

Estudio de **Salud** de la **Ciudad** de **2018** **Madrid**

madrid
 salud



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en <http://madridsalud.es>

Cómo citar este documento:

Díaz Olalla J. M. (Dirección técnica); Benítez Robredo M. T., Rodríguez Pérez M., y Sanz Cuesta M. R. (Coordinación). Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2020.

Disponible en: http://madridsalud.es/area_profesional/

Cómo citar el informe monográfico:

Rodríguez Pérez M., Díaz-Olalla J. M., Pedrero Pérez E. J. y Sanz Cuesta M. R. Informe monográfico: Sentimiento de Soledad en la Ciudad de Madrid.

En Díaz Olalla J. M. (Dir.); Benítez Robredo M. T., Rodríguez Pérez M., y Sanz Cuesta M. R. (Coord.) Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2020. Págs. 429-503.

Fecha de publicación: **febrero 2020**

DIRECCIÓN TÉCNICA

José Manuel Díaz Olalla

COORDINACIÓN

Teresa Benítez Robredo, Mercedes Rodríguez Pérez y M.^a Rosario Sanz Cuesta

AUTORAS Y AUTORES (por orden alfabético)

Blanca Álvarez Crespo. Psicóloga. Becaria de la Unidad Técnica de Formación e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Teresa Benítez Robredo. Médico Pediatra. Jefa de la Unidad Técnica de Formación e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Alejandro Blanco Quintana. Ambientólogo. Becario del Departamento de Salud Ambiental. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Gema Blasco Novalbos. Médico. Jefa de Sección de Formación. Unidad Técnica de Formación e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Nieves Botella Cañamares. Enfermera. Jefa de Sección de Calidad. Unidad Técnica de Calidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

José Manuel Díaz Olalla. Médico de Familia y Comunidad. Asesor Técnico de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Agustín Haro León. Sociólogo. Becario de la Unidad Técnica de Formación e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

María José Hernán Montalbán. Socióloga. Consejera Técnica. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Isabel Junco Torres. Médico Pediatra. Jefa de la Unidad Técnica de Evaluación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

M.^a Carmen López Jiménez. Enfermera. Jefa de Sección de Evaluación. Unidad Técnica de Evaluación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Pedro Montejo Carrasco. Psiquiatra. Jefe de Sección. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Mercedes Montenegro Peña. Psicóloga. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Sara Morales Alonso. Psicóloga. Becaria de la Unidad Técnica de Formación e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

David Prada Crespo. Psicólogo. Becario del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Eduardo Pedrero Pérez. Enfermero. Asesor Técnico de la Unidad Técnica de Formación e Investigación. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Yolanda Quintana Moreno. Enfermera. Adjunta a Sección de Calidad. Unidad Técnica de Calidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Mercedes Rodríguez Pérez. Psicóloga. Jefa del Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Ester Rodríguez Rives. Enfermera. Becaria de la Asesoría Técnica de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

M.^a Rosario Sanz Cuesta. Psicóloga. Consejera Técnica de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Irene Valero Oteo. Socióloga. Becaria de la Asesoría Técnica de Gerencia. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.



AUTORÍAS POR TEMAS

Metodología.

Fuentes de información: Teresa Benítez Robredo, Eduardo Pedrero Pérez y Agustín Haro León.

Cuestiones metodológicas: Teresa Benítez Robredo, José Manuel Díaz Olalla, Mercedes Rodríguez Pérez, Gema Blasco Novalbos y Eduardo Pedrero Pérez.

Factores determinantes de la salud:

Aspectos demográficos: José Manuel Díaz Olalla y Ester Rodríguez Rives.

Aspectos socioeconómicos: José Manuel Díaz Olalla, Isabel Junco Torres, Eduardo Pedrero Pérez, Gema Blasco Novalbos, Nieves Botella Cañamares, Yolanda Quintana Moreno, Teresa Benítez Robredo, Ester Rodríguez Rives y Agustín Haro León.

Hábitos y estilos de vida: Eduardo Pedrero Pérez, Nieves Botella Cañamares, Teresa Benítez Robredo, M.^a Carmen López Jiménez, Yolanda Quintana Moreno, Sara Morales Alonso, Agustín Haro León y Blanca Álvarez Crespo.

Entorno: Mercedes Rodríguez Pérez, M.^a Rosario Sanz Cuesta, Nieves Botella Cañamares, Teresa Benítez Robredo, Yolanda Quintana Moreno, Agustín Haro León, Blanca Álvarez Crespo, Ana Adela Pérez Fuentes, y Lluch Hernández Gil.

Servicios sociosanitarios en la ciudad: M.^a Rosario Sanz Cuesta e Isabel Junco Torres.

Indicadores del nivel de salud:

Autopercepción del estado de salud y calidad de vida en relación con la salud: José Manuel Díaz Olalla, Eduardo Pedrero Pérez, Ester Rodríguez Rives e Irene Valero Oteo.

Esperanza de vida: José Manuel Díaz Olalla, Gema Blasco Novalbos, Ester Rodríguez Rives, Irene Valero Oteo y Alejandro Blanco Quintana.

Mortalidad: José Manuel Díaz Olalla, Gema Blasco Novalbos, Ester Rodríguez Rives, Irene Valero Oteo y Alejandro Blanco Quintana.

Morbilidad: José Manuel Díaz Olalla, Teresa Benítez Robredo, Eduardo Pedrero Pérez, Nieves Botella Cañamares, M.^a Carmen López Jiménez, Yolanda Quintana Moreno, Sara Morales Alonso, Ester Rodríguez Rives, Agustín Haro León, Irene Valero Oteo, Pedro Montejo Carrasco, Mercedes Montenegro Peña y David Prada Crespo.

Discapacidad: M.^a Rosario Sanz Cuesta y Nieves Botella Cañamares.

Cuestionario:

José Manuel Díaz Olalla, Mercedes Rodríguez Pérez, Teresa Benítez Robredo, M.^a Carmen López Jiménez, Eduardo Pedrero Pérez, Nieves Botella Cañamares, Yolanda Quintana Moreno, M.^a Rosario Sanz Cuesta, Isabel Junco Torres, María José Hernán Montalbán, Gema Blasco Novalbos, Blanca Álvarez Crespo, Ester Rodríguez Rives y Alejandro Blanco Quintana.

Informe monográfico:

Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid. Informe general. Mercedes Rodríguez Pérez, José Manuel Díaz Olalla, Eduardo Pedrero Pérez y M.^a Rosario Sanz Cuesta. **Sentimiento de soledad en personas mayores.** **Conclusiones.** Pedro Montejo Carrasco, David Prada Crespo y Mercedes Montenegro Peña.

Apoyo administrativo

Francisco Javier Almena Montesinos

Pilar López Da Riva

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	22
PRESENTACIÓN	24
RESUMEN EJECUTIVO	26
EXECUTIVE SUMMARY	34
INTRODUCCIÓN	42
1. METODOLOGÍA	45
1.1. FUENTES DE INFORMACIÓN	48
ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2017 (ESCM'17)	48
OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN	56
1.2. CUESTIONES METODOLÓGICAS	62
METODOLOGÍA SOBRE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	62
METODOLOGÍA SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	62
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	67
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DEL ENTORNO	69
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD	70
2. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD	85
2.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	87
ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO	87
DINÁMICA POBLACIONAL	88
FECUNDIDAD	90
2.2. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	92
RENTA Y DESARROLLO. ÍNDICE DE DESARROLLO POR DISTRITOS	92
NIVEL DE ESTUDIOS	96
CLASE SOCIAL	99
SITUACIÓN LABORAL	102
POBREZA Y DESIGUALDAD	104
2.3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	117
ACTIVIDAD FÍSICA	117
SUEÑO	125
ALIMENTACIÓN	128
USO DEL TELÉFONO MÓVIL	136
USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN ADOLESCENTES	138
CONSUMO DE ALCOHOL	140
CONSUMO DE TABACO	145
CONSUMO DE OTRAS DROGAS DEL MERCADO ILEGAL	151
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	153
SEGURIDAD VIAL Y MOVILIDAD	155
2.4. ENTORNO	161
VIVIENDA	162
BARRIO Y CIUDAD	172
SEGURIDAD ALIMENTARIA	178
CALIDAD DEL AIRE	181
RUIDO	182
OTROS FACTORES AMBIENTALES QUE INCIDEN EN LA SALUD	184
ANIMALES EN LA CIUDAD	187



2.5. SERVICIOS SOCIOSANITARIOS EN LA CIUDAD	190
MADRID SALUD.....	190
SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL.....	197
SERVICIOS SOCIALES.....	198
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.....	202
3. INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD.....	205
3.1. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD	207
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.....	207
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD.....	121
3.2. ESPERANZA DE VIDA.....	216
ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 65 AÑOS	216
ESPERANZA DE VIDA EN LOS DISTRITOS.....	219
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD	226
ESPERANZA DE VIDA DE PERIODO Y APROXIMACIÓN A LA ESPERANZA DE VIDA DE COHORTES (2004-2030)	233
3.3. MORTALIDAD.....	235
MORTALIDAD GENERAL.....	235
MORTALIDAD POR CAUSAS.....	237
MORTALIDAD PROPORCIONAL.....	269
MORTALIDAD TERRITORIAL.....	270
MORTALIDAD PREMATURA Y CARGA DE ENFERMEDAD	275
3.4. MORBILIDAD.....	283
ENFERMEDADES CRÓNICAS	283
LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD HABITUAL	289
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	291
DEPENDENCIA Y PROBLEMAS COGNITIVOS EN PERSONAS MAYORES.....	297
ALTERACIÓN DEL ESTADO PONDERAL.....	302
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	308
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	313
INFECCIÓN VIH Y SIDA.....	320
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	327
ACCIDENTES	328
INGRESOS HOSPITALARIOS	334
3.5. DISCAPACIDAD.....	336
ANEXOS	341
ANEXO I. TABLAS	342
ANEXO II. FIGURAS	390
ANEXO III. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2017 (ESCM´17)	395
REFERENCIAS.....	419
INFORME MONOGRÁFICO. SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA CIUDAD DE MADRID.....	429
SIGLAS	502

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución de entrevistas completas e incompletas de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 según sexo y edad de la población entrevistada	51
Tabla 2.	Distribución de la muestra de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 según algunas variables demográficas y socioeconómicas	55
Tabla 3.	Distribución de la muestra de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y error muestral por distrito	56
Tabla 4.	Distribución de la muestra de la Encuesta Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en la ciudad de Madrid, 2016	58
Tabla 5.	Distribución de la muestra de la encuesta SIVFRENT-A 2016, fracción de la ciudad de Madrid según variables de análisis.....	59
Tabla 6.	Distribución de la muestra de la encuesta del estudio sobre uso y abuso de las TIC en adolescentes	61
Tabla 7.	Indicadores dinámicos de la población, ciudad de Madrid y distritos, 2016	89
Tabla 8.	Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta (ICSCR) y sus componentes por distrito.....	93
Tabla 9.	Distribución de frecuencias de desempleo, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	103
Tabla 10.	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social y sus componentes, en total y por sexos. Ciudad de Madrid (ECV 2017).....	106
Tabla 11.	Distribución de frecuencias de mala salud autopercebida, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio incluido impacto del fraude financiero	114
Tabla 12.	Distribución de frecuencias de riesgo de mala salud mental, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio incluido fraude financiero	116
Tabla 13.	Distribución de frecuencias de personas que duermen bien o muy bien, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	128
Tabla 14.	Distribución de frecuencias de consumo de agua mineral, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	135
Tabla 15.	Distribución por categorías de uso de las TIC en la muestra de adolescentes	139
Tabla 16.	Frecuencias de consumo de alcohol según sexo.....	140
Tabla 17.	Distribución de frecuencias de bebedores según número de bebidas alcohólicas en cada sesión de consumo por sexos	142
Tabla 18.	Distribución de frecuencias de consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día según sexo	142
Tabla 19.	Distribución de frecuencias de bebedores de riesgo, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	145
Tabla 20.	Prevalencia de fumadores según patrones de consumo de tabaco (18 a 64 años)	146
Tabla 21.	Distribución de frecuencias de fumadores diarios, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	148
Tabla 22.	Prevalencia de salud autopercebida buena o muy buena y riesgo de mala salud mental según patrones de consumo de tabaco (porcentaje e IC 95%)	148
Tabla 23.	Prevalencia de diagnósticos recibidos según patrones de consumo de tabaco (porcentaje e IC 95%).....	149
Tabla 24.	Realización de actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares en la población de la Ciudad y la Comunidad de Madrid (porcentaje e IC 95%) según edad, sexo y temporalidad	153



Tabla 25.	Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia en la población de la Ciudad y la Comunidad de Madrid (porcentaje e IC 95%) según sexo y temporalidad.....	154
Tabla 26.	Realización de citologías y mamografías en mujeres de la Ciudad y de la Comunidad de Madrid (porcentaje e IC 95%) según edad y temporalidad	154
Tabla 27.	Frecuencia del uso del cinturón de seguridad y el casco en ciudad y carretera.....	156
Tabla 28.	Frecuencia de uso del cinturón de seguridad en ciudad según sexo y edad	156
Tabla 29.	Medio de transporte utilizado habitualmente, 2012 y 2016. Frecuencias e IC 95%	157
Tabla 30.	Transportes utilizados habitualmente, 2012 y 2016. Frecuencia e IC 95%	158
Tabla 31.	Distribución de frecuencias de uso de transporte público, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	159
Tabla 32.	Distribución de frecuencias de vivir en una vivienda con espacio reducido (<20 m ² por persona), prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio ...	164
Tabla 33.	Distribución de hogares que sufren determinados problemas en la vivienda y su entorno según régimen de tenencia de la vivienda (porcentaje)	165
Tabla 34.	Distribución de hogares con carencia material por composición del hogar y tipo de carencia (porcentaje).....	166
Tabla 35.	Distribución de hogares con carencia material en un determinado número de conceptos por composición del hogar (porcentaje)	166
Tabla 36.	Distribución de frecuencias de participación en el barrio, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	175
Tabla 37.	Distribución de frecuencias de utilización de recursos públicos, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	176
Tabla 38.	Distribución de frecuencias de seguridad alimentaria en los mercados municipales, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	180
Tabla 39.	Gestión de colonias felinas 2016-2018	188
Tabla 40.	Líneas Estratégicas de Madrid Salud	190
Tabla 41.	Centros y servicios de Madrid Salud	191
Tabla 42.	Indicadores estratégicos y de acción de Madrid Salud 2014-2018	195
Tabla 43.	Otros indicadores y acciones de Madrid Salud.....	196
Tabla 44.	Programas y servicios de atención social y principales datos de actividad en 2018	199
Tabla 45.	Resumen de la actividad llevada a cabo por el SERMAS en 2018	203
Tabla 46.	Salud percibida como buena o muy buena según sexo, prevalencia e IC 95%. Ciudad de Madrid 2013 y 2017	208
Tabla 47.	Salud percibida como buena o muy buena según sexo, prevalencias e IC 95%. Encuestas nacionales 2011-2017	208
Tabla 48.	Distribución de frecuencias de autopercepción de la salud como buena o muy buena, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	210
Tabla 49.	Distribución de frecuencias de autopercepción negativa de la salud (regular, mala o muy mala), prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	212
Tabla 50.	Calidad de vida en relación con la salud según sexo y edad. Puntuaciones medias de COOP-WONCA por grupos de edad y sexo con sus N, IC95% y DT. Ciudad de Madrid 2017	213
Tabla 51.	Calidad de vida en relación con la salud. Puntuaciones medias de la escala COOP-WONCA según clase social familiar por sexos, con sus N, IC95% y DT. Ciudad de Madrid 2017	215
Tabla 52.	Distribución de frecuencias de mala calidad de vida en relación con la salud, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	216
Tabla 53.	Esperanza de vida al nacer. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017	217

Tabla 54.	Esperanza de vida a los 65 años. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017	219
Tabla 55.	Esperanza de vida al nacer y a los 65 años. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017	220
Tabla 56.	Esperanza de vida total y en buena salud (libre de limitación crónica para la actividad habitual) y proporción del tiempo de vida con limitación según sexo y grupos de edad. Ciudad de Madrid, 2017	227
Tabla 57.	Esperanza de vida (EVN) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacimiento con sus IC 95%. Distritos ordenados por la EVN y ciudad de Madrid, 2017	229
Tabla 58.	Esperanza de vida en buena salud autopercibida al nacimiento y a los 65 años según sexo. Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017	232
Tabla 59.	Tasas ajustadas de mortalidad general. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	235
Tabla 60.	Razón de tasas de mortalidad estandarizadas (RTME) por todas las causas según año y sexo, ciudad de Madrid (España = 100), 2008-2017	237
Tabla 61.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	238
Tabla 62.	Tasas ajustadas de mortalidad por SIDA. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	240
Tabla 63.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumores. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	242
Tabla 64.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de estómago. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	244
Tabla 65.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de colon. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	245
Tabla 66.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. España y ciudad de Madrid según sexo., 2008-2017. Tasas por 100.000	249
Tabla 67.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades mentales y del comportamiento. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	252
Tabla 68.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer. España y ciudad de Madrid según sexo, 2009-2017. Tasas por 100.000	253
Tabla 69.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (Grupo IX de la CIE-10). España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000 ...	255
Tabla 70.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	259
Tabla 71.	Tasas ajustadas de mortalidad por insuficiencia respiratoria. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	263
Tabla 72.	Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas de traumatismos y envenenamiento. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000	266
Tabla 73.	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. España y ciudad de Madrid, 2008-2017	267
Tabla 74.	Tasa de mortalidad materna por 100.000 mujeres en edad fértil. España y ciudad de Madrid, 2008-2017	267
Tabla 75.	Tasas de AVP, AVD y AVAD para causas de baja mortalidad. Causas específicas (lista reducida) ordenadas por las tasas de AVAD. Ciudad de Madrid, hombres y mujeres. Tasas por 1.000 hombres o mujeres respectivamente, 2017	279
Tabla 76.	AVP y tasas de AVP por 1.000 para hombres y mujeres según problemas clasificados y agrupados según criterio de la OMS (GBD). Ciudad de Madrid, 2017.....	282
Tabla 77.	Distribución de frecuencias de tener algún problema crónico de salud, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	287
Tabla 78.	Distribución de frecuencias de limitación crónica de la actividad habitual, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	289



Tabla 79.	Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	292
Tabla 80.	Frecuencias de respuestas afirmativas al cuestionario Barber en personas mayores de 65 años, 2017	298
Tabla 81.	Distribución de frecuencias de riesgo de dependencia en mayores de 65 años, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	299
Tabla 82.	Frecuencias de respuesta a las preguntas sobre problemas de memoria en mayores de 55 años, 2017	301
Tabla 83.	Distribución de frecuencias de exceso de peso, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	305
Tabla 84.	Distribución de frecuencias de obesidad, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	306
Tabla 85.	Comparativa de la prevalencia de riesgo de mala salud mental en mayores de 15 años y menores de 65 (tasas por 100 con sus IC 95%) según encuesta	310
Tabla 86.	Distribución de frecuencias de riesgo de mala salud mental, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	311
Tabla 87.	Tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes de enfermedades de declaración obligatoria por distritos, 2017 (I)	313
Tabla 88.	Tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes de enfermedades de declaración obligatoria por distritos, 2017 (II)	314
Tabla 89.	Tuberculosis. Tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes. Distritos de Madrid, 2007-2017	319
Tabla 90.	Distribución de diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico según sexo (frecuencias absolutas y % por sexo cada año). Ciudad de Madrid, 2009-2019	321
Tabla 91.	Distribución de frecuencias de residentes en la ciudad de Madrid diagnosticados de VIH según sexo y país de nacimiento por mecanismo de transmisión, 2009-2019.....	322
Tabla 92.	Distribución anual de nuevos diagnósticos de VIH, mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico según gravedad del retraso, 2009-2018.....	323
Tabla 93.	Distribución de hombres diagnosticados de VIH con retraso diagnóstico según gravedad del mismo y para algunas variables de estudio. Ciudad de Madrid, 2009-2019 (n: diagnósticos totales)	324
Tabla 94.	Distribución de mujeres diagnosticadas de VIH con retraso diagnóstico según gravedad del mismo y para algunas variables de estudio. Ciudad de Madrid, 2009-2019 (n: diagnósticos totales)	325
Tabla 95.	Casos de SIDA según sexo por año de diagnóstico. Ciudad de Madrid, 2009-2019	326
Tabla 96.	Personas fallecidas por VIH/SIDA según sexo y año de deceso. Ciudad de Madrid, 2009-2019	326
Tabla 97.	Distribución de frecuencias de accidentes, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	330
Tabla 98.	Distribución de frecuencias de caídas, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	331
Tabla 99.	Distribución de personas fallecidas y heridas/hospitalizadas por accidentes en vías urbanas según medio de transporte y año. Ciudad de Madrid 2013-2015	332
Tabla 100.	Distribución de frecuencias de discapacidad igual o mayor del 33%, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	338
Tabla 101.	Distribución de frecuencias de personas con discapacidad que han sentido discriminación según motivos, 2017	340

ÍNDICE ANEXO I. TABLAS

TABLA I.	Indicadores de estructura de la población. Ciudad de Madrid y distritos. 1 de enero de 2018	342
TABLA II.	Distribución de frecuencias de sedentarismo, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	344
TABLA III.	Distribución de frecuencias de uso, número adecuado y satisfacción con espacios verdes, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	346
TABLA IV.	Distribución de frecuencias de uso, número adecuado y satisfacción con instalaciones deportivas, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	348
TABLA V.	Distribución de frecuencias de consumo de vegetales, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	350
TABLA VI.	Distribución de frecuencias de uso, número adecuado y satisfacción con el carril bici, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	352
TABLA VII.	Distribución de frecuencias de satisfacción con vivir en la ciudad de Madrid y en el barrio, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	354
TABLA VIII.	Esperanza de vida al nacer y por quinquenio de edad en los distritos de la ciudad de Madrid, 2017	356
TABLA IX.	Esperanza de vida al nacer y por quinquenio de edad de los hombres según el distrito de la ciudad de Madrid, 2017	358
TABLA X.	Esperanza de vida al nacer y por quinquenio de edad de las mujeres según el distrito de la ciudad de Madrid, 2017	360
TABLA XI.	Tabla resumen de periodo y de las cohortes de 2004 a 2030 de las esperanzas de vida de los hombres de la ciudad de Madrid desde el nacimiento hasta la edad de 26 años para cada año de edad	362
TABLA XII.	Tabla resumen de periodo y de las cohortes de 2004 a 2030 de las esperanzas de vida de las mujeres de la ciudad de Madrid desde el nacimiento hasta la edad de 26 años para cada año de edad	363
TABLA XIII.	Mortalidad ajustada según la tasa de limitación crónica a la actividad habitual para el cálculo de la esperanza de vida en buena salud para hombres en la ciudad de Madrid, 2017	364
TABLA XIV.	Mortalidad ajustada según la tasa de limitación crónica a la actividad habitual para el cálculo de la esperanza de vida en buena salud para mujeres en la ciudad de Madrid, 2017	366
TABLA XV.	Tasas brutas y ajustadas de mortalidad general. Ciudad de Madrid y España 2008 a 2017. Tasas por 100.000	368
TABLA XVI.	Tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edades según grupos de CIE-10 y causas específicas seleccionadas. Ciudad de Madrid y España, 2017. Tasas por 100.000.....	370
TABLA XVII.	Tasas ajustadas de mortalidad general por distritos según sexo, 2015-2017. Tasas por 100.000	372
TABLA XVIII.	Años de vida perdidos (AVP) y tasas brutas y ajustadas de años de vida perdidos por grandes grupos de causas y causas específicas según sexo. Ciudad de Madrid, 2017. Tasas por 1.000	374
TABLA XIX.	Distribución de frecuencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio.....	376
TABLA XX.	Distribución de frecuencias de problemas osteoarticulares, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	378



TABLA XXI.	Distribución de frecuencias de alergia y asma, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	380
TABLA XXII.	Distribución de frecuencias de consumo de psicofármacos, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio	382
TABLA XXIII.	Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos para la alergia y el asma en el último año, prevalencias y OR ajustada mediante RLM según variables de estudio	384
TABLA XXIV.	Estado ponderal. Distribución de frecuencias y tasas de prevalencia según variables de estudio	386
TABLA XXV.	Tasas brutas y ajustadas de ingresos hospitalarios por causas (CIE 9-MC) según sexo. Ciudad de Madrid, 2017. Grandes grupos de causas y causas específicas según diagnósticos de alta	388

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Población mayor de 80 años entre las personas de 65 y más años (sobreenvejecimiento) según distrito.....	88
Gráfico 2.	Evolución de indicadores dinámicos del movimiento de la población. Ciudad de Madrid 2013-2016	90
Gráfico 3.	Tasa de Fecundidad por Edades y Tasa de Fecundidad General. Ciudad de Madrid, 2016. Tasa por 1000 mujeres en edad fértil.....	91
Gráfico 4.	Evolución del Índice Sintético de Fecundidad (ISF). Ciudad de Madrid, 2003-2016	91
Gráfico 5.	Evolución de la Renta Bruta Disponible per cápita por distritos, 2009 y 2014	95
Gráfico 6.	Personas entre 30 y 64 años con estudios superiores a secundarios por distritos, 2012 y 2017	95
Gráfico 7.	Distribución de la población de la ciudad de Madrid mayor de 25 años según nivel de estudios	96
Gráfico 8.	Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por grupos de edad y sexo según nivel de estudios alcanzado en 2017	96
Gráfico 9.	Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por grupos de edad y nivel de estudios alcanzado en 2017 según sexo.....	97
Gráfico 10.	Distribución de la población madrileña de 25 y más años por nivel de estudios alcanzado según distritos ordenados por clúster de desarrollo (en cada distrito los % corresponden al 100% del total de esa población).....	98
Gráfico 11.	Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por nivel de estudios y clase social según sexo	99
Gráfico 12.	Distribución de la muestra según la clase social del hogar en 7 categorías (I: clase más favorecida y VII: clase más desfavorecida) y en 3 categorías	99
Gráfico 13.	Distribución de frecuencias de la clase social del hogar según grupo de desarrollo de los distritos (IC 95%)	100
Gráfico 14.	Razón de hogares de clase social desfavorecida vs. favorecida según grupo de desarrollo de los distritos	101
Gráfico 15.	Distribución de frecuencias de hogares por clase social en dos categorías (manuales y no manuales) según edad del encuestado/a	101
Gráfico 16.	Tasa de paro registrado en las oficinas de empleo por sexo y distritos, 2018 (tasa por cien)	102
Gráfico 17.	Distribución de las personas de 16 a 64 años con empleo según relación laboral en las distintas encuestas de la ciudad de Madrid	103
Gráfico 18.	Tasa de riesgo de pobreza relativa. Umbral de cada ámbito territorial	104
Gráfico 19.	Tasa de riesgo de pobreza relativa. Umbral España.....	105
Gráfico 20.	Distribución de la renta. Curva de Lorenz de la ciudad de Madrid, 2017	105
Gráfico 21.	Umbral de riesgo de pobreza de la ciudad de Madrid (en euros) 2013-2017	106
Gráfico 22.	Tasa de riesgo de pobreza relativa. Umbral ciudad de Madrid, 2013-2017	107
Gráfico 23.	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE). Ciudad de Madrid, 2013-2017	107
Gráfico 24.	Distribución de frecuencias de la muestra según lugar de nacimiento	109
Gráfico 25.	Distribución de frecuencias según continente de procedencia de la inmigración económica	109
Gráfico 26.	Distribución en clases sociales ocupacionales de la inmigración económica frente al resto de la muestra	110



Gráfico 27.	Distribución según nivel de estudios de la inmigración económica frente al resto de la muestra	110
Gráfico 28.	Frecuencia de población inmigrante económica según nivel de desarrollo del distrito de residencia con sus IC 95%	111
Gráfico 29.	Tipos de fraude financiero. Ciudad de Madrid, 2017.....	112
Gráfico 30.	Prevalencia de mala salud percibida según intensidad del fraude. Ciudad de Madrid, 2017 (tasas por 100 e IC 95%)	113
Gráfico 31.	Distribución de puntuaciones medias de la escala COOP-WONCA (CVRS) según impacto económico del fraude y según sexo	115
Gráfico 32.	Prevalencia de riesgo de mala salud mental según intensidad del fraude. Ciudad de Madrid, 2017 (tasas por 100 e IC 95%)	115
Gráfico 33.	Frecuencia de realización de actividad física en la ocupación habitual	117
Gráfico 34.	Frecuencia de realización de actividad física en el tiempo libre	118
Gráfico 35.	Prevalencia de ocio sedentario según edad. Comparativa 2005, 2013 y 2017. Tasas por cien	119
Gráfico 36.	Prevalencia de sedentarismo según distrito (IC 95%)	120
Gráfico 37.	Prevalencia de actividad física según nivel de actividad y sexo	121
Gráfico 38.	Distribución de la muestra según nivel de actividad física para cada grupo de edad ...	122
Gráfico 39.	Distribución de la muestra según nivel de actividad física para cada nivel de estudios ...	122
Gráfico 40.	Distribución de la muestra según nivel de actividad física para cada clase social	123
Gráfico 41.	Frecuencias de actividad física según nivel de actividad por distritos ordenados por nivel de desarrollo.....	123
Gráfico 42.	Distribución de la muestra según tiempo empleado (más de 1 hora/día) en distintas actividades de ocio infantil según sexo	125
Gráfico 43.	Distribución de la muestra según número de horas de sueño diarias por sexo	126
Gráfico 44.	Media de horas de sueño diarias por grupos de edad. Ciudad de Madrid (encuestas 2013 y 2017) y España (encuesta 2011/12)	126
Gráfico 45.	Percepción de la calidad del sueño.....	127
Gráfico 46.	Distribución de la percepción de la calidad del sueño según grupos de edad	127
Gráfico 47.	Distribución de la muestra según consumo de fruta fresca, verduras, ensaladas y hortalizas y zumo natural de frutas y/o verduras por frecuencia de consumo	129
Gráfico 48.	Frecuencias de consumo diario de fruta y verdura según sexo, ENSE 2017 y ESCM'17	129
Gráfico 49.	Frecuencia de consumo diario de 5 o más raciones de frutas, verduras y/o zumos según grupos de edad	130
Gráfico 50.	Frecuencia de consumo diario de 5 o más raciones de fruta y/o verdura (excluyendo zumos) según grupos de edad	131
Gráfico 51.	Frecuencia de consumo diario de 3 o más raciones de frutas y/o verduras según distrito de residencia.....	131
Gráfico 52.	Frecuencia de consumo diario de los distintos tipos de alimentos tomados en el desayuno, niños y niñas de 3 a 11 años según sexo	132
Gráfico 53.	Distribución de frecuencias de consumo semanal de zumos de frutas comerciales, niños y niñas de 3 a 11 años según sexo (porcentaje)	132
Gráfico 54.	Distribución de frecuencias de consumo semanal de refrescos azucarados según sexo (porcentaje)	133
Gráfico 55.	Distribución de frecuencias de consumo semanal de bollería industrial, niños y niñas de 3 a 11 años según sexo (porcentaje)	133
Gráfico 56.	Frecuencia de consumo de agua mineral o agua del grifo (n = 4.427)	134

Gráfico 57.	Prevalencia de utilización del móvil según categorías de uso para cada grupo de edad	136
Gráfico 58.	Distribución de las categorías de uso del móvil por distritos ordenados por frecuencia de uso problemático	137
Gráfico 59.	Prevalencia de adolescentes con uso problemático de las TIC según tipo y sexo (IC 95%).....	139
Gráfico 60.	Prevalencias de consumo de alcohol según categoría de consumo y sexo (IC 95%).....	141
Gráfico 61.	Prevalencia de práctica de binge drinking según sexo y grupo de edad	143
Gráfico 62.	Prevalencia de bebedores de riesgo según sexo y edad	143
Gráfico 63.	Distribución de las categorías de consumo de alcohol por distrito (porcentaje).....	144
Gráfico 64.	Prevalencia de fumadores según patrones de consumo de tabaco (18 a 64 años)	146
Gráfico 65.	Evolución anual de la frecuencia de personas que fuman a diario en la ciudad de Madrid, 18-64 años (IC 95%), 2005-2017	147
Gráfico 66.	Frecuencia de personas que han dejado de fumar por sexo y grupo de edad	147
Gráfico 67.	Distribución de frecuencias de personas encuestadas según patrones de consumo de tabaco por distritos ordenados según desarrollo	150
Gráfico 68.	Frecuencia de personas encuestadas según disposición para dejar de fumar y sexo	151
Gráfico 69.	Frecuencia de personas encuestadas según disposición para dejar de fumar y edad	151
Gráfico 70.	Frecuencia del número de transportes utilizados, 2016	158
Gráfico 71.	Frecuencia de personas encuestadas que hacen uso del carril bici según grupos de edad, 2012 y 2016	160
Gráfico 72.	Distribución de la muestra según uso del carril bici por distritos	161
Gráfico 73.	Distribución de hogares según número de personas que viven en él.....	162
Gráfico 74.	Distribución de hogares según número de personas. Ciudad de Madrid, de 2014 2018	163
Gráfico 75.	Distribución de hogares según número de personas y tamaño del municipio en España. Media, 2014 a 2017	163
Gráfico 76.	Distribución de viviendas según tipo de problemas, ciudad de Madrid 2017	165
Gráfico 77.	Frecuencia de problemas en la vivienda según tipo, 2009-2016	167
Gráfico 78.	Distribución de hogares que no se pueden permitir mantener la vivienda con una temperatura adecuada, 2009-2017	167
Gráfico 79.	Tipología de hogares respecto a la pobreza energética, ciudad de Madrid, 2015	168
Gráfico 80.	Distribución de hogares según número de menores de 16 años en familias inmigrantes económicas y el resto de familias	169
Gráfico 81.	Evolución anual de hogares totales y hogares unipersonales, 2010-2018	169
Gráfico 82.	Distribución de hogares unipersonales según sexo y edad de quienes los componen (porcentaje).....	170
Gráfico 83.	Distribución de hogares unipersonales por distritos	170
Gráfico 84.	Distribución de personas que viven solas según clase social ocupacional	171
Gráfico 85.	Distribución de personas que viven solas según clase social ocupacional para cada grupo de edad y sexo	171
Gráfico 86.	Prevalencia de sentimiento de soledad en personas que viven solas o acompañadas según edad para cada sexo (tasa e IC 95%).....	172
Gráfico 87.	Distribución de personas encuestadas que hacen uso de espacios verdes según distrito de residencia, 2016	173
Gráfico 88.	Distribución de personas encuestadas que hacen uso de instalaciones deportivas para cada grupo de edad, 2012 y 2016	174



Gráfico 89.	Frecuencia de personas encuestadas que utilizan las instalaciones deportivas municipales según distritos de residencia, 2016	174
Gráfico 90.	Frecuencia de personas que utilizan recursos públicos del barrio, 2017	176
Gráfico 91.	Frecuencia de personas encuestadas que manifestaron satisfacción de vivir en el barrio o en la ciudad (IC 95%), según encuestas de 2012 y 2016	177
Gráfico 92.	Prevalencia de personas encuestadas que se sintieron discriminadas según motivo de discriminación elegido como primera opción, por sexo (por 100)	178
Gráfico 93.	Frecuencia de personas encuestadas con percepción de seguridad para la salud de los alimentos según establecimientos, 2017 (porcentaje de puntuación de 6 a 10)	179
Gráfico 94.	Frecuencia de utilización de los mercados municipales según distritos, 2016.....	181
Gráfico 95.	Frecuencia de personas que reconocen molestias por ruido según distrito y media de la ciudad, 2017	182
Gráfico 96.	Distribución de los motivos de molestia por ruido en las personas encuestadas que reconocieron sufrirlos, 2017.....	183
Gráfico 97.	Frecuencia de personas encuestadas que reconocen molestias por el ruido de obras y construcciones según distrito, 2017 (IC 95%)	183
Gráfico 98.	Frecuencia de personas encuestadas que reconocen molestias por el ruido causado por el ocio nocturno según distrito, 2017 (IC 95%)	184
Gráfico 99.	Número de días que permanece activado el SASA por episodios de contaminación atmosférica, 2010-2018	184
Gráfico 100.	Número de días que permanece activado el SASA por episodios de altas temperaturas según tipo, 2012-2018	185
Gráfico 101.	Pozos de alcantarillado revisados/tratados, 2014-2018	186
Gráfico 102.	Chinchas de cama. Número de incidencias, 2012-2018	187
Gráfico 103.	Número de ingresos de animales en el Centro de Protección Animal (CPA), 2015-2018	188
Gráfico 104.	Frecuencia de personas encuestadas que conviven con animales de compañía según tipo de mascota, 2017	189
Gráfico 105.	Número de atenciones anuales del SAMUR-PC a colectivos vulnerables, 2012-2018 ...	198
Gráfico 106.	Tendencia en la autopercepción positiva de la salud (prevalencia e IC 95%). Encuestas nacionales y de la ciudad de Madrid, 2011, 2014 y 2017	209
Gráfico 107.	Autopercepción de la salud como buena y muy buena según sexo (IC 95%). Encuestas nacionales y de la ciudad de Madrid 2011, 2014 y 2017	209
Gráfico 108.	Prevalencia de personas que consideran su salud buena o muy buena por distritos ordenados según Renta Bruta Disponible, 2017 (tasa por cien e IC 95%)	211
Gráfico 109.	Calidad de vida en relación con la salud. Puntuación media de la escala COOP-WONCA según sexo. Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017	213
Gráfico 110.	Puntuaciones medias de las dimensiones exploradas por la escala COOP-WONCA según sexo, 2017.....	214
Gráfico 111.	Puntuaciones medias de las dimensiones exploradas por la escala COOP-WONCA según edad, 2017	214
Gráfico 112.	Puntuaciones medias de las dimensiones exploradas por la escala COOP-WONCA según salud percibida, 2017.....	215
Gráfico 113.	Esperanza de vida al nacer, ambos sexos. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017 ...	217
Gráfico 114.	Esperanza de vida al nacer, hombres. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017	218
Gráfico 115.	Esperanza de vida al nacer, mujeres. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017	218
Gráfico 116.	Esperanza de vida al nacer según sexo en la ciudad de Madrid. Brecha de género 2008-2017	218

Gráfico 117.	Esperanza de vida al nacer según sexo. Distritos de la ciudad de Madrid ordenados por las cifras de mujeres, 2017	220
Gráfico 118.	Brecha de género en esperanza de vida al nacer. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017	221
Gráfico 119.	Evolución de la esperanza de vida al nacer. Distritos de la ciudad de Madrid 2004, 2013 y 2017, ordenados por EV 2017	224
Gráfico 120.	Brecha interdistrital de la esperanza de vida al nacer (máximo menos mínimo) según año y sexo, 2008-2017	225
Gráfico 121.	Esperanza de vida según limitación crónica para la actividad habitual por grupos de edad, hombres. Ciudad de Madrid, 2017	226
Gráfico 122.	Esperanza de vida según limitación crónica para la actividad habitual por grupos de edad, mujeres. Ciudad de Madrid, 2017	226
Gráfico 123.	Esperanza de vida al nacer en buena y mala salud según sexo. Ciudad de Madrid y España, 2017	227
Gráfico 124.	Esperanza de vida a los 65 años en buena y mala salud según sexo. Ciudad de Madrid y España 2017	228
Gráfico 125.	Esperanza de vida (EVN) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacimiento. Distritos de la ciudad de Madrid. Ordenados por EVN, 2017	230
Gráfico 126.	Esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacimiento por distritos de la ciudad de Madrid, con sus IC 95%, ordenados de forma decreciente, 2017.	230
Gráfico 127.	Esperanzas de vida de periodo vs. de cohorte, hombres. Según cada año de edad hasta los 20 años. Año-periodo/Cohorte 2010	234
Gráfico 128.	Esperanzas de vida de periodo vs. de cohorte, mujeres. Según cada año de edad hasta los 20 años. Año-periodo/Cohorte 2010	234
Gráfico 129.	Tasas ajustadas de mortalidad general. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	236
Gráfico 130.	Tasas ajustadas de mortalidad general. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	236
Gráfico 131.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	239
Gráfico 132.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	239
Gráfico 133.	Tasas ajustadas de mortalidad por SIDA. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	241
Gráfico 134.	Tasas ajustadas de mortalidad por SIDA. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	241
Gráfico 135.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumores. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	243
Gráfico 136.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumores. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	243
Gráfico 137.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de colon. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	245
Gráfico 138.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de colon. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	246
Gráfico 139.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	246
Gráfico 140.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	247
Gráfico 141.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de vejiga. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	248



Gráfico 142.	Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de vejiga. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	248
Gráfico 143.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	250
Gráfico 144.	Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	250
Gráfico 145.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	251
Gráfico 146.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	251
Gráfico 147.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	254
Gráfico 148.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	254
Gráfico 149.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	256
Gráfico 150.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	256
Gráfico 151.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	257
Gráfico 152.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	257
Gráfico 153.	Tasas ajustadas de mortalidad por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	258
Gráfico 154.	Tasas ajustadas de mortalidad por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	258
Gráfico 155.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	260
Gráfico 156.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	260
Gráfico 157.	Tasas ajustadas de mortalidad por influenza (gripe) y neumonía. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000.....	261
Gráfico 158.	Tasas ajustadas de mortalidad por influenza (gripe) y neumonía. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	261
Gráfico 159.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma). España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	262
Gráfico 160.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma). España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	262
Gráfico 161.	Tasas ajustadas de mortalidad por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000	264
Gráfico 162.	Tasas ajustadas de mortalidad por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000	265
Gráfico 163.	Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE 10). Porcentaje de defunciones, hombres. Ciudad de Madrid, 2017.....	269

Gráfico 164.	Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE 10). Porcentaje de defunciones, mujeres. Ciudad de Madrid, 2017	270
Gráfico 165.	Tasas ajustadas e IC 95% de mortalidad general. Clúster de distritos de la ciudad de Madrid según nivel de desarrollo, hombres, 2010-2017. Tasas por 100.000	274
Gráfico 166.	Tasas ajustadas e IC 95% de mortalidad general. Clúster de distritos de la ciudad de Madrid según nivel de desarrollo, mujeres, 2014-2017. Tasas por 100.000	274
Gráfico 167.	Tasas de AVAD con sus componentes (tasas de AVP y de AVD) para grandes grupos de causas de alta mortalidad ordenadas por las tasas de AVAD de las mujeres. Ciudad de Madrid, hombres y mujeres. Tasas por 1.000 hombres o mujeres respectivamente, 2017	280
Gráfico 168.	Tasas de AVAD con sus componentes (tasas de AVP y de AVD) por causas específicas (lista reducida de la CIE-10) de alta mortalidad ordenadas por las tasas de AVAD de las mujeres. Ciudad de Madrid, hombres y mujeres. Tasas por 1.000 hombres o mujeres respectivamente, 2017	281
Gráfico 169.	Prevalencia de cada enfermedad o problema de salud listados según sexo	283
Gráfico 170.	Prevalencias de problemas crónicos de salud declarados (IC 95%). Ciudad de Madrid y España, 2017	284
Gráfico 171.	Personas que declaran padecer algún problema crónico por distritos, 2017 (tasas de prevalencia por cien)	285
Gráfico 172.	Personas que declaran haber sido diagnosticadas de alguna enfermedad pulmonar crónica por distritos, 2017 (tasas de prevalencia por cien).....	285
Gráfico 173.	Personas que declaran haber sido diagnosticadas de alergia por distritos, 2017 (tasas de prevalencia por cien)	286
Gráfico 174.	Prevalencia de problemas crónicos de salud según sexo en mayores de 65 años, 2017 (IC 95%)	286
Gráfico 175.	Prevalencias de algunos problemas de salud diagnosticados. Comparativa 2005, 2013 y 2017 (tasas e IC95%)	288
Gráfico 176.	Limitación crónica de la actividad habitual según grupos de edad. Tasas por habitante. Ciudad de Madrid y España, 2017	290
Gráfico 177.	Prevalencia de limitación crónica de la actividad habitual por distritos, 2017 (tasas por cien)	291
Gráfico 178.	Prevalencia de personas que han consumido medicamentos en las últimas dos semanas. Comparativa 2005, 2013 y 2017	292
Gráfico 179.	Prevalencia de consumo de psicofármacos en el último año según tipo y sexo, 2017 (tasa e IC 95%)	293
Gráfico 180.	Prevalencia de consumo de psicofármacos en el último año según tipo y grupos de edad, 2017	294
Gráfico 181.	Prevalencia de consumo de tranquilizantes en el último año por distritos, 2017	294
Gráfico 182.	Prevalencia de consumo de antidepresivos en el último año por distritos, 2017	295
Gráfico 183.	Prevalencia de consumo de analgésicos opioides en el último año por distritos, 2017 ...	295
Gráfico 184.	Prevalencia de consumo de medicamentos para el asma y la alergia en el último año según grupos de edad, 2017.....	296
Gráfico 185.	Prevalencia de consumo de medicamentos para el asma y la alergia por distritos ordenados por indicador de desarrollo, 2017	296
Gráfico 186.	Puntuación media en la escala de Barber según grupos de edad, 2017	298
Gráfico 187.	Frecuencia de mayores de 65 años que obtuvieron puntuaciones de 1 o más en el cuestionario de Barber por distritos ordenados según indicador de desarrollo, 2017.....	299
Gráfico 188.	Prevalencia de quejas subjetivas de memoria según edad, 2017 (tasa e IC 95%)	301
Gráfico 189.	Porcentaje de fallos en preguntas de orientación temporal en personas mayores de 55 años, 2017	302



Gráfico 190.	Porcentaje de fallos en preguntas de orientación temporal en personas que afirman tener problemas de memoria, 2017	302
Gráfico 191.	Distribución de la población en función del tipo ponderal según el IMC calculado a partir de medidas antropométricas autorreferidas, 2017	303
Gráfico 192.	Distribución de la población en función del IMC (IC 95%). Ciudad de Madrid y España, 2017	304
Gráfico 193.	Distribución de frecuencias de tipos ponderales según el IMC autorreferido en cada distrito, ordenados por nivel de desarrollo, 2017 (porcentaje).....	307
Gráfico 194.	Distribución de la población de 3 a 12 años según estado ponderal, 2017	307
Gráfico 195.	Distribución de las puntuaciones (Likert) del GHQ, 2017	309
Gráfico 196.	Prevalencia de riesgo de mala salud mental según sexo y grupos de edad, 2017 (tasas con IC 95%)	309
Gráfico 197.	Prevalencia de ansiedad, depresión o ambas diagnosticadas en algún momento de la vida según grupos de edad, 2017	312
Gráfico 198.	Prevalencia de riesgo de mala salud mental por distritos, 2017 (tasa e IC 95%).....	312
Gráfico 199.	Tasas de incidencia acumulada de gripe por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	315
Gráfico 200.	Tasas de incidencia acumulada de hepatitis A por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	316
Gráfico 201.	Tasas de incidencia acumulada de infección gonocócica por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	316
Gráfico 202.	Tasas de incidencia acumulada de sífilis por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	317
Gráfico 203.	Tasas de tosferina por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	318
Gráfico 204.	Tasas de incidencia acumulada de varicela por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	318
Gráfico 205.	Tasas de incidencia acumulada de tuberculosis por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017	320
Gráfico 206.	Tasas de incidencia de VIH según sexo. Ciudad de Madrid, 2009-2016	322
Gráfico 207.	Tasa de incidencia de VIH según lugar de nacimiento y año de diagnóstico. Ciudad de Madrid, 2009-2016	323
Gráfico 208.	Tasas de IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años. Ciudad de Madrid, Comunidad y España, 2012-2017	327
Gráfico 209.	Distribución de frecuencia de accidentes en los últimos 12 meses según tipo, 2017 (n=totalidad de accidentes)	328
Gráfico 210.	Distribución de frecuencia de accidentes según lugar del suceso, 2017 (n = totalidad de accidentes)	329
Gráfico 211.	Distribución de frecuencias del tipo de atención sanitaria requerida en aquellas personas accidentadas que la necesitaron, 2017 (n=totalidad de accidentes)	329
Gráfico 212.	Frecuencia de accidentes con víctimas en vías urbanas por año. Ciudad de Madrid, 2010-2015	332
Gráfico 213.	Frecuencia de accidentes en vías urbanas con personas fallecidas y heridas/hospitalizadas por año. Ciudad de Madrid, 2010-2015	333
Gráfico 214.	Distribución de frecuencia de personas heridas/hospitalizadas por accidente en vías urbanas según medio de transporte y año y tasa de prevalencia por 100 accidentes (total). Ciudad de Madrid, 2013-2015	333
Gráfico 215.	Distribución de frecuencia de personas fallecidas por accidente en vías urbanas según medio de transporte y año y tasa de prevalencia por 100 accidentes (total). Ciudad de Madrid, 2013-2015	333

Gráfico 216.	Tasas ajustadas de ingresos hospitalarios según causas (grandes grupos de la CIE-9 MC) por sexo. Ciudad de Madrid, 2017	335
Gráfico 217.	Prevalencia de personas con discapacidad. Ciudad de Madrid, 2014-2017	336
Gráfico 218.	Distribución de las personas con discapacidad según tipo para cada año. Ciudad de Madrid, 2014-2017	337
Gráfico 219.	Distribución de las personas con discapacidad según grado, 2017	338
Gráfico 220.	Distribución del estado ponderal en personas con y sin discapacidad, 2017	339
Gráfico 221.	Distribución del estado ponderal en personas con discapacidad según grado, 2017 ...	339



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distritos de la ciudad de Madrid según clúster de desarrollo 2014-2017. Las flechas indican los distritos que han cambiado de grupo desde el anterior análisis (2009-2012) y su sentido	94
Figura 2. Esperanza de vida al nacer, hombres. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017 (agrupaciones según natural breaks)	222
Figura 3. Esperanza de vida al nacer, mujeres. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017 (agrupaciones según natural breaks)	223
Figura 4. Esperanza de vida en buena salud (libre de limitación crónica a la actividad habitual). Distritos de la ciudad de Madrid. Diferencias y proporción de años en buena salud, 2017 ...	231
Figura 5. Tasa ajustada de mortalidad por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, hombres, trienio 2015-2017. Tasas por 100.000	271
Figura 6. Tasa ajustada de mortalidad por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, mujeres, trienio 2015-2017. Tasas por 100.000	272
Figura 7. Tasa ajustada de años de vida perdidos (AVP) por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, hombres, 2017. Tasas por 1.000	277
Figura 8. Tasa ajustada de años de vida perdidos (AVP) por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, mujeres, 2017. Tasas por 1.000.....	278

ÍNDICE ANEXO II. FIGURAS

FIGURA I.	Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Tratamiento planificado	390
FIGURA II.	Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Gestión de avisos o incidencias comunicadas. Ratas	391
FIGURA III.	Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Gestión de avisos o incidencias comunicadas. Cucarachas.....	392
FIGURA IV.	Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Gestión de avisos o incidencias comunicadas. Avispas	393
FIGURA V.	Prevención y control de poblaciones de paloma bravía.....	394



PRESENTACIÓN

Madrid Salud, Organismo Autónomo del Ayuntamiento de Madrid adscrito al Área de Gobierno de Portavoz, Seguridad y Emergencias, tiene como finalidad gestionar las políticas municipales en materia de salud pública y adicciones. Para desarrollar su actividad debe partir del conocimiento de las necesidades existentes en estos ámbitos. Este estudio aporta información actualizada sobre el estado de salud de la población madrileña, sobre los factores que la determinan y sobre las condiciones higiénico-sanitarias de la ciudad, aspectos todos ellos necesarios para planificar las actuaciones municipales.

La información que contiene es un elemento de soporte que incorpora evidencias para el diseño y planificación de las estrategias relacionadas con la salud, tanto a nivel de la ciudad como del territorio más próximo, profundizando en las características diferenciales de cada uno de los distritos.

Además del análisis transversal del momento actual, se aborda otro longitudinal comparando con los anteriores estudios de salud de la ciudad de Madrid de 2008 y 2014, lo que permite valorar su evolución en el tiempo y anticipar la detección de necesidades futuras de la ciudadanía. Ambas perspectivas abordan la complejidad de Madrid, una ciudad que es la capital de la nación, que despliega una intensa actividad social, cultural, económica y laboral, y por la que transitan un gran número de personas a diario. Además, las características específicas que presentan cada uno de sus 21 distritos generan espacios de convivencia diversos con necesidades y expectativas diferentes a las que es necesario responder.

[El Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018](#) se realiza analizando diferentes fuentes de información; se utilizan bases de datos municipales, autonómicas y nacionales, así como una encuesta de salud desarrollada *ad hoc* para conocer los factores relacionados con ella no disponibles en registro alguno. [La Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017](#) cuenta con una muestra representativa de la ciudad y de sus distritos de cerca de nueve mil personas y está diseñada para ser comparada con las encuestas nacionales y europeas de salud, por lo que siempre que es posible se contrastan los datos. Se aprovecha así, eficientemente, el conocimiento que ya existe y se enriquecen las perspectivas del estudio.

En consonancia con las competencias en salud municipales, en el estudio se aborda el análisis de [factores que determinan la salud](#): demográficos, sociales, económicos, hábitos y estilos de vida (como la actividad física, la alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, la seguridad vial, etc.), además de aspectos de relevancia del entorno (características de la vivienda y del barrio, la seguridad alimentaria, factores ambientales, protección animal, etc.). Se actualizan también [indicadores de salud](#) como son la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad en la ciudad y otros que nos hablan de la percepción que los ciudadanos tienen de su propia salud y su calidad de vida relacionada con ella; todo ello compone una mirada que va más allá de los indicadores estrictamente sanitarios, integrando perspectivas biológicas, demográficas y sociales, tal como recomienda la OMS en la descripción de indicadores y medidas del estado de salud.

Detectar y anticipar las nuevas necesidades es esencial para responder adecuadamente a la ciudadanía, por ello se incluyen por primera vez análisis innovadores sobre **problemas sociosanitarios emergentes** como el uso y abuso del teléfono móvil, de las tecnologías de la información y la comunicación en adolescentes, el consumo de medicamentos psicotrópicos, la percepción de discriminación, etc.

No quiero acabar esta presentación sin mencionar un problema, presente en las sociedades desarrolladas, que está recibiendo cada vez mayor atención por las repercusiones que tiene sobre la salud: el **sentimiento de soledad** que sufre un importante número de personas de nuestra ciudad. Desde el Ayuntamiento de Madrid tenemos el firme propósito de abordar este problema y tomar medidas para paliarlo o reducirlo. El primer paso para ello es conocer la dimensión actual del mismo y sus factores asociados. Este estudio incluye un informe monográfico sobre soledad con una información muy valiosa para alcanzar este reto.

Quisiera aprovechar este espacio para agradecer su esfuerzo, interés y dedicación a los y las profesionales que con su trabajo han hecho posible este estudio y muy especialmente a la ciudadanía que participó en la encuesta de salud que nutre este informe.

El Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018 está disponible en las páginas web madrid.es y madridsalud.es. Confiamos en que sea de utilidad para la población madrileña y sirva de apoyo para profesionales y agentes implicados en mejorar la salud de las personas de nuestra ciudad.

El Gerente de Madrid Salud



Antonio Prieto Fernández



RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio es un trabajo de investigación epidemiológica que pretende conocer el estado de salud de la población de la ciudad de Madrid e identificar los principales problemas de salud.

También trata de conocer los determinantes sociales, algunas características del sistema de cuidados, los hábitos y estilos de vida, así como los factores del entorno que pueden repercutir en la salud de la población madrileña.

Además, se analizan las diferencias territoriales existentes y se comparan los resultados obtenidos con los de estudios anteriores de la ciudad.

La información no disponible en registro alguno utilizada para elaborar este trabajo procede fundamentalmente de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17). También se han utilizado bases de datos ya existentes, tanto municipales como de otras Administraciones.

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La ciudad de Madrid, a 1 de enero de 2018, cuenta con 3.221.824 habitantes: 54,3% mujeres y 46,6% hombres.

La edad media de la población es de 44 años. El 20,4% es mayor de 65 años y el 14,4% menor de 16 años.

La población mayor de 80 años supone el 36,2% de los mayores de 65 (sobreenvjecimiento), cifra superior a la de 2014 (34%).

La población nacida fuera de España es el 21%. Las personas inmigrantes por motivos económicos (nacidas en un país en desarrollo) suponen el 18,4%.

La tasa de fecundidad general (número de hijos por cada mil mujeres de 15 a 49 años) es 39,3 al año. Por edades, las tasas más altas corres-

ponden a las mujeres de 35 años con más de 98 hijos por mil mujeres. El promedio de hijos por mujer al finalizar su vida fértil es 1,27, muy por debajo del que asegura el relevo generacional (datos de 2016).

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Se han identificado cuatro grupos de distritos en función de su nivel de desarrollo, definido según el índice combinado de salud, conocimiento y renta (ICSCR):

Mayor desarrollo: Chamartín Salamanca, Chamberí, Retiro y Moncloa-Aravaca.

Desarrollo medio-alto: Arganzuela, Centro, Fuenarral-El Pardo, Barajas y Hortaleza.

Desarrollo medio-bajo: Tetuán, Ciudad Lineal, Moratalaz, San Blas-Canillejas, Villa de Vallecas, Latina y Vicálvaro.

Menor desarrollo: Carabanchel, Villaverde, Usera y Puente de Vallecas.

El 18,2% de la población mayor de 25 años tiene estudios primarios o menos, el 47,4% estudios secundarios y el 34,4% universitarios.

El 39,5% de la población encuestada pertenece a un hogar de clase social favorecida, el 24,4% a uno de clase media y el 36,2% a uno de clase desfavorecida. En los 21 distritos existe un porcentaje uniforme de clase media independientemente de su nivel de desarrollo.

La tasa de desempleo registrado en oficinas de empleo en la ciudad de Madrid a 1 de enero del 2018 fue de 8,5% (8% en hombres y 9% en mujeres), datos mejores que los de 2013 (14,5% en hombres y 15% en mujeres).

La tasa de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE) fue del 26% en 2017, ligeramente inferior a la de España (26,6%) y superior a la de la Comunidad de Madrid (20,6%).

En ese mismo año la ciudad de Madrid presentó un índice de Gini (desigualdad respecto a distribución de ingresos económicos) mayor que el de España: 35,6% y 34,1% respectivamente.

[Volver a índice](#)



El 11,5% de las personas tienen dificultades económicas para asegurar una alimentación adecuada en su hogar (escala HFIAS), cifra que asciende al 17% en los hogares con al menos un menor de 16 años.

También un 11% declara haber sido víctima de algún tipo de fraude financiero en la última década, encontrando que esta situación se asocia en nuestro análisis con peor salud autopercebida, peor calidad de vida y mayor riesgo de mala salud mental.

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Actividad física

El 43,5% de las personas encuestadas refiere desarrollar un trabajo en el que no realiza actividad física y el 30,2% mantiene hábitos sedentarios en su tiempo libre, dato inferior al hallado en la Encuesta Nacional de Salud 2017 (ENSE 2017) que asciende al 37,8%. Las personas sedentarias declaran peor calidad de vida relacionada con la salud.

El 15,4% de las personas mantiene hábitos sedentarios tanto en el tiempo libre como en la actividad habitual (14,4% de los hombres y 16,3% de las mujeres). La media de edad de las personas sedentarias es significativamente superior a la del resto. Existe menor riesgo de sedentarismo en la clase social desfavorecida.

El 61,3% de la población infantil realiza actividad física o deportiva fuera del horario escolar.

Sueño

Las personas de 15 y más años duermen una media de 7,1 horas al día incluyendo la siesta, cifra menor que las 7,2 horas de la ESCM'13 y las 7,3 horas declaradas en la ESCM'05.

Alimentación

El 72% de la población adulta madrileña encuestada dice consumir diariamente fruta fresca, el 51% verduras, ensaladas u hortalizas y el 21% zumo natural de frutas o verduras. Estos datos son mejores que los hallados en la ENSE 2017 (69%, 40,4% y 11,4% respectivamente).

El 12,5% de la población madrileña sigue la recomendación de la OMS de consumir 5 raciones de vegetales al día. Este consumo es mayor entre las mujeres (16,1% frente al 8,1% en hombres) y también en las personas mayores de 65 años (toman el doble de vegetales que los jóvenes).

Respecto a la alimentación infantil, el 4% de las familias afirma que su hijo/a no desayuna o lo hace solo algunos días. El consumo de zumos de fruta comerciales es muy frecuente en la población infantil madrileña, dos de cada tres escolares entrevistados lo consumen al menos una vez a la semana y uno de cada cinco los toma todos o casi todos los días. También es muy frecuente el consumo de refrescos azucarados y de bollería industrial.

Un 73,7% de las personas entrevistadas refiere beber habitualmente agua del grifo. Por el contrario, el 12,5% afirma consumir siempre o casi siempre agua mineral. Las personas jóvenes consumen con más frecuencia agua mineral que las mayores y también quienes llevan menos tiempo residiendo en Madrid.

Uso del teléfono móvil

El 99,8% de las personas entrevistadas menores de 65 años dispone de teléfono móvil y más del 92% lo utiliza habitualmente.

Se puede considerar que cerca del 20% hace un uso de riesgo y casi un 14% un uso problemático (26% en menores de 30 años). No hay diferencias según sexo, clase social o nivel educativo. El uso problemático se asocia con un mayor riesgo de mala salud mental y una mayor frecuencia de consumo de medicación tranquilizante.

Uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en adolescentes

En España tiene teléfono móvil el 66% de menores de entre 10 y 15 años. A los 10 años lo tienen el 22% y a los 15 el 94%.

En la ciudad de Madrid, las adolescentes presentan porcentajes significativamente mayores de uso problemático del móvil, mensajería instantánea y redes sociales, y los adolescentes



mayor frecuencia de uso problemático de los videojuegos. Esta situación es similar en todos los centros educativos, sin diferencias por tipo de centro (público, concertado o privado) ni por nivel de desarrollo del distrito en el que se ubica el mismo.

Consumo de alcohol

El 44% de la población encuestada declara no consumir alcohol o hacerlo una o menos veces al mes (55% de las mujeres y 32% de los hombres). Por el contrario, el 32% (23% de las mujeres y 42,5% de los hombres) son bebedores habituales.

El 16,2% se podría clasificar como bebedores de riesgo (16,5% de los hombres y 16% de las mujeres). Esta situación se da con más frecuencia en menores de 30 años, disminuyendo a medida que aumenta la edad. Apenas hay diferencias por clase social o nivel de estudios, aunque es más frecuente el consumo de riesgo en quienes viven en distritos con mayor nivel de desarrollo.

El consumo en atracón (*binge drinking*) lo practica el 4% de los hombres y el 5% de las mujeres. En todas las edades, las mujeres practican este tipo de consumo con más frecuencia que los hombres; la mayor diferencia se da en el grupo de personas de menos de 30 años (14,3% vs. 9,6%).

Consumo de tabaco

El 19% de mayores de 15 años declara fumar diariamente (18% de las mujeres y 20% de los hombres); ambos porcentajes son menores que los del conjunto de España (19% y 26% respectivamente).

Cerca de la mitad de las personas fumadoras no tiene intención de dejar de fumar.

Se observa una tendencia descendente en el consumo de tabaco en las sucesivas encuestas de la ciudad de Madrid.

Actividades preventivas

La mayoría de la población sigue las recomendaciones de control de problemas de salud como hipercolesterolemia e hipertensión. También del cribado de cáncer de mama y cérvix. Sin embar-

go, no se aprecia este nivel de seguimiento de recomendaciones en los casos de cribado de cáncer colorrectal y de vacunación antigripal.

Seguridad vial y movilidad

La mayoría de la población utiliza el cinturón de seguridad, sobre todo cuando circula por carretera.

En el 100% de los desplazamientos en moto por la ciudad o por carretera se utiliza el casco.

El 1,8% de las personas encuestadas afirma haber conducido durante los últimos treinta días bajo los efectos del alcohol; de ellas, el 58,8% son hombres.

El transporte público más utilizado es el metro seguido del autobús urbano.

Ha aumentado significativamente el uso del tren de cercanías, el autobús interurbano, el taxi y la bicicleta. Se mantiene respecto a 2012 el porcentaje de personas que no utilizan ningún transporte público (18,5%). Las mujeres utilizan el transporte público más que los hombres y las personas jóvenes más que las mayores.

Se ha duplicado el uso del carril bici (32,6% en 2016; 16,3% en 2012).

ENTORNO

Vivienda

En el 30,7% de los hogares madrileños vive una sola persona. Los hogares unipersonales son los más frecuentes en la ciudad, a diferencia de lo que ocurre en España y en la Comunidad de Madrid, donde los más frecuentes son los hogares con dos personas.

Los hogares con más carencias materiales son aquellos compuestos por una persona adulta con uno o más menores.

En el 15,5% de los hogares residen personas de origen extranjero (en el 6,1% solo viven personas extranjeras y en el 9,4% restante españolas y extranjeras).

El 12,2% de la población madrileña vive sola (10,1% de los hombres y 14% de las mujeres). La frecuencia de hogares unipersonales es más elevada entre las mujeres mayores.

Barrio y ciudad

El 87% de la ciudadanía manifiesta estar muy o bastante satisfecha de vivir en la ciudad (notable aumento respecto al 81,5% de 2012) y el 81,7% en su barrio (80,2% en 2012).

El 94,4% de las personas encuestadas afirma utilizar espacios verdes (parques y jardines) de la ciudad. El uso de este tipo de equipamiento ha aumentado significativamente respecto a 2012 (86,5%). Los utilizan más las personas de entre 16 y 44 años y quienes tienen estudios universitarios. La satisfacción con los espacios verdes es mayor entre las personas jóvenes y entre quienes viven en distritos de mayor desarrollo.

El 50,9% utiliza instalaciones deportivas municipales, cifra significativamente más elevada que la de 2012 (43,2%).

El 28,1% participa en las actividades del barrio frente a quienes no lo hacen nunca o casi nunca (71,9%).

Seguridad alimentaria

A partir de los resultados de las inspecciones realizadas, se puede afirmar que la calidad del agua de grifo y de los alimentos en la ciudad es muy buena. Asimismo, el número de brotes de toxoinfección alimentaria se mantiene en niveles bajos (tasa 2018: 1,21/100.000 habitantes).

La percepción de la ciudadanía respecto de la seguridad alimentaria también es muy buena. Destacan con mejor puntuación los mercados municipales.

Factores ambientales que inciden en la salud

Madrid Salud mantiene el Sistema de Vigilancia Sanitaria de Riesgos Ambientales (VISRAM) con indicadores de seguimiento, y el Sistema de Alertas en Salud Ambiental (SASA) para informar a la población de riesgos ambientales con efectos en salud, así como difundir recomendaciones sanitarias en episodios de superación de los umbrales de contaminantes en la atmósfera o de temperaturas extremas.

En 2018 la calidad del aire en la ciudad de Madrid ha mejorado respecto a 2017 en todos los contaminantes medidos, si bien no se cumplen los valores límite para el dióxido de nitrógeno NO₂ y el ozono. El número de estaciones con superación del valor límite anual de dióxido de nitrógeno ha disminuido a la mitad (de 15 estaciones en 2017 a 7 en el 2018).

Al 36% de las personas encuestadas le molestan los ruidos que oye desde su vivienda, el 60% de estas personas piensa que repercuten negativamente en su salud.

Los motivos de las molestias por ruido (de mayor a menor frecuencia) son el tráfico, los vecinos, las obras y construcciones, el ocio nocturno, la recogida de basuras y aglomeraciones y voces de la gente. Las molestias por ocio nocturno se dan con una frecuencia significativamente mayor en el distrito Centro.

Madrid Salud también asume la vigilancia y control de establecimientos y actividades con riesgo para la salud, así como el análisis y valoración de las condiciones higiénico-sanitarias de viviendas y del entorno urbano que puedan suponer un riesgo de salud para la ciudadanía. Asimismo, desarrolla la vigilancia, prevención y control de plagas y vectores en la ciudad en base a programas de salud pública planificados e intervenciones puntuales por avisos o incidencias.

Animales en la ciudad

Madrid Salud tiene la misión de prevenir y controlar la aparición de problemas para la salud y seguridad derivados de la presencia de animales, así como atender a su sanidad y bienestar.

La Ley 4/2016, de Protección de los Animales de Compañía de la Comunidad de Madrid, ha conllevado la puesta en marcha de nuevas estrategias de actuación, entre las que destaca el impulso de la gestión de las poblaciones de gatos urbanos con la creación de colonias felinas controladas, así como la modificación de los protocolos de ingreso de animales en el Centro de Protección Animal Municipal.

El 28,8% de las personas consultadas tiene al menos un animal de compañía. Con mayor frecuencia tienen perro (16,6%) y en segundo lugar gato (8,3%).



INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD

El 72,4% de la ciudadanía madrileña percibe su salud como buena o muy buena, cifra ligeramente inferior a la obtenida a nivel nacional. La buena percepción de la salud se asocia con el sexo masculino, la juventud, los niveles académicos más altos y el residir en distritos con mayor nivel de desarrollo.

La calidad de vida en relación con la salud se mantiene elevada, sin diferencias significativas con las encuestas anteriores.

Las mujeres declaran peor calidad de vida relacionada con la salud que los hombres.

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacer en la ciudad de Madrid en 2017 fue de 84,3 años (81,4 para los hombres y 86,6 para las mujeres).

Estas cifras son superiores a las obtenidas a nivel nacional (83,1 años; 80,4 en hombres y 85,7 en mujeres) y a nivel europeo.

España es el país de la Unión Europea con mayor esperanza de vida al nacer para las mujeres, mientras que los hombres se sitúan en tercera posición, por detrás de Suecia e Italia.

Con respecto a años anteriores, la esperanza de vida al nacer ha mejorado en la ciudad de Madrid y en España, especialmente entre los hombres, que avanzan 2,4 años (2,2 años los de España) desde 2008.

La esperanza de vida de la población de la ciudad de Madrid a la edad de 65 años es de 22,2 años (19,9 años en hombres y 23,9 en mujeres), también superior a la del conjunto de España, en especial en las mujeres.

Como se ve, la esperanza de vida al nacer en la población madrileña continúa siendo, como en

periodos anteriores, superior en las mujeres, si bien la diferencia tiende a reducirse, sobre todo por la estabilización del dato en ellas.

Existen diferencias entre distritos en la esperanza de vida al nacer. El distrito de Barajas cuenta con el dato más favorable tanto para hombres como para mujeres (84,6 y 88,3 años respectivamente) en el año 2017, mientras que los más desfavorables se dieron, para los hombres, en Puente de Vallecas (79,6 años) y para las mujeres en Villa de Vallecas, con 86 años.

En ese mismo año la esperanza de vida en buena salud, entendida como promedio de años de vida libre de limitación crónica de la actividad habitual, en la ciudad de Madrid es de 62,3 años para los hombres y de 61,7 años para las mujeres, lo que equivale a un 75,7% del tiempo vital en buena salud para unos y un 70% para otras.

MORTALIDAD

En 2017 fallecieron 28.594 personas en la ciudad de Madrid, lo que supone una tasa ajustada de mortalidad general de 713 por 100.000 habitantes (923 para los hombres y 575 para las mujeres, siempre por 100.000 y estandarizadas por el método directo con población-tipo europea). La edad media a la defunción en Madrid fue de 78 años para los hombres y de 83,8 años para las mujeres.

Por grupos de causas el primero en mortalidad (número de defunciones) en las mujeres son las enfermedades circulatorias y en los hombres los tumores. Para corregir el efecto de las distintas estructuras de edad en la comparación del riesgo de morir se calculan las tasas de mortalidad estandarizadas, que representan las de cada sexo si ambos tuvieran la misma composición etaria, observando entonces que el grupo más importante tanto en hombres como en mujeres son los tumores, seguido de las enfermedades circulatorias y las respiratorias.

Por causas específicas bien definidas, las tasas de mortalidad más altas en hombres corresponden a las isquemias cardíacas seguidas del cáncer de pulmón. En mujeres también son las isquemias cardíacas y las enfermedades cerebrovasculares.

Se registra en los últimos años un aumento notable de la mortalidad por enfermedad de Alzheimer en la ciudad de Madrid especialmente en las mujeres, así como por cáncer de pulmón y enfermedades hipertensivas también en ellas. Se observa desde hace tiempo que la mortalidad por enfermedades respiratorias es mayor en la población de nuestra ciudad que en la del resto de España.

Tanto en la ciudad de Madrid como a nivel nacional, destaca el incremento de la mortalidad registrado en 2015. Coincide este hallazgo con un retroceso en la esperanza de vida al nacer y a los 65 años, más acusado en la capital. Un fenómeno similar se observó en 2017, aunque en este caso solo afectó a las mujeres.

Las tasas de mortalidad general ajustadas más altas en 2015-2017 correspondieron a los distritos de San Blas-Canillejas, Villaverde, Puente de Vallecas, Carabanchel y Centro para los hombres; y a Centro, Usera, Puente de Vallecas y Villaverde para las mujeres.

Los hombres del grupo de distritos de menor desarrollo registraron un crecimiento importante de la mortalidad en 2011, manteniéndose esta brecha respecto a los demás grupos hasta la actualidad.

El cáncer es la enfermedad que provoca más mortalidad prematura en hombres y mujeres de nuestra ciudad (uno de cada tres años de vida perdidos al año por muerte precoz ocurre por tumores, tanto en hombres como en mujeres). Dentro de ellos, el cáncer de pulmón es el que causa más pérdida de años de vida en los hombres y el de mama en las mujeres. En segundo lugar, para hombres y mujeres, la mortalidad prematura más importante ocurre por infarto de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón.

Los hombres pierden un 50% más años de vida que las mujeres por fallecimientos prematuros. Los distritos de la ciudad de Madrid que registran mayores tasas de mortalidad prematura son, para hombres, Centro, Usera y Puente de Vallecas y para mujeres, Arganzuela, Vicálvaro y Moncloa-Aravaca.

La artrosis es la enfermedad que más años de vida con discapacidad (entendidos como años de mala salud) provoca en la población madrileña,

tanto en hombres como en mujeres: tasa anual de 45,3 años con discapacidad por 1.000 hombres y de 103,4 años por 1.000 mujeres. Por capítulos de la CIE-10, los problemas que acumulan unas tasas de años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVAD) más elevadas son las enfermedades mentales en mujeres y los tumores en hombres, en el primer caso sobre todo por los años que se viven con discapacidad y en el segundo por la mortalidad prematura.

MORBILIDAD

Enfermedades crónicas

Un 71,2% de las personas encuestadas refiere haber sido diagnosticado de al menos un problema de salud, siendo los más frecuentes: colesterol elevado, dolor lumbar o cervical crónicos, artrosis, hipertensión y alergias. No hay apenas diferencias por distritos.

Se observa una prevalencia de problemas alérgicos significativamente mayor en la ciudad de Madrid que en el conjunto de España.

Esta mayor frecuencia de enfermedades alérgicas ya se observó en el estudio anterior de la ciudad de Madrid y, en este caso y en el de los problemas respiratorios crónicos, sí se encuentran diferencias por distrito, pero no por nivel de desarrollo de ellos.

Limitación de la actividad habitual

Casi un tercio de la población madrileña tiene limitada su actividad habitual por problemas crónicos de salud según la ESCM'17. Esto sucede con más frecuencia en mujeres, en personas de edad avanzada, con menor nivel educativo y en las de clase social desfavorecida.

Consumo de medicamentos

El 66,3% de las personas entrevistadas ha consumido algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas. Esta cifra es similar a la obtenida en la encuesta de 2013 y también similar a la de España.

Las mujeres consumen más medicamentos que los hombres siendo esta diferencia significativa (69,7% vs. 62,4%). También aparecen diferencias



en función de la edad, siendo más frecuente a medida que esta aumenta, llegando al 83,4% en personas de 65 o más años.

El consumo de opioides en España ha registrado una tasa de variación al alza de un 83,6% en el periodo de 2005 a 2015. El uso de estos medicamentos puede dar lugar a dependencia física y adicción, lo que está generando un importante problema de salud en países desarrollados.

Según la ESCM'17, durante el año previo, tomaron tranquilizantes el 18,3% de las personas encuestadas y antidepressivos el 8% (sin prescripción el 11% y el 2% respectivamente). El 16% consumieron analgésicos opioides en el último año, de los cuales un 10% fue sin prescripción médica.

El consumo de psicofármacos es más frecuente en mujeres. La frecuencia de su uso se incrementa con la edad, aunque llama la atención el elevado consumo en población joven: un 12,5% de los menores de 30 años ha tomado analgésicos opioides en el último año y un 11,6% tranquilizantes.

Se observan grandes diferencias por distrito que no se asocian con su nivel de desarrollo.

También se preguntó sobre el uso de medicamentos para la alergia y el asma, que refiere haber tomado el 17,7% y el 8,7% de las personas encuestadas respectivamente. Estas frecuencias de consumo son más elevadas entre las personas jóvenes.

Dependencia y problemas cognitivos en personas mayores

El 57,8% de la población madrileña mayor de 65 años estaría en riesgo de dependencia, aumentando este a medida que se incrementa la edad (56% entre 65 y 80 años y hasta 86% en mayores de 90 años).

El 20% de mayores de 65 años refiere quejas de memoria frente al 12% en personas entre 55 y 65 años.

Estado ponderal

Casi el 47% de personas encuestadas mayores de 18 años presenta exceso de peso: sobrepeso el 35% y obesidad el 12% según datos antropométricos auto-referidos. La prevalencia de

sobrepeso y obesidad se mantiene en cifras similares en las sucesivas encuestas de la ciudad.

Tanto el exceso de peso como la obesidad se dan con más frecuencia entre los hombres y su prevalencia aumenta con la edad. También son más comunes entre las personas con menos estudios, las de clase social menos favorecida y entre quienes viven en distritos de menor nivel de desarrollo.

Por el contrario, el peso adecuado o normopeso es más frecuente, con significación estadística, en mujeres, personas de menor edad y en quienes tienen estudios universitarios.

El bajo peso se encuentra en el 2,5% de las personas mayores de 18 años, siendo más frecuente en las mujeres, las personas más jóvenes y las de clase social favorecida

En la población infantil madrileña de 3 a 12 años la prevalencia de exceso de peso alcanza el 40,9% (sobrepeso 25,1% y obesidad 15,8%), incrementándose según desciende el nivel de desarrollo de los grupos de distrito. La prevalencia del bajo peso o delgadez es del 0,8%, sin diferencias significativas entre los grupos de distritos.

Salud mental

El 21% de las personas encuestadas presenta riesgo de mala salud mental. El riesgo es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (16,7%) y en tramos de edad más jóvenes. Las personas de las clases sociales más desfavorecida presentan mayor probabilidad de encontrarse en esta situación.

Enfermedades transmisibles

La incidencia de casos de gripe en la Comunidad de Madrid en la temporada 2017-2018 ha sido superior a las dos anteriores, ha superado el umbral epidémico más precozmente y se ha mantenido por encima durante más semanas. La incidencia más alta se ha observado en menores de 15 años.

Se observa una tendencia ascendente de los casos de hepatitis A en todo el territorio español, mucho más acusada en Madrid (tasa de incidencia acumulada de 1,2 casos por 100.000 habitantes en 2012 y de 22,2 en 2017).

Continúa la tendencia ascendente de la incidencia de la infección gonocócica en la ciudad (11,7 casos por 100.000 habitantes en 2012 frente a 39 en 2017), como también ocurre en la Comunidad de Madrid y a nivel nacional.

La cifra de nuevos casos de infección por VIH, detectados en los últimos años (2009 a 2016), se mantiene en descenso. En 2016, se contabilizaron 752 nuevos diagnósticos, de los cuales el 90,3% eran hombres.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La tasa de IVE se mantiene estable en el tiempo. El 75% de las IVE se realizaron en medio extrahospitalario. En el 72,2% de los casos la edad gestacional en el momento de la IVE fue de ocho semanas o menos.

Accidentes

El 18'6% de las personas encuestadas afirma haber tenido algún accidente en los últimos doce meses, que provocó restricción en su actividad y/o requirió asistencia sanitaria.

Las caídas suponen casi la mitad de los accidentes (46,3%), seguidas de los golpes y las quemaduras. Más de un tercio se producen en el entorno doméstico, siendo más frecuente en mujeres y en mayores de 65 años.

En cuanto a la siniestralidad vial, en 2016 el 29% de los accidentes con víctimas en zona urbana se produjeron en Madrid y Barcelona (únicos municipios con más de un millón de habitantes), ascendiendo al 66% en los 62 municipios de más de cien mil. Los accidentes de tráfico en vías urbanas en la ciudad de Madrid más frecuentes son los sufridos por peatones (más del 40% del total de fallecimientos), seguidos por quienes viajan en moto (ciclomotores y motocicletas), que suponen en torno al 30% de fallecimientos.

Ingresos hospitalarios

Las causas de ingreso más frecuentes en hombres fueron las enfermedades del sistema digestivo, del sistema nervioso y de los sentidos, neoplasias y enfermedades respiratorias, entre otras. Las mujeres presentan las mismas causas

de ingreso, con excepción de que en tercer lugar figuraron los trastornos mentales y del comportamiento y en quinto el embarazo, parto y puerperio.

DISCAPACIDAD

En 2017 había un 6,1% de personas con discapacidad de grado igual o superior al 33% en la ciudad de Madrid. Esta cifra es algo menor a nivel de la Comunidad (5,6%). Para el conjunto de España se estimó en un 7,3% en 2016.

Ser hombre, tener más de 45 años, tener estudios primarios o menos y pertenecer a clase social desfavorecida, son las variables que tienen mayor peso respecto a la probabilidad de sufrir una discapacidad. No se observan diferencias significativas en función del nivel de desarrollo del distrito de residencia.

Entre las personas con alguna discapacidad hay mayor porcentaje de sobrepeso u obesidad (54,8% frente a 44,7% en las personas sin discapacidad), y también son más las que viven solas (21,5% frente al 13,7% del conjunto de la muestra). Asimismo, un mayor porcentaje dice haber sufrido algún tipo de discriminación, especialmente por su propia discapacidad.

SENTIMIENTO DE SOLEDAD

El sentimiento de soledad es un problema creciente en sociedades desarrolladas al que es preciso prestar atención por generar malestar psicológico y posibles trastornos mentales y enfermedades. En la ciudad de Madrid el 10% de las personas encuestadas se sienten solas con frecuencia, lo que se asocia, entre otras, a las siguientes circunstancias: vivir solo o sola, sentir que no hay personas que se ocupan de su bienestar, presentar riesgo de mala salud mental, ser una persona joven (entre 15 y 29 años) y tener baja autoestima. Este problema se presenta con mayor frecuencia en mujeres que hombres.



EXECUTIVE SUMMARY

This study is epidemiological research work aiming to establish the state of health of the population of the city of Madrid and identify the main health problems.

It also aims to determine social conditioning factors, some characteristics of the healthcare system in addition to habits and lifestyles as well as the environmental factors that may have an impact on the health of the people of Madrid.

Moreover, it analyses the territorial differences that exist and compares the results obtained with prior studies on the city.

The information not available in any register used to do this work essentially comes from the 2017 City of Madrid Health Survey (ESCM'17). Already, existing databases were also used both from municipal sources as well as other administrative agencies.

DETERMINANTS OF HEALTH

DEMOGRAPHIC ASPECTS

As of 1 January 2018, the city of Madrid had a population of 3,221,824: 54.3% women and 46.6% men.

The average age of the population was 44. 20.4% are over 65 years of age and 14.4% are under the age of 16.

The population over the age of 80 exceeds 36.2% of those over 65 (over-ageing), a figure that is higher than in 2014 (34%).

The population born outside Spain accounts for 21%. Economic immigrants (those born in a developing country) account for 18.4%.

The general fertility rate (number of children for every thousand women aged 15 to 49) is 39.3

a year. By ages, the highest rates correspond to women aged 35 with more than 98 children per one thousand women. The average number of children per woman at the end of their fertile life is 1.27, which is well below the figure required to ensure a generational shift (2016 data).

SOCIOECONOMIC ASPECTS

Four groups of districts have been identified based on their development level, defined as per the composite health, education and income index (CHEI):

Highest development: Chamartín, Salamanca, Chamberí, Retiro and Moncloa-Aravaca.

Average-high development: Arganzuela, Centro, Fuencarral-El Pardo, Barajas and Hortaleza.

Average-low development: Tetuán, Ciudad Lineal, Moratalaz, San Blas-Canillejas, Villa de Vallecas, Latina and Vicálvaro.

Lowest development: Carabanchel, Villaverde, Usera and Puente de Vallecas.

18.2% of the population over the age of 25 have a primary education or less, 47.4% have a secondary education and 34.4% have a university education.

39.5% of the population surveyed belongs to a household of privileged social class, 24.4% to the middle class and 36.2% to the underprivileged class. There is an even percentage of middle class residents in the 21 districts irrespective of their development level.

The unemployment rate registered at employment offices in the city of Madrid as of 1 January 2018 was 8.5% (8% among men and 9% among women). These figures are better than in 2013 (14.5% among men and 15% among women).

The at-risk of poverty and exclusion (AROPE) rate was 26% in 2017, which was slightly lower than the figure for all of Spain (26.6%) and higher than for the entire Autonomous Region of Madrid (20.6%).

In that same year, the city of Madrid had a higher Gini (distribution of income across income) index than the figure for all of Spain: 35.6% and 34.1%, respectively.

11.5% of the people face economic hardship trying to adequately feed their households (HFIAS scale), a figure that rises to 17% among households with at least one child under the age of 16.

Furthermore, 11% state they have been victims of some type of financial fraud in the last decade with the findings showing that this situation is associated with worse self-perceived health, a worse quality of life and a higher risk of poor mental health.

HABITS AND LIFESTYLES

Physical activity

43.5% of the people surveyed mentioned having a job where they do no physical activity and 30.2% are sedentary in their free time. This figure is lower than in the 2017 National Health Survey (ENSE 2017) which totalled 37.8%. Sedentary people declare a worse quality of life as concerns their health.

15.4% of the people are sedentary in their free time and in their habitual activities (14.4% among men and 16.3% among women). The average age of sedentary people is significantly higher than of all others. There is a lower risk of sedentariness among the underprivileged social class.

61.3% of the child population engages in physical activity or sport outside school hours.

Sleep

People 15 and over sleep an average of 7.1 hours a day including naps, which is lower than the 7.2 hours established by ESCM'13 and the 7.3 hours declared by ESCM'05.

Food

72% of the adult population of Madrid surveyed say they consume fresh fruits daily, 51% vegetables, salads or other greens and 21% freshly-squeezed fruit or vegetable juice.

These data are better than those found by ENSE 2017 (69%, 40.4% and 11.4%, respectively).

12.5% of Madrid's population follows the WHO recommendation of eating 5 servings of vegetables a day. This consumption is higher among women (16.1% versus 8.1% of men) and also among those older than 65 (they have double the vegetables that young people do).

With respect to childhood nutrition, 4% of the families say their child does not have breakfast or only does on some days. The consumption of commercial fruit juice is quite frequent among the child population of Madrid with two out of every three schoolchildren interviewed drinking it at least once a week and one out of every five, drinking it every or almost every day. The consumption of sugary drinks and industrial pastries is also quite common.

73.7% of the people interviewed mention regularly drinking tap water. On the contrary, 12.5% say they always or almost always drink mineral water. Young people drink mineral water more frequently than older people and those who have been living less time in Madrid.

Mobile phone use

99.8% of the people interviewed under the age of 65 have a mobile phone and more than 92% habitually use it.

It can be said that nearly 20% engage in risky use and nearly 14% in problematic use (26% among those under the age of 30). There are no differences based on sex, social class or education level. Problematic use is associated with a higher risk of poor mental health and greater consumption of tranquilizers.

Information and communications technology (ICT) use among adolescents

In Spain, 66% of children between 10 and 15 years of age have a mobile phone. At 10 years of age 22% have one, and 94% at 15.

In the city of Madrid, adolescents reflect significantly higher problematic use of mobile phones, instant messaging and social media as well as a higher frequency of problematic use



of videogames. This situation is similar at all schools with no differences by type of school (public, subsidized or private) or by development level in the district where the school is located.

Alcohol consumption

44% of the population surveyed declare they do not drink alcohol or do so one or less times a month (55% among women and 32% among men). On the contrary, 32% (23% among women and 42.5% among men) are habitual drinkers.

16.2% could be classified as risky drinkers (16.5% among men and 16% among women). This situation occurs more often among those under the age of 30 and drops with age. There are barely any differences by social class or education level; however, risky consumption is more common among those who live in districts of greater development.

Binge drinking is practiced by 4% of all men and 5% of all women. In all age groups, women engage in this type of drinking more often than men; the greatest difference is seen in the group of people under the age of 30 (14.3% vs. 9.6%).

Tobacco consumption

19% of those over 15 say they smoke daily (18% among women and 20% among men); both percentages are lower than for all of Spain (19% and 26%, respectively).

Nearly half of all smokers have no intention of quitting.

A decreasing trend in the consumption of tobacco is observed on the successive surveys for the city of Madrid.

Preventive activities

Most of the population follows control recommendations for health issues such as hypercholesterolemia and hypertension. They also undergo breast and cervix cancer screenings. However, this level of observance of the recommendations is not found in the cases of colorectal cancer and flu vaccination.

Road safety and mobility

Most of the population uses a safety belt, especially when travelling on main roads.

100% used helmets when travelling on motorbikes in the city or on main roads.

1.8% of the people surveyed say they have driven in the last thirty days under the effects of alcohol; of these, 58.8% are men.

The most commonly used form of public transport is the underground, followed by the urban bus system.

The use of suburban trains, intercity buses, taxis and bikes has significantly increased. The percentage of people who do not use any type of public transport has remained steady since 2012 (18.5%). Women use public transport more often than men and young people more often than older people.

The use of bike lanes has doubled (32.6% in 2016; 16.3% in 2012).

ENVIRONMENT

Housing

Only one person lives in 30.7% of all Madrid homes. Single-person households are the most common in the city unlike what occurs in the rest of Spain and in the Autonomous Region of Madrid, where households with two people are more common.

The households with the most material shortcomings are those comprised of one adult and one or more children.

People of foreign origin reside in 15.5% of all households (only foreign people live in 6.1% and Spaniards and foreigners together live in the remaining 9.4%).

12.2% of Madrid's population lives alone (10.1% of men and 14% of women). The frequency of single-person households is higher among older women.

Neighbourhood and city

87% of all citizens state they are very or rather satisfied with living in the city (a noteworthy

increase with respect to the 81.5% reported in 2012) and 81.7% in their neighbourhood (80.2% in 2012).

94.4% of the people surveyed state they use green areas (parks and gardens) in the city. The use of these types of facilities has significantly increased with respect to 2012 (86.5%). They are used by more people between 16 and 44 years of age and those with a university education. Satisfaction with green areas is higher among young people and those who live in more developed districts.

50.9% use municipal sports facilities, a significantly higher figure than reported in 2012 (43.2%).

28.1% participate in neighbourhood activities versus those who never or almost never do (71.9%).

Food safety

Based on the results of the inspections done, it may be stated that the quality of the tap water and the food in the city is very good. Likewise, the number of food poisoning cases has remained at low levels (2018 rate: 1.21/100,000 inhabitants).

People's perception of food safety is also quite good. Municipal markets stand out with a better score.

Environmental factors that impact health

Madrid Salud operates an environmental risk health watch system (VISRAM) with tracking indicators and an environmental health alert system (SASA) to inform the public of environmental risks with an impact on health as well as to disseminate health recommendations when the thresholds of pollutants in the air are exceeded or there are extreme temperatures.

In 2018, the air quality in the city of Madrid improved in comparison to 2017 for all pollutants measured even though there was a lack of compliance with limit values for nitrogen dioxide NO₂ and ozone. The number of stations exceeding the annual limit value for nitrogen dioxide decreased to half (from 15 stations in 2017 to 7 in 2018).

Noise heard in the home bothers 36% of the people surveyed with 60% of these people believing it has negative effects on their health.

The causes of the noise disturbances (from most to less common) are traffic, neighbours, construction work, nightlife, rubbish collection and crowds of people speaking. Disturbances caused by nightlife are significantly more common in the city centre.

Madrid Salud also monitors and controls establishments and activities that pose a health risk in addition to analysing and assessing the hygiene/sanitary conditions of homes and the urban environment which could pose a health risk to the population. Likewise, it engages in pest monitoring, prevention and control in the city based on planned public health programmes and isolated interventions following notifications or incidents.

Animals in the city

Madrid Salud has the mission of preventing and controlling the rise of health and safety problems deriving from the presence of animals as well as overseeing the animals' health and wellbeing.

Law 4/2016, on Pet Protection in the Autonomous Region of Madrid brought the implementation of new action strategies including greater management of urban cat populations with the creation of controlled feline colonies as well as the modification of protocols for incoming animals at the Municipal Animal Shelter.

28.8% of the people consulted have at least one pet. They more commonly have a dog (16.6%), followed by a cat (8.3%).

INDICATORS OF HEALTH

SELF-PERCEIVED HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE IN RELATION TO HEALTH

72.4% of Madrid's citizens perceive their health as good or very good, a figure that is



slightly lower than seen nationally. The good perception of health is associated with males, youth, the highest education levels and residing in more highly developed districts.

Quality of life in relation to health remains high without any significant differences from prior surveys.

Women state they have a worse quality of life in related to health than men.

LIFE EXPECTANCY

Life expectancy upon birth in the city of Madrid in 2017 was 84.3 years (81.4 for men and 86.6 for women).

These figures are higher than those observed nationally (83.1 years; 80.4 among men and 85.7 among women) and across Europe.

Spain is the EU country with the highest life expectancy upon birth for women whereas it is in third position for men behind Sweden and Italy.

In comparison to prior years, life expectancy upon birth has improved in the city of Madrid and in Spain, especially among men, who are living 2.4 years more (2.2 years more in all of Spain) since 2008.

Life expectancy in the city of Madrid at the age of 65 is 22.2 years (19.9 years among men and 23.9 among women), which is also higher than all of Spain, especially for women.

Life expectancy upon birth among Madrid's population continues to be higher among women, just as found in previous periods, although the difference is dropping particularly due to the stabilization of this figure among women.

There are differences between districts in the life expectancy upon birth. The district of Barajas reflects the most favourable figures both for men as well as women (84.6 and 88.3 years, respectively) in 2017; whereas the most unfavourable figures were found among men in Puente de Vallecas (79.6 years) and among women in Villa de Vallecas, at 86 years old.

In that same year, life expectancy in good health, understood as the average number of years free of any chronic limitation of habitual

activities, in the city of Madrid was 62.3 years for men and 61.7 years for women which is the equivalent of 75.7% of a person's lifetime in good health for men and 70% for women.

MORTALITY

In 2017, there were 28,594 deaths in the city of Madrid which accounts for a general adjusted mortality rate of 713 per 100,000 inhabitants (923 for men and 575 for women, always per 100,000 and using direct method standardization for a European population). The average age at death in Madrid was 78 for men and 83.8 for women.

By groups of causes (death number) the leading cause of mortality among women was circulatory diseases and tumours among men. To correct the effect of the different age structures in the risk of death comparison, the standardized mortality rates were calculated which represent the rate for both sexes if both were of the same age. This reveals that the most important group in men and women is tumours followed by circulatory and respiratory diseases.

By specific well-defined causes, the highest mortality rates among men correspond to cardiac ischemia followed by lung cancer. Cardiac ischemia is also one among women, along with cerebrovascular diseases.

A notable increase in mortality due to Alzheimer's disease in the city of Madrid was recorded, particularly among women as well as due to lung cancer and hypertension diseases, also among women. Mortality caused by respiratory diseases has long been higher among our city's population than in the rest of Spain.

In the city of Madrid and nationally, the increase in mortality recorded in 2015 particularly stands out. This finding coincides with a decrease in life expectancy upon birth and at 65 years of age, which is more drastic in the capital city. A similar phenomenon was observed in 2017, although it only affected women in that case.

The highest general adjusted mortality rates in 2015-2017 corresponded to San Blas-Canillejas, Villaverde, Puente de Vallecas, Carabanchel and Centro districts for men; and Centro, Usera,

Puente de Vallecas and Villaverde districts for women.

Men from the group of the least developed districts reflected a significant increase in mortality in 2011. This gap with all other groups has since remained steady to date.

Cancer is the disease that causes the highest premature mortality among men and women in our city (one out of every three years of life lost per year due to early death is because of tumours, both in men and women). Of the different types, lung cancer causes the greatest number of lost years of life among men and breast cancer among women. Secondly, for men and women, the highest premature mortality occurs due to myocardial infarction and other ischemic heart diseases.

Men lost 50% more years of life than women due to premature death. The districts in the city of Madrid that record the highest rates of premature death for men are the centre, Usera and Puente de Vallecas; and for women, Arganzuela, Vicálvaro and Moncloa-Aravaca.

Arthrosis is the disease that cause the most years of life with a disability (understood as years of poor health) among Madrid's population both in men as well as women: annual rate of 45.3 years with a disability per 1,000 men and 103.4 years per 1,000 women. By chapters of the CIE-10, the problems that accumulate the highest disability-adjusted life year (DALY) rates are mental diseases in women and tumours in men. In the first case, it is especially because of the years of life lived with a disability and, in the second, because of premature mortality.

MORBIDITY

Chronic diseases

71.2% of the people surveyed say they have been diagnosed with at least one health problem. The most common are: high cholesterol, chronic back or neck pain, arthrosis, hypertension and allergies. There are barely any differences by district.

A significantly higher prevalence of allergy problems is observed in the city of Madrid in comparison to the rest of Spain.

This greater frequency of allergy diseases was already observed in the prior study of the city of Madrid and, in this case and in the case of chronic respiratory problems, there are differences by district but not by the development level thereof.

Limitation on habitual activity

Almost a third of Madrid's population faces limitations on their habitual activities due to chronic health problems as per ESCM'17. This occurs more frequently among women, the elderly, those with a lower education level and those who are socially underprivileged.

Medication consumption

66.3% of the people interviewed had taken some type of medication in the previous two weeks. This figure is similar to the one found with the 2013 survey and also similar to the figure for all of Spain.

Women take more medications than men with a significant difference (69.7% vs. 62.4%). There are also differences based on age with consumption more frequent with age, reaching 83.4% in people aged 65 or older.

The consumption of opioids increased in Spain by 83.6% in the 2005 to 2015 period. The use of these medications can lead to physical dependence and addiction, which is becoming a major health problem in developed countries.

Within the previous year, 18.3% of the people surveyed had taken sedatives and 8% anti-depressants (without a prescription in 11% and 2% of the cases, respectively). 16% had consumed opioid analgesics in the previous year, 10% of them had done so without a doctor's prescription.

The consumption of psychiatric drugs is more common among women. The frequency of use increases with age; however, the high consumption among young people is quite alarming: 12.5% of those under 30 had taken opioid analgesics in the previous year and 11.6%, sedatives.

Major differences are observed by district which are not associated with development levels.



There were also questions about the use of medications for allergies and asthma with 17.7% and 8.7% of the people surveyed saying they had taken them, respectively. These consumption frequencies are highest among young people.

Dependence and cognitive problems among the elderly

57.8% of Madrid's population over 65 is at risk of dependence; this figure increases with age (56% among 65-80 years old and up to 86% among those over 90).

About 20% of those over 65 complain of memory issues versus the 12% with the same claims among those aged 55 to 65.

Weight

Nearly 47% of the people surveyed over 18 is affected by excess weight: 35% are overweight and 12% are obese according to self-declared anthropometric data. The prevalence of overweight and obese population has remained steady over the successive surveys of the city.

Both excess weight and obesity are more common among men and the prevalence increases with age. They are also more common among people with a lower education level, those of a lower social class and those who live in districts that are least developed.

On the contrary, an adequate weight or normal weight is more common with a statistical significance among women, younger people and those with a university education.

Low weight is found in 2.5% of people over 18 and it is more common among women, younger people and those of a privileged social class.

Among Madrid's child population aged 3 to 12, the prevalence of excess weight reaches 40.9% (25.1% overweight and 15.8% obese). These figures increase with less development among the district groups. The prevalence of low weight or thinness is 0.8% without any significant differences among the district groups.

Mental health

21% of the people surveyed are at risk for poor mental health. The risk is higher among women (24.6%) than among men (16.7%) and among the youngest age groups. The people in the most underprivileged social classes are more likely to be affected by this situation.

Transmissible diseases

The incidence of flu in the Autonomous Region of Madrid in the 2017-2018 season was higher than in the previous two seasons, exceeding the threshold of an epidemic faster and remaining above it for more weeks. The highest incidence was observed in those under 15 years of age.

A rising trend was observed for cases of hepatitis A throughout Spain with the figure much more accused in Madrid (a cumulative incident rate of 1.2 cases per 100,000 inhabitants in 2012 and 22.2 in 2017).

The incidence of gonococcal infection in the city continues to rise (11.7 cases per 100,000 inhabitants in 2012 vs. 39.0 in 2017) as occurs throughout the Autonomous Region of Madrid and nationally.

The figure of new cases of HIV infection detected in recent years (2009 to 2016) continues to drop. In 2016, 752 new diagnoses were recorded and 90.3% of them were among men.

Abortion

The abortion rate has remained stable over time. 75% of all abortions were done in non-hospital clinics. In 72.2% of all cases, the gestational age at the time of abortion was eight weeks or less.

Accidents

18.6% of the people surveyed say they had had some type of accident in the previous twelve months which restricted their activity and/or required medical care.

Falls account for nearly half of all accidents (46.3%), followed by blows and burns. More than a third happen at home and they are more

common among women and those over 65 years of age.

As far as traffic accidents, 29% of all accidents with victims in urban area occurred in Madrid and Barcelona in 2016 (the only municipalities with more than a million inhabitants), and totalled 66% in the 62 municipalities with more than a hundred thousand. Traffic accidents on urban roads in the city of Madrid most frequently impact pedestrians (more than 40% of the total deaths), followed by those who travel on motorbikes (mopeds and motorcycles), which account for around 30% of deaths.

Hospital admissions

The most common causes of hospital admissions among men were digestive system, nervous system and sensory system illnesses, neoplasia and respiratory diseases, among others. Women are affected by the same causes for admission except for the fact that mental and behavioural disorders come in third place and pregnancy, childbirth and post-partum care come in fifth.

DISABILITY

In 2017, there were 6.1% of people with disabilities classified at a degree of 33% or more in the city of Madrid. This figure is somewhat lower region-wide (5.6%). For all of Spain, it was estimated to be 7.3% in 2016.

Being male, over the age of 45, having a primary or lower level of education and belonging to the underprivileged social class are variables of greater weight with respect to the likelihood of a disability. No significant differences were observed based on the development level of the district of residence.

Of the people with some type of disability, there is a higher percentage of people who are overweight or obese (54.8% vs. 44.7% among people with a disability), as well as those who live alone (21.5% vs. 13.7% for the entire sample). Likewise, a higher percentage say they had suffered some type of discrimination, especially because of their disability.

FEELING OF LONELINESS

A feeling of loneliness is a growing problem in developed societies and requires attention due to the psychological malaise and possible mental disorders and diseases it can cause. In the city of Madrid, 10% of the people surveyed frequently feel alone and this is associated, among other things, to the following circumstances: living alone, feeling no one is concerned about their wellbeing, being at risk of poor mental health, being young (15-29 years old) and having low self-esteem. This problem is more common among women than men.



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Los factores que determinan la salud son de diversa índole. Un primer grupo incluye los económicos, sociales y políticos. El segundo lo forman los relacionados con los estilos de vida, los ambientales, los aspectos genéticos y biológicos y los referidos a la atención sanitaria. Conocer la situación de salud de la ciudadanía y de los determinantes de esta permite establecer prioridades y distribuir los recursos para su mejora.

El Ayuntamiento de Madrid, a través de Madrid Salud, ha realizado tres estudios de salud de la ciudad de Madrid (en 2008, 2014 y el presente de 2018). En todos ellos se han empleado fuentes de información municipales, de la Comunidad de Madrid, nacionales y múltiples estudios, así como una encuesta específica a la ciudadanía madrileña. El uso de información o bases de datos no creadas expresamente para un estudio específico no está exento de problemas. Uno de ellos es la dificultad que a veces supone desagregar de los datos generales la información específica de la población que se quiere estudiar. Otro inconveniente es la dificultad para comparar resultados, cuestión especialmente relevante en el caso de las encuestas; en ocasiones, aunque se pregunte lo mismo, no se hace de la misma manera, por lo que las respuestas no se pueden valorar como equivalentes. Asimismo, las diferencias conceptuales o metodológicas pueden llevar a que la evaluación ajena sea similar a la propia, pero no idéntica.

Para el primer Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2008 se realizó la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, aplicada a un muestreo aleatorio representativo de la ciudadanía de Madrid y de cada uno de sus distritos que supuso entrevistar a 8.500 personas.

En 2014 se elaboró el segundo Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Se añadieron nuevas fuentes de información incluyendo en esta ocasión las referidas al entorno. Para este estudio se realizó la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013, cuyo diseño se basó en la realizada en 2005. La muestra fue de 802 personas. El estudio se completó con tres informes que proporcionaron un análisis sobre hábitos de salud de los jóvenes de la ciudad de Madrid, desigualdades territoriales en salud en la ciudad a través de un indicador de privación por secciones censales y esperanza de vida y mortalidad.

El presente Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018 tiene entre sus objetivos prioritarios:

- Conocer el estado de salud de la población de la ciudad de Madrid, tanto física como psíquica y social, e identificar los principales problemas de salud: enfermedades crónicas, accidentes, limitaciones funcionales, etc.
- Conocer los hábitos y estilos de vida de la ciudadanía, así como aquellos factores del entorno y determinantes sociales que condicionan el nivel de salud.
- Analizar las diferencias entre distritos de los problemas de salud y los factores de riesgo.
- Conocer la evolución de los aspectos abordados en los estudios de salud de la ciudad en 2008 y 2014.
- Contextualizar los resultados referidos a la ciudad con los disponibles a nivel nacional y europeo.
- Aportar evidencias encaminadas a mejorar la salud y facilitar el ajuste de las políticas municipales en este ámbito.

Incluye como aspectos novedosos diversos problemas de salud emergentes: uso del teléfono móvil y de las tecnologías de la información y de la comunicación en adolescentes, el consumo de medicamentos psicotrópicos y la percepción de haber sufrido discriminación. El fin es conocer nuevas realidades de la ciudad, y en algunos casos en cada distrito, para posibilitar la adopción de medidas en el presente y vislumbrar las que podrían ser necesarias en el futuro.

En consonancia con los objetivos establecidos, el estudio aporta una dimensión longitudinal mediante la comparación de las encuestas de salud propias de 2005, 2013 y 2017, lo que permite conocer la evolución de las condiciones de salud; también ofrece una dimensión contextualizada de la ciudad de Madrid respecto a España y Europa a través de la comparación de la información de la ciudad con la proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud de 2017 y la Encuesta Europea de Salud de 2014. Por último, añade una dimensión territorial, dado que el volumen y diseño de la muestra permiten realizar análisis representativos de cada uno de los distritos municipales.

Como en los estudios anteriores, se han utilizado fuentes de datos del Ayuntamiento de Madrid, de la Comunidad de Madrid, nacionales, supranacionales y múltiples estudios. Asimismo, se ha realizado la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 a una muestra de 8.845 personas elegidas mediante muestreo aleatorio estratificado.

Los tres estudios de salud de la ciudad realizados incluyen indicadores que la OMS propone para monitorizar la equidad sanitaria. En ellos se analizan **factores determinantes de la salud** como los personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. En este sentido, se estudian **aspectos demográficos** que abordan diversas características de la población, los cambios producidos, los factores migratorios, la fecundidad y su influencia en la pirámide poblacional, etc. Todo ello informa de la dinámica poblacional y también delimita los grupos con necesidades especiales. También se revisan **aspectos socioeconómicos** como son la renta y el desarrollo. Se ha utilizado el Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta para comparar los distritos en aspectos tales como pobreza, desigualdad, clase social, nivel de estudios y prevalencia de algunos problemas de salud o la mortalidad. El apartado sobre **hábitos y estilos de vida** incluye múltiples aspectos: alimentación, consumo de agua de grifo, actividad física, sueño consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, movilidad y seguridad vial, entre otros. También se analiza el uso por parte de la ciudadanía de los recursos disponibles que favorecen hábitos saludables: espacios verdes, instalaciones deportivas, etc. El **entorno**, constituido por las condiciones físicas en las que se desenvuelven las personas, aborda las condiciones de la vivienda, del barrio y de la ciudad. Se recoge por primera vez información sobre pobreza energética, calidad de los alimentos que se consumen y del agua que se bebe, así como factores ambientales que inciden en la salud y la protección de los animales de compañía en la ciudad. También se informa respecto a la calidad del aire y, en cuanto al ruido, su distribución en la ciudad y sobre el impacto que las personas creen que tiene en su salud. Se recogen los principales **servicios sociosanitarios** a disposición de la ciudadanía madrileña e indicadores de su actividad. En el capítulo sobre **indicadores del nivel de salud** se indaga sobre la **autopercepción de la salud y la calidad de vida en relación con ella**. Este apartado también aporta datos sobre **esperanza de vida**, **mortalidad** y **morbilidad** e incluye el análisis de la **discapacidad** como condición que puede limitar el desarrollo individual y requiere de acciones específicas para mejorar la calidad de vida y disminuir la desigualdad que pueda generar.

El estudio presenta cuantiosa información en forma de gráficos y tablas, algunas de las cuáles debido a la densidad de su contenido, se agrupan en el **ANEXO I**.

Se incluye como parte final del estudio el informe monográfico **Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid**.

El Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018 está dirigido tanto a personal técnico o especialista como a la ciudadanía en general.





1

METODOLOGÍA

1

METODOLOGÍA

Este estudio es un trabajo de investigación epidemiológica, descriptiva, analítica y transversal que busca verificar relaciones entre variables de salud con otros factores que se sabe la condicionan, analizando, siempre que sea posible, cómo se establecen esas relaciones en los diferentes grupos de población de la ciudad de Madrid y la fuerza de asociación que existe entre los factores explicativos y los indicadores de salud. Este estudio se aplica y fundamenta en los siguientes principios metodológicos:

- El estado de la salud de la población se define por una relación de indicadores de salud que es posible obtener, cuantificar y analizar utilizando el método científico.
- El estado de la salud de la población es el resultado de la interacción de diferentes factores sociales, demográficos, biológicos, económicos, de estilo de vida y del sistema de cuidados, todos ellos determinantes del nivel de salud.
- El método científico ha establecido qué factores son esos, y cómo y en qué grado determinan el nivel de salud colectivo.
- La información sobre el nivel de salud de la población se encuentra, en parte, disponible en registros y estadísticas. A partir de estas fuentes se puede obtener la información desagregada territorialmente y en grupos. La no disponible también es posible conocerla a través de herramientas que se construyen ad-hoc con este fin (encuestas de salud, análisis con metodología cualitativa).

Siguiendo las recomendaciones del Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas¹ y con el fin de evitar que se dupliquen las solicitudes de información a la población, se han utilizado datos de otras fuentes de la administración ya existentes. También se han seguido las recomendaciones del citado código en lo relativo al diseño de las encuestas, la selección de las muestras y los métodos de estimación, así como en la elaboración del cuestionario.



1.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

La información utilizada para elaborar este estudio procede de diversas fuentes, como las del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en Población Adulta de la Comunidad de Madrid², la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en la Ciudad de Madrid, del Ayuntamiento de Madrid³ y, por otro, de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17) así como de las anteriores encuestas realizadas en 2005⁴ y 2013⁵. Las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística⁶ y de la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid⁷, han proporcionado los datos sociodemográficos y otros. Los datos poblacionales se han extraído del Padrón Municipal de Habitantes o Padrón Continuo de Habitantes Madrid⁸. También estas bases de datos han permitido acceder a la "Encuesta continua de hogares" (ECH)⁹ extrayendo características demográficas básicas de la población, de los hogares que componen y de las viviendas que habitan y a la "Encuesta de condiciones de vida" (ECV)¹⁰ de la que se ha recabado información de las carencias materiales de las viviendas.

Además de las arriba mencionadas, se han utilizado otras fuentes de información, propias, como el Sistema de Vigilancia de Riesgos Ambientales (VISRAM)¹¹ o externas: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012¹² y 2017¹³ y la Encuesta Europea de Salud de España (ESEE) 2014¹⁴, Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid¹⁵, y Eurostat¹⁶. En los casos en los que se pueden extraer datos representativos de la población de la ciudad se realizan elaboraciones utilizando las bases de datos, y en los que no cuentan con una muestra representativa de la ciudad, como sucede con la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), que solo tiene representación a nivel de comunidad autónoma, se utilizan los datos nacionales o autonómicos para comparar los resultados obtenidos en la población de la ciudad de Madrid. Con la mayoría de los datos que extraemos de estas fuentes elaboramos indicadores de interés para Madrid Salud que incorporamos a este Estudio.

A continuación, se describen las principales fuentes de datos utilizadas.

ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2017 (ESCM'17)

La encuesta se elaboró para obtener información sobre la salud de la ciudadanía de Madrid y sobre factores relacionados con ella que no era posible conocer a partir de otras fuentes de información ya existentes. Sus objetivos fueron:

- Proporcionar información sobre el estado de salud de la población de la ciudad de Madrid, tanto física como psíquica y social, e identificar los principales problemas de salud de la ciudadanía: enfermedades crónicas, dolencias, accidentes, limitaciones funcionales, etc.
- Conocer los hábitos, estilos de vida y determinantes sociales que pueden repercutir en el nivel de salud.
- Analizar las diferencias con que se presentan los problemas de salud y los factores de riesgo entre los distintos subgrupos de población (por sexo, edad, clase social, país de origen, estudios y actividad económica).
- Analizar las diferencias cuantitativas y cualitativas con que se presentan los problemas de salud y los factores de riesgo entre los diferentes distritos de la ciudad.
- Comparar los resultados obtenidos con los de las encuestas anteriores, realizadas en 2005 y 2013 y analizar las diferencias.

Ámbito geográfico: municipio de Madrid.

Población objeto de estudio: personas de 15 y más años residentes en la ciudad de Madrid.

Diseño muestral: el tipo de muestreo utilizado ha sido el aleatorio estratificado. El criterio de estratificación ha sido el distrito de la ciudad (los 21 distritos) y en cada distrito se ha realizado postestratificación por sexo y grupos de edad a partir de tamaños mínimos fijados de antemano (400 entrevistas por distrito para asegurar un error de muestreo de $\pm 5\%$, en las hipótesis de muestreo aleatorio simple, considerando un nivel de confianza del 95,5% y para estimaciones correspondientes a categorías igualmente probables: $p=q=50\%$). De esta forma, se asignaron inicialmente tamaños mínimos por sexo, grupo de edad y distrito, proporcionales al tamaño muestral inicial de 400 entrevistas por distrito.

Selección de las unidades muestrales: la selección de las unidades muestrales de primera etapa (hogares) plantea pocos problemas al disponer de la base de datos de hogares con teléfono fijo, lo que permite asumir muestreo aleatorio simple en cada estrato geográfico.

Por otra parte, la **estratificación** propuesta por **sexo y edad** hace que estas dos variables hayan de tenerse también en cuenta en el proceso de selección de las unidades muestrales de última etapa, individuos o elementos muestrales.

Pero el problema de considerar el sexo y la edad en la selección de los individuos es que el estrato al que pertenece una unidad de muestreo no se conoce hasta después de recoger los datos. Los tamaños de los estratos se obtienen *a priori* a partir de las estadísticas oficiales, pero las unidades no se pueden clasificar en estratos hasta después de conocer los datos de la muestra.

A partir de la postestratificación, la selección de los elementos muestrales teniendo en cuenta el sexo y la edad con un muestreo probabilístico, consiste en seleccionar mediante muestreo aleatorio simple en el hogar e ir clasificando a las unidades *a posteriori* (después de la selección de cada elemento muestral) hasta alcanzar el tamaño muestral prefijado en cada estrato, según los datos de las estadísticas oficiales. Esta tarea, que realiza de forma automática el sistema informático BELLVIEW CATI, es el utilizado para esta encuesta. El fundamento teórico es que este método es casi tan preciso como el muestreo aleatorio estratificado *a priori*, con asignación proporcional, siempre y cuando se cumplan dos condiciones:

- Los tamaños muestrales son suficientes en cada estrato, lo que se cumpliría en nuestro caso.
- Los errores en los factores de elevación pueden ignorarse. En nuestro caso, es perfectamente conocida a través de las estadísticas oficiales, la distribución por sexo y grupo de edad de la población de 15 y más años, residente en la ciudad de Madrid, por lo que se puede fijar de antemano el tamaño muestral de cada estrato.

Este método también puede aplicarse a una muestra ya estratificada *a priori* por otra variable como el distrito, a condición de que los tamaños poblacionales se conozcan por separado. En concreto, los tamaños de población de 15 y más años existentes en cada estrato de edad y sexo.

Para considerar el tamaño y la composición del hogar, se ha utilizado una rutina de selección aleatoria del estrato de sexo y edad a cubrir en el hogar seleccionado, que aporta unos resultados más que aceptables y que se vienen aplicando en encuestas de salud por entrevista telefónica desde hace más de 15 años.

Marco de muestreo: para definir el marco de muestreo caben, en principio, dos opciones:

- Utilizar una base de datos que garantice una amplia cobertura del marco poblacional de teléfonos.
- El marcado aleatorio de números a partir del conocimiento previo de las características de los números de teléfono.

Se ha utilizado la base de hogares con teléfono fijo en la ciudad de Madrid y, en consecuencia, se han podido generar muestras aleatorias con la máxima cobertura. Además, es una base de datos que cumple todos los requisitos exigidos en la *Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (LORTAD)*. La base de datos propuesta ha



asegurado disponer a fecha septiembre de 2017, de todos los hogares con teléfono instalado, por lo que los posibles sesgos derivados de una mala actualización de la base de datos podrían ser despreciables. Por otro lado, esta base de datos se actualiza de forma periódica.

Los sesgos derivados de la población que queda fuera de la base de datos a petición propia por garantías de confidencialidad creemos que también son despreciables. Si se exceptúa la población inmigrante, estas personas suelen tener un patrón común: la mayoría son personalidades públicas y se estima que no superan los 100.000 hogares en toda España. Esta cifra no es más que una estimación que no es posible desagregar para la ciudad de Madrid, al ser cifras estrictamente confidenciales a las que no se tiene acceso. No obstante, restringiéndonos a la ciudad de Madrid, cabe pensar que estamos hablando de un número reducido de personas sin una incidencia significativa en la representatividad de la muestra.

La principal cuestión a analizar respecto a la cobertura del marco de muestreo es el error de cobertura derivado de la población que queda fuera de este marco por no disponer de teléfono fijo. La última encuesta de 2017 sobre “Equipamiento y uso de las TIC en los hogares”, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), no ofrece datos desagregados para la ciudad de Madrid, aunque sí disponemos de datos suficientes para la comunidad de Madrid que pueden ser utilizados como forma de aproximarnos a la estimación para el municipio de Madrid. Según la mencionada encuesta, las viviendas de la comunidad de Madrid con teléfono fijo suponen un 88,1%, con teléfono fijo y móvil un 87,0% y exclusivamente con teléfono móvil un 11,9%. Estos datos no son trasladables a personas, ya que habría que tener en cuenta el tamaño del hogar, pero resulta evidente que existe un porcentaje relevante, que puede estar en torno al 10%, de personas que no poseen teléfono fijo y quedarían fuera del marco de muestreo.

Por ello, el marco muestral utilizado ha sido la base de datos de teléfonos fijos de la ciudad de Madrid y una base de datos de teléfonos móviles, que garantice la máxima cobertura del marco muestral.

La base de datos de teléfonos móviles utilizada es una base de datos de números generados de forma aleatoria. Se genera a partir de los números 6 y 7, eliminando las cabeceras (números de 3 cifras de inicio del teléfono móvil) que no existen.

Se ha trabajado con una distribución al 50% (fijos y móviles). No obstante, el principal problema del número de móvil es que todavía no se dispone de los móviles adscritos a un ámbito geográfico dado. En otras palabras, es imposible disponer de números móviles localizados exclusivamente en la ciudad de Madrid, y mucho menos a nivel de distrito, que ha sido el principal criterio de estratificación. También es imposible discriminar por el momento entre números particulares y números de empresa. Por todo ello, la distribución final fijo/móvil ha sido muy variable por distrito, siempre teniendo en cuenta que el distrito se conoce solo en las llamadas que han generado entrevista y no en todos los números móviles marcados. En el caso del fijo no hay ningún problema ya que son teléfonos de hogares y pueden ser geolocalizados hasta la sección censal.

Tamaños muestrales: con el fin de mejorar la precisión de los datos se incrementó el número de encuestas en cada distrito en 53 encuestas sobre las 400 establecidas. El tamaño muestral final ha sido de 9.676 entrevistas. De ellas, corresponden a la muestra de teléfono fijo 6.442 (66,6%) y a la muestra de móviles 3.234 (33,4%). Esta desproporción se debe a que en distritos con poca población (Barajas como ejemplo más evidente) acabar la muestra prevista por grupo de edad y sexo se hizo imposible si no se recurría a fijo, por la baja probabilidad de obtener teléfonos de ese distrito en una muestra aleatoria de móviles.

De las entrevistas contactadas con teléfono móvil, 1.004 corresponden a personas que manifiestan no disponer de fijo en el hogar. Estos casos representan el 10,4% de las entrevistas realizadas, porcentaje semejante a las estimaciones de personas sin teléfono fijo en el hogar.

Del total de entrevistas realizadas (9.676), 8.845 son entrevistas completas y 831 (8,6%) no llegaron a finalizar la encuesta. Todos los análisis se han realizado sobre la muestra que completó la encuesta,

es decir, sobre 8.845 personas. Este tamaño muestral asegura un error para la muestra total de la ciudad en torno al 1%, si $p=q=50\%$ y bajo la hipótesis de muestreo aleatorio simple.

Para asegurar que el excluir las encuestas no finalizadas no suponía un sesgo, se han estudiado ambas muestras y se comprueba que no existen diferencias entre las entrevistas finalizadas y no finalizadas por sexo o por distrito de residencia, aunque sí por edad, habiendo una mayor proporción de entrevistas sin finalizar entre las personas encuestadas de mayor edad. De esta manera, se ha podido determinar que a medida que aumenta la edad, mayor es el porcentaje de entrevistas que se quedan sin contestar, llegando a ser el 51% de estas las pertenecientes a la población de 65 años y más (tabla 1). Esta situación probablemente se explica por la extensión del cuestionario que, además, tiene mayor carga de preguntas dirigidas a personas mayores, lo que acabaría generando cansancio de parte las personas de mayor edad y acabarían abandonando.

No se han podido comparar las entrevistas finalizadas y no finalizadas por clase social, nivel de estudios u origen de nacimiento, dado que son preguntas situadas al final del cuestionario que quedaban sin responder en el caso de las entrevistas no finalizadas.

Tabla 1. Distribución de entrevistas completas e incompletas de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 según sexo y edad de la población entrevistada

		Completas		Incompletas		
		N	%	n	%	IC 95%
Total		8.845	%	831		
Sexo	Mujer	4.790	54,2	348	58,1	53,7-62,5
	Hombre	4.055	45,6	483	41,9	37,5-46,3
Edad	15 a 29	1.539	17,4	52	6,3	4,1-8,5
	30 a 44	2.383	26,9	127	15,3	12,1-18,5
	45 a 64	2.822	31,9	228	27,4	23,4-31,4
	65 y más años	2.101	23,8	424	51,0	46,5-55,5

Cuestionario: para la elaboración del cuestionario se creó un grupo de trabajo multidisciplinario de Madrid Salud constituido por 11 mujeres y 3 hombres, lo que permite asegurar que en el diseño del mismo se tendrá en cuenta la perspectiva de género, siguiendo las recomendaciones recogidas en el acuerdo por el que se aprueban las directrices para la aplicación de la transversalidad de género en el Ayuntamiento de Madrid: “En los procesos participativos y grupos de investigación se tendrá en cuenta la voz y experiencia de las mujeres en general, de las organizaciones de mujeres y de las expertas en particular, como fuente de información cualitativa de la realidad social que les afecta”¹⁷. En todo momento se tuvieron también en cuenta las recomendaciones del Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas¹.

El cuestionario se elaboró a partir del de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013 (ESCM'13) con objeto de garantizar la comparabilidad de los resultados. La encuesta es más amplia que la realizada en 2013, se han incluido preguntas sobre actividad física, problemas emergentes, etc. que no estaban en la anterior. En la selección y formulación de las preguntas se tuvo siempre en cuenta la comparabilidad con otras encuestas de ámbito comunitario, nacional y regional (Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de salud de Barcelona, SIVFRENT Adultos, etc.). Se seleccionaron las preguntas mínimas indispensables para obtener datos que no se pudieran obtener de otras fuentes de información existentes. El cuestionario utilizado se incluye en el ANEXO III.



Para asegurar que la carga de respuesta fuera proporcionada a las necesidades de información y no fuera excesiva para las personas encuestadas, se decidió fragmentar una parte del cuestionario de modo que algunas preguntas se realizaran solo a la mitad de la muestra. Las preguntas sobre sueño, accidentes, deterioro cognitivo y orientación temporal se han realizado a 4.418 personas, y las preguntas sobre consumo de agua embotellada, seguridad de los alimentos, discriminación y fraudes financieros a las otras 4.427 personas. En las variables mencionadas no se analizan los resultados por distrito al carecer de suficiente representatividad.

Por otro lado, algunas preguntas como las correspondientes al cuestionario Barber, al uso de móviles, etc. se han realizado a una parte de la muestra porque se dirigen específicamente a personas con determinadas características de edad u otra condición (ver cuestionario).

Técnica de recogida de la información: entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI)¹⁸, a partir de cuestionario estructurado, entre los días 9 de octubre al 10 de diciembre de 2017 (entrevistas realizadas por Demométrica, SL).

Cabe distinguir en la recogida de información dos tipos de contactos con cada hogar seleccionado: el que se realiza para localizar el hogar y el que se efectúa para realizar la entrevista. En este sentido, la recogida de información se realizó principalmente por la tarde, desde las 15.00 a las 21.00 horas. Esta sistemática de trabajo ha dado muy buenos resultados en términos de tasa de respuesta y localización de entrevistas. En cualquier caso, la franja horaria no fue un condicionante. Tanto los turnos de trabajo como las franjas horarias fueron suficientemente flexibles y se condicionaron exclusivamente a facilitar la posibilidad de realizar las entrevistas en el horario más adecuado a cada hogar seleccionado, como forma de no incrementar la tasa de no respuesta por este motivo. Conviene destacar que la aleatorización del hogar para seleccionar a la persona entrevistada hace que en los turnos de trabajo más apropiados se evite el turno de mañana, salvo en el caso de citas confirmadas en ese periodo horario.

El número de teléfonos utilizados ha sido 83.464. De ellos, 47.569 han sido fijos (57%) y 35.895 móviles (43%). En 28.300 llamadas, el resultado final ha sido *no contesta*. Son contactos no realizados por *no contesta*, *contestador* o similar. Estos teléfonos han estado en campo un mínimo de tres semanas, y se han realizado llamadas en horas y días alternos con al menos diez contactos antes de clasificarlos como ilocalizables. Además, hay que añadir 8.036 llamadas en los que el teléfono no correspondía a un hogar, no existía o situaciones similares. Por otro lado, 13.153 casos (15.8%) corresponden a lo que denominamos *negativas de hogar*, es decir, contactos en los que se obtiene negativa sin haber llegado a seleccionar a la persona a entrevistar o sin haber podido explicar en detalle el objetivo del estudio. Asimismo, hubo que rechazar 3.735 casos por no residir en Madrid y 1.480 por corresponder a casos en los que no se pudo imputar el distrito de residencia y 176 casos no pudieron realizar la entrevista por falta de dominio de la lengua castellana.

Las *negativas* expresas del individuo (se ha podido explicar el objetivo del estudio, se ha seleccionado la persona a entrevistar y se niega a participar y, por tanto, no se inicia la entrevista) han supuesto 3.102 casos (1455 en fijos y 1647 en móviles).

1.547 casos corresponden a citas no concluidas, son personas que aceptan que se les siga llamando, se genera cita, pero la difieren en todo el periodo de trabajo de campo. Pueden ser negativas encubiertas o casos que podrían haber acabado en entrevista en otro momento. La media de citas generadas por caso supera los 3 intentos.

Finalmente, 14.261 llamadas corresponden a personas *fuera de cuota* (pertenecen a estratos de distrito, sexo y edad con la muestra prevista ya cubierta).

Las entrevistas las ha realizado un equipo de 32 personas asignadas únicamente a este estudio durante las nueve semanas que ha durado la recogida de información.

El equipo entrevistador recibió las instrucciones necesarias sobre el contenido de la entrevista y el método de muestreo de forma que la información tuviera la mayor calidad posible. Para ello se utilizaron tantas reuniones como fueron necesarias para que el equipo se familiarizase con los contenidos y características de la investigación y sus particularidades metodológicas. En estos cursillos de formación se abordaron los siguientes aspectos:

- Finalidad y objetivos del estudio, planteamiento general. Funciones de quienes realizan las entrevistas y de quienes supervisan cada una de las fases del trabajo.
- Metodología a emplear en la selección de la persona entrevistada y forma de acceder a ella según especificaciones del ordenador. Cumplimentación de incidencias y errores ajenos al muestreo.
- Contenido de la entrevista, revisando una a una todas las preguntas, su formulación y tipos de respuestas. Posibles preguntas que pudieran plantear dudas a la persona entrevistada.
- Implicaciones en su trabajo del código ICC de ESOMAR (al que la empresa que realizó el trabajo de campo está adscrita) y conocimientos básicos sobre legislación y protección de datos.

En el proceso de formación estuvo presente el equipo técnico de Madrid Salud. El equipo entrevistador realizó varias pruebas con el cuestionario programado, con entrevistas que no se consideraron válidas hasta que todos los entrevistadores y entrevistadoras estuvieron acreditados.

Programación y pilotaje del cuestionario: el cuestionario se probó previamente a su lanzamiento a campo en tres fases:

- El equipo de campo comprobó el cuestionario revisando el contenido visible para el entrevistador/a y comprobando que los textos eran los mismos que en la versión en Word.
- El equipo de proceso de datos llevó a cabo una comprobación del continente, filtros, sustituciones dinámicas de texto y otros requisitos para el correcto seguimiento del *routing* del cuestionario, comprobando que eran exactamente los requeridos en el documento recibido de Madrid Salud.
- Finalmente, el equipo técnico de la empresa adjudicataria ejecutó una revisión global, contando con la corrección de incidencias detectadas en las dos fases mencionadas anteriormente.

Una vez concluida la formación del equipo encargado de las entrevistas y la supervisión, y programado el cuestionario, se llevó a cabo la prueba piloto. Se realizaron dos pruebas piloto hasta la aprobación final del cuestionario. La primera prueba con 50 entrevistas y la segunda con un total de 100 entrevistas. En ambos casos, las entrevistas se distribuyeron proporcionalmente por sexo, grupo de edad y grupo de distritos de la ciudad de Madrid según desarrollo.

Todas las entrevistas de las pruebas piloto fueron escuchadas por el equipo de supervisión, se analizaron las incidencias del cuestionario detectadas en cada prueba, elaborando el cuestionario definitivo a partir de los resultados obtenidos.

Supervisión/Control de calidad: planes de inspección: dentro del equipo de personas dedicadas a la realización de entrevistas se enmarca la figura del supervisor, que utilizando su código de acceso al sistema, puede supervisar en todo momento en tiempo real (*in situ*) que la encuesta se está llevando a cabo correctamente, seleccionando el momento y el miembro del equipo entrevistador a su libre elección (algo imposible de realizar en la entrevista personal), lo que llamamos “monitorización del entrevistador”.

En este proceso de supervisión, se comprueban tanto la correcta formulación de las preguntas por parte de quien entrevista como la adecuada aplicación de la metodología de selección de la persona entrevistada y se controlan las causas de las diferentes incidencias.



En el proceso de supervisión es fundamental controlar los posibles errores ajenos al muestreo. Si no se controlan sistemáticamente, estos tipos de error pueden originar sesgos mucho mayores que una mala cumplimentación del cuestionario en alguna pregunta, por lo que la supervisión requiere un seguimiento exhaustivo de todo el trabajo del equipo entrevistador y no solo de si ha realizado o no adecuadamente la entrevista.

Los planes de inspección y supervisión incluyen el trabajo de todos y cada uno de los entrevistadores con supervisión continua durante todo el periodo de recogida de información. El plan de supervisión seguido ha sido el habitual que se describe a continuación:

- Todas las entrevistas son grabadas para su escucha.
- La supervisión se realiza de dos formas: mediante escucha directa en tiempo real de la entrevista, y mediante escucha de la entrevista grabada en el día inmediatamente posterior. Las entrevistas se realizan básicamente por la tarde y la escucha de entrevistas grabadas se realiza en la mañana posterior.
- La supervisión afecta al menos al 20% del trabajo de cada entrevistador/a. Un 10% mediante supervisión directa y un 10% mediante escucha de entrevistas grabadas.
- En caso de inconsistencias o errores sistemáticos detectados en algún entrevistador/a, se supervisa el 100% de su trabajo, anulando o repitiendo de nuevo las entrevistas no válidas.

Todos los errores o incorrecciones detectados en las entrevistas fueron tratados. Así, se facilitaban inmediatamente instrucciones precisas a la persona que había incurrido en el error y se evitaba que el resto del equipo pudiera cometerlo.

Todas las entrevistas realizadas fueron revisadas por un equipo formado y constituido para tal fin. Este equipo comprobaba, en primer lugar, que la entrevista contenía todos los datos requeridos o, en caso de estar deficientemente cumplimentada, estaba justificada por no proceder su cumplimentación o existía alguna incidencia. Al mismo tiempo verificaba la coherencia de los datos de cada cuestionario según los criterios establecidos. Aparte de esta labor *a posteriori*, el Plan de Corrección de Inconsistencias (códigos no permitidos, controles de rango, filtros, etc.) ya se había introducido en el propio sistema, permitiendo detectar las inconsistencias automáticamente, en tiempo real, avisando a quien entrevista del posible error.

Para tratar estas circunstancias se desarrollaron avisos y mensajes en la pantalla del ordenador que advertían de la potencial incoherencia de lo que se estaba anotando en ese mismo momento, pudiendo revisar lo acabado de anotar y/o volver a realizar la pregunta.

El Plan de Corrección de Inconsistencias y Depuración del Fichero consiste en dos procedimientos:

- Un procedimiento de control introducido en el propio sistema.
- Un control *a posteriori*

A pesar del control automático del propio sistema, en el caso de que se comprobara en el control posterior que existía ausencia de datos o errores de coherencia en los mismos, se procedía a su corrección mediante nueva llamada telefónica.

Una vez depurados y revisados, y finalizada la fase de supervisión, los cuestionarios pasaron al equipo de codificación. La codificación afectó al conjunto de preguntas abiertas del cuestionario, con el correspondiente listado de respuestas para la elaboración de la propuesta del plan de codificación.

Muestra final: los descriptivos de la muestra final obtenida según algunas variables de análisis se ofrecen en la [tabla 2](#).

Tabla 2. Distribución de la muestra de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 según algunas variables demográficas y socioeconómicas

Variable		N	%	IC 95%
Total		8.845		
Sexo	Mujer	4.790	54,2	53,1-55,2
	Hombre	4.055	45,9	44,8-46,9
Edad	15 a 29	1.539	17,4	16,6-18,1
	30 a 44	2.383	26,9	25,98-27,8
	45 a 64	2.822	31,9	31,0-32,8
	65 y más años	2.101	23,8	22,6-24,9
Nivel de estudios (1)	Primarios o menos	937	11,6	10,7-12,5
	Secundarios	3.568	44,1	42,8-45,5
	Universitarios	3.582	44,3	42,9-45,7
Clase social	Desfavorecida	3.130	35,4	34,1-36,7
	Media	2.109	23,8	22,7-25
	Favorecida	3.413	38,6	37,3-39,9
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	23,4	22,2-24,5
	Desarrollo medio-bajo	2.851	32,2	30,9- 33,5
	Desarrollo medio-alto	2.065	23,3	22,5-24,2
	Mayor desarrollo	1.862	21,1	20,2-21,9

(1) Personas mayores de 25 años.

En la [tabla 3](#) se puede observar la distribución muestral por distrito de residencia de las personas entrevistadas que contestaron todo el cuestionario. Para garantizar la muestra mínima por grupo de sexo y edad en cada distrito, correspondiente al tamaño inicial de 400 entrevistas, la muestra final en cada distrito resultó variable respecto a la muestra prevista de 453 entrevistas, aunque siempre en torno a esta cifra. El porcentaje de entrevistas no finalizadas por completo hace que en algunos distritos se haya llegado a casi 500 entrevistas, como sucede en Puente de Vallecas o en Carabanchel. En esta misma tabla se puede ver el error muestral de la ciudad y por distrito para el supuesto de muestreo aleatorio simple. Cabe añadir que la muestra global de la ciudad se analiza tras ponderarse por factores que reequilibran sus pesos según proporciones de la población por distrito en general y por edad y sexo, según datos oficiales del Padrón de Habitantes de agosto de 2017.

[Volver a índice](#)



Tabla 3. Distribución de la muestra de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y error muestral por distrito

Distrito	Población (a 1 de agosto de 2017)	n muestral	Error muestral
Total Ciudad	3.205.390	8845	1,04
Arganzuela	152.540	418	4,79
Barajas	47.590	419	4,77
Carabanchel	246.516	429	4,73
Centro	131.497	416	4,80
Chamartín	144.322	415	4,80
Chamberí	137.779	419	4,78
Ciudad Lineal	214.257	433	4,70
Fuencarral-El Pardo	241.528	424	4,76
Hortaleza	182.437	431	4,71
Latina	235.095	430	4,72
Moncloa-Aravaca	117.236	426	4,74
Moratalaz	94.436	413	4,81
Puente Vallecas	229.066	436	4,70
Retiro	118.643	419	4,78
Salamanca	143.931	415	4,80
San Blas-Canillejas	155.720	419	4,78
Tetuán	154.913	413	4,82
Usera	136.134	420	4,77
Vicálvaro	70.711	419	4,77
Villa de Vallecas	106.544	412	4,82
Villaverde	144.495	419	4,78

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013 (ESCM'13)

Esta encuesta se elaboró para obtener información sobre temas relacionados con la salud de la ciudadanía de Madrid tanto física como psíquica y social, conocer sus hábitos y estilos de vida e identificar sus principales problemas de salud. La encuesta contó con una muestra pequeña (802 entrevistas), por lo que no se pudieron obtener datos desagregados por distritos. Los resultados de esta se encuentran publicados en el Estudio de Salud de La Ciudad de Madrid 2014⁵.

Esta encuesta se ha utilizado en el análisis para establecer comparaciones con los datos obtenidos en la ESCM'17.

Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 (ESCM'05)

Se diseñó con el objetivo de conocer el estado de salud de los madrileños y las madrileñas, a nivel global de la ciudad y con detalle por distrito, así como algunas cuestiones relativas a la percepción de la ciudadanía de Madrid sobre su estado de salud, determinados condicionantes referidos a los hábitos y conductas relacionados con ella, los estilos de vida, la influencia del medio ambiente y los factores externos, el sistema de cuidados y otros aspectos de índole social y económico. La encuesta fue presencial y se realizó sobre una muestra de 8.504 personas. El estudio se encuentra publicado y disponible íntegramente en la página de Madrid Salud⁴.

Esta encuesta, al igual que la anterior, se ha utilizado en el análisis para establecer comparaciones con los datos obtenidos en la ESCM'17.

Encuesta de calidad de vida y satisfacción con los servicios públicos en la ciudad de Madrid 2016

La Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid³ se viene realizando desde el año 2006 con periodicidad anual (salvo en 2010-2011 que no pudo realizarse), para recoger información sobre la percepción ciudadana sobre distintas cuestiones como son: la satisfacción con el hecho de vivir en Madrid y la calidad de vida en la ciudad, los principales problemas de la ciudad, la satisfacción con los servicios, equipamientos y actuaciones municipales, etc.

Población objeto de estudio: personas mayores de 16 años que lleven viviendo en Madrid al menos 6 meses con anterioridad a la fecha de la encuesta.

Tamaño muestral: 8.537 personas encuestadas, 400 por distrito, aproximadamente.

Error muestral: para un nivel de confianza del 95,5% (2 sigmas), $p = q = 0,5$, el error muestral es de $\pm 1,08\%$ para el conjunto de la muestra y del $\pm 5,0\%$ para cada uno de los distritos, en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

Procedimiento de muestreo: muestreo estratificado por distrito, tipología de secciones (según variable socioeconómica) y cuotas por edad y sexo de las personas informantes, a través del procedimiento de rutas aleatorias. Afijación apropiada por distrito.

Método de recogida: mediante cuestionario electrónico estructurado y precodificado con dos preguntas de respuesta abierta, cumplimentado personalmente en el domicilio de la persona encuestada.

Periodo de recogida: del 6 de septiembre al 18 de noviembre de 2016. El pretest se realizó del 25 de agosto al 2 de septiembre de 2016.

Ponderación: por distrito, tipología de secciones, edad y sexo según cifras del Padrón a junio de 2016.

Cuestionario: el cuestionario consta de 56 preguntas; para el presente estudio se han seleccionado aquellas relacionadas con hábitos y con la utilización de determinados servicios que pueden tener influencia en la salud de la población (transporte, instalaciones deportivas, espacios verdes, etc.).

Para realizar el análisis de esta base de datos se ha utilizado la misma agrupación del nivel de desarrollo de distrito que en la ESCM'17. En la [tabla 4](#) se puede ver la distribución de la muestra en función de las cuatro variables analizadas: sexo, edad, nivel de estudios y grado de desarrollo. No se incluye la clase social porque este dato no se recoge en la encuesta.



Tabla 4. Distribución de la muestra de la Encuesta Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en la ciudad de Madrid, 2016

Variable		N = 8.537	%
Sexo	Mujer	4.627	54,2
	Hombre	3.910	45,8
Edad	16 a 29	1.378	16,1
	30 a 44	2.352	27,6
	45 a 64	2.736	32,1
	65 y más años	2.071	24,3
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.589	19,3
	Secundarios	3.509	42,5
	Universitarios	3.156	38,2
	NS/NC	283	3,3
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.987	23,3
	Desarrollo medio-bajo	2.751	32,2
	Desarrollo medio-alto	1.991	23,3
	Mayor desarrollo	1.808	21,2

Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A 2016)

El SIVFRENT (Dirección General de Salud Pública, Servicio de Epidemiología, Comunidad de Madrid) mide de forma continua, desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas y prácticas preventivas de la población de la Comunidad de Madrid (CM). Para este análisis se ha trabajado con la parte de la muestra correspondiente a la población que reside en la ciudad de Madrid, es decir excluyendo la población de otras localidades de la Comunidad².

Población objeto del estudio: personas de 18 a 64 años residentes en la CM y con línea telefónica.

Técnica de recogida de la información: encuesta telefónica, utilizando como técnica de entrevista el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing). La recogida de información tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural. Cada mes las entrevistas se concentran en una semana, de lunes a sábado. Se exceptúa el domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar tanto un nivel de ausencias importante como sesgos de selección.

Diseño muestral: se utiliza un diseño muestral de conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de primera y segunda etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los hogares que disponen de teléfono, y las de segunda etapa por los individuos. Los criterios de estratificación

son los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29, 30 a 44 y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios), día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral es proporcional en cada estrato. Como fuente de datos para la selección de la muestra se utiliza el sistema Cibeles (sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del registro de tarjeta sanitaria).

Selección muestral: dentro de cada estrato, la selección de la persona a entrevistar se realizó de forma aleatoria mediante el soporte informático. Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. Cuando se produjo negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o no se pudo confirmar que en la unidad contactada hubiera una persona del estrato de interés (discrepancia entre los datos registrados en Cibeles y los comunicados por la unidad contactada), se anotó la incidencia y se procedió a elegir aleatoriamente a otra persona del mismo estrato, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa.

Cuestionario: los apartados que componen el núcleo central de preguntas son: Actividad física, Alimentación, Antropometría, Consumo de tabaco, Consumo de alcohol, Prácticas preventivas, Accidentes y Seguridad vial.

Definición de variables: los aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describirán en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

Fracción de la ciudad de Madrid: en 2016, se han realizado 2.004 encuestas de las que 955 (47,7%) corresponden a personas que residen en la ciudad de Madrid.

En la [tabla 5](#) se pueden ver las características de la muestra correspondiente a la fracción de la población de la ciudad.

Tabla 5. Distribución de la muestra de la encuesta SIVFRENT-A 2016, fracción de la ciudad de Madrid según variables de análisis

Variable		N = 955	%
Sexo	Mujer	496	51,9
	Hombre	459	48,1
Edad	18 a 29	194	20,3
	30 a 44	370	38,7
	45 a 64	391	40,9
Nivel de estudios	Primarios o menos	56	5,9
	Secundarios	483	50,6
	Universitarios	416	43,6
Clase social	Desfavorecida	324	30,7
	Media	253	30,2
	Favorecida	314	33,5
	No clasificable	60	6,3
	NS/NC	4	0,4

[Volver a índice](#)



Estudio sobre uso y abuso de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) en adolescentes

El estudio sobre uso y abuso de las TIC parte de un acuerdo entre Madrid Salud y la Universidad Camilo José Cela de Madrid para desarrollar un estudio encaminado a conocer las relaciones que la población adolescente de Madrid establece con las TIC¹⁹.

Población objeto de estudio: población escolarizada en 4.º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria de los centros educativos públicos, concertados y privados de la ciudad de Madrid durante el curso académico 2016-2017.

Diseño muestral: se aplicó muestreo aleatorio estratificado. Como criterio de estratificación se consideraron: el nivel de desarrollo del distrito donde se ubica el centro educativo y la financiación del mismo (público, concertado o privado). Se utilizó la agrupación de los distritos utilizada en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014⁵. A partir de la división administrativa municipal de los 21 distritos que forman el municipio de Madrid, se definen cuatro estratos, que reflejan cuatro niveles de desarrollo en la ciudad. Para la estimación del tamaño muestral necesario se partió del número total de alumnado escolarizado en la ciudad de Madrid al inicio del curso 2016-2017, que fue de N = 28.725. Se procedió a la estratificación, según las variables especificadas, estimando un error muestral menor del 3,5% para cada estrato lo que arroja una estimación muestral de 2.148 encuestas.

Técnica de recogida de información: se utilizó un cuestionario *online* elaborado para este estudio. La cumplimentación de los cuestionarios se realizó en aulas de informática de los centros educativos, disponiendo cada participante de un ordenador con conexión a Internet. Durante la cumplimentación permaneció en el aula una persona encargada de supervisar la realización de la encuesta, resolver dudas, etc. La recogida de datos se realizó entre diciembre 2016 y marzo de 2017.

Cuestionario: se elaboró un cuestionario de 52 ítems que se incorporaron a una aplicación digital *online*, lo que permitía que las contestaciones fueran anónimas y se pudiera realizar simultáneamente en cada aula. Además de los datos sobre sexo, edad y centro educativo, se utilizaron los siguientes instrumentos de medida:

- MULTICAGE-TIC, cuestionario de 20 ítems, compuesto de 5 escalas, que exploran problemas relacionados con el uso de Internet, Móvil, Videojuegos, Mensajería Instantánea y Redes Sociales.
- Cuestionario General de Salud (GHQ-12), versión española²⁰, cuestionario autoadministrado de cribado que tiene por objetivo detectar indicadores de malestar psicológico y posibles casos de mala salud mental (problemas no psicóticos) en contextos como la atención primaria o en población general.
- Escala de Estrés Percibido (EEP-4), versión española²¹. La versión reducida de 4 ítems que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en población española y mide el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario, se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales²².
- Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-20)²³ que explora síntomas de mal funcionamiento en la vida diaria que se relacionan con alteraciones neuropsicológicas atribuibles a la corteza prefrontal.
- Cuestionario de Conductas Asociadas al Uso de TIC (CAU-TIC), un cuestionario creado *ad hoc* para el presente estudio, que interroga sobre 21 conductas y consecuencias del uso y abuso de las TIC.
- Inventario de uso de *apps*, creado *ad hoc* para el presente estudio, que interroga sobre el uso y la frecuencia de uso de 29 aplicaciones *online* (*apps*). Se contesta en una escala tipo Likert de 3 opciones: “La uso con mucha frecuencia”, “La he usado alguna vez” y “No la he usado nunca”. Se trata de un inventario de recogida de información, por lo que no se estudiaron propiedades psicométricas al no esperar que presentara estructura identificable.

Selección muestral: se seleccionaron 32 centros educativos; en cada uno de ellos se pasó la encuesta en todas las aulas de 4.º de ESO. Finalmente se obtuvo una muestra de 2.341 casos. Solo participaron en el estudio quienes aportaron el consentimiento firmado por los padres (se excluyó al 9%). En la [tabla 6](#) se pueden ver las características de la muestra.

Tabla 6. **Distribución de la muestra de la encuesta del estudio sobre uso y abuso de las TIC en adolescentes**

Variable		N = 2.341	%
Sexo	Mujer	1.165	50,2
	Hombre	1.176	49,8
Edad	14	44	1,9
	15	1.644	70,2
	16	483	20,6
	17	161	6,9
	18	9	0,4
Tipo de centro	Público	836	35,7
	Concertado	1.339	57,2
	Privado	166	7,1
Grupo de distritos	Menor desarrollo	592	25,3
	Desarrollo medio-bajo	637	27,2
	Desarrollo medio-alto	480	20,5
	Mayor desarrollo	632	27,0

Estudio sobre la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017

Realizado por Madrid Salud en colaboración con la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, cuenta entre sus objetivos: conocer el estado ponderal de la población infantil en Madrid a través de la medición presencial del peso y la talla de escolares de 3 a 12 años de colegios públicos, privados y concertados de la ciudad; conocer la dificultad de los hogares para acceder a los alimentos por razones económicas (inseguridad alimentaria de acceso económico a los alimentos), mejorar el conocimiento de la relación entre la situación socioeconómica de las familias y la inseguridad alimentaria de acceso, y de ambas con el estado ponderal de la población infantil.

El tamaño muestral fue de 5.961 casos analizables y en el diseño muestral se aplicó conglomerado polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa: el colegio, como forma de acceder a la población estudiada; de segunda etapa: el aula, tomando como referencia el conjunto de grupos de 1.º, 2.º y 3.º de Educación Infantil y de 1.º a 6.º de Primaria en cada colegio y, de tercera etapa o elemento muestral: el alumno o la alumna²⁴.



1.2. CUESTIONES METODOLÓGICAS

Cuando se ha trabajado con frecuencias, los porcentajes se han expresado con un intervalo de confianza del 95%, dentro del cual se estima que se podrá encontrar el valor poblacional con un error $p < 0,05$.

En ocasiones se ha considerado de interés conocer el tamaño del efecto de las diferencias encontradas, para lo cual se ha utilizado la V de Cramer como estimador.

Cuando las variables a comparar eran lineales se han obtenido la media (M) y la desviación típica (DT), así como el intervalo de confianza de la media al 95%.

A continuación, se describe la metodología utilizada en los diferentes apartados del estudio que requieren alguna aclaración metodológica.

METODOLOGÍA SOBRE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Todos los datos de estructura de la población y de migraciones proceden de la explotación del Padrón Municipal de Habitantes, la más reciente de fecha 1 de enero de 2018. La población extranjera en la ciudad, según se desprende del registro poblacional, es mayor que la que se podría considerar como inmigrante por motivos económicos que hace referencia a aquellas personas que se encuentran residiendo en nuestra ciudad y proceden de un país en desarrollo. Para el cálculo de la población inmigrante por motivos económicos se ha incluido a todas las personas de origen extranjero, excepto las que proceden de EE. UU., Canadá, la UE-15 (incluyendo Noruega y Suiza), Japón, Australia y Nueva Zelanda.

Los indicadores de fecundidad (Tasa Global de Fecundidad por edades y en total, y el Índice Sintético de Fecundidad), son de elaboración propia del grupo de trabajo de este estudio, a partir de los datos de Nacidos Vivos, según edad de las madres, en conjunto, para toda la ciudad y por distritos. El Índice Sintético de Fecundidad (ISF), denominado por el INE Indicador Coyuntural de Fecundidad, es el promedio de hijos por cada mujer que se daría si, a lo largo de toda su vida fértil (a efectos demográficos de los 15 a los 49 años), estuviera sometida a la misma probabilidad de tener un hijo vivo que existe en ese año, en la ciudad y sus distritos, en las mujeres de su misma edad. Se calcula dividiendo el número de hijos vivos paridos en el año por mujeres de una determinada edad entre el total de mujeres de esa edad. Cuando se dan los datos en tramo quinquenal se calcula el valor del quinquenio y se divide entre 5, adjudicando el mismo valor a cada uno de los cinco años que comprende ese tramo etario. La suma de los valores, a cada edad en cada año del periodo dado, dará el valor promedio en toda la vida fértil.

Tasa de Fecundidad General (TFG) es el número de hijos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Se calcula dividiendo el número total de Nacidos Vivos entre el número de mujeres de 15 a 49 años y por mil (unidades: hijos por mil mujeres en edad fértil), en un año determinado. Se puede calcular también para cada año de edad de las mujeres en ese tramo etario (Tasa Específica de Fecundidad por edad o TEFE).

El otro fenómeno que, además de la natalidad, define el movimiento natural de la población, la mortalidad, se aborda extensamente en otro capítulo de este trabajo. El aspecto que, finalmente, interviene en la dinámica poblacional, las migraciones, se aborda someramente.

METODOLOGÍA SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

La Renta Bruta Disponible per cápita de la ciudad de Madrid y de sus distritos se toma de la que publica cada año la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Las disponibles hasta ahora llegan a 2014. Sobre el cálculo de este indicador debe consultarse lo que al respecto se recoge en el documento "Contabilidad municipal. Base 2010. Cuentas de renta del sector hogar"²⁵.

Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta

Desde el primer estudio de salud de la ciudad publicado en 2008 calculamos el Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta (ICSCR) por distrito que es un remedo del Índice de Desarrollo Humano (IDH) que publica anualmente el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD) para países y regiones del mundo, con la misma metodología de cálculo, aunque no con los mismos indicadores²⁶.

La falta de concordancia en los mismos indicadores (los usados por el organismo internacional para caracterizar el nivel educativo y la riqueza no están disponibles para la ciudad de Madrid), impide manejar el índice resultante como si se tratara del IDH, aunque por la naturaleza de sus componentes y el sentido que tienen (desarrollo es la situación de aquellos que pueden vivir una vida larga y saludable, tener acceso al conocimiento y contar con unos ingresos suficientes para poder llevar una existencia digna), lo tomamos como una medida del desarrollo humano, válida en especial para comparar nuestros distritos entre sí y la evolución de este fenómeno en la población de la ciudad y de sus territorios en el tiempo.

Este índice nos permite generar agrupaciones de los 21 distritos municipales según nivel de desarrollo. Para ello utilizamos el análisis de clúster, que es un conjunto de técnicas multivariantes, que se usan para clasificar a un conjunto en grupos homogéneos. Tras el análisis obtenemos una distribución en cuatro grupos de distritos que denominamos de “Mayor desarrollo”, “Desarrollo medio-alto”, “Desarrollo medio-bajo” y “Menor desarrollo”.

En lo relativo al cálculo del ICSCR se remite a la persona interesada a la metodología del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2008⁴, si bien, y de forma sucinta, puede decirse que cada uno de los 3 indicadores se lleva a un índice que va del 0 al 1, siendo la unidad el dato del distrito que tiene la mejor cifra. A partir de ahí se asignan los índices relativos a las 3 dimensiones, siempre en relación con el 1 establecido para cada uno. Finalmente, se pondera 1/3 cada uno de los índices, mediante la suma de los 3 índices y la división de esta cifra entre 3.

Por tanto, un distrito que tuviera un ICSCR de 1, lo que no ocurre en la realidad, sería aquel que tuviera simultáneamente la mejor esperanza de vida, el mejor indicador educativo y la mejor renta per cápita de la ciudad. De un distrito que tuviera un ICSCR de 0,956 podríamos decir que está a una distancia, cifrada en 0,044, de tener la mejor situación de la ciudad, simultáneamente, en salud, educación y renta.

Nivel de estudios

La Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017, clasifica el nivel de estudios en 9 categorías, idénticas a las utilizadas en las anteriores encuestas de la ciudad -ESCM'05 y ESCM'13- (ver cuestionarios), que para el análisis de los datos se han reducido a tres:

- Estudios primarios o menos, que incluye las 4 primeras respuestas.
- Estudios secundarios, que incluye las 3 siguientes respuestas.
- Estudios universitarios, que incluye las 2 últimas respuestas.

Clase social

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología para las investigaciones de salud²⁷ y como ya se hizo en la ESCM'13, se clasifica la posición social de las personas entrevistadas. El objetivo es trabajar bajo esta óptica la información de salud obtenida de dicha encuesta generando esta variable en el conjunto de la población de la ciudad, a través de los datos de la muestra de nuestra encuesta, a sabiendas de las limitaciones que presenta esta metodología.



Para clasificar a las personas entrevistadas, se asigna a cada individuo de la muestra la clase social del hogar en que está incluido, que no es necesariamente la clase social de la persona que contesta al cuestionario, sino la del sustentador principal de ese hogar, pues es este rasgo el que mejor define la posición social de los miembros de la familia, por encima de cada circunstancia individual.

Cabe resaltar que se trata, por tanto, de una asignación de la posición social a través de la ocupación y que, dada la naturaleza de las preguntas que para conocerla se formulan, esta categoría no es muy sensible a modificaciones temporales, en especial si, desde que se accedió a un último empleo, la situación laboral ha cambiado a la de desempleo. En este sentido, esta forma de clasificar esta variable no aporta una información de calidad sobre el nivel adquisitivo de la persona, sino, como se dice, de su situación presente o pasada en el ámbito de la ocupación.

Se utiliza la clase social del hogar en todos los análisis en que se quiere estudiar el peso de la posición social en los indicadores de salud o de factores determinantes de la misma. Cuando analizamos la clase social de la persona entrevistada, por edad y sexo, comprobamos que el 52% de los hombres y el 45% de las mujeres de 15 a 19 años no trabaja actualmente, mientras que en los mayores de 64 años menos del 1% de ellos y el 21,8% de ellas respectivamente no ha trabajado nunca, por lo que no es posible asignarles la clase social correspondiente, según metodología descrita y recomendada por la Sociedad Española de Epidemiología. Estas últimas son, sin duda, amas de casa que nunca trabajaron fuera del hogar, mientras que en ninguno de los hombres de este mismo tramo etario encontramos esa característica. Por lo tanto, si pretendiéramos clasificarla individualmente, un 22,5% de los encuestados se quedaría sin clase social asignada, por lo que se les excluiría. Optamos, por tanto y como se ha dicho, por utilizar la clase social del hogar en los análisis de este trabajo. Siguiendo las recomendaciones referidas, se clasifican a las personas encuestadas en 7 categorías:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios.
- IV. Trabajadores/as por cuenta propia.
- V. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- VI. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- VII. Trabajadores/as no cualificados/as.

La distribución de la muestra de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 según clase social del hogar y de la persona entrevistada en estas 7 categorías, se puede ver en el gráfico correspondiente del capítulo en el que se abordan los factores socioeconómicos. Para el análisis de los datos de la encuesta llevamos estas 7 categorías a una clasificación de 3 solamente, usando para esta conversión la propuesta de equivalencias que se recomienda en el referido artículo, de esta forma:

Clases I y II se convierten en Clase I (directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).

Clase III y IV en Clase II (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).

Clases V, VI y VII en Clase III (trabajadores/as manuales).

Con el objeto de simplificar denominamos a la clase I obtenida de esta manera como “Favorecida”, a la II como “Media” y a la III como “Desfavorecida”.

La brecha entre clases sociales es una razón entre la frecuencia de una de ellas y la frecuencia de otra.

En algunos análisis en los que se usa la variable clase social, como en otros que se presentan a lo largo de todo el trabajo con otras variables de análisis, se busca conocer si hay asociación de caracteres cualitativos, mediante el cálculo de la χ^2 de Pearson. Se trata de una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se pueden imputar al azar, o no, en el contraste de hipótesis. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia.

La asignación de la clase social de los datos provenientes de SIVFRENT-A se refiere a la del individuo y se estima a partir de la clasificación nacional de ocupaciones según la ya mencionada propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología, como se ha explicado más arriba.

Pobreza y desigualdad

La “Encuesta de condiciones de vida” (ECV)¹⁰ es una operación estadística anual dirigida a hogares, que se realiza en todos los países de la Unión Europea. La encuesta, en terminología inglesa European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), pertenece al conjunto de operaciones estadísticas armonizadas para los países de la Unión Europea.

La ECV se realizó por primera vez en 2004. Su objetivo principal es proporcionar información sobre la renta, el nivel y composición de la pobreza y la exclusión social en España, y permitir la realización de comparaciones con otros países de la Unión Europea. Desde 2013 se ha adoptado una metodología en la producción de datos relativos a los ingresos del hogar, combinando la información proporcionada por la persona entrevistada con los ficheros administrativos.

Entre sus utilidades, la encuesta destaca por constituir un elemento de referencia fundamental para el seguimiento del Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social.

La ECV también proporciona información longitudinal, ya que es una encuesta panel en la que las personas entrevistadas colaboran cuatro años seguidos. De esta forma, se puede conocer la evolución de las variables investigadas a lo largo del tiempo.

Concretamente la ECV está diseñada para obtener información sobre:

1. Ingresos de los hogares privados y, en general, sobre su situación económica (la información sobre ingresos está referida al año anterior al de la encuesta).
2. Pobreza, carencias, protección social e igualdad de trato.
3. Empleo y actividad.
4. Jubilaciones, pensiones y situación socioeconómica de las personas mayores.
5. Vivienda y costes asociados a la misma.
6. Desarrollo regional.
7. Nivel de formación, salud y efectos de ambos sobre la condición socioeconómica.

Riesgo de pobreza. El **umbral de riesgo de pobreza** se calcula cada año a partir de la distribución de los ingresos del año anterior y siguiendo los criterios recomendados por Eurostat que lo fijan en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas (escala OCDE modificada). Se ha calculado el umbral en la ciudad de Madrid con la distribución de renta de la propia ciudad de Madrid. El umbral de riesgo de pobreza relativa en la ciudad se establece, para los hogares de una persona, en 10.955,4 €/año según datos de 2017. La **tasa de riesgo de pobreza** es el porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza. En los resultados que se presentan se ha utilizado el umbral para cada territorio.



Coefficiente de Gini. Es una medida de la desigualdad ideada por el estadístico italiano Corrado Gini²⁸, normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos o en las rentas dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. El coeficiente de Gini adopta valores que oscilan entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno). El **índice de Gini** es el coeficiente de Gini expresado en porcentaje (coeficiente de Gini multiplicado por 100). En este caso, el cálculo de la renta no parte de la renta bruta disponible per cápita, como se realiza en otros capítulos de este estudio para el análisis de la renta territorializada en distritos de la ciudad²⁵.

Indicador AROPE de riesgo de pobreza o exclusión social. La **tasa AROPE** (At Risk of Poverty or Social Exclusion) forma parte de los indicadores de la Estrategia Europa 2020 de la Unión Europea²⁹. Está definida según unos criterios establecidos por Eurostat. Delimita aquella población que está al menos en alguna de estas tres situaciones:

1. En riesgo de pobreza (por debajo del 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo).
2. En situación de carencia material severa. Son los hogares con carencia en al menos cuatro conceptos de una lista de nueve. Los conceptos considerados son:
 - a. No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
 - b. No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
 - c. No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.
 - d. No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.
 - e. Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...), o en compras a plazos en los últimos 12 meses.
 - f. No puede permitirse disponer de un automóvil.
 - g. No puede permitirse disponer de teléfono.
 - h. No puede permitirse disponer de un televisor.
 - i. No puede permitirse disponer de una lavadora.
3. En hogares sin empleo o con baja intensidad laboral. Son los hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo, durante el año anterior al de la entrevista (periodo de referencia de los ingresos).

Cuestionario HFIAS. Para conocer la inseguridad alimentaria, entendida como la existencia de dificultades económicas para acceder a los alimentos necesarios para mantener una alimentación adecuada, se ha utilizado una de las preguntas del Cuestionario HFIAS²⁴. En concreto, la que indaga sobre la preocupación por no tener suficientes alimentos: *En las últimas cuatro semanas ¿le ha preocupado que en su hogar no hubiera suficientes alimentos? Las respuestas posibles son:*

1. No.
2. Pocas veces (una o dos veces).
3. Sí, algunas veces (entre tres y 10 veces).
4. Sí, con frecuencia (más de 10 veces).
5. No sabe.
6. No contesta.

Se ha considerado con **inseguridad de acceso económico a los alimentos (IAEA)**, a las personas que han respondido algunas veces o con frecuencia, es decir las respuestas 3 o 4, en consonancia con la validación que se hace de esta escala.

Este cuestionario se utilizó también en el “Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017”²⁴, lo que permite establecer comparaciones.

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DE LOS HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Actividad física

Como hace la ENSE, para el análisis de la actividad física se ha utilizado el Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire –IPAQ–. Versión corta en español) adaptado. Este cuestionario permite cuantificar el volumen de actividad física mediante la asignación de unos requerimientos energéticos definidos en METs a cada uno de los cuatro niveles de intensidad, obteniendo unos resultados en MET-minutos semanales, que se categorizan siguiendo las indicaciones del IPAQ Research Committee en tres categorías³⁰:

1. Alta:

- Actividades de intensidad vigorosa al menos 3 días por semana sumando un mínimo total de actividad física de al menos 1500 MET minutos/semana, o
- 7 o más días de cualquier combinación de andar, actividad moderada o actividad vigorosa sumando un mínimo total de actividad física de al menos 3000 MET minutos/semana.

2. Moderada:

- 3 o más días de actividad física vigorosa al menos 20 minutos por día, o
- 5 o más días de actividad moderada y/o andar al menos 30 minutos por día, o
- 5 o más días de cualquier combinación de andar, actividad moderada y actividad vigorosa que sume como mínimo 600 MET minutos/semana.

3. Baja:

- Aquellos que no cumplen los criterios anteriores (equivale a la población que no cumple las recomendaciones de actividad física de la Organización Mundial de la Salud).

Uso del móvil

En esta encuesta, y por primera vez, se ha incluido un apartado sobre la tenencia y uso del móvil. Estas preguntas solo se formularon a las personas menores de 65 años. En primer lugar se indicó: *Ahora le voy a hacer unas preguntas relacionadas con el teléfono móvil (se excluye el uso por motivos de trabajo)* y a continuación se formularon 5 preguntas:

1. *¿Utiliza el teléfono móvil habitualmente?*
2. *¿Lo utiliza más a menudo o por más tiempo del que debiera?*
3. *¿Le han comentado en alguna ocasión, sus familiares o amigos, que utiliza mucho el móvil para hablar o enviar mensajes?*
4. *Si algún día no tiene su móvil ¿se siente incómodo o como si le faltara algo muy importante?*
5. *¿Ha intentado reducir el uso del móvil y no lo ha conseguido de forma satisfactoria?*

Las cinco preguntas tenían respuesta dicotómica: Sí/No.

Las cuatro últimas preguntas están extraídas de los cuestionarios MULTICAGE-CAD4³¹ y MULTICAGE-TIC³². Estudios previos con estos cuestionarios proponen como método de corrección:

0 o 1 respuestas contestadas afirmativamente se considera **uso no problemático**.

2 respuestas afirmativas se considera **uso de riesgo**.

3 o 4 respuestas afirmativas **uso problemático**.



Esta manera de denominar las categorías no presupone un carácter adictivo, no admitido actualmente por la comunidad científica, sino que responde literalmente al contenido de las preguntas, que exploran (2) un juicio autoevaluativo del tiempo dedicado al uso del móvil, (3) un juicio evaluativo de las personas que conviven con el usuario sobre la misma cuestión, (4) una cierta dependencia del móvil en la vida diaria, y (5) una incapacidad reconocida para limitar el tiempo de uso. Los estudios citados y otros que han utilizado estos instrumentos ratifican la validez de esta clasificación categórica.

Alcohol

En encuestas previas se utilizó el cuestionario CAGE, originalmente desarrollado para detectar bebedores habituales, siendo la herramienta de cribado más utilizada en todo el mundo. Sin embargo, análisis posteriores han encontrado diversos problemas derivados del uso de este cuestionario, principalmente los problemas de limitación temporal: el CAGE detecta la existencia de patrones de bebida que generaron malas consecuencias en algún momento de la vida, aunque hayan pasado muchos años sin problemas. Por ello, para el presente estudio se escogió el cuestionario AUDIT-C. El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)³³ es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems que evalúa el consumo de alcohol en el último año, y es el recomendado por la Organización Mundial de la Salud como test de cribado, siendo uno de los más utilizados mundialmente, tanto en contextos sanitarios como no sanitarios. Existe una versión abreviada que solo incluye las tres primeras preguntas (AUDIT-C)³³, cuya sensibilidad y especificidad confirman su validez para identificar consumo de riesgo y/o problemático, y que es la utilizada en el presente estudio. A continuación, se incluyen las tres preguntas y su correspondiente valoración:

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?
 - a. Nunca (0 puntos).
 - b. Una o menos de una vez al mes (1 punto).
 - c. 2 a 4 veces al mes (2 puntos).
 - d. 2 o 3 veces a la semana (3 puntos).
 - e. 4 o más veces a la semana (4 puntos).
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?
 - a. 1 o 2 (0 puntos).
 - b. 3 o 4 (1 punto).
 - c. 5 o 6 (2 puntos).
 - d. 7 a 9 (3 puntos).
 - e. 10 o más (4 puntos).
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
 - a. Nunca (0 puntos).
 - b. Menos de una vez al mes (1 punto).
 - c. Mensualmente (2 puntos).
 - d. Semanalmente (3 puntos).
 - e. A diario o casi a diario (4 puntos).

Cuando la respuesta a la primera pregunta es la primera opción, no se continúa el test y la persona se clasifica como **abstemia** (0 puntos). A partir de las puntuaciones obtenidas en función de las respuestas a las preguntas se puede clasificar a las personas en diferentes grados de consumo: **consumo moderado** (1 a 4 puntos en hombres y 1 a 3 puntos en mujeres) y **consumo de riesgo** (5 o más puntos en hombres y 4 o más en mujeres).

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DEL ENTORNO

Vivienda

Se analiza información del Padrón Municipal de Habitantes 2018, que es el registro administrativo donde constan las personas que viven en un municipio; con datos de residencia y del domicilio habitual en el mismo. Las cifras de población a 1 de enero de cada año, aprobadas por el Ayuntamiento, son el resultado de la consolidación de los movimientos y modificaciones efectuadas durante el año anterior en el registro continuo del PMH⁸.

Esta base de datos nos permite realizar la distribución de hogares según número de personas en la vivienda. También ha permitido analizar características de los hogares con personas extranjeras, con menores y los hogares unipersonales, estos últimos desagregados por sexo, edad y distrito del residente. Se publica anualmente un informe de la población de la ciudad de Madrid, como un documento más incluido en los ficheros del Padrón Municipal de Habitantes 2018, del que se puede extraer la evolución de los hogares unipersonales.

También se ha utilizado la “Encuesta continua de hogares” del INE⁹, que ofrece información anual sobre características demográficas de la población, de los hogares que componen y de las viviendas que habitan. La información, desagregada por comunidades autónomas y provincias, ha facilitado el análisis del número de personas en los hogares según tamaño.

El análisis de los datos de la “Encuesta de condiciones de vida” (ECV)¹⁰ comentada en el apartado “Pobreza y desigualdad”, nos ha mostrado los problemas en la vivienda y las carencias materiales en la ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España.

En la ESCM'17 se han incluido diferentes preguntas relacionadas con la vivienda que han dado soporte a los análisis que se realizan, lo que ha permitido relacionar las variables dependientes relativas a la vivienda con otras variables del estudio, conociendo así características de las personas que viven solas o las que viven en un espacio reducido en la vivienda. Se ha considerado un [espacio reducido para vivir](#), cuando el resultado de dividir la superficie de la vivienda entre el número de personas que viven en ella es inferior a 20 m²/persona.

Para clasificar a los hogares en relación con lo que se ha dado en llamar pobreza energética, se han seguido los criterios propuestos en el “Estudio técnico sobre pobreza energética en la ciudad de Madrid”³⁴; en él se identifican 6 grupos de hogares definidos a continuación:

- Grupo 1. Hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza monetaria (60% de la mediana de la renta) y de la línea de pobreza energética (10% del gasto en energía).
- Grupo 2. Hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza monetaria, pero gastan menos de un 10% de su renta en energía.
- Grupo 3. Hogares que se encuentran bajo la línea de pobreza energética, pero por encima de la línea de pobreza monetaria.
- Grupo 4. Hogares que se han considerado vulnerables en términos energéticos y monetarios por su gran cercanía a ambas líneas de pobreza.
- Grupo 5. Hogares vulnerables frente a una situación de pobreza monetaria.
- Grupo 6. Hogares sin pobreza energética ni monetaria.

Barrio y Ciudad

Para el estudio de estos temas se ha utilizado la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en la Ciudad de Madrid 2016. Se han extraído datos sobre satisfacción con vivir en el barrio y en la ciudad y sobre uso y satisfacción con los espacios verdes, las instalaciones deportivas, el carril bici, los mercados municipales, etc.



En la encuesta se pregunta: *Ahora le voy a leer una lista de servicios y equipamientos municipales para que los valore también de 0 a 10, y para que me diga si los ha utilizado o no en el último año y si considera que el número que hay es excesivo (sobran), adecuado (el número está bien) o insuficiente (debería haber más).*

En relación con el uso: las respuestas son si/no. Sobre el número, para el cálculo mediante regresión logística multivariante (RLM) se ha considerado como adecuado solo si se contesta que el número está bien, y las otras dos respuestas, tanto el exceso como el defecto, se han considerado como inadecuado.

En cuanto a la satisfacción, se mide de 0 a 10 y las puntuaciones inferiores a 5 se consideran como insatisfecho/a.

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD

Autopercepción del estado de salud

Para obtener información sobre la salud autopercebida se ha utilizado la misma pregunta de la ENSE 2017, pero se han añadido las respuestas *no sabe* y *no contesta* (por separado).

Para el análisis multivariante (RLM), tomando como variable independiente la autopercepción negativa del estado de salud (respuestas: regular, mala y muy mala), se usaron como variables explicativas aquéllas que pueden hacer referencia a la salud física (dolor, limitación crónica a la actividad), a la salud mental, a factores sociales (apoyo social) y sociodemográficas (edad, sexo y clase social). La falta de apoyo social se dedujo de las respuestas *poco o nada* a la pregunta *¿Hubo alguien dispuesto a ayudarle si hubiera necesitado ayuda en las últimas 2 semanas?* El modelo fue ajustado entre todas las variables obteniéndose las OR correspondientes con sus IC 95%.

Calidad de vida en relación con la salud

Para el estudio de la calidad de vida en relación con la salud, se ha utilizado la escala COOP/WONCA como ya se hizo en las encuestas 2005 y 2013. La encuesta de Barcelona 2016 utiliza la escala EUROQUOL 5 con su escala visual (la encuesta se realiza de forma presencial). En la ENSE 2017 y en la EESE 2014, no utilizan ninguno de los dos cuestionarios mencionados.

El COOP/WONCA es un instrumento para estimar la calidad de vida relacionada con la salud. Los ítems exploran aspectos relativos a este constructo a través de unas láminas en las que se visualizan mediante dibujos las 5 opciones de respuestas, debiendo marcar la que mejor defina su estado. Aunque se han utilizado versiones de 6, 7 y 9 ítems, para el presente estudio se optó por la versión más amplia, de 9 ítems, para facilitar la comparabilidad de los resultados con estudios previos, que ofrecen baremos para la interpretación de los resultados. Como ya se hizo en ocasiones anteriores, en el estudio actual se utilizaron los contenidos de cada ítem de la versión adaptada al español como estímulos verbales, del mismo modo que las respuestas, esto es, prescindiéndose de las láminas, y mediante entrevista telefónica. Puntuaciones más altas indican peor calidad de vida. Esta modalidad de administración, sin láminas y mediante entrevista telefónica, no había sido validada previamente, aunque se realizó con posterioridad, a partir de los datos obtenidos en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013, resultando que sus propiedades psicométricas eran adecuadas^{35,36,37,38}.

Esperanza de vida al nacer y a los 65 años

Se define **esperanza de vida al nacer** como el número de años que un recién nacido viviría de media si las tasas de mortalidad por edades, registradas en el momento de su nacimiento, se mantuvieran constantes durante toda su vida.

Se define **esperanza de vida a los 65 años** como el número de años que una persona de 65 años viviría de media si las tasas de mortalidad por edades registradas en ese momento se mantuvieran constantes durante el resto de su vida.

En el presente estudio se comparan las esperanzas de vida media de la ciudad de Madrid con las esperanzas de vida media nacional, por un lado y con las de los distritos municipales por otro, además de entre diferentes años o momentos.

Desde análisis anteriores a los actuales el INE ha cambiado su metodología para el cálculo de la esperanza de vida nacional al introducir diferencias en el cálculo de las poblaciones que se usan en las tablas de mortalidad, construyéndolas, además, por edades simples hasta finalizarlas en un grupo abierto de 100 años y más. Las de la ciudad de Madrid las hemos recalculado usando esta misma metodología retrospectivamente desde el último año disponible hasta 2011. De 2008 a 2011, al no disponer de datos poblacionales en edades simples por encima de los 95 años, generamos esas tablas con esta diferencia, y aunque por esta pequeña discrepancia metodológica las diferencias en los indicadores finales de esperanza de vida a diferentes edades serán mínimas, consideramos indispensable advertirlo aquí. Por lo tanto, y con el objetivo de que las esperanzas de vida al nacer y a otras edades fueran totalmente comparables con las calculadas para toda España, se ha replicado con los datos de Madrid la misma metodología de análisis empleada por el INE, siendo este proceso objeto de una minuciosa revisión por parte del equipo de trabajo que ha desarrollado este estudio. Para ello se han elaborado las tablas de mortalidad de los años 2011 a 2017, utilizando el programa Epidat 4.2 con el modelo Coale y Demeny (Sur)³⁹ y sus respectivas razones de sexo al nacer tomando tanto las defunciones como la población en edades simples, siendo el último grupo de análisis el de 100 años y más.

De acuerdo con las tendencias actuales se presentan las esperanzas de vida desagregadas por sexo, conservándose, a veces, el valor general solo como indicador de referencia.

En realidad, lo habitual en condiciones normales, es que cada año mejoren (disminuyan) las tasas de mortalidad por edades que componen la tabla de mortalidad y de la que se deduce la esperanza de vida. Existe un método diferente de cálculo que incorpora esas mejoras a partir de proyecciones, al cual hemos hecho una pequeña aproximación en este estudio. Este método ofrece las llamadas esperanzas de vida de cohortes (todos los que nacieron el mismo año componen una cohorte a la que se van incorporando, año a año, las comentadas mejoras hasta que fallecen) cuyas características se explican más adelante.

Para el cálculo de la esperanza de vida de la ciudad de Madrid comparada con España: esta última se ha tomado del INE, de las tablas de mortalidad del capítulo "Fenómenos demográficos, resultados nacionales, por comunidades autónomas y provincias, series desde 1991"⁴⁰.

La Esperanza de Vida de la población de la ciudad de Madrid se ha elaborado a partir de los datos de población y defunciones del municipio de Madrid, para cada año de edad en cada uno de los años de análisis, siendo el INE la fuente de datos primarios.

Para el cálculo de la esperanza de vida a nivel territorial dentro de la ciudad: en relación con las esperanzas de vida de los distritos municipales, se trasladan a este estudio las publicadas por la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid⁴¹. Como la metodología que se emplea para calcularlas no es idéntica a la que utilizan, tanto el INE para los datos nacionales, como este equipo para los de la ciudad de Madrid, tal y como se ha manifestado anteriormente, entendemos que no es recomendable comparar los indicadores de los distritos con los nacionales ni con el obtenido de esa misma forma para el conjunto de la ciudad. No obstante, en la serie histórica que se presenta para los distritos, sí es posible apreciar la evolución de dichas esperanzas de vida en el periodo y hacer las correspondientes comparaciones entre ellos, pues todos los datos distritales en todos esos años han sido elaborados con el mismo método por la institución estadística municipal.



Esperanza de vida en buena salud

Las expectativas de vida en salud extienden el concepto de esperanza de vida a la morbilidad y la discapacidad con el fin de evaluar la calidad de los años vividos.

La esperanza de vida en buena salud (EVBS), calculada a partir de la prevalencia autorreferida de limitación crónica a la actividad (GALI, siglas en inglés de Indicador de Limitación de Actividad Global)⁴² es un buen indicador de salud cuya distribución informa también y eficazmente de las desigualdades sociales en la salud (DSS).

La EVBS se usa en el seguimiento de la Estrategia Europea para la Inclusión Social y la Protección Social, dentro de los objetivos Europa 2020, habiéndose convertido en uno de los principales indicadores del Plan de Envejecimiento Activo y Saludable, que pretende añadir un promedio de dos años de vida saludable para toda la población en Europa.

Por el método de Sullivan⁴³ e incorporando la prevalencia de limitación crónica a la actividad propuesto por Euro-REVES y obtenido de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2017, se calcula la EVBS al nacimiento y a cada edad, entendida como la expectativa vital sin limitación crónica a la actividad (*disability-free life expectancy -DFLE-*). Aplicando al cálculo la metodología de Chiang II obtenemos también los IC 95% de esas EVBS que trasladan, fundamentalmente, la incertidumbre que se deriva del volumen de muestra cuya respuesta se utiliza para aportar el dato de la limitación crónica a la actividad (LCA) por edad y sexo, ya que los intervalos inherentes a la propia EV son mucho más pequeños, en especial para el conjunto de la población de la ciudad.

Aunque también se puede calcular ajustando por la tasa de mala percepción de la propia salud, la tendencia mayoritaria en el periodo reciente es la de considerar indicador de buena salud al tiempo vital sin limitación a la actividad habitual por causa de una enfermedad o problema crónico. Así lo calcula ahora de forma estandarizada EUROSTAT⁴⁴ para los países de Europa y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para España⁴⁵ por lo que adoptamos este mismo criterio también para este trabajo con objeto de hacer factible la comparación de los datos de la ciudad de Madrid con los de España.

Como base de cálculo, por tanto, partimos de la tabla de mortalidad construida para obtener la esperanza de vida al nacer en la ciudad de Madrid para 2017, tanto para hombres como para mujeres, con datos agrupados en quinquenios hasta 85 y más años. Las tasas de mortalidad por edad y sexo son las que calculamos a partir de los datos de defunciones y población que publica la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Las tasas de limitación a la actividad por edad y sexo las obtenemos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17), concretamente de la pregunta C3 que plantea: *Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que limitar o reducir la realización de sus actividades habituales a causa de este u otros problemas crónicos?* Las opciones de respuesta fueron:

- Severamente limitado.
- Limitado, pero no severamente.
- No limitado en absoluto.

En base a esta variable (GALI), las proporciones de la población en condiciones de buena salud (*no limitado en absoluto*) y de mala salud (*limitado severamente y limitado pero no severamente*) se calculan por sexo y edad.

Como esta encuesta se ha realizado en una muestra de población de 15 años y más, para componer este indicador hemos utilizado las tasas de limitación para menores de esa edad de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017¹³ en concreto de la fracción de la muestra correspondiente a residentes en la ciudad de Madrid.

Por tanto, las tasas de limitación a la actividad de la población de la ciudad de Madrid proceden de la reciente ESCM'17. Para España y la UE, los datos obtenidos son de Eurostat y se refieren también a 2017⁴⁴. Se llama la atención de la gran variabilidad que presenta la EVBS calculada con esta

metodología, a la vista de las series históricas que para este indicador aparecen en esa página de Eurostat, lo que refleja sin duda que una parte sensible de la información en que se basa procede de encuestas, estando por ello sometida a un nivel de incertidumbre elevado (características de la encuesta, volumen muestral, etc.).

Esperanza de vida de cohortes

Como se ha dicho anteriormente la tabla de mortalidad (en algunas citas también “tabla de vida”) es una herramienta estadística que muestra para cada edad cuál es la probabilidad de que una persona muera antes de su próximo cumpleaños. Adolece, no obstante, del defecto de que es insensible a los cambios (generalmente las mejoras o reducciones de la mortalidad) que van sucediendo a lo largo de la vida de cada generación. Es, en lo fundamental, una foto fija que no recoge con fidelidad los años reales que puede vivir un individuo al beneficiarse de los avances que a lo largo de su vida experimentará la humanidad en su conjunto y su generación en particular. Frente a este planteamiento metodológico existe otro que incorpora esas supuestas mejoras venideras a partir de proyecciones de las tasas de mortalidad específica por cada edad (TEME).

