

Madrid

2009

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid

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

Para el año 2020, se deberá producir una reducción significativa y duradera de las lesiones, discapacidades y fallecimientos derivados de actos violentos y accidentes en la región.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las políticas públicas conceden una mayor prioridad a las cuestiones relativas a la cohesión social y a la seguridad en los entornos de vida y trabajo, y hacen frente a los principales determinantes de la violencia y los accidentes, prestando especial atención al consumo de alcohol;*
- *Todos los sectores cooperan en las actuaciones de prevención de los accidentes y la violencia siempre que sea posible, y proporcionan apoyo a la hora de tratar las consecuencias y los costes para las víctimas y sus familias, así como para la sociedad;*
- *Servicios de asistencia, atención sanitaria y rehabilitación, adecuados y sensibles a las cuestiones de género, resultan accesibles para todas las personas relacionadas con la violencia;*
- *Los países realizan y cooperan en trabajos de investigación acerca de las formas, determinantes y consecuencias de los actos violentos y accidentes, analizando su incidencia y desarrollando planes de actuación preventiva;*
- *Los países establecen unas políticas y unas directrices claras relativas a la seguridad vial e incluyen información sobre seguridad vial en los planes de estudios de los centros educativos.*

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, tanto en hombres como en mujeres pero en mayor medida en los primeros. Son también una causa importante de discapacidad.

En 2006 la tasa ajustada de mortalidad en hombres fue de 28,8 por 100.000 habitantes y en mujeres de 10,1, ambas inferiores a las registradas en España (43,8 y 14,2 respectivamente) (tabla 9.1).

Causas externas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	916	481	1.397
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	31,3	15,4	23,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	29,9	7,9	18,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	28,8	10,1	18,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	43,8	14,2	28,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	800,1	685,2	740,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,149	0,065	0,132
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	21.211	6.856	28.067
Años de Vida Perdidos. CM 2006	15.953	4.419	20.372
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	5.259	2.437	7.696

Tabla 9.1. Indicadores generales de causas externas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.1.2. Mortalidad por causas externas

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres) (figura 9.1). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2006. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres: en 2006 la tasa de mortalidad estandarizada en Madrid es de 28,5 por cien mil en los primeros y 10,5 en las segundas.

En la distribución espacial de la mortalidad por causas externas (figura 9.2), en los hombres se observa un patrón de agregación de secciones censales con mayor mortalidad en el sureste de la región.

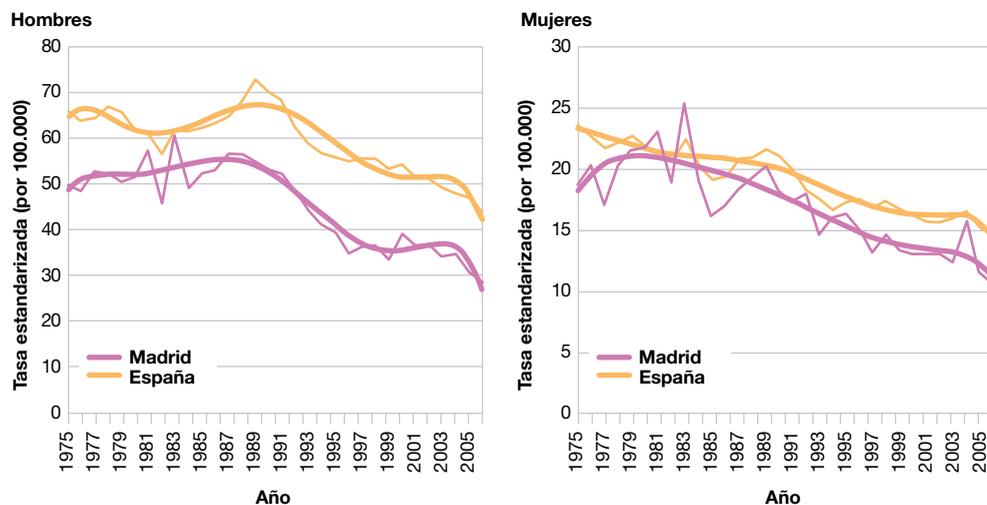


Figura 9.1. Causas externas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

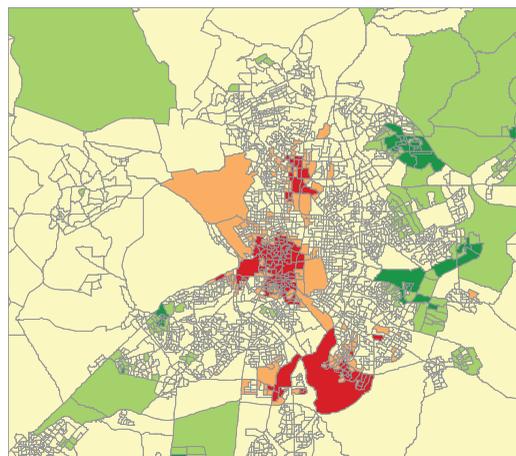
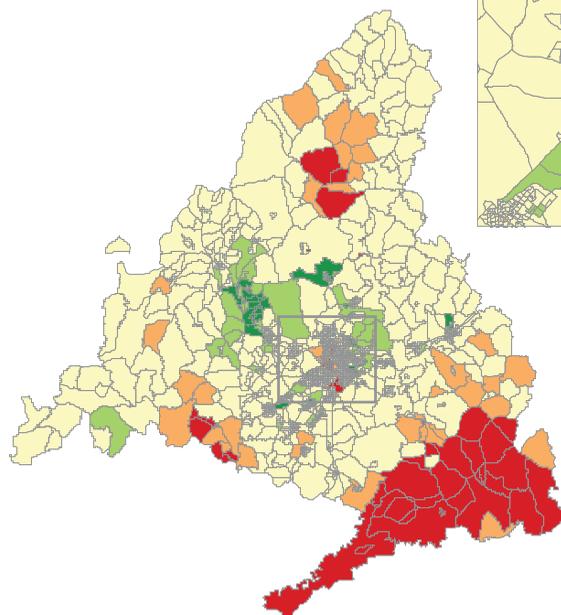
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

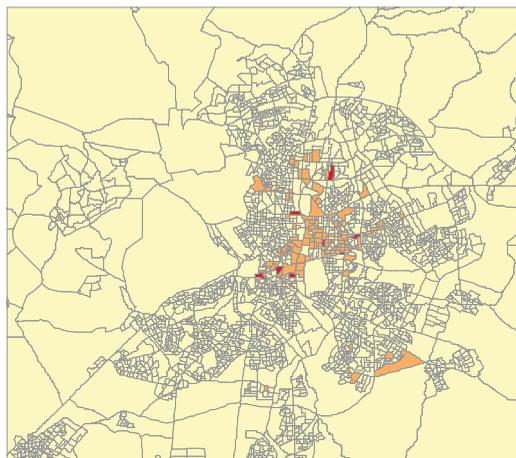
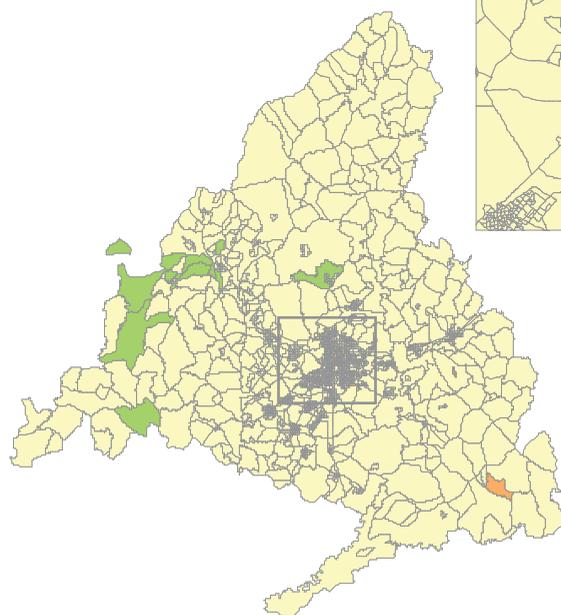
Hombres

- PRP >1
- < 0,1
 - 0,1 - 0,2
 - 0,2 - 0,8
 - 0,8 - 0,9
 - > 0,9



Mujeres

- PRP >1
- < 0,1
 - 0,1 - 0,2
 - 0,2 - 0,8
 - 0,8 - 0,9
 - > 0,9



9.1.2.1. Contribución de las causas externas a los cambios en la esperanza de vida

Entre 2001 y 2006 las causas externas de muerte han contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población madrileña en 0,13 años (hombres) y 0,06 años (mujeres). Las principales mejoras se han producido entre los 30 y los 49 años de edad (figura 9.3). En cambio, entre las personas mayores los accidentes y lesiones restaron, aunque mínimamente, esperanza de vida.

