



# PLAN INTEGRAL de mejora en Salud Pública de Vallecas 2001/2005

# 110

Documentos Técnicos de Salud Pública





# 110

Documentos Técnicos de Salud Pública

## **PLAN INTEGRAL de mejora en Salud Pública de Vallecas 2001/2005**



INFORME ELABORADO POR

**EQUIPO TÉCNICO DEL PLAN INTEGRAL DE MEJORA EN SALUD PÚBLICA DE VALLECAS**

---

**Servicio de Salud Pública del Área 1.**

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCION GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACION:

- Margot Cisneros Britto. *Jefe de Servicio*
- Victoria Cid Deleyto. *Jefe de Sección*
- M<sup>a</sup> Victoria Civantos Cantero. *Jefe de Sección*
- Antonio Cobos García. *Jefe de Sección*
- Margarita García Barquero. *Jefe de Sección*
- Natividad García Marín. *Técnico Superior de Salud Pública*
- Elisa Gil Montalbán. *Técnico Superior de Salud Pública*
- Pedro Neira Canalejo. *Técnico Superior de Salud Pública*
- Concepción de Paz Collantes. *Técnico Superior de Salud Pública*
- Elena Rodríguez Baena. *Jefe de Sección*
- Silvia Sánchez Buenosdías. *Técnico Medio de Salud Pública*
- Félix Villarreal Pozuelo. *Técnico Medio de Salud Pública*
- María Zamora Soler. *Técnico Medio de Salud Pública*

**Servicio de Sanidad Ambiental.**

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCION GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACION:

- Isabel Abad Sanz. *Jefe de Sección*
- Emiliano Aránguez Ruiz. *Jefe de Sección*
- Pedro Arias Bohigas. *Jefe de Sección*
- Sonia García Gómez. *Jefe de Sección*
- José Frutos García García. *Jefe de Servicio*
- Andrés Iriso Calle. *Técnico Superior de Salud Pública*
- Laura López Carrasco. *Técnico Superior de Salud Pública*
- Mercedes Martínez Cortés. *Jefe de Servicio*

Apoyo Administrativo:

- Ernesta Moraleda Losa
- M<sup>a</sup> Jesús Mingo Bravo

Grupo de Redacción:

- Concepción de Paz Collantes
- Elisa Gil Montalbán
- Andrés Iriso Calle
- Silvia Sánchez Buenosdías

Coordinación y Dirección.

- Margot Cisneros Britto
- Margarita García Barquero
- José Frutos García García



FE DE ERRATAS:  
María Zamora Soler  
es Técnico Superior  
de Salud Pública

# ÍNDICE

---

<b>1. PRESENTACIÓN</b>	5
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>3. PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN</b>	11
<b>4. LÍNEAS DE TRABAJO</b>	15
<b>4.1 ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD</b>	16
<b>4.2 INVESTIGACIÓN DE LAS NECESIDADES Y RIESGOS PARA LA SALUD         PERCIBIDA POR LA POBLACIÓN</b>	51
<b>4.3 MEDIOAMBIENTE Y SALUD</b>	67
<b>4.4 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>	91
<b>4.5 RED SOCIAL Y ATENCIÓN A COLECTIVOS CON RIESGO ESPECÍFICO</b>	107
<b>4.6 DIFUSIÓN DEL PLAN</b>	116
<b>5. ESTRATEGIAS Y COMPROMISO DE FUTURO</b>	119
<b>5.1 CONSOLIDACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN</b>	120
<b>5.2 MONITORIZAR EL ESTADO DE SALUD</b>	120
<b>5.3 MEDIOAMBIENTE Y SALUD</b>	121
<b>5.4 HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD</b>	121



## 1. PRESENTACIÓN

---

Tras más de cinco años de desarrollo del Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas, se presenta este informe, que recoge lo más relevante de lo que se ha realizado hasta ahora, cómo se han desarrollado los contenidos de trabajo, qué actuaciones concretas se han iniciado, qué otras actuaciones se han visto reforzadas y qué perspectivas de futuro se plantean vinculadas a este Plan.

Este informe, supone el principio de un largo camino en el planteamiento de actuaciones de futuro que podrán verse beneficiadas de los conocimientos y de la experiencia adquirida en estos años de trabajo integral y participativo, que ha servido para romper barreras entre población y profesionales, entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación y entre los propios profesionales del sector sanitario. De hecho y aunque el “Plan Vallecas” finalizaba a finales del año 2005, durante el año 2006 se han seguido realizando y estudiando actividades y finalizando estudios y proyectos gráficos.

El informe se organiza comenzando por una introducción que nos sitúa en Vallecas y en los inicios del Plan para continuar con un capítulo en el que se perfilan los valores que desde el punto de vista metodológico aportan relevancia del Plan, como son la participación ciudadana y la coordinación. Más adelante se realiza una revisión de los contenidos de las líneas de trabajo desarrolladas en relación al análisis del estado de salud, la investigación de las necesidades de salud percibidas por los Vallecanos, el entorno, los hábitos, las acciones realizadas sobre colectivos con especial riesgo, la atención socio sanitaria y la difusión del Plan. Para finalizar se resaltan las líneas de futuro, planteadas teniendo en cuenta los recursos disponibles y en consonancia a los **compromisos** y resultados obtenidos, para ese largo camino que queda por recorrer.

Es importante destacar, que los profesionales que intervienen en la ejecución del Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas, han asumido la prestación de un servicio de calidad a los ciudadanos, estableciendo criterios de calidad de la actuación administrativa, atendiendo al Modelo Europeo de Excelencia (E.F.Q.M.). En este sentido, el Servicio de Salud Pública del Área 1 presentó este proyecto a la **V Edición del Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público de la Comunidad de Madrid, obteniendo el Diploma de tercer finalista por su Orientación al Ciudadano.**

**Agustín Rivero Cuadrado**

*Director General de Salud Pública y Alimentación*



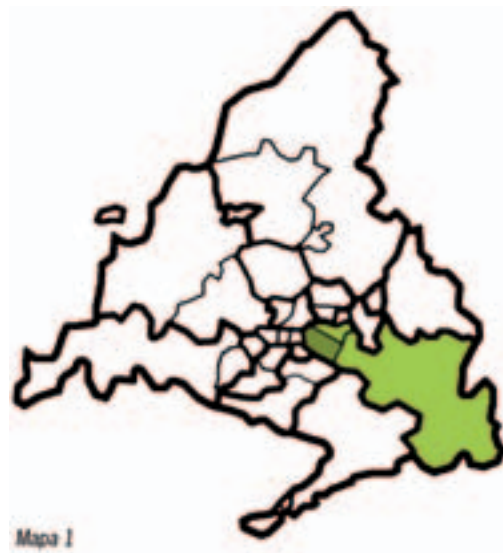


## 2. INTRODUCCIÓN

---

Vallecas se encuentra en la zona sur-este del municipio de Madrid, pertenece al Área 1 de salud que agrupa además a los distritos sanitarios de Arganda del Rey, Moratalaz y Retiro. Vallecas está formado por los distritos municipales de Puente y Villa de Vallecas.

El distrito de Puente de Vallecas, situado entre las carreteras de circunvalación M-30 y M-40, en torno al eje de comunicación del antiguo pueblo de Vallecas con el centro de la ciudad, es una zona eminentemente urbana. Mientras que el actual distrito de Villa de Vallecas ocupa un territorio mucho más extenso, está constituido por el antiguo pueblo de Vallecas y el barrio de Santa Eugenia y tiene distintas características poblacionales. Actualmente, Villa se está ampliando con la construcción de 26.000 nuevas viviendas, esta zona de ampliación se conoce como el “Ensanche de Vallecas” o “PAU de Vallecas”.



Vallecas se caracteriza por ser una zona de expansión urbana, bastante poblada e industrializada, con un bajo nivel socioeconómico y déficit de infraestructuras. Ha sido siempre un barrio de trabajadores, destino de muchos inmigrantes del sur de España y población rural que llegaron a Madrid en la década de los 70.

Hay que destacar la existencia de un fuerte movimiento asociativo y reivindicación social, que distingue a Vallecas por ser probablemente uno de los distritos de Madrid con mayor capacidad de participación y movilización ciudadana. Además, entre los vallecanos ha existido siempre un sentimiento arraigado de tener una situación de desventaja y desigualdad social con respecto al resto de los madrileños. De hecho, son las reivindicaciones de las Asociaciones de Vecinos y el movimiento vecinal quienes consiguen que la Administración Regional articule un Plan Especial de Inversiones y Actuaciones: el **Plan Vallecas**, o también conocido como “**Plan 18000**”.

El Plan echó a andar en el año 2000, mediante la firma de un acuerdo entre el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de los Distritos Municipales de Puente y Villa de Vallecas para poner en marcha un Plan de Inversiones para ambos distritos que alcanzará la inversión de 18.000 millones de pesetas durante el periodo 2001-2005. Este acuerdo se plasmó en la Ley 17/2000 del 27 de diciembre de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid.

El Plan contempla una serie de actuaciones en ámbitos de la salud, educación, juventud, deportes, servicios sociales, etc., implicando a diferentes Consejerías de la Comunidad de Madrid. A la Consejería de Sanidad y Consumo le correspondió una partida presu-

puestaria de 1.832 millones de pesetas, aproximadamente un 10% del total del Plan. El acuerdo para Sanidad se fijó alrededor de cuatro focos de interés comunes para los vecinos y autoridades sanitarias sobre los que la Consejería de Sanidad y Consumo tenía competencias plenas en el momento de firmar dicho acuerdo: Salud Mental, Atención a Drogodependientes, Planificación Sanitaria y Salud Pública, esta última con una dotación presupuestaria específica de 305 millones de pesetas para el **Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas**.

Para el desarrollo de este **Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas** se formó un equipo de trabajo con los técnicos del Servicio de Salud Pública del Área 1 y Servicio de Sanidad Ambiental, al que posteriormente se incorporaron técnicos contratados específicamente para el Plan. Desde el primer momento se consideró necesaria la participación de los vallecanos, a través de sus representantes en las asociaciones vecinales, y así se constituyó una comisión o “mesa de coordinación” del Plan. Tras las primeras reuniones se vio la necesidad de incorporar a esta “mesa”, de manera permanente, a otras instituciones implicadas en la realización de las actividades previstas en el Plan: la Gerencia de Atención Primaria (GAP) del SERMAS (antiguo INSALUD) del Área 1 y el Centro Madrid Salud (CMS) de Villa de Vallecas, antiguamente Centro Municipal de Salud.

Los principios básicos que han regido el desarrollo de todas las actuaciones del Plan han sido: el abordaje integral de las intervenciones, el trabajo en equipo en línea con los programas de salud pública de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, la coordinación y colaboración intra e interinstitucional y la participación ciudadana.

Esta metodología de trabajo ha supuesto en primer lugar un reto para todos los implicados, técnicos y ciudadanos, en cuanto a lo novedoso del método; y, además le ha dado un carácter dinámico al Plan, puesto que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo para adaptarse a las necesidades de cada momento.

Las actividades del Plan se han diseñado en la línea de los programas de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, evitando la duplicación de recursos y acciones desarrolladas en la propia Dirección General u otras instituciones. Además, para poder llevar a cabo muchas de las actividades planteadas, ha sido preciso la coordinación y colaboración con otras instituciones, así como con otros servicios de la misma Consejería de Sanidad y Consumo.

Por otro lado, gracias a la existencia del Plan, y sobre todo a la existencia de personal dedicado especialmente a su desarrollo, se han podido poner en marcha nuevas actividades específicamente creadas, pilotar proyectos que luego puedan servir de modelo para implantar en el resto de la Comunidad, y en otras ocasiones se han reforzado las que ya se realizaban.

Los ejes fundamentales y piezas claves del Plan, por la importancia que tienen en el desarrollo del mismo, son la COORDINACIÓN y la PARTICIPACIÓN CIUDADANA. Por ello, en este informe se dedica un capítulo específico para detallar cómo se ha canalizado esta participación.

Las líneas de actuación prioritarias del Plan, consensuadas entre los representantes de los vecinos y de la administración, se concretan fundamentalmente en: analizar del estado de salud y sus determinantes, identificar los principales problemas de salud, estudiar el entorno y medioambiente, intervenciones para fomentar hábitos de vida saludables y mejorar la salud y calidad de vida, y acciones dirigidas a colectivos de especial riesgo.

El trabajo realizado desde los inicios del Plan, ha generado numerosos estudios, proyectos, e investigaciones que hemos querido recoger en este informe. Al objeto de plasmarlos en un solo documento útil y ameno se han resumido al máximo, por lo que remitimos al lector que desee conocer con más detalle o profundizar más en alguno de ellos, a los documentos completos disponibles en la página web del Plan: [www.madrid.org/plan\\_vallecas](http://www.madrid.org/plan_vallecas). También incluimos un capítulo sobre las estrategias y compromisos de futuro, fruto de la experiencia y reflexión de estos años de trabajo.

Finalmente, todo el Equipo Técnico del Plan Vallecas queremos agradecer las aportaciones realizadas a todas las personas, instituciones y organizaciones que han participado, de una u otra manera, en el Plan. La suma de todos, la ilusión y el esfuerzo han hecho posible que este ambicioso proyecto sea una realidad.

Madrid, diciembre 2006

***Equipo Técnico del Plan Integral de Mejora  
en Salud Pública de Vallecas***



### 3. PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN

---

La salud es una de las **preocupaciones** más importantes para los individuos y las colectividades. Esta circunstancia, convierte al sector sanitario en objeto de la expresión de problemas, no solo sanitarios sino sociales, al tiempo que ofrece a los profesionales del sector, la oportunidad de intervenir en los múltiples campos que influyen directa o indirectamente en la salud.

Las actuaciones en Salud Pública, dirigidas hacia la población y con un claro contenido en la reducción de riesgos a través de la modificación de hábitos y estilos de vida, unida a la gran repercusión social que se suele desencadenar en los medios de comunicación, hacen necesario que desde salud pública se implique a los ciudadanos en la toma de decisiones.

En este sentido, los objetivos de la “Estrategia de Salud Siglo XXI” para la Región Europea de la OMS, nos recuerdan la responsabilidad multisectorial de la salud y la importancia en la movilización de agentes de salud:

#### Objetivo 14

*“Para el año 2020 todos los sectores deberán haber reconocido y aceptado su responsabilidad en materia de salud, objetivo que se puede alcanzar, si entre otras acciones*

- **se facilita la participación y la colaboración intersectorial**
- **y la protección y promoción de salud se utilizan como criterios esenciales a la hora de seleccionar estrategias”**

#### Objetivo 20

*“Para el año 2005, la aplicación de las políticas de salud para todos deberá implicar a las personas, los grupos y las organizaciones tanto del sector público como privado así como a la sociedad civil, con el fin de crear alianzas y asociaciones a favor de la salud, objetivo que se puede alcanzar si entre otras acciones*

- **existe un liderazgo en materia de salud pública capaz de motivar, inspirar, facilitar e implicar a todos los sectores a favor de la salud”**

Aunque la articulación de la **coordinación, participación y liderazgo** en el día a día tiene sus dificultades, desde el inicio del Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas, se han venido consensuando las decisiones con los representantes vecinales y otras instituciones, lo que ha resultado pieza fundamental del éxito de las actuaciones. Los objetivos anuales, las demandas poblacionales y las acciones concretas se discuten y pactan entre los técnicos y los ciudadanos, ofreciendo un cauce de participación real y no meramente informativo.

### **Coordinación participativa**

Para poder establecer las líneas de coordinación internamente, se consideró importante la necesidad de agrupar las actuaciones bajo la responsabilidad de un Equipo Técnico formado por profesionales procedentes del Servicio de Sanidad Ambiental y del Servicio de Salud Pública del Área 1, abarcando los contenidos de trabajo de una manera integral, evitando la división institucional de la salud pública en epidemiología, sanidad ambiental, higiene alimentaria o prevención y promoción de salud.

Una vez establecido el Equipo Técnico, la participación externa se organizó a través de una **Mesa de Coordinación**, en la que participan representantes de la GAP del Área 1, del CMS de Villa de Vallecas, de los **vecinos** y el ya mencionado Equipo Técnico. Esta mesa, que ha permitido aunar esfuerzos y no duplicar actuaciones, se ha venido reuniendo mensualmente.

A través de esta Mesa de coordinación y dependiendo de las necesidades detectadas en cada momento, se han organizado otros grupos de trabajo en los que participan representantes del Ayuntamiento de Madrid (Juntas Municipales de los Distritos de Puente y Villa de Vallecas, Servicios Sociales, el Departamento de Prevención y Promoción de la Salud y la Concejalía de Medio Ambiente), la Consejería de Educación, Cruz Roja, el Servicio de Salud Mental de Vallecas y Asociaciones de la zona.

### **Otros cauces de participación**

Teniendo en cuenta que la participación de los ciudadanos, a través de sus representantes vecinales, queda establecida en la Mesa de Coordinación, para poder llegar de una forma más directa a la población y atender sus demandas, se han utilizado otras vías de acercamiento y comunicación como:

- **La difusión del Plan**, a través de folletos, carteles, comunicaciones científicas y página web: [www.madrid.org/sanidad\\_planvallecas](http://www.madrid.org/sanidad_planvallecas) (buzón de sugerencias). Se informa, se transmite el conocimiento y se recogen ideas, necesidades, problemas, etc., con el compromiso de realizar una valoración y respuesta rápida.
- **Foros de participación ciudadana**, como es el caso de los **Consejos de Salud de Vallecas**, en los que se informa y se impulsan los contenidos en relación a la salud pública, o la participación en la **Mesa de Convivencia** de Puente y Villa de Vallecas, liderada por el Centro de Atención Social a Inmigrantes, desde donde se ponen en marcha actividades dirigidas a este colectivo.
- **Foros de coordinación**, además de la Mesa de Coordinación del Plan, se participa en la **Comisión de Población Excluida de Villa de Vallecas**, en la **Comisión Socio Sanitaria**, en la **Mesa de Salud Escolar**, etc., donde se deciden e impulsan actividades en sus diversos campos de actuación.
- **Estudios participativos**, sobre las necesidades de salud y sobre los riesgos ambientales que percibe la población de Vallecas. Estos estudios se han planteado con una doble finalidad: en primer lugar para obtener información sobre lo que los ciudadanos

perciben como necesidad; y en segundo lugar, una vez analizadas las necesidades detectadas, alcanzar el consenso sobre actuaciones futuras.

- **Atención a la demanda** directa de ciudadanos y asociaciones, previo análisis de su viabilidad.

En este informe se podrán contemplar numerosos ejemplos de actuaciones surgidas a demanda o fruto de las ideas surgidas en estos foros de coordinación y participación. Queremos destacar que este método de trabajo nos ha dado la oportunidad de dar credibilidad y visibilidad al papel de la Salud Pública entre los profesionales de otros ámbitos de actuación y entre los vecinos de los distritos vallecanos.





## 4. LINEAS DE TRABAJO

---

Como ya ha sido comentado en un apartado anterior, para la ejecución del Plan Vallecas, se ha creado un **grupo multidisciplinar e interinstitucional**, que ha permitido un **abordaje integral y coordinado** de acciones, desde los diferentes ámbitos de la salud pública, tanto desde la perspectiva del conocimiento del estado de salud de la población y de sus determinantes, como desde la óptica de la prevención y promoción de la salud.

Las acciones incluidas en el marco del Plan Vallecas responden, de una parte, al esfuerzo del equipo creado al efecto, que ha diseñado un conjunto de acciones fundamentadas en los ámbitos de trabajo que el Instituto de Salud Pública desarrolla en el marco de sus competencias, adaptando y potenciando, en muchas ocasiones, a través de propuestas innovadoras.

Y, de otra, se ha considerado, también, la opinión de los vecinos canalizada generalmente a través de su participación en la Mesa de Coordinación y Seguimiento, de tal forma que se han definido nuevas acciones, fruto de la preocupación y de las necesidades manifestadas por estos a lo largo del desarrollo del Plan.

Las acciones e iniciativas abordadas en el Plan se han agrupado en las siguientes Líneas de Actuación:

**4.1.** Análisis del Estado de Salud. En esta línea se han estudiado los principales indicadores de salud tanto demográficos como epidemiológicos de morbi-mortalidad, con el fin de obtener una valoración y medida objetiva del estado de salud de los vallecanos, y poder identificar los principales problemas de salud que afectan a la población.

**4.2.** Investigación de las necesidades y riesgos para la salud de la población. Se recogen en este apartado todos aquellos estudios en los que la participación de los vecinos ha tenido especial protagonismo.

**4.3.** Medio ambiente y salud. Las actuaciones en este ámbito se han desarrollado en dos líneas fundamentales. De una parte, la caracterización e intervención sobre los riesgos ambientales; y de otra parte, la determinación del nivel de exposición a contaminantes ambientales de la población mediante el uso de biomarcadores.

**4.4.** Estilos de vida saludables. Se ha realizado un análisis de los hábitos relacionados con la salud de la población de Vallecas, incluyendo también en esta línea acciones específicas de prevención y promoción de la salud dirigida a los jóvenes a través de temas como el tabaco, los menús escolares o aspectos como la afectividad y la sexualidad.

**4.5.** Red Social y atención a colectivos con riesgos específicos. Las acciones en este ámbito se han referido al conocimiento y fortalecimiento de las

acciones de voluntariado y de los colectivos de Ayuda Mutua. También se ha realizado una evaluación del Programa Sociosanitario para la Atención de las Personas Mayores. Igualmente se han realizado actuaciones específicas sobre afectados por la tuberculosis en condiciones especiales, colectivos de inmigrantes y habitantes de los asentamientos marginales del Área 1.

**4.6.** Difusión del Plan. La difusión y conocimiento del Plan son de gran importancia para potenciar la participación de los vecinos y otras instituciones implicadas, así como para que tanto éstos como la población en su conjunto, la comunidad científica y otros organismos, conozcan las actividades e iniciativas desarrolladas a través del Plan.

## **4.1 ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD**

Para analizar el estado de salud de la población vallecana se han utilizado los datos disponibles en distintas fuentes de información, ya sean de la propia Consejería de Sanidad o de otras instituciones, como el Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid o el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Cada uno de estos estudios se han realizado con los datos disponibles a la fecha de realización de los mismos, por ello la referencia temporal es diferente en cada caso.

La metodología empleada en todos ellos es común, por un lado se han explotado los datos referidos al distrito sanitario de Vallecas con el fin de obtener unos indicadores de salud que nos permitan conocer el estado de salud de los vallecanos, pero a su vez, siempre que ha sido posible, se han comparado los resultados obtenidos con la Comunidad de Madrid para poder identificar aquellos problemas de salud que presentan peores indicadores y sobre todo una situación de desventaja.

### **4.1.1 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA**

#### **POBLACIÓN**

Según datos del padrón municipal del año 2005, Vallecas tiene una población de 307.503 habitantes que suponen el 5,2% de la población de la Comunidad de Madrid, distribuidos en Puente de Vallecas 241.661 habitantes y 65.842 en Villa de Vallecas. La densidad de población es de 44 habitantes/ha, observándose una gran diferencia entre ambos distritos municipales, en Puente es de 162 y en Villa de 13.

La población de Vallecas ha experimentado un crecimiento positivo desde 1981, pasando de 289.759 habitantes a 307.503 en 2005, que se traduce

en un incremento en los últimos 25 años del 6,1% de la población. Aunque vemos que en el total de la Comunidad de Madrid, en términos relativos este aumento ha sido mucho mayor (18,3%).

**Tabla 1.** Evolución de la población según los padrones y censos oficiales 1981-2005#

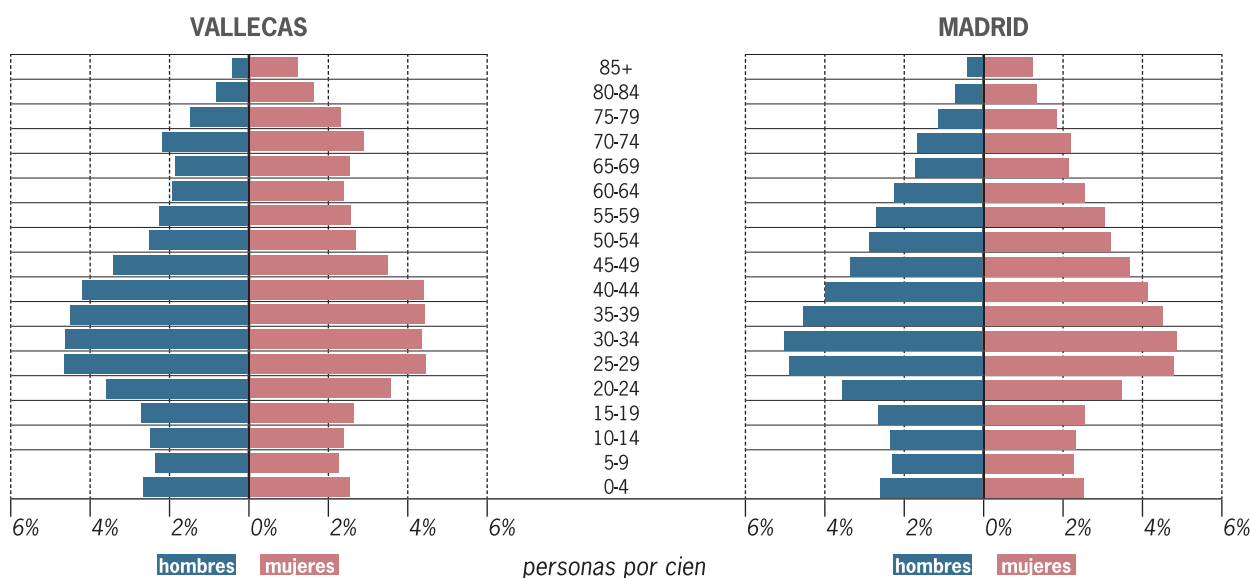
	C. DE MADRID		VALLECAS		PUENTE DE VALLECAS		VILLA DE VALLECAS	
	total	% Qui*	total	% Qui*	total	% Qui*	total	% Qui*
1981	4.686.895		289.756		236.489		53.267	
1986	4.780.572	2,0	279.932	-3,4	224.970	-4,9	54.962	3,2
1991	4.947.555	3,5	284.186	1,5	224.698	-0,1	59.488	8,2
1996	5.022.289	1,5	285.265	0,4	224.882	0,1	60.383	1,5
2001	5.546.151	10,4	295.231	3,5	232.315	3,3	62.916	4,2
2005#	5.964.143	7,5	307.503	4,2	241.661	4,0	65.842	4,7

\* Crecimiento quinquenal

# Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2005

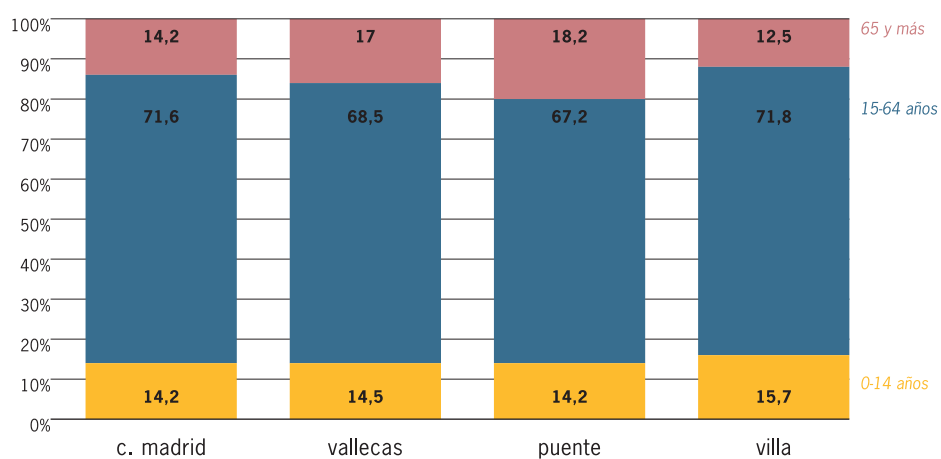
La pirámide de la población de Vallecas responde a un patrón de envejecimiento progresivo. Se observa un predominio de la población femenina (1,5% de la población) que se hace más notorio al incrementarse la edad, debido a la sobremortalidad masculina. También se pone de manifiesto el fuerte descenso de la natalidad desde 1976 (estrechamiento de la base de la pirámide), aunque se percibe un aumento significativo del primer escalón de la pirámide que refleja el incremento de la natalidad en los últimos años.

**Gráficos 1 y 2.** Pirámide de Población de Vallecas y Comunidad de Madrid, 2005



Al estudiar la estructura de la población por grupos de edad, valorando en porcentaje el peso relativo de los grupos de 0 a 14, de 15 a 64 y de 65 años y más; se ponen manifiesto que el envejecimiento es mayor en Vallecas (17% mayores de 65 años frente al 14,2% Madrid), existiendo entre ambos distritos municipales diferencias, ya que la población de Puente es más envejecida que la de Villa.

**Gráfico 3.** Estructura demográfica por grandes grupos de edad, 2005



En cuanto a los indicadores sociodemográficos estudiados, de nuevo vemos una peor situación en Vallecas con respecto al conjunto de la Comunidad de Madrid. En estos indicadores queda reflejada la carga económica y social de la población anciana para el resto de la población (índice de dependencia global y senil).

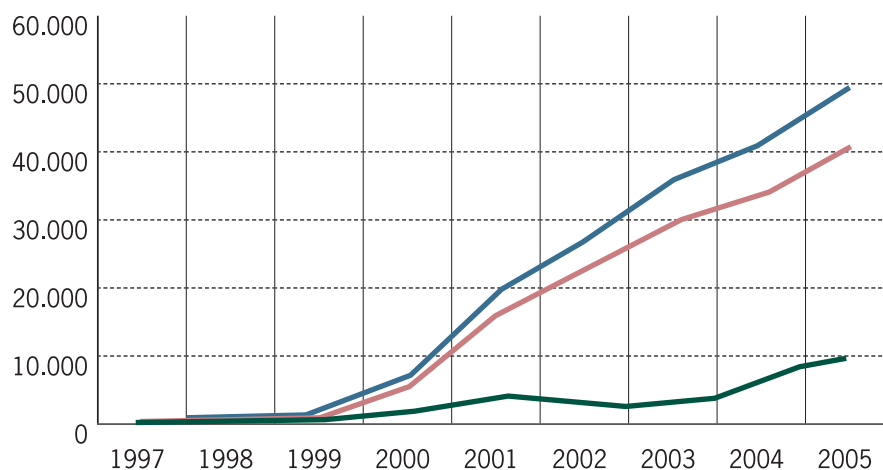
**Tabla 2.** Indicadores sociodemográficos, 2005

INDICADORES	COMUNIDAD DE MADRID	VALLECAS	PUENTE DE VALLECAS	VILLA DE VALLECAS
<b>Proporción de masculinidad</b> (cociente entre población masculina y femenina)	93,9	94,4	93,8	96,7
<b>Índice de dependencia global</b> (suma del índice de dependencia infantil y senil)	39,8	46,0	48,0	39,2
<b>Índice de dependencia juvenil</b> (habitantes de 0 a 14 años por cada cien habitantes de 15 a 64 años)	19,9	21,2	21,0	21,9
<b>Índice de dependencia senil</b> (habitantes de 65 y más años por cada cien habitantes de 15 a 64 años)	19,9	24,8	27,0	17,4
<b>Índice de envejecimiento</b> (habitantes de 65 y más años por cada cien habitantes de 0 a 14 años)	99,8	117,3	128,7	79,4
<b>Índice de progresividad</b> (habitantes de 85 años y más por cada cien habitantes de 65 y más años)	11,6	9,0	9,1	8,3

## VALLECANOS NACIDOS EN OTROS PAISES

En la Comunidad de Madrid se ha producido un importante aumento de la población extranjera en los últimos años; y en concreto, desde 1997 ha habido un llamativo crecimiento del número de inmigrantes que han llegado a Vallecas. Esa llegada se ha intensificado a partir del año 2000, casi un 400% con respecto al año anterior, debido probablemente al mayor número de inscripciones de extranjeros en el padrón municipal, fruto del “afloramiento” de personas en situación irregular tras el proceso de “regulación extraordinaria” que finalizó en julio de ese año.

**Gráfico 4.** Evolución Población Extranjera en Vallecas, 1997-2005\*



\* Datos Padrón Municipal a 1 de julio de 2005

Según datos publicados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, las personas extranjeras no se distribuyen de manera uniforme en todo el territorio de la comunidad, sino que se concentran en determinadas zonas, sobre todo en la capital, donde residen el 60% de la población extranjera, alcanzando cifras del 15,9% de las personas empadronadas.

Entre los distritos del municipio de Madrid que más inmigrantes extranjeros acogen, se encuentra Puente de Vallecas donde el 16,4% de la población es extranjera, el primer lugar lo ocupa el distrito Centro con un 29,6%. En Villa de Vallecas la población extranjera empadronada representa el 13,6%.

El lugar de procedencia más frecuente es América Latina (Ecuador y Colombia), seguido de Países del Este (Rumania) y África.

La juventud es una característica demográfica importante a tener en cuenta en ésta población; la misma, en Puente de Vallecas, es en promedio 12,5 años más joven que en la española empadronada en el Distrito (edad prome-

dio de los extranjeros es de 29,7 años y de los españoles 42,2 años). En Villa de Vallecas, la diferencia es algo menor, 9,9 años, pero también se observa una población extranjera más joven (edad promedio de los extranjeros es de 29 años y de los españoles 38,9). Por otro lado, la población extranjera en edad escolar (menores de 16 años) representa el 17,3% en Puente de Vallecas y el 14,9% en Villa de Vallecas.

## **ASENTAMIENTOS CHABOLISTAS EN VALLECAS**

En el distrito sanitario de Vallecas, se encuentran situados cuatro asentamientos de chabolas o barrios en los que se ubican gran cantidad de infraviviendas: Santa Catalina, Barranquillas, Los Trigales, y gran parte de la Cañada Real.

A la hora de describir la población y el entorno de los residentes en estas zonas y dado que no existen datos oficiales, siempre es necesario realizar estimaciones de las fuentes con las que contamos y que suelen estar referidas a la experiencia de intervención tanto desde las Administraciones Públicas como de las Asociaciones y ONGs. Estas estimaciones en ocasiones no hacen referencia a la totalidad de la población asentada y no siempre se consigue información semejante para todos los asentamientos.

Para Santa Catalina y Barranquillas, disponemos de información proporcionada por distintas entidades, y que se puede encontrar agrupada en la investigación **“Acceso a los Servicios Sanitarios de la Población en los Asentamientos Marginales en la Comunidad de Madrid”**, realizado durante el año 2004 por EDIS: EQUIPO DE INVESTIGACION SOCIOLOGICA, a cargo de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Consejería de Sanidad y Consumo. Se incluye información proporcionada por observación directa.

En el caso de Los Trigales y La Cañada Real, utilizaremos datos recogidos con motivo de la campaña de vacunación contra el meningococo C durante el otoño-invierno 2004/2005 y otros datos de observación directa y memorias de entidades.

Es importante observar, que los pocos datos poblacionales de los asentamientos del área sanitaria 1 que se pueden ofrecer en el momento en que se ha redactado este informe, se queden obsoletos en un breve espacio de tiempo dada la gran movilidad de la población asentada en ellos.

### *Santa Catalina*

Se encuentra ubicado en el distrito municipal de Puente Vallecas, cerca de las vías de RENFE.

Según datos del Instituto de Realojamiento e Inserción Social (IRIS), en el año 2004 residían 123 familias con una dimensión media de 3,71 miembros, la mayo-

ría de etnia gitana y de origen español. La población total en 2004 era de 457 personas, con una tendencia al aumento del número de residentes y familias en los últimos años.

La mayoría de los residentes, el 35,7%, tienen entre los 16 y 30 años, con una tasa de infancia muy elevada del 42,5 y una tasa de envejecimiento muy baja del 0,7.

La mayor parte de la población mayor de 16 años apenas sabe leer y escribir y el 30,8% son analfabetos, aunque algunos de ellos están aprendiendo a leer y escribir. Los menores de 16 años están escolarizados. El 36,8% de las familias fueron receptoras de la Renta Mínima de Inserción (RMI) en el año 2003.

El asentamiento no se encuentra excesivamente aislado, pero la distancia y la deficiente comunicación en transporte público dificultan el acceso a los servicios públicos sanitarios.

### *Los Trigales*

Al igual que el asentamiento de Santa Catalina, se encuentra ubicado en el Distrito Municipal de Puente Vallecas, cerca de las vías de RENFE.

La población total está compuesta por unas 50 personas, de los que gran parte de los adultos apenas sabe leer y escribir y alrededor del 20% son analfabetos. Muchos de ellos son receptoras del RMI. Los menores de 16 años están escolarizados.

El asentamiento no se encuentra excesivamente aislado, pero debido a la distancia y a que no existe una buena comunicación en transporte público, no se favorece el acceso a los servicios públicos sanitarios.

### *Barranquillas*

Se encuentra ubicado en el distrito municipal de Villa de Vallecas, cerca de Mercamadrid.

La información disponible de Barranquillas resulta más bien escasa y con datos referidos al informe anual del IRIS 2003.

En esta zona convivían en ese momento, un grupo de familias de etnia gitana, 111 familias y una población flotante de adictos a drogas. De los adictos, un número desconocido vive de forma más o menos permanente en el asentamiento en unas condiciones deplorables y otros acuden de forma habitual para la adquisición de estupefacientes.

En el año 2003 tan solo 8 familias, (7,2%), eran receptoras del RMI. El asentamiento carece de transporte público, alumbrado, alcantarillado, suministro de luz y correos.

Habitualmente no acuden a los servicios normalizados, por lo que periódicamente profesionales sanitarios acuden al lugar para distintas actividades de promoción de salud y educación sanitaria. El asentamiento se encuentra bastante alejado de los servicios públicos sanitarios, por lo que si a esta circunstancia le unimos que no existe transporte público, no se ve favorecido el acceso a estos servicios.

Para la población drogodependiente hay varios dispositivos gestionados por ONGs, asociaciones y/o entidades públicas como la Sala de Venopunción, el Centro de Emergencia Social, Apoyo Positivo, Radar, UNIVERSIDA, Médicos del Mundo, etc.

### *La Cañada Real*

La zona de la Cañada Real que pertenece al Distrito Municipal de Villa de Vallecas conocida como **La Cañada Real Galiana** o **Cañada de los Canteros** o **Cañada Merina**, está situada entre la Autovía A-3 y las inmediaciones del vertedero y la incineradora de Valdemingómez. Al inicio del tramo, hay viviendas de construcción aceptables, pero según se avanza, las condiciones van empeorando. Esta zona, aparte de carecer de prácticamente todo equipamiento urbano, está sujeta al tráfico constante de camiones hacia el vertedero, lo que dificulta el tránsito y se producen frecuentemente atropellos de los viandantes.



