

Madrid

2007

Informe

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

Objetivo 9

Reducir las lesiones
derivadas de actos violentos
y de accidentes

9

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

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

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

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

9.1. Causas externas

9.1.1. Mortalidad por causas externas

Las causas externas son la quinta causa de muerte en la Comunidad de Madrid, suponiendo durante el quinquenio 2001-2005 un total de 7.503 defunciones (3,75% del total de causas de muerte), 5.031 en hombres (4,90%) y 2.472 en mujeres (2,53%), lo que representa una media anual de 1.500 fallecimientos, con 1.469 en el último año. Existen diferencias importantes por edad y género siendo la tasa en hombres de 36,3 por 100 mil y 16,7 en mujeres (figura 9.1)

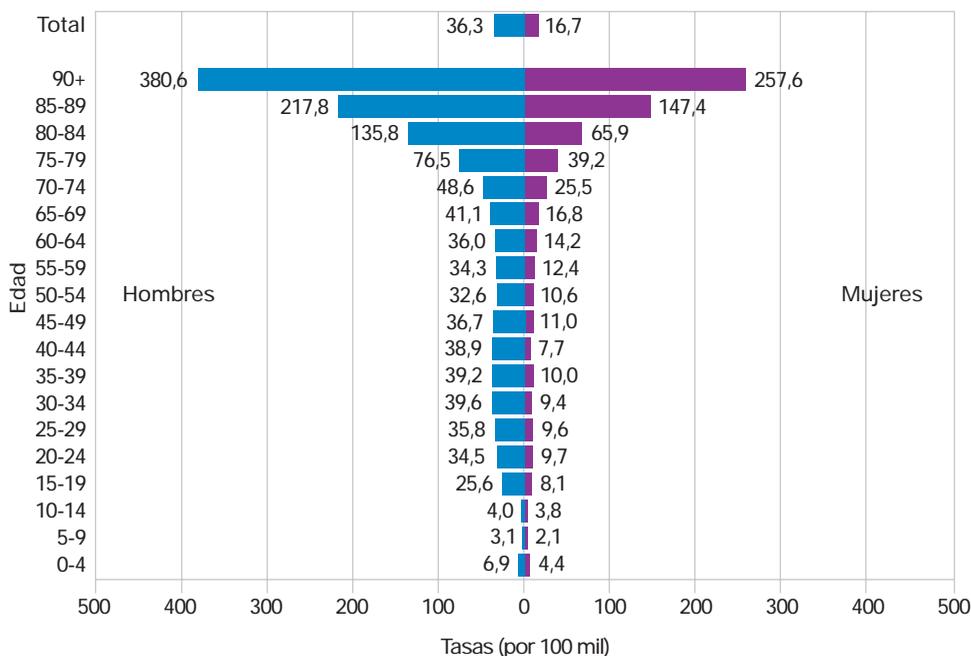


Figura 9.1. Mortalidad por causas externas por edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Dentro de las causas externas (tabla 9.1 y figura 9.2), la primera causa de mortalidad son los accidentes de tráfico de vehículos a motor, de los que se han registrado en el quinquenio 2001-2005, 1.878 defunciones, de ellas 1.386 en varones y 492 en mujeres, y son la primera causa de muerte por causas externas de 1 a 64 años. Los suicidios ocupan ya un lugar importante dentro de las causas externas, así durante el periodo de análisis suponen la 3ª causa de muerte con un 18% sobre el total de causas externas (en el 2005, 1.353 fallecimientos por esta causa). Son la segunda causa de muerte por causas externas a la edad de 35 a 64 años. Las caídas accidentales son la primera causa externa de muerte en los mayores de 84 años. El epígrafe 0930 Ahogamiento, sumersión y sofocación ha sufrido un fuerte incremento desde el 2004, fruto de un criterio de codificación nuevo que se ha introducido en ese año. En general la tendencia de mortalidad por causas externas es descendente (figura 9.3), sin embargo en algunas causas como por ejemplo el suicidio la tendencia es ascendente (figura 9.4) y se debe fundamentalmente al incremento en los hombres de 65 y más años de edad (figura 9.5). En el capítulo 6 de este Informe se presenta información más detallada sobre la mortalidad por suicidio en el año 2005 así como sobre morbilidad hospitalaria.

Tabla 9.1. Mortalidad por causas externas, por causas según lista reducida y sexo. Número de muertes y distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIE-10	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0900-Accidentes de tráfico de vehículos a motor	1.386	27,5	492	19,9	1.878	25,0
0970-Otros accidentes	1.105	22,0	474	19,2	1.579	21,0
0980-Suicidio y lesiones autoinfligidas	985	19,6	368	14,9	1.353	18,0
0920-Caídas accidentales	364	7,2	438	17,7	802	10,7
0930-Ahogamiento, sumersión y sofocación	401	8,0	360	14,6	761	10,1
0990-Homicidios	342	6,8	137	5,5	479	6,4
0950-Envenenamiento accidental psicofármacos, drogas	162	3,2	48	1,9	210	2,8
0910-Resto de accidentes de transporte	109	2,2	24	1,0	133	1,8
1010-Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	36	0,7	49	2,0	85	1,1
1000-Eventos de intención no determinada	51	1,0	23	0,9	74	1,0
0960-Otros envenenamientos accidentales	44	0,9	27	1,1	71	0,9
0940-Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	40	0,8	30	1,2	70	0,9
1020-Otras causas externas	6	0,1	2	0,1	8	0,1
Total causas externas	5.031	100,0	2.472	100,0	7.503	100,0

Figura 9.2. Mortalidad por causas externas, por grupo de edad y número de orden en cuanto a fallecimientos. Lista reducida causas externas CIE-10 y número de muertes en cada categoría. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Orden	Grupo de edad					
	<1	1-14	15-34	35-64	65-84	85+
1	Ahogamiento, sumersión y sofocación (0930) N=12	Accidentes de tráfico vehículos motor (0900) N=91	Accidentes de tráfico vehículos motor (0900) N=1103	Accidentes de tráfico vehículos motor (0900) N=1090	Otros accidentes (0970) N=608	Caídas accidentales (0920) N=540
2	Otros accidentes (0970) N=12	Otros accidentes (0970) N=43	Otros accidentes (0970) N=571	Suicidio y lesiones autoinfligidas (0980) N=781	Accidentes de tráfico vehículos motor (0900) N=416	Ahogamiento, sumersión y sofocación (0930) N=325
3	Homicidios (0990) N=3	Ahogamiento, sumersión y sofocación (0930) N=19	Suicidio y lesiones autoinfligidas (0980) N=478	Otros accidentes (0970) N=763	Suicidio y lesiones autoinfligidas (0980) N=365	Otros accidentes (0970) N=264
4	Accidentes de tráfico vehículos motor (0900) N=2	Suicidio y lesiones autoinfligidas (0980) N=11	Homicidios (0990) N=257	Homicidios (0990) N=267	Ahogamiento, sumersión y sofocación (0930) N=340	Suicidio y lesiones autoinfligidas (0980) N=83
5	Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes (0940) N=2	Homicidios (0990) N=9	Envenenamiento accidental psicofármacos, drogas (0950) N=109	Ahogamiento, sumersión y sofocación (0930) N=160	Caídas accidentales (0920) N=333	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica (1010) N=54

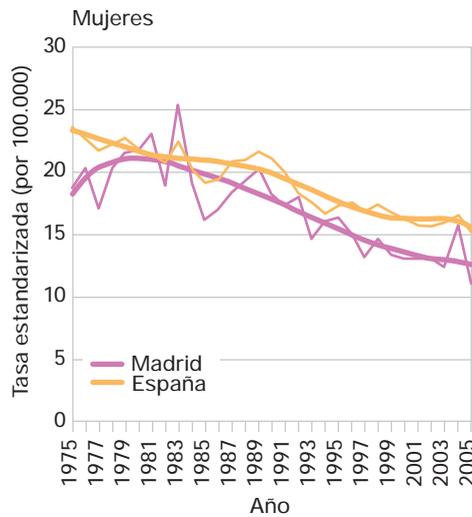
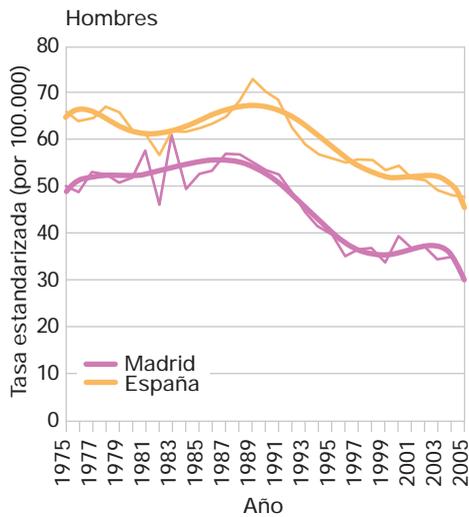


Figura 9.3. Evolución de la mortalidad por causas externas por sexo. Tendencia de las tasas estandarizadas (población europea) por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2005.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

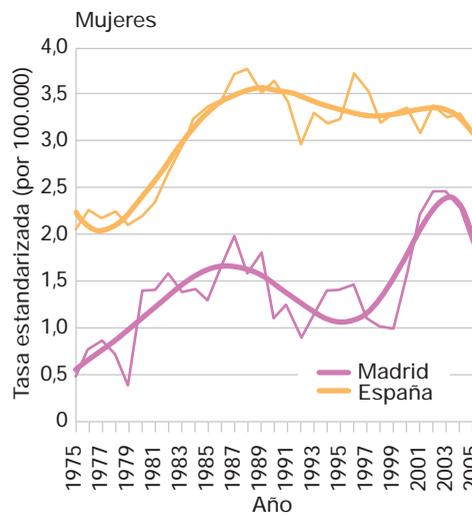
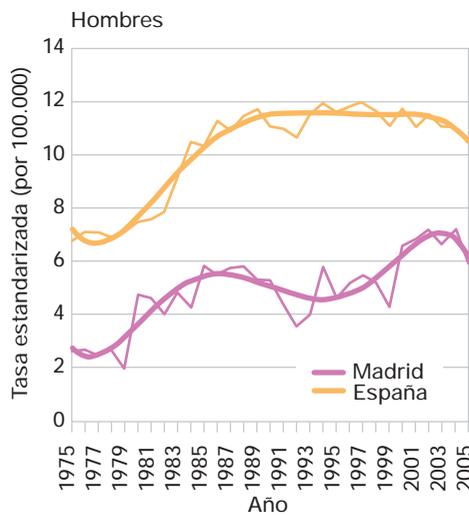


