

Objetivo 9

Reducir las lesiones derivadas
de actos violentos y de accidentes

9

Objetivo 9. Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y de accidentes

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

3. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales.

En 2005 el Comité Regional de la OMS dictó una resolución para orientar el trabajo sobre la prevención de lesiones en Europa. La OMS/Europa informó sobre los avances en la implementación de la anterior resolución, basado en una encuesta realizada a 31 Estados miembros en 2008 y a 47 países en 2010.

Centrarse en los niños y jóvenes

Las lesiones son la principal amenaza para la salud de la infancia y adolescencia en la Región Europea de la OMS. Sobre esta base, el Plan de Acción de la OMS de Salud y Medio Ambiente para la infancia de Europa ('CEHAPE') establece como objetivo prioritario regional número 2 la prevención y la reducción sustancial de las consecuencias para la salud de los accidentes y las lesiones, mediante la promoción de entornos humanos sanos, seguros y favorables para toda la infancia.

Abordar la seguridad vial, un problema de salud en todo el mundo

En 2004 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó, por abrumadora mayoría, una resolución para hacer frente a la falta de seguridad en las carreteras del mundo, que es responsable de la muerte de 1,2 millones de personas y lesiones y discapacidades a otras 50 millones de personas cada año. Los Estados Miembros y las organizaciones internacionales destacaron la importancia de los aspectos de salud pública sobre la falta de seguridad vial y la necesidad de una respuesta multisectorial que incluya la participación activa del sector de salud pública.

OMS/Europa llama al sector de la salud a asumir un papel más fuerte y más proactivo, además de su papel de liderazgo en la vigilancia de lesiones y tratamiento. Se promueve una nueva reflexión sobre la seguridad vial en Europa, que se base en la seguridad en el sistema de transporte, y apoye la mejora de los mecanismos de aplicación y herramientas para lograr la seguridad vial.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

9.1. Causas externas

- 9.1.1. Indicadores generales
- 9.1.2. Mortalidad por causas externas
- 9.1.3. Accidentes autodeclarados
- 9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria
- 9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas
- 9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

9.2. Accidentes de tráfico

- 9.2.1. Indicadores generales
- 9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico
- 9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico
- 9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico
- 9.2.5. Factores determinantes

9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

- 9.3.1. Indicadores generales
- 9.3.2. Mortalidad por suicidio

9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

9.4.1. Inmigración y violencia de género

9.4.2. Adolescencia y violencia de género

9.4.3. Mujeres con VIH/sida sometidas a Violencia de Género

9.4.4. Violencia de pareja hacia la mujer - Conclusiones

9.5. Conclusiones

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

Las causas externas tienen un especial impacto en la mortalidad en las edades jóvenes y así son una causa importante de mortalidad prematura y discapacidad, especialmente en hombres. En 2012 la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 9,5 (13,2 en hombres y 6,5 en mujeres). Respecto a 2006 la carga de enfermedad por causas externas en 2012 ha disminuido un 51,0% (62,0% en hombres y 17,0 % en mujeres) (Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Causas externas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Causas externas			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	493	397	890
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,9	11,9	13,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,8	4,4	8,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,2	6,5	9,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	842,4	770,4	805,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,39	0,15	0,28
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.058	5.692	13.750
Años de Vida Perdidos. CM.	5.650	2.833	8.483
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.408	2.859	5.267

9.1.2. Mortalidad por causas externas

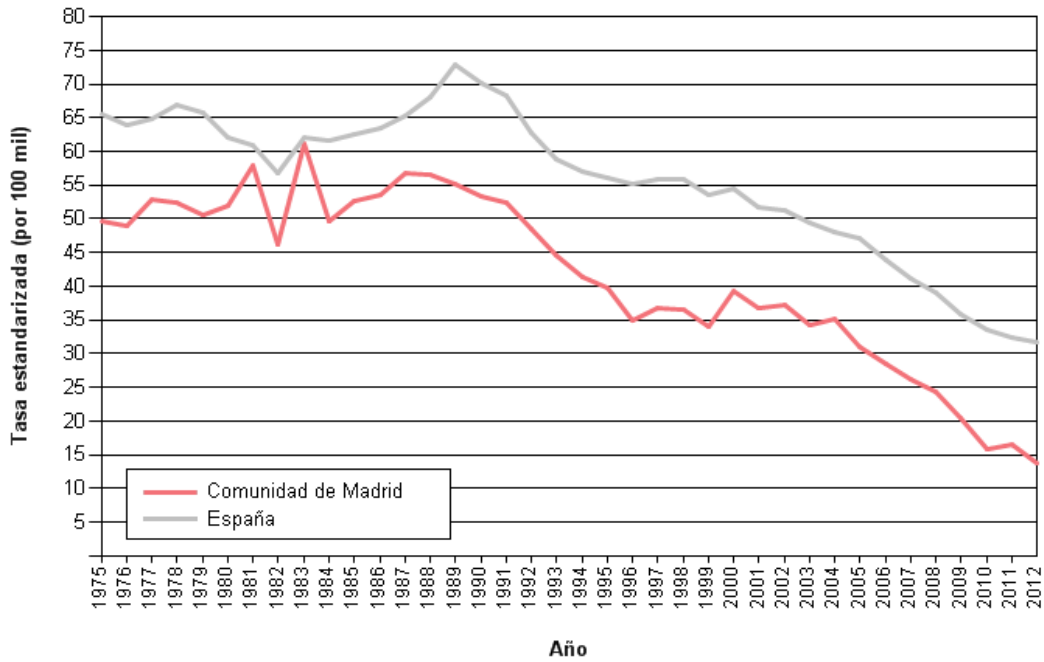
La mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid continúa su tendencia claramente descendente (Figura 9.1). Considerando las tasas ajustadas, durante el periodo 2000-2012 la mortalidad descendió un 65,6% en hombres y un 48,0 % en mujeres. Los hombres presentan en 2012 una tasa ajustada que duplica a la de las mujeres.

Desde 1975 la mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es inferior a la nacional, especialmente en hombres. Asimismo, el descenso en las tasas observado en la última década es notablemente superior en la Comunidad de Madrid.

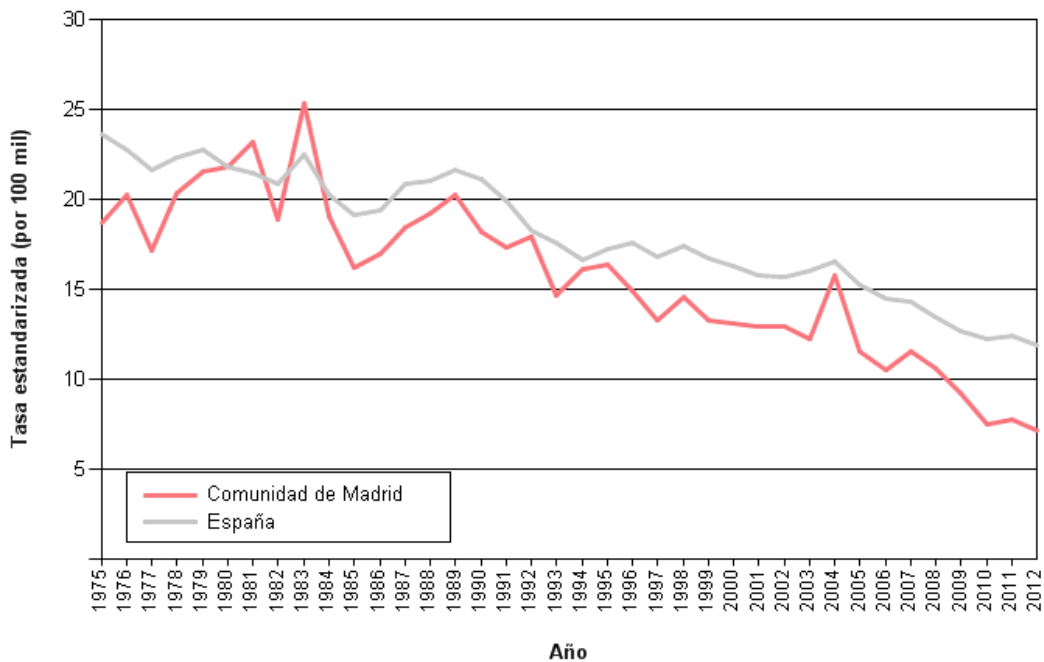
Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres



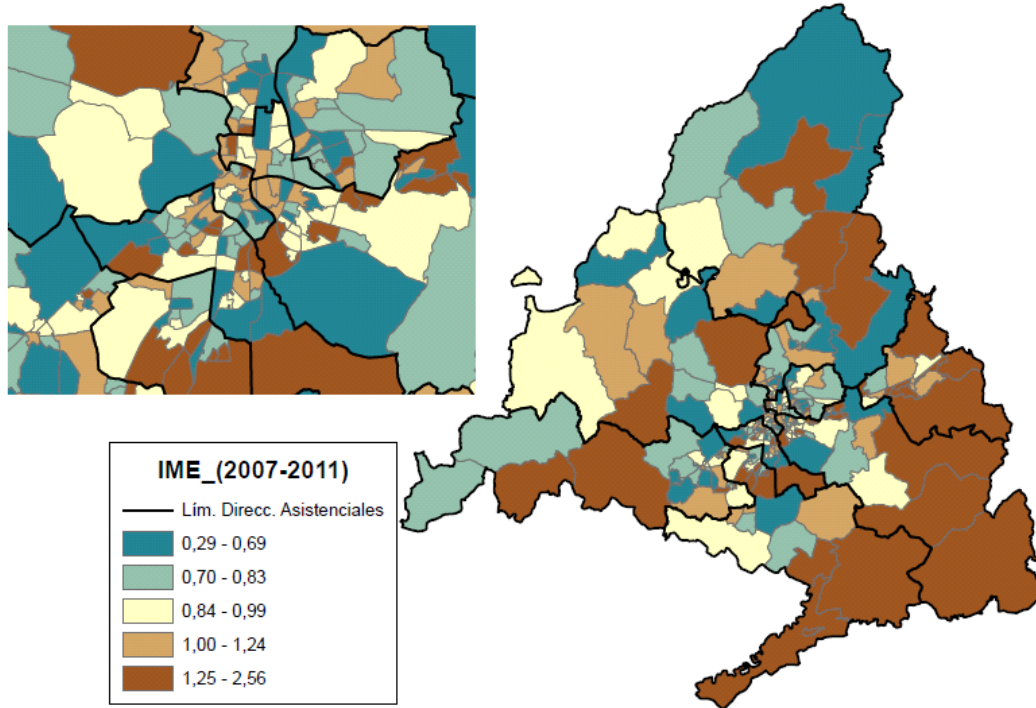
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La **Figura 9.2** muestra la mortalidad por causas externas 2007-2011, distribuida por secciones censales, para cada sexo, en la forma de quintiles de la Razón Estandarizada de Mortalidad. No se observa un patrón claro de agregación en la Comunidad de Madrid, siendo en hombres la zona sureste la que presenta la agregación mayor de secciones censales con alta mortalidad.

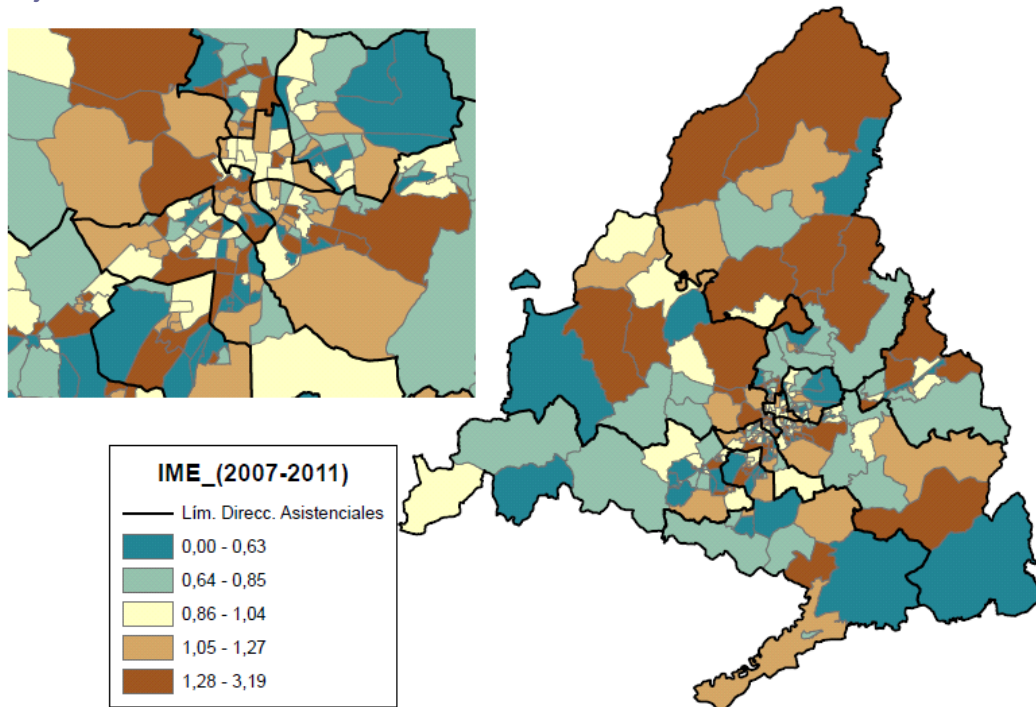
Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



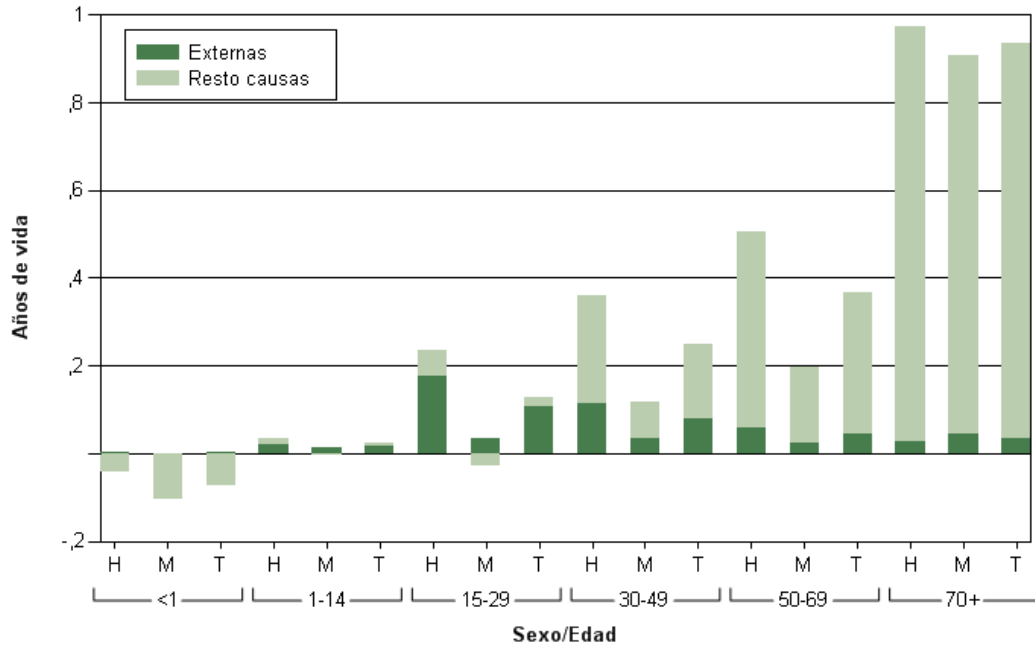
Mujeres



Entre 2007 y 2012 las causas externas de muerte han contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población madrileña en 0,39 años en hombres y 0,15 años en mujeres. Las mejoras se han producido sobre todo en el tramo de edad de 15 a 49 años (Figura 9.3).

Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid. 2007-2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1 Accidentes en jóvenes

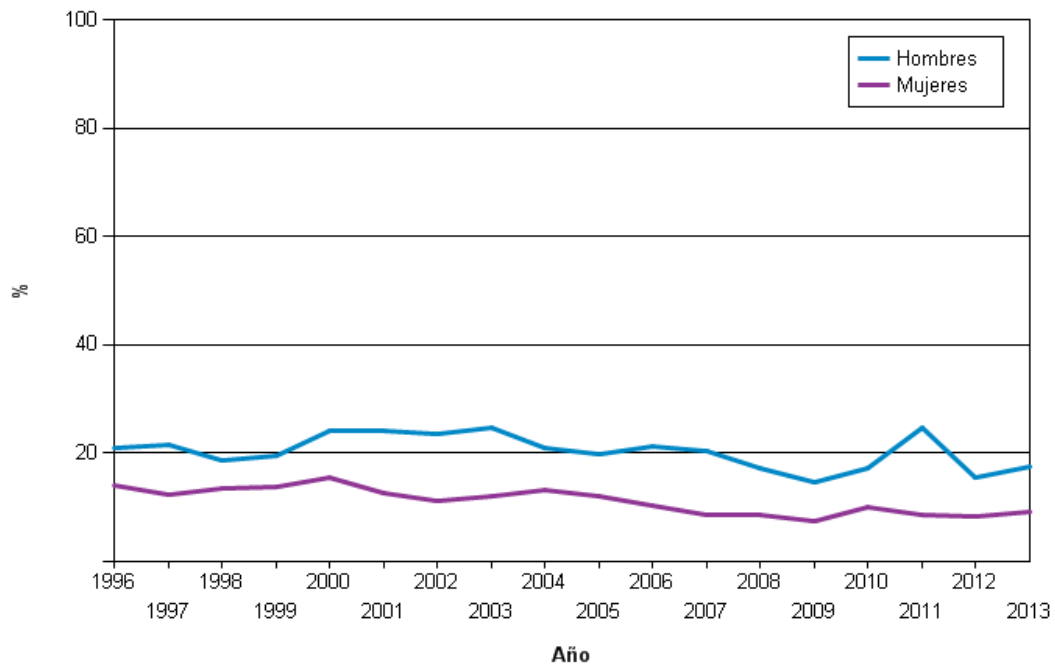
De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), el 13,4% de los jóvenes de 15 y 16 años entrevistados en 2013 tuvo en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo casi 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación en las que se produjo el último accidente, en los chicos el motivo más frecuente tiene que ver con la práctica deportiva (28,7%), el segundo en la calle (18,3%) y en tercer lugar en casa (17,0%). En las mujeres se originaron fundamentalmente en casa (41,2%), seguido de los accidentes relacionados con la práctica deportiva (14,3%) o en otro lugar no especificado (13,4%).

Desde 1996 la evolución de la frecuencia de accidentes muestra una tendencia predominantemente descendente, tanto en chicos como en chicas. El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2012/2013 fue del 21,7% en los chicos y del 34,0% en las chicas (Figura 9.4).

Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



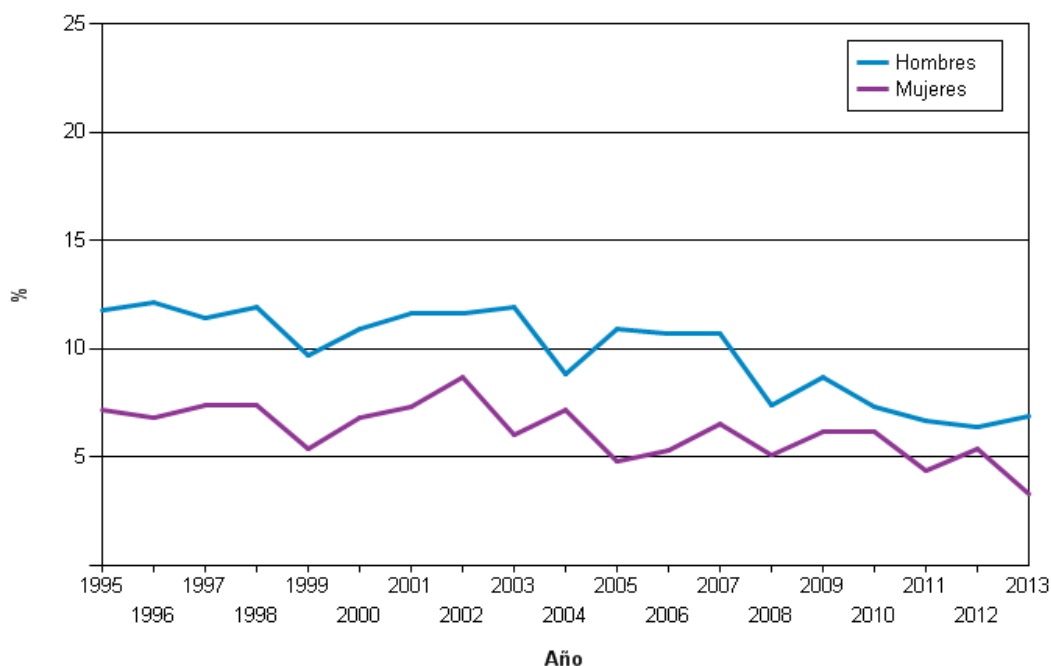
9.1.3.2. Accidentes en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) un 5,1% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven.

Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 44,4% en hombres y del 37,9% en mujeres durante el 2012/2013 respecto a 1995/1996 (Figura 9.5).

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones atendidas en Atención Primaria representan en 2013 el 4% de todos los episodios atendidos (Tabla 9.2). Existe una tendencia ascendente sostenida en las tasas ajustadas anuales durante los últimos años (2005-2013), con un incremento del 26,3% en hombres y del 33,3% en mujeres, las cuales presentan actualmente tasas superiores a los hombres. La población extranjera presenta en 2013 tasas ajustadas un 18,4% inferiores a las de los españoles.

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2012 y 2013.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	385.300	4,6	126,4 (128,9)	372.515	4,6	122,1 (124,4)
Mujeres	485.832	3,7	146,6 (136,2)	461.006	3,7	139,5 (129,8)
Nacidos fuera de España	118.346	3,8	102,4 (111,8)	107.707	3,8	97,4 (105,7)
Nacidos en España	743.420	4,1	142,8 (135,5)	716.046	4,1	136,4 (129,5)
Total	871.132	4,0	136,9 (133,6)	833.521	4,0	131,2 (128,0)

El incremento durante el período referido anteriormente se ha producido en todas las regiones de la Comunidad de Madrid, oscilando desde el 9,9% de la Dirección Asistencial Sur (la que presenta actualmente una mayor tasa) hasta el 50,3% de la Dirección Asistencial Centro (Tabla 9.3).

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2012 y 2013.

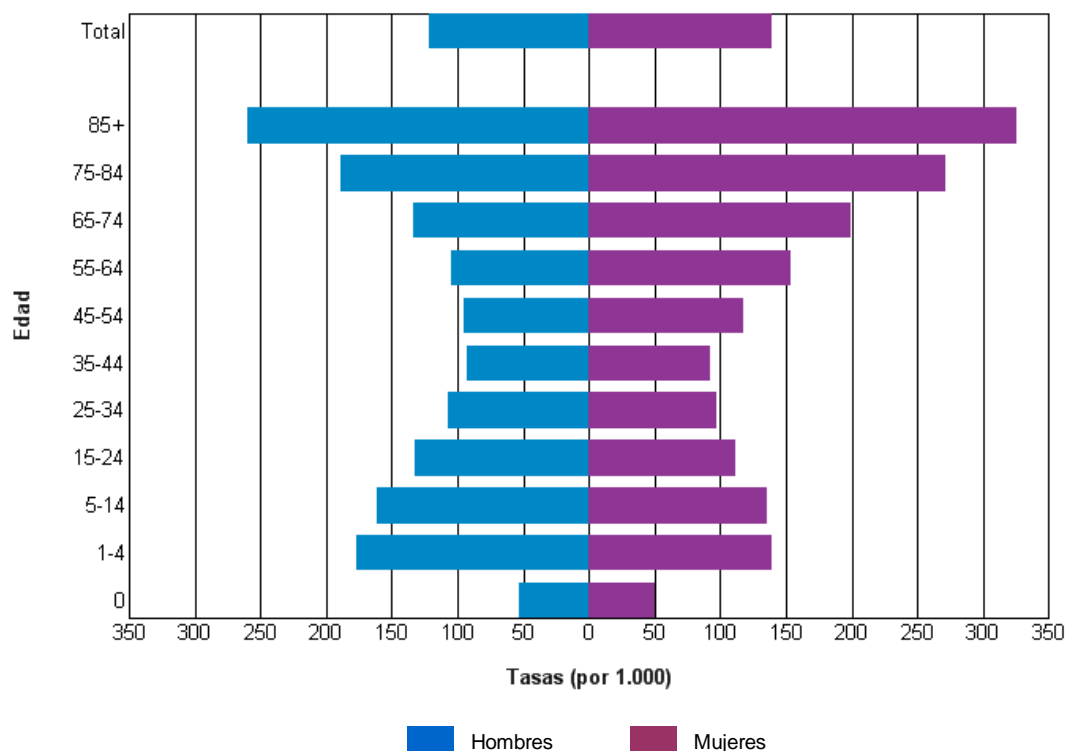
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	159.957	4,0	130,1 (119,9)	156.845	3,9	128,8 (119,5)
Norte	103.607	4,0	127,5 (123,6)	98.579	4,1	121,0 (117,9)
Este	132.985	4,0	144,0 (140,4)	120.521	4,0	130,3 (126,7)
Sureste	133.803	4,0	141,5 (139,3)	128.714	4,0	136,2 (133,9)
Sur	110.460	3,9	150,0 (151,4)	104.995	3,8	142,3 (143,1)
Oeste	103.944	3,9	144,6 (146,0)	101.587	3,9	141,3 (141,7)
Noroeste	126.376	4,5	127,0 (124,0)	122.280	4,5	122,8 (120,3)

Si observamos la distribución por edades, vemos que las lesiones se acumulan en las edades extremas de la vida (Figura 9.6). Las mujeres presentan las mayores tasas por encima de los 64 años, siendo éstas sensiblemente superiores a las de los hombres. Éstos alcanzan mayores tasas que las mujeres hasta los 34 años, siendo inferiores a las mismas a partir de esta edad, a pesar de sufrir también un aumento posterior en las edades tardías de la vida.

Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La primera causa de morbilidad por accidentes en menores de un año son las conmociones cerebrales y contusiones. En el resto de edades son las heridas incisas seguidas por las contusiones, o las picaduras de insecto entre 1 y 4 años (Figura 9.7).

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=784	L76-Otras fracturas N=467	S12-Picadura de insecto N=314	S16-Contusión/magulladura N=298	A85-Efecto adverso med dosis correcta N=228
01-04	S18-Laceración/herida incisa N=14146	S12-Picadura de insecto N=9249	S16-Contusión/magulladura N=5299	N79-Conmoción cerebral/contusión N=4952	S14-Quemaduras/escaaldaduras N=2109
05-14	S18-Laceración/herida incisa N=22205	S16-Contusión/magulladura N=17405	S12-Picadura de insecto N=14465	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9744	L79-Esguinces y distensiones NE N=7476
15-24	S18-Laceración/herida incisa N=12833	S16-Contusión/magulladura N=10313	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8698	S12-Picadura de insecto N=5190	L79-Esguinces y distensiones NE N=5050
25-34	S18-Laceración/herida incisa N=16395	S16-Contusión/magulladura N=10520	A88-Efectos adversos factores físicos N=8828	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8815	A80-Traumatismo/lesión NE N=6744
35-44	S18-Laceración/herida incisa N=19918	S16-Contusión/magulladura N=11540	A88-Efectos adversos factores físicos N=9042	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8492	S12-Picadura de insecto N=7965
45-54	S18-Laceración/herida incisa N=17540	S16-Contusión/magulladura N=10594	A88-Efectos adversos factores físicos N=7602	S12-Picadura de insecto N=6950	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=6191
55-64	S18-Laceración/herida incisa N=13964	S16-Contusión/magulladura N=9414	A88-Efectos adversos factores físicos N=7228	S12-Picadura de insecto N=5702	L76-Otras fracturas N=5236
65-74	S18-Laceración/herida incisa N=14556	S16-Contusión/magulladura N=10402	A88-Efectos adversos factores físicos N=7751	L76-Otras fracturas N=6313	S12-Picadura de insecto N=4511
75-84	S18-Laceración/herida incisa N=17807	S16-Contusión/magulladura N=12108	A88-Efectos adversos factores físicos N=8890	L76-Otras fracturas N=7903	L75-Fractura de fémur N=3817
85+	S18-Laceración/herida incisa N=13983	S16-Contusión/magulladura N=6836	L75-Fractura de fémur N=4946	L76-Otras fracturas N=4098	A88-Efectos adversos factores físicos N=3970

* Código CIAP-2 correspondiente. N= número de episodios

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

En los últimos años ha subido levemente el porcentaje de altas hospitalarias debidas a causas externas (5,8% en 2013, 4,9% en 2010). Las dos principales de ellas, mucho más frecuentes que las restantes, son las fracturas (41,5%) y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (34,8%) (Tabla 9.4).

Las tasas de altas hospitalarias por causas externas aumentan con la edad, y de forma notable en las últimas décadas de la vida. Globalmente son ligeramente superiores en hombres (8,73 altas por mil habitantes frente a 8,12 en mujeres en 2013), pero a partir de los 75 años son más frecuentes en mujeres. Durante el periodo 2003-2013 las tasas han aumentado un 37,2% en mujeres y un 16,4% en hombres (Figura 9.8).

Las caídas accidentales son el mecanismo de lesión más frecuente entre las causas externas. Son más frecuentes en personas añasas y en mujeres, en torno a 1,4 veces más frecuentes que en hombres (Figura 9.9). Durante el periodo 2003-2013 las tasas de altas por lesiones por caídas accidentales han aumentado un 92,1% en mujeres y un 84,8% en hombres.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fractura (800-829)	10.030	37,3	12.363	45,7	22.393	41,5
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	9.526	35,4	9.271	34,3	18.797	34,8
Herida abierta (870-897)	1.310	4,9	629	2,3	1.939	3,6
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos	1.228	4,6	394	1,5	1.622	3,0
Luxación (830-839)	753	2,8	519	1,9	1.272	2,4
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	983	3,7	950	3,5	1.933	3,6
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	517	1,9	749	2,8	1.266	2,3
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	566	2,1	550	2,0	1.116	2,1
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	395	1,5	167	0,6	562	1,0
Contusión (920-924)	276	1,0	322	1,2	598	1,1
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	354	1,3	400	1,5	754	1,4
Quemadura (940-949)	234	0,9	173	0,6	407	0,8
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	292	1,1	252	0,9	544	1,0
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	164	0,6	98	0,4	262	0,5
Lesión superficial (910-919)	47	0,2	33	0,1	80	0,1
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	82	0,3	49	0,2	131	0,2
Efecto tardío de causa externas (905-909)	113	0,4	108	0,4	221	0,4
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	41	0,2	15	0,1	56	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	9	0,0	5	0,0	14	0,0
Total Causas Externas						
Nº de altas	26.920		27.047		53.967	
% sobre total de altas	6,41%		5,36%		5,84%	

Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

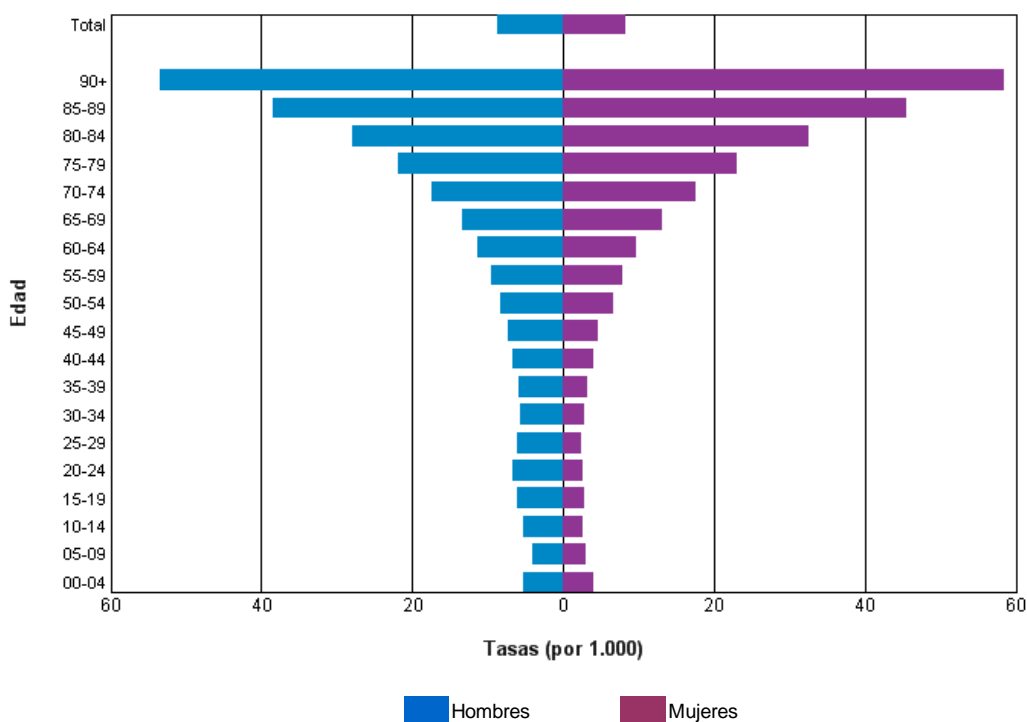
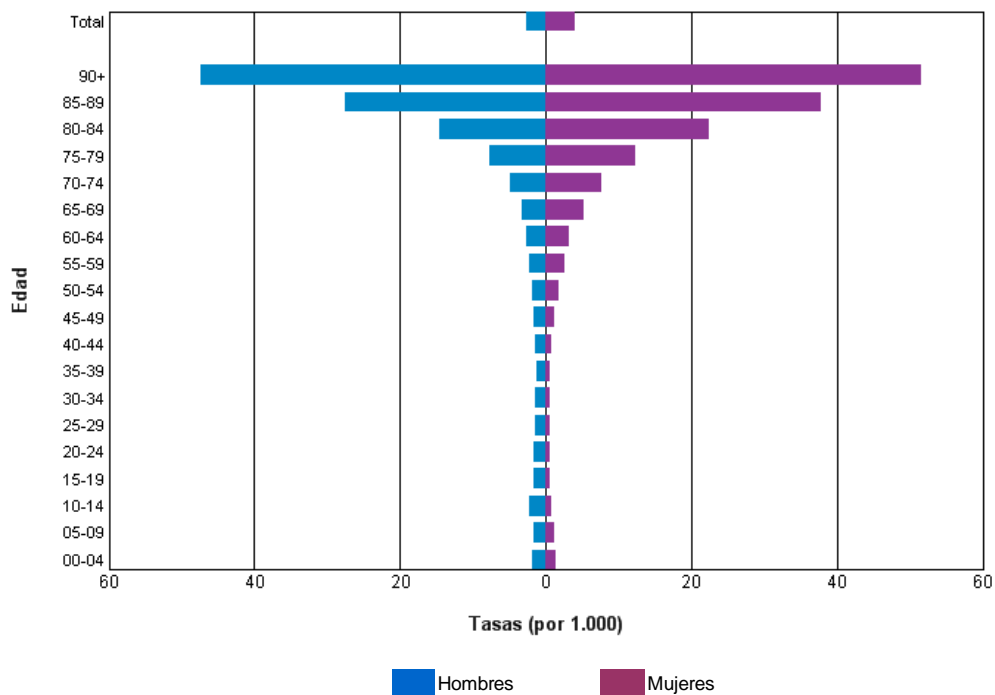