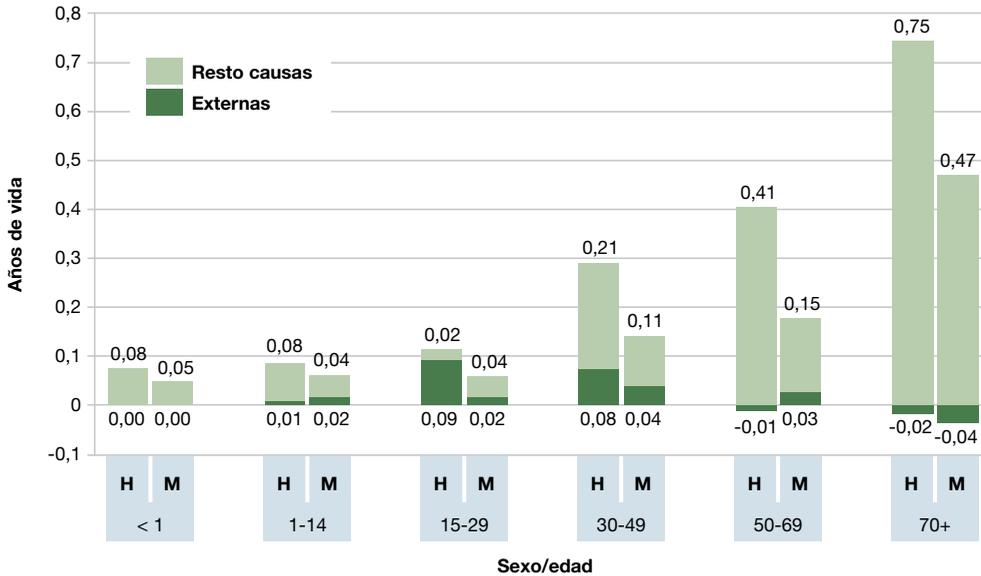


Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1. Accidentes en jóvenes

En 2007, el 14,2% de los jóvenes entrevistados refirió haber tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo 2,3 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. En los chicos no se observan grandes variaciones de la frecuencia de accidentes a lo largo de la serie, mientras que en las chicas se han reducido un 27,9% (figura 9.4).

En los chicos, casi uno de cada dos accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 20,2 % en ambos) y en tercer lugar en la calle o zonas recreativas (19,1%). En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (25,3%) seguido de los accidentes en el centro de estudios (17,7%) y en moto (16,5%).

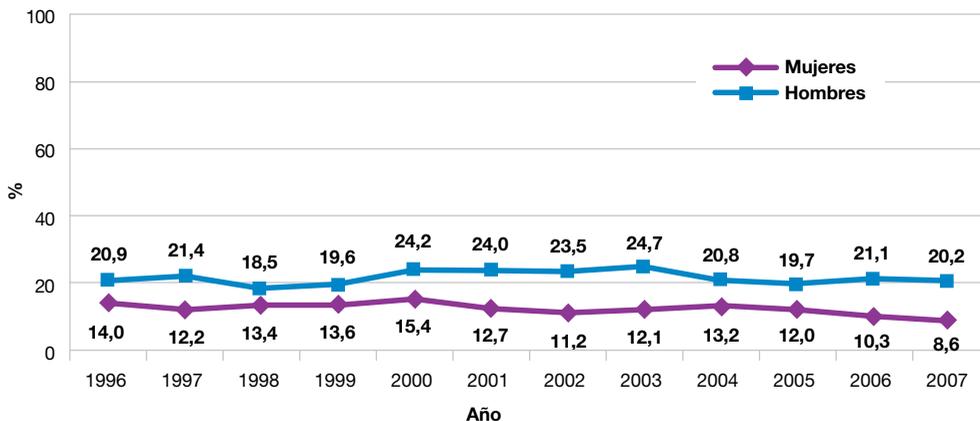


Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

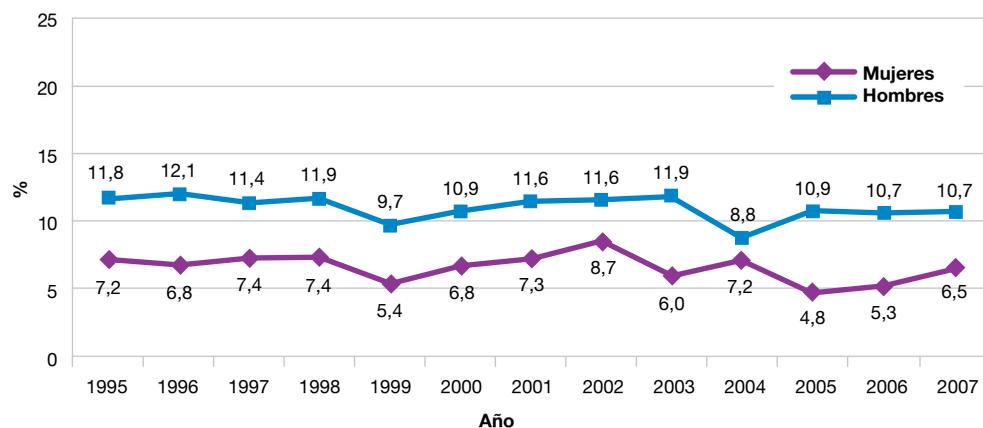
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

9.1.3.2. Accidentes en adultos

En 2007, un 8,6% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven. Se observa una moderada reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 10,5% en hombres y del 15,7% en mujeres durante el 2006-2007 respecto a 1995-1996 (figura 9.5).

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos (18-64 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones representaron algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007 (tablas 9.2 y 9.3). Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres (figura 9.6). Las lesiones más frecuentes fueron las localizadas en piel, y dentro de ellas las contusiones, seguidas por las heridas incisivas (figura 9.7).

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria, según sexo y nacionalidad*. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	309.666	5,0	103,3 (111,0)	314.937	4,8	100,8 (106,2)
Mujeres	352.650	3,8	108,7 (109,9)	364.977	3,6	108,3 (107,2)
Extranjeros	82.414	4,5	78,5 (92,7)	90.835	4,1	76,6 (86,5)
Espanoles	577.788	4,2	111,2 (114,6)	587.814	4,1	110,7 (111,6)
Total	662.316	4,3	106,1	679.914	4,1	104,7

* En algunos casos no está registrada la nacionalidad.

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

Área de Salud	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	87.191	4,3	115,6	92.150	4,2	119,9
2	44.528	4,5	97,9	45.515	4,2	98,9
3	44.210	4,4	122,8	45.800	4,2	113,6
4	58.439	4,0	97,7	60.505	3,9	99,7
5	70.141	4,2	93,4	71.531	4,0	92,2
6	73.026	5,0	111,9	71.259	4,8	105,8
7	44.397	4,0	78,7	48.112	3,9	72,9
8	50.618	4,1	103,5	51.458	3,9	104,7
9	53.443	4,0	130,2	53.083	3,9	127,7
10	45.786	4,2	134,7	44.696	4,0	126,3
11	90.537	4,3	104,1	95.805	4,1	108,1

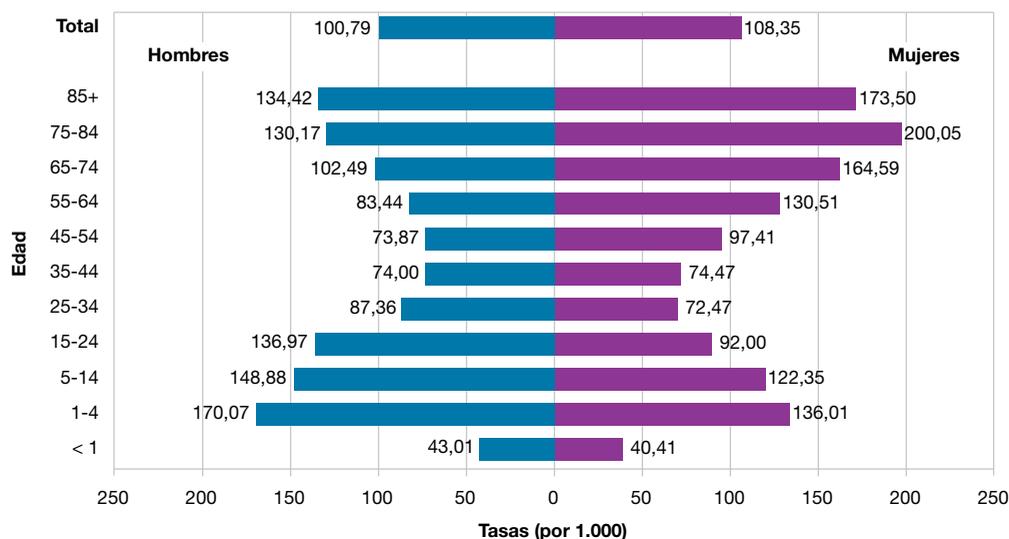


Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
< 1	Conmoción cerebral/contusión (N79) N=797	Otras fracturas (L76) N=331	Contusión/magulladura (S16) N=294	Efecto adverso medicación dosis correcta (A85) N=225	Picadura de insecto (S12) N=225
1-4	Laceración/herida incisa (S18) N=11.568	Picadura de insecto (S12) N=7.696	Contusión/magulladura (S16) N=5.752	Conmoción cerebral/contusión (N79) N=4.081	Efecto adverso medicación dosis correcta (A85) N=2.267
5-14	Contusión/magulladura (S16) N=17.303	Laceración/herida incisa (S18) N=15.234	Picadura de insecto (S12) N=9.970	Esguinces distensiones tobillo (L77) N=8.294	Esguinces y distensiones no especificados (L79) N=7.266
15-34	Contusión/magulladura (S16) N=29.019	Laceración/herida incisa (S18) N=28.554	Esguinces distensiones tobillo (L77) N=21.115	Esguinces y distensiones no especificados (L79) N=13.851	Traumatismo/lesión no especificada (A80) N=10.748
35-64	Laceración/herida incisa (S18) N=35.814	Contusión/magulladura (S16) N=30.893	Esguinces distensiones tobillo (L77) N=17.593	Efectos adversos factores físicos (A88) N=16.290	Picadura de insecto (S12) N=12.516
65-84	Contusión/magulladura (S16) N=21.477	Laceración/herida incisa (S18) N=19.998	Efectos adversos factores físicos (A88) N=12.221	Otras fracturas (L76) N=9.814	Efecto adverso medicación dosis correcta (A85) N=5.041
85+	Laceración/herida incisa (S18) N=4.955	Contusión/magulladura (S16) N=3.770	Fractura de fémur (L75) N=2.437	Otras fracturas (L76) N=1.866	Efectos adversos factores físicos (A88) N=1.862

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2007.

