

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

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

9.5. Conclusiones

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

Las causas externas tienen un especial impacto en las edades jóvenes y por ello son una causa importante de mortalidad prematura y discapacidad, especialmente en hombres. En 2015 la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 14,9 (21,6 en hombres y 9,2 en mujeres). El aumento observado en los últimos años en los indicadores de mortalidad y carga de enfermedad se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial que hasta 2012, por el retraso en su notificación, acababan ubicadas en el capítulo de causas mal definidas (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, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Causas externas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	832	596	1.428
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	26,9	17,7	22,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,0	7,4	15,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	21,6	9,2	14,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	946,3	848,9	895,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,14	-0,07	-0,10
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.797	6.110	19.907
Años Vividos con Discapacidad. CM.	3.433	1.965	5.397
Años de Vida Perdidos. CM.	10.364	4.145	14.509

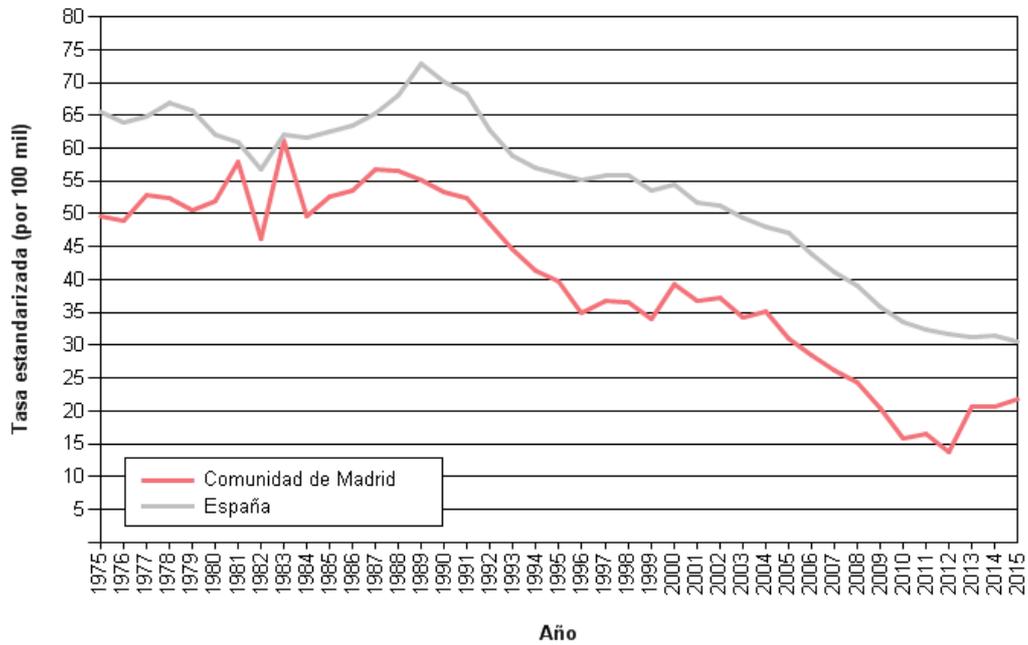
9.1.2. Mortalidad por causas externas

Tanto en hombres como en mujeres, la mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid muestra una evolución descendente desde hace 25 años. Desde 2013 se observa un ligero aumento respecto a previos y, si bien las tasas en la Comunidad de Madrid continúan siendo inferiores a la media nacional, ha disminuido la diferencia entre ambas (Figura 9.1).

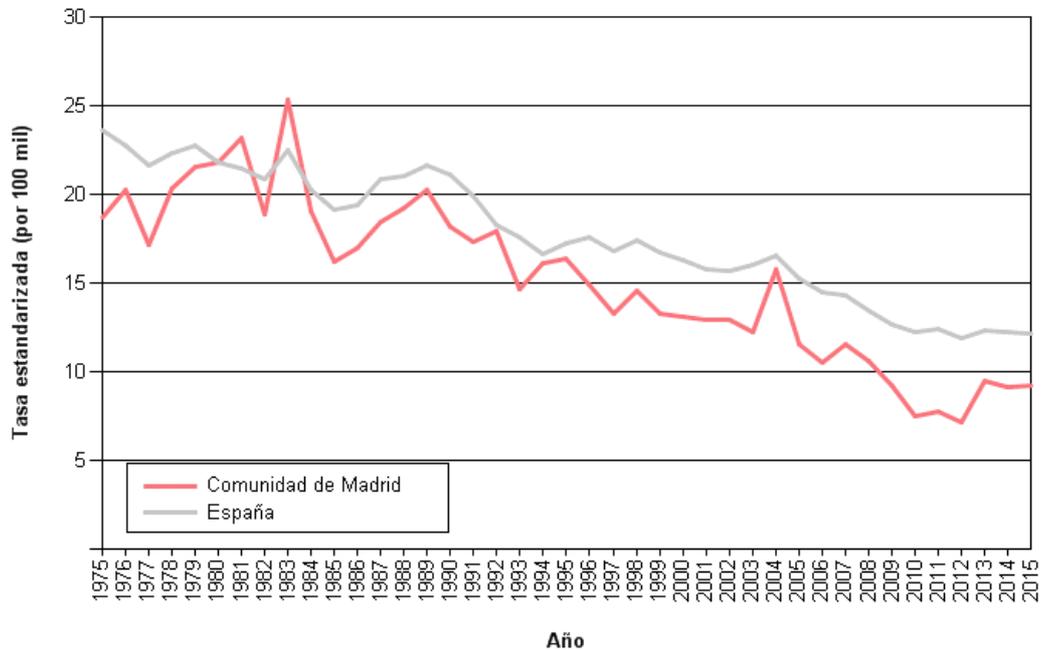
Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



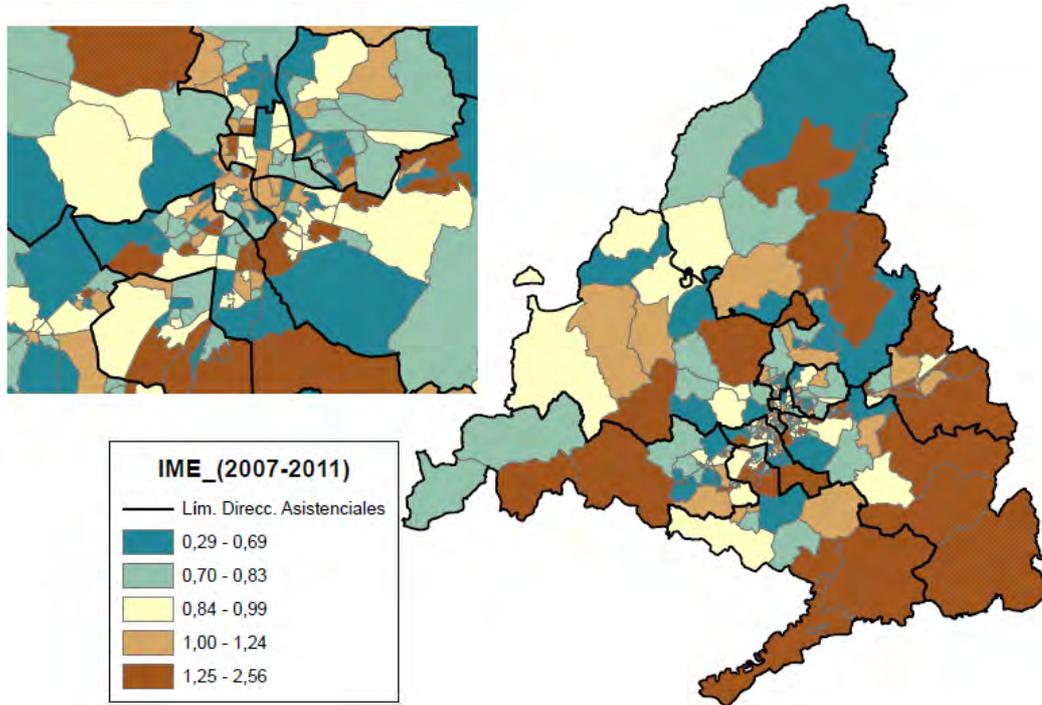
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE

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

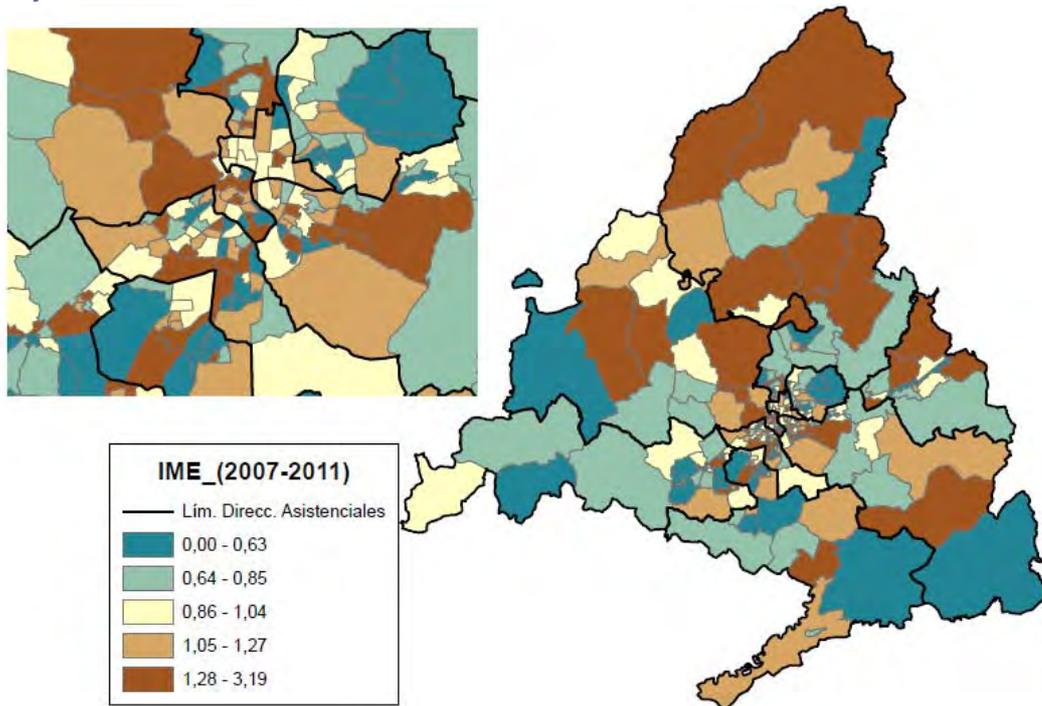
Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



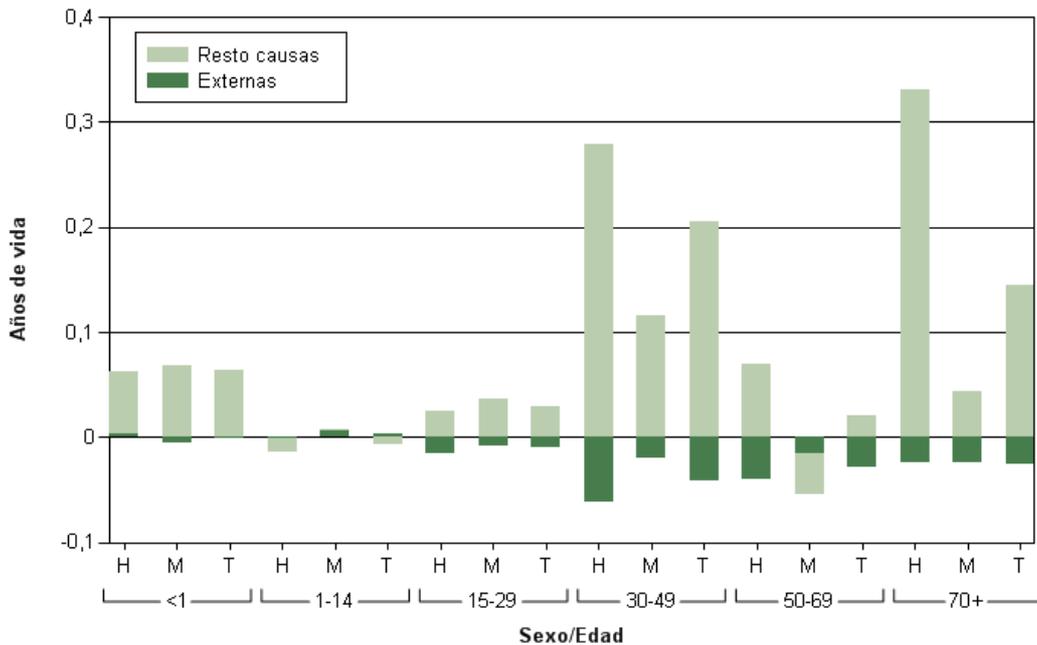
Mujeres



La mortalidad por causas externas ha contribuido negativamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2010 y 2015. Parte de este empeoramiento, no obstante, no es debido a un empeoramiento de la mortalidad, sino a una mejora de la certificación de la causa de muerte, de manera que se ha producido un trasvase de fallecimientos del grupo de causas mal definidas al capítulo de causas externas (que en 2010 estaba, por tanto, subestimado) (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, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1 Accidentes en jóvenes

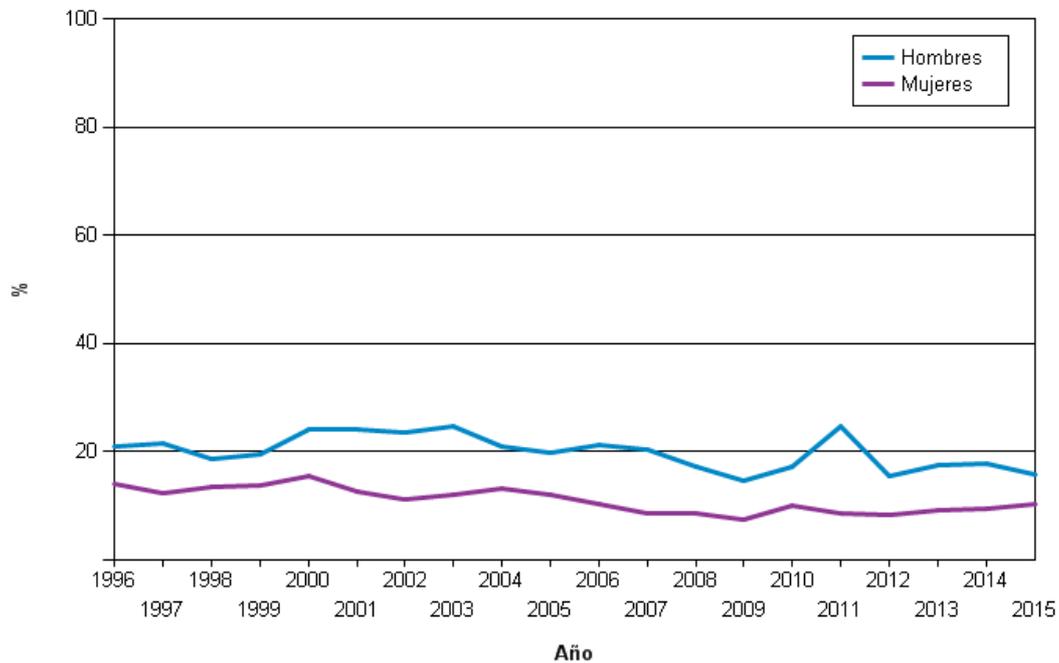
De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), el 13,0% de los jóvenes de 15 y 16 años entrevistados en 2015 tuvo en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación en los que se produjo el último accidente, en los chicos la situación/lugar más frecuente fue la casa (29,9%), seguido del centro deportivo (24,2%) y la calle (12,1%). En las mujeres, los accidentes se originaron fundamentalmente en casa (42,2%) seguido la calle (13,7%) y el centro deportivo (10,8%).