Hablamos por tanto habitualmente de la esperanza de vida de periodo (EVP) en contraposición con la esperanza de vida de cohorte. Una cohorte es un grupo de personas con el mismo año de nacimiento. Una tabla de mortalidad de cohortes utiliza una combinación de tasas de mortalidad observadas para años anteriores y proyecciones sobre las tasas de mortalidad para las cohortes en años futuros. Por ejemplo, la esperanza de vida de la cohorte que tiene 15 años en 2014 (cohorte o generación nacida en 1999) se trabajaría utilizando la tasa de mortalidad para los 15 años en 2014, para los 16 años de edad en 2015, para los 17 años en 2016 y así sucesivamente. Por el contrario, una esperanza de vida de periodo a la edad de 15 años en 2014 utilizaría la tasa de mortalidad calculada para esa edad según la mortalidad registrada en ese año, a la edad de 16 años la correspondiente a esa edad según esos mismos datos de mortalidad y así sucesivamente. La esperanza de vida del periodo solo coincidiría con la esperanza de vida de las cohortes si no hubiera cambios en las tasas de mortalidad por edad específica según el tiempo, un escenario extremadamente improbable pues en realidad son diferentes cada año.

Por lo general y a partir de diferentes métodos se van proyectando en años futuros los cambios en las TEME a partir de la experiencia de observación de esos mismos cambios en años pasados. Con ello podremos construir las tablas de mortalidad de periodo de los años venideros, e incluso y si no existieran todos esos datos, de años pasados mediante proyección retrospectiva. Se han construido, a partir de ciertas proyecciones, las de los años 2017 a 2030 para la población de la ciudad de Madrid. Incorporamos a esta visión lo derivado de las tablas previas a 2017 hasta 2004 calculadas, eso sí, no a través de proyecciones retrospectivas sino de los datos reales que a día de hoy conocemos sobre lo ocurrido en esos años pasados.

Para este informe hemos calculado los incrementos en esperanza de vida (EV) que las cohortes de hombres y mujeres nacidos de 2004 a 2030 en la ciudad de Madrid disfrutarán desde su nacimiento hasta que alcancen ese último año mediante la confección de las correspondientes tablas de periodo y de cohortes.

Por lo tanto, creamos cada una de las tablas de mortalidad de periodo para hombres y mujeres de la ciudad de Madrid con datos registrados entre 2004 y 2017, mientras que las de 2018 a 2030 las calculamos a partir de proyecciones de población y defunciones por edades publicadas por la Subdirección de Estadística del Ayuntamiento de Madrid⁴⁶. Estas proyecciones se hacen por el método clásico de componentes: a partir de la población residente y los datos observados de mortalidad, fecundidad y migraciones, calculándose bajo ciertas hipótesis de fluctuaciones su crecimiento y estructura por edades. Mediante la aplicación del diagrama de Lexis a esas tablas-resumen obtenemos las correspondientes tablas de cohortes para las generaciones de 2004 a 2030. La mera comparación de la esperanza de vida para una edad determinada según año de nacimiento en unas y otras tablas-resumen nos informa de las mejoras previsibles en esperanza de vida a esa edad en años futuros.



Es necesario señalar que de esta forma lo que se hace es calcular las correspondientes TEME a partir de las proyecciones de defunciones y población por edad y sexo. En otras publicaciones lo que se proyecta son las propias TEME sobre la base de las TEME observadas en años precedentes. En ocasiones, y es la situación deseable, se construyen tablas de cohortes que cubren toda la vida de, al menos, una generación, es decir, si hubiéramos seguido esa óptima práctica y teniendo el año final en 2030 como hemos hecho aquí, deberíamos haber obtenido las tablas desde, por ejemplo, 1930, lo que no hemos podido realizar en este trabajo. La Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido (ONS) tiene varias publicaciones al respecto, con mucho detalle en el caso de Gales, donde recogen información muy interesante sobre el desarrollo de esta metodología, fuente de inspiración para el equipo de trabajo de este capítulo⁴⁷.

Mortalidad general y por causas

Los indicadores de mortalidad que se estudian son:

Tasas brutas de mortalidad (TBM).

Tasas ajustadas de mortalidad (TAM) y sus intervalos de confianza (IC 95%) para Madrid y para España.

Razón de tasas de mortalidad estandarizadas (RTME) de Madrid.

Para facilitar la comparación, tanto entre diferentes territorios como entre periodos, se ha eliminado el efecto de las diferentes distribuciones de edad de las poblaciones, calculando como indicador de mortalidad la tasa de mortalidad estandarizada (ajustada) por edad o TAM, que ha sido obtenida por el método directo, para el conjunto de la población, para hombres, mujeres y por años, usando como población estándar la europea (2011-2030)⁴⁸.

Se han calculado los intervalos de confianza (IC) en los que se mueven dichas tasas al llevarlas a un modelo de regresión de Poisson, tanto para Madrid como para España, y luego se ha verificado si los intervalos consecuentes, para una seguridad del 95%, se superponen o no. Si no lo hacen asumimos que los hallazgos son diferentes y le otorgamos el rango de significación estadística a esa diferencia. Se interpreta que el IC será más corto en la medida en que el fenómeno afecte a más personas, por ejemplo, si se estudian causas de muertes muy frecuentes, o territorios con poblaciones grandes, como el conjunto de España.

Debemos puntualizar en relación con las TAM de España que, en la actualidad, el INE ha introducido el cálculo de tasas estandarizadas por el método directo y ajustadas con la población estándar europea 2012 tal como lo venía haciendo y recomienda Eurostat¹⁶⁻⁴⁹. En su documento metodológico, a efectos de comparabilidad, sugiere que en aquellos países en que los datos estén disponibles, la agrupación de los mismos se haga por quinquenios elevando la edad del último grupo a 95 y más años. Este equipo de trabajo está actualizando sus series con esta nueva metodología, solo factible para nosotros desde el año 2011; en su momento hará públicos los resultados, si bien hemos optado por seguir publicando las series ya calculadas con la metodología anterior, común a nuestros estudios previos. Habrá que añadir que, no obstante, las diferencias entre las tasas obtenidas por un método y otro generalmente no superan una tasa de variación de 0,45%.

En resumen, se utilizan las tasas estandarizadas de mortalidad ajustadas por edad por el método directo y sus intervalos de confianza (95%). Se calculan con el programa Epidat 4.2 ajustando con la población estándar europea 2011-2030. Las defunciones se agregan según Grandes Grupos o Capítulos y según la lista reducida de causas de muerte de la CIE-10 y al igual que la población, en 13 grupos de edad. Para el cálculo de España se ha utilizado la cifra de población estimada por el INE a 1 de julio de cada año. Sin embargo, el del año 2017, en base a la provisionalidad de los datos en la fecha de obtención de información de la población, se calculó por el mismo método que el usado para la ciudad de Madrid; el dato se obtiene mediante la media aritmética de la población a 1 de enero del año en cuestión y la de 1 de enero del siguiente. Los datos se presentan desagregados por sexo.

Las diferencias estadísticas que se presentan y que en las tablas son señaladas mediante un asterisco como significativas, se dan en relación con los intervalos de confianza del 95% de las tasas ajustadas de Madrid respecto a las de España, de forma que si el asterisco se sitúa en la cifra del año correspondiente se alude a que las diferencias afectan tanto a hombres como a mujeres.

El riesgo de morir por el embarazo, el parto o el puerperio, mínimo en sociedades de alto nivel de desarrollo, requiere un análisis diferente al realizado hasta aquí para las demás causas de muerte. Se elige el análisis a través del cálculo de la Razón de Mortalidad Materna (núm. de mujeres fallecidas por causa del embarazo, el parto y el puerperio / núm. de nacidos vivos -RMM-) y de la Tasa de Mortalidad Materna (núm. de mujeres fallecidas por causa del embarazo, el parto o el puerperio / total de mujeres de 15 a 49 años -TMM-).

En el primero de los indicadores el riesgo de morir está directamente condicionado por el número de embarazos (por no poder averiguarlo con precisión de otra forma se toma la cifra de nacimientos vivos para representar dicha cantidad) y en el segundo por el número de mujeres que, por la edad, pueden desarrollar una gestación. La fecundidad es el factor, como resulta lógico, que enlaza ambos denominadores, es decir, la cantidad real de mujeres que se pone en riesgo de morir por estas causas.

Como se ha dicho, en los últimos años el INE ha implantado nuevos aspectos metodológicos en relación con el cálculo de estos indicadores como podemos observar en la parte metodológica del documento “Estadística de defunciones según la causa de muerte”, disponible en su página web.

Eurostat viene publicando anualmente las tasas de mortalidad ajustadas por edad¹⁶ de España, pero únicamente el valor de la TAM sin sus intervalos de confianza (IC 95%). Recientemente el INE también hace públicas dichas tasas actualizando la metodología, pero no publica las tasas de algunas causas seleccionadas que son de interés para este estudio. Por ello, todas las TAM que aparecen en este trabajo con sus respectivos IC 95% han sido elaboradas por el equipo de trabajo de este estudio, tanto para Madrid como para España, con la misma metodología.

Los datos de las defunciones de España son obtenidos del INE. Los datos de defunciones de la ciudad de Madrid los proporciona el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) (Estadísticas de Movimiento Natural de Población), de la Consejería de Economía Empleo y Hacienda, quienes gentilmente ponen esas bases de datos a disposición de este estudio.

La población en 13 grupos de edad para España es la estimada a 1 de julio de cada año y obtenida de los datos de “Evolución de la población de España entre los censos de 2001 y 2011” hasta el año 2011, y posteriormente de las “Cifras de población y censos demográficos”.

La población en 13 grupos de edad de la ciudad de Madrid se calculó realizando la media aritmética de la población a 1 de enero de un año y a 1 de enero del siguiente con los datos obtenidos de la revisión del Padrón Municipal⁵⁰.

Las tasas brutas y ajustadas que se calculan para España en los diferentes años analizados incluyen los fallecidos en nuestro país, aunque legal y formalmente no cuenten con el reconocimiento administrativo de “residentes en España”. Se trata en su mayoría de personas extranjeras que viven en el país, aunque su situación no esté regularizada según la ley.

La Razón de Mortalidad Materna y las Tasas de Mortalidad Materna son calculadas por este equipo de trabajo, tomándose de referencia la registrada para España por la OMS en el año 2015⁵¹.

Las fuentes de datos utilizados para los análisis de la mortalidad proporcional son los mismos que los expuestos aquí para el cálculo de las tasas de mortalidad



Mortalidad distribuida territorialmente

El análisis de la mortalidad general por distritos y clúster de distritos se hace a partir de datos de población publicados por la Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid (Explotación de datos del Padrón de Habitantes) y de defunciones proporcionada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. En este caso los ajustes por edad se hacen a partir de agrupaciones quinquenales hasta un grupo final de 95 y más años⁵².

Se utiliza como indicador principal en este capítulo la tasa de mortalidad por todas las causas estandarizada por edades según el método directo (TAM). Se calculan las tasas para los 21 distritos separadamente en hombres y mujeres, usando como población estándar para el ajuste de tasas la europea (OMS). Como la desagregación en 21 distritos disminuye la casuística por unidad de estudio, realizamos agrupaciones anuales, un trienio en este caso.

Por lo tanto, en el análisis por distritos se calculan las tasas brutas que luego se han de ajustar por edades por el método directo, para cada uno de aquellos, sumando las defunciones registradas por todas las causas o por causas concretas y dividiendo este sumatorio por la población en riesgo de morir que, en este caso, se calcula sumando la población residente en cada territorio en cada uno de los años que abarca el periodo. Al igual que ocurre en el estudio de la mortalidad por causas, a las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) se le calculan los correspondientes IC 95%, lo que permitirá la comparación de los riesgos de morir entre los territorios analizados.

Se estudia también, y en este caso anualmente, la mortalidad de la población en las 4 agrupaciones (clúster) de distritos según los niveles de desarrollo que se han conformado en este trabajo para el abordaje del análisis de las diferencias territoriales en la salud (ver metodología en este mismo capítulo). Esto nos permitirá poner en relación la mortalidad de la población residente en estas zonas con algunos datos de los estilos de vida, con la autopercepción de la salud, con la calidad de vida y con la morbilidad diagnosticada, aspectos todos de los que encontramos información en nuestra encuesta. En este caso, la TAM general (por todas las causas) del clúster se obtiene y se ajusta de la misma forma descrita para la mortalidad por causas. Este planteamiento nos permite hacer un seguimiento de las tendencias temporales.

Las TAM por distritos del trienio 2015-2017 se representan en sus respectivos mapas realizados mediante el programa Arc Map. Se agrupan según los rangos obtenidos mediante el método Natural Breaks con el objetivo de minimizar la desviación estándar respecto a la media de cada grupo y alejarlas lo máximo posible de la media de los demás grupos, o lo que es lo mismo, reducir la varianza intraclase y aumentar la varianza entre clases. A su vez, en la representación cartográfica se utiliza una trama diferente para los resultados estadísticamente significativos en relación con la tasa de la ciudad, tanto si la excede como si se sitúa por debajo.

Mortalidad prematura y aproximación a la carga de enfermedad de la ciudad

La mortalidad prematura es una parte de la mortalidad de especial relevancia. Los mayores esfuerzos que el sistema sanitario y de protección social debe desarrollar para la mejora de la salud de la población tienen que ir orientados prioritariamente hacia la prevención de los problemas que causan alta mortalidad prematura, pero también elevada discapacidad o ambas cosas.

Es conocido el hecho de que la mortalidad que ocurre en años precoces de la vida, además del drama personal, familiar, social y sanitario que comporta, aunque afecte a pocas personas ocasiona también un problema socioeconómico de primera magnitud. La combinación de ambas variables (magnitud y precocidad) da la medida de su trascendencia y ambas se utilizan para el cálculo del indicador más habitual con el que se mide: los años de vida perdidos (AVP), bien sean medidos por su frecuencia absoluta (número de años) o en términos de tasa bruta o ajustada por edades.

En el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid de 2008 se hizo un cálculo detallado de este indicador, repitiendo la experiencia en el presente estudio, aunque introduciendo algunos cambios metodológicos que nos permitan enmarcarlo en los análisis que sobre carga de enfermedad (Global Burden Disease –GBD–, o Carga Global de Enfermedad –CGE–, o también, Global Health Estimates –GHE–) se hacen en España⁵³ y en otras partes del mundo, desde que en 1997, Murray y López publicaran su primer trabajo en Lancet⁵⁴. Esta metodología tan interesante y práctica surge y se impulsa desde el IHME (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud) de la Universidad de Washington, en Seattle⁵⁵.

Por lo tanto, analizamos la mortalidad ocurrida en la ciudad de Madrid en 2017, por edades y sexo, en total y por algunas causas, deduciendo de la edad de cada persona fallecida la cantidad de años que ha perdido según la tabla de vida modelo de Princeton, oeste, nivel 26, modificada^{56,57} y aplicando una preferencia temporal con tasa de descuento del 3% y con ponderación del valor de los años en función de la edad, con $K = 1$, en la que se valoran más los años de vida de los adultos jóvenes que la de niños y ancianos, que son las características más aceptadas del método de estos estudios. En esa tabla la esperanza de vida al nacer para hombres es de 80 años y para mujeres de 82,5 años. Por cada muerte debida a una causa concreta se estimó el número de AVP en función de la expectativa de vida máxima en el grupo de edad de la persona fallecida. En el último informe mundial sobre GBD publicado, que hace referencia a 2016, se utiliza una lista que incluye 328 causas de muerte y discapacidad dentro de una jerarquía de 4 niveles⁵⁸. El primer nivel las clasificó en tres grupos: enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (ETMNN); enfermedades no transmisibles (ENT) y lesiones por causas externas. Para este trabajo y por la disponibilidad de datos relativos a la población de la ciudad de Madrid, a partir de este primer nivel de agregación estimamos los AVP de las causas que elegimos según una lista *ad hoc* de conveniencia que incluye las de alta mortalidad en nuestra población. Se trata por tanto y como se desprende de lo dicho, de una aproximación al análisis estandarizado de las GBD que podrá completarse más adelante si recopilásemos toda la información que nos falta de aquellas causas que generan, además, mucha discapacidad. No obstante, en este trabajo y como se verá a continuación, no hemos renunciado a conocerlo, si bien desde un abordaje más bien aproximativo.

Se calcula por tanto de esta forma y en primer lugar, la frecuencia absoluta de años perdidos por mortalidad según causa y sexo en la población de la ciudad de Madrid en 2017 y la tasa bruta (número de años perdidos / población), haciendo el posterior ajuste por edades según el método directo y población estándar europea para obtener las tasas ajustadas de AVP, tal y como se estableció anteriormente para el ajuste de tasas por este método.

El concepto GBD incluye como parte de la carga de enfermedad que se estudia y se intenta cuantificar, no solo la pérdida de los años de la vida, en especial la que ocurre tempranamente, sino también la pérdida de años de vida satisfactoria que ocurre desde que una persona adquiere una enfermedad crónica hasta que fallece por ese motivo, generalmente de forma anticipada. La vida resultante tras comenzar a manifestarse una enfermedad crónica comporta muchas veces años de sufrimientos, discapacidad o limitaciones graves, estableciéndose con esta metodología cuántos dejan de vivir de media por cada proceso y sumando los de todas las personas afectadas a un cómputo general. Es decir, que por causa de una enfermedad crónica se pierden años de vida en términos absolutos por la mortalidad precoz, más otros años de vida en buena salud por las complicaciones y limitaciones que se sufren desde que se contrae hasta que se fallece. En este marco teórico, los años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVAD o por sus iniciales en inglés DALY) serían el resultado de la suma de AVP más los años con discapacidad (AVD) que ocurren de media por cada causa concreta. En términos poblacionales son por tanto el resultado de la suma de ambos (AVP+AVD) cuya magnitud final estará determinada por la precocidad de los eventos, el número de años que, como promedio, se viven con mala salud, el número de personas afectadas (prevalencia) y la severidad de los problemas.



Para el análisis de la carga de enfermedad de la población madrileña en 2017 nos guiamos por la metodología y las fuentes de datos utilizadas por la OMS en 2018 para cálculos de la GBD⁵⁹ en el periodo 2000-2016, calculando los AVP con el software Epidat 4.2. En primer lugar y para armonizar nuestro serial de códigos de causas de muerte, que es la CIE-10, con los usados en los análisis de GBD, que son entre 291 y 331 y se basan en la CIE-9, así como para seleccionar causas que serán agrupadas según esa metodología, revisamos la tabla de equivalencias publicada por el IHME en 2012 a tal fin⁵⁸. De las 291 causas de la lista de GBD seleccionamos, en consonancia con la información de que disponemos, las siguientes para el cálculo de AVP, AVD y AVAD, además de todas las causas globalmente consideradas, estos grandes grupos de causas: enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores, enfermedades de la sangre y endocrinas, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, enfermedades del sistema genitourinario, embarazo, parto y puerperio, afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y causas externas de mortalidad. Dentro de esos capítulos se estudiaron también las siguientes causas específicas: cáncer de colon y recto, cáncer de pulmón, cáncer de mama, diabetes mellitus, depresión, ansiedad crónica, enfermedad de Alzheimer, migraña o dolor de cabeza frecuente, IAM y otras enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, neumonía, EPOC, asma, artrosis, dolor de espalda lumbar, dolor de espalda cervical, accidentes de tráfico y suicidio y lesiones autoinfligidas.

Esta selección surge de la revisión de nuestras propias tasas de mortalidad y de la lista de causas con más alta mortalidad prematura de España, analizada según esta misma metodología y publicada recientemente por Soriano *et al.* en *Medicina Clínica*, en un trabajo titulado “La carga de enfermedad en España: resultados del estudio de la carga global de las enfermedades 2016”⁶⁰. De ese trabajo se extraen también las causas que generan más AVD en España en ese año, aunque solo tomemos finalmente las que son concordantes con las referidas por la población madrileña como enfermedades crónicas más frecuentes en nuestra ESCM’17, tratándose por tanto de problemas crónicos diagnosticados y autorreferidos.

Para dotar al procedimiento de análisis de cierta operatividad y considerando que las fuentes de información y los métodos que se implementaron fueron diferentes en unas causas y en otras las clasificamos de la siguiente forma:

Causas de baja mortalidad: artrosis, dolor de espalda lumbar, dolor de espalda cervical, depresión, ansiedad crónica, migraña o dolor de cabeza frecuente y asma.

Causas de alta mortalidad: todas las demás.

En relación con estas últimas:

- El cálculo de los años de vida perdidos que se utiliza para conocer los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) es diferente al que hemos detallado para la mortalidad prematura. Para conocer los AVAD, el cálculo de los AVP de cada causa o grupo de causas se hace a partir de las bases de datos de defunciones y de población utilizadas en los demás análisis de mortalidad de este estudio, elaborados con Epidat 4.2 según la variante de contraste con la tabla de Princeton, ya referida anteriormente, obteniéndose tanto el número de años perdidos en total, como la tasa bruta de años perdidos para cada sexo. Se trata del único cálculo de este capítulo que se hace por un procedimiento directo y se incide en que para hacerlo (carga de enfermedad) usamos tasas brutas de AVP para hombres y para mujeres, a diferencia de lo que hacemos cuando estudiamos la mortalidad prematura, en que ajustamos las tasas por edades, como se explicó anteriormente.
- El cálculo de los AVD se basa en una aproximación que, en sí misma, supone un reto para el investigador pues no se dispone para estas causas de información relativa a la población de la ciudad de Madrid procedente de registro alguno, ni de encuestas, sobre el grado de discapacidad que provocan esos problemas, ni al número de personas afectadas por ellos, ya que no figuran en

la lista de problemas crónicos más reconocidos por la población madrileña (ver en este Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018, el capítulo sobre enfermedades crónicas autorreferidas). Al carecer de esta información sensible, y siguiendo a otros autores, como Gènova Maleras⁶¹ y según la metodología propuesta en el estudio marco del GBD, aplicamos a los AVP obtenidos en Madrid la razón AVP/AVD por sexo, edad y causa estimados para España por la OMS en junio de 2018 con datos correspondientes a 2016⁵⁹. Con esta razón y los AVP encontrados por causas y sexo en la población de nuestra ciudad se deducen los AVD correspondientes, partiendo de la hipótesis que la razón encontrada en la población española será la misma que la de la madrileña.

En relación con las primeras (causas de baja mortalidad):

- El cálculo de los AVD para la población madrileña por esas causas es también una aproximación indirecta al fenómeno. Para ello calculamos, primero, la prevalencia de esos problemas en la muestra estudiada en nuestra ESCM'17 y los hacemos extensivos a la población madrileña de la que procede. A partir de ahí y aplicando esa tasa al número de personas que, por sexo, componen esta población, hacemos una estimación del número de personas afectadas por cada problema. Una vez deducido ese número, necesitamos también conocer un coeficiente de gravedad o peso que cada problema concreto determina en relación con su naturaleza (*Health state weights*, para la OMS), considerando las diferentes severidades y edades medias de presentación que tienen en cada país o región. Ese coeficiente condicionará el número de años que se vive con discapacidad por los problemas seleccionados y en la fórmula de cálculo pasará a multiplicar el número de personas afectadas. Como ejemplo citaremos el dato de que ese coeficiente para la artrosis es de 0,45, mientras que para el dolor lumbar es de 0,18. Estos coeficientes los tomamos de las tablas que publica la OMS para la región europea⁵⁹. Como quiera que en dicha tabla a veces se asigna un coeficiente distinto al mismo problema dependiendo del grado de severidad (leve, moderado, grave), al no disponer nosotros de esa información optamos por hacer una media de los coeficientes de cada problema. Con todo ello, y trasladando esos datos a una aplicación en formato de hoja de cálculo que emplea la OMS para tal fin⁵⁹, (población total, tasa de incidencia, número de afectados –dato que se deriva de los dos anteriores– y coeficiente de peso de la discapacidad) obtenemos la tasa de años de vida perdidos por discapacidad al año por el problema concreto de que se trate (AVD).
- Finalmente, y una vez calculados los AVD para esos problemas con escasa mortalidad, calculamos también los AVP por cada uno de ellos de forma indirecta a partir de las razones AVD/AVP que hemos señalado antes, pues la casuística de defunciones en la ciudad de Madrid por estas causas es tan escasa que prácticamente no obtendríamos ningún resultado consistente.

Por lo tanto y como resumen, la metodología aplicada sería esta:

AVAD = AVP + AVD (Años de Vida Ajustados a Discapacidad = Años de Vida Perdidos + Años de Vida con Discapacidad)

Causas de alta mortalidad:

AVP: directamente (defunciones y población por edades y tabla de Princeton).

AVD: indirectamente a partir de la razón de AVD/AVP de los datos de España del informe mundial "Disease burden and mortality estimates, 2000–2016"

Causas de baja mortalidad:

AVP: indirectamente a partir de la razón de AVD/AVP de los datos de España del informe mundial "Disease burden and mortality estimates, 2000-2016".

AVD: indirectamente a partir de la fórmula: AVD = personas enfermas X coeficiente discapacidad.

En donde personas enfermas = tasa de prevalencia en la muestra X población general; y coeficiente discapacidad (*Health state weights*) procedente de "WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016"⁵⁹.



Por último, y una vez calculados AVP y AVD para unos y otros problemas de la forma referida, sumamos para cada causa ambos indicadores y obtenemos los AVAD o DALY. A partir de ahí, y en relación con los problemas seleccionados, estableceremos las jerarquías correspondientes según cualquiera de los 3 indicadores obtenidos.

Debido a que se trata de una aproximación a ese fenómeno (la carga de enfermedad), a que algunos cálculos son indirectos usando patrones de otras poblaciones, y a que no se pudieron estudiar la totalidad de las causas que habitualmente se analizan, presentamos estos resultados con las debidas precauciones incidiendo en la conveniencia de obviar las comparaciones externas centrándonos, sobre todo, en las internas entre diferentes causas en la población madrileña.

Enfermedades crónicas

La fuente de datos de esta información es la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2017 (ver metodología de la misma). Las preguntas de las que se obtiene se presentan a continuación:

¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración, si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure, 6 meses o más).

A continuación, le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Le ha dicho su médico que la padece?

1. *Tensión alta.*
2. *Infarto de miocardio, angina de pecho o enfermedad coronaria.*
3. *Artrosis (excluyendo artritis).*
4. *Dolor de espalda crónico (cervical).*
5. *Dolor de espalda crónico (lumbar).*
6. *Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida).*
7. *Asma (incluida asma alérgica).*
8. *Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).*
9. *Diabetes.*
10. *Úlcera de estómago o duodeno.*
11. *Colesterol alto.*
12. *Depresión.*
13. *Ansiedad crónica.*
14. *Migraña o dolor de cabeza frecuente.*
15. *Problemas de tiroides.*
16. *¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?*

La lista de problemas seleccionados corresponde a aquellos que obtuvieron las mayores prevalencias en la ESCM'13, denominándolos como se hizo en la ENSE 2017, para asegurar de esta forma la comparabilidad con los datos nacionales. En este sentido, el análisis se hará, como es usual, sobre las personas que han reconocido padecer alguno de los problemas listados, a no ser que se advierta lo contrario.

Para algunos problemas de salud se analiza también la distribución de frecuencias según sexo, edad, nivel de estudios, grupo de distritos y clase social, como se hace para el análisis de otras variables de la encuesta, ajustando por todas ellas un modelo de regresión logística multivariante (RLM), y

calculando sus respectivos *odds ratio* (OR), después de estudiar si existe asociación entre ellas (diagnósticos y las variables de análisis) mediante el cálculo de los respectivos χ^2 y tras realizar los correspondientes análisis bivariantes.

Limitación crónica de la actividad habitual

La fuente de datos de esta información es la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Esta cuestión se plantea tras enumerar a la persona encuestada los problemas crónicos de salud más frecuentes, y dice así: *Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?*

Esta información, que en la literatura al uso se denomina también “limitación crónica a la actividad habitual”, es relevante también porque a partir de ella, y como ya se dijo, se calculan las tasas de limitación por edades y sexos con las que, después, se ajustan las tablas de mortalidad para obtener el indicador seleccionado de Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS), que no es otro que la Esperanza de Vida sin limitación a la actividad por un problema crónico.

Alteración del estado ponderal

El Índice de Masa Corporal (IMC) se ha calculado a partir del peso y la talla autodeclarados según la fórmula de Quetelet:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$$

En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías:

- Peso insuficiente (IMC < 18,5).
- Normopeso (IMC entre 18,5 y 24,9).
- Sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9).
- Obesidad (IMC > 30).

Para menores de 18 años no se han analizado los datos de la ESCM'17; para la información sobre el estado nutricional de la población infantil se ha preferido utilizar los datos del “Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017”²⁴.

Problemas de salud mental

El General Health Questionnaire (GHQ-12) es un instrumento de cribado que tiene por objetivo detectar riesgo de mala salud mental en relación con problemas no psicóticos (fundamentalmente ansiedad y depresión) en contextos como la atención primaria o en población general⁶². El GHQ-12 tiene como ventaja ser un instrumento corto y de fácil comprensión, lo que facilita su utilización. El GHQ-12 ha sido traducido a más de 11 idiomas y es uno de los instrumentos de cribado validado más utilizados en todo el mundo⁶³. Está formado por 12 ítems que pueden ser analizados a través de 3 puntuaciones: a) Escala Likert: los ítems son valorados según una escala de puntuación ordinal (0-1-2-3); b) GHQ: los ítems se valoran a partir de una puntuación dicotómica (0-0-1-1) y c) C-GHQ: los 6 ítems negativos se puntúan como (0-1-1-1) y los positivos como (0-0-1-1), intentando este último índice detectar los casos crónicos. Puntuaciones más elevadas indican mayor riesgo de mala salud mental, estableciéndose un punto de corte de 3 o más preguntas positivas en la puntuación Likert. En el presente estudio se han aplicado las dos primeras modalidades de corrección: la modalidad GHQ 0-0-1-1 para estimar riesgo de mala salud mental (3 o más respuestas afirmativas) o la puntuación Likert para estimar el grado de malestar.



Enfermedades transmisibles

En este apartado se recoge la evolución de las tasas de incidencia acumulada de algunas enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en el periodo 2012-2017 en la ciudad de Madrid, la Comunidad de Madrid y España. Se han utilizado los datos disponibles nacionales y de la Comunidad, y se han calculado las tasas de incidencia de cada enfermedad en la ciudad. Para ello, se ha obtenido primero el número anual de casos de cada enfermedad por distrito utilizando dos tipos de información:

- Las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes por distrito recogidas en los informes EDO anuales (Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid)⁶⁴.
- La población recogida en el Padrón Municipal de Habitantes (Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid). Se ha calculado la media aritmética de la población anual por distrito con la población a 1 de enero de un año y a 1 de enero del siguiente⁸.

También se analiza la evolución de dichas enfermedades en el periodo 2012-2017 en la ciudad, la Comunidad y España, mediante el porcentaje de variación de las tasas de incidencia (TI) del año 2017 respecto a las de 2012.

$$\frac{TI(2017) - TI(2012)}{TI(2012)} \times 100$$

Infección VIH/ SIDA

En relación con el retraso diagnóstico de SIDA, se han utilizado los criterios de definición propuestos recientemente:

- Retraso diagnóstico (RD); menos de 350 linfocitos CD4/ μ l en el momento del diagnóstico.
- Presentación con enfermedad avanzada (PEA): menos de 200 linfocitos CD4/ μ l + en el momento del diagnóstico.

Además, se contabilizan los diagnósticos realizados con cifras de linfocitos CD4 inferiores de 500/ μ l. El incluir los casos diagnosticados con menos de 500 células/ μ l se debe a que este límite ya ha sido utilizado y previsiblemente se va a aplicar en el futuro, lo que se justifica por dos hechos, por un lado, por los cambios recientes realizados en las recomendaciones del tratamiento antirretroviral (TAR) y, por otro, por lo propuesto en la estrategia Test & Treat. Las recomendaciones desarrolladas por el Department of Health and Human Services en 2011 mantienen la recomendación de iniciar tratamiento en pacientes por debajo de 500 linfocitos CD4/ μ l. Esta recomendación aparece también en las recomendaciones de la Sociedad Internacional de SIDA (International AIDS Society - USA Panel) de 2010 y en las del Ministerio de Sanidad de España de 2012, en las que se indica que "Todo diagnóstico nuevo de infección por VIH debería hacerse cuando los pacientes todavía no presenten una disminución de linfocitos CD4 por debajo de 500 células/ μ l para obtener la máxima efectividad posible del tratamiento". Junto al beneficio individual, debe señalarse el que puede obtenerse en términos de salud pública. Basándose en la estrategia Universal Test & Treat, Charlebois *et al.* han comunicado recientemente que la instauración de tratamiento antirretroviral en pacientes con menos de 500 células/ μ l reduciría en un 42% el número estimado de nuevas infecciones a los diez años⁶⁵.

Ingresos hospitalarios

La información procede del registro de CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) que es un subsistema de información continuo de la totalidad de la actividad hospitalaria y de atención especializada de todos los centros sanitarios del país, del que en este trabajo se han usado los primeros en relación con la población residente en la ciudad de Madrid. El CMBD es, por tanto, una base de datos clínicos y administrativos que proceden de la historia clínica y se obtiene al alta del paciente.

Con ella y para solventar el hecho que contamina constantemente la comparación de cualquier tipo de riesgo para la salud, el de las distintas composiciones por edades de las poblaciones a comparar, se ajustan las Tasas de Ingresos Hospitalarios (TAIH), tras la estandarización por edades según el método directo, en 20 grupos etarios, mediante el programa Epidat 4.2, a partir de las Tasas Brutas de Hospitalización (TBH) de Madrid y de sus respectivas Tasas Específicas por cada grupo etario (número de hospitalizados residentes en Madrid de una determinada edad por una causa dada durante 2017 / población de esa misma edad en la ciudad a 1 de enero de 2017).

Para cada tasa ajustada se obtienen los IC 95% resultantes de la regresión de Poisson correspondiente, y a partir de ellos, se realizan las comparaciones pertinentes. La estandarización se hace usando la población estándar europea de la OMS propuesta para el periodo 2011/2030.

La población por edad y sexo de la ciudad de Madrid procede de los datos del Padrón Continuo a 1 de julio de 2017, de la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento.





2

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

2 FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

2.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

El municipio de Madrid, a 1 de enero del 2018, cuenta con 3.221.824 habitantes (54.3% mujeres y 46,6% hombres). El distrito que más población aporta al conjunto de la ciudad, al igual que lo registrado en el Estudio de la Ciudad de Madrid de 2014, es Carabanchel, con un 7,70% de la población total, seguido de Fuencarral-El Pardo (7,54%). El distrito con menos población es Barajas, con el 1,48%. La edad media del conjunto de la ciudad de Madrid es de 44,03 años, con una horquilla distrital que abarca desde 38,57 años en Villa de Vallecas hasta 47,38 años en Moratalaz (TABLA I).

El porcentaje de población nacida fuera de España es de 21,03% para el conjunto de la ciudad. Los distritos con mayor población nacida en otro país son Centro (30,77%), Usera (30,53%) y Tetuán (28,50%) y los de menor proporción son Retiro, Fuencarral-El Pardo y Barajas (con frecuencias que oscilan entre 12 y 14%). Denominamos inmigrantes económicos a las personas nacidas en un país en desarrollo, independientemente de su nacionalidad, siendo el porcentaje de las mismas de 18,43% para la ciudad de Madrid. Los distritos con más peso de los inmigrantes económicos son Carabanchel, Usera y Villaverde; mientras que los de menor proporción son Retiro, Chamartín y Fuencarral-El Pardo.

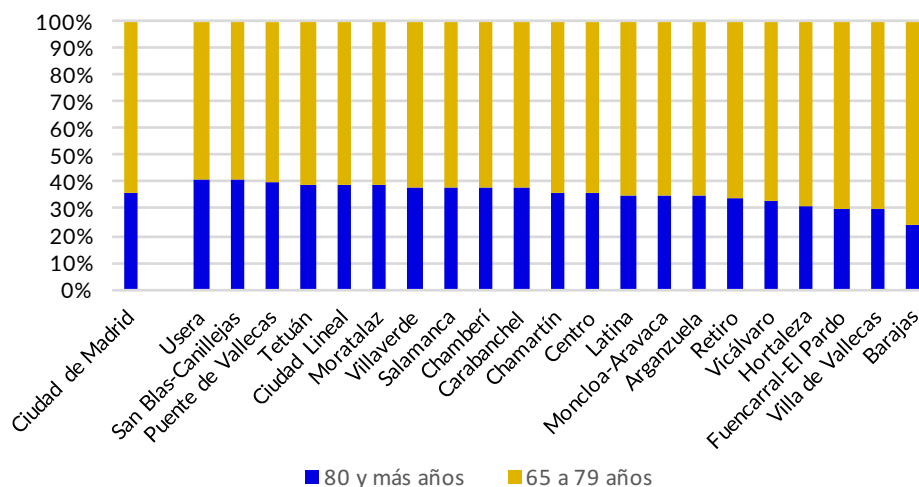
Madrid mantiene una estructura de edad envejecida. La proporción de mayores de 65 años (20,39%) es superior a la de menores de 16 años (14,37%). Los distritos con mayor proporción de juventud son Villa de Vallecas, Vicálvaro y Barajas. Por el contrario, los distritos con menor proporción son Salamanca, Chamberí y Centro.

Entre las personas mayores de 65 años, la proporción de población mayor de 80 años es del 36,19% en la ciudad de Madrid, la cual ha registrado un ascenso desde el 2014, siendo entonces de 34%. Los distritos que destacan en este indicador de sobreenvjecimiento son Usera, San Blas-Canillejas y Puente de Vallecas (gráfico 1).

[Volver a índice](#)



Gráfico 1. Población mayor de 80 años entre las personas de 65 y más años (sobrevejecimiento) según distrito



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En todo análisis demográfico resulta de gran interés conocer el Índice de Juventud y el de Envejecimiento, indicadores que relacionan los grupos de población de edades más extremas, es decir, los mayores de 65 y los menores de 16 años. En el conjunto de la ciudad de Madrid, existen 140 mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años y 70 menores de 16 años por cada 100 mayores de 65. Los distritos con mayor Índice de Juventud son Villa de Vallecas, Vicálvaro y Barajas, mientras que los que registran valores más bajos en este indicador son Salamanca, Moratalaz y Chamberí. Cabe destacar que estos últimos distritos son los que registran mayor Índice de Envejecimiento.

Otro indicador de interés es el Índice de Dependencia, que relaciona la población dependiente por motivo de la edad, es decir, los menores de 16 años y los mayores de 65 años, con el resto de la población. En el caso de la ciudad de Madrid, este índice informa de que existe una ratio de, al menos, una persona dependiente por cada dos personas en edad activa. Los distritos con mayor índice de dependencia son Moratalaz, Retiro y Fuencarral-El Pardo, mientras que Centro, Tetuán y Villa de Vallecas registran las cifras más bajas.

DINÁMICA POBLACIONAL

La ciudad de Madrid experimentó un aumento de población de un 1,95% en el año 2016. En este periodo el distrito que más creció poblacionalmente fue Centro, aumentando un 4,43%, mientras que el distrito que menos lo hizo fue Moratalaz, con un 0,46%, según se recoge en la [tabla 7](#), donde se refleja lo ocurrido a lo largo del 2016 en la ciudad de Madrid y sus distritos.

Madrid en su conjunto tiene un crecimiento vegetativo positivo, 1,06 por cada mil habitantes en 2016. Los distritos de Villa de Vallecas, Barajas y Hortaleza son los que más crecimiento vegetativo presentan, fundamentalmente por razón de su relativamente alta natalidad. Como se observa en dicha tabla, algunos distritos como Chamberí presentan un crecimiento negativo, esto es, la mortalidad en ellos no se compensa con la natalidad. Este fenómeno ocurre en los distritos centrales de la ciudad y también en Moratalaz, Latina y Moncloa-Aravaca.

El movimiento migratorio es, en términos netos, positivo debido fundamentalmente a la llegada de población inmigrante, que es muy superior a la salida de emigrantes, fenómeno que muestra una reversión sobre la tendencia observada en años anteriores; por cada mil habitantes, la población de la ciudad creció en más de 18 personas según su saldo migratorio en 2016. Esto ocurrió sobre todo en los distritos de Centro, Salamanca y Tetuán; en tanto que en Moratalaz, Vicálvaro y Barajas los saldos, aunque positivos, son más modestos.

En el gráfico 2 se observa la evolución de los indicadores dinámicos de la población en el periodo 2013 a 2016. La estabilidad en el crecimiento vegetativo es notable en el periodo debido a que natalidad y mortalidad se mantienen constantes y en cifras muy similares, si bien la natalidad levemente más alta (crecimiento positivo). En el año 2015 estuvo a punto de ocurrir el crecimiento vegetativo cero, escenario que sin duda se repetirá en el futuro próximo según la tendencia registrada. En el caso de la tasa neta de migración se aprecia el cambio tan importante que ocurrió en 2014 en que, tras algunos años de tasa negativa derivada del impacto de la crisis económica, pasó de nuevo a situarse en términos positivos (más inmigración que emigración), tendencia que, aunque más suave, parece perpetuarse, constituyendo en la actualidad el principal componente en que se apoya el crecimiento poblacional global.

Tabla 7. Indicadores dinámicos de la población, ciudad de Madrid y distritos, 2016

Indicadores demográficos por distrito	2016 (*)				
	Tasa Bruta de Natalidad, por mil habitantes	Tasa Bruta de Mortalidad, por mil habitantes	Tasa de Crecimiento Vegetativo por mil habitantes	Tasa de Migración Neta por mil habitantes	Tasa de Crecimiento Demográfico 2016 (%)
Ciudad de Madrid	9,31	8,25	1,06	18,51	1,96
Centro	7,34	7,96	-0,62	45,01	4,439
Arganzuela	9,49	7,49	2	16,21	1,821
Retiro	8,25	9,65	-1,40	14,97	1,357
Salamanca	8,91	9,88	-0,97	36,02	3,505
Chamartín	9,75	9,25	0,50	20,89	2,139
Tetuán	9,83	8,69	1,14	30,20	3,134
Chamberí	8,69	10,45	-1,77	28,18	2,641
Fuencarral - El Pardo	11,91	7,25	4,65	13,47	1,812
Moncloa - Aravaca	8,60	8,98	-0,38	17,53	1,715
Latina	7,93	8,90	-0,97	14,53	1,356
Carabanchel	8,99	8,48	0,51	18,04	1,855
Usera	9,38	7,95	1,43	18,28	1,971
Puente de Vallecas	8,85	8,68	0,17	16,36	1,653
Moratalaz	6,29	9,87	-3,58	8,19	0,461
Ciudad Lineal	8,08	8,79	-0,72	16,31	1,559
Hortaleza	10,63	6,83	3,80	14,51	1,831
Villaverde	10,09	7	3,09	13,38	1,647
Villa de Vallecas	15,21	4,90	10,31	9,60	1,991
Vicálvaro	8,65	5,73	2,92	7,29	1,021
San Blas - Canillejas	8,40	7,76	0,64	13,12	1,376
Barajas	11,40	6,08	5,33	9,92	1,525

(*) Datos a 1 de enero de 2017, referidos al movimiento de población registrado en 2016.

Los 3 distritos con mejor situación en este indicador.

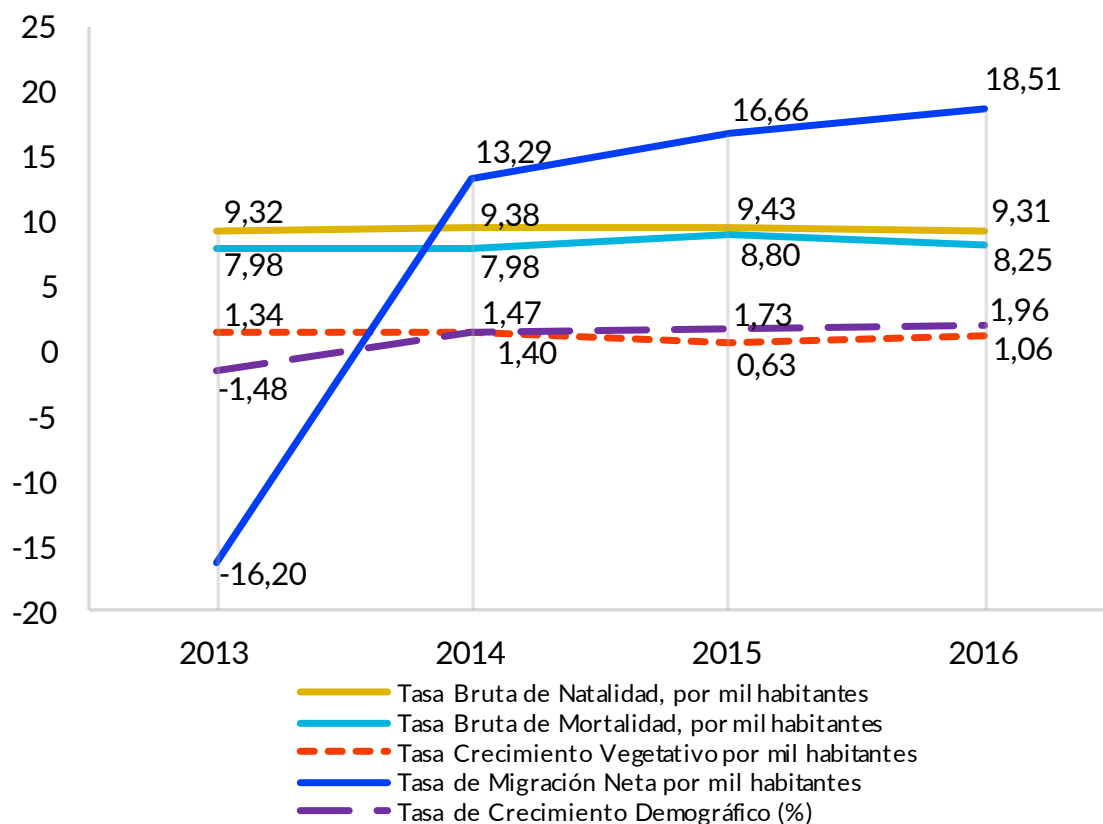
Los 3 distritos con peor situación en este indicador.

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Volver a índice



Gráfico 2. Evolución de indicadores dinámicos del movimiento de la población.
Ciudad de Madrid 2013-2016



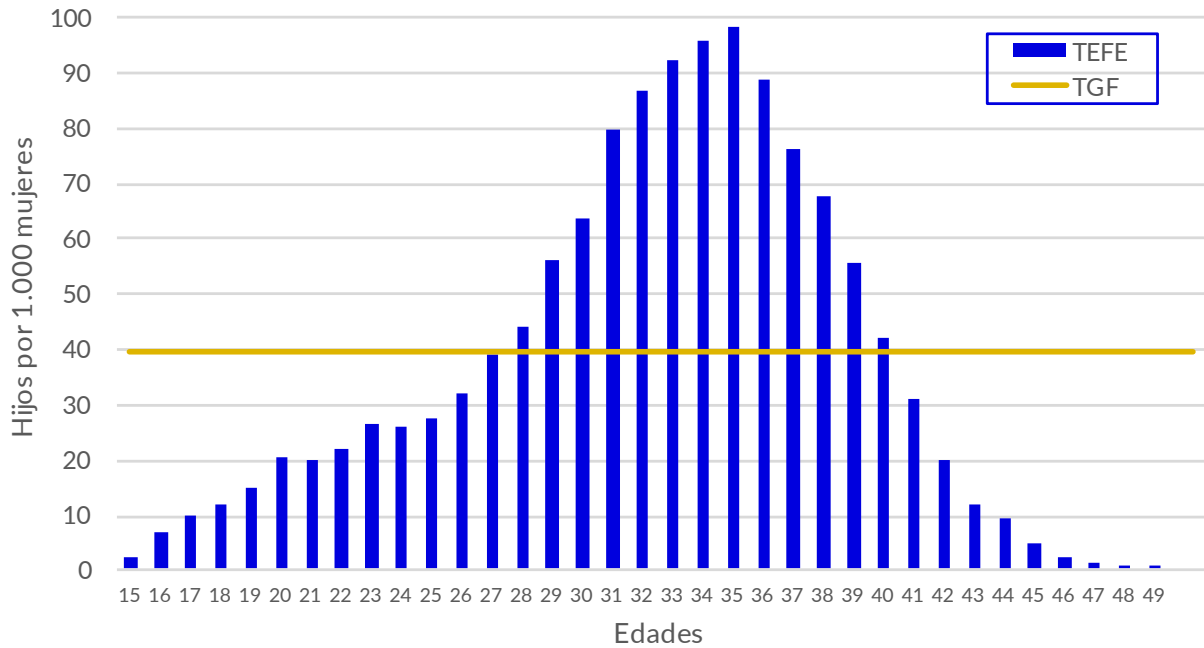
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

FECUNDIDAD

En el [gráfico 3](#) se observa la Tasa específica de fecundidad por edades (TEFE) (grupos quinquenales) y la Tasa de fecundidad general (TFG) de las mujeres de la ciudad de Madrid en el año 2016. En el año 2013, según lo publicado en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014, la TFG fue de 38,68 hijos por mil mujeres, registrándose una diferencia muy pequeña con la que ahora se presenta (39,34 por mil). Ahora como entonces, tal como se aprecia en el gráfico por edades (tasa por mil mujeres de cada edad), las mayores tasas de fecundidad están claramente desplazadas a edades avanzadas de la vida fértil (de 32 a 36 años).

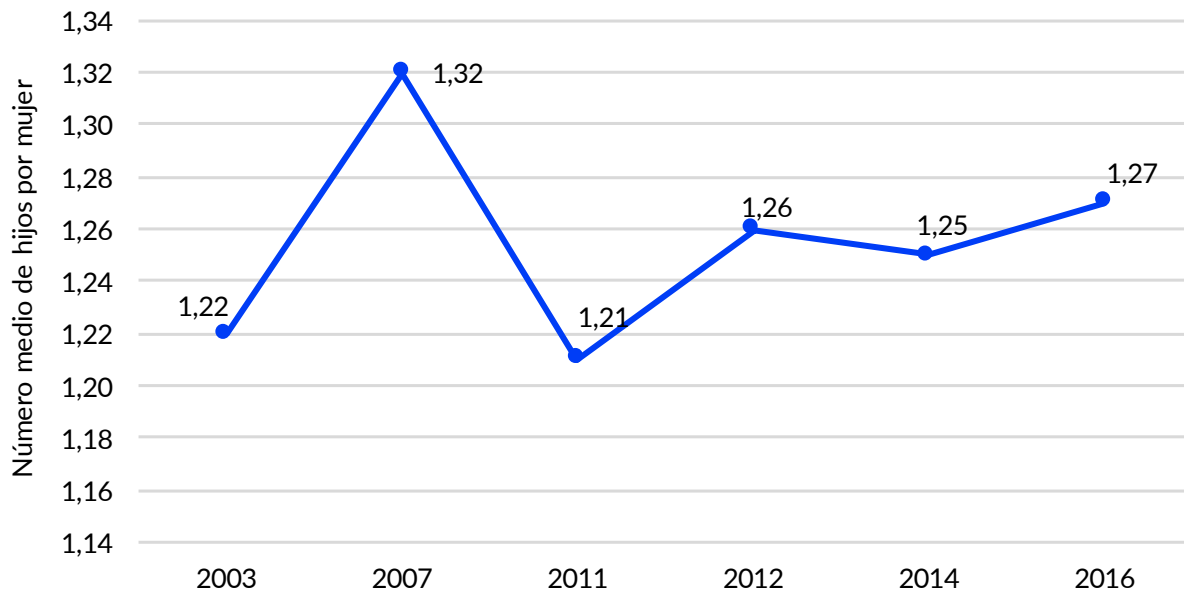
El Índice Sintético de Fecundidad (ISF), promedio de hijos por cada mujer al final de la vida fértil, fue 1,27 en el año 2016 para las mujeres de toda la ciudad. Como se puede apreciar en el [gráfico 4](#), desde el año 2011 la tendencia es al incremento, aunque aún quede muy lejos del valor máximo registrado recientemente, el del año 2007, en que alcanzó 1,32, sin duda por el efecto de la mayor fecundidad de las mujeres inmigrantes cuyo número en nuestra ciudad, en aquellos años, era notablemente mayor que en la actualidad.

Gráfico 3. Tasa de Fecundidad por Edades y Tasa de Fecundidad General. Ciudad de Madrid, 2016.
Tasa por 1000 mujeres en edad fértil



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 4. Evolución del Índice Sintético de Fecundidad (ISF). Ciudad de Madrid, 2003-2016



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.



2.2. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Estos factores, también englobados bajo la denominación de “determinantes sociales”, constituyen un grupo de determinantes de la salud de gran relevancia cuyas disparidades provocan diferentes oportunidades de las personas frente a la salud, en una ciudad en la que un sistema sanitario público como el que gozamos, es decir, prácticamente universal, gratuito en el acto sanitario y de calidad, iguala a toda la población ante la atención de salud, tanto curativa como de prevención de la enfermedad y de promoción y rehabilitación de la salud.

RENTA Y DESARROLLO. ÍNDICE DE DESARROLLO POR DISTRITOS

Para analizar y agrupar los distritos según el nivel de desarrollo, se utiliza, como en estudios anteriores^{4,5} el Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta (ICSCR) que proporciona una medida del desarrollo válida, en especial para comparar los distritos entre sí y la evolución de este fenómeno en la población de la ciudad y de sus territorios en el tiempo. El cálculo del actual ICSCR se ha realizado en base al número de personas residentes de 30 a 64 años con títulos escolares superiores a secundarios en 2017, la esperanza de vida al nacer de 2016 y la renta bruta disponible per cápita en 2014 (ver metodología).

En la [tabla 8](#) se puede observar la distribución por distritos del ICSCR y sus componentes en el último periodo analizado (2014-2017), así como los datos de la ciudad. Obviando la información sobre la esperanza de vida que se tratará en otro capítulo con más detalle, se observa que la renta media de la ciudad es de 21.000 euros per cápita al año, destacando los distritos de Salamanca y Chamartín con más de 27.500 euros, frente a los que se sitúan en el otro extremo, Usera y Puente de Vallecas, que no llegan a los 16.000 euros. La desigualdad interna que refleja la distribución de este indicador obtuvo un coeficiente de Gini de 0,157 (ver metodología).

Tabla 8. Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta (ICSCR) y sus componentes por distrito

Grupos de distritos	Distrito	Esperanza de vida al nacer (2016) (años)	Personas con estudios superior a secundarios (2017) (%)	Renta Bruta Disponible per cápita (2014) (euros)	ICSCR
Total	Ciudad de Madrid	84,93	40,1	21.145,85	0,791
Mayor desarrollo	Chamartín	85,66	64,77	27.561,86	0,9992
	Salamanca	85,82	63,47	27.559,69	0,9933
	Chamberí	85,42	63,52	27.118,96	0,9862
	Retiro	85,74	61,36	26.806,15	0,9729
	Moncloa-Aravaca	84,8	58,92	25.917,64	0,9448
Desarrollo medio-alto	Arganzuela	85,57	53,15	22.878,04	0,8822
	Centro	83,72	51,97	23.767,54	0,8775
	Fuencarral-El Pardo	85,16	52,63	22.469,25	0,8726
	Barajas	84,72	47,68	24.706,83	0,8719
	Hortaleza	85,31	48,68	23.059,14	0,8602
Desarrollo medio-bajo	Tetuán	85,09	40,37	20.626,67	0,7868
	Ciudad Lineal	85,6	38,94	20.673,71	0,7826
	Moratalaz	84,58	34,75	20.429,78	0,7529
	San Blas-Canillejas	84,43	31,67	19.086,23	0,7201
	Villa de Vallecas	84,4	28,25	18.877,23	0,6998
	Latina	85,48	27,68	18.366,37	0,6962
	Vicálvaro	83,98	28,09	18.043,36	0,6867
Menor desarrollo	Carabanchel	84,44	23,54	17.096,92	0,6542
	Villaverde	84,48	16,76	15.926,01	0,6054
	Usera	83,93	16,6	15.698,19	0,599
	Puente de Vallecas	83,25	15,22	15.930,93	0,5913

Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En esa misma tabla se aprecia también que el indicador educativo (% de personas entre 30 y 64 años con nivel educativo superior a secundario) en la ciudad alcanza el 40%, con una horquilla que oscila entre casi un 64,8% de Chamartín y, en el otro extremo, el 15,2% de Puente de Vallecas, prácticamente a la par del dato de Usera (16,6%) y de Villaverde (16,8%). Como se ve, las diferencias en la distribución del indicador educativo son más marcadas que en el de renta, alcanzando un coeficiente de Gini una vez ordenados todos los valores según el nivel de renta, de 0,197.

La distribución de la esperanza de vida para toda la población es más homogénea (coeficiente de Gini de 0,004) y el ICSCR del conjunto de la ciudad alcanza en este periodo la cifra de 0,791, entre el 0,999 de Chamartín y el 0,591 de Puente de Vallecas, con un coeficiente de Gini de 0,056. Si, como está conceptualizado este método, la cifra del índice de desarrollo señala, más que ninguna otra cosa, el camino que aún debe recorrer la población de cada territorio para alcanzar el máximo desarrollo humano posible en las actuales circunstancias y en términos relativos, a la del distrito de Puente de Vallecas le falta un buen trecho por caminar mientras que la de Chamartín prácticamente lo ha alcanzado.

[Volver a índice](#)

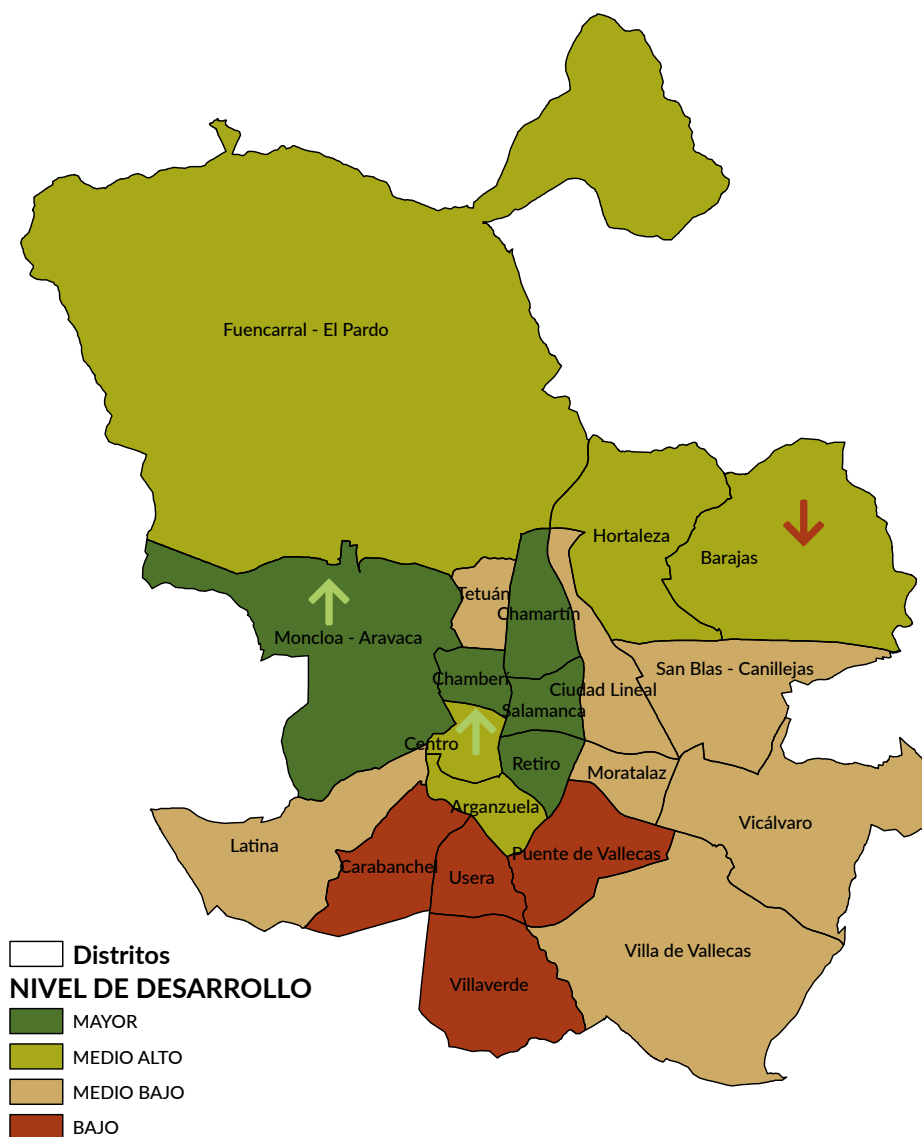


A partir del comportamiento conjunto de los tres componentes caracterizamos el nivel de desarrollo de los distritos y mediante el análisis de clúster se configuran 4 grupos, considerando que en cada uno se encuentran los distritos que más se parecen entre sí en los citados indicadores de salud, educación y renta y más se diferencian de los demás. Para el presente análisis hemos obtenido los siguientes resultados por grupos de desarrollo:

- Mayor desarrollo: Salamanca, Chamartín, Chamberí, Retiro y Moncloa-Aravaca.
- Desarrollo medio-alto: Arganzuela, Centro, Fuencarral-El Pardo, Barajas y Hortaleza.
- Desarrollo medio-bajo: Tetuán, Ciudad Lineal, Moratalaz, San Blas-Canillejas, Villa de Vallecas, Latina y Vicálvaro.
- Menor desarrollo: Carabanchel, Villaverde, Usera y Puente de Vallecas.

En la **figura 1** se puede observar que el grupo de mayor desarrollo está compuesto por 4 distritos del centro de la ciudad junto al del oeste (Moncloa-Aravaca). El de menor desarrollo lo componen los 4 distritos del sur, exceptuando Villa de Vallecas.

Figura 1. **Distritos de la ciudad de Madrid según clúster de desarrollo 2014-2017.** Las flechas indican los distritos que han cambiado de grupo desde el anterior análisis (2009-2012) y su sentido



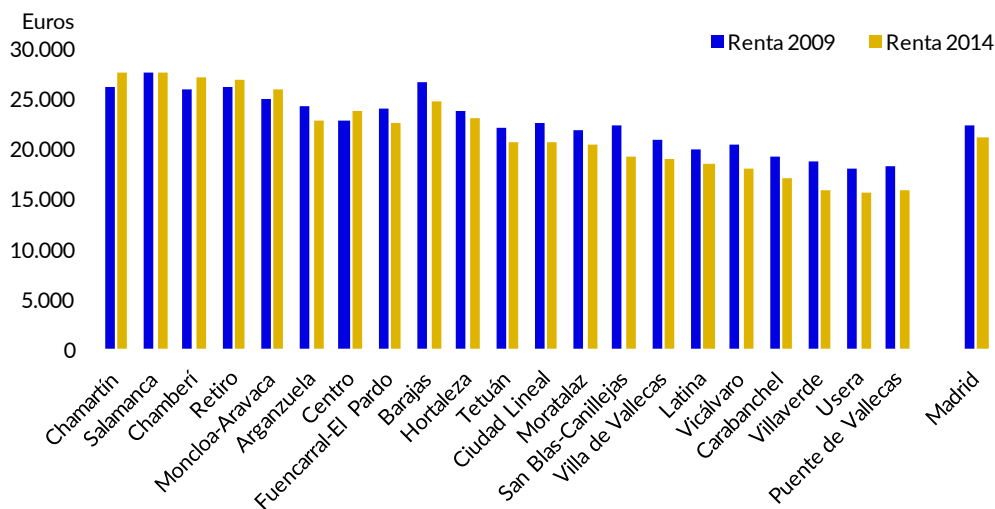
Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia

Cabe señalar, no obstante, que las diferencias son muy acusadas en los componentes de este indicador integral entre los grupos con mejores y peores resultados. Así, mientras que en los distritos del grupo más destacado la esperanza de vida al nacer rondaba los 85,5 años, el porcentaje de personas con estudios superiores el 62,4% y la renta per cápita los 26.993 €, en el grupo de menor desarrollo estos se quedaban en 84 años, 18% y 16.163 €, respectivamente.

En relación con la clasificación obtenida con esos mismos parámetros en el periodo 2009-2012 y que se utilizó para los análisis del anterior estudio de salud, vemos que se registran pocos cambios en el periodo, a saber: dos distritos mejoran su nivel de desarrollo (Moncloa-Aravaca, de medio-alto a alto y Centro de medio-bajo a medio-alto) y uno lo empeora (Barajas, de alto a medio-alto).

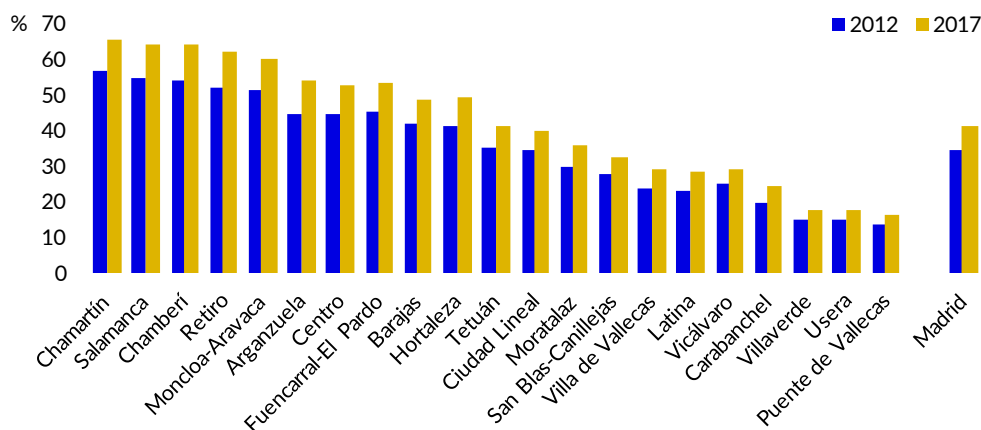
La mayoría de los distritos mejoran entre ambas clasificaciones en esperanza de vida y en nivel educativo, pero muchos retroceden en renta (años 2009/2014), (gráfico 5), como ocurre para el conjunto de la ciudad, donde cae de 22.279 € a 21.145 € per cápita. Llama la atención que quienes avanzan son, fundamentalmente, los distritos que partían con mejores rentas, mientras que los demás pierden renta en el periodo. Un efecto similar se observa en la evolución del componente educativo (gráfico 6) si bien en este caso, todos los distritos han progresado.

Gráfico 5. Evolución de la Renta Bruta Disponible per cápita por distritos, 2009 y 2014



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 6. Personas entre 30 y 64 años con estudios superiores a secundarios por distritos, 2012 y 2017



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)



Barajas, el único que baja de categoría de desarrollo, lo hace por el retroceso en renta, no compensado por los moderados ascensos en los otros dos componentes. Los dos distritos que ascienden mejoran en los tres.

NIVEL DE ESTUDIOS

Según los datos del Padrón de Habitantes a 1 de enero de 2018, clasificado en tres grupos por nuestro grupo de trabajo para armonizarlo con el análisis de los datos de la ESCM'17, el nivel de estudios de la población de la ciudad de Madrid mayor de 25 años se distribuye de la siguiente forma: el 17,33% de la población ha realizado estudios primarios o no los ha concluido, el 47,42% ha terminado los estudios secundarios y el 35,26% tiene estudios universitarios (gráfico 7).

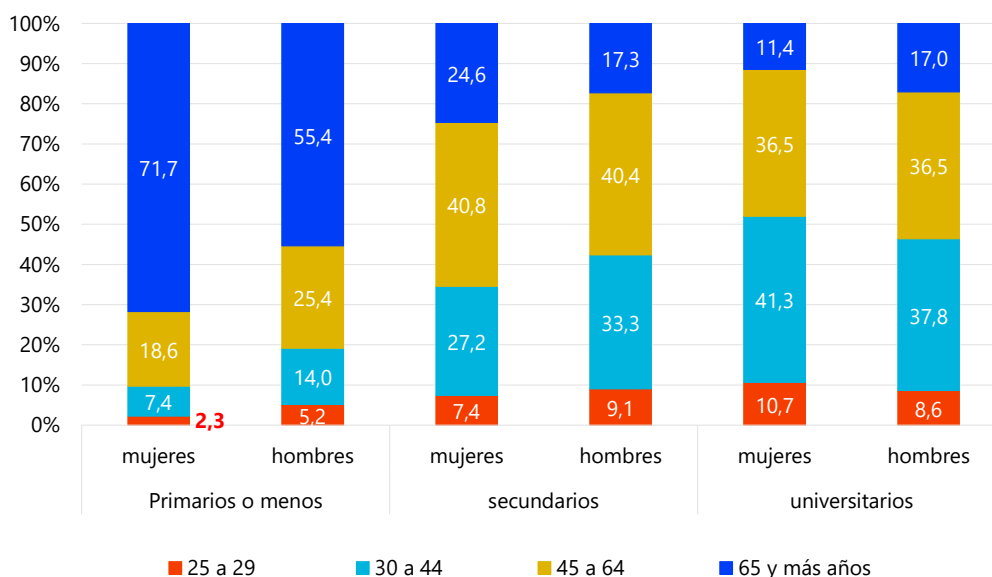
Gráfico 7. Distribución de la población de la ciudad de Madrid mayor de 25 años según nivel de estudios



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (1 enero 2018). Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

En cuanto al nivel de estudios por edad (gráfico 8), se puede observar que, para ambos sexos, el mayor porcentaje de personas con estudios primarios o menos se concentra en las edades de 65 y más años; siendo a su vez el más bajo el correspondiente a la población de 25 a 29 años. En el caso de las personas con estudios secundarios, la mayoría tiene edades comprendidas entre 45 y 64 años, no hallándose mucha diferencia entre hombres y mujeres.

Gráfico 8. Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por grupos de edad y sexo según nivel de estudios alcanzado en 2018

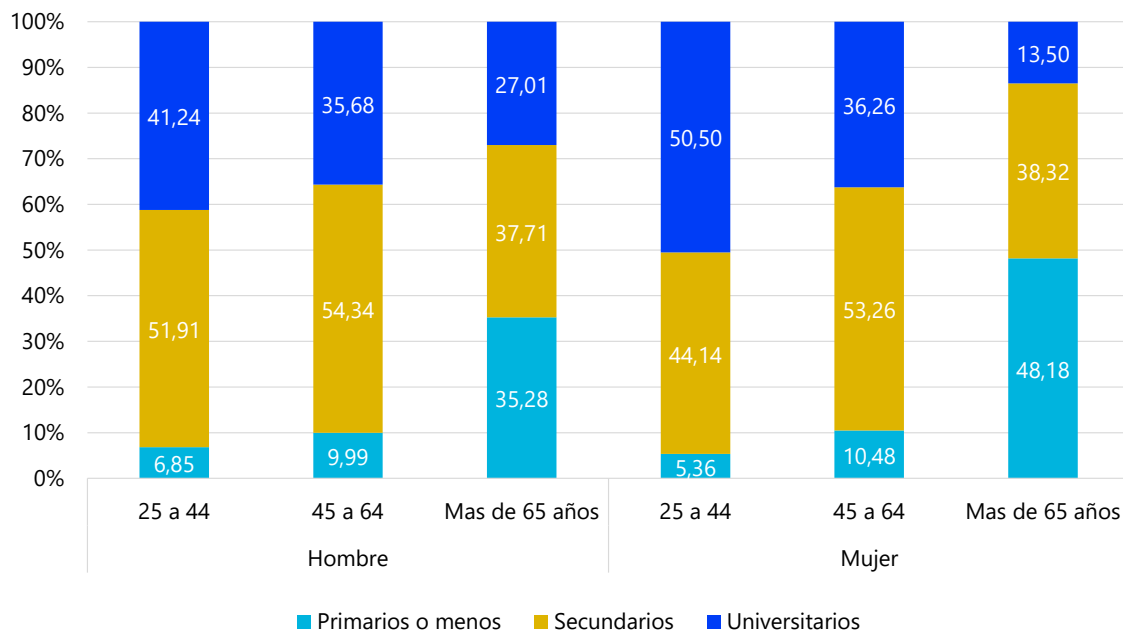


Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (1 enero 2018). Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Respecto a los estudios universitarios, estos predominan en las mujeres en todas las edades, salvo en el grupo de 65 y más años. En este sentido las mujeres de 30 a 44 años registran un 41,3% de estudios superiores mientras que los hombres se quedan en un 37,8%, y para el tramo de 25 a 29 años las mujeres alcanzan un 10,7% frente al 8,6% de los hombres.

En el [gráfico 9](#) se puede apreciar cómo se reduce el porcentaje de personas con estudios superiores cuando avanzamos en edad, mientras crece el de las que tienen estudios primarios o menos, tanto en hombres como en mujeres. Llama la atención el hecho de que en las edades mayores las diferencias entre sexos, a favor del mejor perfil educativo medio de los hombres, son muy marcadas. Este hallazgo refleja sin duda el mejor acceso histórico de ellos a la universidad, aunque en la actualidad esa tendencia parece haberse invertido.

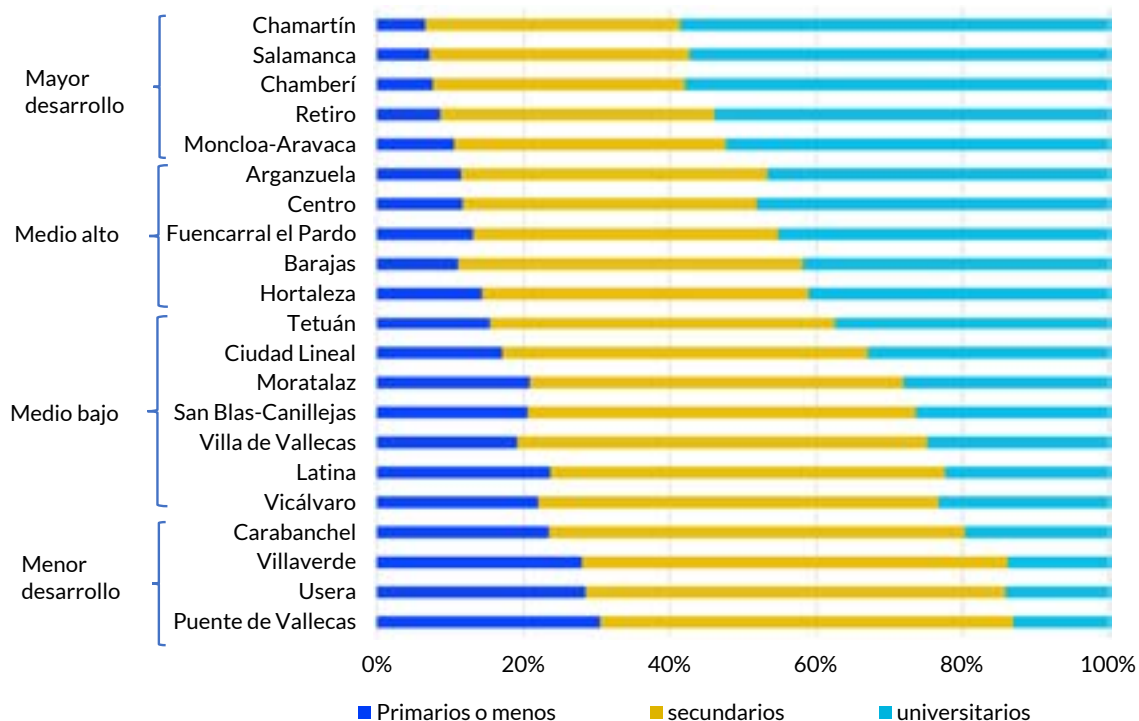
Gráfico 9. Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por grupos de edad y nivel de estudios alcanzado en 2018 según sexo



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (1 enero 2018). Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

La distribución por nivel de estudios de la población según distritos se puede analizar en el [gráfico 10](#) en el que aparece que en el clúster de menor desarrollo predominan las personas con estudios elementales y secundarios. Al analizar los otros tres nos encontramos con que disminuye paulatinamente la proporción de las personas con educación elemental y aumenta la de quienes alcanzaron estudios universitarios, de forma gradual, al mejorar el nivel de desarrollo. La proporción de personas con estudios secundarios también muestra una relación inversa al nivel de desarrollo del distrito.

Gráfico 10. Distribución de la población madrileña de 25 y más años por nivel de estudios alcanzado según distritos ordenados por clúster de desarrollo (en cada distrito los % corresponden al 100% del total de esa población)

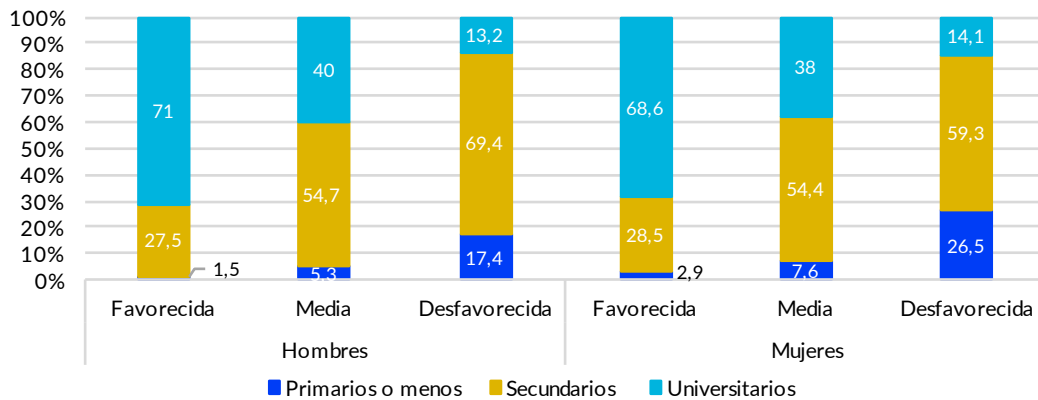


Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (1 enero 2018). Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En las encuestas de salud de la ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017 se interrogó sobre el máximo nivel de estudios alcanzado. Se constata que, con el paso de los años, se ha producido un aumento de población con estudios universitarios a la vez que disminuye la población con estudios primarios o menos, en todos los grupos de edad. De esta manera, mientras que las mujeres mayores de 65 años con estudios universitarios eran un 10% de las mujeres de esa edad en 2005, pasaron a ser un 14% en 2013, para llegar en 2017 a un 23%. En el caso opuesto, los hombres de 25 a 44 años que en 2005 tenían estudios primarios o no habían alcanzado ese nivel eran el 6% de todos los hombres de ese tramo etario, mientras que en el último año analizado esa proporción se redujo a un 4,6%. Este hecho refleja sin duda no solo que ha estado creciendo el acceso a la educación superior sino también que las generaciones que históricamente tuvieron que enfrentar peores situaciones están desapareciendo.

Continuando con datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2017 y con respecto al nivel de estudios alcanzado, frente a la clase social encontramos que los estudios universitarios son mayoritarios entre las personas de clase social más elevada, mientras que los primarios y secundarios son más frecuentes en la clase desfavorecida. Al analizarlo según sexo, apreciamos que las mujeres registran un mayor porcentaje de estudios primarios o menos en la clase desfavorecida que los hombres. Los estudios secundarios, para los dos sexos, tienen pesos similares en la clase social favorecida y media (gráfico 11).

Gráfico 11. Distribución de la población madrileña mayor de 24 años por nivel de estudios y clase social según sexo



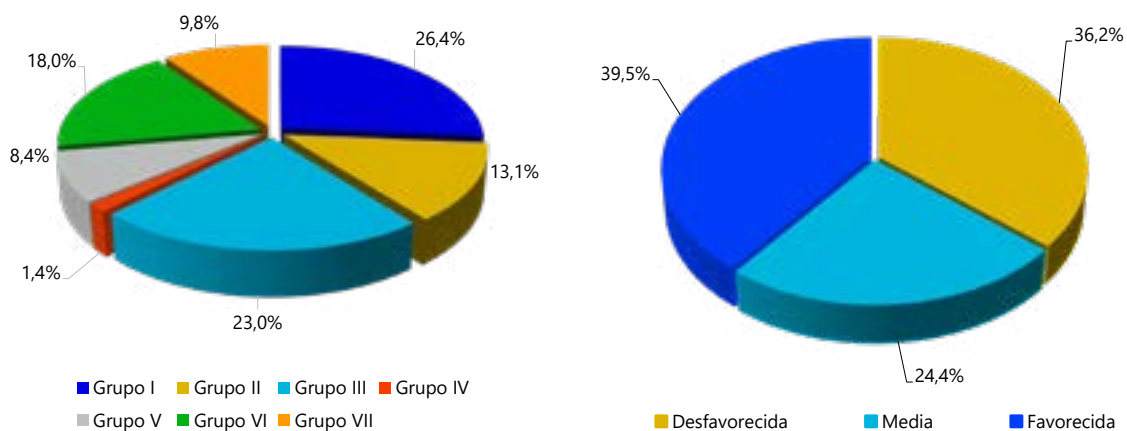
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Nota: clase social ocupacional individual

CLASE SOCIAL

La clase social ocupacional es un indicador indirecto de posición social que explica muy bien los fenómenos que tienen que ver con la salud y su distribución en grupos sociales. La información de que disponemos sobre ella la obtenemos de la encuesta de salud (ESCM'17), asignándose a cada persona entrevistada la categoría que corresponde al hogar al que pertenece (clase social del hogar según situación ocupacional del sustentador principal)²⁷. Se clasificó a las personas que respondieron a la encuesta en 7 y en 3 categorías de clase social del hogar.

Según los datos obtenidos en la encuesta y tras aplicar el factor de ponderación, se comprueba que el 39,45% [IC95% = 38,41-40,47] de la población encuestada pertenece a un hogar de clase social favorecida, el 24,38% [IC95% = 23,47-25,28] a uno de clase media y el restante 36,18% [IC95% = 35,16-37,18] a uno de clase social desfavorecida. En el gráfico 12 se muestra la distribución por clase social según ambas agrupaciones.

Gráfico 12. Distribución de la muestra según la clase social del hogar en 7 categorías (I: clase más favorecida y VII: clase más desfavorecida) y en 3 categorías

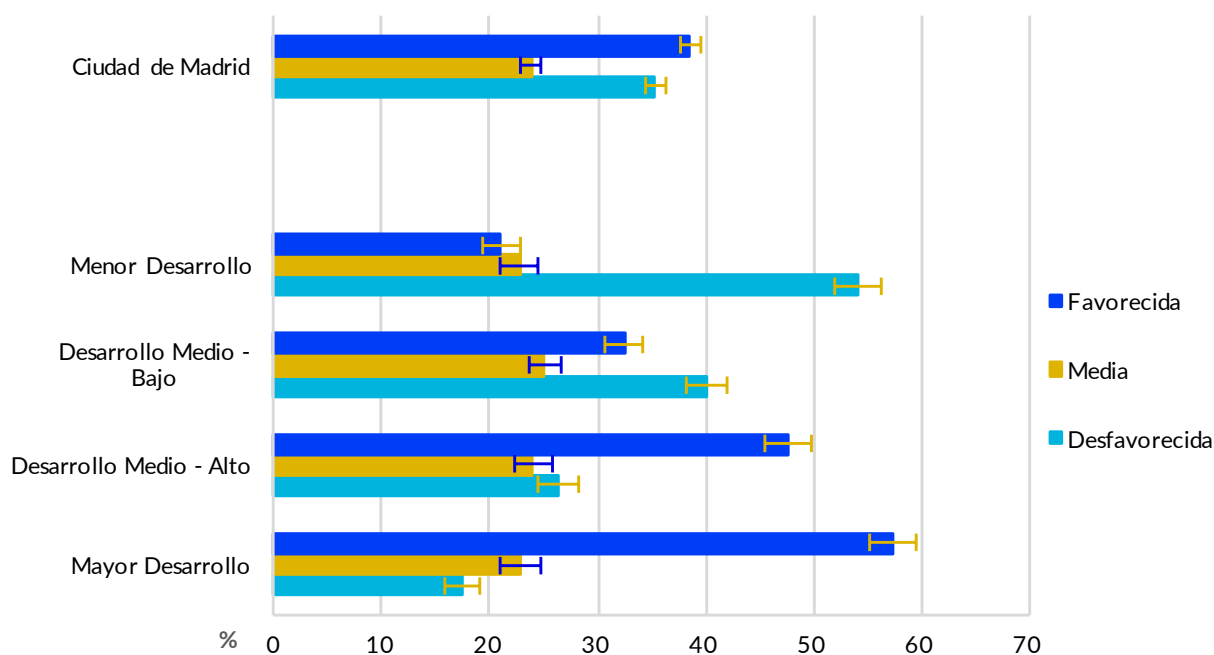


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.



Comparando las frecuencias encontradas en el conjunto de la ciudad, se observa que es significativo desde el punto de vista estadístico que haya más hogares de clase favorecida que de ninguna de las otras dos clases por separado. Entre la media y la desfavorecida también hallamos diferencias significativas. La frecuencia de hogares de clase social desfavorecida está un 11,8% por encima de los de clase media y solo un 3,27% por debajo de los de clase social favorecida. En el [gráfico 13](#) se puede ver la distribución territorial de clases sociales del hogar según los grupos de desarrollo de los diferentes distritos de la ciudad de Madrid, llamando la atención el hecho de que mientras la proporción de personas que componen hogares de clase media es bastante homogénea en todos los grupos de distritos, el nivel de desarrollo se relaciona con claridad con la frecuencia de personas de hogares de las otras dos clases, que se distribuyen de forma complementaria ante la homogeneidad de las cifras de la clase media, estableciéndose entre ellas y según la escala de desarrollo humano en el territorio un claro gradiente directo para las favorecidas e inverso para las menos aventajadas.

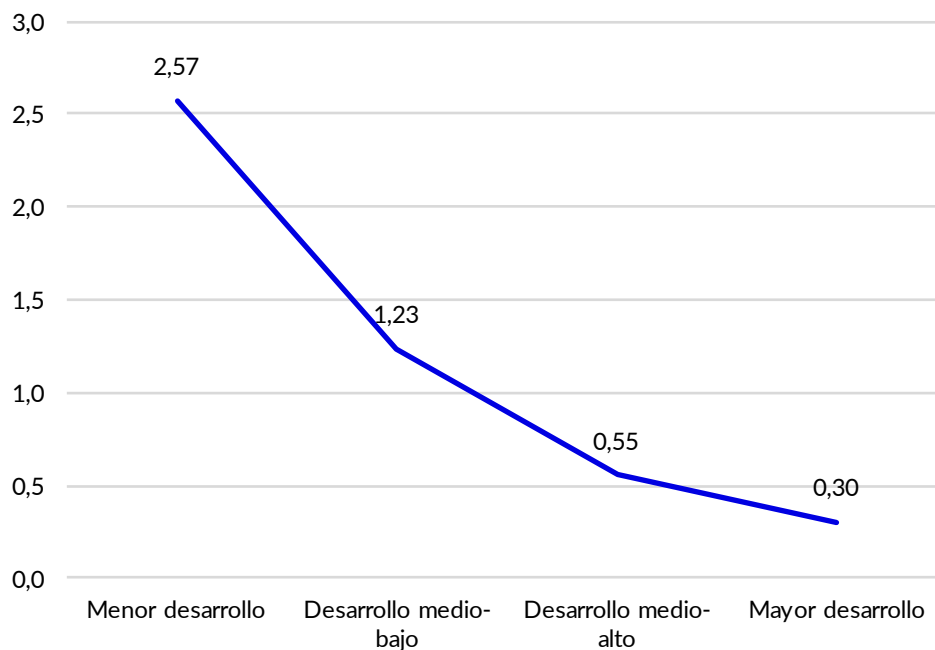
Gráfico 13. Distribución de frecuencias de la clase social del hogar según grupo de desarrollo de los distritos (IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid. 2017.

De esta manera y analizando la distribución en función de la brecha entre la clase favorecida y la desfavorecida por clúster de distritos, se observa que esta última es más de 2,5 veces más frecuente que la favorecida en los distritos con menor desarrollo, mientras que en los de mayor desarrollo es menos de una tercera parte ([gráfico 14](#)). En el conjunto de la ciudad la probabilidad de pertenecer a un hogar de clase favorecida es un 8% mayor que a uno de clase desfavorecida (razón de 0,92). En el grupo de distritos de desarrollo medio-bajo es donde las diferencias entre las frecuencias de esas dos clases sociales del hogar son menores.

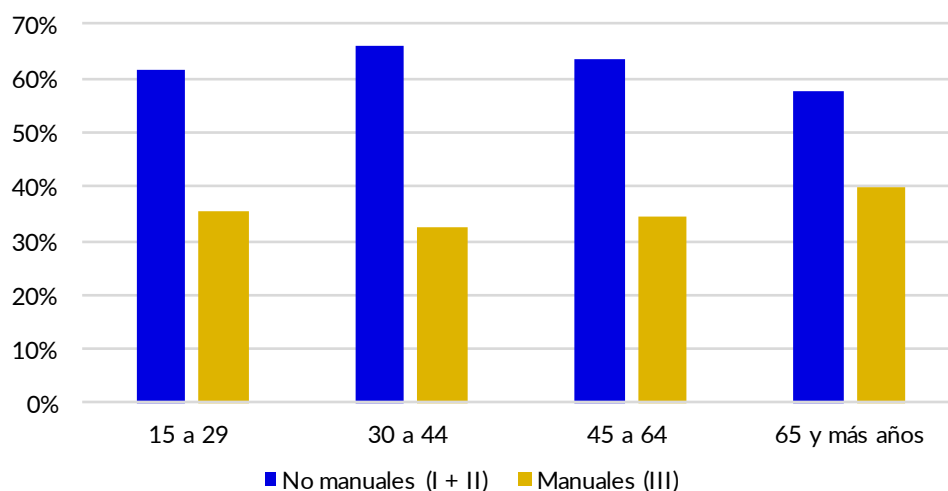
Gráfico 14. Razón de hogares de clase social desfavorecida vs. favorecida según grupo de desarrollo de los distritos



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid. 2017.

Si se agrupan los hogares según la clase social del sustentador principal en dos categorías (clases manuales -III- y no manuales -II y I-) y se distribuyen según la edad de la persona encuestada ([gráfico 15](#)), se observa que las no manuales son las más frecuentes en la ciudad y que a partir del grupo de edad de 30 a 44 años hay un incremento gradual del peso de los hogares de clases manuales. En el caso de los hogares donde viven jóvenes las clases manuales representan el 35% aproximadamente del total.

Gráfico 15. Distribución de frecuencias de hogares por clase social en dos categorías (manuales y no manuales) según edad del encuestado/a



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



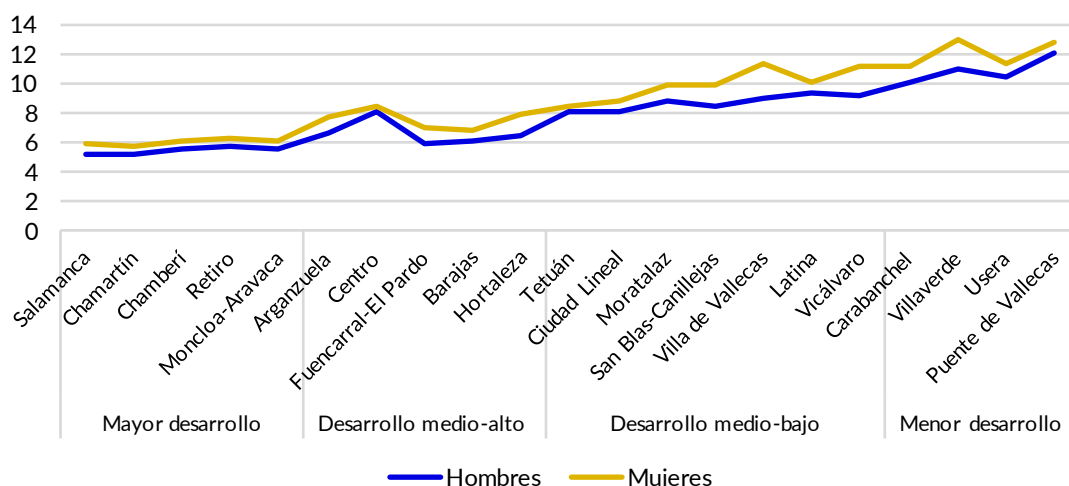
SITUACIÓN LABORAL

La ocupación laboral es un factor determinante de la salud y de la calidad de vida en relación con ella de gran trascendencia. Los datos que se muestran a continuación de la ciudad de Madrid proceden de la información publicada por la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid⁷. Los datos incluyen a las personas inscritas en las oficinas de empleo como demandantes de empleo y cuya residencia se encuentra en la ciudad de Madrid.

La tasa de desempleo así contabilizado para la ciudad de Madrid, registrada a 1 de enero de 2018 fue de 8,53% (8,04% en hombres y 8,96% en mujeres) según esa fuente. En 2013 se registró una tasa de desempleo de 14,53% en hombres y 14,97% en mujeres, por lo que la evolución ha sido favorable a lo largo de estos años.

En el [gráfico 16](#) se muestran las tasas de paro registrado a 1 de enero de 2018 por distritos, ordenados según nivel de desarrollo y por sexo, observándose que las tasas de desempleo son mayores en el grupo de distritos de menor desarrollo y que la relación entre ambas variables es inversa (a más desarrollo corresponde menos tasa de paro y viceversa). Como se muestra en el gráfico, no se registran grandes diferencias entre ambos sexos con excepción de lo que ocurre en Centro donde la brecha es inapreciable. Independientemente del sexo, la brecha general entre los distritos con menor índice de paro y los que obtienen mayor cifra de paro es notable.

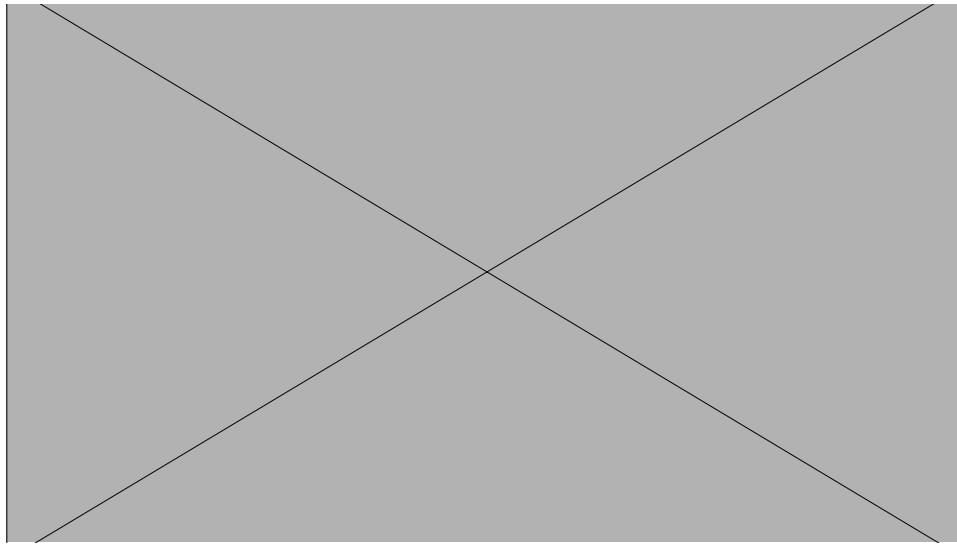
Gráfico 16. Tasa de paro registrado en las oficinas de empleo por sexo y distritos, 2018 (tasa por cien)



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En la ESCM'17 se ha preguntado sobre la situación laboral. El 69,07% [IC95% = 67,96-70,17] de las personas encuestadas en edad de trabajar (16 a 64 años) afirman estar trabajando actualmente. Esta cifra es significativamente mayor que la obtenida en la ESCM'13, que fue de 59,7% [IC95% = 55,9-63,5] y que la procedente de la ESCM'05 66,2% [IC95% = 64,9-67,5]. Los datos del [gráfico 17](#), muestran que la mayoría de las personas encuestadas tiene un contrato indefinido, encontrándose en esta situación aproximadamente más de la mitad de la muestra en el último año estudiado. En relación con la situación previa, en el último periodo parece haberse incrementado la frecuencia de contratos temporales y disminuido la de indefinidos.

Gráfico 17. Distribución de las personas de 16 a 64 años con empleo según relación laboral en las distintas encuestas de la ciudad de Madrid



Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017

Con objeto de conocer qué factores se relacionan con la situación de desempleo, se realiza análisis multivariante con algunas variables sociodemográficas. Como se puede observar en la [tabla 9](#), las mujeres se encuentran en situación de desempleo con más frecuencia (16,4% frente a 12,1% los hombres), sucediendo lo mismo en las personas que pertenecen a una clase social desfavorecida (18,8%), en quienes viven en distritos de la ciudad con menor desarrollo (16,2%), en quienes solo alcanzaron estudios primarios o menos (20,7%) y en quienes superaron los 44 años (16,4%). Para el análisis binario, solo se han considerado las respuestas correspondientes a *trabajador en activo* frente a *desempleado* (N de ambas = 5.505), tomando como variable dependiente esta última.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de desempleo, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Desempleo		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		5.505	788	14,3		
Sexo	Mujer	2.797	460	16,4	1,4*	1,2-1,7
	Hombre	2.708	328	12,1	1	
Edad	16 a 29 años	956	155	16,2	0,7*	0,6-0,9
	30 a 44 años	2.262	267	11,8	1,0	0,8-1,2
	45 a 64 años	2.211	362	16,4	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	256	53	20,7	1,7*	1,4-2,0
	Secundarios	2.499	459	18,4	1,8*	1,3-2,6
	Universitarios	2.751	277	10,1	1	
Clase social	Desfavorecida	1.913	360	18,8	1,5*	1,2-1,9
	Media	1.283	174	13,6	1,2	1,0-1,5
	Favorecida	2.214	219	9,9	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.341	217	16,2	0,9	0,7-1,2
	Desarrollo medio bajo	1.772	282	15,9	1,0	0,8-1,3
	Desarrollo medio alto	1.334	152	11,4	0,8	0,6-1,0
	Mayor desarrollo	1.058	138	13,0	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

[Volver a índice](#)



Según las OR obtenidas y ajustadas cada una por todas las demás, tener estudios secundarios y elementales son las variables más asociadas al desempleo (OR de 1,81 y de 1,65 respectivamente) de modo significativo en relación con la situación más favorable que es la de haber alcanzado estudios superiores. Aparece después el hecho de vivir en un hogar de clase desfavorecida (un 50% aproximadamente más riesgo que la situación opuesta) y ser mujer (un 43% más que los hombres). El área residencial según nivel de desarrollo en la ciudad no parece intervenir en el riesgo de sufrir desempleo tras controlar el efecto de todas las demás variables.

POBREZA Y DESIGUALDAD

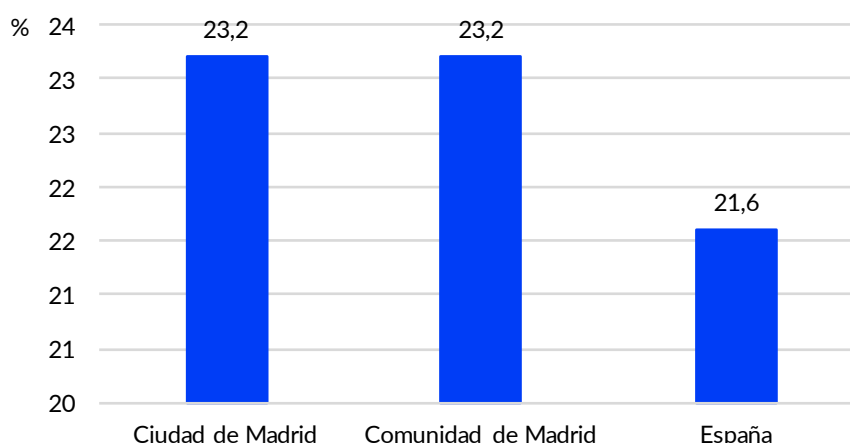
En estos estudios resulta interesante aportar información que describa y permita analizar el efecto de la desigualdad y la pobreza sobre la salud de la población.

Desde el año 2004 en los países de la Unión Europea se realiza la “Encuesta de condiciones de vida” (ECV) dirigida a los hogares, cuyo objetivo fundamental es disponer de una fuente de referencia sobre estadísticas comparativas de la distribución de ingresos y la exclusión social en el ámbito europeo (ver metodología).

En el análisis de la fracción correspondiente a la ciudad de Madrid de la ECV de 2017 publicada por la Subdirección de Estadística del Ayuntamiento de Madrid¹⁰, la pobreza económica se mide en términos relativos considerando los ingresos del hogar en relación con los demás hogares. En esa encuesta se considera umbral de pobreza a los ingresos por unidad de consumo por debajo del 60% de la renta mediana disponible equivalente (después de transferencias sociales).

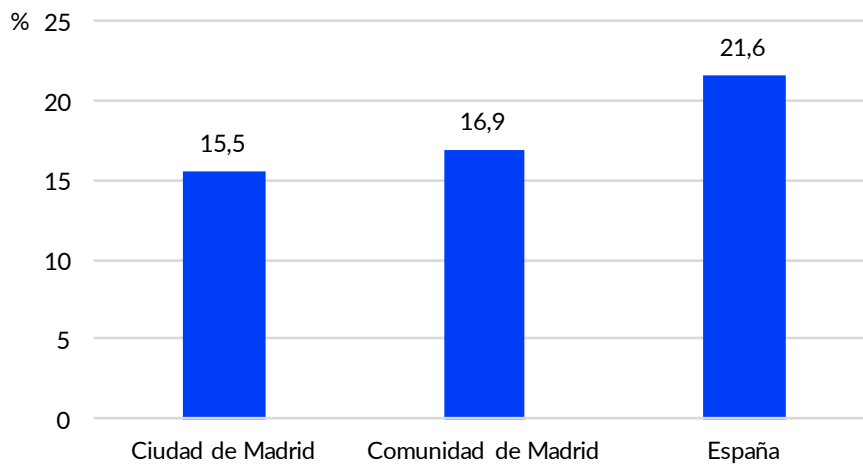
Los datos sobre riesgo de pobreza relativa de la ciudad de Madrid, de la Comunidad y de España, muestran que cuando se usa el umbral de cada ámbito territorial, la población de la ciudad tiene una tasa de riesgo de pobreza relativa (personas por debajo del umbral en relación con toda la población) igual a la de la Comunidad de Madrid y mayor que la de España (gráfico 18). En el gráfico 19 se recoge el mismo indicador, aunque esta vez, utilizando el umbral de la pobreza de España, observándose que con ese criterio el riesgo de pobreza es menor en la ciudad y la comunidad que en el conjunto de España.

Gráfico 18. Tasa de riesgo de pobreza relativa. Umbral de cada ámbito territorial



Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

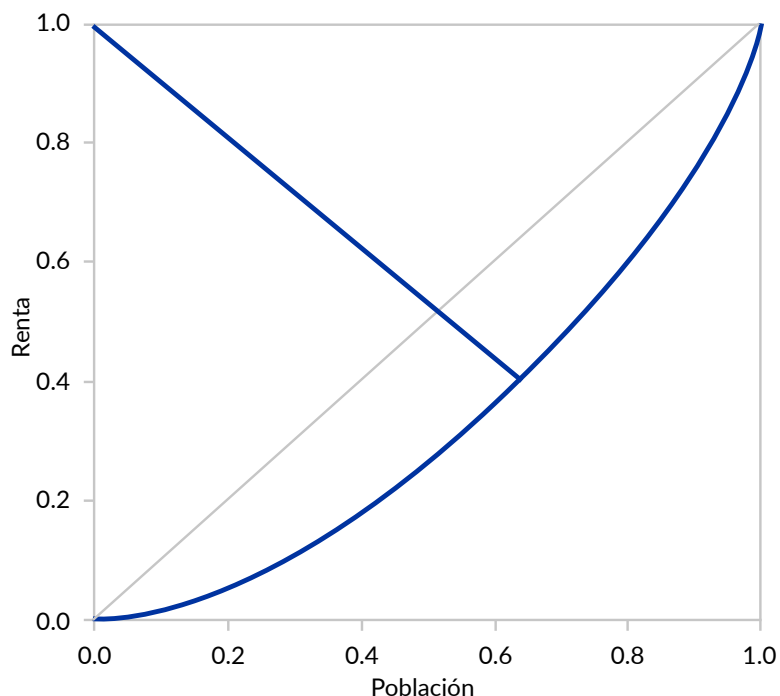
Gráfico 19. Tasa de riesgo de pobreza relativa. Umbral España



Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid

Por otro lado, en la citada encuesta se muestra que el Índice de Gini de la distribución de los ingresos en la ciudad de Madrid en 2017 es de 35,6%, siendo el de España de 34,1%. Según Eurostat²⁹, en 2016 ese indicador de la desigualdad global fue en la UE 28 de 30,8%, en la Comunidad de Madrid de 34,2% y en España de 34,5%. Con todo ello se puede concluir que la desigualdad en la ciudad parece ser mayor que en España y que la situación española, en el conjunto de Europa es de una mayor desigualdad de forma notable. Este índice para la ciudad de Madrid en 2017 se puede representar gráficamente en la curva de Lorenz que aparece en el gráfico 20.

Gráfico 20. Distribución de la renta. Curva de Lorenz de la ciudad de Madrid, 2017



Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

En la ciudad de Madrid, la Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social, o Indicador AROPE (de sus iniciales en inglés At Risk of Poverty and/or Exclusion) y sus componentes por sexo, según la ECV 2017, son los que figuran en la [tabla 10](#).

[Volver a índice](#)



Tabla 10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social y sus componentes, en total y por sexos. Ciudad de Madrid (ECV 2017)

	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE)	26,0	23,9	27,9
En riesgo de pobreza	23,2	21,1	25,1
Con carencia material severa	5,5	5,4	5,5
Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 59 años)	9,1	7,3	10,9

Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Según estos datos en la ciudad de Madrid se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social en 2017 entre 824.183 y 828.889 personas (AROPE de 26%, $\pm 0,04\%$), mientras que en España para ese mismo año y según publicó el INE la tasa fue de 26,6% y de 20,6% para la Comunidad de Madrid, por lo que el riesgo de pobreza o exclusión social de la ciudad de Madrid es discretamente inferior al de España y superior al de la Comunidad de Madrid.

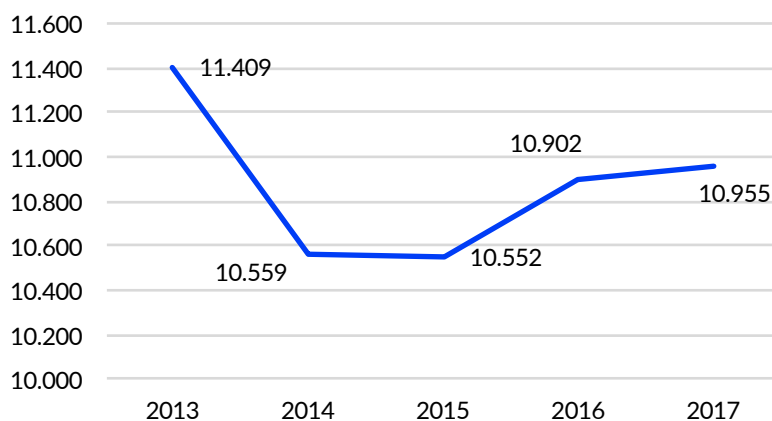
Otros datos relativos a esta encuesta muestran que la renta anual media por unidad de consumo es mayor en la ciudad de Madrid (20.442,4 €), que en la Comunidad de Madrid y España (19.313,8 € y 16.390 € respectivamente).

Por otro lado el 6,1% de las personas en la ciudad de Madrid tienen mucha dificultad para llegar a fin de mes, frente al 6,7% de las personas de la Comunidad de Madrid y al 9,5% en el conjunto de España¹⁰, datos con los que parece demostrarse que en relación con este indicador de precariedad la situación de la capital es algo mejor.

En resumen: la ciudad de Madrid registra niveles de pobreza material menores a los de España y a los de la Comunidad de Madrid, pero mayor desigualdad en la distribución de la renta. Se comprueba que mientras la renta media es mayor en la capital que en España y en la Comunidad, la tasa de pobreza relativa en 2016 fue mayor que en ambos y en 2017 fue igual a la de la Comunidad, pero mayor que la nacional. Además, el AROPE en 2016 en la ciudad fue superior al nacional y al de la Comunidad, mientras que en 2017 fue inferior al del conjunto de España, pero mayor que el de la Comunidad de Madrid.

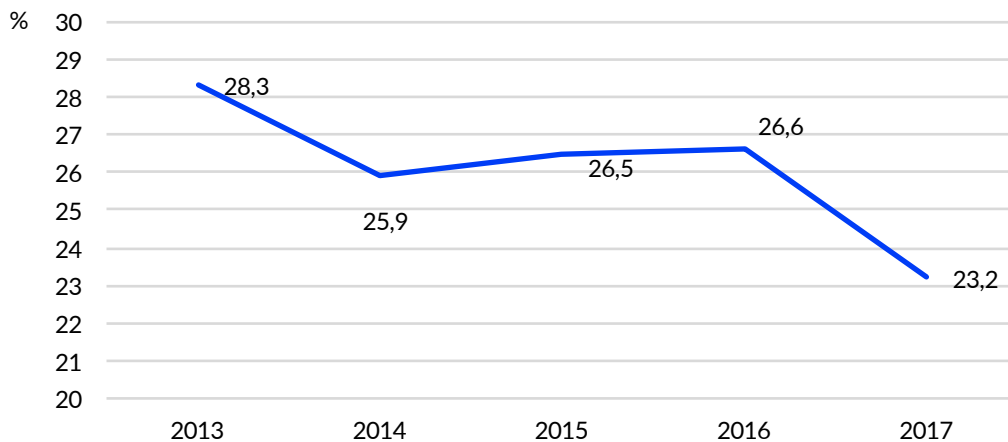
En relación con los hallazgos comunicados en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid de 2014, aportamos algunos datos de evolución de ciertos indicadores en los gráficos 21, 22 y 23. Como se deduce de la información que aportan, ha disminuido para nuestra ciudad desde 2013 a 2017 el umbral riesgo de pobreza (disminución de 453,35 €), la tasa de riesgo de pobreza relativa utilizando el umbral de la ciudad (el 5,1 %) y el AROPE (una caída de 5,8 %).

Gráfico 21. Umbral de riesgo de pobreza de la ciudad de Madrid (en euros) 2013-2017



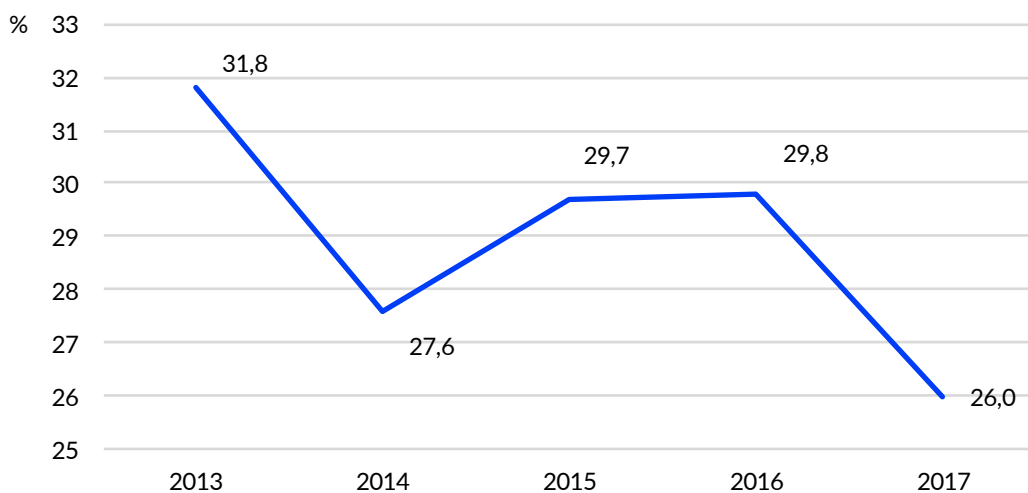
Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Gráfico 22. Tasa de riesgo de pobreza relativa. Umbral ciudad de Madrid, 2013-2017



Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Gráfico 23. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE). Ciudad de Madrid, 2013-2017



Fuente: ECV de la ciudad de Madrid 2017. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Inseguridad de acceso económico a los alimentos

Otro aspecto relevante relacionado con la pobreza y la desigualdad es la inseguridad de acceso económico a los alimentos (IAEA), circunstancia que hemos estudiado en la ciudad de Madrid mediante el cuestionario HFIAS (Household Food Insecurity Access Scale)⁶⁶. En la ESCM '17 se ha preguntado a cada persona encuestada si tenía preocupación por no contar en su hogar, algunas veces o con frecuencia en el último mes y por motivos económicos, con suficientes alimentos disponibles, pregunta clave que dentro de esa escala de 9 ítems identifica a las personas o familias en esa difícil situación, independientemente de la gravedad de la misma. Encontramos que el 11,5% de las personas encuestadas refiere tener con esa frecuencia dicha preocupación. Este porcentaje se incrementa hasta el 17,0% en los hogares donde hay al menos un menor de 16 años, así como en las familias que viven en un distrito de menor desarrollo, mostrando dicha prevalencia un gradiente claro e inverso al nivel de desarrollo de los distritos.

[Volver a índice](#)



Estos datos son coincidentes con los obtenidos en el “Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017”²⁴ en el que se encontró que el 17,9% [IC95% = 16,86-18,94] de los niños y niñas de 3 a 12 años de la ciudad pertenecía a familias con algún tipo de dificultad de acceso a la alimentación por razones económicas (IAEA); presentando este problema de forma moderada o severa el 12,8% [IC95% = 11,9-13,7]. En ambos indicadores (el global y el que define situación moderada y severa) se detectaron diferencias significativas entre grupos de distrito, de manera que existe una mayor proporción de niños y niñas que pertenece a familias con inseguridad alimentaria en los distritos de menor desarrollo. La proporción de niños y niñas cuyas familias sufrían inseguridad moderada o severa en distritos de menor desarrollo triplica en frecuencia a la que encontramos en los niños y niñas en esta misma situación en los distritos de mayor desarrollo (17,1% frente a 5,4%). Existe un claro gradiente inverso entre frecuencia de inseguridad alimentaria global y, conjuntamente, la moderada más la severa y el nivel de desarrollo de los distritos.

Los datos de este estudio indican por tanto que en la ciudad de Madrid el número de niños y niñas de 3 a 12 años que vive en familias con dificultades de acceso económico a los alimentos oscila entre 45.225 y 50.823, y el de quienes sufren inseguridad alimentaria moderada o severa se sitúa entre 31.836 y 36.710. Asimismo, se ha comprobado que la mayor parte de los niños y niñas cuyas familias presentan inseguridad alimentaria en cualquiera de sus categorías, forman mayoritariamente parte del grupo de familias de nivel socioeconómico bajo; en concreto, el 90% de las familias donde se sufre esta situación con intensidad moderada o severa pertenecen a un nivel socioeconómico desfavorecido.

Necesidades sanitarias no cubiertas

Del mismo modo que se hace en la Encuesta Nacional de Salud, en la ESCM'17 también se preguntó a los participantes sobre necesidades sanitarias no cubiertas en los últimos doce meses, es decir si habían tenido necesidad de alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria pero no pudieron recibirla: atención dental, atención de salud mental (consulta de psicología o psiquiatría), atención médica o algún tipo de medicamento prescrito que no pudo adquirir por motivos económicos.

Un 3,6% [IC95% = 3,0-4,0] de las personas entrevistadas no pudo cubrir sus necesidades de salud bucodental. Este porcentaje es notablemente inferior al encontrado en la Encuesta Nacional de Salud 2017 (ENSE 2017) para toda España que fue el 12,4% [IC95% = 12,0-12,8]. Estas necesidades no cubiertas se presentaron con mayor probabilidad en personas que tenían entre 30 y 44 años OR = 1,6 [IC95% = 1,1-2,4] frente a los mayores y entre las de clase social desfavorecida OR = 2,2 [IC95% = 1,6-3,0] frente a la favorecida.

Respecto a la atención de salud mental, un 1,3% [IC95% = 1,0-1,6] no pudo hacer frente a estas necesidades psicológicas o psiquiátricas, porcentaje similar al encontrado para toda la población española en la ENSE 2017, que fue también un 1,3% [IC95% = 1,2-1,5]. Resultó que el riesgo de presentar estas dificultades era mayor en mujeres OR = 2,4 [IC95% = 1,6-2,6], en el grupo de entre 15 y 29 años OR = 5,7 [IC95% = 2,5-12,6], en el grupo de entre 30 y 44 años OR = 4,3 [IC95% = 2,0-9,3] y en el grupo de 45 a 64 años OR = 3,7 [IC95% = 1,7-7,9], todas frente al grupo de mayores.

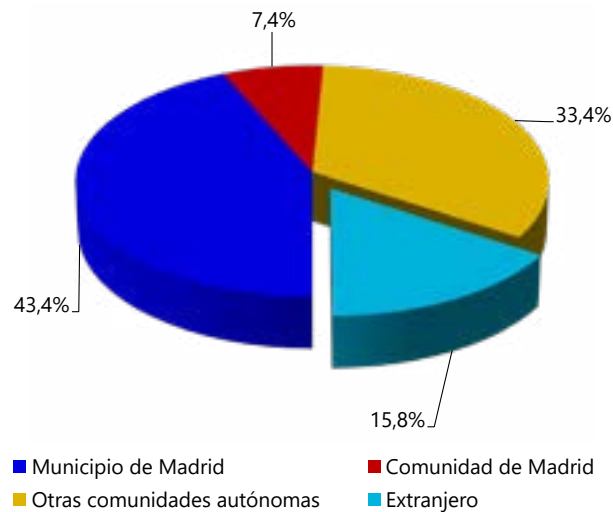
El 2,2% [IC95% = 1,8-2,6] de las personas encuestadas afirmó haber tenido alguna necesidad de carácter médico que no pudo atender. No hubo diferencias en este caso con el porcentaje obtenido para toda España en la ENSE 2017, un 2,3% [IC95% = 2,1-2,5]. Tienen mayor riesgo de encontrarse en esta situación las mujeres OR = 1,8 [IC95% = 1,3-2,5] y quienes están en el grupo de edad entre 15 y 29 años OR = 2,1 [IC95% = 1,3-3,4] frente a los mayores.

Por último, un 2,1% [IC95% = 1,7-2,5] tuvo dificultades para adquirir fármacos prescritos, cifra significativamente menor que la obtenida en la ENSE 2017, que fue del 2,98% [IC95% = 2,8-3,2]. En este caso, las variables más explicativas del problema fueron el sexo (mujeres OR = 1,5 [IC95% = 1,1-2,0]) y la clase ocupacional (los de clase desfavorecida OR = 2,1 [IC95% = 1,4-3,2] frente a los de favorecida).

Inmigración económica

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17) se preguntó sobre el país de origen de las personas entrevistadas. En el [gráfico 24](#) se muestran los resultados; como puede verse, casi un 16% ha nacido fuera de España.

Gráfico 24. Distribución de frecuencias de la muestra según lugar de nacimiento



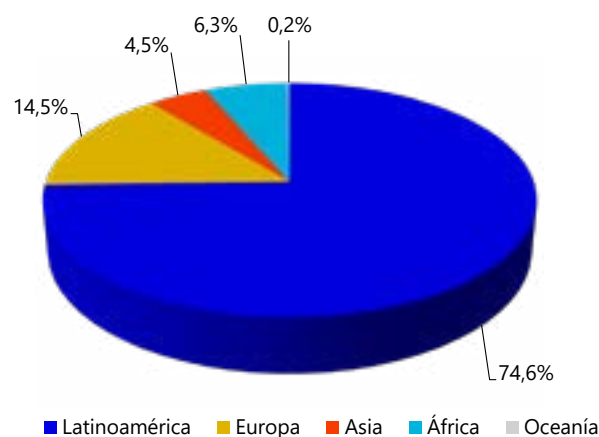
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

De las personas entrevistadas nacidas fuera de España, un 14,3% (1.269 personas) procedían de países en desarrollo, a quienes hemos denominado, como ya se ha descrito en el apartado de aspectos demográficos, inmigrantes económicos.

A continuación, se analizan algunas de las características de este colectivo y se comparan con las del resto de la población que compone la muestra.

El lugar de procedencia de esta inmigración económica, agrupada por continentes, se muestra en el [gráfico 25](#), donde se puede ver que la mayoría procede de Latinoamérica.

Gráfico 25. Distribución de frecuencias según continente de procedencia de la inmigración económica



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

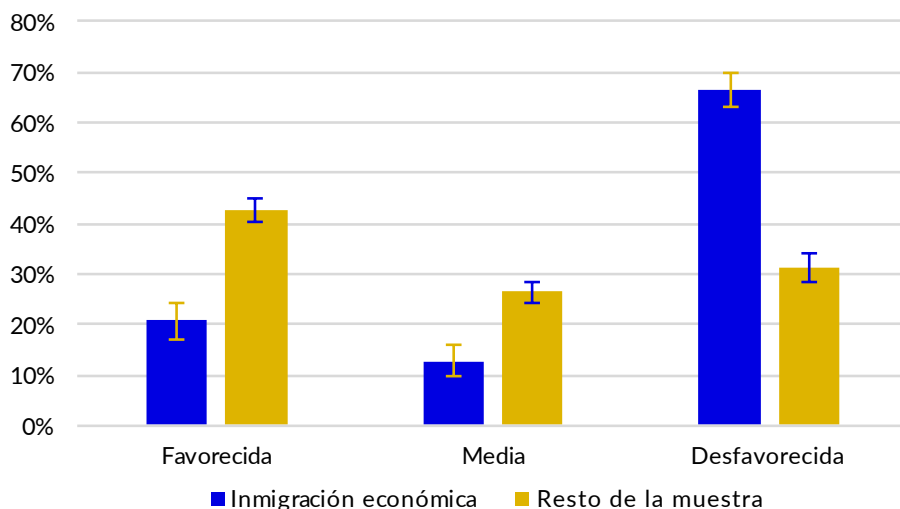
[Volver a índice](#)



El 54,8% son mujeres y el 45,2% hombres, la media de edad de este colectivo es de 49,3 años (DT = 17,8); 47,8 años (DT = 17,5) la de los hombres y 50,5 años (DT = 18,0) la de las mujeres.

En relación con la clase social, en el [gráfico 26](#) se muestra cómo se distribuye esta población en función de la misma. Se comprueba que la mayoría queda clasificada en la clase social desfavorecida y está significativamente menos representada en las clases favorecida y media que la población nacida en España y en países desarrollados.

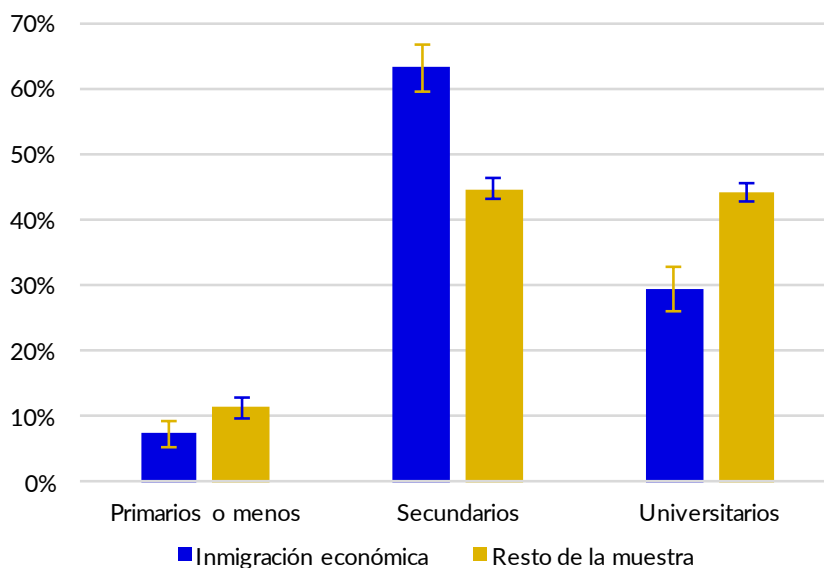
Gráfico 26. Distribución en clases sociales ocupacionales de la inmigración económica frente al resto de la muestra



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En cuanto al nivel de estudios, la inmigración económica está menos representada en los grupos extremos (primarios o menos y universitarios) y significativamente más en el de estudios secundarios ([gráfico 27](#)).

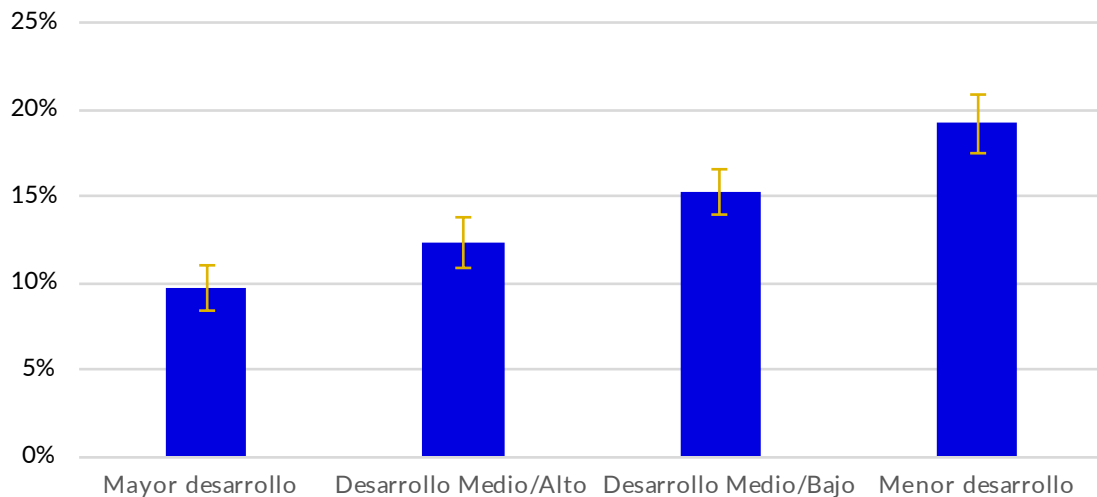
Gráfico 27. Distribución según nivel de estudios de la inmigración económica frente al resto de la muestra



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En el [gráfico 28](#) se muestra la distribución de la inmigración económica en función del nivel de desarrollo del distrito de residencia observándose que está menos representada en los distritos de desarrollo alto y más en los de menor desarrollo.

Gráfico 28. Frecuencia de población inmigrante económica según nivel de desarrollo del distrito de residencia con sus IC 95%



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por último, se ha estudiado la asociación entre la inmigración económica y algunos indicadores del estado de salud y de sus factores determinantes (salud autopercibida, calidad de vida en relación con la salud, riesgo de mala salud mental, sentimiento de soledad, consumo de alcohol y sedentarismo). A continuación, se resumen los resultados obtenidos:

- No hay diferencias en la percepción de salud buena o muy buena 69,9% [IC95% = 66,6-73,2] con el resto de la muestra 72,8% [IC95% = 71,5-74,1].
- Presentan un riesgo mayor de padecer problemas de salud mental 30,4% [IC95% = 27,1-33,7] que el resto de la muestra 19,4% [IC95% = 18,2-20,6].
- Padecen soledad (siempre, casi siempre o bastantes veces) con mayor frecuencia 15,7% [IC95% = 13,1-18,3] que el resto de la muestra 9,3% [IC95% = 8,4-10,2].
- El porcentaje de quienes tienen un patrón de bebida de riesgo 15,4% [IC95% = 12,8-18,0] no difiere del que presenta el resto de la muestra 16,4% [IC95% = 15,3-17,5].
- Tampoco aparecen diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud medida con la escala WONCA: Media = 2,58 [IC95% = 2,53-2,62] frente al resto de la muestra, Media = 2,52 [IC95% = 2,50-2,54].
- No hay diferencias en cuanto al desarrollo de hábitos sedentarios (actividad nula o ligera), 31,0% [IC95% = 27,7-34,3] con el resto de la muestra 32,7% [IC95% = 31,3-34,1].

Fraude financiero y su impacto en salud

Este fraude se define como toda acción que una persona, grupo de personas o entidad, realiza con el objetivo de obtener un beneficio propio, generalmente económico, en perjuicio económico de otros⁶⁷. Este tipo de fraude ha sido desarrollado por algunas entidades financieras españolas en la última década debido a la falta de regulación y supervisión, afectando sobre todo a los grupos más vulnerables de la sociedad, pues los productos financieros complejos se han vendido con frecuencia a personas mayores o sin conocimientos financieros y con escasa experiencia en inversión y funcionamiento de los mercados⁶⁸.

[Volver a índice](#)



Aunque existe escasa bibliografía sobre el tema, algunos estudios relacionan el hecho de haber sufrido este tipo de fraude con el estado de salud de las personas. En EE. UU. un estudio concluyó que las personas afectadas por un fraude financiero presentaban mayor riesgo de síndrome de ansiedad generalizada y depresión mayor⁶⁹. En el caso de España, un estudio piloto reflejó que haber sufrido este problema puede ser un factor de riesgo para la salud de la población⁷⁰. Más recientemente y con los datos de la ESCM'17 que analizamos aquí, se han publicado algunos análisis del efecto del fraude financiero en la salud mental y la calidad de vida en relación con la salud de la población madrileña^{71,72} así como en la autopercepción de la salud, la comorbilidad y el dolor⁷³. El módulo sobre este tipo de fraude en la encuesta de salud se administró aproximadamente a la mitad de la muestra (n=4425) y sobre esta parte de la misma se hacen los análisis.

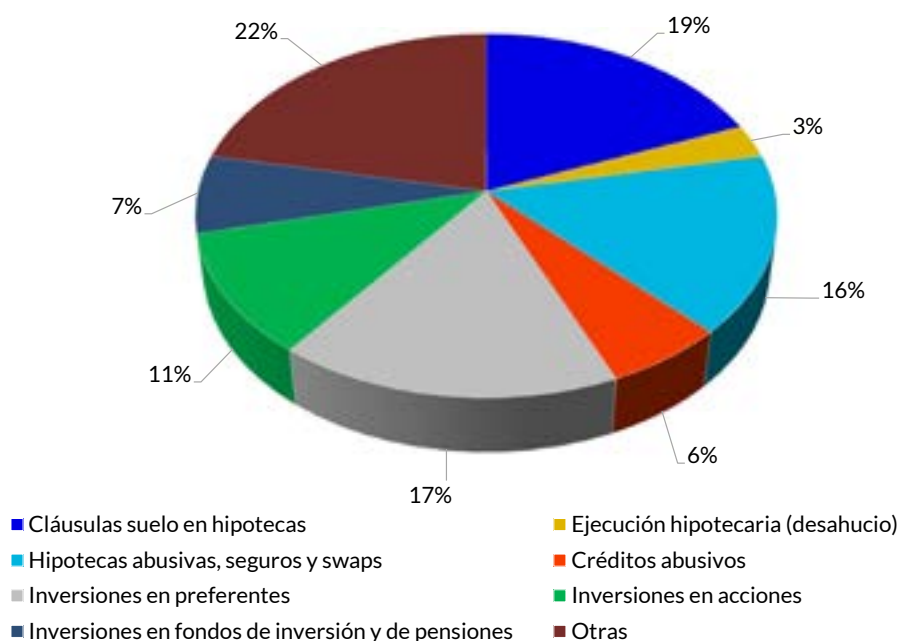
La variable independiente fundamental de este análisis es el fraude financiero o bancario, que será analizada en dos modalidades:

- Como variable dicotómica: sí o no a la pregunta “*Quisiera, por favor, que me respondiese si en los últimos años, concretamente desde el 2006, ¿cree Ud. que ha sufrido un fraude bancario?*”, identificando después como tal a los que reconocen haber sido objeto de alguno expresamente tipificado y reconocido por la legislación española (gráfico 29).
- Como variable ordinal con cuatro categorías que reflejan el impacto económico del mismo: “*sin fraude*”, “*ninguno/leve*”, “*moderado*” “*grave/muy grave*”.

Un 11% de la población encuestada reconoció haber sido víctima de uno de estos fraudes. De este 11%, y respecto a las personas que contestaron sobre su impacto económico, un 24,3% declaró no haber sentido impacto económico alguno, mientras que un 26,6% refirió un impacto económico grave o muy grave.

Asimismo, el 44% de las personas afectadas afirma que el fraude sufrido se relaciona con hipotecas, productos vinculados y otros créditos abusivos; y el 35% con productos de inversión. Los tipos de fraude financiero más comunes se detallan a continuación:

Gráfico 29. Tipos de fraude financiero. Ciudad de Madrid, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

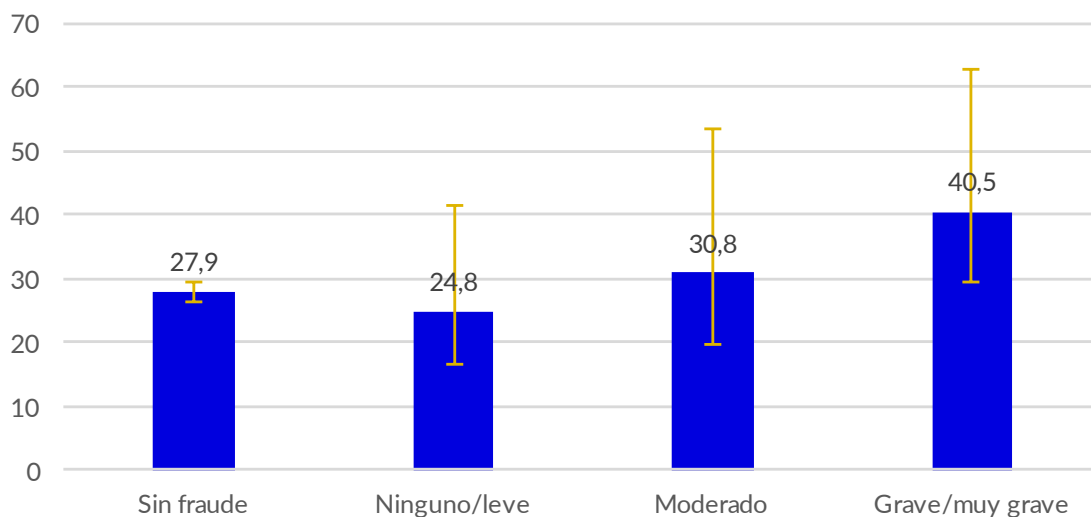
[Volver a índice](#)

En cuanto a la prevalencia del fraude, los datos arrojan una visión bastante transversal del problema, aunque siendo mayor en hombres (12 % de hombres afectados frente al 10 % de mujeres), en personas de 30 a 44 años (14,1 %), con estudios superiores (11,4 %) y de clase social media (12,8 %).

Un 28,5% de las personas que lo han sufrido, tiene riesgo de padecer mala salud mental, frente a un 21% del conjunto de la población. Asimismo, el 46,6% de los afectados declara tener alguna enfermedad crónica, frente a un 39,9% en la población total. Un 31,1% manifiesta una mala percepción de su salud, mientras que para la muestra general este problema se circunscribió a un 27,7%.

La frecuencia de personas con mala salud percibida es mayor entre quienes han sufrido un fraude grave o muy grave (40,5%) que entre los que no han sufrido fraude (27,9%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas para sus IC95% (gráfico 30). Desde los que se vieron afectados por esas prácticas pero no les produjo deterioro en su economía o este fue leve, hasta los que sufrieron el efecto mayor, se establece un cierto gradiente en las frecuencias de mala salud referida, por lo que se puede apuntar no solamente que ambos fenómenos están asociados sino que existe cierta respuesta “dosis-dependiente” (a más repercusión económica corresponde más probabilidad de mala salud sentida). La regresión logística multivariante ajustada por variables sociodemográficas, confirma la asociación entre haber sufrido un impacto grave o muy grave del fraude y la mala percepción de salud, con una OR de 1,8 [IC 95% = 1,12-2,87] en este grupo respecto a quienes no han sufrido esa situación (tabla 11).

Gráfico 30. Prevalencia de mala salud percibida según intensidad del fraude. Ciudad de Madrid, 2017 (tasas por 100 e IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de mala salud autopercebida, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio incluido impacto del fraude financiero

		Mala autopercepción de salud				
		N	n	%	OR	IC95%
		4.425	1.250	28,2		
Sexo	Mujer	2.390	792	33,1	1,59*	1,36-1,88
	Hombre	2.035	458	22,5	1	
Edad	15 a 29	750	115	15,3	1	
	30 a 44	1.198	263	22,0	1,62*	1,26-2,01
	45 a 64	1.436	449	31,3	2,52*	1,99-3,21
	65 y más años	1.041	423	40,6	3,12*	2,43-4,05
Nivel de estudios	Primarios o menos	342	202	59,1	3,36*	2,48-4,53
	Secundarios	2.263	710	31,4	1,65*	1,38-1,97
	Universitarios	1.820	338	18,6	1	
Clase Social	Desfavorecida	1.584	589	37,2	1,54*	1,27-1,86
	Media	1.009	285	28,2	1,17	0,96-1,43
	Favorecida	1.743	348	20,0	1	
Impacto del fraude	Sin fraude	3.940	1.098	27,9	1	
	Ninguno/leve	150	40	26,7	1,05	0,72-1,54
	Moderado	73	24	32,9	1,33	0,79-2,22
	Grave/muy grave	81	33	40,7	1,8 *	1,12-2,87

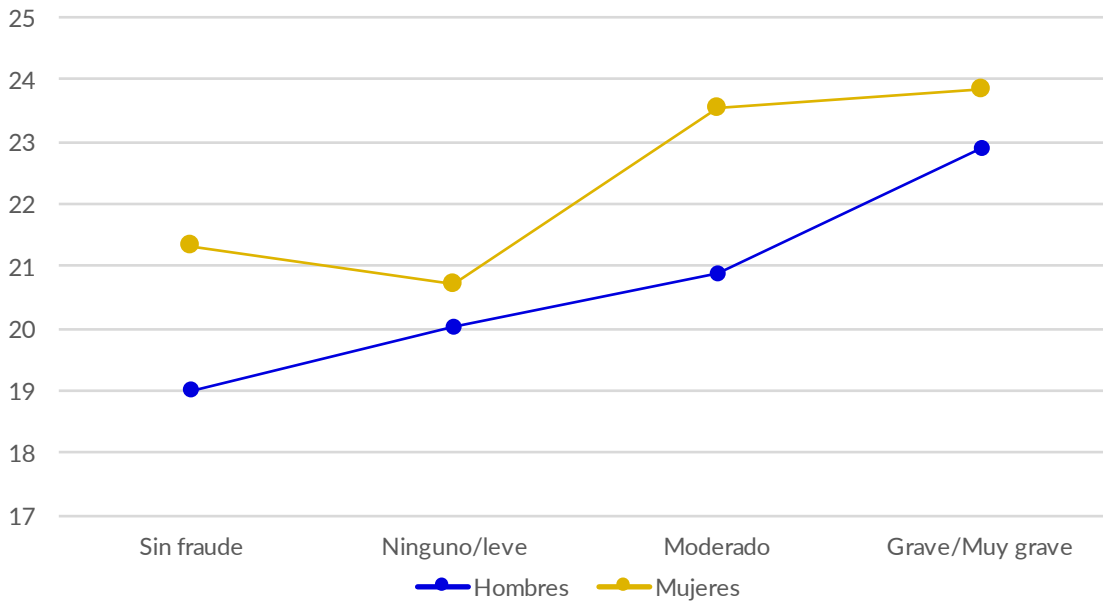
(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17.

En relación con la calidad de vida, quienes han sido objeto de estas actuaciones obtienen en la escala COOP-WONCA una puntuación media de 21,33 (D.T. = 5,67) frente a quienes no se han visto afectados, que puntúan de media 20,24 puntos, con D.T. = 5,34. La escala utilizada para su medida califica de manera inversa: a más puntos corresponde peor calidad de vida en relación con la salud (CVRS). Mediante la comparación de medias por la prueba T, encontramos que la diferencia de éstas entre quienes han sufrido fraude y quienes no han estado en esta situación, si bien presenta un bajo valor diferencial, resulta estadísticamente significativa ($p < 0,05$), por lo que se puede deducir que posiblemente el hecho de haber sufrido la experiencia del fraude está asociado con un empeoramiento de la CVRS.

Se encuentra un empeoramiento gradual de la CVRS según la intensidad de la afectación de la economía familiar, así como que las mujeres tienden a ver afectada su calidad de vida en niveles de impacto del fraude más moderados, mientras que los hombres se ven afectados cuando es grave o muy grave. La calidad de vida en relación con la salud es peor de forma estadísticamente significativa, según los IC 95% de sus medias, cuando el impacto del fraude es grave o muy grave, en hombres y en mujeres (gráfico 31), en relación con no haber sufrido fraude.

[Volver a índice](#)

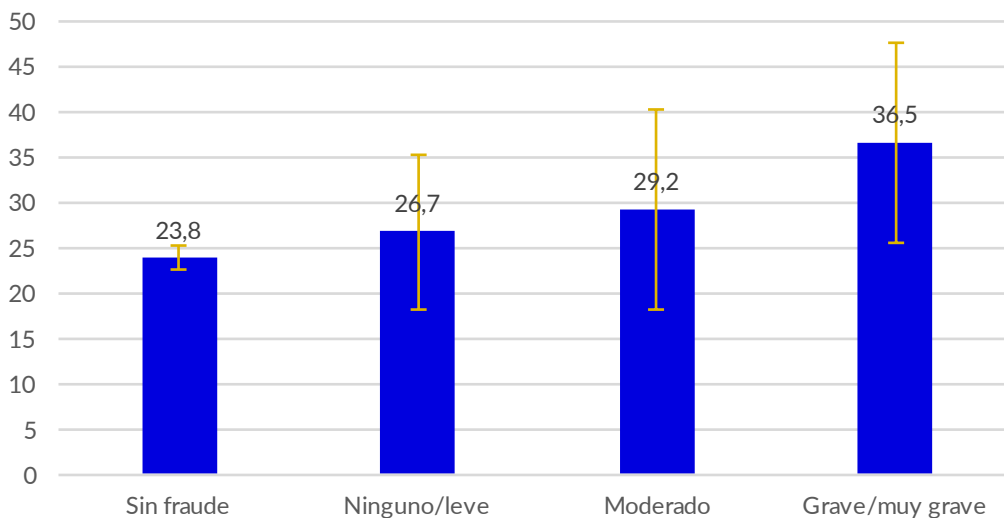
Gráfico 31. Distribución de puntuaciones medias de la escala COOP-WONCA (CVRS) según impacto económico del fraude y según sexo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por último, se asocia riesgo de mala salud mental y fraude financiero estableciéndose además un incremento gradual de la prevalencia de este problema de salud según el impacto que en la economía familiar provocó el fraude (gráfico 32), debiendo destacarse el hecho de que en quienes han sufrido un impacto grave y muy grave, la prevalencia de mala salud mental alcanza un 36,5 % mientras que en quienes no sufrieron la adversa situación quedó en el 23,8%. Estas diferencias fueron significativas estadísticamente según sus IC95%. La aproximación analítica, mediante regresión logística ajustada por variables demográficas y socioeconómicas (tabla 12) arroja para quienes han sufrido un impacto económico grave o muy grave, un riesgo de mala salud mental al menos un 10% mayor que los que no lo han sufrido, de forma estadísticamente significativa.

Gráfico 32. Prevalencia de riesgo de mala salud mental según intensidad del fraude. Ciudad de Madrid, 2017 (tasas por 100 e IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



Tabla 12. Distribución de frecuencias de riesgo de mala salud mental, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio incluido fraude financiero

		Riesgo de mala salud mental				
		N	n	%	OR	IC95%
		4.425	1.074	24,3		
Sexo	Mujer	2.390	674	28,2	1,21 *	1,40-1,88
	Hombre	2.035	400	19,7	1	
Edad	15 a 29	750	222	29,6	2,22 *	1,73-2,84
	30 a 44	1.198	307	25,6	1,82 *	1,45-2,29
	45 a 64	1.436	344	24,0	1,61 *	1,30-1,97
	65 y más años	1.041	201	19,3	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	342	117	34,2	2,46 *	1,80-3,37
	Secundarios	2.263	604	26,7	1,39 *	1,16-1,66
	Universitarios	1.820	353	19,4	1	
Clase Social	Desfavorecida	1.584	471	29,7	1,25 *	1,03-1,51
	Media	1.009	222	22,0	0,94	0,77-1,15
	Favorecida	1.743	358	20,5	1	
Impacto del fraude	Sin fraude	3.940	936	23,8	1	
	Ninguno/leve	150	35	23,3	1,15	0,77-1,71
	Moderado	73	22	30,1	1,60	0,96-2,69
	Grave/muy grave	81	28	34,6	1,78 *	1,10-2,88

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17.

No obstante y aunque aparece significación estadística en las diferencias de las distribuciones de algunas variables indicadas asociadas a este fenómeno, el hecho de que las submuestras por impacto del fraude sean pequeñas no permite calcular con detalle la fuerza de esta relación, por lo que se recomienda profundizar en análisis con muestras de mayor volumen.

2.3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

ACTIVIDAD FÍSICA

La evidencia científica muestra que la actividad moderada diaria mejora la salud. La actividad física regular está inversamente relacionada con el riesgo de enfermedad cardiovascular, tromboembolismo cerebral, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colón y de mama, ansiedad y depresión. Además, contribuye al desarrollo y mantenimiento de un sistema locomotor saludable¹⁴. La actividad física puede llevarse a cabo tanto en el entorno laboral como durante el tiempo libre, de modo que un trabajo sedentario puede compensarse con un incremento de la actividad en el tiempo libre.

Con el fin de poder comparar los resultados con los obtenidos a nivel nacional y europeo, en la ESCM'17 se han incluido las mismas preguntas que se utilizan en la encuesta nacional. Se pregunta sobre la actividad física que se realiza tanto en la ocupación habitual como en el tiempo libre y, a las personas menores de 70 años, se les interroga también con la versión corta del cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) adaptada⁷⁴.

Actividad física en la ocupación habitual

Se considera sedentarias a las personas que responden que pasan sentadas la mayor parte de la jornada cuando se les pregunta: *¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en su trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)?*

En la ESCM'17, el 43,5% [IC95% = 42,4-44,5] de la población madrileña de 15 y más años declaró no realizar actividad física durante su ocupación habitual frente al 38% de la población española y el 50% de la de la Comunidad de Madrid⁷⁵. **Gráfico 33.**

Gráfico 33. Frecuencia de realización de actividad física en la ocupación habitual



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Al estudiar la relación entre el sedentarismo durante la actividad habitual y las diferentes variables de análisis, se comprueba que se encuentran diferencias significativas por sexo, siendo mayor la proporción de hombres, 49,2% [IC95% = 47,7-50,1], que dicen tener una actividad sedentaria en su ocupación habitual que de mujeres en esa misma situación, que es de 38,7%. [IC95% = 37,2-40,1]. También, se encuentran

[Volver a índice](#)



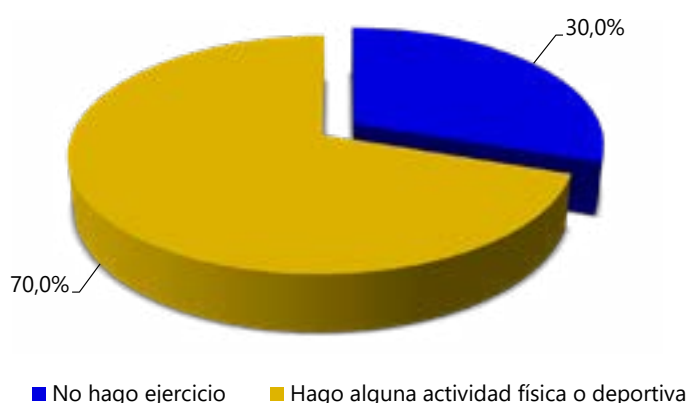
diferencias por edad en el análisis multivariante, siendo el riesgo (OR) de ser más sedentario en la ocupación habitual en la población de 15 a 44 años, al menos, un 37% mayor que en los mayores de 64 años en estas circunstancias. En lo que se refiere al nivel de estudios, en las personas con estudios primarios o menos el 36,4% [IC95% = 33,3-39,5] dice tener una actividad sedentaria en la ocupación habitual, frente al 35,8% [IC95% = 34,3-37,3] de quienes tienen estudios secundarios y el 54% [IC95% = 52,5-55,6] de las personas con estudios universitarios. Por otro lado, respecto a la clase social, se declara sedentaria en su ocupación habitual un 52,7% [IC95% = 51,0-54,5] de las personas de clase favorecida, un 48,4% [IC95% = 46,3-50,1] de las de clase media y un 30,3% [IC95% = 28,7-32,0] de las de clase desfavorecida; siendo 2 veces superior el riesgo de padecer sedentarismo en la clase media y favorecida que en la clase desfavorecida, según sus OR ajustadas en el modelo de RLM. Finalmente, en lo relativo al nivel de desarrollo del distrito de residencia, el 37,7% [IC95% = 35,6-39,8] de la población de los distritos con menor desarrollo dice tener sedentarismo en su actividad habitual, frente al 42% [IC95% = 40,2-43,8] de la población de los distritos con desarrollo medio-bajo, el 47,4% [IC95% = 45,2-49,6] de la población perteneciente a los distritos con desarrollo medio-alto y el 47,9% [IC95% = 45,6-50,1] de los de mayor desarrollo (TABLA II).

Actividad física durante el tiempo libre

A las personas que a la pregunta: *¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?* responden que no hacen ejercicio y ocupan el tiempo libre de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) se considera que tienen ocio sedentario.

El 30% [IC95% = 29,2-31,1] de las personas entrevistadas declaran no realizar actividad física en el tiempo de ocio (gráfico 34). Este dato es superior al encontrado en la ESCM'13, donde el 24,3% de la muestra había declarado no realizar ningún tipo de actividad física o deporte en su tiempo libre. Por el contrario, el porcentaje de ocio sedentario encontrado en esta encuesta es bastante inferior al obtenido a nivel nacional (ENSE 2017), donde el 37,8% de la población refiere que el tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria.

Gráfico 34. Frecuencia de realización de actividad física en el tiempo libre



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

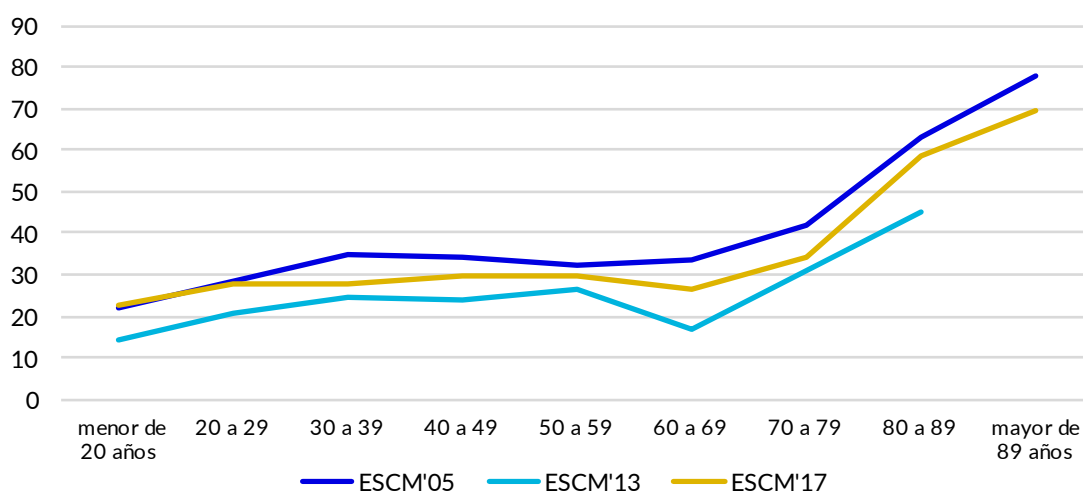
Al estudiar las frecuencias y analizar mediante RLM el ocio sedentario, observamos que es significativamente superior en mujeres: 34% [IC95% = 32,7-35,3], que en hombres: 25,2% [IC95% = 23,9-26,5]. Por edad, no se observan diferencias significativas salvo en la población mayor de 65 años que tiene un riesgo (OR) 1,21 veces superior de ser sedentarias en su tiempo libre que la población más joven. Como en el análisis anterior, el sedentarismo en el tiempo de ocio se asocia con el nivel de estudios pero en este caso de forma inversa a lo que sucede en la ocupación habitual: un 45,5% [IC95% = 44,4-45,6] de personas con estudios primarios o menos, un 31,7% [IC95% = 30,7-32,7] de personas con estudios secundarios y un 24% [IC95% = 23,1-24,9] de personas con

estudios universitarios declaran no realizar ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, siendo significativamente superior el riesgo (OR) de presentar ocio sedentario en las personas con un nivel de estudios primarios o inferior y en las que tienen estudios secundarios respecto a las de estudios superiores. Lo mismo sucede en relación con la clase social, con mayor frecuencia de personas con ocio sedentario en la clase social desfavorecida y media (TABLA II).

Estos datos coinciden con los encontrados en la “Encuesta de salud de Barcelona 2016”⁷⁶, donde también comprueban que la actividad física sigue patrones socioeconómicos. En la citada encuesta las personas de clase social desfavorecida son las que presentan mayor inactividad en su tiempo libre con un 38,5% [IC95% = 37,5-39,5] de personas sedentarias y las de clase social favorecida las que presentan más inactividad en su ocupación habitual con un 52,7% [IC95% = 51,6-53,7].

Al comparar los resultados obtenidos en la población madrileña con los de encuestas anteriores de la ciudad de Madrid se comprueba que el sedentarismo por grupos de edad presenta tendencias parecidas: a partir de los 60-69 años se incrementa el ocio sedentario de manera notable. El favorable dato del grupo de 60 a 69 años de la ESCM'13 no se confirma en esta nueva encuesta. Para cada grupo de edad, las diferencias no resultan significativas entre las distintas encuestas (gráfico 35).

Gráfico 35. Prevalencia de ocio sedentario según edad. Comparativa 2005, 2013 y 2017. Tasas por cien



Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017.

Sedentarismo

Se ha analizado también la combinación de ambas preguntas para ver quienes no realizan actividad física alguna en ninguna circunstancia. Se consideró en esta categoría a las personas que declaraban no hacer ejercicio físico ni en su ocupación diaria ni en su tiempo de ocio. El 15,4% [IC95% = 14,6-16,1] de la muestra podría clasificarse en esta categoría. El 14,4% [IC95% = 13,0-15,8] de los hombres y el 16,3% [IC95% = 14,9-17,7] de las mujeres se podrían considerar como sedentarios.

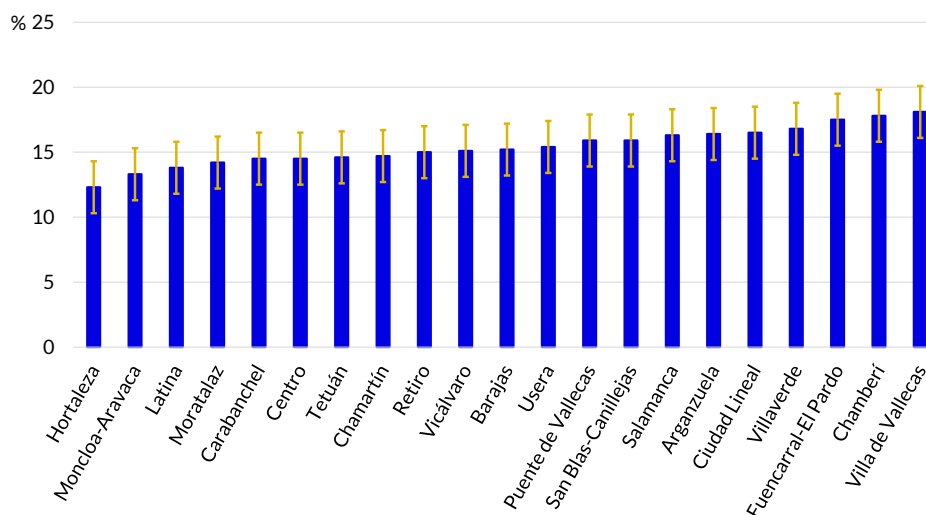
La media de edad de las personas sedentarias es significativamente superior $M = 52,5$ [IC95% = 51,4-53,5] a la del resto de la muestra $M = 48,8$; IC95% = 48,4-49,2 y, como ocurría en el tiempo libre es significativamente superior en la población de 65 años o más. Por otro lado, el 22,8% [IC95% = 19,3-26,3] de las personas que tienen estudios primarios o menos se puede considerar como sedentaria, frente al 14,2% [IC95% = 12,8-15,6] de las que tienen completa la educación secundaria y el 14,9% [IC95% = 13,4-16,4] de las que tienen estudios universitarios, lo que representa diferencias significativas con un mayor riesgo en las personas con estudios primarios o menos. No se observan diferencias en cuanto al sedentarismo según el nivel de desarrollo del distrito de residencia. En cuanto a la clase social existe menor riesgo de sedentarismo en la clase desfavorecida que en las

[Volver a índice](#)



otras dos. En el [gráfico 36](#) se muestran las frecuencias de personas sedentarias por distrito y en la [TABLA II](#) se pueden ver las frecuencias de sedentarismo según las diferentes variables de análisis así como los modelos de análisis multivariante encontrados.

Gráfico 36. Prevalencia de sedentarismo según distrito (IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Al analizar la relación entre sedentarismo y estado ponderal, se comprueba que las personas sedentarias tienen un valor medio de Índice de Masa Corporal estimado (IMC) de 26,0 [IC95% = 25,7-26,2] significativamente mayor que el resto de la muestra, que obtiene como media un IMC = 25,0 [IC95% = 24,9-25,1].

Las personas sedentarias declaran peor calidad de vida relacionada con la salud, obteniendo puntuaciones significativamente mayores en el COOP/WONCA, Media = 22,8 [IC95% = 21,9-23,7] que el resto, Media = 19,7 [IC95% = 18,9-20,5]. También obtienen puntuaciones que sugieren peor salud mental, Media de puntuación de la escala GHQ= 11,3 [IC95% = 10,9-11,6], que aquellas que realizan algún grado de actividad física, Media = 9,5 [IC95% = 9,4-9,7]; pudiéndose añadir que el 21,3% [IC95% = 18,4-24,2] de las personas sedentarias frente al 19,5% [IC95% = 18,3-20,7] de las que realizan algún tipo de actividad física presenta riesgo de padecer problemas de salud mental. También toman con mayor frecuencia medicamentos tranquilizantes o ansiolíticos 16,8% [IC95% = 14,2-19,4] vs. 11,1% [IC95% = 10,2-12,0], antidepresivos 10,0% [IC95% = 7,9-12,1] vs. 5,0% [IC95% = 4,3-5,7] y analgésicos opioides 14,2% [IC95% = 11,8-16,6] vs. 8,2% [IC95% = 7,4-9,0].

Las personas sedentarias declaran sentirse siempre o casi siempre solas con mayor frecuencia 16,0% [IC95% = 13,1-18,6] que quienes declaran realizar algún tipo de actividad física 9,2% [IC95% = 8,3-10,1].

Relación entre actividad física y tener mascotas

El hecho de tener perro podría favorecer la realización de más actividad física y con más frecuencia, lo que repercutiría muy positivamente sobre la salud, por ello se ha estudiado si se observa asociación entre la actividad física realizada en el tiempo de ocio y la tenencia de mascotas (perro), pero no se han encontrado diferencias significativas con lo declarado por aquellas que no tienen perro en el hogar: un 68,4% [IC95% = 67,4-69,4] de personas activas entre los que tienen perro en su hogar frente a un 70,4%, [IC95% = 69,4-71,3] de las que no lo tienen. Hay que tener en cuenta que se ha preguntado sobre si tienen mascotas en el hogar y qué tipo de animal, pero no si la persona entrevistada es o no la encargada de su cuidado.

Grado de actividad física en población adulta

En la encuesta también se ha incluido el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ-International Physical Activity Questionnaire. Versión corta en español) adaptado. Este cuestionario solo se aplica a personas menores de 70 años.

En el mencionado cuestionario se indaga sobre el tiempo y la intensidad de la actividad física realizada durante los últimos 7 días, tanto si se ha hecho en el tiempo libre o de ocio como en las tareas domésticas, en el trabajo o en el transporte (ver cuestionario [ANEXO III](#)).

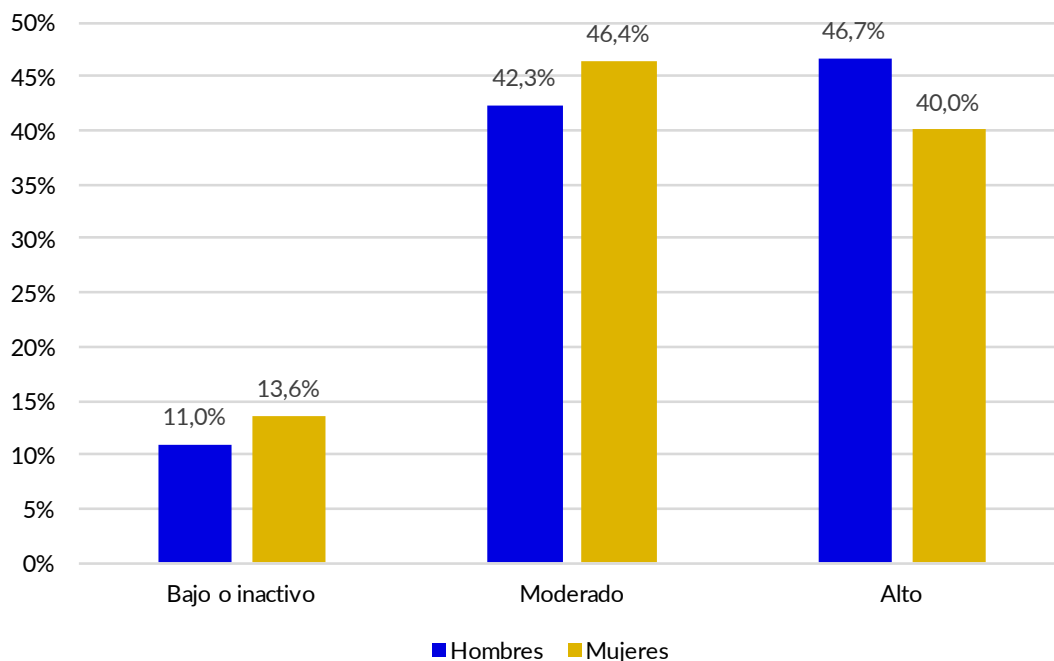
La actividad física se puede medir en equivalentes metabólicos o MET, en función de la energía que requiere cada actividad. Los valores MET muestran la intensidad de una actividad, un MET es la energía consumida mientras se permanece sentado en estado de reposo, por tanto, un valor MET de 5 significa que durante la realización de una actividad se está consumiendo cinco veces más energía y calorías que si se estuviese en reposo.

Aumentar los MET semanales puede mejorar sustancialmente la salud. Las directrices actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan de 600 a 1200 MET /semana. Aunque en las últimas recomendaciones se indica que la mayoría de los beneficios para la salud se consiguen cuando se alcanzan de 3000 a 4000 MET /semana⁷⁷.

Al analizar los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario IPAQ a la población menor de 70 años de la muestra de la ESCM'17 (N = 7.460), se comprueba que el 12,4% [IC95% = 11,7-13,1] mantiene un nivel de actividad física bajo; el 44,5% [IC95% = 43,4-45,6] un nivel de actividad física moderado y el 43,2% [IC95% = 42,1-44,3] restante tendría un nivel alto.

Al estudiar el nivel de actividad física por sexo, se comprueba que los hombres realizan más actividad física que las mujeres ([gráfico 37](#)).

Gráfico 37. Prevalencia de actividad física según nivel de actividad y sexo



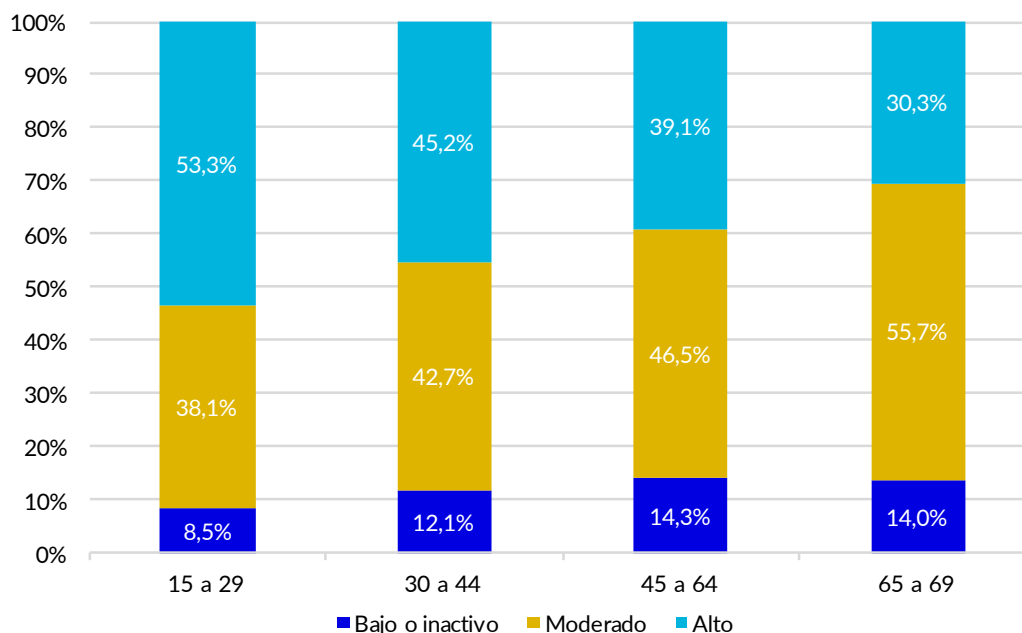
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En relación con la edad, el 8,5% [IC95% = 7,1-9,9] de las personas menores de 30 años se pueden considerar como inactivas, aumentando la frecuencia de personas inactivas a medida que aumenta la edad: alrededor de un 14% en mayores de 45 años ([gráfico 38](#)).

[Volver a índice](#)



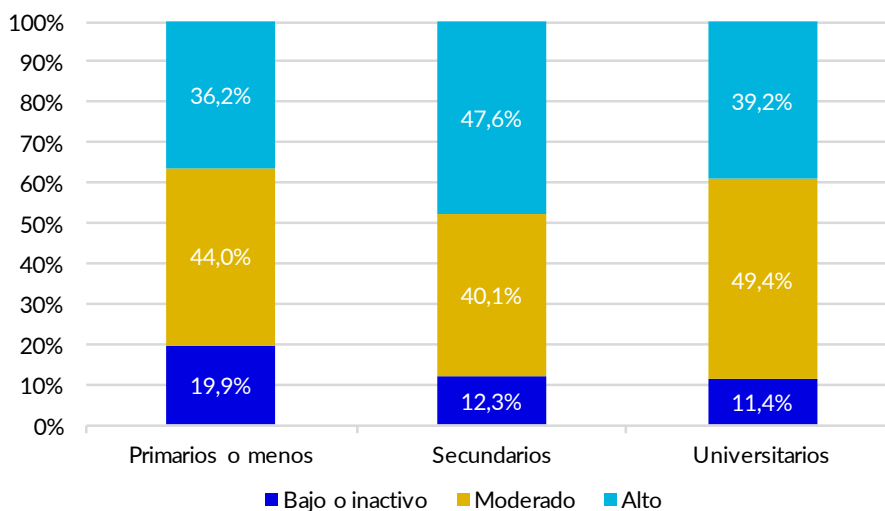
Gráfico 38. Distribución de la muestra según nivel de actividad física para cada grupo de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En cuanto al nivel de estudios, las personas con estudios secundarios son las que con más frecuencia realizan actividad física intensa. El porcentaje de personas que se clasifican como inactivas disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios (gráfico 39).

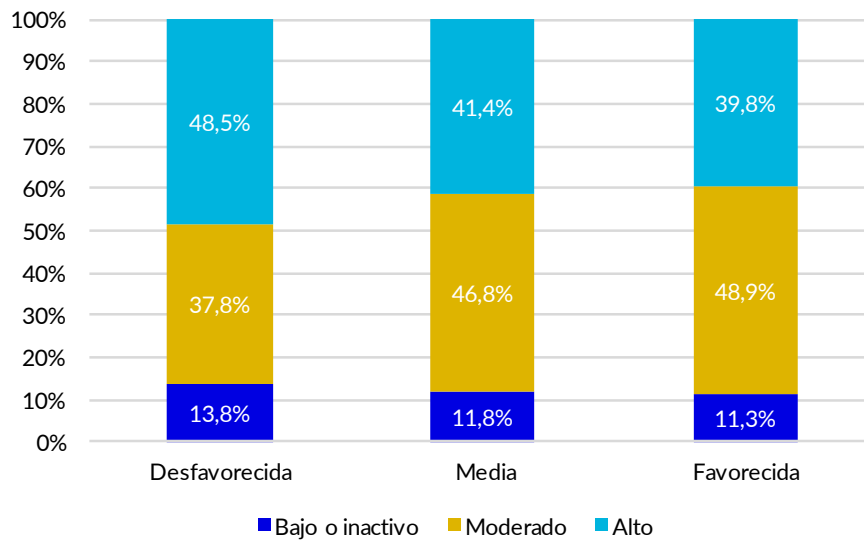
Gráfico 39. Distribución de la muestra según nivel de actividad física para cada nivel de estudios



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En lo que se refiere al nivel de actividad física por clase social, las personas de clase desfavorecida obtienen las frecuencias más elevadas de inactividad y de actividad física intensa mientras que en las clases media y alta las mayores frecuencias se encuentran en la actividad física moderada. Ello probablemente esté muy relacionado con la actividad desarrollada durante la jornada laboral; como ya se ha indicado en el apartado sobre metodología, en este estudio se utiliza la clase social ocupacional y en la clase desfavorecida se incluyen las personas con trabajos de carácter manual que requieren mayor esfuerzo físico (gráfico 40).

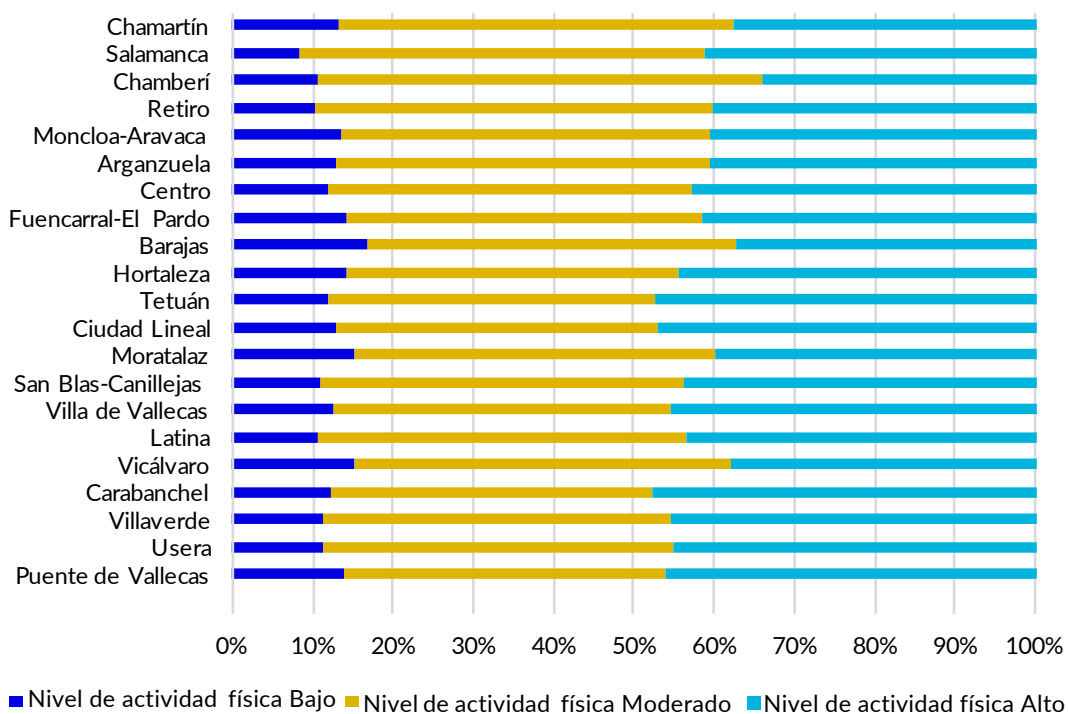
Gráfico 40. Distribución de la muestra según nivel de actividad física para cada clase social



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por distritos, aunque a priori no se aprecian diferencias llamativas entre el nivel de actividad física practicado por la población y el distrito de residencia, existe una tendencia que muestra cierta relación inversa entre el porcentaje de personas con niveles de actividad física altos y el grado de desarrollo del distrito en que residen, de manera que las personas que viven en distritos con un menor nivel de desarrollo o un desarrollo medio-bajo, son las que tienen un mayor nivel de actividad física, aunque existen algunas excepciones (gráfico 41).

Gráfico 41. Frecuencias de actividad física según nivel de actividad por distritos ordenados por nivel de desarrollo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



Los datos obtenidos en nuestra población presentan importantes diferencias con los que se obtienen a nivel nacional en la ENSE 2017. Esta situación ya se observó en la anterior ESCM'13 en la que la comparación de las respuestas a las preguntas sobre actividad en el trabajo y en el ocio con las obtenidas en la ENSE 11/12¹² arrojaba discrepancias difícilmente explicables. Por ello, para el presente estudio se decidió incluir el Cuestionario IPAQ, una prueba validada internacionalmente en múltiples contextos culturales, que, además, se postulaba como útil para ser utilizada telefónicamente. Además, el IPAQ también se había incluido en la ENSE 2017, lo que, en principio facilitaría la comparabilidad de los datos. Se trata de una prueba de compleja corrección que, sin embargo, permite una clasificación de los niveles de actividad física realizada de una manera más completa que la simple apreciación de los participantes.

En contra de lo esperado, los datos obtenidos en la presente encuesta difieren considerablemente de los obtenidos en la ENSE 2017, aportando resultados que clasifican a las personas en distribuciones notablemente diferentes de las que pueden obtenerse mediante la interpelación directa de los participantes, lo que nos ha obligado a revisar reiteradamente nuestros resultados y también los de la ENSE 2017.

En el informe monográfico sobre actividad física elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁷⁵ se puede ver que los datos obtenidos mediante el cuestionario IPAQ en las distintas comunidades autónomas muestra una gran variabilidad. Para toda la Comunidad de Madrid obtienen un 33,38% de personas con nivel de actividad física alto, casi 10 puntos inferior al que se obtiene para la población de la ciudad en la ESCM'17. Como se indica, los datos de este estudio muestran valores en las comunidades con diferencias muy notables que no parece que se puedan explicar por las que pudiera haber en los hábitos en las distintas regiones de España. Así, el porcentaje de personas que mantienen un nivel de actividad física alto oscila entre el 8,8% de Galicia y el 58,6% de Melilla. Tampoco es fácil explicar las diferencias encontradas al comparar este último dato con el obtenido en Ceuta, con el 13,8% de personas con alta actividad.

Recientemente la encuesta SIVFRENT-A de la Comunidad de Madrid ha incluido el IPAQ, cuando los resultados obtenidos estén disponibles quizá se podrá averiguar a qué se deben las discrepancias encontradas en la población de Madrid.

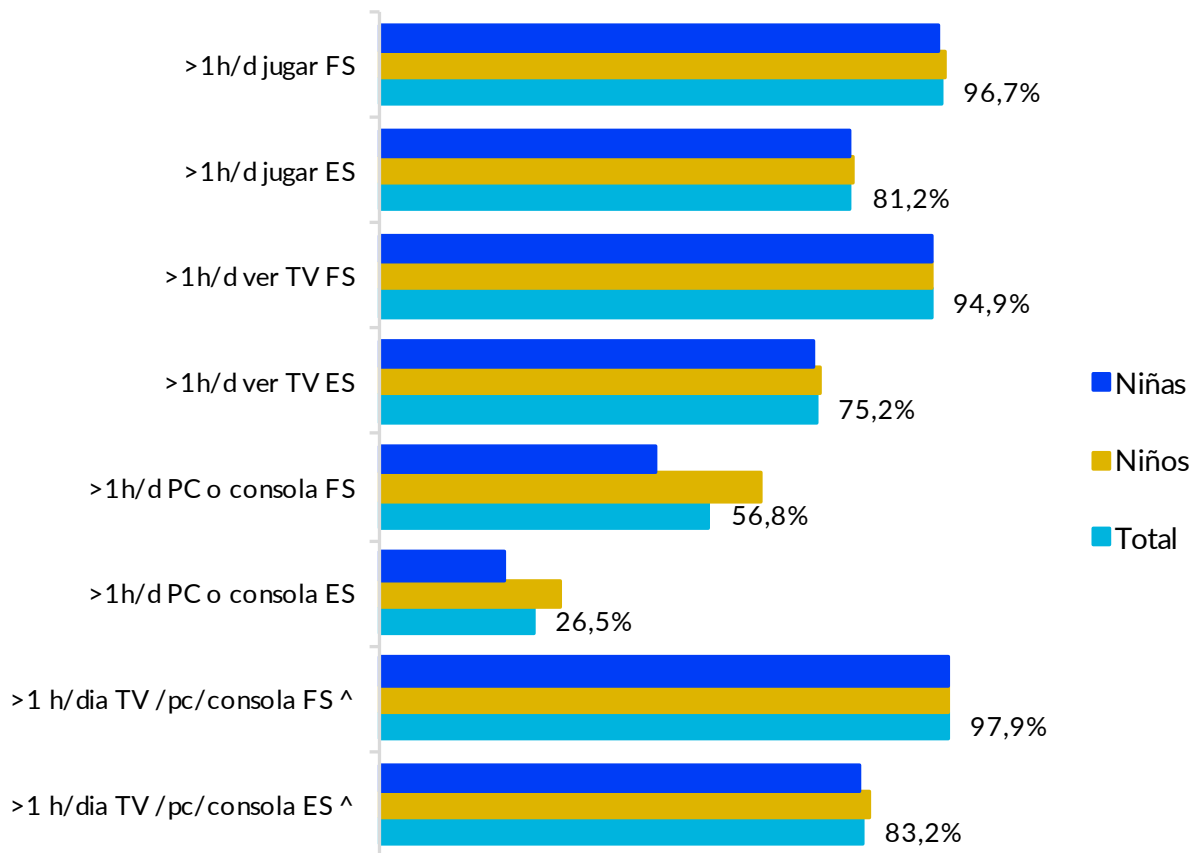
Necesitaremos ahondar en otras metodologías más precisas o aumentar la experiencia en las existentes para llegar a conclusiones más determinantes sobre este tema.

Actividad física en población infantil

Para el estudio de la actividad física en población infantil madrileña, se utilizan los datos obtenidos en el "Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017"²⁴. En dicho estudio, realizado en una muestra representativa de la población escolarizada en centros de Educación Infantil y Primaria de la ciudad se incluyó un cuestionario a las familias para recoger información, entre otras, sobre hábitos dietéticos y de actividad física. A continuación, se presentan algunos datos referidos a niñas y niños de 3 a 11 años (N = 4.992).

El 61,3% de los niños y niñas realiza actividad física o deportiva fuera del horario escolar. En la encuesta se incluyeron preguntas relativas al tiempo dedicado cada día a distintas actividades: jugar al aire libre, ver la televisión y jugar con ordenador o videoconsola. Estas preguntas diferenciaban el tiempo empleado en estas actividades en días laborables y en fines de semana. En el [gráfico 42](#) se puede ver el porcentaje de escolares que pasa más de una hora diaria realizando las actividades mencionadas.

Gráfico 42. Distribución de la muestra según tiempo empleado (más de 1 hora/día) en distintas actividades de ocio infantil según sexo



Nota: fin de semana (FS); entre semana (ES). Fuente: Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017.

SUEÑO

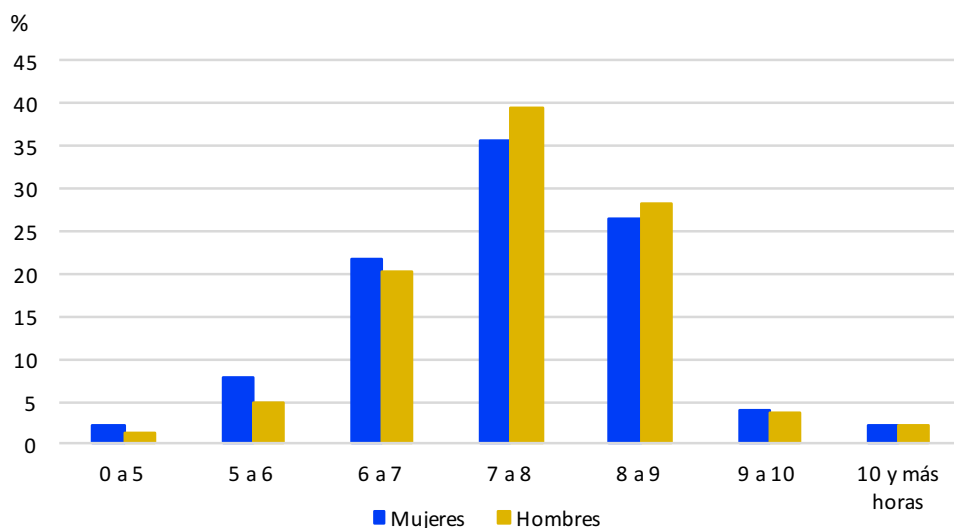
Dormir es una necesidad vital para el ser humano fundamental para la buena salud física y mental. Que el sueño se perciba como reparador depende del número de horas dormidas, cuya necesidad varía individualmente y con la edad, así como de la calidad del mismo. En la ESCM'17 se han incluido dos preguntas para evaluar este aspecto. Debido a que solo se han realizado a una parte de la muestra (n = 4.418), no se analizan los resultados por distrito al carecer de suficiente volumen muestral. La primera pregunta indaga sobre el número de horas de sueño diario incluyendo la siesta. La población madrileña de 15 y más años duerme una media de 7,13 horas al día [IC95% = 7,10-7,16], cifra inferior a la obtenida en encuestas anteriores: 7,23 horas en la ESCM'13 [IC95% = 7,14-7,32] y 7,31 horas en la ESCM'05 [IC95% = 7,28-7,34]. Estos datos muestran que en 2017 la población madrileña duerme menos horas respecto a las que dormía en 2005, y que esa diferencia es estadísticamente significativa.

Tras desagregar los datos por sexo, se observa que los hombres duermen de media más tiempo que las mujeres; 7,2 horas [IC95% = 7,15-7,25] y 7,1 h [IC95% = 7,03-7,13] respectivamente. En el gráfico 43 se muestra la distribución del número de horas de sueño según sexo.

[Volver a índice](#)



Gráfico 43. Distribución de la muestra según número de horas de sueño diarias por sexo

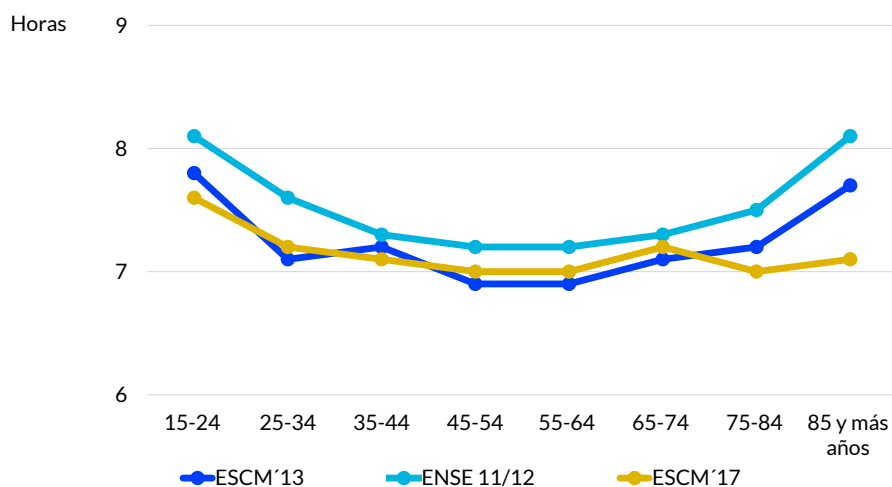


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) ha incluido una pregunta sobre las horas diarias de sueño desde 1987. Desde 2006 ha contabilizado también el tiempo de siesta, al igual que se hace en la ESCM'17. A lo largo de estos años no se han observado cambios destacables, por lo que la última encuesta realizada (ENSE 2017) ha dejado incluir dicha pregunta. Debido a ello, los últimos datos disponibles son los de la ENSE 11/12¹². La comparación entre la media de horas que duermen al día las personas de 15 y más años residentes en la ciudad de Madrid (ESCM'17) y la media a nivel estatal para el mismo grupo de edad (ENSE 11/12), muestra que la población madrileña duerme menos horas, y que esta diferencia es estadísticamente significativa; 7,13 horas diarias [IC95% = 7,10-7,16] frente a 7,4 horas [IC95% = 7,38-7,42] respectivamente.