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

* Entre paréntesis figura el código CIAP-2 correspondiente. N= número de episodios

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

En el año 2007 las causas externas representaron el 5,1% de todas las altas hospitalarias. De ellas las fracturas fueron las más frecuentes (43,7% del total de causas externas) seguidas de las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (27,3%) (tabla 9.4).

En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres (8,00 por 100.000 y 6,85, respectivamente), aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres (figura 9.8).

Las caídas accidentales es el motivo desencadenante de la lesión más frecuente registrado en las altas hospitalarias por causas externas y en 2007 estuvo presente en 12.254 de estas altas. De ellas 7.155 correspondieron a personas de 65 o más años, y además a partir de los 65 años se observa un incremento progresivo en las tasas de morbilidad hospitalaria por caídas accidentales que es más acusado en las mujeres (figura 9.9).

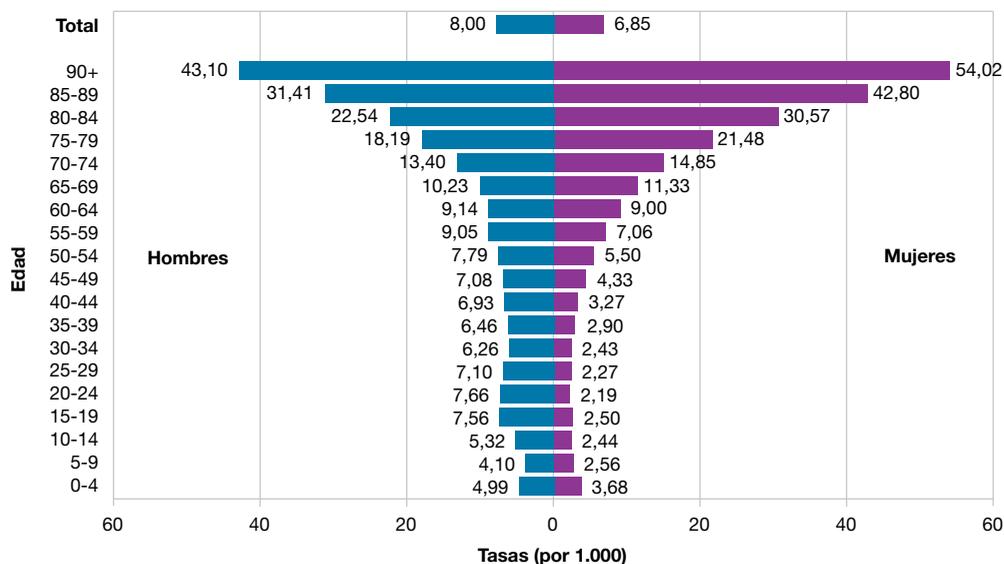
Tabla 9.4. Morbilidad hospitalaria por causas externas según sexo y edad. Porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2007.

	Total		Hombres	Mujeres	<65 años	65 y más años
	N	%	%	%	%	%
Fractura (800-829)	19.990	43,7	39,4	48,3	38,1	52,5
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	12.494	27,3	26,5	28,2	24,4	31,8
Herida abierta (870-897)	2247	4,9	6,2	3,5	7,1	1,4
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	2174	4,8	5,7	3,7	6,7	1,6
Luxación (830-839)	2071	4,5	5,5	3,5	6,4	1,6
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	1392	3,0	3,6	2,4	2,9	3,3
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	1053	2,3	2,0	2,7	3,0	1,2
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	764	1,7	1,9	1,5	2,1	0,9
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	732	1,6	2,3	0,8	2,1	0,8
Contusión (920-924)	606	1,3	1,6	1,0	1,4	1,2
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	565	1,2	1,0	1,5	0,8	1,9
Quemadura (940-949)	456	1,0	1,2	0,8	1,4	0,3
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	447	1,0	1,1	0,8	1,2	0,7
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	268	0,6	0,6	0,6	0,8	0,2
Lesión superficial (910-919)	131	0,3	0,4	0,2	0,4	0,1
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	130	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1
Efecto tardío de causa externas (905-909)	126	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	78	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	39	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total Causas Externas						
Nº de altas	45.763		23.957	21.806	27.993	17.800
% sobre total de altas	5,1%		6,2%	4,3%	4,7%	6,0%

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

Figura 9.8. Morbilidad hospitalaria por causas externas según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



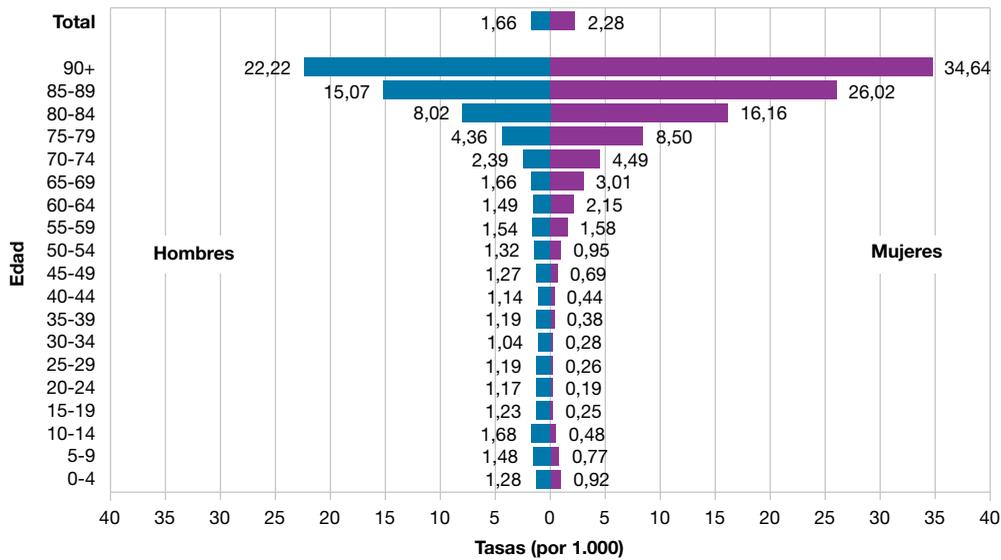


Figura 9.9. Morbilidad hospitalaria por causas externas consecuencia de caídas accidentales según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

Como en años anteriores, la carga de enfermedad por causas externas se concentra en edades adultas jóvenes (15 a 44 años) y con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD) (figura 9.10). Los varones soportan una carga mucho mayor que las mujeres por estas causas.

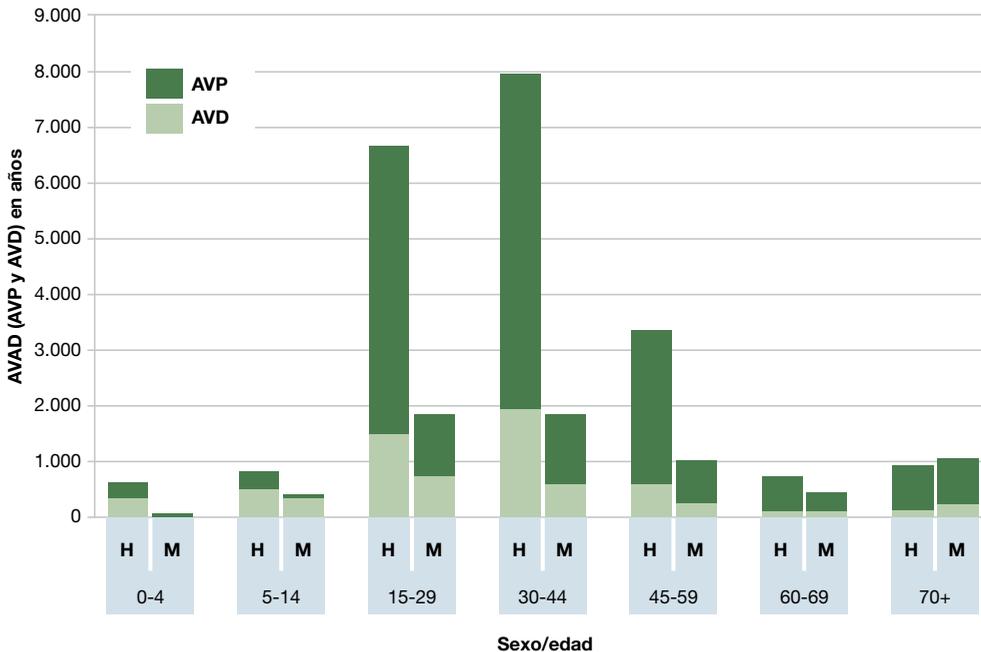


Figura 9.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por causas externas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.2. Accidentes de tráfico

9.2.1. Indicadores generales

La morbimortalidad por accidentes de tráfico es mayor en los hombres que en las mujeres. En 2006 en la Comunidad de Madrid, la tasa bruta de mortalidad en hombres fue de 7,6 por 100.000 y en mujeres de 2,0. Fueron causa de 9.354 años de vida perdidos y de 2.254 años vividos con discapacidad (tabla 9.5).

