

ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2004-2005 (ESCM'05)

Informe final

Madrid, Noviembre 2005

AUTORES

Grupo Técnico de Trabajo del Ayuntamiento de Madrid

Dirección: Galván Romo, Jesús. Jefe de Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud.

Coordinación:

- Díaz Olalla, José Manuel. Asesor Técnico de la Subdirección General de Salud Pública de Madrid. Madrid Salud.
- Pérez Álvarez, María Teresa. Jefe de Sección del Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud.

Equipo de trabajo:

- Esteban Peña, Mercedes. Técnico Superior Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud.
- González Ahedo María José Técnico Superior Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud.
- Rivero García, Antonio. Asesor Técnico del Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud.
- Ortiz Fuillerat, Carmen. Jefe de Unidad Técnica de Estudios de Salud. Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud.

Colaboradores externos

Asesor Técnico de la encuesta: De la Fuente, Miguel.

Control de Calidad Externo de la Encuesta: DEMOMETRICA, S.L.

Grupo Técnico de TAISS (Técnicas avanzadas de Investigación en Servicios de Salud)

Dirección: Pablo Lázaro y de Mercado

Realización de la encuesta:

Coordinación en edición de cuestionarios: Kathy Fitch Warner

Coordinación y control del trabajo de campo:

- Emma Cadarso
- M^a Teresa Viana
- M^a Teresa Lara
- Milena Gobbo Montoya

Análisis, tabulación de datos, redacción e informe:

- M^a Dolores Aguilar Conesa
- Noelia Alfaro Oliver
- M^a Jesús García de Yébenes y Prous

Secretaría: Lourdes Díaz Zarza

Apoyo informático: Ignacio Lázaro y de Mercado

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración de todas las personas que nos han apoyado y han hecho posible la realización de esta Encuesta, a los profesionales de Madrid Salud que nos ayudaron con sus sugerencias, a los técnicos del Instituto de Salud Pública y del Departamento de Planificación Sanitaria Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid que nos brindaron su experiencia así como a los profesionales del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, y muy especialmente a todos los madrileños que pacientemente contestaron las preguntas de esta encuesta.

ÍNDICE TEMÁTICO	III
ÍNDICE DE TABLAS	1
ÍNDICE DE GRÁFICOS	3
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS DE LA ENCUESTA	8
2.1. Objetivo general	8
2.2. Objetivos específicos	8
2.2.1. Conocer y describir:	8
2.2.2. Identificar relaciones:	8
3. METODOLOGÍA	9
3.1. Características técnicas de la encuesta	9
3.1.1. <i>Diseño</i>	9
3.1.2. <i>Marco poblacional</i>	9
3.1.3. <i>Tipo de muestreo y unidades muestrales</i>	9
3.1.4. <i>Estratificación y tamaños muestrales</i>	9
3.1.5. <i>Distribución final de la muestra</i>	9
3.1.6. <i>Selección de las unidades muestrales</i>	11
3.1.7. <i>Estimaciones y error de muestreo</i>	11
3.1.8. <i>Selección de las personas a entrevistar</i>	12
3.1.9. <i>Tipo de entrevista</i>	12
3.2. Características del cuestionario	12
3.2.1. <i>Tipos de cuestionarios y estructura</i>	12
3.2.2. <i>Justificación, definición y tratamiento de las principales variables</i>	15
3.2.2.1. <i>Cuestionario de adultos</i>	16
3.2.2.2. <i>Cuestionario infantil</i>	35
3.3. Realización de la encuesta	42
3.3.1. <i>Estudio piloto</i>	42
3.3.2. <i>Realización del trabajo de campo</i>	43
4. ANÁLISIS DE DATOS Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS	45
4.1. Ponderación	45
4.2. Análisis estadístico	45
4.2.1. <i>Validación de la muestra</i>	45
4.2.2. <i>Análisis de resultados</i>	46
5. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	48
5.1. Desarrollo del trabajo de campo	48

5.2. Supervisión y control de calidad del trabajo de campo	48
5.3. Evaluación de la falta de respuesta.....	50
5.3.1. Introducción	50
5.3.2. Análisis de los datos.....	50
5.3.2.1. <i>Estudio de la muestra teórica y muestra efectiva</i>	52
5.3.2.2. <i>Comparación de los individuos que responden y no responden a la encuesta</i>	56
5.3.2.3. <i>Estudio de las causas de falta de respuesta</i>	59
5.3.2.4. <i>Análisis de los motivos de sustitución en función del país de nacimiento</i>	62
5.3.3. Conclusiones	64
5.4. Características de la muestra y correspondencia con la población de Madrid	65
6. RESULTADOS PRINCIPALES	68
6.1. Características sociodemográficas de los entrevistados	68
6.2. Características de la vivienda y el entorno	75
6.2.1. Vivienda	75
6.2.2. Entorno	77
6.2.2.1. <i>Calidad del medio ambiente</i>	77
6.2.2.2. <i>Aspectos concretos del barrio</i>	78
6.3. Estado de salud y calidad de vida.....	86
6.3.1. Estado de salud	86
6.3.1.1. <i>Percepción del estado de salud</i>	86
6.3.1.2. <i>Esperanza de vida en buena salud (EVBS)</i>	90
6.3.2. Calidad de vida	92
6.3.2.1. <i>Calidad de vida de la población adulta</i>	92
6.3.2.2. <i>Calidad de vida en la población infantil</i>	98
6.4. Riesgo de padecer algún trastorno mental.....	104
Mujer	107
6.5. Morbilidad y limitación de la actividad.....	108
6.5.1. Morbilidad	108
6.5.1.1. <i>Prevalencia</i>	108
6.5.1.2. <i>Esperanza de vida libre de morbilidad (EVLm)</i>	114
6.5.2. Limitación de la actividad.....	116
6.5.2.1. <i>Limitación de actividad en el último año por alguna morbilidad crónica</i>	116
6.5.2.2. <i>Limitación temporal (últimas 2 semanas) de la actividad habitual por algún síntoma o dolor</i>	120
6.6. Discapacidad.....	124
6.6.1. Prevalencia.....	124
6.6.2. Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLd)	126
6.7. Memoria, orientación, déficits sensoriales y dependencia en mayores de 65 años	130

6.7.1. Problemas de memoria	130
6.7.2. Problemas de orientación	131
6.7.3. Déficits sensoriales: vista y oído	132
6.7.4. Dependencia	134
6.8. Accidentes	139
6.9. Consumo de medicamentos	141
6.10. Servicios sanitarios	144
6.10.1. Cobertura	144
6.10.2. Atención médica en las últimas 2 semanas:	148
6.10.2.1. Atención Primaria y Especializada	148
6.10.2.2. Otros profesionales de los servicios sanitarios	152
6.10.3. Atención médica en los últimos 12 meses:	153
6.10.3.1. Ingresos hospitalarios	153
6.10.3.2. Urgencias y emergencias	154
6.10.3.3. Visitas al dentista	155
6.10.4. Servicio de salud mental	157
6.10.5. Conocimiento y utilización de los servicios municipales	158
6.11. Satisfacción con los servicios de salud y evolución	166
6.11.1. Nivel de satisfacción	166
6.11.2. Percepción de la evolución del funcionamiento de la sanidad pública	169
6.12. Hábitos y estilos de vida	171
6.12.1. Obesidad	171
6.12.2. Descanso	175
6.12.3. Alimentación	177
6.12.3.1. Hábitos alimenticios	177
6.12.3.2. Dieta	182
6.12.4. Actividad física	184
6.12.4.1. Actividad física en la población adulta	184
Terciarios	186
6.12.4.2. Actividad física en la población infantil	188
Terciarios	190
6.12.5. Ocio en la población infantil	192
6.12.6. Consumo de alcohol (Adultos)	196
6.12.7. Consumo de tabaco (Adultos)	200
6.13. Actividades preventivas en los adultos	202
6.13.1. Programas de vacunación antigripal y tétanos	202
6.13.2. Control de tensión arterial, glucemia y colesterolemia	208
6.13.3. Actividades preventivas en la mujer	210
6.13.3.1. Revisión ginecológica preventiva	210

6.13.3.2. Pruebas diagnósticas: Mamografía y citología.....	213
6.13.4. Utilización de métodos anticonceptivos por los hombres y las mujeres	217
6.13.5. Seguridad vial.....	221
6.14. Salud laboral y rendimiento escolar	225
6.14.1. Salud laboral.....	225
6.14.2. Rendimiento escolar	231
7. COMPARACIÓN CON OTRAS ENCUESTAS	233
7.1. Comparación con otras encuestas.....	239
7.1.1. Percepción de la salud	239
7.1.2. Riesgo de trastorno mental.....	239
7.1.3. Alguna morbilidad	240
7.1.4. Accidentes.....	240
7.1.5. Reducción de la actividad y Discapacidad.....	240
7.1.6. Utilización de servicios sanitarios	241
7.1.7. Medicación.....	241
7.1.8. Hábitos.....	242
7.1.9. Equipamiento de la vivienda.....	243
7.1.10. Actividades preventivas	243
8. CONCLUSIONES.....	244
8.1. Características sociodemográficas.....	244
8.2. Características de la vivienda y entorno	244
8.3. Estado de salud y calidad de vida.....	245
8.4. Riesgo de padecer algún trastorno mental.....	246
8.5. Morbilidad y limitación de la actividad.....	246
8.6. Discapacidad.....	247
8.7. Problemas de memoria y dependencia en mayores de 65 años.....	247
8.8. Accidentes	247
8.9. Consumo de medicamentos	248
8.10. Servicios sanitarios.....	248
8.10.1. Cobertura	248
8.10.2. Atención médica en las dos últimas semanas	249
8.10.3. Atención médica en los últimos doce meses	249
8.10.4. Servicios de salud mental.....	249
8.10.5. Conocimiento y utilización de los servicios municipales	250

8.11. Satisfacción con los servicios de salud y evolución	250
8.11.1. Nivel de satisfacción	250
8.11.2. Evolución del funcionamiento de la sanidad pública	251
8.12. Hábitos y estilos de vida	251
8.12.1. Obesidad	251
8.12.2. Descanso	251
8.12.3. Alimentación	252
8.12.4. Actividad física	252
8.12.5. Ocio en población infantil	253
8.12.6. Consumo de alcohol	253
8.12.7. Consumo de tabaco	253
8.13. Actividades preventivas	253
8.13.1. Vacunación antigripal y antitetánica	253
8.13.2. Control de tensión arterial, glucemia y colesterolemia	254
8.13.3. Actividades preventivas en la mujer	254
8.13.4. Utilización de métodos anticonceptivos	254
8.13.5. Seguridad vial	255
8.14. Salud laboral y rendimiento escolar	255
8.14.1. Salud laboral	255
8.14.2. Rendimiento escolar	255

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución final de la muestra por distrito y grandes grupos de edad.....	10
Tabla 2. Apartados de las preguntas del cuestionario de adultos.....	13
Tabla 3. Apartados de las preguntas del cuestionario infantil.....	14
Tabla 4. Índice de Katz. Independencia en Actividades básicas de la Vida Diaria.....	22
Tabla 5. Test de Lawton: Niveles de dependencia.....	24
Tabla 6. Equivalencias según el tipo de bebida.....	32
Tabla 7. Tipología de consumidores de alcohol según la cantidad ingerida.....	33
Tabla 8. Clasificación de la clase social ¹⁵	35
Tabla 9. Distribución de las dimensiones e ítem del cuestionario Kidscreen (versión piloto) sobre CVRS (parte que responden los padres).....	37
Tabla 10. Clasificación de los tipos ponderales según el IMC, sexo y edad del niño.....	41
Tabla 11. Distribución de las entrevistas realizadas y anuladas.....	48
Tabla 12. Distribución de las entrevistas supervisadas.....	48
Tabla 13. Distribución de los motivos de sustitución.....	49
Tabla 14. Entrevistas realizadas según tipo de individuo.....	52
Tabla 15. Distribución de la muestra, teórica y efectiva, por distritos.....	53
Tabla 16. Motivos de sustitución.....	54
Tabla 17. Distribución del tipo de incidencia en la muestra teórica.....	55
Tabla 18. Distribución de la falta de respuesta.....	55
Tabla 19. Estado de participación según distrito.....	56
Tabla 20. Estado de participación según sexo.....	57
Tabla 21. Estado de participación según nivel de instrucción.....	57
Tabla 22. Estado de participación según nivel de instrucción (25 años y mayores).....	57
Tabla 23. Estado de participación según país de nacimiento.....	58
Tabla 24. Realización de la entrevista según país de nacimiento.....	58
Tabla 25. Nivel de estudios según país de nacimiento.....	58
Tabla 26. Estado de participación en la encuesta según edad.....	59
Tabla 27. Distribución de la falta de respuesta según sexo.....	59
Tabla 28. Distribución de la falta de respuesta por nivel de instrucción.....	60
Tabla 29. Distribución de la falta de respuesta por nivel de instrucción (25 años y mayores).....	60
Tabla 30. Distribución de la falta de respuesta según país de nacimiento.....	61
Tabla 31. Distribución de las causas de no respuesta según edad.....	61
Tabla 32. Realización/Sustitución según país de nacimiento.....	62
Tabla 33. Negativa rotunda y país de nacimiento.....	62
Tabla 34. Ausencia reiterada y país de nacimiento.....	63
Tabla 35. No vive en ese domicilio y país de nacimiento.....	63
Tabla 36. Edad media del entrevistado.....	65
Tabla 37. Tramo etario.....	65
Tabla 38. Sexo del entrevistado.....	65
Tabla 39. Situación laboral del entrevistado mayores de 16 años.....	66
Tabla 40. Lugar de nacimiento del entrevistado.....	66
Tabla 41. Nacionalidad del entrevistado.....	67
Tabla 42. Asociación entre Salud percibida Regular-Mala y las principales variables sociodemográficas*.....	89
Tabla 43. Asociación entre presentar riesgo de padecer Trastorno Mental y las principales variables sociodemográficas*.....	107

Tabla 44. Asociación entre presentar alguna Morbilidad crónica y las principales variables sociodemográficas*	110
Tabla 45. Asociación entre haber presentado limitación a causa de morbilidad crónica en los 12 meses previos y las principales variables sociodemográficas*	118
Tabla 46. Asociación entre haber presentado limitación a causa de Dolor o síntoma en las 2 semanas previas y las principales variables sociodemográficas*	122
Tabla 47. Asociación entre ser dependiente a las AIVD y las principales variables sociodemográficas*	135
Tabla 48. Asociación entre ser dependiente a las ABVD y las principales variables sociodemográficas*	137
Tabla 49. Asociación entre tener cobertura sanitaria privada o mixta y las principales variables sociodemográficas*	147
Tabla 50. Asociación entre haber recibido Asistencia médica en las 2 semanas previas y las principales variables sociodemográficas*	151
Tabla 51. Asociación entre presentar sobrepeso u obesidad y las principales variables sociodemográficas*	174
Tabla 52. Adultos: asociación entre No realizar ninguna actividad física y las principales variables sociodemográficas*	186
Tabla 53. Niños: asociación entre No realizar ninguna actividad física y las principales variables sociodemográficas*	190
Tabla 54. Mujeres adultas: asociación entre realizar periódicamente una revisión ginecológica y las principales variables sociodemográficas*	212

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población según sexo y edad.....	68
Gráfico 2. Distribución la población según clase social.....	69
Gráfico 3. Distribución de la población según nivel de estudios.....	70
Gráfico 4. Distribución de la población según situación laboral.....	71
Gráfico 5. Distribución de la población según tipo de relación laboral.....	72
Gráfico 6. Proporción de inmigrantes económicos en la población.....	73
Gráfico 7. Distribución de la población según la convivencia con personas que requieren cuidados especiales y/o personas > de 75 años y/o < de 12 años.....	74
Gráfico 8. Distribución de los metros ² de vivienda por persona según distrito.....	75
Gráfico 9. Proporción de hogares con animales domésticos en el hogar según distrito.....	76
Gráfico 10. Valoración de la calidad del medio ambiente según distrito.....	77
Gráfico 11. Aspectos medioambientales del barrio valorados especialmente buenos según distrito.....	78
Gráfico 12. Aspectos medioambientales del barrio peor valorados según distrito.....	79
Gráfico 13. Aspectos urbanísticos del barrio valorados especialmente buenos según distrito.....	80
Gráfico 14. Aspectos urbanísticos del barrio peor valorados según distrito.....	81
Gráfico 15. Equipamientos del barrio valorados especialmente buenos según distrito.....	82
Gráfico 16. Equipamientos del barrio peor valorados según distrito.....	83
Gráfico 17. Aspectos culturales y sociales del barrio valorados especialmente buenos según distrito.....	84
Gráfico 18. Aspectos culturales y sociales del barrio valorados especialmente malos según distrito.....	85
Gráfico 19. Percepción del estado de salud según sexo y edad.....	86
Gráfico 20. Percepción del estado de salud según clase social estandarizada por edad.....	87
Gráfico 21. Percepción del estado de salud según distrito estandarizado por sexo y edad.....	88
Gráfico 22. Estimación de EVBS.....	90
Gráfico 23. Distribución de la EVBS según edad y sexo.....	91
Gráfico 24. Calidad de vida según sexo.....	92
Gráfico 25. Calidad de vida de los hombres según edad.....	93
Gráfico 26. Puntuación del sumatorio del Coop/WONCA: Calidad de vida en los hombres por edad.....	93
Gráfico 27. Calidad de vida de las mujeres según la edad.....	94
Gráfico 28. Puntuación del sumatorio del Coop/WONCA: Calidad de vida en las mujeres por edad.....	94
Gráfico 29. Calidad de vida de los hombres según clase social estandarizada por edad.....	95
Gráfico 30. Calidad de vida de las mujeres según clase social estandarizada por edad.....	96
Gráfico 31. Puntuación del sumatorio del test de Coop/WONCA: Calidad de vida según clase social y sexo estandarizado por edad.....	96
Gráfico 32. Puntuación del sumatorio del test de Coop/WONCA: Calidad de vida según distritos estandarizada por edad y sexo.....	97
Gráfico 33. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) padres vs niños.....	98
Gráfico 34. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por sexo según los padres.....	99
Gráfico 35. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por sexo según los niños.....	100
Gráfico 36. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por edad según los padres.....	101
Gráfico 37. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por edad según los niños.....	102
Gráfico 38. Puntuación global en el Kidscreen (versión piloto) según los padres por distrito estandarizado por edad y sexo.....	103
Gráfico 39. Riesgo de trastorno mental (GHQ-12>2) según sexo y edad.....	104
Gráfico 40. Riesgo de trastorno mental (GHQ-12>2) según clase social estandarizada por edad.....	105
Gráfico 41. Riesgo de trastorno mental (GHQ-12>2) según distrito estandarizado por sexo y edad.....	106
Gráfico 42. Prevalencia de alguna morbilidad según sexo y edad.....	108
Gráfico 43. Prevalencia de alguna morbilidad según clase social estandarizada por edad.....	109
Gráfico 44. Prevalencia de alguna morbilidad por distrito estandarizando por sexo y edad.....	111
Gráfico 45. Tipo de morbilidades entre la población infantil según sexo.....	112
Gráfico 46. Tipo de morbilidades entre la población adulta según sexo.....	113
Gráfico 47. Estimación de EVLM.....	114
Gráfico 48. Distribución de la EVLM según sexo.....	115
Gráfico 49. Limitación de actividad en el último año por morbilidad crónica según sexo y edad.....	116
Gráfico 50. Limitación de actividad en el último año por morbilidad crónica según clase social estandarizada por edad.....	117
Gráfico 51. Limitación a causa de morbilidad crónica en los 12 meses previos según distritos, estandarizando por sexo y edad.....	119
Gráfico 52. Limitación temporal de la actividad habitual en las 2 últimas semanas según sexo y edad.....	120

Gráfico 53. Limitación temporal de la actividad habitual en las 2 últimas semanas según clase social estandarizada por edad	121
Gráfico 54. Limitación temporal de la actividad habitual en las 2 últimas semanas por distrito estandarizado por sexo y edad	123
Gráfico 55. Distribución de la discapacidad en la población adulta según sexo y edad	124
Gráfico 56. Tipo de discapacidades en la población adulta < 65 años	125
Gráfico 57. Estimación de EVLD	126
Gráfico 58. Distribución de la EVLD según edad y sexo	127
Gráfico 59. Estimación de EVLDS	128
Gráfico 60. Distribución de la EVLDS según edad y sexo	129
Gráfico 61. Prevalencia de problemas de memoria según sexo y edad (mayores de 64 años)	130
Gráfico 62. Prevalencia de problemas de orientación según sexo y edad (mayores de 64 años)	131
Gráfico 63. Prevalencia de déficit visual entre los mayores de 64 años según sexo y edad	132
Gráfico 64. Prevalencia de déficit auditivo entre los mayores de 64 años según sexo y edad	133
Gráfico 65. Prevalencia de dependencia entre los mayores de 64 años según sexo y edad	134
Gráfico 66. Prevalencia de dependencia a AIVD entre los mayores de 64 años según agrupaciones de distrito, estandarizando por sexo y edad	136
Gráfico 67. Prevalencia de dependencia a ABVD entre los mayores de 64 años según agrupaciones de distrito, estandarizando por sexo y edad	138
Gráfico 68. Ocurrencia de accidente según sexo y edad	139
Gráfico 69. Distribución del tipo de accidente según sexo y edad	140
Gráfico 70. Utilización de medicación* y automedicación* según sexo y edad	141
Gráfico 71. Prevalencia de automedicación de cada fármaco entre los adultos	142
Gráfico 72. Prevalencia de automedicación de cada fármaco entre la población infantil	143
Gráfico 73. Distribución del tipo de cobertura según sexo y edad	144
Gráfico 74. Tipo de cobertura según clase social estandarizada por edad	145
Gráfico 75. Tipo de cobertura sanitaria según distrito estandarizado por sexo y edad	146
Gráfico 76. Atención médica recibida (últimas 2 semanas) según sexo y edad	148
Gráfico 77. Atención médica recibida (últimas 2 semanas) según clase social estandarizada por edad ..	149
Gráfico 78. Nivel de asistencia (últimas 2 semanas) según sexo y edad	150
Gráfico 79. Asistencia de otros profesionales sanitarios (últimas 2 semanas) según sexo y edad	152
Gráfico 80. Distribución de los ingresos hospitalarios según sexo y edad	153
Gráfico 81. Utilización de servicios de urgencias y emergencias (últimos 12 meses) según sexo y edad ..	154
Gráfico 82. Visitas al dentista en los últimos 12 meses según sexo y edad	155
Gráfico 83. Visitas al dentista en los últimos 12 meses según clase social estandarizada por edad	156
Gráfico 84. Utilización alguna vez en la vida de los servicios de salud mental según sexo y edad	157
Gráfico 85. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (Padres de 16 y 44 años)	158
Gráfico 86. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (Padres mayores de 45 años)	159
Gráfico 87. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (0 a 7 años)	160
Gráfico 88. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (8 a 15 años)	161
Gráfico 89. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (16 a 24 años)	162
Gráfico 90. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (25 a 44 años)	163
Gráfico 91. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (45 a 64 años)	164
Gráfico 92. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (Más de 64 años)	165
Gráfico 93. Nivel de satisfacción con la sanidad pública según sexo y edad	166
Gráfico 94. Nivel de satisfacción con la sanidad pública según clase social estandarizada por edad	167
Gráfico 95. Nivel de satisfacción con la sanidad pública según distrito estandarizado por edad y sexo ..	168
Gráfico 96. Distribución de la valoración: “Empeoramiento de la sanidad pública en los últimos 2 años según sexo y edad”	169
Gráfico 97. “Empeoramiento de la sanidad pública según clase social estandarizado por edad”	170
Gráfico 98. Distribución del tipo ponderal según sexo y edad	172
Gráfico 99. Distribución del tipo ponderal según clase social estandarizado por edad	172
Gráfico 100. Distribución del tipo ponderal según distrito estandarizado por edad y sexo	173
Gráfico 101. Número medio de horas de sueño según sexo y edad	175
Gráfico 102. Percepción de la suficiencia de las horas de sueño según sexo y edad	176
Gráfico 103. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (1 a 15 años) según sexo ..	177
Gráfico 104. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (16 a 24 años) según sexo ..	178
Gráfico 105. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (25 a 44 años) según sexo ..	179

Gráfico 106. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (45 a 64 años) según sexo	180
Gráfico 107. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (mayores de 65 años) según sexo	181
Gráfico 108. Distribución del seguimiento por tipo de dieta según sexo y edad	182
Gráfico 109. Distribución del seguimiento por tipo de dieta según clase social, estandarizando por edad y sexo	183
Gráfico 110. Prevalencia de sedentarismo y actividad moderada según indicador combinado actividad principal y ocio por sexo y edad (Adulto)	184
Gráfico 111. Prevalencia de sedentarismo y actividad moderada según clase social estandarizada por edad (Adultos)	185
Gráfico 112. Prevalencia de sedentarismo según distrito estandarizada por sexo y edad (Adultos)	187
Gráfico 113. Prevalencia de sedentarismo según sexo y edad (Población infantil > 4 años)	188
Gráfico 114. Prevalencia de sedentarismo según clase social estandarizada por edad (Niños)	189
Gráfico 115. Prevalencia de sedentarismo según distrito estandarizada por sexo y edad (Niños)	191
Gráfico 116. Tiempo que transcurre el niño viendo la TV al día según sexo y edad	192
Gráfico 117. Tiempo que transcurre el niño viendo TV según clase social estandarizada por edad	193
Gráfico 118. Tiempo que transcurre el niño con videojuegos, ordenador al día según sexo y edad	194
Gráfico 119. Tiempo que transcurre el niño jugando al ordenador al día según clase social estandarizada por edad	195
Gráfico 120. Tipología de bebedor de alcohol según la frecuencia con la que bebe por sexo y edad	196
Gráfico 121. Tipología de bebedor de alcohol a la semana según sexo y edad	197
Gráfico 122. Tipología de bebedor de alcohol a la semana según clase social, estandarizado por sexo y edad	198
Gráfico 123. Tipología de bebedor de alcohol semanal según distrito, estandarizado por sexo y edad	199
Gráfico 124. Tipología de fumador según sexo y edad	200
Gráfico 125. Clasificación de los exfumadores según sexo y edad	201
Gráfico 126. Distribución de vacunas de la gripe según sexo y edad	203
Gráfico 127. Distribución de vacunas del tétanos según sexo y edad	203
Gráfico 128. Vacunación de gripe según clase social y sexo estandarizada por edad	204
Gráfico 129. Vacunación de tétanos según clase social y sexo estandarizada por edad	205
Gráfico 130. Vacunación de gripe según distrito estandarizado por edad y sexo	206
Gráfico 131. Vacunación de tétanos según distrito estandarizado por edad y sexo	207
Gráfico 132. Distribución de pruebas de control recomendadas por el PAPPs según sexo y edad	208
Gráfico 133. Distribución de pruebas de control recomendadas por el PAPPs según clase social estandarizada por edad	209
Gráfico 134. Distribución de la revisión ginecológica preventiva según edad	210
Gráfico 135. Revisión ginecológica preventiva según clase social estandarizada por edad	211
Gráfico 136. Distribución de la frecuencia de realización de mamografía según edad	213
Gráfico 137. Realización mamografía según clase social estandarizada por edad (mayores de 50 años)	214
Gráfico 138. Distribución de la frecuencia de realización de citología según edad	215
Gráfico 139. Realización de citología según clase social estandarizada por edad	216
Gráfico 140. Distribución del uso de métodos anticonceptivos según sexo y edad (De 16 a 64 años)	217
Gráfico 141. Utilización de métodos anticonceptivos según clase social estandarizada por edad	218
Gráfico 142. Distribución de los diferentes métodos anticonceptivos según sexo y edad	219
Gráfico 143. Distribución de métodos anticonceptivos según clase social estandarizada por edad	220
Gráfico 144. Uso del cinturón de seguridad y los SRI según edad y sexo	221
Gráfico 145. Uso del cinturón de seguridad y los SRI según clase social estandarizada por edad	222
Gráfico 146. Uso incorrecto del casco en la moto según edad y sexo	223
Gráfico 147. Uso incorrecto del casco en la moto según clase social estandarizada por edad	224
Gráfico 148. Distribución de las horas de trabajo semanales según sexo y edad	225
Gráfico 149. Horas de trabajo por semana según clase social estandarizada por edad	226
Gráfico 150. Distribución del tiempo de desplazamiento según sexo y edad	227
Gráfico 151. Tiempo de desplazamiento según clase social estandarizada por edad	228
Gráfico 152. Distribución de la influencia negativa del trabajo en la vida cotidiana según sexo y edad	229
Gráfico 153. Influencia del trabajo en la vida cotidiana según clase social estandarizada por edad	230
Gráfico 154. Distribución del rendimiento escolar según sexo y edad	231
Gráfico 155. Rendimiento escolar según clase social estandarizada por edad	232

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACV: Accidente Cerebro-Vascular
AE: Atención Especializada
AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AP: Atención Primaria
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
CMS: Centros Madrid Salud
CNO: Clasificación Nacional de Ocupaciones
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
ENS: Encuesta Nacional de Salud
ESA: Encuesta de Salud de Andalucía
ESB: Encuesta de Salud de Barcelona
ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña
ESCLM: Encuesta de Salud de Castilla la Mancha
ESCAV: Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca
ESCM: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid
EVL: Esperanza de Vida Libre de Discapacidad
GHQ: General Health Questionnaire
HsfE: Health Survey for England
HTA: Hipertensión Arterial
IHS: International Health Survey
IMC: Índice de Masa Corporal
INE: Instituto Nacional de Estadística
MMSE: Mini-Mental State Examination
OMS: Organización Mundial de la Salud
PPAPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
SENC: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria
SRI: Sistemas de Retención Infantil
SIVFRENT: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles
UE: Unión Europea

1. INTRODUCCIÓN

Un requisito imprescindible para planificar actuaciones dirigidas a disminuir las desigualdades en salud de una población es conocer el estado de salud de esa población, así como sus principales determinantes. Con ese ánimo, el Instituto de Salud Pública de Madrid Salud se ha planteado entre sus objetivos prioritarios hacer un diagnóstico de salud de la ciudad. El diagnóstico de salud puede realizarse mediante el estudio y la explotación de numerosas fuentes secundarias como, por ejemplo, las siguientes: datos demográficos (censo de población, padrón municipal de habitantes, censo de viviendas, movimiento natural de la población); registros sanitarios (registros nacionales de SIDA y cáncer, registro del estudio colaborativo español de malformaciones congénitas); encuestas previas (encuesta nacional de salud [ENS], encuesta de morbilidad hospitalaria, encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, encuesta de fecundidad); estadísticas de los centros sanitarios (conjunto mínimo básico de datos [CMBD], prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles [proyecto EPINE], memorias de centros); boletines periódicos informativos (boletín epidemiológico semanal, boletín anual informativo sobre accidentes de tráfico, estadística anual de accidentes de trabajo); estudios epidemiológicos previos sobre las patologías más prevalentes (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer, obesidad,...).

Sin embargo, la falta de registros que recojan simultáneamente información sobre determinantes socioeconómicos y del estado de salud impide el desarrollo de estudios comprensivos sobre la salud y las desigualdades sociales en salud. Una forma de soslayar este obstáculo es realizar una encuesta de salud. Las encuestas de salud son un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación sanitaria. Proporcionan conocimiento sobre la situación epidemiológica, las tendencias en la salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios desde el punto de vista del ciudadano. Permiten identificar los principales problemas de salud, los grupos a riesgo en la salud, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios así como diseñar y desarrollar estrategias de intervención en la planificación y la asignación de recursos. La principal ventaja de una encuesta poblacional es que permite obtener la opinión no sólo de los usuarios de los servicios sanitarios, sino también de los que no los utilizan, bien sea porque no los han necesitado o por problemas de accesibilidad o información.

En este informe se presenta la encuesta de salud dirigida a la población de la ciudad de Madrid. En esta encuesta se han obtenido datos representativos de todos los distritos de la ciudad, según diferentes estratos de edad y género, y se han abordado muchos de los temas que no pueden ser cubiertos por las fuentes de información existentes.

2. OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

2.1. *Objetivo general*

Conocer la percepción de los ciudadanos de Madrid sobre su estado de salud, y determinados condicionantes referidos a los hábitos y conductas relacionados con la salud, los estilos de vida, la influencia del medio ambiente y los factores externos, el sistema de cuidados y otros aspectos de índole social y económica.

2.2. *Objetivos específicos*

2.2.1. *Conocer y describir:*

1. El contexto familiar y el apoyo familiar y social.
2. La salubridad del medioambiente y la vivienda.
3. La calidad de vida relacionada con la salud.
4. El estado de salud: la morbilidad percibida, la discapacidad, las limitaciones para las actividades cotidianas, el grado de dependencia y algunos aspectos de salud mental. La accidentabilidad (doméstica, vial y laboral).
5. La utilización de fármacos y de medicinas alternativas.
6. El uso de los servicios sanitarios, el grado de conocimiento de los recursos sanitarios municipales, el nivel de satisfacción y las expectativas del ciudadano.
7. Las conductas saludables, la dieta y el ejercicio físico. Hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. Conductas preventivas relacionadas con la salud y seguridad vial.
8. Aspectos de la salud laboral.

2.2.2. *Identificar relaciones:*

9. Búsqueda de asociaciones bivariantes y multivariantes entre los hallazgos del objetivo anterior y las diversas categorías de variables como distrito municipal, género, edad, clase social o nivel cultural.

3. METODOLOGÍA

3.1. Características técnicas de la encuesta

3.1.1. Diseño

Encuesta de base poblacional. La técnica de recogida de información ha sido la entrevista personal en el hogar a partir de cuestionario estructurado.

3.1.2. Marco poblacional

La población de referencia de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid de 2005 (ESCM'05) es la población no institucionalizada residente en Madrid e inscrita en el padrón a fecha 1 de Septiembre de 2004 (mes previo al lanzamiento del trabajo de campo), sin límite de edad. Esta población supone un total de 3.162.304 habitantes.

La unidad muestral de la ESCM'05 son los sujetos como individuos, no los hogares.

3.1.3. Tipo de muestreo y unidades muestrales

El tipo de muestreo utilizado es el muestreo por conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de primera etapa. Estas son las formadas por las secciones censales y las de segunda etapa, o elementos muestrales, por las personas residentes en cada sección.