Figura 9.4. Evolución de la mortalidad por suicidio por sexo. Tendencia de las tasas estandarizadas (población europea) por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2005.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

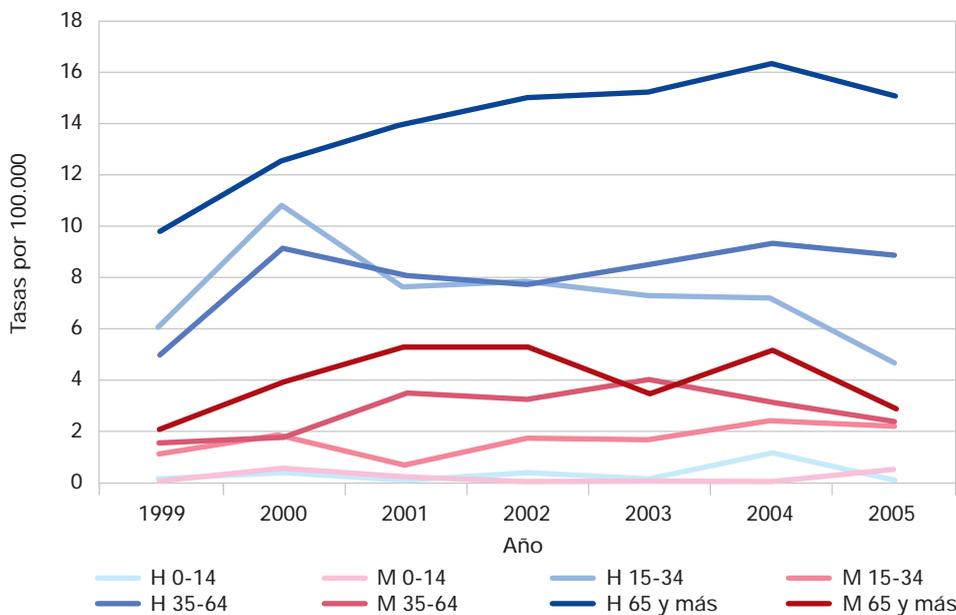


Figura 9.5. Evolución de la mortalidad por suicidio, según sexo y grupo de edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2005.

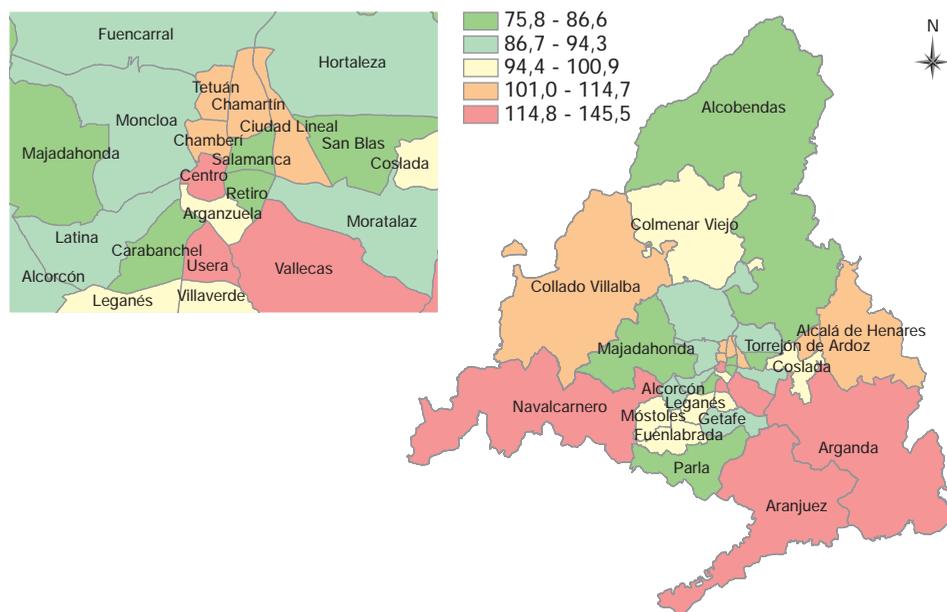
Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En la figura 9.6 se presenta la distribución de la mortalidad por causas externas, para hombres y mujeres, en los diferentes Distritos de Salud.

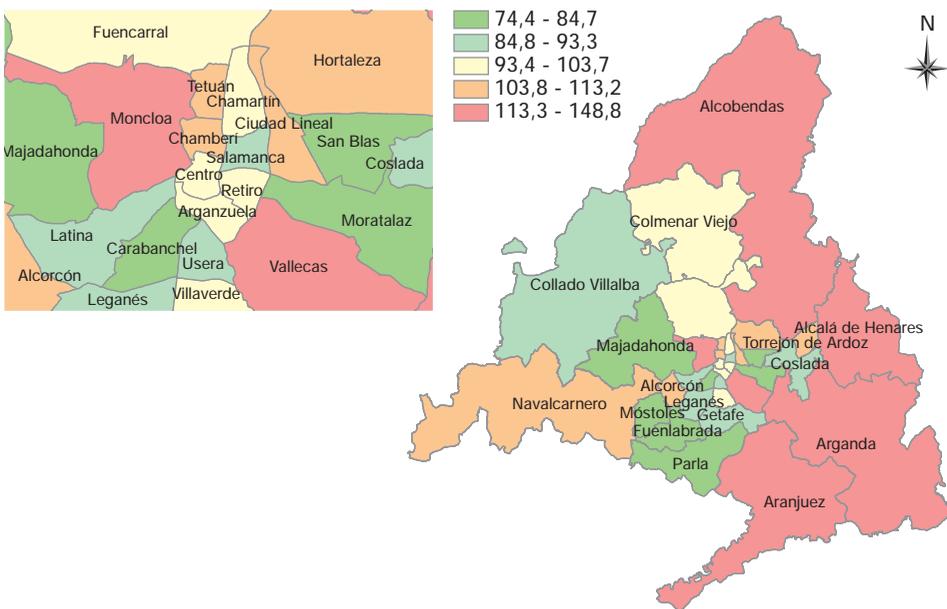
Figura 9.6. Mortalidad por causas externas. Hombres y mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Comunidad de Madrid. Periodo 2001-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hombres



Mujeres



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

La reducción de mortalidad por causas externas ha contribuido especialmente a la mejora de la esperanza de vida en el grupo de edad de 15 a 29 años y de 30 a 49 años (figura 9.7).

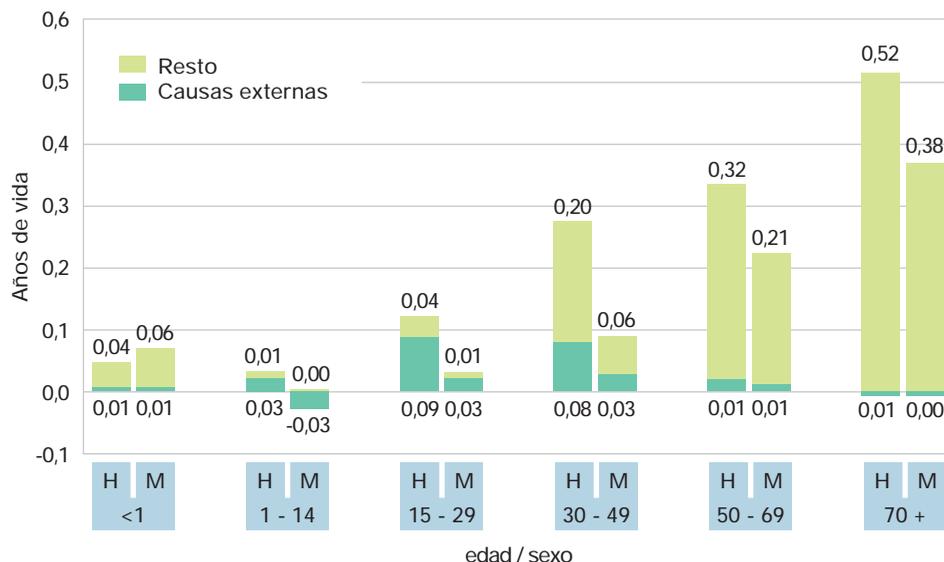


Figura 9.7. Contribución de las causas externas y el resto de causas al cambio en la esperanza de vida al nacer por sexo. Comunidad de Madrid, 2000-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

9.1.1.2. Carga de enfermedad

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en las edades jóvenes (15 a 44 años) y especialmente en varones. Casi uno de cada tres AVAD perdidos lo es por discapacidad (figura 9.8).

