidad, siendo éste más completo; puesto que se dedica con más frecuencia al análisis de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, que al de las inequidades y de las desigualdades sociales²; tanto en el estudio como en las propuestas de acción desde las capacidades, fortalezas y habilidades propias de las personas en estas situaciones (activos en salud) en favor de la equidad en salud. El análisis del riesgo en los estudios supone un fundamento metodológico esencial².

En toda sociedad, se identifican “grupos especialmente vulnerables”, denominándose así las comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros, implicando que están más expuestos a riesgos. El enfoque de riesgo, ampliamente utilizado en epidemiología, se basa en que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones, y por supuesto el afrontamiento a la vulnerabilidad².

En este contexto, se valora la importancia del enfoque de riesgos, al conocer que los discursos médicos tienen el amparo de “productores de verdad”, siendo validados y legitimados, y pudiendo resultar fuente de creación de riesgos invisibles y miedos generalizados en la comunidades con sus definiciones y resultados. Además del gran impacto en la opinión pública que pueden tener estas percepciones a través de los medios de comunicación. Los riesgos no nos son ajenos, el riesgo individual no puede verse separado de la visión social y cultural que tenemos del mundo¹²⁶. Es, por ello que, siendo conscientes de los discursos

científicos sobre los riesgos (como los que se realizan desde la medicina tradicionalmente), se busca plantear también el enfoque de capacidades y oportunidades de las condiciones de vulnerabilidad que presentan todas las personas, grupos y comunidades, y por lo tanto, un enfoque de vulnerabilidad, ya que todas las personas son vulnerables¹¹³.

b) El enfoque de activos.

Siguiendo la definición de Morgan y Ziglio¹²⁷, un activo para la salud es *“cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar, operando a nivel individual, grupal, comunitario y/o poblacional, como factores protectores (o promotores) que amortiguan tensiones de la vida”*. Otros autores³ los definen como el conjunto de recursos tanto tangibles como intangibles, cuyo uso o movilidad permite mantener y/o mejorar la calidad de vida y enfrentar situaciones de vulnerabilidad.

La conceptualización de “activos para la salud” y “salud positiva” ponen el énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad¹²⁸, focalizan la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren desde sus capacidades propias. Este enfoque tiene gran transcendencia al investigar los recursos, estrategias y oportunidades de los propios individuos y grupos vulnerables para reducir por sí mismas su vulnerabilidad y enfrentar los riesgos externos (naturales y sociales)³.

La vulnerabilidad social expresa potencialidad, capacidad de hacer frente y/o evitar amenazas no deseadas, lo que conlleva importantes implicaciones en la investigación y en las estrategias y políticas de afrontamiento de las desigualdades sociales y ambientales por parte de personas, grupos y comunidades³. Uno de los ejemplos sería el realizar análisis y diagnósticos contando con todas las personas y comunidades, incorporando así el conocimiento y las capacidades de los colectivos a los que van a “atender”¹²⁹, especialmente de quienes habitualmente se quedan al margen de los procesos de participación, que suelen ser las personas con mayor vulnerabilidad.

El término “capacidades”, utilizado por Nussbaum, se refiere a las potencialidades de las personas para desarrollar funcionamientos que les permitan realizarse y alcanzar el bienestar¹¹³. Según Sen, el grado de desarrollo de las capacidades determina el nivel de vida y el bienestar alcanzado, más que la cantidad de ingresos, características o utilidad, al representar las oportunidades de transformar estos ingresos y recursos en funcionamientos

valiosos¹³⁰. No obstante, Sen y Nussbaum, difieren en algún aspecto teórico, en el sentido de que Sen prefiere el término funcionamiento al de capacidad, definiendo funcionamiento, o funcionalidad, como las cosas que el individuo hace o la situación en la que se encuentra, debido a sus recursos y al uso que hace de ellos¹³¹.

La capacidad de respuesta, y la vulnerabilidad, por lo tanto, depende de los activos con los que cuentan las personas, grupos y comunidades para hacer frente a los efectos nocivos de un riesgo, sobreponiéndose a las dificultades³. Lid¹³² interpreta la vulnerabilidad como concepto político con potencialidad para informar a la ciudadanía. Se pone de manifiesto así que las potencialidades, funcionalidades y capacidades son claves en el conocimiento, enfoque y abordaje de la vulnerabilidad social.

Se propone así un abordaje crítico, de la vulnerabilidad, que cuestiona para cambiar, por su carácter eminentemente político y sus fundamentos socialmente construidos. Se pretende reducir la vulnerabilidad preguntándonos el para qué y para quienes¹³³, teniendo en cuenta los múltiples y diversos factores que están implicados y buscando la autonomía social, como objetivo de desarrollo y transformación social. Esta perspectiva de reducción de la vulnerabilidad persigue otra organización socio-ambiental menos discriminatoria, menos dañina¹³³ y que se oriente hacia la autonomía, en definitiva, más saludable.

c) El enfoque del empoderamiento. Complementariedad entre activos y déficits.

La OMS considera que se debe favorecer el empoderamiento de las personas, comunidades y países, en tres dimensiones interconectadas: material, psicosocial y política²³, si bien las intervenciones para lograr mejoras en la salud colectiva no siempre se han llevado desde este enfoque de empoderamiento¹⁷. De hecho, éste es un enfoque reciente, que pone atención en el empoderamiento y la intervención en los entornos vitales de las personas, favoreciendo su control de las personas y los grupos sobre las variables que condicionan su salud, y que se está empezando a considerar en la sociedad actual, trabajando la promoción de la salud desde el modelo de activos¹²⁸. El término “activos para la salud pública”¹³⁴ se refiere a la “*expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados; esto se logra facilitando el empoderamiento comunitario y las capacidades que mejoran, promueven y restauran la salud de las poblaciones, y que pueden ayudar a reducir las desigualdades en salud*”.

La focalización hacia los factores de riesgo y la enfermedad, modelo de déficit, cuenta con una dilatada trayectoria histórica que ha llegado hasta nuestros días, no incidiendo en factores promotores de la salud¹²⁷. Este enfoque es el motor de casi toda la evidencia científica que se ha generado en Promoción de Salud^{135,136}. El modelo del déficit conlleva la minimización del empoderamiento de las poblaciones a las que van dirigidos los esfuerzos profesionales en salud¹⁷.

El modelo de activos aporta una perspectiva contextual y potencia la equidad en salud así como la toma de decisiones de las comunidades sobre su propia salud¹³⁶. Las experiencias más habituales con este enfoque se refieren a la elaboración de mapas de activos, que necesitan de la acción y participación para lograr la transformación que pretende su uso en promoción de la salud¹³⁶. Por lo que se insiste, en cualquier modelo o enfoque de intervención en promoción de la salud o salud comunitaria, que la participación ciudadana con perspectiva de equidad y justicia es clave para su resultado¹³⁶. Es frecuente que aún *“queriendo ofrecer servicios adaptados y accesibles para quienes habitan los “márgenes”, al final se terminen generando dinámicas realmente marginales, que aumentan la espiral de invisibilidad, impotencia y rechazo que vienen sufriendo”*¹²⁹, sin potenciar, ni tener en cuenta sus capacidades.

Ambos enfoques, activos y déficits, resultan complementarios¹³⁶ y adecuados para que las intervenciones promotoras de salud tengan perspectiva de equidad a nivel local; incluyendo éstas, a su vez, acción intersectorial, colaboraciones, alianzas y la implicación y participación ciudadana^{43,137}, en relación a un enfoque de empoderamiento, promotor de la salud.

Tipos de intervenciones.

El marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud³³ sirve de base para definir intervenciones²⁷, buscando que éstas maximicen sus resultados en las personas y colectivos más vulnerables, puesto que se debe tener siempre presente que de otro modo, las intervenciones tienden a aumentar las desigualdades¹³⁸, por ello se requiere un análisis previo cuidadoso⁴¹.

El modelo trabajo más habitual para reducir las desigualdades sociales en salud es transdisciplinar²⁰, abordando intervenciones multidimensionales³⁸, intentando tratar una problemática compleja³⁸ que requiere del análisis y aplicación de diferentes métodos para la

generación de información crítica, como instrumento para la toma de decisiones en políticas de salud basadas en evidencias científicas²⁰.

Existen diferentes marcos conceptuales para clasificar los tipos de intervenciones.

Graham^{119,139} describió tres aproximaciones complementarias, orientadas a la reducción de desigualdades en salud:

- Focalizar en mejorar la salud de los grupos más vulnerables.
- Reducir las desigualdades entre estos grupos y los más favorecidos (reducción de la brecha).
- Reducir las desigualdades en toda la población, teniendo en cuenta el conjunto del gradiente social, en palabras de Marmot, “universalismo proporcional”.

Existe un amplio consenso en que la mejor manera de alcanzar la equidad sanitaria consiste en utilizar la tercera: reducir las inequidades en toda la población urbana con acciones dirigidas a toda la población con intensidad creciente en función del nivel de desventaja social y económica (“universalismo proporcional”)^{41,140,141}. Se recomienda tener en cuenta a toda la población, no centrándose únicamente en las personas y colectivos más desfavorecidos, ya que esto no reduciría el gradiente de salud, abordando sólo una pequeña parte del problema¹⁴¹ y pudiendo generar estigmatización^{138,140}. Citando a Acheson¹⁴²: *“las penalidades de las desigualdades en la salud afectan a toda la jerarquía social y generalmente aumentan de abajo hacia arriba. Por lo tanto, si las políticas sólo se dirigen a los que están en la parte inferior de la jerarquía social, las desigualdades en la salud seguirán existiendo”*.

De manera análoga, Arias Goytre, expresa esta idea comentando que las políticas deben abordar en paralelo la transformación de las estructuras de la ciudad, no instrumentándose sólo en los “barrios problema” pues serían reduccionistas y no conseguirían resolver alguna cuestión sectorial y, si lo hicieran, sería de manera transitoria *“ante la evidencia de barrios desfavorecidos, las intervenciones se suelen hacer localizadas en los mismos y los grupos vulnerables que allí residen. Aquí reside uno de los problemas básicos, pues las causas de esta distribución son globales y se debe enfocar la organización de la actividad política y económica de la sociedad en su conjunto y, por lo tanto, de la ciudad y de los barrios, teniendo en cuenta sus condiciones específicas”*⁴⁰.

Whitehead¹⁴³ propone clasificar las intervenciones, según el foco de las mismas, en términos de individual y colectivo, en ambientes y de políticas macroeconómicas:

- Aquellas que están basadas en la persona, individuales, que buscan el fortalecimiento de las personas con mayores dificultades. Se incluyen aquí, por ejemplo, las actividades de promoción, educación, asesoramiento individualizadas que tienen lugar en centros de atención a la salud, hogares de participantes.
- Las que refuerzan los colectivos y zonas desfavorecidas (comunidades) mediante la consolidación de la cohesión social y el apoyo mutuo. Ejemplos de éstas serían: grupos de promoción de la salud, educación, asesoramiento, asesoramiento o subvenciones exclusivamente, o intervenciones realizadas en un entorno comunitario.
- Aquellas intervenciones que persiguen mejorar los ambientes, reduciendo la exposición a materiales y entornos psicosociales dañinos para la salud en toda la población.
- Las que promueven políticas macroeconómicas saludables, a través de la mejora del contexto macroeconómico, cultural y medioambiental, que influye en el nivel de vida alcanzado por toda la población. En este grupo estarían las relacionadas con impuestos, restricciones de publicidad o subsidios.

Bambra¹⁴⁴ propone una clasificación en dos categorías en función de a quién va dirigida la intervención:

- Individuales: si se trata de intervenciones individuales que entiende la situación de salud como una desventaja.
- Universales, que incluyen aquellas que abarcan todo el gradiente social, en un entorno completo (como una intervención en una escuela que incluya a toda la comunidad educativa).

Otro marco ampliamente utilizado en las intervenciones de salud pública es la distinción entre las intervenciones "aguas arriba" que se centran en determinantes sociales o de política, como la reducción de las barreras de precios, y las intervenciones "aguas abajo" centradas en factores individuales como la educación; sosteniendo que las intervenciones "aguas arriba" tienen más probabilidades de reducir las desigualdades socioeconómicas en la salud que las intervenciones "aguas abajo"¹⁴⁵. La revisión que Lorenc et al¹⁴⁵ realizaron sobre revisiones sistemáticas no resulta concluyente, siendo limitada la evidencia sobre el efecto de las intervenciones en desigualdades sociales en salud y demostrando evidencia en relación al

último marco expuesto, que las intervenciones aguas abajo no parecen reducir las desigualdades, y pueden aumentarlas. También concluye que las intervenciones de los medios de comunicación de masas pueden ser particularmente preocupantes por poder aumentar las desigualdades sociales en salud, siendo alentadores los resultados de intervenciones estructurales llevadas a cabo en el lugar de trabajo, así como las de políticas macroeconómicas que fijan los precios, como por ejemplo el del tabaco.

El papel de los sistemas de salud: Atención Primaria.

El conjunto del sistema de salud tiene un efecto al menos amortiguador y reductor de las consecuencias de las desigualdades sociales en salud, además de realizar labores de abogacía de políticas y actuaciones para reducir aquellas³⁵. El sistema de salud debe recoger actuaciones decididas para avanzar hacia la equidad en salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud en cualquier atención, en cualquier nivel del sistema³⁵. Las reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, darán prioridad sobre todo al acceso universal y a la protección social de la salud¹⁴⁶, teniendo como objeto el reducir la exclusión y las desigualdades sociales en salud. Se debe recordar lo que Tudor Hart⁷¹, ya enunciaba en 1971, acerca de la disponibilidad de una atención médica adecuada de forma inversamente proporcional a las necesidades de la población a la que atendía, la Ley de Cuidados Inversos. Por lo tanto, otra medida que se considera necesaria para reducir las desigualdades es proporcionar la mejor atención sanitaria posible a toda la población, y eso requiere localizar recursos según las necesidades de la población a la que van dirigidos; además de que los recursos se dirijan también a las poblaciones que no presentan demanda¹⁴⁷.

El sistema que más contribuye a la equidad en salud no sólo debe asegurar la universalidad de acceso al mismo, sino que además debe estar centrado en Atención Primaria (AP)^{35,148}. De ahí, la especial importancia de la Atención Primaria al ser puerta de entrada al sistema, por su ubicación local, por la capacidad de acción de su vertiente comunitaria y por las alianzas que puede establecer con otros actores del propio sistema (profesionales de salud pública o de la atención especializada) o de otros sectores como servicios sociales, educación, etc.³⁵.

Retomando la declaración de Alma-Ata, *“la Atención Primaria de Salud es la clave para que todos los pueblos alcanzaran en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y*

*económicamente productiva, como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social*¹⁴⁹. Hernández Aguado et al³⁵ exponen las actuaciones que se pueden realizar para reducir las desigualdades en Atención Primaria de Salud (APS), según el nivel de intervención (ciudadanía, equipo de atención primaria, centro de salud o área de salud o nivel local y políticas de salud) y las siguientes líneas de intervención en este sentido:

- Información para la acción
- Participación social
- Formación y capacitación
- Intersectorialidad
- Reorientación de la atención a la salud

La evidencia de la importancia de los determinantes sociales convierte la salud en un asunto colectivo¹⁵⁰ y conlleva que, aunque los servicios médicos pueden mejorar la salud, la salud no sólo será consecuencia de la atención médica sino del conjunto de sus determinantes, por lo que los servicios de salud deben reorientarse para incorporar las dimensiones colectivas de la salud y para dirigirse a los determinantes modificables desde su ámbito de responsabilidad social.

Actualmente existe debate entre las políticas que mejoran el nivel medio de salud y las políticas que reducen principalmente las desigualdades en salud¹²⁰, con la aceptación de que la promoción de la salud puede desempeñar un papel importante en los esfuerzos destinados a combatir las desigualdades en salud¹⁵¹. No obstante, esto debe hacerse con precaución, porque, como se ha comentado, las intervenciones que tienen una influencia positiva en la salud de la población en general podrían no llegar a los grupos vulnerables, lo cual aumentaría potencialmente las inequidades en salud^{41,138}.

Tomar en cuenta estas consideraciones debe implicar cambios no solo en la dimensión colectiva de los servicios de salud, como también en la coordinación entre la atención clínica y la salud pública y la coordinación intersectorial, y en su dimensión individual, como el trabajo interdisciplinar, la lucha contra la medicalización de la vida y el enfoque de la Atención Primaria, fundamentado en el modelo biopsicosocial y salutogénico, con orientación comunitaria¹⁵⁰.

Los elementos conceptuales que deben guiar dicha reorientación son¹⁵⁰:

- Una orientación poblacional: considerar como responsabilidad del servicio a toda la población cubierta.
- Conocer a la población de la que somos responsables, lo que incluye necesariamente sus determinantes sociales.
- Una orientación a la salud y no únicamente a la enfermedad.
- El fortalecimiento de las capacidades personales y colectivas de nuestra población, lo que se ha traducido como «empoderamiento».

O como señalan Sastre y Cofiño¹⁵², los aspectos para lograr el enfoque incluirían:

- Orientación comunitaria desde la consulta, desde el equipo asistencial y desde los equipos directivos.
- Pensar poblacionalmente, actuar individualmente (y viceversa). Pasar consulta mirando a la calle
- Trabajar intersectorialmente a nivel local.
- Desarrollar modelos de continuidad asistencial donde se incluya coordinación entre niveles asistenciales e integración del escenario socio-sanitario.
- Trabajar en entornos sanitarios saludables y promotores de salud.

Si bien se han dado pasos indudables en esta reorientación del sistema sanitario español, como la Ley de Sanidad, la reforma de la Atención Primaria, la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y los nuevos currículos del personal de enfermería, entre otros, no siguen las líneas previamente establecidas y los compromisos adquiridos con la estrategia de la promoción de la salud¹⁵³ ni son suficientes.

Hay numerosas actuaciones que desde la Atención Primaria de Salud se pueden poner en marcha para reducir las desigualdades sociales en salud, con especial énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad; en la Tabla 5 se recogen algunas de las que se consideran más aplicables.

En concreto, la vertiente comunitaria de la Atención Primaria es la que aborda los determinantes sociales de la salud³⁵. Se concibió en los años 80 la inclusión, en el modelo de Atención Primaria de Salud, de la responsabilidad de llevar a cabo intervenciones

comunitarias de promoción de la salud^{35,154} y la constitución de equipos multidisciplinares cercanos a la población que atendían, en un territorio acotado¹⁵⁴.

Tabla 5. Algunas de las actuaciones para reducir las desigualdades sociales en salud llevadas a cabo desde Atención Primaria de Salud³⁵ (adaptado)

Conocer el contexto y los determinantes sociales en salud del área de salud, así como incluir variables sociales en la historia clínica (<i>Abordaje contextualizado</i>)
Reducir barreras administrativas para la obtención de la tarjeta sanitaria y vigilar si hay inequidades en su cumplimiento. Reducir las barreras existentes de accesibilidad.
Realizar una atención centrada en la persona, considerando las causas de su problema de salud y dedicando tiempo y otros recursos de forma proporcional a las necesidades de la población
Identificar grupos que no acceden y facilitar su cobertura. Ampliar los servicios de captación en la calle y domicilios de población no atendida
Establecer procedimientos para atender la diversidad y los grupos sociales desfavorecidos, proporcionando servicios adaptados.
Informar sobre derechos a la ciudadanía y sobre la asistencia sanitaria
Desarrollar la vertiente comunitaria de la atención comunitaria: tener en cuenta determinantes sociales en salud, recursos locales e iniciativas comunitarias, trabajar de manera colaborativa y coordinada con otros sectores, administraciones y con la participación de la ciudadanía

Ruiz-Giménez y Domínguez-Bidagor¹⁵³ realizaron en su reflexión sobre “lo comunitario” un análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la Atención Primaria del sistema sanitario español, identificando múltiples aspectos negativos. De hecho, el desarrollo de la vertiente comunitaria se consideró como uno de los aspectos más olvidados, con una extensión que sigue siendo heterogénea¹⁵⁴. Debido a la tendencia de mercantilización de los servicios de salud, el desarrollo de este enfoque también cuenta con grandes obstáculos¹⁵⁵. Este hecho se observa también, por ejemplo, en que hace una década no se recogían estas intervenciones en ningún servicio regional de las comunidades autónomas, a pesar de que está establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización¹⁵⁶, facilitando así el reconocimiento formal de las actividades comunitarias, adecuadas a las necesidades identificadas con la población, lo que se considera imprescindible¹⁵⁷.

Esta carencia ya ha sido subsanada en algunas comunidades autónomas, gracias al esfuerzo y tenacidad de muchas personas, puesto que no resultó fácil su incorporación, ya que se alegaban problemas en el registro, la falta de formación de los profesionales y las resistencias existentes a este enfoque por parte de las sociedades científicas, cuando en realidad lo que se

percibía era una falta de voluntad política¹⁵⁶. En concreto en Madrid, fue en 2014 cuando se incorporaron en cartera el servicio las intervenciones comunitarias, con el servicio 508¹⁵⁸. Para otras regiones, como en el caso de Aragón, el impulso definitivo lo tuvo la tesis doctoral de Benedé¹⁵⁹, lo que refrenda la relación que March¹⁶⁰ ya había expuesto, entre el estímulo a la investigación sobre las actividades comunitarias y el cambio del actual modelo asistencial.

La atención comunitaria presenta una situación heterogénea y deficitaria, cuando no inexistente, en los equipos de Atención Primaria¹⁵⁷. De hecho lo más habitual es la existencia de actividades de participación comunitaria aisladas, minoritarias, fruto de esfuerzos entusiastas y basados en la voluntad de profesionales, ignorados por los equipos y gestores^{93,161}. Las intervenciones individuales y comunitarias realizadas en atención primaria de salud son dos partes que necesitan estar integradas y resultar complementarias para su fortalecimiento mutuo¹⁵⁷. Sin embargo, en estos últimos años de evolución de la Atención Primaria, los aspectos organizativos, clínico-asistenciales y preventivos han tenido un grandísimo desarrollo y consolidación lo que no han ocurrido con las actividades comunitarias¹⁶¹. Con el fin de lograr la integración y complementariedad, la atención individual en consulta que se realiza de manera habitual, a un número elevado de personas al día, ésta debería contar un enfoque biopsicosocial y estar contextualizada¹⁶², permitiendo iniciar "microprocesos comunitarios", sin medicalizar los problemas alejados de ser una enfermedad orgánica¹⁵⁷ y teniendo en cuenta los condicionantes sociales que nos afectan a las personas, evitando así el sobrediagnóstico y sobretratamiento en personas que consultan por sufrimientos vinculados a la vida cotidiana¹⁶³. En consulta individual, se deberá utilizar la codificación Z para visibilizar los problemas de salud con raíces sociales y las situaciones de desigualdad social como posibles causas de enfermedades¹⁰², además de priorizar pacientes con más necesidades e invertir más tiempo en su abordaje, considerando los determinantes sociales de las enfermedades como situaciones de riesgo¹⁰². También en los centros de salud municipales, cabría la realización de consultas conjuntas y transversales con otros profesionales del equipo de atención primaria, con el fin de poder prestar una atención más integral¹⁰².

También en las atenciones individuales, se percibe la necesidad de intervención multisectorial, no sólo desde los servicios sanitarios, puesto que los problemas de salud tienen un origen multifactorial y siendo positivo el adecuado liderazgo dirigido a fortalecer las asociaciones y organizaciones ciudadanas, como potenciales agentes de salud¹⁵⁷. Con esta visión de

promoción de la salud, la Atención Primaria de Salud trabajaría con orientación comunitaria en cada encuentro clínico¹⁶⁴.

El carácter múltiple, polisémico y ambiguo del término “comunidad”¹⁶¹ así como la confusión del concepto no favorece el desarrollo de las actividades mencionadas¹⁵⁷. El Anexo 3 recoge algunos de los factores que dificultan y limitan el desarrollo de la vertiente comunitaria de la Atención Primaria de Salud. Por atención comunitaria se entiende *“aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una población, de una comunidad definida y que busca resultados en salud. Requiere de la intervención sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, para lo que es necesario identificar las necesidades en salud en la población objeto de atención y los factores que las determinan”*¹⁵⁷. La salud comunitaria se mejora *“cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente junto a los servicios de salud en la solución de sus problemas”*¹⁶¹.

Según lo comentado, la perspectiva comunitaria supone la óptima para el abordaje de los problemas de salud cuyas raíces se encuentran fuera de la consulta, en condiciones atribuibles a su entorno familiar, relacional, laboral o socioeconómico. Siendo, por lo tanto, la orientación hacia la promoción de salud la orientación adecuada, y la salud comunitaria el modo de alcanzarla¹⁶¹, como la aplicadas en experiencias que abrieron una grieta de innovación y cambio real en la forma de entender y realizar nuestra tarea de promover la salud⁹³.

La Promoción de la Salud y la Salud Comunitaria.

La equidad en salud es el objetivo fundamental de casi todas las estrategias de promoción de la salud. La evidencia indica que la privación relativa, y no la pobreza absoluta, es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud nuestro contexto. Las situaciones de pobreza aún existentes deben erradicarse, siendo éste uno de los prerrequisitos necesarios para alcanzar la salud. Muchas intervenciones en equidad en el campo de la salud tienen su impacto más importante a nivel de la comunidad. Ha quedado demostrado que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos, y que en cada fase del proceso, la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave

del éxito. Todas estas razones están además sostenidas por el hecho de que la buena salud es un derecho humano fundamental¹⁶⁵.

La promoción de la salud y la atención comunitaria mantienen estrechas relaciones¹⁵⁷. Las actividades comunitarias son el único modo de lograr la promoción de la salud⁹³. La promoción de la salud es realizada por y con la gente y no le es impuesta; mejora la capacidad de las personas para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud¹⁶⁶, sin concernir exclusivamente al sector sanitario¹⁵⁷. El sector sanitario, trabajando en promoción de la salud, lo hará conjuntamente con otros sectores y con la comunidad¹⁶⁴. El encuentro entre profesionales y la vecindad (siendo ambas partes integrantes de la comunidad) es una necesidad, sin la que no se avanza en el desarrollo de la salud⁹³. La promoción de la salud requiere de la activa participación de la ciudadanía¹⁶⁷.

Los programas de promoción de la salud con orientación comunitaria son integrados, no limitados a actuaciones en el sector sanitario, implicando sistemáticamente otros líderes de la comunidad, redes sociales y medios de comunicación y estrategias de alfabetización de la población. Dichos programas usan múltiples intervenciones y dispositivos (individuales, grupales y con organizaciones), tratando de influenciar cambios en el entorno, medioambiente y políticas¹⁶⁸. Los elementos clave de este tipo de programas incluyen: ¹⁶⁸

- Movilización de las comunidades para que participen activamente en la consecución de las metas de los programas de salud.
- Implementación de actividades en diversos escenarios de la comunidad (incluyendo centros de trabajo, lugares de culto religioso, centros sanitarios y escuelas).
- Utilización de distintas estrategias de intervención a nivel individual y del entorno, incluyendo el medioambiente.

Los conceptos de intervención y participación comunitaria se entrecruzan y relacionan estrechamente, complementándose mutuamente¹⁵⁷. El riesgo que tienen las y los profesionales de salud pública en esta cuestión es que pueden ver a la comunidad de manera privilegiada y puede querer trabajar para dar forma a la salud de la comunidad. Existe, por lo tanto, una contradicción inherente al uso del término empoderamiento en relación con el desarrollo comunitario, pues es una palabra que sugiere significados individualistas de racionalidad, autonomía y responsabilidad¹⁶⁹.

Atención Primaria de Salud.

Algunos autores consideran que la Atención Primaria es el ámbito pertinente para el desarrollo de actividades comunitarias destinadas a la promoción de la salud¹⁵⁷, persiguiendo favorecer la participación efectiva y concreta de la comunidad en la toma de decisiones que afectan a su salud¹⁷⁰. En España, aún queda pendiente conseguir la necesaria coordinación y cooperación intersectorial y entre administraciones; así como la participación con el objetivo de mejorar la salud y de intervenir sobre necesidades en salud¹⁵⁷. Alma-Ata señaló, en relación a la participación comunitaria, que *“todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la puesta en obra de los servicios de salud que le son destinados”*¹⁴⁹. Existe, por lo tanto, una necesidad técnica de participación en la Atención Primaria de Salud, ya que sus programas no pueden conseguir una alta cobertura ni lograr eficacia sin la plena participación de la colectividad¹⁴⁹. La participación comunitaria en los sistemas sanitarios es un concepto que se desarrolla a partir de las propuestas salubristas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una noción íntimamente vinculada a la promoción de la salud y a la Atención Primaria como instrumentos estratégicos de los sistemas sanitarios¹⁵⁵.

La experiencia del desarrollo de la Atención Primaria en España ha demostrado el importante papel que pueden jugar las organizaciones profesionales más representativas¹⁵⁷. En el campo de la medicina familiar y comunitaria, destaca el papel que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) viene desarrollando desde 1996, al iniciar entonces un proyecto específico para promover activamente el desarrollo de los contenidos comunitarios, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)^{93,157}, que aboga por el desarrollo de la vertiente comunitaria en el sistema sanitario¹⁵³. En el ámbito de la enfermería, este apoyo lo ha realizado la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria en Atención Primaria (FAECAP)¹⁵³.

En el PACAP se partió del convencimiento de que "lo comunitario" ha de formar parte del perfil profesional y de los contenidos de trabajo de la medicina familiar y comunitaria. El propósito del PACAP sigue siendo el de estimular, apoyar y promover las actividades comunitarias en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, así como avanzar en el terreno del conocimiento de los instrumentos y la metodología del trabajo comunitario. Aunque es un programa de la semFYC (y como tal aprobado por su Junta Directiva). Desde el inicio el PACAP ha sido un programa interdisciplinar con amplia participación en sus órganos de

dirección de enfermeras, psicólogas y trabajadoras sociales¹⁶¹, lo que se ha considerado siempre necesario y enriquecedor.

Desde el PACAP se entiende que no hay Atención Primaria sin su necesaria extensión comunitaria¹⁶¹, y que la única manera de lograr un trabajo eficiente y real en salud pasa por la participación de las personas, grupos y comunidades⁹³. La Red de Actividades Comunitarias (RAC) del PACAP^{157,171} recoge algunas de las actividades de intervención y participación comunitarias que se desarrollan en toda España; donde la participación ciudadana en temas de salud es amplia, desde el autocuidado y cuidado familiar a otras intervenciones sociales y políticas¹⁵³.

La promoción de la salud basada en la comunidad enfatiza la prevención y la participación comunitaria con el empoderamiento de las personas para revertir las desigualdades actuales y aumentar el control sobre su salud¹⁶⁹. La denominación de pacientes¹⁶⁴ o personas usuarias¹⁵⁵ supone un planteamiento reduccionista o de clientelismo, respectivamente; no siendo ninguno de estos términos propios de la promoción de la salud, y por ello, en este trabajo, se habla de personas.

La promoción de la salud puede desempeñar un papel importante en los esfuerzos destinados a combatir las desigualdades en salud, no siendo única la aportación de la atención primaria en este sentido, como ya se ha descrito. En el año 2000, la Conferencia de Promoción de la Salud de México¹⁶⁶ consideró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en el desarrollo de los países, asegurando un progreso constante al abordar las inequidades en salud mediante el concepto y las estrategias de promoción de la salud en todos los ámbitos, contando con los recursos existentes. Según Ridde¹⁷², las intervenciones enfocadas en la educación en salud y el sistema sanitario no logran la más ostensible reducción de las desigualdades sociales en salud y aboga para que enfoque de promoción de la salud, más político pueda lograrlo. No obstante, este enfoque es muy reciente y aún no se han conseguido pruebas evidentes de su eficacia.

La promoción de la salud brinda gran apoyo a la democracia local, constituyendo un medio de ayudar a desarrollar comunidades fuertes y unidas. Se debe vigilar que la promoción de la salud no aumente la desigualdad de oportunidades de salud. Algunos programas de promoción de la salud han ayudado a grupos o a personas vulnerables y socialmente aislados

a reinsertarse, a mejorar su autoestima, su motivación y sus habilidades para la vida; en su mayoría, estos programas han mejorado la calidad de vida. La colaboración entre los diferentes sectores sociales, es un punto dinámico de crecimiento de la promoción de la salud. La promoción de la salud es un factor que contribuye a abordar las cuestiones sociales; sin embargo, a menudo, otros colaboradores diferentes al sector sanitario, tendrán que tomar la iniciativa¹⁶⁵. Así, en relación a los sistemas sanitarios, los resultados demuestran el éxito del sector en intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco y a abordar los problemas de abuso del alcohol, siendo menos concluyente en relación con su eficacia en la provisión de programas y mensajes de promoción de la salud. Sin embargo, según reconoce la OMS y en su declaración de Yakarta, el sector sanitario es un colaborador esencial en la creación de condiciones sanitarias adecuadas en la sociedad, otorgándole además un importante papel de liderazgo, para llevar a cabo acciones coordinadas con otros sectores¹⁶⁵.

Se reconoce que la promoción de la salud puede desempeñar un papel llegado el momento de abordar algunas de las crisis sociales de nuestras sociedades. Tiene potencial para contribuir a la reducción de las desigualdades, estando entre sus muchos métodos el empoderamiento de las personas y los grupos comunitarios¹⁶⁵. El empoderamiento de las personas con más difícil situación social, adquiriendo habilidades necesarias para cambiar las estructuras sociales y las desigualdades, y, promoviendo cambios en políticas, se considera prioritario para reducir las desigualdades sociales en la salud. Aunque el modelo se ha centrado, hasta ahora por necesidad, en temas relacionados con el tabaco, las habilidades y capacidades desarrolladas son transferibles a otros temas que afectan a las comunidades e impiden que sus residentes sean saludables¹⁷³.

Actualmente se mantiene que la orientación comunitaria de la promoción de la salud es la estrategia fundamental para conseguir cambios poblacionales en salud y en los comportamientos de riesgo^{168,174}. Este enfoque centrado en la comunidad se ha desarrollado progresivamente durante las últimas décadas, y ha supuesto un claro desplazamiento del énfasis desde el individuo hacia las influencias sociales y ambientales, como reflejan los modelos ecológicos de salud^{168,174}.

En España, desde la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud¹⁷⁵ pasando por el nivel regional y el local, la equidad en salud se considera una línea estratégica. En el caso de la Comunidad Madrid, el Plan de Promoción de la Salud

y Prevención (2011-2013)⁵³ del Servicio Madrileño de Salud (Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención) a través de la línea “Promoción de la Salud en Colectivos Vulnerables” desarrolla este planteamiento, promoviendo, entre otros, la elaboración de mapas de riesgo de la vulnerabilidad, programas de promoción de la salud en colectivos vulnerables de población inmigrante, en personas mayores frágiles, en colectivos en situación de exclusión social extrema y en situación o en riesgo de exclusión social. Y en el ámbito local, el Ayuntamiento de Madrid, a través de su organismo autónomo Madrid Salud, y de la Estrategia Gente Saludable 2010-2015¹⁷⁶ incorporó la mirada de equidad en todas sus intervenciones, a través de un programa específico, transversal, de Desigualdades Sociales en Salud.

El Mapa como herramienta. El Mapa como proceso.

Al hablar de mapas se considera pertinente comentar la distinción entre el mapa como herramientas y como proceso, al cambiar sustancialmente el enfoque y objeto de los procesos en los que se enmarca su realización.

El análisis de las situaciones de desventaja presentes en una ciudad, se facilita mucho si se representan los índices en un mapa⁴⁰. De esta manera, en la Comunidad de Madrid, en relación a la salud, se ha implementado la elaboración de mapas de riesgos de la vulnerabilidad, entendiéndose que la elaboración del mapa es un proceso, un instrumento, no un fin en sí misma, ya que el propósito es orientar y facilitar las acciones y pasos a seguir para la identificación de situaciones de vulnerabilidad y la toma de decisiones a la hora de priorizar intervenciones coordinadas e intersectoriales⁵⁴. Las autoras⁵⁴ explican así que el Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad es una representación espacial del territorio en la que se identifican y ubican problemáticas relacionadas con:

- Marginación y exclusión: asentamientos marginales o zonas de chabolismo, zonas de realojo, núcleos de delincuencia, drogadicción, prostitución, etc.
- Grupos que viven en condiciones sociales de vulnerabilidad (parados de larga duración, cuidadores con escasez de redes sociales, ancianos frágiles, población inmigrante en condiciones de precariedad) y exclusión (personas sin hogar y otros grupos que carezcan de ingresos, con dificultad de acceso a los recursos, con aislamiento social, marginación e invisibilidad).

- Núcleos o puntos donde se concentran problemas urbanos o medio-ambientales: ruido, contaminación atmosférica o acústica, infraviviendas, accidentabilidad, vertederos, zonas aisladas y mal comunicadas, etc.

Para ofrecer mayor visibilidad a los problemas detectados se considera oportuno representar diferentes capas o planos en el mapa. Al superponer unas capas y otras se observa con mayor evidencia los puntos, situaciones, colectivos o áreas más problemáticas y los recursos con los que se cuenta para su abordaje⁵⁴.

El mapa debe ser un instrumento dinámico e interactivo. A partir de información procedente de fuentes de datos primarias de tipo socio-demográfico, sanitario y social, se complementará con datos provenientes de fuentes secundarias de información y del trabajo que desarrolle el equipo para recopilar información subjetiva a partir de la observación y de las entrevistas a informantes clave de la comunidad, conocedores de la problemática de la zona. El Mapa de Riesgo de la Vulnerabilidad ha de ser actualizado con cierta periodicidad y ha de ser lo suficientemente sencillo como para ofrecer una información ágil, fácil de entender y evidente a primera vista⁵⁴. Es, por tanto, un instrumento de interés para las instituciones encargadas de velar por la salud; específicamente para los agentes socio-sanitarios y la comunidad de la zona geográfica en particular.

El modelo de mapas de activos en salud es una metodología de intervención comunitaria, de más reciente incorporación, y que se desarrolla en diversos barrios y distritos de la ciudad de Madrid. Actualmente, se impulsa desde centros de salud de la Comunidad de Madrid¹⁷⁷ y desde los centros municipales de promoción de la salud^{178,179}.

Estos proyectos de mapeo se consideran complementarios pues permiten integrar, tanto la visión de déficits, más en relación a los mapas de riesgos de la vulnerabilidad, como la de activos, desde los mapas de activos en salud. Se valoran así estas experiencias como ejemplos de intervenciones de promoción de la salud con orientación comunitaria.

El papel municipal en la salud.

Para tomar medidas contra las inequidades en materia de salud urbana es preciso involucrar a las comunidades organizadas y a todos los niveles de gobierno (local, provincial y nacional). Las soluciones trascienden, por lo general, del sector sanitario y requieren la participación de

diversos sectores del gobierno y de la sociedad⁴¹. Anteriormente, se ha explicado el impacto en salud y en las desigualdades en salud que las políticas no sanitarias tienen, de ahí que la colaboración entre sectores para la actuación sobre determinantes sociales y de entorno sea crucial, denominándose “Salud y Equidad en todas las políticas”⁴³. Para llevar a cabo estas políticas son necesarias las comisiones y acciones intersectoriales⁴³.

Los gobiernos y dirigentes locales pueden y deben desempeñar un papel clave en la promoción de la equidad en materia de salud urbana⁴¹. Muchas de las recomendaciones propuestas para reducir las desigualdades en salud son competencia de la administración local. Las actuaciones del gobierno municipal tienen un claro impacto sobre la salud y las desigualdades, al decidir y actuar sobre factores determinantes, gestionando a su vez servicios y desarrollando normativas que pueden promover el empoderamiento y la participación de la ciudadanía⁴³.

Las actividades a nivel local que facilitan la participación activa de la ciudadanía en la planificación y el desarrollo de intervenciones favorecen la equidad en salud, asegurando que contemple los diferentes puntos de vista de las diversas personas y grupos interesados, especialmente de las asociaciones con diferentes culturas y prácticas organizativas⁴³. Cada grupo y comunidad tiene su punto de vista propio, por lo que resulta necesario que se escuche y tome parte activamente de las intervenciones.

La proximidad de la administración local a la ciudadanía y a sus organizaciones le facilita tener un conocimiento más inmediato y real de su problemática, y le posibilita una mayor rapidez en la toma de decisiones y en la aplicación de medidas; lo que comporta un tipo diferente de liderazgo de la administración local, así como una forma diferente de prestar los servicios desde la intersectorialidad y contando con la participación de los agentes sociales¹⁸⁰.

En las ciudades, en concreto tras la época industrial, se precisan intervenciones integradas por las desproporciones existentes entre el tipo de desigualdad y de exclusión social con solapamientos de carencias y déficits³⁹. Las políticas y actuaciones en los distritos y barrios con enfoque de equidad, innovadoras y flexibles, a largo plazo, con medidas preventivas e intersectoriales, se presentan como prometedoras, trabajando hacia relaciones de cooperación entre agentes y de mayor participación ciudadana⁴⁰.

Un área urbana vulnerable no es un barrio desfavorecido. El abordaje global de la actuación en la ciudad, la política urbana, permite aliviar la presión sobre los grupos vulnerables y reducir la generación futura de nuevos barrios desfavorecidos, mientras se realizan actuaciones compensatorias de recuperación para las áreas vulnerables actuales. Los problemas de los barrios desfavorecidos no se pueden resolver actuando únicamente sobre ellos mismos, como ya se ha comentado, ya que la vulnerabilidad es un problema multidimensional, que requiere de actuaciones integradas y no sólo coordinadas⁴⁰. Sin embargo también es necesario realizar medidas específicas en estos barrios, para mejorar la calidad de vida y facilitar oportunidades a la población que actualmente vive en situaciones desfavorecidas⁴⁰. Las políticas que se van instrumentando en los barrios “problema” sólo logran resolver transitoriamente, en la mayoría de las ocasiones, algunas cuestiones sectoriales⁴⁰.

Las dificultades y problemas de las ciudades y de las áreas vulnerables están influidos por políticas de todas las administraciones, por lo que se necesita la convergencia de políticas de todas ellas para superar las situaciones de vulnerabilidad de la población residente en los barrios⁴⁰. Las características de los barrios que deben tener en cuenta la política específica en las ciudades españolas son⁴⁰:

- La migración de población de las zonas rurales a las ciudades, pues conllevó un desplazamiento de problemas, debidos entre otros factores a la deficiente vivienda y equipamiento de las zonas de llegada.
- La precariedad económica y de los mercados laborales. En algunos casos, son situaciones de barrio y colectivas.
- La debilidad del tejido asociativo.
- La población residente en barrios desfavorecidos tiene escasas posibilidades de movilidad social y de barrio de residencia.

En relación a la vulnerabilidad de Madrid, cabe señalar el esfuerzo que se realizó en el sur del municipio con la aprobación, en 1991, por unanimidad, por la Asamblea de Madrid, de un *Plan Integral de Desarrollo Social y Lucha contra la Marginación*, extensivo sobre ocho distritos⁴⁰. El Plan se desarrolló a través de políticas horizontales y buscando el fortalecimiento del tejido asociativo⁴⁰. Sin embargo, en 1997 se percibieron escasas actuaciones públicas y se constituyó la Plataforma por la Dignidad del Sur, que agrupaba organizaciones ciudadanas y respaldada

por la Federación regional de Asociaciones Vecinales, y se celebró una importante manifestación reivindicativa en Villaverde⁴⁰.

En la línea de intervención urbana para reducir desigualdades sociales en salud a través de la acción comunitaria y teniendo como unidad de intervención los barrios, se señala al experiencia del Programa “Salud en los Barrios” de Cataluña. Algunos de los barrios objeto de la Ley de Barrios de Cataluña, y, en concreto, en la ciudad de Barcelona, gracias al impulso del Ayuntamiento de la Ciudad, desarrollan el Programa “Salud en los Barrios”¹⁸¹, desde 2008, y que tiene con el objetivo de introducir la salud como uno de los principales elementos para la mejora de las condiciones de vida y del bienestar de las personas y reducir las desigualdades sociales en salud de la población de estos barrios respecto a la salud de toda la población¹⁸².

Proyecto Ciudades Saludables

Una ciudad saludable es aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades¹⁸³. Cualquier ciudad puede comprometerse con la salud¹⁸⁰, otorgándola prioridad en sus actuaciones¹⁸⁴ y crear una circunscripción de apoyo a la salud pública de ámbito local¹⁸³. La Red Española de Ciudades Saludables (RECS) es una asociación existente desde 1988, con el objetivo de mejorar el bienestar y el medio ambiente físico, mental y social de la ciudadanía. Se trata de un proceso continuo y activo que surgió dentro de la iniciativa internacional de la Organización Mundial de la Salud, en la Federación Española de Municipios y Provincias, y que actualmente engloba a 149 ciudades asociadas¹⁸⁴.

El Proyecto “Ciudades Saludables” es una de las manifestaciones más visibles e importantes de la aplicación del enfoque de promoción de la salud en la práctica real de la salud pública, fomentando la equidad¹⁸⁰. El Proyecto, a través de los planes municipales de salud, facilita una nueva forma de trabajar basada en la cooperación intersectorial y la participación ciudadana¹⁸⁰. Como retos, presenta el avance en la incorporación de la salud y la equidad en la agenda política, con mayor participación ciudadana¹⁸⁰.

En la edición de la Escola de Salut Pública de Menorca de 2016, tuvo lugar el “*Encuentro de Salud Urbana: del conocimiento científico a las políticas públicas*” de la RECS, con la equidad en salud

como protagonista, que fue coordinado por Hernández Aguado y Segura del Pozo¹⁸⁵. La necesidad de la mirada de equidad en todas las políticas, incluyendo a la población con vulnerabilidad, discapacidad o en situaciones de exclusión en la cobertura de necesidades básicas, fue una de las conclusiones del Encuentro. La materialización de esa forma de posicionamiento, se concretó en promover la salud respetando la diferencia, ajustar los programas educativos a la realidad, la necesidad de incorporar profesionales de la medicación inter cultural, así como promover la formación de profesionales de educación social en integración, favorecer agrupaciones de personas de diferentes orígenes, y llevar a cabo actividades de conocimiento de diferentes nacionalidades a nivel extraescolar. En cuanto al ámbito local, se consideró adecuado potenciarlo, mejorando la coordinación y eficacia en la gestión con las comunidades autónomas, retornando el modelo de Atención Primaria de Salud en su parte comunitaria al ámbito local, y el fortalecimiento de la participación de la ciudadanía. También se valoró adecuado, a través de un plan de barrio, urbanizar con espacios verdes y sin barreras, promoviendo redes y facilitando la participación y el sentimiento de pertenencia de la ciudadanía.

Centros Municipales de Promoción de la Salud

La vinculación entre salud y municipio tiene en España un fuerte arraigo histórico en el campo de los esfuerzos sociales por mejorar la salud de la ciudadanía, siendo de este ámbito buena parte de las iniciativas de salud pública aportadas por salubristas en el siglo XIX. La llegada de los ayuntamientos democráticos (1979) marcó un punto de inflexión, sobre todo en los grandes municipios, con la creación, a lo largo de la década de 1980, de nuevos servicios municipales de salud que intentaron cubrir los huecos del sistema sanitario, con la salud comunitaria, la atención primaria de salud y la promoción de la salud como fuentes ideológicas¹⁸⁰.

Destaca en nuestro contexto, el anuncio en 1980 de la creación de los primeros Centros de Promoción de la Salud (CPS) del Ayuntamiento de Madrid. Estos centros centraron su tarea en la prevención de la enfermedad, llevando a cabo el diseño y la realización de programas de salud en relación a la planificación familiar, salud materno-infantil, escolar y mental... Al ser equipos multidisciplinares, que realizaban actividades comunitarias, grupales e individuales, inspirados en el modelo de Atención Primaria de Alma Ata, fueron referencia para los futuros equipos de atención primaria de la red regional del sistema sanitario.

Poco tiempo después, con el impulso de la OMS en relación a la promoción de la salud y por el proyecto “Ciudades Saludables”, la sanidad municipal adquirió un valor privilegiado. Unos años más tarde, la red municipal cambió de enfoque hacia lo clínico y centrado en lo biológico, en el caso de la ciudad de Madrid, o desapareció como ha sido el caso de otros municipios. Esta evolución contribuyó a dar la impresión de que los recursos municipales de salud no influían en la salud de la población residente¹⁸⁶.

Madrid Salud, Organismo Autónomo del Ayuntamiento de Madrid desde 2005, tiene como finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias. Su objetivo es hacer de Madrid una ciudad cada vez más saludable, promoviendo la salud en un sentido amplio y poniendo el acento en la prevención de enfermedades, a través de la atención integral a las personas con adicciones y la promoción de hábitos saludables¹⁸⁷.

En el año 2008, el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental de Madrid Salud inició un proceso de reorientación comunitaria de los centros municipales de salud (Centros Madrid Salud: CMS)¹⁸⁶ y, con ello, de los servicios prestados a la ciudadanía¹⁷⁶. La reorientación buscaba profundizar en acciones de promoción de la salud, prevención poblacional y salud ambiental, en detrimento de las de carácter más clínico-asistencial, basadas en revisiones médicas individuales a demanda; reforzando las actividades grupales, comunitarias y de asesoría, que se realizarán de manera compaginada con las consultas y atenciones individuales¹⁸⁸, con un trabajo a nivel de distrito o distritos, ya que no hay un CMS en cada uno. En la actualidad, los CMS son centros especializados en promoción de la salud y salud comunitaria.

Estrategia Gente Saludable 2010-2015 (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid)

En mayo de 2010, después de un proceso de trabajo en el que se establecieron las líneas estratégicas de reorientación y el marco programático y organizativo del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental, quedó definido el Plan de Intervención de Prevención y Promoción de la Salud de los Centros Madrid Salud. El núcleo central de este Plan era el conjunto de programas marco de prevención y promoción de la salud, así como el conjunto de proyectos específicos de Centro. El Plan, fue rebautizado posteriormente como “Estrategia Gente Saludable” (EGS), y se ha desarrollado entre los años 2010 y 2015 en la red distrital de Centros Madrid Salud.

La Estrategia tenía como claves¹⁷⁶:

1. La salud en todas las políticas municipales.
2. La combinación de estrategias de alto riesgo con estrategias poblacionales.
3. La equidad en salud, actuando desde el enfoque de universalismo proporcional.
4. La consideración del territorio (distrito y barrio) como la unidad de análisis e intervención en proyectos de salud comunitaria, que se pongan en marcha a través de la red de Centros Madrid Salud.
5. El establecimiento de alianzas con socios claves y el valor del trabajo intersectorial.
6. La documentación (sistema de información) y evaluación de todas las acciones.
7. La participación ciudadana en los proyectos, incorporando continuamente a los mismos las demandas y necesidades expresadas por la población, y comunicando a la misma sus resultados.

Tras el análisis de los múltiples problemas de salud presentes en la sociedad madrileña, como de los recursos y la capacidad de cobertura poblacional del Servicio, se identificaron unos problemas de salud que serían de intervención prioritaria, a los que se daría respuesta a través de los Programas Marco. Los Programas Marco abordan los problemas de salud comunes a todos los distritos y prioritarios en la población madrileña, que fueron.

1. Alimentación, actividad física y salud. (ALAS)
2. Salud Sexual y Reproductiva. (SSyR)
3. Prevención y Promoción de la Salud en el Ámbito Educativo.
4. Envejecimiento Activo y Saludable.
5. Salud Materno-Infantil.
6. Prevención y Control del Tabaquismo.
7. Prevención y Promoción de Salud Mental o Psicohigiene.
8. Desigualdades Sociales en Salud.
9. Entorno Urbano y Salud.

Programa de Desigualdades Sociales en Salud

Dentro de los Programas Marco de la Estrategia Gente Saludable, en concreto, dado el objetivo de este trabajo, se hace especial hincapié en el Programa de Desigualdades Sociales en Salud que tiene como objetivo general contribuir a disminuir la brecha de las desigualdades sociales en salud en la ciudad de Madrid¹⁸⁹.

Los objetivos específicos del Programa han sido:

1. Incluir el enfoque de las desigualdades sociales en salud en la definición de objetivos y en la población diana de los programas.
2. Atender preferentemente a grupos y barrios con más necesidades en salud, la población más vulnerable, sin dejar de atender a población general (*Universalismo Proporcional*).
3. Establecer alianzas para priorizar la intervención sobre población y/o territorios con mayor vulnerabilidad en salud.
4. Contribuir en la identificación y en la eliminación de las barreras de acceso a los programas y servicios.
5. Contribuir a la adaptación social, cultural y funcional de las intervenciones llevadas cabo en los diferentes programas y en las actividades individuales, grupales y comunitarias.
6. Contribuir al aumento en conocimientos sobre las desigualdades sociales en salud en la ciudad de Madrid, mediante la investigación y la difusión de la información.

Los principios rectores del Programa de Desigualdades Sociales en Salud fueron: la discriminación positiva, la transversalidad (promocionar, vigilar y apoyar para que la perspectiva de las desigualdades sociales en salud esté presente de forma transversal en todos los Programas, proyectos y actividades de la red de CMS), el establecimiento de alianzas y proyectos comunes con las instituciones y redes sociales que trabajan con esta perspectiva, así como proporcionar espacios y canales para que la ciudadanía participe en la definición de prioridades y el seguimiento de las mismas, así como para que aumenten sus capacidades y autonomía en el abordaje de sus problemas de salud¹⁸⁹, haciendo especial hincapié en aquellas personas y colectivos que habitualmente no participan y sufren situaciones de exclusión y vulnerabilidad.

Con el fin de poder enfocar las intervenciones a los territorios más vulnerables de la ciudad, Madrid Salud realizó la determinación de zonas de atención o intervención prioritaria (ZIP)¹⁹⁰ para los equipos de CMS, a partir de criterios de vulnerabilidad de la población residente, agregados en secciones censales. Para ello, seleccionaron las secciones dentro de cada distrito, en las que residir en ellas se pudiera considerar como un factor adicional de riesgo para la salud, por su situación socioeconómica (según nivel de estudios de la población, con los datos del padrón municipal de habitantes de 2012, cuando la proporción de personas de 30 a 64

años con grado educativo superior al secundario sea inferior al 13,85%) o por un exceso de mortalidad general por todas las causas, según los datos del estudio MEDEA II⁵⁷, que establece esa sobremortalidad en relación a la de la Comunidad de Madrid de 2001/2007.

Para poder llevar a cabo los objetivos del programa, se incorporó en mayo de 2012 el uso de variables sociales individuales y contextuales en los sistemas de información³⁵ y de citación del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Se puso en marcha un sistema de citación ante demanda que asigna un nivel de prioridad, según la edad, Zona de residencia (ZIP), Servicio que solicita y Tipo de captación.

Se desarrolló un protocolo, incluido en la historia clínica electrónica, que recoge información individual de variables socioeconómicas como son el nivel de estudios, situación laboral, país de nacimiento y estado civil. Este protocolo lleva el nombre de filiación complementaria y se rellena una sola vez para cada persona, lo rellena el primer o la primera profesional que atiende a la persona en consulta. Las variables clave de la ficha deben ser recogidas obligatoriamente, ya que el sistema impide abrir cualquier otro protocolo si esas variables no están cumplimentadas, excepto en personas usuarias del subprograma de atención al niño o a la niña en situación de riesgo social, en el que se rellena el protocolo socio-sanitario de dicho subprograma. Este protocolo permite realizar abordajes contextuales a nivel individual, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, además de conocer el perfil socioeconómico de la población atendida en CMS a nivel individual, para evaluar y planificar las intervenciones que buscan atender prioritariamente a las personas con mayores necesidades en salud.

Los CMS llevan a cabo intervenciones con colectivos en situación de vulnerabilidad pero no queda registrado al no recoger el registro grupal y comunitario detalles en cuanto a la vulnerabilidad del colectivo/grupo sobre el que se interviene, ni se registra individualmente el perfil de las personas participantes en este tipo de actividades. Se conocen estas intervenciones a través de la puesta en común de experiencias de los diversos CMS que el Servicio realiza entorno a “Seminarios de Intercambio de Experiencias”, de comunicaciones a congresos y jornadas y así como por la trayectoria histórica de estos Centros y personal de los mismos¹⁸⁸.

Se han establecido alianzas con otras áreas municipales que se consideran estratégicas, por tener objetivo común y estar cercanas a poblaciones vulnerables, como son los Servicios Sociales; firmándose en mayo de 2011 el Convenio General de Colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Organismo Autónomo Madrid Salud para la realización de actuaciones conjuntas en materia de prevención y promoción de la salud.

Además, desde el Servicio se ha fomentado la formación en relación a las desigualdades sociales en salud a profesionales del mismo, impartiendo desde 2011 y hasta 2015 un total de 3 ediciones, de 31 horas de duración cada una, con una asistencia total de 60 profesionales; así como 5 ediciones de un curso de trabajo comunitario de 21 horas considerado como primer nivel y 3 ediciones de uno de segundo nivel de también 21 horas de duración, con la participación de 20 profesionales de la Subdirección por curso y edición.

Desde Octubre de 2015, el Programa cuenta con un grupo de trabajo interdisciplinar, compuesto por profesionales de diversos CMS que se reúnen mensualmente con el fin de impulsarlo, desarrollar su contenido y evaluarlo.

CMS Villaverde

El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud gestionaba la red de 16 Centros Madrid Salud (CMS) que daban cobertura a los 21 distritos de Madrid. La red de CMS es una red de centros de salud pública y comunitaria, cuyos objetivos y actuaciones estaban definidos por la especificidad de la población y el territorio de los distritos y barrios de la ciudad de Madrid. Las acciones de los CMS se apoyaban y se complementaban desde los centros monográficos y las unidades de apoyo del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental¹⁷⁶.

En los primeros años de desarrollo de la Estrategia, se apostó por la apertura de un Centro en el distrito de Villaverde, CMS Villaverde. Las obras de construcción del CMS de Villaverde finalizaron en 2010 y fue inaugurado el 28 de marzo de 2011. El CMS Usera realizaba previamente la cobertura de las necesidades de la población del distrito de Villaverde hasta este momento. Se trata de un Centro arquitectónicamente gemelo al CMS San Blas y al CMS Usera. Este Centro se inauguró con un equipo de once profesionales altamente motivado e implicado, que se trasladaron voluntariamente desde otros ámbitos de trabajo de Madrid Salud o de nueva incorporación.

El Centro no tenía historia previa, y se inauguró con la cartera de Servicios de la Estrategia Gente Saludable. La estratégica ubicación de este Centro dentro del territorio del distrito de Villaverde, resultando céntrica a nivel distrital, y valorando como ventaja importante la facilidad de acceso para todos los vecinos y vecinas del distrito, a través de los diferentes medios de transporte ha sido una de sus fortalezas.

El CMS Villaverde se ha implementado en el distrito de Villaverde, incorporándose a las redes de trabajo intersectorial y comunitario existentes, estableciendo alianzas con las y los agentes y recursos del mismo, fomentando la participación ciudadana en salud. Así, ha podido realizar el desarrollo programático de la Estrategia Gente Saludable, siguiendo los programas marco del Servicio¹⁹¹, mediante intervenciones comunitarias, grupales e individuales¹⁸⁸. La Figura 7 muestra al Equipo en el año 2015.

Figura 7 Equipo de profesionales del CMS Villaverde. Año 2015.



Distrito de Villaverde

El Distrito de Villaverde corresponde al ámbito geográfico de este estudio y en concreto al número diecisiete, según la ordenación municipal, del total de los veintiuno que integran la ciudad¹⁹². Seguidamente, expondremos algunas consideraciones relativas a su situación, historia, organización, vivienda y población, recursos, vulnerabilidad subjetiva y su situación de salud.

Historia.

Villaverde debe su nombre a la Ermita “*Santiago el Verde*”¹⁹³, próxima a los arroyos Butaque y Horcajo, que, con su cauce oeste-este, motivaban la imagen de fertilidad de los terrenos.

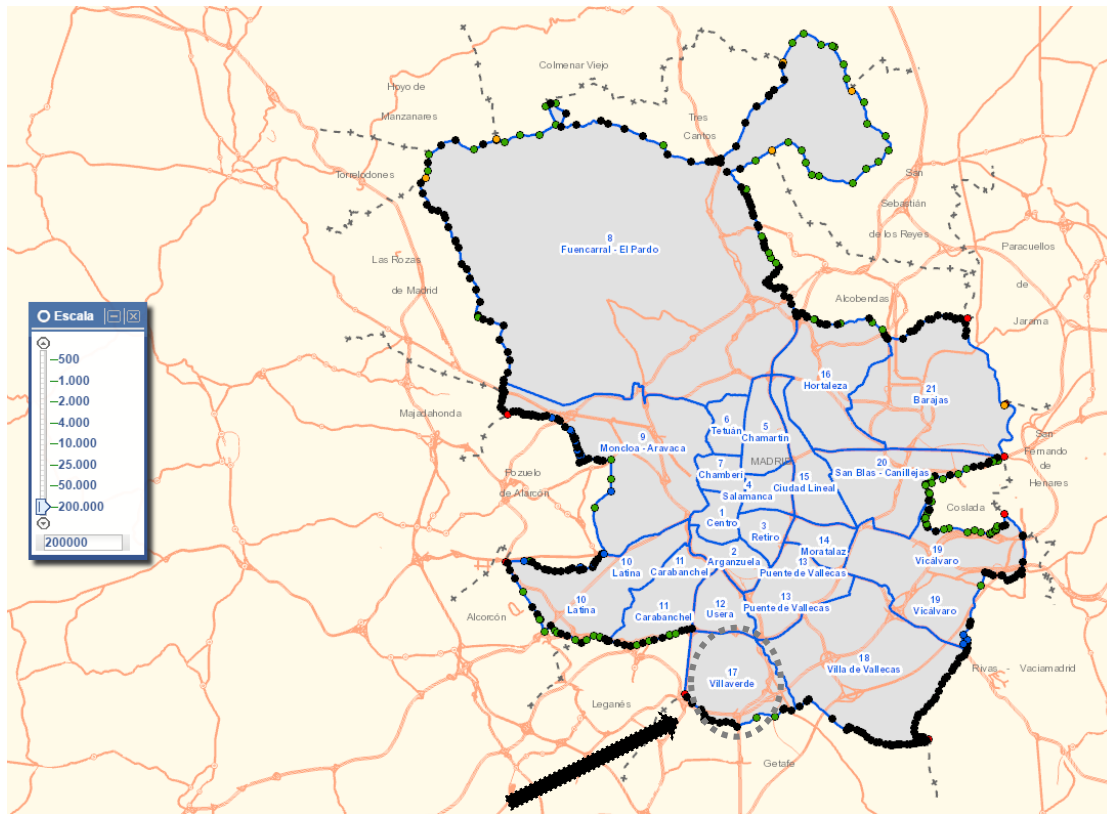
Alfonso VI, tras conquistar Madrid, donó como recompensa a los caballeros de la Orden de Santiago, que le habían ayudado en las batallas, unas tierras conocidas como Vado de Santiago el Verde, que servían de acceso a la citada Ermita. Por tanto, los primeros asentamientos en esta zona de los que hay testimonios documentales datan del año 1083^{192,193}.

Más tarde, en el fuero de 1222 de Fernando III el Santo, Villaverde aparecía reconocido como una de las circunscripciones de las aldeas de Madrid¹⁹². A partir de 1413, es considerado como pueblo¹⁹², y es el rey Felipe V, en 1712, el que le concede el título de Villa¹⁹³.

Villaverde es, en 1954, el último de los pueblos que se anexionan a Madrid, inicialmente incorporándose al distrito de Arganzuela¹⁹³, que pasa a denominarse Arganzuela-Villaverde. Posteriormente, en 1971, Villaverde se separa de Arganzuela, dividiéndose simultáneamente en dos núcleos, uno de los cuales se une al distrito de Usera y el otro al de Mediodía¹⁹². Unos años más adelante, en 1988, se vuelven a unir los dos núcleos, configurando el distrito como en la actualidad¹⁹⁴.

Ubicación, elementos estructurales y límites. Organización Territorial.

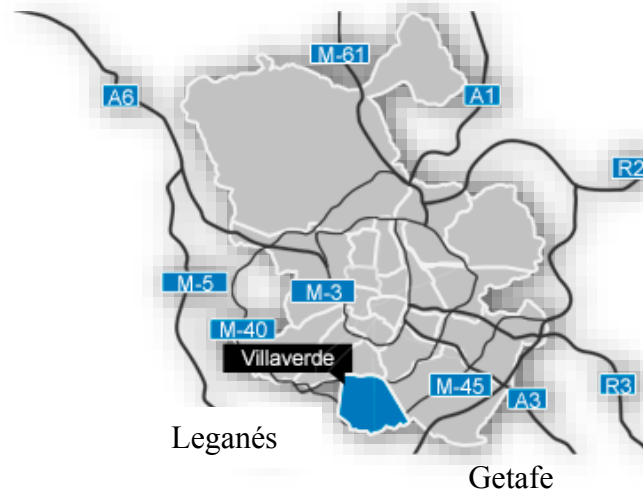
Villaverde es un distrito del Sur de la Ciudad de Madrid, a 7 km. de la Puerta del Sol¹⁹², y centrado respecto al Área Metropolitana, como se observa en la Figura 8.

Figura 8 Distritos de la ciudad de Madrid y municipios limítrofes¹⁹⁵.

La descripción más detallada y completa del distrito la recoge Adán¹⁹⁴, sin embargo se estima que, para esta investigación, el distrito queda suficientemente bien definido por el siguiente perímetro: al norte, Villaverde linda con el Distrito de Usera, quedando separados por la circunvalación M-40; al este, con el Distrito de Villa de Vallecas, con el río Manzanares como frontera natural de los mismos; al sur, con el término municipal de Getafe por el vía de circunvalación M-45 y al oeste por la autovía A-42 a Toledo con el término municipal de Leganés. Los límites del distrito, así como su ubicación respecto a la ciudad de Madrid se pueden ver en la Figura 9.

La superficie de Villaverde es de 20,29 km², por lo que se encuentra entre los distritos pequeños, que conforman la almendra central de Madrid (interior a la circunvalación M-30), y los grandes periféricos, como Vallecas y Barajas¹⁹⁴; siendo su extensión inferior al valor medio del total de los 21 distritos, que es de 28,65 km².

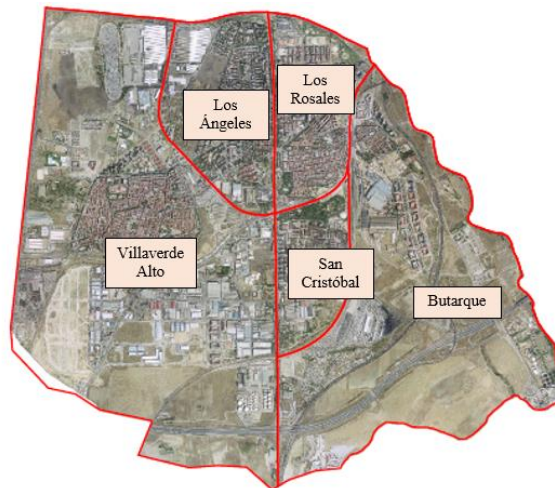
Figura 9 Ubicación y límites del distrito de Villaverde¹⁹⁶ (modificado)



Organización territorial de Villaverde.

Villaverde, ente con identidad propia, se estructura en cinco barrios: Los Ángeles, San Andrés, Los Rosales, San Cristóbal y Butarque. Hace dos años, San Andrés pasó a denominarse Villaverde Alto, al aceptar el Pleno del 3 de Diciembre de 2015 la proposición presentada por la Asociación Vecinal La Incolora¹⁹⁷. (Figura 10).

Figura 10 División por barrios del distrito Villaverde¹⁹⁸ modificado.



La localización geográfica y los diversos desarrollos urbanísticos han tenido un sentido estructurante, o con importante significación, en el distrito de Villaverde. La red de comunicaciones ha sido determinante, al constituir barreras entre sus actuales barrios. Cada barrio tiene su propia identidad¹⁹⁹.

Los límites de los barrios son los siguientes:

- Villaverde Alto: Al norte, el distrito de Usera, por la vía de circunvalación M-4 este; el barrio de Los Ángeles, por vías de ferrocarril (línea auxiliar de la Industria) y los barrios de San Cristóbal y Butarque, por la avenida de Andalucía; al sur, por la vía de circunvalación M-45 con el término municipal de Getafe, y al oeste, por la autovía de Toledo (A-42, avenida Princesa Juana de Austria) con el término municipal de Leganés.
- San Cristóbal: Al norte, el barrio de Los Rosales, por vías de ferrocarril (línea Madrid-Badajoz), al este y al sur con el barrio de Butarque por las vías de ferrocarril (línea Madrid-Alicante) y la Gran Vía de Villaverde, según la altura que se considere, y al oeste, el barrio de Villaverde Alto por la avenida de Andalucía.
- Butarque: Al norte, las vías de ferrocarril (línea Madrid-Alicante); al este, el distrito de Villa de Vallecas por el río Manzanares; al sur el término municipal de Getafe por la M-45 y al oeste, el barrio de Villaverde Alto, por la avenida de Andalucía, y los barrios de San Cristóbal y Los Rosales por las vías de ferrocarril (línea Madrid-Alicante).
- Los Rosales: Al norte, la vía de circunvalación M-40 es la división con el distrito de Usera; al este, las vías de ferrocarril (línea Madrid-Alicante) separa este barrio de Butarque; al sur, el barrio de San Cristóbal por las vías de ferrocarril (línea Madrid-Badajoz) y al oeste, el barrio de Los Ángeles por la Avenida de Andalucía.
- Los Ángeles: Al norte, el distrito de Usera por la vía de circunvalación M-40; al este, el barrio de Los Rosales, por la avenida de Andalucía; al sur y al oeste, el barrio de Villaverde Alto, por vías de ferrocarril (línea auxiliar de la Industria).

Se remarca así la importancia que el ferrocarril ha tenido y tiene en el distrito de Villaverde.

A continuación se exponen algunas características de la evolución de cada barrio:

Villaverde Alto, es el barrio que engloba el antiguo núcleo histórico, con calles estrechas, y pequeños comercios¹⁹³. También es actualmente el centro administrativo del distrito, donde se ubica, entre otras, la Junta Municipal. Tiene dos calzadas fundamentales de circulación hacia el centro de la capital, calle Alcocer y Gran Vía de Villaverde.

San Cristóbal, como siempre en su historia, se encuentra aislado, al tener una forma de rectángulo limitado al norte y este por el ferrocarril; al sur por el antiguo Parque de Automovilismo del Ejército de Tierra y al oeste por la antigua carretera de Andalucía (N-IV), actualmente avenida de Andalucía²⁰⁰. Destaca en San Cristóbal la presencia de la chimenea

de la antigua fábrica de cerámicas Norah¹⁹², como elemento emblemático y de referencia del barrio, siendo actualmente el apoyo de nidos de cigüeñas.

Butarque, debe su nombre al arroyo del mismo nombre que circula por su territorio. Es el más recientemente construido gracias al boom de edificaciones que se produjo en la década de los años sesenta¹⁹³.

Los Rosales, es el barrio en el que se incorporó el antiguo núcleo central de Villaverde Bajo, junto a las modernas colonias de Oroquieta y, la más reciente, de El Espinillo¹⁹³.

Los Ángeles, conocido popularmente como Ciudad de los Ángeles, es un barrio construido entre 1950 y 1970, con viviendas sociales proyectadas y uno de los mejor dotados de infraestructuras de transporte y sanitarias. También cuenta con la denominada “La N@ve”, antigua sede de la fábrica Boetticher-Navarro, y ahora centro de inspiración, educación e innovación abierta con el que la Ciudad de Madrid pretende transformar el futuro económico y social de la ciudadanía²⁰¹.

Factores determinantes de salud y la percepción de la población.

Vivienda y Población

Villaverde se configuró como distrito periférico de la ciudad de Madrid, no sólo por su situación geográfica relativa, sino por sus relaciones de dependencia y asunción de funciones dentro del sistema productivo¹⁹⁹.

Tradicionalmente, desempeñaba un papel agrícola¹⁹³, sus pobladores se dedicaban a la elaboración de pan que vendían para la ciudad¹⁹⁴ y, aprovechando las excelentes arcillas de su territorio, también a la fabricación de tejas^{192,193}.

El lugar donde está asentado Villaverde, servía de paso en los desplazamientos reales a Aranjuez, en los siglos XVIII y XIX. Por ello, sus habitantes también realizaban tareas en posadas y puestos relacionados¹⁹³.