3.1.4. Estratificación y tamaños muestrales

El tamaño muestral de la encuesta es de 8.504 entrevistas (7.341 adultos y 1.163 menores de 16 años). El criterio básico de estratificación ha sido el distrito municipal en 21 estratos. La asignación muestral por distrito ha sido prácticamente uniforme con un mínimo de 381 entrevistas para asegurar tamaños muestrales que permitieran obtener indicadores agregados por distrito con una mínima fiabilidad. En cada distrito, se ha realizado subestratificación por grupo de edad (menores de 16 años, 16 a 64 años y 65 y más años), con asignación proporcional a la estructura del distrito por esa variable.

3.1.5. Distribución final de la muestra

La distribución de la muestra por distrito y grandes grupos de edad figura en la Tabla 1

Tabla 1. Distribución final de la muestra por distrito y grandes grupos de edad.

	<16 años	16-64 años	≥ 65 años	Total
Centro	44	254	83	381
Arganzuela	55	267	74	396
Retiro	48	269	83	400
Salamanca	45	258	96	399
Chamartín	56	266	83	405
Tetuán	46	266	88	400
Chamberí	43	261	96	400
Fuencarral	56	277	73	406
Moncloa	50	276	81	407
Latina	45	269	87	401
Carabanchel	51	264	84	399
Usera	52	268	86	406
Puente de Vallecas	61	267	84	412
Moratalaz	56	273	78	407
Ciudad Lineal	52	268	83	403
Hortaleza	61	279	68	408
Villaverde	65	267	75	407
Villa Vallecas	73	294	54	421
Vicálvaro	79	293	52	424
San Blas	63	264	84	411
Barajas	62	304	45	411
Total	1.163	5.704	1.637	8.504

3. 1.6. Selección de las unidades muestrales

La unidad de primera etapa o conglomerado es la sección censal. La unidad de segunda etapa es la persona empadronada en cada sección censal del distrito. Las unidades de primera etapa (secciones censales) se han seleccionado con probabilidad proporcional a su tamaño (medido en términos de la población residente en cada sección) y las unidades de segunda etapa (individuos) se seleccionan con probabilidad igual y asignación muestral por sección constante.

La selección de las personas adultas a entrevistar en cada sección se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio simple entre los adultos residentes pertenecientes a cada grupo de edad (16 a 64 años y 65 y más años). La única restricción fue que no existiera más de una persona adulta entrevistada por hogar. En el caso de los menores de 16 años, los niños/as a entrevistar se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple entre todos los niños/as pertenecientes a aquellos hogares seleccionados en la muestra de adultos. Cuando en las viviendas iniciales no existían menores de 16 años suficientes para cubrir la muestra asignada a una determinada sección censal, se amplió la selección al resto de menores de la sección.

3.1.7. Estimaciones y error de muestreo

Para la explotación de datos y el cálculo de estimadores poblacionales, se han utilizado factores de elevación por distrito, grupos de edad y sexo. La distribución poblacional en cada estrato considerado se ha obtenido a partir de la revisión del padrón a 1 de Enero de 2005.

El estimador utilizado para una característica Y se obtiene como:

$$\hat{Y} = \sum_h \sum_{i,j \in h} F_{ijh} * y_{ijh};$$

donde:

h= distrito

i= sexo

j= grupo de edad

F_{ijh} = Cociente entre la población de cada sexo i y grupo de edad j existente en el distrito h y el número de personas de cada sexo i y grupo de edad j en la muestra del distrito h.

Para la estimación de los errores de muestreo debe tenerse en cuenta el efecto del diseño (deff), relación entre la cociente entre la varianza del estimador de una característica cualquiera Y para el diseño muestral utilizado y la varianza de ese mismo estimador bajo muestreo aleatorio simple con el mismo tamaño muestral.

El efecto del diseño y, en consecuencia, el error de muestreo son diferentes según la característica analizada. De forma orientativa, en la encuesta se ha estimado un efecto del diseño de 1,5 para las estimaciones referidas al total de la ciudad de Madrid y de 1,4 para las referidas a cada distrito. Considerando el efecto del diseño estimado, el error de muestreo absoluto se puede acotar por $\pm 0,7\%$ para las estimaciones referidas a la población adulta de 16 y más años, por $\pm 1,9\%$ para la población de menores de 16 años y por $\pm 1,6\%$ para la población de 65 y más años. En el caso de las estimaciones por distrito, el error de muestreo absoluto se puede acotar por $\pm 3,0\%$.

El error de muestreo absoluto (e.m.a.) permite obtener el intervalo de confianza para el valor verdadero de cada característica estimada, con una probabilidad determinada. Así, el intervalo construido como $[\hat{Y} - 1,96 \text{ e.m.a.}, \hat{Y} + 1,96 \text{ e.m.a.}]$ sería el intervalo de confianza para Y al 95%.

3.1.8. Selección de las personas a entrevistar

El Instituto de Salud Pública de Madrid Salud de la Concejalía de Seguridad y Servicios a la Comunidad del Ayuntamiento de Madrid, realizó una selección de las personas a entrevistar en cada estrato, mediante muestreo aleatorio simple a partir del padrón Municipal de Habitantes a fecha 1 de enero de 2004. Esta Dirección facilitó la lista de personas seleccionadas para la muestra, su asignación por estratos de edad, sexo y nivel de estudios, su domicilio y número de teléfono. Se extrajeron 3 muestras: la muestra titular, y 2 muestras suplentes (con un número equivalente de elementos muestrales sustitutos).

3.1.9. Tipo de entrevista

Se han realizado entrevistas personales a domicilio. Antes de la entrevista, las personas seleccionadas recibieron una carta en la que se les comunicaba la realización de la encuesta, su selección y la visita de un entrevistador en los días posteriores. La duración media estimada de la entrevista era de 35 minutos para el cuestionario de adultos y de 25 minutos para el cuestionario de niños (sin tener en cuenta la determinación del peso y la talla del menor).

3.2. Características del cuestionario

3.2.1. Tipos de cuestionarios y estructura

Para la realización de la encuesta se han utilizado dos tipos de cuestionarios (Anexo 1 y 2).

1. Cuestionario de adultos: dirigido a las personas de 16 años y mayores. En el caso de que los individuos seleccionados no se encontraran en plenas facultades psicológicas, psíquicas y/o cognitivas para responder al cuestionario, se utilizó la colaboración de una persona del hogar o de fuera del hogar encargada del cuidado de la persona seleccionada y que tuviese pleno conocimiento sobre la persona para responder al cuestionario. Esta figura, muy utilizada en la metodología de encuestas, se denomina *proxy*.

2. Cuestionario infantil: cuestionario adaptado con el fin de estudiar los aspectos relacionados con la salud y la utilización de servicios por parte de la población infantil. Está dirigido a niños menores de 16 años, y es cumplimentado por un *proxy* que puede ser el padre, la madre o un tutor, aunque los niños de entre 8 y 15 años responden al apartado de Calidad de Vida (Kidscreen). El Kidscreen es una escala que mide Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) de los niños entre 8 y 15 años y consta de dos partes: una que deben contestar los padres y otra que responden los propios niños.

En la Tabla 2 y Tabla 3 se presentan, de forma esquemática, los diferentes apartados de los cuestionarios de adultos y niños, respectivamente.

Tabla 2. Apartados de las preguntas del cuestionario de adultos

	Preguntas
A. Tabla de composición del hogar	A1-A4
Número de miembros que viven en el hogar	A1
Datos sociodemográficos de los miembros	A2
Necesidad de cuidados especiales por parte de los miembros	A3
Persona que se encarga del cuidado	A4
B. Características de la vivienda y entorno	B1-B8
C. Salud Percibida y Calidad de vida	C1-C9
Salud percibida	C1
Calidad de vida: Coop/Wonca	C2-C9
D. Morbilidad y limitación de la actividad	D1-D14
Morbilidades crónicas	D1
Restricción de la actividad (últimos 12 meses)	D2
Restricción de la actividad (últimos 15 días)	D3-D8
Accidentalidad	D9-D12
E. Dependencia funcional (Sólo personas de 65 y más años)	E1-E15
Limitaciones sensoriales	E1-E2
Utilización y provisión de mecanismos y prótesis	E3-E4
Problemas de memoria	E5-E6
Test de Lawton	E7
Índice de Katz	E8
Recepción de ayuda y descripción del tipo de ayuda	E9-E10
F. Limitaciones/Discapacidad (Sólo menores de 65 años)	F1
G. Control de la vida personal	G1-G2
H. GHQ-12	H1-H12
I. Consumo de medicamentos	I1-I7
Medicina convencional	I1-I2
Utilización de medicina alternativa	I3-I7
J. Utilización de servicios sanitarios	J1-J17
Tipo de cobertura sanitaria	J1
Utilización de los servicios de Atención Primaria (últimos 15 días)	J2-J8
Hospitalización (últimos 12 meses)	J9-J11
Utilización del servicio de Urgencias y Emergencias	J12-J17
K. Satisfacción con servicios sanitarios	K1-K6
L. Conocimiento de servicios municipales	L1
M. Percepción de la información sanitaria	M1-M3
N. Hábitos y estilos de vida	N1-N32
Estado físico, ejercicio, ocio y tiempo libre	N1-N8
Alimentación	N9
Tabaco	N13-N21
Otras sustancias	N22
Alcohol	N23-N32
O. Prácticas preventivas	O1-O22
Vacunaciones	O1-O3
Controles: Tensión arterial, colesterol y glucosa	O4
Prácticas preventivas de la mujer	O5-O9
Prácticas anticonceptivas	O10-O13
Utilización de servicios bucodentales	O14-O18
Seguridad vial	O19-O22
P. Salud laboral (solo si trabajan en la actualidad)	P1-P10
Q. Datos sociodemográficos	Q1-Q12
R. Datos del sustentador principal del hogar	R1-R9

Tabla 3. Apartados de las preguntas del cuestionario infantil

	Infantil
A. Tabla de composición del hogar	A1-A4
Número de miembros que viven en el hogar	A1
Datos sociodemográficos de los miembros	A2
Necesidad de cuidado especial por parte de los miembros	A3
Persona encargada del cuidado	A4
B. Características de la vivienda y entorno	B1-B8
C. Datos sociodemográficos del niño y cuidados	C1-C6
Datos sociodemográficos del niño	C1-C3
Recepción de cuidados por persona externa al hogar y nacionalidad	C4-C6
C. Salud Percibida y calidad de vida	C7-C9
Salud percibida (padres)	C7
Escalas de Felicidad y Sociabilidad (padres)	C8-C9
Salud autopercebida (niños)	
Calidad de vida: Kidscreen (padres y niños ≥ 8 años)	Kidscreen
D. Morbilidades crónicas y discapacidades	D1
E. Restricción de la actividad en los últimos 15 días	E1-E4
F. Consumo de medicamentos	F1-F2
Medicina convencional	I1-I2
Utilización de medicina alternativa	I3-I7
G. Accidentes y seguridad vial	G1-G7
Ocurrencia de accidente y descripción	G1-G5
Utilización de cinturón de seguridad o Sistemas de Retención Infantiles (SRI)	G6-G7
H. Utilización y conocimiento de servicios sanitarios	H1-H19
Utilización de servicios sanitarios (últimos 15 días)	H1-H6
Hospitalización (últimos 12 meses)	H7-H12
Utilización del servicio de Urgencias y Emergencias	H13-H16
No obtención de servicios sanitarios requeridos	H17-H18
Conocimiento y utilización de programas del Ayuntamiento	H19
I. Alimentación	I1-I8
J. Descanso	J1-J3
K. Salud bucodental	K1-K10
L. Ocio y tiempo libre	L1-L7
M. Escolarización y actitudes educativas	M1-M6
N. Prácticas preventivas	N1-N3
O. Características personales del niño	O1-O5
Peso y talla informado por el padre/madre o tutor	O1-O2
Percepción y preocupación por el peso del niño	O3-O5
P. Peso y talla real	P1-P2
Q. Datos sociodemográficos	Q1-Q12
R. Datos del sustentador principal del hogar	R1-R9

3.2.2. Justificación, definición y tratamiento de las principales variables

Los cuestionarios y materiales sobre los que se ha basado la confección de los cuestionarios de la ESCM'05 han sido:

- o Guidelines for the collection of data on 18 IHS items (International Health Survey): Recomendaciones de la Unión Europea (UE) para la recogida mínima de datos en Encuestas de Salud de los países miembros, 18 ítems/Eurostat, Marzo 2004 (Eurostat-IHS'04).
- o Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad 2003 (ENS'03) y anteriores.
- o Encuesta de Salud de Andalucía 2003 (ESA'03).
- o Encuesta Municipal de Barcelona 2000 (ESB'00).
- o Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles de niños y adultos 2000 (Sivfrent'00).
- o Encuesta Municipal de Salud de Madrid 1995 (EMSM'95).

Durante la elaboración de los cuestionarios se ha dado prioridad a las recomendaciones de la UE sobre la información mínima que debe recoger una encuesta de salud y a las áreas de interés consideradas por Eurostat. Además, se han revisado las encuestas mencionadas y se han clasificado las preguntas de los diferentes capítulos dentro de la estructura del cuestionario de la ESCM'05 con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- Priorizar aquellos aspectos de la salud de especial interés para la administración municipal. Para ello es necesario:
 - o Proveer de información a las áreas con competencia municipal
 - o Detectar problemas de salud pública emergentes que experimentan una tendencia creciente en el tiempo o producen una especial sensibilización en la opinión pública
 - o Conocer cuáles son las diferencias sociales en salud entre la población y su magnitud.
- Analizar los problemas de salud relacionados con los programas que se desarrollan desde los Centros Madrid Salud (CMS), y la eficacia de las medidas de intervención preventivas.
- Valorar el conocimiento de los programas de salud que se realizan desde el Ayuntamiento de Madrid, y la utilización de servicios sanitarios (municipales y no municipales) por parte de la población. Conocer la opinión y nivel de satisfacción de los ciudadanos respecto al funcionamiento de los servicios públicos, independientemente de la administración proveedora.
- Explorar conjuntamente los aspectos sociales y sanitarios para realizar futuras actuaciones de carácter intersectorial.
- Considerar la participación de los ciudadanos en la planificación y evaluación de las actuaciones orientadas a mejorar la salud, y tener en cuenta las expectativas de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios.

3.2.2.1. Cuestionario de adultos

3.2.2.1.1. Composición del hogar

(Preguntas A1-A4)

Las características del núcleo familiar y su composición son factores determinantes del grado de bienestar y del estado de salud de los ciudadanos. Por esta razón, en el cuestionario se recogen datos sociodemográficos de los miembros del hogar (sexo, edad, identificación del sustentador, parentesco con el entrevistado, situación laboral, lugar de nacimiento, país de nacimiento para los nacidos en el extranjero, y nacionalidad). Del mismo modo, se obtiene información sobre la existencia de miembros con necesidad de cuidados o dedicación especial, por edad o por limitaciones, así como de las personas encargadas de estos cuidados.

Este apartado permite ubicar a la persona entrevistada dentro de las características del hogar, así como conocer las cargas del hogar, la situación laboral de sus miembros y el tipo de hogar.

Para la elaboración de este apartado se ha tomado como referente el cuestionario utilizado en la ESA'03 que estudia este tipo de información de forma exhaustiva.

3.2.2.1.2. Características de la vivienda y entorno

(Preguntas B1-B8)

Este apartado pretende conocer aspectos interrelacionados con la salud del ciudadano como las condiciones de habitabilidad de la vivienda, la calidad de los servicios y el medioambiente del barrio.

En primer lugar se recaba información sobre la titularidad de la vivienda, m² útiles y número de habitaciones para evaluar el grado de habitabilidad en función de los m² por persona. En segundo lugar, se presta especial interés a los servicios y equipamientos con los que cuenta la vivienda y que permiten reducir las cargas del hogar y aliviar la vida cotidiana de personas con problemas de movilidad. En tercer lugar, se pregunta sobre la tenencia y tipo de animales domésticos, con el fin de explorar la proporción de hogares con animales en la ciudad de Madrid. Por último, se recoge información sobre aspectos medioambientales, urbanísticos, de equipamiento, culturales, sociales y de calidad del medioambiente del barrio.

Este apartado está inspirado en la ESA'03 y la EMSM'95. La utilización de la EMSM'95, permitirá establecer comparaciones en el tiempo.

3.2.2.1.3. Salud percibida

(Preguntas C1)

En las encuestas consultadas se incluye una pregunta sobre autopercepción del estado de salud: ¿Cómo calificaría su estado de salud en la actualidad?, en general con 5 categorías de respuesta que difieren ligeramente según la encuesta.

La autovaloración de la salud es un indicador muy importante para describir el estado de salud de una población porque refleja la apreciación global que las personas hacen de su propia salud y sintetiza diferentes aspectos subjetivos y objetivos.

3.2.2.1.4. Calidad de vida

(Preguntas C2)

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)¹. 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.

En la ESCLM'00 y en la ESB'00 se ha valorado la CVRS mediante el EuroQuol-5² con un termómetro-escala adicional en la primera, y mediante el SF-36³ con distribución de los ítems a lo largo de todo el cuestionario en la segunda. La extensión es un inconveniente del SF-36 y, aunque existe una versión abreviada, su uso plantea problemas de derechos de autor. En la ESCM'05 se ha optado por la escala COOP/WONCA⁴ debido a su sencillez, brevedad (9 ítems), comprensión y a las recomendaciones de importantes organismos internacionales como la OMS o la Conferencia Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Esta escala se está utilizando actualmente en diferentes estudios en todo el mundo.

La escala COOP/WONCA cuenta con datos normativos sobre población general y población con algún problema de salud^{5,6}. Los resultados pueden expresarse por dimensiones concretas o mediante la puntuación total obtenida por el sumatorio de los 9 ítems. Las dimensiones evaluadas son las siguientes: forma física (FF), sentimientos (SEN), actividades cotidianas (AC), actividades sociales (AS), cambio en el estado de salud (CES), estado de salud (ES), dolor (DO), apoyo social (AP) y autopercepción de calidad de vida (CV), todos ellos con un criterio temporal referido a las dos últimas semanas.

¹ Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2: 153-9.

² Badia X, Roset M et al. (1999) La versión española del EuroQuol: descripción y aplicaciones. Med Clin (Barc). 112 (supl 1): 79-96.

³ Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104:771-6.

⁴ COOP/WONCA charts [Spanish] (1987). Trustees of Dartmouth College; Nelson EC; Gervas J; et al. IN: Salek S. (1998). Compendium of Quality of Life Instruments. (5 vols.). Chichester, West Sussex: Wiley. V.1, 1:3, Pg.1-2 (datasheet), V.1, 1:31, Pg.1 (instrument)

⁵ Lizan Tudela L, Reig Ferrer A. Cross cultural adaptation of a health related quality of life measurement: the Spanish version of the COOP/WONCA cartoons. Aten Primaria. 1999 Jun 30;24(2):75-82.

⁶ Valores de referencia en población general COOP/WONCA disponible en: www.globalfamilydoctor.com/publication.coop-woncacharts.

Cuestionario Coop/WONCA: Calidad de vida.

Las preguntas se refieren a las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

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 (por ejemplo correr deprisa)..... 1
- Intensa (por ejemplo correr con suavidad)..... 2
- Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)..... 3
- Ligera (por ejemplo caminar despacio)..... 4
- Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar) 5

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

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

4. Actividades sociales: Durante las dos últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

- No, nada en absoluto 1
- Ligeramente 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante 4
- Muchísimo 5

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

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

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

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

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

3.2.2.1.5. Morbilidad crónica

(Preguntas D1)

El objetivo de esta pregunta es estimar la prevalencia de **trastornos crónicos diagnosticados** en la población general. La investigación se limita a los trastornos de los que **el médico ha informado** al entrevistado. La lista de trastornos crónicos analizados es similar a la existente en la mayoría de las encuestas consultadas, lo que permite comparar los resultados.

Las encuestas consultadas presentan una lista con diferente número de patologías: 12 en el caso de la ESA'03; 24 en la ESB'00 y 13 en la anterior EMSM'95. Estas listas comparten un núcleo común de 8-10 enfermedades. En general, se trata de problemas frecuentes e importantes debido a su alta prevalencia, elevada mortalidad, importante coste económico y mayor utilización de servicios sanitarios.

En la ESCM'05 se han incluido las siguientes patologías: varices, hipertensión arterial (HTA), colesterol elevado, diabetes, asma o bronquitis crónica, angina de pecho, otras enfermedades del corazón, problemas de estómago, alergia, artrosis/artritis o reumatismo, depresión o ansiedad, cataratas, accidentes cerebrovasculares (ACV's), estreñimiento crónico, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer o demencia, trastornos de la próstata (sólo para hombres), problemas del periodo menopaúsico (sólo para mujeres), y "otras patologías". La menopausia no es una enfermedad en sí misma sino una etapa fisiológica en la vida de la mujer, por lo que en el análisis de prevalencia de morbilidad se han excluido los problemas relacionados con la menopausia.

El conocimiento de la prevalencia y frecuencia relativa de cada tipo de trastorno permite dimensionar la magnitud del problema, estudiar su tendencia en el tiempo, y valorar indirectamente el funcionamiento de los programas preventivos dirigidos a la población general.

Aunque el cuestionario no especifica el tiempo de duración del trastorno, se define como patología crónica la persistencia de un proceso patológico durante un tiempo superior a tres meses.

3.2.2.1.6. Restricción de la actividad habitual por problemas crónicos (12 últimos meses)
(Preguntas D2)

La limitación crónica de la actividad refleja las consecuencias de la morbilidad crónica. La restricción de la actividad habitual por problemas crónicos es un indicador relevante ya que puede ser de larga duración debido a la cronicidad del problema causal.

Este indicador aporta conocimiento sobre la capacidad de realizar actividades cotidianas de las personas según su estado físico, identificar las necesidades de servicios sanitarios de la población y observar las repercusiones de la gravedad de diferentes patologías.

3.2.2.1.7. Restricción de la actividad principal (síntomas agudos) (2 últimas semanas)
(Preguntas D3-D8)

El conocimiento de las limitaciones debidas a síntomas agudos puede ser útil para valorar la repercusión de determinados problemas de salud en la esfera laboral y/o económica del individuo. Este indicador figura en la mayoría de las encuestas consultadas. En el documento de la UE (IHS'04) se sugieren dos criterios temporales para esta pregunta: los últimos 6 meses y las dos últimas semanas, preguntando también en este caso por el número de días de limitación. En la ESCM'05 se ha optado por la segunda opción.

Esta información permite conocer la prevalencia de limitación de la actividad por problemas agudos, tipo de patologías más frecuentemente responsables, duración promedio y posible impacto sobre la situación económica del individuo. Para evitar confusión entre la limitación de la actividad principal por un proceso agudo y la limitación de las actividades habituales por un proceso crónico, en el orden del cuestionario de ESCM'05 se ha situado en primer lugar la limitación de la vida cotidiana por procesos crónicos.

La pregunta sobre limitación de la actividad por problemas agudos se acompaña de una lista de síntomas o problemas agudos (extraída de la ENS'03) y una cuestión sobre número de días de limitación. También se recoge información sobre la actitud del individuo ante el problema responsable y los hábitos de búsqueda de asistencia.

3.2.2.1.8. Accidentes **(Preguntas D11-D14)**

Los accidentes constituyen problemas de salud de gran trascendencia social. Su repercusión en el estado de salud de las comunidades es muy importante porque contribuyen a la mortalidad prematura global y por causas, producen una gran sensibilidad social y son objeto de una importante inversión de recursos para su prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los accidentes laborales constituyen un buen indicador de desigualdades sociales en salud, ya que los colectivos más desfavorecidos son los que los sufren con mayor frecuencia.

La información sobre accidentes, definidos como cualquier evento que requiera algún tipo de atención y/o generado alguna lesión reconocible en el periodo previo de un año

en la población de Madrid, permite disponer de datos sobre: ocurrencia, tipo del último accidente (doméstico, laboral, tráfico, otros), lugar en el que se produce y actitud del accidentado (búsqueda de atención sanitaria). Del mismo modo, se pretende conocer la frecuencia de siniestralidad laboral diferenciando entre accidentes producidos en el lugar de trabajo e *in itinere*.

Las encuestas consultadas manejan el tema de la siniestralidad de forma muy diversa. En el Sivfrent sólo se considera accidente a los eventos que precisaron asistencia médica, se diferencia entre accidente de tráfico y de otro tipo y se recoge la ocurrencia de alguno de ellos en los últimos 12 meses, y la necesidad y tipo de asistencia médica requerida. En la ESB'00 se pregunta por el tipo y lugar del accidente sin recoger la actitud del accidentado respecto a la búsqueda de asistencia. En la ENS'03 se recogen datos, con una referencia temporal de 12 meses, sobre tipo y lugar del accidente, necesidad de asistencia y secuelas, describiéndose el último de ellos en el caso de que se hubieran producido varios. En la ESCM'05 el abordaje de la siniestralidad ha sido similar al de la ESA'03, adaptándolo ligeramente al de la EMSM'95 para poder efectuar comparaciones en el tiempo. Se pregunta por la ocurrencia y número de accidentes en los últimos 12 meses, y se describe el tipo, lugar y consecuencias del último de ellos.

3.2.2.1.9. Limitaciones sensoriales, dependencia y recepción de ayuda (Preguntas E1-E15)

El objetivo de este apartado, dirigido a los mayores de 65 años, es la evaluación de las limitaciones sensoriales, las situaciones de dependencia y la recepción de la ayuda necesaria en una sociedad como la madrileña que, al igual que el resto de la población española, presenta un proceso demográfico de envejecimiento muy acentuado.

La pérdida de autonomía de los mayores, la necesidad de ayuda y su repercusión social y económica, constituyen una información fundamental para planificar y gestionar los recursos en función de las necesidades actuales de la población. Esta información es especialmente importante cuando el abordaje de estos problemas se realiza desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta sus aspectos sociales y sanitarios.

La ESCM'05 pretende conocer: a) la prevalencia de dependencia entre los mayores de 65 años, el grado de dependencia y el tipo de limitación; b) la prevalencia de determinados problemas sensoriales (vista y oído) que producen limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria; c) la proporción de recepción de ayuda, el tipo de ayuda recibida, su proveedor y la nacionalidad del cuidador principal; d) la percepción del grado de suficiencia de la ayuda recibida y e) las expectativas de las personas mayores sobre la ayuda prestada.

Para evaluar la dependencia se han utilizado dos escalas habituales en la práctica clínica, el índice de Katz⁷ y el test de Lawton⁸. Ambas están validadas, son

⁷ Katz s. Frd AB, Moskowitz et al (1963); Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185-94.

⁸ Lawton MP (1971) The functional assessment in rehabilitation of elderly people. Self-maintaining and instrumental Activities of Daily Living. The Gerontologist 1969, 9: 179-186.

recomendadas por el Libro Blanco de la Dependencia⁹ y cumplen las normas de Eurostat para la evaluación de la dependencia.

Índice de Katz⁷: estudia la dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), detectando los casos más graves de dependencia. Las ventajas del índice de Katz son su brevedad (6 ítems) y fácil interpretación. Este índice permite la categorización de la dependencia en los siguientes niveles:

Tabla 4. Índice de Katz. Independencia en Actividades básicas de la Vida Diaria

Nivel de dependencia	Bañarse	Vestirse	Uso WC	Movilidad	Continencia	Alimentación
A) Independiente	0	0	0	0	0	0
B) Dependencia leve	1 en UNA de estas actividades					
C) Dependencia moderada	1	1 en UNA de estas actividades				
D) Dependencia grave	1	1	1 en UNA de estas actividades			
E) Idem	1	1	1	1 en UNA de estas actividades		
F) Idem	1	1	1	1	1 en UNA de estas	
G) Dependencia total	1	1	1	1	1	1
H) Otras dependencias	1 en al menos DOS de estas actividades, pero no clasificable en C, D, ó F.					

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia⁹.

Test de Lawton⁸: El test de Lawton mide las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Este test es muy útil para detectar los primeros grados de deterioro en un individuo. Recoge 8 grupos de actividades para la mujer (uso de teléfono, preparación de comida, lavado de ropa, control de su medicación, compras, trabajos domésticos, transporte y capacidad de encargarse de sus finanzas) y 5 grupos para el varón, ya que en éste se excluyen la preparación de comidas, el trabajo doméstico y el lavado de ropa.

⁹ Libro blanco de la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciososociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm.

Test de Lawton

Actividades Instrumentales de la vida diaria

Puntuación

Capacidad para usar el teléfono

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números 1
- Es capaz de marcar bien algunos números conocidos 1
- Es capaz de contestar el teléfono pero no de marcar 1
- No usa el teléfono en absoluto 0

Preparación de la comida

- Organiza, prepara y sirve comidas por si solo/a adecuadamente 1
- Es capaz de preparar adecuadamente las comidas si le proporcionan ingredientes 0
- Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada 0
- Necesita que le preparen y sirvan la comida 0

Lavado de la ropa

- Es capaz de lavar por si solo/a toda la ropa 1
- Lava por si solo/a pequeñas prendas, aclara calcetines, etc 1
- Todo el lavado de ropa debe de ser realizado por otra persona 0

Responsabilidad respecto a su medicación

- Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora y dosis correctas 1
- Toma responsablemente su medicación si se la preparan con anticipación 0
- No es capaz de responsabilizarse de su medicación 0

Ir de compras

- Realiza todas las compras necesarias de manera independiente 1
- Realiza independientemente pequeñas compras 0
- Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra 0
- Es totalmente incapaz de ir de compras 0

Cuidar de la casa

- Es capaz de cuidar de la casa por si solo/a o con ayuda ocasional 1
- Realiza las tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa 0
- No participa en ninguna de las labores de la casa 0

Uso de medios de transporte

- Es capaz de viajar solo/a en transporte publico o de conducir su coche 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1
- Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona 1
- Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros 0
- No viaja en absoluto 0

Manejo de sus asuntos económicos

- Maneja los asuntos financieros con independencia; recoge y reconoce sus ingresos 1
- Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos 1
- Incapaz de manejar dinero 0

Los niveles de dependencia por sexo según el test de Lawton se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 5. Test de Lawton: Niveles de dependencia

<i>Nivel de dependencia</i>	Puntuación	
	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Total	0-1	0-1
Severa	2-3	1
Moderada	4-5	2-3
Ligera	6-7	4
Autónomo	8	5

Las limitaciones sensoriales (dificultad para ver u oír, aún con gafas o audífono), son igualmente importantes en la evaluación de la dependencia y también se incluyeron en la anterior encuesta de salud municipal (EMSM'95).

El deterioro cognitivo está muy relacionado con la dependencia de las personas mayores. La función cognitiva se ha valorado mediante la exploración de problemas de memoria. La existencia de problemas de memoria se ha determinado de diferente forma en las dos oleadas del trabajo de campo. En la primera oleada se estudió la orientación temporal mediante un ítem del Mini Mental State Examination (MMSE)¹⁰ (día de la semana, día del mes, mes, año y estación) y se definió el problema de memoria como la presencia de más de tres fallos. En la segunda oleada se exploró la atención verbal, fijación y memoria inmediata también mediante un ítem del MMSE que consiste en la repetición de tres palabras (moneda, avión, naranja); cada respuesta acertada vale 1 punto y la probabilidad de deterioro cognitivo aumenta a medida que disminuye la puntuación. Además, se preguntó específicamente sobre olvidos referidos al lugar de las cosas y al nombre de personas muy conocidas como amigos y familiares.

La ayuda recibida por los mayores se ha evaluado siguiendo el esquema de la ESM'95: uso de prótesis y órtesis, tipo de ayuda, persona que proporciona la ayuda, género del cuidador y percepción de la suficiencia de la ayuda (personal y material). Además se han incluido preguntas sobre tipo y procedencia de la ayuda, expectativas, satisfacción, y pagador de la ayuda. La evaluación de la ayuda es similar a la utilizada en la ESB'00.

3.2.2.1.10. Control de la vida personal

(Preguntas G1-G2)

Este apartado pretende explorar la percepción de **control** que las personas tienen sobre diferentes aspectos de su vida cotidiana como: relaciones familiares, relación con su pareja, relación con amigos, trabajo, economía, estado de salud, organización de su ocio y tiempo libre e influencia en asuntos sociales y políticos. El grado de control se valora mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, en la que 1 significa “no puedo influir en lo que ocurre” y 5 “puedo influir en lo que ocurre”.

¹⁰ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 1975;12(3):189-198.

3.2.2.1.11. GHQ-12¹¹

(Preguntas H1-H12)

Las deficiencias en el registro de problemas de salud mental en atención primaria y la falta subsiguiente de información dificultan el desarrollo de intervenciones eficaces. Además, se desconoce la prevalencia de problemas de salud mental percibidos por los ciudadanos y no diagnosticados. Por consiguiente, es importante utilizar un instrumento validado para conocer el riesgo de padecer trastorno mental entre la población madrileña.

La agencia de estadística Eurostat propone diferentes alternativas: el General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) o test de Goldberg y dos grupos de preguntas del SF-36 (los cuatro ítems del capítulo “Energía y Vitalidad” o los cinco de “Salud Mental”). En la ESCM’05 se ha optado por el GHQ-12 por ser un instrumento validado y utilizado habitualmente en población general. La sensibilidad para detectar algún trastorno de salud mental es elevada aunque su capacidad de discriminación en mayores de 65 años es escasa, por lo que sólo se ha aplicado a los menores de esta edad.

¹¹ Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de DP Goldberg (un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad). Arch Neurobiol, 1979;42(2):139-58.

GHQ-12¹¹ - General Health Questionnaire

1. **¿Durante los últimos 30 días 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
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------
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
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------
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
-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------
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
--------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------
5. **¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?**

No, en absoluto 1	No más que lo habitual 2	Algo más que lo habitual 3	Mucho más que lo habitual 4
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------
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
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------
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
--------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------
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
--------------------------------	----------------------------	----------------------------------	--
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
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------
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
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------
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
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------
12. **¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?**

Mucho más que lo habitual 1	Algo más que lo habitual 2	No más que lo habitual 3	No, en absoluto 4
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------

La puntuación de la escala se calcula a partir de la siguiente equivalencia: categorías 1 y 2 igual a 0; categorías 3 y 4 igual 1. Posteriormente se suman los 0 y 1 obtenidos. Según las recomendaciones del IHS'04 se clasifica como *casos de riesgo* de sufrir algún trastorno de salud mental, a aquellas personas que alcanzan en la escala un valor total superior a 2 puntos.

