

Las desigualdades geográficas de la mortalidad en Madrid

Enrique POZO RIVERA y Aurora GARCÍA BALLESTEROS
Departamento de Geografía Humana
Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

Una de las conclusiones que se obtienen en los distintos trabajos realizados sobre la mortalidad desde diferentes ámbitos científicos es la existencia de una clara desigualdad social y territorial ante la muerte. En todos los trabajos se resalta la presencia de una mortalidad diferencial según variables como el sexo, la edad, el nivel cultural, la condición socioeconómica y también, como no podía ser menos, desigualdades geográficas.

En efecto, los geógrafos se han ocupado, en los escasos trabajos realizados, por el estudio de las configuraciones espaciales de la mortalidad a diferentes escalas, desde la macro a la microescala, describiéndolas primero para luego plantear su análisis causal a partir de toda una serie de factores de distinta índole: social, cultural, económico, ecológico etc...

En el presente artículo pretendemos una primera aproximación al estudio de esas configuraciones espaciales en Madrid utilizando los datos aportados por la Consejería de Salud de la CAM sobre los barrios de la ciudad para el período 1987-1989.

La referencia a un período de tres años en el trabajo responde a la necesidad de resolver un problema metodológico importante. La utilización de unidades de análisis pequeñas, los barrios, donde en algunos casos no se lle-

ga a los 5.000 personas, supone someterse al riesgo de obtener resultados muy inciertos, pues el número de defunciones es muy escaso y puede variar bastante de un año a otro. Ese riesgo disminuye mucho aunque no se elimina por completo al considerar un número medio de defunciones en un período que como mínimo debe de ser de tres años.

Otro problema metodológico importante es el de la elección de los indicadores. Aunque se va a utilizar la clásica tasa bruta de mortalidad, la mayor parte del trabajo se basa en indicadores más significativos, como la tasa de mortalidad infantil y, sobre todo, el índice comparativo de mortalidad. En estos dos indicadores la ventaja reside en que reflejan muy bien el nivel real de la mortalidad, mientras que la tasa bruta de mortalidad está muy determinada por la estructura por edad de la población.

Entre estos dos indicadores, y dado que en los países desarrollados las variaciones en la mortalidad infantil son muy escasas, se ha optado básicamente por el segundo, construyéndose las tasas estandarizadas de mortalidad o índice comparativo para la totalidad de los barrios madrileños. Para la construcción de este indicador hay dos sistemas: la estandarización directa e indirecta. En el primero, llamado también de la población tipo, se utiliza en los cálculos como referencia la estructura por edad y sexo de una determinada población, que en nuestro caso va a ser la de la ciudad de Madrid. En el segundo, llamado de la mortalidad tipo, se utilizan las tasas de mortalidad por edad y sexo de la unidad geográfica de referencia. Los resultados en ambos casos son muy similares, aconsejándose uno u otro método en función de los objetivos de cada trabajo y la disponibilidad o no de determinados datos. En nuestro estudio se ha utilizado el primer método, ya que nos limitamos tan sólo al análisis de la mortalidad por sexo y edad, sin descender al examen de las causas de muerte, que será objeto de otros trabajos dentro del proyecto de investigación número 280/92, subvencionado por la CAM, sobre «las desigualdades geográficas de la mortalidad y la morbilidad en la CAM».

LAS DESIGUALDADES ESPACIALES DE LA MORTALIDAD EN MADRID

En una primera aproximación las tasas brutas de mortalidad de los barrios madrileños dibujan unas configuraciones espaciales que reproducen con algunas matizaciones el mapa del envejecimiento en la ciudad, como no podía ser menos dada la influencia de la estructura por edad en dicho indicador. En este sentido los tres mapas elaborados (Fig. 1 a 3) reflejan cómo la realidad de la mortalidad en Madrid no se puede reducir ya a la antigua oposición centro-periferia, pues si bien es cierto que las mayores tasas se localizan en los barrios del centro y del ensache, hay muchas áreas tanto del antiguo extrarradio como de la periferia más reciente con elevadas tasas por distintas razones.