La inauguración en el distrito de la estación de tren, en 1848, supuso dotarle de diversas e insospechadas posibilidades (se trataba de la línea Madrid-Aranjuez¹⁹³, germen de la actual Madrid- Alicante¹⁹²), así como de empleos puesto que se emplazaron en la zona talleres que se encargaron fundamentalmente para el material fijo ferroviario. El pensamiento del tren

aparece a sus vivencias de distinta índole, en la mente colectiva de la población residente en el distrito, de generación a generación²⁰².

El enclave geográfico de Villaverde y las estaciones del tren atrajeron la atención de nuevos promotores industriales y el consiguiente lanzamiento del sector secundario. De este modo, después de la Guerra Civil, comenzaron a asentarse industrias complementarias del ferrocarril y otras de diversa tipología (metalúrgicas más frecuentemente)¹⁹⁹, como la fábrica de Cerámicas La Norah, Barreiros que se transformará en Chrysler y posteriormente en Centro de Madrid de PSA Peugeot Citroën, así como Transportes Ferroviarios Españoles (Tafesa)²⁰³, Boetticher-Navarro (conocido se edificio como Nave Torroja, o La Catedral por sus dimensiones e interior impactante²⁰⁴).

Por este motivo, de forma paralela, los alrededores de las ciudades acogieron a las personas que emigraron desde la zona rural buscando una mínima esperanza de futuro. Estos asentamientos generaron barriadas populares y suburbios.

El distrito precisó de gran reconstrucción por el organismo competente de la Dirección General de Regiones Devastadas tras el conflicto bélico antes señalado¹⁹⁹, y la creación de viviendas para albergar y atender las necesidades de los trabajadores de las industrias. Viviendas por doquier surgieron inicialmente, de forma espontánea y sin regulación, casi atropelladamente y en riada, construidas por la noche y a hurtadillas, por los propios futuros habitantes. Posteriormente, se constituyeron los Poblados de Absorción con la misma clase de obra que en las etapas reseñadas anteriores; después, los Poblados Dirigidos, evolución cuasi natural de los anteriores, con los que diferían en que, en los últimos, la edificación estaba orientada por arquitectos oficiales. Otra figura de construcción de este periodo, planificadas y contratadas por el Estado, eran las Unidades Vecinales de Absorción (UVAS), que se erigían como edificaciones temporales, mientras se construían las definitivas, con un plazo previsto de duración de cinco años, pero que, no es de extrañar, seguían ocupadas muchos años después. Como es de comprender, la dotación de servicios y equipamientos no fluía con la misma rapidez y era prácticamente imposible impedir que el distrito alcanzase altos grados de deficiencias de todas clases. En las décadas posteriores, los propietarios de algunas fábricas emplazadas en Villaverde construían Colonias próximas para sus empleados, y de esta forma surgen las de Boetticher, Marconi, etc.

De hecho, los terreros de algunas fábricas que cerraron en los 50 (como “La Norah”), fueron vendidos a la Dirección General de Urbanismo y la Organización de Poblados Dirigidos y sobre ellos se levantó el Barrio de San Cristóbal de los Ángeles²⁰⁵.

Ese cambio brusco e inusitado, por su variedad e intensidad, acarrió que Villaverde se pareciera mucho, en ciertos aspectos, a lo que, con la perspectiva de este momento, se podría calificar de “basurero industrial” al sur de Madrid, con un crecimiento urbanístico desordenado, con unos bajos índices de expresión de la calidad de vida al carecer de muchos de los factores que la determinan¹⁹⁹. En palabras de Isabel del Río “...donde la contradicción industria y residencia alcanza una mayor significación”¹⁹⁹.

La capital registró un incremento de un millón de personas entre 1940 y 1960, en parte debido a la integración de otros municipios²⁰⁶. Este crecimiento demográfico junto con los emplazamientos industriales localizados sobre todo en el sur y el refuerzo de los usos terciarios en torno al centro y al eje de La Castellana explicarían la evolución espacial y morfológica de Madrid y la posterior situación de dualidad social de la misma, con un cinturón suburbial en la zona sur frente al crecimiento residencial operado hacia el norte de la Villa²⁰⁶.

La vivienda ha sido una de las reivindicaciones más importantes llevadas a cabo por las Asociaciones Vecinales de Villaverde, como la Asociación La Unidad de Villaverde Este²⁰², puesto que había gran cantidad de chabolas e infraviviendas en el distrito. Los diferentes planes de actuaciones territoriales en materia de vivienda han desmontado los tres últimos núcleos marginales de Plata y Castañar, el Salobral²⁰⁷ y el Ventorro²⁰⁸.

Medioambiente

La concentración de industrias en Villaverde, considerado como el distrito de más fuerte carácter industrial de Madrid, generó una fuerte contaminación que llegó a ser alarmante en la década de los sesenta, pues había fábricas que podían clasificarse de altamente nocivas. La solución podría haber sido un sistema de correctores, pero se consideraron más graves las pérdidas que podría ocasionar el cese de actividad en las industrias para el montaje de correctores que el problema de la contaminación¹⁹⁹.

Aunque las demandas vecinales y el deterioro medioambiental, han provocado que se eleven sensiblemente las exigencias en materia de reducción de ruidos, emisión de gases, etc., de modo que las industrias son cada día más limpias y empiezan a implantarse empresas terciarias, persiste, todavía, y también por ese recuerdo histórico, en el distrito de Villaverde una cierta sensación de inferioridad respecto al centro¹⁹¹, sintiéndose excluido de los nuevos procesos económicos¹⁹⁹.

No se han logrado obtener datos actuales de las características medioambientales del distrito. Dada la importancia de estos factores en la salud de la población y de la implicación municipal en este campo, se considera que los datos correspondientes convendría fueran más completos y accesibles. Sólo se accede libremente a la satisfacción con los Servicios de Medio Ambiente, nuevamente por la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en Madrid de 2014²⁰⁹. Dichos Servicios son valorados favorablemente de forma global (por encima del 5 en una escala de 0 al 10) en los campos que a continuación se citan: los espacios verdes (6,6), la recogida de basuras (6,4), la recogida selectiva de residuos (6,1) y los puntos limpios de recogida y reciclaje de residuos (5,6). Sin embargo, el control del ruido (5), la limpieza de las calles (4,8) y el control de la contaminación atmosférica (4,4) son los aspectos valorados de manera negativa. El 4,7% de la población encuestada del distrito de Villaverde manifiesta sufrir molestias de ruidos, cuando en la ciudad lo hace sólo el 4,1%.

Recursos

a) Infraestructura de Servicios Ferroviarios

Como se señaló anteriormente, la red de comunicaciones determina en gran medida la potencialidad económica del distrito. Concretamente la red ferroviaria de largo y medio recorrido y la de cercanías dota de buenas comunicaciones al distrito, presentando esta última cinco estaciones en el distrito, y a través de tres líneas. Hace 10 años, en abril de 2007, después de décadas de movilizaciones, Villaverde vio cumplido su aspiración de tener metro, al ampliarse la línea 3 de Metro de Madrid, con cuatro estaciones en el distrito y que asegura la relación con el centro de la ciudad. (Figura 11)

Figura 11 Mapa de servicios ferroviarios del Distrito de Villaverde (estaciones y líneas)²¹⁰.



Actualmente, la Empresa Municipal de Transporte abastece al distrito en Villaverde con 12 líneas de autobuses diurnas con origen o destino final en el distrito y 3 nocturnas, con diez paradas. Además una de las líneas de la subred de Transporte al Centro de Trabajo enlaza la estación de Villaverde Alto con el Polígono Industrial La Resina²¹¹.

En cuanto a las calzadas para vehículos, cabe señalar la actual Avenida, antes Carretera, de Andalucía que cruza el distrito de norte a sur, por su zona media, quedando, a un lado, los barrios de Los Ángeles y Villaverde Alto (antes San Andrés) y al otro, los barrios de Los Rosales, San Cristóbal y Butarque. Destaca también la Gran Vía de Villaverde, que cruza de oeste a este el distrito¹⁹⁴, a cuatro metros de altura sobre las vías del tren¹⁹³. Estas dos vías suponen aún importantes brechas entre los barrios de ambas márgenes y sus vecindades, pero han aliviado el estado anterior por las siguientes razones:

- a) Carretera de Andalucía - Avenida de Andalucía: Esta modificación, conseguida con obras de entidad, está muy bien identificada por el cambio de denominación, y es, en esencia, la alteración desde un diseño puro de carretera entre núcleos o de paso, a un

diseño más amable, suave, urbano, que permite una más fácil permeabilidad de los movimientos transversales de peatones y vehículos.

- b) Gran Vía de Villaverde: El cambio (realización de una calzada sobre elevada a las vías del tren) ha permitido salvar el obstáculo bastante infranqueable del trazado ferroviario, que había venido gravitando negativamente sobre Villaverde desde el siglo XIX. Sin embargo y a pesar de los bancos, carril bici y amplia acera que en un lado presenta, no toda la población la percibe como un lugar integrado en el barrio, de paseo, o donde realizar actividad física.

Además, en el distrito, hay otras calzadas como: Avenida Real de Pinto y Eduardo Barreiros (antes Carretera Madrid a Villaverde) y la carretera de Villaverde a Vallecas que estructuran los barrios más antiguos. Todas ellas han sufrido modificaciones a lo largo de su historia con aspectos positivos y negativos. Algunos de estos últimos han logrado paliarse gracias a las movilizaciones de la ciudadanía de Villaverde, como muestran los cambios en la Avda. de Andalucía y de la Gran Vía de Villaverde.

Las vías de comunicaciones son numerosas en el distrito de Villaverde, configurando, algunas de ellas, los límites de los barrios del distrito y permitiendo la conexión no sólo con el centro de la ciudad, siendo otro factor determinante de la salud de sus habitantes. Según los datos de la Consulta Ciudadana de 2014²¹², el 76% de las personas encuestadas estuvieron de acuerdo con la afirmación de “existe una buena red de transporte en el distrito”. Sin embargo, sólo el 55% valoran adecuadamente el sistema viario de comunicaciones entre las zonas del distrito, con una nota media de 2,6 sobre 4. Estas valoraciones reflejan algunas de los comentarios más habituales en el distrito, como es la falta de un medio de transporte que una sus barrios.

b) Recursos educativos ubicados en el Distrito

Uno de los determinantes de salud, de mayor influencia sobre la salud de las poblaciones, es el nivel educativo. La educación, desde el nacimiento, es la base esencial del desarrollo humano y la que posibilita en gran medida alcanzar los deseables niveles en la posesión de los bienes materiales y morales, y, obviamente, por ello, en salud. (Figura 12).

Percepción de la población

Conocer la percepción de la población es de gran valor siempre y más a la hora de abordar la vulnerabilidad en general de una población, y en concreto imprescindible para poder detallar el aspecto de su vulnerabilidad subjetiva. Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en Madrid de 2014²⁰⁹, el 76,5% de la población consultada en Villaverde reconoce estar satisfecha con vivir en Madrid, cifra algo superior a la media correspondiente al conjunto de personas encuestadas en la ciudad de Madrid (74,7%). Sin embargo, a la pregunta sobre su satisfacción de vivir en su barrio el porcentaje desciende en ambos casos, resultando 56,7% en la población de Villaverde y 71,5% en la ciudad, resultando mayor la diferencia entre los resultados de ambos ámbitos geográficos.

En cuanto a la percepción de la red vecinal y solidaridad, según los datos de la Consulta Ciudadana “Villaverde Participa” de 2014²¹² promovida por el Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Madrid, el 65% de los hombres y el 66% de las mujeres refiere que existe solidaridad y red vecinal entre la ciudadanía del distrito; la pregunta obtuvo una valoración media de 2,8 puntos sobre un total de 4 puntos. Por tramos de edad, el 72% de las personas encuestas con edades entre los 30 y 39 años afirmaron la existencia de esta red. Según nacionalidad, el 65% de las personas españolas encuestas respondieron que existe solidaridad y red vecinal, frente al 75% de las personas no españolas. La respuesta fue afirmativa en el 60% de las residentes en el distrito y trabajadoras en el mismo, el 67% de las personas residentes en el distrito no trabajadoras en el mismo, y el 70% de las personas que trabajaban en el distrito no siendo residentes en el mismo.

Como se ha comentado anteriormente, la participación social y vecinal es un indicador de gobernanza se constituye como factor determinante de salud. La población encuestada en la Consulta Ciudadana de 2014²¹² muestra desconocimiento de los canales de participación del Ayuntamiento y su valoración. El Programa de “Voluntarios por Madrid” y las encuestas a la vecindad son los únicos canales que son bien o muy bien valorados por más del 50% de las personas encuestadas.

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en Madrid de 2014²⁰⁹, el interés en participar en asuntos municipales es mayor, en ese momento, en el distrito de Villaverde que en el año 2012 (13,3% vs 4,2%), así como en hacerlo a través

de las redes sociales (19,2% vs 3,3%). La percepción de la facilidad proporcionada por el Ayuntamiento para la participación ciudadana ha disminuido en el distrito en el mismo periodo, pasando de un 20% en 2012 a un 8,3% en 2014, así como la creencia de que el Ayuntamiento toma en consideración las opiniones (15% a 10%).

El 3,3% de la población consultada de Villaverde²⁰⁹ reconoce pertenecer a alguna asociación o entidad ciudadana, menor que la media en la ciudad (5,4%), y sin embargo, superior al porcentaje encontrado en la encuesta en el distrito en el año 2012.

Sobre si la población cree que el distrito mejorará en los próximos años en sus condiciones, la Consulta Ciudadana sobre “Villaverde Participa” de 2014²¹² indica que el 43% de las personas encuestadas está algo o muy de acuerdo con ese esperanzador futuro, resultando una calificación media de 2,3 sobre 4. La valoración más positiva la realizaron las personas con edades entre 19 y 29 años y de otras nacionalidades distintas a la española.

Salud

El Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid²¹⁵ es el trabajo más reciente que analiza a nivel municipal la salud de la población. Dicho estudio muestra que el residir en alguna zona del clúster de distritos de menor desarrollo, como es el caso del distrito de Villaverde, afecta a la salud de la población, Así, este trabajo, patentiza que la población residente en algún distrito del clúster de menor desarrollo declara: con menor frecuencia tener buena salud o muy buena, con mayor frecuencia padecer algún problema crónico de salud, y, en concreto, de forma independiente más riesgo de sufrir depresión²¹⁵.

Madrid Salud realizó un estudio sobre esperanza de vida y mortalidad en la ciudad de Madrid⁶⁵ que muestra que la esperanza de vida al nacer (2009-2012) en la población del distrito de Villaverde es de 83,56 años (80,90 para los hombres y 85,86 para las mujeres), algo menor que la de la ciudad de Madrid con 84 años, (80,82 para los hombres y 86,61 para las mujeres) (Tabla 6).

La esperanza de vida a la edad de 65 años es de 21,8 años para el distrito de Villaverde (19,2 años para los hombres y 24,1 para las mujeres) y de 22,4 años para el conjunto de la ciudadanía de Madrid (20 años para los hombres y 24,3 para las mujeres) en el año 2013⁶⁵.

Tabla 6 Distribución de esperanza de vida total por sexo (2009-2012), según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid⁶⁵

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Total	82,02 (81,39-82,64)	81,25 (80,12-82,37)	82,02 (80,87-83,17)	83,28 (82,56-84,00)	83,21 (82,45-83,96)	82,57 (82,23-82,92)	83,14 (83,06-83,21)
Hombres	78,73 (77,83 - 79,63)	79,23 (81,56 - 84,47)	79,51 (77,83 - 81,18)	80,44 (79,44 - 81,45)	79,51 (78,45 - 80,60)	79,51 (79,01-80,01)	79,85 (79,74-79,96)
Mujeres	85,08 (84,26-85,90)	83,01 (77,51- 80,95)	84,29 (82,79 - 85,80)	85,88 (84,89 - 86,87)	86,68 (85,69 - 87,68)	85,37 (84,91 - 85,82)	85,87 (85,77-85,96)

El distrito de Villaverde presenta exceso de mortalidad en el periodo 2010-2013, de forma estadísticamente significativa, sobre la registrada en el conjunto de la ciudad. En la ciudad, la tasa ajustada de mortalidad por todas las causas (general) de las mujeres es de 582 por cada 100.000 habitantes (IC95% entre 577,18 y 586,29 por 100.000). En ellas la mortalidad general es muy inferior a la de los hombres, tanto en la ciudad, como en cada uno de los distritos. Así, las mujeres del distrito de Villaverde presentan un exceso de mortalidad significativo respecto al conjunto de la ciudad, con una tasa ajustada de mortalidad de 612,88 (IC95% 587,07 - 639,50)⁶⁵.

Carecemos, pues, de indicadores más desagregados de salud y conductas de salud en la ciudad de Madrid, lo que podría abordarse mediante la colaboración con la red de atención sanitaria y vigilancia epidemiológica. Sin embargo, todos estos datos nos permiten un mayor acercamiento a la realidad de salud del distrito, que nos muestra su mayor vulnerabilidad en el contexto de la ciudad de Madrid.

Villaverde es un distrito con una realidad compleja, estigmatizado habitualmente por los medios de comunicación y con sensación de abandono político de manera histórica¹⁹⁹. También presenta multitud de potencialidades y oportunidades que merecen ser tomadas en consideración y fortalecidas con el fin de contribuir a mitigar su condición de vulnerabilidad.

JUSTIFICACIÓN

“Medicine is a social science and politics is nothing else but medicine on a large scale. Medicine as a social science, as the science of human beings, has the obligation to point out problems and to attempt their theoretical solution; the politician, the practical anthropologist, must find the means for their actual solution”.

Rudolph Virchow

JUSTIFICACIÓN

La vulnerabilidad social en salud expresa las desigualdades sociales de distintos grupos poblacionales, implicando que éstos tienen menores posibilidades de alcanzar su máximo estado de salud, en relación a otros grupos, en función de sus características sociales, o socioeconómicas o geográficas. Este peor estado de salud se muestra en términos de mortalidad, esperanza de vida, prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes, y de complejidad clínica, con resultados más desfavorables en poblaciones con peor situación socioeconómica.

Las ciudades presentan desigualdades sociales en salud debido a la existencia de desequilibrios territoriales, con la existencia de barrios especialmente vulnerables, en los que la población manifiesta peor estado de salud en relación a la ciudad.

Los servicios sanitarios pueden presentar un efecto multiplicador y amortiguador en la generación de las desigualdades sociales en salud, dependiendo de su acceso, utilización y calidad de intervención para los grupos sociales menos favorecidos.

La información de la historia clínica de atención primaria y de indicadores contextuales de vulnerabilidad social, fundamentalmente de fuentes municipales, permite el acercamiento al estado de vulnerabilidad social y salud del distrito de Villaverde en relación a la ciudad de Madrid, y entre los diferentes barrios que lo constituyen.

El origen y evolución del distrito, respecto al municipio, muestra una situación histórica de vulnerabilidad social y de peor salud, así como de reivindicación social y de muestra de capacidades y potencialidades, con la persistente percepción de abandono político de la población residente.

En este contexto, se ha puesto en funcionamiento en el distrito un centro municipal de promoción de la salud y salud comunitaria, que tiene entre sus objetivos contribuir a la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Conocer la situación de vulnerabilidad social y de salud del distrito resulta importante para orientar las intervenciones que se realizan desde los servicios de Atención Primaria y de Salud Municipal, con el objetivo común de favorecer la equidad en salud y por lo tanto, la mejoría de la salud de toda la población del distrito y la ciudad.

HIPÓTESIS

*Cantamos para levantar la marea a contracorriente
Volviendo a juntar África América, y que suene la voz del esclavo
Preferimos bailar en la hoguera de los continentes
Gritando “también tenemos corazón los desafinados”.
La Hoguera de los Continentes. La Raíz*

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

El distrito de Villaverde presenta una situación de vulnerabilidad social y de salud comparado con la ciudad de Madrid y estas vulnerabilidades son diferentes entre los distintos barrios del distrito.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

En el distrito de Villaverde se observan diversas situaciones de vulnerabilidad social y de salud entre los diferentes barrios, siendo los barrios de Villaverde Alto y de San Cristóbal los que presentan mayor vulnerabilidad en las diferentes dimensiones.

La morbilidad y la utilización de servicios en los Centros de Salud de los diferentes barrios del distrito de Villaverde tienen relación con las situaciones de vulnerabilidad social.

OBJETIVOS

*Por un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes
y totalmente libres"*

Rosa Luxemburgo

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la vulnerabilidad social y la salud en el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid, analizando la variabilidad entre sus barrios en el periodo 2007-2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la población del distrito de Villaverde en el año 2016, comparar las características de vulnerabilidad demográfica, social y residencial entre los diferentes barrios del distrito y con la ciudad de Madrid.
2. Comparar la morbilidad por banda de complejidad, prevalencia de trastornos mentales y los diagnósticos sociofamiliares (códigos Z) de la población consultante en los centros de salud de los diferentes barrios del distrito de Villaverde en el año 2007 y analizar su relación con el sexo y el centro de salud.
3. Comparar el uso de servicios, medido como número de visitas al año a la consulta médica y a la consulta enfermera de atención primaria de la población consultante en los Centros de Salud de los diferentes barrios del distrito de Villaverde en el año 2007 y analizar su relación con la edad, el sexo y el centro de salud.
4. Comparar la prevalencia de diabetes tipo 2 en población consultante con historia clínica en los centros de salud del distrito Villaverde en el año 2016 y describir las comorbilidades asociadas, analizando su relación con indicadores de privación utilizando diferentes unidades de agrupación: sección censal, centro de salud y barrio.
5. Caracterizar la población atendida individualmente en función de su perfil socioeconómico y describir las intervenciones llevadas a cabo por el Centro Madrid Salud Villaverde, en relación al Programa de Desigualdades Sociales en Salud de la Estrategia Gente Saludable en el periodo 2013-2015.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

Para poder responder a los objetivos del estudio se llevaron a cabo cuatro estudios:

Estudio I: Para dar respuesta al objetivo 1 se ha realizado un estudio descriptivo transversal ecológico de la población residente en los cinco barrios que componen el Distrito de Villaverde en el año 2016.

Estudio II: Para dar respuesta a los objetivos 2 y 3 se ha realizado un estudio longitudinal retrospectivo analítico de la población adscrita a los centros de salud del distrito sanitario de Villaverde en el año 2007.

Estudio III: para dar respuesta al objetivo 4 se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el año 2016 de la población atendida en los centros de salud del distrito de Villaverde.

Estudio IV: Para dar respuesta al objetivo 5 se ha realizado un estudio de cortes transversales seriados desde 2011 a 2015 de la población atendida en el CMS Villaverde en consultas individuales y de las intervenciones realizadas en los ámbitos grupal y comunitario por el mismo Centro.

ESTUDIO I

“La mayor complejidad social precisa de análisis complejos y debe ir acompañada de modelos integrales de intervención capaces de revelar permanentemente las necesidades cambiantes, y de establecer las modificaciones de las estructuras de definición y de gestión de los equipamientos actuales. Ello pasa necesariamente por una mayor implicación de los sujetos en el descubrimiento y definición de sus propias necesidades, y en la participación y decisión sobre los mecanismos adecuados para satisfacerla”.

Julio Alguacil Gómez

ESTUDIO I MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO: ESTUDIO I

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal ecológico.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio toma como referencia geográfica el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid. Este distrito se divide en cinco barrios: Villaverde Alto (antes San Andrés), San Cristóbal, Butarque, Los Rosales y Los Ángeles.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población residente en los cinco barrios que componen el distrito de Villaverde en el año 2016.

VARIABLES

Los datos se han recogido o elaborado para cada barrio del distrito de Villaverde, para el distrito en su conjunto y la ciudad de Madrid. Para aquellos registros que no disponen de valores a nivel de barrio, las variables se han recogido a nivel de distrito y de la ciudad.

Se han recogido las variables e indicadores por sexo, siempre que ha sido posible, con el fin de facilitar datos desagregados, reconociendo las diferencias en el estado de vulnerabilidad y salud por sexo, y con el fin de dar cumplimiento a la Ley Orgánica 3/2007²¹⁶, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Variables demográficas e indicadores de vulnerabilidad demográfica:

- Número de personas según sexo, edad y según posean nacionalidad española o no.
- Edad media (años).
- Edad mediana (años).
- Índice de juventud: número de habitantes de 16 años y menos por cada 100 habitantes mayores de 65 años.
- Índice de envejecimiento: número de habitantes mayores de 65 por cada 100 habitantes menores de 16 años.

- Proporción de juventud: población menor de 16 años sobre el total de población, expresado como porcentaje.
- Proporción de envejecimiento: población mayor de 65 años sobre el total de población, expresado como porcentaje.
- Proporción de sobre-envejecimiento: número de personas mayores de 80 años respecto a la población mayor de 65 años, expresado en porcentaje.
- Proporción de personas extranjeras: población con nacionalidad no española sobre el total de la población, expresado en porcentaje.
- Número de personas con nacionalidad extranjera, según sexo y según área económica de origen.
- Número de personas con nacionalidad extranjera, según país de nacimiento.
- Número de personas nacidas fuera de España, según país de nacimiento.
- Proporción de personas nacidas fuera de España: población nacida fuera de España sobre el total de población, expresada en porcentaje.
- Proporción de personas inmigrantes extranjeras: población cuyo país de nacionalidad no pertenece a la Unión Europea (28) o a la OCDE sobre la población total, expresada en porcentaje.
- Porcentaje de población infantil extranjera sobre el total de población infantil: porcentaje de población extranjera en edad escolar (menores de 16 años) sobre el total de población escolar.

Variables de territorio:

- Superficie (Hectáreas).
- Densidad de población (Habitantes/Ha).
- Superficie destinada a zonas verdes (Hectáreas).

Variables de viviendas y hogares:

- Número total de hogares. El concepto de hogar que se maneja en este estudio es el de grupo familiar de personas residentes en la misma vivienda, ya utilizado por el Instituto Nacional de Estadística en el censo de 2001 y en la Encuesta de Población Activa²¹⁷.
- Ocupación media de los hogares (número de habitantes/hogar).
- Número total de viviendas.
- Porcentaje de viviendas construidas con anterioridad a 1980.

- Número de viviendas en edificios en estado ruinoso, malo o deficiente.
- Número de portales con superficie de vivienda residencial menor de 20 m², según sección censal.
- Número total de portales por sección censal.
- Número de hogares unipersonales.
- Número de hogares unipersonales constituidos por personas mayores de 64 años, según sexo.
- Número de hogares monoparentales, según sexo de la persona adulta.

Variables socioeconómicas e indicadores de vulnerabilidad social:

- Número de personas mayores de 25 años, según sexo y máximo nivel de estudios alcanzado.
- Número de personas entre de 30 a 64 años con estudios secundarios o menos.
- Renta neta media anual de los hogares, según barrios: ingresos netos percibidos durante el año anterior al de la entrevista por los miembros del hogar.
- Renta bruta disponible per cápita.
- Importe medio mensual de pensiones, según sexo.
- Número de personas nuevas atendidas en unidades de Primera Atención en Centros de Servicios Sociales
- Número de personas beneficiarias de prestaciones sociales de carácter económico.
- Número total de ayudas prestaciones sociales de carácter económico.
- Número de personas perceptoras de Rentas Mínimas de Inserción.
- Número de personas que están en situación de desempleo.
- Tasa absoluta y relativa de paro registrado, según sexo.
- Número de personas que están en situación de desempleo de larga duración.
- Número de personas que están en situación de desempleo y perciben prestaciones.

Variables de participación:

- Número de asociaciones.
- Tipo de asociaciones.
- Abstención electoral en elecciones locales.
- Censo electoral en elecciones locales.

Variable de salud:

- Esperanza de vida media al nacer según sexo y barrio.
- Número de personas con discapacidad reconocida por mil habitantes, según sexo.
- Número de personas según tipo de discapacidad reconocida por mil habitantes.
- Número de personas según grado de discapacidad reconocido por mil habitantes.

La identificación y selección de las variables e indicadores para realizar la descripción de las características de las vulnerabilidades y analizar su relación con la salud de la población residente en los barrios del distrito, se ha realizado según los propuestos en el “*Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España*”⁴⁵, los Proyectos “*Urban Heart*”²⁵ e “*Ineq-cities*”⁴³, así como con la propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en salud en área pequeña⁵⁸. Las Tablas 7, 8, 9 y 10 muestran los indicadores disponibles de los esquemas o marcos referenciales utilizados en este estudio, así como las fuentes de datos de donde se obtuvieron directamente o bien a través de las variables que los componen, y el año del dato, para cada tipo de vulnerabilidad o determinante de salud (gobernanza). En los casos en los que no se pudo obtener el dato de enero de 2016, se recogió el más próximo.

Tabla 7. Indicadores de vulnerabilidad demográfica, según marco referencial. 2016.

MARCO REFERENCIAL	INDICADORES	AÑO
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España ⁴⁵	Índice de envejecimiento	2016
	Proporción de hogares unipersonales constituidos por mayores de 64 años	2016
	Proporción de hogares constituidos por una persona adulta y menores	2016
	Proporción de personas inmigrantes extranjeras	2016
	Porcentaje de población en edad escolar extranjera sobre el total de población escolar	2016
Proyecto URBAN HEART ²⁵ adaptado	Proporción de sobre-envejecimiento	2016

Tabla 8. Indicadores de vulnerabilidad residencial, según marco de referencia y año estudiado.

MARCO REFERENCIAL	INDICADORES	AÑO
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España ⁴⁵ adaptado y Propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en salud en áreas pequeñas ⁵⁸	Indicador hacinamiento (tanto por uno)	2012
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España adaptado ⁴⁵	Año construcción de la vivienda	2011
	Viviendas en estado malo, deficiente o ruinoso	2011
Proyecto Ineq cities ⁴³	Zonas verdes/habitante	2016

Tabla 9. Indicadores de vulnerabilidad social, según marco referencial y año estudiado.

MARCO REFERENCIAL	INDICADORES	AÑO
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España ⁴⁵	Renta bruta disponible per cápita	2013
Proyecto URBAN AUDIT ²¹⁸	Renta neta media anual de los hogares	2013
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España ⁴⁵ y Proyecto Ineq cities ⁴³	Tasa de paro	2016
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España ⁴⁵ adaptado y Proyecto URBAN HEART ²⁵	Porcentaje de población sin estudios	2016
Análisis Urbanístico de barrios vulnerables en España ⁴⁵ adaptado	Personas usuarias de Atención Social Primaria (Servicios Sociales)	2014
	Personas/Familias perceptoras de Renta Mínima de Inserción (RMI)	2014
Propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en salud en áreas pequeñas ⁵⁸	Indicador de desempleo (Tanto por uno del conjunto de población en edad de trabajar, de 16 a 64 años, que se encuentra inscrita como demandante de empleo, en los Servicios de Empleo de la Comunidad de Madrid y que no dispone de empleo)	2014
	Indicador precariedad educativa (Tanto por uno de la población de 30 a 64 años con estudios secundarios o menos)	2012
	Indicador precariedad material (RMI) (Dotación económica total, en euros, de Renta Mínima de Inserción percibida por mes, en cada sección censal, dividida por su población total)	2013

Tabla 10. Indicador de gobernanza y marco referencial. 2015

MARCO REFERENCIAL	INDICADORES	AÑO
Proyecto URBAN HEART ²⁵ y Proyecto Ineq cities ⁴³	Abstención electoral en elecciones locales	2015

FUENTE DE DATOS

1. **Área de Gobierno de Economía y Hacienda. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.** La información del distrito y de sus barrios se obtuvo de la Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid²¹⁹, que realiza explotaciones a esta escala de datos procedente de otras instituciones. Los datos se han recogido de los barrios de Villaverde, del distrito y de la ciudad de Madrid, a fecha de enero 2016.

a) Padrón Municipal de Habitantes. El Padrón Municipal es el registro administrativo donde constan los vecinos y las vecinas de un municipio.

- b) Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Base de Datos del Reconocimiento del Grado de Discapacidad.
- c) Gerencia Regional del Catastro de Madrid.
- d) Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana. Dirección General de Mayores y Atención Social. Ayuntamiento de Madrid.
- e) Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana. Dirección General de Igualdad de Oportunidades
- f) Muestra Continua de Vidas Laborales.
- g) Área de Gobierno de Medio Ambiente y Movilidad. Subdirección General de Control de Calidad y Evaluación.
- h) Servicio Público de Empleo Estatal. Elaboración Propia. Subdirección General de Estadística. Ayuntamiento de Madrid.
- i) Área de Gobierno de Coordinación Territorial y Asociaciones.
- j) Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno. Elaborado por la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

2. **Instituto Nacional de Estadística.** De esta fuente de datos se han tomado variables en relación a la Encuesta de Condiciones de Vida, a la Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC) - Eurostat, al censo de edificios y viviendas y al proyecto europeo Urban Audit.

3. Madrid Salud.

a) Indicadores y propuesta de índice de privación en área pequeña en la ciudad de Madrid para el análisis de las desigualdades territoriales en salud, por sección censal, para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid⁵⁸.

b) Esperanza de vida media al nacer por sexo y barrio, para el periodo 2009-2012⁶⁶.

Se han tomado los datos del estudio *“Esperanza de vida al nacer de la población de los barrios de Madrid en el periodo 2009-2012”*⁶⁶, que calcula la esperanza de vida al nacer de la población de la ciudad de Madrid territorializada según residencia en barrios y distritos, mediante la composición de las correspondientes tablas de vida para la totalidad de las poblaciones y también por sexos, conjuntamente en el periodo 2009 a 2012 (ambos inclusive). Las defunciones procedieron de los ficheros facilitados por el Instituto Madrileño de Estadística (Consejería de Economía, Comunidad de Madrid) y la población de cada año

por edades, sexos y barrios, de las publicadas por este Instituto procedentes del padrón continuo.

En el Anexo 4 se muestra las variables e indicadores, según la fuente de datos y el año en que se recogieron para llevar a cabo este estudio.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables y para cada uno de los indicadores: con la media y mediana, si eran de tipo cuantitativo, y en caso que fueran cualitativas, con su distribución de frecuencias.

Para los indicadores que no estaban publicados, se calcularon las siguientes proporciones: a) relación de zona verde por habitante, según el total de la población empadronada el 1 de enero de 2016; b) hogares unipersonales constituidos por personas mayores de 64 años (que relaciona los hogares constituidos por personas de esa franja de edad respecto al conjunto de los hogares); c) hogares monoparentales (que es la representación de hogares constituidos por un hombre o una mujer que tienen a su cargo menores de edad); d) relación de viviendas en edificios en estado ruinoso, malo o deficiente, según el total de viviendas; e) número de personas en situación de desempleo de larga duración y de personas en situación de desempleo que reciben prestaciones, en relación al total de personas en situación de desempleo; f) abstención en las elecciones locales del año 2015, como proporción entre el total de abstenciones y el censo electoral; g) población que “no sabe leer ni escribir, sin estudios o primaria incompleta”, por sexo y h) porcentaje de población que es analfabeta o sin estudios, en relación a la población total, como indicador de vulnerabilidad social educativa propuesto por Hernández-Aja⁴⁵.

Se elaboraron las tasas ajustadas por población de personas nuevas atendidas en unidades de primera atención de Servicios Sociales y de las prestaciones concedidas en Servicios Sociales.

Partiendo de los datos a nivel de sección censal, para construir el índice sintético de privación material por barrio y distrito, se han elaborado los indicadores de hacinamiento, de precariedad educativa, de precariedad laboral (desempleo) y de precariedad material a nivel de barrio y para el distrito en su conjunto. Para dichos cálculos se ha seguido el método

descrito por sus autores en la “Propuesta de Índice de Privación Material para el Análisis de las Desigualdades Territoriales en Salud en Áreas Pequeñas”⁵⁸. (Tabla 11)

Tabla 11. Indicadores que componen la propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en salud en áreas pequeñas⁵⁸ y año al que corresponde el dato.

INDICADORES	AÑO
Indicador hacinamiento	2012
Precariedad Educativa	2012
Indicador precariedad material (RMI)	2013
Indicador de desempleo	2014

Para comparar el indicador de gobernanza entre los diferentes barrios, medido como abstención electoral, se utilizó el estadístico Chi cuadrado.

Se analizó la correlación entre la abstención electoral y la propuesta de índice de privación material de Madrid Salud con el coeficiente Rho Spearman, y se estudió la asociación entre los barrios, según presentaran un índice de privación mayor o menor a la mediana del distrito, con la esperanza de vida media al nacer con la T de Student.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS 22® (SPSS Inc., Chicago, IL) y EPIDAT 3.1.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo del estudio fue aprobado por la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud y por la Gerencia de Madrid Salud.

ESTUDIO I **RESULTADOS**

RESULTADOS: ESTUDIO I

Población.

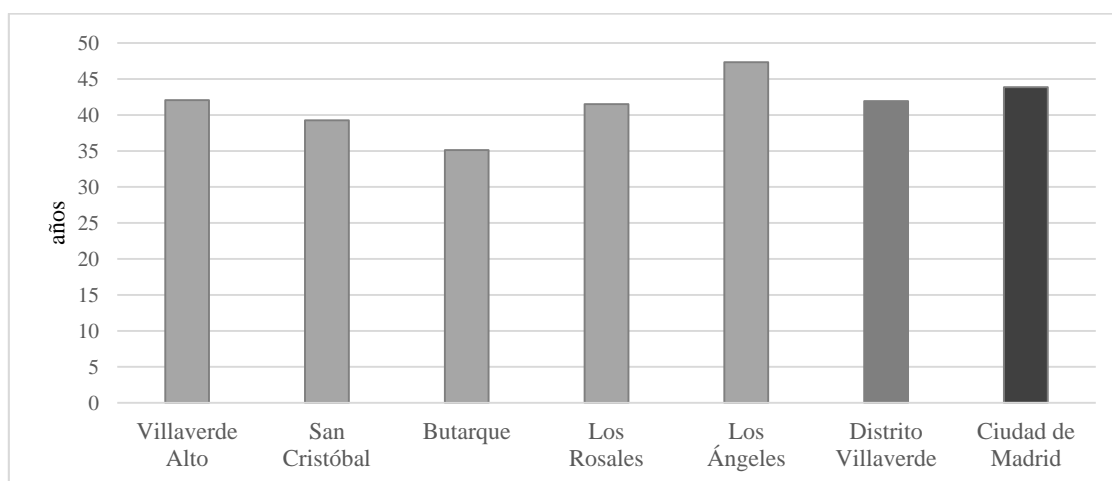
A fecha 1 de Enero de 2016, en el distrito de Villaverde, residían 141.442 personas; siendo mujeres el 51,96%. Villaverde aportaba el 4,47% de los 3.165.883 de habitantes de la ciudad de Madrid, donde el porcentaje de mujeres ascendía a 53,46%. La distribución de la población por barrios y distrito, según sexo, se presenta en la Tabla 12.

Tabla 12. Población por barrios y distrito, según sexo. Año 2016.

	VILLAVERDE ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE
Mujeres	22.507	7.733	8.388	18.762	16.102	73.492
Hombres	20.651	7.374	8.219	17.581	14.125	67.950
TOTAL	43.158	15.107	16.607	36.343	30.227	141.442

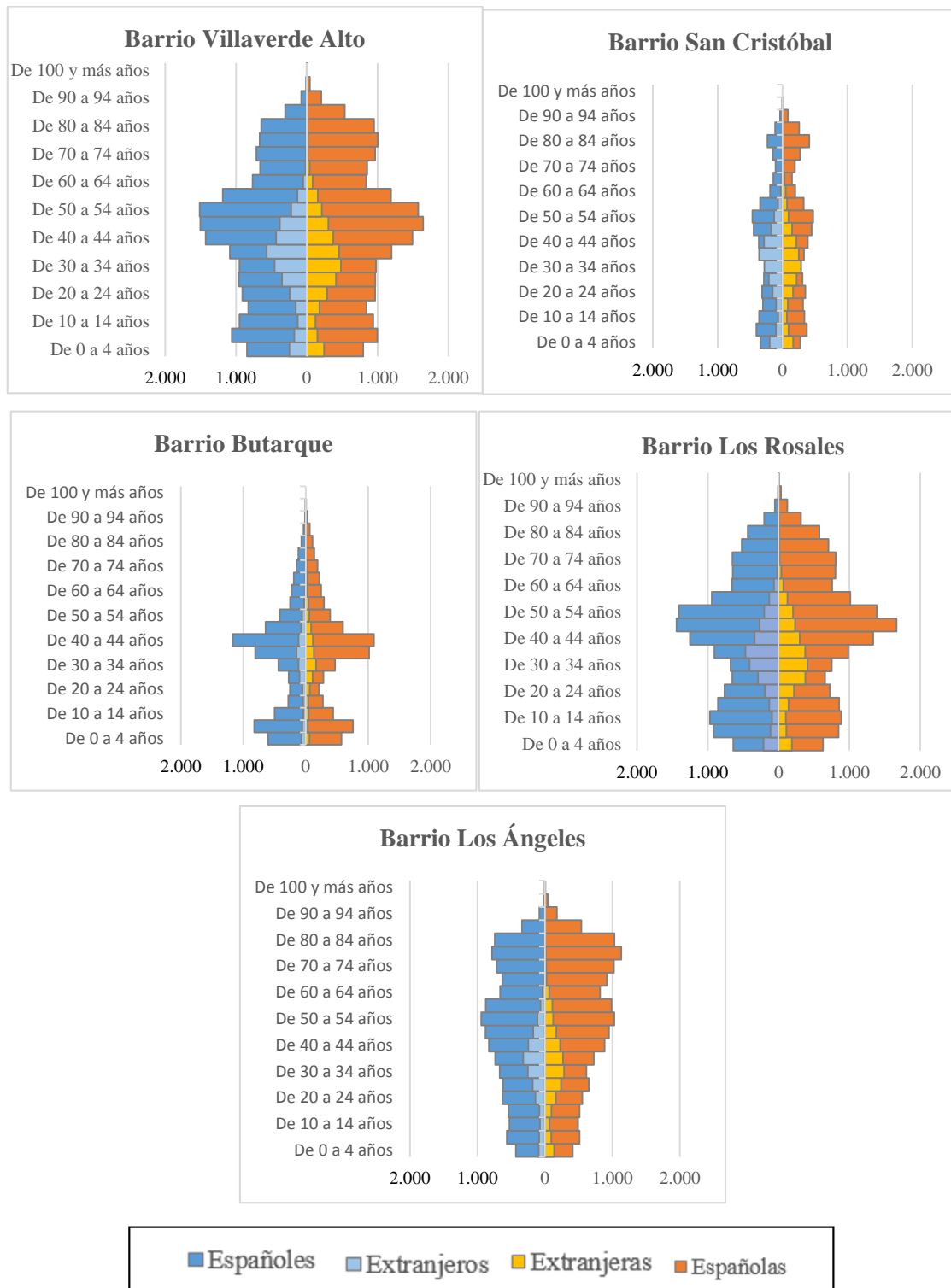
El promedio de la edad de la población de Villaverde era de 41,93 años; oscilando, por barrios, entre 35,13 años en Butarque y 47,34 años en Los Ángeles. En la ciudad de Madrid, la población tenía una edad media de 43,87 años. (Figura 14).

Figura 14. Edad media de la población, según barrios, distrito y ciudad de Madrid. 2016.



Las estructuras por sexo, edad y nacionalidad de la población de los barrios del distrito se muestran en las pirámides de población (Figura 15). Los barrios más envejecidos eran los de Los Ángeles y Villaverde Alto, siendo Butarque el barrio que presentaba la proporción más elevada de población menor de 50 años. En relación a la proporción de personas residentes con nacionalidad extranjera, era el barrio de San Cristóbal el que presentaba las cifras más elevadas.

Figura 15. Pirámides de población, según sexo, edad y nacionalidad por barrios. 2016.



Las pirámides de población del distrito y de la ciudad se presentan en la Figura 16 y los indicadores de estructura demográfica en la Tabla 13, también según barrios. En Madrid, la distribución por edades mostraba signos de envejecimiento, además de un fuerte peso de la población femenina.

Figura 16. Pirámides de población del distrito de Villaverde y de la ciudad de Madrid. 2016.

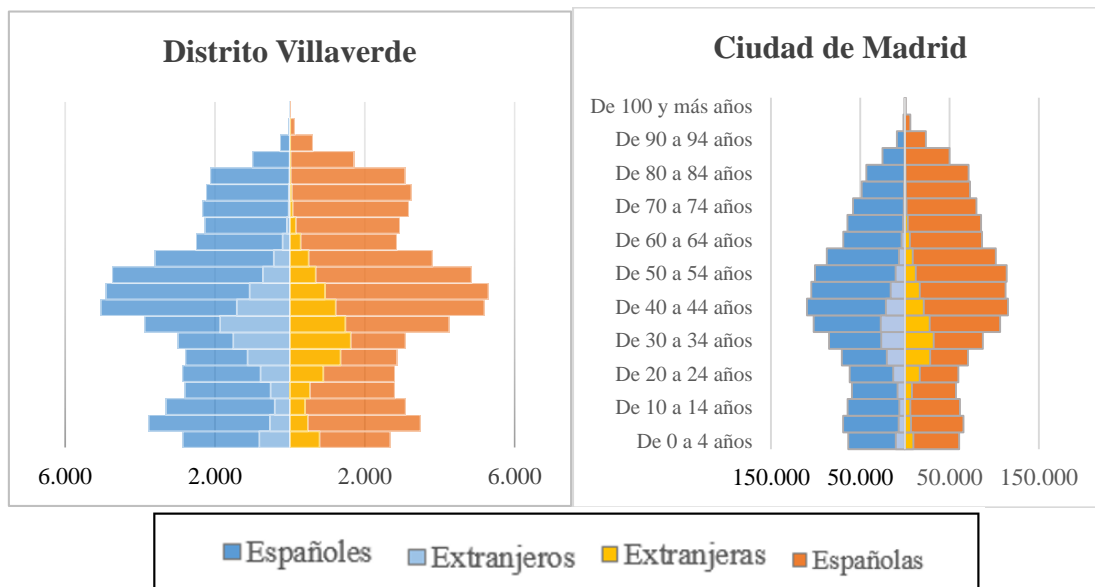


Tabla 13. Indicadores de estructura demográfica, por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid. 2016

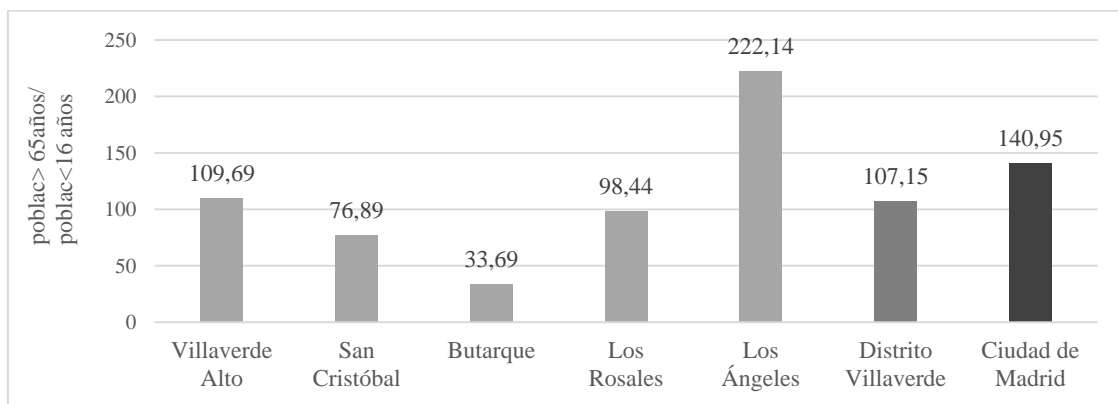
	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVEUDE	CIUDAD DE MADRID
Densidad (Hab/Hectárea.)	46,64	139,56	26,05	235,88	156,19	70,06	52,38
Edad (años)							
Promedio	42,06	39,26	35,13	41,5	47,34	41,93	43,87
Mediana	42,23	38,44	37,69	42,52	47,66	42,04	43,49
Índice de Juventud	91,16	130,05	296,85	101,58	45,02	93,33	70,94
Índice de Envejecimiento	109,69	76,89	33,69	98,44	222,14	107,15	140,95
Proporción de Juventud	16,40	19,39	24,94	16,77	12,31	16,94	14,51
Proporción de Envejecimiento	17,99	14,91	8,40	16,51	27,35	18,15	20,46
Proporción de sobre-envejecimiento	36,11	51,8	23,87	29,53	36,02	35,25	35,49

La proporción de residentes menores de 16 años era de 16,94% en el distrito de Villaverde, siendo mayor en los barrios de Butarque (24,9%) y San Cristóbal (19,4%). El 18,15% de la

población del distrito era mayor de 65 años, destacando Los Ángeles (27,4%) y Villaverde Alto (18%) como los barrios con proporciones más elevadas.

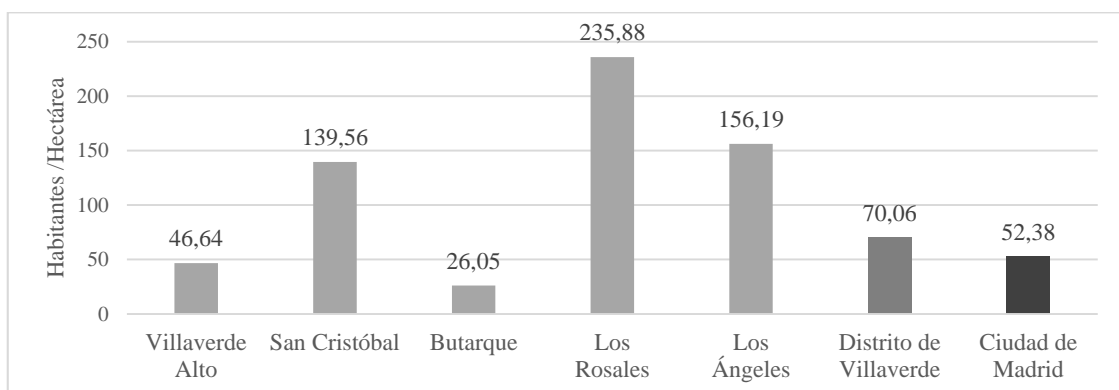
Villaverde presentaba un índice de envejecimiento de 107,15 frente al 140,95 de Madrid; destacando, por sus valores distantes, el barrio de Los Ángeles con un valor de 222,14 y el de Butarque con 33,69. (Figura 17). El 35,3% de las personas mayores de 65 años del distrito superaban los 80 años, siendo el barrio de San Cristóbal el que mayor porcentaje presentaba, con un 51,8%. (Tabla 13)

Figura 17. Índice de envejecimiento por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid. 2016



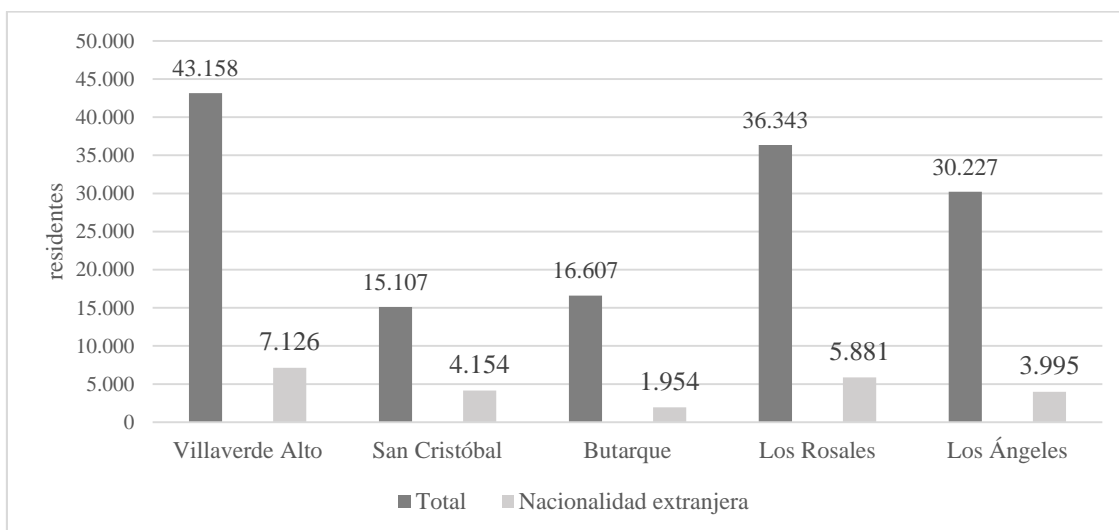
La densidad de habitantes por hectárea en el distrito era de 70,06 y en la ciudad de Madrid de 52,38. En los barrios, esa densidad oscilaba entre los 26,05 residentes/ha. de Butarque y 235,88 residentes/ha. de Los Rosales (Figura 18).

Figura 18. Densidad de población (habitantes/hectárea) en los barrios y distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid. 2016.



El 16,34% de la población del distrito de Villaverde tenía nacionalidad extranjera (11.582 hombres y 11.528 mujeres), siendo cifras superiores a las de la ciudad de Madrid, en la que esta población suponía un 12,19% (Figura 19).

Figura 19. Población total y con nacionalidad extranjera, según barrios del distrito de Villaverde. 2016.



El 25,92% de la población del distrito había nacido en países fuera de España, frente al 19,7% de la del municipio; sobresaliendo el barrio de San Cristóbal (45,35%). Villaverde Alto es el barrio donde residía el mayor número de personas con nacionalidad extranjera, con un total de 7.126 (3.585 hombres y 3.541 mujeres) (Tabla 14). La Tabla 15 describe el número de personas con nacionalidad extranjera por barrio, según sexo y área geoeconómica de origen.

Tabla 14. Indicadores de estructura demográfica en relación a la nacionalidad y origen de la población (%) por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid. 2016.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD DE MADRID
Proporción de personas extranjeras	16,51	27,50	11,77	16,18	13,22	16,34	12,19
Proporción de personas nacidas fuera de España	25,17	45,35	18,83	25,35	21,87	25,92	19,70
Proporción de personas inmigrantes extranjeras	12,22	24,02	8,03	12,10	9,92	12,47	8,18

Tabla 15. Población con nacionalidad extranjera por barrio, según sexo y área geoeconómica de origen. 2016.

	VILLAVERDE ALTO		SAN CRISTÓBAL		BUTARQUE		LOS ROSALES		LOS ÁNGELES		DISTRITO VILLAVERDE		CIUDAD DE MADRID	
	n (%) Total	n (%) Mujeres	n (%) Total	n (%) Mujeres	n (%) Total	n (%) Mujeres	n (%) Total	n (%) Mujeres	n (%) Total	n (%) Mujeres	n (%) Total	n (%) Mujeres	n (%) Total	n (%) Mujeres
Extranjera	7.126 (100)	3.541 (100)	4.154 (100)	1.969 (100)	1.954 (100)	1.011 (100)	5.881 (100)	2.913 (100)	3.995 (100)	2.094 (100)	23.110 (100)	11.528 (100)	385.936 (100)	205.892 (100)
Unión Europea (15)	176 (2,47)	87 (2,46)	96 (2,31)	49 (2,49)	86 (4,4)	45 (4,45)	188 (3,2)	87 (2,99)	98 (2,45)	44 (2,10)	644 (2,79)	312 (2,71)	45.585 (11,81)	21.382 (10,39)
Unión Europea (28)	1.607 (22,55)	822 (23,21)	416 (10,01)	206 (10,46)	510 (26,1)	282 (27,89)	1.230 (20,91)	644 (22,11)	850 (21,28)	462 (22,06)	4613 (19,96)	2416 (20,96)	62.690 (16,24)	34.833 (16,92)
Otros países de Europa	639 (8,97)	347 (9,8)	198 (4,77)	104 (5,28)	205 (10,49)	124 (12,27)	618 (10,51)	329 (11,29)	362 (9,06)	216 (10,32)	2022 (8,75)	1120 (9,72)	14.740 (3,82)	9.297 (4,52)
Otros países OCDE	67 (0,94)	30 (0,85)	14 (0,34)	10 (0,51)	25 (1,28)	15 (1,48)	66 (1,12)	40 (1,37)	47 (1,18)	29 (1,38)	219 (0,95)	124 (1,08)	18.630 (4,83)	10.428 (5,06)
Otros países de América Latina y Caribe	2.634 (36,96)	1.400 (39,54)	1.666 (40,11)	868 (44,08)	726 (37,15)	361 (35,71)	2.218 (37,71)	1.179 (40,47)	1.830 (45,81)	966 (46,13)	9074 (39,26)	4774 (41,41)	153.548 (39,79)	87.592 (42,54)
África	1.498 (21,02)	631 (17,82)	1.476 (35,53)	613 (31,13)	289 (14,79)	136 (13,45)	1.077 (18,31)	424 (14,56)	439 (10,99)	199 (9,5)	4779 (20,68)	2003 (17,38)	33.878 (8,78)	14.106 (6,85)
Otros países de Asia y Oceanía	501 (7,03)	221 (6,24)	287 (6,91)	119 (6,04)	113 (5,78)	48 (4,75)	483 (8,21)	209 (7,17)	369 (9,24)	178 (8,5)	1753 (7,59)	775 (6,72)	56.796 (14,72)	28.232 (13,71)
Apátridas	2 (0,03)	2 (0,03)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,01)	2 (0,01)	46 (0,01)	8 (0,00*)
No consta	2 (0,03)	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,02)	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,01)	2 (0,01)	23 (0,01)	14 (0,01)

(0,00*) = el porcentaje es menor a 0,00, pero no es 0%

En el distrito de Villaverde, la mayoría de las personas nacidas fuera de España procedían, por orden de frecuencia de Ecuador, Rumania, China, Perú y República Dominicana, a diferencia de la ciudad de Madrid en la que Colombia ocupaba el tercer lugar (Tabla 16).

Tabla 16. Población por barrios y del distrito, según país de nacimiento. 2016.

	VILLAVERDE ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE
Ecuador	1.201	2.163	1.635	452	1.789	7.240
Rumania	709	1.410	1.155	187	915	4.376
China	1.076	1.011	205	765	381	3.440
Perú	856	469	340	739	681	3.088
Rep. Dominicana	1.141	255	277	819	554	3.046

De las personas que mantenían la nacionalidad extranjera, la mayoría procedían de Rumania (99,34%), seguidas de las originarias de China (94,98%), tanto en el distrito de Villaverde como en la ciudad de Madrid (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución del porcentaje de personas nacidas fuera de España que mantenían nacionalidad no española, según lugar de nacimiento, para el distrito de Villaverde y ciudad de Madrid. 2016.

LUGAR DE NACIMIENTO	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD DE MADRID
Rumania	99,34	98,54
China	94,98	92,26
Marruecos	72,33	59,95
Bolivia	60,14	59,13
Colombia	39,70	39,99
República Dominicana	37,18	39,33
Perú	31,86	30,38
Ecuador	26,22	28,01

El 12,47% de la población del distrito había nacido en países fuera de la UE-28 o del resto de países de la OCDE, siendo esta población el 8,18% en la ciudad de Madrid (Figura 20).

El 13,06% de la población en edad escolar del distrito de Villaverde no tenía nacionalidad española, frente al 10,53% de la ciudad de Madrid, según datos del año 2016 (Figura 21).

Figura 20. Proporción de personas inmigrantes con origen en países fuera de la UE-28 o de la OCDE, por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid. 2016.

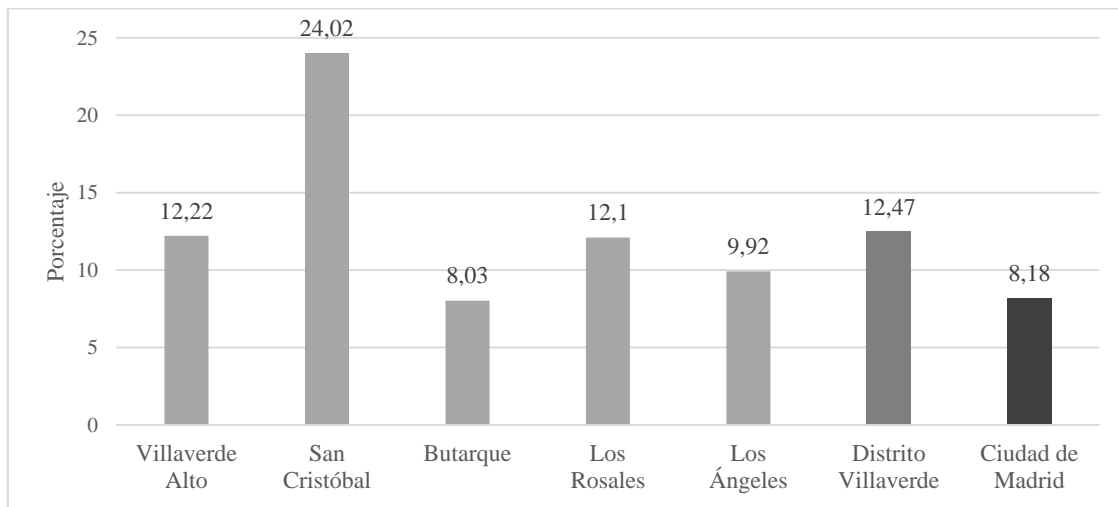
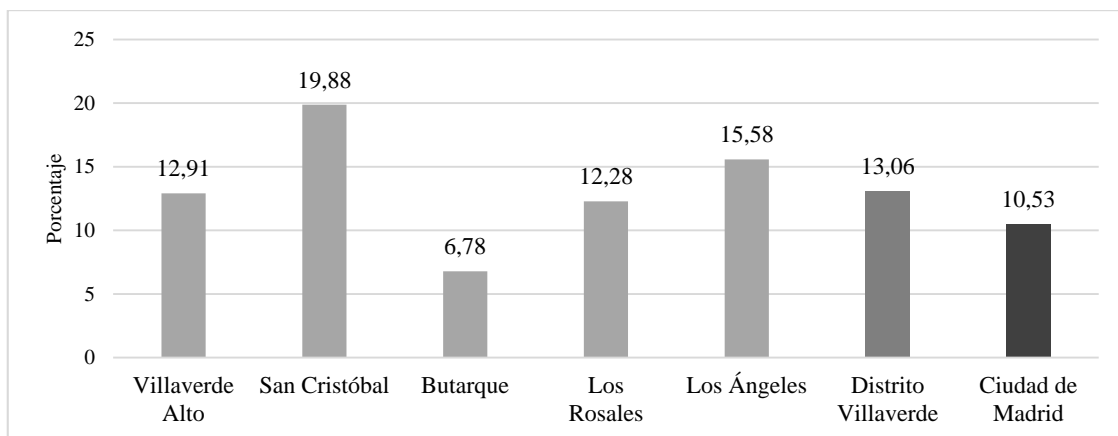


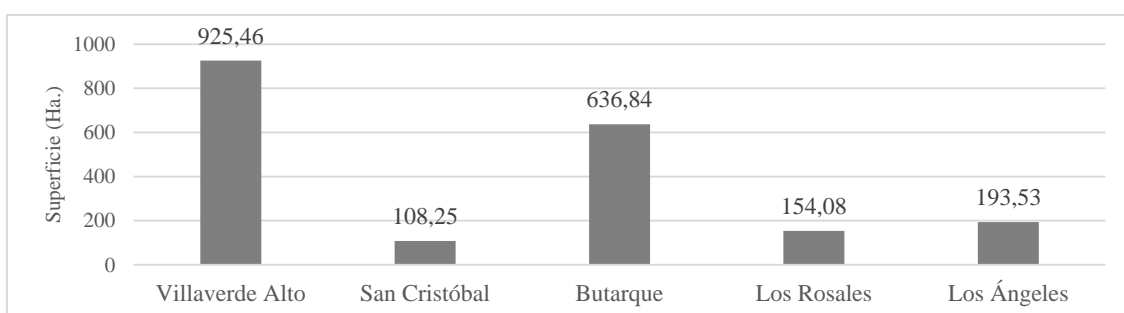
Figura 21. Proporción de población no española en edad escolar (menores de 16 años) sobre el total de la población escolar, según barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid. 2016.



Extensión de los barrios del distrito de Villaverde y zonas verdes.

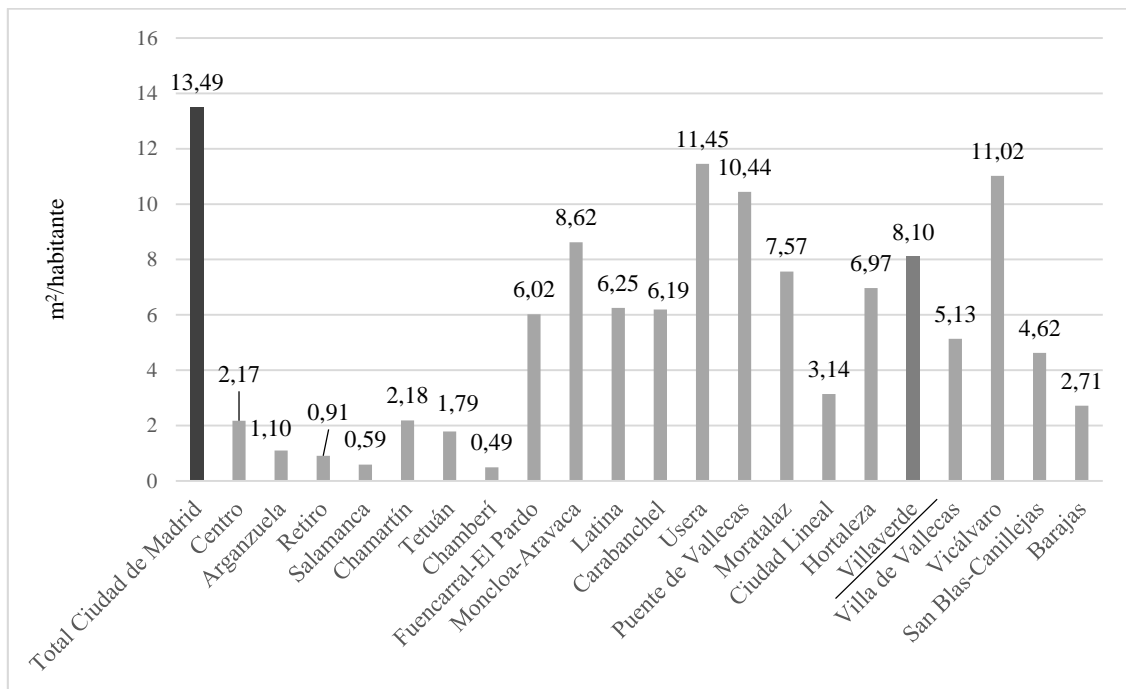
El distrito de Villaverde, en el año 2016, tenía una superficie de 2.018,15 hectáreas, lo que suponía el 3% de la del término municipal de Madrid (60.436,69 Ha.). La superficie por barrios se muestra en la Figura 22.

Figura 22. Superficie (Ha.) de los barrios del distrito de Villaverde. 2016.



En cuanto a las zonas verdes, el distrito de Villaverde disponía de 113,87 hectáreas de zonas de este tipo, que suponía el 2,69% de zonas verdes de la ciudad. La relación de zona verde/habitante en el distrito era de 8,10m²/habitante y en la ciudad de 13,49m²/habitante. En esa misma fecha, en la ciudad de Madrid, a nivel interdistrital, existía una superficie de 2.603,43 Ha., que no aparecían asignados a ningún distrito y que, por lo tanto, no se han tenido en cuenta para la elaboración del indicador a nivel de distrito (Figura 23).

Figura 23. Relación zonas verdes por habitante, según distritos de la ciudad de Madrid. 2015.



Viviendas y hogares.

El distrito de Villaverde tenía 51.369 hogares a fecha de enero de 2016 (Tabla 18).

Tabla 18. Número de hogares por barrio del distrito de Villaverde. Enero 2016

	VILLAVERDE ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES
Número hogares	15.855	4.991	5.859	12.896	11.768

La ocupación media de los hogares del distrito era de 2,75 habitantes/hogar, con un rango de 2,57 a 3,03, que corresponden a los barrios de Los Ángeles y San Cristóbal,

respectivamente. Los hogares de la ciudad de Madrid se componían de media por 2,52 personas.

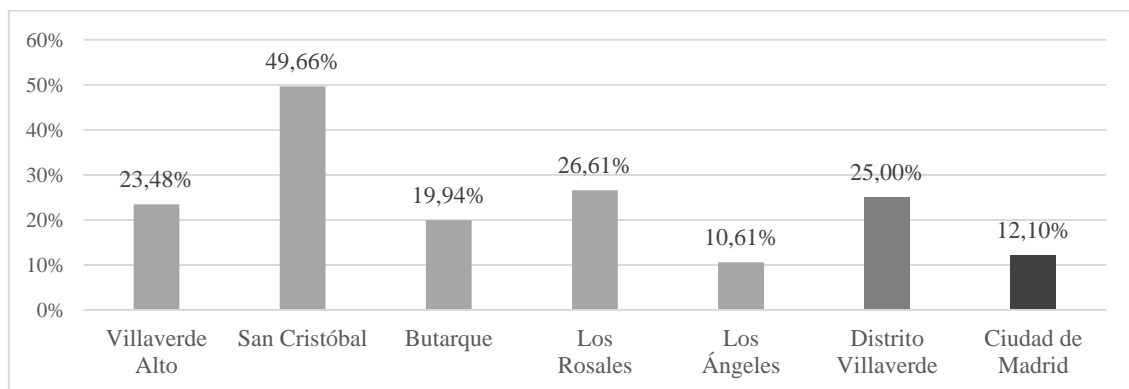
El 65,4% de las viviendas del distrito de Villaverde fueron construidas antes de 1980. El 7,08% de las viviendas en el distrito están en edificios en estado ruinoso, malo o deficiente, frente al 4,84% de la ciudad de Madrid. (Tabla 19).

Tabla 19. Número y porcentaje de viviendas: construidas antes de 1980 y de las que presentan estado ruinoso, malo o deficiente. 2011.

	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
	n (%)	n (%)
Viviendas construidas antes de 1980	40.475 (65,4)	1.061.825 (67,4)
Viviendas en edificios en estado ruinoso, malo o deficiente	3.845 (7,08)	63.885 (4,84)

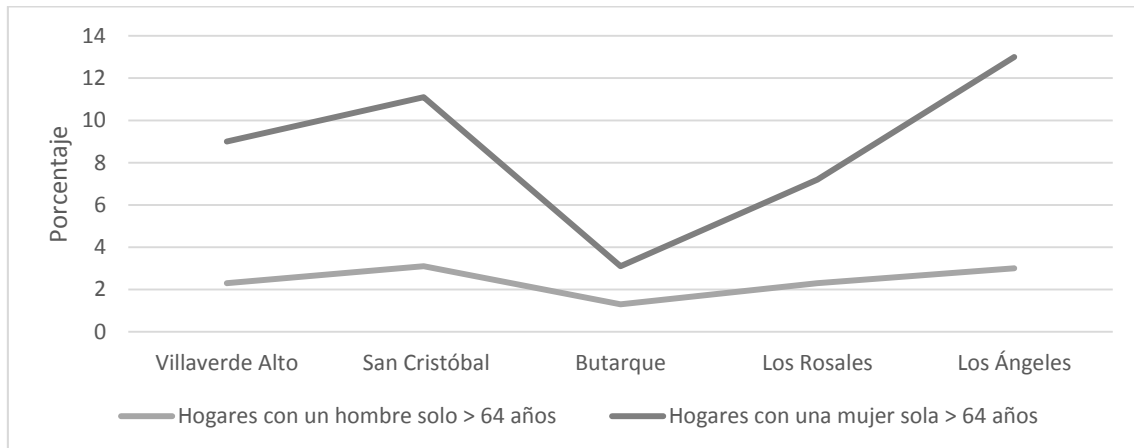
Para estudiar el hacinamiento se han tenido en cuenta las características de los portales y no de edificios ni viviendas. El porcentaje de portales que disponían de una superficie construida de vivienda residencial menor o igual a 20 m² por habitante, en cada barrio (propuesta de indicador de hacinamiento de Madrid Salud) estaba en el intervalo entre el 10,61% en Los Ángeles y el 49,66% en San Cristóbal (Figura 24).

Figura 24. Indicador de hacinamiento según barrios del distrito de Villaverde, distrito en su conjunto y ciudad de Madrid. 2012.