3.2.2.1.12. Consumo de medicamentos y medicina alternativa

(Preguntas I1-I7)

En este apartado se recoge información sobre la proporción de población que ha consumido medicamentos en las dos semanas previas a la encuesta, el tipo de fármacos y el responsable de la prescripción (médico, farmacéutico o iniciativa propia).

Esta información permite conocer la frecuencia relativa de personas que consumen algún fármaco o producto alternativo, el tipo de fármaco y el grado de automedicación existente en la población. Además, permite relacionar el consumo de medicamentos y la morbilidad, por lo que ambas informaciones pueden ser complementarias.

Eurostat recomienda preguntar exclusivamente por medicamentos prescritos por un médico y consumidos por iniciativa propia en las dos últimas semanas. Otras encuestas comparten un planteamiento similar aunque con ligeras diferencias en la lista de medicamentos considerados. En la ESCM'05 se ha incluido la lista más completa de las encuestas consultadas y se ha añadido una pregunta sobre consumo de productos de medicina alternativa.

3.2.2.1.13. Utilización de servicios sanitarios

(Preguntas J1-J17)

Los objetivos fundamentales de este apartado son: 1) analizar el origen de la prestación sanitaria y el sufragador de la misma y 2) conocer la frecuencia, motivo, tipo y nivel de asistencia recibida por los ciudadanos de Madrid.

Estas preguntas también se han utilizado en otras encuestas de salud con una metodología similar (ESA'03, ENS'03, ESM'95).

1. Cobertura sanitaria, provisión y financiación de los servicios

(Preguntas J1)

Se recoge información sobre todos y cada uno de los organismos que ofertan cobertura sanitaria, pública y privada, mediante la siguiente pregunta:

J.1. ¿Qué tipo o tipos de cobertura sanitaria posee como titular o beneficiario?

(Entrevistador/a: admite respuesta múltiple)

- 1▪ Régimen de la Seguridad Social con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud
- 2▪ Régimen de Mutualidad Pública (MUFACE, ISFAS, MUNPAL) con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud
- 3▪ Régimen de Mutualidad Pública (MUFACE, ISFAS, MUNPAL) con asistencia sanitaria prestada por sí misma, o por contrato con Sociedades Privadas
- 4▪ Régimen de Mutualidad de afiliación colectiva de carácter obligatorio (ONCE, Telefónica, etc.)
- 5▪ Mutualidad de afiliación voluntaria o entidades de asistencia sanitaria de afiliación voluntaria, individual o colectiva (SANITAS, ADESLAS, ASISA, colegios profesionales, etc.)
- 6▪ Otras formas de cobertura mediante el pago de cuotas periódicas que permiten utilizar algún tipo de asistencia sanitaria (igual a médica, etc.)
- 7▪ Sin régimen de cotización alguna pero con asistencia del Sistema Nacional de Salud
- 8▪ Sin régimen de cotización alguna pero con asistencia prestada por alguna ONG

A partir de esta pregunta se han construido tres variables:

- o *Tipo de cobertura sanitaria*, con tres categorías: pública (1,2,3,4,7,8), privada (5,6) y mixta (pública y privada).
- o *Provisión de los servicios sanitarios*, según que la provisión del servicio sea pública (1,2,7), privada (3,4,5,6) o mixta (provisión privada y pública).
- o *Tipo de financiación de los servicios sanitarios*, dependiendo de si el servicio se financia con fondos públicos (1,2,3,7), privados (5,6) o mixtos.

2. Utilización de servicios de Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE), hospitalización y urgencias

(Preguntas J2-J17)

Para estudiar la contribución del sistema sanitario al estado de salud de la población, la encuesta recaba información indirecta sobre la suficiencia de los servicios sanitarios disponibles, o la correspondencia entre los servicios que se ofertan y los que necesita la ciudadanía debido a las patologías que padece.

Se valoran aspectos como frecuentación de los servicios (AP, AE, hospitalización, urgencias y salud mental), centro de asistencia, nivel de asistencia y personal que le atiende. Además, se investiga la causa que provoca el uso de los servicios, tanto de AP como hospitalarios.

Para analizar la utilización de los servicios es necesario tener en cuenta la accesibilidad de los ciudadanos. Por este motivo, se pregunta por la no recepción de atención médica precisada y motivo de la no recepción (preguntas J16-J17).

3.2.2.1.14. Satisfacción

(Preguntas K1-K6)

Todas las encuestas consultadas plantean este capítulo de forma similar. Los objetivos son estudiar determinados servicios asistenciales y analizar el grado de satisfacción de los ciudadanos, así como su valoración y expectativas. Además, permite explorar la existencia de problemas de discriminación y sus causas y analizar las propuestas de mejora que los ciudadanos consideran prioritarias.

3.2.2.1.15. Conocimiento y utilización de servicios municipales

(Preguntas L1)

Evalúa el grado de conocimiento y utilización de los dispositivos sanitarios municipales.

3.2.2.1.16. Percepción de la información sanitaria

(Preguntas M1-M3)

La utilización de los servicios depende en gran medida de la información de la que disponen los ciudadanos. Con la ESCM'05 se pretende explorar el nivel de información de los ciudadanos sobre programas de prevención, la recepción de esta información por parte de los profesionales de AP, y los motivos de no recepción. Por otro lado, se exploran los temas de salud pública y los grandes problemas de salud más relevantes, a juicio de los ciudadanos, para el desarrollo de campañas de información específicas.

3.2.2.1.17. Hábitos y estilos de vida

(Preguntas N1-N32)

En Madrid, como en cualquier otra ciudad de alto nivel de desarrollo, los riesgos para la salud procedentes de situaciones adversas del medio exterior (agua, excretas, vectores, etc) son muy reducidos. Además, la accesibilidad de los ciudadanos a un sistema formal de cuidados sanitarios es universal. Por tanto, el grupo de factores definidos como estilos o hábitos de vida nocivos son los que con mayor frecuencia contribuyen al perjuicio de la salud de los individuos, de ahí la importancia de su estudio.

1. Estado físico, ejercicio físico, ocio y tiempo libre

(Preguntas N1-N8)

Este apartado pretende:

- 1) Conocer la percepción de los individuos sobre su peso, talla y tipo ponderal. A partir del índice de masa corporal (IMC) se determinará la prevalencia de los diferentes tipos ponderales.
- 2) Estudiar el grado de ejercicio físico que requiere la actividad principal del individuo, la práctica de ejercicio físico en el tiempo libre y el nivel de sedentarismo.

- 3) Determinar la cantidad de tiempo libre del que disponen los madrileños, el número promedio de horas de sueño y su consideración respecto a la suficiencia de las horas de sueño.

Uno de los aspectos a analizar en detalle es el sedentarismo, hábito muy arraigado en la población en todas las edades. El sedentarismo es una conducta propia de la manera de vivir, consumir y trabajar de las sociedades avanzadas y se asocia con problemas de salud relevantes y emergentes, como la obesidad. Por este motivo, resulta conveniente monitorizar la frecuencia de actividad física como indicador de la utilidad de determinadas campañas de promoción de la salud.

Todas las encuestas consultadas estudian este capítulo de forma similar, aunque existen excepciones como la ESB'00 que lo aborda de forma extensa y con cuantificación de la actividad física (en *mets*). En la ESCAM'00 no se estudian estas cuestiones porque se recogen en el Sivfrent continuo. El abordaje más sencillo lo hace la ENS'03. La autovaloración del estado físico sólo se incluye en la ESM'95. En la ESCM'05 se han introducido preguntas planteadas en la ESM'95 y en el Sivfrent.

El cálculo del IMC para determinar el tipo ponderal se ha realizado a partir de la fórmula propuesta por Foster y Burton (1985)¹² que utiliza el peso del individuo en Kg y su talla en metros²:

$\text{IMC} = \text{Kg/m}^2$

A partir del IMC los individuos adultos se han clasificado en diferentes tipos ponderales según los siguientes criterios:

1. **Bajo peso:** $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$.
2. **Normopeso:** $\text{IMC} \geq 20 \text{ y } < 25 \text{ kg/m}^2$.
3. **Sobrepeso:** $\text{IMC} \geq 25 \text{ y } < 30 \text{ kg/m}^2$.
4. **Obesidad:** $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

2. Alimentación

(Preguntas N9-N12)

La ESCM'05 pretende estudiar de forma exhaustiva los patrones de alimentación de los madrileños, la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos (fruta fresca, carne, huevos, pescado, pasta/arroz/patatas, pan/cereales, verdura/legumbres, embutidos/fiambres, productos lácteos y dulces), y la proporción de individuos que se adapta a la frecuencia de consumo recomendado de cada grupo de alimentos, según recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)¹³. Un objetivo relacionado es conocer la proporción de individuos que realizan dietas de alimentación y por qué motivo.

En general, los cambios en la dieta de la población están relacionados con los estilos de vida dominantes y se asocian con un importante número de patologías crónicas. El tipo

¹² Foster WR, Burton BT eds. National Institutes of Health consensus conference: health implications of obesity. Ann Intern Med 1985;103:977-1077.

¹³ Guía de la Alimentación Saludable. Pirámide de la alimentación. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. SENC 2004.

de dieta constituye un buen indicador de diferencias sociales que a su vez condicionan diferencias en el nivel de salud de determinados grupos.

El diseño de este apartado se basa en diferentes fuentes: ENS'03: qué alimentos se comen y con qué frecuencia. En la ESCM'05 se han incluido estas preguntas para poder comparar los resultados. ESM'95 y Sivfrent: seguimiento de dieta. ESCM'05: seguimiento de alguna dieta en los últimos 6 meses, motivo y persona que la recomendó. El seguimiento de dietas es un aspecto de interés por el incremento de la obesidad y el problema de salud pública que suponen las dietas no prescritas por un profesional y realizadas, con cierta frecuencia, con elevado riesgo para la salud. A pesar de que Eurostat recomienda referir los cambios de alimentación para perder peso a los últimos 3 años, en la ESCM'05 se ha optado por el criterio temporal de 6 meses (utilizado en el Sivfrent) al considerar 3 años un periodo de tiempo demasiado prolongado.

3. Consumo de tabaco (y otras sustancias)

(Preguntas N13-N19)

En una encuesta de estas características es importante explorar la prevalencia de fumadores, no fumadores y exfumadores entre la población general, y analizar la frecuencia de consumo de cada tipo de tabaco (cigarrillos, puros y pipas). Se debe intentar conocer la frecuencia de fumadores con intención de abandonar el hábito, el momento de la decisión, los intentos previos de abandono y la valoración de la presión ejercida sobre ellos para que abandonen el tabaco. Por otro lado, en los exfumadores es importante conocer el tiempo de abstinencia y el motivo del abandono. Por último, se pretende analizar el consumo y tipo de otras sustancias psicoactivas así como la edad de inicio del consumo.

De los materiales consultados se ha seleccionado la aproximación de la ENS'03 en la que se utilizan tres cuestionarios: uno para fumadores diarios, otro para fumadores no diarios y otro para no fumadores. El grupo de fumadores no diarios en la ESCM'05 no se ha incluido por considerarlo de menor interés.

En función del consumo de tabaco, los entrevistados de 16 años y mayores se clasifican en tres categorías:

- **No fumador:** persona que nunca ha fumado de forma habitual
- **Exfumador consolidado:** persona que en la actualidad lleva 1 año o más sin fumar, pero que lo hacía antes de forma habitual
- **Exfumador no consolidado:** persona que en la actualidad lleva menos de 1 año sin fumar, pero que lo hacía antes de forma habitual
- **Fumador:** persona que en la actualidad consume cigarrillos, cigarros y/o pipa.

A su vez, los fumadores de cigarrillos se clasifican según la intensidad de consumo en cuatro categorías:

- De 1 a 10 cigarrillos diarios
- De 11 a 20 cigarrillos diarios
- De 21 a 40 cigarrillos diarios
- Más de 40 cigarrillos diarios

Se incluye un pequeño apartado sobre consumo de drogas debido a su trascendencia social y su repercusión en la salud. La ESCM'05 se ajusta a las recomendaciones de la oficina Eurostat de la EU: consumo de cannabis con una referencia temporal del último año y los últimos 30 días.

4. Consumo de alcohol

(Preguntas N23-N32)

Es importante conocer los patrones de consumo de alcohol de la población de Madrid. El objetivo de este apartado es estimar la prevalencia de bebedores habituales, su patrón de consumo y la cantidad de alcohol ingerida. Además, se analiza el consumo semanal, la edad de inicio, la intensidad y la evolución del consumo. En los exbebedores se estudia la duración del periodo de abstinencia (consolidados y no consolidados), el patrón de consumo previo y los motivos del abandono.

Los objetivos perseguidos por la ESCM'05, se recogen de forma exhaustiva, (número de bebedores, patrón de consumo, tipo de bebida, frecuencia y cuantificación), en las encuestas consultadas. El esquema adoptado por la ESCM'05 es similar al de la ENS y comparable al de la EMSM'95, habiéndose introducido las modificaciones pertinentes para estudiar la frecuencia de consumo en los bebedores y el tiempo de abstinencia, consumo previo y motivo de abandono en los exbebedores. Este planteamiento es más exhaustivo que el que propone Eurostat, que solo recoge si se ha bebido alcohol en los últimos doce meses o en las 4 últimas semanas y, en caso afirmativo, el número de días de consumo en el último mes.

Las definiciones utilizadas para el análisis proceden de las utilizadas en el Sivfrent. Los entrevistados mayores de 16 años se clasifican según la frecuencia de consumo y la cantidad aproximada de bebidas alcohólicas consumidas cada vez expresadas en centímetros cúbicos (cc.). El periodo de referencia es el año anterior al momento de la entrevista. Para cada tipo de bebida se calcula la cantidad de alcohol consumido por semana mediante la siguiente formula:

$$(\text{Frecuencia}) * (\text{cantidad en vasos/copas}) * (\text{c.c.}) * 7$$

Las equivalencias para el cálculo del alcohol puro de los seis grupos de bebidas alcohólicas se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 6. Equivalencias según el tipo de bebida

<i>Tipo de bebida</i>	<i>c.c.por vaso/copa</i>
Vino, cava	12 c.c
Sidra	10 c.c.
Cerveza	10 c.c.
Aperitivos, jerez, vermut	12 c.c.
Brandy, anís, coñac	18 c.c.
Whisky	18 c.c.
Combinados	28 c.c.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud¹⁴ (PPAPS) establece tres grupos de individuos en función del consumo alcohólico, medido en cc., por día o por semana:

Tabla 7. Tipología de consumidores de alcohol según la cantidad ingerida

Tipo de consumidor según ml/cc.	Diario		Semanal	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Abstemio	0	0	0	0
Moderado	<50	<30	<350	<210
Riesgo	>=50	>=30	>=350	>=210

3.2.2.1.18. Actividades preventivas

(Preguntas O1-O19)

Casi todas las encuestas de Salud coinciden en estudiar los siguientes aspectos:

- Población mayor de 16 años: en general se pregunta sobre vacunación antigripal, HTA e hipercolesterolemia, aunque algunos organismos como Eurostat no incluyen estas cuestiones. Para evaluar estos aspectos desde un punto de vista preventivo hay que determinar los exámenes realizados para la detección de HTA. En la ESCM'05 se incluyen otras cuestiones preventivas dirigidas a toda la población como la vacunación antitetánica y los servicios bucodentales.
- Las actividades preventivas dirigidas a la mujer se centran en la prevención del cáncer cervical y de mama. Se incluyen cuestiones sobre realización de citología cervicovaginal, mamografía y periodicidad de ambas; consulta ginecológica por motivos diferentes al embarazo, parto y puerperio (preventiva), consultas de tocología, valoración de la atención recibida y motivos de insatisfacción en caso de haber recibido una atención inadecuada.
- Utilización de métodos anticonceptivos: dirigido a toda la población. Se pregunta sobre el empleo de algún método anticonceptivo, tipo de método y existencia de dificultades para recibir atención sanitaria sobre métodos de anticoncepción, así como los motivos de estas dificultades.
- Seguridad vial. Se plantean cuestiones relacionadas con el uso de cinturón de seguridad, casco en moto y conducción bajo los efectos del alcohol.

El objetivo de este apartado es analizar:

- La frecuencia de realización de diferentes prácticas preventivas recomendadas por organismos como el PPAPS
- La utilización del sistema sanitario con fines preventivos

¹⁴ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones PAPPs: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Semfyc ediciones, 2003.

- La práctica de determinadas conductas para aumentar la seguridad vial

Esta información es útil para evaluar indirectamente el impacto y la efectividad de determinadas campañas sanitarias dirigidas a la población general. El conocimiento de los exámenes para la detección de HTA e hipercolesterolemia permite estimar la utilización de los programas preventivos del adulto en AP.

Se persiguen también objetivos más específicos como conocer el número de visitas de control durante la gestación debido al incremento de mujeres en edad fértil en algunas zonas como consecuencia de la inmigración. Estos datos permitirán adecuar los servicios asistenciales al incremento de la demanda, ya que la asimetría entre la oferta y la demanda puede deteriorar los parámetros de calidad obtenidos previamente.

La ESCM'05 incluye en este apartado algunas cuestiones originales y otras procedentes de diversas encuestas. Por ejemplo, la EMSM'95 no pregunta sobre conducción bajo los efectos del alcohol; Eurostat y la ENS'03 no abordan el tema de la seguridad vial ni la consulta ginecológica preventiva. Por último, en el Sivfrent las preguntas sobre prácticas preventivas se limitan a la HTA e hipercolesterolemia.

3.2.2.1.19. Salud laboral

(Preguntas P1-P10)

En la ESCM'05 la salud laboral no se ha recogido de forma tan exhaustiva como en la ESA'03 y en la ESB'00. Eurostat no incluye este capítulo en sus recomendaciones de mínimos. En la EMSM'95 se utilizó un planteamiento sencillo con recogida de suficiente información, por lo que en el 2005 se ha mantenido la misma aproximación. Se obtienen datos sobre: lugar de trabajo (casa, municipio Madrid, Comunidad de Madrid, etc.), tiempo de desplazamiento, medios de transporte utilizados, satisfacción con el trabajo, y grado y tipo de influencia del trabajo y situaciones relacionadas en la vida cotidiana del sujeto.

Este apartado permite estudiar la repercusión del trabajo sobre la salud y la calidad de vida de los madrileños.

3.2.2.1.20. Datos sociodemográficos

(Preguntas Q1-R4)

Los datos sociodemográficos son muy importantes para el estudio de relaciones entre los indicadores de salud y las características personales, sociales, económicas, educativas, laborales y de clase social del entrevistado, del sustentador y de los demás miembros que componen el hogar. Estas relaciones pueden explicar diferencias en la salud y en las condiciones de vida.

Para poder generar marcos de comparabilidad, la información obtenida debe ser equivalente a la de otras encuestas. Por este motivo en la ESCM'05 se optó por las recomendaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre la ENS'03, en cuanto al tratamiento de las variables: edad, sexo, estado civil, composición del hogar, nivel de estudios, clase social según la Clasificación Nacional de Ocupación [CNO] de 1994¹⁵,

¹⁵ Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. CNO-94. <http://www.ine.es/clasifi/ficno.htm>

recomendado también por la Sociedad Española de Epidemiología, lugar y país de nacimiento, nacionalidad, tiempo de residencia en Madrid (para los no nacidos en Madrid) y en España (para extranjeros), recursos del hogar, equipamiento de la vivienda y otras características. Para los análisis estadísticos se ha utilizado el concepto de inmigrante económico, considerando como tales a los individuos procedentes de América Central, América del Sur, África, países de Europa del Este y Asia (excepto Japón).

La clasificación de la clase social utilizada se presenta en la Tabla 8:

Tabla 8. Clasificación de la clase social¹⁵

Clasificación CNO-1994	Clasificación de la muestra	Recodificación para el análisis
0. Fuerzas armadas		Clase III
I. Directivos > 10 asalariados y titulación 2º y 3º c. universitarios		Clase I-II
II. Directivos < 10 asalariados, titulación 1º c. universitarios		Clase I-II
IIIa. Administrativos y apoyo a la gestión		Clase III
IIIb. Trabajadores por cuenta propia		Clase III
IIIc. Supervisores		Clase III
IVa. Trabajadores manuales cualificados		Clase IV
IVb. Trabajadores manuales semicualificados		Clase IV
V. Trabajadores no cualificados		Clase V
	X. Jubilado/pensionista o ama de casa sin CNO que son sustentadores del hogar*	Clase X

*Sin clasificar por ausencia de CNO. Perfil coincide con mujer, jubilado/pensionista, amas de casa que nunca han trabajado, siendo en la actualidad los sustentadores principales del hogar.

3.2.2.2. Cuestionario infantil

El cuestionario utilizado para la población infantil conserva una estructura similar al de los adultos, aunque se ha adaptado a las características de la salud pediátrica. Es cumplimentado por el padre/madre o tutor del niño, excepto en el caso de los niños de entre 8 y 15 años que responden a una parte del cuestionario sobre Calidad de Vida (versión piloto del Kidscreen-20 ítem¹⁶).

A continuación se presentan las partes del cuestionario infantil que difieren de las del adulto.

3.2.2.2.1. Cuidados del niño

(Preguntas C4-C6)

¹⁶ Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T, Auquier P, Bellach B, Bruil J, Dür W, Power M, Rajmil L & the European KIDSCREEN Group. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. Social and Preventive Medicine, 2001;46:297-302.

Se pretende conocer la proporción de niños cuidados por una persona externa al hogar, el número de horas de cuidado y la nacionalidad del cuidador.

3.2.2.2.2. Salud percibida y Calidad de vida

(Preguntas C7-C9)

1. Salud percibida por los padres y autopercebida por los niños (Preguntas C7 y 1-Kidscreen-2)

Para conocer la salud del niño se pregunta a los padres cómo perciben la salud de su hijo. Se utiliza una pregunta similar a la del cuestionario de adultos con cinco categorías (excelente, muy buena, buena, regular, mala). A los niños de entre 8 y 15 años que accedieron a responder al Kidscreen (cuestionario de CVRS), también se les formula directamente una pregunta sobre autopercepción del estado de salud (En general, ¿Cómo dirías que es tu salud?) con cinco categorías de respuesta.

2. Escala de felicidad y sociabilidad

(Preguntas C8-C9)

La felicidad y sociabilidad del niño se evalúan mediante dos preguntas dirigidas a los padres en las que deben situar a su hijo en una escala Likert de 1 a 5; el valor 1 significa que el niño es “muy feliz o muy sociable” y el 5 “muy triste o muy insociable”.

3. Kidscreen¹⁶

(Kidscreen-20)

El Kidscreen es un cuestionario diseñado para medir la CVRS en niños y adolescentes. Se trata de un cuestionario traducido y adaptado a varios idiomas cuya utilización ha sido recomendada por la Unión Europea para poder realizar comparaciones entre países. Está dividido en dos partes: una a cumplimentar por los niños y adolescentes, y otra parte dirigida a los padres (*proxy*) que contestan a los mismos ítem evaluando la CVRS del niño y/o adolescente. En la ESCM'05 se ha optado por utilizar la versión piloto de KIDSCREEN, utilizada también en la ESCA'02. Para hacer comparable esta versión piloto con la versión definitiva se utilizará un criterio específico de ponderación. Esta versión, de 20 ítem, los agrupa en cuatro dimensiones:

Tabla 9. Distribución de las dimensiones e ítem del cuestionario Kidscreen (versión piloto) sobre CVRS (parte que responden los padres)

Dimensiones e ítem de cada dimensión	Puntuación de los ítem
1. Bienestar físico	
• En general, ¿cómo diría que es la salud del/la chico/a?	(1-Mala, 5-Excelente)
• ¿El chico/a se ha sentido bien y en forma?	(1-Nada, 5-Muchísimo)
• ¿El chico/a ha podido correr bien?	(1-Nada, 5-Muchísimo)
2. Bienestar psicológico	
• ¿El chico/a se ha sentido satisfecho/a con su vida?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El chico/a se ha sentido alegre?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El chico/a se ha sentido triste?	(1-Siempre, 5-Nunca)
• ¿El chico/a ha tenido la sensación de que todo en su vida sale mal?	(1-Siempre, 5-Nunca)
• ¿El chico/a se ha sentido harto/a?	(1-Siempre, 5-Nunca)
• ¿El chico/a ha estado contento/a con su forma de ser?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿Al chico/a le ha preocupado su aspecto?	(1-Nunca, 5-Siempre)
3. Autonomía y relación con los padres	
• ¿El chico/a se ha sentido comprendido/a por sus padres?	(1-Nada, 5-Muchísimo)
• ¿El chico/a se ha sentido feliz en casa?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿Los padres del chico/a han tenido suficiente tiempo para él/ella?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El chico/a ha tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El/la chico/a ha tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos/as?	(1-Nunca, 5-Siempre)
4. Relación con los amigos	
• ¿El chico/a y sus amigos/as se han ayudado unos a otros?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El chico/a ha podido hablar de todo con sus amigos/as?	(1-Nunca, 5-Siempre)
5. Ambiente en el colegio	
• ¿Al chico/a le ha gustado ir al colegio?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿El chico/a se ha llevado bien con sus profesores/as?	(1-Nunca, 5-Siempre)
• ¿Se han reído del chico/a otros chicos/as?	(1-Nada, 5-Muchísimo)

NC: Ítem no clasificado en ninguna dimensión, aunque se contabiliza para la puntuación total.

Fuente: Kidscreen versión piloto¹⁶.

Al finalizar la cumplimentación de la versión piloto del Kidscreen el entrevistador anota las condiciones de cumplimentación:

- El niño/a ha contestado el cuestionario sin que su padre/madre o tutor estuviera presente
- El padre/madre o tutor se ha negado a que el niño/a estuviera solo y ha estado presente mientras el niño/a contestaba
- El padre/madre o tutor se ha negado a que el niño/a contestara el cuestionario y no se ha podido realizar el Kidscreen-2
- No se ha podido realizar el Kidscreen-2 por otras razones (especificar)

3.2.2.2.3. Morbilidad crónica y discapacidades

(Pregunta D1)

Esta pregunta se ha adaptado a las características pediátricas. Además, para reducir las dimensiones del cuestionario, se han incluido patologías y discapacidades crónicas en la misma pregunta.

3.2.2.2.4. Consumo de medicamentos

(Pregunta F1)

En el cuestionario infantil la lista de fármacos es más reducida y está adaptada a las características de la población infantil.

3.2.2.2.5. Accidentes y seguridad vial

(Pregunta G1-G7)

1. Accidentes

(Preguntas G1-G5)

El tratamiento de la siniestralidad en la población infantil es más exhaustivo en la descripción del tipo de accidente, incluyendo categorías como quemaduras, inmersión en el mar, intoxicaciones. También se analizan con detalle el lugar, tipo y consecuencias de las lesiones.

2. Seguridad vial

(Preguntas G6-G7)

Este apartado es relevante en el cuestionario infantil debido a que los accidentes de tráfico constituyen una de las primeras causas de mortalidad en la población infantil y la mayoría de las muertes podrían ser evitadas con un correcto uso de los SRI en el vehículo.

La información obtenida permitirá conocer en qué medida los niños viajan en coche por ciudad o carretera y en caso afirmativo, la proporción de niños que utilizan correctamente los SRI, tanto en ciudad como en carretera.

3.2.2.2.6. Conocimiento y utilización de servicios municipales

(Pregunta H19)

Se evalúa el grado de conocimiento y utilización de los dispositivos sanitarios municipales dirigidos a la población infantil. Las preguntas incluidas son originales de la ESCM'05, puesto que son dispositivos específicos del Ayuntamiento de Madrid.

3.2.2.2.7. Alimentación

(Preguntas I1-I8)

Se pretende examinar de forma exhaustiva los patrones de alimentación de la población infantil de la ciudad de Madrid.

Al tratarse de población pediátrica se han incluido preguntas específicas sobre lactancia para los menores de un año, y sobre la realización del desayuno para los mayores de un

año (la falta del hábito del desayuno es un factor de riesgo para la obesidad)¹⁷. Con el fin de analizar el efecto de los comedores escolares, se pregunta también por el lugar en el que el niño realiza las principales comidas, por la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos y por la realización de dietas alimenticias y sus razones.

3.2.2.2.8. Ocio y tiempo libre

(Preguntas L1-L7)

Se pretende conocer el tiempo que los niños de la ciudad de Madrid dedican a ver la televisión y/o a jugar con el ordenador, consolas o videojuegos. El objetivo es estudiar la relación entre estos patrones de ocio y el sedentarismo, la obesidad y otros aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida del niño.

En este mismo apartado se recoge la frecuencia y lugar de realización de actividad física durante el tiempo libre y el tiempo que el niño pasa solo en casa sin la compañía de un adulto, tanto en días laborables como los fines de semana.

3.2.2.2.9. Escolarización y actitudes educativas

(Preguntas M1-M6)

1. Escolarización

(Preguntas M1-M4)

Se recoge información sobre el curso académico que realiza el niño en el momento de la encuesta y su rendimiento escolar. Si el niño está cursando enseñanza obligatoria se pregunta sobre la asistencia previa a algún centro educativo como escuela infantil o guardería, y en caso negativo, por el motivo de la no escolarización antes de la enseñanza obligatoria.

2. Actitudes educativas

(Preguntas M5-M6)

El objetivo de este apartado es explorar, a grandes rasgos, las actitudes educativas de los padres y la relación de los padres con sus hijos. Se pregunta a los padres si consideran necesario gritar o pegar a sus hijos y en qué medida creen que son estrictos o cariñosos son sus hijos.

3.2.2.2.10. Prácticas preventivas

(Preguntas N1-N3)

En la población infantil las prácticas preventivas se centran básicamente en el conocimiento del calendario oficial de vacunaciones y lugar de las mismas. Se incluye también una pregunta sobre la aplicación de vacunas no incluidas en el calendario oficial y la persona responsable de la recomendación.

¹⁷ Agencia española de Seguridad Alimentaria. Estrategia Naos para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.

3.2.2.2.11. Características personales

(Preguntas M1-M6)

El objetivo es estudiar la percepción de los padres sobre el peso y la talla de su hijo. Además se pregunta a los padres si el peso del niño les parece mayor de lo normal, normal o menor de lo normal. Se recoge también la preocupación que los padres perciben en el niño sobre su peso o imagen corporal.

3.2.2.2.12. Peso y talla real

(Preguntas P1-P2)

Una novedad de la ESCM'05 es que se pesa y mide a los niños en el momento de la entrevista. Antes de pesar y tallar al niño, se pregunta a los padres por el peso y la talla de su hijo.

Una vez obtenidos el peso real y el subjetivo, referido por los padres, se podrá: 1) determinar si la percepción de los padres sobre las características ponderales de sus hijos se alejan de la realidad y 2) calcular el tipo ponderal del niño a partir del IMC para estudiar la prevalencia de obesidad y sobrepeso.

Al igual que para los adultos, el IMC se ha calculado a partir de la fórmula propuesta por Foster y Burton (1985)¹² con el peso y la talla del individuo, expresados en Kg y en metros², respectivamente:

$\text{IMC} = \text{Kg/m}^2$

En la población infantil el IMC puede calcularse a partir de los 2 años de edad ajustando los valores por edad y sexo. Los puntos de corte para la clasificación en tipos ponderales son distintos a los utilizados en adultos. En la ESCM'05 se toma como referencia la clasificación propuesta por Cole et al¹⁸ (Tabla 10). En esta tabla se asigna un tipo ponderal en función del IMC, el sexo y la edad (agrupada en intervalos semestrales: 2; 2,5; 3; 3,5;..., años). En la ESCM'05 la edad se recoge en años, sin fracciones decimales; para minimizar el posible sesgo de clasificación se ha optado por elegir como edad el valor medio del intervalo anual (2,5; 3,5; 4,5;...) que corresponde a su edad en años.

¹⁸ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 4.

Tabla 10. Clasificación de los tipos ponderales según el IMC, sexo y edad del niño

Edad (años)	Sobrepeso		Obesidad	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3,5	17,39	17,40	19,39	19,23
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29

Fuente: Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 4.

3.3. Realización de la encuesta

3.3.1. Estudio piloto

Antes de iniciar el trabajo de campo de la ESCM'05, se realizó un estudio piloto para evaluar el tiempo y la dificultad de administración del cuestionario, la comprensibilidad de las preguntas y la idoneidad de las categorías establecidas.

Se realizaron 40 entrevistas (6 en menores de 16 años, 27 en adultos de 16 a 64 años y 7 en adultos de 65 años o más, correspondiendo el 45% a hombres y el 55% a mujeres).

Durante la fase del piloto no se detectaron problemas importantes. La información obtenida permitió introducir las siguientes modificaciones y estrategias para facilitar la presentación del cuestionario y aumentar la tasa de respuesta:

1. Recibimiento ante una encuesta de larga duración:

La duración de la entrevista resultó ser uno de los principales problemas, aunque es un hecho bastante común en este tipo de trabajos. Una parte de las personas seleccionadas inicialmente se pueden negar desde el momento que se presenta el cuestionario por falta de tiempo (nunca tienen tiempo para nada, ninguna hora es buena, están entrando o están a punto de salir) o por otras causas.

Un segundo grupo de sujetos son aquellos que acceden a la realización de la encuesta siempre que sea corta. En estos casos, la duración se convierte en un problema porque la mayoría de la gente no quiere responder a un cuestionario de 30 minutos que puede ser aún más prolongado en algunos individuos. En estos casos la persona se retracta ante el anuncio del tiempo de duración, incluso después de haber accedido, y la entrevista no puede terminarse.

Un tercer grupo de personas accede a realizar la encuesta sin importarle aparentemente el tiempo (personas mayores de 65 años, jubilados y prejubilados, amas de casa sin hijos) y un cuarto grupo no muestra inconvenientes en responder a la encuesta siempre que se fije una cita en un momento adecuado (estudiantes, autónomos, padres con niños, trabajadores ocasionales).

Por consiguiente, una encuesta de estas características requiere el anuncio previo, mediante carta y/o llamada telefónica, del entrevistador con el fin de concertar una cita o incluso realizar la entrevista en varias visitas.

2. Comprensión del cuestionario:

Los resultados del estudio piloto demostraron que el cuestionario no presentaba problemas importantes de comprensión aunque se detectaron las siguientes dificultades:

En el apartado de *Control de la Vida Personal* (cuestionario de adultos), los encuestadores tuvieron problemas para hacer entender el sentido de las preguntas y, la

mayoría de los individuos entrevistados afirmaba tener muy controlados todos los aspectos de su vida, resultándoles difícil entender que pudiera ser de otro modo. Para subsanar este problema, durante la formación de los entrevistadores se hizo especial hincapié en subrayar que se trataba de la capacidad de influencia del entrevistado sobre los aspectos de la vida cotidiana que se planteaban.