En el gráfico 44 se muestra la media de horas de sueño por grupos de edad a nivel nacional y en la ciudad de Madrid. Las tendencias son similares en ambos ámbitos, pero las medias de la ciudad son algo inferiores a las nacionales en todos los grupos de edad.

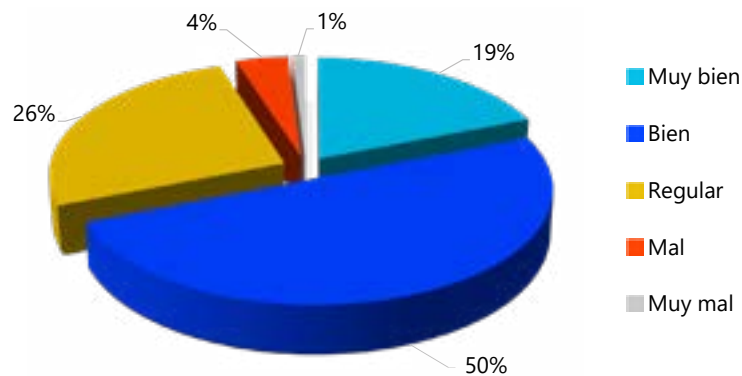
Gráfico 44. Media de horas de sueño diarias por grupos de edad. Ciudad de Madrid (encuestas 2013 y 2017) y España (encuesta 2011/12)



Fuentes: ENSE 11/12 y Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2013 y 2017.

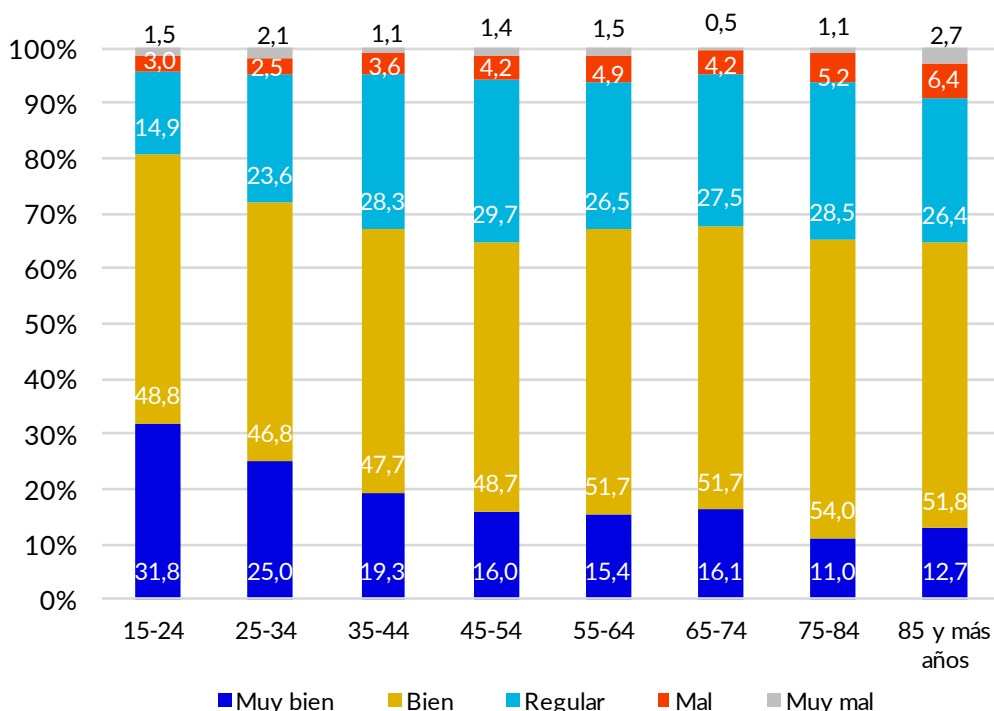
La segunda pregunta incluida en la ESCM´17 explora la percepción de la calidad del sueño: *¿Qué tal duerme, diría usted que duerme muy bien, bien, regular, mal o muy mal?* El 69% de las personas entrevistadas afirma dormir bien o muy bien (gráfico 45). Tras desagregar los datos por intervalos de edad, se observa que las personas del grupo de 15 a 24 años son las que mejor duermen: el 81% percibe su sueño como bueno o muy bueno. Este porcentaje disminuye al 72% en las personas de 25 a 34 años y fluctúa entre el 65% y el 68% en el resto de grupos (gráfico 46).

Gráfico 45. Percepción de la calidad del sueño



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 46. Distribución de la percepción de la calidad del sueño según grupos de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Para explorar la calidad del sueño se ajustan diversas variables sociodemográficas respecto a la variable dependiente “dormir bien o muy bien” mediante regresión logística multivariante (tabla 13). Los resultados muestran que hay diferencias estadísticamente significativas en las OR obtenidas en

[Volver a índice](#)



el modelo según el sexo, la edad y la clase social. Respecto al hecho de dormir bien o muy bien, los hombres presentan una OR de 1,4, quienes tienen entre 15 y 29 años una OR un 50% superior a todos los demás, y quienes pertenecen a una clase social media o favorecida unas OR entre un 30% y un 40% superiores a la de la clase desfavorecida.

Tabla 13. Distribución de frecuencias de personas que duermen bien o muy bien, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Duerme bien o muy bien		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		4.417	3.027	68,5		
Sexo	Mujer	2.420	1.577	65,2	1	
	Hombre	1.997	1.450	72,6	1,4*	1,2-1,6
Edad	15 a 29	775	595	76,8	1,5*	1,2-1,9
	30 a 44	1.184	804	67,9	0,9	0,8-1,1
	45 a 64	1.413	933	66,0	0,9	0,7-1,0
	65 y más años	1.045	695	66,5	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	597	361	60,5	1	
	Secundarios	1.878	1.275	67,9	1,2	0,9-1,4
	Universitarios	1.942	1.391	71,6	1,3	1,0-1,6
Clase social	Desfavorecida	1.479	930	62,9	1	
	Media	1.108	777	70,1	1,3*	1,1-1,6
	Favorecida	1.721	1.244	72,3	1,4*	1,1-1,6
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.023	687	67,2	1	
	Desarrollo medio-bajo	1.423	944	66,3	0,9	0,8-1,1
	Desarrollo medio-alto	1.040	741	71,3	1,1	0,9-1,3
	Mayor desarrollo	929	654	70,4	1,0	0,8-1,2

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17.

ALIMENTACIÓN

Una alimentación saludable es aquella a través de la cual se puede conseguir y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, es decir, garantizar un crecimiento y desarrollo adecuados en cualquier edad y estado fisiológico a lo largo de la vida, y que permite conservar o restablecer la salud y reducir el riesgo de padecer enfermedades. Una alimentación saludable debe ser suficiente, completa, variada y equilibrada, pero también adaptada a las características individuales, satisfactoria, segura, sostenible y asequible⁷⁸.

La OMS recomienda la ingesta en adultos de al menos 400 g (5 porciones) de frutas y/o verduras u hortalizas al día (sin incluir las patatas)^{79,80,81}.

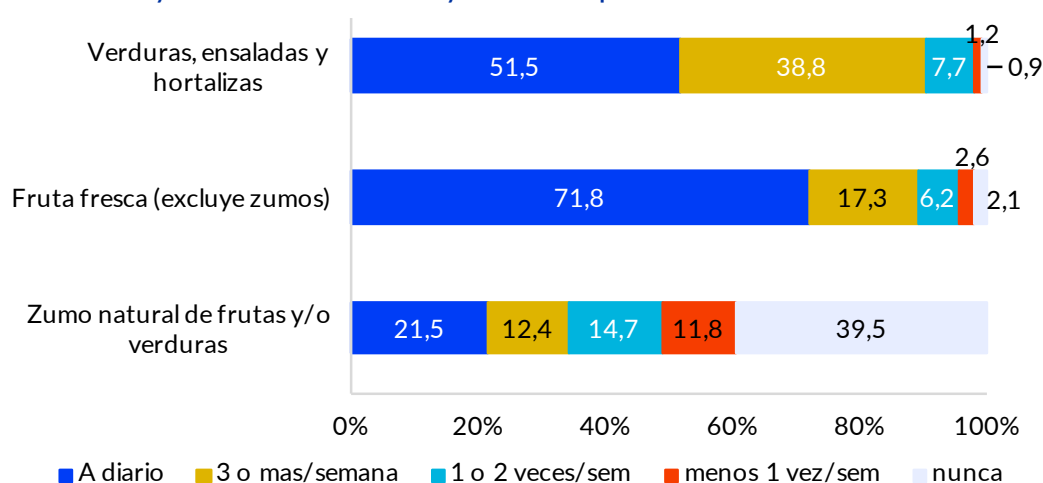
Junto con el ejercicio físico, la alimentación sana es un elemento clave en la prevención de las enfermedades crónicas (cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, como el colorrectal)⁵³.

En la ESCM'17 se han incluido preguntas sobre la regularidad de la ingesta de frutas, verduras y zumos. Las preguntas se han formulado de la misma manera que en la Encuesta Nacional de Salud en España 2017 (ENSE 2017).

[Volver a índice](#)

En función de los resultados obtenidos en la encuesta de la ciudad de Madrid, el 71,8% [IC95% = 71,62-72,9] consume fruta fresca a diario y el 17,3% los hace 3 veces o más a la semana. En la ENSE 2017, también en la población mayor de 15 años, consume fruta diariamente el 65% y el 20,5% la consume tres o más veces por semana. El 51,5% [IC95% = 49,9-52,0] de la población adulta madrileña come verduras, ensaladas u hortalizas diariamente y el 38,8% lo hace 3 veces o más a la semana (42,2% y 44% respectivamente en la ENSE 2017). Finalmente, respecto al consumo de frutas y/o vegetales en forma de zumos, el 21,5% [IC95% = 20,6-22,4] de la población de la ciudad consume zumo natural de frutas o verduras todos los días, el 12,4% lo hace 3 o más veces a la semana y el 39,5% no lo toma nunca (11%, 15,1% y 38,45 respectivamente en la ENSE 2017). En el [gráfico 47](#) se puede ver la frecuencia de consumo de estos alimentos en la población madrileña.

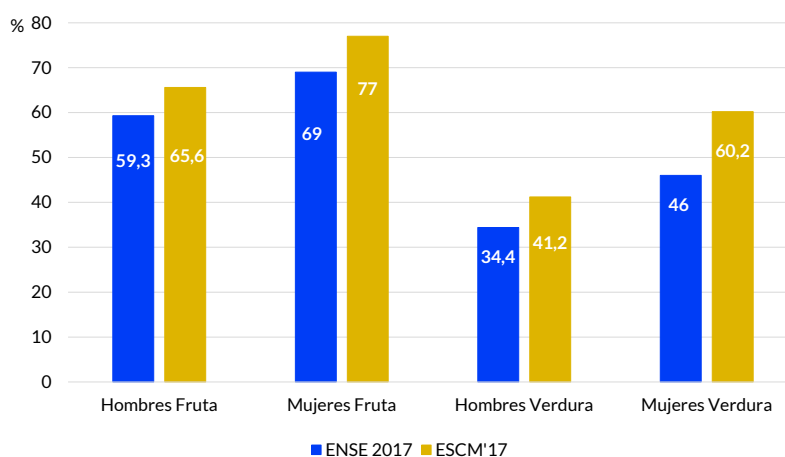
Gráfico 47. Distribución de la muestra según consumo de fruta fresca, verduras, ensaladas y hortalizas y zumo natural de frutas y/o verduras por frecuencia de consumo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En cuanto a las diferencias por sexo, tanto en la encuesta nacional como en la de la ciudad de Madrid, las mujeres consumen a diario más frutas y verduras que los hombres. En la ESCM'17 un 77% [IC95%=76,1-77,8] de las mujeres consume frutas al menos una vez al día vs. el 65,6% [IC95% = 64,6-66,6] de los hombres. En cuanto a la verdura, un 60,2% [IC95% = 59,1-61,2] de mujeres consume al menos una vez al día verdura vs. el 41,2% [IC95% = 40,1-42,2] de los hombres ([gráfico 48](#)).

Gráfico 48. Frecuencias de consumo diario de fruta y verdura según sexo, ENSE 2017 y ESCM'17



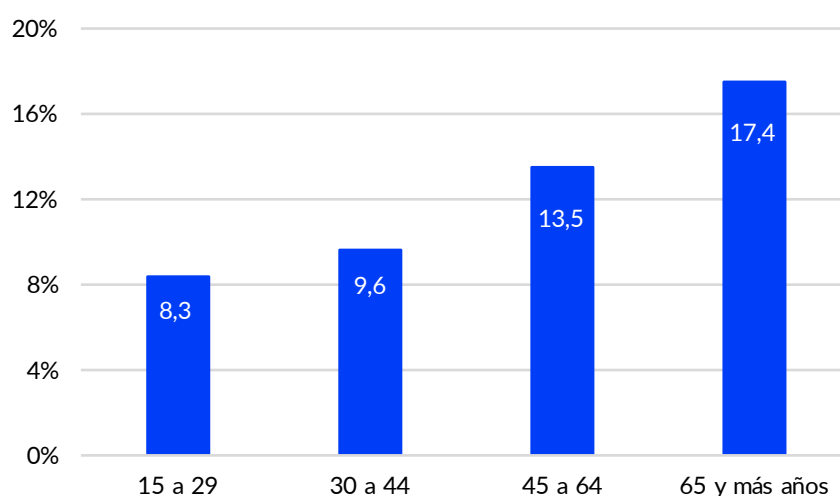
Fuentes: ENSE 2017 y Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)



De la muestra total, al preguntar por el consumo diario de vegetales (fruta y/o verdura y/o zumos naturales), se comprueba que solo el 12,5% [IC95% = 11,8-13,1] sigue la recomendación de la OMS de consumir 5 raciones de vegetales al día, con importantes diferencias según el sexo: 16,1% [IC95% = 15,3-16,8] de las mujeres frente al 8,1% [IC95% = 7,5-8,6] de los hombres. En la “Encuesta de salud de Barcelona 2016/17” encuentran que cumple esta recomendación el 11,7% de la población (13,4% de las mujeres y 9,7 % de los hombres)⁷⁶. Como se puede observar el consumo de vegetales es mayor a mayor edad, el consumo de vegetales es mayor a mayor edad, de modo que la frecuencia de personas que consumen 5 o más raciones diarias de vegetales es el doble en las de 65 años y más que en las personas jóvenes. (TABLA V y gráfico 49).

Gráfico 49. Frecuencia de consumo diario de 5 o más raciones de frutas, verduras y/o zumos según grupos de edad

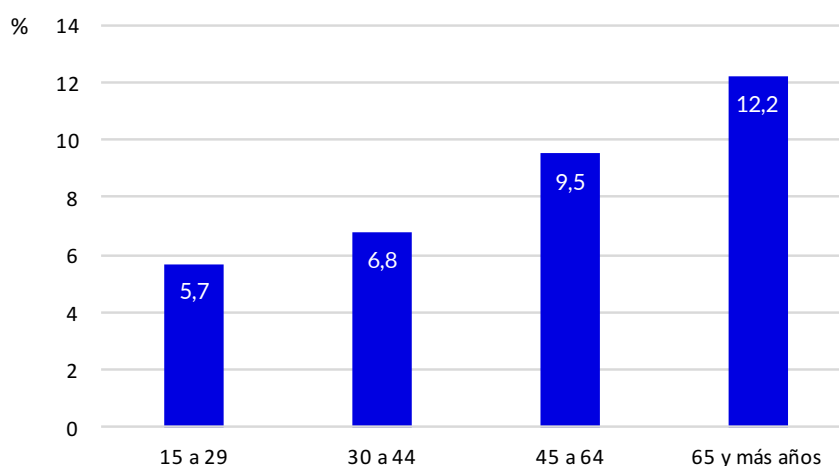


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Aunque los datos no son estrictamente comparables con los obtenidos en el anterior estudio de salud de la ciudad de Madrid, a partir de la encuesta SIVFRENT-A, apuntamos que solo el 7,2% de personas encuestadas consumía las cinco raciones por día recomendadas (6,4% de los hombres y 8,0% de las mujeres), por lo que parece que ha mejorado el cumplimiento de esta recomendación en la población madrileña.

Actualmente, se tiende a excluir los zumos de frutas y jugos de verduras naturales en el cómputo del consumo de vegetales diarios. Se considera que este tipo de productos en muchos casos puede tener un valor calórico muy elevado⁸². Por lo que, con el fin de poder comparar los hábitos de la población madrileña con los publicados en otros estudios, se analiza también la frecuencia y el perfil de las personas que siguen la recomendación de consumir las 5 raciones de vegetales diarias excluyendo los zumos o jugos naturales. Se comprueba que el 8,7% [IC95% = 8,1-9,2] de la población afirma seguir esta recomendación. Consumen las 5 raciones el doble de mujeres que de hombres: 11,7% [IC95% = 11,0-12,3] vs. 5,2% [IC95% = 4,7-5,6] respectivamente. Además, el consumo diario aumenta con la edad, siendo significativa la diferencia en las personas de más de 65 años respecto a todas las demás. El nivel de estudios o la clase social no parecen influir en este hábito de salud (TABLA V y gráfico 50).

Gráfico 50. Frecuencia de consumo diario de 5 o más raciones de fruta y/o verdura (excluyendo zumos) según grupos de edad

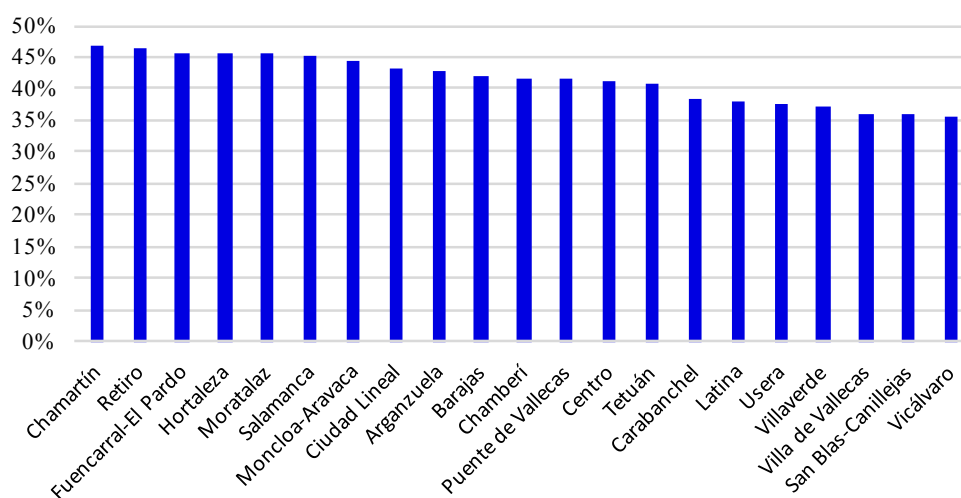


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por otro lado, en muchos estudios se considera la ingesta de 3 raciones diarias de vegetales (frutas y verduras) como consumo mínimo deseable. En el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016, se encontró que el 49,4% de las personas consume al menos 3 raciones diarias (sin incluir zumos) en comparación con el 41,6% que obtenemos en nuestra encuesta de 2017.

Al analizar este consumo mediante análisis multivariante incluyendo como independientes a las variables sexo, edad, nivel de estudios, clase social y grupo de distrito y ajustando los modelos entre todas ellas, se comprueba que las mujeres y las personas mayores de 65 años son las que con más frecuencia toman tres o más raciones de frutas o verdura al día. También es un poco más frecuente el consumo en las personas de clase social alta, pero no se aprecian diferencias significativas ni por nivel de estudios ni por distrito de residencia, a pesar de que como se ve en el gráfico siguiente existe un gradiente distrital directo entre esta frecuencia de consumo y la renta per cápita del territorio en términos aproximados. Las variables más explicativas de este consumo según las OR obtenidas fueron la edad (mayores frente a jóvenes), el sexo (mujer) y la clase social (favorecida frente a desfavorecida) (TABLA V y gráfico 51).

Gráfico 51. Frecuencia de consumo diario de 3 o más raciones de frutas y/o verduras según distrito de residencia



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)

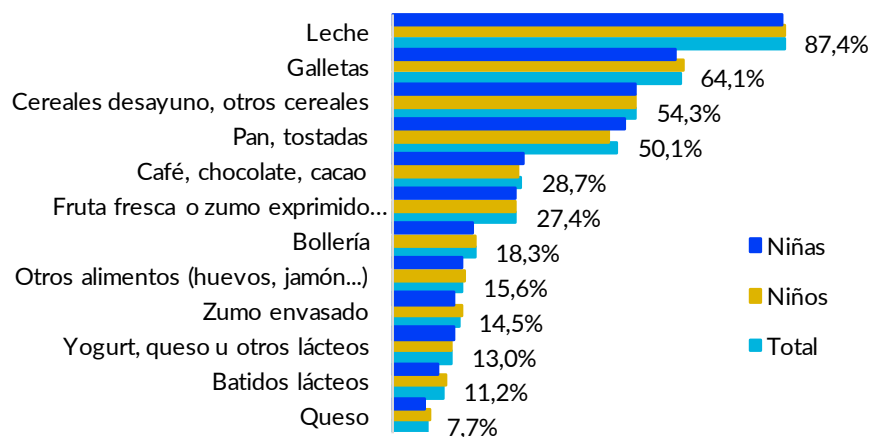


Alimentación en población infantil

Para el estudio de la alimentación en población infantil madrileña, se utilizan los datos obtenidos en el “Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017”²⁴. En dicho estudio, realizado en una muestra representativa de la población escolarizada en centros de Educación Infantil y Primaria de la ciudad, se pasó un cuestionario a las familias para recoger información, entre otras, sobre hábitos dietéticos y de actividad física. A continuación, se presentan algunos datos referidos a niñas y niños de 3 a 11 años (N = 4.992).

Respecto al desayuno, el 91% de las familias entrevistadas afirma que su hijo/a desayuna en casa. Hay un 4% que no desayuna o lo hace solo algunos días. En cuanto a los alimentos consumidos en el desayuno, en el [gráfico 52](#) se muestran las frecuencias de consumo de cada tipo de alimento. Los lácteos, generalmente en forma de leche, están presentes en la mayoría de los casos, también es muy frecuente el consumo de hidratos de carbono: galletas, cereales y pan. Algo más de la cuarta parte consume fruta fresca y cerca del 15% toma zumos envasados.

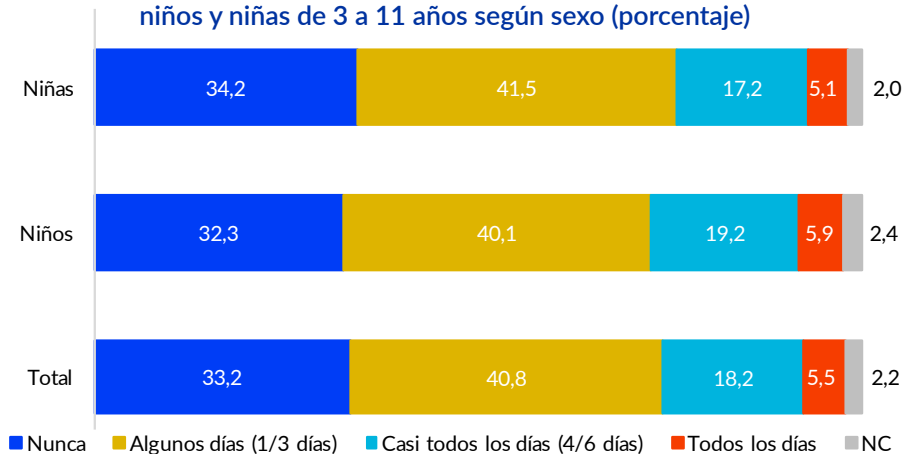
Gráfico 52. Frecuencia de consumo diario de los distintos tipos de alimentos tomados en el desayuno, niños y niñas de 3 a 11 años según sexo



Fuente: Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017.

El consumo de zumos de fruta comerciales es muy frecuente en la población infantil madrileña, dos de cada tres escolares entrevistados lo consumen al menos una vez a la semana y uno de cada cinco los toma todos o casi todos los días ([gráfico 53](#)).

Gráfico 53. Distribución de frecuencias de consumo semanal de zumos de frutas comerciales, niños y niñas de 3 a 11 años según sexo (porcentaje)

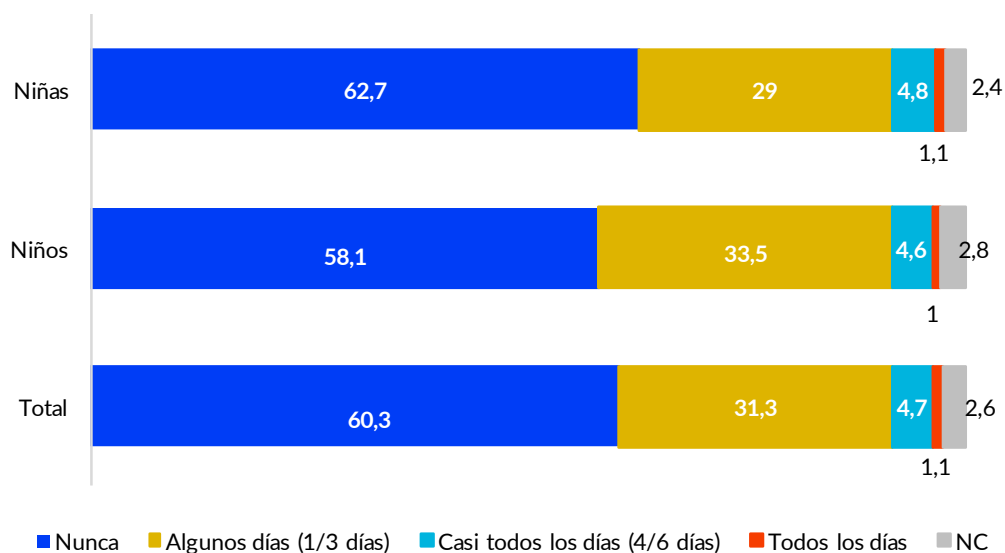


Fuente: Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)

También es elevado el consumo de refrescos azucarados, un tercio de los escolares entrevistados los toma una o más veces a la semana (gráfico 54).

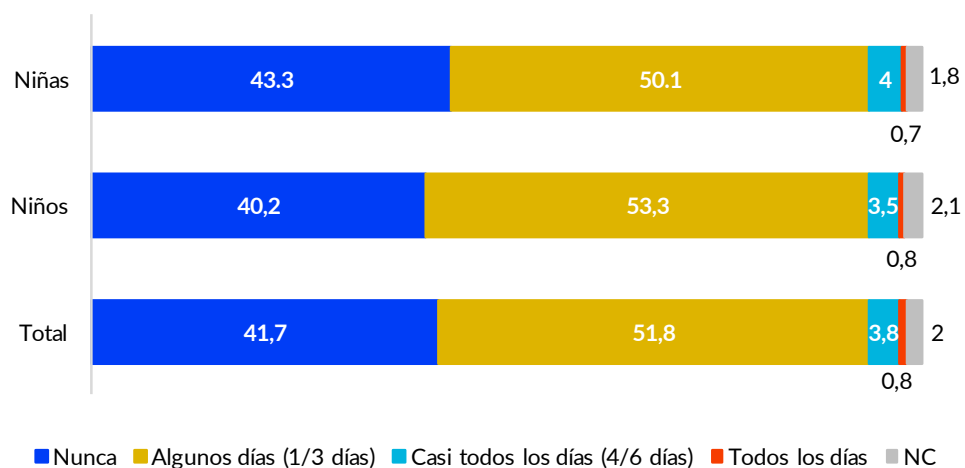
Gráfico 54. Distribución de frecuencias de consumo semanal de refrescos azucarados según sexo (porcentaje)



Fuente: Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017.

En cuanto al consumo de bollería industrial, más de la mitad afirma consumir este tipo de alimentos una o varias veces a la semana (gráfico 55).

Gráfico 55. Distribución de frecuencias de consumo semanal de bollería industrial, niños y niñas de 3 a 11 años según sexo (porcentaje)



Fuente: Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017.

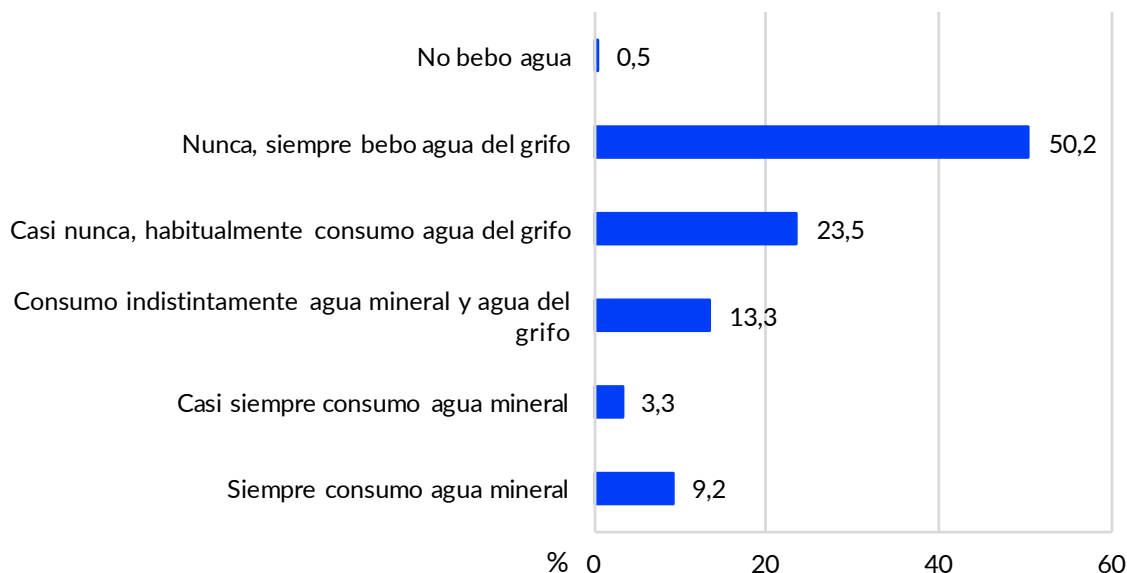
Consumo de agua

El consumo de agua embotellada de manera habitual, como alternativa al agua del grifo es un hábito cada vez más frecuente en la población. La demanda de consumo de agua embotellada ha crecido a un ritmo vertiginoso en los últimos años⁸³.

De un estudio realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) en 2013, se desprende que no existen grandes diferencias cualitativas entre agua del grifo y agua embotellada, exceptuado en las localidades donde el agua suministrada por las correspondientes administraciones sanitarias autonómicas no es de gran calidad.

En la ESCM'17 se ha incluido una pregunta sobre el consumo de agua de grifo o mineral embotellada. La pregunta se ha realizado a la mitad de la muestra (n = 4.427), por lo que no se realiza análisis por distrito. Un 73,7% [IC95% = 72,4-74,9] de la población madrileña refiere beber agua del grifo de manera habitual. Por el contrario, el 12,5% [IC95% = 11,5-13,4] consume siempre o casi siempre agua mineral. En el [gráfico 56](#) se muestran los hábitos de consumo de agua de las personas entrevistadas.

Gráfico 56. Frecuencia de consumo de agua mineral o agua del grifo (n = 4.427)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Estos resultados demuestran que uno de cada ocho residentes en Madrid prefiere tomar casi exclusivamente agua embotellada, porcentaje muy elevado, ya que en la ciudad de Madrid se cuenta con un agua del grifo de excelente calidad⁸⁴.

Al analizar el perfil de las personas que consumen habitualmente agua mineral embotellada, se comprueba que no hay diferencias por sexo, pero sí por edad: el 18,8% [IC95% = 17,6-19,9] de las personas de 15-29 años consume agua mineral vs. el 8,9% [IC95% = 8,9-9,7] de las mayores de 65. Las personas con estudios secundarios muestran una prevalencia de consumo de agua mineral de un 13,9% [IC95% = 12,8-14,9]. En cuanto a la clase social, las de clase desfavorecida refieren beber siempre agua del grifo en un 53,3% [IC95% = 51,8-54,7] frente a las de clase favorecida, que lo hacen en un 49,1% [IC95% = 47,6-50,5]. En el análisis multivariante, las OR obtenidas no arrojan diferencias significativas por nivel de desarrollo del distrito de residencia, por sexo ni por clase social, aunque sí por edad y por nivel de estudios ([tabla 14](#)).

Tabla 14. Distribución de frecuencias de consumo de agua mineral, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Consumo de agua mineral		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		4.427	555	12,5		
Sexo	Mujer	2.357	296	12,6	1,0	
	Hombre	2.047	259	12,7	1	0,8-1,2
Edad	15 a 29	765	144	18,8	2,4*	1,8-3,2
	30 a 44	1.193	177	14,8	2*	1,5-2,7
	45 a 64	1.397	141	10,1	1,0	0,8-1,5
	65 y más años	1.050	94	8,9	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	352	26	7,4	1	
	Secundarios	2.294	319	13,9	1,6*	1,0-2,5
	Universitarios	1.758	210	12,0	1,4	0,8-2,2
Clase social	Desfavorecida	1.642	222	13,5	1,0	0,8-1,3
	Media	999	118	11,8	1,0	0,9-1,5
	Favorecida	1.680	203	12,1	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.034	139	15,4	1,0	0,8-1,4
	Desarrollo medio-bajo	1.424	175	14,2	1,0	0,7-1,3
	Desarrollo medio-alto	1.019	126	14,2	1,0	0,7-1,2
	Mayor desarrollo	929	115	14,5	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17.

Diversos estudios alertan sobre el aumento del consumo de agua mineral embotellada en detrimento del agua del grifo. En muchos casos, consumir agua mineral se asocia con salud, belleza, etc., probablemente debido a campañas de marketing. Al analizar si el consumo de agua mineral embotellada se asocia con otros hábitos de salud, se observan diferencias significativas en relación con el estado ponderal: tiene normopeso un 53,5% [IC 95% = 52,0-55,0] de las personas que beben agua embotellada frente al 49,2% [IC 95% = 47,7-50,7] de las que beben agua del grifo. También con la realización de actividad física: un 59,80% [IC 95% = 58,2-61,4] de quienes beben agua embotellada hace actividad física intensa frente al 52,2% [IC 95% = 50,6-53,8] de las personas que beben habitualmente agua del grifo. En relación con el consumo de frutas y verduras, entre quienes ingieren diariamente 5 piezas o más de fruta y verdura se observa una preferencia significativa por el consumo de agua embotellada: 19,8% [IC 95% = 18,5-21,1] frente al 14,5% [IC95% = 13,3-15,7] de las personas que beben agua del grifo. Por último, también se observan diferencias significativas en el consumo problemático de alcohol entre aquellas personas que siempre o casi siempre beben agua embotellada: 14,6% [IC 95% = 13,6-15,6] y quienes beben agua del grifo: 17% [IC95% = 15,9-18,1].

El elevado consumo de agua mineral embotellada podría ser debido también a costumbres arraigadas en población proveniente de otros lugares geográficos donde las cualidades del agua de grifo en cuanto a su calidad y/o seguridad no son tan buenas como en la ciudad de Madrid y, efectivamente, se observan diferencias en el consumo habitual de agua embotellada entre las personas que han nacido en otras comunidades autónomas distintas a Madrid y llevan menos de tres años viviendo en la ciudad, las que la consumen con más frecuencia que quienes, en las mismas circunstancias, llevan más de tres años residiendo en ella. Esta mayor frecuencia de consumo de agua embotellada se encuentra también en las personas que han nacido fuera de España y llevan menos de tres años residiendo en Madrid.

[Volver a índice](#)



Un análisis más pormenorizado de este tema se puede ver en el artículo publicado en la revista *Higiene y Sanidad Ambiental* titulado “Consumo de agua embotellada en la población urbana y variables asociadas”⁸⁵.

USO DEL TELÉFONO MÓVIL

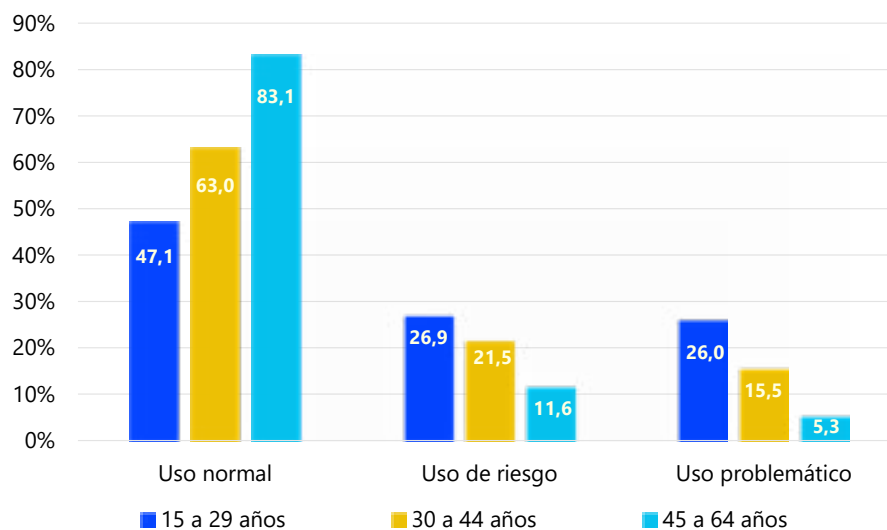
El uso de las denominadas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es una de las grandes novedades aparecidas en los últimos años. Por una parte, su disponibilidad facilita una infinidad de actividades: lectura de prensa en tiempo real, lectura de libros, escucha de música, acceso a enciclopedias, comunicación instantánea con cualquier parte del mundo, etc. Sin embargo, también se ha asociado su uso excesivo con importantes problemas de salud mental y social: vínculos con depresión, aislamiento social, acoso sexual, *bullying*, accesibilidad a pornografía a todas las edades, juego de apuestas *online*, etc. Aunque muchos han creído ver en estos problemas o en la vinculación excesiva con las TIC una nueva conducta adictiva que no requiere del uso de sustancias, dentro de lo que se han denominado “adicciones comportamentales”, tal carácter adictivo no se ha admitido en el momento actual por la comunidad científica, si bien en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)⁸⁶ se ha situado alguna de estas adicciones comportamentales en la categoría de “en estudio”, para acumular evidencia que apoye o no su carácter adictivo.

Dentro de todas estas TIC, la aparición de los teléfonos móviles inteligentes (*smartphones*) ha supuesto una segunda revolución, en la medida en que todas las funcionalidades ya mencionadas están accesibles “en una mano” y en cualquier situación⁸⁷. En la última “Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2019”⁸⁸ realizada por el Instituto Nacional de Estadística, se comprobó que en el 98,5% de los hogares españoles hay al menos un teléfono móvil

En el presente estudio, el 99,8% de las personas entrevistadas (menores de 65 años) dispone de teléfono móvil, de las cuales, un 92,4% lo utiliza habitualmente, un 7,3% apenas hace uso de él, mientras que un 0,2% carece de él.

De entre quienes disponen de teléfono móvil y lo usan habitualmente, un 67,7% [IC95% = 66,6-68,8] hace un uso normal, un 18,6% [IC95% = 17,7-19,5] tiene un uso de riesgo y un 13,6% [IC95% = 12,8-14,4] tiene un uso problemático. En el [gráfico 57](#) se muestra la distribución por edades del tipo de uso del móvil declarado.

Gráfico 57. Prevalencia de utilización del móvil según categorías de uso para cada grupo de edad



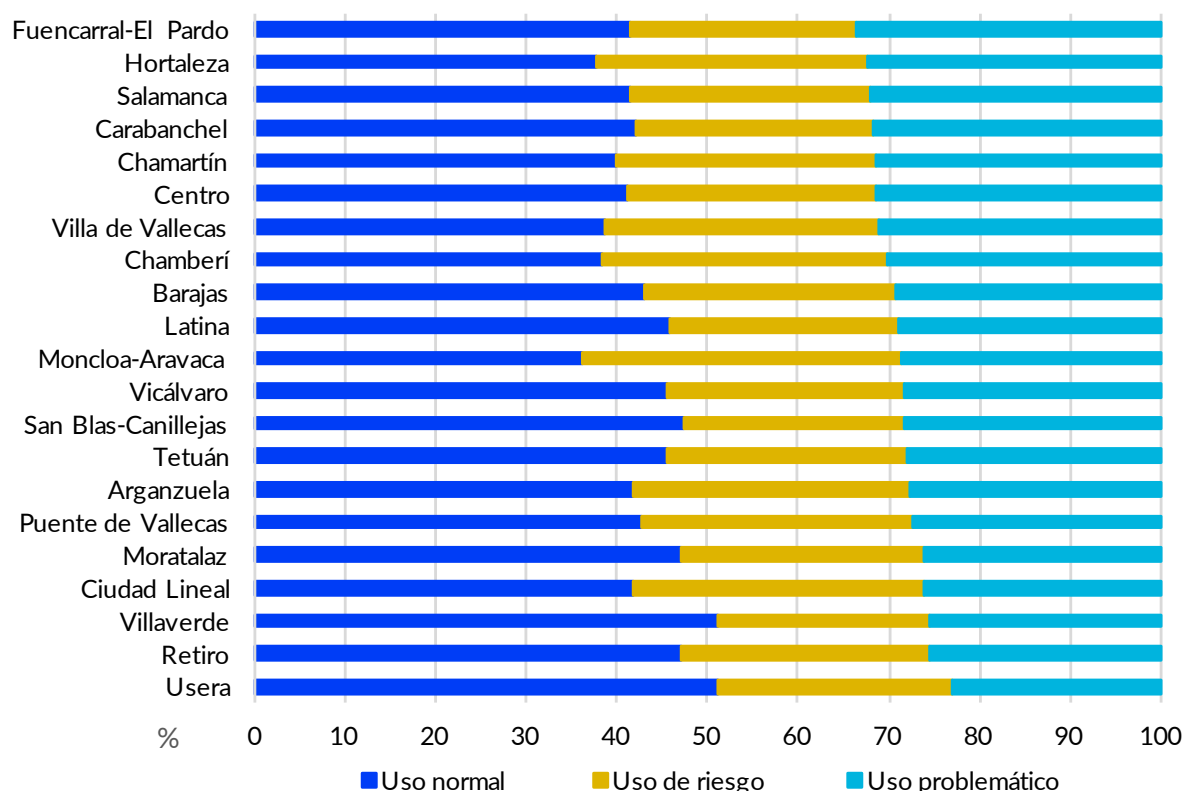
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

No aparecen diferencias de tipo de uso por sexo en ninguno de los grupos de edad, ni en la muestra total. Tampoco aparecen diferencias significativas según la clase social: las personas que pertenecen a la clase favorecida presentan un 14,5% de uso problemático [IC95% = 13,2-15,8], las de clase media 12,1% [IC95% = 10,5-13,7] y las de clase desfavorecida 13,8% [IC95% = 12,4-15,2].

Tampoco aparecen diferencias cuando se considera el nivel de estudios alcanzado o si se trata de población inmigrante o autóctona, o si trabaja actualmente o se encuentra en paro, reflejando todos estos hallazgos la importante transversalidad social de este hábito y de sus diferentes formas de uso.

La distribución por distritos de las categorías de uso se muestra en el [gráfico 58](#).

Gráfico 58. Distribución de las categorías de uso del móvil por distritos ordenados por frecuencia de uso problemático



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Quienes hacen un uso problemático del móvil presentan mayor riesgo de mala salud mental 30,7% [IC95% = 26,3-35,1] que quienes tienen uso de riesgo 25,9% [IC95% = 24,8-27,0] y estos, a su vez, más que quienes hacen un uso no problemático 19,5% [IC95% = 18,5-20,5]. Por el contrario, quienes hacen un uso no problemático perciben su salud como buena o muy buena con menos frecuencia 75,5% [IC95% = 74,3-76,7] que quienes muestran un uso problemático 79,7% [IC95% = 77,1-82,3]; mientras que quienes tienen uso de riesgo están en posición intermedia 77,8% [IC95% = 75,5-80,1]. No hay diferencias en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

Por otra parte, quienes muestran un uso no problemático del móvil han tomado medicación tranquilizante en las dos últimas semanas con más frecuencia 9,5% [IC95% = 8,6-10,4] que quienes tienen un uso de riesgo 8,0% [IC95% = 6,5-9,5] o problemático 8,5% [IC95% = 6,7-10,3], aunque las diferencias carecen de significación estadística. No aparecen diferencias en el uso reciente de antidepresivos o analgésicos opioides.

[Volver a índice](#)



También se ha estudiado el grupo de personas que, teniendo un móvil, no lo usan habitualmente, (7,3% de las personas encuestadas). Este grupo estaba compuesto por más hombres que mujeres con una edad media más alta, clase social desfavorecida, residencia en distritos menos desarrollados y un nivel educativo más bajo. Mostraron peores indicadores de salud mental, peor calidad de vida percibida en relación con su salud, más sedentarismo, una mayor tendencia al sobrepeso/obesidad y una mayor sensación de soledad. Al analizar todas estas variables juntas, el modelo de regresión mostró que, además del sexo, la edad, la clase social y el nivel de educación, el único indicador de salud con una fuerza de asociación significativa era el sentimiento de soledad. El abuso del teléfono móvil está asociado con problemas de salud, pero el uso no regular no refleja lo contrario.

Una información más detallada sobre este tema se puede encontrar en un estudio recientemente publicado⁸⁹.

USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN ADOLESCENTES

La nueva revolución en el ámbito de la comunicación que representó la aparición de los teléfonos móviles con acceso a Internet (*smartphones*) ha afectado especialmente a los más jóvenes. Según la ya mencionada “Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2019”⁸⁸ realizada por el Instituto Nacional de Estadística, un 66,0% de adolescentes entre 10 y 15 años dispone de un móvil para uso personal, un porcentaje medio que se desglosa de este modo: a los 10 años tiene móvil el 22,3%, el 38,1% a los 11 años, el 63,9% a los 12, el 84,0% a los 13, el 92,5% a los 14 y el 93,8% a los 15. Muchos estudios han puesto de manifiesto la relación entre el uso/abuso de los móviles con problemas de salud mental, de rendimiento académico y aislamiento social, especialmente entre las personas más jóvenes.

Para conocer la situación en la ciudad de Madrid se diseñó un estudio en colaboración con la Universidad Camilo José Cela. Se consideró como universo la población escolarizada en 4.º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria de los centros educativos públicos, concertados y privados de la ciudad de Madrid durante el curso académico 2016-2017. Se estableció un método de muestreo aleatorio estratificado según nivel de desarrollo de los distritos y titularidad del centro educativo: público, concertado y privado, y se obtuvo una muestra representativa de la población total de alumnos de 4.º de ESO ($n = 2.341$; error muestral $< 2\%$ para supuesto de muestreo aleatorio cuando la probabilidad de p y de q son iguales a 0,5) en 31 centros educativos seleccionados. La recogida de datos se realizó entre diciembre 2016 y marzo de 2017. Se administraron una serie de cuestionarios para estimar el grado de uso/abuso de Internet, teléfono móvil, videojuegos, mensajería instantánea y redes sociales (ver metodología). El informe final está disponible a texto completo¹⁹. A continuación se resumen los resultados más destacados.

En la [tabla 15](#) se muestran las categorías de clasificación de quienes participaron. Más de un tercio de la muestra presenta un uso problemático de Internet y casi un tercio más presenta un uso de riesgo. Porcentajes menores, pero muy considerables, muestran uso problemático de cada uno de los dispositivos o aplicaciones relacionadas.

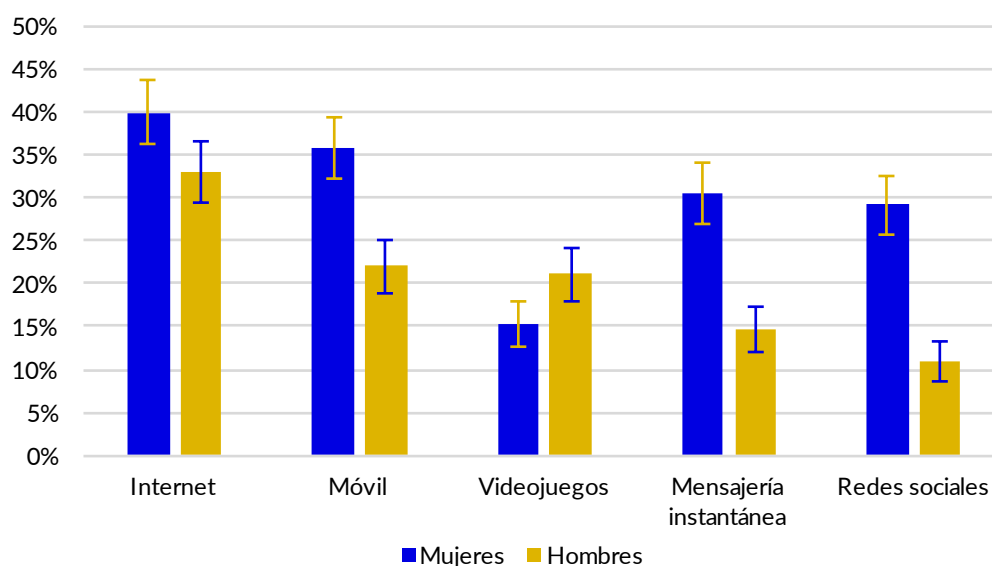
Tabla 15. Distribución por categorías de uso de las TIC en la muestra de adolescentes

TIC	Uso no problemático		Uso de riesgo		Uso problemático	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Internet	32,1	29,6-34,6	31,5	29,6-34,6	36,4	33,9-39,0
Móvil	42,7	40,1-45,4	28,4	26,0-30,9	28,8	26,4-31,2
Videojuegos	59,6	57,0-62,2	22,2	20,0-24,4	18,2	16,1-20,3
Mensajería instantánea	56,5	53,8-59,1	21,0	18,8-23,1	22,6	20,3-24,8
Redes sociales	60,8	58,2-63,4	19,2	17,1-21,3	19,9	17,8-22,1

Fuente: Encuesta de uso y abuso de las TIC en adolescentes, 2018.

Se aprecian grandes diferencias por sexo, las adolescentes presentan porcentajes significativamente mayores en uso problemático del móvil, mensajería instantánea y redes sociales. Por el contrario, los adolescentes presentan mayor frecuencia de uso problemático de los videojuegos que ellas (gráfico 59).

Gráfico 59. Prevalencia de adolescentes con uso problemático de las TIC según tipo y sexo (IC 95%)



Fuente: Uso y abuso de las TIC en adolescentes, 2018.

Recientemente se ha publicado un artículo con datos de este estudio, en el que se vincula el uso problemático de las TIC a síntomas de mal funcionamiento prefrontal⁹⁰. Aunque la adolescencia es un periodo en el que este funcionamiento es normalmente deficitario en relación con el de edades posteriores, debido a que se trata precisamente de una etapa de maduración, los déficits son mayores cuanto más problemática es la vinculación con el uso de riesgo o problemático de las TIC. Dicho de otro modo, el abuso de las TIC se presenta entre las y los adolescentes más inmaduros, sin que pueda establecerse si esta relación implica causa o consecuencia. La vinculación excesiva con las TIC se relaciona también con más síntomas de mala salud mental, especialmente en mujeres.

Los resultados de este estudio muestran que no hay diferencias en cuanto al uso según la clase social, el nivel de desarrollo del distrito en el que se ubica el centro educativo, ni por el tipo de financiación del centro (público, concertado o privado), de modo que se trata de un fenómeno transversal.

[Volver a índice](#)



CONSUMO DE ALCOHOL

El uso de alcohol abarca desde el consumo no problemático hasta formas muy graves de dependencia. Sin embargo, un estudio muy reciente encuentra que ninguna cantidad de alcohol puede considerarse segura⁹¹. La OMS estima que cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones, relacionándose con más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, pues provoca discapacidad y muerte prematuras y se relaciona con trastornos mentales y comportamentales, además de enfermedades no transmisibles y traumatismos. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto⁹². Se trata, por tanto, de una cuestión de gran importancia en relación con la salud de las poblaciones. En el primer Estudio de Salud de la ciudad de Madrid, publicado en 2008, se hizo un análisis en profundidad de la mortalidad atribuible al alcohol y al tabaco en nuestra ciudad, así como de sus causas relacionadas⁴.

Una particularidad que requiere especial atención es el acceso al consumo de los más jóvenes, a edades cada vez más tempranas. La edad de inicio del consumo de alcohol en España se sitúa en torno a los 13 años como media, de modo que el 76,9% de estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez una de estas bebidas, el 75,6% las ha consumido en el último año y el 67% lo ha hecho en el último mes, según el más reciente informe del Plan Nacional sobre Drogas⁹³.

En la [tabla 16](#) se muestran las respuestas obtenidas en la ESCM '17 a la pregunta ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

Tabla 16. Frecuencias de consumo de alcohol según sexo

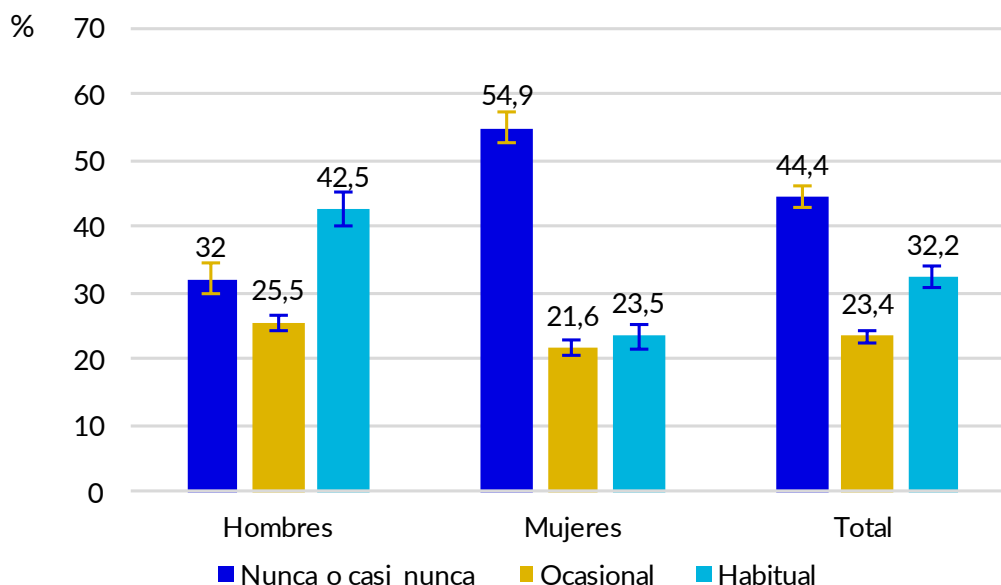
Frecuencia de consumo de alcohol	Total N = 8.845		Hombres n = 4055		Mujeres n = 4790	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Nunca	27,1	26,2-28,0	16,9	15,7-18,1	35,7	34,3-37,1
Una o menos veces al mes	17,3	16,5-18,1	15,1	14,0-16,2	19,2	18,1-20,3
2 a 4 veces al mes	23,4	22,5-24,3	25,5	24,2-26,8	21,6	20,4-22,8
2 o 3 veces a la semana	16,7	15,9-17,5	20,4	19,2-21,6	13,6	12,6-14,6
4 o más veces a la semana	15,5	14,7-16,3	22,1	20,8-23,4	9,9	9,1-10,7

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Puede observarse que el consumo de los hombres es significativamente superior al de las mujeres; el porcentaje de mujeres abstemias duplica al de hombres, mientras que entre las personas que consumen alcohol con más frecuencia (4 o más veces a la semana) el porcentaje de hombres duplica al de mujeres.

En función de la frecuencia de las respuestas sobre consumo de alcohol se pueden establecer tres grupos: no bebe nunca o casi nunca (nunca y una o menos veces al mes), consume alcohol ocasionalmente (2 a 4 veces al mes) y consume alcohol habitualmente (de 2 a 4 o más veces a la semana). Según la encuesta, entre el 31 y el 33% de la población madrileña bebe habitualmente, aunque el porcentaje de hombres que presentan este patrón es muy superior al de mujeres ([gráfico 60](#)).

Gráfico 60. Prevalencias de consumo de alcohol según categoría de consumo y sexo (IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

No es posible comparar directamente estos resultados con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2017 (ENSE 2017) ni con los obtenidos para la ciudad de Madrid en las anteriores encuestas de salud, debido a que este aspecto se ha explorado con diferentes preguntas en todas ellas. A pesar de ello, del estudio de los datos obtenidos en unas y otras se pueden apuntar algunas conclusiones.

En la ENSE 2017 se observa que el porcentaje de no bebedores (nunca ha bebido y no lo ha hecho durante el último año) es del 44,4% en las mujeres y 32% en los hombres; el de las personas bebedoras ocasionales (menos de una vez a la semana) es del 30,9% en las mujeres y del 27% en los hombres; por último, en cuanto a los bebedores habituales (al menos una vez a la semana) se da con una frecuencia del 24,6% entre las mujeres y del 49% de los hombres. Las categorías en que se distribuye el consumo de alcohol son similares a las de la ESCM'17 pero no iguales por lo que no se establecen comparaciones, apuntando aquí los resultados nacionales como referencia.

Respecto a los datos de consumo de alcohol recogidos en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid de 2014 se utilizaron los datos de la encuesta SIVFRENT-A 12, fracción de la ciudad de Madrid (18 a 64 años). En función de la respuesta a la pregunta: *Pensando en los últimos treinta días, ¿qué frecuencia de las que le voy a leer describe mejor su consumo de bebidas que contienen alcohol en este periodo?*, y se clasificaron en las siguientes categorías: abstemio o no bebedor, bebedor ocasional (menos de un día a la semana) o bebedor habitual (al menos 1 vez a la semana), obteniéndose que el 30% de las personas no eran bebedoras, un 19,8% eran bebedoras ocasionales y el 50,2% restante, bebedores habituales.

Por último, en la ESCM'05 se preguntó sobre consumo de alcohol a las personas mayores de 16 años y se clasificaron según la frecuencia de consumo y la cantidad aproximada de bebidas alcohólicas consumidas cada vez expresadas en centímetros cúbicos, llegando a los siguientes resultados: El 44% de las personas adultas madrileñas nunca había bebido alcohol y el 43% era bebedor habitual.

A partir de los datos expuestos se podría pensar que la prevalencia de personas que se declaran como no bebedoras permanece bastante estable en el tiempo.

En cuanto al número de bebidas que se consumen en cada sesión (tabla 17), también es mayor en hombres que en mujeres.

[Volver a índice](#)



Tabla 17. Distribución de frecuencias de bebedores según número de bebidas alcohólicas en cada sesión de consumo por sexos

Número de bebidas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 o 2 bebidas	73,0	71,5-74,5	84,0	82,7-85,3	78,2	77,2-79,2
3 bebidas	14,9	13,7-16,1	10,6	9,5-11,7	12,8	12,0-13,6
4 bebidas	7,9	7,0-8,8	4,0	3,3-4,7	6,1	5,5-6,7
5 o 6 bebidas	3,0	2,4-3,6	1,1	0,7-1,5	2,1	1,8-2,5
7 a 9 bebidas	0,7	0,4-1,0	0,3	0,1-0,5	0,5	0,3-0,7
10 o más bebidas	0,5	0,3-0,7	0,1	0,0-0,2	0,3	0,2-0,4

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

A la pregunta de *¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?* respondieron como se muestra en la [tabla 18](#).

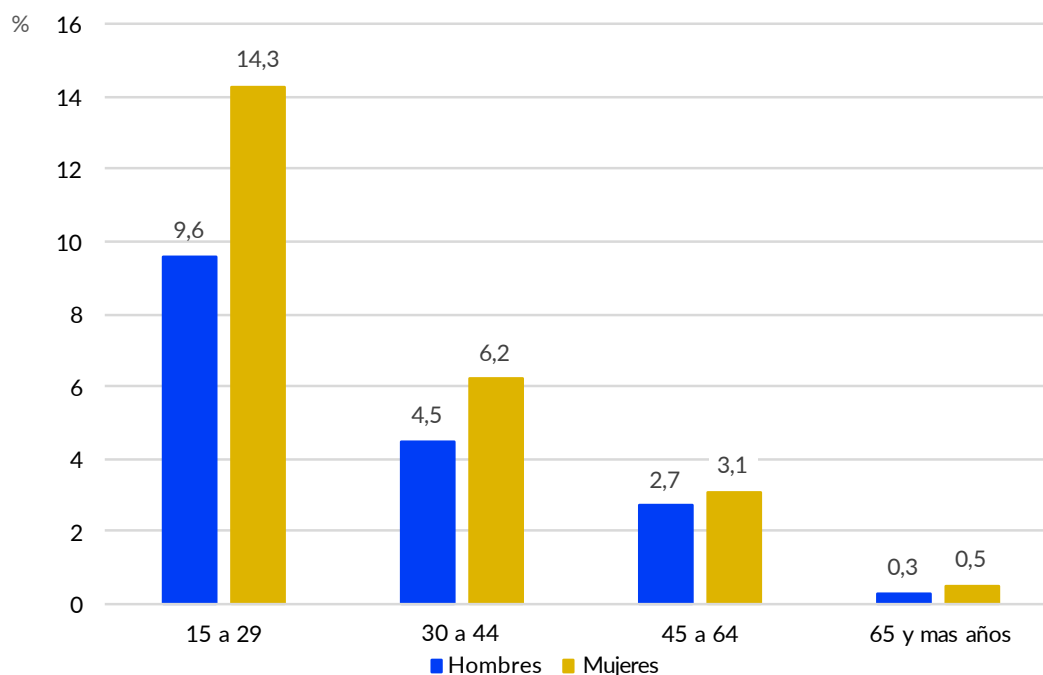
Tabla 18. Distribución de frecuencias de consumo de 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día según sexo

Consumo de 6 o más bebidas en un día	Hombres		Mujeres	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Nunca	70,0	68,0- 72,0	86,0	84,4-87,6
Menos de una vez al mes	16,8	15,1-18,5	9,4	8,0-0,1
Mensualmente	8,3	7,1-9,5	3,3	2,5-4,1
Semanalmente	4,4	3,6-5,4	1,2	0,7-1,7
A diario o casi a diario	0,5	0,2-0,8	0,1	0-0,2

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Utilizando los criterios aceptados para considerar la modalidad de bebida en atracón (*binge drinking*)⁹⁴, establecidos en 5 bebidas o más para los hombres y 4 bebidas o más para las mujeres en una misma sesión, declaran este patrón de consumo de alcohol el 4,1% [IC95% = 3,4-4,8] de los hombres y el 5,4% [IC95% = 4,6-6,2] de las mujeres, lo que no representa diferencias significativas. Cuando comparamos por sexo en cada grupo de edad, las mujeres jóvenes, entre 15 y 29 años, practican *binge drinking* con una frecuencia mayor que los hombres del mismo grupo de edad ([gráfico 61](#)), aunque las diferencias no resultan estadísticamente significativas seguramente por la escasez de muestra resultante: 14,3% [IC95% = 10,5-18,1] las mujeres y 9,6% [IC95% = 6,6-12,6] los hombres.

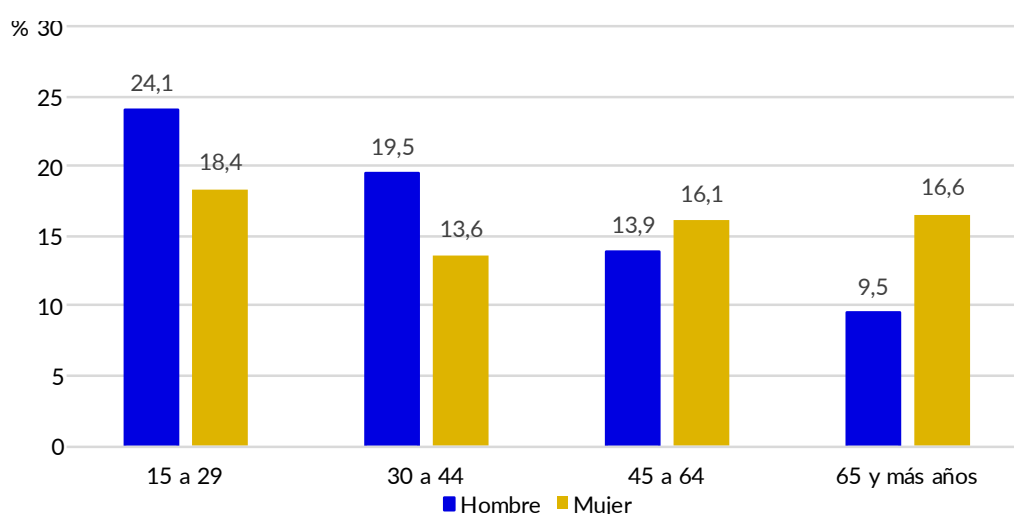
[Volver a índice](#)

Gráfico 61. Prevalencia de práctica de *binge drinking* según sexo y grupo de edad

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Las tres preguntas formuladas (*¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?; ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?; y ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?*) se corresponden con las preguntas del cuestionario AUDIT-C³³ a partir de las cuales puede clasificarse a los sujetos en tres grados de consumo: abstemio, moderado y de riesgo. De este modo, en la muestra actual el 27,1% [IC95% = 25,9-28,3] sería abstemio (16,9% de los hombres y el 35,7% de las mujeres); el 56,7% [IC95% = 55,3-58,1] sería bebedor moderado (61% hombres y 54,4% mujeres) y el 16,2% [IC95% = 15,2-17,2] podría clasificarse como bebedor de riesgo, un 16,5% [IC95% = 15,0-18,0] de los hombres y un 16,0% [IC95% = 14,6-17,4] de las mujeres. La distribución por grupos de edad de los bebedores de riesgo se muestra en el gráfico 62.

Gráfico 62. Prevalencia de bebedores de riesgo según sexo y edad



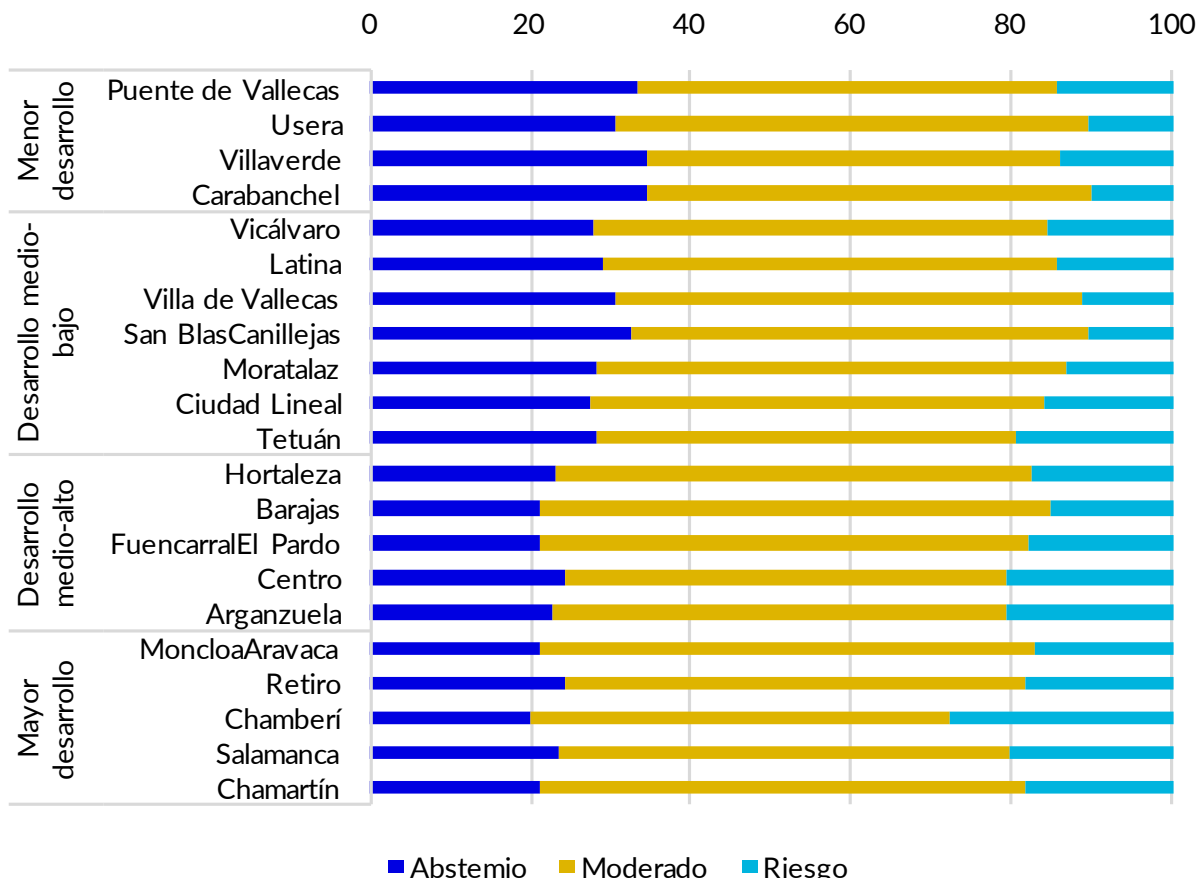
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



En el gráfico 63 se muestra la distribución por categorías de consumo de alcohol en los distritos de la ciudad de Madrid ordenados por grupos de menor a mayor desarrollo. Las frecuencias apuntan a un porcentaje mayor de abstemios y menor de bebedores de riesgo en los distritos de menor desarrollo.

Gráfico 63. Distribución de las categorías de consumo de alcohol por distrito (porcentaje)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En la tabla 19 se muestra el resultado de aplicar un análisis multivariante de regresión logística binaria con variables sociodemográficas en relación al hecho de ser bebedor de riesgo. Como se ve en ese análisis y por los datos previos, en la ciudad de Madrid el consumo de riesgo de alcohol perfila un patrón preferente de desigualdad social, pero de carácter inverso a lo que habitualmente observamos: lo explican mejor la residencia en zonas de la ciudad de más desarrollo y el hecho de pertenecer a una clase social familiar favorecida. Los jóvenes y quienes tienen estudios universitarios presentan también riesgo elevado.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de bebedores de riesgo, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Ser bebedor de riesgo		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.845	1.436	16,2		
Sexo	Mujer	4.790	766	16,0	1,0	0,9-1,2
	Hombre	4.055	670	16,5	1	
Edad	15 a 29	1.539	327	21,2	1,6 *	1,4-2,0
	30 a 44	2.383	393	16,5	1,2	1,0-1,4
	45 a 64	2.822	426	15,1	1,1	0,9-1,3
	65 y más años	2.101	290	13,8	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	103	10,8	1	
	Secundarios	4.187	650	15,5	1,2	0,9-1,5
	Universitarios	3.707	683	18,4	1,3	1,0-1,7
Clase social	Desfavorecida	3.130	419	13,4	1	
	Media	2.109	370	17,5	1,1	1,0-1,3
	Favorecida	3.413	620	18,2	1,2 *	1,1-1,4
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	252	12,2	1	
	Desarrollo medio-bajo	2.851	414	14,5	1,2	1,0-1,4
	Desarrollo medio-alto	2.065	387	18,7	1,6 *	1,3-1,9
	Mayor desarrollo	1.862	383	20,6	1,7 *	1,4-2,0

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

CONSUMO DE TABACO

Según la Organización Mundial de la Salud⁹⁵, el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo, estando implicado en más de 7 millones de fallecimientos al año, de los cuales más de 6 millones corresponden a consumidores directos y alrededor de 890.000 a personas no fumadoras expuestas al humo ajeno. A pesar de que en tiempos pasados se consideraba un hábito casi exclusivo de los países desarrollados, el 80% de los más de mil millones de personas que fuman en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.

En la ESCM'17, un 18,9% [IC95% = 18,1-19,7] de las personas mayores de 15 años declara fumar diariamente. Este porcentaje es significativamente menor que el encontrado por la Encuesta Nacional de Salud 2017¹³ para todo el territorio español, en la que declararon fumar diariamente el 22,05% [IC 95% = 21,6-22,5]. Estas diferencias se deben a la frecuencia de fumadores diarios encontrada en los hombres, que en la encuesta nacional es un 25,6% [IC 95% = 25,0-26,2] y en la ciudad de Madrid es un 20,2% [IC 95% = 19,0-21,4]; por el contrario, no hay diferencias significativas en el consumo diario de tabaco en las mujeres, entre los datos nacionales: 18,8% [IC 95% = 18,2-19,3] y los de la ciudad de Madrid: 17,9% [IC 95% = 16,8-19,0].

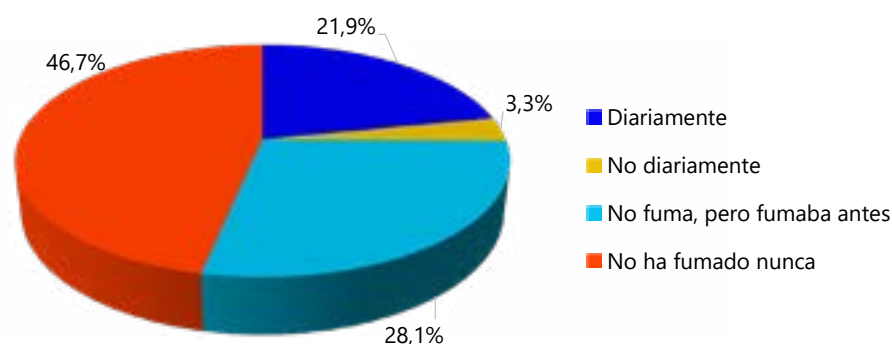
[Volver a índice](#)



En el anterior estudio de salud de la ciudad, los datos sobre consumo de tabaco se obtuvieron de las encuestas SIVFRENT-Adulto que la Comunidad de Madrid realiza anualmente en población de 18 a 64 años. Por ello, para poder comparar los datos y estudiar la tendencia en el consumo de tabaco en el tiempo, en los siguientes análisis se utiliza la parte de la muestra de la ESCM'17 que corresponde a esas edades (n = 6.618).

Si solo consideramos los participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, el 21,9% declara fumar a diario y el 3,3% fuma, pero no a diario. En el [gráfico 64](#) y la [tabla 20](#) se pueden ver los patrones de consumo de tabaco en las personas de 18 a 64 años de la ESCM'17.

Gráfico 64. Prevalencia de fumadores según patrones de consumo de tabaco (18 a 64 años)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Tabla 20. Prevalencia de fumadores según patrones de consumo de tabaco (18 a 64 años)

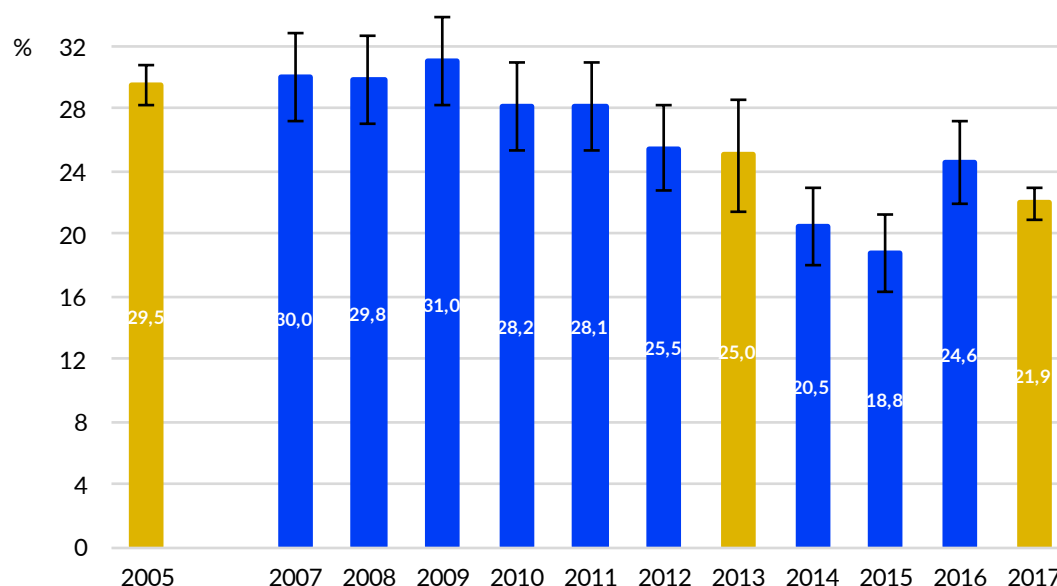
Patrón de consumo	N	%	IC 95%
Total	6618	%	
Diariamente	1451	21,9	20,9-22,9
No diariamente	216	3,3	2,8-3,9
No fuma, pero fumaba antes	1861	28,1	27,0-29,2
No ha fumado nunca	3089	46,7	45,5-47,9

Al analizar el consumo de tabaco por edades, observamos que el porcentaje de personas que fuman a diario en el grupo entre 18 y 29 años es del 19,7% [IC 95% = 17,6- 21,7]; del 21,3% [IC95% = 19,2- 23,4] entre 30 y 44 años; y del 23,6% [IC95% = 21,4-25,8] entre 45 y 64 años.

No hay diferencias significativas en el porcentaje de hombres: 22,3% [IC 95% = 20,9-23,7] y mujeres: 21,1% [IC 95% = 19,7-22,5] que fuman a diario. En cambio, si consideramos los grupos de edad, los hombres de 30 a 44 años fuman a diario más que las mujeres de ese mismo grupo de edad: 24,2% [IC 95% = 21,7-26,7] vs. 18,6% [IC 95% = 16,4-20,8]. No se observan diferencias en el resto de los grupos de edad.

Estas cifras confirman una tendencia claramente descendente del hábito tabáquico observado en las sucesivas encuestas desde 2005 ([gráfico 65](#)).

Gráfico 65. Evolución anual de la frecuencia de personas que fuman a diario en la ciudad de Madrid, 18-64 años (IC 95%), 2005-2017

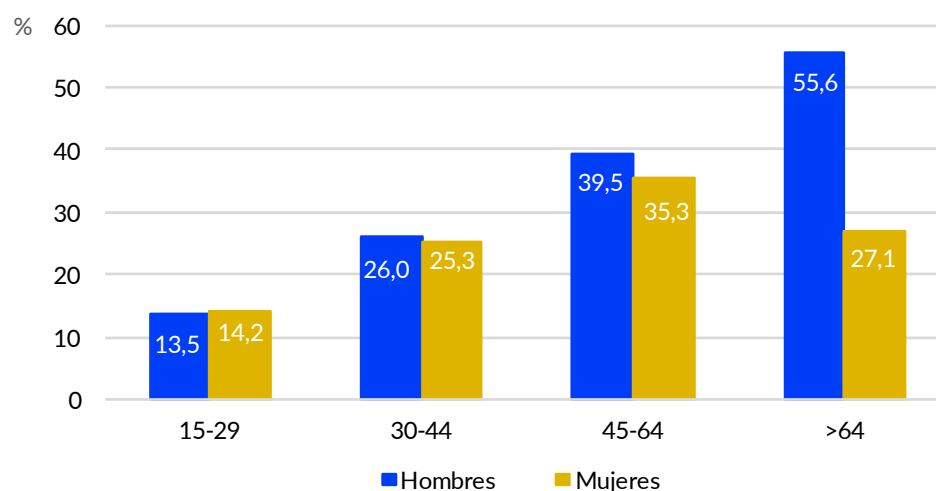


Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017 (en amarillo) y encuestas SIVFRENT-A (fracción de la ciudad de Madrid) 2007 a 2012 y 2014 a 2016 (en azul).

En la ESCM'17, se comprueba que entre los menores de 18 años entrevistados, fuma a diario el 6,5% [IC 95% = 2,1-10,8] y entre los mayores de 65 años, lo hace un 10,2% [IC 95% = 8,9-11,5], señalándose además que un 0,8% de los mayores fuma, pero no a diario, mientras que el 38,3% [IC 95% = 36,2-40,4] son exfumadores.

Respecto a las personas que fumaban y han dejado de fumar, en el gráfico 66 se puede ver el porcentaje de exfumadores por sexo y grupo de edad. El porcentaje de exfumadores en hombres es mayor cuanto mayor es la edad de cada grupo etario, algo que también sucede entre las mujeres, salvo en el grupo de más de 64 años.

Gráfico 66. Frecuencia de personas que han dejado de fumar por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Al analizar la población que afirma fumar diariamente en función de las variables de sexo, edad, nivel de estudios, clase social y nivel de desarrollo del distrito de residencia, mediante un análisis de regresión logística multivariante, se comprueba que solo la edad y el nivel de estudios resultan explicativos del riesgo de fumar a diario. Las personas con edades entre 30 y 64 años y las que tienen estudios secundarios son las que más riesgo presentan en relación con las mayores y con quienes finalizaron estudios universitarios, respectivamente (tabla 21).

Tabla 21. Distribución de frecuencias de fumadores diarios, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Ser fumador diario		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.842	1.673	18,9		
Sexo	Mujer	4.788	855	17,9	1	
	Hombre	4.054	818	20,2	1,1	1,0-1,2
Edad	15 a 29	1.539	287	18,6	1,9*	1,6-2,4
	30 a 44	2.383	508	21,3	2,5*	2,1-3,0
	45 a 64	2.820	665	23,6	2,7*	2,3-3,2
	65 y más años	2.101	214	10,2	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	130	13,7	0,8	0,7-1,1
	Secundarios	4.187	938	22,4	1,3	1,0-1,6
	Universitarios	3.704	605	16,3	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	656	21,0	1,1	1,0-1,3
	Media	2.109	400	19,0	1,0	0,9-1,2
	Favorecida	3.410	589	17,3	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.065	413	20,0	1,0	0,9-1,2
	Desarrollo medio-bajo	2.851	540	18,9	1,0	0,9-1,2
	Desarrollo medio-alto	2.065	375	18,2	1,1	1,0-1,3
	Mayor desarrollo	1.861	344	18,5	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17.

También se han analizado los diferentes patrones de consumo de tabaco en relación con la autopercepción de buena salud y con el riesgo de mala salud mental, y se comprueba que no aparecen diferencias significativas en la salud percibida entre quienes fuman a diario, quienes fumaron pero dejaron de fumar o los que no han fumado nunca. Sin embargo, las personas que fuman, pero no diariamente, muestran una percepción de buena salud significativamente mayor que el resto de los grupos. Respecto a la salud mental, medida con el GHQ-12, las personas que fuman a diario presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental que cualquiera de los otros tres grupos (tabla 22).

Tabla 22. Prevalencia de salud autopercebida buena o muy buena y riesgo de mala salud mental según patrones de consumo de tabaco (porcentaje e IC 95%)

	Fumador diario		Fumador no diario		Exfumador		No fumador	
Salud percibida buena o muy buena	71,1	68,9-73,3	81,5	76,5-86,5	70,7	69,0-72,4	73,4	72,1-74,7
Riesgo de mala salud mental	25,3	23,2-27,4	22,6	17,1-28,1	18,3	16,8-19,8	20,9	19,7-22,1

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)

Del mismo modo se ha estudiado la asociación entre cada uno de los patrones de consumo de tabaco y el padecimiento de distintos problemas crónicos de salud. Se observa que el grupo que con mayor frecuencia ha sido diagnosticado de estos es el de aquellos que fumaron pero han dejado de hacerlo. El diagnóstico de hipertensión es mucho más frecuente en este último grupo que en cualquiera de los demás, y es especialmente bajo en el de fumadores no diarios. Sin embargo, hay que hacer constar que estas diferencias están afectadas por distintas composiciones por edades de ambos grupos, significativamente menor en el caso de quienes fuman a diario: media de edad de 46,4 años [IC95% = 45,6-47,1] mientras que en el caso de los exfumadores es de 54,2 años [IC95% = 53,6-54,8]. En sentido contrario, los problemas de salud mental (ansiedad y depresión) son significativamente más frecuentes en el grupo de fumadores diarios y especialmente bajos en el de quienes fuman, pero no a diario. Este grupo de fumadores no diarios es el que, en general, menor frecuencia de diagnósticos presenta, aunque también es el que cuenta con una media de edad más baja, de 39,3 años [IC95% 37,4-41,2] (tabla 23).

Tabla 23. Prevalencia de diagnósticos recibidos según patrones de consumo de tabaco (porcentaje e IC 95%)

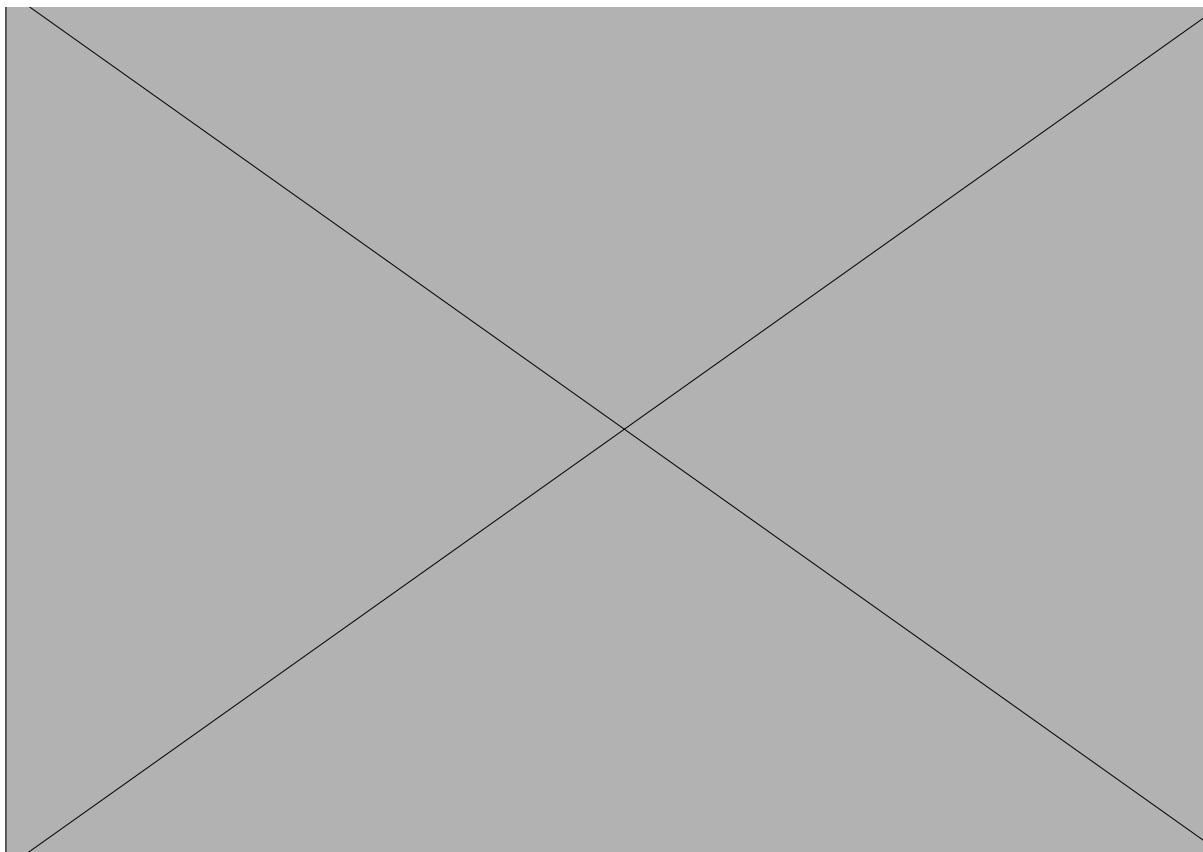
¿Le ha dicho su médico que padece...?	Fuma diariamente	Fuma, pero no diariamente	No fuma actualmente, pero ha fumado antes	No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual
Tensión alta	13,7 13,0-14,4	12,0 11,3-12,7	24,1 23,2-25,0	17,8 17,0-18,6
Enfermedad coronaria	2,7 2,4-3,0	3,8 3,4-4,2	6,5 6,0-7,0	3,0 2,6-3,4
Artrosis (excluyendo artritis)	11,8 11,1-12,5	7,3 6,8-7,8	19,5 18,7-20,3	17,9 17,1-18,7
Dolor de espalda crónico (cervical)	16,3 15,5-17,1	13,7 13,0-14,4	16,8 16,0-17,6	15,5 14,7-16,3
Dolor de espalda crónico (lumbar)	18,9 18,1-19,7	12,0 11,3-12,7	20,1 19,3-20,9	17,7 16,9-18,5
Alergia crónica	18,8 18,0-19,6	29,5 28,6-30,5	21,2 20,3-22,1	23,6 22,7-24,5
Asma (incluida asma alérgica)	7,7 7,1-8,3	9,9 9,3-10,5	8,2 7,6-8,8	8,4 7,8-9,0
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	3,9 3,5-4,3	0,9 0,7-1,1	4,6 4,2-5,0	2,0 1,7-2,3
Úlcera de estómago o duodeno	1,9 1,6-2,2	2,1 1,8-2,4	3,4 3,0-3,8	2,0 1,7-2,3
Hipercolesterolemia	21,0 20,2-21,8	15,5 14,7-16,3	25,3 24,4-26,2	18,8 18,0-19,6
Depresión	9,6 9,0-10,2	4,7 4,3-5,1	7,2 6,7-7,7	7,6 7,0-8,2
Ansiedad crónica	9,0 8,4-9,6	1,7 1,4-2,0	5,7 5,2-6,2	5,7 5,2-6,2

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.



Por último, en el [gráfico 67](#) se muestran los patrones de consumo de tabaco en los diferentes distritos de la ciudad, en donde se puede observar que no aparecen diferencias claras en las tendencias de patrones de consumo de esta sustancia en función del nivel de desarrollo del distrito.

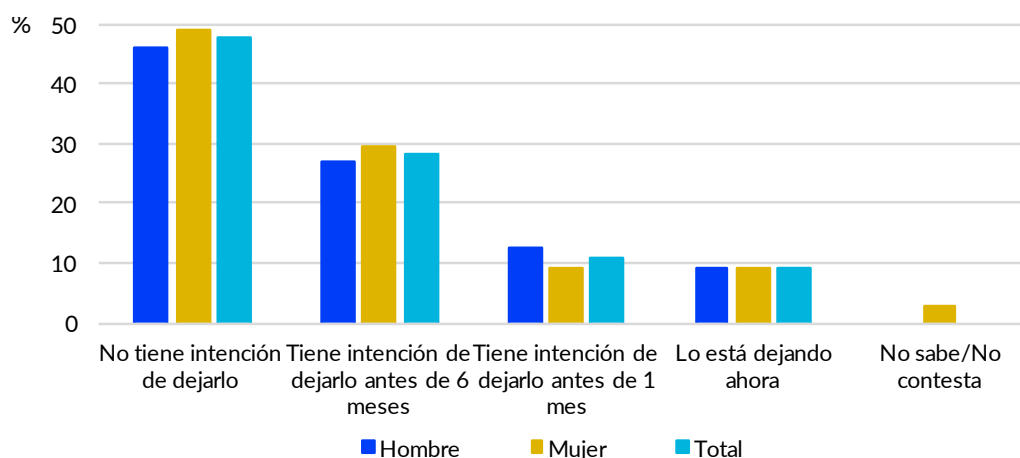
Gráfico 67. Distribución de frecuencias de personas encuestadas según patrones de consumo de tabaco por distritos ordenados según desarrollo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

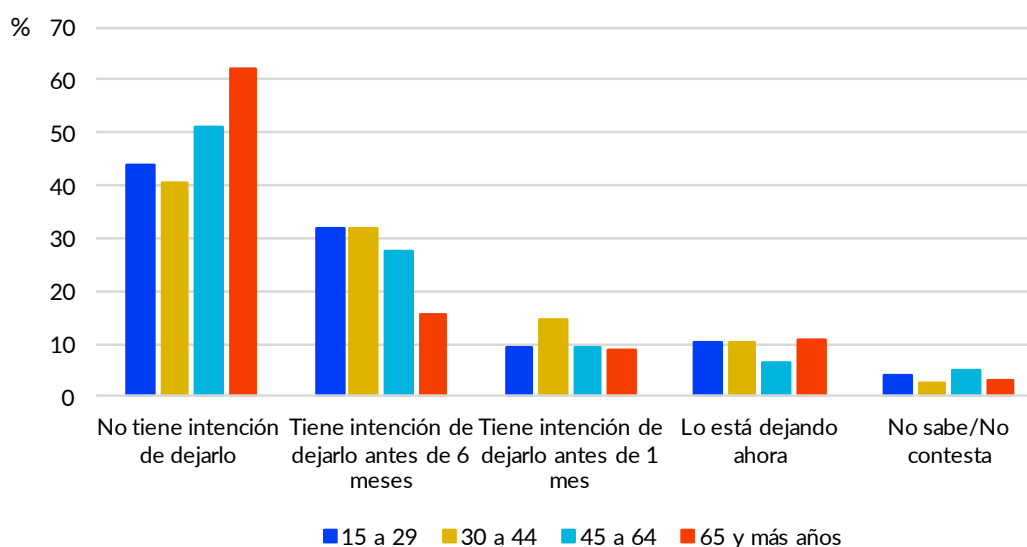
En la ESCM'17 se ha incluido una pregunta para conocer la intención de dejar de fumar. Esta información puede ser de interés para la puesta en marcha de intervenciones de deshabituación tabáquica. Entre quienes fuman actualmente, un 47,8% [IC95% = 45,6-50,0] no tiene intención de dejarlo, un 39,2% [IC95% = 37,0-41,4] está en disposición de dejarlo en los próximos 6 meses y un 9,0% [IC95% = 7,7-10,3] lo está abandonando ya. En los [gráficos 68 y 69](#) se muestra la disposición para dejar de fumar según sexo y edad.

Gráfico 68. Frecuencia de personas encuestadas según disposición para dejar de fumar y sexo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 69. Frecuencia de personas encuestadas según disposición para dejar de fumar y edad



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

CONSUMO DE OTRAS DROGAS DEL MERCADO ILEGAL

Al igual que en las dos encuestas anteriores, de 2005 y 2013, no se han incluido preguntas referentes al consumo de sustancias ilegales en la ESCM'17. Se trata de un tema complejo, difícil de abordar con preguntas simples en una encuesta de salud genérica, aunque se refiera a un problema de gran entidad para la salud pública.

Los datos disponibles a nivel nacional a través de la "Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES"⁹⁶ y la "Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES"⁹³, se obtienen de muestras que, hasta ahora, contaban con representación por comunidades autónomas. Ambas encuestas, de periodicidad bienal, son realizadas por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[Volver a índice](#)



La encuesta ESTUDES se realiza desde 1994 en adolescentes de 14 a 18 años, con una metodología similar a la utilizada en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

La encuesta EDADES trata de explorar el consumo de drogas entre la población general entre 15 y 64 años residente en hogares familiares y conseguir información que permita diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas. La metodología es similar a la utilizada en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales. Además, recientemente se han elaborado dos informes que analizan la fracción correspondiente a la ciudad de Madrid de las encuestas EDADES y ESTUDES^{97,98}.

No obstante, entre febrero y abril de 2019 y en el contexto de la nueva edición de esta última encuesta, se amplió la muestra de la ciudad de Madrid hasta los 3.148 alumnos mediante un diseño de selección muestral representativo de todos los adolescentes de 14 a 18 años de la ciudad que acuden a algún centro educativo. A punto de concluir el presente informe hemos conocido un primer análisis de sus datos, cuyos resultados más relevantes relativos al consumo de otras drogas del mercado ilegal pasamos a detallar sucintamente.

La muestra se ha escogido mediante un diseño por conglomerados bietápico, donde en primera instancia se han seleccionado aleatoriamente centros educativos (unidades de primera etapa) y, en segundo lugar, aulas (unidades de segunda etapa), proporcionando el cuestionario a todos los alumnos presentes en las mismas. El error muestral máximo considerando muestreo aleatorio para un nivel de confianza del 95% y $p=q=0,5$ es del 0,02% para los estudiantes de 14 a 18 años en el municipio de Madrid.

El cannabis constituye la tercera droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años, después del tabaco y el alcohol, siendo la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia de consumo entre ellos. Específicamente, en el municipio de Madrid el 33,2% de los alumnos al menos lo han consumido en alguna ocasión. Por término medio, en el municipio el consumo de esta droga comienza a los 15,1 años. Respecto al tramo temporal de los últimos 12 meses, casi el 28% de los estudiantes confirman su consumo, mientras que, si atendemos al último mes, lo que podemos entender como consumo habitual, los que lo han hecho representan el 18,8% del alumnado del municipio.

Se da la circunstancia de que su consumo se va incrementando según va aumentando la edad de los estudiantes, concretamente en el municipio de Madrid casi el 15% del alumnado de 14 años manifiesta haber consumido cannabis alguna vez, mientras que entre los alumnos y alumnas de 18 años, más de la mitad ya lo han probado (55,5%). Con respecto al sexo, es más consumido por los chicos en todas las edades y el modo más habitual de consumo es en forma de marihuana mezclada con tabaco. Se debe reseñar de lo dicho que la gran mayoría de los consumidores de cannabis a esas edades son consumidores experimentales u ocasionales. Comprobamos también que no existen diferencias significativas en las prevalencias halladas entre los adolescentes de nuestra ciudad con las recogidas en la misma encuesta para los del conjunto del Estado, en ninguna de las edades que abarca.

En cuanto a la percepción de riesgo, algo más del 87% de los estudiantes opina que su consumo habitual puede conllevar problemas, sin embargo, cuando se plantea un consumo puntual (alguna vez) la proporción que advierte un riesgo se sitúa por debajo del 50%. Finalmente hay que decir que el cannabis es la droga ilegal que se considera más accesible, dado que el 66,7% de los alumnos del municipio piensa que sería fácil o muy fácil adquirirla.

Resulta de interés resaltar que al estudiar en qué medida los estudiantes han consumido alguna vez en la vida el resto de las sustancias del mercado ilegal analizadas (cocaína, alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, GHB, inhalables volátiles, heroína) se observa que las prevalencias son más residuales, situándose todas ellas por debajo del 3%, lo que de facto invalida la posibilidad de hacer análisis de sus consumos más en profundidad.

Los resultados de la fracción de la ciudad de Madrid de ESTUDES'19 se presentaron oficialmente en el mes de febrero de 2020, pudiendo consultarse en la página web de Madrid Salud.

Por otro lado, los datos del Instituto de Adicciones de Madrid Salud informan del número de personas que acceden a programas de tratamiento y las drogas que justifican su demanda de atención, información para cuyo análisis es fundamental conocer la prevalencia del consumo de las diferentes sustancias en la totalidad de la población.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

En este apartado se analiza la realización de diversas actividades, incluidas en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS 2016)^{99,100} recomendado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, para la prevención de enfermedades. El PAPPS establece recomendaciones relativas a las frecuencias y condiciones de toma de tensión arterial, medición del colesterol, realización de citologías, realización de mamografías, realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y realización de colonoscopia o sigmoidoscopia, según edades y sexos. El cumplimiento de las recomendaciones por parte de la población madrileña se analiza a partir de los datos obtenidos en la encuesta SIVFRENT-A 2016 que realiza la Comunidad de Madrid (fracción de la ciudad de Madrid)².

Con el fin de poder comparar los datos se ha realizado el análisis de la misma manera y sobre los mismos grupos etarios que lo hace para la Comunidad de Madrid.

Prevención de enfermedades cardiovasculares

▪ Tensión arterial

El 98,1% de las personas de 18 a 40 años se ha tomado la tensión hace menos de 5 años y el 94,1% de las personas mayores de 40 años se ha tomado la tensión en los últimos 2 años. El cumplimiento de esta recomendación es superior en la ciudad de Madrid que en el conjunto de la Comunidad (tabla 24).

▪ Colesterol

El 72,5% de los hombres menores de 35 años y el 97,3% de las mujeres menores de 46 años se han realizado al menos una determinación de colesterol en sangre. A partir de esas edades se recomienda realizarla cada 5 o 6 años y se comprueba que, el 97,3% de los hombres entre 35 y 65 años y el 98,9% de las mujeres entre 46 y 65 años, cumplen esta recomendación (tabla 24).

Tabla 24. Realización de actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares en la población de la Ciudad y la Comunidad de Madrid (porcentaje e IC 95%) según edad, sexo y temporalidad

Periodo de tiempo	Edad	Comunidad de Madrid		Ciudad de Madrid	
		Porcentaje	IC 95%	Porcentaje	IC 95%
Medición de tensión arterial <5 años	18 a 40	85,6	83,3-87,7	98,1	97,2-99,0
Medición de tensión arterial (últimos 2 años)	40 a 64	90,4	88,5-92,1	94,1	92,5-95,7
Medición colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35	81,2	78,0-84,9	72,5	65,3-79,7
	Mujeres < 46	91,0	88,6-92,9	92,5	89,6-95,4
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥ 35	97,3	95,7-98,3	97,3	95,3-99,1
	Mujeres ≥ 46	87,4	83,4-90,6	98,9	97,4-100,4

Fuente SIVFRENT-A 2016. Elaboración propia.



Prevención de cáncer colorrectal

El 65,2% [IC 95% = 59,7-70,6] de la población madrileña mayor de 50 años y menor de 65, no se ha realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 67,5% [IC 95% = 62,1-72,9] de esa misma población no se ha realizado nunca una colonoscopia o sigmoidoscopia. En la [tabla 25](#) se puede ver la proporción de personas a las que se ha realizado un test de sangre oculta en heces y a las que se ha realizado colonoscopia o sigmoidoscopia. Como en el apartado anterior, se ha realizado el mismo análisis para la fracción de la ciudad que el realizado para toda la Comunidad.

Tabla 25. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia en la población de la Ciudad y la Comunidad de Madrid (porcentaje e IC 95%) según sexo y temporalidad

Prueba	Periodo	Comunidad de Madrid			Ciudad de Madrid		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Test sangre oculta en heces	2 años o menos	25,7 21,2-30,9	21,2 17,0-26,1	23,5 20,3-27,0	33,3 27,9-38,7	23,1 18,3-27,9	28,3 23,1-33,5
Colonoscopia	4 años o menos	30,3 25,3-35,8	23,3 18,8-28,5	26,8 23,4-30,6	28,2 23,0-33,6	23,3 18,5-28,1	25,7 20,8-30,8

Fuente SIVFRENT-A 2016. Elaboración propia.

Actividades preventivas en la mujer

▪ Cáncer de mama

Se recomienda realizar el cribado con mamografía cada 2 años en las mujeres mayores de 50 años.

El 94,5% de las mujeres de 50 a 64 años de la ciudad de Madrid se ha realizado una mamografía en los últimos dos años.

▪ Cáncer de cérvix

Más del 90% de las mujeres mayores de 25 años se ha realizado al menos una citología hace menos de 5 años ([tabla 26](#)).

Tabla 26. Realización de citologías y mamografías en mujeres de la Ciudad y de la Comunidad de Madrid (porcentaje e IC 95%) según edad y temporalidad

Prueba	Edad	Comunidad de Madrid		Ciudad de Madrid	
		Porcentaje	IC 95%	Porcentaje	IC 95%
Realización de citologías <5 años	25 a 34	93,8	89,6-96,4	92,1	90,2-95,2
	≥ 35	88,1	85,5-90,3	90,2	87,3-93,1
Realización de mamografías ≤ 2 años	≥ 50	91,0	87,2-93,7	94,5	92,3-96,7

Fuente SIVFRENT-A 2016. Elaboración propia.

SEGURIDAD VIAL Y MOVILIDAD

Seguridad vial

La mortalidad por accidente, y especialmente por accidente de tráfico, tanto como ocupante del vehículo (conductor o pasajero) o como peatón, es una causa de muerte de la mayor importancia y trascendencia en todo el mundo, sobre todo en población joven. La mayoría de los accidentes de circulación se puede prevenir y lo que es más importante, se puede evitar. Además de los daños y de la tragedia humana que suelen ocasionar, los accidentes de circulación tienen repercusiones económicas y sociales negativas que implica que haya que abordarlos con carácter prioritario y multidisciplinar.

La Unión Europea mantiene como objetivo para el periodo 2011-2020 la reducción a la mitad del número total de víctimas mortales en las carreteras de la Unión Europea.

El Ayuntamiento de Madrid ha asumido el compromiso de tolerancia cero ante la accidentalidad. Con este objetivo, lleva años trabajando para promover una cultura de civismo en la conducción, garantizar el cumplimiento de las normas de circulación e impulsar la actuación conjunta y coordinada de todas las Administraciones, servicios y entidades públicas y privadas que tengan relación con la accidentalidad y la movilidad urbana.

Para ello cuenta con el Plan de Seguridad Vial 2012-2020¹⁰¹, que incluye quince programas operativos con sus correspondientes actuaciones e indicadores de evaluación, estructurados en seis ámbitos: educación y formación, información y comunicación, vigilancia y autoridad, gestión de la movilidad e infraestructuras, investigación y estudio, y atención y auxilio a las víctimas. Reducir el número de personas fallecidas por atropello, la tasa de víctimas por población y los accidentes motivados por consumo de alcohol son algunos de los ambiciosos compromisos que contempla el nuevo plan municipal. También desarrolló un Plan Estratégico para la Seguridad Vial de Motocicletas y Ciclomotores 2009-2013¹⁰², que sitúa a Madrid como la primera ciudad española con un plan de seguridad vial específico para quienes utilizan estos vehículos.

A continuación se analizan los hábitos de la población madrileña en relación con el uso de cinturón de seguridad al viajar en coche y la utilización del casco al viajar en moto. Los datos se han extraído de la fracción correspondiente a la ciudad de Madrid de la encuesta SIVFRENT-A 2016². Las preguntas de la mencionada encuesta distinguen la utilización del cinturón de seguridad y del casco en ciudad y en carretera. Se comprueba que la mayoría de la población utiliza el cinturón de seguridad, sobre todo cuando circula por carretera. El 1,1% de las personas que viajaron en coche, como conductor/a o como pasajero/a en los asientos delanteros, en el último mes, no utilizó siempre el cinturón de seguridad por ciudad y el 0,3% no lo hizo al viajar por carretera.

Respecto a viajar en moto, un 9,8% [IC95% = 7,9-11,7] de las personas encuestadas viajó en moto por ciudad durante el último mes y el 100% manifestó haber utilizado siempre el casco. El 7% [IC95% = 5,3-8,6] de las personas entrevistadas viajó en moto por carretera en el último mes, y todas ellas afirman utilizar siempre el casco. Al comparar estos datos con los obtenidos en el anterior estudio a partir de la encuesta SIVFRENT-A 2012, se observa un aumento significativo del uso de la moto, pues registró entonces unas frecuencias de 5,8% [IC95% = 4,3-7,3] en ciudad y 3,9% [IC95% = 2,7-5,1] en carretera.

En las [tablas 27 y 28](#) se pueden ver de forma pormenorizada los hábitos de seguridad vial anteriormente resumidos.

Por último, a la pregunta *¿Ha conducido Vd. alguna vez durante los últimos treinta días bajo los efectos del alcohol?*, el 1,8% ([IC95% = 0,9-2,6] afirma haberlo hecho; de estas personas el 58,8% son hombres.



Tabla 27. Frecuencia del uso del cinturón de seguridad y el casco en ciudad y carretera

Seguridad vial	Frecuencia	n	%	IC 95%
Utilización del cinturón de seguridad por ciudad	Siempre	831	98,9	98,2-99,6
	La mayoría de las veces	8	1	0,3-1,7
	Algunas veces	0	0	
	Nunca	1	0,1	0-0,3
Utilización del cinturón de seguridad por carretera	Siempre	812	99,6	99,2-100
	La mayoría de las veces	2	0,2	0-0,5
	Nunca	1	0,1	0-0,3
Utilización de moto por ciudad	Si	94	9,8	7,9-11,7
	No	861	90,2	88,3-92,0
Utilización del casco por ciudad	Siempre	94	100	
	Nunca	0	0	
Utilización de moto por carretera	Si	67	7	5,3-8,6
	No	888	93	91,4-94,6
Utilización del casco por carretera	Siempre	67	100	
	Nunca	0	0	

Fuente SIVFRENT-A 2016. Elaboración propia.

Tabla 28. Frecuencia de uso del cinturón de seguridad en ciudad según sexo y edad

		Uso del cinturón de seguridad en ciudad									
		Siempre		La mayoría de las veces		Algunas veces		Nunca		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total		831	98,9	8	1,0	0	0	1	0,1	840	100
Sexo	Mujeres	430	98,8	4	0,9	0	0	0	0	434	100
	Hombres	401	98,8	4	1,0	0	0	1	0,2	406	100
Edad	18 a 29	162	97,6	4	2,4	0	0	0	0	166	100
	30 a 44	335	99,4	2	0,6	0	0	0	0	337	100
	45 a 64	334	99,1	2	0,6	0	0	1	0,3	337	100

Fuente SIVFRENT-A 2016. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

Movilidad

La disponibilidad de una red de transporte público y su utilización tienen gran repercusión en la actividad física que realiza la población madrileña.

En distintos ámbitos ya se considera la movilidad como la cuarta condición de integración social, después de la vivienda, la salud y la educación. Es necesario garantizar el derecho al desplazamiento, sin importar edad, sexo, nivel de renta, grado de integración cultural, discapacidad, ni localización de su residencia. Madrid cuenta con el Plan de Seguridad Vial 2012-2020¹⁰¹, cuyos objetivos esenciales se dirigen a que el sistema de movilidad de la ciudad sea más seguro, sostenible, universal, competitivo y eficiente.

Medios de transporte utilizados

Es objetivo del Plan de Movilidad Urbana Sostenible de la ciudad de Madrid (PMUS) avanzar hacia un sistema de transporte universal, equitativo y accesible, inclusivo y no discriminatorio. En los últimos años Madrid ha apostado por otorgar un mayor protagonismo a la bicicleta, para ello cuenta con un Plan Director de Movilidad Ciclista¹⁰², entre sus objetivos están los de dar a la bicicleta un papel significativo en la movilidad cotidiana, normalizar el uso de la bicicleta y la imagen de los ciclistas, contribuir a la mejora de la calidad ambiental y reducir la inseguridad vial. La movilidad ciclista con su aliada natural, la movilidad a pie, y su complementariedad con el transporte público va a facilitar un uso más amable y eficiente del espacio público, disminuyendo el impacto ambiental de la movilidad y consiguiendo una ciudad más amable para todos. En cuanto a la reducción de la inseguridad vial, el riesgo, el peligro y la percepción de ambos siguen siendo los obstáculos principales para que la población potencialmente interesada en usar la bicicleta pase a la práctica real.

Para conocer el uso que hace la población madrileña de los medios de transporte, se utilizan los datos de la Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid. 2016³.

Los transportes públicos más utilizados son, en primer lugar y al igual que se vio en 2012, el metro/metro ligero y el autobús urbano. Ha aumentado significativamente el uso del tren de cercanías, el autobús interurbano, el taxi y la bicicleta (tabla 29).

Tabla 29. Medio de transporte utilizado habitualmente, 2012 y 2016. Frecuencias e IC 95%

Medio de transporte	2012 n = 2.520		2016 n = 8.537	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Metro/metro ligero	65,6	63,7-67,5	67,6	66,6-68,6
Autobús urbano	62,5	60,6-64,4	64,5	63,5-65,5
Coche	35,7	33,8-37,6	38,3	37,3-38,3
Tren de cercanías	8,1	7,0-9,2	14,2*	13,5-14,9
Taxi	4,5	3,7-5,3	7,2*	6,7-7,7
Autobús interurbano	2,2	1,6-2,8	6,2*	5,7-6,7
Bicicleta	2	1,4-2,5	6,1*	5,6-6,6
Moto	2,4	1,8-3,0	2,9	2,5-3,3

Fuente: Encuestas de Calidad de Vida 2012 y 2016. Elaboración propia. (*) Diferencia entre años con significación estadística



En cuanto al número de transportes utilizados habitualmente, ha disminuido de manera significativa el porcentaje de personas que emplea un solo medio de transporte y se ha elevado el de las personas que utilizan 3 o 4 medios de transporte. Entre las personas que utilizan dos tipos de transporte diferentes lo más común, en más del 95% de los casos, es el uso de la combinación de metro/metro ligero y autobús urbano. De las que utilizan 3 tipos de transporte, la mayoría utiliza estos dos medios y como tercera opción elige el tren de cercanías. El porcentaje de personas que no utilizan ningún transporte público (18,5%) es similar al obtenido en 2012 (18,9%), [tabla 30](#) y [gráfico 70](#).

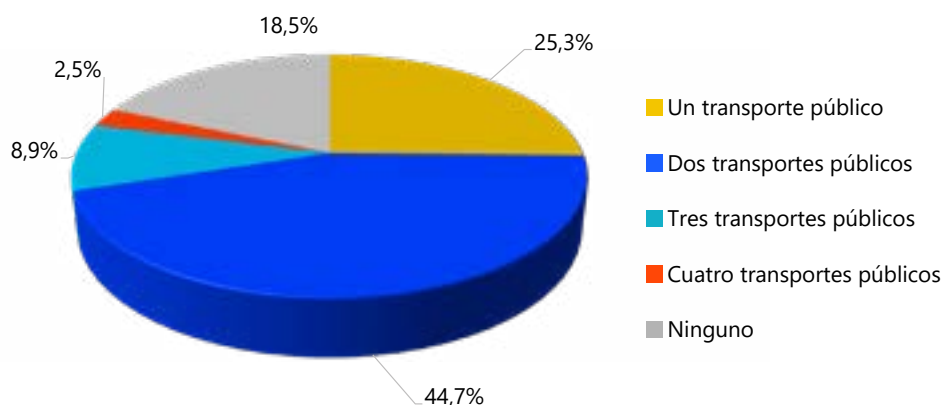
Tabla 30. Transportes utilizados habitualmente, 2012 y 2016. Frecuencia e IC 95%

Núm. de transportes públicos que se utilizan habitualmente	2012 n = 2.520			2016 n = 8.537		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
1 transporte	770	30,5	27,2-33,8*	2.159	25,3	23,5-27,1
2 transportes	1.129	44,8	41,9-47,7	3.618	44,7	43,1-46,3
3 transportes	126	5,0	1,2-8,8	763	8,9	6,9-10,9
4 transportes	19	0,7	0-4,4	216	2,5	0,4-4,6
Ninguno	476	18,9	15,4-22,4	1.581	18,5	16,6-20,4

(*) Diferencia entre años con significación estadística.

Fuente: Encuestas de Calidad de Vida 2012 y 2016. Elaboración propia.

Gráfico 70. Frecuencia del número de transportes utilizados, 2016



Fuente: Encuesta sobre CVSP 2016. Elaboración propia.

El uso de transporte público se ha analizado según cuatro determinantes: sexo, edad, nivel de estudios y grupo de distrito de residencia según nivel de desarrollo, tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, comprobándose que las mujeres utilizan el transporte público más que los hombres y las personas jóvenes más que las mayores. No se observan prácticamente diferencias en frecuencia de uso en función del nivel de estudios ni del distrito de residencia ([tabla 31](#)), aunque de forma significativa obtienen OR altas las mujeres, los jóvenes en relación con los mayores, las personas con estudios secundarios y superiores en relación con los que tienen primarios o no los completaron y quienes residen en distritos de desarrollo bajo y medio-bajo en relación con los que lo hacen en distritos del grupo de mayor desarrollo.

[Volver a índice](#)

Tabla 31. Distribución de frecuencias de uso de transporte público, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Uso de transporte público		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.537	6.956	81,5		
Sexo	Mujer	4.627	3.974	85,7	1,9*	1,7 - 2,2
	Hombre	3.910	2.992	76,5	1	
Edad	15 a 29	1.378	1.244	90,3	1,6*	1,3 - 2,0
	30 a 44	2.352	1.794	76,3	0,6	0,5 - 0,7
	45 a 64	2.736	2.189	80,0	0,7	0,6 - 0,8
	65 y más años	2.071	1.729	83,5	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.589	1.272	80,1	1	
	Secundarios	3.510	2.920	83,2	1,4*	1,2 - 1,6
	Universitarios	3.156	2.548	80,7	1,3*	1,1 - 1,5
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.988	1.630	82,0	1,3*	1,1 - 1,6
	Desarrollo medio-bajo	2.751	2.280	82,9	1,4*	1,2 - 1,6
	Desarrollo medio-alto	1.991	1.613	81,0	1,2	1,0 - 1,4
	Mayor desarrollo	1.808	1.436	79,3	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta sobre CVSP 2016. Elaboración propia.

Uso del carril bici

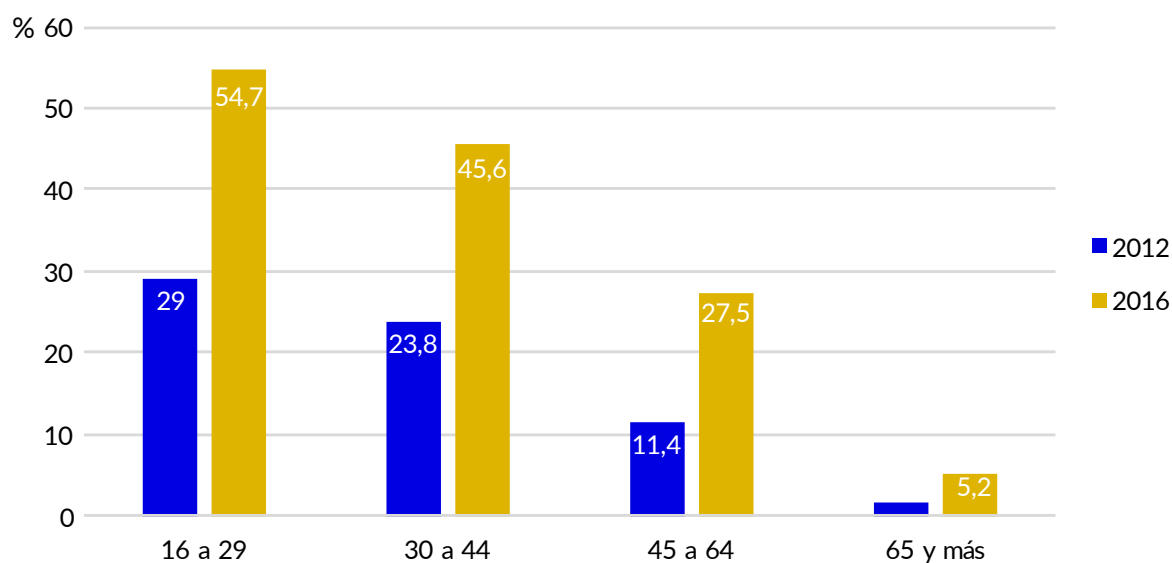
Madrid cuenta con un Plan Director de Movilidad Ciclista¹⁰² que se aprobó en 2008 y ha sido revisado y actualizado en 2018, entre cuyos objetivos están los de favorecer hábitos saludables de la población y propiciar la recuperación del espacio público. En la mencionada revisión se definen las nuevas estrategias de intervención, que tienen como objetivo común el de la equidad ciclista, entendida como la promoción de la movilidad ciclista para el conjunto de la ciudadanía, atendiendo a las necesidades de esta y partiendo de la base de que la bicicleta, como un vehículo más, debe tener su presencia en la calzada. Además, en 2014 se puso en marcha el sistema de alquiler público de bicicletas de la ciudad de Madrid BiciMAD y se amplió de forma considerable la red de vías ciclistas y carriles bici. Los datos que se presentan a continuación reflejan los cambios que se están produciendo en la ciudad en relación con la utilización de la bicicleta.

El incremento del uso del carril bici (31,5% en 2016) es significativo respecto de la encuesta de 2012 (16,3%). En el [gráfico 71](#) se muestra la utilización del carril bici por grupos de edad. El incremento se ha producido fundamentalmente entre las personas de edad media, pero también en mayores de 65 años.

[Volver a índice](#)



Gráfico 71. Frecuencia de personas encuestadas que hacen uso del carril bici según grupos de edad, 2012 y 2016

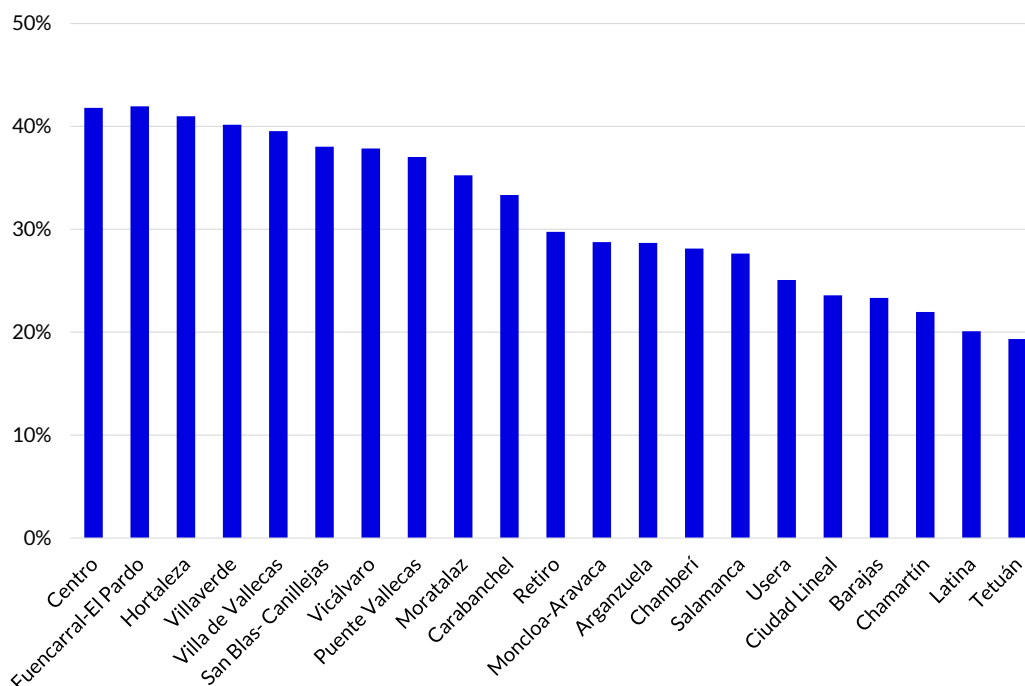


Fuente: Encuesta sobre CVSP 2016. Elaboración propia.

Respecto al uso del carril-bici y tras el análisis de distribución de frecuencias, prevalencias y modelos multivariantes, observamos que los jóvenes obtienen prevalencias de utilización y OR más altas que los mayores mostrando un claro gradiente inverso con la edad. Respecto al sexo, lo utilizan más los hombres, que obtienen además una OR 1,8 veces mayor. En relación con el nivel de estudios, las personas con estudios universitarios y con estudios secundarios son las que más lo emplean y obtienen OR ajustadas más altas que quienes tienen estudios elementales. Según el nivel de desarrollo del distrito encontramos que lo emplean en mayor medida las personas que viven en distritos de menor desarrollo y de desarrollo medio-alto que el resto, obteniendo también OR significativas y más altas que quienes viven en el grupo de distritos de mayor desarrollo. En cuanto al hecho de si el encuestado considera adecuado el número de carriles bici disponibles en la ciudad, el 59 % considera que es insuficiente, el 36,2 % que es adecuado y el resto (4,8%) que es excesivo. Con las frecuencias de respuesta se observa que las personas que viven en los distritos de desarrollo medio-bajo y de menor desarrollo consideran que su número es adecuado en mayor proporción que quienes residen en los distritos de mayor desarrollo y respecto al nivel de estudios una proporción más baja de personas con estudios universitarios considera adecuado el número de carriles bici que el resto de las personas encuestadas. En relación con la variable dependiente "número adecuado de carriles-bici" en el análisis multivariante observamos que las OR ajustadas más elevadas fueron para quienes tienen estudios primarios sobre los que tienen estudios superiores y quienes residen en distritos de desarrollo medio-bajo sobre los que viven en los de mayor desarrollo. Por último, respecto de la satisfacción con el carril bici, el 46.5% está satisfecho con este equipamiento. Como ocurre en las otras variables analizadas anteriormente, la satisfacción es mayor en el grupo de edad más joven, en quienes tienen estudios elementales y en las personas que residen en distritos de menor desarrollo (TABLA VI).

En el gráfico 72, se puede ver la utilización del carril bici en cada uno de los distritos municipales.

Gráfico 72. Distribución de la muestra según uso del carril bici por distritos



Fuente: Encuesta sobre CVSP 2016. Elaboración propia.

2.4. ENTORNO

Al igual que los factores determinantes que se han presentado anteriormente, los diversos aspectos que conforman el entorno de las personas en la ciudad de Madrid tienen una notable influencia en su estado de salud.

Se analizan en este apartado, las características de la vivienda, del barrio y de la ciudad, la utilización de servicios y la percepción que la ciudadanía tiene respecto a ellos, así como distintos aspectos ambientales que inciden en la salud (aire, ruido, agua, etc.).

Las leyes estatales y autonómicas atribuyen cometidos obligatorios y no potestativos o discrecionales a las Administraciones locales en el ámbito de la seguridad alimentaria y la salud ambiental, que los servicios competentes de los Ayuntamientos deben llevar a cabo; estas competencias son conocidas como salubridad pública.

Las políticas municipales de salud pública en la ciudad de Madrid son gestionadas por el Organismo Autónomo Madrid Salud y se llevan a cabo en coordinación con la Comunidad de Madrid. Estas actuaciones se abordan a través de tres líneas estratégicas:

Mejorar la seguridad alimentaria en la ciudad.

Prevenir los efectos en salud de los factores ambientales y promover entornos urbanos saludables.

Actuar sobre las poblaciones de animales domésticos atendiendo a su sanidad y bienestar para minimizar su impacto en la salud pública.

[Volver a índice](#)



Madrid Salud monitoriza indicadores en los distintos ámbitos de su competencia para la ciudad de Madrid; los más representativos se recogen en el apartado “Servicios sociosanitarios” de este informe, en el que también figuran los centros y servicios adscritos a Madrid Salud que realizan actividad de Salud Pública.

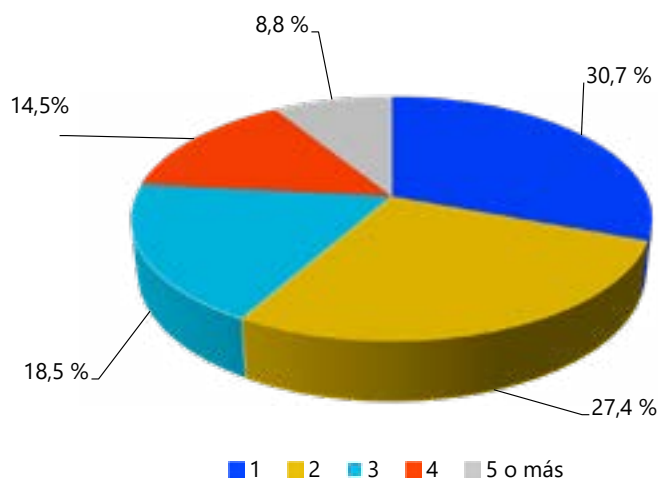
A través del Plan de Inspecciones y Actividades Programadas (PIAP)¹⁰³ que se realiza anualmente, se planifican las actividades de inspección relacionadas con el control oficial de alimentos, los establecimientos con incidencia en la salud pública y las concernientes con la salud y protección animal. El PIAP se diseña y ejecuta por los departamentos competentes en materia de salud de las 21 Juntas Municipales de Distrito, el Servicio de Coordinación de Salud Pública de Madrid Salud y el Laboratorio Municipal de Salud Pública. Todo ello en el marco de la normativa reguladora, especialmente la Ordenanza de Protección de la Salubridad Pública en la Ciudad de Madrid de 2014¹⁰⁴.

VIVIENDA

Características del hogar y la vivienda

En enero de 2018 la ciudad de Madrid cuenta con 1.278.258 hogares, con una media de 2,52 personas en el hogar. La distribución de hogares en función de las personas que conviven en el mismo se muestra en el [gráfico 73](#).

Gráfico 73. Distribución de hogares según número de personas que viven en él

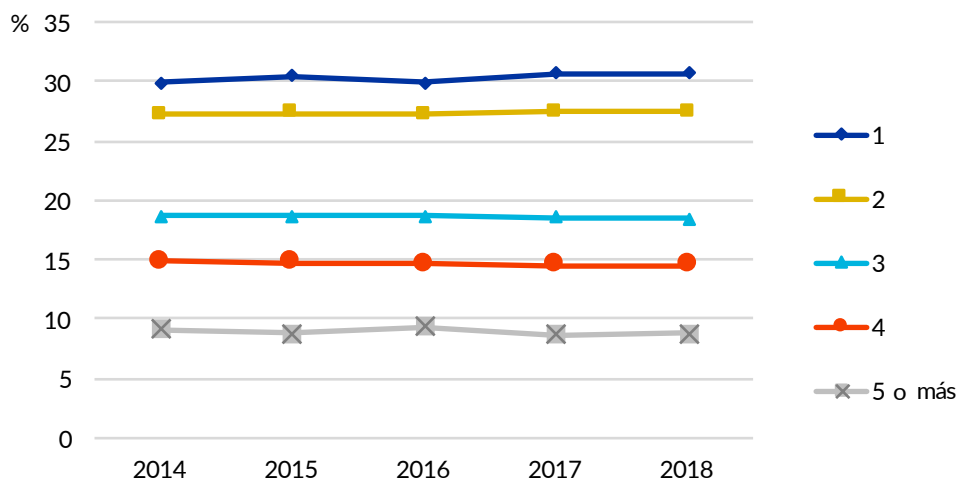


Fuente: Padrón Municipal de Habitantes 2018, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

El número de hogares se mantiene similar en los últimos años con una ligera tendencia ascendente. Es similar también la media de personas en la vivienda situándose en el periodo 2014 a 2018 en 2,5 personas, dato idéntico a la media nacional.

Según el Padrón Municipal, en 2018 los hogares unipersonales son los más frecuentes en Madrid (30,7%) seguidos de los hogares de dos personas (27,4%). Se aprecia una distribución similar en los últimos cinco años, con un ligero incremento de los hogares unipersonales ([gráfico 74](#)).

Gráfico 74. Distribución de hogares según número de personas. Ciudad de Madrid, de 2014 a 2018

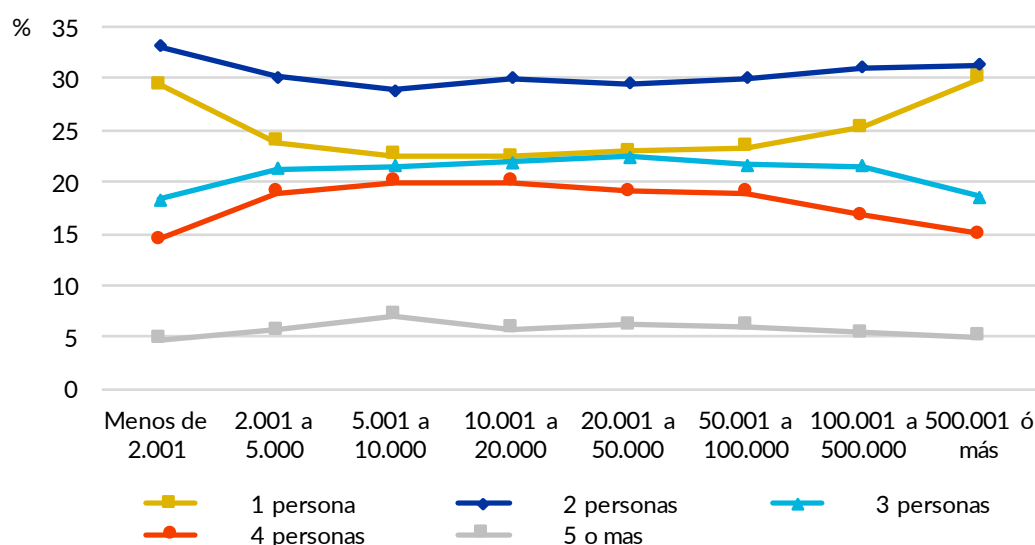


Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia

Según la “Encuesta continua de hogares” del INE⁹ en la serie 2014 a 2017, a diferencia de la ciudad de Madrid, en España y en la Comunidad de Madrid, los hogares con dos personas son los más numerosos –sobre el 30%–, siendo el porcentaje de los hogares unipersonales un 5% menor que el hallado en nuestra ciudad.

Realizando un análisis de personas en el hogar, a partir de la misma fuente, según el tamaño de los municipios, se constata que la frecuencia de hogares unipersonales es mayor en los municipios de menos de 2.000 habitantes y en los de más de 500.000. La ciudad de Madrid alcanza la máxima frecuencia de este tipo de hogares. Por el contrario, los hogares con dos personas y con cinco o más se mantienen estables independientemente del tamaño del municipio. Por último, los de tres y cuatro personas son menos frecuentes en municipios con poblaciones con menos de 2.000 habitantes y en las de más de 500.000 (gráfico 75).

Gráfico 75. Distribución de hogares según número de personas y tamaño del municipio en España. Media, 2014 a 2017



Fuente: Encuesta Continua de Hogares. Instituto Nacional de Estadística. Datos referidos al valor medio del periodo. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)



Tamaño de la vivienda

Según los datos obtenidos en la ESCM'17 la media de metros cuadrados útiles de la vivienda es de 88,7 (DT = 41.87; rango de 5 a 525 m²), cifra similar a la obtenida en las anteriores encuestas (ESCM'05 y ESCM'13): 87 m² y 90,5 m² respectivamente.

Se considera que, quienes en ella habitan, cuentan con un **espacio reducido en la vivienda** cuando se dispone de menos de 20m² de media por persona. Según los datos de nuestra última encuesta, el 16% de las personas entrevistadas viven en estas condiciones. Al realizar un análisis multivariante y obtener las OR ajustadas por el resto de variables, se comprueba que los factores que más explican esta situación, expresados en gradiente de mayor a menor son: la edad (en relación con los mayores de 65 años, los demás grupos de edad presentan mayor riesgo de vivir en un espacio reducido en la vivienda –entre 4,8 y 7,7 veces más–), la clase social (más del doble de riesgo si se pertenece a la clase social desfavorecida que a la favorecida), el nivel de desarrollo del distrito de residencia (en torno al doble de riesgo si se vive en distritos del grupo de menor desarrollo que en el de mayor desarrollo), y el origen (más si se pertenece al colectivo de inmigrantes por motivos económicos que al resto de la población). También influye, aunque con menos peso, el nivel de estudios, el encontrarse en situación de inseguridad alimentaria por dificultades de acceso económico y el estar en situación de desempleo. No se observan OR significativas en función del sexo (tabla 32).

Tabla 32. Distribución de frecuencias de vivir en una vivienda con espacio reducido (<20 m² por persona), prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

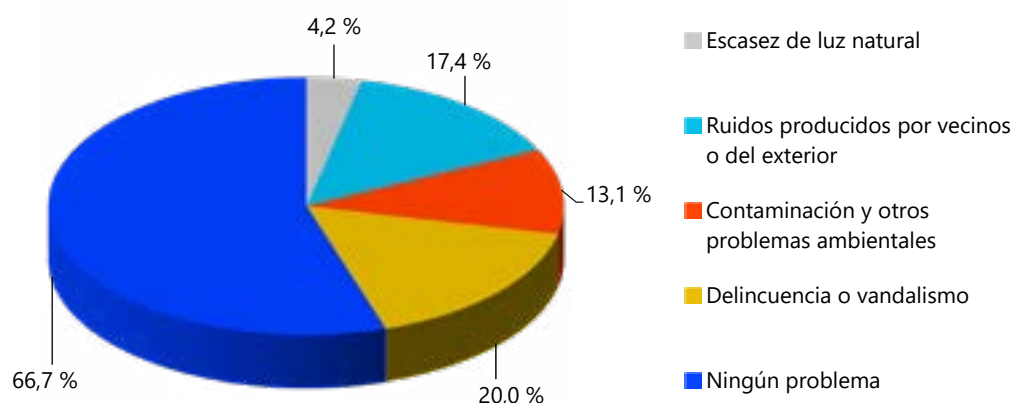
Espacio reducido en la vivienda (<20 m ² por persona)		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.265	1.331	16,1		
Sexo	Mujer	4.395	685	15,6	1	
	Hombre	3.870	646	16,7	1,0	0,9-1,2
Edad	15 a 29	1.267	270	21,3	6,2*	4,7-8,3
	30 a 44	2.269	538	23,7	7,7 *	5,9-10,2
	45 a 64	2.754	444	16,1	4,8 *	3,7-6,2
	65 y más años	1.975	79	4,0	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	853	137	16,1	1,9 *	1,4-2,5
	Secundarios	3.836	820	21,4	1,6 *	1,3-1,8
	Universitarios	3.156	374	10,5	1	
Clase social	Desfavorecida	2.846	757	26,6	2,2 *	1,9-2,7
	Media	2.005	248	12,4	1,2	1,0-1,4
	Favorecida	3.256	306	9,4	1	
Grupo de distrito	Menor desarrollo	1.945	458	23,6	1,9 *	1,6-2,4
	Desarrollo medio-bajo	2.660	477	17,9	1,7 *	1,3-2,0
	Desarrollo medio alto	1.929	250	13,0	1,3 *	1,1-1,7
	Mayor desarrollo	1.731	147	8,5	1	
Inmigración económica	Si	1.093	407	37,2	2,0 *	1,7-2,3
	No	7.170	923	12,9	1,0	
Inseguridad alimentaria	Algún tipo	915	283	30,9	1,5 *	1,2-1,7
	No	7.347	1.048	14,3	1	
Desempleo	Si	728	193	26,5	1,3 *	1,1-1,6
	No	8.264	1.137	13,7	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Otros problemas en la vivienda

Para analizar los problemas de la vivienda se utiliza la fracción de Madrid de la “Encuesta de condiciones de vida 2017”¹⁰, realizada a 700 hogares y 1.700 personas. Según esta fuente, el 33% de los hogares, el 33,3% de los hogares de la ciudad sufren distintos problemas en la vivienda (gráfico 76).

Gráfico 76. Distribución de viviendas según tipo de problemas, ciudad de Madrid 2017



Fuente: Encuesta de condiciones de vida 2017. Base 2013. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Al analizar los tipos de problemas en función del régimen de tenencia de la vivienda, se observa que hay más incidencia de problemas en los casos de viviendas alquiladas con un precio inferior al de mercado (tabla 33).

Tabla 33. Distribución de hogares que sufren determinados problemas en la vivienda y su entorno según régimen de tenencia de la vivienda (porcentaje)

Hogares	Escasez de luz natural	Ruidos producidos por vecinos o del exterior	Contaminación y otros problemas ambientales	Delincuencia o vandalismo	Ningún problema
Total	4,2	17,4	13,1	20,0	66,7
Propiedad	2,7	14,3	13,9	20,1	67,3
Alquiler a precio de mercado	6,2	22,7	5,8	14,9	70,3
Alquiler inferior al precio de mercado	13,4	29,5	34,3	40,8	46,7
Cesión gratuita	7,0	25,2	16,5	23,5	58,2

Fuente: Encuesta de condiciones de vida 2017, fracción de la ciudad de Madrid. Base 2013. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.



Utilizando la misma fuente, se realiza un análisis de carencias materiales en los hogares (tabla 34).

Tabla 34. Distribución de hogares con carencia material por composición del hogar y tipo de carencia (porcentaje)

Tipo de hogar	Vacaciones (1)	Aporte proteico (2)	Temperatura vivienda (3)	Gastos imprevistos (4)	Pago vivienda (5)	Automóvil (6)	Ordenador (7)
Total	20,2	3,2	6,4	34,9	4,6	5,2	1,8
Hogares de una persona	19,2	2,7	5,6	36,3	1,9	7,0	1,8
2 adultos sin niños dependientes	15,8	2,1	6,2	32,8	3,4	3,5	0,3
Otros hogares sin niños dependientes	25,8	0,0	4,3	29,3	3,1	0,0	0,5
1 adulto con 1 o más niños dependientes	42,2	10,2	18,7	57,5	13,1	12,7	6,9
2 adultos con 1 o más niños dependientes	16,4	4,0	5,0	30,7	6,8	5,1	2,4
Otros hogares con niños dependientes	32,9	10,2	11,6	45,4	17,3	8,7	7,1

(1) No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. (2) No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días. (3) No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. (4) No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos. (5) Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca, alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses. (6) No puede permitirse disponer de un automóvil. (7) No puede permitirse disponer de un ordenador.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida 2017, fracción de la ciudad de Madrid. Base 2013. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Los hogares con menores son los que presentan carencias con más frecuencia, especialmente los monoparentales (tablas 34 y 35).

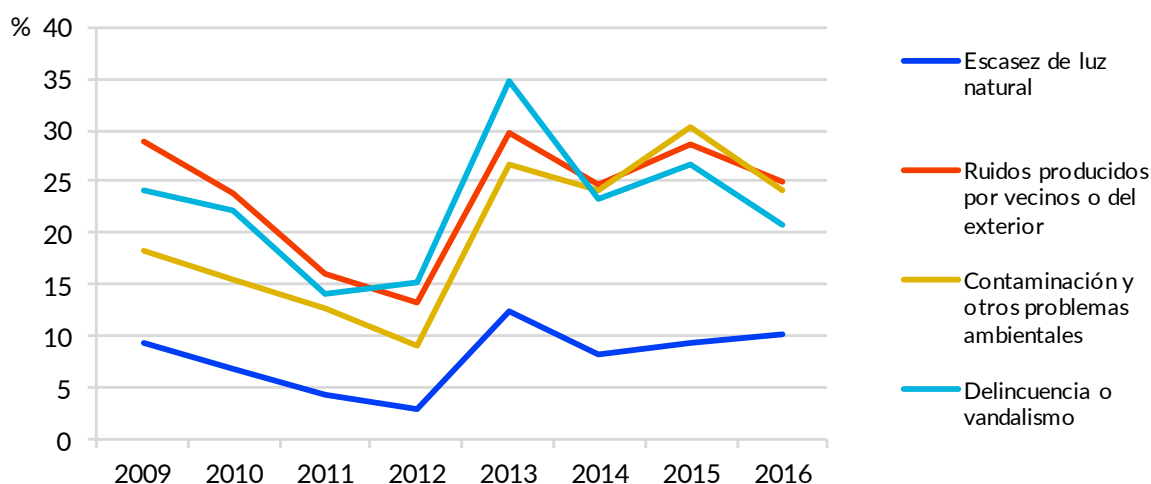
Tabla 35. Distribución de hogares con carencia material en un determinado número de conceptos por composición del hogar (porcentaje)

Tipo de hogar	En al menos 2 conceptos	En al menos 3 conceptos	En al menos 4 conceptos
Total	21,2	6,7	4,1
Hogares de una persona	20,1	5,2	2,5
2 adultos sin niños dependientes	16,8	5,2	2,5
Otros hogares sin niños dependientes	23,8	2,2	2,2
1 adulto con uno o más niños dependientes	44,7	16,3	13,4
2 adultos con uno o más niños dependientes	18,8	8,4	4,7
Otros hogares con niños dependientes	32,9	21,2	17,3

Fuente: Encuesta de condiciones de vida 2017, fracción de la ciudad de Madrid. Base 2013. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia. Nota: ver conceptos a que se alude en el pie de la tabla 34.

La frecuencia de hogares con problemas en la vivienda en la ciudad de Madrid disminuye en todos los tipos estudiados entre 2009 y 2012 y se incrementa en 2013 (gráfico 77).

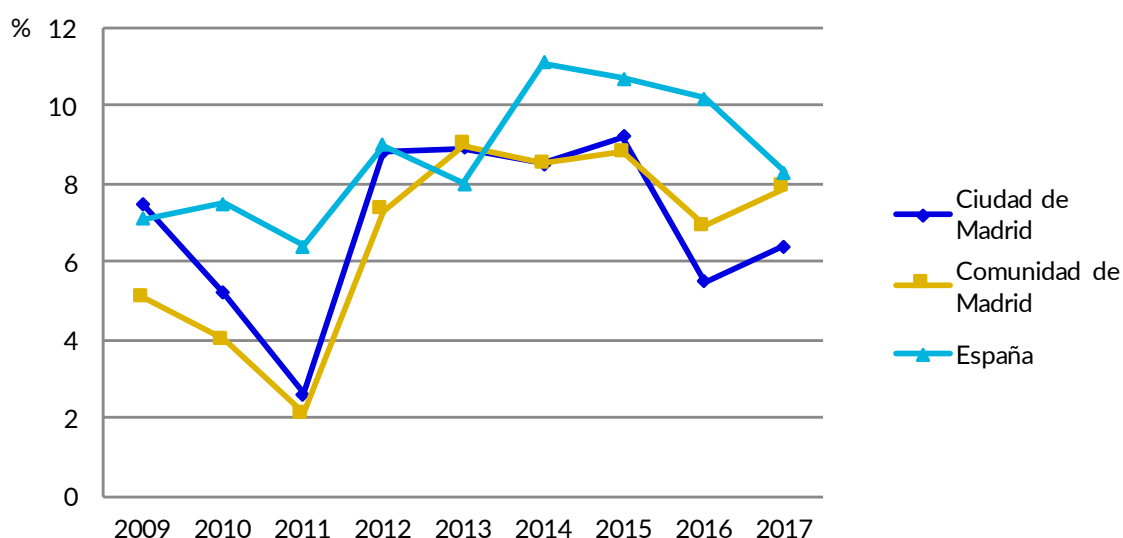
Gráfico 77. Frecuencia de problemas en la vivienda según tipo, 2009-2016



Fuentes: Encuestas de Condiciones de Vida 2017. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

La frecuencia de hogares con dificultades para mantener la temperatura adecuada de la vivienda, según se puede observar en el gráfico 78 disminuye hasta 2011, incrementándose de forma importante a partir de ese año, tanto en la ciudad de Madrid como en la Comunidad de Madrid y en España, coincidiendo con los años más duros de la crisis económica. Mejora en la ciudad de Madrid el porcentaje de viviendas con dificultades para mantener una temperatura adecuada en 2016 y 2017, quedando en mejor situación que los hogares de la Comunidad de Madrid y de España.

Gráfico 78. Distribución de hogares que no se pueden permitir mantener la vivienda con una temperatura adecuada, 2009-2017

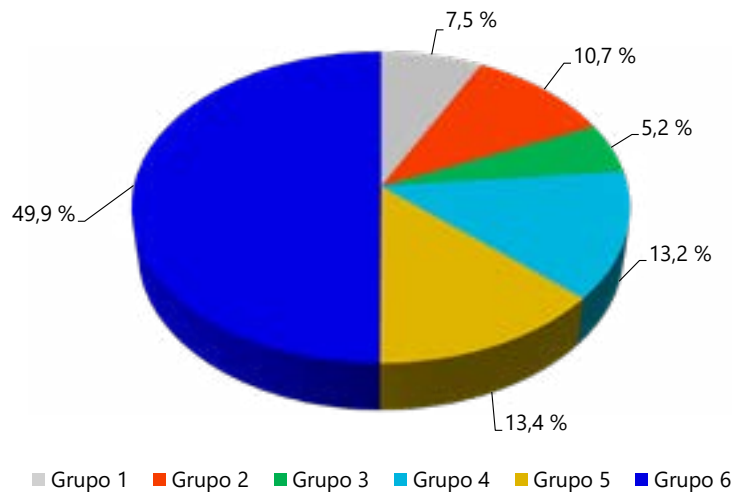


Fuentes: Encuestas de Condiciones de Vida 2017. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.



El *Estudio técnico sobre pobreza energética en la ciudad de Madrid 2015*³⁴ clasifica seis grupos de hogares en la ciudad en situación de pobreza energética (ver metodología). En el **gráfico 79** se muestra la clasificación de los hogares de la ciudad en relación con este concepto.

Gráfico 79. Tipología de hogares respecto a la pobreza energética, ciudad de Madrid, 2015



Grupo 1. Hogares en situación de pobreza energética y monetaria; Grupo 2. Hogares en situación de pobreza monetaria; Grupo 3. Hogares en situación de pobreza energética; Grupo 4. Hogares en situación de vulnerabilidad energética y monetaria; Grupo 5. Hogares en situación de vulnerabilidad monetaria; Grupo 6. Hogares sin pobreza energética ni monetaria.

Fuente: Estudio técnico sobre pobreza energética en la ciudad de Madrid 2015. Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Según este estudio, un 23,48% de los hogares madrileños sufren algún tipo de pobreza (energética, monetaria o ambas). De este porcentaje, un 12,74% dedica más de un 10% de su renta a gasto energético y un 26,44% se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Comparando con la *Encuesta de condiciones de vida 2015*, aunque considerando la diferente metodología, encontramos que el porcentaje de hogares en situación de pobreza energética y monetaria de aquel estudio se aproxima al de hogares que no se pueden permitir mantener la vivienda con una temperatura adecuada de esta encuesta (7,5% vs. 8,8%).

Hogares con personas extranjeras

Según los datos del Padrón Municipal de Habitantes de 2018, en 198.630 hogares de la ciudad de Madrid residen personas extranjeras (15,5%). Los constituidos solo por personas extranjeras son 78.392 (6,13%) siendo su tamaño medio de 2,7 personas. Los formados por personas españolas y extranjeras son 120.238 (9,41%) con un tamaño medio de 4,2 personas.

Hogares con menores

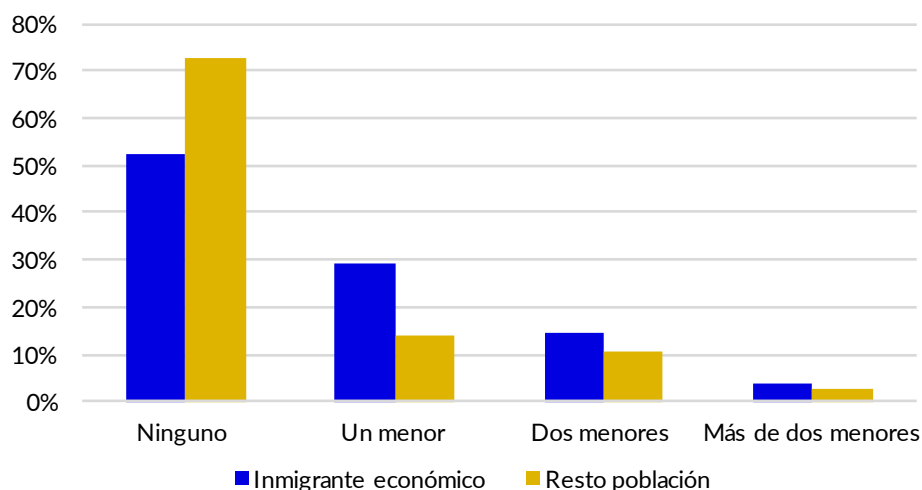
Según la misma fuente, en el 22,77% de los hogares viven menores de 15 años; esta proporción es menor que la de hogares en los que vive al menos una persona de 65 años o más (36,69%); esta distancia se ha ido incrementando respecto a periodos anteriores.

En la *Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017*, se encontró que el 26% de las personas encuestadas convive al menos con un menor de 16 años. Esta situación es menos frecuente en el grupo de distritos de desarrollo alto, así como en familias de clase social media.

Cuando en la vivienda conviven menores, se incrementa la probabilidad de vivir en un espacio menor de 20 m² por persona. De las familias sin menores, un 10,5% [IC 95% = 9,7-11,4] vive en menos de 20 m² por persona, llegando hasta el 30,8% [IC 95% = 28,1-33,5] cuando se convive con un menor y al 41,2% [IC 95% = 37,9-44,6] cuando se hace con dos menores.

En los hogares de las personas inmigrantes por motivos económicos conviven más menores de 16 años que en el resto de hogares (gráfico 80).

Gráfico 80. Distribución de hogares según número de menores de 16 años en familias inmigrantes económicas y el resto de las familias

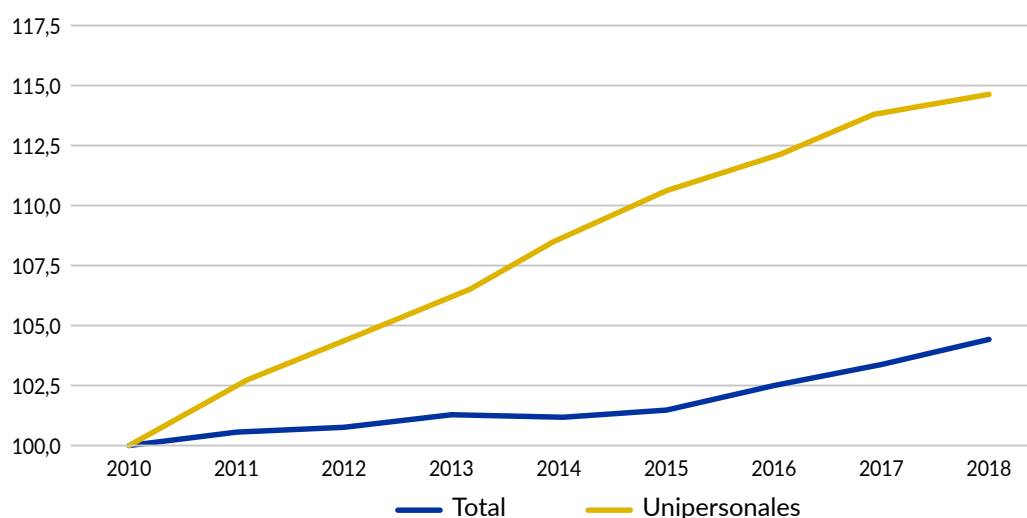


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Hogares unipersonales

Según datos del Padrón Municipal de 2018, el 30,7% de los hogares de la ciudad (392.789) son unipersonales; ello supone que de las 3.221.824 personas que residen en Madrid, un 12,2% vive sola (10,1% de los hombres y 14% de las mujeres). En los últimos 10 años se ha incrementado en la ciudad el porcentaje de hogares unipersonales. El gráfico 81 muestra la evolución anual de hogares unipersonales y totales, tomando como referencia los que había en la ciudad de Madrid en 2010 y asignando a cada uno el índice 100.

Gráfico 81. Evolución anual de hogares totales y hogares unipersonales, 2010-2018



Índice: número de hogares de la ciudad de Madrid a 1 de enero de 2010 = 100 para cada tipo de hogar.

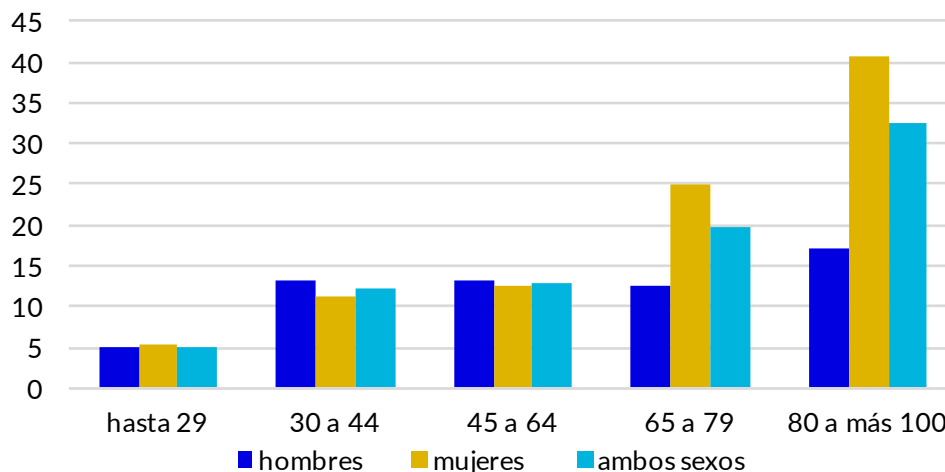
Fuente: Informe de la población de la ciudad de Madrid 2018. Padrón Municipal de Habitantes. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

[Volver a índice](#)



La frecuencia de hogares unipersonales se incrementa proporcionalmente con la edad, sobre todo en el caso de las mujeres, pues el 25,1% entre 65 y 79 años y el 40,7% en las de más de 80 años vive sola (gráfico 82).

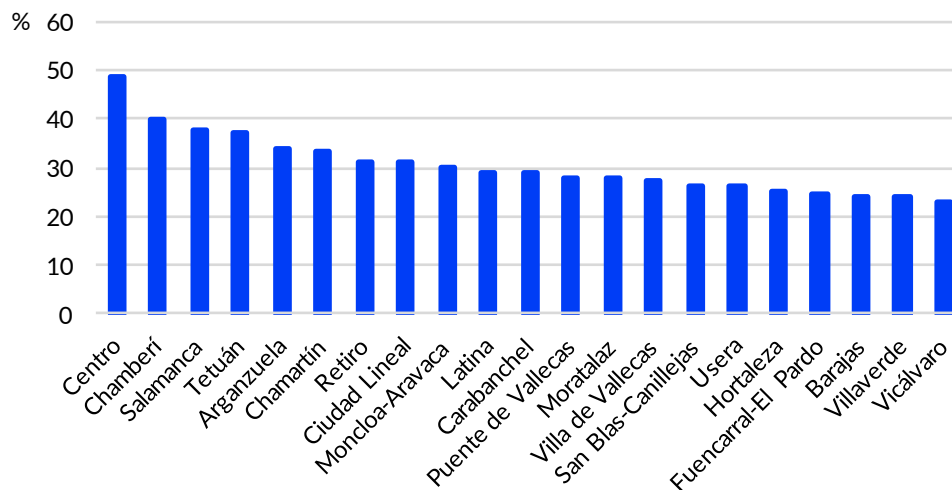
Gráfico 82. Distribución de hogares unipersonales según sexo y edad de quienes los componen (porcentaje)



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes 2018. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Los distritos de Centro y Chamberí son los que tienen mayor proporción de hogares con una persona y Vicalvaro el que muestra menos frecuencia de hogares unipersonales (gráfico 83).

Gráfico 83. Distribución de hogares unipersonales por distritos



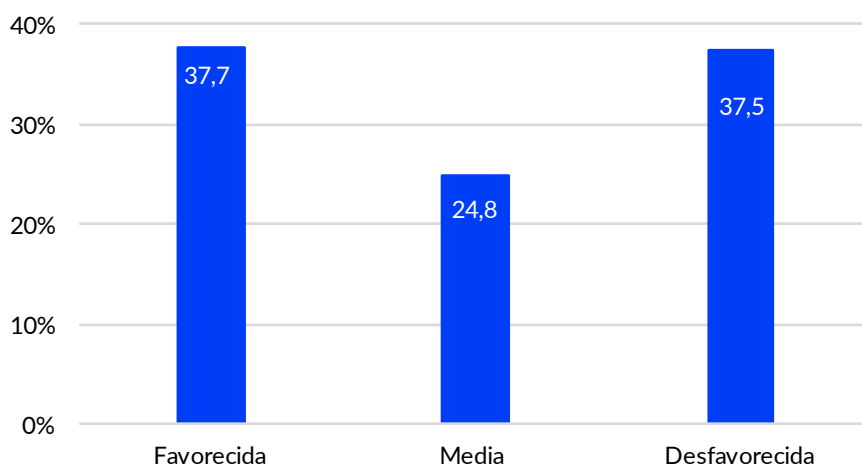
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes 2018. Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

La Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (ESCM' 17) nos permite analizar la situación de las personas que viven solas en relación con algunas variables de salud o de otros determinantes de esta que no se registran en el Padrón Municipal de Habitantes ni en parte alguna. En ella encontramos que el 13,7% [IC 95% = 13,0-14,5] de las personas entrevistadas vive sola, el 11,9% de los hombres y el 15,3% de las mujeres, porcentajes muy similares a los recogidos en el Padrón Municipal 2018 si tenemos en cuenta que la muestra no incluye a los menores de 15 años.

La distribución por sexo y edad de las personas encuestadas que viven solas es también similar a los datos del Padrón Municipal, con una proporción más alta de mayores de 65 años, sobre todo de mujeres.

En el gráfico 84 se puede observar que la frecuencia de personas que viven solas es similar en la clase social favorecida y en la desfavorecida.

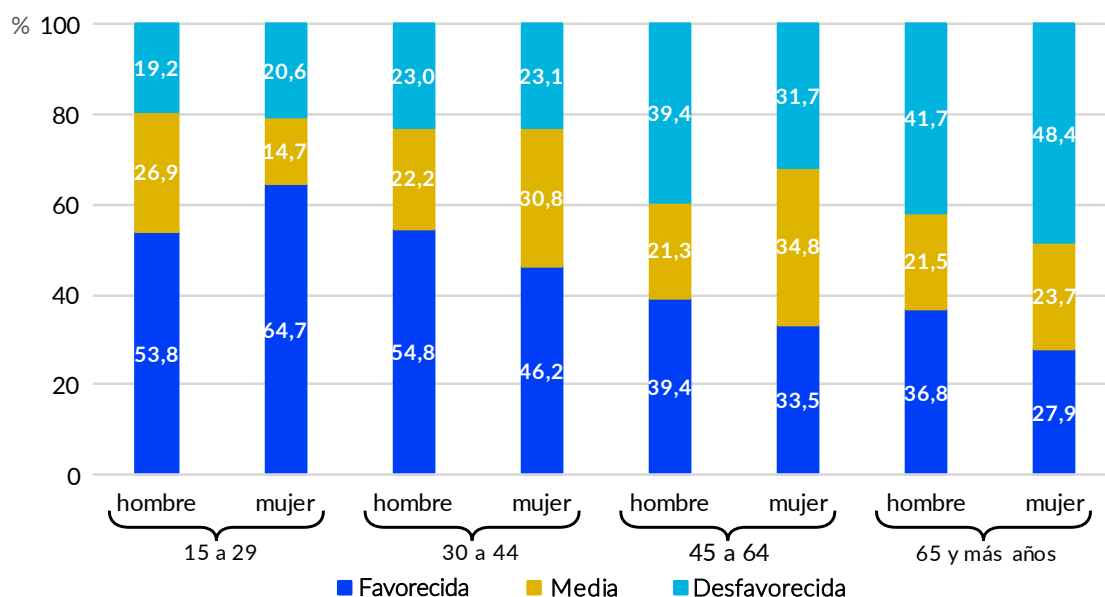
Gráfico 84. Distribución de personas que viven solas según clase social ocupacional



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Se analiza la distribución de personas que viven solas según clase social ocupacional para cada grupo de edad y sexo; se observa que en las más jóvenes prevalece la clase social favorecida, mientras que en la edad de 65 y más lo hace la desfavorecida, sobre todo en las mujeres (gráfico 85).

Gráfico 85. Distribución de personas que viven solas según clase social ocupacional para cada grupo de edad y sexo



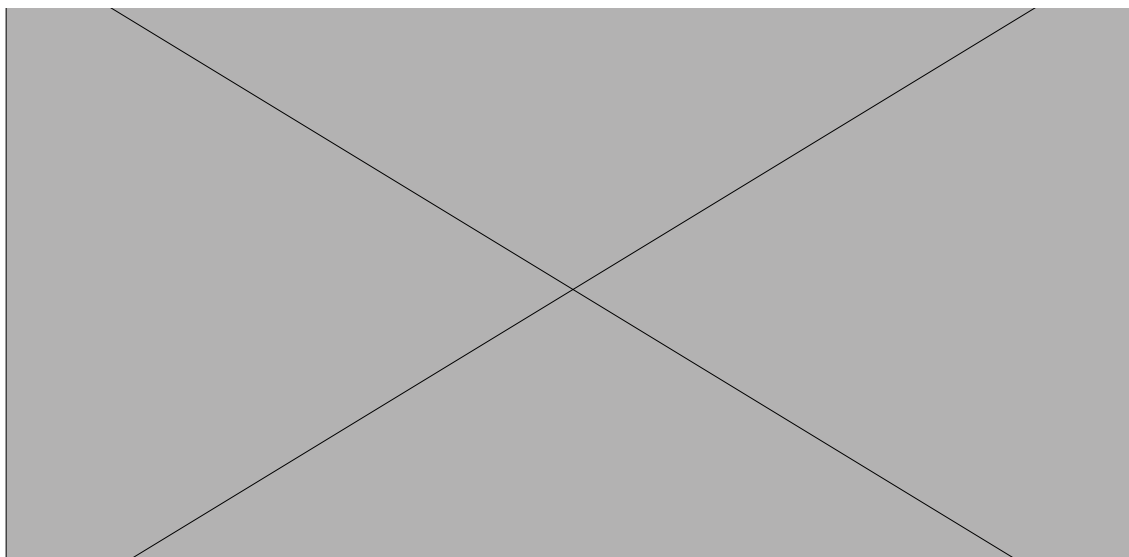
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.



El sentimiento de soledad en las personas que viven solas es más alto que en las que viven acompañadas, tanto en hombres como en mujeres. Este sentimiento es más frecuente en las mujeres (tanto si viven solas como acompañadas) que en los hombres. En general, este sentimiento tanto en personas solas como acompañadas se reduce con la edad, salvo el incremento que se produce en los hombres que viven solos a partir de los 65 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas entre personas solas y acompañadas en cada grupo de edad salvo en mujeres del grupo de edad de 15 a 29 años, que no lo son. No obstante, deberá profundizarse en el análisis, dado que algunas submuestras por tramos de edad son pequeñas (gráfico 86).

Un análisis pormenorizado sobre la soledad no deseada y su asociación con otros aspectos de la salud se puede ver en el informe monográfico sobre el sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid que se incluye como anexo en este estudio.

Gráfico 86. Prevalencia de sentimiento de soledad en personas que viven solas o acompañadas según edad para cada sexo (tasa e IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

BARRIO Y CIUDAD

En este apartado se analiza la utilización y percepción ciudadana de algunos equipamientos municipales cuyo uso tiene repercusiones en la salud de las personas, como son los espacios verdes (parques y jardines) y las instalaciones deportivas. Asimismo, se incluyen datos sobre el nivel de satisfacción que presentan las personas entrevistadas con vivir en su barrio y en la ciudad. Todos los datos mencionados se obtienen de la Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016³ y, en algunos casos, se comparan con los obtenidos en la encuesta realizada en 2012 que es la que se utilizó en el anterior estudio de salud de la ciudad.

Por otro lado, se incluyen aquí datos sobre aspectos relativos a la participación de la ciudadanía en actividades que se realizan en su barrio, que se obtienen de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Utilización de espacios verdes

El 94,4% de las personas encuestadas afirma utilizar los espacios verdes (parques y jardines) de la ciudad. El uso de este tipo de equipamiento ha aumentado significativamente respecto a 2012 (86,5%).

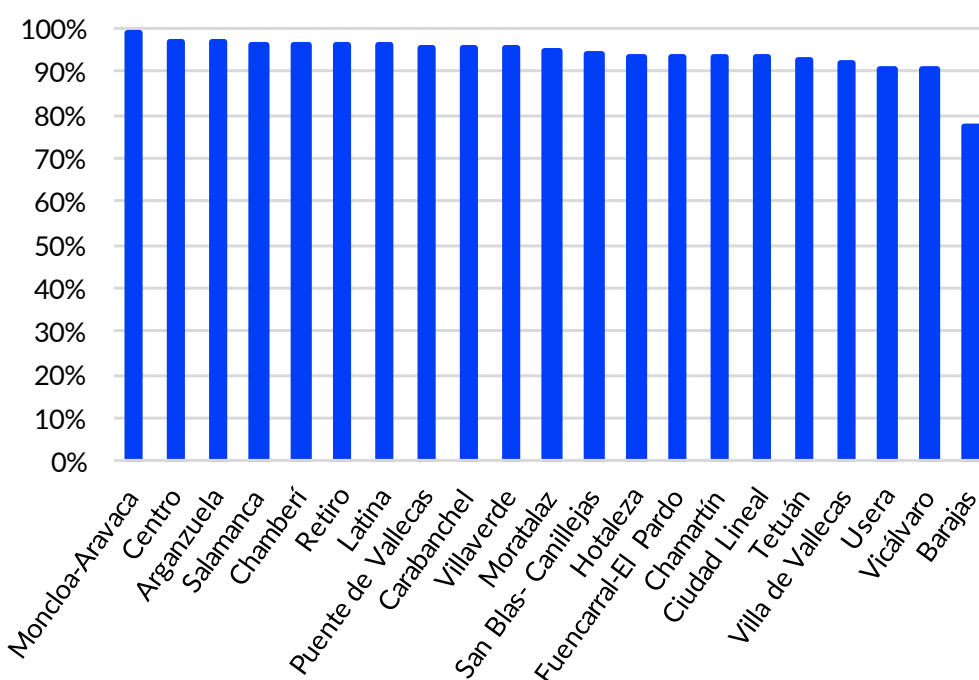
[Volver a índice](#)

Con el estudio de las prevalencias obtenidas y con el análisis multivariante ajustado por variables sociodemográficas y residenciales, hallamos que no se encuentran diferencias en la frecuencia de uso de los espacios verdes entre hombres y mujeres ni por zona de residencia, pero sí por la edad: los utilizan más las personas de 15 y 29 años y las de 30 a 44 años y, en menor medida, las de 45 a 64 años. Respecto del nivel de estudios, quienes tienen estudios universitarios y secundarios obtienen OR significativamente más elevadas que quienes tienen estudios elementales (TABLA III).

En cuanto a la satisfacción con los espacios verdes, opinión que refiere positivamente algo más del 80% de las personas encuestadas, hallamos que es mayor en el grupo de edad más joven y en las personas que viven en los distritos del grupo de mayor desarrollo. Por último, en relación con la pregunta de si el número de espacios verdes les parece adecuado, aproximadamente una de cada tres personas encuestadas considera que son insuficientes (37,5%) y dos de cada tres (62,3%) que el número es adecuado, con porcentajes ligeramente más elevados en el grupo de edad de 65 y más años y en el grupo de distrito de desarrollo medio/bajo (TABLA III).

En el gráfico 87, se puede ver la utilización de los parques y jardines en cada uno de los distritos municipales agrupados de mayor a menor utilización.

Gráfico 87. Distribución de personas encuestadas que hacen uso de espacios verdes según distrito de residencia, 2016



Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

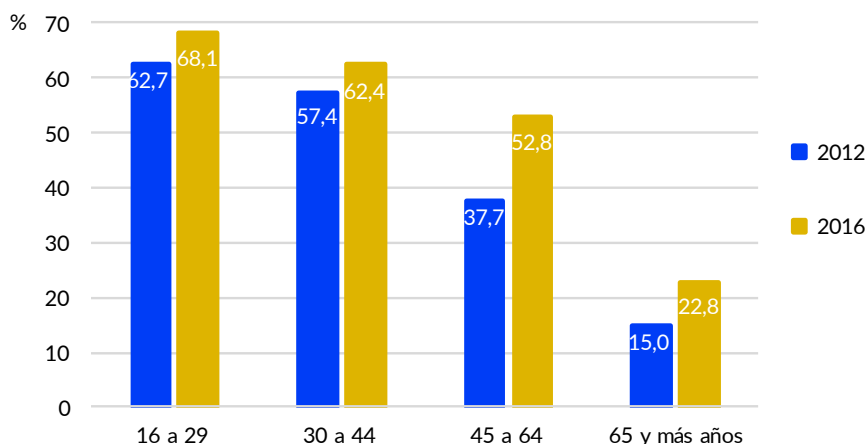
Utilización de instalaciones deportivas

Respecto al uso de instalaciones deportivas municipales por parte de la ciudadanía, según la aludida Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid de 2016³, se observa que el 50,9% utiliza las instalaciones deportivas municipales, lo que supone un aumento significativo respecto de los datos obtenidos en 2012 (43,2%). Esta tendencia al alza se evidencia en todos los grupos de edad, sobre todo en mayores de 45 años. Quienes más las utilizan son las personas entre 16 y 44 años (gráfico 88 y TABLA IV).

[Volver a índice](#)



Gráfico 88. Distribución de personas encuestadas que hacen uso de instalaciones deportivas para cada grupo de edad, 2012 y 2016



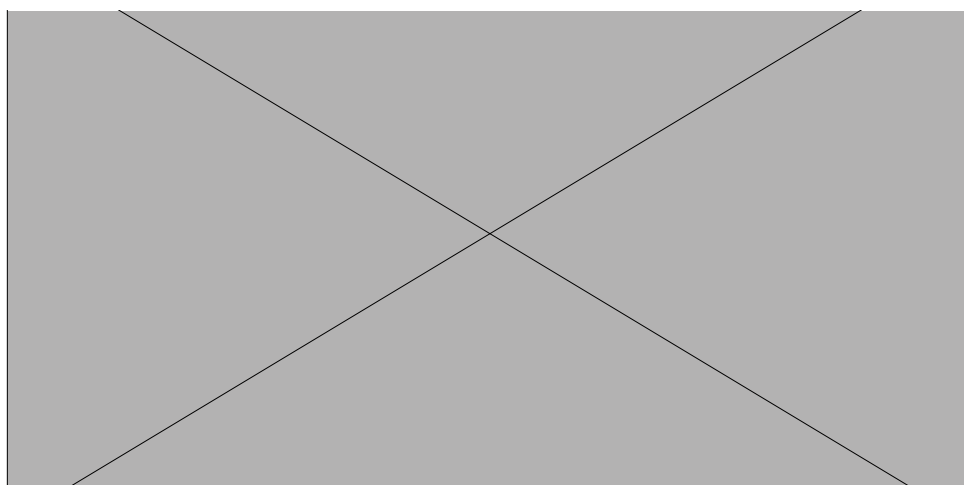
Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

Respecto al número de instalaciones deportivas municipales existentes, el 39% considera que son insuficientes y el 60,9% que hay un número adecuado. El 84,9% de las personas se muestran satisfechas con dichas instalaciones.

Si se observa la TABLA IV, concluiremos que los hombres usan más esas instalaciones, la utilización mantiene una relación de gradiente inverso con la edad y es más frecuente que lo hagan los universitarios, pero no encontramos diferencias constatables según zona de residencia de la ciudad por desarrollo. En el análisis multivariante encontramos que la variable más explicativa de la utilización es la edad (los jóvenes sobre los mayores) y el nivel de estudios (los de estudios superiores sobre los de nivel elemental). Por otro lado, es más frecuente la opinión de que el número de instalaciones deportivas es adecuado en los jóvenes, en quienes tienen estudios elementales y en los que viven en los distritos de la ciudad menos desarrollados, dibujando, de esta forma, una fotografía que se adapta bien a la desigualdad social. Por lo demás, y como se dijo, la satisfacción con estas instalaciones es alta, y esta percepción es bastante transversal en toda la población.

En el gráfico 89, se puede ver la frecuencia de personas encuestadas que utilizan las instalaciones deportivas municipales en cada uno de los distritos de la ciudad.

Gráfico 89. Frecuencia de personas encuestadas que utilizan las instalaciones deportivas municipales según distritos de residencia, 2016



Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

Participación en el barrio

Se ha incluido una pregunta en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 para valorar la participación de las personas en actividades que se desarrollan en su barrio: *¿Con qué frecuencia Vd. participa en las actividades que se organizan en su barrio?* El 28,1% de las personas encuestadas participa en ellas (a veces, casi siempre y siempre), frente al 71,9% que no lo hace nunca o casi nunca.

Con el análisis multivariante por algunas variables sociodemográficas, observamos que la participación obtiene mayores OR en las personas con edad entre 30 y 44 años en relación con las mayores, las que residen en distritos que no pertenecen al grupo de mayor desarrollo, así como en las que tienen estudios universitarios sobre quienes los tienen elementales. El sexo y la clase social no resultaron explicativos de la participación en este modelo ajustado (tabla 36).

Tabla 36. Distribución de frecuencias de participación en el barrio, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Participación en el barrio: participa a veces, casi siempre y siempre		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.845	2.483	28,1		
Sexo	Mujer	4.790	1.349	28,2	1	
	Hombre	4.055	1.134	28,0	1,0	0,9-1,1
Edad	15 a 29	1.539	367	23,8	0,9	0,8-1,1
	30 a 44	2.383	836	35,1	1,6 *	1,4-1,9
	45 a 64	2.822	786	27,9	1,2	1,0-1,4
	65 y más años	2.101	495	23,6	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	223	23,4	1	
	Secundarios	4.187	1.160	27,7	1,2	1,0-1,4
	Universitarios	3.707	1.101	29,7	1,3 *	1,0-1,6
Clase social	Desfavorecida	3.130	855	27,3	1	
	Media	2.109	601	28,5	1,0	0,9-1,2
	Favorecida	3.413	975	28,6	1,0	0,9-1,2
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	595	28,8	1,5 *	1,2-1,7
	Desarrollo medio-bajo	2.851	811	28,4	1,4 *	1,2-1,6
	Desarrollo medio-alto	2.065	651	31,5	1,6 *	1,4-1,8
	Mayor desarrollo	1.862	426	22,9	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Respecto a la frecuencia en la utilización de recursos públicos del barrio, a partir del análisis de la pregunta de la ESCM'17 *¿Con qué frecuencia Vd. utiliza los recursos públicos de su barrio (centro deportivo, centro cultural, centro social, parques y jardines)?*, obtenemos que el 69,5% de las personas encuestadas los utiliza (a veces, casi siempre y siempre) frente al 30,5% que no los utiliza nunca o casi nunca (gráfico 90).

[Volver a índice](#)



Gráfico 90. Frecuencia de personas que utilizan recursos públicos del barrio, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Aunque la utilización de estos recursos es bastante transversal en los grupos de población que definen las variables de características sociales, demográficas y residenciales que utilizamos en este estudio, se puede destacar que los utilizan más las personas jóvenes que las mayores, quienes tienen educación por encima de elemental y son de clase ocupacional media o alta. No se observan muchas diferencias por zona residencial, aunque en los distritos más desarrollados la frecuencia es más baja. En el análisis multivariante obtenemos un modelo ajustado entre todas esas variables independientes en el que destaca la OR que obtienen las personas menores de 45 años sobre la población mayor (tabla 37).

Tabla 37. Distribución de frecuencias de utilización de recursos públicos, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Utilización de recursos públicos (centro deportivo, cultural, social, parques y jardines): a veces, casi siempre y siempre		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.845	6.146	69,5		
Sexo	Mujer	4.790	3.262	68,1	1	
	Hombre	4.055	2.884	71,1	1,1	1,0-1,2
Edad	15 a 29	1.539	1.151	74,8	1,7 *	1,5-2,0
	30 a 44	2.383	1.815	76,2	1,9 *	1,6-2,1
	45 a 64	2.822	1.917	67,9	1,3 *	1,1-1,4
	65 y más años	2.101	1.263	60,1	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	532	55,9	1	
	Secundarios	4.187	2.917	71,0	1,5 *	1,3-1,8
	Universitarios	3.707	2.643	71,3	1,4 *	1,2-1,7
Clase social	Desfavorecida	3.130	2.082	66,5	1	
	Media	2.109	1.495	70,9	1,2	1,1-1,4
	Favorecida	3.413	2.442	71,5	1,2	1,0-1,4
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	1.437	69,5	1,2 *	1,1-1,4
	Desarrollo medio-bajo	2.851	2.005	70,3	1,2 *	1,1-1,4
	Desarrollo medio-alto	2.065	1.451	70,3	1,1	1,0-1,3
	Mayor desarrollo	1.862	1.253	67,3	1	

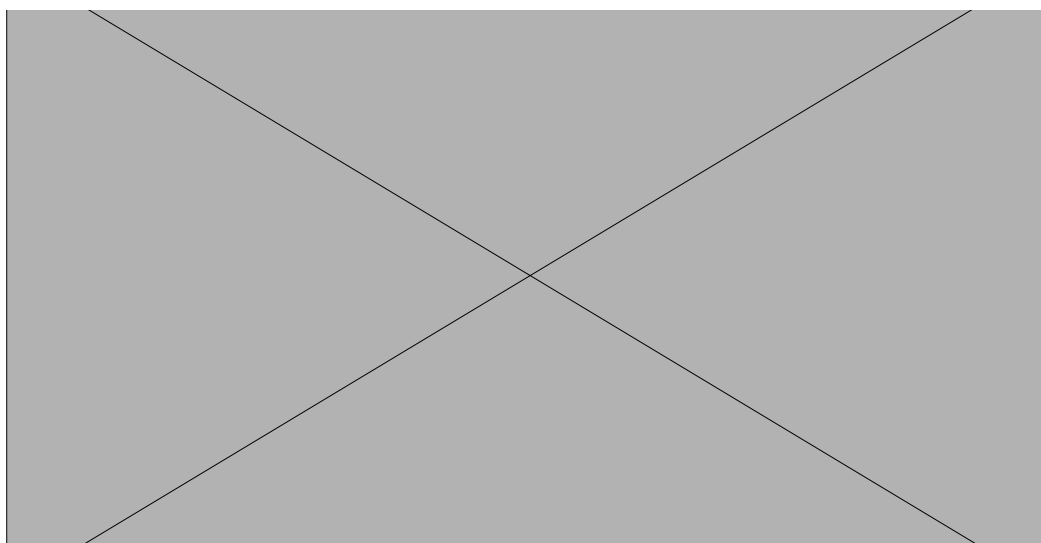
(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

[Volver a índice](#)

Satisfacción con vivir en el barrio y la ciudad

Para conocer la satisfacción de vivir en el barrio y en la ciudad, se han utilizado los datos de la Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016³, en la que se pregunta lo siguiente: *¿Diría usted que está muy satisfecho, bastante, poco o nada satisfecho de vivir en (barrio o ciudad)?* El 87% de las personas encuestadas manifiesta estar muy o bastante satisfecho de vivir en la ciudad y el 81,7% está muy o bastante satisfecho de vivir en su barrio; comparando estos resultados con los obtenidos en 2012, no se observan diferencias significativas con la satisfacción de vivir en su barrio, pero sí con la de vivir en Madrid, que ha aumentado del 81,5% en 2012 al 87,0% en 2016 (gráfico 91).

Gráfico 91. Frecuencia de personas encuestadas que manifestaron satisfacción de vivir en el barrio o en la ciudad (IC 95%), según encuestas de 2012 y 2016



Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

La satisfacción de la ciudadanía con vivir en Madrid o en el barrio en el que residen, se ha analizado según las variables sexo, edad, nivel de estudios y grupo de distrito, a partir de un modelo multivariante ajustado por todas ellas. Podemos observar que la OR relativa a la satisfacción por vivir en Madrid es máxima en el grupo de menor edad y va descendiendo a medida que esta aumenta, no observándose capacidad predictiva en el resto de las variables independientes de la regresión multivariante, excepto para el sexo (OR de las mujeres un 30% superior). En cuanto a la satisfacción de vivir en el barrio, las OR crecen a medida que aumenta el nivel de desarrollo de los distritos en relación con el de menor desarrollo (TABLA VII).

Sentimiento de discriminación

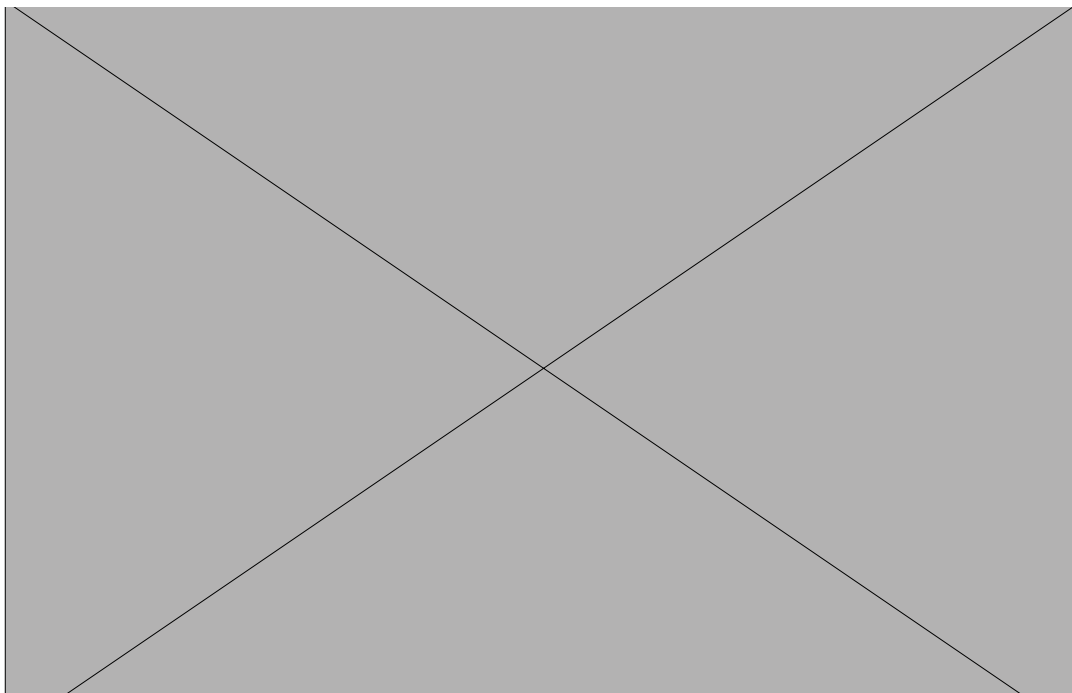
En la ESCM'17 se ha incluido una pregunta para valorar el sentimiento de discriminación entre las personas residentes en la ciudad. *¿En algún momento de su vida se ha sentido discriminado/a, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o le han hecho sentirse inferior por alguna de las siguientes causas?* Era una pregunta de respuesta múltiple en la que se ofrecían varias opciones (por su sexo, edad, etnia, etc.).