Desde 1996 la evolución de la frecuencia de accidentes muestra en ambos sexos, aunque más clara en las chicas, una tendencia predominantemente descendente hasta 2009, fecha en que la tendencia tiende a repuntar, especialmente en las chicas. El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2014/2015 fue del 20,8% en los chicos y del 25,2% en las chicas (Figura 9.4).

Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



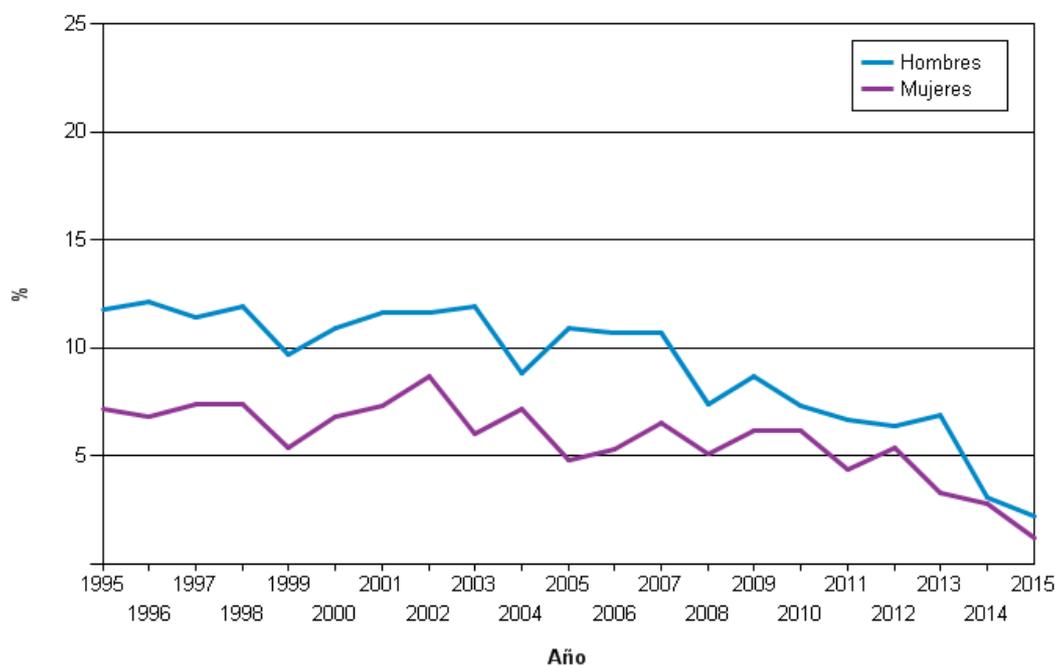
9.1.3.2. Accidentes en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) en 2015 un 1,7% de los entrevistados tuvo algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia, que mantiene la tendencia descendente desde 2003, fue superior en hombres (2,2%) que mujeres (1,1%).

Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 78% en hombres y del 71% en mujeres durante el periodo 2014/2015 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, 1995-2015.

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



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones atendidas en Atención Primaria representan en 2015 el 4,1% de todos los episodios atendidos (Tabla 9.2), con ligeras variaciones geográficas (tasas más altas en el sur de la región) (Tabla 9.3). La población nacida fuera de España presenta tasas 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, 2014 y 2015.

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

	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	343.236	4,3	111,2 (112,9)	358.533	4,6	115,3 (117,2)
Mujeres	433.851	3,5	129,6 (119,0)	451.003	3,8	133,9 (123,8)
Nacidos fuera de España	96.670	3,6	84,4 (93,9)	104.348	3,8	88,3 (99,1)
Nacidos en España	675.516	3,9	127,7 (119,5)	705.032	4,1	133,2 (125,1)
Total	777.087	3,8	120,7 (116,8)	809.536	4,1	125,0 (121,2)

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial (DA). Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014 y 2015.

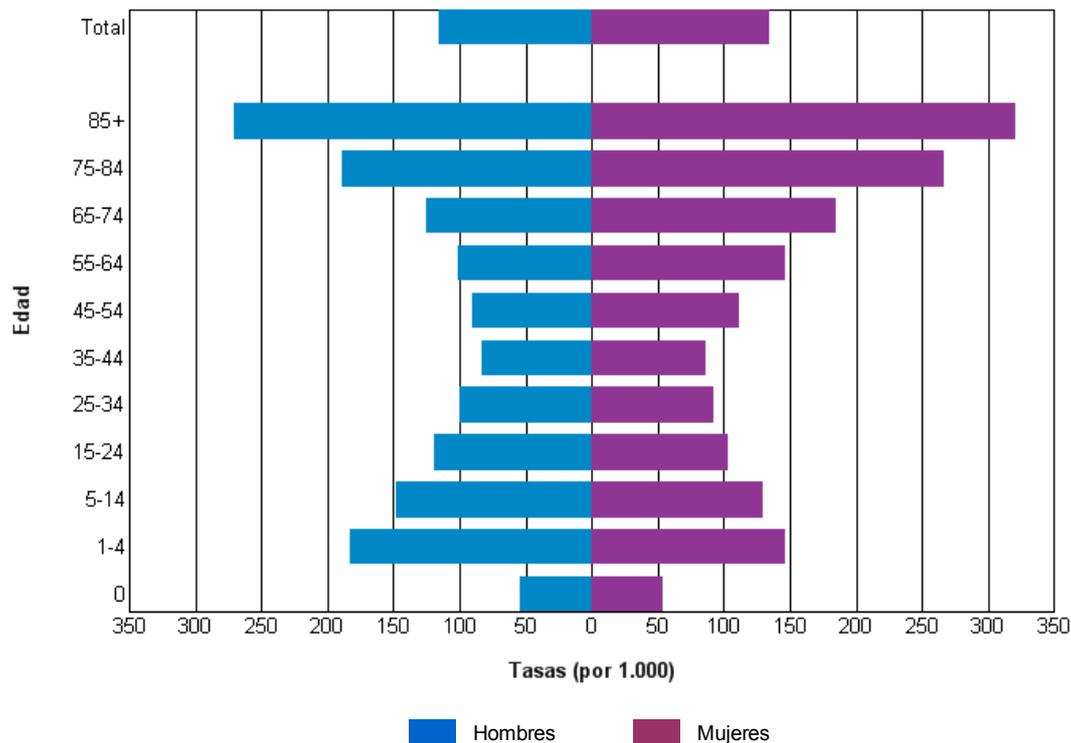
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	150.870	3,7	122,7 (112,4)	148.256	4,0	120,1 (111,3)
Norte	91.258	3,8	110,0 (106,4)	98.096	4,2	117,1 (113,9)
Este	112.925	3,8	120,7 (116,2)	115.209	4,0	122,0 (117,5)
Sureste	123.454	3,8	129,3 (125,5)	129.398	4,2	135,2 (132,1)
Sur	95.339	3,8	127,3 (127,2)	101.292	3,9	134,2 (133,7)
Oeste	94.255	3,8	129,7 (129,6)	98.308	4,0	134,9 (134,3)
Noroeste	108.986	4,3	107,9 (105,2)	118.977	4,5	116,7 (113,5)

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

Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



La primera causa de morbilidad por accidentes en menores de un año son las conmociones cerebrales y contusiones. En el resto de edades son las heridas incisas seguidas en la mayoría de los grupos de edad 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, 2015.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=812	L76-Otras fracturas N=341	S12-Picadura de insecto N=320	S16-Contusión/magulladura N=298	S18-Laceración/herida incisa N=203
1-4	S18-Laceración/herida incisa N=13374	S12-Picadura de insecto N=9473	S16-Contusión/magulladura N=5066	N79-Conmoción cerebral/contusión N=4782	S14-Quemaduras/escaldaduras N=2038
5-14	S18-Laceración/herida incisa N=21640	S16-Contusión/magulladura N=16451	S12-Picadura de insecto N=15523	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=10139	L79-Esguinces y distensiones NE N=7458
15-24	S18-Laceración/herida incisa N=12660	S16-Contusión/magulladura N=8495	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8015	S12-Picadura de insecto N=5353	A88-Efectos adversos factores físicos N=4525
25-34	S18-Laceración/herida incisa N=14656	A88-Efectos adversos factores físicos N=8708	S16-Contusión/magulladura N=8247	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=7038	S12-Picadura de insecto N=6887
35-44	S18-Laceración/herida incisa N=19337	S16-Contusión/magulladura N=9988	S12-Picadura de insecto N=8994	A88-Efectos adversos factores físicos N=8756	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=7402
45-54	S18-Laceración/herida incisa N=17937	S16-Contusión/magulladura N=10025	S12-Picadura de insecto N=7938	A88-Efectos adversos factores físicos N=7570	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=6145
55-64	S18-Laceración/herida incisa N=14420	S16-Contusión/magulladura N=9120	A88-Efectos adversos factores físicos N=7173	S12-Picadura de insecto N=6377	L76-Otras fracturas N=5265
65-74	S18-Laceración/herida incisa N=15090	S16-Contusión/magulladura N=9865	A88-Efectos adversos factores físicos N=7729	L76-Otras fracturas N=6035	S12-Picadura de insecto N=5062
75-84	S18-Laceración/herida incisa N=17786	S16-Contusión/magulladura N=11488	A88-Efectos adversos factores físicos N=9233	L76-Otras fracturas N=7583	L75-Fractura de fémur N=3645
85+	S18-Laceración/herida incisa N=15557	S16-Contusión/magulladura N=6914	L75-Fractura de fémur N=5424	A88-Efectos adversos factores físicos N=4854	L76-Otras fracturas N=4401

* Código CIAP correspondiente. N= número de episodios

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

El porcentaje de altas hospitalarias debidas a causas externas en 2015 fue 5,2%, ligeramente inferior al de años anteriores, en los que había experimentado un ligero ascenso (5,0 en 2011 y 5,9% en 2014). Las dos principales de ellas, mucho más frecuentes que las restantes, son las fracturas (40,7%) y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (34,0%) (Tabla 9.4).

Las tasas de altas hospitalarias por causas externas aumentan con la edad, y de forma notable en las últimas décadas de la vida. Globalmente son ligeramente superiores en hombres (9,46 altas por mil habitantes frente a 8,49 en mujeres en 2015), pero a partir de los 70 años son más frecuentes en mujeres. Durante el periodo 2003-2015 las tasas han aumentado un 47,6% en mujeres y un 30,1% en hombres (Figura 9.8).

Las caídas accidentales son el mecanismo de lesión más frecuente entre las causas externas. Son más frecuentes en personas añosas y en mujeres, en torno a 1,4 veces más frecuentes que en hombres (Figura 9.9). Durante el periodo 2003-2015 las tasas de altas por lesiones por caídas accidentales han aumentado un 89,1% en mujeres y un 87,4% en hombres.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fractura (800-829)	10.668	36,5	12.856	45,1	23.524	40,7
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	10.094	34,5	9.575	33,6	19.669	34,0
Herida abierta (870-897)	1.630	5,6	778	2,7	2.408	4,2
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	1.295	4,4	479	1,7	1.774	3,1
Luxación (830-839)	896	3,1	461	1,6	1.357	2,3
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	1.074	3,7	990	3,5	2.064	3,6
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	522	1,8	754	2,6	1.276	2,2
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	703	2,4	678	2,4	1.381	2,4
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	446	1,5	154	0,5	600	1,0
Contusión (920-924)	327	1,1	328	1,2	655	1,1
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	449	1,5	498	1,7	947	1,6
Quemadura (940-949)	254	0,9	202	0,7	456	0,8
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	350	1,2	360	1,3	710	1,2
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	147	0,5	110	0,4	257	0,4
Lesión superficial (910-919)	78	0,3	51	0,2	129	0,2
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	89	0,3	58	0,2	147	0,3
Efecto tardío de causa externas (905-909)	143	0,5	141	0,5	284	0,5
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	57	0,2	22	0,1	79	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	40	0,1	11	0,0	51	0,1
Total Causas Externas						
Nº de altas	29.262		28.506		57.768	

Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

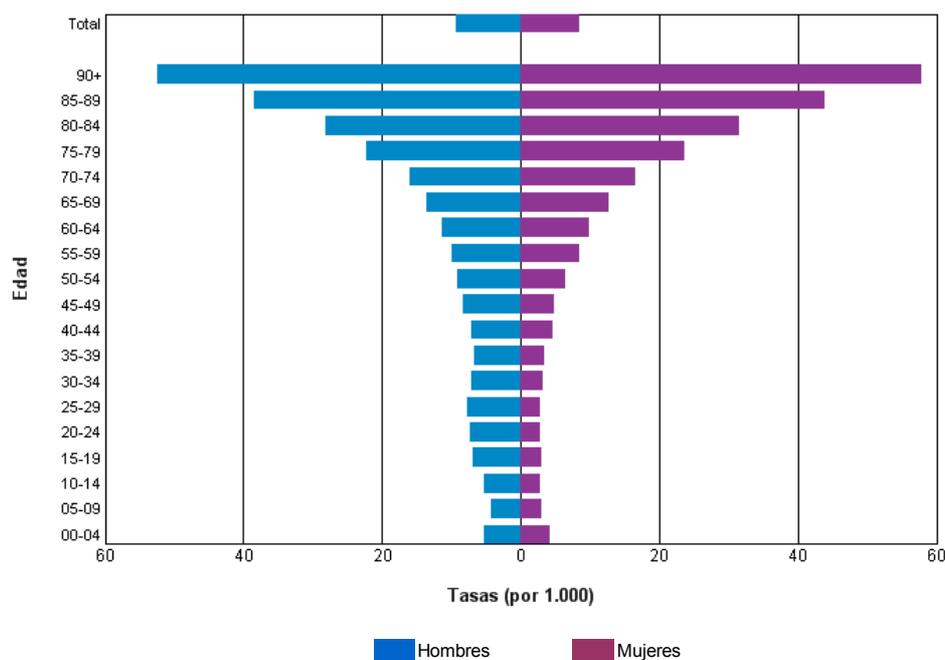
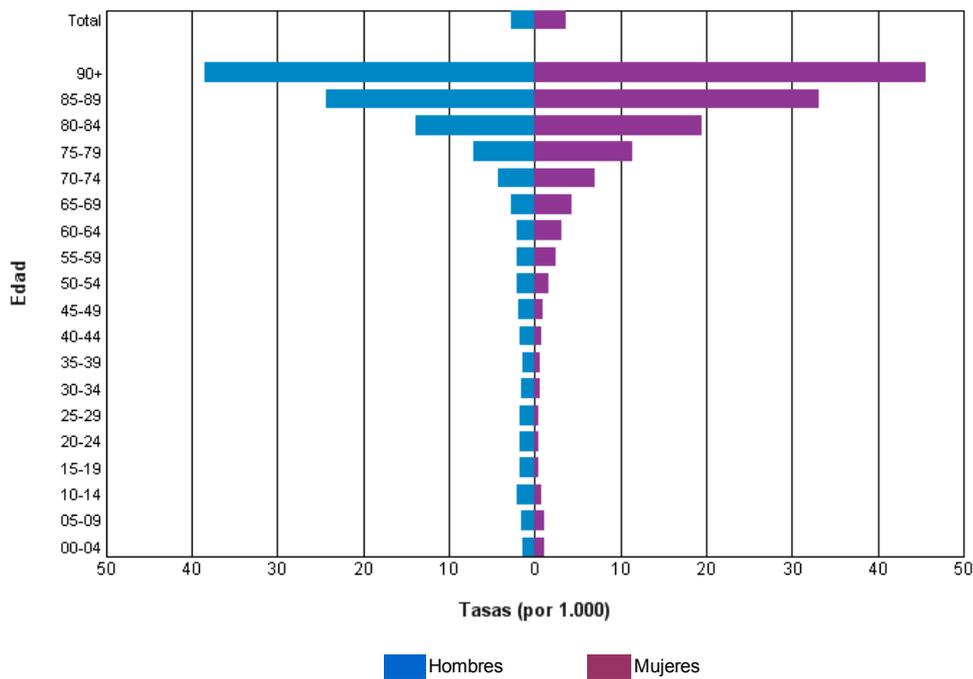