Respecto al cuestionario infantil, se presentaron algunas dudas en la pregunta L.7 *¿Cuánto tiempo, aproximadamente, pasa su hijo/a solo en casa en un día laborable?, y ¿fines de semana?* Se observaron problemas en la comprensión del concepto de “solo”; esta palabra podía indicar que el niño tiene suficiente autonomía y puede jugar o estudiar por su cuenta, o puede indicar que el niño está sin un adulto que lo acompañe o controle. Esto se resolvió añadiendo, después de la pregunta, la siguiente frase: *es decir, sin la compañía de un adulto.*

3. Incidencias sobre la sinceridad del entrevistado:

Los entrevistadores que participaron en el piloto de la ESCM'05 subrayaron que el nivel de sinceridad podía verse afectado por la presencia de una tercera persona. Por ejemplo, un adulto acompañando al hijo o un marido pendiente de las respuestas de su mujer.

Por ejemplo:

- hay jóvenes que en presencia de su madre dicen beber menos,
- hay chicas que dicen no conocer el servicio de planificación familiar,
- hay mujeres que fuman a escondidas y sólo lo refieren si están solas
- hay señoras que, en presencia del marido, no contestan con libertad
- hay niños que rellenan su cuestionario bajo la atenta mirada del tutor.

Para evitar estas limitaciones, durante el proceso de entrenamiento de los entrevistadores se subrayó la necesidad de que el entrevistado tuviera garantizada su intimidad y pudiera contestar libremente.

3.3.2. Realización del trabajo de campo

La encuesta se ha realizado en 2 oleadas: la primera tuvo lugar entre el 3 de noviembre de 2004 y el 30 de abril de 2005 y la segunda entre el 4 de febrero y el 3 de junio de 2005.

Para facilitar el acceso de los encuestadores a los domicilios y aumentar la tasa de participación, se llevaron a cabo las siguientes estrategias recomendadas por otras encuestas y por los hallazgos del estudio piloto:

- El Ayuntamiento envió una carta a los seleccionados de ambas listas. Esta carta, en la que se presentaba el estudio y se anunciaba la visita de los entrevistadores, iba firmada por la autoridad competente.
- Se suministró a los entrevistadores la correspondiente acreditación para el estudio.
- En los días previos a la visita, en gran parte de los casos, se contactó telefónicamente con las personas de la muestra cuyo número de teléfono

figuraba en el padrón, para concertar el día y la hora de la visita del entrevistador.

Se procedió a entrevistar a las personas de la muestra titular. Los titulares fueron reemplazados por personas del mismo estrato y distrito de la muestra suplente en los casos en los que existía una causa justificada de reemplazo. Las incidencias tipificadas previamente como motivo de reemplazo fueron las siguientes:

1. Ausencia reiterada
2. Negativa rotunda
3. Defunción
4. Dirección inexistente
5. No vive en ese domicilio
6. Incapacidad mental o física
7. No habla español
8. Acceso difícil
9. Larga hospitalización
10. Larga enfermedad

Las entrevistas fueron realizadas por entrevistadores y supervisores profesionales especializados en realización de encuestas poblacionales.

Los entrevistadores y los supervisores del trabajo de campo recibieron formación y entrenamiento específico sobre los objetivos, instrumentos, definición de variables, procedimientos y sistema de selección de los reemplazos.

4. ANÁLISIS DE DATOS Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS

4.1. Ponderación

Debido al diseño muestral de afijación no proporcional por distritos, resulta necesario asignar factores de ponderación. La ponderación consiste en atribuir a cada encuestado un coeficiente (peso) que corresponde al número de personas a las que representa en la población objetivo. Los datos muestrales se han ponderado de forma que reflejen más fielmente las características de la población, tomando como referencia el Padrón Municipal a fecha 1 de enero de 2004.

Se han calculado dos tipos de coeficientes de ponderación:

- 1) *Ponderación por individuo*: peso de cada individuo respecto a la población total de Madrid. Utilizado para el estudio de la muestra global.
- 2) *Ponderación por distrito*: peso de cada individuo dentro de su distrito. Utilizada para establecer comparaciones entre distritos.

A efectos prácticos sería suficiente con la utilización de la ponderación por individuo. Sin embargo, aunque la prevalencia de los indicadores es la misma con ambas ponderaciones, las bases poblacionales son diferentes. En la ponderación por distrito se obtiene un tamaño muestral semejante para cada distrito, mientras que en la ponderación por individuo el tamaño muestral de cada distrito se ajusta al peso que el distrito tiene respecto a la población total de Madrid. Cuando se realizan análisis agrupando los distritos se aplica la *ponderación por individuo*.

4.2. Análisis estadístico

4.2.1. Validación de la muestra

Durante el trabajo de campo y tras su finalización, se realizó un procedimiento de supervisión y control de calidad de las encuestas que ha permitido analizar el tipo de entrevistas supervisadas, las incidencias encontradas, las sustituciones efectuadas y los motivos de sustitución.

Posteriormente se evaluó la existencia de un posible sesgo de no respuesta mediante la comparación de los individuos respondedores y no respondedores en aquellas variables compartidas por ambos (edad, sexo, nivel de estudios, nacionalidad, distrito de pertenencia).

Por último, antes del análisis de los datos se determinó la variación de los resultados muestrales en la población de Madrid mediante el cálculo del intervalo de confianza (IC) al 95%, tanto para medias como para proporciones. Se analizaron las principales variables que definen la composición de la muestra: sexo, edad, situación laboral, lugar de nacimiento y nacionalidad.

4.2.2. Análisis de resultados

Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de todas las preguntas de los cuestionarios para conocer la distribución de las variables en el conjunto de la muestra. Como estadísticos descriptivos se han utilizado la media y la desviación estándar (DE) en el caso de variables cuantitativas, asumiendo una distribución normal, y la proporción en el caso de variables categóricas.

Mediante técnicas de asociación bivariada se llevó a cabo un estudio de las relaciones entre las principales variables sociodemográficas (distrito, edad, género, clase social, nivel cultural, condición de inmigrante económico) y las principales variables del resto de los epígrafes (salud autopercebida, salud mental, prácticas preventivas, apoyo afectivo y personal, hábitos y calidad de vida relacionados con la salud, uso de servicios sanitarios y conocimiento y expectativas de los recursos de salud municipales). Estos análisis se han realizado mediante comparación de medias en el caso de variables continuas y comparación de proporciones mediante tablas de contingencia en el caso de variables categóricas. Las pruebas y/o tests de contraste para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas se han adecuado a las características de las variables comparadas (número de categorías y distribución).

La comparación de indicadores entre diferentes clases sociales y distritos puede estar distorsionada por una desigual estructura etaria de los grupos comparados. Para evitar esta distorsión, se han estandarizado los indicadores por edad en el caso en las comparaciones de sexo y clase social y por edad y sexo en el caso de la comparación entre distritos. La población de referencia ha sido el padrón de la ciudad de Madrid a fecha 1 de enero de 2004.

Basándose en las tablas de vida de 2004 para el municipio de Madrid (calculadas con datos del Padrón Municipal y de las Estadísticas de Movimiento Natural de Población del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid) y en los datos de la encuesta, se han elaborado las siguientes tablas: a) Esperanza de vida en buena salud percibida (EVBS), para ello se han utilizado las categorías Excelente-Muy bueno-Bueno de la pregunta de estado de salud percibida (pregunta C1 del cuestionario de adultos y C7 del cuestionario de niños); b) Esperanza de vida libre de morbilidad (EVLN), a partir de los datos de prevalencia de alguna morbilidad (pregunta D1 en cuestionario de adultos y niños); c) Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLN), a partir de la pregunta F1 del cuestionario de adultos menores de 65 años, que valora la existencia de alguna limitación para llevar a cabo con normalidad las actividades habituales; y d) Esperanza de vida libre de discapacidad severa (EVLN), a partir de la pregunta A3 de ambos cuestionarios, que valora el hecho de que se necesite algún tipo de dedicación especial por el hecho de padecer alguna limitación para llevar a cabo con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral.

La asociación entre diferentes variables dependientes y los principales factores sociodemográficos (sexo, edad y clase social) se ha estudiado mediante la construcción de modelos multivariantes de regresión logística, uno para cada una de las siguientes variables dependientes dicotómicas (sí/no):

1. Salud percibida regular-mala
2. Riesgo de trastorno mental
3. Morbilidad crónica
4. Limitación por morbilidad crónica en los últimos 12 meses
5. Limitación por algún síntoma o dolor en las 2 últimas semanas
6. Dependencia en AIVD
7. Dependencia en ABVD
8. Cobertura sanitaria
9. Asistencia médica en las 2 últimas semanas
10. Sobrepeso u obesidad
11. Sedentarismo en adultos
12. Sedentarismo en niños

En todos los modelos logísticos se han introducido simultáneamente las siguientes variables independientes:

1. Sexo: categoría de referencia el varón
2. Edad: categoría de referencia el grupo de menor edad, excepto en el análisis de sedentarismo de los niños, que se ha tomado el grupo de mayor edad.
3. Clase social: categoría de referencia la clase I-II ó nivel de estudios.

La variable clase social y nivel de estudios no se han utilizado conjuntamente en la regresión logística debido a que su elevada correlación puede originar problemas de colinealidad.

En los análisis realizados los valores $p < 0,05$ se consideraron indicativos de significación estadística.

5. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

5.1. Desarrollo del trabajo de campo

De las 8.550 entrevistas calculadas en el diseño inicial asumiendo un error del 1,1%, se han realizado 8.524 de las que 8.504 se han considerado válidas. Por lo tanto, se ha obtenido un ajuste del 99,46% sin contabilizar las entrevistas anuladas durante el proceso de análisis.

Tabla 11. Distribución de las entrevistas realizadas y anuladas

	1ª Oleada	2ª Oleada	Anuladas*	Total
Adultos	3.231	4.130	-20	7.341
Niños	523	640	-	1.163
Anuladas*	-14	-6	-20	
Total	3.740	4.764	-20	8.504

*Entrevistas anuladas por inconsistencias detectadas durante el análisis.

5.2. Supervisión y control de calidad del trabajo de campo

Se han realizado 1.670 supervisiones de entrevistas y 1.138 de sustituciones.

La distribución de la supervisión por oleadas, tipo de supervisión y tipo de sujeto (infantil y adulto), se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12. Distribución de las entrevistas supervisadas

Objeto de supervisión	1ª oleada			2ª oleada			Total		
	Niños	Adultos	Total	Niños	Adultos	Total	Niños	Adultos	Total
Entrevistas (n)	155	653	808	163	699	862	318	1.352	1.670
% de entrevistas supervisadas vs realizadas	29,6	20,2	21,5	25,5	16,9	18,1	27,3	18,4	19,6
Sustitución (n)	43	368	411	98	629	727	141	997	1.138
Entrevista + sustitución									
Total entrevistas + sustituciones (n)	198	1.021	1.219	261	1.328	1.589	459	2.349	2.808
% total de entrevistas + sustitución supervisadas vs entrevistas + realizadas	37,9	31,6	32,5	40,8	32,2	33,3	39,5	31,9	32,9

El 20% de las encuestas supervisadas han sido seleccionadas de forma aleatoria, el 10% por sospecha de fraude, y el 70% restante para controlar al entrevistador y comprobar la presencia de datos inconsistentes o fuera de rango detectados durante la codificación y

grabación, o bien para suplir deficiencias de la información recogida (especialmente referidas a los datos de ocupación del entrevistado y/o sustentador principal).

El 99% de las encuestas supervisadas de forma aleatoria (20%) eran correctas y sólo se anularon 2 entrevistas (1%) por metodología incorrecta. En la mayoría de las encuestas supervisadas por sospecha de fraude (10%) no figuraba el teléfono, que se obtuvo mediante consulta con guías telefónicas o Internet (páginas blancas, infobel...). De estas encuestas se anularon prácticamente el 50%, es decir 90 entrevistas: 24 (26,7%) por falsificación total o parcial de los datos; 20 (22,2%) por suplantación del titular (contestó otra persona por él), 27 (30%) por metodología incorrecta (buzoneo o teléfono), y 19 (21,1%) por cuestionario incompleto.

Respecto al 70% restante, que se supervisó por presentar datos inconsistentes, fuera de rango o incompletos, se comprobó que las encuestas habían sido realizadas y se corrigieron los datos incorrectos. El 80% de los errores o inconsistencias aparecían en la tabla de composición del hogar, en la que no quedaban claros los vínculos familiares o había problemas para definir al sustentador principal. Del mismo modo, se observó que en un elevado porcentaje de encuestas no se recogía el dato de ocupación principal porque los entrevistados eran reacios a facilitarlo, recuperándose este dato, en su mayor parte, durante la supervisión.

Se han supervisado 1.138 motivos de sustitución (411 en la primera oleada y 727 en la segunda), es decir, el 13,3%. La mayoría de ellos corresponden a ausencia reiterada, negativa rotunda, y domicilio equivocado, constituyendo estos tres motivos el 90% de todas las sustituciones (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de los motivos de sustitución

Motivo	1ª Oleada	2ª Oleada	Promedio
1. Ausencia reiterada	44,1	40,2	42,2
2. Negativa rotunda	25,2	24,3	24,7
3. No vive aquí	21,2	25,5	23,4
4. Larga enfermedad	5,9	5,7	5,8
5. No habla español	1,1	0,5	0,8
6. Dirección inexistente	0,8	0,9	0,8
8. Defunción	0,4	0,9	0,7
7. Acceso difícil	0,7	0,5	0,6
9. Incapacidad mental o física	0,3	0,9	0,6
10. Larga hospitalización	0,4	0,5	0,5
Total	100,0	100,0	100,0

Además de la supervisión interna se realizó simultáneamente una supervisión externa. El proceso del trabajo de campo fue auditado por una empresa independiente. Los resultados fueron muy similares a los obtenidos durante la supervisión.

5.3. Evaluación de la falta de respuesta

5.3.1. Introducción

En toda encuesta se producen distintos tipos de errores en las diferentes fases del proceso estadístico, cuya evaluación es difícil debido a la gran variedad de causas que pueden originarlos. Entre estas causas destaca la falta de respuesta de las unidades de análisis, que puede deberse a una negativa a responder al cuestionario, a ausencia de la unidad o a incapacidad para contestar.

El análisis de la no respuesta requiere la obtención de una serie de características básicas de las unidades muestrales que no colaboraron en la encuesta y que pueden resumirse en tres apartados:

1. Datos de identificación de la unidad de análisis
2. Tipo de incidencia producida y si la unidad ha sido sustituida o no junto con el número de orden de la sustitución
3. Datos básicos de la unidad informante: sexo, edad, nivel de estudios

Para evaluar la no respuesta en la ESCM'05 se han empleado los datos del padrón utilizados para la selección de los individuos encuestados. Se construyó una base de datos que incluía la siguiente información de la muestra teórica inicialmente seleccionada:

- o Número de identificación del individuo
- o Estado de participación en la encuesta
- o Sustitución de la no respuesta y número de orden de la sustitución
- o Tipo de incidencia
- o Causa de la no respuesta
- o Edad: calculada como la diferencia entre la fecha de entrevista (la mitad del periodo del trabajo de campo ó 31 de enero de 2005) y la fecha de nacimiento.
- o Sexo
- o País de nacimiento
- o Nivel de estudios alcanzado

5.3.2. Análisis de los datos

La evaluación de la no respuesta se ha llevado a cabo siguiendo una metodología similar a la utilizada para tal fin en la ENS'03. Se han considerado para este análisis de la evaluación de la no respuesta, un total de 8.524 cuestionarios realizados. Durante el análisis posterior de los resultados se anularon 20 cuestionarios por inconsistencia interna de los datos. Se han realizado tres tipos de análisis:

1. Estudio de la muestra teórica y de la muestra efectiva

Distribución por distritos de la muestra teórica, de la muestra efectiva total y de la muestra efectiva de individuos titulares

- a) Realización de la entrevista según tipo de individuo (titular, sustituto y orden de sustitución)
- b) Motivos de sustitución
- c) Tipos de incidencia producidas en la muestra teórica
- d) Distribución de las causas de no respuesta

2. *Comparación de los individuos que responden y no responden* con respecto a las variables compartidas por ambos grupos y procedentes del padrón: edad, sexo, nivel de estudios, país de nacimiento y distrito de pertenencia.

3. *Estudio de las causas de falta de respuesta*: Se analiza la distribución de las distintas causas de falta de respuesta por sexo, nivel de instrucción, país de nacimiento y edad.

4. *Estudio de los motivos de sustitución en función del país de nacimiento*. Se realiza un análisis de los motivos de sustitución según el país de nacimiento en todos los individuos contactados para conseguir la muestra efectiva final.

5.3.2.1. Estudio de la muestra teórica y muestra efectiva

En la Tabla 14 se presenta la distribución de la muestra efectiva o entrevistas realizadas, según que el individuo fuera titular o sustituto, así como el orden de la sustitución efectuada. El 40,4% de la muestra efectiva total corresponde a individuos titulares, mientras que el 32,3% son primeros sustitutos y el 27,3% segundos sustitutos. Por consiguiente, en la muestra efectiva total es mayor la proporción de sustituciones (59,6%) que de individuos titulares (40,4%). En este estudio de la muestra teórica y efectiva se han contemplado las 20 encuestas anuladas, puesto que la anulación se produjo durante el proceso de análisis.

Tabla 14. Entrevistas realizadas según tipo de individuo

	N	% válido
Titular	3.445	40,4
Primer sustituto	2.756	32,3
Segundo sustituto	2.323	27,3
Total	8.524	100,0

En la Tabla 15 se presentan las distribuciones, por distrito, de la muestra teórica (expresada en número de individuos seleccionados inicialmente), de la muestra efectiva total (total de individuos encuestados) y de la muestra efectiva según sean individuos titulares o sustitutos. Como puede observarse, la muestra efectiva total representa un 99,7% de la muestra teórica.

A nivel de distrito, los porcentajes de muestra efectiva total son superiores al 95% en todos ellos, alcanzándose el 100% en varios distritos e incluso el 100,2% en el caso de Latina y Villa Vallecas.

En cuanto a la muestra efectiva de individuos titulares, se ha conseguido un porcentaje total de 40,4% de individuos titulares, observándose una discreta variabilidad entre distritos, desde un mínimo de 36,6% para el distrito de Moratalaz y un máximo de 48,1% para el de Ciudad Lineal. No obstante, no se observan diferencias significativas entre distritos en cuanto a los porcentajes de individuos titulares y sustitutos en la muestra efectiva.

Tabla 15. Distribución de la muestra, teórica y efectiva, por distritos

	Muestra teórica		Muestra efectiva				
	N	Total		Titular		Sustituto	
		N	% válido	N	% válido	N	% válido
Centro	400	381	95,2	142	37,3	239	62,7
Arganzuela	403	397	98,5	174	43,8	223	56,2
Retiro	400	400	100	158	39,5	242	60,5
Salamanca	400	400	100	159	39,8	241	60,3
Chamartín	406	406	100	164	40,4	242	59,6
Tetuán	401	401	100	169	42,1	232	57,9
Chamberí	401	401	100	149	37,2	252	62,8
Fuencarral	407	408	100	167	40,9	241	59,1
Moncloa	407	407	100	156	38,3	251	61,7
Latina	400	401	100,2	168	41,9	233	58,1
Carabanchel	400	399	99,7	158	39,6	241	60,4
Usera	407	407	100	163	40,0	244	60,0
Puente de Vallecas	412	412	100	170	41,3	242	58,7
Moratalaz	407	407	100	149	36,6	258	63,4
Ciudad Lineal	403	403	100	194	48,1	209	51,9
Hortaleza	412	412	100	153	37,1	259	62,9
Villaverde	412	411	99,7	178	43,3	233	56,7
Villa Vallecas	422	423	100,2	172	40,7	251	59,3
Vicálvaro	428	427	99,7	168	39,3	259	60,7
San Blas	411	411	100	173	42,1	238	57,9
Barajas	411	410	99,7	161	39,3	249	60,7
Total	8.550	8.524	99,7	3.445	40,4	5.079	59,6

Valor p=0,243

La muestra efectiva está formada por 8.524 individuos. Puesto que se han entrevistado 3.445 individuos titulares, se han producido un máximo de 5.079 sustituciones cuyos principales motivos se presentan en la Tabla 16. Las causas de sustitución más frecuentes han sido la ausencia reiterada (43,6%), la negativa (25,2%) y el no vivir en ese domicilio (21,2%); 81 individuos han sido sustituidos por razones diferentes a las expuestas en la tabla, lo que representa el 1,6% de los casos.

Tabla 16. Motivos de sustitución

	n	% válido
Ausencia reiterada	2.177	43,6
Negativa rotunda	1.259	25,2
No vive en ese domicilio	1.062	21,2
Larga ausencia	291	5,8
Dirección inexistente	48	1,0
No habla español	36	,7
Difícil acceso	33	,7
Defunción	25	,5
Anulada	26	,5
Incapacidad mental o física	21	,4
Hospitalización	20	,4
Total	4.998	100,0
Otras causas	81	
Total	5.079	

Los motivos de sustitución se han clasificado en dos grandes grupos de incidencias:

1. Individuo no encuestable. En este grupo se incluyen las siguientes situaciones:
 - ☐ Defunción
 - ☐ Dirección inexistente
 - ☐ No vive en ese domicilio
 - ☐ Difícil acceso
 - ☐ Hospitalización
 - ☐ Larga ausencia
2. Falta de respuesta. Las siguientes causas constituyen la falta de respuesta propiamente dicha:
 - ☐ Ausencia reiterada
 - ☐ Negativa rotunda
 - ☐ Incapacidad física o mental
 - ☐ No habla español
 - ☐ Entrevistas realizadas pero anuladas por diferentes motivos en la fase de supervisión

Respecto a la distribución del tipo de incidencia en la muestra teórica (Tabla 17), se observa que el mayor porcentaje corresponde a falta de respuesta de los individuos inicialmente seleccionados (70,4%), mientras que los no encuestables (incidencias del marco) sólo representan el 29,6%.

Tabla 17. Distribución del tipo de incidencia en la muestra teórica

	n	% válido
Falta de respuesta	3.519	70,4
No encuestable	1.479	29,6
Total	4.998	100,0
Otras	81	
Total	5.079	

Si se considera exclusivamente la falta de respuesta (Tabla 18), se observa que prácticamente la totalidad de ella se reparte entre la ausencia (61,9%) y las negativas (35,8%), resultando prácticamente despreciables otras situaciones como la incapacidad física o mental o los problemas con el idioma.

Tabla 18. Distribución de la falta de respuesta

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	2.177	61,9
Negativa	1.259	35,8
Incapacidad física o mental	21	,6
No habla español	36	1,0
Anulada	26	,7
Total	3.519	100

5.3.2.2. Comparación de los individuos que responden y no responden a la encuesta

La comparación entre los individuos que aceptaron participar y aquellos en los que se produjo falta de respuesta no mostró diferencias en función del distrito de pertenencia (Tabla 19). Los porcentajes de falta de respuesta según distrito oscilaron entre el 4,2% para el distrito Centro y 5,6% para Vicálvaro.

Tabla 19. Estado de participación según distrito

	Falta de respuesta		Entrevista realizada		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Centro	148	4,2	381	4,5	529	4,4
Arganzuela	155	4,4	397	4,7	552	4,6
Retiro	178	5,1	400	4,7	578	4,8
Salamanca	162	4,6	400	4,7	562	4,7
Chamartín	162	4,6	406	4,8	568	4,7
Tetuán	150	4,3	401	4,7	551	4,6
Chamberí	163	4,6	401	4,7	564	4,7
Fuencarral	173	4,9	408	4,8	581	4,8
Moncloa	178	5,1	407	4,8	585	4,9
Latina	170	4,8	401	4,7	571	4,7
Carabanchel	162	4,6	399	4,7	561	4,7
Usera	169	4,8	407	4,8	576	4,8
Puente de Vallecas	182	5,2	412	4,8	594	4,9
Moratalaz	193	5,5	407	4,8	600	5,0
Ciudad Lineal	133	3,8	403	4,7	536	4,5
Hortaleza	190	5,4	412	4,8	602	5,0
Villaverde	160	4,5	411	4,8	571	4,7
Villa Vallecas	134	3,8	423	5,0	557	4,6
Vicálvaro	197	5,6	427	5,0	624	5,2
San Blas	195	5,5	411	4,8	606	5,0
Barajas	165	4,7	410	4,8	575	4,8
Total	3.519	100,0	8.524	100,0	12.043	100,0

Valor p=0,204

En la Tabla 20 se muestra el estado de participación según sexo. A pesar de que la falta de respuesta es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres (29,8% vs 28,8%), estas diferencias no alcanzan valores de significación estadística.

Tabla 20. Estado de participación según sexo

	Falta de respuesta		Entrevista realizada		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Hombre	1.671	29,8	3.945	70,2	5.616	100,0
Mujer	1.848	28,8	4.579	71,2	6.427	100,0
Total	3.519	29,2	8.524	70,8	12.043	100,0

Valor p=0,228

Para analizar el estado de participación según nivel de estudios éste se agrupó en tres categorías: primarios (analfabetos, individuos sin estudios o educación primaria), secundarios (bachiller y formación profesional) y superiores (diplomados, universitarios). La falta de respuesta aumenta de forma paralela al nivel de estudios: 27,4% de los individuos con estudios primarios y 32,6% de los que poseen estudios superiores (Tabla 21). Estos resultados se repiten si sólo se incluye en el análisis a los sujetos de 25 años de edad y mayores, que en teoría ya han alcanzado su máximo nivel de estudios (Tabla 22), por lo que las diferencias observadas no se deben al efecto de la edad.

Tabla 21. Estado de participación según nivel de instrucción

	Falta de respuesta		Entrevista realizada		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Primarios	1.226	27,4	3.254	72,6	4.480	100,0
Secundarios	1.579	29,5	3.769	70,5	5.348	100,0
Superiores	675	32,6	1.394	67,4	2.069	100,0
Total	3.480	29,3	8.417	70,7	11.897	100,0

Valor p<0,0001

Tabla 22. Estado de participación según nivel de instrucción (25 años y mayores)

	Falta de respuesta		Entrevista realizada		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Primarios	749	28,5	1.883	71,5	2.632	100,0
Secundarios (bachiller, FP)	1.392	30,1	3.229	69,9	4.621	100,0
Superiores (diplomados, universitarios)	668	32,6	1.381	67,4	2.049	100,0
Total	2.809	30,2	6.493	69,8	9.302	100,0

Valor p=0,009

El análisis del estado de participación según el país de nacimiento muestra que el 36,6% de los inmigrantes no económicos rechazan la participación en la encuesta frente a un 29,5% de los españoles y un 26,2% de los inmigrantes económicos (Tabla 23). Si se excluye del análisis a los inmigrantes no económicos, se observa nuevamente que la diferencia de 3 puntos porcentuales en la falta de respuesta entre españoles (29,5%) e inmigrantes económicos (26,2%) alcanza valores de significación estadística (Tabla 24). Las diferencias en la falta de respuesta en función del país de nacimiento pueden explicarse, entre otras razones, por el desigual nivel de instrucción de los tres grupos analizados, siendo los inmigrantes no económicos los de mayor nivel de estudios (Tabla 25) y por consiguiente, los que mayor porcentaje de falta de respuesta presentan.

Tabla 23. Estado de participación según país de nacimiento

	Falta de respuesta		Entrevista realizada		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
España	3.079	29,5	7.352	70,5	10.431	100,0
Inmigrante no económico	63	36,6	109	63,4	172	100,0
Inmigrante económico	377	26,2	1.063	73,8	1.440	100,0
Total	3.519	29,2	8.524	70,8	12.043	100,0

Valor p=0,003

Tabla 24. Realización de la entrevista según país de nacimiento

	Falta de respuesta		Entrevista realizada		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
España	3.079	29,5	7.352	70,5	10.431	100,0
Inmigrante económico	377	26,2	1.063	73,8	1.440	100,0
Total	3.456	29,1	8.415	70,9	11.871	100,0

Valor p=0,009

Tabla 25. Nivel de estudios según país de nacimiento

	España		Inmigrante no económico		Inmigrante económico		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Primarios (analfabetos, sin estudios, primaria)	8.130	38,6	82	19,2	1.226	31,7	9.438	37,2
Secundarios (bachiller, FP)	9.069	43,1	172	40,4	2.047	53,0	11.288	44,5
Superiores (diplomados, universitarios)	3.854	18,3	172	40,4	592	15,3	4.618	18,2
Total	21.053	100,0	426	100,0	3.865	100,0	25.344	100,0

Valor p<0,0001

Finalmente, el estado de participación en la encuesta varía ligeramente en función de la edad, siendo los individuos con falta de respuesta de mayor edad que los que realizan la entrevista (43,7 años vs 42,7) (Tabla 26).

Tabla 26. Estado de participación en la encuesta según edad

	N	Media	D.E.	IC	Mínimo	Máximo
Falta de respuesta	3.519	43,7	21,7	42,9;44,4	,39	100,40
Entrevista realizada	8.524	42,7	22,4	42,3;43,2	,38	102,61
Total	12.043	43	22,2	42,6;43,4	,38	102,61

Valor p=0,037

5.3.2.3. Estudio de las causas de falta de respuesta

Se analizó la distribución de las diferentes causas de falta de respuesta según edad, sexo, nivel de estudios y país de nacimiento.

En la Tabla 27 se muestra la distribución de las causas de falta de respuesta por sexo. La ausencia es más frecuente en los varones que en las mujeres (64,7% vs 59,3%), mientras que la negativa es más común en mujeres (38,3% vs 33%).

Tabla 27. Distribución de la falta de respuesta según sexo

	Hombre		Mujer		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Ausencia	1.081	64,7	1.096	59,3	2.177	61,9
Negativa	552	33,0	707	38,3	1.259	35,8
Incapacidad física o mental	6	,4	15	,8	21	,6
No habla español	19	1,1	17	,9	36	1,0
Anulada	13	,8	13	,7	26	,7
Total	1.671	100,0	1.848	100,0	3.519	100,0

Valor p=0,006

La distribución de la falta de respuesta según nivel de estudios se muestra en la tabla 28. La ausencia es más frecuente a medida que aumenta el nivel de instrucción (55,7% en estudios primarios y 65,5% en estudios superiores). Por el contrario, la negativa es más común en individuos de menor nivel de instrucción (40,5% en estudios primarios vs 33% en superiores). La incapacidad física o mental y las dificultades con el idioma muestran un gradiente inverso con el nivel de instrucción. Los resultados se repiten si en el análisis sólo se incluye a los individuos que ya han finalizado su periodo de instrucción (25 años y mayores), por lo que las diferencias encontradas no se deben al efecto de la edad (Tabla 29).

Tabla 28. Distribución de la falta de respuesta por nivel de instrucción

	Primarios		Secundarios		Superiores		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Ausencia	683	55,7	1.029	65,2	442	65,5	2.154	61,9
Negativa	497	40,5	521	33,0	225	33,3	1.243	35,7
Incapacidad física o mental	19	1,5	2	,1	-	-	21	,6
No habla español	18	1,5	15	,9	3	,4	36	1,0
Anulada	9	,7	12	,8	5	,7	26	,7
Total	1.226	100,0	1.579	100,0	675	100,0	3.480	100,0

Valor $p < 0,0001$

Tabla 29. Distribución de la falta de respuesta por nivel de instrucción (25 años y mayores)

	Primarios		Secundarios		Superiores		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Ausencia	399	53,3	891	64,0	437	65,4	1.727	61,5
Negativa	319	42,6	476	34,2	224	33,5	1.019	36,3
Incapacidad física o mental	18	2,4	1	,1	-	-	19	,7
No habla español	7	,9	13	,9	2	,3	22	,8
Anulada	6	,8	11	,8	5	,7	22	,8
Total	749	100,0	1.392	100,0	668	100,0	2.809	100,0

Valor $p < 0,0001$

Respecto a las causas de no respuesta en función del país de nacimiento, en la Tabla 30 se observa que la ausencia es más frecuente en los inmigrantes económicos (68,4% frente a 61,1% para los nacidos en España), mientras que la negativa es más habitual en individuos nacidos en nuestro país que en los inmigrantes no económicos o económicos (37,4% vs 33,3% y 22,5%, respectivamente). Los casos de incapacidad física o mental sólo se producen en personas nacidas en España, y los problemas con el idioma son mucho más frecuentes en los inmigrantes de tipo económico (7,7% frente a 3,2% en los inmigrantes no económicos), lo que puede tener que ver con el diferente nivel de instrucción de estos dos últimos colectivos. Por otra parte, se observan 5 casos de individuos nacidos en España que no contestan a la encuesta porque no hablan español; 4 son menores de 2 años y 1 tiene 17 años, 3 de ellos tienen nacionalidad china y los otros 2 española aunque los datos del padrón no permiten conocer el país de origen de los padres.

Tabla 30. Distribución de la falta de respuesta según país de nacimiento

	España		Inmigrante no económico		Inmigrante económico		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Ausencia	1.880	61,1	39	61,9	258	68,4	2.177	61,9
Negativa	1.153	37,4	21	33,3	85	22,5	1.259	35,8
Incapacidad física o mental	21	,7	-	-	-	-	21	,6
No habla español	5	,2	2	3,2	29	7,7	36	1,0
Anulada	20	,6	1	1,6	5	1,3	26	,7
Total	3.079	100,0	63	100,0	377	100,0	3.519	100,0

Valor $p < 0,0001$

En la Tabla 31 se muestra la distribución de las diferentes causas de no respuesta según edad. La causa de no respuesta con una media de edad más elevada es la incapacidad física o mental (75,6 años), probablemente debido a la presencia de limitaciones sensoriales y problemas cognitivos en los ancianos. En el otro extremo, la media de edad más baja (29 años) corresponde a sujetos que no hablan español y que representan en su mayoría a inmigrantes de tipo económico procedentes de países de habla no española.