Considerando la primera opción, el 27% de las personas encuestadas refiere haberse sentido discriminadas en alguna ocasión. El principal motivo fue por el sexo, así lo afirma el 9,8% de las personas entrevistadas (16,4% mujeres y 1,6% hombres), es decir que la frecuencia del sentimiento de discriminación relacionado con el sexo es diez veces mayor en las mujeres que en los hombres; en el resto de motivos o bien los hombres presentan una frecuencia ligeramente superior o se encuentran igualados con las mujeres. En el gráfico 92 se muestran los resultados obtenidos relativos al sentimiento de discriminación.

[Volver a índice](#)



Gráfico 92. Prevalencia de personas encuestadas que se sintieron discriminadas según motivo de discriminación elegido como primera opción, por sexo (por 100)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por último, se ha encontrado que no existen diferencias significativas respecto al sentimiento de discriminación entre las personas encuestadas según el nivel de desarrollo del distrito de residencia.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

La Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) señala que la seguridad alimentaria se da cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales y preferencias alimentarias, y así poder llevar una vida activa saludable.

Calidad de los alimentos

En este capítulo, cuando se describen contenidos de seguridad alimentaria o calidad de los alimentos se hace referencia a sus condiciones higiénico-sanitarias, a diferencia de lo que ocurre en otros análisis de este trabajo en que se aborda la dificultad de acceso a ellos por motivos económicos (IAEA).

En materia de control oficial de alimentos, el Plan de Inspecciones y Actividades Programadas de Madrid Salud (PIAP)¹⁰³ cumple con los reglamentos europeos establecidos, e incluye objetivos y actuaciones en prevención y control de riesgos en los sectores de restauración colectiva, comercios minoristas de alimentación y establecimientos del sector del comercio mayorista de la alimentación de la Unidad Alimentaria de Mercamadrid; control de las condiciones técnicas e higiénicas de los vehículos de transporte de alimentos y productos alimentarios, así como de los productos transportados, y control de la información y composición alimentaria y sus posibles riesgos. Asimismo, se realiza control y atención de brotes y alertas alimentarias.

La actividad y resultados de Madrid Salud en materia de control de los alimentos se enmarcan en su línea estratégica “Mejorar la seguridad alimentaria en la ciudad” y se puede consultar en el apartado “Servicios sociosanitarios” de este estudio y en las memorias anuales¹⁰⁵.

[Volver a índice](#)

Cabe señalar que la serie de resultados de análisis de calidad de alimentos en la ciudad arrojan porcentajes elevados de muestras conforme a norma (en torno al 90%). Se tienen en cuenta riesgos biológicos, químicos, los vinculados a la composición y el contenido de alérgenos y sustancias que provocan intolerancias. Asimismo, el número de brotes de toxiinfección alimentaria se mantiene en niveles bajos (tasa 2018: 1,21/100.000 habitantes). En 2018 se produjeron 41 brotes alimentarios –el 65,8% en bares, cafeterías, restaurantes y similares– y 267 alertas alimentarias, 44% de origen animal y 37% vegetal.

En el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid que analiza datos de 2017¹⁰⁶ se indica que se registraron 131 brotes de origen alimentario en ese ámbito territorial, lo que supone una incidencia de 2,01 brotes por 100.000 habitantes, cifra superior a la correspondiente específicamente a la ciudad de Madrid.

Calidad del agua

Dentro del objetivo estratégico de mejora de la seguridad alimentaria en la ciudad, Madrid Salud realiza el control y vigilancia del agua de consumo. La calidad del agua del grifo en nuestra ciudad es elevada, siempre con altos porcentajes de resultados conforme a norma en las muestras analizadas (98,1% en 2018); la serie puede consultarse en el apartado “Servicios sociosanitarios” de este estudio, y en las memorias anuales¹⁰⁵.

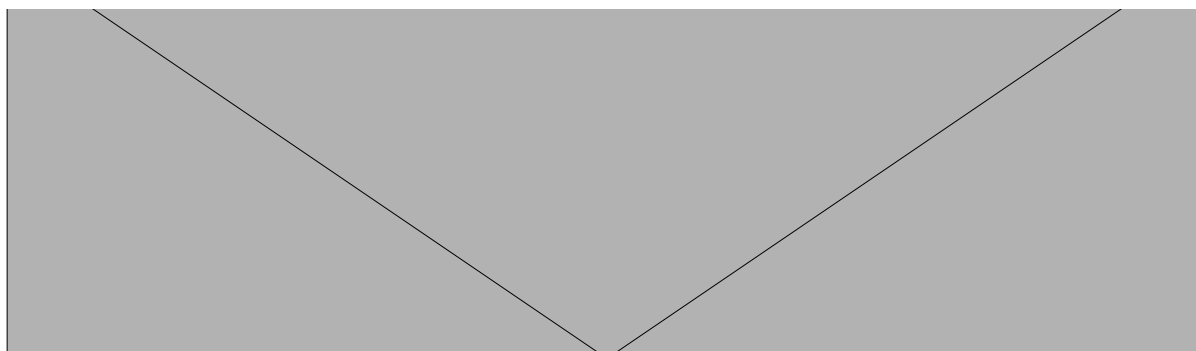
En el apartado sobre alimentación de este informe se ha incluido un pequeño análisis sobre los hábitos de la población madrileña en lo relativo al consumo de agua del grifo o embotellada. Aunque la mayoría de las personas entrevistadas beben agua del grifo de forma habitual, existe un porcentaje no despreciable (12,5%) que siempre o casi siempre bebe agua mineral embotellada.

Percepción de la seguridad alimentaria para la salud

Conocer la percepción de la ciudadanía respecto a la seguridad alimentaria en la ciudad, aporta valor añadido a los servicios municipales que velan por la garantía de las condiciones higiénico-sanitarias de los alimentos y el agua. En la ESCM´17 se ha preguntado, respecto a diversos tipos de establecimientos, *¿Cree que los alimentos/bebidas que puede adquirir/consumir en la ciudad son seguros para la salud?* En general, las personas encuestadas perciben los alimentos y bebidas como seguros.

En el gráfico siguiente se muestran los resultados obtenidos, considerando como positivas las percepciones calificadas con un 6 o superiores en una escala de 0 a 10 (gráfico 93).

Gráfico 93. Frecuencia de personas encuestadas con percepción de seguridad para la salud de los alimentos según establecimientos, 2017 (porcentaje de puntuación de 6 a 10)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.



Al analizar la percepción de seguridad alimentaria en los mercados municipales (28 en la ciudad) según variables sociodemográficas, se comprueba que el 89,5% de las personas encuestadas consideran que los alimentos adquiridos son seguros, no habiendo diferencias significativas por edad o sexo.

Tras el análisis multivariante, observamos que las variables explicativas de esta percepción positiva según las OR obtenidas en este estudio son: el nivel de estudios (las personas que han cursado estudios universitarios frente a quienes tienen estudios elementales), el desempleo (las personas que no se encuentran en situación de paro), la zona residencial (quienes viven en algún distrito del grupo de los de mayor desarrollo frente a los de menor desarrollo) y el estatus migratorio (las personas que no son inmigrantes por motivos económicos) (tabla 38).

Tabla 38. Distribución de frecuencias de seguridad alimentaria en los mercados municipales, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Seguridad Alimentaria mercados municipales (puntuación 6 a 10)		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		4.264	3.815	89,5		
Sexo	Mujer	2.278	2.028	89,0	1	
	Hombre	1.987	1.791	90,1	1,1	0,9-1,3
Edad	15 a 29	758	671	88,5	1	
	30 a 44	1.183	1.064	89,9	1,1	0,8-1,5
	45 a 64	1.357	1.216	89,6	1,1	0,9-1,5
	65 y más años	965	867	89,8	1,1	0,8-1,6
Nivel de estudios	Primarios o menos	327	272	83,2	1	
	Secundarios	2.233	1.954	87,5	1,4	1,0-2,0
	Universitarios	1.705	1.593	93,4	2,2*	1,4-3,4
Clase social	Desfavorecida	1.585	1.361	85,9	1	
	Media	967	872	90,2	1,1	1,0-1,5
	Favorecida	1.633	1.517	92,9	1,2	0,9-1,7
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.004	866	86,3	1	
	Desarrollo medio-bajo	1.383	1.228	88,8	1,1	0,9-1,5
	Desarrollo medio-alto	984	894	90,9	1,3	0,9-1,7
	Mayor desarrollo	894	831	93,0	1,5*	1,1-2,1
Inmigrante económico	Si	720	607	84,3	1	
	No	3.212	3.544	90,6	1,5*	1,1-1,9
Inseguridad alimentaria	Si	591	503	85,1	1	
	No	3.673	3.316	90,3	1,1	0,6-1,9
Situación laboral	Desempleado	439	372	84,7	1	
	Empleado	3.825	3.447	90,1	1,4*	1,1-1,9

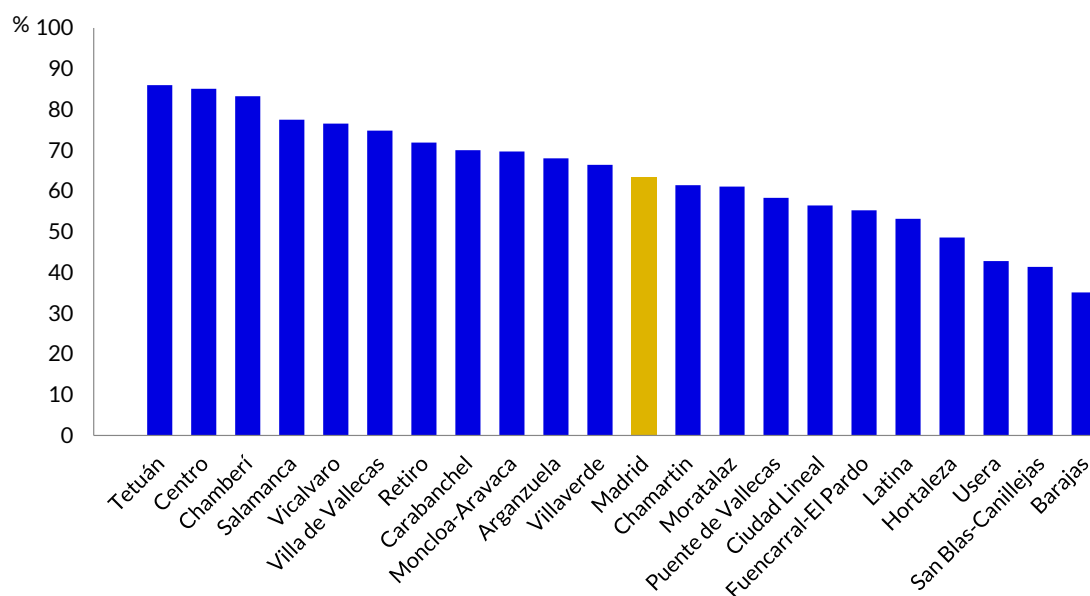
(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

La valoración media de la satisfacción ciudadana con los mercados municipales en la Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos en la Ciudad de Madrid 2016 del Ayuntamiento de Madrid⁹ es de 7,7, similar a la recogida sobre la seguridad de los alimentos y con idéntica mediana (8 puntos).

En esa encuesta, el 73,7% de las personas consultadas puntúan entre 6 y 10 su satisfacción con los mercados (escala de 0 a 10), y los utiliza el 63,5%. Según se observa en el [gráfico 94](#), los utilizan más quienes residen en los distritos de Tetuán, Centro y Chamberí (83% o más); Barajas, San Blas y Usera son los distritos cuyos residentes menos los utilizan (menos de 43%). Los distritos de Barajas, San Blas, Hortaleza y Fuencarral no cuentan con mercados municipales.

Un 63,8% de las personas encuestadas indican que los mercados municipales existentes son suficientes, mientras que el 36% consideran que son insuficientes, únicamente el 0,3% creen que son excesivos.

Gráfico 94. Frecuencia de utilización de los mercados municipales según distritos, 2016



Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

CALIDAD DEL AIRE

De acuerdo con el contenido de la Memoria de Calidad del Aire Madrid 2018¹⁰⁷ elaborada por la Dirección General de Sostenibilidad y Control Ambiental, la calidad del aire en la ciudad de Madrid ha mejorado con respecto al año anterior en todos los contaminantes medidos en la red de vigilancia, aunque esta mejoría no ha sido suficiente para el cumplimiento de los valores límite establecidos para el dióxido de nitrógeno (NO₂) y el ozono, que como en años anteriores han sido superados. El número de estaciones con superación del valor límite anual de dióxido de nitrógeno ha experimentado un descenso importante pasando de 15 estaciones en 2017 a 7 en el 2018.

En cuanto al ozono troposférico, los niveles medios han sido similares al año anterior, los niveles del resto de contaminantes: partículas en suspensión –PM₁₀ y PM_{2,5}–, dióxido de azufre, monóxido de carbono, benceno, metales pesados y benzo(a)pireno, han sido inferiores a los valores límite u objetivo fijados para ellos por la legislación.

El mes de diciembre de 2018 ha destacado por continuados periodos de estabilidad, que han dado lugar a la activación del protocolo para episodios de contaminación por NO₂ en cuatro ocasiones. Durante el resto del año las condiciones de ventilación atmosférica han sido favorables para la adecuada dispersión de los contaminantes.

[Volver a índice](#)



RUIDO

Según la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido¹⁰⁸, la contaminación acústica se define como la presencia en el ambiente de ruidos o vibraciones, cualquiera que sea el emisor acústico que los origine, que impliquen molestia, riesgo o daño para las personas, para el desarrollo de sus actividades o para los bienes de cualquier naturaleza, o que causen efectos significativos sobre el medio ambiente.

El Ayuntamiento de Madrid aprobó una ordenanza dedicada exclusivamente al ruido en 1969, que se ha ido ajustando a los cambios y requerimientos. En 2011 se aprobó la vigente Ordenanza de Protección contra la Contaminación Acústica y Térmica (OPCAT)¹⁰⁹, que supone la adaptación de la norma local al actual marco jurídico estatal en materia de contaminación acústica, establecido por la Ley 37/2003 y por los reales decretos que la desarrollan.

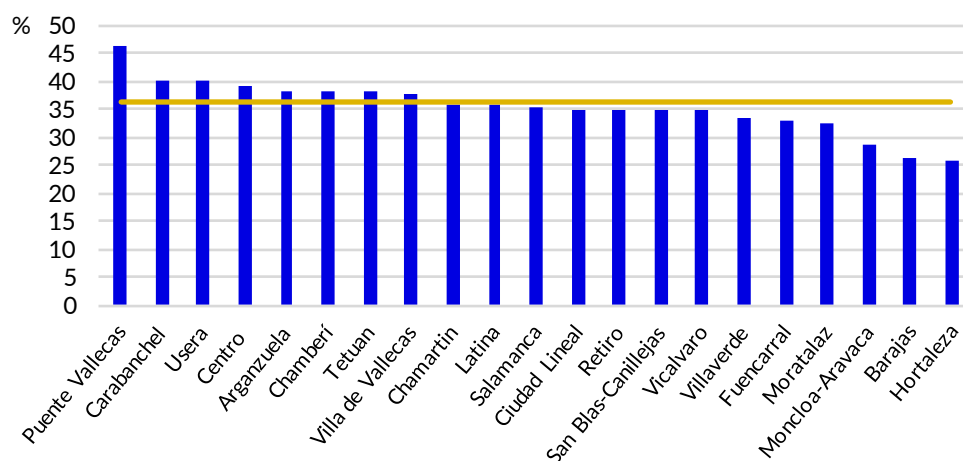
Existen pruebas suficientes en estudios epidemiológicos a gran escala que demuestran que la exposición al ruido ambiental tiene efectos adversos para la salud. Por lo tanto, el ruido debe considerarse no solo como una causa de molestia habitual, sino como motivo de preocupación para la salud pública y ambiental.

En la ESCM'17 se ha incluido la pregunta *¿Le molestan los ruidos ambientales que se oyen desde su vivienda?* Al 36% de las personas encuestadas les molestan los ruidos que oye desde su vivienda y el 60% de estas personas piensa que repercuten negativamente en su salud.

En cuanto a la molestia por ruidos, no existen diferencias significativas por sexo. Por edad existe una mayor sensación de molestia entre las personas de 45 a 64 años, con diferencia estadísticamente significativa respecto al resto de los grupos de edad; las personas encuestadas de clase social media refieren de forma significativa más molestias por ruido que las personas de clase social más alta.

Distribuidas las molestias de ruido por distrito, existen diferencias significativas entre los cuatro distritos que ocupan los lugares extremos de la distribución, tal como aparece en el [gráfico 95](#).

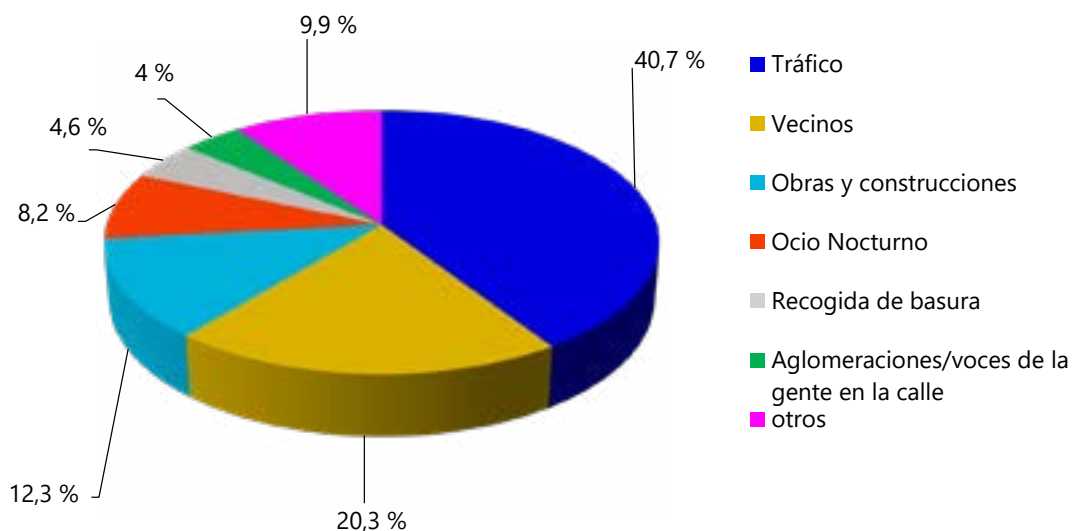
Gráfico 95. Frecuencia de personas que reconocen molestias por ruido según distrito y media de la ciudad, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Respecto a las causas que producen molestias por ruido son por orden de frecuencia: el tráfico, los vecinos, las obras y contrucciones, el ocio nocturno, la recogida de basuras y las aglomeraciones y voces de la gente en la calle, que justifican el 90% de las molestias ([gráfico 96](#)).

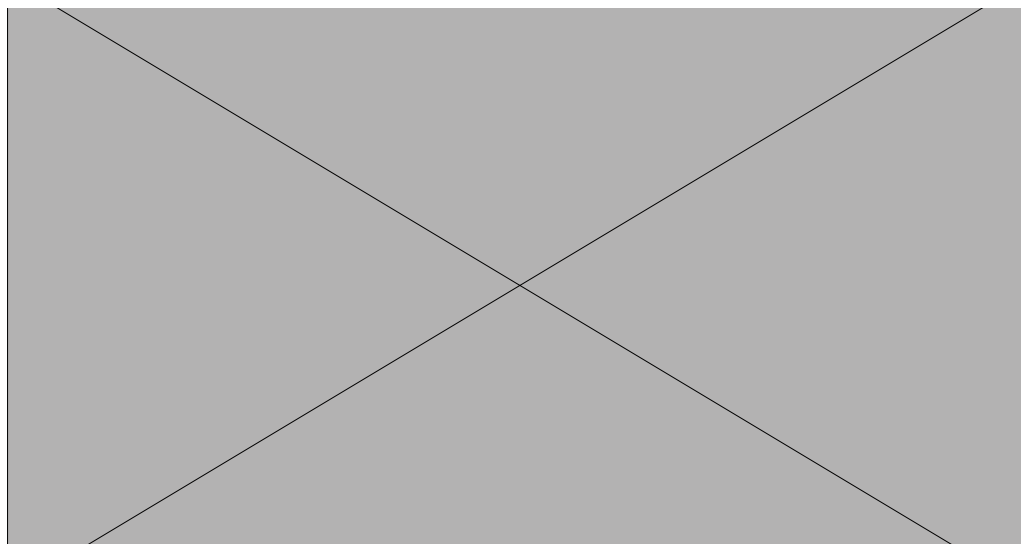
Gráfico 96. Distribución de los motivos de molestia por ruido en las personas encuestadas que reconocieron sufrirlos, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Analizadas estas molestias por distrito, se constata que en general se distribuyen de manera significativamente homogénea, salvo las obras y construcciones y el ocio nocturno. En el primer caso existen diferencias entre los distritos de mayor desarrollo respecto a los de menor desarrollo (gráfico 97).

Gráfico 97. Frecuencia de personas encuestadas que reconocen molestias por el ruido de obras y construcciones según distrito, 2017 (IC 95%)

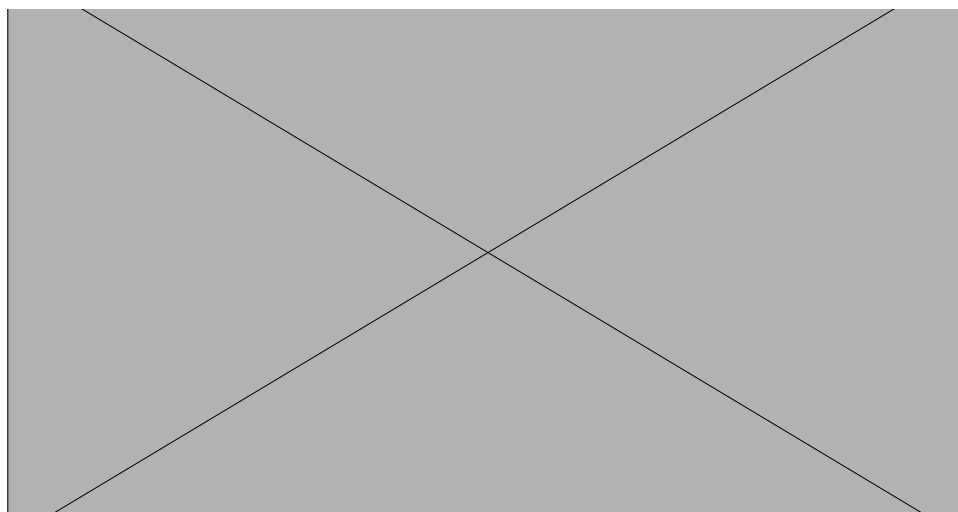


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Respecto al ruido por actividades de ocio nocturno, el distrito Centro mantiene un mayor porcentaje de residentes que refieren esta molestia, con diferencia claramente significativa respecto al resto de distritos (gráfico 98).



Gráfico 98. Frecuencia de personas encuestadas que reconocen molestias por el ruido causado por el ocio nocturno según distrito, 2017 (IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

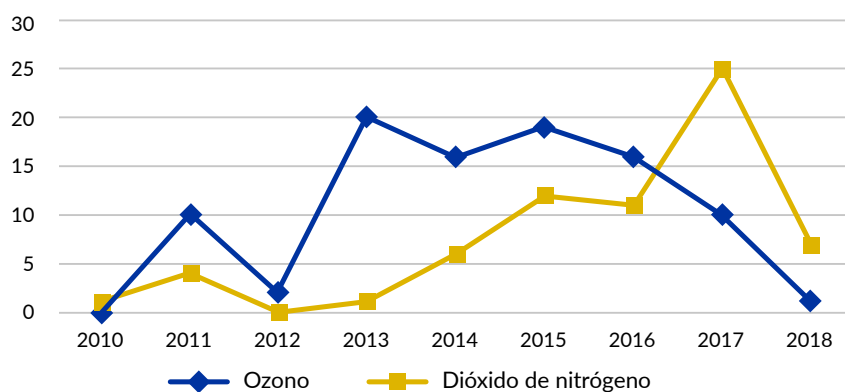
OTROS FACTORES AMBIENTALES QUE INCIDEN EN LA SALUD

Madrid Salud, en el ejercicio de las competencias municipales en materia de salud pública para la promoción de entornos urbanos saludables, en el marco de su línea estratégica núm. 2, pone en marcha las siguientes acciones de vigilancia de los efectos en salud de factores ambientales de riesgo:

Sistema de Vigilancia Sanitaria de Riesgos Ambientales (VISRAM). Contempla el seguimiento de indicadores sobre posibles efectos en salud derivados de la exposición a factores ambientales proponiendo, en su caso, medidas adecuadas para minimizar estos efectos. Este sistema dispone de 61 indicadores¹¹.

Sistema de Alertas en Salud Ambiental (SASA). Al efecto de informar a la población de riesgos ambientales con efectos en salud, en 2011 se implantó el SASA mediante el que se difunden recomendaciones sanitarias en episodios de superación de los umbrales de contaminantes en la atmósfera o de temperaturas extremas (gráficos 99 y 100).

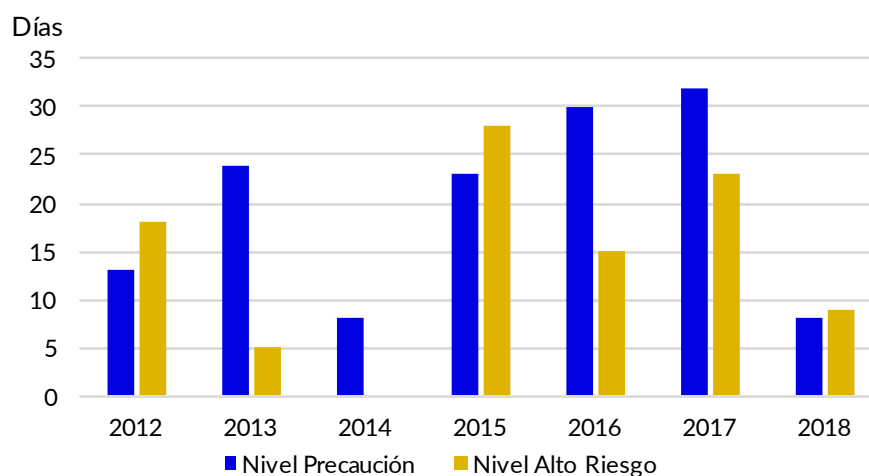
Gráfico 99. Número de días que permanece activado el SASA por episodios de contaminación atmosférica, 2010-2018



Fuente: Memoria anual de Madrid Salud 2018.

[Volver a índice](#)

Gráfico 100. Número de días que permanece activado el SASA por episodios de altas temperaturas según tipo, 2012-2018



Fuente: Memoria anual de Madrid Salud 2018.

Establecimientos y actividades de posible riesgo para la salud

A Madrid Salud le compete la vigilancia y control de aquellas actividades que pueden suponer un riesgo para la salud de la ciudadanía. En el marco del Plan de Inspecciones y Actividades Programadas (PIAP)¹⁰³ antes señalado se diseñan y evalúan programas de control en los siguientes tipos de establecimientos con incidencia en la salud.

- **Estética.** Establecimientos donde se realizan prácticas de adorno corporal (tatuaje, anillado y micropigmentación), centros de bronceado, peluquerías, institutos de belleza, centros de estética, centros de fotodepilación y gimnasios.
- **Centros infantiles.** Centros de recreo, de cuidado y escuelas infantiles.
- **Aguas recreativas.** Piscinas, spas y balnearios urbanos.

El indicador de actividad puede consultarse en el apartado “Servicios sociosanitarios” de este estudio.

Condiciones higiénico-sanitarias y de habitabilidad de las viviendas

Madrid Salud realiza, a demanda de la ciudadanía el análisis y valoración de las condiciones higiénico-sanitarias y de habitabilidad de las viviendas. Este servicio puede ser solicitado por cualquier persona empadronada en el municipio de Madrid que precise un informe de habitabilidad para poder optar a una vivienda de protección oficial o por otra causa justificada.

Se inspecciona la vivienda, previa notificación a quien lo solicita, para comprobar las condiciones de salubridad y habitabilidad de la misma y se remite el correspondiente informe. En el periodo 2011 a 2018 se solicitaron 5.085 informes de habitabilidad.

Insalubridad de bienes inmuebles y entorno urbano

Madrid Salud da respuesta a las solicitudes de particulares o de otras instancias (comunidades de vecinos, Servicios Sociales, Policía Municipal, Bomberos, etc.) que denuncien una situación de insalubridad en viviendas o locales del municipio de Madrid.

[Volver a índice](#)



Tras la solicitud, se realiza la inspección, que evalúa la necesidad de saneamiento y, en su caso, el inicio del procedimiento para la limpieza y saneamiento. Si procede, estas labores se coordinan con la retirada de basuras y enseres almacenados, desalojo de animales y posterior desinfección, desinsectación y desratización. Asimismo, se comunica a otras instancias municipales y no municipales la necesidad de atención sociosanitaria a las personas afectadas, realizando seguimiento en colaboración con los Servicios Sociales del distrito. En 2018 se han recibido 403 solicitudes de las que el 93% corresponde a insalubridad en viviendas y el resto a insalubridad por ocupaciones ilegales o asentamientos urbanos

El estudio “Características sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora o trastorno por acumulación (síndrome de Diógenes) en la ciudad de Madrid”¹¹⁰ analiza los casos atendidos por Madrid Salud en el periodo 2009-2012. De las 1.147 solicitudes, el 25,8% se considera como acumulación patológica. La edad media de las personas afectadas por este trastorno es de 65 años (el 47,1% tiene más de 65 años), siendo la edad media de las mujeres mayor que la de los hombres (67,4 y 62,8 años respectivamente); se identifican más hombres (55,7%) que mujeres (44,3%). Tienen nacionalidad española 9 de cada 10 personas afectadas. En mayores de 65 años acumulan más las mujeres; tanto en hombres como en mujeres la conducta acumuladora se incrementa con la edad. Casi la mitad viven solos/as (44,7%) y en aislamiento social el 10,9%; más de la mitad son pensionistas (65,1%) y el 86% carece de familia.

No demandan servicios sociales el 89,8%; solo demanda algún tipo de ayuda un 5,1%. Reconocen el problema el 16,9% y justifican la acumulación el 8,8%.

En 9 de cada 10 casos el lugar de acumulación de enseres y/o basura es un piso o apartamento, ocupando toda la vivienda el 68,1% de las veces. Algo más de la mitad acumula enseres y basura inorgánica. En el 18% de los casos hay presencia de animales (perro, gato, ave), la mayoría se encuentra en malas condiciones higiénico-sanitarias (58,5%), y existe presencia de artrópodos y/o roedores en el 25,4% de los casos.

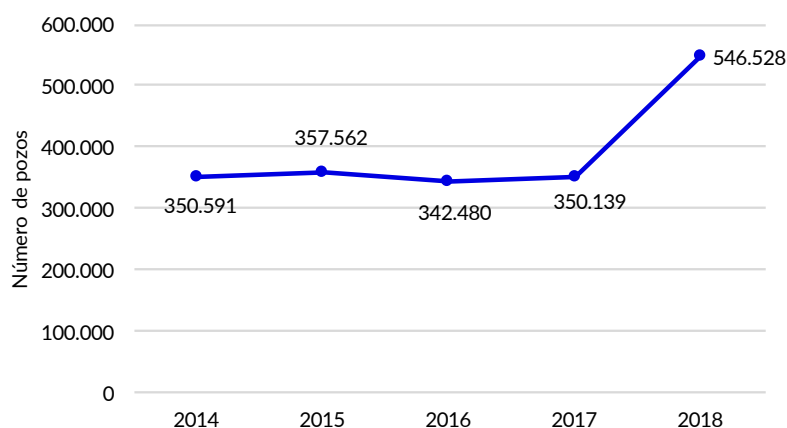
Control de vectores y plagas

A Madrid Salud le compete la vigilancia, prevención y control de plagas y vectores en la ciudad. Estas actuaciones se realizan en base a programas de salud pública planificados y con intervenciones puntuales consecuencia de avisos o notificación de incidencias por la ciudadanía, Policía Municipal, etc. Este servicio especializado aborda las siguientes actuaciones:

- **Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos**

Tratamientos planificados, revisión y tratamiento insecticida y rodenticida de los pozos de alcantarillado de titularidad municipal (FIGURA I y gráfico 101).

Gráfico 101. Pozos de alcantarillado revisados/tratados, 2014-2018



Fuente: Memoria anual de Madrid Salud 2018.

▪ Gestión de avisos o incidencias comunicadas en 2018

El número de avisos por presencia de **ratas** (*Rattus norvegicus*) han sido 2.216, lo que supone una reducción del 34% respecto a 2017 (FIGURA II).

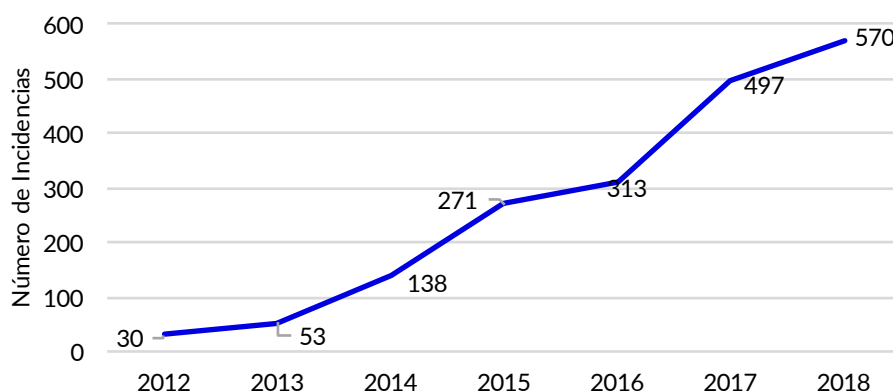
Además, se han detectado y tratado un total de 321 focos de **madrigueras de múridos** (309 de ratas y 12 de ratones), lo que supone una reducción del 23% respecto al año 2017, cuando se trataron 418 focos.

Los avisos comunicados en vía pública por **cucarachas de alcantarillado** (*Blatta orientalis* y/o *Periplaneta americana*) fueron 1.782, disminuyendo un año más de manera considerable respecto a años previos (FIGURA III).

Se han gestionado 560 intervenciones sobre control de **avispa** (*Vespula spp/otras spp*), lo que supone un incremento del 60% respecto a 2017 (FIGURA IV).

Se han realizado 570 actuaciones de prevención y control de infestaciones por **chinchas de cama** (*Cimex lectularius*) en viviendas y otros lugares de residencia, incrementándose progresivamente respecto a años anteriores (un 14% respecto a 2017). En el **gráfico 102** se muestran las incidencias atendidas desde 2012, como se puede observar se trata de un tema que está cobrando cada vez más importancia en la ciudad.

Gráfico 102. **Chinchas de cama. Número de incidencias, 2012-2018**



Fuente: Memoria anual Madrid Salud 2018.

También se realiza la prevención y control de poblaciones de **paloma bravía** (*Columba livia*); en 2018 se han gestionado 302 incidencias comunicadas por la ciudadanía, lo que supone una reducción del 27% respecto al año anterior (FIGURA V).

ANIMALES EN LA CIUDAD

Madrid Salud tiene la misión de prevenir y controlar la aparición de problemas para la salud y seguridad derivados de la presencia de animales, así como de atender a su sanidad y bienestar. Para ello, realiza actuaciones con los siguientes objetivos, todo ello en el marco de su línea estratégica 3:

Fomentar la protección y bienestar de los animales en la ciudad.

Mejorar la sostenibilidad en relación con la presencia de animales en la ciudad.

La entrada en vigor en febrero de 2017 de la Ley 4/2016, de 22 de julio, de Protección de los Animales de Compañía de la Comunidad de Madrid, ha conllevado la puesta en marcha de nuevas estrategias de actuación, entre las que destaca el impulso de la gestión de las poblaciones de gatos

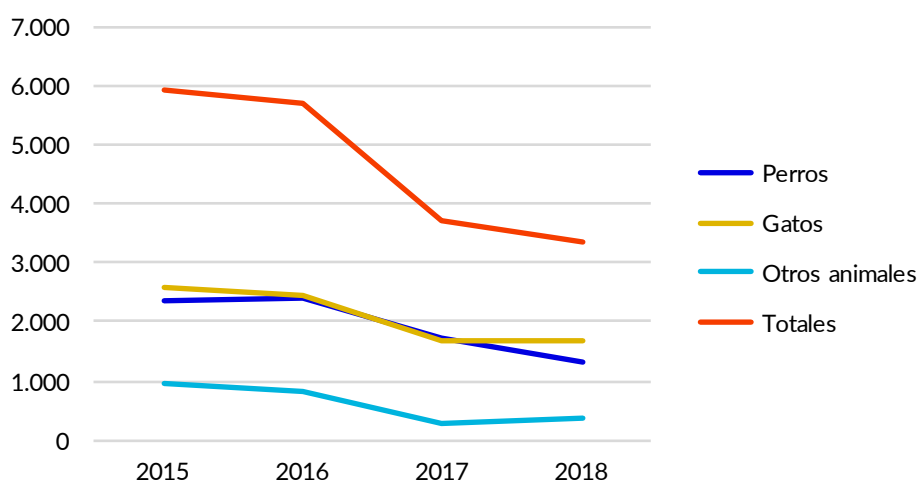


urbanos a través de la creación de colonias felinas controladas, y la modificación de los protocolos de ingreso de animales. Asimismo, recientemente ha entrado en vigor la modificación de la Ordenanza Reguladora de la Tenencia y Protección de los Animales 2019¹¹¹.

El Plan Anual de Inspecciones y Actividades Programadas (PIAP)¹⁰³ antes señalado, recoge, entre otras, las actividades concernientes a la salud y la protección animal

Desde su puesta en marcha en 2014, el Grupo de Trabajo Abandono Cero profundiza en el conocimiento y define las líneas de actuación en relación con el problema generado por el abandono de animales de compañía. Como se puede ver en el gráfico, a partir de 2017 y debido al cambio legislativo mencionado, se ha producido una disminución en el número de ingresos en el Centro de Protección Animal municipal (CPA), pues su nivel de ocupación está prácticamente al 100% (gráfico 103).

Gráfico 103. Número de ingresos de animales en el Centro de Protección Animal (CPA), 2015-2018



Fuente: Memoria anual Madrid Salud 2018.

Una herramienta puesta a disposición de la ciudadanía para facilitar la adopción de los animales del CPA es la web de adopción de animales por Internet, ubicada en los portales www.madrid.es y www.madridsalud.es.

Se dispone de un servicio de urgencias activo las 24 horas del día, **Servicio Veterinario Municipal de Urgencias (SEVEMUR)**, a través del cual se presta atención de forma urgente a animales heridos, accidentados, abandonados o extraviados, que se encuentran en la vía pública.

En 2016 se puso en marcha el **Plan de Colonias Felinas**, procedimiento de colaboración para la gestión de colonias controladas de gatos urbanos, basado en el denominado método CES (Capturar-Esterilizar-Soltar). Los datos más relevantes figuran en la **tabla 39**.

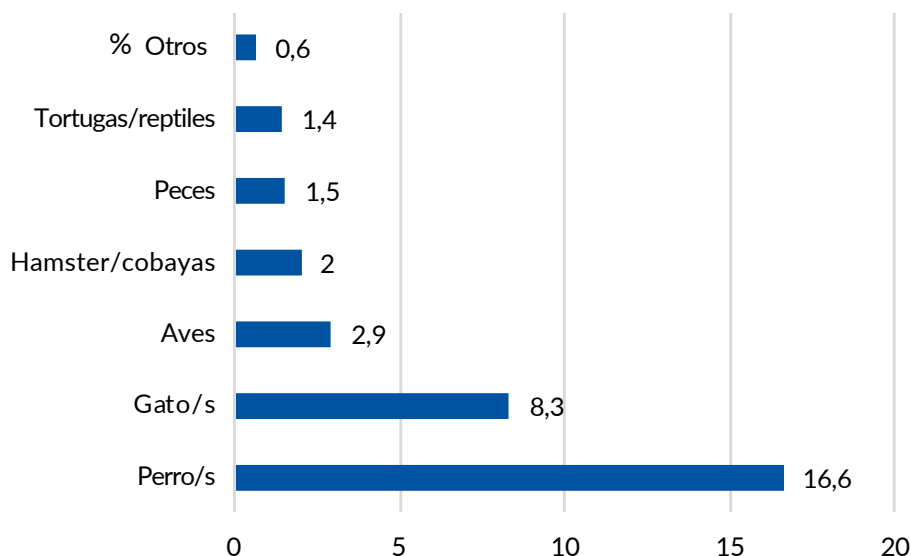
Tabla 39. Gestión de colonias felinas 2016-2018

Actuación	2016	2017	2018
Solicitudes de registro de colonias felinas	390	556	374
Colonias felinas registradas	288	485	353
Carnets de colaborador/a entregados	98	435	96
Gatos esterilizados para colonias controladas	327	811	887

Fuente: Memoria anual Madrid Salud 2018.

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 se ha preguntado si las personas encuestadas tienen actualmente en su vivienda algún animal de compañía. Según los resultados, el 28,8% de las personas encuestadas tienen al menos un animal de compañía, (el 3,6% tienen dos animales y el 0,7% tres). En el [gráfico 104](#) se observa que la mascota con presencia más frecuente en el hogar son perros (16,6%) y en segundo lugar gatos (8,3%).

Gráfico 104. Frecuencia de personas encuestadas que conviven con animales de compañía según tipo de mascota, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Entre las personas que tienen perro, no se observan diferencias significativas por clase social o nivel de desarrollo del distrito. La tenencia de perro como animal de compañía tampoco parece estar asociada a la existencia de menores en el hogar, pero sí con el número de personas en el hogar; a medida que aumenta parece que se incrementa la probabilidad de tener perro, sin embargo, estas diferencias no son significativas salvo para los hogares con 5 o más personas.

Entre las personas que tienen gato y el resto de la ciudadanía, no se aprecian diferencias significativas por clase social pero sí por nivel de desarrollo del distrito de residencia, pues en los distritos con un nivel de desarrollo alto, el hecho de tener gato es significativamente menos frecuente. También es menos frecuente en los hogares unipersonales. No se aprecian diferencias en relación con el número de personas en el hogar ni con la existencia o no de menores en el mismo.

La tenencia de mascotas no se analiza en relación con otras variables como sexo, edad o nivel de estudios, puesto que la pregunta solo permite asociar la mascota con la vivienda y no necesariamente con la persona que realiza la entrevista.

2.5. SERVICIOS SOCIOSANITARIOS EN LA CIUDAD

MADRID SALUD

El Organismo Autónomo (OA) Madrid Salud se encuentra adscrito al Área de Gobierno de Portavoz, Seguridad y Emergencias del Ayuntamiento de Madrid.

Madrid Salud tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de salud pública, drogodependencias y otros trastornos adictivos dentro del término municipal de Madrid. Asimismo, le compete la prevención de riesgos laborales en el Ayuntamiento de Madrid y sus Organismos Autónomos.

La salud pública engloba las actuaciones municipales referentes a promoción de la salud, prevención de enfermedades, calidad y seguridad alimentaria, salud ambiental, control zoonosario, sanidad mortuoria, inspección sanitaria, evaluación de las actuaciones, así como la formación e investigación en estos ámbitos. En estas materias se establecen directrices, criterios y supervisión de las actividades de los distritos, incluida la auditoría de los servicios de inspección sanitaria de los mismos. Con respecto a drogodependencias y otros trastornos adictivos, integra las actuaciones municipales referentes a asistencia, prevención, reinserción y evaluación en el campo de las adicciones, así como formación e investigación en estos ámbitos.

Madrid Salud contaba a finales de 2018 con 1.155 personas en su plantilla y su presupuesto en ese año ascendió a 83.202.647 €.

Los servicios que presta Madrid Salud fueron declarados como esenciales y prioritarios para la ciudad de Madrid por el Pleno del Ayuntamiento del 31 de octubre de 2017.

Madrid Salud desarrolla sus competencias a través de 13 [líneas estratégicas](#) que se muestran en la [tabla 40](#) y cuenta con centros y servicios que podemos ver en la [tabla 41](#). A través de la web propia www.madridsalud.es facilita a la ciudadanía estar informada sobre aspectos relevantes para su salud^{105,112}.

Tabla 40. Líneas Estratégicas de Madrid Salud

Línea estratégica
LE 1. Mejorar la seguridad alimentaria en la ciudad.
LE 2. Prevenir los efectos en salud de los factores ambientales y promover entornos urbanos saludables.
LE 3. Actuar sobre las poblaciones de animales domésticos atendiendo a su sanidad y bienestar para minimizar su impacto en la salud pública.
LE 4. Supervisar, auditar y coordinar los Departamentos de Salud de los distritos.
LE 5. Desarrollar programas y servicios para la promoción de la salud de la población madrileña y de la salud comunitaria de sus barrios.
LE 6. Promover la prestación de cuidados en la vida cotidiana de los barrios.
LE 7. Ofertar a la ciudadanía de Madrid una intervención integral en materia de adicciones que permita establecer acciones eficaces en el continuo prevención/asistencia/reinserción, que minimicen el impacto negativo sobre la salud individual y la salud pública.
LE 8. Facilitar un entorno de seguridad y salud laboral.
LE 9. Gestionar el capítulo 1 del presupuesto y los recursos humanos aumentando la motivación de las personas.
LE 10. Mejorar de forma continua los servicios y potenciar el compromiso social y ambiental.
LE 11. Mejorar los procesos administrativos y optimizar el presupuesto.
LE 12. Potenciar la comunicación.
LE 13. Colaborar con organizaciones municipales o externas en el ámbito de la salud.

Fuente: Plan Estratégico de Madrid Salud 2015-2019.

Tabla 41. Centros y servicios de Madrid Salud

CENTROS MADRID SALUD	
LE 5: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SALUD	
Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc)^(D)	16 centros comunitarios especializados en la promoción de la salud.
Centro MS Internacional^(M)	Vacunación a personas que planifican un viaje a zonas tropicales.
Centro MS Joven^(M)	Dirigida adolescentes y jóvenes menores 21 años (sobre consejo VIH 24 años) y a mediadores y mediadoras sociales.
Centro de Diagnóstico Médico^(M)	Especialidades médicas y diagnóstico por imagen (medicina interna, endocrino, mamografía).
Centro de Salud Bucodental^(M)	Atención bucodental a menores entre los 4 y 14 años.
Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo^(M)	Evaluación neuropsicológica, psiquiátrica. Educación para la salud. Asesoramiento de usuarios y usuarias, familiares y entidades. Estimulación cognitiva con ordenador.
Centro de Promoción de Hábitos Saludables^(M)	Alimentación saludable y actividad física.
LE 1 y 3: SALUD PÚBLICA	
Centro de Protección Animal (CPA)^(M)	Previene y controla problemas para la salud y seguridad por la presencia de animales, fomenta su protección y bienestar.
Centro de Adopción y Sensibilización^(M)	Centro de información para la adopción y sensibilización de la tenencia responsable de animales de compañía.
Centro de Gestión Integral de Colonias de gatos^(M)	Centro de gestión integral de colonias de gatos urbanos.
Laboratorio Salud Pública (LSP)^(M)	Realiza análisis de muestras (resultado de inspección o solicitadas por entidades y por la ciudadanía).
LE 7: ADICCIONES	
Centros Atención a las Adicciones (CAD)^(D)	10 centros ambulatorios: 7 CAD y 3 centros concertados (CCAD).
Centro de Atención Sociosanitaria Básica^(M)	Centro abierto de 21:00 a 8:00 horas los 365 días del año. Aproxima a personas consumidoras vulnerables a la red municipal.
LE 8: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	
Centro de PRL Fabiola de Mora y Aragón^(T)	Promoción de la salud en el trabajo dirigido al personal municipal.

[Volver a índice](#)



SERVICIOS DE MADRID SALUD	
LE 1, 2, 3 Y 4: SALUD PÚBLICA	
Sistema de Alertas en Salud Ambiental^(M)	Información a la población ante episodios de contaminación atmosférica (ozono, dióxido de nitrógeno, partículas en suspensión), olas de calor/frío.
Salubridad en viviendas y entorno urbano^(M)	Gestión de denuncias relativas a posibles situaciones de insalubridad en viviendas (síndrome de Diógenes). Actuación en casos de insalubridad por ocupación ilegal.
Vigilancia de actividades de riesgo en Salud Pública^(M)	Inspección en establecimientos: piscinas, centros tatuajes y anillado (<i>piercing</i>), centros de bronceado artificial, peluquerías, institutos de belleza y centros de estética, etc. Se ejerce la potestad sancionadora, cuando procede.
Control de Vectores y Plagas^(M)	Vigilancia, prevención y control de plagas y vectores. Actuaciones planificadas y por avisos de incidencias por parte de la ciudadanía, Policía Municipal, etc.
Control Oficial de Alimentos. Garantía de calidad y seguridad alimentaria^(M)	Dirección, gestión, supervisión y evaluación de las actuaciones para garantizar la calidad y seguridad alimentaria en Madrid: inspección, control, verificación, supervisión, auditoría, toma de muestras y análisis; a través de las Juntas de Distrito (J. D.); Dirección, coordinación y evaluación de la inspección sanitaria en Mercamadrid. Se ejerce la potestad sancionadora, cuando procede.
Gestión de Emergencias Alimentarias^(M)	Servicio de inspección municipal 24 horas. Se visita el establecimiento implicado en el brote alimentario, determinan etiología del alimento responsable coordinando actuaciones.
Control de Aguas Grifo y Calidad del Agua de Consumo^(M)	Toma de muestras de agua de consumo en grifo de forma programada, de oficio o por avisos de la ciudadanía. Los análisis se realizan en el Laboratorio de Salud Pública (LSP).
Control Zoonosario y Protección Animal^(M)	Recogida/atención animales en desamparo o dueño/a desconocido/a; entrega en adopción de animales; servicio Internet reserva animales; devolución de los identificados al propietario/a; control sanitario y registro animales agresores y/o potencialmente peligrosos.
LE 5. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Unidad Móvil Prevención Tuberculosis^(M)	Unidad móvil para la detección, prevención y atención de la tuberculosis.
LE 7. ADICCIONES	
Recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción^(M)	Comunidades terapéuticas. Pisos de apoyo al tratamiento y reinserción. Unidad Hospitalaria de Patología Dual y de Desintoxicación de Alcohol. Centros de día, Servicio de Orientación Laboral. Talleres de capacitación laboral y empleo; Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información al Detenido Drogodependiente (SAJIAD); otros recursos de apoyo a la integración social: tratamiento odontológico, Servicio de Mediación Comunitaria, etc.
Servicio de Prevención de Adicciones para Familias^(M)	Servicio de Prevención atendido por profesionales con experiencia en adicciones y en intervención familiar. Ofrece orientación <i>online</i> , telefónica y presencial sobre este problema.
Unidad Móvil de Reducción del Daño Madroño^(M)	Dispositivo móvil para personas drogodependientes que no acuden a la red de centros asistenciales. Tiene capacidad para realizar intervención sociosanitaria básica en el interior del vehículo y en medio abierto. Permite atender en proximidad, vincular e informar, y facilita suplementos nutricionales básicos. Se coordina con los dispositivos y recursos de la Red Municipal de Atención a las Adicciones y con otras redes y entidades relacionadas.
Programa ISTMO de atención a población inmigrante^(M)	Equipo especializado que facilita a la población inmigrante con problemas de abuso de alcohol y otras drogas, el acceso y utilización de los programas y servicios ofertados desde la Red Municipal de Atención a las Adicciones, realizando seguimiento a lo largo de todo el proceso de intervención.

LE 8: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)^(T)	
Promoción de la salud en el trabajo	Velar por la salud de la plantilla municipal realizando reconocimientos médicos iniciales, periódicos y extraordinarios.
Evaluación de riesgos	Actividad preventiva para eliminar o reducir los riesgos. Se realizan visitas a centros de trabajo. Observación de tareas y métodos de trabajo.
Informes de prevención de riesgos laborales	Informes de asesoramiento en PRL, de investigación de accidentes de trabajo con grado de lesión grave y de accidentes incidentes que, sin ser graves, se consideran relevantes.
Emergencia, simulacros y evacuación	Se asiste a simulacros de emergencia y ejercicios de evacuación elaborando el preceptivo informe. En otros casos, se realiza la formación de quienes componen los equipos de emergencia de los centros y se organizan y realizan los simulacros de emergencia en los mismos.
Actividades formativas e informativas	De acuerdo con los artículos 18 y 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se deberá impartir información y formación en PRL, centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada persona, adaptándose a la evolución de los riesgos.
OTROS SERVICIOS DE APOYO	
Laboratorio de Análisis Clínicos (LAC)	Se realizan las determinaciones analíticas solicitadas por distintos servicios de Madrid Salud.
Unidad de Comunicación	Ofrece información sobre las actividades de Madrid Salud.
Departamento de Evaluación y Calidad (DEC)	Apoyo a evaluación, calidad, formación, investigación compromiso social y ambiental.
Servicio de Farmacia	Compra, almacena, custodia y distribuye productos farmacéuticos y material fungible.
Oficina de Registro	Registro municipal y sugerencias y reclamaciones (SyR).
Centro de Apoyo a la Seguridad (CAS)^(M)	Realización de partes de lesiones o pruebas de alcoholemia a petición de la Policía Municipal u otras Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
ENCOMIENDAS DE GESTIÓN	
Centro Monográfico de Salud Internacional	Gestión en materia de vacunación internacional según convenio con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Servicio de Farmacia	Depósito de medicamentos del Servicio de Atención Municipal a las Urgencias-Protección Civil (SAMUR-Protección Civil).
Laboratorio de Salud Pública (LSP)	Análisis de muestras de sustancias psicotrópicas y estupefacientes decomisadas por la Policía Municipal.
	Determinaciones del posible consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas mediante análisis de muestras biológicas de fluido oral.

Atención a distritos (D); atención a todo el municipio (M); atención a las trabajadoras y los trabajadores municipales (T).

Fuente: Memoria Anual Madrid Salud 2018.



Para el desarrollo de sus competencias Madrid Salud realiza su actividad a través de distintos planes estratégicos y de actuación:

- **Documento Marco de Actuaciones en Materia de Salud Pública 2015-2019.** Enmarca la estrategia de Salud en este periodo, dentro de la estrategia marco municipal del Plan de Gobierno de Madrid 2015-2019.
- **Plan de Actuación Anual.** La estrategia de salud del Ayuntamiento de Madrid se operativiza en un plan de actuación anual: recoge las actuaciones que MS prevé desarrollar y se presenta al Consejo Rector del OA en la primera reunión del año para su aprobación. Se evalúa anualmente su cumplimiento.
- **Plan anual de inspecciones y actividades programadas de control oficial de alimentos y de establecimientos y actividades con incidencia en salud pública (PIAP).** Recoge las actividades de control e inspección relacionadas con la Seguridad Alimentaria y la Salud Ambiental que se llevan a cabo en la ciudad de Madrid, para garantizar que estas reúnan la máxima calidad técnica y funcional.
- **Estrategia Barrios Saludables (EBS) 2016-2019.** Se trata de la profundización del proceso de reorientación comunitaria iniciado en 2008, anteriormente denominado Estrategia Gente Saludable 2010-2015, partiendo de esta experiencia y en el marco del actual proceso de desarrollo comunitario de los barrios y distritos de Madrid, y del Plan Madrid Ciudad de los Cuidados, promueve la salud comunitaria. Por ello, este proyecto, que tiene el nombre de Estrategia Barrios Saludables 2016-2019, es definido a partir de la revisión de los 9 programas marco de la anterior estrategia, de los proyectos de los 16 centros territoriales (CMSc) y de la función de los centros especializados de apoyo, a la luz de las nuevas prioridades institucionales.
- **Plan Madrid Ciudad de los Cuidados (PMCC) 2016-2019.** El Plan Madrid Ciudad de los Cuidados, aprobado en 2017, constituye una decidida apuesta por ir poniendo en el centro de las decisiones políticas la sostenibilidad de la vida, una perspectiva de análisis que sitúa la reproducción social y la vida cotidiana de la gente como aspecto fundamental del sistema socioeconómico y, por otra, el trabajo y la perspectiva de cuidados como aspecto determinante de las condiciones de vida de la población, desplazando el objetivo social desde la obtención de beneficio al cuidado de la vida. Para ello, el PMCC marca el inicio de una nueva forma de proceder dentro de la gestión municipal, donde la transversalidad y la hibridación serán la esencia de los proyectos que se desarrollen.
- **Plan de Adicciones 2017-2021.** El Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid, revisado y actualizado en noviembre de 2017 para el periodo 2017-2021, tiene como misión evitar o reducir los problemas de adicción de la población madrileña, así como los daños y consecuencias relacionados con la conducta adictiva; daños y consecuencias que pueden afectar a la persona adicta, a su entorno familiar y social próximo, y a la comunidad en su conjunto. Existe una red de centros ambulatorios y recursos de apoyo que desarrolla esta misión.
- **Plan de Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Madrid y sus Organismos Autónomos.** Este plan tiene como finalidad continuar y completar la integración de la prevención de riesgos laborales en la estructura organizativa de gestión, con presencia en todos los niveles jerárquicos, lo que supone la atribución a todos ellos y la asunción por estos de la obligación de incluir la prevención de riesgos en cualquier actividad, que realicen u ordenen, y en todas las decisiones que adopten en relación con los procesos técnicos, la organización del trabajo y las condiciones en que éste se realiza.
- **Adhesión del Ayuntamiento de Madrid a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (EPSP) en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.** El Ayuntamiento de Madrid, siendo Madrid Salud referente, hizo oficial en 2017 la adhesión a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013 y con vigencia hasta 2020. Tiene por objeto conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapacidad y propone el desarrollo progresivo de intervenciones basadas en la evidencia científica dirigidas a promocionar la salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad, actuando de manera integral durante todo el curso de la vida sobre factores como la actividad física, la alimentación, el tabaco, el alcohol y el bienestar emocional, teniendo en cuenta los entornos en los que vive la población y con una vocación de universalidad de las intervenciones.
- **Plan Madrid Ciudad Saludable (Estrategia Barrios Saludables y Estrategia Soledad no Deseada)** (pendiente de aprobación a lo largo de 2020).

En cuanto a las **actividades que se realizan en la organización**, en la **tabla 42** se presentan indicadores estratégicos y de acción que informan sobre el desarrollo de los principales programas y servicios de Madrid Salud^{105,113}.

Tabla 42. Indicadores estratégicos y de acción de Madrid Salud 2014-2018

Línea estratégica	Indicadores estratégicos y de acción	2014	2015	2016	2017	2018
(*)	Esperanza de vida al nacer (años).	84,14	83,82	84,39	84,29	84,68
	Esperanza de vida a los 65 años.	22,26	21,93	22,36	22,21	22,53
	Esperanza de vida en buena salud (años).		64,34		62	
LE 1	Calidad de alimentos (% conformes).	92,65	90,5	90,9	92	89,5
	Calidad del agua del grifo (% conformes).	97,3	97,2	97,9	98,2	98,1
	Brotos de toxoinfección alimentaria (Tasa/100.000).	1,23	0,76	1,45	1,48	1,21
	Inspecciones realizadas en Seguridad Alimentaria.	26.104	23.612	20.613	20.261	17.188
LE 2	Activaciones del Sistema de Alertas en Salud Ambiental.	22	16	35	24	13
	Actuaciones en materia de prevención y control de vectores y plagas.	360.901	367.560	352.737	360.769	555.596
	Expedientes/informes realizados en materia de habitabilidad/salubridad en viviendas.	821	769	1.047	2.487	1.676
	Inspección de establecimientos que realizan actividades con incidencia en la salud. (Distritos y Madrid Salud).	3.009	3.074	2.774	3.295	4.146
LE 3	Animales retirados de la vía pública.	4.332	4.102	3.920	3.033	2.878
	Esterilización de animales adoptados en el Centro de Protección Animal (CPA).	918	1.006	1.004	952	873
	Esterilización de gatos procedentes de colonias urbanas.			327	811	887
	Porcentaje de animales adoptados.	77	83	84	95	92
LE 5	Citas atendidas en los programas de Salud Sexual y Reproductiva y Envejecimiento Activo y Saludable en los Centros Municipales de Salud Comunitaria.	88.416	82.430	80.250	74.323	72.561
	Grupos y talleres realizados en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva y de Envejecimiento Activo y Saludable en los centros de la red del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud.	1.081	1.129	998	1.078	1.081
	Participantes en grupos de alimentación, actividad física y salud en los centros de la red del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud.	24.218	20.653	19.105	15.530	14.117
	Participantes en intervención grupal en los centros de la red del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud.	64.581	63.978	69.549	66.316	62.014
	Centros educativos que participan en los programas de prevención y promoción de la salud.	486	473	441	380	354
LE 7	Personas en tratamiento en los CAD y CCAD.	8.765	8.946	8.493	8.674	8.945
	Adolescentes y jóvenes que reciben atención en los CAD/CCAD.	617	605	459	657	1.815
	Personas detenidas drogodependientes asesoradas por el programa SAJIAD de Adicciones.	3.951	3.548	4.254	4.811	4.412
	Intervenciones de Mediación Comunitaria en Drogodependencias.	1.695	1.609	1.583	1.800	1.846
	Pacientes con diagnóstico de patología dual atendidos en Adicciones.	2.973	3.475	3.430	3.324	2.886
	Personas adictas en tratamiento insertadas en mercado laboral.	389	524	503	522	462
	Personas adictas sin hogar atendidas en los CAD y CCAD.	583	582	581	592	654
Porcentaje del presupuesto municipal destinado a Salud.	1,35	1,95	1,76	2,01	1,79	

(*) La esperanza de vida es un indicador de salud de la población de la ciudad en el que inciden múltiples variables que Madrid Salud monitoriza. Infiere en prevención y promoción de la salud y salubridad pública y se difunde a la organización municipal para transversalizar la salud.

Fuentes: Plan Estratégico Madrid Salud 2015-2019, Memoria 2018 Madrid Salud, Memoria CAF 2017.



En la [tabla 43](#) se presentan otros datos relevantes, de actividad y/o que facilitan y apoyan el desarrollo de los servicios.

Tabla 43. Otros indicadores y acciones de Madrid Salud

LE	Indicadores	2014	2015	2016	2017	2018
LE 12	Núm. de visitantes de la página web.	4.008.316	6.237.820	8.134.426	8.007.691	9.000.000
LE 5	Citas atendidas en el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo.	5.491	4.832	4.344	3.969	4.089
	Mamografías realizadas en el Centro de Diagnóstico por Imagen.	12.844	13.113	10.017	7.082	6.574
	Actividades individuales ITS/VIH.	8.516	10.726	11.218	11.085	13.151
	Actividades individuales Centro de Salud Bucodental.	6.395	8.139	7.947	7.317	6.501
	Viajeros/as atendidos en el Centro de Salud Internacional.	12.326	11.498	13.250	12.530	13.976
	Determinaciones realizadas en el Laboratorio de Análisis Clínicos.	672.169	711.978	677.959	615.631	667.446
LE 1	Determinaciones realizadas en el Laboratorio de Salud Pública.	48.191	55.976	70.263(*)	94.929	103.286
LE 10	Publicaciones científicas.	36	13	26	25	20
	Comunicaciones en congresos/jornadas.	59	69	49	62	67
(*) El número de determinaciones aumenta significativamente a partir de 2016 debido a la inclusión de las que se realizan en la Unidad de Análisis de Estupefacientes.						
Otras acciones de Madrid Salud hacia la ciudadanía destacables en 2018						
LE 4	Se continúa con la elaboración y actualización de directrices y criterios de actuación común para todos los distritos (Departamentos de Salud) y su coordinación en materia de seguridad alimentaria, salud ambiental y protección y sanidad animal (procedimientos, protocolos de trabajo e informes técnicos). Administración de un sistema de información único y supervisión de actividades en todo el municipio en estas materias.					
LE 6	<p>Madrid Ciudad de los Cuidados (MCC). En 2018 se han puesto en marcha cuatro proyectos piloto para abordar temas de gran importancia para la vida cotidiana de la población madrileña:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los espacios públicos en torno a colegios. • Prevención de la soledad no deseada. • Malestares de la vida cotidiana. • Comunidades compasivas de cuidados y prevención del duelo complicado. <p>Además, se ha continuado con la formación sobre ética de los cuidados para el personal municipal para su incorporación progresiva a la gestión.</p> <p>El Foro Internacional de la Soledad, los Cuidados y la Salud (noviembre 2018) sitúa a la ciudad de Madrid como referente en el abordaje de la soledad no deseada a nivel urbano.</p>					
LE 10	<p>Como mejora continua de sus servicios, entre otros: encuesta de salud a la ciudadanía, encuestas de satisfacción a personas usuarias de servicios MS, cartas de servicios (9 y 8 certificadas Aenor/UNE 93200), renovado Sello Excelencia en Gestión CAF+500, acreditación Laboratorio Salud Pública UNE-EN-ISO/IEC 17025 (y más de 300 determinaciones acreditadas), certificación sede Madrid Salud ISO 14001 y EMAS.</p> <p>En su compromiso social: actuaciones con colectivos en riesgo de exclusión social, con personas con discapacidad física, sensorial e intelectual, y de cooperación al desarrollo.</p> <p>En su compromiso ambiental, además de optimizar el Sistema de Gestión Ambiental propio (minimización de residuos peligrosos, eficiencia consumos, formación específica, certificación sede), se mantiene actualizado el apartado de compromiso con el medio ambiente de la web: política ambiental y gestión ambiental (manual de buenas prácticas, plan de minimización de residuos y otros).</p>					
LE 12	Gestión de la atención a la ciudadanía (sugerencias y reclamaciones, oficina de atención a la ciudadanía, administración electrónica, peticiones de medios de comunicación), de tecnologías (web propia, intranet sectorial/salud, redes sociales)...					

Fuentes: Plan Estratégico Madrid Salud 2015-2019, Memoria 2018 Madrid Salud, Memoria CAF 2017.

Para desarrollar su estrategia, Madrid Salud establece alianzas y colaboraciones con otros planes estratégicos municipales –de diversas Áreas y organismos del Ayuntamiento– y de otras Administraciones.

Con relación a la calidad de los servicios que se prestan, desde 2004 se realizan periódicamente encuestas de satisfacción de las personas usuarias (ESU) de los diferentes centros y servicios (media de 6 ESU anuales): el porcentaje de personas satisfechas es siempre superior al 90%.

Por último, hay que señalar que Madrid Salud ha revalidado en 2018 el reconocimiento de su nivel de excelencia de gestión CAF 500+ (Common Assessment Framework) de EUPAN (European Public Administration Network).

SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

El SAMUR- Protección civil (SAMUR-PC) está adscrito al Área de Gobierno de Portavoz, Seguridad y Emergencias, del Ayuntamiento de Madrid, en la Dirección General de Emergencias y Protección Civil. Su objetivo primordial es proporcionar una respuesta eficaz y coordinada en situaciones de emergencia. Asume la responsabilidad de la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias, así como la organización y atención sanitaria en catástrofes y situaciones de calamidad pública ocurridas en la vía y locales públicos en el ámbito municipal de Madrid, y en aquellos casos excepcionales en que su presencia sea necesaria fuera del mismo, así como la prevención y preparación como Protección Civil ante eventos de riesgo previsible.

Para elaborar esta información se ha utilizado la Memoria 2016-2017 SAMUR-Protección Civil e información facilitada por la Subdirección General SAMUR-Protección Civil con datos de 2018¹¹⁴.

A finales de 2018 contaba con 782 profesionales sanitarios, además de 1.331 personas voluntarias y personal administrativo. Dispone de 22 bases operativas en la ciudad de Madrid y presta asistencia sanitaria, psiquiátrica, psicológica y psicosocial.

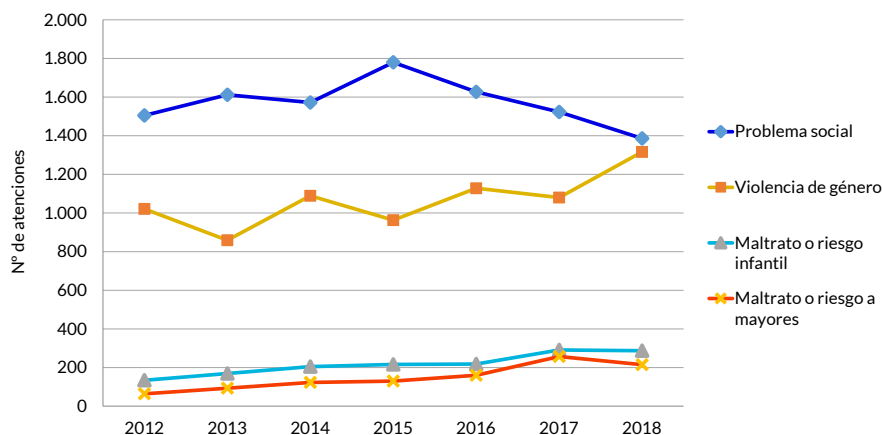
A continuación, se incluye un resumen de las actividades realizadas en 2018:

- **Actividad asistencial de emergencia.** 122.438 sucesos atendidos, con 148.977 activaciones de recursos y 142.229 atenciones sanitarias realizadas.
- **Actividad preventiva mediante atención en servicios programados.** SAMUR-PC garantiza la cobertura de todos los eventos realizados en vía o espacios públicos que puedan originar un riesgo derivado bien de la propia concentración multitudinaria o de las características de la actividad. Se han cubierto 1.820 eventos de riesgo y se han atendido 2.598 personas.
- **Atención a colectivos vulnerables,** especialmente a menores, mayores en riesgo o maltrato, mujeres víctimas de violencia de género o que han sufrido agresión sexual. La activación de SAMUR-PC posibilita la detección precoz de situaciones de riesgo, y se desarrollan protocolos de actuación conjunta con Servicios Sociales y Cuerpos de Seguridad:
 - Procedimiento de atención socio sanitaria a menores en riesgo social o sospecha de maltrato (desde el año 2000). Derivación a Servicios Sociales o unidades especializadas de Cuerpos de Seguridad –Agentes Tutores de Policía Municipal–; 287 casos notificados.
 - Procedimiento de atención a personas mayores en riesgo social o sospecha de maltrato (desde el año 2010); 215 casos notificados.
 - Procedimiento de coordinación para la atención a mujeres víctimas de violencia de género y a víctimas de agresión sexual; 1.316 mujeres atendidas.

El [gráfico 105](#) presenta la atención del SAMUR-PC a colectivos vulnerables desde 2012.



Gráfico 105. Número de atenciones anuales del SAMUR-PC a colectivos vulnerables, 2012-2018



A continuación, se presentan otros resultados del servicio que se consideran indicadores estratégicos, también referidos a 2018:

- **Supervivencia de pacientes críticos a los 7 días.** Indicador de sobrevida de pacientes con riesgo vital a los 7 días: 83,77%
- **Supervivencia neurológica *ad integrum* en las paradas cardíacas no presenciadas.** Indicador que muestra el porcentaje de pacientes que tras una parada cardiorrespiratoria se encuentran con un estado neurológico íntegro o con pequeñas secuelas (CPC I-II) al mes del total de paradas. Se incluyen las paradas de causa traumática y se excluyen las paradas presenciadas: 17,92%
- **Supervivencia a los 7 días en pacientes politraumatizados:** 91,08 %.
- **Tiempo medio de respuesta de llegada al lugar por las unidades** (tras activación): 7,56 minutos.
- **Reclamaciones:** en relación con el número de servicios prestados (reclamaciones 0,024/10.000 servicios prestados).

SAMUR-PC realiza también actividades formativas, además de desarrollar un extenso programa de formación interna, siendo uno de sus procesos estratégicos la formación de la ciudadanía como primer eslabón de la cadena asistencial. En 2018 han recibido formación 27.782 ciudadanos y ciudadanas: 20.973 alertantes y 6.809 primeros respondientes, formados en materia de emergencias (primeros auxilios, RCP y otras). Se realiza una importante actividad formativa con infancia y adolescencia: 16.194 menores han recibido formación en primeros auxilios en ese mismo año.

La satisfacción de las personas atendidas por SAMUR-PC es muy elevada, en la Encuesta de Calidad de Vida en la Ciudad y Satisfacción con los Servicios Públicos que realiza el Ayuntamiento de Madrid de 2017 obtiene una puntuación de 8,3 sobre 10, siendo el servicio más valorado junto con el de bomberos.

En la encuesta sobre la calidad percibida por las personas atendidas por SAMUR-Protección Civil en 2018, estas han valorado el Servicio con una puntuación de 9,02 sobre 10.

Por último, señalar que hay establecidas colaboraciones específicas entre SAMUR-PC y Madrid Salud, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Atención de urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.
- Intervención con menores por intoxicación aguda por consumo de alcohol u otras drogas (protocolo de actuación).
- Colaboración con el Sistema de Alertas en Salud Ambiental (SASA) especialmente en activaciones por olas de calor.

SERVICIOS SOCIALES

El Área de Familias, Igualdad y Bienestar Social del Ayuntamiento de Madrid tiene las competencias ejecutivas en materia de familia e infancia, servicios sociales, atención a personas mayores, inmigración, educación y juventud, promoción de la igualdad, violencia de género, diversidad, atención social de emergencia, SAMUR social y voluntariado. En el año 2018 ha contado con un presupuesto de 506.675.307€.

Además de los distintos recursos municipales señalados en apartados anteriores que proporcionan apoyo social, a continuación se presentan [programas de atención social a la ciudadanía de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid](#), con datos referidos a 2018 (tabla 44). La mayoría de los que figuran se promueven y coordinan desde el propio Área, dando cobertura a toda la ciudad; además, desde los Departamentos de Servicios Sociales de los 21 distritos, de los que dependen los Centros de Servicios Sociales, y desde otras unidades distritales se ponen en marcha proyectos y servicios complementarios, en función de las necesidades específicas de cada distrito.

Los Servicios Sociales fueron declarados servicio público esencial mediante Decreto del 5 de febrero de 2010, del Delegado del Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública.

La Red municipal de Centros de Servicios Sociales atendió en 2018 a 390.157 personas en sus Unidades de Trabajo Social. Existen 36 Centros de Servicios Sociales en la ciudad, al menos uno en cada distrito, y dos puntos de atención^{115,116,117,118,119}.

Tabla 44. **Programas y servicios de atención social y principales datos de actividad en 2018**

ATENCIÓN SOCIAL PRIMARIA	
Red Municipal de Centros de Servicios Sociales	Personas atendidas: 390.157
Renta Mínima de Inserción (RMI)	Nuevas solicitudes: 5.591 Familias perceptoras: 18.451
Ayudas de Comedor Escolar por curso escolar	Niños/as beneficiarios: 25.759
Prestaciones sociales de carácter económico	Personas atendidas: 13.316
Atención a la Dependencia. Informes de entorno realizados	Personas atendidas: 23.083
Servicio de Orientación Jurídica	Personas atendidas: 11.761
FAMILIAS, NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES	
Plan Local de Infancia y Adolescencia de Madrid (PLIAM) 2016-2019	
Centros de Atención a la Infancia (CAI)	Personas atendidas: 32.813 (8.045 familias) • 13.839 menores • 18.974 adultos
Centros de Apoyo a las Familias (CAF)	Personas atendidas: 44.236 Familias atendidas: 36.237
Servicio de Apoyo a Familias con Menores (SAF)	Familias atendidas: 959 (1.417 niñas y niños)
Centros apoyo a crianza "Casa Grande"	Familias atendidas: 1.639 (1.912 niños y niñas)
Equipos de Trabajo con Menores y Familias (ETMF)	Casos en atención: 6.467
Puntos de Encuentro Familiar (PEF)	Personas atendidas: 2.787 (676 familias) • 907 menores • 1.880 adultos
Centro de Intervención Parental	Personas atendidas (se inició el 1 de septiembre de 2018): 293 (79 familias) - 120 menores y - 173 adultos
Centros de Día para menores	Menores que han participado: 2.373
Servicio de Educación Social	Personas atendidas: 46.323
Programa de apoyo social y residencial a familias en situación de vulnerabilidad, con menores	Familias atendidas: 92 (161 menores)
Programa de Apoyo Socioeducativo y Prelaboral para Adolescentes y Jóvenes (ASPA)	Personas participantes: 3.601
Escuelas Infantiles de titularidad municipal	Número de E. I.: 56 Plazas ofertadas: 7.153
Programa de Centros Abiertos	Plazas ofertadas: 18.000
Programa de Centros Abiertos Especiales	Plazas ofertadas: 651
Programa de Prevención y Control del Absentismo Escolar	Casos atendidos: 2.348
Centros Juveniles	Jóvenes que han participado: 139.413
Red de espacios de ocio autogestionados para adolescentes	Participantes: 5.218 (centros en 5 distritos)

[Volver a índice](#)



PERSONAS MAYORES	
Centros de Día para personas mayores	98 centros y 4.579 plazas Personas atendidas: 7.182
Centros Municipales de Mayores	90 centros 333.380 socios y socias
Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)	Personas atendidas: 80.809
Servicios de Teleasistencia	Personas atendidas: 145.017
Servicio de Comidas a Domicilio	Personas atendidas: 3.582
Lavandería domiciliaria	Personas atendidas: 329
Productos de Apoyo (camas articuladas, grúas geriátricas, colchones antiescaras)	Personas atendidas: 895
Programa de atención a personas mayores vulnerables en riesgo de aislamiento o maltrato	Personas atendidas: 950
Programa "Cuidar a quienes cuidan"	Personas atendidas: 648
Programa "Moverse es cuidarse"	Personas participantes: 1.203
Acompañamiento domiciliario para paliar la soledad	Personas atendidas: 800
Equipamientos residenciales municipales	2 residencias para personas con deterioro cognitivo/Alzheimer y 1 residencia para mayores con deterioro físico. Personas atendidas: 200 Apartamentos municipales: 98 personas atendidas
INTEGRACIÓN COMUNITARIA Y EMERGENCIA SOCIAL	
SAMUR Social	Llamadas atendidas: 76.527 Personas atendidas: 1.331 Intervenciones de los Equipos de Calle: 55.671 Alojamiento de emergencia en las Unidades de Estancias Breves: 2.998 personas
Servicios para personas sin hogar y otros colectivos en riesgo y/o situación de exclusión social:	
• Centros Abiertos (estancias nocturnas)	Personas usuarias: 1.124
• Red municipal de centros para personas sin hogar (Centros de Acogida San Isidro y Luis Vives, Centro de baja exigencia Puerta Abierta, Programa Housing First)	Personas atendidas: 5.576 Número de estancias: 299.279
Campaña municipal contra el frío	Plazas de acogida: 569 Personas atendidas: 2.016
Servicios de apoyo a la inmigración y refugio:	
• Oficinas de información y orientación para la integración de la población inmigrante	Personas atendidas: 4.274
• Programa de convivencia en parques y canchas deportivas (actividades comunitarias)	Personas participantes: 30.533
• Red de acogida para familias y personas inmigrantes	Plazas en servicios residenciales: 682 Personas atendidas: 1.778
• Otros programas y servicios para familias y personas inmigrantes:	Personas atendidas en cada programa o servicio:
- Comedor	1.457
- Centro de Día	994
- Orientación Jurídica	7.535
- Actividades Comunitarias	29.468
• Centros de emergencia para solicitantes de asilo y refugio	Plazas de alojamiento: 290 Personas atendidas: 1.400

[Volver a índice](#)



Servicio de Asesoramiento a la Emergencia Residencial.	
- Intermediación en los casos de pérdida de vivienda. Atención sociojurídica en las tres modalidades predominantes de riesgo de pérdida, que son casos de endeudamiento hipotecario, desahucios por impagos de alquileres y desahucios por ocupación.	Personas atendidas en procesos de intermediación en casos de pérdida de vivienda 1.525
- Gestión de alojamientos alternativos:	Total de personas alojadas en la Red de Alojamientos: 1.192
- Centro de Acogida para familias Pinar de San José.	Personas alojadas: 584.
- Viviendas Solidarias, gestionadas con entidades sociales y destinadas a familias.	Viviendas adjudicadas: 99 Personas residiendo en Programa de Viviendas Solidarias: 339
- Adjudicaciones temporales de viviendas del Programa de Emergencia Residencial (VER) con la Empresa Municipal de Vivienda y Suelo (EMVS), para proponer a familias con carácter definitivo.	Valoraciones para adjudicación temporal de viviendas: 269 familias. Viviendas temporales adjudicadas: 322
- Realojamiento y atención socioeducativa en el asentamiento chabolista del "Gallinero" de personas y familias residentes.	Personas atendidas: - 183 personas adultas - 44 niñas y niños
- Actuaciones de coordinación con otras instituciones solicitantes de informes sociales, valoraciones y análisis de la vulnerabilidad sociorresidencial de personas y familias implicadas en los lanzamientos. - Juzgados, Defensor del Pueblo y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas.	Solicitudes atendidas de juzgados y el resto de instituciones 232

PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Plan Estratégico para la Igualdad de Género de la Ciudad de Madrid 2018-2020

- Comisión de Transversalidad de Género y directrices de aplicación de transversalidad
- Proyectos transversales: Madrid Violencia Cero y Madrid Ciudad Segura para Mujeres y Niñas
- Acciones formativas en género y políticas de igualdad
- Red de espacios de Igualdad: 18 centros en distintos distritos municipales

Actuaciones frente a la violencia de género

- Actuaciones en materia de investigación y concienciación (diversas campañas y programas de prevención).
- Coordinación con instituciones y organismos municipales (espacios de igualdad, Servicios Sociales, Centros de Atención a la Infancia, Agencia para el Empleo) y supramunicipales (mesa local de coordinación, secretaría de estado de seguridad –seguimiento integral VIOGEN–, embajadas, CGPJ, otros).
- Red de atención integral a víctimas de violencia de género:
 - Servicio de atención 24 horas: 1569 personas atendidas.
 - Red de alojamientos protegidos (centro de estancia temporal: 589 personas alojadas- y 4 centros de emergencias –494 personas alojadas–.
 - Puntos municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género: 1496 mujeres atendidas.
 - Centro de atención psico-socio-educativa para mujeres y sus hijos/as víctimas de violencia de género: 947 procesos de intervención; 649 personas adultas y 298 menores.
 - Talleres de inserción laboral: 99 mujeres atendidas.
 - Programa de intervención integral y alojamiento temporal para mujeres en situación vulnerable por violencia de género (20 viviendas de la EMVS).
- Red de atención integral a víctimas de trata y otros abusos de derechos humanos: Unidad móvil (413 mujeres atendidas), Centro de atención integral (515 mujeres atendidas), alojamiento protegido y alojamiento semiautónomo (18 plazas).
- Programa de atención a víctimas de violencia sexual.

[Volver a índice](#)



ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

II Plan Madrid Incluye. Discapacidad en la ciudad de Madrid 2018-2019, que recoge programas y acciones de distintas Áreas y unidades municipales para personas con discapacidad.

Consejo Municipal de la Discapacidad (representación de entidades, del Ayuntamiento y de la Comunidad de Madrid).

Centros municipales de atención a personas con discapacidad intelectual: centro ocupacional Villaverde y centro de día Navas de Tolosa (130 plazas).

Programa de intérpretes de lenguaje de signos para personas sordas: 950 personas atendidas.

Programa de información y orientación sobre discapacidad física y orgánica: 20.978 atenciones realizadas.

OTROS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

Convenio con Secretariado Gitano para la promoción social, educativa y prelaboral de la comunidad gitana en la ciudad de Madrid. Ámbito laboral: 1.081 personas atendidas.

Proyectos de apoyo a personas LGTBI. Personas mayores LGTBI: 439 personas atendidas; Taller Personas Trans: 15 personas atendidas.

Otros proyectos de integración de personas o colectivos que sufren discriminación: Centro de atención a prostitución masculina, a personas transexuales y otras identidades de género: 204 personas atendidas; SOS-LGTBfobia: 1.940 personas atendidas.

Fuentes: Memorias 2018 del Área de Gobierno de Equidad, Derechos Sociales y Empleo (Direcciones Generales: Integración Comunitaria y Emergencia Social, Familia e Infancia, Educación y Juventud y Mayores y Atención Social) y del Área de Políticas de Género y Diversidad.

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

En la Comunidad de Madrid, a la que pertenece la ciudad de Madrid, la asistencia sanitaria es competencia del Servicio Madrileño de Salud. Los datos que se presentan a continuación corresponden a toda la Comunidad, no solo a la ciudad de Madrid¹²⁰ (tabla 45). La población con derecho a la asistencia sanitaria pública a 31 de diciembre de 2018 era de 6.784.804 personas (R. D. L. 7/2018, de 27 de julio, de Acceso Universal al Sistema Sanitario de Salud).

- Contaba con 72.193 personas en su plantilla y un presupuesto inicial de 8.260,90 millones de euros, siendo el presupuesto final de 8.070,45 millones de euros.
- Disponía de 430 puntos asistenciales de Atención Primaria (266 Centros de Salud, 163 Consultorios y 1 Centro adscrito), de los que 127 Centros de Salud corresponden a la ciudad de Madrid.

Tabla 45. Resumen de la actividad llevada a cabo por el SERMAS en 2018

RESUMEN ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL SERMAS EN 2018			
Tipo de actividad	Actividades	Número	
Atención Primaria (consultas)	Medicina de Familia	26.557.245	
	Pediatría	4.446.239	
	Enfermería	15.048.086	
Atención Hospitalaria	Hospitalización	Total ingresos	525.421
		Programados	171.216
		Urgentes	354.205
	Urgencias	Urgencias totales	3.378.220
		% urgencias ingresadas	9,82
	Actividad obstétrica	Total partos	43.649
		Partos vaginales	34.649
		Cesáreas	9.000
		% de cesáreas	20,62
	Actividad quirúrgica global	Intervenciones programadas	407.507
		Con hospitalización	146.345
		Ambulatorias	261.162
		Intervenciones urgentes	56.000
		Con hospitalización	50.683
		Ambulatorias	5.326
	Actividad global en consultas externas	Total consultas externas	13.176.108
		Consultas primeras	4.075.823
		Consultas sucesivas	9.100.285
		Consultas Primeras de Alta Resolución (*)	327.834
% Alta Resolución / Total Primeras		8,04	

(*) Consultas de alta resolución: de entre las primeras consultas atendidas, número de pacientes a los que se les realiza las exploraciones complementarias solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye alta). Su número está incluido en el total de las primeras consultas.

Fuente: Memoria 2018, Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El gasto en medicamentos en la Comunidad de Madrid en 2018 fue de 2.367.430.673 €, lo que representa el 30,1% del presupuesto de Consejería de Sanidad (7.830 millones €) y 10,9% del presupuesto de la Comunidad (21.633 millones €). La aportación de las personas usuarias en 2018 fue del 10,17% del gasto farmacéutico total, manteniendo porcentajes similares desde 2013.





3

INDICADORES
DEL NIVEL
DE SALUD

3

INDICADORES
DEL NIVEL
DE SALUD

3.1. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El estado de salud percibido refleja la opinión que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o sociocultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de la posibilidad de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios¹²¹.

La salud autopercibida se ha medido con la misma pregunta que se utiliza en las encuestas nacional y europea, así como en la edición precedente de nuestra encuesta de la ciudad de Madrid: *En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?* (para considerar como buena la salud percibida, a efectos de los análisis que con esta variable hemos realizado, se toman las respuestas que valoran el estado de salud referido como *bueno* o *muy bueno*).

Un 72,35% [IC95% = 71,41-73,27] de personas encuestadas en la ESCM'17 valoró su salud como *bueno* o *muy bueno*, porcentaje que no difiere significativamente del encontrado en la encuesta madrileña previa (ESCM'13), que fue de un 74,31 [IC95% = 71,29-77,32].

Al comparar estos datos con los obtenidos a nivel nacional, se comprueba que los valores obtenidos en la ESCM'17 son algo peores a los de la ENSE 17.

[Volver a índice](#)



En las [tablas 46 y 47](#) se puede ver la evolución de la percepción de salud a lo largo del tiempo, a través de las distintas encuestas nacionales y de la ciudad de Madrid; no se han incluido los datos de la ESCM'05 porque no se ofrecieron las mismas opciones de respuesta a esa pregunta ni se comparan los datos con la encuesta de salud de Barcelona ni con la Encuesta de Salud de Euskadi^{76,122}, por el mismo motivo.

Tabla 46. Salud percibida como buena o muy buena según sexo, prevalencia e IC 95%. Ciudad de Madrid 2013 y 2017

	ESCM'13			ESCM'17		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Mujeres	430	70,23	65,90-74,55	4.790	68	66,71-69,35
Hombres	372	79,03	74,89-83,17	4.055	77,40	76,34-78,91
Total	802	74,31	71,29-77,32	8.845	72,35	71,4-73,3

Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2013 y 2017.

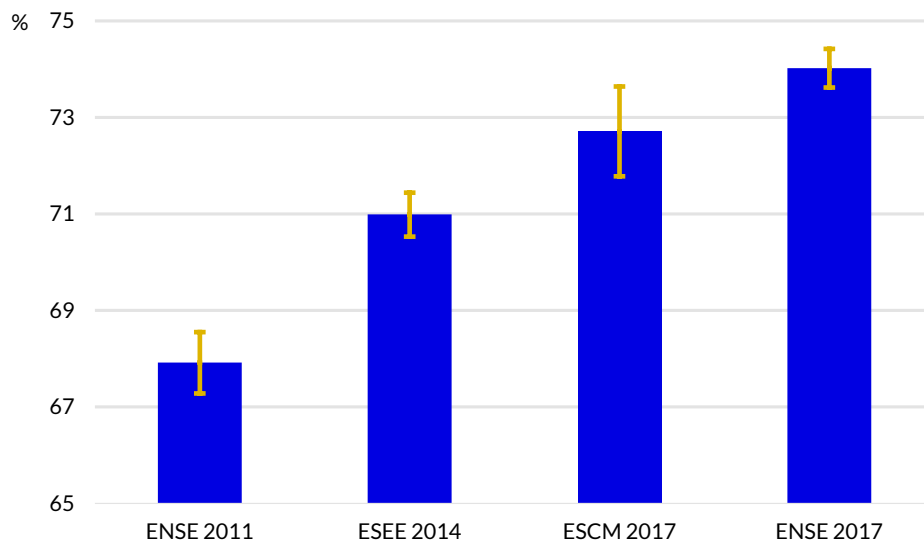
Tabla 47. Salud percibida como buena o muy buena según sexo, prevalencias e IC 95%. Encuestas nacionales 2011-2017

	ENSE 11/12			ESEE 2014			ENSE 2017		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Mujeres	11.358	62,73	61,79-63,60	13.375	67,03	66,37-67,68	16.501	70,42	69,84-71,01
Hombres	9.649	74,13	73,24-75,04	14.280	75,14	74,52-75,75	17.580	77,74	77,19-78,28
Total	21.007	67,92	67,30-68,51	27.665	70,98	70,53-71,43	34.082	74,02	73,62-74,42

Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud 2011/12 y 2017 y Encuesta Europea de Salud en España 2014.

Si nos fijamos en el [gráfico 106](#), en el que se excluye la ESCM'13 con muestra de menor tamaño, parece que mejora esta percepción gradualmente con el paso del tiempo, tanto en la población madrileña como en la del conjunto de España, ya que al comparar las diferentes encuestas se puede observar que cada una de ellas registra mejores tasas de buena salud autopercebida que las anteriores.

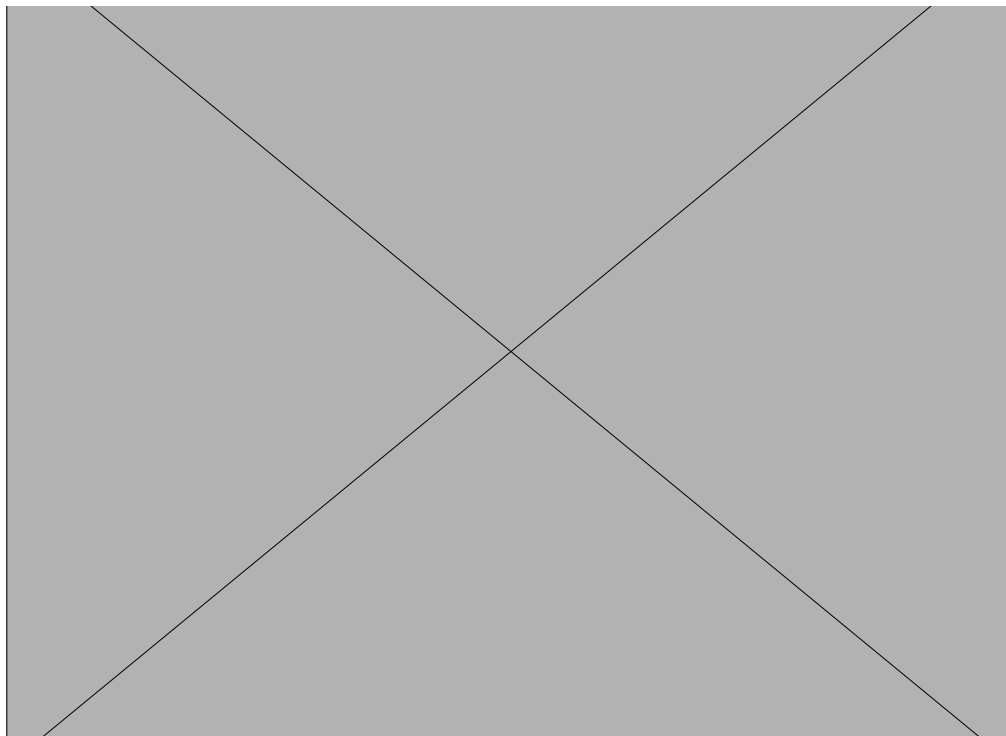
Gráfico 106. Tendencia en la autopercepción positiva de la salud (prevalencia e IC 95%). Encuestas nacionales y de la ciudad de Madrid, 2011, 2014 y 2017



Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud 2011 y 2017, Encuesta Europea de Salud en España 2014 y Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Al igual que en la encuesta nacional, los hombres valoran positivamente su salud con mayor frecuencia que las mujeres (tablas 46 y 47 y gráfico 107).

Gráfico 107. Autopercepción de la salud como buena y muy buena según sexo (IC 95%). Encuestas nacionales y de la ciudad de Madrid 2011, 2014 y 2017



Fuentes: Encuestas Nacionales de Salud 2011 y 2017, Encuesta Europea de Salud en España 2014 y Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.



Con el objetivo de conocer y medir el peso de algunos factores probablemente involucrados en la autopercepción positiva de la salud se realiza un abordaje analítico de los datos (análisis multivariante) cuyos resultados se presentan en la [tabla 48](#).

Tabla 48. Distribución de frecuencias de autopercepción de la salud como buena o muy buena, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Autopercepción de la salud como buena o muy buena		N	n	%	OR (*)	IC 95%
		8.845	6.399	72,3		
Sexo	Mujer	4.790	3.259	68,0	1,45*	1,31 - 1,60
	Hombre	4.055	3.140	77,4	1	
Edad	15 a 29	1.539	1.317	85,6	3,14*	2,60 - 3,79
	30 a 44	2.383	1.853	77,8	1,53*	1,29 - 1,81
	45 a 64	2.822	1.988	70,4	1,12	0,97 - 1,3
	65 y más años	2.101	1.241	59,1	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	454	47,7	1	
	Secundarios	4.186	2.939	70,2	1,57*	1,34 - 1,85
	Universitarios	3.707	3.006	81,1	2,15*	1,78 - 2,6
Clase social	Desfavorecida	3.130	1.956	62,5	1	
	Media	2.109	1.546	73,3	1,36*	1,19 - 1,56
	Favorecida	3.413	2.756	80,8	1,70*	1,48 - 1,96
Grupo de Distritos	Menor desarrollo	2.067	1.398	67,6	1	
	Desarrollo medio-bajo	2.851	2.034	71,3	1,10	0,96 - 1,25
	Desarrollo medio-alto	2.065	1.529	74,0	1,04	0,90 - 1,21
	Mayor desarrollo	1.862	1.439	77,3	1,19*	1,01 - 1,39
Situación laboral	Trabaja	4.717	3.710	78,7	1,47*	1,30 - 1,67
	No trabaja	4.129	2.690	65,1	1	
Situación migratoria	Inmigrante económico	1.271	890	70,0	1	
	Resto población	7.573	5.509	72,7	1,31*	1,23 - 1,52

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

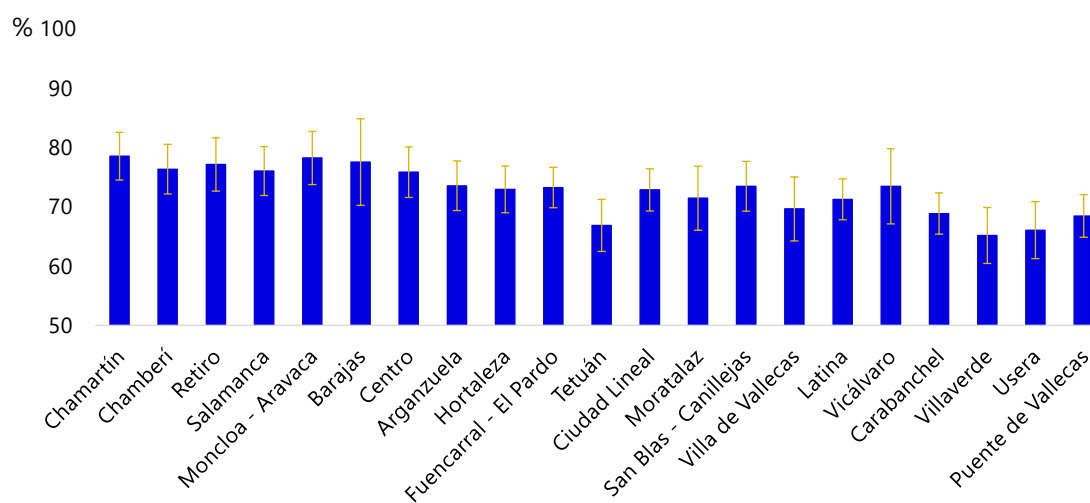
Las variables explicativas que más fuerza de asociación mostraron con la buena salud autopercebida fueron el sexo, la edad, el nivel de estudios, la clase social ocupacional y la situación laboral. Considerando la percepción de la salud propia como la mejor posible (buena y muy buena), la relación de las OR obtenidas en este modelo de RLM arroja que las personas más jóvenes alcanzan ratios 3 veces superiores que las mayores; los hombres un 45% superiores que las mujeres; las personas que han alcanzado estudios universitarios hasta dos veces más que las que cuentan con estudios primarios; quienes trabajan casi un 50% más que quienes no lo hacen (se incluye en esta categoría a personas desempleadas y a otras que no trabajan), y quienes pertenecen a un hogar de clase social favorecida 1,7 veces más que las personas de la clase desfavorecida, siendo las medidas de riesgo calculadas para estas variables (OR) estadísticamente significativas. Aparecen también diferencias significativas en sus OR entre quienes residen en un distrito del grupo de

mayor desarrollo, aunque solo en ellos, respecto a quienes lo hacen en uno de menor desarrollo, así como entre las personas inmigrantes económicas y el resto de la población, teniendo estos un 31% más “riesgo” de considerar su salud como *buena* y *muy buena* que aquéllos. En relación con lo hallado en el análisis correspondiente realizado con la anterior encuesta (2013) y considerando que la actual cuenta con una muestra mayor y que en aquella no se incluyeron las variables de empleo y situación migratoria, encontramos que las OR de estas dos han resultado significativas, así como las obtenidas por el grupo de clase social favorecida y media respecto al grupo de clase desfavorecida, a diferencia de lo hallado en el análisis realizado entonces.

Como es conocido y en este análisis se vuelve a demostrar, este indicador de salud percibida muestra una distribución que refleja muy bien las desigualdades sociales en salud.

En el siguiente gráfico se presenta la prevalencia de personas que consideran su salud como buena o muy buena, ordenadas por nivel de renta en los distritos de la ciudad. Se ha preferido utilizar este indicador en vez del ICSCR porque es el que mejor refleja la brecha interdistrital. Se observa un claro gradiente directo y evidente en la tendencia entre renta per cápita de los distritos y percepción favorable de salud. Según los IC 95% de las frecuencias obtenidas dos distritos están significativamente por encima de la frecuencia del conjunto de la ciudad (Chamartín y Moncloa-Aravaca) mientras que tres están por debajo (Tetuán, Villaverde y Usera). El dato de Tetuán llama la atención en este análisis pues esa frecuencia de percepción positiva de la salud es más baja que la que se podría esperar por su renta ([gráfico 108](#)).

Gráfico 108. Prevalencia de personas que consideran su salud buena o muy buena por distritos ordenados según Renta Bruta Disponible, 2017 (tasa por cien e IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Del mismo modo y con el objetivo de conocer y medir el peso de algunos factores probablemente involucrados en la autopercepción negativa de la salud, se realiza un abordaje analítico de los datos (análisis multivariante) cuyos resultados se pueden ver en la [tabla 49](#).

Como se puede observar, las variables con mayor peso en la autopercepción de mala salud de las incluidas en el análisis, fueron las que tienen que ver con la salud física, sobre todo la limitación crónica de la actividad y el dolor, si bien, la falta de apoyo social también repercute de manera negativa en la autopercepción de la salud (40% más riesgo ajustado de mala salud percibida que quienes perciben mucho o bastante apoyo). Respecto al sexo cabe destacar que tras el ajuste se pierde el efecto explicativo de la mala salud autopercebida en las mujeres, posiblemente porque esa relación puede estar justificada por la mayor frecuencia de dolor y limitación que se da en ellas.

[Volver a índice](#)



Tabla 49. Distribución de frecuencias de autopercepción negativa de la salud (regular, mala o muy mala), prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Autopercepción negativa de salud (regular, mala y muy mala)		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.845	2.446	27,7		
Sexo	Mujer	4.790	1.531	32,0	1,04	0,92-1,16
	Hombre	4.055	915	22,6	1	
Edad	15 a 29	1.317	222	16,9	1	
	30 a 44	1.853	530	28,6	1,59*	1,37-1,84
	45 a 64	1.988	834	42,0	2,44*	2,07-2,87
	65 y más años	1.241	860	69,3	4,06*	3,31-4,97
Apoyo social (1)	Mucho/bastante	3.819	762	20,0	1	
	Algo	2.654	763	28,7	1,11	0,95-1,27
	Poco/nada	2.372	921	38,8	1,42*	1,23-1,64
Clase social	Favorecida	3.413	657	19,2	1	
	Media	2.109	563	26,7	1,50*	1,29-1,73
	Desfavorecida	3.130	1.174	37,5	1,92*	1,67-2,19
Riesgo de mala salud mental	No	6.959	1.507	21,7	1	
	Sí	1.865	933	50,0	2,32*	2,02-2,66
Sedentarismo	No	6.174	1.398	22,6	1	
	Sí	2.650	1.044	39,4	1,64*	1,45-1,85
Dolor (2)	Nada de dolor	3.731	465	12,5	1	
	Dolor leve/ligero	2.983	736	24,7	2,23*	1,93-2,56
	Dolor moderado/severo	2.132	1.215	57,0	3,66*	3,14-4,25
Limitación crónica a la actividad	No	6.064	882	14,5	1	
	Sí	2.780	1.564	56,3	4,87*	4,32-5,48

Nota: (1) y (2) Respuestas a las preguntas 8 y 7 de la escala COOP-WONCA.

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD

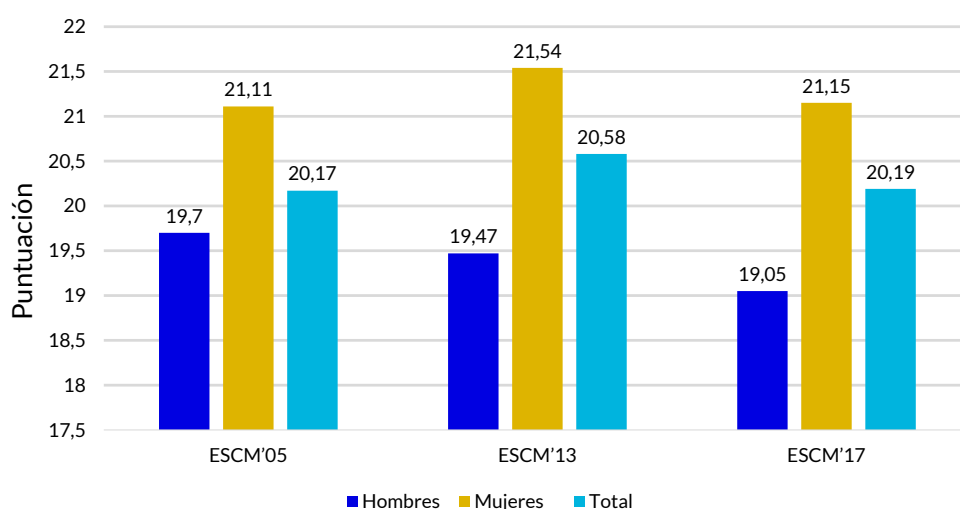
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (1994)¹²³.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una de las dimensiones principales de la salud. Desde el punto de vista poblacional, la CVRS es de gran utilidad para valorar y monitorizar la salud de una población.

[Volver a índice](#)

Como en estudios anteriores se ha utilizado la escala COOP-WONCA de 9 ítems para el conocimiento de este indicador, habiendo sido validada recientemente para entrevistas telefónicas³⁸. Se trata de una escala tipo Likert en la que a mayor puntuación corresponde peor CVRS. La media de puntuación en la ESCM'17 fue de 20,19 [IC95% = 20,08-20,30] para el conjunto de la población. Algo menor en hombres: 19,05 [IC95% = 18,91-19,19] que en mujeres: 21,15 [IC95% = 20,99-21,30]. En el [gráfico 109](#) se presentan los resultados obtenidos en las tres encuestas madrileñas realizadas por Madrid Salud.

Gráfico 109. Calidad de vida en relación con la salud. Puntuación media de la escala COOP-WONCA según sexo. Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017



Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017.

Tomando como referencia los valores medios de la ESCM'05 no se observan diferencias significativas ni para toda la población ni para cada sexo en los años sucesivos. Sin embargo, en todos ellos las mujeres significativamente puntúan más que los hombres, lo que indica peor calidad de vida relacionada con la salud.

En la [tabla 50](#) podemos observar las puntuaciones obtenidas en la escala según grupos de edad y sexo. Como era esperable las puntuaciones se incrementan al aumentar la edad, dándose la circunstancia de que las diferencias son significativas entre todos los grupos etarios y las medias muestran una gradualidad lineal clara. En cada grupo de edad también las diferencias son significativas (IC 95%) entre sexos.

Tabla 50. Calidad de vida en relación con la salud según sexo y edad. Puntuaciones medias de COOP-WONCA por grupos de edad y sexo con sus N, IC95% y DT. Ciudad de Madrid 2017

Grupo de edad	Mujeres				Hombres			
	N	Media	DT	IC 95%	N	Media	DT	IC 95%
15 a 29	781	19,2	4,80	18,9-19,5	758	17,3	4,0	17,1-17,6
30 a 44	1.225	20,5	5,26	20,2-20,8	1.158	18,5	4,7	18,3-18,8
45 a 64	1.507	21,5	5,57	21,2-21,7	1.315	19,7	4,7	19,4-19,9
65 y más	1.277	22,6	5,09	22,3-22,8	824	20,4	4,2	20,1-20,7

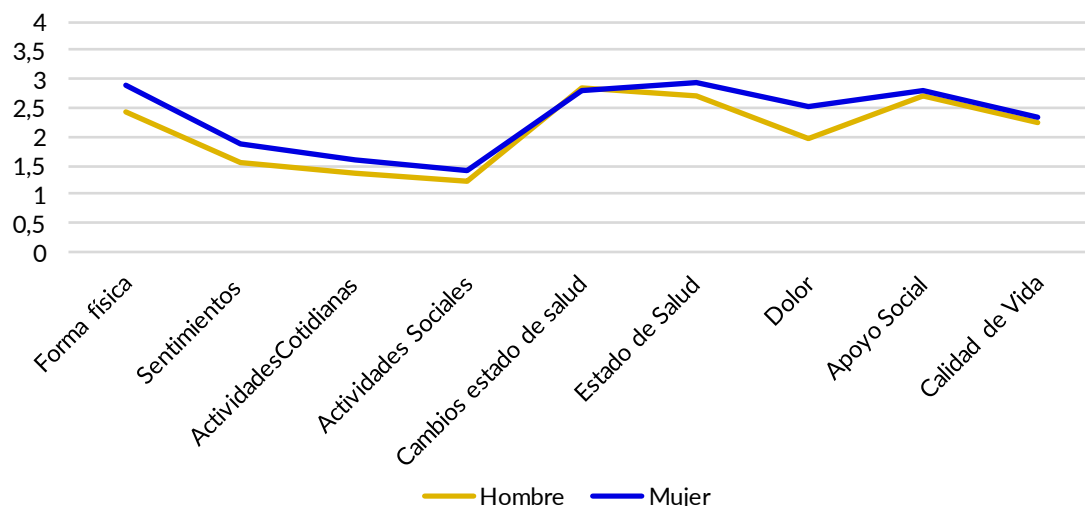
Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



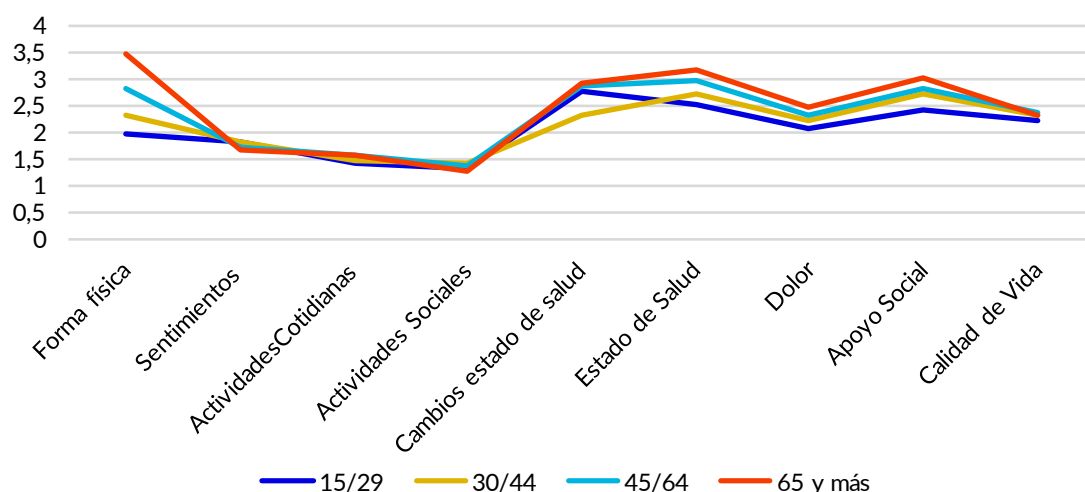
Al analizar las diferentes dimensiones que explora esta escala de CVRS, se encuentran diferencias por sexo y edad. En las que más diferencias se observan entre sexos destaca dolor, forma física y sentimientos, en todos los casos con peores resultados las mujeres, así como en general en todas ellas. Entre edades las mayores discrepancias se observan en forma física, cambios en el estado de salud, estado de salud y apoyo social, alcanzando, como resulta comprensible, siempre las peores calificaciones los mayores de 65 años (gráficos 110 y 111).

Gráfico 110. Puntuaciones medias de las dimensiones exploradas por la escala COOP-WONCA según sexo, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 111. Puntuaciones medias de las dimensiones exploradas por la escala COOP-WONCA según edad, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En el año 2017 las puntuaciones medias de la escala según clase social familiar establecen claramente un gradiente tanto en hombres como en mujeres entre las tres categorías de análisis (favorecida, media y desfavorecida) en sentido inverso (clase/puntuación media) y con diferencias significativas según sus IC 95% (tabla 51).

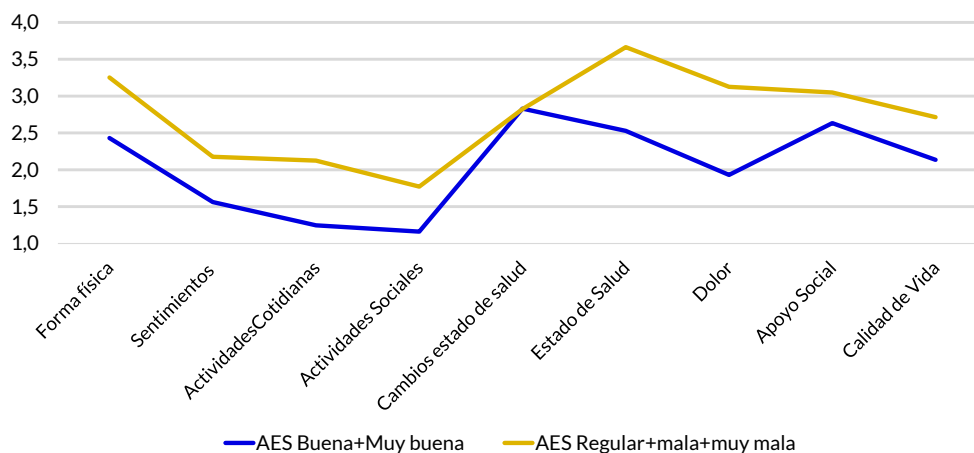
Tabla 51. Calidad de vida en relación con la salud. Puntuaciones medias de la escala COOP-WONCA según clase social familiar por sexos, con sus N, IC95% y DT. Ciudad de Madrid 2017

Clase social	Mujeres				Hombres			
	N	Media	DT	IC 95%	N	Media	DT	IC 95%
Desfavorecida	1.753	22,5	5,70	22,2-22,7	1.377	19,9	4,9	19,6-20,2
Media	1177	21,3	5,21	21,0-21,6	932	19,0	4,5	18,7-19,3
Favorecida	1.729	19,7	4,65	19,5-19,9	1.684	18,4	4,2	18,2-18,6

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

La CVRS arroja resultados distintos y coherentes si se analizan separadamente las personas que afirman tener una percepción de su salud favorable (respuestas *buena* y *muy buena*) y las que la perciben como desfavorable (respuestas *regular*, *mala* y *muy mala*). La media de aquellas fue de 18,46 (DT = 3,68) mientras que la de las demás se situó en 24,70 (DT = 5,58) siendo las diferencias de las medias estadísticamente significativas (prueba T de diferencias de medias con $p < 0,05$). Al estudiar las puntuaciones medias de cada una de las 9 áreas que explora la escala, y con excepción de “cambios en el estado de salud” en el que ambos grupos puntúan igual (analiza cambios en los últimos 15 días por lo que, para percepciones sustentadas en fenómenos crónicos, que son los que con mayor probabilidad determinan esas opiniones de la propia salud, la pregunta resulta insensible) las diferencias son notables y en el sentido esperado (gráfico 112). Como se puede observar, el dolor, el estado de salud y las actividades cotidianas son los aspectos que marcan más diferencias entre un grupo y otro.

Gráfico 112. Puntuaciones medias de las dimensiones exploradas por la escala COOP-WONCA según salud percibida, 2017



Nota: AES (autopercepción del estado de salud). Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por último y con objeto de entender el peso ajustado e independiente de cada uno de los principales determinantes sociales y demográficos estudiados en la CVRS distribuimos la muestra en dos categorías tras trazar un punto de corte en la puntuación media de 20 (esa cifra y más será mala CVRS mientras que por debajo de ella distinguiremos a quienes perciben buena CVRS) y estudiamos los resultados de un modelo multivariante de regresión logística binaria tal y como se muestra en la tabla 52. Considerando el valor de referencia en cada variable independiente que se deduce de la tabla concluimos que la variable que más determina mala CVRS es la edad (tienen casi 3 veces peor percepción las personas mayores de 65 años que las más jóvenes), seguido del sexo (mujer, casi dos veces peor) y el nivel de estudios elemental (1,8 veces más riesgo quienes tienen estudios primarios



o menos que los de estudios universitarios). La clase social también explica la mala percepción de forma directa (a más desfavorecida peor CVRS), aunque con menor fuerza que la variable educativa. En esta aproximación y tras ajustar entre todas las variables, la situación migratoria es la que menos explica esa peor calidad de vida.

Tabla 52. Distribución de frecuencias de mala calidad de vida en relación con la salud, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Mala calidad de vida en relación con la salud (puntuación escala COOP-WONCA de 20 o más)		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.845	4.200	47,5		
Sexo	Mujer	4.790	2.663	55,6	1,9*	1,8-2,1
	Hombre	4.055	1.537	37,9	1	
Edad	15 a 29	1.540	490	31,8	1	
	30 a 44	2.383	999	41,9	1,8*	1,5-2,1
	45 a 64	2.822	1.403	49,7	2,4*	2,1-2,7
	65 y más años	2.101	1.308	62,3	2,9*	2,5-3,4
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	655	68,8	1,8*	1,5-2,2
	Secundarios	4.186	2.125	50,8	1,4*	1,3-1,6
	Universitarios	3.707	1.420	38,3	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	1.749	55,9	1,4*	1,3-1,6
	Media	2.109	1.020	48,3	1,2*	1,1-1,4
	Favorecida	3.413	1.338	39,2	1	
Situación laboral	Trabaja	4.717	1.095	40,4	1	
	No trabaja	4.129	2.295	55,6	1,4*	1,2-1,5
Situación migratoria	Resto población	7.573	3.562	47,0	1	
	Inmigrante económico	1.271	638	50,2	1,3*	1,1 - 1,5

Nota: Se considera para este análisis que declaran mala CVRS los que puntuaron 20 puntos o más en la escala COOP-WONCA.

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM '17.

3.2. ESPERANZA DE VIDA

ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 65 AÑOS

La esperanza de vida al nacer en la población de la ciudad de Madrid en 2017 fue de 84,29 años (81,44 para los hombres y 86,63 para las mujeres). Para la población que nació ese año en el territorio español la expectativa vital ascendía a 83,09 años (80,37 para los hombres y 85,73 para las mujeres). A nivel europeo, la media de los 28 países miembros en 2017¹⁶ (la última cifra disponible en Eurostat al escribir este informe) es de 80,9 años (78,3 para los hombres y 83,6 para las mujeres). España fue el país de

la UE con mayor esperanza de vida para las mujeres, mientras que los hombres, en tercera posición, quedan por detrás de Italia y Suecia. En la [tabla 53](#) y en el [gráfico 113](#) se puede ver la evolución de la esperanza de vida al nacer en la ciudad de Madrid y en España desde 2008 hasta 2017.

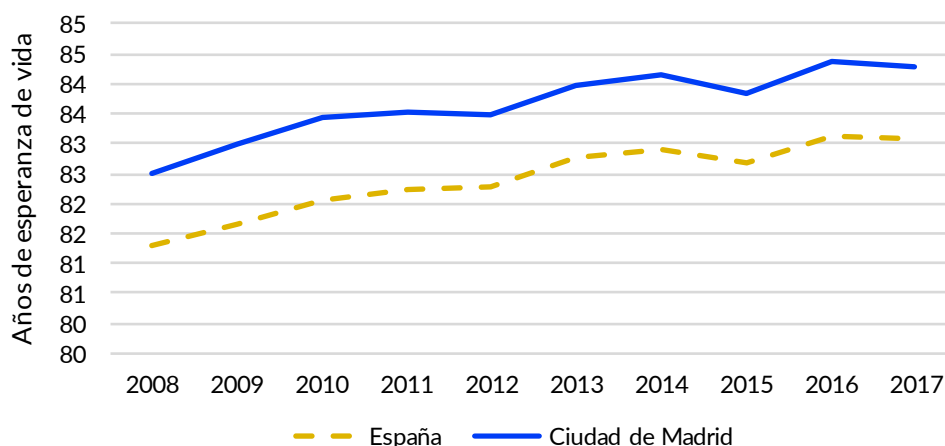
Tabla 53. Esperanza de vida al nacer. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017

Año	España			Ciudad de Madrid		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2008	81,30	78,22	84,33	82,50	79,00	85,45
2009	81,66	78,62	84,65	83,01	79,66	85,81
2010	82,07	79,05	85,03	83,42	80,00	86,28
2011	82,25	79,30	85,13	83,53	80,24	86,25
2012	82,27	79,37	85,10	83,49	80,34	86,08
2013	82,78	79,94	85,54	83,98	80,79	86,59
2014	82,92	80,12	85,64	84,14	81,00	86,72
2015	82,70	79,92	85,41	83,82	80,66	86,46
2016	83,11	80,31	85,84	84,39	81,30	86,93
2017	83,09	80,37	85,73	84,29	81,44	86,63

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE.

En los [gráficos 114 y 115](#) se puede observar la evolución del indicador para cada sexo en el periodo de cálculo. En ellos se aprecia que existen dos leves, aunque evidentes caídas: una en 2012 y la otra en 2015, tanto en la capital como en España de forma bastante concordante, si bien la primera ocurre fundamentalmente en las mujeres y tras una estabilización el año previo. La segunda caída es más aguda y afecta por igual a hombres y a mujeres. En el último año analizado observamos de nuevo una caída de la expectativa vital en las mujeres de la ciudad de Madrid. Estos decrementos, como se aprecia, rompen la habitual tendencia positiva de este indicador. La responsabilidad que la crisis económica iniciada en 2008 y las políticas de austeridad y recortes del gasto público que, con la justificación de aquella, se pusieron en marcha en 2010, tengan en estos retrocesos es un asunto controvertido, aunque a la luz de estos resultados, la relación entre esos fenómenos parece más que plausible.

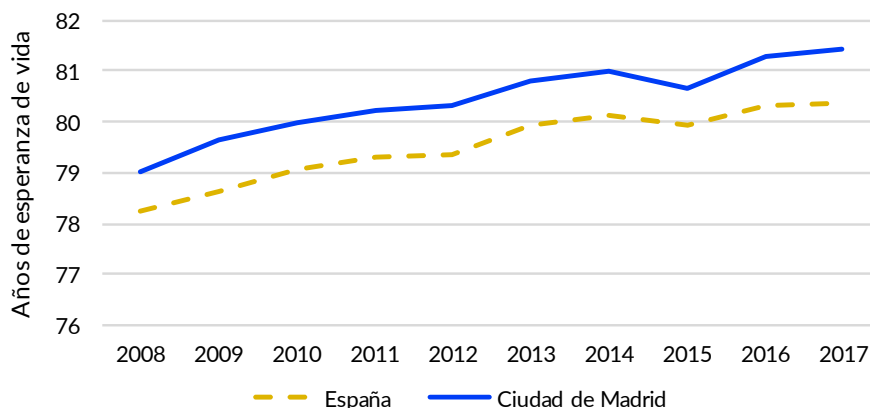
Gráfico 113. Esperanza de vida al nacer, ambos sexos. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE.

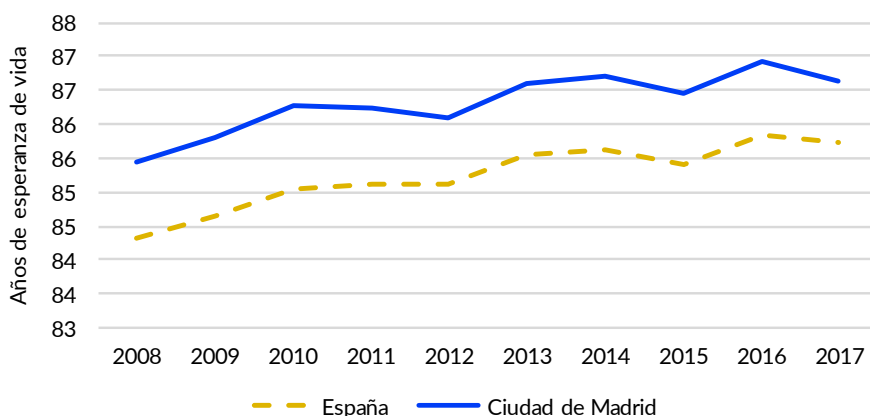


Gráfico 114. Esperanza de vida al nacer, hombres. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE.

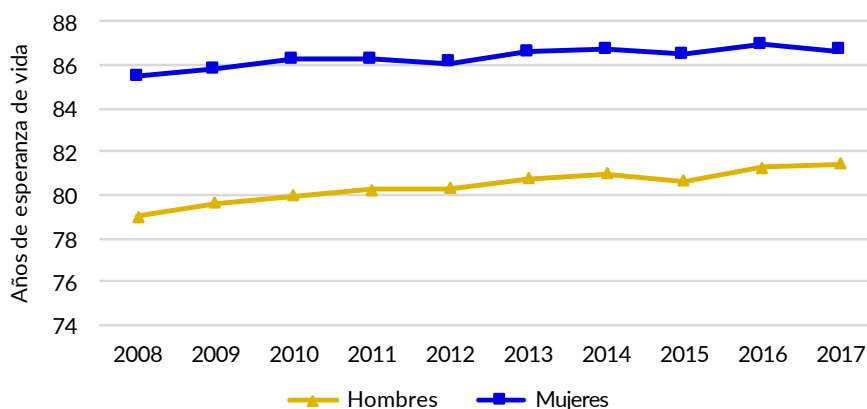
Gráfico 115. Esperanza de vida al nacer, mujeres. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE.

Como se observa en el gráfico 116, la brecha de género en esperanza de vida se ha amortiguado en nuestra ciudad en el periodo estudiado reduciéndose en más de un año, gracias a una cierta estabilización de las cifras de las mujeres, mientras que las de los hombres siguen aumentando de forma bastante constante.

Gráfico 116. Esperanza de vida al nacer según sexo en la ciudad de Madrid. Brecha de género 2008-2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración propia a partir de población y defunciones del INE.

La esperanza de vida a la edad de 65 años es de 22,21 años para el conjunto de la ciudadanía madrileña (19,93 años para los hombres y 23,93 para las mujeres) en el año 2017. Quienes cumplieron esa edad en ese mismo año en España pueden aspirar a alcanzar de media 21,15 años más de vida (19,12 y 22,97 años respectivamente para hombres y mujeres). En 2017, en Europa (EU-28), la esperanza de vida media a los 65 años es de 18,1 para los hombres, 21,4 para las mujeres y 19,9 años para el conjunto de la población, situándose España en segundo lugar detrás de Francia para este indicador en Europa¹²⁴.

En la [tabla 54](#) se puede apreciar la evolución de la esperanza de vida a los 65 años en Madrid y en España desde 2008 hasta 2017.

Tabla 54. Esperanza de vida a los 65 años. Ciudad de Madrid y España, 2008-2017

Año	España			Ciudad de Madrid		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2008	20,02	17,94	21,83	21,09	18,50	23,03
2009	20,24	18,12	22,10	21,44	18,90	23,33
2010	20,54	18,40	22,41	21,71	19,13	23,64
2011	20,67	18,55	22,53	21,75	19,21	23,64
2012	20,59	18,51	22,43	21,77	19,38	23,54
2013	21,01	18,92	22,84	22,13	19,61	24,01
2014	21,11	19,06	22,92	22,26	19,86	24,03
2015	20,83	18,79	22,65	21,93	19,56	23,72
2016	21,21	19,14	23,05	22,36	19,96	24,15
2017	21,15	19,12	22,97	22,21	19,93	23,93

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de Madrid son de elaboración propia a partir de población y defunciones del INE.

La común mejora anual de este indicador sufre, al igual que lo visto para el del nacimiento, un revés en 2015, tanto en España como en la capital, de 0,28 y 0,33 años respectivamente, resultando más acusado en las mujeres madrileñas. Aquí como allá se debe resaltar lo ocurrido en 2017, en que se repitió la misma situación afectando en especial a las mujeres madrileñas.

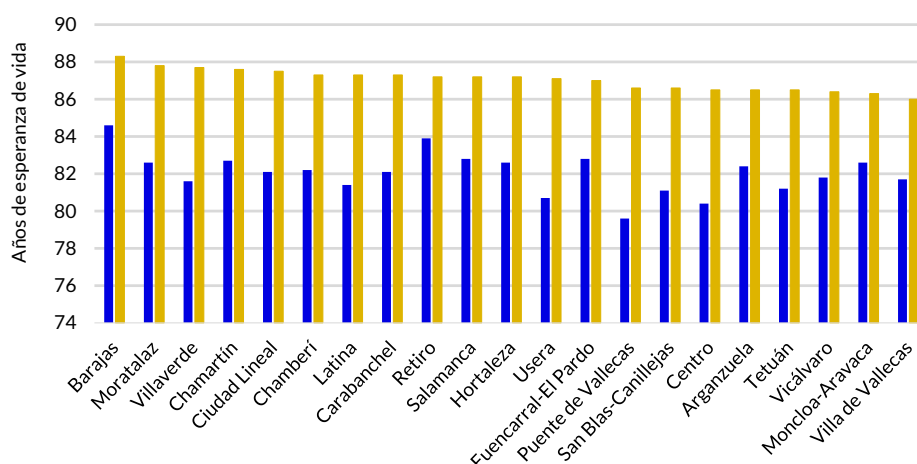
ESPERANZA DE VIDA EN LOS DISTRITOS

En los distritos de la ciudad, en el año 2017, la mejor esperanza de vida al nacer para hombres y mujeres la registró el distrito de Barajas (84,6 y 88,3 años respectivamente), mientras que la más baja para los hombres fue la de Puente de Vallecas (79,6 años) y para las mujeres la de Villa de Vallecas (86 años), ([tabla 55 y gráfico 117](#)). A los 65 años la mejor situación es la de Barajas (21,4 y 25,1 años de esperanza de vida a esa edad para hombres y mujeres por separado) y la peor la de Villa de Vallecas (19 y 23,3 años para ellos y ellas respectivamente).

[Volver a índice](#)



Gráfico 117. Esperanza de vida al nacer según sexo. Distritos de la ciudad de Madrid ordenados por las cifras de mujeres, 2017



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Tabla 55. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017

Distrito	Al nacer			A los 65 años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Centro	83,7	80,4	86,5	21,9	19,2	23,8
Arganzuela	84,8	82,4	86,5	22,4	20,5	23,7
Retiro	85,8	83,9	87,2	22,9	20,9	24,2
Salamanca	85,4	82,8	87,2	22,7	20,4	24,2
Chamartín	85,5	82,7	87,6	23,0	20,8	24,5
Tetuán	84,2	81,2	86,5	22,1	19,6	23,9
Chamberí	85,2	82,2	87,3	22,6	19,9	24,3
Fuencarral-El Pardo	85,1	82,8	87,0	22,8	20,8	24,5
Moncloa-Aravaca	84,7	82,6	86,3	22,7	20,7	24,2
Latina	84,6	81,4	87,3	22,9	20,6	24,7
Carabanchel	85,0	82,1	87,3	22,4	20,0	24,3
Usera	84,1	80,7	87,1	22,1	19,9	23,8
Puente de Vallecas	83,3	79,6	86,6	21,9	19,1	24,2
Moratalaz	85,5	82,6	87,8	23,4	21,3	24,8
Ciudad Lineal	85,2	82,1	87,5	22,9	20,4	24,7
Hortaleza	85,1	82,6	87,2	22,4	20,5	24,0
Villaverde	84,8	81,6	87,7	22,7	20,1	24,8
Villa de Vallecas	84,1	81,7	86,0	21,3	19,0	23,3
Vicálvaro	84,2	81,8	86,4	22,4	20,8	23,8
San Blas-Canillejas	84,1	81,1	86,6	21,9	19,5	23,8
Barajas	86,5	84,6	88,3	23,3	21,4	25,1

Nota: en color verde las mejores cifras de cada columna y en color salmón las más desfavorables.

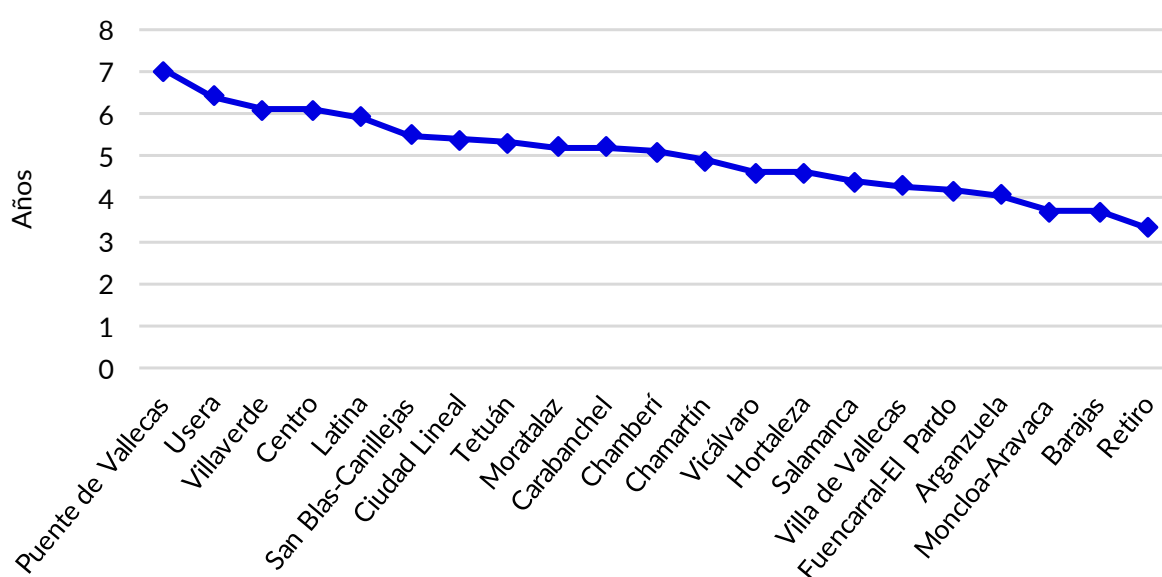
Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

[Volver a índice](#)

La mayor brecha de género (a favor de las mujeres) encontrada con datos de 2017 se da en el distrito de Puente de Vallecas (7 años), especialmente por la baja esperanza de vida al nacer de los hombres. Brechas altas también, aunque menos marcadas, las apreciamos en los distritos de Usera y Villaverde (gráfico 118).

La brecha más pequeña se sitúa en el de Retiro, con algo más de 3,3 años de diferencia entre hombres y mujeres. Según lo constatado en otros análisis previos, la brecha se correlaciona de forma inversa con la situación socioeconómica del distrito, representada, por ejemplo, por la renta per cápita. Esto es así, en general, por el especialmente desfavorable indicador de los hombres en los distritos con peores situaciones.

Gráfico 118. Brecha de género en esperanza de vida al nacer. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017



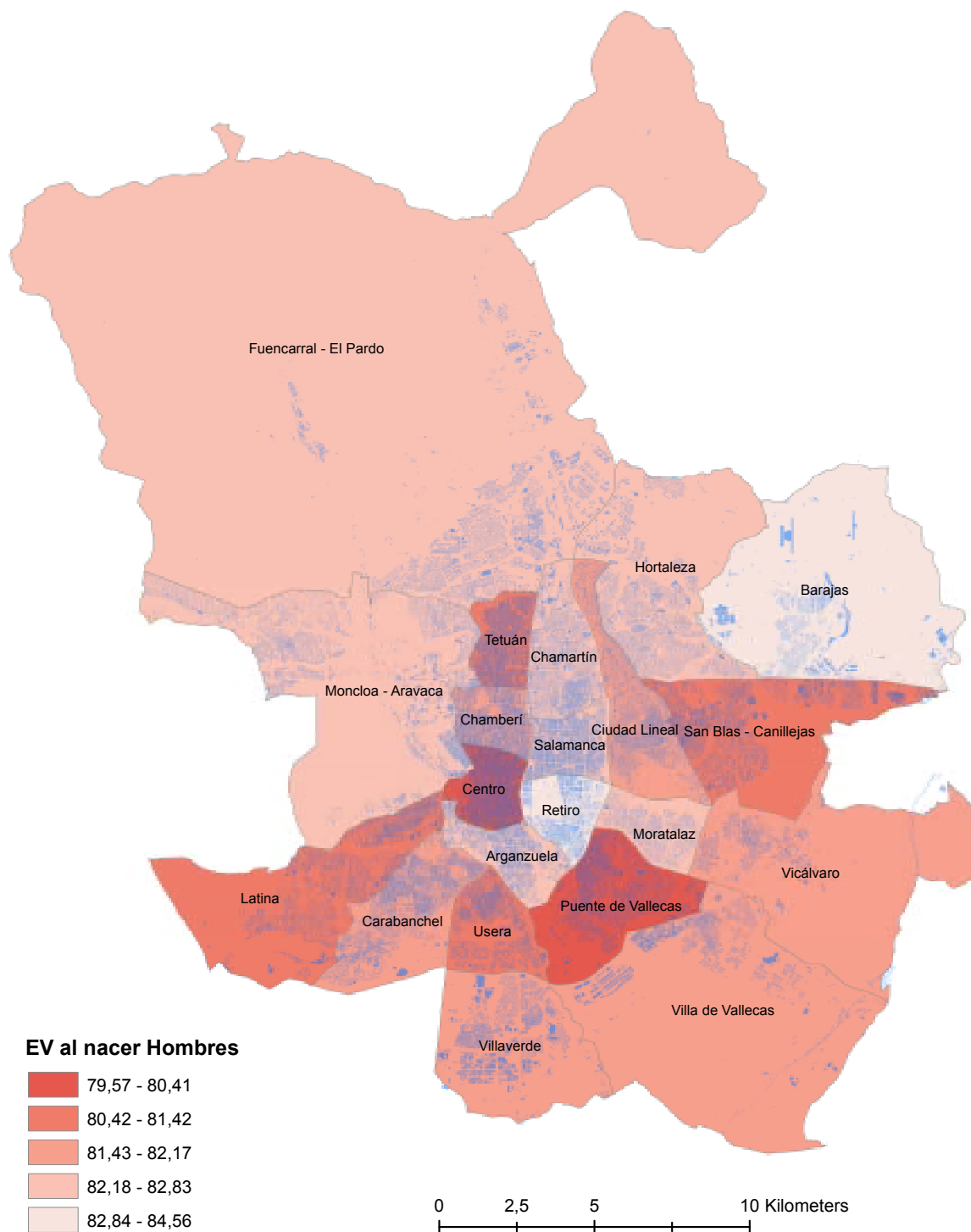
Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

Se puede constatar por tanto que el factor riqueza, representado por la renta per cápita de los territorios, se correlaciona mejor y en sentido directamente proporcional con la esperanza de vida de los hombres que con la de las mujeres. Este hallazgo que se puede enunciar como "mayor relación de la precariedad material con la salud de los hombres" ya se encontró para los distritos de la ciudad de Madrid en los estudios publicados en 2008 y en 2014, y es semejante a otros estudios y trabajos anteriores realizados en otros ámbitos

En los siguientes mapas se representa la distribución de la esperanza de vida al nacer de hombres y de mujeres, en los distritos de la ciudad, agrupada en 5 categorías, para el año 2017 (figuras 2 y 3).



Figura 2. Esperanza de vida al nacer, hombres. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017 (agrupaciones según natural breaks)

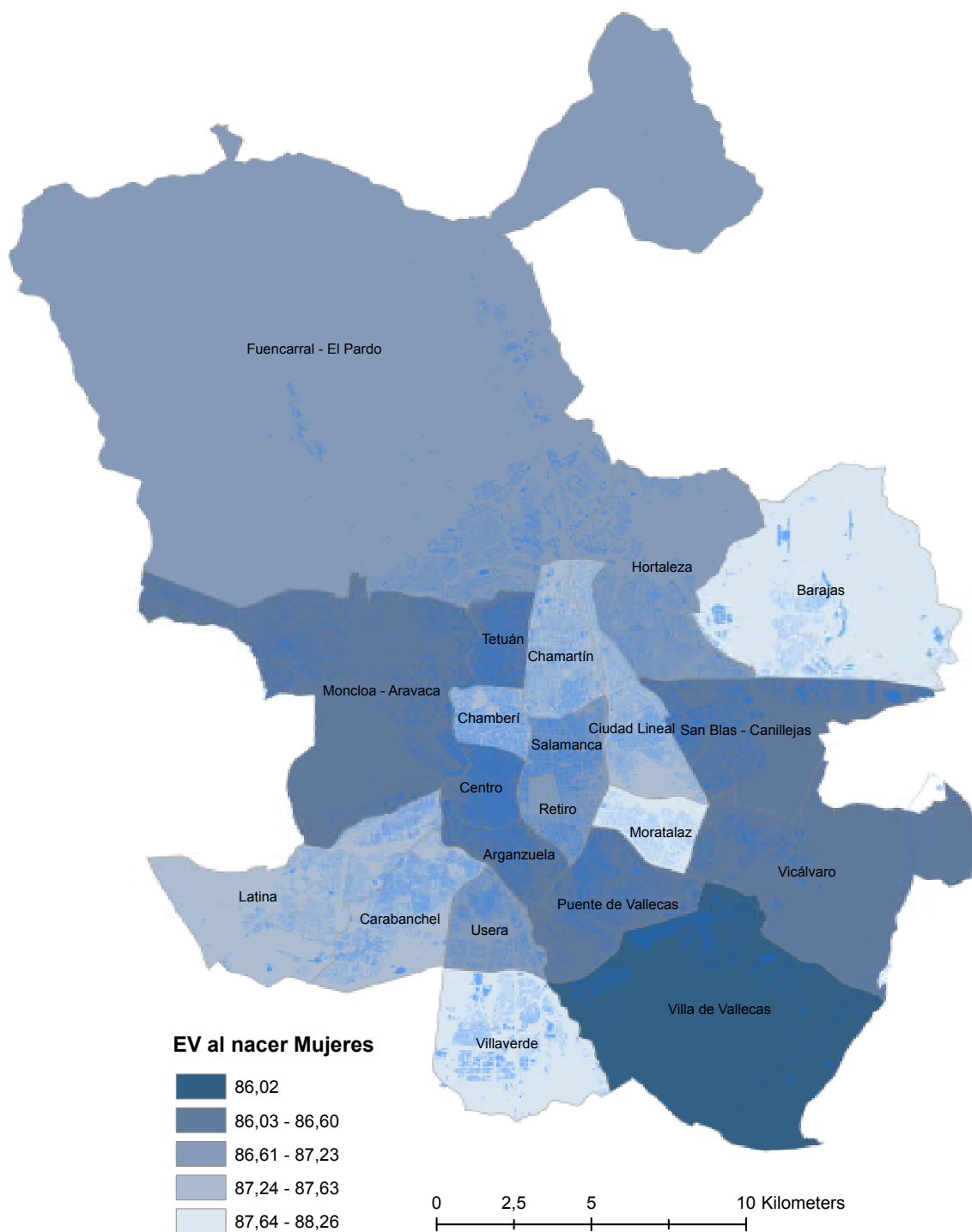


Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Se observa que los peores resultados en hombres se encuentran en los distritos de Centro, Puente de Vallecas, Usera, Tetuán y San Blas-Canillejas. Tienden a concentrarse en la zona sur, especialmente por dentro del semicírculo que componen los distritos más periféricos: Villaverde, Villa de Vallecas y Vicálvaro.

[Volver a índice](#)

Figura 3. Esperanza de vida al nacer, mujeres. Distritos de la ciudad de Madrid, 2017 (agrupaciones según natural breaks)



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En las mujeres los peores resultados se sitúan en los distritos de Villa de Vallecas, Moncloa-Aravaca y Vicálvaro. En el mapa podemos vislumbrar, en la agrupación de los distritos de más baja esperanza de vida para las mujeres, un eje sureste/noroeste que incluye los distritos de Centro, Tetuán, Arganzuela y Puente de Vallecas.

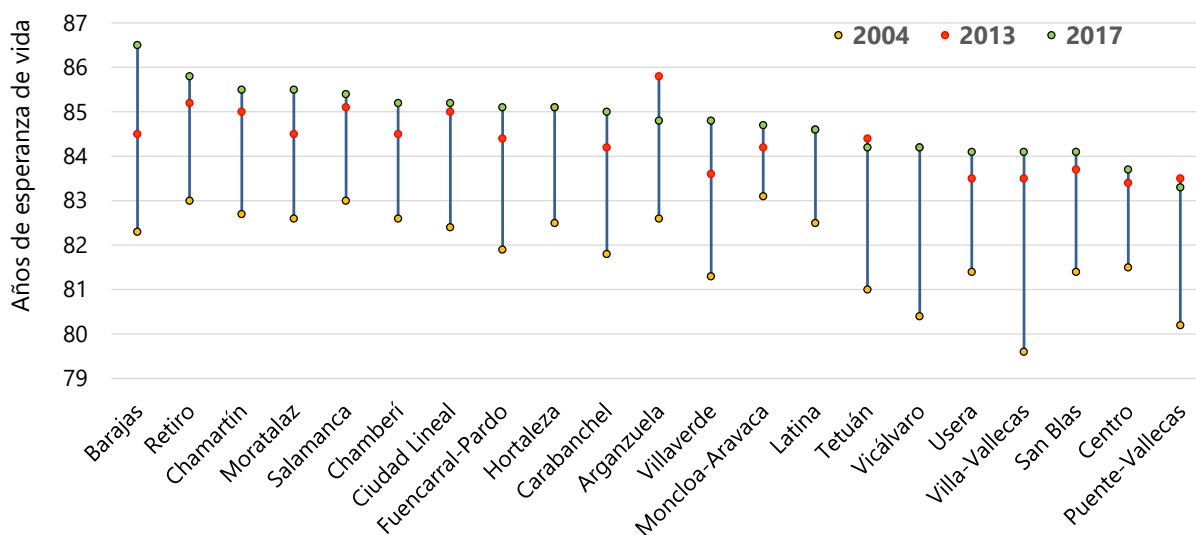
[Volver a índice](#)



En el [gráfico 119](#) se muestra la evolución de la esperanza de vida al nacer en los distritos de la ciudad de Madrid en el periodo que abarcan los tres estudios de salud para el conjunto de la población. Como se aprecia, los distritos que más han mejorado en este indicador se sitúan en la periferia de la ciudad y han experimentado importantes desarrollos urbanísticos en el periodo de observación (como Villa de Vallecas, Barajas, Villaverde o Vicálvaro). Esas iniciativas de urbanización tienen el efecto de incorporar al territorio una población con mejores condiciones socioeconómicas, desplazando a las de mayor precariedad o diluyendo su peso específico en el conjunto poblacional resultante. Los que menos han mejorado son Moncloa-Aravaca, Latina y Centro.

De este gráfico se deduce que tanto los distritos que partían de la mejor situación como los que estaban en la situación contraria mejoran de forma clara marcando una tendencia creciente, si bien en algunos distritos no se han registrado cambios entre 2013 a 2017 (Hortaleza, Latina y Vicálvaro) o incluso han sido ligeramente negativos (Arganzuela, Tetuán y Puente de Vallecas).

Gráfico 119. Evolución de la esperanza de vida al nacer. Distritos de la ciudad de Madrid 2004, 2013 y 2017, ordenados por EV 2017

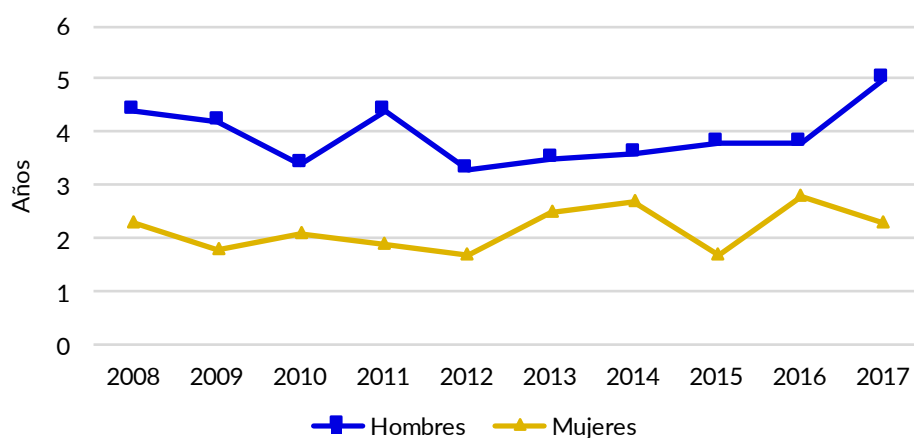


Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En el ámbito de las desigualdades territoriales de la salud siempre resulta de interés analizar la brecha en esperanza de vida al nacer entre los distritos de la ciudad, sobre todo si, como es el caso, no se trata tan solo de una visión fija basada en un dato puntual de un año concreto, sino que, como sucede en este caso, se puede estudiar cómo esta brecha ha ido evolucionando cada año en un periodo determinado ([gráfico 120](#)).

Abundando en ello, en las [TABLAS VIII, IX y X](#) se presentan las esperanzas de vida para el conjunto de la población de los distritos de la ciudad de Madrid y por sexo en 2017, al nacer y a diferentes edades agrupadas quinquenalmente, pudiéndose observar la brecha interdistrital (diferencia entre el mejor y el peor dato de los distritos).

Gráfico 120. Brecha interdistrital de la esperanza de vida al nacer (máximo menos mínimo) según año y sexo, 2008-2017



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

La brecha interdistrital en esperanza de vida al nacer es llamativamente menor en las mujeres (entre 2 y 3 años todo el periodo en contraste con la de los hombres que se sitúa alrededor de los 4 años) y está bastante estabilizada entre 2008 y 2017 aunque en el último año se incrementa en los hombres. A la edad de 65 años la brecha está entre los 2,3 años de los hombres y 1,8 de las mujeres.

Cabe destacar aquí que estas brechas son bastante variables de año en año. En 2016 la brecha entre distritos en esperanza de vida al nacer de la ciudad de Barcelona¹²⁵ fue de 4,9 años para hombres y 2,5 años para mujeres, en rangos muy parecidos a los hallados en nuestra ciudad en 2017, aunque mayores que los encontrados en Madrid en ese mismo año 2016: 3,8 años y 2,8 años para hombres y mujeres, respectivamente.

En el año 2016, según el informe de la Agencia de Salud Pública de Barcelona titulado “La salut a Barcelona 2017”¹²⁵, las esperanzas de vida de la población de esa ciudad se situaban en 81,2 años para los hombres y en 86,9 años para las mujeres, es decir un poco por debajo de la de los hombres de la ciudad de Madrid para ese mismo año y en rango muy similar a la de las mujeres, exactamente la misma situación que encontramos en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid de 2014. Por todo ello se puede afirmar que ambas ciudades muestran situaciones muy parecidas en esperanza de vida y mejores que la nacional (aproximadamente un año mejor en ambas para cada sexo). Se da la circunstancia de que el año anterior (2015) la capital catalana publicó mejores datos que la madrileña, aunque también muy parecidos: 80,8 vs. 80,7 para hombres y 86,6 vs. 86,5 para mujeres. Por lo tanto, este indicador de mortalidad registra datos muy favorables en la ciudad de Madrid, parecidos a los de Barcelona y mejores que los nacionales, lo que habla de una baja mortalidad general, en especial en jóvenes y niños y, por lo tanto, de una buena situación de salud en la ciudad de Madrid considerada globalmente.

Según cálculos realizados para este estudio, en los últimos 9 años (2008/2017) ha mejorado la esperanza de vida al nacer de los hombres de esta ciudad 1,5 años mientras que la de las mujeres lo ha hecho 1,2 años. En esta comparación, al igual que en la referida anteriormente respecto a Barcelona, deben hacerse las adecuadas objeciones derivadas del hecho de que los cálculos no se hayan efectuado con la misma metodología.

Algunos distritos no han experimentado avance alguno en esperanza de vida al nacer de su población en el quinquenio 2013-2017. Entre ellos se distinguen algunos con conocidos niveles de precariedad (Tetuán o Puente de Vallecas), aunque no todos están en la misma situación (Hortaleza, Latina o Arganzuela). Un análisis más detallado de esta situación, permitiría valorar si el efecto de la crisis económica en estos retrocesos se corresponde con el deterioro de la salud y las condiciones de vida sufridos por la población más vulnerable en estos años.

[Volver a índice](#)

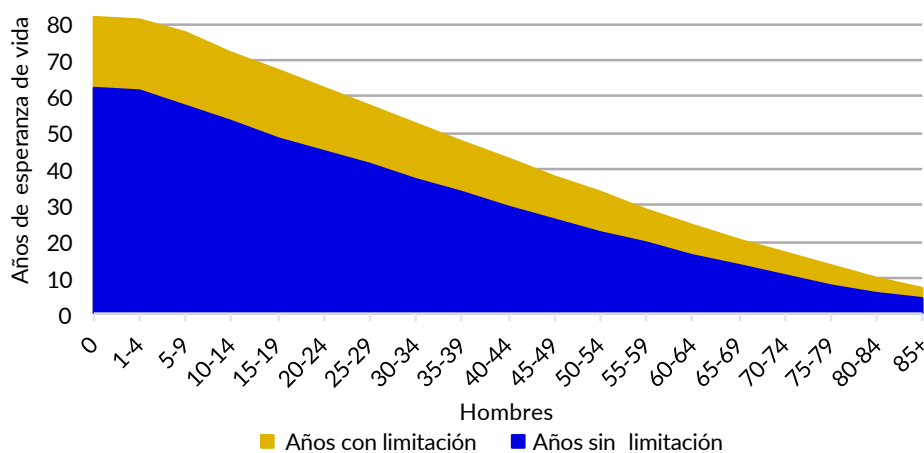


ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

Esperanza de vida libre de limitación crónica a la actividad habitual

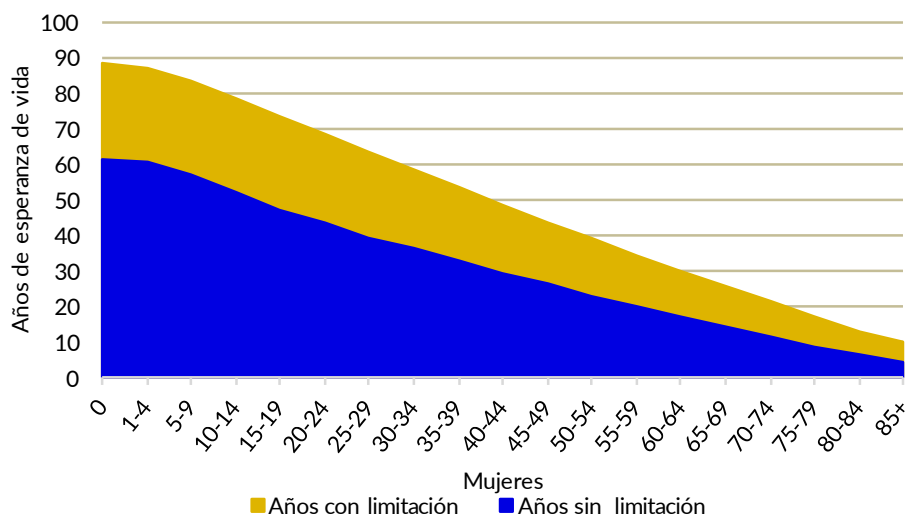
La Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS), entendida como promedio de años de vida libre de limitación crónica para la actividad habitual, en la ciudad de Madrid es de 62,3 años para hombres y de 61,7 años para mujeres, desde el nacimiento, mientras que en España es, respectivamente, de 69 y 69,9 años, siempre con datos de 2017^{44, 124, 126} (para el conjunto del país en 2016 fue 65,9 años para ellos y 66,5 años para ellas). De la totalidad de los años que componen la expectativa vital al nacimiento, por tanto, un 75,7% de los mismos será de buena salud en los hombres de Madrid y un 70% en las mujeres de la ciudad (tabla 56), mientras que en los hombres del conjunto de España esta proporción se sitúa en un 85,6% y en un 81,2% en las mujeres (gráficos 121, 122 y 1123). En las TABLAS XIII y XIV se puede analizar con detalle las diferentes EVBS por edades y sexos para la ciudad de Madrid en 2017, así como revisar en el apartado correspondiente la metodología utilizada para este cálculo.

Gráfico 121. Esperanza de vida según limitación crónica para la actividad habitual por grupos de edad, hombres. Ciudad de Madrid, 2017



Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 122. Esperanza de vida según limitación crónica para la actividad habitual por grupos de edad, mujeres. Ciudad de Madrid, 2017



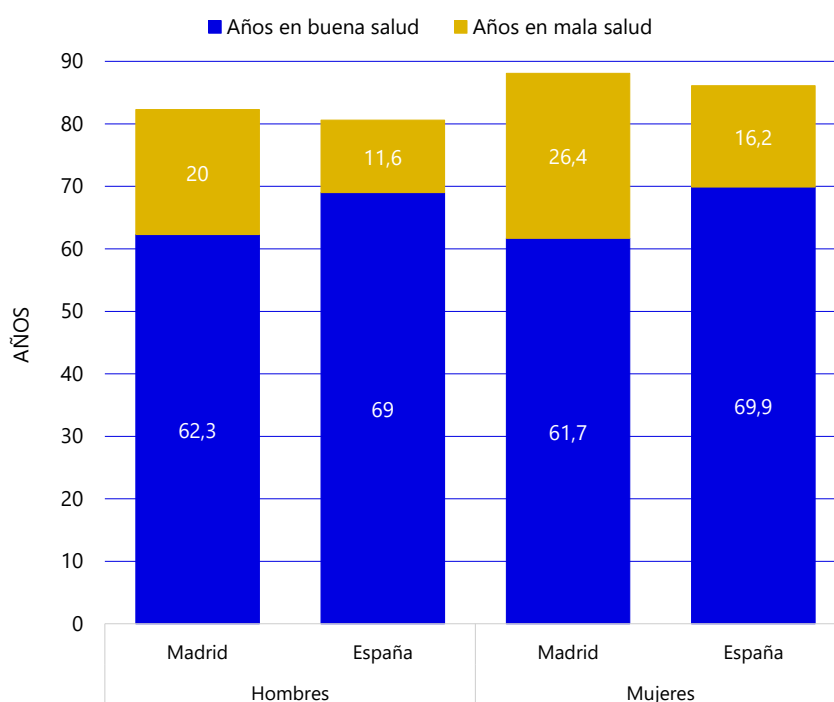
Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Tabla 56. Esperanza de vida total y en buena salud (libre de limitación crónica para la actividad habitual) y proporción del tiempo de vida con limitación según sexo y grupos de edad. Ciudad de Madrid, 2017

Edad	Esperanza de vida (años)		Esperanza de vida libre de limitación (años)		% tiempo total de vida con limitación	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
< de 1	82,29	88,08	62,31	61,65	24,28	30,01
1-4	81,44	87,26	61,42	60,77	24,58	30,35
5-9	77,49	83,27	57,57	56,90	25,71	31,67
10-14	72,53	78,30	53,20	52,37	26,65	33,11
15-19	67,58	73,32	48,79	47,39	27,80	35,37
20-24	62,65	68,37	44,86	43,46	28,39	36,43
25-29	57,72	63,43	41,15	39,53	28,71	37,68
30-34	52,80	58,49	37,30	36,14	29,35	38,21
35-39	47,90	53,55	33,49	32,72	30,09	38,89
40-44	43,02	48,64	29,75	29,53	30,85	39,29
45-49	38,22	43,78	26,19	26,12	31,47	40,33
50-54	33,52	39,02	22,86	22,72	31,80	41,78
55-59	28,99	34,33	19,73	19,72	31,94	42,56
60-64	24,71	29,81	16,64	16,93	32,66	43,22
65-69	20,65	25,38	13,67	14,04	33,83	44,67
70-74	16,85	21,10	10,77	11,18	36,09	46,99
75-79	13,27	16,94	8,22	8,51	38,03	49,77
80-84	10,06	13,04	6,08	6,48	39,51	50,32
85 y más	7,47	9,66	4,67	4,49	37,50	53,49

Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 123. Esperanza de vida al nacer en buena y mala salud según sexo. Ciudad de Madrid y España, 2017

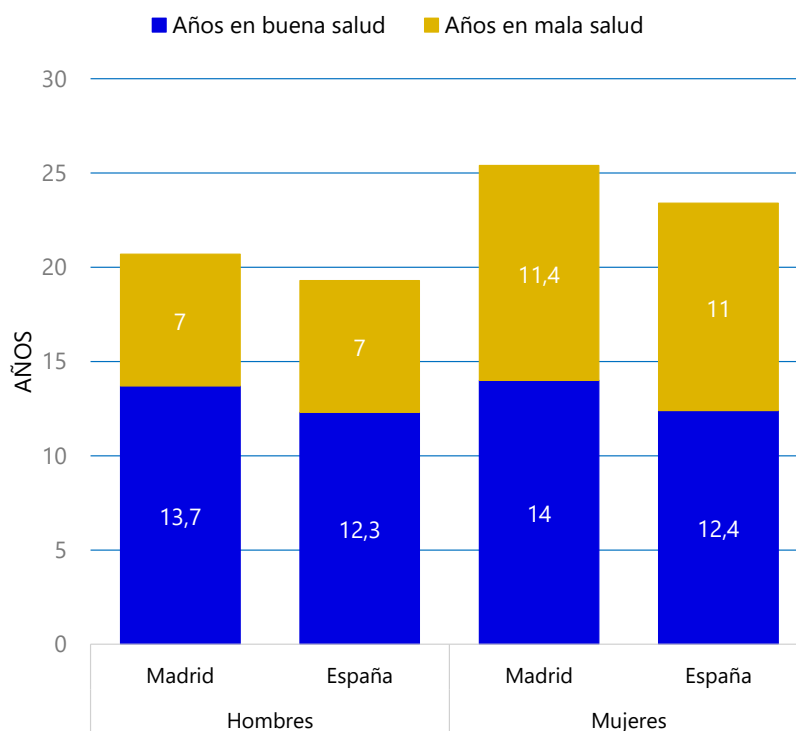


Fuente: Oficina Europea de Estadística (Eurostat) e INE. Elaboración propia de los datos de la ciudad de Madrid.



Lo que ocurre en cuanto a la expectativa vital a los 65 años se puede apreciar en la misma [tabla 56](#) y en el [gráfico 124](#): al cumplir esa edad los hombres de la ciudad pueden aspirar a vivir de promedio un 66,2% de su vida restante en buena salud frente al 63,7% que les restaría teóricamente a los hombres de España. A las mujeres madrileñas, a esa edad, les queda por delante un 55,1% de la vida en buena salud y a las de España solo un 53%.

Gráfico 124. Esperanza de vida a los 65 años en buena y mala salud según sexo. Ciudad de Madrid y España 2017



Fuente: Oficina Europea de Estadística (Eurostat). Elaboración propia de los datos de la ciudad de Madrid.

En este estudio hemos analizado por primera vez este indicador positivo de la salud para los distritos de la ciudad. Ha sido posible por disponer para ese año de la tabla de mortalidad correspondiente y de las frecuencias de LCA por edades obtenidas de la ESCM'17. Como quiera que estos datos distritales se obtienen a partir de volúmenes muestrales relativamente escasos (algo más de 450 entrevistas por distrito) hay que recalcar aquí que este indicador procede, en parte, de un dato de percepción particular y que el mismo puede estar sometido a la amplia variabilidad que determina ese volumen muestral. Acotamos de alguna forma a partir de metodología estandarizada, esa incertidumbre llevando esa distribución de frecuencias a una regresión de Poisson para calcular los IC 95% en que se movería el indicador distrital. Con todo, se aconseja hacer un análisis de la información que se brinda con las debidas precauciones. Las diferencias que se señalan como significativas se han seleccionado a partir de las "diferencias mínimas" con que solemos trabajar para este tipo de datos, por lo que confiamos que señalen distancias suficientemente grandes como para reconocer a partir de ellas realidades de los territorios completamente distintas. Para no desagregar aún más los datos perdiendo de esa forma más potencia estadística, este análisis territorial lo hacemos para el conjunto de la población (hombres y mujeres).

En la [tabla 57](#) y el [gráfico 125](#) se muestran las EVBS de la población de los distritos de la ciudad con la EV al nacer correspondiente. Como se dijo, la EV que se utiliza para el cálculo es la publicada para ese año por el servicio de estadística municipal de Madrid y los distritos aparecen ordenados según esta EV. Destaca el hecho de que el orden de uno no concuerda con el del otro, como si fueran fenómenos independientes, lo que sin duda y hasta cierto punto son. Como quiera que la EVN forma parte del cálculo de la EVBS, solo es explicable tal discrepancia en la variabilidad del segundo componente, la limitación crónica a la actividad, que, a su vez, no parece mantener buena correlación con la expectativa vital.

Tabla 57. Esperanza de vida (EVN) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacimiento con sus IC 95%. Distritos ordenados por la EVN y ciudad de Madrid, 2017

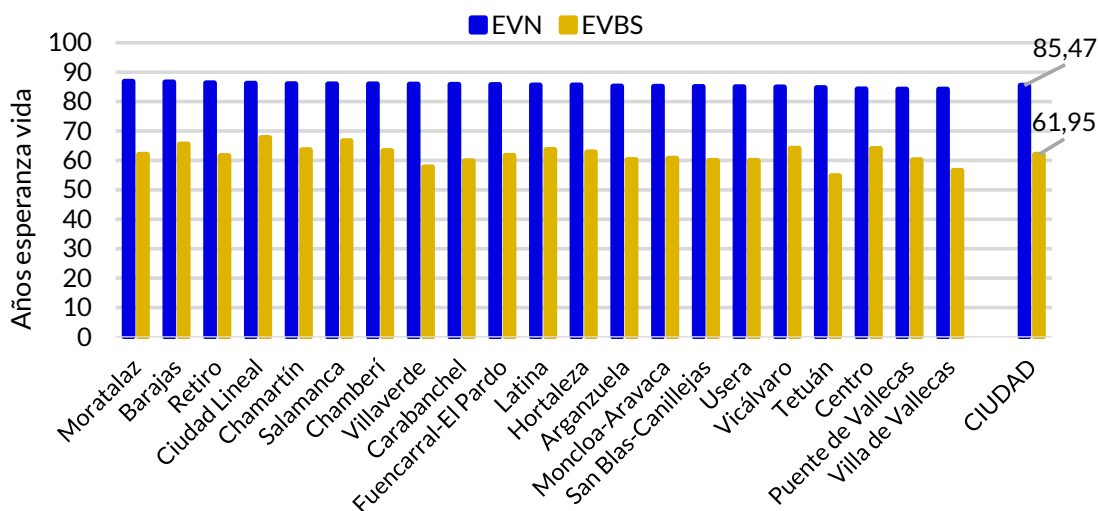
	EVN	EVBS	IC 95% EVBS
Ciudad de Madrid	85,47	61,95	60,92-62,98
Moratalaz	86,82	61,99	56,52-67,46
Barajas	86,58	65,44	61,43-69,45
Retiro	86,25	61,54	57,71-65,37
Ciudad Lineal	86,16	67,69	64,43-70,95
Chamartín	85,95	63,53	60,13-66,92
Salamanca	85,92	66,6	63,46-69,73
Chamberí	85,89	63,26	59,09-67,43
Villaverde	85,84	57,67	54,50-60,83
Carabanchel	85,75	59,78	56,08-63,49
Fuencarral-El Pardo	85,71	61,57	57,80-65,34
Latina	85,57	63,61	59,71-67,50
Hortaleza	85,50	62,80	58,33-67,27
Arganzuela	85,13	60,19	56,60-63,78
Moncloa-Aravaca	85,06	60,67	57,35-63,99
San Blas-Canillejas	85,04	59,93	56,52-63,34
Usera	84,96	59,9	56,39-63,42
Vicálvaro	84,88	64,01	60,46-67,56
Tetuán	84,66	54,69	50,93-58,46
Centro	84,23	63,99	60,95-67,02
Puente de Vallecas	84,13	60,13	56,68-63,58
Villa de Vallecas	84,12	56,48	53,14-59,82

Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Los datos de esperanza de vida al nacer de los distritos de la ciudad de la [tabla 55](#) no se deben comparar con los que figuran en la [tabla 57](#) por haber sido calculados con distintos métodos, tal como se explica en el capítulo sobre metodología de este estudio.



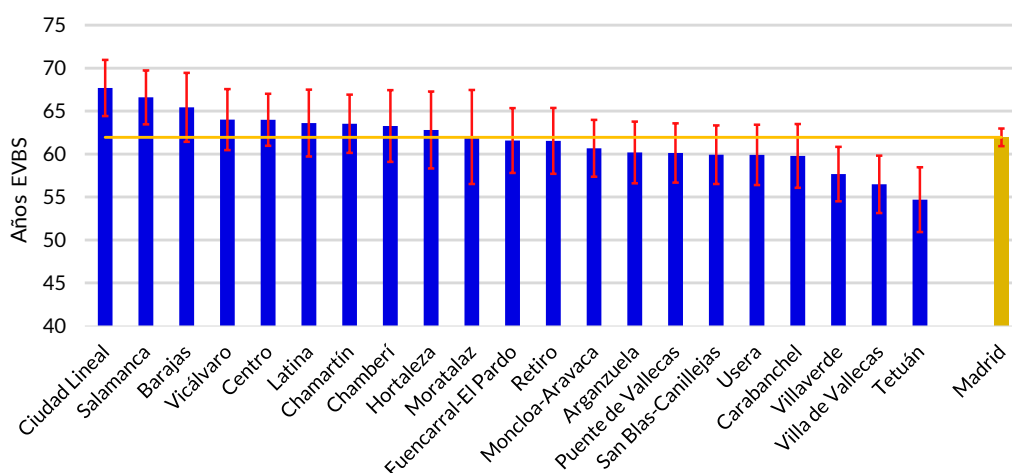
Gráfico 125. Esperanza de vida (EVN) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacimiento. Distritos de la ciudad de Madrid. Ordenados por EVN, 2017



Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En el gráfico 126 y en la tabla 57 se muestran las EVBS para la población de los distritos de la ciudad en 2017 con sus respectivos IC 95%. Ciudad Lineal y Salamanca son los distritos con mejor EVBS (67,7 y 66,6 años respectivamente) mientras que Villaverde, Villa de Vallecas y Tetuán son los que muestran los peores resultados (57,7; 56,5 y 54,7 años, respectivamente). Solo los citados, y tras el estudio de sus respectivos IC 95%, muestran diferencias significativas con el dato de la ciudad (por encima y por debajo respectivamente). Aunque Ciudad Lineal y Salamanca tienen una EVBS de 5,7 y 4,7 años, respectivamente, más alta que la ciudad, las diferencias mínimas que mantienen con ella son de 3,51 y 2,54 años. En el extremo opuesto las diferencias mínimas de Villaverde, Villa de Vallecas y Tetuán se sitúan por ese orden en 0,1; 1,1 y 2,4 años respecto a las de Madrid, aunque las medias están en 4,30; 5,50 y 7,30 años menos respectivamente.

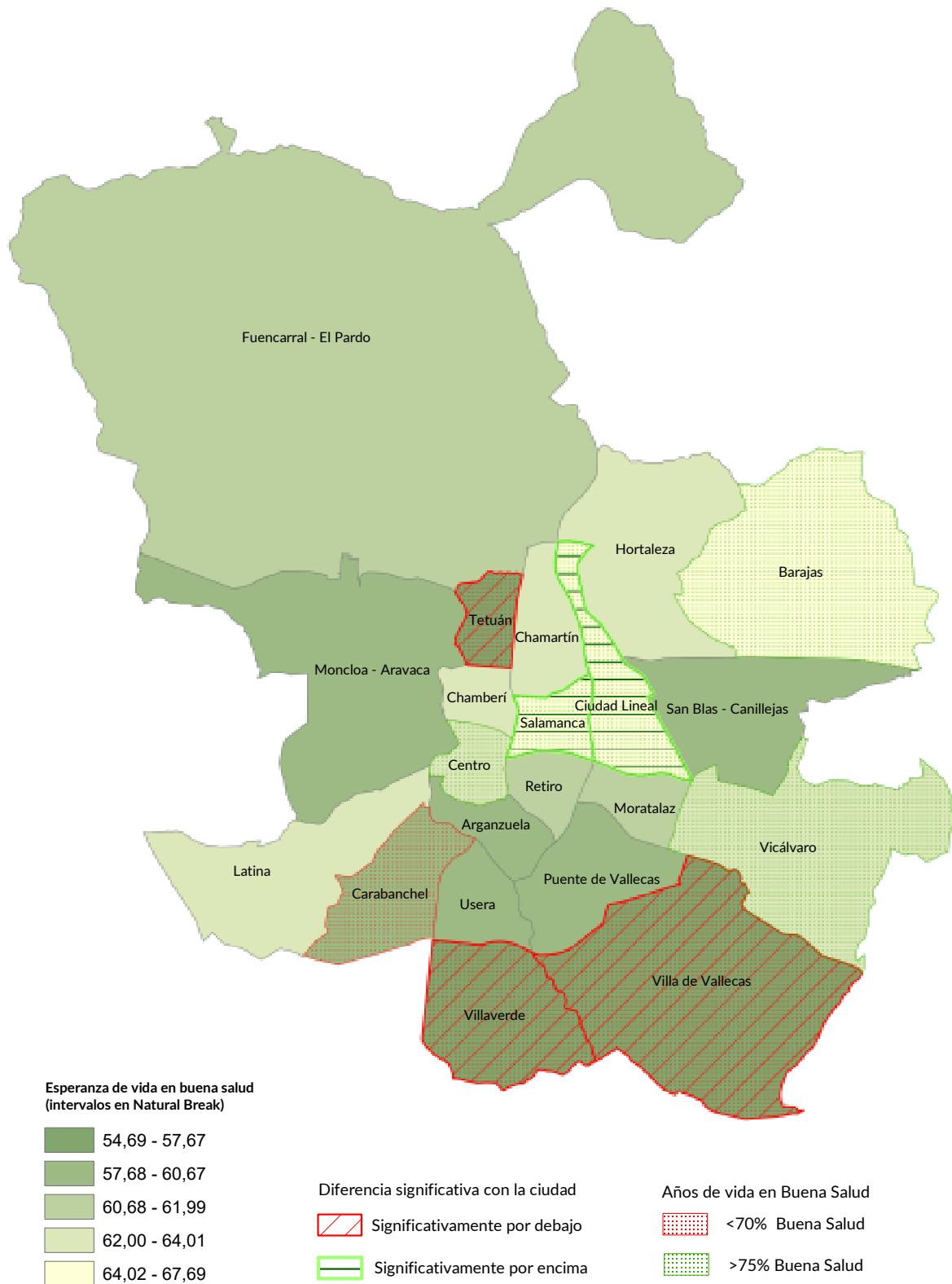
Gráfico 126. Esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacimiento por distritos de la ciudad de Madrid, con sus IC 95%, ordenados de forma decreciente, 2017.



Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid (EV). Elaboración propia (EVBS).

En la figura 4 podemos ver en un mapa la esperanza de vida en buena salud en los distritos, resaltando las diferencias significativas respecto a los resultados de la ciudad y el porcentaje de años de vida en buena salud que se puede aspirar a vivir.

Figura 4. Esperanza de vida en buena salud (libre de limitación crónica a la actividad habitual). Distritos de la ciudad de Madrid. Diferencias y proporción de años en buena salud, 2017



Fuentes: ESCM'17 y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.



Otros indicadores de esperanza de vida en buena salud

Aunque según se planteó en la metodología de este capítulo y en consonancia con la tendencia actual, definimos genéricamente como EVBS a la determinada por los años que presumiblemente y como promedio se vivirán sin limitación crónica a la actividad habitual, se calcula también la EVBS a partir de la tasa de buena salud autopercebida, obteniendo los resultados que se observan en la tabla 58. Según ellos, para nuestra ciudad, las EVBS autopercebida al nacimiento son de 62,3 años en hombres y 61,7 años en mujeres, algo peores que las obtenidas en 2005 y 2013. Según este mismo método, a la edad de 65 años los hombres de Madrid pueden aspirar a vivir 13,7 años de su vida restante en buena salud y las mujeres otros 14,4 años más. El dato en los mayores es mejor que el obtenido en análisis anteriores no ocurriendo lo mismo para el calculado al nacimiento.

Tabla 58. Esperanza de vida en buena salud autopercebida al nacimiento y a los 65 años según sexo. Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017

Sexo	EVBS al nacimiento			EVBS a los 65 años		
	2005	2013	2017	2005	2013	2017
Hombres	63,3	63,6	62,31	10,2	10,7	13,67
Mujeres	63,5	62,6	61,65	9,7	10,2	14,04

Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017, y Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

En otra parte de este estudio se puede analizar una aproximación a los Años de Vida Perdidos por la mortalidad ocurrida por algunas y por todas las causas (AVP o mortalidad prematura), así como los Años de Vida perdidos por Discapacidad (AVD) y los Años de Vida perdidos Ajustados a Discapacidad (AVAD).

En resumen, tanto hombres como mujeres en la ciudad de Madrid, al nacer pueden aspirar a vivir una menor proporción de años en buena salud sobre el total de años de su vida, que quienes nacen en el resto de España. A los 65 años, sin embargo, hombres y mujeres de nuestra ciudad no solo podrían vivir aún más años, sino que una mayor parte de ese tiempo la disfrutarán en buena salud.

Comparando estos datos con los que aporta Eurostat⁴⁴, la ventaja de madrileñas y madrileños en esperanza de vida en buena salud sobre la población de España y de la UE-28 se encuentra a la edad de 65 años, pero no al nacimiento. No obstante, y como hemos comprobado en el seguimiento anual, las cifras son muy fluctuantes, sin duda porque uno de los datos que se utiliza para este indicador (la LCA) procede de encuestas, fuente muy afectada por la incertidumbre intrínseca al volumen muestral.

En términos de buena salud autopercebida se debe consignar un cierto retroceso de la situación de la población madrileña desde 2005, aunque como lo encontrado en el indicador ligado a la limitación de la actividad, a la edad de 65 años la mejor situación de la población de la capital es evidente.

Por distritos de la ciudad solo dos de ellos muestran de forma clara una expectativa vital de buena salud al nacimiento mejor que la del conjunto de la ciudad, hallando tres en la situación opuesta. Estos tienen rentas agregadas por debajo de la media.

ESPERANZA DE VIDA DE PERIODO Y APROXIMACIÓN A LA ESPERANZA DE VIDA DE COHORTES (2004-2030)

Las esperanzas de vida al nacimiento y a cada edad que se obtienen de la tabla de vida construida a partir de las tasas específicas de mortalidad por edad (TEME) registradas en un año concreto son, en realidad, las de diferentes cohortes de individuos. Según se expuso en el capítulo de metodología, cada cohorte, entendida como el grupo de personas nacidas en el mismo año, podrá esperar a vivir algo más de lo que resulta de la visión estática de su tabla de periodo, pues en ella no están previstos los esperables decrementos de esos riesgos de morir que, para cada edad, muy posiblemente ocurrirán en el futuro. En los datos que se observan en las tablas-resumen de periodo 2004-2030 se puede estudiar en cada año pasado o futuro (proyecciones) la esperanza de vida calculada para ese año según la edad de cada individuo, esto es, el tiempo que, de media, puede esperar vivir si se mantuvieran a lo largo de toda su existencia los mismos riesgos de mortalidad en cada edad que los existentes en un año concreto (ver [TABLAS XI y XII](#) del anexo con las esperanzas de vida de periodo de 2004 a 2030 de la población de la ciudad de Madrid para hombres y mujeres). Como se entiende, las personas que tienen la misma edad en cada fila de esas tablas tendrán diferentes esperanzas de vida según el año en que nacieron, señalado en cada columna, pues pertenecen a cohortes (generaciones diferentes). Por la disponibilidad de los datos ofrecemos las tablas de periodo para hombres y mujeres de la ciudad de Madrid de 2004 a 2030, y de las cohortes de 2004 en adelante hasta ese futuro año, considerando que como no tenemos previsiones que lleguen más allá, la información más completa será la de la cohorte de 2004 en que podemos contrastar sus esperanzas de vida a cada edad hasta que cumplan 26 años quienes la componen (ver las comentadas [TABLAS XI y XII](#)). Estas tablas se han elaborado a partir de datos reales de población y defunciones entre 2004 y 2017 y proyectados desde 2018 a 2030⁷.

En el cuadrante inferior derecho de la primera tabla se pueden observar las esperanzas de vida al nacer y hasta la edad de 26 años de los hombres de la ciudad de Madrid desde 2004 a 2030. Hasta el año 2017 inclusive, proceden de datos de población y defunciones reales publicados por la Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. A partir de esa fecha la información procede de proyecciones realizadas y publicadas por ese mismo organismo (ver metodología). Como se puede constatar son los mismos datos de las tablas de periodo presentadas en este informe, aunque truncadas para la temporalidad que se quiere abarcar. En el cuadrante superior izquierdo de la misma tabla observamos la esperanza de vida de las cohortes de hombres nacidos o por nacer en la ciudad de Madrid desde 2004 (cohorte de 26 años) hasta la de 2030 (cohorte compuesta solo por quienes nacerán en 2030). La tabla con los datos de mujeres aparece a continuación. Contrastando una casilla edad/año cualquiera con la correspondiente de edad/cohorte podemos aproximarnos al conocimiento de la mejora de esperanza de vida que puede experimentar cualquiera a determinada edad sobre la prevista según los riesgos de morir existentes en su año de nacimiento.

Como se puede observar en las mencionadas tablas y en los [gráficos 127 y 128](#), mejora la esperanza de vida al nacer entre 2004-2030 (en los gráficos sobre un ejemplo del año-periodo/cohorte 2010): en los hombres: 4,3 años (79,4 vs. 83,7) y 1,3 años (85,8 vs. 87,1) en las mujeres.

En los referidos gráficos se ve con claridad cómo se separan, incrementándose, las esperanzas de vida de cohortes de hombres sobre las de periodo, de manera mucho más clara que en el caso de las mujeres, en las que permanecen ambas líneas de tendencia mucho más parejas.

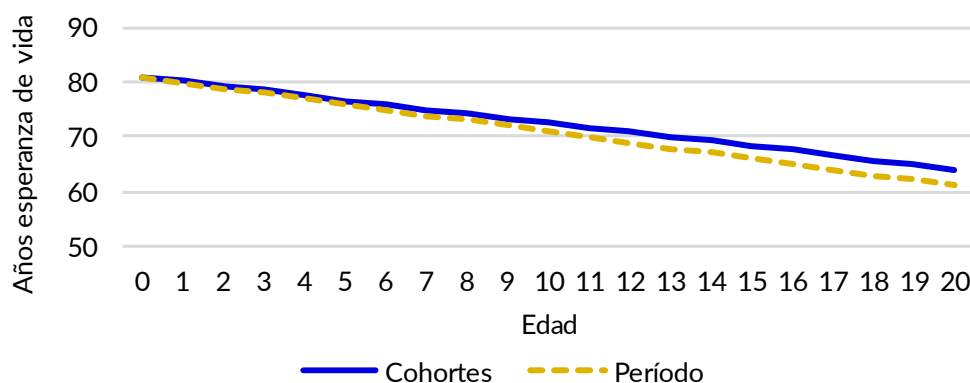
Las tablas de las cohortes de 2004 a 2030 de la población de la ciudad de Madrid registran mejoras muy importantes de las esperanzas de vida a cualquier edad sobre lo calculado en las correspondientes tablas de periodo proyectadas, siendo estos avances mucho más llamativos en los hombres, agudizándose, por ello, la reducción de la brecha de género en EV que venimos observando desde



hace algunos años. A cada año de edad de los representados en las tablas es posible constatar en qué medida avanza la esperanza de vida en cada cohorte sobre lo previsto según el periodo correspondiente, esto es, en la medida en que se reducen las tasas de mortalidad por edad en cada año del tramo temporal observado, según las previsiones dadas.

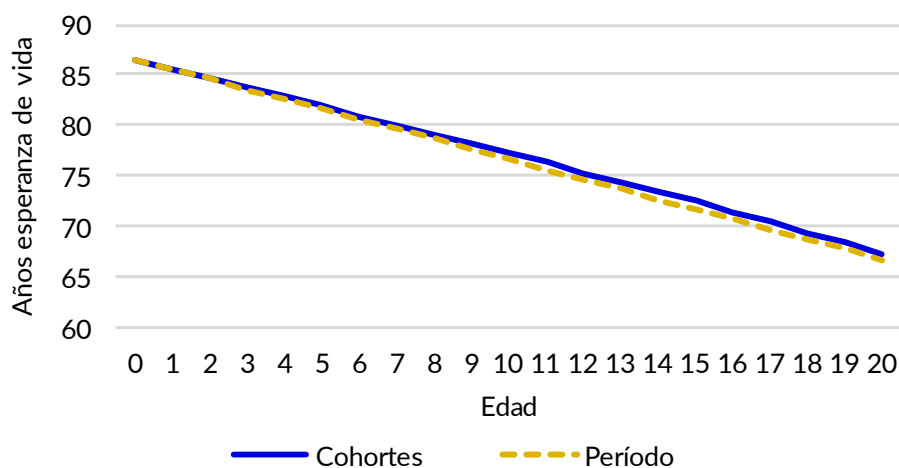
Las tablas de cohorte construidas a partir de proyecciones de población y defunciones son capaces de ajustar los riesgos reales de morir a cada edad de forma mucho más eficaz que las habituales tablas de periodo.