Figura 9.9. Causas externas consecuencia de caídas accidentales. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

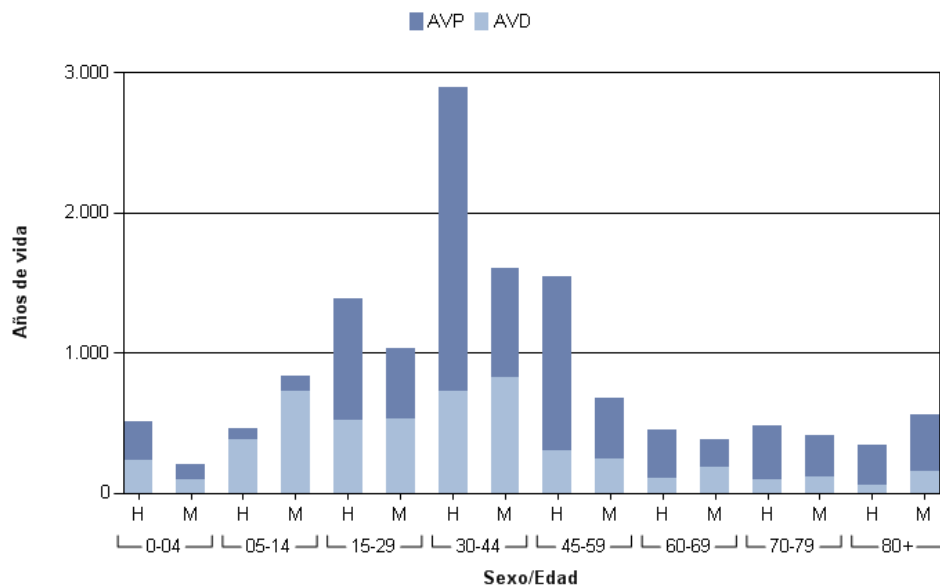


9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2012 en las edades adultas (15 a 59 años) y en los hombres, con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD) (Figura 9.10). Como ya fue señalado, respecto a 2006 la carga de enfermedad por causas externas en 2012 ha disminuido un 51,0% (62,0% en hombres y 17,0% en mujeres). Como veremos a continuación, ello puede atribuirse sobre todo al descenso en la mortalidad por accidentes de tráfico.

Figura 9.10. Causas externas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2. Accidentes de tráfico

9.2.1. Indicadores generales

La morbi-mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid es cerca del triple en hombres que en mujeres. En la Comunidad de Madrid en 2012, la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 1,4 en hombres y 0,5 en mujeres. Los accidentes de tráfico constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad por causas externas. En 2012 supusieron el 29,9% de los años de vida perdidos y el 11,6 % de los años vividos con discapacidad. La carga de enfermedad por accidentes de tráfico ha disminuido un 72,9 % entre 2006 y 2012 (Tabla 9.5).

Tabla 9.5. Accidentes de tráfico. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	49	19	68
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,6	0,6	1,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,7	0,3	1,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,4	0,5	0,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	50,0	18,0	33,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,18	0,06	0,13
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.263	883	3.146
Años de Vida Perdidos. CM.	1.886	650	2.536
Años Vividos con Discapacidad. CM.	377	233	610

9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

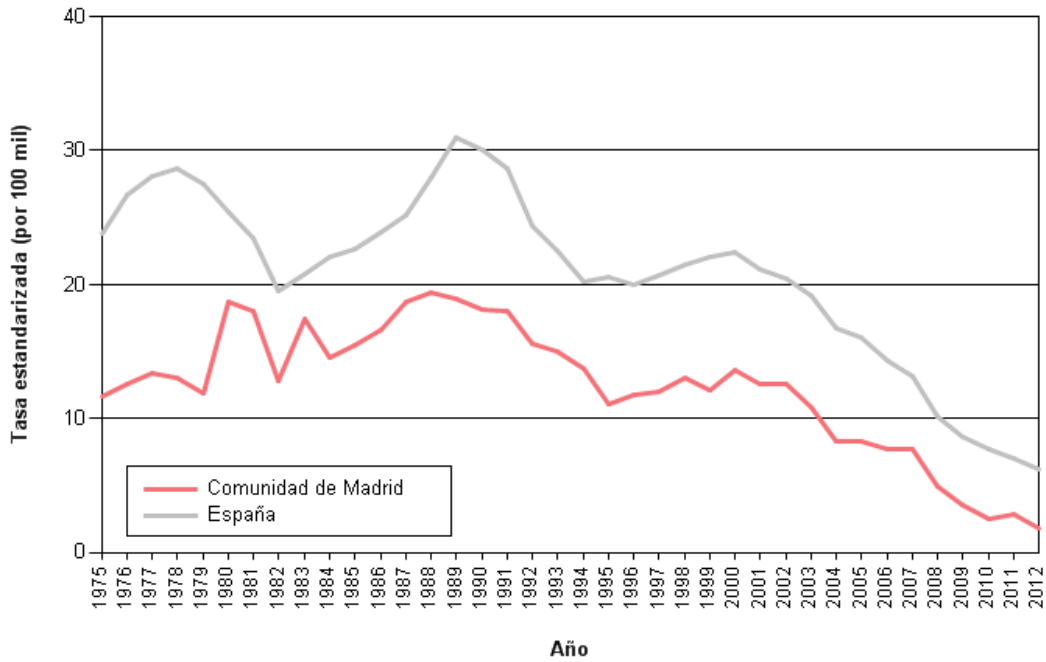
La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid mantiene la tendencia fuertemente descendente iniciada en la última década (Figura 9.11). En el periodo 2000-2012 las tasas han disminuido hasta 9 veces su valor inicial en hombres y 7,6 veces en mujeres. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional. En 2012 las tasas nacionales fueron más de cuatro veces superiores a las madrileñas en hombres y casi cuatro veces superiores en mujeres.

Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT), de acuerdo con el objetivo señalado por El Libro Blanco del Transporte de la Comisión Europea (2001), de reducir un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico en el periodo 2001-2010.

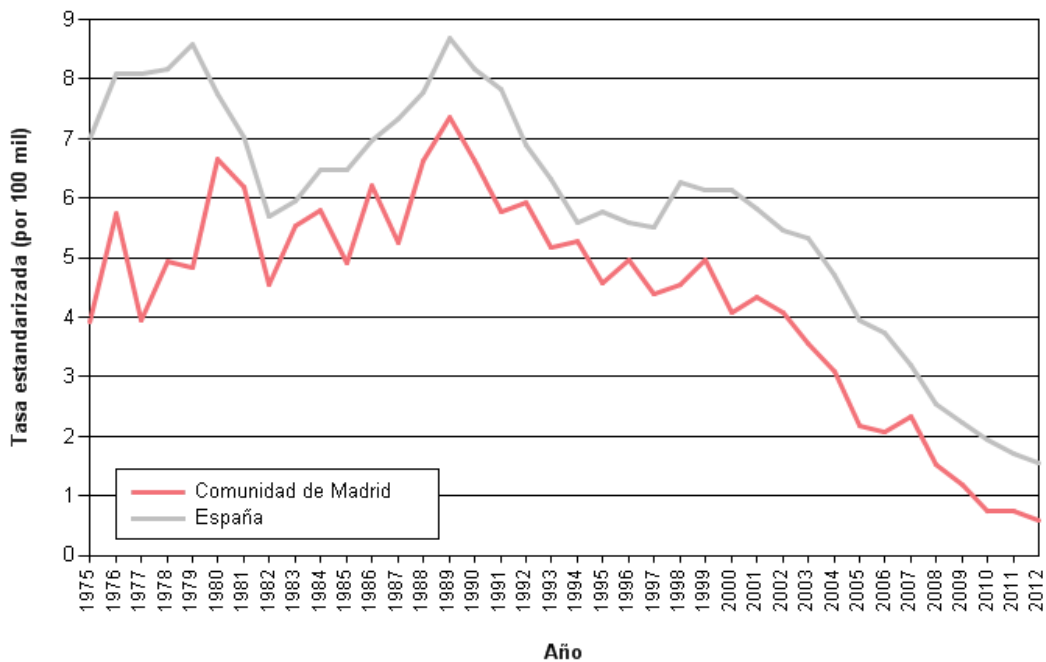
Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres



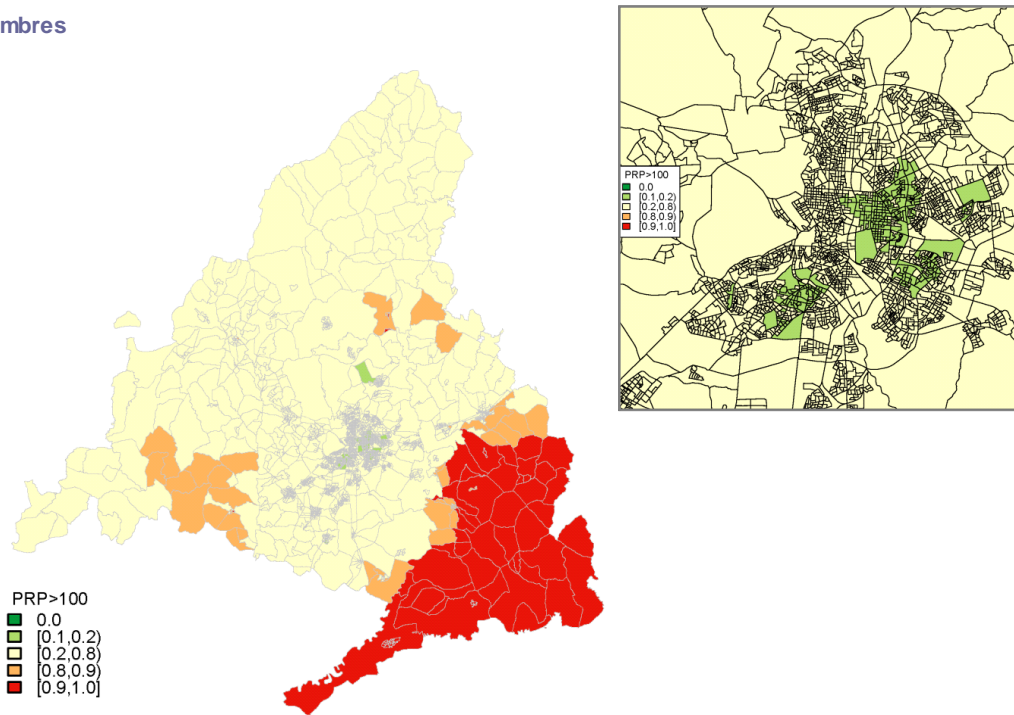
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

En la [Figura 9.12](#) podemos observar la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres en la Comunidad de Madrid. Llama la atención la concentración de exceso de mortalidad respecto al resto de la región que se observa en el sureste de ésta.

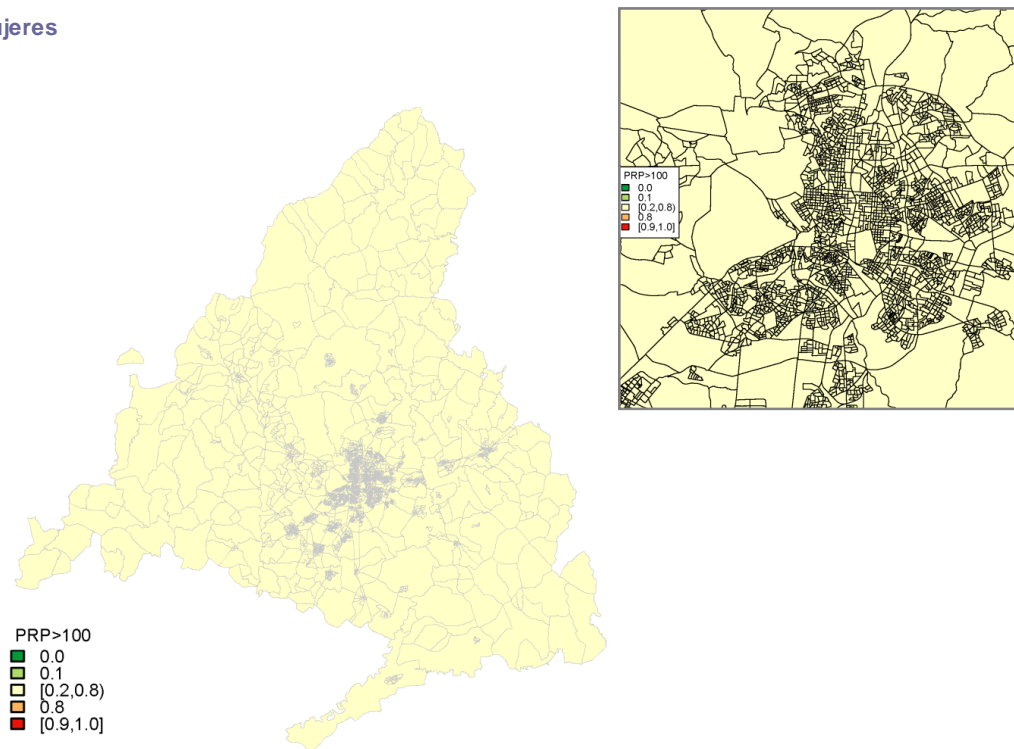
Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres



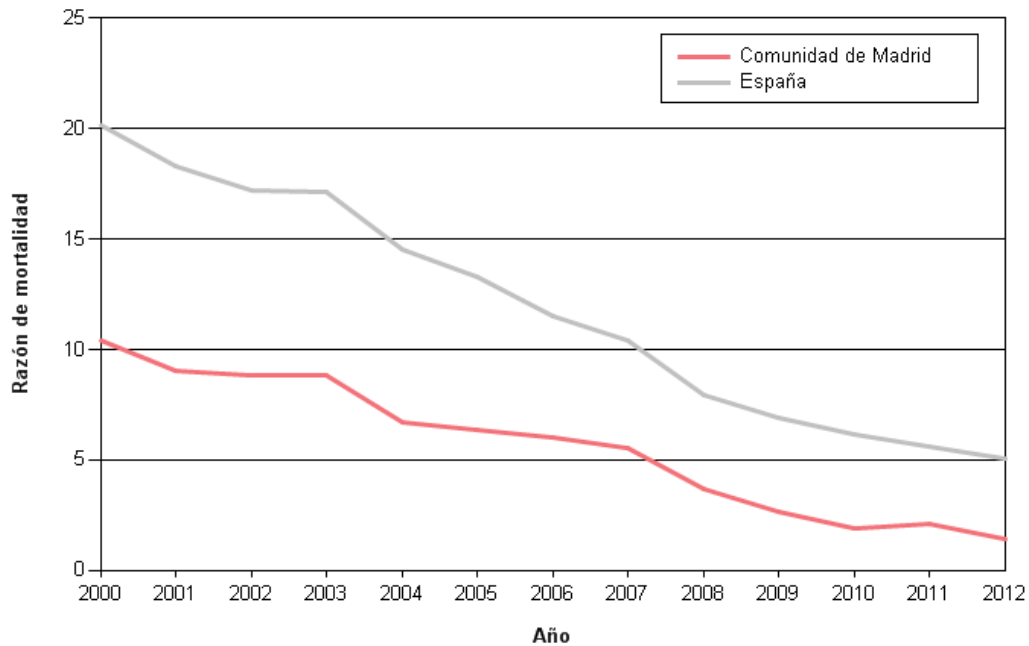
Un indicador tradicional alternativo a las tasas de mortalidad es la razón de mortalidad por 100.000 vehículos. La [Figura 9.13](#) presenta la evolución de dicha razón para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2000-2012. El descenso del indicador, hasta situarse en la séptima parte de su valor

inicial en la Comunidad de Madrid, es similar al observado en las tasas. Según datos de la DGT, el parque de vehículos sufrió un importante incremento en este periodo (34 % en España), así como el número de conductores (22,9% en el periodo 2000-2012 según la misma fuente). Es importante por tanto, a la hora de estimar con mayor precisión el riesgo para las personas de fallecer en un accidente de tráfico, contar con indicadores que recojan estas variables.