Tabla 31. Distribución de las causas de no respuesta según edad

	N	Media	D.E.	IC 95%	Mínimo	Máximo
Ausencia	2.177	41,8	20,6	40,9;42,6	,47	96,72
Negativa	1.259	46,8	22,9	45,5;48,1	,39	100,40
Incapacidad física o mental	21	75,6	21,3	65,5;85	14,33	96,93
No habla español	36	29	15,9	23,6;34,3	,83	68,54
Anulada	26	44,3	23,60	34,8;53,9	,61	96,95
Total	3.519	43,7	21,7	42,9;44,4	,39	100,40

D.E.= desviación estándar IC=Intervalo de confianza
Valor $p < 0,0001$

5.3.2.4. Análisis de los motivos de sustitución en función del país de nacimiento

En conjunto se ha contactado o se ha tratado de contactar con 20.512 sujetos: 8.524 (42%) a los que se ha realizado la entrevista y 11.988 (58%) que por una u otra razón, han sido sustituidos. Al estudiar esta distribución en función del país de nacimiento, se observa que en el caso de los inmigrantes (tanto económicos como no económicos) la proporción de sujetos que han sido sustituidos es significativamente mayor (aproximadamente por cada entrevista conseguida se han realizado 2 sustituciones) (Tabla 32).

Si se estudian los motivos más frecuentes de sustitución se encuentra que el porcentaje de inmigrantes económicos entre los que rechazan con *negativa rotunda* la realización de la entrevista (8,5%) es significativamente menor que el de los que no rechazan (12,5%) (Tabla 33). La proporción de cada grupo en el caso de la *ausencia reiterada del domicilio* es semejante (Tabla 34). Sin embargo, el porcentaje de inmigrantes económicos y no económicos entre los que *no vive en ese domicilio* (36,4% y 2,8%) es superior al del grupo que no rechaza (12,5 y 1,3%, respectivamente) (Tabla 35).

Tabla 32. Realización/Sustitución según país de nacimiento

País de nacimiento (p<0,0001)***	Realizadas		Sustituciones		Total	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
España	7.352	43,2	9.652	56,8	17.004	100,0
Inmigrante no económico	109	31,9	233	68,1	342	100,0
Inmigrante económico	1.063	33,6	2.103	66,4	3.166	100,0
Total	8.524	41,6	11.988	58,4	20.512	100,0

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Tabla 33. Negativa rotunda y país de nacimiento

País de nacimiento (p<0,0001***)	No rechaza (realizada)		Negativa rotunda	
	N	% válido	N	% válido
España	7.352	86,2	2.638	90,1
Inmigrante no económico	109	1,3	42	1,4
Inmigrante económico	1.063	12,5	249	8,5
Total	8.524	100,0	2.929	100,06

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Tabla 34. Ausencia reiterada y país de nacimiento

País de nacimiento (p=0,289)	No ausente (realizada)		Ausencia reiterada	
	N	% válido	N	% válido
España	7.352	86,2	4.634	86,7
Inmigrante no económico	109	1,3	80	1,5
Inmigrante económico	1.063	12,5	630	11,8
Total	8.524	100,0	5.344	100,0

Tabla 35. No vive en ese domicilio y país de nacimiento

País de nacimiento (p<0,0001)***	Entrevista realizada		No vive en ese domicilio	
	N	% válido	N	% válido
España	7.352	86,2	1.514	58,8
Inmigrante no económico	109	1,3	73	2,8
Inmigrante económico	1.063	12,5	990	36,4
Total	8.524	100,0	2.577	100,0

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

5.3.3. Conclusiones

- 1) El 60% de la muestra efectiva son sustituciones (32% primeros sustitutos y 27% segundos sustitutos).
- 2) La muestra efectiva total representa un 99,7% de la muestra teórica, contabilizando las 20 entrevistas anuladas posteriormente durante el análisis, por lo que se ha logrado un buen ajuste. No se observan diferencias de ajuste entre la muestra teórica y efectiva en función del distrito.
- 3) Las causas de sustitución más frecuentes han sido la ausencia reiterada (43,6%; más frecuente en los inmigrantes no económicos y en los individuos con mayor nivel cultural), la negativa (25,2%; más frecuente en los de nacionalidad española y en los inmigrantes no económicos) y el no vivir en ese domicilio (21,2%; más frecuente en los inmigrantes, especialmente en los inmigrantes económicos).
- 4) La mayoría de las incidencias producidas en la muestra teórica se debieron a falta de respuesta (70,4%), mientras que las incidencias del marco (individuos no encuestables) representaron el 29,6%, siendo más frecuentes en los inmigrantes. La falta de respuesta propiamente dicha se debió fundamentalmente a ausencia (61,9%) y a negativas (35,8%).
- 5) El estado de participación (entrevista realizada o falta de respuesta) no varía según distrito ni tampoco con el sexo. Sin embargo, la falta de respuesta aumenta de forma paralela al nivel de instrucción (27,4% en estudios primarios y 32,6% en estudios superiores) y es mayor en los inmigrantes no económicos (36,6%) y en los nacidos en España (29,5%) que en los inmigrantes económicos (26,4%), lo que se explica, entre otras razones, por el diferente nivel de instrucción de estos colectivos.
- 6) La causa de falta de respuesta más frecuente en varones es la ausencia mientras que en mujeres es la negativa, aunque las diferencias son similares en ambos sentidos por lo que se anula el posible sesgo. La falta de respuesta aumenta con el nivel de estudios, fundamentalmente a expensas de ausencia reiterada en los niveles altos y a negativa en los bajos, aunque en este caso las diferencias no llegan a compensarse totalmente.
- 7) La falta de respuesta es mayor en los inmigrantes no económicos a expensas fundamentalmente de ausencia reiterada. Esta diferencia se contrarresta en los inmigrantes económicos (los que menor falta de respuesta presentan) por las negativas y los problemas con el idioma.
- 8) La falta de respuesta va ligada a una edad ligeramente superior, especialmente en el caso de incapacidad física o mental.

En resumen, las diferencias observadas en el estado de participación y en las causas de falta de respuesta están fundamentalmente relacionadas con el nivel de instrucción y son de pequeña magnitud, aunque de forma global se podría considerar

que hay cierta hipo-representación de la población inmigrante debido, fundamentalmente, a la movilidad de residencia de este colectivo que hace que un elevado porcentaje de personas inmigrantes en el momento de la encuesta ya no vivan en el domicilio que consta en el padrón.

5.4. Características de la muestra y correspondencia con la población de Madrid

Según los indicadores de estructura de edad del Padrón Municipal a fecha 1 de enero de 2004, la media de edad del total de madrileños es 41,73 (DE=22,28). La media muestral (42,28) es semejante a la poblacional, ya que el límite inferior del IC es muy próximo a la media poblacional, tal como se observa en la Tabla 36.

Tabla 36. Edad media del entrevistado

	Muestra				Padrón*	
	N	Media	(IC 95%)	DE	Media	DE
Edad del entrevistado	8.504	42,28	(41,80;42,76)	22,35	41,73	22,28

* Datos obtenidos de la revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004.

La distribución poblacional según los tramos de edad expuesta en la revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004 se ajusta a la muestral. Las diferentes proporciones de cada tramo de edad se encuentran dentro de los IC calculados para la muestra, salvo el tramo de 25 a 44 años y de 45 a 64 años.

Tabla 37. Tramo etario

Grupo de edad	N	%	% válido	(IC 95%)	% Padrón*
De 0 a 9 años^	700	8,2	8,2	(7,6-8,8)	8,6
De 10 a 14 años^	357	4,2	4,2	(3,8-4,6)	4,1
De 15 a 24 años^	922	10,8	10,8	(10,1-11,5)	11,2
De 25 a 44 años	2727	32,1	32,1	(31,1-33,1)	34,7
De 45 a 64 años	2161	25,4	25,4	(24,5-26,3)	22,6
Más de 65 años^	1637	19,2	19,2	(18,4-20)	18,8
Total	8504	100,0	100,0		100,0

* Datos obtenidos de la revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004.

^ Estratos de edad poblacionales dentro del IC muestral.

La representación de hombres y mujeres de la muestra es similar a la de la población real de la ciudad de Madrid.

Tabla 38. Sexo del entrevistado

Sexo	N	%	% válido	(IC 95%)	% Padrón*
Hombre^	3.928	47,0	47,0	(45,9-48,1)	46,2
Mujer^	4.576	53,0	53,0	(51,9-54,1)	53,8
Total	8.504	100,0	100,0		100,0

* Datos obtenidos de la revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004.

^ Estratos de edad poblacionales dentro del IC muestral.

Los datos obtenidos en la Encuesta de Población Activa (EPA) de la ciudad de Madrid son semejantes a la distribución de la situación laboral del entrevistado en la muestra respecto a la población de Madrid, aunque las proporciones poblacionales quedan fuera del IC.

Tabla 39. Situación laboral del entrevistado mayores de 16 años

Situación laboral	N	%	% válido	(IC 95%)	% EPA*
Trabaja	3.889	53,0	53,0	(51,9-54,1)	54,2
Paro	279	3,8	3,8	(3,4-4,2)	3,3
Estudia	610	8,3	8,3	(7,7-8,9)	7,4
Ama de casa	1.144	15,6	15,6	(14,8-16,4)	13,1
Jubilado/a	1.262	17,2	17,2	(16,3-18,1)	19,3
Otros	152	2,1	2,1	(1,8-2,4)	2,8
Subtotal	7.337	99,9	100,0		100,0
NS/NC	4	,1	,0		-
Total	7.341	100,0	100,0		-

*Encuesta de Población Activa (EPA). Ciudad de Madrid. Series 2003 - 2004

Las distribuciones muestrales y poblacionales en función del lugar de nacimiento son semejantes, registrándose algunas desviaciones.

Tabla 40. Lugar de nacimiento del entrevistado

Lugar de nacimiento	N	%	% válido	(IC 95%)	% Padrón*
Municipio de Madrid	4.633	54,5	54,5	(53,4-55,6)	51,3
CM	195	2,3	2,3	(2,0-2,6)	1,4
Otras CCAA	2.522	29,7	29,7	(28,7-30,7)	30,9
Extranjero	1.150	13,5	13,5	(12,8-14,2)	16,3
Total	8.499	100,0	100,0		100,0

*Población por lugar de nacimiento, Padrón 1 de enero de 2005

Respecto a la nacionalidad, sólo se dispone de los datos de los inscritos con otra nacionalidad por lo que se han calculado los porcentajes de población madrileña con nacionalidad española y con otra nacionalidad. Se observa que la proporción de individuos con otra nacionalidad dentro de la muestra es inferior a la de la población real. Parte de esta diferencia se puede explicar por la proporción que en la encuesta a dicho tener doble nacionalidad y que posiblemente en el momento de realización del padrón se hayan inscrito con su nacionalidad de origen, y por los inmigrantes que han conseguido la nacionalidad española en el periodo de tiempo transcurrido entre la realización del padrón y la encuesta.

Tabla 41. Nacionalidad del entrevistado

Nacionalidad	N	%	% válido	(IC 95%)	% Padrón*
Española	7421	87,3	87,6	(86,9-88,3)	85,0
Otras	916	10,8	10,8	(10,1-11,5)	15,0
Ambas	139	1,6	1,6	(1,3-1,9)	-
Subtotal	8476	99,7	100,0		-
NS/NC	24	,3			-
Total	8.499	100,0			100,0

* Población extranjera, Padrón 1 de enero de 2005

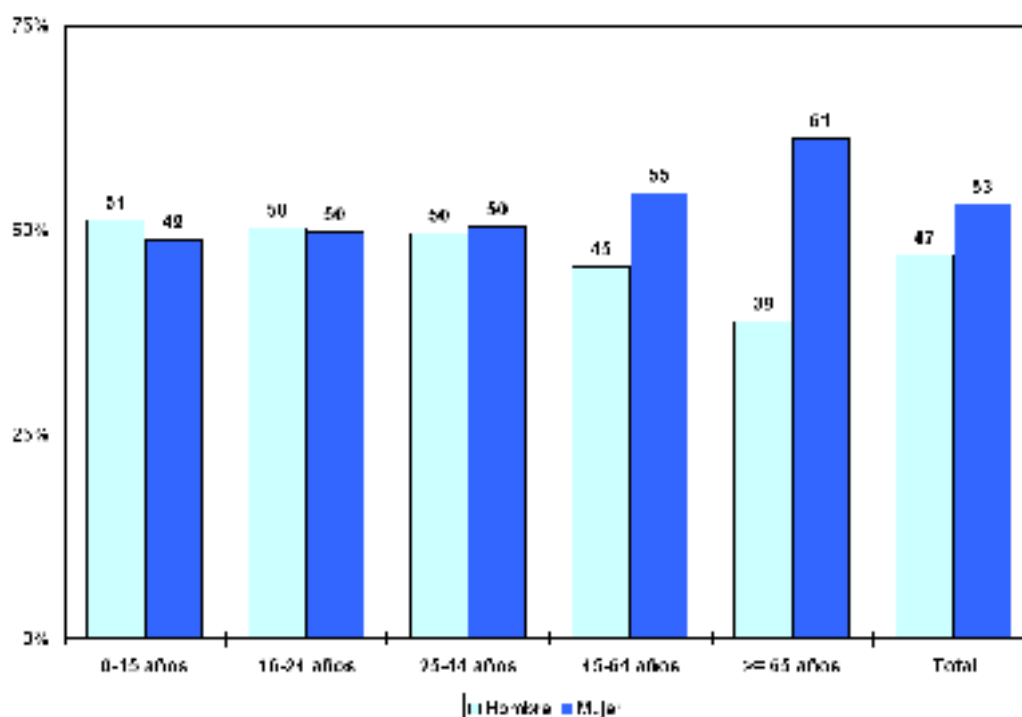
A pesar de que las diferencias en otras nacionalidades se verían reducidas por las consideraciones anteriormente mencionadas, tanto en este caso como en el del lugar de nacimiento, habría menor proporción de extranjeros en la muestra que en el padrón. Esta infra-representación de inmigrantes en la encuesta obedecería a la circunstancia encontrada en el trabajo de campo de una mayor proporción de inmigrantes que en el momento de la encuesta no viven en el domicilio que consta en el padrón.

6. RESULTADOS PRINCIPALES

6.1. Características sociodemográficas de los entrevistados

La muestra estudiada presenta un ligero predominio de mujeres (53% vs 47%). Esta diferencia se produce a expensas de los mayores de 45 años, habiendo un 10% más de mujeres en el grupo de 45-64 años, y un 22% en el grupo de 65 ó más años.

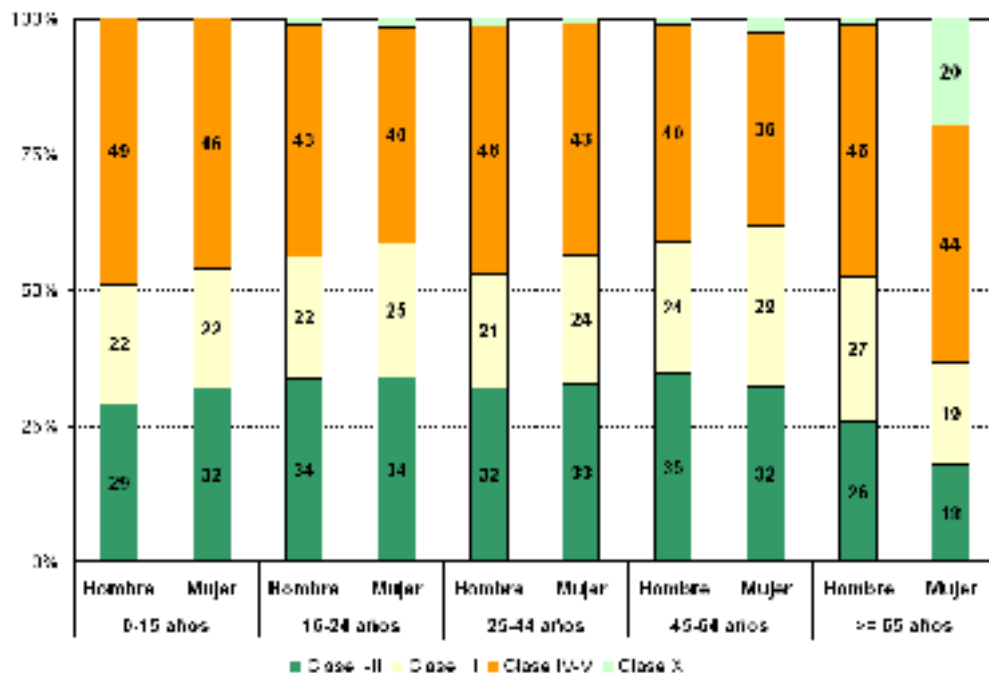
Gráfico 1. Distribución de la población según sexo y edad



La distribución de la clase social según la edad y el género presenta ligeras oscilaciones. A primera vista, no se encuentran asociaciones muy relevantes entre la clase social y la edad. Sin embargo, se observa un patrón muy similar entre los grupos de 0-15 años y 25-44 años por un lado, y los de 16-24 años y 45-64 años por el otro. Estas similitudes se pueden explicar por el hecho de que la clase social del grupo 0-15 años está definida por la clase social de sus padres, que en gran proporción se encontrarían en el grupo 25-44 años. Ocurriendo algo semejante entre el grupo de 16-24 años y 45-64 años. El grupo de mayores de 65 años tiene menor proporción de sujetos de clases I y II, especialmente en el grupo de mujeres. Este fenómeno se explica por la importante proporción de mujeres de esta edad clasificadas en el grupo X (personas que nunca han trabajado y que son los sustentadores principales de su hogar con la pensión que perciben), debido a la falta de información para poder clasificarlas en alguno de los otros grupos, lo que dificulta la comparación de la clase X con el resto de las clases sociales definidas.

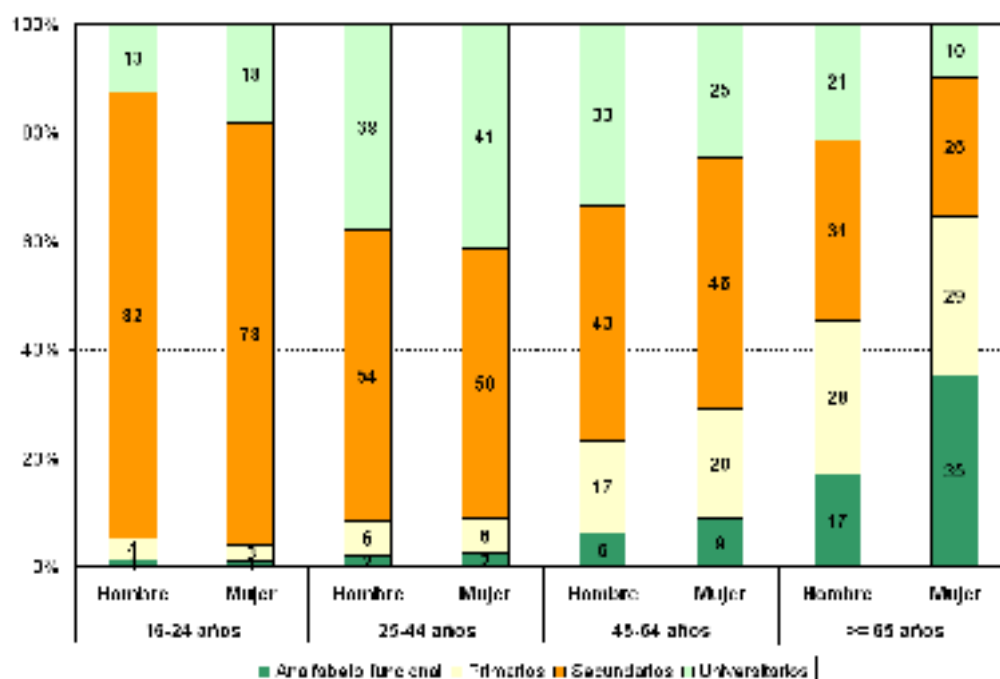
Dentro de cada grupo de edad, no se observan diferencias por género en la distribución de la clase social, excepto el fenómeno mencionado previamente en el grupo de mayores de 65 años.

Gráfico 2. Distribución la población según clase social



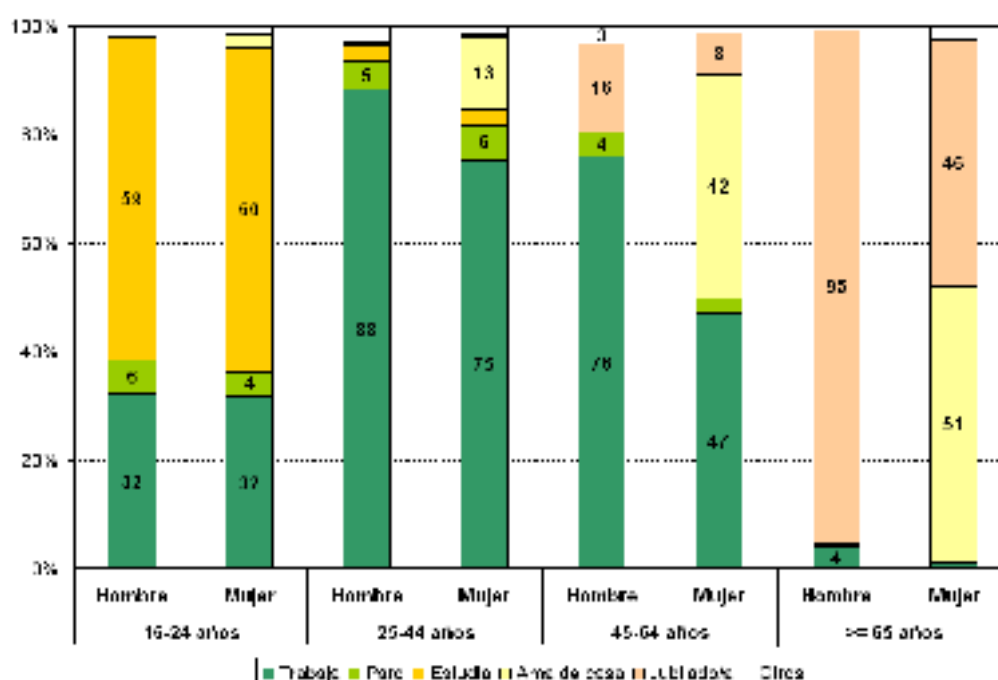
En el nivel de estudios se encuentran importantes asociaciones ligadas a la edad y al sexo. La proporción de analfabetos funcionales se incrementa de forma geométrica con la edad, apareciendo diferencias por género a partir de los 45 años, siendo la diferencia muy llamativa en el grupo de 65 ó más años en el que la proporción de analfabetos funcionales en las mujeres es el doble que en los varones. Los estudios universitarios son ligeramente más frecuentes en mujeres que en varones en los menores de 45 años, observándose el fenómeno contrario en los mayores de esta edad.

Gráfico 3. Distribución de la población según nivel de estudios



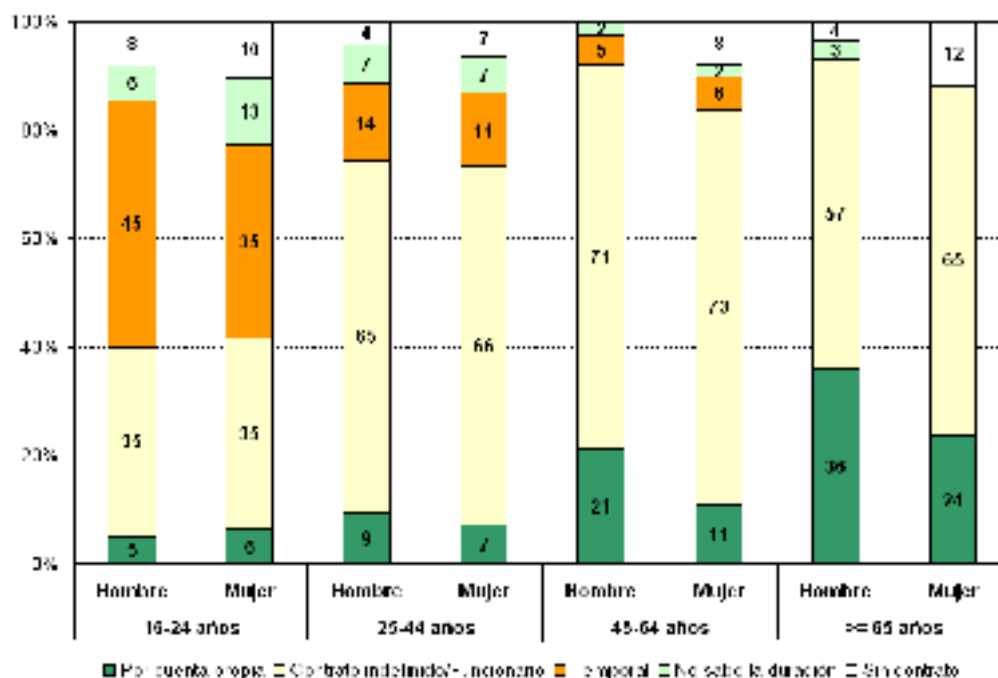
La situación laboral se encuentra fuertemente asociada a la edad en ambos géneros, y al género a partir de los 25 años. En los menores de 24 años predominan los estudiantes, siendo la distribución de la situación laboral muy semejante en ambos sexos. Entre los 25 y los 64 años prevalecen los sujetos que trabajan, aunque comienzan a observarse importantes diferencias por género, a expensas fundamentalmente de las amas de casa. En el grupo de 45 a 64 años llama la atención la importante proporción, sobre todo de varones, que están jubilados (jubilación anticipada e invalidez profesional). Por último, en los de 65 años y mayores las diferencias más importantes se explican porque el 50% de las mujeres son amas de casa mientras que más del 90% de los hombres están jubilados.

Gráfico 4. Distribución de la población según situación laboral



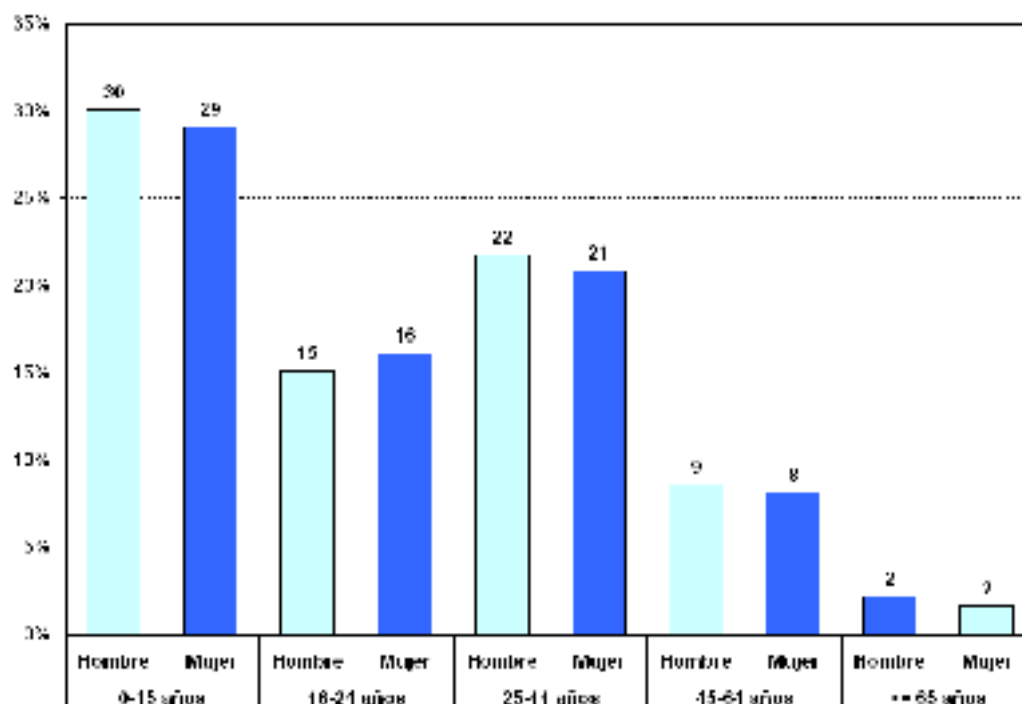
El tipo de contrato laboral presenta una fuerte asociación con la edad y el género. En el grupo más joven la contratación temporal es más frecuente en los hombres mientras que el desconocimiento de la duración del contrato o el trabajar sin contrato son situaciones más frecuentes en mujeres. En términos generales se observa una disminución de la proporción de contratos temporales con el incremento de la edad. El porcentaje de contratos indefinidos aumenta a partir de los 24 años, con una frecuencia similar en ambos sexos en todos los grupos de edad. La proporción de trabajadores sin contrato es más elevada en los grupos de menor y mayor edad; esta situación laboral es más frecuente en mujeres que en varones en todos los grupos de edad. El trabajo como autónomo es más habitual en varones que en mujeres, excepto en el grupo de 16 a 24 años donde es ligeramente más frecuente en las mujeres, y aumenta con la edad.

Gráfico 5. Distribución de la población según tipo de relación laboral



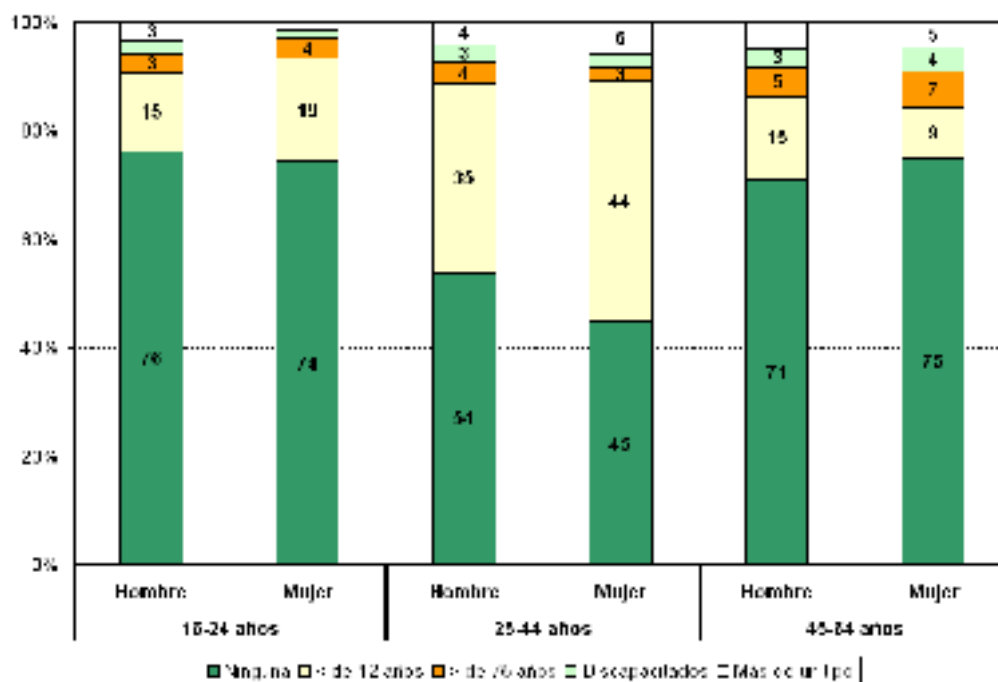
El grupo de edad con mayor proporción de inmigrantes es el de 0 a 15 años (casi la tercera parte de los madrileños de este grupo de edad son hijos de inmigrantes económicos), seguido del grupo de 25 a 44 años. El estatus de inmigrante económico viene dado por el sustentador del hogar ya que muchos individuos de este grupo han podido nacer en España. En todos los grupos de edad la proporción de mujeres es ligeramente inferior a la de hombres excepto en el de 16 a 24 años.

Gráfico 6. Proporción de inmigrantes económicos en la población



Entre los adultos, el grupo de edad en el que es más frecuente la convivencia con personas que requieren cuidados (discapacitados, menores de 12 años ó mayores de 75 años) es el de 25-44 años. Dentro de este grupo, la proporción de mujeres que conviven con menores de 12 años es mayor que la de hombres, mientras que en el de 45-64 años es mayor el porcentaje de hombres que conviven con menores de 12 años, lo que podría explicarse por la paternidad más tardía de los varones. Por último, la convivencia con mayores de 75 años es más frecuente en el grupo de 45-64 años, especialmente en las mujeres.

Gráfico 7. Distribución de la población según la convivencia con personas que requieren cuidados especiales y/o personas > de 75 años y/o < de 12 años



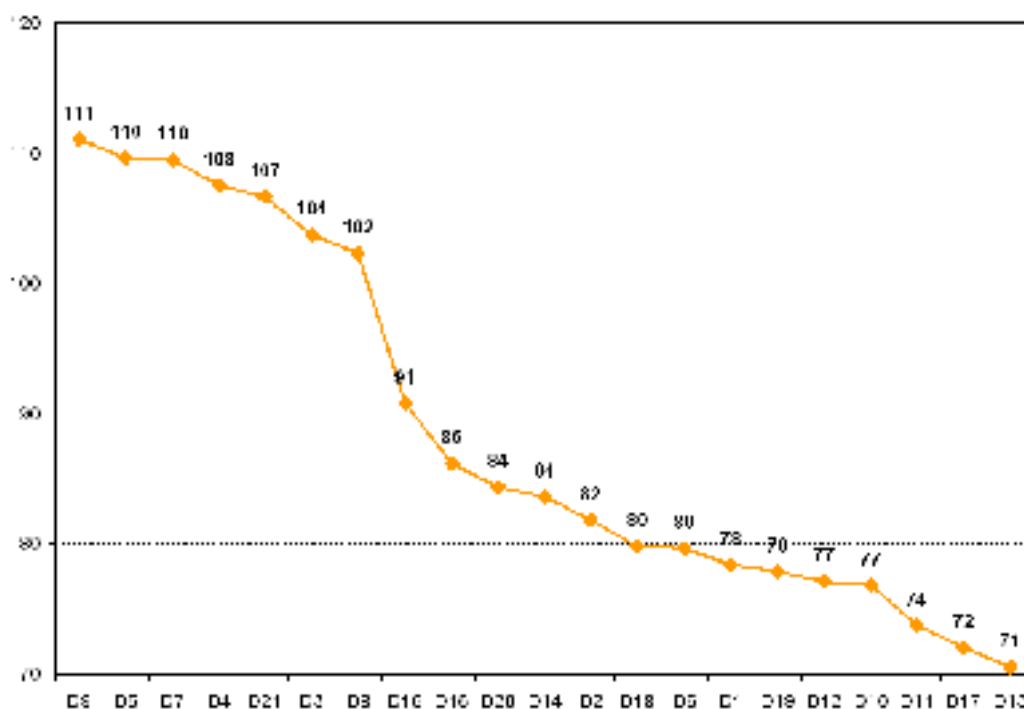
6.2. Características de la vivienda y el entorno

Uno de los aspectos que más influyen en la salud de las personas es el entorno en el que viven. En este apartado centraremos la atención en la descripción de las principales características de la vivienda y el barrio en el que viven los madrileños.

