

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. 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 2010 la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 11,3 (16,0 en hombres y 7,1 en mujeres). Respecto a 2006 la carga de enfermedad por causas externas en 2010 ha disminuido un 46,0% (51,9% en hombres y 27,9 % 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, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Causas externas			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	555	415	970
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	17,9	12,5	15,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,2	4,4	9,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	16,0	7,1	11,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	839,2	764,1	800,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,42	0,14	0,31
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	10.209	4.944	15.153
Años de Vida Perdidos. CM.	7.598	2.979	10.577
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.611	1.965	4.576

9.1.2. Mortalidad por causas externas

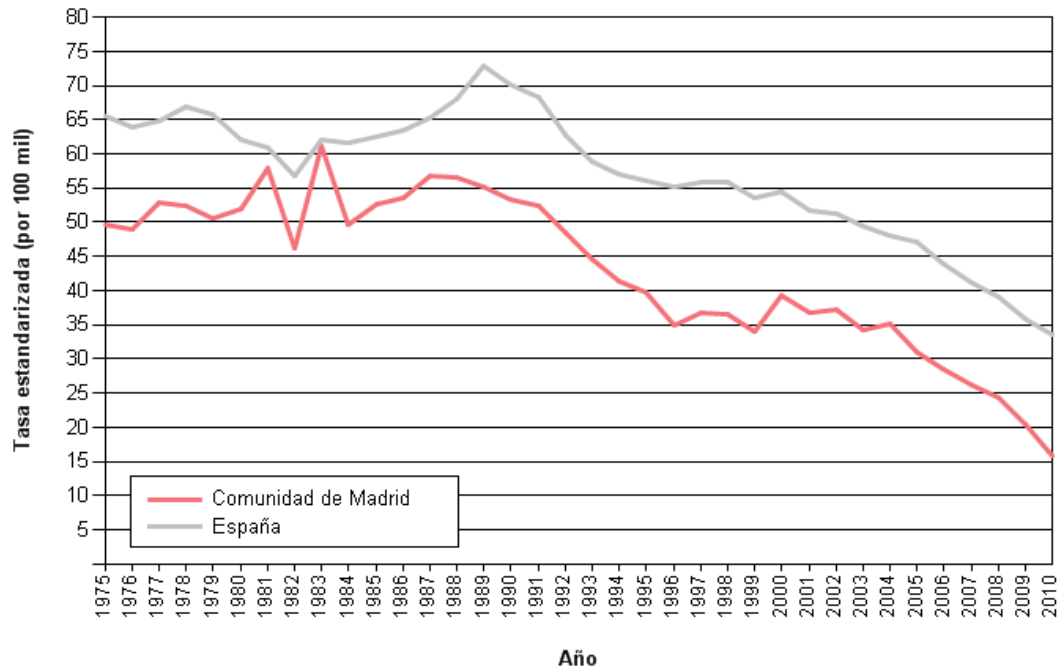
La mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid continúa descendiendo en los últimos años de forma aún más intensa (Figura 9.1). Durante el periodo 2000-2010 la mortalidad descendió un 60,0 % en hombres y un 42,6 % en mujeres. Éstas presentan no obstante en 2010, como ya hemos visto, una tasa menos de la mitad que la masculina.

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.

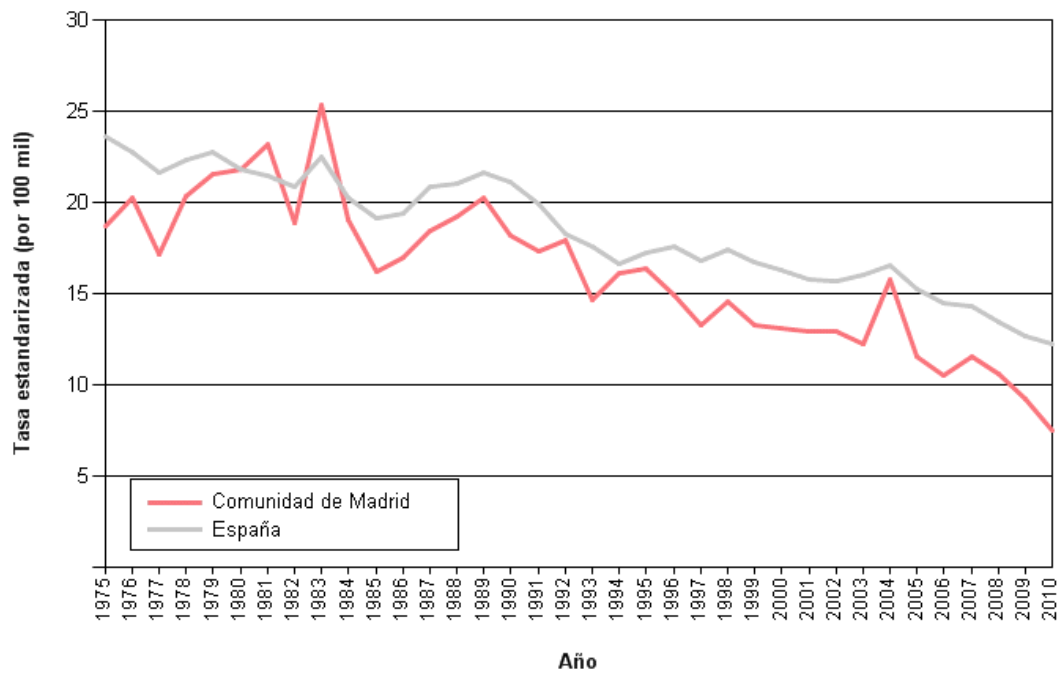
Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



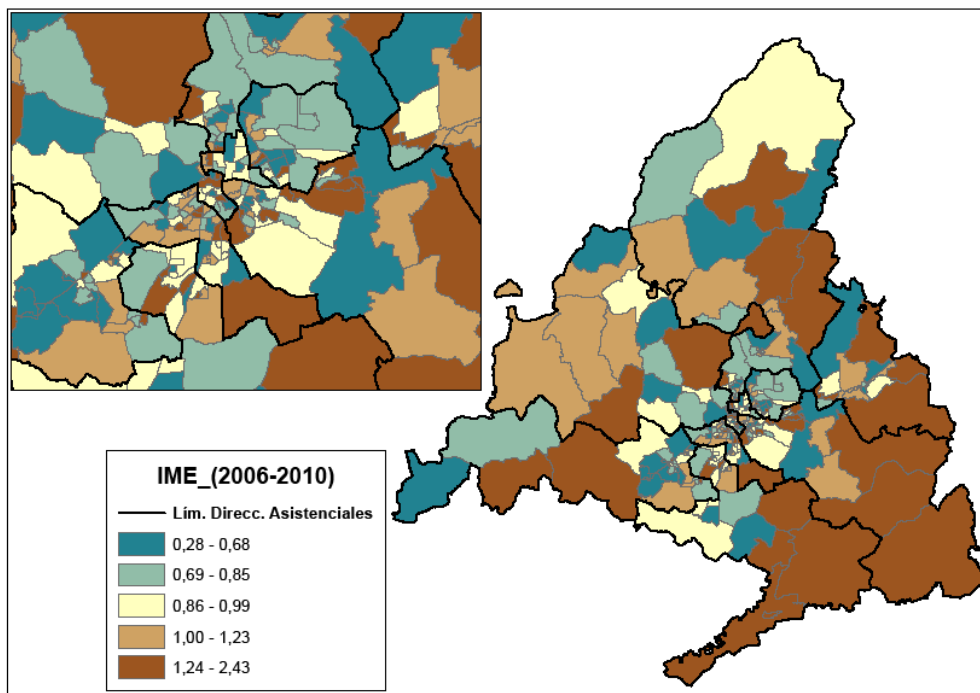
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La [Figura 9.2](#) muestra la mortalidad por causas externas, 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.

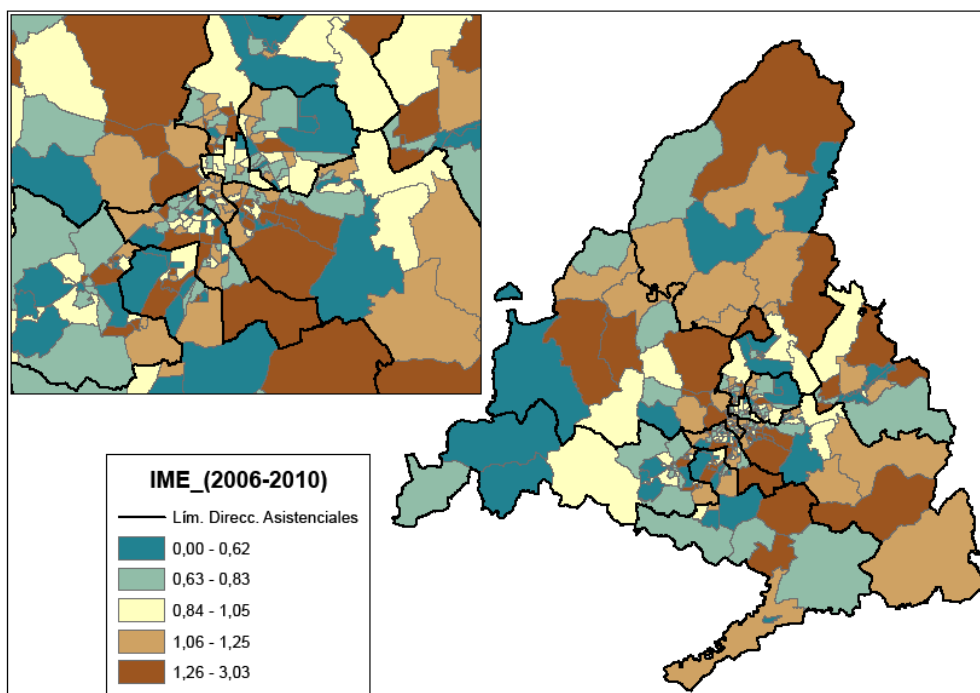
Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, período 2006-2010. Comunidad de Madrid

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

Hombres



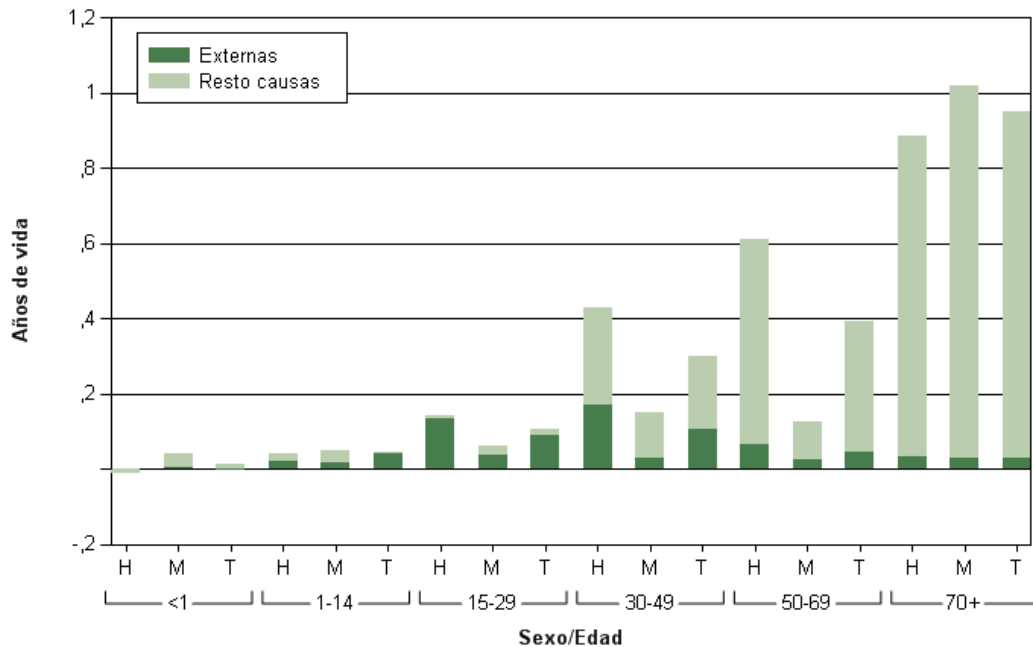
Mujeres



Entre 2005 y 2010 las causas externas de muerte han contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población madrileña en 0,41 años en hombres y 0,14 años en mujeres. Las mejoras se han producido sobre todo en el tramo de edad 15-49 (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, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1 Accidentes en jóvenes

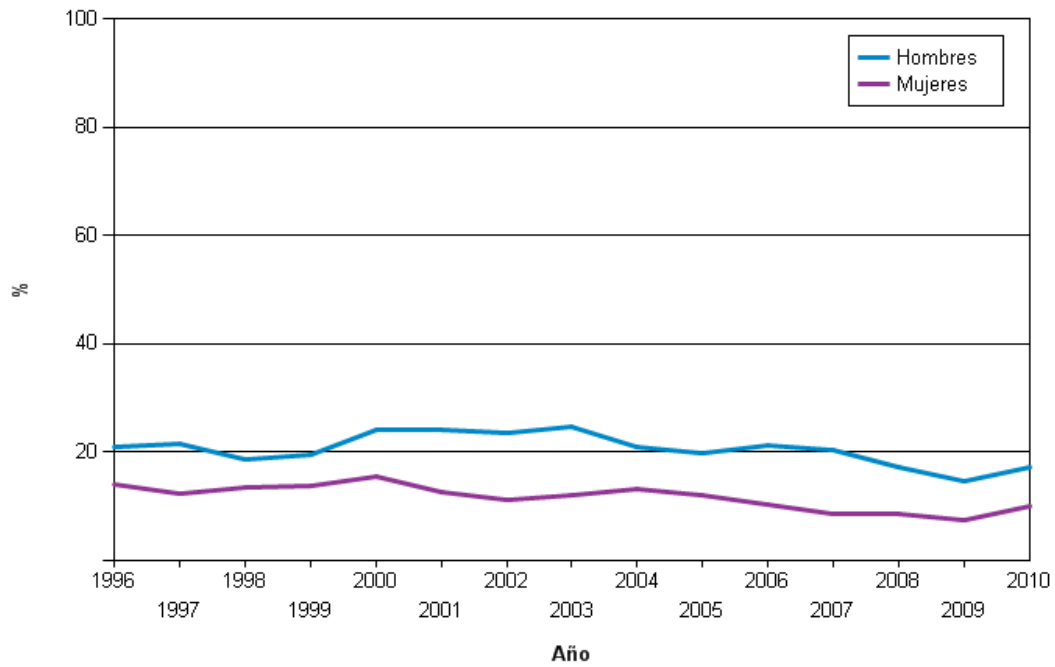
De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), el 13,5% de los jóvenes de 15-16 años entrevistados en 2010 tuvo en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, 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 (18,4%), el segundo en casa (17,8%) y en tercer lugar en la calle (12,9%). En las mujeres se originaron fundamentalmente en casa (41,0%), seguido de los accidentes relacionados con la práctica deportiva o con el coche (12,6% cada uno) y en tercer lugar en moto, en la calle o en otro lugar (7,4% cada uno).