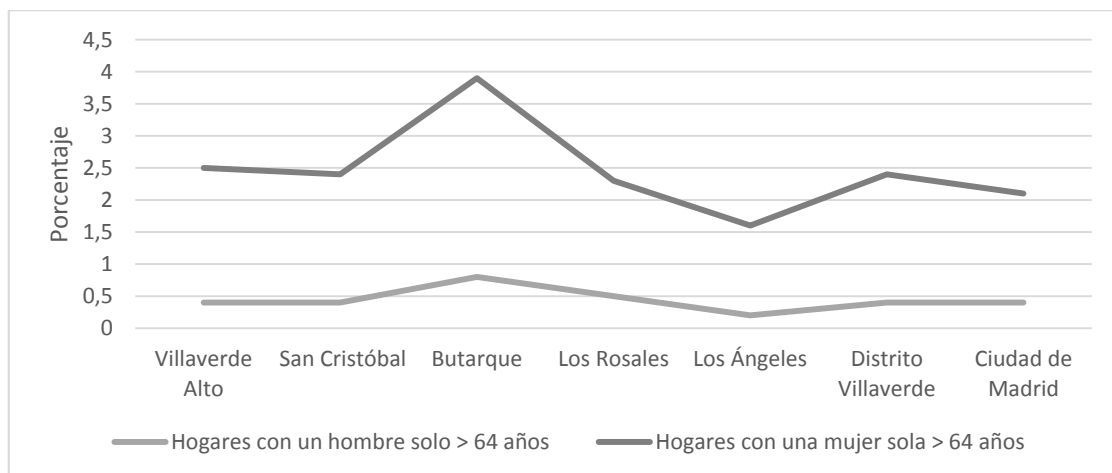
El 2,5% del total de los hogares en el caso de los hombres y el 9% en el de las mujeres eran hogares unipersonales formados por personas mayores de 64 años en el distrito de Villaverde, de los que 1.284 estaban habitados por hombres y 4.629 por mujeres (Figura 25).

Figura 25. Porcentaje de hogares unipersonales ocupados por personas de más de 64 años del total de hogares, por sexo, según barrios del distrito de Villaverde, distrito Villaverde y ciudad de Madrid en su conjunto. 2016.



Los hogares conformados por una persona adulta sola y menores, hogares monoparentales (sean hombre o mujer la persona adulta) suponían en el distrito de Villaverde el 2,8% (1.423) de los hogares, frente al 2,5% (32.195) en la ciudad de Madrid. En todos los casos, fueron más frecuentes los hogares monoparentales en los que la persona adulta era una mujer (Figura 26).

Figura 26. Distribución por barrios del porcentaje de hogares monoparentales, por sexo de la persona adulta. 2016.



Condiciones socio-económicas.

El 12,67% de las mujeres y el 8,63% de hombres mayores de 25 años de Villaverde tenían el nivel de estudios más bajo “sin estudios y analfabetismo” (Tabla 20). El 37,3% de la población mayor de 25 años del distrito de Villaverde había alcanzado el nivel de “*bachiller elemental, graduado escolar, ESO o formación profesional de primer grado*”, mientras que el 29,99%

presentaba un nivel de estudios entre los siguientes “*sin estudios, no sabe leer ni escribir o estudios primarios incompletos*”. Estos dos niveles fueron también los más frecuentes en la población del municipio. El porcentaje de población que obtuvo el nivel de estudios más alto, el correspondiente a “*licenciatura, arquitectura o ingeniería, estudios superiores, doctorado, estudios postgraduados*”, era del 8,26% en el distrito y del 25,42% en la ciudad de Madrid. (Tabla 21)

Tabla 20. Porcentaje de población de más de 25 años analfabetas o sin estudios, según barrios, distrito y ciudad de Madrid, por sexo. 2016.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD DE MADRID
Ambos sexos	13,12	13,63	6,39	9,93	9,38	10,77	5,86
Mujeres	15,34	16,15	7,26	11,59	11,33	12,67	7,11
Hombres	10,62	10,87	5,46	8,08	7,06	8,63	4,36

Al menos el 80% de la población de 30 a 64 años, de todos los barrios de Villaverde, tenía como máximo nivel educativo estudios secundarios (Figura 27), tratándose de la propuesta de indicador de precariedad educativa de Madrid Salud.

Figura 27. Indicador de precariedad educativa por barrios, para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid. 2012.

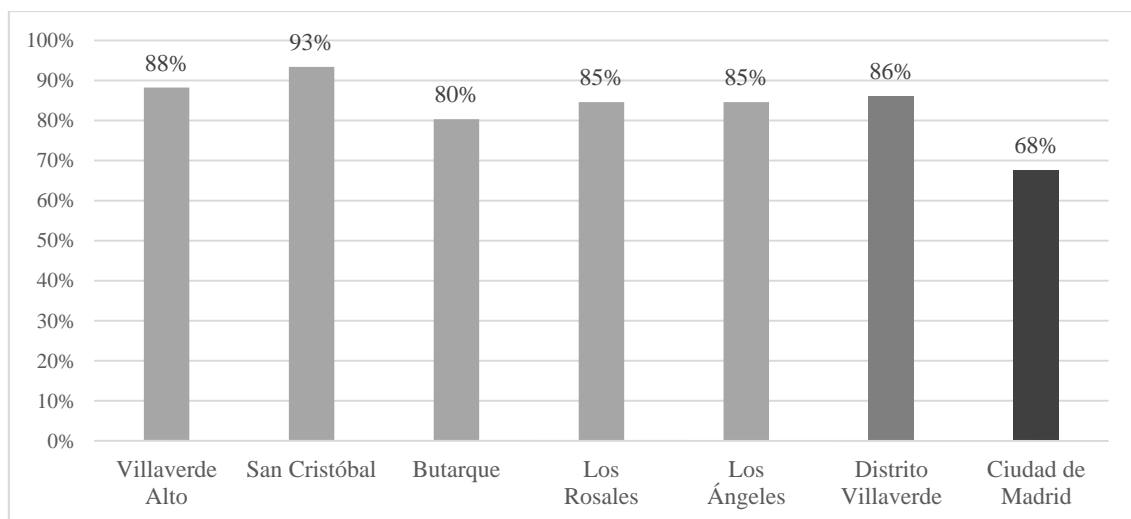


Tabla 21. Población de más de 25 años, según barrios, distrito y ciudad de Madrid, por nivel de estudios y sexo. 2016

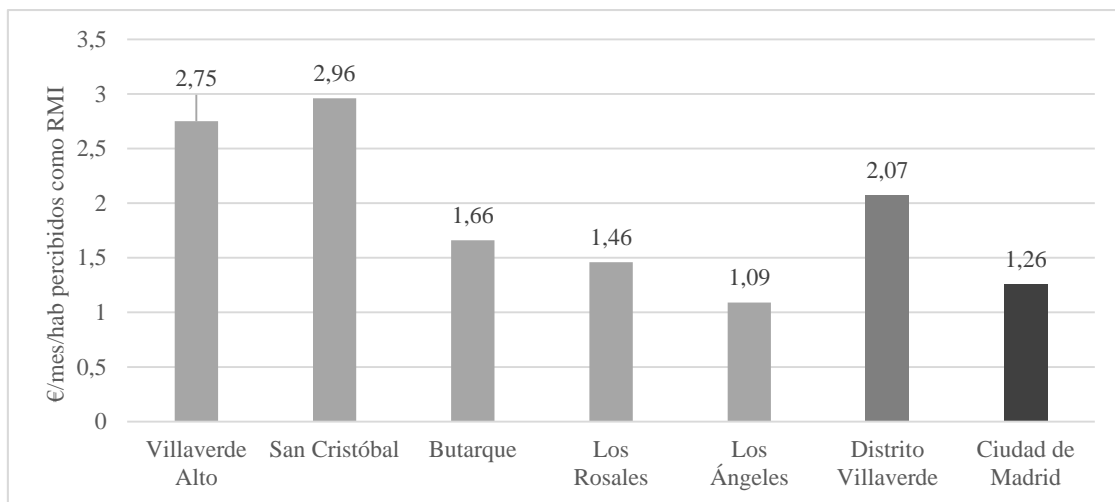
	VILLAVERDE ALTO		SAN CRISTÓBAL		BUTARQUE		LOS ROSALES		LOS ÁNGELES		VILLAVERDE		MADRID	
	Total n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Mujeres n (%)
No sabe leer ni escribir, sin estudios o primaria incompleta	10.611 (33,06)	6.083 (35,8)	3.899 (36,97)	2.202 (39,96)	2010 (17,65)	1100 (18,65)	7480 (27,96)	4272 (30,36)	7431 (30,94)	4605 (35,25)	31431 (29,99)	18262 (32,89)	464588 (18,96)	288792 (21,55)
Bach. Elemental, Grad. Escolar, ESO, Form. Prof. 1ºGrado	12.178 (37,40)	5.986 (35,23)	4.548 (43,13)	2.256 (40,94)	4156 (36,49)	1921 (32,56)	9887 (36,96)	4847 (34,45)	8324 (34,66)	4203 (32,17)	39093 (37,30)	19213 (34,60)	647982 (26,45)	347403 (25,93)
Form. Prof 2ºGrado, Bach. Superior o BUP	5.345 (16,65)	2.576 (15,16)	1.365 (12,94)	631 (11,45)	2607 (22,89)	1282 (21,73)	5095 (19,05)	2483 (17,65)	4515 (18,8)	2116 (16,2)	18927 (18,06)	9088 (16,37)	467902 (19,10)	234222 (17,48)
Títulos medios, diplomaturas, arquitectura o ingeniería técnica	1.695 (5,28)	1.046 (6,15)	301 (2,85)	183 (3,32)	1167 (10,25)	723 (12,26)	1788 (6,68)	1069 (7,6)	1583 (6,59)	943 (7,22)	6534 (6,23)	3964 (7,14)	242601 (9,90)	141411 (10,55)
Licenciatura, arquitectura o ingeniería, Estudios superiores, doctorado, Est. postgraduados	2207 (6,88)	1.261 (7,42)	419 (3,97)	233 (4,23)	1439 (12,63)	866 (14,68)	2467 (9,22)	1382 (9,82)	2123 (8,84)	1171 (8,96)	8655 (8,26)	3742 (8,85)	622872 (25,42)	325549 (24,30)

La renta neta media anual de los hogares del distrito en 2013 era de 25.295,88€ mientras que la del municipio era de 36.591,66€; oscilaba por barrios entre los 27.544,20€ de Los Rosales y los 18.121,61€ de San Cristóbal. Según datos del mismo año, la renta bruta disponible per cápita fue de 15.946,48€ en el conjunto del distrito.

En 2014, la pensión media mensual en el distrito de Villaverde era de 1.222,93€ en el caso de los hombres y 703,97€ en mujeres. Para la ciudad de Madrid, las pensiones medias mensuales fueron 1.357,60€ y 838,39€, respectivamente.

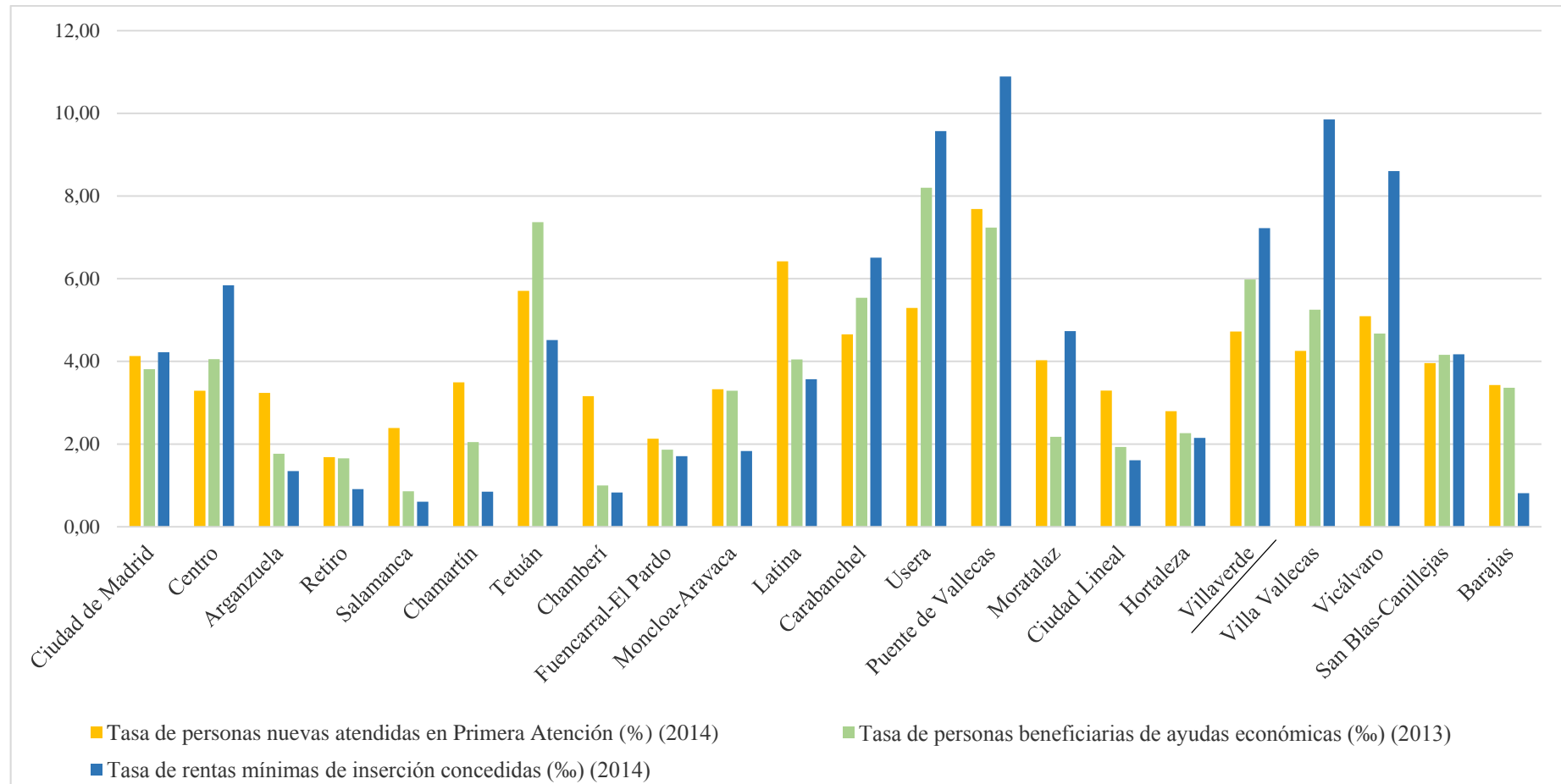
La dotación económica mensual total (en euros), de rentas mínimas de inserción (RMI) percibidas por mes, como indicador de precariedad material de Madrid Salud, ajustada por población, presentaba valores entre 1,09€ mes/habitante y 2,96€ mes/habitante, que corresponden a los barrios de Los Ángeles y San Cristóbal, respectivamente. (Figura 28)

Figura 28. Indicador de precariedad material de Madrid Salud, por barrios. 2013.



La tasa anual de personas nuevas usuarias por cada cien habitantes en unidades de primera atención de Servicios Sociales fue de 4,72 en 2014. La tasa anual de prestaciones concedidas de carácter económico ascendió a 5,98 personas por cada mil habitantes, que corresponde a 2,61€ por habitante en el año 2013. La tasa de personas o familias receptoras de renta mínima de inserción por cada mil habitantes, en 2014, fue de 7,22 en el distrito. La distribución de estos tres indicadores de las intervenciones llevadas a cabo por los Servicios Sociales en todos los distritos de la ciudad de Madrid se presenta en la Figura 29.

Figura 29. Distribución de la tasa personas nuevas usuarias de Servicios Sociales de Primera Atención, la de personas beneficiarias de ayudas económicas y la de rentas mínimas de inserción concedidas, en los distritos de la ciudad de Madrid.



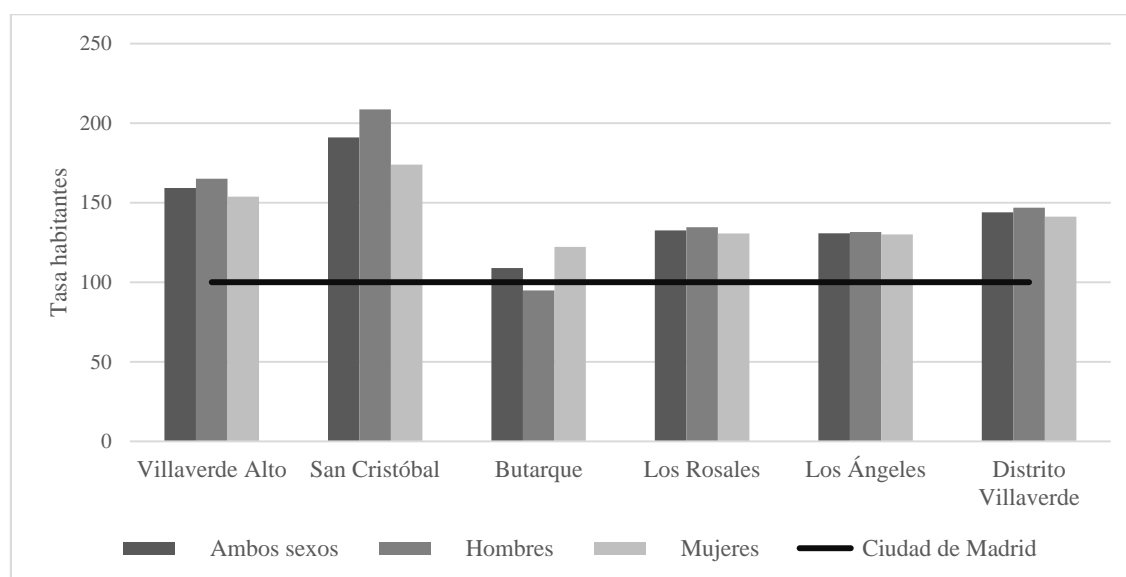
La tasa absoluta de paro registrado era del 14,72% en Villaverde (14,72% en mujeres y 14,73% en hombres), y de 10,23% en la ciudad de Madrid (10,34% en mujeres y 10,13% en hombres). Esta tasa variaba según los cinco barrios del distrito, siendo las dos más elevadas las de San Cristóbal (19,43%) y Villaverde Alto (16,24%) (Tabla 22).

Tabla 22. Porcentajes de personas en situación de desempleo por sexo, según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVEERDE	CIUDAD DE MADRID
Ambos sexos	16,24	19,43	11,09	13,51	13,62	14,72	10,23
Hombres	16,61	21,00	9,58	13,26	13,36	14,73	10,13
Mujeres	15,89	17,85	12,54	13,74	13,87	14,72	10,34

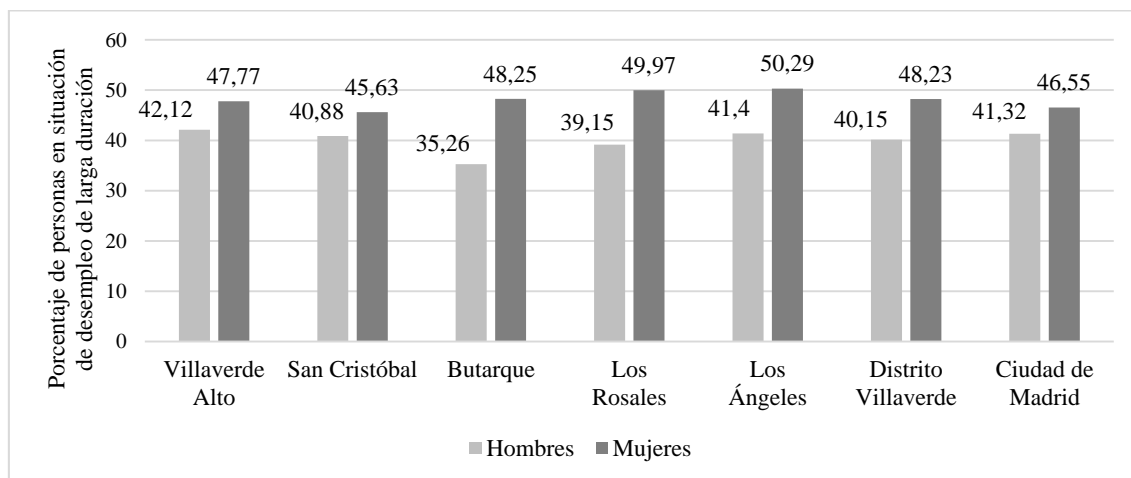
La tasa relativa de desempleo de la población del distrito era un 43,92% superior a la de la ciudad de Madrid. Se presenta en la Figura 30 para los barrios y el distrito.

Figura 30. Tasa relativa de desempleo por barrio, según sexo. 2016. Número índice 100 corresponde a la Ciudad de Madrid.



El 44,22% (48,23% en mujeres y 40,15% en hombres) de las personas registradas en paro, en el distrito de Villaverde, llevaba al menos 12 meses en esa situación, lo que se considera desempleo de larga duración; siendo en el conjunto de la ciudad del 44,07% (46,55% en mujeres y 41,32% en hombres). (Figura 31).

Figura 31. Proporción de personas en situación de desempleo de larga duración, por sexo, según barrios de Villaverde, distrito en su conjunto y ciudad de Madrid, a fecha de diciembre de 2015.



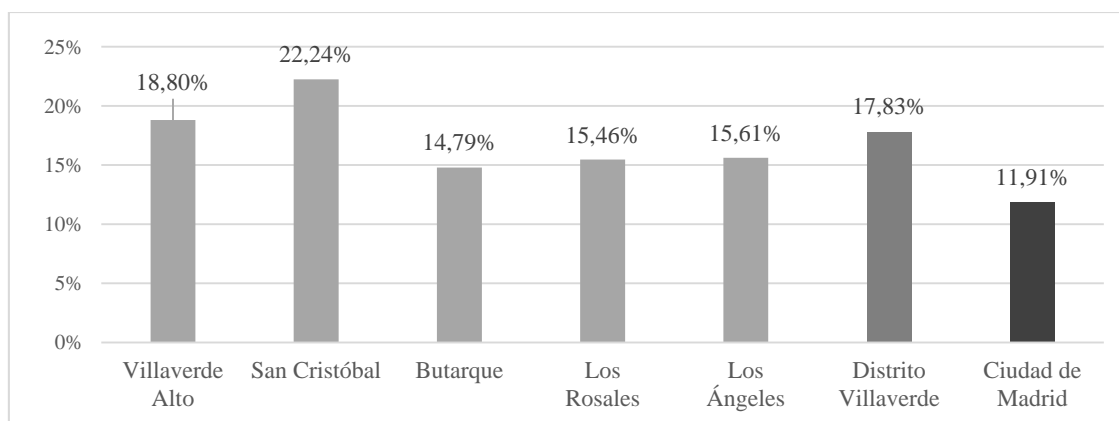
El 37,55% de las personas registradas en situación de desempleo en el distrito de Villaverde percibían prestación (42,14% hombres y 33,10% mujeres), como muestra la Tabla 23.

Tabla 23. Distribución de porcentajes de personas en situación de desempleo que percibían prestación por sexo, para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid.

	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD DE MADRID
Ambos sexos	37,55	38,97
Hombres	42,14	41,88
Mujeres	33,10	36,35

La propuesta de indicador de precariedad laboral de Madrid Salud, en el distrito de Villaverde, oscilaba entre el 14,79% y 22,24%, correspondiendo a los barrios de Butarque y San Cristóbal, respectivamente. (Figura 32).

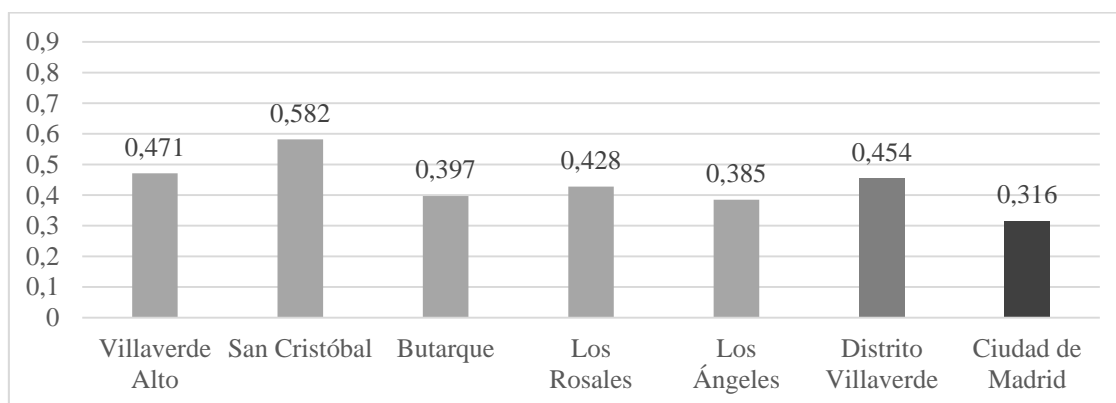
Figura 32. Distribución del indicador de precariedad laboral, por barrios, distrito y ciudad. 2014.



Propuesta de índice de privación material.

La propuesta de índice de privación material de Madrid Salud del distrito de Villaverde resultó de 0,454, oscilando según barrios entre 0,385 y 0,582, que correspondían a Los Ángeles y San Cristóbal, respectivamente. (Figura 33)

Figura 33 Propuesta de índice de privación material según barrios del distrito de Villaverde, distrito en su conjunto y ciudad de Madrid.

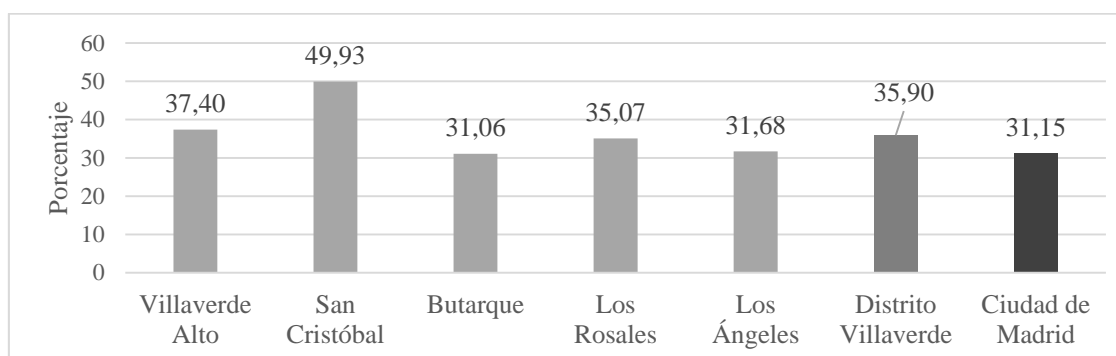


Participación. Gobernanza.

En el distrito de Villaverde había, en 2015, un total de 81 asociaciones, lo que suponía un 4,5% de las asociaciones de Madrid; siendo cinco de ellas de carácter social (2,1% de las de Madrid), seis de salud y apoyo mutuo (4,16% de las de la ciudad) y doce asociaciones vecinales (6,7% de las de Madrid). En el Anexo 5 se describe el número de asociaciones del distrito de Villaverde y de la ciudad de Madrid, según tipo de asociación.

La abstención electoral en las últimas elecciones locales (2015) en Villaverde fue del 35,90%, frente al 31,15% en la ciudad de Madrid; resultando las diferencias entre los porcentajes de los barrios estadísticamente significativas ($p < 0,001$). (Figura 34).

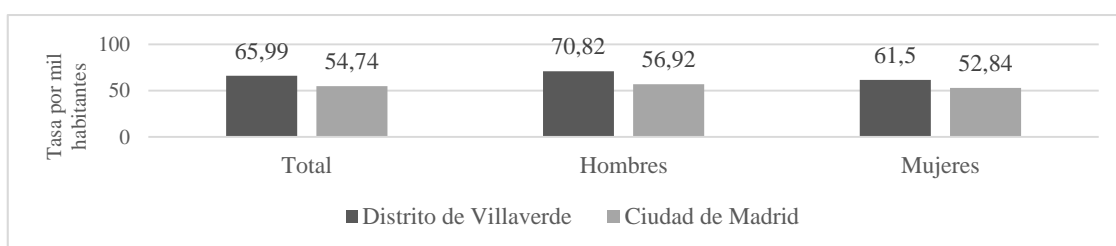
Figura 34. Distribución del porcentaje de abstención en las elecciones locales de 2015, en los barrios del distrito de Villaverde, en el conjunto del distrito y en la ciudad de Madrid.



Diversidad Funcional.

En el distrito de Villaverde, según datos de 2013, 9.373 personas residentes presentaban discapacidad reconocida, de las cuales el 51,7% (4.845) eran mujeres. La proporción por cada 1.000 habitantes era de 65,99 en total en el distrito y, por sexo, de 70,82 en hombres y 61,5 en mujeres. En la ciudad de Madrid, 54,74 de cada mil habitantes tenían discapacidad reconocida, siendo esa tasa por sexo de 56,92 en el caso de los varones y el 52,84 en el de las mujeres. (Figura 35).

Figura 35. Tasa total y tasa por sexo de personas con discapacidad reconocida para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid. 2013.



El tipo más habitual de discapacidad reconocida era la física y el grado de discapacidad reconocido más frecuente el más leve, de 33 a 64%, en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid, con una tasa por mil habitantes de 41,79 en Villaverde y de 30,64 en la ciudad. (Figuras 36 y 37).

Figura 36. Tasa de discapacidad según el tipo reconocido, en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid. Año 2013.

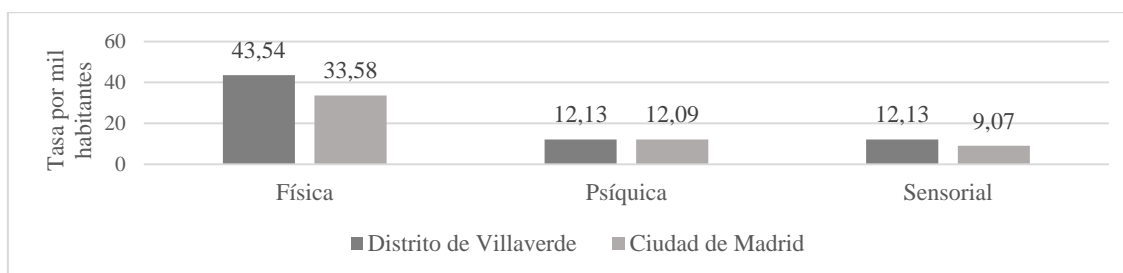
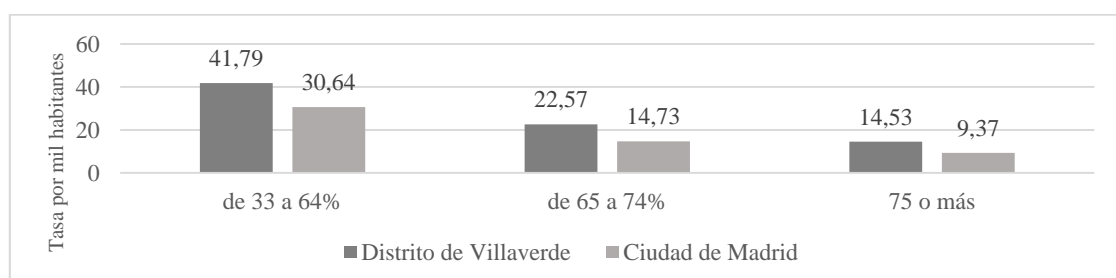


Figura 37 Tasas según grado de discapacidad reconocido, en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid. Año 2013.



Indicadores de Vulnerabilidad.

Los indicadores de vulnerabilidad disponibles según tipo de vulnerabilidad se muestran en las Tablas 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30, recopilando los resultados mencionados con anterioridad.

Tabla 24. Distribución de indicadores de vulnerabilidad demográfica según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Índice de envejecimiento	109,69	76,89	33,69	98,44	222,14	107,15	140,95
Proporción de sobre-envejecimiento	36,11	51,8	23,87	29,53	36,02	35,25	35,49
Proporción de hogares unipersonales mayores de 64 años	M 9	11,1	3,1	7,2	13	9	9,8
	H 2,3	3,1	1,3	2,3	3	2,5	2,7
Proporción de hogares monoparentales	M 2,5	2,4	3,9	2,3	1,6	2,4	2,1
	H 0,4	0,4	0,8	0,5	0,2	0,4	0,4
Personas inmigrantes extranjeras (%)	12,22	24,02	8,03	12,10	9,92	12,47	8,18
Población en edad escolar extranjera sobre el total de población escolar (%)	12,91	19,88	6,78	12,28	15,58	13,06	10,53

M= mujeres y H = hombres

Tabla 25. Distribución de indicadores de vulnerabilidad residencial según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Índice de hacinamiento 2012	23,48%	46,64%	19,95%	26,61%	10,61%	25%	12,1%
Viviendas en edificios en estado ruinoso, malo o deficiente 2011	-	-	-	-	-	7,08%	4,84%
Zonas verdes por habitante 2016	-	-	-	-	-	8,10m ² /hab	13,49m ² /hab

Tabla 26. Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación a la renta.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Renta bruta disponible per cápita 2013	-	-	-	-	-	15.946€	20.639€
Renta hogares 2013	23.657,75€	18.121,61€	27.423,20€	27.157,83€	27.544,20€	25.295,88€	36.591,66€
Indicador de precariedad material (RMI) 2013	2,75	2,96	1,66	1,46	1,09	2,07	1,26

Tabla 27. Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación a las atenciones en servicios sociales. 2014

	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Tasa de personas usuarias de unidades de primera atención de servicios sociales	4,72 ‰	4,13 ‰
Tasa de personas/familias perceptoras de RMI	7,22 ‰	4,22 ‰

Tabla 28 Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación desempleo.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Tasa paro registrado (2016)							
Total	16,24%	19,43%	11,09%	13,51%	13,62%	14,72%	10,23%
Hombres	16,61%	21%	9,58%	13,26%	13,36%	14,73%	10,13%
Mujeres	15,89%	17,85%	12,54%	13,74%	13,87%	14,72%	10,34%
Indicador desempleo (2014)	18,8%	22,24%	14,79%	15,46%	15,61%	17,83%	11,91%

M= mujeres y H = hombres

Tabla 29. Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación al nivel de estudios.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Porcentaje de población sin estudios primarios completos (2016)							
Hombres	29,97%	33,71%	16,57%	25,30%	25,79%	26,73%	15,83%
Mujeres	35,81%	39,96%	18,65%	30,36%	35,25%	32,89%	21,55%
No sabe leer ni escribir y sin estudios (2016)							
Total	13,12%	13,63%	6,39%	9,93%	9,38%	10,77%	5,86%
Hombres	10,62%	10,87%	5,46%	8,08%	7,06%	8,63%	4,36%
Mujeres	15,34%	16,15%	7,26%	11,59%	11,33%	12,67%	7,11%
Indicador precariedad educativa (2012)	88,23%	93,42%	80,32%	84,59%	84,61%	86,08%	67,7%

Tabla 30. Distribución de la propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en áreas pequeñas⁵⁸, según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.

	V. ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES	DISTRITO VILLAVERDE	CIUDAD de MADRID
Propuesta de índice de privación material	0,47	0,58	0,4	0,43	0,39	0,45	0,32

Relación entre gobernanza e índice de privación material.

El porcentaje de abstención electoral en elecciones locales de 2015 (gobernanza) por barrio presenta una correlación alta con la propuesta de índice de privación material, como muestra la Tabla 31.

Tabla 31. Correlación entre la propuesta de índice de privación material y los indicadores de gobernanza (abstención electoral – elecciones locales) en los barrios del distrito.

Porcentaje de Abstención Electoral	Correlación Rho de Spearman	p-valor
Año 2015	0,900	0,037

Relación entre la esperanza de vida media al nacer y la propuesta de índice de privación material de Madrid Salud.

La esperanza de vida media al nacer era superior en los barrios con índice de privación menor o igual a la mediana del distrito, siendo 1,71 años superior en el caso de las mujeres y 1,14 en el de los hombres. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas como se presenta en la Tabla 32.

Tabla 32. Comparación de los valores medios de la esperanza de vida media al nacer de los barrios, por sexo, según el índice de privación material de los barrios.

Índice de Privación(IP) de los Barrios (2012-2014)		N	Media	DE	Dif de medias	IC 95% de la diferencia		p-valor
Esperanza Media de Vida al Nacer Hombres (2009-2012)	IP < mediana del Distrito	64101	80,02	0,46	1,14	1,14	1,15	0,000
	IP > mediana del Distrito	45605	78,88	0,23				
Esperanza Media de Vida al Nacer Mujeres (2009-2012)	IP < mediana del Distrito	64101	86,19	0,48	1,71	1,70	1,72	0,000
	IP > mediana del Distrito	45605	84,48	0,94				

ESTUDIO II

*“Lo que hace el médico,
a través de su relación con el enfermo y de esa intimidad peculiar que se le permite,
es compensar la ruptura de las conexiones y reafirmar el contenido social de la identidad quebrantada del paciente...
¿hasta dónde debe uno ayudar a un paciente a aceptar unas condiciones que son
al menos tan injustas y tan malas como la enfermedad que padece?”*

John Berger

ESTUDIO II MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO: ESTUDIO II

DISEÑO

Estudio longitudinal retrospectivo analítico.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio toma como referencia geográfica los centros de salud ubicados en el distrito de Villaverde (Madrid) en el año 2007, con 109.706 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) adscritas.

El distrito de Villaverde corresponde al distrito sanitario Villaverde, distrito de carácter urbano, que contaba con 6 Centros de Salud (CS) y 9 Equipos de Atención Primaria (EAP) en 2007. Los Equipos trabajan en Centros de Salud, sobre una zona básica de salud concreta (ZBS), pudiendo trabajar varios Equipos en un mismo Centro, según el número de tarjetas sanitarias individuales que tengan adscritas. La relación de centros de salud y ZBS/EAP del distrito de Villaverde se expone en la Tabla 33.

Tabla 33. Relación entre Barrio Administrativo, Centro de Salud y Equipo de Atención Primaria.

BARRIO	VILLVERDE ALTO	SAN CRISTÓBAL	BUTARQUE	LOS ROSALES	LOS ÁNGELES
Centros de Salud (CS)	CS San Andrés CS Potes CS San Cristóbal	CS San Cristóbal	CS Los Rosales*	CS Los Rosales CS El Espinillo	CS Los Ángeles
Equipos de Atención Primaria (EAP)	EAP San Andrés (1y2) EAP Potes EAP San Cristóbal**	EAP San Cristóbal	EAP Los Rosales (1 y2)	EAP Los Rosales (1 y 2) EAP El Espinillo	EAP Los Ángeles (1 y2)

* No hay ningún Centro de Salud ubicado en el Barrio de Butarque.

**El EAP San Cristóbal es el de referencia para la colonia Marconi, del barrio Villaverde Alto.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estudiada está constituida por todas las personas con TSI incluidas dentro de los centros de salud ubicados en el distrito municipal de Villaverde.

Se ha partido de la población del año 2007 incluida en la tesis de Olmedo Galindo⁸⁶ sobre *“Impacto de la Crisis Económica en la Utilización de Servicios en un Área Sanitaria de la Comunidad de*

Madrid', tomando para este trabajo la población asignada a los centros de salud del distrito de Villaverde.

FUENTES DE DATOS

Base de datos Cibeles.

Cibeles es la fuente de datos administrativos de la Comunidad de Madrid, que gestiona la información de la TSI. De esta base se obtuvieron los datos sociodemográficos de las personas que tenían TSI (a nivel individual): edad, sexo, centro de salud, país de origen y tipo de usuario (activo, pensionista y sin recursos). Su información está integrada en la aplicación informática del OMI-AP.

Historia Clínica Electrónica OMI-AP.

La Historia Clínica Electrónica (HCE) se recoge en la aplicación informática OMI-AP. La HCE recoge datos administrativos e información sobre procesos de atención médica y socio-sanitaria de cada paciente, de los centros de salud incluidos en el estudio. Las siguientes variables se tomaron de OMI-AP:

- Número de visitas anuales por paciente: según consulta de enfermería y de medicina.
- Variable de necesidad general o ACG: calculada por el departamento de Sistemas de Información del Área 11 a través de los datos contenidos en las bases Cibeles y OMI-AP, y aplicando sobre ellos la herramienta informática ACG® Case-Mix System (versión 7), de la Universidad Johns Hopkins²²⁰. A partir de estos datos se calculó la banda de complejidad o Banda ACG utilizada en nuestro estudio.
- Variables de necesidad psiquiátrica y de necesidades sociales: para la ordenación de los distintos procesos de atención en la consulta diaria la aplicación OMI-AP sigue la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). De manera que cada proceso clínico que es valorado por una o un profesional queda registrado con una etiqueta. La aplicación permite, mediante un buscador, incluir y asignar un código alfanumérico de dicha CIAP a cada proceso registrado. La letra indica el sistema de órganos afectado y los dos números indican distintas características de la enfermedad.

Se extrajeron los códigos de registro de la morbilidad psiquiátrica (códigos Pxx) y los diagnósticos de problemática social o “*factores que influyen en la salud y contactos con los servicios de salud*”, (códigos Zxx), y se transformaron en varios pasos intermedios a la clasificación Expanded Diagnostic Clusters (EDC)²²¹. Esta clasificación de entidades clínicas, creada por el software del Adjusted Clinical Group System de la universidad Johns Hopkins (ACG® Case-Mix System, versión 7), agrupa los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición (CIE-9) en 190 categorías clínicas específicas. Se obtuvieron a partir de ella las variables de necesidad psiquiátrica y social de cada paciente para el año 2007.

Base de datos del Sistema de Información de los Servicios Públicos de Empleo: SISPE (Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid).

De esta base de datos se tomó la tasa de paro por barrios para Madrid capital. El Ayuntamiento de Madrid calculó esta variable como el cociente entre los datos del paro a partir de las demandas de empleo pendientes de resolver por el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) del último día del mes en el que se hizo la valoración, agosto 2007, y una estimación de los activos, definidos como aquellas personas en disposición para trabajar, que correspondieron a cada barrio.

Para calcular esta estimación de activos, según explica el Ayuntamiento de Madrid en la nota metodológica que acompaña a los datos, se partió de las personas censadas como activos en ese barrio, provenientes del último apunte censal publicado con nivel de barrio (año 2001) y se actualizó con el dato de activos del municipio de Madrid proveniente de la Encuesta de Población Activa (EPA). La relación entre el total de activos de todo el municipio de Madrid y los activos por barrios se ha mantenido relativamente constante a lo largo de los distintos censos (1986, 1991, 1996, 2001). Partiendo de esa relación tan constante, se actualizaron los activos para cada barrio ajustado al número de activos del conjunto de Madrid, obtenidos por la EPA correspondiente al año 2007.

Tal y como se recoge en la misma nota el estimador de Tasa de desempleo registrado representa un indicador indirecto de la intensidad del desempleo y representa el número de parados, registrados en el Instituto Nacional de Empleo (INEM) como tales, por cada cien activos residentes en cada uno de los ámbitos de referencia. En el cálculo del indicador se computan solo los parados y activos de nacionalidad española²²².

Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

De esta fuente²²³ se obtuvo la variable de índole socioeconómica Renta Bruta Disponible per cápita en el municipio de Madrid (1998-2000). Publicada por el Ayuntamiento de Madrid a partir de los datos obtenidos por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid²²⁴, es el indicador sobre la renta más actualizado disponible en nuestro medio con nivel de desagregación por barrios. Se calcula a partir de los datos de la declaración del Impuesto de la Renta sobre las Personas Físicas facilitados por la Agencia Tributaria pertenecientes a cada barrio, dividido por las personas residentes de ese barrio. Los datos consolidados y definitivos fueron los pertenecientes al año 1999. Para obtener las rentas correspondientes al año 2007 utilizadas en el estudio, se aplicó la actualización de rentas a través de la herramienta a tal efecto de la página web del INE, que calculó las nuevas rentas a fecha agosto 2007 (IPC acumulado del 29,7%)²²⁵.

Con el objetivo de relacionar estas variables socio-económicas por barrios de Madrid con las variables clínicas de las personas adscritas a cada Zona Básica de Salud (ZBS) o a cada Equipo de Atención Primaria (EAP), para ello se tomaron como equiparables, se estableció una correlación geográfica entre los barrios y las ZBS/EAP, de tal manera que se le asignó a cada paciente una tasa de paro y un nivel de renta estimado por pertenecer a cada barrio. En los casos en los que no se pudo establecer esta relación por falta de superposición de dichas zonas geográficas, se utilizó el valor más aproximado.

Encuesta de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid (2010).

A partir del año 2010, la Dirección General de Atención al Paciente dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, publicó los datos de las encuestas de valoración y satisfacción de las personas usuarias de los servicios públicos en el ámbito de atención primaria de manera desagregada por centros de salud.

El contenido de los cuestionarios mide el grado de satisfacción percibida y se estructura en distintas dimensiones: accesibilidad y estructura del centro (limpieza del centro, señalización, comodidad), accesibilidad para la obtención de cita (forma de obtener cita, utilidad de los sistemas de citación automática, facilidad para su obtención, tiempo de espera hasta la consulta y en la sala de espera), satisfacción con los profesionales (amabilidad, eficacia, calidad información recibida, tiempo dedicado, atención dedicada), satisfacción global,

recomendación del servicio y datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, nivel de ocupación, lugar de origen).

Los resultados de la encuesta para el año 2010 se obtuvieron a partir de una muestra de 25.609 entrevistas telefónicas realizadas del 13 y el 18 de mayo de 2010 entre las personas que acudieron a la consulta de su centro de salud.

De esta encuesta se obtuvieron las siguientes variables:

- Para profesionales de la medicina: presión asistencial media por centro, Facilidad para conseguir cita con su médico, muy satisfecho/a (MS) o satisfecho/a (S), Grado de conveniencia según el día deseado para la cita con el médico (MS/S), Tiempo de espera en la sala de espera hasta entrar en la consulta del médico (MS/S).
- Para profesionales de la enfermería: Grado de satisfacción con la eficacia de la enfermera (MS/S) y Grado de satisfacción con la amabilidad de la enfermera (MS/S).
- Para ambos: Tiempo de espera desde que se pide la cita hasta la consulta (MS/S), Nivel de estudios superiores, Nivel de estudios primarios o menores.

Memoria de actividad del Área 11 de Atención Primaria.

La Memoria del Área 11 revisa anualmente la actividad desarrollada por el área sanitaria. A partir de ella se obtuvieron los datos de la Presión asistencial media (consultas de medicina) de cada centro de salud para el año 2007 como medida de su accesibilidad²²⁶.

Ayuntamiento de Madrid: Subdirección General de Estadística

- Abstención electoral en elecciones locales (2006).
- Censo electoral en elecciones locales (2006).
- Número de personas según sexo, edad y según posean nacionalidad española o no. (fuente: Padrón Municipal de Habitantes - 2007)

VARIABLES

Variable resultado principal. La variable principal dependiente fue la frecuentación en población consultante, entendida como el número de visitas a consultas de medicina o enfermería por cada paciente en el año 2007.

VARIABLES INDEPENDIENTES. A continuación se exponen todas las variables utilizadas y sus fuentes.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

a) VARIABLES INDIVIDUALES: A partir de las fuentes de información se obtuvieron las variables individuales de cada caso o paciente:

- Sexo: hombre o mujer.
- Edad en años. Se categorizó dividiendo todo el rango de edad en cinco tramos de igual extensión temporal (16-32 años, 33-48 años, 49-64 años, 65-80 años y mayores de 80 años) y también por quintiles, para las partes del análisis en las que fue necesario.
- Región de origen: Se establecieron cinco categorías según el país de nacimiento de los individuos incluidos en el estudio: Europa UE, Europa no-UE, Latinoamérica, África, Asia y Otros orígenes. Para algunas partes del análisis descriptivo se diferenció en varias subcategorías: Europa no-UE, Latinoamérica, África, Asia y Otros orígenes. Y en otros momentos, se simplificaron en dos categorías:
 - Región europea (UE): que engloba a las personas nacidas en España y los que pertenecen a los países de la Unión Europea-27 o Estados relacionados (Suiza, Noruega, Islandia).
 - Región no europeo (no UE) o bien, resto del mundo: todas las pertenecientes en su origen a terceros países distintos de los anteriores. Dentro de esta categoría se incluyeron las personas extranjeras que por cualquier motivo (económico, social, político) fijaron su residencia en España, en nuestro caso los provenientes de países distintos de la Unión Europea-27 y estados relacionados, incluidos las personas nacidas fuera en situación administrativa irregular pero con prestación sanitaria hasta la reforma posterior de las condiciones de acceso a la servicios sanitarios de la red pública²²⁷. Estas personas se consideran inmigrantes, por no haber nacido en España; no obstante, este término normalmente se refiere a personas que han llegado procedentes de otros países y presentan diferencias marcadas en cuanto a nivel económico, cultural y de estilos de vida²²⁸.

- Tipo de usuario/a: Se agruparon los diferentes tipos administrativos de personas usuarias existentes en tres grandes grupos: activos, pensionistas y sin recursos.
 - o Activo: incluyeron a todos los activos de todos los regímenes (INSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS) y a sus beneficiarios, y los activos/pensionistas, como las personas huérfanas o las viudas trabajadoras.
 - o Pensionista: incluyeron a todos los pensionistas de todos los regímenes (INSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS) y a sus beneficiarios.
 - o Sin recursos: incluyeron a todas las categorías de sin recursos (titular general, farmacia gratuita o extranjero sin recursos).

- b) Variables de centro: Todas las variables siguientes se obtuvieron de manera agregada por Equipo de Atención Primaria (EAP/ZBS), a partir de los datos aportados por barrio, o por centros de salud, en función de la fuente de la que fueron tomadas. A cada caso o paciente se le asignó el dato de la variable que correspondió con el barrio de la que parte dicho dato y que se superpuso con la ZBS/EAP en la que estaba incluido dicho paciente.
 - Tasa de paro de Madrid capital: medida como personas en situación de desempleo por cada 100 habitantes activos y desagregados por los barrios incluidos en el estudio (fuente: SISPE-Ayuntamiento de Madrid).
 - Renta bruta disponible (per cápita): en miles de euros y actualizado para el año 2007 (fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid).
 - Nivel de estudios superiores: proporción (porcentaje) de las personas encuestadas dentro del centro que refirieron tener nivel de estudios universitarios (fuente: Encuesta de satisfacción de la Comunidad de Madrid).
 - Nivel de estudios primarios o menores: proporción (porcentaje) de las personas encuestadas dentro del centro que refirieron tener un nivel de estudios primarios o menores (fuente: Encuesta de satisfacción de la Comunidad de Madrid).
 - Abstención electoral: porcentaje de abstención electoral en las elecciones locales de 2006 según barrio.

- 2. Variables clínicas.
 - a) Morbilidad psiquiátrica: obtenidos a partir de los códigos Pxx con su posterior conversión a EDC como se ha explicado, y que se agruparon en las siguientes variables:

- Depresión o ansiedad, que incluyeron las agrupaciones diagnósticas EDC Ansiedad y neurosis (PSY01) y Depresión (PSY09)
 - Abuso de tóxicos (alcohol, tabaco o drogas), que incluyen los EDC Abuso de sustancias (PSY02) y Abuso de tabaco (PSY03).
 - Resto de diagnósticos psiquiátricos: el resto de diagnósticos psiquiátricos distintos de depresión, ansiedad y abuso de tóxicos (con los EDC Esquizofrenia y otras psicosis -PSY07-, Trastornos del comportamiento -PSY04-, Trastornos de personalidad -PSY08-, Trastorno por déficit de atención -PSY05-, Signos y síntomas psicológicos -PSY10-).
 - Diagnósticos psiquiátricos: cualquier tipo de los anteriores.
- Todas ellas son variables dicotómicas (si/no).

b) Diagnósticos sociales o socio-familiares: se incluyeron todos los diagnósticos de código “Zxx” de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Atención Primaria (CIAP) a partir de los EDC Problemas familiares y sociales (PSY06) y Otros trastornos psicosociales (PSY11). Se trata de una variable dicotómica (si/no).

c) Nivel de morbilidad: medidos a través de los ACG (Adjusted Clinical Groups) y obteniéndose a partir de ellos:

- Banda de complejidad o de ACG: dividida en cinco categorías de menor a mayor complejidad y de consumo de recursos, del 0 al 5. Las personas que no consultaron y las que estaban mal registradas se trataron como "perdidas" por el sistema y fueron incluidos en la Banda 0.

3. Variables de accesibilidad.

Todas las variables siguientes se obtuvieron de manera agregada por centro de salud.

Los resultados de la encuesta dieron el porcentaje de personas que consultaron y están satisfechas o muy satisfechas con cada medida analizada, y el de insatisfechas y muy insatisfechas. Para simplificar el análisis y los resultados posteriores se eligió como variable únicamente la primera categoría de resultados, dándose como el grado de satisfacción de cada dimensión tomada y considerándose un proxy del grado de accesibilidad a los servicios sanitarios.

De estas variables algunas fueron exclusivas para profesionales de la medicina, otras para profesionales de enfermería y otras comunes a ambos:

Profesionales de la medicina:

- Presión asistencial media en consultas de medicina por centro: obtenida como el número de pacientes diario visto de media por las y los profesionales de la medicina pertenecientes a un centro de salud.
- Satisfacción con la facilidad para conseguir cita con el/la médico/a: proporción de pacientes del total de personas encuestadas que refieren haberse sentido "satisfechas o muy satisfechas" al preguntarles sobre la facilidad para obtener cita con su profesional de la medicina de familia.
- Satisfacción con el grado de conveniencia según el día deseado para la cita con el o la profesional de la medicina: proporción de pacientes que se encontraron satisfechos o muy satisfechos con el día que se les asignó la cita con su profesional de la medicina.
- Satisfacción con el tiempo de espera en la sala de espera hasta entrar en la consulta de medicina: proporción de pacientes que se encontraron muy satisfechos o satisfechos con el tiempo de espera antes de entrar en la consulta desde su hora de citación.

Profesionales de la enfermería:

- Satisfacción con la eficacia del/la profesional de la enfermería: proporción de pacientes que se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la eficacia demostrada por su profesional de la enfermería.
 - Satisfacción con la amabilidad del/la profesional de la enfermería: porcentaje de pacientes que se encontraron satisfechos o muy satisfechos con la amabilidad dispensada por su profesional de la enfermería.

Ambos profesionales:

- Satisfacción con el tiempo de espera desde que se pide la cita hasta la consulta: proporción de pacientes que se sintieron satisfechos o muy satisfechos con la demora desde el día de petición de cita hasta el día de la consulta, sin precisarse en la encuesta el/la profesional por el que se pregunta. Pretende analizar de manera global la accesibilidad en su dimensión temporal.

La relación entre barrio administrativo y Centro de Salud/Equipo Atención Primaria se realiza siguiendo la propuesta de Olmedo⁸⁶:

El barrio de Villaverde Alto incluye a dos centros, CS Potes (EAP San Andrés1) y CS San Andrés (EAP San Andrés1 y EAP San Andrés2), por lo que a las personas que acudieron a estos centros se les asignó la tasa de paro y renta de ese barrio.

La ZBS del CS San Cristóbal tiene dos partes diferenciadas: San Cristóbal Estación, que pertenece al barrio de Villaverde Alto, y San Cristóbal Pueblo, que se incluye de manera completa en el barrio de San Cristóbal. Para obtener la tasa de paro y renta del CS San Cristóbal en su conjunto, se realizó la suma de los valores de renta y paro de cada barrio que previamente se habían ponderado en función de la proporción de población que correspondía a cada zona con respecto al total de la población del Centro de salud (80,2% en el San Cristóbal Pueblo y 19,8% en San Cristóbal Estación).

El barrio Los Rosales incluye dos centros de salud: CS El Espinillo y uno de los equipos del CS Los Rosales (EAP Los Rosales1). El otro equipo denominado EAP Los Rosales2 (Butarque), se incluye en el barrio de Butarque. Por tanto, para el CS El Espinillo se aplicaron los valores de tasa de paro y renta del barrio Los Rosales. Pero para obtener la renta y paro del CS Los Rosales se realizó la media ponderada en función de la proporción de población perteneciente a cada uno de los equipos (56,4% para EAP Los Rosales1 y 43,6% para EAP Los Rosales2).

El barrio de Los Ángeles incluye al CS Los Ángeles, con sus dos equipos, el EAP Los Ángeles1 y el EAP Los Ángeles2.

ESTRATEGIA DE ANALISIS

La población inicial estudiada se dividió en tres grupos: consultantes, no consultantes (frecuentación 0) y pacientes con errores de registro. Los errores de registro fueron considerados como “no consultantes”. Las personas consultantes fueron las que acudieron a alguna visita bien fuera a consulta de medicina o enfermería en el año 2007 y no tuvieron ningún error de registro en su codificación. Se compararon las diferencias entre consultantes, no consultantes y errores de registro (mal codificados) en aquellas variables de las que se disponía información.

La población total disponible, $N=97.350$, fue la que se utilizó para realizar el estudio descriptivo de cada variables sociodemográficas y de los diagnósticos psiquiátricos y sociales. Se describieron las variables contextuales asociadas al Centro de Salud. Se utilizó la población consultante en 2007, $N= 77.023$ para la descripción y el análisis de la complejidad clínica (bandas complejidad) así como de la frecuentación.

El análisis descriptivo se realizó con las medidas de tendencia central y de dispersión con sus intervalos de confianza (IC 95%). Se describieron las variables cuantitativas con media y desviación y con mediana y rango intercuartilico si las distribuciones eran asimétricas. Se analizaron las características en cuanto a normalidad y asimetría de las principales variables aplicando los test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, además de la representación gráfica mediante histograma. Se describieron las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

En el análisis inferencial se compararon las variables cualitativas con el estadístico Chi Cuadrado, y para la comparación entre variables cualitativas dicotómicas con variables cuantitativas normales se empleó la T student. Para relacionar las variables cualitativas politómicas con variables cuantitativas, la ANOVA de un factor.

Para evaluar la asociación entre las variables con la utilización de la consulta de medicina y enfermería se utilizó un Modelo Lineal General (MLG, o GLM por su acrónimo inglés, Generalized Lineal Model), que permite obtener estimadores insesgados de las asociaciones en presencia de heterocedasticidad²²⁹.

El paquete estadístico utiliza para la estimación de parámetros en el MLG, métodos de máxima verosimilitud lo que nos permite obtener resultados sin tener que suavizar la variable dependiente y sin que la posible heterocedasticidad sea un problema²³⁰. En cualquier caso y para evitar errores en la especificación del modelo debidos a una potencial anomalía en la distribución de la variable dependiente, se calcularon los errores de las estimaciones por métodos robustos. Los cálculos se realizarán utilizando el software IBMSPPS v.21 y STATA v.12.

ASPECTOS ÉTICOS

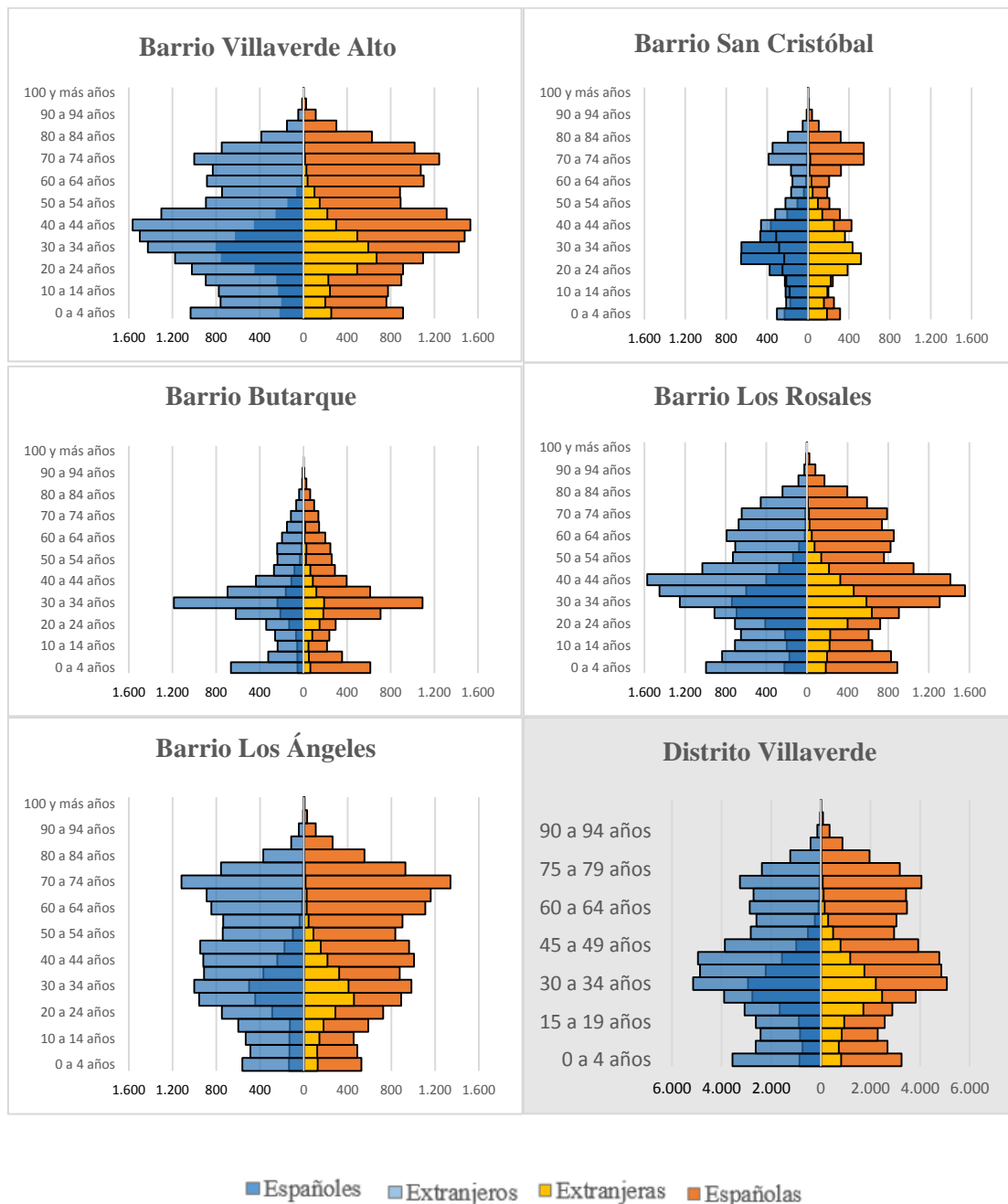
El trabajo de Olmedo Galindo⁸⁶ sobre “*Impacto de la Crisis Económica en la Utilización de Servicios en un Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid*”, del que parte este estudio, cuenta con el informe favorable de la gerencia del Área 11 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid que facilitó la explotación de los datos por parte de los Sistemas de Información Sanitaria. Se ha trabajado con datos anonimizados salvaguardando la confidencialidad de los registros individuales siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

ESTUDIO II RESULTADOS

RESULTADOS: ESTUDIO II

El distrito de Villaverde tenía, a fecha 1 de Enero de 2007, una población de 146.184 residentes; siendo mujeres el 50,80%. (Figura 38).

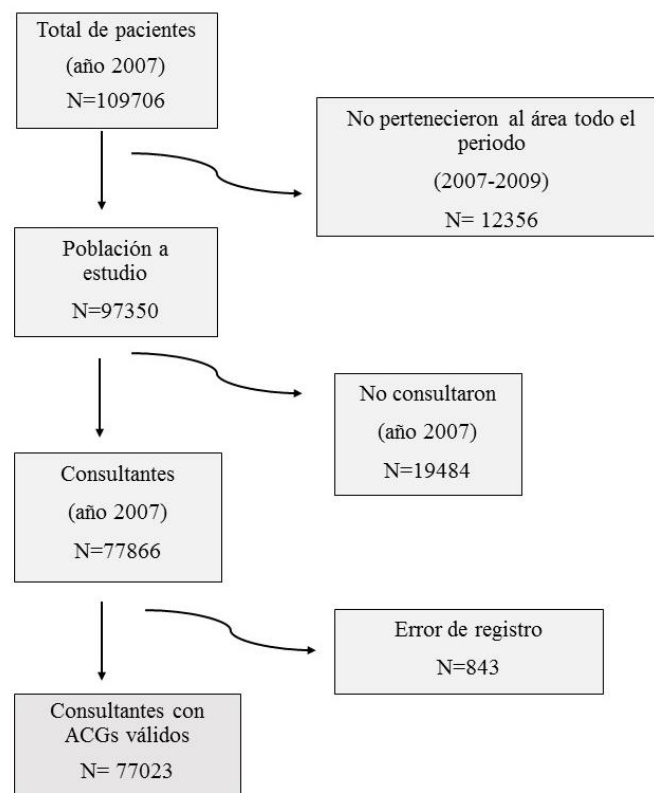
Figura 38. Pirámides de población, según sexo, edad y nacionalidad por barrios y para el conjunto del distrito de Villaverde. 2007.



Características socioeconómicas individuales y de los centros de salud.

De la población incluida en el estudio de Olmedo⁸⁶ se dispuso de información de 109.706 personas del distrito de Villaverde, que en ese periodo contaba con 146.184 residentes. Dado que esta población pertenece a la misma cohorte de Olmedo⁸⁶, se mantiene el mismo criterio como población a estudio. La población a estudio, perteneciente al distrito sanitario de Villaverde, fue de 97.350 personas, potenciales personas usuarias del sistema sanitario público. De ellas, 77.866 (79,98%) consultaron durante el año 2007. (Figura 39).

Figura 39. Diagrama de personas incluidas y excluidas en el estudio, siguiendo el esquema de Olmedo⁸⁶.



Entre la población consultante, 843 personas tuvieron un error de registro al no codificarse ningún proceso en su historia clínica electrónica (HCE), a pesar de haber visitado al profesional de medicina o enfermería o, si lo tenían codificado, no fue trasladado correctamente al sistema ACG. La población consultante con ACG válido supone el 79,12% de la población a estudio.

En comparación con las personas que consultaron a su profesional de medicina o enfermería de referencia en Atención Primaria, quienes no consultaron fueron en su mayoría varones, más jóvenes, predominantemente activos, con mayor proporción de nacidos fuera de países

pertencientes a la Unión Europea, en comparación con quienes sí realizaron alguna consulta. (Tabla 34). Las personas usuarias que tenían errores de registro fueron mayoritariamente varones, más jóvenes y con mayor proporción con origen fuera de la Unión Europea que las personas sin errores de registro. Las diferencias entre los tres grupos fueron significativas, excepto en relación a la edad entre personas “no consultantes” y “errores de registro”.

Tabla 34. Características sociodemográficas de las personas consultantes, no consultantes y con errores de registro. N=97.350.

		Consultantes	No consultantes	Error de registro
Edad	Media (DE)	48,53 (19,01)	40,40* (14,72)	40,22* (15,04)
Sexo (hombres)	n (%)	34879 (45,3%)	12030 (61,7%)	519 (61,6%)
Región de origen (fuera de la Europa-UE)	n (%)	11176 (14,5%)	4814 (24,7%)	268 (31,79%)
Tipo de usuario				
Activo		48782 (63,3%)	15087 (77,4%)	643 (76,3%)
Pensionista	n (%)	25713 (33,4%)	2138 (11,0%)	106 (12,6%)
Sin recursos		2528 (3,3%)	2259 (11,6%)	94 (11,2%)

*= excepto entre estos casos, en los demás hubo diferencias significativas con una $p < 0,01$

La población a estudio fueron las 97.350 personas, con edad media de 46,85 años (DE 18,50), edad mediana de 43 (RIC 32-62), siendo el 51,3% mujeres. Un 83,3% fueron personas ciudadanas de la Unión Europea (UE), siendo la gran mayoría de origen español. Entre las personas extranjeras originarias fuera de la UE, el colectivo más numeroso fue el de origen latinoamericano (11,3%). El tipo de usuario más frecuente fue el activo (66,3%). Un 0,5% fueron mutualistas de otros regímenes distintos del régimen general de la Seguridad Social, como los adscritos a Muface, Mugeju e ISFAS, y 0,3% fueron pensionistas activos, como personas en situación de orfandad o viudedad. Entre la población española se objetivó una mayoría de población femenina, aumentando este porcentaje a mayor edad. Entre las personas no nacidas en España, existió, dependiendo del origen, un predominio de hombres (en África, Asia y Europa no procedentes de la Unión Europea) y de mujeres (en Latinoamérica), con una edad media más joven. (Tabla 35). Las principales características sociodemográficas a nivel individual de la población a estudio por equipo de atención primaria y centro de salud, respectivamente, se exponen en las Tablas 37 y 38.

Tabla 35 Características sociodemográficas de la población. N=97.350.

	n	%
Sexo (mujeres)	49922	51,3
Tramos de edad		
16-32 años	25056	25,7
33-48 años	32402	33,3
49-64 años	18530	19,0
65-80 años	17936	18,4
>80 años	3426	3,5
Región de origen		
Europa-UE	81092	83,3
España	79653	81,8
Resto países UE	1891	1,9
Resto del mundo	16258	16,7
Latinoamérica	11003	11,3
Europa-no UE	1891	1,9
África	2937	3,0
Asia	320	0,3
Otros	107	0,1
Tipo de usuario		
Activo	64512	66,3
Pensionista	27957	28,7
Sin recursos	4881	5,0

La mayoría (99,07%) de las personas pensionistas tenían origen en la Unión Europea, siendo más frecuentes entre las personas “sin recursos” (85,39%) el origen fuera de la Unión Europea. El tipo activo fue el mayoritario, tanto en personas con origen en la Unión Europea como en otras regiones del mundo, siendo más frecuente entre las personas nacidas fuera de la Unión Europea (72,8% vs 65%, respectivamente). (Tabla 36).

Tabla 36. Distribución por tipo de usuario y región de origen. N=97.350.

Región de origen	Tipo de usuario		
	Activo/a	Pensionista	Sin recursos
Europa UE	52682 (65,0%)	27697 (34,2%)	713 (0,9%)
Resto del mundo	11830 (72,8%)	260 (1,6%)	4168 (25,6%)

Las personas con tipo de usuario activo tenían mayoritariamente una edad menor de 65 años, con un leve predominio de hombres (51,99%), mientras que las pensionistas se encontraron mayoritariamente dentro de las mayores de 65 años (73,8%), con un predominio de mujeres (58,98%). Las personas con tipo “sin recursos” resultaron tener 6 años menos que las personas con tipo “activo”, según la diferencia de medianas, sin apenas diferencias en su distribución por sexos (50,54% mujeres). (Tabla 39).

Las características socio-demográficas de la población consultante por Centro de Salud se muestran en la Tabla 40.

Tabla 37. Características sociodemográficas de la población por equipos de atención primaria. N=97.350.

		San Andrés-1	San Andrés-2	Potes	San Cristóbal	Los Rosales-1	Los Rosales-2	El Espinillo	Los Ángeles-1	Los Ángeles-2
Edad (años)	Media (DE)	48,30 (19,00)	48,39 (18,81)	45,09 (18,73)	45,82 (19,14)	44,57 (17,44)	50,21 (18,81)	44,74 (16,57)	49,37 (18,87)	48,98 (19,04)
	Mediana (RIC)	45,00 (33-65)	45,00 (33-65)	43,00 (29-58)	41,00 (31-61)	40,00 (32-57)	48,00 (35-67)	42,00 (32-56)	47,00 (33-66)	47,00 (33-66)
Sexo (mujeres)	n	5107	5413	4272	6074	9165	640	6012	6194	7049
	(%)	(52,11)	(51,97)	(51,02)	(50,55)	(50,41)	(50,96)	(50,69)	(51,78)	(52,24)
Región de origen*										
Europa-UE	n	8449	8748	7401	7962	14830	1124	10162	10356	12060
	(%)	(86,28)	(83,99)	(88,39)	(66,26)	(81,56)	(89,49)	(85,68)	(86,57)	(89,38)
Resto del mundo	n	1343	1667	972	4054	3352	132	1699	1606	1433
	(%)	(13,72)	(16,01)	(11,61)	(33,74)	(18,44)	(10,51)	(14,32)	(13,43)	(10,62)
Tipo de usuario										
Activo	n	6213	6421	5516	7614	13128	762	8773	7599	8486
	(%)	(63,45)	(61,65)	(65,88)	(63,34)	(72,20)	(60,67)	(73,97)	(63,53)	(62,89)
Pensionista	n	3179	3461	2387	3298	4096	454	2538	3973	4571
	(%)	(32,47)	(33,23)	(28,51)	(27,45)	(22,53)	(36,15)	(21,40)	(33,21)	(33,88)
Sin recursos	n	400	533	470	1104	958	40	550	390	436
	(%)	(4,08)	(5,12)	(5,61)	(9,19)	(5,27)	(3,18)	(4,64)	(3,26)	(3,23)

Tabla 38. Características sociodemográficas de los tipos de centros de salud del distrito de Villaverde. N=97.350.