Tabla 9.5. Indicadores generales de accidentes de tráfico. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Accidentes de tráfico. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	224	63	287
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,6	2,0	4,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,0	2,1	4,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,0	2,0	4,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	13,2	3,5	8,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	52,9	17,8	34,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,073	0,059	0,086
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	9.127	2.481	11.607
Años de Vida Perdidos. CM 2006	7.524	1.830	9.354
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	1.603	651	2.254

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

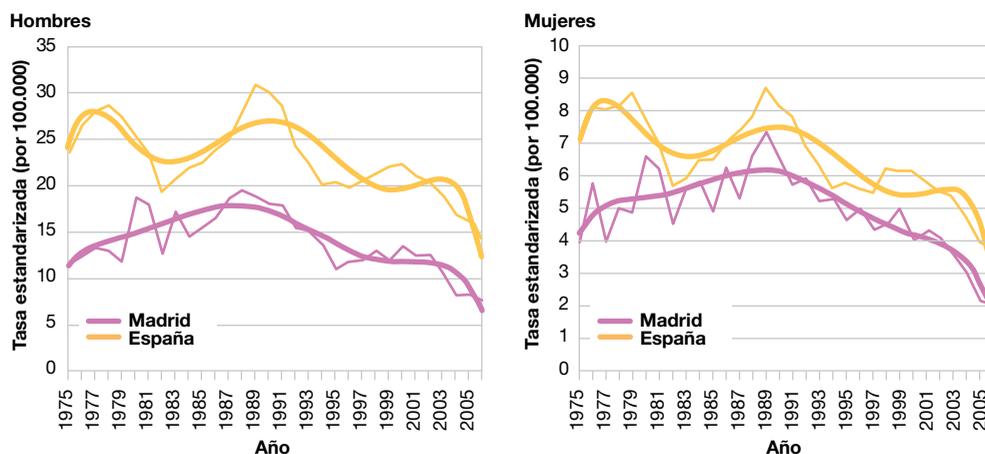
9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces (figura 9.11). Este descenso es especialmente significativo en los últimos años tanto en las mujeres como en los hombres. Estos últimos siguen teniendo una mortalidad por accidentes de tráfico alrededor de tres veces mayor que las mujeres. La Comunidad de Madrid presenta unas tasas ajustadas por edad (7,0 por cien mil en hombres, 2,0 en mujeres en el año 2006) más favorables que el conjunto de España (respectivamente, 13,2 y 3,5).

En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (figura 9.12) en hombres se aprecia mayor mortalidad fuera del municipio de Madrid que en éste. Se observa patrón de agregación en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navacarnero, Aranjuez, Arganda, y Collado Villalba entre otros. Dentro del municipio de Madrid destacan Tetuán y Centro. En las mujeres no se observan diferencias entre el municipio de Madrid y el resto de la Comunidad, y el distrito que muestra mayor mortalidad es Alcalá de Henares, sin observarse patrón de agregación de secciones con exceso.

Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

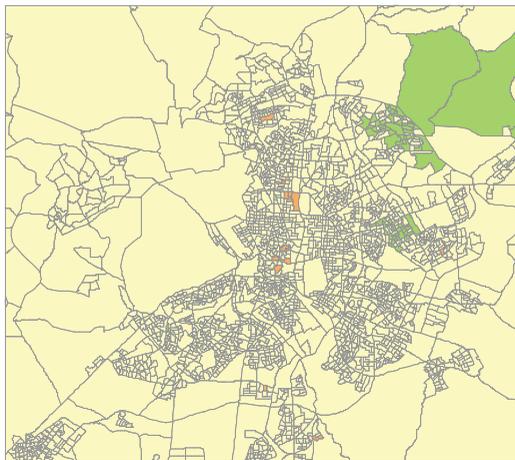
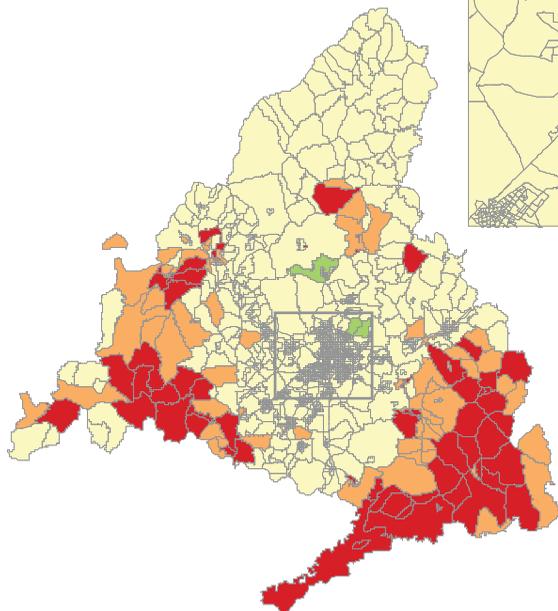
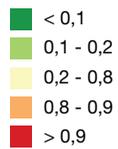
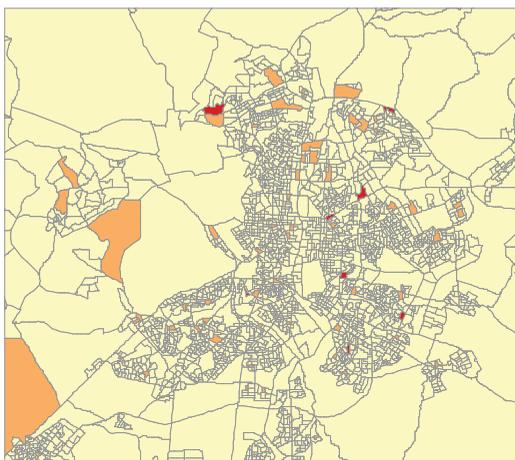
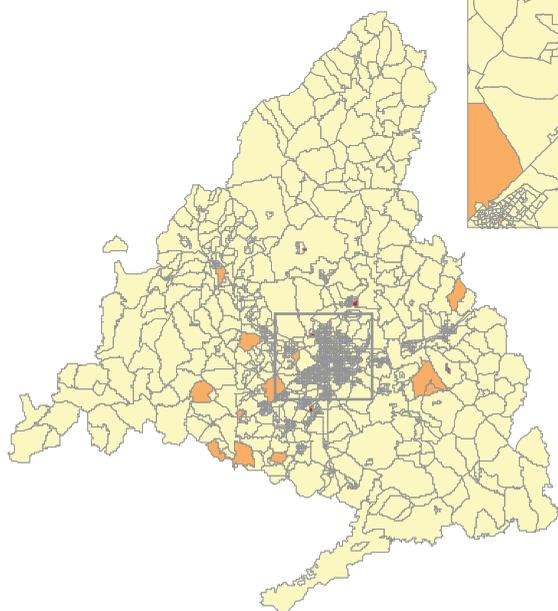
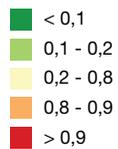


Figura 9.12. Mortalidad por accidentes de tráfico en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

PRP >1

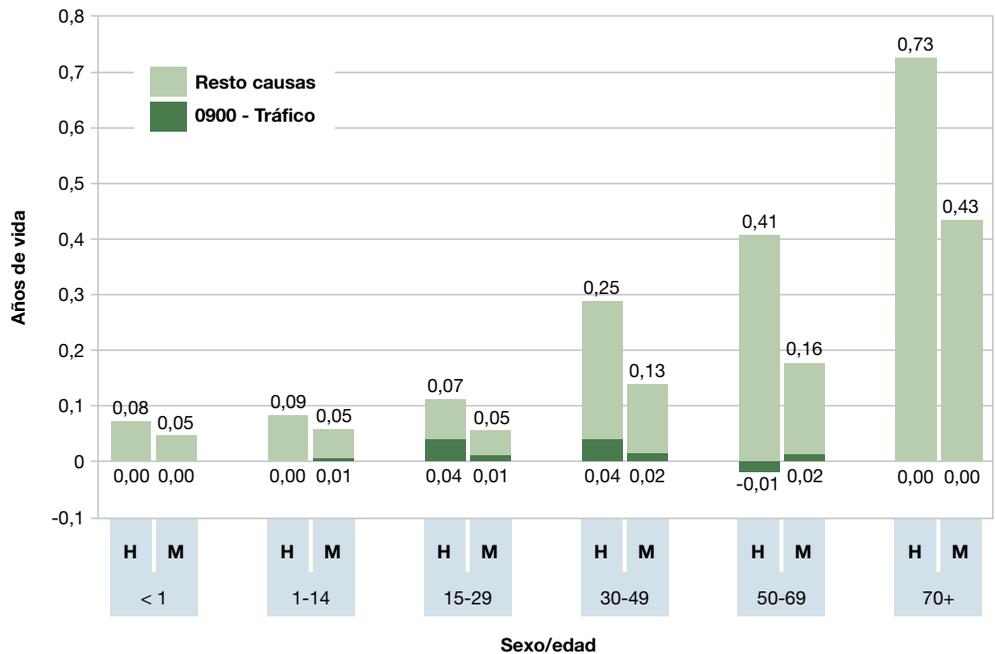


9.2.2.1. Contribución de los accidentes de tráfico a los cambios en la esperanza de vida

Durante el periodo 2001-2006 los accidentes de tráfico han contribuido positivamente al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña, particularmente los varones de las edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (figura 9.13).

Figura 9.13. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

En el año 2007, según los datos de la DGT, se produjeron en la Comunidad de Madrid, 15.461 accidentes de tráfico con un total de 21.154 víctimas. De 2003 a 2007 se observa un estancamiento en el número de muertos por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid, si bien el número de accidentes y víctimas ha ascendido en los últimos dos años (figuras 9.14 y 9.15).

En 2007, dentro de las altas hospitalarias por causas externas en residentes en la Comunidad de Madrid, en 2.071 se hace referencia a los accidentes de tráfico. La morbilidad hospitalaria se concentra claramente en los varones jóvenes, en los cuales se observa un descenso progresivo a medida que aumenta la edad (figura 9.16).