Figura 9.9. Causas externas consecuencia de caídas accidentales. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

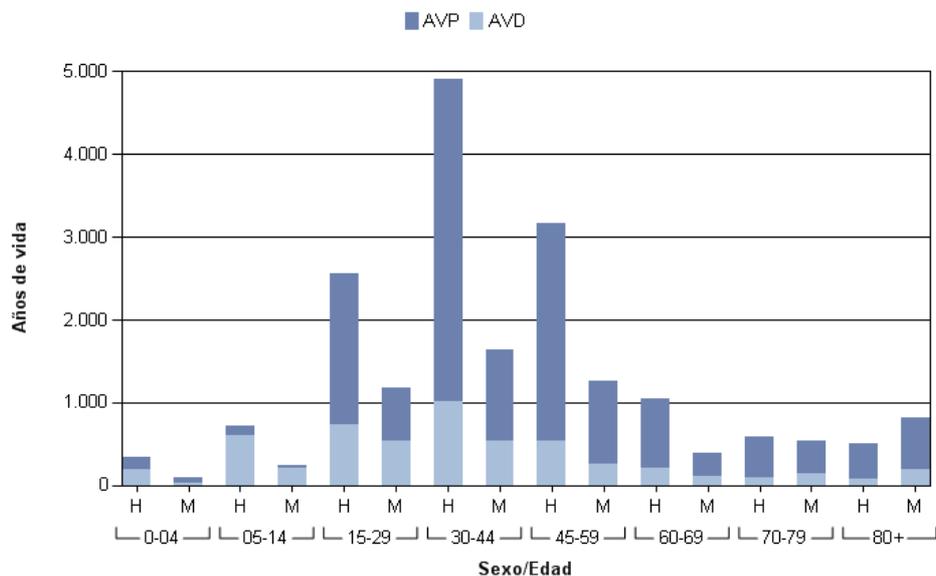


9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y 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). El aumento observado en los últimos años se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial que hasta 2012, por el retraso en su notificación, acababan ubicadas en el capítulo de causas mal definidas.

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, 2015.

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 alrededor de tres veces mayor en hombres que en mujeres. En 2015, la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 3,5 en hombres y 1,0 en mujeres (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, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	118	46	164
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,8	1,4	2,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,4	1,0	2,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,5	1,0	2,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	59,1	16,4	36,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,03	-0,01	-0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.024	818	3.842
Años Vividos con Discapacidad. CM.	498	199	697
Años de Vida Perdidos. CM.	2.526	619	3.145

9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

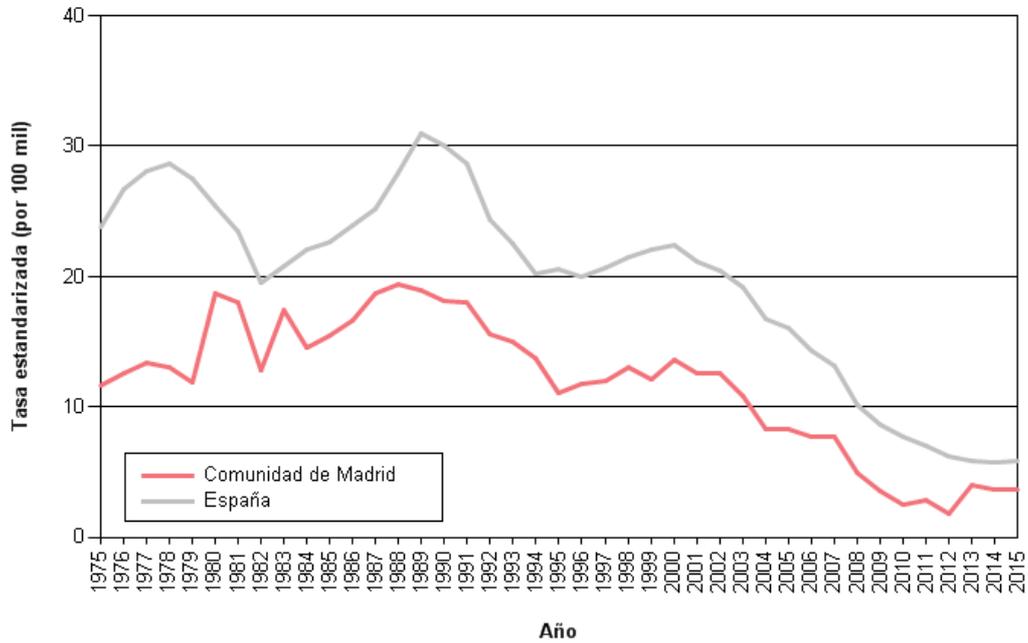
La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid experimentó una tendencia fuertemente descendente desde el inicio de siglo hasta el año 2012, fecha a partir de la cual se ha observado un cierto repunte, no registrado a nivel nacional (Figura 9.11). La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres.

Este importante descenso de las tasas de mortalidad hasta 2012 debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT), de acuerdo con el objetivo señalado por El Libro Blanco del Transporte de la Comisión Europea (2001), de reducir un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico en el periodo 2001-2010.

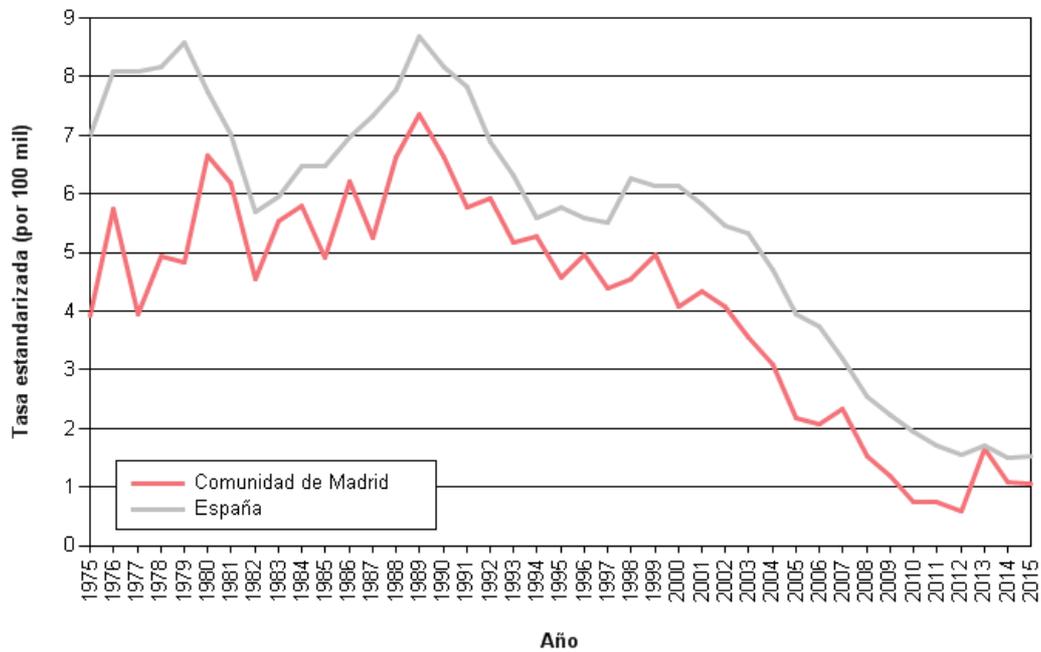
Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

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

Hombres



Mujeres



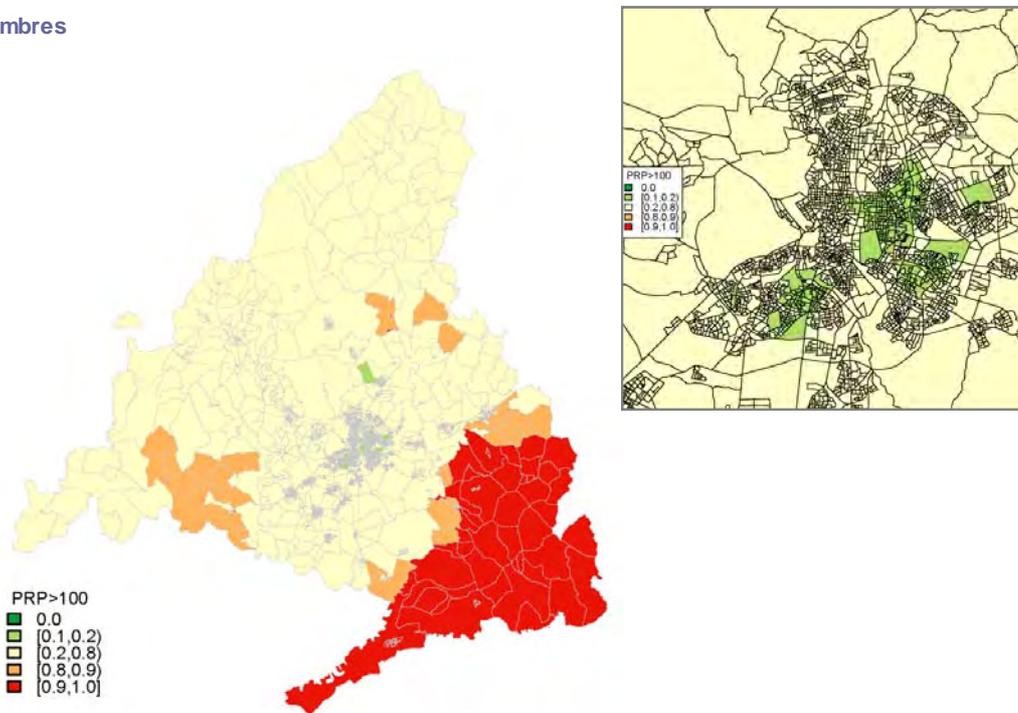
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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

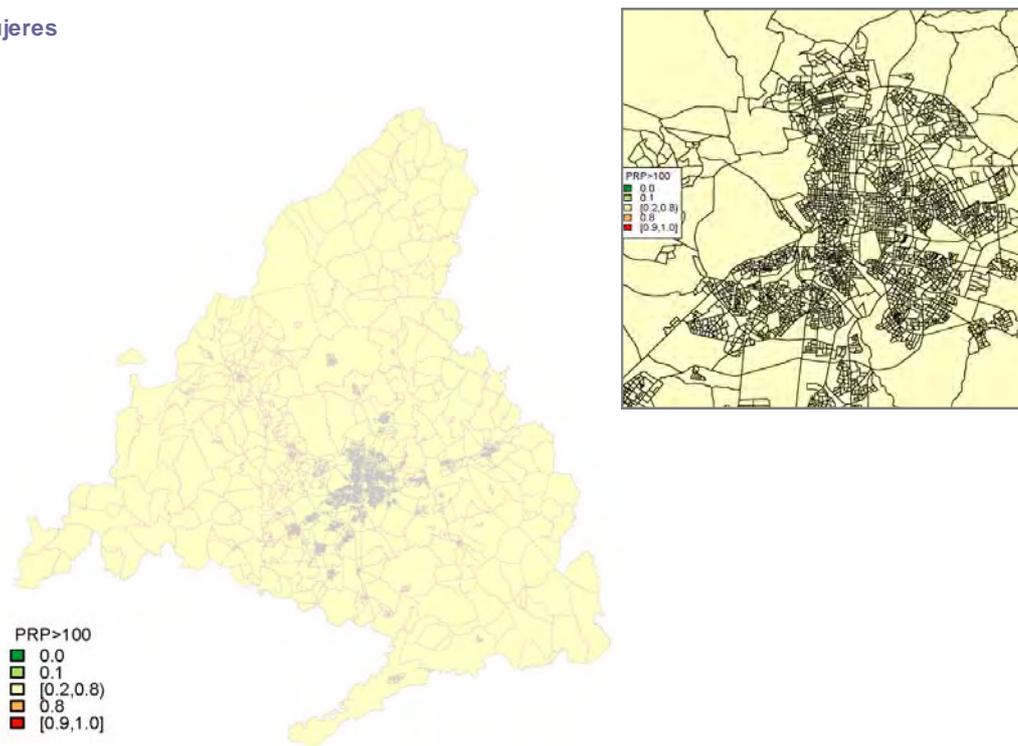
Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

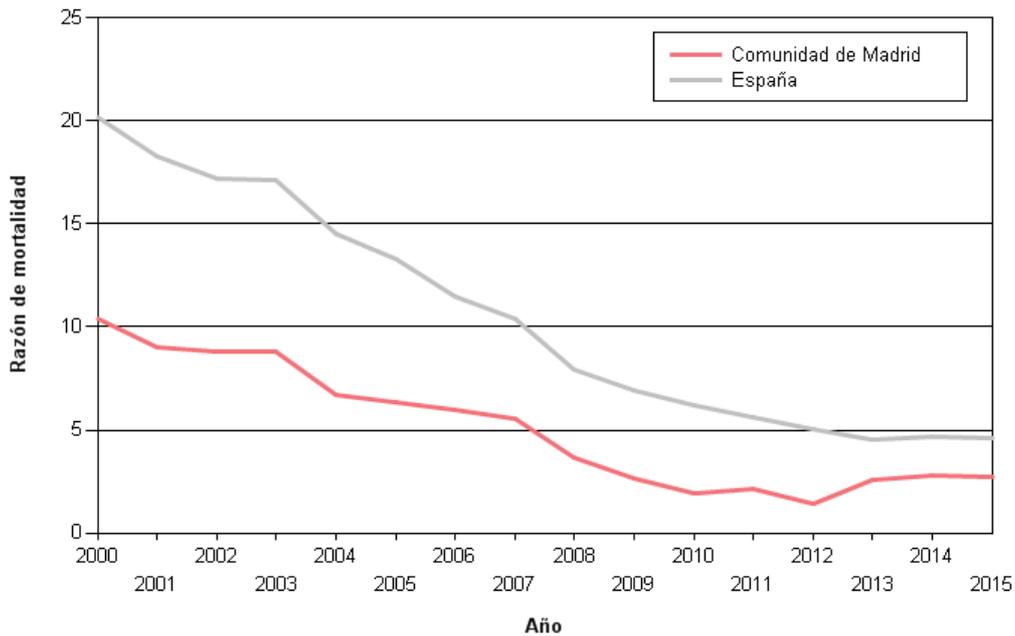


Un indicador tradicional alternativo a las tasas de mortalidad es la razón de mortalidad por 100.000 vehículos. La [Figura 9.13](#) presenta la evolución de dicha razón para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2000-2015. El descenso de un 72,6% del indicador en la Comunidad de Madrid, con un repunte a partir de 2012, va en consonancia con el descenso observado en las tasas. Según datos de la DGT, el parque de vehículos sufrió un importante incremento en este periodo (34,8 % en España), así como el número de conductores (23% en el periodo 2000-2015 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.