Desde 1996 la evolución de la frecuencia de accidentes muestra una tendencia predominantemente descendente, tanto en chicos como en 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, 1996-2010.

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



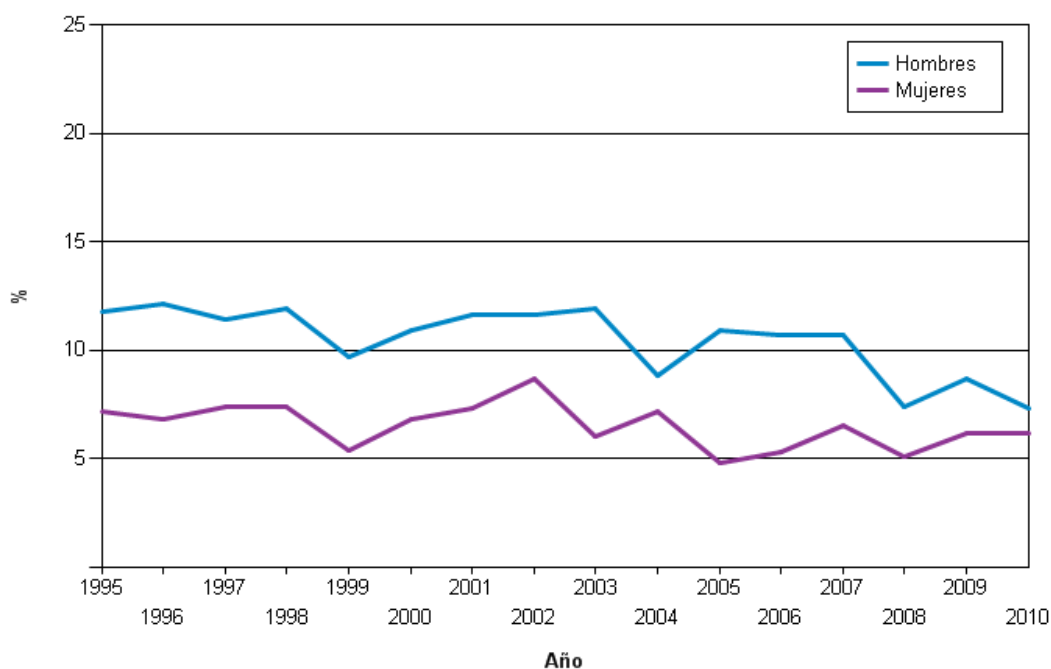
9.1.3.2. Accidentes en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) un 6,7% 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 observa una reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 33,1% en hombres y del 11,4% en mujeres durante el 2009/2010 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, 1995-2010.

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



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Sin variaciones reseñables en los últimos años, las lesiones atendidas en Atención Primaria representan el 4% de todos los episodios atendidos (Tabla 9.2). Se observa sin embargo un aumento de las tasas en los cuatro últimos años (2008-2011) del 18,8%, ligeramente superior en mujeres, que presentan además tasas superiores a los hombres. Las tasas en población extranjera son un 40% 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, 2010 y 2011.

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

	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	351.241	4,75	114,5 (118,4)	366.570	4,59	120,8 (124,0)
Mujeres	432.815	3,78	130,4 (124,3)	453.598	3,69	137,9 (130,2)
Nacidos fuera de España	108.897	3,96	91,7 (106,5)	111.869	3,81	97,7 (110,3)
Nacidos en España	675.036	4,19	129,9 (125,8)	708.022	4,08	136,7 (131,5)
Total	784.056	4,16	122,8 (122,3)	820.168	4,04	129,7 (128,1)

Tal aumento se ha producido en todas las regiones de la Comunidad de Madrid, siendo las Direcciones de Área Territorial Sureste y Sur las que presentan las tasas superiores (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, 2010 y 2011.

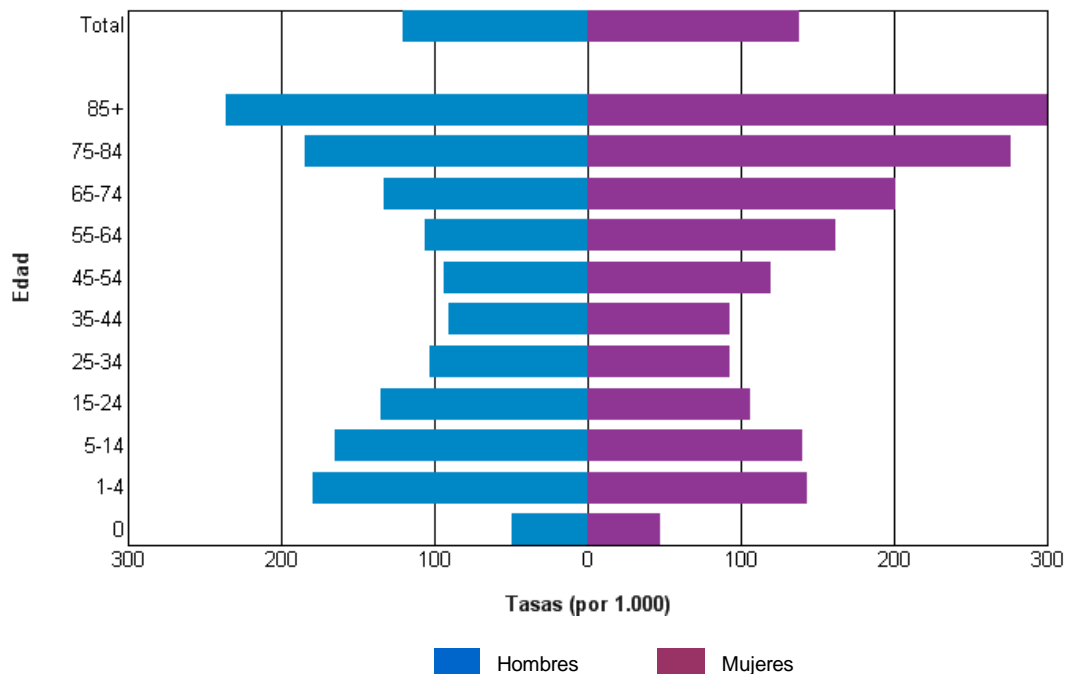
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	152.494	4,04%	120,6 (112,9)	142.016	3,92%	115,2 (107,7)
Norte	84.766	4,01%	105,2 (104,6)	94.774	4,01%	117,6 (115,9)
Este	111.968	4,18%	121,0 (121,1)	115.998	3,98%	126,5 (125,4)
Sureste	129.787	4,22%	138,1 (137,6)	145.633	4,11%	155,2 (153,8)
Sur	98.094	4,07%	134,7 (138,3)	105.565	3,92%	145,0 (147,5)
Oeste	93.731	4,03%	129,8 (134,0)	98.707	3,94%	138,1 (140,8)
Noroeste	113.216	4,57%	113,2 (113,0)	117.475	4,46%	119,0 (117,0)

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 64 años, siendo éstas sensiblemente superiores a las de los hombres. En éstos las mayores tasas se alcanzan en los jóvenes y los de mayor edad. Se observa que tanto en hombres como mujeres, desde 2005 las tasas en mayores de 74 años han venido aumentando constantemente.

Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. 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. (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, 2011.

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/concusión N=828	L76-Otras fracturas N=413	A85-Efecto adverso med dosis correcta N=388	S16-Contusión/magulladura N=317	S12-Picadura de insecto N=300
01-04	S18-Laceración/herida incisa N=13851	S12-Picadura de insecto N=9757	S16-Contusión/magulladura N=6093	N79-Conmoción cerebral/concusión N=4467	A85-Efecto adverso med dosis correcta N=2251
05-14	S18-Laceración/herida incisa N=20251	S16-Contusión/magulladura N=19009	S12-Picadura de insecto N=14239	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9132	L79-Esguinces y distensiones NE N=7347
15-24	S18-Laceración/herida incisa N=12744	S16-Contusión/magulladura N=11903	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9626	L79-Esguinces y distensiones NE N=5720	S12-Picadura de insecto N=4889
25-34	S18-Laceración/herida incisa N=16524	S16-Contusión/magulladura N=12610	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=10362	A88-Efectos adversos factores físicos N=7637	A80-Traumatismo/lesión NE N=6918
35-44	S18-Laceración/herida incisa N=18463	S16-Contusión/magulladura N=12409	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9092	A88-Efectos adversos factores físicos N=7876	S12-Picadura de insecto N=6991
45-54	S18-Laceración/herida incisa N=15544	S16-Contusión/magulladura N=11199	A88-Efectos adversos factores físicos N=6947	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=6740	S12-Picadura de insecto N=6036
55-64	S18-Laceración/herida incisa N=13305	S16-Contusión/magulladura N=10659	A88-Efectos adversos factores físicos N=6851	S12-Picadura de insecto N=5231	S14-Quemaduras/escaldaduras N=4988
65-74	S18-Laceración/herida incisa N=12836	S16-Contusión/magulladura N=11422	A88-Efectos adversos factores físicos N=7022	L76-Otras fracturas N=5850	S12-Picadura de insecto N=4210
75-84	S18-Laceración/herida incisa N=16498	S16-Contusión/magulladura N=13973	A88-Efectos adversos factores físicos N=8546	L76-Otras fracturas N=7681	L75-Fractura de fémur N=3613
85+	S18-Laceración/herida incisa N=10454	S16-Contusión/magulladura N=6823	L75-Fractura de fémur N=4098	L76-Otras fracturas N=3599	A88-Efectos adversos factores físicos N=3486

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

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

Como en años anteriores, en 2011 un 5% de las altas hospitalarias fueron debidas a causas externas. Las dos principales de ellas, mucho más frecuentes que las restantes, fueron las fracturas (40,7%) y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (32,3%) (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. Son en general ligeramente superiores en hombres (8,51 altas por mil habitantes frente a 7,7 en mujeres en 2011), pero a partir de los 65-70 años son más frecuentes en mujeres. Durante el periodo 2003-2011 las tasas han aumentado un 30,5% en mujeres y un 13,3% en hombres (Figura 9.8).

Las caídas accidentales son el mecanismo de lesión más frecuente entre las causas externas. Son más frecuentes en personas aïosas y en mujeres, en torno a 1,4 veces más frecuentes que en hombres (Figura 9.9). Durante el periodo 2003-2011 las tasas de altas por lesiones por caídas accidentales han aumentado un 66% en mujeres y un 57% en hombres.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto al total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fractura (800-829)	9.662	36,7	11.476	44,9	21.138	40,7
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	8.502	32,3	8.276	32,4	16.778	32,3
Herida abierta (870-897)	1.801	6,8	960	3,8	2.761	5,3
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	1.327	5,0	615	2,4	1.942	3,7
Luxación (830-839)	937	3,6	691	2,7	1.628	3,1
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	991	3,8	856	3,4	1.847	3,6
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	515	2,0	670	2,6	1.185	2,3
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	506	1,9	368	1,4	874	1,7
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	421	1,6	160	0,6	581	1,1
Contusión (920-924)	304	1,2	290	1,1	594	1,1
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	317	1,2	375	1,5	692	1,3
Quemadura (940-949)	294	1,1	211	0,8	505	1,0
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	308	1,2	248	1,0	556	1,1
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	165	0,6	131	0,5	296	0,6
Lesión superficial (910-919)	78	0,3	54	0,2	132	0,3
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	92	0,3	70	0,3	162	0,3
Efecto tardío de causa externas (905-909)	75	0,3	70	0,3	145	0,3
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	47	0,2	10	0,0	57	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	18	0,1	19	0,1	37	0,1
Total Causas Externas						
Nº de altas	26.360		25.550		51.910	
% sobre total de altas	5,72%		4,4%		4,98%	

Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

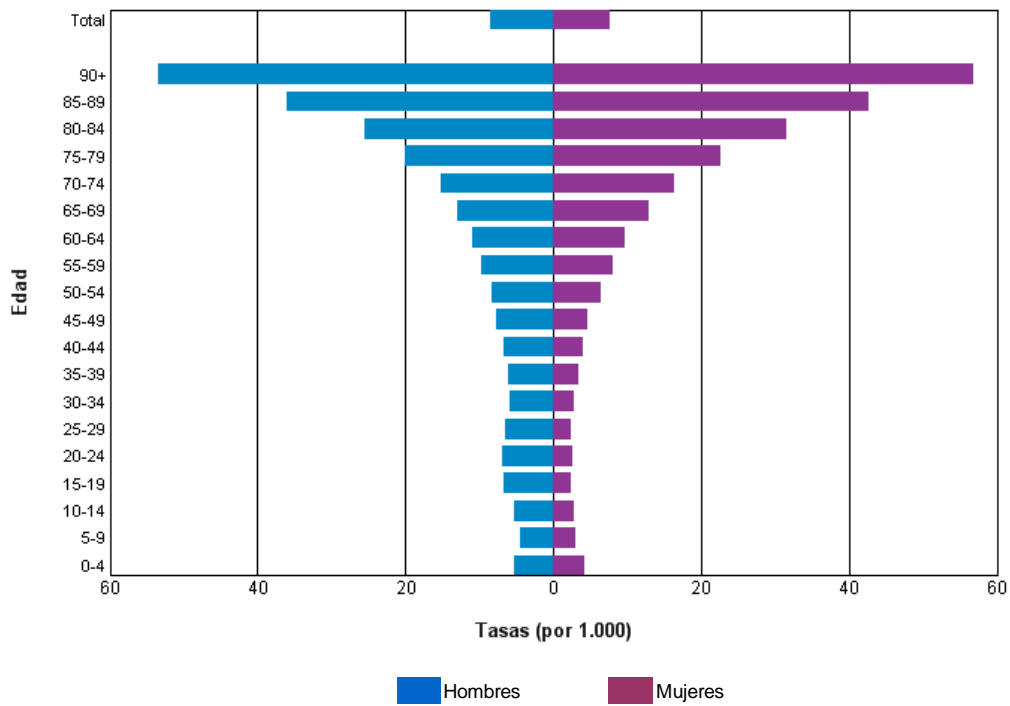
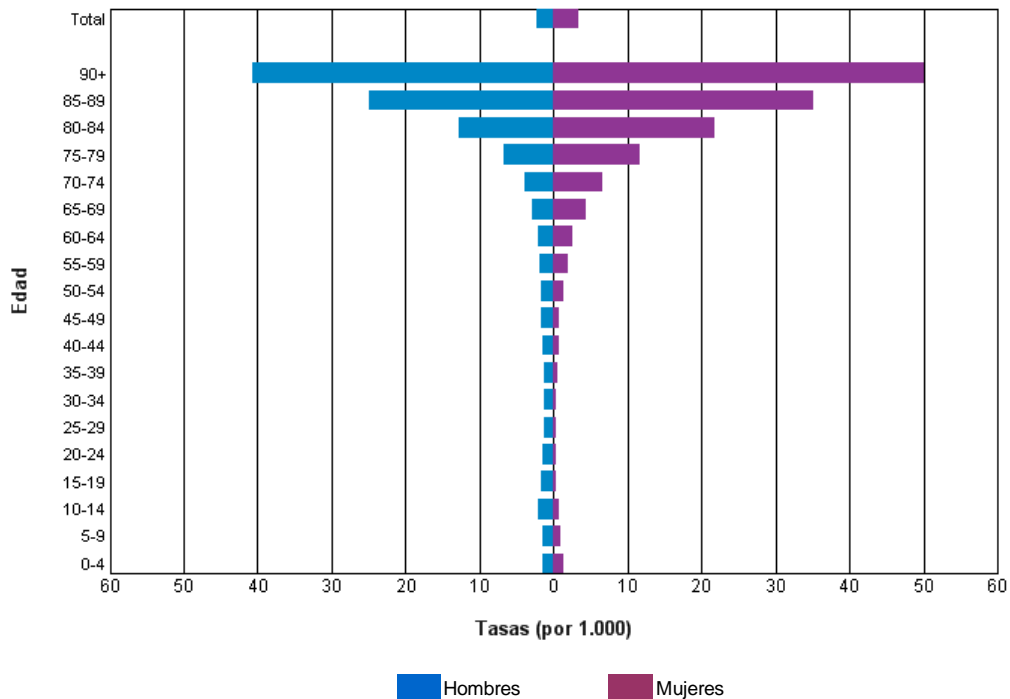


Figura 9.9. Causas externas consecuencia de caídas accidentales. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

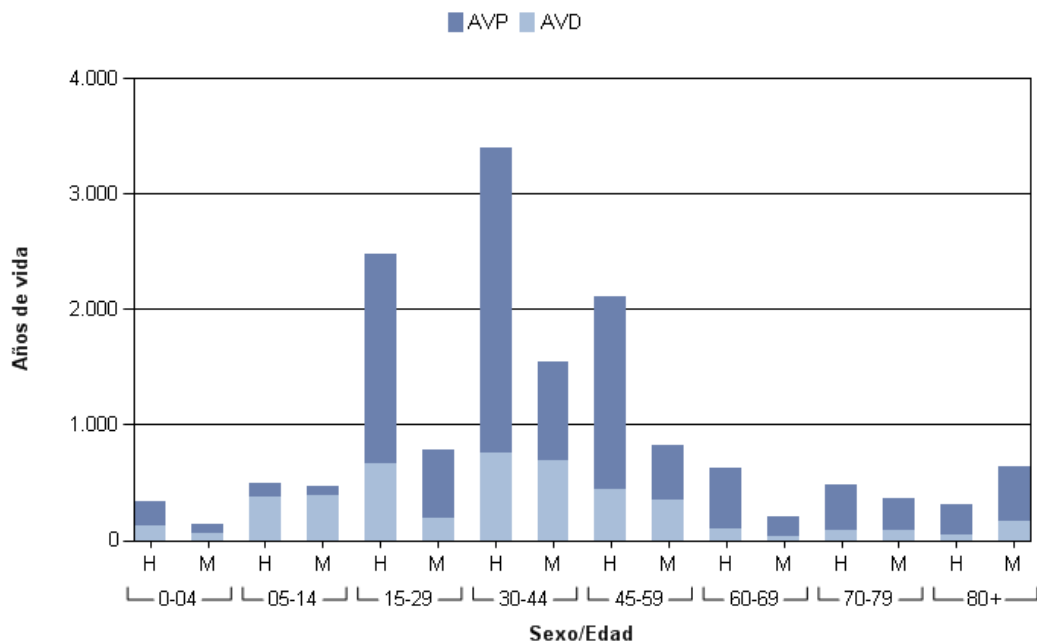


9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2010 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 2010 ha disminuido un 46% (51,9% en hombres y 27,9 % 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, 2010.

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 aproximadamente el triple en hombres que en mujeres. En la Comunidad de Madrid en 2010, la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 2,4 en hombres y 0,7 en mujeres. Los accidentes de tráfico constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad por causas externas. En 2010 supusieron el 36,1% de los años de vida perdidos y el 21,1 % de los años vividos con discapacidad. La carga de enfermedad por accidentes de tráfico ha disminuido un 58,8 % entre 2006 y 2010 (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, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	79	28	107
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	0,8	1,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	0,6	1,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,4	0,7	1,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	46,0	18,4	31,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,16	0,04	0,11
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.503	1.279	4.782
Años de Vida Perdidos. CM.	2.885	931	3.816
Años Vividos con Discapacidad. CM.	618	348	966

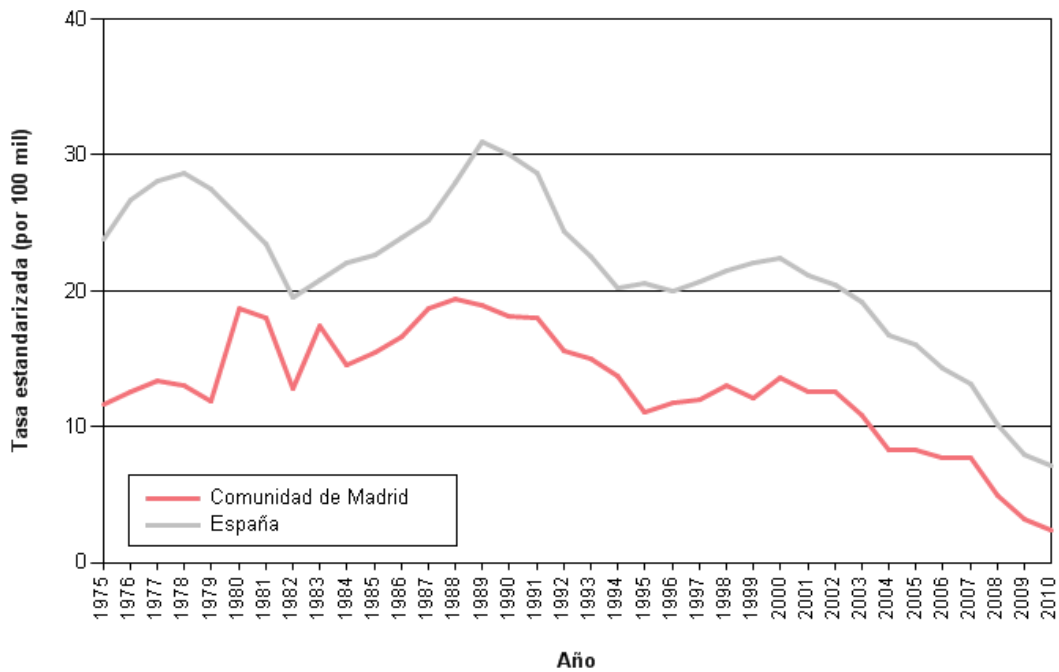
9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

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 2000-2010 las tasas han disminuido hasta 5,3 veces su valor inicial en hombres y 4,8 veces en mujeres; sólo en los dos últimos años las tasas se han reducido un 45%. 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, pero con un descenso menos pronunciado. En 2010 las tasas nacionales fueron tres veces superiores a las madrileñas en hombres y 2,4 veces superiores en mujeres.

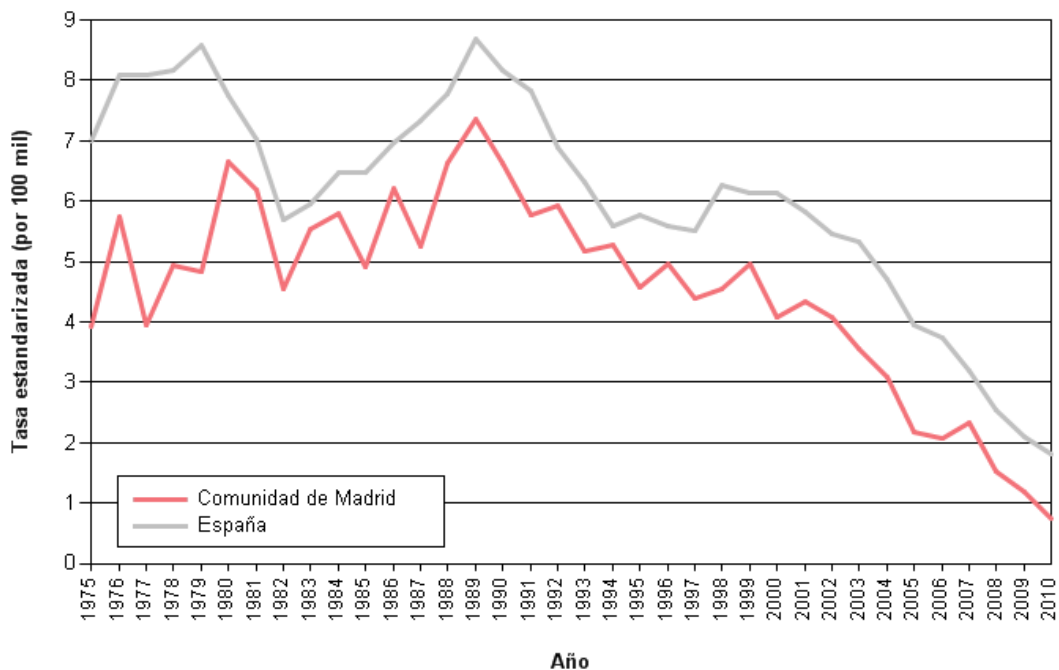
Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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.

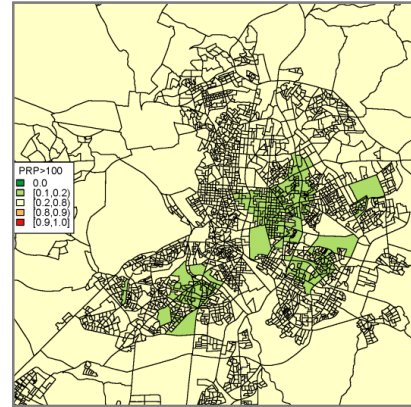
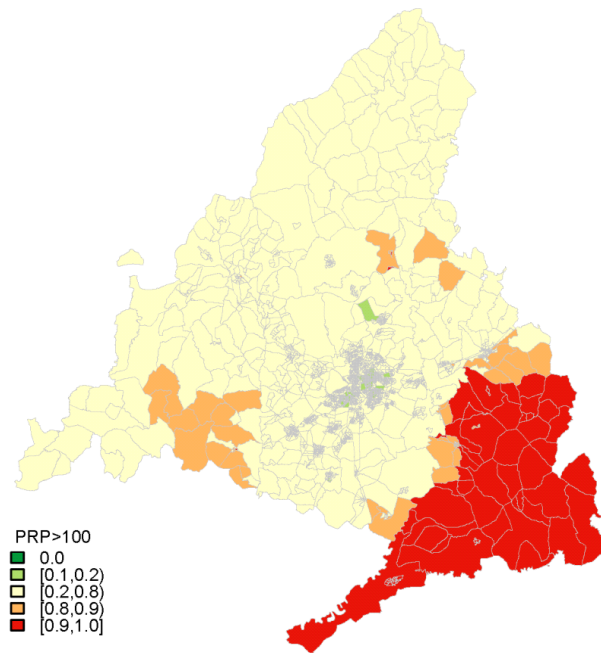
Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT), de acuerdo con el objetivo señalado por El Libro Blanco del Transporte de la Comisión Europea (2001), de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

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.