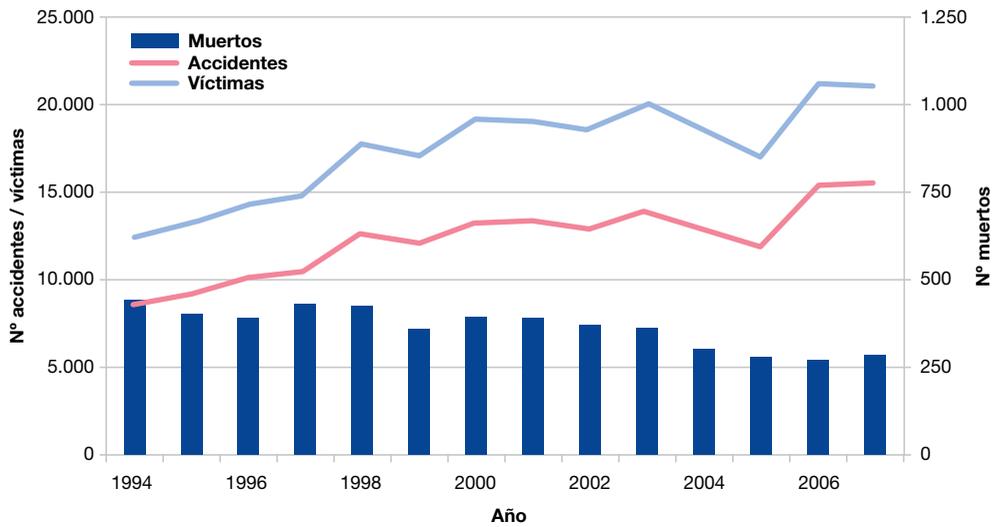


Figura 9.14. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, del total de víctimas y de muertos. Comunidad de Madrid, 1994-2007.

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

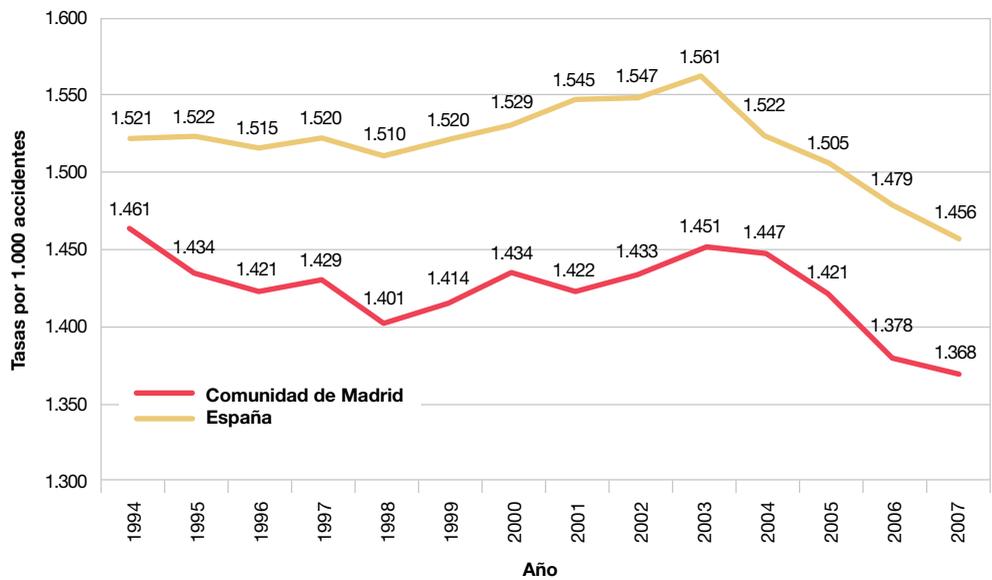


Figura 9.15. Evolución de la tasa de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2007.

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

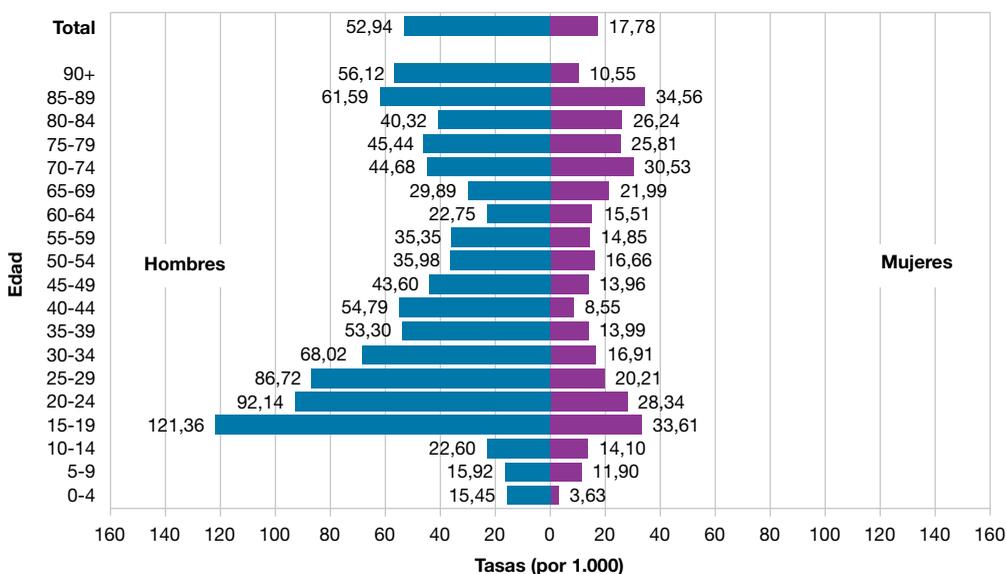


Figura 9.16. Morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

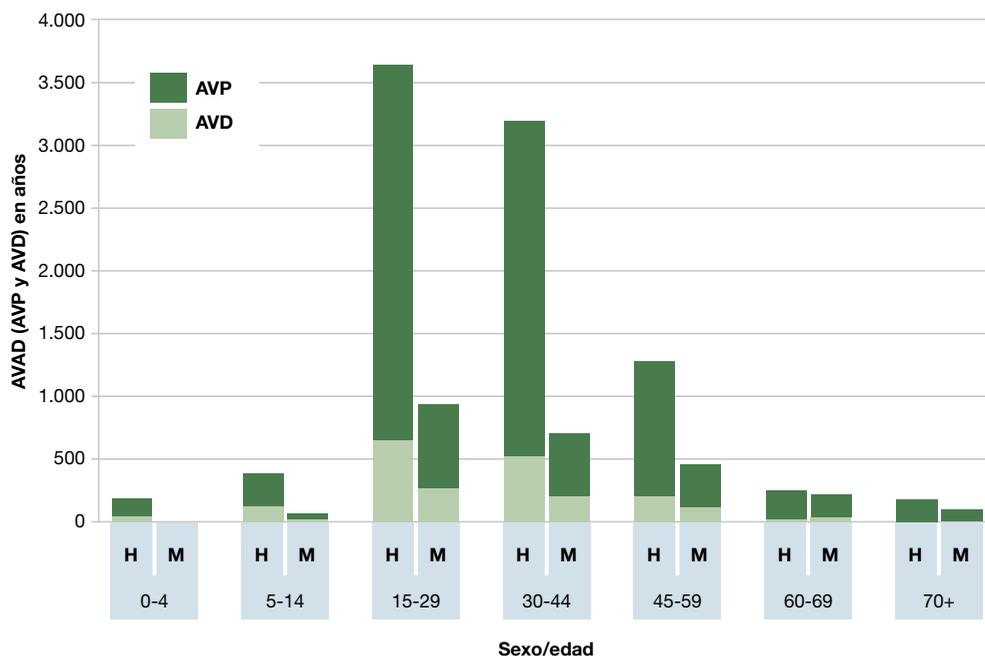
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico (figura 9.17) sigue el patrón general del conjunto de las causas externas: notablemente mayor en varones que en mujeres, con mayor peso del componente de mortalidad que del de discapacidad, y especialmente concentrado en las edades adultas jóvenes (15 a 44 años cumplidos de edad).

Figura 9.17. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por accidentes de tráfico, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.5. Factores determinantes

9.2.5.1. Seguridad vial en jóvenes

En 2007, el 20,1% de los jóvenes entrevistados no utiliza siempre el cinturón de seguridad por ciudad (figura 9.18). Este porcentaje es del 13,6% en la circulación por carretera.

La no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre (figura 9.19). La utilización del casco en bicicleta continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 93,6% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente. El 2007 ha sido el año en que se han producido las prevalencias más bajas de toda la serie, con un rango de descenso del 33% al 50%.