		CS San Andrés	CS Potes	CS San Cristóbal	CS Los Rosales	CS El Espinillo	CS Los Ángeles
Edad ** (años)	Media (DE)	48,35 (18,90)	45,09 (18,73)	45,82 (19,14)	44,94 (17,59)	44,74 (16,57)	49,19 (18,95)
Sexo * (mujeres)	n (%)	20207 (52,0)	8373 (51,0)	12016 (50,5)	19438 (50,4)	11861 (50,7)	25455 (52,0)
Región de origen*							
Europa-UE	n (%)	17917 (85,1)	7401 (88,4)	7962 (66,3)	15954 (82,1)	10162 (85,7)	22416 (88)
Resto del mundo	n (%)	3010 (14,83)	972 (11,6)	4054 (33,7)	3484 (18,1)	1699 (14,2)	3039 (12)
Tipo de usuario *							
Activo	n (%)	12634 (62,5)	5516 (65,9)	7614 (63,4)	13890 (71,5)	8773 (74,0)	16085 (63,2)
Pensionista	n (%)	6640 (32,9)	2387 (28,5)	3298 (27,4)	4550 (23,4)	2538 (21,4)	8544 (33,6)
Sin recursos	n (%)	933 (4,6)	470 (5,6)	1104 (9,2)	998 (5,1)	550 (4,6)	826 (3,2)

*=diferencias significativas con una p<0,01

** Las diferencias son estadísticamente significativas excepto entre CS Potes con Los Rosales, San Cristóbal y El Espinillo; entre Los Rosales y Potes y El Espinillo; entre San Cristóbal y Potes y entre El Espinillo con Potes o Los Rosales

Tabla 39. Distribución de la población por edad y sexo, según región de origen y tipo de usuario. N=97.350.

	Mujeres n (%)	Edad Media(DE)			Tramos de edad n (%)				
		Total	Hombres	Mujeres	16-32	33-48	49-64	65-80	>80
Región de origen									
Europa-UE	42015(51,81%)	49,05(18,84)	47,36(18,24)	50,62(19,62)	18096(22,3%)	25200(31,1%)	16778(20,7%)	17588(21,7%)	3400(4,2%)
Resto del Mundo	7907(48,63%)	35,90(11,58)	35,69(10,98)	36,11(12,18)	6290(42,31%)	6622(44,55%)	1618(10,88%)	315(2,12%)	20(0,13%)
Europa-noUE	882(46,64%)	35,92(10,34)	35,84(9,94)	36,02(10,79)	760(41,9%)	827(45,5%)	222(12,2%)	7(0,4%)	0(0%)
Latinoamérica	5692(51,73%)	35,39(11,51)	35,15(11,00)	35,62(11,96)	4258(43,6%)	4301(44,1%)	1020(10,5%)	168(1,7%)	12(0,1%)
África	1128(38,41%)	37,36(12,25)	36,89(11,19)	38,10(13,76)	1140(39,60%)	1298(45,09%)	306(10,63%)	128(4,45%)	7(0,24%)
Ásia	147(45,94%)	37,02(11,48)	37,44(11,03)	36,52(12,01)	118(37,7%)	146(46,6%)	45(14,4%)	4(1,3%)	0(0%)
Otros	58(54,21%)	43,81(14,14)	41,22(15,05)	46,00(13,06)	14(4,3%)	50(51,0%)	25(25,5%)	8(8,2%)	1(1,0%)
Tipo de usuario									
Activo	30965(48,01%)	38,53(11,95)	38,57(11,99)	38,49(11,91)	21383(33,1%)	29362(45,5%)	13303(20,6%)	447(0,7%)	17(0%)
Pensionista	16490(58,98%)	60,06(13,94)	67,28(14,48)	68,61(13,53)	1160(4,1%)	1424(5,1%)	4727(16,9%)	17287(61,8%)	3359(12,0%)
Sin recursos	2467(50,54%)	35,37(14,15)	34,45(12,42)	36,28(15,61)	2513(51,5%)	1616(33,1%)	500(10,2%)	202(4,1%)	50(1,0%)

Tabla 40. Características sociodemográficas de la población consultante por centros de salud. N=77.023.

		San Andrés	Potes	San Cristóbal	Los Rosales	El Espinillo	Los Ángeles
Edad (años)	Media (DE)	47,38 (47,14-47,62)	44,30 (43,92-44,67)	45,13 (44,81-45,45)	44,33 (44,11-44,56)	44,32 (44,04-44,59)	48,72 (48,50-48,94)
	Mediana (RIC)	44 (32-63)	42 (29-57)	41 (31-58)	40 (31-57)	42 (32-55)	46 (33-65)
Sexo (mujeres)	n (%)	11948 (52,09)	4824 (51,07)	6719 (50,82)	11544 (50,96)	6961 (51,13)	14601 (52,46)
Región de origen*							
Europa-UE	n (%)	18853 (82,19)	8060 (85,33)	8476 (64,11)	18305 (80,81)	11536 (84,73)	24164 (86,81)
	n (%)	4084 (17,81)	1386 (14,67)	4746 (35,89)	4346 (19,19)	2079 (15,27)	3671 (13,19)
Tipo de usuario							
Activo	n (%)	14705 (64,11)	6295 (66,64)	8452 (63,92)	16374 (72,29)	10187 (74,82)	17731 (63,70)
	n (%)	7007 (30,55)	2521 (26,69)	3431 (25,95)	4995 (22,05)	2755 (20,23)	9081 (32,62)
Pensionista	n (%)	1225 (5,34)	630 (6,67)	1339 (10,13)	1282 (5,66)	673 (4,94)	1023 (3,67)
	n (%)						

*** = en todos los casos hubo diferencias significativas con una $p < 0,01$

El centro de salud con mayor número de personas asignadas fue el CS Los Ángeles con 37.110 pacientes y el de menor número de pacientes fue el CS de Potes, con 9.446 pacientes. (Tabla 41).

Los centros de salud presentaron similar proporción en cuanto al sexo de la población a quien atiende, siendo el porcentaje de mujeres en todos los casos entre el 50,4% y el 52%. Las edades medias de la población asignada variaba entre 44,74 (DE 16,57) años y 49,19 (DE 18,95), correspondientes al CS El Espinillo y CS Los Ángeles, respectivamente. Por regiones de origen, hubo un predominio de personas procedentes de Europa dentro de la Unión Europea y, en segundo lugar, de las personas con origen en Latinoamérica. En todos los centros, el tipo de usuario predominante fue el activo, seguido de los pensionistas y de un minoritario “sin recursos”; destacando en cuanto al porcentaje de esta última categoría el Centro de Salud San Cristóbal con un 9,2%, superior al de los demás centros. (Tabla 42).

Tabla 41. Características geográficas y socio-demográficas de los barrios donde están ubicados los centros de salud del distrito sanitario de Villaverde.

Centro de Salud (CS)	Equipo de Atención Primaria (EAP)	Barrios donde reside la población	Población total	Población diana (CS)	Población diana (EAP)	Renta Bruta	Tasa de Desempleo	Porcentaje de estudios superiores
CS San Andrés	EAP San Andrés 1 EAP San Andrés 2	Villaverde Alto	32066	22937	11475 11462	9769	8,23	14,1
CS Potes	EAP San Andrés 3 (Potes)	Villaverde Alto	13390	9446	9446	9769	8,23	17,2
CS San Cristóbal	EAP San Cristóbal	San Cristóbal/ V. Alto	20806	13222	13222	9247,88	7,55	3
CS Los Rosales	EAP Los Rosales 1 EAP Los Rosales 2	Los Rosales/ Butarque	32581	22651	21284 1367	10312,19 9471,99	7,11 7,65	19,8 19,8
CS El Espinillo	EAP El Espinillo	Los Rosales	19363	13615	13615	10960,95	6,69	18,2
CS Los Ángeles	EAP Los Ángeles 1 EAP Los Ángeles 2	Los Ángeles	37110	27835	12952 14883	11794,92	7,77	17

Tabla 42. Características sociodemográficas de los centros de salud del distrito de Villaverde. N=97.350.

	Sexo n (% mujeres)	Edad Media (DE)	Región de Origen n (%)						Tipo de usuario n (%)		
			Europa UE	Europa no UE	Latino-américa	Africa	Asia	Otros	Activo	Pensionista	Sin recursos
CS San Andrés	20207 (52,0%)	48,35 (18,90)	17917 (85,1%)	441 (2,2%)	1928 (9,5%)	566 (2,8%)	62 (0,3%)	13 (0,1%)	12634 (62,5%)	6640 (32,9%)	933 (4,6%)
CS Potes	8373 (51,0%)	45,09 (18,73)	7401 (88,4%)	148 (1,8%)	597 (7,1%)	168 (2,0%)	44 (0,5%)	15 (0,2%)	5516 (65,9%)	2387 (28,5%)	470 (5,6%)
CS San Cristóbal	12016 (50,5%)	45,82 (19,14)	7962 (66,3%)	164 (1,4%)	2841 (23,6%)	1002 (8,3%)	27 (0,2%)	20 (0,2%)	7614 (63,4%)	3298 (27,4%)	1104 (9,2%)
CS Los Rosales	19438 (50,4%)	44,94 (17,59)	15954 (82,1%)	578 (3,0%)	2295 (11,9%)	520 (2,7%)	76 (0,4%)	15 (0,1%)	13890 (71,5%)	4550 (23,4%)	998 (5,1%)
CS El Espinillo	11861 (50,7%)	44,74 (16,57)	10162 (85,7%)	250 (2,1%)	1109 (9,3%)	278 (2,3%)	41 (0,3%)	21 (0,2%)	8773 (74,0%)	2538 (21,4%)	550 (4,6%)
CS Los Ángeles	25455 (52,0%)	49,19 (18,95)	22416 (88,1%)	310 (1,2%)	2233 (8,8%)	403 (1,6%)	70 (0,3%)	23 (0,1%)	16085 (63,2%)	8544 (33,6%)	826 (3,2%)

Factores socioeconómicos contextuales.

La mediana de la tasa de paro resultó de 7,77 (RIC 6,69-8,23) por cada 100 activos; siendo el mínimo de 6,69 personas de cada 100 activos en los casos de los CS Los Rosales y CS El Espinillo y el máximo de 8,23 personas, perteneciente a los CS Potes y CS San Andrés. La mediana de la renta bruta disponible fue de 10.960,95 euros (RIC 9.770-11.947,92), con un mínimo de 9.453,4 euros que correspondieron al CS San Cristóbal y un máximo de 11.974,92 euros, pertenecientes al CS Los Ángeles.

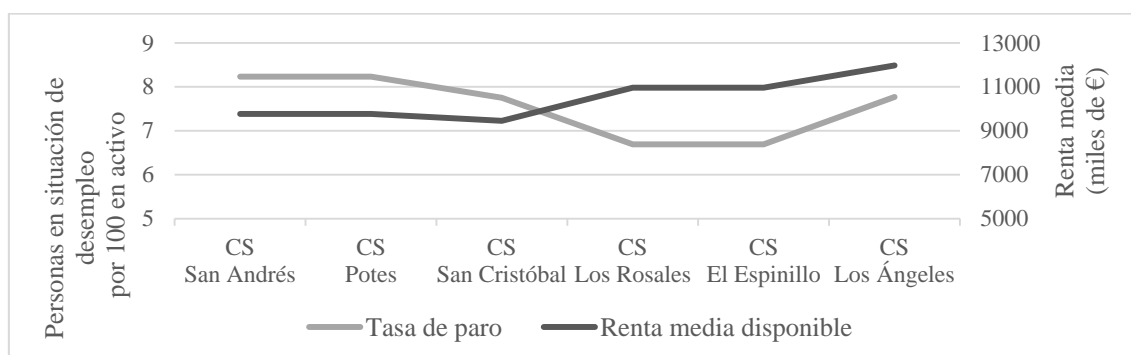
En la encuesta de satisfacción, 17% (RIC 14,1-18,2) de la población reconoció tener estudios superiores, teniendo el CS San Cristóbal la proporción más baja (3%) y el CS Los Rosales la más alta (19,8%). La mediana en la muestra de personas con estudios primarios (educación básico o sin estudios) se situó en un 50,5% (RIC 46-51,6) de los centros, con un máximo en el CS San Cristóbal (55%) y un mínimo en el CS El Espinillo (41,5%). (Tabla 43).

Tabla 43. Descripción de las características socioeconómicas de los centros de salud.

	Media (DE)	Mediana (RIC)	Moda	CS con valor mínimo	CS con valor máximo
Tasa de paro	7,55 (0,63)	7,77 (6,69-8,23)	6,69	6,69 Los Rosales y El Espinillo	8,23 Potes
Renta Bruta Disponible (miles de €)	10,69 (0,95)	10,96 (9,77 – 11,97)	10,96	9,45 San Cristóbal	11,98 Los Ángeles
Porcentaje de personas con nivel de estudios (%)					
Superiores	15,40% (5,01)	17% (14,1 – 18,2)	17%	3% San Cristóbal	19,8% Los Rosales
Primarios o menores	49,01% (3,96)	50,5% (46-51,6)	3,96%	41,5% El Espinillo	55% San Cristóbal

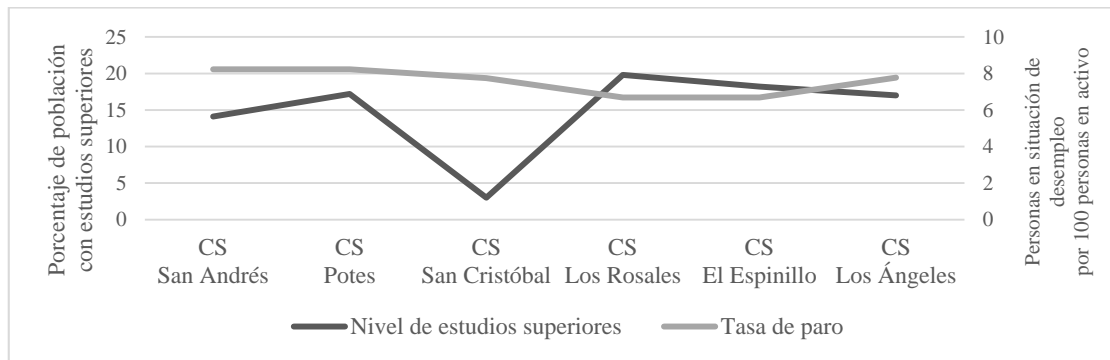
En todos los centros de salud, la renta se relacionó de una manera inversa con la tasa de paro, de tal manera que San Andrés, Potes y San Cristóbal presentan la mayor tasa de paro y la menor renta media disponible, como muestra la Figura 40.

Figura 40. Relación entre renta bruta disponible y tasa de paro por centros. N=97.350.



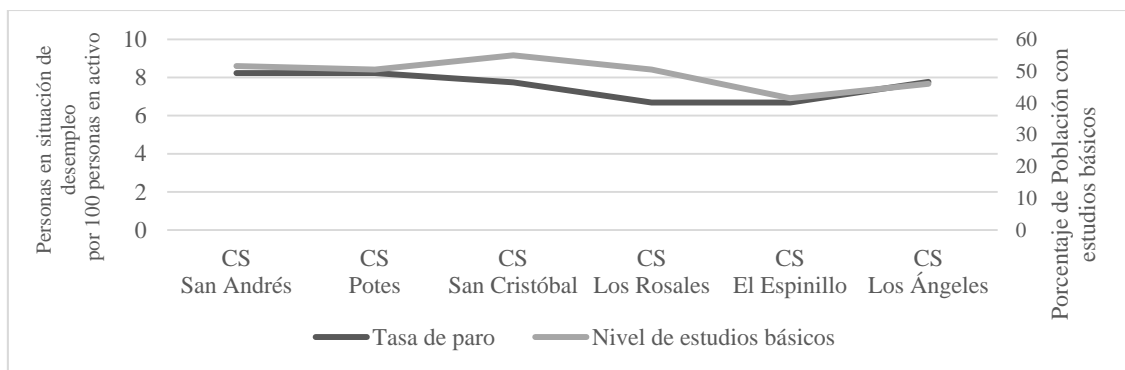
La Figura 41 presenta la relación entre la tasa de paro y el nivel de estudios superiores, en relación a los centros de salud, donde se observa que los centros con mayor nivel de estudios presentaron una menor tasa de paro (Los Rosales y El Espinillo).

Figura 41. Relación entre nivel de estudios superiores y tasa de paro por centros de salud. N=97.350.



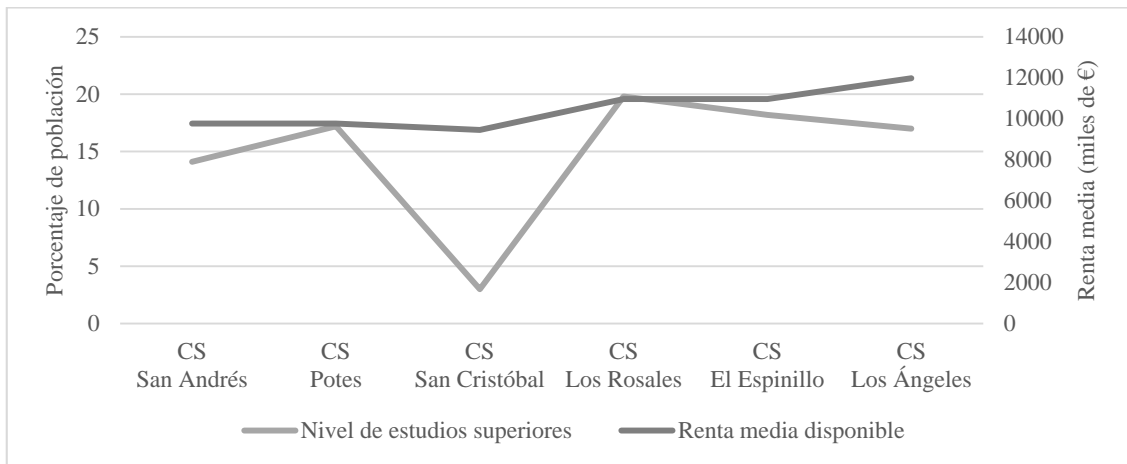
La Figura 42 muestra esta relación entre la proporción de nivel de estudios básicos y la tasa de paro por centro de salud.

Figura 42. Relación nivel de estudios básicos y tasa de paro, según centros de salud. N=97.350.



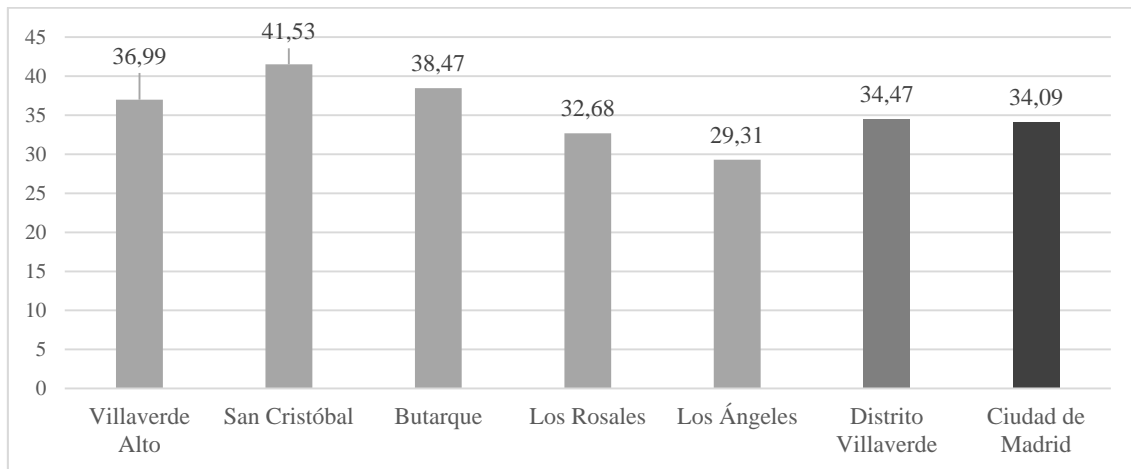
La renta y la proporción de personas que declararon estudios superiores (universitarios) por cada centro, tienen la relación que muestra la Figura 43; la población de los barrios con menor renta coincide con la que alcanzó en menor proporción estudios superiores (San Cristóbal, Villaverde Alto que corresponden a los CS San Cristóbal, CS San Andrés y CS Potes).

Figura 43. Relación de renta media disponible y nivel de estudios superiores, por centro de salud. N=97.350.



El 34,47% de la población de Villaverde se abstuvo en las últimas elecciones locales en Villaverde (2006), frente al 34,09% en la ciudad de Madrid. (Figura 44). La participación electoral fue mayor en los barrios con mayor renta bruta disponible.

Figura 44. Distribución del porcentaje de abstención en las elecciones locales de 2006, en los barrios del distrito de Villaverde, en el conjunto del distrito y en la ciudad de Madrid.



Presión asistencial y satisfacción con la atención recibida en los Centros de Salud.

La presión asistencial media o número de pacientes atendidos diariamente en consultas de medicina fue de 44,15 (DE 1,05) visitas/día. El centro con mayor presión asistencial fue el CS El Espinillo frente al CS San Cristóbal con el menor número de visitas diarias (45,96 y 31,65 visitas/día, respectivamente) (Tabla 44).

Tabla 44. Presión asistencial y satisfacción con profesionales, según centro de salud. Año 2007.

		CS con valor mínimo	CS con valor máximo
Presión asistencial media (Medicina)			
Media(DE)	44,15 (1,05)	42,33	45,96
Mediana (RIC)	44,13 (44,12-44,81)	San Cristóbal	El Espinillo
Satisfacción con la facilidad para conseguir cita (medicina) (% pacientes)			
Media(DE)	58,83% (13,11)	40,4%	84,0%
Mediana (RIC)	53,50% (49,5-61,0)	El Espinillo	San Cristóbal
Satisfacción con el grado de conveniencia con la hora de la cita (medicina) (% pacientes)			
Media(DE)	70,24% (5,48)	64,6%	80,8%
Mediana (RIC)	69,0% (66,7-69,3)	San Andrés	Potes
Satisfacción con el tiempo de espera hasta entrar en consulta (medicina) (% pacientes)			
Media(DE)	42,59% (8,54)	31,3%	55,0%
Mediana (RIC)	45,5% (34,0-51,5)	El Espinillo	San Cristóbal
Satisfacción con la eficacia de la/el profesional de enfermería (% pacientes)			
Media(DE)	90,77% (4,67)	82,4%	95,3%
Mediana (RIC)	91,0%(90,3-95,3)	San Andrés	Los Ángeles
Satisfacción con la amabilidad de la/el profesional de enfermería (% pacientes)			
Media(DE)	93,55% (3,00)	87,9%	96,0%
Mediana (RIC)	94,1% (93,9-96,0)	San Andrés	Los Ángeles
Ambos profesionales (medicina y enfermería): Satisfacción con el tiempo de espera hasta la cita (% pacientes)			
Media(DE)	57,89% (10,07)	48,5%	79,0%
Mediana (RIC)	55,4% (49,5-56,0)	El Espinillo	San Cristóbal

El 58,83% (DE 13,11) de las personas atendidas opinaron estar satisfechas o muy satisfechas con la facilidad de obtención de la cita con su profesional de medicina, mientras que un 42,59% (DE 8,54) estuvieron satisfechas o muy satisfechas con la hora de entrada a la consulta con respecto de la hora a la que estaban citadas. La satisfacción con las profesionales de enfermería fue mayor que con las de medicina, destacando que el 90,77% (DE 4,67) se encontraron satisfechas con la eficacia desarrollada por su profesional de la enfermería y el 93,55% (DE 3,0) con su amabilidad. El 57,89% (DE 10,07) de las personas se mostraron satisfechas o muy satisfechas en relación al tiempo de demora hasta la cita obtenida, para profesional de la medicina o enfermería. (Tabla 44)

Por centros de salud, en el año 2010, excepto el CS Los Rosales, El Espinillo y San Andrés, los demás destacaron en algún aspecto, al haber obtenido en dicho aspecto el más alto valor

de satisfacción entre los centros del distrito. El CS San Cristóbal es el que destacan en un mayor número de aspectos evaluados como satisfactorios. (Tabla 45)

Tabla 45. Porcentajes de satisfacción con la atención global, con profesionales de medicina y enfermería, según centro de salud. Año 2010.

	CS San Andrés	CS Potes	CS San Cristóbal	CS Los Rosales	CS El Espinillo	CS Los Ángeles
Satisfacción con la facilidad para conseguir cita	53,5	76,8	84,0	49,5	40,4	61,0
Satisfacción con el grado de conveniencia con la hora de la cita	64,6	80,8	80,0	69,3	66,7	69,0
Satisfacción con el tiempo de espera hasta entrar en consulta	45,5	38,4	55,0	51,5	31,3	34,0
Satisfacción con la eficacia de la enfermera	82,4	94,3	93,3	90,3	91,0	95,3
Satisfacción con la amabilidad de la enfermera	87,9	95,9	95,0	94,1	93,9	96,0
Satisfacción con el tiempo de espera hasta la cita	49,5	72,7	79,0	55,4	48,5	56,9

Morbilidad (diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares, nivel de complejidad) y frecuentación en consultas de atención primaria.

Diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares (Códigos Z).

La prevalencia de diagnósticos psiquiátricos fue del 26,5% y la de diagnósticos de problemas socio-familiares (Códigos Z) del 9,1%. Las mujeres fueron diagnosticadas con más frecuencia de problemática psiquiátrica y social que los hombres, sobre todo de ansiedad o depresión (72,45% de los diagnósticos de estas patologías fue realizado en mujeres), mientras que los diagnósticos por consumo de tóxicos fueron más frecuentes en los hombres (63,29%). (Tabla 46).

Tabla 46. Prevalencia y edad media de diagnósticos psiquiátricos y sociofamiliares, y frecuencia en mujeres. N=77.023.

	Total n (%)	Edad media Media (DE)	Mujeres n (%)
Diagnóstico psiquiátrico	25815 (26,5)	52,37 (17,77)	15560 (60,28)
- Ansiedad o depresión	15723 (16,2)	52,09 (17,96)	11392 (72,45)
- Abuso de tóxicos	7597 (7,8)	47,89 (14,45)	2789 (36,71)
- Resto diagnósticos psiquiátricos	7283 (7,5)	57,35 (18,31)	4133 (56,75)
Diagnósticos sociofamiliares	8864 (9,1)	55,08 (20,44)	5002 (56,43)

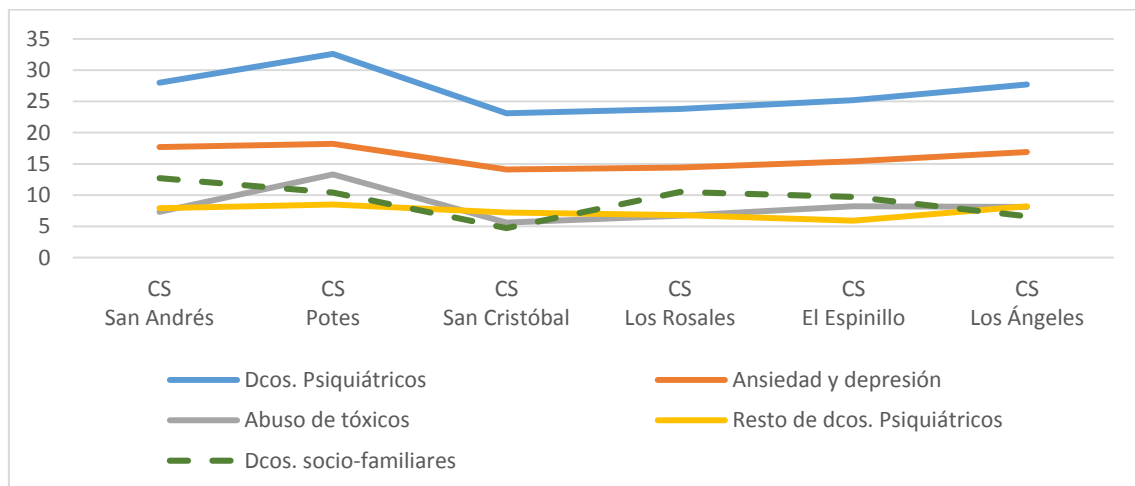
Las personas con diagnóstico psiquiátrico tenían edad media de 52,37 (17,77) años, frente a los 44,86 (18,35) años de las personas sin este diagnóstico. Las personas con diagnóstico socio-familiares (Códigos Z) presentaban edad media de 55,08 (20,44), frente a los 46,03 (18,09) años de la edad media de las personas sin este diagnóstico. La presencia de diagnósticos psiquiátrico o socio-familiar (Códigos Z) fue más habitual en personas cuya región de origen era Europa (UE). (Tabla 47)

Tabla 47. Características de las personas que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico.

		Diagnóstico psiquiátrico 2007			
		n	no	sí	p-valor
Sexo	(%)				
	Hombres	47428	78,38%	21,62%	0,000
	Mujeres	49922	68,83%	31,17%	
Región de Origen	(%)				
	Europa UE	81092	70,41%	29,59%	0,000
	Resto mundo	16258	88,79%	11,21%	
Tipo de usuario/a	(%)				
	Activo	64512	76,77%	23,23%	0,000
	Pensionista	27957	62,71%	37,29%	
	Sin recursos	4881	91,66%	8,34%	
Media (DE)		44,86 (18,35)	52,37 (17,77)	0,000	

Tanto los diagnósticos psiquiátricos como los problemas sociales, fueron más frecuentes a mayor edad. Los CS de Potes y de San Andrés son los que mayor porcentaje de personas con diagnóstico psiquiátrico y socio-familiar (Códigos Z) atendieron en 2007. En el centro de salud San Cristóbal se objetivó una menor proporción de problemática socio-familiar (Códigos Z) (4,7%) y también una menor frecuencia de patología mental con respecto a los demás centros (23,1% de diagnósticos psiquiátricos). El CS Potes fue el que presentó el mayor porcentaje de diagnósticos de abuso de tóxicos. (Figura 45).

Figura 45. Distribución de los porcentajes de diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares por centro de salud del distrito de Villaverde. Año 2007. N=97.350.



Las prevalencias según sexo de los diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares (Códigos Z) se muestran en la Figura 46 y la edad media en la Tabla 48.

Figura 46. Prevalencia por sexo y centro de salud de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico y socio-familiar. N=97.350.

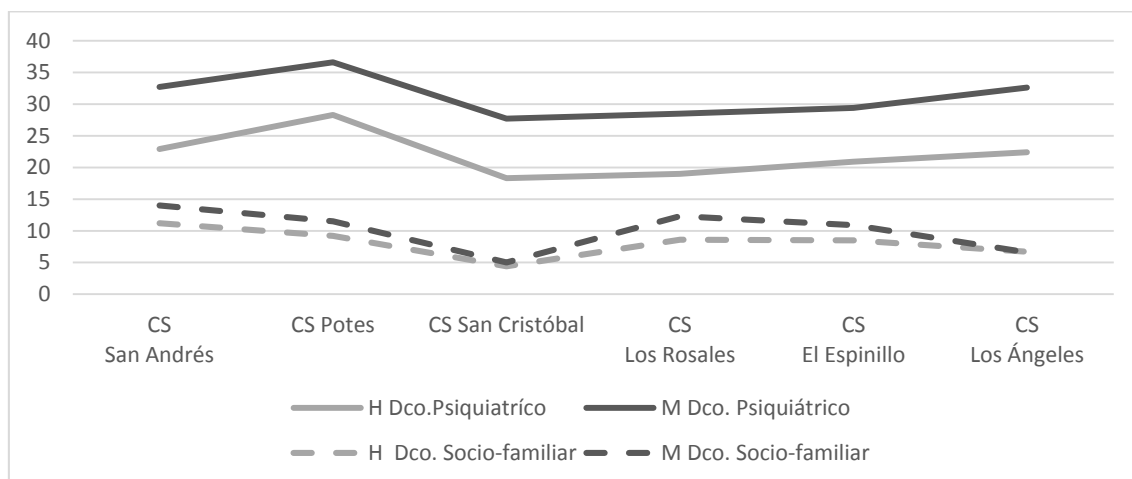


Tabla 48. Edad mediana de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico por centro de salud. N=97.350.

		CS San Andrés	CS Potes	CS San Cristóbal*	CS Los Rosales	CS El Espinillo	CS Los Ángeles*
Diagnósticos psiquiátricos	mediana (RIC)	53 (39-69)	48 (36-62)	52 (39-72)	50 (37-66)	46 (37-60)	56 (40-70)
Diagnósticos Socio-familiares (códigos Z)	mediana (RIC)	53 (38-70)	49 (36-64)	52 (38-72)	49 (36-67)	47 (38-63)	56 (40-70)

*Todas las diferencias en las prevalencias por sexo fueron significativas ($p < 0,001$), excepto las presentes en CS San Cristóbal y CS Los Ángeles en el caso de los diagnósticos socio-familiares (Códigos Z).

Bandas de Complejidad.

La banda que resultó mayoritaria fue la banda intermedia 3, con un 59,79% de las personas consultantes en la misma. (Figura 47). El CS San Andrés y CS Los Ángeles fueron los que más pacientes con banda 3 atendieron. (Figura 48). Los CS Potes, Los Ángeles y San Cristóbal presentaron, por orden de frecuencia, las proporciones más elevadas de pacientes con bandas 4 y 5. Las diferencias por CS del grado de complejidad fueron estadísticamente significativas.

Figura 47. Distribución de las bandas de ACG en población consultante. Año 2007. N=77.023.

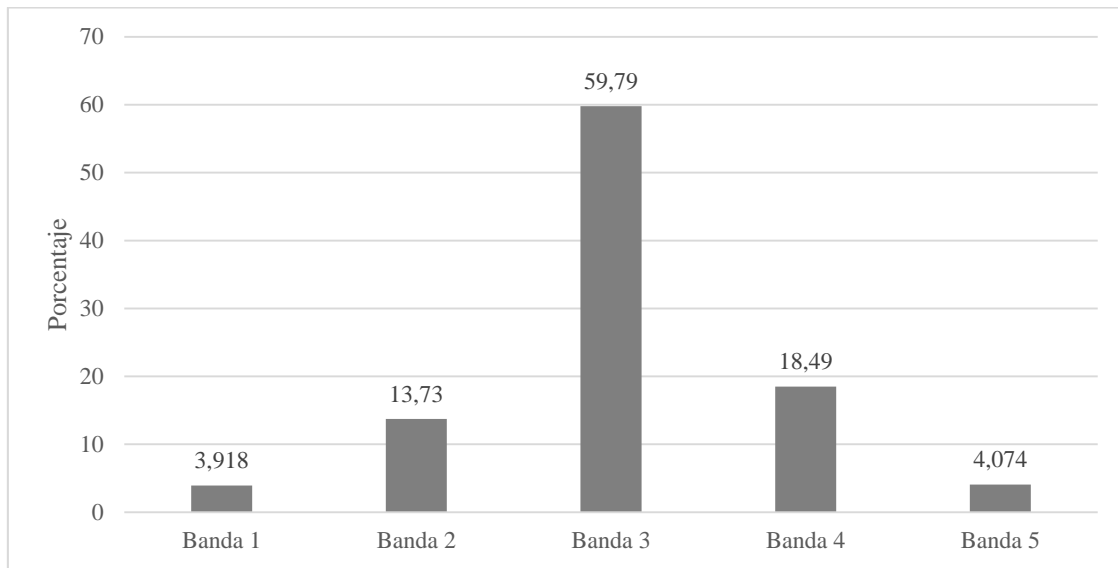
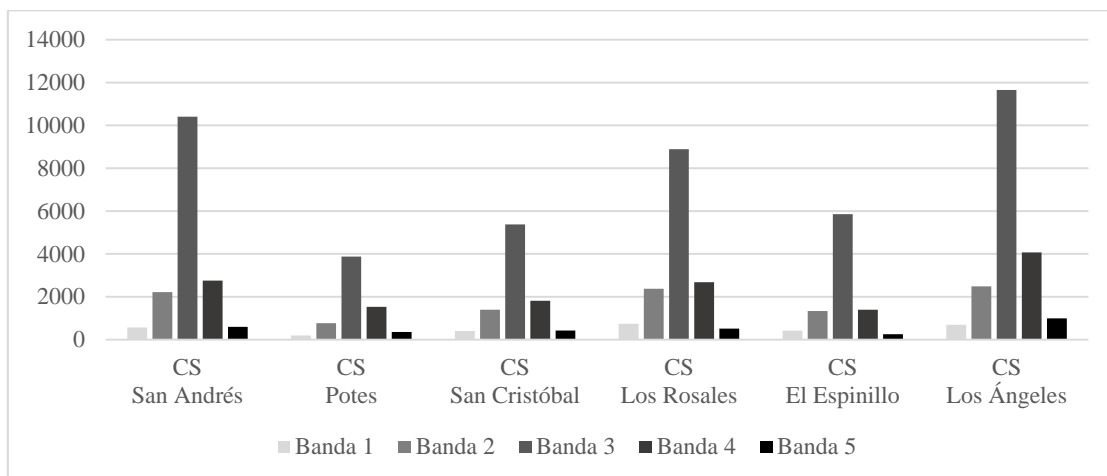


Figura 48. Distribución de las bandas de ACG en población consultante por centro de salud. Año 2007. N=77.023.



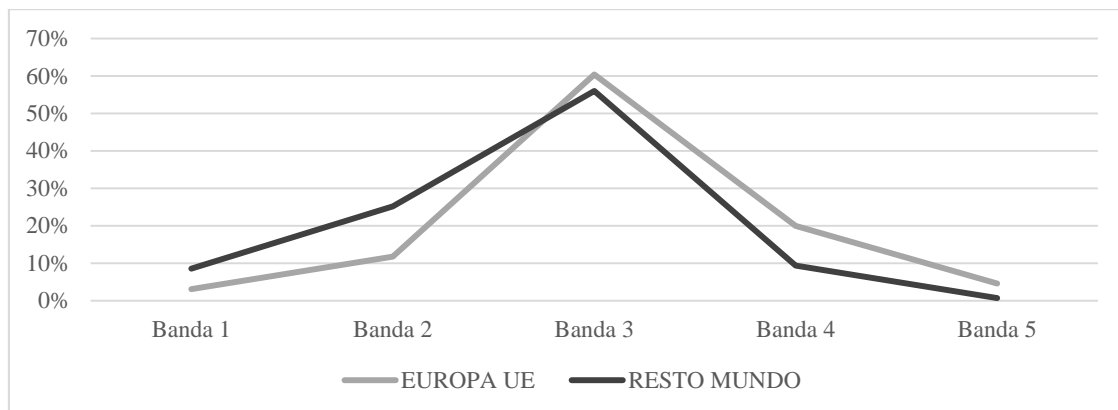
Las características del grado de complejidad (banda de ACG) en función de la edad y el sexo se presentan en la Tabla 49. Las mujeres presentaron mayor grado de complejidad clínica medida en forma de bandas de ACG, siendo más numerosas en las bandas de complejidad intermedia y alta (banda 3 y 4) y también, aunque con menos diferencias, en la muy alta (banda 5), predominando los hombres en las bandas con menor grado de complejidad (bandas 1 y 2). La edad media aumentó conforme aumentó la banda de complejidad. Los y las pacientes en la banda 1 tenían una edad media de 37,73 años (DE 12,74) frente a los de la banda 5 que tenían una edad media de 67,22 años (DE 14,02).

Tabla 49. Grado de complejidad (banda de ACG) en relación a la edad y el sexo. N=77.023.

Grado de complejidad	Mujeres n(%)	Edad media(DE)
Banda 1	1129 (37,41%)	35,20 (12,05)
Banda 2	4278 (40,47%)	37,15 (14,50)
Banda 3	25872 (56,18%)	48,32 (18,46)
Banda 4	9312 (65,39%)	56,69 (18,76)
Banda 5	1553 (49,49%)	66,46 (13,89)

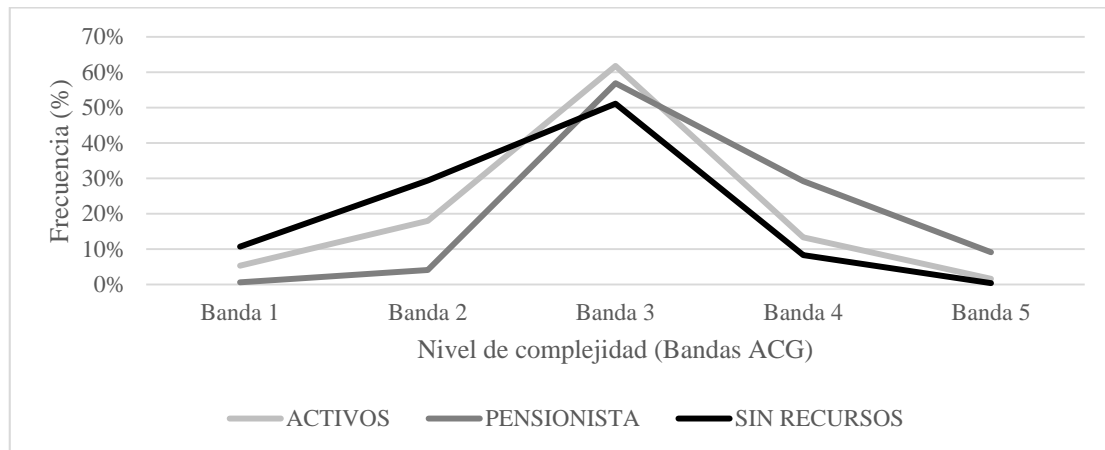
La carga de morbilidad fue mayor entre las personas cuya región de origen era Europa (UE), medida tanto por grado de complejidad (banda de ACG). Un 60,4% de ellas pertenecieron durante 2007 a la banda intermedia 3, seguidas de un 20% a la banda 4 y un 11,8% a la banda 2, frente al 56,0%, el 9,4% y el 25,2% respectivamente entre las personas que procedían de cualquier otra parte del mundo. La Figura 49 muestra la distribución de las bandas ACG, según región de origen.

Figura 49. Distribución de las bandas de ACG (nivel de complejidad) según región de origen. N=77.023.



En cuanto al tipo de usuario y el grado de complejidad, los tres tipos de usuarios predominaron en la banda 3, pero se diferenciaron en la siguiente banda de utilización de recursos. En la población activa fue la banda 2 (18,0%) la segunda más frecuente y en la pensionista la banda 4 (29,2%) y la banda 5 (9,1%), siendo éste el tipo de usuario con mayor prevalencia en esta banda. Las personas cuyo tipo de usuario era “sin recursos” tuvieron una tendencia contraria a pensionistas y más similar a la población activa, con un predominio en la banda 3 y en la banda 2 como siguiente grupo (29,4%). El tipo de usuario “sin recursos” tuvo el menor grado de complejidad medido como bandas de ACG (Figura 50).

Figura 50. Distribución de las bandas de ACG (nivel de complejidad) según el tipo de usuario. N=77.023.



La frecuencia de bandas de complejidad según CS y sexo se expone en la Tabla 50, siendo para cada banda todas las diferencias entre sexos estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabla 50. Distribución de las bandas de ACG en población consultante distrito Villaverde según sexo por centro de salud. Año 2007. N=77.023.

		San Andrés	Potes	San Cristóbal	Los Rosales	El Espinillo	Los Ángeles
Banda 1*	Hombres	4,6	4	6,4	6,8	6,2	4,6
	Mujeres	2,4	1,9	2,5	3,2	3,1	2,6
Banda 2*	Hombres	18,3	15,2	20,8	20,5	17,4	15,8
	Mujeres	9,4	8,1	9,9	11,5	11,9	9,8
Banda 3*	Hombres	59,9	57,4	54,9	56,3	59,6	58,1
	Mujeres	65,4	57,8	58,9	60,3	66,3	58,0
Banda 4*	Hombres	13,0	16,5	13,1	12,8	13,2	16,3
	Mujeres	9,7	28,1	24,5	21,8	16,7	23,8
Banda 5*	Hombres	4,1	6,9	4,8	3,6	3,6	5,2
	Mujeres	3,2	4,1	4,3	3,2	2,0	4,8

* $p < 0,001$

Utilización de servicios: características de las personas consultante.

Considerando toda la población adscrita, la frecuentación media en 2007 fue de 6,01 (DE 6,77) visitas/año en consultas de medicina y de 2,37 (DE 5,50) en las de enfermería. Entre la población consultante en 2007, la frecuentación media en medicina fue de 7,58 (DE 6,80) visitas/año y en enfermería de 2,99 (DE 6,03) visitas/año. La mediana de visitas fue de 6 (3-10) para medicina y de 1 (0-4) para enfermería. (Tabla 51)

Tabla 51. Frecuentación para profesionales de la medicina y enfermería. Año 2007.

		Medicina	Enfermería
Frecuentación media en población adscrita N=97.350	Media (DE)	6,01 (6,78)	2,37 (5,50)
	Mediana (RIC)	4 (1-9)	0 (0-2)
Frecuentación en la población consultante N=77.023	Media (DE)	7,58 (6,80)	2,99 (6,03)
	Mediana (RIC)	6 (3-10)	1 (0-4)

Las características individuales que se asociaron con haber realizado alguna consulta médica se muestran en la Tabla 52.

Tabla 52. Características de la población que consultó a medicina frente a la que no consultó. Año 2007. N=97.350.

		Consultantes (medicina) 2007			
		n	NO	SI	p-valor
Sexo	Hombres	47428	26,46%	73,54%	0,000
	Mujeres	49922	15,58%	84,48%	
Región de Origen	Europa UE	81092	18,80%	81,20%	0,000
	Resto mundo	16258	31,26%	68,74%	
Tipo de usuario/a	Activo	64512	24,38%	75,62%	0,000
	Pensionista	27957	8,03%	91,97%	
	Sin recursos	4881	48,21%	51,79%	
Edad	Media (DE)		40,40 (14,73)	48,56 (19,01)	0,00

Las mujeres utilizaron más tanto las consultas de medicina como de enfermería. La utilización de ambas consultas fue mayor en personas con origen en Europa-UE y en aquellas cuyo tipo de usuario es pensionista, además, aumentaba, en ambos casos, según avanzaba la edad de la población. Las personas que menos consultaron fueron las titulares de tarjetas sin recursos, las menores de 35 años y las originarias en otras regiones fuera de Europa-UE. En la Tabla 53 se expone la frecuentación a cada tipo de profesional por cada año, según factores sociodemográficos.

Las mujeres consultaron más que los hombres, en todos los tramos de edad, tanto a consultas de medicina como de enfermería. (Figura 51 y 52). En cuanto a la región de origen, las personas con origen en países de la región de Europa-UE acudieron más frecuentemente a consultas de medicina y de enfermería que las que procedentes de otros países, siendo mayores las diferencias conforme la población envejecía. (Figuras 53 y 54).

Tabla 53. Frecuentación media por tipo de profesional, según factores sociodemográficos Año 2007. N=77.023.

	Medicina Media (IC 95%)	Enfermería Media (IC 95%)
Sexo*		
Hombre	6,64 (6,57-6,71)	2,75 (2,69-2,82)
Mujer	8,35 (8,28-8,41)	3,20 (3,14-3,25)
Edad*		
< 30 años	5,59 (5,50-5,68)	0,98 (0,94-1,03)
30-37 años	6,03 (5,92-6,14)	1,01 (0,97-1,05)
38-47 años	6,50 (6,39-6,61)	1,42 (1,36-1,49)
48-64 años	8,17 (8,06-8,28)	2,93 (2,85-3,02)
>65 años	10,22 (10,12-10,31)	6,82 (6,70-6,94)
Región de Origen*		
Europa UE	7,87 (7,82-7,92)	3,30 (3,25-3,34)
Resto del mundo	5,83 (5,73-5,93)	1,22 (1,17-1,27)
Tipo de usuario*		
Activo	6,48 (6,42-6,54)	1,42 (1,39-1,45)
Pensionista	9,92 (9,84-10,00)	6,14 (6,04-6,24)
Sin recursos	4,86 (4,67-5,04)	1,33 (1,21-1,45)

*p-valor < 0,001

Figura 51. Frecuentación a consultas de medicina según tramo de edad y sexo. Año 2007. N=77.023.

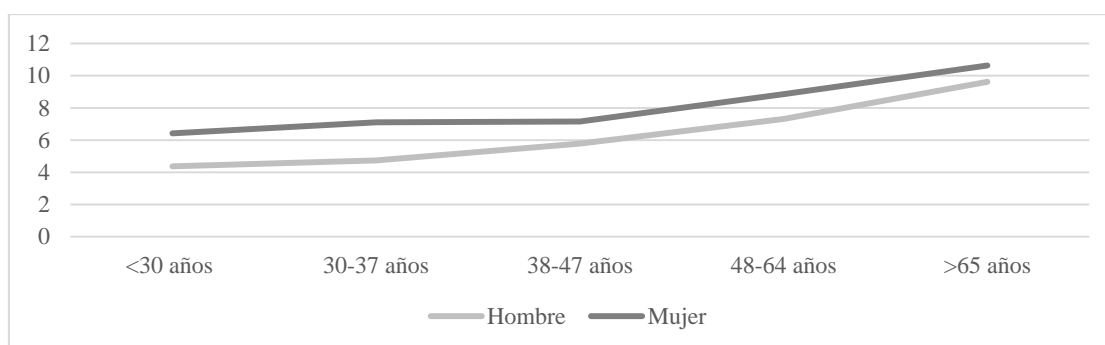


Figura 52. Frecuentación a consultas de enfermería según tramo de edad y sexo. Año 2007. N=77.023.

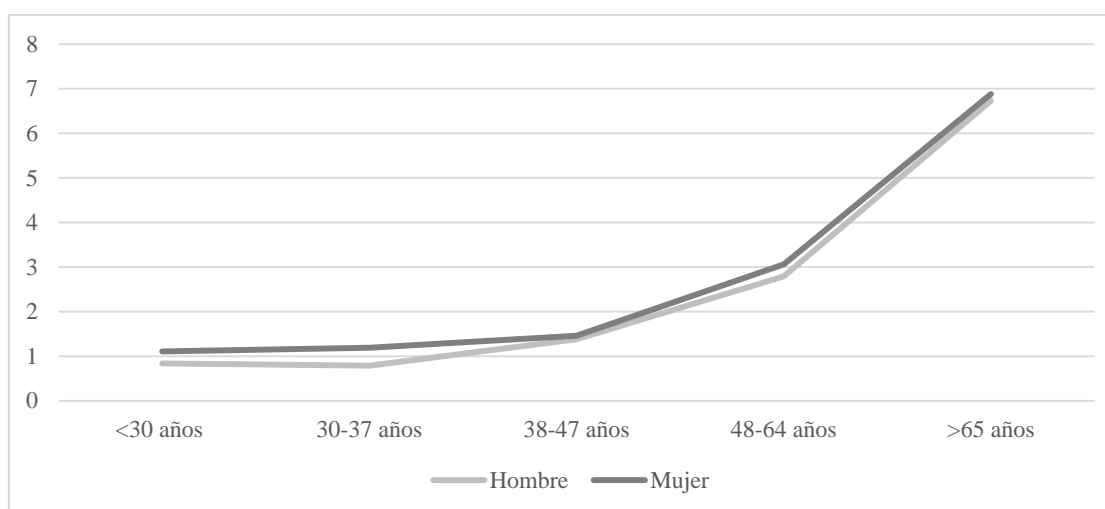


Figura 53. Frecuentación a consultas de medicina según tramo de edad y región de origen. Año 2007. N=77.023.

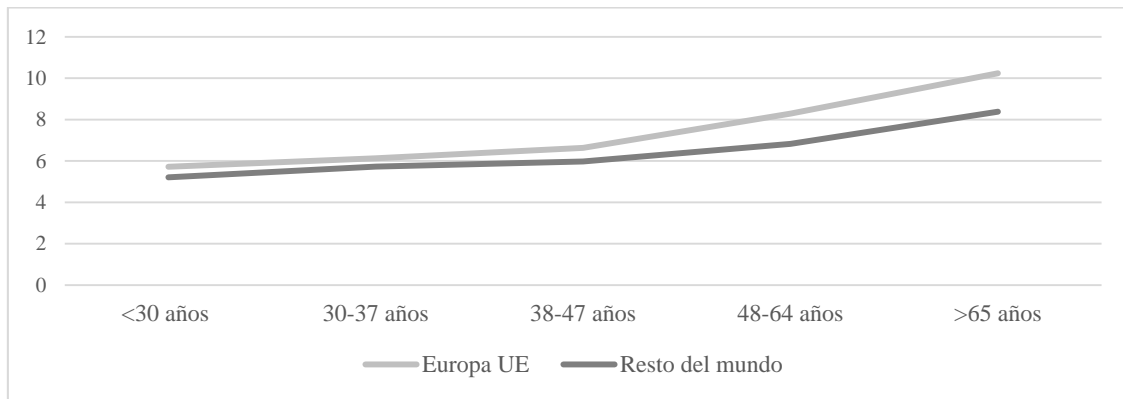
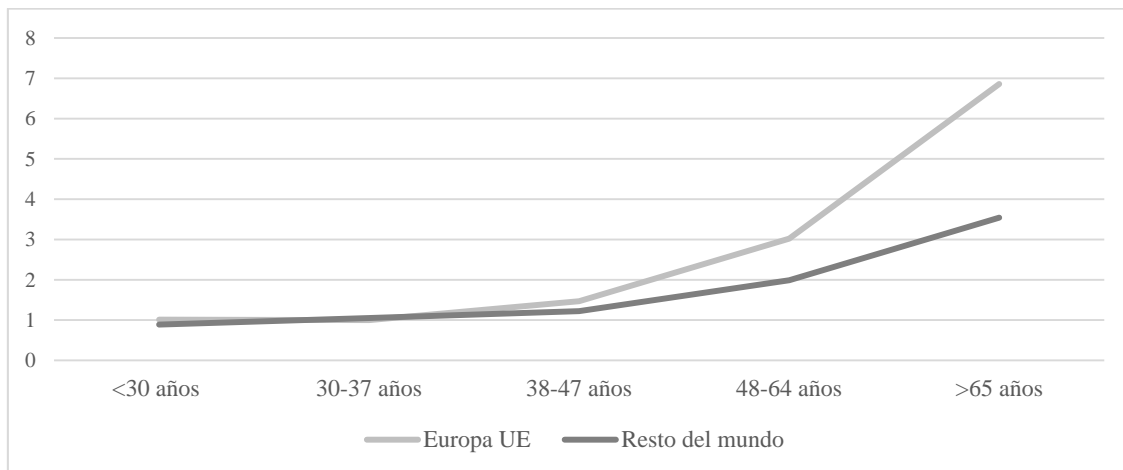
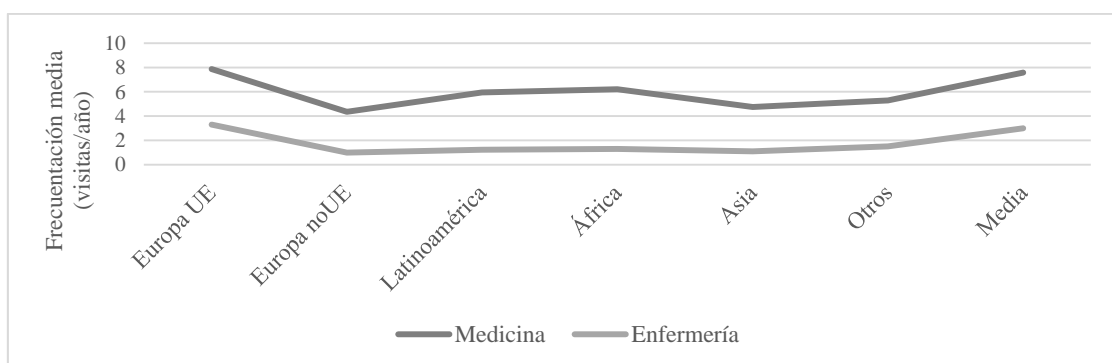


Figura 54. Frecuentación a consultas de enfermería según tramo de edad y región de origen. Año 2007. N=77.023.



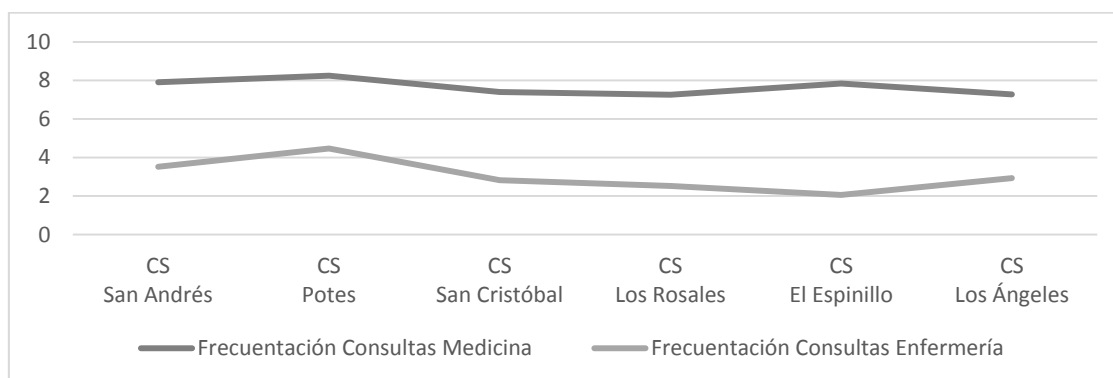
Entre las personas con origen fuera de la Europa-UE, se observó que las que más consultaron a medicina fueron las procedentes de África y Latinoamérica, con 6,21 visitas (DE 0,13) y 5,94 (DE 0,06) respectivamente, la frecuentación a consultas de enfermería fue similar entre las personas nacidas en cualquiera de las regiones ajenas a Europa no-UE. (Figura 55)

Figura 55. Frecuentación según región de origen. Año 2007. N=77.023.



Al analizar por centros de salud la frecuentación a consultas de medicina y enfermería, se observa que la frecuentación para ambas consultas fue mayor en el CS Potes, seguido del CS San Andrés, que son los dos centros de salud ubicados en el barrio de Villaverde Alto. (Figura 56).

Figura 56. Frecuentación total por tipo de profesional, según población consultante de cada centro de salud. Año 2007. N=77.023.



Entre la frecuentación a consultas de medicina en el CS San Andrés y Potes no se encontraron diferencias, tampoco se encontraron entre CS Los Rosales, San Cristóbal y Los Ángeles. Las diferencias de frecuentación a consultas de enfermería entre todos los centros de salud fueron significativas, excepto entre CS Los Ángeles y San Cristóbal. (Tablas 54 y 55).

Tabla 54. Frecuentación media a consultas de medicina según centro de salud. Año 2007. N=77.023.

Centro de Salud	n	Media	DE	IC 95%
San Andrés	16544	7,91	6,85	7,80-8,01
Potes	6727	8,25	8,21	8,05-8,44
San Cristóbal	9420	7,40	6,69	7,26-7,53
Los Rosales	15199	7,26	6,50	7,15-7,36
El Espinillo	9257	7,84	7,04	7,69-7,98
Los Ángeles	19876	7,28	6,35	7,19-7,36

Tabla 55. Frecuentación media a consultas de enfermería según centro de salud. Año 2007. N=77.023.

Centro de Salud	n	Media	DE	IC 95%
San Andrés	16544	3,52	6,82	3,42-3,63
Potes	6727	4,47	8,89	4,26-4,68
San Cristóbal	9420	2,82	5,72	2,71-2,94
Los Rosales	15199	2,52	5,26	2,44-2,61
El Espinillo	9257	2,06	4,51	1,97-2,15
Los Ángeles	19876	2,93	5,25	2,86-3,00

La frecuentación media a consultas de medicina y de enfermería según centro de salud y tramo de edad fue mayor en la población mayor de 65 años en todos los Centros de Salud, seguida de la población entre 48 y 64 años, resultando las diferencias en la frecuentación por centro de salud para cada tipo de profesional estadísticamente significativas. El CS Potes fue el que presenta la frecuentación más elevada. La frecuentación media en CS Potes fue la más elevada para consultas de medicina, sin embargo destaca el CS El Espinillo con la mayor frecuentación en personas de más de 65 años. El CS Potes presentó diferencias estadísticamente significativas con los demás centros de salud en la frecuentación a consultas de enfermería hasta el tramo de edad de 80 años, y en relación a las consultas de medicina hasta los 45 años. La frecuentación en el CS Potes en consultas de enfermería a partir de los 65 años supera la de consultas de medicina. La frecuentación a consultas de medicina en el CS Espinillo aumenta a partir de los 46 años de edad, en ambos sexos.

Las mujeres consultaron más, tanto a medicina como a enfermería en todos los centros de salud del distrito. La frecuentación según edad y sexo, a consultas de medicina y de enfermería, por centro de salud se describen en las Figuras 57, 58, 59, 60 y 61, según tramo de edad. Las diferencias en cuanto a la frecuentación por sexo para cada tramo de edad y tipo de profesional fueron estadísticamente significativas, salvo en el caso de consultas de enfermería y los CS Los Rosales, El Espinillo y Los Ángeles.

Figura 57. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y enfermería en menores de 35 años, por centro de salud. Año 2007. N=77.023.

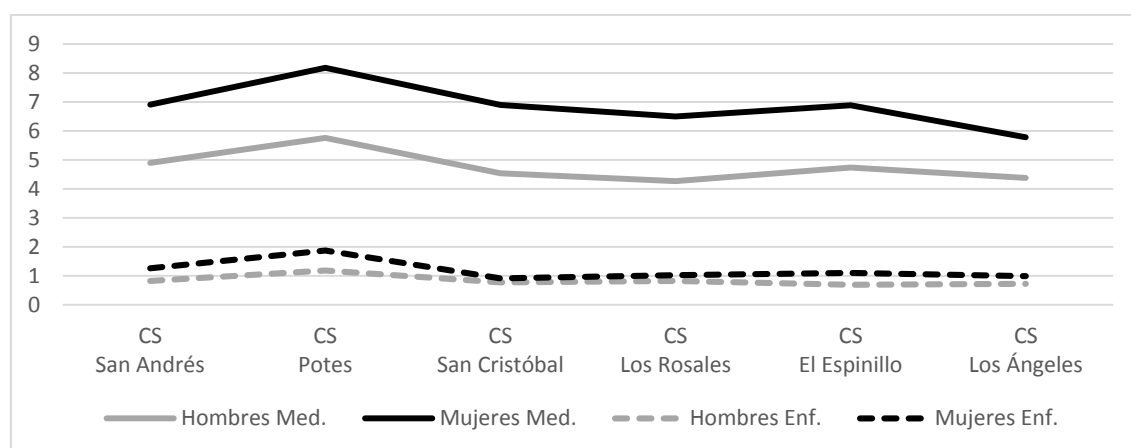


Figura 58. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en población de 36 a 45 años, por centro de salud. Año 2007. N=77.023.

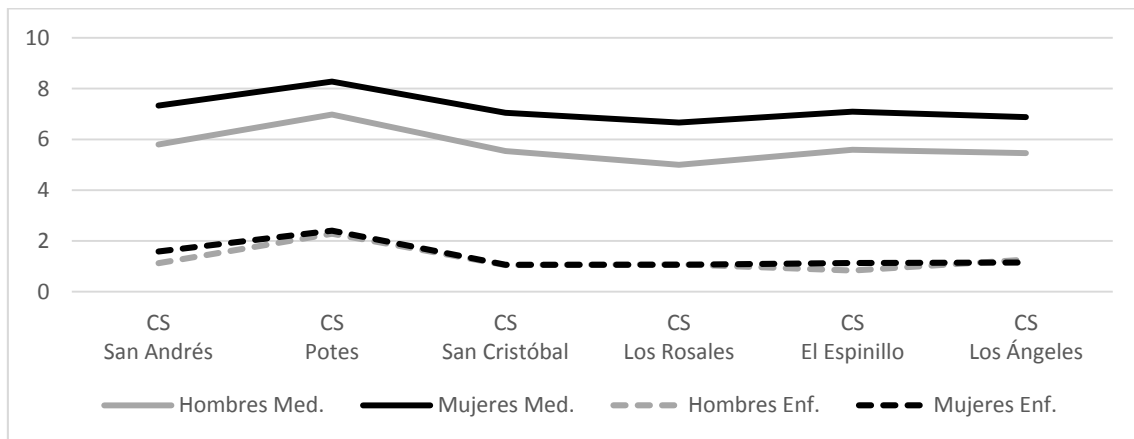


Figura 59. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en población de 46 a 64 años, por centro de salud. Año 2007. N=77.023.

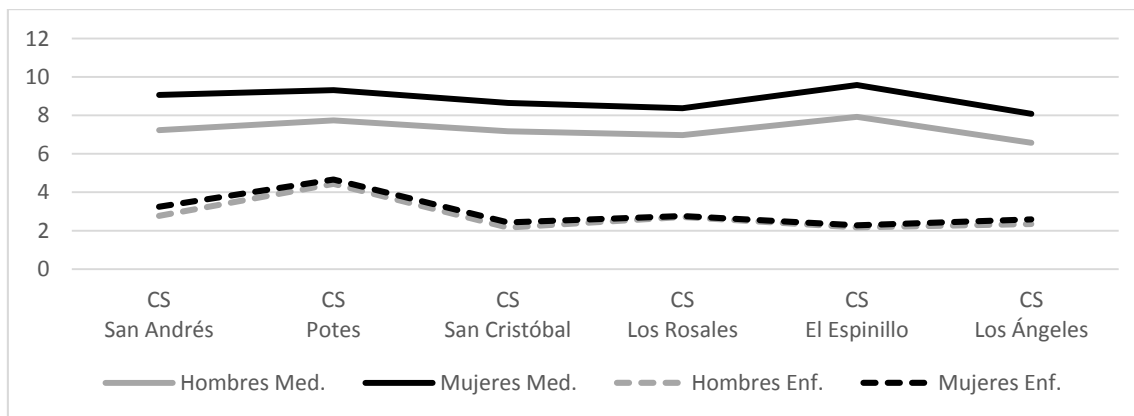


Figura 60. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en población de 65 a 80 años, por centro de salud. Año 2007. N=77.023.

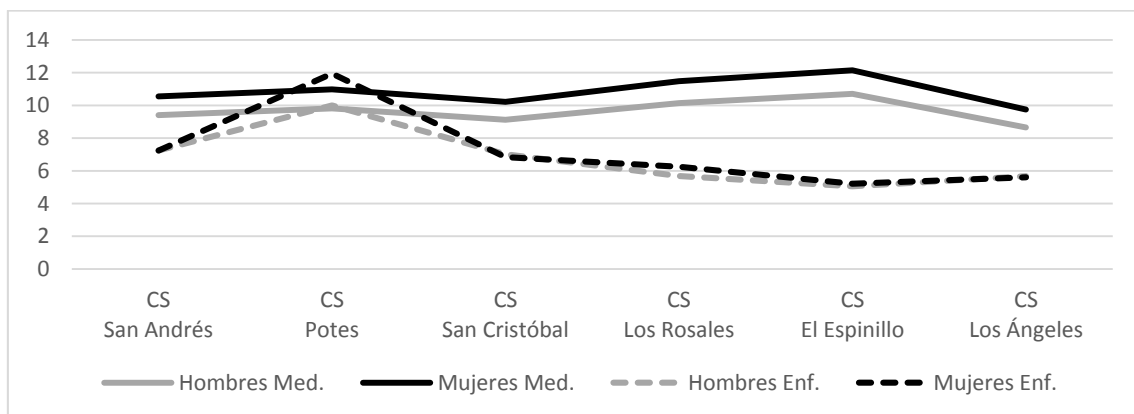
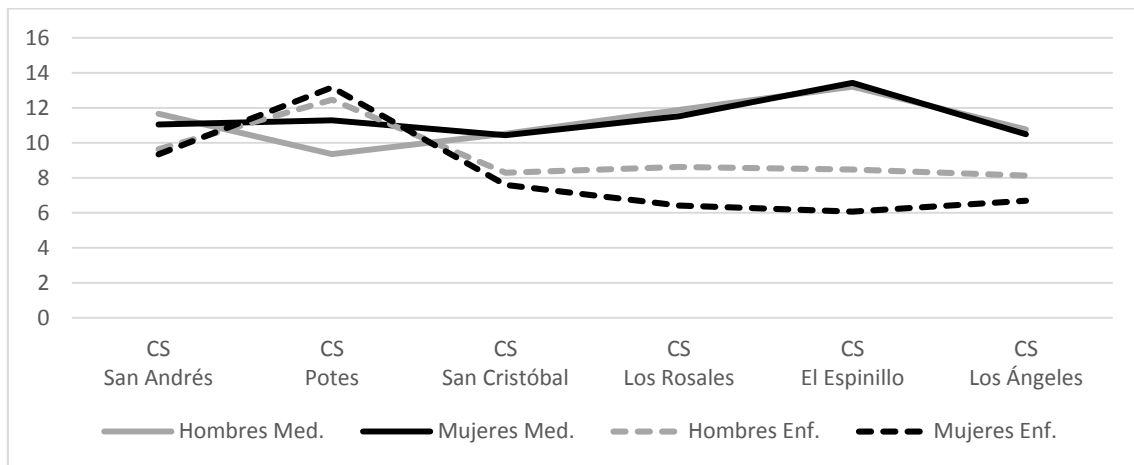


Figura 61. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en mayores de 80 años por centro de salud. Año 2007. N=77.023.



Modelo explicativo de la utilización de la consulta de medicina en Atención Primaria.

Entre la población consultante en la consulta de medicina, por cada año de edad, aumentó de media en 0,048 el número de visitas, aumentando de media la frecuentación de las mujeres en 0,77 visitas. El aumento de la complejidad se asoció con mayor frecuentación, aumentando de media en 8,53 visitas en los casos de mayor complejidad (banda 5) frente a los de menor (banda 1). El aumento de medio de visitas fue de 0,36 en presencia de algún diagnóstico psiquiátrico, de 2,23 en el caso de ansiedad o depresión y 1,52 si tenía algún diagnóstico socio-familiar (Códigos Z). (Tabla 56)

Tabla 56. Factores que explican la utilización de la consulta de medicina en Atención Primaria. Año 2007.

	coeficiente	P > z	IC 95%
Edad	0,048	0,000	0,034-0,0624
Sexo (mujer)	0,771	0,000	0,687-0,856
Banda ACG (banda 1 - referencia)			
Banda 2	1,002	0,000	0,901-1,104
Banda 3	3,348	0,000	3,042-3,635
Banda 4	6,432	0,000	5,724-5,141
Banda 5	8,534	0,000	7,643-9,426
Diagnóstico Psiquiátrico	0,357	0,022	0,051-0,664
Diagnóstico Ansiedad y Depresión	2,227	0,000	1,851-2,604
Diagnóstico Socio-familiar (Códigos Z)	1,522	0,000	1,119-1,924

*AIC=6.43

Modelo explicativo de la utilización de la consulta de enfermería de Atención Primaria.

Entre la población consultante en la consulta de enfermería, por cada año de edad aumentó en 0,08 el número de visitas, aumentando de media la frecuentación en pensionistas en 0,98 visitas. Según aumentaba la complejidad aumentó de media el número de visitas, aunque de forma menor en las bandas 2 y 3, 0,26 y 0,97 respectivamente que en las bandas 4 y 5 donde aumentaron 2,46 y 4,24 las visitas a la enfermera. El presentar un diagnóstico psiquiátrico disminuyó el número medio de visitas a la enfermera en 0,25 y lo aumentó de media 0,21 la ansiedad y la depresión y 1,04 tener algún diagnóstico socio-familiar (Código Z). (Tabla 57).

Tabla 57. Utilización de la consulta de enfermería en Atención Primaria. Año 2007.

	coeficiente	P > z	IC 95%
Edad	0,087	0,000	0,072-0,101
Tipo de Usuario (pensionista)	0,985	0,000	0,779-1,191
Nivel de Estudios Primarios o Menores	0,066	0,035	0,005-0,126
Banda ACG (banda 1 - referencia)			
Banda 2	0,261	0,000	0,186-0,335
Banda 3	0,975	0,000	0,806-1,144
Banda 4	2,459	0,000	1,910-3,008
Banda 5	4,238	0,000	3,297-5,178
Diagnóstico Psiquiátrico	-0,254	0,010	(-0,448)-(-0,060)
Diagnóstico Ansiedad y Depresión	0,211	0,016	0,039-0,383
Diagnóstico socio-familiar (Códigos Z)	1,045	0,002	0,399-1,692

*AIC=6.22

ESTUDIO III

“En apariencia, los riesgos son neutrales y no apuntan a un blanco determinado, por lo cual sus efectos son azarosos; sin embargo, en el juego de los riesgos, los dados están cargados. Existe una afinidad selectiva entre la desigualdad social y la probabilidad de transformarse en víctima de las catástrofes, ya sean ocasionadas por la mano humana o “naturales”, aunque en ambos casos se diga que los daños no fueron intencionales ni planeados. Ocupar el extremo inferior en la escala de la desigualdad y pasar a ser “víctima colateral” de una acción humana o de un desastre natural son posiciones que interactúan como los polos opuestos de un imán: tienden a gravitar una hacia la otra”.