Foto 1. Infraviviendas situadas en la Cañada Real





Mapa 2. Localización de los poblados y núcleos de infravivienda de Vallecas

Hay instaladas familias de inmigrantes generalmente magrebíes, familias de etnia gitana de origen español, algunos de origen portugués y de Europa del Este. Dada la diversidad y movilidad de la población asentada en la Cañada Real, así como la ubicación de ésta que incluye terrenos de varios ayuntamientos de la periferia y distritos de la capital, hacen difícil estimar el número y las características de la población allí asentada. Durante la campaña de vacunación frente al meningococo C, se obtuvieron listados nominales de los menores de 20 años que viven en la zona, actualizados por los profesionales que trabajan con esta población. Según esta información, en el otoño/invierno del 2004 a 2005 habría alrededor de 450 menores de 19 años conocidos por los profesionales de asociaciones, educadores de calle, servicios sociales, etc.

Habitualmente no acuden a los servicios normalizados. Para ir a La Cañada Real no existen transportes públicos y se encuentra alejada de cualquier servicio, incluidos los servicios públicos sanitarios, por lo que no se ve favorecido el acceso a estos servicios.

Existen también en la zona dos campamentos para inmigrantes de Europa del Este. La población ubicada en estos campamentos del proyecto APOI (Bienvenido en rumano) y gestionados por ACCEM (Asociación Comisión Católica Española de Migración) y Cruz Roja cuentan con agua corriente, servicios y electricidad, y dado que tienen que cumplir una serie de requisitos para poder instalarse en los campamentos, se encuentran al día en los controles del niño sano y en su situación vacunal, que se realizan en los centros de salud mas cercanos a la zona.

A la zona más alejada, se están trasladando algunas familias de las Barranquillas. En los últimos tiempos se observa un aumento de la conflictividad de la zona sobre todo debido al aumento del tráfico de estupefacientes.

En la ya citada investigación de EDIS, para el global de los asentamientos analizados, se destacan como principales problemas de salud percibidos:

- los problemas derivados de sus condiciones de vida, como la situación social, la vivienda, el entorno, sus relaciones, nivel educativo y cultural o los cuidados sobre su salud (tabaquismo y otros consumos, alimentación deficiente, cuidados a los niños...)
- y, los problemas derivados de su ocupación o “actividad laboral” (manipulación de cargas de chatarra, papel, etc.) o por la falta de ocupación.

## SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

### *Renta per cápita*

En el año 2000 la *renta per cápita* disponible en ambos distritos municipales, Puente y Villa, era claramente inferior a la Comunidad de Madrid.

**Tabla 3.** Renta disponible bruta per capita (en €), año 2000

	RENDA EN €	% *
<b>Puente de Vallecas</b>	<b>8.203</b>	<b>69</b>
<b>Villa de Vallecas</b>	<b>9.854</b>	<b>83</b>
<b>Comunidad de Madrid</b>	<b>11.940</b>	<b>100</b>

\* Porcentaje de renta disponible respecto a la Comunidad de Madrid.

### *Nivel de estudios*

La diferencia en el nivel de estudios alcanzado en el distrito es claramente inferior que en el resto del municipio de Madrid. Aproximadamente el 3% de la población mayor de 16 años de Puente y Villa de Vallecas es analfabeta. Además señalar que en Puente el 18,5% carecen de estudios. También es significativa la diferencia entre los que han realizado estudios superiores o de tercer grado (diplomados, licenciados y doctores).

**Tabla 4.** Distribución de la población de 16 y más años por nivel de estudios, año 2001

	PUENTE DE VALLECAS		VILLA DE VALLECAS		VALLECAS		MADRID (municipio)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Analfabetos	5.821	3,0	1.496	2,9	7.317	3,0	42.863	1,6
Sin Estudios	36.224	18,5	6.622	12,8	42.846	17,3	261.892	10,3
Primer Grado	102.235	52,2	25.759	49,9	127.994	51,7	988.996	38,9
Segundo Grado	37.241	19,0	12.972	25,2	50.213	20,3	624.235	24,6
Tercer Grado	12.499	6,4	4.502	8,7	17.001	6,9	618.267	24,3
Desconocido	1.892	1,0	223	0,4	2.115	0,9	403	0,1

#### Actividad económica

En la tabla 5, se recogen las tasas de paro para cada uno de los barrios municipales, así como del municipio de Madrid, según los datos obtenidos a través de la Encuesta de Población Activa (EPA) del 2º trimestre del año 2001.

Llama la atención las altas tasas de paro registradas en Puente respecto a Villa, observando en ambos distritos tasas muy superiores a la media de la Comunidad de Madrid. Hay que destacar, de manera especial, la tasa de paro del grupo de mujeres de Puente de Vallecas (20,7%).

**Tabla 5.** Tasas de Paro de la población mayor de 16 años, 2001

	PUENTE VALLECAS			VILLA VALLECAS			MADRID (MUNICIPIO)			COMUNIDAD DE MADRID		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
16-19 años	46,5	51,2	48,6	44,1	52,3	47,7	46,4	50	47,7	25,1	36,7	30,1
20-24 años	14,9	20,0	17,3	14,1	19,3	16,5	15,7	20,4	17,9	12,9	17,0	14,7
25-54 años	7,3	14,1	10,0	5,6	11,7	8,0	6,1	11,0	8,4	4,1	9,1	6,2
55 y más	8,0	9,6	8,5	7,6	9,2	7,9	5,9	8,0	6,5	3,1	5,8	3,8
16 y más	9,4	20,7	12,1	7,2	13,8	9,9	7,7	12,2	9,7	5,2	10,2	7,3

#### 4.1.2 MORTALIDAD

##### ESPERANZA DE VIDA

En el año 2001, la esperanza de vida al nacer en Vallecas fue de 78,2 años, mientras que en el conjunto de la Comunidad de Madrid fue de 80,2 años.

Por sexo, observamos una peor situación de los varones, situándose por debajo de la media de la Comunidad.

**Tabla 6.** Esperanza de vida, año 2001

	VARONES	MUJERES
VALLECAS	73,5	82,7
COMUNIDAD DE MADRID	76,6	83,8

### Mortalidad general

Durante el periodo 1994-1998 fallecieron 11454 personas, lo que supone una tasa bruta de mortalidad de 8 por 1000 habitantes-año. La distribución por sexo y distritos municipales fue la siguiente:

**Tabla 7.** Tasas brutas de mortalidad por edad y sexo. Vallecas, 1994-1998

	FALLECIDOS			TASAS BRUTAS*		
	TOTAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES
<b>Puente de VALLECAS</b>	9.633	5.507	4.126	8,6	10,2	7,1
<b>Villa de VALLECAS</b>	1.821	1.001	820	6,0	6,7	5,3
<b>VALLECAS</b>	11.454	6.508	4.946	8,0	9,5	6,7

\* Tasas por 1.000 habitantes

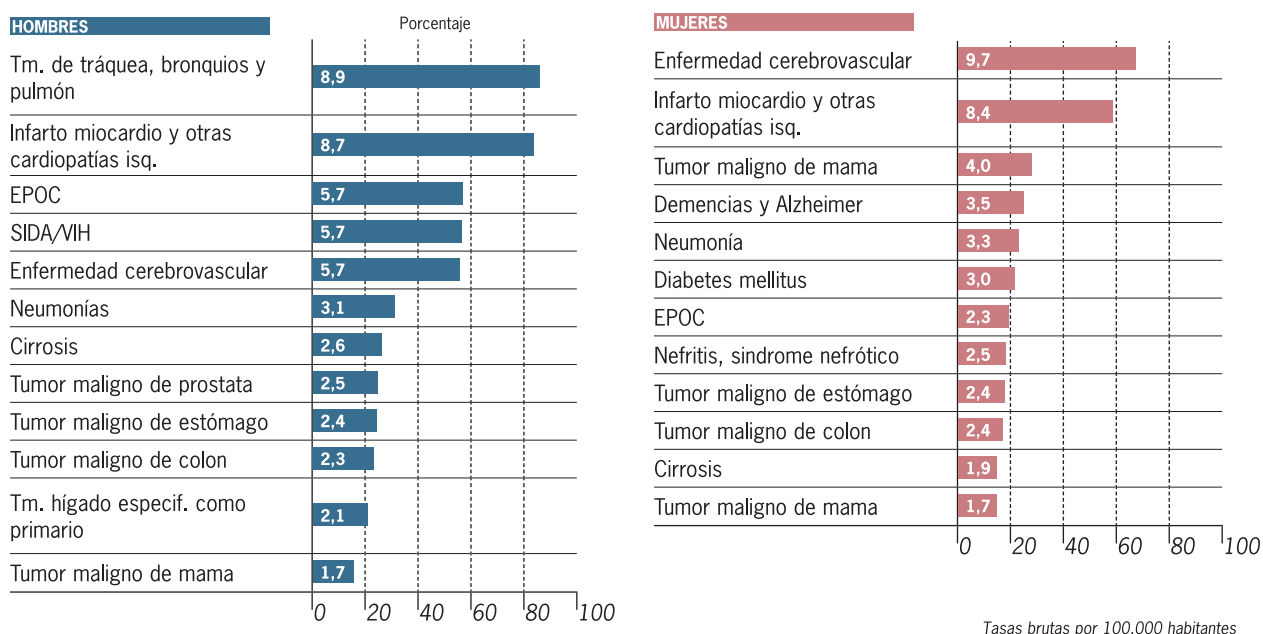
La primera causa de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio (30% de todas las muertes), seguida de los tumores (29%) y enfermedades del aparato respiratorio (11,6%) en tercer lugar. Por sexo, la distribución difiere ya que en los varones la primera causa de muerte son los tumores (32,9%), mientras que en las mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio (35,5%) las que ocupan la primera posición.

**Tabla 8.** Tasas brutas de mortalidad por edad y sexo. Vallecas, 1994-1998

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. CIE 9	TOTAL			VARONES			MUJERES		
	Nº	%	TASA*	Nº	%	TASA*	Nº	%	TASA*
Enfermedades del aparato circulatorio	3.437	30,0	241,0	1.680	25,8	244,0	1.757	35,5	238,1
Tumores	3.316	29,0	232,5	2.143	32,9	311,3	1.173	23,7	159,0
Enfermedades del aparato respiratorio	1.334	11,6	93,5	845	13,0	122,7	489	9,9	66,3
Enfermedades del aparato digestivo	733	6,4	51,4	407	6,3	59,1	326	6,6	44,2
Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo y trastorno de la inmunidad	637	5,6	44,7	395	6,1	57,4	242	4,9	32,8
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	429	3,7	30,1	274	4,2	39,8	155	3,1	21,0
Enfermedades del aparato genitourinario	327	2,9	23,0	153	2,4	22,2	174	3,5	23,6
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	304	2,7	21,3	193	3,0	28,0	111	2,2	15,0
Trastornos mentales	288	2,5	20,2	101	1,6	14,7	187	3,8	25,3

\* Tasa bruta por 100.000 hab.

En el siguiente gráfico podemos observar las principales causas de muerte, de manera más específica según las listas reducida y detallada de la CIE 9 (Clasificación Internacional de las Enfermedades 9º edición).

**Gráfico 5.** Tasas brutas de mortalidad por sexo. Vallecas, 1994-1998

Por grupos de edad y sexo, las afecciones perinatales y anomalías congénitas son las principales causas de muerte en los menores de 1 año de edad tanto en hombres como en mujeres. Hasta los 45 años, el VIH/SIDA representa la primera causa de muerte, excepto para los varones de 15-24

que es superado por los accidentes de tráfico. Hay que tener en cuenta que la mayor parte de las muertes por SIDA/VIH corresponden a los primeros años del período estudiado (1994 y 1995), años de mayor impacto de la mortalidad por SIDA. De los 45 años hasta los 74 años, hay un claro predominio de los tumores como primera causa de muerte en hombres y mujeres; destacando el tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón en hombres, y el tumor maligno de mama en mujeres. El segundo lugar, en hombres lo ocupa el infarto agudo de miocardio (IAM)-cardiopatías isquémicas pasando a la primera posición a partir de los 75 años. A partir de los 75 años predominan en ambos sexos las enfermedades del aparato circulatorio, aunque el orden es inverso: en varones la primera causa es el IAM, seguido de la enfermedad cerebrovascular, mientras que en mujeres las enfermedades cerebrovasculares ocupan la primera posición y el IAM-cardiopatías isquémicas la segunda.

### **COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD CON LA COMUNIDAD DE MADRID**

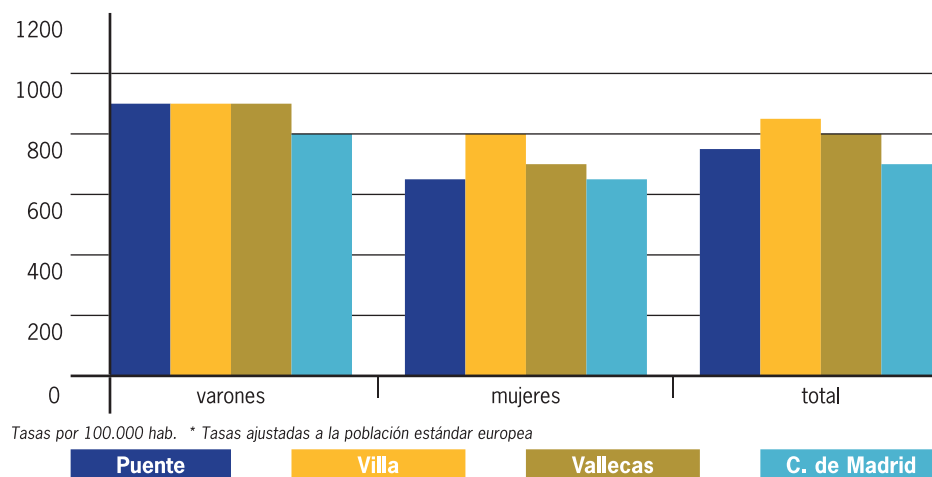
La comparación de la mortalidad de Vallecas, y los distritos municipales de Puente y Villa de Vallecas, con el conjunto de la Comunidad de Madrid mediante los Índices de Mortalidad Comparada (IMC)<sup>1</sup>, ponen de manifiesto las desigualdades en mortalidad existentes en el distrito.

En general, se observa una mortalidad significativamente superior a la del conjunto de Madrid, tanto en Vallecas como en ambos distritos municipales. Al analizar por sexo, vemos como la sobremortalidad masculina es manifiesta en ambos distritos, mientras que en mujeres sólo se aprecian diferencias en las mujeres de Villa de Vallecas.

---

<sup>1</sup> El IMC se obtiene de dividir las tasas de mortalidad ajustadas a la población estándar europea de 1990 por el método directo multiplicado por 100, tomando como referencia las tasas de la Comunidad de Madrid, considerando que existe una sobremortalidad cuando el IMC es significativamente superior a 100.

**Gráfico 6.** Tasas estandarizadas\* de mortalidad general y por sexo. Vallecas y Comunidad de Madrid, 1994-98



Por grandes grupos, las enfermedades que presentan una mayor mortalidad son: los tumores, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades endocrinas y trastornos de la inmunidad, aparato digestivo y aparato genito urinario. A la hora de estudiar más detalladamente las causas de muerte nos encontramos que Vallecas, en global, presenta una mayor mortalidad por EPOC, enfermedad cerebrovascular, VIH/SIDA, cáncer de pulmón, cáncer de estómago, neumonías y cirrosis.

Por sexo y territorio se aprecian diferencias con respecto al patrón descrito anteriormente: en los varones de Puente se aprecia un exceso de mortalidad por cáncer de pulmón, estómago e hígado, EPOC, neumonías y VIH/SIDA; y en las mujeres sobresalen EPOC, VIH/SIDA, neumonías y cáncer de estómago; mientras que en Villa de Vallecas, en varones solamente EPOC y cáncer de estómago presentan una sobremortalidad estadísticamente significativa, y en mujeres la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, diabetes y neumonías.

**Tabla 9.** Índices de mortalidad comparada por grandes grupos y causas específicas y sexo. Vallecas, 1994-1998.

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS Causas específicas	VALLECAS		PUENTE		VILLA	
	varones	mujeres	varones	mujeres	varones	mujeres
ENF. APARATO CIRCULATORIO	102,9	97,4	102,1	95,1 <sup>#</sup>	108,8	113,1
Enf. isquémica del corazón	99,6	114,8 <sup>#</sup>	97,7	110,4	107,2	146,1 <sup>#</sup>
Enf. cerebrovascular	112,4 <sup>#</sup>	114,8 <sup>#</sup>	112,2	110,6	115,5	142,1 <sup>#</sup>
TUMORES	112,5 <sup>#</sup>	97,2	113,0 <sup>#</sup>	94	112,4	117,7 <sup>*</sup>
T. maligno de pulmón	112,3 <sup>#</sup>	104,5	112,3 <sup>#</sup>	104,5	115,5	136,4
T. maligno de estómago	149,3 <sup>#</sup>	168,1 <sup>#</sup>	143,8 <sup>#</sup>	167 <sup>#</sup>	173,6 <sup>#</sup>	181,3
T. maligno de hígado	121,8 <sup>#</sup>	89,2	123,9 <sup>#</sup>	82,4	106,3	135,1
ENF. APARATO RESPIRATORIO	129,2 <sup>#</sup>	113,5 <sup>#</sup>	130,3 <sup>#</sup>	115 <sup>#</sup>	131,1 <sup>#</sup>	104,9
EPOC	131,8 <sup>#</sup>	127,4 <sup>#</sup>	129,1 <sup>#</sup>	128,2 <sup>#</sup>	152,1 <sup>#</sup>	122,6
Neumonías	133,8 <sup>#</sup>	130,1 <sup>#</sup>	141,3 <sup>#</sup>	125,7 <sup>#</sup>	101,8	162,3 <sup>#</sup>
ENF. GL. ENDOCRINAS Y TRAST. INMUNIDAD	149,2 <sup>#</sup>	120,5 <sup>#</sup>	160,3 <sup>#</sup>	118,3 <sup>#</sup>	114,4	147,8 <sup>#</sup>
VIH/SIDA	191,2 <sup>#</sup>	187,3 <sup>#</sup>	209,2 <sup>#</sup>	198,2 <sup>#</sup>	133,2	156,4
Diabetes	83,2	106	84,1	96,7	90,7	167,4 <sup>*</sup>
ENF. APARATO DIGESTIVO	113,1 <sup>#</sup>	111,4	115,5 <sup>#</sup>	107,1	110,5	144,2 <sup>#</sup>
Cirrosis	114	128,0 <sup>#</sup>	120	124,7	107	166,7
TRASTORNOS MENTALES	101,4	100,7	101,4	93,4	104,7	150,7 <sup>#</sup>
ENF. APARATO GENITOURINARIO	115,2	123,8 <sup>#</sup>	111,5	120,2 <sup>#</sup>	146,1	145,1

# estadísticamente significativo

## MORTALIDAD PREMATURA (APVP)

La mortalidad prematura se ha estudiado mediante los años potenciales de vida perdidos (APVP), indicador que analiza las muertes ocurridas en los grupos de edad más jóvenes (entre 1-69 años).

En el periodo de estudio, 1994-1998, se han producido 4.117 defunciones en el grupo de 1-69 años, lo que representan el 35,9% del total de las muertes ocurridas. De nuevo encontramos diferencias por sexo, siendo la mortalidad prematura mayor en varones que en mujeres: en varones se ha registrado 2936 defunciones en este rango de edad, que han supuesto el 45,1% del total de muertes, mientras que en mujeres se han producido 1.131 muertes, que han representado 22,9% del total.

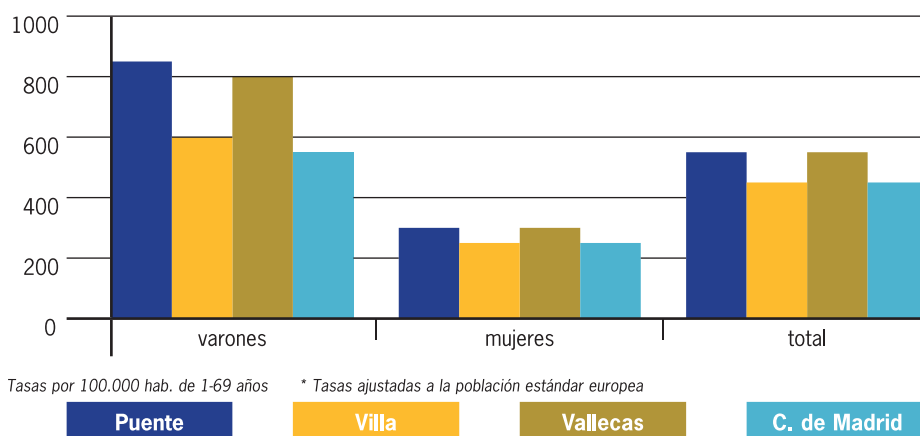
Al comparar las tasas ajustadas globales de APVP<sup>2</sup> de Vallecas con las de la Comunidad de Madrid, se distingue una sobremortalidad prematura en general y en varones. Las tasas ajustadas de APVP en varones son muy superiores a las tasas de mujeres, tanto en Vallecas (Puente y Villa) como en

<sup>2</sup> La comparación se ha realizado mediante la Razón de APVP (RAPVP), cuyo cálculo e interpretación es igual al utilizado en el caso del IMC.



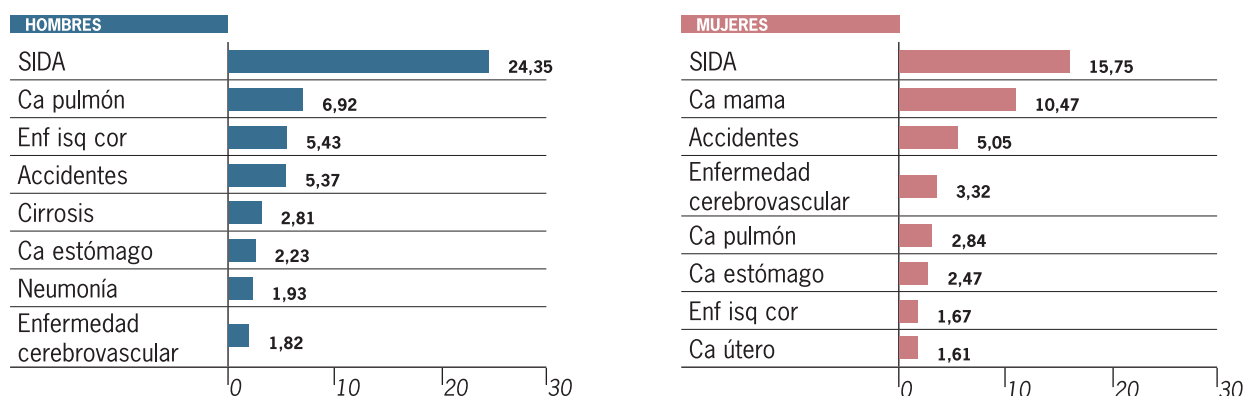
la Comunidad de Madrid, demostrando una vez más la sobremortalidad masculina en todas las edades, pero con mayor fuerza en edades más jóvenes.

**Gráfico 7.** Tasas estandarizadas\* de APVP general y por sexo. Vallecas y Comunidad de Madrid, 1994-1998.



Analizando por grandes grupos de enfermedades, tanto en hombres como en mujeres, son los tumores lo que producen el mayor número de APVP, seguido de las enfermedades de las glándulas endocrinas y trastornos de la inmunidad, y de las enfermedades del aparato circulatorio. Al estudiar las causas de manera más específica, por la lista reducida y detallada de la CIE 9, se observa que el SIDA es la responsable del mayor número de APVP en la población de Vallecas.

**Gráfico 8.** Proporción de APVP por causas lista reducida y detallada (CIE 9) y sexo. Vallecas, 1994-1998



En la tabla 10, podemos observar las patologías que presentan tasas superiores a las observadas en el conjunto de la Comunidad de Madrid. Es importante destacar las diferencias existentes en ambos sexos y distritos

municipales, ya que solo los varones de Puente presentan un exceso significativo de mortalidad por estos grupos de causas. En mujeres, las únicas enfermedades que un exceso significativo de APVP, son las enfermedades de las glándulas endocrinas y trastornos inmunes.

**Tabla 10.** Razón de APVP<sup>‡</sup> por grandes grupos y causas específicas y sexo. Vallecas, 1994-1998

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS Causas específicas	VALLECAS		PUENTE		VILLA	
	varones	mujeres	varones	mujeres	varones	mujeres
TUMORES	111,2 <sup>#</sup>	93,8	126,7 <sup>#</sup>	92,9	110,9	96,4
T. maligno de pulmón	136,2 <sup>#</sup>	96,0	139,1 <sup>#</sup>	79,5	127,2	143,9
T. maligno de estómago	173,8 <sup>#</sup>	197,1 <sup>#</sup>	161,0 <sup>#</sup>	213,3 <sup>#</sup>	213,8	145,9
T. maligno de hígado	165,6		162,1 <sup>#</sup>		164,2	130,9
ENF. GL. ENDOCRINAS Y TRAST. INMUNIDAD	184,7 <sup>#</sup>	181,4 <sup>#</sup>	199,5 <sup>#</sup>	200,0 <sup>#</sup>	133,8	119,3
VIH/SIDA	197,1 <sup>#</sup>	188,0 <sup>#</sup>	213,1 <sup>#</sup>	200,7 <sup>#</sup>	143,5 <sup>#</sup>	146,8
ENF. DEL APARATO CIRCULATORIO	129,5 <sup>#</sup>	113,4	132,2 <sup>#</sup>	115,8	116,8	106,3
Enf. isquémica del corazón	103,0	95,8	97,2	111,8	118,4	38,5 <sup>#</sup>
Enf. cerebrovascular	98,4	89,6	106,4	86,7	70,9	104,8
CAUSAS EXTERNAS	111,8	77,5 <sup>#</sup>	120,3 <sup>#</sup>	82,0	89,8	64,4
Accidentes de tráfico	89,4	82,4	88,0	75,8	95,4	109,1
ENF. DEL APARATO DIGESTIVO	140,5 <sup>#</sup>	107,7	157,6 <sup>#</sup>	109,3	85,4	102,3
Cirrosis	123,6	103,2	142,4 <sup>#</sup>	121,8	66,3	44,5 <sup>#</sup>
ENF. DEL APARATO RESPIRATORIO	146,3 <sup>#</sup>	150,3	172,7 <sup>#</sup>	168,9	57,9 <sup>#</sup>	92,8
EPOC	170,4 <sup>#</sup>		188,5 <sup>#</sup>		103,2	
Neumonías	191,3	141,8	231,1 <sup>#</sup>	173,9	18,6 <sup>#</sup>	10,0 <sup>#</sup>
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	167,2 <sup>#</sup>	121,8	182,8 <sup>#</sup>	143,4	103,9	51,6
Tuberculosis	288,2 <sup>#</sup>		300,5 <sup>#</sup>		224,2	
SISTEMA NERVIOSO	96,4	69,3	95,1	53,1 <sup>#</sup>	103,9	130,3

<sup>‡</sup> Razón de años potenciales de vida perdidos (respecto a la Comunidad de Madrid) <sup>#</sup> estadísticamente significativo

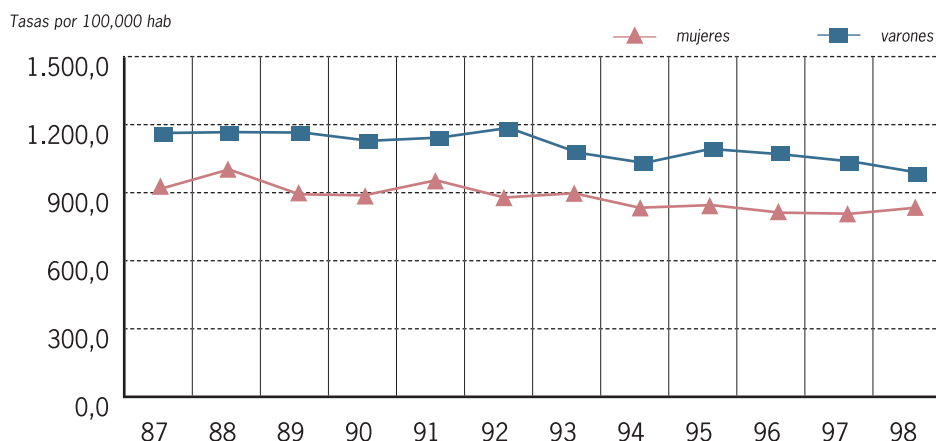
De manera más detalla, se observa que en Puente de Vallecas, las enfermedades que presentan una sobremortalidad prematura masculina son tuberculosis, neumonías, SIDA/VIH, EPOC, cirrosis y tumor maligno de estómago. Mientras que en Villa, sólo son significativas SIDA/VIH y tumor maligno de estómago. En la población femenina, solamente en Puente se identifica una sobremortalidad prematura por VIH/SIDA y cáncer de estómago, destacando que las mujeres de Villa no presentan un exceso de mortalidad prematura por ninguna causa.

## EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD

La evolución de la mortalidad en los últimos años ha estado marcada por la tendencia al descenso, tanto en hombres como en mujeres, aunque en números absolutos se observa un aumento, al estudiar las tasas ajustadas por

edad ponen de manifiesto que este incremento es reflejo del envejecimiento de la población.

**Gráfico 9.** Evolución de la mortalidad por sexo (tasa estandarizadas\*). Vallecas, 1987-1998



\*Tasas ajustadas a la población estándar europea

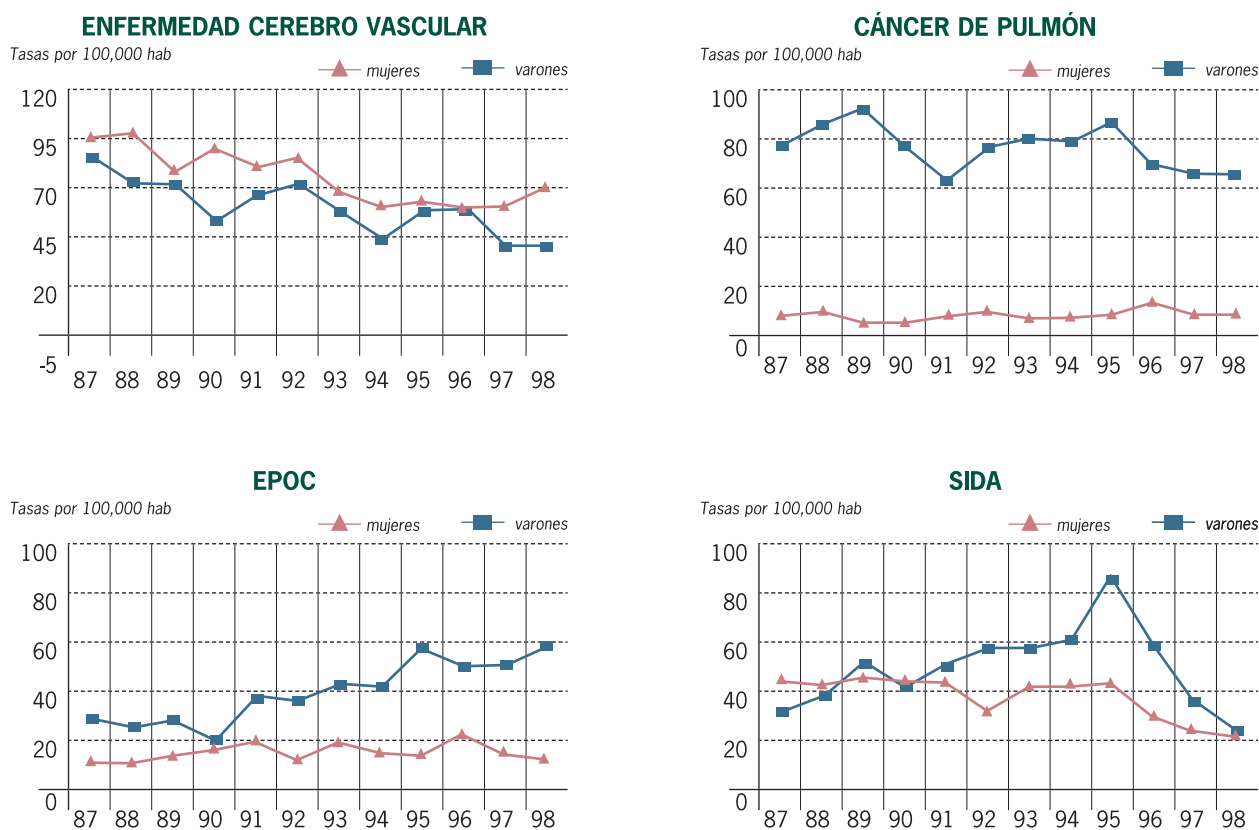
Considerando los grandes grupos de causas más frecuentes, vemos que, en los últimos años en Vallecas, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio ha experimentado un descenso, tanto en varones como en mujeres. Esta disminución es más manifiesta en las enfermedades cerebrovasculares. Sin embargo, las tasas por enfermedad isquémica del corazón han sido inestables a lo largo del período, presentando una tendencia decreciente en varones desde 1996, mientras que en las mujeres han aumentado.

En cuanto a la mortalidad por tumores se ha mantenido estable. Aunque hay que destacar el descenso de los tumores de pulmón en varones, mientras que en mujeres ha experimentado un ligero aumento. El tumor maligno de mama aumentó hasta 1995, para disminuir posteriormente y permanecer relativamente estable.

Las enfermedades del aparato respiratorio representan un grupo de causas importante de muerte, sobre todo en varones, aumentando progresivamente en estos años. Mención especial merece la EPOC, por el gran incremento que ha sufrido, pasando de una tasa de mortalidad de 30,1 a 58 por 100.000 varones-año desde 1987 hasta 1998.

El grupo de enfermedades de las glándulas endocrinas y trastornos de la inmunidad, es importante señalar el llamativo aumento que tienen desde principios de los 90, hasta alcanzar su pico máximo en el año 1995 y disminuir posteriormente. Dentro de este grupo hay que destacar el SIDA por el impacto que ha tenido en la mortalidad en Vallecas, y aunque ha disminuido considerablemente en los últimos años, Vallecas sigue siendo una de las zonas con las tasas más altas de la Comunidad de Madrid.

**Gráfico 10.** Evolución de las principales causas de mortalidad por sexo (tasas estandarizadas\*). Vallecas, 1987-1998



\*Tasas ajustadas a la población estándar europea

Del resto de las causas, hay que resaltar el incremento de mortalidad por las demencias y Alzheimer principalmente en mujeres, explicando el gran aumento de la mortalidad por el grupo de Trastornos mentales.

## MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil se comporta como un indicador sensible al desarrollo socio-económico y sanitario de una población. En el período 1994-1998, se han producido 115 defunciones en menores de un año en Vallecas, con una tasa de 4,4 por cada 1.000 nacidos vivos. En Vallecas al igual que en la Comunidad de Madrid, se observa una baja tasa de mortalidad infantil y sus componentes.

**Tabla 11.** Tasas de mortalidad infantil por sexo. Vallecas y Comunidad de Madrid, 1994-1998

TASAS DE MORTALIDAD	COMUNIDAD DE MADRID			VALLECAS		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
INFANTIL* (< 1 año)	5,4	4,2	4,9	4,4	4,5	4,4
NEONATAL* (< 28 días)	3,5	2,7	3,1	2,4	2,5	2,5
NEONATAL PRECOZ* (< 7 días)	2,4	1,8	2,1	1,6	1,8	1,7
NEONATAL TARDÍA* (7-27 días)	1,0	0,9	1,0	0,8	0,7	0,8
POTSNEONATAL* (27 días-1 año)	2,0	1,6	1,8	2,0	2,0	2,0
PERINATAL# (semana 28 de gestación - 7 días)	5,7	4,6	5,2	4,9	4,9	4,9

\* por cada 1000 nacidos vivos

# por cada 1000 nacidos vivos y muertes fetales tardías

#### 4.1.3 MORBILIDAD

##### MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Para estudiar la situación de las enfermedades transmisibles en el distrito sanitario de Vallecas, se han analizado los datos disponibles en la Red de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles de la Comunidad de Madrid. La Red integra diversos sistemas de vigilancia: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), brotes y alertas epidémicos, infecciones que causan meningitis; y además, se han analizado datos de los sistemas específicos de tuberculosis y SIDA.

##### ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

En cuanto a la situación epidemiológica de las EDO en Vallecas desde 1998-2001, no se observa un patrón diferencial con respecto al de la Comunidad de Madrid, si bien hay que señalar lo ocurrido con la disentería y parotiditis. La disentería en el año 1998 presentó una tasa muy superior a la de la Comunidad, debido a un brote ocurrido en el área 1 al que se asociaron 22 casos. La parotiditis ha experimentado un aumento espectacular de número de casos desde el año 1999, registrándose en Vallecas tasas acumuladas muy por encima a las de la Comunidad, aunque esta situación epidémica se ha producido en toda la geografía madrileña.

**Tabla 12.** Tasas de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Vallecas y Comunidad de Madrid, 1998-2001

ENFERMEDADES	1998		1999		2000		2001	
	vallecas	CM	vallecas	CM	vallecas	CM	vallecas	CM
<b>De transmisión alimentaria</b>								
Botulismo	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02
Disentería	7,71	0,92	0,70	0,20	0,00	0,13	0,00	0,16
Fiebre tifoidea	1,40	0,52	0,00	0,18	0,00	0,26	0,35	0,36
<b>De transmisión respiratoria</b>								
Gripe	10.155,82	10.959,40	10.840,80	12.357,41	4.108,81	6.161,11	2.162,20	3.383,20
Varicela	559,48	570,44	919,50	1.018,46	532,84	668,36	671,96	733,73
Legionelosis	0,00	0,32	1,05	0,67	2,10	0,83	0,00	1,06
<b>De transmisión sexual</b>								
Sífilis	0,35	1,63	0,70	1,63	1,05	1,35	2,45	1,73
Infección gonocócica	0,35	0,36	1,05	0,30	1,05	0,59	1,05	0,80
<b>Prevenibles por inmunización</b>								
Parotiditis	1,75	2,39	31,55	6,55	26,29	16,20	45,57	23,63
Rubéola	0,00	0,62	0,35	0,84	0,35	0,39	0,35	0,30
Sarampión	0,35	0,42	0,70	0,27	0,00	0,13	0,70	0,38
Tétanos	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Tos ferina	0,35	0,38	0,35	1,17	2,10	2,34	1,05	1,25
<b>Hepatitis víricas</b>								
Hepatitis A	1,75	2,33	0,00	1,85	0,00	1,61	0,35	1,25
Hepatitis B	4,21	2,98	4,91	2,97	3,86	2,15	2,80	2,09
Otras hepatitis	7,36	5,97	2,45	2,49	4,91	2,60	1,05	2,01
<b>Otras enfermedades</b>								
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0,00	0,39	2,18	0,52	0,00	0,39	4,36	0,90
Brucelosis	0,35	0,82	0,70	0,58	0,70	0,71	0,70	0,42
Leishmaniasis	0,00	0,18	0,00	0,41	0,35	0,48	0,35	0,52
Lepra	0,00	0,00	0,35	0,04	0,35	0,01	0,00	0,02
Paludismo	0,35	2,41	0,00	2,76	1,40	3,24	0,35	2,59

### Infecciones que causan meningitis

Se han registrado un total de 189 casos de infecciones que causan meningitis en el distrito sanitario de Vallecas en el periodo 1997 a 2001, lo que supone una tasa de incidencia de 13,25 casos por 100.000 mil habitantes. La entidad clínica que ha presentado la mayor incidencia ha sido la meningitis vírica con 89 casos (tasa de incidencia de 6,23), seguida por la enfermedad meningocócica con 56 casos (tasa de incidencia 3,92 por 100.000) y 12 casos de otras meningitis bacterianas (tasa de incidencia 0,84 por 100.000), 9 meningitis tuberculosas (tasa de incidencia 0,63 por 100.000).