6.2.1. Vivienda

El ciudadano medio de la ciudad de Madrid dispone de una vivienda de 87 metros² útiles. Los distritos donde se concentran las viviendas con mayor superficie son Chamberí y Chamartín con 110 m², y Moncloa con 111 m². Por el contrario, los distritos con las viviendas más pequeñas son Carabanchel, Villaverde y Puente de Vallecas (74, 72 y 71 m² útiles). Se percibe una correlación positiva entre los niveles de renta y los metros de la vivienda, estando situadas las viviendas de mayor superficie en los distritos con niveles de renta más elevados y viceversa.

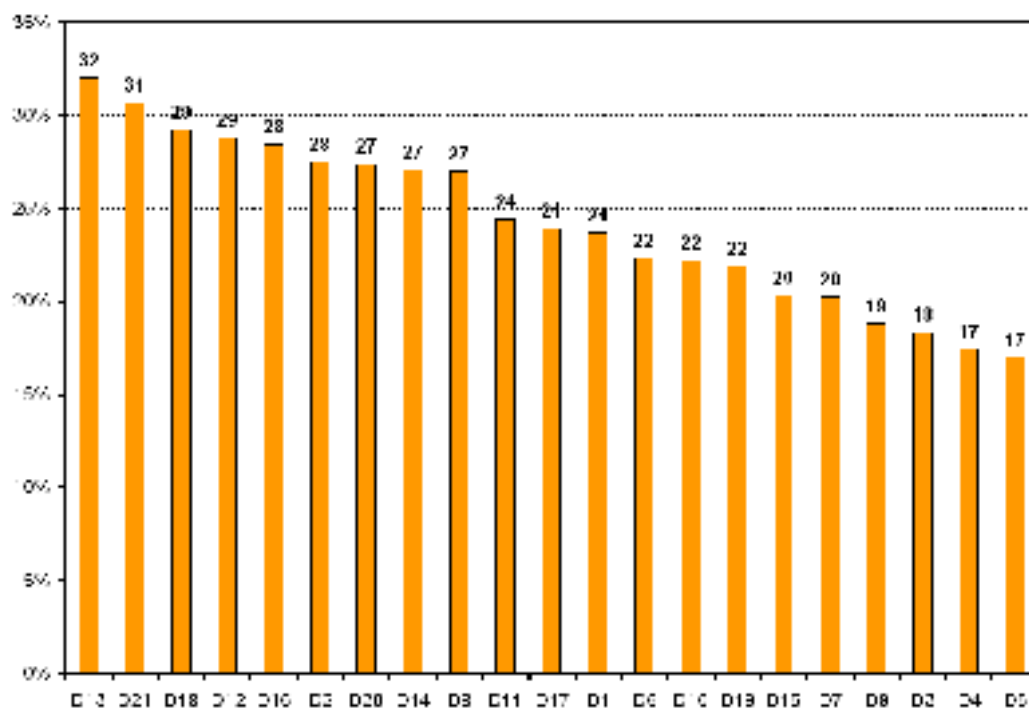
Gráfico 8. Distribución de los metros² de vivienda por persona según distrito



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

En cuanto a la existencia de animales domésticos en el hogar, 1 de cada 4 hogares madrileños tienen al menos uno. Los distritos con mayor proporción de hogares con animales domésticos son Puente de Vallecas, Barajas y Villa de Vallecas, mientras que Retiro, Salamanca y Chamartín son los que presentan menor porcentaje de hogares con animales domésticos.

Gráfico 9. Proporción de hogares con animales domésticos en el hogar según distrito



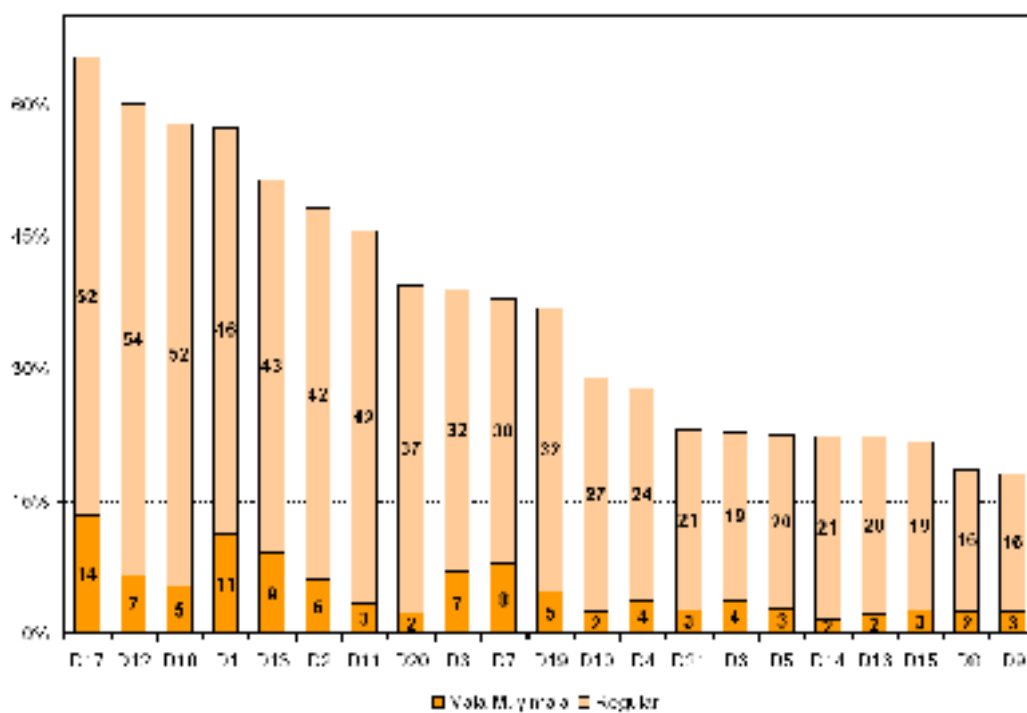
D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.2.2. Entorno

6.2.2.1. Calidad del medio ambiente

El 63,6% de los madrileños valora la calidad del medio ambiente como muy buena o buena. Los distritos con mayores niveles de insatisfacción, respecto a la calidad del medio ambiente son Villaverde, Usera, Villa de Vallecas, Centro y Puente de Vallecas; por el contrario, Latina, Moratalaz, Hortaleza y Fuencarral son los que presentan menor nivel de insatisfacción.

Gráfico 10. Valoración de la calidad del medio ambiente según distrito



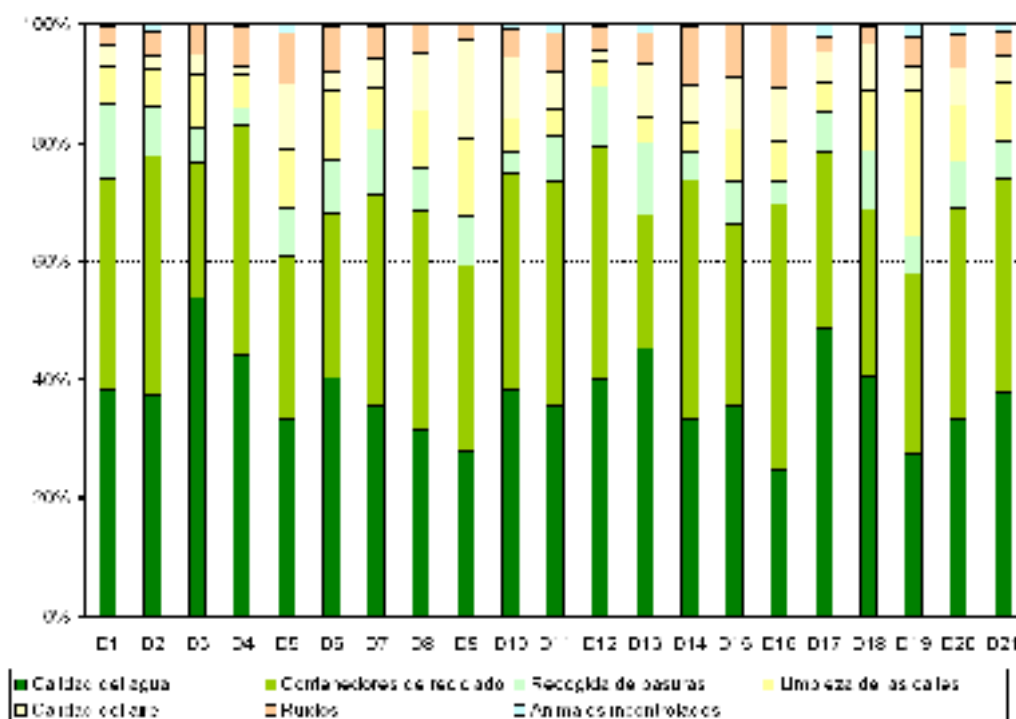
D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.2.2.2. Aspectos concretos del barrio

6.2.2.2.1. Aspectos medioambientales

En el siguiente gráfico se presentan los aspectos medioambientales valorados como especialmente buenos según distrito. En general, el aspecto más destacado es la calidad del agua, seguido por los contenedores de reciclado. En el distrito de Vicálvaro la valoración de la limpieza de las calles es mucho más llamativa que en el resto de los distritos.

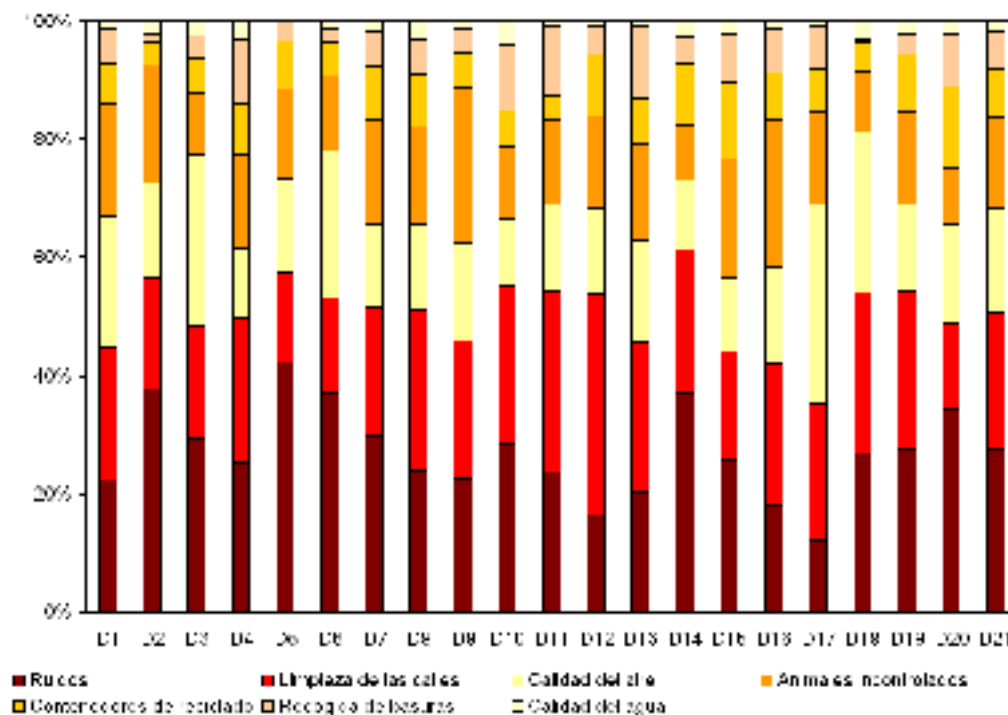
Gráfico 11. Aspectos medioambientales del barrio valorados especialmente buenos según distrito



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

En contraposición, en el Gráfico 12 se muestran los aspectos medioambientales valorados más negativamente. En la mayoría de los distritos los aspectos peor considerados son el ruido, la limpieza de las calles y la calidad del aire. Chamartín y Moratalaz son los distritos que más se quejan del ruido; Carabanchel y Usera los que peor evalúan la limpieza de las calles y Villaverde y Retiro los que muestran más reclamaciones en relación a la calidad del aire.

Gráfico 12. Aspectos medioambientales del barrio peor valorados según distrito

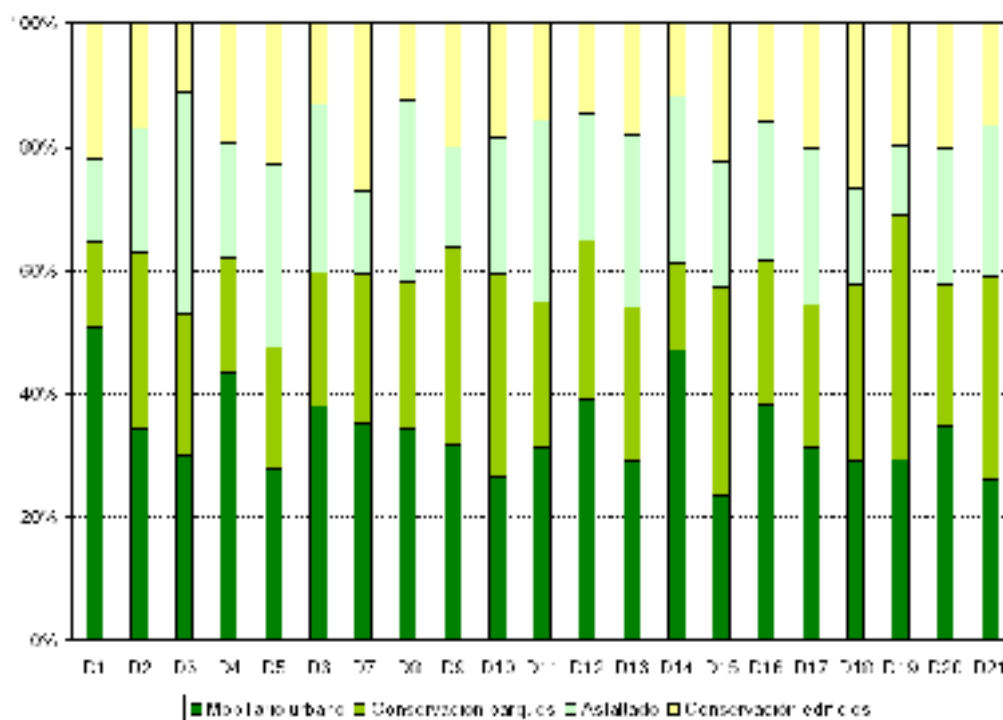


D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.2.2.2. Aspectos urbanísticos

El aspecto urbanístico más considerado como especialmente bueno es el mobiliario urbano, principalmente en los distritos Centro y Moratalaz.

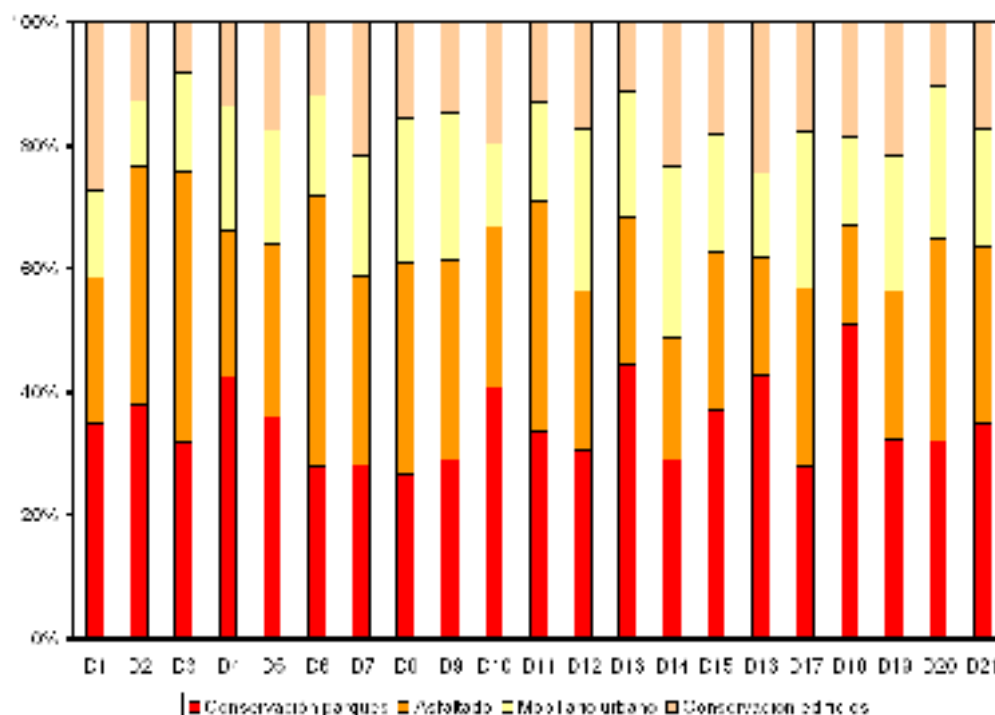
Gráfico 13. Aspectos urbanísticos del barrio valorados especialmente buenos según distrito



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

Entre los aspectos peor valorados destacan la conservación de parques y jardines, especialmente en los distritos de Villa Vallecas, Puente de Vallecas, Hortaleza y Salamanca. Otro aspecto que se valora negativamente es el asfaltado, sobre todo en Retiro, Tetuán y Arganzuela.

Gráfico 14. Aspectos urbanísticos del barrio peor valorados según distrito

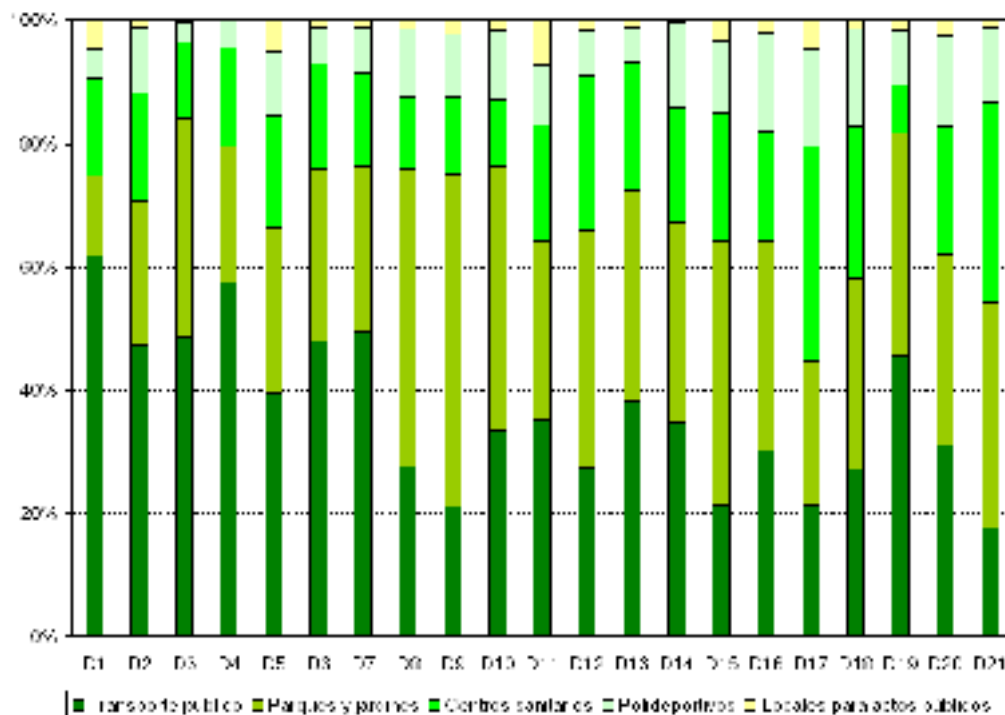


D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.2.2.2.3. Equipamiento

El transporte público y la dotación de parques y jardines son los equipamientos del barrio más considerados como especialmente buenos en la mayoría de los distritos. La consideración positiva de los centros sanitarios es especialmente importante en los distritos de Villaverde y Barajas.

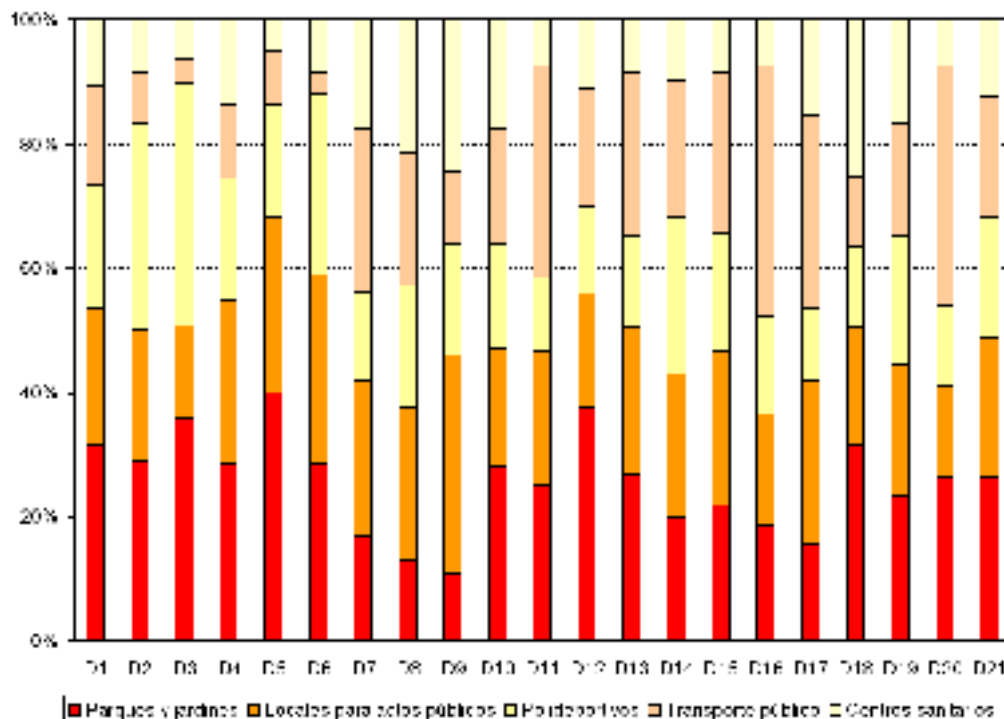
Gráfico 15. Equipamientos del barrio valorados especialmente buenos según distrito



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

Los parques y jardines son equipamientos urbanos valorados de forma negativa en algunos distritos, especialmente Chamartín, Usera, Retiro y Villa Vallecas. La consideración negativa de la disponibilidad de locales para actos públicos es similar en todos los distritos. El transporte público es especialmente mal valorado en los distritos de Hortaleza, San Blas y Carabanchel. Por último, el equipamiento en centros de salud tiene una consideración muy negativa en los distritos de Moncloa y Villa Vallecas.

Gráfico 16. Equipamientos del barrio peor valorados según distrito

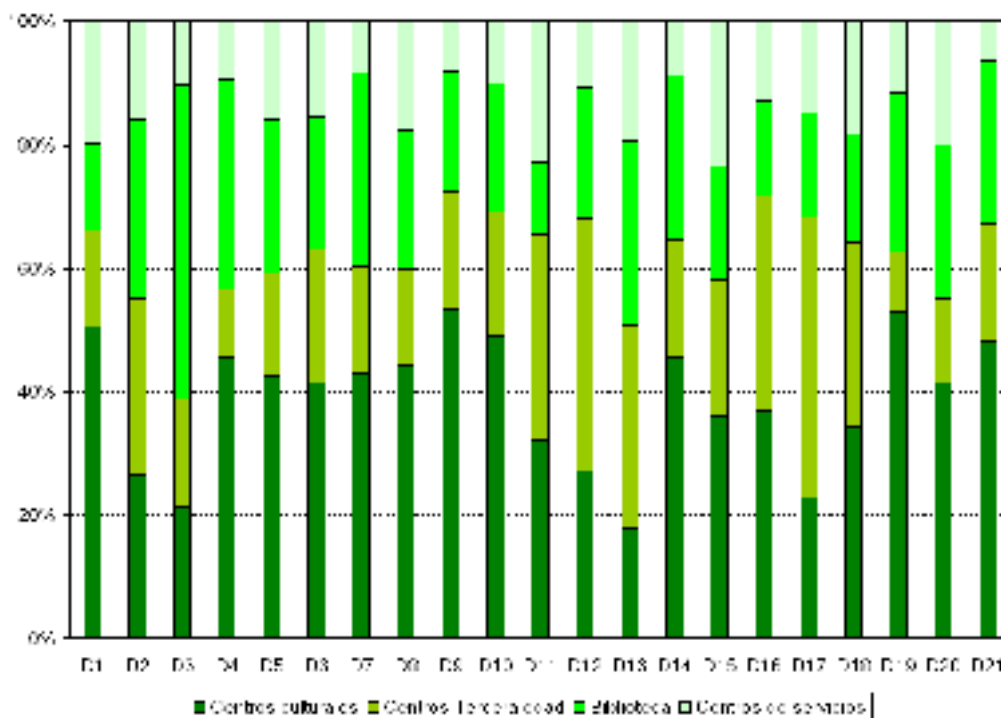


D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.2.2.2.4. Aspectos culturales

En la mayoría de los distritos los dos aspectos culturales más valorados como buenos son los centros culturales y los de la tercera edad. Los centros culturales se perciben como aspectos especialmente buenos en Vicálvaro, Moncloa y Centro. Los centros de la tercera edad destacan en Villaverde, Usera, Carabanchel y Hortaleza. En el distrito de Retiro la oferta de bibliotecas es un aspecto valorado muy positivamente.

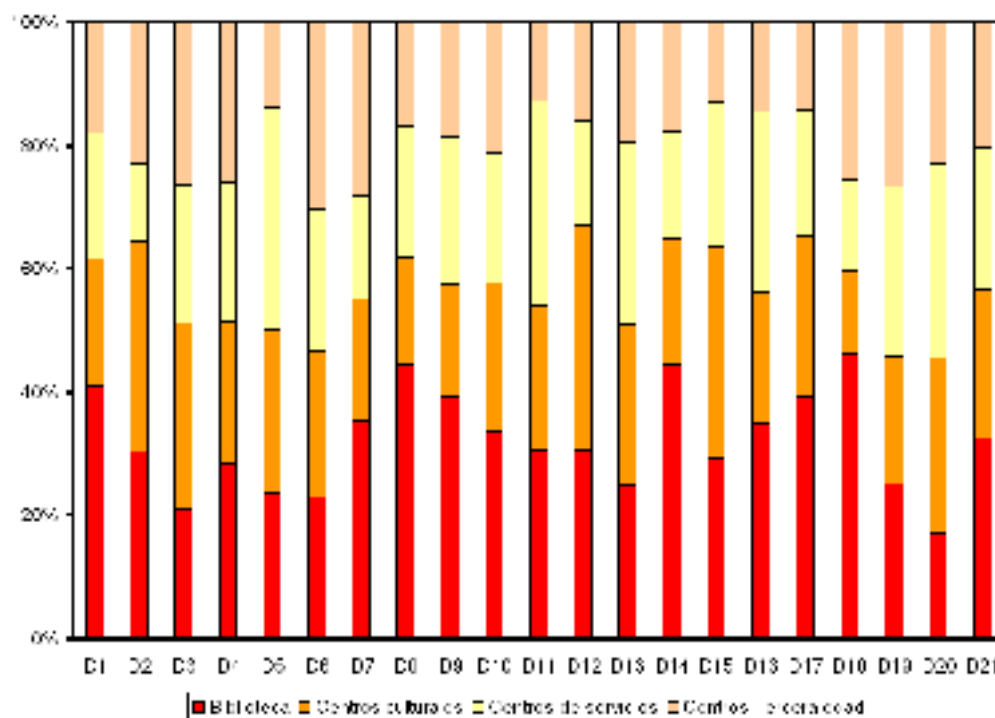
Gráfico 17. Aspectos culturales y sociales del barrio valorados especialmente buenos según distrito



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

En cuanto a la consideración negativa de diferentes aspectos culturales y sociales, no se observan datos especialmente llamativos. Los resultados permiten afirmar que la demanda de bibliotecas es importante en los distritos de Villa Vallecas, Moratalaz, y Fuencarral mientras que los centros culturales son más necesarios en Retiro, Puente de Vallecas y Hortaleza.

Gráfico 18. Aspectos culturales y sociales del barrio valorados especialmente malos según distrito



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.3. Estado de salud y calidad de vida

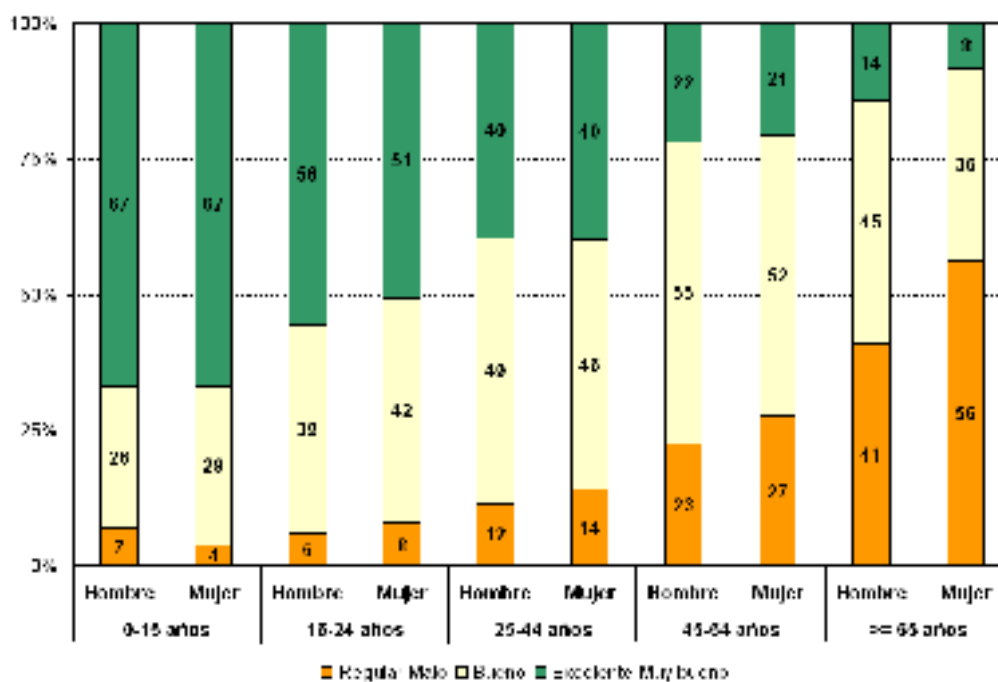
6.3.1. Estado de salud

6.3.1.1. Percepción del estado de salud

La percepción subjetiva del estado de salud es un indicador muy importante en todas las encuestas ya que sintetiza de forma muy sencilla el diagnóstico de salud de una población al agrupar un gran conglomerado de aspectos objetivos y subjetivos. En la ESCM'05, además de diagnosticar el estado de salud de la población, se han estimado los años de vida en buena salud de los madrileños.

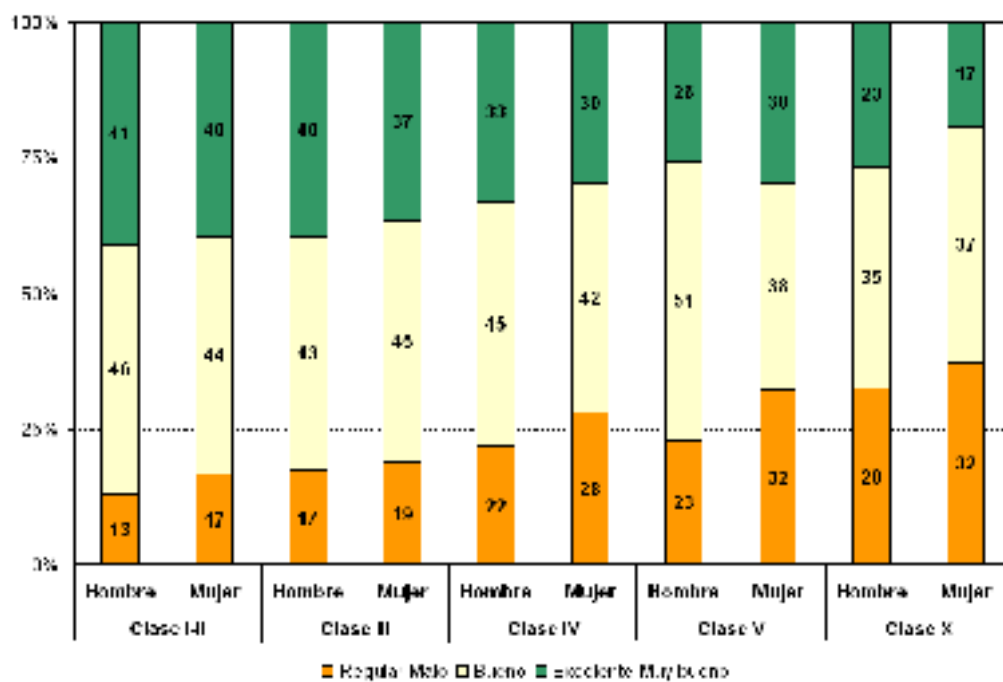
En general, la población de Madrid goza de buena salud, ya que el 79% valora su estado de salud como excelente/muy bueno/bueno (77% en adultos y 95% en niños). La percepción de un estado de salud como excelente/muy bueno, disminuye con la edad, no encontrándose diferencias relevantes asociadas al género. Por el contrario, la proporción de sujetos que percibe su estado de salud como regular o malo se incrementa con la edad, siendo ligeramente superior en las mujeres de 16 a 64 años, y muy superior en las de 65 ó más años.