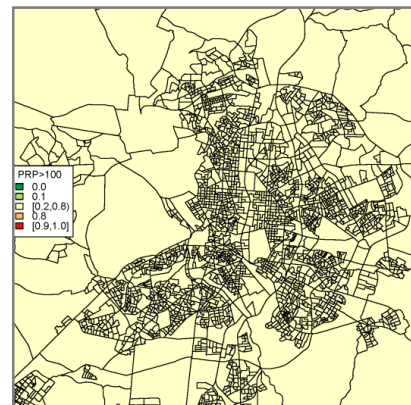
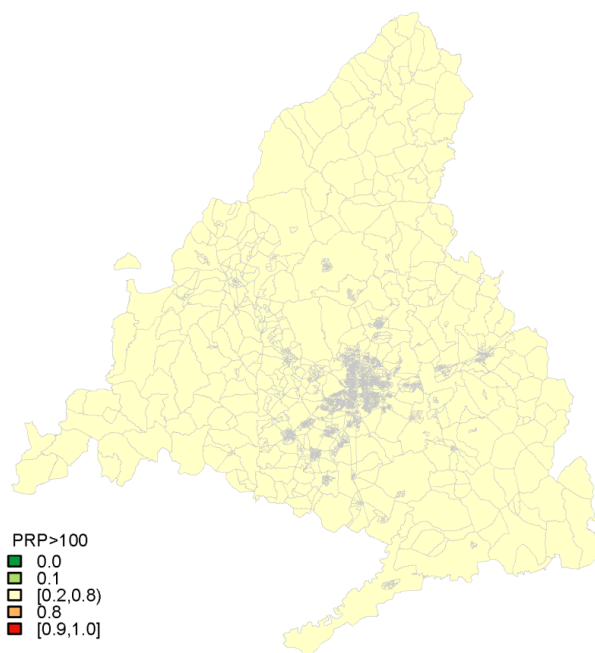
Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

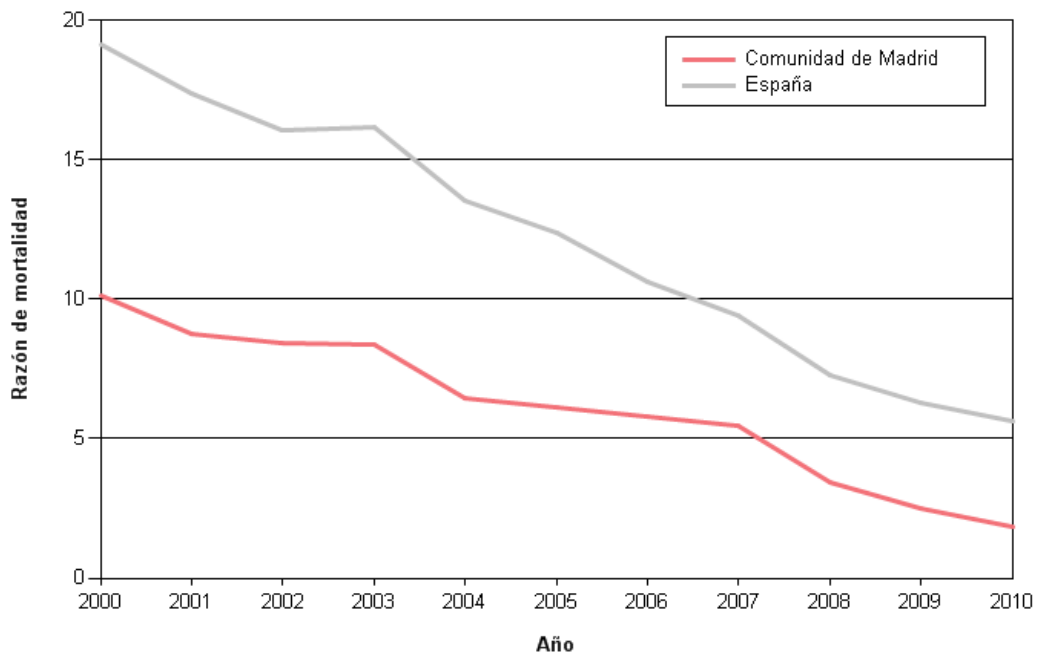


Un indicador tradicional alternativo a las tasas de mortalidad es la razón de mortalidad por 100.000 vehículos. La [Figura 9.13](#) presenta la evolución de dicha razón para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2000-2010. El descenso del indicador, hasta situarse en menos de un quinto 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 (33,5 % en España), así como el número de conductores (33,25% en el periodo 2001-2010 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.

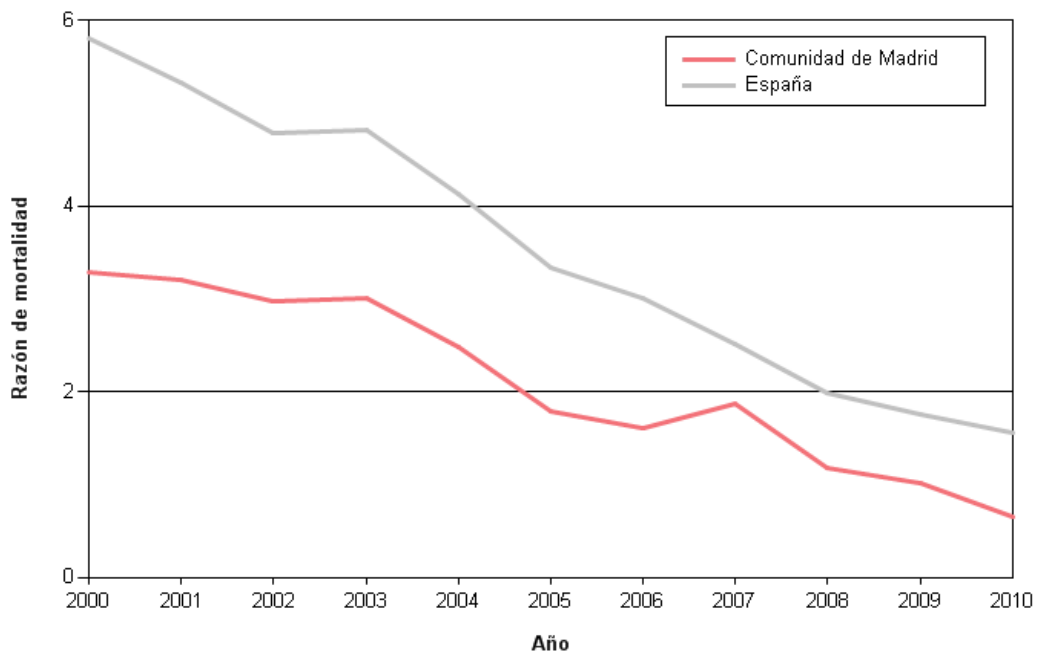
Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2010.

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

Hombres



Mujeres

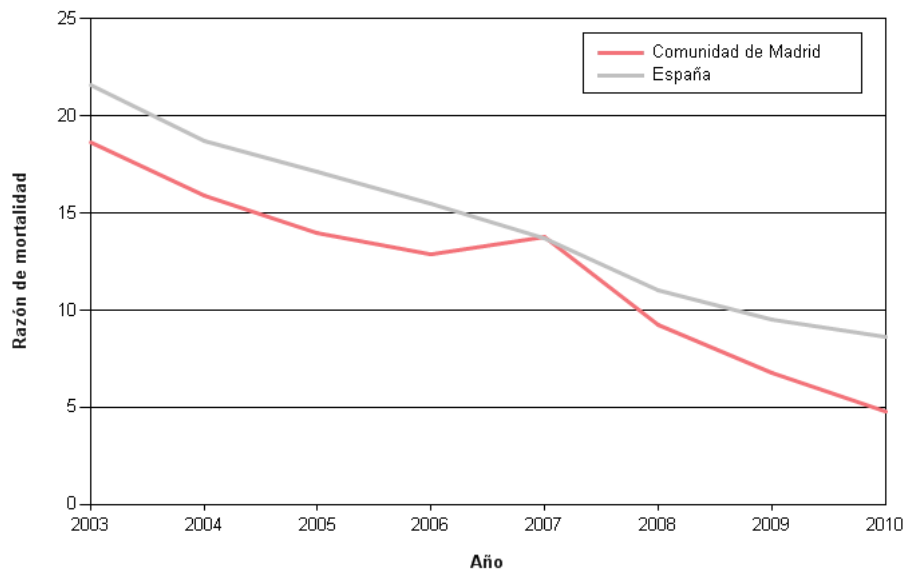


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

En 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 2003-2010. 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, 2003-2010.

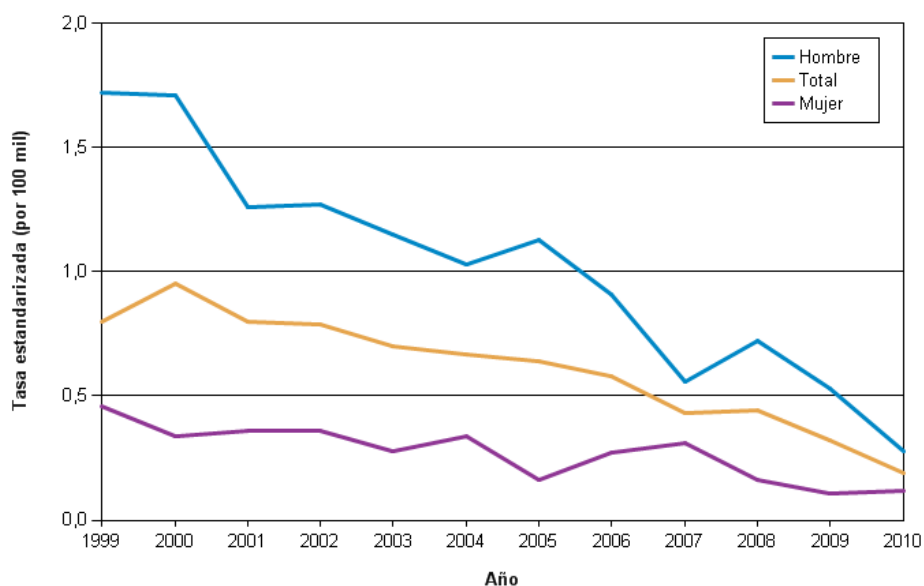
Fuente: IECM y Anuario Estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La [Figura 9.15](#) muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en peatones en la Comunidad de Madrid, durante el periodo 1999-2010. También este indicador presenta tasas superiores en hombres y ha seguido la misma evolución descendente que los fallecidos por accidente de tráfico en general, 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, 1999-2010.

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

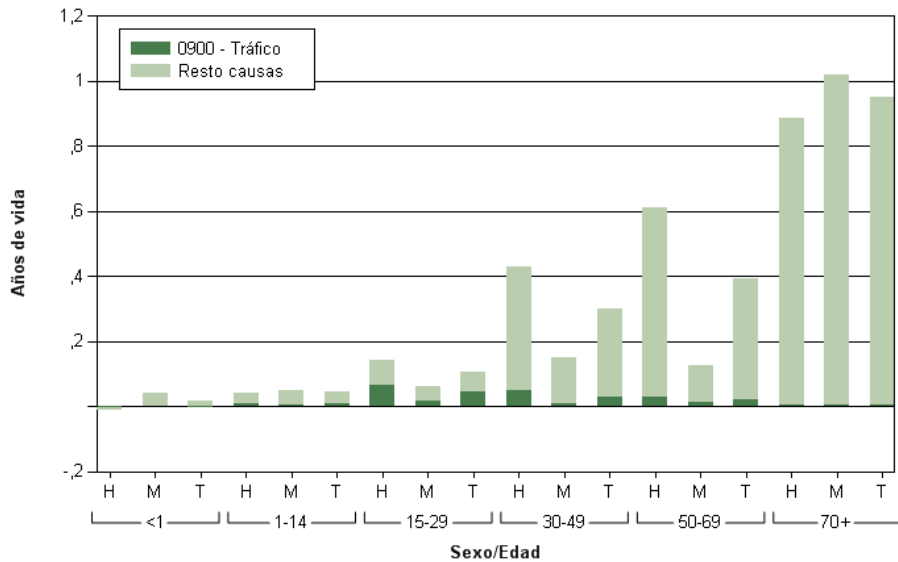


9.2.2.1. Contribución de los accidentes de tráfico a los cambios en la esperanza de vida

Durante el periodo 2005-2010 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, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

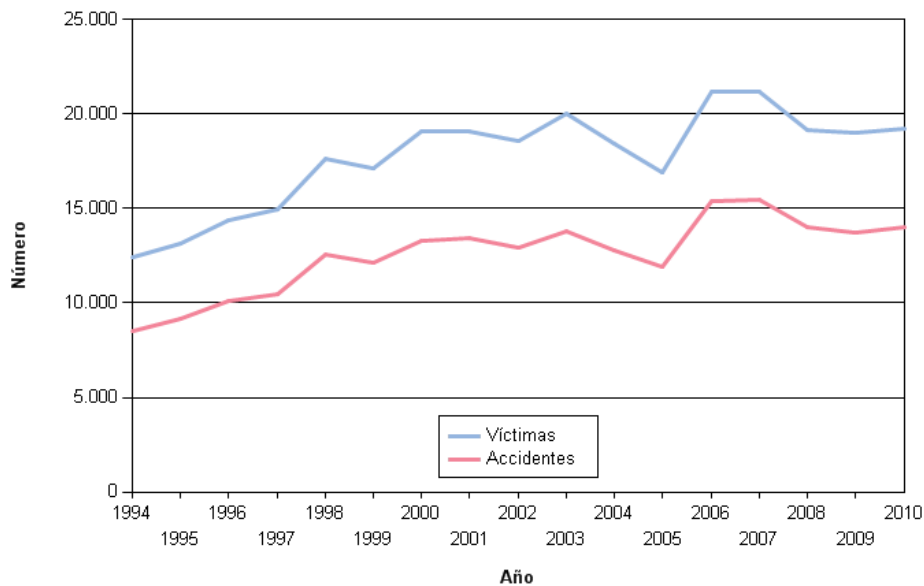


9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

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 I).

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2010.