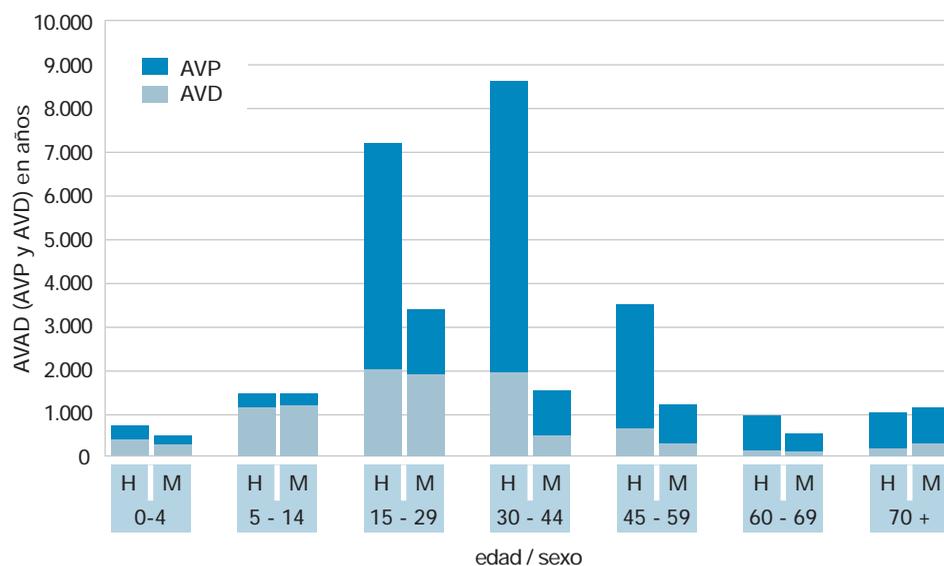


Figura 9.8. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por causas externas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

9.1.2. Accidentes autodeclarados

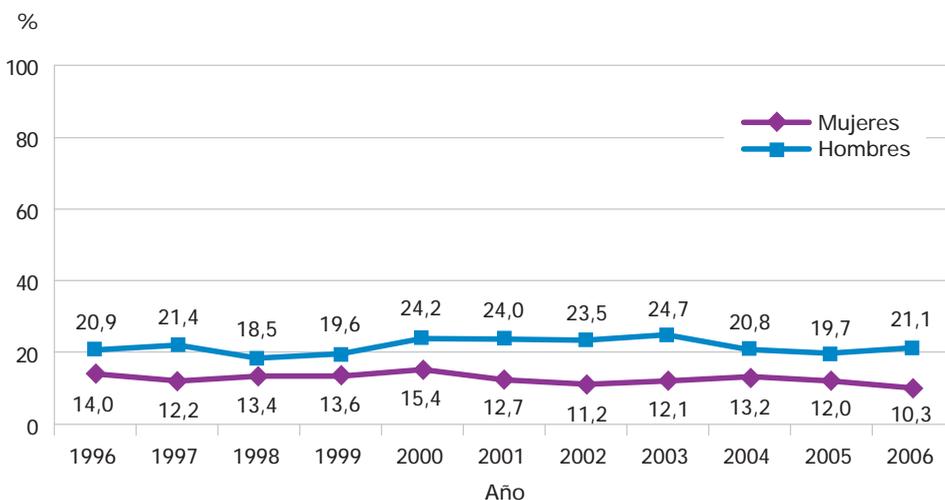
9.1.2.1. Accidentes en jóvenes

En 2006, el 15,3% de los jóvenes entrevistados refirió haber tenido en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo el doble de frecuente en los hombres que en las mujeres. En los chicos no se observan grandes variaciones de la frecuencia de accidentes en los últimos años, mientras que en las chicas se han reducido un 14,9% (figura 9.8).

En los chicos, un 21,9% de los accidentes tiene relación con la práctica deportiva, y un 20,3% con ir en moto. En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (28,0%) seguido de los accidentes de moto (15,9%).

Figura 9.9. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

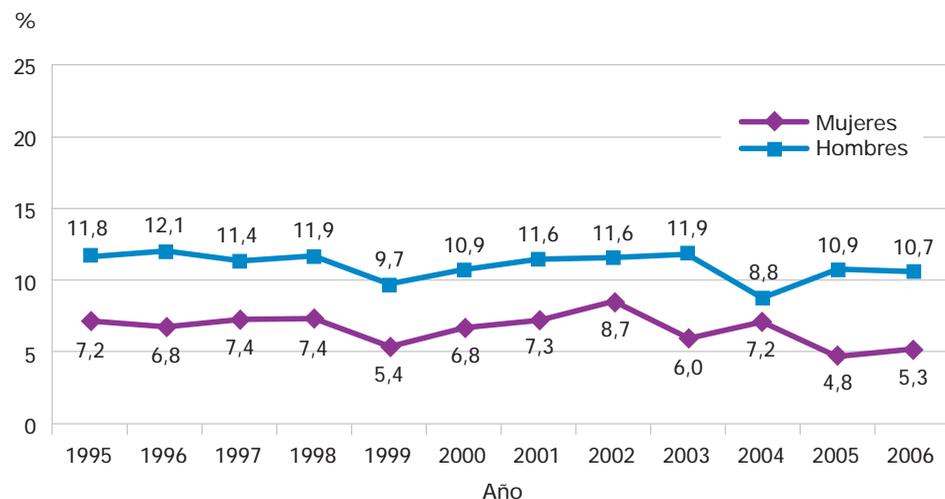


9.1.2.1. Accidentes en adultos

En 2006, un 10,7% de los hombres y un 5,3% de las mujeres han tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Se observa una moderada reducción en la frecuencia de accidentes en estos últimos años respecto a hace 10 años (figura 9.10).

Figura 9.10. Evolución de la proporción de adultos (18-64 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo



9.1.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones representaron un 4,3% de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en el año 2005 (tablas 9.2 y 9.3) y de ellas las más frecuentes fueron las localizadas en piel seguidas de las de aparato locomotor (tabla 9.4). Por tipo de lesión, las heridas incisivas y las contusiones fueron las lesiones atendidas con mayor frecuencia. En la población joven, y dentro de ésta en varones, es donde se ha registrado un mayor número de lesiones (figura 9.11).

	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
Hombres	273.635	5,0	95,3
Mujeres	307.414	3,8	99,0
Total	581.049	4,3	97,2

Área de Salud	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	80.817	4,3	110,9
2	42.331	4,5	95,2
3	38.217	4,4	109,3
4	54.074	4,1	92,9
5	60.170	4,3	83,2
6	52.807	4,9	87,1
7	32.125	4,0	61,6
8	46.044	4,0	97,0
9	49.858	4,1	125,0
10	41.757	4,3	131,4
11	82.849	4,2	99,9

Pediatria (0-13 años)			
		N	%
Total		102.752	100
Distribución en aparatos			
Piel		60.561	58,9
Locomotor		19.579	19,1
Problemas generales, inespecíficos		10.629	10,3
Otros		11.983	11,7
Códigos CIAP-1 más frecuentes			
S18	Herida incisa	22.610	22,1
S16	Contusión	19.354	18,9
S12	Picadura insecto	12.990	12,7
N79	Conmoción cerebral/contusión	7.236	7,1
L77	Esguince tobillo	6.810	6,7

Adulto (≥ 14 años)			
		N	%
TOTAL		478.244	100
Distribución en aparatos			
Piel		206.009	43,1
Locomotor		151.530	31,7
Problemas generales, inespecíficos		88.537	18,5
Otros		32.168	6,7
Códigos CIAP-1 más frecuentes			
S18	Herida incisa	78.141	16,4
S16	Contusión	75.596	15,9
L77	Esguince tobillo	39.170	8,2
A88	Efectos adversos factores físicos	30.989	6,5
L79	Esguinces y distensiones NE	26.218	5,5

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria, según sexo. Porcentaje sobre el total de episodios registrados y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Porcentaje sobre el total de episodios registrados y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2005.

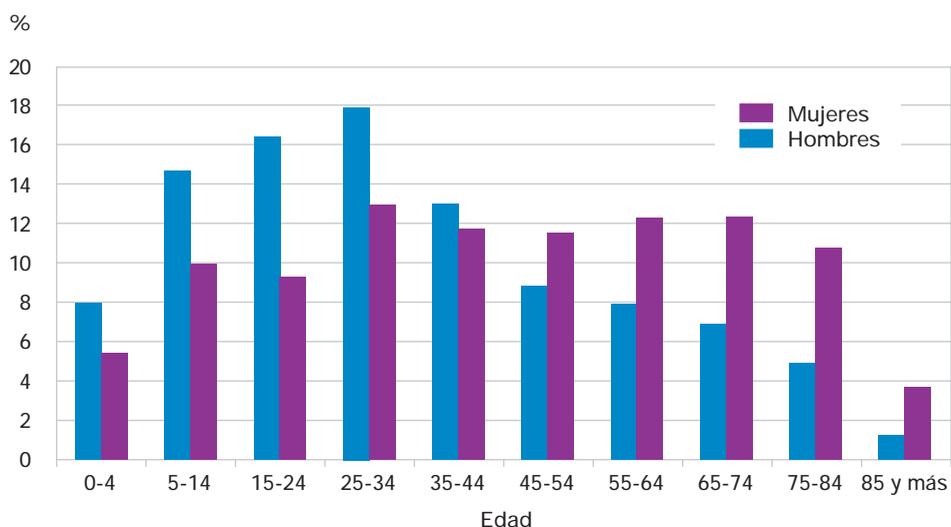
Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 9.4. Tipos de lesiones más frecuentes atendidas en Atención Primaria, según edad de atención médica. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 9.11. Lesiones atendidas en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo



9.1.4. Morbilidad hospitalaria

En el año 2006 las causas externas representaron el 5,4% de todas las altas hospitalarias. De ellas las fracturas fueron las más frecuentes (44,8% del total de causas externas) seguidas de las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (26,3%) (tabla 9.5).

En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres (7,95 por 100.000 y 6,47, respectivamente), aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 70 años la incidencia es superior en las mujeres (figura 9.12).

En las causas externas en las que figura el motivo que desencadenó la lesión, las caídas accidentales es el motivo aducido con más frecuencia (46%). A partir de los 65 años se observa un incremento progresivo en las tasas de morbilidad hospitalaria por caídas accidentales que es más acusado en las mujeres (figura 9.13).