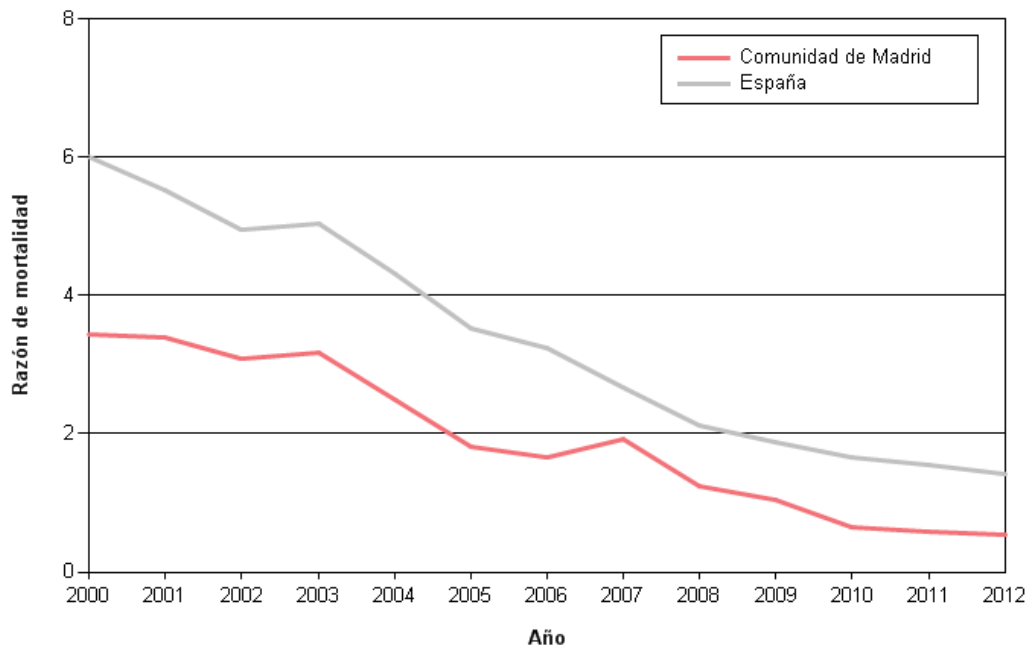
Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario Estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres



Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

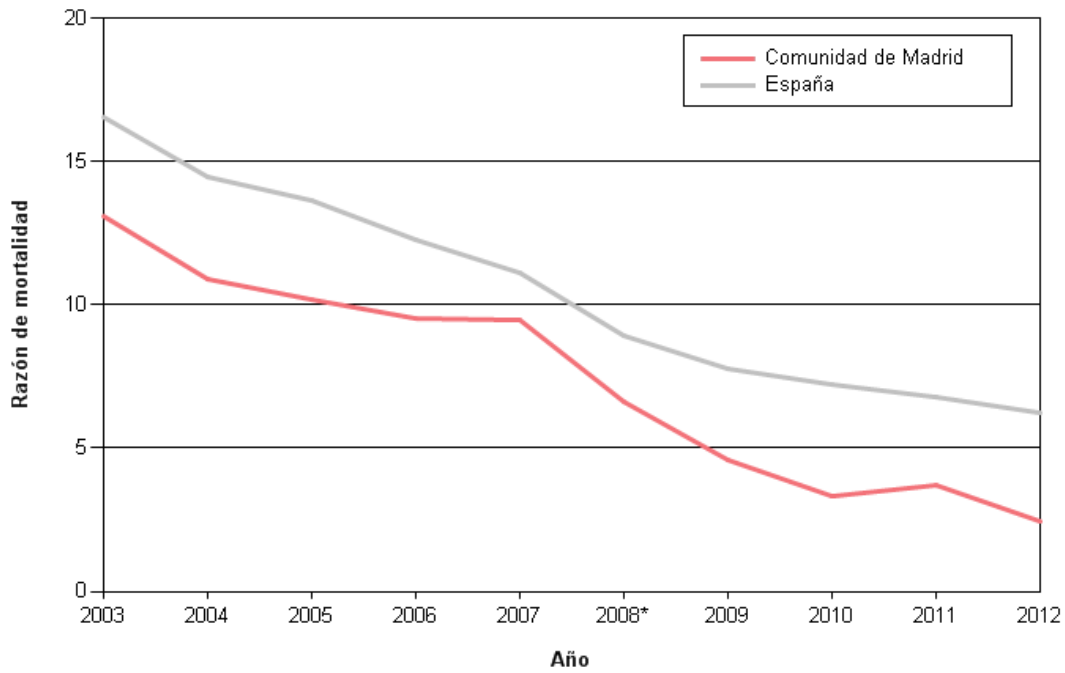
En línea con lo anterior, la [Figura 9.14](#) muestra la evolución de la razón de mortalidad por accidente de tráfico por 1.000 millones de vehículos-km recorridos, para la Comunidad de Madrid y España, durante el

periodo 2003-2012. Se observa aquí también el mismo patrón descendente que en los indicadores anteriores. La diferencia entre España y la Comunidad de Madrid, si bien ha aumentado en los últimos dos años, no es tan marcada como en las tasas de mortalidad, lo que parece traducir la mayor movilidad en general de los vehículos en el resto de España que en la Comunidad de Madrid, y por lo tanto la mayor exposición por esa causa a los accidentes de tráfico.

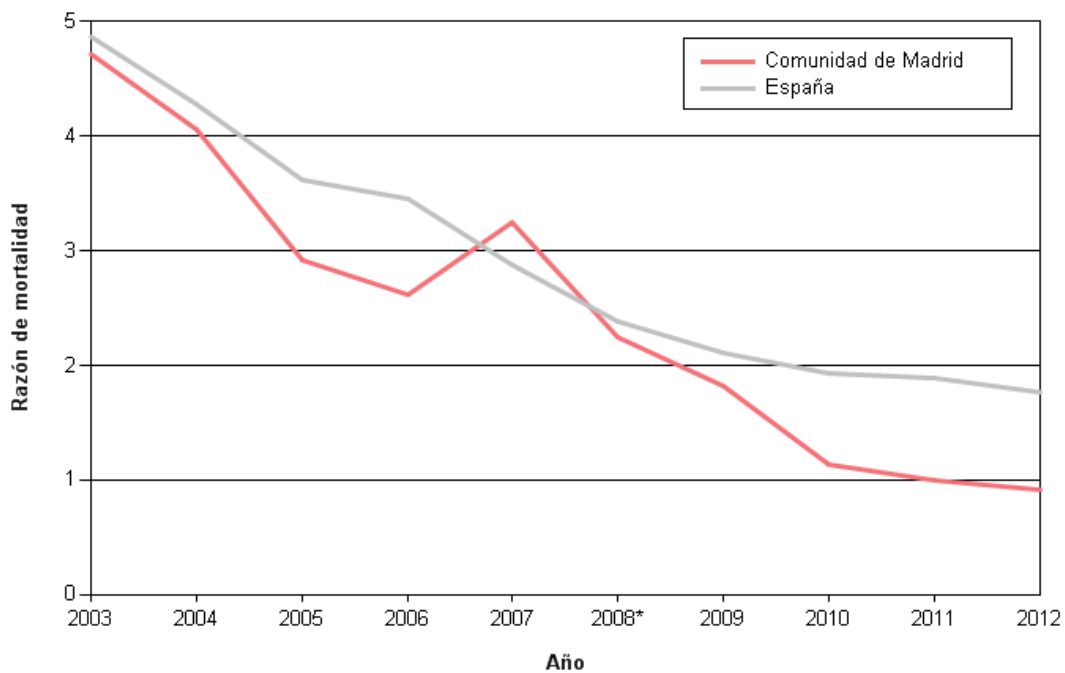
Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres

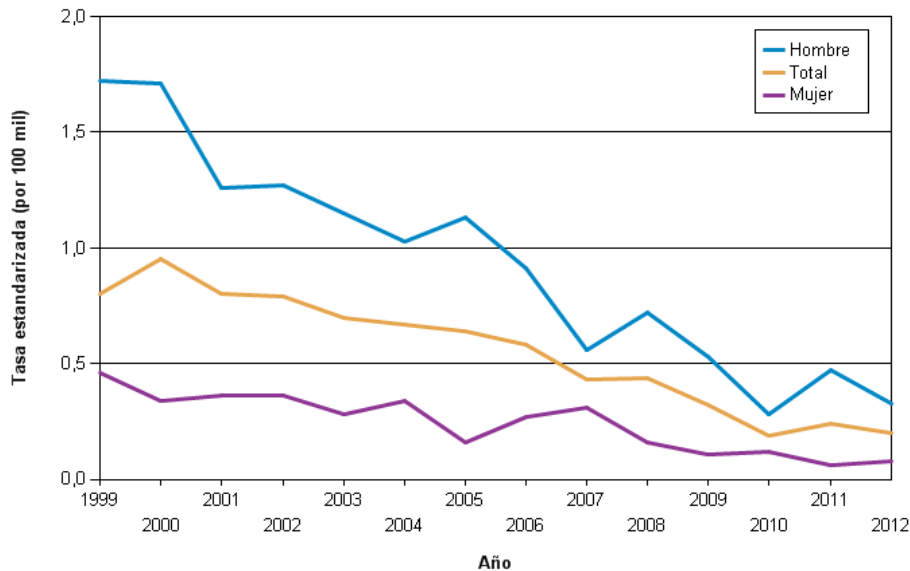


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La **Figura 9.15** muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en peatones en la Comunidad de Madrid, durante el periodo 1999-2012. También este indicador presenta tasas superiores en hombres y ha seguido la misma evolución descendente que los fallecidos por accidente de tráfico en general (si bien las tasas tienden a estabilizarse los últimos años), lo que parece evidenciar la efectividad de las medidas preventivas adoptadas por la DGT en la última década también en este colectivo.

Figura 9.15. Accidentes de tráfico en peatones. Evolución de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



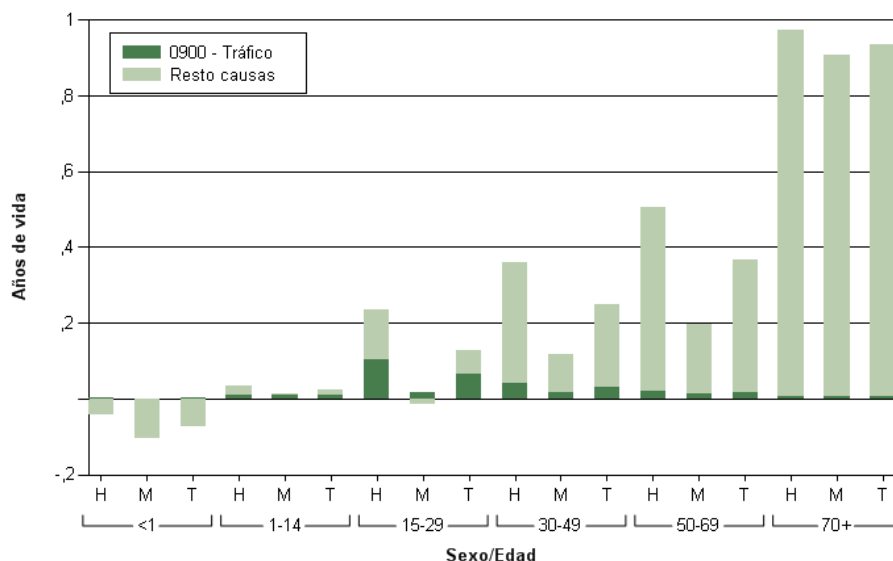
* Método directo. Población estándar europea. OMS

9.2.2.1. Contribución de los accidentes de tráfico a los cambios en la esperanza de vida

Durante el periodo 2005-2012 la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico ha contribuido positivamente al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña, sobre todo en términos proporcionales en el colectivo de 15-29 años y en términos generales en adultos varones (**Figura 9.16**).

Figura 9.16. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

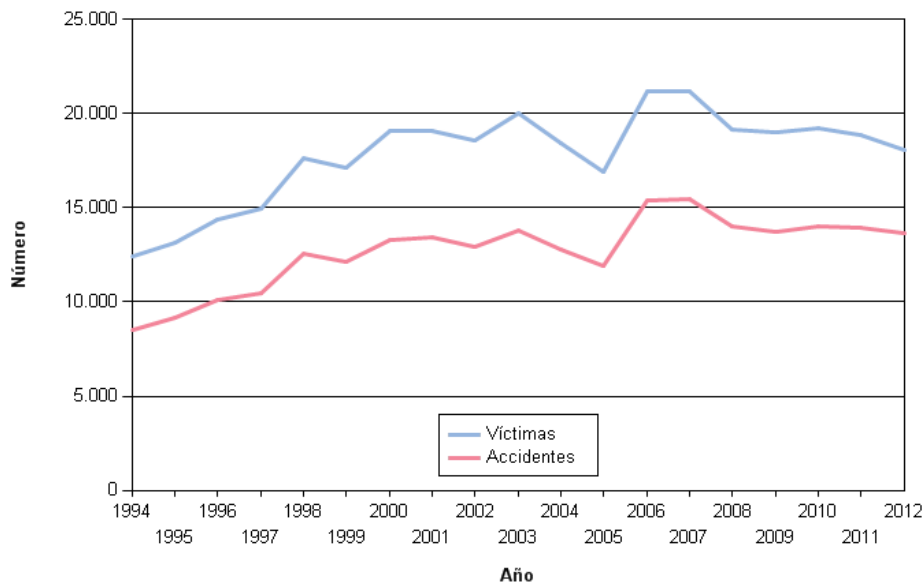


9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

La [Figura 9.17a](#) muestra la evolución en los últimos años de los accidentes y víctimas de accidente de tráfico en la Comunidad de Madrid, según los datos facilitados por la DGT ([Series estadísticas sobre accidentes y víctimas](#)).

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2012.

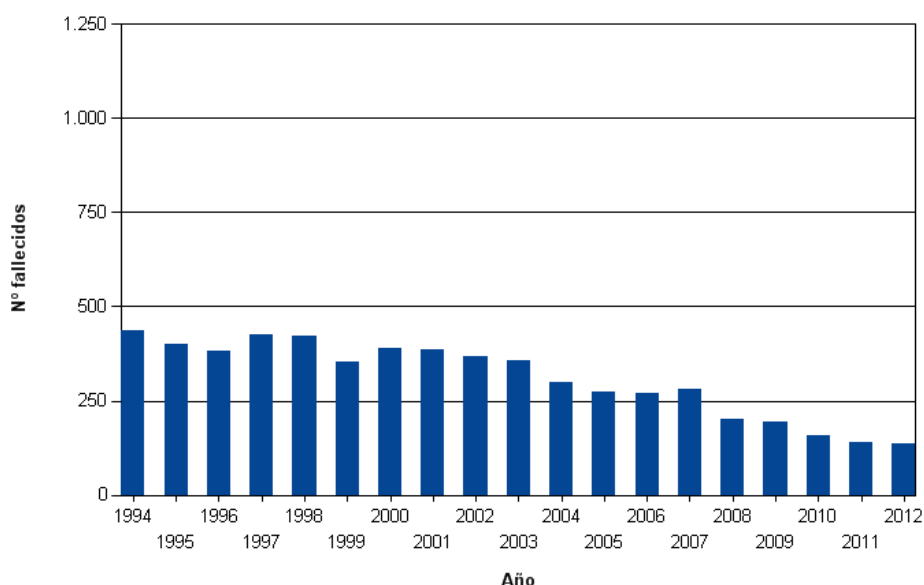
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Puede observarse cómo, derivado del aumento progresivo de la población, del parque de vehículos y del número de conductores en este período, ha venido incrementándose también el número absoluto de accidentes y víctimas hasta 2006, fecha en que se inicia una fase de descenso con intervalos estables. Sin embargo, según puede apreciarse en la [Figura 9.17b](#), el número de víctimas mortales durante el mismo periodo, en consonancia con los datos de mortalidad ya vistos, ha mostrado una tendencia descendente hasta 2012.