De forma global, no se observa un mayor número de casos notificados en Vallecas con respecto a la Comunidad en el periodo estudiado. Por patologías, únicamente destaca la meningitis tuberculosa, cuya incidencia acumulada es un 20,8% superior a la Comunidad.

**Tabla 13.** Infecciones que causan meningitis: tasas. Vallecas y Comunidad de Madrid, 1997-2001

	1997		1998		1999		2000		2001		TOTAL	
	V	CM	V	CM	V	CM	V	CM	V	CM	V	CM
Meningitis vírica	7,36	7,72	0,7	3,08	2,10	4,06	15,77	20,15	5,26	10,01	6,24	9,01
Enfermedad meningocócica	6,31	4,73	3,51	2,21	2,10	3,50	4,56	3,90	3,15	2,70	3,93	3,41
Otras meningitis bacterianas	2,80	1,77	2,10	1,29	2,10	2,25	3,15	2,36	1,05	1,87	2,24	1,91
Meningitis neumocócica	-	0,29	0,70	0,39	0,70	0,81	0,35	0,70	0,70	0,70	0,56	0,58
Meningitis tuberculosa	1,40	0,07	0,35	0,19	-	0,19	0,34	0,39	1,05	0,49	0,63	0,30
Enf. invasiva por H. influenzae	-	0,23	-	0,29	0,35	0,22	-	0,17	-	0,17	0,07	0,22
Otras	0,70	0,83	-	0,09	-	0,11	-	0,15	-	0,15	0,14	0,28
<b>Total</b>	<b>18,58</b>	<b>15,39</b>	<b>6,66</b>	<b>7,20</b>	<b>6,66</b>	<b>10,47</b>	<b>23,84</b>	<b>27,15</b>	<b>10,52</b>	<b>15,43</b>	<b>13,25</b>	<b>15,14</b>

### Enfermedad meningocócica

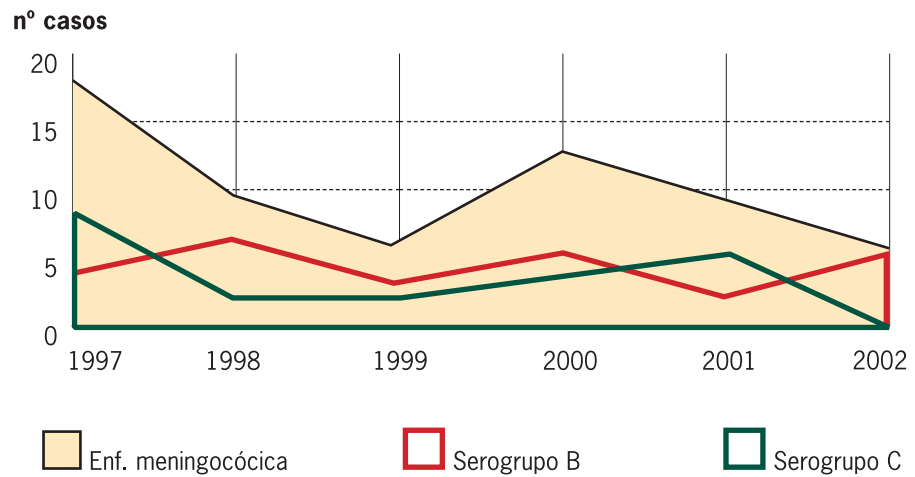
De los 56 casos de enfermedad meningocócica registrados, el 73,2% se confirmaron microbiológicamente. El serogrupo C ha producido el 51% de los casos confirmados (tasa de incidencia de 1,47 casos por 100.000 hab.) y el serogrupo B el 48,8% (tasa de incidencia 1,40).

La enfermedad afecta preferentemente a los menores de 5 años (60,7%), siendo los menores de 1 año los que presentan las tasas más altas (107,41 casos por 100.000 habitantes). El serogrupo B presenta mayores tasas que por serogrupo C en los primeros años (0-9 años), siendo muy infrecuente a partir de los 15 años. Mientras que el serogrupo C afecta a grupos de más edad, principalmente en el grupo de 15 a 19 años.

La evolución de la enfermedad meningocócica muestra un descenso desde 1997 con un nuevo pico en el 2000, pero debido principalmente al aumento de las sospechas clínicas.

En la meningitis por el serogrupo C se observa una disminución significativa a partir de la campaña de vacunación en 1997, con un ligero aumento posterior. Hay que señalar que en el 2002 no se ha producido ningún caso por este serogrupo, esto puede ser, en parte, consecuencia de la introducción en el calendario vacunal de la vacuna conjugada frente al meningococo C en noviembre de 2000 (gráfico 4). La enfermedad meningocócica por el serogrupo B presenta una evolución cíclica.

**Gráfico 11.** Enfermedad meningocócica. Evolución temporal. Vallecas, 1997-2001



### Meningitis no meningocócicas

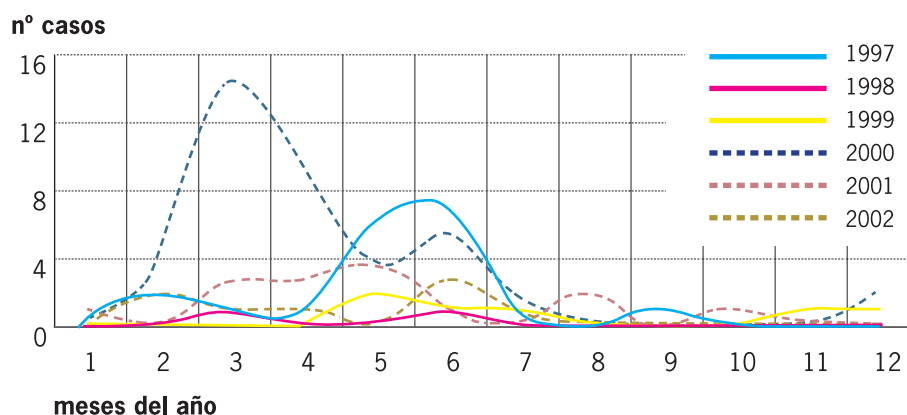
En las meningitis víricas, meningitis neumocócica y meningitis tuberculosa se observa una mayor afectación en los varones.

La meningitis neumocócica muestra un predominio en el grupo de 5 a 9 años (tasa de 2,66 casos por 100.000 habitantes) y a partir de los 25 años. En cuanto a la meningitis tuberculosa, el grupo de edad que presenta las mayores tasas es el de 1 a 4 años (3,50 casos por 100.000 habitantes).

La meningitis vírica afecta sobre todo a los menores de 10 años, que suponen el 87,6% de los casos. Las tasas más altas se presentan en el grupo de 1 a 4 años (54,30 por 100.000 habitantes).

En la evolución de la meningitis víricas se observa, al igual que en el resto de la Comunidad de Madrid, un llamativo aumento del número de casos en el año 2000. Así mismo vemos el patrón estacional en la presentación de los casos de meningitis vírica, con un predominio de los mismos en primavera y principios de verano.



**Gráfico 12.** Evolución temporal de la meningitis vírica. Vallecas, 1997-2001

### Tuberculosis

Del año 1994 a septiembre de 2002, se han registrado 1.120 casos de tuberculosis en el distrito de Vallecas. Aunque las tasas de incidencia muestran una tendencia decreciente, con un descenso medio anual desde 1995 del 13%, han sido superiores a las de la Comunidad de Madrid a lo largo de todo el periodo.

**Tabla 14.** Incidencia anual de tuberculosis. Vallecas y Comunidad de Madrid, 1994-2001

	VALLECAS		C. MADRID		RAZÓN DE TASAS
	casos	tasas	casos	tasas*	
1994	189	66,3	2.222	44,2	1,50 <sup>#</sup>
1995	201	70,5	2.131	42,4	1,66 <sup>#</sup>
1996	176	61,7	1.773	35,3	1,75 <sup>#</sup>
1997	146	51,2	1.516	30,2	1,70 <sup>#</sup>
1998	95	33,3	1.325	26,4	1,26 <sup>#</sup>
1999	93	32,6	1.320	26,3	1,24 <sup>#</sup>
2000	81	28,4	1.243	24,7	1,15
2001	81	28,4	1.093	21,8	1,30 <sup>#</sup>

\* por 100.000 habitantes

# estadísticamente significativo

La distribución por sexo presenta un claro predominio masculino. En el periodo 1994-2001, el 71,5% de los casos fueron varones y el 28,5% mujeres. La incidencia en varones ha disminuido de forma significativa mientras que en mujeres se ha mantenido más o menos estable, íntimamente relacionado con

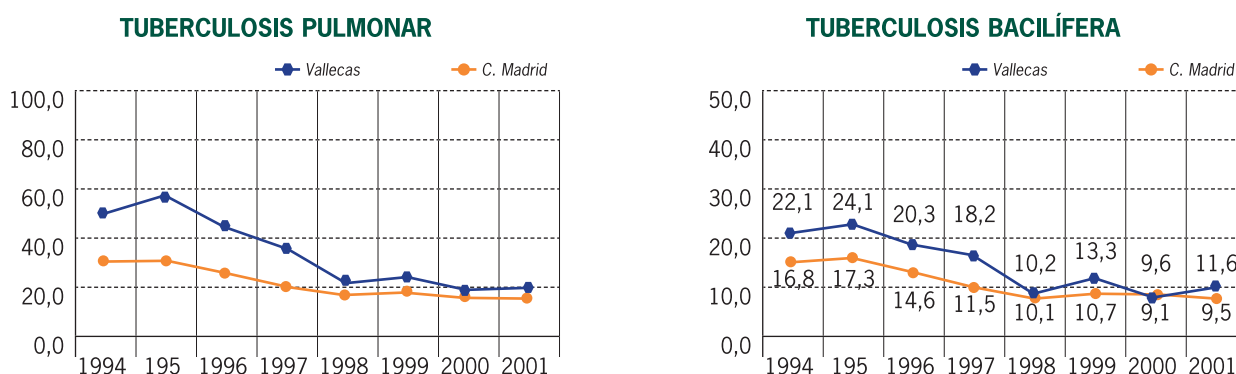
el descenso de VIH/SIDA. En 2001, la incidencia en hombres fue de 36,31 por 100.000 habitantes y de 21,01 por 100.000 mujeres.

Por edad, el pico máximo de incidencia es en el grupo de 25 a 34 años, con una tasa de 49,1 casos por 100.000 hab. en 2001, seguido del grupo de 35 a 44 años (45,9 por 100.000 hab.). Este patrón se mantiene durante todo el periodo estudiado, a diferencia de lo que se observa en la Comunidad de Madrid, que a partir de 1998 la mayor incidencia de casos de tuberculosis es en los mayores de 74 años.

La **localización anatómica** más frecuente en todos los años estudiados ha sido la tuberculosis pulmonar que supone el 72,9% de todos los casos, y de éstas, el 48,5% han presentado baciloscopia de esputo positiva. El 26,4% fueron notificadas como extrapulmonares, siendo la tuberculosis diseminada o miliar la forma de presentación más frecuente.

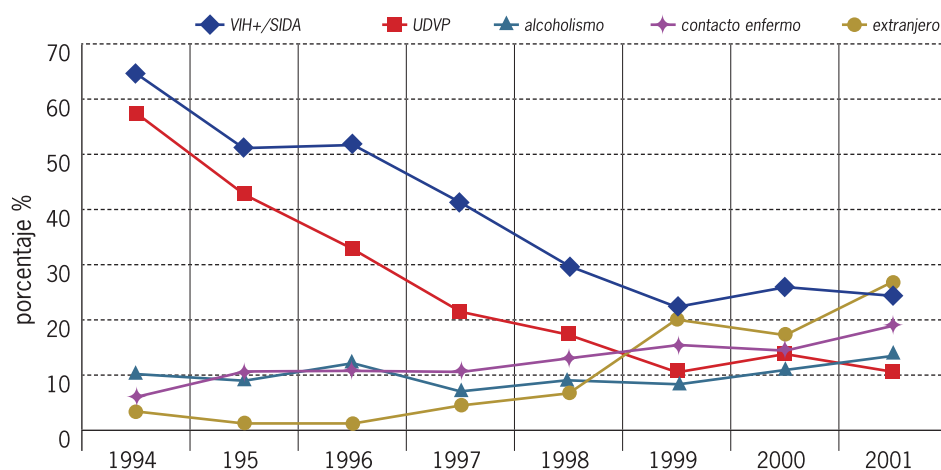
Al igual que ocurre con la incidencia global, la incidencia de tuberculosis pulmonar en general así como de las formas bacilíferas ha ido disminuyendo a lo largo del periodo. Observando, de nuevo, mayores tasas en el distrito de Vallecas que en la Comunidad de Madrid, pero con un acercamiento de las tasas a partir del año 1998.

**Gráficos 13 y 14.** Evolución de la incidencia de tuberculosis. Vallecas y Comunidad de Madrid, 1994-2001



Los **factores de riesgo** asociados más frecuentemente a los casos de tuberculosis detectados en Vallecas desde el año 1994 han sido: infección por VIH/SIDA (43,5%), consumo de drogas por vía parenteral (UDVP) (30,4%), contacto con enfermos (11,8%), alcoholismo (10,9%) y país de origen extranjero (9,0%). La evolución de estos factores muestra grandes variaciones a lo largo del periodo estudiado, con un llamativo descenso de la infección VIH/SIDA y de los UDVP. Sin embargo, el ser extranjero ha aumentado de forma progresiva, pasando en el año 2001, al igual que en el resto de la Comunidad de Madrid, a ser el principal factor de riesgo registrado.

**Gráfico 15.** Evolución de los principales factores de riesgo asociados a la enfermedad tuberculosa. Vallecas, 1994-2001



**Tuberculosis infantil:** desde 1994 hasta septiembre de 2002, en el distrito sanitario de Vallecas, se han registrado 60 casos de tuberculosis en niños de 0 a 14 años, presentando una tasa específica de 10,9 casos por 100.000 habitantes. Aunque en el conjunto de la Comunidad esta tasa es de 7,5 por 100.000, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

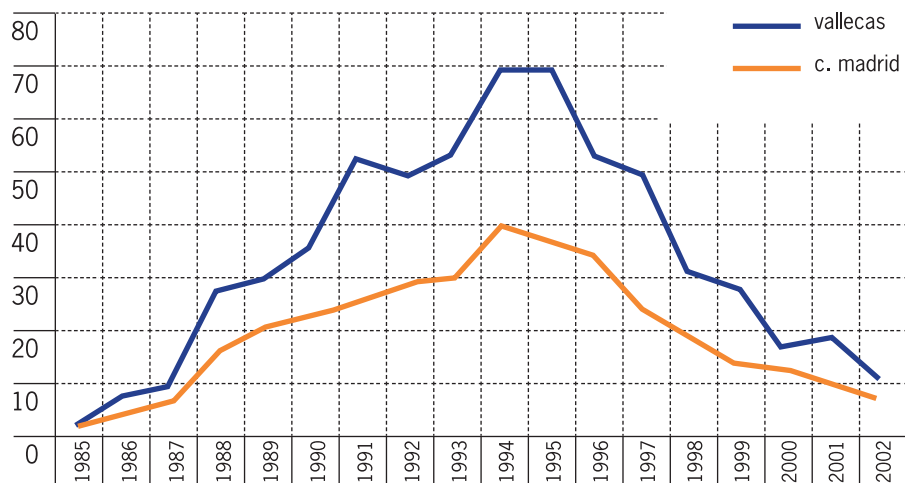
## SIDA

Desde 1985 a diciembre de 2002, se han registrado 1.720 casos de SIDA en el distrito de Vallecas, lo que supone el 10% de los casos de la Comunidad de Madrid.

El número de nuevos diagnósticos de SIDA alcanza su pico máximo en 1994 coincidiendo con el cambio en la definición de caso de sida, para posteriormente producirse un descenso continuado más acentuado desde 1996, debido a la introducción de nuevas terapias antirretrovirales y puesta en marcha de acciones de prevención y control de la transmisión.

La incidencia en Vallecas se ha mantenido siempre por encima de la media de la Comunidad, siendo mayor esta diferencia en los años de máxima incidencia de la enfermedad. Actualmente nos encontramos con las tasas de incidencia más bajas de los últimos años, pasando de 68,9 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en 1995 a 10,8 en 2002.

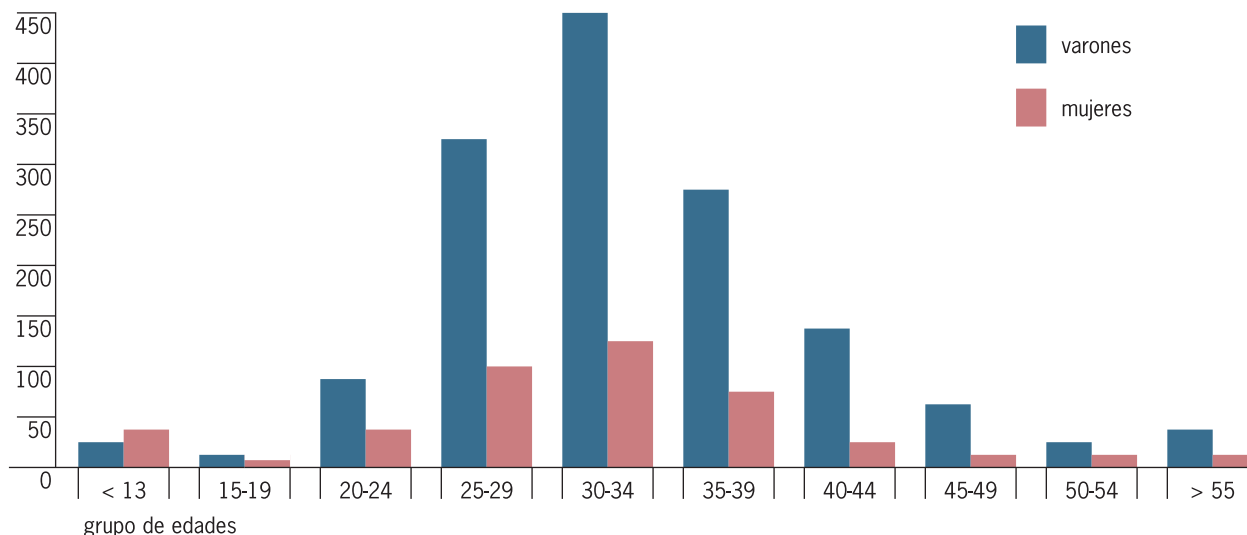
**Gráfico 16.** Evolución de la incidencia de SIDA en Vallecas y Comunidad de Madrid, 1985-2002



La mayor parte de los casos son varones (78,3%), aunque en los últimos años la proporción de mujeres ha aumentado ligeramente. La razón de masculinidad (hombre/mujer) a lo largo de todo el periodo es de 3,6.

Por grupos de edad, el 75,4% de los casos se concentran entre 25-39 años, siendo el grupo de 30-34 el más frecuente tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, a lo largo del periodo se observa un retraso en la edad media al diagnóstico, pasando de estar situada entre 25-29 años en 1987 a estar entre 35-44 en 2002. El SIDA pediátrico, casos en menores de 13 años, representa el 2,6% de los casos.

**Gráfico 17.** Casos de SIDA notificados en Vallecas por grupos de edad y sexo. Período 1985-2002

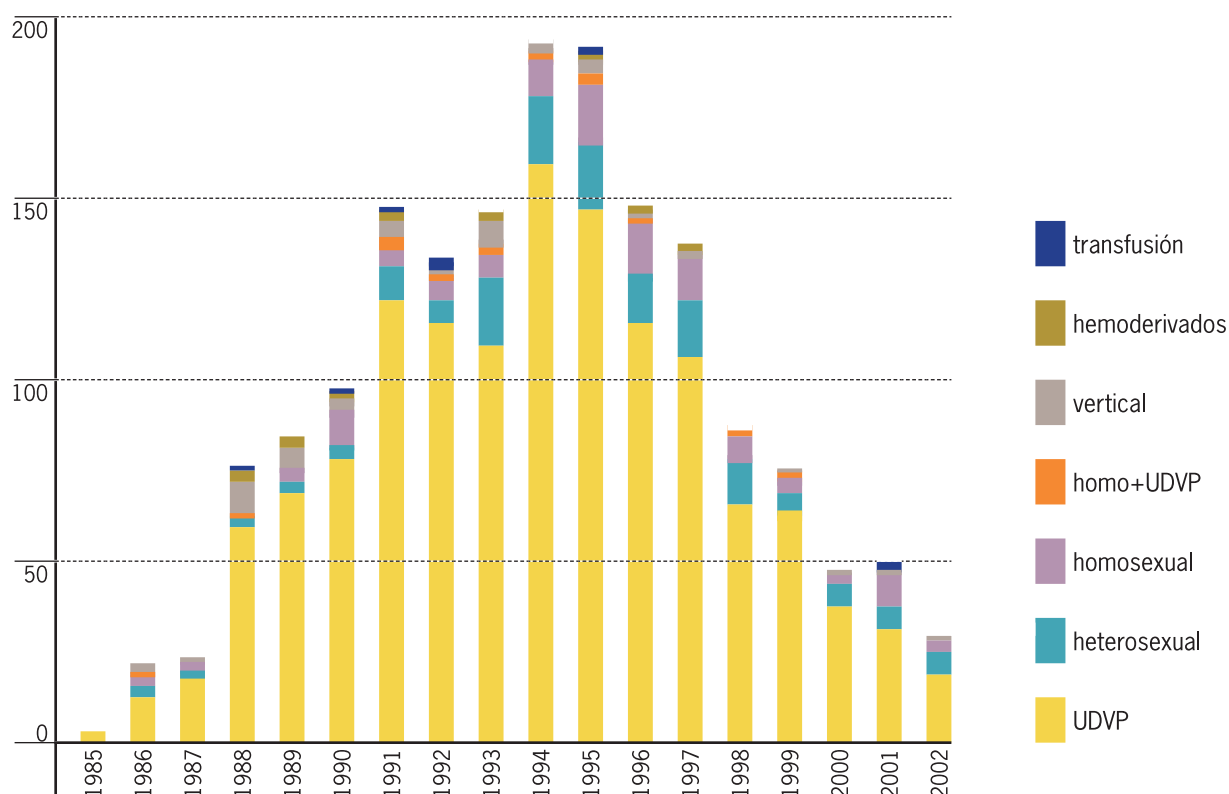


Los nuevos casos de sida se diagnosticaron por una tuberculosis diseminada o extrapulmonar en el 20% de los casos, siendo la principal enfermedad indicativa de SIDA; seguido de la neumonía por *Pneumocystis carinii* (15,9%) y candidiasis esofágica (15,5%). Aunque si consideramos globalmente la tuberculosis, pulmonar y extrapulmonar, es con diferencia la enfermedad más frecuente con el 30,5% de los casos.

Las situaciones de riesgo que más frecuentemente se asocian a la transmisión son: el uso de drogas vía parenteral (77,6%), seguido de lejos por el contacto heterosexual (8,5%) y prácticas homosexuales (6,5%) con una pareja infectada. Los casos de transmisión madre-hijo representan un 2,6% de los casos, valor superior al registrado en el conjunto de la Comunidad (1,6%).

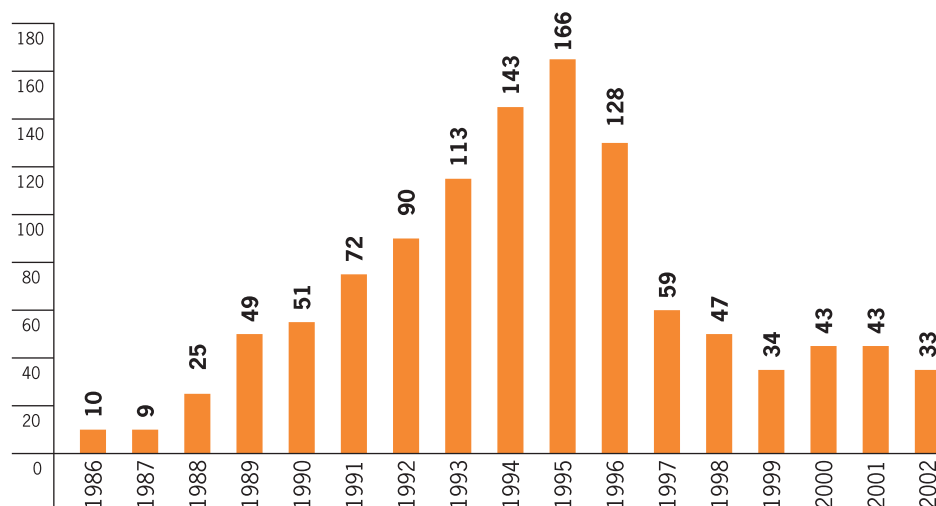
Es importante resaltar que en caso de las mujeres, aparte del uso de drogas por vía parenteral que es el principal mecanismo de transmisión, los casos relacionados con contactos heterosexuales alcanzan el 25%. Mientras que en los varones esta práctica de riesgo solo constituye el 4% de casos infectados. Además, en los últimos años, al igual que en el resto de la Comunidad de Madrid, estamos asistiendo a un aumento progresivo de los casos por este mecanismo de transmisión, indicando un cambio en el patrón epidemiológico.

**Gráfico 18.** Casos de SIDA notificados según categoría de transmisión y año de diagnóstico en Vallecas, 1985-2002



Desde el inicio de la epidemia, han fallecido el 64,9% de los casos de SIDA registrados en Vallecas. En los menores de 12 años, la letalidad ha sido del 68,9%. En la Comunidad de Madrid, la letalidad global de los casos de SIDA es del 60,9%. Al igual que se observa en la evolución de la epidemia, la mortalidad por SIDA alcanza su pico máximo en el año 1995 para experimentar posteriormente un importante descenso gracias a la introducción en 1997 de las nuevas terapias antirretrovirales, y que en los últimos años parece haberse estabilizado.

**Gráfico 19.** Casos de SIDA fallecidos por año en Vallecas, 1986-2002



#### 4.1.3.2 MORBILIDAD HOSPITALARIA

Se ha estudiado la morbilidad atendida en los centros de asistencia sanitaria especializada de la población de Vallecas en el año 2001. Los datos proceden del Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y Cirugía Mayor Ambulatoria de la Comunidad de Madrid, que recoge de forma sistemática información clínico-administrativa de los pacientes en el momento del alta.

#### MORBILIDAD ATENDIDA

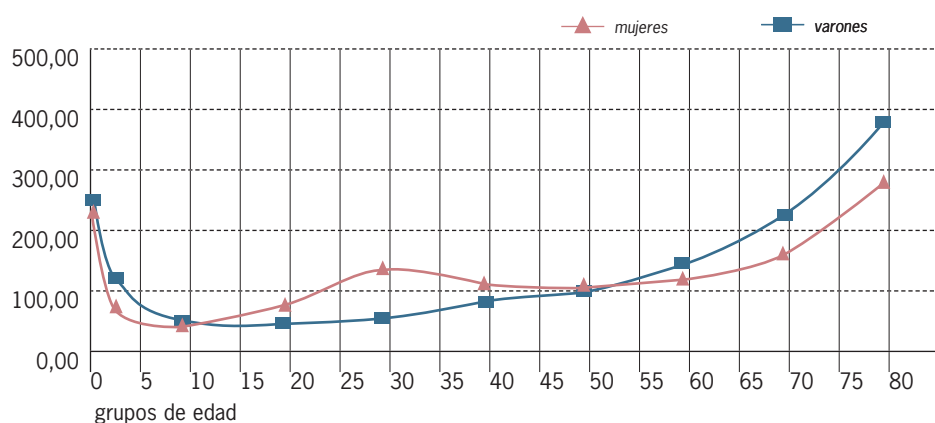
En el año 2001 se generaron 36.240 altas que se corresponden con 33.724 pacientes, los cuales representan una tasa bruta de 117,75 por 1.000 habitantes (109,23 en hombres y 125,66 en mujeres).

La edad media de los pacientes atendidos es de 50 años en los varones y de 49 años en las mujeres. El 35,8% de todas las altas corresponden a mayores de 64 años y el 5,3% son menores de 5 años suponen el del total.

El 83% de las altas se produjeron en hospitales públicos, de las cuales el 64,1% se originó en el Hospital General Gregorio Marañón y el 11,3% en el Hospital Virgen de la Torre, ambos hospitales de referencia de la población de Vallecas. El 2,1% de todas las altas se deben a episodios atendidos en cirugía mayor ambulatoria.

La distribución por grupos de edad y sexo muestra cifras más elevadas en los años extremos de la vida. Los varones presentan un mayor número de altas en todos los grupos de edad, excepto en el intervalo de edad fértil de las mujeres, debido al aumento del número de ingresos por la atención al parto (gráfico 1).

**Gráfico 20.** *Altas hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria por grupos de edad y sexo. Vallecas, 2001*



Los capítulos diagnósticos que generan una mayor atención médica son las enfermedades del aparato digestivo, el parto y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tumores, las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales y las enfermedades del aparato circulatorio; representando en conjunto aproximadamente la mitad de todas las altas (54%).

La distribución difiere por sexo y grupos de edad. En los hombres, la primera causa de morbilidad atendida son las enfermedades del aparato digestivo seguido de las enfermedades del aparato circulatorio, mientras que en las mujeres son en primer lugar los procesos relacionados con el embarazo y parto, secundado por las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales. Por grupos de edad, destacar que en los menores de 15 años tanto en varones como en mujeres la primera causa de ingreso son las enfermedades perinatales; hasta los 45 años, en varones el primer lugar lo ocupan las enfermedades aparato digestivo, y en mujeres el 48% de los ingresos son producidos por procesos readicionados con el embarazo, parto y puerperio; de los 45 a los 74 años son las neoplasias y enfermedades del

sistema nervioso y órganos de los sentidos los que predominan; mientras que en los mayores de 74 años, el 21% de las altas se deben a enfermedades del aparato circulatorio.

**Tabla 15.** Número, distribución porcentual y tasa bruta de morbilidad atendida por capítulos diagnósticos de la CIE-9. Vallecas, 2001

CAPÍTULOS CIE - 9	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	n*	%	tasas#	n*	%	tasas#	n*	%	tasas#
Enf. aparato digestivo	3946	11,7	13,77	2234	14,8	16,16	1711	9,2	11,55
Embarazo, parto y puerperio	3726	11,0	13,01	-	-	-	3726	20,0	25,14
Tumores	3650	10,8	12,74	1713	11,3	12,39	1935	10,4	13,06
Enf. sistema nervioso y órganos sensoriales	3545	10,5	12,38	1509	10,0	10,92	2036	10,9	13,74
Enf. aparato circulatorio	3371	10,0	11,77	1750	11,6	12,66	1621	8,7	10,94
Enf. aparato respiratorio	2757	8,2	9,63	1687	11,2	12,21	1070	5,7	7,22
Enf. sistema osteomuscular	2504	7,4	8,74	1024	6,8	7,41	1479	7,9	9,98
Enf. aparato genitourinario	2236	6,6	7,81	925	6,1	6,69	1311	7,0	8,85
Traumatismo y envenenamiento	2152	6,4	7,51	1189	7,9	8,60	963	5,2	6,50
Código V †	1178	3,5	4,11	635	4,2	4,59	543	2,9	3,66
Síntomas, signos mal definidos	1038	3,1	3,62	590	3,9	4,27	447	2,4	3,02
Enf. infecciosas y parasitarias	700	2,1	2,44	422	2,8	3,05	278	1,5	1,88
Enf. piel y tejido conjuntivo	679	2,0	2,37	361	2,4	2,61	318	1,7	2,15
Trastornos mentales	569	1,7	1,99	420	2,8	3,04	371	2,0	2,50
Enf. endocrinas y metabólicas	476	1,4	1,66	167	1,1	1,21	309	1,7	2,09
Enf. perinatales	403	1,2	1,41	215	1,4	1,56	188	1,0	1,27
Anomalías congénitas	354	1,0	1,24	159	1,1	1,15	195	1,0	1,32
Enf. sangre y tejidos hematopoyéticos	218	0,6	0,76	97	0,6	0,70	121	0,6	0,82
<b>TOTAL</b>	<b>33.724</b>		<b>117,75</b>	<b>15.097</b>		<b>109,23</b>	<b>18.622</b>		<b>125,66</b>

\* Número de altas del capítulo, sin tener en cuenta los ingresos por la misma causa.

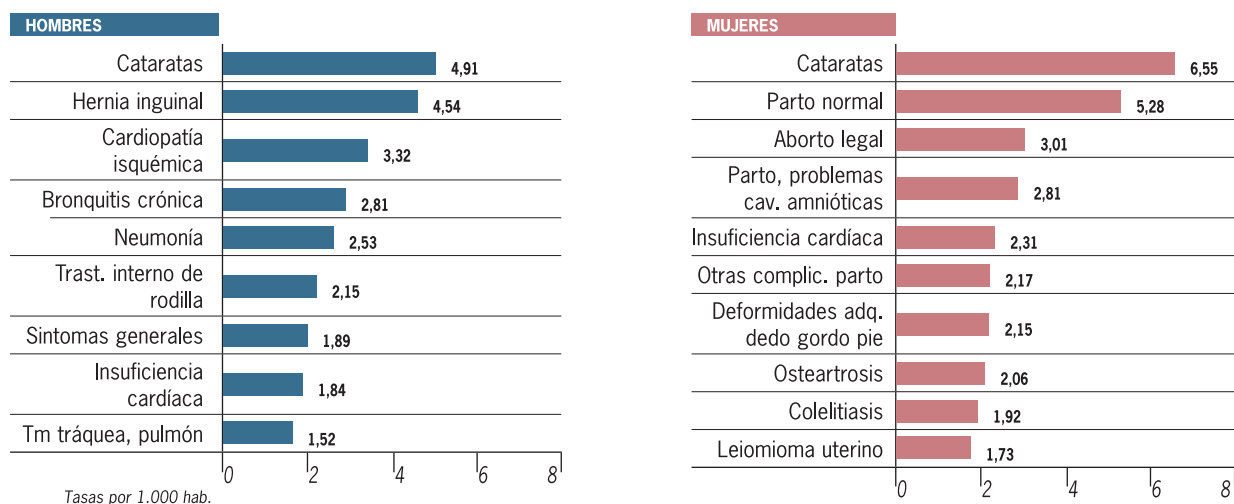
# Tasas por 1000 habitantes

† Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios

Para conocer las causas más específicas de morbilidad atendida, se han analizado las categorías diagnósticas, siendo las cataratas la primera causa de atención médica en ambos sexos. En los hombres, la hernia inguinal y la cardiopatía isquémica constituye la segunda y tercera causa, mientras que en las mujeres ocupan el primer lugar todos aquellos procesos relacionados con el embarazo y parto, seguidos por las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales.



**Gráfico 21.** Tasas de las principales causas de morbilidad atendida, por categorías diagnósticas de la CIE-9. Todas las edades. Vallecas, 2001



En la siguiente tabla se muestra las causas específicas más frecuentes en cada grupo de edad y sexo, destacando que en las mujeres entre 15-24 años el aborto legal inducido constituye la primera causa de morbilidad atendida, siendo generalmente realizados en centros específicos sin generar ingresos hospitalarios.

**Tabla 16.** Principales causas de morbilidad atendida, según categorías diagnósticas de la CIE-9, por grupos de edad y sexo. Vallecas, 2001

edad	HOMBRES			MUJERES		
	causas	%*	tasa#	causas	%*	Tasa#
0-4	Bronquitis, bronquiolitis aguda	6,0	8,86	Bronquitis, bronquiolitis aguda	7,4	8,14
	Perinatal: bajo peso, gestación corta	5,9	8,58	Perinatal: bajo peso, gestación corta	6,8	7,42
	Prepucio redundante, fimosis	4,8	7,03	Gastroenteritis no infecciosa	4,0	4,36
5-14	Prepucio redundante, fimosis	5,1	2,52	Neo benigna de piel	5,5	2,28
	Enf. crónica amígdalas y adenoides	4,8	2,38	Síntomas abdomen y pelvis	5,0	2,06
	Contusión	4,7	2,31	Apendicitis aguda	4,1	1,69
15-24	Quiste pilonoidal	5,6	2,60	Aborto legal inducido	11,2	8,72
	Prepucio redundante, fimosis	5,4	2,50	Parto normal	10,1	7,87
	Trastorno interno de rodilla	5,0	2,34	Otros cuidados en embarazo y parto	7,6	5,90
25-44	Trastorno interno de rodilla	4,3	2,92	Otros cuidados en embarazo y parto	12,1	15,19
	Hernia inguinal	3,7	2,51	Parto normal	10,3	13,01
	Quiste pilonoidal	2,4	1,66	Complicaciones parto y alumbramiento	10,0	12,66
45-64	Hernia inguinal	6,0	7,25	Catarata	3,8	4,30
	Cardiopatía isquémica	4,8	5,75	Deformidades dedo gordo del pie	3,8	4,27
	Catarata	3,8	4,54	Leiomioma uterino	3,5	3,94
65-74	Catarata	9,9	22,52	Catarata	12,5	20,24
	Hernia inguinal	5,2	11,97	Osteartrosis	5,5	8,87
	Epoc	5,1	10,48	Deformidades dedo gordo del pie	3,9	6,26
> 74	Catarata	8,5	32,51	Catarata	13,6	37,92
	Epoc	7,6	24,56	Insuficiencia cardíaca	7,3	20,51
	Neumonía, organismo no especificado	5,6	21,21	Fractura cuello de fémur	4,3	12,00

\* porcentaje referidos al total de altas por cada grupo de edad

# tasa bruta de altas por 1000 varones o mujeres en cada grupo de edad

## COMPARACIÓN CON LA COMUNIDAD DE MADRID

Al comparar la morbilidad hospitalaria en la población de Vallecas con el resto de la Comunidad de Madrid, a través del Índice de Morbilidad Comparativa (IMC)<sup>3</sup>, se observa que el número de altas hospitalarias es un 3% superior en la población de Vallecas. Al analizar por sexo, también se advierte un mayor número de ingresos en ambos, siendo en los hombres un 5% superior y en las mujeres un 2%. Los capítulos diagnósticos que originan un mayor número de ingresos hospitalarios en Vallecas son: trastornos mentales, las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y los tumores.