No siempre cinturón de seguridad por ciudad

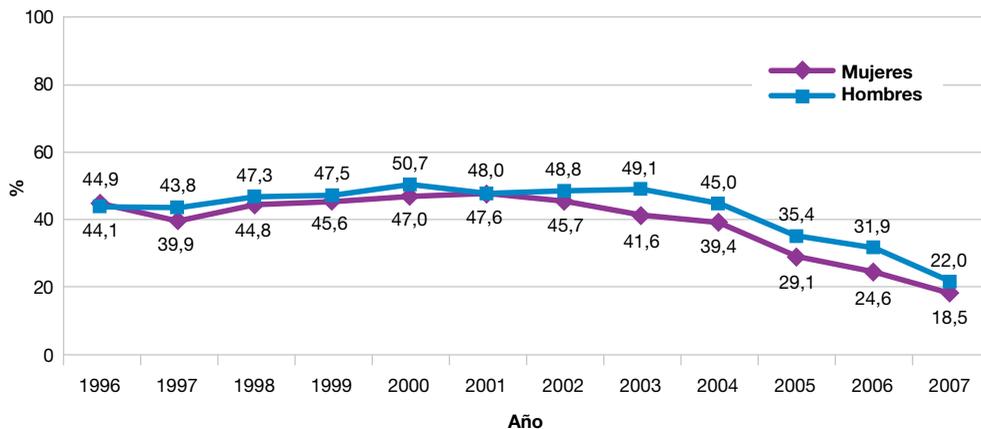


Figura 9.18. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad o por carretera, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

No siempre cinturón de seguridad por carretera

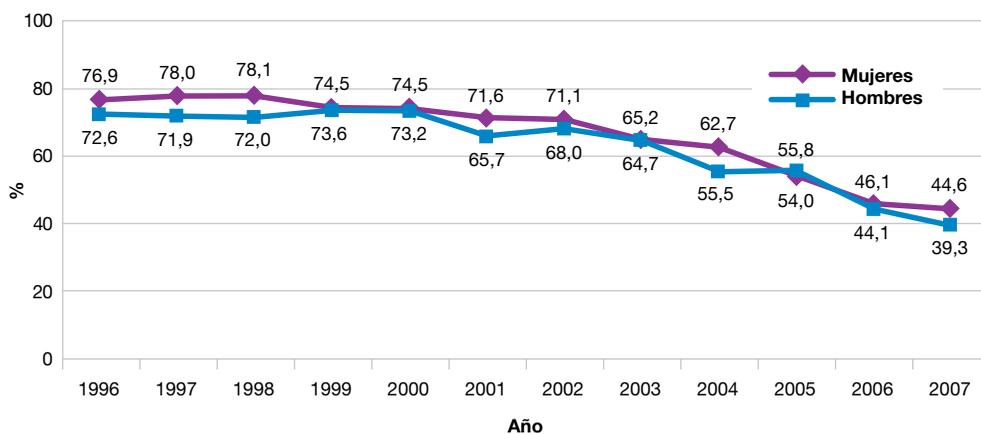
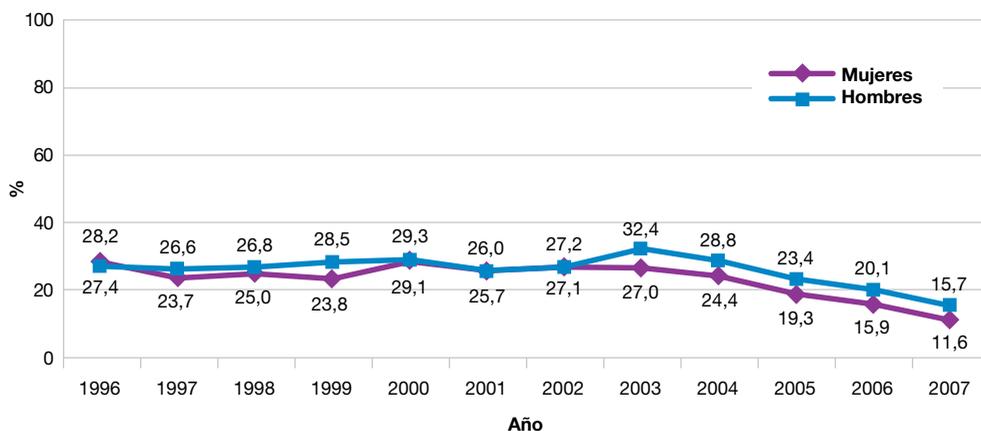


Figura 9.19. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

9.2.5.2. Seguridad vial en adultos

En 2007, un 4,8% del total de personas que viajan en coche no utiliza siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 0,7% en la conducción por carretera (figura 9.20).

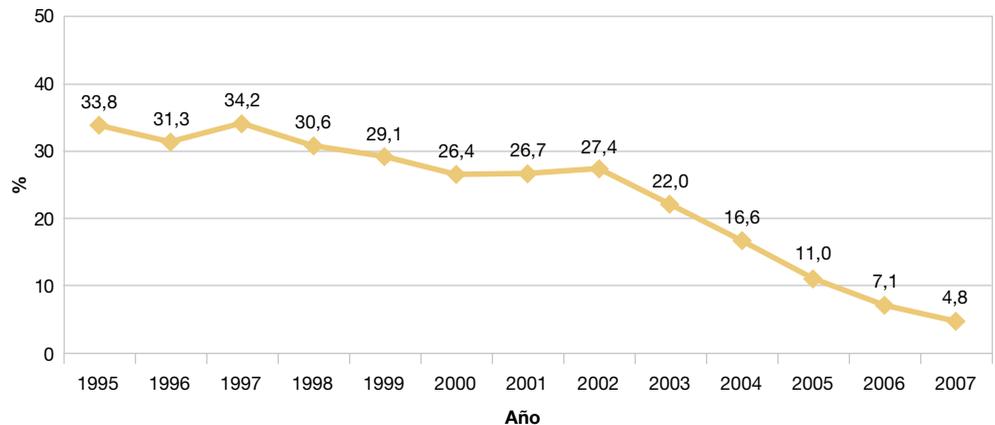
Un 7,4% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 3,4% no utiliza siempre el casco. El 4,5% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 1,1% de ellos (figura 9.21).

Debido a la gran variabilidad muestral, las estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en las figuras se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en estos trece años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2006-2007 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso en todas las ocasiones del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 81,7% y 79,5%. Asimismo, la disminución del no uso del casco en moto es del 82,4% y 89,6%.

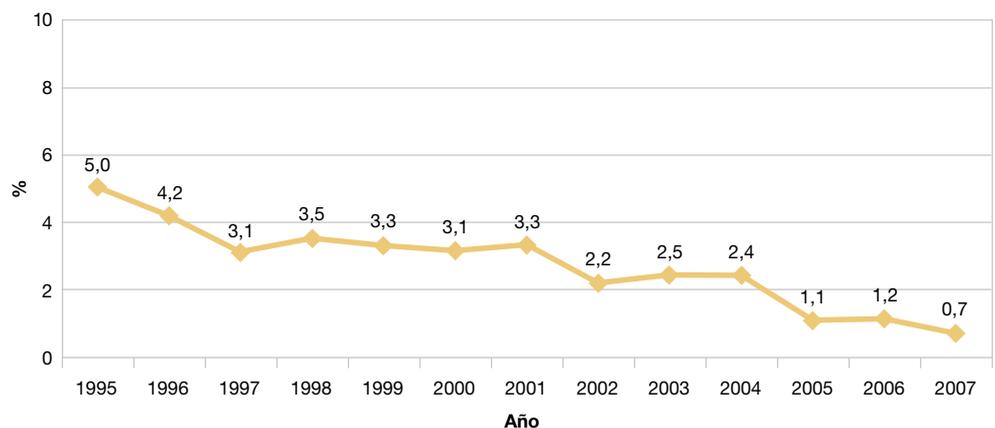
Figura 9.20. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

No utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad



No utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera



No utilizan siempre el casco en moto por ciudad

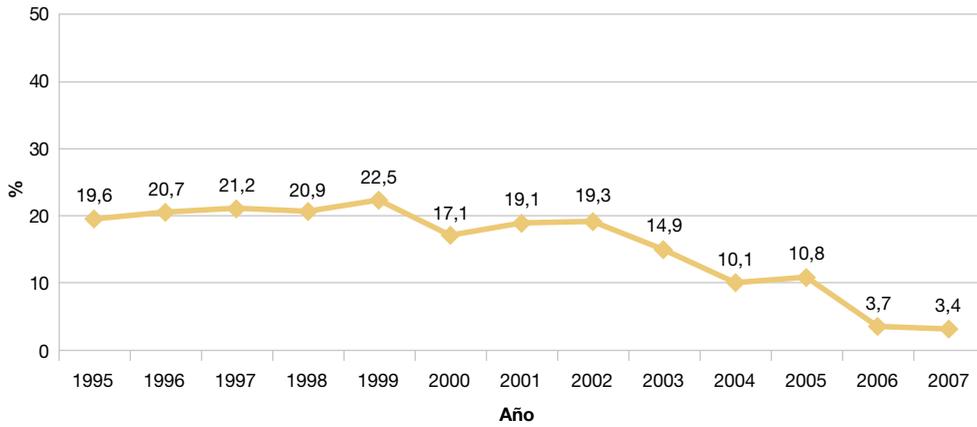
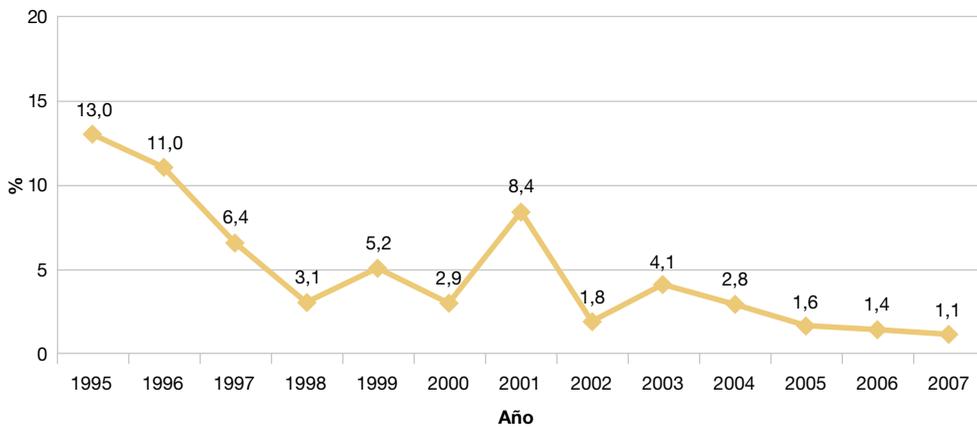


Figura 9.21. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

No utilizan siempre el casco en moto por carretera



9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

9.3.1. Indicadores generales

El suicidio es una causa de muerte más frecuente en hombres que en mujeres, si bien los intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas ocasionan mayor morbilidad hospitalaria en las mujeres (17,3 altas por 100.000 en la Comunidad de Madrid en 2007 y 13,4 en hombres).