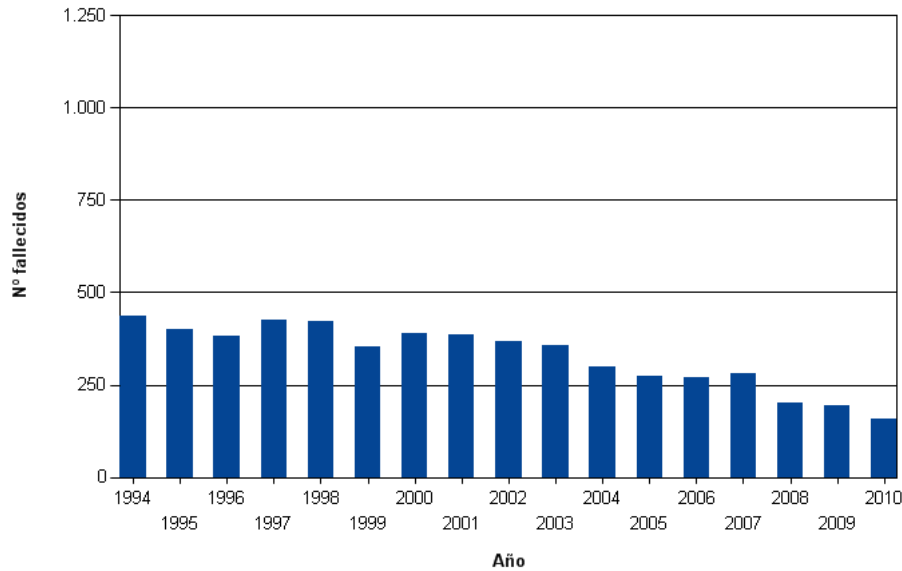
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Puede observarse cómo, derivado del aumento progresivo de la población, del parque de vehículos y el número de conductores en este periodo, ha venido incrementándose también el número absoluto de accidentes y víctimas. 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.

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2010.

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

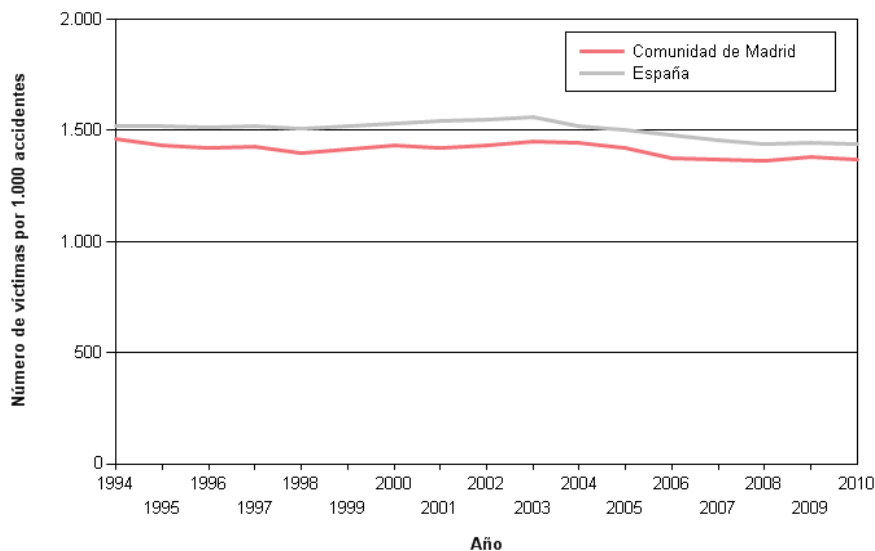


En 2006 la DGT implantó un nuevo sistema de recogida de información para el registro de accidentes que incrementó de manera artificial el número de éstos y de víctimas leves, lo que explica ese cambio abrupto de tendencia en el gráfico ese año.

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, en España, con valores algo superiores, y en 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, 1994-2010.

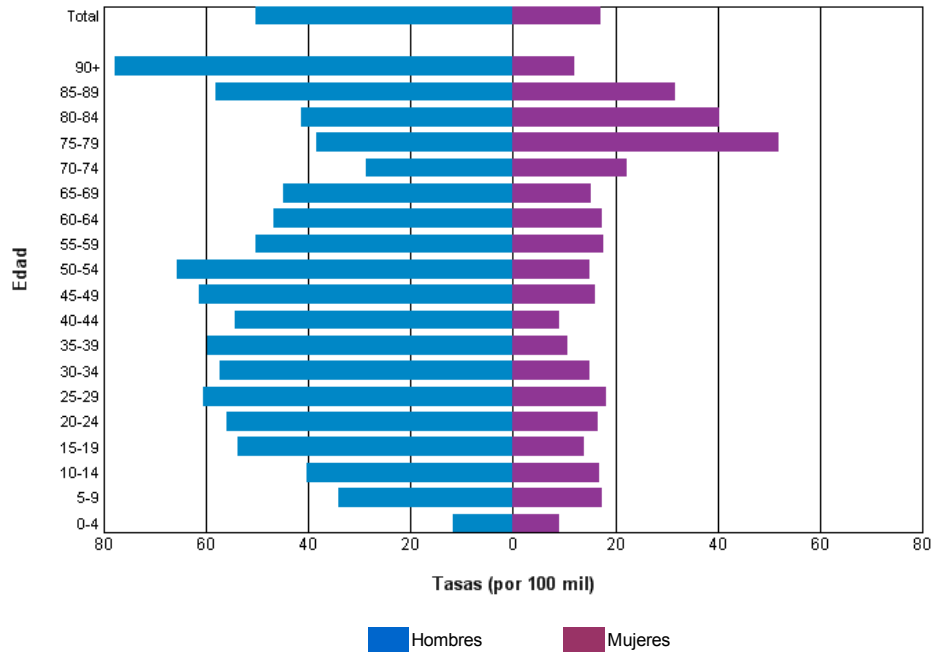
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 (el triple en 2011). La morbilidad en 2011 es considerable en todas las edades a excepción de los menores de 5 años; en la última década ha disminuido notablemente en adultos jóvenes hombres.

Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

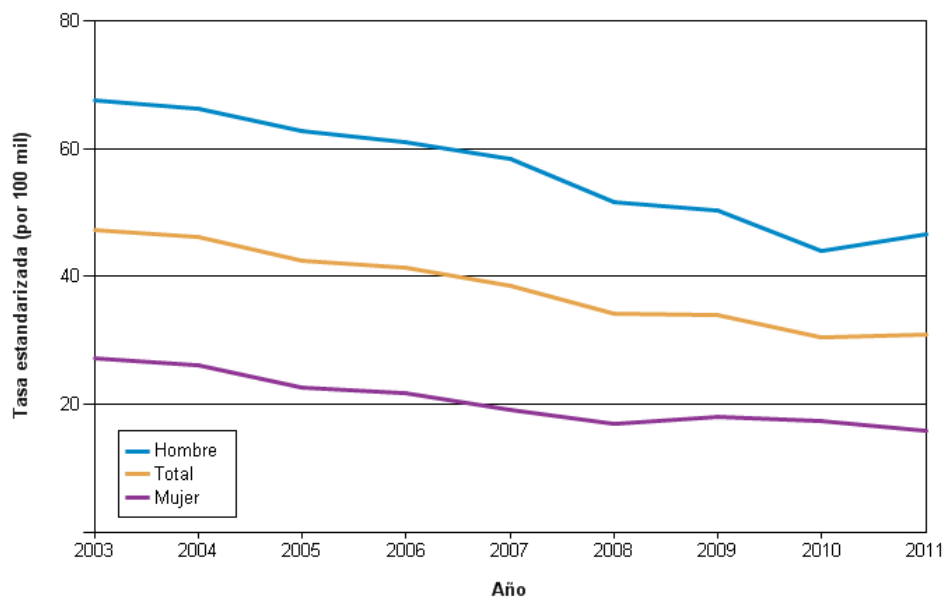
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 en el periodo 2003-2010 en ambos sexos; se observa sin embargo un estancamiento en mujeres en los últimos tres años y un repunte en hombres en 2011.

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

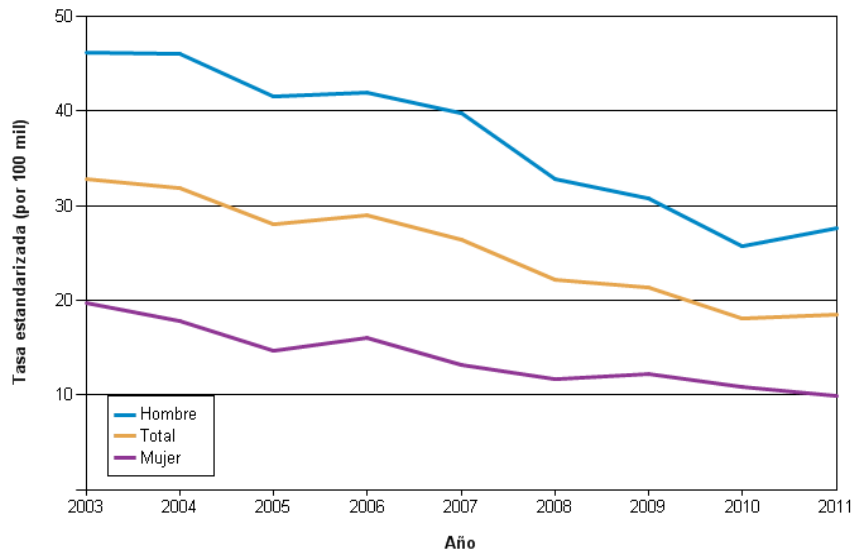
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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, 2003-2011.

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

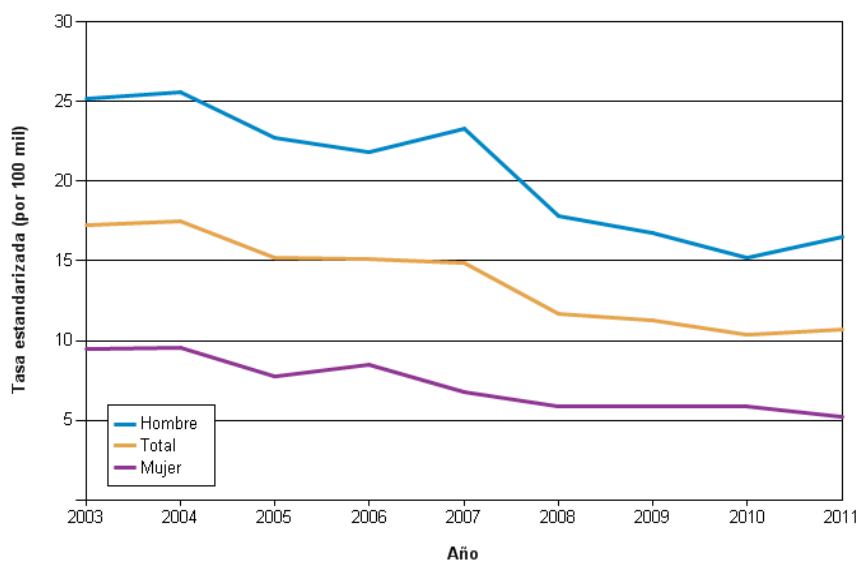


Otro indicador referido a los casos graves es la tasa de altas hospitalarias por lesión por accidente de tráfico con una puntuación AIS (Abbreviated Injury Scale) máxima ≥ 3 o ≥ 4 . AIS es un sistema de puntuación de la gravedad de cada lesión en una zona anatómica determinada, sobre una escala ordinal 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, 2003-2011.

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



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, 2003-2011.

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

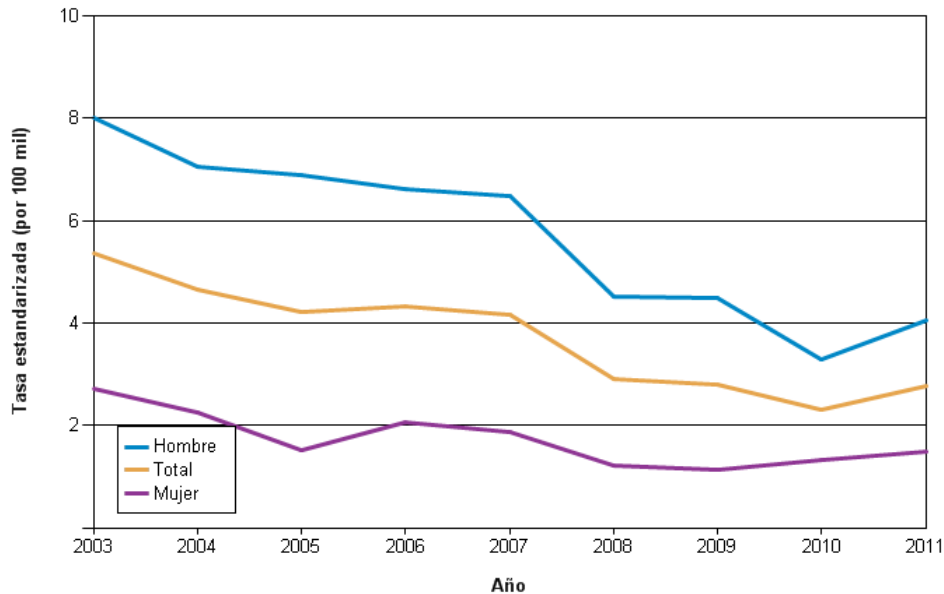
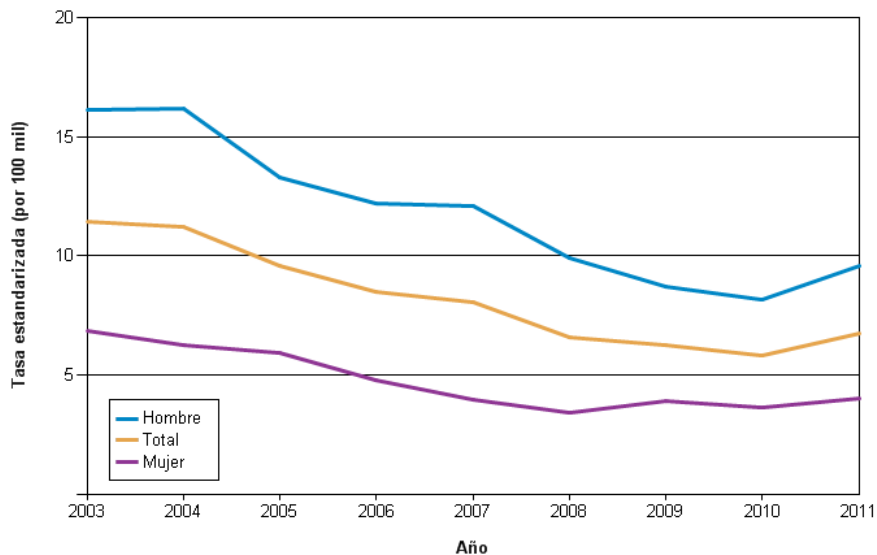


Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

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



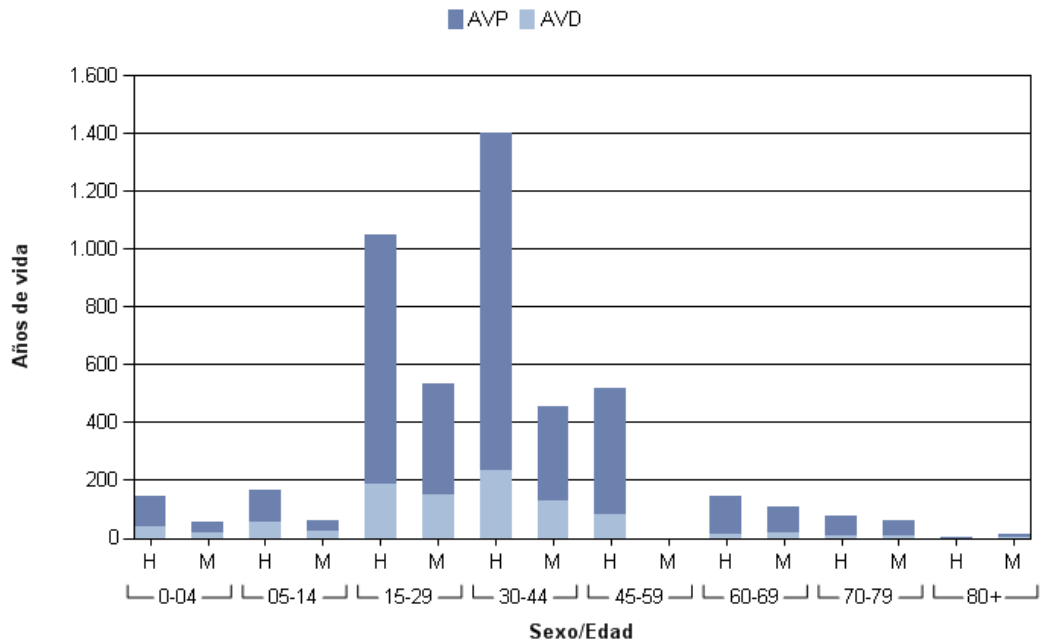
9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico 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 (15-59 años) (Figura 9.25). Supuso en 2010 un 31,6% de la carga total de enfermedad por causas externas (en 2006

suponía un 41,3%), y ha disminuido en el periodo 2006-2010 un 58,8% (61,6% en hombres y 48,4% 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, 2010.

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 2010 el 17,1% de los jóvenes de 15-16 años no utilizaba siempre el cinturón de seguridad por ciudad y el 11% por carretera (Figura 9.26a y Figura 9.26b). Son cifras que continúan la línea descendente de este indicador desde 2003. Sin embargo se observa en los últimos años una tendencia al estacionamiento. En la actualidad los porcentajes son similares en ambos sexos.

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, 1996-2010.

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

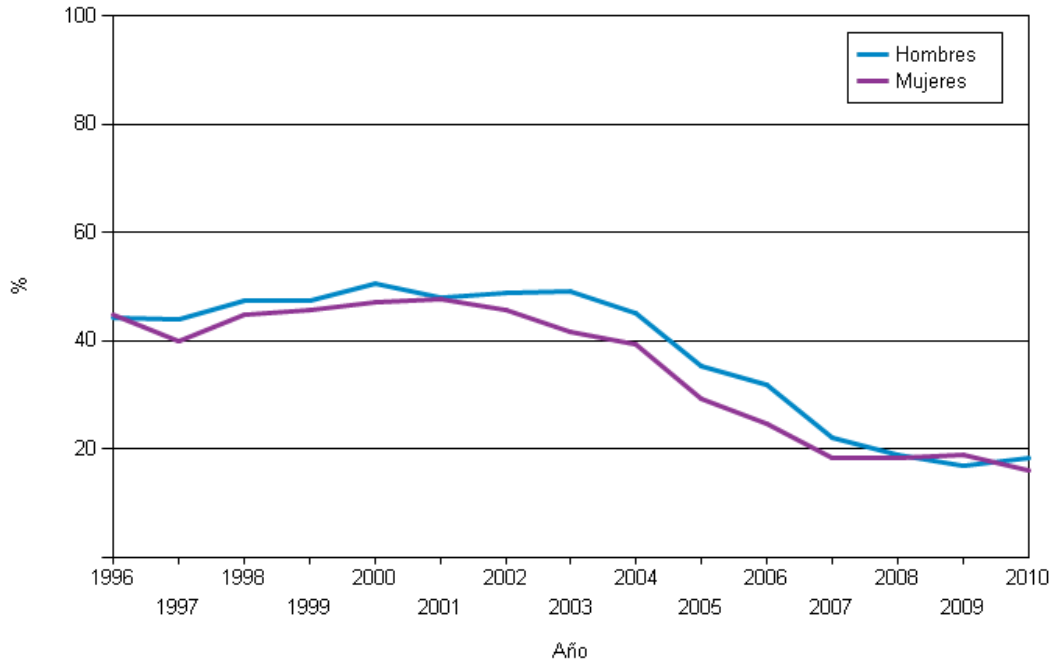
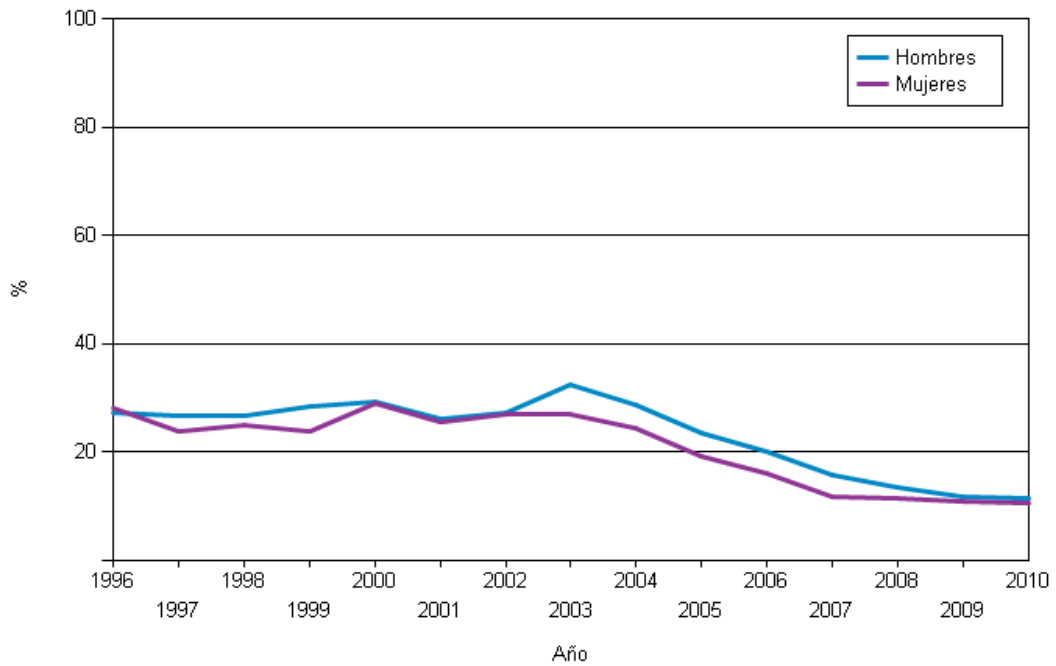


Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

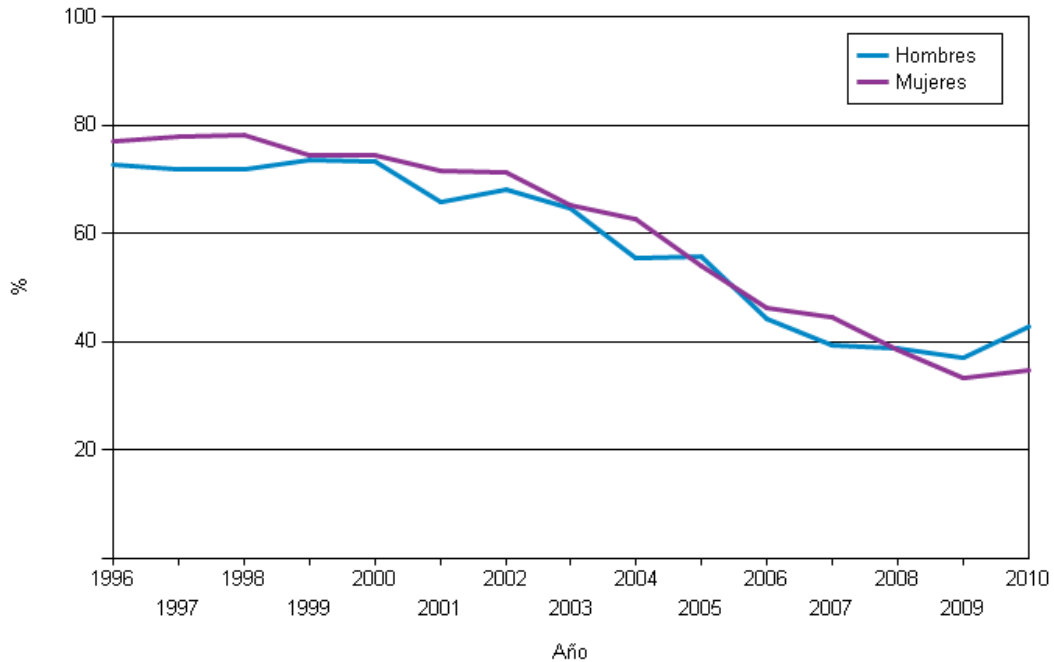


Más preocupante es la cifra de jóvenes que no utiliza el casco en moto, 39,2% en 2010 (Figura 9.27). Si bien desde el año 2000 este porcentaje ha venido disminuyendo de forma notable, también en este caso en los últimos años se ha estabilizado, e incluso ha aumentado en ambos sexos en 2010, predominando en hombres.

Como en años anteriores, la no utilización del casco en bicicleta sigue siendo la regla, 91,6% de los jóvenes reconocen no utilizarlo.

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, 1996-2010.

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 2010 un 3,2% 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 6,4% viajó en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 2,3% no utilizaron siempre el casco. El 4,8% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y ninguno 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 2010.

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, 1995-2010.