	Total	Hombres	Mujeres	<65 años	65 y más años
Total Causas Externas	43.917	23.519	20.338	26.906	17.011
Nº de altas	5,4 %	6,5 %	4,4 %	4,9 %	6,3 %
% sobre total de altas					
	N	%	%	%	%
Fractura (800-829)	19.663	44,8	40,3	49,9	39,8
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	11.540	26,3	25,5	27,2	22,6
Herida abierta (870-897)	2.401	5,5	7,1	3,5	7,9
Luxación (830-839)	2.027	4,6	5,5	3,5	6,6
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	1.636	3,7	4,8	2,5	5,4
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	1.512	3,4	4,0	2,8	3,4
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	919	2,1	1,7	2,6	2,7
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	751	1,7	1,9	1,5	2,2
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	691	1,6	2,3	0,8	2,1
Contusión (920-924)	567	1,3	1,5	1,1	1,4
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	528	1,2	1,0	1,4	0,8
Quemadura (940-949)	506	1,2	1,4	0,8	1,7
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	347	0,8	0,9	0,7	0,9
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	229	0,5	0,5	0,5	0,7
Efecto tardío de causa externas (905-909)	201	0,5	0,4	0,5	0,6
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	148	0,3	0,4	0,2	0,5
Lesión superficial (910-919)	129	0,3	0,3	0,3	0,4
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	68	0,2	0,2	0,1	0,2
Lesión por aplastamiento (925-929)	54	0,1	0,2	0,0	0,2

Tabla 9.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas según sexo y edad. Porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

Figura 9.12. Morbilidad hospitalaria por causas externas según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM.
Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

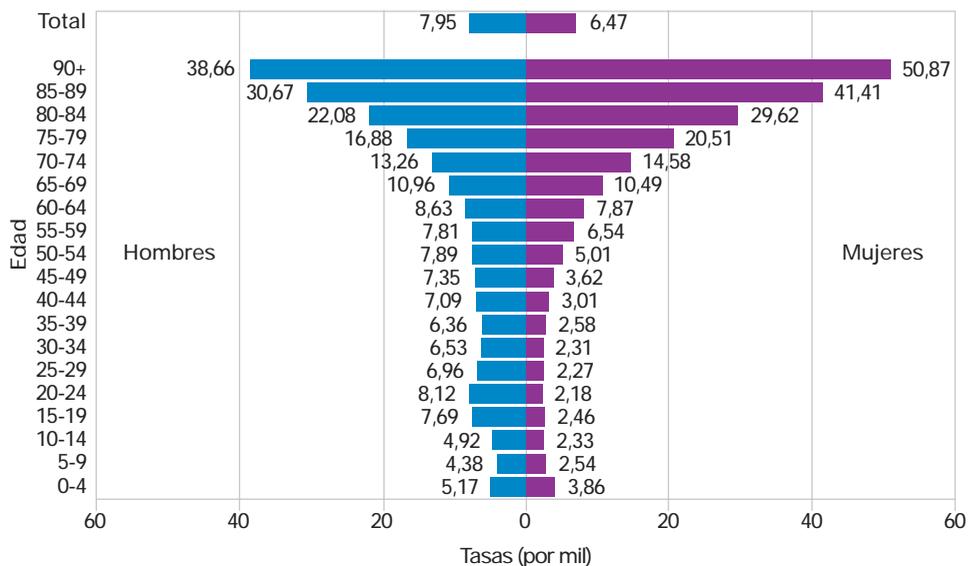
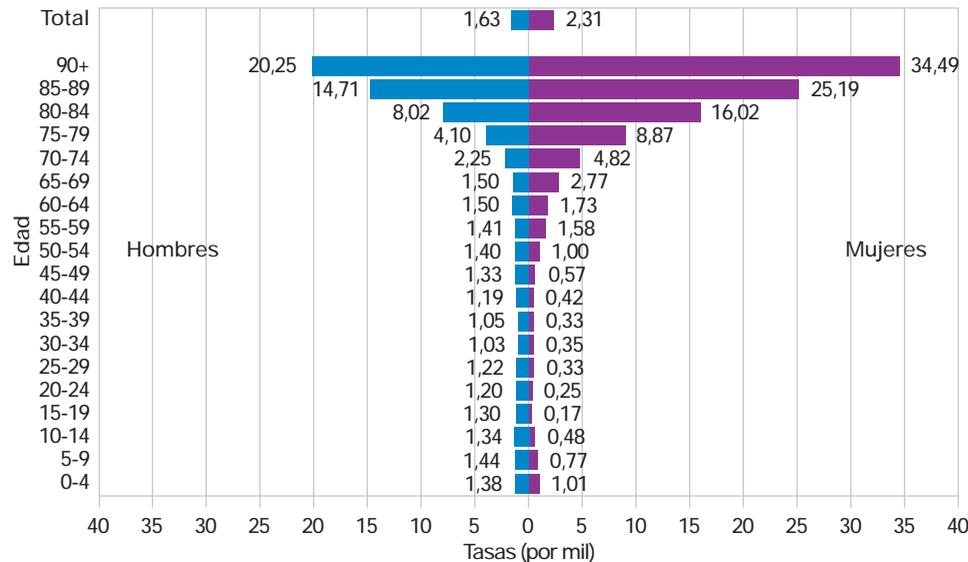


Figura 9.13. Morbilidad hospitalaria por causas externas consecuencia de caídas accidentales según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM.
Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



9.2. Accidentes de tráfico

9.2.1. Mortalidad por accidentes de tráfico

En los últimos años la mortalidad por accidentes de tráfico muestra una tendencia descendente (figura 9.14), siendo en los hombres de 15 a 34 años en los que el descenso ha sido más acusado (figura 9.15).

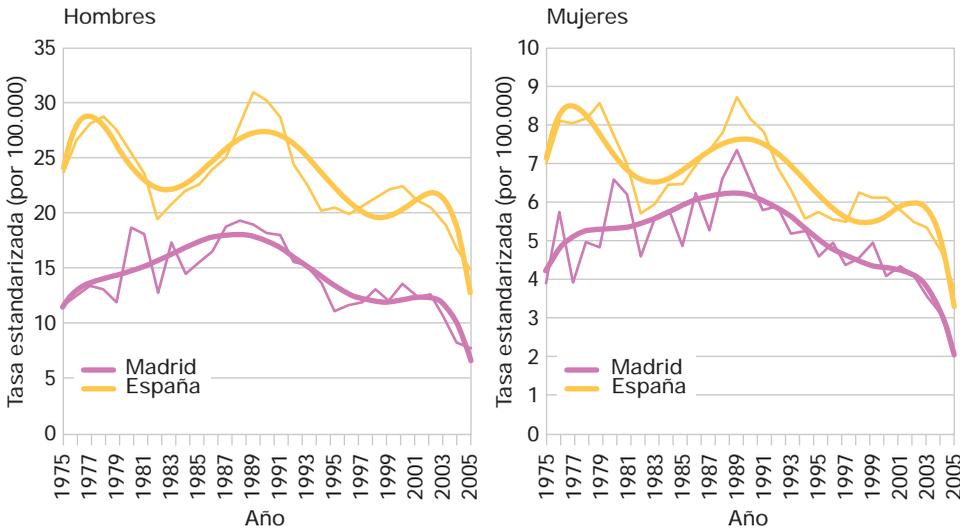


Figura 9.14. Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico por sexo. Tendencia de las tasas estandarizadas (población europea) por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2005.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

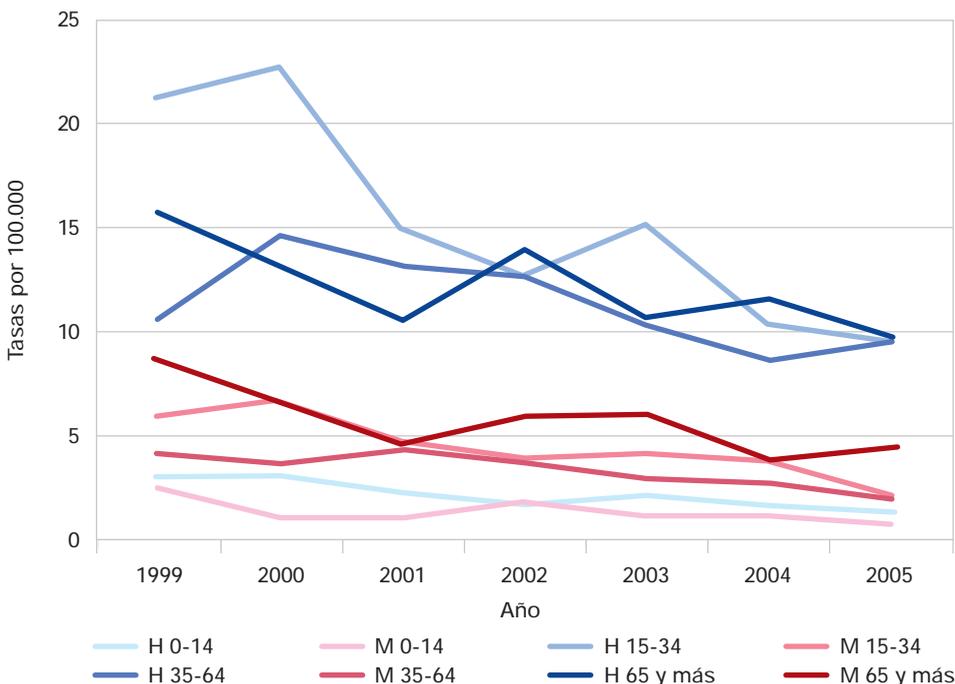


Figura 9.15. Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico, según sexo y grupo de edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2005.