Zygmunt Bauman

ESTUDIO III MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO: ESTUDIO III

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio toma como referencia geográfica los centros de salud ubicados en el distrito de Villaverde (Madrid) en el año 2016.

En este distrito se ubican seis centros de salud: San Andrés, Potes, San Cristóbal, Los Rosales, El Espinillo y Los Ángeles. Este distrito se divide en cinco barrios: Villaverde Alto, San Cristóbal, Butarque, Los Rosales y Los Ángeles. La relación de centros de salud (CS) y zona básica de salud/equipo de atención primaria (ZBS/EAP) del distrito de Villaverde se expone en la Tabla 33.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, residente en el distrito y atendida en los centros de salud del distrito de Villaverde con historia activa fecha de 30 de junio 2016.

Criterios de inclusión:

- diagnóstico de diabetes mellitus (CIAP T90).
- identificación de diabetes tipo 2, según el epígrafe diagnóstico, el texto libre o el tipo de tratamiento prescrito.
- ser residente en el distrito de Villaverde.

Criterios de exclusión:

- No poder identificar el tipo de diabetes.
- Se excluyeron los casos de diabetes tipo 1 y tipo MODY.
- Se excluyeron las secciones de las que se no se disponían de información de los índices de privación.

VARIABLES

Variables individuales:

- Sexo: Varón o mujer.
- Edad: fecha de nacimiento.
- Nivel de riesgo según estratificador de riesgo por Grupo Morbilidad Ajustado (GMA): clasificado en 3 niveles: bajo (mínimo 1), medio y alto (máximo 3).
- Comorbilidades: Accidente cerebro-vascular agudo (ACVA), Accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad de Alzheimer, Asma, Cardiopatía isquémica, Depresión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedad Renal Crónica (ERC), Esquizofrenia, Hipertensión arterial (HTA), Insuficiencia Cardíaca (IC).
- Vacunación gripal: si/no.
- Sección censal a la que pertenece su domicilio.
- Centro de salud.
- Barrio: agrupación de las secciones censales que constituyen cada uno de los 5 barrios de división administrativa del distrito de Villaverde (Villaverde Alto, San Cristóbal, Butarque, Los Rosales y Los Ángeles).

Variables agrupadas:

- Índice de privación del Proyecto MEDEA⁵⁵ por centro de salud.
- Propuesta de índice de privación material de Madrid Salud⁵⁸ por sección censal.

FUENTE DE DATOS

Base de datos Cibeles.

Cibeles es la fuente de datos administrativos de la Comunidad de Madrid, que gestiona la información de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). De esta base se obtuvieron los datos sociodemográficos de las personas que tenían TSI: edad, sexo, sección censal y centro de salud. Su información está integrada en la aplicación informática de AP_Madrid.

Historia Clínica Electrónica AP Madrid

La historia clínica electrónica recoge datos administrativos e información sobre procesos de atención médica y socio-sanitaria de cada paciente, de los centros de salud incluidos en el

estudio. Las variables clínicas, comorbilidades, vacunación y nivel de riesgo según el estratificador se tomaron de AP_Madrid.

Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Índice de privación por sección censal, en cuartiles. En el primer cuartil se agrupó a la población más favorecida y en el último cuartil a la más desfavorecida. Este índice de privación incluye cinco indicadores relacionados con el empleo (desempleo, trabajadores manuales y eventuales) y la educación (educación insuficiente, considerando total y en jóvenes), con datos del censo de habitantes.

Madrid Salud.

Indicadores e propuesta de índice de privación material en área pequeña en la ciudad de Madrid para el análisis de las desigualdades territoriales en salud por sección censal, para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid⁵⁸.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

El análisis descriptivo se realizó con las medidas de tendencia central y de dispersión con sus intervalos de confianza (IC 95%). Se describieron las variables cuantitativas con media y desviación y con mediana y rango intercuartílico si las distribuciones eran asimétricas. Se analizaron las características en cuanto a normalidad y asimetría de las principales variables aplicando los test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, además de la representación gráfica mediante histograma. Se describieron las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Se calculó la prevalencia de DM tipo 2 del distrito en la población consultante en los centros de atención primaria del distrito, para cada centro de salud y barrio por sexo usando como numerador todos los casos prevalentes obtenidos de la historia clínica de AP y como denominador para los centros de salud la población de tarjeta sanitaria asignada a 1/6/2016 y para los barrios la población a 1/1/2016 según padrón municipal.

En el análisis inferencial se compararon las variables cualitativas con el estadístico Chi Cuadrado, y para la comparación entre variables cualitativas dicotómicas con variables

cuantitativas normales se empleó la T student. Para relacionar las variables cualitativas politómicas con variables cuantitativas, la ANOVA de un factor.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el software STATA v.12.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cuenta con el informe favorable de la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Ha sido aprobado por la Gerencia de Madrid Salud.

Todos los datos fueron anonimizados desde su exportación salvaguardando la confidencialidad de los registros individuales siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

ESTUDIO III **RESULTADOS**

RESULTADOS: ESTUDIO III

De las 9.615 personas con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) e historia clínica en alguno de los centros de salud del distrito, 203 (2,35%) no residían en Villaverde, cumpliendo 8.652 todos los criterios de inclusión, residentes en las 95 secciones censales de las que se disponía de todas las variables.

La prevalencia en la población consultante de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 en el distrito fue de 6,856% (IC 95% 6,717-6,996) si se toma como denominador la población según centro de salud y de 6,117% (IC 95% 5,992-6,242) con la población del padrón como referencia. La diabetes mellitus tiene mayor prevalencia en las mujeres de los barrios de Villaverde Alto y San Cristóbal, siendo mayor la prevalencia de hombres, si analizamos la prevalencia por centros de salud, en los CS San Andrés y Potes. Las prevalencias de DM por sexo según barrio y centro de salud se muestran en las Figuras 62 y 63.

En relación a los dos índices de privación utilizados se observa que los casos de diabetes no se distribuyen homogéneamente entre los mismos. La mayoría de los casos de diabetes tipo 2 en el distrito de Villaverde se agrupan en las secciones censales del primer y segundo cuartil (las más favorecidas), según la propuesta de índice de privación material de Madrid Salud, con una distribución similar en hombres y mujeres. Ninguna de las secciones censales del distrito de Villaverde con casos de diabetes se encuentra en el primer cuartil del índice del Proyecto MEDEA. Si se relaciona con el índice del Proyecto MEDEA, se observa que la mayor parte de los casos se dan en las secciones censales con índice más desfavorable, y además, que el número de casos de mujeres en estas secciones es mayor. (Figuras 64 y 65).

La comorbilidad más frecuentemente asociada a la diabetes es la hipertensión arterial, que se observa en más del 60% de los casos de todos los barrios y de los centros de salud excepto el CS El Espinillo (58,22%). Se aprecian diferencias en cuanto a la edad media de las personas con este diagnóstico, según centro de salud y barrio. Se observa un mayor porcentaje de personas con nivel alto de riesgo, según estratificador, en los barrios de San Cristóbal, Los Ángeles y Villaverde Alto, siendo más frecuente en estos casos en mujeres, mientras que al analizar por centro de salud, se observa que el porcentaje con riesgo alto es menor en los CS Los Rosales y El Espinillo. Las principales características demográficas (edad, sexo), comorbilidades, vacunaciones de la población, así como indicadores de privación contextual

de la población con diagnóstico de diabetes en el distrito se describen en la Tabla 58, en función del barrio donde residan o en la Tabla 59 según el centro de salud al que acuden.

La Tabla 60 muestra el número de casos de DM 2 y su porcentaje respecto al total por sección censal. Se observa que son 8 las secciones que aportan más de un 1,5% de los casos del total, estando ubicadas 4 de ellas en el barrio de Los Ángeles, probablemente tenga relación con el envejecimiento del barrio frente a los demás del distrito, 2 en el barrio de San Cristóbal, y 1 en Villaverde Alto y otra en Butarque.

Figura 62. Prevalencia de DM tipo 2 en población consultante respecto a la población según barrio. Junio 2016. N=8.652

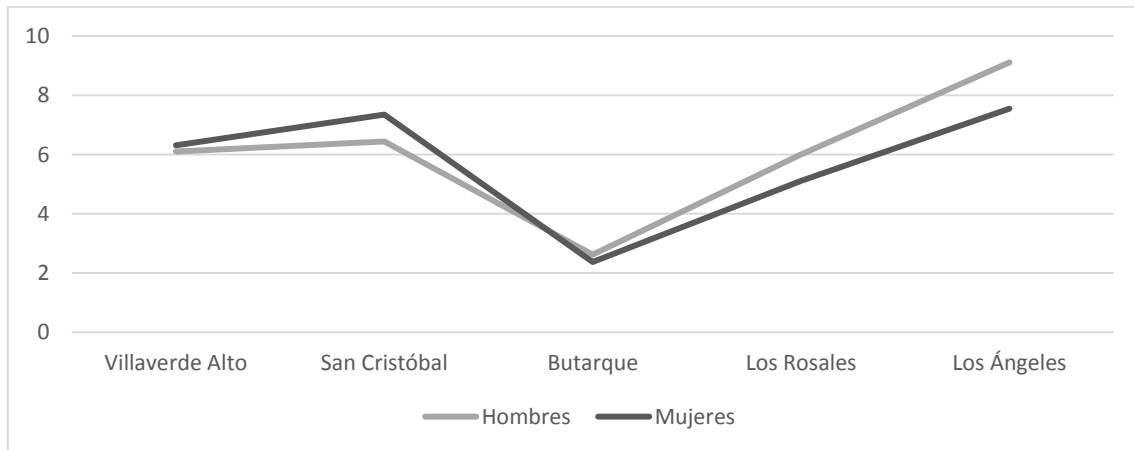


Figura 63. Prevalencia de DM tipo 2 en población consultante respecto a la población según centro de salud. Junio 2016. N=8.652

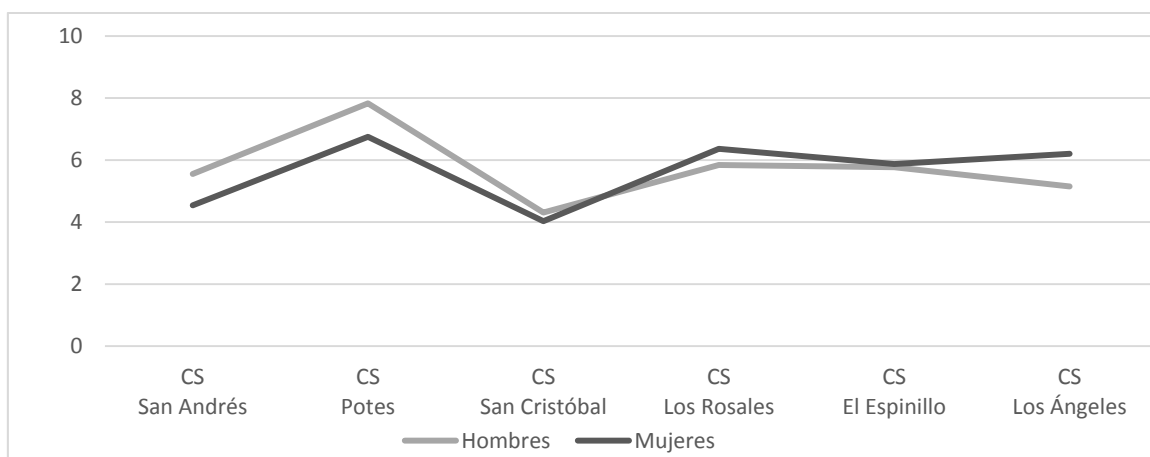


Figura 64. Distribución del número de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 según cuartiles de la propuesta de índice de privación de Madrid Salud y por sexo.

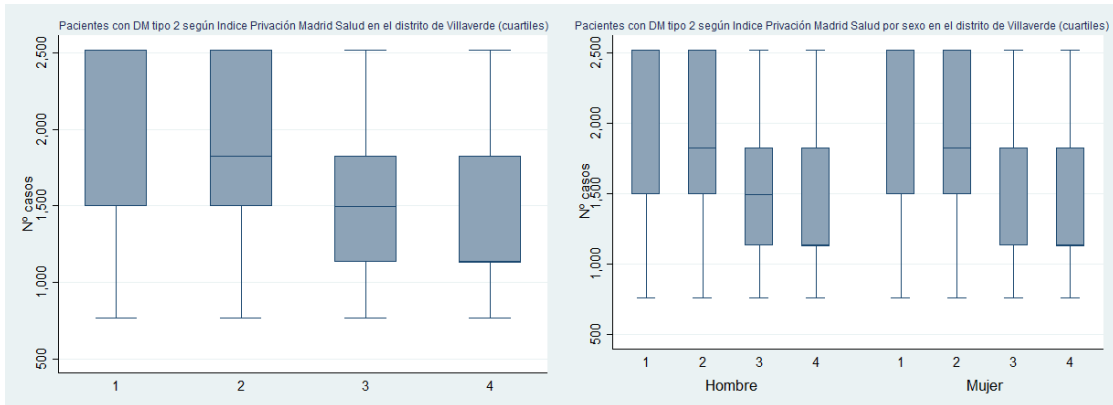


Figura 65. Distribución del número de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 según cuartiles del índice de privación del Proyecto MEDEA y por sexo.

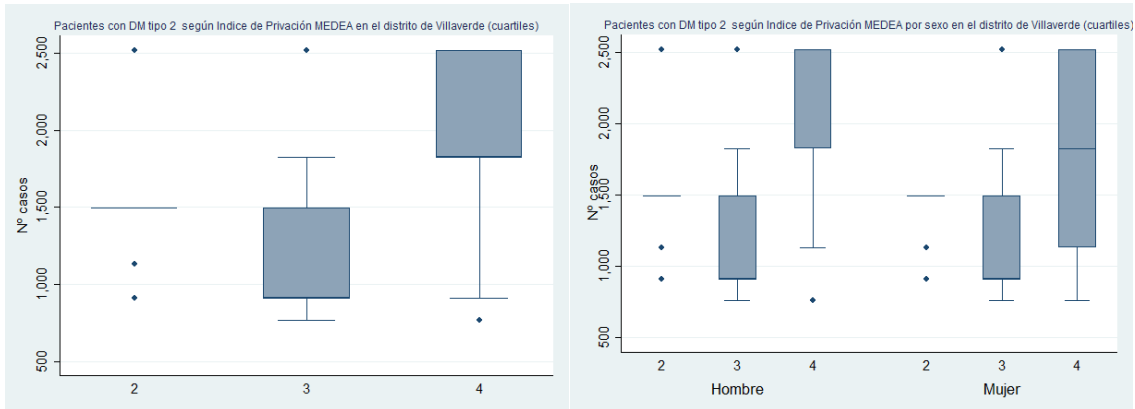


Tabla 58. Características socio-demográficas y clínicas de las personas con diagnóstico de diabetes en el distrito de Villaverde, por barrio de residencia (junio 2016). N=8.652

DM Tipo 2		Villaverde Alto (n=2680)	San Cristóbal (n=1043)	Butarque (n=414)	Los Rosales (n=2012)	Los Ángeles (n=2503)	TOTAL (n=8652)	p-valor
Sexo (mujer)	(%)	1420 (52.99)	568 (54.46)	199 (48.07)	958 (47.61)	1216 (48.58)	4361 (50.40)	0.000
Edad	Media (DE)	67.40 (14.86)	66.04 (16.00)	64.48 (14.06)	66.95 (13.57)	70.26 (13.03)	67.82 (14.27)	0.000
Nivel de Riesgo								
Bajo	(%)	1155 (43.10)	495 (47.46)	222 (53.62)	997 (49.55)	1032 (41.23)	3901 (45.09)	0.000
Medio	(%)	1059 (39.51)	354 (33.94)	132 (31.88)	716 (35.39)	1023 (40.87)	3284 (37.96)	
Alto	(%)	466 (17.39)	194 (18.60)	60 (14.49)	299 (14.86)	448 (17.90)	1467 (16.96)	
Comorbilidades (número)	Mediana (RIC)	1 (1-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	0.006
Accidente Cerebro Vacular Agudo	(%SI)	139 (5.19)	47 (4.51)	16 (3.86)	100 (4.97)	130 (5.19)	432 (4.99)	0.725
Accidente Isquémico Transitorio	(%SI)	101 (3.77)	35 (3.36)	17 (4.11)	66 (3.28)	88 (3.52)	307 (3.55)	0.861
Enfermedad de Alzheimer	(%SI)	36 (1.34)	4 (0.38)	2 (0.48)	23 (1.14)	14 (0.56)	79 (0.91)	0.007
Asma	(%SI)	161 (6.01)	65 (6.23)	25 (6.04)	99 (4.92)	130 (5.19)	480 (5.55)	0.365
Cardiopatía isquémica	(%SI)	340 (12.69)	129 (12.37)	47 (11.35)	258 (12.82)	329 (13.14)	1103 (12.75)	0.873
Depresión	(%SI)	363 (13.54)	136 (13.04)	50 (12.08)	250 (12.43)	359 (14.34)	1158 (13.38)	0.360
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	(%SI)	150 (5.60)	61 (5.85)	28 (6.76)	119 (5.91)	161 (6.43)	519 (6.00)	0.718
Enfermedad Renal Crónica	(%SI)	198 (7.39)	90 (8.63)	19 (4.59)	107 (5.32)	176 (7.03)	590 (6.82)	0.002
Esquizofrenia	(%SI)	12 (0.45)	4 (0.38)	1 (0.24)	9 (0.45)	18 (0.72)	44 (0.51)	0.486
Hipertensión Arterial	(%SI)	1726 (64.40)	663 (63.57)	219 (52.90)	1225 (60.88)	1725 (68.92)	5558 (64.24)	0.000
Insuficiencia Cardíaca	(%SI)	128 (4.78)	70 (6.71)	14 (3.38)	89 (4.42)	147 (5.87)	448 (5.18)	0.010
Vacuna Gripe	(%SI)	1229 (45.86)	404 (38.73)	177 (42.75)	888 (44.14)	1288 (51.46)	3986 (46.07)	0.000
Índices de Privación								
Índice Proyecto MEDEA								
- Cuartil 1	(%)	-	-	-	-	-	-	0.000
- Cuartil 2	(%)	12 (1.32)	3 (0.12)	396 (26.47)	0	0	3 (0.27)	
- Cuartil 3	(%)	897 (98.36)	23 (0.91)	1099 (73.46)	649 (84.84)	338 (18.50)	6 (0.53)	
- Cuartil 4	(%)	3 (0.33)	2495 (98.97)	1 (0.07)	116 (15.16)	1489 (81.50)	1122 (99.20)	
Índice Privación Madrid Salud		0.47	0.58	0.40	0.43	0.39	0.45	-

*Corrección por Fisher/ por Razón de verosimilitud Chi 2

Tabla 59. Características socio-demográficas y clínicas de las personas con diagnóstico de diabetes en el distrito de Villaverde, por centro de salud (junio 2016). N=8952

DM Tipo 2		CS San Andrés (n=1827)	CS Potes (n=765)	CS San Cristóbal (n=1131)	CS Los Rosales (n=1496)	CS El Espinillo (n=912)	CS Los Ángeles (n=2521)	p-valor
Sexo (mujer)	(%)	957 (52.38)	408 (53.33)	4361 (54.55)	736 (49.20)	418 (45.83)	1225 (48.59)	0.000
Edad	Media (DE)	68.56 (14.41)	65.52 (15.37)	65.57 (16.03)	67.01 (14.17)	65.75 (12.83)	70.21 (13.07)	0.000
Nivel de Riesgo								
Bajo	(%)	790 (43.24)	311 (40.65)	550 (48.63)	726 (48.53)	483 (52.96)	1041 (41.29)	0.000
Medio	(%)	715 (39.14)	319 (41.70)	378 (33.42)	527 (35.23)	314 (34.43)	1031 (40.90)	
Alto	(%)	322 (17.62)	135 (17.65)	203 (17.95)	243 (16.24)	115 (12.61)	449 (17.81)	
Comorbilidades (número)	Mediana (RIC)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (1-2)	0.017
Accidente Cerebro Vacular Agudo	(%SI)	107 (5.86)	28 (3.66)	50 (4.42)	62 (4.14)	54 (5.92)	131 (5.20)	0.058
Accidente Isquémico Transitorio	(%SI)	71 (3.89)	27 (3.53)	38 (3.36)	61 (4.08)	23 (2.52)	87 (3.45)	0.437
Enfermedad de Alzheimer	(%SI)	24 (1.31)	12 (1.57)	4 (0.35)	17 (1.14)	8 (0.88)	14 (0.56)	0.010
Asma	(%SI)	106 (5.80)	49 (6.41)	70 (6.19)	79 (5.28)	46 (5.04)	130 (5.16)	0.613
Cardiopatía isquémica	(%SI)	228 (12.48)	104 (13.59)	136 (12.02)	193 (12.90)	111 (12.17)	331 (13.13)	0.879
Depresión	(%SI)	238 (13.03)	116 (15.16)	147 (13.00)	174 (11.63)	120 (13.16)	363 (14.40)	0.122
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	(%SI)	89 (4.87)	60 (7.84)	63 (5.57)	87 (5.82)	60 (6.58)	160 (6.35)	0.068
Enfermedad Renal Crónica	(%SI)	146 (7.99)	46 (6.01)	95 (8.40)	94 (6.28)	31 (3.40)	178 (7.06)	0.000
Esquizofrenia	(%SI)	7 (0.38)	4 (0.52)	5 (0.44)	5 (0.33)	5 (0.55)	18 (0.71)	0.593
Hipertensión Arterial	(%SI)	1188 (65.02)	492 (64.31)	706 (62.42)	903 (60.36)	531 (58.22)	1738 (68.94)	0.000
Insuficiencia Cardíaca	(%SI)	88 (4.82)	37 (4.84)	73 (6.45)	67 (4.48)	36 (3.95)	147 (5.83)	0.053
Vacuna Gripe	(%SI)	922 (50.47)	282 (36.86)	429 (37.93)	678 (45.32)	381 (41.78)	1294 (51.33)	0.000
Índices de Privación								
Índice Proyecto MEDEA								
- Cuartil 1	(%)	-	-	-	-	-	-	0.000
- Cuartil 2	(%)	0	0	3 (0.27)	396 (26.47)	12 (1.32)	3 (0.12)	
- Cuartil 3	(%)	338 (18.50)	649 (84.84)	6 (0.53)	1099 (73.46)	897 (98.36)	23 (0.91)	
- Cuartil 4	(%)	1489 (81.50)	116 (15.16)	1122 (99.20)	1 (0.07)	3 (0.33)	2495 (98.97)	
Índice Privación Madrid Salud	Mediana (RIC)	0.47 (0.45-0.50)	0.51 (0.46-0.62)	0.58 (0.50-0.62)	0.45 (0.43-0.51)	0.43 (0.35-0.49)	0.34 (0.33-0.42)	0.000

*Corrección por Fisher/ por Razón de verosimilitud Chi 2

Tabla 60. Número de casos de diabetes tipo 2 por sección censal y porcentaje que aportan al total. N= 8952

Sección Censal	DM 2 n (%)	Sección Censal	DM 2 n (%)	Sección Censal	DM 2 n (%)	Sección Censal	DM 2 n (%)	Sección Censal	DM 2 n (%)
2	99 (1,14)	22	99 (1,14)	45	75 (0,87)	65	79 (0,91)	87	148 (1,71)
3	102 (1,18)	23	111 (1,28)	46	97 (1,12)	66	85 (0,98)	89	93 (1,07)
4	102 (1,18)	24	133 (1,54)	47	138 (1,60)	68	145 (1,68)	90	83 (0,96)
6	111 (1,28)	25	61 (0,71)	48	73 (0,84)	69	112 (1,29)	91	73 (0,84)
7	76 (0,88)	26	78 (0,90)	49	65 (0,75)	70	102 (1,18)	92	56 (0,65)
8	121 (1,40)	27	81 (0,94)	50	96 (1,11)	71	166 (1,92)	93	74 (0,86)
9	55 (0,64)	28	66 (0,76)	51	75 (0,87)	72	83 (0,96)	94	60 (0,69)
10	80 (0,92)	29	106 (1,23)	52	74 (0,86)	73	103 (1,19)	95	71 (0,82)
11	107 (1,24)	31	83 (0,96)	53	63 (0,73)	74	71 (0,82)	96	113 (1,31)
12	119 (1,38)	32	132 (1,53)	54	87 (1,01)	75	129 (1,49)	97	91 (1,05)
13	73 (0,84)	33	83 (0,96)	55	122 (1,41)	76	116 (1,34)	98	114 (1,32)
14	60 (0,69)	35	91 (1,05)	57	114 (1,32)	78	139 (1,61)	99	57 (0,66)
15	105 (1,21)	36	69 (0,80)	58	84 (0,97)	79	65 (0,75)	100	65 (0,75)
16	58 (0,67)	37	74 (0,86)	59	109 (1,26)	80	82 (0,95)	101	104 (1,29)
17	85 (0,98)	38	78 (0,90)	60	73 (0,84)	82	141 (1,63)	102	75 (0,87)
18	57 (0,66)	39	129 (1,49)	61	70 (0,81)	83	94 (1,0)	103	96 (1,11)
19	59 (0,68)	41	58 (0,67)	62	102 (1,18)	84	84 (0,97)	104	112 (1,29)
20	56 (0,65)	42	108 (1,25)	63	74 (0,86)	85	68 (0,79)	105	57 (0,66)
21	94 (1,09)	43	138 (1,60)	64	98 (1,13)	86	70 (0,81)	106	90 (1,04)

ESTUDIO IV

"I am no longer accepting the things I cannot change.

I am changing the things I cannot accept."

Angela Y. Davis

ESTUDIO IV MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO: ESTUDIO IV

DISEÑO

Estudio transversal con cortes anuales.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Centro Madrid Salud “CMS Villaverde”, que presta atención a la población en el distrito del mismo nombre.

El periodo del estudio abarca el periodo 2011 a 2015, años en los que el CMS Villaverde ha trabajado en el marco de la Estrategia Gente Saludable 2010-2015.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población que ha recibido atención individual en el CMS Villaverde o atención en ámbito grupal o comunitario, a través de actividades en la que ha estado implicado el CMS Villaverde. En el estudio se incluyen todas las citas individuales que se llevaron a cabo entre 28 de marzo de 2011 y el 31 de diciembre de 2015, así como las actividades en el ámbito grupal y comunitario realizadas.

Intervenciones realizadas en el total de CMS de la ciudad, teniendo en cuenta que se incluye el CMS Joven, centro monográfico que tiene como población diana la población menor de 24 años de la ciudad de Madrid, que se incorpora desde el inicio a la Estrategia y que se considera dentro del total de CMS de Madrid en los registros.

FUENTE DE DATOS

Datos obtenidos de fuentes secundarias, a partir de los sistemas de información de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud (agenda, OMI-AP y registro de actividades grupales y comunitarias).

- **Registro Comunitario:** variables de las intervenciones realizadas en el ámbito comunitario.
- **Registro Grupal:** variables de las intervenciones grupales.
- **Agenda** (de intervenciones en el ámbito individual) de esta fuente se recogieron las:
 - Si reside o no en zona ZIP.
 - acto/programa donde se enmarca la intervención, según el servicio que solicita.

- tipo de captación (derivación desde Servicios Sociales, ONGs o Asociaciones o no).
 - número de personas atendidas (individualmente)
 - número de citas atendidas
- **OMI-AP:** La Historia Clínica Electrónica se recoge en la aplicación informática OMI-AP. De esta fuente se recogieron las variables sociodemográficas individuales, a través de la ficha de filiación complementaria. (Figura 66).

Figura 66 Ficha de filiación complementaria

PROTOCOLO DE FILIACIÓN COMPLEMENTARIA	
País de Nacimiento: - España - Otros	Especificar: - Número de años de residencia en España - Permiso de residencia: SI/NO/NS-NC
El mayor nivel de estudios completado: - No sabe leer o escribir - Sin estudios - Estudios primarios incompletos - Estudios de primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5º) - Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, ECG hasta 8º, Bachiller elemental etc) - Educación secundaria obligatoria (ESO) - Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller superior, BUP, Formación Profesional, aprendizaje y maestría industrial...) - Estudios de tercer grado, primer ciclo (perito, ingeniero técnico, escuelas universitarias, magisterio...) - Estudios de tercer grado, segundo y tercer ciclo (ingeniero superior, licenciado, doctorado, ...) - NS/NC	
Situación Laboral: - Trabajador por cuenta ajena/propia - En situación de desempleo - Estudiante - Ama de casa - Jubilado/pensionista - No ha trabajado nunca - NS/NC	

VARIABLES

a) de la actividad a nivel global:

- **Número de intervenciones** practicadas, según ámbito de intervención: individual (citas atendidas), grupal y comunitario, según año.
- **Número de sesiones grupales realizadas**, según año.
- **Número de proyectos comunitarios**, según año. Se hace mención a que las actividades comunitarias se engloban en proyectos.
- **Número de personas atendidas**, según el ámbito de la intervención (individual, grupal y comunitaria) y año. El número de personas atendidas de manera individual se recoge según sexo.

b) de la intervención individual:

b. 1. Acto de agenda/Programa: Al solicitar una cita, la demanda manifestada por la persona que la pide es interpretada por quien le asigna la cita como un servicio. La correspondencia entre el servicio que solicita la persona al pedir la cita individual y el programa correspondiente, desde el que el CMS le dará respuesta, se muestra en la Tabla 61.

Tabla 61 Correspondencia de servicio que solicita y acto de agenda/programa.

Servicio que solicita	Acto de agenda/Programas
- Alimentación, actividad física	Alimentación, actividad física y salud (ALAS)
- Estrategia de alto riesgo de diabetes	
- Planificación familiar	Salud Sexual y Reproductiva (SSyR)
- Anticoncepción de urgencia	
- Sospecha de gestación	
- IVE/post-IVE	
- Procedimientos e incidencias de anticoncepción	
- Asesoría sexual	
- ITS/VIH	Psicohigiene
- Consulta de salud mental	
- Deshabitación Tabáquica	Prevención y Control del Tabaquismo
- Otros	Asesoría socio-sanitaria

La demanda que no se asimila o identifica inicialmente con ningún servicio/programa, se asigna como “asesoría socio-sanitaria”, que no se incluye en ningún programa y se considera como un acto en sí misma.

b.2. Tipo de captación: si la persona reconocía venir derivada de Servicios Sociales, Asociaciones u Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) en el momento de la citación o no. Esta variable se utiliza para priorizar la atención de aquellas personas que proceden de actividades destinadas a facilitar el acceso a los Servicios del CMS a poblaciones prioritarias. Fundamentalmente, esta variable hace referencia a las actividades comunitarias y a los acuerdos de colaboración con otras instituciones.

b.3. Variables sociodemográficas individuales de las personas atendidas con cita individual:

- ✓ **Edad:** deducida desde la fecha de nacimiento.
- ✓ **Sexo:** hombre, mujer.
- ✓ **Nacionalidad:** se recoge como país de nacimiento, entre:
 - Española: aquella persona nacida en España.
 - Otros: aquella persona no nacida en España.
- ✓ **Permiso de residencia:** si o no
- ✓ **Situación laboral** a la fecha de la primera atención o del momento en el que se completa la ficha de filiación complementaria. La clasificación que se ha utilizado sigue los siguientes criterios:
 - Trabaja: toda persona que está en disposición de trabajar entre los 16-65 años y trabaja. Los casos de trabajo-estudio se consideraban como trabajo.
 - Estudiante: toda persona que se dedica al aprendizaje o está escolarizada, sin realizar al mismo tiempo ningún tipo de actividad laboral.
 - En situación de desempleo: toda persona con edad comprendida entre los 16 y 65 años que está en disposición de trabajar y no trabaja de manera remunerada, y/o es demandante de empleo.
 - Trabajo doméstico no remunerado (“Cuidado del hogar”): todas aquellas personas que se dedican exclusivamente a las tareas domésticas y no están buscando un empleo.
 - Pensionista o con jubilación: aquellas personas mayores de 65 años que se encuentran cobrando una pensión, así como las que se encuentran en situación de incapacidad permanente o total, independientemente de su edad.

✓ **Nivel de estudios.** Se anotó según la estructura de la ficha de filiación complementaria, que distingue entre: primarios, secundarios de primer ciclo, secundarios de segundo ciclo y estudios universitarios.

b. 4. Variable sociodemográfica contextual de las personas atendidas con cita individual:

✓ **Dirección postal coincidente con Zona de Intervención Preferente (ZIP):** sí o no. Se seleccionaron algunas secciones censales (SSCC), dentro de cada distrito, en las que residir en ellas se puede considerar como un factor adicional de riesgo para la salud, por la situación socioeconómica de la población (según nivel de estudios) o por un exceso de mortalidad general, en relación a la media de la ciudad de Madrid. Estas zonas se consideraron Zonas de Intervención Preferente (ZIP)¹⁹⁰.

El sistema asigna automáticamente la sección censal en la que reside el usuario a partir de la dirección que figura en la ficha de cita. La dirección sólo es recogida y codificada, según callejero, la primera vez que se cita a una persona, en las sucesivas citas se confirma que no ha cambiado de domicilio.

De acuerdo a las variables anteriormente expuestas, se agrupó la descripción del perfil de vulnerabilidad socio-económico de las personas atendidas en el ámbito individual en el CMS según:

- Personas atendidas en situación social desfavorecida, medida según nivel de estudios, considerando como más vulnerables a las personas que no han alcanzado el nivel de estudios oficialmente obligatorio para su grupo de edad²³¹.
- Personas atendidas en situación social desfavorecida, medida según situación laboral. Las tres categorías que se considera que entrañan un mayor riesgo para la salud para el conjunto de la población y por lo tanto son las que se valoran más vulnerables son estar en situación de desempleo, no haber trabajado nunca o ser ama de casa.
- Personas atendidas, nacidas fuera de España, que no tienen permiso de residencia. Este indicador se realiza en las personas atendidas mayores de 13 años, ya que, en la población menor, la información sobre el permiso de residencia de sus progenitores no se recoge.

- Personas atendidas cuyo tipo (origen) de captación es Servicios Sociales y/o Asociaciones/ONG.
- Personas atendidas que residen en zonas geográficas de mayor vulnerabilidad, calculada en función de la mortalidad general y del nivel educativo de sus habitantes. Se trata de las Zonas de Intervención Preferente (ZIP), antes mencionadas. De este indicador se excluyen las personas usuarias residentes fuera de la Ciudad de Madrid, ya que, para quienes, no se recoge esos datos.

Estos indicadores han sido desagregados por sexo y por actos de agenda/programas que solicitan.

c) de la intervención grupal:

- **Número de actividades grupales**, según proyecto y programa en el que se enmarcan.
- **Número de sesiones grupales.**
- **Número de personas participantes**, según actividad.
- **A iniciativa de quién se realizó** la actividad, en las actividades desarrolladas en 2015.
- **Relación con la diversidad funcional** (número de actividades grupales, sesiones y participantes), según si se realizaron en el marco de algún proyecto comunitario o no, a iniciativa de quien se llevaron a cabo, programas implicados, , en las actividades desarrolladas en 2015.
- **Si la intervención grupal está o no en el marco de un proyecto comunitario.**

d) de la intervención comunitaria:

d. 1 Proyectos comunitarios:

- **Número de proyectos comunitarios**, según año, programas en los que se enmarcan los proyectos, y CMS implicado en el mismo.

En relación a las intervenciones en el ámbito comunitario en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud, y que fueron llevadas a cabo en el año 2015, se recogieron las siguientes variables:

- **Objetivos de los proyectos comunitarios.**
- **Tipo de proyectos comunitarios:** coordinación intersectorial, alianzas, proyectos específicos impulsados por el CMS, proyectos impulsados por otros agentes.
En los proyectos de coordinación intersectorial: objetivos y composición (integrantes).
- **Ámbito territorial de actuación** de los proyectos (barrios del distrito de Villaverde).
- **Colaboraciones en los proyectos comunitarios:** participación vecinal y de otros agentes, recursos y administraciones.
- **Programas de la Estrategia Gente Saludable** en los que se enmarca el proyecto comunitario, además del Programa de Desigualdades Sociales en Salud.
- **Fecha de inicio** según proyecto.

d.2.Actividades comunitarias:

- **Número de actividades comunitarias**, según proyecto y programa en el que se enmarcan.
- **Tipo de actividades** comunitarias: días singulares, información/sensibilización, difusión/captación, organización de eventos, otros, según proyectos.
- **Tipo de personas participantes** (población general, comunidad educativa, otros), según actividad.
- **Número de personas participantes**, según actividad.
- **Fecha de realización** según actividad.
- **Duración** de la actividad.
- **Lugar de realización** de la actividad.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables con la media y mediana, si eran de tipo cuantitativo, y en caso que fueran cualitativas, con su distribución de frecuencias.

Se realizó una descripción narrativa de las intervenciones en el ámbito comunitario y grupal en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud en 2015.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo del estudio fue aprobado por la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud y por la Gerencia de Madrid Salud.

ESTUDIO IV **RESULTADOS**

RESULTADOS: ESTUDIO IV

Actividad Global

El CMS Villaverde entre el año 2011 y el 2015 ha realizado intervenciones individuales, actividades grupales y actividades comunitarias en el marco de proyectos comunitarios, cuyo número se presenta por anualidades en la Tabla 62.

Tabla 62 Número total de intervenciones según tipo y año

INTERVENCIONES	2011	2012	2013	2014	2015
Individuales (citas atendidas)	4378	4630	8199	7626	7575
Actividades Grupales	27	191	232	171	202
Sesiones Grupales	80	593	673	471	523
Proyectos Comunitarios	*	57	48	51	52
Actividades Comunitarias	*	*	57	52	68

*no se disponía del registro

En el ámbito individual, en 2015, se atendieron a 2.905 personas, en el grupal a 4.065 y en el comunitario la cifra asciende a 17.657 en el mismo año. El número de personas atendidas, según tipo de intervención, desde el año 2011 se describe en la Tabla 63.

Tabla 63 Número total de participantes según ámbito de la intervención y año.

ÁMBITO de INTERVENCIÓN	2011	2012	2013	2014	2015
Individual (personas atendidas)	1.218**	1.794	2.836	2.972	2.905
Grupal	474	2.700	4.573	3.379	4.065
Comunitario	*	521	3.568	10.907	17.657

*no se disponía del registro

** datos referidos marzo-diciembre.

Teniendo en cuenta que el CMS Villaverde fue inaugurado a finales de marzo de 2011, desde entonces, en ese año, atendió en consultas individuales a 1.218 personas, pasando a atender a 2.905 en 2015. El número de personas atendidas con dispositivos grupales ha ido aumentando en el citado periodo, pasando de 474 personas en 2011 a 4.065 personas en

2015. Las Figuras 67 y 68 muestran la evolución en el periodo de 2011 a 2015 de la actividad global del CMS Villaverde y del total de CMS de la ciudad de Madrid, (excluido el CMS Joven) (2011-2015), respectivamente.

Figura 67 Evolución del número de personas atendidas en el ámbito individual y grupal, por el CMS Villaverde, en el periodo 2011 - 2015.

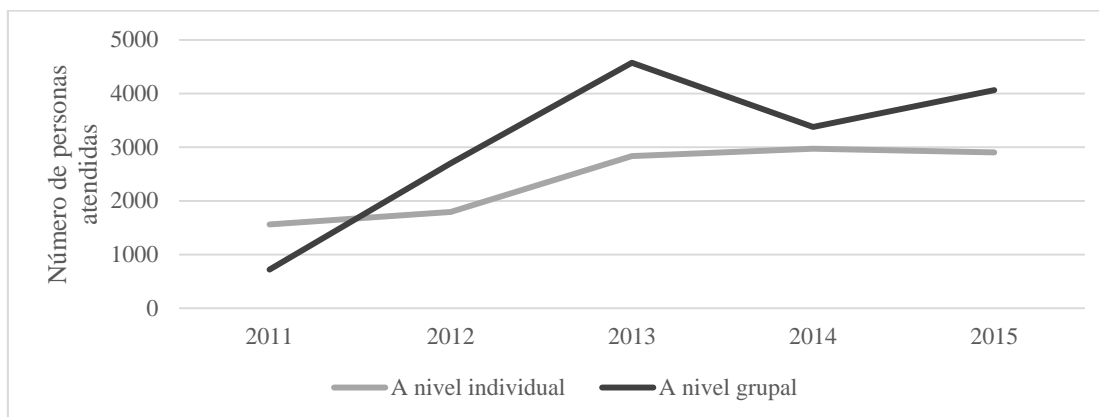
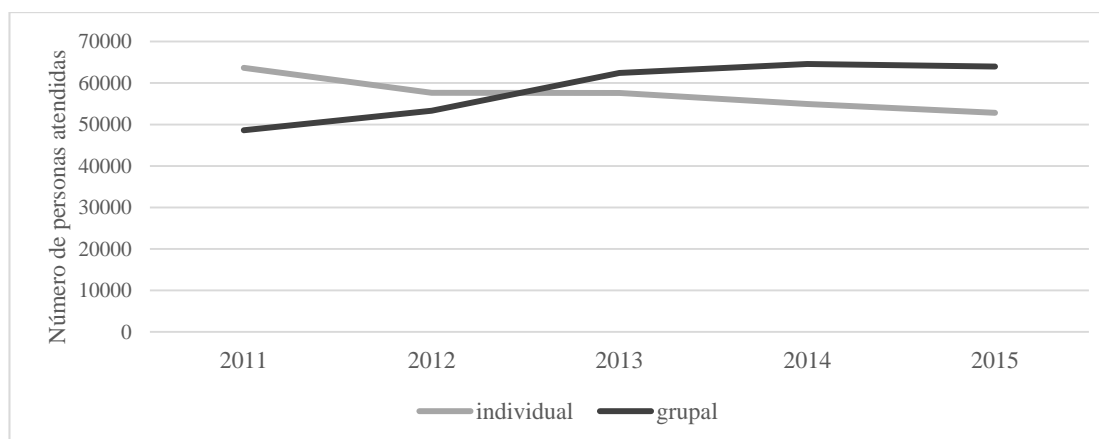


Figura 68 Evolución del número de personas atendidas en el ámbito individual y grupal en los CMS. Años 2009-2015



Actividad Individual

El número de personas atendidas por sexo y año se describe en la Tabla 64, destacando que la actividad individual se realizó fundamentalmente con mujeres.

Tabla 64 Número de personas atendidas en el ámbito individual, por sexo y año, en el CMS Villaverde.

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Número de personas atendidas	125	1093	188	1606	270	2566	333	2639	320	2585

Las personas atendidas con citas individuales según año y actos de agenda o Programas implicados en el periodo de estudio se describen en la Tabla 65, entendiendo que una misma persona puede haber sido atendida bajo el marco de varios programas.

Tabla 65 Número de personas atendidas en consultas individuales por programa y año, en el CMS Villaverde. 2012 - 2015.

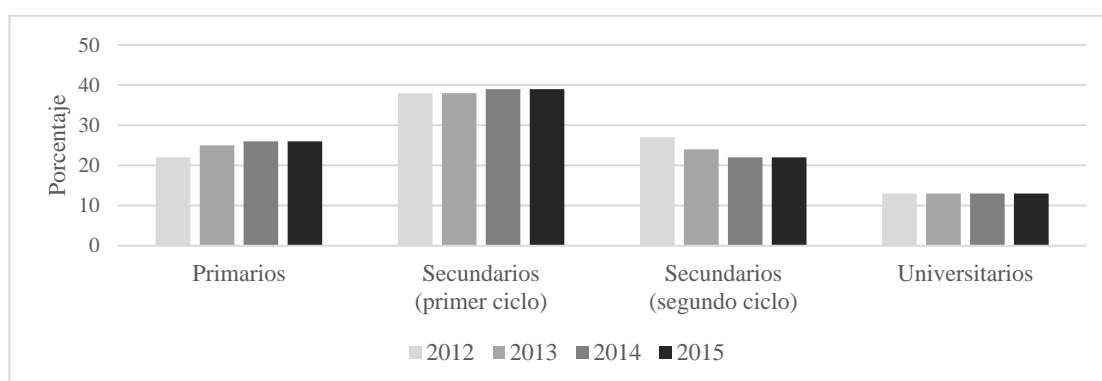
	2012	2013	2014	2015
Alimentación, Actividad Física y Salud (ALAS)	194	434	353	287
Salud Sexual y Reproductiva (SSyR)	876	1987	2101	1895
Psicohigiene	154	190	160	170
Prevención y Control del Tabaquismo	104	175	126	103
Asesoría Socio-Sanitaria	49	168	715	911
Otros	59	608	153	146
Desconocidos	109	42	27	24

Características socio-demográficas de las personas atendidas.

Nivel de estudios. Vulnerabilidad según nivel de estudios.

Las personas atendidas a través de citas/consultas individuales en el CMS Villaverde en el periodo de 2012 a 2015, presentaban mayoritariamente nivel de estudios secundarios de primer ciclo. (Figura 69).

Figura 69 Porcentaje de personas atendidas en el CMS Villaverde, según nivel de estudios y año, de los datos conocidos.



La cumplimentación de este dato se ha mejorado en el periodo, pasando de 35,8% de datos desconocidos en 2012, al 15,7% en 2015.

El número y porcentaje de personas atendidas individualmente que no han alcanzado el nivel de estudios oficialmente obligatorio para su grupo de edad se consideran más vulnerables, o en situación desfavorecida, según nivel de estudios y se muestran en la Tabla 66.

Tabla 66 Número y Porcentaje de personas usuarias en situación de mayor vulnerabilidad, medida según su nivel de estudios, por sexo, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de la ciudad, en el periodo 2013-2015.

		Mujer		Hombre		Total		Datos desconocidos	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2013	CMS Villaverde	634	34,1	73	35,6	707	34,3	772	27,2
	Total CMS Madrid	8880	26,9	852	26,8	9732	26,8	24667	40,5
2014	CMS Villaverde	796	37,4	90	33,1	886	36,9	572	19,2
	Total CMS Madrid	9568	26,3	1095	27,5	10663	26,5	17050	29,7
2015	CMS Villaverde	856	37,5	80	33,1	936	37,1	485	16,1
	Total CMS Madrid	9086	25,9	919	26,0	10005	25,9	15164	28,2

A lo largo de este periodo, el porcentaje de personas que han demandado atención en situación vulnerabilidad por nivel de estudios ha ido aumentando pasando de 34,3 % en 2013 a 37,1% en 2015. (Figura 70). Las consultas de asesoría socio-sanitaria, y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva fueron los marcos en los que se atendió más frecuentemente a estas personas; siendo el número de atenciones más destacado el del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. (Figura 71).

Figura 70 Porcentaje de población atendida en situación social desfavorecida según criterio de nivel de estudios alcanzado, por programa y año, en el CMS Villaverde.

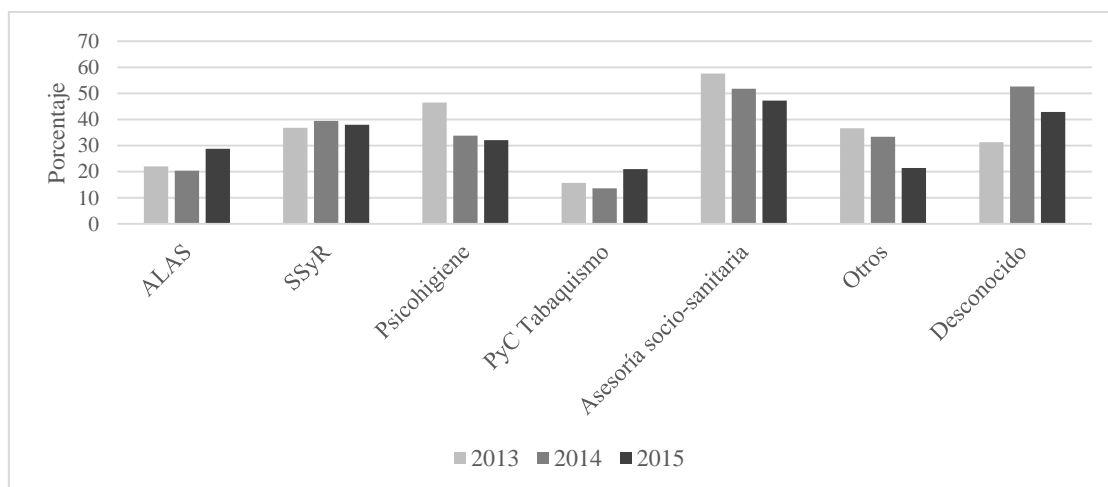
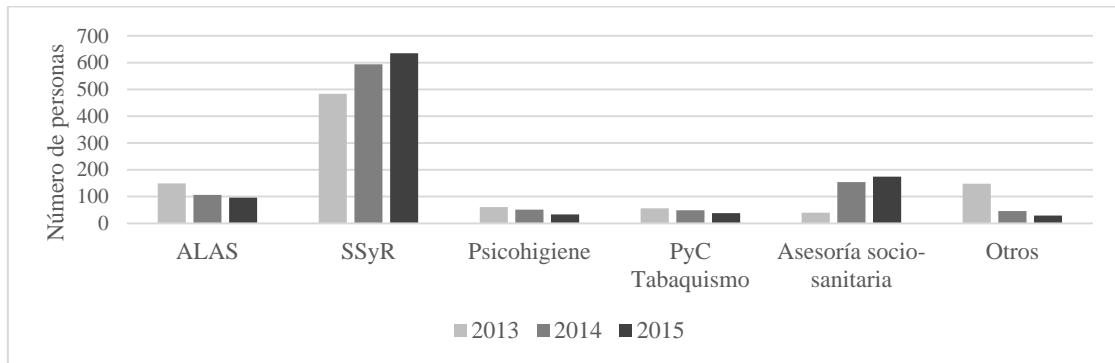


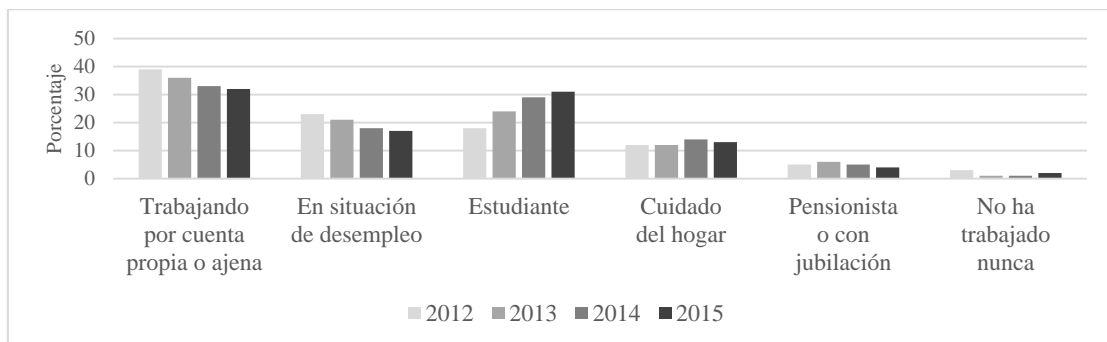
Figura 71. Número de personas atendidas en situación desfavorecida según criterio de nivel de estudios alcanzado, por programa y año, en el CMS Villaverde.



Situación laboral. Vulnerabilidad según situación laboral.

La mayoría de las personas atendidas se encontraban trabajando en el momento de la cita. (Figura 72).

Figura 72 Porcentaje de personas atendidas en el CMS Villaverde, según situación laboral y año, con datos conocidos



La cumplimentación de este dato se ha mejorado en el periodo, pasando de 64% de datos desconocidos en 2012, al 15,7% en 2015.

A lo largo de este periodo, el porcentaje de personas que han demandado atención en situación vulnerabilidad según situación laboral ha disminuido, pasando del 34,3% en 2013 al 32,4% en 2015 (Tabla 67); siendo más frecuente la atención a mujeres en esta situación, tanto en número como porcentaje, y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el que se realizaron más frecuentemente estas atenciones. (Figuras 73 y 74)

Tabla 67 Número y Porcentaje de personas usuarias en situación social desfavorecida, medida según su situación laboral, por sexo y año, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de la ciudad, en el periodo 2013-2015

		Mujeres		Hombres		Total		Datos desconocidos	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2013	CMS Villaverde	658	35,4	51	25	709	34,3	771	27,2
	Total CMS Madrid	10903	31,8	540	16,4	11443	30,5	23394	38,4
2014	CMS Villaverde	743	34,9	43	15,8	786	32,7	571	19,2
	Total CMS Madrid	11931	31,4	694	17,2	12625	30,1	15367	26,8
2015	CMS Villaverde	769	33,9	44	18,1	813	32,4	501	16,6
	Total CMS Madrid	11253	30,8	655	17,7	11908	29,6	13470	25,1

Figura 73 Porcentaje de personas atendidas desfavorecidas según situación laboral, en CMS Villaverde, por año y programa.

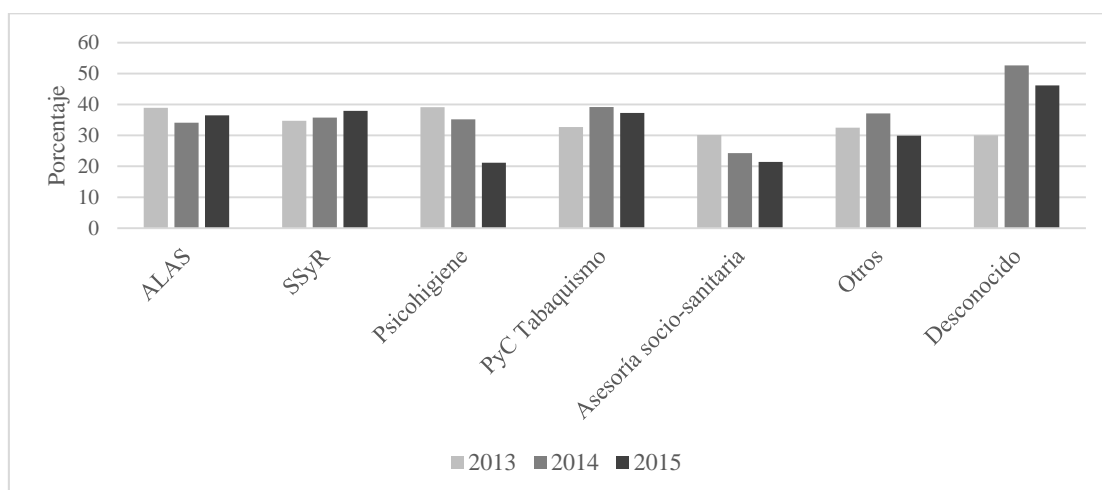
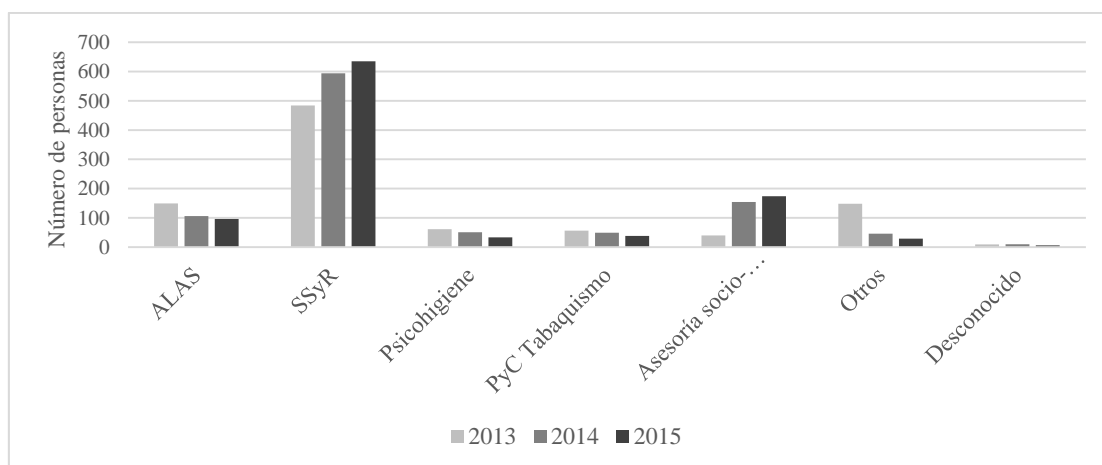


Figura 74 Número de personas atendidas con situación social desfavorecida según situación laboral, en el CMS Villaverde. 2013 – 2015, según sexo.



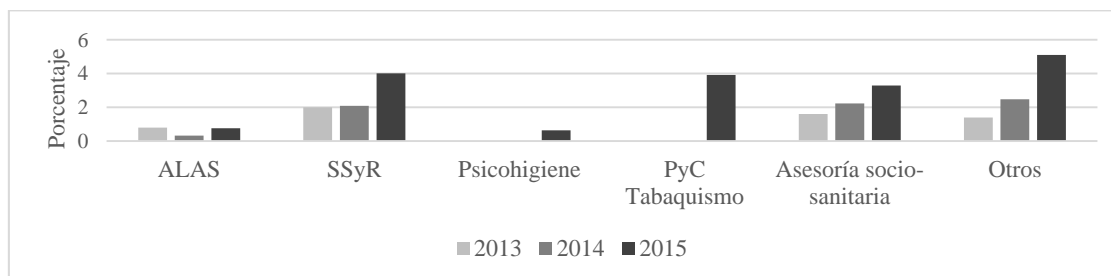
Vulnerabilidad debido a su situación migratoria y administrativa irregular.

El 1,5% de la población atendida en el CMS Villaverde correspondía a personas nacidas fuera de España sin permiso de residencia. Siendo este porcentaje bajo, se duplicó en 2015 llegando al 3,1% (Tabla 68), aumentando el porcentaje de personas atendidas con esta situación en todos los Programas menos en el de Alimentación (Figura 75). La cumplimentación de este dato ha mejorado en el periodo.

Tabla 68 Número y porcentaje, con respecto al total de personas atendidas, de personas sin permiso de residencia, por sexos, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de la ciudad según año 2013 - 2015.

		Mujeres		Hombres		Total		Datos desconocidos	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2013	CMS Villaverde	28	1,6	2	1,0	30	1,5	845	29,8
	Total CMS Madrid	696	2,0	34	1,0	730	1,9	22895	37,6
2014	CMS Villaverde	42	2,0	2	,7	44	1,8	541	18,3
	Total CMS Madrid	608	1,6	27	,7	635	1,5	12775	23,4
2015	CMS Villaverde	74	3,2	5	2,1	79	3,1	427	14,3
	Total CMS Madrid	631	1,7	30	0,9	661	1,6	10629	20,9

Figura 75 Porcentaje de personas nacidas fuera de España y sin permiso de residencia atendidas en el CMS Villaverde, en los años 2013, 2014 y 2015, según Programas.



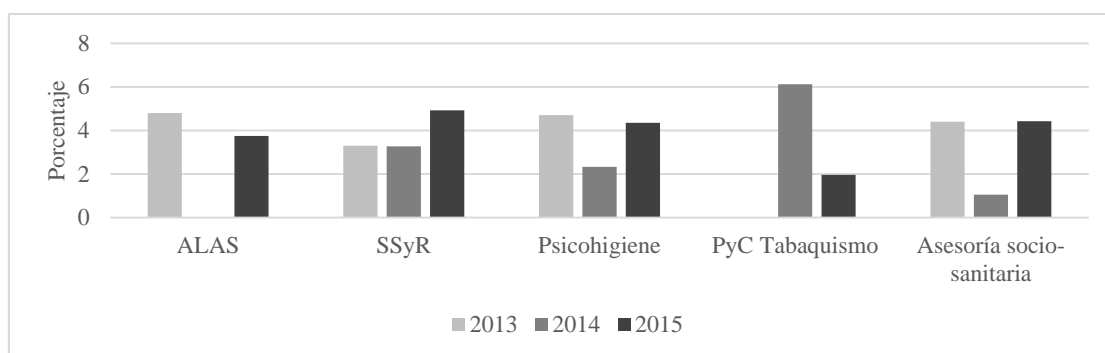
Considerando la derivación desde Servicios Sociales y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) una aproximación a la vulnerabilidad.

Las personas derivadas desde Servicios Sociales y ONGs que fueron atendidas por primera vez en el CMS Villaverde ha aumentado en el periodo, del 3,4% del total de personas “nuevas” atendidas en el CMS Villaverde en 2013 al 4,5% en 2015; siendo la mayoría mujeres en el caso de Villaverde, al contrario de lo que ocurre en el global de CMS de Madrid. (Tabla 69). La Figura 76 muestra este dato según Programa que enmarca la atención. Los datos desconocidos de esta variable se mantienen por encima del 20%, en 2015.

Tabla 69 Número y porcentaje de personas derivadas de Servicios Sociales y/o Asociaciones/ONGs, atendidas con respecto al total de personas usuarias, por sexos, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de Madrid, según año 2013 – 2015

		Mujeres		Hombres		Total		Datos desconocidos	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2013	CMS Villaverde	30	3,7	2	1,6	32	3,4	457	32,8
	Total CMS Madrid	588	6,3	230	9,1	818	6,9	5945	33,4
2014	CMS Villaverde	20	3,0	1	,7	21	2,5	275	24,9
	Total CMS Madrid	477	5,4	188	8,1	665	5,9	4817	30,1
2015	CMS Villaverde	32	5,2	2	1,4	34	4,5	230	23,2
	Total CMS Madrid	550	6,0	261	9,7	811	6,9	3407	22,3

Figura 76. Porcentaje de personas atendidas en CMS Villaverde, derivadas de Servicios Sociales, Asociaciones y ONGs, según el programa y año.



Vulnerabilidad por domicilio de residencia (Zona de Intervención Preferente: ZIP).

El 59% de la población del distrito de Villaverde tenían domicilio en zonas de intervención preferente (ZIP), y el 21% en el municipio de Madrid. En 2013, el 57,2% de la población atendida en consultas individuales en el CMS Villaverde tenían domicilio en zonas de intervención preferente (ZIP), siendo del 55,9% en 2015 (Tabla 70). La relación entre el porcentaje de personas atendidas y residentes en las ZIP frente al porcentaje de personas residentes en ZIP se muestra en la Figura 77. Por Programas, los porcentajes fueron similares (Figura 78). Se desconoce el 4,5% de los domicilios de las personas atendidas.

Tabla 70 Número y porcentaje de personas atendidas que residen en zonas geográficas de mayor vulnerabilidad, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de la ciudad. Años 2013 - 2015.

		Mujer		Hombre		Total		Sin datos	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2013	CMS Villaverde	1267	57,9	113	50,7	1380	57,2	423	14,9
	Total CMS Madrid	12511	28,4	1608	24,9	14119	28,0	10462	17,2
2014	CMS Villaverde	1428	58,4	130	45,9	1558	57,1	151	5,2
	Total CMS Madrid	12421	28,3	1611	25,4	14032	27,9	5858	10,4
2015	CMS Villaverde	1412	57,0	129	46,1	1541	55,9	143	5,1
	Total CMS Madrid	12202	28,9	1665	26,5	13867	28,6	4169	23,11

Figura 77. Porcentajes de personas atendidas en el CMS Villaverde, que residen en zonas geográficas de mayor vulnerabilidad (ZIP), y porcentaje de personas residentes en dichas zonas, 2013 - 2015.

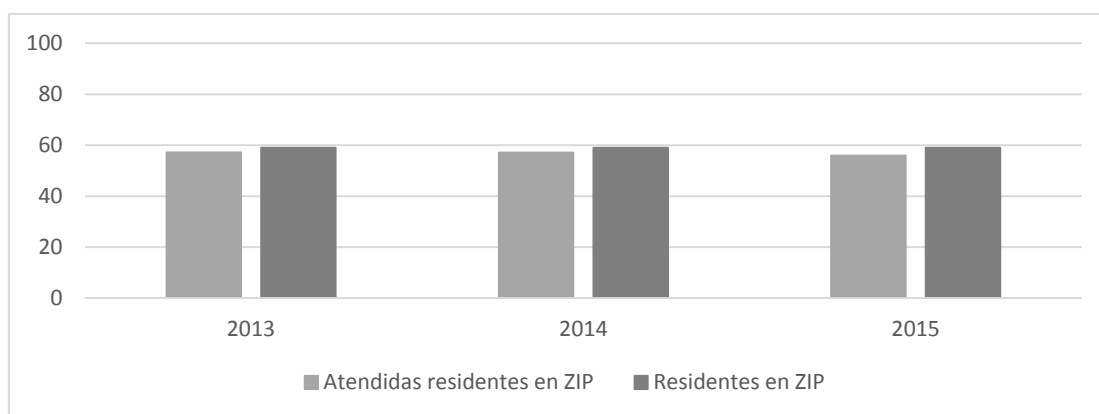
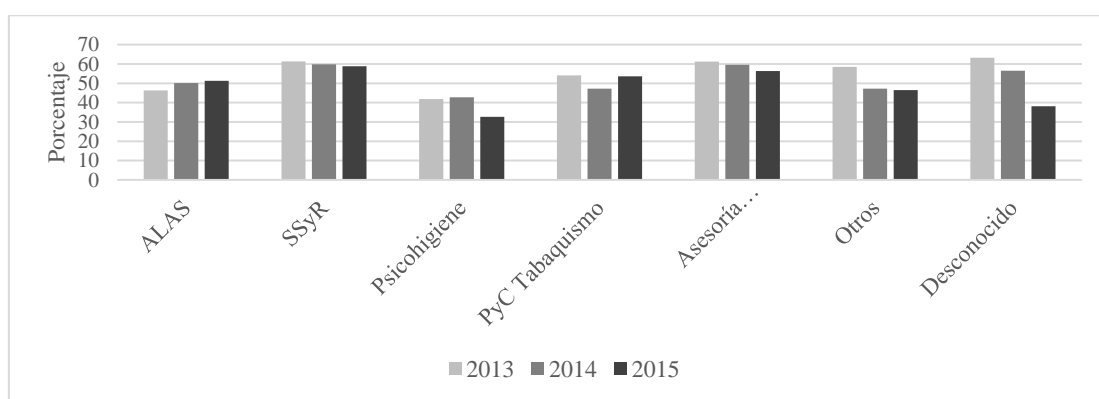


Figura 78. Porcentaje de personas atendidas en el CMS Villaverde y que residen en área de residencia consideradas como vulnerables, por año y programa.



Proyectos Comunitarios

El CMS Villaverde participó en el ámbito comunitario a través de 52 proyectos comunitarios en el año 2015, de los que 18 mantuvieron vinculaciones entre sí, al haber surgido unos de otros o estar relacionados por otros motivos. En 11 proyectos del total constaban solamente de intervenciones grupales. Estos proyectos incluyeron 10 espacios de coordinación intersectorial, 35 alianzas, así como 5 proyectos específicos impulsados por el CMS. Las intervenciones en estos proyectos se realizaron en el marco de la Estrategia Gente Saludable de manera global, teniendo en cuenta la perspectiva de todos los programas, incluido el Programa de Desigualdades Sociales en Salud.

1. Espacios de Coordinación Intersectorial.

En el año 2015, el CMS Villaverde ha participado de una manera estable en los Espacios de Coordinación Intersectorial que se presentan en la Tabla 71, según sus territorios de actuación. El Programa de Desigualdades Sociales en Salud supuso la incorporación del enfoque de equidad en estos espacios de coordinación. La temática de algunos de estos Espacios, como es la igualdad de oportunidades en relación al género, es una de las líneas de trabajo del citado Programa. De esta manera, el Programa participó en 51 de los 52 proyectos, y en 56 de las 68 actividades no grupales que se desarrollaron dentro de los mismos. El Anexo 6 recoge los objetivos de los Espacios, así como su composición, y el Anexo 7 una sintética descripción de los Espacios que tuvieron alguna característica o actividad singular en el año 2015.

Las actividades llevadas a cabo en estos espacios de manera periódica fueron reuniones de coordinación mensual, excepto la desarrollada por la Coordinadora de Trabajadoras Sociales que se materializó bimestral y la Mesa de Salud Unificada del Distrito que lo hizo cada cuatro meses. Así mismo, desde varios de los Espacios o Mesas, se organizaron y celebraron eventos por días singulares, jornadas de sensibilización y de encuentro, talleres grupales de educación para la salud, etc.

En la Tabla 72 se muestran las actividades más destacadas, según el proyecto en el que se desarrollaron en 2015 por el CMS Villaverde, en relación al Programa de Desigualdades Sociales en Salud.

Tabla 71 Espacios de coordinación intersectorial, según territorio de actuación en los que participó el CMS Villaverde en el año 2015.

ESPACIOS/MESAS	TERRITORIO DE ACTUACIÓN
Red de Recursos de Infancia y Juventud de Villaverde (Red RIJ)	Todos los barrios del distrito
Comisión Red RIJ: Punto VIVE	Todos los barrios del distrito
Coordinadora de Trabajadoras Sociales de Villaverde	Todos los barrios del distrito
Planta-Forma en Género Villaverde	Todos los barrios del distrito
Espacio de Género y Salud en San Cristóbal**	Barrio de San Cristóbal
Uniendo Barrios*	Todos los barrios del distrito
Asociación Consejo De Salud "Los Ángeles-Cruce"*	Barrio de Los Ángeles
Mesa de Participación Comunitaria en Salud "El Espinillo-Los Rosales-Butarque"	Barrios de Los Rosales y Butarque
Mesa de Participación Ciudadana en Salud de Villaverde Alto*	Barrio de Villaverde Alto
Mesa de Salud Unificada del distrito*	Todos los barrios del distrito

* Estos espacios incluyen participación vecinal, mayoritariamente a través de personas implicadas en asociaciones vecinales.

** El Espacio de Género y Salud en San Cristóbal cambió de nombre a lo largo del año 2015; anteriormente se denominaba Espacio de Género y Buenos Tratos de San Cristóbal.

Tabla 72 Actividades según el Espacio desde el que se realizaron y en las que participó el CMS Villaverde (Programa de Desigualdades Sociales en Salud) en el año 2015.

ESPACIO	ACTIVIDADES	Nº DE PARTICIPANTES
PLANTA FORMA EN GÉNERO VILLAVERDE	Día singular Violencia de Género: Jornadas artísticas (*)	180 personas
	Día de la Mujer: Chirigotas por la igualdad (06/03/2015) Formativa: transexualidad	180 personas
ESPACIO DE GÉNERO Y BUENOS TRATOS EN SAN CRISTÓBAL	Caminata contra la violencia de género	25 personas
	Reunión con el Equipo de Atención Primaria del barrio (19/10/2015) para informar del Proyecto.	15 personas
UNIENDO BARRIOS	Encuentro vecinal-técnico (10/04/2015), con los objetivos de: - Presentar guía de recursos y blog. - Compartir información sobre las diferentes mesas comunitarias presentes en el distrito. - Trabajar sobre propuestas concretas para abordar necesidades del distrito.	40 personas
	Fiesta Uniendo Barrios (23/10/2015): Encuentro compartido entre profesionales y ciudadanía	200 personas
ASOCIACION CONSEJO DE SALUD LOS ANGELES-CRUCÉ	Paseo por el Río (07/05/2015): fomentar la actividad física, la red vecinal, así como el conocimiento del entorno próximo y sus recursos. Se realizó conjuntamente entre el Polideportivo Raúl González, SDV, CMS Villaverde.	30 personas
	Fiesta de la salud (20/05/2015): sensibilización sobre estilos de vida. Charla – coloquio para reflexionar sobre la igualdad de género y su impacto en la salud (10/03/2015)	200 personas No acudió nadie
RED de RECURSOS DE INFANCIA Y JUVENTUD (RED RIJ)	DREAM FESTIVAL(**) (08/05/2015), con los objetivos de: - Fomentar la participación infantil y juvenil. - Realizar talleres educativos para la infancia y juventud. - Participar a través de conciertos de música.	300 personas

(*)La participación del CMS en esta jornada incluye también la grabación de un corto con vecinas y vecinos y el equipo del CMS.

(**)DREAM FESTIVAL: se trató de una actividad en calle, promovida y liderada por la Asociación de Estudiantes del IES El Espinillo y el grupo COM-PAR-TO (constituido a raíz de su participación en un programa de la radio local comunitaria), organizada a través de la colaboración de la Red RIJ

2. Alianzas.

En 2015, se mantuvieron y fortalecieron las 16 alianzas que se presentan en la Tabla 73 y en la Tabla 74 se muestran las alianzas con entidades y recursos que se desarrollaron actividades, según los barrios de actuación.

Tabla 73 Alianzas que se mantuvieron durante 2015 con entidades y recursos que desempeñan su labor en todos los barrios del distrito.