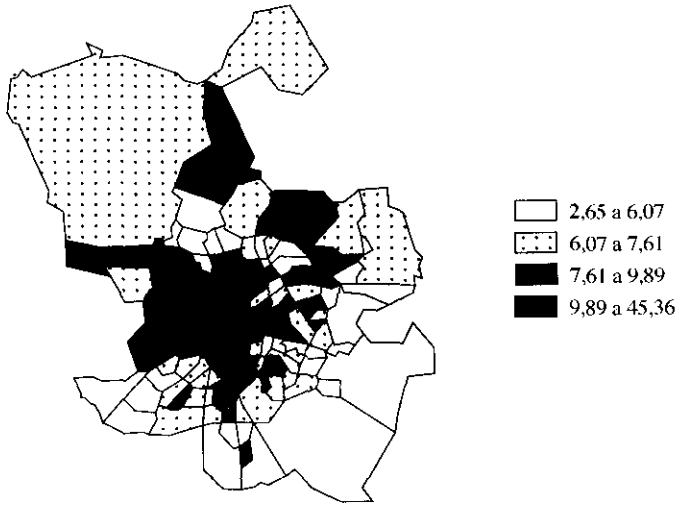


Figura 1.—Tasa bruta de mortalidad. Ambos sexos, 1987-1989. ‰

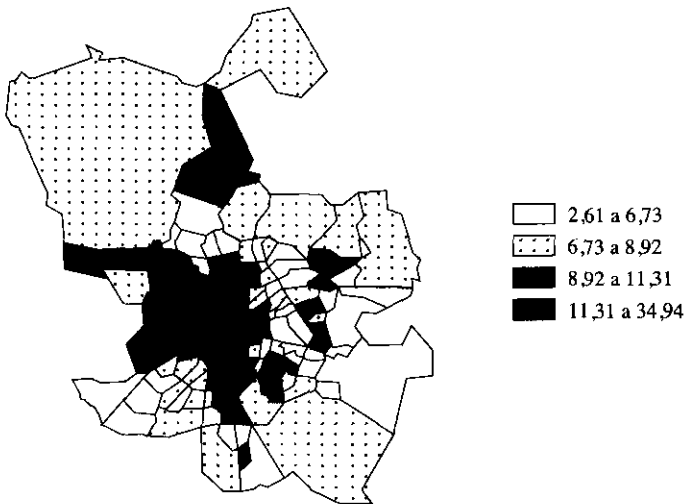


Figura 2.—Tasa bruta de mortalidad. Hombres, 1987-1989. ‰

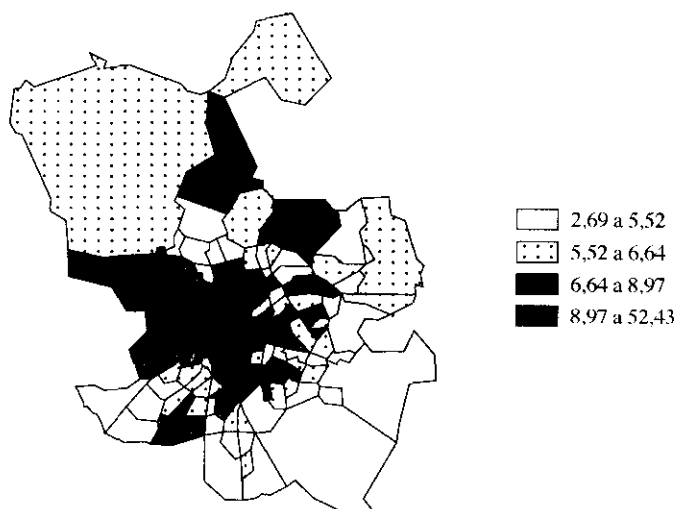


Figura 3.—Tasa bruta de mortalidad. Mujeres, 1987-1989. ‰

Por lo que se refiere al centro de la ciudad se puede hablar de una cierta homogeneidad, ya que la mayoría de sus barrios, tanto los del casco histórico como los de su ensanche decimonónico, presentan valores muy altos en consonancia con su carácter de zonas consolidadas urbanísticamente y habitadas por una población muy envejecida.