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2012.

Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

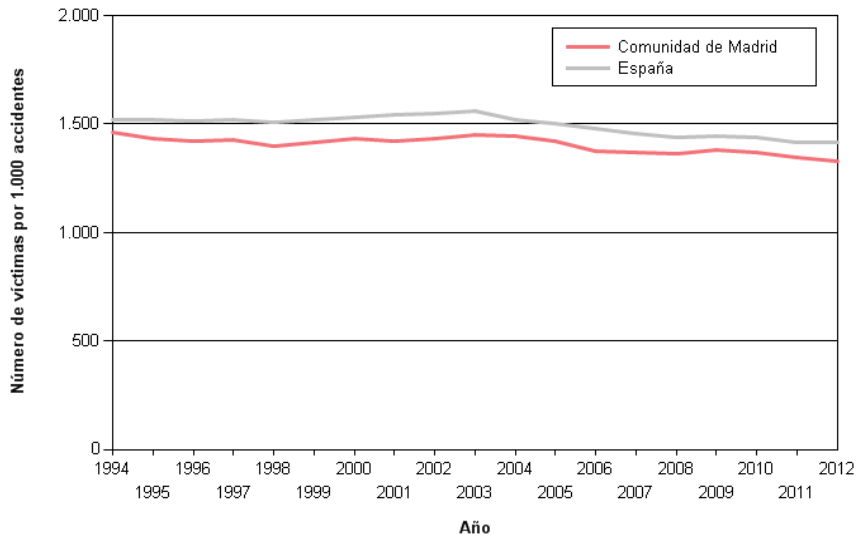


En 2006 la DGT implantó un nuevo sistema de recogida de información para el registro de accidentes que incrementó de manera artificialmente el número de éstos y de víctimas leves, lo que explica ese cambio abrupto de tendencia en el gráfico ese año.

En la [Figura 9.18](#) podemos apreciar la evolución descendente durante la última década de la razón de víctimas de accidente de tráfico por mil accidentes, con valores algo superiores en España con respecto a la Comunidad de Madrid. Ello parece reflejar, en consonancia con la gráfica anterior, una disminución en general de la gravedad de los accidentes de tráfico.

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2012.

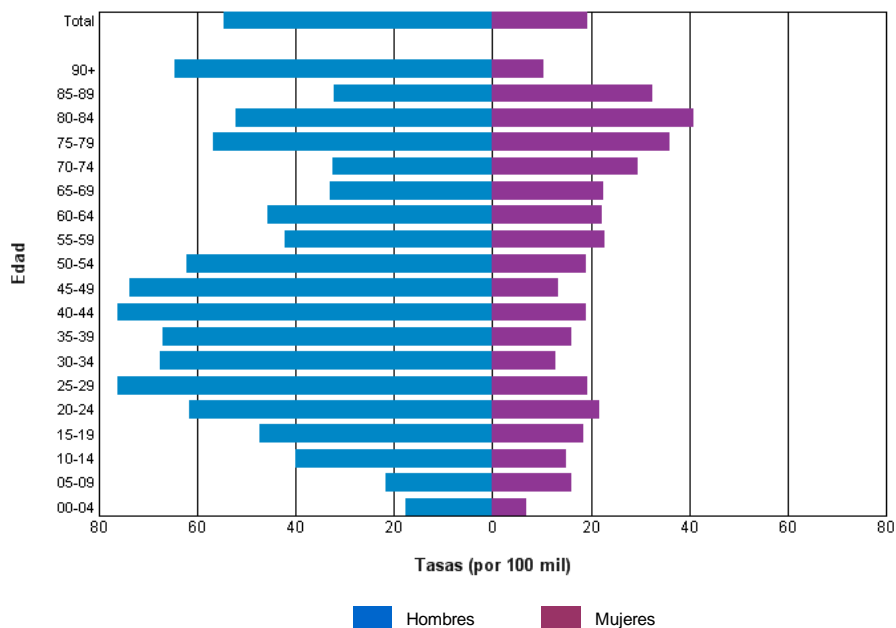
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La [Figura 9.19](#) muestra la morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Se observa cómo, igual que ocurría con las tasas de mortalidad, la morbilidad en hombres es muy superior a la de mujeres (casi el triple en 2013). La mayor morbilidad en 2013 se observa en hombres en el tramo de edad de 20 a 54 años. En ambos sexos las tasas se elevan en las edades superiores.

Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

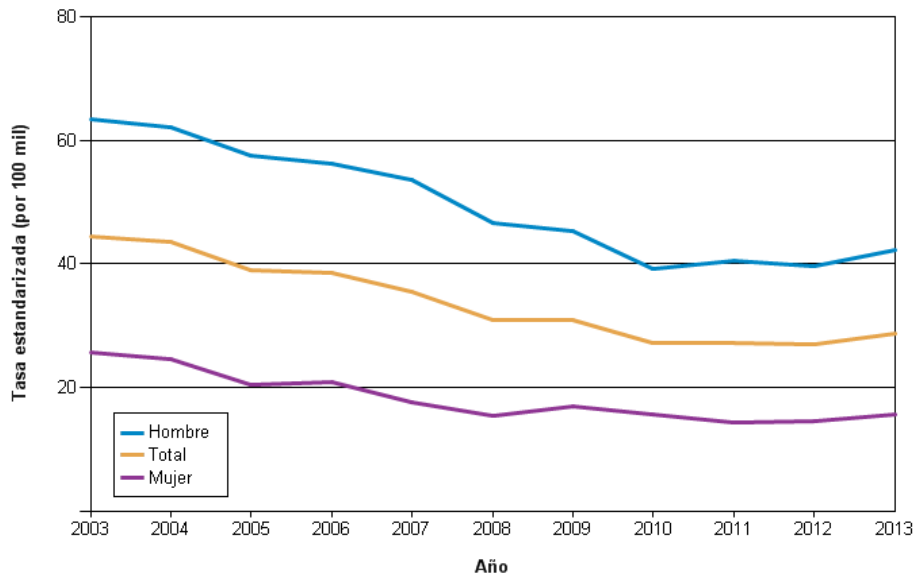
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



En la [Figura 9.20](#) podemos apreciar cómo las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descienden durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010, se estabilizan en ambos sexos e incluso aumentan en 2013.

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

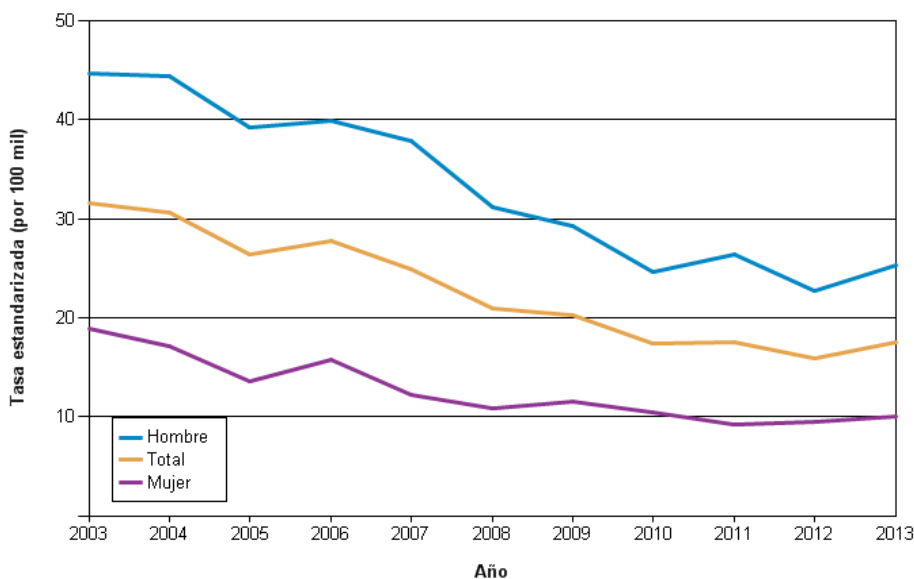


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Las altas hospitalarias de lesiones por accidente de tráfico, con estancia hospitalaria igual o superior a 4 días, permiten valorar las lesiones de cierta gravedad. La [Figura 9.21](#) muestra la evolución de tales tasas en ambos sexos. Puede apreciarse un patrón evolutivo semejante al de las altas por accidentes de tráfico totales, pero con un descenso más pronunciado.

Figura 9.21. Accidentes de tráfico con estancia hospitalaria de 4 días o más. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

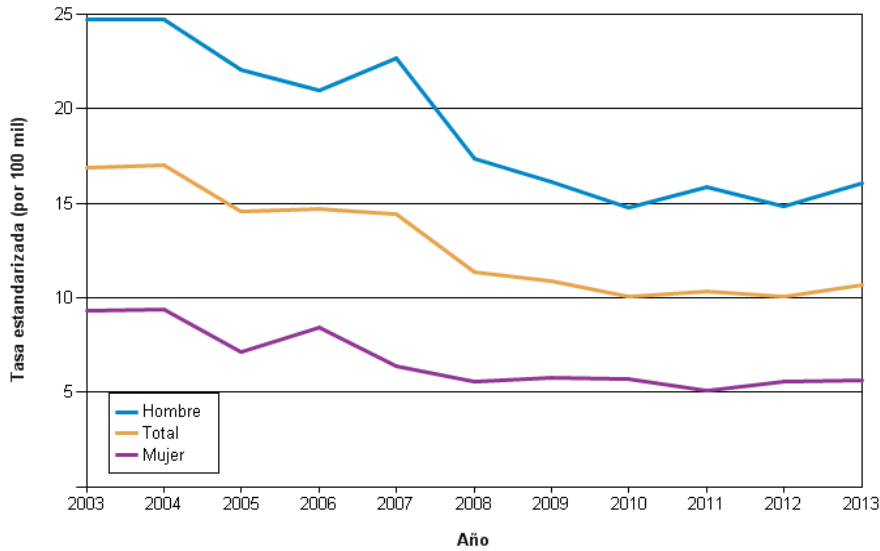


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Otro indicador referido a los casos graves es la tasa de altas hospitalarias por lesión por accidente de tráfico con una puntuación AIS (Abbreviated Injury Scale) máxima ≥ 3 ó ≥ 4 . AIS es un sistema de puntuación de la gravedad de cada lesión en una zona anatómica determinada, sobre una escala ordinal de 1 a 6. Fue creado en 1971 por la Association for the Advancement of Automobile Medicine y hoy su uso se haya ampliamente extendido en el mundo para la auditoría e investigación médica. La [Figura 9.22](#) muestra las tasas de altas hospitalarias con MAIS (AIS máximo) igual a 3 o mayor. Observamos un patrón descendente semejante al de la morbilidad hospitalaria total.

Figura 9.22. Accidentes de tráfico con lesiones graves no fatales según MAIS igual o mayor que 3. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

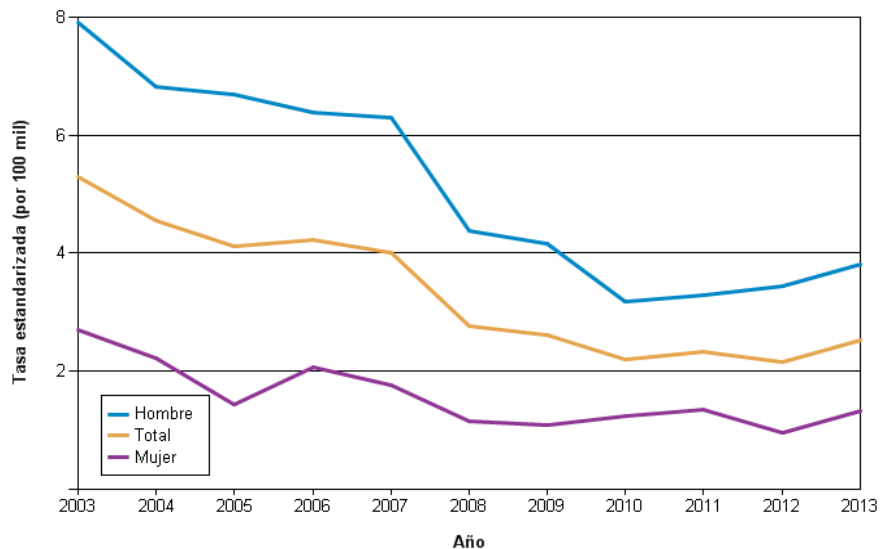


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Patrones semejantes en la evolución de las tasas globales encontramos para otros dos indicadores de interés: las fracturas de hueso largo y los traumatismos craneoencefálicos ([Figura 9.23](#) y [Figura 9.24](#)).

Figura 9.23. Accidentes de tráfico con fractura de huesos largos. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

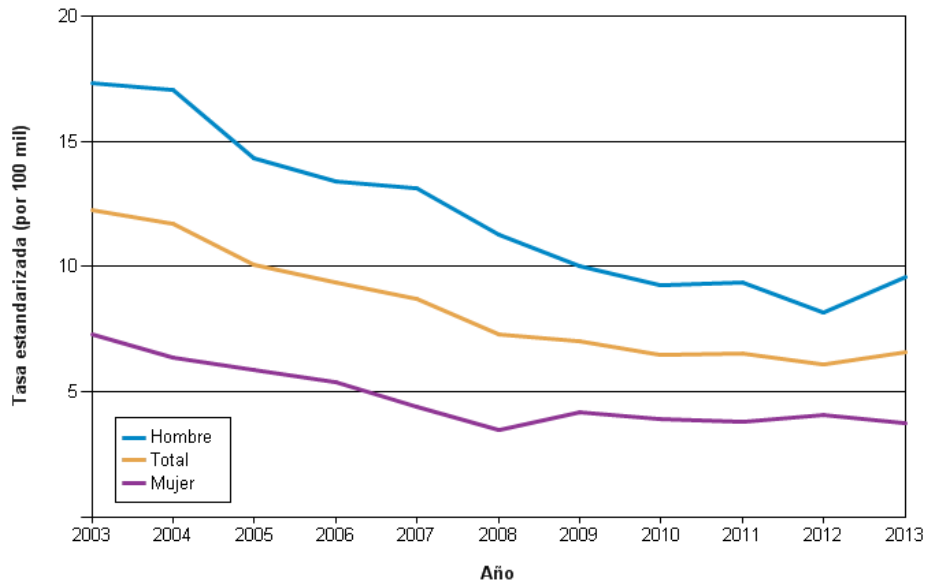
Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



* Método directo. Población estándar europea. OMS

Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



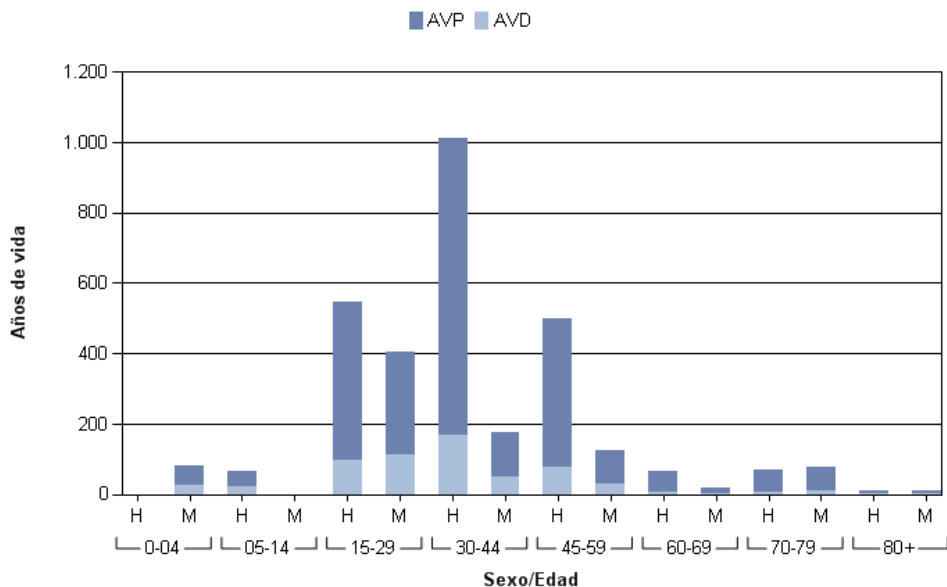
* Método directo. Población estándar europea. OMS

9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico muestra un patrón muy semejante al observado para el conjunto de las causas externas, con predominio de la carga en varones, mayor peso del componente de mortalidad que el de discapacidad, y concentrada especialmente en las edades adultas (15 a 59 años) (Figura 9.25). Supuso en 2012 un 22,9% de la carga total de enfermedad por causas externas (en 2006 suponía un 41,3%), y ha disminuido en el periodo 2006-2012 un 72,9% (75,2% en hombres y 64,4% en mujeres).