RECURSOS/ENTIDADES
Agente de Igualdad (Proyecto de transversalidad en materia de igualdad en todas las acciones del CMS)
Espacios de Igualdad "Clara Campoamor" y "Dulce Chacón"
Centros Culturales*
Centros Municipales de Mayores*
Junta Municipal de Distrito
Fundación Secretariado Gitano
Programa de Educación de Calle (Junta Municipal de Distrito)
Centro de Rehabilitación Psicosocial Villaverde (C.R.P.S.)
Centros Municipales de Servicios Sociales*
Comisión Española de Ayuda al Refugiado (C.E.A.R. Villaverde + C.E.A.R Getafe)
Equipo de Adolescentes y Jóvenes del Centro de Atención a Drogodependencias (CAD)
Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Villaverde (ARVIL)
Programa Apoyo Socioeducativo y Pre-laboral en Adolescentes y Jóvenes (ASPA)
Recursos Educativos (IES, CEIP, C.P.R. F.P.E., C.E.P.A.)*
Radio Onda Merlín Comunitaria (OMC)
Biblioteca María Moliner

*Recursos o Entidades presentes en diferentes barrios.

Cabe señalar, en relación a las alianzas ya establecidas, que en el año 2015, el CMS Villaverde recibió la visita de la nueva corporación municipal (Delegado de Área de Salud, Seguridad y Emergencias y Concejal Presidente del Distrito) y participó de las reuniones de análisis y diagnóstico llevadas a cabo en cada uno de los barrios, organizadas desde la Junta Municipal.

Las actividades que se llevan a cabo con Radio Onda Merlín Comunitaria se basan en la participación de ésta como medio de comunicación local en la celebración de días singulares y la participación periódica, casi mensual, del CMS Villaverde en el Programa "Onda Salud" y con el módulo formativo "La radio como herramienta de promoción de la salud" en el curso que organiza OMC como radio comunitaria titulado "La radio para la intervención social".

Tabla 74 Alianzas con entidades y recursos en las que se desarrollaron actividades, según los barrios de actuación. Año 2015.

RECURSO/ENTIDAD	BARRIOS DE ACTUACIÓN
Servicio de Convivencia Intercultural	Barrio de Villaverde Alto y Los Rosales
Servicio de Dinamización Vecinal	Barrio de Villaverde Alto, Los Ángeles, Los Rosales y San Cristóbal
Centros Deportivos Municipales	Barrio de Villaverde Alto, Los Rosales y San Cristóbal
Espacio de Igualdad "Dulce Chacón"	
Huerto comunitario "Ladislao Martínez" (Ladis)	Villaverde Alto
Asociación vecinal "Los Hogares"	
Asociación vecinal "La Incolora"	
Espacio Multicultural de San Cristóbal	
Proyecto Intervención Comunitaria Intercultural en San Cristóbal (ICI)	San Cristóbal
Asociación vecinal "La Unidad" de San Cristóbal	
Asociación Vecinal Independiente de Butarque	Butarque
Siervas de San José – Taller Nazaret	
Asociación Vecinal "Los Rosales"	Los Rosales
Asociación Vecinal "La Unidad" de Villaverde Este	
Asociación Vecinal "El Espinillo"	
Asociación Vecinal San Luciano	Los Ángeles
Asociación Vecinal San Nicolás	
Centro Concepción Arenal	Fuera del distrito
Fundación Gil Gayarre	Fuera del distrito
Profesionales de medicina, residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Centro	Todo el distrito y fuera del mismo

Las Alianzas permitieron la realización de intervenciones grupales de educación para la salud en diferentes lugares y con diferentes colectivos, así como las exposiciones de carteles cedidas por otros agentes para la sensibilización de la población que acudió al CMS (ejemplo: exposiciones como la de "aportaciones de las mujeres a la ciencia", "día internacional de las mujeres", y la de "carteles contra la violencia de género") además de material diverso para su utilización en mesas informativas.

Con el Taller Nazaret se llevó a cabo una formación de agentes de salud durante el curso escolar, con perspectiva de género. Se formaron en género y prevención de violencia de género, prevención de accidentes, alimentación saludable, envejecimiento activo y saludable con un taller de cuidado a cuidadoras (ya que ésta es una de las salidas profesionales de las

mujeres que acuden al Taller Nazaret)... Además, estas mujeres se implicaron y participaron en algunas actividades comunitarias del distrito, integrándose con otros grupos.

A través de la alianza con profesionales residentes de medicina familiar y comunitaria, de la Unidad Docente Centro, con formación en baile y danza, se desarrolló un proyecto alrededor de estas disciplinas, como elementos de actividad física y ocio saludable, que facilita la relación social. En el marco de este proyecto, se organizó una actividad el día internacional de la danza (29/04/2015) que consistió en 4 talleres de danzas diversas y que en los que participaron 80 personas; además de actividades periódicas mensuales de baile, de dos horas de duración.

Además del mantenimiento de las Alianzas establecidas, se establecieron 6 nuevas Alianzas, a través de reuniones informativas bidireccionales entre los diferentes recursos con: el Servicio integral para la Infancia y la Familia de la Fundación Tomillo, con Instituto Realjo e Integración Social (IRIS), Asociación para la Defensa de los Valores Africanos (ACUDEVA), Residencia de personas mayores de la Comunidad de Madrid “Plata y Castaña” y Asociación ALANON (sección de Alcohólicos Anónimos) y el Proyecto “Despega San Cristóbal” (que gira sobre la temática del empleo).

3. Proyectos Específicos.

En 2015, se llevaron a cabo cuatro proyectos específicos, impulsados por el CMS Villaverde, y en los cuales sólo estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud, se describen en la Tabla 75.

Actividades impulsadas por otros agentes.

El Programa de Desigualdades Sociales en Salud en 2015 participó en cuatro proyectos y actividades impulsadas por otros agentes, y realizados con la participación del CMS Villaverde entre otros Recursos. (Tabla 76).

Tabla 75 Proyectos específicos impulsados por el CMS, cuyo marco prioritario fue el Programa de Desigualdades Sociales en Salud en 2015.

PROYECTO	COLABORACIONES	OBSERVACIONES
Abordar las desigualdades sociales de género: Formación de equipo.	Colaboración con la Agente de Igualdad	Se inició en 2014 y en 2015 se llevaron a cabo 5 sesiones de formación con el equipo del CMS Villaverde
Villaverde +: Proyecto de mapeo de activos en salud en el distrito de Villaverde	Mesa de Salud El Espinillo-Los Rosales-Butarque y Espacio "Uniendo Barrios"	Se estableció como un espacio de trabajo específico (Villaverde +) en relación al trabajo con perspectiva de activos en salud del distrito, con la incorporación del Centro de Rehabilitación Psico-social y Equipo de Apoyo SocioComunitario (CRPS-EASC). Se llevaron a cabo, 11 reuniones de coordinación entre Recursos que quisieron trabajar con este enfoque (reuniones mensuales) y en las cuales se elaboró el Proyecto a lo largo de 2015. Se organizaron 2 Actividades con mapas para análisis de recursos: en San Cristóbal (Jornada Comunitaria: "un barrio cuidado es un barrio que convive" impulsada por el Proyecto ICI y en fiesta Uniendo barrios (otoño-Huerto El Cruce). Se inició del Proyecto en barrio Los Rosales (a través del liderazgo asumido por Agentes de Salud del CMS Villaverde) y en barrio de Butarque, con el liderazgo del CRPS-EASC.
Hombres con cuidado. Para contribuir a la construcción de roles de género saludables, encaminados al desarrollo de una sociedad más humana y más justa.	Colaboración del Centro Marie Langer. Se llevó a cabo en tres CMS. La implementación fue comunitaria, desde el CMS.	Se mantuvieron nueve reuniones específicas con estas entidades (todos los CS, Agencia para el Empleo, Centros de Servicios Sociales y AAVV), con una duración media de 1 hora, además de la presentación en los espacios comunitarios.
Fiesta Multicultural. Facilitar un espacio de encuentro entre vecinas y vecinos del distrito	CEAR y Taller Nazaret (familias y personas migrantes)	Se trata de una actividad, en turno de tarde, anual, en el CMS abierta al vecindario, haciendo especial hincapié en colectivos con mayor vulnerabilidad, con quienes se colabora para organizarla.

Tabla 76 Actividades impulsadas por otros agentes en los que el CMS Villaverde participó a través del Programa de Desigualdades Sociales en Salud y de otros programas. 2015.

ACTIVIDADES	IMPULSOR/ES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	ÁMBITO
Jornada Solidaria en San Cristóbal de Los Ángeles 30/05/2015	Dirección General del Voluntariado y Asociación Vecinal	Caritas, Asesoras del Concejal, Consultora externa, Jefa Departamento de Voluntariado, Dirección General de Deportes, Onda Merlín Comunitaria Radio, Servicio de Dinamización Vecinal San Cristóbal, Asociaciones Vecinales, CMS, Centro Cultural, Educación Cultura y Solidaridad. ASISTENTES: 250 personas	Sensibilizar sobre las labores del voluntariado en el barrio. Difundir las Estrategias de los diversos recursos participantes. Realizar actividades de información sobre estilos de vida saludables y la importancia de los vínculos comunitarios.	Barrio de San Cristóbal
Jornada comunitaria "Un Barrio Cuidado es en Barrio que convive". Acción Global Ciudadana 14/03/2015	Proyecto Intervención Convivencia Intercultural (ICI)	CMS Villaverde, Proyecto ICI, Servicio de dinamización vecinal, Centros de Mayores, Educación Cultura y Solidaridad, Radio OMC, Servicio Territorial de salud pública de la Comunidad de Madrid. ASISTENTES: 300 personas	Sensibilización e información sobre salud. Difundir el Proyecto del CMS Villaverde y la Estrategia Gente Saludable. Acercar, en las diversas facetas, el CMS Villaverde al barrio de San Cristóbal. Captación de usuarias y usuarios. Realizar un mapeo de activos en salud.	Barrio de San Cristóbal
Jornada de Participación Comunitaria en Villaverde 17/02/2015	Centro de Rehabilitación Psico-Social Villaverde (CRPS)	El CMS participó con la intervención de dos vecinas, junto al Centro de Rehabilitación PsicoSocial, Onda Merlín Comunitaria, el Servicio de Convivencia Intercultural en Barrios y el Proyecto "Lideresas de los Centros de Mayores ASISTENTES: 50 personas	Reflexionar sobre la participación ciudadana en Villaverde.	Todos los barrios del distrito
Empoderamiento y Sexualidad	Dirección General de Igualdad (Espacio de Igualdad Clara Campoamor) y Madrid Salud (CMS Villaverde)	Mujeres residentes en el distrito	Evaluar el Proyecto EmpoderArte (desarrollado en 2014). Elaboración de materiales.	Todos los barrios del distrito

4. Proyectos impulsadas por Madrid Salud, en el marco global de la Estrategia.

En septiembre 2015, se inició el **proyecto de Agentes de Salud del CMS Villaverde** con la primera reunión del Equipo del CMS con algunas de las Agentes de Salud. El objetivo del Proyecto es potenciar la participación vecinal, a través de las agentes de salud, para que los objetivos en prevención y promoción de la salud del CMS Villaverde puedan dar respuesta a las necesidades reales de la comunidad, desde un trabajo de cooperación y voluntariado. Tiene enfoque de equidad, al facilitar la participación de personas en situación de vulnerabilidad y de activos en salud, trabajando desde las capacidades de las mismas, y de formación de Agentes de Salud en los barrios.

Este proyecto de cooperación surge de la necesidad de reconocer y sistematizar el trabajo que ya vienen realizando algunas usuarias y usuarios, que participan a menudo en las actividades propuestas por el CMS, aportando sus iniciativas y visiones en diferentes aspectos relacionados con la salud y sus determinantes. Dos meses después de la constitución de un grupo de agentes de salud como tal, se impulsó con una reunión para elaborar, conjuntamente con las vecinas y los vecinos participantes integrantes, el Proyecto en sí, valorando posibles actuaciones a realizar desde el mismo. Se decidió comenzar con el mapeo de activos en salud en el barrio de Los Rosales, en este barrio el Proyecto Agentes de Salud tendría el liderazgo, facilitando la participación de otras personas.

El **proyecto piloto de coordinación entre dispositivos de Madrid Salud** como son el CMS Villaverde y el Equipo de Adolescentes y Jóvenes del Centro de Atención a la Drogodependencia (CAD) comenzó en junio de 2015 con el objetivo de planificar actividades y proyectos para el siguiente curso escolar.

5. Proyectos impulsados por otros Programas de la Estrategia.

Los proyectos que se llevaron a cabo en 2015, impulsados por el CMS Villaverde, y en los cuales estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud, junto con algún otro programa de la estrategia se presentan a continuación, según el programa implicado de manera principal. La participación del Programa de Desigualdades Sociales en Salud se basa en la aplicación del enfoque de equidad en salud, a través del universalismo proporcional en lo que se refiere a la priorización de colectivos y territorios con mayor vulnerabilidad en relación a los problemas de salud o ámbitos de actuación objetivo de los programas de la

Estrategia Gente Saludable. Por ello se recogen estos proyectos en Tablas según el programa de la Estrategia que lo enmarque.

El Programa de Alimentación, Actividad Física y Salud ha participado de 7 proyectos, que se muestran en la Tabla 77.

Tabla 77 Nombres de los proyectos en los que participó el CMS Villaverde a través del Programa Desigualdades Sociales en Salud y del Programa Alimentación, Actividad física y Salud en 2015.

Alimentación saludable en colaboración con Asociación AFANDICE (Familias de niños Diferentes con Cuidados Especiales)
Alimentación saludable en colaboración con Centro de Rehabilitación PsicoSocial y Centro de Día
Proyecto Fotovoz Entorno Alimentario – Barrios Los Rosales y San Cristóbal*
Vivir el parque – Paseos Saludables
Parques adaptados
Ruta WAP (inaugurada el 21/09/2015)
Huerto comunitario "Ladislao Martínez" en Plata y Castañar*

* En estos proyectos está implicado también el Programa Entorno Urbano y Salud.

En relación al Proyecto Fotovoz sobre Entorno Alimentario, se llevó a cabo en octubre de 2015 la puesta en común de las fotos y análisis de las mismas de los cuatro grupos de trabajo, y el 1 de diciembre de 2015 tuvo lugar una jornada de ciencia ciudadana, en la que las y los participantes del mismo presentaron el proyecto y emitieron sus recomendaciones y propuestas para que la alimentación en Villaverde fuera más saludable a los responsables políticos; además de inaugurar la exposición de fotografías en uno de los centros culturales del distrito. Para ello, se llevaron a cabo catorce reuniones de coordinación, incluyendo dos reuniones (29/01/2015 y 18/09/2015) ampliadas en cuanto a asistentes, en las que participaron las jefaturas de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud así como más miembros del Equipo investigador del Proyecto Heart Healthy Hoods. El Proyecto Fotovoz ha supuesto una novedad metodológica y de trabajo conjunto con un equipo investigador de la Universidad, dada su singularidad se considera reflejar una ficha-resumen del mismo en el Anexo 8, que se elaboró de cara a la presentación del Proyecto en un Seminario de Intercambio de Experiencias de Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud (Madrid Salud).

El Ayuntamiento de Madrid ha participado en el proyecto WAP (Walking People -Gente que Camina). El objetivo es fomentar la actividad física y la movilidad peatonal en las ciudades, a través de la creación y señalización de rutas o paseos. En el año 2015 se inauguró la ruta de

Villaverde. El Proyecto fue impulsado por la Unión Europea, llevándose a cabo en otras ciudades como Florencia, Dresde y Nova Górica.

En relación al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, en 2015, participó en ocho proyectos, como muestra la Tabla 78.

Tabla 78 Nombres de los proyectos en los que participó el CMS Villaverde a través del Programa Desigualdades Sociales en Salud y del Programa Salud Sexual y Reproductiva en 2015.

14 de Febrero: Día europeo de la salud sexual.2015
6 de Febrero: Día internacional de tolerancia cero con la mutilación genital femenina. 2015
1 de Diciembre. Día Mundial del SIDA
Colaboración CMS Villaverde y Centro Concepción Arenal
Colaboración CMS Villaverde y Espacio Multicultural de San Cristóbal
Educadoras de calle
Fundación Gil Gayarre
Siervas de San José. Taller Nazaret.

Los proyectos en los que participó el CMS Villaverde a través del Programa Desigualdades Sociales en Salud y del Programa Ámbito Educativo en 2015 fueron los realizados a través de la coordinación con los recursos educativos (institutos de educación secundaria, centros educación infantil y primaria, centros de educación de personas adultas...), y demás recursos que en el distrito tienen como población diana la comunidad educativa. También cabe señalar la colaboración con el Programa de Apoyo Socioeducativo y Pre laboral de Adolescentes (ASPA) del Ayuntamiento de Madrid, y en concreto, en relación a grupos de madres adolescentes, coordinación también existente entre todos los CMS y los centros ASPA, correspondientes según la ubicación de su sede.

En cuanto al Programa de Envejecimiento Activo y Saludable, con el Programa Desigualdades Sociales en Salud en el año 2015, el CMS Villaverde desarrolló mayoritariamente proyectos de coordinación con los Centros Municipales de Mayores y con las asociaciones vecinales, en algunas a través del Servicio de Dinamización Vecinal.

Desde los Programas de Prevención y Control del Tabaquismo y Desigualdades Sociales en Salud, se realizó un proyecto en 2015 en torno al día mundial sin tabaco. Los programas de Psicohigiene y Entorno Urbano no realizaron ningún proyecto comunitario, de manera propia y aislada del resto, en 2015.

En el total de Centros pertenecientes a la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, con el marco del programa Desigualdades Sociales en Salud, se han registrado 178 proyectos comunitarios, con un total de 339 actividades, que supone el 33,5% de las actividades incluidas en proyectos comunitarios del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Se trata de proyectos en los que no sólo se hayan llevado a cabo actividades grupales y sin vinculación entre ellos.

Actividades Comunitarias

El Programa de Desigualdades Sociales en Salud fue el marco de participación del CMS Villaverde en el año 2015 en 56 actividades comunitarias (no grupales) de las 68 que se llevaron a cabo en el marco de proyectos comunitarios, lo que supuso el 82,35% del total de las actividades de los proyectos comunitarios del año. Este Programa no fue el único que enmarcó dichas actividades, estando en la mayoría implicados otros Programas (Tabla 79). Las actividades fueron en su mayoría en días singulares (Tabla 80), y la población general la que participó de manera más habitual (Tabla 81).

La media de participantes en estas actividades fue de 210,21 (DE 397,94) siendo el mínimo de 4 y el máximo de 1650. La mediana del número de participantes fue de 40 (RIC 15 – 200). Las actividades en las que el número de participantes superó los 1000 fueron las exposiciones y los puntos informativos sobre temas de género, en concreto, la exposición del “Día Internacional de las Mujeres”, la de “Pioneras en la Política” y la de “Carteles contra la Violencia de Género”; cada exposición estuvo expuesta entre 7 y 15 días en el hall del CMS Villaverde.

Las actividades con una participación de entre 700 y 1000 personas, fueron las mesas informativas en relación a los días singulares de los Programas de Prevención y Control del Tabaquismo y de Salud Sexual y Reproductiva (“Día de la Salud Sexual” y “Día Singular en relación a Tolerancia Cero con la Mutilación genital Femenina”).

Tabla 79 Número y porcentaje de actividades comunitarias, no grupales, a raíz de proyectos comunitarios, en las que estuvo implicado cada programa, además del Programa de Desigualdades Sociales en Salud en el año 2015, en el CMS Villaverde. N= 56.

PROGRAMA	n (%)
Alimentación, Actividad Física y Salud (ALAS)	26 (46,4%)
Salud Sexual y Reproductiva (SSyR)	26 (46,4%)
Ámbito Educativo	22 (39,5%)
Envejecimiento Activo y Saludables	20 (35,7%)
Prevención y control del tabaquismo	21 (37,5%)
Psicohigiene	20 (35,7%)
Entorno Urbano	23 (41,4%)

Tabla 80 Número y porcentaje de los tipos de actividades comunitarias, no grupales, a raíz de proyectos comunitarios, en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud, en el año 2015, en el CMS Villaverde. N=56.

TIPO DE ACTIVIDAD	n (%)
Día singular	19 (33,9%)
Difusión captación	12 (21,4%)
Información/sensibilización	12 (21,4%)
Organización de eventos	4 (7,1%)
Otros	9 (16,1%)

Tabla 81 Número y porcentaje de personas participantes en las actividades comunitarias del Programa de Desigualdades Sociales en Salud en el año 2015, en el CMS Villaverde. N=56.

PARTICIPANTES	n (%)
Población general	28 (50,9%)
Comunidad Educativa	1 (1,8%)
Otros	26 (47,3%)

1. Actividades comunitarias singulares impulsadas por el CMS Villaverde.

En octubre de 2015 el CMS Villaverde impulsó una despedida comunitaria a un miembro del Equipo que se jubilaba. Para ello, se informó e invitó a participar a todas las entidades del distrito, con especial atención a aquellas que trabajan con colectivos y en territorios de especial vulnerabilidad, pues el compañero trabajó siempre con enfoque equidad. A este evento acudieron 70 personas y el periódico local “distrito Villaverde” publicó una entrevista que realizaron al compañero que llevó por título “Sembrando la semilla de una sociedad más justa”, junto con un escrito-homenaje que realizó el Equipo del CMS Villaverde. (Figura 79)

Figura 79. Noticia en el Periódico Distrito Villaverde sobre la despedida comunitaria a Felipe Reyero.

8

ENTREVISTA VILLAVERDE

ENTREVISTA DEL MES

NOVIEMBRE DE 2015 - NÚMERO 234

www.distritovillaverde.com



Sembrando la semilla de una sociedad más justa

Entrevistamos a Felipe Reyero, médico psiquiatra, antropólogo, miembro de la ONG Foro Minorías y activista y colaborador con varias asociaciones

ANA MARÍA DÍAZ BARRAL

Il Felipe Reyero Pandigoso lleva en nuestro barrio veinte años, médico psiquiatra, antropólogo, activista y colaborador con varias asociaciones. Forma parte de la ONG Foro Minorías. Y es, antes todo, un hombre bondadoso y luchador que tiende sus manos y abre sus brazos para proteger al más débil. A los enfermos, ancianos, inmigrantes, mujeres maltratadas y a los marginados en general. Es, como decía Machado, en el buen sentido de la palabra, "bueno".

☉ **Sé que eres hijo de un obrero militante y que eres sindicalista. ¿Este hecho ha influido en tu vida para luchar contra la desigualdad?**

Si, seguro. Vivía con mi familia en León, en un barrio de clase obrera donde convivíamos payos y gitanos. Mi hermano y yo fuimos los únicos que pudimos estudiar con aquellas primeras becas. Las viviendas nos las daban sin terminar, un claro caso de mancipio hacia los obreros y el primer caso de corrupción que conocí. Los políticos de la diputación de León se embolsaron el dinero. Esto marca mi vida a un chaval.

☉ **¿Por qué viniste a Villaverde?**

Me atraía... Sabía de Villaverde desde Cuba, desde hace veinte años o más. Llego viviendo aquí veinte años. Era un rincón muy avanzado del país, tanto en profesionales de tecnologías punteras en las empresas industriales como en modos de vida. Era una zona de España muy interesante.

☉ **Conoció asociaciones como Semilla y Miradas, que eran las primeras en España, pero como psiquiatra me relacioné con profesionales, amigos, compañeros, vecinos, luchador, activista por los derechos humanos... En definitiva, un tipo diferente, que nunca dudó de cuál era su lugar: siempre al lado de las personas más vulnerables implicado en la lucha contra las desigualdades.**

A los compañeros y compañeros del CMS Villaverde, dedicado a la prevención y promoción de la salud, de lo que Felipe sabe mucho, y al resto de entidades, asociaciones y vecinos que hemos tenido el placer de compartir un trocito de nuestra vida con él, nos deja su experiencia, su sabiduría, su empatía, sus reflexiones, sus iniciativas constantes y sobre todo, la invitación para seguir avanzando en la construcción de barrios saludables, valorando los pequeños logros colectivos frente al individualismo imperante y potenciando el protagonismo del vecindario, como ha hecho siempre Felipe. Hoy el protagonista es él, a pesar de que su lucha diaria ha sido que los empujados y protagonistas sean otros. Es admirable concluir la vida laboral siendo querido, valorado y apreciado por todas las personas que le conocemos.

☉ **¿Hay y alguna cosa más que debiéramos saber?**

Quisiera, ya que hablamos... Yo no suelo contar esto: cuando estuve en la universidad, era el año 68, los jóvenes queríamos que nos tuvieran en cuenta en el país y hacer la sociedad distinta a lo que era. A mí, por lo que fue, me colocaron en un puesto muy relevante: delegado de Medicina y presidente de todos los estudiantes del distrito de Madrid. Eramos unos cincuenta mil. Aquello conllevó cosas y análisis. Aprendí de eso, pero yo como que aprendí más en el barrio de León de pequeño. Quisiera aquel barrio proveyó que Villaverde fuera un sitio que me atrajera.

☉ **Más despedido con la firme convicción de que, en esos barrios, Felipe no solo sembró con la esperanza de que creciera una hermosa planta... ¿El sembró la semilla en busca de una sociedad más justa?**

Gracias, Felipe



CON FOCOS DE PROMOCIÓN DE SALUD VILLAVERDE

Felipe Reyero dice que se jubila, y quisiera tenernos que oírle, aunque en el pensamiento de quienes le conocemos se sienta una gran duda, porque sabemos que nunca va a dejar de luchar por el bienestar de los demás. Psiquiatra, que en los últimos años ha ejercido en el Centro Madrid Salud Villaverde, compaginando esta actividad profesional con sus iniciativas desde el Foro Minorías y su destacada participación en los huecos urbanos de Usera y Villaverde. En realidad, lo que ha hecho siempre ha sido trabajar con y para una comunidad compuesta por personas que hoy le acompañamos como profesional, amigo, compañero, vecino, luchador, activista por los derechos humanos... En definitiva, un tipo diferente, que nunca dudó de cuál era su lugar: siempre al lado de las personas más vulnerables implicado en la lucha contra las desigualdades.

2. Actividades comunitarias impulsadas por otros Servicios y en las que participó el CMS Villaverde, fundamentalmente a través del Programa de Desigualdades Sociales en Salud.

En 2015, en coordinación con el CMS Usera, el CMS Villaverde participó de la Actividad Comunitaria “Encuentro Vecinal sobre cómo afecta la crisis a la salud del barrio”, que consistió en un foro de encuentro y participación vecinal e intersectorial, como charla-colquio, que generara reflexión sobre el impacto que se conoce actualmente como la crisis económica está teniendo en los barrios de Madrid. El CMS Villaverde se planteó como objetivo colateral el fortalecer la relación con CMS Usera, ya que son limítrofes.

Esta actividad fue organizada desde el Consejo de Salud de San Fermín. Además de los CMS mencionados, como ponentes acudieron la “Plataforma Auditoría Ciudadana de la deuda Pública”, el Servicio de Psiquiatría del hospital 12 de Octubre, “Invisibles de Tetuán” y “Yo

Si, Sanidad Universal”. En la charla –coloquio participaron 50 personas pertenecientes al Centro de Salud del barrio donde se realizó la actividad (San Fermín), Comisión Española Ayuda al Refugiado (CEAR), Asociaciones de Madres y Padres (AMPAs), Centros Educativos, Parroquias, CMS Usera, Asociaciones Vecinales, Servicio de Dinamización Vecinal, Vecinas y Vecinos.

El 12 de Junio de 2016, el Servicio de Dinamización Vecinal, en la sede de la Asociación para la Defensa de los Valores Africanos (ACUDEVA) organizó un Desayuno Intercultural. El CMS participó puesto que buscaba fomentar un encuentro de mujeres e intercambiar informaciones sobre los diferentes recursos que acuden a la actividad. Gracias a esta actividad, el CMS se dio a conocer para poder ser referencia en temas socio-sanitarios para las mujeres dentro de sus competencias. Participaron también en esta actividad 30 personas además de los siguientes recursos: Servicio de Convivencia, Asociación ACUDEVA, Servicio de Dinamización Vecinal, Asociación Vecinal La Incolora, otras asociaciones.

Fiestas Populares del barrio de Butarque. Organizadas por la Asociación Vecinal Independiente de Butarque (AVIB), el CMS Villaverde participó el 20/06/2015, con el objetivo de aportar la información que le solicitó la asociación sobre hábitos saludables y generar participación vecinal. La Asociación Vecinal le ofreció así un espacio adecuado para fortalecer el vínculo con el territorio y población de este barrio.

Semana de la Primavera. Organizada por la Asociación Vecinal “La Incolora”, en el mes de junio de manera anual, desde hace años en el Paseo Alberto Palacios. Destaca la participación de diversas entidades y de la población infantil del barrio. El CMS Villaverde participa anualmente en esta actividad desde que su inauguración.

Actividad Grupal

El programa de Desigualdades Sociales en Salud ha estado presente en el 36,6% del total de actividades grupales llevadas a cabo en 2015 en el CMS Villaverde, lo que supone 74 frente a 202, con un total de 134 sesiones y una mediana de participantes de 22 (RIC 13-30). En el año 2015, el 75,7% de éstas (56 de 74) se realizaron dentro de un proyecto comunitario. Todas las intervenciones estuvieron enmarcadas a su vez en otros Programas de la Estrategia

Gente Saludable. La distribución de la frecuencia de los mismos se presenta en la Tabla 82, señalando que en una misma actividad intervienen, en ocasiones, varios programas.

De las 74 actividades grupales, 31 (41,9%) se llevaron a cabo a iniciativa de instituciones educativas y el CMS reconoce su iniciativa en 19 (25,7%) intervenciones. La Tabla 83 muestra las diferentes iniciativas de donde han surgido estas intervenciones más allá del CMS.

Tabla 82 Número y porcentaje de actividades grupales, en las que estuvo implicado cada programa, además del Programa de Desigualdades Sociales en Salud en el año 2015, en el CMS Villaverde. N=74.

PROGRAMA	n (%)
Alimentación, Actividad Física y Salud	26 (46,4%)
Salud Sexual y Reproductiva	22 (39,3%)
Ámbito Educativo	22 (39,3%)
Envejecimiento Activo y Saludable	20 (35,7%)
Prevención y control del tabaquismo	21 (37,5%)
Psicohigiene	20 (35,7%)
Entorno Urbano	23 (41,1%)

Tabla 83 Número y porcentaje de actividades grupales según la iniciativa de donde surgieron, en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud en el año 2015, en el CMS Villaverde. N=74

A INICIATIVA DE	n (%)
Centro cultural y/o sociocultural	2 (2,7%)
Institución Educativa	31 (41,9%)
Institución Sanitaria	2 (2,7%)
ONGs/Asociaciones	17 (23%)
Otros	22 (29,7%)

La mediana del número de participantes en las sesiones grupales es de 22, con un rango intercuartílico de 13 a 30 participantes. El máximo número de participantes fue de 51 y la moda de 10.

El registro del Programa de Desigualdades Sociales en Salud recoge las actividades grupales relacionadas con la diversidad funcional, dado que es considerado como un eje de desigualdad. En 2015, en el CMS Villaverde se realizaron 28; 26 de las cuales estaban en el marco de algún proyecto comunitario (Alianza), de las otras dos se desconoce este dato.

Las Alianzas que permitieron realizar más intervenciones fueron las establecidas con el Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día y la

Fundación Gil Gyarre. En cuanto a las iniciativas de estas actividades, su frecuencia se presenta en la Tabla 84.

Tabla 84 Número y porcentaje de actividades grupales según la iniciativa de donde surgieron, en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud por ser acciones relacionadas con la diversidad funcional, en el año 2015, en el CMS Villaverde. N=28.

A INICIATIVA DE	n
CMS	1
Institución Educativa (IES del distrito)	23
Institución Sanitaria	1
ONGs/Asociaciones	3

Las actividades realizadas en el marco del programa ámbito educativo destacan en número. Éstas fueron realizadas con la participación de una de las dos personas que estaban realizando su programa de inserción laboral en el CMS a lo largo del año 2015 y que intervinieron como profesionales de apoyo en estas actividades.

El número medio de participantes en estas actividades grupales fue de 26,65 (DE 9,27), siendo la mediana de 29,50 (RIC 24,25-31,75), y en un intervalo entre 5 y 50 personas.

En el conjunto de los CMS de la ciudad, en el mismo año 2015, en relación a la diversidad funcional, se realizaron 135 grupos, a través de 271 sesiones y con la participación de 2.558 personas.

En el total de Centros dependientes de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid), se realizaron 466 actividades grupales (que suponen el 12,7% de la actividad grupal registrada) en las que ha participado este Programa en el total de Centros del Servicios de Prevención y Promoción de la Salud en 2015.

DISCUSIÓN

*La primera resistencia al cambio
es decir que no es necesario.*

Gloria Steinem

DISCUSIÓN

El distrito de Villaverde presenta situaciones de vulnerabilidad social comparadas con la ciudad de Madrid. Se observa una mayor complejidad clínica y frecuentación en las consultas de los centros de salud ubicados en los barrios con mayor vulnerabilidad, así como una mayor frecuencia de casos de diabetes tipos 2 en las secciones censales con mayor privación. En este distrito, desde el año 2011, se desarrolla un proyecto de promoción de la salud con orientación comunitaria desde el ámbito municipal, con enfoque de equidad, priorizando la atención de personas, colectivos y territorios en situaciones de vulnerabilidad.

Discusión metodológica.

Indicadores propuestos, indicadores posibles.

La complejidad de la vulnerabilidad urbana presenta diferentes dimensiones y aspectos, que no se sintetizan en este trabajo sino que se presentan de manera separada, realizando así una aproximación amplia, mostrando detalles de las diferentes situaciones de vulnerabilidad presentes en el distrito de Villaverde. Siguiendo marcos de referencia en el estudio de la vulnerabilidad urbana en Madrid y de salud urbana, se ha recopilado y elaborado una batería de indicadores, a través de datos fácilmente accesibles, y actualizados, siendo el barrio administrativo la unidad de análisis, aunque algunos datos solo se disponen para el distrito.

En lo relativo a las fechas de referencia de los diferentes estudios que conforman esta tesis doctoral, se ha centrado en contemplar dos momentos a efectos de comparación de la situación vulnerabilidad social y de salud del distrito, que por su carácter dinámico y relativo, requiere de la concreción en el tiempo. Para ello se han estudiado dos momentos: un momento más reciente (2016) y otro pasado (2007), hace una década.

Los indicadores utilizados en este estudio presentan algunas diferencias en relación a los propuestos por los marcos de referencia, como son el “*Análisis Urbanístico de Barrios Vulnerables*” y los Proyectos “Urban Heart” e “Ineq-cities”. En estos trabajos se utilizó la sección censal como unidad de análisis y nivel de desagregación de los datos, aunque se agrupaban en áreas mayores en el primer caso, mientras que en el presente se utiliza el barrio administrativo o el distrito municipal, y el centro de salud. Se señala así una de las limitaciones de este estudio que es el trabajo a nivel de barrio administrativo o de centro de salud, siendo las secciones censales el mayor nivel de desagregación posible, más homogéneo y que

presenta más profundidad y detalle en el análisis, como muestran los estudios realizados con estas fuentes de datos^{37,38,45}. No obstante, también se valora las aportaciones de las perspectivas de intervención que aportan los centros de salud y los barrios como unidades de análisis y no sólo de intervención.

Las diferencias entre los indicadores propuestos y posibles se deben a la falta de esta información en las fuentes consultadas y se señalan a continuación, según el tipo o dimensión de la vulnerabilidad a la que hagan referencia.

Los indicadores de vulnerabilidad demográfica que se seleccionaron fueron los enunciados por Hernández Aja³⁸ en sus análisis sobre vulnerabilidad urbana a nivel de barrio. Tanto Hernández Aja como Temes¹⁶ utilizan la población mayor de 64 años para el indicador de hogares unipersonales constituidos por personas mayores, sin embargo, la Agència de Salut Pública de Barcelona²³² utiliza indicadores similares en los que la edad mínima son los 74 años para presentar su análisis de salud y de determinantes de salud en los barrios de la ciudad de Barcelona.

La inmigración se considera un eje de desigualdad con gran impacto en la salud de la población, pero que no se manifiesta en un mayor uso de servicios del sistema de salud que la población autóctona^{33,233}. Los indicadores de población extranjera que Hernández-Aja³⁸ propone no son exactamente los que han sido utilizados en este estudio. En este trabajo, se han considerado las personas no pertenecientes a la UE-28 o a la OCDE (proporción de personas inmigrantes extranjeras) en relación al indicador de población adulta, que podrían considerarse como personas más vulnerables por su lugar de origen, aunque entre los países que no pertenecen a la UE-28 ni OCDE están Rusia y China. En relación a la migración, se han utilizado indicadores por nacionalidad y también por país de origen, como muestra el consenso de personas expertas²³⁴, además de por área geoeconómica de origen para profundizar o bien, cuando no se disponían de los datos anteriores.

Así, el índice de población extranjera en edad infantil que propone Hernández-Aja³⁸, se ha sustituido en este estudio por el porcentaje de población en edad escolar (menores de 16 años) extranjera sobre el total de población escolar; y el índice de extranjería, que define el mismo autor, como porcentaje de inmigrantes extranjeros respecto al total de población, exceptuando los naturales de la UE-15, se ha sustituido por la proporción de inmigrantes

extranjeros o extranjeras, entendiendo como esta población la que no pertenece a la Unión Europea (28) o la OCDE. Estas sustituciones se consideran que son las que permiten una mejor aproximación al indicador propuesto con datos disponibles.

No se han podido recoger la totalidad de los indicadores de vulnerabilidad residencial que cita Hernández Aja³⁸ como indicadores básicos de vulnerabilidad, habiendo realizado los cambios que a continuación se describen. El indicador de porcentaje de viviendas con una superficie útil menor a 31m² por el de número de portales que disponen de 20m² o menos de superficie construida de vivienda residencial por habitante, que es el indicador de hacinamiento propuesto por Madrid Salud⁵⁸.

En cuanto a los indicadores que Hernández Aja³⁸ propone para medir la vulnerabilidad social, se ha utilizado la de población sin estudios (analfabeta y sin estudios). Respecto a la tasa de población sin estudios se ha seleccionado la población mayor de 25 años, y no mayor de 16 años que es la utilizada en el “*Análisis Urbanístico de Barrios Vulnerables*”. Se ha calculado además de este indicador, el de población que no ha alcanzado el nivel de estudios primarios de manera completa, pretendiendo con ello definir el máximo nivel de estudios obtenido por la población, al considerar la edad de mayor de 25 años.

Sin embargo, otros indicadores como la tasa de empleo juvenil e indicadores de precariedad laboral que hubieran aportado más profundidad en la valoración del desempleo, y que siguen las propuestas de Hernández Aja^{38,45} y del índice de privación del Proyecto MEDEA⁵² no se han utilizado, debido a la ausencia de datos disponibles en las fuentes consultadas, de manera abierta.

Se proponen además otros indicadores para conocer este aspecto, como la tasa de personas usuarias de Servicios Sociales y la de Rentas Mínimas Concedidas por habitante para conocer el contexto social de las ciudades, así como el porcentaje de abstención electoral como indicador de gobernanza, recogiendo así la propuesta de del Proyecto Ineq-cities⁵². Sin embargo, se ha definido la vulnerabilidad social con el porcentaje de personas usuarias nuevas de unidades de primera atención de Servicios Sociales, no siendo exactamente el indicador descrito por Hernández-Aja en el estudio de “Áreas vulnerables en el centro de Madrid”⁴⁵, que utiliza el porcentaje de personas usuarias de servicios sociales, puesto que este dato no

se encuentra accesible en la web de la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Se utilizó el dato de renta bruta disponible per cápita, siguiendo la propuesta de Hernández Aja⁴⁵, a la que se añade la renta media de los hogares, como señala el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid²¹⁵, y que además está desagregado a nivel de barrio.

El comportamiento de ambos índices con la frecuencia de diabetes ha sido dispar, agrupándose los casos en el primer y segundo cuartil (menor privación) de la propuesta de índice de privación material de Madrid Salud y en el tercer y cuarto (mayor privación) del índice de privación del Proyecto MEDEA. La extensa utilización del índice de privación del Proyecto MEDEA y su correlación con la mortalidad ha permitido avanzar en el conocimiento y análisis de las desigualdades sociales en salud en nuestro contexto. No obstante, se señala la limitación que conlleva no aportar las tasas ajustadas por edad, para poder valorar el efecto del índice de privación más adecuadamente, por lo que esta interpretación de los resultados debe ser considerada con prudencia. La desagregación por sección censal, área pequeña homogénea, supone un aporte en este tipo de estudios. Se considera necesario señalar las diferencias existentes entre indicadores que los componen, así como entre las fuentes de datos y el momento temporal que recogen.

Una de las limitaciones que presenta este estudio es la falta de información acerca de la vulnerabilidad subjetiva actual y en relación a las demás dimensiones de la vulnerabilidad de la población de los barrios de Villaverde, así como de indicadores subjetivos de estado de salud y de la gobernanza y un análisis de la percepción de profesionales y población acerca del abordaje que lleva a cabo el equipo del CMS Villaverde. Estas cuestiones quedan pendientes de un estudio posterior, para abordarlas se necesitarán metodologías diferentes a las utilizadas en este trabajo. Se valoraría como punto de partida la difusión de este trabajo y su discusión en los diferentes Espacios de trabajo, contando con participación vecinal y técnica, que sin duda ayudaría al análisis aquí realizado, pues se considera fundamental poner “literatura a los mapas” en palabras de Aranguez.

Se considera importante señalar la oportunidad que plasma este trabajo, al igual que otros¹⁶, de realizar investigación con datos actualizados, de fácil acceso para la administración local, gracias a la abundante y precisa información que facilitan, entre otras, las páginas web del

Ayuntamiento de Madrid (Dirección General de Estadística) y del Instituto Nacional de Estadística. A lo largo del estudio sobre la actual vulnerabilidad del distrito se observan pequeñas diferencias en los datos de las variables e indicadores utilizados, aunque sean de la misma fuente, como es la Dirección General de Estadística, siendo uno de los factores que afecta la provisionalidad de algunos de los datos.

Variables individuales y contextuales.

Se han utilizado variables individuales y contextuales en el estudio, otorgándole la importancia que tiene el entorno y el contexto en la vulnerabilidad y la salud de las personas, así como la relación entre condiciones socioeconómicas y la salud⁶¹. Por lo tanto, resulta interesante abordar la temática de estudio a través de ambos tipos de variables, con enfoques complementarios, considerando el gran aporte que tiene en este campo la metodología de análisis multinivel.

Los estudios a nivel territorial de área de residencia en ocasiones utilizan el barrio administrativo, centro de salud o equipo de atención primaria como unidad de análisis, no siendo ninguna homogénea, necesitando en todos los casos de considerar la influencia de la variabilidad intra-área. El análisis basados en áreas más pequeñas de referencia, como las secciones censales, detectan mejor posibles diferencias en salud⁵⁵, como muestra la extensa utilización del índice de privación del Proyecto MEDEA. De esta manera, el censo ha sido la fuente de estos índices e indicadores, a nivel de sección censal, de manera más habitual en España a pesar de no presentar actualizaciones suficientes ni informaciones exhaustivas⁵⁵. Desgraciadamente, el hecho de que el Censo de 2011 no se haya realizado con la misma metodología y con el universo total de viviendas y habitantes, no permite un análisis semejante al realizado con anterioridad, necesitando valorar otras fuentes como los padrones municipales³⁷. Además, los datos del padrón municipal son fácilmente accesibles, actualizados y adecuadamente armonizados, no como el censo¹⁶, sin embargo no permite comparaciones históricas. Por ello, resulta conveniente investigar esta fuente de datos municipal, que también se viene utilizando en este tipo de estudios; de ahí el aporte de la propuesta realizada por Madrid Salud en cuanto a un índice de privación⁵⁸.

Si bien las diferencias agrupaciones, como el centro de salud y barrio, se consideran distintas maneras de mirar la misma realidad, con el interés que tiene el compararlas, aportando una visión más amplia, la asignación de variables a una u otra agrupación presenta dificultades

pues no son superponibles ni comparables, puesto que la población residente en barrios diferentes acude a un mismo centro de salud, presentando de alguna manera también un mismo barrio varios centros de salud. En nuestro estudio, por ejemplo, se aprecia la dificultad de conocer la realidad del barrio de Butarque al analizar por centro de salud, pues éste no está dotado de este recurso, acudiendo la población del barrio al CS Los Rosales. Las diferencias demográficas, socioeconómicas y residenciales de la población del barrio de Butarque y de Los Rosales son importantes, siendo la del primero más joven, con mayor nivel socioeconómico y mejor vivienda, afectando este hecho a la hora del análisis según centro de salud. También se observa en el barrio de Villaverde Alto, donde están ubicados los centros de salud de Potes y San Andrés, que dan cobertura a poblaciones diversas y sin embargo en el análisis por barrio no se aprecian estas diferencias. Además el CS San Cristóbal tiene adscrita toda la población del barrio del mismo nombre y también la residente en la colonia Marconi, que tiene menos necesidades de salud y demandan menos atención en domicilios, lo que podría estar en relación con un mayor nivel socio-económico, menor edad media y viviendas más nuevas y adecuadas.

La posibilidad de trabajo con datos más desagregados, como a nivel de sección censal, facilitaría este estudio comparativo, al poder agregarlas en unidades mayores, barrio o centro de salud, en nuestro caso, según interese. No obstante, la utilización del centro de salud y el barrio como unidades de análisis, siendo ámbitos de intervención, se considera que aporta el valor de la perspectiva de mirada desde la intervención de la administración sanitaria y la municipal, respectivamente. Por lo tanto, no siendo unidades homogéneas, permiten conocer las distorsiones que producen como unidades únicas de análisis, mostrando la riqueza de la complementariedad de enfoques. Además, los barrios son ámbitos habituales y adecuados de trabajo en intervención comunitaria, por el sentimiento de pertenencia de la población y la ubicación de recursos que presentan, lo que configura la Comunidad a este nivel.

En todos los casos, se considera importante el estudio y análisis con datos que parten de diferentes administraciones, sectores de intervención, permitiendo abordar más dimensiones, todas ellas complementarias de la realidad de la población, y con especial interés en cuanto a la vulnerabilidad y la salud, por su carácter relativo y la gran influencia de factores determinantes del entorno. La utilización de fuentes compartidas de información individual, y actualizadas, como el caso del Padrón Municipal de Habitantes y de Cibeles contribuiría a la inclusión de variables sociales individuales y contextuales en las historias clínicas. Esta

dificultad la alivia la ficha de filiación complementaria, que recoge esta información, en el caso del CMS, considerando que aporta valiosa información al profesional clínico para el abordaje contextual¹⁶², así como para la planificación de las intervenciones.

La posibilidad de georeferenciación de los datos aporta valores añadidos a los trabajos, posibilitando la realización de mapas, como herramientas más intuitivamente comprensibles y que permiten poner en relación aspectos de los contextos, así como impulsar procesos comunitarios de análisis y diagnóstico compartidos.

Calidad de los registros de historia clínica (2007-2016)

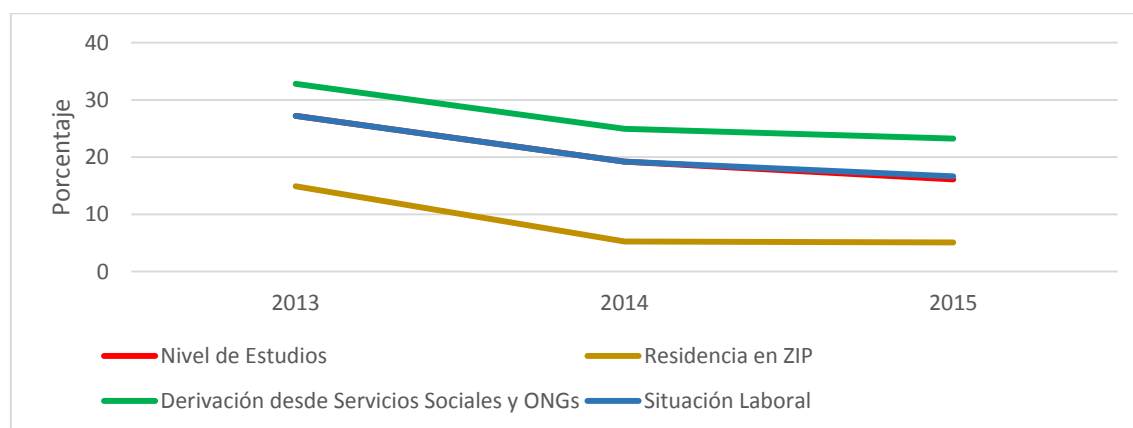
La historia clínica electrónica no estando concebida como fuente de datos para investigación aporta información de cara a la realización de estudios epidemiológicos, clínicos, de utilización de recursos sanitarios, de evaluación de la calidad asistencial, planificación y gestión sanitaria, siendo una de sus fortalezas el registro de información de toda la población atendida y sin tener en cuenta sus limitaciones al recoger la información con otra finalidad, como las dificultades para localizar la información deseada¹⁰⁷. En el año 2007, en la Comunidad de Madrid, se estaba terminando la informatización de los centros de salud. La calidad de los registros, el estudio de explotación de la historia clínica electrónica, mejora a partir de 2009-2010, esperando que actualmente los datos de historia clínica electrónica tengan mejor calidad. Se sigue confirmando lo que Burgos afirmó sobre la validez de la historia clínica electrónica en atención primaria para estimar adecuadamente la prevalencia de la enfermedad, siendo una fuente para estudios epidemiológicos²³⁵.

Calidad de los registros del CMS.

La cumplimentación de los registros en los CMS ha ido mejorando desde su incorporación, en relación con el tiempo necesario para conocer la herramienta y sus posibilidades, así como del tiempo de transmisión de la información a las y los profesionales que realizan dicho registro, y el interés propio de éstos, que sigue en aumento. Sin embargo, se valora esta área con capacidad de mejora, ya que aún hay casos desconocidos, como muestra la Figura 80, por lo que se siguen desarrollando estrategias diversas de comunicación, información y formación en este sentido, pudiendo influir este factor en el porcentaje de datos que actualmente permanecen como desconocidos. Se valora como área de mejora la transmisión de esta valiosa información, con el mayor nivel de desagregación posible, por ejemplo aportando la frecuencia según categorías registradas de las condiciones de vulnerabilidad por

situación laboral, puesto que las intervenciones según tipos serán diferentes, (por ejemplo en relación a las personas que están en situación de desempleo y las que se dedican al cuidado del hogar), y también mediante el número y porcentaje de personas nacidas fuera de España, aunque tengan tarjeta sanitaria, puesto que se trata de un eje de desigualdad en sí mismo la migración y no la exclusión sanitaria.

Figura 80. Porcentaje de datos desconocidos de las variables sociales con registro a nivel individual en el CMS Villaverde, en el periodo 2013-2015.



La diferencia entre 2013 y 2014 en relación al número de personas atendidas según el Acto de Agenda “Otros” muestra relación con el acto “Asesoría Socio-Sanitaria”, habiéndose identificado como asesorías intervenciones antes consideradas como “otros”. Esto pone de manifiesto que a lo largo de la Estrategia Gente Saludable se ha ido clarificando los servicios que engloban las intervenciones en función de los programas y actos de agenda, disminuyendo el acto “Otros” que se pudiera considerar como una etiqueta comodín.

Participación

Si bien no se ha sintetizado en un índice la complejidad de la vulnerabilidad urbana, se considera que una de las aportaciones de esta tesis es el trabajo con diferentes marcos, que se complementan, aportando un conocimiento más profundo en cuanto aborda más dimensiones y factores, teniendo en cuenta la perspectiva de la salud y la influencia de los factores determinantes de la misma, y de manera específica, las condiciones de vulnerabilidad social en el ámbito urbano. Este conocimiento y análisis se entiende en el marco de la intervención para mejorar las situaciones descritas, y por lo tanto, sin la participación de las personas residentes y profesionales del territorio no será un estudio completo, siendo relevante recoger las sensaciones e impresiones que genere. Por ello, y dada la importancia de la vulnerabilidad subjetiva, se quisiera mostrar el interés de trasladar este trabajo a la

ciudadanía, a los espacios de coordinación intersectorial y recursos del distrito por su posible utilidad. Se traslada así una propuesta de aplicación de este estudio, con la difusión y comunicación de resultados, realizando sesiones participativas, a través de los Espacios de Coordinación Intersectorial (que incluyen las Mesas de Participación Ciudadana en salud), de las alianzas y medios de comunicación locales, para seguir avanzado, potenciando las capacidades y reducir así las situaciones de vulnerabilidad, como recomienda la literatura¹³⁷.

Barrios vulnerables. Distrito vulnerable.

El distrito de Villaverde presenta vulnerabilidades con respecto a la ciudad de Madrid, de acuerdo al criterio de vulnerabilidad establecido para el Análisis Urbanístico llevado a cabo por Hernández-Aja^{38,236}, que es tener un valor 50% superior a la media del valor del ámbito de referencia en los indicadores seleccionados; lo que da importancia al aspecto relativo de la vulnerabilidad, siendo ésta siempre dependiente del contexto. Los tres indicadores básicos de vulnerabilidad propuestos por en el citado trabajo³⁸ alcanzan cifras superiores, aproximándose en unos casos al criterio de Hernández-Aja y en otros sobrepasándolo en el distrito de Villaverde a las de la ciudad: la tasa de paro en el distrito fue de 14,72% siendo la de la ciudad de 10,23%; el porcentaje de población sin estudios fue de 26,73% en hombres y de 32,89% en mujeres y en la ciudad, de 15,83% y 21,55%, respectivamente; y el porcentaje de viviendas en mal estado (como analogía al indicador de vivienda sin servicio/aseo propuesto por Hernández-Aja) fue de 7,08% con respecto al 4,84% que tuvo la ciudad. También se observa la vulnerabilidad de Villaverde en relación a la migración (indicador añadido en la Adenda de 2006 del citado estudio³⁸) que presenta el distrito frente al municipio, ya que el 12,47% de la población del distrito y el 8,18% de la ciudad, correspondía a población migrante. Para este último indicador, se considera vulnerable si el valor superior en al menos un 20% al del ámbito de referencia.

La localización geográfica así como los diferentes desarrollos urbanísticos han tenido gran repercusión en la estructura además de una importante significación en el distrito de Villaverde, y como consecuencia en sus vulnerabilidades⁴⁰, al haber sido enclave elegido por las fábricas e industrias en el siglo XX. La red de comunicaciones ha sido determinante, al constituir barreras entre sus actuales barrios¹⁹⁹, que permanecen en la actualidad. La vulnerabilidad de los barrios de Villaverde es diferente entre sí, debido en parte, a la diferente historia y orígenes de cada uno de ellos, con situaciones de poli-vulnerabilidad de manera frecuente y en los barrios de Villaverde Alto y San Cristóbal, de vulnerabilidad integral¹⁶.

El distrito de Villaverde, en relación a la vulnerabilidad demográfica, se caracteriza por un índice de envejecimiento inferior a la media del municipio (107,15 vs 140,95) y un porcentaje de personas inmigrantes superior a la de la ciudad (12,47 vs 8,18), también en relación a la población escolar inmigrante (13,06 vs 10,53). La situación de vulnerabilidad demográfica del barrio de San Cristóbal destaca en relación al resto del distrito, excepto en el índice de envejecimiento, siendo el barrio de Los Ángeles el que presenta el valor más alto, y el barrio de Butarque en relación a la proporción de hogares en los que vive una persona adulta con menores. Butarque es un barrio de más reciente constitución, cuya población es más joven, lo que pudiera estar en relación con la composición de sus hogares con modelos más actuales.

Estas situaciones de vulnerabilidad demográfica en San Cristóbal se explican en parte por sus orígenes, constituido por familias y personas vulnerables, sin haberse evitado aún la espiral de vulnerabilidad que traído consigo este barrio; ya que se perpetúan por el factor urbanístico y el bajo precio inmobiliario, elementos clave para asentar esta población en ciertos barrios y mantenerlos como áreas desfavorecidas⁴⁰. Actualmente, se debe tener en cuenta en San Cristóbal la proporción de población inmigrante extranjera¹⁶ (24,02% en San Cristóbal, vs 12,47% en Villaverde y vs 8,18% en Madrid) que se asienta en este barrio debido, en parte, al bajo precio de sus viviendas, incluso con la ocupación ilegal de las mismas en caso de estar vacías. En este barrio además, permanece la población ya envejecida, que envejece conforme lo hacen sus habitantes, con un 51,8% de sobre-envejecimiento, siendo éste muy superior al del distrito y de la ciudad (35,26% y 35,49% respectivamente); constituyendo por lo tanto un exponente de segregación, “isla urbana”¹⁶; con una densidad de habitantes superior al del distrito (139,56 vs 70,06). Estas situaciones de vulnerabilidad demográfica, aunque de manera menos destacada, también se observan en el barrio de Villaverde Alto. La segregación residencial determina la composición social de la población, combinación de factores que contribuyen a la “espiral de la obsolescencia” y a la vulnerabilidad integral¹⁶, y que, de manera similar, se relaciona con las desigualdades en salud⁴³.

En el periodo estudiado, de 2007 a 2016, la población del distrito ha disminuido, globalmente, un 3,2%, fundamentalmente por el descenso superior al 25% de población extranjera, especialmente acentuado en el grupo de edad de 20 a 30 años, con un decremento de más del 50%. La población extranjera representaba en 2007 el 21,28% del total y en 2016, tanto

sólo del 16,34%; y la subpoblación inmigrante extranjera suponía el 20,12%, pasando en 2016 a ser el 12,47%. Este hecho está en relación con la crisis económica que desde 2008 tiene lugar en España.

Por barrios, los de Los Ángeles y San Cristóbal son los que han sufrido un mayor descenso porcentual de su población, con un 10% y 9%, respectivamente. En el caso de San Cristóbal, esta disminución se debe a un descenso en casi un 40% de población extranjera, que compensó con creces el ascenso de cerca del 12% de población española. El barrio de Butarque ha aumentado en ese periodo, su población, por el notable incremento de la española (21%), a pesar de que extranjera disminuyó en un 14%.

La edad media de la población, ha aumentado solo dos años (en los 9 años del periodo estudiado) a nivel del distrito, siendo este incremento en las personas españolas de un año y en las extranjeras de casi cuatro. La edad media de la población extranjera se mantiene inferior a la de la población española, siendo ésta de 44 años en 2007 y de casi 43 en 2016. La edad media de la población del barrio de San Cristóbal ha permanecido estable, disminuyendo 4,5 años la de la población española y aumentando en casi 3 la de la extranjera. El barrio con una edad media de población más baja, es el de Butarque, mientras que en el polo opuesto figura el de Los Ángeles.

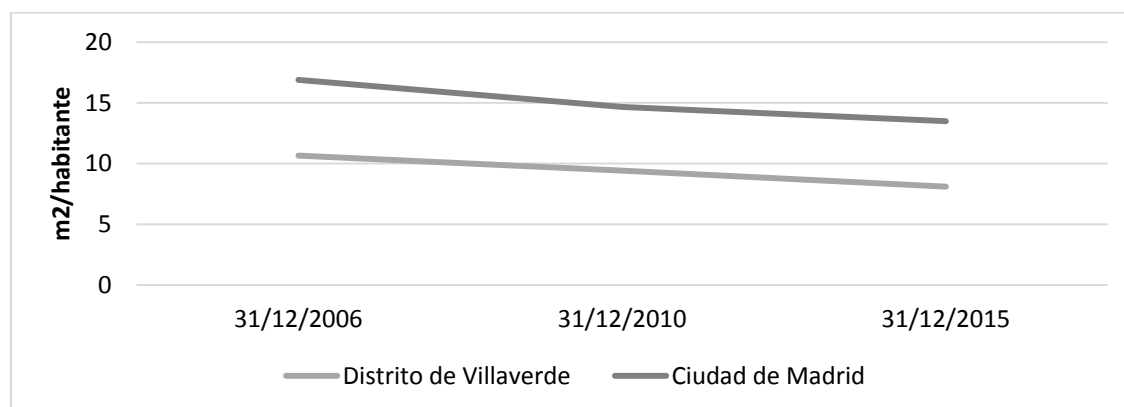
Se observa así una manifestación de la crisis económica, cuyo mayor impacto se observa en mayor medida en el desempleo de personas nacidas fuera de España²³⁷, y por ello en su cambio de lugar de residencia, pero que se percibe también en un deterioro de la situación del distrito, ciudad y país, por las tasas más elevadas de desempleo y la pérdida de renta, siendo todos ellos importantes factores con influencia en la salud de las personas y poblaciones.

La vulnerabilidad residencial ocurre de manera más global en los barrios de Villaverde, medida por los diferentes indicadores propuestos, y siendo Los Ángeles el único que no presenta esta situación en relación al indicador de hacinamiento, y en relación a la ciudad de Madrid. El distrito presentaba un indicador de hacinamiento en 2012 del 25% cuando la media de la ciudad era del 12,1%. En el caso de Los Ángeles, siendo un barrio más antiguo, la calidad de las viviendas y sus infraestructuras son mejores, siendo el que mejor situación presenta en relación a los indicadores de vulnerabilidad residencial, y, debido en parte a este

factor, la población se mantiene en él, no llegando nueva población a habitarlo; perdurando su valor simbólico y estatus de prestigio. De hecho, en ocasiones, la ciudadanía de otros barrios limítrofes, como Villaverde Alto, señalan “éste no es como la Ciudad”, “la Ciudad tiene...”, para referirse a esta calidad y cuidado del barrio “Ciudad de Los Ángeles”.

Como indicador de sostenibilidad urbana y de vulnerabilidad residencial, se señala la disminución en la relación de zonas verdes por habitante desde el año 2006 tanto en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid, puesto que estas zonas cumplen una importante función en la calidad de vida de la población y la ecología urbana⁵⁹. El distrito de Villaverde muestra actualmente valores inferiores al mínimo establecido por la OMS, que recomienda una relación mínima de 9m²/habitante, mientras que organismos de Europa recomiendan un ratio de 15m²/habitante⁵⁹. La evolución en este periodo de este indicador se muestra en la Figura 81. Este indicador se ha calculado de acuerdo con los datos que aporta el Ayuntamiento de Madrid que agrupa como zonas verdes, jardineras y árboles de conservación municipal por distrito. Según datos a fecha 31/12/2015, en la ciudad de Madrid, a nivel interdistrital, existía una superficie de 2.603,43 Ha., que no aparecen asignados a ningún distrito y que, por lo tanto, no se han tenido en cuenta para el cálculo de esta proporción. Se desconoce si reciente Parque de Manzanares, ubicado parcialmente en el distrito, está reflejado como tal.

Figura 81 Evolución de la relación zonas verdes por habitante en el distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en el periodo 2006 – 2015.



La superficie dedicada a zonas verdes ha ido disminuyendo en las ciudades debido a su crecimiento demográfico⁵⁹, señalando al árbol como primer y gran protagonista del verde en la ciudad⁵⁹. El árbol ha constituido el principal elemento conformador de la presencia de la naturaleza en la ciudad²³⁸, además de por sus valores ambientales, estéticos y socio-culturales,

por su influencia sobre la salud de la ciudadanía²³⁸. Sin embargo, no disponemos de datos concretos sobre los árboles en el distrito de Villaverde.

Las deficiencias en las zonas verdes no son ajenas al deterioro ambiental que sufre la ciudad, ya sea por obras, por falta de mantenimiento, como refleja la opinión de las personas que participaron en la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos que se realizó en Madrid de 2014²⁰⁹. En esta encuesta, el 32,5% de las personas participantes en el distrito consideran insuficientes los espacios verdes, mientras que en la misma encuesta de 2012 el porcentaje era del 12,5%. La educación ecológica y de conciencia medioambiental puede estar influyendo en esta sensibilización de la población ante las insuficientes zonas verdes. En cuanto a la utilización de los espacios verdes, la misma encuesta muestra que el 82,5% de las personas consultadas habían utilizado en el último año los espacios verdes del distrito, porcentaje inferior al de la ciudad de Madrid (86,9%).

El distrito manifiesta vulnerabilidad social en relación a la ciudad, según todos los indicadores de esta dimensión: siendo la renta bruta disponible del distrito inferior en más de 5.000€ a la de Madrid, duplicando el indicador de precariedad material (Rentas Mínimas de Inserción) al de la ciudad y teniendo Villaverde un 43,92% superior en relación a la tasa de desempleo y casi el doble de población sin estudios y analfabeta que el municipio.

El índice de privación propuesto por Madrid Salud obtiene en todos los barrios del distrito valores más desfavorables a la ciudad de Madrid, siendo la media del distrito de 0,45 frente al 0,32 del municipio, como reflejaba el informe monográfico que recoge la propuesta a nivel de sección censal⁵⁸. La mayoría de secciones censales de Villaverde obtuvieron un valor superior en dicho índice de privación a la media de la ciudad. Desde el punto de vista geográfico, las concordancias entre la distribución del índice, de sus componentes (indicadores) con la mortalidad de los hombres fue muy llamativa, definiendo con claridad un eje sur-sureste-este en la ciudad, donde se ubica el distrito de Villaverde. En este trabajo se ha encontrado que la población residente en los barrios que presentaban un índice de privación material superior a la mediana del distrito tenía peor esperanza de vida media al nacer que la de los barrios con un menor índice de privación.

En relación a los dos índices de privación utilizados se observa que los casos de diabetes no se distribuyen homogéneamente entre los mismos. Ninguna de las secciones censales del

distrito de Villaverde con casos de diabetes se encuentra en el primer cuartil del índice del Proyecto MEDEA⁵⁷. La mayor parte de los casos se dan en las secciones censales con índice más desfavorable si se mide con el índice del Proyecto MEDEA, y además, se observa que el número de casos de mujeres en estas secciones es mayor, pudiendo estar en relación con la mayor esperanza de vida de las mujeres y el aumento de prevalencia de esta enfermedad con la edad.

Si analizamos a nivel de barrio la vulnerabilidad social, el barrio de Los Ángeles es el único cuyo indicador de precariedad material no supera la media de la ciudad de Madrid, y el de Butarque el único cuya población presenta un nivel educativo más elevado que la media de la ciudad, con menor porcentaje de personas analfabetas o sin estudios, hecho en el que puede tener influencia la edad media menor de la población, así como su nivel socioeconómico.

Los barrios de San Cristóbal y Villaverde Alto, por ese orden, son los que presentan las mayores tasas de desempleo y los peores indicadores de precariedad educativa, y por lo tanto de proporciones más elevadas de población residente con niveles educativos considerados como vulnerables, asociando por lo tanto estos barrios este tipo de vulnerabilidad a la demográfica. Además, en estos barrios, el porcentaje de hombres en situación de desempleo es mayor que el de mujeres, resultando al contrario en el resto del distrito.

La principal consecuencia en España de la crisis económica fue la masiva destrucción de empleo, sin embargo en el banco de datos del Ayuntamiento no queda recogida la tasa de desempleo en 2007, para poder compararla con la de 2016. En 2007, la tasa del distrito se situaba por encima de la media del área sanitaria 11⁸⁶, teniendo en cuenta que los centros de salud El Espinillo y Los Ángeles eran los que presentaban tasas menores, alrededor de la media del área 11. En el análisis por barrios del año 2016, se observa que Butarque es el barrio que presenta la menor tasa de desempleo seguido de Los Rosales y Los Ángeles, aumentando la situación de vulnerabilidad de San Cristóbal con respecto al análisis realizado en 2007 a nivel de Equipos de Atención Primaria. En 2007, probablemente Butarque también presentaba la mejor situación en relación al distrito, sin embargo no se puso de manifiesto al realizar el análisis de manera agregada por Equipos de Atención Primaria o Centros de Salud.

El distrito de Villaverde no supera el criterio del 6,8% en relación a la tasa de personas usuarias de Servicios Sociales, indicado en el análisis coordinado por Hernández Aja⁴⁵. Se considera necesario tener en cuenta la diferencia entre el indicador de este trabajo y del marco de referencia, puesto que en este trabajo se utiliza la tasa de personas nuevas usuarias de Servicios Sociales, aspecto que influye en presentar un valor menor que el del indicador marco, que utiliza todas las personas usuarias de Servicios Sociales. La tasa de personas o familias perceptoras de rentas mínimas de inserción en Villaverde casi duplica al valor de la ciudad (7,32% vs 4,22%), considerándose este dato otro aval más de la situación de vulnerabilidad del distrito, situándose con esta cifra en el quinto lugar del total de distritos de Madrid.

La evolución del número de perceptores de Rentas Mínimas de Inserción ha aumentado tanto en el distrito como en la ciudad, con un ascenso mucho más pronunciado en el primer caso, desde 2011 hasta 2014, último año del que disponemos datos. Algunos autores consideran las rentas mínimas de inserción como aspecto a incorporar en el análisis de la equidad en salud urbana⁴³ y de vulnerabilidad³⁸, pues permiten identificar situaciones de elevada privación material²¹⁵, además de mantener relación con la mortalidad⁵⁸. Las rentas mínimas de inserción, como indicador de precariedad y privación, podrían aportar información valiosa, evitando el sesgo de otros indicadores que captan mejor la precariedad asociada a roles tradicionales de hombres, además de ser mujer la persona que habitualmente la solicita.

En este sentido se ha visto que al estudiar la distribución según índices de privación del número de casos de diabetes tipo 2 se describe una distribución similar según sexo en el caso de la propuesta de índice de privación material de Madrid Salud, y una frecuencia mayor de casos de diabetes tipo 2 en mujeres que residen en el cuartil más desfavorecido del índice de privación del Proyecto MEDEA, lo que puede estar en relación con las diferencias en los indicadores que componen cada uno de los índices. La propuesta de índice de privación material de Madrid Salud podría estar recogiendo mejor que el del Proyecto MEDEA la situación de privación de las mujeres. Se considera necesario y de utilidad profundizar en esta línea de investigación, puesto que es habitual que estos índices e indicadores no capten el nivel o posición socio-económica o la privación de las mujeres, si están midiendo clase ocupacional, recogiendo el rol tradicional ejercido por varones²³⁹. El indicador de desempleo suele presentar correlaciones más fuertes que otros con la razón de mortalidad, como

indicador del estado de salud⁵⁸. La propuesta de Madrid Salud incorpora no sólo un indicador de desempleo y de nivel de estudios, sino un indicador de hacinamiento y de precariedad económica (rentas mínimas de inserción), que recoge un concepto más amplio, con múltiples facetas de la privación material, mostrando variabilidad en la ciudad y en los distritos.

Se aprecia un incremento mayor en el número de perceptores de rentas mínimas de inserción que de solicitudes tramitadas, lo que podría estar en relación con que se valora como perceptor a todos los miembros de la unidad familiar y no sólo al titular de la prestación. También se señala la situación sobrevenida alrededor del año 2013, con una dilatación de 14 meses entre la solicitud y la concesión de la renta mínima, siendo ésta la última medida de protección social, no parece este tiempo el adecuado, pudiendo haber conllevado un efecto disuasorio en relación de cara a la presentación de solicitudes. El número de centros de Servicios Sociales, dos en el distrito de Villaverde, donde se tramitan estas solicitudes, puede tener relación con el número de trámites realizados, siendo Puente de Vallecas el distrito que más solicitudes tramita, a través de los cuatro centros de servicios sociales que tiene. No obstante, los centros de Servicios Sociales atienden numerosas demandas, no sólo relacionadas con la solicitud de prestaciones económicas, sino de intervención y acompañamiento social. En los últimos años, también en relación a la crisis económica y los recortes presupuestarios en este campo, la población ha aumentado la demanda de atención y se ha producido un cambio en el perfil de las personas atendidas, puesto que ha aumentado las situaciones de vulnerabilidad social a raíz del aumento de desempleo.

La tasa de personas con discapacidad reconocida es un 20,35% superior en el distrito de Villaverde que en la ciudad de Madrid, siendo un 24,42% superior en el caso de los varones y de un 16,39% en mujeres. La diferencia en las tasas de personas con discapacidad reconocida es mayor a mayor grado de discapacidad reconocido, de manera que la tasa del más alto grado de discapacidad (superior al 75%) es un 55% superior en Villaverde a la de la ciudad, siendo sólo un 36% superior en el grado más leve. Este resultado podría mostrar la repercusión diferencial que tiene la diversidad funcional según la ocupación de las personas, mostrando la mayor necesidad de reconocimiento de discapacidad en profesiones manuales no cualificadas, más habituales en poblaciones con menor nivel educativo, por el esfuerzo mayor que comportan a nivel físico, que también se refleja en el mayor porcentaje de varones con discapacidad funcional reconocida, dado que suelen ser varones quienes realicen estas

ocupaciones de manera mayoritaria. Esta hipótesis iría a favor de un origen social de la discapacidad²⁴⁰.