Fuera de la ciudad histórica la heterogeneidad es la nota dominante en contraste con lo que sucedía hace apenas un par de lustros. El intenso proceso de envejecimiento no afecta ya sólo al centro urbano, sino que se ha ido extendiendo rápidamente por los barrios del extrarradio. Así, en los respectivos mapas se observan dos hechos de interés. El primero es la aparición de un gradiente de descenso en la mortalidad desde los barrios más próximos a la ciudad histórica a los más alejados. Este gradiente, con las excepciones que más adelante se señalan, responde a la propia lógica de la dinámica urbana de la periferia madrileña. Buena parte de los barrios próximos a la ciudad histórica pertenecían al viejo extrarradio, que se extendía desde los límites del ensanche hasta el del municipio antes de la incorporación, en los años cuarenta, de los pueblos limítrofes (Hortaleza, Canillas, Fuencarral, Vallecas, Vicálvaro...). Se trata o bien de barrios surgidos en el último cuarto del siglo XIX a lo largo de las principales vías de acceso a la capital, o bien de barrios de los años cuarenta y cincuenta destinados a clases media y alta (ensanches Castellana-Príncipe de Vergara) o construidos para la clase obrera (San Blas). En ambos casos el proceso de envejecimiento ha sido más temprano e intenso que en el resto de la periferia madrileña.

En este conjunto destacan por su alta mortalidad tres sectores. En primer lugar los barrios surgidos al norte de la ciudad, donde se puede distinguir entre los sectores populares apoyados en la antigua carretera de Burgos (actual calle de Bravo Murillo) y los barrios acomodados del ensanche Castellana-Príncipe de Vergara. En segundo lugar, los barrios surgidos al este de la ciudad a lo largo de la antigua carretera de Barcelona (actual prolongación de la calle de Alcalá) hasta enlazar con San Blas en la Ciudad Lineal. Por último, un amplio sector suroriental, apoyado en las carreteras de Andalucía y Valencia.

Salvo en el caso del ensanche Castellana-Príncipe de Vergara, en el que las altas tasas se deben a la presencia de numerosas residencias privadas de ancianos, el resto de los sectores se corresponden con barrios antiguos cuyo crecimiento urbano se inicia en el último cuarto del siglo XIX. Se trata de barrios muy consolidados que presentan desde hace décadas un saldo migratorio negativo que ha agravado su temprano proceso de envejecimiento.

El segundo hecho es la aparición, dentro de una periferia que en general presenta los valores más bajos de mortalidad por la presencia de una estructura joven de su población asociada a su reciente ocupación residencial, de barrios con tasas de mortalidad muy altas. Este es el caso de barrios como El Goloso y Valdefuentes al norte, El Plantío, Aravaca y Valdemarín al oeste, Puerta Bonita al sur o Conde Orgaz y Palomas al este. En todos ellos la explicación hay que buscarla en la presencia de equipamientos colectivos para la población anciana. En efecto, la iniciativa privada y pública podía disponer en ellos de suelo abundante y sobre todo más barato para la localización de los citados equipamientos, a los que se suma también en algunos casos un buen número de establecimientos de órdenes religiosas en las que el grado de envejecimiento es también muy alto.

El análisis de la mortalidad estandarizada (Fig. 4 a 6) hace aparecer unas configuraciones espaciales en gran parte distintas al disminuir la influencia de la estructura por edad de la población. En líneas generales se observa cómo al estandarizar disminuye considerablemente el número de barrios de la ciudad histórica con altas tasas, mientras que por el contrario aparece la periferia noreste, este y sureste como el espacio de mayor incidencia de la mortalidad. En un análisis más pormenorizado se pueden destacar algunos hechos de interés. En primer lugar destaca la consolidación del distrito centro, el más antiguo de la ciudad, como un espacio netamente desfavorable por su alta mortalidad. Esta coincidencia no es exclusiva de Madrid, pues hay muchas ciudades españolas y europeas (París o Bruselas, por ejemplo) donde coinciden las más altas tasas de mortalidad con el antiguo casco histórico. Este ámbito urbano de alta mortalidad, más intensa por otra parte en los hombres que en las mujeres, hay que ponerlo en relación con tres cuestiones. Por un lado, el envejecimiento en esos barrios es el más alto de la ciudad, con índices que alcanzan y superan el 25 por 100. La estandarización lógicamente re-