Por grupos de edad se observan grandes diferencias. En los niños de Vallecas menores de 5 años, los ingresos por enfermedades digestivas y

<sup>3</sup> El IMC se obtiene de dividir las tasas de morbilidad ajustadas a la población estándar europea de 1990 por el método directo multiplicado por 100, tomando como referencia las tasas de la Comunidad de Madrid, considerando que existe una sobremorbilidad cuando el IMC es significativamente superior a 100.

dentro de ellas las de esófago, estómago y duodeno son superiores a los de la Comunidad. En las niñas, son las anomalías congénitas las que originan un mayor número de ingresos. En el grupo de 5 a 14 años y en ambos sexos, principalmente es el capítulo de lesiones y envenenamientos el que genera más altas hospitalarias en Vallecas, y dentro de él la lesión intracraneal.

**Tabla 17.** Índice de Morbilidad Comparativo (IMC)\* de las altas hospitalarias por capítulos diagnóstico de la CIE-9. Vallecas y Comunidad de Madrid, 2001

CAPÍTULOS CIE - 9	global	hombres	mujeres
Enf. infecciosas y parasitarias	1,02	1,18 <sup>#</sup>	1,03
Tumores	1,19 <sup>#</sup>	1,19 <sup>#</sup>	1,18 <sup>#</sup>
Enf. endocrinas y metabólicas	0,96	0,95	0,93
Enf. sangre y tejidos hematopoyéticos	0,99	0,95	1,02
Trastornos mentales	1,23 <sup>#</sup>	1,24	1,21 <sup>#</sup>
Enf. sistema nervioso y órganos sensoriales	1,22 <sup>#</sup>	1,20 <sup>#</sup>	1,16 <sup>#</sup>
Enf. aparato circulatorio	0,97 <sup>#</sup>	0,93 <sup>#</sup>	1,00
Enf. aparato respiratorio	1,02	1,06 <sup>#</sup>	0,95
Enf. aparato digestivo	1,06 <sup>#</sup>	1,07 <sup>#</sup>	1,04
Enf. aparato genitourinario	1,02	0,93	1,09 <sup>#</sup>
Embarazo, parto y puerperio			0,90 <sup>#</sup>
Enf. piel y tejido subcutáneo	0,94	0,87	1,03
Enf. sistema osteomuscular	1,09 <sup>#</sup>	1,04	1,13 <sup>#</sup>
Anomalías congénitas	1,12	1,00	1,26 <sup>#</sup>
Síntomas, signos mal definidos	1,14 <sup>#</sup>	1,20 <sup>#</sup>	1,06
Lesiones y envenenamiento	1,09	1,13 <sup>#</sup>	1,05
Código V <sup>#</sup>	0,83 <sup>#</sup>	0,80 <sup>#</sup>	0,85
<b>TOTAL</b>	<b>1,03<sup>#</sup></b>	<b>1,05<sup>#</sup></b>	<b>1,02<sup>#</sup></b>

\* IMC: razón de las tasas ajustadas a la población estándar europea por el método directo.

<sup>#</sup> estadísticamente significativo

¥ Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios

En las mujeres de 15 a 24 años sobresalen los ingresos por causas obstétricas y dentro de ellas el parto normal que es un 34% superior. En este colectivo, destacar también los trastornos mentales y en concreto los trastornos neuróticos como causa frecuente de ingreso en Vallecas y no en la Comunidad de Madrid. Este hecho también se observa en los varones de 25 a 44 años.

En hombres, los ingresos hospitalarios por EPOC a partir de los 45 años son superiores a los de la Comunidad (en las mujeres a partir de los 74 años); a partir de los 65 años, también las neoplasias malignas de órganos digestivos y respiratorios e intratorácicos son superiores. Por otro lado, tanto en hombres como en mujeres a partir de los 65 años, el número de intervenciones de cataratas es claramente superior en Vallecas. Por último destacar que la

morbilidad hospitalaria originada por la enfermedad cardiaca isquémica en los varones de 65 a 74 años y la enfermedad cerebrovascular en mujeres de más 74 años es menor que en la Comunidad de Madrid.

## LA VACUNACIÓN INFANTIL EN VALLECAS

El calendario de vacunación infantil vigente en la Comunidad de Madrid, el último ha entrado en vigor el día 1 de julio del 2005, incluye las dosis de vacunas puestas desde el nacimiento a los 14 años de edad.



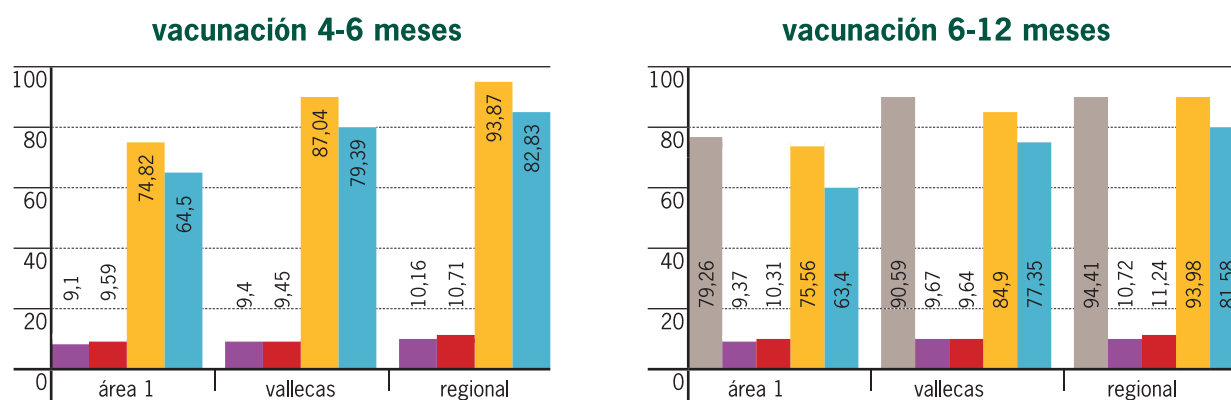
**CALENDARIO DE VACUNACIONES**

Recién Nacido	2 meses	4 meses	6 meses	15 meses	18 meses	4 años	11 años	14 años
Hepatitis B*	Difteria Tétanos Tox. ferina** H. Influenza B Polio Inactivada Hepatitis B Meningococo C Neumococo	Difteria Tétanos Tox. ferina** H. Influenza B Polio Inactivada Meningococo C Neumococo	Difteria Tétanos Tox. ferina** H. Influenza B Polio Inactivada Hepatitis B Neumococo	Sarampión** Rubéola Parotiditis Varicela Meningococo C	Difteria Tétanos Tox. ferina** H. Influenza B Polio Inactivada Neumococo	Difteria Tétanos Tox. ferina** Sarampión Rubéola Parotiditis	Varicela***	Tétanos Difteria Neumococo

\* Incluye la vacuna para el virus de la hepatitis B (HBV) según el programa de vacunación de HBV en población infantil de 0 a 14 años de edad.  
\*\* Incluye la vacuna para el virus de la rubéola (RV) según el programa de vacunación de RV en población infantil de 0 a 14 años de edad.  
\*\*\* Incluye la vacuna para el virus de la varicela (VZV) según el programa de vacunación de VZV en población infantil de 0 a 14 años de edad.  
\*\*\*\* Incluye la vacuna para el virus de la hepatitis A (VHA) según el programa de vacunación de VHA en población infantil de 0 a 14 años de edad.

Calendario vigente desde el 1 de noviembre de 2006.

Las coberturas de vacunación infantil, es decir los porcentajes de niños que tienen las dosis de cada vacuna recomendadas a su edad, que se alcanzaron en el distrito sanitario de Vallecas en el año 2004 son en general superiores a las coberturas alcanzadas en el total del área sanitaria 1, tendencia que ha continuado en años sucesivos, y muy semejantes a las coberturas para toda la región madrileña. Entre los 2 y los 15 meses de edad, las dosis de vacunas infantiles que se administran corresponden a la primovacuna, en la que se han alcanzado coberturas superiores al 80% en primera, segunda y terceras dosis de las vacunas que se incluyen en calendario infantil.

**Gráfico 22.** Cobertura vacunal a los 4-6 y 6-12 meses. Vallecas, Área 1 y Comunidad de Madrid, 2004

## 4.2 NECESIDADES DE SALUD Y RIESGOS PERCIBIDOS POR LA POBLACIÓN

Tras haber presentado en el capítulo anterior, los principales resultados derivados del análisis del estado de salud de la población de Vallecas, atendiendo a indicadores objetivos; en este capítulo, se presentan los resultados más importantes de los estudios realizados para conocer, desde un punto de vista más subjetivo, la percepción de la propia población de Vallecas sobre su salud, los riesgos a los que ellos se sienten sometidos y las principales necesidades relacionadas con esta materia que detectan y demandan.

Desde el Plan, siempre se han considerado prioritarias este tipo de investigaciones por dos razones fundamentales: la primera, porque estos estudios añadían datos de gran valor en el diagnóstico de salud, ya que conseguían obtener información sobre indicadores de salud percibida; y en segundo lugar, porque mediante este tipo de investigaciones, se conseguía implicar y hacer participar a la población en el proceso de detección de necesidades, y elaboración de estrategias encaminadas a mejorar su salud.

Así pues, a continuación se presentan los resultados de los principales estudios en los que la participación de los vecinos ha tenido especial protagonismo, materializándose ésta, a través de la participación activa en la fase de detección de necesidades y en la posterior elaboración de propuestas de actuación, como en el **Estudio sobre Necesidades de Salud Percibidas** o a través de su colaboración en encuestas (**Encuesta de Salud y Encuesta de Percepción de la Influencia en la Salud de los Riesgos Ambientales**).

#### 4.2.1 ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LOS VECINOS DE VALLECAS

Este estudio se estableció con un doble objetivo: en primer lugar mejorar el conocimiento de la situación en materia de salud en ambos distritos, investigando las necesidades sentidas por su propia población; para así, y en segundo lugar poder definir y priorizar las estrategias encaminadas a aumentar el nivel de salud en Vallecas, teniendo en cuenta el discurso previo de los vecinos y profesionales de la zona.

Para poder alcanzar ambos objetivos, se planteó una metodología “**investigación-acción**”, que se operativizó a través de un proceso dividido en tres fases, pudiendo considerar las dos primeras de eminente investigación, y la última de acción. Estas fases se desarrollaron en el periodo de tiempo comprendido entre julio de 2002 y mayo de 2003.

• La **Primera Fase**, planteada con el objetivo fundamental de captar el discurso de la población sobre las necesidades de salud sentidas, se realizó a través de una investigación cualitativa liderada por la empresa CIMOP S.A. (empresa adjudicataria del concurso público al que se sometió el estudio), contando con la colaboración del grupo técnico del Plan Vallecas. En esta fase se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Puesta en marcha de **16 Grupos de Discusión formados por vecinos de Vallecas**, segmentados por edad, sexo, situación social y territorial.
- Celebración de 17 grupos de discusión formados por profesionales de los **Equipos de Atención Primaria de ambos distritos y del CMS de Villa de Vallecas**.
- Realización de **35 entrevistas personales con profesionales** de los Servicios Sociales, Centro de Atención a la Infancia, Centro de Atención a Drogodependientes, directores de Centros Escolares, responsables de Centros de Mayores y responsables de ONGs que trabajan en ambos distritos.

En la **Segunda Fase**, se intentó promover la participación de los vallecanos, en la priorización de las necesidades de salud detectadas durante la primera fase de la investigación. Este proceso, se llevó a cabo a través de distintas actividades consistentes en:

- Un amplio debate inicial de las conclusiones de la primera fase, en las asociaciones de vecinos de los dos distritos.
- Organización de una segunda fase de debate en la totalidad de los equipos de Atención Primaria y CMS de Villa de Vallecas, para discutir las conclusiones extraídas de los debates iniciales de las asociaciones de vecinos y ayudar a situar prioridades para el trabajo futuro.

- Análisis de las conclusiones de la primera fase con otros profesionales de Servicios Sociales, Salud Mental, CAID (Centro Atención Integral al drogodependiente), CAD (Centro Atención Drogodependientes), ONGs, entrevistados en la primera parte de la investigación.

Por último, se puso en marcha la **Tercera Fase** de acción, que consistió en acordar un plan de trabajo futuro que planteara objetivos a corto, medio y largo plazo, encaminados a paliar los principales problemas y dar respuesta a las necesidades detectadas y priorizadas en las anteriores fases de la investigación. Este Plan de actuación se forjó y consensuó en un rico proceso de debate llevado a cabo en el seno de la Comisión de Coordinación del Plan Vallecas.

Gracias a la amplia participación de todas estas instituciones y organizaciones y a los más de 450 vecinos y 250 profesionales que colaboraron en todo el proceso descrito anteriormente, se consiguió elaborar **“Las Estrategias de Actuación Consensuadas del Plan Vallecas”**, un documento que establece las líneas prioritarias de intervención futuras, encaminadas a mejorar la salud en ambos distritos desde una perspectiva integral, y más allá del límite institucional.

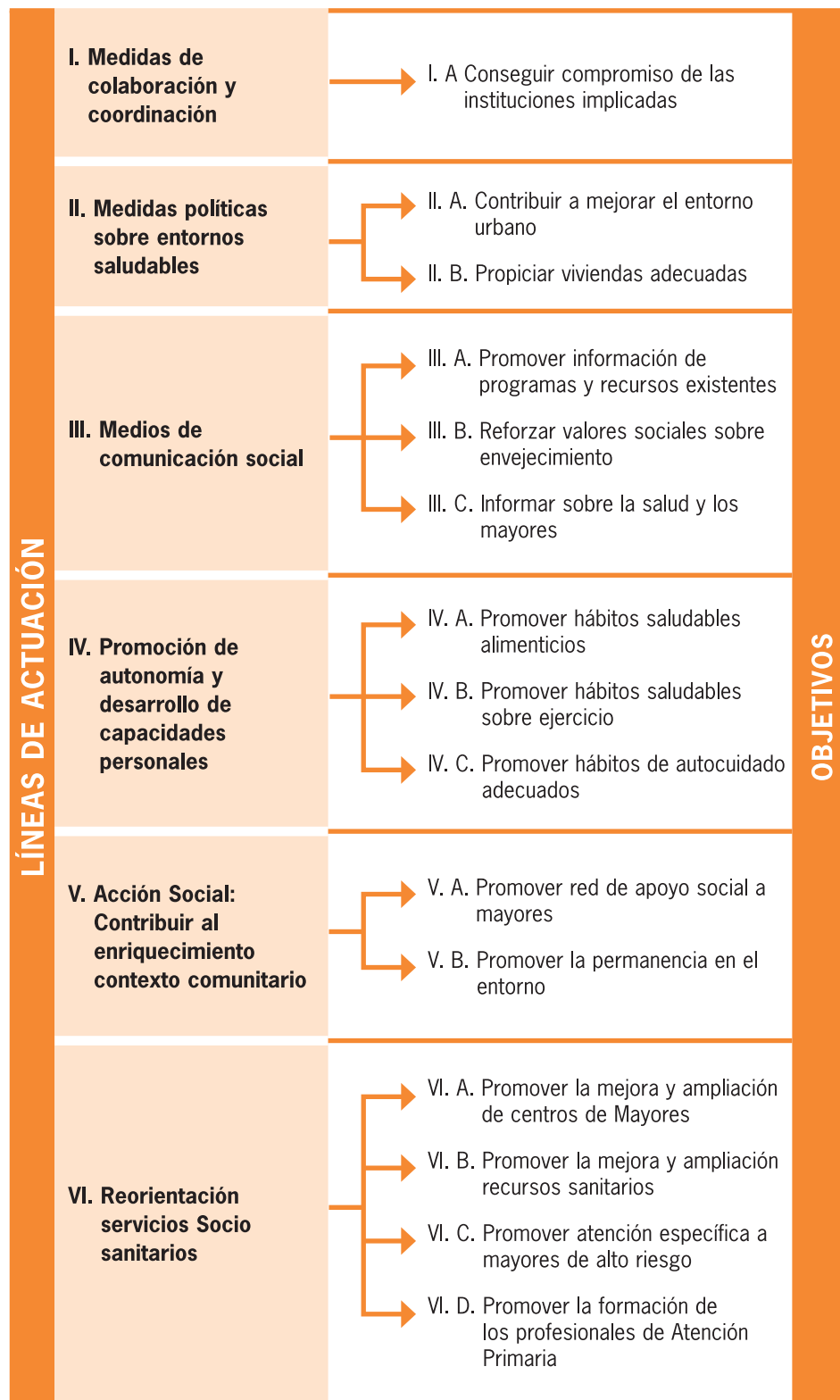
Por otra parte, es importante subrayar que este documento, además de contar con un amplio apoyo vecinal, cuenta con el respaldo y compromiso de puesta en marcha por parte de las distintas instituciones que forman la Comisión de Coordinación del Plan.

Como se ha comentado, las líneas estratégicas acordadas contienen pautas de acción cuyas competencias recaen en las instituciones que forman la Comisión de Coordinación del Plan, pero además, también aparecen actividades o propuestas de tipo cultural, educativo, medio ambiental, etc., relacionadas en mayor o menor medida con la mejora de la salud, cuyas competencias pertenecen a otras instituciones. Por todo ello, se decidió realizar una presentación de estas propuestas a las instituciones u organizaciones implicadas, con el objetivo de darles a conocer el documento y proponerles la puesta en marcha de las actividades que en el mismo se plantean.

Las propuestas consensuadas de actuación, se han desarrollado en torno a cuatro áreas temáticas, consideradas como prioritarias por todos los agentes implicados para llevar a cabo actividades de mejora según los resultados del estudio y el proceso de debate posterior. Estas áreas son:

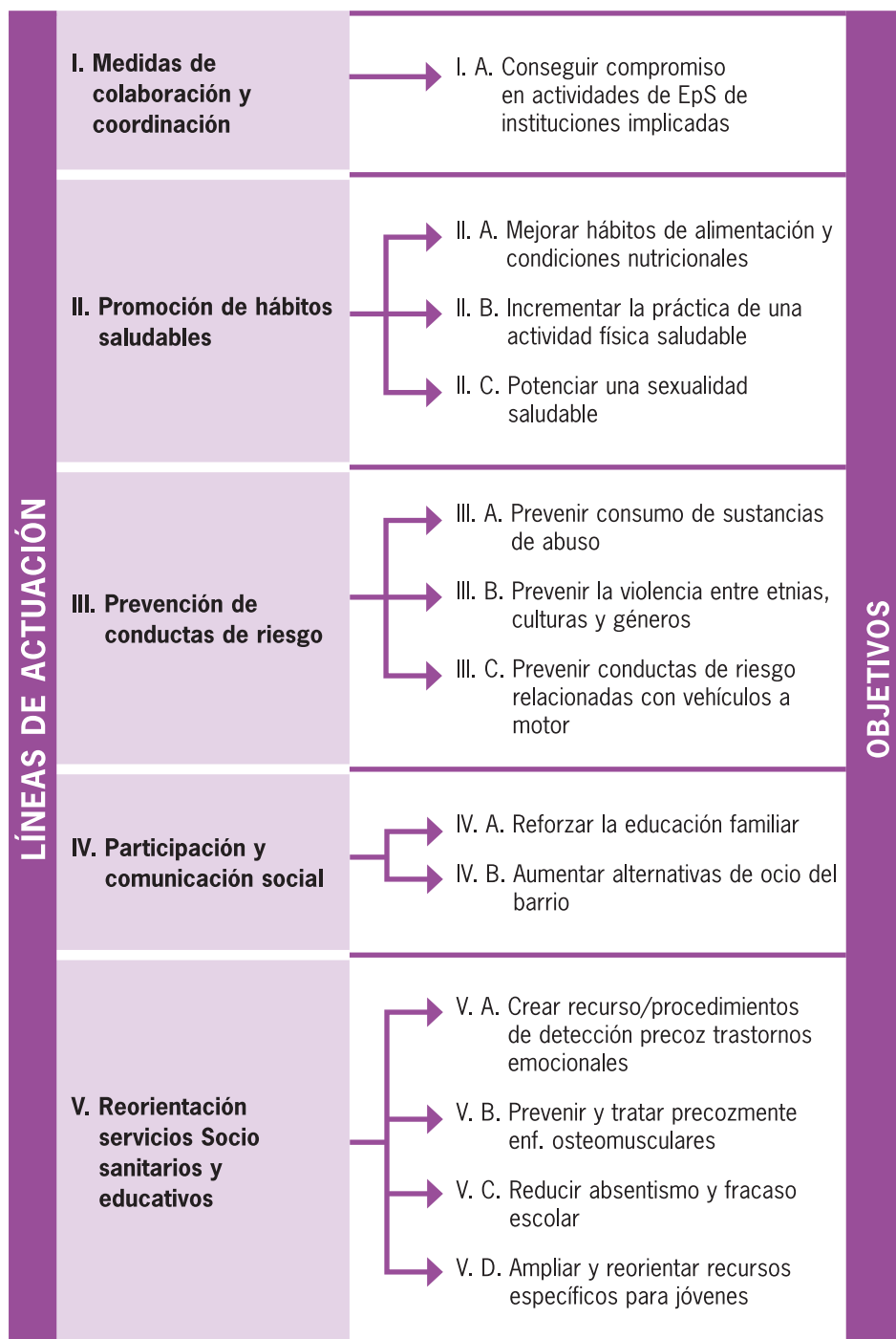
- Personas Mayores.
- Jóvenes de 12 a 16 años.
- Sanidad Ambiental
- Atención Primaria.

**ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN EL COLECTIVO DE MAYORES**





## ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN EL COLECTIVO DE JOVENES



**ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN SANIDAD AMBIENTAL**

<b>LÍNEAS DE ACTUACIÓN</b>	<b>I. Sistema de información de riesgos ambientales para la salud</b>	→	I. A. Desarrollar un Sistema integrado de vigilancia de riesgos ambientales	<b>OBJETIVOS</b>
	<b>II. Análisis de ruidos</b>	→	II. A. Conocer situaciones riesgo y áreas problema	
	<b>III. Análisis de olores</b>	→	III. A. Identificar áreas problema y evaluar molestias en vecinos	
	<b>IV. Intervenciones en espacios sanitariamente sensibles</b>	→	IV. A. Acercar a la comunidad escolar temas ambientales de interés	
	<b>V. Información sobre campos electromagnéticos</b>	→	V. A. Diseñar un programa de información sobre radiaciones y efectos en salud	
	<b>VI. Análisis de la calidad del agua</b>	→	VI. A. Analizar las alteraciones de la calidad de agua en la red domiciliaria	
	<b>VII. Actuaciones relacionadas con vivienda</b>	→	VII. A. Conocer problemática de condiciones de vivienda y salud en población	
	<b>VIII. Actuaciones en relación con contaminación atmosférica</b>	→	VIII. A. Conocer problemática de contaminación atmosférica	
	<b>IX. Actuaciones relacionadas con riesgos zoonóticos</b>	→	IX. A. Conocer problemática de explotaciones ganaderas en malas condiciones IX. B. Identificar y dar solución a animales sin control ni identificación IX. C. Evaluar impacto en salud de excrementos en parques infantiles	

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN ATENCION PRIMARIA

LÍNEAS DE ACTUACIÓN		OBJETIVOS
I. Medidas de colaboración y coordinación	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ I. A. Propiciar contacto entre profesionales de primaria y especializada</li> <li>→ I. B. Fomentar coordinación con instituciones implicadas en atención a población</li> <li>→ I. C. Conseguir participación de profesionales educativos en EpS</li> <li>→ I. D. Mantener foros del "Plan Integral de Mejora Salud Pública Vallecas"</li> </ul>	
II. Medidas de ajuste de plantillas de centros a evolución poblacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ II. A. Conseguir ajustar plantillas a necesidades reales de atención</li> </ul>	
III. Medidas en Unidades Administrativas (UNAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ III. A. Aliviar cargas de trabajo a las unidades administrativas</li> <li>→ III. B. Mejorar la organización de las unidades administrativas</li> </ul>	
IV. Atención a la demanda urgente	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ IV. A. Mejorar la atención a la consulta domiciliaria urgente</li> <li>→ IV. B. Mejorar atención en el centro de demandas urgentes sin cita previa</li> </ul>	
V. Adecuación del tiempo por paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ V. A. Mejorar los tiempos de atención</li> </ul>	
VI. Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ VI. A. Facilitar a profesionales el tiempo para actividades de promoción</li> <li>→ VI. B. Conseguir que actividades de promoción sean objetivo de todo el EAP</li> <li>→ VI. C. Formar a los profesionales en materia de Promoción de la salud</li> <li>→ VI. D. Integrar oferta de promoción de salud de CMS, Gerencia y Salud Pública</li> </ul>	
VII. Medidas relacionadas con suplencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ VII. A. Facilitar la organización de los centros ante ausencias de profesionales</li> <li>→ VII. B. Controlar el absentismo laboral</li> </ul>	
VIII. Necesidades formativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ VIII. A. Aumentar capacitación de profesionales para atender nuevas demandas</li> </ul>	
IX. Mejoras en infraestructuras y suministros	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ IX. A. Adecuar y mejorar espacios en centros de salud</li> <li>→ IX. B. Mejorar el suministro periódico de material a los centros</li> </ul>	

#### 4.2.2 PERCEPCIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

En la valoración del estado de salud, además de los indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad, se han estudiado los aspectos de la salud-enfermedad relacionados con la vida diaria del paciente y sus sentimientos, así como la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios sanitarios, en cuanto a la utilización y opinión de los mismos, a través de los datos recogidos por una encuesta de salud.

Se han explotado los datos referidos al distrito sanitario de Vallecas de la Encuesta de Salud realizada por la Comunidad de Madrid en el año 2001, comparando los resultados obtenidos con la Comunidad de Madrid con el fin de identificar los posibles aspectos diferenciales entre las dos unidades de estudio.

**Tabla 18.** Indicadores de estado de salud percibido, calidad de vida, morbilidad, utilización y satisfacción servicios sanitarios.

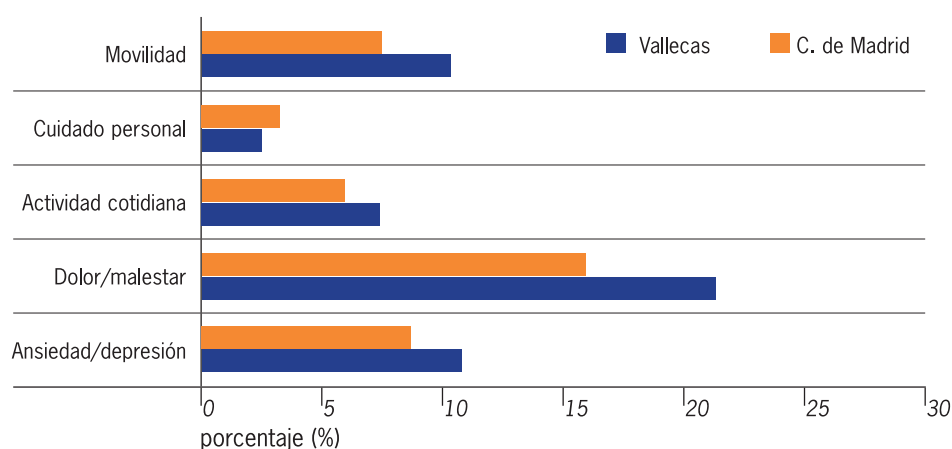
	VALLECAS		C. DE MADRID	
	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA</b>				
Percepción del estado de salud bueno /muy bueno	73,3%	(67,9-79,3)	79,5%	(78,4-80,5)
Percepción mala calidad de vida (Euroqol)	30,8%	(24,5-37,1)	22,4%	(21,3-23,4)
Valoración de la salud percibida (EVA)	77,9	(76,6-79,2)	79,7	(79,5-80)
Valoración media del apoyo social	3,86	(3,80-3,92)	4,20	(4,19-4,21)
Escala afectiva	4,02	(3,96-4,08)	4,27	(4,26-4,28)
Escala confidencial	3,77	(3,70-3,84)	4,16	(4,15-4,17)
<b>MORBILIDAD DECLARADA Y CONSUMO MEDICAMENTOS</b>				
Problemas crónicos de salud	49,8%	(42,3-57,3)	39,9%	(38,5-41,3)
Restricción de actividad por problemas crónicos	16,6%	(11-22,2)	12,3%	(11,3-13,3)
Restricción de actividad por problemas agudos	13,2%	(8,6-17,8)	9,8%	(9-10,6)
Consumo medicamentos en los últimos dos días	47,8%	(41,1-54,5)	39,9%	(38,6-41,2)
<b>UTILIZACIÓN SERVICIOS SANITARIOS</b>				
Atención Primaria	31,4%	(25,1-37,7)	25,4%	(24,3-26,5)
Asistencia pública	94,3%	(89-99,7)	88,9%	(87,9-90,4)
Profesional médico	90,5%	(83,5-97,5)	94,1%	(92,9-95,3)
Profesional enfermería	9,5%	(2,5-16,5)	5,9%	(4,7-7,1)
Trámites administrativos	28,1%	(17,4-38,8)	20,6%	(18,5-22,7)
Atención Especializada	10,7%	(6,5-14,9)	12,2%	(11,4-13)
Asistencia pública	82,2%	(67,2-97,2)	73,3%	(70,5-76,9)
Atención Urgente	15,6%	(10,7-20,5)	16,6%	(15,6-17,6)
Consulta de Odontología	27%	(21-33)	23,7%	(22,6-24,8)
Asistencia privada	86,8%	(77,8-95,8)	89,5%	(87,9-91,1)
<b>SATISFACCIÓN SERVICIOS SANITARIOS</b>				
Satisfechos/muy satisfechos con Atención Primaria	56,5%	(49,1 - 63,9)	46,9%	(45,5 - 48,4)
Satisfechos/muy satisfechos con Atención Especializada	55,9%	(48,5 - 63,3)	36,8%	(35,4 - 38,2)
Satisfechos/muy satisfechos Hospitalización	54,8%	(47,4 - 62,3)	38,3%	(36,9 - 39,7)
Satisfechos/muy satisfechos con Atención Urgente	28,3%	(21,6 - 35)	30,5%	(29,2 - 31,8)

## ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Los vallecános tienen peor percepción del **estado de salud** que el resto de los madrileños, el 73,3% de los vallecános valora su estado de salud como bueno/muy bueno, frente al 79,5% del conjunto de la comunidad de Madrid. Comparando con su situación doce meses antes, más de las tres cuartas partes de la población de Vallecas piensan que su estado de salud actual es más o menos igual, y un 8,7% que ha empeorado.

Además, los vallecanos piensan que tienen peor **calidad de vida**<sup>4</sup>, ya que una proporción significativamente mayor declara tener problemas o limitaciones en alguna de las dimensiones del Euroqol (el 30,8% de los vallecanos frente al 22,4% de los madrileños). Las dimensiones en las que más problemas se señalan son dolor/malestar, seguido de la ansiedad/depresión y movilidad.

**Gráfico 23.** Porcentaje de personas que presentan algún problema en las diferentes dimensiones del Euroqol



Por otro lado, se estudia el **apoyo social**<sup>5</sup> sentido por la población, su relación con el entorno y el apoyo tanto afectivo como confidencial que reciben. La población adulta de Vallecas tiene una menor apreciación en cuanto al apoyo en las tres escalas. La puntuación media obtenida en Vallecas en la escala global del cuestionario de Duke fue de 3,86, mientras que en el conjunto de la Comunidad alcanzó 4,20.

## MORBILIDAD DECLARADA Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS

La encuesta de salud pregunta sobre los problemas de salud que padece o ha padecido según su médico y como éstos han repercutido en su vida cotidiana limitando o restringiendo su actividad principal o de tiempo libre.

Casi la mitad de los vallecanos entrevistados (48,9%) declararon tener o haber tenido algún problema de salud crónico, mientras que en el conjunto de

4 La calidad de vida se mide mediante el Euroqol-5d, cuestionario autoadministrado que consta de 2 partes: EQ-5d y EQ-EVA. EL EQ-5d los entrevistados deben describir su estado de salud en torno a cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, realización de actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión; y cada una de ellas se valora como "no tengo ningún problema" o "tengo problemas". EQ-EVA los entrevistados describen su estado de salud el día de la entrevista mediante un termómetro, calibrado desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (el mejor).

5 Se ha utilizado la escala de Apoyo Social de Duke-UNC-11 para calcular un índice de apoyo social, que pretende medir aspectos cualitativos de la vida social, como el Apoyo Afectivo (el sentimiento de demostraciones de cariño, amor y empatía que perciben las personas) y el Apoyo Confidencial (la posibilidad de contar con otras personas), y no tanto el número ni tamaño de la red social de las personas entrevistadas. Cada pregunta se puntúa del 1 ("mucho menos de lo que deseo") hasta 5 ("tanto como deseo").

la comunidad esta cifra fue del 40%, diferencia estadísticamente significativa. Además, el 16,6% de la población de Vallecas vieron restringida su actividad habitual por estos problemas en los últimos 12 meses, siendo superior que la registrada en la Comunidad de Madrid. Este hecho también se ha observado, al estudiar los problemas agudos de salud en las últimas 2 semanas, que han obligado a guardar cama o dejar de trabajar a las personas encuestadas.

La mayor carga de morbilidad, se corresponde con un mayor **consumo de medicamentos**, casi la mitad de los entrevistados declaran haber consumido alguno.

## UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y ACCESIBILIDAD

En el distrito sanitario de Vallecas se apunta una mayor utilización de los servicios de Atención Primaria<sup>6</sup>, siendo el principal provisor el sistema sanitario público. Aunque la consulta más demandada por la población fue el médico (90,5%), parece existir una mayor utilización de enfermería que en el conjunto de Madrid (9,5% frente al 5,9%). Hay que destacar también que el 28,1% de las ocasiones el motivo de consulta fueron trámites administrativos, siendo la dispensación de recetas la mayor parte de la actividad administrativa. Por sí solas supusieron un 27,6% de las visitas, es decir, más de una de cada cuatro consultas.

En cuanto a la utilización de la **Atención Especializada**<sup>7</sup>, un 10,7% de los vallecanos han utilizado alguna vez este servicio frente al 12,2% de Madrid, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Al igual que en la atención primaria, son los servicios públicos los mayoritariamente consultados, el 82,2% de los vallecanos que han acudido a una consulta especializada lo han hecho en un centro público.

El 15,6% de los vallecanos han acudido a los **Servicios de Urgencia**<sup>8</sup>, sin observarse diferencias con la población de Madrid (16,6%). Aunque al ajustar por variables como edad, sexo, la existencia de problemas en el Euroqol y estatus socioeconómico, sí que se aprecia que la probabilidad de utilizar los servicios de urgencia es menor en Vallecas.

Se ha preguntado también sobre las **consultas de odontología**, prestación que no es cubierta por la Seguridad Social, por lo que casi el 90% de la población utiliza servicios privados.

La **accesibilidad** geográfica<sup>9</sup> a los servicios públicos de atención primaria, indica que aproximadamente 8 de cada 10 ciudadanos acudieron andando a su

6 Se valora la utilización de cualquier servicio de Atención Primaria: consultas de medicina general, pediatría, enfermería y visitas a domicilio en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta.

7 Se valora la utilización de cualquier consulta de Atención Especializada durante las últimas dos semanas, ya sea en ambulatorios o consultas externas de hospitales, tanto en centros públicos como privados.

8 Se consideran Servicios de Urgencias: urgencias hospitalarias, no hospitalarias y la atención urgente a domicilio, en los últimos 12 meses.

9 La accesibilidad a los servicios públicos de atención primaria se ha valorado mediante preguntas por el medio de transporte utilizado y el tiempo empleado.

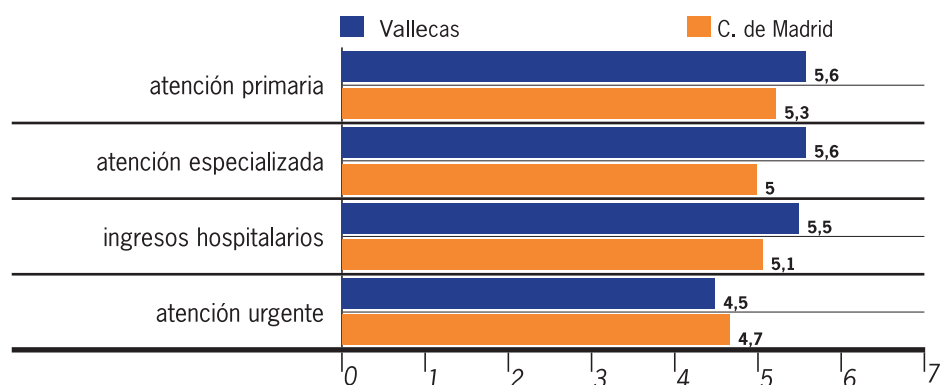
centro de salud y el 50% de los pacientes empleó menos de 10 minutos en llegar al mismo. La única diferencia observada con respecto a Madrid, es el porcentaje de personas que declara tardar más de 16 minutos: 34,2% en Vallecas frente al 19,4% del conjunto de la Comunidad.

### SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

Respecto a la satisfacción se preguntó a todos los encuestados adultos, independientemente de si habían acudido o no a alguno de los servicios anteriormente comentados, que valoraran diferentes aspectos de los mismos en una escala del 1 (totalmente insatisfecho) al 7 (totalmente satisfecho).

La Atención Primaria es el servicio mejor valorado por los vallecanos, y la Atención Urgente el peor. En todas las modalidades asistenciales se apunta una mayor satisfacción de los vallecanos, excepto en el caso de la atención urgente en la que la insatisfacción es más acentuada.

**Gráfico 24.** Valoración de la calidad de la atención en general. Puntuación media



Los **aspectos mejor valorados** son: en Atención Primaria la cercanía de los centros de salud, limpieza y trato recibido por el personal médico y de enfermería; y, en Atención Especializada destacan en primer lugar la limpieza, seguido del trato del personal sanitario y equipamiento y medios técnicos. Y como aspectos o **áreas de mejora**, se ha identificado claramente en todos los niveles la accesibilidad organizativa: tiempos de espera, demora en conseguir cita y trámites administrativos.

#### 4.2.3 PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LOS RIESGOS AMBIENTALES EN LA SALUD

La percepción que las personas tienen sobre los riesgos ambientales, sus preocupaciones, conocimientos o fuentes de información son de gran impor-



tancia para establecer actuaciones coherentes en relación con la gestión de estos riesgos y la mejora de la salud. Para profundizar en este conocimiento y valorar las expectativas de la población en este ámbito se han realizado dos tipos de actuaciones:

De una parte, la creación de Grupos Focales o de Discusión que permiten detectar aspectos cualitativos como actitudes, opiniones y sentimientos en relación con la salud y los riesgos derivados del medio ambiente. Se realizaron, para ello, dos grupos de discusión de ocho personas cada uno. Uno de los grupos constituido por personas de 20 a 40 años de edad y el otro por personas de más de 40 años. A través de estos grupos se consiguió información para orientar la fase de encuesta posterior.