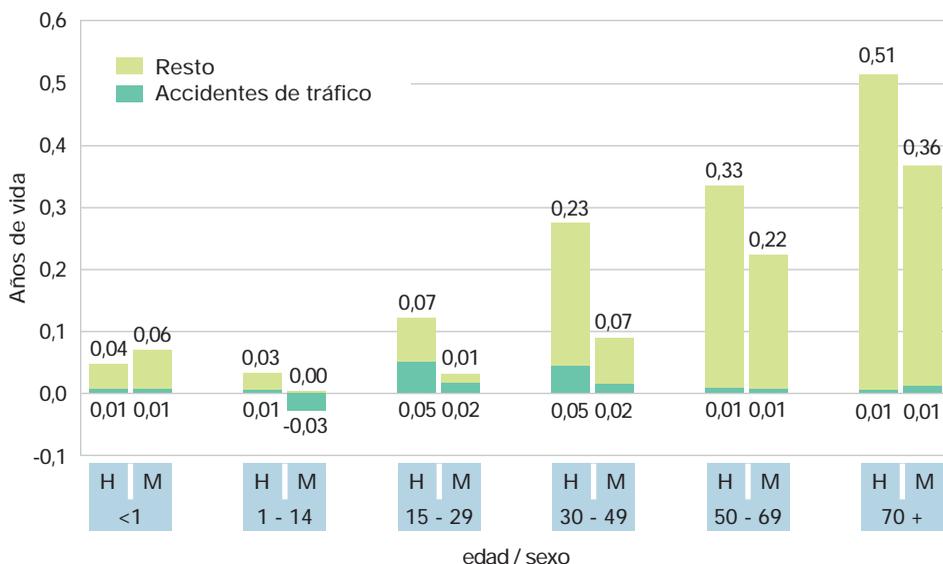
Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

La reducción de mortalidad por accidentes de tráfico ha contribuido a la mejora de la esperanza de vida en el grupo de edad de 15 a 29 años y de 30 a 49 (figura 9.16).

Figura 9.16. Contribución de los accidentes de tráfico y el resto de causas al cambio en la esperanza de vida al nacer por sexo. Comunidad de Madrid, 2000-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

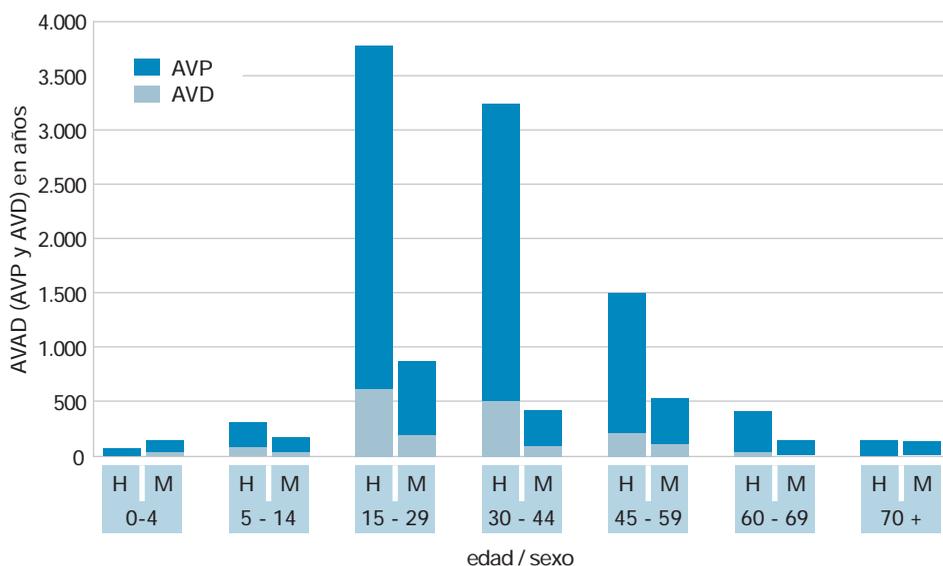


9.2.1.2. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico sigue un patrón similar al general de las causas externas, es decir, se concentra en las edades jóvenes (15 a 44 años) y especialmente en varones. En los accidentes de tráfico es algo menor el componente de discapacidad que en el total de las causas externas (figura 9.17).

Figura 9.17. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por accidentes de tráfico por vehículos a motor, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



9.2.2. Morbilidad por accidentes de tráfico

En los años 2004 y 2005 se ha roto la tendencia ascendente que se observaba en los años previos en el número de accidentes de tráfico y de víctimas (figuras 9.18 y 9.19). En el año 2005, según los datos de la DGT, se produjeron en la Comunidad de Madrid, 11.901 accidentes de tráfico con un total de 16.908 víctimas (muertos y heridos).



Figura 9.18. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas y del número de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2005.

Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

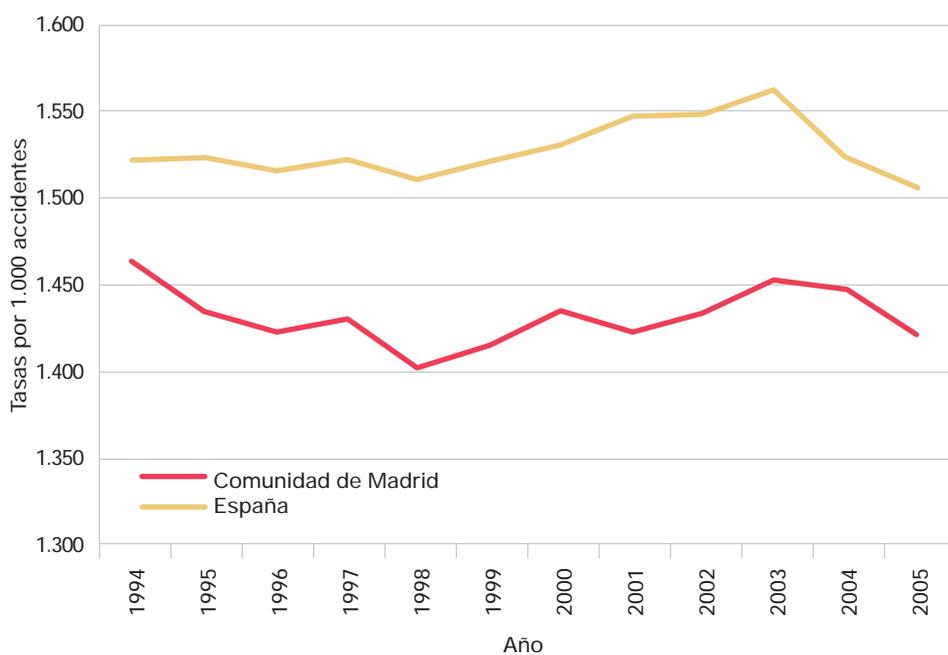


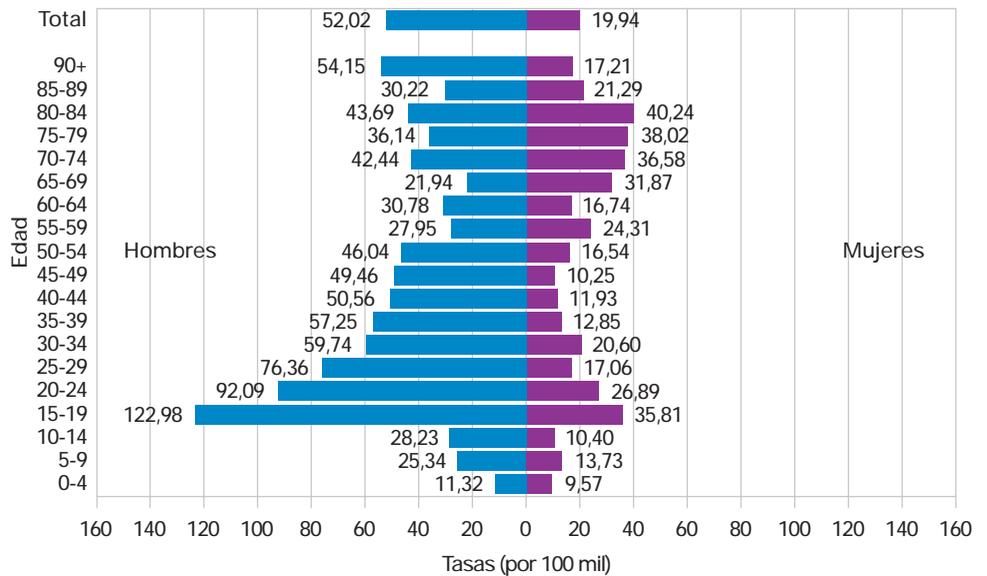
Figura 9.19. Evolución de la tasa de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2005.

Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

En 2006, dentro de las altas hospitalarias por causas externas en residentes en la Comunidad de Madrid, en 2.165 se hace referencia a accidentes de tráfico. La morbilidad hospitalaria se concentra claramente en los varones jóvenes, en los cuales se observa un descenso progresivo a medida que aumenta la edad (figura 9.20).

Figura 9.20. Morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM.
Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



9.2.3. Factores determinantes

9.2.3.1. Seguridad vial en jóvenes

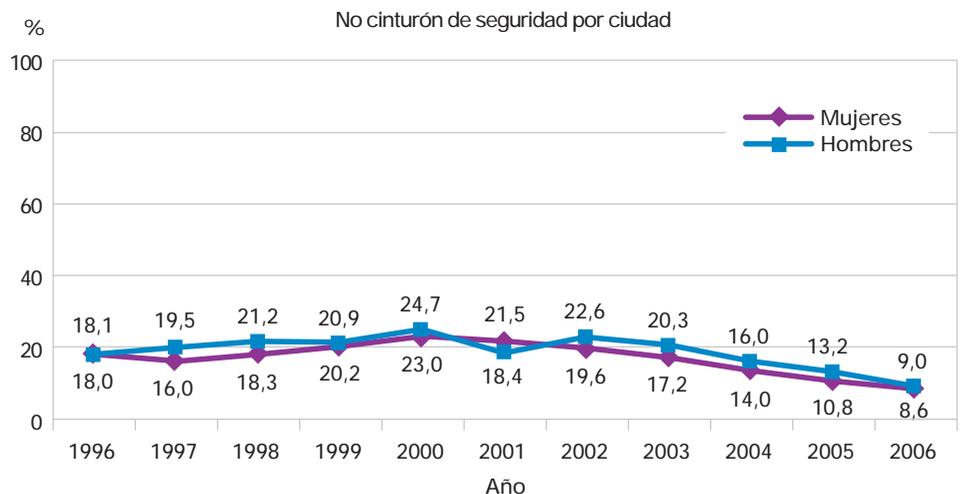
En 2006, el 8,8% de los jóvenes entrevistados refiere no utilizar habitualmente el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje es del 4,3% en la circulación por carretera. El 2006 ha sido el año en que globalmente la prevalencia de la no utilización del cinturón de seguridad por ciudad y carretera ha sido más baja (figura 9.21).