Tabla 9.6. Indicadores generales de suicidio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	168	50	218
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,7	1,6	3,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,0	2,0	4,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,2	1,4	3,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	9,9	2,7	6,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	13,4	17,3	15,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,016	0,020	0,022
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	3.380	1.054	4.434
Años de Vida Perdidos. CM 2006	3.271	808	4.079
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	109	246	354

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

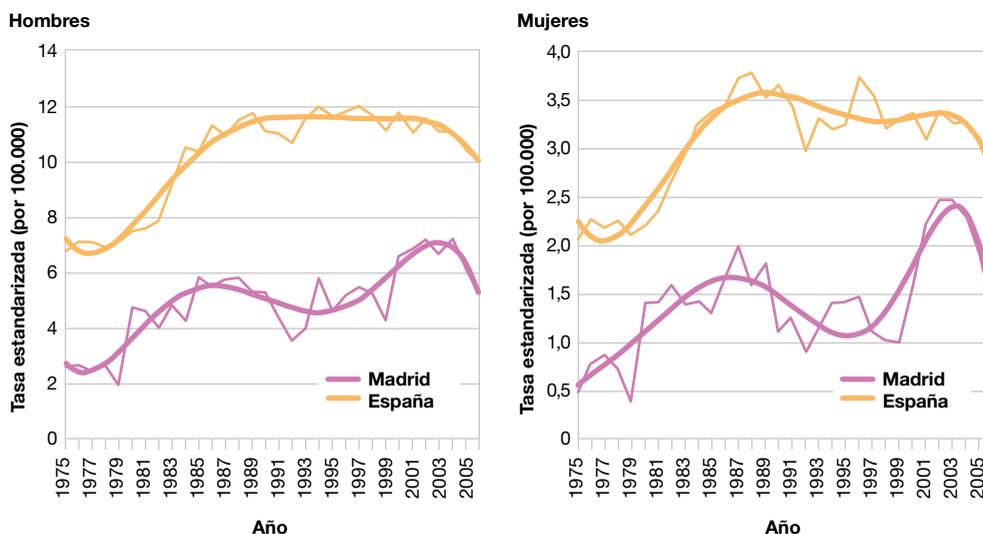
9.3.2. Mortalidad por suicidio

Las tasas de mortalidad por suicidio son, en la Comunidad de Madrid (tasas ajustadas por edad de 5,28 por cien mil en hombres y 1,36 en mujeres) en el año 2006, notablemente inferiores a las del total de España (respectivamente, 9,99 y 2,76), si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones (figura 9.22). Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas.

En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas (figura 9.23) en hombres se aprecia mayor mortalidad fuera del municipio de Madrid que en éste. Los distritos del sur y este de la región son los que muestran mayor mortalidad mostrando un patrón de agregación de secciones: Parla, Móstoles, Aranjuez, Fuenlabrada, entre otros. Dentro del municipio de Madrid destaca el distrito Centro. En las mujeres se aprecia ligero predominio de la mortalidad fuera del municipio de Madrid y los distritos del sur de la región son los que muestran mayor mortalidad: Fuenlabrada, Navalcarnero, Móstoles y Leganés.

Figura 9.22. Suicidio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

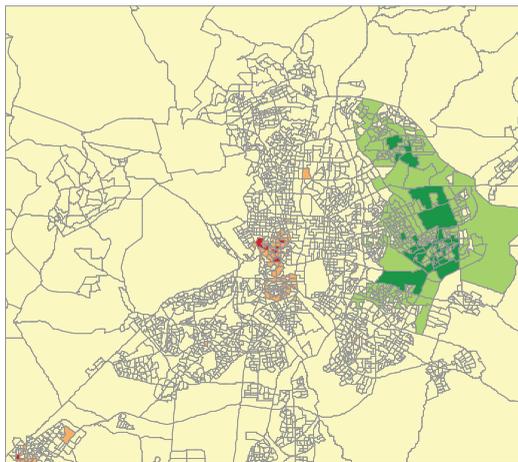
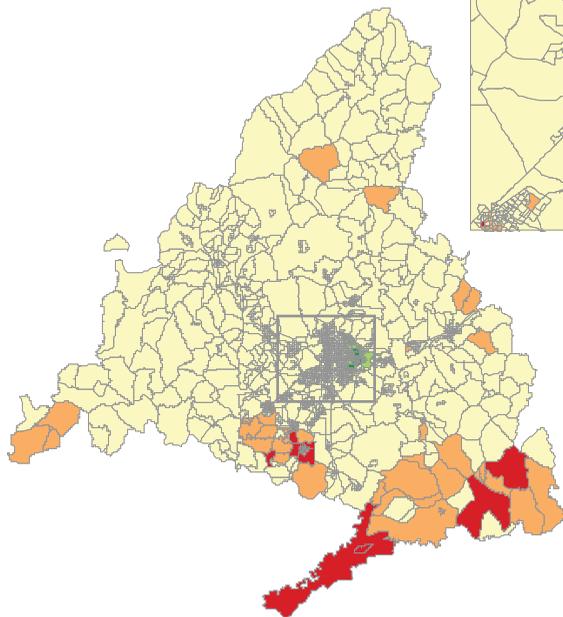
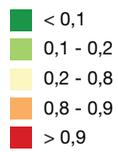
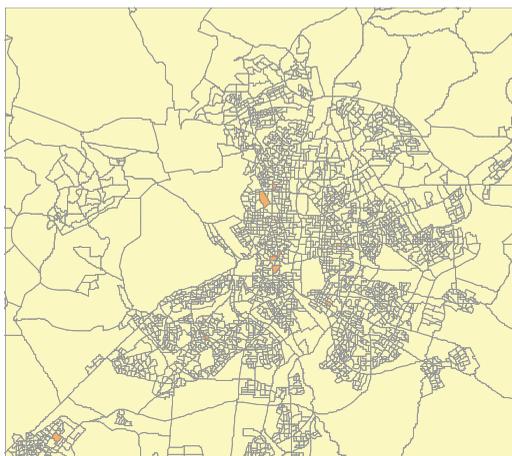
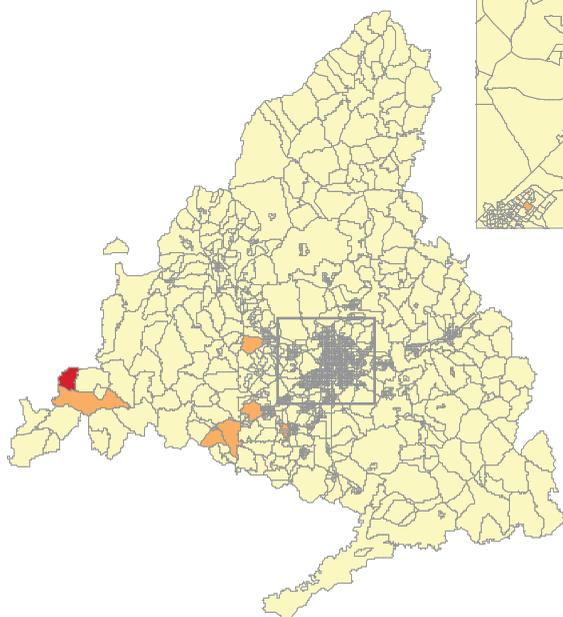
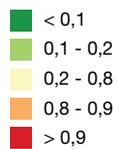


Figura 9.23. Mortalidad por suicidio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

PRP >1

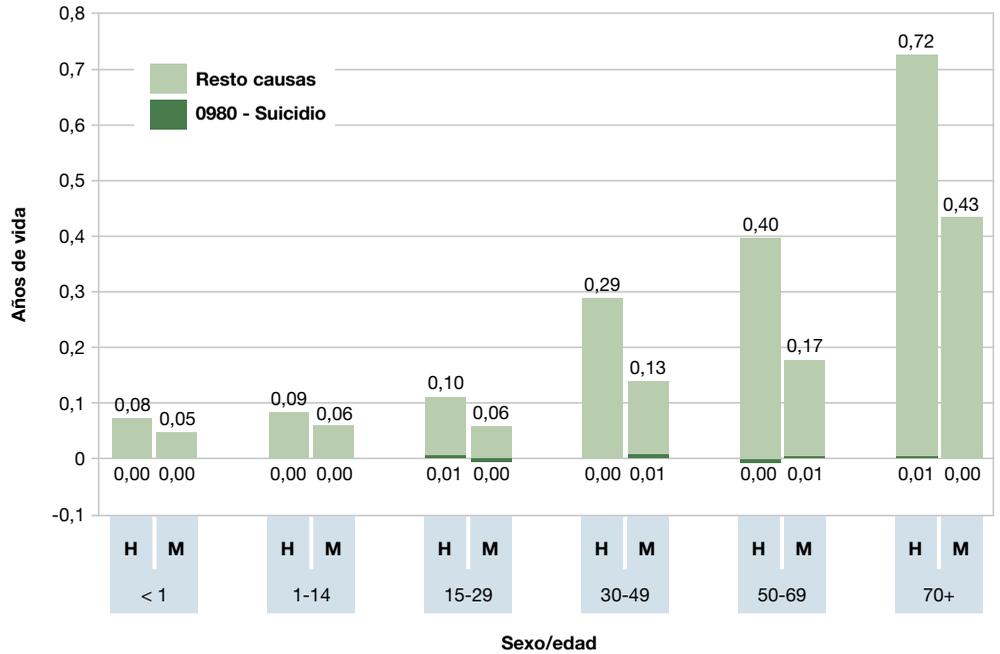


9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2001-2006 el suicidio apenas ha contribuido al cambio en la esperanza de vida en las mujeres y hombres de la Comunidad de Madrid (figura 9.24).