Gráfico 127. Esperanzas de vida de periodo vs. de cohorte, hombres. Según cada año de edad hasta los 20 años. Año-periodo/Cohorte 2010



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 128. Esperanzas de vida de periodo vs. de cohorte, mujeres. Según cada año de edad hasta los 20 años. Año-periodo/Cohorte 2010



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

3.3. MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL

En 2017 fallecieron 892 personas en la ciudad de Madrid por cada 100.000 habitantes. Fallece de forma bastante constante casi un 0,88% de la población de la capital anualmente, mientras que en España las defunciones superan el 0,91% de la población. La edad media a la defunción en Madrid fue de 77,96 años para los hombres y de 83,75 años para las mujeres en 2017. La Tasa ajustada de mortalidad (TAM), esto es, la obtenida a partir de la tasa bruta tras eliminar el efecto de la estructura de edad real, en relación con una estructura tipo dada, en la ciudad de Madrid en 2017 fue de 923,12 por cien mil para los hombres y de 574,48 por cien mil para las mujeres, un 1,6 más riesgo de morir, por tanto, por todas las causas para los hombres (tabla 59).

Tabla 59. Tasas ajustadas de mortalidad general. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008*	1126,07	643,23
	2009*	1059,33	616,13
	2010*	1034,58	588,69
	2011*	1018,11	590,09
	2012*	997,81	602,42
	2013*	970,35	567,2
	2014*	943,23	560,13
	2015*	983,66	590,75
	2016*	926,45	554,63
	2017*	923,12	574,48
España	2008	1228,38	751,98
	2009	1191,80	724,84
	2010	1150,81	693,33
	2011	1126,47	684,59
	2012	1136,78	697,35
	2013	1072,85	657,79
	2014	1057,24	653,02
	2015	1096,08	684,49
	2016	1046,67	646,34
	2017	1050,84	659,13

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencia estadísticamente significativa con respecto a España. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

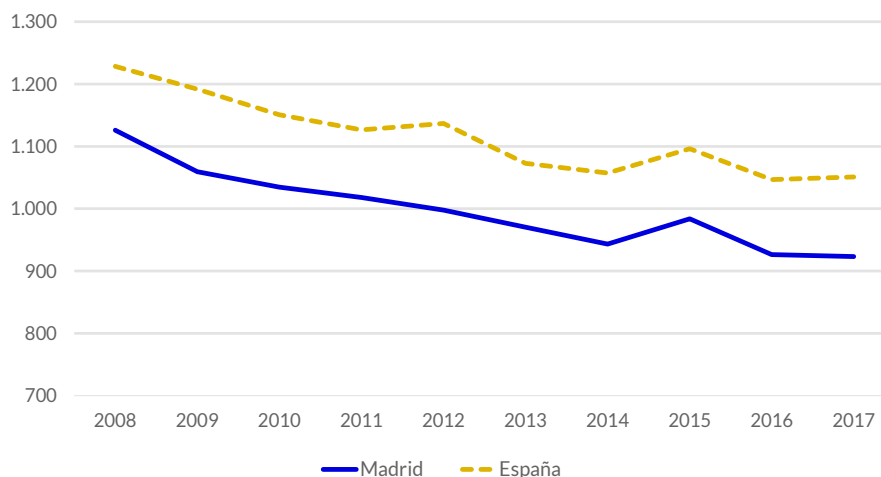
[Volver a índice](#)



En todos los años del periodo analizado (2008 a 2017) la población de la ciudad de Madrid presenta tasas más bajas de mortalidad por todas las causas que la población del conjunto de España tras dicho ajuste y de forma significativa, según los IC 95% de las TAM (tabla 59 y TABLA XV).

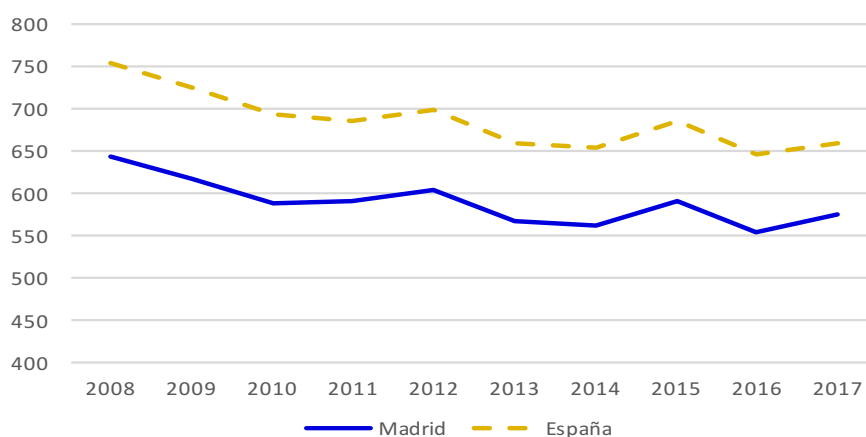
En los gráficos 129 y 130 se observa cómo la tendencia de reducción de la mortalidad general en estos años corre paralela en la ciudad de Madrid y en España. En el periodo estudiado se reduce globalmente la TAM de los hombres de Madrid 203 por 100.000 y 69 por 100.000 la de las mujeres, es decir, casi un 11% de reducción relativa en ellas y un 18% en ellos, mientras que la disminución es de un 14,5% en hombres españoles y un 12,25% en mujeres españolas también en términos relativos. A pesar de ello entre 2010 y 2012 aparece un ligero incremento de las tasas de mortalidad en las mujeres, en ambos territorios, que vuelve a observarse en 2015 en hombres y mujeres y, de nuevo, en 2017, en mujeres. Como se recordará un fenómeno similar recogían los gráficos y tablas de las esperanzas de vida al nacer en el mismo periodo, lo que resulta lógico al estar calculadas precisamente sobre la mortalidad general que aquí se representa. Independientemente de estas variaciones en el periodo, la tónica habitual es el descenso, sobre todo en la primera parte del mismo y la estabilización en el segundo.

Gráfico 129. Tasas ajustadas de mortalidad general. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 130. Tasas ajustadas de mortalidad general. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Al analizar las diferencias en el riesgo de morir entre la población de la ciudad de Madrid y la de España, tras llevar a 100 las TAM de España, observamos que en el caso de los hombres hay una diferencia que oscila entre un 8% y un 12% menos en los madrileños, que se mantiene estable en el tiempo aunque con tendencia a divergir, mientras que en las madrileñas las diferencias se mueven entre un poco menos del 13% y un poco más de 15% en el mismo sentido y en ese mismo periodo, aunque observándose en este caso una leve tendencia a confluir. En la [tabla 60](#) se muestra la razón de TAM de la población de la ciudad de Madrid en el periodo de análisis en relación con la TAM de España de cada año y para cada sexo (España = 100 en cada año). En el año 2017 las mujeres de Madrid mantienen un riesgo de morir por todas las causas alrededor de un 13% inferior a las de España y los hombres un 12%.

Tabla 60. Razón de tasas de mortalidad estandarizadas (RTME) por todas las causas según año y sexo, ciudad de Madrid (España = 100), 2008-2017

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hombres	91,67*	88,88*	89,90*	90,38*	87,77*	90,45*	89,22*	89,74*	88,51*	87,85*
Mujeres	85,54*	85,00*	84,91*	86,20*	86,39*	86,23*	85,78*	86,30*	85,81*	87,16*

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

MORTALIDAD POR CAUSAS

El principal grupo de causas de muerte, en grandes grupos o capítulos de la CIE-10, según las tasas ajustadas por edades en hombres y mujeres en la ciudad de Madrid, es el cáncer, seguido de las enfermedades circulatorias y, después, de las respiratorias. Por causas específicas, las principales en hombres son, por orden, las isquemias cardíacas, seguidas del cáncer de pulmón y la EPOC. En mujeres, las que producen mayor mortalidad son, por orden, las isquemias cardíacas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad de Alzheimer. Todos estos datos están referidos al año 2017 y, obviando esta manera de analizarlos, si utilizamos la lista reducida de la CIE-10 (102 causas), es decir incluyendo grupos que engloban diferentes entidades específicas, el primero en mujeres y el tercero en hombres son "otras enfermedades del sistema respiratorio". Se puede añadir que dentro de esta última agrupación de causas, que recoge aproximadamente la mitad de las defunciones del grupo, la mayoría ocurrieron por infecciones del tracto respiratorio inferior, excluida, como se entiende, la neumonía.

En España, en ese mismo año, los hombres fallecieron (grandes grupos) por tumores, enfermedades circulatorias y enfermedades respiratorias, el mismo orden que en los hombres de la ciudad de Madrid y, dentro de las causas específicas, por isquemias cardíacas, cáncer de pulmón y enfermedades cerebrovasculares. Las mujeres en España murieron sobre todo por: enfermedades circulatorias, tumores y enfermedades respiratorias, y entre las específicas, por enfermedades cerebrovasculares, isquemias cardíacas y enfermedad de Alzheimer.

A continuación, se hace un análisis de algunas de estas causas de muerte en la ciudad de Madrid y España durante el periodo 2008-2017. En el informe sobre esperanza de vida y mortalidad en la ciudad de Madrid 2018, que será publicado como parte del presente estudio, se podrá estudiar de forma mucho más detallada esta información.



Enfermedades infecciosas y parasitarias (grupo I de la CIE-10)

En 2017 murieron por esta causa casi 16 personas por cada 100.000 habitantes en la ciudad de Madrid. La diferencia entre las TAM de España y Madrid por enfermedades infecciosas y parasitarias solo resultó significativa en 2012 para los hombres y en 2008 para las mujeres. En el resto de los años estudiados no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las tasas nacionales y madrileñas. Esta información se puede estudiar en la [tabla 61](#) y en los [gráficos 131 y 132](#).

En general, en todo el periodo la mortalidad por estas causas es mayor en los hombres madrileños que en los españoles, excepto en 2008 y en 2014, mientras que las tasas ajustadas de las mujeres corren paralelas y son casi idénticas en ambos territorios en todo el periodo, excepto lo comentado para 2008. Podemos resumir la situación manifestando que los hombres de Madrid tienen una peor situación que los españoles en todo el periodo, aunque tiende a igualarse, mientras que la de las madrileñas siempre fue mejor que la de sus homólogas a nivel nacional, excepción hecha de lo ocurrido entre 2010 y 2013.

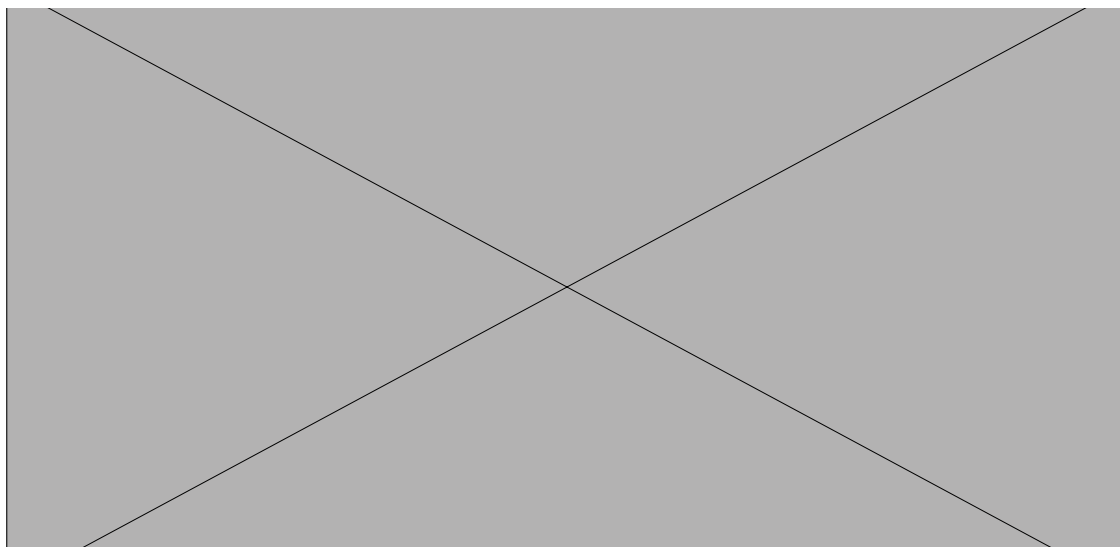
Tabla 61. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	19,77	12,48*
	2009	21,01	11,35
	2010	21,46	11,72
	2011	20,23	11,99
	2012	20,88*	12,66
	2013	18,27	10,73
	2014	15,17	10,55
	2015	20,41	11,9
	2016	17,2	11,7
	2017	16,65	9,79
España	2008	22,6	14,89
	2009	19,83	12,74
	2010	18,58	11,48
	2011	17,24	11,56
	2012	17,13	11,65
	2013	16,07	10,7
	2014	16,38	11,25
	2015	18,71	12,75
	2016	16,29	11,98
	2017	16,01	11,19

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

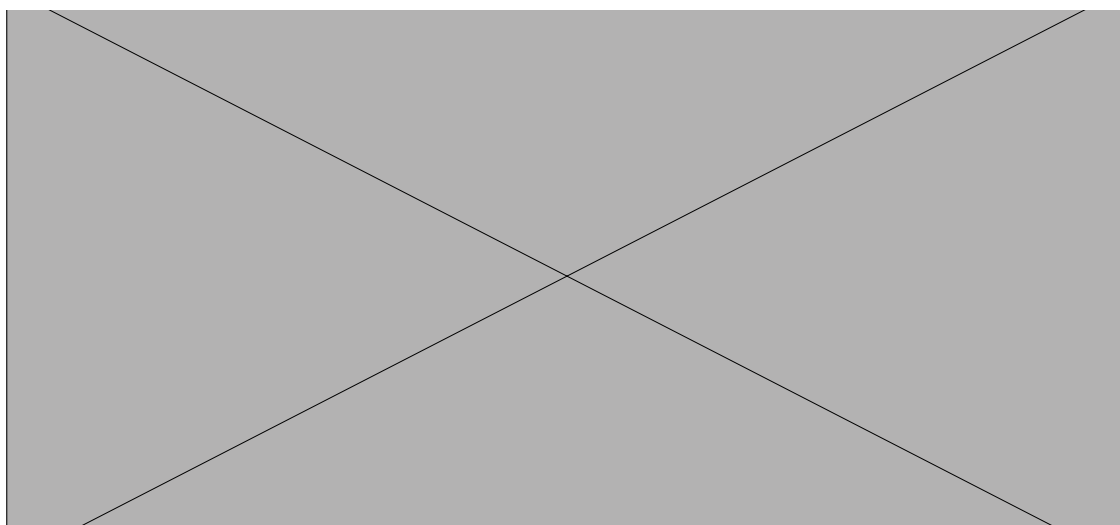
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 131. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 132. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

▪ **HIV/SIDA (Códigos B20 a B24)**

En la ciudad de Madrid en 2017 los fallecimientos por HIV/SIDA no llegaron a 1 por cada 100.000 habitantes.

Entre 2008 y 2017 la variación relativa se concretó en una reducción de la tasa ajustada de mortalidad por esta causa en los hombres un 71% en Madrid, mientras que en el conjunto del país lo hacía un 63%. En el mismo periodo en mujeres se redujo un 86% en Madrid y un 63% en España. En el

[Volver a índice](#)



último año estudiado el riesgo de morir en hombres fue 6,5 veces mayor que en mujeres en la capital, siendo muy inferior esta ratio en el país, 3,6 veces, también con una tasa mayor en los hombres. La brecha de género ha duplicado su magnitud en el periodo en la ciudad de Madrid, pues era de 3 veces en 2008, mientras que en España se mantienen aproximadamente en los mismos términos (tabla 62).

Como se puede apreciar en los gráficos 133 y 134, la tendencia en estos años ha sido la del decrecimiento marcado, si bien las tasas de la ciudad de Madrid siempre estuvieron por encima de las de España en hombres, si exceptuamos los dos últimos años en que fue al revés. En las mujeres la tendencia es la misma, si bien las diferencias entre las tasas de madrileñas y españolas son mínimas, en especial desde 2011.

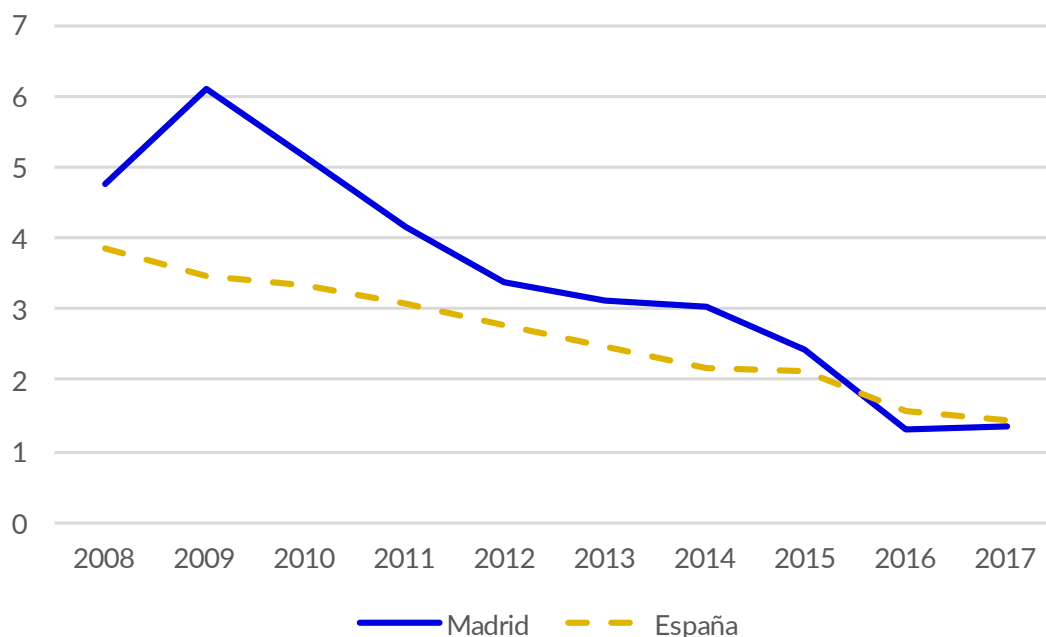
Tabla 62. Tasas ajustadas de mortalidad por SIDA. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	4,78	1,56
	2009	6,08*	1,24
	2010	5,15*	1,07
	2011	4,14	0,71
	2012	3,38	0,92
	2013	3,12	0,33
	2014	3,05	0,73
	2015	2,41	0,44
	2016	1,33	0,43
	2017	1,37	0,21
España	2008	3,86	1,05
	2009	3,47	0,89
	2010	3,32	0,81
	2011	3,08	0,79
	2012	2,77	0,81
	2013	2,48	0,58
	2014	2,18	0,68
	2015	2,11	0,47
	2016	1,58	0,44
	2017	1,42	0,39

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

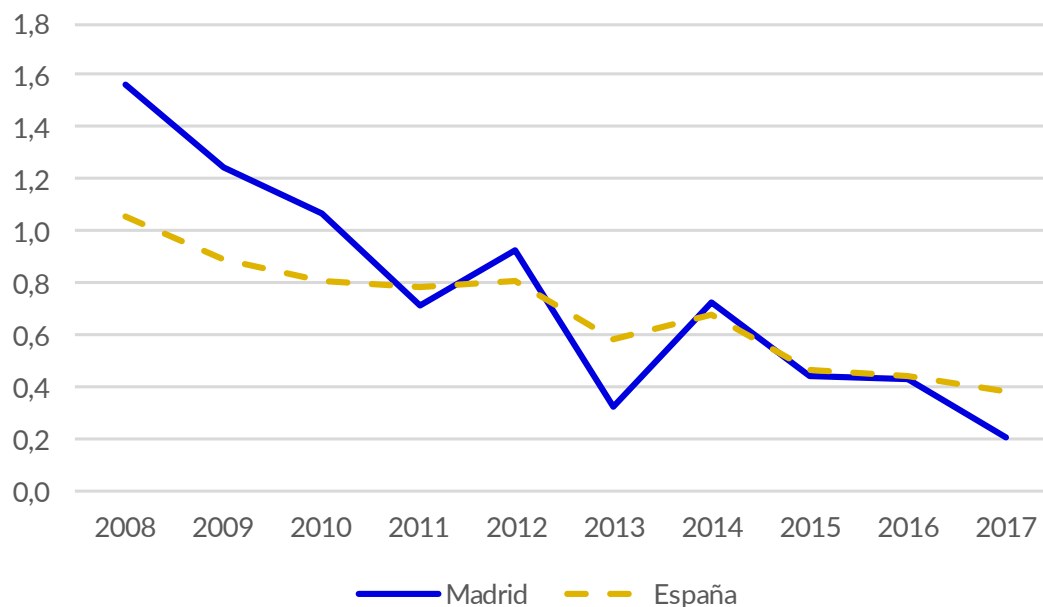
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 133. Tasas ajustadas de mortalidad por SIDA. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 134. Tasas ajustadas de mortalidad por SIDA. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.



Tumores (grupo II de la CIE-10)

En Madrid fallecen algo menos de 241 personas al año por estos problemas por cada 100.000 habitantes, según las tasas de mortalidad antes del ajuste por edades y con datos del año 2017. Después de estandarizadas (TAM) observamos que las tasas de la población madrileña se sitúan por debajo de las calculadas para España con margen estadísticamente significativo en casi todo el periodo analizado en hombres, aunque en mujeres ese margen no se alcanza en 2008, 2010, 2012, 2013, 2014 y 2017 (tabla 63). En ambos territorios las tasas ajustadas presentan una disminución prácticamente constante y paralela durante todo el periodo, pero tiende a incrementarse la brecha sobre España en los hombres (gráficos 135 y 136).

Tanto en la ciudad de Madrid como en España el riesgo de morir por cáncer es más de 2 veces superior en hombres que en mujeres (tabla 63), como habíamos observado en anteriores análisis.

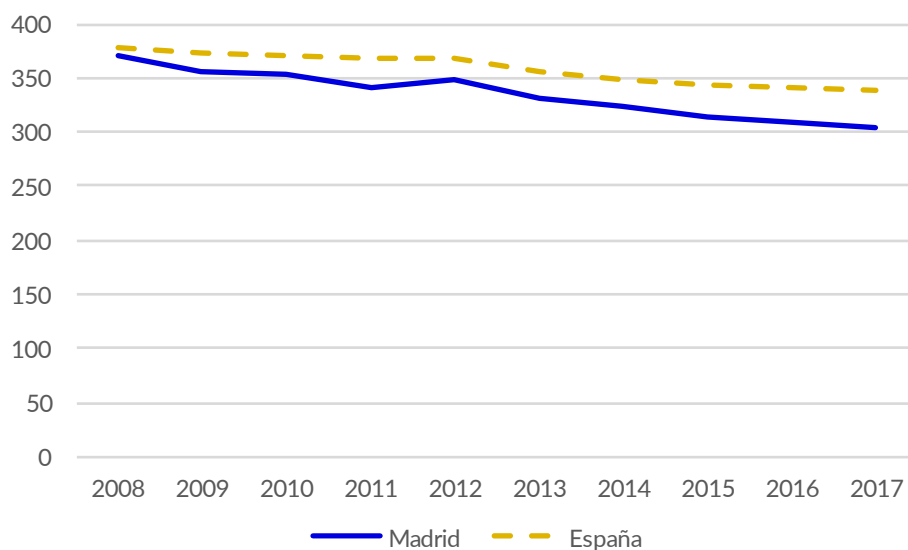
Tabla 63. Tasas ajustadas de mortalidad por tumores. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	370,51	164,54
	2009	356,84*	164,34*
	2010	352,05*	163,08
	2011	341,98*	158,66*
	2012	347,09*	161,08
	2013	330,73*	161,87
	2014	324,18*	158,49
	2015	314,50*	151,24*
	2016	307,84*	152,68*
	2017	303,94*	158,07
España	2008	378,75	169,61
	2009	373,89	167,93
	2010	371,58	168,12
	2011	367,53	168,86
	2012	367,50	167,28
	2013	356,87	166,90
	2014	347,38	162,54
	2015	343,27	162,24
	2016	340,90	162,17
	2017	337,47	161,56

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

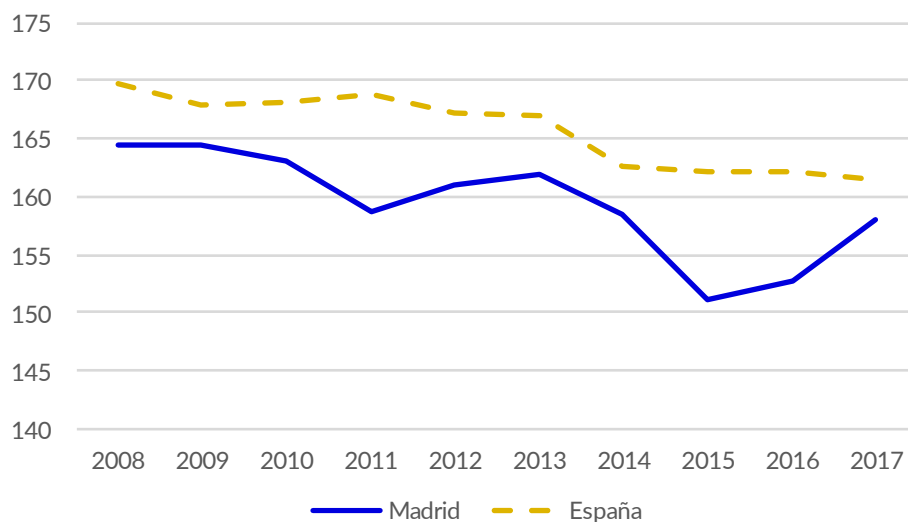
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 135. Tasas ajustadas de mortalidad por tumores. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 136. Tasas ajustadas de mortalidad por tumores. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

■ Cáncer de estómago (Código C16)

En 2017 fallecieron en Madrid 11 personas por cada 100.000 habitantes por cáncer de estómago. Al ajustar por edades observamos que la tendencia es el decrecimiento de las TAM durante el periodo en la capital y en España, permaneciendo las tasas de hombres y mujeres madrileños por debajo de las nacionales todo el periodo, excepto en 2011 en hombres y en 2013 en mujeres. En el análisis contrastado según los IC 95% de las TAM apreciamos que esas diferencias favorables a la ciudadanía de Madrid son solo significativas en el año 2008 en hombres y en 2011, 2014 y 2015 en mujeres (tabla 64). El riesgo de morir por esta causa es superior más de dos veces en los hombres que en las mujeres, tanto en la ciudad de Madrid como en España, observando esta misma situación desde 2008.

[Volver a índice](#)



Tabla 64. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de estómago. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa Ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	16,80*	8,10
	2009	17,36	7,55
	2010	19,33	7,98
	2011	19,28	6,41*
	2012	17,61	7,46
	2013	15,31	8,63
	2014	15,35	6,14*
	2015	14,49	5,88*
	2016	15,17	6,48
	2017	15,07	6,21
España	2008	20,05	9,17
	2009	20,18	8,83
	2010	20,27	9,01
	2011	18,74	8,63
	2012	18,75	8,43
	2013	17,99	8,24
	2014	17,08	8,13
	2015	16,78	7,91
	2016	16,37	7,57
	2017	15,75	6,81

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

■ Cáncer de colon (Código C18)

Por esta causa fallecieron algo más de 24 personas por cada 100.000 habitantes en la ciudad de Madrid en el año 2017 (tabla 65). La evolución de la mortalidad ha seguido en los últimos años un curso diferente en hombres y en mujeres: en los hombres se ha mantenido estable en la primera parte del periodo estudiado, bajando desde 2014, mientras en las mujeres la tendencia a la baja es clara desde 2011. Las tasas de la población madrileña y de la española han llevado cursos paralelos. Las tasas ajustadas de madrileños y madrileñas están siempre por debajo de las de españoles y españolas, siendo estas diferencias significativas en 2011 y 2015 para los hombres y en 2009, 2012 y 2013 para las mujeres (gráficos 137 y 138). Entre 2008 y 2017 bajó la tasa ajustada aproximadamente un 10% en hombres (Madrid y España), un 11,3% en mujeres madrileñas y algo más, un 14,8%, en mujeres españolas (tasas de variación). El riesgo de morir por este tumor es aproximadamente el doble en hombres que en mujeres.

[Volver a índice](#)

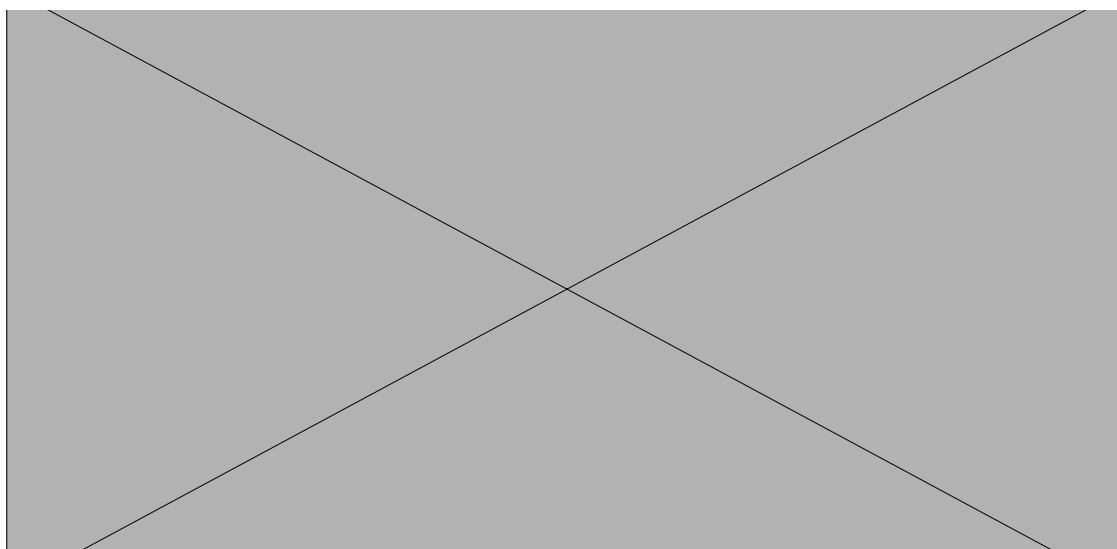
Tabla 65. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de colon. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	33,18	17,33
	2009	34,90	16,12*
	2010	34,36	17,68
	2011	32,41*	18,51
	2012	35,85	15,36*
	2013	34,48	15,39*
	2014	33,79	16,08
	2015	27,96*	15,32
	2016	31,17	15,88
2017	29,72	15,37	
España	2008	36,09	19,47
	2009	36,95	18,74
	2010	37,64	18,82
	2011	37,33	19,44
	2012	37,98	18,41
	2013	37,11	18,27
	2014	36,42	17,63
	2015	34,21	17,41
	2016	34,64	17,12
2017	32,79	16,59	

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

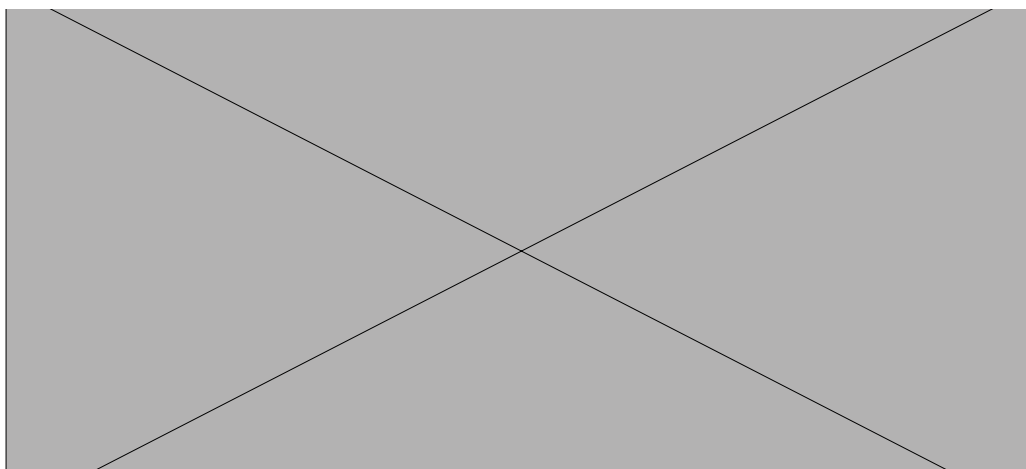
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 137. Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de colon. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 138. Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de colon. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



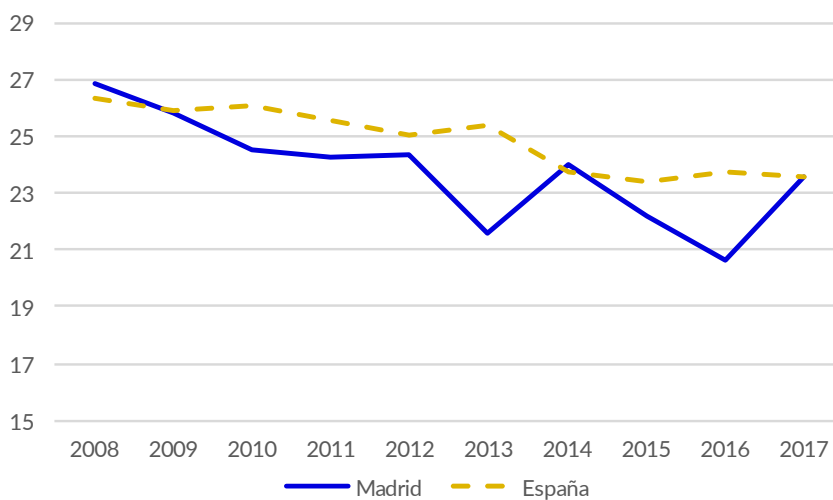
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

■ Cáncer de mama (Código C50)

La mortalidad por cáncer de mama en hombres es un fenómeno muy poco frecuente por lo que lo obviamos en este análisis. En el gráfico 139 observamos que en el periodo analizado las tasas de mortalidad ajustadas por edades de las mujeres de la ciudad de Madrid y de España muestran tendencia descendente, encontrándose por debajo las tasas de las madrileñas, excepto en los años 2008, 2014 y 2017 en que prácticamente se igualan. En los años 2013 y 2016 las diferencias a favor de las madrileñas fueron significativas pues sus TAM registraron una tasa de variación entre un 13% y un 15% por debajo. Entre 2008 y 2017 la tasa ajustada disminuyó aproximadamente un 12% en las mujeres madrileñas, un porcentaje muy parecido al que descendió la de las españolas.

En la ciudad de Madrid este tumor es la 4.^a causa de muerte en las mujeres (lista de causas específicas) y el primer cáncer en tasa de mortalidad entre ellas. En las españolas es la 6.^a causa y, también, el primer cáncer en tasa ajustada de mortalidad, al igual que lo hallado en el anterior informe con datos del año 2012.

Gráfico 139. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



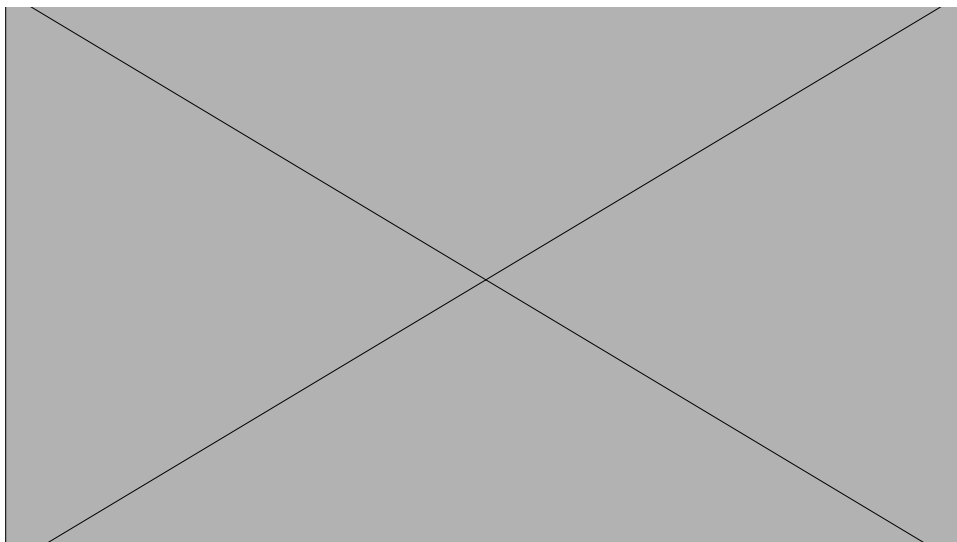
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

▪ **Cáncer de próstata (Código C61)**

En 2017 se registraron en Madrid 26 fallecimientos de hombres por cada 100.000 por este tumor. La mortalidad por el cáncer de próstata ha descendido de forma paralela y mantenida en España y en la ciudad de Madrid en el periodo de estudio, en términos de variación relativa de la tasa aproximadamente un 10,3% en el caso de los madrileños, en los que el descenso ha sido más irregular, y algo más de un 15% en los españoles. Siempre ha sido inferior el riesgo de morir por esta causa entre los hombres de Madrid y en varios de los años estudiados esta diferencia ha sido significativa ([gráfico 140](#)).

Gráfico 140. **Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



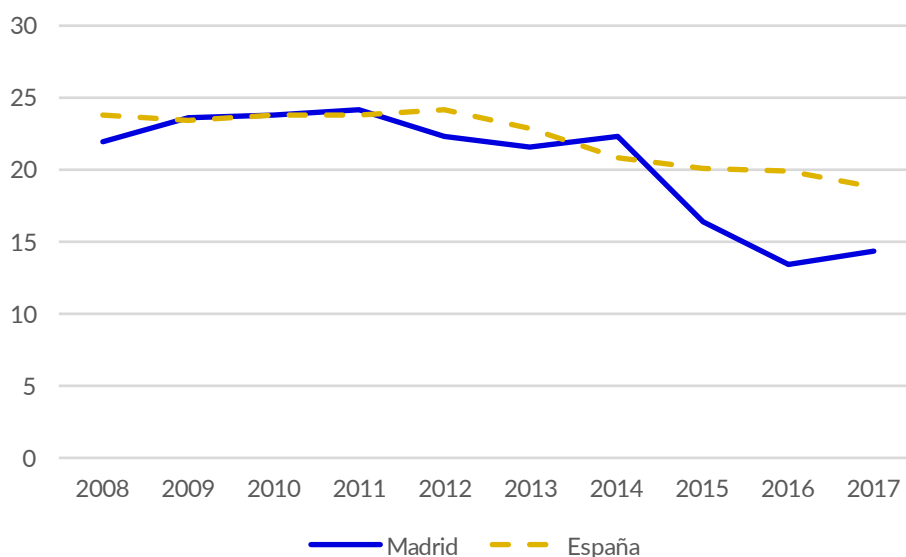
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

▪ **Cáncer de vejiga (Código C67)**

La mortalidad por cáncer de vejiga es más rara en mujeres que en hombres, pues alcanzó en estos entre 5 y 6 veces más tasa ajustada, tanto en España como en la ciudad en el periodo estudiado. Entre 2008 y 2017 descienden las TAM en hombres y mujeres, más las de estas, pues lo redujeron entre un 38,7% las madrileñas y un 17,4% las españolas, mientras que para los hombres en Madrid esta reducción relativa fue de un 20,7% y en España de un 34,7%. A pesar de que la tendencia sea esta, la norma ha sufrido irregularidades e incrementos puntuales en alguno de los años estudiados. Solo en tres años, los últimos, la diferencia a favor de los hombres madrileños (menor mortalidad) fue significativa. En el año 2014 la diferencia entre las TAM de las mujeres madrileñas y las españolas fue también significativa, pero en este caso por el exceso de mortalidad de las madrileñas ([gráficos 141 y 142](#)).

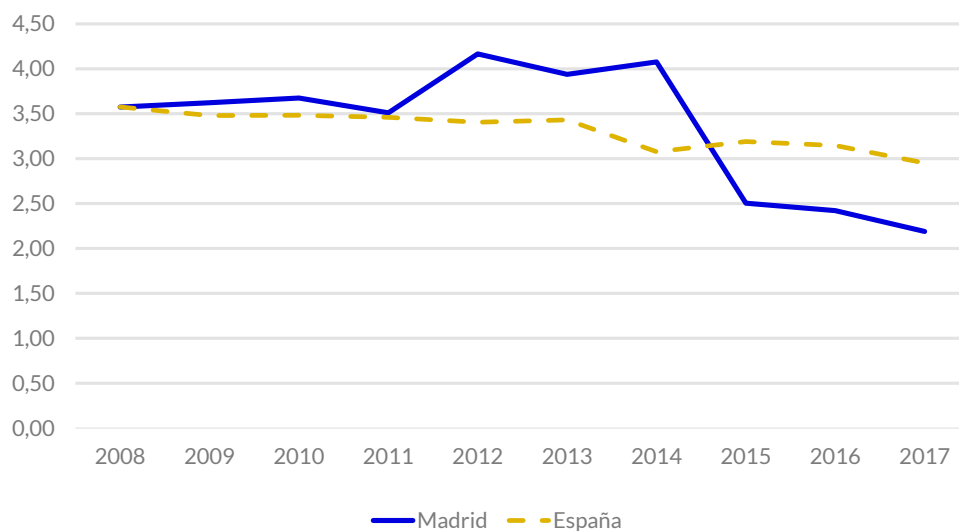


Gráfico 141. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de vejiga. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 142. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de vejiga. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

■ **Cáncer de pulmón (“Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón”) (Códigos C33 y C34)**

En 2017, en la ciudad de Madrid murieron algo menos de 44 personas por cada 100.000 habitantes por estos tumores. La tasa ajustada de los hombres en la capital se sitúa en cifras 3,5 veces mayores que la de las mujeres al final del periodo estudiado, aunque se partía de razones superiores a las 6 veces en 2008. Para el conjunto de la nación la brecha de género partía de 7,23 en el primer año estudiado para quedar en 4,46 en 2017. Se reduce por tanto de forma dramática esta brecha de género en esos 6 años, cerca de un 50%, debido a la constante disminución de las tasas ajustadas

[Volver a índice](#)

de los hombres y al incremento continuado de las de las mujeres (tabla 66). Si hay algo de novedad en este efecto en relación con lo observado en el anterior análisis (2002-2012) es que continúa el aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres, mientras que en los hombres ha comenzado el descenso, ya que en el anterior periodo sus TAM permanecían prácticamente estables. En los gráficos 143 y 144 se observa cómo la tendencia de la mortalidad por esta causa, tanto en hombres como en mujeres, es paralela en ambos territorios, aunque las TAM de las mujeres de Madrid siempre se sitúan por encima de las nacionales y las de los hombres están por debajo invariablemente desde 2009.

En los años 2011, 2013, 2016 y 2017 la TAM de los hombres madrileños fue significativamente inferior, desde el punto de vista estadístico, a la de los españoles, mientras que, en todo el periodo, con excepción de los años 2008, 2011, 2015 y 2017, la de las madrileñas también lo fue, pero en este caso significativamente superior, siempre según sus respectivos IC 95%.

Tabla 66. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. España y ciudad de Madrid según sexo., 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	99,95	15,72
	2009	96,85	17,51*
	2010	91,27	17,68*
	2011	86,74*	17,04
	2012	87,42	19,73*
	2013	83,96*	19,66*
	2014	83,93	19,93*
	2015	82,96	19,67
	2016	75,21*	20,76*
	2017	72,56*	20,70
España	2008	97,85	13,52
	2009	96,98	13,69
	2010	94,99	14,93
	2011	94,04	15,12
	2012	93,36	16,02
	2013	91,32	16,91
	2014	87,88	16,49
	2015	86,68	17,52
	2016	87,06	18,04
	2017	84,61	18,93

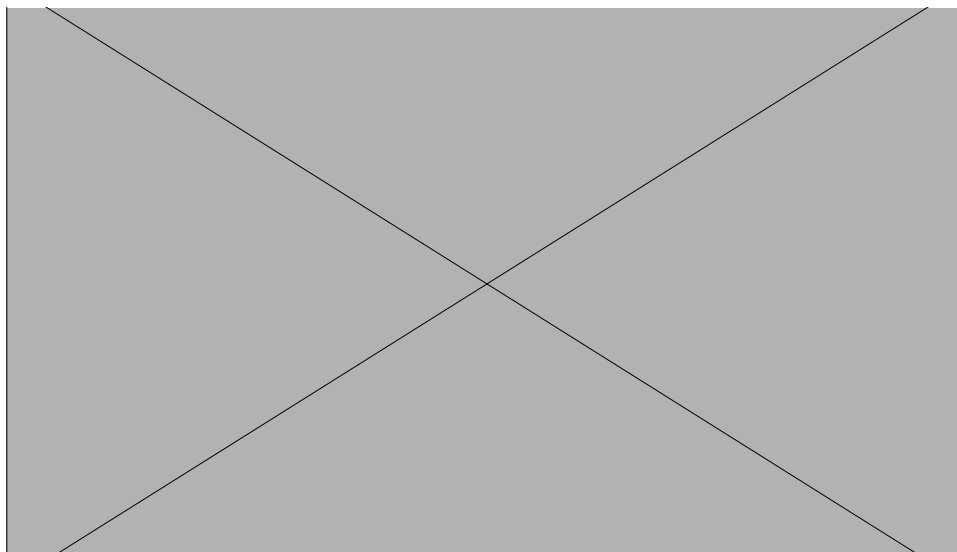
(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

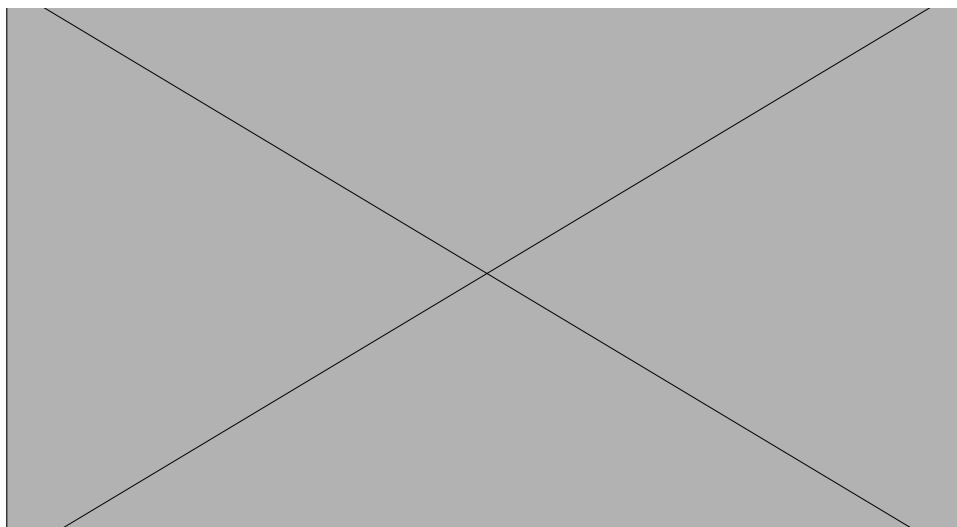


Gráfico 143. Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 144. Tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

▪ Otros tumores

No existen diferencias importantes ni significativas estadísticamente en la mortalidad por leucemia entre España y la ciudad de Madrid en el periodo estudiado, ni en hombres ni en mujeres. Las mujeres presentan de forma sostenida unas TAM cercanas a la mitad de la de los hombres.

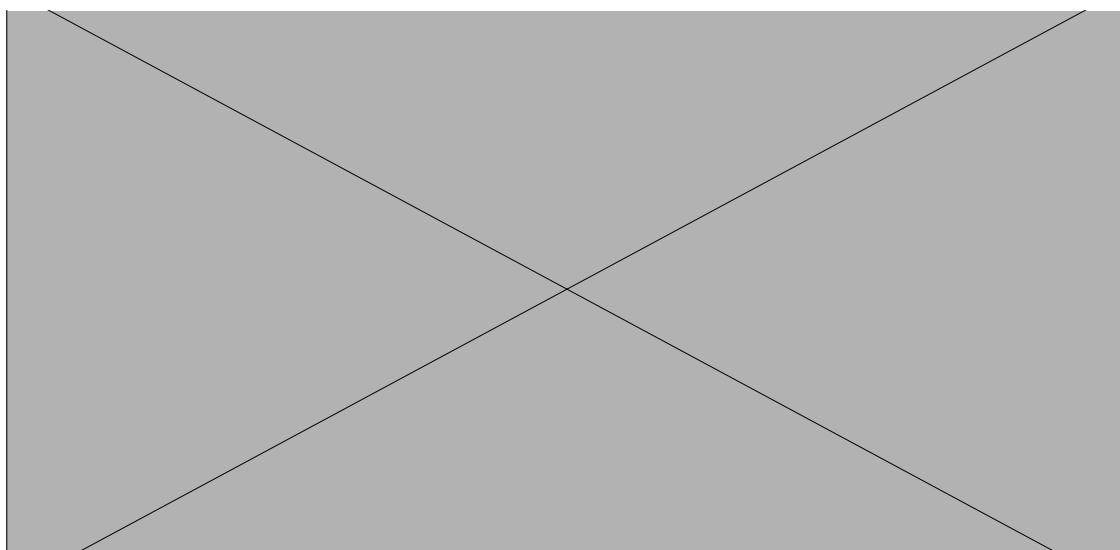
En cuanto a la mortalidad por melanoma, las diferencias entre Madrid y España para cada sexo no resultan significativas. En el periodo analizado la tendencia de mortalidad por sexo en cada zona permanece estable, aunque con notables variaciones puntuales como corresponde a una causa con poca frecuencia. Aunque las diferencias no sean significativas, generalmente el riesgo de morir por esta causa es mayor en la ciudad de Madrid que en el conjunto de España.

[Volver a índice](#)

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (grupo IV de la CIE-10)

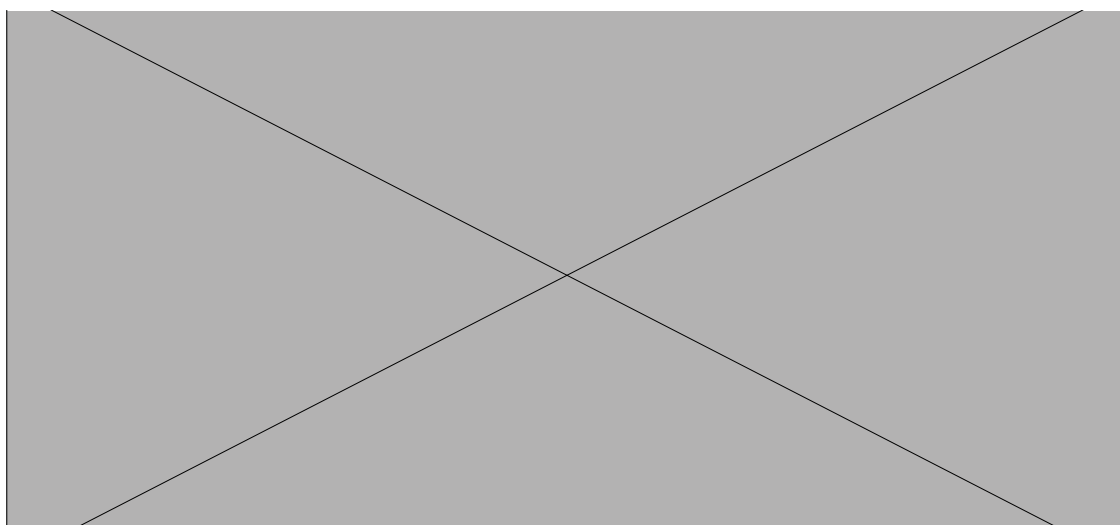
La mayoría de la mortalidad que se registra en este grupo de causas la provoca la diabetes mellitus (61,7% de las defunciones de los hombres y 62,5% de las defunciones de las mujeres). La mortalidad de este grupo es siempre menor en la ciudad de Madrid que en España en los dos sexos y en todos los años (gráficos 145 y 146) debiendo reseñarse que esas diferencias han resultado siempre significativas.

Gráfico 145. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 146. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)



Trastornos mentales y del comportamiento (grupo V de la CIE-10)

La mortalidad por este grupo de causas es elevada. En 2017 fue el 5.º grupo de causas más importante para las mujeres madrileñas y del conjunto de España según sus tasas ajustadas (grandes grupos de la CIE-10), quedando un poco más atrás en el caso de los hombres (9.º y 7.º respectivamente). El 95% de las defunciones ocurridas en los hombres de Madrid, por causas incluidas en este grupo, fueron por “Enfermedades orgánicas seniles y preseniles” o “Trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas”, en la terminología más moderna de la CIE-10, llegando hasta el 99% en el caso de las mujeres. La mortalidad por estas causas tiende a incrementarse en el periodo estudiado tanto en hombres como en mujeres en Madrid y en España, siendo siempre menor en quienes residen en la capital. Las diferencias reseñadas respecto a los valores nacionales resultan siempre significativas según sus IC 95% (tabla 67).

Tabla 67. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades mentales y del comportamiento. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008*	13,99	15,67
	2009*	12,08	16,00
	2010*	14,60	14,60
	2011*	14,10	13,47
	2012*	13,16	15,58
	2013*	15,14	17,92
	2014*	17,81	21,64
	2015*	23,44	26,50
	2016*	23,40	25,80
	2017*	26,56	27,01
España	2008	30,53	33,41
	2009	32,83	35,40
	2010	32,22	34,55
	2011	31,96	34,06
	2012	34,56	37,12
	2013	32,99	35,27
	2014	35,07	37,68
	2015	38,46	41,94
	2016	37,08	39,66
	2017	37,81	39,99

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (grupo VI a VIII de la CIE-10)

Este grupo de causas, en el que la mortalidad por Enfermedad de Alzheimer pesa de forma determinante, presenta una situación más favorable en la ciudad de Madrid que en el conjunto del Estado, ocupando el 4º lugar en porcentaje de todas las defunciones de las mujeres en 2017 y el 6º en las de los hombres.

▪ Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la que más contribuye a la mortalidad en este grupo (un 36% de la TAM total en los hombres y un 57% en las mujeres, en la ciudad de Madrid). En el periodo estudiado la mortalidad por Alzheimer tiende a incrementarse a nivel nacional y en la capital, tanto en hombres como en mujeres, de forma suave aunque constante (tabla 68). Las tasas de la población madrileña siempre son más bajas y durante todo el periodo las diferencias entre ellas fueron significativas estadísticamente. La brecha de género no es demasiado llamativa, pero las mujeres presentan una mortalidad mayor que los hombres, entre 1 y 1,5 veces. En 2013 y 2015 hay una subida en todas las tasas estudiadas (gráficos 147 y 148), más agudizada en el segundo año de los dos aludidos, aunque se apreció con mayor intensidad en las mujeres y sobre todo en las madrileñas. Según nuestra experiencia estos saltos bruscos se deben más frecuentemente a cambios en el sistema de registro que a situaciones de otra naturaleza.

Tabla 68. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer. España y ciudad de Madrid según sexo, 2009-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008*	10,81	14,52
	2009*	13,48	14,51
	2010*	12,20	16,25
	2011*	12,51	15,99
	2012*	11,62	16,46
	2013*	13,17	15,96
	2014*	12,63	15,94
	2015*	15,77	23,44
	2016*	14,70	22,15
	2017*	14,37	22,48
España	2008	21,32	28,02
	2009	22,68	28,65
	2010	21,52	28,29
	2011	21,29	28,64
	2012	22,52	30,56
	2013	21,65	28,73
	2014	22,43	31,03
	2015	24,29	33,44
	2016	22,45	30,82
	2017	22,07	31,31

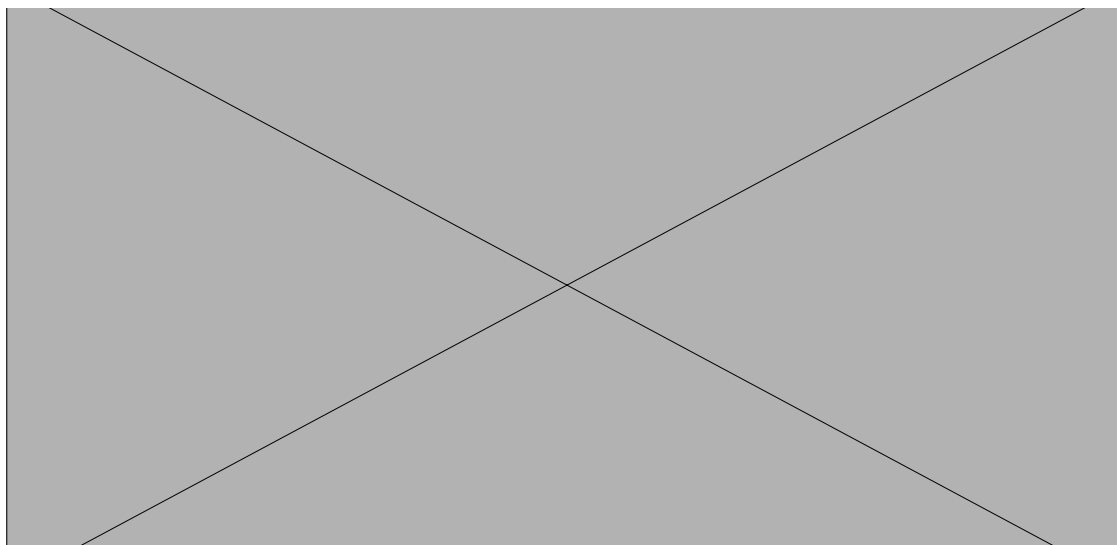
(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

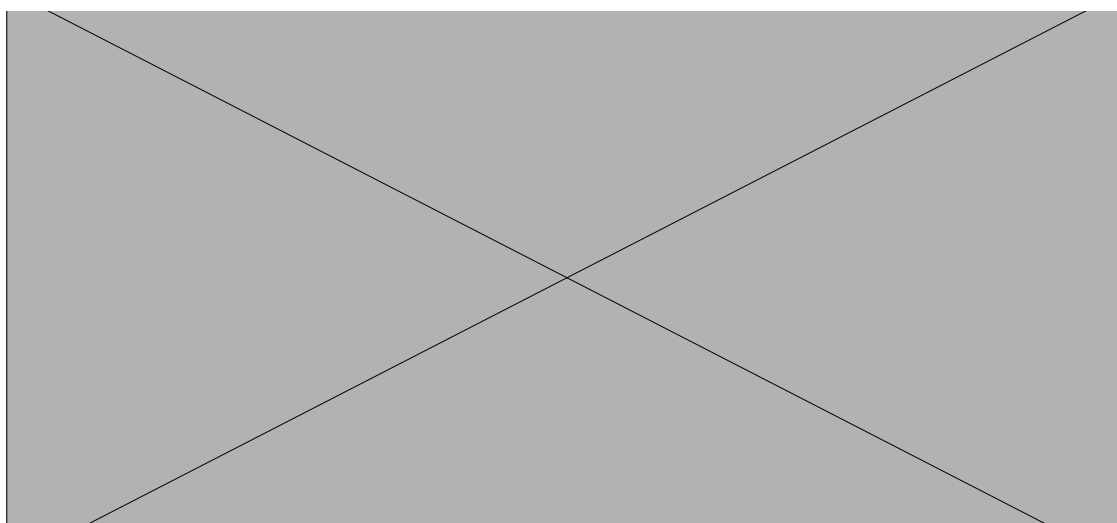


Gráfico 147. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 148. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Enfermedades del sistema circulatorio (grupo IX de la CIE-10)

Es el grupo de causas que más aporta al conjunto de la mortalidad de las mujeres en España, aunque no en la ciudad de Madrid, pues en 2017 el grupo de los tumores ha sido la primera causa de mortalidad en mujeres, siempre según sus tasas ajustadas. Cuestión diferente es si analizamos la importancia de las causas en términos de porcentaje de defunciones respecto a la totalidad de estas en cada sexo. En este caso, tanto a nivel nacional como en la capital, las defunciones por causa circulatoria aparecen como el grupo más nutrido en las mujeres. Esa aparente discrepancia (las enfermedades circulatorias son el primer grupo en número de defunciones, pero el segundo en tasa ajustada de

[Volver a índice](#)

mortalidad en las mujeres madrileñas) encuentra su justificación en las distintas composiciones por edades que tienen las mujeres fallecidas por unas y otras causas y cómo eso determina diferentes riesgos de morir a la hora de ajustar las tasas por una misma población estándar.

En Madrid según la tasa cruda de 2017 mueren por estas enfermedades 234 personas por cada 100.000 habitantes. En el periodo analizado la mortalidad por este grupo tiende a disminuir tanto en España como en la ciudad de Madrid en hombres y en mujeres (tabla 69 y gráficos 149 y 150), de forma paralela, con un periodo de cierta estabilización entre 2012 y 2014 en hombres y entre 2010 y 2015 en mujeres. Durante todo el periodo las diferencias entre España y Madrid fueron significativas en hombres y mujeres, debiendo reseñarse que a pesar de ser el grupo que más riesgo de morir determina en mujeres españolas y el segundo en madrileñas, es siempre bastante más discreto que en los hombres.

Tabla 69. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (Grupo IX de la CIE-10). España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008*	288,57	205,09
	2009*	271,78	187,88
	2010*	247,39	170,96
	2011*	236,46	172,05
	2012*	220,34	166,08
	2013*	231,42	159,37
	2014*	219,39	158,43
	2015*	223,41	161,99
	2016*	213,08	146,85
	2017*	211,95	152,52
España	2008	356,59	264,62
	2009	339,79	248,14
	2010	326,61	236,56
	2011	311,84	226,54
	2012	311,95	228,37
	2013	292,38	211,55
	2014	285,22	205,05
	2015	293,54	211,87
	2016	279,33	196,73
	2017	280,66	197,28

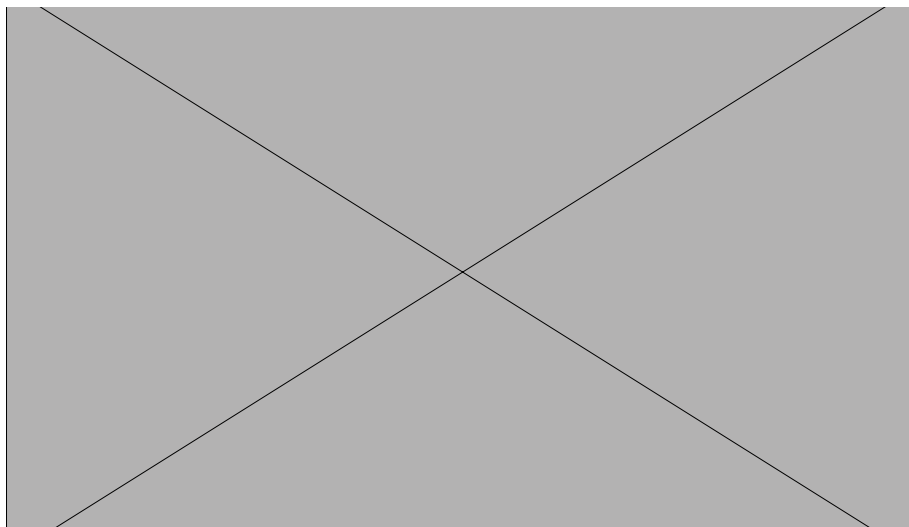
(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

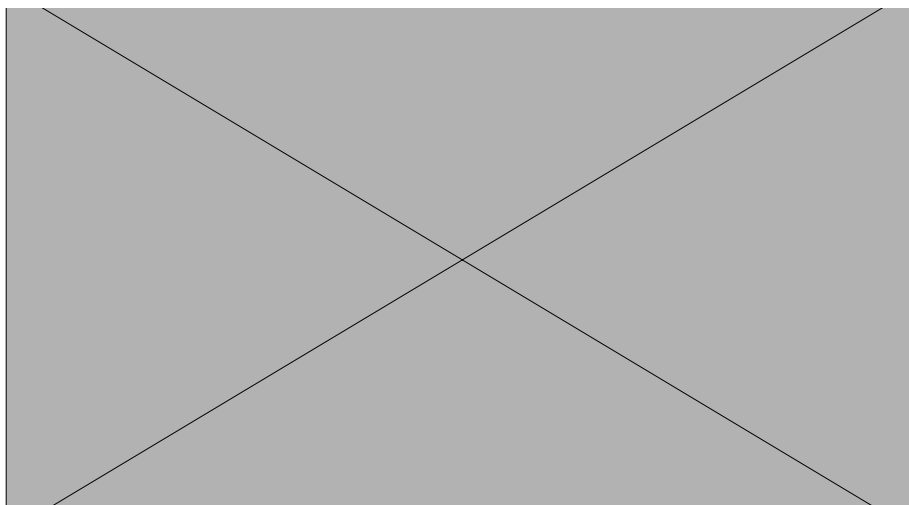


Gráfico 149. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 150. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



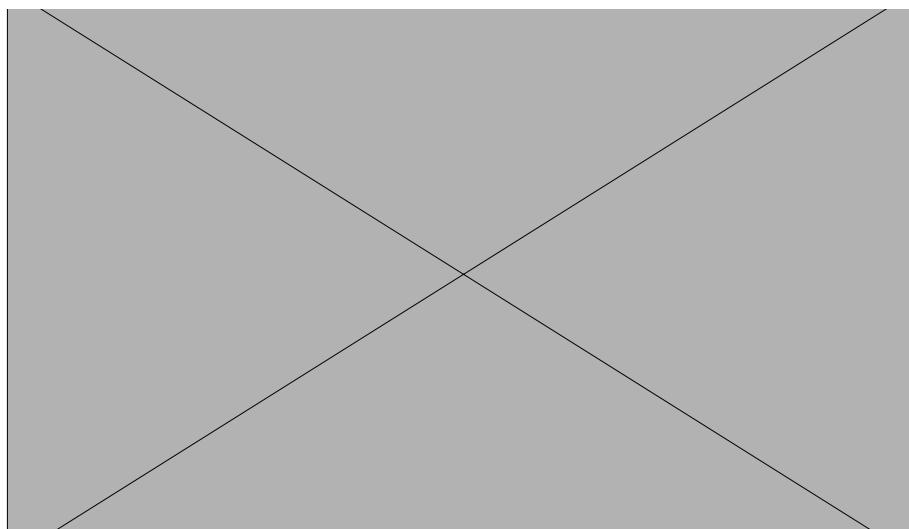
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

▪ **Enfermedades cerebrovasculares (Códigos I60 a I69)**

Por esta causa, fallecieron unas 44 personas en la ciudad de Madrid por cada 100.000 habitantes en 2017. La mortalidad ha disminuido de forma clara en Madrid y en el conjunto de España en el periodo de análisis, de forma mantenida y paralela, siendo los datos de la ciudad de Madrid siempre mejores (menos mortalidad) de forma estadísticamente significativa, aunque con algunas particularidades: en los hombres bajó la tasa claramente entre 2008 y 2011 para estabilizarse después en Madrid y en España, mientras que en las mujeres bajó intensamente en las españolas, registrándose en las madrileñas una tendencia clara a la estabilización entre 2011 y 2015 ([gráficos 151 y 152](#)). Hay muy pocas diferencias en la mortalidad entre sexos, aunque generalmente se observa cierto exceso de mortalidad en los hombres.

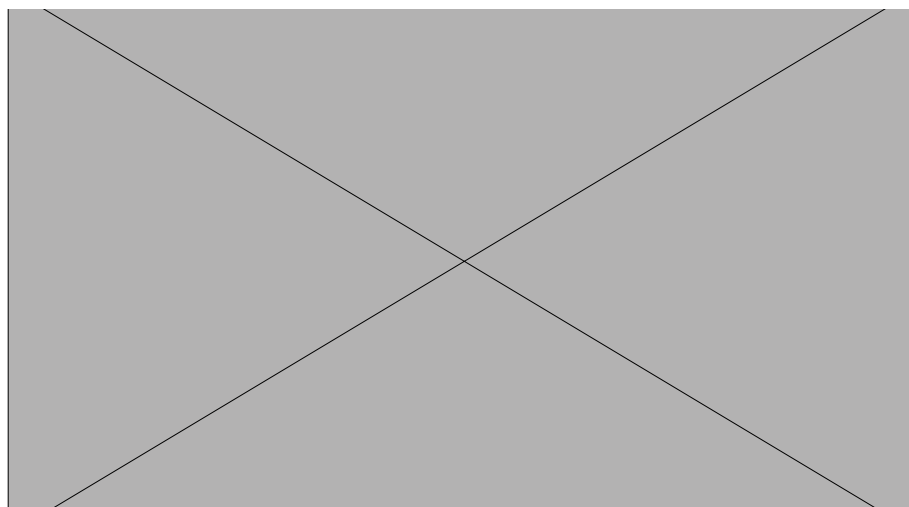
[Volver a índice](#)

Gráfico 151. **Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 152. **Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

▪ **Enfermedades hipertensivas (Códigos I10 a I15)**

En el año 2017 fallecieron en Madrid algo más de 23 personas por cada 100.000 habitantes por enfermedad hipertensiva. Las tasas de mortalidad ajustadas de los ciudadanos y ciudadanas de Madrid presentan datos más favorables que los de España, apreciándose además que la tendencia de la mortalidad en las poblaciones de ambos territorios es, globalmente, la del incremento moderado pero continuo. Estas TAM son significativamente superiores a las de 2008, tanto para el conjunto de la población en España, como para las mujeres madrileñas según el análisis estadístico.

Durante el periodo analizado crecieron las tasas ajustadas de los hombres en términos relativos un 17,5% en España y un 15% en Madrid, aumentando aún más las de las mujeres: cerca de un 30% las de las madrileñas y un 21,5% las de las españolas. Son siempre un poco mayores las tasas de las mujeres que las de los hombres, siendo en 2017 un 18% más elevadas en la capital y un 19% en España.

[Volver a índice](#)

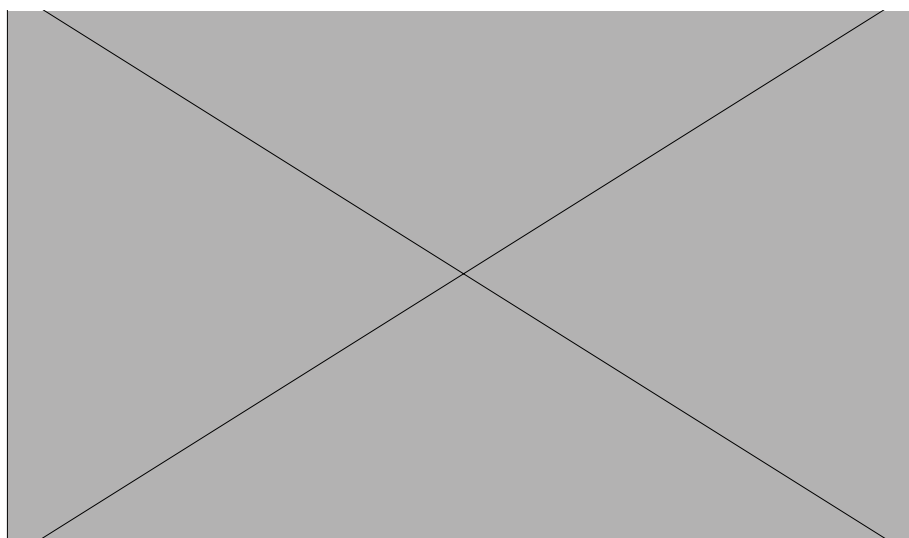


▪ *Infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón*

Entre los años 2008 y 2017 ha disminuido de manera llamativa la mortalidad por estas causas (gráficos 153 y 154), como ya venía ocurriendo desde 2002. En todo el periodo la mortalidad en la ciudad de Madrid, tanto en hombres como en mujeres, ha permanecido por debajo de la de España de forma significativa. El descenso en ambos territorios ha corrido paralelo. En el periodo estudiado se ha producido una reducción relativa de la TAM de los hombres en Madrid un 26% y la de las mujeres un 34%, reducciones similares a las de España.

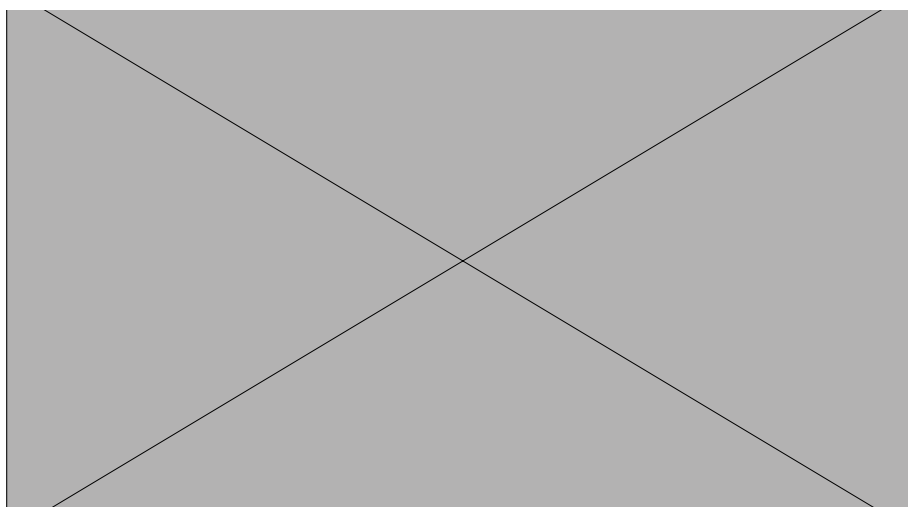
La brecha de género es llamativa, en contra de los hombres, que tienen más del doble de probabilidades de morir por estas causas que las mujeres.

Gráfico 153. **Tasas ajustadas de mortalidad por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 154. **Tasas ajustadas de mortalidad por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

Enfermedades del sistema respiratorio (grupo X de la CIE-10)

En la ciudad de Madrid en 2017 fallecieron alrededor de 136 personas por cada 100.000 habitantes por causa de una enfermedad respiratoria. A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de las causas agrupadas en capítulos de la CIE-10 y con la mortalidad general, el riesgo de morir en Madrid por estas enfermedades es superior al de residentes en el conjunto del país, y aproximadamente el doble en hombres que en mujeres (tabla 70). Es decir, la brecha de género es muy importante y siempre contraria a los hombres, si bien tiende a hacerse menos profunda a lo largo del periodo estudiado: en 2008 esa razón superaba los 2,1 en Madrid y los 2,3 en España, pero en 2017 pasó a 1,9 y 2,1 respectivamente.

A lo largo del periodo estudiado ha descendido de forma paralela la tasa ajustada en ambos territorios, en especial entre 2008 y 2013, para estabilizarse después (gráficos 155 y 156). Quienes más han reducido la mortalidad son los hombres madrileños seguidos de los españoles, al igual que ocurre en las mujeres de la ciudad mientras que las españolas prácticamente se han estancado en las cifras de partida.

Tabla 70. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	209,65*	97,57*
	2009	176,07*	86,60*
	2010	157,95*	76,68*
	2011	164,93*	77,24*
	2012	161,16	86,89*
	2013	152,68*	75,35*
	2014	150,41*	74,08*
	2015	162,53*	83,15*
	2016	142,11*	72,65*
	2017	142,84	76,44*
España	2008	168,95	73,85
	2009	159,19	69,54
	2010	144,50	61,28
	2011	145,47	62,11
	2012	153,83	70,19
	2013	135,83	60,25
	2014	134,81	60,67
	2015	152,98	71,16
	2016	134,15	62,88
	2017	143,15	68,85

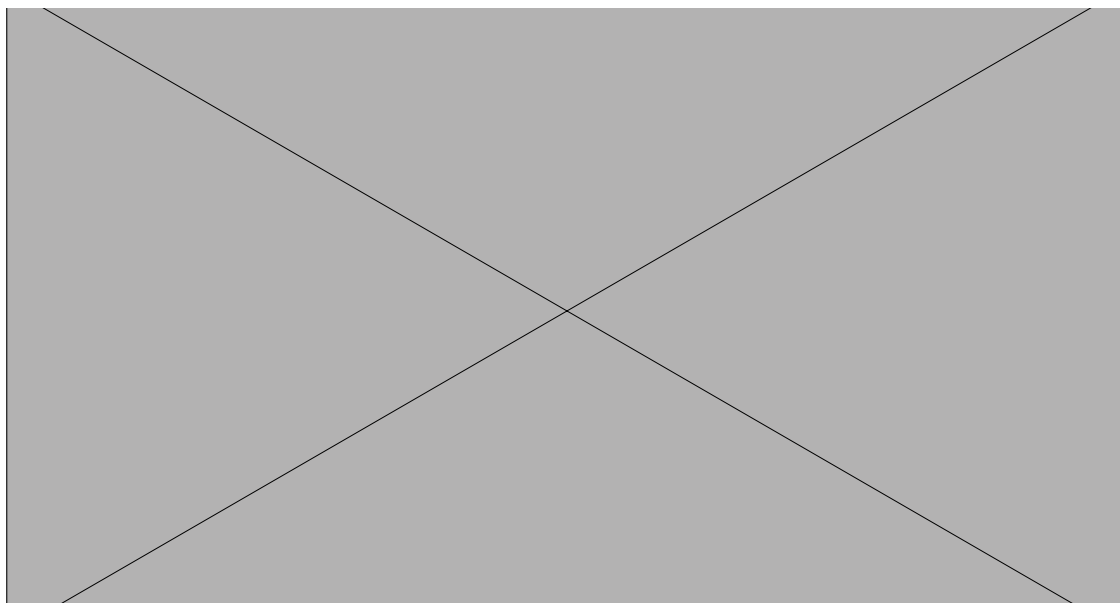
(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

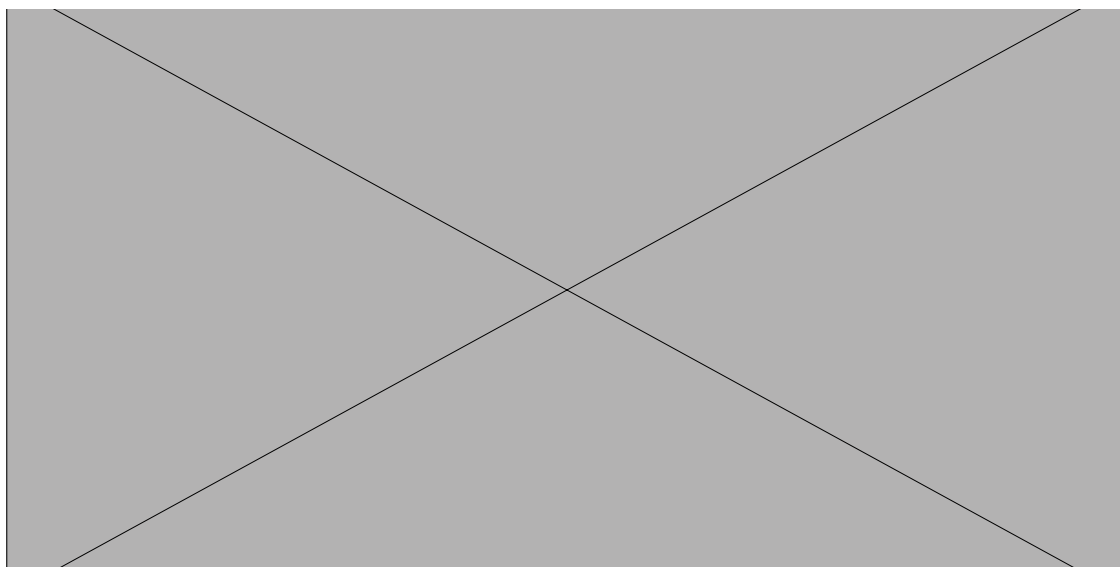


Gráfico 155. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 156. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

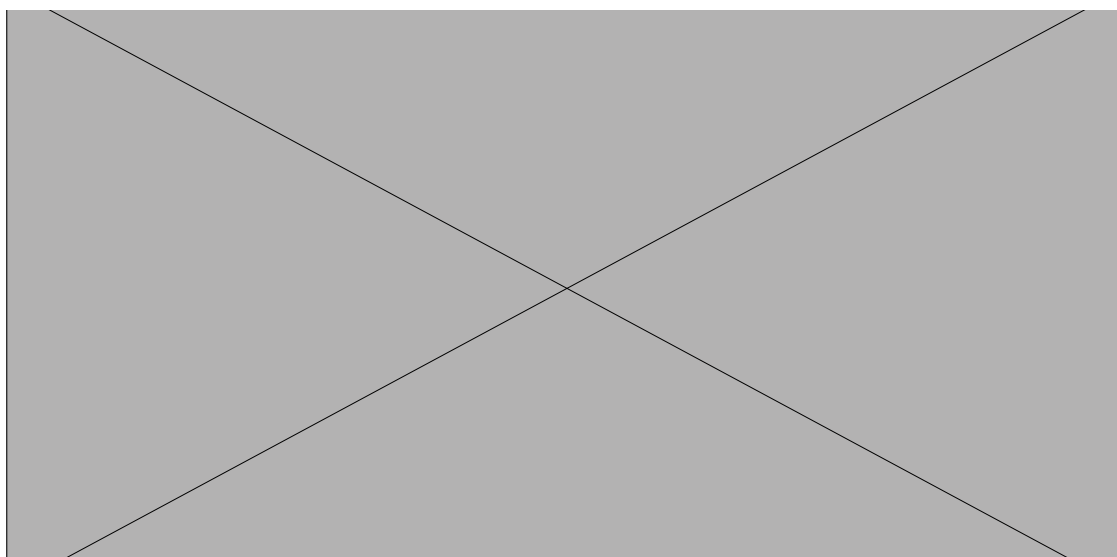
▪ **Neumonía e influenza (Códigos J-10 a J-18)**

La mortalidad por neumonía representa la inmensa mayoría de los fallecimientos por ambas causas. En Madrid mueren 30 personas por cada 100.000 al año por estos problemas. Hombres y mujeres de la ciudad mueren más frecuentemente que los y las de España. Existe una importante brecha de

[Volver a índice](#)

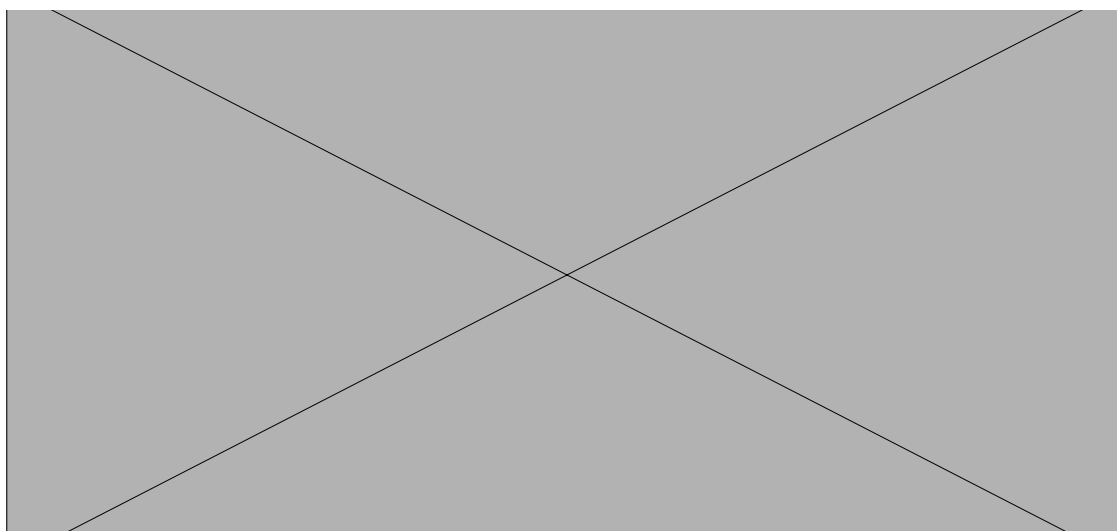
género contraria a los hombres, aunque parece reducirse ligeramente en los 10 años estudiados (en hombres de Madrid la TAM en 2012 era más del doble que en las mujeres, ahora es menor de dos por cien mil, en términos absolutos). Los hombres y mujeres de Madrid reducen más la mortalidad por estas causas que las y los españoles (gráficos 157 y 158). La tendencia temporal en ambos territorios es la reducción del riesgo de morir, si bien el mayor descenso ocurre de 2008 a 2010 estabilizándose después. Las diferencias reseñadas, en contra de hombres y mujeres de la capital (mayor mortalidad de estos), son estadísticamente significativas en todos los años estudiados excepto en 2016 y 2017 en mujeres y 2017 en hombres.

Gráfico 157. Tasas ajustadas de mortalidad por influenza (gripe) y neumonía. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 158. Tasas ajustadas de mortalidad por influenza (gripe) y neumonía. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

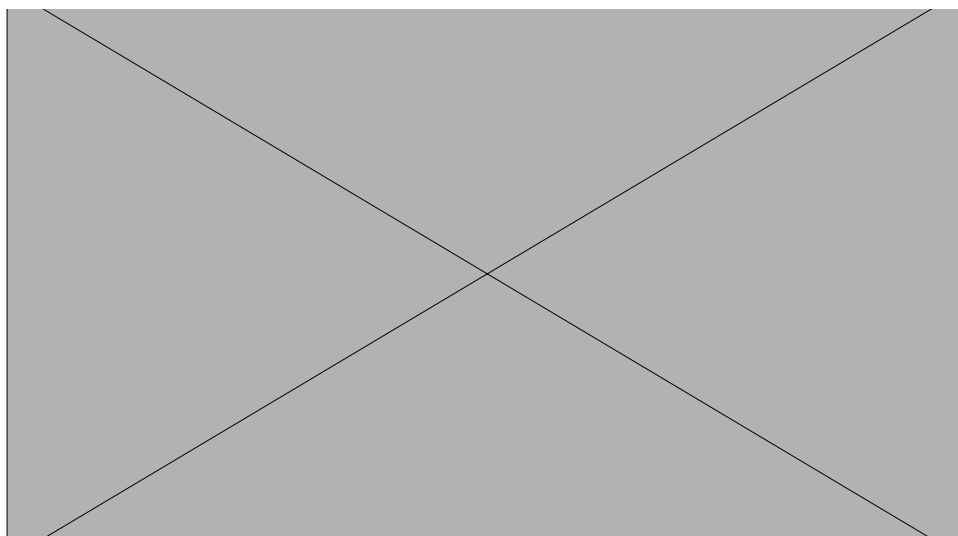
[Volver a índice](#)



- **Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, excepto asma (EPOC)**
(Códigos J40 a J44 y J47)

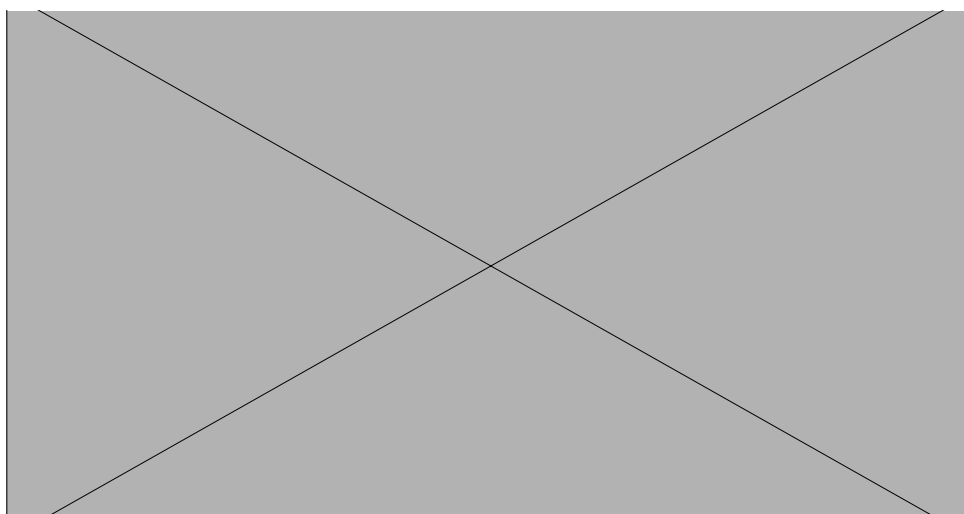
A diferencia de lo que ocurre en general con las enfermedades respiratorias y, más concretamente, con la neumonía y la gripe, por estas causas el riesgo de mortalidad es mayor en la población española. Las diferencias en tasas ajustadas son significativas según sus respectivos IC 95% en los hombres durante todo el periodo entre Madrid y España, pero en las mujeres solo lo fueron en los años 2008-2010, 2012-2013 y 2015. La brecha de género se situó en el periodo entre 5 y 6 veces más TAM en hombres que en mujeres, aproximadamente (gráficos 159 y 160). Excepto las mujeres madrileñas, todos los demás grupos analizados tienden a reducir sus TAM, incluido las mujeres del conjunto del país.

Gráfico 159. **Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma). España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 160. **Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma). España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

▪ Insuficiencia respiratoria (Código J96)

En la ciudad de Madrid fallecieron en 2017 por este motivo casi 8 personas por cada 100.000 residentes en la misma. Las diferencias entre Madrid y España fueron significativas todos los años del periodo tanto en hombres como en mujeres siempre con mayores tasas en la población de la capital, salvo en 2009 para los hombres (tabla 71). La brecha de género es desfavorable a los hombres en todo el periodo estudiado.

Tabla 71. Tasas ajustadas de mortalidad por insuficiencia respiratoria. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	14,88*	10,85*
	2009	9,54	7,59*
	2010	13,49*	9,42*
	2011	15,75*	8,03*
	2012	14,48*	8,74*
	2013	14,84*	8,49*
	2014	14,13*	8,26*
	2015	12,56*	7,60*
	2016	10,23*	5,21*
	2017	6,37*	5,53*
España	2008	10,55	7,36
	2009	7,61	5,80
	2010	6,21	4,63
	2011	6,15	4,57
	2012	5,87	4,81
	2013	5,19	3,86
	2014	4,74	3,66
	2015	5,03	3,94
	2016	4,65	3,50
	2017	4,25	3,53

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)



Enfermedades del sistema digestivo (grupo XI de la CIE-10)

En el año 2017 fallecieron en Madrid 41 personas por cada 100.000 habitantes por estas enfermedades (tasas brutas). La brecha de género, desfavorable a los hombres, se ha mantenido durante el periodo 2008 a 2017, hasta una ratio de aproximadamente 1,7 en el último de esos años, tanto en la capital como en España. La tendencia, tanto en hombres como en mujeres, es la disminución del riesgo ajustado de morir por esas causas durante los 10 años analizados, tanto en Madrid como en España. La ventaja de hombres y mujeres de la ciudad de Madrid sobre sus homónimos de España se ha mantenido en todo el periodo, con tendencia al incremento, en especial en las mujeres.

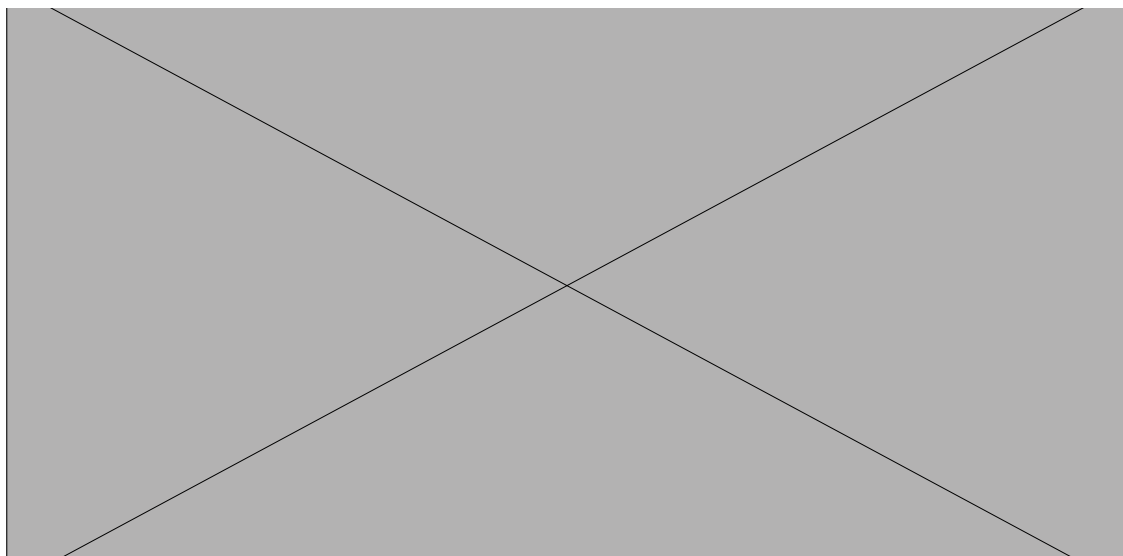
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (grupo XVIII de la CIE-10)

Si bien no se trata de una entidad nosológica, este capítulo de la CIE-10 aproxima la idea de la magnitud que tiene la mortalidad por aquellos problemas cuya naturaleza queda sin conocerse. Se trata, por ello, de un indicador indirecto de problemas en el registro o de problemas en la atención sanitaria.

En la capital de España mueren, con datos de 2017, 37 personas por cada 100.000 habitantes por alguna causa que queda clasificada dentro de este capítulo XVIII, es decir, sin que haya quedado clara la causa del deceso. La magnitud, como se ve, es grande, pues en términos de tasas ajustadas es equiparable a la mortalidad por enfermedades digestivas o por EPOC. Cabe destacar que en los avisos del INE en su página web se advierte que al hacerse más rápido el diagnóstico en el Instituto Anatómico Forense de Madrid desde 2013, se mejoran los diagnósticos post-mortem por lo que las defunciones que antes se asignaban a este grupo de mortalidad mal definida o no diagnosticada pueden haber disminuido, así como sus tasas desde ese año.

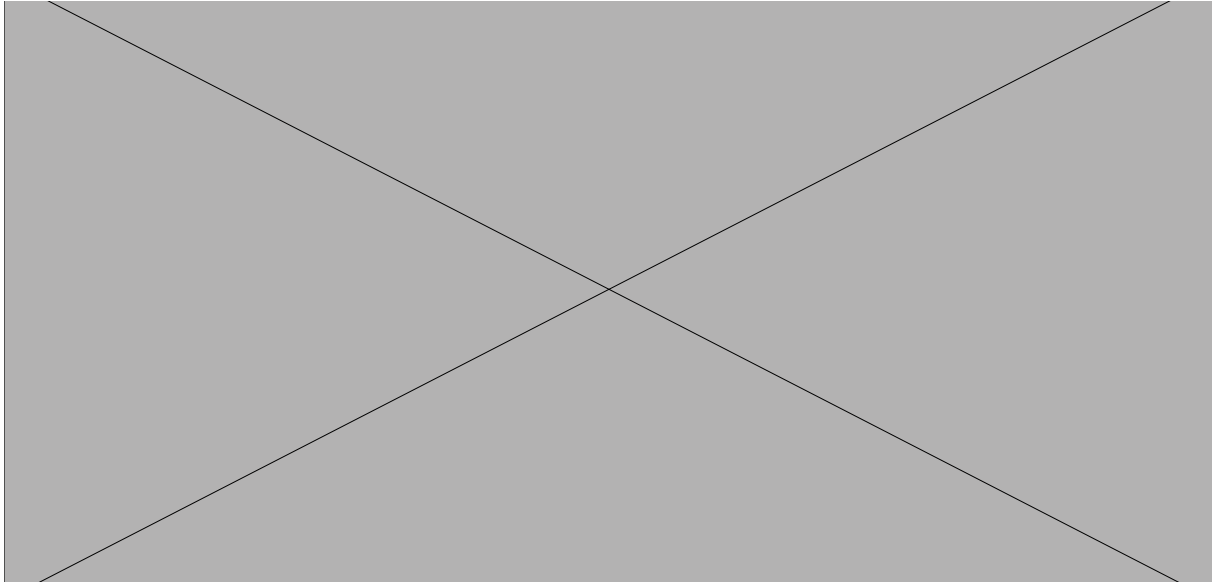
Si analizamos el riesgo ajustado de morir, los hombres de la ciudad de Madrid muestran aproximadamente el doble que las mujeres durante todo el periodo, mientras que para España quedó por debajo esa ratio entre sexos. Los hombres y mujeres de la capital mueren con más frecuencia por estas desconocidas causas que los hombres y mujeres de España. Este exceso es significativo estadísticamente en todos los años estudiados, excepto en 2009 para las mujeres ([gráficos 161 y 162](#)).

Gráfico 161. Tasas ajustadas de mortalidad por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. España y ciudad de Madrid, hombres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 162. Tasas ajustadas de mortalidad por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. España y ciudad de Madrid, mujeres, 2008-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Causas externas de traumatismos y envenenamientos (grupo XX de la CIE-10)

En el periodo estudiado el riesgo ajustado de mortalidad de los hombres sobre el de las mujeres supera el doble en casi todos los años tanto en España como en Madrid. Este hallazgo es común en todos los estudios sobre este fenómeno y ya se apuntó en el anterior informe realizado por nuestro grupo con datos de 2002-2012. El riesgo de morir por estas causas en hombres y mujeres en Madrid es más pequeño que en sus homónimos en España, siendo significativa en todos los años esta diferencia favorable a aquellos y a aquellas (excepto en el último año en las mujeres). La tendencia en el periodo es claramente la estabilización de la mortalidad por estos problemas en España y el incremento en la ciudad de Madrid, con clara tendencia a la confluencia de tasas, lo que sin duda ocurrirá en pocos años. En el último año estudiado, la ventaja de las mujeres españolas (menos mortalidad, que se ha reducido a poco más de un 11%), ha dejado de ser estadísticamente significativa según sus TAM (tabla 72).



Tabla 72. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas de traumatismos y envenenamiento. España y ciudad de Madrid según sexo, 2008-2017. Tasas por 100.000

	Año	Tasa ajustada	
		Hombres	Mujeres
Madrid	2008	31,02*	15,99*
	2009	26,48*	13,64*
	2010	22,30*	11,65*
	2011	22,52*	12,56*
	2012	21,00*	12,23*
	2013	32,58*	16,18*
	2014	30,02*	13,56*
	2015	32,71*	14,48*
	2016	33,47*	16,15*
	2017	33,86*	17,72
España	2008	51,48	19,76
	2009	48,15	18,94
	2010	45,61	18,5
	2011	44,33	19,14
	2012	43,83	18,13
	2013	44,22	19,62
	2014	44,43	19,61
	2015	44,04	19,91
	2016	45,47	20,06
	2017	45,65	20,06

(*) TAM de la ciudad de Madrid con diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Como se ha indicado, en 2013 se dieron algunos cambios en el registro de estos problemas que tienen que ver con la rapidez y la precisión de los informes forenses de las personas fallecidas residentes en la capital, por lo que muy posiblemente esta eventualidad esté relacionada con el incremento de las tasas ajustadas en la población madrileña que observamos a partir de ese año, en el grupo de causas externas.

Análisis especial del riesgo de mortalidad materna

Se parte de la evidencia contrastada de que existe un importante subregistro de la mortalidad materna, que se explica por una mejorable confección de los certificados de defunción de los casos de mujeres que fallecen por motivo de la maternidad, clasificándose gran parte de ellos en otros capítulos de la CIE-10.

La OMS y otros organismos internacionales de salud y algunos de economía publican una estimación anual de la mortalidad materna por país y región del mundo tras analizar los datos disponibles en diferentes fuentes, incluidas las oficiales de los gobiernos locales y nacionales. Al tratarse de estimaciones suelen darse datos en intervalos que acotan el grado de incertidumbre asociado a la Razón de Mortalidad Materna (RMM) que se asigna, tras el análisis bayesiano y expresado en términos de

intervalos de incertidumbre del 80% (percentiles 10 y 90 de las distribuciones posteriores). Para España, la OMS aporta una Razón de Mortalidad Materna (RMM) en 2017 de 4 por 100.000 Nacidos Vivos (NV) (entre 3 y 5 por 100.000)⁵¹.

En la [tabla 73](#) ofrecemos las RMM que hemos obtenido a partir de datos primarios de mortalidad por causas y NV. En 2017 calculamos una RMM de 3,44 por 100.000 NV en la ciudad de Madrid y de 3,31, también por 100.000, para España. Como se ve el dato calculado está dentro de la horquilla definida por la OMS para España en ese año, cerca de su extremo más bajo.

En la [tabla 74](#) observamos también la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) calculada también por nuestro equipo.

Como se desprende de lo manifestado, estas cifras deben tomarse con la debida precaución.

Tabla 73. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. España y ciudad de Madrid, 2008-2017

Año	España	Madrid
2008	2,90	0,00
2009	3,86	3,08
2010	4,62	9,13
2011	4,53	0,00
2012	3,34	3,22
2013	4,23	0,00
2014	2,10	0,00
2015	3,57	6,54
2016	3,65	0,00
2017	3,31	3,44

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Tabla 74. Tasa de mortalidad materna por 100.000 mujeres en edad fértil. España y ciudad de Madrid, 2008-2017

Año	España	Madrid
2008	0,21	0,00
2009	0,15	0,24
2010	0,17	0,24
2011	0,12	0,00
2012	0,09	0,00
2013	0,20	0,00
2014	0,08	0,00
2015	0,14	0,26
2016	0,14	0,00
2017	0,12	0,13

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.



En resumen, cabe destacar que la ciudad de Madrid presenta constantemente una **mortalidad general significativamente más baja que la nacional**, tanto en hombres como en mujeres. Aunque la reducción global de la mortalidad en el periodo 2008-2017 es contundente, algunos años se detectó un incremento no esperable tanto en hombres como en mujeres y tanto en la población española como en la madrileña. Este fenómeno, que ocurrió en 2012 en hombres españoles y en toda la población madrileña, en 2015 en toda la población nacional y madrileña y en 2017 en las mujeres españolas y madrileñas, equivale a un exceso de defunciones de 2.700 personas en la ciudad de Madrid y de unas 48.000 en el conjunto de España (mortalidad no esperada).

En la **TABLA XVI** se muestra un resumen comparativo del riesgo de morir por sexos y territorios en 2017, debiendo destacarse:

La situación de la mortalidad en la ciudad de Madrid es mejor que la de España, de forma estadísticamente significativa según los respectivos IC 95% de sus TAM para cada sexo, además de por la mortalidad general para hombres y mujeres, por tumores en hombres (incluyendo por cáncer de pulmón y cáncer de vejiga en hombres), por enfermedades endocrinas en hombres y mujeres, por enfermedades del sistema nervioso en hombres y mujeres (incluyendo la enfermedad de Alzheimer para hombres y mujeres), por enfermedades circulatorias (incluyendo las enfermedades hipertensivas para hombres y mujeres, las producidas por infarto de miocardio y otras patologías isquémicas del corazón para hombres y mujeres y las enfermedades cerebrovasculares también para hombres y mujeres), por enfermedades del sistema digestivo para hombres y mujeres, las producidas por causas externas en hombres, además de las causadas por enfermedades respiratorias crónicas (EPOC) para hombres.

Sin embargo, **la situación de la mortalidad en la ciudad de Madrid es peor que la de España** de forma estadísticamente significativa por las enfermedades respiratorias para las mujeres, incluyendo la insuficiencia respiratoria y “otras enfermedades respiratorias”, en estos dos casos en hombres y mujeres, y por signos y síntomas mal definidos también para hombres y mujeres.

Tomando en cuenta lo que encontramos en el anterior estudio de mortalidad de la ciudad de Madrid con datos de 2012¹²⁷ en que se comparaba también la situación relativa de la mortalidad de la población madrileña respecto a la nacional usando la misma metodología (análisis de los IC 95% de sus respectivas TAM en hombres y mujeres) observamos que persiste **la mejor situación de la población madrileña** en la mortalidad general de hombres y mujeres, en la producida por tumores en hombres, por causas endocrinas en hombres y mujeres, por las del sistema nervioso en hombres y mujeres, incluyendo la enfermedad de Alzheimer en hombres y mujeres, las causadas por enfermedades circulatorias en hombres y mujeres, incluyendo las enfermedades hipertensivas en hombres y mujeres, el infarto de miocardio y otros problemas isquémicos cardíacos en hombres y mujeres y las enfermedades cerebrovasculares en hombres y mujeres, las causadas por EPOC en hombres, las enfermedades del sistema digestivo en hombres y mujeres y las producidas por causas externas en hombres. Podemos, por tanto, proponer que la mejor situación de la población madrileña por todas esas causas de mortalidad además de por todas las causas en conjunto, procede de una observación que no es coyuntural, por lo que posiblemente esté fundamentada en fenómenos de naturaleza estructural.

Constatamos, también, que han dejado de ser ventajosas para la población madrileña las comparaciones de mortalidad por enfermedades mentales en hombres y mujeres y por cáncer de colon en mujeres.

Por el contrario, persisten las **situaciones relativamente peores** respecto a la mortalidad de la población española en las enfermedades respiratorias en mujeres, incluyendo la insuficiencia respiratoria en hombres y mujeres y “otras causas respiratorias” en mujeres, además de por signos y síntomas mal definidos en hombres y mujeres. La población madrileña ha dejado de estar en esta mala situación comparativa en la mortalidad por enfermedades infecciosas en hombres y mujeres, en neumonía en hombres y en cáncer de pulmón en mujeres. De la misma forma que se manifestó la hipótesis estructural de las ventajas por algunas causas anteriormente aquí debemos insistir en esta misma conclusión para estas causas en la perspectiva de la desventaja.

Para terminar esta detallada visión de la evolución de la mortalidad por causas, examinamos los cambios registrados en la población madrileña entre 2008 y 2017 de las tasas ajustadas que fueron estadísticamente significativos. Los resultados en el decenio fueron:

Sube de forma significativa la mortalidad por enfermedades mentales en hombres y mujeres, del sistema nervioso en hombres, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, pero en este caso solo en mujeres, por cáncer de pulmón y enfermedades hipertensivas también en mujeres. Cabe añadir que, con excepción de lo hallado para estas últimas, en España encontramos que la situación ha empeorado para estas mismas causas desde 2012, por lo que lo hallado en la capital seguramente sea la parte más local de un fenómeno general en relación con la mortalidad española.

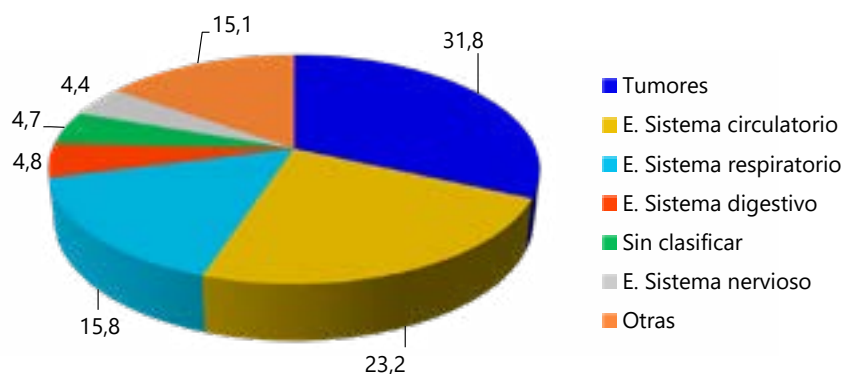
Sin embargo desciende la mortalidad general en hombres y mujeres, la causada por SIDA en hombres y mujeres, por tumores en hombres, por cáncer de vejiga en hombres, por cáncer de pulmón en hombres, por enfermedades circulatorias en hombres y mujeres, por enfermedades cerebrovasculares en hombres y mujeres, por infarto de miocardio y otras causas isquémicas cardíacas en hombres y mujeres, por enfermedades respiratorias en hombres y mujeres, por neumonía e influenza en hombres y mujeres, por EPOC en hombres, por insuficiencia respiratoria en hombres y mujeres y por enfermedades digestivas en hombres y mujeres.

MORTALIDAD PROPORCIONAL

En 2017 fallecieron en la ciudad de Madrid 28.594 personas (13.326 hombres y 15.268 mujeres), lo que significó un crecimiento de las defunciones de un 5,1% sobre lo ocurrido en 2012 (27.206 personas).

En el año 2017 el mayor peso relativo sobre el total de los fallecimientos registrados por los hombres de la ciudad de Madrid lo aportaron los tumores (el 32%), seguido de las enfermedades del sistema circulatorio (23%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (16%), (gráfico 163). Los fallecimientos cuya naturaleza quedó sin conocerse ("Síntomas, signos y hallazgos anormales mal definidos", grupo XVIII de la CIE-10) ocuparon el 5.º puesto con algo menos de un 5%.

Gráfico 163. Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE 10). Porcentaje de defunciones, hombres. Ciudad de Madrid, 2017



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

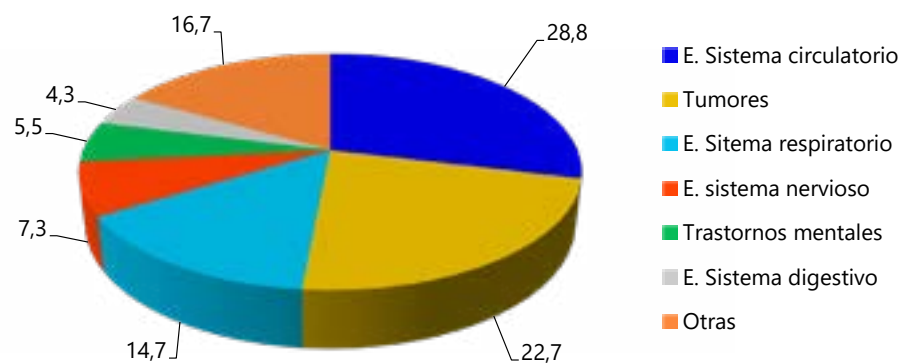
En las mujeres, el primer grupo en peso relativo son las enfermedades circulatorias, por las que fallece aproximadamente una de cada tres mujeres residentes en la capital en ese año (un 29%). Los distintos tipos de cáncer ocupan el segundo lugar en ellas con un 23% de todas las muertes, seguidos de las enfermedades respiratorias, que aportan un 15% al conjunto de la mortalidad (gráfico 164). Debe reseñarse que las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, grupo este nutrido básicamente por la enfermedad de Alzheimer, alcanzaron un 7% de toda la mortalidad de las mujeres.

[Volver a índice](#)



Es necesario señalar aquí que en este capítulo se habla de proporción de las defunciones ocurridas en cada sexo sobre el total de decesos, mientras que en el capítulo precedente (riesgo de morir ajustado por edades) se comparan tasas de mortalidad. Indudablemente allí el primer grupo de causas en mujeres fueron los tumores a pesar de que, en proporción, el primer grupo de defunciones fueron, como se ve ahora, las enfermedades circulatorias. En el ajuste de las tasas por edades, que incorpora al cálculo el efecto consustancial al hecho de que por cáncer suelen fallecer las mujeres más tempranamente, reside la auténtica explicación de esta aparente contradicción.

Gráfico 164. Mortalidad proporcional por causas (grandes grupos de la CIE 10).
Porcentaje de defunciones, mujeres. Ciudad de Madrid, 2017



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

MORTALIDAD TERRITORIAL

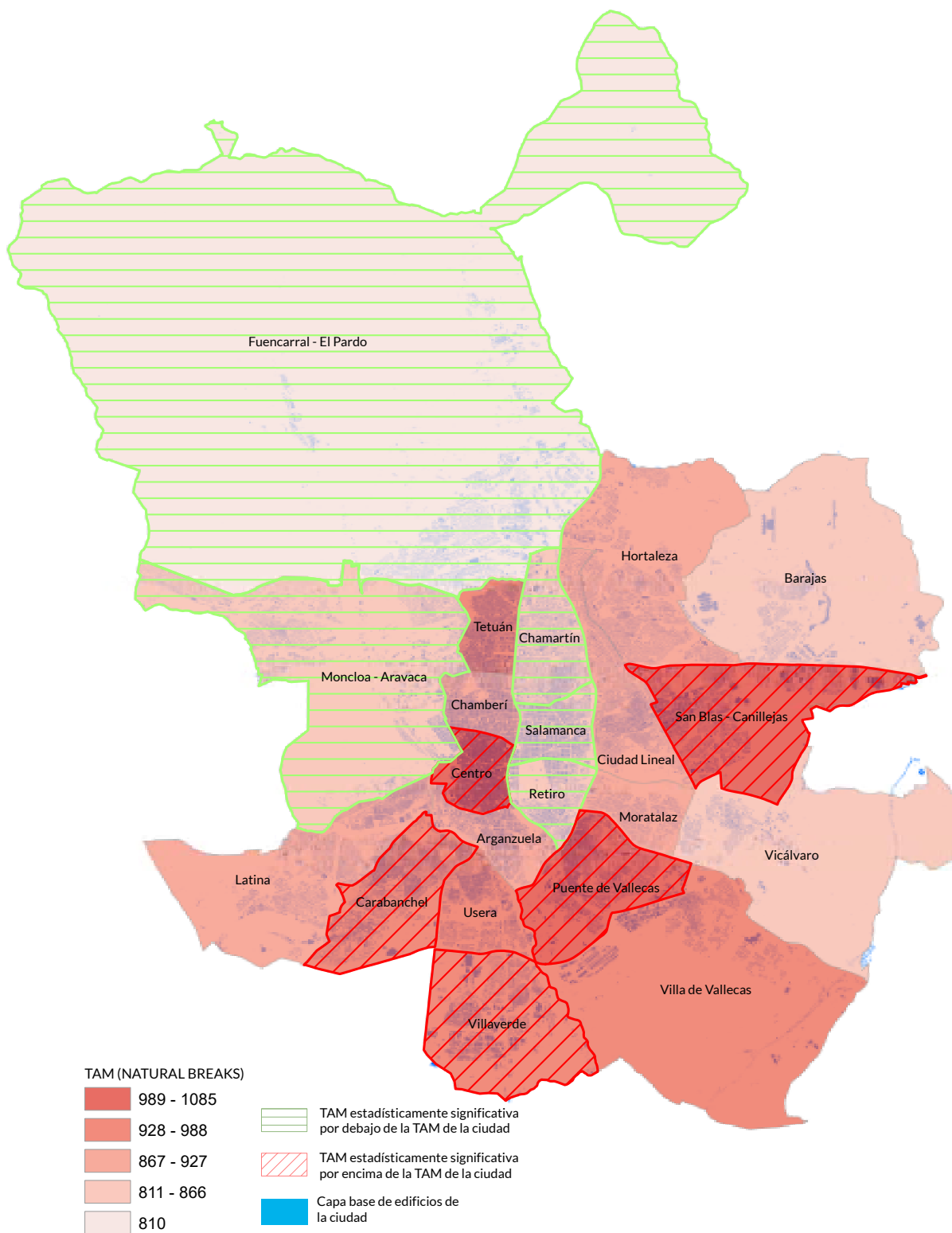
Distritos

La Tasa Ajustada de Mortalidad (TAM) general (por todas las causas) de los hombres de la ciudad de Madrid fue de 926,56 fallecidos por cada 100.000 habitantes en el trienio 2015-2017 (IC 95% entre 917 y 931,36 por 100.000). Los distritos de San Blas-Canillejas, Villaverde, Puente de Vallecas, Carabanchel y Centro presentan exceso de mortalidad en el periodo de forma significativa estadísticamente, dándose la circunstancia de que todos ellos ya mostraban esta desventaja en el análisis previo del quinquenio 2009-2013. Sin embargo, los de Retiro, Salamanca, Chamartín, Fuencarral-El Pardo y Moncloa-Aravaca, presentan una mortalidad en términos de tasa ajustada estadísticamente por debajo de la del conjunto de la ciudad. Hay que apuntar que los 3 primeros ya se encontraban en ese grupo de élite en el periodo previo ya referido, abandonando esta buena situación desde entonces hasta ahora los distritos de Ciudad Lineal y Latina (TABLA XVII). Como se observa en la figura 5 el exceso de la mortalidad en hombres tiende a concentrarse en los distritos del sur y el este además de en el distrito Centro, mientras que la baja mortalidad destaca en los distritos del centro de la ciudad que quedan en el margen oriental del Paseo de la Castellana y el norte de la ciudad.

En las mujeres la mortalidad general es muy inferior a la de los hombres tanto en la ciudad (1,7 veces más TAM en hombres) como en cada uno de los distritos (TABLA XVII). Por otro lado, exceden significativamente la mortalidad de todas las mujeres de la ciudad según sus IC 95% las de los distritos de Centro, Usera, Puente de Vallecas y Villaverde. Este último distrito se incluye ahora en este grupo en relación con el anterior análisis y lo abandonan Fuencarral-El Pardo, Hortaleza, Villa de Vallecas y Carabanchel. Por el contrario, los IC 95% de las TAM de las mujeres que residen en los de Chamartín y Fuencarral-El Pardo se sitúan por debajo del intervalo de confianza de las mujeres de la ciudad, abandonando esta buena posición desde el quinquenio 2009-2013 las mujeres de Retiro, Latina y Ciudad Lineal. Como se observa en la figura 6 y de forma similar a lo que ocurre con los hombres, las situaciones más adversas para las mujeres se ven en los distritos del sur y este, además de en el de Centro, mientras que el norte y la almendra central se encuentran en las posiciones más adelantadas.

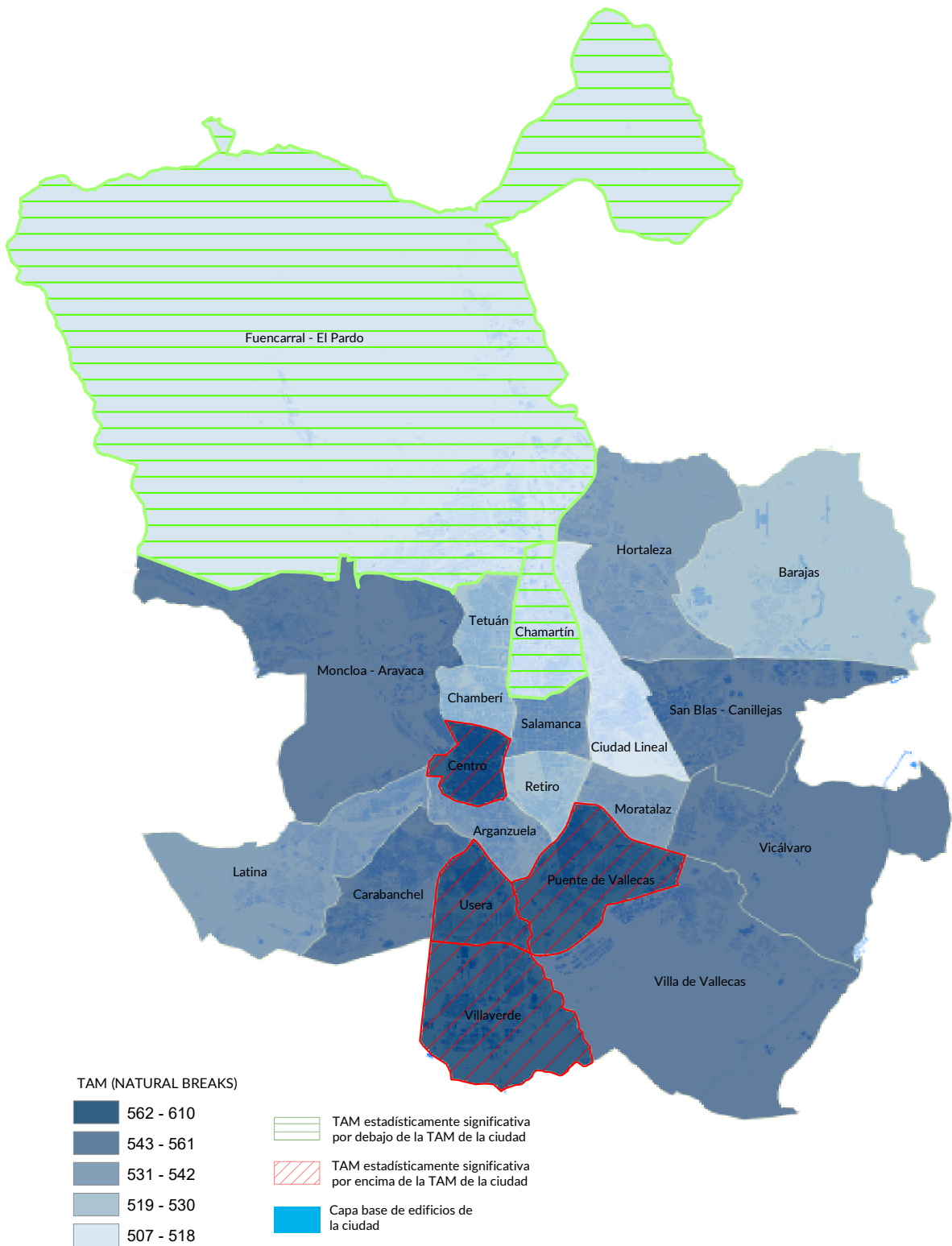
[Volver a índice](#)

Figura 5. Tasa ajustada de mortalidad por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, hombres, trienio 2015-2017. Tasas por 100.000



Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Figura 6. Tasa ajustada de mortalidad por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, mujeres, trienio 2015-2017. Tasas por 100.000



Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

En todo caso este exceso de mortalidad consignado en el trienio 2015-2017 del análisis coincide en hombres y en mujeres en los distritos de Centro, Puente de Vallecas y Villaverde, dejando esta situación los de Carabanchel y Villa de Vallecas, que se encontraban en ella en el quinquenio 2009-2013. Los tres primeros serían, por tanto, en el periodo más reciente, los distritos con mayores problemas de mortalidad de la ciudad.

La mejor situación distrital para ambos sexos, es decir significativamente menor mortalidad en hombres y mujeres simultáneamente, se da en los de Chamartín y Fuencarral-El Pardo, y deja de concretarse en Retiro, Latina y Ciudad Lineal, circunstancia que observábamos en el quinquenio previo señalado. Son los dos señalados, por tanto, quienes muestran menos problemas de mortalidad de la ciudad.

Agrupaciones de distritos

Por otro lado, se analizan las tasas ajustadas de mortalidad en función de la agrupación de los distritos, elaborada según el nivel de desarrollo.

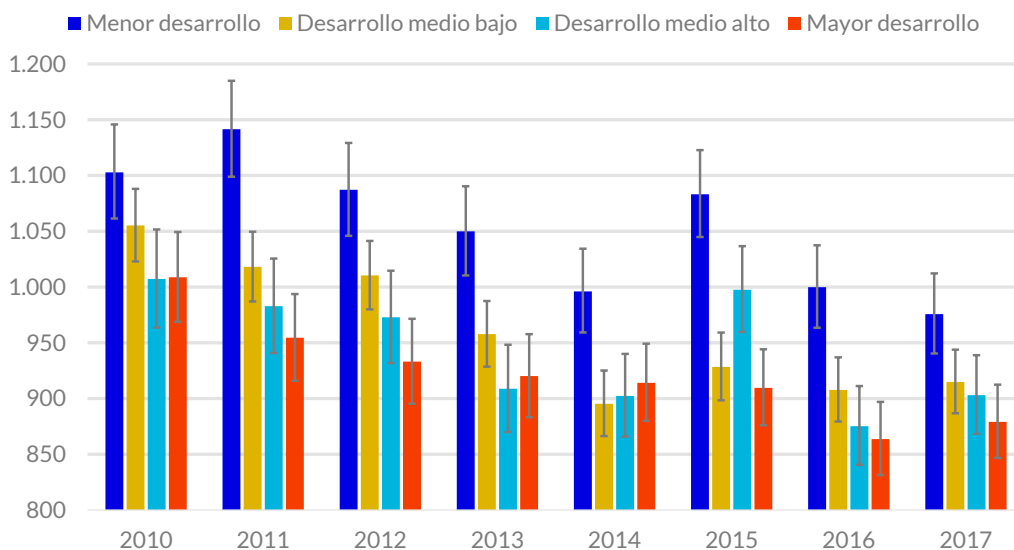
En los [gráficos 165 y 166](#) se observa la evolución anual de las TAM por todas las causas de hombres (entre 2010-2017) y mujeres (entre 2014 y 2017), en dichas agrupaciones (ver metodología). En el caso de los hombres el gradiente de la mortalidad según esta aproximación está bien establecido, destacándose el hecho de que desde 2011 el exceso de mortalidad de los residentes en el grupo de menor desarrollo se hace muy llamativo, quedando según sus IC 95% significativamente por encima de todos los demás, inclusive del de desarrollo medio-bajo durante todos los años estudiados (hasta 2017 inclusive)⁵. Desde este punto de vista se hace evidente que se acentúan las desigualdades en mortalidad en hombres según nivel de desarrollo del distrito, al menos en lo que respecta al grupo menos favorecido en relación con los demás, estableciéndose por tanto una profunda brecha en el sentido comentado en el periodo observado. Hay que resaltar que hasta ese año inicial reseñado las TAM de los hombres de ese grupo de distrito desfavorecido no se habían destacado de forma significativa, pudiendo relacionarse este fenómeno con la especial severidad con que la crisis económica ha tratado a la población, especialmente a los hombres, de las zonas más deprimidas de las ciudades¹²⁸. En el [gráfico 165](#) se comprueba que el exceso de mortalidad de los hombres de los distritos de menor desarrollo sobre todos los demás, sigue manteniendo márgenes estadísticamente significativos desde 2011, en que aumentó la TAM más de 80 por 100.000 (lo que equivale a unas 280 defunciones no esperables).

Entre 2014 y 2015 se incrementa la mortalidad de los hombres de todos los grupos de distritos con excepción del de mayor desarrollo, siendo esos aumentos significativos según los IC 95% de las TAM. Desde el punto de vista de los riesgos de morir asociados al nivel de desarrollo del área residencial, tan solo han experimentado la evolución interanual esperable (descenso) de forma significativa estadísticamente, los que viven en el clúster de menor desarrollo y desarrollo medio-bajo entre 2015 y 2016 y en ese mismo año en el clúster medio-alto. Sin embargo, los cambios registrados en el clúster más adelantado fueron pequeños en todo el periodo, por lo que no se constataron cambios interanuales significativos.

En lo que respecta a las mujeres observamos que, a diferencia de lo que ocurre en los hombres, no existe un gradiente de mortalidad en función de los niveles de desarrollo residencial ordenados de menor a mayor ([gráfico 166](#)). Solo se observan diferencias en el grupo de distritos de desarrollo medio-bajo, para el año 2016, que presenta una mortalidad significativamente inferior respecto al resto de grupos. Es interesante destacar el aumento de la mortalidad en todos los grupos de distritos en el año 2015 con respecto al año anterior.

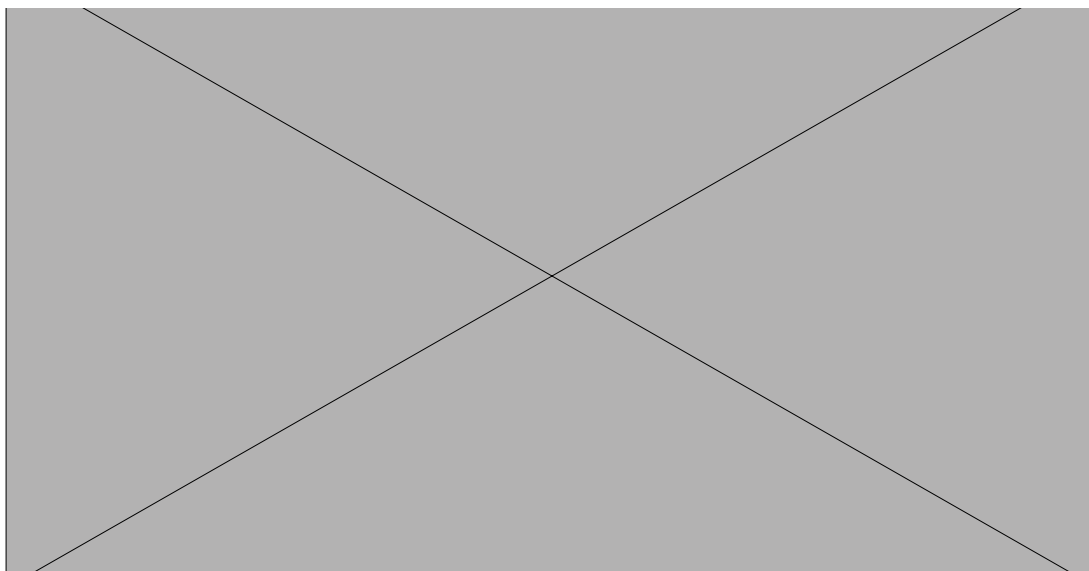


Gráfico 165. Tasas ajustadas e IC 95% de mortalidad general. Clúster de distritos de la ciudad de Madrid según nivel de desarrollo, hombres, 2010-2017. Tasas por 100.000



Nota: escala reducida a TAM por encima de 800 por 100.000.
 Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 166. Tasas ajustadas e IC 95% de mortalidad general. Clúster de distritos de la ciudad de Madrid según nivel de desarrollo, mujeres, 2014-2017. Tasas por 100.000



Fuente: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

Debemos destacar, para terminar este capítulo, que el aumento de la mortalidad encontrado en 2015 sobre el año previo en la mayoría de los clúster de distritos de la ciudad de Madrid, tanto en hombres como en mujeres, con excepción del grupo de distritos más desarrollado, sin duda es el resultado del efecto de importantes determinantes negativos para la salud de la población, en especial si, repasando capítulos anteriores, concluimos que lo mismo le ocurrió a la población española en su conjunto.

MORTALIDAD PREMATURA Y CARGA DE ENFERMEDAD

Como ya se detalló en el capítulo de metodología, presentamos en primer lugar el análisis de la mortalidad prematura mediante el cálculo habitual de Años de vida perdidos (AVP), o Años de vida potencialmente perdidos (AVPP), ajustando sus tasas por edades según el método directo, calculado con Epidat 4.2, para hombres y para mujeres. Se separa esta parte del análisis de los Años vividos con discapacidad (AVD) y del cálculo posterior de los Años de vida ajustados a discapacidad (AVAD), que se detallará a continuación. Para su cálculo se utilizan también los años de vida perdidos, en cifras absolutas y en tasas, pero no se toman las tasas ajustadas por edades sino las tasas brutas para hombres y mujeres (o "tasas específicas por sexo"). Llamamos la atención sobre este extremo para advertir sobre el hecho de que unas tasas de AVP y otras, ambas reunidas en este capítulo, no son iguales, así como el fundamento de esta aparente discrepancia.

Puntualizamos también que para calcular los AVP por todas las causas de la ciudad de Madrid se han utilizado datos, tanto de población como de defunciones, de la Subdirección de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Sin embargo, para calcular los AVP, tanto de distritos, como por causas específicas y grandes grupos de la CIE-10, esto es, todos los análisis que no son de la mortalidad general del conjunto de la población madrileña, los datos se han extraído de las siguientes fuentes:

- Población: Subdirección de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.
- Defunciones: Instituto Madrileño de Estadística (Comunidad de Madrid).

Mortalidad prematura en la población de la ciudad de Madrid en 2017 (AVP)

En la ciudad de Madrid, en 2017, año en que se registraron 13.326 fallecimientos de hombres y 15.268 de mujeres residentes, los hombres perdieron 138.367 años de vida y las mujeres 131.376, por muertes que ocurrieron anticipadamente ([TABLA XVIII](#)). Eso equivale a 93,4 años por cada 1.000 habitantes en hombres y 77,2 años por 1.000 habitantes en mujeres. En términos de tasas ajustadas por edades y considerando los grandes grupos de causas de la CIE-10, el que acumula más mortalidad precoz son los tumores, tanto en hombres como en mujeres (Tasas ajustadas de AVP – TAAVP– de 33 y 26,9 años por 1.000 respectivamente), lo que supone un 35% de todos los AVP de los hombres y las mujeres. A continuación se sitúan las enfermedades circulatorias, que supusieron un 19% de todos los AVP de los hombres y el 21% de los AVP de las mujeres, seguidas de las enfermedades respiratorias (el 10% de todos los AVP en ambos sexos), ver [TABLA XVIII](#). El 4.º lugar es para las enfermedades del sistema nervioso en mujeres y para las causas externas en hombres, siendo este grupo el 5.º en importancia para ellas, mientras que para ellos en este puesto figuran los problemas digestivos. Por las causas externas, la tasa de AVP de los hombres es muy superior a la de las mujeres, al igual que lo que ocurre con las enfermedades respiratorias, aunque de un modo más atenuado.

Si revisamos la lista observando ahora las causas específicas veremos que la primera en mortalidad prematura en hombres es el cáncer de pulmón y en mujeres el cáncer de mama, con tasas ajustadas de 9 años perdidos por 1.000 el primero (8,7% de todos los años perdidos por los hombres) y de 4,3 años por 1.000 el segundo (algo más del 6% de todos los AVP de las mujeres). El cáncer de pulmón es la 3.ª causa más frecuente en cuanto a tasa de AVP en las mujeres, a mucha distancia de los hombres (3,6 años por 1000 en ellas frente a 9 por 1.000 en ellos), siendo la segunda causa en ambos sexos el infarto de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón (8,5 años por 1.000 en hombres y 3 años por 1000 en mujeres). El cáncer de colon también ocupa un lugar destacado en esta lista en hombres y mujeres (3.º en hombres y 5.º en mujeres), tomando también un lugar de relevancia las enfermedades cerebrovasculares. Las EPOC están entre las cinco primeras causas de mortalidad prematura en hombres. En ellos, los suicidios y otras lesiones autoinfligidas ocupan el 6.º lugar en relevancia, con una tasa ajustada de 2,6 años perdidos en 2017 por cada 1.000 habitantes.



Por distritos, Centro, además de dos distritos del sur de la ciudad, Puente de Vallecas y Usera, son los que presentan los mayores problemas de mortalidad prematura de la ciudad para los hombres en términos de tasa ajustada. Mientras, en las mujeres, las tasas ajustadas de AVP más elevadas las encontramos en Arganzuela, Moncloa-Aravaca y Vicalvaro.

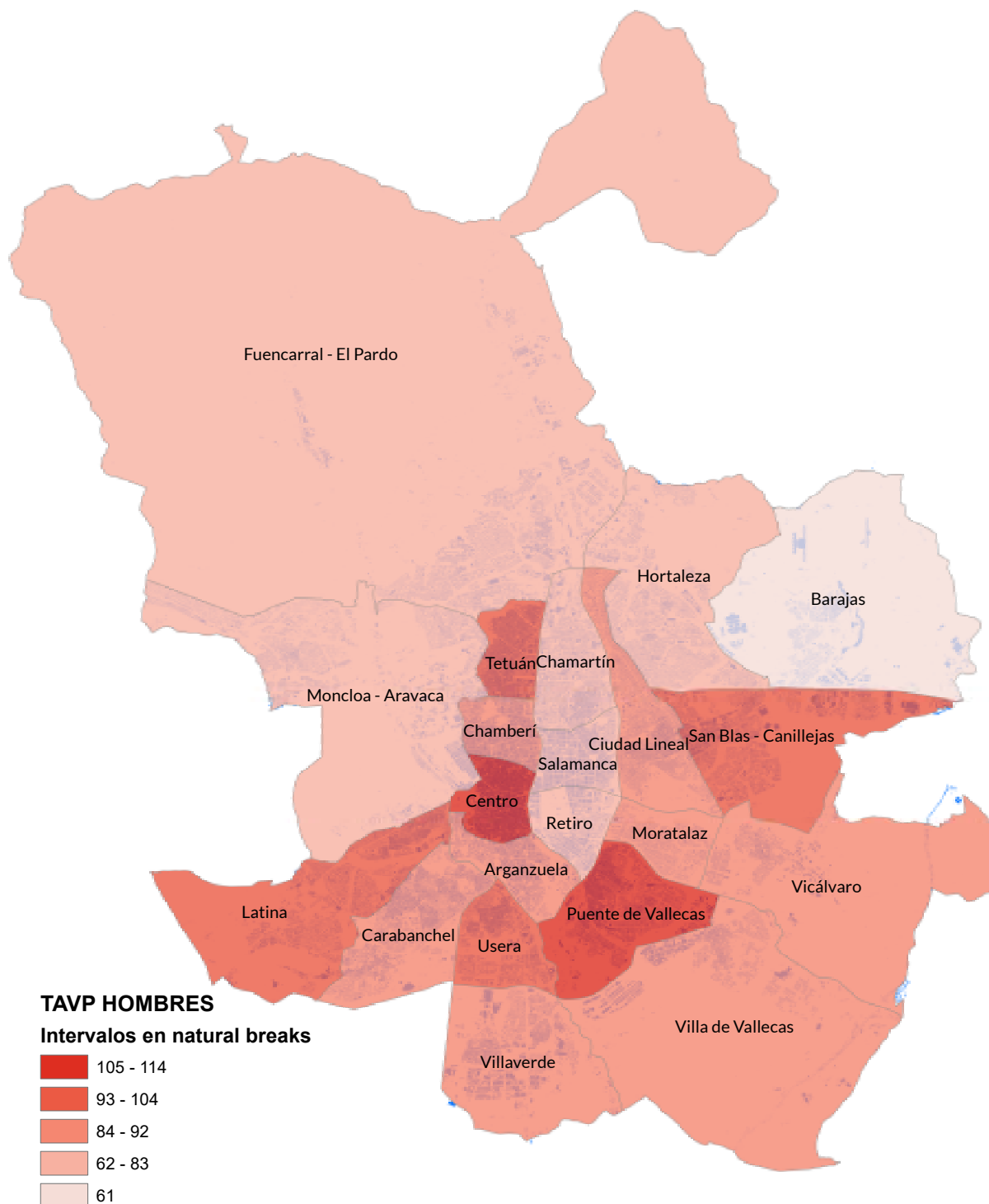
Por otro lado, debemos señalar que sorprenden los problemas de mortalidad de las mujeres del distrito Moncloa-Aravaca por la falta de correlación que presentan con el nivel socioeconómico del distrito, dando por supuesto que la renta per cápita, por ejemplo, lo represente. Esta situación es coincidente en diferentes análisis de este estudio, todo ello a pesar de que, tanto en nuestros trabajos anteriores, como en este, como en los publicados en la literatura general aplicable al caso se repite el hecho de que la correlación entre indicadores socioeconómicos y de salud en las mujeres es menos consistente que en los hombres.

La brecha de género en términos de TAAVP alcanza el 50% (mayor en hombres que en mujeres).

De la totalidad de años perdidos en la ciudad, el distrito que mayor aporta a este cómputo es, en hombres, el de Latina con un 8,8% de todos los años, seguido de Puente de Vallecas con un 8,7%, y de Carabanchel con un 7,2%. En el caso de las mujeres, son también las de Latina las que más frecuencia de AVP reúnen en relación con todas las que pierden al año todas las mujeres de la ciudad, un 8,3%, seguidas de las de Carabanchel (7,5%) y de Ciudad Lineal (7,2%). Estas frecuencias, como se entiende, están muy condicionadas por el volumen de población de cada distrito, por lo que para valorar en términos ponderados la aportación de cada uno al riesgo global de morir anticipadamente en la ciudad recomendamos comparar los territorios según sus tasas ajustadas por edades.

En las [figuras 7 y 8](#) se observa la distribución del riesgo de morir prematuramente en los distritos de la ciudad tanto en hombres como en mujeres, según agrupaciones de sus TAAVP en *natural breaks*. En ellas se puede apreciar cómo la mortalidad precoz es un problema más grave en los hombres del sur y el este de la ciudad, además de en los de los distritos Centro y Tetuán. En las mujeres, no obstante, parece delimitarse mejor un eje de problemas oeste-este. Es interesante señalar que en el caso de los hombres el mapa de la mortalidad prematura se parece mucho más al de la mortalidad general que en el caso de las mujeres.

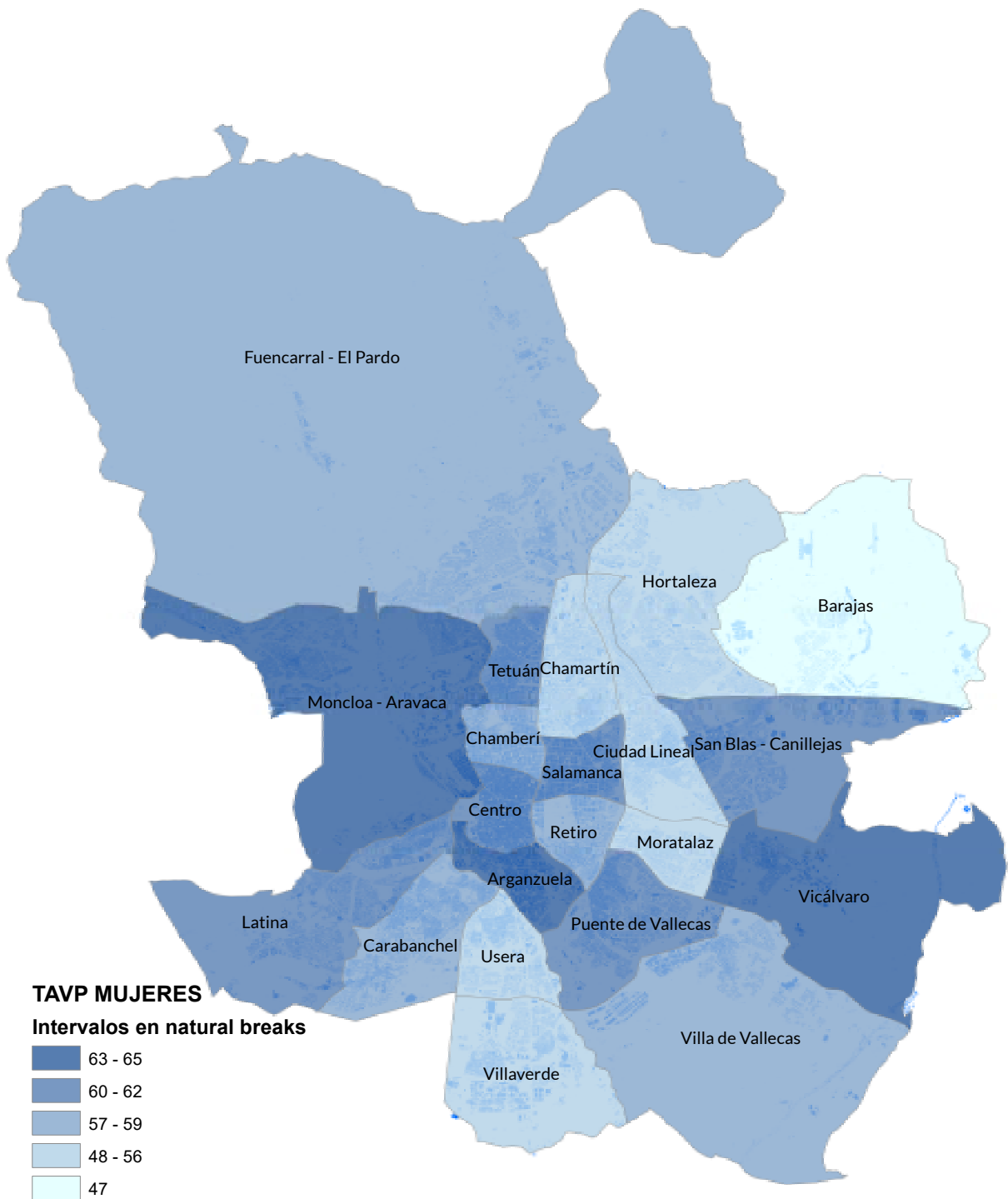
Figura 7. Tasa ajustada de años de vida perdidos (AVP) por todas las causas.
Distritos de la ciudad de Madrid, hombres, 2017. Tasas por 1.000



Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.
Elaboración propia.



Figura 8. Tasa ajustada de años de vida perdidos (AVP) por todas las causas. Distritos de la ciudad de Madrid, mujeres, 2017. Tasas por 1.000



Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Aproximación a la carga de enfermedad de la población de la ciudad de Madrid en 2017: AVD y AVAD

En lo que respecta a los años de vida vividos con discapacidad (AVD) en 2017 por la población madrileña, el cálculo realizado según la metodología detallada al principio de este informe nos lleva a contabilizar 83.967 años en los hombres y 135.418 en las mujeres. Según esos cálculos, tras agregar los años perdidos por mortalidad prematura (AVP), obtenemos una totalidad de años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVAD) en 2017, en la ciudad de Madrid, para los hombres de 222.334 años y para las mujeres de 266.794 años.

En la [tabla 75](#) se aprecian las tasas de AVP, AVD y AVAD de los problemas estudiados que provocan poca mortalidad. Son siete; se trata de los que hemos logrado reunir suficiente información como para cuantificar, de forma indirecta, el peso en años de la discapacidad (ver metodología). El problema que produce, tanto en los hombres como en las mujeres, más años de vida con discapacidad (AVD) es la artrosis, con una tasa, para ellos, de 45,3 años por 1.000 hombres, frente a otra tasa, para ellas, de 103,4 años por 1.000 mujeres, siempre al año.

En el caso de los hombres, a la artrosis le siguen las migrañas y cefaleas (20,2 por 1.000 hombres) y el dolor cervical (16,9 por 1.000 hombres). Las diferencias con respecto a los AVAD son pequeñas, como corresponde a problemas con poca mortalidad.

En las mujeres, por su parte, después de la artrosis, le sigue la cervicalgia. Al igual que en el caso de los hombres, el hecho de que sea una causa con baja mortalidad (una tasa de AVP de 1,2 años por 1.000 mujeres) implica que haya muy pocas diferencias entre los AVAD y los AVD, siendo estos últimos los responsables de casi toda la tasa de AVAD encontrada. Quiere esto decir que casi la totalidad de años que se pierden de vida ajustada a discapacidad por estos problemas son debidos a la propia discapacidad que provocan y no a su mortalidad prematura, que es casi inexistente.

Tabla 75. Tasas de AVP, AVD y AVAD para causas de baja mortalidad. Causas específicas (lista reducida) ordenadas por las tasas de AVAD. Ciudad de Madrid, hombres y mujeres. Tasas por 1.000 hombres o mujeres respectivamente, 2017

Hombres				Mujeres			
Causa	AVP	AVD	AVAD	Causa	AVP	AVD	AVAD
Artrosis	0,3	45,3	45,6	Artrosis	1,2	102,2	103,4
Migraña o dolor de cabeza frecuente	0	20,2	20,2	Dolor de espalda cervical	0,1	37,4	37,5
Dolor de espalda cervical	0,1	16,8	16,9	Depresión	0	35,8	35,8
Depresión	0	16,8	16,8	Migraña o dolor de cabeza frecuente	0	33,9	34
Ansiedad crónica	0	6,9	6,9	Ansiedad crónica	0	12,1	12,1
Dolor de espalda lumbar	0,0	4,8	4,8	Asma	2,3	8,9	11,3
Asma	0,3	4,1	4,5	Dolor de espalda lumbar	0	8,6	8,6

Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Si analizamos las tasas de AVAD con la distribución de sus componentes (tasas de AVP y AVD) para los grandes grupos de causas y causas específicas de la CIE-10 ([gráfico 167](#) y [168](#)) de aquellos problemas que provocan mortalidad sensible, apreciamos que en las mujeres la primera causa de AVAD son las enfermedades mentales y del comportamiento muy por encima de lo que ocurre en los hombres y a mucha distancia de la segunda causa en las mujeres, que son los tumores, siendo

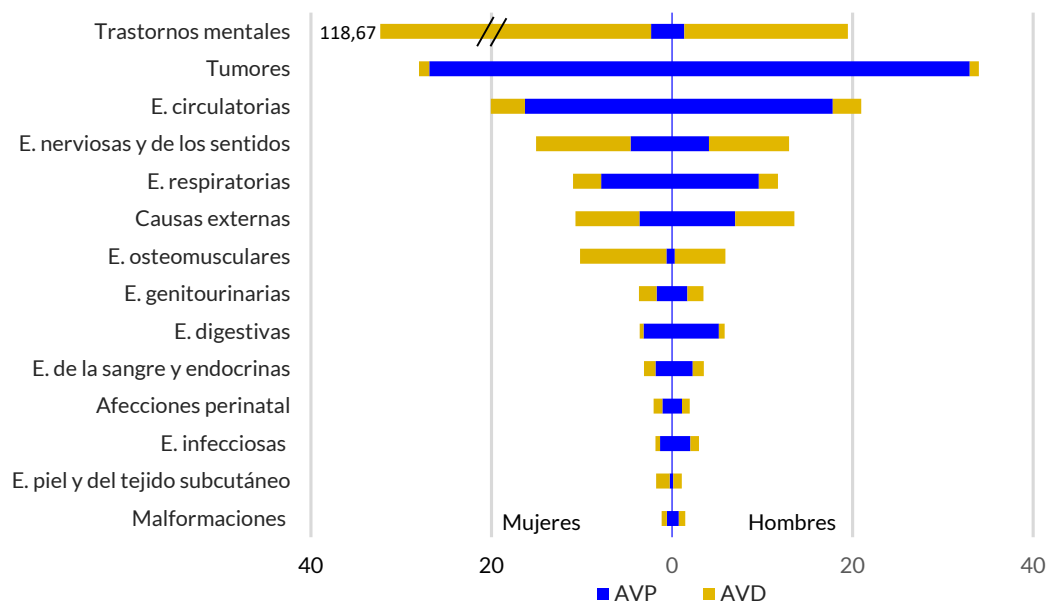


esta la primera causa de tasa de AVAD de los hombres. A diferencia de lo que ocurre en el grupo de enfermedades mentales, la mayor parte de los AVAD perdidos por tumores se deben a la mortalidad prematura que producen estos problemas. Las enfermedades cardiovasculares son el tercer grupo en AVAD perdidos, con grandes dosis de mortalidad prematura, lo contrario de lo que ocurre para las enfermedades del sistema nervioso, quienes les siguen en tasa de AVAD. Las enfermedades osteomusculares, como se esperaba, con tasas de AVD de 5,6 y 9,6 años por mil hombres y mujeres respectivamente, son un ejemplo de grupo de enfermedades con poca tasa de AVAD correspondiendo la mayoría de los años perdidos a situaciones de discapacidad y muy pocos a mortalidad anticipada.

Es interesante buscar una explicación plausible a la situación de las mujeres en relación con los años con discapacidad que provocan en ellas los problemas encuadrados en el grupo de enfermedades mentales. Analizando al detalle las defunciones producidas por esos problemas y comparando con la situación asimilable en la población española, observamos que el motivo de este exceso de AVD/AVAD parece residir en la mortalidad prematura (recordemos que los AVD son una derivación indirecta de ella según la metodología usada), pues en la capital fallecen muchas más mujeres en edades extremas de la vida (mayores de 85 años) que en España por estos problemas (básicamente trastornos orgánicos seniles y preseniles, y muchos de ellos complicaciones de la demencia de la enfermedad de Alzheimer), por lo que generalmente acumulan en el momento de morir una importante cantidad de años sufriendo los efectos incapacitantes de esas enfermedades.

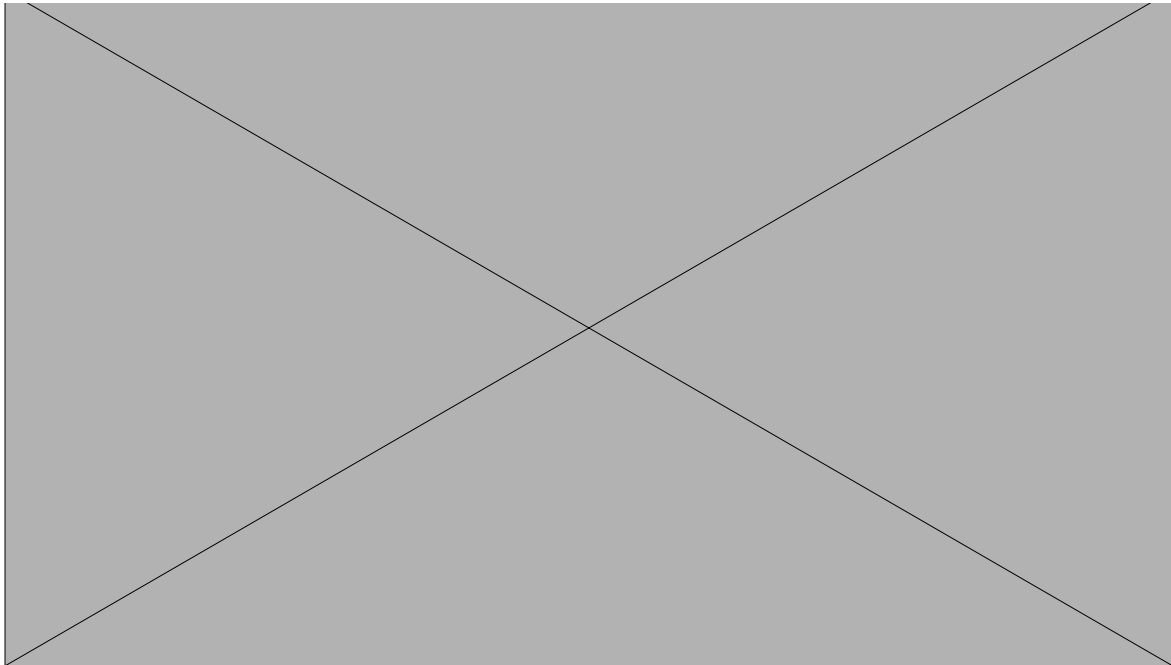
En lo que respecta a las causas específicas estudiadas que producen alta mortalidad, a excepción de lo que ocurre con los accidentes de tráfico y la diabetes mellitus, la tasa total de AVAD está nutrida básicamente por los AVP. Los hombres muestran tasas más elevadas de AVAD para el cáncer de pulmón, el infarto agudo de miocardio y otros problemas cardíacos del corazón, el cáncer de colon y recto, los suicidios y otras lesiones autoinfligidas y la EPOC. Entre estos problemas, los que más años vividos con discapacidad provocan son la diabetes y los accidentes de tráfico. Los tumores malignos de todas las localizaciones estudiados, además de la neumonía, acumulan muy pocos años vividos con discapacidad (AVD) por lo que la mayor parte de años perdidos por esas causas ajustados a discapacidad (AVAD) en la ciudad de Madrid en 2017 se deben básicamente a la mortalidad prematura que causan (AVP).

Gráfico 167. Tasas de AVAD con sus componentes (tasas de AVP y de AVD) para grandes grupos de causas de alta mortalidad ordenadas por las tasas de AVAD de las mujeres. Ciudad de Madrid, hombres y mujeres. Tasas por 1.000 hombres o mujeres respectivamente, 2017



Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Gráfico 168. Tasas de AVAD con sus componentes (tasas de AVP y de AVD) por causas específicas (lista reducida de la CIE-10) de alta mortalidad ordenadas por las tasas de AVAD de las mujeres. Ciudad de Madrid, hombres y mujeres. Tasas por 1.000 hombres o mujeres respectivamente, 2017



Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

Como habitualmente se hace en los trabajos que sobre AVP, y como parte del estudio de la carga de enfermedad, publica el IHME y otros grupos de investigación en los análisis que realizan en el mundo bajo el epígrafe Global Burden Disease (GBD), presentamos los resultados de la clasificación de causas de mortalidad prematura en la ciudad de Madrid, en 2017, para hombres y mujeres según lo propuesto para estos análisis, que no es otra cosa que agrupar las causas según este modelo, Grupo I: enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; Grupo II: enfermedades no transmisibles y Grupo III: causas externas y accidentes. A pesar de entender que esta clasificación tiene el claro interés de visibilizar los diferentes patrones que en mortalidad prematura se dan en los diferentes países del mundo según su nivel de desarrollo, entendemos que es de utilidad trasladarla a la ciudad de Madrid con el ánimo de usarla ahora y en el futuro como un modelo de referencia.

Los resultados los podemos analizar en la [tabla 76](#). Como era lógico y esperable, la inmensa mayoría de años perdidos por fallecimiento prematuro en la ciudad de Madrid ocurrió por enfermedades no transmisibles (ENT), un 87% de la totalidad de los años perdidos en los hombres y un 91% en las mujeres. En los tres grupos, el riesgo ajustado de los hombres de morir tempranamente es mucho mayor al de las mujeres, siendo del doble para las causas externas y un 50% superior para las ENT.



Tabla 76. AVP y tasas de AVP por 1.000 para hombres y mujeres según problemas clasificados y agrupados según criterio de la OMS (GBD). Ciudad de Madrid, 2017

Agrupación de causas	Hombres			Mujeres		
	AVP	Tasa bruta de AVP	Tasa de AVP ajustada	AVP	Tasa bruta de AVP	Tasa de AVP ajustada
Grupo I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	4984	3,36	3,41	4397	2,58	2,50
Grupo II. Enfermedades no transmisibles	108.892	73,52	77,97	108.475	63,77	51,36
Grupo III. Causas externas/accidentes	10.364	7,00	6,74	6149	3,61	3,42

Nota: la clasificación de enfermedades en estos grupos queda de la siguiente manera (códigos CIE-10). Grupo I.- Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, incluye: Capítulo I.- Enfermedades infecciosas (más 062: Neumonía); Capítulo XV. 081. Embarazo, parto y puerperio; Capítulo XVI. 082. Afecciones originadas en el periodo perinatal. Grupo II. Enfermedades no transmisibles, incluye: Capítulo II. Tumores, Capítulo III. Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, Capítulo IV. Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas, Grupo V. Trastornos mentales y del comportamiento, Capítulos VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, Capítulo IX. Enf. del sistema circulatorio, Capítulo X. Enf. del sistema respiratorio (excepto Neumonía), Capítulo XI. Enf. del sistema digestivo, Capítulo XII. Enf. de la piel y del tejido subcutáneo, Capítulo XIII. Enf. del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo, Capítulo XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Y Grupo III. Causas externas y accidentes, incluye: Capítulo XX. Causas externas/accidentes.

Fuentes: Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

En resumen, en esta aproximación a la realidad compleja de la carga de enfermedad que soporta la población madrileña, y teniendo en cuenta las limitaciones de nuestros análisis, podemos afirmar que la población de esta ciudad pierde en conjunto una gran cantidad de años de vida ajustados a la discapacidad, más los hombres que las mujeres, pesando más, globalmente, las pérdidas por limitaciones de la capacidad física y psíquica que por mortalidad prematura.

Las cinco primeras causas específicas en pérdida de vida sana son coincidentes en hombres y mujeres, pero en grupos de causas el cáncer toma un lugar preeminente en los hombres que no tiene en la lista de las mujeres.

Las enfermedades que más años de vida con discapacidad producen en hombres y mujeres pertenecen al grupo de enfermedades mentales y del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. En los hombres ocupa también un lugar destacado las causas externas (traumatismos, envenenamientos, suicidios, accidentes, etc.), y en ellas hay que añadir las enfermedades del sistema osteomuscular. Los problemas específicos que más años con discapacidad provocan en hombres y mujeres son la artrosis y el dolor cervical, debiendo añadirse entre las tres más importantes para cada sexo, la depresión en mujeres y las migrañas y cefaleas en los hombres.

La mortalidad precoz más importante en hombres es la causada por tumores, enfermedades circulatorias y respiratorias, y entre ellas, destacadamente, el cáncer de pulmón, los problemas isquémicos del corazón (junto al infarto) y el cáncer de colon. Los mismos grupos de enfermedades que provocan mortalidad prematura en hombres también la producen en mujeres, aunque en ellas, además de los problemas cardíacos reseñados, hay que poner en un primer plano el cáncer de mama, relegando a la tercera posición el cáncer de pulmón.

3.4. MORBILIDAD

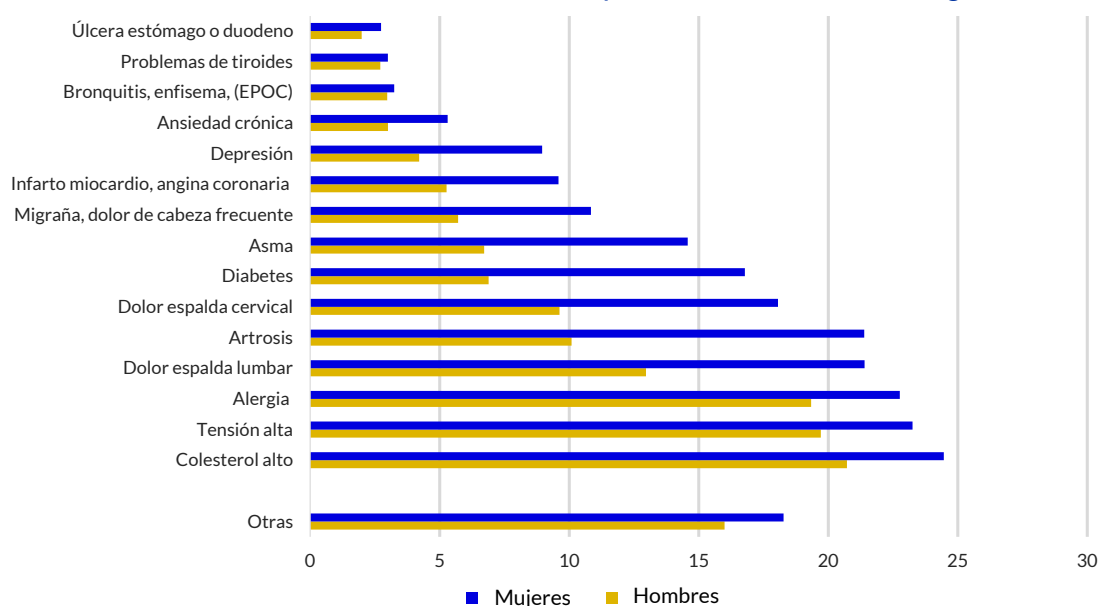
ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. No está estipulado el plazo determinado para decidir que una enfermedad es crónica, sin embargo, se suele considerar como tal a cualquiera que dure más de seis meses. Cuando se estudian estas enfermedades se incluyen problemas de salud que no son propiamente enfermedades, pero representan factores de riesgo que pueden estar relacionados con la instauración de algunas de ellas (por ejemplo, hipercolesterolemia o alergia). Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica en el mundo, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% tenía menos de 60 años de edad¹²⁹. Se estima que enfermedades como la diabetes afectaban en 2016 a 422 millones de personas en el mundo, cuadruplicando esta cifra la estimada en 1980¹³⁰. También la OMS informa de que casi 18 millones de personas murieron en el mundo por enfermedades cardiovasculares en 2012, resultando una cifra en constante crecimiento y afectada tanto por hábitos perjudiciales (p. ej., fumar) como por malas condiciones socioeconómicas en todo el mundo¹³¹, dando idea la magnitud de las cifras de su importancia en el mundo actual.

En la ESCM'17 se incluyó la siguiente pregunta: *¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)*. Esta pregunta requiere una respuesta espontánea, según el criterio de la persona entrevistada. Respondió afirmativamente el 39,9% [IC95% = 38,8-40,9], algo muy alejado del 64,2% [IC95% = 63,7-64,7] que lo hizo en la Encuesta Nacional de Salud 2017. Las mujeres contestaron afirmativamente con más frecuencia 42,6% [IC95% = 40,8-44,4] que los hombres 36,7 [IC95% = 34,7-38,7].

A continuación, se preguntaba si *“alguna vez su médico o enfermera le ha dicho que padece...”* ofreciéndose una lista de problemas de salud que son los que se utilizan más habitualmente en encuestas poblacionales (ver metodología). En el [gráfico 169](#) se muestra la prevalencia referida de cada una de las enfermedades según el sexo de la persona encuestada.

Gráfico 169. Prevalencia de cada enfermedad o problema de salud listados según sexo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

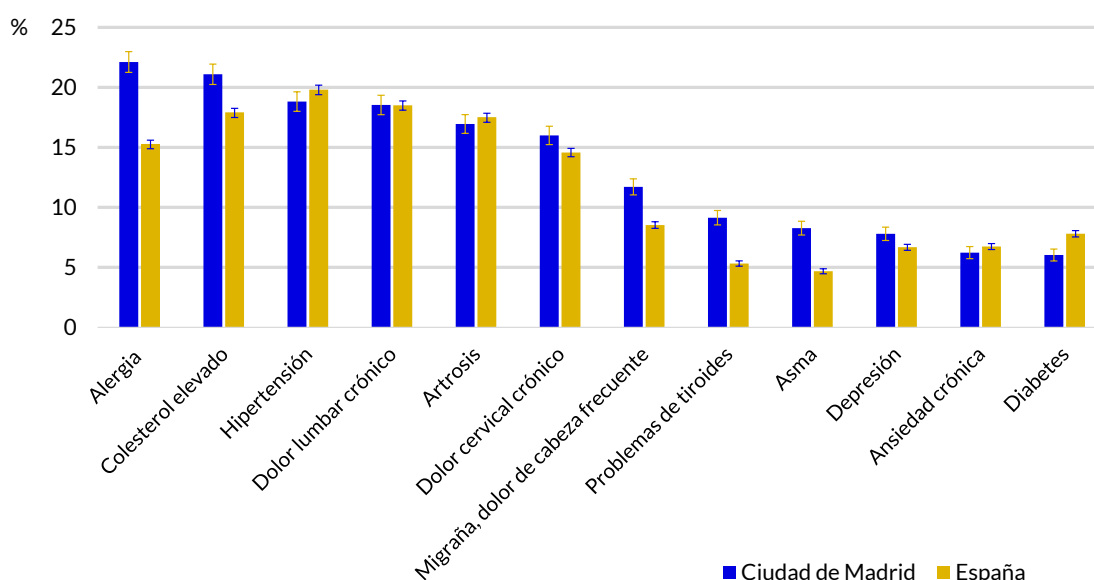
[Volver a índice](#)



El 72,2% de las personas encuestadas indicaron haber sido diagnosticadas de al menos un problema de salud del listado. Se observa una considerable discrepancia entre la respuesta espontánea (39,9%) y la respuesta al listado de enfermedades (72,2%). Los datos son muy similares a los obtenidos en la ESCM'13 (38,5% y 69,7% respectivamente).

En el [gráfico 170](#) se presentan las prevalencias declaradas en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (ESCM'17) y en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017). Se observa una prevalencia de problemas alérgicos significativamente mayor en Madrid que en el conjunto de España, algo que ya se observó en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014. El resto de las prevalencias resulta ser muy similar en las dos encuestas, aunque en problemas menos frecuentes, como el asma o los problemas tiroideos, el exceso significativo de personas diagnosticadas en nuestra ciudad es llamativo.

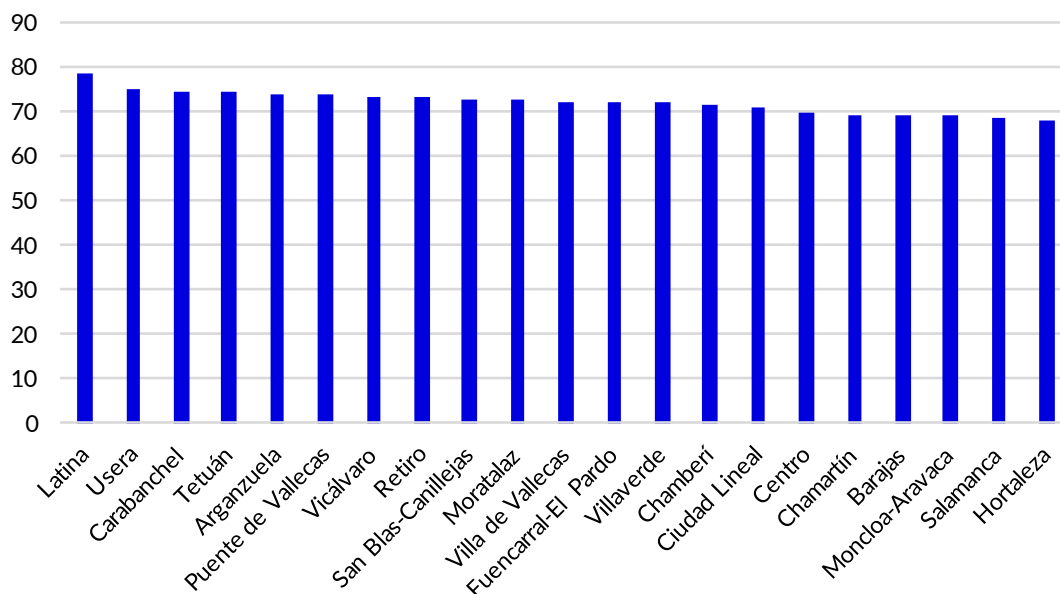
Gráfico 170. Prevalencias de problemas crónicos de salud declarados (IC 95%). Ciudad de Madrid y España, 2017



Fuentes: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y Encuesta Nacional de Salud 2017.

Al analizar la prevalencia de enfermedades crónicas por distrito se observa que Latina es el que registra una tasa mayor sobre el listado: 78,1%, seguido de Usera y Carabanchel (74,8% y 74,2% respectivamente) ([gráfico 171](#)). Entre los que menos prevalencia presentan están Hortaleza, Salamanca y Moncloa-Aravaca (67,7%, 68,5% y 68,7%, también respectivamente). Con el margen que permite la muestra ningún distrito destaca significativamente por encima ni por debajo de la prevalencia global de la ciudad [IC95% = 71,22-73,09] según sus IC 95%. Con esos mismos datos ponderados por el número de habitantes de cada distrito podemos señalar que ocho distritos parecen aportar la mitad de todas las personas que refieren problemas crónicos de salud: Latina, Carabanchel, Puente de Vallecas, Fuencarral-El Pardo, Ciudad Lineal, Hortaleza, Tetuán y Arganzuela.

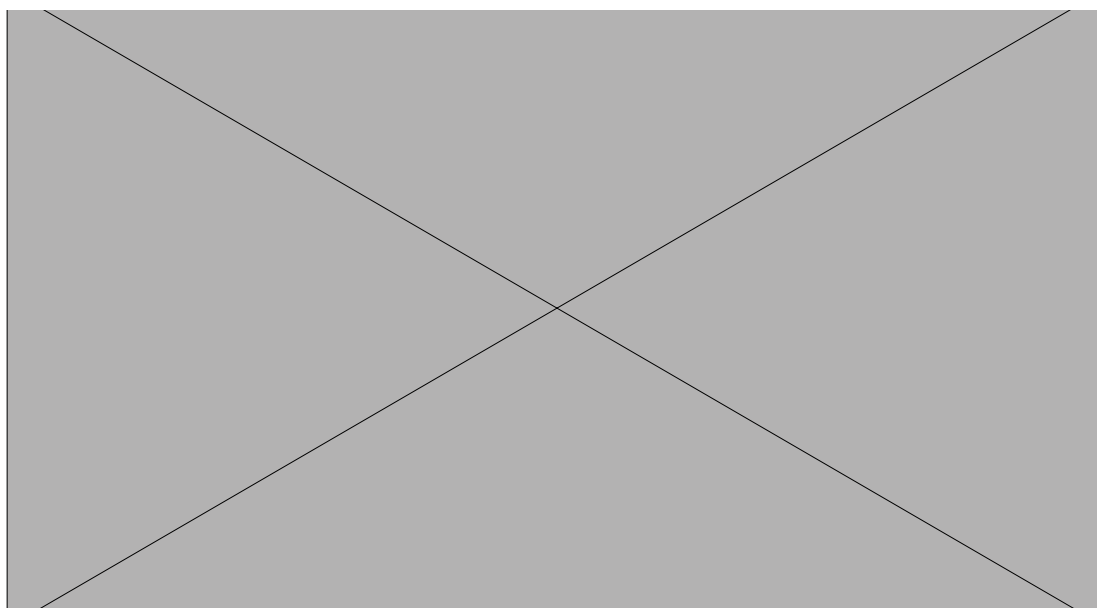
Gráfico 171. Personas que declaran padecer algún problema crónico por distritos, 2017 (tasas de prevalencia por cien)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

También se ha considerado interesante comprobar si hay diferencias por distrito en alguna de las enfermedades crónicas cuya prevalencia podría estar más determinada por características medioambientales de la zona de residencia, como las respiratorias o la alergia. En el [gráfico 172](#) se muestra el porcentaje de personas que refieren estar diagnosticadas de alguna enfermedad respiratoria crónica (bronquitis, enfisema, EPOC) en cada distrito. Como se puede ver, en el caso de la EPOC destacan los distritos de Carabanchel, Salamanca y Tetuán con unas tasas de prevalencia de 5,8%, 4,9% y 4,8%, respectivamente.

Gráfico 172. Personas que declaran haber sido diagnosticadas de alguna enfermedad pulmonar crónica por distritos, 2017 (tasas de prevalencia por cien)

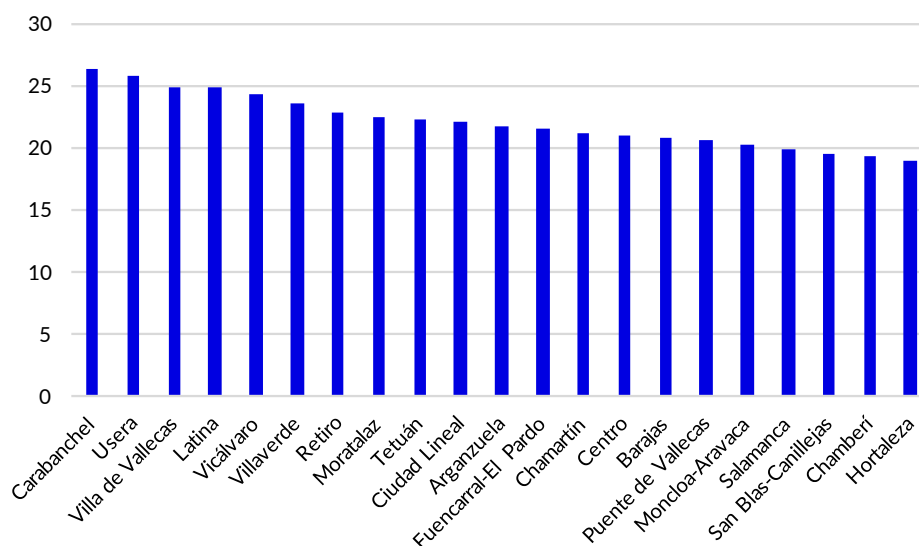


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)

En cuanto a la alergia, se puede observar en el [gráfico 173](#) que los distritos con mayores prevalencias (entre 26% y 24%) son los de Carabanchel, Usera, Villa de Vallecas, Latina y Vicálvaro. Por el contrario, los distritos de Salamanca, San Blas-Canillejas, Chamberí y Hortaleza no llegan al 20% de casos, mostrando por tanto en su distribución una preferencia por las zonas periféricas del sur y el sureste de la ciudad.

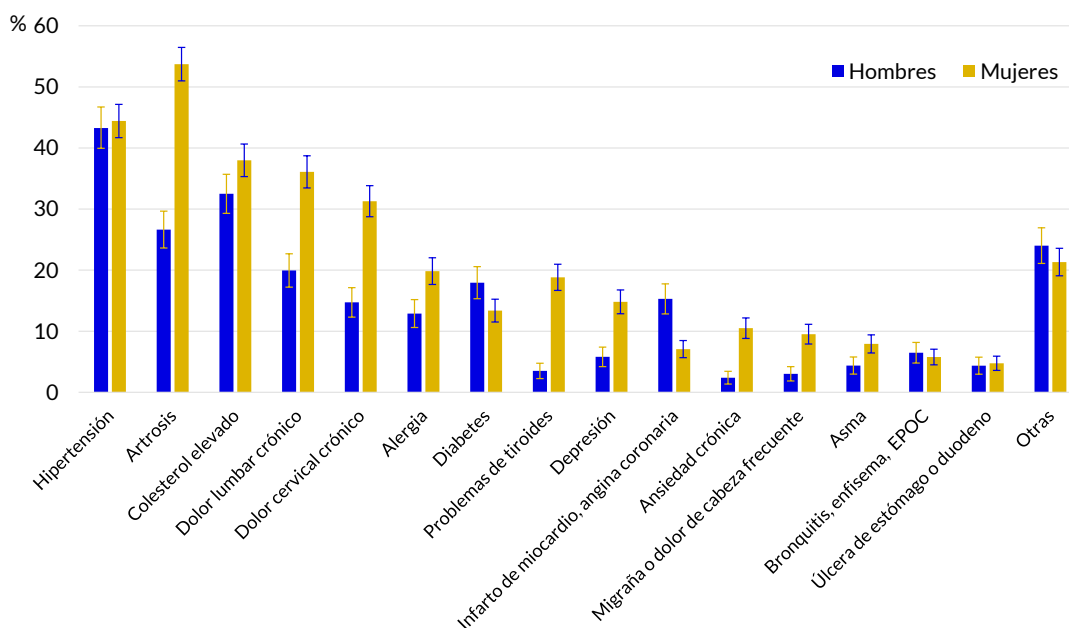
Gráfico 173. Personas que declaran haber sido diagnosticadas de alergia por distritos, 2017 (tasas de prevalencia por cien)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

La prevalencia de enfermedades crónicas se incrementa con la edad. Al analizar lo que sucede en las personas mayores de 65 años y comparar las frecuencias por sexo, destaca la mayor prevalencia de artrosis, dolor lumbar y cervical, problemas de tiroides, depresión y ansiedad en mujeres, mientras que en los hombres es significativamente más prevalente la patología cardíaca y la diabetes ([gráfico 174](#)).

Gráfico 174. Prevalencia de problemas crónicos de salud según sexo en mayores de 65 años, 2017 (IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En la [tabla 77](#) se muestran los resultados del análisis de regresión logística de variables sociodemográficas sobre la posibilidad de ser portador de algún problema crónico de salud. La edad avanzada, el sexo femenino, el bajo nivel de estudios y residir en distritos de menor nivel de desarrollo, son factores asociados con el padecimiento de enfermedades crónicas. Destaca el riesgo inherente a la edad, lo que resulta lógico (6,25 más riesgo las personas mayores de 65 años que las más jóvenes), el del nivel de estudios (doble riesgo de quienes solo alcanzaron estudios primarios respecto a los universitarios), el sexo (doble en las mujeres) y zona residencial (una OR un 20% mayor en quienes viven en distritos de nivel de desarrollo medio-bajo y bajo respecto a quienes residen en los de mayor desarrollo), aunque no se comprueban diferencias según la clase social familiar. También se ha analizado la asociación con otras variables como la situación laboral y la situación migratoria; solo la primera presenta asociación significativa (encontrarse en situación de desempleo) con padecer problemas crónicos de salud OR = 1,35 [IC95% = 1,13-1,61]. En todo caso se debe reseñar que, al igual que lo encontrado en anteriores estudios, la distribución de los problemas crónicos de salud en la población de la ciudad nos devuelve una foto de la desigualdad social bastante completa.

Tabla 77. Distribución de frecuencias de tener algún problema crónico de salud, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Problema crónico de salud		N	n	%	OR*	IC 95%
		8.845	6.382	72,2		
Sexo	Mujer	4.790	3.675	76,7	1,6*	1,4-1,7
	Hombre	4.055	2.707	66,8	1	
Edad	15 a 29	1.540	842	54,7	1	
	30 a 44	2.383	1.470	61,7	1,4*	1,2-1,5
	45 a 64	2.822	2.189	77,6	2,9*	2,5-3,3
	65 y más años	2.101	1.881	89,5	6,3*	5,2-7,5
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	854	68,2	2,0*	1,6-2,6
	Secundarios	4.186	3.001	71,7	1,1	1,0-1,3
	Universitarios	3.707	2.528	89,7	1	
Clase Social	Desfavorecida	3.130	2.345	74,9	1,1	1,0-1,2
	Media	2.109	1.553	73,6	1,0	0,9-1,2
	Favorecida	3.413	2.353	69,0	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	1.523	73,7	1,2	1,0-1,4
	Desarrollo medio-bajo	2.851	2.097	73,6	1,2*	1,1-1,4
	Desarrollo medio-alto	2.065	1.458	70,6	1,1	0,9-1,3
	Mayor desarrollo	1.862	1.304	70,0	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Al efectuar el mismo análisis multivariante para los problemas y factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiovasculares, se encuentran los resultados mostrados en la [TABLA XIX](#). Como puede verse, el riesgo de ser portador de hipertensión y de diabetes es mayor en los hombres, aunque el factor más relacionado con estos problemas sea la edad, como ocurre también en el caso de la hipercolesterolemia.

[Volver a índice](#)



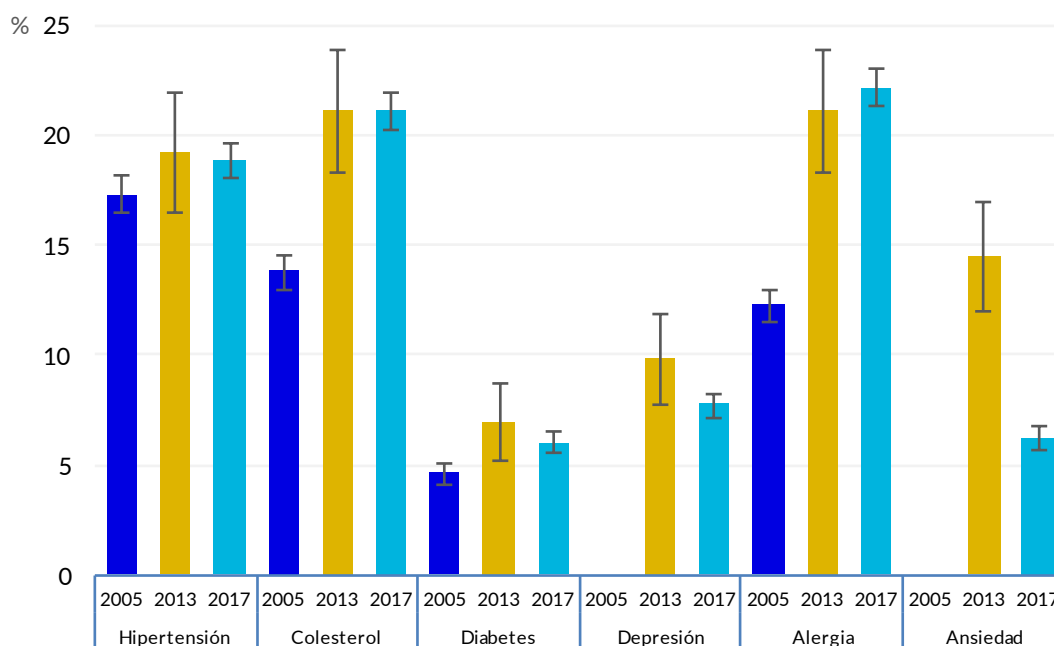
Del mismo modo se ha estudiado la relación entre el padecimiento de problemas osteoarticulares (artrosis y dolor de espalda crónico cervical y/o lumbar) y las variables sociodemográficas habituales. La artrosis presenta OR significativas y altas en el modelo de RLM para el sexo (mujer), la edad (personas con edad avanzada), el bajo nivel de estudios y la clase social desfavorecida. En cuanto al dolor lumbar, encontramos OR significativamente altas en mujeres, 1,90 [IC95% = 1,68-2,13] y en cada grupo de edad con gradiente directo, llegando a ser casi 6 veces mayor el riesgo en el grupo de más edad que en el más joven. También hallamos gradiente inverso en el nivel de estudios, llegando a ser el doble la OR en el grupo de estudios primarios que en el de universitarios.

Respecto al dolor cervical crónico, son más altas y significativas las OR en mujeres (un 37% más) y en las personas mayores (4,6 veces más que las más jóvenes). También se asocia inversamente con el nivel de estudios alcanzado y con el nivel de desarrollo del distrito de residencia, pero no con la clase social (TABLA XX).

Por último, se ha realizado análisis multivariante con la alergia y el asma. Se comprueba que la alergia está asociada al sexo, en mujeres OR = 1,40 [IC95% = 1,26-1,55] y a la zona de residencia, pues en personas que residen en distritos de desarrollo medio bajo la OR fue de 1,17 [IC95% = 1,01-1,35] y en el grupo de menor desarrollo la OR fue de 1,24 [IC95% = 1,05-1,46] respecto a quienes viven en distritos del grupo de alto nivel de desarrollo. En el correspondiente modelo ajustado de RLM encontramos que el riesgo de sufrir asma se asocia al sexo (las mujeres un 50% más), la edad, pero aquí en sentido inverso (doble OR los más jóvenes que los mayores de 65 años y los que tienen de 30 a 44 años un 60% más que los mayores), así como la zona residencial (quienes viven en un distrito de desarrollo bajo un 40% más riesgo que los que lo hacen en uno de desarrollo alto), sin que la clase social ni el nivel de estudios parezcan intervenir en esta delimitación de riesgos independientes (TABLA XXI).