De otra parte, la realización de una campaña de encuestas telefónicas dirigida a personas de 18 y más años de edad residentes en Vallecas dirigida a conocer la opinión del conjunto de la población en este tema. Se realizaron un total de 701 entrevistas, lo cual permite suficiente fiabilidad en relación con los datos globales.

En el cuestionario se preguntó sobre la importancia que el entrevistado concedía a la influencia de un conjunto de riesgos ambientales sobre la salud, según una escala que incluía cinco posibilidades de respuesta: nada, poco, regular, bastante y mucho. Asimismo, se les pedía que respondieran sobre si esos riesgos habían afectado su salud durante el último año. La relación de factores ambientales considerados fue la siguiente:

1. El ruido.
2. La contaminación debida al tráfico.
3. La contaminación debida a la industria.
4. La contaminación del agua.
5. La incineración de residuos.
6. El polen en determinadas épocas del año.
7. El ozono que se genera en verano.
8. El cambio climático.
9. La contaminación de la atmósfera.
10. Las antenas de telefonía móvil.
11. El uso de teléfonos móviles.
12. Los tendidos eléctricos de alta tensión.
13. El humo de tabaco en espacios cerrados.
14. Uso de productos químicos (insecticidas, pinturas, disolventes...) en el hogar.
15. La existencia de cucarachas, ratas... en su vivienda o en un área cercana.
16. La presencia de mohos y humedades en la vivienda.

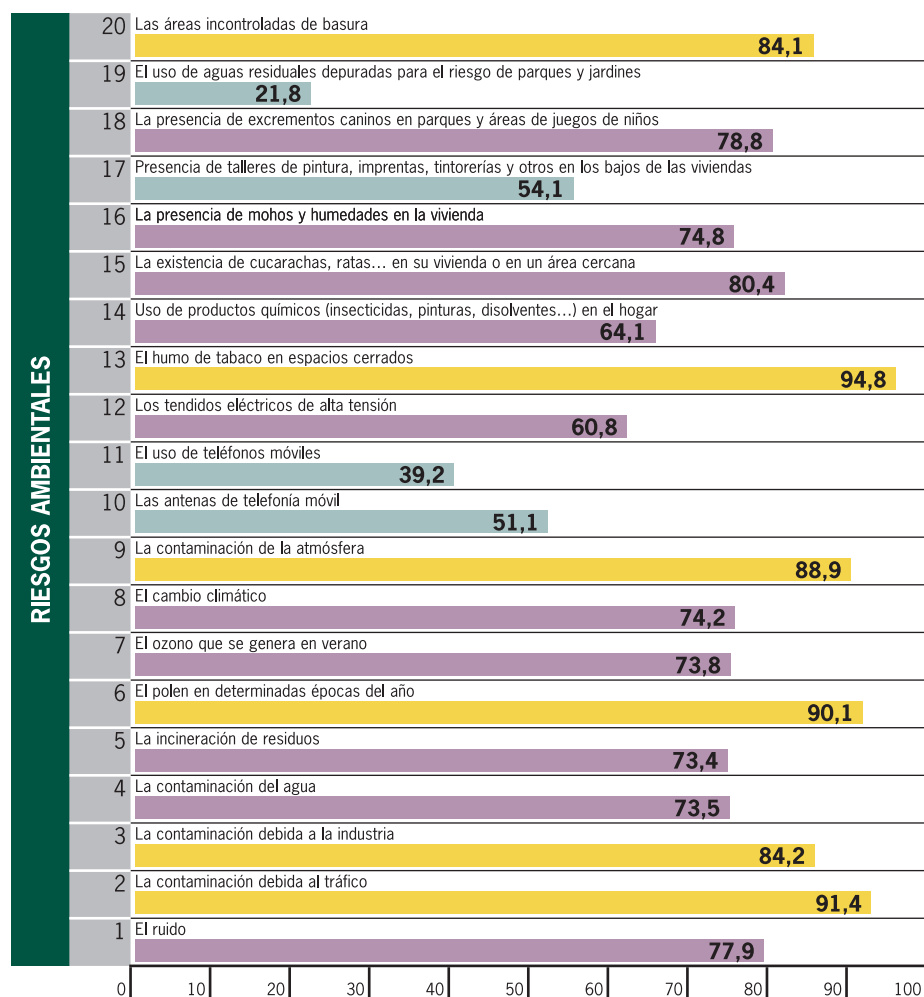
17. Presencia de talleres de pintura, imprentas, tintorerías y otros en los bajos de las viviendas.
18. La presencia de excrementos caninos en parques y áreas de juegos de niños.
19. El uso de aguas residuales depuradas para el riego de parques y jardines.
20. Las áreas incontroladas de basura.

Se incluyeron, además, preguntas sobre otras cuestiones como el estado de salud durante el último año, el nivel de información sobre la relación entre los riesgos ambientales y la salud y el grado de confianza que ofrecían un conjunto de personas y/o entidades en este ámbito.

Del análisis de los datos se concluye que el porcentaje de personas que consideran que los factores ambientales afectan de forma importante a la salud es muy alto. Tan sólo dos de los elementos considerados (utilización de aguas residuales en el riego de parques y jardines y el uso del teléfono móvil) obtienen valores inferiores al 50% si sumamos la clasificación *bastante* y *mucho*.

Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico donde se representa el porcentaje de entrevistados que responde con las categorías *bastante* o *mucho* respecto a la importancia de los diferentes riesgos en la salud.

**Gráfico 25.** Valoración de la importancia del riesgo para la salud.  
Porcentajes correspondientes a la respuesta Mucho+Bastante



Cuando se preguntaba por la afectación sobre la salud del entrevistado o de su familia en el último año, destaca que, para tres de los riesgos ambientales, polen, el tabaquismo pasivo y cambio climático, el porcentaje de los que se consideraban afectados es mayor del 50%. Los factores que obtienen los porcentajes más elevados (> 25% son los recogidos en la tabla).

**Tabla 19.**

RIESGOS AMBIENTALES	%	IC (95%)
Polen en determinadas épocas del año	61,9	(58,4-65,6)
Humo de tabaco en espacios cerrados	57,5	(53,8-61,1)
Cambio climático	50,3	(46,6-54,0)
Ruido	38,5	(35,0-42,2)
Contaminación debida al tráfico	38,1	(34,4-41,6)
Contaminación de la atmósfera	35,7	(32,2-39,3)
Presencia de excrementos caninos en áreas de juego	35,2	(31,6-38,7)

En relación con el nivel de información sobre la influencia de los riesgos ambientales en la salud, los vallecacos se consideran relativamente bastante bien informados, aunque el 45,3% dice que está poco, muy poco o nada informado. Esta percepción varía de forma muy significativa en función del riesgo considerado (tabla en la que se incluyen los factores en los que más del 30% de las personas se considera bien informada):

**Tabla 20.**

RIESGOS AMBIENTALES	%	IC (95%)
Humo de tabaco en espacios cerrados	70,6	(67,3-74,1)
Polen en determinadas épocas del año	50,5	(46,7-54,1)
Uso de productos químicos en el hogar	40,9	(37,2-44,5)
Presencia de excrementos caninos áreas de juegos y parques	39,8	(36,2-43,5)
Contaminación del tráfico	39,3	(35,7-42,9)
Existencia de cucarachas... en el hogar o cerca	34,8	(31,3-38,4)
Cambio climático	34,5	(30,9-37,9)
Presencia de humedades y mohos en la vivienda	33,4	(29,8-36,8)
Ruido	32,2	(28,7-35,6)
Contaminación de la atmósfera	31,8	(28,3-35,2)

Desde un punto de vista territorial no se observan, en general, diferencias significativas en los resultados de valoración de la importancia y de la influencia en la salud en el último año entre los entrevistados de Puente de Vallecas y Vallecas Villa. Sin embargo, existen diferencias en la valoración de algunos de los riesgos:

- Los vecinos de Puente de Vallecas consideran que tiene una mayor influencia sobre la salud, con diferencias en porcentaje superiores al 5%, la presencia de excrementos caninos en parques (8,3%) y la existencia de tintorerías, etc. en los bajos de vivienda (7,6%). Los vecinos de Villa de

Vallecas consideran más importante los riesgos ambientales relacionados con la presencia de incineradoras (9,9%).

- En relación con la afectación sobre la salud en el último año, en el caso de Villa de Vallecas destaca la incineración de residuos con una diferencia de 23,8 en el porcentaje de personas que se consideran haberse visto afectadas (43,9% de Villa versus 20,1% en Puente). Los vecinos de Puente de Vallecas, no obstante, aunque con diferencias mucho menores, se consideran más afectados por el cambio climático (8,6) y el ruido (5,9)

### 4.3 MEDIOAMBIENTE Y SALUD

La preocupación por la influencia del medio ambiente en la salud está adquiriendo cada vez una mayor relevancia. Desde la comunidad científica y los diferentes Organismos Internacionales, así como desde la opinión pública, se viene reconociendo, la importancia del medio ambiente como factor que determina la salud de la población<sup>10</sup>. Hoy en día, aunque variando en función del nivel de desarrollo y de las condiciones ambientales del área concreta, se estima que la contribución del Medioambiente en la carga de enfermedad representa un 25 a 30% del total<sup>11</sup>.

La experiencia muestra, asimismo, que el análisis de esta influencia es de gran utilidad para establecer políticas activas que permitan mejorar el estado del medioambiente y, de esta forma, la salud.

Como señala el CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta) la eliminación del plomo en pinturas y gasolina ha propiciado un descenso en los niveles de este metal en sangre de la población<sup>12</sup>. De la misma forma, los estudios sobre los efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud han propiciado que la Comunidad Europea haya establecido limitaciones, cada vez más estrictas, en relación con la calidad del aire.

Conscientes de esta importancia y de la preocupación y sensibilidad de los vallecanos en este tema, el estudio de los factores de riesgo ambiental ha sido siempre un objetivo prioritario del Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas. Se han desarrollado, como consecuencia, múltiples acciones dirigidas a caracterizar y conocer con mayor profundidad dicha problemática.

Estas iniciativas han respondido, en unos casos, a líneas de trabajo que se llevan desde Salud Pública y, en otros, han venido propiciadas por el interés

<sup>10</sup> El Informe Lalonde de 1974 reconocía por vez primera la importancia del medioambiente como determinante de salud. Según este Informe los determinantes de la salud son cuatro: la genética del individuo, el medioambiente, el estilo de vida y el nivel de asistencia sanitaria.

<sup>11</sup> Smith et al. How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology* 1999;10:573-84

<sup>12</sup> Segundo Informe Nacional sobre Exposición Humana a Compuestos Químicos Ambientales. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. US. 2003.

y la preocupación de los vecinos. Es preciso resaltar, además, para muchas de ellas, el carácter piloto de las iniciativas técnicas y la posibilidad de que puedan aplicarse en otras áreas de la Comunidad Autónoma de forma sostenida. Los temas abordados han sido los siguientes:

**Caracterización e intervención sobre los principales riesgos ambientales:** Se han realizado estudios y acciones específicas en relación con el agua de consumo humano, la calidad del aire, el ruido, los riesgos biológicos, la industria y actividades afines, la vivienda; así como sobre otros riesgos ambientales como los olores, la telefonía móvil y las instalaciones susceptibles de transmisión de legionelosis.

**Análisis espacial del riesgo ambiental:** Se ha trabajado en la integración de los riesgos ambientales y su representación espacial mediante un Sistema de Información Geográfica, a fin de conocer donde se concentran los riesgos y qué riesgos afectan a elementos sensibles y vulnerables como centros educativos, sanitarios, de ocio, etc.

**Evaluación de la exposición ambiental de la población:** En esta línea se han seguido las directrices de la nueva política europea sobre medio ambiente y salud en la que se prioriza la evaluación de la exposición de la población a la contaminación ambiental mediante el análisis de biomarcadores en diferentes muestras biológicas.

#### 4.3.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS AMBIENTALES

##### **AGUAS DE CONSUMO HUMANO**

El abastecimiento de agua para consumo humano de los distritos de Vallecas procede de la red general del Canal de Isabel II. El suministro proviene de dos Zonas de Abastecimiento de las 20 que posee el Canal en la Comunidad de Madrid: las denominadas Zona de Abastecimiento de Colmenar y Zona de Abastecimiento de Islas Filipinas- Bravo Murillo.

La Zona de Colmenar recoge aguas procedentes de cinco embalses, que son tratadas en las Estaciones de Tratamiento (ETAP) de Torrelaguna y Colmenar y almacenadas en el depósito de El Goloso, desde allí son distribuidas a los barrios de Palomeras Suroeste y Portazgo, además de a otras redes de distribución de la Comunidad.

La Zona de Islas Filipinas- Bravo Murillo se abastece de seis embalses. Estas aguas son tratadas en cuatro ETAP (Torrelaguna, Colmenar, Santillana y Bodonal) y almacenadas en cuatro depósitos (El Goloso, Valdelatas, Plaza de Castilla y Bravo Murillo) y por último distribuidas al Distrito Villa de Vallecas y a los Barrios de Pacífico, Vallecas, Entrevías, San Diego, Palomeras Bajas y Numancia.

El Canal de Isabel II en cumplimiento de las competencias atribuidas como Gestor del agua realiza periódicamente los preceptivos autocontroles analíticos de cada una de las fases del sistema: ETAP, depósitos y redes de distribución general. De los controles efectuados en los últimos años se comprueba que el agua distribuida se ajusta a la legislación vigente.

**Tabla 21.** Valores medios, máximos y mínimos de Cobre, Cromo, Hierro, Níquel y Plomo. Año 2002\*

	ETAP Y DEPÓSITOS				LÍMITE R.D.(*)
	Nº de muestras	Media	Mínimo	Máximo	
Cobre	16	0,83	0,24	1,40	2.000
Cromo	16	0,01	0,00	0,07	50
Hierro	603	19,06	0,00	156,00	200
Níquel	16	0,83	0,44	2,95	20
Plomo	16	0,36	0,00	0,94	25

(\*) Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.

No obstante, la responsabilidad del Canal de Isabel II de garantizar la calidad del agua termina en el punto de entrega en la acometida a los edificios. Los propietarios de los inmuebles son responsables de mantener la instalación interior a efectos de evitar modificaciones de la calidad del agua de consumo humano desde la acometida hasta el grifo.

A fin de conocer las posibles modificaciones de las características del agua dentro de las redes domiciliarias se planificó un muestreo del agua en las viviendas particulares, analizando aquellos metales que pueden tener su origen en los materiales de las conducciones interiores: plomo, hierro, níquel, cobre y cromo.

Al objeto de representar las condiciones más desfavorables para la cesión de metales al agua, se solicitó que todas las muestras fueran tomadas del grifo del agua fría de la cocina, a primera hora de la mañana, sin haber realizado ninguna otra actividad que implique consumo de agua durante toda la noche.

Se recogieron 242 muestras de agua, cumplimentándose en cada vivienda un cuestionario con datos sobre características de las tuberías y pautas de consumo. El Laboratorio Regional de Salud Pública determinó el nivel ( $\mu\text{g/l}$ ) de los mencionados metales. Se realizó un muestreo estratificado basado en el año de construcción de edificios, determinando tres estratos: edificios construidos antes de 1951 (63 muestras), edificios construidos entre 1951 y 1980 (93 muestras) y edificios construidos a partir de 1981 (86 muestras).

El análisis del estudio aporta los siguientes resultados:

- El 93,0% de las viviendas presenta valores de plomo inferiores al límite de cuantificación (4 µg/l). Solo una vivienda (0,4%) de las analizadas presenta valores por encima de los 25 µg/l que marca la legislación vigente.

Cabe destacar, sin embargo, que el 1,2% de las muestras (3 de las 242) presentan valores por encima de los 10 µg/l que es el límite previsto para el año 2014. Ello supone que entre 359 y 4.353 viviendas (entre 933 y 11.318 personas), de los distritos de Vallecas, podrían presentar niveles superiores a 10 µg/l en el primer agua de la mañana.

Las viviendas construidas antes de 1951 tienen niveles medios de plomo superiores a las construidas con posterioridad. Dos de las tres viviendas que han superado el nivel de los 10 µg/l fueron construidas antes de 1932.

- De cobre y cromo no se han encontrado muestras que superen el nivel paramétrico establecido en la legislación actual.
- Podemos estimar que, para el caso del hierro, entre 1.133 y 6.260 viviendas (2.946 y 16.276 personas), mantendrían concentraciones por encima de los 200 µg/l de hierro que se establecen como límite en la normativa. Si bien, en todos los casos, los niveles hallados no suponen un riesgo para la salud del consumidor.
- En el caso del níquel entre 1.470 y 6.260 viviendas (3.822 y 16.276 personas) presentarían valores superiores a los legislados en el primer agua de la mañana.

**Tabla 22.** Medidas de tendencia central y de dispersión del contenido de metales en el primer agua del día de las viviendas de los distritos de Vallecas Villa y Puente de Vallecas.

Metales	Media	IC 95%	Máximo	Superaciones	Normativa
Plomo	2,5	2,-2-2,8	33,4	1	25
Hierro	36,9	29,1-44,7	607,9	6	200
Níquel	3,7	3,0-4,5	62,5	4	20

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- La existencia de niveles de metales superiores a los reglamentados es atribuible a la cesión que se produce desde los materiales de las conducciones internas existentes en los domicilios.



- El valor límite establecido por la legislación vigente para el contenido de plomo en agua de consumo es de 25 µg/l<sup>13</sup>. Cifras mayores a este valor implicarían cierto riesgo para la salud de sus consumidores, siempre que se mantengan a lo largo del día y sean consumidas durante largo periodo de tiempo.
- Las superaciones de valores de hierro encontrados (>200 µg/l) indican un incumplimiento de un parámetro indicador (Grupo C Real Decreto 140/2003), no obstante, el agua no puede calificarse de “No apta” para el consumo.

El valor paramétrico de 200 µg/l fijado para el hierro en el R.D. 140/2003 se basa en razones estéticas (color, sabor), producción de sedimentos, manchado de ropa, etc. más que por su trascendencia sanitaria. La OMS fija valores límite de hierro en 300 µg/l, basándose exclusivamente en aspectos estéticos, no existen valores basados en el riesgo sanitario.

- Las superaciones de valores de níquel, pueden ser atribuibles a materiales de grifería y accesorios. De igual forma que para el plomo se considera que la media de exposición diaria ha de estar por debajo de los límites regulados y se sugiere que se evite su exposición dejando correr el grifo a primera hora de la mañana durante unos minutos antes de consumir el agua.

En cualquier caso, dado que la toma de muestra se efectuó en las condiciones más desfavorables, es decir después de una retención de 12 horas en tubería, y que las superaciones encontradas no son excesivamente altas, era previsible que la media de plomo u otros metales en el agua, calculada para lo largo del día, fuera muy inferior a los valores recomendados.

Este hecho pudo comprobarse efectuando un segundo muestreo en las viviendas afectadas, ya que en el caso de muestras recogidas después de dejar correr el agua durante dos minutos, todos los resultados obtenidos han estado por debajo de los valores legislados.

No obstante, al preguntar por las pautas de consumo de riesgo para la exposición al plomo y otros metales, se ha comprobado que el 27% de los encuestados beben agua del grifo en ayunas y casi la mitad de ellos, el 48%, no dejan correr el agua o lo hacen ocasionalmente.

Por ello, se recomienda a los consumidores de las viviendas afectadas que dejen correr el grifo de la primera hora de la mañana durante 2 minutos, al objeto de que las concentraciones de plomo retenidas disminuyan hasta valores inocuos.

---

<sup>13</sup> Este valor será rebajado a 10 µg/l a partir del año 2014.

## LA CALIDAD DEL AIRE

Se ha evaluado la situación de la calidad del aire en los distritos de Vallecas, durante el período 1992-2004, mediante el análisis de los valores de contaminación recogidos en las estaciones de control existentes en Vallecas.

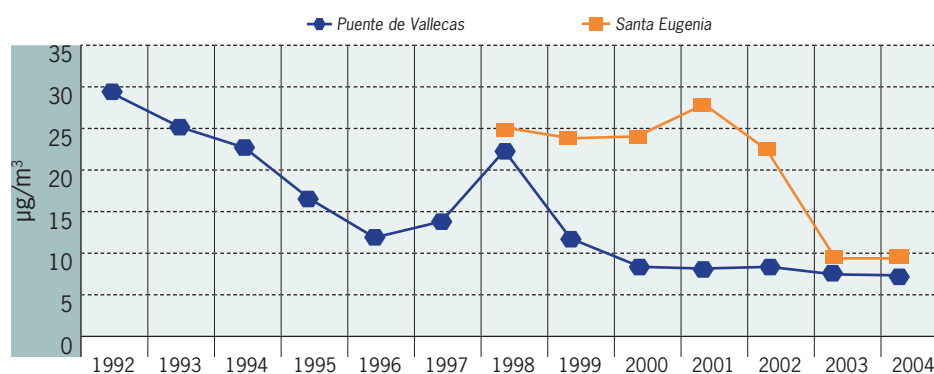
Dentro de Vallecas se ubican dos estaciones pertenecientes al Sistema Integral de Vigilancia, Predicción e Información de la Contaminación Atmosférica de la Ciudad de Madrid de titularidad y gestión municipal por parte del Ayuntamiento de Madrid: la nº 13, Vallecas (situada en el Puente de Vallecas) y la nº 25 Santa Eugenia (en el Barrio de Santa Eugenia).

En general, la calidad del aire de los distritos de Vallecas cumple con los valores determinados por la legislación, presentando todos los contaminantes estudiados niveles inferiores a los niveles medios del municipio de Madrid.

A continuación se presentan diversas tablas y gráficos que resumen los valores registrados en las dos estaciones de Vallecas, a lo largo del período estudiado. Para ello se han caracterizado y cuantificado los niveles de inmisión de los contaminantes  $\text{SO}_2$ ,  $\text{PM}_{10}$ ,  $\text{NO}_2$ ,  $\text{O}_3$  y  $\text{CO}$  recogidos en las estaciones de Puente de Vallecas y Santa Eugenia.

$\text{SO}_2$ : Las concentraciones medias anuales decrecen en ambas estaciones.

**Gráfico 26.** Media anual de promedios diarios de  $\text{SO}_2$



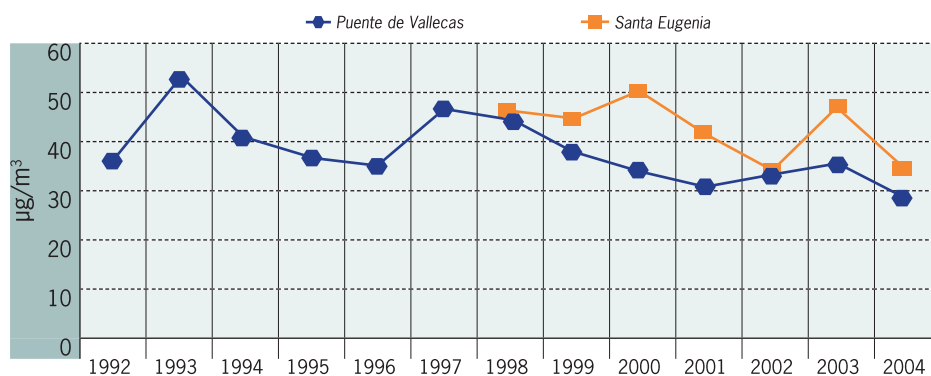
Ambas estaciones no se superan ni el valor límite horario de protección a la salud humana (470, 440, 410 y 380  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  para 2001, 2002, 2003 y 2004, determinado por el RD 1073/2002<sup>14</sup>), ni el valor límite diario de 125  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (fecha de cumplimiento 1/01/2005).

$\text{PM}_{10}$ : Las concentraciones medias anuales decrecen en ambas estaciones, excepto en el año 2003 en el que se recoge un pico debido a los aportes

<sup>14</sup> Real Decreto 1073/2002 de 18 de octubre, de evaluación y gestión de la calidad del aire ambiente en relación con el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, óxidos de nitrógeno, partículas, plomo, benceno y monóxido de carbono

de polvo sahariano del verano de ese año. Así mismo en ese año se superó, en ambas estaciones, el valor límite anual de protección a la salud humana ( $42,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$  para ese año).

**Gráfico 27.** Media anual de promedios diarios de  $\text{PM}_{10}$



En cuanto a los valores límite, Puente de Vallecas supera en menos de las 35 veces por año permitidas por la Directiva 1999/30/CE<sup>15</sup> el valor límite de las medias diarias para 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004 ( $75$ ,  $70$ ,  $65$ ,  $60$  y  $55 \mu\text{g}/\text{m}^3$  respectivamente), mientras que Santa Eugenia las supera en más de estas 35 ocasiones en 1999 y 2000.

**Tabla 23.** Nº de días con superaciones del valor límite

ESTACIÓN	1999 <sup>(1)</sup>	2000 <sup>(1)</sup>	2001 <sup>(2)</sup>	2002 <sup>(3)</sup>	2003 <sup>(4)</sup>	2004 <sup>(5)</sup>
Puente de Vallecas	7	16	13	12	29	30
Santa Eugenia	38	50	26	-*	115	59
Total Madrid municipio	388	525	576	322	988	1148
Nº medio por estación	16,2	21,0	23,0	14,0	36,6	45,9

(1): valor límite de  $75 \mu\text{g}/\text{m}^3$  como valor medio diario (valor límite para 1999 y 2000). Directiva 1999/30/CE

(2): valor límite de  $70 \mu\text{g}/\text{m}^3$  como valor medio diario (valor límite para 2001). Directiva 1999/30/CE

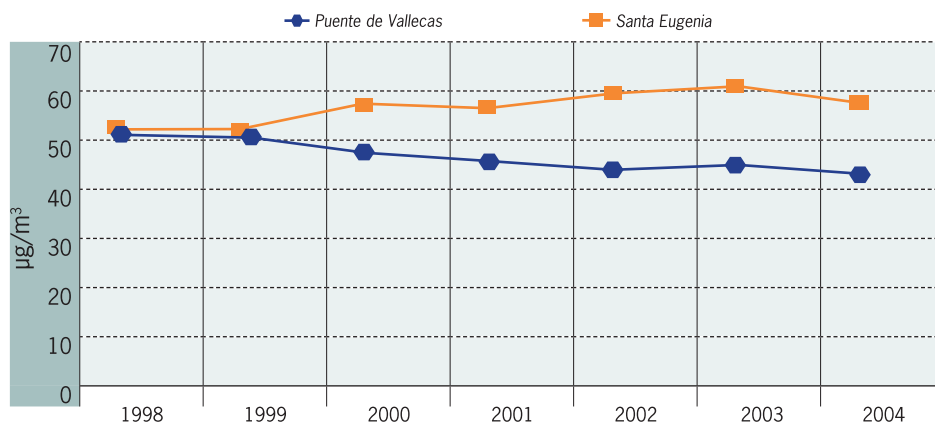
(3): valor límite de  $65 \mu\text{g}/\text{m}^3$  como valor medio diario (valor límite para 2002). R.D.1073/2002

(4): valor límite de  $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$  como valor medio diario (valor límite para 2001). R.D.1073/2002

(5): valor límite de  $55 \mu\text{g}/\text{m}^3$  como valor medio diario (valor límite para 2001). R.D.1073/2002

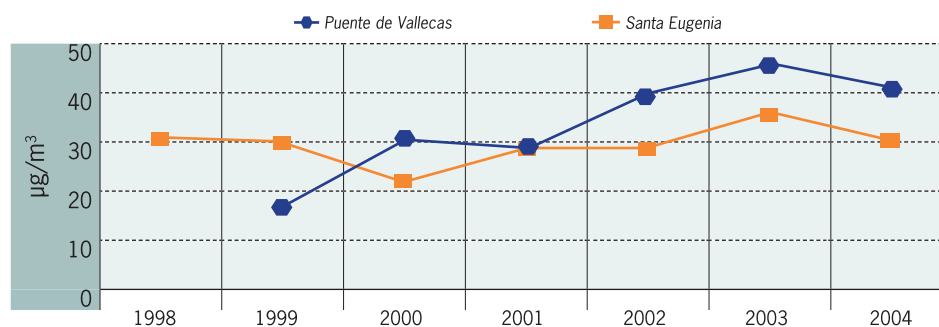
$\text{NO}_2$ : Las concentraciones medias anuales crecen ligeramente en Santa Eugenia y decrecen en Puente de Vallecas.

<sup>15</sup> Directiva 1999/30/CE del Consejo de 22 de abril de 1999 relativa a los valores límite de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y óxidos de nitrógeno, particular y plomo en el aire ambiente.

**Gráfico 28.** Media anual de promedios diarios de  $\text{NO}_2$ 

En ninguna de las dos estaciones se han superado los valores límite horario de protección para la salud humana determinados por la directiva 1999/30/CE ( $300 \mu\text{g}/\text{m}^3$  para los años 1999 y 2000,  $290 \mu\text{g}/\text{m}^3$  para 2001,  $280 \mu\text{g}/\text{m}^3$  para 2002,  $270 \mu\text{g}/\text{m}^3$  para 2003 y  $260 \mu\text{g}/\text{m}^3$  para 2004).

$\text{O}_3$ : Las concentraciones medias anuales crecen en ambas estaciones hasta el año 2003, disminuyendo en 2004 al nivel de 2002.

**Gráfico 29.** Media anual de promedios diarios de  $\text{O}_3$ 

Sólo se superó el umbral de información a la población (media horaria de  $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , RD 1494/1995<sup>16</sup> y Directiva 2002/3/CE<sup>17</sup>) en el año 2003 (en 3 ocasiones en Vallecas y en 1 en Santa Eugenia) coincidiendo con la ola

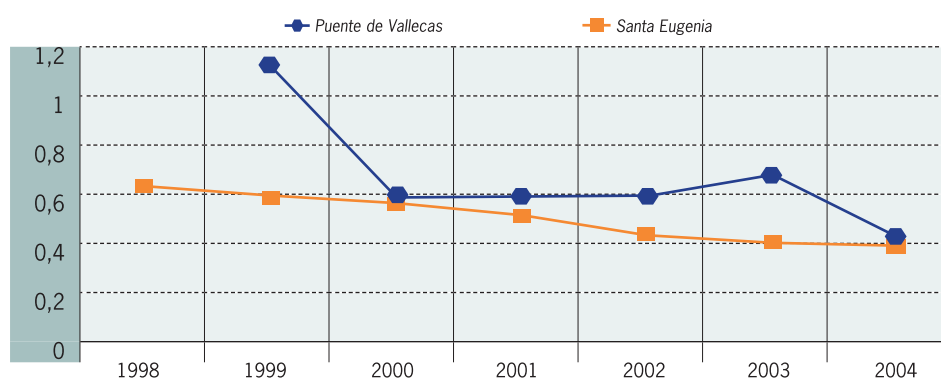
16 Real Decreto 1494/1995 de 8 de septiembre que establece un sistema de vigilancia y de intercambio de información entre las Administraciones Públicas en relación con la contaminación atmosférica causada por el ozono.

17 Directiva 2002/3/CE del Parlamento y del Consejo, de 12 de febrero, relativa al ozono en el aire ambiente.

de calor. En ningún año se ha superado el umbral de alerta ( $360 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , RD 1494/1995 y  $240 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , Directiva 2002/3/CE).

CO: Las concentraciones medias anuales decrecen en ambas estaciones, aunque en Vallecas se registró un pico en 2003.

**Gráfico 30.** Media anual de promedios diarios de CO



No se superan en ninguna ocasión el valor límite de situación de emergencia (emergencia de primer grado: media diaria de  $34 \text{ mg}/\text{m}^3$ ), D. 833/1975<sup>18</sup>, ni el valor límite diario para protección a la salud establecido por el R.D. 1073/2002 ( $16 \mu\text{g}/\text{m}^3$  desde la entrada en vigor del R.D. 1073/2002 a 31 de diciembre de 2002,  $14 \mu\text{g}/\text{m}^3$  durante 2003,  $12 \mu\text{g}/\text{m}^3$  durante 2004 y  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$  a partir del 1/01/2005).

## EL RUIDO

En el estudio cualitativo sobre las necesidades de salud percibidas por la población de Vallecas, se puso de manifiesto el interés de los vecinos en conocer el nivel de ruido que soportan los habitantes de los distritos de Villa de Vallecas y de Puente de Vallecas y mejorar su gestión en las fuentes y áreas más problemáticas.

Por este motivo, desde el Servicio de Salud Pública del Área, se iniciaron contactos, a través de las correspondientes Juntas Municipales de Distrito, con el Departamento de Control Acústico<sup>19</sup> de la Dirección General de Sostenibilidad y Agenda 21 del Ayuntamiento de Madrid.

<sup>18</sup> Decreto 833/1975 de 6 de febrero, de protección del ambiente atmosférico.

<sup>19</sup> Organismo competente en la inspección y vigilancia conforme a la Ordenanza de Protección de la Atmósfera contra la Contaminación por Formas de Energía (OPACFE en lo sucesivo). Perteneció al Área de Gobierno de Medio Ambiente y Servicios de la Ciudad del Ayuntamiento de Madrid.

Como resultado de estas gestiones el Departamento de Control Acústico realizó 2 tipos de actividades a demanda de los representantes vecinales:

**1. Exposición ante los vecinos en el mes de abril de 2004 del 1er Plan Estratégico para la Reducción de la Contaminación Acústica (PERCA)**, puesto en marcha por el Ayuntamiento de Madrid. La exposición la realizó el Jefe de Departamento de Control Acústico. Este Plan incluye dos estudios:

a) Estudio Psicosocial sobre el Impacto de la Contaminación Acústica Ambiental en su Ciudadanía.

Para el mismo se realizaron un total de 1.978 encuestas válidas entre los vecinos de los 21 distritos municipales, 50 de ellas en Villa de Vallecas y 150 en Puente de Vallecas.

Con este estudio se pretende conocer el impacto que la contaminación acústica tiene en la ciudadanía y elaborar el Mapa de Ruidos a que la normativa municipal obliga, para así mejorar la gestión de los ruidos en las fuentes y sobre la población.

Se deduce del mismo que el Distrito de Puente de Vallecas manifiesta una preocupación MEDIA por el ruido, con un impacto ALTO ocasionado por el tráfico rodado (afecta aproximadamente al 60% de los ciudadanos), siendo de nivel MEDIO el procedente de la actividad de bares, discotecas,... (afectando a un 22% de los ciudadanos) y sintiendo un impacto diferencial ALTO entre la actividad diurna y nocturna. El Distrito de Villa de Vallecas comparte con Puente una preocupación MEDIA por el ruido; aunque sufre un impacto MEDIO por el tráfico rodado (aproximadamente un 52% de los ciudadanos) y BAJO por los ruidos ocasionados por bares y terrazas (menos del 10% de los ciudadanos), siendo su diferencial entre el día y la noche MEDIO.

Mientras que en Puente el 25% de sus ciudadanos lo considera un barrio ruidoso, según el estudio realizado, en Villa de Vallecas menos del 15% de los ciudadanos considera su barrio como ruidoso.

b) Estudio Piloto de Dosimetría, para conocer la energía acústica real percibida por los madrileños.

**2. Medición de niveles sonoros ambientales en domicilios particulares de vecinos de Vallecas**, a petición de la Coordinadora de Vecinos, con el fin de valorar las posibles medidas correctoras en caso de niveles superiores a los límites establecidos en la OPACFE.

Se realizaron medidas en cuatro puntos. Las mediciones se realizaron en continuo, durante una semana. En el siguiente cuadro se incluyen los niveles globales medidos, los límites de la OPACFE para Áreas Receptoras Tipo II (levemente ruidosa) en suelo urbano y la diferencia entre éstos.

Tabla 24.

Punto	Índice	Nivel medido ( dba)	Límite opacfe (dba)	Diferencia (dba)
1	$L_{Aeq}$ día semanal <sup>1</sup>	64.7	65.0	-0.3
	$L_{Aeq}$ inter semanal <sup>2</sup>	62.0	60.0	2.0
	$L_{Aeq}$ inter semanal <sup>3</sup>	56.8	55.0	1.8
2	$L_{Aeq}$ inter semanal	73.9	65.0	8.9
	$L_{Aeq}$ inter semanal	70.1	60.0	10.1
	$L_{Aeq}$ inter semanal	65.9	55.0	10.9
3	$L_{Aeq}$ inter semanal	68.2	65.0	3.2
	$L_{Aeq}$ inter semanal	66.7	60.0	6.7
	$L_{Aeq}$ inter semanal	63.0	55.0	8.0
4	$L_{Aeq}$ inter semanal	67.0	65.0	2.0
	$L_{Aeq}$ inter semanal	65.3	60.0	5.3
	$L_{Aeq}$ inter semanal	61.8	55.0	6.8

<sup>1</sup>  $L_{Aeq}$  día semanal: Nivel sonoro continuo equivalente del período día (entre siete y veintidós horas) expresados en decibelios ponderados y valorados a lo largo de una semana natural.

<sup>2</sup>  $L_{Aeq}$  inter semanal: Nivel sonoro continuo equivalente de los períodos intermedios (de seis a siete horas y de veintitrés a cero horas) expresados en decibelios ponderados y valorados a lo largo de una semana natural.

<sup>3</sup>  $L_{Aeq}$  noche semanal: Nivel sonoro continuo equivalente del período noche (de cero a seis horas) expresados en decibelios ponderados y valorados a lo largo de una semana natural.

Se observa que todos los índices superan los límites que establece la OPACFE, excepto en el punto 1 en período diurno. Las conclusiones y medidas correctoras que se proponen se exponen a continuación:

**Punto 1** (Av. Pablo Neruda 69): Los niveles sonoros globales medidos en este punto se corresponden con el tráfico de vehículos que circulan por la calle Pablo Neruda y calles adyacentes sin que el ruido de otras fuentes pueda tener influencias dignas de mención. Las medidas correctoras podrían consistir en actuaciones de templado de tráfico para evitar que los vehículos superen los 50 km/h.

**Punto 2** (C/Jesús del Pino 32): Los niveles sonoros globales medidos en este punto se corresponden con el tráfico ferroviario y demás actividades de la estación de cercanías de Vallecas y de vehículos que circulan por la calle Jesús del Pino. El ruido del tráfico se agrava en este punto por los vehículos pesados y por efecto del paso de los mismos por el paso inferior bajo la estación. Las medidas correctoras podrían consistir en mejorar la eficacia de la barrera acústica instalada en el límite de la estación; así como en el tratamiento absorbente en paredes y techos del paso inferior.