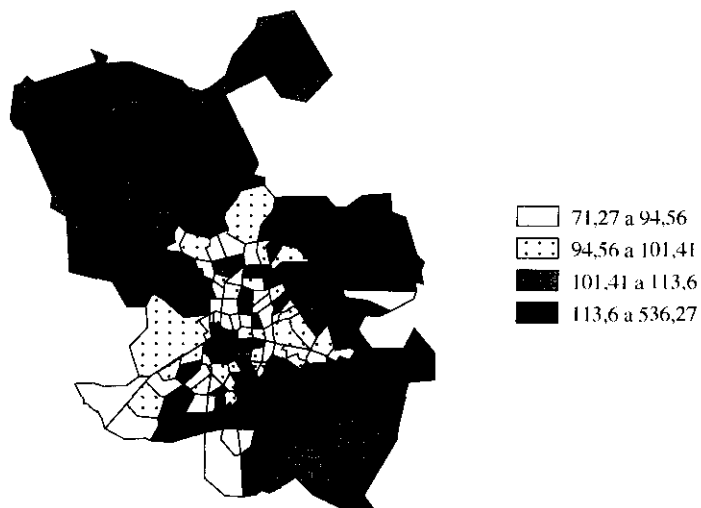


Figura 4.—Tasa de mortalidad estandarizada. Ambos sexos, 1987-1989.

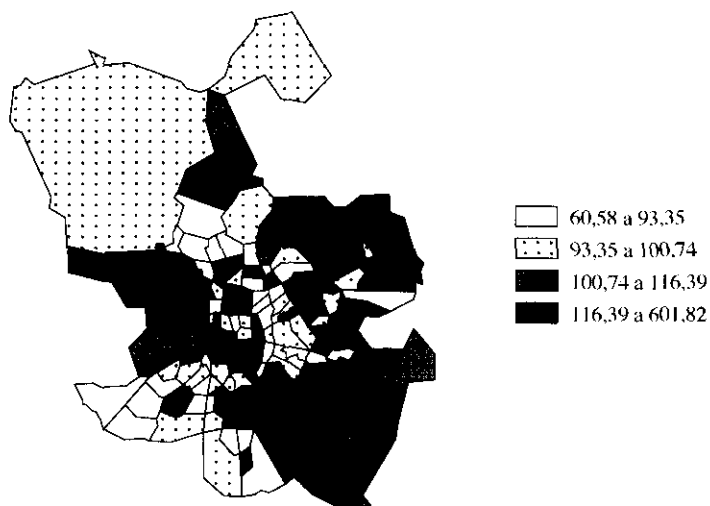


Figura 5.—Tasa de mortalidad estandarizada. Hombres, 1987-1989.

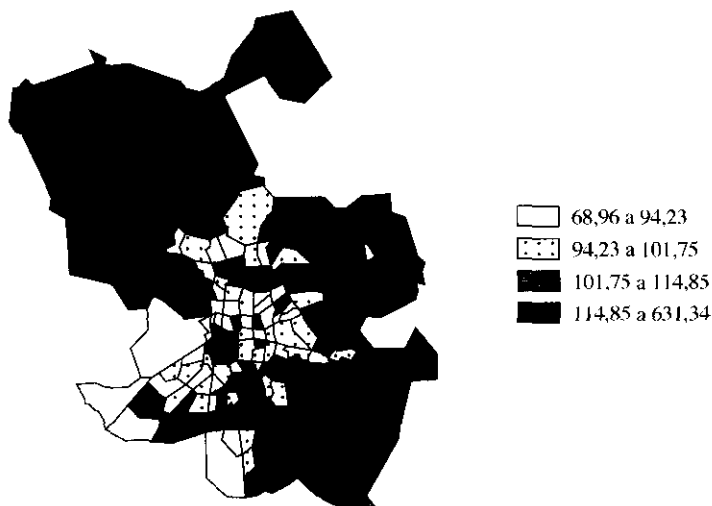


Figura 6.—Tasa de mortalidad estandarizada. Mujeres, 1987-1989.

duce la influencia de la estructura por edad, pero no la elimina por completo, por lo que es posible que la incidencia de ese fuerte envejecimiento se deje notar en la mortalidad. Por otro lado, en ese distrito se alcanzan valores altos de población que vive en establecimientos colectivos en los que el peso de los ancianos es elevado tanto por la presencia de residencias como por la localización de un buen número de órdenes religiosas fuertemente envejecidas. Por último, la alta mortalidad es un indicador más que refuerza la situación problemática del distrito centro. En realidad la elevada tasa de mortalidad se entiende en la lógica de un distrito que presenta unas condiciones socioeconómicas, urbanas y ambientales especialmente desfavorables. En efecto, la degradación urbana, puesta de manifiesto por la mala situación del parque inmobiliario, con abundantes casos de infraviviendas absolutas o de viviendas con numerosas carencias dotacionales, y el deterioro de la calidad medioambiental por distintas circunstancias (tráfico, actividades molestas etc...), va acompañada de una situación sociodemográfica en la que el escaso nivel cultural, alto paro, tasas de pobreza elevadas, presencia de minorías étnicas e inmigrantes ilegales y escasa cualificación laboral, se conjugan para crear un caldo de cultivo apropiado para el desarrollo de numerosas patologías sociales (drogadicción, delincuencia, mendicidad...). Todo ello consolida un espacio degradado donde marginación, pobreza, desigualdad e inseguridad influyen en las condiciones de morbilidad y mortalidad de forma considerable.