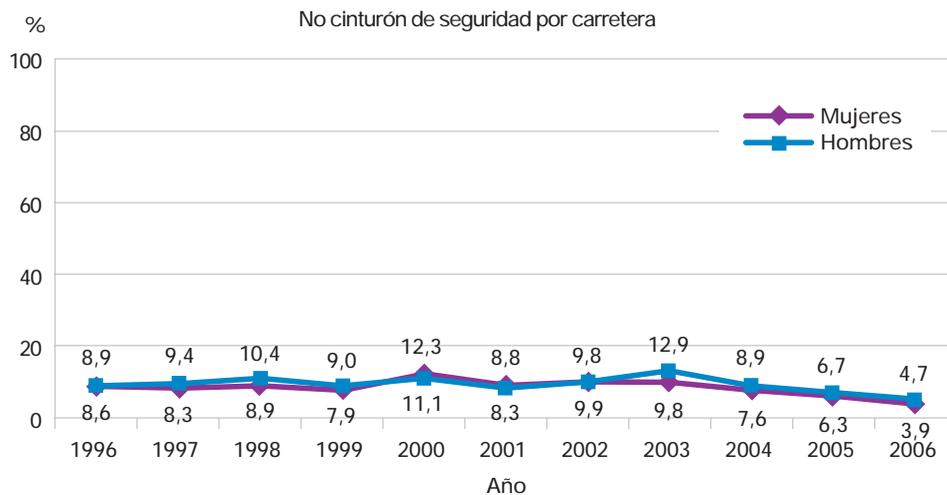
Aunque hay una tendencia descendente en la no utilización del casco en moto (figura 9.22), todavía es elevada la proporción de jóvenes que no se lo pone habitualmente (un 25,9%).

La utilización del casco en bicicleta continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 92,5% de los jóvenes (91,3% de los chicos y 94,2% de las chicas) no lo utiliza habitualmente.

Figura 9.21. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan * el cinturón de seguridad por ciudad o por carretera de forma habitual, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo





*No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

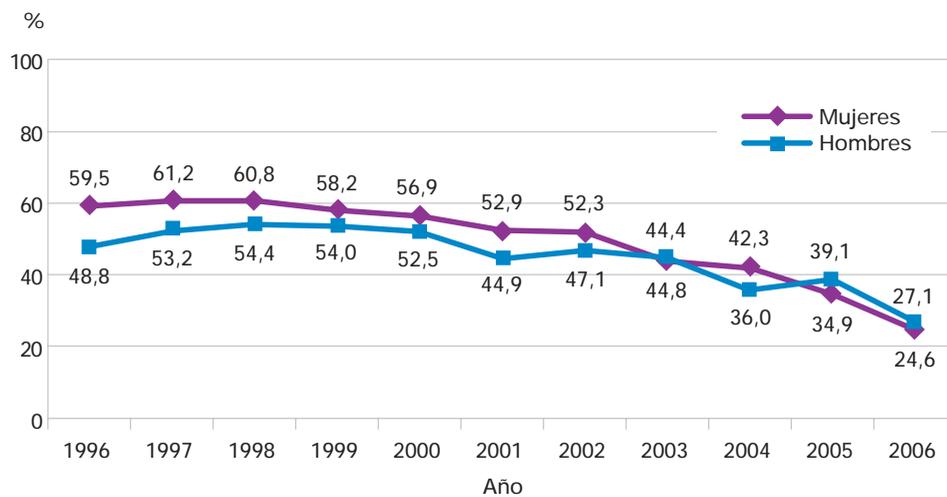


Figura 9.22. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan* el casco en moto de forma habitual, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2006.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

*No utilización del casco: "nunca" o "algunas veces"

9.2.3.2. Seguridad vial en adultos

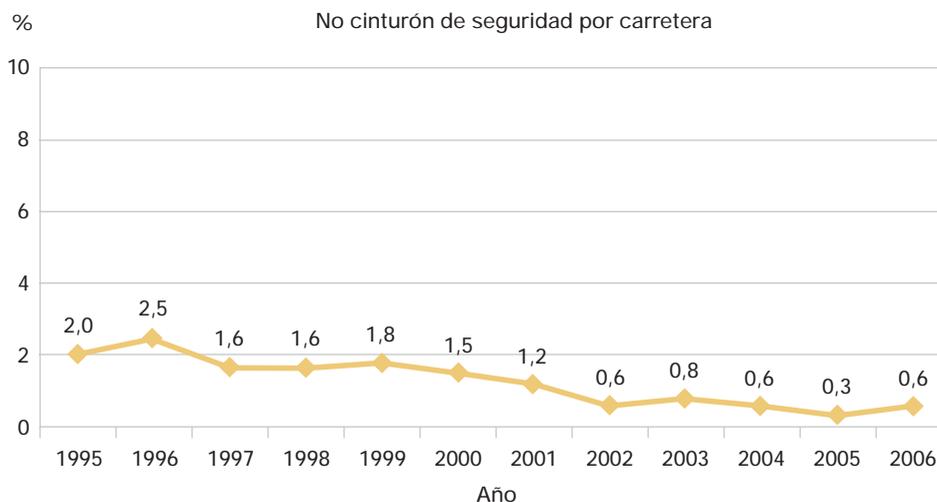
En 2006, un 2,5% del total de personas que viajan en coche no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 0,6% en la conducción por carretera (figura 9.23).

Considerando los que han viajado en el último mes, los porcentajes de no utilización del casco son muy pequeños (figura 9.24).

Debido a los valores tan bajos de estos indicadores, las estimaciones son muy inestables debida a la gran variabilidad muestral. A pesar de esta limitación, en las figuras se puede apreciar el cambio favorable tan grande que se ha producido en estos doce años en los cuatro indicadores analizados.

Figura 9.23. Evolución de la proporción de personas que no utilizan * el cinturón de seguridad por ciudad o por carretera de forma habitual. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

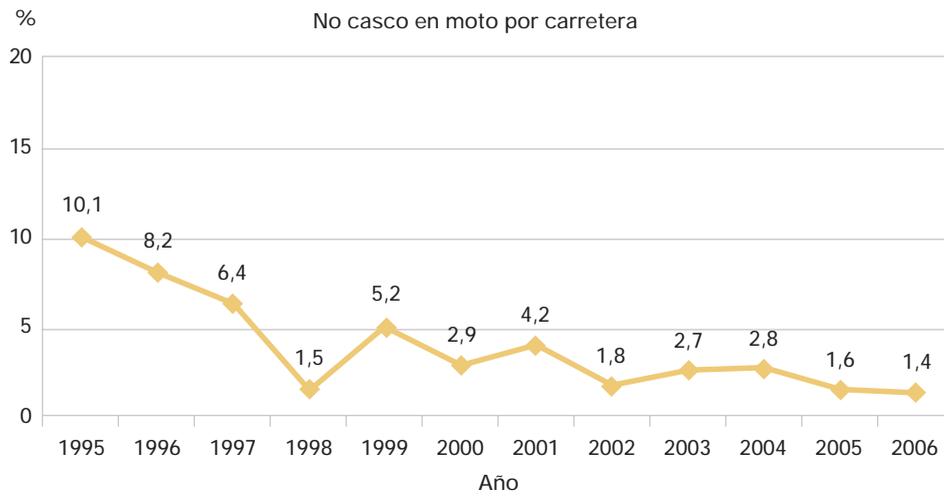


*No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

Figura 9.24. Evolución de la proporción de personas que no utilizan * el casco en moto por ciudad o por carretera de forma habitual. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo





*No utilización del casco: "nunca" o "algunas veces"

9.3. Violencia de género

La violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) es un proceso que generalmente se va instaurando de manera progresiva en su vida, adoptando diferentes formas de presentación que afectan tanto a la esfera física, como a la emocional y relacional de la mujer. El fenómeno de la violencia progresa de forma ascendente en la vida cotidiana, siendo cada vez más grave y de repercusiones más severas para la salud de las mujeres, llegando incluso a poner fin a su vida. A medida que el maltrato avanza van apareciendo los síntomas físicos y psicológicos que se relacionan con la frecuencia y la duración del mismo. Según la OMS¹, los efectos de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres pueden persistir largo tiempo después de que ésta haya terminado.

Las cifras de prevalencia acumulada de VPM obtenidas mediante encuestas en población general, muestran un amplio rango. Así, según el Informe Mundial de la OMS sobre Violencia y Salud, en 48 encuestas de base poblacional realizadas en distintos países del mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. Estas variaciones en la prevalencia pueden ser debidas a las diferencias de frecuencia en los distintos ámbitos de investigación, pero también a diferencias en la metodología utilizada. Investigaciones realizadas con cuestionarios estandarizados cuyas preguntas hacen referencia al último año de la vida de la mujer, muestran cifras de prevalencia menores y más consistentes (entre 6 y 12%).

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad y Consumo ha llevado a cabo en 2004 una encuesta transversal para conocer la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres.