**Puntos 3** (C/Virgen de las Viñas 1) y 4 (Avda. Sta. Eugenia 1): Los niveles sonoros globales medidos en este punto se corresponden con el tráfico de vehículos que circulan por la A-3 sin que el ruido de otras fuentes, distintas del

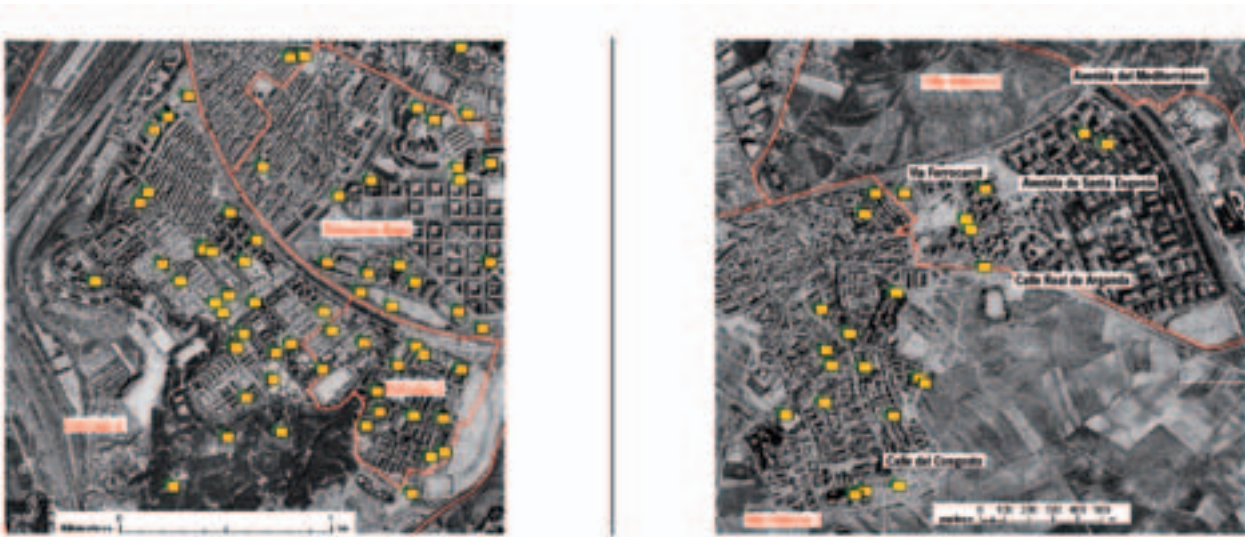
tráfico pueda tener influencias dignas de mención. Las medidas correctoras podrían consistir en la instalación de barreras acústicas convencionales.

## RIESGOS BIOLÓGICOS

### *Presencia de parásitos procedentes de heces caninas en arenas de parques de juego infantil*

El elevado censo canino existente en el municipio de Madrid provoca que con frecuencia las aceras, jardines y espacios públicos de la ciudad presenten excrementos caninos. Ello supone, además de una evidente molestia para los ciudadanos, un riesgo sanitario de transmisión de zoonosis (hidatidosis, toxocariasis, etc.), para el que los niños son la población más expuesta.

Con ocasión del Plan de Mejora de la Salud Pública en Vallecas, se planteó realizar un estudio que valorara el grado de contaminación por huevos y fases larvianas de parásitos procedentes de heces caninas en las arenas que utilizan los niños en sus juegos. Este estudio fue aprobado por los representantes de las asociaciones vecinales para llevarlo a cabo en los Distritos de Puente de Vallecas y Vallecas Villa.



Mapas 3 y 4. Parques infantiles de Puente de Vallecas y Villa de Vallecas

También se planteó como objetivo conocer el grado de sensibilización que frente a este problema tienen los sectores implicados: propietarios de perros, población general, etc. Para ello se realizó una encuesta a 1.600 propietarios de perros de Vallecas, y se incluyó en la encuesta sobre per-



cepción de riesgos ambientales preguntas relacionadas con la presencia de excrementos caninos en la vía pública.

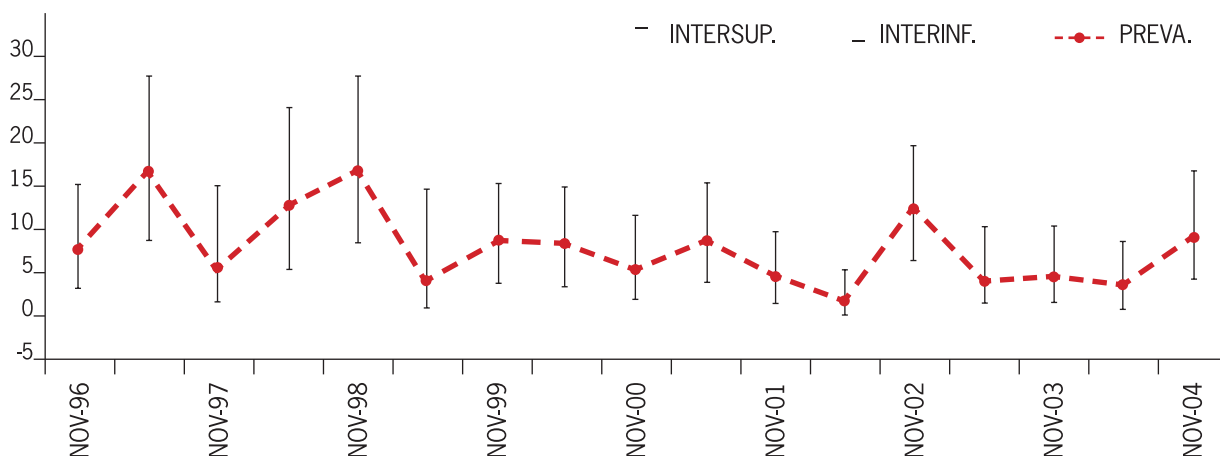
El Estudio está en pleno desarrollo. Se han identificado y caracterizado las zonas de estudio: 143 parques que se corresponden con 257 zonas de juego infantil. El conjunto de áreas de estudio se ha georreferenciado a través del programa SIGI-VISIGI y se ha preparado un diseño muestral que permita que los resultados obtenidos sean representativos del conjunto.

Se está realizando la toma de muestras (arena y heces halladas en los parques de juego infantil) y los análisis, a través de un Convenio con la Facultad de Veterinaria.

#### *Estado sanitario de perros vagabundos recogidos en Vallecas*

El Sistema de Vigilancia de la Leishmaniosis en perros vagabundos, puesto en marcha por la Dirección General de Salud Pública y Alimentación en 1996, vigila esta enfermedad mediante encuestas serológicas realizadas en primavera y otoño (abril y noviembre) sobre los perros que ingresan durante esos periodos en 14 Centros de Protección Animal (CPA) de la Comunidad de Madrid. También se realizan exámenes coprológicos para valorar la presencia de enfermedades parasitarias concomitantes.

**Gráfico 31.** Prevalencia de *Leishmania* en perros vagabundos de la Comunidad de Madrid



Con ocasión del Plan Vallecas, se estimó adecuado desagregar la información de los perros muestreados por este Sistema para poder conocer los datos sanitarios de los perros capturados en Vallecas.

Por ello se solicitó al CPA de Cantoblanco, lugar donde ingresan a los perros vagabundos capturados en Madrid capital, que indicara los que tuvieran como procedencia los distritos de Puente de Vallecas y Vallecas Villa.

En 2004 se analizaron un total de 204 perros de toda la Comunidad de Madrid, obteniendo una prevalencia global del 5,88%. No obstante, ninguno de los seis perros capturados en Puente de Vallecas (4) y en Vallecas Villa (2) dio resultado positivo.

#### *Situación sanitaria de los vertederos en Vallecas*

El Sistema de Vigilancia Sanitaria de Vertederos de la Comunidad de Madrid consiste en una búsqueda sistemática de zonas en las que se localicen residuos sólidos e inertes, tanto autorizadas como clandestinas, y el estudio de su situación sanitaria, en especial en lo relativo a riesgos biológicos. El sistema tiene una periodicidad bienal.

La zona cubierta por este Sistema es la totalidad de la Comunidad de Madrid, con la excepción del término municipal de Madrid capital. En 2004, aprovechando las actividades emprendidas en el marco del Plan Vallecas, este estudio se extendió a esta zona de Madrid, detectándose un total de 13 vertederos, la mayoría de los cuales recibía residuos inertes como escombros, plásticos, etc.

Los vertederos localizados se han georeferenciado.



Foto 2: Vertedero

## **INDUSTRIA Y ACTIVIDADES AFINES**

Para la realización de este estudio se seleccionaron del conjunto de industrias existentes en los distritos de Vallecas, aquellas que por la naturaleza de su actividad, previsiblemente, pudieran tener efectos en la salud. La identificación de estas instalaciones se realizó a partir del Registro de Establecimientos Industriales de la Comunidad de Madrid, según el código CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas) que tuvieran atribuido.

De esta forma, se seleccionaron 74 instalaciones que iban a ser objeto de visita para evaluar su problemática respecto a la salud con la ayuda de un protocolo de inspección elaborado al efecto.

Una vez realizadas las visitas se comprobó que, por cierre o traslado o porque tras la visita se tuvo constancia que no provocaban riesgo para la salud, 26 instalaciones no tenían interés para el estudio y se redujo el número de instalaciones inicial hasta 48 establecimientos.

Posteriormente, se elaboró una base de datos para organizar toda la información recogida en las visitas y evaluar el riesgo asociado a estas actividades.

Finalmente, las principales industrias visitadas se representaron cartográficamente y se integraron junto con el resto de riesgos en el análisis espacial que se incluye en el punto 4.3.2.

Para definir las áreas de riesgo potencial se realizó una estimación para cada industria en función del volumen de sustancias químicas utilizadas, de los vertidos y las emisiones atmosféricas y se estableció una distancia máxima de prevención en el caso de accidente importante (incendio, escapes y vertidos incontrolados que afectan a la mayor parte de las sustancias de la instalación, etc.). Estas distancias críticas y los niveles de exposición son, no obstante, meramente tentativos y no representan, en ningún caso, el impacto actual atribuible a estas instalaciones<sup>20</sup>.

La actividad industrial de mayor significación, como se puede comprobar en el mapa que se adjunta, se concentra en dos puntos: el polígono industrial de Villa de Vallecas a lo largo del Camino de Hormigueras y el polígono Argón en el cruce entre la C/ Prolongación de Embajadores y la Carretera Villaverde a Vallecas.

---

<sup>20</sup> Estas áreas de exposición representan la distancia máxima correspondiente al caso más desfavorable que se sugiere para abordar actuaciones de salud pública.



Mapa 5: Actividad industrial en Vallecas

## VIVIENDA Y SALUD

Durante los años 2002 y 2003, se realizó un estudio, a petición de los vecinos del “Barrio Viejo” de Puente de Vallecas al Servicio de Salud Pública del área 1. Solicitaban la elaboración de un informe sobre las condiciones de habitabilidad, higiene y salubridad de las viviendas pertenecientes a la Colonia Municipal San Jorge. Según estos vecinos “las condiciones de las viviendas en las que habitan son deplorables y afectan negativamente a la salud”.

Los vecinos habían interpuesto, previamente, un recurso contencioso-administrativo motivado por la no aplicación de la segunda fase del Plan Especial de Reforma Interior 14, donde se preveía la expropiación de las viviendas y el realojo de sus habitantes.

La decisión de no aplicar el PERI había sido tomada por la Gerencia Municipal de Urbanismo en el año 2001 al considerar que las acciones hasta la fecha realizadas por el citado Organismo, junto con las mejoras interiores de las viviendas realizadas por los vecinos, justificaban esta decisión.

Se planteó realizar un estudio descriptivo de las condiciones de las viviendas y de salud para todos aquellos vecinos que previamente hubieran dado su consentimiento informado. En total 171 personas y 83 viviendas. Los objetivos eran los siguientes:

1. Identificar la incidencia y tipología de los principales riesgos para la salud existentes en las viviendas y zonas próximas del barrio, para lo que se realizaron visitas a las viviendas con la ayuda de un cuestionario estructurado.

**2.** Conocer los principales problemas de salud percibida y objetivable que afectan a los vecinos, con la ayuda de un cuestionario preparado para auto-cumplimentación por los médicos de familia y pediatras del Centros de Salud de Martínez de la Riva.

Las condiciones en las que se encontraron las viviendas visitadas en Barrio Viejo incluyen muchas de las condiciones que recoge la documentación científica como causantes de problemas de salud:

- El hacinamiento y las deficientes condiciones de iluminación: el 61,9% no supera los 30 m<sup>2</sup>. El 27,2 % tiene una superficie útil inferior a los 20 m<sup>2</sup>. La vivienda presenta iluminación insuficiente en el 45,7% de los casos. Para el 44,3% se ha considerado que la vivienda cuenta con ventilación insuficiente.
- La presencia de humedades y proliferación de mohos: en un 72,8% de las viviendas se constata presencia de humedades. El 55,7% presenta mohos, de los cuales casi en el 20% se consideran como muy importantes.
- El deterioro de las viviendas y la presencia de ratas, cucarachas y otros vectores: se ha reportado presencia de vectores en el 75% de las viviendas.

Según recientes investigaciones la influencia en la salud de las condiciones de la vivienda se acrecientan cuando coinciden diferentes problemas<sup>21</sup>, como es el caso en Barrio Viejo.



Foto 3: Detalle de habitación con presencia de humedades y mohos

Por otra parte, se recogieron datos de morbilidad diagnosticada procedente de las historias clínicas de atención primaria del Centro de Salud "Martínez

21 Gordon D. et al. Poor housing and health: the long term health consequences of housing deprivation during childhood. School for Policy Studies. University of Bristol. 2001.

de la Riva”: 146 historias de las que correspondían el 78% a adultos y el 22% a niños.

En el análisis de las historias clínicas no se detectaron situaciones que se alejen de la normalidad. Los principales motivos de consulta son las infecciones de las vías respiratorias altas y las enfermedades del aparato digestivo, sobre todo dispepsias y gastroenteritis. En los niños se observa que la patología crónica más frecuente es el asma. Todos estos motivos de consulta coinciden con los posibles efectos derivados de deficientes condiciones en la vivienda, pero no se diferencian de las consultas realizadas en otras áreas de la Comunidad Autónoma.

En cualquier caso, la mayor parte de los vecinos entrevistados manifestaron que la situación de sus viviendas afectaba de forma importante su salud. El 73% consideraba que su salud se veía afectada de forma importante o muy importante por las deficientes condiciones de la vivienda. Las enfermedades respiratorias y los problemas óseos son las afecciones que los entrevistados consideraron provocadas por las deficientes condiciones de sus viviendas. Los vecinos identificaron la excesiva humedad como la causa principal de sus problemas de salud.

### **OTROS ELEMENTOS DE RIESGO AMBIENTAL**

Se han establecidos actuaciones específicas en relación con la presencia de antenas de telefonía móvil, los olores, los tendidos de alta tensión, los establecimientos plaguicidas y los riesgos asociados a la transmisión de la Legionelosis.

En los dos primeros casos se han establecido acciones a demanda. Es decir, de respuesta a las solicitudes de los vecinos. Para las antenas de telefonía móvil, además, se han realizado presentaciones a los vecinos en Consejos de Salud y se presentará el documento elaborado por el Servicio de Sanidad Ambiental sobre riesgos de la telefonía móvil a los vecinos de Vallecas.

Las actuaciones llevadas a cabo en relación con los riesgos ambientales asociados a la transmisión de la legionelosis han ido encaminadas a continuar con la actualización de los censos ya existentes de las instalaciones consideradas de riesgo, así como a la tipificación de las mismas según el riesgo.

En la actualidad el número de instalaciones censadas en el distrito de Vallecas es de 61 torres de refrigeración y 34 condensadores evaporativos. Para todas ellas, se realizan actuaciones de seguimiento y control con el fin de verificar el cumplimiento de la normativa vigente.

Todos los riesgos recogidos en este punto se han tenido en cuenta en el análisis espacial del riesgo como se puede observar en el punto siguiente.

#### 4.3.2 ANÁLISIS ESPACIAL DE RIESGOS AMBIENTALES PARA LA SALUD

Este proyecto de aplicación de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) en salud pública desarrollado dentro del Plan Integral de Mejora de Salud Pública de Vallecas por el Instituto de Salud Pública y la Universidad de Alcalá de Henares ha pretendido explorar las posibilidades del análisis espacial de estos sistemas como herramienta para el diagnóstico y seguimiento de las condiciones ambientales que afectan a la salud de la población.

Como resultado del análisis se han definido unas áreas sensibles basadas en la distribución espacial de la población y de los equipamientos sensibles, por un lado, y de los elementos del territorio considerados como riesgos, por otro.

Los factores de riesgo ambiental considerados se refieren a aquellas actividades de desarrollo social y tecnológico sobre los que se aplica el principio de precaución, es decir, se considera que puede existir la posibilidad de que supongan una amenaza para la salud o el medio ambiente aunque no se haya podido probar científicamente una relación causa efecto. Por otra parte se trata de aquellas actividades que desde la perspectiva de la percepción social, más preocupan a la población.

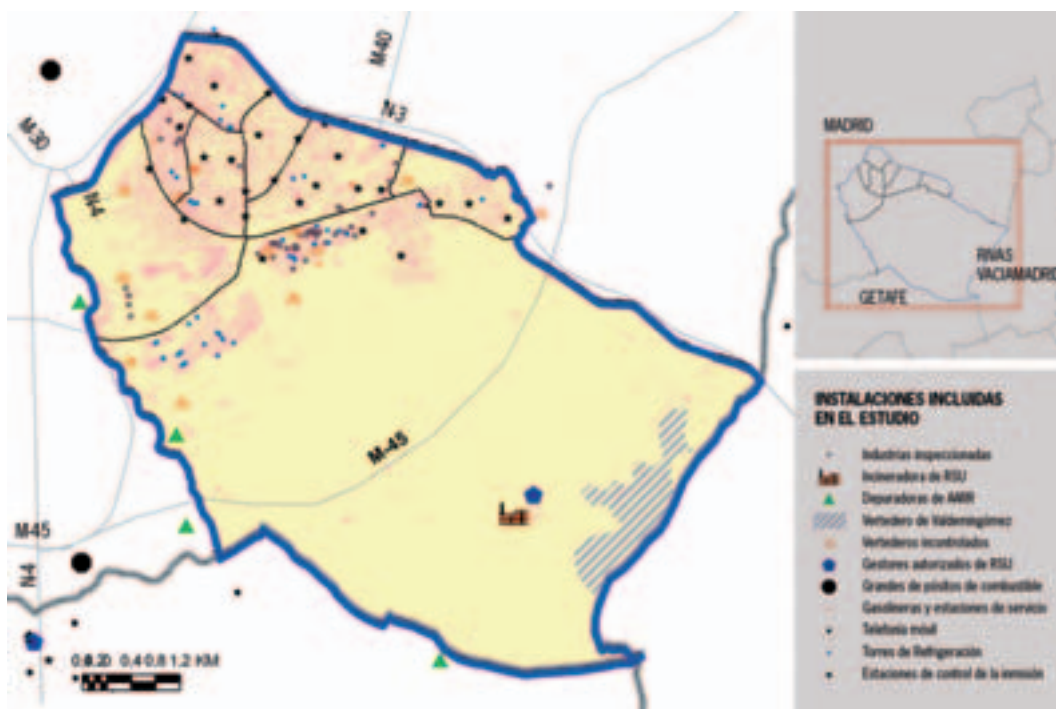
El proyecto ha seguido varias fases:

- 1. Análisis de Riesgos ambientales:** Para su definición y caracterización en los distritos de Puente de Vallecas y Villa de Vallecas se han considerado las fuentes normativas existentes, las investigaciones y trabajos llevados a cabo por el equipo de investigadores de la Universidad de Alcalá de Henares sobre riesgos tecnológicos, y los trabajos que se realizan en el Instituto de Salud Pública.

Para ello en la base de datos sobre la que se han realizado los análisis, se han localizado en el territorio los siguientes elementos:

- Industrias
- Instalaciones de tratamiento y/o almacenamiento de residuos
- Grandes infraestructuras de transporte y comunicación
- Infraestructuras de transporte y distribución de energía
- Otros elementos como establecimientos y servicios plaguicidas y torres de refrigeración.





Mapa 6

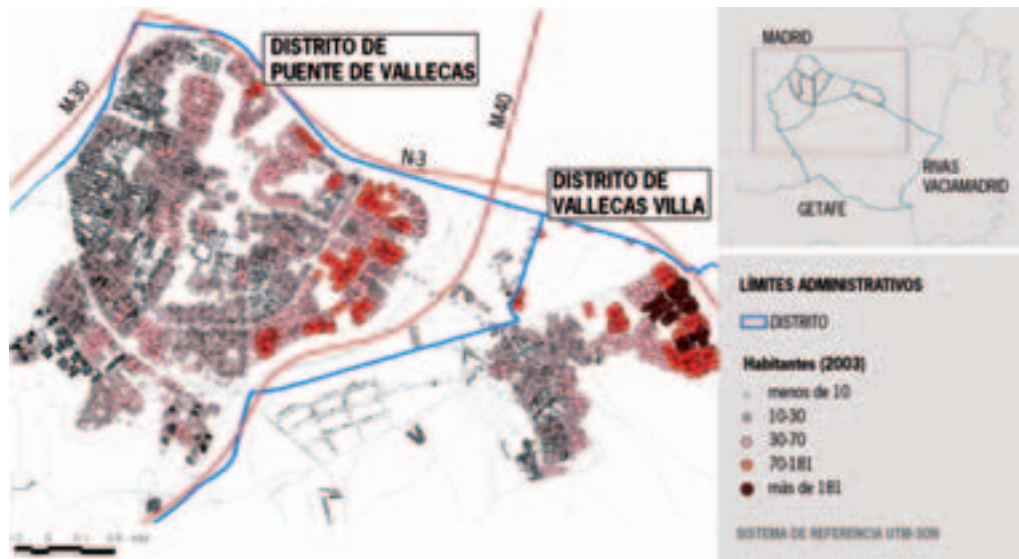
2. Análisis de elementos vulnerables: La vulnerabilidad es un concepto algo más complejo y que sigue planteando algunas dificultades para su modelización espacial. Hace referencia a la posibilidad del territorio para experimentar daños en caso de producirse una catástrofe, un accidente, etc., y se define por la presencia en dicho territorio de actividades, usos y poblaciones susceptibles de ser especialmente afectadas (Bosque et al., 2000: 317).

En el análisis de la vulnerabilidad se realiza una caracterización previa del territorio objeto de estudio: volumen y distribución de la población, características socioeconómicas de la misma, número, distribución y características de los equipamientos, infraestructuras y actividades que pueden ser especialmente sensibles, etc.

El componente fundamental en los análisis de vulnerabilidad es la población (Díaz Castillo, 2002), pero también lo son determinados equipamientos, infraestructuras y actividades sensibles como los centros educativos, los hospitales, las vías de comunicación de alta capacidad, etc..

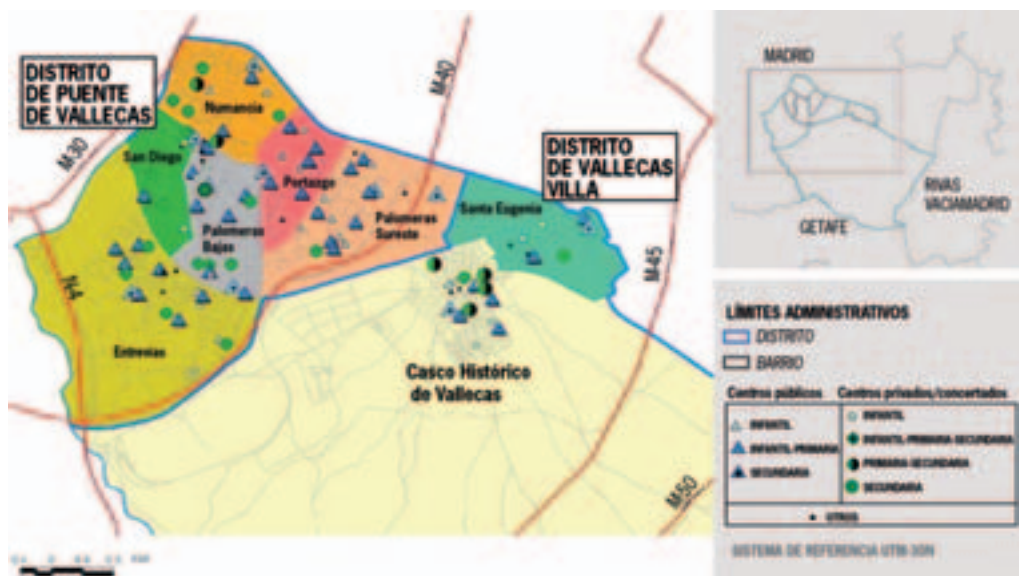
Para el análisis de distribución de la población en los dos distritos se ha llevado a cabo una asignación de población por portales.





Mapa 7.

De igual forma, se han localizado los equipamientos sensibles existentes en el área, en este caso centros educativos, centros sanitarios y otros centros de atención más especializada, así como parques o zonas de recreo destinadas a la población infantil.



Mapa 8

### 3. Análisis de la asociación espacial entre focos o instalaciones de riesgo y población o equipamientos vulnerables

La mayor parte de las relaciones espaciales establecidas entre los riesgos establecidos y la población se han basado en “análisis de proximidad”. Es evidente que esa relación de proximidad incidirá de forma decisiva en la posibilidad de que las instalaciones estudiadas supongan un peligro para la población. Insistimos, en cualquier caso, que los resultados tienen un valor exploratorio y de primera aproximación a la situación real.

Por otra parte, se trataba también de evaluar la concurrencia en un determinado espacio de distintos puntos y la definición de las zonas problema. Estaríamos representando de esta forma lo que Bosque et al. (2004) han venido en denominar probabilidad espacial, esto es, la mayor o menor posibilidad de que un lugar se vea afectado por un accidente.

Este proyecto supone iniciar un camino de gran importancia en el ámbito de la Salud Pública, ya que permite la introducción de una nueva herramienta para la toma de decisiones y la identificación de los problemas de salud de la población.

#### 4.3.3 VIGILANCIA DE LA EXPOSICIÓN A LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL MEDIANTE BIOMARCADORES

Para conocer el nivel de exposición de la población de Vallecas a la contaminación ambiental se ha planteado la realización de un Proyecto de Investigación basado en el uso de biomarcadores. Para ello, se han considerado los estudios que sobre este tema se llevan a cabo por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y otros estudios europeos, así como las recomendaciones y directrices que está estableciendo la Unión Europea en el ámbito de la Salud Pública y el Medioambiente.

En este proyecto, junto al Instituto de Salud Pública y la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, participan el Instituto de Salud Carlos III, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Hospital Ramón y Cajal, como principales colaboradores.

Para la realización de este estudio se han recogido un conjunto de muestras de sangre, orina, leche materna y placenta a un conjunto de tríos formados por padre, madre y recién nacido (el objetivo del proyecto era obtener 150 tríos) en dos áreas sanitarias de Madrid: Área 1 (distritos de Puente de Vallecas y Vallecas Villa de Madrid) y Área 10 (distritos de Parla y Getafe). En el caso del recién nacido se ha obtenido una muestra del pelo y de la sangre del cordón umbilical.

Entre los diferentes biomarcadores que se pueden utilizar se han seleccionado los de dosis interna que indican niveles de sustancia tóxica o de sus

metabolitos en células, tejidos o fluidos corporales y los marcadores de efecto biológico precoz que investigan la existencia de efectos como las alteraciones cromosómicas y los micronúcleos como consecuencia de la presencia de agentes tóxicos

**Tabla 25.** *Marcadores de dosis interna seleccionados para el Proyecto Biomarcadores*

<b>SANGRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metales pesados (plomo, cadmio, mercurio y arsénico)</li> <li>- Plaguicidas organoclorados (HCHs y DDTs)</li> <li>- PCBs mayoritarios y coplanares</li> <li>- Dioxinas y furanos</li> </ul>
<b>ORINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidrocarburos aromáticos policíclicos, a través del 1-hidroxi-pireno</li> <li>- Cadmio</li> </ul>
<b>PELO RECIÉN NACIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metil-mercurio</li> </ul>
<b>PLACENTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xenoestrógenos</li> </ul>
<b>LECHE MATERNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaguicidas organoclorados (HCHs y DDTs)</li> <li>- PCBs mayoritarios y coplanares</li> <li>- Dioxinas y furanos</li> </ul>

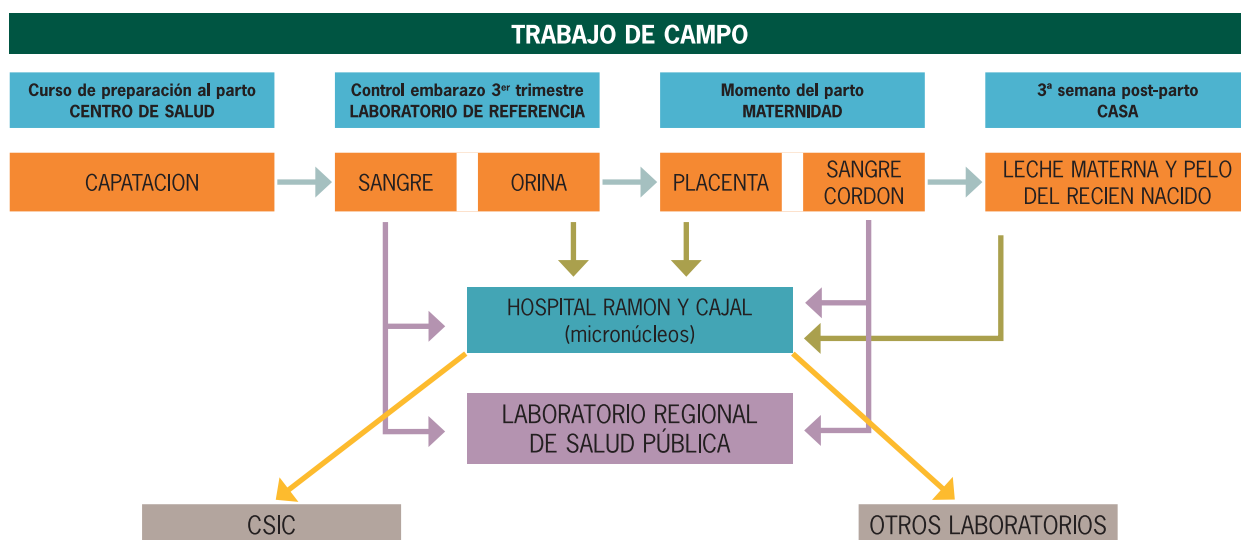
Asimismo, se están analizando micronúcleos (alteraciones en la estructura de los cromosomas) como marcadores de efecto biológico precoz.

También se ha recopilado información epidemiológica sobre las parejas participantes a través de un cuestionario elaborado para determinar la importancia de las diferentes vías de exposición en cada caso y, en concreto, la de origen ambiental, así como un cuestionario de lactancia.

Para la realización de estas pruebas se cuenta con el acuerdo de los padres quienes con su firma otorgan el consentimiento informado a la toma de muestras y a la participación del recién nacido en el estudio.

Las fases principales de este proyecto son la captación y recogida de información y material biológico de los participantes y los análisis químicos y biológicos para obtener los resultados de los diferentes biomarcadores.

La **fase de captación de participantes y recogida de información y muestras** se llevó a cabo siguiendo el siguiente esquema:



La captación de participantes se ha realizado a través de las madres que atendían los cursos de preparación al parto. En ella han participado las matronas y los técnicos de Salud Pública de las áreas correspondientes. Los resultados de participación obtenidos han sido bastante satisfactorios, habiéndose obtenido un compromiso aproximado del 30% de las madres a las que se les presentó el proyecto.

Asimismo, los resultados de la recogida de muestras, que se ha extendido a lo largo de todo el proceso de captación, han sido muy satisfactorios, a pesar de la incertidumbre asociada al parto y a la continuación en el proyecto de los padres. Es preciso destacar y agradecer la implicación y colaboración, tanto de los vecinos de Vallecas como de los participantes del Área 10, en el proyecto. En la siguiente tabla se muestran los porcentajes obtenidos.

Esta etapa ha requerido un gran esfuerzo de coordinación. Las muestras que llegaban al hospital Ramón y Cajal debían llegar directamente desde los Hospitales y Centros de Extracción para su preparación en fresco. El resto de las muestras fueron centralizadas y acondicionadas en el Laboratorio Regional de Salud Pública desde donde se han enviado a los centros de análisis y al ISP como punto intermedio.

La etapa de **análisis químicos y biológicos** se está acometiendo en dos fases. En la primera fase se están realizando los análisis de sangre y suero en el CSIC Madrid (Instituto de Química Orgánica General) y en el Hospital Ramón y Cajal, donde se han determinado organoclorados y metales en el primero de ellos y micronúcleos en el segundo. Los resultados definitivos de estos análisis estarán disponibles durante el año 2007.

En una segunda fase se van a determinar dioxinas, furanos y PCBs copla- nares en suero y leche, para lo que se van a realizar "pooles" (unión de

varias de las muestras para obtener el volumen necesario para los análisis) y se van a enviar al CSIC Barcelona (Instituto de Investigaciones Químicas y Ambientales). Estos análisis estarán igualmente disponibles en el 2007.

Asimismo, se ha conseguido financiación adicional para el análisis de las muestras de pelo, placenta y orina, a través de la Convocatoria del FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) correspondiente al 2004.

Como ya se ha señalado, este Proyecto supone una experiencia de gran utilidad que permite, además de conocer la problemática específica de Vallecas, avanzar en los dos siguientes aspectos:

- Conocer datos de partida de los niveles de contaminación en la población general
- Servir para el establecimiento de Sistemas de Vigilancia mediante biomarcadores como los establecidos en otros países, de tal forma que se puedan conocer y controlar los niveles de exposición de la población a la contaminación.

## 4.4 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

El término “Estilos de Vida” se utiliza para designar la manera general de vivir de los individuos, basada en la interacción entre las condiciones de vida, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y condiciones personales. Los estilos de vida de las personas están compuestos por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta aprendidas en sus diversos entornos de socialización (familia, entorno laboral y/o escolar, medios de comunicación, etc.). Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y probadas continuamente en las distintas situaciones sociales, y por tanto, no son fijas y pueden ser modificadas.

Así pues, la necesidad de llevar a cabo intervenciones educativas que promuevan de forma saludable y prevengan las conductas consideradas peligrosas se justifica, además de por la gran influencia que tienen los estilos de vida en la salud; por la oportunidad que supone el hecho de que éstos sean el determinante más modificable por el individuo, pudiendo mejorar su nivel de salud notablemente, si opta por adoptar estilos de vida considerados “saludables” y evitar las conductas de riesgo.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de las acciones que se han puesto en marcha desde el Plan, para intentar primeramente, conocer los hábitos de salud de la población de Vallecas, y además, mejorarlos mediante acciones de prevención y promoción que incidirían positivamente en áreas como el tabaco, alimentación, higiene, afectividad sexualidad, etc.

Como se podrá observar, una gran parte de las siguientes acciones, han sido desarrolladas en población infantil y juvenil, ya que estas etapas son consideradas como decisivas para la adquisición y mantenimiento en la vida adulta de estilos de vida. Por tanto, las acciones de EpS (Educación para la Salud) tienen especial incidencia e impacto en estos momentos vitales para prevenir enfermedades, y mejorar la salud en la vida adulta.

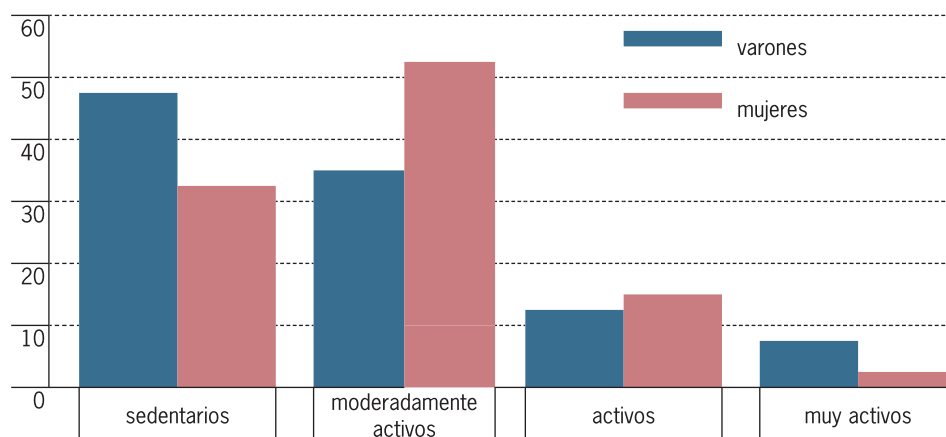
#### 4.4.1 HÁBITOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA

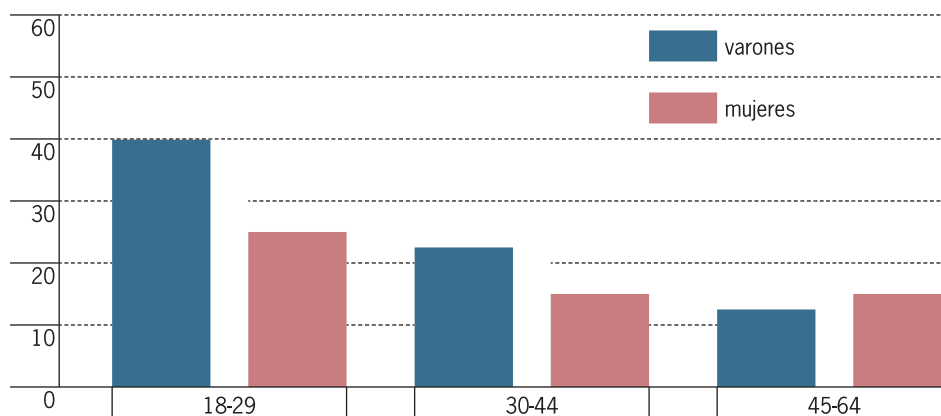
Se han estudiado los hábitos de salud de los vallecanos de 18 a 64 años, a través de la información procedente del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles (SIVFRENT-A) de la Comunidad de Madrid, analizando los datos acumulados desde 1995 hasta 2003 que suponen un total de 1054 entrevistas. Todos los resultados aquí presentados, se refieren a los valores promedio del periodo de estudio.

En general, podemos decir que el comportamiento de los vallecanos relacionado con la salud no difiere del patrón de los madrileños. Este se caracteriza, por un lado, por el aumento de problemas como la obesidad, la inactividad física y los malos hábitos alimentarios; y por otro, la disminución de hábitos nocivos como el tabaquismo y consumo de alcohol, aunque siguen siendo importantes. Además, parece existir una mayor preocupación por la salud, ya que la práctica de pruebas médicas preventivas es cada vez mayor.

En primer lugar, destacamos el **sedentarismo** tanto en el trabajo o actividad habitual como en el tiempo libre. El 38,7% de las personas entrevistadas a lo largo del periodo de estudio están sentados la mayor parte del tiempo en el trabajo. La inactividad laboral es más manifiesta en varones, aunque en los últimos años está aumentando en las mujeres. En cuanto a la actividad en el tiempo libre, tan solo un 20% de los vallecanos practican algún deporte de manera regular, siendo los hombres más activos y los grupos de edad más jóvenes.