En segundo lugar, con la estandarización se observa una mejora clara de los barrios del ensanche decimonónico, apreciable sobre todo en las mujeres.

Una mejora palpable en el sector norte y nordeste, es decir las zonas de mayor nivel socioeconómico del mismo, donde los únicos barrios que sobresalen por sus tasas más altas (Almagro, Lista...) coinciden con sectores muy envejecidos, a lo que se suma la presencia de establecimientos colectivos diversos. Por el contrario, hay una zona del ensanche que destaca por sus altas tasas de mortalidad. Se trata del ensanche sur, donde barrios como Atocha, Legazpi o Delicias presentan valores muy altos, tanto en los varones como en las mujeres, sirviendo de nexo de unión entre el centro histórico de la ciudad y una periferia sudeste de tasas también elevadas. De nuevo en este espacio urbano factores socioeconómicos y medioambientales permiten explicar su situación. Desde la segunda mitad del siglo XIX, en el contexto de un Plan de Ensanche que consagra la segregación socioespacial de la ciudad, esta zona se consolida como lugar para la localización de almacenes, depósitos e industrias al abrigo de las distintas estaciones de ferrocarril que se instalan en ella, además de todo tipo de actividades molestas e insalubres que se trasladan desde el interior de la ciudad (mataderos, mercados...). A esta vocación fabril se le va a añadir una función residencial de poca calidad para una población de escasos recursos y bajo nivel cultural. Hoy en día la zona conserva su vieja vocación industrial, pero los efectos de las sucesivas crisis económicas y las nuevas formas de producción industrial han provocado un deterioro importante del tejido empresarial al que se suma una mala situación residencial y socioambiental para dibujar un espacio social degradado que distintas actuaciones urbanas intentan recuperar.

En tercer lugar, con la estandarización la periferia de la ciudad aparece con una situación de mortalidad más desfavorable. Ahora bien, la periferia está lejos de representar un espacio homogéneo, puesto que junto a un buen número de barrios con alta mortalidad hay otros con una mejor situación. Asimismo, las causas que lo explican pueden ser y de hecho lo son diferentes en algunos casos lo que obliga a descender más en el análisis.

En este sentido las figuras elaboradas ponen de manifiesto tres hechos significativos: en algunos barrios la alta mortalidad se explica por la presencia de establecimientos colectivos, tanto residencias privadas o públicas para la tercera edad como conventos de órdenes religiosas. Normalmente estos centros se localizan en barrios periféricos donde el suelo es más abundante y barato, coincidiendo además con zonas donde el total de población es muy reducido. En estas condiciones y aun con la estandarización la influencia del envejecimiento es muy importante, y ello se refleja en consecuencia en una mayor mortalidad. Estos barrios se localizan en la periferia, independientemente de sus características socioeconómicas. Así encontramos altas tasas en la periferia sur en barrios como Buenavista y Puerta Bonita o en Valdefuentes, en el noreste (distrito de Hortaleza), coincidiendo con zonas de bajo nivel socioeconómico. Pero también hay tasas elevadas en barrios del norte como Mirasierra, El Pardo o El Goloso, en el eje de la carretera de La Coru-

ña (El Plantío, Valdemarín y Aravaca) y al noreste del ensanche (Atalaya, Colina, Nueva España, Piovera...), coincidiendo con zonas de residencia de clase media e incluso alta. La explicación está en la incidencia de los equipamientos antes citados, apareciendo diferencias entre ambos sexos en función del tipo de oferta de plazas en los mismos.