Gráfico 19. Percepción del estado de salud según sexo y edad



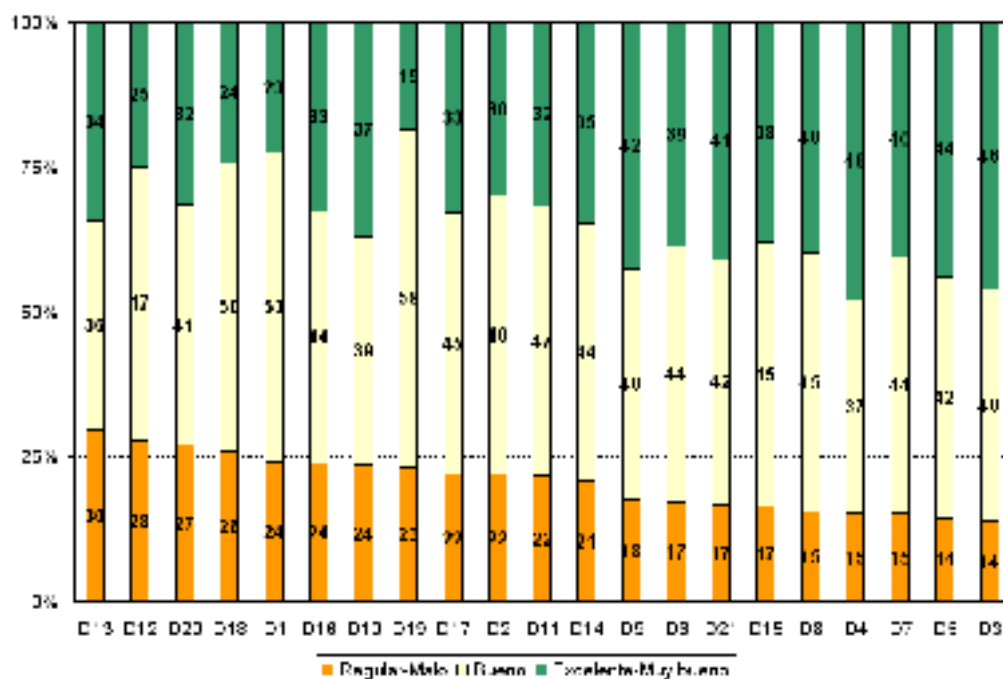
La proporción de individuos que perciben su estado de salud como excelente o muy bueno disminuye a medida que desciende la clase social sin observarse diferencias importantes por sexo. Por el contrario, la proporción de sujetos que considera su estado de salud regular o malo aumenta al disminuir la clase social.

Gráfico 20. Percepción del estado de salud según clase social estandarizada por edad



En líneas generales se observa una correlación positiva entre la percepción del estado de salud y el nivel de renta del distrito en el que vive el individuo, aunque esta asociación también puede estar mediada por otros factores (renta individual, clase social, nivel cultural).

Gráfico 21. Percepción del estado de salud según distrito estandarizado por sexo y edad.



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

En el análisis multivariante, la probabilidad de tener una salud percibida *Regular-Mala* frente a la probabilidad de no tenerla es 1,4 veces superior en la mujer (OR=1,4), aumenta significativamente con la edad a partir de los 25 años (OR de los ≥ 65 =16,1) y es más elevada en las clases sociales más bajas (OR de la clase V=2,5).

Tabla 42. Asociación entre Salud percibida Regular-Mala y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.874	1		
Mujer	4.504	1,4	(1,3-1,6)	<0,001
Edad				
0-15 años	1.118	1		
16-24 años	794	1,2	(0,8-1,8)	ns
25-44 años	2.702	2,5	(1,9-3,3)	<0,001
45-64 años	2.138	6,3	(4,8-8,3)	<0,001
≥ 65 años	1.626	16,1	(12,1-21,2)	<0,001
Clase social				
I-II	2.567	1		
III	1.970	1,4	(1,2-1,7)	<0,001
IV	2.631	2,2	(1,9-2,5)	<0,001
V	916	2,5	(2,0-3,1)	<0,001
X	294	2,1	(1,6-2,8)	<0,001

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

6.3.1.2. Esperanza de vida en buena salud (EVBS)

Los datos de salud autopercebida se han utilizado como base para estimar la esperanza de vida en buena salud de los ciudadanos de Madrid, por grupos de edad y sexo (Gráfico 22). Para su cálculo se han utilizado las categorías *Excelente-Muy bueno-Bueno* de la pregunta de estado de salud percibida. Al nacer, la esperanza media de vida es de 81,6 años (77,7 en hombres y 84,9 mujeres), de los que 63,4 años se vivirán con buena salud (63,3 en hombres y 63,5 en mujeres).

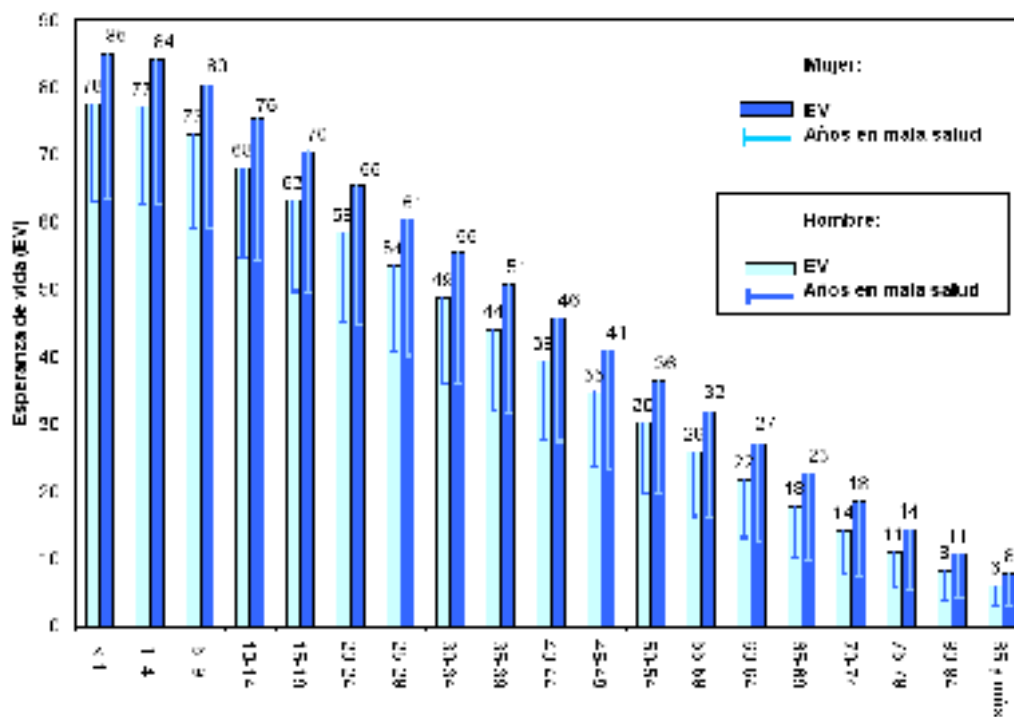
Gráfico 22. Estimación de EVBS

Grupos de edad	EV vs EVBS					
	Total		Hombres		Mujeres	
	EV*	EVBS	EV*	EVBS	EV*	EVBS
< 1	81,6	63,4	77,7	63,3	84,9	63,5
1- 4	80,9	62,8	77,1	62,7	84,3	62,9
5- 9	77,0	59,1	73,1	59,1	80,3	59,1
10-14	72,0	54,4	68,2	54,7	75,4	54,2
15-19	67,1	49,7	63,2	49,8	70,4	49,5
20-24	62,2	45,0	58,4	45,1	65,5	44,7
25-29	57,4	40,5	53,6	40,6	60,6	40,3
30-34	52,5	36,0	48,8	36,2	55,6	35,9
35-39	47,7	31,8	44,0	31,9	50,7	31,7
40-44	42,9	27,6	39,3	27,7	45,9	27,5
45-49	38,3	23,6	34,7	23,8	41,2	23,4
50-54	33,7	19,7	30,2	19,8	36,5	19,6
55-59	29,2	16,2	25,9	16,3	31,8	16,1
60-64	24,8	12,9	21,7	13,1	27,3	12,8
65-69	20,6	10,0	17,8	10,2	22,8	9,7
70-74	16,7	7,7	14,2	8,0	18,5	7,4
75-79	13,1	5,6	11,0	5,7	14,4	5,5
80-84	9,9	4,0	8,2	3,7	10,8	4,1
85 y más	7,3	2,9	6,1	2,9	7,8	2,9

*Fuente datos demográficos: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004 y Movimiento Natural de Población del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Como se observa en el Gráfico 23, los años de vida en buena salud (área de la EV menos el área de los años vividos en mala salud), no muestran diferencias por sexo. Hay que destacar que las mujeres viven más años, aunque estos años son años en mala salud.

Gráfico 23. Distribución de la EVBS según edad y sexo



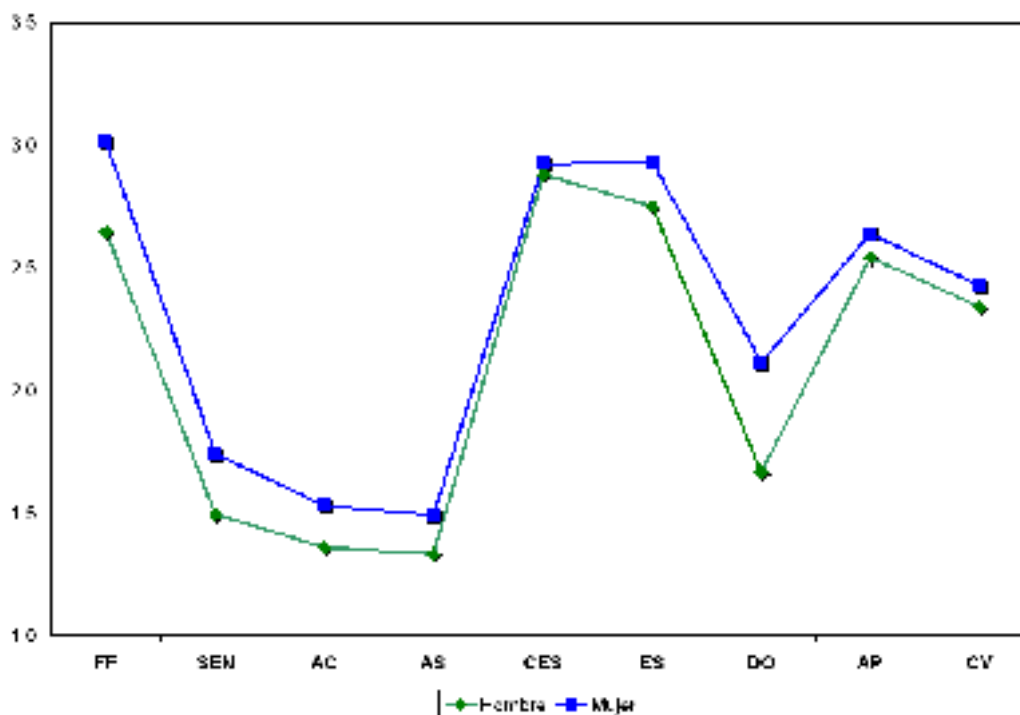
6.3.2. Calidad de vida

Además del estado de salud de una población es importante conocer su calidad de vida. Se han utilizado dos instrumentos para medir la calidad de vida, uno dirigido a la población adulta (Coop/WONCA) y otro a la población infantil (versión piloto del Kidscreen). El Coop/WONCA analiza las siguientes dimensiones: forma física (FF), sentimientos (SEN), actividades cotidianas (AC), actividades sociales (AS), cambio en el estado de salud (CES), dolor (DO), apoyo social (AP) y calidad de vida (CV). La versión piloto del Kidscreen-20 mide cinco dimensiones: física, psicológica, autonomía, relación con los padres y relaciones con los amigos y la escuela, tanto desde la perspectiva de los padres como desde la perspectiva de los niños.

6.3.2.1. Calidad de vida de la población adulta

La calidad de vida de las mujeres es significativamente inferior a la de los hombres en todas las dimensiones estudiadas, siendo las diferencias más marcadas en el caso del dolor y menos importantes en los cambios en el estado de salud referidos a las dos semanas anteriores. En cuanto a la puntuación total del test Coop/WONCA los hombres alcanzan una puntuación de 19 y 20,8 las mujeres.

Gráfico 24. Calidad de vida según sexo



En los hombres, la calidad de vida empeora con la edad en prácticamente todas las dimensiones, siendo el empeoramiento especialmente importante en la forma física y en el estado de salud. En la dimensión cambios en el estado de salud, apenas aparecen diferencias por edad.

El sumatorio del test Coop/WONCA en función de la edad (Gráfico 26) muestra unos resultados similares a los comentados, con un incremento de la puntuación a medida que aumenta la edad, lo que indica un empeoramiento de la calidad de vida con la edad.

Gráfico 25. Calidad de vida de los hombres según edad

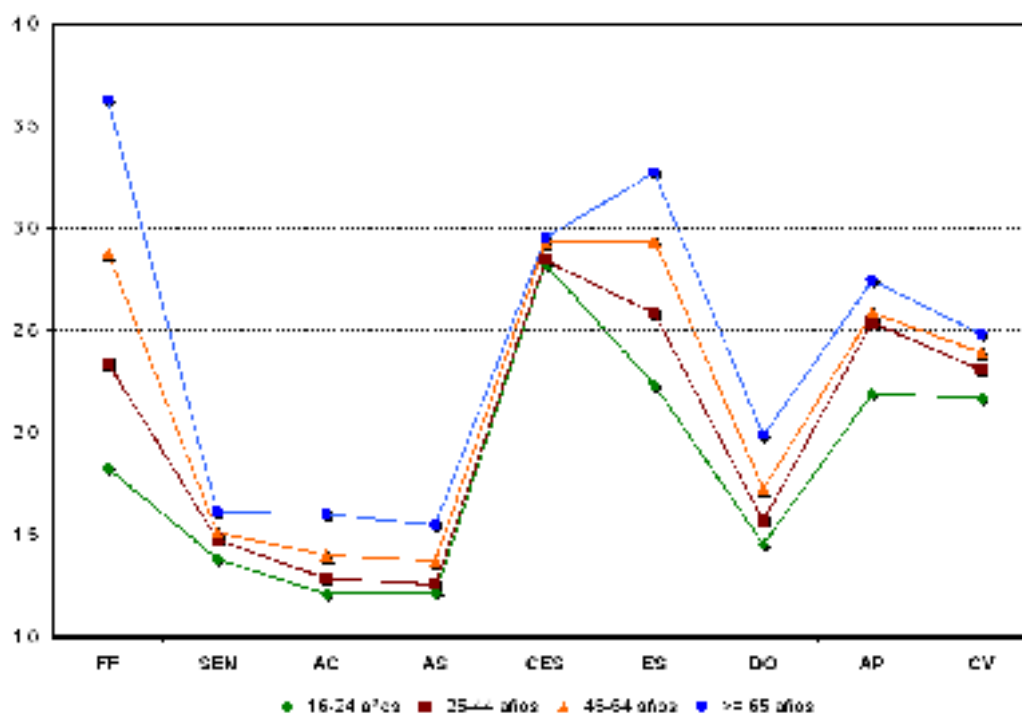


Gráfico 26. Puntuación del sumatorio del test de Coop/WONCA: Calidad de vida en los hombres por edad

Grupos de edad	Calidad de vida: Coop Wonca (sumatorio)
16-24 años	16,5
25-44 años	18,2
45-64 años	19,7
> 65 años	21,8

En las mujeres, el patrón de cambios en las dimensiones de calidad de vida con la edad es más llamativo que en los hombres. En el género femenino las dimensiones que más se deterioran son: forma física, estado de salud, dolor y actividades cotidianas. El deterioro de estas cuatro dimensiones es especialmente marcado en el grupo de 65 ó más años. Los resultados del sumatorio del Coop/WONCA indican que el deterioro de la calidad de vida que se produce con la edad es más importante en las mujeres que en los hombres (Gráfico 28).

Gráfico 27. Calidad de vida de las mujeres según la edad

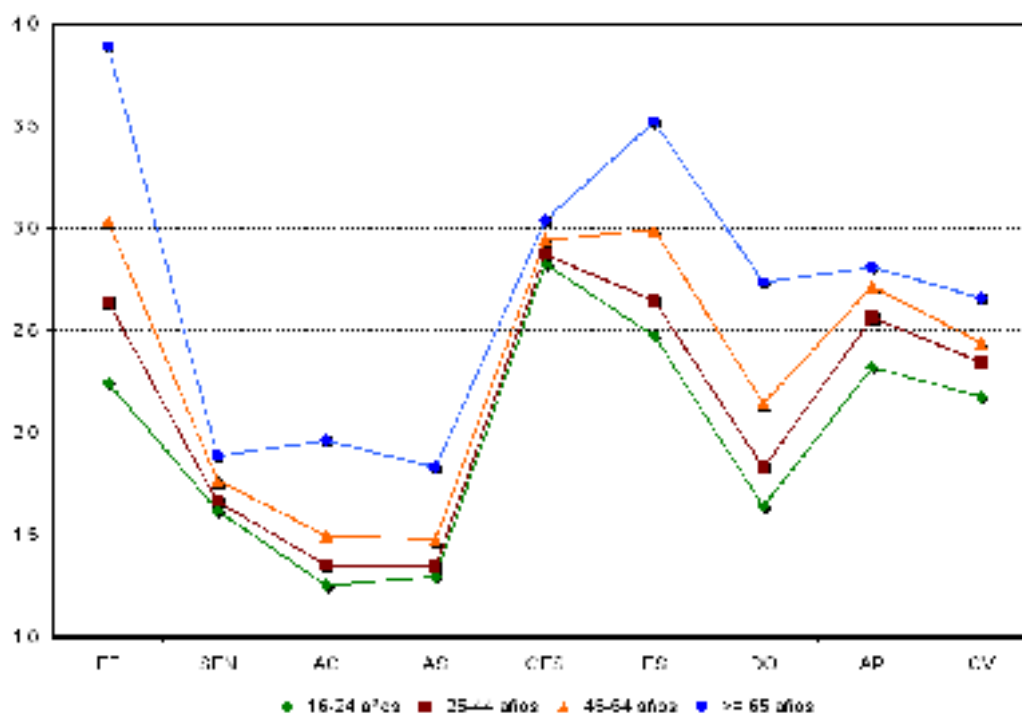
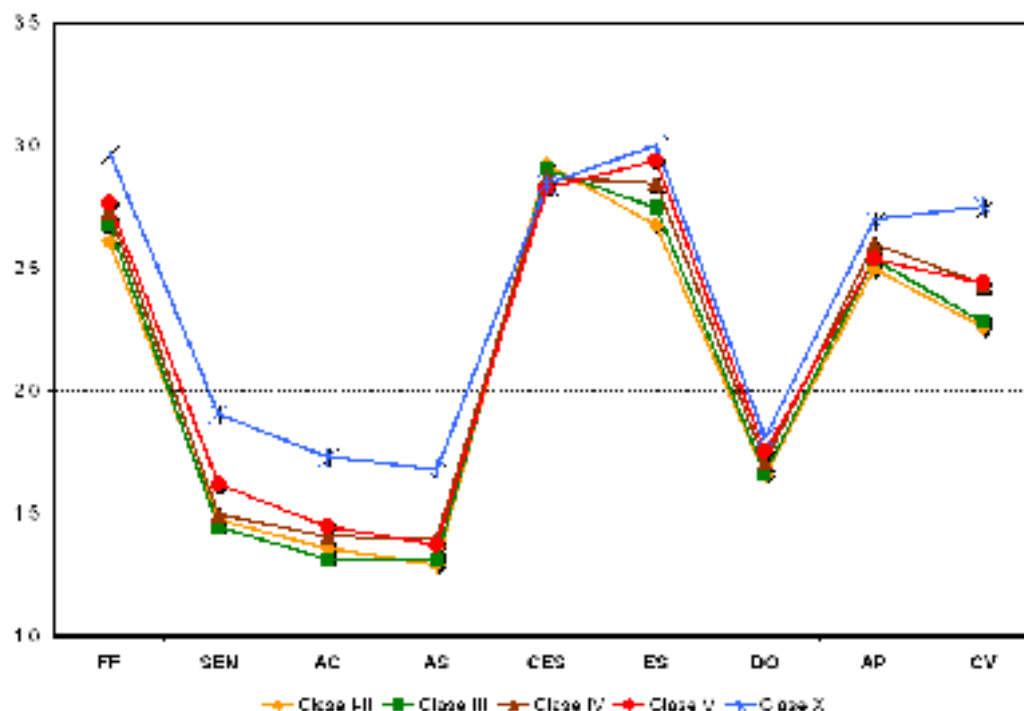


Gráfico 28. Puntuación del sumatorio del test de Coop/WONCA: Calidad de vida en las mujeres por edad

Grupos de edad	Calidad de vida: Coop Wonca (sumatorio)
16-24 años	17,8
25-44 años	19,3
45-64 años	21,0
> 65 años	24,4

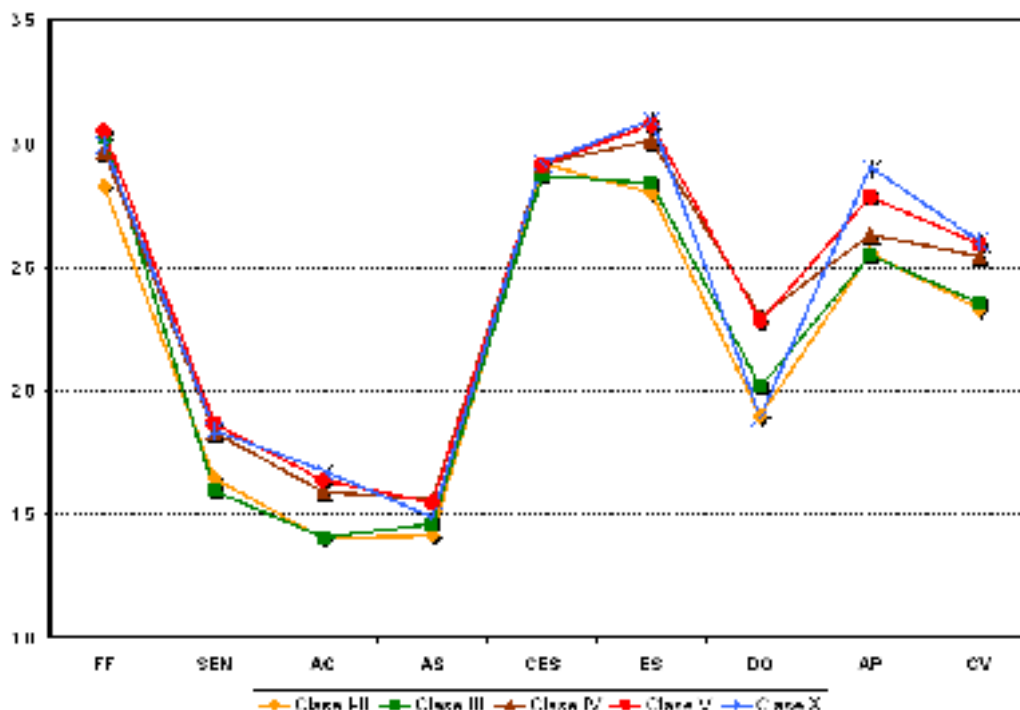
En los hombres se observan pocas diferencias en las dimensiones de calidad de vida en función de la clase social. Únicamente la clase X presenta un patrón de peor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones, lo que podría deberse a las especiales circunstancias de estos sujetos (varones que nunca han trabajado por lo que es posible que en este grupo exista una elevada proporción de discapacidad o deficiencias).

Gráfico 29. Calidad de vida de los hombres según clase social estandarizada por edad



La calidad de vida de las mujeres muestra más diferencias en función de la clase social, especialmente en cuanto a sentimientos, actividades cotidianas, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Excepto en apoyo social, las puntuaciones obtenidas por las clases I-II y III en las dimensiones mencionadas son similares y denotan mejor calidad de vida que las clases IV y V que también muestran puntuaciones parecidas entre sí. En el caso del apoyo social la puntuación de la clase IV se sitúa más cerca de las de las clases I-II y III. En cuanto a la clase X (integrada por mujeres que nunca trabajaron y que son las sustentadoras principales del hogar con la pensión que perciben) muestra una puntuación semejante a las clases IV y V en casi todas las dimensiones excepto en el dolor en el que la puntuación de la clase X es similar a la de las clases I-III. Es llamativo el hecho de que la clase X es la que peor se encuentra en relación al apoyo social.

Gráfico 30. Calidad de vida de las mujeres según clase social estandarizada por edad



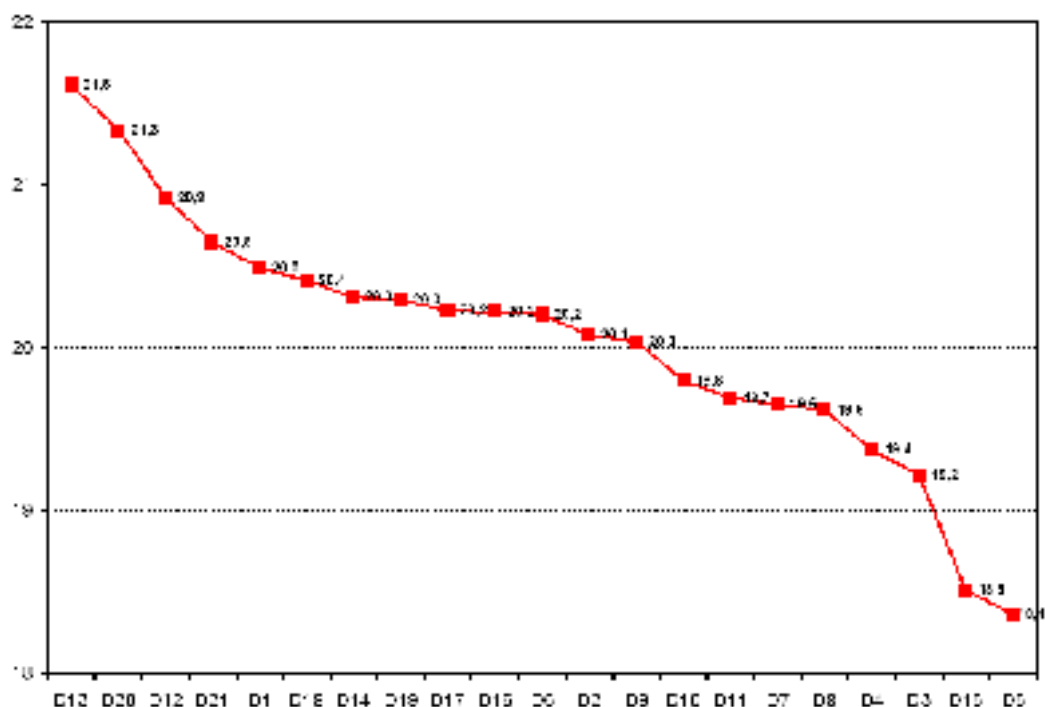
Al comparar las puntuaciones obtenidas por ambos sexos en el sumatorio del Coop/WONCA en función de la clase social, se comprueba que las mujeres tienen peor calidad de vida que los hombres y que la calidad de vida se deteriora a medida que descende la escala social (Gráfico 31).

Gráfico 31. Puntuación del sumatorio del test de Coop/WONCA: Calidad de vida según clase social y sexo estandarizado por edad

Grupos de edad	Calidad de vida: Coop Wonca (sumatorio)	
	Hombres	Mujeres
Clase I-II	18,7	19,8
Clase III	18,9	20,1
Clase IV	19,5	21,4
Clase V	19,8	21,9
Clase X	21,4	21,6

A nivel de cada distrito, la media de calidad de vida medida con el sumatorio COOP-WONCA oscila entre 18,4 en Chamartín (mejor calidad de vida) y 21,6 en Puente de Vallecas (peor calidad de vida).

Gráfico 32. Puntuación del sumatorio del test de Coop/WONCA: Calidad de vida según distritos estandarizada por edad y sexo



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

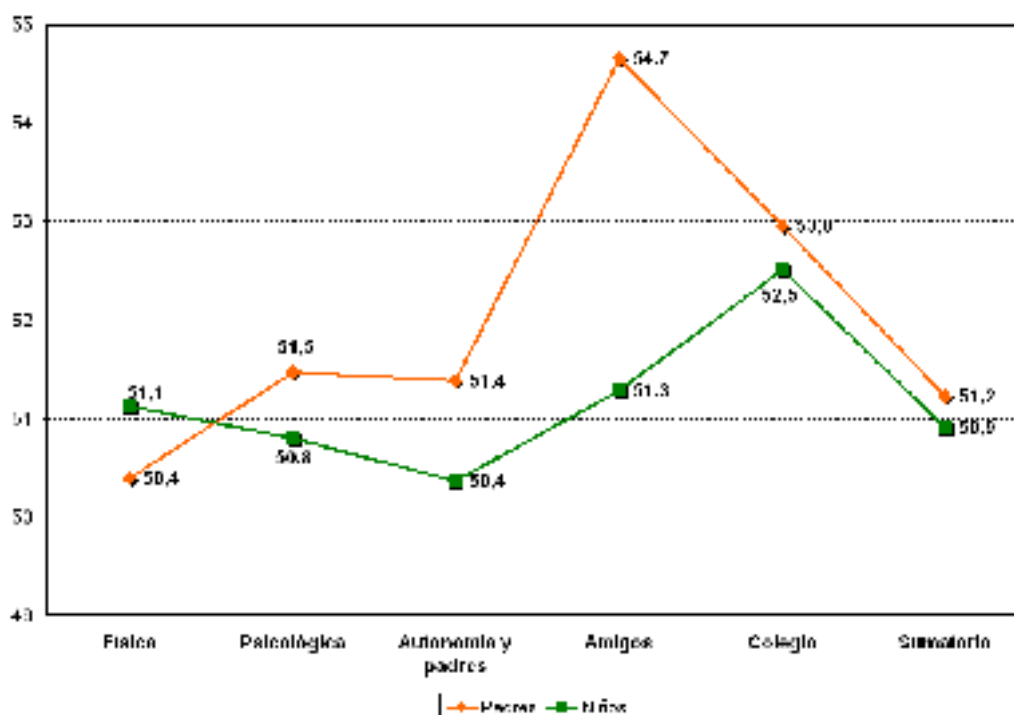
Los distritos con peor calidad de vida (puntuación sumaria de Coop/WONCA más alta) son Puente de Vallecas, San Blas y Usera, mientras que los que muestran mejor calidad de vida (puntuaciones más bajas) son Retiro, Ciudad Lineal y Chamartín.

6.3.2.2. Calidad de vida en la población infantil

La calidad de vida en la población infantil ha sido analizada mediante una versión piloto del cuestionario Kidscreen cumplimentado por los niños de entre 8 y 15 años y por sus padres, madres o tutores. Los resultados de cada ítem han sido agrupados en 5 dimensiones. Las dimensiones estudiadas son: bienestar físico del niño, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres, relaciones con los amigos y ambiente en el colegio. En todas las dimensiones de esta escala una mayor puntuación significa mejor calidad de vida.

En todas las dimensiones estudiadas, excepto en la psicológica, los padres perciben una mejor calidad de vida en sus hijos que los propios niños. Por el contrario, en la dimensión psicológica los niños puntúan por encima de la puntuación de los padres.

Gráfico 33. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) padres vs niños



Si se analizan las puntuaciones en función del sexo del niño se observa que, tanto en el cuestionario realizado a los padres como a los niños, los varones perciben mejor todas las dimensiones excepto el ambiente en el colegio que es mejor valorado por las niñas.

Gráfico 34. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por sexo según los padres

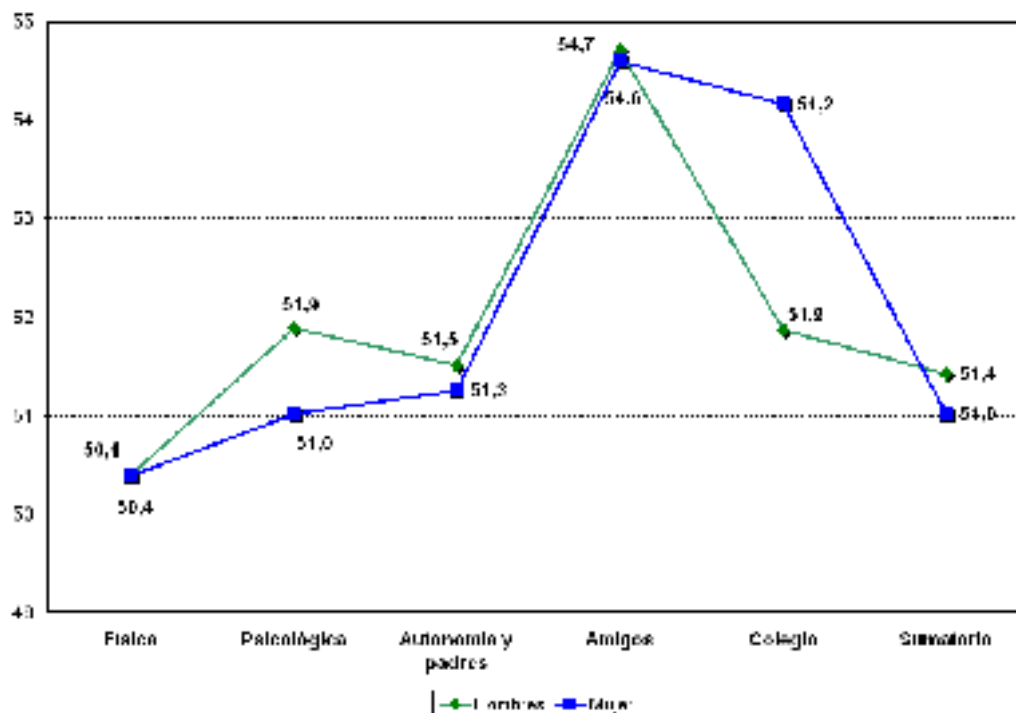
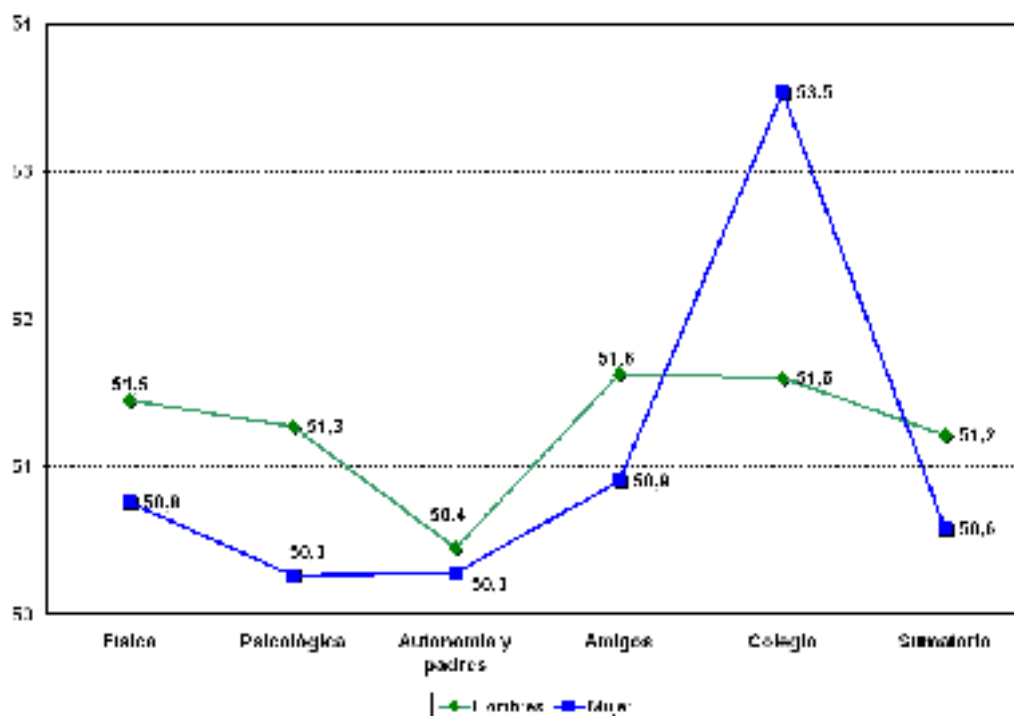


Gráfico 35. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por sexo según los niños



Por grupos de edad se observa una mejor calidad de vida en los niños de 8 a 11 años que en los de 12 a 15, tanto en la valoración de los padres (Gráfico 36) como en la de los propios niños (Gráfico 37). En las valoraciones realizadas por los padres no aparecen importantes diferencias por edad en las dimensiones física, de autonomía y relación con los padres. En las valoraciones de los propios niños el papel de los amigos es más importante para el grupo de 12 a 15 años.