Figura 9.24. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

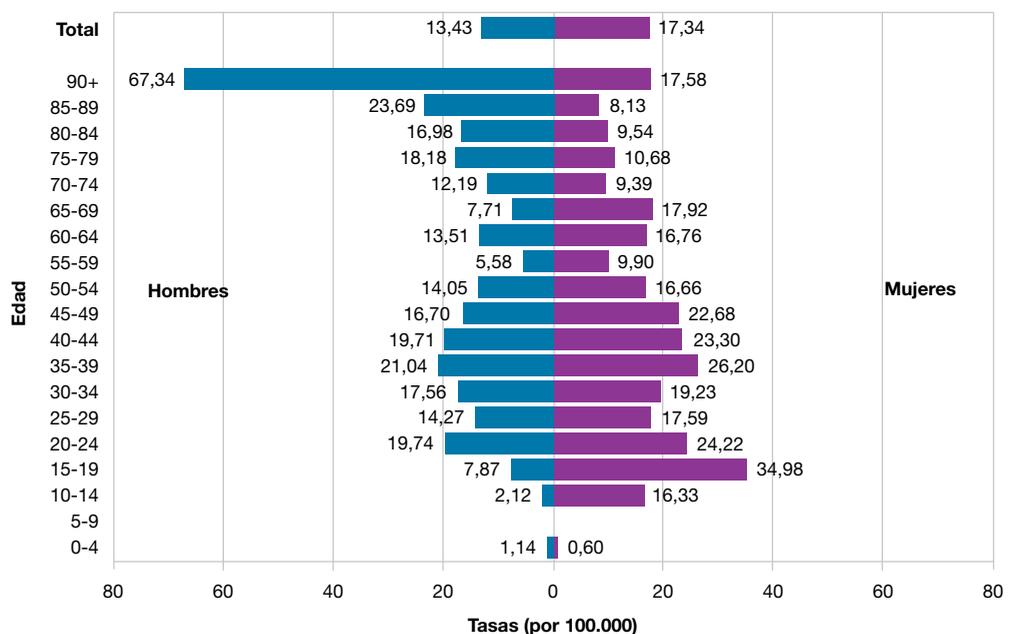


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La tasa de morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (17,34 por 100.000 y 13,43 respectivamente) y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres (figura 9.25).

Figura 9.25. Morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

En la distribución por sexo y edad de la carga de enfermedad por suicidio en la Comunidad de Madrid se aprecia cómo el componente de mortalidad (años de vida perdidos) es mucho mayor que el componente de morbilidad que generan los intentos de suicidio que no concluyen con un fallecimiento (figura 9.26). Igualmente destaca el mayor peso de la carga por suicidio en varones frente a la soportada por las mujeres. Pese a que las mayores tasas de mortalidad se dan en personas de edades altas, al basarse este indicador en el concepto de años de vida perdidos es en la población de 15 a 59 años donde la carga de enfermedad destaca sobre cualquier otro grupo de edad.

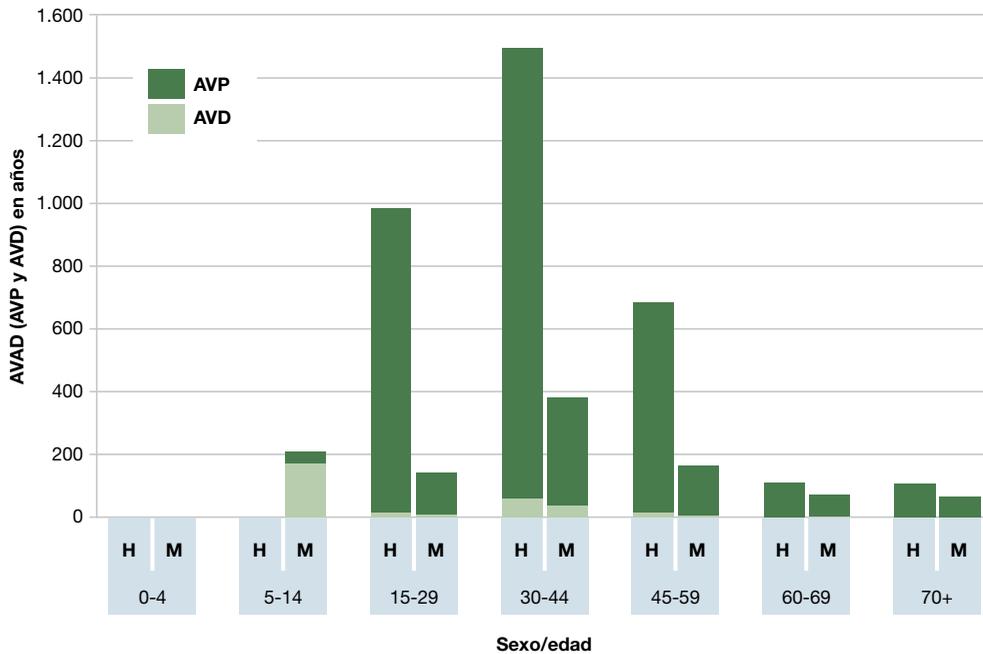


Figura 9.26. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por suicidio, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.4. Violencia de pareja contra la mujer

La disponibilidad de datos fiables es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención de violencia de pareja contra la mujer (VPM), promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

En el marco de las Acciones contra la Violencia que se están llevando a cabo desde la Consejería de Sanidad, se realizó un estudio transversal para caracterizar la VPM en la Comunidad de Madrid. En este estudio, de base poblacional, se incluyeron mujeres de 18 a 70 años y se utilizó el cuestionario de la "Enquete National sur la Violence envers la femme en France" (ENVEFF) para detectar violencia psicológica y sexual y el cuestionario CTS-1 para detectar violencia física.

Uno de los objetivos de este estudio fue establecer la magnitud y la gravedad del problema en la Comunidad de Madrid. El nivel de gravedad de la violencia de pareja se establece en función de la repetición de los hechos y de la acumulación de tipos de actos violentos siguiendo los criterios propuestos por Jaspard et al. (ENVEFF):

Violencia grave: la presencia de uno solo de los siguientes criterios:

- actos de violencia psicológica repetidos (más de 3 tipos de actos psicológicos, algunas veces el último año) o,
- uno de estos tipos de actos muchas veces o sistemáticamente o,
- un solo acto de violencia física o sexual en el último año.

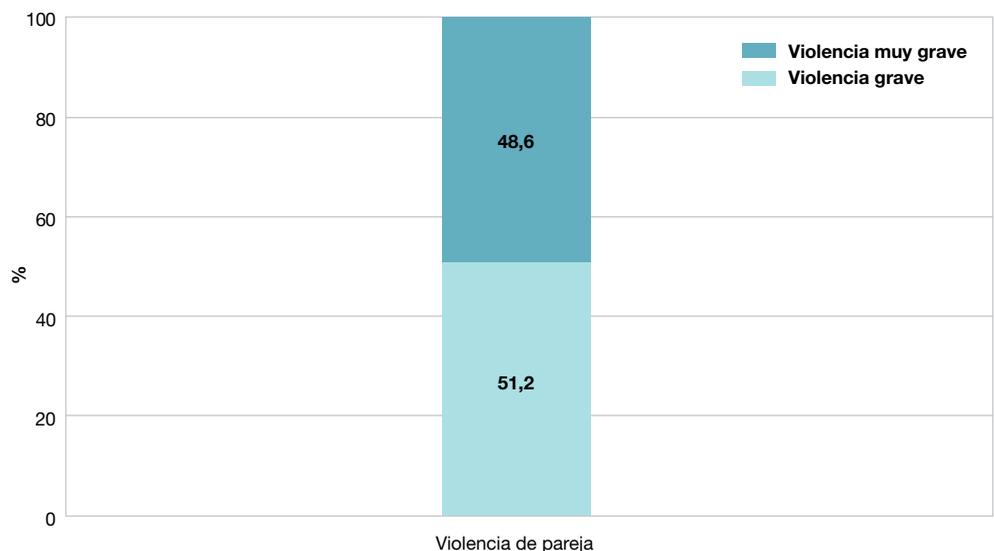
Violencia muy grave: cuando refieren dos o más de los criterios de violencia grave simultáneamente o actos de violencia física o sexual repetidos

La tasa de respuesta fue del 73% y el tamaño final de la muestra de 2.136 mujeres;

En la figura 9.27 se describe la prevalencia y gravedad de violencia de pareja en las mujeres adultas de la Comunidad de Madrid. De las aproximadamente 170.000 mujeres que sufren violencia de pareja, alrededor de 81.000 sufren violencia muy grave.

Figura 9.27. Gravedad* de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres, Comunidad de Madrid, 2004. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Promoción de la Salud.



* Gravedad basada en función de la repetición de los hechos y de la acumulación de tipos de actos violentos

9.5. Conclusiones y recomendaciones

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2006. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres.

Las lesiones representaron algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria. Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres.

Las causas externas representaron el 5% de todas las altas hospitalarias. En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres, aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres.

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces. En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres se aprecia un patrón de agregación de mayor mortalidad en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navalcarnero, Aranjuez, Arganda, y Collado Villalba entre otros.

La morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico se concentra claramente en los varones jóvenes. En jóvenes la no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre y la utilización del casco en bicicleta continúa siendo extraordinariamente infrecuente.

Las tasas de mortalidad por suicidio son, en la Comunidad de Madrid en el año 2006, notablemente inferiores a las de España, si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones. Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas. En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio se aprecia mayor mortalidad en el sur de la región.

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres.

La disponibilidad de datos fiables sobre violencia de pareja contra la mujer es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención, promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