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

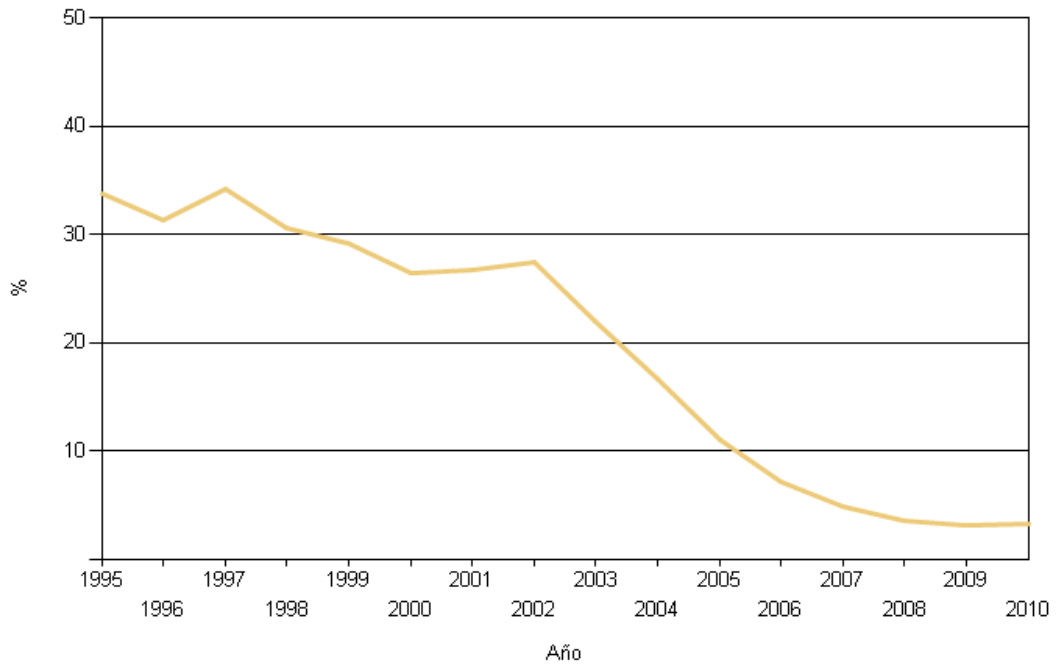


Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

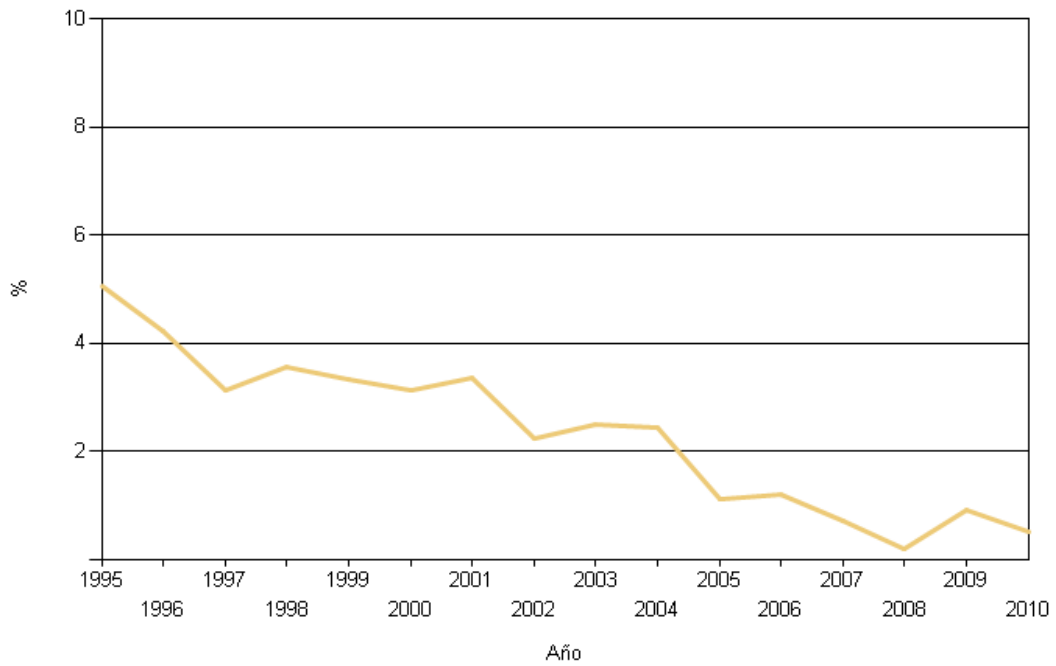


Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

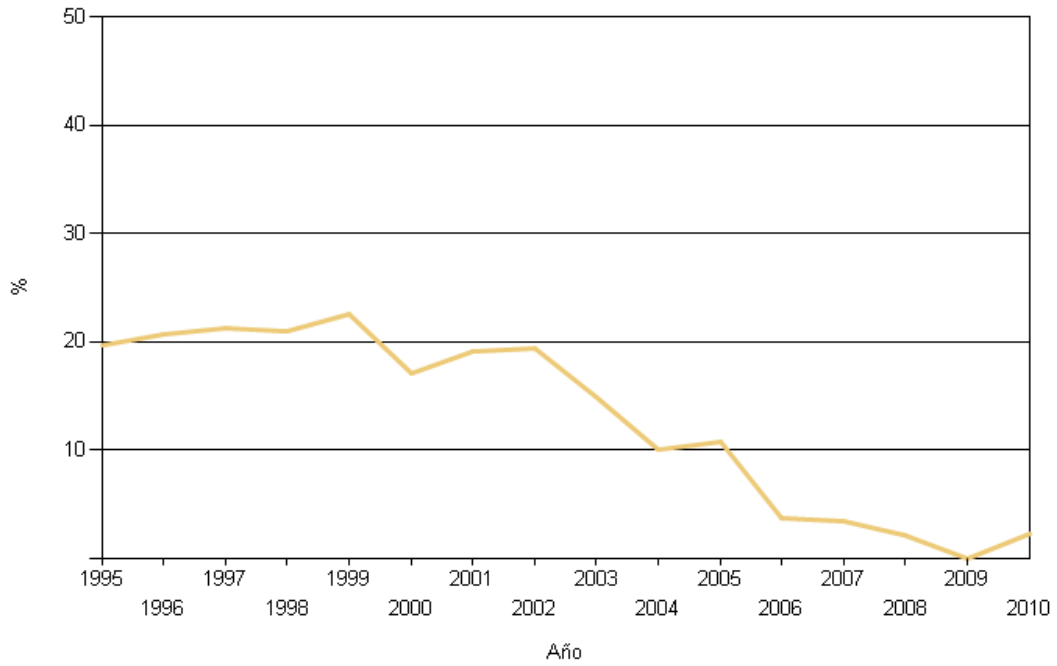
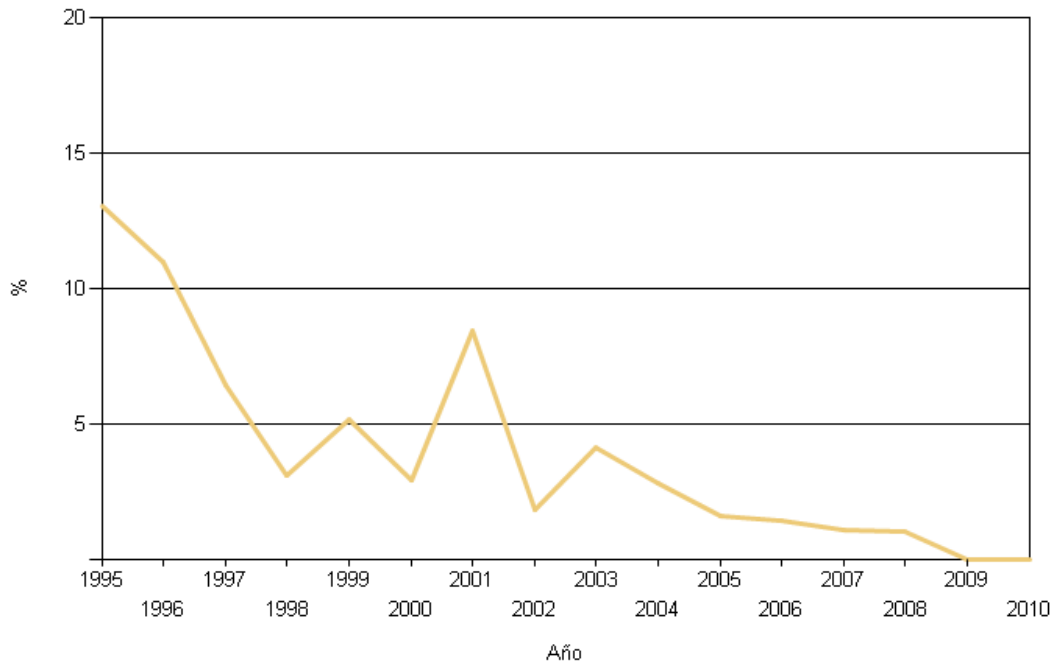


Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-J. 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 2010 de 1,7 por 100.000 habitantes. La carga de enfermedad en 2010 fue más del triple para hombres que para mujeres. 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, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	93	29	122
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,0	0,9	1,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,8	1,2	2,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,7	0,8	1,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,9	18,7	16,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,08	0,04	0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.636	524	2.160
Años de Vida Perdidos. CM.	1.583	482	2.065
Años Vividos con Discapacidad. CM.	53	42	95

9.3.2. Mortalidad por suicidio

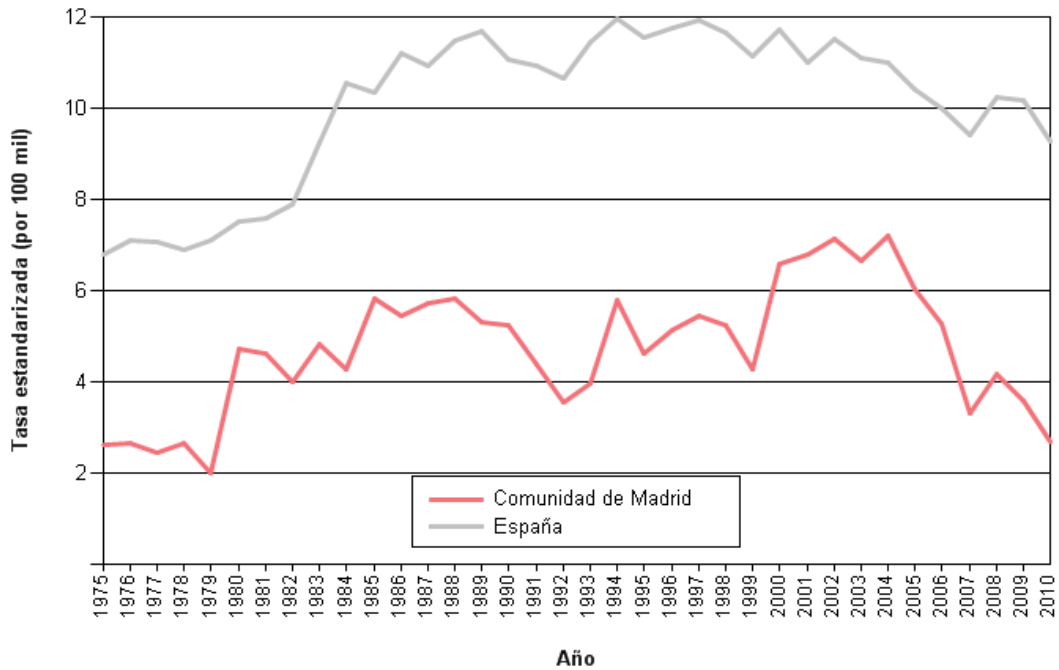
La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2010 de 2,7 por 100.000 habitantes para hombres y 0,8 para mujeres. Desde 1975 se ha venido manteniendo este predominio en hombres (entre 3 y 4 veces superiores las tasas). Asimismo, durante este periodo las tasas para ambos sexos en España han sido habitualmente en torno al doble de las de la Comunidad de Madrid ([Figura 9.30](#)).

Desde 1975 hasta los primeros años 2000 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 acentuado, superior al experimentado en España, que ha seguido una tendencia similar.

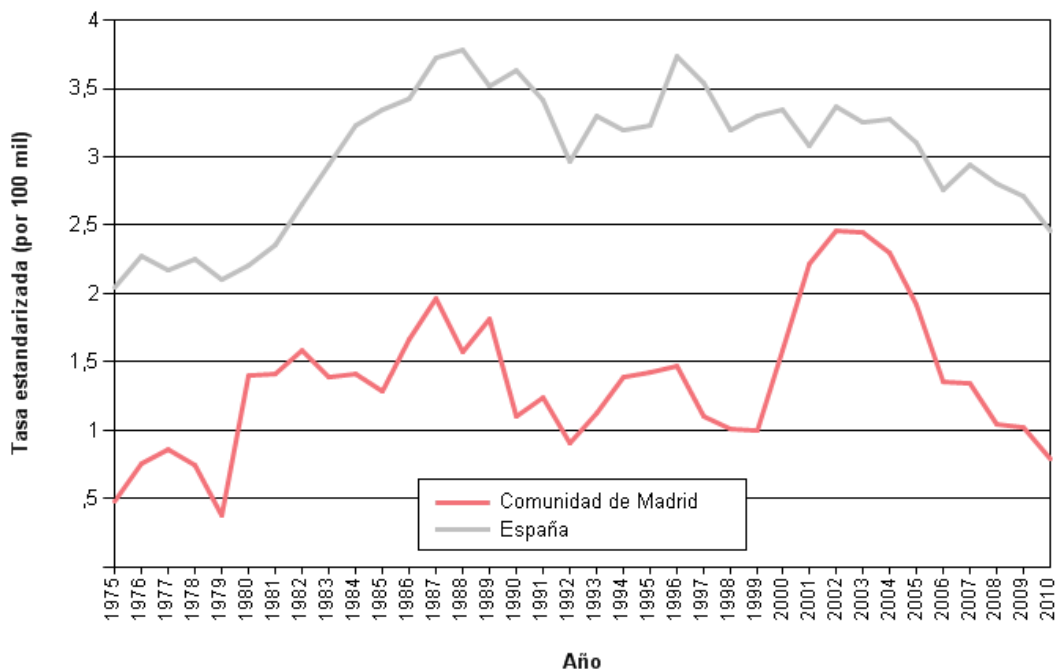
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



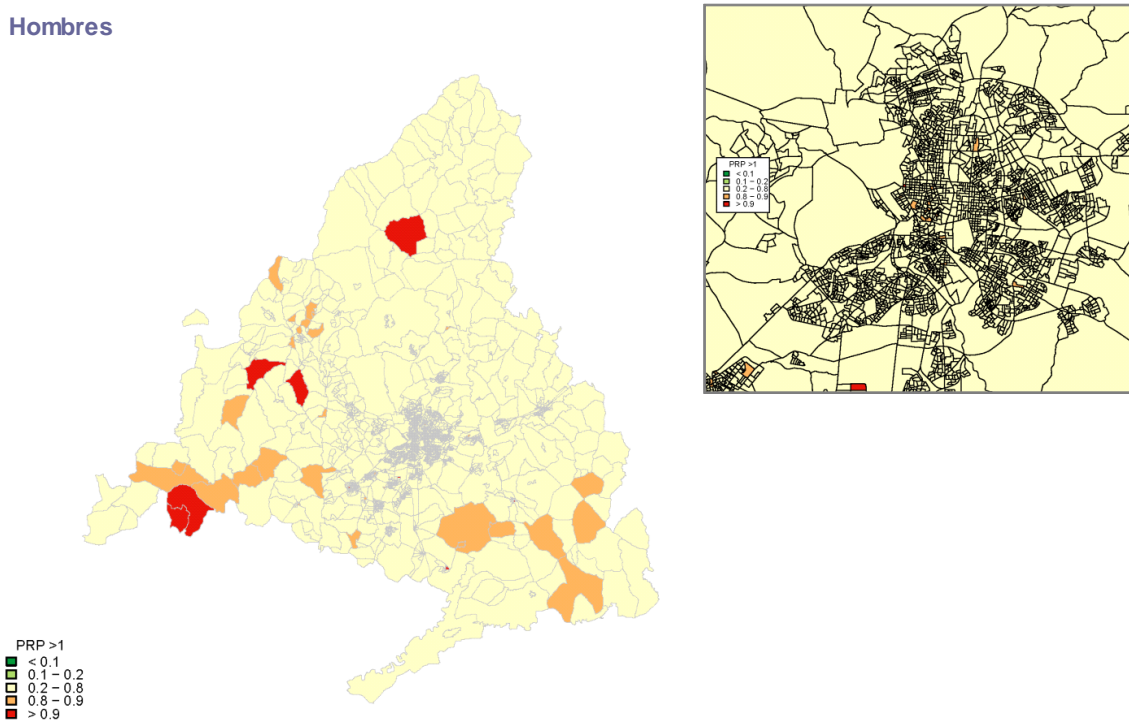
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La [Figura 9.31](#) 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