Figura 9.25. Accidentes de tráfico. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.5. Factores determinantes

9.2.5.1 Seguridad vial en jóvenes

De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), en 2013 el 15,7% de los jóvenes de 15 y 16 años no utilizaba siempre el cinturón de seguridad por ciudad, cifra que continúa la línea estabilista de los últimos años después de la importante mejora iniciada en 2003, y el 9,2% por carretera, lo que supone una mejora respecto a años anteriores (Figura 9.26a y Figura 9.26b).

Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

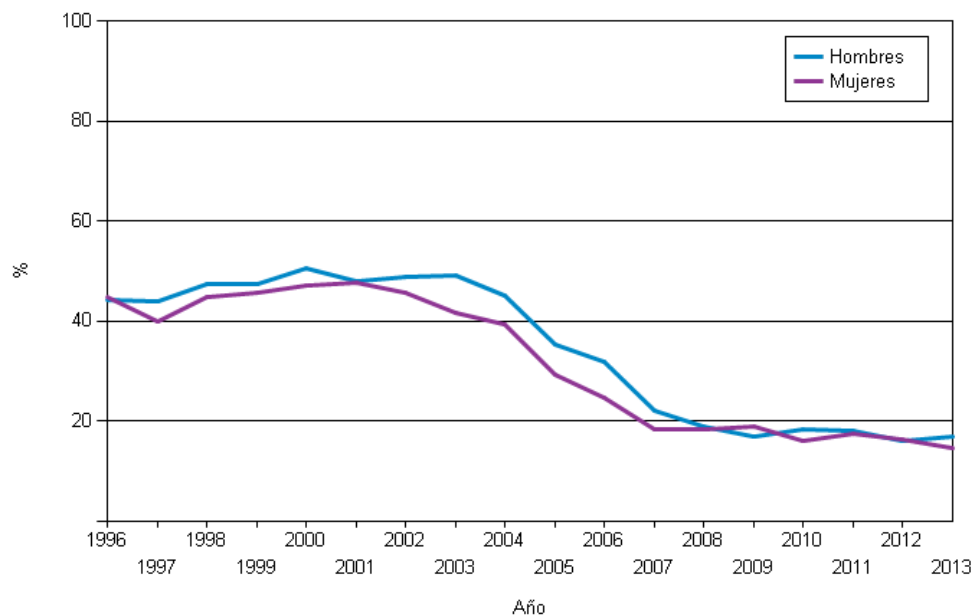
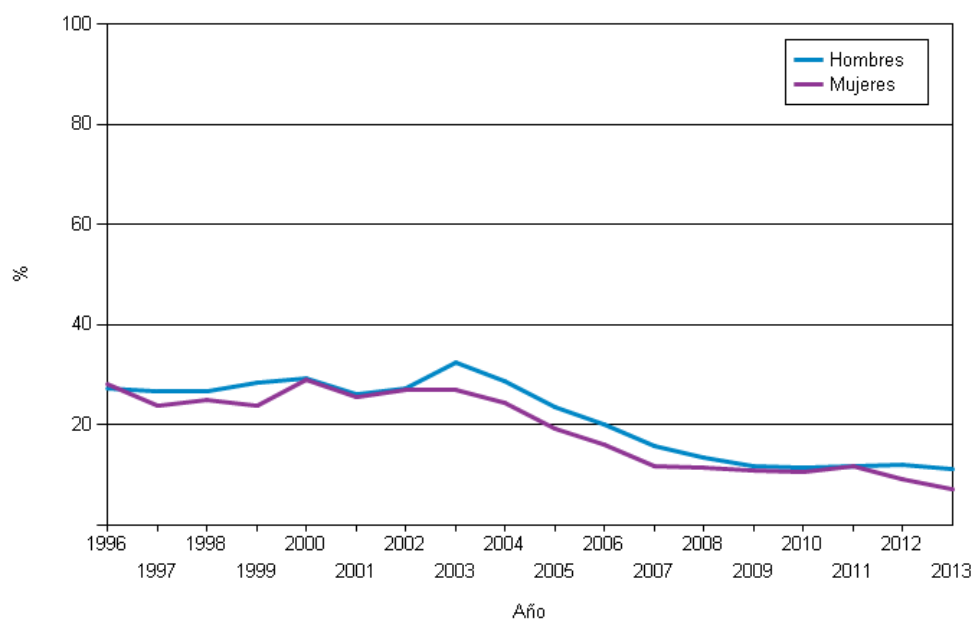


Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

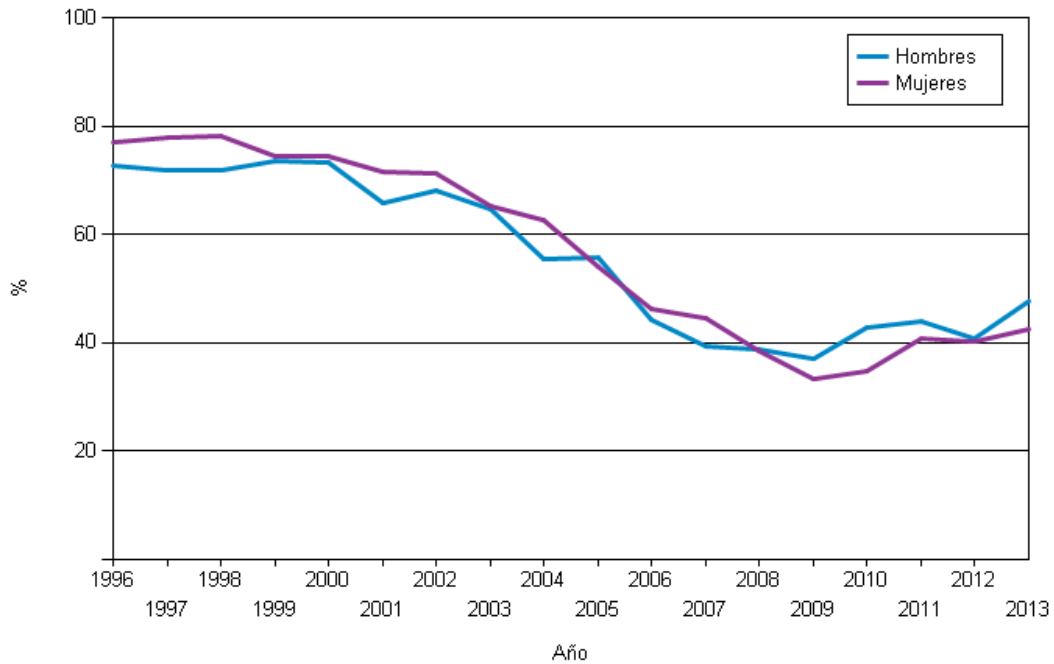


Más preocupante es la cifra de jóvenes que no utiliza el casco en moto, 44,9% en 2013, que reafirma la tendencia ascendente desde 2009 (Figura 9.27).

Como en años anteriores, la no utilización del casco en bicicleta sigue siendo la regla, 91,0% de los jóvenes reconocen no utilizarlo en 2013.

Figura 9.27. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



9.2.5.2. Seguridad vial en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en 2013 un 1,8% del total de personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,5% en la conducción por carretera.

Un 7,3% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 2,8% manifestó no haber utilizado siempre el casco. El 5,2% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y el 2% de ellos manifestó no haber utilizado el casco en alguna ocasión.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral, por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en la Figura 9.28a, Figura 9.28b, Figura 9.29a, Figura 9.29b se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores entre 1995 y 2013. En los dos últimos años podría apreciarse en algunos casos un cierto repunte en la tendencia.

Figura 9.28a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

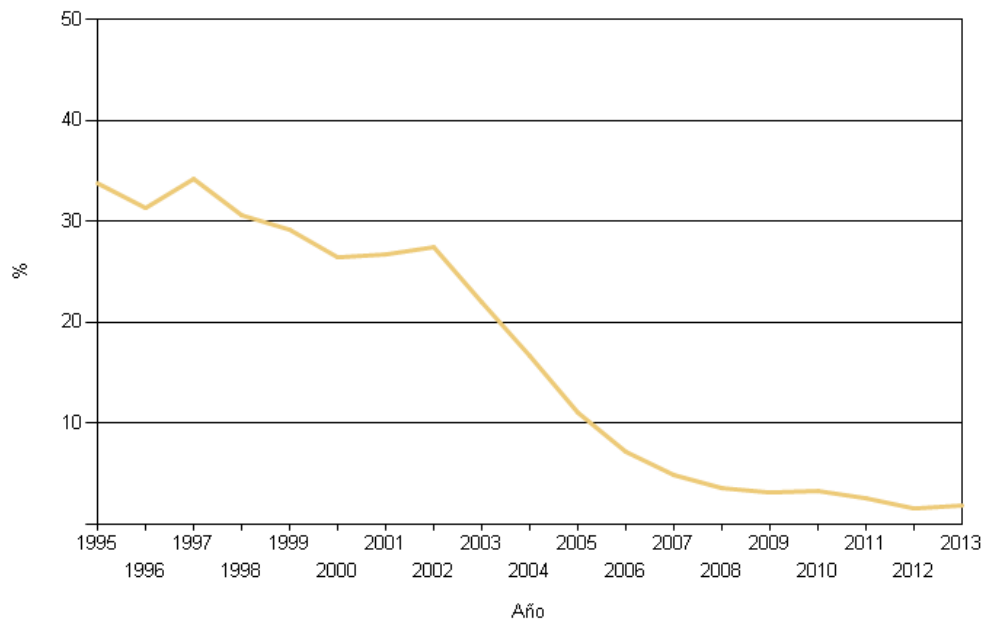


Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

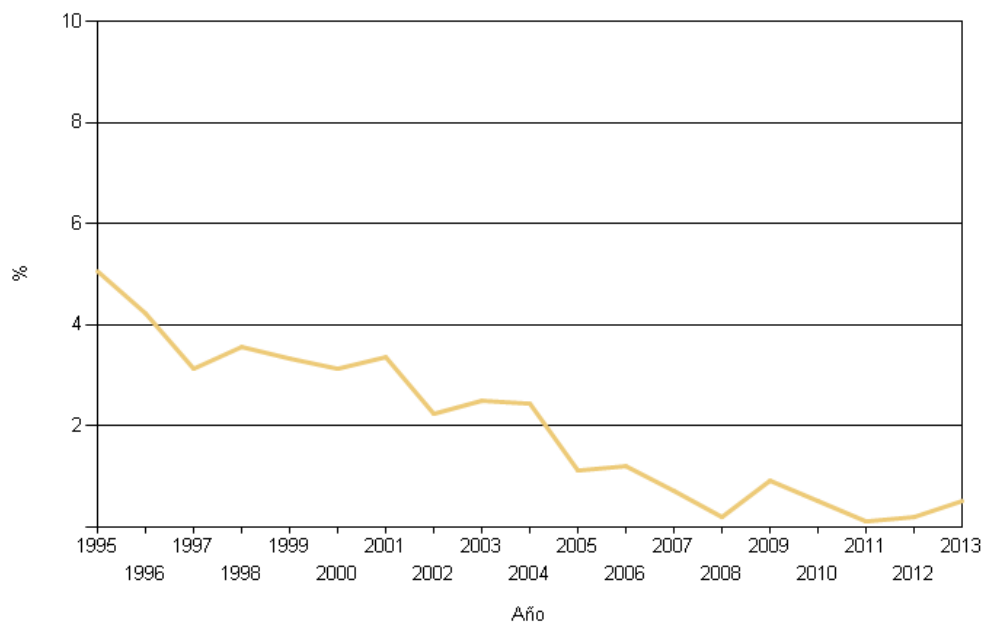


Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

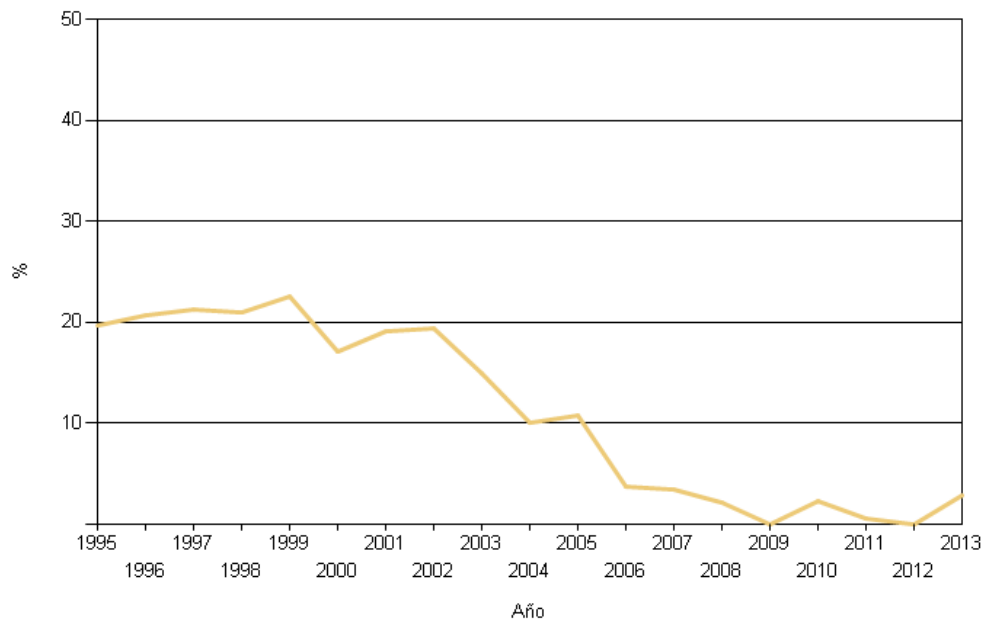
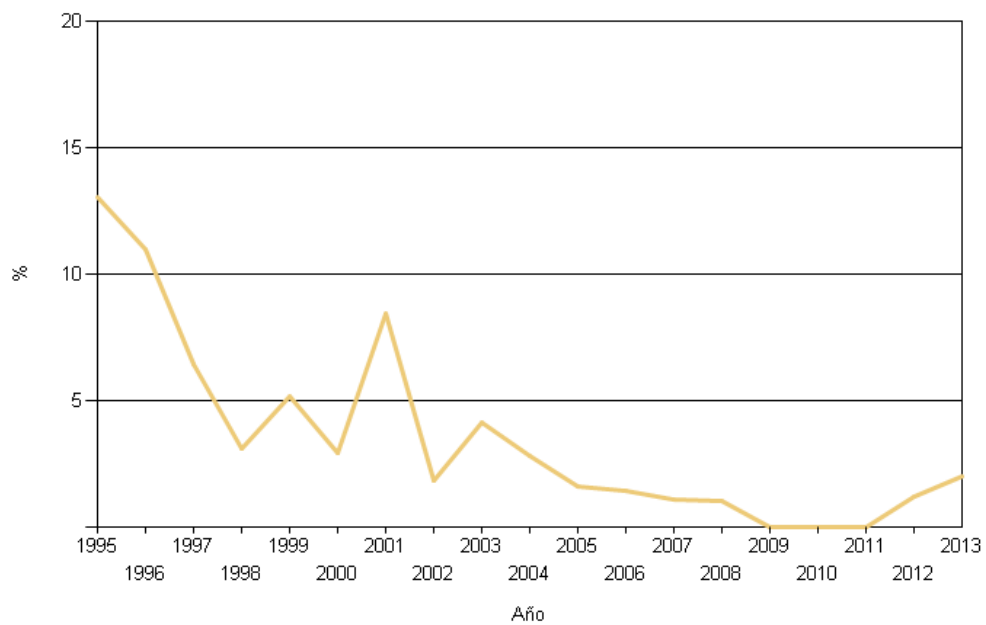


Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

9.3.1. Indicadores generales

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2012 de 1,1 por 100.000 habitantes, aproximadamente tres veces mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad en 2012 fue también superior en hombres. La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio fue, sin embargo, superior en mujeres (Tabla 9.6).