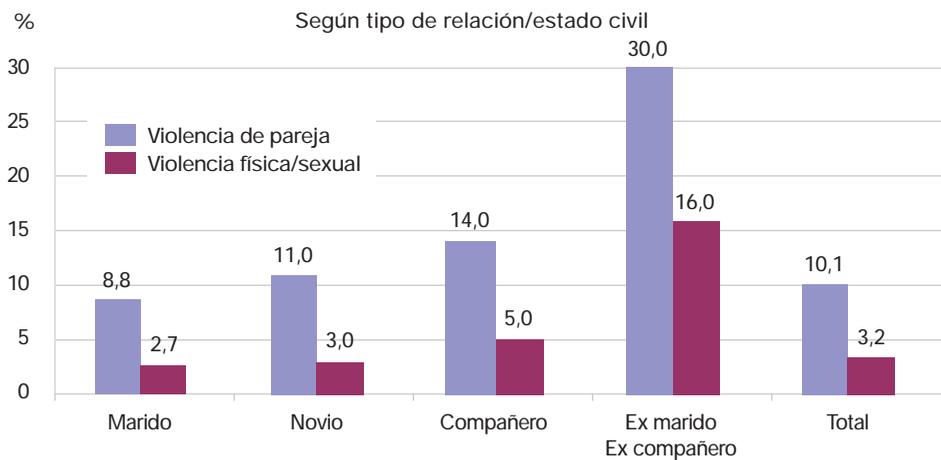
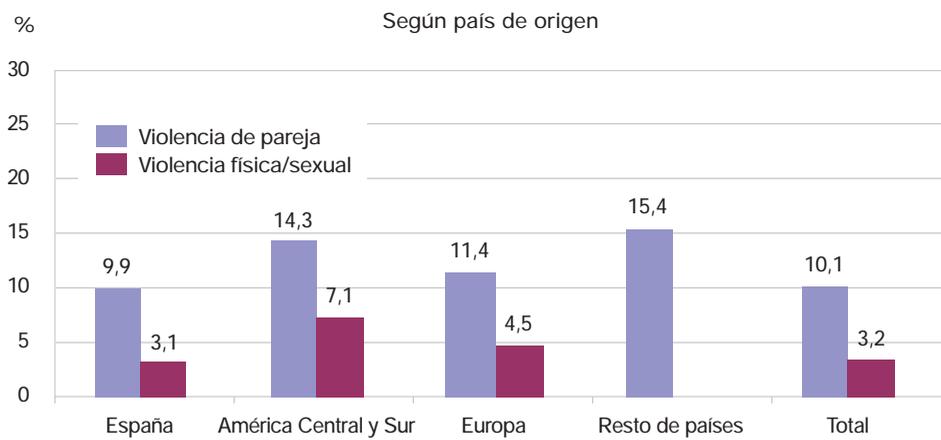
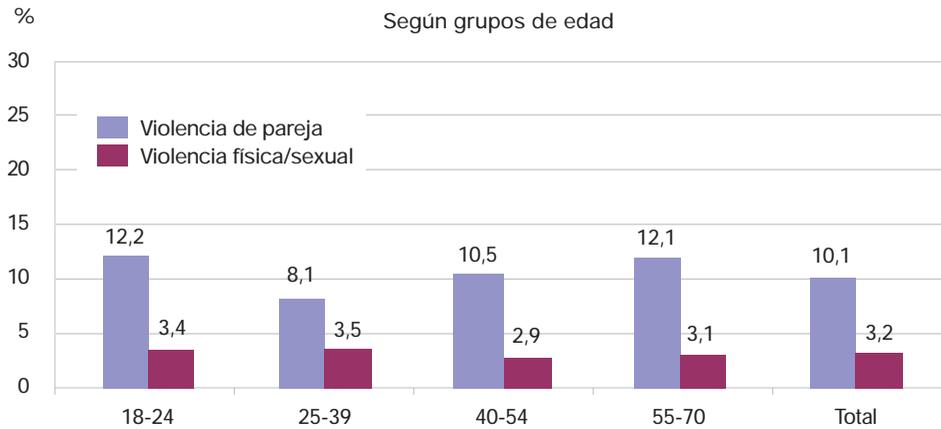
En el año anterior, el 10,1% de las mujeres entre 18 y 70 años habían sufrido algún tipo de VPM (psicológica, física o sexual), el 6,8% refieren actitudes o conductas de abuso psicológico y un 3,2% habían sido víctimas de violencia física y/o sexual. Estos datos son similares a los encontrados en otros países de nuestro entorno.

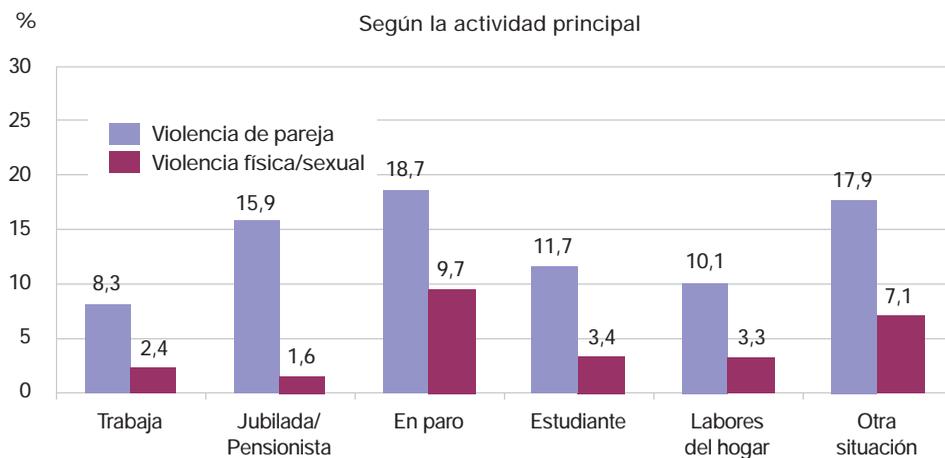
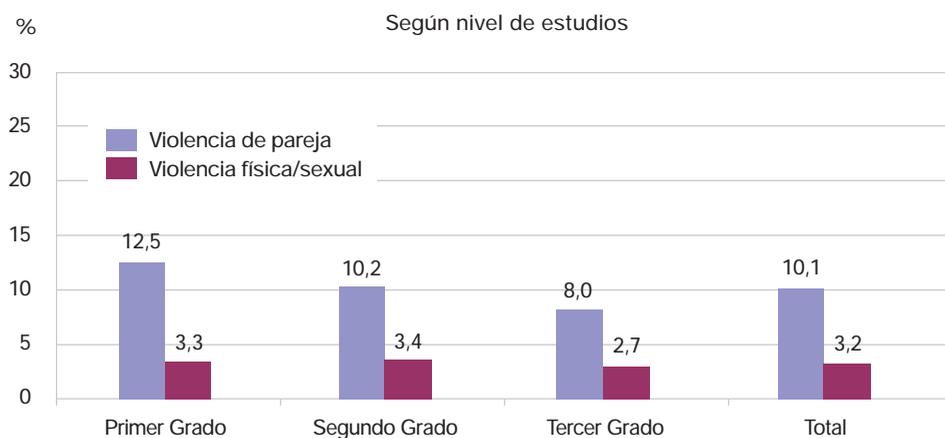
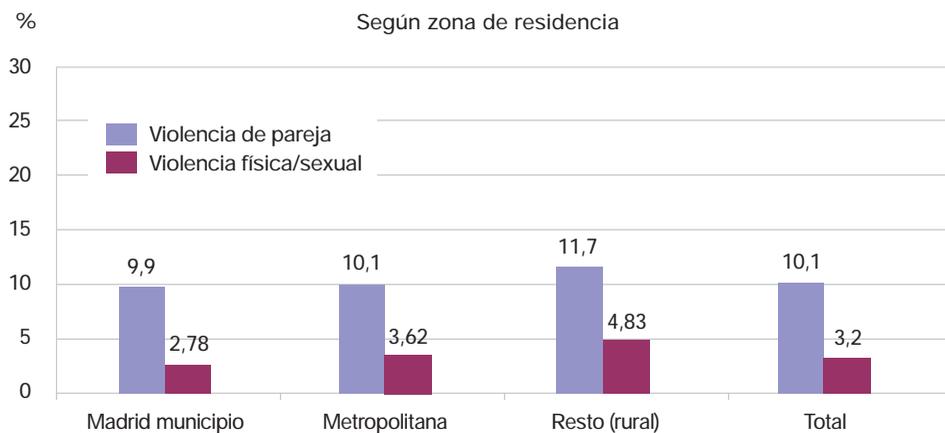
La prevalencia de VPM y violencia física o sexual según las diferentes variables demográficas y socioeconómicas se muestran en la figura 9.25.

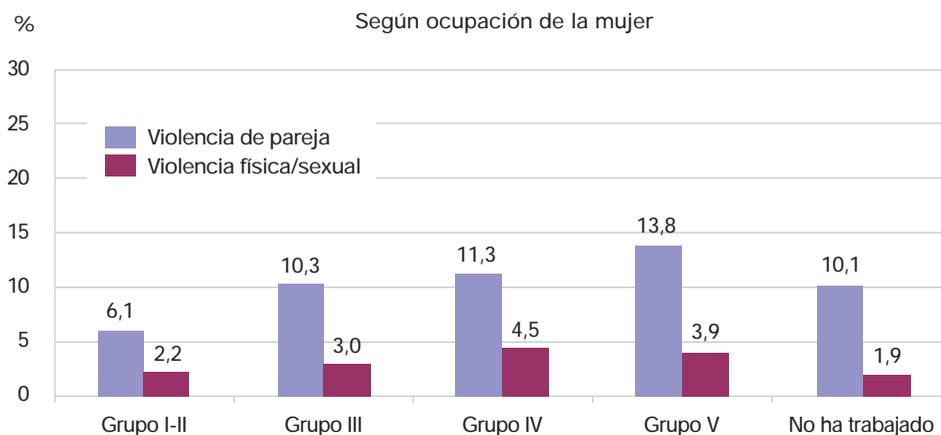
¹ World Report On Violence And Health. World Health Organization. Geneva 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm

Figura 9.25. Prevalencia de violencia de pareja hacia las mujeres según características sociodemográficas.