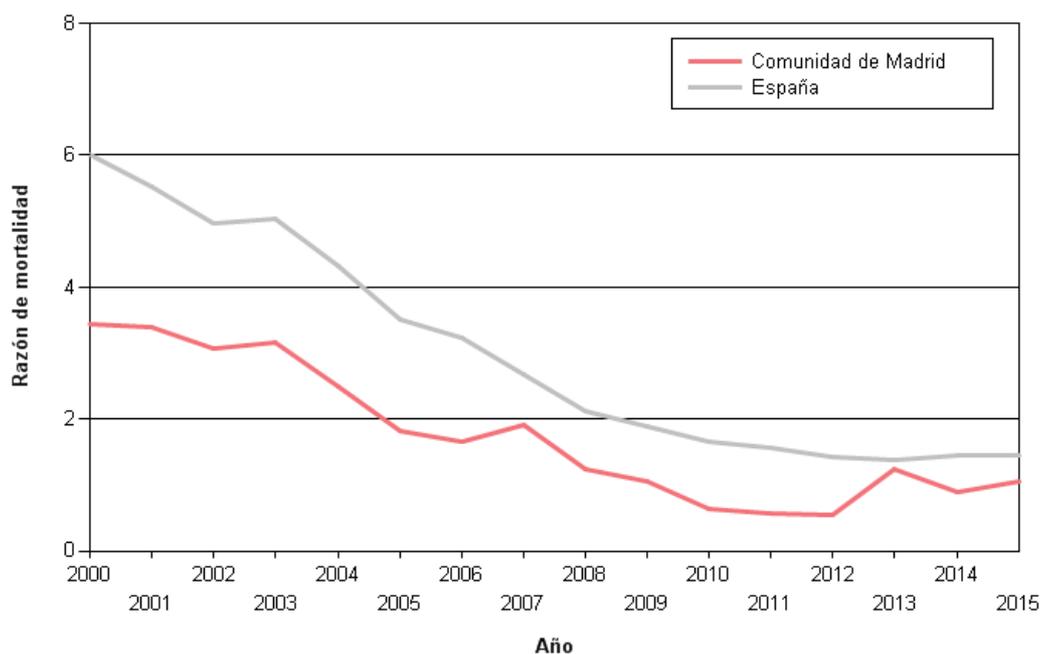
Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

Hombres



Mujeres

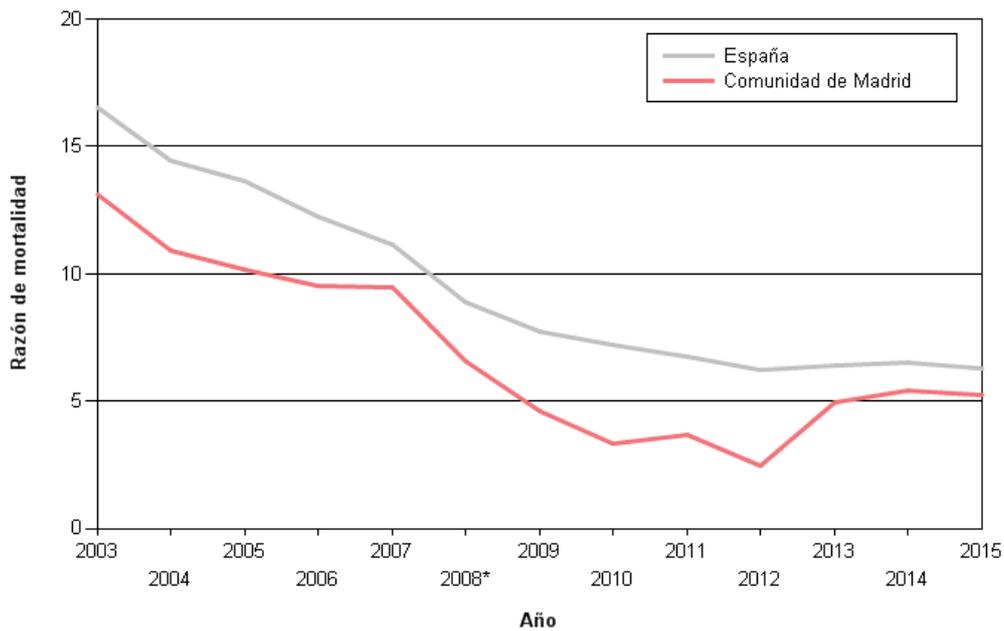


En línea con lo anterior, la [Figura 9.14](#) muestra la evolución de la razón de mortalidad por accidente de tráfico por 1.000 millones de vehículos-km recorridos, para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2003-2015. Se observa aquí también el mismo patrón descendente que en los indicadores anteriores. La diferencia entre España y la Comunidad de Madrid se ha reducido en los últimos años debido al repunte observado en ésta en 2012, no registrado a nivel nacional; dicha diferencia 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.

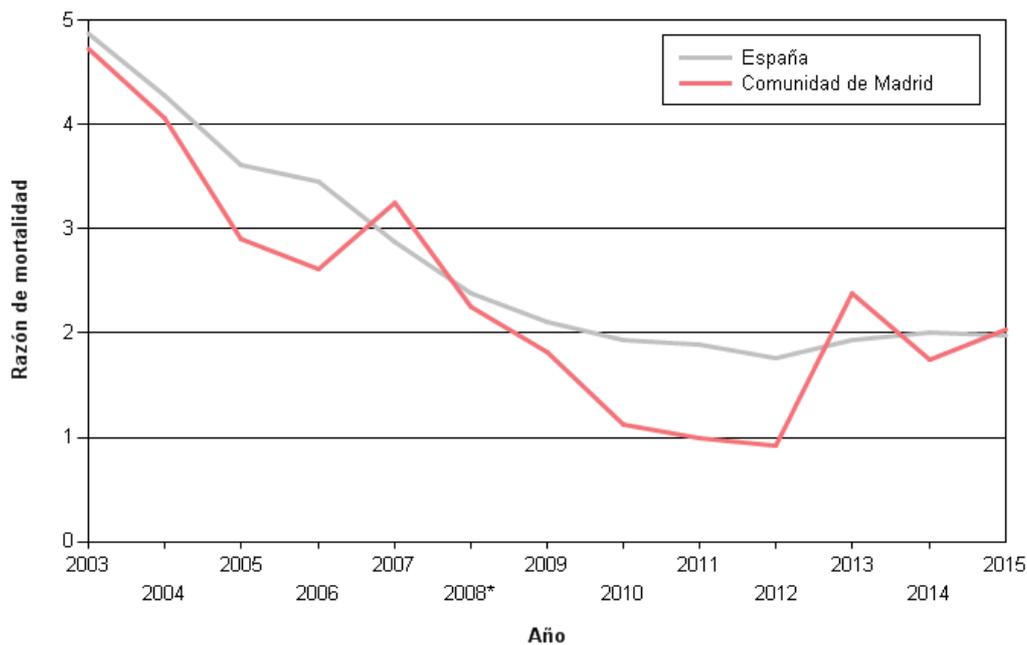
Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2015.

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

Hombres



Mujeres

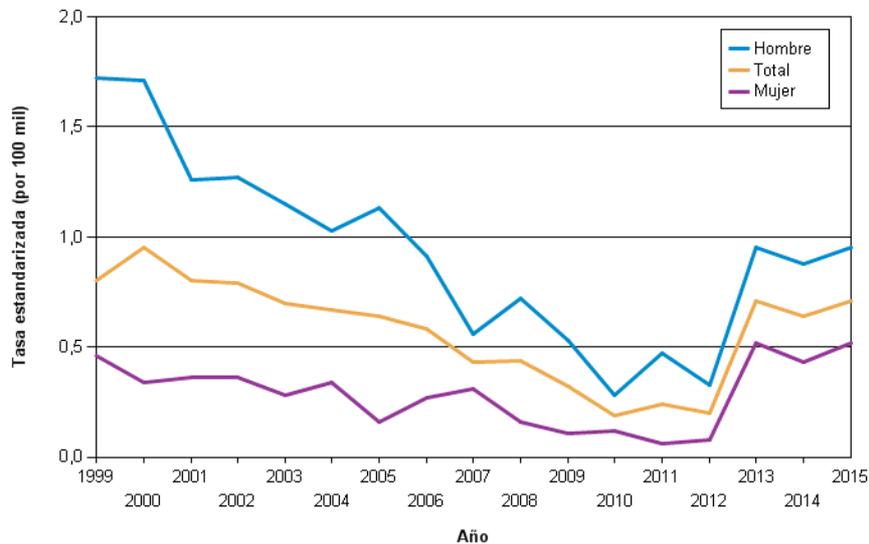


(*) Como consecuencia del inventario de carreteras a 31-XII-2008 este año no es comparable con el anterior.

La **Figura 9.15** muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en peatones en la Comunidad de Madrid, durante el periodo 1999-2015. También este indicador presenta tasas superiores en hombres y ha seguido la misma evolución que los fallecidos por accidente de tráfico en general, tendencia descendente hasta 2012 y repunte posterior.

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, 1999-2015.

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



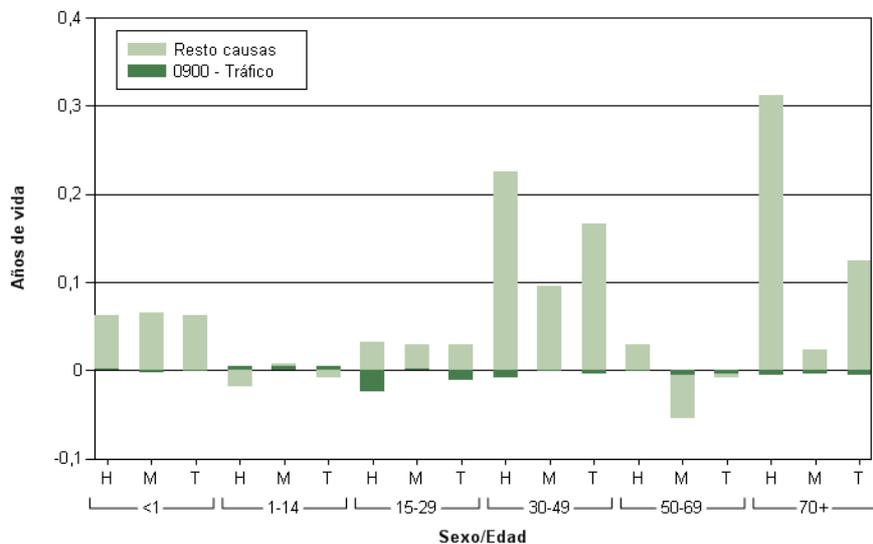
* Método directo. Población estándar europea. OMS

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

Durante el periodo 2010-2015 el aumento de la mortalidad por accidentes de tráfico, evidente a partir de 2012, ha contribuido negativamente 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, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

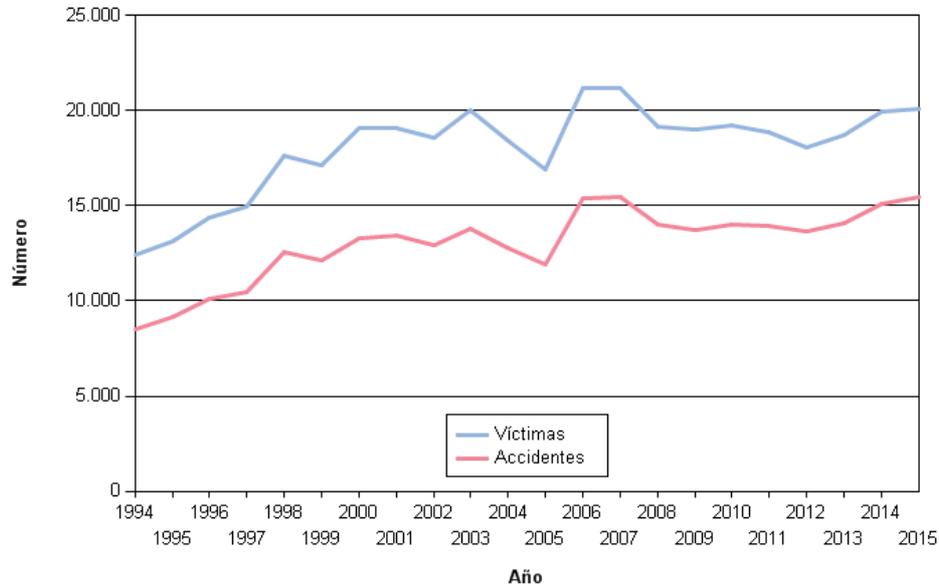


9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

La [Figura 9.17a](#) muestra la evolución desde 1994 de los accidentes y víctimas de accidente de tráfico en la Comunidad de Madrid, según los datos facilitados por la DGT ([Series estadísticas sobre accidentes y víctimas](#)).

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2015.

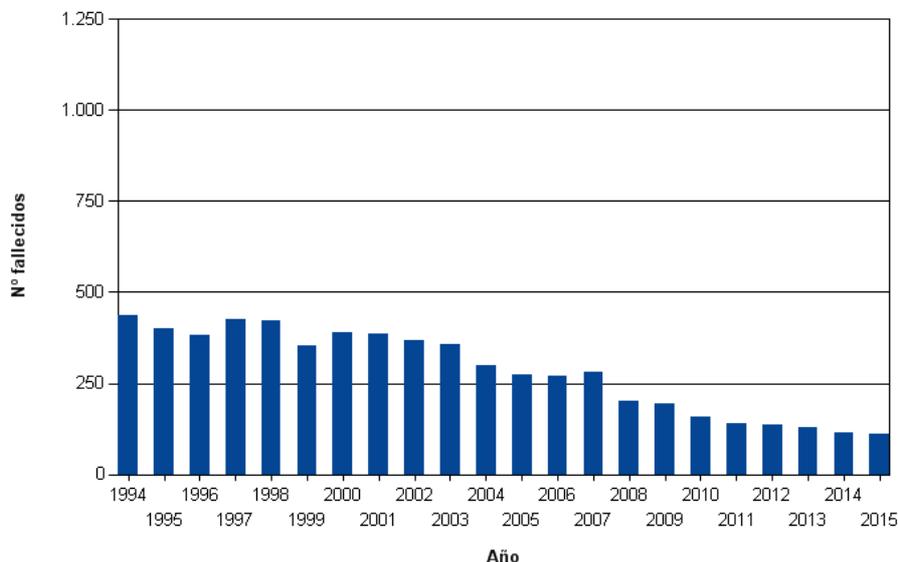
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Puede observarse cómo, derivado del aumento progresivo de la población, del parque de vehículos y del número de conductores en este período, ha venido incrementándose también el número absoluto de accidentes y víctimas hasta 2006, fecha en que se inicia una fase de descenso con intervalos estables y un nuevo repunte en los tres últimos años. Sin embargo, según puede apreciarse en la [Figura 9.17b](#), el número de víctimas mortales durante el mismo periodo, en consonancia con los datos de mortalidad ya vistos, ha mostrado una tendencia descendente hasta 2015..

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2015.