**Gráfico 32.** Distribución actividad física en el trabajo



**Gráfico 33.** Personas activas en el tiempo libre/ocio

Otro de los aspectos más preocupantes es la alimentación: los **hábitos alimentarios**<sup>22</sup> de los vallecianos se alejan bastante de las recomendaciones para llevar una dieta sana y equilibrada. Estos malos hábitos están marcados fundamentalmente por el bajo consumo de frutas, verduras, pescado y huevos, así como el exceso de consumo de productos cárnicos. En general, tienen peores indicadores de alimentación los varones.

**Tabla 26.** Frecuencias de consumo

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO	VARONES		MUJERES	
		%	IC 95%	%	IC 95%
Lácteos	ninguna ración/día	9,3%	(6,8-11,8)	5,4%	(3,5-7,3)
	menos 2 raciones/día	39,1%	(-)	26,1%	(-)
Frutas y verduras	menos de 3 raciones/día	64%	(-)	55,5%	(-)
	ninguna ración/día	36,6%	(-)	28,1%	(-)
Productos cárnicos	1 ración/día	87,1%	(84,2-90)	85,8%	(82,9-88,7)
	más de 2 raciones/día	52,3%	(-)	41,2%	(-)
Pescado	ninguna ración/día	54,7%	(50,3-59,1)	54,6%	(50,4-58,8)
Huevos	ninguna ración/día	66%	(62,9-71,1)	72,8%	(69,1-76,5)
Dulces	1 ración/día	51,9%	(47,5-56,3)	50,8%	(46,6-55)

Los factores antes comentados, sedentarismo y dietas poco equilibradas, están íntimamente relacionadas con otro factor de riesgo que está aumentando de manera alarmante en la población: **sobrepeso/obesidad**.

<sup>22</sup> Para conocer los hábitos alimentarios de los vallecianos, se han estudiado los alimentos principales que componen los platos en las diferentes comidas efectuadas el día anterior a la realización de la encuesta. No se ha cuantificado el consumo de cada alimento, ni el perfil calórico y contribución porcentual de los macronutrientes, sino que se ha valorado el patrón de consumo de forma cualitativa, calculando el número de raciones de cada grupo de alimentos al día (número de veces que se ha consumido cada uno en un día).

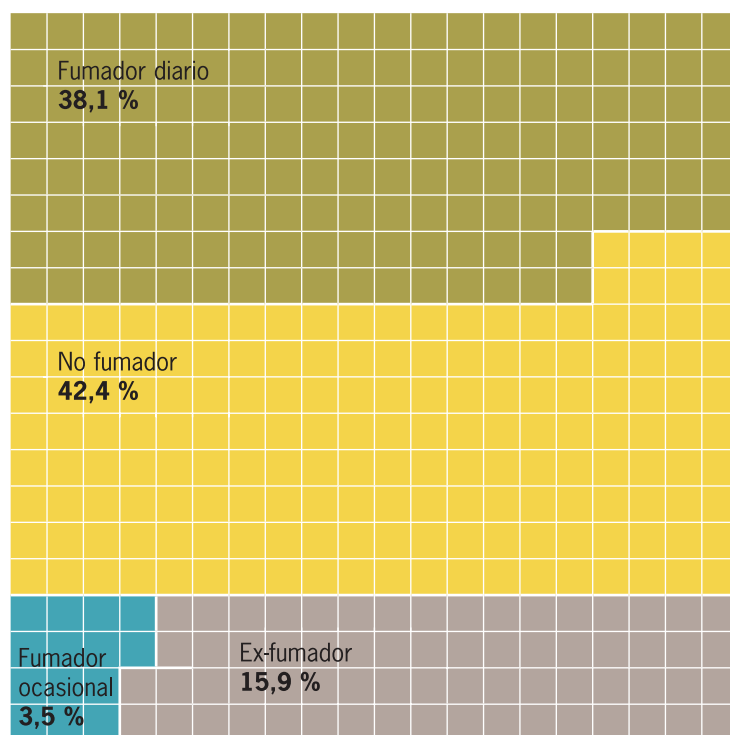
Aproximadamente el 37% de la población entre 18-64 años de Vallecas tiene problemas de sobrepeso u obesidad, siendo más frecuente en hombres.

En cuanto a otros hábitos poco saludables, como el **consumo de tabaco y alcohol**, hay que destacar el descenso que ha sufrido en los últimos años. Aunque la tendencia es favorable, no hay que olvidar que siguen siendo problemas muy prevalentes en la población, y sobre todo es preocupante el consumo entre los jóvenes.

Según datos del SIVFRENT aproximadamente el 40% de los vallecanos son fumadores, siendo el 38% consumidores habituales y el 15% manifiesta realizar un consumo excesivo (más de 20 cigarrillo al día), aunque teniendo en cuenta solo a los consumidores habituales esta cifra sube hasta el 50%.

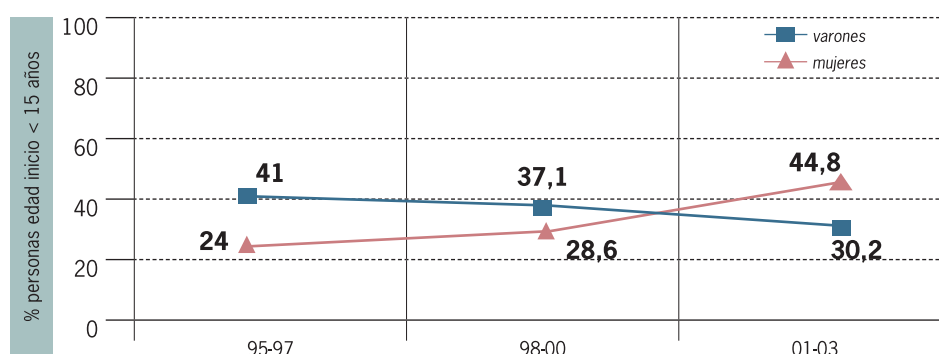


**Gráfico 34.** Distribución del consumo de tabaco. Vallecas, periodo 1995-2003



La edad media de inicio del consumo de tabaco, de al menos un cigarrillo a la semana, está entre los 16 y 17 años, tanto en hombres como en mujeres. Llama la atención que aproximadamente un tercio de los fumadores empezaron el consumo antes de los 15 años. Hay que resaltar la evolución experimentada por este indicador en las mujeres, ya que la proporción que empezaron a fumar antes de los 15 años ha aumentado de manera alarmante.

**Gráfico 35.** Evolución de la EDAD DE INICIO DEL COSUMO HABITUAL: proporción de personas que empezaron a fumar antes de los 15 años por sexo. Vallecas, 1995-2003



Según la frecuencia de consumo de alcohol<sup>23</sup> declarada, el 49,8% de las personas encuestadas de Vallecas son bebedores habituales, el 12% bebedores ocasionales, y un 31,2% se consideran no bebedores. El hábito de beber alcohol es mayor en hombres que en mujeres, con una prevalencia casi 2 veces superior.

**Gráfico 36.** Distribución del consumo de alcohol según la frecuencia por sexo. Vallecas, periodo 1995-2003



En relación con la cantidad de alcohol consumida<sup>24</sup>, el 4,8% de los encuestados declaran haber hecho algún consumo de riesgo, y el 47% se consideran bebedores moderados. Por otro lado, un 7,4% de los entrevistados habían realizado algún consumo excesivo<sup>25</sup> en una misma ocasión. Ambos indicadores son peores en varones que en mujeres, y sobre todo en los grupos de edad más jóvenes.

La edad media de inicio del consumo (al menos una vez al mes) es aproximadamente a los 20 años. El 17,8% de los encuestados empezaron antes de los 16 años (hombres 21,2% y mujeres 11,8%); y si tenemos en cuenta la edad legalmente establecida para el consumo de bebidas alcohólicas, observamos que un 46,9% empezó antes de los 18 años. Hay que destacar, que al igual que ocurría con el inicio de consumo de tabaco, en los últimos años

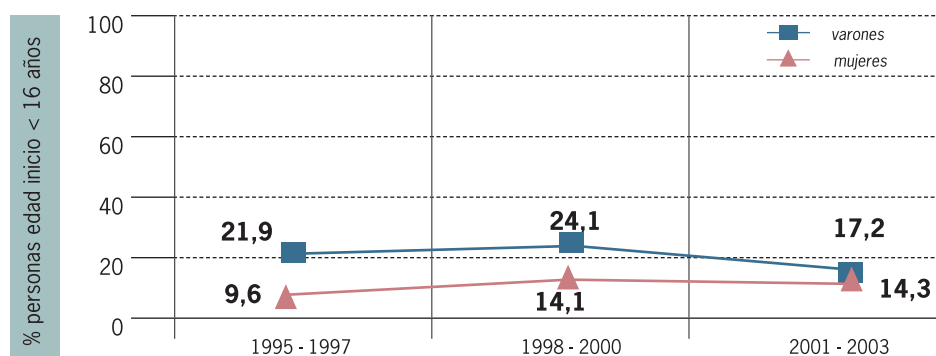
<sup>23</sup> Según la frecuencia de consumo, se considera bebedor habitual a aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante el último mes; bebedor ocasional cuyo consumo es inferior al semanal; y, bebedores anteriores aquellas personas que no han consumido alcohol en el último mes pero si han realizado consumos de al menos una vez por semana en periodos anteriores.

<sup>24</sup> Para calcular la ingesta de alcohol se ha utilizado el recuerdo de las cantidades consumidas durante el último día laboral y cada día del último fin de semana, de diversas bebidas alcohólicas a las que en función de su graduación y unidades de medida se les asigna los centímetros cúbicos de alcohol puro. Así, en función de la cantidad de alcohol ingerida, se clasifican en: bebedor moderado, las personas cuyo consumo diario es de 1-49cc/día en hombres y de 1-29 cc/día en mujeres; bebedores a riesgo, consumos  $\geq 50$  cc/día en hombres y  $\geq 30$  cc/día en mujeres.

<sup>25</sup> El consumo excesivo en una misma ocasión, se refiere a cortos periodos de tiempo por ejemplo en una tarde o una noche, consumos  $\geq 80$  cc en hombres y  $\geq 60$  cc mujeres.

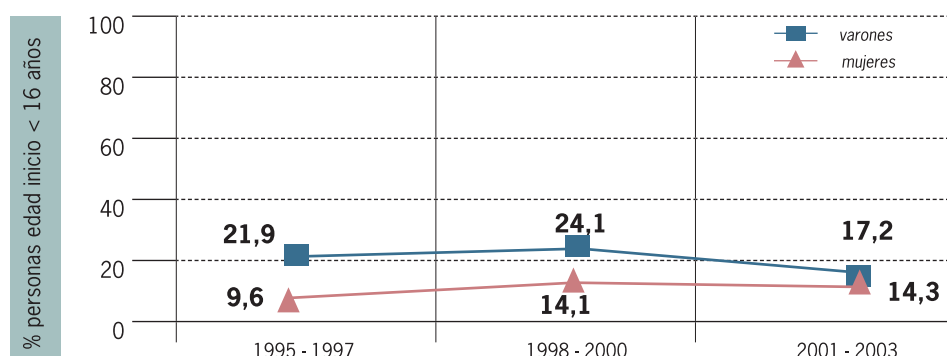
el porcentaje de mujeres que empiezan a consumir alcohol antes de cumplir los 16 años ha aumentado de manera significativa.

**Gráfico 37.** Evolución del CONSUMO DE ALCOHOL: proporción de personas que iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 16 y 18 años por sexo. Vallecas, 1995-2003



En cuanto a las **prácticas preventivas**, observamos una mayor concienciación de los vallecanos por su salud, sobre todo por determinadas actividades preventivas, como son el control de la tensión arterial (TA) y colesterol, y la realización de citologías y mamografías por parte de las mujeres. En este aspecto hay que hacer una mención especial a la realización de mamografías, puesto que ha sido la que ha experimentado el aumento más espectacular, gracias fundamentalmente a la puesta en marcha del Programa Regional de Detección Precoz del Cáncer de Mama en 1998.

**Gráfico 37.** Evolución del CONSUMO DE ALCOHOL: proporción de personas que iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 16 y 18 años por sexo. Vallecas, 1995-2003



#### 4.4.2 PROMOCIÓN DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

##### **DESAYUNOS SALUDABLES**

El desayuno juega un papel fundamental en el óptimo desarrollo durante las etapas de crecimiento, y se asocia a la consecución de un mayor rendimiento físico e intelectual. A pesar de la gran importancia de esta primera comida del día, los nuevos estilos de vida, han afectado especialmente al hábito del desayuno, con una tendencia general a realizarlos cada vez más ligeros u omitirlos.

Con el objetivo de sensibilizar a la comunidad escolar sobre la importancia del desayuno, en el año 2002 el Instituto de Salud Pública realizó un convenio con la empresa "Puleva Fdo, S.L.", con el fin de colaborar en la puesta en marcha de los "Desayunos Saludables". Una actividad llevada a cabo en colegios, que consistía en una sesión formativa que versaba sobre la importancia del desayuno, y estaba apoyada con la práctica de un desayuno saludable.

En un inicio, durante el **curso escolar 2002-2003**, la coordinación y supervisión de dicha actividad se hizo desde el Servicio de Salud Pública del Área 1, corriendo a cargo de los técnicos de la empresa anteriormente mencionada la impartición de la sesión teórico-práctica. Esta colaboración se mantuvo hasta mediados de la **campaña 2003-2004**, en la que el Servicio de Salud Pública del Área 1 se hizo cargo de la actividad completa (coordinación, gestión de materiales, e impartición de sesiones), a través de la formación de un grupo de trabajo compuesto por técnicos de las tres secciones.

Para la campaña escolar 2004-2005, se vio la necesidad de imbricar dicha actividad en un proyecto más amplio sobre el desayuno y la alimentación en general, que incluyera actividades dirigidas a padres/madres y profesorado y permitiera introducir además, herramientas de evaluación de impacto de todas estas acciones en la población escolar (alumnos de 1º a 6º curso de educación primaria). Este proyecto se elaboró, coordinó y gestionó conjuntamente entre el Servicio de Salud Pública del Área 1 y la Gerencia de Atención Primaria del Área 1. La puesta en marcha del mismo, corrió a cargo de los responsables de salud escolar de los EAP (Equipos de Atención Primaria) en los colegios de su zona.

**Tabla 28.** Datos sobre “Desayunos Saludables” en Vallecas y Área 1

CAMPAÑA	N° COLEGIOS		COBERTURA COLEGIOS PRIMARIA		N° ALUMNOS		N° PADRES/ PROFESORES
	AREA 1	VALLECAS	AREA 1	VALLECAS	AREA 1	VALLECAS	AREA 1
2002-2003	9	2	6%	4%	825	40	0
2003-2004	30	24	20%	47%	5230	4600	0
2004-2005	42	18	28%	35%	6010	2420	300
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>44</b>			<b>12.065</b>	<b>7.060</b>	<b>300</b>

Como se ha comentado anteriormente, en esta última campaña se incluyó una herramienta para valorar si tras la puesta en marcha del proyecto, se producía alguna variación en la conducta de los escolares frente al desayuno. Dicha herramienta consistía en un cuestionario autoadministrado que recogía información sobre distintos aspectos relacionados con dicho hábito (frecuencia y tiempo que se emplea en la realización del desayuno, número de alimentos que se ingieren y variabilidad en el mismo).

Este cuestionario se administró a los escolares en dos ocasiones: antes de la realización de la sesión práctica del desayuno ( ) y posteriormente (post-test), trascurrido al menos un mes de la intervención, teniendo en cuenta que en este periodo también se deberían haber llevado a cabo las actividades de EpS con padres y profesorado.

Los cuestionarios fueron recogidos por 15 colegios de toda el área (35,7%), siendo cumplimentado el pre-test por un total de 2.084 alumnos y el post-test por 2.057 alumnos. Tras comparar los resultados pre-post-intervención (tabla 29), podemos observar que el hábito del desayuno ha experimentado notables mejoras entre los escolares evaluados, por lo tanto se ha planteado ampliar la cobertura del proyecto, asegurando su continuidad en el tiempo, por lo que en las siguientes campañas (2005 y 2006) se ha ampliado la oferta a todos los centros con educación primaria del área 1 completando el proyecto.

**Tabla 29.** Resultados de los test pre/post intervención en los hábitos de desayuno . Proyecto “Desayunos Saludables”. Área 1, campaña 2004-2005

	PRE-INTERVENCIÓN		POST-INTERVENCIÓN		% DE CAMBIO
	n	%	n	%	
Escolares que desayunan con frecuencia diaria	1834	88	1882	91,5	3,4*
Escolares que ingieren 4 ó más alimentos	1613	77,4	1744	84,8	9,6*
Escolares que varían el desayuno a diario	1332	63,9	1503	73,1	14,4*
Escolares que emplean $\geq$ 15 min en desayunar	1576	75,675,6	1631	79,3	4,9*

\* estadísticamente significativo

## VALORACIÓN MENÚS ESCOLARES

En la actualidad, una gran parte de los niños en edad escolar de Vallecas, comen en el comedor del colegio al que acuden. Por esta razón, y por la importancia que tiene una correcta alimentación en dicha etapa vital, durante los cursos escolares correspondientes a las campañas: 2003-2004 y 2004-2005, se decidió poner en marcha el proyecto de valoración de las planillas de los menús de comedores escolares en los distritos de Puente y Villa de Vallecas, con un doble objetivo: **conocer la situación general de los menús que se ofertan y la evolución** que van sufriendo en el tiempo, y por otro lado, hacer **recomendaciones de mejora individualizadas para cada centro**.

Para conseguir estos dos objetivos, primeramente se solicitó a los colegios la planilla del menú escolar correspondiente al mes de noviembre de 2003 (curso escolar 2003-2004), y al mes de noviembre de 2004 (curso escolar 2004-2005). Tras la recepción de dichas planillas, se realizó una valoración individualizada de cada una de ellas, devolviendo dicha información a los centros escolares, junto con unas recomendaciones individualizadas de mejora. Para realizar la valoración de las planillas, se utilizó un protocolo creado para este fin, que pretendía evaluar dos aspectos fundamentales:

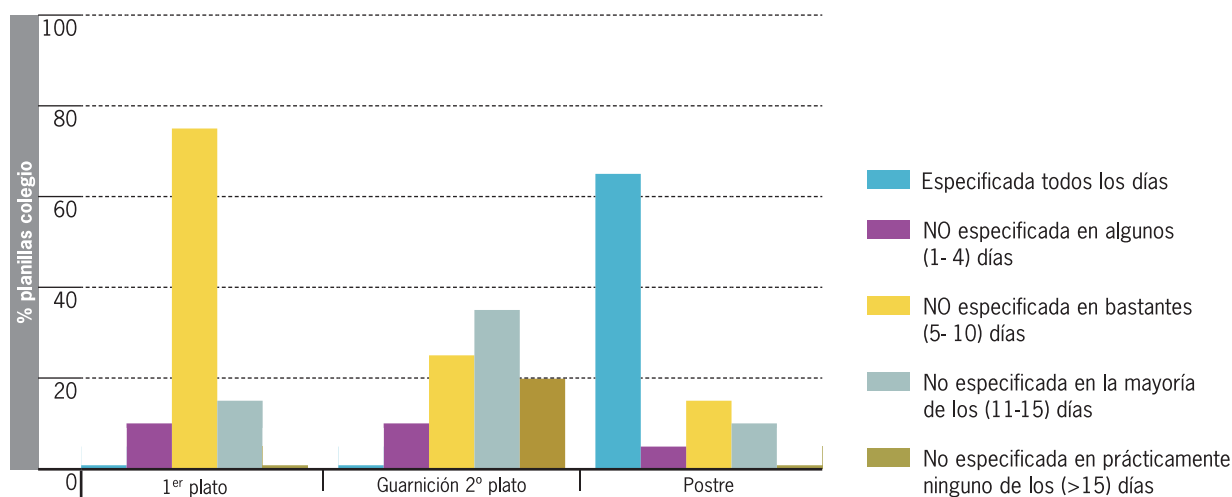
- **La adecuación en la descripción de los platos.** En este punto, atendiendo a unos criterios consensuados, se evaluaba cuántos días se especificaba claramente en la planilla la naturaleza de los primeros platos, las guarniciones de los segundos platos, y los postres de los menús diarios que se ofrecían en el mes.
- **La frecuencia del consumo mensual de alimentos.** En relación a este punto, se valoraba el número de veces que se ofertaban, según los datos de las planillas, los distintos tipos de alimentos. Una vez obtenida la frecuencia de consumo mensual, se comparaba con la recomendada para comedores escolares, por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.<sup>26</sup>

En la **campaña 2003-2004**, se valoraron las planillas de los menús de 41 colegios de Vallecas que respondieron a nuestra solicitud, de los 51 existentes (cobertura: 80,4 %). En la **campaña 2004-2005**, se aumentó la cobertura, valorándose las planillas de 48 colegios de Vallecas (94,1 %), siendo los resultados generales más relevantes los que se muestran en los gráficos siguientes.

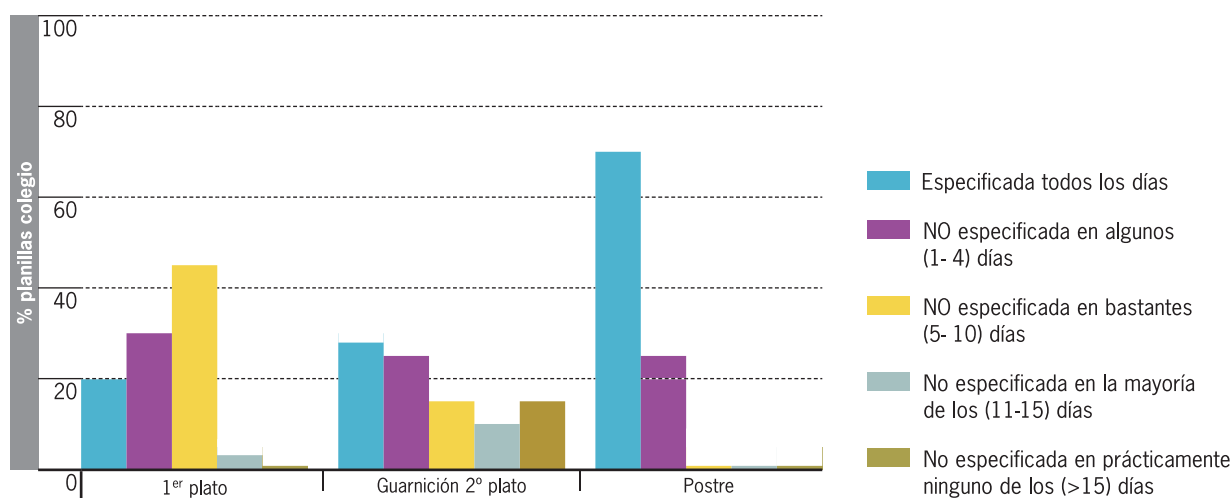
<sup>26</sup> Protocolo de valoración nutricional del menú escolar. Instituto de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

**Gráficos 38 y 39.** Descripción de la naturaleza de los platos en las planillas de los comedores escolares de Vallecas

### planillas noviembre 2003



### planillas noviembre 2004



Como se puede observar en los gráficos 38 y 39, en el año 2003 la mayoría de las planillas de los colegios (75%), no especifican claramente la naturaleza de los primeros platos en bastantes días del mes (10-15), no existiendo ningún colegio que la especificara todos los días.

Sin embargo, tras las recomendaciones, en el año 2004, se observa que aunque la mayoría de los centros todavía continúan sin definir la naturaleza de los primeros platos en bastantes días (45,7 %), este porcentaje ha disminuido, incrementándose los colegios que la especifican todos los días (20 %).

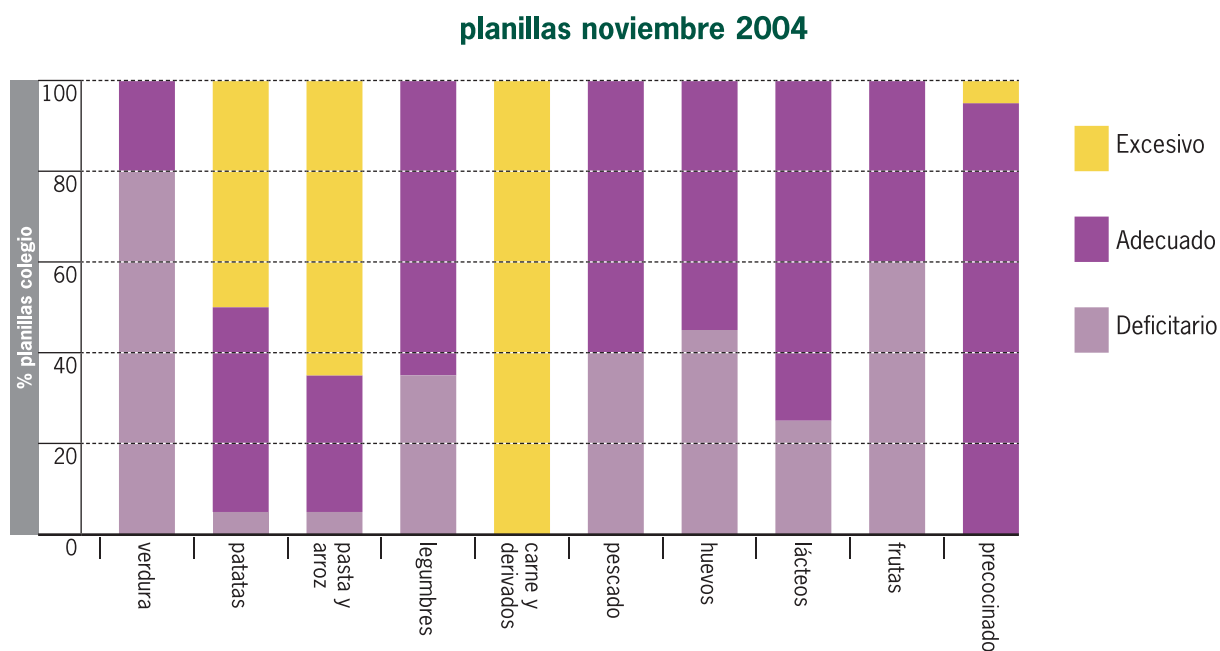
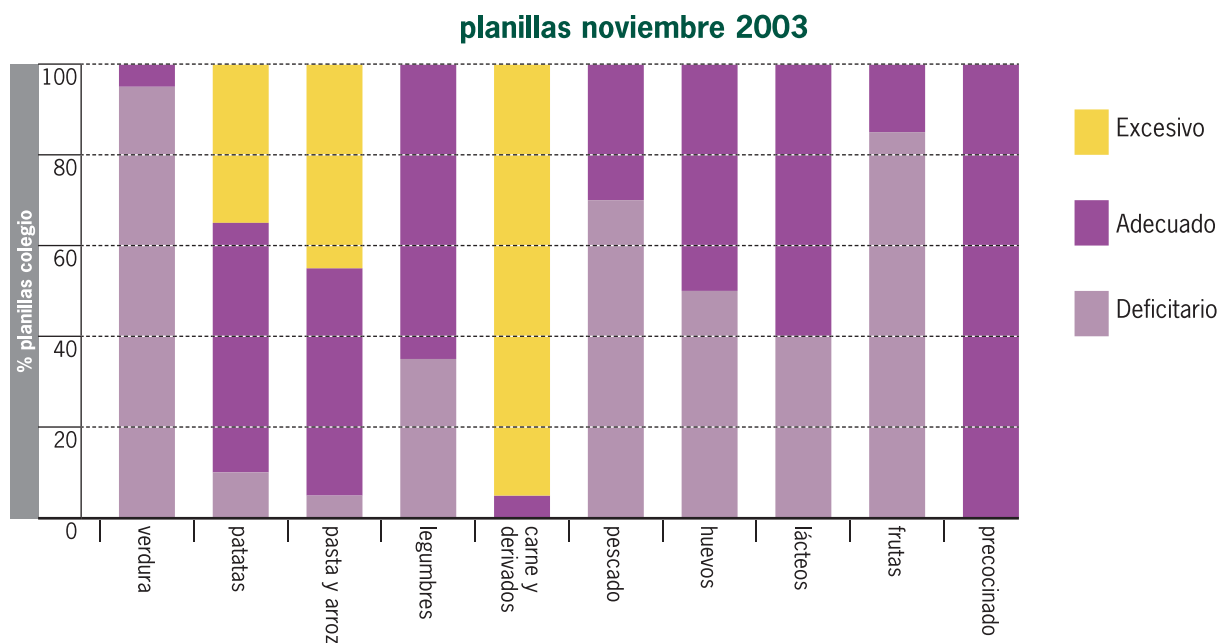
En el caso de los segundos platos, en el año 2003 una gran parte de las planillas valoradas (37,5 %) no definían adecuadamente la guarnición en la mayoría de los días del mes (11-15), existiendo un porcentaje muy pequeño de colegios (2,5 %) que la especificaran en todos los días. En el año 2004, se observa una mejora en la definición de las guarniciones, ya que la mayoría de los colegios (28,6 %) definen claramente la naturaleza en todos los días.

Por último, para los postres, se observa tanto en 2003 como en 2004 una mejor definición, ya que el grueso de colegios especifican claramente la naturaleza de los mismos (67,5 % en 2003, y 74,3 % en 2004), en todos los días del mes.

Respecto a la frecuencia en el consumo de alimentos, (gráficos 40 y 41), se aprecian que en el año 2003, en gran parte de los colegios, el consumo de verduras (95 % de los centros), pescado (67,5 %), frutas (82,5 %) y lácteos (42%) era deficitario, decreciendo este porcentaje y por tanto, mejorando estos datos en el año 2004.



**Gráficos 40 y 41.** Adecuación de la frecuencia de consumo de alimentos según planillas de comedores escolares de Vallecas



#### 4.4.3 PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

##### PROMOCIÓN DE ENTORNOS SIN TABACO

En el marco del Plan Vallecas, la Gerencia de Atención Primaria del área 1, el Instituto de Salud Pública área 1 y el Centro Madrid Salud de Villa de Vallecas del Ayuntamiento de Madrid, elaboraron conjuntamente un proyecto de actuación para el abordaje del tabaquismo. Este proyecto, puesto en marcha a finales del año 2002 a través de un **Equipo de Promoción de Entornos Sin Tabaco** se asienta sobre dos pilares fundamentales para hacer frente al tabaquismo:

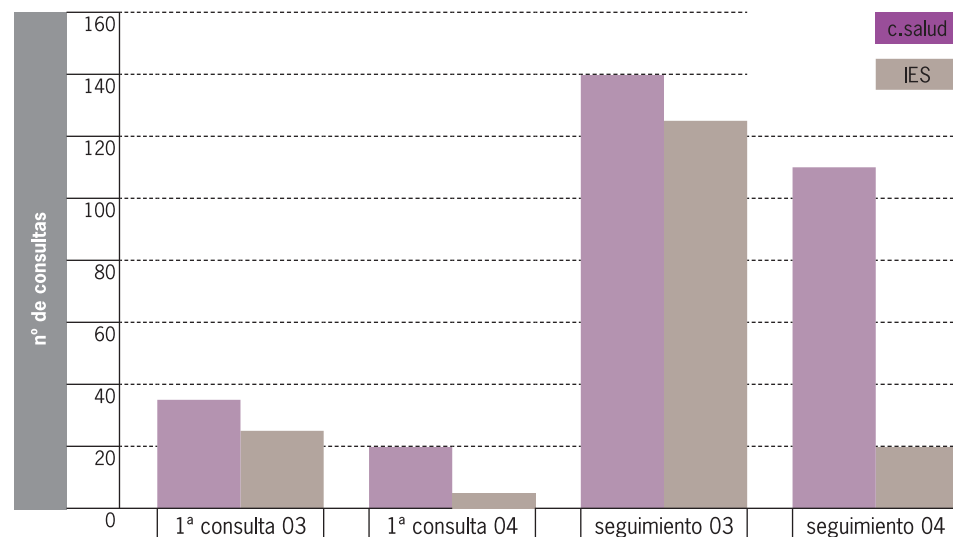
El abordaje desde Atención Primaria, ofertando a los profesionales sanitarios la deshabituación del hábito tabáquico y formándolos para que puedan intervenir de forma activa sobre la población fumadora.

Y la intervención en el medio escolar con un doble objetivo, en primer lugar evitar el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes y en segundo lugar conseguir la deshabituación de los profesionales que trabajan en centros educativos (docentes o no docentes), como colectivo clave por su función modélica entre los menores.

En el curso escolar 2005 - 2006, se estudió la campaña de valoración de menús, ofertándose a todos los centros docentes con educación primaria del área sanitaria 1.

Durante los años 2003 y 2004 se realizaron 54 primeras consultas de deshabituación a profesionales de centros sanitarios y 24 primeras consultas a profesionales de centros docentes de Vallecas. En estos años se realizaron 417 consultas de seguimiento a estos profesionales.

**Gráfico 42.** Consultas de deshabituación tabáquica, 2003-2004



Con respecto a la formación, en el año 2003 se realizan **12 cursos** a los que asistieron **251 profesionales sanitarios** de todas las categorías, con una media de 21 asistentes por curso, y en el 2004 se realizan **10 cursos** a los que asistieron **175 sanitarios** con una media de 18 personas por curso.

Entre otras actividades y con el objetivo de iniciar una línea de colaboración con los centros educativos para la puesta en marcha de actividades estables en la prevención del inicio al consumo de tabaco, en el año 2004 se organizó un concurso para alumnos de Colegios Públicos e Institutos de Educación Secundaria de Vallecas. Participaron 655 alumnos, realizando distintas actividades alrededor del lema "**31 de mayo día mundial sin tabaco ¡Imagínatelo sin humo!**".

Durante los años 2005 y 2006, también se han realizado concursos, extendiéndose esta actividad al resto de alumnos de 1º y 2º de ESO del área sanitaria 1.

Concurso de carteles "DÍA MUNDIAL SIN TABACO"



1º Premio: Pepa Álvarez / Isabel Sila (1ª I.E.S. Villa de Vallecas)



2º Premio: Daniel González (2º I.E.S. N.º V Rivas Vaciamadrid)

#### 4.4.4 ATENCIÓN AL ADOLESCENTE: CONSULTA JOVEN

Uno de los objetivos prioritarios del Plan ha sido y es, mejorar la atención a los adolescentes, adecuándola a las necesidades y características de este colectivo poblacional. Evidentemente, uno de los pilares de esta atención debe pasar por desarrollar las actividades, dirigidas a adolescentes, de prevención de conductas de riesgo y promoción de hábitos saludables relacionados con la afectividad- sexualidad, alimentación, salud mental, etc.

Por las características propias del adolescente, estas actividades se deben desarrollar en un espacio accesible, que asegure la privacidad y que pueda servir de punto de encuentro entre los jóvenes y los profesionales sociosani-

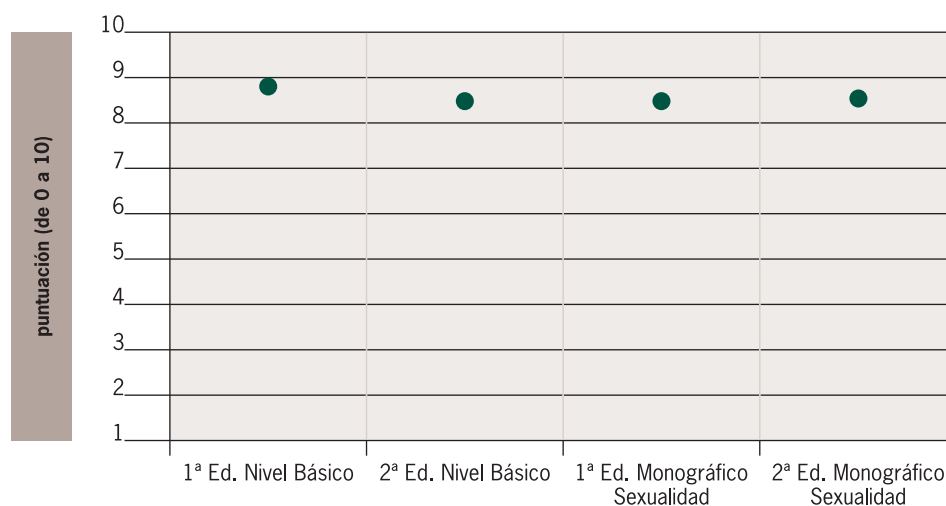
tarios. Este espacio, que puede ser habilitado o bien en los centros de salud o en los centros escolares, se ha venido a denominar “Consulta Joven”.

Para poner en marcha dicha Consulta Joven, primeramente se ha considerado necesario capacitar a los profesionales de atención primaria con cursos que aporten las herramientas necesarias para atender a la población adolescente. Con este objetivo, se han puesto en marcha en colaboración con el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública, los siguientes cursos:

- 2 Ediciones del curso “Atención al Adolescente. Nivel Básico” (25 horas) (Octubre 2004 y Junio de 2005)
- 2 Ediciones del curso “Atención al Adolescente. Monográfico de Afectividad-sexualidad” (25 horas) (Noviembre de 2003 y Julio de 2004)

Gracias a estos cursos, se ha conseguido formar a un total de 102 profesionales de Atención Primaria, recibiendo todas las ediciones evaluaciones muy favorables, tal y como se muestra en el gráfico.

**Gráfico 43.** Nota media de la valoración global de los cursos “Consulta Joven”



Por otra parte, además de la formación, en el año 2004 se impulsó, desde el Plan Vallecas, la creación de un grupo de trabajo interinstitucional formado por CMS Villa de Vallecas, Gerencia de Atención Primaria del Área 1, Salud Pública del Área 1 y representantes de los EAP, que en la actualidad está elaborando el programa de “Atención Integral al Adolescente del Área 1”, que pretende ser el marco para definir el desarrollo y los contenidos mínimos que debe incluir la Consulta Joven en el área 1, manteniéndose la oferta formativa de Atención al Adolescente para los profesionales de Atención Primaria en el año 2006.

## 4.5 RED SOCIAL Y ATENCIÓN A COLECTIVOS CON RIESGOS ESPECÍFICOS

Vallecas se ha caracterizado por ser un barrio que creció como receptor de emigrantes de diferentes zonas de España, con una población homogénea en cuanto a clase o nivel social y por tener un tejido social y asociativo de los más ricos de la Comunidad de Madrid.

Los vecinos de Vallecas, en un primer momento de desarrollo del barrio, se organizaron de una manera informal, mediante el apoyo mutuo, imprescindible para la consecución de objetivos comunes. Mas adelante comenzaron a agruparse en asociaciones de vecinos, asociaciones culturales, asociaciones de jóvenes o en torno a grupos de opinión, manteniendo la finalidad de la autoayuda y el apoyo mutuo.