En el gráfico 175 se muestra la comparativa entre las tres encuestas de salud de la ciudad de Madrid y algunos de los problemas de salud diagnosticados. Llama la atención el notable incremento del diagnóstico de hipercolesterolemia y de alergia, ya detectados en la encuesta de 2013, el ligero pero significativo incremento de la diabetes y el marcado descenso de los problemas de ansiedad crónica con respecto a la ESCM'13.

Gráfico 175. Prevalencias de algunos problemas de salud diagnosticados. Comparativa 2005, 2013 y 2017 (tasas e IC95%)



Fuentes: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017.

En resumen, las cifras generales de prevalencia no se diferencian mucho de las obtenidas en encuestas anteriores, salvo en algunos casos aislados, aunque dando idea de la gran magnitud del problema. Se siguen constatando las claras relaciones entre la instauración de muchas enfermedades crónicas y las condiciones sociales además de las demográficas, lo que ratifica la brecha socioeconómica constatada y justifica que la reducción de las desigualdades en salud sea uno de los principales objetivos de cualquier sistema de atención sanitaria.

LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD HABITUAL

El conocimiento de la frecuencia y las características de las personas que reconocen haber tenido que limitar grave o moderadamente su actividad habitual en los últimos 6 meses por un problema de salud crónico es fundamental para valorar el peso de este fenómeno en la población y el efecto de los problemas crónicos de salud, así como para calcular la esperanza de vida en buena salud (EVBS) tal y como hacemos en este estudio (ver metodología).

Casi un tercio de la población madrileña se encontró en esa situación según la ESCM'17. Como se ve en la [tabla 78](#) esta restricción es más frecuente en mujeres, en las personas de edad avanzada, en las que tienen peores niveles de instrucción y entre quienes viven en familias de posición social más desfavorecida, distribuyéndose de forma parecida, no obstante, en el territorio. Al ajustar entre todas esas variables las OR correspondientes observamos que las características sociodemográficas que mejor explican este problema de forma independiente en el modelo de RLM obtenido son, por este orden, la edad, el nivel educativo, el sexo y la clase social familiar.

Tabla 78. Distribución de frecuencias de limitación crónica de la actividad habitual, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Limitación crónica de la actividad habitual		N	n	%	OR*	IC 95%
		8.845	2.780	31,4		
Sexo	Mujer	4.790	1.663	34,7	1,3*	1,2-1,5
	Hombre	4.055	1.117	27,5	1,0	
Edad	15 a 29	1.540	384	25,0	1,0	
	30 a 44	2.383	689	28,9	1,2*	1,1-1,4
	45 a 64	2.822	914	32,4	1,4*	1,2-1,6
	65 y más años	2.101	792	37,7	1,6*	1,4-1,9
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	423	44,4	1,6*	1,3-1,9
	Secundarios	4.186	1.332	31,8	1,1	1,0-1,3
	Universitarios	3.707	1.025	27,7	1,0	
Clase Social	Desfavorecida	3.130	1.115	35,6	1,3*	1,1-1,1
	Media	2.109	684	32,4	1,2*	1,1-1,4
	Favorecida	3.413	922	27,0	1,0	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	688	33,3	1,1	0,9-1,2
	Desarrollo medio-bajo	2.851	901	31,6	1,0	0,9-1,2
	Desarrollo medio-alto	2.065	641	31,1	1,0	0,9-1,1
	Mayor desarrollo	1.862	548	29,5	1,0	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

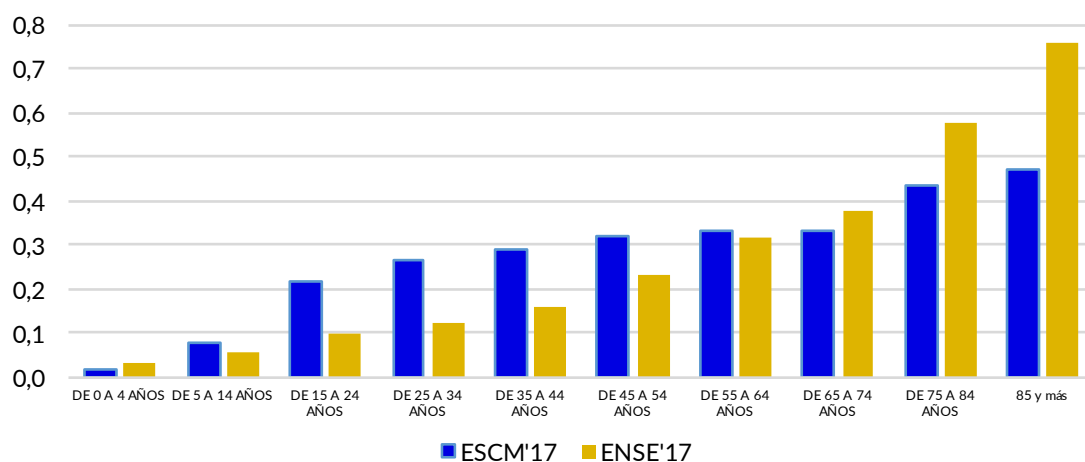
[Volver a índice](#)



Como se ha señalado en otro capítulo de este informe, observamos desde hace algún tiempo la desfavorable situación de la población de la ciudad de Madrid en EVBS al nacimiento respecto a la población nacional, situación opuesta a lo que apreciamos a la edad de 65 años. Como quiera que ese indicador se compone de las esperanzas de vida a cada edad y la tasa de limitación crónica a la actividad habitual (LCA), entendemos que lo descrito se explica solamente por la peor situación de la población madrileña en lo que se refiere a esa limitación en algunas edades. Con tal motivo, calculamos las tasas de prevalencia de la LCA en cada grupo etario con los microdatos de nuestra encuesta y en comparación con los de la ENSE 2017, observando su distribución ([gráfico 176](#)).

La tasa bruta de LCA de la población española estaría globalmente en 0,228 (22,8%), mientras que la de la madrileña llegaría a 0,303 (30,3%). Esa diferencia es llamativa, observándose en dicho gráfico que en edades jóvenes y adultas la tasa de limitación crónica es mayor en la población madrileña que en la española (entre las edades de 15 a 44 años es más del doble), mientras que a partir de los 65 años lo es en la nacional. Sin duda este hecho, cuya evolución y factores explicativos merecería ser objeto de un estudio más detallado, da fundamento a los comentados hallazgos en la EVBS.

Gráfico 176. Limitación crónica de la actividad habitual según grupos de edad. Tasas por habitante. Ciudad de Madrid y España, 2017

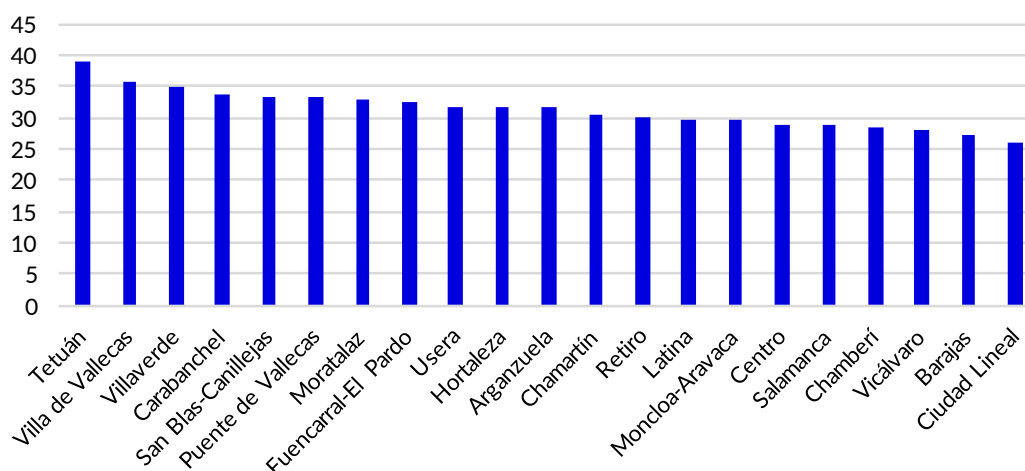


Nota: los datos de Madrid de los dos primeros grupos etarios se extrapolan de la fracción de la ENSE para la ciudad de Madrid en esos grupos.
Fuentes: ENSE 2017 y ESCM'17.

Por lo tanto, la LCA es un problema que afecta a una parte importante de la población madrileña. Al igual que la enfermedad crónica que está en la causa de muchas de esas situaciones, se distribuye con un marcado reflejo de la desigualdad social, además de con sus diferencias demográficas previsibles. Sin embargo, territorialmente dentro de la ciudad, y tras el oportuno ajuste, no se observan diferencias. La mayor tasa de LCA en edades precoces y medias de la población madrileña justifica que su EVBS al nacimiento sea peor que la nacional, a pesar de que la expectativa vital sea más larga.

En el [gráfico 177](#) se muestra la prevalencia de LCA por distrito. El distrito de la ciudad con mayor prevalencia de personas en esta situación es Tetuán (38,9%), seguido de Villa de Vallecas (35,7%) y Villaverde (34,8%). En términos absolutos siete distritos de los 21 aportan prácticamente la mitad de todos los casos de LCA: Carabanchel, Puente de Vallecas, Fuencarral-El Pardo, Latina, Tetuán, Ciudad Lineal y Hortaleza, debiendo considerarse aquí que esta contribución depende no solo de las personas que refieren esa situación, sino también del número de habitantes de cada uno. Aunque la LCA no se distribuye claramente de forma diferente por nivel de desarrollo del distrito, es justo señalar que entre los que tienen las prevalencias más altas se sitúan los que suelen mostrar mayores dificultades socioeconómicas (a los tres señalados anteriormente les siguen San Blas, Puente de Vallecas y Carabanchel).

Gráfico 177. Prevalencia de limitación crónica de la actividad habitual por distritos, 2017 (tasas por cien)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

En la ESCM'17 se han incluido varias preguntas para conocer el consumo de medicamentos en la población madrileña. Por un lado se ha preguntado sobre el consumo actual de algún tipo de medicamento, utilizando para ello la pregunta de la ENSE: *En las últimas dos semanas ¿ha utilizado algún tipo de medicamento?* Por otro lado se ha interrogado sobre el consumo de dos tipos de medicamentos, para el asma y la alergia, debido a que su consumo puede ser un indicador indirecto de la calidad del aire de la ciudad, y sobre el uso de psicofármacos, pues existe una gran preocupación sobre el aumento del consumo de este tipo de sustancias en la población y sobre las graves consecuencias que se pueden derivar de ello.

El consumo de opioides en España ha crecido un 83,6% en el periodo de 2005 a 2015¹³². El uso de estos medicamentos se asocia con desarrollo de dependencia física y adicción, lo que está generando un importante problema de salud en países desarrollados, como la denominada epidemia de opiáceos en USA con cerca de 250.000 muertes.

En el año 2013, financiado por el Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad, se llevó a cabo el Proyecto MARC con el objetivo de elaborar una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes con patologías crónicas¹³³.

Durante años, los ansiolíticos e hipnóticos han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de los países desarrollados. De hecho, diversos estudios han mostrado que el consumo de estos medicamentos aumentó considerablemente y de manera sostenida en España en los años 90. Análisis más recientes sugieren que España estaría situada por encima de la media europea en consumo de ansiolíticos. En una encuesta reciente de drogas de abuso se ha estimado que la prevalencia de uso de hipnóticos sedantes en España durante el año 2011 fue del 11,4% en población general¹³⁴.

El consumo de antidepresivos en España ha pasado de 26,5 dosis diarias definida por 1.000 habitantes y día (DHD) en el año 2000 a 79,5 DHD en el año 2013¹³⁵.

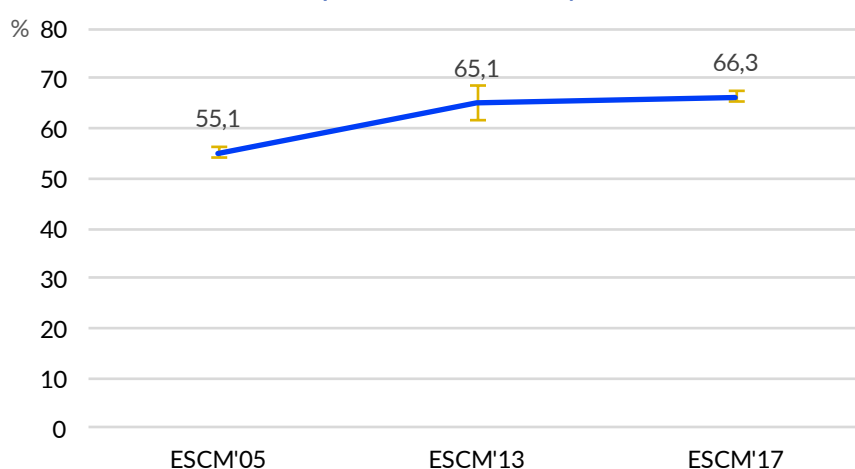
Consumo de medicamentos en las dos últimas semanas

El 66,3% de las personas entrevistadas ha consumido algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas. Esta cifra es similar a la obtenida en la encuesta de 2013 y parecida a la de España. Existe un incremento significativo de 11,2 puntos porcentuales en el consumo de medicamentos respecto a lo hallado en 2005 (gráfico 178).

[Volver a índice](#)



Gráfico 178. Prevalencia de personas que han consumido medicamentos en las últimas dos semanas. Comparativa 2005, 2013 y 2017



Fuentes: Encuestas de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017.

Se comprueba que las mujeres consumen más medicamentos que los hombres siendo esta diferencia significativa (69,7% vs. 62,4%) y más frecuente a medida que aumenta la edad, llegando al 83,4% [IC95% = 82,6-84,1] en personas de 65 o más años (tabla 79). Las variables explicativas en el modelo de RLM obtenido fueron la edad, el sexo y el nivel de estudios (riesgo de, al menos, un 30% mayor en quienes tienen estudios elementales que en los que los tienen superiores).

Tabla 79. Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Consumo de medicamentos en las últimas dos semanas		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.845	5.868	66,3		
Sexo	Mujer	4.790	3.339	69,7	1,3*	1,2-1,4
	Hombre	4.055	2.529	62,4	1	
Edad	15 a 29	1.539	881	57,2	1	
	30 a 44	2.383	1.350	56,7	1,0	0,9-1,1
	45 a 64	2.822	1.884	66,8	1,5*	1,3-1,7
	65 y más años	2.101	1.753	83,4	3,6*	3,0-4,2
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	751	78,9	1,6*	1,3-2,1
	Secundarios	4.186	2.784	66,5	1,1	1,0-1,5
	Universitarios	3.706	2.333	63,0	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	2.115	67,6	1,1	0,9-1,4
	Media	2.109	1.441	68,3	1,1	1,0-1,5
	Favorecida	3.413	2.192	64,2	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	1.356	65,6	1	
	Desarrollo medio-bajo	2.851	1.921	67,4	1,1	0,9-1,2
	Desarrollo medio-alto	2.065	1.346	65,2	1,0	0,9-1,2
	Mayor desarrollo	1.862	1.245	66,9	1,1	1,0-1,2

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

[Volver a índice](#)

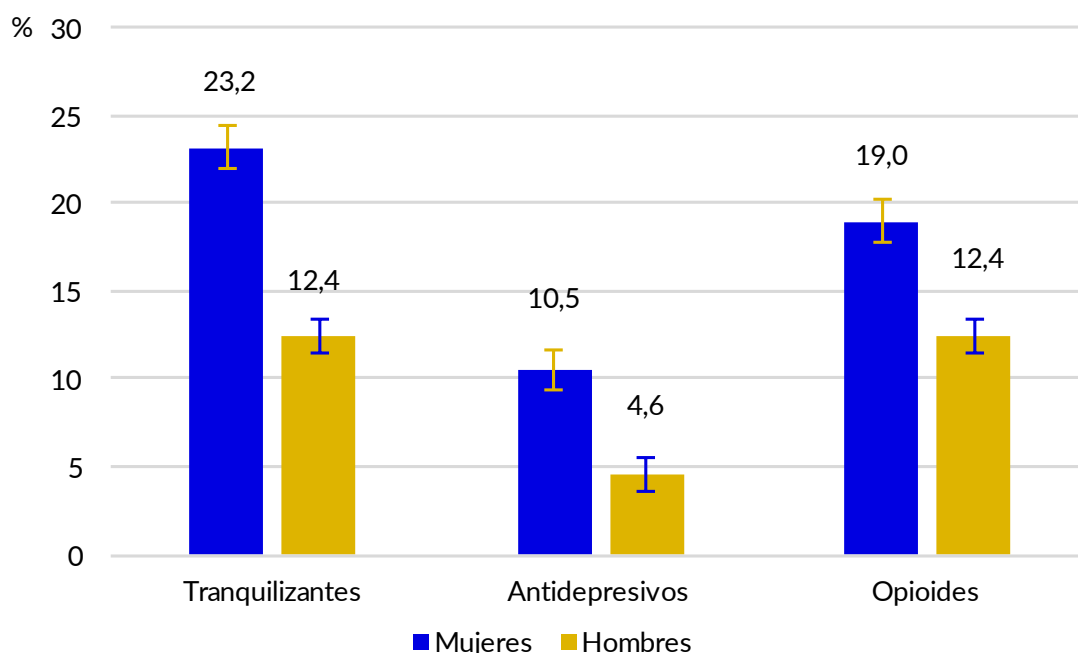
Respecto al consumo de psicofármacos (antidepresivos, hipnóticos o tranquilizantes y analgésicos opioides) en las dos últimas semanas, se comprueba que un 12% utiliza tranquilizantes o inductores del sueño (93,2% con prescripción médica); el 5,7% toma antidepresivos (99,2% con prescripción) y el 9,1% toma analgésicos opioides (89,5% con prescripción). La frecuencia de uso se incrementa con la edad, pero en el grupo de 15-29 años ya un 6% toma analgésicos opioides (18% sin prescripción), el 4,5% tranquilizantes (32,1% sin prescripción) y el 4,3% antidepresivos (siempre prescritos).

Consumo de medicamentos en el último año

Parece interesante analizar el consumo de psicofármacos durante el último año, lo que incluye el consumo actual, es decir las personas que afirman haber consumido este tipo de fármacos en las 2 semanas anteriores a la realización de la entrevista junto con las personas que han consumido este tipo de fármacos en algún momento durante el último año pero no en las últimas dos semanas. Se comprueba que el 18,3% [IC95% = 17,5-19,1] ha consumido tranquilizantes, un 7,8% [IC95% = 7,2-8,3] ha consumido antidepresivos y un 16% [IC95% = 15,2-16,7] ha consumido analgésicos fuertes (opioides). En la mayor parte de los casos, los psicofármacos fueron prescritos por su médico, pero un 11,2% [IC95% = 10,5-11,8] del consumo de tranquilizantes, un 1,6% [IC95% = 1,3-1,8] del consumo de antidepresivos y un 9,9% [IC95% = 9,2-10,5] del consumo de opioides en el último año ha sido sin prescripción.

Al estudiar el consumo de psicofármacos durante el último año según las variables de análisis se ha encontrado que el uso de psicofármacos es más frecuente en mujeres que en hombres (gráfico 179 y TABLA XXII).

Gráfico 179. Prevalencia de consumo de psicofármacos en el último año según tipo y sexo, 2017 (tasa e IC 95%)



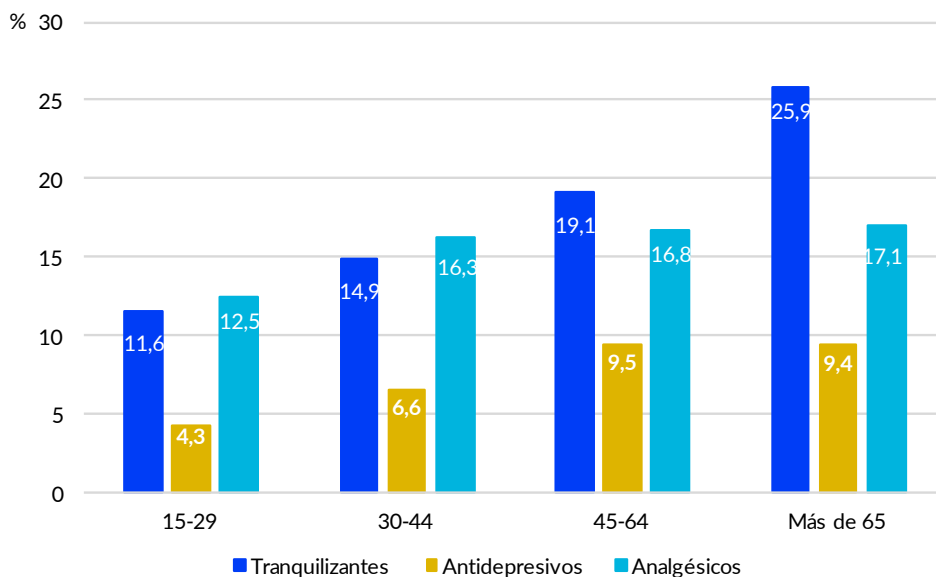
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

La frecuencia de uso de psicofármacos se incrementa con la edad, y sigue llamando la atención el elevado consumo en población joven (gráfico 180 y TABLA XXII).

[Volver a índice](#)



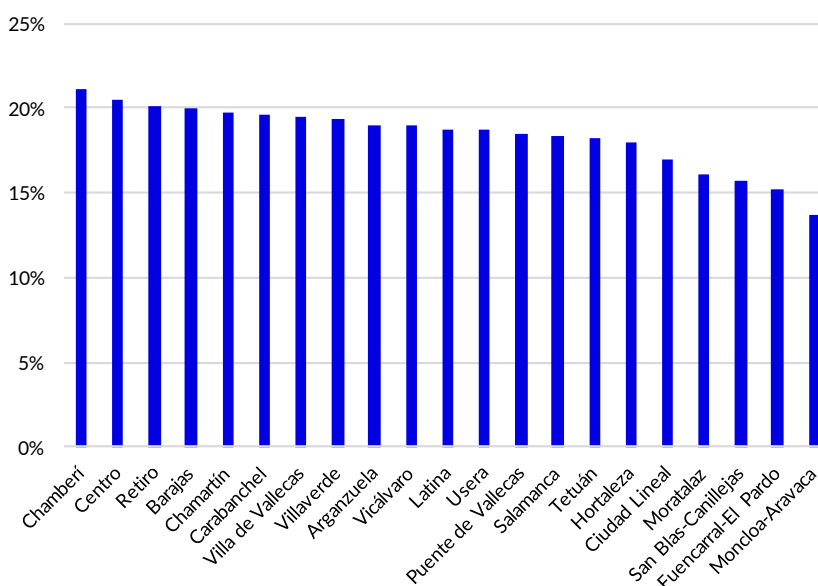
Gráfico 180. Prevalencia de consumo de psicofármacos en el último año según tipo y grupos de edad, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

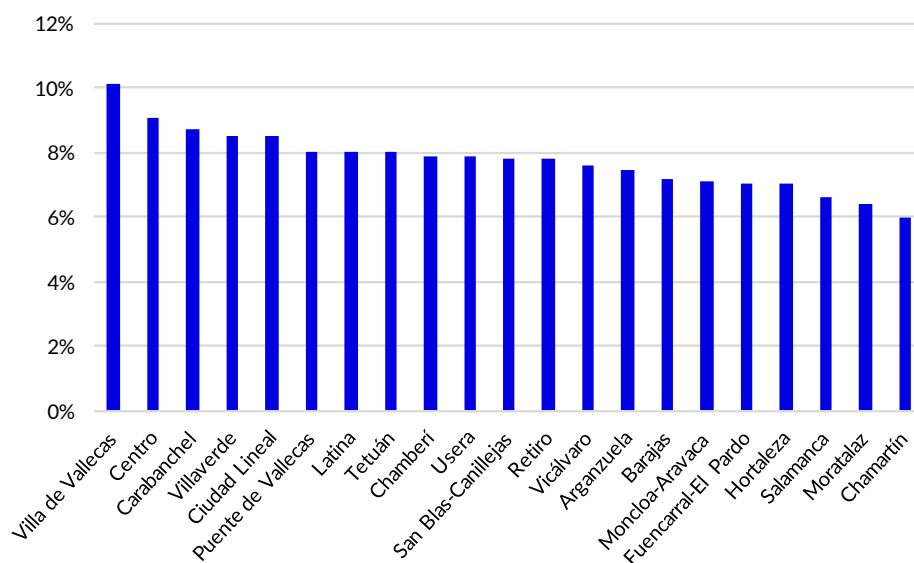
El consumo de psicofármacos es más frecuente en personas con estudios primarios o menos. Al estudiar los modelos resultantes en los análisis de RLM con las variables de análisis frente al consumo de esos tipos de medicamentos, además de las OR significativas para edad y sexo, se encontró que las personas con peor nivel educativo tienen al menos un 50% más riesgo de consumir opiáceos que quienes tienen estudios superiores. El resto de variables no obtuvieron una fuerza de asociación suficiente en el cálculo estadístico (TABLA XXII). En cuanto a los distritos, existen amplias diferencias en la prevalencia de uso de psicofármacos, pero estas no aparecen vinculadas al nivel de desarrollo de cada uno de ellos, si bien las más altas de consumo de opiáceos las encontramos en distritos de renta más baja (gráficos 181, 182 y 183).

Gráfico 181. Prevalencia de consumo de tranquilizantes en el último año por distritos, 2017



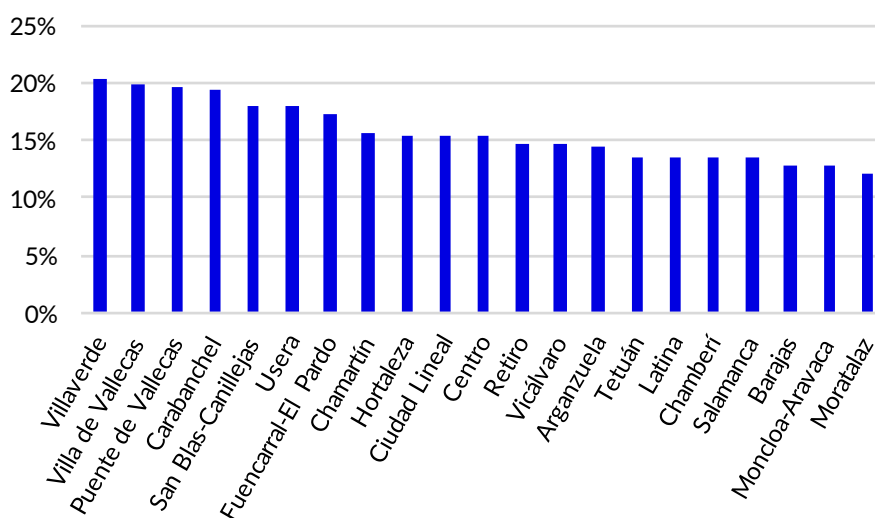
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 182. Prevalencia de consumo de antidepresivos en el último año por distritos, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 183. Prevalencia de consumo de analgésicos opioides en el último año por distritos, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Por último, se ha analizado también la asociación entre el consumo de psicofármacos y el padecimiento de algunas enfermedades. El 65,4% [IC95% = 64,4-66,3] de las personas que afirman estar diagnosticadas de depresión consume tranquilizantes y el 63% [IC95% = 61,9-64,0] consume antidepresivos. Respecto a quienes afirman estar diagnosticadas de ansiedad crónica, consume tranquilizantes el 67,3% [IC95% = 66,3-68,2] y antidepresivos el 55,3% [IC95% = 54,2-56,3]. Por último, en las personas diagnosticadas de dolor de espalda crónico, consume opiáceos el 37,4% [IC95% = 36,3-38,4] de las diagnosticadas de dolor lumbar crónico y el 35,1% [IC95% = 34,1-36,0] de las diagnosticadas de dolor cervical crónico.

En la ESCM'17 se han incluido preguntas sobre el consumo de medicamentos para el asma y para la alergia. En este caso, debido al carácter estacional de estas enfermedades, solo se realiza el análisis del consumo global en el último año.

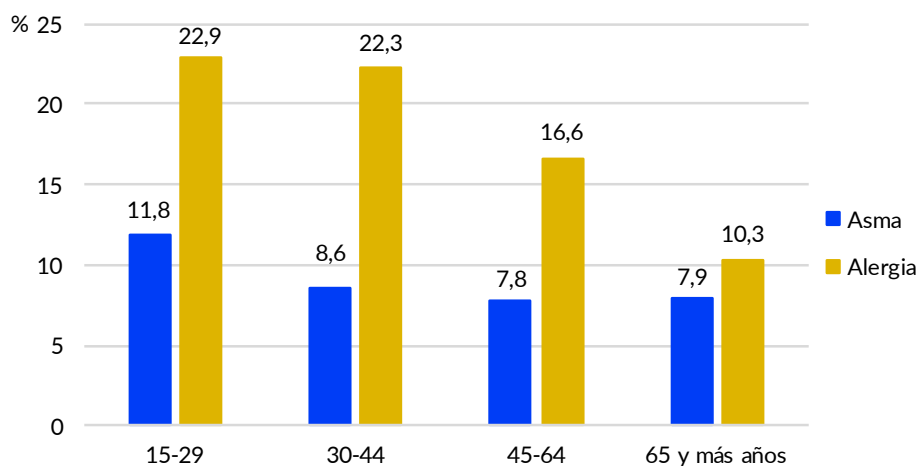
El 17,7% de las personas entrevistadas afirma haber consumido medicamentos para la alergia y el 8,7% para el asma.

[Volver a índice](#)



Al estudiar la RLM según las variables de análisis (sexo, edad, nivel de estudios, clase social y nivel de desarrollo del distrito), solo se encuentran como explicativas de consumo el sexo y la edad. En este sentido se observa mayor frecuencia de consumo de medicamentos para el asma y para la alergia entre las mujeres: 9,9% vs. 7,3% en los hombres y 18,7% vs. 16,5%, respectivamente. También hay mayor frecuencia de consumo en las personas más jóvenes. Las OR ajustadas arrojan valores 2,5 y 1,6 veces mayores en los más jóvenes frente a los mayores en relación al consumo de fármacos anti-alérgicos y anti-asmáticos, respectivamente (gráfico 184 y TABLA XXIII).

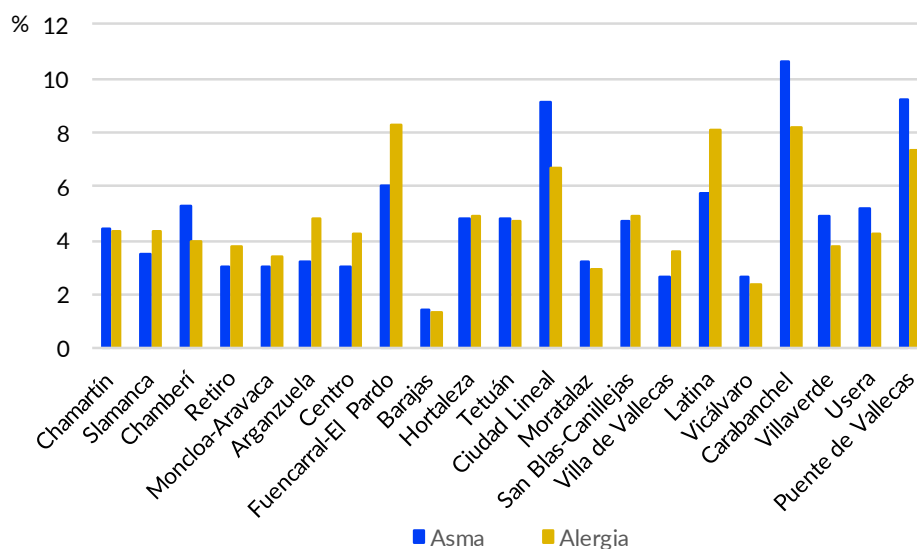
Gráfico 184. Prevalencia de consumo de medicamentos para el asma y la alergia en el último año según grupos de edad, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Respecto a la frecuencia de consumo de estos medicamentos por distrito, se observan diferencias importantes entre los distritos de residencia, pero no se asocian con el nivel de desarrollo. Será necesario analizar si se relacionan con otros factores como la existencia de algunos tipos de árboles o plantas o con la calidad del aire (gráfico 185).

Gráfico 185. Prevalencia de consumo de medicamentos para el asma y la alergia por distritos ordenados por indicador de desarrollo, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Se ha analizado también la relación entre el diagnóstico de asma y alergia y el consumo de medicamentos para estas afecciones. En relación con el asma, el 74,1% [IC95% = 73,1-75,0] de las personas diagnosticadas consume medicamentos para esta enfermedad; en cuanto a la alergia, solo lo hace el 54% [IC95% = 52,9-55,0].

DEPENDENCIA Y PROBLEMAS COGNITIVOS EN PERSONAS MAYORES

Dependencia en personas mayores de 65 años

La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, precisan de la atención de otra persona o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria¹³⁶.

Por otro lado, se define como “anciano frágil” o de “riesgo” a la persona mayor que, por determinadas características o condiciones físico-clínicas, mentales o sociales, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica que conlleva una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con mayor pérdida de función y de padecer eventos adversos de salud.^{137,138}

La ENSE 2017 utiliza una batería de más de 20 preguntas para conocer las limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas, así como para la realización de las actividades de la vida cotidiana. Algunas de esas preguntas se recogen también en la “Encuesta de Salud de Barcelona 2016”.

En las encuestas de la ciudad de Madrid 2005 y 2013 se utilizó el índice de Katz⁵. Se trata de una escala de Valoración de las Actividades de la Vida Diaria que permite establecer el grado de independencia. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo y ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes¹³⁹.

En la ESCM'17 se ha utilizado el cuestionario Barber. Es el cuestionario más utilizado en España para detectar a las personas mayores en riesgo de dependencia¹⁴⁰. Está compuesto por 9 ítems y se considera positivo si se responde afirmativamente a uno o más de ellos. Este cuestionario se utilizó en las personas mayores de 65 años y en las que habían respondido afirmativamente a la pregunta que explora la existencia de una discapacidad reconocida legalmente (ver pregunta H1 del cuestionario de la ESCM'17). Los datos obtenidos en la ESCM'17 no son por tanto, comparables con los del resto de encuestas mencionadas.

A continuación, se analizan las respuestas obtenidas en el cuestionario de Barber, correspondientes a personas mayores de 65 años (tabla 80).

En función del número de respuestas afirmativas al cuestionario, se comprueba que el 57,8% de la población madrileña mayor de 65 años puntúa con 1 punto o más, lo que quiere decir que más de la mitad de la población de mayores de 65 años estaría en riesgo de dependencia (tabla 81). La puntuación media en esta escala para el conjunto de las personas mayores de 65 años es de 1,05 con una desviación típica de $\pm 1,26$. Al analizar las puntuaciones en función de la edad se comprueba que el riesgo aumenta a medida que aumenta la edad, desde 0,97 puntos de media entre los 65 y los 80 años a 1,83 en las personas mayores de 90 años (gráfico 186).

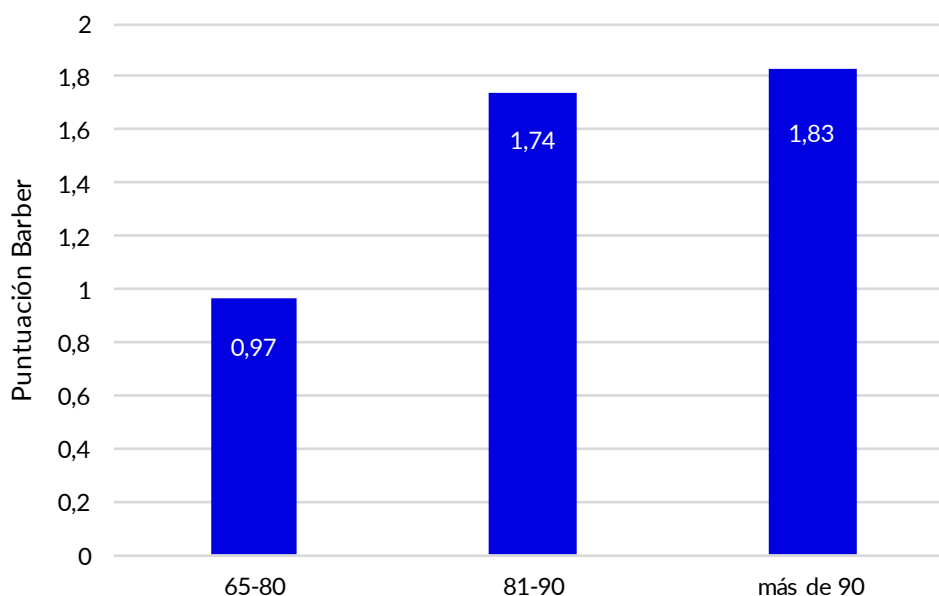


Tabla 80. Frecuencias de respuestas afirmativas al cuestionario Barber en personas mayores de 65 años, 2017

Cuestionario Barber (N = 2101)	n	%	IC 95%
¿Vive solo?	586	27,9	25,9-29,8
¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	161	7,7	6,5-8,8
¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	77	3,7	2,8-4,5
¿Necesita que alguien le ayude a menudo?	316	15	13,4-16,5
¿Le impide su salud salir a la calle?	127	6	4,9-7,0
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	126	6	4,9-7,0
¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	294	14	12,5-15,4
¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	228	10,8	9,4-12,1
¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	312	14,9	13,3-16,4

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 186. Puntuación media en la escala de Barber según grupos de edad, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Al realizar un análisis mediante regresión logística multivariante con diversas variables independientes, se observa capacidad explicativa de este riesgo para sexo, edad y clase social, pero no para nivel de estudios ni nivel de desarrollo del distrito de residencia. Para el análisis de la edad, se ha dividido el grupo de mayores de 65 años en tres subgrupos: de 65 a 80 años, de 81 a 90 años y más de 90.

Se comprueba que el 64,5% [IC95% = 62,2-66,5] de las mujeres puntúa con 1 o más en el cuestionario, mientras que en los hombres este porcentaje es del 47,5% [IC95% = 45,3-49,6].

Por lo que respecta a la edad, la frecuencia de riesgo de dependencia aumenta a medida que aumenta la edad, del 55,7% entre los 65 y los 80 años hasta el 85,7% en mayores de 90 años.

En cuanto a la clase social, el porcentaje mayor se encuentra en la clase desfavorecida, con un 64,6% [IC95% = 62,5-66,6] seguido de la clase media con un 54,9% [IC95% = 52,7-57,0] y por último de la clase favorecida con un 51,3% [IC95% = 49,1-53,4], (tabla 81). Como se ve, las OR que resultaron significativas fueron para el sexo (mujer); la edad (81 a 90 años sobre el grupo de 65 a 80 años) y la clase social ocupacional (la media sobre la favorecida).

[Volver a índice](#)

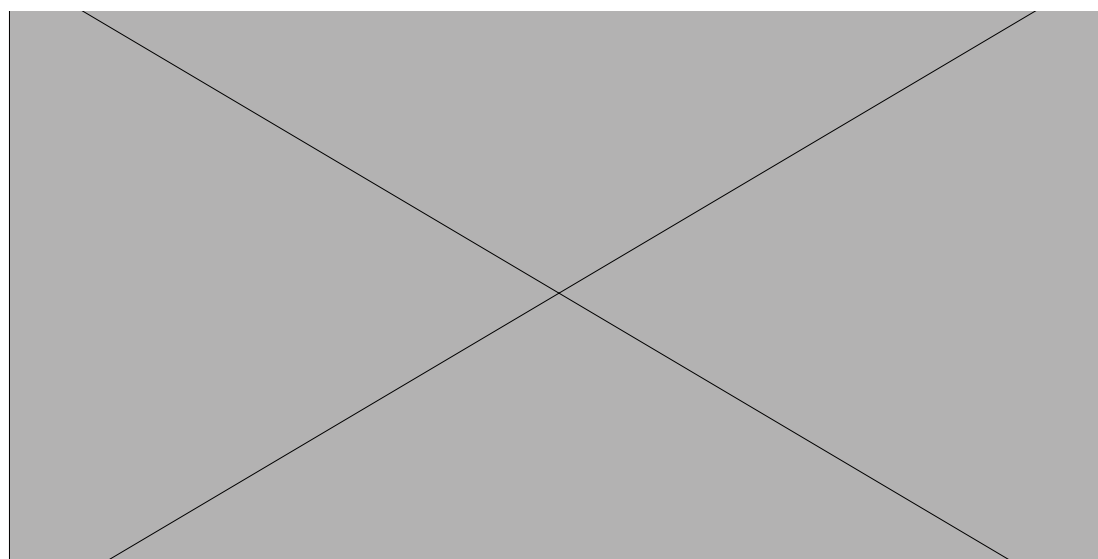
Tabla 81. Distribución de frecuencias de riesgo de dependencia en mayores de 65 años, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Riesgo de dependencia en mayores de 65 años		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		2.101	1.215	57,8		
Sexo	Mujer	1.277	824	64,5	1,9 *	1,6-2,3
	Hombre	824	391	47,5	1	
Edad	65 a 80 años	1.866	1.039	55,7	1	
	81 a 90 años	221	164	74,2	2,0*	1,5-2,9
	90 y más años	14	12	85,7	4,4	0,9-20,1
Nivel de estudios	Primarios o menos	630	413	65,6	1,0	0,7-1,4
	Secundarios	845	484	57,3	1,0	0,8-1,3
	Universitarios	626	318	50,8	1	
Clase social	Desfavorecida	840	543	64,6	1,0	0,8-1,3
	Media	497	273	54,9	1,6 *	1,2-2,0
	Favorecida	715	367	51,3	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	449	277	61,7	1,0	0,7-1,3
	Desarrollo medio-bajo	688	383	55,7	0,8	0,6-1,0
	Desarrollo medio-alto	459	267	58,2	1,0	0,7-1,3
	Mayor desarrollo	505	287	56,8	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

En el [gráfico 187](#) se puede ver el porcentaje de personas mayores de 65 años en situación de vulnerabilidad o riesgo de dependencia, es decir, las que obtienen puntuaciones de 1 o más en la escala de Barber por distritos. Aunque hay diferencias de más de 20 puntos porcentuales entre algunos distritos, no se comprueba que las prevalencias se distribuyan según su nivel de desarrollo.

Gráfico 187. Frecuencia de mayores de 65 años que obtuvieron puntuaciones de 1 o más en el cuestionario de Barber por distritos ordenados según indicador de desarrollo, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



Deterioro cognitivo

Las quejas subjetivas de memoria (QSM) forman parte de la metamemoria o conocimiento que cada uno de nosotros tenemos sobre nuestra memoria y la capacidad de control de la misma. Los olvidos cotidianos o QSM se asocian fundamentalmente a bajo rendimiento de memoria, pero también a depresión, baja calidad de vida, multimorbilidad, dolor, etc. Actualmente, en el mundo científico y en el de la salud, están siendo objeto de creciente interés fundamentalmente por su posible validez como indicador precoz de deterioro cognitivo¹⁴¹.

En la ESCM'17 se han incluido unas preguntas para conocer la prevalencia de quejas subjetivas de memoria (QSM) en la población madrileña. Estas preguntas solo se han realizado a una parte de la muestra, y entre ellos, solo a las personas mayores de 55 años, por lo que no se analizan los resultados por distrito al carecer de suficiente volumen muestral (ver metodología).

La muestra la componen 1797 personas entre 55 y 98 años de la ciudad de Madrid (media de edad 68,16; DT = 9,34)

A las personas encuestadas se les realizaron varias preguntas sobre QSM. La primera de ellas fue *¿Tiene usted problemas de memoria?* Esta pregunta tiene amplio respaldo en los estudios sobre este tema, sobre todo en los poblacionales¹⁴². Según Reid and MacLulich¹⁴³, alrededor del 40% de los estudios en este campo solo plantearon esta cuestión, y se ha probado que identifica a las personas que están en riesgo de desarrollar deterioro cognitivo¹⁴⁴. A las personas que respondieron afirmativamente a la pregunta, se les plantearon otras seis preguntas: *¿Desde hace cuánto tiempo tiene usted problemas de memoria?*, *¿tiene usted problemas de atención o dificultad para concentrarse?*, *¿le preocupan estos problemas de atención o de memoria?*, *¿ha consultado usted a su médico por esta causa?*, *¿le produce alteraciones en su vida cotidiana?*, *en relación con su memoria, ¿se encuentra usted peor que otras personas de su edad?*

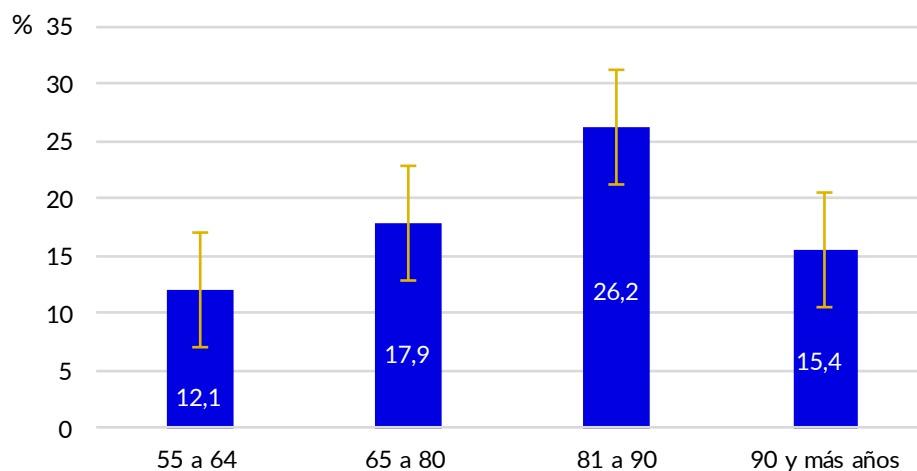
Estas preguntas, permiten explorar las condiciones fundamentales del declive cognitivo subjetivo (SCD) a saber: valoración de la memoria y otra función cognitiva como la atención, preocupación por el declive, comparación del rendimiento cognitivo con iguales, tiempo de inicio, consulta al médico y alteración de la vida cotidiana.

Para estudiar la relación con el rendimiento cognitivo objetivo se plantearon cinco cuestiones sobre orientación temporal (OT): *Me podría decir... ¿qué día de la semana es hoy?*, *¿qué día del mes?*, *¿en qué mes estamos?*, *¿en qué año?*, *¿en qué estación?* Estas preguntas, tomadas del Mini Mental State Examination¹⁴⁵, se encuentran en gran número de escalas o exámenes. Diversos estudios asocian la orientación en el tiempo con la memoria episódica y la memoria de trabajo¹⁴⁶. Con estas cinco preguntas se construyó una variable de orientación temporal que es el número de fallos que tiene cada sujeto.

La prevalencia de quejas subjetivas de memoria en mayores de 55 años es del 16,5%. La prevalencia aumenta con la edad; aproximadamente una de cada cinco personas mayores de 65 años afirma tener problemas de memoria (19,6%). En personas entre 55 y 65 años, la frecuencia es del 12,1%. Estas cifras están por debajo de la prevalencia obtenida en otros estudios, probablemente debido al método utilizado para la recogida de datos que ha sido encuesta telefónica personal sin *proxys*, lo que deja fuera a las personas con deterioro cognitivo moderado y severo¹⁴⁷.

En el [gráfico 188](#) se muestra la prevalencia de QSM según la edad. Llama la atención que la frecuencia de quejas sea menor entre las personas mayores de 90 años que en el grupo de personas entre 80 y 90 años; pensamos que quizá se deba al pequeño tamaño del grupo de personas mayores de 90 (14 casos) y a que, como ya se ha comentado, el método utilizado para realizar la entrevista, encuesta telefónica al propio sujeto sin utilización de *proxys* y a través de móvil o fijo del domicilio, constituye en sí mismo una "selección" de personas mayores en excelentes condiciones.

Gráfico 188. Prevalencia de quejas subjetivas de memoria según edad, 2017 (tasa e IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

La tercera parte (35,1%) de quienes refieren problemas de memoria manifiesta también problemas de atención. Presenta preocupación por estos problemas el 61,8% de las personas que tienen problemas de memoria, y ha consultado al médico el 41,3%; si extrapolamos este dato y el de frecuencia de quejas a toda la población, deducimos que el 8 % de mayores han consultado al médico sobre sus dificultades de memoria. El 17,5% afirma que estos problemas le producen alteraciones en su vida cotidiana y el 16,2% siente que se encuentra peor que otras personas de su edad. Respecto del momento de aparición de las QSM, el 75,2% indica que hace menos de 5 años (tabla 82).

Tabla 82. Frecuencias de respuesta a las preguntas sobre problemas de memoria en mayores de 55 años, 2017

Preguntas sobre problemas de memoria	N	n	%	IC 95%
¿Tiene usted problemas de memoria?	1.797	296	16,5	14,7-18,2
¿Tiene usted problemas de atención o dificultad para concentrarse?	296	104	35,1	29,6-40,5
¿Le preocupan estos problemas de atención o de memoria?	296	183	61,8	56,2-67,3
¿Ha consultado usted a su médico por esta causa?	296	122	41,3	35,6-46,9
¿Le produce alteraciones en su vida cotidiana?	296	52	17,5	13,1-21,8
En relación con su memoria, ¿se encuentra usted peor que otras personas de su edad?	296	48	16,2	12,0-20,3
¿Desde hace cuántos años tiene usted problemas de memoria? (menos de 5 años)	296	195	75,2	70,2-80,1

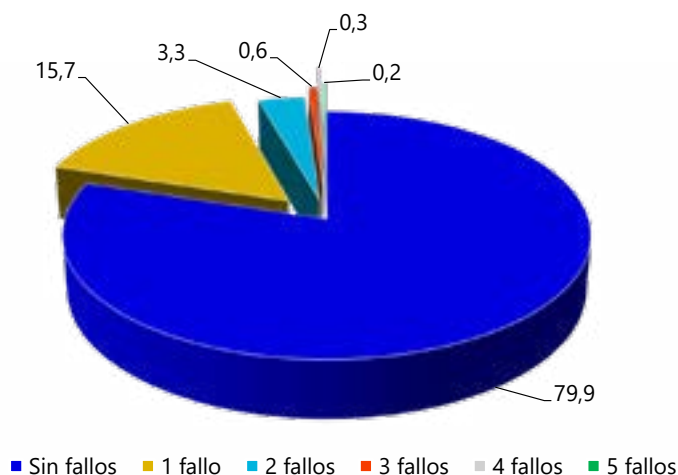
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Nota: La primera pregunta se hace a la totalidad de la muestra (N=1797), las demás a las personas que reconocieron problemas de memoria en la primera pregunta (n=296)

Por último, en lo relativo a la orientación temporal, en los gráficos 189 y 190 se muestra la puntuación obtenida en el total de las personas encuestadas y en el grupo de quienes afirman tener problemas de memoria.

Volver a índice

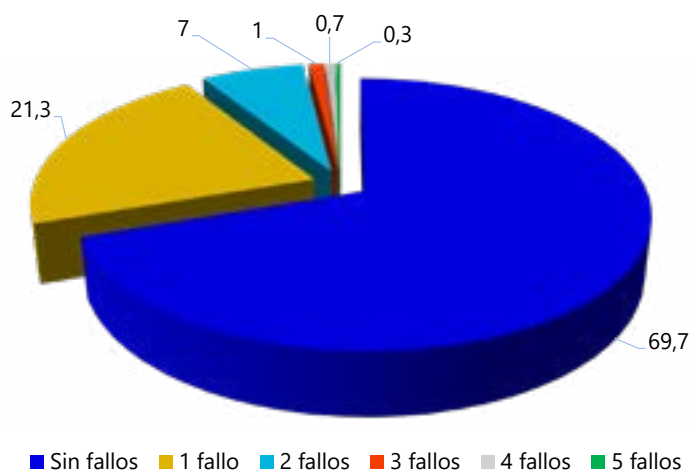


Gráfico 189. Porcentaje de fallos en preguntas de orientación temporal en personas mayores de 55 años, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Gráfico 190. Porcentaje de fallos en preguntas de orientación temporal en personas que afirman tener problemas de memoria, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

ALTERACIÓN DEL ESTADO PONDERAL

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en importantes problemas de salud en las sociedades desarrolladas, y su vinculación con múltiples enfermedades y problemas de salud es cada vez más evidente. El exceso de peso también crece de forma considerable en los países en desarrollo, donde conviven las dos epidemias, la del exceso de peso y la de la desnutrición. En nuestras sociedades de la opulencia y lejos de planteamientos obsoletos que están fuera de la realidad actual, el exceso de peso en cualquiera de sus modalidades se relaciona de forma contundente con la precariedad, además de con ciertos estilos de vida poco saludables²⁴. En el extremo contrario, la restricción de nutrientes es, en las mismas sociedades, un grave problema de salud con sólidas raíces culturales.

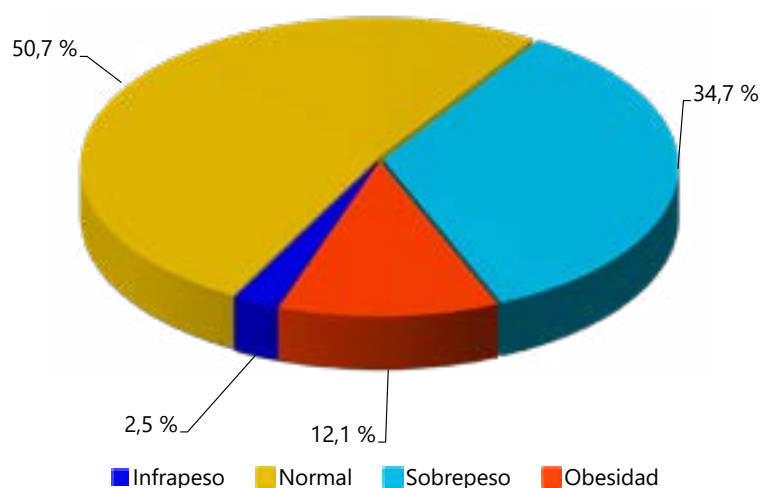
[Volver a índice](#)

Según la serie de la Encuesta Nacional de Salud, en los últimos 30 años la prevalencia de obesidad en adultos se ha multiplicado por 2,4, del 7,4% en 1987 al 17,4% en 2017. La obesidad es más frecuente en hombres (18,2%) que en mujeres (16,7%). La diferencia por sexo se establece a expensas de los menores de 65 años, superando las mujeres a los hombres a partir de esa edad. El sobrepeso, al igual que la obesidad, es más frecuente en hombres, pero la diferencia es mucho mayor (44,3% hombres vs. 30% mujeres) y se mantiene en todos los grupos de edad. La obesidad refleja una gran disparidad social. Los patrones de variación de prevalencia con la clase social son particularmente acusados en mujeres, del 7,3% en la clase social más elevada al 24% en clase más baja¹³.

El Índice de Masa Corporal (IMC), es el índice más comúnmente utilizado para evaluar el estado ponderal en personas adultas. Es un índice sencillo y fácil de obtener y tiene la ventaja de que es independiente de la edad y del sexo. Se considera Normopeso a los valores entre 18,5 y 24,9; Sobrepeso, entre 25 y 29,9; Obesidad, por encima de 30 e Infrapeso a los valores inferiores a 18,5¹³.

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (ESCM'17), se ha obtenido el IMC a partir del peso y la talla autorreferidos. En el [gráfico 191](#) se muestra la distribución de la población mayor de 18 años en función del IMC.

Gráfico 191. Distribución de la población en función del tipo ponderal según el IMC calculado a partir de medidas antropométricas autorreferidas, 2017



Nota: población de 18 y más años (n = 8535).

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Casi el 47% de las personas encuestadas mayores de 18 años presentan exceso de peso. Esta situación es más frecuente en los hombres que en las mujeres (sobrepeso 42 % vs. 28 % y obesidad 13 % vs. 11 %), siendo ambas diferencias significativas. El sobrepeso y la obesidad en la ciudad de Madrid se mantienen en niveles similares a los hallados en las encuestas de salud de 2005 y 2013. La población madrileña presenta de forma significativa menor frecuencia de obesidad comparada con la población nacional.

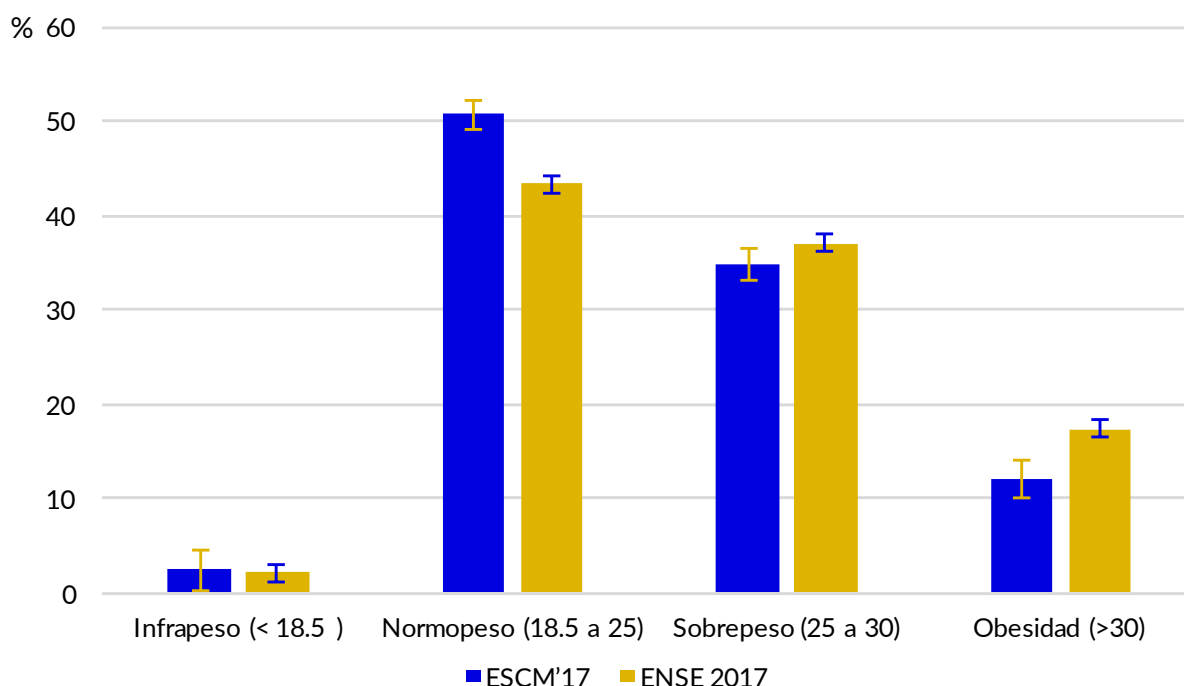
Si comparamos los datos de la ESCM'17 con los de la ESCM'13, observamos que disminuye la proporción de personas con normopeso a expensas de las que presentan sobrepeso; esta tendencia también se observa en otros estudios, tanto nacionales como locales^{13,53}. Los datos de peso insuficiente, sin embargo, se mantienen más o menos estables, mientras que la obesidad aumenta levemente.

[Volver a índice](#)



En el [gráfico 192](#) se muestran los valores de IMC obtenidos en la encuesta de la ciudad de Madrid (ESCM'17) y en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017), calculados también a partir de peso y talla autorreferidos. Puede observarse que en Madrid el normopeso es significativamente más frecuente, al contrario que la obesidad, que se sitúa por debajo de lo obtenido a nivel nacional. En la [TABLA XXIV](#) se muestran las frecuencias de cada situación ponderal en relación con las variables sociodemográficas y los intervalos obtenidos para la población de Madrid.

Gráfico 192. Distribución de la población en función del IMC (IC 95%). Ciudad de Madrid y España, 2017



Fuentes: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 y Encuesta Nacional de Salud 2017.

Al analizar el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en función de las cinco variables sociodemográficas estudiadas, se comprueba que el exceso de peso es más frecuente entre los hombres, que su prevalencia aumenta con la edad y que es más común entre las personas con menos estudios, entre la población de clase social menos favorecida y entre quienes viven en distritos de menor nivel de desarrollo ([tabla 83](#)). En la RLM, siguiendo la misma línea, las variables que con más fuerza se asocian a este problema son la edad (los mayores de 65 años por lo menos 4 veces más que los más jóvenes), el sexo (las mujeres por lo menos 2 veces más) y el nivel educativo (quienes tienen estudios elementales al menos un 40% más riesgo que quienes alcanzaron estudios superiores), además de la zona residencial de menor desarrollo y la clase social ocupacional desfavorecida, dibujando de esta forma una perfil muy ligado a la desigualdad social.

Tabla 83. Distribución de frecuencias de exceso de peso, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Exceso de peso		N	n	%	OR *	IC 95%
Total		8.545	3.996	46,8		
Sexo	Mujer	4.589	1.810	39,4	1	
	Hombre	3.956	2.186	55,3	2,2 *	2,0-2,4
Grupos de edad	18 a 29	1.395	355	25,4	1	
	30 a 44	2.359	961	40,7	2,2 *	1,9-2,6
	45 a 64	2.787	1.479	53,1	3,6 *	3,1-4,2
	65 y más años	2.005	1.201	59,9	4,6 *	3,9-5,5
Nivel de estudios	Primarios o menos	879	572	65,1	1,7 *	1,4-2,0
	Secundarios	4.003	1.988	49,7	1,3 *	1,2-1,5
	Universitarios	3.664	1.436	39,2	1	
Clase social	Desfavorecida	3.009	1.631	54,2	1,4 *	1,3-1,6
	Media	2.047	970	47,4	1,2 *	1,1-1,4
	Favorecida	3.317	1.318	39,7	1	
Grupo de distrito	Menor desarrollo	1.998	1.037	51,9	1,4 *	1,2-1,6
	Desarrollo medio-bajo	2.753	1.367	49,7	1,3 *	1,2-1,5
	Desarrollo medio-alto	1.996	887	44,4	1,2 *	1,0-1,4
	Mayor desarrollo	1.798	704	39,2	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

La obesidad aislada encuentra los mismos factores referidos para el exceso de peso: tres veces más OR en mayores de 65 años que en menores de 30 y su frecuencia es tres veces mayor entre quienes tienen estudios primarios frente a las personas con formación universitaria, registrando una OR mayor que el doble en aquéllos que en estos. También se asocia de forma inversa con la clase social y el nivel de desarrollo de distrito (tabla 84). La obesidad mórbida (IMC > 40) se observa en un 2,4% de la población madrileña.

[Volver a índice](#)



Tabla 84. Distribución de frecuencias de obesidad, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Obesidad		N	n	%	OR *	IC 95%
Total		8.545	1.031	12,1		
Sexo	Mujer	4.589	513	11,2	1	
	Hombre	3.956	518	13,1	1,3*	1,1-1,5
Grupos de edad	18 a 29	1.396	69	4,9	1	
	30 a 44	2.359	228	9,7	2,2 *	1,6-2,9
	45 a 64	2.787	416	14,9	3,3 *	2,6-4,4
	65 y más años	2.103	318	15,9	3,0 *	2,3-4,0
Nivel de estudios	Primarios o menos	879	214	24,3	2,3 *	1,7-2,9
	Secundarios	4.003	538	13,4	1,5 *	1,2-2,9
	Universitarios	3.663	279	7,6	1	
Clase social	Desfavorecida	3.009	529	17,7	1,6 *	1,4-2,0
	Media	2.047	213	10,4	1,1	0,9-1,3
	Favorecida	3.316	270	8,1	1	
Grupo de distrito	Menor desarrollo	1.998	306	15,3	1,3 *	1,1-1,7
	Desarrollo medio-bajo	2.753	363	13,2	1,3	1,0-1,6
	Desarrollo medio-alto	1.997	209	10,5	1,1	0,9-1,4
	Mayor desarrollo	1.798	153	8,5	1	

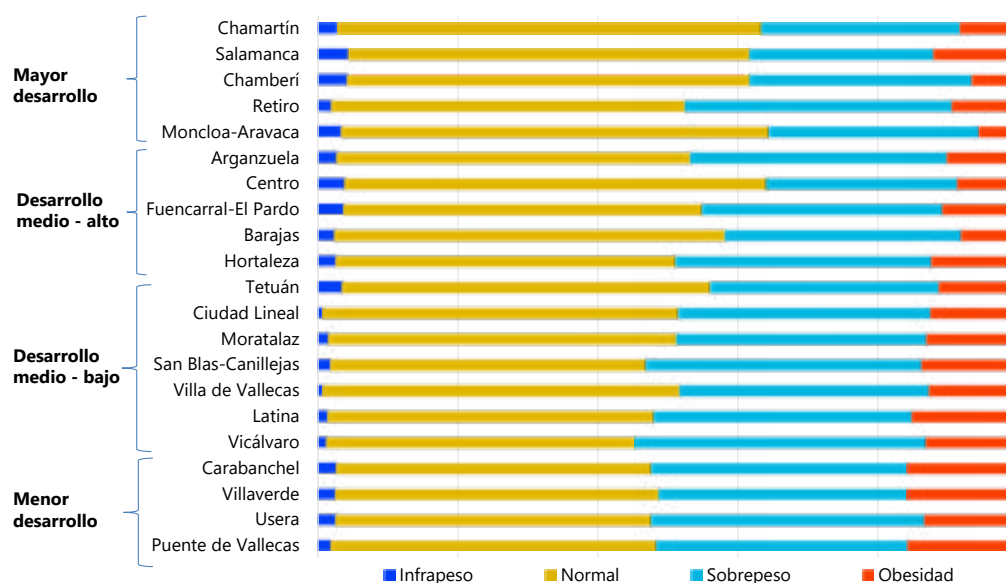
(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

El peso adecuado o normopeso es más frecuente, con significación estadística, en las mujeres, las personas de menor edad y quienes tienen estudios universitarios.

Respecto al peso inferior a lo normal (IMC menor de 18,5), es más frecuente en mujeres, en jóvenes y en quienes forman parte de la clase social favorecida.

Por último, se compara la distribución del IMC en los distritos de la ciudad y se comprueba que se correlaciona de forma clara con el nivel de desarrollo del distrito de residencia ([gráfico 193](#)), ya que de la mera observación se deduce que en la medida en que descendemos por la escala ordenada (de mayor a menor desarrollo), se incrementa la frecuencia de personas con exceso de peso y se reduce la de personas con peso normal de forma general y bastante regular.

Gráfico 193. Distribución de frecuencias de tipos ponderales según el IMC autorreferido en cada distrito, ordenados por nivel de desarrollo, 2017 (porcentaje)



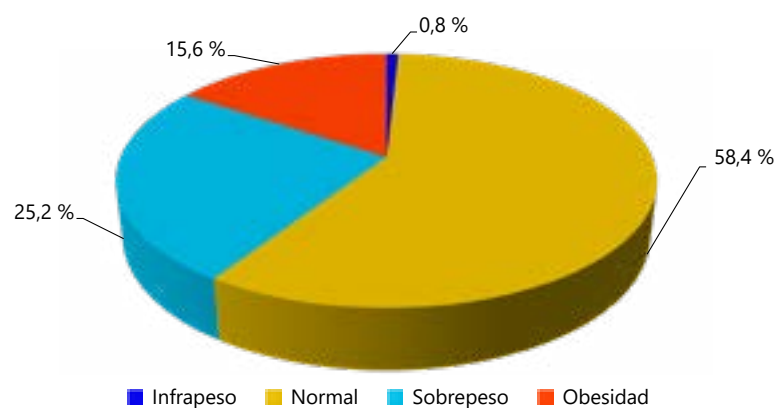
Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Alteración del estado ponderal en población infantil

Según la Encuesta Nacional de Salud de España, en 2017 también continúa el aumento paulatino de la prevalencia de la obesidad infantil, que alcanza ya a más de uno de cada diez menores (10,3% de 2-17 años), ligeramente superior a la de 2011 (9,6%). Desde 2003, en cada edición de la encuesta se ha producido un leve incremento. La obesidad infantil presenta un claro gradiente social. Mientras que en la clase familiar desfavorecida el 15,4% de menores padecen obesidad, la proporción es del 5,4% en la clase más elevada¹³.

Para el estudio del estado nutricional en población infantil madrileña se utilizan los datos obtenidos en el "Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017"²⁴. En dicho estudio, realizado en una muestra representativa de la población escolarizada en centros de Educación Infantil y Primaria de la ciudad, se pesó y midió a 5.306 escolares de 3 a 12 años. La situación del estado ponderal de dicha muestra se puede ver en el gráfico 194.

Gráfico 194. Distribución de la población de 3 a 12 años según estado ponderal, 2017



Fuente: Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



La prevalencia de sobrepeso en niños y niñas de 3 a 12 años en la ciudad de Madrid alcanza el 25,2% y la de obesidad el 15,6%. Por tanto, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) llega al 40,8% de la población escolar entre 3 y 12 años de la ciudad. Se aprecian diferencias significativas entre territorios: mayor exceso de peso en los grupos de distrito de menor desarrollo y de desarrollo medio bajo respecto al de mayor desarrollo (46,7% y 42,5% frente a 34,7%). La prevalencia del bajo peso o delgadez es del 0,8%, sin diferencias significativas entre los grupos de distritos.

En ese trabajo realizado por Madrid Salud se encuentra que el 17,9% de las familias con niños y niñas de 3 a 12 años de la ciudad de Madrid (aproximadamente 48.000 niños y niñas) presenta dificultades para acceder a los alimentos de forma regular por motivos económicos (IAEA). Se demuestra además por primera vez que este problema, la IAEA en la familia, considerada de forma independiente, incrementa un 50% el riesgo de que niños y niñas presenten sobrepeso y obesidad. Otros factores que también lo aumentan tras el análisis ajustado multivariante es el bajo nivel educativo de los progenitores, la edad del escolar (más riesgo a más edad), la situación de inmigración, ser niño (varón) así como la situación socioeconómica desfavorable de la familia.

Estos datos son comparables con los obtenidos en el Estudio Aladino 2015 (iniciativa impulsada por la OMS que es referencia nacional), con metodología similar a la del presente estudio, realizado sobre población infantil española con edades de 6 a 9 años (n = 10.889), cuyos resultados fueron: 0,7% delgadez, 23,2% sobrepeso y 18,1% obesidad.

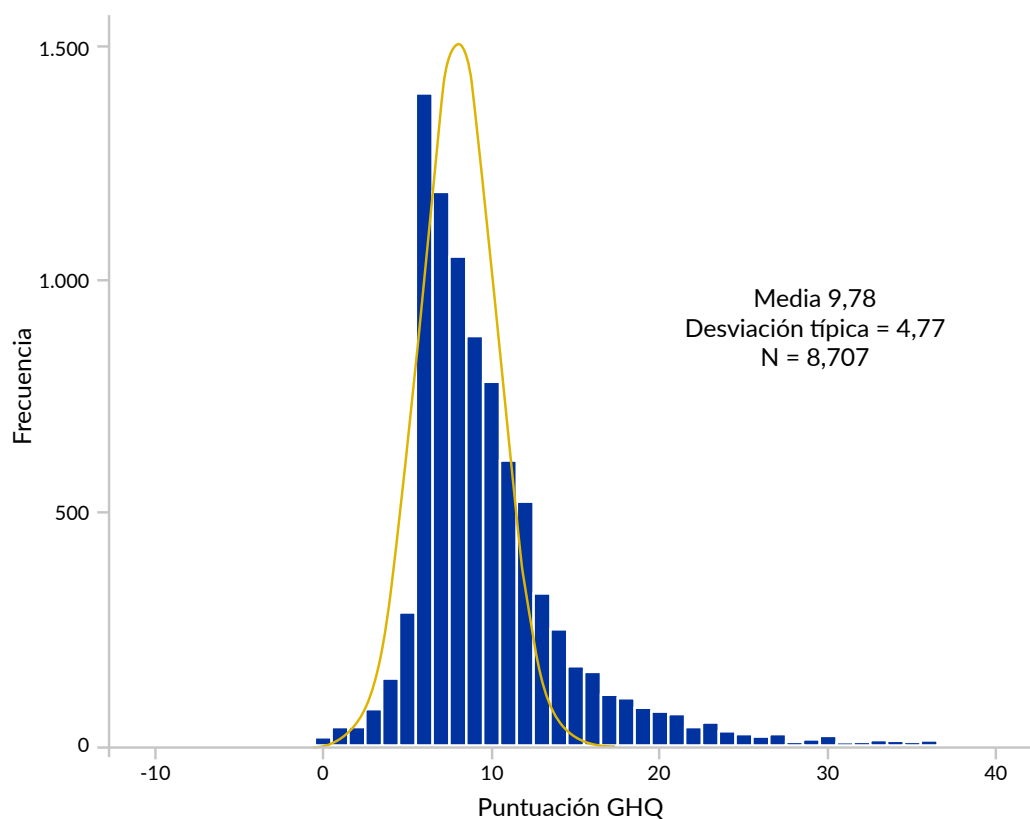
Todos los estudios coinciden en la tendencia ascendente del sobrepeso y la obesidad en la población infantil española, algo que también se comprueba en otros países de nuestro entorno¹⁴⁸.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad¹⁴⁹. Como en ediciones precedentes, para esta encuesta se ha utilizado el cuestionario GHQ-12, que mediante 12 preguntas puede estimar el riesgo de mala salud mental. El cuestionario se contesta en un formato de 4 opciones, correspondiendo mayores puntuaciones a más riesgo. Se puede corregir de dos formas: sumando las puntuaciones de las preguntas (corregidas como 0, 1, 2 y 3 puntos) o corrigiendo como negativas (0 puntos) las opciones de 0 y 1 puntos, y como afirmativas las opciones 2 y 3 (1 punto), sumando posteriormente las nuevas puntuaciones y considerando entonces que la respuesta afirmativa a 3 o más preguntas indica riesgo de mala salud mental.

En el [gráfico 195](#) se muestra la distribución de las puntuaciones Likert obtenidas en el GHQ. Un 59% de la muestra se clasificaría en los dos cuartiles de no riesgo, un 16 % en el tercer cuartil de riesgo bajo y un 25 % en el cuartil de riesgo alto.

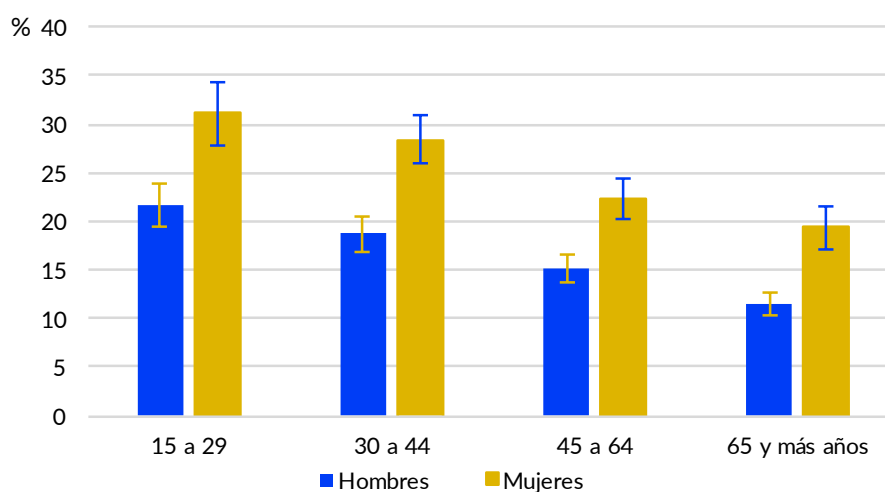
Gráfico 195. Distribución de las puntuaciones (Likert) del GHQ, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Cuando se aplica la puntuación GHQ, un 21% [IC95% = 20,1-21,9] de la muestra presentaría puntuaciones de riesgo de mala salud mental (puntuaciones de 3 y más). El porcentaje es mayor en las mujeres 24,6 % [IC95% = 23,4-25,8] que en los hombres 16,7% [IC95% = 15,5-17,9]. En el [gráfico 196](#) se muestran las prevalencias por tramos de edad y sexo. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas, aunque el tamaño del efecto es bajo en todos los tramos de edad ($0,11 > V > 0,09$).

Gráfico 196. Prevalencia de riesgo de mala salud mental según sexo y grupos de edad, 2017 (tasas con IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



Las personas de clase desfavorecida presentan con mayor probabilidad riesgo de mala salud mental 26,2% [IC95% = 24,6-27,6] que las de clase media 18,4% [IC95% = 16,7-20,1] o las de clase favorecida 17,7% [IC95% = 16,4-19,0].

Aquellas personas que viven en distritos de menor nivel de desarrollo presentan con más frecuencia riesgo de mala salud mental, 23,0% [IC95% = 21,2-24,8] que las que viven en distritos de nivel de desarrollo medio-bajo 21,9% [IC95% = 20,4- 23,4], medio-alto 20,0% [IC95% = 18,3-21,7] o alto 18,3% [IC95% = 16,5-20,1], aunque las diferencias solo son significativas entre los grupos extremos y con bajo tamaño del efecto ($V = 0,04$).

Cuando se comparan los resultados con los obtenidos en encuestas previas (tabla 85) se observa que las prevalencias actuales superan en todos los casos las obtenidas en 2005, aunque no las de 2013 (posiblemente por el alto margen de error de la encuesta de 2013, que se traduce en amplios intervalos de confianza). Si se comparan con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2017, se comprueba que todos los valores son mayores en la ciudad de Madrid, tanto los globales como diferenciados por sexo.

Tabla 85. Comparativa de la prevalencia de riesgo de mala salud mental en mayores de 15 años y menores de 65 (tasas por 100 con sus IC 95%) según encuesta

Sexo	ESCM' 05		ESCM' 13		ENSE 2017		ESCM' 17	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Mujeres	20,7	19,2-22,2	23,6	19,6-27,6	22,5	21,7-23,3	24,6	23,4-25,8
Hombres	11,2	10,0-12,4	14,9	11,3-18,5	14,4	13,7-15,1	16,7	15,5-17,9
Total	16,2	15,3-17,3	19,5	16,7-22,3	18,8	18,3-19,3	21,0	20,1-21,9

Fuentes: Encuestas de la ciudad de Madrid 2005, 2013 y 2017 y Encuesta Nacional de Salud 2017.

Las prevalencias del riesgo de mala salud mental según las distintas variables analizadas, se muestra en la tabla 86. En ella se puede comprobar también que, al ajustar el riesgo asociado a cada una de ellas, consideradas en el modelo como independientes, mediante análisis multivariante (RLM) se observa que las OR asociadas al riesgo de mala salud mental son máximas en las personas más jóvenes (15 a 29 años) respecto a las mayores. Las prevalencias, también máximas en ese grupo, disminuyen en el tramo de 30 a 44 años y más aún en el de 45 y 64 años, siendo mínimas después de los 65 años, mostrando el mismo gradiente las OR correspondientes. Las mujeres presentan una OR un 70% mayor que los hombres, igual que quienes tienen estudios elementales sobre los que concluyeron los superiores, bajando a un exceso de un 40% la OR de quienes forman parte de una familia de clase social desfavorecida frente a los que lo hacen de una favorecida. Como se aprecia y hemos comprobado en anteriores análisis, este problema tiene una distribución que pone en evidencia una profunda desigualdad social.

Tabla 86. Distribución de frecuencias de riesgo de mala salud mental, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Riesgo de mala salud mental		N	n	%	OR *	IC 95%
Total		8.708	1.825	21,0		
Sexo	Mujer	4.715	1.159	24,6	1,7*	1,5-1,9
	Hombre	3.993	666	16,7	1	
Edad	15 a 29	1.527	404	26,5	2,2*	1,9-2,7
	30 a 44	2.353	558	23,7	2,0*	1,7-2,4
	45 a 64	2.768	526	19,0	1,4*	1,2-1,7
	65 y más años	2.059	337	16,4	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	915	233	25,5	1,7*	1,4-2,1
	Secundarios	4.131	956	23,1	1,3*	1,1-1,5
	Universitarios	3.659	634	17,3	1	
Clase social	Desfavorecida	3.065	803	26,2	1,4*	1,2-1,6
	Media	2.080	382	18,4	1,0	0,8-1,1
	Favorecida	3.373	597	17,7	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.039	469	23,0	1,0	0,9-1,2
	Desarrollo medio-bajo	2.085	613	21,9	1,0	0,9-1,2
	Desarrollo medio-alto	2.027	406	22,3	1,0	0,8-1,1
	Mayor desarrollo	1.834	335	18,3	1	

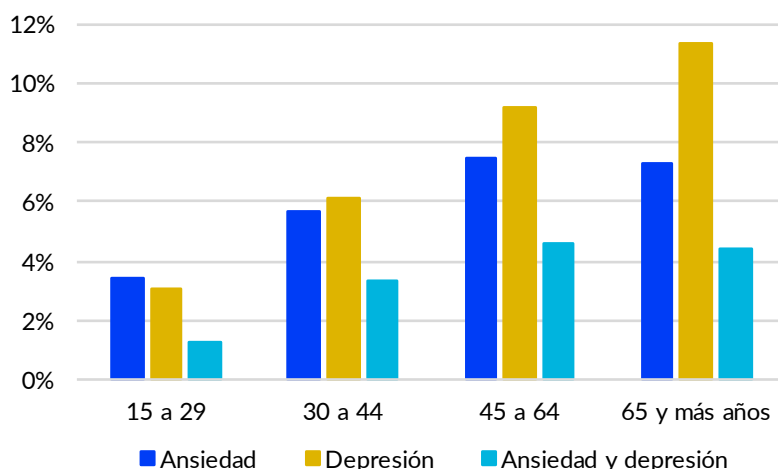
(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Un 7,8% [IC95% = 7,2-8,4] de la muestra refiere haber sido diagnosticado de depresión y un 6,2% [IC95% = 5,7-6,7] de algún trastorno de ansiedad, un 6,8% [IC95% = 6,3-7,3] de alguna de ellas y un 3,6% de ambas [IC95% = 3,2-4,0]. Estas tasas son siempre mayores en mujeres que en hombres, tanto en ansiedad (mujeres 9,0% [IC95% = 8,2-9,8]; hombres 3,0% [IC95% = 2,5-3,5]) como en depresión, (mujeres 10,8% [IC95% = 9,9-11,7]); hombres 4,2% [IC95% = 3,6-4,8] y en el diagnóstico conjunto de ambas (mujeres 5,2% [IC95% = 4,6-5,8]; hombres 1,8% [IC95% = 1,4-2,2]). La distribución de personas diagnosticadas por tramos de edad se puede observar en el [gráfico 197](#).

[Volver a índice](#)



Gráfico 197. Prevalencia de ansiedad, depresión o ambas diagnosticadas en algún momento de la vida según grupos de edad, 2017

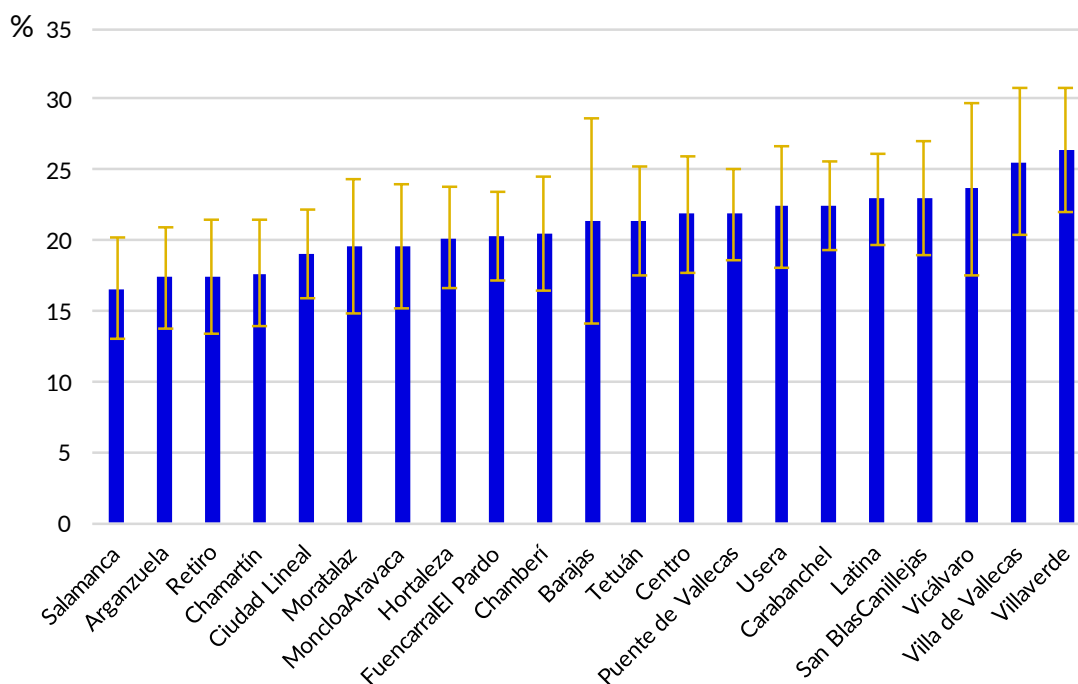


Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Estas prevalencias son menores que las registradas en la encuesta de 2013, si bien el amplio margen de error de aquella encuesta no permite asegurar que tales diferencias reflejen situaciones realmente distintas.

En el gráfico 198 se muestra el riesgo de mala salud mental por distritos, pudiendo comprobarse que no hay diferencias por el nivel de desarrollo de los mismos, si bien la tendencia que se perfila se establece en sentido inverso, es decir que a menor desarrollo del distrito más prevalencia de mala salud mental. Las diferencias, aunque llegan a los 10 puntos, solo alcanzan significación estadística entre distritos con puntuaciones extremas.

Gráfico 198. Prevalencia de riesgo de mala salud mental por distritos, 2017 (tasa e IC 95%)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es la detección precoz de problemas de salud de la población para facilitar la toma de medidas encaminadas a protegerla. El sistema se fundamenta en el trabajo realizado por el personal sanitario acompañado de la búsqueda activa en algunas enfermedades. La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana epidemiológica en curso, que se inicia a las 0 horas del lunes y finaliza a las 24 horas del domingo. En 2015 se ha producido un cambio importante en la normativa que regula las EDO a nivel nacional para adecuarla a la situación epidemiológica actual en España y a las normas que los organismos internacionales requieren a los países miembros. La Orden SSI 445/2015, de 9 de marzo, ha ampliado la lista de enfermedades de declaración obligatoria para incorporar enfermedades que deben ser vigiladas en el marco de la Unión Europea, las modalidades de declaración y las enfermedades endémicas de ámbito regional.

El informe "Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2017. Comunidad de Madrid" (en adelante Informe EDO 2017)¹⁵⁰ detalla la tasa de incidencia acumulada por 100.000 habitantes, utilizando para su cálculo la población recogida en la actualización del Padrón Municipal de la CM 2017, para toda la CM y por distritos. Los datos correspondientes a la ciudad de Madrid, distribuidos por distritos, se muestran en las [tablas 87 y 88](#).

Tabla 87. Tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes de enfermedades de declaración obligatoria por distritos, 2017 (I)

Distrito	Gripe	Legionelosis	Hepatitis A	Hepatitis C	Infección Chlamydia trac. (excluido LGV)	Infección gonocócica	Sífilis	Enfermedad meningocócica
Arganzuela	1.154,27	0,00	34,88	2,63	46,72	56,59	25,66	0,00
Carabanchel	1.288,05	1,64	18,43	8,60	24,16	34,40	12,29	0,82
Centro	1.168,79	0,00	173,58	20,06	126,52	263,07	94,89	0,00
Chamartín	836,84	0,70	8,37	3,49	13,95	15,34	8,37	0,70
Chamberí	808,97	0,72	28,61	8,58	50,78	62,94	24,32	0,72
Ciudad Lineal	709,29	3,29	9,41	4,23	24,93	30,10	9,88	0,00
Fuencarral	1.220,71	0,84	12,57	3,35	21,36	23,88	3,77	0,42
Hortaleza-Barajas	1.259,72	1,76	7,04	6,60	14,52	22,44	3,08	0,00
Latina	1.382,58	2,14	18,81	7,70	31,64	34,20	7,70	0,43
Moncloa	1.210,60	0,00	24,81	2,57	16,26	22,24	11,98	0,00
Moratalaz-Vicálvaro	1.344,88	0,61	11,57	3,65	17,66	20,09	7,31	0,00
Retiro	922,19	1,69	16,03	5,06	31,22	24,47	8,44	0,00
Salamanca	990,17	1,39	20,86	6,95	21,56	30,60	6,95	0,00
San Blas	1.611,18	1,30	8,42	5,18	18,79	16,84	3,24	0,00
Tetuán	1.105,07	0,65	22,74	4,55	53,27	48,72	20,79	0,00
Usera	1.424,95	0,74	16,29	5,92	26,66	26,66	13,33	0,00
Vallecas	1.351,18	1,51	13,55	9,03	13,25	21,98	7,23	1,20
Villaverde	1.229,45	0,00	6,31	6,31	25,23	17,52	7,71	0,70

Nota: en la actual zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid se agrupan los distritos municipales de Hortaleza y Barajas, Moratalaz y Vicálvaro y Puente de Vallecas y Villa de Vallecas.

(*) Linfogranuloma venéreo (LGV). Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

[Volver a índice](#)



Tabla 88. Tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes de enfermedades de declaración obligatoria por distritos, 2017 (II)

Distrito	Enfermedad neumocócica invasora	Parotiditis	Tosferina	Varicela	Leishmaniasis	Paludismo	Meningitis víricas	Otras meningitis bacterianas
Arganzuela	2,63	5,92	3,95	62,5	0,66	0,00	2,64	1,32
Carabanchel	8,60	4,51	3,69	102,8	0,00	1,64	2,89	0,83
Centro	3,86	27,77	0,00	50,92	0,77	3,09	4,61	0,77
Chamartín	9,76	9,07	10,46	57,88	0,00	1,39	0,70	0,70
Chamberí	5,72	15,02	2,86	40,77	0,00	2,15	1,43	0,71
Ciudad Lineal	12,23	17,87	1,41	39,51	0,00	0,47	0,47	0,47
Fuencarral	7,12	16,76	5,45	64,93	0,84	1,68	3,40	0,85
Hortaleza-Barajas	7,04	12,32	6,60	82,72	0,88	0,44	2,68	0,45
Latina	11,54	11,97	0,00	73,11	0,43	1,71	1,28	0,00
Moncloa	5,99	15,40	1,71	48,77	0,00	0,00	1,72	0,86
Moratalaz-Vicálvaro	9,13	14,00	3,04	93,15	1,22	1,22	2,43	0,61
Retiro	10,97	10,12	4,22	51,47	0,00	0,84	0,84	1,69
Salamanca	6,95	18,08	1,39	62,58	1,39	1,39	0,00	0,00
San Blas	9,72	12,96	3,24	68,02	0,00	1,30	2,61	0,00
Tetuán	7,80	10,39	5,85	68,86	0,65	0,00	2,62	1,31
Usera	14,81	16,29	4,44	102,95	1,48	1,48	9,69	1,49
Vallecas	11,74	18,97	2,71	90,04	0,60	1,20	3,34	1,21
Villaverde	15,42	7,71	4,21	62,38	1,40	1,40	6,36	1,41

Nota: en la actual zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid se agrupan los distritos municipales de Hortaleza y Barajas, Moratalaz y Vicálvaro y Puente de Vallecas y Villa de Vallecas.

Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

A continuación, se compara la evolución de algunas de las enfermedades incluidas en las anteriores tablas en la ciudad de Madrid, la Comunidad de Madrid y España. Se parte de las tasas de 2012 por ser las últimas publicadas en el anterior Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014.

Gripe

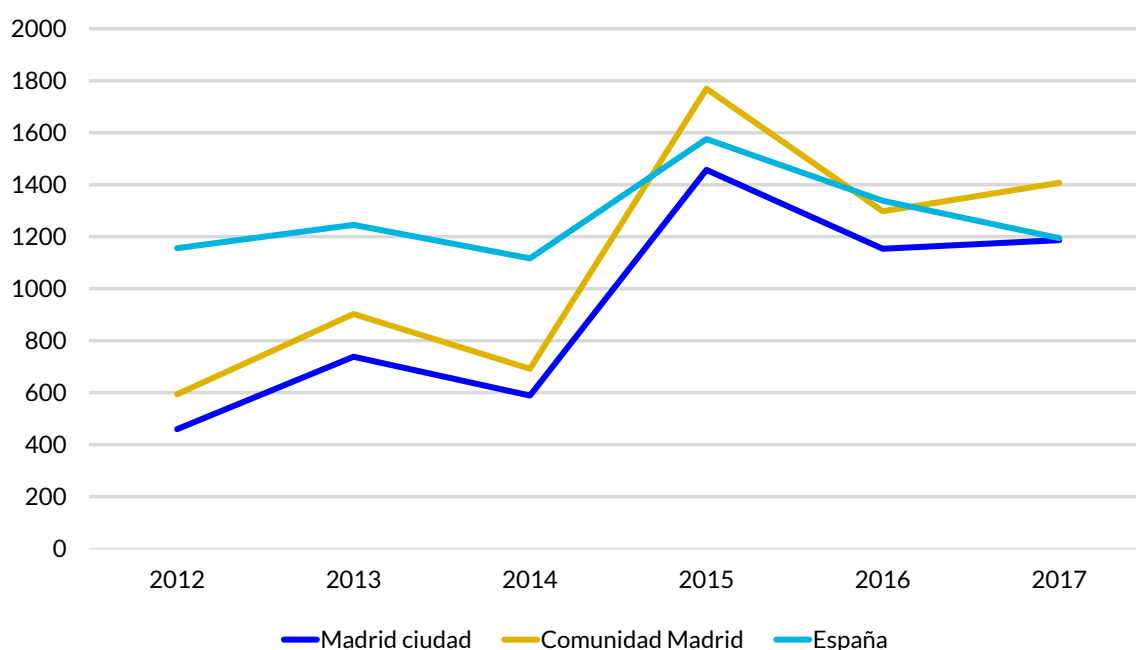
La gripe estacional se presenta en forma de epidemias anuales de diversa intensidad. Las tasas de ataque clínico pueden oscilar entre el 5% y el 20% en la comunidad y hasta más del 50% en grupos de población cerrados (residencias, centros escolares). Las epidemias pueden ser explosivas y sobrecargar los sistemas sanitarios. Se observa mayor incidencia en niños en edad escolar y mayor riesgo de complicaciones en menores de 2 años, mayores de 64 y personas con antecedentes médicos de riesgo. La medida de control sanitario más eficaz frente a la gripe es la inmunización anual.

En el periodo 2012-2017 la tendencia de la incidencia de esta enfermedad fue ascendente tanto en la ciudad de Madrid como en la Comunidad. El porcentaje de variación de las tasas de incidencia acumulada de 2017 respecto a las de 2012 fue del 158% en la ciudad y 137% en la CM, mientras que a nivel nacional se situó en el 3%. Los casos por 100.000 habitantes en la ciudad de Madrid fueron

459,7 en 2012 y 1.186,7 en 2017. En los mismos años, en la CM aumentaron de 593,9 a 1.407,1. Por el contrario, en el conjunto de España las cifras fueron similares, si bien es cierto que se partía de tasas más altas: 1.156,1 casos por 100.000 habitantes en 2012 y 1.194,6 en 2017 (gráfico 199).

La incidencia de casos de gripe en la CM en la temporada 2017-2018 ha sido superior a la de las temporadas 2015-2016 y 2016-2017 superando el umbral epidémico más precozmente y manteniéndose por encima durante más semanas. La incidencia más alta se ha observado en menores de 15 años. En el informe "Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid, 2017-2018" del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid¹⁵¹ se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 199. Tasas de incidencia acumulada de gripe por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017



Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia de datos de la ciudad de Madrid.

Hepatitis A

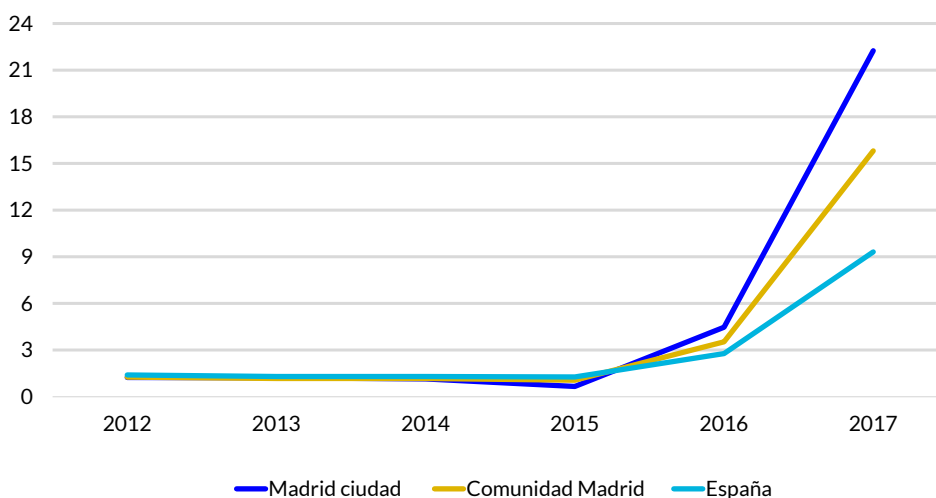
España es un país de baja endemicidad de hepatitis A (entre 2012 y 2015 la tasa de incidencia anual fue de menos de 1,5 casos notificados por 100.000 habitantes). Entre 2016 y 2017 se produjo un aumento de casos que afectó fundamentalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entre 18 y 64 años de edad¹⁵².

En el gráfico 200 se puede observar la tendencia ascendente de casos de hepatitis A en todo el territorio español, mucho más acusada en nuestra ciudad, donde la tasa de incidencia acumulada, que en 2012 fue de 1,2 casos por 100.000 habitantes, aumentó a 22,2 en 2017 (porcentaje de variación 1.699%). En la CM la tasa pasó de 1,3 en 2012 a 15,8 en 2017 (porcentaje de variación 1.155%). A nivel nacional el incremento fue menor: 1,4 casos por 100.000 habitantes en 2012 y 9,3 en 2017 (porcentaje de variación del 565%). Actualmente la CM no recomienda la utilización sistemática de la vacuna frente a hepatitis A en adultos, pero dada la evolución de esta enfermedad en nuestro medio, se hace imprescindible establecer medidas preventivas eficaces.

[Volver a índice](#)



Gráfico 200. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis A por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017

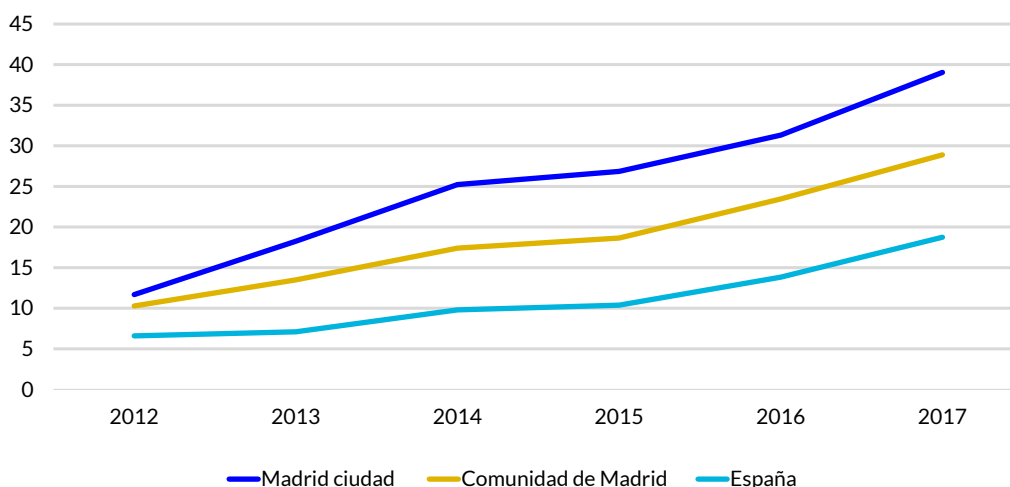


Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia de datos de la ciudad de Madrid.

Infección gonocócica y sífilis

Aunque se observa una tendencia ascendente de la incidencia de la gonococia en el periodo 2012-2017 en la ciudad de Madrid, la Comunidad y en el conjunto de España, el incremento en la ciudad ha sido mayor. El porcentaje de variación de las tasas de incidencia acumulada de 2017 respecto a las de 2012 alcanzó el 234% en la ciudad frente al 181% en la CM y el 184% a nivel nacional. En Madrid la tasa de incidencia en 2012 fue de 11,7 casos por 100.000 habitantes frente a 39,0 en 2017. En los mismos años las cifras en la CM variaron de 10,3 a 28,9. A nivel nacional los 6,6 casos por 100.000 habitantes de 2012 aumentaron a 18,7 en 2017 (gráfico 201).

Gráfico 201. Tasas de incidencia acumulada de infección gonocócica por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017

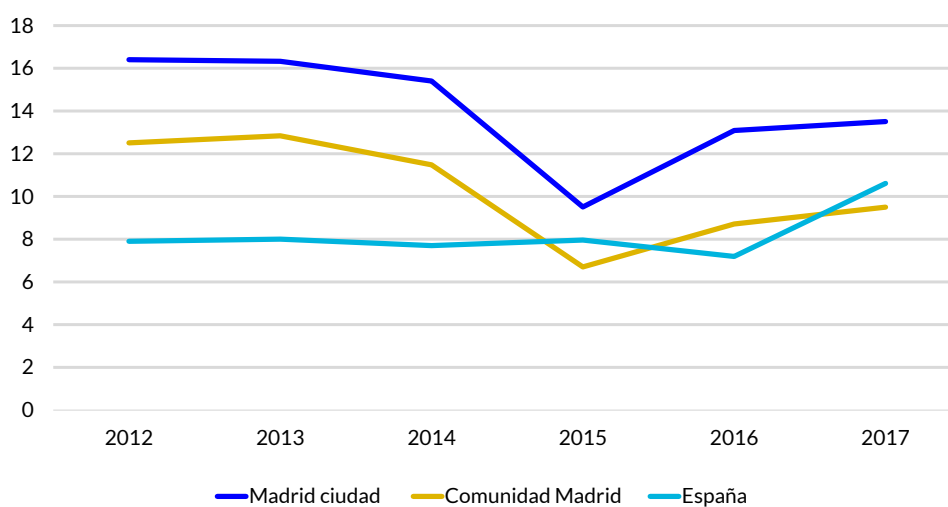


Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia de datos de la ciudad de Madrid.

En cuanto a la sífilis, pese al repunte observado en la ciudad y la CM en 2016 y 2017, la variación porcentual de las tasas de incidencia de 2017 respecto a las de 2012 fue negativa en la ciudad (-18%) y en la CM (-24%), al contrario de lo observado a nivel nacional, donde la variación fue del 34%. La tasa de incidencia acumulada en la ciudad fue de 16,4 casos por 100.000 habitantes en 2012 y 13,5 en 2017, mientras que en la CM las cifras fueron 12,5 y 9,5 respectivamente. En el conjunto de España la incidencia por 100.000 habitantes se incrementó de 7,9 casos en 2012 a 10,6 en 2017 (gráfico 202).

Como se indicaba en el apartado anterior, los datos de incidencia de 2016 y 2017 hacen necesario poner en marcha medidas preventivas eficaces que consigan cambiar la tendencia ascendente observada.

Gráfico 202. Tasas de incidencia acumulada de sífilis por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017



Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia de datos de la ciudad de Madrid.

Tosferina y varicela

La tosferina es una enfermedad infecciosa altamente transmisible causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. La población menor de 6 meses es la más vulnerable, con altas tasas de complicaciones y de mortalidad. La vacunación es la estrategia más eficaz para su prevención. Sin embargo, pese a las altas coberturas de vacunación, no se ha logrado la eliminación de la enfermedad. La *B. pertussis* sigue circulando en nuestra población, como reflejan los picos epidémicos cada 3-4 años y el patrón estacional observado. Cabe destacar que el pico epidémico más elevado ocurrió en el año 2015 con un importante descenso en los años posteriores. Una de las estrategias utilizadas es la vacunación de las embarazadas, con la que se pretende evitar que la madre adquiera la tosferina y se la transmita al neonato, y además, producir una transferencia pasiva de anticuerpos al lactante que pueda protegerle hasta completar la primovacuna. La Comunidad de Madrid inició esta estrategia en diciembre de 2015, con la recomendación de una dosis de vacuna combinada de difteria-tétanos-tosferina de baja carga a las embarazadas que cumplan la 36 semana de gestación. El descenso en la incidencia detectado en el año 2016 y 2017 podría estar relacionado con este programa de inmunización. De ser así, el impacto ha sido muy notable, reduciendo de manera importante el número de casos y de brotes, especialmente en una de las poblaciones de mayor riesgo: los menores de un año¹⁵³.

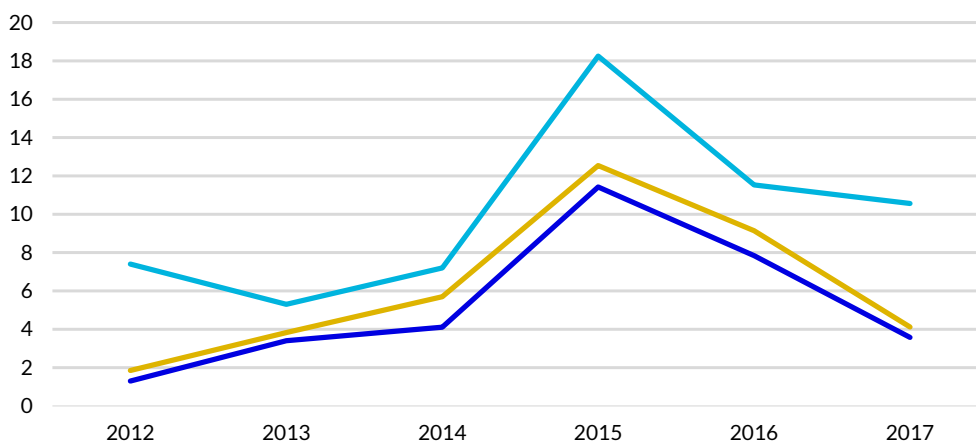
En el gráfico 203 se puede observar el aumento de la incidencia de la tosferina a partir de 2012 y el posterior descenso, más acusado en Madrid ciudad y en la Comunidad que en el conjunto de España.

[Volver a índice](#)



El porcentaje de variación de las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de 2017 respecto a las de 2012 es del 175% en la ciudad, 123% en la CM y 43% a nivel nacional. En la ciudad la tasa de incidencia acumulada pasa de 1,3 en 2012 a 3,6 en 2017. En los mismos años, en la CM aumenta de 1,9 a 4,1 y en todo el territorio nacional de 7,4 a 10,6, siempre por 100.000 habitantes.

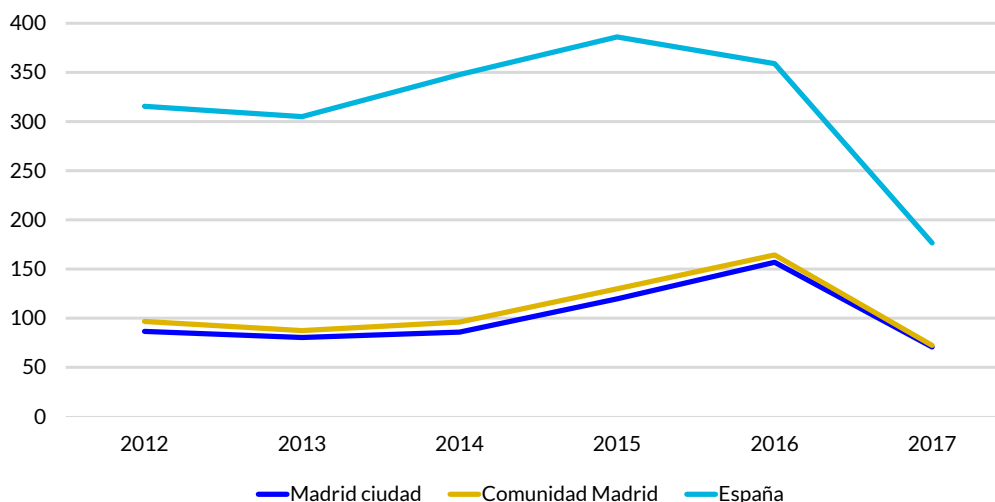
Gráfico 203. Tasas de tosferina por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017



Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia de datos de la ciudad de Madrid.

En cuanto a la varicela, el porcentaje de variación de las tasas de incidencia acumulada de 2017 respecto a las de 2012 fue negativo en la ciudad de Madrid (-18%), en la Comunidad (-25%) y, en mayor medida, en el conjunto de España (-44%). En el caso de la ciudad los 86,6 casos por 100.000 habitantes de 2012 disminuyeron a 70,7 en 2017. En la Comunidad la tasa de incidencia de 96,7 en 2012 se redujo a 72,3 en 2017. A nivel nacional la incidencia de 315,5 casos por 100.000 habitantes de 2012 se situó en 176,6 en 2017 (gráfico 204). Como se aprecia, la incidencia acumulada anual de varicela es mucho mayor en el conjunto del Estado, si bien en los últimos años esta diferencia tiende a reducirse.

Gráfico 204. Tasas de incidencia acumulada de varicela por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017



Fuente: Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia de datos de la ciudad de Madrid.

Tuberculosis

Se trata de una enfermedad de declaración obligatoria de gran relevancia en salud pública, de la que se realiza un registro específico. Los últimos datos disponibles corresponden al informe del año 2017 del Registro Regional de Casos de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid¹⁵⁴.

En la [tabla 89](#) se muestra la incidencia en la ciudad de Madrid por distritos en el periodo 2007-2017.

Tabla 89. Tuberculosis. Tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes. Distritos de Madrid, 2007-2017

Distrito	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Arganzuela	13,6	14,5	16,9	13,6	15,5	13,0	9,8	7,3	15,3	11,2	7,2
Carabanchel	30,0	28,6	25,4	19,9	16,1	12,8	13,4	13,6	16,6	16,1	17,6
Centro	34,0	33,1	32,0	28,3	24,9	24,7	12,6	14,4	18,6	16,9	20,8
Chamartín	8,5	9,0	5,5	6,9	11,7	4,8	2,8	4,2	1,4	3,5	4,9
Chamberí	14,5	19,7	16,3	21,8	17,1	12,5	12,6	7,1	15,0	8,6	7,2
Ciudad Lineal	15,3	16,3	16,2	14,0	10,2	12,6	7,3	6,5	6,6	11,8	8,5
Fuencarral	8,1	12,3	4,9	9,2	6,1	6,9	5,6	9,9	8,2	4,2	5,9
Hortaleza-Barajas	8,4	11,8	9,7	8,2	8,6	7,3	7,7	6,0	4,5	4,9	5,3
Latina	16,6	23,4	19,9	19,7	25,1	15,0	15,6	16,0	14,5	13,7	12,8
Moncloa	4,3	8,5	20,3	15,2	10,1	7,7	12,0	7,8	9,5	3,4	3,4
Moratalaz-Vicálvaro	24,2	11,0	9,3	15,6	9,9	12,9	14,9	13,9	22,5	8,5	7,9
Retiro	9,8	7,3	14,6	7,0	6,6	4,1	5,0	8,4	7,6	5,9	6,7
Salamanca	13,9	8,9	10,2	5,4	10,2	7,5	9,0	12,6	7,0	5,6	6,3
San Blas	17,3	11,6	16,6	7,6	10,8	12,8	14,8	7,8	8,5	11,1	9,7
Tetuán	19,5	21,5	19,9	17,8	13,4	18,6	12,9	13,1	9,3	8,5	7,8
Usera	28,5	37,6	22,8	18,4	15,0	13,1	21,4	21,7	18,8	22,4	20,7
Vallecas Puente-Villa	25,3	29,6	27,2	23,3	22,6	17,8	14,5	18,3	14,7	11,2	16,0
Villaverde	23,0	32,0	28,3	24,2	16,9	15,1	18,5	13,4	18,5	24,0	22,4

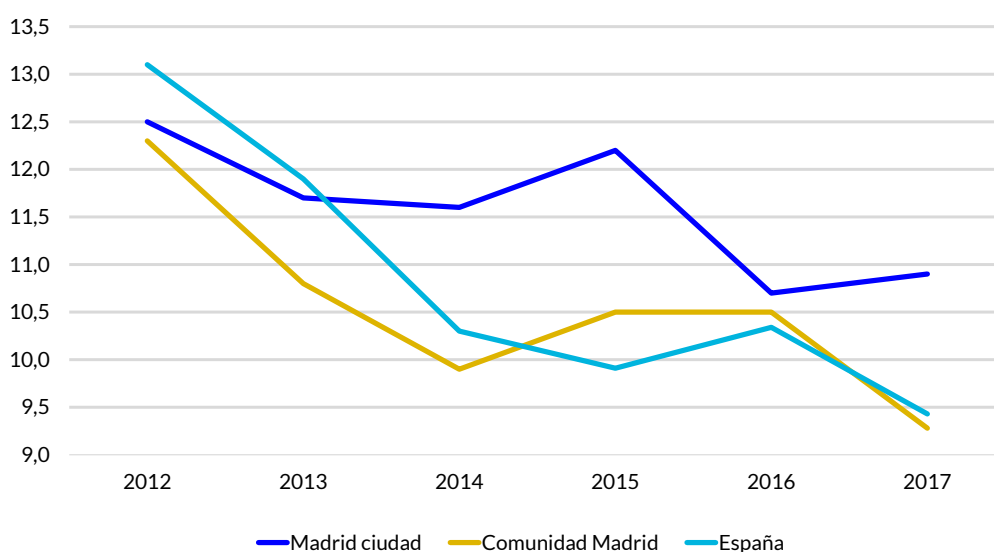
Nota: en la actual zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid se agrupan los distritos municipales de Hortaleza y Barajas, Moratalaz y Vicálvaro y Puente de Vallecas y Villa de Vallecas. Fuente: Informe 2017, Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

La evolución 2012-2017 en la ciudad de Madrid, al igual que en la CM y a nivel nacional, muestra tendencia descendente. En la ciudad, los 12,5 casos por 100.000 habitantes de 2012 disminuyeron a 10,9 en 2017, lo que supone un porcentaje de variación de -13%. En la Comunidad la tasa de incidencia acumulada bajó de 12,3 en 2012 a 9,28 en 2017 (porcentaje de variación de -25%). En el conjunto de España la variación fue del -28% con una tasa de incidencia en 2012 de 13,1 casos por 100.000 habitantes y de 9,4 casos en 2017 ([gráfico 205](#)). Desde 2014 las tasas de la ciudad de Madrid se sitúan persistentemente por encima de las nacionales y de la Comunidad de Madrid, situación que merece una vigilancia específica.

[Volver a índice](#)



Gráfico 205. Tasas de incidencia acumulada de tuberculosis por 100.000 habitantes. Ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España, 2012-2017



Fuentes: Informe 2017 del Registro Regional de casos de tuberculosis e Informe EDO 2017, Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

INFECCIÓN VIH Y SIDA

Esta importante epidemia ha experimentado radicales cambios en la población madrileña y española en los últimos años, en especial desde que aparecieron los modernos fármacos antirretrovirales, cuyo uso se ha generalizado. Persisten, no obstante, aspectos preocupantes que no se han resuelto adecuadamente y representan serias amenazas para la salud pública, cual son la proporción de casos que se diagnostican tardíamente. En el anterior Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014 se abordó con detalle la evolución de la epidemia desde 2007 hasta ese año. En este capítulo analizamos lo referente a las personas que, siendo residentes en la ciudad de Madrid, han sido diagnosticadas o continúan viviendo con VIH/SIDA entre los años 2009 a 2019, haciéndose la advertencia de que los datos de 2017, 2018 y 2019 son provisionales y que los de este último año solo abarcan hasta el 4 de junio. La mayor parte de los datos globales que se aportan, por esa misma razón, corresponden al periodo 2009-2016 y así se advierte en el texto.

Los datos que se presentan a continuación han sido facilitados por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Durante el mencionado periodo decenal, se han notificado 7.282 nuevos diagnósticos por infección de VIH en la ciudad de Madrid, de los cuales un 89,9% son en hombres (tabla 90).

Tabla 90. Distribución de diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico según sexo (frecuencias absolutas y % por sexo cada año). Ciudad de Madrid, 2009-2019

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2009	859	89	106	11	965
2010	886	88,5	113	11,5	979
2011	751	88,7	96	11,3	847
2012	692	88,9	86	11,1	778
2013	629	90,9	63	9,1	692
2014	722	90,7	74	9,3	796
2015	672	91,8	60	8,2	732
2016	679	90,3	73	9,7	752
2017 (*)	498	91,2	48	8,8	546
2018 (*)	177	93,2	13	6,8	190
2019 (*)	5	100	0	0	5
Total	6.550	89,9	732	10,1	7.282

(*) Años con datos provisionales.

Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

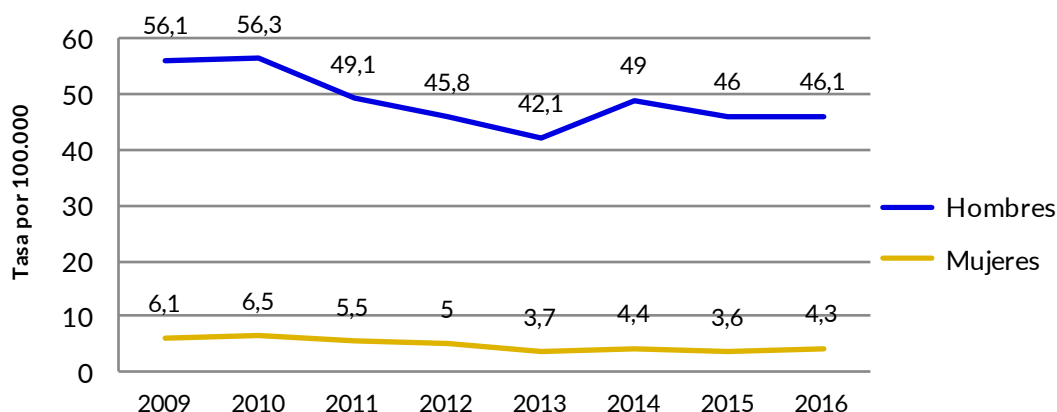
La media de edad al diagnóstico, en este periodo, es de 35,4 años (DE: 10,4) y el 44,3% de los casos diagnosticados son personas nacidas fuera de España. El 2,3% de los casos (168 personas) fallecieron en este periodo. Todos estos datos son muy similares a los publicados para la Comunidad de Madrid¹⁵⁵.

El gráfico 206 muestra la tasa de incidencia acumulada anual de infección por VIH desde el año 2009 hasta el año 2016 por sexos. En este año, que es último del que se disponen datos consolidados, se contabilizaron 752 nuevos diagnósticos, de los cuales el 90,3% eran hombres, lo que supone una tasa de 46,1/100.000. La tasa en mujeres fue de 4,3/100.000. Según se puede observar, la aparición de nuevos casos muestra una tendencia globalmente descendente. En la Comunidad de Madrid¹⁵⁵, en el año 2016, las tasas de incidencia fueron de 30,5/100.000 en hombres y de 4,2/100.000 en mujeres. Para ese mismo año el dato publicado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social¹⁵⁶ sitúa la tasa de incidencia nacional en 7,2 por 100.000 habitantes (12,3 por 100.000 para los hombres y 2,2 por 100.000 para las mujeres). Por lo que las tasas de la ciudad son superiores a las obtenidas en la Comunidad (para los hombres, aproximadamente 1,5 veces más en la ciudad) y muy superiores a las obtenidas a nivel nacional (cerca del doble en las mujeres y casi cuatro veces más para los hombres). Como se dijo, estos diagnósticos corresponden a personas que residían en el municipio de Madrid en el momento de conocer esta situación, mereciendo especial atención la incidencia de casos en hombres en nuestra ciudad.

[Volver a índice](#)



Gráfico 206. Tasas de incidencia de VIH según sexo. Ciudad de Madrid, 2009-2016



Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

De todos los casos diagnosticados en residentes de nuestra ciudad en el periodo estudiado, entre los hombres el mecanismo de transmisión más habitual (tabla 91) son las relaciones sexuales con otros hombres (HSH), tanto para los nacidos en España (83,1%) como para los hombres nacidos en otros países (78,9%), seguido de las relaciones heterosexuales (6% para los nacidos en España y 11,7% para los hombres nacidos en otro país). Entre las mujeres, el mecanismo de infección más habitual son las relaciones heterosexuales (75,2% para las mujeres españolas y 96,8% para aquellas nacidas en otro país). Estas frecuencias son muy similares a las recogidas en el citado informe de la Comunidad de Madrid para la región, si bien la proporción de personas infectadas por el mecanismo HSH es algo mayor entre los hombres de la capital.

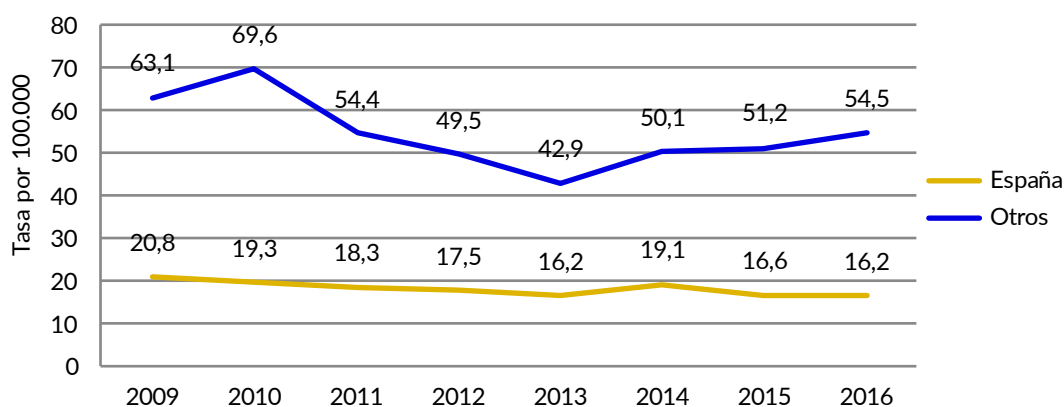
Tabla 91. Distribución de frecuencias de residentes en la ciudad de Madrid diagnosticados de VIH según sexo y país de nacimiento por mecanismo de transmisión, 2009-2019

Mecanismo de transmisión (*)	Hombres				Mujeres			
	España		Otro país		España		Otro país	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PID	103	2,7	35	1,3	30	12,4	5	1
HSH	3173	83,1	2156	78,9				
HTX	229	6	320	11,7	181	75,2	475	96,8
Otros	1	0	5	0,2	8	3,3	5	1
Desconocido/NC	312	8,2	216	7,9	22	9,1	6	1,2
Total	3818	100	2732	100	241	100	491	100

(*) PID: personas que se inyectan drogas; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; NC: no consta. Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid Junio, 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Por otro lado, la tasa de incidencia en función del lugar de nacimiento de la población residente en Madrid es más alta en las personas nacidas en otros países, respecto a las personas nacidas en España, diferencia que tiende a agudizarse pues, mientras que en las personas nacidas en España ha descendido ligeramente en los últimos años, en las personas nacidas en otro país la tasa ha aumentado en un 11,6 por 100.000 entre los años 2013-2016 (variación absoluta) (gráfico 207).

Gráfico 207. Tasa de incidencia de VIH según lugar de nacimiento y año de diagnóstico. Ciudad de Madrid, 2009-2016



Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

El 12,75% de las personas diagnosticadas en este periodo, también fueron diagnosticadas de SIDA. En personas nacidas en España este porcentaje es de 11,9% y en personas nacidas en otro país, de 13,6%. Como se puede ver en la [tabla 92](#), la frecuencia de casos de HIV que se diagnostican tardíamente es elevada, es decir y según lo consensuado, los que en el momento del diagnóstico presentan una cantidad de CD4 por debajo de 350 células por μl . Tras registrarse mejores datos, en los últimos años vuelve a situarse por encima del 40%, lo que resulta preocupante, como lo es el número de personas que al diagnóstico tienen un estadio avanzado de la enfermedad (PEA), situación que se da en uno de cada cinco casos nuevos en el periodo estudiado. Con todo, la situación del retraso diagnóstico es más grave a nivel nacional (un 46% de diagnóstico tardío en 2016)¹⁵⁶.

Tabla 92. Distribución anual de nuevos diagnósticos de VIH, mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico según gravedad del retraso, 2009-2018

Año	N	Mediana Linfocitos CD4 (*)	PEA (<200 células/ μl) %	DT (<350 células/ μl) %	<500 células/ μl %
2009	825	418	24,2	41,2	59,2
2010	805	446	21	37,6	57,6
2011	701	387	26,4	45,8	64,3
2012	643	416	25	40,7	61,3
2013	579	455	19,2	36,4	55,6
2014	686	459	19,8	36	54,4
2015	634	487	17,2	31,9	51,6
2016	662	490	18	32,5	51,5
2017**	469	420	24,7	41,2	60,6
2018-19**	158	415	25,3	44,3	59,5
Total	6162	441	21,8	38,4	57,4

(*) Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 6162 nuevos diagnósticos (84,6%). La N incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4. PEA: Presentación con enfermedad avanzada. DT: Diagnóstico tardío. Linfocitos CD4<500: estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10). (**) La notificación de casos de SIDA es más precoz, lo que explica que en 2017-19 los porcentajes de PEA y DT sean superiores a los años previos. Así, el 20,9% de los casos notificados en este periodo son casos de SIDA. Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Volver a índice



En las tablas 93 y 94 se muestra la distribución de las personas que son diagnosticadas con retraso, según la severidad del mismo en función de la cantidad de linfocitos CD4/ μ l en el momento del diagnóstico por diferentes variables.⁶⁵ De los 5.542 casos de hombres incluidos en el periodo como nuevos diagnósticos por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el 36,7% presentaba retraso en el momento de ser diagnosticado, mientras que de las 620 mujeres que se incorporaron en el mismo plazo temporal se encontraba en esta adversa situación el 53,5%. Como se puede observar la frecuencia de retraso diagnóstico es mayor en las personas de más edad, tanto en mujeres como en hombres y en personas nacidas fuera de España, sobre todo originarias del norte de África y Oriente Medio en el caso de las mujeres, y de África subsahariana y América Latina y Caribe en los hombres.

Tabla 93. Distribución de hombres diagnosticados de VIH con retraso diagnóstico según gravedad del mismo y para algunas variables de estudio. Ciudad de Madrid, 2009-2019 (n: diagnósticos totales)

Variable	n	PEA (<200 células/ μ l) %	DT (<350 células/ μ l) %	<500 células/ μ l %	
Edad al diagnóstico de VIH	15-19	977	5,2	20,8	46,8
	20-29	1.650	9,8	25,8	45,5
	30-39	2.118	18,8	34,6	55,3
	40-49	1.173	30,1	47,7	64,2
	>49	520	40,8	57,1	75
Mecanismo de transmisión	PID	108	43,5	55,6	71,3
	HTX	500	42,6	62,6	77,8
	HSH	4.593	16,3	32,1	52,1
País origen	España	3.273	19	33,7	52,2
	Otros:	2.269	22,3	40,9	61,4
	1. Europa Occidental	291	11	27,8	51,2
	2. Europa Oriental	115	20,9	33,9	46,1
	3. América Latina y Caribe	1.633	23,2	42,3	63,4
	4. África Subsahariana	111	34,2	57,7	72,1
5. Norte de África y Oriente Medio	44	34,1	45,5	59,1	

Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Tabla 94. Distribución de mujeres diagnosticadas de VIH con retraso diagnóstico según gravedad del mismo y para algunas variables de estudio. Ciudad de Madrid, 2009-2019 (n: diagnósticos totales)

Variable	n	PEA (<200 células/ μ l) %	DT (<350 células/ μ l) %	<500 células/ μ l %	
Edad al diagnóstico de VIH	15-19	14	14,3	35,7	57,1
	20-29	145	26,2	42,1	60,7
	30-39	186	31,7	54,3	72,6
	40-49	162	41,4	58	75,3
	>49	101	48,5	67,3	78,2
Mecanismo de transmisión	PID	24	25	41,7	66,7
	HTX	569	35	54,1	71
País origen	España	204	28,4	44,6	61,8
	Otros:	416	38	57,9	74,5
	1. Europa Occidental	9	0	11,1	33,3
	2. Europa Oriental	36	47,2	58,3	63,9
	3. América Latina y Caribe	252	38,5	60,7	78,6
	4. África Subsahariana	102	33,3	52	70,6
5. Norte de África y Oriente Medio	7	57,1	85,7	85,7	

Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

En cuanto a los casos de SIDA, para el periodo 2009-2019 (tabla 95) fueron 1.274 los casos diagnosticados en hombres, frente a 272 casos en mujeres. La edad media de las personas diagnosticadas de SIDA es de 42 (\pm 10,8) años en hombres y 41 (\pm 10,9) años en mujeres. En ambos sexos el número de casos de SIDA es mayor entre las personas nacidas en España (62,6 % de los hombres y 55,5% de las mujeres) siendo los mecanismos de transmisión preferentes las relaciones homosexuales en hombres (59,1% de los casos) y las relaciones heterosexuales en mujeres (63,6% de los casos).



Tabla 95. Casos de SIDA según sexo por año de diagnóstico. Ciudad de Madrid, 2009-2019

Casos de SIDA		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2009	215	81,1	50	18,9
	2010	192	80,3	47	19,7
	2011	177	81,9	39	18,1
	2012	152	80,4	37	19,6
	2013	111	81,6	25	18,4
	2014	110	82,7	23	17,3
	2015	102	82,9	21	17,1
	2016	74	82,2	16	17,8
	2017	103	88,8	13	11,2
	2018	36	97,3	1	2,7
	2019	2	100	0	0
	Total	1274	82,4	272	17,6

Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Respecto de la mortalidad por SIDA en el periodo 2009-2019, han fallecido por esta causa 1.030 hombres y 219 mujeres, mayoritariamente nacidos/as en España (87,7% de los hombres y 88,1% de las mujeres habían nacido en nuestro país). La edad media fue de 50,5 (\pm 10) años en los hombres y de 47 (\pm 9,5) años en las mujeres. El mecanismo de transmisión principal para ambos sexos fue el consumo de drogas por vía parenteral (61,4% de los fallecimientos de hombres y 65,3% de los de mujeres por esta causa) (tabla 96).

Tabla 96. Personas fallecidas por VIH/SIDA según sexo y año de deceso. Ciudad de Madrid, 2009-2019

Personas fallecidas con VIH/SIDA		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año	2009	126	77,8	36	22,2
	2010	142	83	29	17
	2011	166	85,6	28	14,4
	2012	133	78,7	36	21,3
	2013	107	87	16	13
	2014	91	77,1	27	22,9
	2015	106	84,1	20	15,9
	2016	64	83,1	13	16,9
	2017	65	85,5	11	9,7
	2018	28	90,3	3	0
	2019	2	100	0	17,5
	Total	1030	82,5	219	17,5

Fuente: Informe Epidemiológico. Vigilancia VIH/SIDA. Municipio de Madrid, junio 2019. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

En resumen, la epidemia de HIV/SIDA afecta con más intensidad a la población madrileña que a la española, siendo 9 veces más frecuente la aparición de casos nuevos entre hombres que entre mujeres. Aunque la proporción de población de origen español es mayoritaria entre quienes se incorporan en estos últimos años a la epidemia, la tasa de incidencia en extranjeros es sensiblemente mayor. Si bien de forma amortiguada, la tendencia en la incidencia de la infección apunta a la reducción en el periodo 2009-2019. Al igual que ocurre a nivel nacional, el mecanismo de transmisión más frecuente son las relaciones sexuales sin protección, destacando en los hombres el HSH y en las mujeres la vía heterosexual, especialmente en las extranjeras. Cuatro de cada diez nuevos casos se diagnostican con retraso, y una quinta parte de todos tiene un estadio avanzado de la enfermedad cuando recibe el diagnóstico, configurando este fenómeno uno de los problemas fundamentales de la evolución epidémica. Este retraso está relacionado con el sexo (más frecuente en mujeres), la edad (mayores), la vía de transmisión (heterosexual) y el origen de las personas infectadas (extranjeras). A diferencia de lo que ocurre en los perfiles de transmisión de los casos nuevos, la mayoría de quienes han fallecido en el periodo estudiado por esta infección contrajeron el HIV mediante inyección de sustancias por vía parenteral.

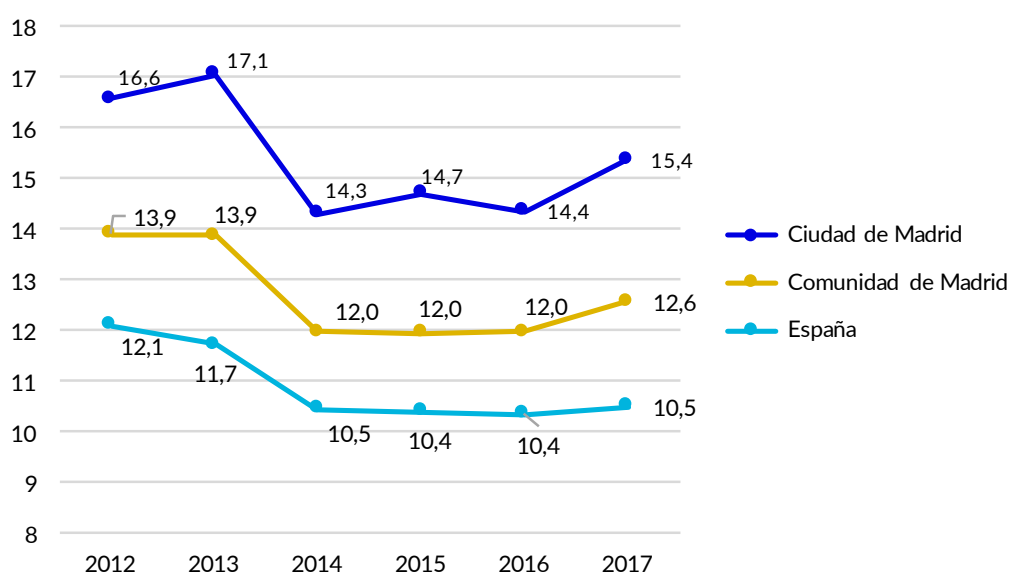
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

En la Comunidad de Madrid (CM), las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) se notifican a través de un sistema de vigilancia epidemiológica regulado por ley. El último informe disponible es el referido al año 2017. Dicha vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos¹⁵⁷.

En lo relativo a la ciudad de Madrid, en el año 2017 se practicaron en mujeres residentes en este municipio 9.693 interrupciones voluntarias de la gestación, lo que equivale a una tasa de 15,4 por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años. Esta tasa es aproximadamente un 50% superior a la del conjunto de España, que alcanza el 10,5 por 1.000¹⁵⁸.

En el [gráfico 208](#) se puede ver la evolución de las IVE en la ciudad de Madrid, en la Comunidad de Madrid y en España entre 2012 y 2017.

Gráfico 208. Tasas de IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años.
Ciudad de Madrid, Comunidad y España, 2012-2017



Fuentes: Informe 2017 sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid e Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo 2017, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

[Volver a índice](#)



Según datos del Instituto Madrileño de Estadística¹⁵⁹, la mayor parte de las mujeres madrileñas que en 2017 se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se encontraban entre los 20 y los 35 años (66,2%). Las menores de 20 años supusieron el 8,2% y las menores de 15 años el 0,2%. La mayoría (68%) tenía estudios secundarios, el 52,5% tenía uno o más hijos/as, y el 41,2% ya se había sometido con anterioridad a una IVE (27,3%) o más (14%).

La IVE se realizó en todos los casos en centros privados (75% en medio extrahospitalario y 25% en hospital). Casi las tres cuartas partes del total de las IVE realizadas durante ese año en la ciudad de Madrid contaron con financiación pública. La edad gestacional en el momento de la IVE fue ocho semanas o menos en el 72,2% de los casos.

También cabe destacar, que algo más de la mitad de las mujeres que en 2017 tuvieron una IVE no utilizaba ningún tipo de medio anticonceptivo (53,1%), mientras que un 30,4% utilizaba anticonceptivos de barrera y un 14,5% hormonales. En relación con la información recibida sobre IVE, el 43,3% afirmó que la obtuvo en algún centro público sanitario, el 28,1% a través de Internet y el 17% por medio de familiares y/o amigos/as.

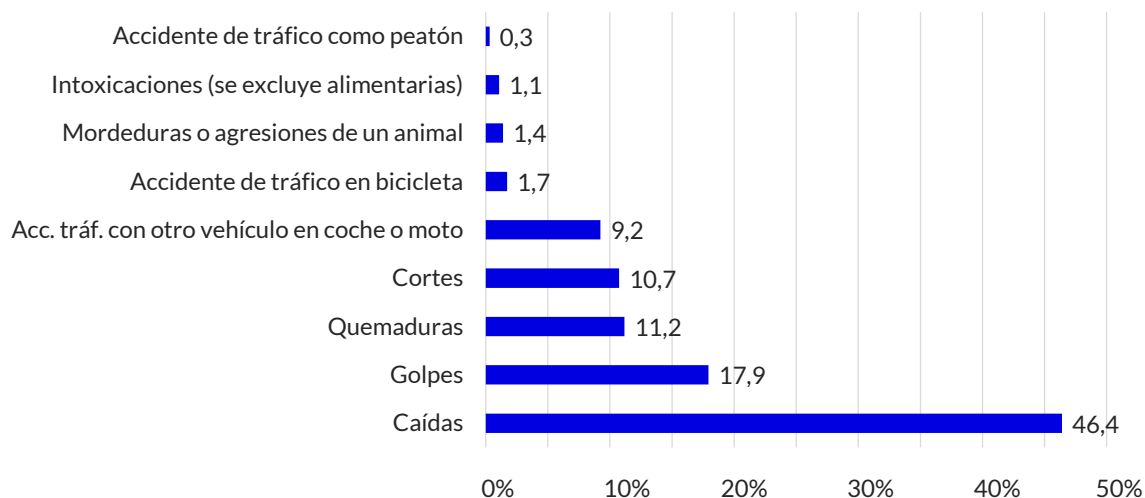
ACCIDENTES

Las lesiones no intencionadas constituyen una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. En la ESCM'17 se han incluido tres preguntas sobre accidentes, modificadas de las de la "Encuesta de salud de Barcelona 2016" y de la ENSE 2017, con ellas se recoge prácticamente la misma información que en la ESCM'13 y también se obtiene información sobre qué tipos de accidentes se producen más frecuentemente. Estas preguntas solo se han realizado a una parte de la muestra (n = 4.418) por lo que no se analizan los resultados por distrito. Los datos no se comparan con los de la ESCM'13 debido al reducido tamaño de la muestra utilizada en dicha encuesta. Tampoco con los de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2017) porque las preguntas realizadas no son exactamente iguales.

El 18,6% [IC95% = 17,00-20,2] de las personas encuestadas afirma haber tenido algún accidente que provocó restricción en su actividad y/o requirió asistencia sanitaria, en los últimos 12 meses.

En cuanto al tipo de accidente, las caídas suponen casi la mitad de los casos 46,4%, seguidas de los golpes y las quemaduras (gráfico 209).

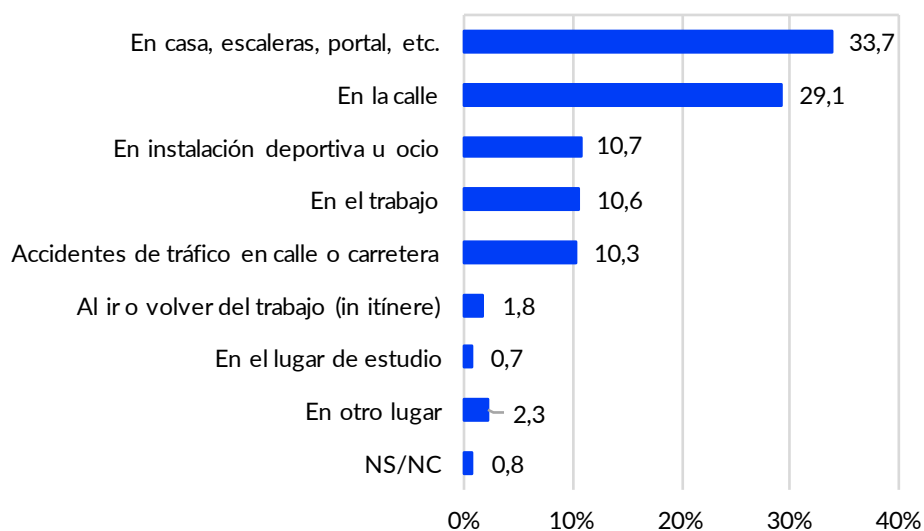
Gráfico 209. Distribución de frecuencia de accidentes en los últimos 12 meses según tipo, 2017 (n=totalidad de accidentes)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En relación con el lugar donde sucedió la lesión, más de un tercio ocurrió en el entorno doméstico y un porcentaje similar en la calle (se excluyen los accidentes de tráfico) (gráfico 210).

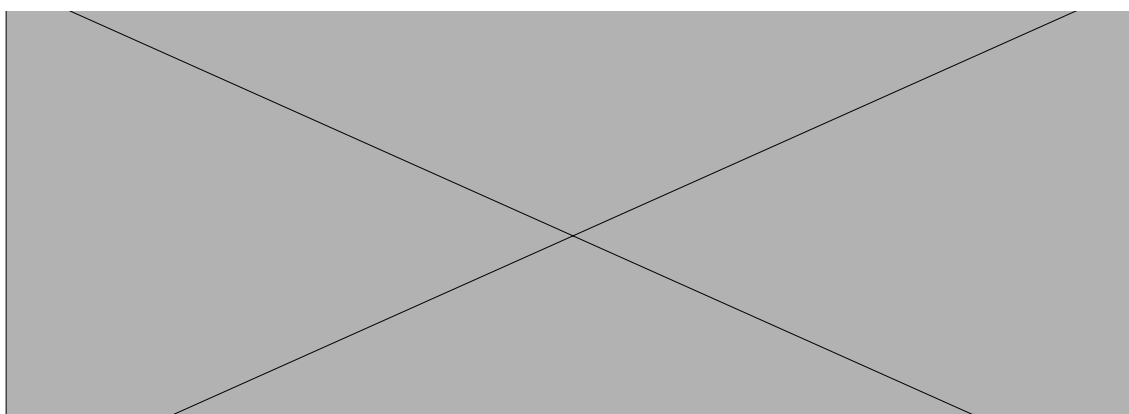
Gráfico 210. Distribución de frecuencia de accidentes según lugar del suceso, 2017
(n = totalidad de accidentes)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Respecto de la asistencia médica requerida, el 41,5% no solicitó ningún tipo de asistencia. Entre quienes sí lo hicieron, un 6,3% necesitó ingreso hospitalario (gráfico 211).

Gráfico 211. Distribución de frecuencias del tipo de atención sanitaria requerida en aquellas personas accidentadas que la necesitaron, 2017 (n=totalidad de accidentes)



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

El hecho de sufrir un accidente frente a no sufrirlo se ha analizado según variables de análisis. Se observa que la probabilidad de sufrir un accidente es mayor para las mujeres, para las personas más jóvenes, para quienes tienen estudios primarios o menos y para quienes forman parte de una familia de clase ocupacional favorecida, no hallando apenas diferencias por nivel de desarrollo del distrito de residencia (tabla 97). Si ajustamos todas ellas en un modelo de RLM encontramos que solo resultan explicativas la edad (los más jóvenes un 60% más riesgo que los mayores) y el sexo (las mujeres al menos un 10% más).

[Volver a índice](#)

Tabla 97. Distribución de frecuencias de accidentes, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Accidentes		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		4.418	822	18,6		
Sexo	Mujer	2.420	490	20,2	1,3*	1,1-1,5
	Hombre	1.998	332	16,6	1	
Edad	15 a 29	774	185	23,9	1,6*	1,3-2,1
	30 a 44	1.184	227	19,2	1,2	1,0-1,5
	45 a 64	1.413	234	16,6	1,0	0,8-1,3
	65 y más años	1.046	176	16,8	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	598	114	19,1	1,0	0,8-1,3
	Secundarios	1.879	354	18,8	1,0	0,8-1,2
	Universitarios	1.942	355	18,3	1	
Clase social	Desfavorecida	1.479	304	20,6	0,9	0,7-1,1
	Media	1.108	201	18,1	0,8	0,6-1,0
	Favorecida	1.723	296	17,2	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.024	198	19,3	1,0	0,8-1,3
	Desarrollo medio-bajo	1.424	274	19,2	0,9	0,7-1,1
	Desarrollo medio-alto	1.040	176	16,9	1,0	0,8-1,3
	Mayor desarrollo	930	174	18,7	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Dado que las caídas son el tipo de accidente que sucede con más frecuencia, también se ha realizado un análisis multivariante con las variables independientes posiblemente asociadas, comprobándose que el hecho de ser mujer y tener más de 65 años, en relación con el sexo masculino y con los más jóvenes respectivamente, muestran riesgos significativos de sufrir caídas, no encontrando esa misma situación con el resto de las variables incluidas en el análisis (tabla 98).

Tabla 98. Distribución de frecuencias de caídas, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Caídas		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		4.418	423	9,6		
Sexo	Mujer	2.420	283	11,7	1,7*	1,3-2,1
	Hombre	1.998	140	7,0	1	
Edad	15 a 29	774	70	9,0	1	
	30 a 44	1.184	88	7,4	0,8	0,6-1,1
	45 a 64	1.413	118	8,4	0,9	0,7-1,3
	65 y más años	1.046	146	14,0	1,5*	1,1-2,1
Nivel de estudios	Primarios o menos	598	80	13,4	1,1	0,8-1,7
	Secundarios	1.878	176	9,4	1,1	0,8-1,4
	Universitarios	1.941	166	8,6	1	
Clase social	Desfavorecida	1.479	161	10,9	0,8	0,6-1,1
	Media	1.108	99	8,9	0,8	0,6-1,1
	Favorecida	1.723	149	8,6	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.023	91	8,9	1	
	Desarrollo medio-bajo	1.423	136	9,6	0,8	0,6-1,1
	Desarrollo medio-alto	1.041	92	8,8	0,8	0,6-1,1
	Mayor desarrollo	930	103	11,1	0,7	0,5-1,0

(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Según el informe “Las Principales Cifras de la Siniestralidad Vial. España 2016” de la Dirección General de Tráfico (DGT)¹⁶⁰, en ese año las vías urbanas registraron un total de 65.641 accidentes con víctimas, en los cuales fallecieron 519 personas (el 29% del total de fallecidos), 4.705 resultaron heridas con hospitalización y 79.256 heridas no hospitalizadas. Respecto al año anterior, el número de accidentes con víctimas en vías urbanas, de fallecidos y de heridos no hospitalizados aumentó un 4%, un 18% y un 3% respectivamente. El índice de letalidad (número de fallecidos por cada cien personas víctimas en accidente de tráfico) para las vías urbanas en 2016 fue 0,6 rompiendo la tendencia descendente que había en los últimos años.

Del total de accidentes con víctimas en zona urbana, el 29% se produjeron en Madrid y Barcelona (únicos municipios con más de un millón de habitantes) y si consideramos los ocurridos en municipios de más de 100.000 habitantes (Madrid y Barcelona y otros 60 municipios más) este porcentaje asciende a un 66%.

En Madrid y Barcelona se ha registrado el 16% de las personas fallecidas y el 23% de las heridas hospitalizadas como resultado de este tipo de accidentes. Es en el conjunto de municipios de 100.001 a 500.000 habitantes donde se ha registrado el mayor número de fallecimientos y personas heridas hospitalizadas: el 29% y el 27% del total, respectivamente.

[Volver a índice](#)



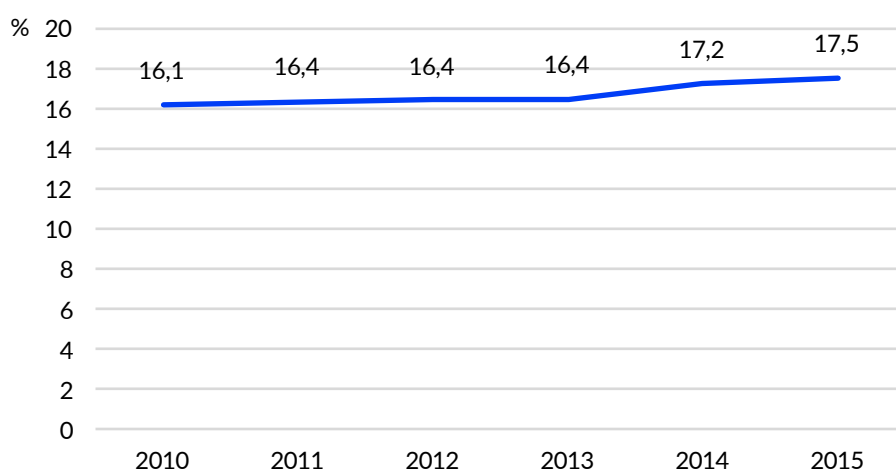
En la [tabla 99](#) se muestran los datos correspondientes a los accidentes con víctimas ocurridos en la ciudad de Madrid en los años 2013 a 2015 y en los [gráficos 212, 213, 214 y 215](#) se puede ver la evolución de la siniestralidad en los últimos cinco años. Como se puede observar, las principales víctimas de accidentes de tráfico en vías urbanas de la ciudad son peatones (más del 40% del total de fallecimientos), seguidos de quienes viajan en moto (ciclomotores y motocicletas), en torno al 30% de los fallecimientos.

Tabla 99. Distribución de personas fallecidas y heridas/hospitalizadas por accidentes en vías urbanas según medio de transporte y año. Ciudad de Madrid 2013-2015

	Personas fallecidas						Personas heridas/hospitalizadas					
	2013		2014		2015		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bicicletas	4	7,8	2	5,6	1	3,1	67	6,6	63	5,8	54	5,5
Ciclomotores	1	2,0	1	2,8	0	0,0	59	5,9	49	4,5	51	5,2
Motocicletas	18	35,3	11	30,6	8	25,0	330	32,7	398	36,6	400	40,9
Turismos	5	9,8	6	16,7	6	18,8	171	17,0	188	17,3	153	15,6
Furgonetas	0	0,0	0	0,0	1	3,1	8	0,8	12	1,1	18	1,8
Camiones	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	8	0,7	1	0,1
Autobuses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	1,8	8	0,7	16	1,6
Otros vehículos	0	0,0	1	2,8	0	0,0	8	0,8	4	0,4	6	0,6
Peatones	23	45,1	15	41,7	16	50,0	345	34,2	358	32,9	280	28,6
Total	51	100	36	100	32	100	1.008	100	1.088	100	979	100

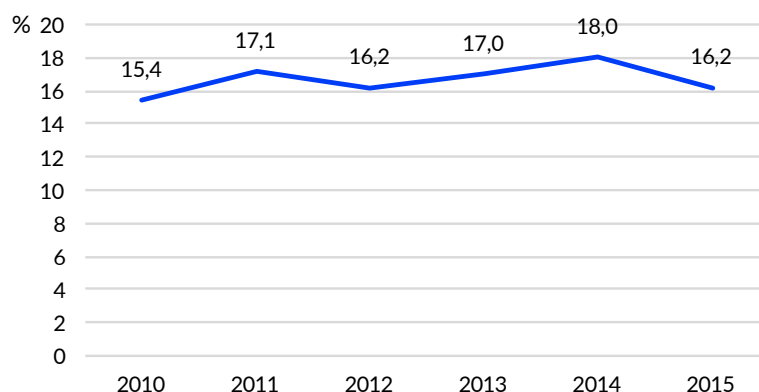
Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración propia.

Gráfico 212. Frecuencia de accidentes con víctimas en vías urbanas por año. Ciudad de Madrid, 2010-2015



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración propia.

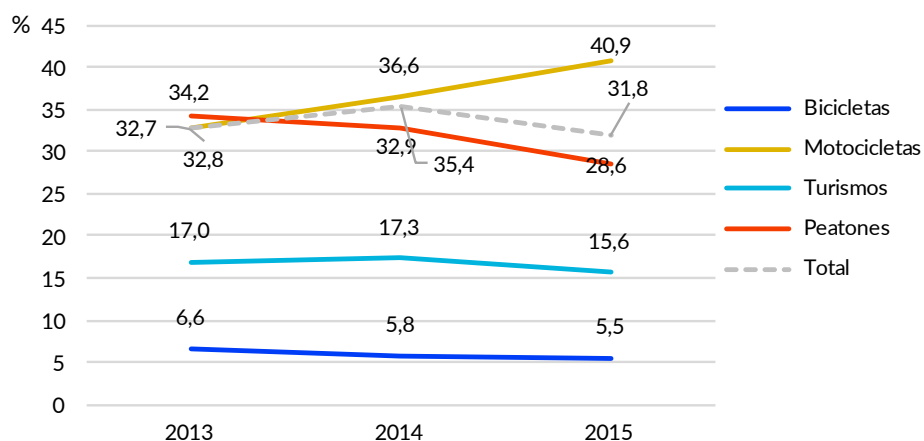
Gráfico 213. Frecuencia de accidentes en vías urbanas con personas fallecidas y heridas/hospitalizadas por año. Ciudad de Madrid, 2010-2015



Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración propia.

En los siguientes gráficos se muestra la evolución de la siniestralidad por accidente según los principales vehículos implicados (motocicleta, bicicleta o turismo) o como peatón.

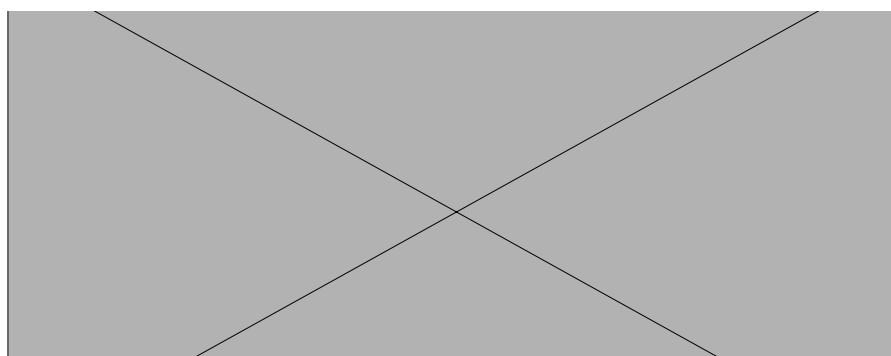
Gráfico 214. Distribución de frecuencia de personas heridas/hospitalizadas por accidente en vías urbanas según medio de transporte y año y tasa de prevalencia por 100 accidentes (total). Ciudad de Madrid, 2013-2015



Nota: hasta 100% en cada año corresponden a otros medios de transporte

Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración propia.

Gráfico 215. Distribución de frecuencia de personas fallecidas por accidente en vías urbanas según medio de transporte y año y tasa de prevalencia por 100 accidentes (total). Ciudad de Madrid, 2013-2015



Nota: hasta 100% en cada año corresponden a otros medios de transporte

Fuente: Dirección General de Tráfico. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)



INGRESOS HOSPITALARIOS

Estudiamos los ingresos hospitalarios a través de la frecuencia absoluta de los mismos, que llevamos a una medida de riesgo como es la Tasa de Ingresos Hospitalarios ajustada por edades (TAIH) y su distribución en Madrid en 2017 según los diagnósticos de alta hospitalaria. Encontramos en este análisis una aproximación indirecta al difícil conocimiento de la magnitud y distribución del conjunto de enfermedades que afectan a la población general (la morbilidad), como una fuente más de información que se complementa en este informe con otras tales como los problemas de salud diagnosticados y referidos por las personas (Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid – ESCM'17-) y la carga de enfermedad a partir del cálculo de los Años de Vida perdidos Ajustados a Discapacidad (AVAD).

En el año 2017, se produjeron 725.016 ingresos hospitalarios en la población residente en la ciudad de Madrid, de los que 318.793 fueron de hombres y 406.123 de mujeres (un 21% más ellas que ellos). Tras calcular la tasa de ingresos y ajustarla por edades por el método directo con población estándar europea (OMS) y obtener así las correspondientes TAIH que encontramos en la [TABLA XXV](#), observamos que la de los hombres por todas las causas fue de 185,24 por 1.000 [IC95% = 184,50-185,96] y la de las mujeres de 183,25 por 1.000 [IC95% = 182,62-183,89], como se ve algo mayor la de los hombres de forma estadísticamente significativa. Para casi todas las causas los hombres tienen tasas de ingresos más altas, si bien en el cómputo general las mujeres prácticamente alcanzan el número de ingresos de los hombres por la cantidad de los que ocurren por motivo de la maternidad.

Los grupos de causas de ingresos más frecuentes en hombres fueron las enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, neoplasias, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades respiratorias, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades circulatorias, enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo, enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo, enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades de la sangre. Dentro de estos grupos los diagnósticos específicos más comunes en hombres fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) o EPOC, neumonía, otras enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de próstata, diabetes mellitus, tumor maligno de tráquea, de los bronquios y el pulmón, infarto agudo de miocardio, leucemia, tumor maligno de colon y asma.

Para las mujeres los grupos de causas de ingreso principales fueron los mismos que para los hombres con excepción de que en tercer lugar figuraron los trastornos mentales y del comportamiento y en quinto el embarazo, parto y puerperio. Si atendemos a las causas específicas la primera que encontramos fue el cáncer de mama (TAIH de 168 por 100.000), seguido del asma, la neumonía, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) o EPOC, la leucemia y la diabetes mellitus.

Según las tasas, los diagnósticos al alta por los que se produjeron tres veces más ingresos en hombres que en mujeres fueron, por este orden y según la clasificación de la CIE-9 MC, la sífilis (a pesar de mostrar una tasa muy baja es 13 veces más frecuente en hombres que en mujeres), ciclista lesionado en accidente de transporte (casi 7 veces más), otras enfermedades isquémicas del corazón (más de 4 veces), EPOC, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, trastornos inducidos por el abuso de drogas (3,3 veces), tumor maligno de tráquea, de los bronquios y el pulmón, resto de infecciones de transmisión sexual (ITS), infarto agudo de miocardio y SIDA.

Por el grupo de enfermedades del sistema nervioso y del sistema osteomuscular ingresan entre un 30% y un 40% más las mujeres que los hombres, por neumonía 4 veces más y por asma 2 veces más.

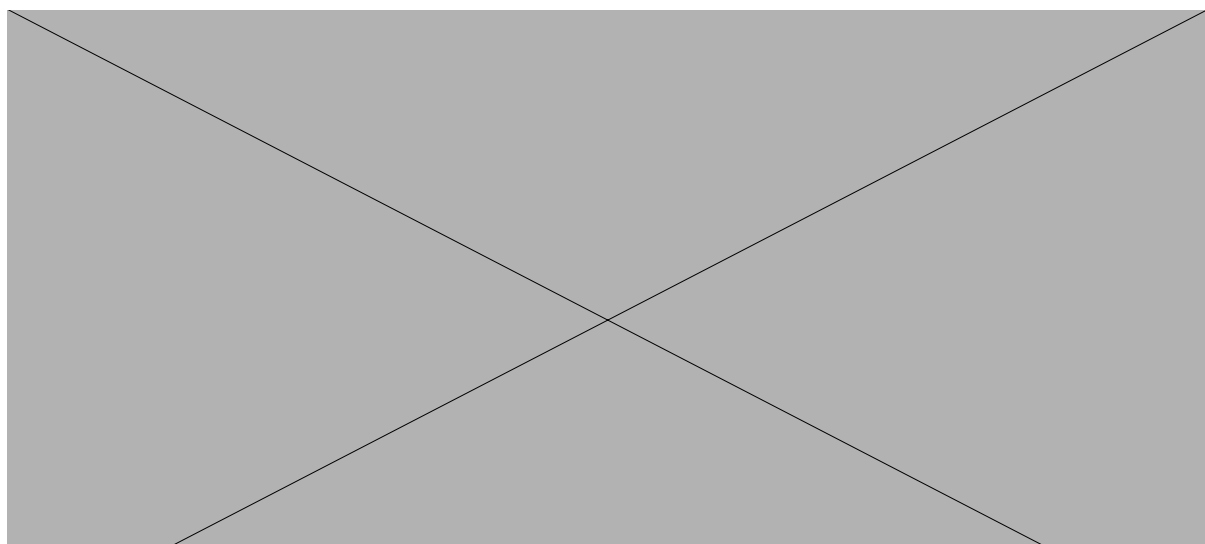
El 2,75% de los ingresos ocurre en menores de 4 años, concentrando este grupo el 14% de todos los ingresos por leucemia que se dan al año, el 11% de todos los de causa respiratoria y algo más del 7% de todos los de causas infecciosas.

La TAIH por neoplasias fue un 11% de la tasa general de ingresos en hombres, mientras que en mujeres fue del 9%. La tasa de ingresos por primera causa específica en mujeres, que fue el cáncer de mama, apenas alcanzó el 1% de la tasa general de ingresos en mujeres, mientras que, en hombres, cuya primera causa específica fueron las EPOC, esta llegó al 1,7%. El primer tumor en ingresos en los hombres, el de próstata, registró una tasa de ingresos de un 0,6% de la tasa general. El 8,20% de la tasa general de ingresos en las mujeres se debió a la maternidad, la inmensa mayoría de ellos por embarazo, parto o puerperio sin complicaciones.

Por otro lado, el grupo que más tasa de ingresos registró en las mujeres fue el de enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, con un 18% de la tasa general, siendo el segundo grupo en los hombres, ya que en ellos el primero fueron los problemas digestivos, con una tasa que alcanzó un peso de un 16% de la TAIH por todas las causas.

En el [gráfico 216](#) se muestran las tasas de ingreso por grandes grupos de enfermedades en mujeres y hombres y en la [TABLA XXV](#) se puede estudiar con detenimiento la distribución de los ingresos hospitalarios por causas a partir de sus respectivas TAIH.

Gráfico 216. Tasas ajustadas de ingresos hospitalarios según causas (grandes grupos de la CIE-9 MC) por sexo. Ciudad de Madrid, 2017



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.



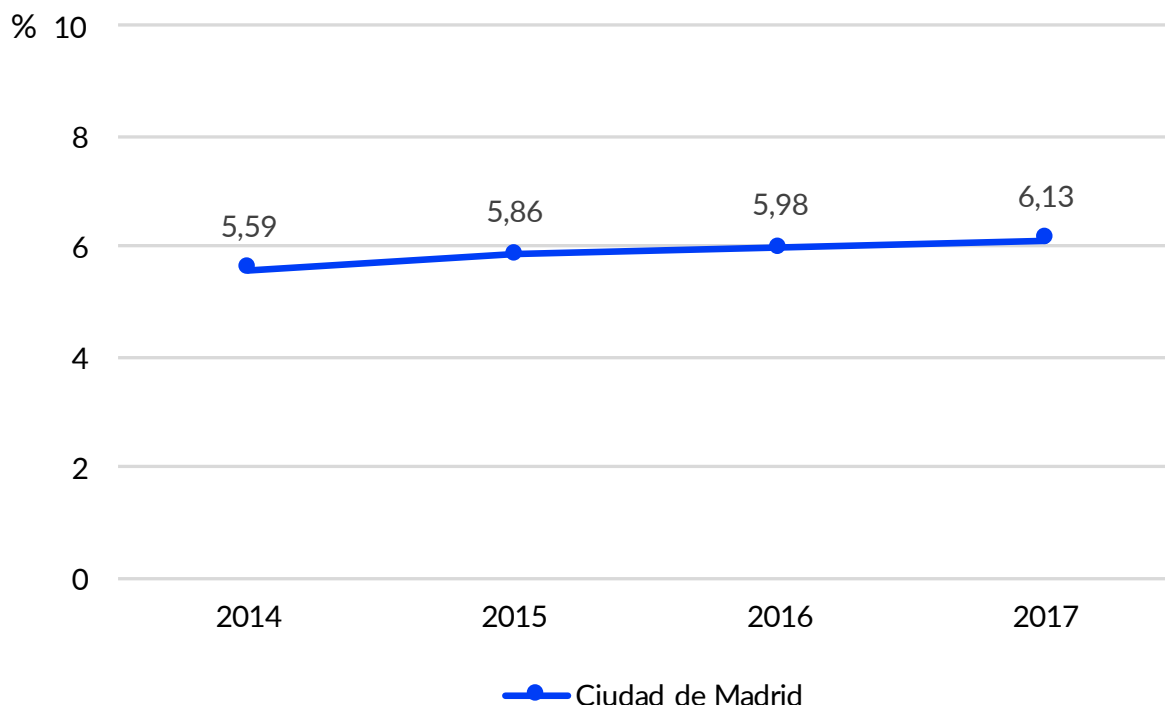
3.5. DISCAPACIDAD

La *Ley general de derechos de personas con discapacidad y de su inclusión social* (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre) establece que “Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás...” asimismo que “tendrán consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento”. El grado de discapacidad se asigna según los criterios del baremo establecido por el Real Decreto 1971/1999, de 2 de diciembre, con las modificaciones introducidas por el Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre.

En este estudio se busca conocer la prevalencia y la distribución de la discapacidad en nuestra ciudad, así como su relación con las principales variables sociodemográficas y de salud con el fin de tener mayor conocimiento de su situación. Analizaremos datos obtenidos de la ESCM'17, así como de otras fuentes disponibles, especialmente la información facilitada por la Comunidad de Madrid¹⁶¹.

Los datos muestran que en la Comunidad de Madrid existe en 2017 un 5,58% de personas con discapacidad igual o superior al 33%, cifra que se sitúa en el 6,13% en la ciudad de Madrid. Las cifras son similares respecto a años anteriores (gráfico 217). A 31 de diciembre de 2016 los datos muestran un 7,3% en el conjunto de España¹⁶². Estos datos de la Comunidad de Madrid y de España proceden de registros oficiales -de la propia Comunidad de Madrid y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales- y se refieren a todas las edades, si bien los datos de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2017 recogen la información a partir de 15 años de edad.

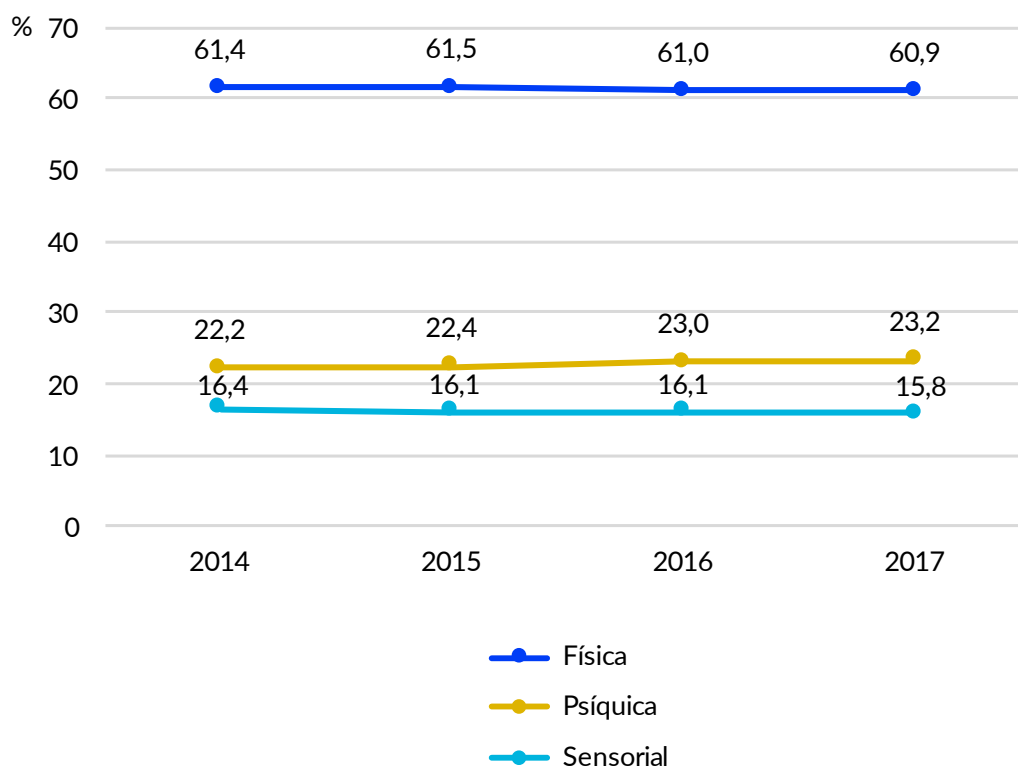
Gráfico 217. Prevalencia de personas con discapacidad. Ciudad de Madrid, 2014-2017



Fuente: Bases de datos del reconocimiento del grado de discapacidad 2014-2017. Comunidad de Madrid.

Al analizar la discapacidad según tipo se observan también datos similares en todos los años del periodo 2014-2017, correspondiendo el mayor porcentaje a la discapacidad física (más del 60% de personas con discapacidad presentan este tipo en 2017 en nuestra ciudad), seguida de la psíquica y la sensorial ([gráfico 218](#)); no se aprecian diferencias significativas por sexo.

Gráfico 218. Distribución de las personas con discapacidad según tipo para cada año. Ciudad de Madrid, 2014-2017



Fuente: Bases de datos del reconocimiento del grado de discapacidad 2014-2017. Comunidad de Madrid.

En la ESCM'17 el 6,5% [IC95% = 6,0-7,0] de las personas entrevistadas dicen tener reconocida alguna discapacidad. Este porcentaje queda reducido al 5,4% de la muestra si consideramos las personas que conocen su grado de discapacidad y este es igual o superior al 33%, que es el grado a partir del cual la normativa en esta materia establece que tendrán consideración de personas con discapacidad, como se señaló al principio.

Al analizar los datos de la encuesta según diversas variables demográficas y socioeconómicas, y tras ajustar entre todas ellas mediante un modelo de regresión logística multivariante, se comprueba que los hombres tienen mayor riesgo de sufrir una discapacidad que las mujeres, las personas de más de 45 años tienen en torno a cuatro veces más riesgo de sufrir una discapacidad que las de 15 a 29 años; las personas con estudios primarios o menos tienen mayor riesgo de sufrirla que quienes tienen estudios universitarios, y las de clase social desfavorecida más riesgo que las de favorecida. No se observan diferencias significativas en función del nivel de desarrollo del distrito de residencia, registrando con bastante precisión un claro perfil de desigualdad social en su distribución ([tabla 100](#)).



Tabla 100. Distribución de frecuencias de discapacidad igual o mayor del 33%, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Discapacidad		N	n	%	OR *	IC 95%
Total		8.845	482	5,4		
Sexo	Mujer	4.790	240	5,0	1	
	Hombre	4.055	242	6,0	1,4*	1,1-1,6
Edad	15 a 29	1.539	31	2,0	1	
	30 a 44	2.383	63	2,6	1,3	0,8-2,1
	45 a 64	2.822	233	8,3	4,4*	3,0-6,5
	65 y más años	2.101	156	7,4	3,6*	2,4-5,4
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	95	10,0	1,7*	1,2-2,4
	Secundarios	4.187	248	5,9	1,3	1,0-1,6
	Universitarios	3.707	140	3,8	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	229	7,3	1,6*	1,2-2,0
	Media	2.109	111	5,3	1,2	1,0-1,6
	Favorecida	3.413	126	3,7	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	137	6,6	1,1	0,8-1,5
	Desarrollo medio-bajo	2.851	162	5,7	1,0	0,8-1,4
	Desarrollo medio-alto	2.065	97	4,7	1,0	0,8-1,3
	Mayor desarrollo	1.862	86	4,6	1	

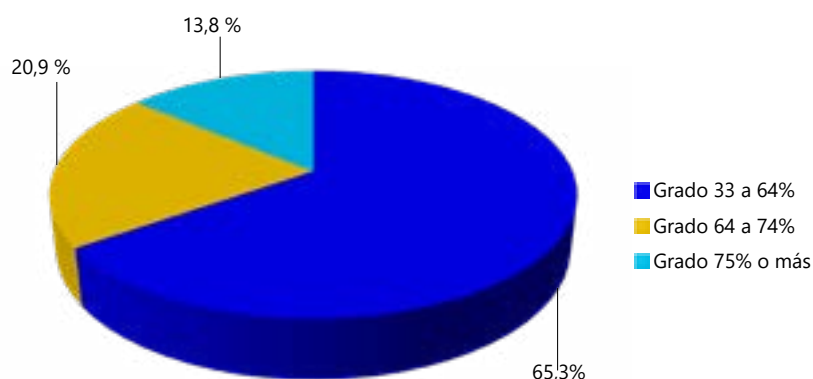
(*) OR con significación estadística. Fuente: ESCM'17.

Análisis según grado discapacidad y variables sociodemográficas

Los grados de discapacidad, según la información obtenida en nuestra encuesta de salud, se han agrupado en tres tramos: de 33 a 64%, de 65 a 74% y de 75% o más, coincidiendo con la clasificación que realiza la Comunidad de Madrid, según la normativa.

Casi dos tercios de las personas con discapacidad de nuestra muestra tienen un grado entre 33 y 64% (gráfico 219).

Gráfico 219. Distribución de las personas con discapacidad según grado, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Al analizar por sexo los grados de discapacidad, observamos que el número de mujeres y hombres es similar en los tramos de 33 a 64%; hay más mujeres que hombres en los grados de 65 a 74%, y más hombres que mujeres en los grados de mayor discapacidad.

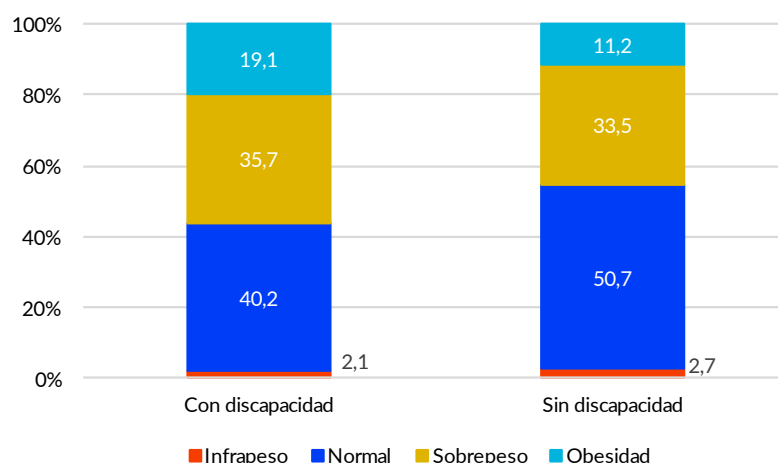
Con respecto a la edad en cada uno de los tres tramos de severidad en que hemos dividido la discapacidad, 8 de cada 10 personas tienen más de 44 años. El 45% de las personas con grado mayor de discapacidad tienen 65 o más años.

En la distribución por nivel de estudios observamos que a medida que se incrementa el grado de discapacidad aumenta la proporción de personas con estudios primarios o menos (17,1% en los grados de 33 a 64% y 28,4% en los grados de 75% o más), y disminuye el de personas con estudios universitarios (29,8% en los grados menores y 22,4% en los de mayor discapacidad). Predominan quienes tienen estudios secundarios en los tres tramos, en torno al 50% de las personas en cada uno de ellos.

Discapacidad y estado ponderal

El 54,8% de las personas con alguna discapacidad presentan sobrepeso u obesidad, 10 puntos porcentuales más que las personas sin discapacidad (gráfico 220).

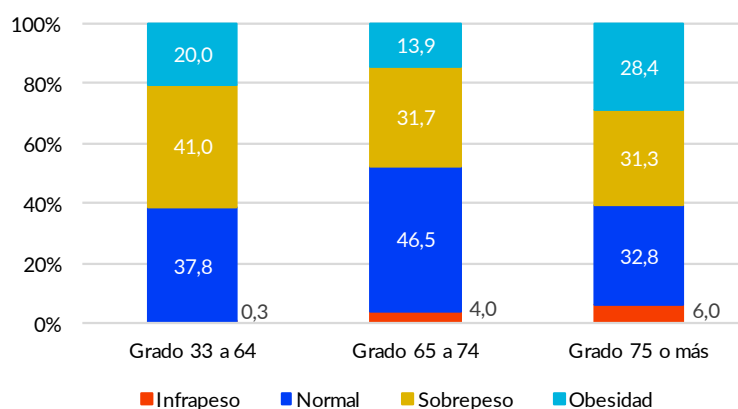
Gráfico 220. Distribución del estado ponderal en personas con y sin discapacidad, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Además, la distribución del estado ponderal de las personas con discapacidad según su grado muestra que la obesidad es más frecuente en las personas de mayor grado de discapacidad y el sobrepeso en las que tienen un grado de 33 a 64% (gráfico 221).

Gráfico 221. Distribución del estado ponderal en personas con discapacidad según grado, 2017



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

[Volver a índice](#)



Personas con discapacidad que viven solas

Según los datos de nuestra encuesta de salud, la prevalencia de vivir solo o sola es mayor en las personas con alguna discapacidad (21,5%) respecto al conjunto de la muestra (13,7%).

Personas con discapacidad y discriminación

La encuesta incluye la pregunta *En algún momento de su vida, ¿se ha sentido discriminado/a, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o le han hecho sentirse inferior por alguna de las siguientes causas?*, con posibilidad de respuesta múltiple. Solo se ha preguntado a la mitad de la muestra. De las personas encuestadas que refieren tener algún grado de discapacidad, el 65,2% manifiestan no haber sentido ninguna discriminación frente al 73,6% de las personas sin discapacidad.

En el caso de las personas con discapacidad, el principal motivo de discriminación que refieren es la propia discapacidad (tabla 101). En este sentido cabe señalar que en la Encuesta de Calidad de Vida de la Ciudad de Madrid 2017, más del 45% de las personas encuestadas perciben Madrid como ciudad poco amigable con las personas con discapacidad.

Tabla 101. Distribución de frecuencias de personas con discapacidad que han sentido discriminación según motivos, 2017

Motivos de discriminación (posible respuesta múltiple)	n	%
Por padecer alguna discapacidad	47	27,3
Por su nivel de estudios o clase social	26	15,1
Por padecer alguna enfermedad crónica	25	14,5
Por su sexo	22	12,8
Por su aspecto físico	18	10,5
Por su etnia o país de origen	12	7,0
Por su edad	12	7,0
Por su opción u orientación sexual	2	1,2
Acoso laboral/problemas en trabajo	2	1,2
Religión	1	0,6
Por otra causa ¿cuál?	5	2,9

Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.



ANEXOS

ANEXO I. TABLAS



TABLA I. Indicadores de estructura de la población.
Ciudad de Madrid y distritos. 1 de enero de 2018

Indicadores demográficos por distrito	2018				
	Población 2018	Población sobre total de la ciudad (%)	Proporción de personas nacidas fuera de España	Proporción de inmigrantes económicos (1) (*)	Proporción de juventud (2)
Ciudad de Madrid	3.221.824	100	21,03	18,43	14,37
Centro	132.352	4,11	30,77	21,99	8,48
Arganzuela	152.907	4,75	16,13	13,19	12,90
Retiro	119.011	3,69	12,34	9,60	12,61
Salamanca	145.268	4,51	19,79	14,70	11,42
Chamartín	144.894	4,50	15,68	11,70	13,87
Tetuán	155.967	4,84	28,50	25,62	12,00
Chamberí	138.418	4,30	17,54	12,86	11,02
Fuencarral-El Pardo	242.928	7,54	13,59	11,24	17,89
Moncloa- Aravaca	117.835	3,66	16,13	12,53	14,73
Latina	235.785	7,32	22,96	21,43	12,54
Carabanchel	248.220	7,70	28,06	26,82	15,01
Usera	136.978	4,25	30,53	29,56	15,86
Puente de Vallecas	230.488	7,15	25,39	24,26	14,09
Moratalaz	94.261	2,93	15,19	13,89	12,14
Ciudad Lineal	214.463	6,66	23,43	21,36	12,97
Hortaleza	183.930	5,71	15,55	12,08	17,71
Villaverde	145.523	4,52	28,31	26,81	16,80
Villa de Vallecas	107.649	3,34	17,18	16,18	19,45
Vicálvaro	70.962	2,20	17,04	15,60	19,15
San Blas- Canillejas	156.149	4,85	18,57	17,09	15,97
Barajas	47.836	1,48	14,99	12,16	18,46

(*) Consideramos inmigrante económico al residente en Madrid nacido fuera de España excepto en algún país de la UE-15 (1995) y resto de países de la OCDE de alta renta.

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Las cifras de personas nacidas fuera de España proceden de la revisión del Padrón a 1 de julio de 2018.

Los 3 distritos con mejor situación en este indicador.

Los 3 distritos con peor situación en este indicador.

[Volver a índice](#)



TABLA I.
(continuación)

2018						
Proporción de envejecimiento (3)	Proporción de sobre-envejecimiento (4)	Índice de envejecimiento (5)	Índice de juventud (6)	Índice de dependencia (7)	Edad promedio	
20,39	36,19	141,85	70,50	53,27	44,03	
16,25	35,52	191,60	52,19	32,87	44,09	Centro
19,03	34,64	147,51	67,79	46,90	44,35	Arganzuela
25,52	34,24	202,38	49,41	61,65	46,92	Retiro
23,92	37,96	209,52	47,73	54,66	46,25	Salamanca
23,16	36,40	166,93	59,91	58,82	45,31	Chamartín
19,57	39,33	163,17	61,28	46,13	44,17	Tetuán
24,24	37,79	219,93	45,47	54,47	46,45	Chamberí
20,68	29,66	115,59	86,51	62,77	42,74	Fuencarral-El Pardo
21,83	35,22	148,21	67,47	57,61	44,49	Moncloa- Aravaca
25,04	35,42	199,67	50,08	60,22	46,47	Latina
19,60	37,78	130,58	76,58	52,91	43,47	Carabanchel
17,41	41,32	109,75	91,12	49,85	42,33	Usera
18,21	39,63	129,27	77,36	47,70	43,30	Puente de Vallecas
26,00	38,71	214,26	46,67	61,65	47,38	Moratalaz
23,06	38,91	177,73	56,27	56,32	45,79	Ciudad Lineal
18,71	30,65	105,66	94,64	57,28	42,27	Hortaleza
17,79	38,02	105,87	94,46	52,90	42,11	Villaverde
12,36	29,57	63,58	157,28	46,65	38,57	Villa de Vallecas
14,55	32,75	76,00	131,58	50,84	40,46	Vicálvaro
17,70	40,86	110,87	90,20	50,76	42,56	San Blas- Canillejas
17,62	24,30	95,46	104,76	56,46	41,48	Barajas

1. Nacidos en un país en desarrollo sobre población total (%).
2. Menores de 16 años sobre población total (%).
3. Personas de 65 y más años sobre población total (%).
4. Personas de 80 y más años sobre personas de 65 y más años (%).
5. Personas de 65 y más años por cada 100 menores de 16 años.
6. Menores de 16 años por cada 100 de 65 y más años.
7. Índice de dependencia: menores de 16 y personas de 65 y más años por cada 100 de 16 a 64 años.