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

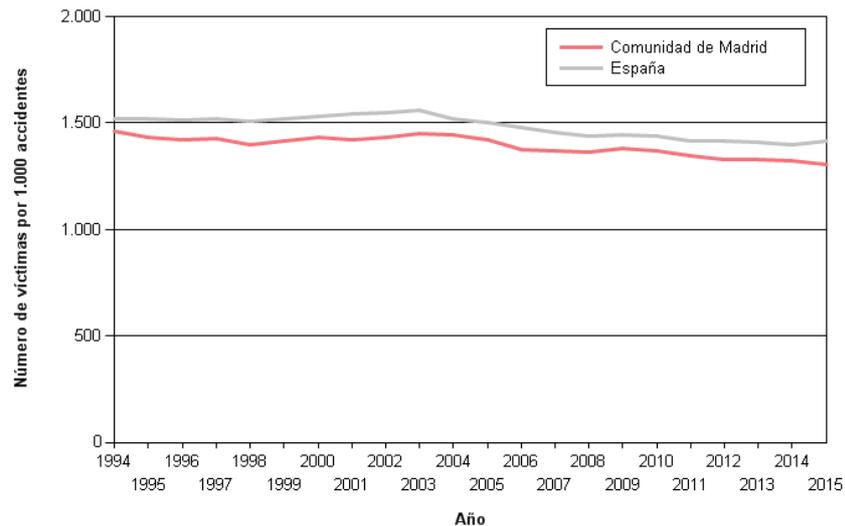


En 2006 la DGT implantó un nuevo sistema de recogida de información para el registro de accidentes que incrementó de manera artificialmente el número de éstos y de víctimas leves, lo que explica ese cambio abrupto de tendencia en el gráfico ese año.

En la [Figura 9.18](#) podemos apreciar la evolución descendente desde 2003 de la razón de víctimas de accidente de tráfico por mil accidentes, con valores algo superiores en España con respecto a la Comunidad de Madrid. Ello parece reflejar, en consonancia con la gráfica anterior, una disminución en general de la gravedad de los accidentes de tráfico.

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2015.

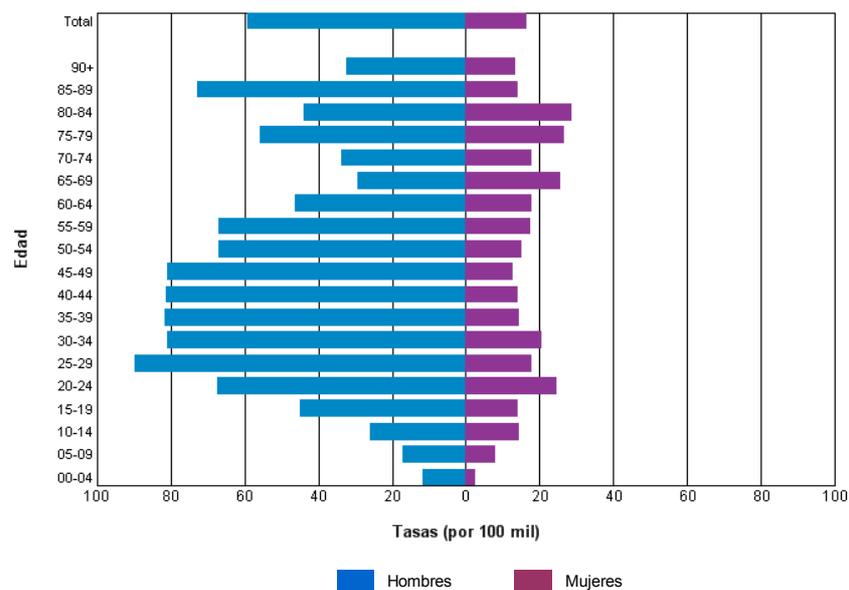
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 (más del triple en 2015). La mayor morbilidad en 2015 se observa en hombres en el tramo de edad de 25 a 49 años. En las mujeres se observan las mayores tasas entre los 75 y los 84 años.

Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

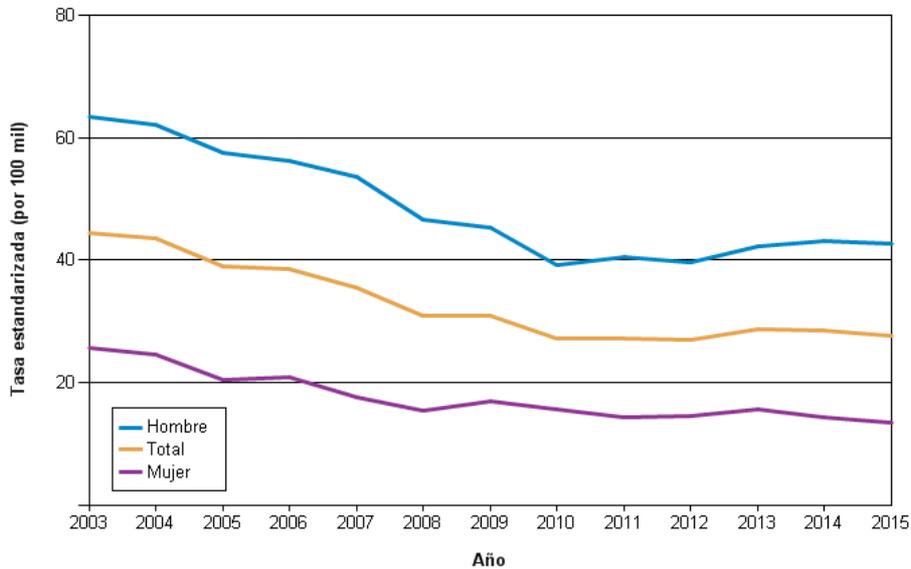
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



En la [Figura 9.20](#) podemos apreciar cómo las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descienden durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010, tienden a estabilizarse, con un ligero aumento en hombres y ligero descenso en mujeres.

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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

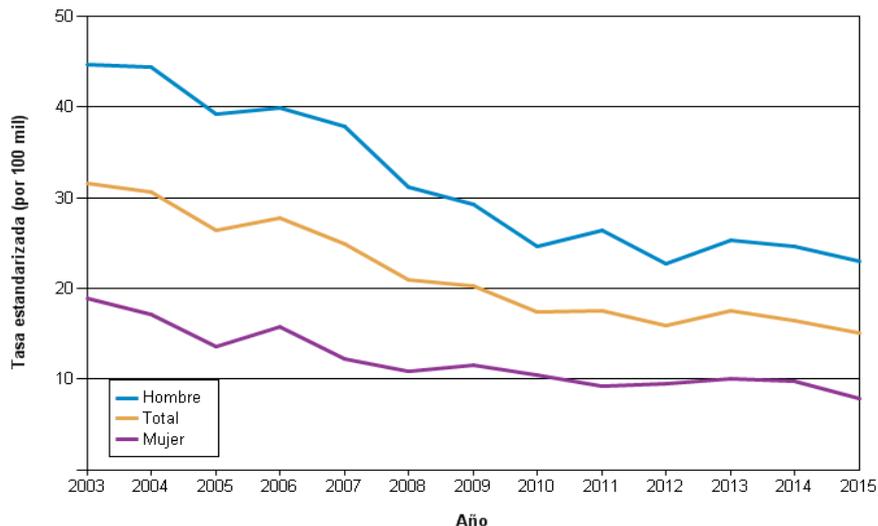


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Las altas hospitalarias de lesiones por accidente de tráfico, con estancia hospitalaria igual o superior a 4 días, permiten valorar las lesiones de cierta gravedad. La [Figura 9.21](#) muestra la evolución de tales tasas en ambos sexos. Puede apreciarse un patrón evolutivo semejante al de las altas por accidentes de tráfico totales, pero con un descenso más pronunciado que se hace lento y titubeante a partir de 2010.

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, 2003-2015.

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

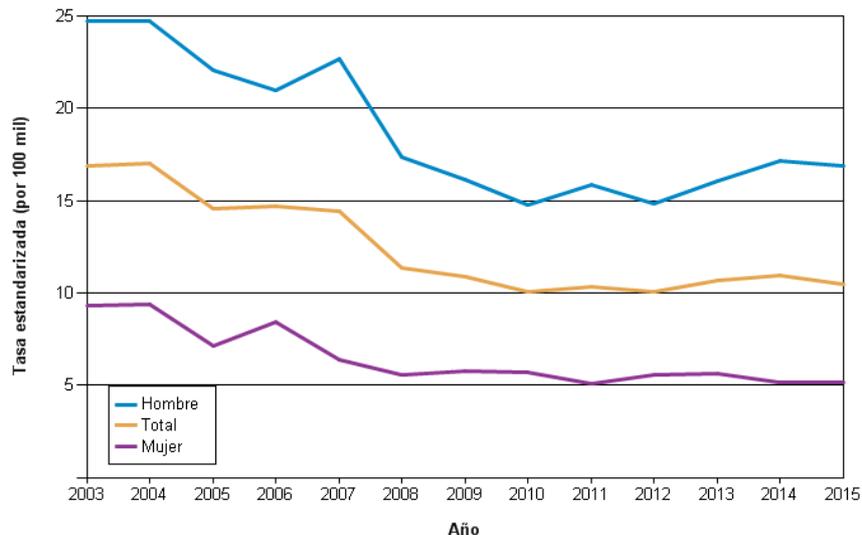


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Otro indicador referido a los casos graves es la tasa de altas hospitalarias por lesión por accidente de tráfico con una puntuación AIS (Abbreviated Injury Scale) máxima ≥ 3 ó ≥ 4 . AIS es un sistema de puntuación de la gravedad de cada lesión en una zona anatómica determinada, sobre una escala ordinal de 1 a 6. Fue creado en 1971 por la Association for the Advancement of Automobile Medicine y hoy su uso se haya ampliamente extendido en el mundo para la auditoría e investigación médica. La [Figura 9.22](#) muestra las tasas de altas hospitalarias con MAIS (AIS máximo) igual a 3 o mayor. Observamos un patrón semejante al de la morbilidad hospitalaria total, con descenso hasta 2010 y estabilidad en los años sucesivos.

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, 2003-2015.

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

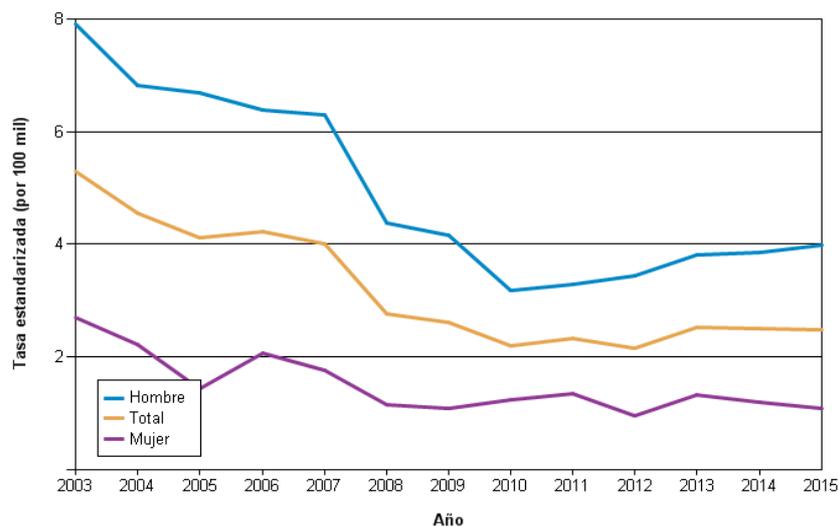


* Método directo. Población estándar europea. OMS

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

Figura 9.23. Accidentes de tráfico con fractura de huesos largos. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

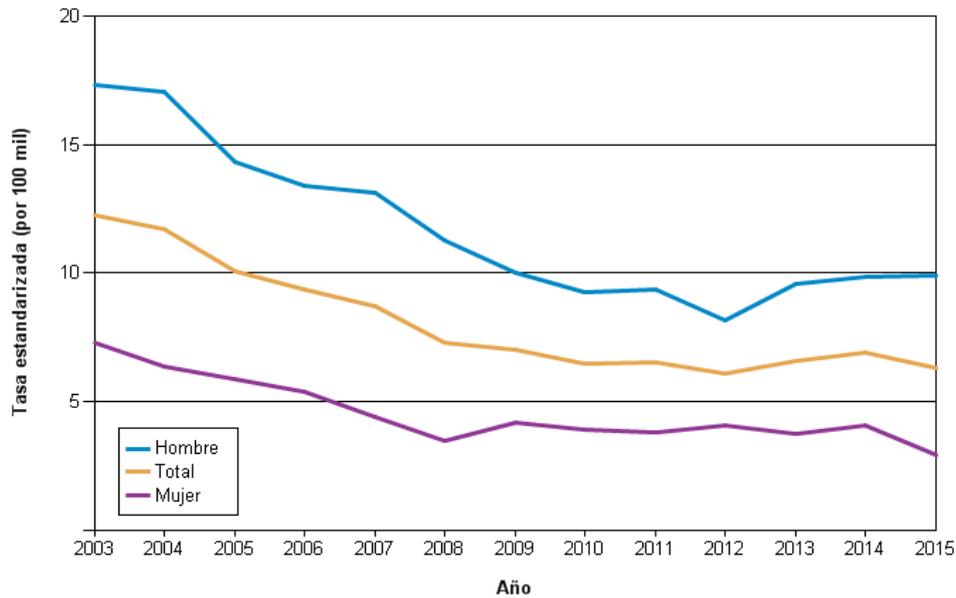
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



* Método directo. Población estándar europea. OMS

Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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



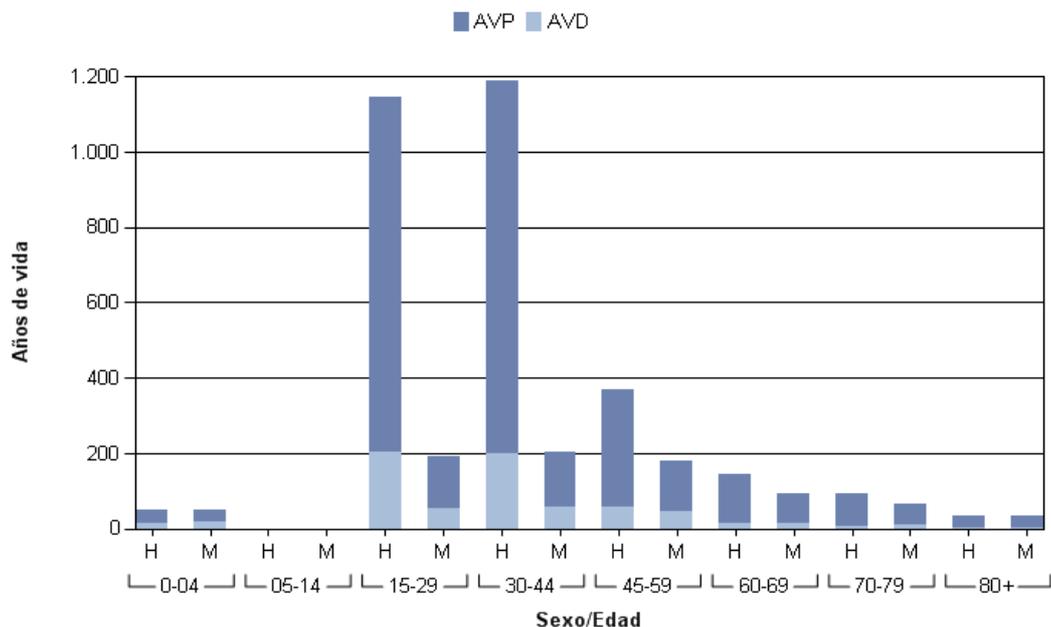
* Método directo. Población estándar europea. OMS

9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico muestra un patrón muy semejante al observado para el conjunto de las causas externas, con predominio de la carga en varones, mayor peso del componente de mortalidad que el de discapacidad, y concentrada especialmente en las edades adultas (15 a 59 años) (Figura 9.25).