Tabla 9.6. Suicidio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	63	23	86
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,0	0,7	1,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,5	1,2	1,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,7	0,6	1,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	16,3	21,8	19,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,04	0,02	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.029	721	1.750
Años de Vida Perdidos. CM.	994	503	1.497
Años Vividos con Discapacidad. CM.	35	218	253

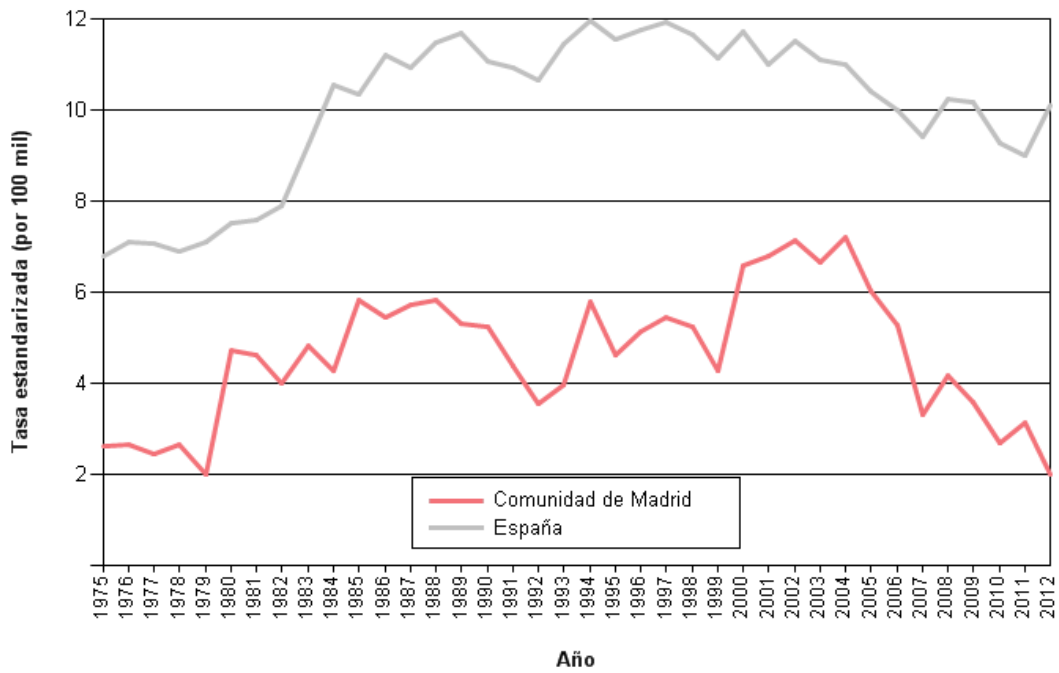
9.3.2. Mortalidad por suicidio

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2012 de 1,7 por 100.000 habitantes para hombres y 0,6 para mujeres. Desde 1975 se ha venido manteniendo este predominio en hombres (entre 3 y 4 veces superiores las tasas). Asimismo, durante este periodo las tasas para ambos sexos en España han sido habitualmente en torno al doble de las de la Comunidad de Madrid, con importantes variaciones (Figura 9.30). Así, desde 1975 hasta los primeros años del nuevo siglo las tasas en ambos sexos han ido aumentando de forma inestable, debido a su baja magnitud; a partir de esa fecha han experimentado un descenso, muy superior en la Comunidad de Madrid, de modo que en 2013 la tasa nacional es cinco veces superior a la madrileña en hombres y cuatro en mujeres.

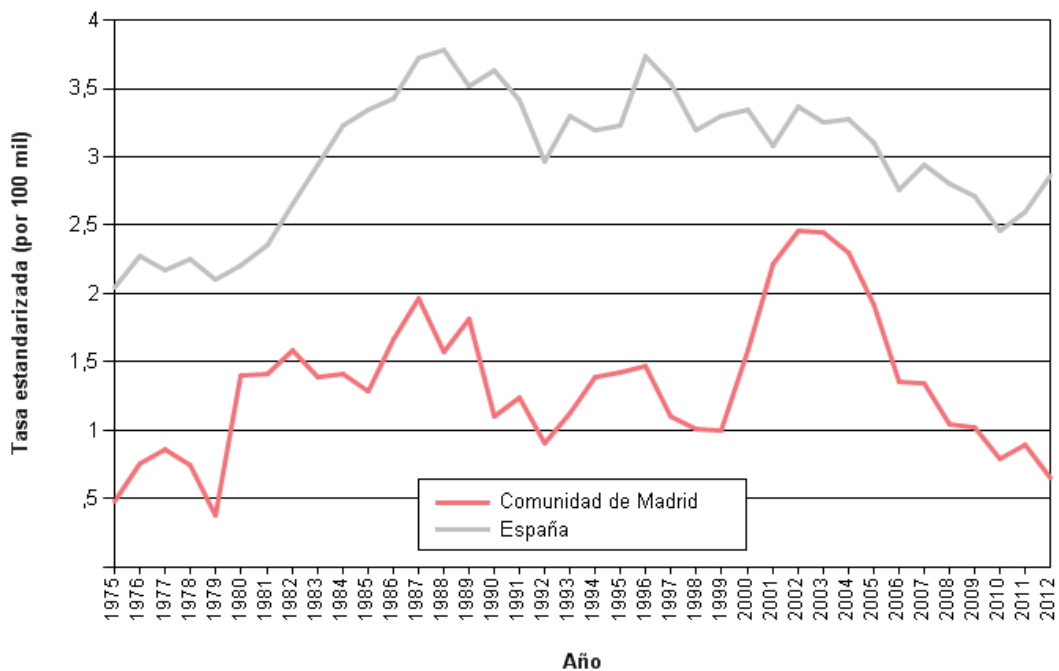
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres



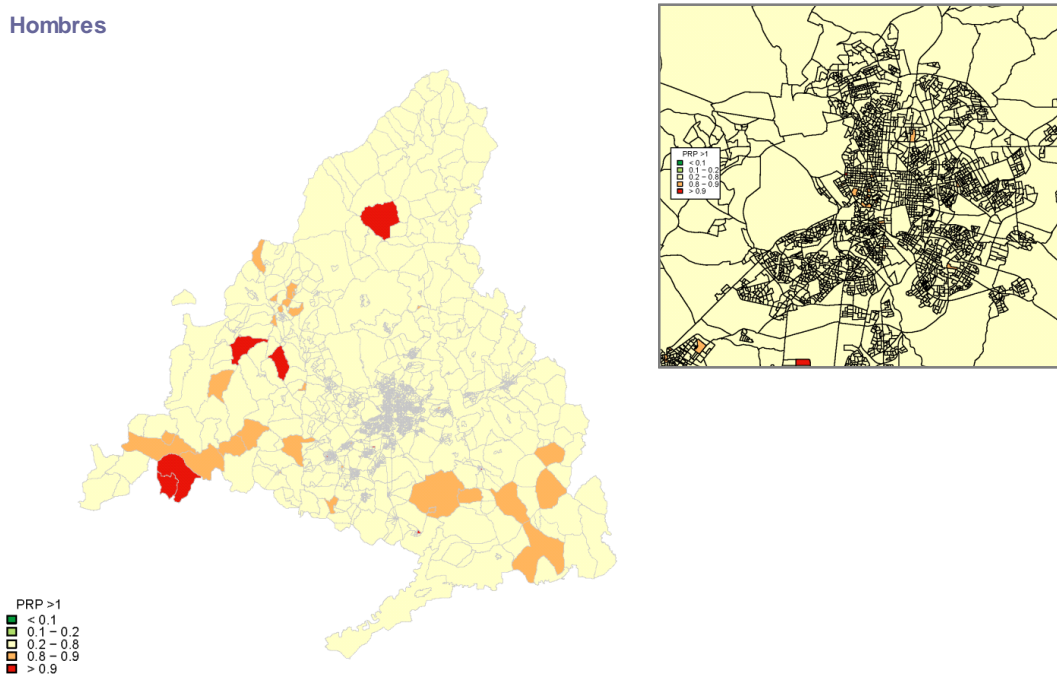
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La **Figura 9.31** muestra la distribución espacial de suicidios en hombres. En ella se observa que las escasas zonas con exceso de mortalidad predominan fuera del municipio de Madrid, sin un patrón claro de agregación.

Figura 9.31. Suicidio. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

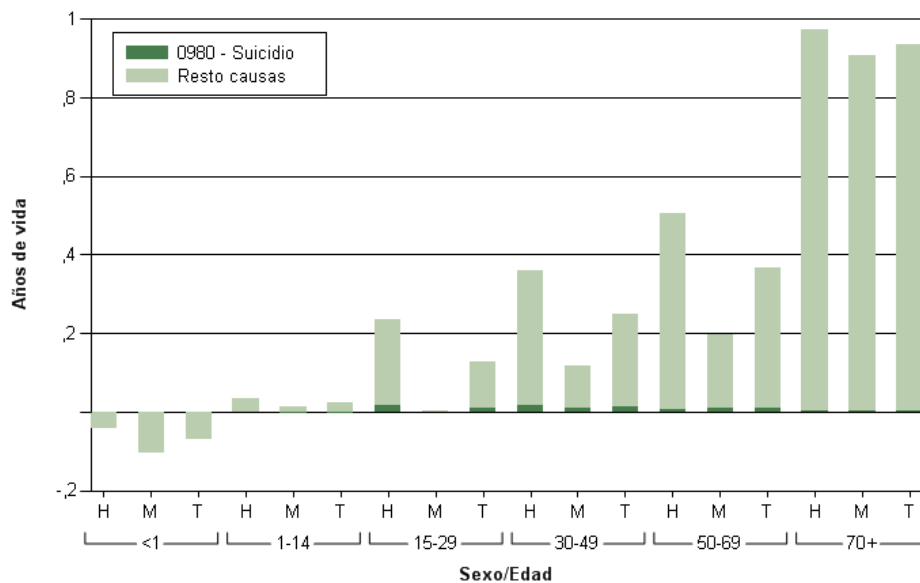


9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2007-2012 el descenso de la mortalidad por suicidio ha contribuido ligeramente a la mejora de la esperanza de vida (**Figura 9.32**).

Figura 9.32. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

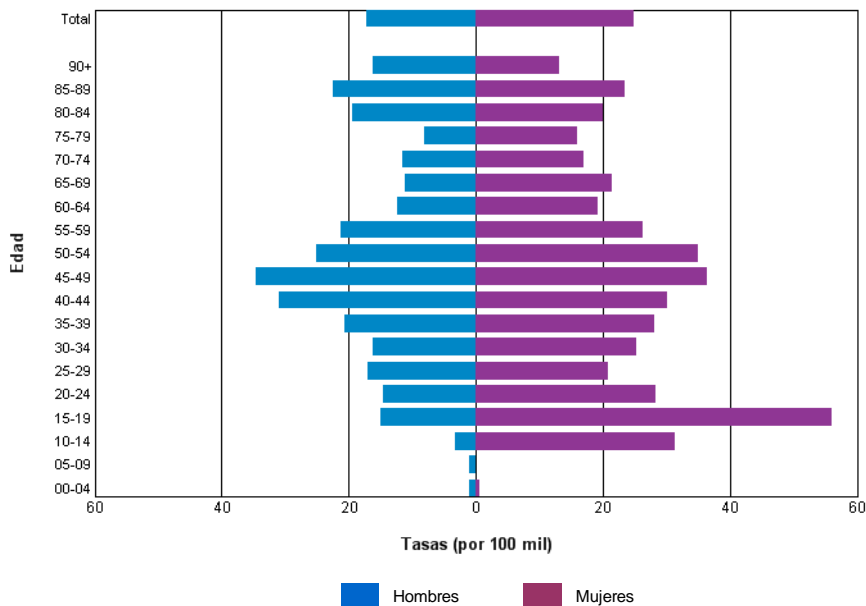


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio en 2013 continúa la tendencia ascendente observada en ambos sexos desde 2003, así como el predominio femenino de las tasas: 24,85 por 100 mil en mujeres, frente a 17,25 en hombres. Este predominio se da prácticamente en todas las edades (Figura 9.33).

Figura 9.33. Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

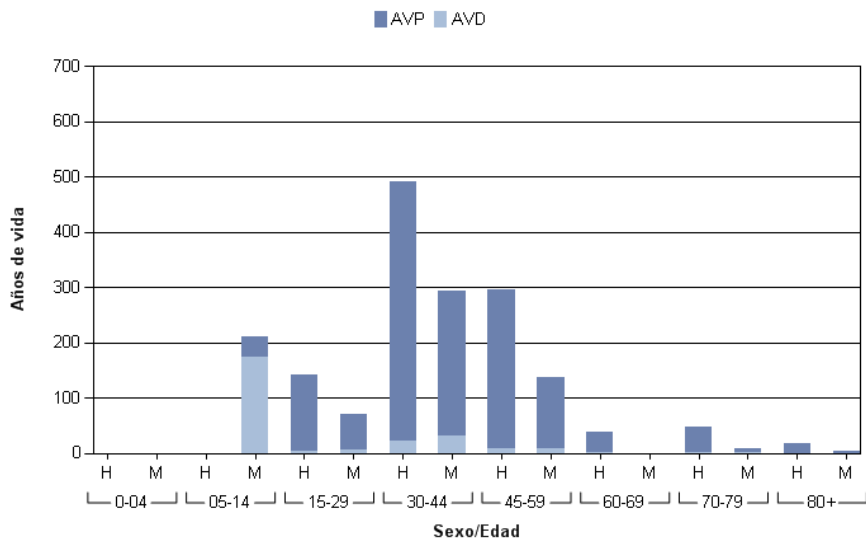


9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

La carga de enfermedad por suicidio, a expensas casi exclusivamente de los años de vida perdidos, se concentra fundamentalmente entre los 15 y los 59 años de edad, y predomina en hombres (Figura 9.34). Con un comportamiento diferente al patrón descrito destacan durante 2012 los años vividos en discapacidad atribuibles a esta causa en las mujeres de 5 a 14 años de edad.

Figura 9.34. Suicidio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



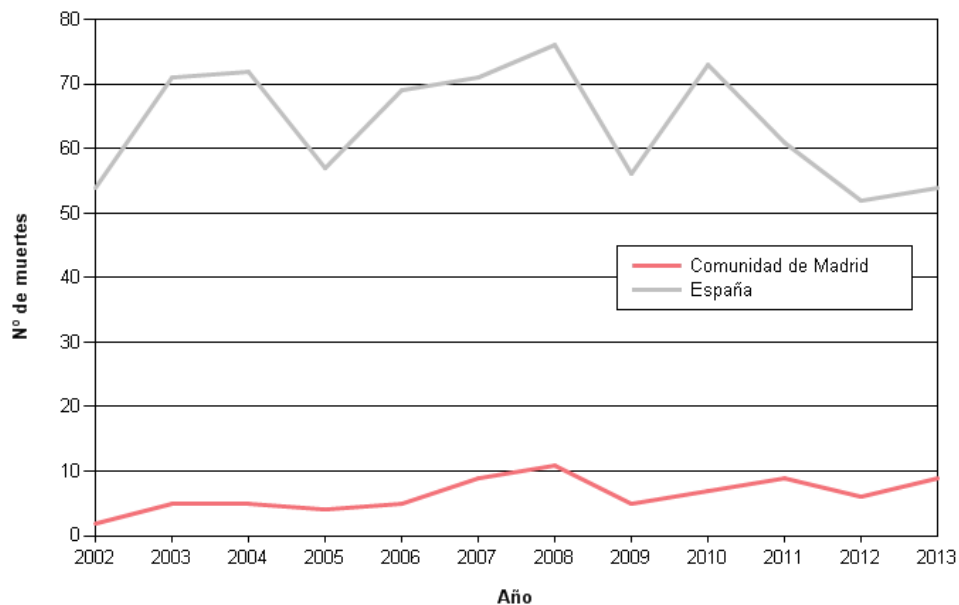
9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

De acuerdo con la encuesta Violencia contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea, realizada en 2010-2012 por la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales (FRA) (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf), el 4% de las mujeres europeas entre 18 y 74 años de edad sufrieron violencia física y/o sexual de la pareja (actual o anterior) en los 12 meses previos a la consulta, y el 22% alguna vez en su vida desde los 15 años de edad. Los porcentajes en el caso de España fueron el 2% y el 13%, respectivamente.

Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf), entre 2004 y 2013, 641 mujeres han sido asesinadas en España por sus parejas o ex parejas, 68 (11,1%) de ellas en la Comunidad de Madrid. Aunque las cifras anuales de víctimas mortales muestran oscilaciones frecuentes, parece apreciarse en el periodo una tendencia levemente descendente a nivel nacional y ascendente a nivel regional (Figura 9.35).

Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2013.

Elaboración a partir de los datos del Instituto de la Mujer.



En la Comunidad de Madrid, en el marco de la estrategia de Acciones de Salud frente a la Violencia de Género, se realiza la vigilancia epidemiológica de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM), a través de encuestas poblacionales periódicas.