El porcentaje de abstención electoral, en las últimas elecciones locales, como indicador de gobernanza (determinante de la salud) presenta en el distrito (35,89%) cifras superiores a la ciudad de Madrid (31,15%) e inferiores a los barrios de Barcelona²³². Los barrios de San Cristóbal y Villaverde Alto son los que mayor abstención presentan, con un 49,93% y un 37,40%, respectivamente; y que son precisamente los barrios que asocian más tipos de vulnerabilidades, presentando situaciones de vulnerabilidad integral. Se observa así la persistencia de la desigualdad social en la participación electoral. Este hecho puede tener relación con la pérdida de confianza en la clase política y en los partidos políticos que se da en los barrios “al margen” de las ciudades y con bolsas de pobreza, donde la participación electoral es menor, siendo ésta además contagiosa y dependiente también de las redes sociales de apoyo que tengan las personas, y que se manifiestan con abstención electoral al entender que sus demandas no entran en el sistema político^{241,242}. Esta explicación va en relación con la fuerte correlación ($Rho\ Spearman=0,9, p=0,037$) encontrada en este trabajo entre el índice de privación material⁵⁸ y la abstención electoral en los barrios del distrito.

No se han logrado obtener datos de las características medioambientales del distrito, a pesar de tener importante repercusión en la salud de la población y de la implicación municipal en este campo, por lo que se considera conveniente que éstos estuvieran más accesibles. Sólo se conoce la satisfacción con los servicios de medio ambiente, de nuevo, según la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en Madrid de 2014. Estos Servicios son valorados favorablemente (por encima del 5 en una escala de 0 al 10): los espacios verdes (6,6), la recogida de basuras (6,4), la recogida selectiva de residuos (6,1) y los puntos limpios de recogida y reciclaje de residuos (5,6). Sin embargo, el control del ruido (5), la limpieza de las calles (4,8) y el control de la contaminación atmosférica (4,4) son los aspectos valorados de manera negativa. Manifestando el 4,7% de la población encuestada del distrito de Villaverde sufrir molestias por ruidos, cuando en la ciudad lo hace sólo el 4,1%. Estos datos permiten que conozcamos aspectos de vulnerabilidad subjetiva de las y los residentes del distrito. Además de ser ésta una de las preocupaciones y reivindicaciones de la población²⁴³.

La vulnerabilidad subjetiva del distrito ya se mostraba en las Encuestas de Calidad de Vida y la Consulta Ciudadana^{209,212}, al encontrarse la inseguridad en tercer lugar (21,7% de casos) en

relación a los principales problemas que más afecta a la ciudadanía y en relación a los principales problemas de la ciudad en un 25% de casos, así como con una menor proporción de personas del distrito que se sienten seguras en Madrid por el día a la del conjunto de la ciudad de Madrid (68,3% vs 71,4%), y también por la noche (43,8% vs 58,1%) pero no así en relación a haber sido víctimas de algún robo, atraco o agresión en el último año en la ciudad, pues en Villaverde refirieron haberlo sufrido un 10% de las personas encuestadas mientras que en el conjunto de Madrid lo comentaron un 12,5%.

La importancia de la valoración subjetiva en relación a la vulnerabilidad señala además de la conveniencia de realizar un análisis participativo como se ha sugerido anteriormente, con metodologías cualitativas que permitan recoger las percepciones de las personas residentes en el distrito o que trabajan en él.

Salud y vulnerabilidad social.

Al estudiar la complejidad clínica, la presencia de diagnósticos psiquiátricos y sociales y la frecuentación de las consultas en los centros de salud del distrito se puede observar cierta relación con las situaciones de vulnerabilidad social del distrito en el caso del barrio de Villaverde Alto (CS San Andrés y CS Potes), no obstante como se ha comentado anteriormente son diferentes y complementarias las visiones que aportan estas unidades de análisis (barrio y centro de salud). En el caso del CS San Cristóbal, éste no se comportó de la manera esperada a los indicadores de vulnerabilidad del barrio del mismo nombre, pues ha presentado menor morbilidad psiquiátrica y frecuencia de códigos Z, así como una menor prevalencia de diabetes y una menor frecuentación a la de los CS San Andrés y Potes, ubicados en el barrio de Villaverde Alto y que presentaba junto con el barrio de San Cristóbal mayor agregación de condiciones de vulnerabilidad. Este hecho muestra que la población que acude al centro no reside únicamente en el barrio, teniendo diferentes características a la del barrio, como la colonia Marconi, con población más joven y con mayor nivel socio-económico.

La población del CS Potes y CS Los Rosales fueron las que menor edad media presentaban, con 44,30 y 44,33 años respectivamente, que coincide con lo observado en las pirámides de la población total residente en Butarque, pudiéndose así explicar el caso del CS Los Rosales (ya que la población de Butarque acude a este CS al no disponer en su barrio de este recurso sanitario). El CS Los Ángeles fue el que atendió a la población con la mayor edad media

(49,19 años), como mostraba la pirámide de población residente en el barrio del mismo nombre. En el caso del CS Potes se mantiene la incertidumbre pues el barrio de Villaverde Alto engloba al CS San Andrés y CS Potes, y por lo tanto, este nivel supone mayor desagregación. El CS Potes atiende a la población residente en una zona del barrio de Villaverde Alto, que podría tener menor edad media que el resto del barrio, ya que esta zona ha sido edificada más recientemente que la zona del barrio donde reside las personas que acuden al CS San Andrés.

Los centros de salud CS Los Ángeles (86,81%) y CS Potes (85,33%) fueron los centros que tenían como referencia a un porcentaje más elevado de personas originarias en países de Europa-UE. El CS San Cristóbal atendió al menor porcentaje de personas de este origen (64,11%), hecho que se avala con el análisis de la vulnerabilidad demográfica por barrio, presentando San Cristóbal el más alto porcentaje de inmigración.

Los CS San Cristóbal (10,13%) y CS Potes (6,67%) fueron los que tenían adscritos un mayor porcentaje de personas con tipo de usuario/a “sin recursos”, pudiendo ser una aproximación a la vulnerabilidad, y que se manifiesta con otros indicadores ya analizados, como el porcentaje de inmigración extranjera. El CS Los Rosales tenía asignadas a un menor porcentaje de personas “sin recursos” (3,67%), lo que se corresponde en el mismo centro de salud con el mayor porcentaje del total de centros de salud del distrito de personas usuarias pensionistas (32,62%), atendiendo este centro de salud a la población del barrio de Butarque y de parte del barrio del mismo nombre, Los Rosales. Ambos considerados anteriormente menos vulnerables socialmente en relación a otros del distrito de Villaverde.

Los factores socioeconómicos como la renta y el desempleo presentan relación inversa entre sí, de igual manera a lo que reflejó el trabajo de Olmedo⁸⁶ y como se ha observado en el estudio de la situación de vulnerabilidad de los barrios, siendo Los Ángeles, Los Rosales y El Espinillo los que presentaban una mejor situación; ocurriendo de manera similar entre el nivel de estudios superior y la tasa de desempleo. Se observa de nuevo, en esta ocasión con datos de 2006, la relación entre renta y abstención electoral, presentando los barrios con mayor renta menor abstención electoral, lo que corrobora lo explicado con anterioridad.

El CS San Cristóbal, que tenía el mayor porcentaje de personas sin estudios y menor porcentaje de personas con estudios superiores, no presentaba cifras superiores de

desempleo al barrio donde están ubicados el CS San Andrés y CS Potes, quizás debido a que las altas tasas de desempleo por encima de cierto umbral no mantienen relación con el nivel de estudios. El barrio de San Cristóbal presentaba además de la menor renta disponible, una elevada tasa de desempleo, todos ellos indicadores de vulnerabilidad social y económica, lo que se definiría como polivulnerabilidad¹⁶.

Todos los centros de salud del distrito de Villaverde, excepto el CS El Espinillo, presentaban cifras más elevadas con respecto a tasa media de desempleo de los centros urbanos del área 11 (6,8); la renta media disponible de todos los CS del distrito y el porcentaje de personas con nivel de estudios superior fueron inferiores a la media del área urbana de referencia. En este sentido, si bien no hay homogeneidad, cabe señalar la escasa variabilidad de los indicadores de vulnerabilidad social del distrito sanitario de Villaverde, lo que puede haber dificultado una mejor explicación de la situación de vulnerabilidad en salud a nivel distrital en relación con Madrid, en el caso del estudio llevado a cabo en la población adscrita a centros de salud; si bien, al estar enmarcado en un estudio más amplio, en el ámbito del área sanitaria 11⁸⁶, dentro del que se encuentra Villaverde, permite realizar comparaciones necesarias en este sentido con la citada área sanitaria en la que se engloba este estudio.

El CS El Espinillo fue el centro con mayor presión asistencial médica, y el CS San Cristóbal el de menor presión asistencial. El CS de San Cristóbal es también el centro que presenta un mayor grado de satisfacción a la población que atiende, seguido del CS Potes; mientras que el CS San Andrés es en el que se observa la menor satisfacción, seguido del CS El Espinillo. Se observa así la relación entre la presión asistencial y la satisfacción²⁴⁴. La menor presión asistencial del CS San Cristóbal puede tener relación con el porcentaje de personas inmigrantes que residen en el barrio y que utilizan menos los servicios sanitarios que la población autóctona, en relación con una mejor salud, un mejor uso del sistema u otros factores como la dificultad de acceso^{245,246}.

Las características de la población que presentó errores en el registro fueron diferentes de las de la población consultante y no consultante, excepto en edad con los no consultantes; siendo más habitualmente varones y con orígenes fuera de la Europa-UE, a diferencia del estudio en el que se enmarca éste⁸⁶, y en el que los errores de registro se comportaron de manera intermedia al grupo de consultantes y no consultantes.

La población consultante fueron mayoritariamente mujeres, con orígenes en países de Europa-UE y pensionista y con edad media superior en 8 años a las personas que no consultaron.

Características de la población consultante: diabetes tipo 2, complejidad clínica, diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares, frecuentación en Atención Primaria.

La prevalencia de diabetes tipo 2 en nuestro estudio es similar a la de otros estudios que utilizan la historia clínica como fuente de datos, estando el valor obtenido probablemente infraestimado²⁴⁷⁻²⁴⁹ al haberse excluido aquellos pacientes de los que no se disponía información a nivel censal. Las diferencias en cuanto a la prevalencia según centro de salud y barrio se deben a la diferente población de referencia, siendo superior el número de personas empadronadas en el distrito en 15255, frente a las que están adscritas a algún centro de salud del distrito. La prevalencia de diabetes aumenta con la edad de las personas, por lo que para comparar de forma adecuada las prevalencias es necesario estandarizar por la edad, siendo su ausencia una de las limitaciones de nuestro estudio. Aunque esta limitación hace que se deban interpretar los datos con cautela el poder comparar las tasas brutas por sección censal aporta una información de interés.

La diabetes tipo 2 es una de las enfermedades crónicas de mayor repercusión socio-sanitaria, es más frecuente en mujeres, y en la población con peor situación socioeconómica²⁵⁰. Este hecho se observa en nuestro estudio al estudiar la distribución por barrio, con la salvedad de que se considera que la mayor frecuencia que se manifiesta en el barrio de Los Ángeles podría estar más en relación con la edad más avanzada de su población y no tanto con su situación social. Las diferencias en cuanto a las prevalencias por centro de salud y barrio donde están ubicados son llamativas, destacando sobre todo el caso del CS San Cristóbal, donde la prevalencia es muy inferior a la presente en el barrio del mismo nombre. Se observa que de las 8 las secciones que aportan más de un 1,5% de los casos del total, 4 están ubicadas en el barrio de Los Ángeles, probablemente en relación con el envejecimiento del barrio frente a los demás del distrito. Las otras cuatro se distribuyen entre los barrio de San Cristóbal (2), Villaverde Alto (1) y en Butarque (1).

Con este estudio exploratorio se quería conocer la distribución de los casos de diabetes mellitus tipo 2, por centro de salud, por barrio y por sección censal, para observar las

diferencias al utilizar de las distintas agrupaciones para vincular los datos individuales clínicos de los pacientes con variables contextuales y así poder estudiar con mayor acierto las posibles relaciones del entorno. Asignar a cada paciente las variables contextuales por centro de salud puede tener limitaciones, como se ha planteado en el estudio II, ya que un mismo centro puede tener secciones censales con características sociodemográficas y socioeconómicas muy diferentes, por este motivo poder vincularlo a la sección censal puede mejorar la validez de la información obtenida. Para poder analizar las diferencias por género se necesita incorporar desde el inicio el enfoque de género en la investigación, considerándose una línea de investigación futura.

El 26,5% de la población usuaria de centros de salud del distrito de Villaverde presentaba diagnósticos psiquiátricos y el 9,1% diagnósticos socio-familiares. Ambos fueron más frecuentes en mujeres, siendo mayor la diferencia en el caso de diagnósticos de ansiedad y depresión e invirtiéndose en el de abuso de tóxicos, con mayor frecuencia de hombres de este diagnóstico. Estos diagnósticos son congruentes con el estudio de Olmedo⁸⁶, en el que un tercio de la población del área 11 presentó diagnósticos psiquiátricos y 8,9% socio-familiares, siendo ambos también más frecuentes (34,5% y 9,1%, respectivamente).

El CS Potes es el que más diagnósticos psiquiátricos (32,6%) presentó, seguido del CS San Andrés (28%) e invirtiéndose el orden si nos referimos a diagnósticos socio-familiares, en el que el CS San Andrés obtuvo un 12,7% y el CS Potes un 10,4%, teniendo en cuenta también al CS Los Rosales que presentó un 10,5% de diagnósticos socio-familiares. También destaca el CS Potes en relación al elevado porcentaje de diagnóstico de abuso de tóxicos (13,3%) con respecto a los demás CS del distrito (5,6%-8,2%). El CS San Cristóbal presentó el menor porcentaje de estos diagnósticos en el distrito, llamando la atención frente a lo esperado por las condiciones de vulnerabilidad del barrio del mismo nombre, como lo que sucede en el estudio de Olmedo⁸⁶, en el que se observó la mayor frecuencia de estos diagnósticos en los centros de salud con menor nivel socioeconómico.

Se observa de esta manera que los centros del barrio de Villaverde Alto tienen una mayor prevalencia de ambos tipos de diagnóstico, pudiendo estar en relación con su vulnerabilidad y su menor nivel socioeconómico⁸⁶, y con la mayor complejidad clínica que mostraban. Sin embargo, destaca el CS San Cristóbal al obtener los datos de menor prevalencia, a pesar de ser el CS que da cobertura a la población de San Cristóbal y que presenta situaciones de

vulnerabilidad en relación a la educación y alfabetización, desempleo, vivienda y las circunstancias económicas, y presentar problemas relacionados, lo que se considerarían factores a clasificar como Códigos Z. Se considera que el registro de estos diagnósticos tiene relación con el enfoque de las y los profesionales, en concreto en el caso de los códigos Z más con la trabajadora social del equipo. No obstante, conviene señalar, nuevamente que el CS San Cristóbal no sólo atiende, aunque sí es la mayoría, a la población del barrio del mismo nombre. Además, podría tener relación la baja frecuentación de la población con elevado porcentaje de población migrante que frecuenta menos y presenta mejor estado de salud²⁴⁵, así como con los enfoques de las y los profesionales del equipo, ya que sería esperable encontrar más prevalencia de estos diagnósticos debido a la situación de vulnerabilidad sociodemográfica (población con posibles duelos migratorios, sobre-envejecimiento, soledad, desempleo...).

Se quiere señalar que aunque sea habitual el término “problemas sociales” o “socio-familiares” para referirse a los códigos Z, realmente hacen referencia a los “*factores que influyen en la salud y contactos con los servicios de salud*”, siendo este concepto diferente y más amplio. La profesional que más diagnósticos de este registra en Atención Primaria suele ser la trabajadora social, teniendo esta identificación, por lo tanto, importante relación con el enfoque de la profesional.

La inclusión en historia clínica de un estratificador de riesgo de la población en función de su complejidad⁸⁵, aporta información para la toma de decisiones adecuada a las necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedades crónicas, siendo valorado como herramienta útil por las y los profesionales de medicina de familia, aunque adolece de la inclusión de variables sociales, también porque el registro de códigos Z no es habitual.

La banda 3 fue la banda de complejidad más frecuente en la población consultante del distrito de Villaverde, al igual que lo encontrado en el estudio del área 11⁸⁶, presentando mayor complejidad las mujeres, las personas con tipo de usuario pensionista y nacidas en países de Europa-UE, aumentando según la edad.

Los CS Potes y Los Ángeles son los que presentan mayor proporción de bandas 4 y 5 entre su población (28,2% y 25,4%, respectivamente). El CS Potes es el que presenta más porcentaje de población con banda 5 de complejidad clínica (la más elevada), seguido del CS

San Cristóbal; presentando también el CS Potes el menor porcentaje de personas en la banda 1 (menor complejidad) seguido del CS San Andrés y CS Los Ángeles. Se refleja así la complejidad esperada según las vulnerabilidades de los barrios donde se localizan los centros de salud, mostrando la relación entre vulnerabilidad social y salud. El CS El Espinillo es el atiende a un menor porcentaje pacientes con elevados niveles de complejidad. Estos hallazgos concuerdan con el estudio llevado a cabo en Cataluña que encuentra que las personas con menor nivel socioeconómico presentaron mayor complejidad⁷². En el análisis por sexo, se observa más complejidad en el caso de mujeres, en todos los CS, siendo significativas estas diferencias; y en cuanto a la edad, la complejidad aumentó con la edad.

La población del distrito sanitario de Villaverde realizó más visitas tanto a consultas de medicina (6,01) como de enfermería (2,37) que la del área 11⁸⁶ (5,72 y 1,99, respectivamente). Estas diferencias resultan menores si se analiza la población consultante en exclusiva, ya que la frecuentación en este caso fue de 7,58 en el caso de consultas médicas y de 2,99 en el caso de enfermería, frente a las 7,60 y 2,66, respectivamente. El estudio de Olmedo⁸⁶ encontró resultados similares en la población del Área 11, con mayor frecuentación en relación a la consulta médica que enfermera, como los datos aportados por el Sistema de Información de Atención Primaria²⁵¹, mostrando la mayor frecuentación de las personas en situaciones más desfavorecidas a nivel social (según nivel de estudios u ocupación)^{67,73}.

Se observa así la diferente utilización de las consultas según tipo de profesional, siendo en todos los casos más frecuente en el caso de mujeres, aumentando con la edad, como en el estudio de Olmedo⁸⁶; la frecuentación a consultas de medicina presenta menores diferencias en cuanto a sexo. El aumento con la edad resultó más lineal en el caso de consultas médicas y más abrupto a partir de los 65 años en el caso de las consultas enfermeras, como refleja el dato conocido de que la edad es uno de los factores conocidos que más actúa en la demanda de servicios⁷⁴. En nuestro estudio se refleja esta relación entre la frecuentación a consultas de enfermería y la morbilidad crónica, llamando la atención que la frecuentación en estas consultas en el CS Potes supera a la de medicina a partir de los 65 años, para ambos sexos. El CS Potes presentó diferencias estadísticamente significativas con los demás centros de salud en la frecuentación a consultas de enfermería hasta el tramo de edad de 80 años, y en relación a las consultas de medicina hasta los 45 años.

El CS Potes es el que presentó la mayor frecuentación, a pesar de la menor edad media de la población que tenía adscrita, seguido de CS San Andrés (los dos ubicados en el barrio de Villaverde Alto) tanto en relación a consultas de medicina como de enfermería. En ambos casos, el CS Potes es el que presenta la frecuentación más alta, seguido del CS San Andrés, correspondiendo por lo tanto al barrio de Villaverde Alto, que ya se había identificado como uno de los barrios con mayor vulnerabilidad dentro del distrito, pero mostrando las diferencias existentes entre las zonas del mismo, ya que los barrios no tienen homogeneidad ni en cuanto a vivienda ni población residente. El CS Potes tiene en su área de influencia edificios donde realojaron a familias que vivían en asentamientos chabolistas, con alta proporción de personas de etnia gitana. El CS San Cristóbal no presenta elevada frecuentación probablemente en relación con lo comentado con anterioridad y no quedan reflejada la atención domiciliaria que se sobre-entiende que se lleva a cabo dado el elevado porcentaje de sobre-envejecimiento que presenta la población del barrio.

El CS El Espinillo fue el que ocupó el tercer lugar en cuanto a frecuentación de consultas de medicina y el CS Los Ángeles en relación a consultas de enfermería, probablemente en relación con la mayor edad media de la población adscrita y la prevalencia de patologías crónicas. El CS El Espinillo presenta la frecuentación más elevada a consultas de medicina en el tramo de mayores de 65 años, seguido del CS Los Rosales y CS Potes; siendo el CS Potes el que muestra la frecuentación más alta a consultas de enfermería en ese mismo tramo de edad y mayor diferencia por sexo.

Llama la atención la elevada frecuentación a consultas médicas del CS El Espinillo dadas las características socio-demográficas del barrio en el que está ubicado, con edad media de la población inferior a la media del distrito, siendo muy llamativa la frecuentación del grupo de mayores de 65 años. Sin embargo, el CS El Espinillo no tiene una elevada frecuentación a consultas de enfermería, lo que podría indicar que las personas que acuden a consultas de medicina no siempre estarán en relación con patologías crónicas, de las que enfermería realiza el seguimiento, o bien a una diferente organización del Equipo de profesionales con mayor necesidad de supervisión médica y menor autonomía de enfermería.

La frecuentación fue mayor en mujeres^{67,73} tanto en consultas de medicina como de enfermería, aunque hay variaciones según centro de salud. La frecuentación fue mayor en personas con origen en países de Europa UE, lo que va a favor de lo concluido por otros

estudios y también en otras poblaciones^{86,233,246,252,253}. Sin embargo, el colectivo migrante es uno de los que más han sufrido los efectos de la crisis económica, aumentando su vulnerabilidad social^{254,255}, y de los que más dificultades de acceso presenta.

El número de visitas a cualquier profesional aumenta con la edad y en mujeres, a mayor grado de complejidad clínica (banda ACG), con la presencia de diagnóstico ansiedad y depresión o de códigos Z (diagnóstico socio-familiar), como ya se había descrito⁸⁶. De hecho, la banda de complejidad fue la que más se relacionó con el número de visitas, aumentando según aumentaba la complejidad de las bandas; la presencia de banda 5 (la de mayor complejidad) supone un aumento de media en 8,53 visitas en relación a la consulta de medicina y de 4,24 en el caso enfermería. La presencia de diagnósticos psiquiátricos disminuye de media en 0,25 el número de visitas a consultas de enfermería, y aumenta de media 0,34 a las de medicina, siendo ambas cifras inferiores a las encontradas en el estudio de Olmedo⁸⁶, encontrando éste más frecuentación ante este diagnóstico tanto en consultas de medicina como enfermería. La presencia de diabetes, diagnósticos psiquiátricos, la mayor complejidad clínica y utilización de servicios presentadas aportan una mayor necesidad de dedicación por parte de los equipos de atención primaria de los barrios con mayor vulnerabilidad a nivel contextual, aspecto importante en la planificación y gestión sanitarias. No obstante, aportarían una rica información, ampliando la discusión de estos resultados, las investigaciones sobre las percepciones de las vulnerabilidades y su relación con la salud por parte de los y las profesionales de atención primaria, y por lo tanto de las estrategias de intervención.

La percepción desde las consultas de Atención Primaria de las realidades que atienden y acompañan, o en palabras de Cofiño²⁵⁶ “tu código social es más importante para tu salud que tu código genético” se corrobora en este trabajo no sólo en términos de morbilidad, sino también de carga de complejidad y utilización de servicios sanitarios, apreciando la importancia de las condiciones de vida en la salud de las personas y comunidades.

La Atención Primaria se considera el nivel de atención cercana y contextual idóneo para ser el centro del sistema y contribuir a reducir las desigualdades sociales en salud. Para llevar a cabo abordajes contextualizados desde la consulta^{35,162}, como una de las estrategias que recomienda la literatura, se considera necesaria la incorporación de variables sociales (individuales y contextuales) en la historia clínica^{14,35} para poder tener en cuenta los determinantes sociales de la salud en la intervención individual y también en la planificación

de los recursos y servicios y en su evaluación, realizándola de manera desagregada según ejes de desigualdad sobre los que se haya querido incidir⁴³. Cabría considerar estos factores socioeconómicos en la planificación y dotación de recursos, así como la idoneidad de los mismos y su enfoque en Atención Primaria. Los entornos donde habita la población influye en su salud y por lo tanto, se debe prestar atención a ellos desde el sistema sanitario. Las consultas de atención primaria atienden a casi toda la población a lo largo de un año, pudiendo necesitar una mayor pro actividad para atender a la población que a pesar de tener necesidades en salud no acude a consulta⁷¹.

La orientación comunitaria facilitando una participación más activa por parte de la ciudadanía en su salud y el sistema sanitario, así como el trabajo intersectorial, y el empoderamiento de la ciudadanía, son aspectos a tener en cuenta según Guía NICE²⁵⁷ para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

El Proyecto del CMS Villaverde.

A lo largo del periodo de la Estrategia Gente Saludable, 2010 a 2015, el número de personas atendidas en el global de los CMS, ha ido disminuyendo en el ámbito individual, y aumentando en cuanto al número de personas atendidas en el ámbito grupal, lo que muestra la reorientación que han llevado a cabo los CMS, en correspondencia con la Estrategia de intervención de este periodo del Servicio¹⁷⁶. El CMS Villaverde, al comenzar su andadura a lo largo de la Estrategia Gente Saludable, muestra desde su inicio la orientación comunitaria de su Proyecto, si bien las y los profesionales que configuraron el equipo inicialmente sí realizaron ese cambio de orientación, al estar trabajando previamente en otros CMS u otras estructuras de Madrid Salud. Los cambios suponen situaciones de vulnerabilidad en las y los profesionales, al necesitar salir de zonas de comodidad y en muchas ocasiones provocan resistencias, o “multi-resistencias”²⁵⁸, como paradoja de la propia vida que siempre está en cambio.

La interdisciplinariedad de los equipos de los CMS es clave para poder seguir una orientación comunitaria, como se entendió la constitución interdisciplinar de los equipos de atención primaria¹⁵⁴. Cabe señalar que en la actualidad, mayoritariamente hay una profesional de trabajo social y otra de psicología en cada CMS, donde cabría esperar mayor interdisciplinariedad con aportes de otras disciplinas, como educación social, promotores

deportivos, artistas..., y funciones, como agentes de igualdad, dinamizadores de convivencia, vecinales..., puesto que son centros de promoción de la salud comunitaria.

Si bien el número de personas participantes a lo largo del periodo de estudio ha ido en aumento, reflejando una gran parte de la actividad desarrollada por el Equipo del CMS, el número de intervenciones en cualquiera de los tres ámbitos de intervención del Centro (individual, grupal y comunitario) se ha mantenido estable en los dos últimos años que anteriormente, por lo que podría suponer que la orientación de las intervenciones del Centro se ha consolidado, habiendo resultado necesarios tres años para lograr la implementación de la misma, además de reflejar que no es posible aumentar el nivel de actividad del CMS con la dotación de recursos de la que dispone.

El número de personas atendidas con citas individuales refleja una escasa cobertura de población en este ámbito de actuación, siendo superior el número de participantes en las intervenciones desarrolladas en el ámbito comunitario. Este dato resulta congruente con el enfoque comunitario que persigue la Estrategia Gente Saludable^{176,188}, y que avalan otros estudios sobre promoción de la salud con orientación comunitaria¹⁶⁸ y medidas para lograr la equidad en salud^{43,137,173,259}.

La literatura recomienda el uso de múltiples intervenciones y dispositivos (individuales, grupales y con organizaciones)¹⁶⁸, siendo adecuados, por lo tanto, los ámbitos de intervención que persiguen los CMS; además de la incorporación de los tres elementos clave¹⁶⁸ ya mencionados (movilización de comunidades para que participen, implementación de actividades en diversos escenarios y utilización de diferentes estrategias de intervención). Los tres elementos se contemplan y abordan desde las intervenciones del CMS Villaverde, por lo que se considera adecuada la orientación comunitaria del mismo al favorecer la participación ciudadana, el trabajo en entornos, con la comunidad en su conjunto y la intervención en diferentes ámbitos (individual, grupal y comunitario).

La reciente Guía NICE “Community Engagement: Improving Health and Wellbeing and Reducing Health Inequalities”²⁵⁷ avala las estrategias seguidas por el CMS Villaverde en relación a la utilización de redes locales y comunitarias como asociaciones vecinales, involucrar a miembros de la comunidad en la planificación, diseño e implementación, basar

las colaboraciones en alianzas priorizadas, haciendo especial hincapié en aquellos colectivos y comunidades con mayores vulnerabilidad, como las personas con discapacidad,

Los programas de promoción de la salud con orientación comunitaria¹⁶⁸ incluyen la implicación sistemática de otros líderes de la comunidad²⁶⁰ y de los medios de comunicación, que se refleja en el elevado número y diversa composición de los Espacios de coordinación intersectorial y de alianzas en las que participa el CMS, y que incluyen a dos medios de comunicación locales. En este sentido, cabe señalar la participación extensa del CMS con y en medios de comunicación locales, como son la radio “Onda Merlín Comunitaria” y el periódico Distrito Villaverde. La radio y el CMS participan en la red RIJ (espacio de coordinación intersectorial), ambos son recursos comunitarios que participan en multitud de actividades del distrito, no sólo promovidas por la Red RIJ; en 2015, de manera destaca participaron en el DREAM FESTIVAL, Fiesta de la Salud y la Fiesta de Uniendo Barrios. El CMS Villaverde además participa de manera periódica en el programa “Onda Salud” de OMC Radio y en el curso de “la radio como herramienta de intervención social”, impartiendo el CMS Villaverde el módulo “la radio como herramienta de promoción de la salud”. Tanto con la radio como con el periódico Distrito Villaverde se mantiene desde el CMS Villaverde una relación de colaboración, resultando muy fácil la difusión de actividades del CMS por cualquiera de los medios y también sirviendo como recurso especializado en promoción de la salud del distrito para entrevistas y reportajes relacionados que desde el medio quieran llevar a cabo. Se entiende que al ser medios de comunicación locales no hay el riesgo de estar aumentando las desigualdades como citaba Lorenc¹⁴⁵, sino que por el contrario son medios con mayor implicación ciudadana y comunitaria en los barrios por lo que se podrían considerar intervenciones adecuadas de promoción de la salud con mirada de equidad. La importancia de los medios de comunicación locales en la intervención comunitaria se visibiliza también en la ficha del servicio 508 del Servicio Madrileño de Salud¹⁵⁸, que contempla éstas como actividades específicas.

Intervenciones en el ámbito comunitario.

A lo largo del periodo estudiado, el número de participantes en intervenciones en el ámbito comunitario ha aumentado considerablemente, desde 3.576 en 2013 a 17.657 en 2015, lo que puede estar en relación con la implementación en el territorio del CMS y las alianzas establecidas, así como con la mayor experiencia del centro en este tipo de intervenciones y en un auge de la participación comunitaria en salud en la sociedad en su conjunto²⁶¹. Una

muestra de que este enfoque requiere tiempo y que se ha logrado en el CMS Villaverde lo refleja la noticia publicada en el periódico local Distrito Villaverde sobre la celebración de la IV Jornada de Puertas Abiertas del CMS Villaverde²⁶², a la que acudieron más de 400 personas. (Figura 82)

Figura 82. Noticia en el Periódico Distrito Villaverde sobre la Jornada de Puertas Abiertas del CMS Villaverde.



La visión utópica⁹³ y basada en la fe¹⁶⁸ que en ocasiones tiene el sector sanitario de la orientación comunitaria y la promoción de la salud cobra realidad en este Centro de promoción de la salud y salud comunitaria en el ámbito local, de competencia municipal, cercano a la ciudadanía, y el trabajo intersectorial, además de las alianzas estratégicas, como Atención Primaria, a través de los centros de salud del distrito, valorando las fortalezas de éstos y los esfuerzos que muchos de sus profesionales realizan para trabajar con este enfoque dadas las dificultades y limitaciones que presentan^{153,161}. La inclusión de un servicio de intervención comunitaria (servicio 508) en la cartera de servicios del Servicio Madrileño de Salud¹⁵⁸ apoya este enfoque en los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid²⁶³.

El Programa de Desigualdades Sociales en Salud refleja su transversalidad a los demás programas de la Estrategia Gente Saludable, al servir de marco de la mayoría de las

intervenciones realizadas por el CMS Villaverde en el ámbito comunitario (en todos los ámbitos de actuación), conjuntamente con algún otro Programa.

Para lograr la equidad en salud, el trabajo intersectorial con suficiente autoridad delegada ha demostrado ser una de las acciones clave ⁴³. Por coordinación intersectorial se entiende una relación reconocida entre parte o partes de los diferentes sectores de la sociedad que se ha formado para actuar en un tema para conseguir resultados de salud o resultados intermedios de salud de una lo que es más eficaz, eficiente y sostenible que lo que podría ser alcanzado por el sector de la salud actuando en solitario¹⁸². En este trabajo, no se muestra la autoridad delegada de cada uno de los Espacios de coordinación intersectorial, si bien se aprecia el número de los mismos y la diversidad de sus integrantes, con participación vecinal, del tercer sector así como de la administración regional y local (con diferentes sectores implicados) en el distrito de Villaverde, y la participación del CMS Villaverde en diez de estos Espacios.

Las actividades a nivel local que facilitan la participación activa de la ciudadanía en la planificación y desarrollo de intervenciones, que son las diferentes Mesas o Espacios que cuentan con participación ciudadana, se considera una las medidas efectivas para la equidad en salud^{43,137}. El 50% de los Espacios de Coordinación Intersectorial incluían entre sus integrantes a vecinas y vecinos, habitualmente miembros de asociaciones vecinales. Si bien se desconoce el nivel de participación ciudadana de cada espacio y de cada actividad, siendo importante su identificación y recogida, proponiéndose como una opción el modelo clásico de escala ordinal de Arnstein como en el estudio frAC¹⁵⁴ o según la reciente propuesta de Barcelona de clasificación de barrios según el nivel de acción comunitaria en salud²⁶⁴; además de considerarse recomendable seguir promoviendo la participación ciudadana en estos espacios, y la autoridad delegada en los mismos como medida a favor de la equidad en salud, y de la orientación comunitaria de los servicios.

Siguiendo el estudio frAC¹⁵⁴, cabría señalar como aspecto de mejora en el registro de actividades comunitarias, proponiendo la inclusión de una variable sobre la metodología empleada, reconociendo la educación para la salud, el desarrollo comunitario y la investigación en acción participativa como perspectivas teóricas concretas, o bien el modelo de activos en salud, a través del mapeo. El modelo de activos en salud¹³⁶ se trabaja en el CMS Villaverde a través de un proyecto específico, “*Villaverde +*”, siendo un enfoque tan adecuado para abordar las situaciones de vulnerabilidad cabría valorar su inclusión en otras

intervenciones, o como perspectiva global en la Estrategia actual de promoción de la salud municipal.

Potenciar la inclusión de las actividades en redes más globales puede favorecer la difusión del trabajo realizado desde los CMS, así como una estrategia adecuada para establecer contactos e intercambio de información, así como buenas prácticas²⁶⁵. La inscripción de las intervenciones llevadas a cabo por el CMS Villaverde en registros de redes ya existentes como la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria²⁶⁶ o en el Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud realizado en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud(SIPES)²⁶⁵ resultaría , por lo tanto, otra propuesta de avance; ya que, al igual que señala el estudio frAC¹⁵⁴, tampoco el CMS Villaverde ha incorporado la mayoría de las actividades comunitarias o de promoción de la salud que realiza, estando solo 2 en la RAC y sin actualizar desde su inclusión. Un obstáculo para haber llevado a cabo este registro lo ha supuesto el criterio de inclusión de la RAC que anteriormente requería de la participación de un centro de atención primaria en la actividad, no cumpliéndolo el CMS Villaverde.

Las alianzas con otros sectores y recursos permiten incluir el enfoque de equidad en salud en las acciones intersectoriales, que se valoran como una de las líneas de intervención en Atención Primaria³⁵. En este sentido, el CMS Villaverde mostró en el año 2015 una rica red de alianzas, establecidas y mantenidas en el tiempo, así como la búsqueda e impulso de nuevas que faciliten el enfoque de equidad en salud. Se valora también la importante red de tejido asociativo e implicación de las distintas instituciones existentes en el distrito de Villaverde, que favorecen el trabajo comunitario en red para reducir las desigualdades sociales en salud; como muestra el número de alianzas establecidas y fortalecidas por el CMS, así como su presencia en los diferentes barrios, y con recursos que atienden prioritariamente a colectivos en situaciones de vulnerabilidad (ej. Fundación Secretariado Gitano, CEAR, ...). La presencia de numerosos recursos en Villaverde Alto se debe en parte a su historia como pueblo, teniendo ya sedes institucionales. El número de alianzas establecido es mayor en los barrios de Villaverde Alto y San Cristóbal, ambos con situación de vulnerabilidad integral. Ambos barrios presentan a su vez proyectos específicos de intervención como el Proyecto “Vive tu Barrio” en una zona de especial vulnerabilidad en Villaverde Alto (cuya población

está adscrita al CS Potes), y el Proyecto Intervención Convivencia Intercultural (ICI) en San Cristóbal.

La cartera de Servicios de Atención Primaria incluye, desde agosto de 2014, el Servicio de “Intervenciones Comunitarias”¹⁵⁸, sin embargo este indicador no se muestra como indicador de resultados en la página web del Observatorio y no se ha podido completar por lo tanto la descripción del abordaje comunitario del distrito desde los servicios de salud. La vertiente comunitaria de la Atención Primaria es la que fundamentalmente aborda los determinantes sociales en salud, contribuyendo, además de ocupar el centro del sistema de salud y a la universalidad de acceso al mismo, a reducir las desigualdades sociales en salud³⁵. No obstante, el desarrollo de la visión comunitaria en los Equipos de Atención Primaria era en líneas generales deficitaria o inexistente¹⁵⁷, y en concreto esta orientación en la Comunidad de Madrid estaba escasamente desarrollada¹⁶¹ y percibida más casi como esfuerzos voluntariosos¹⁵³, demostrado por el largo camino hasta que se incorporó el Servicio de “Intervenciones Comunitarias”¹⁵⁶ a la Cartera de Servicios de Atención Primaria y el número de actividades que describió el estudio frAC en Madrid en el área 1 de Salud¹⁵⁴. Habitualmente las intervenciones que se realizan desde Atención Primaria suelen centrarse en problemas de salud prevalentes¹⁵⁴, y en grupos de personas que padecen estos problemas, más que en estadios previos de la enfermedad con intervenciones de promoción de la salud y de prevención. Los registros de Códigos Z que refleja este trabajo en los CS del distrito de Villaverde contribuyen al abordaje contextualizado desde la consulta, a la orientación comunitaria en Atención Primaria^{14,102,162}. Se recomienda por lo tanto desarrollar estrategias en Atención Primaria para fomentar este abordaje, ya que es una de las herramientas para reducir las desigualdades sociales en salud³⁵.

Se observa por lo tanto una oportunidad valiosa en la ciudad de Madrid, con la alianza entre Atención Primaria y la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud (Madrid Salud-Ayuntamiento de Madrid), que contribuiría a la salud comunitaria y a la reducción de las desigualdades sociales en salud, con el trabajo conjunto de los centros de salud y CMS, aliados con objetivo común, potenciando el trabajo intersectorial, la participación comunitaria. Sin embargo, en ocasiones, se desconoce la labor de los CMS y aportaciones que realizan a la salud de la población madrileña, a través del abordaje intersectorial, con la idea de Salud en Todas Las Políticas, y fomentando la participación comunitaria.

El registro de las intervenciones de los CMS distingue entre actividades grupales y comunitarias, aspecto considerado como clave pues como los dispositivos grupales no siendo los únicos aplicados en acciones comunitarias. Sin embargo esta diferencia es difícil de matizar como muestra el estudio frAC¹⁵⁴. Una discrepancia con este estudio es el hecho de que habitualmente la metodología de educación para la salud en el CMS Villaverde se utiliza las intervenciones realizadas en el ámbito grupal y no en el comunitario.

A diferencia del estudio frAC¹⁵⁴ las intervenciones en centros educativos son las más numerosas a nivel grupal en el CMS Villaverde (haciendo analogía de que si la iniciativa es de la institución educativa y el programa que participa es el de ámbito educativo, junto con el de desigualdades sociales en salud, la intervención se hará en el centro educativo), pero no así en cuanto a intervenciones comunitarias. En concreto, el ámbito educativo constituye un espacio idóneo para abordar la promoción y educación para la salud, y cabría valorar la eficacia del Programa de Desigualdades Sociales en Salud en este entorno (a través del Programa Ámbito Educativo de la misma Estrategia). Además, este marco de intervención es de gran utilidad porque acoge a la comunidad educativa, lo que permitiría realizar abordajes participativos, siguiendo metodologías propuestas para el mapeo de activos en salud²⁶⁷, adecuadas para esta población diana, u otras.

Intervenciones en el ámbito grupal.

Las actividades grupales fueron mayoritariamente talleres de educación para la salud, uno de los instrumentos para la promoción de la salud¹⁵³ enfocadas en el cambio de conductas y estilos de vida, incidiendo en concreto sobre temáticas como alimentación, tabaco y sexualidad, ...para prevenir las enfermedades más prevalentes en la población madrileña y para promocionar estilos de vida más saludables directamente relacionado con éstas. El marco del Programa de Desigualdades Sociales en Salud en más de un tercio de estas intervenciones persigue la priorización de colectivos y territorios con situaciones de vulnerabilidad, como personas con diversidad funcional¹³⁷. Se considera necesario incorporar en el registro los restantes ejes de desigualdad⁴³ con el fin de conocer con mayor detalle estas intervenciones y poder planificar más adecuadamente, según las necesidades de las poblaciones.

El número de personas participantes en actividades grupales aumentó desde 2011 a 2013, pasando de 721 en 2011, a 2.700 en 2014, y a 4.573 en 2015. Se percibe el trabajo constante

y orientado hacia este ámbito de actuación, así como el necesario tiempo de implementación del Centro en el distrito, así como para la difusión de la cartera de servicios del CMS.

Los centros de salud pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud incluyen en su cartera de servicios la realización de actividades grupales de educación para la salud. En concreto, en los centros ubicados en el distrito de Villaverde se realizaron, en el año 2015, 16 actividades en centros educativos y 27 con grupos (Tabla 85), frente a las 202 realizadas por el CMS, de las cuales 74 estaban en el marco del Programa de Desigualdades Sociales en Salud. Es habitual la participación conjunta y coordinada de las dos instituciones (Servicio Madrileño de Salud y Madrid Salud) en las intervenciones en centros educativos; pudiendo reflejarse una misma actividad por lo tanto en los registros de ambas administraciones. Sin embargo, las actividades de educación para la salud a grupos que realiza la primera suelen estar centradas en la alfabetización de personas que presentan una determinada patología, aspecto que no cubre el CMS.

La disparidad en el número y tipo de intervenciones grupales y comunitarias llevadas a cabo por el CMS o por el total de CS del distrito refleja la competencia y orientación diferenciadas de ambas instituciones, y por lo tanto la ausencia de duplicidad¹⁸⁶ y potencialidad del trabajo cooperativo.

Tabla 85 Número de actividades de educación para la salud (EpS) a grupos y en centros educativos, según centro de salud del distrito de Villaverde y el total realizado por todos los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud. 2015

	SAN ANDRÉS	POTES	SAN CRISTÓBAL	LOS ROSALES	EL ESPINILLO	LOS ÁNGELES
EpS a grupos	1	0	18	1	1	6
EpS en centros educativos	2	2	9	2	0	1

En relación a las intervenciones en el ámbito grupal, sería interesante conocer cómo se han realizado éstas, pues algunos estudios afirman que aportan un valor añadido al abordar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, que influyen en la salud y el bienestar de las personas, aportando herramientas que aumentan su capacidad de autocuidado y su motivación en un mismo espacio, y por ello, pueden resultar una herramienta útil para el impulso de intervenciones comunitarias de promoción de la salud¹²³⁴.

Tanto en los registros de actividad grupal como comunitaria y dado que la tendencia va a ser trabajar en unidades territoriales más pequeñas que el distrito, como podrían ser los barrios, que permitan tener un cierto sentimiento de pertenencia, y de hecho, la Estrategia actual de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) se denomina “Barrios Saludables”, se considera interesante poder contar con la información de las intervenciones y actividades realizadas con este nivel de desagregación. Además, con el fin de conocer en mayor profundidad el trabajo para reducir desigualdades sociales en salud cabría también introducir en los sistemas de información algunas variables sociales⁴³ que permitieran conocer la población diana de las intervenciones que se llevan a cabo. Incluyendo, como antes se ha comentado, información sobre la metodología de intervención utilizada y el grado de participación de la población.

Intervenciones en el ámbito individual.

A partir de mayo de 2012, se incluyó el registro de variables sociales en la historia clínica y sistema de citación, al considerarse necesario para la orientación comunitaria y hacia la equidad en salud^{35,162} de la Estrategia Gente Saludable y, por lo tanto, del Proyecto del Equipo del CMS Villaverde. Esta modificación en la agenda, se realizó a través de un sistema de cita preferente dirigido a la recogida de información por programas, que permite, además, la recogida de variables socio-demográficas como zona de residencia (si el domicilio de la persona pertenece o no a una zona de intervención preferente (ZIP)) y tipo de captación. Este protocolo lleva el nombre de filiación complementaria y se rellena una sola vez para cada persona, por la primera o primer profesional que atiende a la persona usuaria en consulta. Esta inclusión permite conocer y valorar el perfil de las personas atendidas en el ámbito individual y planificar las intervenciones futuras hacia las poblaciones consideradas como prioritarias. Sin embargo, desgraciadamente, no se trata de fuentes de información compartidas con Atención Primaria lo que permitiría disponer de indicadores clave según eje de equidad y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas en los barrios o zonas básicas desde los diferentes recursos, como son el Centro de Salud y el CMS.

Estas variables aún no se recogen en los registros grupal y comunitario, a pesar de que ésta es la orientación global de la actividad de los CMS, considerándose importantes para conocer con quienes estamos trabajando en estos ámbitos. Se propone incluir en estos registros alguna variables que permita caracterizar el perfil social de las personas participantes en actividades grupales y comunitarias, como si el lugar donde se ha realizado la intervención es

ZIP o no, y si el colectivo con el que se ha trabajado reside en ZIP, y si son personas migrantes, en situación de desempleo, etc.. Una propuesta concreta es la de recoger el eje de desigualdad sobre el que se está interviniendo, siguiendo las recomendaciones de la literatura²⁵.

El perfil de la población atendida individualmente en el CMS Villaverde es similar a la población del distrito, lo que avalaría que sus intervenciones siguen una estrategia poblacional o universal. Los indicadores de atención en consulta individual a población considerada como vulnerable dan idea de orientación de esta atención hacia la mayor vulnerabilidad de manera prioritaria. A lo largo del periodo estudiado (2013-2015), en el CMS Villaverde, ha aumentado el porcentaje de personas atendidas con criterios de vulnerabilidad por nivel de estudios ha aumentado, lo mismo que en concreto en mujeres, también por situación laboral y país de nacimiento sin permiso de residencia, destacando este último porcentaje en el año 2015 muy por encima del alcanzado por el total de los CMS. Se considera adecuado conocer el perfil de vulnerabilidad del distrito según los indicadores que se han elaborado en relación a la información recogida en las consultas individuales, para conocer la cobertura que el CMS realiza de esta población.

Esta conjunción de estrategias se podría considerar un enfoque de universalismo proporcional por parte del CMS Villaverde, que es el tipo de intervención más adecuada^{139,140} para reducir las desigualdades sociales en salud, y objetivo del Programa¹⁹¹ del mismo nombre. Se debe recordar que las personas que presenten menos vulnerabilidad realizan un mayor uso de servicios sanitarios³³, entre los que se encuentran los dedicados a la prevención²⁶⁹, por lo que la orientación comunitaria³⁵ es clave y fundamental para avanzar en equidad, para realizar esta priorización en la intervención y que ésta tenga mayor intensidad con las personas y colectivos con mayor vulnerabilidad.

El CMS Villaverde ha atendido en mayor porcentaje, con citas individuales, a personas con un perfil social que puede ser considerado como vulnerable según nivel de estudios, situación laboral, país de origen sin permiso de residencia y domicilio en zonas de intervención preferente (ZIP), excepto en relación a las personas que acuden desde Servicios Sociales, ONGs/asociaciones, que el total de los CMS Madrid. Todo esto en relación a los porcentajes de atención individual totales y por sexo del año 2015. La población del distrito de Villaverde, en relación a la ciudad de Madrid, presenta una mayor vulnerabilidad, hecho que puede

favorecer que los porcentajes de atención a población vulnerable de este CMS sean superiores a la media de CMS de Madrid.

Las intervenciones individuales que se han realizado con personas en situación de mayor vulnerabilidad, en el CMS, han sido facilitadas en ocasiones por alianzas establecidas²⁵⁹ con entidades sociales y por la labor que educadoras y mediadoras realizan en este sentido, acercando el CMS Villaverde a la población y favoreciendo la superación de las barreras existentes, así como la interrelación en los Espacios Comunitarios de Coordinación Intersectorial. No es habitual disponer de más de 10 Espacios en los distritos, con lo que se considera una fortaleza del distrito, además de mostrar que la implicación del CMS de manera mayoritaria sigue la visión de la Estrategia marcada por el Servicio.

En el periodo analizado, el porcentaje de personas, y en concreto de mujeres, atendidas con nivel de estudios considerado como desfavorecido ha aumentado en el CMS Villaverde. Dadas las características de mayor vulnerabilidad de la población del distrito de Villaverde y los datos del perfil de personas atendidas se considera que se está ajustando a sus necesidades, en estos primeros 4 años de trabajo. Tanto en número como en porcentaje es mayoritaria la atención a mujeres, tanto en la ciudad de Madrid como en Villaverde; resultando estos Centros una oportunidad para el incorporar enfoque de género en sus actividades y contribuir a reducir las desigualdades sociales de género, además de realizar intervenciones para sensibilizar, informar y formar sobre la construcción social de género (como las actividades de días singulares, la intervención “Hombres con Cuidado”...)

Los actos de agenda o programas en los que más han incrementado el porcentaje de personas atendidas con nivel de estudios considerado como desfavorecido son “Alimentación, Actividad Física y Salud” y “Prevención y control del Tabaquismo”, mientras que Psicohigiene y Atención Socio-Sanitaria han disminuido el citado porcentaje. El programa de “Salud Sexual y Reproductiva” ha presentado un aumento en el porcentaje de usuarias con este perfil social en el mismo periodo; siendo en cualquier año de los estudiados, el programa que más personas atiende, en relación a esta variable, junto con asesoría socio-sanitaria.

En cuanto a la situación laboral de las personas atendidas, cabe señalar que en el mismo periodo ha disminuido el porcentaje de personas atendidas con situación laboral considerada

como desfavorecida. Sin embargo, los actos de agenda o programas que han aumentado el porcentaje de personas atendidas con esta situación han sido “Salud Sexual y Reproductiva” (al igual que en el número de personas) y “Prevención y Control del Tabaquismo”.

Tan sólo el 3,1% de la población atendida en el CMS Villaverde en 2015 había nacido fuera de España y no disponía de permiso de residencia. A pesar de resultar un pequeño porcentaje, este año destaca puesto que el porcentaje de personas atendidas en esta situación casi llega a duplicar al de años precedentes, y este aumento se ha reflejado sobre todo en las atenciones realizadas en el marco del programa de “Salud Sexual y Reproductiva”, así como ha aumentado en el último año los porcentajes de personas atendidas en todos los programas. La dificultad de acceso de esta población, además de su extrema situación de vulnerabilidad son factores que contribuyen a explicar el escaso número de atenciones a estas personas que se realiza desde los CMS, sin embargo el porcentaje de esta población se ha duplicado en 3 años, probablemente debido a las alianzas establecidas y a una mayor difusión del Centro entre la población.

Anteriormente, los centros municipales prestaban asistencia sanitaria a las personas del distrito sin cobertura sanitaria por tener situación administrativa irregular (“sin papeles”) en épocas previas, como muestra el estudio de Esteban y Peña²⁷⁰. La red sanitaria de la Comunidad de Madrid atiende en la actualidad, con algunas excepciones, a todas las personas independientemente de la situación administrativa que tengan, lo que se considera que más adecuado que la existencia de dos sistemas paralelos de asistencia sanitaria, además de favorecer el intercambio cultural, evita problemas socio-sanitarios de la marginación y pobreza²⁷⁰. Entre 1996 y 1999 se atendieron en el CMS Usera-Villaverde un total de 1496 citas de personas inmigrantes sin cobertura sanitaria (533 personas)²⁷⁰; mientras que en los años 2013, 2014 y 2015 se registró la atención de 30, 44 y 79 personas sin permiso de residencia, respectivamente para cada año antes mencionado, en el CMS Villaverde, desconociéndose la situación administrativa de un 20% aproximadamente de las personas atendidas. El Programa que más atenciones presentó en 2015 fue el de Salud Sexual y Reproductiva, seguido de Psicohigiene; en el periodo entre 1996 y 1999 se atendieron como motivos de consulta más frecuentes los trastornos depresivos y las cefaleas, que ponía de manifiesto el proceso de duelo migratorio como determinante del estado de salud de estas personas²⁷⁰. Cabe señalar en ambos momentos temporales la importancia de la salud mental y de los factores ligados al proceso migratorio como influencias de la situación de

vulnerabilidad de estas personas, así como los riesgos para la salud añadidos que conlleva su situación administrativa irregular: automedicación, explotación laboral y lumbalgias²⁷⁰.

La variable “tipo de captación” nos permite aproximarnos a colectivos que, por razón de su situación social desfavorecida, son atendidos en aquellos recursos como Servicios Sociales y Organizaciones No Gubernamentales, lo cuales, en el curso de la atención a estas personas, identifican situaciones de salud de las mismas que se pueden beneficiar de los servicios ofertados por los Centros Madrid Salud. El número de personas atendidas que acudieron derivadas de servicios sociales, asociaciones u ONGs ha sido minoritario en todo el periodo y ha ido disminuyendo a lo largo del mismo; y en porcentaje, fue menor que el del total de los CMS de Madrid, destacando la diferencia sobre todo en el caso de los hombres. En 2014, destaca el porcentaje de personas atendidas con esta situación en relación al programa de “Prevención y Control del Tabaquismo”. Lo que puede deberse a que las personas atendidas son las mismas en diferentes años, variando quizás el programa en el que se enmarcan las intervenciones. La necesidad de identificarse en el momento de solicitud de la cita individual como persona derivada desde estos servicios y entidades puede ser el motivo de un notable infraregistro.

El porcentaje de personas residentes en zonas de intervención preferente (ZIP) atendidas en el CMS Villaverde (55,9% en 2015) se aproxima al porcentaje de personas residentes en ZIP (59%), lo que indica que se ha trabajado con principios de priorización por vulnerabilidad, no habiéndose alcanzado plenamente el objetivo, lo que significaría haber atendido a un porcentaje superior del que reside en estas zonas. La población residente en zonas ZIP podría tener mayores dificultades de acceso, recordando la ley de cuidados inversos⁷¹, como en el caso del CMS Villaverde porque éste no está situado en una de ellas. Se propone en este sentido “trasladar la consulta” a estas zonas, a través de alianzas y colaboraciones, poder establecer unas horas de atención en algún local de referencia para la población de estas ZIP, como podría ser una Asociación Vecinal u otro recurso.

En el programa “Alimentación, Actividad física y Salud” ha aumentado el porcentaje de personas residentes en ZIP atendidas a lo largo del periodo, y el acto de Asesoría Socio-Sanitaria y los programas “Psicohigiene” y “Salud Sexual y Reproductiva” han disminuido, presentando fluctuaciones de nuevo el programa de Prevención y Control del Tabaquismo. De manera global, en el total de los CMS de la ciudad de Madrid, sí se ha superado el

porcentaje de personas residentes en ZIP en las atenciones realizadas (28% vs 21%). Se destaca que el porcentaje de población residente en ZIP, en Villaverde, es muy superior al de la ciudad, aproximadamente el doble, lo que refleja una mayor vulnerabilidad en el distrito con respecto a la ciudad.

Se precisa de la evaluación de resultados de salud y de equidad en salud, no sólo de proceso, ni sólo de salud, de las intervenciones, estrategias y políticas de promoción de la salud, siendo la metodología de evaluación de impacto en salud (y en equidad en salud) una herramienta válida y adecuada^{120,271-273}, para valorar la eficacia y eficiencia y así mejorar la calidad del servicio promovido a nivel municipal. Para esta evaluación se debe considerar que las diferentes situaciones de vulnerabilidad presentes en los barrios del distrito, requieren de acciones diversas y ajustadas a las necesidades, además de intervenciones que cuenten con las capacidades y fortalezas de la población de esos territorios. Estas intervenciones podrían seguir el modelo de activos en salud, evitando la estigmatización, reconociendo los saberes de todas las personas y potenciando sus capacidades, como el Proyecto “Villaverde +” (*mapeo de activos en salud*) así como rescatando procesos de resiliencia, desde el protagonismo que tienen en la vida y la salud de los barrios. Los mapas de riesgo de la vulnerabilidad²⁷⁴ y los de activos en salud²⁶⁷ resultan instrumentos adecuados para ello.

La realización de intervenciones de fortalecimiento intergeneracional, mayor transporte interno en el distrito que conecte los barrios, potenciar el Espacio de Coordinación Intersectorial “Uniendo Barrios”, así como fomentar la participación vecinal en los barrios permitirá seguir avanzando en la salud comunitaria de Villaverde. Cabría señalar la importancia de la participación vecinal en la toma de decisiones de dotaciones de recursos, por ejemplo; en este sentido Villaverde es un ejemplo de distritos con importante infrautilización de recursos públicos, en parte debido a su coste económico pero también debido a otras barreras. En este sentido, se valora positivamente la propuesta de participación en los fondos de reequilibrio territorial, además de que incluyen indicadores de salud²⁷⁵ entre los criterios de asignación de presupuesto, por la participación vecinal en la toma de decisiones. Sin embargo, la población de Villaverde siente un abandono histórico político y no considera una adecuada el presupuesto asignado al distrito. Las asociaciones vecinales, como expertas en el conocimiento de las necesidades de los barrios, realizaron propuestas conjuntas de intervención por barrios de cara a la priorización de intervenciones del fondo, que han sido presentadas recientemente a la Alcaldesa²⁷⁶. Nuevamente, se pone de manifiesto

la importancia de valorar la subjetividad y la participación de la vecindad, siendo flexibles en los canales, con la idea de empoderamiento y de “dejar de trabajar desde las instituciones para la gente” a un modelo más promotor de la salud comunitaria, que se apoyaría más en la preposición “con” y en donde el ámbito municipal presenta fortalezas, reconociendo también el valor y lugar en la intervención comunitaria de los centros de Atención Primaria.

Además de las propuestas de intervención en los diferentes ámbitos que se han ido realizando, y de líneas de investigación futuras, incluyendo otras metodologías y enfoques, se considera fundamental la difusión y discusión de los resultados de esta tesis doctoral, ofreciéndola a la ciudadanía y profesionales del distrito. Todo ello contribuye a no perder el foco de las actuaciones de los servicios socio-sanitarios, que son las personas y comunidades, y no los “números”, sino las historias y los rostros que viven en los barrios, que tienen capacidades y que son vulnerables, así como la equidad en salud, que es cuestión de justicia social y con la que mejorará la salud de toda la población.

CONCLUSIONES

“Villaverde siempre gana”

Erika dos Santos

CONCLUSIONES

1. El distrito de Villaverde presenta situaciones de mayor vulnerabilidad demográfica, residencial y socio-económica con respecto a la ciudad de Madrid. Los barrios del distrito presentan diferentes vulnerabilidades entre sí, alcanzando la mayoría de ellos situaciones de polivulnerabilidad.
2. Los barrios de Villaverde Alto y San Cristóbal presentan situaciones de vulnerabilidad integral, resultando Butarque el barrio con menor vulnerabilidad socioeconómica y residencial, con población más joven y con mayor nivel de estudios. La vulnerabilidad social de la población de los barrios de Los Rosales y Los Ángeles ocupa posiciones intermedias en el distrito. El barrio de Los Ángeles destaca por un índice de envejecimiento superior al de la ciudad de Madrid. Los barrios con mayor índice de privación, San Cristóbal y Villaverde Alto, mostraron también mayor abstención electoral.
3. Los diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares (Códigos Z) fueron más frecuentes en las mujeres y en los centros de salud San Andrés y Potes, ambos ubicados en el barrio de Villaverde Alto. La población de estos centros de salud presentó mayor complejidad clínica medida como bandas de ACG seguida de la del centro de salud San Cristóbal. Las bandas de complejidad intermedia y alta (bandas 3 y 4) fueron asimismo más frecuentes en las mujeres. La complejidad aumentó con la edad.
4. Las mujeres consultaron más que los hombres, en todos los tramos de edad, tanto a consultas de medicina como de enfermería. Entre la población consultante aumentó la frecuencia con la edad, en el caso de mujeres, con el aumento de la complejidad clínica y con la presencia de ansiedad o depresión y socio-familiares (Códigos Z). En consultas de medicina, la frecuentación aumentó con la presencia de un diagnóstico psiquiátrico ansiedad o depresión mientras que en las consultas de enfermería, éste disminuyó el número medio de visitas. Los Centros de Salud Potes y San Andrés son los que mayor frecuentación presentaron tanto en consultas de medicina como de enfermería.

5. La prevalencia de diabetes tipo 2 en la población consultante en atención primaria ha sido similar a la encontrada en otros estudios que utilizaron la historia clínica electrónica como fuente de datos; siendo ésta mayor en mujeres y en las secciones censales que presentaron un índice de privación más desfavorable. Los resultados obtenidos se modifican dependiendo del nivel agregación de las variables. La vinculación de datos clínicos individuales con datos contextuales por sección censal permite una descripción de la realidad más completa.

6. El perfil de las personas atendidas individualmente en el CMS Villaverde es el de mujeres, con nivel de estudios secundarios y con empleo. La vulnerabilidad de estas personas se debe especialmente a que residen en zonas consideradas como de intervención preferente.

7. El Programa de Desigualdades Sociales en Salud muestra una amplia implementación en los proyectos comunitarios del CMS Villaverde, promoviendo la perspectiva de equidad de las intervenciones de promoción de la salud y prevención con orientación comunitaria desarrolladas en los diferentes ámbitos de intervención, priorizando la atención de población y territorios con mayor vulnerabilidad, estableciendo alianzas estratégicas, y fomentando la participación vecinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos. Nueva York: United Nations Publications; 2003.
2. Araujo González R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Noved En Poblac.* junio de 2015; Año XI(210):89-96.
3. Sánchez-González D, Egea-Jiménez C. Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles Poblac.* septiembre de 2011; 17(69):151-85.
4. Moliner M. Diccionario de uso del español. Edición abreviada. Gredos; 2008.
5. Foschiatti AMH. Las dimensiones de la vulnerabilidad sociodemográfica y sus escenarios. *Párrafos Geográficos.* 2010;9(1):21-37.
6. Foschiatti AMH. Vulnerabilidad, pobreza y exclusión. Problemas de gran impacto en la población del nordeste argentino. *An Geogr.* 2007;27(2):9-40.
7. Méndez R, Prada-Trigo J. Crisis, desempleo y vulnerabilidad en Madrid. *Scr Nova Rev Electrónica Geogr Cienc Soc En Línea Barc Univ Barc* [Internet]. de abril de de 2014; XVIII(474). Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-474.htm>
8. Egea-Jiménez C, Nieto Calmaestra JA, Domínguez Clemente J, González Reo RA. Vulnerabilidad del tejido social de los barrios desfavorecidos de Andalucía. Análisis y potencialidades [Internet]. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía; 2008 jun. Disponible en: <http://bit.ly/2ojfGIH>
9. Ortega y Gasset J. *Meditaciones del Quijote.* Alianza Editorial;
10. Diccionario de Acción Humanitaria [Internet]. [consultado 28 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228>
11. Perona NB, Rocchi GI. Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Kairos Rev Temas Soc* [Internet]. [consultado 28 de agosto de 2016];8. Disponible en: <http://www2.fices.unsl.edu.ar/~kairos/k08-08.htm>
12. Wilches-Chaux G. *Herramientas para la crisis: Desastres, ecologismo y formación profesional.* Popayán: Servicio Nacional de Aprendizaje; 1989. 300 p.
13. Pizarro R. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina.* En Santiago de Chile: Naciones Unidas. CEPAL. División de Estadística y Proyecciones Económicas; 2001 [consultado 28 de agosto de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
14. Padilla Bernáldez, López Ruiz, M^a Victoria. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. *FMC.* 2016;23(2):50-60.
15. Castel R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Justice Soc Inegalités* [Internet]. 1992 [consultado 28 de agosto de 2016]; Disponible en: [http://www.dwvalencia.com/claver/Documentos/exclusion\(robert_castel\).pdf](http://www.dwvalencia.com/claver/Documentos/exclusion(robert_castel).pdf)

16. Temes RR. Valoración de la vulnerabilidad integral en las áreas residenciales de Madrid. *EURE*. enero de 2014;40(119):119-49.
17. Palomino Moral PA, Grande Gascón ML, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol*. 30 de junio de 2014;72(Extra_1):71-91.
18. Instituto Nacional de Salud Pública (Mexico). Atención a la salud de grupos vulnerables: hacia una síntesis de la literatura: resumen ejecutivo. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007. 33 p.
19. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(4):284-90.
20. Salud y grupos vulnerables [Internet]. [consultado 28 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables.html>
21. Whitehead M, Dahlgreen D. Concepts and principles for tackling social inequities in health [Internet]. 2006. (Studies on social and economic determinants of population health). Report No.: 2. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
22. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
23. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
24. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*. 2006;368:2081-94.
25. World Health Organization. Urban HEART: urban health equity assessment and response tool. The WHO Centre for Health Development; 2010.
26. Esnaola S, Martín U, Bacigalupe A. Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006 [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2014. Disponible en: <http://bit.ly/2npRDIL>
27. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. marzo de 2012;26(2):182-9.
28. Auxter D. Disabilities: Also A Vulnerability. *Health Aff*. enero de 2008;27(1):298-9.
29. Ferreira MA., Díaz Velázquez E. La discapacidad: una modalidad inexplorada de exclusión social. En Zaragoza; 2007.
30. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.

31. Romañach J, Lobato M. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de Vida Independiente; 2005.
32. Expósito Molina C. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investig Fem.* 2012;3:203-22.
33. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [consultado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003025>
34. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles.* 2008;103(Especial):29-40.
35. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SEESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):6-13.
36. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.* 1992;22(3):429-45.
37. Alguacil Gómez J, Camacho Gutiérrez J, Hernández Aja A. La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *EMPIRIA Rev Metodol Cienc Soc.* enero - abril de 2014;(27):73-94.
38. Hernández Aja A. Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España Sobre la Vulnerabilidad Urbana [Internet]. Ministerio de Fomento. Gobierno de España. Instituto Juan de Herrera; Disponible en: <http://bit.ly/2nOc4nQ>
39. Subirats J. ¿Es el territorio urbano una variable significativa en los procesos de exclusión e inclusión social? X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública,; 2005 oct 18; Santiago, Chile.
40. Arias Goytre F, editor. La desigualdad urbana en España [Internet]. Centro de Publicaciones. Ministerio de Fomento. Madrid.; 2000 [consultado 8 de enero de 2017]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/du/>
41. Organización Mundial de la Salud y Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos,. Centro OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe): Organización Mundial de la Salud; 2010.
42. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. *Lancet Lond Engl.* 8 de noviembre de 2008;372(9650):1661-9.

43. Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012.
44. Ministerio de Fomento. Gobierno de España. Atlas de la Vulnerabilidad Urbana 2001-2011 [Internet]. Atlas de la Vulnerabilidad Urbana 2001 y 2011. 2015. Disponible en: <http://atlasvulnerabilidadurbana.fomento.es/#l=es;v=map2>
45. Hernández Aja A. Áreas vulnerables en el centro de Madrid. Cuad Investig Urbanística. julio de 2007;53.
46. Navarro Rodríguez SR, Larrubia Vargas R. Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo. Baetica Estud Arte Geogr E Hist. 2006;(28):485-506.
47. Programa URB-AL III [Internet]. [consultado 25 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://observ-ocd.org/es/programa-urb-al-iii>
48. Carr-Hill R, Chalmers-Dixon P. The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement [Internet]. Oxford: South East Public Health Observatory; 2005. 216 p. Disponible en: <http://www.sepho.org.uk/Download/Public/9707/1/Carr-Hill-final.pdf>
49. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. J Epidemiol Community Health. mayo de 2013;67(5):389-91.
50. Navarro López V, Benach de Rovira J. Desigualdades Sociales de Salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. Rev Esp Salud Pública. 5-6:505-636.
51. Bacigalupe de la Hera A, Martín Roncero U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la Salud [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Ararteko; 2007. 185 p. (Colección Derechos humanos «Juan San Martín»). Disponible en: <http://bit.ly/2nVDRnr>
52. Borrell C, Mari-Dell'Olmo M, Serral G, Martínez-Beneito M, Gotsens M, other MEDEA members. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). Health Place. 2010;16:703-11.
53. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Plan de Promoción de la Salud y Prevención (2011-2013). Resumen [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/1mTXqUn>
54. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Guía de trabajo para elaborar un mapa de riesgos de la vulnerabilidad en zonas básicas de salud. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2012.
55. Domínguez-Berjón M, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008;22(3):179-87.
56. Gandarillas A, Domínguez-Berjón MF, Soto M, Duque I, Segura del Pozo J, Marta M, et al. Informe: Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad

- de Madrid, 1996 - 2003. Bol Epidemiológico Comunidad Madr Número 7. julio de 2009;15.
57. Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas y medioambientales 2001-2007 [Internet]. proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales) financiados por el Instituto de Salud Carlos III (FIS: PI04/0069 y PI08/1070).; [consultado 18 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2npYifK>
 58. Diaz Olalla JM, Antona Rodríguez A, García Howlett M. Informe monográfico II: Propuesta de un índice de privación en área pequeña en la ciudad de Madrid para el análisis de las desigualdades territoriales en salud. Madrid: Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid; 2014 p. 224-44.
 59. Gómez Lopera F. Las zonas verdes como factor de calidad de vida en las ciudades. Ministerio de Vivienda; 2005. (Ciudad y Territorio. Estudios territoriales). Report No.: XXXVII (144).
 60. Organización Mundial de la Salud. Cuestiones de higiene del medio relacionadas con la ordenación urbana y la urbanización. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1965 jun. Report No.: 297.
 61. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Benach J, Pasarín M. Medidas de privación material en los estudios de áreas geográficas pequeñas. Gac Sanit. 2001;15(Supl. 4):23-33.
 62. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and Deprivation. Inequality and the North. London: Routledge; 1988.
 63. Borrell C, Pasarín MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. Gac Sanit. 2004;18(1).
 64. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. The Lancet [Internet]. 31 de enero de 2017 [consultado 19 de marzo de 2017];0(0). Disponible en: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/abstract)
 65. Diaz Olalla JM, Blasco Novalbos G. Análisis de la Esperanza de Vida y la Mortalidad en la Ciudad 2014 [Internet]. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2015. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/esperanza_vida_mortalidad_madrid_2014.pdf
 66. Diaz Olalla JM, Blasco Novalbos G. Esperanza de vida al nacer de la población de los barrios de Madrid en el periodo 2009-2012 [Internet]. 2016. Disponible en: <http://madridsalud.es/estudio-de-salud-de-la-ciudad-de-madrid/>
 67. Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003. [Internet]. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2006. Disponible en: <http://bit.ly/2oPO74c>

68. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011;2011(10):15.
69. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. ([Publicación en Internet]). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
70. De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403
71. Tudor Hart J. The inverse care law. *The Lancet*. 27 de febrero de 1971;297(7696):405-512.
72. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
73. Rábago YG, Cuatango I, Hera AB de la. Desigualdad social y salud en España: ¿cómo influyen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios la clase social, el nivel educativo y la situación laboral? *Prax Sociológica*. 2015;(19):103-24.
74. Bellón J. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en Atención Primaria. *Cuad Gest Para El Prof Aten Primaria*. 1997;3:108-29.
75. Prieto Orzanco A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de Atención Primaria? *Rev Sanid Hig Publica (Madr)*. 1990;64(5-6):329-41.
76. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*. 2008;46(7):647-53.
77. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 13 de julio de 2012;380(9836):37-43.
78. Wolff J, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-76.
79. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20(1):15-24.
80. Connolly V, Unwin N, Sherriff P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:173-7.