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, 2015.

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 2015 el 17,5% de los jóvenes de 15 y 16 años no utilizaba siempre el cinturón de seguridad por ciudad, cifra que supone un incremento respecto a los últimos tres años, y el 11,3% por carretera, que supone igualmente un aumento respecto a años anteriores (Figura 9.26a y Figura 9.26b).

Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

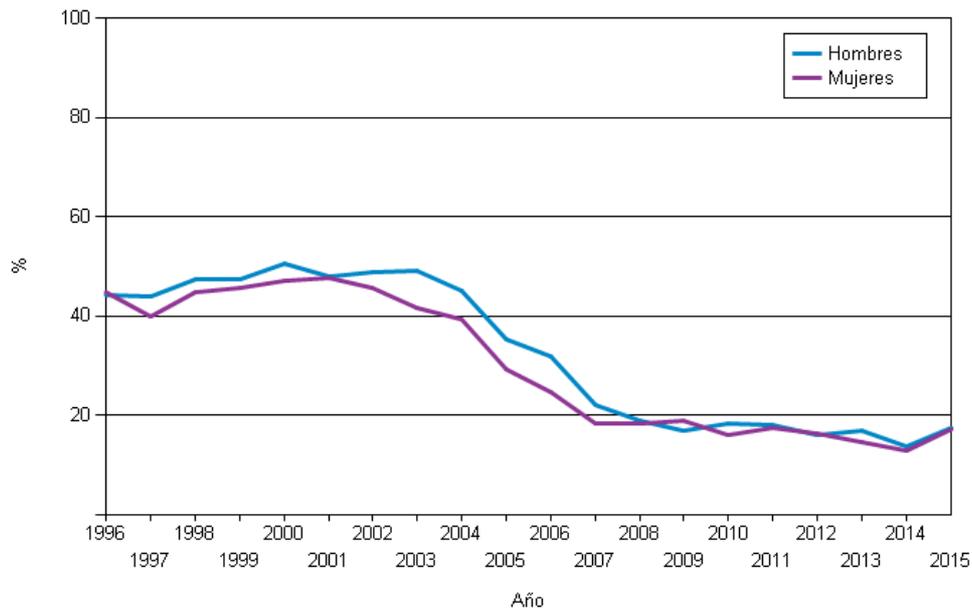
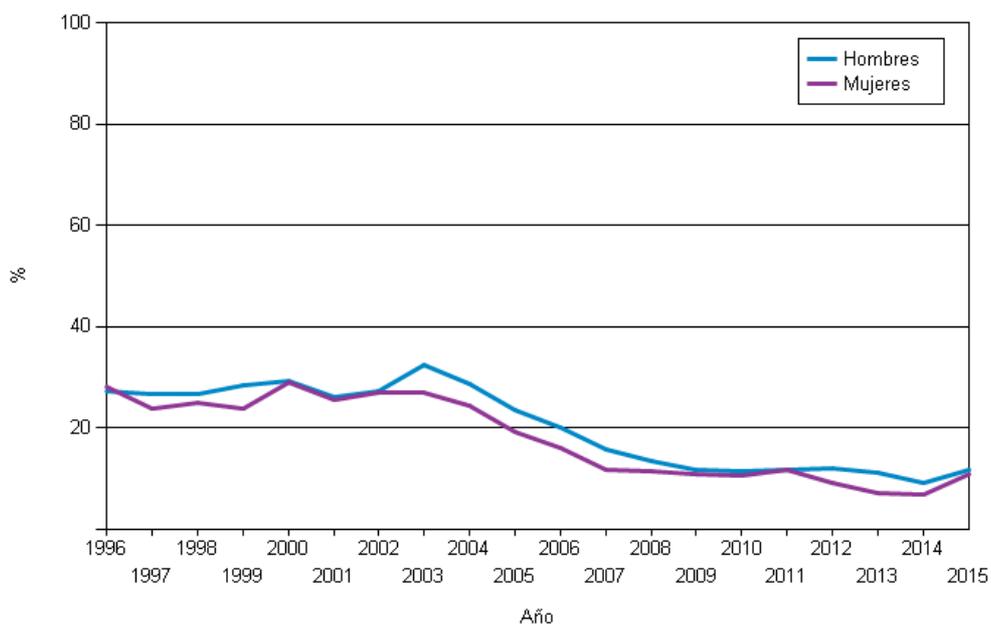


Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

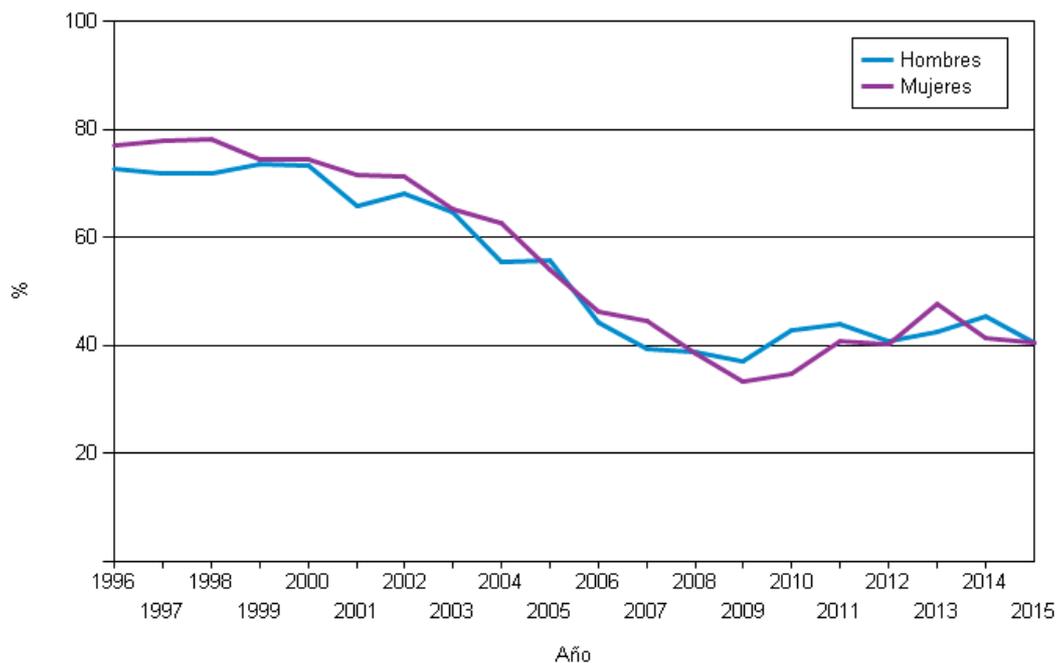


Aunque menor que en años anteriores, sigue siendo muy elevada la cifra de jóvenes que no utiliza el casco en moto, 40,4% en 2015 (Figura 9.27).

Como en años anteriores, la no utilización del casco en bicicleta sigue siendo la regla, 87,0% de los jóvenes reconocen no utilizarlo en 2015.

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, 1996-2015.

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 2015 un 2,8% de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 2,0% en la conducción por carretera.

Un 10,2% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 5,8% manifestó no haber utilizado siempre el casco. El 5,5% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y el 1,8% 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 una tendencia general favorable.

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, 1995-2015.

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

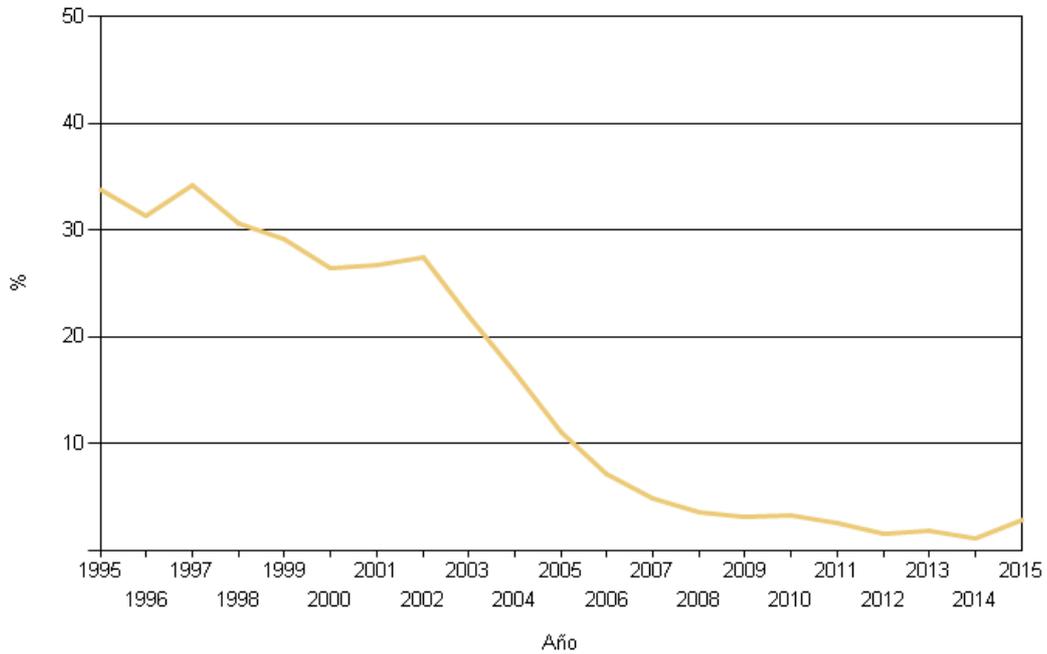


Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

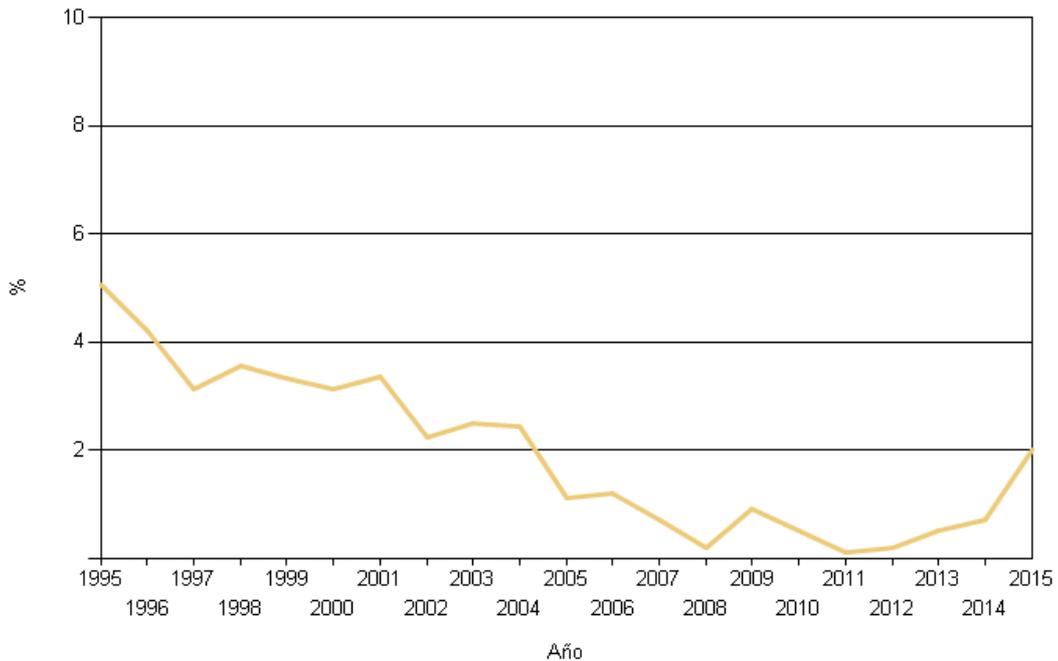


Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

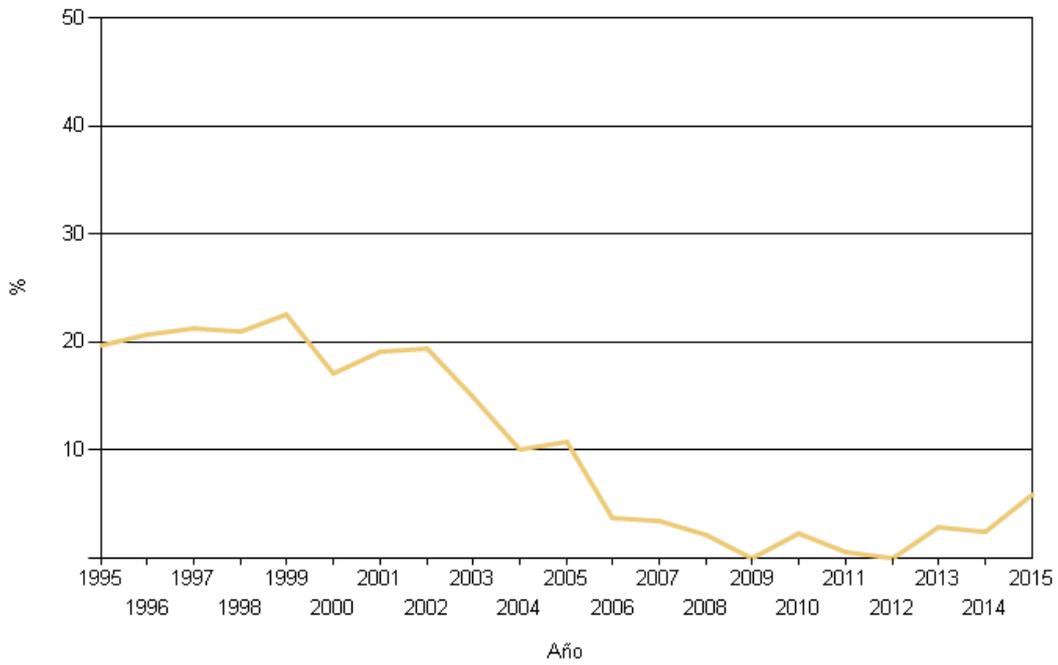
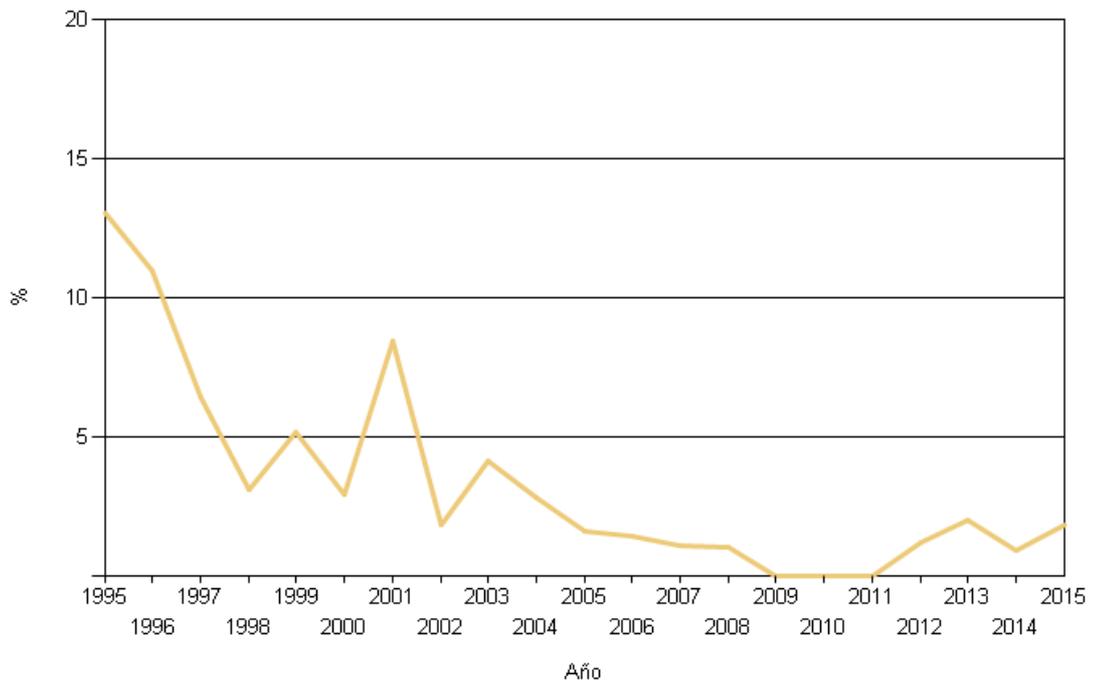


Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

9.3.1. Indicadores generales

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2015 de 4,4 por 100.000 habitantes, dos veces y media mayor en hombres (6,4) que en mujeres (2,6). La carga de enfermedad en este mismo año fue también notablemente superior en hombres. La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio fue, sin embargo, superior en mujeres (Tabla 9.6).