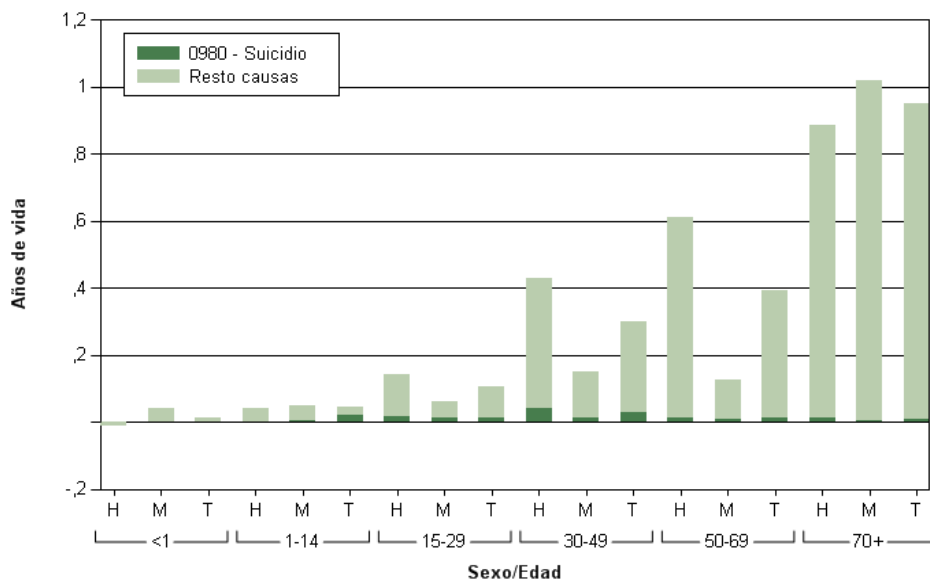


9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2005-2010 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, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

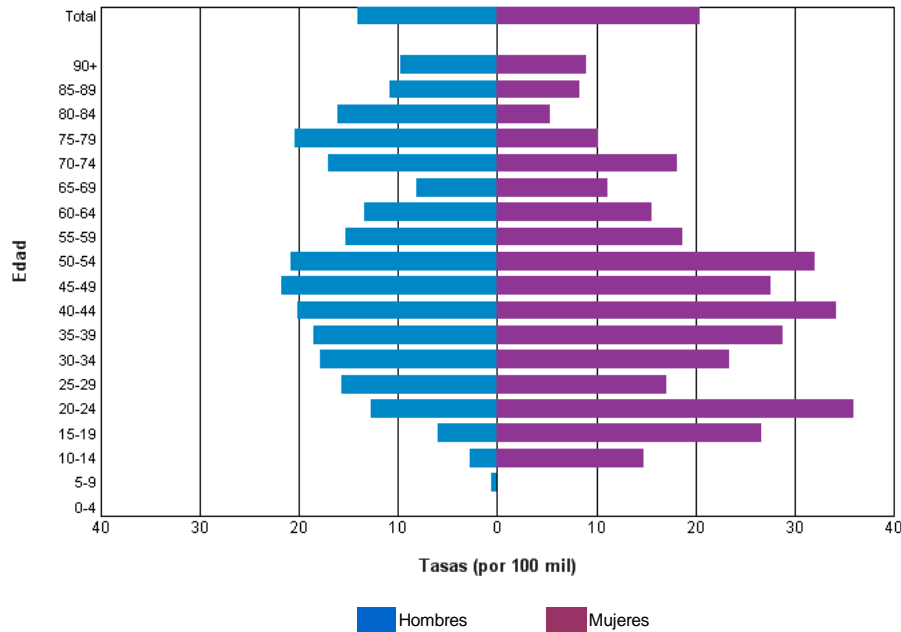


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio en 2011 fue mayor en mujeres, 20,5 por 100 mil frente a 14 en hombres. Este predominio se da en todas las edades hasta los 75 años, en que el predominio se hace masculino (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, 2011.

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

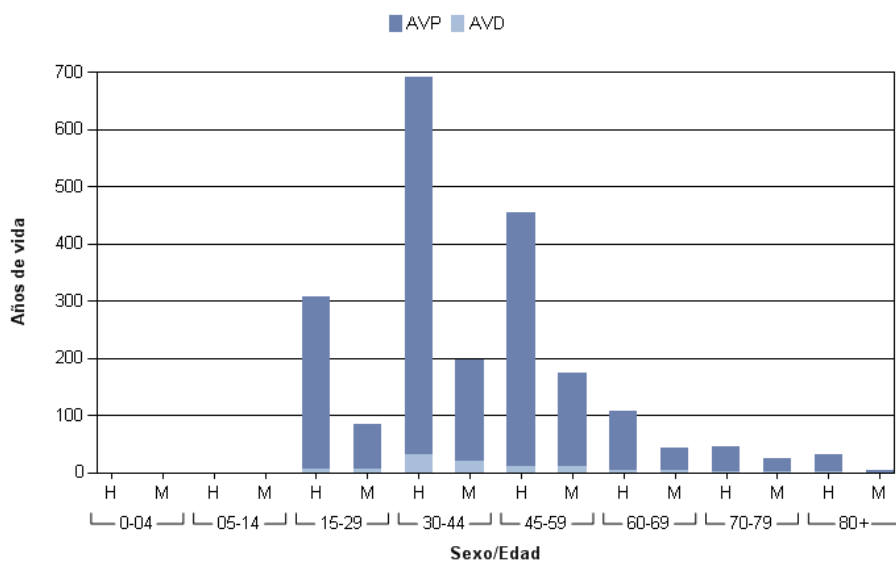


9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

La carga de enfermedad por suicidio, a expensas casi exclusivamente de los años de vida perdidos, se concentra fundamentalmente en hombres de 15 a 59 años de edad (Figura 9.34).

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, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

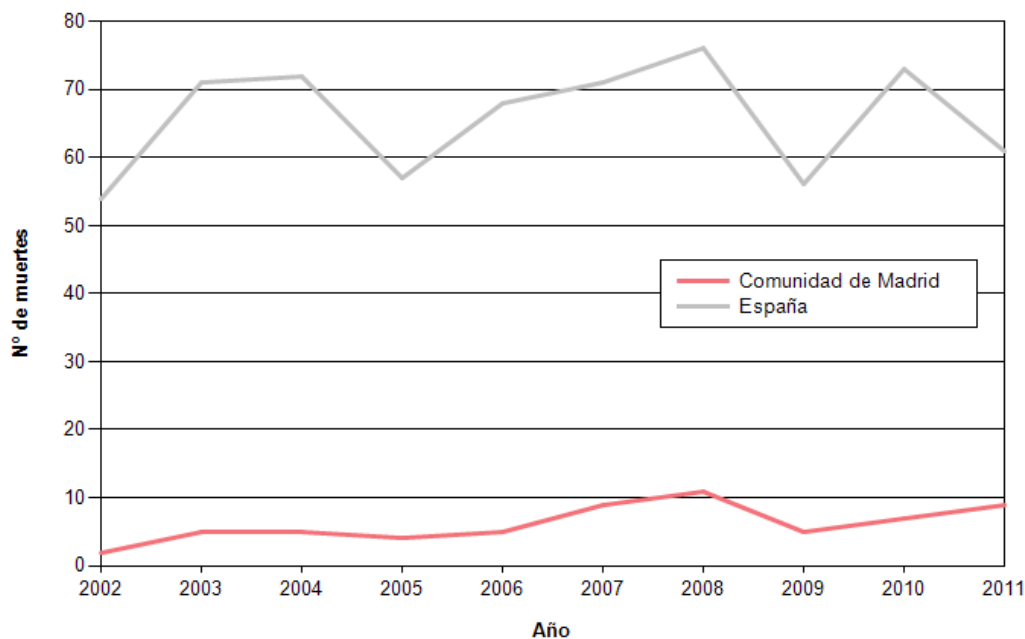


9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

Entre 2002 y 2011, 658 mujeres han sido asesinadas en España por sus parejas o exparejas, 64 (9,7%) de ellas en la Comunidad de Madrid. Las cifras anuales de víctimas mortales siguen sin modificarse de forma sustancial (Figura 9.35).

Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2011.

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



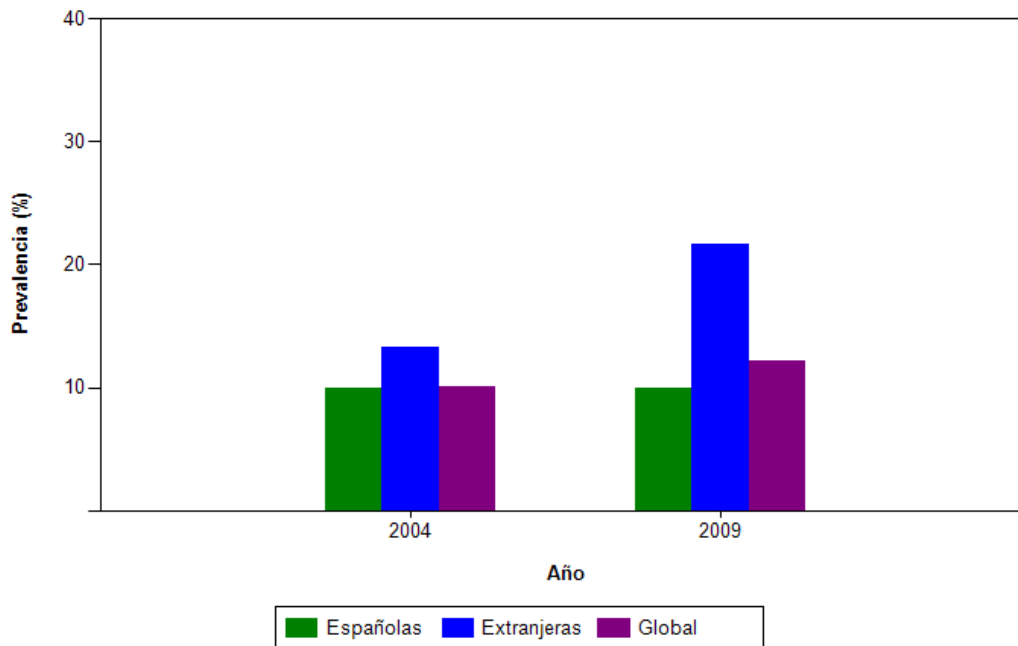
En la Comunidad de Madrid, en el marco de la estrategia de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género, se realiza la vigilancia epidemiológica de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM), a través de encuestas poblacionales periódicas.

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 expareja 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 basadas en 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.



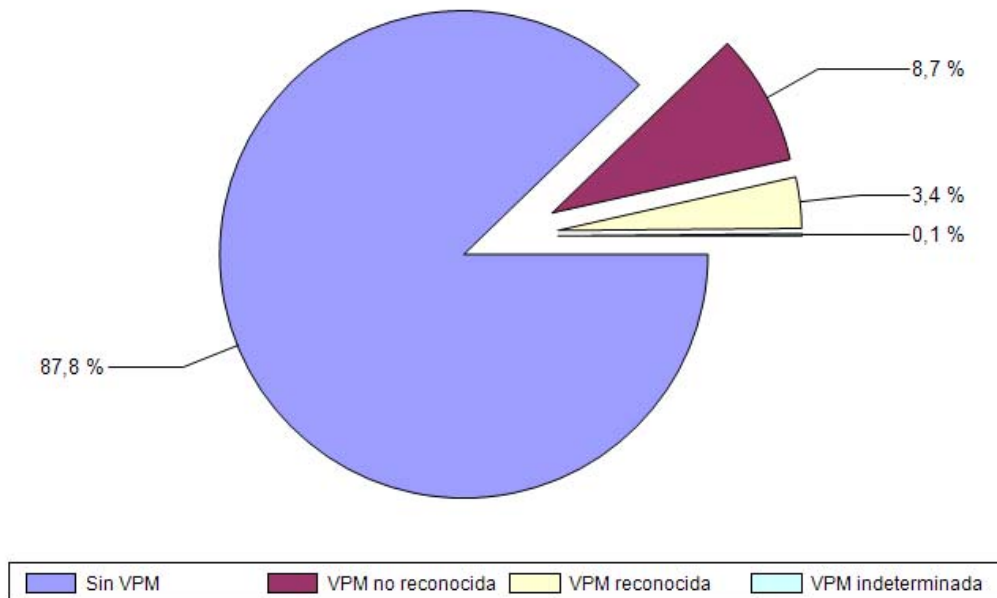
Por cuestiones metodológicas no son comparables las cifras de prevalencia de VPM en población extranjera entre las dos encuestas

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 autopercebida, 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.

Con base en la información epidemiológica obtenida con las encuestas citadas anteriormente, se diseñaron dos 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 y adolescentes. 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. 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 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 2006-2010 un 46,0%, y fue en 2010 para los hombres el doble que en las 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 2000-2010 descendió un 60,0% en hombres y un 42,6 % en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2010; en 2010 ha llegado a situarse por debajo de la mitad en hombres y un 43,0% menos en mujeres.

En Atención Primaria se ha observado en los últimos cuatro años un aumento de las lesiones del 18,8%, 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 2003-2011 las tasas han aumentado un 30,5% en mujeres y un 13,3% en hombres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en gran medida por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquellas. En 2010 los accidentes de tráfico supusieron el 36,0 % de los años de vida perdidos por causas externas y el 21,1 % de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2010 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido superior al 80%, algo mayor en hombres que 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, pero con un descenso menos pronunciado. En 2010 las tasas nacionales fueron tres veces superiores a las madrileñas en hombres y 2,4 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 34% en el periodo 2003- 2010. Las lesiones más graves han experimentado un descenso mayor: un 44% de las altas con estancias de 4 o más días.

Si bien la no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en la última década, durante 2010 volvió a aumentar y todavía un 39,2% de los jóvenes declaró ese año no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (2,7 por 100.000 para hombres y 0,8 para mujeres en 2010) y la mitad que las nacionales; y durante la última década han descendido notablemente.

Entre 2002 y 2011 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.