81. Hill J, Nielsen M, Fox MH. Understanding the Social Factors That Contribute to Diabetes: A Means to Informing Health Care and Social Policies for the Chronically Ill. *Perm J*. 2013;17(2):67-72.
82. The Johns Hopkins ACG Case-Mix System. Technical Reference Guide. Versión 9. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009 p. 0-41. (The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health).
83. Orueta J, Urraca J, Berraondo I, Darpón J, Aurrekoetxea J. Adjusted Clinical Groups (ACGs) explain the utilization of primary care in Spain based on information registered in the medical records: a cross-sectional study. *Health Policy*. marzo de 2006;76(1 Epub):38-48.
84. Monterde D, Vela E, Clèries M, Grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:674-82.
85. González González AI, Miquel López A, Rodríguez Morales D, Hernández Pascual M, Sánchez Perruca L, Mediavilla Herrera I, et al. Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*. 2017;49(4):240-7.
86. Olmedo Galindo J. Impacto de la crisis económica en la utilización de servicios en un Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid. [tesis doctoral]: Universidad Rey Juan Carlos; 2016.
87. Fernández Molina M del C. Prevalencia y factores asociados a la morbilidad psíquica en profesores de enseñanza primaria y secundaria en Granada. [tesis doctoral]: Universidad de Granada; 2006.
88. Montesó-Curto P, Ferré-Grau C, Lleixá-Fortuño M, Albacar Riobóo N, Espuny-Vidal C. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anu Hojas Warmi* [Internet]. 2011;16. Disponible en: <http://www.ub.edu/SIMS/hojasWarmi/hojas16/articulos/Montesoetal.pdf>
89. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar I. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2010;84(1). Disponible en: <http://bit.ly/2p3O0BY>
90. Quintana Pérez A. Estudio de la relación de la complejidad clínica con factores psicosociales y de morbilidad. [tesis doctoral]: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
91. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://bit.ly/2mlNiiT>
92. Rodríguez Vicente JM. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. coordinadores [Internet]. International Marketing and Communication, S.A.; 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2oN5R0r>

93. Aguiló Pastrana E. Los profesionales sanitarios y la comunidad. ¿Necesidad o utopía? Conferencia de apertura del VI Encuentro PACAP;
94. Benedicto C, Carmona M. Por qué lo llaman cribado cuando quiere decir, «¿cómo estás?» [Internet]. Colectivo Silesia. 2017. Disponible en: <http://colectivosilesia.net/2017/02/05/cribado-depresion/>
95. del Cura I, López García-Franco A. La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria. *Átopos*. 2008;7:4-12.
96. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gest Clínica Sanit*. 2003;5(2):47-53.
97. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clínica Med Fam*. 2011;4(2):150-61.
98. CIE10. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. WHO Library; 2004.
99. Sistema Nacional de Salud. Mapeo CIE10 a CIAP2 [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/MapeoCIAP2_ClasificacionExplotacionConjuntaBDCAP.xls
100. Casino G. Códigos Z [Internet]. Escepticemia. 2008 [consultado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.escepticemia.com/2008/07/25/codigos-z/>
101. Pérez Ybarra R. «Código Z» o el mal del insatisfecho. *El País* [Internet]. 24 de junio de 2008 [consultado 13 de marzo de 2017]; Disponible en: http://elpais.com/diario/2008/06/24/salud/1214258401_850215.html
102. Padilla Bernáldez J. Los 3 problemas de salud más importantes en España [Internet]. *Médico Crítico*. 2013 [consultado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2013/07/los-3-problemas-de-salud-mas.html>
103. Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González Juárez C. Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014;34(122):267-81.
104. García Rodríguez LA, Pérez Gutthann S. Use of the UK General Practice Research Database for pharmacoepidemiology. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. mayo de 1998 [consultado 16 de octubre de 2015];45(5):419-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1873548/>
105. Furu K, Wettermark B, Andersen M, Martikainen JE, Almarsdottir AB, Sørensen HT. The Nordic Countries as a Cohort for Pharmacoepidemiological Research. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* [Internet]. 1 de febrero de 2010 [consultado 16 de octubre de 2015];106(2):86-94. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7843.2009.00494.x/abstract>
106. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El Programa Sanidad en Línea. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 16 de octubre

- de 2015]. Disponible en:http://www.red.es/redes/sala-de-prensa/centro-de-documentacion?id_doc=10222&quicktabs_3=2
107. Jimenez Villa, Argimon Pallas JM. Investigación en Atención Primaria. En: Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª edición. Madrid, España: Elsevier; 2003. p. 201-23.
 108. Orueta JF, Nuño-Solinis R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Monitoring the prevalence of chronic conditions: which data should we use? *BMC Health Serv Res.* 2012;12:365.
 109. Westert GP, Schellevis FG, de Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing J, van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health.* 15(1):59-65.
 110. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [consultado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44194>
 111. Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus.* 1999;128(4):215-51.
 112. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública Pan Am J Public Health.* junio de 2002;11(5-6):302-9.
 113. Nussbaum M. Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 2012.
 114. Sen A. Development As Freedom [Internet]. Estados Unidos; New York: Alfred A. Knopf, Inc.; 1999 [consultado 22 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://fs2.american.edu/dfagel/www/Philosophers/Sen/DevelopmentAsFreedomIntroNch1NEW.pdf>
 115. Landmann Szwarcwald C. On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* marzo de 2002;56(3):177-82.
 116. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
 117. WHO. Inequities are killing people on grand scale, reports WHO's Commission [Internet]. WHO Media Centre. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/>
 118. WHO. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resolución WHA 62.14 de la Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Organización de la Salud; 2009. Disponible en: <http://bit.ly/2oTjfNo>
 119. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, framework and policy. NHS - Health Dev Agency [Internet]. 2004 [consultado 22 de octubre de 2016]; Disponible en: <http://bit.ly/2nq3hNQ>

120. Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J, World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy. A framework for measuring health inequality [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1999. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66266>
121. Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit Internet*. Agosto de 2004;18(4):158-67.
122. Millward, LM, Kelly MP, Nutbeam D. Public Health Intervention Research - the evidence [Internet]. London: Health Development Agency; 2003 [consultado 22 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.469.8843&rep=rep1&type=pdf>
123. Foucault M. La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación. Buenos Aires: Altamir; 1993.
124. Beck U. La Sociedad del Riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona (España): Paidós; 1998.
125. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2009;8(17):69-79.
126. Lupton D. La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012.
127. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;14(2 suppl):17–22.
128. Hernán García M, Lineros González C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Fundesfam*. 2010;2(2):1-6.
129. García Blanco D. mi salud, tu salud, nuestra salud: Salud, Pobreza y Cuidados (III): Hay muchas maneras de abandonar a alguien [Internet]. mi salud, tu salud, nuestra salud. 2016 [consultado 28 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://misaludtusaludnuestrasalud.blogspot.com.es/2016/03/salud-pobreza-y-cuidados-iii-hay-muchas.html>
130. Sen A. Nuevo examen de la desigualdad. España: Alianza Editorial; 2004.
131. Sen A. Sobre ética y economía. España: Alianza Editorial; 2003.
132. Lid IM. Vulnerability and disability: a citizenship perspective. *Disabil Soc* [Internet]. 2015;30(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2015.1113162>
133. Rebotier J. La vulnerabilidad urbana: entre reducción de riesgo y emancipación social. Ejemplos en Venezuela. *POLIS En Línea* [Internet]. 2014;38. Disponible en: <http://polis.revues.org/10309>
134. Álvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz Cantero M, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets - the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:721-3.

135. Álvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero M, Hernán M. Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Rev Esp Salud Pública*. 2011;2:123-7.
136. 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? *Salud Pública Las Políticas Salud Conoc Práctica Inf SESPAS* 2016. noviembre de 2016;30, Supplement 1:93-8.
137. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/Guidance/NG44>
138. Frohlich KL, Povlin. Transcending the Known in Public Health Practice The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *Am J Public Health*. febrero de 2008;98(2):216-21.
139. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Soc Policy*. 2014;33:115-51.
140. Torgersen T, Giæver Ø, Stigen O. Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. The Norwegian Case. Oslo: The Norwegian Directorate of Health and Social Affairs; 2007.
141. Fair Society, healthy lives. The Marmot Review [Internet]. London: UCL.; 2010. Disponible en: www.ucl.ac.uk/marmotreview
142. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health: report. London: Stationery Office; 1998.
143. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:473-8.
144. Bambra C, Hillier F, Cairns J, Kasim A, Moore H, Summerbell C. How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews. *Public Health Res*. enero de 2015;3(1).
145. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:190–193.
146. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. WHO;
147. Segura del Pozo J. La Ley de Atención Inversa no es solo un sesgo en la atención [Internet]. *Salud Pública y otras dudas*. 2013 [consultado 11 de abril de 2017]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/05/17/la-ley-de-atencion-inversa-no-es-solo-un-sesgo-en-la-atencion/>
148. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.

149. The Pan American Health Organization Promotion Health in the Americas. Declaración de Alma-Ata. En Alma-Ata, URSS; 1978.
150. Montaner Gomis I, Foz G, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual...? AMF. 2012;8:374-82.
151. Sherrif N, Gugglberger L, Davies JK. Action For Health: Reducing Health Inequalities through Health Promotion and Structural Funds [Internet]. Institute of Public Health Murska Sobota; Disponible en: <http://bit.ly/2oj3l0W>
152. López V, Padilla J. Salubrisimo o Barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Córdoba: Atrapasueños; 2017.
153. Ruiz-Giménez JL, Domínguez-Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38(8):421-4.
154. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. Gac Sanit. 2014;28(4):267-73.
155. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006;20:192-202.
156. Ruiz-Giménez JL. Propuesta de incorporar un «Servicio de Actividad Comunitaria» en la cartera de servicios de la comunidad. Rev Comunidad. noviembre de 2006;9:36-7.
157. Soler Torroja M. Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada. Rev Clínica Electron En Aten Primaria. 2008;16.
158. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.
159. Benedé Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón. [tesis doctoral]; Zaragoza; 2015.
160. March S, Bauzá M, Ruiz-Giménez JL, Soler Torroja M, Ramos M. Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Rev Comunidad. 12:6-9.
161. Aguiló Pastrana E. Contexto actual de la Atención Primaria: dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias. Rev Clínica Electron En Aten Primaria. 2008;16.
162. Turabián J, Pérez B. Atención médica individual con orientación comunitaria-Atención contextualizada: la figura es el fondo. Rev Clínica Electron En Aten Primaria [Internet]. 16. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>

163. Ortiz Lobo A, Ibañez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Publica*. noviembre de 2011;85(6):513-23.
164. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit*. 2017;
165. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte Uno: Documento Base y Parte Dos: Libro de Evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;
166. World Health Organization. WHO Global Health Promotion. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
167. Organización Mundial de la Salud. The Yakarta Declaration on Health Promotion into de 21th Century [Internet]. Ginebra: OMS; 1997. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>
168. Merzel C, D'Áfflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *Am J Public Health*. 2003;93(4):557-74.
169. Guldan GS. Obstacles to community health promotion. *Soc Sci Med*. septiembre de 1996;43(5):689-95.
170. WHO. The Ottawa Charter for health promotion. WHO; 1986.
171. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria [Internet]. Disponible en: www.pacap.net
172. Ridde V. Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promot Educ*. 2007;14(2):63-7, 111-4.
173. Hennessey Lavery S, Lau Smith M, Avila Esparza A, Hrushow A, Moore M. The Community Action Model: A Community-Driven Model Designed to Address Disparities in Health. *Am J Public Health*. 2005;95(4):611-6.
174. García Gutiérrez JF, Jiménez Pernet. Tendiendo puentes: de la evidencia científica a la práctica en las actividades de orientación comunitaria. *Rev Clínica Electron En Aten Primaria*. 2008;16.
175. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
176. Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Estrategia Gente Saludable 2010-2015. Actualización del documento de 7 de junio de 2010 [Internet]. 2013. Disponible en: <http://madridsalud.es/prevencion-y-promocion-de-la-salud-y-salud-ambiental/>

177. Mapeando por Carabanchel Alto [Internet]. [consultado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com.es/>
178. Barbero presenta el proyecto Mapeo de Activos en Salud - Ayuntamiento de Madrid [Internet]. [consultado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2nVPaM8>
179. Villaverde+ [Internet]. [consultado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <https://villaverdemas.wordpress.com/>
180. Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gac Sanit.* diciembre de 2010;24(6):435-6.
181. Díez E, Pasarín MI, Daban F, Calzada N, Fuertes C, Artazcoz L, et al. «Salut als barris» en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud. *Rev Comunitat.* 2012;14(2):121-6.
182. VVAA. Glossari i evolució de l'acció comunitària en salut a la ciutat de Barcelona [Internet]. Barcelona: IGOP, ASPB, ICS; 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2oUdZs>
183. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. Disponible en: <http://goo.gl/IkITo9>
184. Red Española de Ciudades Saludables [Internet]. [consultado 13 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ciudades-saludables.com/>
185. Segura del Pozo J. Menorca 2016 (II): la palanca municipal por la equidad en salud [Internet]. Salud Pública y otras dudas. 2016. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2016/10/29/menorca-2016-ii-la-palanca-municipal-por-la-equidad-en-salud/>
186. Segura del Pozo J. ¿Quién teme el territorio? La descentralización sanitaria en la Comunidad de Madrid. En: Seminario del grupo GADEA de investigación de Historia de la Medicina (Universidad de Alicante) VI edición. Alicante; 2016.
187. Ayuntamiento de Madrid. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid [Internet]. Madrid Salud. [consultado 3 de junio de 2017]. Disponible en: <http://madridsalud.es/prevencion-y-promocion-de-la-salud-y-salud-ambiental/>
188. Segura del Pozo J, Martínez Cortés M, Pla Naranjo A, Gil Nebot M, Vivas Toro F, Miguel García A. El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Rev Comunitat.* 2011;13:23-6.
189. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental. Informe Anual 2010. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud; 2011.
190. Díaz Olalla JM. Definición de Zonas de Intervención Prioritaria para los Centros Madrid Salud: cambios metodológicos y vulnerabilidad. Encuentro AMaSaP. Construyendo la salud pública: experiencias y transformación; 2013 nov 27; Madrid.
191. Estrategia Gente Saludable 2010-2015 [Internet]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/introduccion.php

192. Gea Ortigas MI. La historia de los distritos de Madrid. Usera y Villaverde. Madrid: La Librería; 2002.
193. Del Río Á. De Villa a Villaverde. Madrid: La Librería; 2010.
194. Adán Poza MJ. Villaverde. Historia del distrito. Madrid: Editorial Evergráficas, S.L.; 2005.
195. Ayuntamiento de Madrid. Mapa activo: Cartografía municipal. Sistema de información geográfica de urbanismo. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2ocijFt>
196. Villaverde - Ayuntamiento de Madrid [Internet]. [consultado 27 de enero de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oiWMvu>
197. Acta de la Sesión Ordinaria del Pleno del Distrito de Villaverde. Junta Municipal de Villaverde. Ayuntamiento de Madrid; 2015.
198. Dirección General de Estadística. Ayuntamiento de Madrid. Mapa del distrito y barrios de Villaverde. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2o9uJMI>
199. Díez de Baldeón García A, López Marsá F. Historia de Villaverde. Vol. Nº 2. Ayuntamiento de Madrid. Concejalía de Relaciones Institucionales y Comunicación; 1986. 424 p.
200. del Río Lafuente MI. Industria y residencia en Villaverde: génesis de un paisaje urbano en la periferia de Madrid. Madrid: Complutense; 1984. 488 p.
201. La N@ve - Ayuntamiento de Madrid [Internet]. [consultado 30 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Actividad-economica-y-hacienda/La-N-ve?vgnextfmt=default&vgnextoid=473d5b9d3374d410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=138d31d3b28fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
202. González Iturraspe S, Palacios Herrero G, Rodríguez Guerrero P, Rodríguez Pérez M. El mamut de Villaverde. Orgullo de barrio, 40 años de historia de una asociación de vecinos. [Internet]. Fomento del asociacionismo dirigida a las asociaciones de base del distrito de villaverde 2016. Madrid; 2016. Disponible en: <http://launidadvillaverde.wix.com/asociacionvecinal>
203. Lesconil. Tafesa abandona sus instalaciones. El cobertizo es destruido y su contenido desaparece. Se derriban las naves del taller. Cronología. [Internet]. Una vez, en Marzo... 2014 [consultado 27 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2oPUm8b>
204. Nave Boetticher [Internet]. Arte en Madrid. 2015 [citado 27 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/29FsCNk>
205. Puche Riart O, Mazadiego Martínez LF. Industrias cerámicas históricas de Madrid: hornos continuos y sus chimeneas. En Beja; 2001.
206. Fernández García A. Historia de Madrid. Madrid: Complutense; 1993.

207. Plan Especial de Inversión y Actuación Territorial Villaverde (2006-2011) [Internet]. Ayuntamiento de Madrid.; 2012. Disponible en: <http://bit.ly/2pmjqo4>
208. Fin del chabolismo en el distrito de Villaverde. El Distrito. 18 de diciembre de 2013;
209. Dirección General de Calidad y Atención al Ciudadano. Área de Gobierno de Economía, Hacienda y Administración Pública. Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid [Internet]. Madrid: Observatorio. Ayuntamiento de Madrid; 2014. Disponible en: <http://bit.ly/2oT4euW>
210. Google Maps - Transporte público [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2nVJIJk>
211. EMT Bus [Internet]. EMT Madrid. [citado 14 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pZKiWT>
212. Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana, editor. Consulta Ciudadana Villaverde Participa. 2014 [Internet]. 2015 [consultado 11 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2oT4euW>
213. Servicio Web a Padres de Alumnos de la Comunidad de Madrid [Internet]. [consultado 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pZsPxO>
214. Visor de centros de salud - Comunidad de Madrid [Internet]. [consultado 12 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2pN6kfv>
215. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014 [Internet]. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid; 2015 [consultado 6 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/EstudioSaludCiudadMadrid2014.pdf>
216. Para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo.
217. Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Economía, Hacienda y Administración Pública. Dirección General de Estadística, editor. Anuario estadístico. Capítulo 2. Demografía y Población [Internet]. Ayuntamiento de Madrid.; 2014. Disponible en: www.madrid.es/estadistica
218. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Urbanos. Proyecto Urban Audit [Internet]. INE. Indicadores Urbanos. [consultado 25 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaPrint.htm?oper=10>
219. Ayuntamiento de Madrid [Internet]. Estadística. Madrid.Es. 2016 [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2p3Sf0b>
220. The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. The Johns Hopkins ACG Case-Mix System. Technical Reference Guide. Versión 9. Weiner JP, editor. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009. 0-41 p.
221. Frohlich N, Katz A, De Coster C, Dik N, Soodeen R, Watson D, et al. Profiling Primary Care Physician Practice in Manitoba. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation; 2006.

222. Ayuntamiento de Madrid. Paro registrado en la Ciudad de Madrid [Internet]. Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública. Dirección General de Estadística. Ayuntamiento de Madrid; 2007 [consultado 23 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Desde-mayo-de-2005-\(SISPE\)?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=90e326c8ce71b010VgnVCM1000009b25680aRCRD&vgnnextchannel=b5b2437f08159010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD](http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Desde-mayo-de-2005-(SISPE)?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=90e326c8ce71b010VgnVCM1000009b25680aRCRD&vgnnextchannel=b5b2437f08159010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD)
223. Banco de Datos de Coyuntura [Internet]. Madrid: Instituto Estadística de la Comunidad de Madrid; 2015. Disponible en: http://www.madrid.org/baco_web/html/web/AccionPaginaPrincipal.icm
224. Ayuntamiento de Madrid. Indicador de Renta Disponible Bruta per cápita en el Municipio de Madrid 1998-2000. Concejalía de Gobierno y Administración Pública. Dirección de Estadística, editor. 2000;
225. Instituto Nacional de Estadística. Actualizador de renta [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/calcula/>
226. Gerencia Atención Primaria Área 11. Memoria Área 11 Atención Primaria 2007. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 2007. p. 1-91.
227. Gobierno de España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 98 2012 p. 31278-312.
228. Malmusi D, Jansa JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:399-409.
229. Jones AM. Models for health care. University of York., Centre for Health Economics; 2010.
230. Hardin J, Hilbe J. Generalized Linear Models and Extensions. Third Edit. College Station: Stata Press; 2012.
231. Segura del Pozo J. Cómo abordar el Efecto Cohorte en la construcción de un Indicador de Posición Social por razón de Nivel de Estudios. Póster presentado en: Congreso Ibero-americano de Epidemiología y Salud Pública; 2013 sep; Granada.
232. Agència de Salut Pública de Barcelona. Infobarris BCN [Internet]. Infobarris. [consultado 13 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/infobarris>
233. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. Public Health Rev. 2016;37(1):28.
234. Malmusi D, Vallado J i L del, Maria J. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. Rev Esp Salud Pública. agosto de 2007;81(4):399-409.

235. de Burgos-Lunar C, Salinero-Fort MA, Cárdenas-Valladolid J, Soto-Díaz S, Fuentes-Rodríguez CY, Abánades-Herranz JC, et al. Validation of diabetes mellitus and hypertension diagnosis in computerized medical records in primary health care. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11:146.
236. Indicadores básico de Vulnerabilidad Urbana. Análisis urbanístico de barrios vulnerables en España. Ministerio de Fomento. Gobierno de España. Instituto Juan de Herrera; 2016.
237. Medina E, Herrarte A, Vicéns J. Inmigración y desempleo en España: Impacto de la crisis económica. *ICE Retos Económicos Deriv Inmigr Económica En Esp*. 2010;854:37-48.
238. Villota M. El árbol en la ciudad como elemento de identidad urbana. Valores ambientales, estéticos y culturales. Campaña para poner en valor el arbolado urbano de la ciudad de Vitoria-Gasteiz; 2015 jun 2; C.C. El Pilar. Vitoria-Gasteiz.
239. Borrell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit*. 2004;18(S2):75-82.
240. Victoria Maldonado JA. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Bol Mex Comp* [Internet]. 2013;46(138). Disponible en: <http://bit.ly/2phh6OS>
241. Gómez Fortes B, Trujillo Carmona M. Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España [Internet]. Fundación Alternativas; 2011. Disponible en: <http://bit.ly/2oewabm>
242. Gómez B, Trujillo M. Urnas vacías en los suburbios de las ciudades [Internet]. Observatorio social de «La Caixa». 2016. Disponible en: <https://observatoriosociallacaixa.org/-/urnas-vacias-suburbios-ciudades?inheritRedirect=true>
243. FRAVM. Villaverde, campeón en contaminación atmosférica de la capital. AAVV. FRAVM. 2017.
244. Casajuana J, editor. Gestión del día a día en el Equipo de Atención Primaria. semFYC Ediciones; 2007.
245. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. octubre de 2011;43(10):544-50.
246. Gimeno-Feliú LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L, Cañada-Millan JL, Lasheras-Barrio M. Differences in the Use of Primary Care Services Between Spanish National and Immigrant Patients. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2013;15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-012-9647-x>
247. Rosado Martín J, Martínez López M, Mantilla Morató T, Dujovne Kohan I, Palau Cuevas FJ, Torres Jiménez R, et al. Prevalencia de diabetes en una población adulta de

- Madrid (España). Estudio MADRIC (MADrid RIesgo Cardiovascular). *Gac Sanit.* 2012;26(3):243-50.
248. de Burgos-Lunar C. Validación de la historia clínica informatizada de atención primaria y su aplicación para la investigación clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en una cohorte de pacientes con diabetes tipo 2. [tesis doctoral]: Universidad Rey Juan Carlos; 2012.
249. Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Prado Galbarro FJ, Sarría-Santamera A. Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: estudio mediante la historia clínica informatizada en atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27(3):284-5.
250. Sandín M, Espelt A, Escolar-Pujolar A, Arriola L, Larrañaga I. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. *AV Diabetol.* 2011;27(3):78-87.
251. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Actividad Asistencial de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. Informe resumen 2007-2008. edición General de Información Sanitaria e innovación, editor. Ministerio de Sanidad y Políticas sociales; 2008.
252. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. [Frequency of attending primary care clinics by the immigrant versus autochthonous population]. *Aten Primaria.* octubre de 2011;43(10):544-50.
253. Díaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliú LA. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health* [Internet]. 2015;25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku123>
254. Porthé V, Amable M, Benach J. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2007;10(1):34-9.
255. Fuertes M, Elizalde L, Andrés M de, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe J, et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Sist Sanit Navar Gob Navar Dep Salud.* 2010;33(2):179-90.
256. Cofiño R. Tu código postal es más importante para la salud que tu código genético. *Aten Primaria.* 2013;45(3):127-8.
257. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [consultado 3 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
258. López Fando C, López Fando A. Multi (resistencias) al cambio: un diálogo entre dos miradas [Internet]. Colectivo Silesia. 2017. Disponible en: <http://colectivosilesia.net/2017/02/05/multirresistencia-al-cambio/>

259. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Res.* 2013;1(4):1-526.
260. Primeras recomendaciones del PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? 2ª. Madrid: Ed. semFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid; 2004.
261. Conde Gutiérrez del Álamo F. Una propuesta de reflexión sobre la participación en la salud y en el sistema sanitario. *Rev Comunidad Internet.* Diciembre de 2012;14(2):23-8.
262. Puertas Abiertas del CMS Villaverde. Distrito Villaverde. Abril de 2015;
263. Ruiz-Giménez JL. Incorporación de un servicio sobre actividad comunitaria en el catálogo de prestaciones sanitarias del nivel de Atención Primaria. *Rev Comunidad Internet.* 2008;10:54-7.
264. VV.AA. Índex i mapa de l'acció comunitària en salut a Barcelona [Internet]. Barcelona: IGOP, ASPB, ICS; 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2nQBe5q>
265. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES) [Internet]. Disponible en: <http://sipes.msc.es/sipes2/indexAction.do>
266. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria [Internet]. Disponible en: <http://www.pacap.net/>
267. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit.* abril de 2013;27(2):180-3.
268. Campo Osaba MA, Laguna V, del Val JL, Orfila F, Tierno MT, Borràs E, et al. Efectividad de una intervención grupal de promoción de la salud mediante un ensayo clínico [Internet]. III Premi a la Innovació en Processos d'Atenció i Organització en Atenció Primària; Disponible en: <http://bit.ly/2nVxlgI>
269. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):25-30.
270. Esteban Peña M. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria.* 2001;27(1):25-8.
271. Rueda JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005.
272. Rebollo Ó, Morales E, González S. Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria [Internet]. IGOP-UAB con el apoyo de Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports (Ajuntament de Barcelona); 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2pMVPwh>

273. Desarrollo de una herramienta de cribado para la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) de Impacto en Salud (EIS) de políticas nacionales [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Herramienta_Cribado.pdf
274. Ramasco-Gutiérrez M, Heras-Mosteiro J, Garabato-González S, Aránguez-Ruiz E, Aguirre Martín-Gil R. Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2016;
275. Área de Coordinación Territorial y Asociaciones. Ayuntamiento de Madrid. Fondo de Reequilibrio Territorial [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2p4c0lK>
276. Ayuntamiento de Madrid. Las asociaciones vecinales de Villaverde presentan un Plan Integral de Reequilibrio Territorial para el distrito [Internet]. *Diario Madrid. Noticias del Ayuntamiento de Madrid.* Villaverde. Disponible en: <http://bit.ly/2nBiLi8>

ÍNDICES DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de vulnerabilidades según Wilches-Chaux	33
Tabla 2. Indicadores según la dimensión de la vulnerabilidad abordada.....	47
Tabla 3. Ejemplos de indicadores de las dimensiones del Proyecto Ineq-cities.....	51
Tabla 4. Dimensiones a analizar, según la Guía de Trabajo de Elaboración del Mapa de Riesgo de la Vulnerabilidad.....	53
Tabla 5. Algunas de las actuaciones para reducir las desigualdades sociales en salud llevadas a cabo desde Atención Primaria de Salud	81
Tabla 6 Distribución de esperanza de vida total por sexo, según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.....	113
Tabla 7. Indicadores de vulnerabilidad demográfica, según marco referencial.....	138
Tabla 8. Indicadores de vulnerabilidad residencial, según marco de referencia y año estudiado. ...	138
Tabla 9. Indicadores de vulnerabilidad social, según marco referencial y año estudiado.	139
Tabla 10. Indicador de gobernanza y marco referencial.	139
Tabla 11. Indicadores que componen la propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en salud en áreas pequeñas y año al que corresponde el dato.	142
Tabla 12. Población por barrios y distrito, según sexo.....	145
Tabla 13. Indicadores de estructura demográfica, por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid.	147
Tabla 14. Indicadores de estructura demográfica en relación a la nacionalidad y origen de la población por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid.	149
Tabla 15. Población con nacionalidad extranjera por barrio, según sexo y área geoeconómica de origen.....	150
Tabla 16. Población por barrios y del distrito, según país de nacimiento.	151
Tabla 17. Distribución del porcentaje de personas nacidas fuera de España que mantenían nacionalidad no española, según lugar de nacimiento, para el distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.	151
Tabla 18. Número de hogares por barrio del distrito de Villaverde.....	153
Tabla 19. Número y porcentaje de viviendas: construidas antes de 1980 y de las que presentan estado ruinoso, malo o deficiente.	154
Tabla 20. Porcentaje de población de más de 25 años analfabetas o sin estudios, según barrios, distrito y ciudad de Madrid, por sexo.....	156
Tabla 21. Población de más de 25 años, según barrios, distrito y ciudad de Madrid, por nivel de estudios y sexo.	157
Tabla 22. Porcentajes de personas en situación de desempleo por sexo, según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.....	160
Tabla 23. Distribución de porcentajes de personas en situación de desempleo que percibían prestación por sexo, para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid.....	161
Tabla 24. Distribución de indicadores de vulnerabilidad demográfica según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.....	164
Tabla 25. Distribución de indicadores de vulnerabilidad residencial según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.....	164
Tabla 26. Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación a la renta.	164
Tabla 27. Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación a las atenciones en servicios sociales.	165
Tabla 28 Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación desempleo.	165
Tabla 29. Distribución de indicadores de vulnerabilidad social según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en relación al nivel de estudios.....	165
Tabla 30. Distribución de la propuesta de índice de privación material para el análisis de las desigualdades territoriales en áreas pequeñas, según barrios, distrito de Villaverde y ciudad de Madrid.	165

Tabla 31. Correlación entre la propuesta de índice de privación material y los indicadores de gobernanza (abstención electoral – elecciones locales) en los barrios del distrito.....	166
Tabla 32. Comparación de los valores medios de la esperanza de vida media al nacer de los barrios, por sexo, según el índice de privación material de los barrios.	166
Tabla 33. Relación entre Barrio Administrativo, Centro de Salud y Equipo de Atención Primaria.	171
Tabla 34. Características sociodemográficas de las personas consultantes, no consultantes y con errores de registro.....	187
Tabla 35 Características sociodemográficas de la población.	188
Tabla 36. Distribución por tipo de usuario y región de origen.	188
Tabla 37. Características sociodemográficas de la población por equipos de atención primaria. ...	189
Tabla 38. Características sociodemográficas de los tipos de centros de salud del distrito de Villaverde.	190
Tabla 39. Distribución de la población por edad y sexo, según región de origen y tipo de usuario.	190
Tabla 40. Características sociodemográficas de la población consultante por centros de salud.	191
Tabla 41. Características geográficas y socio-demográficas de los barrios donde están ubicados los centros de salud del distrito sanitario de Villaverde.....	193
Tabla 42. Características sociodemográficas de los centros de salud del distrito de Villaverde.	193
Tabla 43. Descripción de las características socioeconómicas de los centros de salud.....	194
Tabla 44. Presión asistencial y satisfacción con profesionales, según centro de salud. Año 2007..	197
Tabla 45. Porcentajes de satisfacción con la atención global, con profesionales de medicina y enfermería, según centro de salud.	198
Tabla 46. Prevalencia y edad media de diagnósticos psiquiátricos y sociofamiliares, y frecuencia en mujeres.	198
Tabla 47. Características de las personas que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico.	199
Tabla 48. Edad mediana de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico por centro de salud.	200
Tabla 49. Grado de complejidad (banda de ACG) en relación a la edad y el sexo.....	202
Tabla 50. Distribución de las bandas de ACG en población consultante distrito Villaverde según sexo por centro de salud.	203
Tabla 51. Frecuentación para profesionales de la medicina y enfermería.	204
Tabla 52. Características de la población que consultó a medicina frente a la que no consultó.....	204
Tabla 53. Frecuentación media por tipo de profesional, según factores sociodemográficos.....	205
Tabla 54. Frecuentación media a consultas de medicina según centro de salud.	207
Tabla 55. Frecuentación media a consultas de enfermería según centro de salud.	207
Tabla 56. Factores que explican la utilización de la consulta de medicina en Atención Primaria. Año 2007.	210
Tabla 57. Utilización de la consulta de enfermería en Atención Primaria.....	211
Tabla 58. Características socio-demográficas y clínicas de las personas con diagnóstico de diabetes en el distrito de Villaverde, por barrio de residencia	226
Tabla 59. Características socio-demográficas y clínicas de las personas con diagnóstico de diabetes en el distrito de Villaverde, por centro de salud.....	227
Tabla 60. Número de casos de diabetes tipo 2 por sección censal y porcentaje que aportan al total	228
Tabla 61 Correspondencia de servicio que solicita y acto de agenda/programa.	235
Tabla 62 Número total de intervenciones según tipo y año.....	243
Tabla 63 Número total de participantes según ámbito de la intervención y año.	243
Tabla 64 Número de personas atendidas en el ámbito individual, por sexo y año, en el CMS Villaverde.	244
Tabla 65 Número de personas atendidas en consultas individuales por programa y año, en el CMS Villaverde.....	245
Tabla 66 Número y Porcentaje de personas usuarias en situación de mayor vulnerabilidad, medida según su nivel de estudios, por sexo	246
Tabla 67 Número y Porcentaje de personas usuarias en situación social desfavorecida, medida según su situación laboral, por sexo y año	248

Tabla 68 Número y porcentaje, con respecto al total de personas atendidas, de personas sin permiso de residencia, por sexos	249
Tabla 69 Número y porcentaje de personas derivadas de Servicios Sociales y/o Asociaciones/ONGs, atendidas con respecto al total de personas usuarias, por sexos, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de Madrid, se.....	250
Tabla 70 Número y porcentaje de personas atendidas que residen en zonas geográficas de mayor vulnerabilidad, en el CMS Villaverde y en el conjunto de CMS de la ciudad.....	251
Tabla 71 Espacios de coordinación intersectorial, según territorio de actuación en los que participó el CMS Villaverde.....	253
Tabla 72 Actividades según el Espacio desde el que se realizaron y en las que participó el CMS Villaverde (Programa de Desigualdades Sociales en Salud)	254
Tabla 73 Alianzas que se mantuvieron durante 2015 con entidades y recursos que desempeñan su labor en todos los barrios del distrito.	255
Tabla 74 Alianzas con entidades y recursos en las que se desarrollaron actividades, según los barrios de actuación.....	256
Tabla 75 Proyectos específicos impulsados por el CMS, cuyo marco prioritario fue el Programa de Desigualdades Sociales en Salud.	258
Tabla 76 Actividades impulsadas por otros agentes en los que el CMS Villaverde participó a través del Programa de Desigualdades Sociales en Salud y de otros programas..	259
Tabla 77 Nombres de los proyectos en los que participó el CMS Villaverde a través del Programa Desigualdades Sociales en Salud y del Programa Alimentación, Actividad física y Salud	261
Tabla 78 Nombres de los proyectos en los que participó el CMS Villaverde a través del Programa Desigualdades Sociales en Salud y del Programa Salud Sexual y Reproductiva	262
Tabla 79 Número y porcentaje de actividades comunitarias, no grupales, a raíz de proyectos comunitarios, en las que estuvo implicado cada programa, además del Programa de Desigualdades Sociales en Salud	264
Tabla 80 Número y porcentaje de los tipos de actividades comunitarias, no grupales, a raíz de proyectos comunitarios, en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud.	264
Tabla 81 Número y porcentaje de personas participantes en las actividades comunitarias del Programa de Desigualdades Sociales en Salud	264
Tabla 82 Número y porcentaje de actividades grupales, en las que estuvo implicado cada programa, además del Programa de Desigualdades Sociales en Salud	267
Tabla 83 Número y porcentaje de actividades grupales según la iniciativa de donde surgieron, en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud en el año 2015	267
Tabla 84 Número y porcentaje de actividades grupales según la iniciativa de donde surgieron, en las que estuvo implicado el Programa de Desigualdades Sociales en Salud por ser acciones relacionadas con la diversidad funcional.	268
Tabla 85 Número de actividades de educación para la salud (EpS) a grupos y en centros educativos, según centro de salud del distrito de Villaverde y el total realizado por todos los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud.....	305

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Expresiones presentes en la vulnerabilidad	35
Figura 2. Zonas del proceso continuo de organización social	37
Figura 3. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.	42
Figura 4 Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano del Proyecto Ineq-cities.....	51
Figura 5. Prevalencia de la multimorbilidad según edad y nivel socioeconómico	60
Figura 6. Relación entre la reducción de las desigualdades sociales en salud, las vulnerabilidades y la salud de las poblaciones.	70
Figura 7 Equipo de profesionales del CMS Villaverde.....	99
Figura 8 Distritos de la ciudad de Madrid y municipios limítrofes.	101
Figura 9 Ubicación y límites del distrito de Villaverde	102
Figura 10 División por barrios del distrito Villaverde	102
Figura 11 Mapa de servicios ferroviarios del Distrito de Villaverde.	108
Figura 12 Centros educativos ubicados en el distrito de Villaverde.	110
Figura 13 Recursos socio-sanitarios públicos en el distrito de Villaverde.....	110
Figura 14. Edad media de la población, según barrios, distrito y ciudad de Madrid.	145
Figura 15. Pirámides de población, según sexo, edad y nacionalidad por barrios.	146
Figura 16. Pirámides de población del distrito de Villaverde y de la ciudad de Madrid.....	147
Figura 17. Índice de envejecimiento por barrios del distrito de Villaverde.	148
Figura 18. Densidad de población en barrios y distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid. ...	148
Figura 19. Población total y con nacionalidad extranjera, según barrios del distrito de Villaverde. 149	
Figura 20. Proporción de personas inmigrantes con origen en países fuera de la UE-28 o de la OCDE, por barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid.	152
Figura 21. Proporción de población no española en edad escolar (menores de 16 años) sobre el total de la población escolar, según barrios, distrito Villaverde y ciudad de Madrid.....	152
Figura 22. Superficie de los barrios del distrito de Villaverde.....	152
Figura 23. Relación zonas verdes por habitante, según distritos de la ciudad de Madrid.....	153
Figura 24. Indicador de hacinamiento según barrios del distrito de Villaverde, distrito en su conjunto y ciudad de Madrid.	154
Figura 25. Porcentaje de hogares unipersonales ocupados por personas de más de 64 años del total de hogares, por sexo, según barrios del distrito de Villaverde, distrito Villaverde y ciudad de Madrid en su conjunto.....	155
Figura 26. Distribución por barrios del porcentaje de hogares monoparentales, por sexo de la persona adulta.	155
Figura 27. Indicador de precariedad educativa por barrios, para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid.....	156
Figura 28. Indicador de precariedad material de Madrid Salud, por barrios.	158
Figura 29. Distribución de la tasa personas nuevas usuarias de Servicios Sociales de Primera Atención, la de personas beneficiarias de ayudas económicas y la de rentas mínimas de inserción concedidas, en los distritos de la ciudad de Madrid.	159
Figura 30. Tasa relativa de desempleo por barrio, según sexo.	160
Figura 31. Proporción de personas en situación de desempleo de larga duración, por sexo, según barrios de Villaverde, distrito en su conjunto y ciudad de Madrid.....	161
Figura 32. Distribución del indicador de precariedad laboral, por barrios, distrito y ciudad.	161
Figura 33 Propuesta de índice de privación material según barrios del distrito de Villaverde, distrito en su conjunto y ciudad de Madrid.	162
Figura 34. Distribución del porcentaje de abstención en las elecciones locales de 2015.....	162
Figura 35. Tasa total y tasa por sexo de personas con discapacidad reconocida para el distrito de Villaverde y la ciudad de Madrid.....	163
Figura 36. Tasa de discapacidad según el tipo reconocido, en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid.....	163
Figura 37 Tasas según grado de discapacidad reconocido, en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid.....	163

Figura 38. Pirámides de población, según sexo, edad y nacionalidad por barrios y para el conjunto del distrito de Villaverde..	185
Figura 39. Diagrama de personas incluidas y excluidas en el estudio, siguiendo el esquema de Olmedo.	186
Figura 40. Relación entre renta bruta disponible y tasa de paro por centros.....	194
Figura 41. Relación entre nivel de estudios superiores y tasa de paro por centros de salud.....	195
Figura 42. Relación nivel de estudios básicos y tasa de paro, según centros de salud.....	195
Figura 43. Relación Renta Media Disponible y nivel de estudios superiores, por centro de salud.	196
Figura 44. Distribución del porcentaje de abstención en las elecciones locales de 2006.....	196
Figura 45. Distribución de los porcentajes de diagnósticos psiquiátricos y socio-familiares por centro de salud del distrito de Villaverde	199
Figura 46. Prevalencia por sexo y centro de salud de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico y socio-familiar.....	200
Figura 47. Distribución de las bandas de ACG en población consultante.	201
Figura 48. Distribución de las bandas de ACG en población consultante por centro de salud.....	201
Figura 49. Distribución de las bandas de ACG (nivel de complejidad) según región de origen.. ...	202
Figura 50. Distribución de las bandas de ACG (nivel de complejidad) según el tipo de usuario....	203
Figura 51. Frecuentación a consultas de medicina según tramo de edad y sexo.....	205
Figura 52. Frecuentación a consultas de enfermería según tramo de edad y sexo.....	205
Figura 53. Frecuentación a consultas de medicina según tramo de edad y región de origen.....	206
Figura 54. Frecuentación a consultas de enfermería según tramo de edad y región de origen.....	206
Figura 55. Frecuentación según región de origen.	206
Figura 56. Frecuentación total por tipo de profesional, según población consultante de cada centro de salud.	207
Figura 57. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y enfermería en menores de 35 años, por centro de salud.....	208
Figura 58. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en población de 36 a 45 años, por centro de salud.....	209
Figura 59. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en población de 46 a 64 años, por centro de salud.....	209
Figura 60. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en población de 65 a 80 años, por centro de salud.....	209
Figura 61. Frecuentación según sexo a consultas de medicina y de enfermería en mayores de 80 años por centro de salud..	210
Figura 62. Prevalencia de DM tipo 2 en población consultante respecto a la población según barrio	224
Figura 63. Prevalencia de DM tipo 2 en población consultante respecto a la población según centro de salud.	224
Figura 64. Distribución del número de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 según cuartiles de la propuesta de índice de privación de Madrid Salud y por sexo.....	225
Figura 65. Distribución del número de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 según cuartiles del índice de privación del Proyecto MEDEA y por sexo.....	225
Figura 66 Ficha de filiación complementaria	234
Figura 67 Evolución del número de personas atendidas en el ámbito individual y grupal, por el CMS Villaverde.....	244
Figura 68 Evolución del número de personas atendidas en el ámbito individual y grupal en los CMS.....	244
Figura 69 Porcentaje de personas atendidas según nivel de estudios y año.....	245
Figura 70 Porcentaje de población atendida en situación social desfavorecida según criterio de nivel de estudios alcanzado, por programa y año.	246
Figura 71. Número de personas atendidas en situación desfavorecida según criterio de nivel de estudios alcanzado, por programa y año.	247
Figura 72 Porcentaje de personas atendidas según situación laboral y año, con datos conocidos..	247
Figura 73 Porcentaje de personas atendidas desfavorecidas según situación laboral, por año y programa.....	248

Figura 74 Número de personas atendidas con situación social desfavorecida según situación laboral, según sexo.....	248
Figura 75 Porcentaje de personas nacidas fuera de España y sin permiso de residencia atendidas, según Programas.....	249
Figura 76. Porcentaje de personas atendidas en CMS Villaverde, derivadas de Servicios Sociales, Asociaciones y ONGs, según el programa y año.....	250
Figura 77. Porcentajes de personas atendidas que residen en zonas geográficas de mayor vulnerabilidad (ZIP), y porcentaje de personas residentes en dichas zonas.	251
Figura 78. Porcentaje de personas atendidas en el CMS Villaverde y que residen en área de residencia consideradas como vulnerables, por año y programa.....	251
Figura 79. Noticia en el Periódico Distrito Villaverde sobre la despedida comunitaria	265
Figura 80. Porcentaje de datos desconocidos de las variables sociales con registro a nivel individual en el CMS Villaverde, en el periodo 2013-2015.	278
Figura 81 Evolución de la relación zonas verdes por habitante en el distrito de Villaverde y ciudad de Madrid en el periodo 2006 – 2015.	282
Figura 82. Noticia en el Periódico Distrito Villaverde sobre la Jornada de Puertas Abiertas del CMS Villaverde.	300

ANEXOS

Anexo 1: Indicadores básicos, recomendados y opcionales según dimensión estudiada²⁵.

DIMENSION	INDICADORES BÁSICOS	INDICADORES RECOMENDADOS	INDICADORES OPCIONALES
Gobernanza	Gasto público en salud	Participación de los votantes, cobertura de seguros.	Gasto público en educación
Entorno físico e infraestructura	Acceso a agua salubre Acceso a saneamiento mejorado	Hogares con servicios municipales de gestión de desechos sólidos. Uso de combustibles sólidos. Traumatismos relacionados con el trabajo: tasa de incidencia y mortalidad.	Puntos de venta de alcohol, proporción de superficie urbana destinada a espacios verdes
Economía	Desempleo: proporción de población en situación de desempleo	Pobreza, mujeres en la fuerza de trabajo, seguridad en la tenencia de tierras	Proporción de la población que vive en tugurios, empleo no regulado
Desarrollo social y humano	Estudios primarios completos Asistencia calificada durante el parto Población infantil con inmunización completa Prevalencia del consumo de tabaco	Alfabetismo, niños con bajo peso al nacer, sobrepeso y obesidad, lactancia natural, embarazo en adolescencia, actividad física.	Prevalencia de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja, prevalencia del maltrato en niños, insuficiencia ponderal del recién nacido.
Resultados sanitarios	Indicadores analíticos: Mortalidad infantil Indicadores específicos por enfermedad: Diabetes: prevalencia y mortalidad por diabetes Tuberculosis: tasa de detección, tasa de curación, prevalencia y mortalidad por tuberculosis Traumatismos causados por el tránsito: tasa de defunciones causadas por el tránsito	Indicadores analíticos: Mortalidad de menores de 5 años, mortalidad materna y esperanza de vida al nacer. Indicadores específicos por enfermedad: morbilidad por una causa específica, mortalidad por causa	

Anexo 2. Indicadores según característica a estudiar y nivel de recomendación, según la guía de elaboración del mapa de riesgo de vulnerabilidad⁵⁴.

Características socio-demográficas	<p>Proporción de población de 0-14 años; de 15 a 64 años; de 65 años y más; de 85 años y más sobre la población mayor de 65 años</p> <p>Índice de envejecimiento</p> <p>Porcentaje de población extranjera en la ZBS</p> <p>Proporción de población de origen extranjero por sexo</p> <p>Porcentaje de nacionalidades de origen mayoritaria</p> <p>Personas nacidas vivas de madres españolas y madres extranjeras</p>
Mayores frágiles	<p>Porcentaje de personas de 85 años o más</p> <p>Porcentaje de personas de 75 años o más que viven solas respecto al total de la población de la ZBS o distrito considerado</p>
Dotación media de profesionales/habitante	Ratio de los diferentes profesionales sanitarios y trabajadoras sociales/población de tarjetas sanitarias asignadas
Frecuentación (Número de consultas asistenciales de profesional/población distinta atendida por esa categoría profesional)	Frecuentación respecto a población distinta atendida de profesionales de medicina, de pediatría, de enfermería
Barreras acceso a servicios sanitarios	<p>Personas sin TSI o con TSI siendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mayores de 65 años, - sin permiso de residencia: embarazadas, menores o transeúntes - personas en situación de desempleo
Estado de salud-morbilidad	Incidencia de casos de tuberculosis y de infecciones por VIH
Salud materno-infantil	Prevalencia de bajo peso al nacer, tasa de embarazos en adolescentes, interrupciones voluntarias de embarazos en mujeres menores de 20 años, cobertura vacunal infantil
Detección de personas mayores frágiles	Personas mayores de 75 años incluidas en el servicio de prevención y detección de problemas en personas mayores que reciban atención en relación a patología crónica invalidante, pérdida de la pareja en el último año, cambio de domicilio en los últimos seis meses, hospitalización en el último año o indicadores de riesgo social (personas que viven solas o con familia con capacidad limitada de apoyo, con relación familiar conflictiva, familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención a la persona enferma, condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes)
Pacientes inmovilizados	Personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (sólo la pueden abandonar con la ayuda de otras personas), tienen dificultad importante para desplazarse independientemente de su causa o que consta registro en historia clínica de visita domiciliaria en el último año.
Violencia y malos tratos	<p>Indicador de cobertura del servicio incluido en cartera: detección de riesgo de maltrato familiar.</p> <p>Número de personas en que se detectan signos o síntomas que induzcan a valorar la posibilidad de maltrato, sin distinción de edad ni de sexo.</p>
Complementarios	Demencia, depresión, suicidio, abuso de drogas, de tabaco y alcohol. Absentismo escolar, tasa de paro general y por edades, perceptores de renta mínima de inserción, de pensiones no contributivas y de prestaciones económicas urgentes de servicios sociales

Anexo 3. Limitantes y dificultades del desarrollo del abordaje comunitario en atención primaria de salud.

Sistema	<ul style="list-style-type: none"> - La reforma de la APS (Alma-Ata) no supuso el cambio de modelo ⁹³, cuando supone un cambio de modelo la promoción de la salud ¹⁶⁹ - Hay vacíos conceptuales, teóricos, metodológicos y prácticos en su implementación ^{93 161} - Recayó en esfuerzos voluntariosos de incorporar actividades e instrumentos¹⁵³. - Gerencialismo. Discordancia entre las recomendaciones internacionales y las políticas que realmente se implementan¹⁶¹; <i>"lo comunitario se dice pero no se hace"</i> - Intereses privados van en contra de la promoción de la salud¹⁶⁹ - Financiación insegura, a largo plazo, que requiere de confianza. ¹⁶⁹
Profesionales/ Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> - Realidad cotidiana de consultas diarias masificadas, con sensación de falta de tiempo (profesionales sobrecargados, atrapados por una demanda asistencial sobredimensionada⁹³), que favorece que no se aborden los conflictos de índole psicosocial¹⁶¹ ante una demanda cotidiana de asistencia ³⁵. - Los profesionales suelen reconocer que se han generado más actitudes de dependencia, medicalizándose múltiples aspectos vitales⁹³. La medicalización ha aumentado la frecuentación asistencial, favoreciendo el círculo insatisfacción - desgaste antes demandas "no médicas" ¹⁶¹ - Desgaste profesional achacado a nivel individual de cada profesional. ¹⁶¹ cuando en parte son secundarios a la frustración de comprobar que hoy nuestra preparación profesional y nuestros esfuerzos en el trabajo asistencial no son suficientes para enfrentar los problemas de salud más importantes y habituales que vemos en las consultas. ¹⁶¹ .
Profesionales/ Formación	<p>Formación de profesionales más dirigida al cuidado que a cualquier otra faceta relacionada con la salud³⁵, formación biológica¹⁶⁹ con modelos explicativos tecnológicos en los que se organiza el conocimiento médico ¹⁶¹; que conlleva la realización de intervenciones sin el imprescindible rigor metodológico, lo que lleva a la frustración ¹⁵⁷</p>
Profesionales/ Vivencia	<ul style="list-style-type: none"> - Se pide ser una especie de "activista" y sentimos que nos vacía de nuestro rol profesional "pero si yo soy médico", alejándonos de lo comunitario, pues "no tiene nada que ver con nosotros". ⁹³ Lo comunitario supone un terreno nuevo, para el que no nos sirve tanto la formación como sanitarios⁹³ al relacionarnos con la comunidad nos hemos encontrado confusos, un poco perdidos entre dos extremos: abrir demasiado y considerar esta tarea como algo que tiene más que ver con actitudes militantes y de compromiso ideológico-político, o bien cerrar demasiado y dejarle lo social y las relaciones con la comunidad "a la trabajadora social" del equipo, o a los Servicios Sociales de zona⁹³ - La vertiente comunitaria de la APS tiene detractores, y además deja hoy indiferentes a un gran grupo de profesionales sanitarios⁹³, siendo muchos profesionales escépticos¹⁵⁷ Ha quedado como asignatura pendiente para unos, o como algo inviable, utópico y trasnochado para la gran mayoría, entre la necesidad y la utopía¹⁶¹ - Lo comunitario se ve como más difícil, menos (re)conocido y más "resbaladizo", desprestigiado⁹³ y que requiere tiempo, es un proceso¹⁶⁹. - Desilusionaron de las posibilidades de lo comunitario en AP, o se quemaron. Hay quien vuelve a plantear la consulta como un refugio seguro para el profesional. ⁹³

Anexo 4. Variables e indicadores utilizados en el Estudio I, según la fuente y el año.

VARIABLES/INDICADORES	FUENTE DE DATOS
<ul style="list-style-type: none"> - Población total por sexo, edad y nacionalidad - Población por lugar de nacimiento - Población por país de nacionalidad 	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Elaboración propia a partir de datos del Padrón Municipal de Habitantes.(2016)
<ul style="list-style-type: none"> - Edad promedio de la población - Edad mediana de la población, por barrio - Índice de juventud - Índice de envejecimiento - Proporción de juventud - Proporción de envejecimiento - Proporción de sobre-envejecimiento - Proporción de personas extranjeras - Proporción de personas nacidas fuera de España - Proporción de personas inmigrantes extranjeras - Proporción de población en edad escolar extranjera sobre el total de población escolar - Personas que viven solas por edad y sexo - Número de hogares monoparentales - Nivel de estudios de la población mayor de 25 años, por sexo - Porcentaje de personas sin estudios o analfabetas - Porcentaje de personas que no han terminado estudios primarios - Superficie - Densidad de población - Ocupación media de los hogares (tamaño medio) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de población con discapacidad reconocida por mil habitantes - Tasa de población según tipo de discapacidad reconocida por mil habitantes - Tasa de población según grado de discapacidad reconocido por mil habitantes 	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Base de Datos del Reconocimiento del Grado de Discapacidad. Población de referencia: Ayuntamiento Madrid, Padrón Municipal de Habitantes
<ul style="list-style-type: none"> - Superficie destinada a zonas verdes 	Área de Gobierno de Medio Ambiente y Movilidad. Subdirección General de Control de Calidad y Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Número total de hogares - Número de viviendas construidas con anterioridad a 1980 - Número de viviendas en estado ruinoso, malo o deficiente 	Instituto Nacional de Estadística. Censo de edificios y viviendas.

Anexo 4. (Continuación) Variables e indicadores utilizados en el Estudio I, según la fuente y el año.

VARIABLES/INDICADORES	FUENTE DE DATOS
– Indicador de hacinamiento	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes (1/1/2012) y Gerencia Regional del Catastro de Madrid, Base de datos 01/08/2011
– Indicador de precariedad educativa	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Padrón municipal.
– Renta disponible bruta per cápita	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Cuentas Renta S.Hogares de la Región de Madrid elaboradas por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y Contabilidad Regional de España base 2010 del INE.
– Renta neta media anual de los hogares	Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida. Indicador del Proyecto Urban Audit.
– Importe medio mensual de pensiones	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Muestra Continua de Vidas Laborales.
– Personas usuarias nuevas atendidas en unidades de primera atención de servicios sociales	Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación ciudadana. Dirección General de Igualdad de Oportunidades
– Prestaciones sociales de carácter económico por tipo de ayuda	Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación ciudadana. Dirección General de Mayores y Atención social
– Número de personas perceptoras de rentas mínimas de inserción	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Padrón Municipal (01/01/2013) y Renta Mínima de Inserción (01/01/2013), Dirección General de Estadística de la Comunidad de Madrid
– Indicador de privación material	
– Tasa absoluta de paro registrado	Servicio Público de Empleo Estatal. Elaboración Propia. Subdirección General de Estadística. Ayuntamiento de Madrid
– Proporción de personas en situación de desempleo de larga duración, por sexo	
– Proporción de personas que reciben prestaciones, por sexo	
– Indicador de desempleo (precariedad laboral)	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Padrón Municipal y Paro Registrado
– Número de asociaciones	Ayuntamiento de Madrid. Subdirección General de Estadística. Área de Gobierno de Coordinación Territorial y Asociaciones
– Tipo de asociaciones	
– Participación electoral: abstención en elecciones locales	Elaborado por el Ayuntamiento de Madrid: Dirección General de Estadística Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno.
– Participación electoral: censo electoral	

Anexo 5. Número de asociaciones por tipo de asociación en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid. 2015

	Carácter social	Casas regionales	Medio-ambiente	Vecinales	Culturales	Deportivas	Salud y apoyo mutuo	Cooperación al desarrollo
Distrito Villaverde	5	1	1	12	11	10	6	0
Ciudad de Madrid	243	33	17	180	309	148	144	35

Anexo 5.Continuación - Número de asociaciones por tipo de asociación en el distrito de Villaverde y en la ciudad de Madrid. 2015

	Empresarios/as y Profesionales	Inmigrantes	Juveniles	AMPAS	Personas mayores, jubiladas y pensionistas	Mujeres	Comerciantes	Consumidores/as y personas usuarias
Distrito Villaverde	1	2	2	25	0	4	1	0
Ciudad de Madrid	57	60	80	368	37	60	25	21

Anexo 6. Espacios de trabajo comunitarios en los que participaba el CMS Villaverde, según objetivos y composición. Año 2015.

NOMBRE	OBJETIVOS	COMPOSICIÓN
<p>RED DE INFANCIA Y JUVENTUD DE VILLAVERDE (RED RIJ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartir información sobre sus propios proyectos. ▪ Coordinar eficazmente los recursos. ▪ Articular propuestas de acción común. Fomentar la sinergia de los agentes integrantes. ▪ Apoyar la labor de dinamización del tejido infantil y juvenil. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan Integral de Convivencia. ✓ Junta Municipal. Departamento Educación (Educación social de absentismo escolar). ✓ Oficina Información Juvenil. ✓ Servicio de Dinamización Vecinal. ✓ Onda Merlín Comunitaria (OMC Radio). ✓ Programa Apoyo Socioeducativo y Pre-laboral en Adolescentes y Jóvenes (ASPA) ✓ Técnica de Prevención de Adicciones
<p>"PLANTA FORMA EN GÉNERO"</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar en red y realizar coordinación intersectorial ▪ Poner en común necesidades formativas en temas de género. Autoformación. ▪ Reflexionar conjuntamente sobre las dificultades en el ámbito laboral, de la salud, ... en el marco de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. ▪ Aprender a trabajar desde una perspectiva de género e impulsar esa forma de trabajo en nuestras organizaciones. ▪ Organizar actividades comunitarias conjuntas en materia de igualdad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de Igualdad. ✓ Grupo Labor. ✓ Asociación Educación, Cultura y Solidaridad. ✓ Centro de Rehabilitación Psico-Social Villaverde. ✓ Espacios de Igualdad "Dulce Chacón" y "Clara Campoamor". ✓ Espacio de Género Asociación Proyecto San Fermín. ✓ Educadores y educadoras de Absentismo escolar. ✓ Red Integral de San Cristóbal de los Ángeles (RISKA)
<p>ESPACIO DE GÉNERO y SALUD EN SAN CRISTOBAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a profesionales para mejorar la detección de casos individuales de violencia de género. ▪ Espacio de reflexión y autoformación. ▪ Incorporar la perspectiva de género en todas las actuaciones conjuntas que se organicen. ▪ Promover actividades dirigidas a sensibilizar a la población en cuanto a igualdad y contra la violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicio Territorial de Salud Pública. Comunidad de Madrid. ✓ Servicio de Dinamización Vecinal ✓ Equipo de Atención Primaria San Cristóbal. ✓ Educación, Cultura y Solidaridad. ✓ Agente de Igualdad. ✓ Red Integral de San Cristóbal de los Ángeles (RISKA) ✓ Casa San Cristóbal.
<p>UNIENDO BARRIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la convivencia. ▪ Propiciar alternativas y proyectos generadores de soluciones a las necesidades del distrito, con participación vecinal. ▪ Promover prácticas que favorezcan la tolerancia y la convivencia intercultural. ▪ Trabajar de manera conjunta entre profesionales y ciudadanía. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicio de Dinamización Vecinal San Cristóbal. ✓ Apoyo Social Comunitario. Salud Mental. ✓ Centro de Apoyo a las Familias (CAF-4). ✓ Servicio de Convivencia Intercultural en Barrios ✓ Centro de Participación e Integración de Población
<p>COMISIÓN RED RIJ: PUNTO VIVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organización de actividades y dinámicas de reflexión, prevención y sensibilización en los espacios de recreo de los institutos de educación secundaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de igualdad de oportunidades. ✓ Servicio de Prevención de Absentismo Escolar. ✓ Servicio de Dinamización Vecinal. ✓ Oficina de Información Juvenil Zona 4. ✓ Centro de Salud San Andrés y Potes. ✓ Servicio de Convivencia Intercultural en Barrios. ✓ Plan Integral de Convivencia.

<p>PLATAFORMA DE TRABAJADORAS y TRABAJADORES SOCIALES DEL DISTRITO DE VILLAVERDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar en red facilitando así nuestro trabajo cotidiano en pos de la comunidad. Detección de necesidades distritales. ▪ Crear un espacio de reflexión, análisis, intercambio y diseño de acciones. Autoformación. ▪ Realizar una atención integrada y global con la comunidad. ▪ Visibilizar la profesión. ▪ Elaborar y conocer protocolos de coordinación-derivación. ▪ Coordinación entre los integrantes de la Plataforma para dar a conocer nuestras propias instituciones o entidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospital 12 de Octubre. ✓ Todos los centros de salud del distrito. ✓ Centro de Atención a Drogodependencias Villaverde. ✓ Residencia Mayores Adavir Villaverde. ✓ Centro Ocupacional Afandice Villaverde. ✓ Centro de Salud Mental Villaverde. ✓ Instituto de Realojamiento e Inserción Social Villaverde - Usera. ✓ Centros de Servicios Sociales Generales Huerta de Villaverde y Eduardo Minguito. ✓ Equipo de Apoyo Socio-Comunitario Villaverde. ✓ Centro de Mayores de la Comunidad de Madrid ✓ Equipo de Orientación Educativa Pedagógica.
<p>ASOCIACIÓN CONSEJO DE SALUD DE CIUDAD DE LOS ÁNGELES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación interinstitucional. ▪ Favorecer actuaciones conjuntas de sensibilización sobre temas de salud (en el barrio de Los Ángeles y con población mayor) ▪ Favorecer la prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de dichas actuaciones. ▪ Fomentar la participación ciudadana en espacios de trabajo intersectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro de Salud Los Ángeles. ✓ Servicio de Dinamización Vecinal. ✓ Asociación Vecinal San Luciano. ✓ Asociación Vecinal San Nicolás ✓ Vecinas del barrio.
<p>MESA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD LOS ROSALES Y BUTARQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar de manera conjunta y coordinada (profesionales y ciudadanía) en la planificación y el desarrollo de iniciativas y actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud de la población. ▪ Realizar un estudio de la situación socio-sanitaria de la zona de influencia para implementar actuaciones y actividades específicas en base a él. ▪ Promover acciones encaminadas a la mejora de la situación de los barrios de Los Rosales y Butarque, con participación ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centros de Salud El Espinillo y Los Rosales, ✓ Asociaciones Vecinales: El Espinillo, Butarque, Los Rosales y Villaverde Este. ✓ Foro Minorías ✓ Cáritas ✓ AMPA El Espinillo <p>* Se van incorporando personas paulatinamente</p>
<p>MESA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD DE VILLAVERDE ALTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los mismos objetivos que la mesa de Participación de Los Rosales-Butarque, pero en este caso el territorio de actuación es el barrio de Villaverde Alto. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro Salud Potes y Centro de Salud San Andrés ✓ Foro Minorías ✓ Asociación Vecinal La Incolora ✓ Asociación de minusválidos físicos de Villaverde (AMIFIVI) ✓ Asociación Madrileña para la lucha contra las enfermedades renales. (ALCER) ✓ Movimiento 15-M
<p>MESA DE SALUD UNIFICADA DEL DISTRITO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinar actuaciones de las mesas de salud del distrito. ▪ Elaborar el mapa de riesgos de la vulnerabilidad. 	<p>Integrantes de las tres mesas de salud: Mesa de participación ciudadana en salud de Villaverde Alto, Mesa de Participación Comunitaria en Salud Los Rosales y Butarque y Asociación Consejo de Salud Los Ángeles-Cruce.</p>

Anexo 7. Descripción de algunos de los Espacios de Coordinación que tuvieron alguna característica o actividad singular en el año 2015.

Espacio de Coordinación Intersectorial: Mapa de Riesgos de la Vulnerabilidad.

En el año 2015, se conformó un nuevo Espacio de coordinación intersectorial en relación al objetivo de puesta en marcha del proceso para la elaboración del "Mapa de Riesgo de la Vulnerabilidad", con la participación de todos los centros de salud, el equipo de promoción de la salud de Salud Pública Territorial de la Comunidad de Madrid, una de las responsables del Programa Colectivos Vulnerables de la Subdirección de Promoción y Prevención de la Comunidad de Madrid donde se encuadra el Proyecto de Mapas de Riesgo de la Vulnerabilidad y el equipo del CMS Villaverde. Sin embargo, este Espacio no se mantuvo, ni se ha llevado a cabo el mapa objeto del Espacio.

Proyecto Vive tu Barrio.

A raíz del cierre del Proyecto de desarrollo comunitario impulsado por Cruz Roja en Plata y Castañar (una de las zonas del barrio de Villaverde Alto) e iniciado en 2013, los equipos de los recursos que seguían desarrollando actuaciones en la zona, se plantearon mantener coordinaciones e ir sumando alianzas, para que las intervenciones fueran más integrales y eficientes, con el trabajo colaborativo de los diferentes sectores. Las y los profesionales adscritos a este proyecto mantuvieron dos reuniones informales con las personas que estuvieron implicadas en el clausurado Proyecto desde Cruz Roja, contrastando la necesidad de continuar con el proceso.

El territorio de "Torres, Porres y Plata y Castañar" es una zona de viviendas protegidas con indicadores de salud y de vulnerabilidad social superiores a la media de la ciudad de Madrid, zona de intervención preferente (ZIP) para el CMS, territorio de influencia del CS Potes. Además, los medios de comunicación aluden a la zona facilitando su estigma, difundiendo sus necesidades y características más deterioradas, con apenas mención a las capacidades y fortalezas que presentan las personas que allí residen y las oportunidades de la zona.

A finales de julio del 2015, el CMS Villaverde, el Servicio de Dinamización Vecinal (SDV), el Servicio de Convivencia Intercultural en Barrios (SCI) y el Servicio de Intervención Con Población Inmigrante) iniciaron reuniones que permitieron valorar esta necesidad e ir definiendo con las asociaciones vecinales (AV La Incolora y AV Los Hogares) y AMIFIVI (Asociación de Minusválidos Físicos de Villaverde) los objetivos del Proyecto, con la meta de planificar estrategias para abordar la problemática de este territorio, compartir información con asociaciones vecinales y movimientos sociales del barrio para conocer necesidades y valorar posibles actuaciones, constituyéndose el grupo promotor. Desde ese momento, se establecieron los contactos con los demás recursos presentes en la zona, convocándoles a reuniones en 2016.

Mesa de Salud y el joven de San Cristóbal.

Además, en ese mismo año, en otro de los barrios del distrito, el CMS Villaverde retomó la participación en "Mesa de Salud y el Joven de San Cristóbal", con el objetivo de posibilitar mayor cercanía del CMS a la población joven residente en este barrio.

Anexo 8. Ficha resumen de la experiencia presentada en los Seminarios de Intercambio de Experiencias y Metodologías de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Año 2016.

TÍTULO: Proyecto Fotovoz Entorno Alimentario en Villaverde: Estrategia participativa de prevención de la obesidad
Centro/s implicado/s: CMS Villaverde
Programa/s y/o proyecto/s en el que está encuadrada la experiencia: ALAS y DSS
Problema/s de salud que aborda o habilidad/es o condiciones de salud que promueve: Prevención de obesidad. Participación Comunitaria.
Demanda que dio origen a la experiencia: Metodología adecuada para la intervención comunitaria (Investigación Acción Participante). A raíz de un objetivo común del CMS Villaverde con el Equipo HHH (Proyecto Heart Healthy Hoods (HHH): Barrios Cardiosaludables) que es la Prevención de la Obesidad.
Lugar/es experiencia: Villaverde (dos barrios: Los Rosales y San Cristóbal)
Instituciones/organizaciones implicadas: Equipo HHH – MAPFRE (concesión beca)
Recursos implicados (internos y externos): Todos los y las profesionales del Equipo del CMS Villaverde. Médica interna Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, cuyo trabajo fin de máster fue un proyecto fotovoz. Profesionales del Equipo HHH
Usuarios/población diana: Mujeres y hombres residentes de los barrios anteriormente mencionados, entre 40 y 75 años
Métodos utilizados: Fotovoz (metodología de investigación acción participativa) grupal
<p>Breve descripción de la experiencia: La participación ciudadana es clave en Salud Pública. La metodología participativa fotovoz es idónea para analizar el entorno físico y social de los barrios y su efecto en la salud poblacional.</p> <p>En España, los altos niveles de obesidad y enfermedades asociadas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares representan un grave problema de salud pública que afecta de manera desigual a diferentes sectores de la población. La prevención primaria mediante estrategias poblacionales que incluyan el entorno urbano es por tanto de máxima relevancia. Para el Programa ALAS resulta interesante ya que nos permite acercarnos más a la población, conocer sus percepciones e inquietudes y reformular las estrategias de intervención. Además para el Equipo del CMS Villaverde constituye una intervención de participación ciudadana innovadora, que posibilita el empoderamiento vecinal.</p> <p>El objetivo es realizar un diagnóstico comunitario del entorno alimentario en relación con la prevención de la obesidad mediante un estudio participativo de fotovoz en población adulta del distrito de Villaverde (Madrid).</p> <p>Se llevó cabo un estudio participativo con metodología PHOTOVOICE con 4 grupos de 6 -8 residentes de los barrios de San Cristobal y Los Rosales, hombres y mujeres (40-75 años) que participaron en 5 - 6 sesiones grupales cada uno.</p>
<p>Cómo se evaluó y Resultados: El resultado fueron fotografías del entorno alimentario tomadas y analizadas por las y los residentes de Villaverde. Las sesiones grupales serán analizadas cualitativamente mediante análisis temático y en progreso utilizando el software Atlas.ti.</p> <p>Se inauguró una primera exposición de las fotografías seleccionadas en el contexto de una jornada de ciencia ciudadana con el Delegado del Área de Salud, Seguridad y Emergencias del Ayuntamiento de Madrid, el concejal presidente del distrito de Villaverde, el gerente de Madrid Salud y el subdirector general de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud.</p> <p>Para amplificar y comunicar estos resultados se editará un fotolibro con los resultados, y se realizará un video de la experiencia; así como varias exposiciones / coloquios en otros lugares del Distrito y de fuera del mismo.</p>
<p>Principales conclusiones: A las y los profesionales nos ha permitido conocer la visión del entorno alimentario de los y las residentes, nos ha acercado a su realidad y permitido acercar nuestras intervenciones del Programa ALAS a la realidad del Distrito.</p> <p>Los y las residentes son los y las protagonistas de este Proyecto. Según sus impresiones, han cambiado su percepción y les ha empoderado.</p>
Email y teléfono de contacto (para ampliar información): cmsvillaverde@madrid.es https://hhhproject.eu/hhh-sub-studies/photovoice/