Tabla 9.6. Suicidio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	225	102	327
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,3	3,0	5,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,0	4,0	6,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,4	2,6	4,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,0	20,7	17,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,10	-0,06	-0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.077	1.812	5.888
Años Vividos con Discapacidad. CM.	368	147	514
Años de Vida Perdidos. CM.	3.709	1.665	5.374

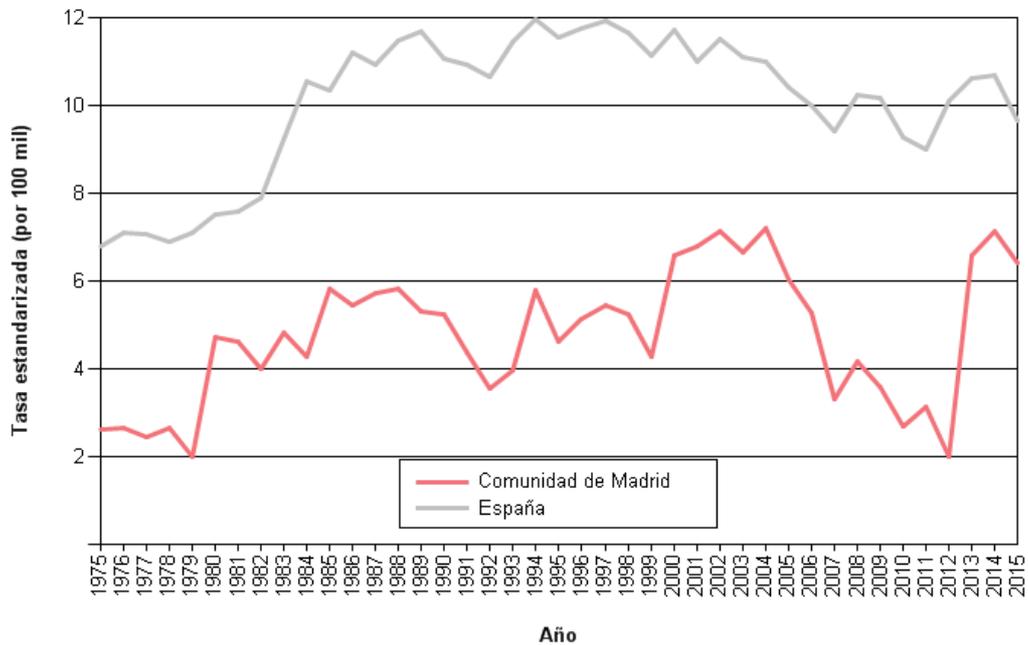
9.3.2. Mortalidad por suicidio

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2015 de 6,4 por 100.000 habitantes para hombres y 2,6 para mujeres. Desde 1975 se ha venido manteniendo este predominio en hombres (indicadores entre 3 y 4 veces más altos). 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, aunque con importantes variaciones (Figura 9.30).

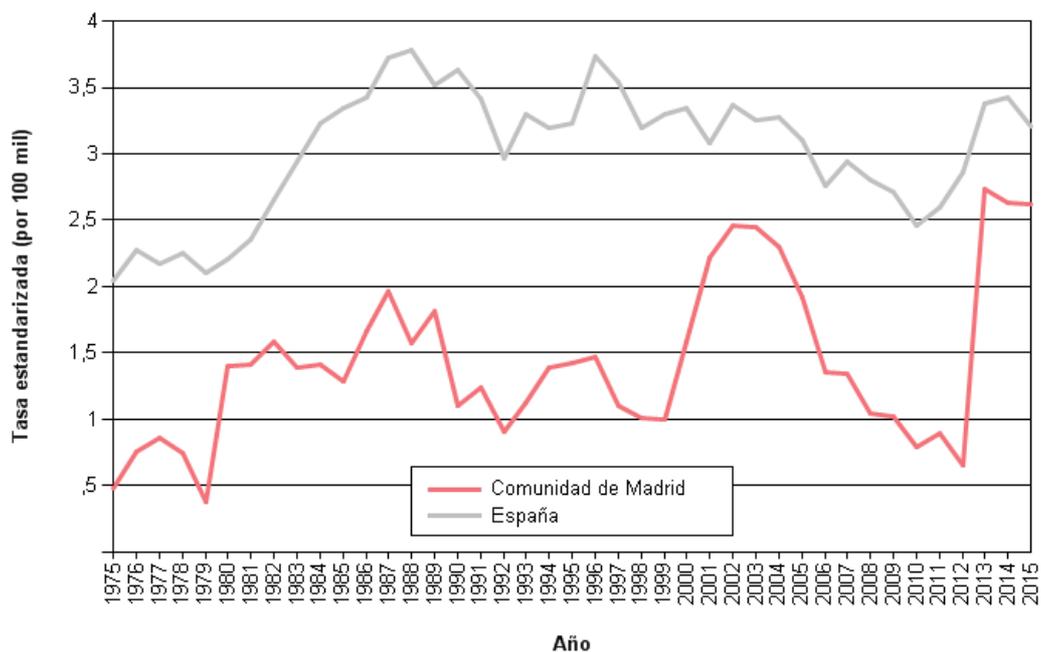
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



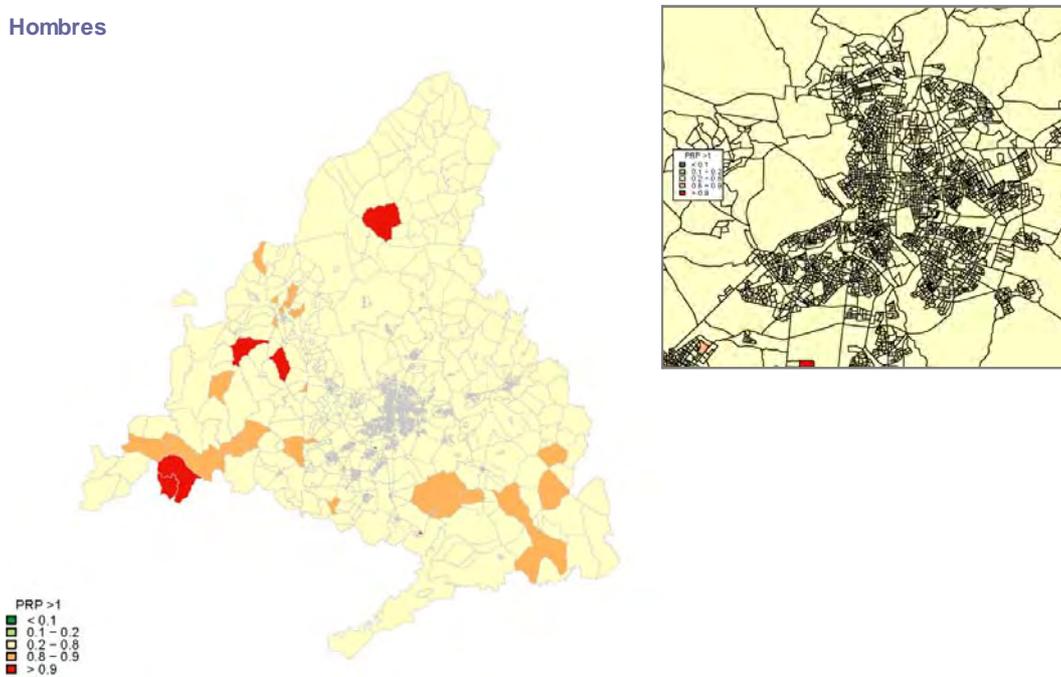
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE. Desde 2013 ha mejorado la precisión en la asignación de causa de defunción en las muertes con Intervención Judicial

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

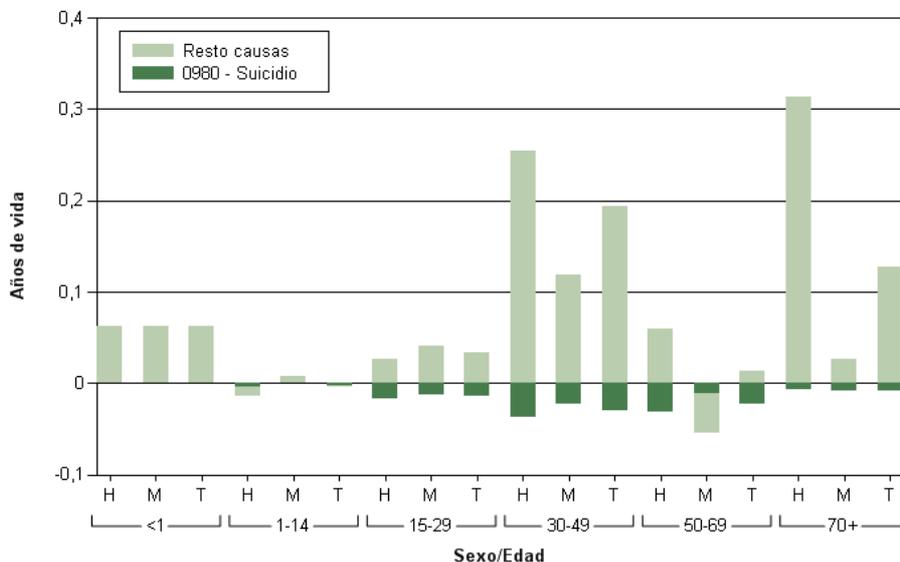


9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2010-2015 el aumento de la mortalidad por suicidio ha contribuido ligeramente al empeoramiento 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, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

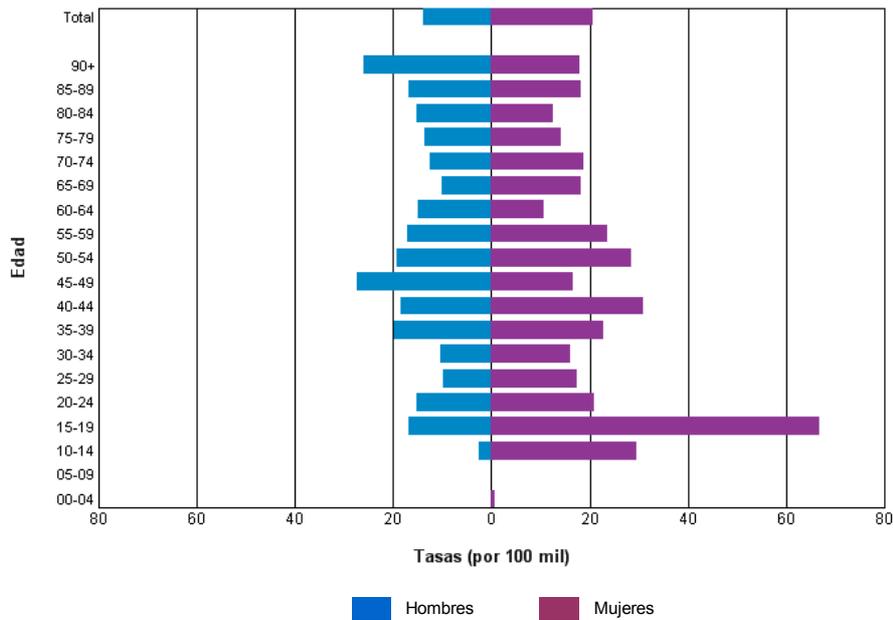


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio, que ha presentado una tendencia ascendente hasta 2014, muestra en 2015 un discreto descenso en ambos sexos. Las tasas globales son en 2015 más elevadas en las mujeres: 20,69 por 100 mil frente a 13,97 en hombres, y este predominio se da prácticamente en todas las edades (Figura 9.33).

Figura 9.33. Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

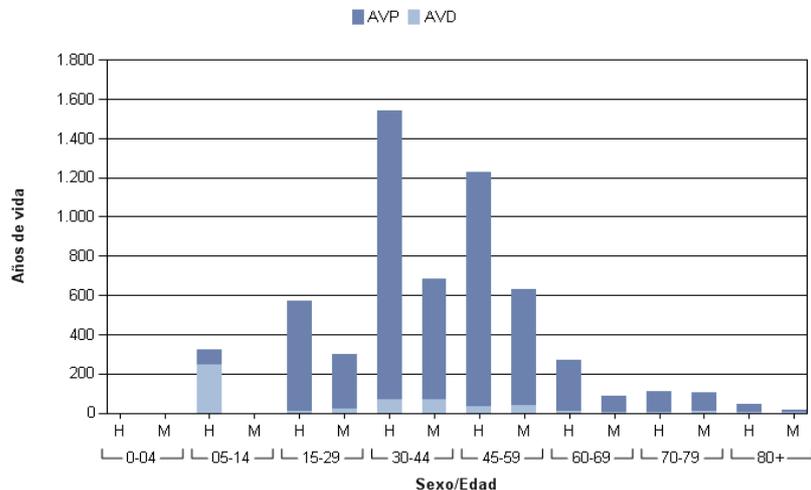


9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

La carga de enfermedad por suicidio se concentra en 2015 casi exclusivamente de los años de vida perdidos (debe considerarse que buena parte del componente no mortal acaba cuantificándose en la rúbrica de depresión). Solo entre los menores de 15 años los AVD son mayores que los APV, tanto en 2015 como en años anteriores. Las edades con mayor carga se encuentran entre los 15 y los 59 años, y es más alta en hombres que en mujeres (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, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



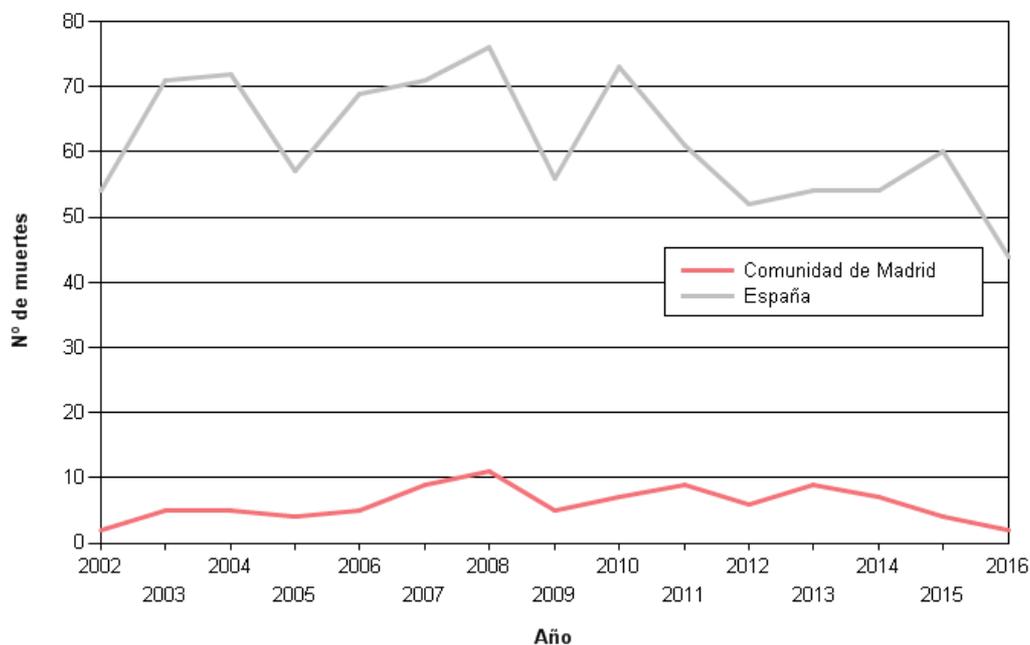
9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

De acuerdo con la encuesta “Violencia contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea”, realizada en 2014 por la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales (FRA) (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf), cerca del 8% de las mujeres europeas entre 18 y 74 años de edad sufrieron violencia física y/o sexual de la pareja (actual o anterior) en los 12 meses previos a la consulta, y el 33% alguna vez en su vida desde los 15 años de edad. En el caso de España, los porcentajes fueron del 4% y del 22%, respectivamente.

Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf), entre 2003 y 2016, 870 mujeres han sido asesinadas en España por sus parejas o ex parejas, 88 (10,1%) de ellas en la Comunidad de Madrid. (Figura 9.35).

Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2016.

Fuente: Portal estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
<http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>



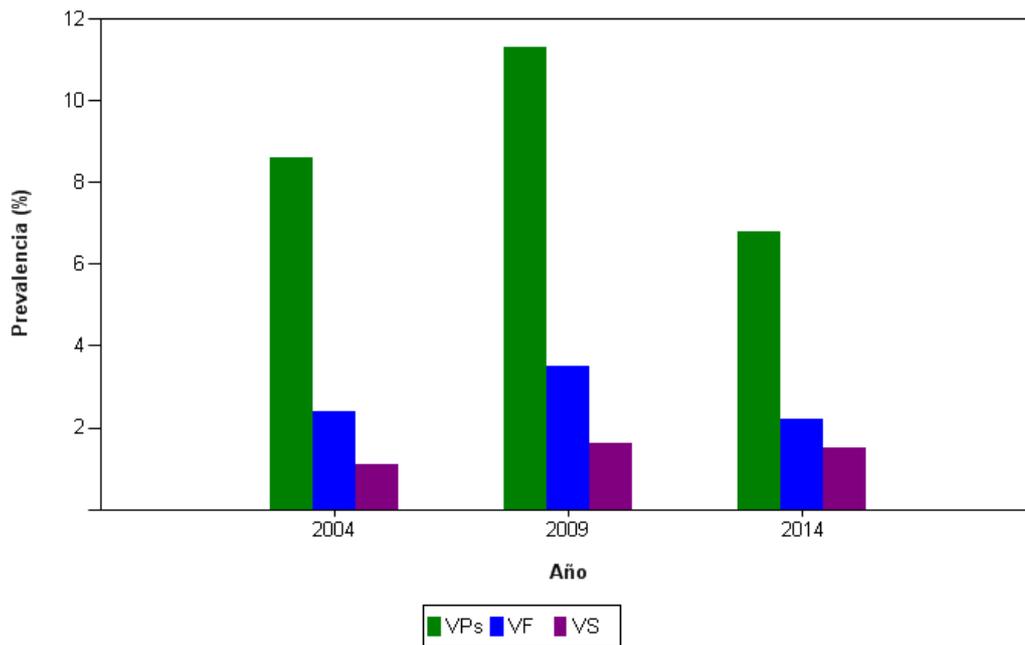
En la Comunidad de Madrid, en el marco de la Estrategia de Acciones de Salud frente a la Violencia de Género de la Consejería de Sanidad, se realiza la vigilancia epidemiológica de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM), a través de encuestas poblacionales específicas con periodicidad quinquenal.

Hasta ahora se han llevado a cabo tres encuestas telefónicas, la primera en el año 2004, la segunda en 2009 y la tercera en 2014 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 todas ellas se utilizó el mismo cuestionario para detectar la VPM, con preguntas sobre violencia psicológica y sexual basadas en la “Encuesta nacional sobre la violencia hacia las mujeres en Francia” (ENVEFF), y preguntas sobre violencia física tomadas de la “Conflict Tactic Scale” (CTS) de Estados Unidos. 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 la utilización de recursos específicos para mujeres maltratadas. En la última encuesta se incluyó también un cuestionario de cribado de violencia (Woman Abuse Screening Tool ‘WAST’), se exploró el acoso y control a través del móvil y del correo electrónico y se realizó un cuestionario para valorar la salud mental de los hijos de las mujeres (Strenghts and Difficulties Questionnaire ‘SDQ’).

Los últimos datos disponibles derivan de la encuesta “Violencia de pareja hacia las mujeres” de 2014, en la que la tasa de respuesta fue del 60,5%, obteniéndose una muestra final de 2.992 mujeres. Se detectaron 228 casos de VPM, lo que corresponde a una prevalencia de 7,6%. Se evidencia una disminución del porcentaje de casos de VPM respecto de las encuestas previas, a expensas de la violencia psicológica (Figura 9.36). Esta disminución se ha producido en las mujeres nacidas en España, de mayor edad, que residen en el municipio de Madrid o en el área metropolitana así como entre las mujeres de mayor nivel educativo. De los tres tipos de violencia explorados (psicológica, física y sexual), la psicológica sigue siendo la más frecuente (6,8%) y está presente siempre que se detecta otro tipo de violencia ya sea física o sexual (en un 3% de los casos).

Figura 9.36. Evolución de la violencia psicológica, física y sexual Comunidad de Madrid, 2004, 2009 y 2014.

Fuente: Violencia de pareja hacia las mujeres. 3ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid 2014.



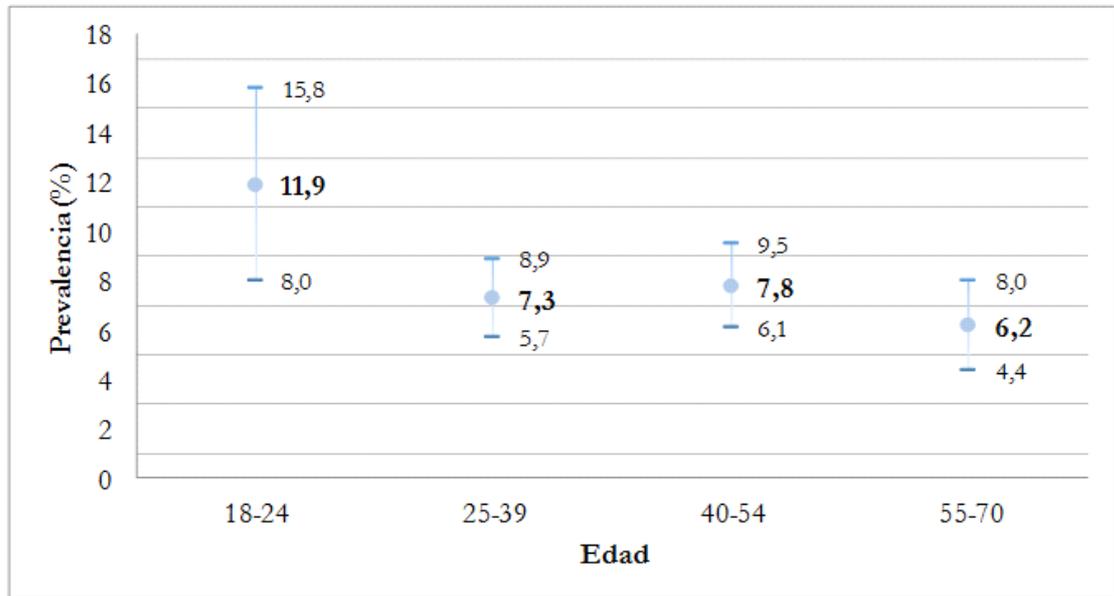
VPs (violencia psicológica), VF (violencia física), VS (violencia sexual)

Entre los factores asociados independientemente con la VPM, se encontraron algunas características sociodemográficas de las mujeres como: tener entre 18 y 24 años, residir en municipios de menos de 10.000 habitantes, haber nacido fuera de España, tener un bajo nivel educativo así como tener asignada una baja clase social. De las características sociodemográficas de las parejas se encontraron: haber nacido fuera de España, bajo nivel educativo, baja clase social y no trabajar. Otros factores asociados independientemente con la VPM fueron: que las conductas de violencia se realizasen por alguna expareja así como un bajo apoyo social percibido y baja resiliencia.

Según grupos de edad, la prevalencia de VPM más alta se encontró en el grupo de 18-24 años (Figura 9.37). En este grupo, las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos estuvieron presentes en el 62,5% de los casos.

Figura 9.37. Prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer según edad (IC 95%). Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta Violencia de pareja hacia las mujeres, año 2014. Elaboración: Servicio de Epidemiología



En cuanto a los antecedentes de violencia, cerca del 8% de todas las mujeres encuestadas refirieron haber sido víctimas de violencia física y/o sexual antes de los 15 años. A las víctimas de violencia física se les preguntó por el perpetrador, siendo en el 71% alguien del entorno familiar, principalmente el padre, en el 15% un novio o pareja, y en el 14% otras personas de fuera del entorno familiar. Estos antecedentes fueron más frecuentes cuando la mujer cumplía con los criterios de caso de VPM, 23,9%, frente al 6,5% cuando no cumplía criterios.

Las consecuencias de la VPM sobre la salud son numerosas: las mujeres maltratadas tienen una mala salud autopercebida y mayor frecuencia de problemas crónicos, siendo la enfermedad cardiaca, depresión, ansiedad, úlcera gástrica, infección urinaria, enfermedad articular y patología ginecológica las que al ajustar por edad resultaron asociadas a violencia; asimismo es más frecuente encontrar limitación en sus actividades cotidianas, ya sea por problemas de salud físicos o mentales.

La salud mental de los hijos e hijas de las mujeres se estudió a través del cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ) en su versión en castellano para padres y madres. Se eligió de manera aleatoria a un hijo/hija de 4 a 16 años de las mujeres que cumplieron criterios de VPM así como a un grupo control (hijos/hijas de madres sin VPM) apareados por edad y sexo. Las puntuaciones obtenidas para los hijos e hijas de las mujeres que cumplieron criterios de VPM fueron peores en comparación con el grupo control (media de 10,42 y 7,35 respectivamente). Obtener un SDQ límite/anormal entre los hijos/hijas de las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM es cerca de 3 veces mayor al compararlo con los controles. En un análisis posterior se encontró que las hijas presentan además una asociación significativa con problemas de conducta y de inatención/hiperactividad en comparación con los hijos.

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 (32%) busca ayuda en algún tipo de servicio. El resultado es que solamente el 11,2% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. Cuando lo hacen, los servicios a los que más frecuentemente acuden son los servicios sanitarios.

Además de las encuestas, en la Comunidad de Madrid, desde 2011, se cuenta con información epidemiológica obtenida a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, tanto el dirigido a población joven (**SIVFRENT-J**) como el dirigido a población adulta (**SIVFRENT-A**).

El SIVFRENT-J monitoriza, entre otros, la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS). En 2015, entre la población juvenil que tenía o había tenido alguna pareja durante el último año, un 2,7% de las chicas afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física (violencia física) y un 5,0% de las chicas, haber sufrido alguna agresión de tipo sexual (violencia sexual) por parte de su pareja o expareja.

Respecto al SIVFRENT-A, el módulo se dirige a las mujeres que durante los 12 meses previos a la fecha de la entrevista tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con alguna expareja. En 2015, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año, un 0,1% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 0,2% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo y el 1,8% que su pareja o expareja había tratado de controlar sus actividades diarias. En total, el 1,9% de las mujeres con pareja o expareja habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas en el último año.

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 debida a ellas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y adultas (15 a 59 años) y en los hombres; el aumento observado en los últimos años se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial. 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 hasta 2012; durante el periodo 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres. A partir de 2012 se observa un repunte en la mortalidad en ambos sexos. La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2015, especialmente en hombres.

El número de episodios motivados por lesiones atendidos en Atención Primaria ha disminuido en los últimos años (7% en el periodo 2012-2015). También han disminuido las tasas, de forma semejante en ambos sexos y casi todos los grupos de edad. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2003-2015 las tasas han aumentado un 47,6% en mujeres y un 30,1% en hombres.

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y 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). En 2015 los accidentes de tráfico supusieron el 21,7% de los años de vida perdidos por causas externas y el 12,9 % de los años vividos con discapacidad.

La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid experimentó una tendencia fuertemente descendente desde el inicio de siglo hasta el año 2012, fecha a partir de la cual se ha observado un cierto repunte, no registrado a nivel nacional. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres.

Las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descendieron durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010 tienden a estabilizarse, con un ligero aumento en hombres y ligero descenso en mujeres. Las lesiones más graves, con estancias de 4 o más días, mostraron un patrón evolutivo semejante al de las altas por accidentes de tráfico totales, pero con un descenso más pronunciado que se hace lento y titubeante a partir de 2010.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009 (52,4%), sin embargo a partir de esa fecha ha repuntado en ambos sexos, un 15% en total. Un 40,4% de los jóvenes declaró en 2015 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (6,4 por 100.000 para hombres y 2,6 para mujeres en 2015) y muy inferiores a las nacionales. Desde comienzos de este siglo las tasas para ambos sexos han descendido en la Comunidad de Madrid hasta 2012, habiendo repuntado después hasta alcanzar en 2015 valores semejantes a los iniciales antes del descenso. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2003 y 2016 las cifras anuales de víctimas mortales por violencia de género en España y en la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2014 en el 7,6 % de las mujeres madrileñas. La violencia psicológica sigue siendo el tipo de violencia más frecuente, y está presente siempre que se detecta otro tipo de violencia ya sea física o sexual. Las críticas, la desvalorización, el control y los insultos fueron las

conductas identificadas con mayor frecuencia. Con independencia del tipo de violencia, estos comportamientos se inician desde el comienzo de las relaciones de pareja o de la convivencia y son un problema crónico, por lo que es necesario orientar a las mujeres a estar alerta ante la presencia de estos comportamientos, especialmente al inicio de sus relaciones. Las mujeres jóvenes de 18 a 24 años y las nacidas fuera de España se identifican como grupos prioritarios de intervención. La prevención primaria sigue siendo una de las prioridades y estratégicamente debe apoyarse en hacer visibles las causas, analizar críticamente las relaciones de género (atribuciones, roles y estereotipos) y fortalecer las acciones que promueven la equidad de género.