Fuente: Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres, Comunidad de Madrid, 2004. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo







Grupo I: Directivos y profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario
 Grupo II: Profesiones asociadas a titulaciones de 1er. ciclo universitario, técnicos y profesionales de apoyo
 Grupo III: Empleados administrativos, supervisores de trabajadores manuales
 Grupo IV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados
 Grupo V: Trabajadores no cualificados

La prevalencia de VPM es mayor en las más jóvenes y en las mayores de 55 años, en las mujeres separadas o divorciadas, con estudios de primer grado o inferiores que en las que han desarrollado estudios de tercer grado, así como en las que están en paro. Es también más prevalente en mujeres con un nivel socioeconómico más bajo (en función de la ocupación). La violencia física y/o sexual es más frecuente en las mujeres separadas o divorciadas, en mujeres con un nivel socioeconómico más bajo (en función de la ocupación) y las que están en paro.

Estos datos deben interpretarse con cautela teniendo en cuenta que la encuesta es transversal. Algunos factores pueden señalar vulnerabilidad para sufrir violencia, otros ausencia de oportunidades para abandonarla mientras que algunas situaciones, como estar separada o en paro son consecuencias de la VPM.

El 3% de las mujeres se sienten maltratadas por su pareja o ex pareja en el último año. Únicamente el 26% de las mujeres consideradas como casos se sienten maltratadas. El sentimiento de maltrato según la gravedad del maltrato sufrido se presenta en la figura 9.26.

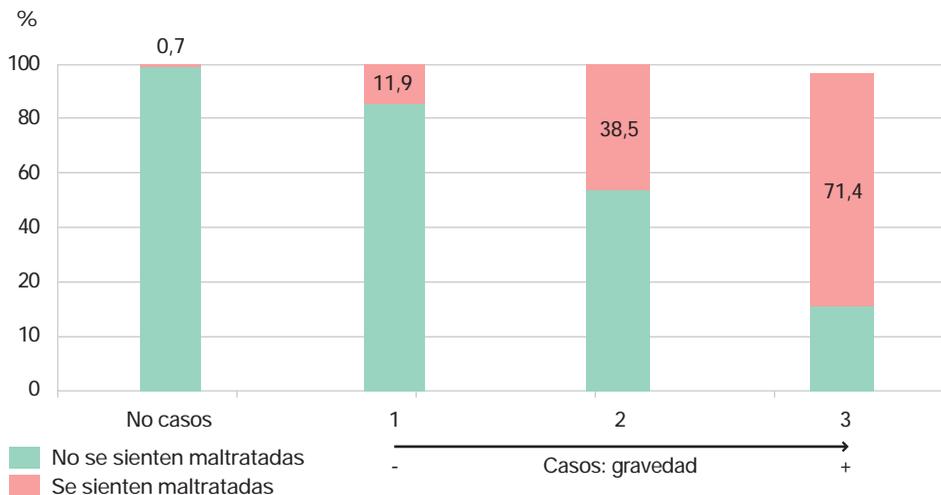


Figura 9.26. Sentimiento de sufrir malos tratos: Porcentaje según gravedad de la violencia.

Fuente: Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres, Comunidad de Madrid, 2004. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

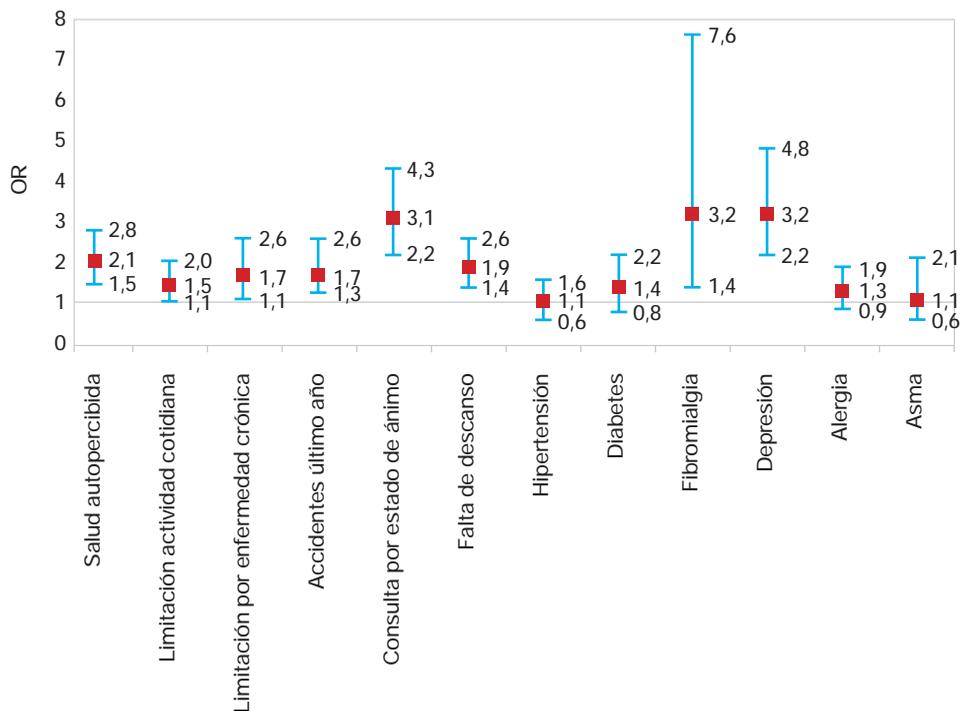
Efectos de la VPM sobre la salud en las mujeres

Los efectos de la violencia pueden ser físicos y/o psicológicos y a corto, medio o largo plazo, pudiendo encontrar lesiones que van desde erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves, hasta discapacidad crónica o la muerte. Los efectos de la violencia sobre la salud física a medio y largo plazo están asociados a los daños psicológicos. Las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud como son una peor percepción de la salud tanto física como psíquica, mayor vulnerabilidad a las enfermedades debida en parte a alteraciones de la inmunidad como consecuencia del stress a que están sometidas y cuadros de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias). Las consecuencias para la salud mental de la violencia abarcan también un rango amplio de gravedad. En alguno de estos trastornos se ha comprobado una relación dosis-respuesta: a mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas. El síndrome de stress postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico.

Los resultados de la encuesta en la Comunidad de Madrid son concordantes con los resultados de otras investigaciones. En la figura 9.27 se muestra la frecuencia y la asociación de la prevalencia autorreferida de diversos indicadores de salud, salud mental, y enfermedades crónicas con la violencia de pareja. Todos ellos representan el impacto a largo plazo de la VPM en las mujeres.

Figura 9.27. Impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres: Asociación (OR, IC95%) de referir diversos indicadores de salud negativa de las mujeres que sufren violencia frente a las que no la sufren.

Fuente: Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres, Comunidad de Madrid, 2004. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo



Los indicadores de salud mental, percepción de la propia salud y apoyo social tienen una asociación con violencia estadísticamente significativa.

De las enfermedades crónicas existe una asociación significativa y de importante magnitud con la fibromialgia y la depresión. En cuanto a las lesiones producidas por accidentes la OR de violencia para los envenenamientos e intoxicaciones es de 3,35 (IC95% 0,96-11,67).

Asimismo el número de días de limitación de actividad en el último año es mayor en las mujeres que sufren violencia de su pareja o ex pareja.

En cuanto a las consecuencias del último episodio de violencia en las mujeres que han sufrido violencia física, el 30,1% de las mujeres que han sufrido violencia física en los últimos 12 meses refieren lesiones como consecuencia del último episodio de violencia. Las lesiones más frecuentes son los hematomas (42%) y las contusiones (33%).

Conclusiones: En el 2006 murieron 5 mujeres en nuestra Comunidad como consecuencia de este tipo de violencia y se interpusieron 3.232 denuncias².

La violencia de pareja contra la mujer tiene una prevalencia muy importante en la Comunidad de Madrid. Según los datos aportados por la encuesta de prevalencia, alrededor de 200.000 mujeres entre 18 y 70 años están sufriendo/han sufrido violencia en el último año. De ellas, 50.000 sufren violencia física y 15.000 habrían tenido lesiones en el último episodio de violencia sufrido.

9.4. Conclusiones y recomendaciones

La mortalidad por causas externas representa la quinta causa de muerte y un 5% de las altas hospitalarias en la Comunidad de Madrid. Dentro de estas causas destacan los accidentes de tráfico por su frecuencia global y en edades jóvenes. La mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es inferior al conjunto de España.

Al igual que en España la mortalidad por accidentes de tráfico muestra desde el año 1990 una tendencia descendente. La morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico muestra un predominio claro en hombres de 15 a 55 años. Respecto a la seguridad vial es preciso seguir insistiendo en la utilización del casco en moto por parte de los jóvenes.

En la Comunidad de Madrid se observa un incremento en la mortalidad por suicidio desde el año 2000 sin llegar a tener valores superiores a España (que muestra una tendencia estable desde 1985).

Las caídas accidentales son una causa importante de morbilidad hospitalaria a partir de los 70 años (sobre todo en mujeres). En los mayores de 85 años son la primera causa de mortalidad dentro del grupo de causas externas.

² Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W804.XLS>

La violencia de pareja contra la mujer tiene una prevalencia de un 10% en la Comunidad de Madrid. Es necesario dar continuidad a la Estrategia Regional de violencia de pareja hacia las mujeres, desarrollando e implementando instrumentos que contribuyan a afrontar la problemática de la violencia en el ámbito de la atención médica.

9.5. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar este objetivo

- ***Programa de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, factores de riesgo y determinantes socioeconómicos.***
- ***Programa de promoción de la salud de las mujeres (Estrategia Regional de violencia de pareja hacia las mujeres).***
- ***Programa de Salud Pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad.***