[Volver a índice](#)





TABLA II. Distribución de frecuencias de sedentarismo, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Sedentarismo en la ocupación habitual				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.845	3.846	43,5		
Sexo	Mujer	4.790	1.852	38,7	1	
	Hombre	4.055	1.994	49,2	1,52*	1,39-1,66
Edad	15 a 29	1.539	712	46,3	1,61*	1,39-1,86
	30 a 44	2.383	1.164	48,8	1,56*	1,37-1,78
	45 a 64	2.821	1.207	42,8	1,30*	1,15-1,48
	65 y más años	2.101	762	36,3	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	347	36,4	1	
	Secundarios	4.186	1.497	35,8	0,61*	0,51-0,72
	Universitarios	3.707	2.002	54,0	1,00	0,83-1,20
Clase social	Desfavorecida	3.130	947	30,3	1	
	Media	2.109	1.020	48,4	2,03*	1,80-2,29
	Favorecida	3.413	1.797	52,7	2,05*	1,81-2,31
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	779	37,7	1	
	Desarrollo medio-bajo	2.850	1.197	42,0	1,11	0,97-1,28
	Desarrollo medio-alto	2.065	978	47,4	1,17	1,03-1,35
	Mayor desarrollo	1.861	891	47,9	1,10	0,98-1,25

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA II.
(continuación)

Sedentarismo en tiempo libre					Sedentarismo en tiempo libre y ocupación habitual					
N	n	%	OR*	IC 95%	N	n	%	OR*	IC 95%	
8.845	2.651	30,0			8.845	1.366	15,4			
4.790	1.628	34,0	1,45*	1,32-1,60	4.790	783	16,3	1,09	0,97 - 1,23	Sexo
4.055	1.022	25,2	1		4.055	583	14,4	1		
1.539	417	27,1	1		1.539	214	13,9	1		Edad
2.383	682	28,6	1,15	1,0-1,34	2.383	321	13,5	0,94	0,77 - 1,13	
2.821	822	29,1	1,11	1,0-1,29	2.822	425	15,1	1,06	0,88 - 1,27	
2.101	730	34,7	1,21*	1,03-1,42	2.101	406	19,3	1,25*	1,03 - 1,52	
952	433	45,5	1,77*	1,47-2,13	952	217	22,8	1,64*	1,31 - 2,05	Nivel de estudios
4.186	1.328	31,7	1,23*	1,09-1,38	4.186	596	14,2	1,00	0,86 - 1,15	
3.707	890	24,0	1		3.707	553	14,9	1		
3.130	1.205	38,5	1,00	0,88-1,14	3.130	461	14,7	1		Clase social
2.109	555	26,3	1,57*	1,38-1,78	2.110	344	16,3	1,24*	1,05 - 1,40	
3.413	821	24,1	1		3.413	520	15,2	1,18*	1,05 - 1,45	
2.067	711	34,4	0,96	0,83-1,11	2.067	321	15,5	1		Grupo de distritos
2.850	886	31,1	1,05	0,91-1,21	2.851	438	15,4	1,05	0,87 - 1,26	
2.065	559	27,1	1,08	0,94-1,27	2.065	318	15,4	1,04	0,87 - 1,24	
1.861	495	26,6	1		1.862	290	15,6	1,00	0,87 - 1,20	

[Volver a índice](#)



Ⓞ TABLA III. Distribución de frecuencias de uso, número adecuado y satisfacción con espacios verdes, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Uso de espacios verdes				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.537	8.060	94,4		
Sexo	Mujer	4.627	4.356	94,1	1	
	Hombre	3.910	3.704	94,7	1,0	0,8-1,2
Edad	16 a 29	1.379	1.340	97,1	2,8*	1,9-4,1
	30 a 44	2.352	2.264	96,2	2,0*	1,5-2,7
	45 a 64	2.735	2.588	94,6	1,6*	1,2-2,0
	65 y más años	2.071	1.868	90,2	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.590	1.421	89,4	1	
	Secundarios	3.509	3.320	94,6	1,5*	1,2-1,9
	Universitarios	3.155	3.064	97,1	3,0*	2,2-4,0
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.988	1.878	94,5	1	
	Desarrollo medio-bajo	2.750	2.579	93,8	0,9	0,7- 1,1
	Desarrollo medio-alto	1.991	1.866	93,7	0,7*	0,5-0,9
	Mayor desarrollo	1.808	1.737	96,1	1,1	0,8-1,6

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

TABLA III.
(continuación)

Número adecuado de espacios verdes					Satisfacción con los espacios verdes					
N	n	%	OR*	IC 95%	N	n	%	OR*	IC 95%	
8.402	5.238	62,3			8.436	6.780	80,4			
4.540	2.780	61,2	1		4.559	3.621	79,4	1		Sexo
3.861	2.458	63,7	1,1	1,0-1,2	3.878	3.159	81,5	1,1	1,0-1,3	
1.370	866	63,2	1		1.372	1.176	85,7	1,61*	1,3-2,0	Edad
2.336	1.360	58,2	0,8*	0,7-0,9	2.342	1.891	80,7	1,2	1,0-1,4	
2.703	1.636	60,5	0,9	0,8-1,0	2.710	2.134	78,7	1,0	0,9-1,2	
1.991	1.375	69,1	1,3*	1,1-1,5	2.011	1.579	78,5	1		
1.537	1.018	66,2	1,1	1,0-1,3	1.542	1.189	77,2	1		Nivel de estudios
3.456	2.197	63,6	1,2	1,0-1,3	3.473	2.816	81,1	1,1	0,9-1,3	
3.136	1.844	58,8	1		3.144	2.559	81,4	1,1	0,9-1,3	
1.945	1.200	61,7	1,0	0,9-1,2	1.952	1.541	78,9	1		Grupo de distritos
2.692	1.809	67,2	1,3*	1,1-1,5	2.704	2.135	79,0	1,1	0,9-1,2	
1.972	1.146	58,1	0,9	0,8-1,0	1.980	1.533	77,4	1,0	0,8-1,1	
1.794	1.084	60,4	1		1.799	1.572	87,4	2,0*	1,6-2,4	



Ⓞ TABLA IV. Distribución de frecuencias de uso, número adecuado y satisfacción con instalaciones deportivas, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Uso instalaciones deportivas				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.258	4.203	50,9		
Sexo	Mujer	4.456	2.132	47,8	1	
	Hombre	3.802	2.071	54,5	1,2*	1,1-1,3
Edad	16 a 29	1.341	913	68,1	5,5*	4,6-6,5
	30 a 44	2.299	1.434	62,4	4,2*	3,6-4,8
	45 a 64	2.672	1.412	52,8	3,1*	2,7-3,5
	65 y más años	1.944	443	22,8	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.519	456	30,0	1	
	Secundarios	3.413	1.884	55,2	1,7*	1,5-1,9
	Universitarios	3.062	1.803	58,9	2,1*	1,9-2,5
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.913	1.048	54,8	1,5*	1,3-1,8
	Desarrollo medio-bajo	2.673	1.272	47,6	1,1	0,9-1,2
	Desarrollo medio-alto	1.958	1.060	54,1	1,3*	1,1-1,4
	Mayor desarrollo	1.713	823	48,0	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

TABLA IV.
(continuación)

Número adecuado de instalaciones deportivas					Satisfacción con las instalaciones deportivas					
N	n	%	OR*	IC 95%	N	n	%	OR*	IC 95%	
6.385	3.890	60,9			6.195	5.257	84,9			
3.344	2.018	60,3	1		3.231	2.746	85,0	1,0	0,9-1,2	Sexo
3.040	1.872	61,6	1,0	0,9-1,2	2.963	2.511	84,7	1		
1.132	787	69,5	1,0*	1,1-1,6	1.116	1.004	90,0	1,5*	1,1-1,9	Edad
1.900	1.110	58,4	0,8	0,7-1,0	1.861	1.570	84,4	0,9	0,7-1,2	
2.168	1.206	55,6	0,7*	0,6-0,8	2.112	1.732	82,0	0,8*	0,6-0,9	
1.185	787	66,4	1		1.106	951	86,0	1		
995	676	67,9	1,5*	1,3-1,8	946	819	86,6	1,3	1,0-1,6	Nivel de estudios
2.777	1.752	63,1	1,2*	1,1-1,4	2.721	2.352	86,4	1,2	1,0-1,4	
2.451	1.348	55,0	1		2.379	1.955	82,2	1		
1.505	952	63,3	1,4*	1,2-1,7	1.474	1.259	85,4	1,1	0,9-1,4	Grupo de distritos
1.964	1.353	68,9	1,8*	1,6-2,1	1.936	1.736	89,7	1,7*	1,4-2,1	
1.556	867	55,7	1,1	1,0-1,3	1.502	1.199	79,8	0,8	0,7-1,0	
1.360	718	52,8	1		1.283	1.063	82,9	1		





TABLA V. Distribución de frecuencias de consumo de vegetales, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Consumo de 5 o más raciones de fruta y/o verdura/día (incluyendo zumos)				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.845	1.102	12,5		
Sexo	Mujer	4.790	773	16,1	2,1*	1,8-2,4
	Hombre	4.055	329	8,1	1	
Edad	15 a 29	1.539	127	8,3	1	
	30 a 44	2.383	228	9,6	1,0	0,8-1,3
	45 a 64	2.822	381	13,5	1,6*	1,3-2,0
	65 y más años	2.101	366	17,4	2,1*	1,7-2,7
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	155	16,3	0,9	0,7-1,1
	Secundarios	4.187	462	11,0	1,0	0,8-1,3
	Universitarios	3.706	485	13,1	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	367	11,7	1	
	Media	2.110	234	11,1	1,2	1,0-1,5
	Favorecida	3.413	474	13,9	0,9	0,7-1,1
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	255	12,3	1	
	Desarrollo medio-bajo	2.851	329	11,5	0,9	0,8-1,1
	Desarrollo medio-alto	2.065	274	13,3	1,1	0,9-1,3
	Mayor desarrollo	1.862	243	13,1	1,0	0,9-1,3

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA V.
(continuación)

Consumo de 5 o más raciones de fruta y/o verdura/ día (excluyendo zumos)					Consumo de 3 o más raciones de fruta y/o verdura/ día (excluyendo zumos)					
N	n	%	OR*	IC 95%	N	n	%	OR*	IC 95%	
8.845	773	8,7			8.845	3.677	41,6			
4.790	562	11,7	2,4*	2,0-2,8	4.790	2.420	50,5	2,2*	2,0-2,4	Sexo
4.055	210	5,2	1		4.055	1.257	31,0	1		
1.539	87	5,7	1		1.539	440	28,6	1		Edad
2.383	161	6,8	1,1	0,8-1,4	2.383	801	33,6	1,1	1,0-1,3	
2.822	268	9,5	1,6*	1,3-2,1	2.822	1.230	43,6	1,8*	1,6-2,1	
2.101	257	12,2	2,1*	1,6-2,8	2.101	1.207	57,4	3,1*	2,6-3,6	
952	109	11,4	1,0	0,8-1,4	952	502	52,7	1,0	0,8-1,2	Nivel de estudios
4.187	335	8,0	0,9	0,7-1,2	4.187	1.542	36,8	0,8*	0,7-0,9	
3.706	328	8,9	1		3.707	1.633	44,1	1		
3.130	267	8,5	1		3.130	1.186	37,9	1		Clase social
2.109	172	8,2	0,9	0,7-1,1	2.110	868	41,2	1,1	1,0-1,3	
3.413	318	9,3	1,1	0,9-1,4	3.413	1.527	44,7	1,3*	1,2-1,5	
2.067	186	9,0	1,3	1,0-1,7	2.067	805	38,9	1		Grupo de distritos
2.851	241	8,5	1,2	0,9-1,5	2.851	1.127	39,5	1,0	0,8-1,1	
2.065	197	9,5	1,3	1,0-1,7	2.065	912	44,2	1,1	0,9-1,2	
1.862	149	8,0	1		1.862	834	44,8	1,1	0,9-1,20	



Ⓞ TABLA VI. Distribución de frecuencias de uso, número adecuado y satisfacción con el carril bici, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Uso del carril bici				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.537	2.687	31,5		
Sexo	Mujer	4.627	1.181	25,5	1	
	Hombre	3.910	1.506	38,5	1,8*	1,6-2,0
Edad	16 a 29	1.379	754	54,7	17,9*	14,1-22,7
	30 a 44	2.352	1.073	45,6	11,6*	9,3-14,6
	45 a 64	2.735	752	27,5	5,6*	4,5-7,1
	65 y más años	2.072	108	5,2	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.590	191	12,0	1	
	Secundarios	3.509	1.168	33,3	1,6*	1,3-1,9
	Universitarios	3.155	1.293	41,0	2,6*	2,2-3,2
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.987	681	34,3	1,7*	1,4-2,0
	Desarrollo medio-bajo	2.750	763	27,7	1,1	1,0-1,3
	Desarrollo medio-alto	1.991	752	37,8	1,6*	1,4-1,9
	Mayor desarrollo	1.807	490	27,1	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

TABLA VI.
(continuación)

Número adecuado de carriles bici					Satisfacción con el carril bici					
N	n	%	OR*	IC 95%	N	n	%	OR*	IC 95%	
6.398	2.318	36,2			6.261	2.911	46,5			
3.282	1.216	37,1	1,1	1,0-1,2	3.203	1.497	46,7	1,1	1,0-1,2	Sexo
3.116	1.102	35,4	1		3.058	1.414	46,2	1		
1.172	421	35,9	1		1.154	673	58,3	2,1*	1,7-2,5	Edad
1.957	685	35,0	1,0	0,9-1,2	1.913	882	46,1	1,4*	1,1-1,6	
2.120	759	35,8	1,0	0,8-1,1	2.076	901	43,4	1,2	1,0-1,3	
1.149	453	39,4	1,1	0,9-1,3	1.119	456	40,8	1		
950	436	45,9	1,8*	1,6-2,2	924	456	49,4	1,5*	1,2-1,7	Nivel de estudios
2.702	1.066	39,5	1,5*	1,3-1,7	2.661	1.363	51,2	1,8*	1,5-2,0	
2.592	738	28,5	1		2.538	1.023	40,3	1		
1.513	618	40,8	1,7*	1,5-2,0	1.489	772	51,8	1,6*	1,4-1,9	Grupo de distritos
1.819	790	43,4	2,0*	1,7-2,3	1.797	957	53,3	1,8*	1,5-2,0	
1.545	523	33,9	1,5*	1,3-1,7	1.486	625	42,1	1,2	1,0-1,4	
1.521	387	25,4	1		1.489	557	37,4	1		





TABLA VII. Distribución de frecuencias de satisfacción con vivir en la ciudad de Madrid y en el barrio, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Satisfacción con vivir en la ciudad de Madrid				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.511	7.402	87,0		
Sexo	Mujer	4.610	4.059	88,0	1,3*	1,1-1,4
	Hombre	3.901	3.343	85,7	1	
Edad	16 a 29	1.377	1.269	92,2	1,9*	1,5-2,5
	30 a 44	2.349	2.067	88,0	1,2	1,0-1,5
	45 a 64	2.731	2.285	83,7	0,8	0,7-1,0
	65 y más años	2.053	1.780	86,7	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	1.575	1.367	86,8	1,2	1,0-1,5
	Secundarios	3.503	3.076	87,8	1,2	1,0-1,3
	Universitarios	3.153	2.711	86,0	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	1.977	1.720	87,0	1,0	0,8-1,2
	Desarrollo medio-bajo	2.745	2.379	86,7	1,0	0,8-1,2
	Desarrollo medio-alto	1.985	1.751	88,2	1,0	1,0-1,5
	Mayor desarrollo	1.803	1.551	86,0	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta sobre Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid 2016. Elaboración propia.

TABLA VII.
(continuación)

Satisfacción con vivir en su barrio					
N	n	%	OR*	IC 95%	
8.526	6.966	81,6			
4.623	3.718	80,4	1		Sexo
3.903	3.248	83,2	1,2*	1,1-1,3	
1.378	1.198	86,9	1,8*	1,5-2,2	Edad
2.346	1.971	84,0	1,4*	1,1-1,6	
2.734	2.140	78,3	0,9	0,8-1,1	
2.068	1.657	80,1	1		
1.589	1.241	78,1	1		Nivel de estudios
3.505	2.833	80,8	1,0	0,8-1,1	
3.153	2.674	84,8	1,0	0,8-1,2	
1.984	1.397	70,4	1		Grupo de distritos
2.750	2.229	81,1	1,8*	1,6-2,1	
1.986	1.693	85,2	2,5*	2,1-2,9	
1.808	1.648	91,2	4,4*	3,6-5,4	





TABLA VIII. Esperanza de vida al nacer y por quinquenio de edad en los distritos de la ciudad de Madrid, 2017

Distritos	Ambos sexos									
	Al nacer	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
Centro	83,69	82,96	78,96	73,96	69,07	64,07	59,07	54,14	49,16	44,27
Arganzuela	84,77	83,90	79,90	74,90	69,96	65,01	60,06	55,19	50,25	45,39
Retiro	85,84	84,93	80,93	76,10	71,10	66,10	61,16	56,16	51,16	46,22
Salamanca	85,39	84,39	80,39	75,39	70,39	65,59	60,59	55,59	50,68	45,84
Chamartín	85,49	84,80	80,80	75,80	70,80	65,86	60,91	55,94	50,94	46,10
Tetuán	84,16	83,34	79,40	74,40	69,47	64,53	59,65	54,73	49,87	44,96
Chamberí	85,19	84,27	80,35	75,35	70,35	65,42	60,47	55,52	50,55	45,66
Fuencarral-El Pardo	85,11	84,30	80,35	75,35	70,39	65,42	60,51	55,56	50,61	45,70
Moncloa-Aravaca	84,75	84,01	80,17	75,17	70,23	65,35	60,35	55,44	50,47	45,56
Latina	84,58	83,81	79,86	74,94	69,98	65,15	60,15	55,29	50,41	45,55
Carabanchel	85,00	84,08	80,08	75,08	70,21	65,27	60,32	55,34	50,39	45,48
Usera	84,11	83,18	79,24	74,30	69,30	64,34	59,34	54,49	49,60	44,67
Puente de Vallecas	83,25	82,62	78,83	73,87	68,94	64,00	59,11	54,13	49,25	44,40
Moratalaz	85,45	84,74	80,74	75,74	70,74	65,97	60,97	56,03	51,08	46,21
Ciudad Lineal	85,15	84,20	80,20	75,25	70,29	65,29	60,44	55,56	50,65	45,75
Hortaleza	85,05	84,14	80,14	75,14	70,14	65,14	60,22	55,28	50,42	45,49
Villaverde	84,82	84,12	80,18	75,18	70,18	65,18	60,18	55,31	50,40	45,53
Villa de Vallecas	84,06	83,17	79,17	74,23	69,23	64,30	59,36	54,41	49,50	44,64
Vicálvaro	84,18	83,18	79,18	74,34	69,42	64,50	59,76	54,85	50,14	45,14
San Blas-Canillejas	84,08	83,21	79,21	74,26	69,26	64,26	59,43	54,46	49,52	44,63
Barajas	86,53	85,53	81,53	76,53	71,53	66,53	61,53	56,53	51,61	46,68

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

TABLA VIII.
(continuación)

Ambos sexos											
45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	95 y más años	
39,46	34,75	30,21	25,91	21,89	17,93	14,16	10,74	7,63	5,00	3,17	Centro
40,55	35,82	31,23	26,82	22,42	18,19	14,39	10,54	7,41	5,15	3,17	Arganzuela
41,31	36,69	31,98	27,37	22,86	18,64	14,69	11,04	7,63	5,05	2,95	Retiro
41,00	36,20	31,50	26,98	22,67	18,49	14,74	11,11	8,00	5,31	3,33	Salamanca
41,18	36,44	31,83	27,36	23,01	18,72	14,58	10,80	7,70	5,14	3,11	Chamartín
40,09	35,29	30,73	26,42	22,11	18,26	14,29	10,75	7,50	5,05	3,05	Tetuán
40,81	36,02	31,38	26,93	22,60	18,65	14,81	11,24	8,20	5,47	3,38	Chamberí
40,89	36,16	31,60	27,10	22,83	18,72	14,57	10,91	7,68	5,07	3,20	Fuencarral-El Pardo
40,84	36,15	31,54	27,08	22,74	18,73	14,53	10,73	7,60	4,86	2,87	Moncloa-Aravaca
40,68	36,03	31,39	27,05	22,90	18,91	14,95	11,27	8,04	5,31	3,13	Latina
40,66	35,93	31,23	26,80	22,45	18,22	14,37	10,75	7,64	4,91	3,20	Carabanchel
39,86	35,20	30,64	26,33	22,14	18,18	14,44	10,94	7,65	5,12	3,16	Usera
39,69	34,95	30,43	26,09	21,93	18,05	14,26	10,81	7,68	5,09	3,24	Puente de Vallecas
41,46	36,81	32,17	27,62	23,36	19,32	15,19	11,45	8,11	5,48	3,56	Moratalaz
40,95	36,11	31,50	27,09	22,85	18,68	14,76	11,14	7,84	5,26	3,37	Ciudad Lineal
40,67	35,85	31,21	26,73	22,43	18,26	14,24	10,51	7,14	4,72	3,38	Hortaleza
40,63	36,02	31,43	26,99	22,69	18,58	14,65	10,93	7,73	5,33	3,08	Villaverde
39,75	34,86	30,16	25,74	21,34	17,55	13,69	10,02	6,82	4,14	3,04	Villa de Vallecas
40,31	35,63	31,00	26,59	22,44	18,17	14,41	10,84	7,39	4,62	2,94	Vicálvaro
39,77	35,03	30,38	26,07	21,91	17,95	14,16	10,48	7,70	5,12	3,02	San Blas-Canillejas
41,77	36,82	32,26	27,74	23,34	19,10	14,91	10,70	7,45	4,88	2,95	Barajas





TABLA IX. Esperanza de vida al nacer y por quinquenio de edad de los hombres según el distrito de la ciudad de Madrid, 2017

Distritos	Hombres									
	Al nacer	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
Centro	80,41	79,58	75,58	70,58	65,79	60,79	55,79	50,84	45,84	40,97
Arganzuela	82,43	81,66	77,66	72,66	67,78	62,78	57,88	52,94	48,03	43,23
Retiro	83,86	82,86	78,86	73,86	68,86	63,86	58,86	53,86	48,86	43,92
Salamanca	82,80	81,80	77,80	72,80	67,80	63,06	58,06	53,06	48,24	43,42
Chamartín	82,69	82,04	78,04	73,04	68,04	63,16	58,25	53,25	48,25	43,52
Tetuán	81,17	80,39	76,52	71,52	66,65	61,65	56,65	51,75	46,97	42,04
Chamberí	82,17	81,31	77,46	72,46	67,46	62,46	57,56	52,62	47,67	42,80
Fuencarral-El Pardo	82,83	81,89	77,94	72,94	68,00	63,06	58,24	53,29	48,32	43,44
Moncloa-Aravaca	82,62	81,79	77,94	72,94	67,94	62,94	57,94	53,03	48,03	43,09
Latina	81,42	80,68	76,76	71,92	66,99	62,25	57,25	52,34	47,52	42,68
Carabanchel	82,11	81,11	77,11	72,11	67,23	62,35	57,45	52,45	47,48	42,63
Usera	80,71	79,84	75,96	71,06	66,06	61,06	56,06	51,27	46,38	41,47
Puente de Vallecas	79,57	78,88	75,27	70,27	65,40	60,51	55,60	50,60	45,69	40,89
Moratalaz	82,63	82,19	78,19	73,19	68,19	63,48	58,48	53,48	48,58	43,58
Ciudad Lineal	82,13	81,13	77,13	72,22	67,22	62,22	57,39	52,63	47,74	42,86
Hortaleza	82,61	81,69	77,69	72,69	67,69	62,69	57,84	52,97	48,11	43,20
Villaverde	81,57	80,91	76,91	71,91	66,91	61,91	56,91	52,12	47,29	42,41
Villa de Vallecas	81,74	80,74	76,74	71,84	66,84	61,98	56,98	52,07	47,13	42,17
Vicálvaro	81,76	80,76	76,76	71,91	67,06	62,22	57,39	52,55	47,98	42,98
San Blas-Canillejas	81,12	80,24	76,24	71,34	66,34	61,34	56,42	51,48	46,59	41,76
Barajas	84,56	83,56	79,56	74,56	69,56	64,56	59,56	54,56	49,73	44,73

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

TABLA IX.
(continuación)

Hombres											
45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	95 y más años	
36,24	31,54	27,04	22,91	19,22	15,37	11,85	9,01	6,32	4,08	2,65	Centro
38,36	33,58	29,18	24,81	20,48	16,45	12,86	9,18	6,66	4,68	2,63	Arganzuela
39,06	34,48	29,77	25,23	20,91	16,66	12,81	9,45	6,35	4,09	2,43	Retiro
38,63	33,79	29,10	24,66	20,41	16,39	12,75	9,55	7,00	4,64	3,39	Salamanca
38,52	33,90	29,46	25,07	20,83	16,81	12,77	9,24	6,70	4,58	2,66	Chamartín
37,17	32,42	28,02	23,91	19,58	15,78	12,05	9,08	6,36	4,52	2,72	Tetuán
37,88	33,05	28,58	24,18	19,94	16,12	12,70	9,39	6,91	4,81	3,20	Chamberí
38,65	33,97	29,41	25,02	20,78	16,77	12,94	9,65	6,89	4,50	2,81	Fuencarral-El Pardo
38,34	33,73	29,18	24,93	20,68	17,03	13,07	9,31	6,56	4,04	2,47	Moncloa-Aravaca
37,81	33,29	28,70	24,46	20,56	16,96	13,43	10,18	7,14	4,71	2,99	Latina
37,87	33,07	28,46	24,20	19,99	16,15	12,53	9,07	6,58	4,53	3,10	Carabanchel
36,73	32,20	27,82	23,71	19,89	16,24	12,94	9,71	6,89	4,47	2,91	Usera
36,24	31,53	27,14	22,91	19,08	15,53	12,26	9,36	6,91	4,70	3,43	Puente de Vallecas
39,08	34,51	29,86	25,41	21,35	17,74	13,85	10,56	7,54	5,07	3,59	Moratalaz
38,15	33,36	28,69	24,32	20,37	16,52	13,04	9,89	7,02	4,82	3,08	Ciudad Lineal
38,33	33,51	28,90	24,47	20,45	16,49	12,77	9,38	6,41	4,29	3,33	Hortaleza
37,48	32,97	28,45	24,13	20,10	16,33	12,74	9,33	6,69	4,89	2,82	Villaverde
37,27	32,45	27,85	23,40	18,96	15,52	11,86	8,74	5,70	3,45	4,32	Villa de Vallecas
38,20	33,55	28,96	24,89	20,78	16,63	13,23	10,02	6,83	3,80	2,46	Vicálvaro
36,95	32,08	27,48	23,38	19,46	15,83	12,28	9,04	6,79	4,48	2,62	San Blas-Canillejas
39,83	34,92	30,31	25,62	21,38	17,27	13,36	9,59	6,97	4,49	1,75	Barajas





TABLA X. Esperanza de vida al nacer y por quinquenio de edad de las mujeres según el distrito de la ciudad de Madrid, 2017

Distrito	Mujeres									
	Al nacer	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
Centro	86,49	85,87	81,87	76,87	71,87	66,87	61,87	56,97	52,01	47,08
Arganzuela	86,55	85,55	81,55	76,55	71,55	66,67	61,67	56,86	51,90	46,97
Retiro	87,20	86,37	82,37	77,72	72,72	67,72	62,84	57,84	52,84	47,90
Salamanca	87,23	86,23	82,23	77,23	72,23	67,36	62,36	57,36	52,36	47,49
Chamartín	87,63	86,89	82,89	77,89	72,89	67,89	62,89	57,95	52,95	48,00
Tetuán	86,47	85,59	81,59	76,59	71,59	66,71	61,96	57,00	52,08	47,18
Chamberí	87,30	86,30	82,30	77,30	72,30	67,45	62,45	57,50	52,50	47,59
Fuencarral-El Pardo	87,02	86,35	82,41	77,41	72,41	67,41	62,41	57,46	52,53	47,58
Moncloa-Aravaca	86,32	85,67	81,84	76,84	71,97	67,22	62,22	57,30	52,37	47,49
Latina	87,33	86,52	82,52	77,52	72,52	67,60	62,60	57,77	52,85	47,96
Carabanchel	87,34	86,51	82,51	77,51	72,64	67,64	62,64	57,68	52,74	47,77
Usera	87,06	86,06	82,06	77,06	72,06	67,16	62,16	57,23	52,35	47,40
Puente de Vallecas	86,56	85,99	81,99	77,08	72,08	67,08	62,22	57,26	52,40	47,49
Moratalaz	87,77	86,77	82,77	77,77	72,77	67,93	62,93	58,05	53,05	48,31
Ciudad Lineal	87,54	86,65	82,65	77,65	72,73	67,73	62,86	57,86	52,93	48,00
Hortaleza	87,17	86,25	82,25	77,25	72,25	67,25	62,25	57,25	52,40	47,43
Villaverde	87,72	86,98	83,10	78,10	73,10	68,10	63,10	58,17	53,17	48,31
Villa de Vallecas	86,02	85,25	81,25	76,25	71,25	66,25	61,39	56,39	51,51	46,75
Vicálvaro	86,37	85,37	81,37	76,54	71,54	66,54	61,90	56,90	52,05	47,05
San Blas-Canillejas	86,60	85,74	81,74	76,74	71,74	66,74	62,00	57,00	52,00	47,04
Barajas	88,26	87,26	83,26	78,26	73,26	68,26	63,26	58,26	53,26	48,39

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

TABLA X.
(continuación)

Mujeres											
45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	95 y más años	
42,16	37,40	32,81	28,26	23,82	19,72	15,65	11,68	8,24	5,31	3,31	Centro
42,14	37,47	32,68	28,23	23,74	19,32	15,31	11,31	7,75	5,32	3,33	Arganzuela
42,95	38,28	33,55	28,89	24,21	20,01	15,95	12,01	8,30	5,48	3,10	Retiro
42,61	37,84	33,12	28,51	24,16	19,81	15,95	11,96	8,47	5,56	3,31	Salamanca
43,15	38,30	33,53	28,98	24,52	19,98	15,75	11,75	8,22	5,38	3,26	Chamartín
42,32	37,45	32,73	28,22	23,92	20,00	15,80	11,75	8,11	5,27	3,16	Tetuán
42,80	38,05	33,26	28,74	24,33	20,23	16,00	12,20	8,78	5,69	3,42	Chamberí
42,76	37,96	33,41	28,81	24,50	20,28	15,81	11,76	8,12	5,31	3,33	Fuencarral-El Pardo
42,79	38,01	33,35	28,66	24,23	19,87	15,44	11,57	8,13	5,19	2,99	Moncloa-Aravaca
43,08	38,30	33,58	29,14	24,72	20,41	16,10	12,02	8,59	5,61	3,17	Latina
42,89	38,23	33,43	28,82	24,30	19,73	15,66	11,86	8,24	5,08	3,23	Carabanchel
42,50	37,70	32,93	28,40	23,81	19,52	15,39	11,66	8,05	5,41	3,24	Usera
42,71	37,93	33,26	28,77	24,22	19,97	15,66	11,74	8,10	5,28	3,18	Puente de Vallecas
43,31	38,58	33,96	29,30	24,83	20,43	16,10	12,02	8,44	5,68	3,56	Moratalaz
43,10	38,22	33,65	29,20	24,69	20,21	15,92	11,92	8,29	5,45	3,46	Ciudad Lineal
42,67	37,85	33,17	28,62	24,04	19,67	15,36	11,29	7,57	4,91	3,40	Hortaleza
43,45	38,71	34,02	29,42	24,82	20,37	16,12	12,11	8,40	5,52	3,17	Villaverde
41,87	36,92	32,11	27,71	23,33	19,13	15,02	10,81	7,44	4,40	2,72	Villa de Vallecas
42,16	37,43	32,77	27,97	23,77	19,38	15,34	11,40	7,70	5,07	3,18	Vicálvaro
42,14	37,55	32,83	28,26	23,79	19,48	15,42	11,35	8,17	5,37	3,14	San Blas-Canillejas
43,48	38,48	33,97	29,62	25,06	20,70	16,21	11,49	7,65	4,96	3,35	Barajas





TABLA XIII. Mortalidad ajustada según la tasa de limitación crónica a la actividad habitual para el cálculo de la esperanza de vida en buena salud ⁽¹⁾ para hombres en la ciudad de Madrid, 2017

Datos de 2017 de esperanza de vida para hombres en la ciudad de Madrid						
Grupos de edad	Defunciones en cada grupo de edad	Población en la ciudad de Madrid	Tasa de mortalidad entre las edades x y x+n	Probabilidad de muerte entre las edades x y x+n	Supervivientes a la edad x	Años vividos entre las edades x y x+1
x - x+n	Dx, x+n	Px, x+n	mx	qx	lx	nLx
0	26	15.062	0,00173	0,00172	100.000	99.862
1-4	11	59.634	0,00018	0,00074	99.828	399.163
5-9	7	76.164	0,00009	0,00046	99.754	498.655
10-14	10	71.297	0,00014	0,00070	99.708	498.366
15-19	16	68.717	0,00023	0,00116	99.638	497.901
20-24	17	75.280	0,00023	0,00113	99.522	497.330
25-29	25	90.634	0,00028	0,00138	99.410	496.707
30-34	42	108.264	0,00039	0,00194	99.273	495.884
35-39	70	125.234	0,00056	0,00279	99.081	494.711
40-44	126	130.980	0,00096	0,00480	98.804	492.835
45-49	202	120.903	0,00167	0,00832	98.330	489.605
50-54	338	112.979	0,00299	0,01485	97.512	483.940
55-59	520	96.781	0,00537	0,02651	96.064	473.954
60-64	626	75.147	0,00833	0,04080	93.518	458.049
65-69	843	66.017	0,01277	0,06187	89.702	434.634
70-74	1132	60.108	0,01883	0,08993	84.152	401.840
75-79	1455	47.424	0,03068	0,14248	76.584	355.642
80-84	2397	43.474	0,05514	0,24229	65.673	288.585
85 y más	4963	37.080	0,13385	0,80184	49.761	371.780

(1) Cálculo por el método Sullivan.

Fuentes: Padrón Municipal de Habitantes y Movimiento Natural de Población, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Elaboración propia.

TABLA XIII.
(continuación)

Datos de 2017 de esperanza de vida para hombres en la ciudad de Madrid		Cálculo esperanza de vida en buena salud			
Años vividos desde la edad x	Esperanza de vida al nacer	t(x) Tasa de limitación	Años vividos sin limitación	Años futuros de vida sin limitación	Esperanza de vida libre de limitación
		Datos de la encuesta	$(1-t(x))*L(x)$	$L'(x)+Y'(x+1)$	\sum desde x hasta n de $((1-t(x))*L(x))/L(x)$
Tx	ex	t(x)MS	L'(x)BS	T'(x)BS	EVBS
8.229.443	82,29	0,00000	99.862	6.231.445	62,31
8.129.581	81,44	0,02564	388.928	6.131.583	61,42
7.730.418	77,49	0,12121	438.212	5.742.655	57,57
7.231.763	72,53	0,11111	442.992	5.304.444	53,20
6.733.398	67,58	0,20370	396.477	4.861.452	48,79
6.235.497	62,65	0,24710	374.438	4.464.975	44,86
5.738.166	57,72	0,21965	387.604	4.090.537	41,15
5.241.459	52,80	0,22337	385.119	3.702.933	37,30
4.745.575	47,90	0,23485	378.529	3.317.814	33,49
4.250.864	43,02	0,26163	363.896	2.939.285	29,75
3.758.029	38,22	0,29242	346.435	2.575.389	26,19
3.268.424	33,52	0,31043	333.709	2.228.954	22,86
2.784.484	28,99	0,28389	339.405	1.895.245	19,73
2.310.530	24,71	0,27954	330.006	1.555.840	16,64
1.852.481	20,65	0,26441	319.714	1.225.834	13,67
1.417.847	16,85	0,31197	276.480	906.120	10,77
1.016.007	13,27	0,35271	230.202	629.641	8,22
660.365	10,06	0,42105	167.076	399.438	6,08
371.780	7,47	0,37500	232.363	232.363	4,67





TABLA XIV. Mortalidad ajustada según la tasa de limitación crónica a la actividad habitual para el cálculo de la esperanza de vida en buena salud⁽¹⁾ para mujeres en la ciudad de Madrid, 2017

Datos de 2017 de esperanza de vida para mujeres en la ciudad de Madrid						
Grupos de edad	Defunciones en cada grupo de edad	Población en la ciudad de Madrid	Tasa de mortalidad entre las edades x y x+n	Probabilidad de muerte entre las edades x y x+n	Supervivientes a la edad x	Años vividos entre las edades x y x+1
x - x+n	Dx, x+n	Px, x+n	mx	qx	lx	nLx
0	29	14.362	0,00202	0,00202	100.000	99.839
1-4	3	56.650	0,00005	0,00021	99.798	399.151
5-9	4	72.163	0,00006	0,00028	99.777	498.817
10-14	4	68.575	0,00006	0,00029	99.750	498.675
15-19	9	66.364	0,00014	0,00068	99.720	498.433
20-24	15	76.980	0,00019	0,00097	99.653	498.022
25-29	19	98.815	0,00019	0,00096	99.556	497.540
30-34	25	116.270	0,00022	0,00107	99.460	497.033
35-39	44	130.723	0,00034	0,00168	99.353	496.349
40-44	88	137.296	0,00064	0,00320	99.186	495.137
45-49	147	129.526	0,00113	0,00566	98.869	492.945
50-54	221	128.348	0,00172	0,00857	98.309	489.440
55-59	338	113.644	0,00297	0,01476	97.467	483.736
60-64	389	94.385	0,00412	0,02040	96.028	475.243
65-69	543	87.803	0,00618	0,03045	94.069	463.185
70-74	743	83.990	0,00885	0,04327	91.205	446.157
75-79	1038	70.649	0,01469	0,07086	87.258	420.832
80-84	2064	72.174	0,02860	0,13345	81.075	378.326
85 y más	8514	82.279	0,10348	0,68194	70.256	678.948

(1) Cálculo por el método Sullivan.

Fuentes: Padrón Municipal de Habitantes y Movimiento Natural de Población, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Elaboración propia.

TABLA XIV.
(continuación)

Datos de 2017 de esperanza de vida para mujeres en la ciudad de Madrid		Cálculo esperanza de vida en buena salud			
Años vividos desde la edad x	Esperanza de vida al nacer	t(x) Tasa de limitación	Años vividos sin limitación	Años futuros de vida sin limitación	Esperanza de vida libre de limitación
		Datos de la encuesta	$(1-t(x))*L(x)$	$L'(x)+Y'(x+1)$	\sum desde x hasta n de $((1-t(x))*L(x))/L(x)$
Tx	ex	t(x)MS	L'(x)BS	T'(x)BS	EVBS
8.807.807	88,08	0,00000	99.839	6.164.734	61,65
8.707.968	87,26	0,02941	387.411	6.064.895	60,77
8.308.817	83,27	0,09091	453.470	5.677.484	56,90
7.810.001	78,30	0,00000	498.675	5.224.014	52,37
7.311.326	73,32	0,00000	394.412	4.725.340	47,39
6.812.893	68,37	0,05556	395.317	4.330.927	43,46
6.314.871	63,43	0,44444	341.238	3.935.611	39,53
5.817.332	58,49	0,20000	343.234	3.594.372	36,14
5.320.298	53,55	0,26087	322.567	3.251.138	32,72
4.823.950	48,64	0,40000	345.693	2.928.571	29,53
4.328.812	43,78	0,17647	349.647	2.582.878	26,12
3.835.867	39,02	0,53333	311.102	2.233.231	22,72
3.346.427	34,33	0,56250	296.556	1.922.129	19,72
2.862.691	29,81	0,22727	304.512	1.625.573	16,93
2.387.448	25,38	0,22727	300.972	1.321.061	14,04
1.924.263	21,10	0,30000	277.609	1.020.089	11,18
1.478.107	16,94	0,35294	217.204	742.480	8,51
1.057.275	13,04	0,60000	209.487	525.277	6,48
678.948	9,66	0,00000	315.790	315.790	4,49



Ⓞ TABLA XV. Tasas brutas y ajustadas de mortalidad general. Ciudad de Madrid y España 2008 a 2017.
Tasas por 100.000

	Años	Total		
		Tasa bruta	Tasa ajustada	IC 95%
Ciudad de Madrid	2008	834,57	830,91	820,93-840,95
	2009	804,93	789,09	779,48-790,58
	2010	797,63	762,34	753,00-767,73
	2011	816,92	756,82	747,61-758,22
	2012	844,81	758,58	749,44- 767,81
	2013	834,40	725,38	716,52-730,42
	2014	842,88	710,87	702,16-719,65
	2015	909,80	746,86	738,06-755,75
	2016	869,46	701,38	692,90-705,73
	2017	892,68	712,73	704,23-716,41
España	2008	840,14	957,10	954,05-960,12
	2009	830,18	925,93	922,97-927,33
	2010	820,50	890,17	887,32-891,55
	2011	830,00	875,35	872,56-876,62
	2012	861,62	887,48	884,74-888,50
	2013	837,93	837,83	835,17-840,49
	2014	852,07	828,91	826,28-830,02
	2015	910,51	864,07	861,45-864,74
	2016	883,99	821,30	818,78-823,48
	2017	912,31	830,38	827,87-832,37

Fuentes: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid e Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

TABLA XV.
(continuación)

Hombres			Mujeres			
Tasa bruta	Tasa ajustada	IC 95%	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC 95%	
871,71	1126,07	1106,59-1145,82	801,56	643,23	632,33-654,30	Ciudad de Madrid
831,93	1059,33	1040,70-1078,19	780,97	616,13	605,56-626,85	
834,69	1034,58	1016,47-1052,96	764,88	588,69	578,51-593,43	
845,09	1018,11	1000,35-1026,87	792,17	590,09	579,96-594,13	
856,07	997,81	980,44-1006,20	834,96	602,42	592,30-612,69	
862,32	970,35	953,44-972,42	810,07	567,20	557,46-571,39	
865,29	943,23	926,74-959,94	823,39	560,13	550,50-569,95	
924,32	983,66	967,02-1000,54	897,19	590,75	580,98-592,99	
884,39	926,45	910,50-933,33	856,48	554,63	545,21-564,20	
894,13	923,12	907,36-939,08	891,43	574,48	564,95-584,17	
877,30	1228,38	1222,87-1232,51	803,73	751,98	748,54-753,09	España
868,10	1191,80	1186,47-1193,11	793,06	724,84	721,50-728,17	
861,07	1150,81	1145,67-1152,06	780,87	693,33	690,11-694,56	
866,17	1126,47	1121,47-1127,47	794,73	684,59	681,44-687,18	
893,14	1136,78	1131,78-1141,76	830,98	697,35	694,21-699,61	
871,35	1072,85	1068,11-1073,68	805,53	657,79	654,77-660,81	
882,53	1057,24	1057,24-1060,12	822,61	653,02	650,04-653,92	
935,53	1096,08	1091,41-1100,80	886,34	684,49	681,50-686,29	
916,43	1046,67	1042,14-1049,01	852,70	646,34	643,44-647,03	
938,41	1050,84	1046,38-1055,30	887,17	659,13	656,25-660,88	





TABLA XVI. Tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edades según grupos de CIE-10 y causas específicas seleccionadas. Ciudad de Madrid y España, 2017. Tasas por 100.000

Causas de mortalidad
Mortalidad general
Enfermedades infecciosas y parasitarias
SIDA
Tumores
Tumor maligno de estómago
Tumor maligno de colon
Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y el pulmón
Cáncer de mama
Cáncer de próstata
Cáncer de vejiga
Leucemia
Melanoma
Enfermedades de la sangre
Enfermedades endocrinas
Enfermedades mentales
Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos
Enfermedad de Alzheimer
Enfermedades circulatorias
Enfermedades hipertensivas
Infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas
Enfermedades cerebrovasculares
Enfermedades respiratorias
Neumonía e influenza
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) EPOC
Asma
Insuficiencia respiratoria
Otras enfermedades del sistema respiratorio
Enfermedades del sistema digestivo
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
Enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo
Enfermedades del sistema genitourinario
Afecciones originadas en el período perinatal
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (NCOP)
Causas externas
Accidentes de tráfico
Suicidio y lesiones autoinfligidas

Con fondo azul los grandes grupos de causas de CIE-10 y con fondo blanco algunas causas específicas seleccionadas. Con fondo rojo las tasas ajustadas de mortalidad de la ciudad de Madrid por encima de las de España de forma estadísticamente significativa, y con fondo verde las tasas ajustadas de mortalidad de la ciudad de Madrid por debajo de las de España de forma estadísticamente significativa. Fuentes: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid e Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

TABLA XVI.
(continuación)

Ciudad de Madrid				España			
Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada
894,13	923,12	891,43	574,48	936,97	1.062,42	884,20	658,08
16,17	16,65	15,53	9,79	14,37	16,01	14,86	11,19
1,41	1,37	0,23	0,21	1,50	1,42	0,42	0,39
284,62	303,94	202,19	158,07	299,62	337,47	188,19	161,56
14,09	15,07	8,47	6,21	14,05	15,75	8,16	6,81
27,98	29,72	21,31	15,37	28,80	32,79	20,27	16,59
66,63	72,56	23,94	20,70	75,52	84,61	20,41	18,93
0,54	0,59	29,02	23,59	0,37	0,42	27,28	23,58
25,90	26,74	0,00	0,00	25,97	30,26	0,00	0,00
13,49	14,31	3,09	2,19	16,32	18,80	3,73	2,95
10,47	11,20	7,18	5,59	8,50	9,63	6,35	5,38
2,62	2,73	1,81	1,35	2,48	2,71	1,79	1,53
3,02	3,21	4,32	2,70	3,74	4,27	4,70	3,47
18,05	18,45	23,53	14,22	24,78	28,47	32,08	23,38
26,84	26,56	49,45	27,01	32,40	37,81	60,19	39,99
39,18	39,82	64,75	39,57	44,37	50,81	68,12	49,26
14,56	14,37	39,82	22,48	19,00	22,10	45,69	31,31
207,86	211,95	256,90	152,52	245,70	280,66	278,71	197,28
14,43	14,45	31,12	17,06	17,43	20,29	36,05	24,18
76,36	78,76	55,17	34,14	83,67	94,60	55,47	40,53
36,00	37,00	50,39	31,01	50,54	58,13	64,68	46,59
141,64	142,84	130,61	76,44	123,67	143,15	98,13	68,85
31,27	31,23	29,31	16,85	25,27	29,30	23,63	16,33
44,75	45,78	13,90	9,65	48,27	55,90	14,01	10,56
0,34	0,34	2,45	1,40	0,86	0,97	3,88	2,79
6,17	6,37	9,22	5,53	3,68	4,25	4,98	3,53
59,11	59,12	75,73	43,01	45,60	52,73	51,64	35,64
43,21	44,54	38,65	24,52	46,65	52,07	41,13	30,67
2,75	2,69	4,79	2,71	2,42	2,81	4,78	3,31
4,36	4,44	9,63	5,75	7,43	8,59	14,17	9,96
27,31	27,38	31,06	17,72	25,29	29,45	31,14	21,59
1,41	1,50	1,28	1,66	1,56	1,60	1,15	1,29
1,48	1,55	1,28	1,28	1,91	1,97	1,59	1,58
42,20	43,74	32,11	22,75	19,65	21,63	20,35	14,59
34,02	33,86	25,28	17,72	43,4	45,65	24,87	20,06
3,82	3,80	1,46	1,45	6,59	6,67	1,83	1,80
9,66	9,42	3,39	3,19	11,89	11,95	4,04	3,87





TABLA XVII. Tasas ajustadas de mortalidad general por distritos según sexo, 2015-2017.
Tasas por 100.000

Distrito	Hombres	
	Tasa ajustada	IC 95%
Ciudad de Madrid	926,56	917,01-931,36
Centro	1.036,72	982,26-1.093,78
Arganzuela	911,80	866,97-958,56
Retiro	862,90	819,75-908,04
Salamanca	842,71	803,31-883,82
Chamartín	857,48	817,55-899,03
Tetuán	964,68	920,65-1010,37
Chamberí	918,60	875,96-963,06
Fuencarral-El Pardo	809,50	775,82-844,56
Moncloa-Aravaca	866,32	820,17-914,53
Latina	903,48	871,9-936,06
Carabanchel	988,39	952,63-1.025,33
Usera	977,53	927,64-1.029,82
Puente de Vallecas	1.084,75	1.044,78-1.126,22
Moratalaz	904,55	853,82-958,28
Ciudad Lineal	927,30	892,38-963,46
Hortaleza	908,12	865,05-953,22
Villaverde	985,59	934,41-1.039,8
Villa de Vallecas	958,81	886,55-1.037,21
Vicálvaro	862,17	787,26-944,25
San Blas-Canillejas	1.020,36	970,91-1.072,61
Barajas	864,88	774,43-966,65

Con fondo rojo las tasas ajustadas de mortalidad por encima de las de la ciudad de Madrid, para cada distrito y sexo, de forma estadísticamente significativa y con fondo verde las tasas ajustadas de mortalidad por debajo de las de la ciudad de Madrid, para cada distrito y sexo, de forma estadísticamente significativa

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

TABLA XVII.
(continuación)

Mujeres		
Tasa Ajustada	IC 95%	
542,72	537,28-544,55	Ciudad de Madrid
610,38	580,27-642,55	Centro
541,49	516,62-567,63	Arganzuela
525,01	500,45-551,07	Retiro
534,12	511,43-558,10	Salamanca
506,99	484,47-530,74	Chamartín
529,72	505,85-554,84	Tetuán
522,58	500,05-546,50	Chamberí
514,61	494,25-535,80	Fuencarral-El Pardo
558,88	531,54-587,66	Moncloa-Aravaca
538,51	519,63-558,15	Latina
561,42	541,41-582,16	Carabanchel
577,06	548,40-607,07	Usera
589,15	567,04-612,05	Puente de Vallecas
542,33	513,27-573,31	Moratalaz
517,51	498,36-537,44	Ciudad Lineal
539,52	514,51-565,63	Hortaleza
574,15	544,69-605,02	Villaverde
549,96	509,43-593,16	Villa de Vallecas
559,55	511,71-611,13	Vicálvaro
555,27	528,97-582,79	San Blas-Canillejas
528,85	476,07-586,67	Barajas

[Volver a índice](#)



Ⓞ TABLA XVIII. Años de vida perdidos (AVP) y tasas brutas y ajustadas de años de vida perdidos por grandes grupos de causas y causas específicas según sexo. Ciudad de Madrid, 2017. Tasas por 1.000

Causas de muerte
Todas las causas
Enfermedades infecciosas y parasitarias
Tumores
Cáncer colon y recto
Cáncer pulmón
Cáncer mama
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Diabetes mellitus
Trastornos mentales y del comportamiento
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
Alzheimer
Enfermedades del sistema circulatorio
Infarto agudo de miocardio
Otras enfermedades isquémicas del corazón
Enfermedades cerebrovasculares
Enfermedades del sistema respiratorio
Neumonía
Enf. pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Enfermedades del sistema digestivo
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
Enfermedades del sistema genitourinario
Embarazo, parto y puerperio
Afecciones originadas en el periodo perinatal
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Causas externas de mortalidad
Accidentes de tráfico
Suicidio y lesiones autoinfligidas

En fondo azul los grandes grupos de causas de CIE-10 y en fondo blanco algunas causas específicas seleccionadas. Fuentes: Padrón Municipal de Habitantes y Movimiento Natural de Población, Subdirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

[Volver a índice](#)

TABLA XVIII.
(continuación)

Hombres				Mujeres			
AVP	Tasa bruta de AVP	Tasa de AVP ajustada	Defunciones	AVP	Tasa bruta de AVP	Tasa de AVP ajustada	Defunciones
138.367	93,42	97,48	13.326	131.376	77,23	63,01	15.268
3.014	2,03	2,10	241	2.254	1,33	1,09	266
48.842	32,98	35,68	4.242	45.749	26,90	24,58	3.463
6.364	4,30	4,64	591	5.406	3,18	2,83	489
12.048	8,13	8,98	993	6.474	3,81	3,64	410
86	0,06	0,06	8	7.953	4,68	4,32	497
871	0,59	0,63	45	549	0,32	0,26	74
2.531	1,71	1,81	269	2.567	1,51	1,11	403
1.196	0,81	0,85	166	1.445	0,85	0,58	252
2.025	1,37	1,40	400	3.941	2,32	1,39	847
6.056	4,09	4,27	584	7.820	4,60	3,48	1.109
1.186	0,80	0,82	217	3.557	2,09	1,31	682
26.380	17,81	18,60	398	27.713	16,29	11,67	4.400
6.056	4,09	4,28	544	3.744	2,20	1,69	518
5.406	3,65	3,80	594	2.977	1,75	1,32	427
4.302	2,90	3,01	541	6.042	3,55	2,66	863
14.244	9,62	10,04	2.111	13.348	7,85	5,51	2.237
2.833	1,91	1,96	428	2.500	1,47	0,97	461
4.747	3,20	3,43	667	2.017	1,19	1,00	238
7.679	5,18	5,35	644	5.368	3,16	2,53	662
202	0,14	0,14	41	441	0,26	0,17	82
460	0,31	0,33	65	1.054	0,62	0,44	165
2.517	1,70	1,78	407	2.910	1,71	1,13	532
-	-	-	-	46	0,03	0,02	1
1.628	1,10	1,08	21	1.814	1,07	1,26	22
1.122	0,76	0,75	22	963	0,57	0,66	22
10.364	7,00	6,74	507	6.149	3,61	3,42	433
1.579	1,07	1,01	57	807	0,47	0,54	25
4.090	2,76	2,63	144	1.791	1,05	1,05	58



TABLA XIX. Distribución de frecuencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Hipertensión arterial				
		N	n	%	OR (*)	I.C. 95%
Total		8.845	1.664	18,8		
Sexo	Mujer	4.790	865	18,1	1	
	Hombre	4.055	799	19,7	1,46*	1,30-1,65
Grupos de edad	15 a 29	1.540	25	1,6	1	
	30 a 44	2.383	117	4,9	3,46	2,21-5,41
	45 a 64	2.822	599	21,2	17,49*	11,51-26,57
	65 y más años	2.101	924	44	47,74*	31,35-72,69
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	380	39,9	1,65*	1,33-2,05
	Secundarios	4.186	779	18,6	1,30*	1,12-1,51
	Universitarios	3.707	506	13,7	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	696	22,2	1,14	0,96-1,34
	Media	2.109	415	19,7	1,13	0,95-1,33
	Favorecida	3.413	518	15,2	1	
Grupo de distrito	Menor desarrollo	2.067	412	19,9	1,17	0,96-1,41
	Desarrollo medio-bajo	2.851	587	20,6	1,25*	1,05-1,5
	Desarrollo medio-alto	2.065	350	17	1,04	0,86-1,25
	Mayor desarrollo	1.862	316	16,9	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA XIX.
(continuación)

Hipercolesterolemia					Diabetes					
N	n	%	OR (*)	I.C. 95%	N	n	%	OR (*)	I.C. 95%	
8.845	1.865	21,1			8.845	533	6,0			
4.790	1.025	21,4	1		4.790	254	5,3	1		Sexo
4.055	840	20,7	1,08	0,97-1,20	4.055	279	6,9	1,68*	1,40-2,03	
1.540	77	5,0	1		1.540	10	0,6	1		Grupos de edad
2.383	277	11,6	2,59*	1,98-3,39	2.383	35	1,5	2,43*	1,18-4,98	
2.822	759	26,9	7,09*	5,52-9,10	2.822	169	6,0	10,14*	5,28-19,47	
2.101	753	35,8	10,67*	8,25-13,79	1.540	10	0,6	1		
952	319	33,5	1,04	0,91-1,20	952	146	15,2	1,32	0,96-1,82	Nivel de estudios
4.186	863	20,6	1,16	0,95-1,42	4.186	245	5,9	1,06	0,82-1,36	
3.707	683	18,4	1		3.707	142	3,8	1		
3.130	713	22,8	1,13	0,97-1,32	3.130	294	9,4	2,26*	1,72-2,97	Clase social
2.109	492	23,3	1,24*	1,07-1,43	2.109	109	5,2	1,28	0,97-1,70	
3.413	620	18,2	1		3.413	125	3,7	1		
2.067	450	21,8	1,14	0,56-1,35	2.067	144	7,0	1,10	0,84-1,45	Grupo de distrito
2.851	651	22,8	1,19*	1,02-1,39	2.851	192	6,7	1,02	0,76-1,38	
2.065	401	19,4	1,03	0,88-1,22	2.065	103	5,0	0,91	0,68-1,24	
1.862	363	19,5	1		1.862	94	5,1	1		

[Volver a índice](#)




TABLA XX. Distribución de frecuencias de problemas osteoarticulares, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Artrosis				
		N	n	%	OR (*)	IC 95%
Total		8.845	1.499	17,0		
Sexo	Mujer	4.790	1.090	22,8	2,39*	2,09-2,75
	Hombre	4.055	409	10,1	1	
Grupos de edad	15 a 29	1.540	6	0,4	1	
	30 a 44	2.383	85	3,6	10,14*	4,35-23,60
	45 a 64	2.822	503	17,8	16,13*	12,65-20,56
	65 y más años	2.101	906	43,1	163,50*	71,80-372,34
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	444	46,6	2,53*	2,01-3,18
	Secundarios	4.186	689	16,5	1,71*	1,42-2,05
	Universitarios	3.707	367	9,9	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	686	21,9	1,33*	1,11-1,60
	Media	2.109	376	17,8	1,08	0,91-1,28
	Favorecida	3.413	397	11,6	1	
Grupo de distrito	Menor desarrollo	2.067	380	18,4	1,05	0,85-1,30
	Desarrollo medio-bajo	2.851	520	18,2	1,07	0,87-1,30
	Desarrollo medio-alto	2.065	312	15,1	0,98	0,83-1,17
	Mayor desarrollo	1.862	287	15,4	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA XX.
(continuación)

Dolor crónico cervical					Dolor crónico lumbar					
N	n	%	OR (*)	I.C. 95%	N	n	%	OR (*)	I.C. 95%	
8.845	1.415	16,0			8.845	1.639	18,5			
4.790	1.024	21,4	2,37 *	2,09-2,70	4.790	1.114	23,3	1,90*	1,68-2,13	Sexo
4.055	390	9,6	1		4.055	526	13,0	1		
1.540	90	5,8	1		1.540	91	5,9	1		Grupos de edad
2.383	295	12,4	2,50*	1,94-3,26	2.383	316	13,2	2,64*	2,06-3,38	
2.822	509	18,0	3,63*	2,85-4,62	2.822	607	21,5	4,47*	3,53-5,65	
2.101	521	24,8	4,58*	3,57-5,89	2.101	625	29,8	5,82*	4,56-7,43	
952	286	30,0	1,96 *	1,57-2,45	952	335	35,2	2,05*	1,66-2,53	Nivel de estudios
4.186	708	17,0	1,50 *	1,29-1,75	4.186	805	19,2	1,48*	1,28-1,71	
3.707	420	11,0	1		3.707	499	13,5	1		
3.130	603	19,3	1,10	0,93-1,30	3.413	515	15,1	1		Clase social
2.109	351	16,6	1,09	0,92-1,29	2.109	392	18,6	1,10	0,86-1,18	
3.413	422	12,4	1		3.130	699	22,3	1,10	0,94-1,28	
2.067	396	19,2	1,28*	1,06-1,55	2.067	443	21,4	1,14	0,93-1,36	Grupo de distrito
2.851	476	16,7	1,11	0,93-1,33	2.851	516	18,1	1,02	0,86-1,22	
2.065	288	13,9	0,98	0,81-1,19	2.065	363	17,5	0,95	0,80-1,22	
1.862	254	13,6	1		1.862	317	17,0	1		

[Volver a índice](#)





TABLA XXI. Distribución de frecuencias de alergia y asma, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Alergia				
		N	n	%	OR (*)	I.C. 95%
Total		8.845	1.956	22,1		
Sexo	Mujer	4.790	1.172	24,5	1,40*	1,26-1,55
	Hombre	4.055	784	19,3	1	
Grupos de edad	15 a 29	1.540	404	26,3	1	
	30 a 44	2.383	599	25,1	0,95	0,81-1,10
	45 a 64	2.822	593	21,0	0,74	0,64-0,86
	65 y más años	2.101	360	17,1	0,58	0,94-0,69
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	177	18,6	0,86	0,70-1,07
	Secundarios	4.186	949	22,7	0,97	0,86-1,09
	Universitarios	3.707	829	22,4	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	704	22,5	1,04	0,90-1,19
	Media	2.109	472	22,4	1,03	0,90-1,18
	Favorecida	3.413	740	21,7	1	
Grupo de distrito	Menor desarrollo	2.067	495	23,9	1,24*	1,05-1,46
	Desarrollo medio-bajo	2.851	648	22,7	1,17*	1,01-1,35
	Desarrollo medio-alto	2.065	430	20,8	1,01	0,86-1,18
	Mayor desarrollo	1.862	383	20,6	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA XXI.
(continuación)

Asma					
N	n	%	OR (*)	I.C. 95%	
8.845	731	8,3			
4.790	459	9,6	1,50 *	1,29-1,77	Sexo
4.055	272	6,7	1		
2.101	137	6,5	1		Grupos de edad
2.822	202	7,2	1,17	0,92-1,49	
2.383	220	9,2	1,61 *	1,27-2,06	
1.540	172	11,2	1,97 *	1,52-2,54	
952	86	7,5	1,32	0,97-1,8	Nivel de estudios
4.186	368	8,8	1,08	0,90-1,31	
3.707	277	9,0	1		
3.130	288	9,2	1,02	0,82-1,26	Clase social
2.109	172	8,2	1,05	0,85-1,29	
3.413	258	7,6	1		
2.067	214	10,4	1,41 *	1,11-1,80	Grupo de distrito
2.851	238	8,3	1,14	0,90-1,44	
2.065	145	7,0	0,98	0,76-1,26	
1.862	134	7,2	1		





TABLA XXII. Distribución de frecuencias de consumo de psicofármacos, prevalencias y OR ajustadas mediante RLM según variables de estudio

Variable		Consumo de tranquilizantes				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.845	1.615	18,3		
Sexo	Mujer	4.790	1.113	23,2	2,0*	1,8-2,2
	Hombre	4.055	503	12,4	1	
Edad	15 a 29	1.539	179	11,6	1	
	30 a 44	2.383	354	14,9	1,3*	1,1-1,6
	45 a 64	2.822	538	19,1	1,7*	1,4-2,1
	65 y más años	2.101	544	25,9	2,3*	1,9-2,8
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	259	27,2	1,2	1,0-1,3
	Secundarios	4.186	783	18,7	1,3	1,0-1,6
	Universitarios	3.707	574	15,5	1	
Clase social	Desfavorecida	3.130	649	20,7	1,1	0,9-1,3
	Media	2.109	365	17,3	0,9	0,8-1,1
	Favorecida	3.413	559	16,4	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	393	19,0	1,0	0,8-1,2
	Desarrollo medio-bajo	2.851	505	17,7	0,9	0,8-1,1
	Desarrollo medio-alto	2.065	369	17,9	0,9	0,8-1,0
	Mayor desarrollo	1.862	348	18,7	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA XXII.
(continuación)

Consumo de antidepresivos					Consumo de analgésicos opioides					
N	n	%	OR*	IC 95%	N	n	%	OR*	IC 95%	
8.845	689	7,8			8.845	1.415	16,0			
4.790	505	10,5	2,3*	1,9-2,8	4.790	912	19,0	1,6*	1,4-1,8	Sexo
4.055	185	4,6	1		4.055	502	12,4	1		
1.539	66	4,3	1		1.539	193	12,5	1		Grupos de edad
2.383	158	6,6	1,6*	1,2-2,2	2.383	388	16,3	1,1	0,9-1,4	
2.822	268	9,5	2,3*	1,7-3,0	2.822	474	16,8	1,4*	1,1-1,6	
2.101	198	9,4	1,9*	1,4-2,6	2.101	359	17,1	1,4*	1,1-1,7	
952	118	12,4	1,4	1,0-1,9	952	229	24,1	1,8*	1,5-2,3	Nivel de estudios
4.186	335	8,0	1,1	0,9-1,3	4.186	737	17,6	1,4*	1,2-1,6	
3.707	236	6,4	1		3.707	449	12,1	1		
3.130	302	9,6	1,3	1,0-1,7	3.130	625	20,0	1,2	1,0-1,4	Clase social
2.109	158	7,5	1,0	0,8-1,3	2.110	317	15,0	1,0	0,8-1,1	
3.413	211	6,2	1,0		3.412	443	13,0	1		
2.067	172	8,3	1,0	0,8-1,3	2.067	401	19,4	1,1	0,9-1,3	Grupo de distrito
2.851	232	8,1	1,0	0,7-1,2	2.851	430	15,1	1,0	0,7-1,1	
2.065	155	7,5	0,9	0,8-1,2	2.065	323	15,6	1,0	0,8-1,2	
1.862	130	7,0	1		1.862	261	14,0	1		

[Volver a índice](#)



TABLA XXIII. Distribución de frecuencias de consumo de medicamentos para la alergia y el asma en el último año, prevalencias y OR ajustada mediante RLM según variables de estudio

Variable		Consumo de medicamentos para la alergia en el último año				
		N	n	%	OR*	IC 95%
Total		8.845	1.568	17,7		
Sexo	Mujer	4.790	897	18,7	1,2*	1,1-1,3
	Hombre	4.055	671	16,5	1	
Edad	15 a 29	1.539	325	22,9	2,5*	2,1-3,1
	30 a 44	2.383	531	22,3	2,4*	2,0-2,9
	45 a 64	2.822	469	16,6	1,7*	1,4-2,0
	65 y más años	2.101	216	10,3	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	952	114	12,0	1,0	
	Secundarios	4.186	740	17,7	1,1	0,9-1,4
	Universitarios	3.707	714	19,3	1	1,0-1,7
Clase social	Desfavorecida	3.130	550	17,6	1	
	Media	2.109	355	16,8	0,9	0,8-1,0
	Favorecida	3.413	637	18,7	1,0	0,8-1,2
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.067	368	17,8	1,0	0,9-1,2
	Desarrollo medio-bajo	2.851	521	18,3	1,1	0,9-1,3
	Desarrollo medio-alto	2.065	369	17,9	1,1	0,9-1,3
	Mayor desarrollo	1.862	310	16,6	1	

(*) OR con significación estadística. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA XXIII.
(continuación)

Consumo total de medicamentos para el asma en el último año					
N	n	%	OR*	IC 95%	
8.845	770	8,7			
4.790	473	9,9	1,3*	1,1-1,6	Sexo
4.055	297	7,3	1		
1.539	181	11,8	1,6*	1,2-2,0	Grupos de edad
2.383	205	8,6	1,1	0,9-1,4	
2.822	219	7,8	1,0	0,7-1,2	
2.101	165	7,9	1		
952	95	10,0	1,1	0,8-1,6	Nivel de estudios
4.186	388	9,3	1,0	0,8-1,2	
3.706	287	7,7	1		
3.130	307	9,8	1	0,8-1,3	Clase social
2.109	176	8,3	1,0	0,8-1,2	
3.413	269	7,9	1,0		
2.067	231	11,2	1,3	1,0-1,7	Grupo de distrito
2.851	251	8,8	1,0	0,8-1,3	
2.065	141	6,8	0,8	0,6-1,0	
1.862	147	7,9	1		

[Volver a índice](#)





TABLA XXIV. Estado ponderal. Distribución de frecuencias y tasas de prevalencia según variables de estudio

Variable		N (*)	Peso insuficiente			Normopeso		
			n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Total		8.546	217	2,5		4.333	50,7	
Sexo	Mujer	4.590	183	4,0	0,3-7,7	2.597	56,6	54,1-59,1
	Hombre	3.956	33	0,8	0,0-4,8	1.737	43,9	40,8-47,0
Edad	18 a 29	1.515	77	5,1	0,0-11,6	963	63,6	59,6-67,6
	30 a 44	2.359	71	3,0	0,0-8,2	1.327	56,3	52,8-59,8
	45 a 64	2.787	32	1,1	0,0-5,9	1.276	45,8	42,2-49,4
	65 y más años	2.004	36	1,8	0,0-7,5	767	38,3	33,8-42,8
Nivel de estudios	Primarios o menos	890	15	1,7	0,0-10,3	292	32,8	25,7-39,9
	Secundarios	4.110	95	2,3	0,0-6,3	1.920	46,7	43,8-49,6
	Universitarios	3.663	106	2,9	0,0-7,1	2.122	57,9	55,1-60,7
Clase social	Desfavorecida	3.037	63	2,1	0,0-6,8	1.314	43,3	39,8-46,8
	Media	2.077	47	2,3	0,0-7,9	1.030	49,6	45,6-53,6
	Favorecida	3.369	103	3,1	0,0-7,5	1.896	56,3	53,4-59,2
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.025	48	2,4	0,0-8,1	913	45,1	40,9-49,3
	Desarrollo medio-bajo	2.790	44	1,6	0,0-6,5	1.342	48,1	44,6-51,6
	Desarrollo medio-alto	2.027	64	3,2	0,0-8,9	1.045	51,6	47,6-55,6
	Mayor desarrollo	1.821	61	3,3	0,0-9,2	1.033	56,7	52,7-60,7

(*) Personas mayores de 18 años. Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

TABLA XXIV.
(continuación)

Sobrepeso			Obesidad			
n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
2.964	34,7		1.031	12,1		
1.297	28,3	25,1-31,5	513	11,2	7,6-14,8	Sexo
1.668	42,2	39,1-45,3	520	13,1	9,3-16,9	
286	18,9	12,9-24,9	69	4,6	0,0-11,1	Grupos de edad
733	31,1	26,7-35,5	228	9,7	4,6-14,8	
1.063	38,1	34,3-41,9	416	14,9	10,4-19,4	
883	44,1	39,8-48,4	318	15,9	10,6-21,2	
358	40,2	33,5-46,9	214	24,0	16,5-31,5	Nivel de estudios
1.450	35,3	32,1-38,5	538	13,1	9,3-16,9	
1.156	31,6	28,1-35,1	279	7,6	3,5-11,7	
1.102	36,3	32,6-40,0	529	17,4	13,1-21,7	Clase social
756	36,4	31,9-40,9	213	10,3	4,9-15,7	
1.047	31,1	27,4-34,8	270	8,0	3,7-12,3	
731	36,1	31,5-40,7	306	15,1	9,8-20,4	Grupo de distrito
1.004	36,0	32,1-39,9	363	13,0	8,4-17,6	
678	33,4	28,7-38,1	209	10,3	4,9-15,7	
551	30,3	25,2-35,4	153	8,4	2,6-14,2	



TABLA XXV. Tasas brutas y ajustadas de ingresos hospitalarios por causas (CIE 9-MC) según sexo. Ciudad de Madrid, 2017. Grandes grupos de causas y causas específicas según diagnósticos de alta

Causas de hospitalización	
Todas las causas (1)	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	
TBC (todas)	
VIH	
Sífilis	
SIDA	
Resto ITS	
Neoplasias	
Tumor maligno de estómago	
Tumor maligno de colon	
Tumor maligno del recto	
Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y el pulmón	
Cáncer de mama	
Cáncer de próstata	
Cáncer de ovario	
Leucemia	
Melanoma	
Enfermedades de la sangre	
Enfermedades endocrinas	
Diabetes mellitus	
Trastornos mentales y del comportamiento	
Trastornos senil y presenil	
Trastornos inducidos por el abuso de alcohol	
Trastornos inducidos por el abuso de drogas	
Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	
Enfermedad de Alzheimer	
Enfermedades circulatorias	
Enfermedades hipertensivas	
Infarto agudo de miocardio	
Otras enfermedades isquémicas del corazón	
Enfermedades cerebrovasculares	
Enfermedades respiratorias	
Neumonía	
Influenza	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) EPOC	
Asma	
Insuficiencia respiratoria	
Enfermedades del sistema digestivo	
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	
Enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo	
Enfermedades del sistema genitourinario	
Embarazo, parto y puerperio	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio NCOP	
Causas externas	
Accidentes de transporte	
Ciclista lesionado en accidente de transporte	

(1) Tasa por mil. Resto: Tasas por cien mil. En fondo azul figuran los grandes grupos de causas de la CIE-10, en fondo blanco algunas causas específicas seleccionadas.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

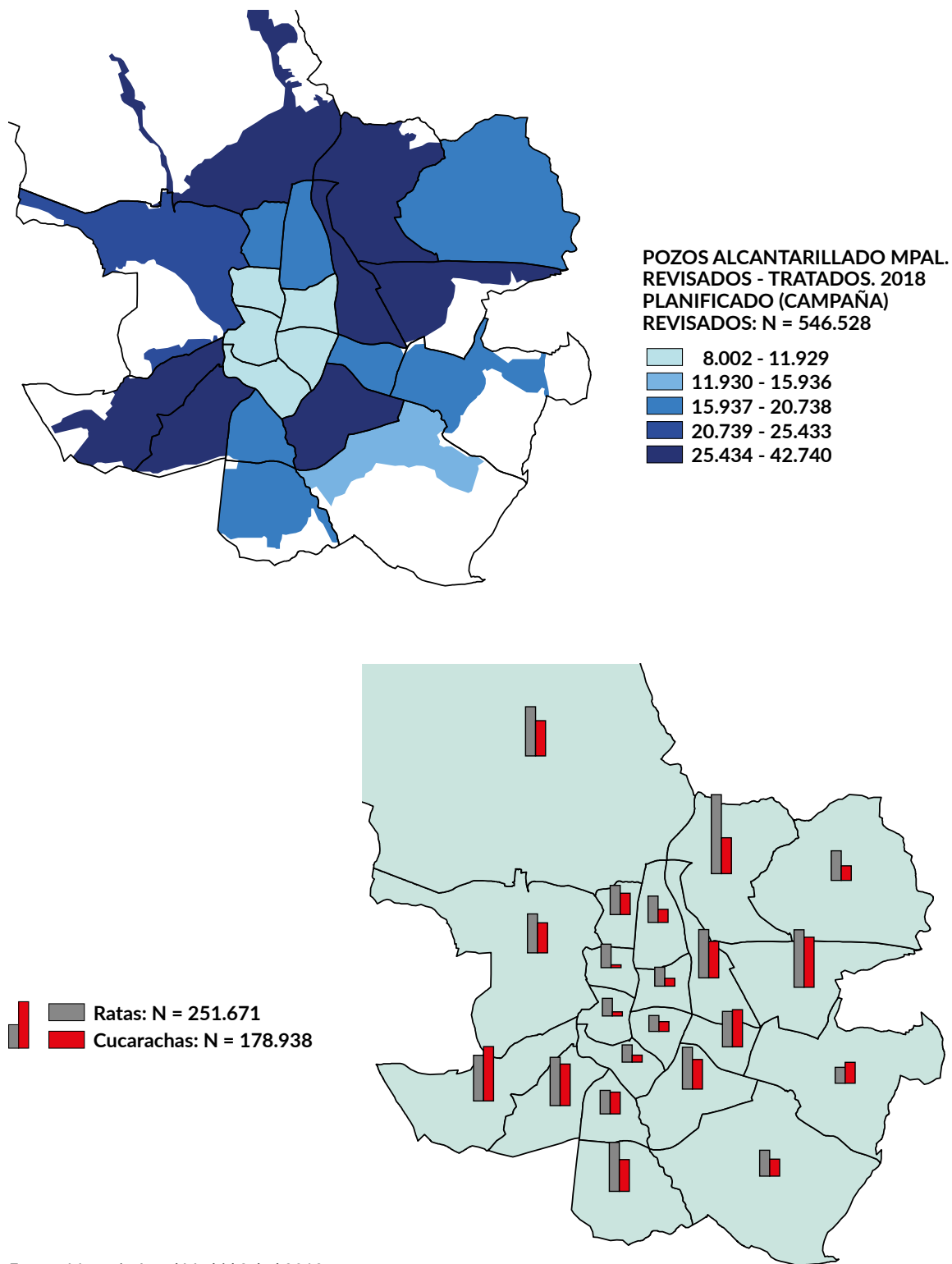
TABLA XXV.
(continuación)

Hombres			Mujeres		
Tasa bruta	Tasa ajustada	IC 95%	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC 95%
179,58	185,24	185,24-185,96	196,92	183,25	182,62-183,89
433,38	437,62	426,86-448,58	316,57	290,74	282,77-298,92
10,13	10,08	8,54-11,90	5,78	5,80	4,72-7,13
0,00	0,00	-	0,00	0,00	-
5,50	5,24	4,14-6,57	0,41	0,40	0,15-0,8711
63,61	60,31	56,52-64,37	20,03	19,41	17,40-21,63
20,20	18,63	16,58-20,94	5,72	5,62	4,57-6,91
1.858,17	1.975,77	1.952,27-1.999,48	1.789,16	1.672,65	1.653,59-1.691,91
27,44	29,70	26,85-32,79	15,76	13,01	11,46-14,75
69,11	74,55	69,99-79,33	46,30	39,78	36,97-42,76
37,04	40,34	37,01-43,91	22,77	19,38	17,43-21,51
104,13	115,44	109,70-121,41	37,60	34,64	31,97-37,53
1,07	1,18	0,66-1,98	181,23	168,70	162,74-174,86
108,90	123,74	117,75-129,96	0,00	0,00	-
0,00	0,00	-	23,35	21,99	19,87-24,30
78,97	85,31	80,49-90,37	50,80	56,17	52,39-60,14
19,73	21,17	18,80-23,81	14,54	13,01	11,42-14,80
397,08	420,84	410,05-431,87	453,77	403,30	403,30-412,67
333,54	349,13	339,39-359,14	304,25	283,28	275,41-283,91
107,62	115,67	110,04-121,59	55,35	50,06	46,80-53,53
1.808,05	1.784,34	1.762,88-1.786,52	1.609,63	1.750,24	1.750,24-1.752,08
12,68	13,17	11,33-15,24	15,59	10,69	9,37-12,16
39,18	36,40	33,50-39,56	16,00	15,45	13,66-17,41
15,37	14,30	12,50-16,34	4,44	4,22	3,32-5,34
2.371,06	2.488,46	2.462,24-2.514,95	3.697,55	3.306,66	3.280,32-3.333,20
3,35	3,41	2,52-4,55	4,85	3,12	2,43-3,96
1.261,41	1.334,27	1.314,99-1.353,80	1.019,58	793,48	781,22-805,93
52,81	55,20	51,33-59,29	62,53	43,80	41,11-46,67
98,97	103,65	98,38-109,18	40,46	31,31	28,92-33,86
169,89	186,28	179,01-193,80	53,66	45,97	42,93-49,16
171,10	180,24	173,20-187,54	154,14	116,72	112,11-121,53
1.482,43	1.525,79	1.505,48-1.546,35	1.206,13	1.060,11	1.045,02-1.075,40
220,48	229,49	221,56-237,61	176,03	137,15	132,01-142,45
30,46	31,79	28,91-34,93	34,74	26,05	23,89-28,39
310,25	326,95	317,46-336,72	115,84	93,03	88,83-97,42
74,75	74,23	69,87-78,81	146,90	142,42	136,79-148,23
56,16	59,65	55,62-63,93	57,04	44,23	41,34-47,27
3.063,96	3.132,59	3.103,52-3.143,42	2.620,22	2.476,37	2.453,08-2.499,87
53,41	54,99	51,17-59,02	17,11	15,82	14,04-17,81
864,74	866,25	851,16-873,60	774,95	749,13	736,24-762,24
1.067,44	1.082,58	1.065,61-1.099,80	1.429,60	1.319,00	1.302,10-1.336,00
1.307,04	1.377,62	1.358,12-1.397,37	1.320,00	1.200,70	1.184,80-1.216,80
-	-	-	1.539,50	1.504,90	1.486,70-1.523,40
146,27	151,01	144,71-157,55	116,00	128,40	122,70-134,30
365,21	379,61	369,44-381,93	348,30	315,60	307,40-324,10
0,27	0,23	0,05-0,69	0,30	0,30	0,10-0,70
34,29	32,75	29,93-35,78	12,00	12,10	10,50-13,90
8,99	8,55	7,17-10,21	1,20	1,20	0,70-2,00



ANEXO II. FIGURAS

FIGURA I. Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Tratamiento planificado

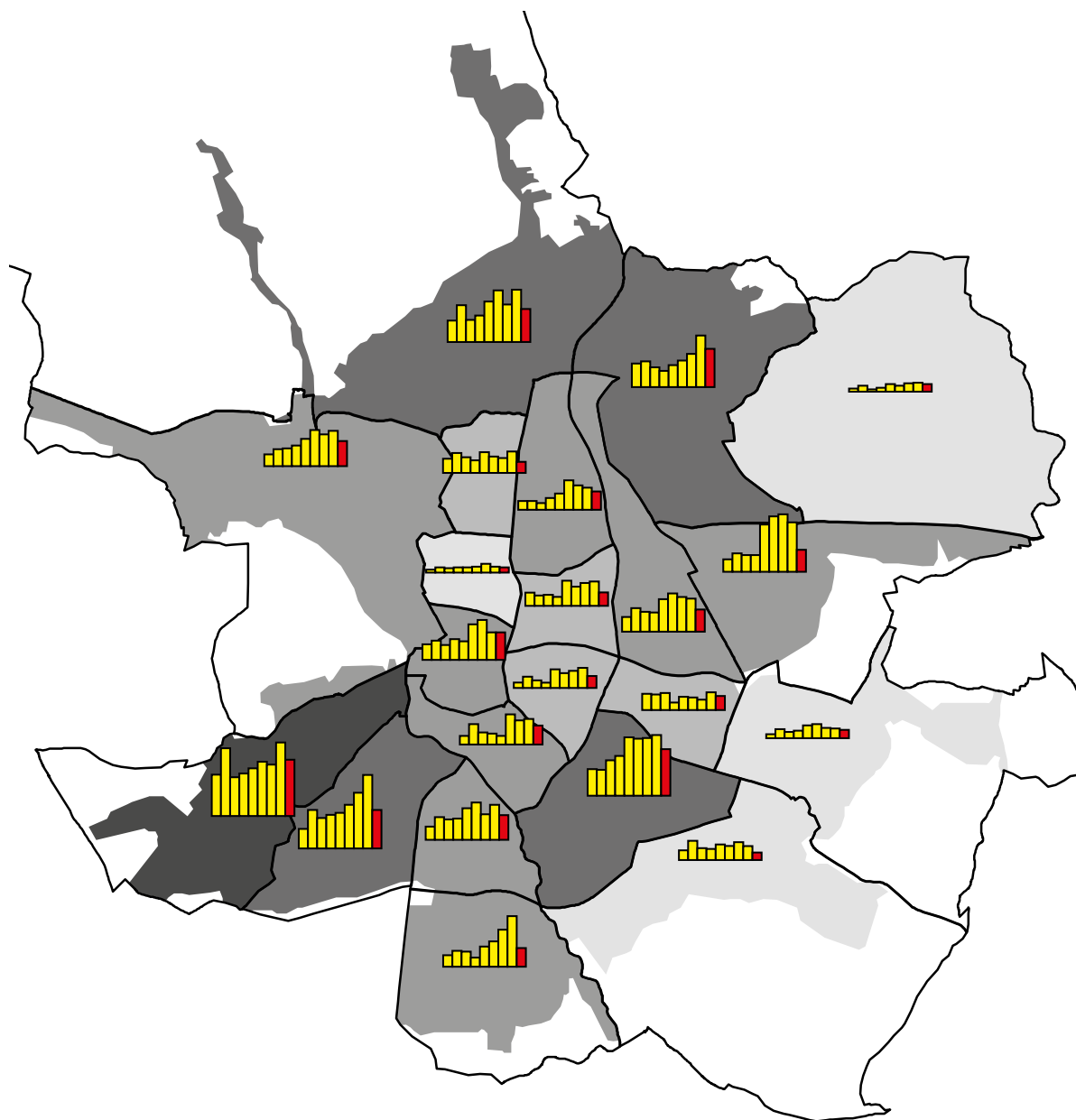


Fuente: Memoria Anual Madrid Salud 2018

[Volver a índice](#)



FIGURA II. Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Gestión de avisos o incidencias comunicadas. Ratas



**AVISOS VÍA PÚBLICA
 TOTALES 2018 (N = 2.216)**

- 26 - 39
- 40 - 66
- 67 - 129
- 130 - 217
- 218 - 271

**AVISOS TOTALES CIUDADANOS
 EVOLUCIÓN 2010 - 2018 (N = 20.747)**

- 2010 (N = 1.396)
- 2011 (N = 2.068)
- 2012 (N = 1.637)
- 2013 (N = 1.659)
- 2014 (N = 2.486)
- 2015 (N = 2.965)
- 2016 (N = 2.941)
- 2017 (N = 3.379)
- 2018 (N = 2.216)

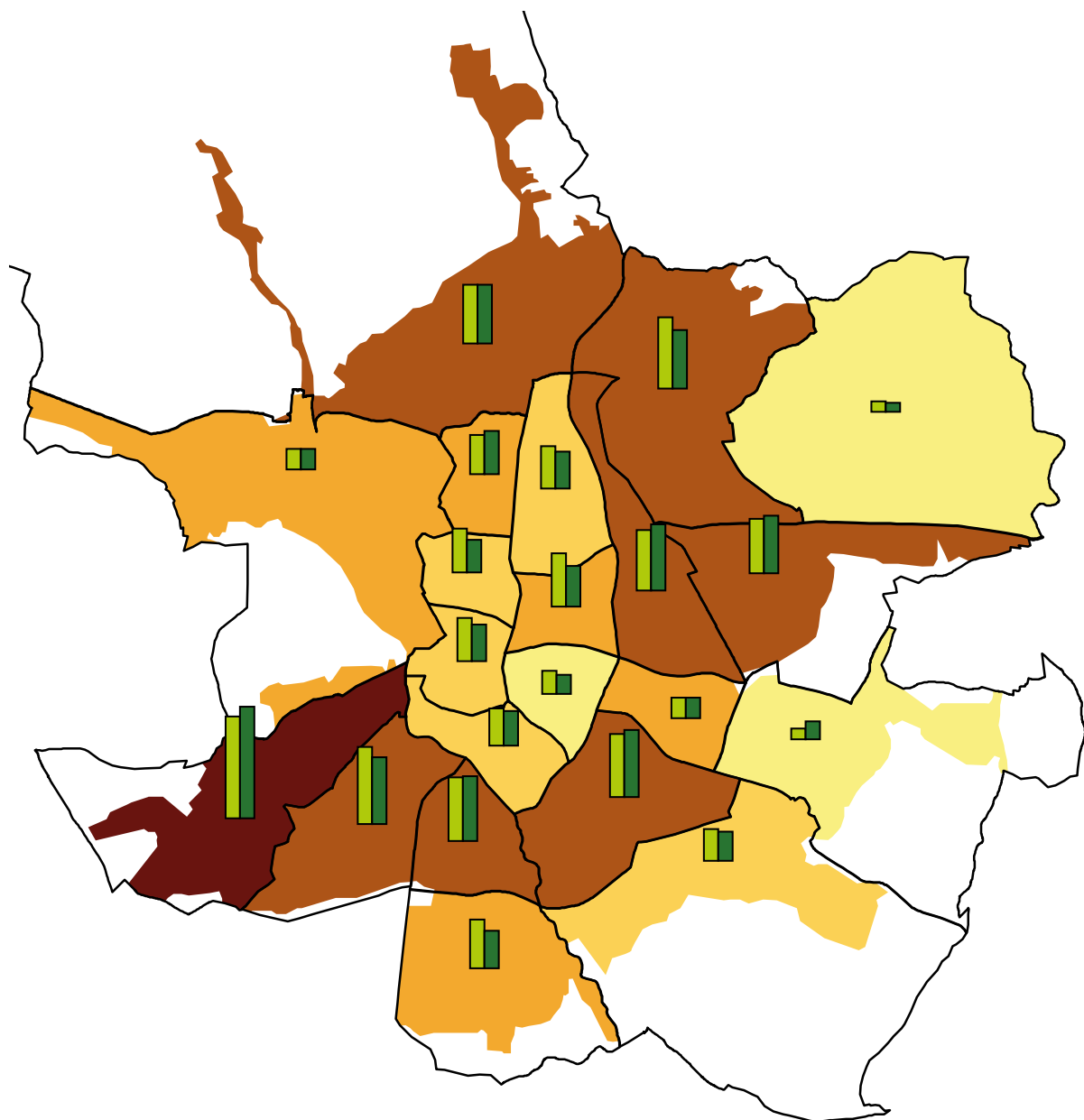
Fuente: Memoria Anual Madrid Salud 2018

[Volver a índice](#)





FIGURA III. Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos.
Gestión de avisos o incidencias comunicadas. Cucarachas



CUCARACHA ORIENTAL
DE ALCANTARILLADO
AVISOS VÍA PÚBLICA
TOTALES 2018 (N = 1.521)

13 - 30
31 - 58
59 - 75
76 - 104
105 - 172

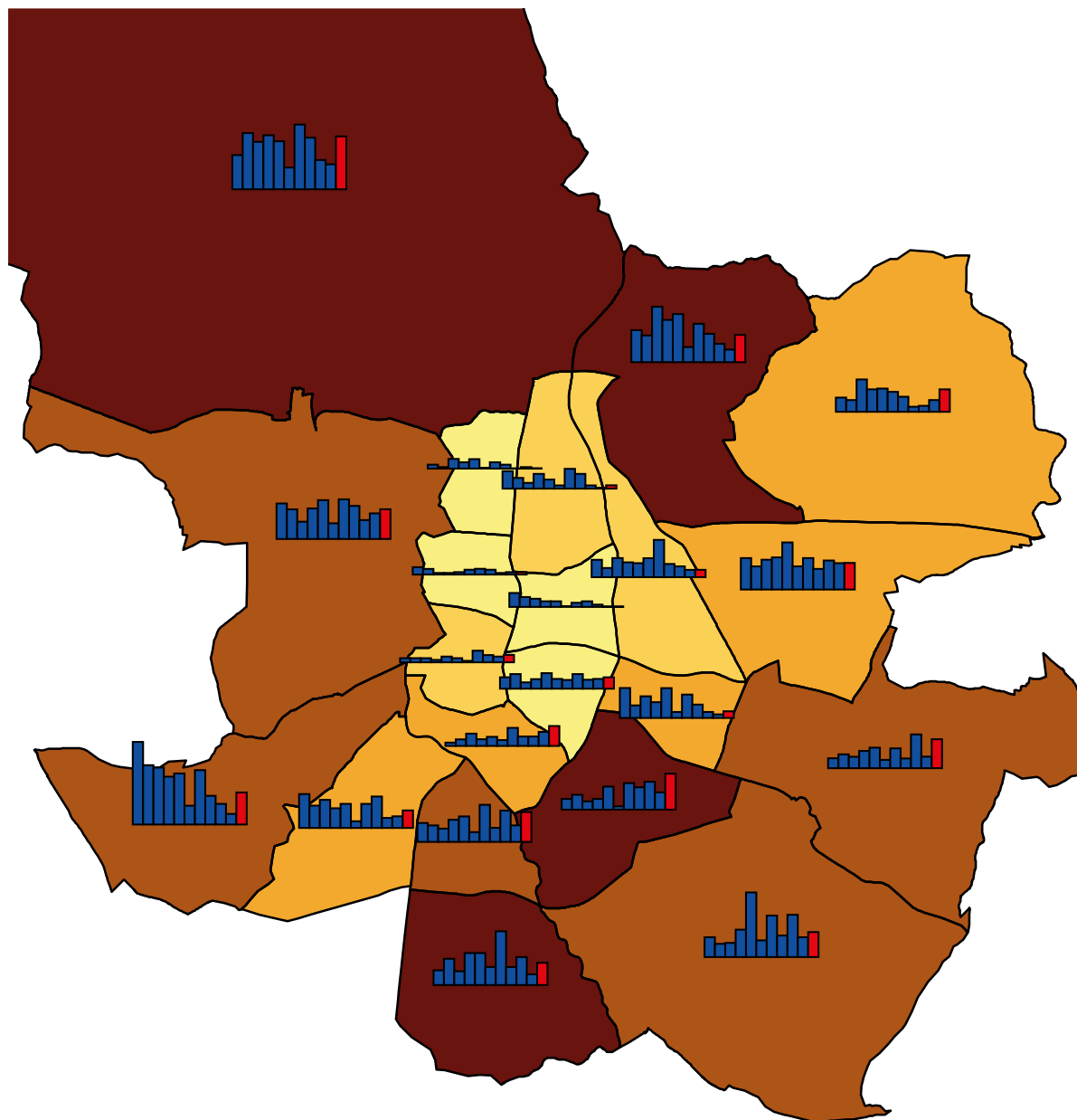
2017 (N = 1.609)
2018 (N = 1.521)

Fuente: Memoria Anual Madrid Salud 2018

[Volver a índice](#)



FIGURA IV. Desratización y desinsectación de alcantarillado y espacios públicos. Gestión de avisos o incidencias comunicadas. Avispas

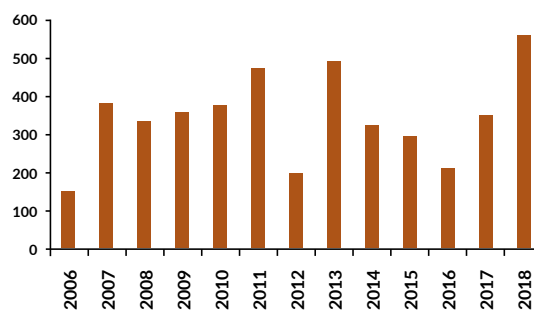


AVISPAS
ACTUACIONES TOTALES
2018 (N = 560)

- 1 - 10
- 11 - 18
- 19 - 26
- 27 - 35
- 36 - 68

AVISPAS 2007 - 2018 (N)

2018 (N = 560)



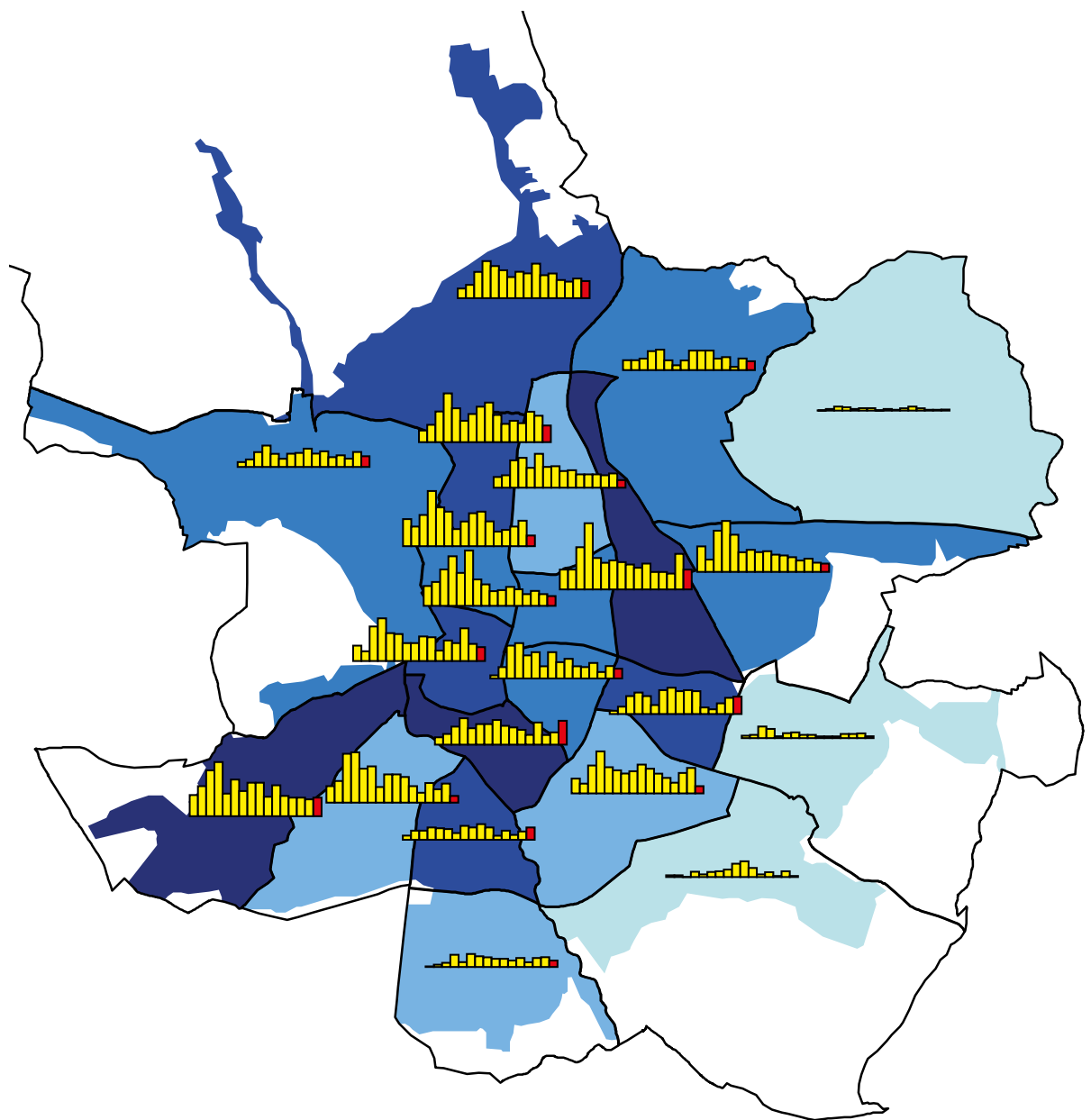
Fuente: Memoria Anual Madrid Salud 2018

[Volver a índice](#)





FIGURA V. Prevención y control de poblaciones de paloma bravía

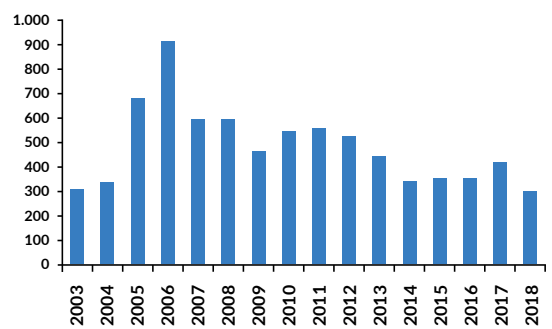


PALOMAS BRAVÍAS
AVISOS 2018 (N = 302)

- 1 - 2
- 3 - 10
- 11 - 14
- 15 - 23
- 24 - 32

AVISOS 2003 - 2018 (N = 7.723)

2018 (N = 302)



Fuente: Memoria Anual Madrid Salud 2018

[Volver a índice](#)



ANEXO III. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2017 (ESCM'17)

Buenos días/tardes, le llamo desde Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. En estos momentos estamos llevando a cabo una encuesta de salud para saber las medidas que se pueden tomar para mejorar la salud de las y los madrileños. Los datos que usted nos facilite están protegidos por la Ley de Secreto Estadístico. La selección de las personas a las que se solicita la colaboración voluntaria en el estudio es estrictamente aleatoria, por lo que su colaboración resulta especialmente valiosa. Toda la información que Vd. nos facilite está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sus modificaciones posteriores.

A. DATOS CLASIFICACIÓN (CUOTAS)

A.1. Sexo: 1 |__| Hombre 2 |__| Mujer

A.2. Edad: _____

Grupo de edad: 1 |__| 15-29 2 |__| 30-44 3 |__| 45-64 4 |__| 65+

A.3. DOMICILIO (BARRIO/DISTRITO):

Para comenzar vamos a preguntarle por cómo percibe su salud y la calidad de vida que tiene.

B. SALUD PERCIBIDA

B.1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

(No se leen las opciones)

Muy bueno	_____	1
Bueno	_____	2
Regular	_____	3
Malo	_____	4
Muy Malo	_____	5
No sabe	_____	8
No contesta	_____	9

[Volver a índice](#)



C. MORBILIDAD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Vamos a hablar ahora sobre sus enfermedades.

C.1. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)

Sí	1
No	2
No sabe	8
No contesta	9

C.2. A continuación le voy a leer una lista de enfermedades o problemas de salud. Para cada una de ellas, dígame si su médico le ha dicho que la padece o no.

(Léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una, anotando la respuesta que proceda)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>NS/NC</u>
1. Tensión alta	1	2	9
2. Infarto de miocardio, angina de pecho o enfermedad coronaria	1	2	9
3. Artrosis (excluyendo artritis)	1	2	9
4. Dolor de espalda crónico (cervical)	1	2	9
5. Dolor de espalda crónico (lumbar)	1	2	9
6. Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	1	2	9
7. Asma (incluida asma alérgica)	1	2	9
8. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	1	2	9
9. Diabetes	1	2	9
10. Úlcera de estómago o duodeno	1	2	9
11. Colesterol alto	1	2	9
12. Depresión	1	2	9
13. Ansiedad crónica	1	2	9
14. Migraña o dolor de cabeza frecuente	1	2	9
15. Problemas de tiroides	1	2	9
16. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	1	2	9
Especificar			

[Volver a índice](#)

C.3. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

- Gravemente limitado/a 1
- Limitado/a, pero no gravemente 2
- Nada limitado/a 3
- No sabe 8
- No contesta 9

C.4. En las últimas dos semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, pomadas, etc.)?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 9

C.5. A continuación voy a leerle una lista de tipos de medicamentos, por favor dígame si los ha consumido en el último año, en las últimas 2 semanas y si le fueron recetados por su médico

(Léale a la persona entrevistada la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido o no en las últimas dos semanas o el último año. En caso afirmativo, si le fueron o no recetados por algún médico. Para cada medicamento consumido debe cumplimentar la columna Recetado)

	C.5.a Lo ha tomado	C.5.b Recetado
Tipo de medicamentos	1. En las últimas 2 semanas 2. En el último año 3. No ha tomado	1. Siempre recetado por su médico 2. A veces sin prescripción
Tranquilizantes o medicación para dormir (lexatín, orfidal, etc.)		
Antidepresivos (fluoxetina, paroxetina, escitalopram, esertia, etc.)		
Medicamentos fuertes para el dolor (tramadol, adolonta, dolantina, pazital, codeína, "parches" de morfina, etc.)		
Medicamentos para el asma (ventolín, salbutamol, budesonida, simbicort, seretide, etc.)		
Medicamentos para la alergia (aerius, ebastel, loratadina, etc.)		



C.6. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido necesidad de alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria pero no la pudo recibir? Respuesta múltiple

Atención dental	1
Atención de salud mental (consulta de psicología o psiquiatría).....	2
Atención médica.....	3
Algún medicamento que le habían recetado y no pudo comprar por ser demasiado caro ..	4
No le ha ocurrido o no tuvo necesidad de utilizarlos.....	9

D. CALIDAD DE VIDA

Todas las preguntas que siguen se refieren a su calidad de vida en las dos últimas semanas.

D.2.1. (Forma Física): Durante las dos últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos?

Muy intensa (p. ej., correr deprisa)	1
Intensa (p. ej., correr con suavidad).....	2
Moderada (p. ej., caminar a paso rápido).....	3
Ligera (p. ej., caminar despacio)	4
Muy ligera (p. ej., caminar lentamente o no poder caminar)	5

D.2.2. (Sentimientos): Durante las dos últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada en absoluto.....	1
Un poco	2
Moderadamente.....	3
Bastante	4
Intensamente	5

D.2.3. (Actividades cotidianas): Durante las dos últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Nada en absoluto.....	1
Un poco de dificultad	2
Dificultad moderada	3
Mucha dificultad.....	4
Todo, no he podido hacer nada	5

D.2.4. (Actividades sociales): Durante las dos últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amistades, vecinos o grupos?

No, nada en absoluto	1
Ligeramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Muchísimo	5

D.2.5. (Cambio en el estado de salud): ¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor	1
Un poco mejor	2
Igual, por el estilo	3
Un poco peor	4
Mucho peor	5

D.2.6. (Estado de salud): Durante las dos últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud general?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

D.2.7. (Dolor): Durante las dos últimas semanas, ¿cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor	1
Dolor muy leve	2
Dolor ligero	3
Dolor moderado	4
Dolor intenso	5

D.2.8. (Apoyo social): Durante las dos últimas semanas, ¿había alguien dispuesto a ayudarle si hubiera necesitado ayuda? Por ejemplo: *se encontraba nervioso, solo o triste; *caía enfermo y tenía que quedarse en la cama; *necesitaba hablar con alguien; *necesitaba ayuda con las tareas de la casa; *necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo.

Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme	1
Sí, bastante gente	2
Sí, algunas personas	3
Sí, alguien había	4
Nadie en absoluto	5



D.2.9. (Calidad de vida): ¿Qué tal le han ido las cosas en las dos últimas semanas?

Estupendamente, no podían ir mejor	1
Bastante bien	2
A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales	3
Bastante mal	4
Muy mal, no podían haber ido peor	5

E y F. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA**ESTADO FÍSICO, ACTIVIDAD FÍSICA, OCIO Y TIEMPO LIBRE**

A continuación, le vamos a hacer unas preguntas sobre hábitos de vida que tienen relación con la salud

E.1. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos ni ropa? Kg 999 Nc

E.2. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos? cm 999 Nc

E.3. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | _ _ | (Se anotarán horas enteras y medias horas si procede)

E.4. ¿Y qué tal duerme? Diría usted que duerme muy bien, bien, regular, mal o muy mal.

Muy bien	1
Bien	2
Regular	3
Mal	4
Muy mal	5
Ns/nc	9

ACTIVIDAD FÍSICA

F.1. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en su trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

El tiempo lo ocupo de forma casi completamente sedentaria	1
Realizo tareas que requieren actividad física	2
No aplicable	3
No sabe	8
No contesta	9

F.2. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)..... 1
- Hago alguna actividad física o deportiva..... 2
- No sabe..... 8
- No contesta..... 9

Si a la persona entrevistada tiene 70 o más años → Ir a F10

(Léale a la persona entrevistada: “Para concluir este apartado sobre el ejercicio físico y por su importancia para la salud, le pedimos que conteste también las siguientes preguntas acerca del tiempo que dedicó a actividades físicas en los últimos 7 días. Por favor, responda cada una de las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense en las actividades que hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro y también las que hace en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte”).

F.3 En primer lugar piense en las actividades intensas que realizó en los últimos 7 días. Actividades intensas son las que requieren gran esfuerzo físico y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas?

- Días por semana | .. |
- Ningún día con actividad física intensa 0 → Ir a F.5.
- No sabe..... 8 → Ir a F.5.
- No contesta..... 9 → Ir a F.5.

F.4. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas intensas?

- Horas por día | .. |
- Minutos por día..... | .. |
- No sabe..... 98
- No contesta..... 99

F.5. Ahora piense por favor en todas aquellas actividades moderadas que realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que le hace respirar algo más fuerte de lo normal, como llevar pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis. Piense solamente en aquellas que realizó por lo menos durante 10 minutos seguidos.



Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas? Por favor, no incluya caminar.

Días por semana | .. |

Ningún día con actividad física moderada 0 → Ir a F.7

No sabe 8 → Ir a F.7

No contesta 9 → Ir a F.7

F.6. En uno de esos días, ¿cuánto tiempo en total le dedicó a actividades físicas moderadas?

Horas por día | .. |

Minutos por día | .. |

No sabe 98

No contesta 99

F.7. Ahora piense acerca del tiempo que dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en aquellas ocasiones en que caminó por lo menos durante 10 minutos seguidos.

Días por semana | .. |

Ningún día más de 10 minutos seguidos 0 → Ir a F.9

No sabe 8 → Ir a F.9

No contesta 9 → Ir a F.9

F.8. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en un día normal de la semana?

Horas por día | .. |

Minutos por día | .. |

No sabe 98

No contesta 99

F.9. La última pregunta se refiere al tiempo que permaneció sentado/a en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.

En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana?

Horas por día | .. |

Minutos por día | .. |

No sabe 98

No contesta 99

ALIMENTACIÓN

Le voy a hacer ahora unas preguntas sobre alimentación.

F.10. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Alimentos	FRECUENCIAS DE CONSUMO						
	Una o más veces al día		De 4 a 6 veces a la semana	Tres veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Nunca
Fruta fresca (excluyendo zumos naturales)	<input type="checkbox"/> 1	Nº <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Verduras, ensaladas y hortalizas, (excluyendo zumos naturales)	<input type="checkbox"/> 1	Nº <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Zumo natural de frutas o verduras	<input type="checkbox"/> 1	Nº <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

F.10.a. ¿Con qué frecuencia consume agua mineral?

- Siempre consumo agua mineral 1
- Casi siempre consumo agua mineral 2
- Consumo indistintamente agua mineral y agua del grifo 3
- Casi nunca, habitualmente bebo agua del grifo 4
- Nunca, siempre bebo agua del grifo 5
- No bebo agua 6
- No sabe 8
- No contesta 9

F.11. En las últimas cuatro semanas ¿le ha preocupado que en su hogar no hubiera suficientes alimentos?

- No1
- Pocas veces (una o dos veces) 2
- Si, algunas veces (entre tres y 10 veces) 3
- Si, con frecuencia (más de 10 veces) 4
- No sabe... 8
- No contesta 9

[Volver a índice](#)



F.12. ¿Cree que los alimentos/bebidas que puede adquirir/consumir en la ciudad son seguros para la salud?
(Puntúe de 0 a 10, siendo 0 nada seguros y 10 totalmente seguros. Si no sabe marcar 11).

Puntuación 0 a 10

NO sabe=11

F.12.1. | __ | Bares/ restaurantes

F.12.2. | __ | Supermercados, grandes superficies

F.12.3. | __ | Mercados municipales

F.12.4. | __ | Pequeño comercio

F.12.5. | __ | Mercadillos

F.12.6. | __ | Comedores escolares

CONSUMO DE TABACO

F.13. ¿Podría decirme si fuma actualmente?

- Sí, diariamente 1 → F.14
 Sí, pero no diariamente 2 → F.14
 No actualmente, pero ha fumado antes 3 → F.15
 No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual 4 → F.15
 No sabe 8 → F.15
 No contesta 9 → F.15

F.14. ¿Cuál es su disposición a dejar de fumar? (Fumadores)

- No tiene intención de dejarlo en absoluto 1
 Tiene intención de dejarlo de aquí a 6 meses 2
 Tiene intención de dejarlo de aquí a 1 mes 3
 Lo está dejando ahora 4
 No sabe..... 8
 No contesta 9

CONSUMO DE ALCOHOL

F.15. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

- Nunca → Ir a G1.
 Una o menos veces al mes
 2 a 4 veces al mes
 2 o 3 veces a la semana
 4 o más veces a la semana

F.16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?

- 1 o 2
- 3
- 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

F.17. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

1. Nunca
2. Menos de una vez al mes
3. Mensualmente
4. Semanalmente
5. A diario o casi a diario

G. ACCIDENTALIDAD

Las siguientes preguntas son sobre accidentes que hayan provocado alguna restricción en su actividad habitual y/o hayan requerido asistencia sanitaria.

G.1. Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido algún accidente como...?

(LEER Y MARCAR TODOS LOS QUE DIGA LA PERSONA ENTREVISTADA)

No he tenido ningún accidente	96
Caídas	1
Quemaduras	2
Golpes	3
Intoxicaciones (se excluye alimentarias).....	4
Accidente de tráfico como peatón	5
Accidente de tráfico en bicicleta	6
Accidente de tráfico con otro vehículo en coche o motocicleta	7
Mordeduras o agresiones de un animal	8
Cortes	9
Otros (especificar)	98
No sabe	97
No contesta	99

[Volver a índice](#)



G.2. SOLO SI HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DE LOS RECOGIDOS EN LA PREGUNTA ANTERIOR y refiriéndonos en concreto al accidente más grave que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar? (RESPUESTA SIMPLE)

En casa, escaleras, portal, etc.	1
Accidentes de tráfico en calle o carretera	2
En la calle, pero no fue un accidente de tráfico	3
En el lugar de estudio	4
En el trabajo	5
Al ir o volver del trabajo (in itinere)	6
En instalación deportiva, zona recreativa o de ocio	7
En otro lugar	98
No recuerda	97
No contesta	99

G.2.a. ¿Recibió atención médica como consecuencia de este accidente?

(No se admite respuesta múltiple. En caso de que a la persona entrevistada haya tenido más de un accidente, la respuesta debe reflejar la atención médica recibida por el accidente más grave).

Ingresó en un hospital	1
Acudió a un centro de urgencias	2
Consultó a un médico o enfermera	3
No hizo ninguna consulta ni intervención	4
No recuerda	8
No contesta	9

H. DEPENDENCIA FUNCIONAL (A TODOS/AS)

Ahora nos gustaría conocer si usted...

H.1. ¿Tiene reconocida alguna discapacidad?

Sí	1
No	2

A quienes respondan que "Sí" se les hará la siguiente pregunta:

H.2. Si lo sabe, podría decirme qué grado de discapacidad tiene reconocido:

_____ (entrevistador anotar porcentaje %)

NS/NC |_|

SÓLO PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS Y LOS MENORES DE 65 QUE RESPONDAN "SI" A LA PREGUNTA D.1. Resto pasa al Bloque I. Salud Mental

H.3. A continuación le voy a hacer unas preguntas en relación a su vida cotidiana y salud, por favor, conteste sí o no a cada una de ellas.

- H.3.1 ¿Vive solo? SI/NO
- H.3.2 ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda? SI/NO
- H.3.3 ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente? SI/NO
- H.3.4 ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo? SI/NO
- H.3.5 ¿Le impide su salud salir a la calle? SI/NO
- H.3.6 ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo? .. SI/NO
- H.3.7 ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales? SI/NO
- H.3.8 ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal? SI/NO
- H.3.9 ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año? SI/NO

I. SALUD MENTAL

A continuación, una vez conocido su estado físico, quisiéramos profundizar sobre su estado emocional durante las últimas semanas. Por favor conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que a su juicio mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas.

I.1.1. ¿HA PODIDO CONCENTRARSE BIEN EN LO QUE HACÍA?

- Mejor que lo habitual 1
- Igual que lo habitual 2
- Menos que lo habitual 3
- Mucho menos que lo habitual 4
- Ns/Nc [No leer] 9

I.1.2. ¿SUS PREOCUPACIONES LE HAN HECHO PERDER MUCHO SUEÑO?

- No, en absoluto 1
- No más que lo habitual 2
- Algo más que lo habitual 3
- Mucho más que lo habitual 4
- Ns/Nc [No leer] 9

[Volver a índice](#)



I.1.3. ¿HA SENTIDO QUE ESTÁ JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?

Más útil que lo habitual	1
Igual que lo habitual	2
Menos que lo habitual	3
Mucho menos que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.4. ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?

Más que lo habitual	1
Igual que lo habitual	2
Menos que lo habitual	3
Mucho menos que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.5. ¿SE HA NOTADO CONSTANTEMENTE AGOBIADO Y EN TENSION?

No, en absoluto.....	1
No más que lo habitual	2
Algo más que lo habitual	3
Mucho más que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.6. ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE NO PUEDE SUPERAR SUS DIFICULTADES?

No, en absoluto.....	1
No más que lo habitual	2
Algo más que lo habitual	3
Mucho más que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.7. ¿HA SIDO CAPAZ DE DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES NORMALES DE CADA DÍA?

Más que lo habitual	1
Igual que lo habitual	2
Menos que lo habitual	3
Mucho menos que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.8. ¿HA SIDO CAPAZ DE HACER FRENTE ADECUADAMENTE A SUS PROBLEMAS?

Más capaz que lo habitual	1
Igual que lo habitual	2
Menos capaz que lo habitual	3
Mucho menos capaz que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.9. ¿SE HA SENTIDO POCO FELIZ O DEPRIMIDO?

No, en absoluto.....	1
No más que lo habitual	2
Algo más que lo habitual	3
Mucho más que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.10. ¿HA PERDIDO CONFIANZA EN SÍ MISMO?

No, en absoluto.....	1
No más que lo habitual	2
Algo más que lo habitual	3
Mucho más que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.11. ¿HA PENSADO QUE USTED ES UNA PERSONA QUE NO SIRVE PARA NADA?

No, en absoluto.....	1
No más que lo habitual	2
Algo más que lo habitual	3
Mucho más que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

I.1.12. ¿SE SIENTE RAZONABLEMENTE FELIZ CONSIDERANDO TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS?

Más que lo habitual	1
Igual que lo habitual	2
Menos que lo habitual	3
Mucho menos que lo habitual	4
Ns/Nc [No leer].....	9

[Volver a índice](#)

J. DETERIORO COGNITIVO/MEMORIA

SOLO PERSONAS MAYORES DE 55. Resto pasa a apartado K

J.1. ¿Tiene usted problemas de memoria? SI/NO

A los que contesten que si preguntarles J.1.1 a J.1.6

J.1.1. ¿Desde hace cuánto tiempo? (Recoger en años y en meses)

J.1.2. ¿Tiene usted problemas de atención o dificultad para concentrarse? SI/NO

J.1.3. ¿Le preocupan estos problemas de atención o de memoria? SI/NO

J.1.4. ¿Ha consultado usted a su médico por esta causa? SI/NO

J.1.5. ¿Le produce alteraciones en su vida cotidiana? SI/NO

J.1.6. En relación a su memoria, se encuentra usted peor que otras personas de su misma edad? SI/NO

K. SALUD AMBIENTAL Y RELACIONES SOCIALES

Ahora nos gustaría conocer otros aspectos de su vida cotidiana relacionados con la salud.

K.1. ¿Le molestan los ruidos ambientales que se oyen desde su vivienda?

Sí 1

No 2 → Ir a K.3

A los que contestan que si se les preguntaría:

K.1.1. (si respuesta afirmativa en K1) ¿Cree que ese ruido repercute en su salud?

Sí 1

No 2

NO sabe 8

K.2. ¿Qué tipo de ruido o ruidos son los que más le molestan donde usted vive? Respuesta espontánea

(Tráfico, ocio nocturno, aglomeraciones de gente, talleres o locales comerciales, vecinos, obras y construcciones, recogida de basuras, servicios de emergencia...)

SOLO PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS. Resto pasar a K.4

K.3. **Ahora le voy a hacer unas preguntas relacionadas con el teléfono móvil, (se excluye el uso por motivos de trabajo)**

K.3.1 ¿Utiliza el teléfono móvil habitualmente? SI/NO

K.3.2 ¿Lo utiliza más a menudo o por más tiempo del que debiera? SI/NO

[Volver a índice](#)



K.3.3 ¿Le han comentado en alguna ocasión, sus familiares o amistades, que utiliza mucho el móvil para hablar o enviar mensajes? _____ SI/NO

K.3.4 Si algún día no tiene su móvil ¿se siente incómodo o como si le faltara algo muy importante? _____ SI/NO

K.3.5 ¿Ha intentado reducir el uso del móvil y no lo ha conseguido de forma satisfactoria? __ SI/NO

A todos/as

K.4 ¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a durante el último año?

- Siempre o casi siempre _____ 1
- Bastantes veces _____ 2
- Pocas veces _____ 3
- Nunca o casi nunca _____ 4
- No contesta _____ 9

K.5. Le voy a hacer unas preguntas sobre la frecuencia con la que se producen las siguientes situaciones en su vida cotidiana. (Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre, no procede)

Con que frecuencia usted...

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Dedicar tiempo a cuidarse y sentirse bien	1	2	3	4	5
2. Antepone el cuidado de los demás al suyo propio	1	2	3	4	5
3. Otras personas se preocupan por usted y su bienestar	1	2	3	4	5
4. Participa en las actividades que se organizan en su barrio	1	2	3	4	5
5. Utiliza los recursos públicos de su barrio (centro deportivo, centro cultural, centro social, parques y jardines...)	1	2	3	4	5

K.5a. En su casa, ¿Quién se hace cargo de las tareas domésticas? Respuesta simple

- Siempre usted _____ 1
- Normalmente usted _____ 2
- Usted y otra u otras personas del hogar por igual _____ 3
- Normalmente otra u otras personas del hogar _____ 4
- Siempre otra persona del hogar _____ 5
- Siempre o normalmente otra persona que no convive en el hogar (remunerada o no) _____ 6
- No contesta _____ 9

[Volver a índice](#)



K.6. En algún momento de su vida, ¿Se ha sentido discriminado/a, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o le han hecho sentirse inferior por alguna de las siguientes causas? (Entrevistador/a: respuesta múltiple, leer todas las opciones y marcar todas las que diga la persona entrevistada, si no responde afirmativamente a ninguna de las opciones, señalar “no se ha sentido discriminado/a”).

Por su sexo	SI/NO
Por su etnia o país de origen	SI/NO
Por su nivel de estudios o clase social	SI/NO
Por su opción u orientación sexual	SI/NO
Por padecer alguna discapacidad	SI/NO
Por padecer alguna enfermedad crónica	SI/NO
Por su aspecto físico	SI/NO
Por su edad	SI/NO
Por otra causa,	SI/NO
¿cuál?	
No se ha sentido discriminado/a	7
No sabe	8
No contesta	9

L. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SITUACIÓN LABORAL

Para poder clasificar sus respuestas necesitamos que nos conteste las siguientes preguntas

L.0.1. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?

L.0.2. De esas ¿cuántas son menores de 16 años? (sólo si no vive solo/a)

L.0.3. ¿Cuántos metros útiles tiene la vivienda aproximadamente? m²
NS/NC |_| 999

L.0.4. ¿Tienen actualmente en su vivienda algún animal de compañía? (admite respuesta múltiple)

No	1
Sí, perro/s	2
Sí, gato/s	3
Sí, hámster, cobayas u otros roedores	4
Sí, otros mamíferos	5
Sí, aves	6
Sí, peces	7
Sí, tortugas o reptiles	8
Sí, anfibios (p. ej., ranas)	9
Sí, otros animales	98
(especificar	
NS/NC	99

[Volver a índice](#)



L.1. Lugar de nacimiento

- Municipio de Madrid 1
 Comunidad de Madrid 2
 Otras comunidades autónomas. 3 (→ Ir a L.1.a)
 Extranjero 4
 (País de Nacimiento) (→ Ir a L.1.b)

L.1.a. ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en el municipio de Madrid?

___ años ___ meses

L.1.b. ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

___ años ___ meses

L.2. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente?

Trabaja	1	→ L.5
Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado)	2	
Pensionista (anteriormente no ha trabajado)	3	
Parado/a y ha trabajado antes	4	→ L.3.
Parado/a y busca su primer empleo	5	→ L.3.
Estudiante	6	
Trabajo doméstico no remunerado	7	

L.3. (Sólo si está parado/a. L.2. = 4 o 5) ¿Cuánto tiempo lleva usted desempleado/a?

Días ____ Meses _____ Años _____

Nc (999)

L.4. (Sólo si está parado/a. L.2. = 4 o 5) ¿Percibe usted prestación por desempleo u otro tipo de ayuda económica?

Si	1
No	2
No contesta	9

Solo si L.2 = 1 trabaja. Resto pasar a L.8



- L.5. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 0 (nada estresante) a 10 (muy estresante):**

Escala de 0 a 10 |__| NS/NC 11

- L.6. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 0 (nada satisfactorio) a 10 (muy satisfactorio)**

Escala de 0 a 10 |__| NS/NC... 11

- L.7. ¿Qué tipo de contrato tiene usted?**

Trabaja por su cuenta o no es asalariado	1
Funcionario o estatutario	2
Contrato indefinido	3
Contrato temporal (menos de 6 meses)	4
Contrato temporal (6 meses a 1 año)	5
Contrato temporal (más de 1 año)	6
Contrato temporal (no sabe duración)	7
Sin contrato	8
NS/NC	99

A todos/as

- L.8. En relación con el total de ingresos de su hogar ¿cómo suelen llegar a fin de mes?**

Con mucha dificultad	1
Con dificultad	2
Con cierta dificultad	3
Con cierta facilidad	4
Con facilidad	5
Con mucha facilidad	6

- L.9. De todas las personas con quién convive, ¿quién es la persona que aporta más ingresos al hogar? (no leer)**

La persona entrevistada	1
Otra	2
La persona entrevistada y otra casi a partes iguales	3

L.10. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?

(Anotar sólo el título académico más alto que se ha obtenido)

No sabe leer o escribir	1
Sin estudios	2
Estudios primarios incompletos	3
Estudios de 1er grado (estudios primarios, EGB hasta 5º)	4
Estudios de 2º grado, 1er ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental, etc.) ___	5
Educación Secundaria Obligatoria (ESO)	6
Estudios de 2º grado, 2º ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial)	7
Estudios de 3er grado, 1er ciclo (Perito, Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.)	8
Estudios de 3er grado, 2º y 3er ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.) _____	9

SITUACIÓN LABORAL

L.11. ¿Trabaja actualmente? (filtrar por L.2.)

Sí	1
No	2 (→ Ir a L.12.)

L.12. ¿Ha trabajado anteriormente?

Sí	1
No	2 (→ Ir a L.15.)
NS/NC	9

SOLO SI TRABAJAN O HAN TRABAJADO ANTES. Resto pasar a L.15

L.13. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?

(Apuntar con el mayor nivel de detalle posible) (Trabajan o han trabajado antes)

.....

L.14. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

Sin asalariados	1
Con 10 o más asalariados	2
Con menos de 10 asalariados	3

Volver a índice



TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

Gerente de una empresa con 10 o más asalariados	4
Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados	5
Capataz, supervisor o encargado	6
Otro asalariado	7

Pasamos a preguntar directamente por el sustentador/a principal, (ocupación actual o última).

L.15. (Sólo si L.9. =2 o ni trabaja ni ha trabajado antes) ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado el sustentador/a principal?

(Entrevistador/a: Apuntar con el mayor nivel de detalle posible)

L.16. ¿Cuál es la categoría profesional, del sustentador/a principal, que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?

TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

Sin asalariados	1
Con 10 o más asalariados	2
Con menos de 10 asalariados	3

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

Gerente de una empresa con 10 o más asalariados	4
Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados	5
Capataz, supervisor o encargado	6
Otro asalariado	7

M. FRAUDES FINANCIEROS:

Y ya para finalizar, en las últimas décadas se han registrado numerosas prácticas bancarias abusivas que han afectado a la vida de muchas personas. A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre este tema.

M.1. Quisiera, por favor, que me respondiese si en los últimos años, concretamente desde el 2006, ¿cree Ud. que ha sufrido un fraude bancario?

Si

No → FIN DE LA ENTREVISTA

M.2. ¿Qué producto contrató Ud? (admite respuesta múltiple)

- Cláusulas suelo en hipotecas 1
- Ejecuciones de hipoteca (desahucios) 2
- Otros relacionados con hipoteca (multidivisa, swap, seguros vinculados) 3
- Preferentes o subordinadas (ej: participaciones proferentes, obligaciones subordinadas, obligaciones o valores convertibles, productos estructurados)..... 4
- Préstamos abusivos o con usura (ej: crédito rápido, tarjetas revolving) 5
- Otros (especificar) 98 → FIN DE LA ENTREVISTA
- Ns/Nc 99 → FIN DE LA ENTREVISTA

M.3. ¿En qué fecha (mes, año) contrató Ud. por primera vez esos productos?

mes_____/año_____

M.4. ¿En qué fecha (mes, año) Ud. fue consciente de haber sido defraudado por el banco?

mes_____/año_____

M.5. Este fraude, ¿supuso un impacto para su economía familiar?

- Ninguno 1
- Leve 2
- Moderado 3
- Grave 4
- Muy grave 5

M.6. ¿Ud. ha reclamado?

- No → FIN DE LA ENTREVISTA 1
- Si, judicialmente 2
- Si, extrajudicialmente (arbitraje) 3

M.7. ¿Ha sido Ud. compensado de su pérdida económica?

- No, prácticamente nada → FIN DE LA ENTREVISTA 1
- Parcialmente 2
- Totalmente o casi totalmente 3
- En proceso de resolución 4

M.8. ¿En qué fecha fue compensado?

mes_____/año_____



Y ya para terminar, estamos realizando un estudio sobre orientación temporal en mayores de 55 años, ¿usted querría contestar unas preguntas muy breves para esto?”

N.5. ¿Me podría decir...?

N.5.1. ¿Qué día de la semana es hoy?	Acierta/No acierta
N.5.2. ¿Qué día del mes?	Acierta/No acierta
N.5.3. ¿En qué mes estamos?	Acierta/No acierta
N.5.4. ¿En qué año?	Acierta/No acierta
N.5.5. ¿En qué estación?	Acierta/No acierta

REFERENCIAS

- ¹ Eurostat. Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas para los Servicios Estadísticos Nacionales y Comunitarios. 2011 28 de septiembre de 2011:1-8. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ² Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2016. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). 2017:1-47. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid>
- ³ Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos de la Ciudad de Madrid. 2006-2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ⁴ Díaz-Olalla JM, Esteban Peña M. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. 2008:404. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://madridsalud.es>
- ⁵ Díaz-Olalla JM, Benítez-Robredo T. Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2014. 2015:246. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>
- ⁷ Ayuntamiento de Madrid. Dirección General Estadística. Áreas de información estadística. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ⁸ Ayuntamiento de Madrid. Padrón Municipal de Habitantes (explotación estadística). 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ⁹ Ayuntamiento de Madrid. Encuesta Continua de Hogares. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹⁰ Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹¹ Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Sistema de Vigilancia de Riesgos Ambientales (VISRAM). [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://madridsalud.es>
- ¹² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. 2014. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es>
- ¹³ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud en España 2017. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es>
- ¹⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Europea de Salud en España 2014. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es>
- ¹⁵ Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Estadísticas de Demografía de la Comunidad de Madrid. 2019; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹⁶ Eurostat. Population and social conditions, Health . 2019; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ¹⁷ Ayuntamiento de Madrid. Acuerdo por el que se aprueban las directrices para la aplicación de la transversalidad de género en el Ayuntamiento de Madrid. 2018:1-10. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://sede.madrid.es>
- ¹⁸ Lune H, Berg BL. Qualitative research methods for the social sciences. Essex, UK: Pearson; 2016.
- ¹⁹ Méndez Gago S, González Robledo L, Pedrero-Pérez EJ, Rodríguez-Gómez R, Benítez-Robredo MT, Mora-Rodríguez C, et al. Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes: un estudio representativo de la ciudad de Madrid. Universidad Camilo José Cela. Cátedra para el Desarrollo Social. Madrid; 2018.



- ²⁰ Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol*. 2011;11(1):125-39.
- ²¹ Remor E, Carrobles JA. Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH. *Ansiedad y Estrés* 2001;7(2-3):195-201.
- ²² Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado P, Rojo-Mota G, Llanero-Luque M, Puerta-García C. La "Escala de estrés percibido": estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Psicología Conductual* 2015;23(2):305-24.
- ²³ Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Morales-Alonso S, Pedrero-Aguilar J, Fernández-Méndez LM. Sintomatología prefrontal en la vida diaria: evaluación de cribado mediante el inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20). *Revista de Neurología* 2015;60(9):385-93.
- ²⁴ Díaz Olalla J, Rodríguez Pérez, M, Junco Torres I. Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid. 2017:87. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ²⁵ Ayuntamiento de Madrid. Contabilidad municipal. Base 2010 Cuentas de renta del sector hogar. [Consultado 17.02.2020].
- ²⁶ United Nations Development Programme. Human Development Index (HDI). Technical notes. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://hdr.undp.org>
- ²⁷ Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria* 2013;27(3):263-72.
- ²⁸ Measuring an equivalence of purchase intervals using a revised Gini index. The 58th World Statistics Congress of the International Statistical Institute, Dublin, Ireland; 2011.
- ²⁹ Eurostat. Estadísticas sobre pobreza de ingresos. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ³⁰ International Physical Activity Questionnaire. International Physical Activity Questionnaire. IPAQ. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://sites.google.com>
- ³¹ Rodríguez-Monje MT, Pedrero-Pérez EJ, Rodríguez-Alonso E, Fernández-Girón M, Pastor-Ramos V, Mateo-Madurga A, et al. MULTICAGE CAD-4 for behavioral addiction screening: Structural validity after inclusion of a scale on smartphone abuse. *Anales de Psicología* 2019;35(1):41-6.
- ³² Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Rojo-Mota GL, M., Pedrero-Aguilar J, Morales-Alonso S-, Carmen. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones* 2018;30(1):19-32.
- ³³ Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: OMS 2001.
- ³⁴ Sánchez-Guevara Sánchez C. Propuesta metodológica de evaluación de la pobreza energética en España: indicadores para la rehabilitación de viviendas. Propuesta metodológica de evaluación de la pobreza energética en España: indicadores para la rehabilitación de viviendas 2015. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://oa.upm.es>
- ³⁵ Nelson E, Wasson J, Kirk J, Keller A, Clark D, Dietrich A, et al. Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis* 1987;40:555-63S.
- ³⁶ Serrano-Gallardo P, Lizán-Tudela L, Díaz-Olalla JM, Otero Á. Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Medicina Clínica* 2009;132(9):336-43.

- ³⁷ LizánTudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida. Atención Primaria 1999;24:75-82.
- ³⁸ Pedrero-Pérez EJ, Díaz-Olalla JM. COOP/WONCA: fiabilidad y validez de la prueba administrada telefónicamente. Atención Primaria 2016;48(1):25-32.
- ³⁹ Coale AJ, Demeny P, Vaughan B. Models of mortality and age composition. Regional model life tables and stable population. 2nd ed. New York: Academic Press 1983;193:3-7.
- ⁴⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población, fenómenos demográficos, tablas de mortalidad, esperanza de vida. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>
- ⁴¹ Ayuntamiento de Madrid. Áreas de información estadística, demografía y población, esperanza de vida. Esperanza de vida. Por distrito, sexo y grupo de edad. 2019 [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ⁴² Eurostat. Glossary: Activity limitation. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ⁴³ Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep 1971 Apr;86(4):347-354.
- ⁴⁴ Eurostat. Healthy life years and life expectancy at birth, by sex. 2019; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ⁴⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es>
- ⁴⁶ Ayuntamiento de Madrid. Área de Información Estadística. Estimaciones y proyecciones. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ⁴⁷ Office for National Statistics. Period and cohort life expectancy explained: December 2019 Guide to the two types of life table – cohort and period – used to calculate past and projected life expectancy. 2019; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk>
- ⁴⁸ Eurostat. EU Standard Population. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ⁴⁹ Eurostat. Data base, population and social conditions, health, causes of death, metadata. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ⁵⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>
- ⁵¹ World Health Organization (WHO) UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Divisio. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. 2019:1-119. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org>
- ⁵² Ayuntamiento de Madrid. Banco de datos, demografía y población, padrón municipal, características de la población a 1 de enero, clasificadas por Distrito y Sexo, según Edad (grupos quinquenales). [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ⁵³ Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2016. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid>
- ⁵⁴ Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349(9061):1269-76.[Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.thelancet.com>
- ⁵⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.healthdata.org>
- ⁵⁶ Coale AJ, Guo G. Revised regional model life tables at very low levels of mortality. Population Index 1989:613-43.



- ⁵⁷ Coale AJ, Demeny P, Vaughan B. Regional Model Life Tables and Stable Populations: Studies in Population. New York: Elsevier; 2013.
- ⁵⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. B. Mapping revisions and variants of the ICD. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.healthdata.org>
- ⁵⁹ World Health Organization (WHO). Health statistics and information systems. Disease burden and mortality estimates. 2016; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int>
- ⁶⁰ Soriano JB, Rojas Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)* 2018;151(5): 171-90.
- ⁶¹ Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Catalá-López F, Fernández de Larrea-Baz N, Morant-Ginestar C. Aproximación a la carga de enfermedad de las personas mayores en España. *Gaceta Sanitaria* 2011;25:47-50.
- ⁶² Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, Berks.: NFER-Nelson, 1988.
- ⁶³ Hewitt CE, Perry AE, Adams B, Gilbody SM. Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *J Affect Disord* 2011;128(1-2):72-82.
- ⁶⁴ Comunidad de Madrid. Salud. Enfermedades de declaración obligatoria. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid>
- ⁶⁵ Cevallos García C, Verdejo Ortés J, Martínez Rodríguez S, Izarra Pérez C. Retraso diagnóstico y enfermedad avanzada en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Madrid (2007-2011). *Revista Española de Salud Pública* 2012;86:37-47.
- ⁶⁶ Swindale A, Bilinsky P. Development of a universally applicable household food insecurity measurement tool: process, current status, and outstanding issues. *J Nutr* 2006;136(5):1449S-1452S.
- ⁶⁷ Condusef.gob.mx ¿Conoces todo sobre fraudes financieros? Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.condusef.gob.mx>
- ⁶⁸ Iosco.org IOSCO seeks to protect senior investors from financial fraud, insuitable investments and other risks. 2018 [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.iosco.org>
- ⁶⁹ Ganzini L, McFarland B, Bloom J. Victims of fraud: Comparing victims of white collar and violent crime. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 1990;18(1):55-63.
- ⁷⁰ Zunzunegui MV, Belanger E, Benmarhnia T, Gobbo M, Otero A, Béland F, et al. Financial fraud and health: the case of Spain. *Gaceta Sanitaria* 2017;31:313-319.
- ⁷¹ Sarriá E, Recio P, Rico A, Díaz-Olalla M, Sanz-Barbero B, Ayala A, et al. Financial fraud, mental health, and quality of life: a study on the population of the City of Madrid, Spain. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(18):3276.
- ⁷² Díaz-Olalla JM, Sanz-Barbero B, Rico A, Botella-Cañamares N. El efecto del fraude bancario en la calidad de vida. Un análisis de la encuesta de salud de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 2018;32(Especial Congreso).
- ⁷³ Sanz-Barbero B, Gómez AR, Ayala A, Recio P, Sarriá E, Díaz-Olalla M, et al. Impact of self-reported bank fraud on self-rated health, comorbidity and pain. *Int J Pub Health* 2019. Publicado online 2019 Nov 8. doi: 10.1007/s00038-019-01312-2
- ⁷⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2017. Metodología. : 64. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>
- ⁷⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud. Serie informes monográficos. Actividad física, descanso y ocio. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es>

- ⁷⁶ Bartoll, X., Pérez, C. . Agencia de Salud Pública. Consorci Sanitari de Barcelona. Enquesta de salut de Barcelona 2016/17 Informe de resultats. 2018:1-152. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat>
- ⁷⁷ Movement for health. World Confederation for physical therapy. ¿Cómo medir la actividad física? :1. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.wcpt.org>
- ⁷⁸ Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Recomendaciones de Alimentación para la población española. 2016:67. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.alimentacionsaludable.es>
- ⁷⁹ World Health Organization (WHO). Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int>
- ⁸⁰ Hartley L, Igbinedion E, Holmes J, Flowers N, Thorogood M, Clarke A, et al. Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(6). [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- ⁸¹ Asociación para la Promoción de Consumo de Frutas y Hortalizas. 5 al día. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.5aldia.org>
- ⁸² World Health Organization (WHO). Reducir el consumo de bebidas azucaradas para reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int>
- ⁸³ Asociación Nacional de Empresas de Agua Envasada (ANEABE). Memoria 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.aneabe.com>
- ⁸⁴ Organización de Consumidores y Usuarios (OCU). Estudio del Agua. 2017; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ocu.org>
- ⁸⁵ Morales Alonso S, Álvarez Crespo B, Rodríguez Rives E, Benítez Robredo MT, Pedrero Pérez EJ. Consumo de agua embotellada en la población urbana y variables asociadas. Hig Sanid Ambient 2019;19(2):1735-9.
- ⁸⁶ DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association (APA) 2013.
- ⁸⁷ Pedrero-Pérez EJ, Rodríguez-Monje MT, Ruiz-Sánchez De León JM. Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. Adicciones 2012;24(2):139-52.
- ⁸⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>
- ⁸⁹ Pedrero-Pérez EJ, Morales-Alonso S, Rodríguez-Rives E, Díaz-Olalla JM, Alvarez-Crespo B, Benítez-Robredo MT. Smartphone Nonusers: Associated Sociodemographic and Health Variables. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2019;22(9):597-603.
- ⁹⁰ Pedrero-Pérez EJ, Mora-Rodríguez C, Rodríguez-Gómez R, Benítez-Robredo MT, Ordoñez-Franco A, González-Robledo L, et al. Síntomas prefrontales asociados al uso problemático de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en adolescentes. Psicología Conductual 2019;27(2):257-73.
- ⁹¹ GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018 Sep 22;392(10152):1015-35.
- ⁹² World Health Organization (WHO). Alcohol. Datos y cifras. 2018; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>



- ⁹³ Sendino R. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). 2016. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
- ⁹⁴ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov>
- ⁹⁵ World Health Organization (WHO). Tabaco. Datos y cifras. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
- ⁹⁶ Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en población general en España (EDADES) 2011/2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
- ⁹⁷ Pedrero Pérez EJ, Benítez Robredo T, Álvarez Crespo B, Madrid Salud Ayuntamiento de Madrid. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) en la ciudad de Madrid. 2014. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ⁹⁸ Pedrero Pérez EJ, Benítez Robredo T, Álvarez Crespo B, Madrid Salud Ayuntamiento de Madrid. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES) de la ciudad de Madrid. 2013. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ⁹⁹ Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Rioboó-Martín E, Lobos-Bejarano JM, Villar-Álvarez F. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. PAPPs 2016. Atención Primaria 2016;48:4-26.
- ¹⁰⁰ Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. Atención Primaria 2016;48:39-59.
- ¹⁰¹ Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Medio Ambiente, Seguridad y Movilidad. Área Delegada de Seguridad y Emergencias. Plan de seguridad vial 2012-2020. Madrid; 2012.
- ¹⁰² Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Desarrollo Urbano Sostenible. Plan Director de Movilidad Ciclista de Madrid. Hacia un uso inclusivo de la bicicleta. 2016 Noviembre de 2016:1-263.
- ¹⁰³ Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Salud, Seguridad y Emergencias/Madrid Salud. Plan de Inspecciones y Actividades Programadas (PIAP). 2019; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://transparencia.madrid.es>
- ¹⁰⁴ Ayuntamiento de Madrid. Ordenanza de Protección de la Salubridad Pública en la Ciudad de Madrid. Exposición de motivos. 2014 28/05/2014.
- ¹⁰⁵ Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Memoria anual de Madrid Salud 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ¹⁰⁶ Consejería de Sanidad- D. G. de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 12. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 12. - Brotes epidémicos, Comunidad de Madrid, año 2016. - Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2015. Diciembre 2017;23.
- ¹⁰⁷ Ayuntamiento de Madrid. Dirección General de Sostenibilidad y Control Ambiental, Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Calidad del Aire Madrid 2018.
- ¹⁰⁸ Ministerio de Fomento. Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido.
- ¹⁰⁹ Ayuntamiento de Madrid. Ordenanza de Protección contra la Contaminación Acústica y Térmica. 25/02/2011.
- ¹¹⁰ Rodríguez Lozano E, Ortiz Fuillerat C, Blasco Novalbos G, Sáez Antón M, García Gutiérrez F, Bermejo Pérez C. Características sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid: serie de casos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2014;34(124):665-81.

- ¹¹¹ Ayuntamiento de Madrid. Ordenanzas municipales. Ordenanza Reguladora de la Tenencia y Protección de los Animales. 26/07/2001.
- ¹¹² Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Plan Estratégico de Madrid Salud 2015-2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ¹¹³ Departamento de Evaluación y Calidad de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Memoria CAF 2017. 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.es>
- ¹¹⁴ Dirección General de Emergencias y Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. Memoria SAMUR-Protección Civil 2016-2017. 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹¹⁵ Dirección General de Integración Comunitaria y Emergencia Social. Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Actividades 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹¹⁶ Dirección General de Personas Mayores y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Actividades 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹¹⁷ Dirección General de Educación y Juventud. Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Actividades 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹¹⁸ Área de Políticas de Género y Diversidad. Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Actividades 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹¹⁹ Dirección general de Familia e Infancia. Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Actividades 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.madrid.es>
- ¹²⁰ Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Comunidad de Madrid. Memoria 2018. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹²¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Tendencias de salud en 30 indicadores. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es>
- ¹²² Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) 2018. 2019; [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus>
- ¹²³ World Health Organization (WHO). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- ¹²⁴ Eurostat. Healthy life years and life expectancy at age 65 by sex. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- ¹²⁵ Tarafa i Orpinell G, Pasarín Rúa M, Pérez González C. La salut a Barcelona 2017. Diciembre de 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.aspb.cat>
- ¹²⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años. España. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.ine.es>
- ¹²⁷ Díaz-Olalla JM, Blasco Novalbos G. Análisis de la esperanza de vida y la mortalidad en la ciudad de Madrid 2014. 2015. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>
- ¹²⁸ Limb M. Austerity measures will lead to rise in unemployment and suicides, says Marmot. BMJ. 2012;344:e2887. doi: 10.1136/bmj.e2887
- ¹²⁹ World Health Organization (WHO). Enfermedades crónicas. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int>
- ¹³⁰ World Health Organization (WHO). Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int>
- ¹³¹ World Health Organization (WHO). Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int>



- ¹³² Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Utilización de medicamentos opioides en España durante el periodo 2008-2015. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>
- ¹³³ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. 2015. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es>
- ¹³⁴ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. 2014. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>
- ¹³⁵ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. 2015.
- ¹³⁶ Benitez del Rosario MA, Hernandez Estevez P, de Armas J, Barreto J, Rodriguez Morales H. Functional classification of the elderly in primary health care: proposed method. *Atención Primaria* 1995;15(9):548-54.
- ¹³⁷ Martín-Lesende I, Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2005; 40(6):335-44.
- ¹³⁸ Martín Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. *Aten Primaria* 2005;36(5):273-7.
- ¹³⁹ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-9. *JAMA* 1963;185:914-9.
- ¹⁴⁰ Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. 2006. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.aragon.es>
- ¹⁴¹ Montejo P, Montenegro M, Fernandez MA, Maestu F. Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;54(2):298-304.
- ¹⁴² Bassett SS, Folstein MF. Memory complaint, memory performance, and psychiatric diagnosis: a community study. *J Geriatr Psychiat Neurol* 1993;6(2):105-11.
- ¹⁴³ Reid LM, Maclullich AM. Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22(5-6):471-85.
- ¹⁴⁴ Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, Adèr HJ, Schmand B. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry* 1999;156(4):531-7.
- ¹⁴⁵ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
- ¹⁴⁶ Sweet JJ, Suchy Y, Leahy B, Abramowitz C, Nowinski CJ. Normative clinical relationships between orientation and memory: age as an important moderator variable. *Clin Neuropsychol* 1999;13(4):495-508.
- ¹⁴⁷ Weaver Cargin J, Collie A, Masters C, Maruff P. The nature of cognitive complaints in healthy older adults with and without objective memory decline. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008;30(2):245-57.
- ¹⁴⁸ Ajejas Bazán MJ, Trujillo J, Isab. M, Wärnberg J, Domínguez Fernández S, López de Andrés A, et al. Differences in the prevalence of diagnosis of overweight-obesity in Spanish children according to the diagnostic criteria set used. *Gaceta Sanitaria* 2019;32:477-80.
- ¹⁴⁹ World Health Organization (WHO). Salud mental. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>

- ¹⁵⁰ Comunidad de Madrid, Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 11. Volumen 24. Informe: Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2017. Noviembre de 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹⁵¹ Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2017-2018. 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid>
- ¹⁵² Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Calendario de vacunación del adulto 2019. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹⁵³ Comunidad de Madrid, Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 24. Informe: Tosferina en la Comunidad de Madrid, año 2017. Marzo 2018 [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹⁵⁴ Comunidad de Madrid, Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 10. Volumen 24. Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2017. 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹⁵⁵ Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico semanal. Vigilancia epidemiológica VIH/SIDA. 2019. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid>
- ¹⁵⁶ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Registro Nacional de casos de SIDA. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. 2016. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es>
- ¹⁵⁷ Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid>
- ¹⁵⁸ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es>
- ¹⁵⁹ Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Interrupción voluntaria del embarazo. 2017.. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- ¹⁶⁰ Dirección General de Tráfico (DGT). Las Principales Cifras de la Siniestralidad Vial. España 2016. 2017. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.dgt.es>
- ¹⁶¹ Comunidad de Madrid, Consejería de Políticas Sociales y Familia, Dirección General de Atención a personas con Discapacidad. Base de datos del Reconocimiento del Grado de Discapacidad. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid>
- ¹⁶² Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Base de datos de personas con valoración del grado de discapacidad a 31.12.2016. 2018. [Consultado 17.02.2020]. Disponible en: <http://www.imserso.es>





**INFORME MONOGRÁFICO.
SENTIMIENTO DE SOLEDAD
EN LA CIUDAD DE MADRID**

Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](#)

Este documento [Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid](#) forma parte como informe monográfico del [Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018](#), por ello comienza en la página 429.

Ambos disponibles en http://madridsalud.es/area_profesional/

Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en <http://madridsalud.es>

[Cómo citar el informe monográfico:](#)

Rodríguez Pérez M., Díaz-Olalla J. M., Pedrero Pérez E. J. y Sanz Cuesta M. R. Informe monográfico: Sentimiento de Soledad en la Ciudad de Madrid.

En Díaz Olalla J. M. (Dir.); Benítez Robredo M. T., Rodríguez Pérez M., y Sanz Cuesta M. R. (Coord.) Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2020. Págs. 429-503.

Fecha de publicación: febrero 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El sentimiento de soledad o soledad no deseada es un problema creciente en sociedades desarrolladas al que es preciso prestar atención por sus repercusiones en la salud. En la ciudad de Madrid una de cada diez personas se siente sola.

1. PRESENTAN MAYOR PREVALENCIA DE SENTIMIENTO DE SOLEDAD QUIENES:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS O SOCIOECONÓMICAS

Viven solos/as (21,5%) si bien también lo presentan un 8,5% de las personas que viven acompañadas.

Son jóvenes de entre 15 y 29 años (13,3% en mujeres y 10,7% en hombres).

Tienen dificultad para llegar a fin de mes (22,8% vs. 8,3%), con mayor frecuencia en mujeres (25,8% vs. 18,6% en hombres).

Sufren inseguridad de acceso a los alimentos por motivo económico (23,8% vs. 8,5%), con mayor frecuencia en mujeres (26,5% vs. 19,5% en hombres).

Tienen bajo nivel de estudios, con tendencia más acusada en mujeres (19,27% mujeres y 12,97% hombres).

Son mujeres, casi el doble en todos los tramos de edad (12,5% vs. 7,6%) excepto en jóvenes, donde hay menos diferencia entre mujeres y hombres.

Son inmigrantes (15,7% vs. 9,3%).

Pertencen a clase social desfavorecida (13,5% vs. 9,6% y 7,3% en medida y favorecida respectivamente).

Están desempleados/as (18,3% vs. 9,5%).

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Apenas se cuidan ni procuran su bienestar (23,9% vs. 8,5%).

Tienen hábitos sedentarios (15,6% vs. 7,9%).

Utilizan poco o nada recursos públicos del barrio (14,1% vs. 8,5%).

Participan poco o nada en actividades del barrio (11,5% vs. 7,1%).

Son fumadores/as (12,8% vs. 9,5%).

Duermen mal (15,6% vs. 6,4%).

REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

Perciben que otras personas no se preocupan de ellos/as (40,1% vs. 9,1%).

Se sienten menos felices (47,2% vs. 7,1%).

Piensan que no sirven para nada (54,2% vs. 7,8%).

Se sienten menos útiles que los demás (35,3% vs. 7,4%).

Se consideran menos capaces de tomar decisiones (38,8% vs. 8,3%).

Se han sentido alguna vez discriminadas (22,1% vs. 7,1%).

ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

Presentan riesgo de mala salud mental (30,3% vs. 4,7%).

Tienen un diagnóstico de depresión (40,2% vs. 7,7%).

Padecen limitación grave para la actividad habitual, durante al menos los últimos seis meses (30,8% vs. 7,2%).

Tomaron en el último año tranquilizantes (22,6% vs. 7,5%), antidepresivos (33% vs. 8,3%) o analgésicos opioides (18,6% vs. 8,6%).

Tienen mala autopercepción de su salud (19,7% vs. 6,6%).

Tienen un diagnóstico de ansiedad crónica (36,5% vs. 8,5%).

Refieren dolor moderado e intenso en las últimas semanas (19,1% vs. 7,4%).

Sufren una enfermedad crónica (13,6% vs. 8%).

Señalan tener problemas de memoria (15,9% vs. 5,8%).

Tienen reconocida algún tipo de discapacidad (20,3% vs. 9,5%).

Han sufrido algún accidente (14,3% vs. 8,1%).

No hay diferencias significativas entre los 21 distritos municipales, siendo la prevalencia de sentimiento de soledad algo mayor en los de Usera, Centro y Tetuán; y menor en Moratalaz, Chamartín y Moncloa-Aravaca.

2. LAS PERSONAS QUE TIENEN SENTIMIENTO DE SOLEDAD, PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA ALGUNA/S DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS :

VARIABLES DEMOGRÁFICAS O SOCIOECONÓMICAS

Viven solas (28,7%) si bien el 12% de quienes viven acompañadas también dicen sentir soledad. Los hombres que sienten soledad triplican la frecuencia de vivir solos (35,1% vs. 10%) y las mujeres la duplican (25,5% vs. 13,8%).

Tienen dificultad para llegar a final de mes (30,2% vs. 11,7%).

Tienen dificultad para acceder a los alimentos por motivos económicos (26,7% vs. 9,8%).

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

No dedican tiempo para el propio cuidado (9,3% vs. 25,8%).

Son más sedentarias en su tiempo libre (45,9% vs. 28,2%).

Son fumadoras (27% vs. 20,9%).

No consumen mucho alcohol (25,2% vs. 33%).

Utilizan el teléfono móvil con menor frecuencia (89,6% vs. 93%) y más a menudo piensan que lo utilizan más de lo que debieran (45,9% vs. 37,6%).

Participan menos en actividades del barrio (80,5% vs. 70,9%) y también utilizan menos los recursos públicos del mismo (42,1% vs. 29,2%).

Duermen peor (52,9% vs. 29,2%).

REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

Perciben que otras personas no se preocupan de ellas (14,3% vs. 2,4%).

Piensan que no sirven para nada (25,7% vs. 2,4%) y también se sienten menos útiles (33,4% vs. 6,8%).

Se consideran menos felices (65,7% vs. 95,7%).

Se han sentido discriminadas (53,3% vs. 23,5%).

Perciben que tienen menos capacidad de tomar decisiones (78,1 vs. 96,2%).

ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

Tienen mayor probabilidad de riesgo de mala salud mental o malestar psicológico (63,3% vs. 16,2%).

Tienen percepción desfavorable de su salud (53,2% vs. 24,7%).

Manifiestan tener peor calidad de vida (puntuación de 3,3 en COOP WONCA vs. 2,5).

Padecen limitación crónica para la actividad habitual (14,7% vs. 3,8%).

Refieren problemas de memoria (35,1% vs. 15%).

Tienen diagnóstico de depresión (30% vs. 5,2%) y/o ansiedad crónica (22,2% vs. 4,4%).

Refieren un mayor consumo de medicamentos psicotrópicos: tranquilizantes (42,2% vs. 15,7%), antidepresivos (25,1% vs. 5,8%) o analgésicos opioides (29,1 vs. 14,5%).

Refieren dolor moderado e intenso (las mujeres 45% vs. 21,7% y los hombres 33,4% vs. 14,7%)

Sufren accidentes (28,7% vs. 17,6%).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	436
METODOLOGÍA.....	437
1. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA CIUDAD DE MADRID.....	439
1.1. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS	440
EDAD Y SEXO	440
NIVEL DE ESTUDIOS Y SEXO.....	440
CLASE SOCIAL OCUPACIONAL.....	441
EDAD, CLASE SOCIAL Y SEXO.....	441
DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS.....	442
PERSONAS QUE VIVEN SOLAS.....	443
INSEGURIDAD ALIMENTARIA	444
DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES.....	444
INMIGRANTES POR MOTIVO ECONÓMICO	445
DESEMPLEO	445
1.2. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA.....	446
SEDENTARISMO.....	446
CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS.....	446
CONSUMO DE TABACO.....	446
CONSUMO DE ALCOHOL.....	447
UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL.....	447
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO.....	448
UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO.....	448
TIEMPO PARA AUTOCUIDADO Y BIENESTAR.....	449
SUEÑO.....	450
ANÁLISIS DE OTRAS VARIABLES.....	450
1.3. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA.....	450
SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN.....	450
AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR.....	451
SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA.....	452
SENTIMIENTO DE SER ÚTIL.....	452
CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES.....	453
SENTIMIENTO DE FELICIDAD.....	453
1.4. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD	454
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.....	454
ENFERMEDAD CRÓNICA	454
LIMITACIÓN CRÓNICA A LA ACTIVIDAD HABITUAL	455
DISCAPACIDAD	455
PROBLEMAS DE MEMORIA.....	456
RIESGO DE MALA SALUD MENTAL.....	456
DEPRESIÓN.....	457
ANSIEDAD CRÓNICA.....	457
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	457
DOLOR.....	458
ACCIDENTES	459



2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA SOLEDAD.....	460
2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS	460
PERSONAS QUE VIVEN SOLAS.....	460
INSEGURIDAD ALIMENTARIA	460
DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES	461
2.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA.....	462
SEDENTARISMO	462
CONSUMO DE TABACO.....	462
CONSUMO DE ALCOHOL.....	463
UTILIZACIÓN TELÉFONO MÓVIL.....	464
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO.....	465
UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO.....	465
TIEMPO PARA AUTOCAUIDADO Y BIENESTAR.....	466
SUEÑO	466
2.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA.....	467
SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN.....	467
AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR.....	467
SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA.....	468
SENTIMIENTO DE SER ÚTIL.....	469
CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES.....	469
SENTIMIENTO DE FELICIDAD.....	470
2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD	470
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.....	470
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	471
ENFERMEDAD CRÓNICA	472
LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD HABITUAL	472
DISCAPACIDAD	473
PROBLEMAS DE MEMORIA.....	474
RIESGO DE MALA SALUD MENTAL.....	474
DEPRESIÓN.....	475
ANSIEDAD CRÓNICA.....	476
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	476
DOLOR.....	477
ACCIDENTES	478
3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA SOLEDAD SEGÚN FACTORES INDEPENDIENTES RELACIONADOS CON SU PREVALENCIA.....	479
3.1. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS	480
3.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA.....	481
3.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y LAS REDES DE APOYO Y LA AUTOESTIMA.....	483
3.4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD E INDICADORES DE SALUD	485
3.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES MÁS RELEVANTES QUE EXPLICAN EL RIESGO DE SENTIR SOLEDAD POR ORDEN DE ODD RATIO OBTENIDAS.....	487

4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SOLEDAD Y CON OTROS FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS	490
4.1. MALA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD	490
4.2. RIESGO DE MALA SALUD MENTAL	492
CONCLUSIONES GENERALES.....	494
5. SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES. CONCLUSIONES.....	495
ÍNDICE DE GRÁFICOS	498
ÍNDICE DE TABLAS	501
REFERENCIAS.....	502



INTRODUCCIÓN

Aunque estudiado desde hace muchos años¹, en la última década se ha producido un creciente interés por el sentimiento de soledad que aqueja a un número creciente de personas en los países desarrollados. El sentimiento de soledad y los problemas a los que se asocia configuran un problema de primer orden en el mundo actual, si bien todavía se presenta en gran medida oculto, sin visibilizar. En la raíz de este crecimiento del problema probablemente se encuentran cambios sociales muy recientes, como una gran tendencia al individualismo, la emergencia de nuevos tipos de relación interpersonal mediada, una sociedad digital que permite el acceso a información sin moverse de casa, con más posibilidades de trabajar desde el domicilio y relacionarse a distancia². No cabe duda de los grandes beneficios que la ciencia y la tecnología han puesto al alcance de la mano en las últimas décadas y del progreso global desarrollado, pero estos avances también han originado la aparición de nuevos problemas o el agravamiento de otros ya conocidos.

Según el estudio *La soledad no deseada en la ciudad de Madrid*³, realizado por Madrid Salud en 2017, no hay unanimidad en torno a este concepto; buena parte de las definiciones parten de un enfoque cognitivo que define la soledad como una sensación subjetiva de discrepancia entre las relaciones sociales que tiene una persona y las que desearía tener, discrepancia que conduce a una experiencia desagradable que acarrea sufrimiento y que tiene importantes consecuencias para su salud y el bienestar. La soledad no deseada se diferencia del aislamiento en que este último es una situación objetiva de ausencia de relaciones sociales y de contacto con otros. También es diferente al hecho de vivir solo o sola, que no se asocia necesariamente a experimentar sentimiento de soledad. En todo caso cuando hablamos de “sentimiento o sensación de soledad”, nos estamos refiriendo inevitablemente a una percepción subjetiva, una evaluación individual y, en último término, a una condición interna en modo alguno objetivable⁴.

Se ha tendido a asimilar soledad con edades avanzadas, pero estudios más recientes muestran que el problema no afecta en exclusiva a las personas mayores, sino que se está produciendo en todos los tramos de edad con intensidad creciente, incluyendo a los más jóvenes⁵. Además, la distribución geográfica del sentimiento de soledad está vinculada a aspectos culturales, económicos y sociológicos, de modo que la prevalencia en países del este de Europa alcanza al 30-55% de la población mayor, mientras que en países del oeste y sur de Europa este sector de población se ve afectada en el 10-20%⁶.

En el Reino Unido, pionero en el análisis y la adopción de medidas para este problema, se estima que entre el 5% y el 18% de personas adultas se sienten solas a menudo o siempre, configurando un grave problema que ha motivado la creación de un organismo público específico para abordarlo y la elaboración de una estrategia para tratarlo⁷. La soledad parece fluctuar a lo largo del curso de la vida, con diferentes causas y necesidades a diferentes edades. No se trata sólo de una disminución del contacto o un cambio en las relaciones, sino de la identidad y el sentido de pertenencia de la persona, y de sentir que su red social es adecuada para su etapa de vida^{8,9}.

La soledad, según muchos autores, está configurando una auténtica epidemia global que afecta principalmente a las grandes ciudades de los países desarrollados¹⁰. Aunque principalmente se ha vinculado a mala salud mental, existe abundante evidencia científica de que el sentimiento de soledad impacta en la salud con el desarrollo de un buen número enfermedades somáticas y trastornos mentales, así como con un incremento de mortalidad por todas las causas¹¹.

En la encuesta municipal de hábitos de vida 2018 de Alcalá de Henares, más de un tercio de su población experimenta cierto grado de soledad (27,7%) y el 4,9% de la población un alto grado de soledad. Las mujeres experimentan con más frecuencia sentimiento de soledad que los hombres, la población más joven (15 a 29 años) presenta más soledad en la categoría de “cierto grado de soledad” (31,9%) comparado con los datos globales y el 4,4% soledad en alto grado. Entre 45 y 64 años, un 9,4% presenta un alto grado de soledad, prácticamente el doble que la media del total de la población¹².

Todo ello justifica que en el presente Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018 se preste una especial atención a este problema.

Por todo ello el presente análisis persigue conocer la prevalencia de soledad en la ciudad de Madrid en el conjunto de la población y en algunos grupos vulnerables, así como las características demográficas, socioeconómicas y de salud de la población afectada por este problema en relación con el resto de la población, buscando también la existencia de modelos explicativos de esta situación, analizando los factores que intervendrían en su génesis de manera ajustada y la fuerza de asociación que mantienen con ella.

METODOLOGÍA

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17), se incluyó la pregunta *¿Con qué frecuencia se ha sentido usted solo/a durante el último año?*, con las siguientes opciones de respuesta: *siempre o casi siempre, bastantes veces, pocas veces, nunca o casi nunca*. Todos los resultados contenidos en el presente informe monográfico han sido extraídos del análisis de esta pregunta y su relación con otras variables incluidas en la encuesta. Los aspectos metodológicos de la ESCM'17 están descritos en el apartado de [metodología](#) de este estudio.

A efectos del análisis, generalmente agruparemos las dos primeras categorías (siempre, casi siempre y bastantes veces) bajo epígrafes como “personas con sentimiento de soledad, sentirse solos/solas, soledad”, frente a quienes responden que se han sentido solas pocas veces, nunca o casi nunca, considerando en este caso que se trata de “personas sin sentimiento de soledad, no se sienten solos/solas o sin soledad”.

A fin de hacer más comprensivo el presente estudio monográfico y dar cuenta de los objetivos, se ha agrupado el análisis del sentimiento de soledad en base a los siguientes capítulos:

- 1) Características demográficas y socioeconómicas.
- 2) Hábitos y estilos de vida.
- 3) Redes de apoyo y autoestima.
- 4) Indicadores de salud.

En cada una de estas categorías se analizará tanto la prevalencia de soledad en la población encuestada como las características del conjunto de personas que presentan soledad frente a las que no lo presentan.

Las preguntas analizadas en la categoría de redes de apoyo y autoestima son: *¿durante las últimas semanas ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?, ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?, ¿ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada?, ¿se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?* forman parte del *General Health Questionnaire (GHQ-12)*, instrumento de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica en contextos como la atención primaria o en población general. Este cuestionario ha sido incluido íntegramente en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

En los resultados recogidos en este informe se incluye en primer lugar un abordaje descriptivo. Dada la complejidad y el número de factores que influyen en este sentimiento investigado, no es posible determinar desde una perspectiva dual si la soledad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas o, incluso, para la existencia de otros determinantes económicos, sociales, familiares o de estilos de vida, o si la presencia de estos factores en las personas incrementa el riesgo de sentirse solo/a. Queremos hacer hincapié en que probablemente son factores que interactúan potenciándose cuando se dan, pudiendo actuar desde las dos perspectivas a la hora de planificar intervenciones para su prevención y mejora.

Por ello en todos los análisis bivariantes que se hacen a partir del sentimiento de soledad se incluye el cálculo de la prevalencia -o tasa de prevalencia por cada cien encuestados- de personas con sentimiento de soledad en la muestra total o en diferentes grupos de la misma, identificados por distintas características sociales, demográficas, económicas o de salud (por ejemplo, por grupos de edad, sexo, clase social ocupacional o la presencia de una enfermedad crónica). Para este cálculo se toma el número de personas con ese sentimiento y se sitúa en el numerador, mientras que el conjunto de encuestadas en situación de padecerlo (todas y todos o a quienes corresponda según los



criterios grupales que se definan, es decir la muestra total, o solo los hombres, o solo las personas de clase social desfavorecida, o solo las personas que sufren una enfermedad crónica, etc.) se lleva al denominador.

En algunos casos y en atención a esta bidireccionalidad a que se hace referencia, le ha parecido interesante a las personas que han realizado la investigación conocer también cómo son las personas que sufren este adverso sentimiento de soledad, cuáles son sus perfiles o, entendiéndolo en perspectiva, qué probabilidad diferencial existe de que sintiéndose así sufran determinados problemas de salud en relación con el resto de la población o presenten algunas características que tienen que ver con ella (mala salud mental o dificultades para llegar a final de mes). Este cálculo, la frecuencia o probabilidad que presentan las personas que sufren la soledad de encontrarse en determinada situación, se realiza, en contraposición al anterior, situando en el denominador de la ecuación a las personas encuestadas que declararon sentirse solas y en el numerador a las que, entre ellas, presentan la característica que se estudia (problemas económicos crónicos o alta puntuación en la escala GHQ-12). Como se puede entender, la frecuencia obtenida, que se dará en tanto por cien, es complementaria a la del porcentaje de personas con sentimientos de soledad que no presentan la característica estudiada.

Como culminación de todo el análisis descriptivo, se pasa a una fase de diseño analítico en la que, para cada una de las categorías de las variables estudiadas, y señalando el sentimiento de soledad como la variable dependiente, se calculan las OR ajustadas en distintos modelos de RLM según los diferentes tipos de variables independientes. Como conclusión se obtiene un modelo final en el que se incluyen las variables independientes que resultaron explicativas en los análisis previos.

En una fase final de este trabajo se realiza un abordaje analítico mediante análisis multivariante, considerando en esta ocasión los indicadores de mala salud seleccionados (autopercepción negativa de la salud -percepción regular + mala + muy mala- y riesgo de padecer mala salud mental -puntuar 3 o más puntos en la escala GHQ-) como las variables dependientes e incluyendo entre las variables independientes, además del sexo y la edad como variables categóricas, algunas socioeconómicas y de comorbilidad que resultaron relevantes en la anterior estrategia de análisis, además de la propia soledad. En esta ocasión se ofrecen los resultados de las OR correspondientes (incluida la del sentimiento de soledad) antes del ajuste con las otras variables independientes y las ajustadas en el modelo resultante, intentando visualizar el efecto que la concurrencia de las demás tiene en la relación que mantiene cada una de ellas, especialmente, y como se entiende, el sentimiento de soledad, con el aspecto de mala salud seleccionado.

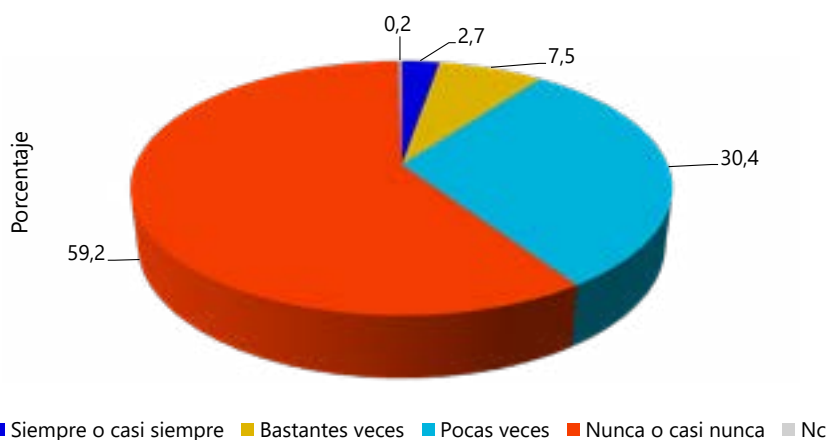
La fuente utilizada para todos los gráficos y tablas de este informe sobre soledad es la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Al ser la misma siempre, no se indica al pie de cada uno de ellos.

1

PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA CIUDAD DE MADRID

Una de cada 10 personas encuestadas, 10,2% [IC 95% = 9,4-11,0] se ha sentido sola siempre, casi siempre y bastantes veces, frente a las personas que se han sentido solas pocas veces, nunca o casi nunca durante el último año. En el [gráfico 1](#) se presentan los porcentajes obtenidos para cada opción de respuesta.

Gráfico 1. Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid



Si comparamos estos resultados con los obtenidos mediante un análisis realizado con otra metodología en el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017, encontramos que en este último el 6,8% de las personas manifiestan que se han sentido solos/as siempre o bastantes



veces durante el último año. En dicho estudio se realiza además un análisis no solo de las personas que perciben sentirse solas mediante pregunta directa, sino también de las que han sido identificadas mediante escalas estandarizadas, obteniendo que finalmente el 9,3% de la ciudadanía madrileña se encuentran en situación de soledad frecuente. La cifra es muy similar a la obtenida en el estudio presente.

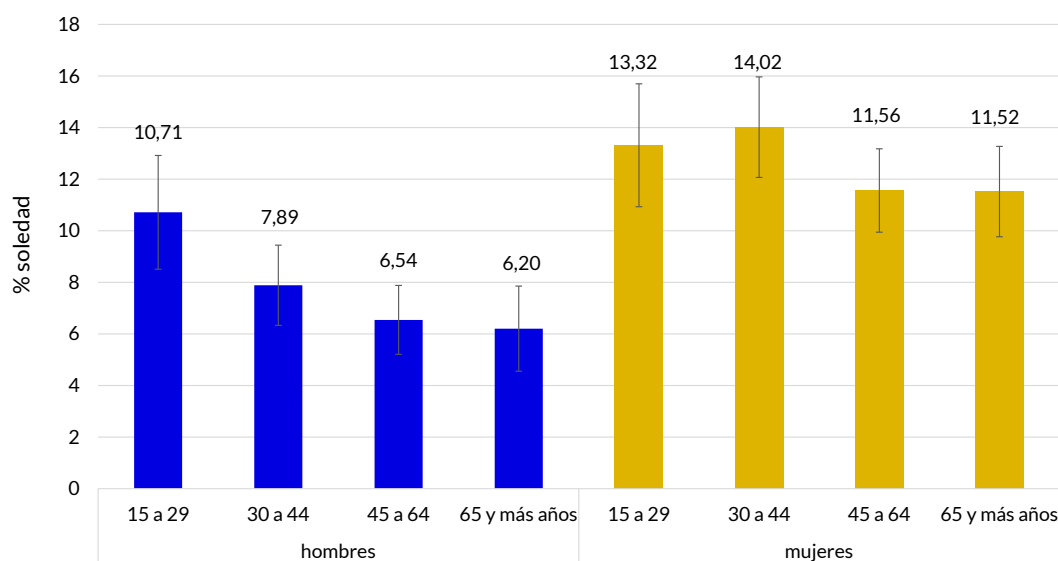
1.1. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

EDAD Y SEXO

El sentimiento de soledad se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. El 7,6% de los hombres [IC 95% = 6,5-8,5] y el 12,5% de las mujeres [IC 95% = 11,2-13,8] declaran sentimiento de soledad. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al sentimiento de soledad en todos los tramos de edad, salvo en el de las personas más jóvenes (15 a 29 años). No existen diferencias significativas entre los tramos de edad de las mujeres, aunque las frecuencias apuntan a mayor soledad en las jóvenes. En cuanto a los hombres aparece mayor soledad en los más jóvenes (15 a 29 años) con significación estadística respecto a los intervalos de edad de 45 a 64 y 65 y más (gráfico 2).

El informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 contiene datos equivalentes a los indicados anteriormente (el 8,1% de los hombres y el 10,3% de las mujeres se ha sentido solo/a siempre, casi siempre o bastantes veces).

Gráfico 2. Prevalencia de soledad según edad y sexo (IC 95%)



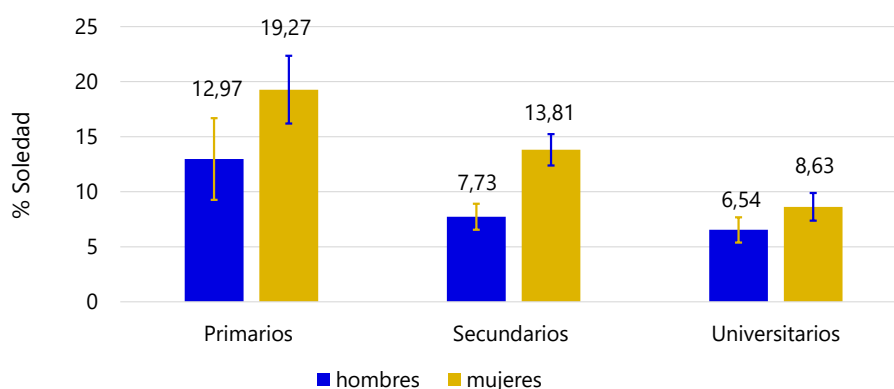
NIVEL DE ESTUDIOS Y SEXO

Las personas con sentimiento de soledad tienen con más frecuencia estudios primarios, reduciéndose progresivamente el sentimiento de soledad cuando se eleva este nivel de estudios a secundarios y universitarios. Esta tendencia es más acusada en las mujeres, que en el caso de las universitarias se aproxima a la frecuencia de sentimiento de soledad de los hombres, no existiendo diferencias significativas.

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto al sentimiento de soledad solo alcanzan la significación estadística en el grupo con estudios secundarios. Existen diferencias significativas en las mujeres en todas las categorías y en los hombres con estudios primarios respecto a los secundarios y universitarios, pero no entre estas dos últimas categorías (gráfico 3).

El informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 coincide en la observación de que las personas que se sienten solas tienen un nivel de estudios significativamente menor que las personas que no se sienten solas.

Gráfico 3. Prevalencia de soledad según sexo y nivel de estudios (IC 95%)

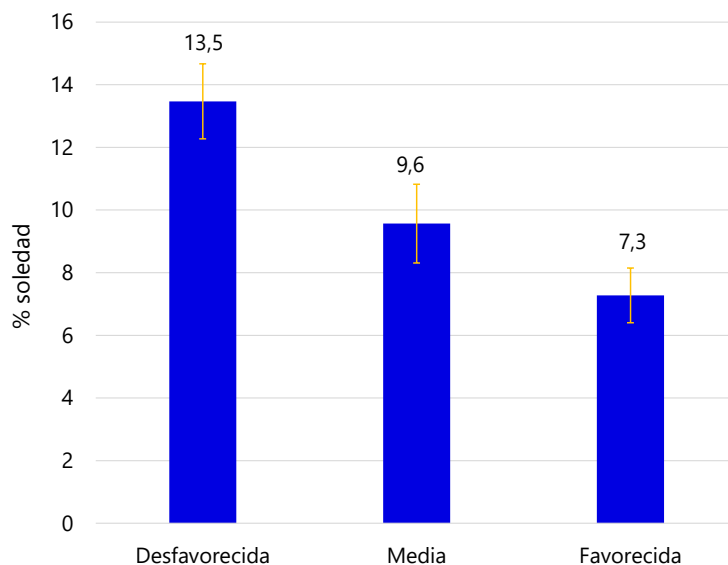


CLASE SOCIAL OCUPACIONAL

Las personas con sentimiento de soledad pertenecen más frecuentemente a la clase social desfavorecida, reduciéndose este sentimiento de forma progresiva en la clase media y favorecida. Hay diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías (gráfico 4).



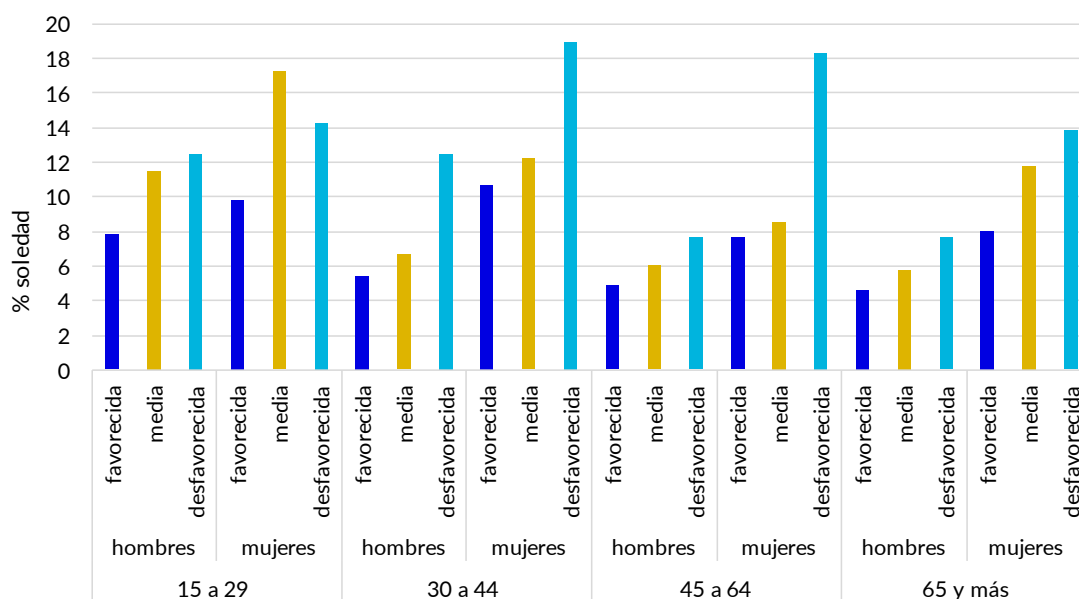
Gráfico 4. Prevalencia de soledad según clase social (IC 95%)



EDAD, CLASE SOCIAL Y SEXO

Analizado el sentimiento de soledad por edad, clase social y sexo, se destaca que en todos los grupos de edad las mujeres tienen más sentimiento de soledad que los hombres, también se incrementa este sentimiento en las clases sociales menos favorecidas en todos los grupos de edad. El gradiente de soledad se suaviza en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres en los dos últimos tramos etarios. Se aprecian diferencias significativas en la soledad de las mujeres entre la clase social favorecida y desfavorecida, a partir de 30 años. Entre los hombres únicamente existen diferencias significativas entre la clase social favorecida y desfavorecida en el tramo de edad de 30 a 44 años (gráfico 5).

Gráfico 5. Prevalencia de soledad según edad, sexo y clase social



DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS

Se han ordenado los distritos municipales en función de las personas de la muestra con sentimiento de soledad residentes en cada uno de ellos. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ni se ajustan a los grupos de distrito según su nivel de desarrollo (gráficos 6 y 7). Los distritos con mayor frecuencia de sentimiento de soledad son Usera, Centro y Tetuán, y los de menor Moratalaz, Chamartín y Moncloa-Aravaca.

Gráfico 6. Prevalencia de soledad por distritos y media de la ciudad

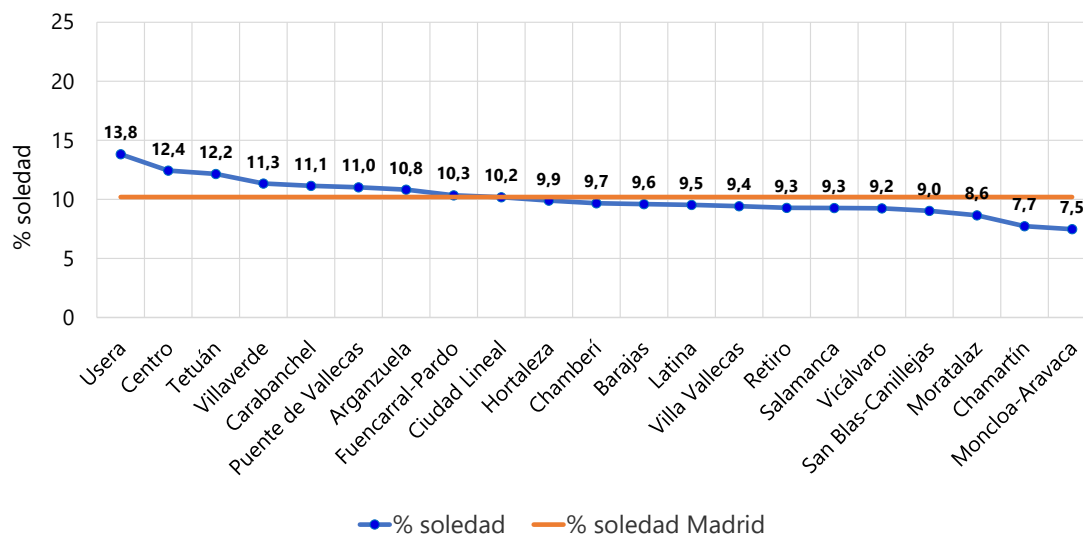
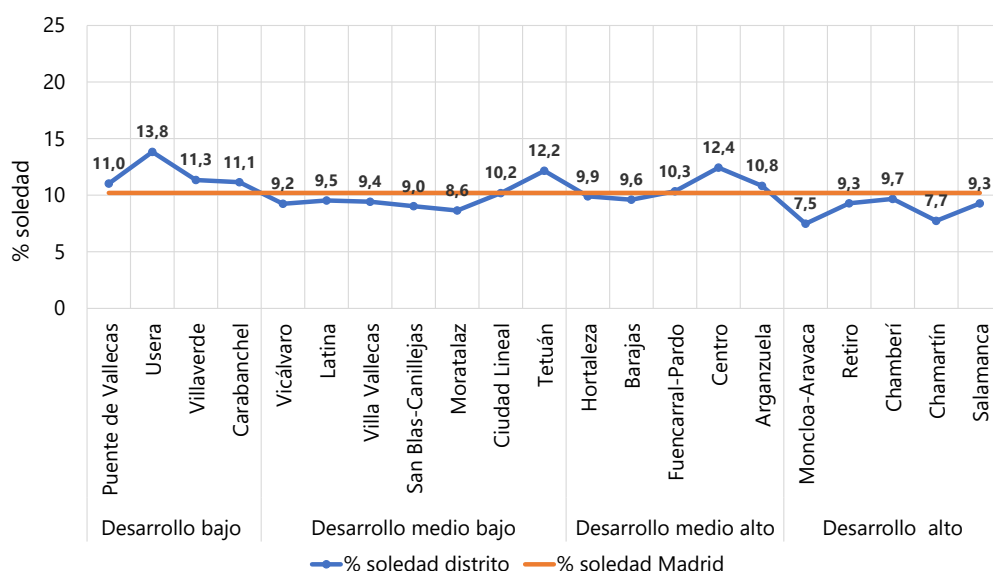


Gráfico 7. Prevalencia de soledad por grupos de distritos según nivel de desarrollo y media de la ciudad



PERSONAS QUE VIVEN SOLAS

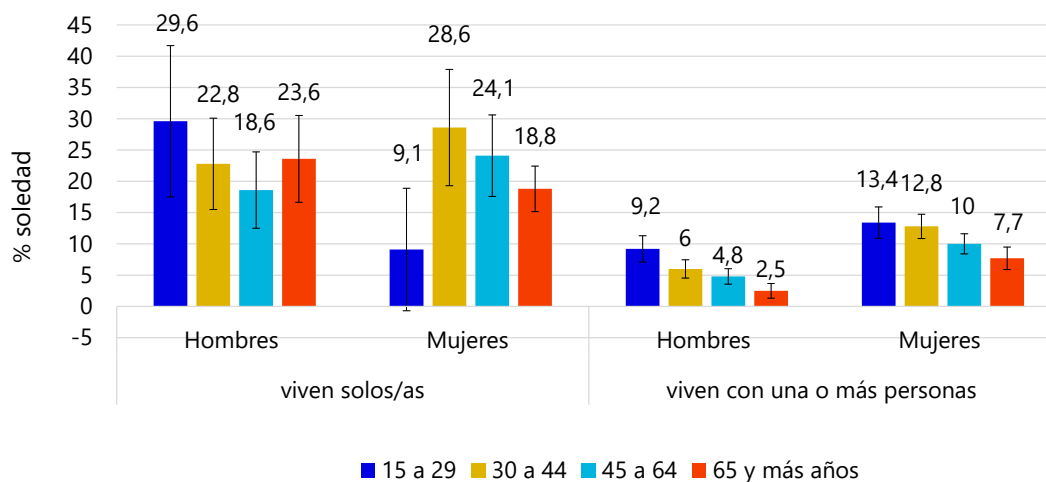
Las personas que viven solas presentan con mayor frecuencia sentimiento de soledad, 21,5% [IC



95% = 19,2-23,8] que las personas que viven acompañadas, si bien estas también lo presentan en un porcentaje considerable 8,5% [IC 95% = 7,8-9,5]. El sentimiento de soledad de las mujeres que viven solas y acompañadas es mayor que el de los hombres. El sentimiento de soledad, tanto en personas solas como acompañadas, se reduce con la edad, salvo el incremento de la frecuencia que se produce en los hombres solos a partir de los 65 años, aunque sin significación estadística (gráfico 8).

El informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 identifica datos similares: una cuarta parte (26,1%) de las personas que viven solas experimentan sentimiento de soledad.

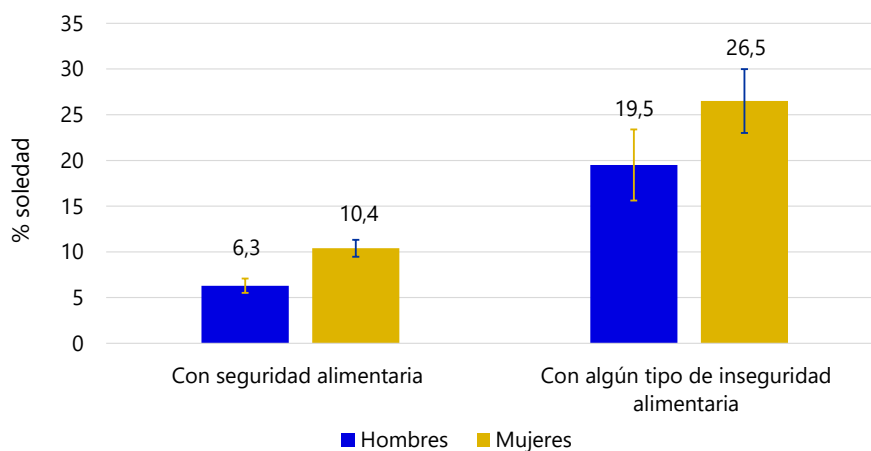
Gráfico 8. Prevalencia de soledad en las personas que viven solas o acompañadas según edad y sexo (IC 95%)



INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Las personas con algún tipo de inseguridad alimentaria (dificultad de acceso económico a los alimentos) presentan una prevalencia tres veces mayor de sentimiento de soledad, 23,8% [IC 95% = 13,1-34,4] que las que presentan seguridad alimentaria, 8,5% [IC 95% = 6,6%-10,3]. El sentimiento de soledad es mayor en las mujeres con seguridad y sin seguridad alimentaria comparado con los hombres, aunque entre hombres y mujeres con algún tipo de inseguridad alimentaria no hay diferencias significativas (gráfico 9).

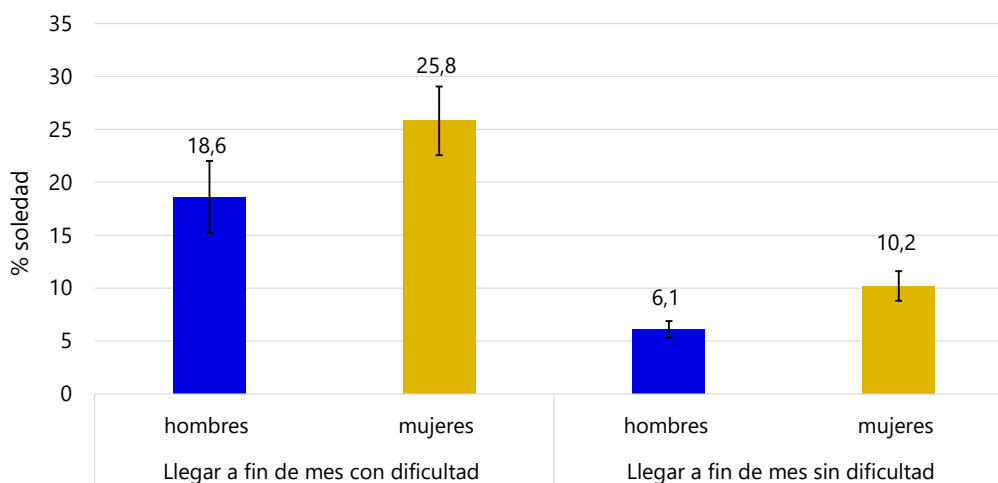
Gráfico 9. Prevalencia de soledad según seguridad alimentaria (IC 95%)



DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES

Las personas con dificultades para llegar a fin de mes tienen casi tres veces más probabilidad de presentar sentimiento de soledad, 22,8% [IC 95% = 20,4-25,2) que los que no tienen dificultades, 8,3% [IC 95% = 7,7-8,9], siendo la diferencia estadísticamente significativa. Son también significativas las diferencias entre sexos en todas las categorías, resultando la mayor frecuencia de sentir soledad en las mujeres respecto a los hombres (gráfico 10).

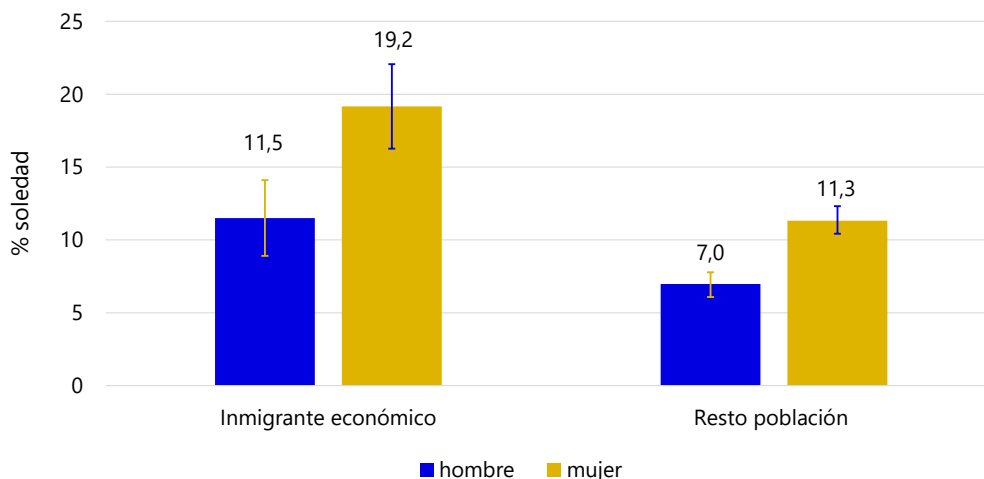
Gráfico 10. Prevalencia de soledad según dificultad para llegar a fin de mes (IC 95%)



INMIGRANTES POR MOTIVO ECONÓMICO

Las personas inmigrantes por motivos económicos presentan una mayor prevalencia de sentimiento de soledad 15,7% [IC 95% = 13,7-17,7] que el resto de la población, 9,3% [IC 95% = 8,7-10,0] (gráfico 11).

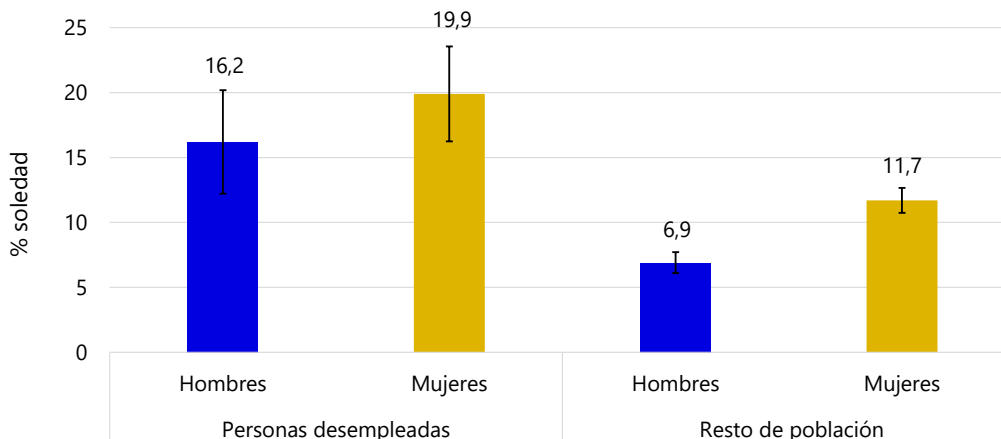
Gráfico 11. Prevalencia de soledad en inmigrantes por motivos económicos y el resto de la población (IC 95%)



DESEMPLEO

La prevalencia de sentirse solo/a es el doble en personas desempleadas, 18,3% [IC 95% = 15,6-21] que las que se encuentran en otras situaciones, 9,5% [IC 95% = 8,8-10,1]; no existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos en las personas desempleadas. Si se analiza desde las personas que se sienten solas los resultados son similares: se duplica la frecuencia de personas desempleadas, 15,9% [IC 95% = 13,5-18,3] respecto a las personas que tienen empleo, 8,1% [IC 95% = 7,5-8,7], estas diferencias tienen significación estadística. No existen diferencias significativas entre sexos para ambas categorías (gráfico 12).

Gráfico 12. Prevalencia de soledad en las personas desempleadas y resto de la población (IC 95%)



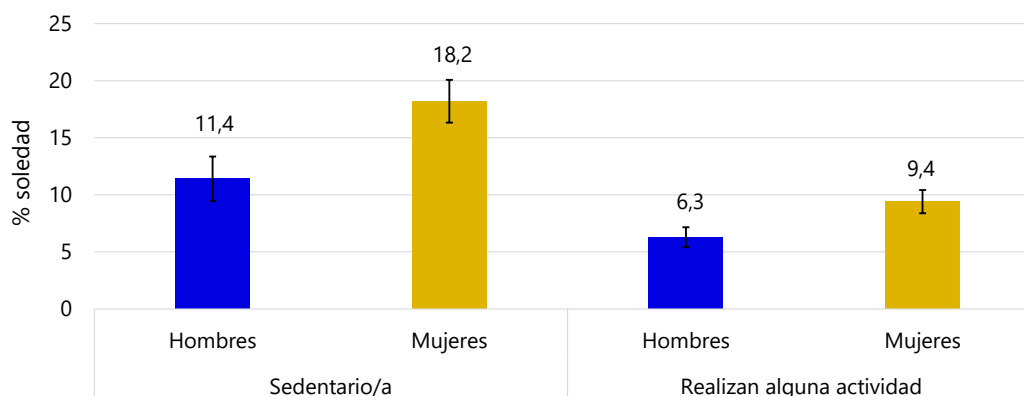
1.2. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Diferentes estudios apuntan a que el sentimiento de soledad se asocia con hábitos no saludables (inactividad, tabaquismo, etc.). Seguidamente se analizan algunos datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 al respecto:

SEDENTARISMO

Las personas sedentarias duplican la prevalencia de presentar sentimiento de soledad, 15,6% [IC 95%=14,2-17] respecto a las personas que realizan alguna actividad, 7,9% [IC 95% = 7,2-8,6]. Existen diferencias significativas entre sexos. Tanto hombres como mujeres prácticamente duplican la tasa de prevalencia de soledad si son sedentarios (hombres 11,4% [IC 95% = 9,4-13,3] y 6,3% [IC 95% = 5,4-7,2]; mujeres 18,2% [IC 95% = 16,4-20,1] y 9,4% [IC 95% = 8,-10,4]) (gráfico 13).

Gráfico 13. Prevalencia de soledad en las personas sedentarias o que realizan alguna actividad (IC 95%)



CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS

No existen diferencias estadísticamente significativas respecto al consumo de fruta fresca y/o verduras, ensaladas y hortalizas (incluyendo zumos naturales) relacionadas con el sentimiento de soledad.

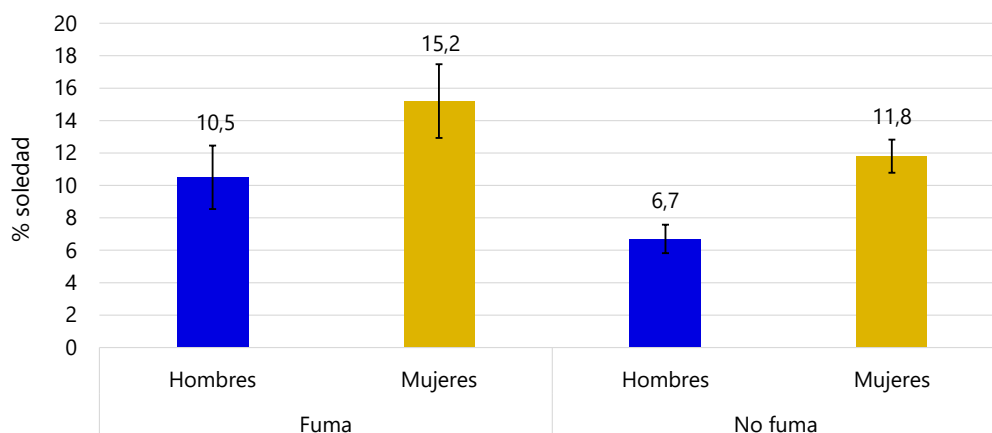
En el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017, en coherencia con los datos arriba indicados, en la alimentación no saludable no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las personas que se sienten solas y las que no.

CONSUMO DE TABACO

Las personas que fuman tabaco tienen más prevalencia de tener sentimiento de soledad, 12,8% [IC 95% = 11,3-14,3] de forma estadísticamente significativa, que quienes no fuman 9,5% [IC 95% = 8,8-10,2]. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto si fuman como si no lo hacen (gráfico 14).



Gráfico 14. Prevalencia de soledad en las personas que fuman o no fuman tabaco (IC 95%)

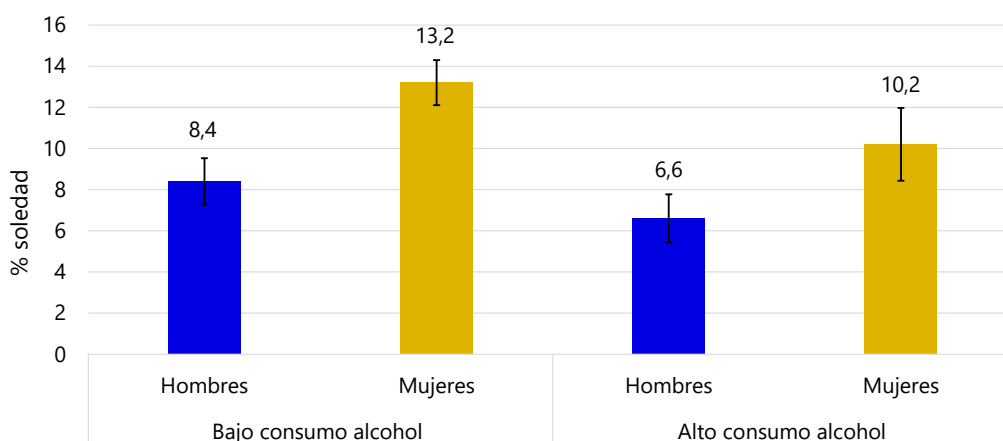


CONSUMO DE ALCOHOL

En la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 se incluye la pregunta *¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica? Nunca, una o menos veces al mes, dos a cuatro veces al mes, dos o tres veces a la semana, cuatro o más veces a la semana.* En este análisis se considera bajo consumo de alcohol la respuesta nunca, una o menos veces al mes, dos a cuatro veces al mes; y alto consumo de alcohol la respuesta de dos o tres veces a la semana y cuatro o más veces a la semana.

Las personas que tienen bajo consumo de alcohol presentan una prevalencia de sentimiento de soledad significativamente mayor 11,3% [IC 95% = 10,5-12,1] que los que mantienen un alto consumo de alcohol, 8% [IC 95% = 7,0-9,0]. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, tanto en los que tienen un bajo consumo de alcohol como en los que tienen un alto consumo de alcohol (gráfico 15).

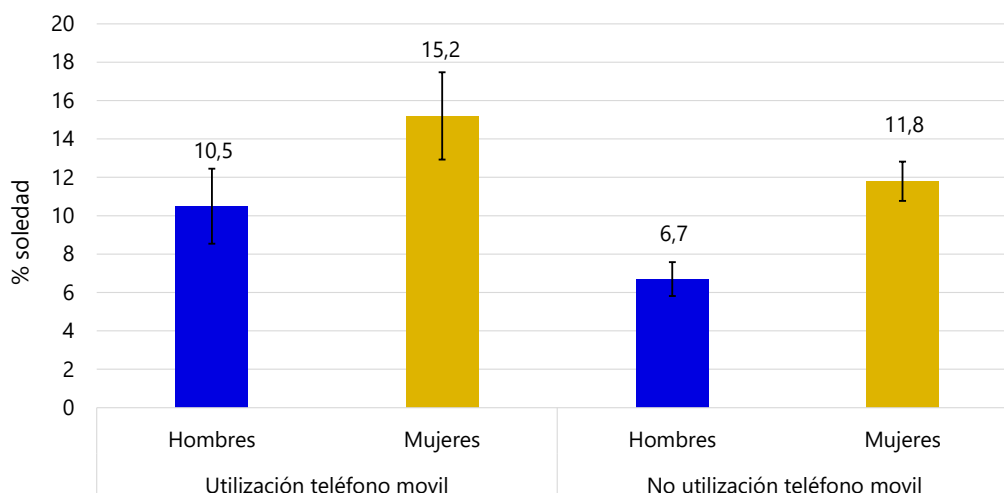
Gráfico 15. Prevalencia de soledad en las personas con consumo bajo y alto de alcohol (IC 95%)



UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL

Las personas que utilizan el teléfono móvil presentan con mayor frecuencia sentimiento de soledad, 12,8% [IC 95% = 11,3-14,3] que las que no lo utilizan, 9,5% [IC 95% = 8,8-10,2]. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la utilización del teléfono móvil y el sentimiento de soledad. Las mujeres que no utilizan el teléfono móvil presentan una frecuencia algo menor del doble de sentimiento de soledad que los hombres que no lo utilizan (gráfico 16).

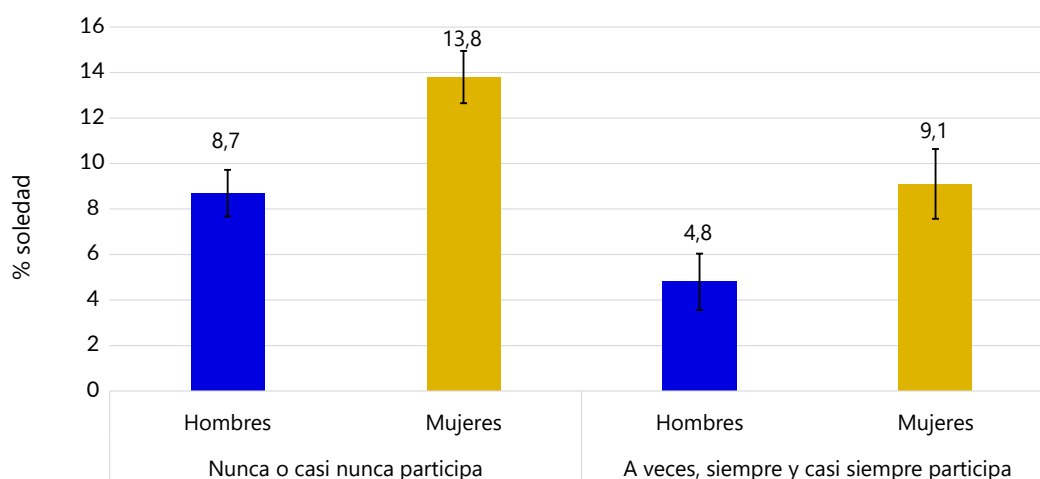
Gráfico 16. Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no el teléfono móvil (IC 95%)



PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO

Las personas que nunca o casi nunca participan en actividades del barrio presentan mayor frecuencia de sentimiento de soledad 11,5% [IC 95% = 10,7-12,3] que las que participan a veces siempre o casi siempre, 7,1% [IC 95% = 6,1-8,1] siendo la diferencia estadísticamente significativa. Existen diferencias significativas por sexo en ambas categorías; las mujeres que nunca o casi nunca participan presentan más frecuencia de sentimiento de soledad que los hombres en la misma situación de participación, y las mujeres que a veces, siempre o casi siempre participan duplican en frecuencia a los hombres en la misma situación (gráfico 17).

Gráfico 17. Prevalencia de soledad en las personas con participación o no en actividades del barrio (IC 95%)



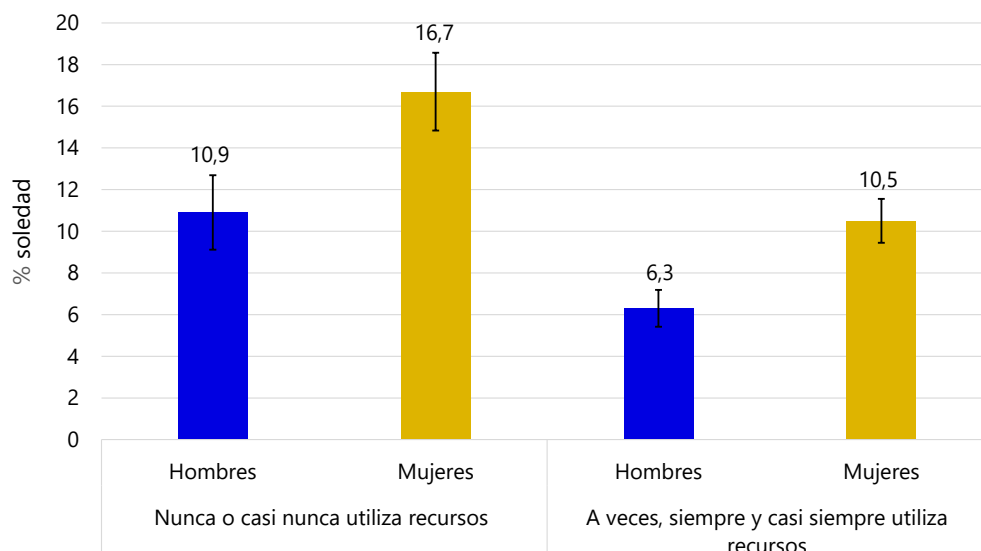
UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO

Las personas que nunca o casi nunca utilizan recursos públicos en el barrio presentan mayor prevalencia de sentimiento de soledad, 14,1% [IC 95% = 12,8-15,5] que las que utilizan recursos públicos a veces, siempre o casi siempre, 8,5% [IC 95% = 7,8-9,2] siendo la diferencia estadísticamente signi-



ficativa. Existen diferencias significativas por sexo en ambas categorías; las mujeres que nunca o casi nunca utilizan recursos públicos presentan un 53% más frecuencia de sentimiento de soledad que los hombres en la misma situación de utilización de recursos y de las mujeres que a veces, siempre o casi siempre utilizan recursos públicos se sienten solas con mayor frecuencia que los hombres en la misma situación de participación (gráfico 18).

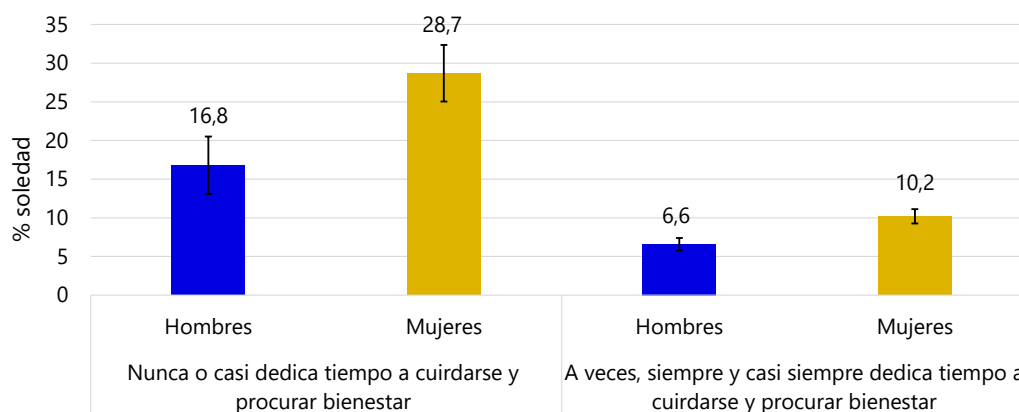
Gráfico 18. Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no recursos públicos del barrio (IC 95%)



TIEMPO PARA AUTOCUIDADO Y BIENESTAR

Los hombres y mujeres que nunca o casi nunca utilizan tiempo para cuidarse y procurar su bienestar casi triplican la frecuencia de sentimiento de soledad, 23,9% [IC 95% = 21,3-26,6] que los que sí lo hacen, 8,5% [IC 95% = 7,9-9,2]. En el caso de las mujeres casi duplican la frecuencia de sentimiento de soledad que los hombres en la misma situación. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (gráfico 19).

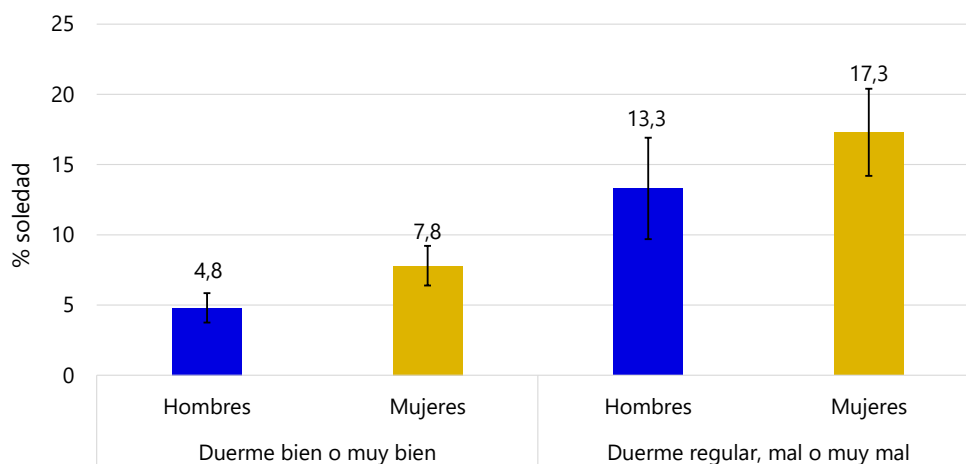
Gráfico 19. Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no tiempo para cuidarse y procurar su bienestar (IC 95%)



SUEÑO

Las personas que duermen regular, mal y muy mal, presentan, con significación estadística, más del doble de frecuencia de sentirse solas, 15,6% [IC 95% = 13,7-17,6] respecto a los que duermen bien o muy bien, 6,4% [IC 95% = 5,5-7,2]. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 20).

Gráfico 20. Prevalencia de soledad en las personas que duermen o no duermen bien (IC 95%)



ANÁLISIS DE OTRAS VARIABLES

No existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con y sin sentimiento de soledad respecto a *anteponer el cuidado de los demás al suyo propio*; tampoco las encontramos entre personas con sentimiento de soledad alto y bajo respecto al *Índice de Masa Corporal (IMC)*.

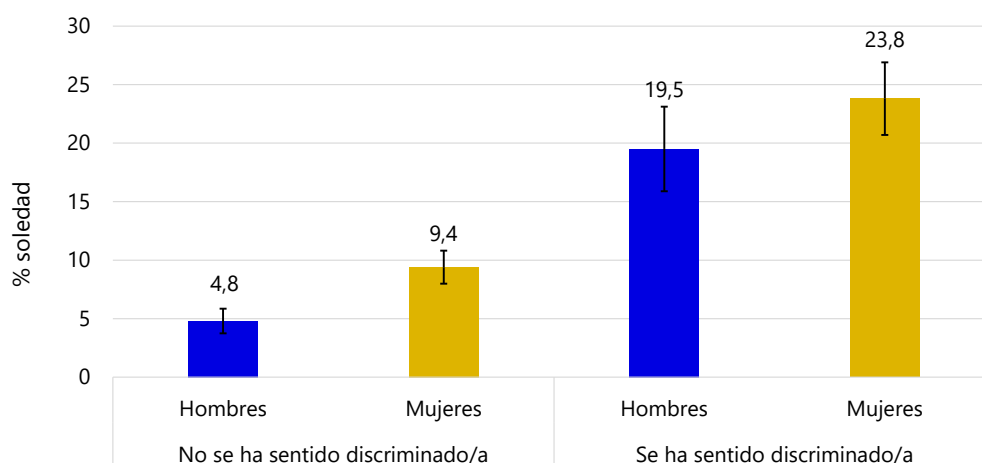
1.3. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD RESPECTO A REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN

Las personas que se han sentido discriminadas triplican la frecuencia de sentimiento de soledad, 22,1% [IC 95% = 19,7-24,5] frente a las que no se han sentido discriminadas, 7,1% [IC 95% = 6,2-8]; los hombres que se han sentido discriminados multiplican por cuatro la frecuencia de sentirse solos frente a más del doble de frecuencia en las mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (gráfico 21).



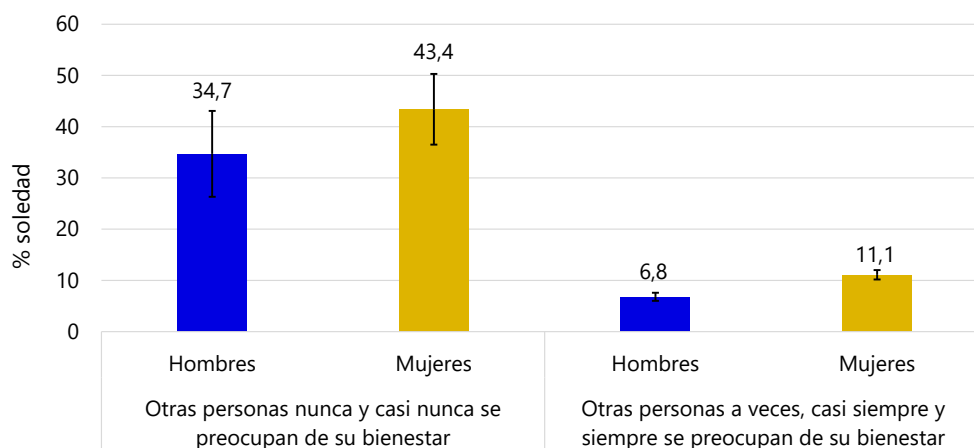
Gráfico 21. Prevalencia de soledad en las personas que se han sentido discriminadas o no (IC 95%)



AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR

Quienes tienen la percepción de que otras personas nunca y casi nunca se preocupan de su bienestar multiplican por cuatro la frecuencia de sentimiento de soledad, 40,1% [IC 95% = 34,7-45,4] frente a las personas que consideran que a veces, casi siempre o siempre otras personas se preocupan de su bienestar, 9,1% [IC 95% = 8,5-9,7]. Los hombres que consideran que nunca o casi nunca otras personas se preocupan por su bienestar quintuplican la frecuencia de presentar sentimiento de soledad respecto a los hombres que sí creen que se preocupan de ellos, las mujeres cuadruplican la frecuencia. Estas diferencias son estadísticamente significativas (gráfico 22).

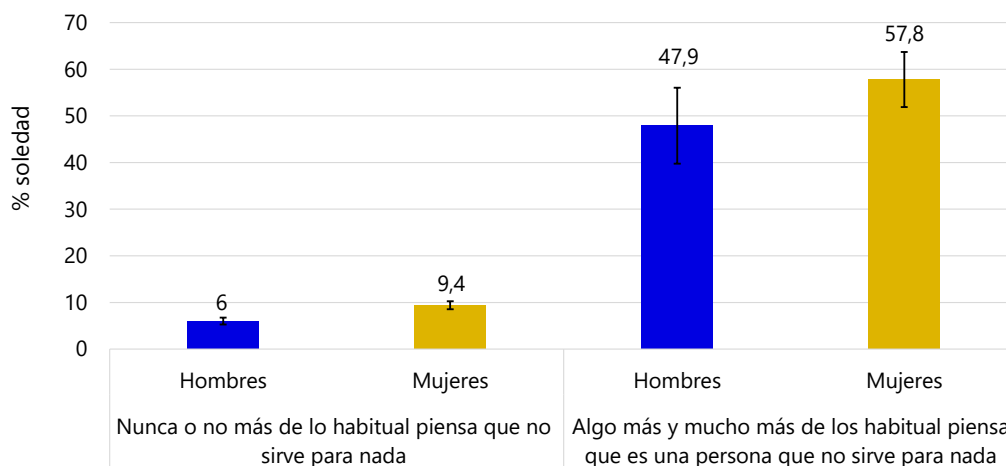
Gráfico 22. Prevalencia de soledad entre quienes perciben que otras personas se preocupan por su bienestar y quienes perciben que no se preocupan (IC 95%)



SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA

En la pregunta de la encuesta *¿En las últimas semanas, ha pensado que Vd. es un persona que no sirve para nada?*, quienes piensan más o mucho más de lo habitual que no sirven para nada, tienen una frecuencia siete veces superior de sentir soledad 54,2% [IC 95% = 49,4-59,0], frente a quienes responden que nunca y no más de lo habitual piensan que no sirven para nada 7,8% [IC 95% = 7,2-8,4], teniendo esta diferencia significación estadística (gráfico 23).

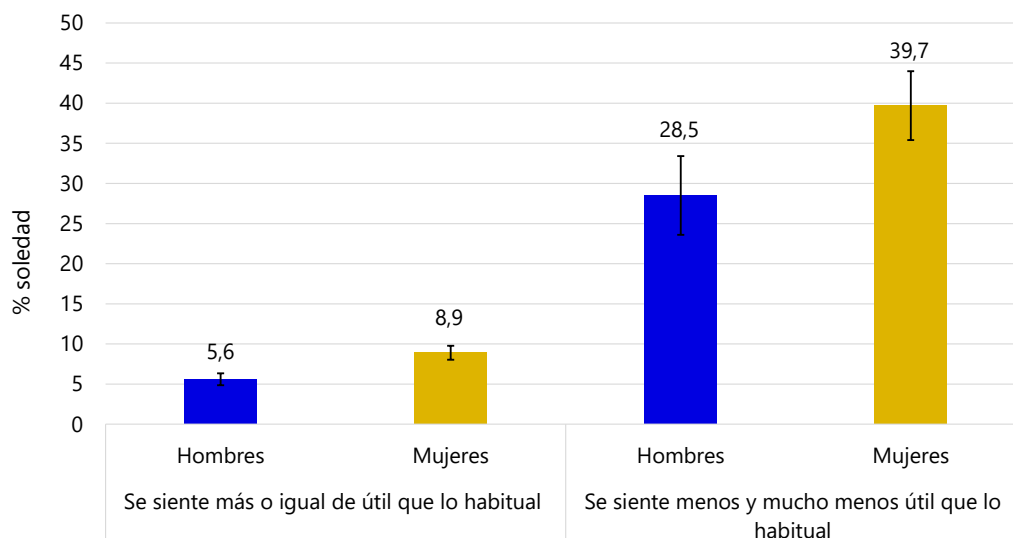
Gráfico 23. Prevalencia de soledad en las personas que perciben servir o no servir para nada (IC 95%)



SENTIMIENTO DE SER ÚTIL

En la pregunta de la encuesta *¿En las últimas semanas, ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?*, quiénes se sienten menos o mucho menos útiles que lo habitual, presentan una frecuencia cinco veces mayor de sentirse solas 35,3% [IC 95% = 32,0-38,5] que las personas que se sienten más o igual de útil que lo habitual, 7,4% [IC 95% = 6,8-8,0]. Existen diferencias significativas entre sexos: las mujeres que se sienten menos o mucho menos útiles presentan un 40% más de frecuencia de sentirse solas que los hombres en la misma situación. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (gráfico 24).

Gráfico 24. Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no útiles (IC 95%)



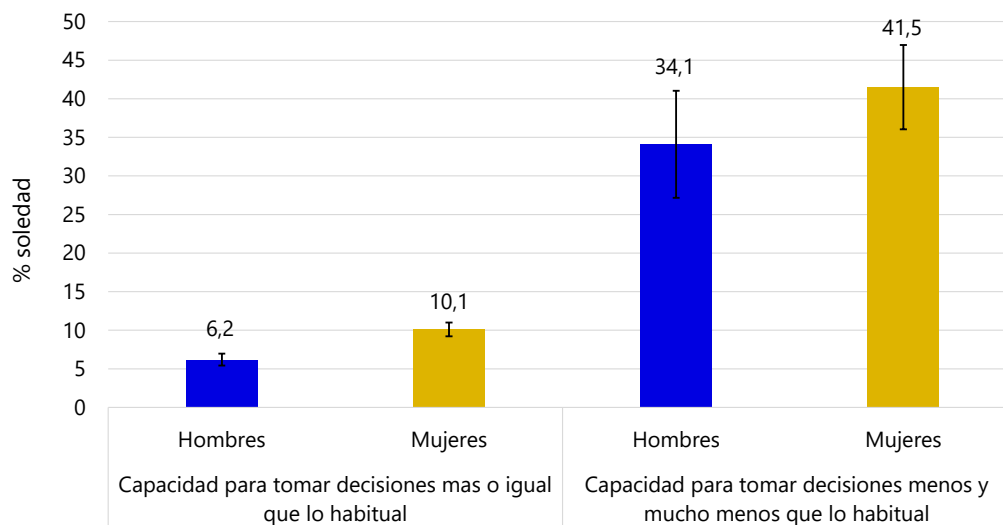
[Volver a índice monográfico](#)



CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

Las personas que consideran tener menos capacidad para tomar decisiones multiplican por más de cuatro la frecuencia de tener sentimientos de soledad, 38,8% [IC 95% = 34,5-43,1] frente a las que tienen más o igual capacidad de tomar decisiones en las últimas semanas 8,3% [IC 95% = 7,7-8,9]. No existen diferencias significativas entre sexos en la categoría de menor capacidad para tomar decisiones (gráfico 25).

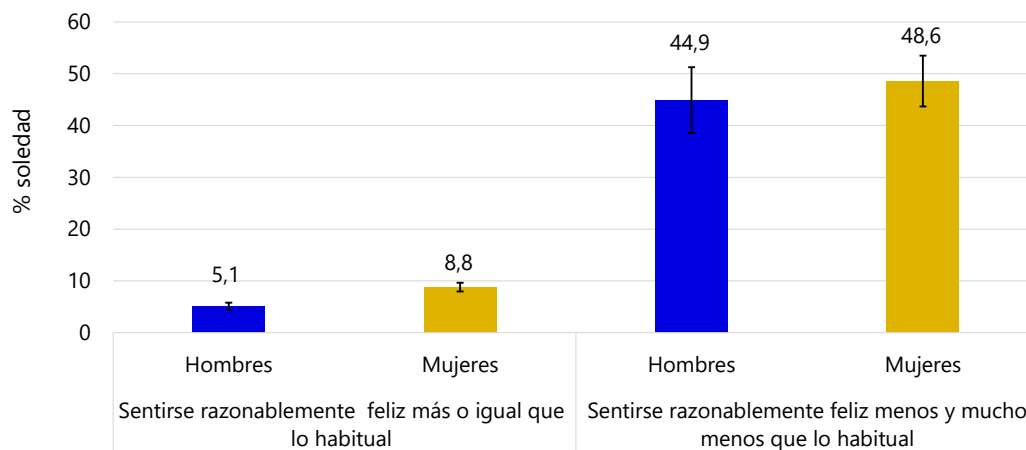
Gráfico 25. Prevalencia de soledad en las personas con capacidad o no para tomar decisiones (IC 95%)



SENTIMIENTO DE FELICIDAD

En la pregunta de la encuesta *¿Es razonablemente feliz considerando todas las circunstancias en las últimas semanas?*, las respuestas muestran que las personas que se sienten felices menos y mucho menos que habitualmente presentan una frecuencia de casi siete veces mayor sentimiento de soledad, 47,2% [IC 95% = 43,3-51,1] que las personas que se sienten razonablemente felices más o igual que lo habitual, 7,1% [IC 95% = 6,5-7,7]. No existen diferencias significativas entre sexos en la categoría de sentirse menos y mucho menos feliz (gráfico 26).

Gráfico 26. Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no felices (IC 95%)

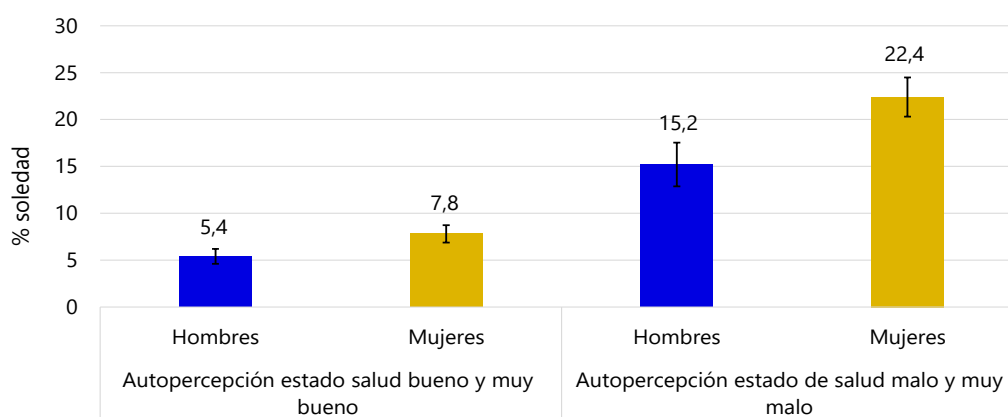


1.4. PREVALENCIA DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El estado de salud percibido es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad y del padecimiento de enfermedades crónicas. Las personas con mala y muy mala autopercepción de salud presentan una frecuencia tres veces mayor de tener sentimiento de soledad, 19,7% [IC 95% = 18,1-21,3] que las personas con autopercepción de salud buena y muy buena, 6,6% [IC 95% = 6,0-7,2]. Las mujeres con mala percepción de su propia salud tienen 1,5 veces más frecuentemente sentimiento de soledad, 22,4% [IC 95% = 20,3-24,5] que los hombres 15,2% [IC 95% = 12,9-17,6], siendo estas diferencias estadísticamente significativas (gráfico 27).

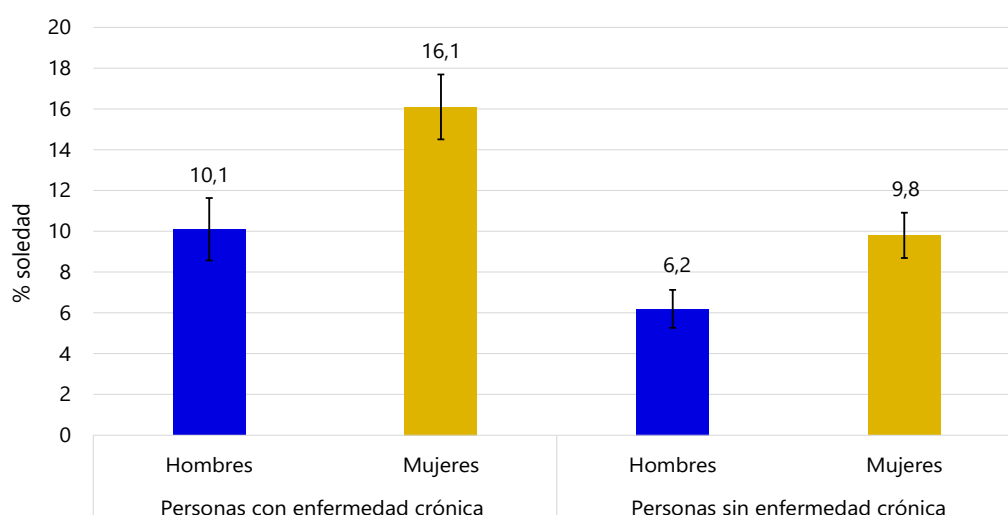
Gráfico 27. Prevalencia de soledad en las personas con autopercepción del estado de salud bueno y muy bueno, o malo y muy malo (IC 95%)



ENFERMEDAD CRÓNICA

Las personas que sufren una enfermedad crónica tienen de forma significativa casi el doble de frecuencia de sentimiento de soledad, 13,6% [IC 95% = 12,4-14,7] que los que no presentan enfermedad crónica, 8% [IC 95% = 7,3-8,8]. Existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos: las mujeres con enfermedad crónica tienen un 60% más de probabilidad de sentirse solas, 16,1% [IC 95% = 14,5-17,7] que los hombres con enfermedad crónica, 10,1% [IC 95% = 8,6-10,6] (gráfico 28).

Gráfico 28. Prevalencia de soledad en las personas con o sin enfermedad crónica (IC 95%)



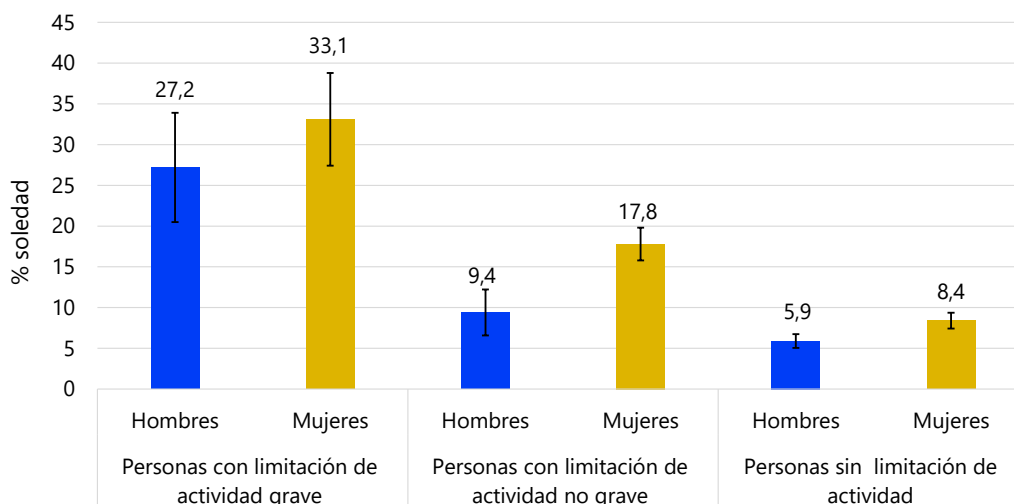
[Volver a índice monográfico](#)



LIMITACIÓN CRÓNICA A LA ACTIVIDAD HABITUAL

Las personas con limitación grave de su actividad habitual, durante al menos los últimos seis meses, tienen cuatro veces más frecuencia de presentar sentimientos de soledad, 30,8% [IC 95% = 26,4-35,1] que las personas sin esa limitación, 7,2% [IC 95% = 6,5-7,8] y el doble de frecuencia que las personas con limitación no grave, 14,4% [IC 95% = 13,0-15,8]. Las diferencias en cuanto al sentimiento de soledad entre la limitación grave y las otras dos categorías (limitación no grave y sin limitación) son estadísticamente significativas. No existen diferencias según sexo (gráfico 29).

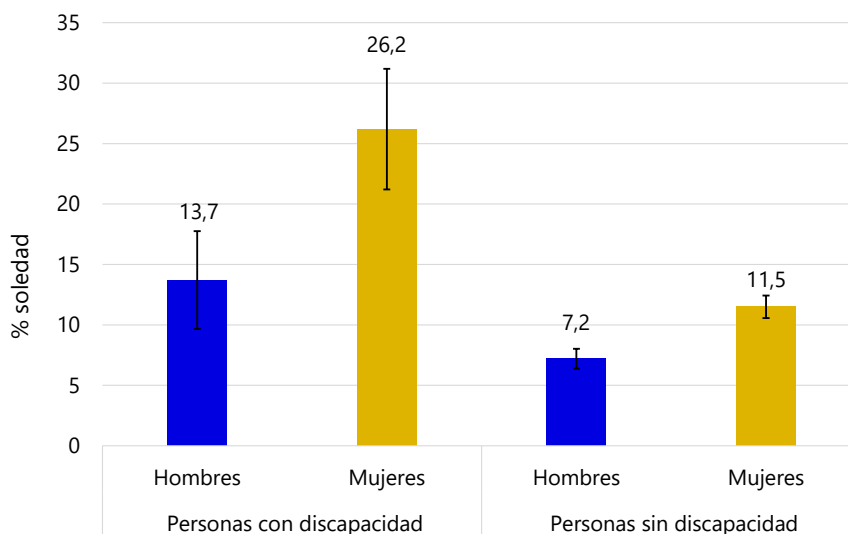
Gráfico 29. Prevalencia de soledad en las personas con limitación crónica de la actividad habitual (IC 95%)



DISCAPACIDAD

Las personas que tienen reconocida algún tipo de discapacidad presentan doble probabilidad de tener sentimiento de soledad, 20,3% [IC 95% = 17-23,6] que las personas sin discapacidad, 9,5% [IC 95% = 8,9-10,2]. Entre hombres y mujeres con discapacidad también existe el doble de frecuencia de sentimiento de soledad en las mujeres, 26,2% [IC 95% = 21,2-31,2] que en los hombres, 13,7% [IC 95% = 9,7-17,8]. Las diferencias señaladas son estadísticamente significativas (gráfico 30).

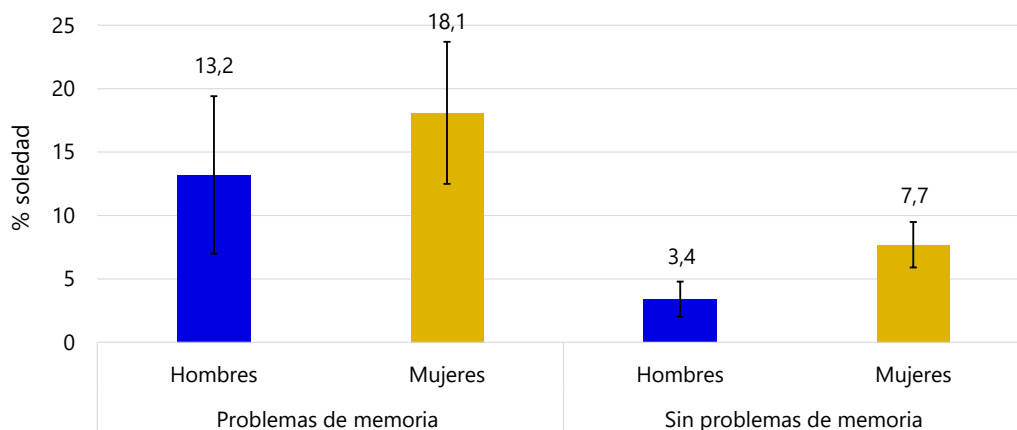
Gráfico 30. Prevalencia de soledad en las personas con y sin discapacidad (IC 95%)



PROBLEMAS DE MEMORIA

Las personas de 55 años y más con problemas de memoria triplican la frecuencia de sentirse solas, 15,9% [IC 95% = 11,8-20,1], de forma significativa frente a las personas que no presentan problemas de memoria, 5,8% [IC 95% = 4,6-7,0]. No existen diferencias significativas entre sexos en las personas con problemas de memoria y sentimiento de soledad (gráfico 31).

Gráfico 31. Prevalencia de soledad en las personas con y sin problemas de memoria en personas de 55 años y más (IC 95%)

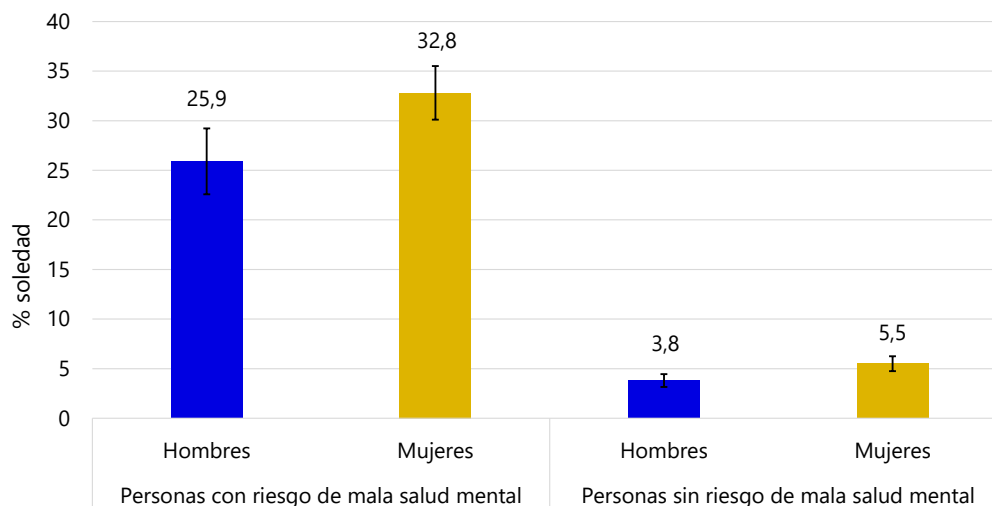


RIESGO DE MALA SALUD MENTAL

El riesgo de mala salud mental se ha estudiado utilizando el cuestionario GHQ-12, que permite explorar, por una parte, el riesgo de padecer problemas de salud mental (3 o más respuestas afirmativas) y por otra, el número de síntomas (total de respuestas afirmativas) y la intensidad del malestar (total de puntuación Likert, con puntuaciones mayores indicando más intensidad).

Las personas con riesgo de mala salud mental presentan una diferencia, estadísticamente significativa, que se puede cuantificar en seis veces mayor frecuencia de tener sentimiento de soledad, 30,3% [IC 95% = 28,2-32,4] que las personas que no presentan riesgo de mala salud mental, 4,7% [IC 95% = 4,2-5,2]. No existen diferencias significativas entre sexos (gráfico 32).

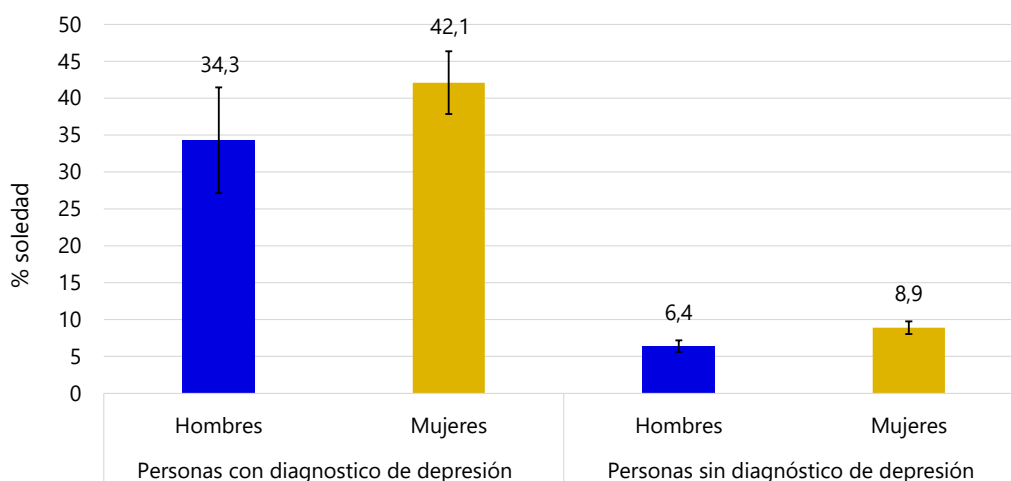
Gráfico 32. Prevalencia de soledad en las personas con y sin riesgo de mala salud mental (IC 95%)



DEPRESIÓN

Las personas diagnosticadas de depresión tienen 5 veces más prevalencia de sentimiento de soledad, 40,2% [IC 95% = 36,5-43,8] que las personas que no tienen este diagnóstico, 7,7% [IC 95% = 7,1-8,3], diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres diagnosticados de depresión y sentimiento de soledad (gráfico 33).

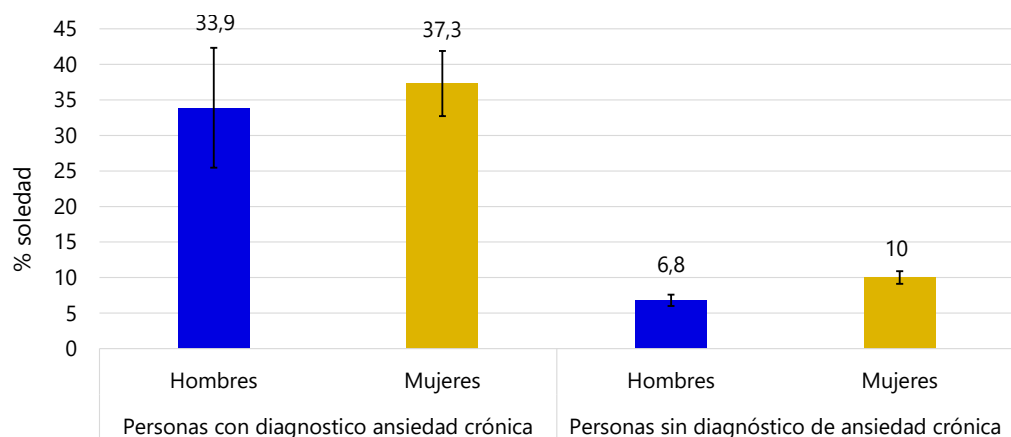
Gráfico 33. Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de depresión (IC 95%)



ANSIEDAD CRÓNICA

Las personas diagnosticadas de ansiedad crónica tienen 4 veces más prevalencia de sentimiento de soledad, 36,5% [IC 95% = 32,5-40,6] que las personas que no tienen este diagnóstico, 8,5% [IC 95% = 7,9-9,1], diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 34).

Gráfico 34. Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de ansiedad crónica (IC 95%)



CONSUMO DE MEDICAMENTOS

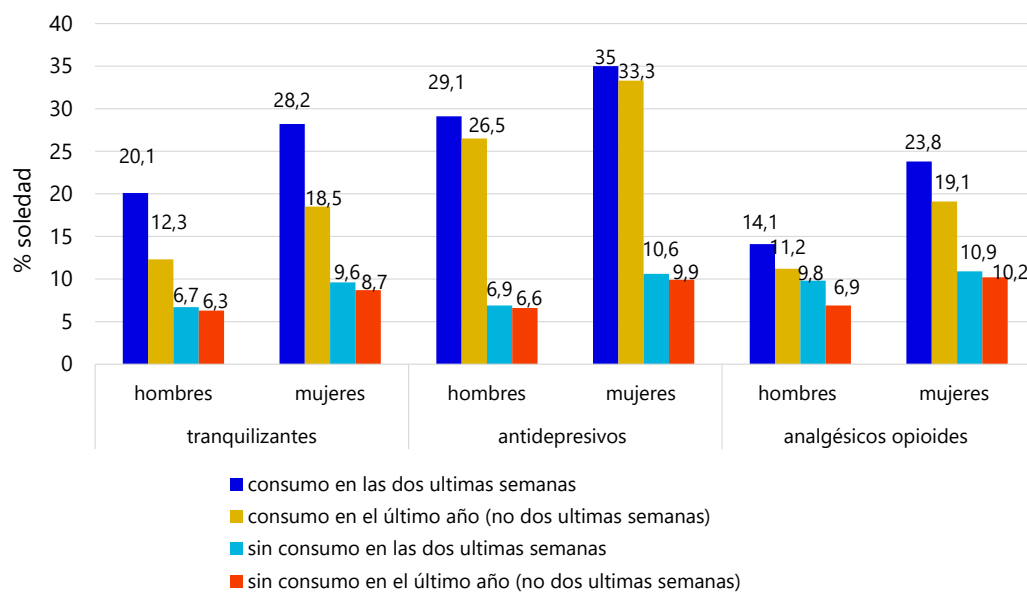
Las personas que tomaron tranquilizantes en el último año triplican de forma significativa la frecuencia de sentimiento de soledad, 22,6% [IC 95% = 20,6-24,6] respecto a las que no tomaron esta medicación, 7,5% [IC 95% = 6,9-8,1].

Las personas que tomaron antidepresivos en el último año multiplican por cuatro la prevalencia de sentimiento de soledad, 33% [IC 95% = 29,5-36,5] respecto a las que no tomaron antidepresivos, 8,3% [IC 95% = 7,7-8,9], diferencias con significación estadística.

Las personas que tomaron analgésicos opioides en el último año duplican la prevalencia de sentimiento de soledad, 18,6% [IC 95% = 16,6-20,6] respecto a las que no lo tomaron, 8,6% [IC 95% = 8-9,3]. De estos medicamentos las mujeres consumen el doble que los hombres.

El consumo de medicamentos psicotrópicos se asocia a un mayor sentimiento de soledad tanto en hombres como en mujeres (gráfico 35).

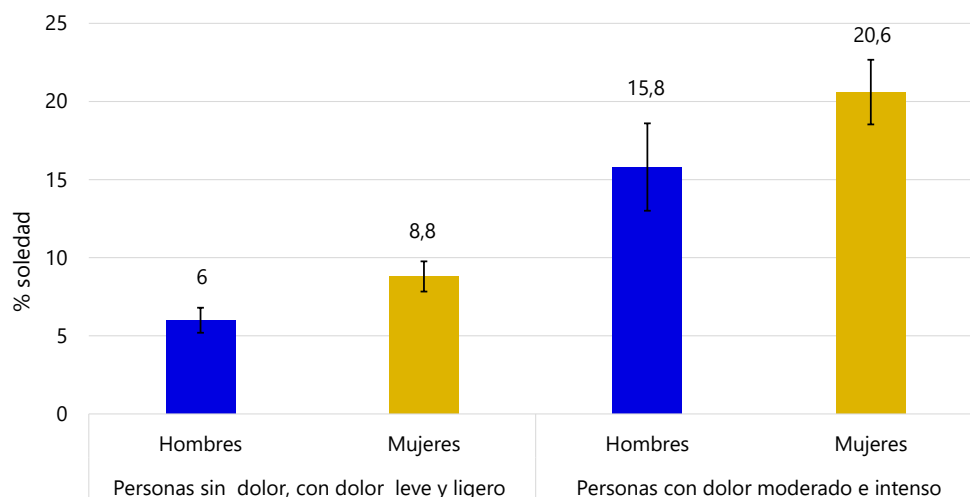
Gráfico 35. Prevalencia de soledad en las personas con y sin consumo de medicamentos psicotrópicos



DOLOR

Las personas con dolor moderado e intenso durante las dos últimas semanas presentan, con significación estadística, más del doble de frecuencia de sentirse solos, 19,1% [IC 95% = 17,5-20,8] respecto a quienes no tienen dolor o este es leve o ligero, 7,4% [IC 95% = 6,8-8,0]. Las diferencias son estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 36).

Gráfico 36. Prevalencia de soledad en las personas con y sin dolor (IC 95%)



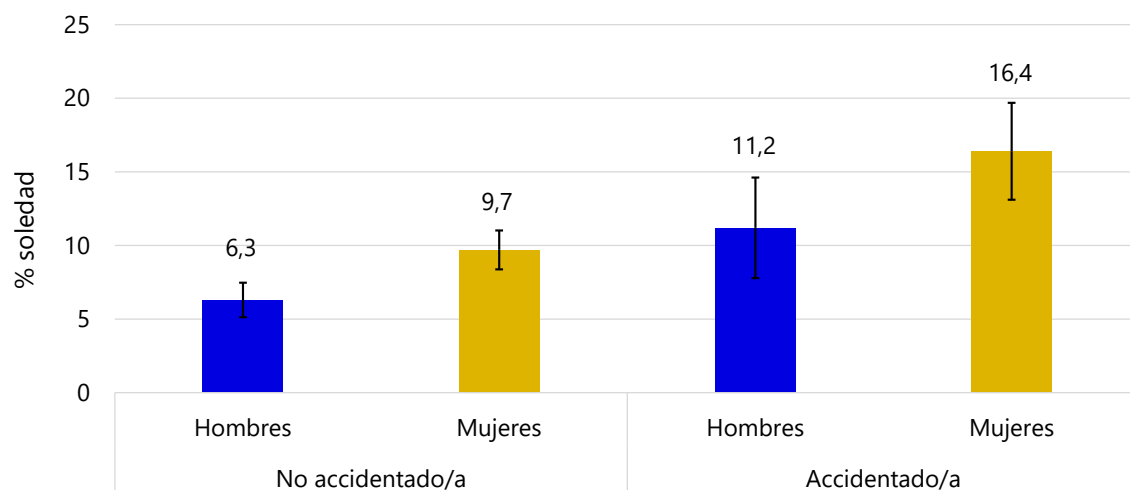
Volver a índice monográfico



ACCIDENTES

Las personas que han sufrido un accidente tienen casi el doble de frecuencia de sentir soledad, 14,3% [IC 95% = 11,9-16,7] que las personas que no han tenido accidentes, 8,1% [IC 95% = 7,2-9] esta diferencia tiene significación estadística. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 37).

Gráfico 37. Prevalencia de soledad en las personas con y sin accidente (IC 95%)



2

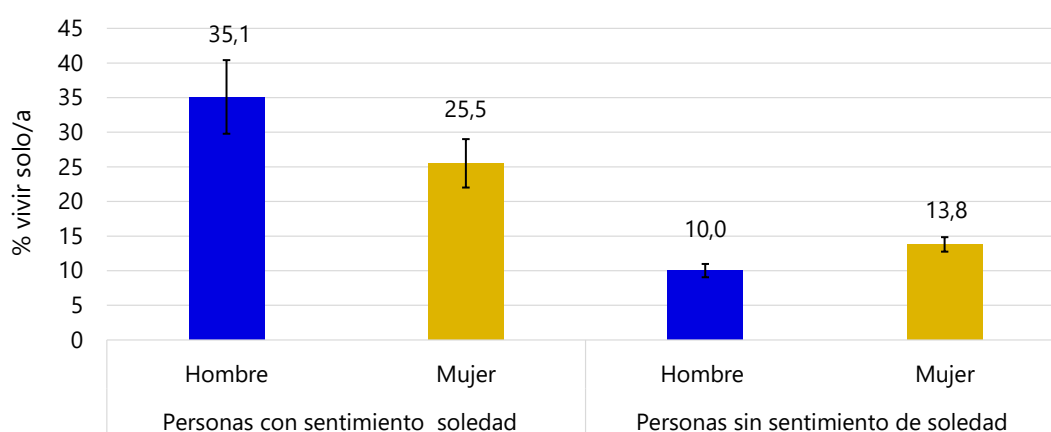
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA SOLEDAD

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

PERSONAS QUE VIVEN SOLAS

Casi una de cada tres personas con sentimiento de soledad vive sola, 28,7% [25,8-31,7] frente a quienes tienen ese sentimiento pero viven acompañadas, 12% [IC 95% = 11,3-12,7]. Los hombres con sentimiento de soledad triplican la frecuencia de vivir solos, 35,1% [IC 95% = 29,7-40,4] vs. 10% [IC 95% = 9,0-10,9], mientras que las mujeres la duplican 25,5% [IC 95% = 22-29] vs. 13,8% [IC 95% = 12,7-14,8]. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres que viven solos/as (gráfico 38).

Gráfico 38. Frecuencia de vivir solo entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

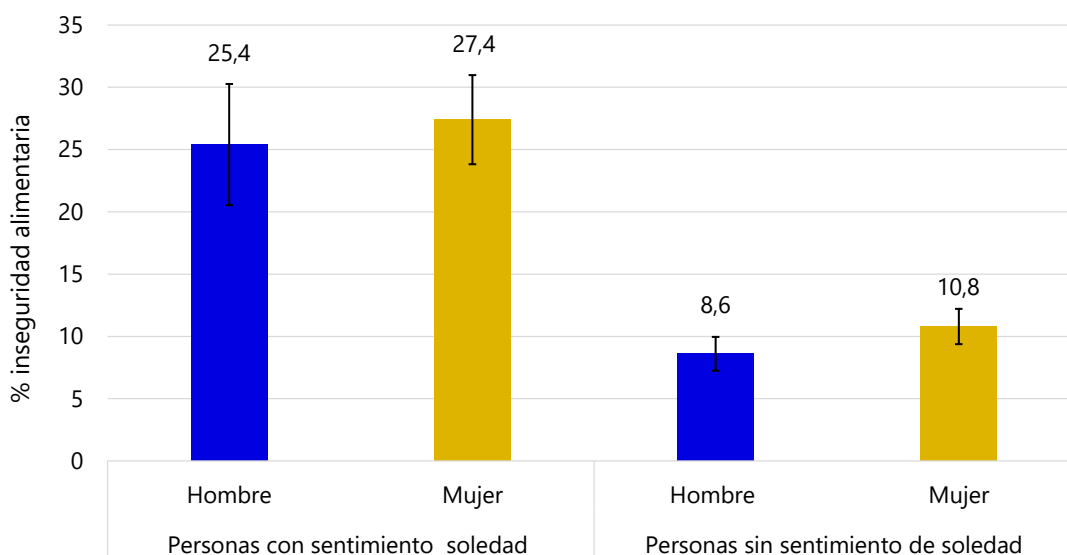


INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Las personas que se sienten solas presentan tres veces más frecuencia de tener algún tipo de inseguridad alimentaria para acceder a alimentos por razones económicas, 26,7% (IC 95%=15,0 - 38,4) comparado con las personas sin sentimiento de soledad, 9,8% (IC 95%=6,8 - 12,7); estas diferencias tienen significación estadística, aunque no según sexo (gráfico 39).



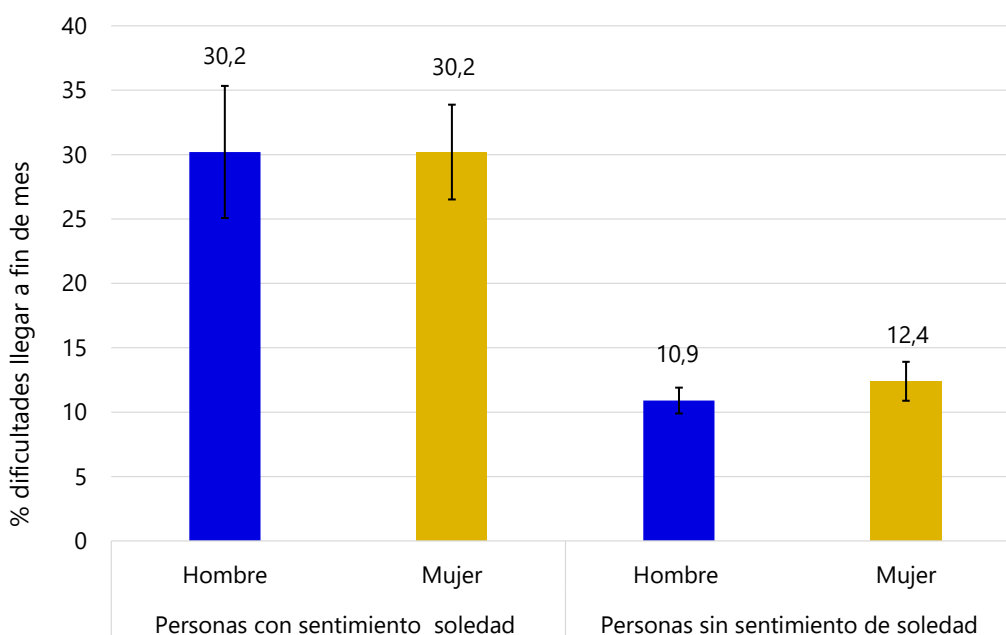
Gráfico 39. Frecuencia de inseguridad alimentaria entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%)



DIFICULTAD PARA LLEGAR A FIN DE MES

Las personas que se sienten solas tienen casi tres veces más frecuencia de tener dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes, 30,2% [IC 95% = 27,2-33,2] que aquellas que no presentan sentimiento de soledad, 11,7% [IC 95% = 11,0-12,4]. No existen diferencias significativas por sexo (gráfico 40).

Gráfico 40. Frecuencia de dificultades para llegar a fin de mes entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%)



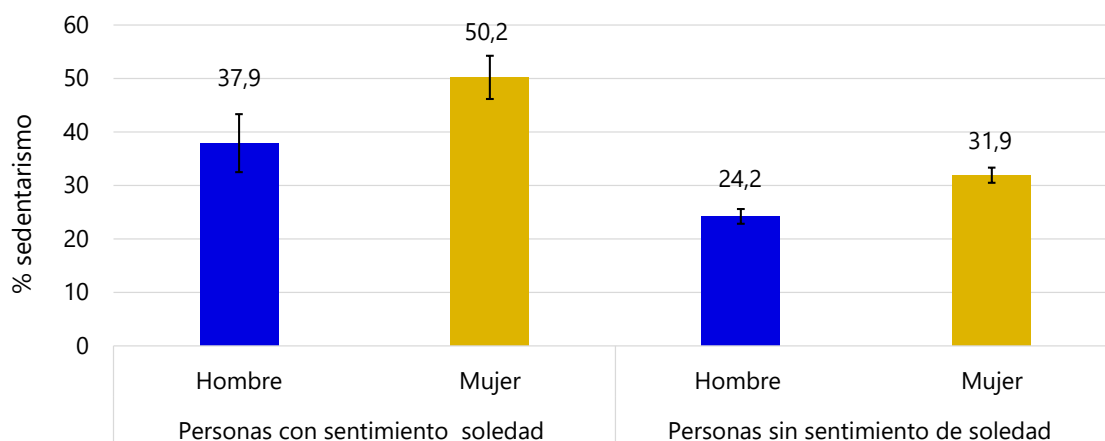
2.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

SEDENTARISMO

Las personas que se sienten solas duplican la frecuencia de sedentarismo de forma estadísticamente significativa, 45,9% [IC 95% = 34,3-49,2] frente a aquellas que no sienten soledad, 28,2% [IC 95% = 27,3-29,2]. Existen diferencias significativas entre sexos ([gráfico 41](#)).

En el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 los resultados son similares, un 37,8% de las personas que se sienten solas apenas hacen ejercicio en su tiempo libre, frente al 20% de las que no se sienten solas, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 41. Frecuencia de hábitos sedentarios entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



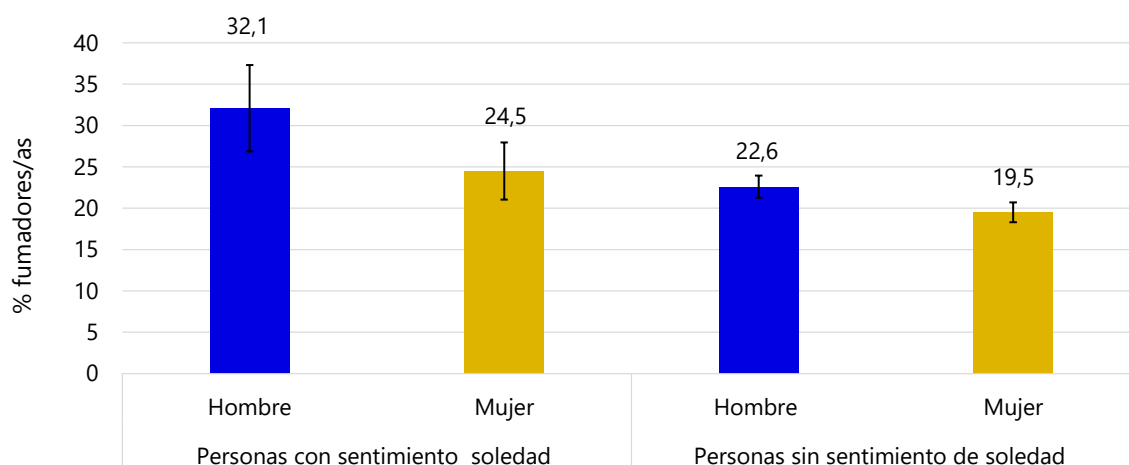
CONSUMO DE TABACO

Las personas que se sienten solas fuman tabaco con mayor frecuencia, 27% [IC 95% = 24,1-29,9] que las que no presentan soledad, 20,9% [IC 95% = 20-21,8] siendo esta diferencia significativa. Los hombres con y sin sentimiento de soledad fuman habitualmente tabaco más que las mujeres en ambas situaciones teniendo todas las diferencias significación estadística ([gráfico 42](#)).

Los datos del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 muestran que las personas que se sienten solas fuman más que las que no se sienten solas.



Gráfico 42. Frecuencia de fumadores habituales entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

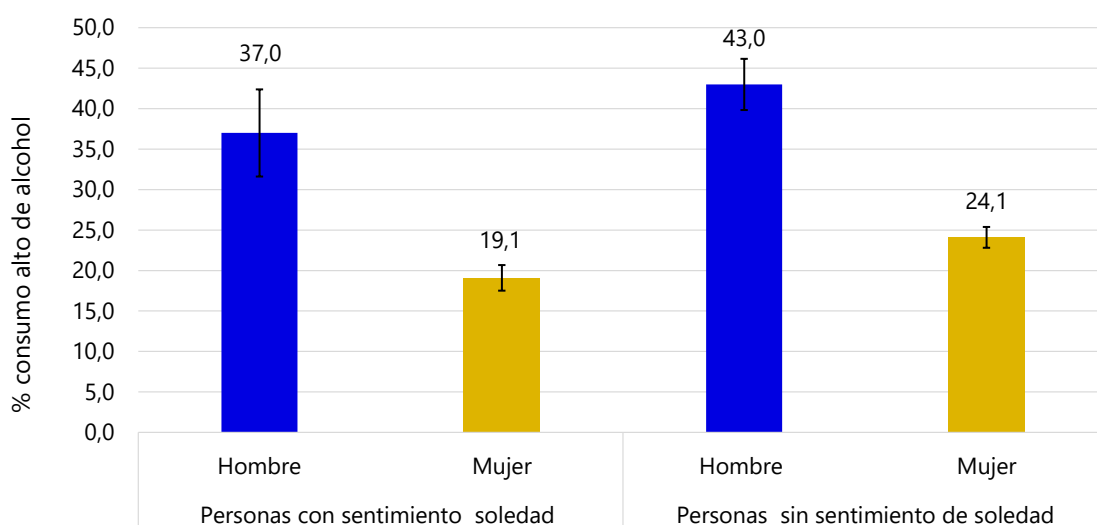


CONSUMO DE ALCOHOL

Quienes se sienten solos presentan menor frecuencia de consumo alto de alcohol, 25,2% [IC 95% = 22,4-28,0] vs. 33% [IC 95% = 32,0-34,0]. Entre los hombres con y sin sentimiento de soledad no existen diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de efectuar un consumo alto de alcohol. En el caso de las mujeres con sentimiento de soledad existe una diferencia de un 5% menos de probabilidad de consumo alto de alcohol, respecto a las mujeres sin sentimiento de soledad, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (gráfico 43).

Los datos del informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada de la ciudad de Madrid de 2017 confirman que las personas que se sienten solas beben menos alcohol que las personas que no se sienten solas.

Gráfico 43. Frecuencia de consumo alto de alcohol entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



UTILIZACIÓN TELÉFONO MÓVIL

Las personas con sentimiento de soledad utilizan el teléfono móvil con menor frecuencia, 89,6% [IC 95% = 87,3-91,9] que las que no presentan un sentimiento de soledad, 93% [IC 95% = 92,4-93,6]. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con sentimiento de soledad (gráfico 44).

Las personas que presentan sentimiento de soledad, tanto hombres como mujeres, perciben con mayor frecuencia que utilizan el teléfono móvil más de lo que debieran, 45,9% [IC95% = 42,2-49,6] frente a quienes no sienten soledad, que lo perciben en menor medida, 37,6% [IC95% = 36,4-38,8]. No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (gráfico 45).

El estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 presenta los siguientes resultados respecto a la utilización a diario del móvil: lo utilizan el 47,2% de las personas que se sienten solas y el 62,1% en las personas que no se sienten solas, mientras que el 9,1% carece de teléfono móvil.

Gráfico 44. Frecuencia de utilización del teléfono móvil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

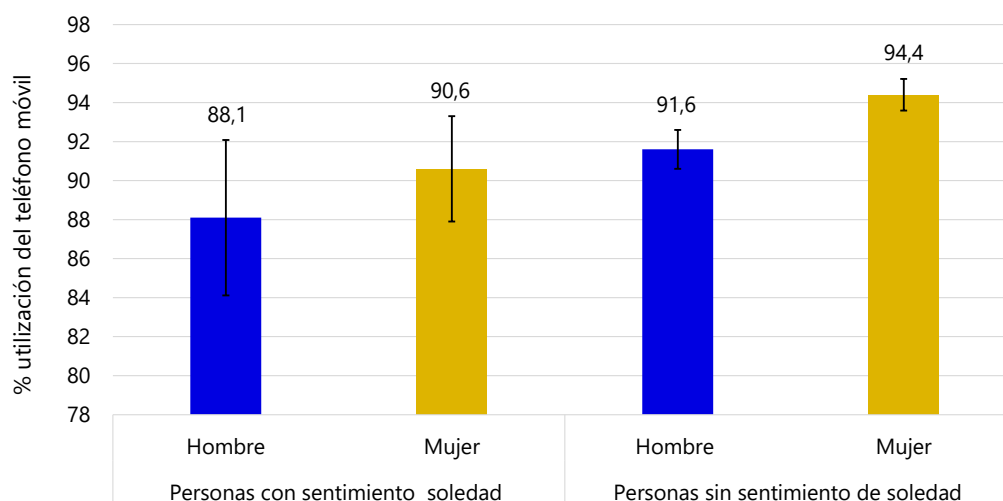
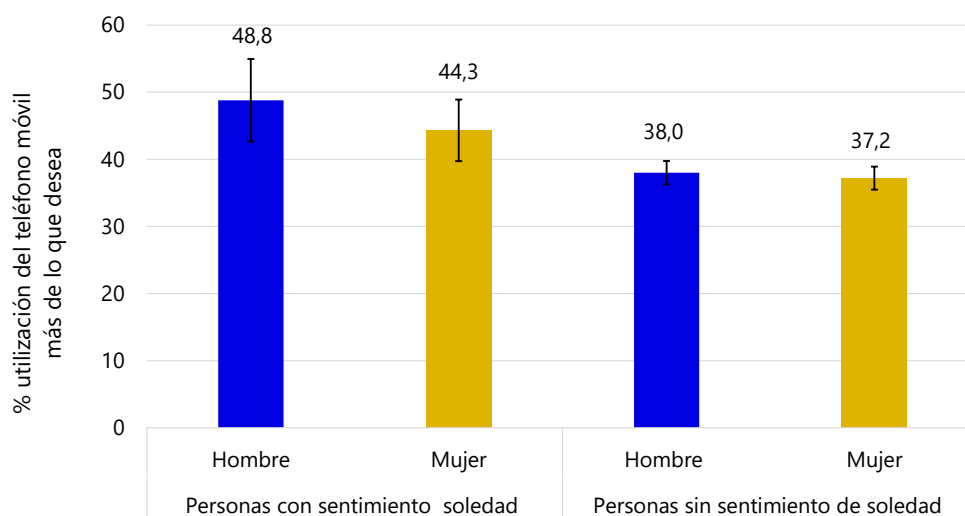


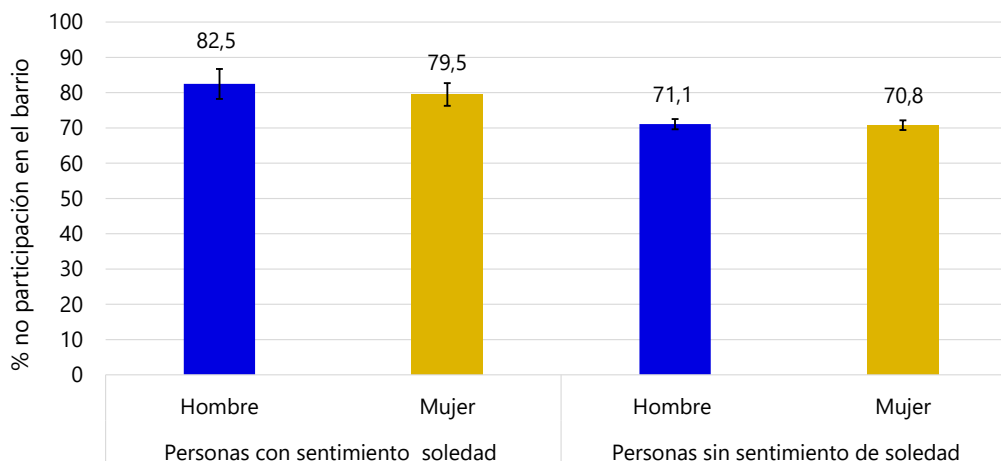
Gráfico 45. Frecuencia de utilización del teléfono móvil más de lo que desea entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL BARRIO

Las personas con sentimiento de soledad participan en actividades del barrio con menor frecuencia, 80,5% [IC 95% = 77,9-83,1] respecto a las que refieren no tener sentimiento de soledad, 70,9% [IC 95% = 69,9-71,9] siendo la diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias significativas por sexo en ambas categorías (gráfico 46).

Gráfico 46. Frecuencia de personas que nunca o casi nunca participan en el barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

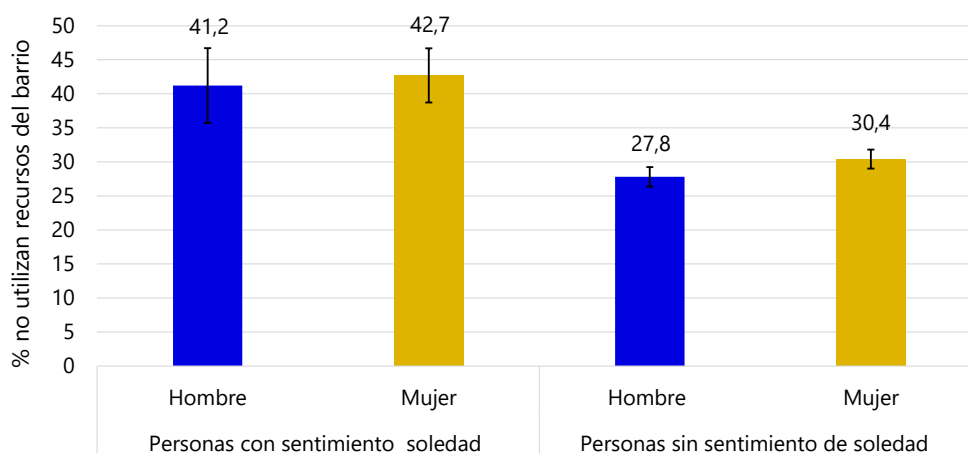


UTILIZACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS DEL BARRIO

Las personas con sentimiento de soledad presentan una frecuencia menor en la utilización de recursos públicos del barrio, 42,1% [IC 95% = 38,9-45,4] que las personas sin sentimiento de soledad, 29,2% [IC 95% = 28,2-30,2] siendo esta diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias por sexo (gráfico 47).

En la línea de los datos anteriores, el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 observa que una gran parte de las personas que se sienten solas realizan un uso bajo de los espacios comunitarios (44,3%).

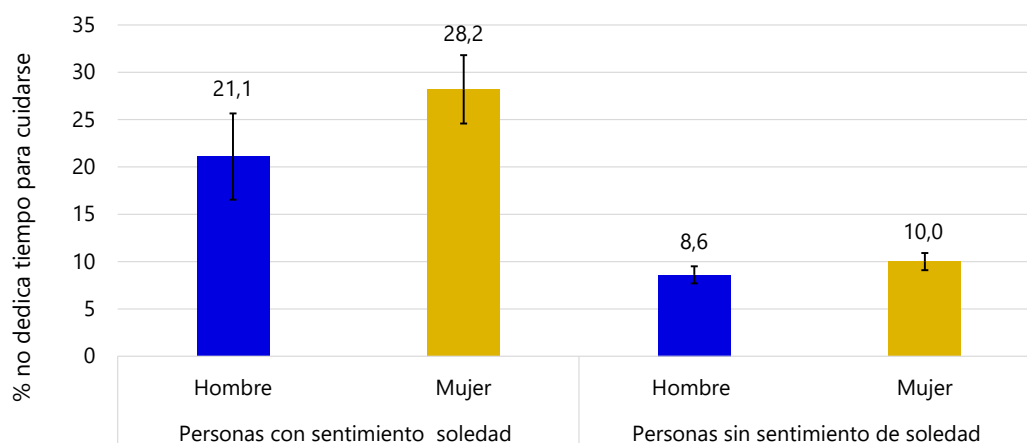
Gráfico 47. Frecuencia de personas que nunca o casi nunca utilizan recursos del barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



TIEMPO PARA AUTOCUIDADO Y BIENESTAR

Las personas con sentimiento de soledad presentan casi tres veces más frecuencia de no dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar, 25,8% [IC 95% = 23,9-28,6] frente a quienes no presentan sentimiento de soledad, 9,3% [IC 95% = 8,7-10]. Los hombres con sentimiento de soledad refieren dedicar tiempo para su cuidado y bienestar con una frecuencia dos y media veces menor que los que no presentan sentimiento de soledad. En el caso de las mujeres con sentimiento de soledad la frecuencia de no dedicar tiempo a cuidarse es casi tres veces mayor que en las mujeres sin sentimiento de soledad. Las diferencias entre ambas categorías son estadísticamente significativas (gráfico 48).

Gráfico 48. Frecuencia de personas que nunca o casi nunca dedica tiempo para su cuidado y bienestar entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

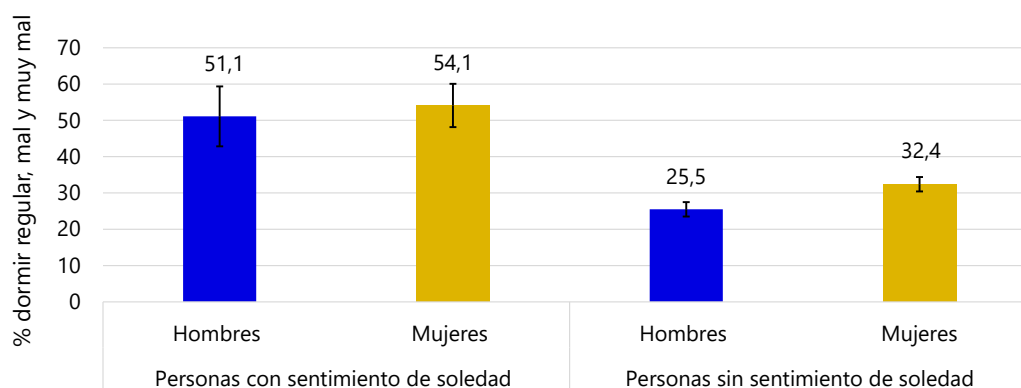


SUEÑO

Las personas con sentimiento de soledad tienen una frecuencia mayor de dormir regular, mal y muy mal, 52,9% [IC 95% = 48,1-57,8] que las personas sin sentimiento de soledad, 29,2% [IC 95% = 27,8-30,6] siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Entre hombres y mujeres con sentimiento de soledad no existen diferencias significativas (gráfico 49).

El estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 encontró que, además de dormir menos horas, las personas que se sienten solas refieren tener una calidad de sueño peor que las personas que no se sienten solas, de forma que solo un 9,1% de quienes se sienten solas valoran como “muy buena” la calidad de su descanso respecto al 21,6% de las personas que no se sienten solas.

Gráfico 49. Frecuencia de personas que duermen regular, mal y muy mal entre las personas con y sin soledad según sexo (IC 95%)



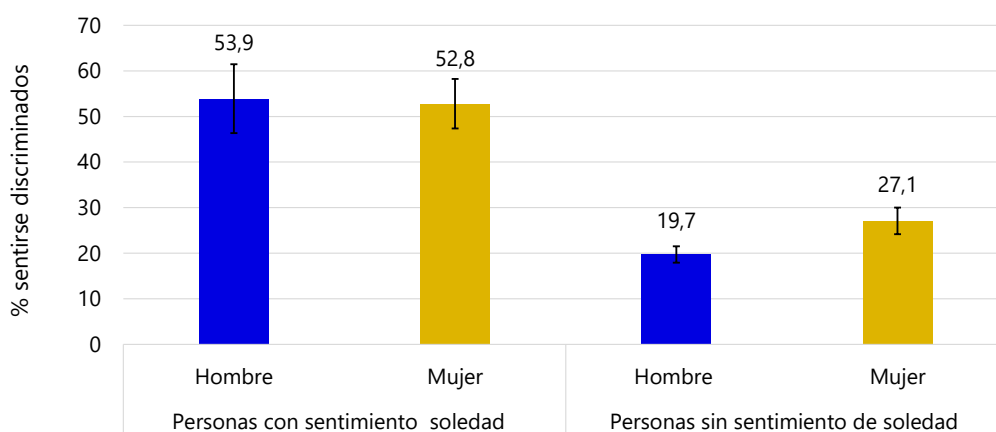
2.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN REDES DE APOYO Y AUTOESTIMA

SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN

Las personas con sentimiento de soledad duplican la frecuencia de sentirse discriminadas, 53,3% [IC 95% = 48,8-57,7] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 23,5% [IC 95% = 22,2-24,8]; los hombres casi lo triplican y las mujeres lo duplican; estas diferencias son estadísticamente significativas. En las diferencias entre hombres y mujeres con sentimiento de soledad no existe significación estadística (gráfico 50).

En el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017, las personas que se sienten solas se han sentido significativamente más discriminadas que las que no (40,8% frente un 21,4%).

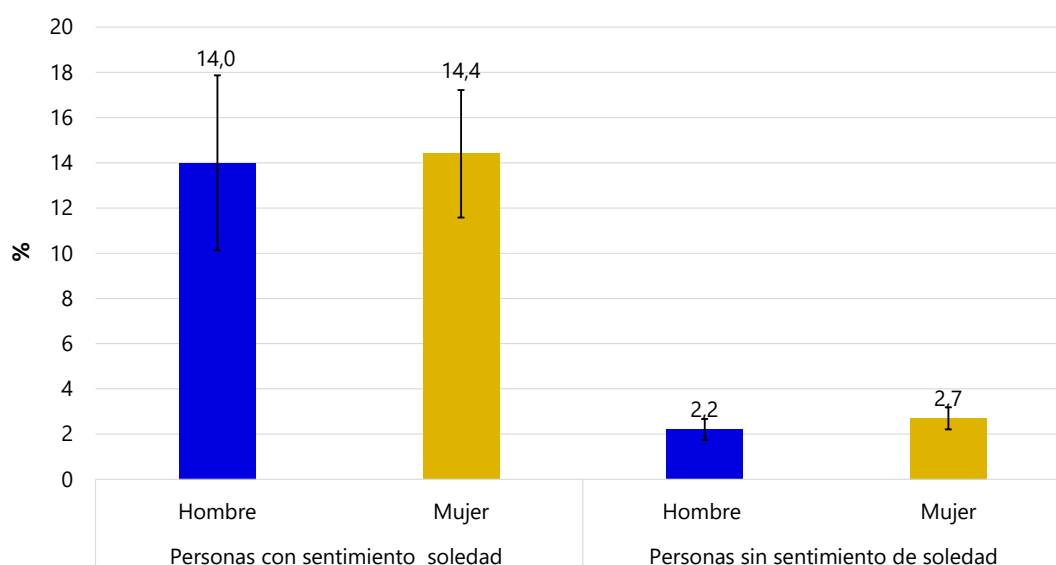
Gráfico 50. Frecuencia de personas que se sienten discriminadas entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



AUTOPERCEPCIÓN DE QUE OTRAS PERSONAS SE PREOCUPAN POR SU BIENESTAR

Las personas con sentimiento de soledad perciben hasta seis veces más frecuentemente, 14,3% [IC 95% = 12-16,5] que otras personas nunca o casi nunca se preocupan de ellas ni de su bienestar, respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 2,4% [IC 95% = 2,1-2,8]. Los hombres con sentimiento de soledad presentan hasta seis veces más probabilidad de sentir que otras personas nunca o casi nunca se preocupen de ellos, las mujeres cinco veces más frecuencia, siendo las diferencias estadísticamente significativas (gráfico 51).

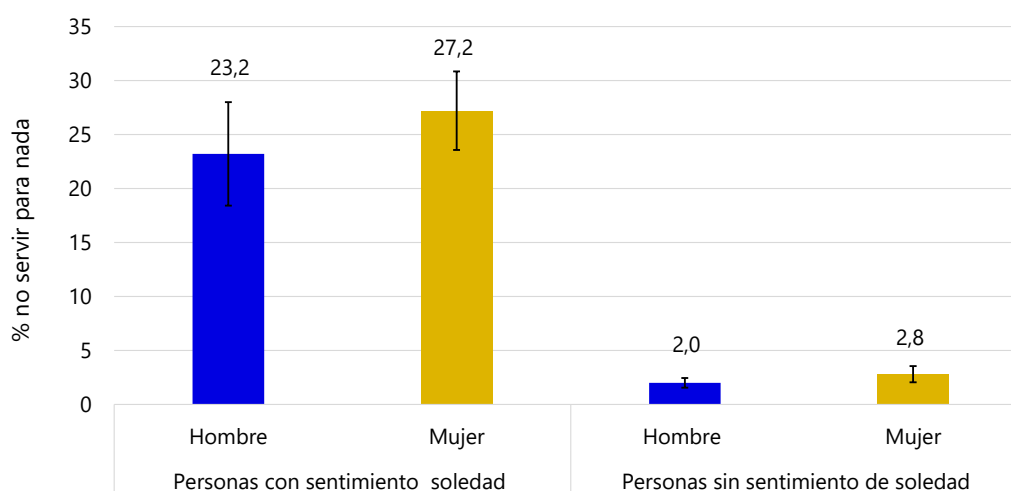
Gráfico 51. Frecuencia de percepción de que otras personas nunca o casi nunca se preocupan del bienestar propio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



SENTIMIENTO DE NO SERVIR PARA NADA

Las personas con sentimiento de soledad tienen diez veces más probabilidad de pensar “que no sirven para nada”, 25,7% [IC 95% = 22,8-28,6] que las que no presentan sentimiento de soledad, 2,4% [IC 95% = 2,1-2,8] teniendo esta diferencia significación estadística; no existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos (gráfico 52). Analizado por grupos de edad el sentimiento de no servir para nada se mantiene sin diferencias estadísticamente significativas en todos ellos con una frecuencia similar: en las personas con sentimiento de soledad entre 23% y 29% y en las personas sin sentimiento de soledad entre 2% y 3%.

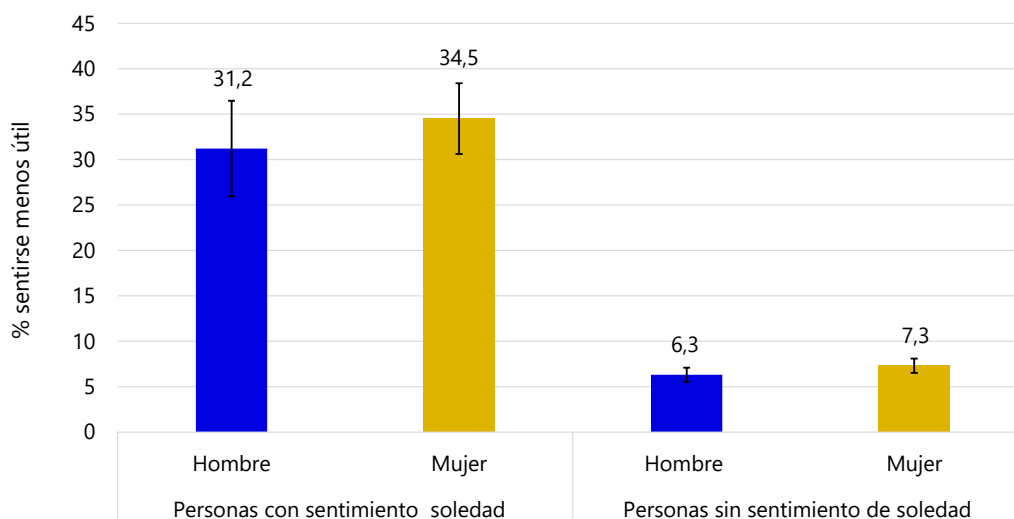
Gráfico 52. Frecuencia de percibir que no sirve para nada entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



SENTIMIENTO DE SER ÚTIL

Las personas con sentimiento de soledad presentan una frecuencia cinco veces mayor de sentirse menos útiles, 33,4% [IC 95% = 30,2-36,5] que las personas sin soledad, 6,8% [IC 95% = 6,3-7,4]. No existen diferencias significativas por sexo (gráfico 53).

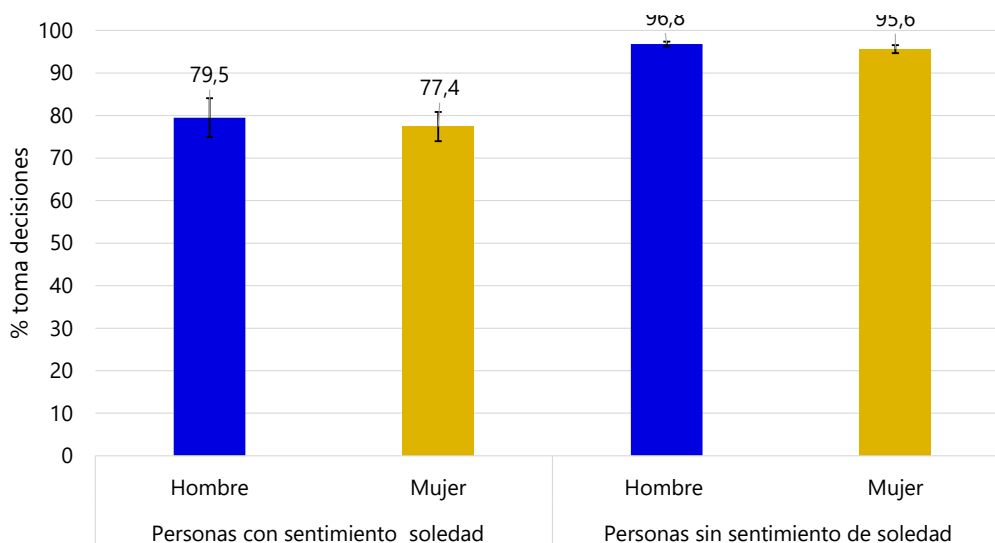
Gráfico 53. Frecuencia de sentirse menos útil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

Las personas con sentimiento de soledad tienen una frecuencia significativamente menor de capacidad para tomar decisiones, 78,1% [IC 95% = 75,4-80,8] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 96,2% [IC 95% = 95,7-96,6]. No existen diferencias significativas entre sexos en ambas categorías (gráfico 54).

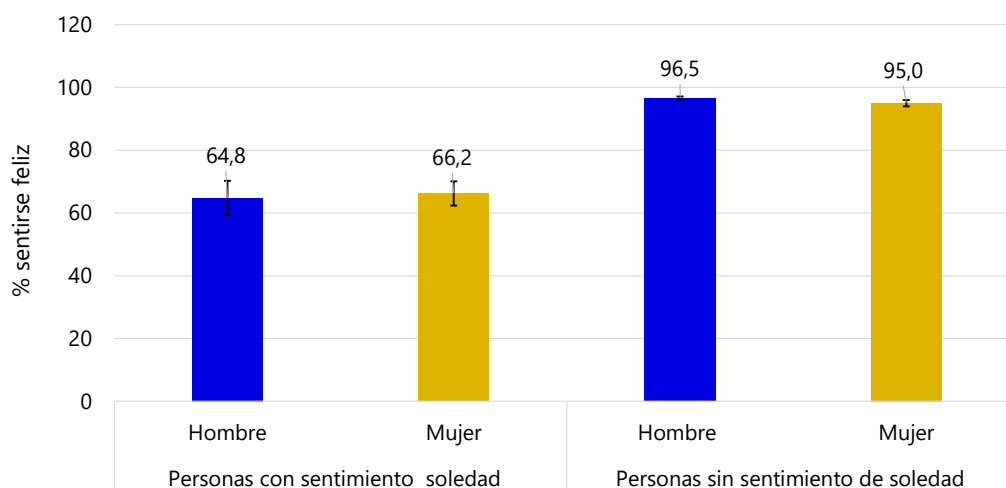
Gráfico 54. Frecuencia de menor capacidad para tomar decisiones entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



SENTIMIENTO DE FELICIDAD

Las personas con soledad sienten con frecuencia menor felicidad, 65,7% [IC 95% = 62,6-68,9] que las personas sin sentimiento de soledad, 95,7% [IC 95% = 95,3-96,2]. No existen diferencias significativas entre sexos en ambas categorías (gráfico 55).

Gráfico 55. Frecuencia de sentirse razonablemente feliz entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN SENTIMIENTO DE SOLEDAD SEGÚN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD

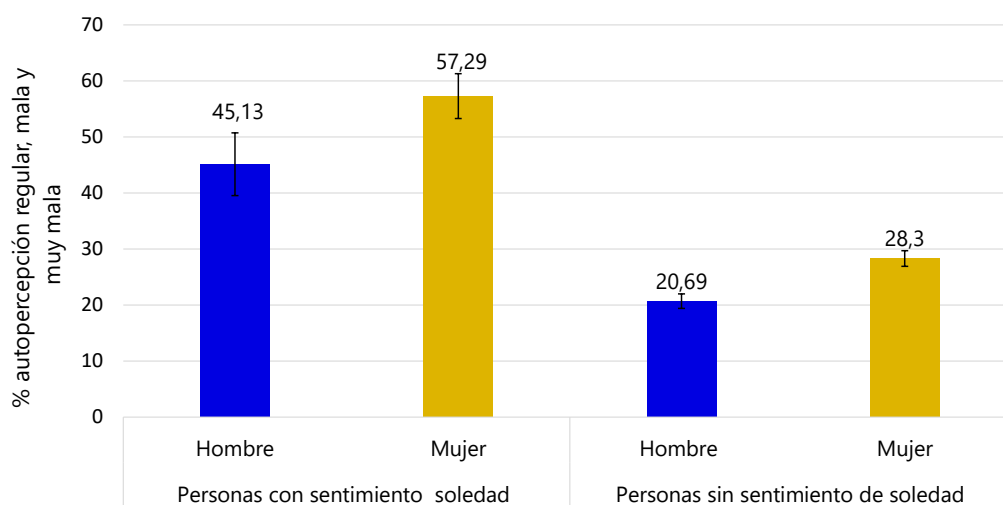
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Las personas con sentimiento de soledad tienen una percepción desfavorable de su salud con mayor frecuencia que las que no se sienten solas, pues presentan doble frecuencia de autopercepción del estado de salud, regular, malo y muy malo, 53,2% [IC 95% = 50-56,5] frente a quienes no presentan sentimientos de soledad, 24,7% [IC 95% = 23,8-25,7]. Tanto hombres como mujeres con sentimiento de soledad presentan diferencias estadísticamente significativas en la mala autopercepción de salud respecto a los hombres y mujeres sin sentimiento de soledad (gráfico 56). Estos datos se alinean con diferentes estudios que señalan el impacto sobre la salud de los sentimientos de soledad.

En el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 se obtienen resultados similares en cuanto a que las personas que se sienten solas tienen una peor salud percibida: el 58,1% creen que su salud es regular, mala o muy mala, proporción que desciende hasta el 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas.



Gráfico 56. Frecuencia de autopercepción del estado salud regular, mala y muy mala entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

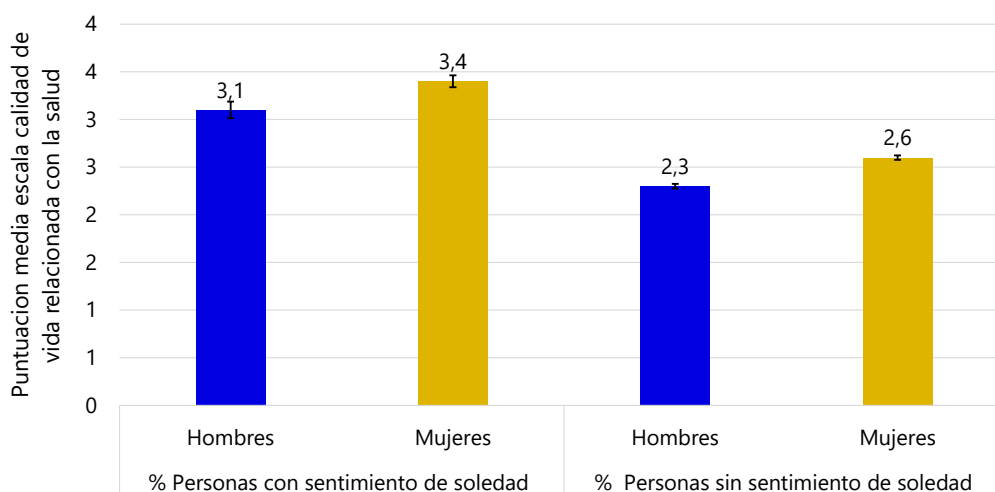


CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El COOP/WONCA es el instrumento utilizado para estimar la calidad de vida relacionada con la salud. Este cuestionario consta de 9 ítems que se puntúan de 1 (mejor salud) a 5 (peor salud), de modo que puntuaciones más altas se corresponden con peor calidad de vida.

Analizando la puntuación media de calidad de vida se observa que las personas con sentimiento de soledad tienen de forma estadísticamente significativa peor calidad de vida, 3,3 [IC 95% = 3,2-3,3] que las personas que no lo presentan, 2,5 [IC 95% = 2,4-2,5]; de igual manera, las mujeres tienen significativamente peor calidad de vida que los hombres en ambas categorías (gráfico 57).

Gráfico 57. Puntuación media de la escala de calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA) entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo

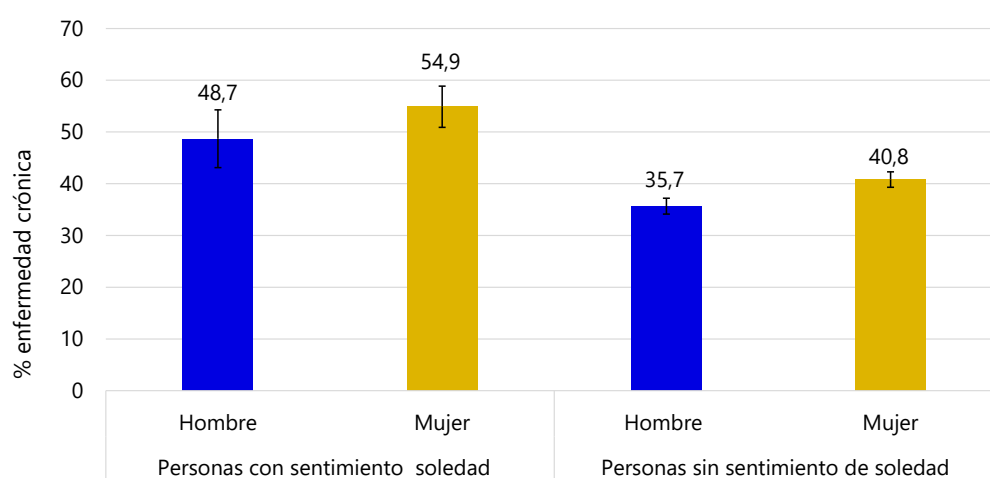


ENFERMEDAD CRÓNICA

Las personas con sentimiento de soledad presentan de forma significativa más probabilidad de sufrir una enfermedad crónica (problema que dura seis meses o más), 52,8% [IC 95% = 49,5-56] respecto a las personas que no presentan sentimiento de soledad, 38,4% [IC 95% = 37,3-39,4]. No existen diferencias significativas por sexo.

En el estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 se observan resultados similares; las diferencias son estadísticamente significativas en la prevalencia de enfermedades crónicas: el 48% de las personas que se sienten solas presentan alguna enfermedad crónica, en comparación con un 32,8% de las personas que no se sienten solas (gráfico 58).

Gráfico 58. Frecuencia de enfermedad crónica entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD HABITUAL

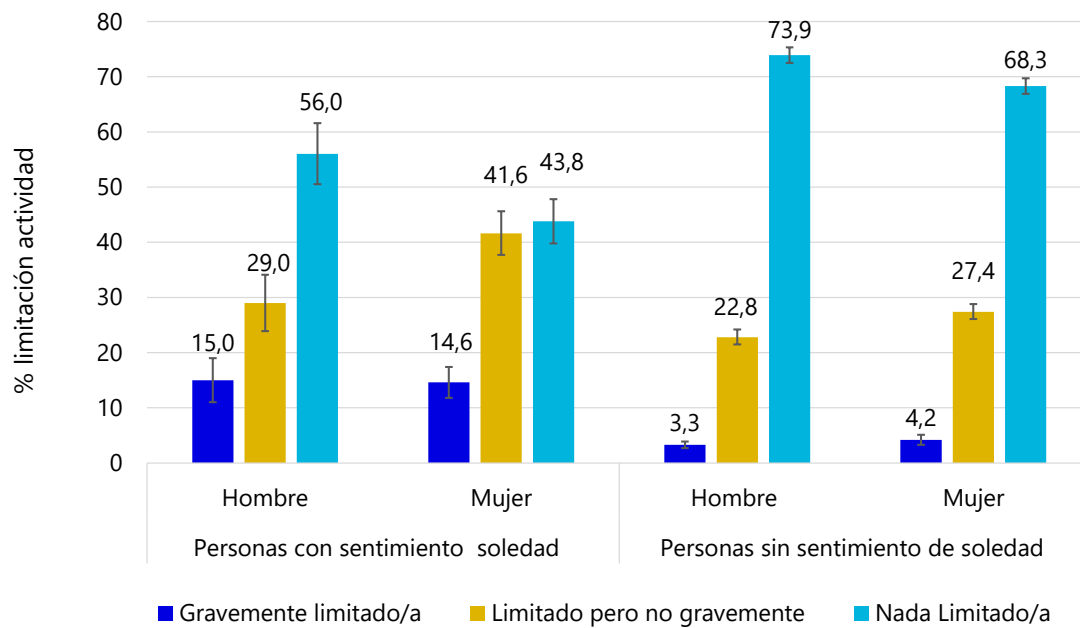
Las personas con sentimiento de soledad presentan casi cuatro veces más probabilidad de encontrarse gravemente limitadas, 14,7% [IC 95% = 12,4-17,0] que las personas sin sentimiento de soledad, 3,8% [IC 95% = 3,4-4,2]; también presentan mayor frecuencia de limitación no grave, 37,3% [IC 95% = 34,1-40,4] respecto a los que no sufren soledad, 25,3% (IC 95% = 24,3-26,2) y se reduce en más de 20 puntos la frecuencia de no encontrarse nada limitada en las personas que se sienten solas, 48,0% [IC 95% = 44,8-51,3], respecto a las personas que no se sienten solas, 70,9% [IC 95% = 69,9-71,9]. Estas diferencias tienen significación estadística entre las personas que presentan sentimiento de soledad y las que no lo presentan. Entre sexos existen diferencias significativas en la limitación no grave y la no limitación y presentan datos similares en la categoría de limitación grave (gráfico 59).

Entre los hombres con y sin sentimiento de soledad no existen diferencias estadísticamente significativas en la limitación no grave, pero sí en la categoría de nada limitado.

Entre las mujeres con y sin sentimiento de soledad existen diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías.



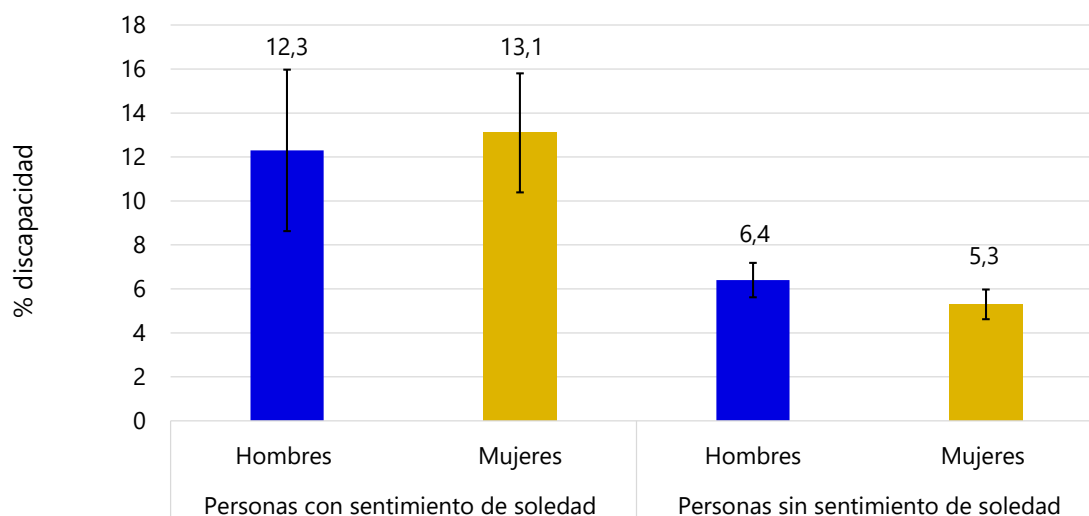
Gráfico 59. Frecuencia de limitación crónica de la actividad habitual entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



DISCAPACIDAD

Las personas con sentimiento de soledad duplican la frecuencia de tener reconocida una discapacidad respecto a las personas que no la tienen. Entre las mujeres esta diferencia es más acusada (gráfico 60).

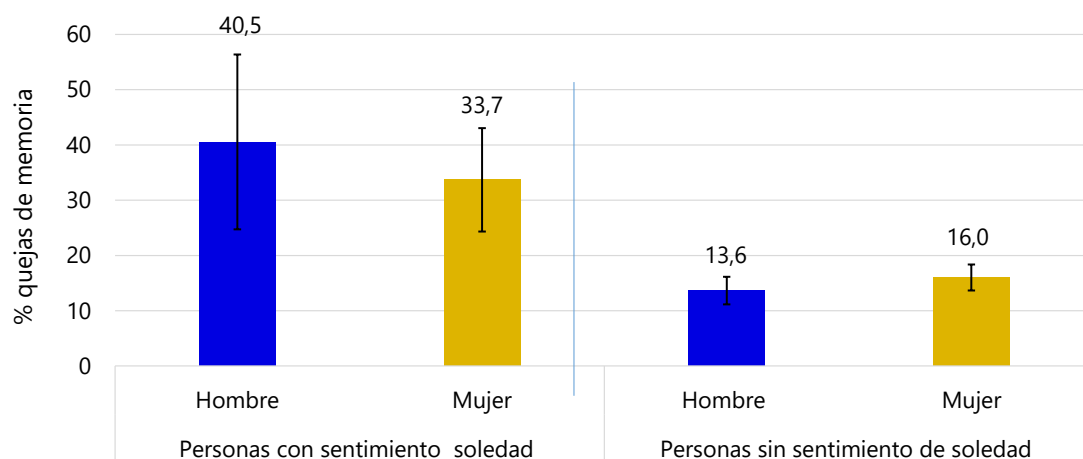
Gráfico 60. Frecuencia de discapacidad entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



PROBLEMAS DE MEMORIA

Las personas con sentimiento de soledad de 55 años y más refieren quejas de memoria con una frecuencia superior al doble, 35,1% [IC 95% = 27-43,2] que las que no tienen sentimiento de soledad, 15% [IC 95% = 13,2-16,7]. No existen diferencias significativas por sexo (gráfico 61).

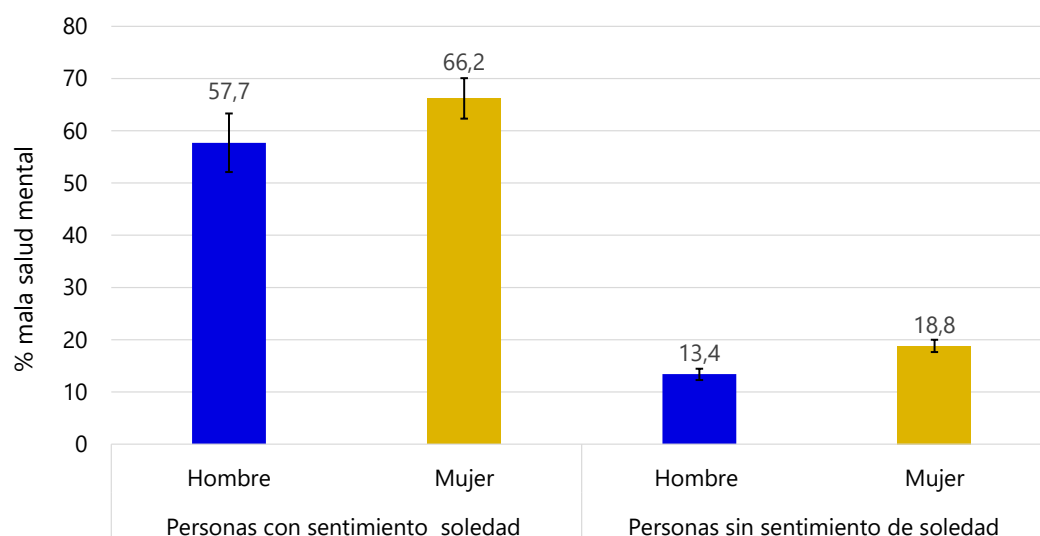
Gráfico 61. Frecuencia de quejas de memoria en personas de 55 años y más entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



RIESGO DE MALA SALUD MENTAL

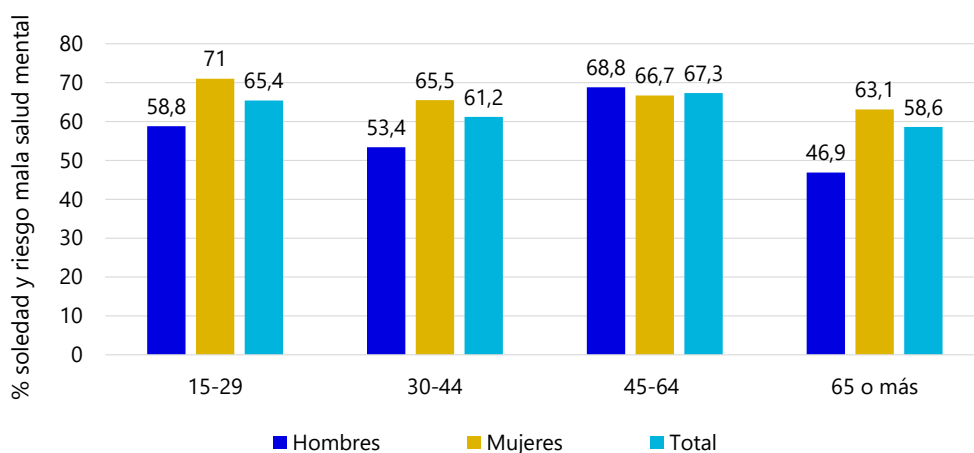
Entre quienes no tienen sentimiento de soledad, un 16,2% [IC 95% = 15,4-17,1] tiene riesgo de mala salud mental, mientras que entre quienes sí se sienten solos el porcentaje de sujetos con riesgo de mala salud mental se dispara hasta el 63,3% [IC 95% = 60,1-66,5], sin diferencias significativas entre sexos (gráfico 62).

Gráfico 62. Frecuencia de riesgo de mala salud mental entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



En el gráfico 63 se muestran los porcentajes de personas con sentimiento de soledad y riesgo de mala salud mental según sexo y grupo de edad. Se observa que las mujeres siempre presentan mayor riesgo que los hombres, salvo en el caso del grupo de edad de 45 a 64 años, si bien no aparecen diferencias significativas en ningún caso.

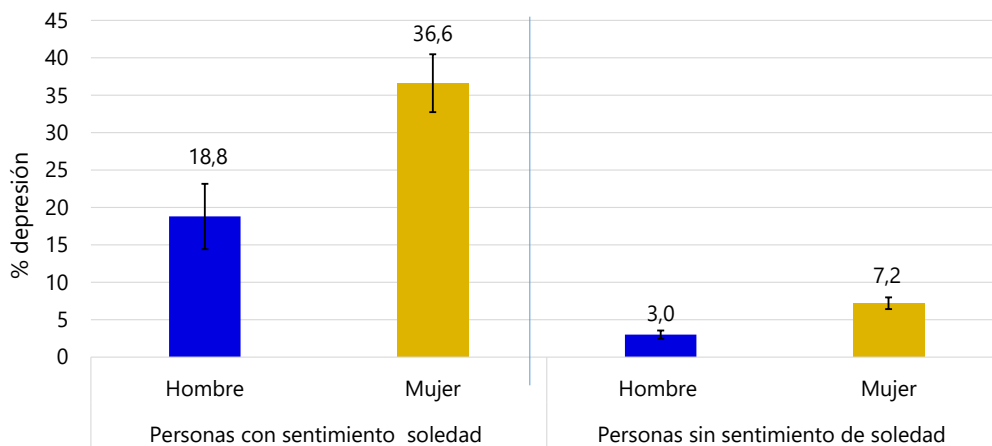
Gráfico 63. Frecuencia de riesgo de mala salud mental según sexo y grupo de edad entre las personas con sentimiento de soledad



DEPRESIÓN

Las personas con sentimiento de soledad tienen seis veces más probabilidad de tener diagnosticada una depresión, 30% [IC 95% = 27,5-33,5] que las personas que no presentan sentimientos de soledad, 5,2% [IC 95% = 4,7-5,7]. En el caso de los hombres con sentimiento de soledad existe una probabilidad 6 veces mayor de estar diagnosticado de depresión, 18,8% [IC 95% = 14,5-23,2] vs. 3% [IC 95% = 2,4-3,5] y en las mujeres cinco veces más, 36,6% [IC 95% = 32,7-40,4] vs. 7,2% [IC 95% = 6,4-7,9]. Todas las diferencias son estadísticamente significativas. Las mujeres presentan casi el doble de frecuencia de depresión diagnosticada que los hombres, tanto con sentimiento de soledad como sin sentimiento de soledad (gráfico 64).

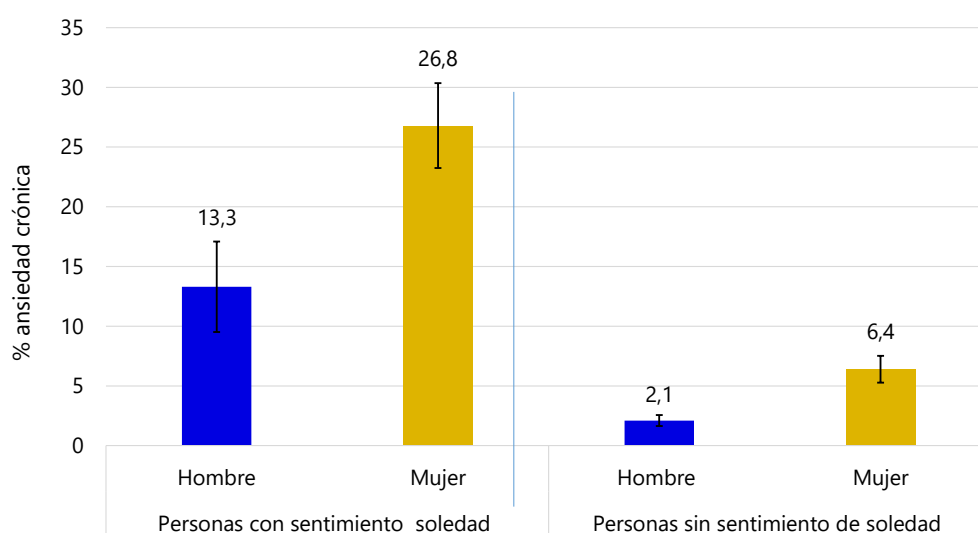
Gráfico 64. Frecuencia de personas con depresión diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



ANSIEDAD CRÓNICA

Las personas con sentimiento de soledad tienen cuatro veces más probabilidad de tener diagnosticada ansiedad crónica, 22,2% [IC 95% = 19,5-24,9] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 4,4% [IC 95% = 4,0-4,9]. En el caso de los hombres con sentimiento de soledad existe una probabilidad 6 veces mayor de ser diagnosticado de ansiedad crónica, 13,3% [IC 95% = 9,5-17,1] vs. 2,1% [IC 95% = 1,7-2,6]; y en las mujeres con sentimiento de soledad 4 veces más probabilidad de ser diagnosticadas de ansiedad crónica, 26,8% [IC 95% = 23,3-30,4] vs. 6,4% [IC 95% = 5,3-7,5]. Todas las diferencias son estadísticamente significativas. Las mujeres presentan el doble de frecuencia de ansiedad crónica diagnosticada que los hombres tanto con sentimiento de soledad como sin él (gráfico 65).

Gráfico 65. Frecuencia de personas con ansiedad crónica diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Las personas con sentimiento de soledad consumen anualmente y en las dos últimas semanas más medicación psicotrópica, que las personas sin sentimiento de soledad (gráfico 66).

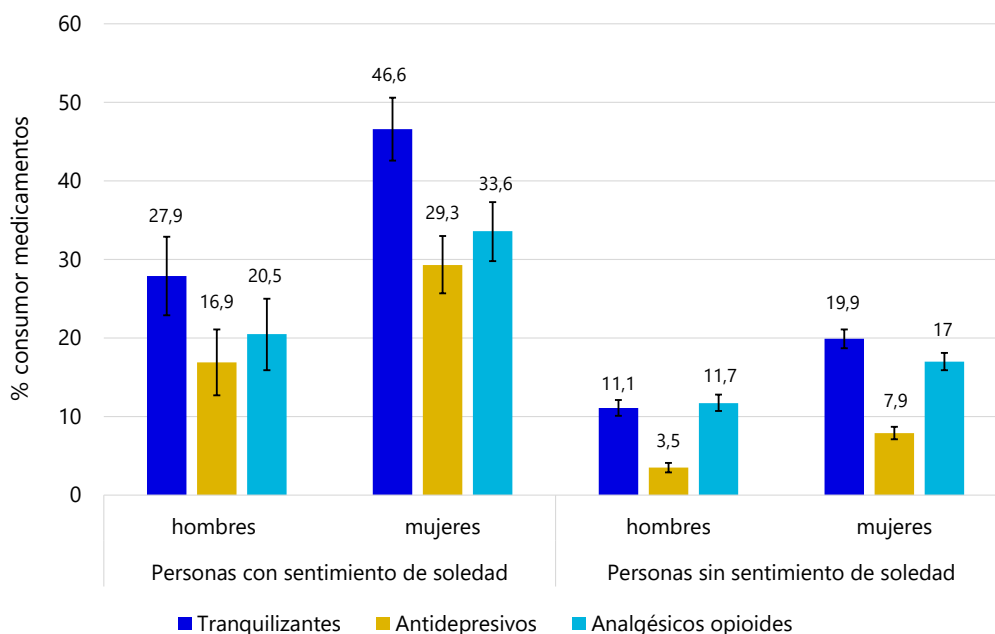
Además consumen medicación tranquilizante con frecuencia tres veces mayor, 42,2% [IC 95% = 37-43,4] que las que no se sienten solas, 15,7% [IC 95% = 14,9-16,5], aunque tanto hombres como mujeres triplican el consumo de este medicamento en el último año cuando presentan sentimiento de soledad, respecto a quienes no lo presentan. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Las personas que presentan sentimiento de soledad consumen medicación antidepresiva con frecuencia cinco veces mayor, 25,1% [IC 95% = 22,3-27,9] que las que no se sienten solas, 5,8% [IC 95% = 5,3-6,3]. Tanto hombres como mujeres multiplican por cuatro la frecuencia de consumo de este medicamento en las dos últimas semanas cuando presentan sentimiento de soledad, respecto a quienes no lo tienen y lo duplican en el último año. Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

Además, quienes tienen este sentimiento, duplican la frecuencia de consumo de analgésicos opioides, 29,1% [IC 95% = 26,1-32,1] frente a quienes no lo consumen, 14,5% [IC 95% = 13,7-15,3]. Tanto los hombres como las mujeres duplican el consumo de medicamentos en las dos últimas semanas y en el último año cuando presentan sentimiento de soledad respecto a quienes no lo tienen. Las diferencias son estadísticamente significativas.

En línea con todo lo anterior, el informe de resultados del estudio sobre la soledad no deseada en la ciudad de Madrid de 2017 también observa grandes diferencias en el consumo de sedantes y psico-fármacos entre las personas con sentimiento de soledad y las que no lo presentan (31,2% vs. 10,5%).

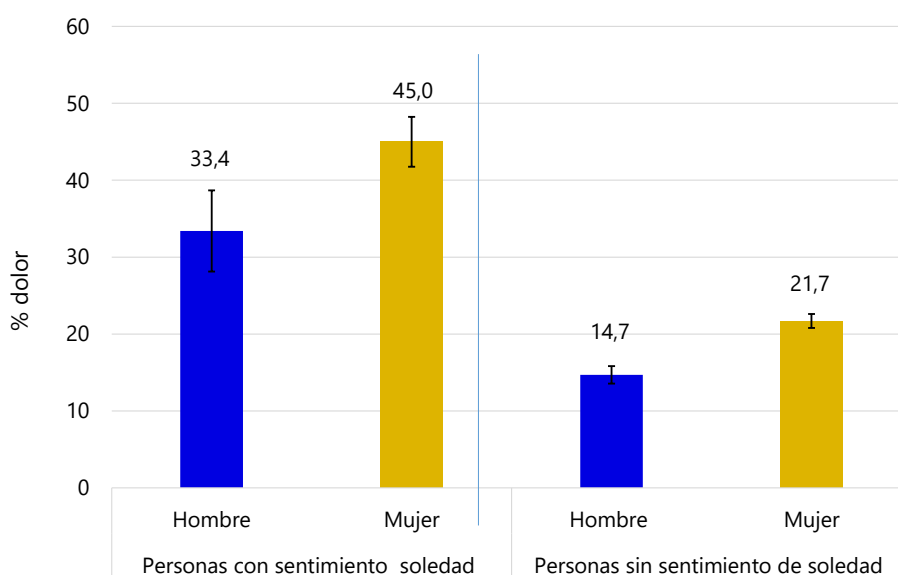
Gráfico 66. Frecuencia de personas con consumo de medicamentos psicotrópicos entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)



DOLOR

Tanto hombres como mujeres con sentimiento de soledad tienen el doble de probabilidad de sentir dolor moderado e intenso durante las dos últimas semanas. Casi la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres con sentimiento de soledad declaran dolor moderado e intenso. Todas las diferencias mencionadas alcanzan significación estadística (gráfico 67).

Gráfico 67. Frecuencia de personas dolor moderado e intenso en las dos últimas semanas entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)

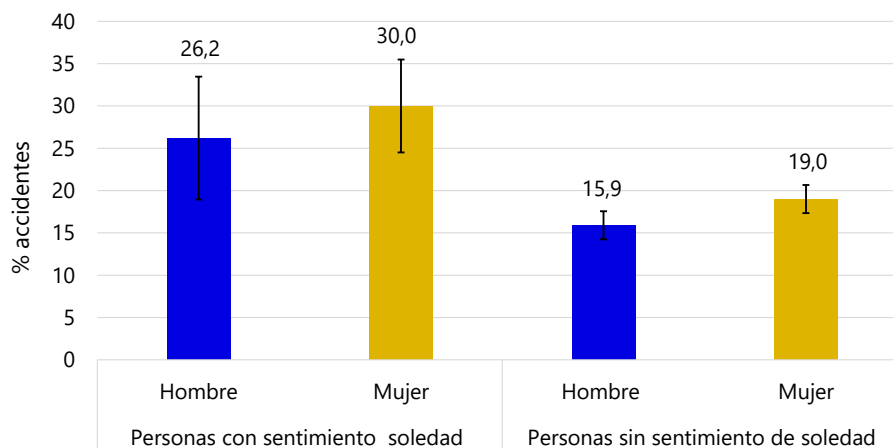


[Volver a índice monográfico](#)

ACCIDENTES

Las personas con sentimiento de soledad tienen una probabilidad mayor, estadísticamente significativa, de tener un accidente, 28,7% [IC 95% = 24,3-33,1] respecto a las personas sin sentimiento de soledad, 17,6% [IC 95% = 16,4-18,7]. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cada grupo (gráfico 68).

Gráfico 68. Frecuencia de personas que sufren accidentes entre quienes sienten o no soledad según sexo (IC 95%)



3

ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA SOLEDAD SEGÚN FACTORES INDEPENDIENTES RELACIONADOS CON SU PREVALENCIA

3.1. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

Se han seleccionado algunas variables demográficas y socioeconómicas: sexo, edad, nivel de estudios, clase social ocupacional, grupo de distrito, vivir solo/a, dificultad para llegar a fin de mes e inseguridad alimentaria.

Tras el ajuste entre estas variables mediante regresión logística multivariante, se identifican los siguientes factores demográficos y socioeconómicos que más peso tienen en el sentimiento de soledad (tabla 1):

- Vivir solo o sola supone 3,5 veces más riesgo de soledad que vivir acompañado/a.

Por encima de 2 veces más riesgo de soledad:

- Tener de 15 a 29 años, respecto al tramo de mayor edad.
- Tener dificultades para llegar a fin de mes o no poder acceder a alimentos por razones económicas.
- Tener estudios primarios, respecto a los universitarios.

Por encima de 1,5 veces más riesgo de soledad:

- Tener 30 a 44 años, respecto al tramo mayor edad.
- Ser mujer.
- Ser inmigrante por motivos económicos.

Los resultados descritos apuntan a que el sentimiento de soledad se presenta a lo largo de la vida, probablemente relacionado con momentos evolutivos o situaciones de dificultad de las personas. Vivir solo/a es el factor de riesgo que más impacta en sentirse solo/a. La pobreza y el bajo nivel de estudios producen un mayor riesgo de sentir soledad.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

Sentimiento de soledad		N	n	%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.828	904	10,2		
Sexo	Mujer	4.783	596	12,5	1,7*	1,4-1,9
	Hombre	4.045	308	7,6	1	
Edad	15 a 29	1.537	184	12,0	2,2*	1,7-2,8
	30 a 44	2.374	262	11,0	1,7*	1,3-2,2
	45 a 64	2.819	260	9,2	1,4*	1,1-1,8
	65 y más	2.098	198	9,4	1	
Nivel de estudios	Primarios o menos	949	163	17,2	2,1*	1,6-2,8
	Secundarios	4.182	460	11,0	1,2	1,0-1,5
	Universitarios	3.698	282	7,6	1	
Clase social	Desfavorecida	3.126	421	13,5	1,2	1,0-1,5
	Media	2.101	201	9,6	1,2	1,0-1,5
	Favorecida	3.409	248	7,3	1	
Grupo de distritos	Menor desarrollo	2.065	240	11,6	1,2	0,8-1,3
	Desarrollo medio bajo	2.843	281	9,9	0,9	0,8-1,2
	Desarrollo medio alto	2.060	221	10,7	1,0	0,8-1,3
	Mayor desarrollo	1.859	162	8,7	1	
Seguridad Alimentaria	Algún tipo de inseguridad alimentaria	1.014	241	23,8	2,1*	1,8-2,7
	Seguridad Alimentaria	7.819	661	8,5	1	
Vivir solo/a o acompañado/a	Personas que viven solas	1.210	260	21,5	3,5*	3,0-4,2
	Personas que viven acompañadas	7.618	645	8,5	1	
Dificultades económicas para llegar a fin de mes	Con dificultad y mucha dificultad	1.198	273	22,8	2,2*	1,8-2,6
	No dificultades	7.630	632	8,3	1	
Inmigrante económico	Inmigrante económico	1.270	199	15,7	1,3*	1,1-1,6
	Resto	7.558	705	9,3	1	

(*) OR con significación estadística.



3.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA

El sentimiento de soledad se ha analizado según siete factores relacionados con hábitos y estilos de vida: sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, utilización del teléfono móvil, participación en las actividades del barrio, utilización de recursos públicos del barrio y tiempo dedicado para el autocuidado y el bienestar.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, se identifican los **hábitos y estilos de vida que más peso tienen en el riesgo de sentir soledad (tabla 2)**:

- No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar supone casi 3 veces más riesgo de soledad que dedicar tiempo.
- Ser una persona sedentaria en su tiempo libre supone un riesgo de incrementar el sentimiento de soledad 1,65 veces más.
- Utilizar menos los recursos públicos del barrio implica 1,4 veces más riesgo de soledad respecto a las personas que utilizan los recursos.
- Menor participación en las actividades del barrio evidencia 1,4 veces más de riesgo de sentimiento de soledad frente a quienes participan.

(*) Se ha incluido en el análisis multivariante el sexo y la edad. Como en los anteriores análisis, tienen un riesgo mayor las mujeres (1,6 veces) y el tramo de edad de 15 a 29 (1,5 veces) años y 30 a 44 (1,3 veces) años respecto al de mayor edad.

No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar apunta a estados de ánimo depresivos, el sedentarismo y la falta de participación social son hábitos también asociados a la soledad ya descritos en la literatura científica.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

Sentimiento de soledad		N	n	%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.828	904	10,2		
Sexo	Mujer	4.783	596	12,5	1,59*	1,37-1,85
	Hombre	4.045	308	7,6	1	
Edad	15 a 29	1.537	184	12,0	1,52*	1,21-1,90
	30 a 44	2.374	262	11,0	1,32*	1,07-1,62
	45 a 64	2.819	260	9,2	1,03	0,84-1,26
	65 y más	2.098	198	9,4	1	
Actividad Física	Sedentarismo	2.647	413	15,6	1,65*	1,42-1,91
	Alguna actividad	6.162	486	7,9	1	
Consumo de tabaco	Fuma	1.903	244	12,8	1,24*	1,05-1,47
	No fuma	6.922	660	9,5	1	
Consumo de alcohol	Consumo alto	2.843	228	8,0	0,83	0,70-0,98
	Consumo bajo	5.985	677	11,3	1	
Participación en actividades que se organizan en el barrio	Nunca, casi nunca	6.348	728	11,5	1,38*	1,15-1,66
	Algunas veces, siempre y casi siempre	2.480	176	7,1	1	
Utilización de recursos públicos del barrio	Nunca, casi nunca	2.693	381	14,1	1,40*	1,20-1,64
	Algunas veces, siempre y casi siempre	6.134	523	8,5	1	
Dedica tiempo a cuidarse y sentirse bien	Nunca, casi nunca	973	233	23,9	2,72*	2,29-3,25
	Algunas veces, siempre y casi siempre	7.854	671	8,5	1	

(*) OR con significación estadística.



3.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y LAS REDES DE APOYO Y LA AUTOESTIMA

El sentimiento de soledad se ha analizado según seis factores relacionados con las redes de apoyo y la autoestima: sentimiento de discriminación, percepción de que otras personas se ocupen de su bienestar, percepción de no servir para nada, percepción de ser útil, sentimiento de felicidad y capacidad para la toma de decisiones.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, se identifican **los factores relacionados con redes e apoyo y la autoestima** que más peso tienen en el riesgo de sentir soledad (tabla 3):

- Sentir que otras personas nunca o casi nunca se ocupan de su bienestar con 5 veces más riesgo de sufrir sentimiento de soledad que aquellas personas que no lo perciben así.
- Percibir un sentimiento de felicidad menor y mucho menor de lo habitual con 5 veces más de riesgo de soledad que quien no tiene ese sentimiento de infelicidad.
- Pensar que es una persona que no sirve para nada que lo habitual con 3,4 veces más riesgo.
- Pensar que es una persona menos y mucho menos útil que lo habitual con 2,4 veces más riesgo.
- Sentirse capaz de tomar decisiones menos y mucho menos de lo habitual con 1,6 más riesgo.

(*) Se ha incluido en el análisis multivariante el sexo y la edad. Como en el anterior análisis, tienen un riesgo mayor las mujeres (1,6), las personas en el tramo de edad de 15 a 29 años (1,5) y en el tramo de edad de 30 a 44 años (1,3).

En este apartado se identifican percepciones negativas que se asocian con el sentimiento de soledad. Destaca especialmente sentir que otras personas nunca o casi nunca se ocupan de su bienestar, que prácticamente define el sentirse solo o sola.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

Sentimiento de soledad		N	n	%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.828	904	10,2		
Sexo	Mujer	4.783	596	12,5	1,57*	1,34-1,86
	Hombre	4.045	308	7,6	1	
Edad	15 a 29	1.537	184	12,0	1,50*	1,18-1,91
	30 a 44	2.374	262	11,0	1,34*	1,07-1,67
	45 a 64	2.819	260	9,2	0,94	0,75-1,18
	65 y más	2.098	198	9,4	1	
Otras personas se preocupen de su bienestar	Nunca, casi nunca	322	129	40,1	5,13*	3,88-6,78
	Algunas veces, siempre y casi siempre	8.505	775	9,1	1	
¿Ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada?	Algo más y mucho más que lo habitual	413	224	54,2	3,44*	2,63-4,50
	No en absoluto y no más que lo habitual	8.286	647	7,8	1	
¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Menos y mucho menos que lo habitual	825	291	35,3	2,44*	1,96-3,05
	Más útil e igual que lo habitual	7.875	581	7,4	1	
¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Menos y mucho menos que lo habitual	633	299	47,2	4,89*	1,15-1,66
	Más o igual que lo habitual	8.067	573	7,1	1	
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Menos y mucho menos que lo habitual	492	191	38,8	1,58*	1,20-2,07
	Más o igual que lo habitual	8.208	681	8,3	1	

(*) OR con significación estadística.



3.4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD E INDICADORES DE SALUD

El sentimiento de soledad se ha analizado según trece factores que repercuten en la salud: autopercepción del estado de salud, calidad de vida, enfermedad crónica, limitación crónica de la actividad habitual, discapacidad, quejas de memoria, riesgo de mala salud mental, ansiedad y depresión diagnosticada, consumo de medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes, antidepresivos y analgésicos opioides), dolor moderado e intenso, sueño y accidentalidad.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, se identifican los **factores que repercuten en la salud que tienen más peso en el riesgo de sentir soledad (tabla 4)**:

- Presentar riesgo de mala salud mental o malestar psicológico supone cinco veces más riesgo de soledad que quienes no lo tienen.
- Tener diagnóstico de depresión, con casi tres veces más riesgo de soledad que las personas que no lo tienen.
- Tener una limitación grave de la actividad, que eleva el riesgo 1,7 veces más que las personas que no tienen limitación.
- Consumir tranquilizantes, 1,5 veces más que quien no los consume.
- Autopercepción del estado de salud regular, malo y muy malo, con un riesgo de incremento del sentimiento de soledad de 1,5 veces.
- Estar diagnosticado de ansiedad crónica, 1,4 veces más frente al no diagnóstico.
- Tener dolor moderado e intenso, 1,2 veces más, frente a no sentirlo.

Se han incluido en el análisis multivariante el sexo y la edad. Como en el anterior análisis (características demográficas y socioeconómicas), tienen un riesgo de sentimiento de soledad mayor las mujeres y el tramo de edad de 15 a 29 años respecto al tramo de mayor edad (1,21 en mujeres y 1,93 respectivamente).

Como puede observarse el sentimiento de soledad está asociado con el riesgo de tener problemas de salud mental, con el diagnóstico de depresión y ansiedad crónica y también con la limitación física de la actividad que influye en la esperanza de vida en buena salud y con el dolor, también se asocia con consumir más tranquilizantes. La percepción de su estado de salud es peor que en la población general.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM

Sentimiento de soledad		N	n	%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.828	904	10,2		
Sexo	Mujer	4.783	596	12,5	1,21*	1,03-1,43
	Hombre	4.045	308	7,6	1	
Edad	15 a 29	1.537	184	12,0	1,93*	1,50-2,50
	30 a 44	2.374	262	11,0	1,49*	1,17-1,88
	45 a 64	2.819	260	9,2	1,02	0,82-1,28
	65 y más	2.098	198	9,4	1	
Autopercepción del estado de salud	Regular malo y muy malo	2.439	481	19,7	1,50*	1,23-1,83
	Bueno y muy bueno	6.389	423	6,6	1	
Enfermedad crónica	Enfermedad crónica	3.518	477	13,6	1,05	0,88-1,26
	No enfermedad crónica	5.310	427	8,0	1	
Limitación crónica de la actividad habitual	Grave	432	133	30,8	1,74*	1,28-2,36
	Limitación no grave	2.340	337	14,4	1	0,83-1,22
	No limitación	6.054	434	7,2	1	
Discapacidad	Si	576	117	20,3	1,04	0,78-1,38
	No	8.253	788	9,5	1	
Dolor	No dolor, leve y ligero	6.702	497	7,4	1	
	Moderado e intenso	2.126	407	19,1	1,22*	1,01-1,47
Riesgo de mala salud mental (GHQ)	Riesgo	1.824	552	30,3	5,05*	4,27-5,97
	No riesgo	6.876	320	4,7	1	
Depresión diagnosticada	Si	687	276	40,2	2,89*	2,23-3,75
	No	8.141	628	7,7	1	
Ansiedad crónica	Si	550	201	36,5	2,15*	1,79-2,58
	No	8.278	703	8,5	1	
Consumo Tranquilizantes	Si	1.057	273	25,8	1,52*	1,22-1,89
	No	7.771	632	8,1	1	
Consumo Antidepresivos	Si	506	170	33,6	0,88	0,64-1,19
	No	8.322	735	8,80	1	
Consumo Analgésicos Opioides	Si	806	169	21,0	1,06	0,84-1,34
	No	8.022	736	9,2	1	

(*) OR con significación estadística.



3.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES MÁS RELEVANTES QUE EXPLICAN EL RIESGO DE SENTIR SOLEDAD POR ORDEN DE ODD RATIO OBTENIDAS

Una vez analizados los cuatro grupos de factores, se identifican aquellos más explicativos del sentimiento de soledad:

Características demográficas y socioeconómicas

- Más frecuente en mujeres.
- Personas más jóvenes frente a las mayores de 44 años.
- Vivir solo o sola frente a vivir con otras personas.
- Tener dificultades para llegar a fin de mes.
- Tener estudios elementales frente a otros de mayor nivel.

Indicadores de salud

- Tener riesgo de mala salud mental.
- Tener diagnóstico de depresión.

Hábitos y estilos de vida

- No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar.

Autopercepción y autoestima

- Sentir que nunca o casi nunca otras personas se ocupan de su bienestar.
- Pensar que no sirve para nada más o mucho más de lo habitual.
- Sentirse menos y mucho menos feliz que lo habitual.

Tras el ajuste entre todas las variables descritas anteriormente mediante regresión logística multivariante, los factores más intensamente asociados al sentimiento de soledad por orden son (tabla 5):

- Vivir solo/a frente a vivir con otras personas, 4,5 veces más.
- Sentir que nunca o casi nunca otras personas se ocupan de su bienestar frente a las que sienten que se ocupan, 3,9 veces.
- Tener riesgo de mala salud mental frente a no tenerlo, 3,5 veces más.
- Estar diagnosticado/a de depresión frente a estarlo, 3,2 veces más.
- Tener de 15 a 29 años frente al resto de edades, 3 veces más.
- Pensar que no sirve para nada más o mucho más de lo habitual, 2,6 veces más.
- Sentirse menos y mucho menos feliz que lo habitual, 2,5 veces más.
- Tener entre 30 y 44 años frente a las personas más mayores, 2,2 veces más.
- No dedicar tiempo a cuidarse y procurar su bienestar frente a quienes sí lo dedican, 1,8 veces más.
- Tener estudios primarios frente a haber cursado estudios universitarios, 1,7 veces más.
- Dificultades para llegar a fin de mes frente a no tener dificultades, 1,3 veces más.
- Ser mujer, 1,3 veces más.
- Tener estudios secundarios frente a los universitarios, 1,2 veces más.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de sentir soledad según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas y no ajustadas mediante RLM

Sentimiento de soledad		N	n	%*	No Ajustada		Ajustada	
					OR	IC 95%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.828	904	10,2				
Sexo	Mujer	4.783	596	12,5	1,73*	1,50-2,00	1,32*	1,11-1,57
	Hombre	4.045	308	7,6			1	
Edad	15 a 29	1.537	184	12,0	1,31*	1,06-1,62	2,99*	2,24-4,00
	30 a 44	2.374	262	11,0	1,19	0,98-1,45	2,18*	1,66-2,85
	45 a 64	2.819	260	9,2	0,98	0,80-1,18	1,42*	1,09-1,84
	65 y más años	2.098	198	9,4			1	
Nivel de Estudios	Primarios o menos	949	163	17,2	2,51*	2,04-3,09	1,69*	1,27-2,26
	Secundarios	4.182	460	11,0	1,50*	1,28-1,75	1,21*	1,00-1,46
	Universitarios	3.698	282	7,6			1	
Dificultades económicas para llegar a fin de mes	Con dificultad y mucha dificultad	1.198	273	22,8	3,26*	2,79-3,82	1,33*	1,09-1,64
	Sin dificultades	7.630	632	8,3			1	
Vivir solo/a o acompañado/a	Personas que viven solas	1.210	260	21,5	2,96*	2,52-3,47	4,47*	3,62-5,50
	Personas que viven acompañadas	7.618	645	8,5			1	
Depresión diagnosticada	Si	687	276	40,2	8,05*	6,77-9,57	3,16*	2,52-3,96
	No	8.141	628	7,7			1	
¿Ha pensado que Vd. es una persona que no sirve para nada?	Algo más y mucho más que lo habitual	413	224	54,2	13,97*	11,33-17,23	2,56*	1,96-3,34
	No en absoluto y no más que lo habitual	8.286	647	7,8			1	
¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Menos y mucho menos que lo habitual	633	299	47,2	11,69*	9,79-13,96	2,48*	1,96-3,14
	Más o igual que lo habitual	8.067	573	7,1			1	
Dedica tiempo a cuidarse y sentirse bien	Nunca y casi nunca	973	233	23,9	3,37*	2,85-3,98	1,79*	1,44-2,23
	Algunas veces, siempre y casi siempre	7.854	671	8,5			1	
Riesgo de mala salud (GHQ)	Riesgo	1.824	552	30,3	8,90*	7,65-10,34	3,49*	2,87-4,25
	No riesgo	6.876	320	4,7			1	
Considera que otras personas se preocupen de su bienestar	Nunca y casi nunca	322	129	40,1	6,65*	5,26-8,41	3,93*	2,91-5,30
	Algunas veces, siempre y casi siempre	8.505	775	9,1			1	

(*) OR con significación estadística.



Se han comparado las OR no ajustadas y las ajustadas mediante RLM y se constata que las no ajustadas son mayores que las otras en todas las variables, salvo en los tramos de edad, en los que la OR es mayor en las ajustadas, aumentando el riesgo de soledad de forma gradual e inversa en todos los tramos de edad comparado con el tramo de 65 años y más. Tanto en este análisis como en los dos siguientes la edad tiene un peso importante en el riesgo de padecer soledad, siendo mayor en los tramos más jóvenes. También se incrementa la OR asociada al hecho de vivir solo/a tras el ajuste. Sin duda la edad y el hecho de vivir solo/a pesan mucho más de lo que se observaba antes del ajuste posiblemente porque la capacidad explicativa de esas variables estaba “cruzada” con otras que entraron en el modelo y que pierden peso al ajustarse. Ese peso que pierden es el que es imputable a la distribución de la edad que también les afectaba. Y es el que gana la edad y el hecho de vivir solo tras el ajuste.

4

ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SOLEDAD Y CON OTROS FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS

4.1. MALA AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

Como se observa en la [tabla 6](#) las OR bivariantes (sin ajustar) que más explican la mala salud autopercebida fue la sensación de aislamiento “los demás no se preocupan de mí”, seguido de la limitación de la actividad por un problema de salud crónico, el nivel educativo, la edad, el riesgo de mala salud mental y en 6.º lugar, el sentimiento de soledad. Pero una vez realizado el ajuste de las variables (sexo, edad, nivel de estudios, dificultades económicas para llegar a fin de mes, sentimiento de soledad, vivir solo/a, limitación crónica de la actividad, riesgo de salud mental y percibir que otras personas se ocupan de su bienestar), las variables que demostraron más fuerza de asociación con la percepción de mala salud fueron: la presencia de comorbilidad limitante (sufrir una limitación crónica grave o menos grave de la actividad habitual), la edad (las personas mayores frente a las más jóvenes), el nivel de estudios (elemental frente a estudios superiores), el riesgo de mala salud mental, las dificultades para llegar a fin de mes y tener sentimiento de soledad.

Al comparar la fuerza de asociación de las variables independientes antes y después del ajuste se constata que todas presentan unas OR mayores antes del ajuste, salvo de la edad, que incrementa su capacidad explicativa al entrar en el modelo de RLM con todas las demás. Seguramente este hallazgo indica que su efecto sobre el sentimiento de mala salud es muy grande, pero en cierta medida se encontraba explicado por las otras variables que tienen una distribución etaria muy marcada. El sentimiento de soledad contribuye de manera decisiva a esa mala percepción de la propia salud, aunque la fuerza de asociación que se puede medir (OR) se reduce a la mitad cuando se ajusta por todas las demás.



Tabla 6. Distribución de frecuencias de la mala autopercepción de salud en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM

Mala autopercepción de salud		N	n	%	No ajustada		Ajustada	
					OR	IC 95%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.845	2.446	27,7				
Sexo	Mujer	4.790	1.531	32,0	1,61*	1,46-1,77	1,23*	1,10-1,38
	Hombre	4.055	915	22,6	1		1	
Edad	15 a 29	1.539	222	14,4	1			
	30 a 44	2.383	530	22,2	1,69*	1,43-2,01	1,82*	1,49-2,22
	45 a 64	2.822	834	29,6	2,49*	2,11-2,93	2,74*	2,26-3,31
	65 y más años	2.101	860	40,9	4,11*	3,48-4,85	4,30*	3,51-5,28
Nivel de Estudios	Primarios o menos	952	498	52,3	4,70*	4,04-5,47	2,65*	2,19-3,20
	Secundarios	4.186	1.247	29,8	1,82*	1,64-2,02	1,69*	1,49-1,91
	Universitarios	3.707	701	18,9	1		1	
Dificultades económicas para llegar a fin de mes	Con dificultad y mucha dificultad	1.201	574	47,8	2,83*	2,49-3,20	1,85*	1,58-2,16
	No dificultades	7.643	1871	24,5	1		1	
Sentimiento de soledad	Con sentimiento de soledad	904	481	53,2	3,46*	3,01-3,98	1,75*	1,45-2,11
	Sin sentimiento de soledad	7.924	1.958	24,7	1		1	
Vivir solo/a o acompañado/a	Personas solas	1.215	425	35,0	1,49*	1,31-1,70	0,88	0,75-1,04
	Personas acompañadas	7.631	2.021	26,5	1		1	
Limitación crónica de la actividad habitual	Grave	438	350	79,9	23,49*	18,39-30,01	16,81*	12,85-21,98
	Limitación no grave	2.342	1.214	51,8	6,32*	5,67-7,04	5,34*	4,75-6,00
	No limitación	6.064	882	14,5	1			
Riesgo de mala salud mental o malestares psicológicos (GHQ)	Riesgo	1.824	906	49,7	3,59*	3,22-4,00	2,35*	2,04-2,70
	No riesgo	6.883	1.483	21,5	1			
Otras personas de ocupan de su bienestar	Nunca, casi nunca	323	138	42,7	6,65*	5,26-8,41	1,06	0,81-1,42
	A veces, siempre casi siempre	8.522	2.308	27,08	1			

En este análisis se observa que el sentimiento de soledad incrementa el riesgo de mala salud auto-percibida más de 3 veces frente a no tener ese sentimiento (OR no ajustada), sin embargo, al introducirla en un modelo multivariante ajustado entre todas las variables observamos que ese sentimiento sigue explicando en parte la mala salud percibida, pero con menor fuerza que antes. Posiblemente la edad actuaba de confusor de esa relación antes de ajustar.

Curiosamente, el hecho de vivir solo/a que justificaba un riesgo de mala autopercepción del estado de salud un 50% mayor que el de quienes viven en compañía, pierde toda su capacidad explicativa cuando se ajusta con las demás, lo que significa que ese riesgo aparente no era real sino que estaba justificado por las demás variables que posiblemente concurren con esa situación.

4.2. RIESGO DE MALA SALUD MENTAL

En el análisis sin ajustar, es decir, el de cada variable con el riesgo de mala salud mental contando con el efecto de todas las demás, el sentimiento de soledad destaca por su indudable peso en esa relación, mayor que el de ninguna otra. Tras el ajuste entre las variables independientes sexo, edad, nivel de estudios, dificultades económicas para llegar a fin de mes, sentimiento de soledad, vivir solo/a, limitación crónica de la actividad, autopercepción del estado de salud y percibir que otras personas se ocupan de su bienestar, el sentimiento de soledad resulta la variable que más se asocia con el riesgo de presentar mala salud mental, seguido de tener entre 15 y 29 años frente a las edades más avanzadas, sufrir una limitación crónica grave de su actividad habitual frente a no tener ese problema y sentir mala percepción de salud. Se quiere destacar especialmente la importante asociación que muestra el sentimiento de soledad como factor independiente de todos los demás con lo que llamamos riesgo de mala salud mental, pues el modelo de RLM resultante permite identificar como seis veces mayor la OR ajustada en las personas que sienten soledad que en quienes no viven con ese sentimiento.

Como en el análisis anterior, al comparar las OR ajustadas y no ajustadas se constata que estas últimas presentan una OR mayor salvo en el caso de la edad, que incrementa su fuerza de asociación al eliminar el efecto concomitante de las demás.



Tabla 7. Distribución de frecuencias del riesgo de mala salud mental en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM

Riesgo de mala salud mental		N	n	%	No ajustada		Ajustada	
					OR*	IC 95%	OR*	IC 95%
TOTAL		8.708	1825	21,0				
Sexo	Mujer	4.715	1.159	24,6	1,63*	1,46-1,81	1,41*	1,25-1,59
	Hombre	3.993	666	16,7	1		1	
Edad	15 a 29	1.527	404	26,5	1,84*	1,57-2,17	2,83*	2,31-3,47
	30 a 44	2.353	558	23,7	1,59*	1,37-1,85	2,08*	1,73-2,51
	45 a 64	2.768	526	19,0	1,20*	1,03-140	1,35*	1,13-1,62
	65 y más años	2.059	337	16,4	1		1	
Nivel de Estudios	Primarios o menos	915	233	25,5	1,63*	1,37-1,94	1,13	0,91-1,41
	Secundarios	4.131	956	23,1	1,44*	1,28-1,61	1,12	0,99-1,28
	Universitarios	3.659	634	17,3	1		1	
Dificultades económicas para llegar a fin de mes	Con dificultad y mucha dificultad	1.166	487	22,8	3,32*	2,92-3,79	2,10*	1,80-2,44
	No dificultades	7.540	1.337	17,7	1		1	
Sentimiento de soledad	Con sentimiento de soledad	872	552	63,3	8,90*	7,65-10,34	6,02*	5,08-7,12
	Sin sentimiento de soledad	7.828	1.272	16,2	1		1	
Vivir solo/a o acompañado/a	Personas solas	1.173	245	20,9	1	0,85-1,16	0,73	0,61-0,88
	Personas acompañadas	7.533	1.579	21,0	1		1	
Limitación crónica de la actividad habitual	Grave	421	209	49,6	5,76*	4,70-7,06	2,61*	2,04-3,34
	Limitación no grave	2.294	739	32,2	2,78*	2,48-3,11	1,93*	1,69-2,20
	No limitación	5.989	875	14,6	1			
Autopercepción del estado de salud	Regular, mala y muy mala	2.389	906	37,9	3,59*	3,22-4,00	2,36*	2,05-2,71
	Bueno y muy bueno	6.318	918	14,5	1			
Otras personas de ocupan de su bienestar	Nunca, casi nunca	318	147	46,2	3,43*	2,73-4,30	1,85*	1,41-2,44
	A veces, siempre casi siempre	8.389	1.678	20,0	1			

Nota: se destaca la relevante relación y la fuerza de la asociación entre soledad y riesgo de mala salud mental.

CONCLUSIONES GENERALES

En la ciudad de Madrid, la prevalencia de soledad no deseada que presenta la ciudadanía es de un 10,2%.

Se confirma que la soledad es un sentimiento que se produce a lo largo de la vida. Vivir solo/a y sentir que no se ocupa nadie de su bienestar son las dos variables que más se asocian con el sentimiento de soledad y que prácticamente definen el problema. Está fuertemente asociado al sentimiento de soledad tener riesgo de problemas de salud mental, tener diagnóstico de depresión, tener hábitos de no cuidado y presentar baja autoestima.

El sentimiento de soledad aparece también relacionado con la precaria situación socioeconómica, el bajo nivel educativo y la falta o escasa red de apoyo emocional y social, así como los hábitos de vida saludable, etc. Las mujeres se ven más afectadas por el sentimiento de soledad.

Los datos de la ciudad de Madrid son similares a los encontrados en otros estudios, como ejemplo en el Reino Unido se estima que entre el 5% y el 18% de las personas se sienten solas a menudo o siempre. Las personas más jóvenes de 16 a 24 años dicen sentirse solas con más frecuencia que los grupos de mayor edad. Las mujeres más solas que los hombres. Las personas solteras o viudas o con mala salud o con condiciones limitantes con mayor frecuencia también. Identificaron tres perfiles de personas con riesgo específico de sentirse solas: 1) Personas mayores viudas que viven solas con problemas de salud a largo plazo. 2) Personas solteras, de mediana edad con problemas de salud a largo plazo. 3) Personas inquilinas más jóvenes con poca confianza y sentido de pertenencia a su zona¹³.

Gran parte de los factores que incrementan el sentimiento de soledad se pueden prevenir de forma eficaz a través de programas de detección precoz, prevención y promoción de la salud (autoestima, los estilos de vida, la red de apoyo, etc.). Es necesario tener en cuenta que la prevalencia del riesgo de mala salud mental y malestar psicológico, la ansiedad y la depresión diagnosticada, el consumo de medicación psicotrópica, y las diferencias según sexo y edad requieren poner el foco en programas preventivos específicos en el ámbito psicosocial.

La frecuencia de sentimiento de soledad en jóvenes es uno de los hallazgos de este análisis, que sugiere la necesidad de estudios de las diferentes etapas de la vida, profundizando en los factores de riesgo y sobre todo de protección específicos sobre los que se pueda actuar.

El sentimiento de soledad es un reto crucial para las sociedades actuales, también para la ciudad de Madrid, ello requiere afrontar el abordaje reforzando las alianzas tanto intramunicipales como con otras instituciones públicas y agentes sociales.

Los análisis multivariantes identifican los factores que explican el sentimiento de soledad. No obstante, tal como se indicaba en el informe de resultados del Estudio sobre la Soledad no Deseada en la Ciudad de Madrid de 2017, sigue vigente el debate sobre si el sentimiento de soledad actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas y otros determinantes económicos, sociales y familiares, o si la presencia de estos factores en las personas incrementa el riesgo de sentirse solo o sola.

Respecto a los problemas de salud identificados, la soledad muestra una relación muy fuerte con el riesgo de sufrir mala salud mental, tanto ajustado como conjuntamente con los demás factores estudiados, por encima de el de los determinantes sociales, el sexo, la edad y la comorbilidad limitante.



5

SENTIMIENTO DE SOLEDAD
EN PERSONAS MAYORES.
CONCLUSIONES

Con datos de la misma Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 se ha analizado la situación de las personas mayores de 65 años en relación con el sentimiento de soledad, mediante un abordaje metodológico parecido al desplegado para el estudio que se presenta en este informe general. Ese trabajo ha sido realizado por autores del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo de Madrid Salud y se puede consultar, junto a este informe monográfico, en el siguiente link: http://madridsalud.es/area_profesional/

Las conclusiones principales de ese estudio son las siguientes:

1. La frecuencia de sentir soledad para el conjunto de la población de 65 y más años, es del 9,2%.
2. Según la información recogida en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017, en la ciudad de Madrid el número de personas mayores que se sienten solas se sitúa entre 61.182 y 62.756 (9,2% +/- 0,07%).
3. Para los mayores que viven solos (27,5% de participantes en la encuesta), la prevalencia de sentir soledad es del 19,7%. Para quienes no viven solos (72,5% de participantes) es del 5,3%. Como podemos observar, el hecho de vivir solo/a es un factor que multiplica casi por cuatro la frecuencia de soledad.
4. Según se va avanzando en edad, aumenta el porcentaje de personas mayores que se sienten solas: desde el 7,1% entre los de 65 a 69 años, hasta el 15,3% de quienes tienen 85 y más años.
5. Las mujeres mayores se sienten solas más frecuentemente que los hombres (11,5 % frente a 5,7 %).
6. Los mayores con un nivel de estudios elemental tienen con más frecuencia sentimiento de soledad que los de otros niveles: 15,9% frente a los que tienen estudios secundarios (7,7%) y universitarios (5,1%).
7. Los distritos en los que hay más participantes que viven solos son: Centro, Usera y Fuencarral-El Pardo. Los distritos en los que hay mayor porcentaje de personas que se sienten solas son: Usera, Centro y Carabanchel. Hay una correlación media-alta entre los distritos en los que hay más personas mayores que viven solos y aquellos en los que hay mayor porcentaje de los que se sienten solos.
8. La calidad de vida en relación con la salud se asocia a sentir soledad. En este sentido, entre las personas mayores que opinaron que la vida les va “muy bien” o “bien” hay un porcentaje con sentimiento de soledad del 2,8% frente al 54,5% de quienes manifiestan que les va “muy mal” o “mal”.
9. La salud mental se asocia con la soledad: entre las personas mayores que han participado en la encuesta y que han sido diagnosticadas de depresión, refiere sentimiento de soledad el 32,5%, frente al 6,3% de quienes nunca recibieron este diagnóstico. Este mismo hallazgo, aunque con porcentajes inferiores, se encontró entre quienes sí recibieron diagnóstico de ansiedad, toman antidepresivos o tranquilizantes o tiene mala calidad de sueño.

10. En este mismo sentido, quienes piensan que no valen para nada presentan un porcentaje de soledad del 45,7% frente al 7,5% de quienes no lo piensan. Entre las personas mayores que se sienten felices un 6,4% tiene sentimiento de soledad, frente al 41,6% de quienes no se sienten felices.
11. Entre las personas mayores que no se sienten solas, manifiestan tener problemas de memoria el 6,6% frente al 19,68% de quienes sí sienten soledad.
12. La percepción de la propia salud se asocia al sentimiento de soledad. Entre las personas mayores que dicen tener muy buena salud solo el 3,4% se sienten solas, frente al 30,4% de quienes piensan que su salud es muy mala.
13. De las personas mayores que manifiestan no padecer ninguna enfermedad crónica un 4,5% se siente sola, frente al 13,6% de quienes tienen tres o más enfermedades crónicas. Las limitaciones que producen estas enfermedades se asocian con el sentimiento de soledad: el 9,2% de quienes no refieren ninguna limitación por enfermedades crónicas manifiesta sentir soledad frente al 24,6% de quienes tienen limitaciones graves.
14. Todos los tipos de dolor se asocian al sentimiento de soledad (cefaleas, artrosis, dolor cervical, dolor lumbar dolor en general y tomar medicamentos fuertes para el dolor).
15. Las situaciones de carencia se asocian a soledad, especialmente citamos: personas que no tienen a nadie a quien acudir si necesitan ayuda, aquellas a quienes su salud les impide salir a la calle, y quienes no comen caliente más de dos días a la semana.
16. Entre los hábitos de vida, fumar no se asocia con sentir soledad, pero sí el consumo de alcohol; entre quienes no consumen alcohol el porcentaje de sentir soledad es casi el doble que entre quienes consumen.
17. Tener animales de compañía no se asocia de modo significativo a sentir o no soledad.
18. Respecto a las actividades del barrio, hay un 76 % de mayores que no participa nunca o casi nunca en ellas y un 10 % participa siempre o casi siempre. La participación y utilización de recursos públicos del barrio se asocia con el sentimiento de soledad, habiendo diferencias significativas entre quienes no los utilizan nunca o casi nunca, y quienes lo hacen siempre o casi siempre.
19. Cuando se realiza el análisis de todas las variables conjuntamente y por bloques resultan conclusiones tales como:
 - Entre los factores sociodemográficos, la edad y el género no son predictores de soledad, sino el hecho de vivir solo y el nivel de estudios;
 - Entre las situaciones de carencia, la que tiene mayor efecto como predictora de soledad es tener problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo;
 - De todas las asociaciones de soledad con la salud y las enfermedades, de nuevo la más potente es la calidad de vida relacionada con la salud; la mayoría de los factores de salud física intervienen en la soledad al disminuir la calidad de vida de las personas.
20. Cuando se tienen en cuenta todas las variables, las que predicen el sentimiento de soledad, son ocho:
 - la salud mental en general (es el factor más importante de todos),
 - vivir solo/a (el segundo en importancia),
 - la calidad de vida en relación con la salud,
 - sentir que otros no se preocupan por uno mismo,
 - padecer depresión,
 - no comer caliente más de dos días a la semana,
 - no tener nadie a quien acudir si se necesita ayuda,
 - nivel educativo elemental.



Todos los demás factores indicados antes (dolor, morbilidad, edad, género, actividad física que puede realizar, participación en actividades de barrio, etc.) quedan englobadas y explicadas por las ocho variables anteriores.

21. Estas ocho variables las hemos resumido en tres factores que se relacionan entre ellos: vivencia subjetiva de la salud, sobre todo de la salud mental, aislamiento objetivo, aislamiento subjetivo o radical.
22. Parece evidente que al momento de realizar actividades para mitigar la soledad en mayores hay que tener en cuenta sobre todo las conclusiones obtenidas a partir de los estudios multi-variantes (conclusiones 19 y 20).
23. Hemos establecido varios grupos de mayor o menor riesgo según el hecho de vivir solo o no.
 - Entre las *personas mayores que viven solas*:

El *grupo de alto riesgo* estaría conformado por personas con mala salud mental y mala calidad de vida relacionada con la salud; entre estas, el 73 % se sienten solas. Si tienen mejor calidad de vida, pero padecen depresión, el 54,5 % siente soledad.

Un *grupo de bajo riesgo* es: quienes tienen buena salud mental, percepción de no buena calidad de vida relacionada con la salud, pero tienen a alguien que se preocupe por ellos, de estos sólo el 4,8 % sienten soledad (4 veces menos que la muestra total).

- Entre quienes *viven con otras personas*:

Grupo de alto riesgo: aunque vivan con otras personas, tienen una mala salud mental y además padecen depresión, el 45,2 % sienten soledad.

También conforman un *grupo de bajo riesgo* quienes viven con otras personas, además tienen salud mental regular, pero tienen otras personas que se preocupan por ellos, de estos solo el 4,7 % se sienten solos.

Un *grupo de muy bajo riesgo* es el de aquellos que viven con otras personas y además tienen buena salud mental y buena calidad de vida, entre estos solamente el 0,8 % se sienten solos.

Los *grupos de bajo riesgo* y de *muy bajo riesgo* se pueden considerar *grupos protectores* dado que su frecuencia de soledad está por debajo de la media de la población de mayores. Por tanto, podemos considerar que los perfiles que engloban cada uno de ellos protegen de la soledad: no vivir solo/a, tener buena salud mental, buena calidad de vida y tener otras personas que se preocupan de ellos.

La soledad es una situación compleja con múltiples causas e implicaciones; es evidente que en esta situación las soluciones que se quieran dar para prevenirla y aliviarla no pueden ser simples sino multifactoriales y coordinadas.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid	438
Gráfico 2.	Prevalencia de soledad según edad y sexo (IC 95%)	439
Gráfico 3.	Prevalencia de soledad según sexo y nivel de estudios (IC 95%)	440
Gráfico 4.	Prevalencia de soledad según clase social (IC 95%)	440
Gráfico 5.	Prevalencia de soledad según edad, sexo y clase social	441
Gráfico 6.	Prevalencia de soledad por distritos y media de la ciudad	441
Gráfico 7.	Prevalencia de soledad por grupos de distritos según nivel de desarrollo y media de la Ciudad	442
Gráfico 8.	Prevalencia de soledad en las personas que viven solas o acompañadas según edad y sexo (IC 95%)	442
Gráfico 9.	Prevalencia de soledad según seguridad alimentaria (IC 95%)	443
Gráfico 10.	Prevalencia de soledad según dificultad para llegar a fin de mes (IC 95%)	443
Gráfico 11.	Prevalencia de soledad en inmigrantes por motivos económicos y el resto de la población (IC 95%)	444
Gráfico 12.	Prevalencia de soledad en las personas desempleadas y resto de la población (IC 95%)	444
Gráfico 13.	Prevalencia de soledad en las personas sedentarias o que realizan alguna actividad (IC 95%)	445
Gráfico 14.	Prevalencia de soledad en las personas que fuman o no fuman tabaco (IC 95%)	446
Gráfico 15.	Prevalencia de soledad en las personas con consumo bajo y alto de alcohol (IC 95%) ...	446
Gráfico 16.	Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no el teléfono móvil (IC 95%)...	447
Gráfico 17.	Prevalencia de soledad en las personas con participación o no en actividades del barrio (IC 95%)	447
Gráfico 18.	Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no recursos públicos del barrio (IC 95%)	448
Gráfico 19.	Prevalencia de soledad en las personas que utilizan o no tiempo para cuidarse y procurar su bienestar (IC 95%)	448
Gráfico 20.	Prevalencia de soledad en las personas que duermen o no duermen bien (IC 95%) ...	449
Gráfico 21.	Prevalencia de soledad en las personas que se han sentido discriminadas o no (IC 95%)	450
Gráfico 22.	Prevalencia de soledad entre quienes perciben que otras personas se preocupan por su bienestar y quienes perciben que no se preocupan (IC 95%)	450
Gráfico 23.	Prevalencia de soledad en las personas que perciben servir o no servir para nada (IC 95%)	451
Gráfico 24.	Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no útiles (IC 95%)	451
Gráfico 25.	Prevalencia de soledad en las personas con capacidad o no para tomar decisiones (IC 95%)	452
Gráfico 26.	Prevalencia de soledad en las personas que se sienten o no felices (IC 95%)	452
Gráfico 27.	Prevalencia de soledad en las personas con autopercepción del estado de salud bueno y muy bueno, o malo y muy malo (IC 95%)	453
Gráfico 28.	Prevalencia de soledad en las personas con o sin enfermedad crónica (IC 95%)	453
Gráfico 29.	Prevalencia de soledad en las personas con limitación crónica de la actividad habitual (IC 95%)	454



Gráfico 30.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin discapacidad (IC 95%)	454
Gráfico 31.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin problemas de memoria en personas de 55 años y más (IC 95%)	455
Gráfico 32.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin riesgo de mala salud mental (IC 95%).....	455
Gráfico 33.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de depresión (IC 95%).....	456
Gráfico 34.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin diagnóstico de ansiedad crónica (IC 95%).....	456
Gráfico 35.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin consumo de medicamentos psicotrópicos	457
Gráfico 36.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin dolor (IC 95%)	457
Gráfico 37.	Prevalencia de soledad en las personas con y sin accidente (IC 95%)	458
Gráfico 38.	Frecuencia de vivir solo entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	459
Gráfico 39.	Frecuencia de inseguridad alimentaria entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%)	460
Gráfico 40.	Frecuencia de dificultades para llegar a fin de mes entre las personas que se sienten solas o no según sexo (IC 95%).....	460
Gráfico 41.	Frecuencia de hábitos sedentarios entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	461
Gráfico 42.	Frecuencia de fumadores habituales entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	462
Gráfico 43.	Frecuencia de consumo alto de alcohol entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	462
Gráfico 44.	Frecuencia de utilización del teléfono móvil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	463
Gráfico 45.	Frecuencia de utilización del teléfono móvil más de lo que desea entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%).....	463
Gráfico 46.	Frecuencia de personas que nunca o casi nunca participan en el barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	464
Gráfico 47.	Frecuencia de personas que nunca o casi nunca utilizan recursos del barrio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	464
Gráfico 48.	Frecuencia de personas que nunca o casi nunca dedica tiempo para su cuidado y bienestar entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%) ...	465
Gráfico 49.	Frecuencia de personas que duermen regular, mal y muy mal entre las personas con y sin soledad según sexo (IC 95%).....	465
Gráfico 50.	Frecuencia de personas que se sienten discriminadas entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%).....	466
Gráfico 51.	Frecuencia de percepción de que otras personas nunca o casi nunca se preocupan del bienestar propio entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%).....	467
Gráfico 52.	Frecuencia de percibir que no sirve para nada entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	467
Gráfico 53.	Frecuencia de sentirse menos útil entre las personas con y sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	468
Gráfico 54.	Frecuencia de menor capacidad para tomar decisiones entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	468
Gráfico 55.	Frecuencia de sentirse razonablemente feliz entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	469

Gráfico 56.	Frecuencia de autopercepción del estado salud regular, mala y muy mala entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	470
Gráfico 57.	Puntuación media de la escala de calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA) entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo ...	470
Gráfico 58.	Frecuencia de enfermedad crónica entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	471
Gráfico 59.	Frecuencia de limitación crónica de la actividad habitual entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	472
Gráfico 60.	Frecuencia de discapacidad entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	472
Gráfico 61.	Frecuencia de quejas de memoria en personas de 55 años y más entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	473
Gráfico 62.	Frecuencia de riesgo de mala salud mental entre las personas con o sin sentimiento de soledad según sexo (IC 95%)	473
Gráfico 63.	Frecuencia de riesgo de mala salud mental según sexo y grupo de edad entre las personas con sentimiento de soledad	474
Gráfico 64.	Frecuencia de personas con depresión diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%)	474
Gráfico 65.	Frecuencia de personas con ansiedad crónica diagnosticada entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%)	475
Gráfico 66.	Frecuencia de personas con consumo de medicamentos psicotrópicos entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%)	476
Gráfico 67.	Frecuencia de personas dolor moderado e intenso en las dos últimas semanas entre las personas con o sin sentimiento de soledad (IC 95%)	476
Gráfico 68.	Frecuencia de personas que sufren accidentes entre quienes siente o no soledad (IC 95%).....	477



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM	479
Tabla 2.	Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM	481
Tabla 3.	Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM	483
Tabla 4.	Distribución de frecuencias de la situación de sentirse solo/a según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM	485
Tabla 5.	Distribución de frecuencias de sentir soledad según variables de estudio, prevalencia por grupos de población y OR ajustadas mediante RLM y no ajustadas.....	487
Tabla 6.	Distribución de frecuencias de la mala autopercepción de salud en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM	490
Tabla 7.	Distribución de frecuencias del riesgo de mala salud mental en relación con la soledad y otras variables de estudio, prevalencia por grupo de población y OR no ajustadas y ajustadas mediante RLM	492

REFERENCIAS

- ¹ Lopata, H. Z. (1969). Loneliness: Forms and components. *Social Problems*, 17(2), 248-262.
- ² Santos, H. C., Varnum, M. E. y Grossmann, I. (2017). Global increases in individualism. *Psychological Science*, 28(9), 1228-1239.
- ³ Hernan Montalban, M. J. y Rodríguez Moreno, S. I. (2017). La soledad no deseada en la ciudad de Madrid. Informe de Resultados. Madrid: Madrid Salud, 2017. http://www.madridsalud.es/pdf/Soledad_ciudaddeMadrid.pdf
- ⁴ Díez Nicolas, J. y Morenos Paiez, M. (2015). La soledad en España. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA.
- ⁵ Victor, C. R. y Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *Journal of Psychology*, 146(1-2), 85-104.
- ⁶ Hansen, T. y Slagsvold, B. (2015). Late-life loneliness in 11 european countries: results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 124(1), 1-20.
- ⁷ HM Government. (2018). A connected society: a strategy for tackling loneliness—laying the foundations for change. London: HM Government.
- ⁸ Victor, C., and Yang, K. (2011) The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom.
- ⁹ Aiden, H. (2016) Isolation and loneliness: An overview of the literature. British Red Cross
- ¹⁰ Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426.
- ¹¹ Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. y Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
- ¹² Ayuntamiento de Alcalá de Henares, Encuesta Municipal de Hábitos de Vida 2018. Informe de resultados.
- ¹³ Office for National Statistics (2018). What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely?



SIGLAS

AROPE	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAD	Años de vida perdidos ajustados a discapacidad
AVD	Años de vida con discapacidad
AVP	Años de vida perdidos
CM	Comunidad de Madrid
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DGT	Dirección General de Tráfico
DT	Desviación típica
ECV	Encuesta de condiciones de vida
ECH	Encuesta continua de hogares
EDADES	Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España
EDO	Enfermedades de declaración obligatoria
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPIDAT	Programa para análisis epidemiológico de datos
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESCM'05	Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005
ESCM'13	Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2013
ESCM'17	Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
ESTUDES	Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias
EV	Esperanza de vida
EVBS	Esperanza de vida en buena salud
EVN	Esperanza de vida al nacer
EVP	Esperanza de vida de periodo
GALI	Global Activity Limitation Instrument
GBD	Global Burden Disease
GHQ	General Health Questionnaire

[Volver a índice](#)



HFIAS	Household Food Insecurity Access Scale
IAEA	Inseguridad de acceso económico a los alimentos
IC	Intervalo de confianza
ICSCR	Índice combinado de salud, conocimiento y renta
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHME	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPAQ	Cuestionario Internacional de Actividad Física Adaptada
ISF	Índice Sintético de Fecundidad
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
LCA	Limitación crónica de la actividad
M	Media
MET	Equivalentes metabólicos
NO2	Dióxido de nitrógeno
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds ratio
PIAP	Plan de Inspecciones y Actividades Programadas
PMH	Padrón Municipal de Habitantes
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano
RLM	Regresión logística multivariante
RMM	Razón de mortalidad materna
RTME	Razón de tasas de mortalidad estandarizadas
SASA	Sistema de Alertas en Salud Ambiental
SIVFRENT	Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles
TAIH	Tasa ajustada de ingresos hospitalarios
TAM	Tasa ajustada de mortalidad
TEME	Tasa de mortalidad específica por cada edad
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VISRAM	Sistema de Vigilancia Sanitaria de Riesgos Ambientales

[Volver a índice](#)