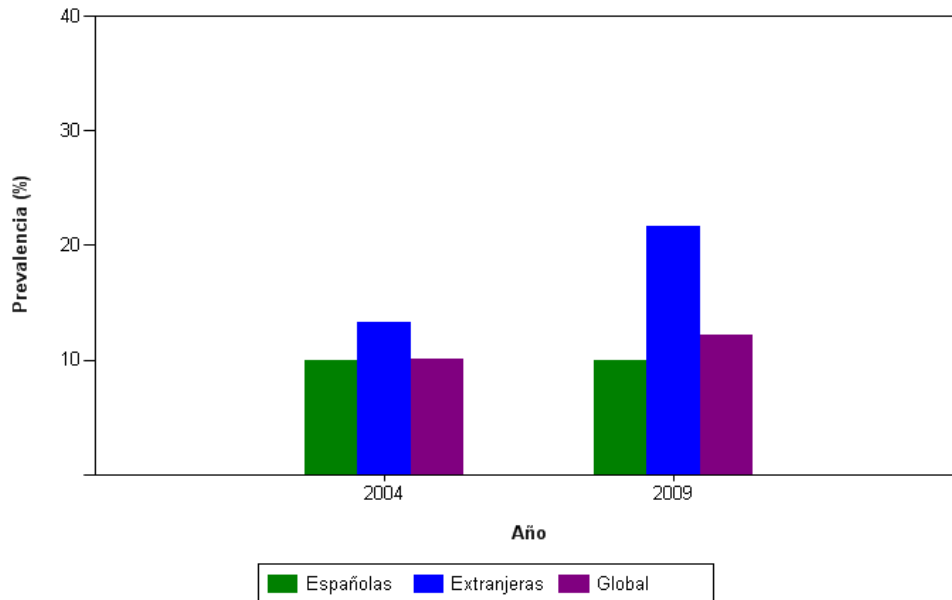
Hasta ahora, se han llevado a cabo dos encuestas telefónicas, la primera en el año 2004 y la segunda en 2009, en mujeres de 18 a 70 años, residentes en la Comunidad de Madrid y con una relación de pareja o contactos con una ex pareja en los 12 meses previos. En ambas encuestas se utilizó el mismo cuestionario para detectar la VPM, con preguntas sobre violencia psicológica y sexual basadas en la “Encuesta nacional sobre la violencia hacia las mujeres en Francia” (ENVEFF), y preguntas sobre violencia física tomadas de la “Conflict Tactic Scale” (CTS). También se recogió información sobre las características socio-demográficas de las mujeres, su situación de salud, el consumo de medicamentos, la utilización de servicios sanitarios y, en la última encuesta, la utilización de recursos específicos para mujeres maltratadas.

Los últimos datos disponibles derivan de la encuesta [Violencia de pareja hacia las mujeres](#) de 2009, en la que la tasa de respuesta fue del 70%, obteniéndose una muestra final de 2.835 mujeres. Se detectaron 347 casos de VPM, lo que corresponde a una prevalencia de 12,2%, no observándose aumento estadísticamente significativo de la tasa global (españolas más extranjeras) respecto a 2004 (Figura 9.36).

La prevalencia citada en este informe resulta ligeramente más elevada que la referida en el documento técnico de Salud Pública "[Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la Violencia de Pareja hacia las Mujeres en la Comunidad de Madrid](#)" (encuesta de 2004) porque estamos teniendo en cuenta también los casos de mujeres que tienen actualmente una pareja no maltratadora, pero han sufrido actos de violencia en el último año por parte de una expareja.

Figura 9.36. Evolución de la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres según origen. Comunidad de Madrid, 2004 y 2009.

Fuente: Encuestas sobre VPM en la Comunidad de Madrid, 2004 y 2009. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



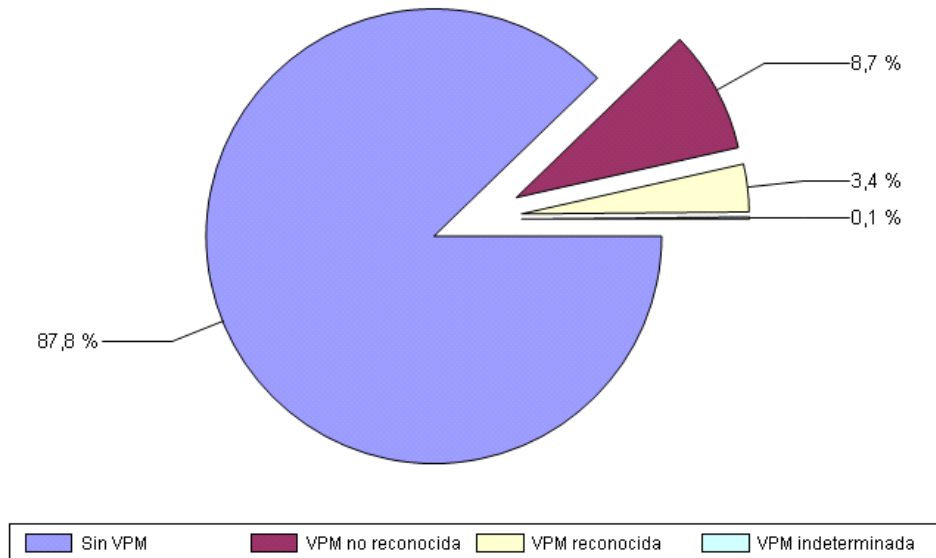
Por cuestiones metodológicas no son comparables las cifras de prevalencia de VPM en población extranjera entre las dos encuestas.

La resiliencia, o sea la capacidad de enfrentarse a las adversidades, y un alto nivel de estudios son factores protectores frente a la VPM. Los malos tratos están más asociados a la expareja (exmarido, exnovio) que a la pareja actual. Otros factores que resultan asociados a una mayor prevalencia de maltrato son: la clase social baja, los bajos ingresos económicos, tener mayores a cargo, ser la sustentadora principal de la familia y el bajo apoyo social percibido. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones, no solamente por su alta prevalencia de VPM (18,8% en las jóvenes y 21,7% las extranjeras) sino también por la alta proporción de casos en los que coexisten violencia psicológica, física y sexual. En las mujeres españolas mayores de 25 años este tipo grave de violencia constituye el 3,8% de los casos de VPM, pero en las jóvenes es el 15,5% y en las extranjeras de todos los grupos de edad el 10,7%.

Es importante resaltar que la mayoría (72%) de las mujeres maltratadas no es consciente de su propia situación de maltrato. La prevalencia del maltrato percibido es de 3,4% (dato cercano al 3% encontrado en la [Macroencuesta de violencia de género de 2011](#), del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), sin embargo la prevalencia de la VPM no percibida es de 8,7%, o sea 2,6 veces mayor ([Figura 9.37](#)). La probabilidad de que la mujer se encuentre en esta situación de violencia no percibida es más alta si la mujer es joven, europea, con una relación actual de pareja y sujeta a un único tipo de violencia.

Figura 9.37. Prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer, reconocida y no reconocida. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta sobre VPM. Comunidad de Madrid 2009. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Las consecuencias de la VPM sobre la salud son numerosas: las mujeres maltratadas tienen una peor salud autopercibida, fuman más, tienen más problemas crónicos de salud, entre los cuales destacan depresión, ansiedad, úlcera de estómago, alergia y bronquitis crónica; utilizan más los servicios sanitarios, especialmente psiquiatría, cardiología y urgencias; consumen más medicamentos, sobretodo antidepresivos y tranquilizantes, pero también anticatarrales, antibióticos y otros fármacos comunes.

La mujer que no reconoce su situación de maltrato no está en condición de pedir ayuda. De las mujeres que sí perciben el maltrato, menos de la mitad (42%) busca ayuda en algún tipo de servicio. El resultado es que solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. Cuando lo hacen el servicio al que más frecuentemente acuden es el servicio sanitario.

La vigilancia de la violencia de pareja en población adolescente y joven, incluida desde el año 2011 en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles en población joven (SIVFRENT-J), monitoriza, entre otros, la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS) en mujeres adolescentes y jóvenes por parte de su pareja actual o en los 12 meses previos a la aplicación de la encuesta.

La prevalencia acumulada para 2011 y 2012 de algún tipo de violencia de pareja (física y/o sexual) en mujeres adolescentes y jóvenes fue de 7,1%, no encontrándose diferencias significativas según características sociodemográficas.

La prevalencia de violencia de pareja en este grupo de población se asoció significativamente con los siguientes factores: percepción de imagen corporal distinta a peso apropiado, desórdenes alimentarios, conductas sexuales de riesgo, consumo de tabaco, alcohol, drogas, salud percibida regular/mala/muy mala así como con el malestar psicológico.

Con base en la información epidemiológica obtenida con las encuestas citadas anteriormente, se diseñaron tres investigaciones cualitativas para profundizar en el conocimiento de la VPM de los grupos más vulnerables para planificar intervenciones más efectivas. Las poblaciones diana de estas investigaciones fueron inmigrantes, adolescentes y mujeres con VIH/sida sometidas a Violencia de Género. Los hallazgos más significativos se muestran a continuación.

9.4.1. Inmigración y violencia de género

El estudio cualitativo [Salud, violencia de género e inmigración en la CM](#) muestra que, tanto la sociedad receptora como la población inmigrante, se hallan inmersas en un proceso de tránsito con distintos puntos de origen y diferente velocidad de cambio, pero con una orientación común marcada por modificaciones en el modelo patriarcal como son la desinstitucionalización de la familia y una sociedad cada vez más individualista.

Los resultados apuntan que el proceso migratorio en sí mismo no genera violencia y que, más allá de la asimilación de la violencia de la sociedad receptora, existen elementos que pueden hacer confluir migración y violencia, como son la pérdida de las redes de apoyo social del país de origen, el sentimiento de disminución de autoridad de algunos hombres inmigrantes, el agravamiento de situaciones de violencia al desaparecer el control social existente en la comunidad de origen, y en algunos casos situaciones de violencia importadas del país de origen. Al mismo tiempo, las mujeres inmigrantes que sufren violencia de pareja presentan fortalezas (mayor disposición a denunciar situaciones de violencia, confianza en el sistema público de apoyo a las víctimas de VPM,...), que son más difíciles de encontrar entre las mujeres autóctonas en situaciones similares.

La investigación constata el papel relevante que los inmigrantes otorgan a los profesionales de los servicios de salud en la intervención frente a la violencia de pareja.

9.4.2. Adolescencia y violencia de género

El estudio realizado sobre [adolescencia y violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid](#) destaca que la población de 12 a 17 años de la región reconoce que la VPM es un grave problema social, frente al cual es obligado tomar medidas que deberían implicar al conjunto de la sociedad. Sin embargo, los chicos no se sienten identificados con dicha violencia al considerarla un problema de los adultos.

Se detectan diferencias en la autopercepción cómo posibles víctimas (ellas) o agresores (ellos). Las chicas consideran que pueden llegar a verse en una situación de estas características, lo que se traduce en un alto grado de preocupación. Los chicos por su parte, consideran que ellos nunca podrían llegar a ser agresores por lo que muestran mayor despreocupación.

La representación que tienen los chicos respecto a la VPM se aproxima más a una reacción extrema, desproporcionada, puntual y censurable. Sin embargo, las chicas lo ven más como una conducta sistemática, con un marcado componente psicológico, dimensión que apenas tiene presencia en el discurso de los chicos.

Por otra parte, los chicos consideran en un primer momento que la VPM es cosa de adultos, aunque reconocen la violencia en sus comportamientos cuando es señalada por el investigador. Sin embargo, en el caso de las chicas estas situaciones afloran en los discursos con mayor inmediatez, de tal forma que la VPM no la asocian sólo con edades adultas.

9.4.3. Mujeres con VIH/sida sometidas a violencia de género

A diferencia de los dos estudios cualitativos anteriores, la metodología utilizada para estudiar la relación entre VIH/sida y violencia ([Mujeres con VIH/sida que están sometidas a violencia de género](#)) ha sido un estudio de casos. El análisis de los resultados que aquí se presentan permite la reflexión sobre la relación entre ambas problemáticas y la generación de nuevas hipótesis para profundizar en su conocimiento. Se presentan a continuación los resultados más relevantes.

El estudio sugiere que la presencia y gravedad de la violencia de género pueden acentuarse en determinados colectivos más vulnerables o menos protegidos por los sistemas públicos. La vulnerabilidad puede darse por una situación de mayor aislamiento, estigma, precariedad económica, social, de salud o indefensión legal.

Estas condiciones afectan enormemente a la experiencia, la reacción, el apoyo o el acceso a los mecanismos de protección institucionales. La violencia puede estar en el origen de la infección; puede ser consecuencia posterior de la situación de mayor fragilidad de las mujeres que viven con VIH; puede interferir en los cuidados y actitudes ante la enfermedad; puede también ser independiente, pero tener

factores comunes de riesgo, o contextos donde ambas situaciones –violencia y presencia del VIH- se produzcan a la vez, interfieran o se refuercen.

El VIH puede ser también un desencadenante de la violencia de género, pero no es el hecho de tener VIH lo que provoca o intensifica la violencia de pareja. El factor que media entre las dos realidades es la discriminación y sobre todo el estigma, asociados al VIH. En ausencia de estigma (enfermedad profesional), el diagnóstico del VIH puede también fortalecer a una mujer que vive una situación de violencia de género y favorecer la toma de conciencia y el autocuidado. Por el contrario, en situaciones de gran estigma y secreto, o de pobreza y falta de expectativas, el VIH no hace sino paralizar y aislar más a la mujer que vive una relación de violencia.

La investigación apunta que el sistema de salud puede ayudar a resituar a las mujeres que viven con VIH y padecen violencia. En particular, colaborando con diferentes actores públicos y privados, luchando contra la discriminación, fortaleciendo a las asociaciones, apoyando la toma de conciencia de las familias, interviniendo en los contextos de los grupos que viven de forma más traumática la enfermedad.

9.4.4. Violencia de pareja hacia la mujer - Conclusiones

La VPM es un problema frecuente en nuestro medio y no reconocido por la mayoría de las mujeres maltratadas; por este motivo las acciones de salud pública deben dirigirse a todas las mujeres y no solamente a las que se consideran maltratadas.

Particular preocupación supone la alta prevalencia de la VPM en las jóvenes de 18 a 24 años, grupo en el que coexisten los tres tipos de violencia (psicológica, física y sexual) y es menos reconocida en comparación con las mujeres de más edad.

Se identifica a las mujeres extranjeras como grupo de alto riesgo, y por lo tanto prioritario desde el punto de vista de la programación de intervenciones preventivas.

El estudio cualitativo sobre adolescentes demuestra que la VPM está presente desde edades tempranas, a pesar de que, especialmente en los chicos, exista una escasa percepción de la misma. La VPM es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta, y por ello las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia.

Las investigaciones realizadas ponen de manifiesto que hay situaciones de particular vulnerabilidad en estos colectivos que merecen especial atención. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Así mismo, de estas investigaciones se desprende la necesidad de fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.

9.5. Conclusiones

La morbi-mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad por estas causas ha disminuido en el periodo 2006-2012 un 51,0%, y fue en 2012 1,4 veces superior en hombres que en mujeres. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid; durante el periodo 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2012, habiendo incrementado su diferencia en los últimos años hasta situarse por debajo de la mitad en hombres y aproximándose a la mitad en mujeres.

En Atención Primaria se ha observado desde 2005 un aumento en el número de lesiones del 44,9%, a expensas fundamentalmente de los mayores de 74 años. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2003-2013 las tasas han aumentado un 37,2% en mujeres y un 16,4% en hombres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en parte por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquéllas, si bien

en los últimos años este peso relativo de los accidentes de tráfico viene decreciendo. En 2012 los accidentes de tráfico supusieron el 29,9% de los años de vida perdidos por causas externas y el 11,6 % de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2012 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido del 89%, algo mayor en hombres que en mujeres. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional. En 2012 las tasas nacionales fueron más de 4 veces superiores a las madrileñas en hombres y cerca de 4 veces superiores en mujeres. Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT).

Aunque en menor medida, también la morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico ha disminuido en la última década: un 35% en el periodo 2003- 2013. Las lesiones más graves han experimentado un descenso mayor: un 45% de las altas con estancias de 4 o más días.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009, sin embargo en los últimos cuatro años ha repuntado aproximadamente un 28%, tanto en chicos como en chicas. Un 45% de los jóvenes declaró en 2013 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (1,7 por 100.000 para hombres y 0,6 para mujeres en 2012) y muy inferiores a las nacionales. Durante la última década han descendido en toda España, pero mucho más notablemente en la Comunidad de Madrid. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2002 y 2013 las cifras anuales de víctimas mortales por violencia de género en España y la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2009 en el 12,2% de las mujeres madrileñas. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones. La mayoría de las mujeres maltratadas (72%) no es consciente de su propia situación de maltrato. Solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. La violencia de pareja contra la mujer está presente desde edades tempranas, pero es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta y por ello las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.