Los valores más altos de la mortalidad se localizan en la periferia este y sureste de la ciudad, es decir en el sector de Madrid más deprimido desde el punto de vista social y económico. En efecto, son los distritos de Barajas, San Blas, Vicálvaro, Vallecas, Puente de Vallecas y Usera, y los barrios más alejados de los de Carabanchel, Villaverde y Hortaleza, los que presentan las tasas más altas. La importancia de los factores socioeconómicos, culturales y medioambientales es evidente en estos barrios. Los mapas de la mortalidad estandarizada reproducen a grandes rasgos los de algunos indicadores de este tipo. Así la coincidencia de la alta mortalidad con zonas de elevadas tasas de analfabetismo o de población sin estudios, con escaso nivel de renta, alta tasa de paro y asalarización, altos porcentajes de población que trabajan en la industria y en la construcción con escaso nivel de cualificación, baja calidad de la vivienda, etc., indica una vez más la asociación de este hecho demográfico con *condiciones de marginación y pobreza que inciden en una menor práctica de la medicina preventiva y en una mayor exposición a factores de riesgo.*

Por último, dentro de la periferia la mortalidad más baja se localiza en aquellas áreas de mejor situación socioeconómica. Así, barrios cercanos al ensanche, ya consolidados y sometidos en muchos casos a procesos de renovación u otros promovidos por la iniciativa privada a partir de los años sesenta para clase media, se encontrarían en una situación mucho más favorable que el resto de la periferia. Son fundamentalmente barrios situados al norte del ensanche, en los distritos de Chamartín, Fuencarral y Tetuan (con la excepción de Almenara y Valdeacederas), o al este del mismo en los de Retiro, Moratalaz y Ciudad Lineal, o por último, al suroeste en el de Latina. En todos ellos los indicadores socioeconómicos son más favorables, existe una mayor dotación de equipamientos de todo tipo y una mejor calidad residencial y medioambiental.

BIBLIOGRAFÍA

- BLANCO, M., y FARRÉ, M. (1990): «Niveaux et causes de mortalité dans les provinces espagnoles», *Espace-Populations-Sociétés*, núm. II.
- COHEN, A. (1989): «Las disparidades geográficas de la mortalidad en España», en *Análisis del desarrollo de la población española en el período 1970-1986*, Síntesis, Madrid.
- COHEN, A. (1990): «La dynamique géographique de la mortalité en Espagne (1975-1988)», *Espace-Populations-Sociétés*, II.

- COMUNIDAD DE MADRID (1989): *Análisis de la mortalidad en la Comunidad de Madrid*, Consejería de Salud.
- CURSON, P. (1986): «Geography, Epidemiology and human health», in Clarke, J. I. (1986), *Geography and Population*, Oxford Pergamon Press.
- CHAUVIRÉ, Y. (1990): «Les inégalités en matière de mortalité a Paris et dans la petite couronne», *Espace-Populations-Sociétés*, II.
- DÍAZ DEL CAMPO FONTECHA, J. M. (1990): *Mortalidad por causas violentas en el municipio de Madrid, 1975-1985*, Ayuntamiento de Madrid. Documento trabajo núm. 00030.
- FAUS-PUJOL, M. C. (1990): «Morbidity-mortality in Spain», *Espace-Populations-Sociétés*, II.
- FOX, J. (1989): *Health, inequalities in European countries*, Aldershot. Gower.
- GARCÍA BALLESTEROS, A., y POZO RIVERA, E. (1993): «Estructura por sexo y edad de la población de Madrid», *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, núm. 13.
- GÉNOVA I MALERAS, R. (1994): «Tendencias recientes de la mortalidad en la Comunidad de Madrid», *Economía y Sociedad*, núm. 10.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1990): *Las causas de muerte en España 1981-1985*, Instituto de Demografía. Madrid.
- (1990): *Tendencias en la evolución reciente de la esperanza de vida de los españoles 1968-1985*, Instituto de Demografía, Madrid.
- LÓPEZ-ABENTE ORTEGA, G. (1984): *Mortalidad por cáncer en Madrid*, Fundación Científica de la Asociación Española contra el cáncer, Madrid.
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J. J. (1991): *El proceso de envejecimiento urbano y sus implicaciones geográficas en el municipio de Madrid*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid.
- NOIN, D., y THUMERELLE, P. J. (1993): *L'étue géographique des populations*, Masson, París.
- OJIVERA POL, A. (1993): *Geografía de la salud*, Síntesis. Madrid.