Los efectos producidos por el incremento del paro o el empleo precario, el envejecimiento de la población o el aumento de población de origen extranjero, que en ocasiones no conoce los mecanismos y accesos al sistema sanitario, han incidido en el desarrollo de una problemática social con repercusiones en la salud de los vecinos que se traducen frecuentemente en un aumento de los riesgos asociados a estilos de vida poco saludables, sobre todo en el caso de colectivos con condiciones sociales mas precarias.

Gracias al valioso tejido asociativo desarrollado en Vallecas y a las redes de apoyo con las que se cuenta, es fácil considerar que estas repercusiones sobre la salud han podido ser un poco menores de lo esperado en estas circunstancias.

Son múltiples los ejemplos de actuaciones en las que se ha trabajado con y en red de apoyo social y queremos destacar aquí, que cuando se ha considerado que no hay ningún otro dispositivo sociosanitario que pueda llegar a ciertos grupos de pacientes o colectivos, se han iniciado actividades dirigidas a la atención de población con riesgos específicos. A continuación se describen iniciativas vinculadas al Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas.

### 4.5.1 AYUDA MUTUA Y SALUD

La ayuda mutua es un fenómeno histórico y universal. Los grupos de apoyo en los que se organiza la ayuda mutua representan a colectivos de personas que se asocian voluntariamente para conseguir un propósito específico de ayuda entre ellos, cubriendo necesidades y solucionando o mejorando problemas que impiden un funcionamiento adecuado de la vida cotidiana a ciertas personas. Hay un gran número de ciudadanos que son susceptibles de requerir algún tipo de apoyo, orientación y ayuda, que no son cubiertas por los servicios públicos existentes, por lo que los grupos de ayuda mutua

ofrecen apoyo y atención complementaria a la que se recibe en los centros sanitarios públicos.

Para dar a conocer este tipo de asociaciones al mayor número de ciudadanos posible, se realizó en octubre del año 2002, una **Feria de Ayuda Mutua y Salud en Vallecas**, en la que participaron 34 asociaciones de ayuda mutua locales y regionales.



La feria fue organizada por el Servicio de Salud Pública del Área 1, contando con la colaboración de la Junta Municipal del distrito de Puente de Vallecas, el Centro Madrid Salud (CMS) y representantes de los vecinos de la zona y de las asociaciones.

#### 4.5.2 ACTUACIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS

Una de las líneas de actuación prioritarias en el Plan Vallecas ha sido la mejora del control de la tuberculosis mediante la realización de Tratamientos Directamente Observados (TDO) y Tratamientos Directamente Supervisados (TDS), ya que Vallecas es uno de los distritos sanitarios que presenta mayores tasas de incidencia de la enfermedad en la Comunidad de Madrid. Esta situación se ha debido fundamentalmente a los factores de riesgo asociados a la tuberculosis que provocan con frecuencia una mala adherencia al tratamiento, como es el caso de la coinfección con el VIH y ser usuario de drogas.

Con el múltiple objetivo de: 1) disminuir el riesgo de enfermar, infectarse o morir por tuberculosis mediante el control de la adherencia a los tratamientos, 2) controlar la adherencia a la quimioprofilaxis de los contactos íntimos de los pacientes en tratamiento, 3) facilitar el estudio de contactos en colectivos y 4) apoyar a los equipos de Atención Primaria en la investigación de contactos familiares; se firmó un convenio entre Cruz Roja y la Dirección General de Salud Pública y Alimentación para incorporar al Servicio de Salud Pública del Área 1 una unidad formada por dos Diplomados Universitarios de Enfermería y un Auxiliar de Clínica.

Las actuaciones de esta Unidad van dirigidas a enfermos que presentan factores de mala adherencia al tratamiento (indigencia, alcoholismo, enfermedad psiquiátrica, VIH/ adictos a drogas, antecedentes de abandono), casos de tuberculosis multirresistente, salida reciente de prisión y cualquier otra circunstancia de provoque dificultades en la adaptación social.

La captación de los casos se realiza:

- Desde los hospitales de referencia del área (Hospital de Cantoblanco y Hospital General Universitario Gregorio Marañón).

- Desde el Registro de Casos de Tuberculosis del Área 1, cuando se aprecia algún factor de riesgo de mal cumplimiento o han sido diagnosticados en otros centros sanitarios.
- Desde los Centros de Salud de Atención Primaria o Centros de Atención Especializada.

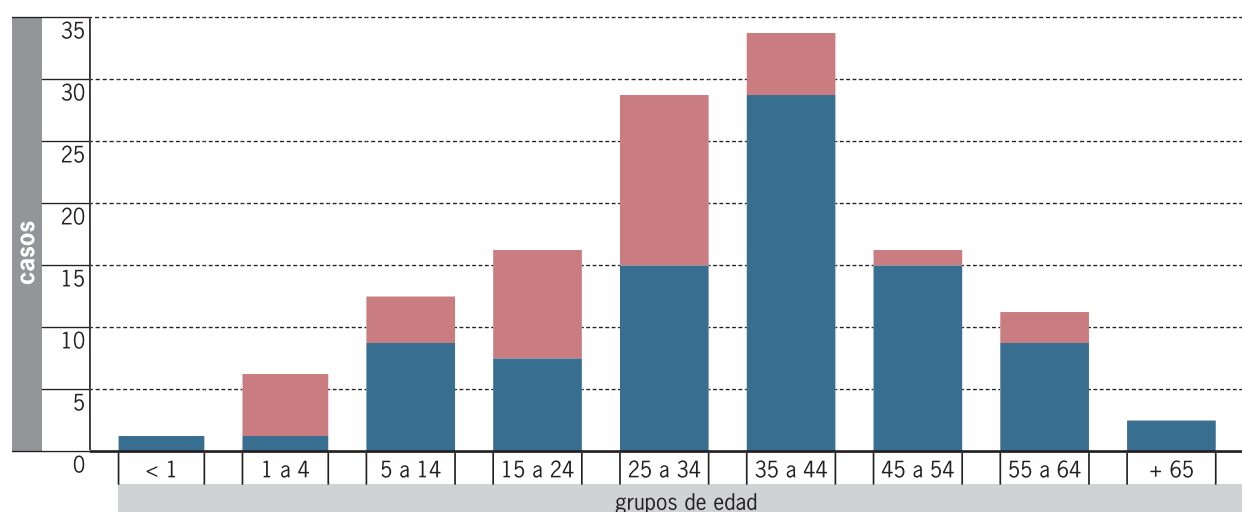
La Unidad de Cruz Roja realiza visitas programadas a los hospitales lo que permite, gracias a la buena coordinación con éstos, valorar conjuntamente el tipo de supervisión que se va a llevar a cabo en cada caso (TDO o TDS según la dificultad para la adherencia al tratamiento) y realizar la primera toma de contacto con el paciente. En esta visita se explica a cada paciente el tipo de tratamiento y cómo se va a realizar, acordando el lugar y la forma para efectuar el tratamiento, ya sea acudiendo al propio domicilio del paciente o a un lugar pactado con él. Se intenta elegir las opciones que modifiquen o alteren en menor medida las rutinas cotidianas.

En los pacientes en TDS o TDO, se realiza también el seguimiento de la quimioprofilaxis de los contactos familiares y se pone en conocimiento del Equipo de Atención Primaria que le corresponda. Si se considera necesario, se deriva a otras organizaciones o instituciones como casas de acogida, centros de dispensación de metadona u otros centros de salud.

Desde el inicio del Plan hasta el 31 de diciembre de 2005 se han seguido un total de 125 casos de enfermedad tuberculosa (64 TDO y 61 TDS) y 56 quimioprofilaxis entre sus contactos familiares.

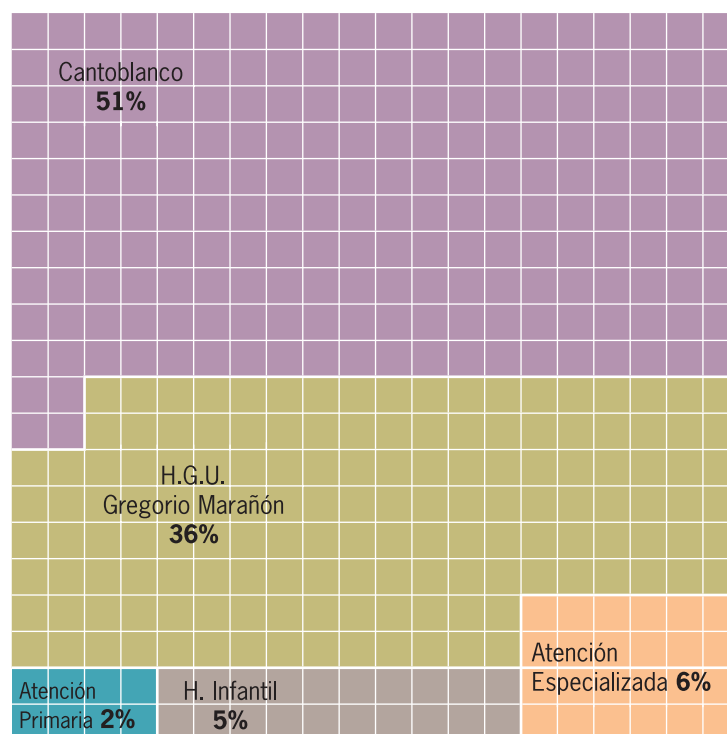
Las edades varían entre 10 meses a 85 años, con una media de edad es de 38 años. La distribución por sexo es la siguiente: 59 varones (71.1%) y 24 mujeres (28.9%).

**Gráfico 44.** Distribución de los casos por sexo y grupo de edad.



La captación de los casos ha sido fundamentalmente hospitalaria.

**Gráfico 45.** Captación de los casos



**Tabla 30.** Factores de riesgo de mala adherencia al tratamiento\*

	N	%
Usuarios de drogas/ VIH	49	39
Alcoholismo	41	33
Indigencia	20	16
Estancia previa en prisión	10	8
Enfermedad psiquiátrica	3	2
Graves problemas sociales	9	7
Inmigrantes	66	33
Multiresistencia	11	9

\* cada paciente puede tener más de un factor de riesgo

**Tabla 31.** Evolución de los casos

	N	%
Curación	74	59
Siguen en tratamiento	26	21
Derivados a otros dispositivos	14	11
Exitus por otra causa distinta a la tuberculosis	7	6
Abandonos del tratamiento	4	3

La duración media de los tratamientos es de 8 meses, con un rango entre 6 y 23 meses.

Se han realizado otras actividades derivadas del especial contacto con los enfermos y sus familias, como el acompañamiento de los pacientes a



los hospitales para el seguimiento clínico y la ayuda en las citaciones para consultas, análisis y radiografías. Resaltar también la importancia de la coordinación con otras instituciones a fin de facilitarles los trámites de ayudas que pudieran precisar (Atención Primaria, ONG's, Ayuntamiento de Madrid, Servicios Sociales).

Consideramos los resultados de este proyecto muy positivos, ya que se han conseguido curaciones de pacientes que sin este tipo de tratamientos posiblemente habrían abandonado, destacando que no hay ningún otro dispositivo sociosanitario que pueda llegar a estos pacientes con rapidez, desplazándose a los domicilios durante todo el tiempo que duran los tratamientos frente a la enfermedad tuberculosa.

#### 4.5.3 ATENCIÓN A LOS MAYORES

Según las necesidades detectadas a través del estudio cualitativo sobre la salud percibida por la población vallecana, se consensuaron unas propuestas en varias líneas de actuación, entre ellas las dirigidas a la atención de las personas mayores. Gran parte de este colectivo padece polipatologías, discapacidades, dependencia, disminución del apoyo familiar y social y necesidades de atención no formal; si a todo esto, le añadimos la existencia en los distritos vallecanos de un gran número de viviendas sin ascensor o la falta de espacios públicos, nos encontramos con un colectivo que requiere una atención especial y específica.

Desde el año 1996 existe en el Área sanitaria 1 un Programa Socio-sanitario de Atención a las Personas Mayores. Este programa se definió desde su inicio con un planteamiento integral, colaborativo y en coordinación entre los servicios sociales y sanitarios. A través de la Mesa de Coordinación del Plan Vallecas, se vio la oportunidad de realizar una evaluación del programa en los distritos de Vallecas, con el objetivo de, tras la valoración de los resultados obtenidos durante sus años de funcionamiento, poder redefinirlo y mejorarlo.

Para llevar a cabo la tarea evaluativa, se formó un grupo de trabajo con participación de técnicos de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, del Servicio de Salud Pública del área 1, de la Gerencia de Atención Primaria, de los Servicios Sociales de los dos distritos municipales, del Centro Madrid Salud de Villa de Vallecas y de representantes de los vecinos.

Este grupo, tras un largo e intenso debate, construyó la matriz evaluativa mediante la elaboración de preguntas sobre el programa que recogían la información útil, para posteriormente agruparlas por criterios y priorizar cinco áreas de evaluación:

- Escalas de valoración
- Coordinación
- Formación

- Área general del programa
- Servicios formales de apoyo a los cuidadores

Se ha pretendido recoger la opinión de todos los agentes implicados en el Programa, ya sean profesionales o población beneficiada, con el objeto de que todos los participantes expresen su opinión sobre su funcionamiento y sobre la atención que reciben los mayores y sus cuidadores en los distritos de Puente y Villa de Vallecas, para lo cual se realizaron encuestas dirigidas a los mayores y sus cuidadores, grupos de discusión y entrevistas a profesionales sociales y sanitarios. Además, se han recogidos datos de una muestra de las historias clínicas de los Centros de Salud de Vallecas.

Se ha tratado por tanto de una evaluación **formativa, intermedia, interna** y orientada fundamentalmente a los **procesos y resultados** del Programa.

El objetivo ha sido evaluar los logros y las posibles áreas susceptibles de mejora del programa, con el fin de orientar en la toma de decisiones e implementación de las medidas necesarias para lograr la prestación de una atención sociosanitaria más adecuada a la población mayor de los distritos de Vallecas y a sus cuidadores

Los resultados, que como ya se ha comentado, destacan las fortalezas y logros y las debilidades del programa, además de las conclusiones, hacen una serie de **recomendaciones** orientadas a la mejora, como por ejemplo:

- El apoyo y actualización del programa.
- La mejora en las dotaciones.
- La adecuación de los Sistemas de Información.
- El incremento del enfoque promotor de la salud.
- El fortalecimiento del apoyo entre profesionales y población.
- El incremento de la coordinación.
- Proporcionar mayor participación.
- Promover la formación integral.
- Homogenizar las escales entre sector social y sanitario.

#### 4.5.4 VOLUNTARIADO EN ATENCIÓN PRIMARIA. "AYUDA A LOS MAYORES: DA LA CARA"

En el año 2001, desde el Consejo de Salud "Numancia-Portazgo-Peña Prieta", se detectó la existencia de numerosas personas mayores en la zona, que si bien tenían cubiertas sus necesidades básicas sanitarias, de cuidados básicos y de servicios sociales, no tenían cubiertos aspectos relacionados con una vida de calidad ya que padecían situaciones de aislamiento, comunicación y problemas de acceso a los distintos recursos socio sanitarios.

Al mismo tiempo, también se detectó la existencia de un grupo de población de mediana edad, hiperfrecuentadora de los centros de salud, con baja autoestima, y mucho tiempo libre no canalizado adecuadamente.

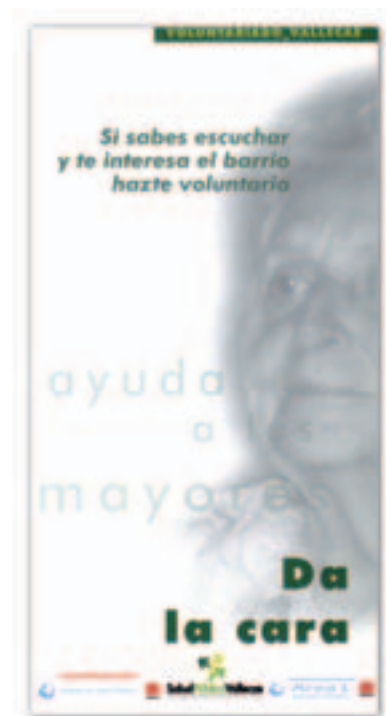
Así, desde este foro de participación comunitaria, se decidió impulsar la elaboración y puesta en marcha del proyecto “Ayuda a los Mayores: Da la Cara”, para intentar dar respuesta a estas dos necesidades encontradas: por un lado, atender las necesidades socio-sanitarias de las personas mayores dependientes, y por otro, mejorar la autoestima de quienes prestan esta ayuda como voluntarios.

En el diseño del proyecto han participado profesionales de los centros de salud de Numancia, Peña Prieta y Buenos Aires, y del Servicio de Salud Pública del Área 1. El objetivo primordial de dicho proyecto era formar un grupo de voluntarios que dependiendo de cada Centro de Salud y que tras un periodo previo de formación, pudieran ayudar a los mayores de la zona en actividades sencillas de gestión (citaciones, volantes, analítica, etc...), acompañamientos (a recursos socio-sanitarios, paseos a la calle...), actividades de apoyo en el hogar y en actividades de ocio y tiempo libre.

A principios del año 2004 se inició el pilotaje del proyecto en los centros Numancia y Peña Prieta, realizándose en este periodo 18 entrevistas a potenciales voluntarios, de los que finalmente se convirtieron en “activos” un total de 12.

Estos voluntarios han colaborado en distintas actividades de gestión, acompañamientos y en actividades de ocio; valorando la experiencia de forma muy positiva.

Asimismo, ha habido muy buena acogida del programa por parte de los mayores y sus familias manifestando un alto grado de satisfacción con el mismo.



#### 4.5.5 CONVIVENCIA E INMIGRACIÓN

Con el objetivo de conocer la situación de la inmigración en Vallecas, establecer criterios comunes de actuación y coordinar las actuaciones socio sanitarias dirigidas a inmigrantes, en el año 2002 se realizó un curso dirigido a profesionales sanitarios de Atención Primaria de Vallecas. Esta actividad concreta tuvo su importancia no solo desde el punto de vista formativo, sino que también ha servido de punto de encuentro entre profesionales del sector social y sanitario.

Como recurso social en materia de inmigración, dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, se encuentra el Centro de Atención Social a Inmigrantes (CASI) de Vallecas, que complementa las actuaciones de los servicios sociales generales, ofreciendo actividades

encaminadas a promover la integración social y laboral de los inmigrantes y el acceso normalizado a los servicios públicos sanitarios y sociales.

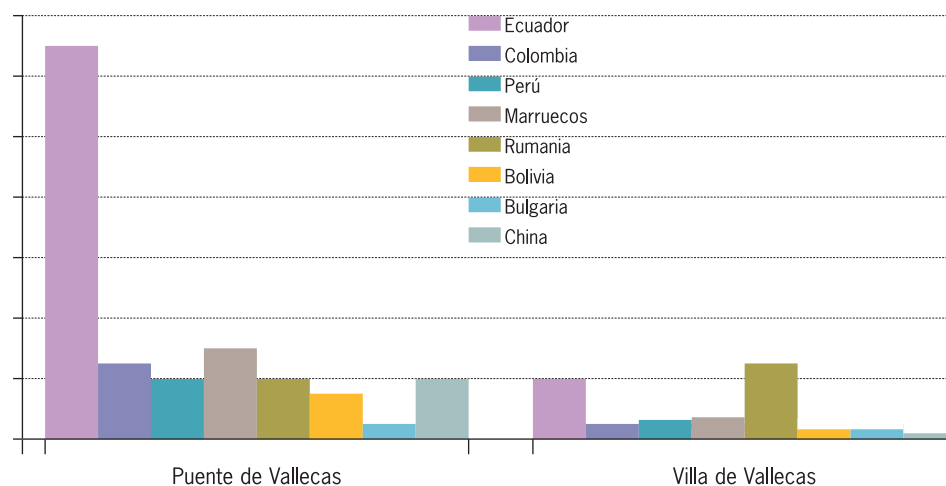
Bajo el liderazgo del CASI se constituyó en el año 2003 la **Mesa de Convivencia de Puente y Villa de Vallecas**, que asume un papel informativo y de coordinación de recursos, como foro local en materia de inmigración y de convivencia vecinal en el que se implican vecinos, asociaciones e Instituciones.

Como ya se ha dicho al inicio de este informe, en el capítulo que trata sobre la población vallecana, entre los distritos del municipio de Madrid que más inmigrantes extranjeros acogen (año 2005), se encuentra Puente de Vallecas donde el 16,4% de la población es extranjera, en Villa de Vallecas la población extranjera empadronada representa el 13,6%.

En cuanto a la edad, y sobre todo la juventud, es una característica demográfica importante a tener en cuenta de esta población. La población extranjera de Puente es en promedio 12,5 años más joven que la población española empadronada en el distrito (edad promedio de los extranjeros es de 29,7 años y de los españoles 42,2 años). En Villa de Vallecas, la diferencia es algo menor, 9,9 años, pero también se observa una población extranjera más joven (edad promedio de los extranjeros es de 29 años y los españoles 38,9). Por otro lado, la población extranjera en edad escolar (menores de 16 años) representa el 17,3% en Puente y el 14,9% en Villa de Vallecas.

El lugar de procedencia más frecuente es América Latina (Ecuador y Colombia), seguido de Países del Este (Rumania) y África. La población inmigrante por nacionalidades los distritos vallecanos viene recogida en el siguiente gráfico.

**Gráfico 46.** Población clasificada por nacionalidad y distrito de residencia a 1 de julio de 2004



Entre las actividades desarrolladas por esta Mesa de Convivencia, destacamos la realización en junio de 2004 de un **“Informe sobre la situación actual de los distritos de Puente y Villa de Vallecas desde el punto de vista de la Convivencia”**, realizado con el fin de analizar los factores que influyen en las relaciones de convivencia en Vallecas. El análisis se realizó abordando cuatro ámbitos:

- Vivienda y relaciones vecinales
- Salud
- Ocio y uso de los espacios públicos
- Educación

Asimismo de una manera transversal a los cuatro anteriores, se analizaron las **relaciones de género, las relaciones generacionales y el empleo**.

Los objetivos de este informe se centraron en el diagnóstico de los problemas alrededor de la inmigración, en promover el debate y la reflexión social, en detectar conflictos, en sensibilizar y en coordinar actuaciones.

Del análisis del ámbito sobre la salud, se resaltaron como elementos que favorecen la convivencia:

- La legislación que garantiza el derecho a la salud
- El reto profesional que plantea la existencia de un contexto de multiculturalidad
- La buena utilización de los recursos
- Las campañas de divulgación

Y como elementos que dificultan la convivencia:

- El desconocimiento de las normas y trámites por parte de la población inmigrante
- El desconocimiento de otras culturas por parte de los sanitarios
- La masificación de los recursos
- La falta de mediadores y/o interpretes

Las conclusiones de este informe dan pie, como punto de partida, al establecimiento de las líneas de intervención de actuaciones futuras en los ámbitos de análisis planteados.

Las actividades de la Mesa de Convivencia continúan asumiendo, como ya se ha comentado, el importante papel informativo y de coordinación para las actuaciones que en materia de inmigración se realizan en Vallecas y organizando actividades concretas que ayuden al conocimiento entre vecinos.

## 4.6 DIFUSIÓN DEL PLAN VALLECAS

Dentro de las actividades del Plan, un objetivo fundamental ha sido siempre el dar a conocer sus actuaciones entre los vallecanos y difundir toda la información generada, tanto entre la población como entre los profesionales y comunidad científica.

En primer lugar, se realizó una campaña de publicidad con el lema: “Tenemos un Plan”, para la que se diseñaron carteles y folletos explicativos para difundirlos entre la población a través de centros de salud, centros de especialidades, juntas municipales de distrito, centros municipales de salud, centros culturales, etc.



Además, se creó una página web: [www.madrid.org/plan\\_vallecas](http://www.madrid.org/plan_vallecas), que pretende dar a conocer el Plan y las actividades que se están realizando. Por otro lado, a través de esta página web, se ha pretendido mantener una vía de comunicación directa no sólo con los vallecanos, sino con todas aquellas personas interesadas en la experiencia que se está llevando a cabo en Vallecas. Para ello se instaló un buzón de sugerencias y se van publicando periódicamente las noticias más relevantes relacionadas con el Plan.

Desde su puesta en marcha en 2002, ha recibido una media mensual de 2000 visitas, y se han atendido a todas las consultas que se han recibido en el buzón.

A lo largo de estos años, tanto técnicos como vecinos han participado en numerosos foros y congresos para explicar el Plan, intentando siempre dejar

constancia de la metodología empleada para su desarrollo, como modelo de intervención en salud pública.

Como se ha visto en este documento el Plan ha generado gran cantidad de información, que se ha difundido, por un lado, entre la población y cuando era necesario por la importancia del tema se organizaban reuniones monográficas para explicar a los vecinos y sus representantes el estudio realizado y los resultados obtenidos.

También se han expuesto los resultados de los diferentes estudios en reuniones nacionales e internacionales. Hasta ahora y desde el inicio del Plan, se han presentado 3 comunicaciones a congresos internacionales y 23 comunicaciones a distintas reuniones nacionales.

**Tabla 31.** Comunicaciones a Congresos

COMUNICACIÓN	FORO	LUGAR	FECHA
La experiencia de Vallecas como ejemplo de intervención en Salud Pública	Foro Madrileño de Salud Pública	Madrid	nov. 2002
Plan Vallecas: Una experiencia urbana de Mejora de Salud Pública	III Jornadas de Salud Municipal de Alcobendas	Alcobendas	feb. 2003
Plan Vallecas: la participación ciudadana en la mejora de la salud pública	X Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)	Santander	may. 2003
Desigualdad en salud: Mortalidad en Vallecas	X Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)	Santander	may. 2003
Percepción de la influencia sobre la salud de los Riesgos Ambientales	VII Congreso Nacional de Sanidad Ambiental	Salamanca	jun. 2003
Estudio sobre condiciones de vivienda y salud en Barrio Viejo (Vallecas)	Jornadas de la Asociación Madrileña de Administraciones Sanitarias	Córdoba	oct. 2003
Necesidades de Salud Percibidas: estudio cualitativo en el marco de la mejora de la Salud Pública en Vallecas	II Congreso Nacional sobre la Cultura de las Salud	Madrid	nov. 2003
Plan de Mejora de la Salud Pública de Vallecas	VII Congreso de la Red Española de Ciudades Saludables y II Congreso de la Red Madrileña de Ciudades Saludables	Alcalá de Henares	nov. 2003
Análisis de la participación y la no respuesta: estudio piloto de marcadores biológicos para la vigilancia de la exposición a contaminantes ambientales en Madrid	Reunión del grupo de la Red INMA (Infancia y Medio Ambiente)	Valencia	feb. 2004
Plan Vallecas: an experience of participation in public health	4ª Conferencia Europea de Pueblos y Ciudades Sostenibles	Aalborg (Dinamarca)	jun. 2004
Surveillance of exposure to environmental pollutants using biomarkers in two health areas of Madrid, a pilot study	Congreso Europeo de Epidemiología	Oporto (Portugal)	sept. 2004
Desigualdades en salud en el distrito de Vallecas	XXII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología	Cáceres	oct. 2004
Plan de Mejora en Salud Pública en Vallecas	XXII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología	Cáceres	oct. 2004
Vigilancia de la exposición a contaminantes ambientales mediante biomarcadores en dos áreas sanitarias de la comunidad de Madrid: estudio piloto	XXII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología	Cáceres	oct. 2004
Análisis de la participación en un estudio poblacional de exposición a contaminantes ambientales	XXII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología	Cáceres	oct. 2004
Plan Integral: una experiencia de participación y coordinación	Sesiones monográficas de Salud Pública. DGSPyA	Madrid	feb. 2005
Plan integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas	Candidatura al V premio a la Excelencia y Calidad de la Administración de la Comunidad de Madrid	Madrid	feb. 2005
Análisis de Riesgos Ambientales para la Salud. Proyecto piloto de aplicación de herramientas SIG en Salud Pública, Plan Vallecas	VIII Congreso Nacional de Sanidad Ambiental	Toledo	jun. 2005
Niveles metales pesados (plomo, cobre, cromo, hierro y níquel) en el agua del grifo de Vallecas	VIII Congreso Nacional de Sanidad Ambiental	Toledo	jun. 2005
Plan Vallecas	Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria	Madrid	sept. 2005
Control de la tuberculosis en el área 1 de Madrid: aplicación de tratamientos directamente observados y supervisados	XXIII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)	Gran Canarias	nov. 2005
Metales pesados en sangre de cordón umbilical	XXIII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)	Gran Canarias	nov. 2005
Determinación de micronúcleos como biomarcadores de genotoxicidad en el proyecto Bio-Madrid	XXIII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)	Gran Canarias	nov. 2005
Estudio piloto de vigilancia de la exposición a contaminantes ambientales mediante biomarcadores: descripción de la población estudiada	XXIII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)	Gran Canarias	nov. 2005
El Plan Vallecas: Una experiencia apasionante en materia de participación ciudadana	XI Congreso de la Sociedad Española de de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)	Gran Canarias	nov. 2005
Mejorando la Salud Pública en Vallecas	Jornada Técnica de Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS)	Gran Canarias	nov. 2005



## 5. ESTRATEGIAS Y COMPROMISOS DE FUTURO

---

El Plan Vallecas ha supuesto un reto, tanto para los profesionales implicados como para los ciudadanos, por la filosofía de trabajo planteada. Desde su puesta en marcha en el año 2001, se ha logrado crear un espacio donde la Administración Sanitaria y la población se reúnen para estudiar, debatir y consensuar las acciones a desarrollar en materia de salud pública. Existen pocas experiencias como ésta en el campo de la salud, pese a que la población es el eje fundamental en torno al cual se deben articular las políticas de Salud Pública.

En este marco, la participación ciudadana y la coordinación interinstitucional constituyen la base fundamental de las acciones desarrolladas en el Plan, en línea con las orientaciones de la OMS-Región Europea para el establecimiento de las políticas de salud, que se concretan en 21 objetivos agrupados en 4 estrategias principales para la acción<sup>27</sup>:

1. Estrategias multisectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.
2. Programas orientados a los resultados en salud e inversiones para el desarrollo de la salud y de la atención sanitaria.
3. Atención Primaria de salud orientada a la comunidad y la familia.

Proceso participativo que implique a los agentes relevantes en el desarrollo de la salud (en casa, en la escuela, en el trabajo y en la comunidad, tanto a nivel local como regional), que promueva la toma de decisiones conjuntas, la puesta en marcha de estas decisiones y la transparencia.

La experiencia adquirida en estos años constituye un valioso capital de partida para establecer las estrategias de futuro para Vallecas, manteniendo la coherencia y continuidad con el planteamiento y objetivos del Plan Integral. En este periodo se ha avanzado, en mayor o menor grado, en el análisis del estado de salud, en el conocimiento de los factores de riesgo ambiental, en el desarrollo de promoción de hábitos saludables, etc. No obstante, para que estas acciones tengan un impacto positivo en la población, deben ser continuas en el tiempo, ya que las intervenciones puntuales en salud pública no resultan ser eficaces a largo plazo. Por otro lado, aprovechando el Plan Vallecas, se han pilotado estudios y proyectos, que por su trascendencia deberían hacerse extensivos al resto de la Comunidad.

---

<sup>27</sup> Programa "Salud para Todos en el Siglo XXI"

## **5.1 CONSOLIDACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN**

Uno de los principales compromisos del Equipo Técnico ha sido, desde el comienzo del Plan, conseguir la participación interinstitucional para todas las actividades realizadas y así poder coordinarlas, evitar en la medida de lo posible la duplicidad en las acciones, agilizarlas y llegar al mayor número posible de población y actores implicados.

La estrategia seguida y que consideramos que ha de seguir utilizándose, ha sido lograr la participación, compromiso y coordinación con todos los organismos, instituciones, asociaciones y ONG's, es decir realizar un trabajo en RED adecuando las actuaciones a cada situación en cada momento y a su vez promocionar otras redes de apoyo social y sanitario, valorando que sistemas de información permiten mejorar la coordinación de la oferta en materia de salud pública, canalizando las demandas y agilizando la comunicación.

En este sentido de participación y compromiso, ha sido y será imprescindible el mantenimiento de la participación de los ciudadanos agrupados en torno a las asociaciones vecinales, a los foros de participación establecidos y a través de las demandas directas. Esta participación de los ciudadanos, que como ya se ha comentado no solo ha sido informativa, les ha proporcionado el poder de participar en la toma de decisiones y deberá ser entendida como tal y seguir dando empoderamiento en el futuro a la población de Vallecas

Otras formulas que se seguirán utilizando como hasta ahora, es la difusión de las actividades y tareas llevadas a cabo, a través de los foros profesionales y medios de comunicación, para el conocimiento general de la población tanto dentro como fuera del ámbito de los distritos vallecanos, así como la evaluación anual de la capacidad de coordinación y la posterior adecuación de actuaciones.

## **5.2 MONITORIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

Conocer el estado de salud de la población ha sido una de las líneas de actuación fundamentales, estudiando los indicadores de salud disponibles, con el fin de identificar los principales problemas y necesidades de salud de los vallecanos. El análisis del estado de salud es una parte imprescindible de cualquier plan de salud, ya que para alcanzar el objetivo final de mejorar el nivel de salud de la población, es necesario programar las acciones en función de los problemas detectados.

Debido a los profundos cambios a los que estamos asistiendo en los últimos años (demográficos, de los estilos de vida y de los determinantes de la salud) y para poder adaptar nuestras intervenciones a las necesidades de cada

momento, esta línea de trabajo debe ser continuada en el tiempo y realizarse periódicamente.

La monitorización del estado de salud se plantea en consonancia a las líneas de trabajo ya iniciadas:

- 1.- Situación demográfica y socioeconómica.
- 2.- Identificación de los principales problemas de salud y la evolución.
- 3.- Percepción de la salud y calidad de vida.

Para la comprensión de realidades complejas como las relacionadas con salud-enfermedad, a parte de los indicadores clásicos de salud objetiva (mortalidad, morbilidad), es necesario explorar otros aspectos más subjetivos como son la percepción y sentimientos que los individuos tienen de su propia salud. Todo ello enmarcado en la filosofía de trabajo del Plan Vallecas, de hacer partícipes a los ciudadanos en los temas relacionados con su salud. Por lo tanto, las acciones futuras deberán contemplar la realización de encuestas de salud, cuestionarios de calidad de vida o percepción de riesgos.

### **5.3 MEDIOAMBIENTE Y SALUD**

Las estrategias que se proponen en relación con el medioambiente y la salud recogen los compromisos incluidos en el documento de Propuestas de Actuación Consensuadas correspondiente al Estudio de Necesidades de Salud Percibidas de la población de Vallecas, así como las conclusiones de los estudios realizados en este ámbito<sup>28</sup>.

Estas estrategias responden a tres líneas de trabajo fundamentales: el desarrollo de un sistema de vigilancia de riesgos ambientales, la implantación de un sistema de vigilancia de la contaminación ambiental y de sus efectos y la consolidación del método de investigación-acción desarrollado en el Plan Vallecas como instrumento en las intervenciones desde sanidad ambiental.

### **5.4 HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD**

Tal y como acepta la comunidad científica, para que las actuaciones de EpS encaminadas a mejorar los estilos de vida tengan un impacto positivo en la

---

<sup>28</sup> La metodología y conclusiones del Estudio de Necesidades de Salud se exponen en el punto 4.2 de la presente Memoria y los estudios medioambientales en el punto 4.3.

población, deben ser continuadas en el tiempo, ya que las acciones puntuales no resultan realmente eficaces a largo plazo. Siguiendo este precepto, las distintas acciones de prevención y promoción de salud llevadas a cabo en la primera etapa del Plan, se pretenden implantar ofreciéndoles continuidad temporal, incorporando además a éstas, otras estrategias nuevas que las complementen. Asimismo, tras el éxito del pilotaje de los distintos proyectos en Vallecas, se ve conveniente extenderlos en un futuro a todo el territorio del área 1.

En el ámbito de los centros escolares, se pretende integrar las actuaciones **Promoción de la Salud en la Escuela del Área 1**, adaptándolas las necesidades actuales y confeccionando un “catálogo” de actividades mínimas, que se deberían desarrollar en cada curso escolar anualmente. Se incluirían estrategias dirigidas a mejorar la alimentación y nutrición en escolares, como el proyecto **“Desayunos Saludables”** (para el cual se diseñarán nuevas actividades adaptadas a las diferentes etapas, que amplíen y trabajen otros conceptos como la alimentación en general o el ejercicio físico), o el proyecto **“Valoración Nutricional de las Planillas de los Menús de Comedores Escolares”** (para el que se realizará y pondrá en marcha una aplicación informática gracias a la cual los centros docentes podrán confeccionar los menús directamente, de acuerdo a las recomendaciones de dieta equilibrada con la supervisión de los técnicos de salud pública). Además, relacionadas con este tema, se pretenden imbricar nuevas líneas de trabajo que incluyan la gastronomía como vehículo para favorecer la integración y el conocimiento de diferentes culturas, y otras iniciativas encaminadas a la detección precoz, por parte de las familias, de trastornos en comportamientos alimentarios.

Además de las actividades de promoción de la alimentación, se incluirán también proyectos para mejorar hábitos higiénicos, prevenir el inicio del consumo de tabaco, evitar accidentes, etc. Asimismo, también se valorará la formación dirigida a profesionales educativos.

Otro colectivo sobre el que se pretende incidir debido a su especial vulnerabilidad, es el de jóvenes. La principal línea de trabajo para este colectivo, pasa por desarrollar el **Programa para la Atención Integral al Adolescente del Área 1** y programas de formación dirigidos a profesionales de Atención Primaria, poniendo en marcha ediciones de Cursos Monográficos sobre Atención al Adolescente en relación con temas de alimentación, salud mental, conductas adictivas, sexualidad. etc.

Finalmente para el futuro, se desarrollarán líneas dirigidas a colectivos más vulnerables y se abrirán nuevas áreas de trabajo transversales, que incluirían actividades dirigidas a todos los grupos poblacionales (niños, jóvenes, adultos, ancianos y otros colectivos). Las principales estrategias que se desarrollarán, girarán en torno a:

- Plantear la realización de un programa integral de actuaciones socio sanitarias en los asentamientos marginales en colaboración entre Instituciones, asociaciones y ONGs.
- Participar en las actividades surgidas de los foros de coordinación en materia de prevención del inicio al consumo de otras sustancias adictivas.
- Promover la información sobre salud en los medios de comunicación diseñando las campañas informativas necesarias.
- Fomentar el asociacionismo mediante el apoyo económico a través de subvenciones.
- Mejorar y actualizar el Programa Socio Sanitario de Atención al Mayor.
- Otras medidas a valorar.

*Edita:* **Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid**

*Diseño y diagramación:* **[www.andreatomasov.com](http://www.andreatomasov.com)**

*Imagen de portada* ©DigitalGlobe    *Cedida por* ©Google Earth





# PLAN INTEGRAL de mejora en Salud Pública de Vallecas 2001/2005

# 110

Documentos Técnicos de Salud Pública