Gráfico 36. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por edad según los padres

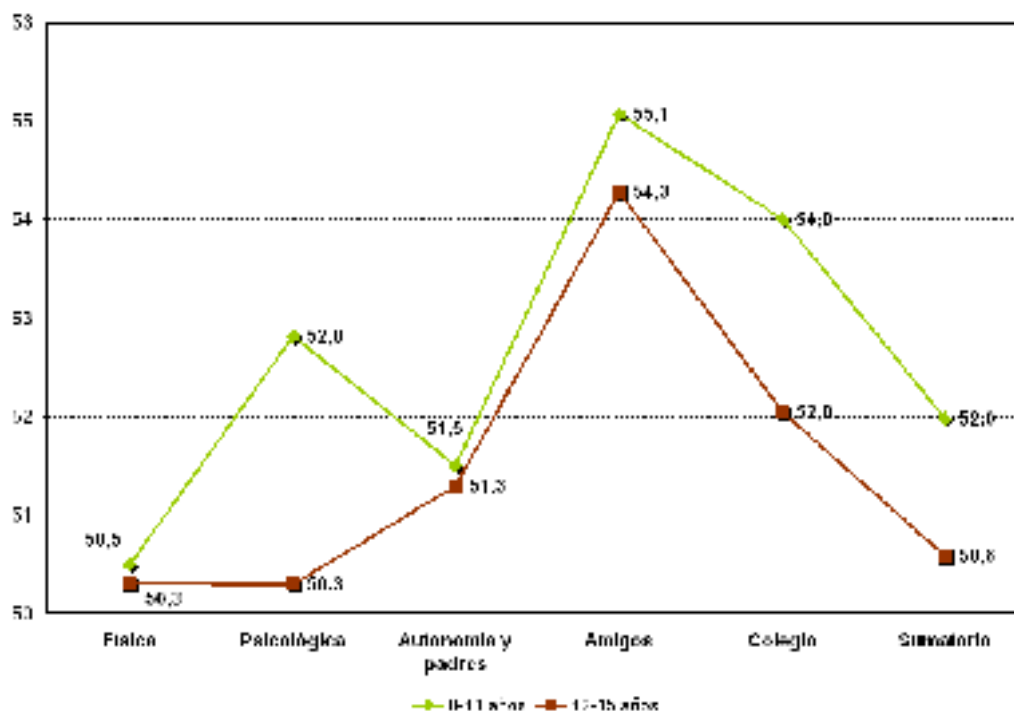
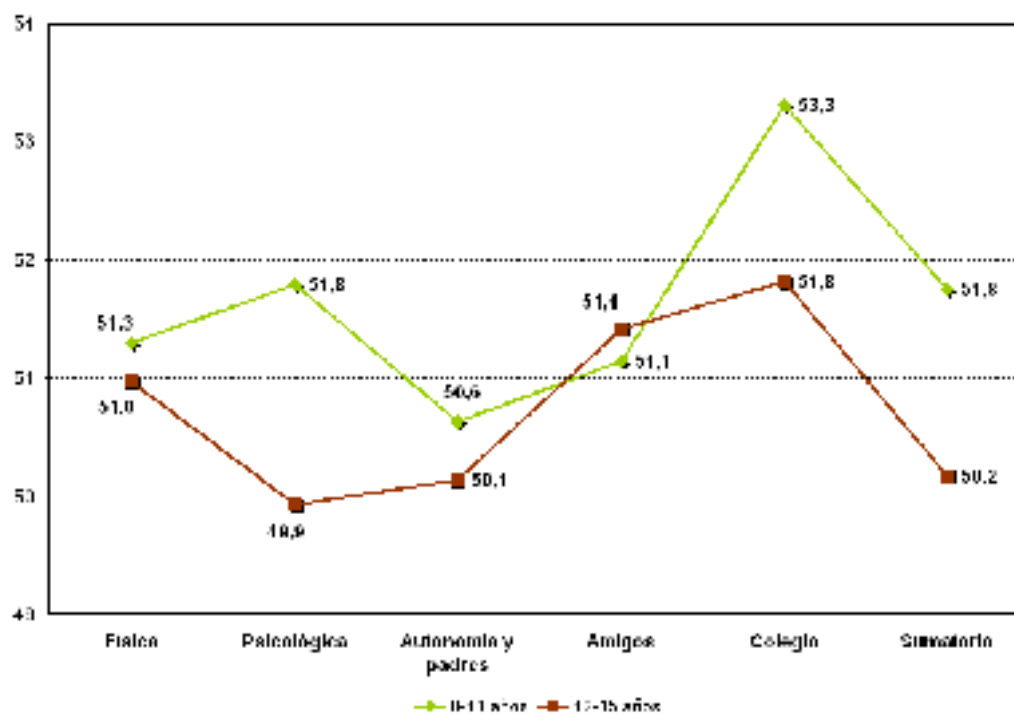
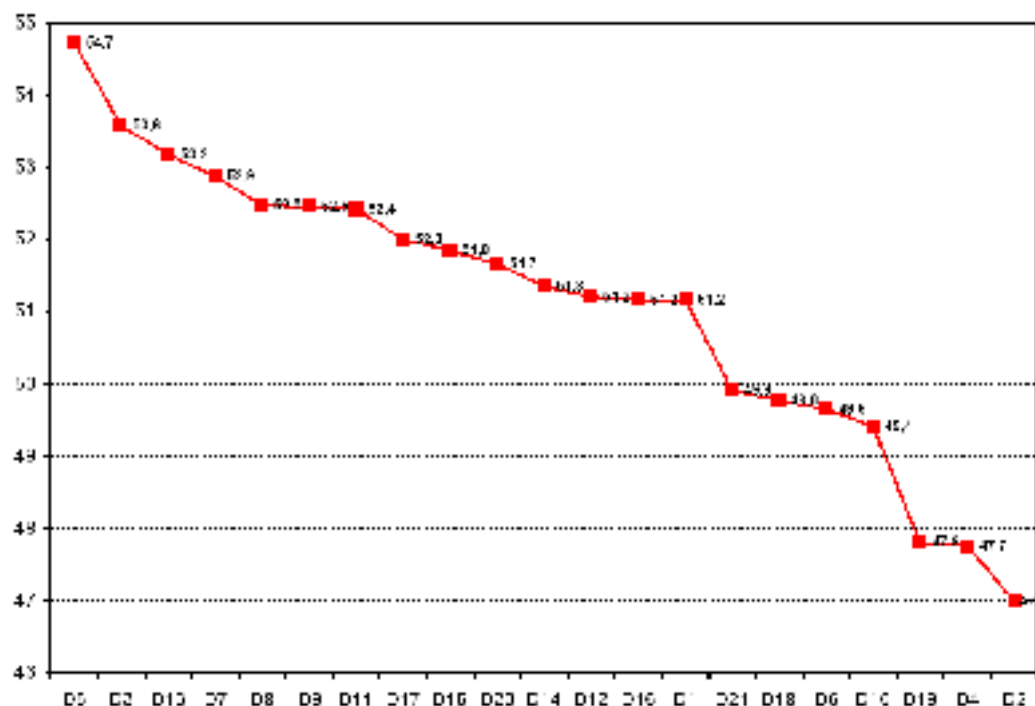


Gráfico 37. Puntuaciones en el Kidscreen (versión piloto) por edad según los niños



Chamartín, Retiro, y Puente de Vallecas son los distritos en los que los niños tienen mayor calidad de vida, medida como el sumatorio de las puntuaciones de las 5 dimensiones del Kidscreen de los padres. Los distritos con puntuaciones más bajas son Vicálvaro, Salamanca y Arganzuela.

Gráfico 38. Puntuación global en el Kidscreen (versión piloto) según los padres por distrito estandarizado por edad y sexo

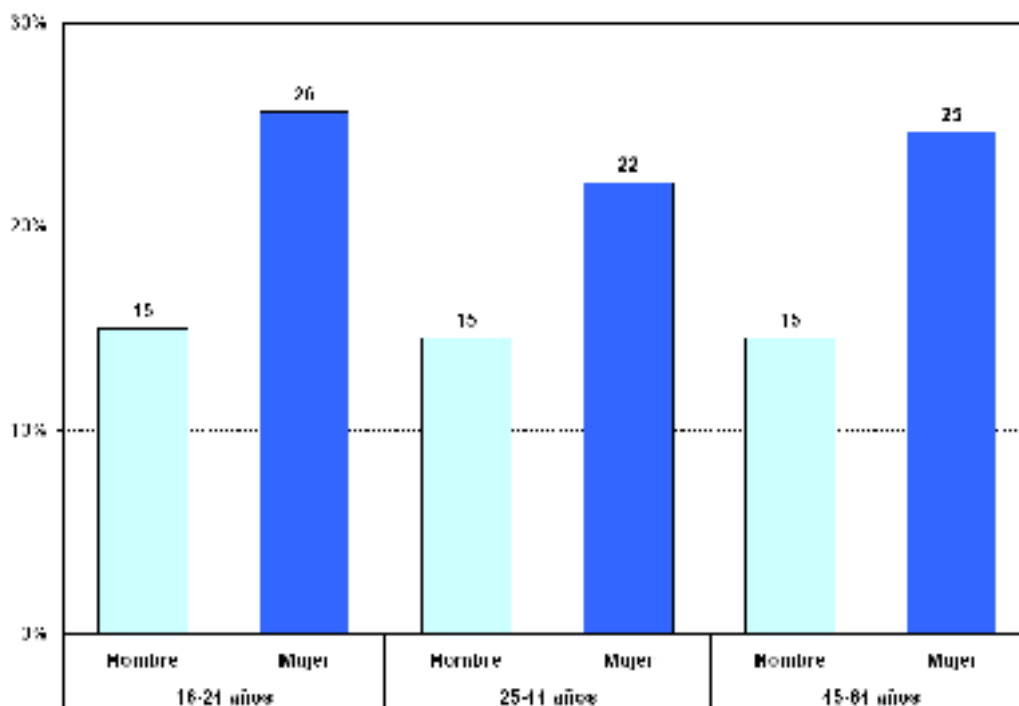


6.4. Riesgo de padecer algún trastorno mental

En la población de 16 a 65 años de edad el riesgo de trastorno mental se ha valorado mediante el cuestionario GHQ-12. Se ha definido individuo potencial de sufrir trastorno mental a todo aquel que presenta puntuaciones superiores a 2 en esta escala. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se observa que el 19% de la población entre 16 y 65 años de edad tiene riesgo de sufrir algún trastorno mental.

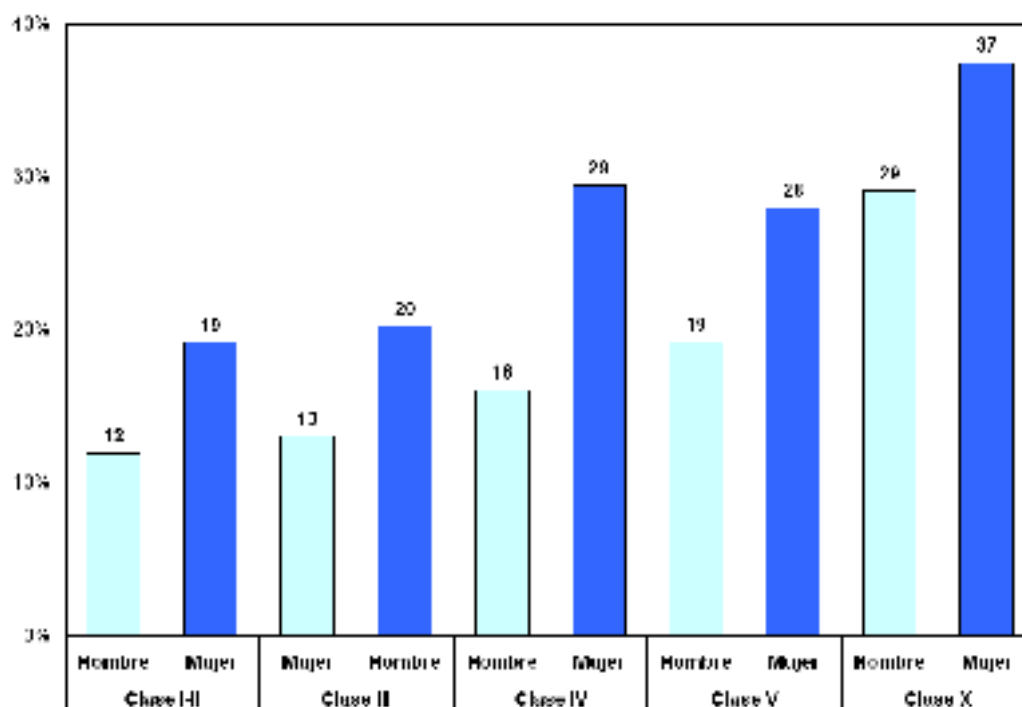
El riesgo de padecer algún trastorno de salud mental muestra una clara asociación con el género (mayor riesgo en mujeres que en hombres). Al estratificar por sexo y edad, se observa que en los hombres el riesgo se mantiene a lo largo de la vida mientras que en las mujeres el riesgo es menor en el grupo de 25-44 años.

Gráfico 39. Riesgo de trastorno mental (GHQ-12>2) según sexo y edad



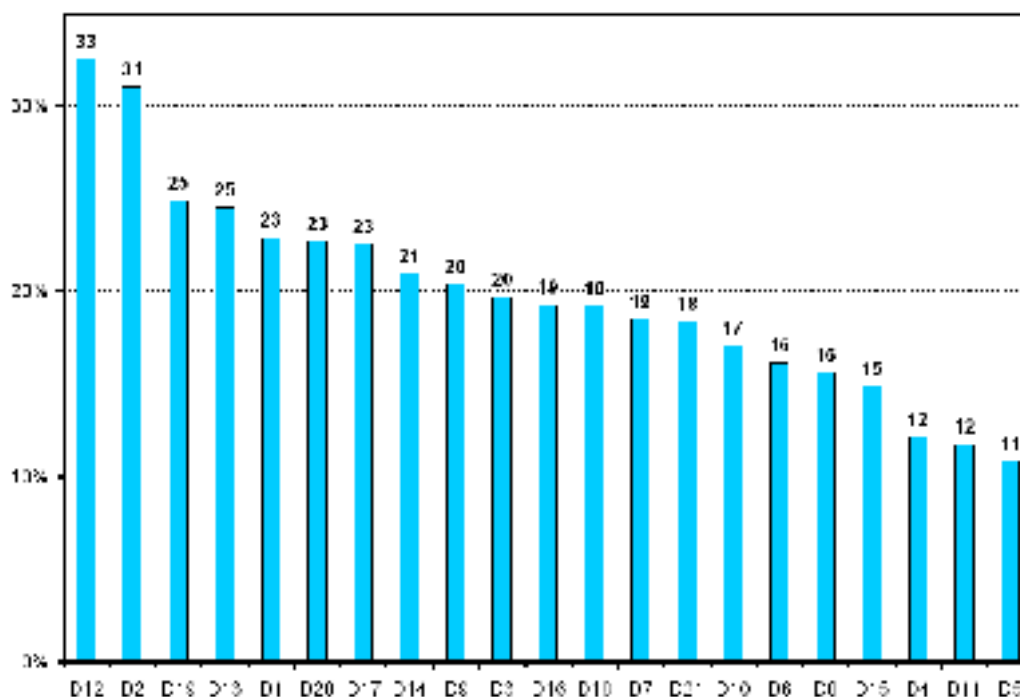
El riesgo de sufrir un trastorno de salud mental se incrementa según disminuye la clase social. Esta relación es más lineal en los hombres. De forma similar a lo observado en la calidad de vida, el riesgo es similar entre las clases I-II y III por un lado y la IV y V por otro, con un riesgo mucho mayor en estas últimas. La clase social X es la que más riesgo presenta para ambos géneros.

Gráfico 40. Riesgo de trastorno mental (GHQ-12>2) según clase social estandarizada por edad



Los distritos en los que los individuos tienen mayor riesgo de padecer algún trastorno de salud mental son Usera y Arganzuela, con estimaciones superiores al 30%. Por el contrario, las personas que viven en los distritos de Salamanca, Carabanchel y Chamartín tienen un riesgo inferior al 15%.

Gráfico 41. Riesgo de trastorno mental (GHQ-12>2) según distrito estandarizado por sexo y edad



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

El riesgo de padecer un trastorno de salud mental es el doble en la mujer que en el varón (OR=2). No se observa asociación significativa entre el riesgo de este tipo de patología y la edad pero sí con la clase social, siendo el riesgo más elevado en las clases sociales más bajas (OR de la clase V=1,7).

Tabla 43. Asociación entre presentar riesgo de padecer Trastorno Mental y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	2.594	1		
Mujer	2.933	2,0	(1,7-2,2)	<0,001
Edad				
16-24 años	782	1		
25-44 años	2.654	0,9	(0,7-1,1)	ns
45-64 años	2.091	1,0	(0,8-1,2)	ns
Clase social				
I-II	1.833	1		
III	1.343	1,1	(0,9-1,4)	ns
IV	1.680	1,6	(1,4-1,9)	<0,001
V	587	1,7	(1,4-2,2)	<0,001
X	84	2,7	(1,7-4,3)	<0,001

* Modelo multivariante de regresión logística; ns=no significativo.

6.5. Morbilidad y limitación de la actividad

6.5.1. Morbilidad

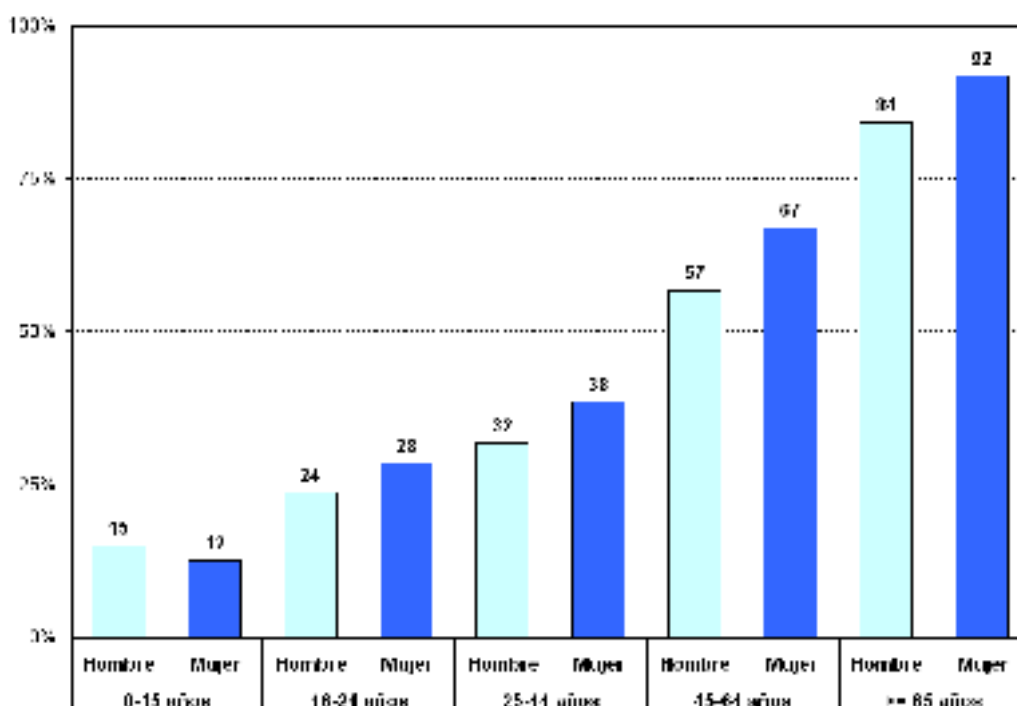
El objetivo de este apartado es estimar la proporción de población afectada por alguna morbilidad crónica y detectar los subgrupos más vulnerables en función de las relaciones con la edad, el sexo y/o la clase social. Además, se estima la prevalencia de las patologías más comunes y la esperanza de vida libre de morbilidad.

6.5.1.1. Prevalencia

El 47% de los madrileños padece alguna morbilidad crónica (53% en adultos y 16% en los niños). Se ha considerado morbilidad crónica a todas las especificadas en el apartado correspondiente del cuestionario con excepción de la *Menopausia*, ya que se trata de una etapa fisiológica de la mujer. En los adultos las morbilidades más frecuentes son: artrosis/artritis/reumatismo (18%), hipertensión arterial (17%), hipercolesterolemia (14%) y alergias (12%). En los niños las más comunes son alergia (7%) y asma (3%).

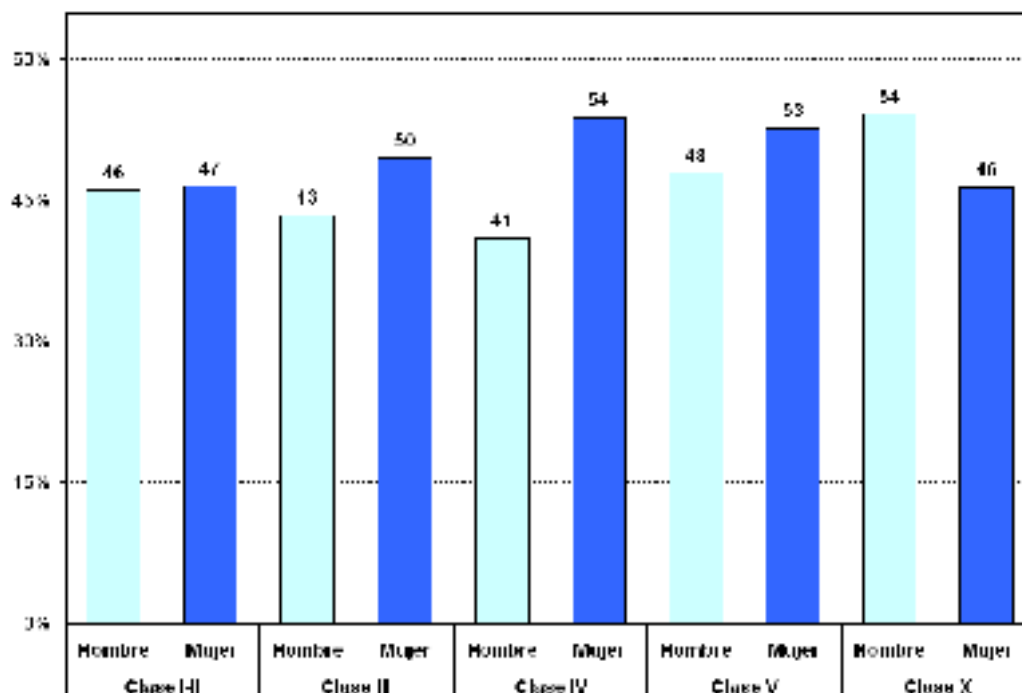
La probabilidad de presentar alguna morbilidad se encuentra claramente asociada a la edad y al género. La probabilidad es más elevada en los individuos de más edad y en las mujeres que en los hombres, excepto en el grupo más joven (0-15 años) en el que la morbilidad en las mujeres es ligeramente inferior a la de los varones.

Gráfico 42. Prevalencia de alguna morbilidad según sexo y edad



En los hombres no se observa una relación clara entre prevalencia de morbilidad y clase social, siendo la clase IV la que menor morbilidad presenta. En las mujeres parece existir una tendencia lineal, con un incremento de la morbilidad a medida que disminuye la clase social, aunque esta tendencia no se mantiene para la clase V, siendo la IV la que presenta mayor proporción de morbilidad crónica. En la clase social X la prevalencia de morbilidad es más elevada que en el resto de las clases en los varones mientras que es similar a la de clase I-II en las mujeres.

Gráfico 43. Prevalencia de alguna morbilidad según clase social estandarizada por edad



En el análisis multivariante se observa que la morbilidad crónica es significativamente más frecuente en la mujer que en el hombre (OR=1,4), y aumenta de forma lineal con la edad hasta alcanzar un OR de 48,8 en el grupo de 65 años y mayores. Con respecto a la relación entre morbilidad crónica y clase social, únicamente las clases V y X presentan una medida de asociación significativamente superior a la de las clases I-II.

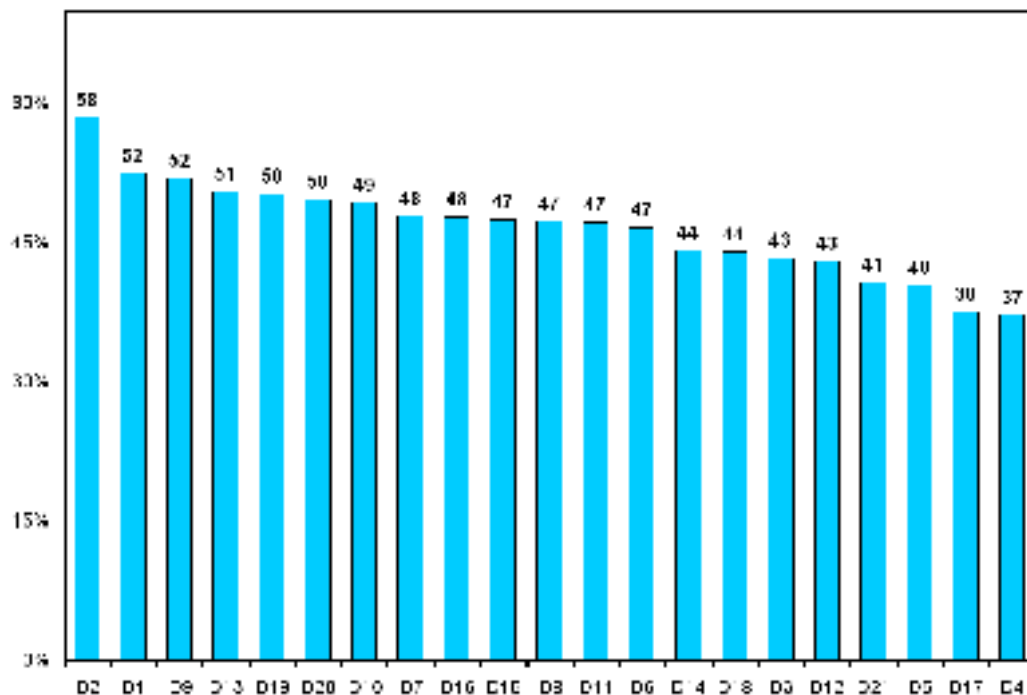
Tabla 44. Asociación entre presentar alguna Morbilidad crónica y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.883	1		
Mujer	4.516	1,4	(1,2-1,5)	<0,001
Edad				
0-15 años	1.120	1		
16-24 años	797	2,2	(1,7-2,7)	<0,001
25-44 años	2.710	3,3	(2,8-4,0)	<0,001
45-64 años	2.142	10,6	(8,8-12,8)	<0,001
>= 65 años	1.630	48,8	(39-62)	<0,001
Clase social				
I-II	2.575	1		
III	1.973	1,1	(1,0-1,3)	ns
IV	2.637	1,1	(1,0-1,2)	ns
V	920	1,4	(1,1-1,6)	<0,01
X	294	1,5	(1,1-2,2)	<0,05

*Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

Los distritos con mayor prevalencia de morbilidad crónica son Arganzuela, Centro y Moncloa mientras que Chamartín, Villaverde y Salamanca son los que tienen una prevalencia más baja.

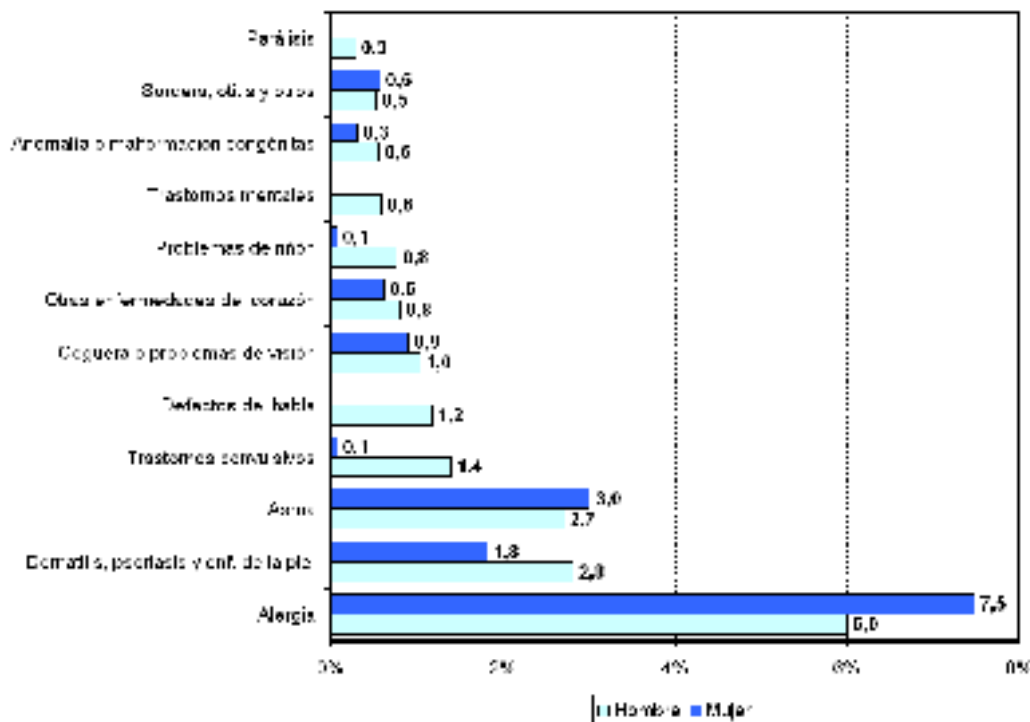
Gráfico 44. Prevalencia de alguna morbilidad por distrito estandarizando por sexo y edad



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

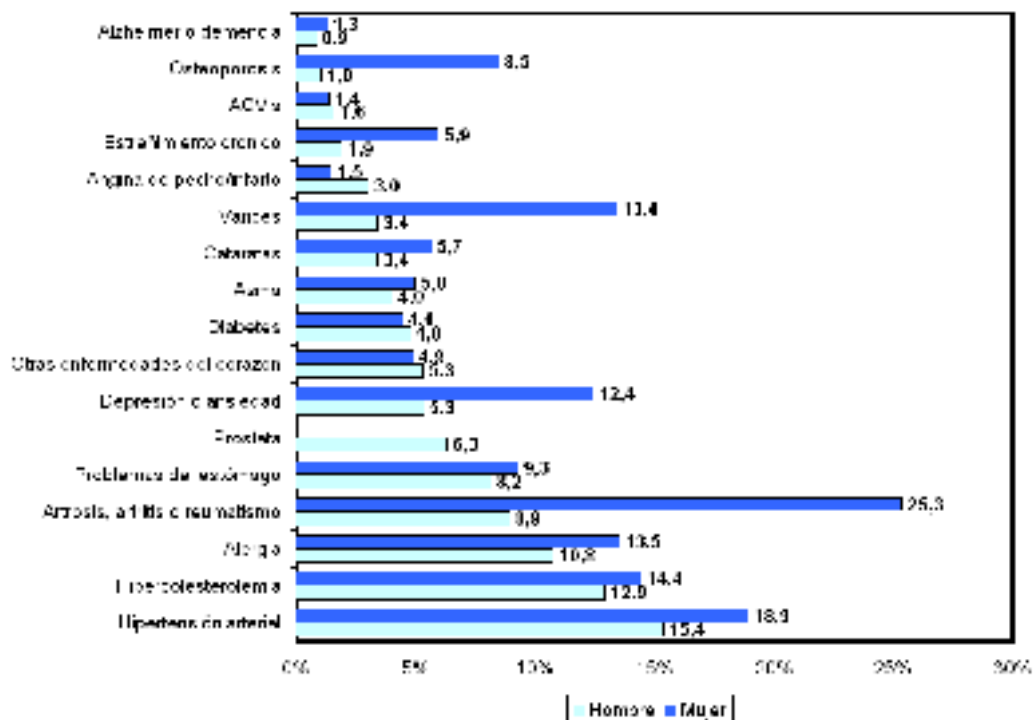
En los menores de 16 años las patologías más frecuentes son las alergias, el asma y las afecciones de la piel, siendo las dos primeras más habituales en niñas y la tercera en niños.

Gráfico 45. Tipo de morbilidades entre la población infantil según sexo



En la población adulta se observan importantes diferencias por género en la prevalencia de las principales morbilidades. Las cinco patologías más frecuentes en la mujer son Artrosis/artritis/reumatismo, Hipertensión, Hipercolesterolemia, Alergia y Varices. Es importante destacar la prevalencia de Depresión/ansiedad en la mujer. En el hombre, las cinco patologías más comunes son: Hipertensión, Hipercolesterolemia, Alergias, Artrosis/artritis/reumatismo y Problemas de estómago aunque con unas cifras de prevalencia inferiores a las de las mujeres.

Gráfico 46. Tipo de morbilidades entre la población adulta según sexo



6.5.1.2. Esperanza de vida libre de morbilidad (EVLM)

A partir de los datos de prevalencia de alguna morbilidad crónica se ha estimado la EVLM en cada quinquenio. Los resultados obtenidos muestran que en el momento del nacimiento un madrileño tendrá una esperanza de vida media libre de morbilidad de 42 años (44 en el caso de los hombres y 41 en las mujeres).

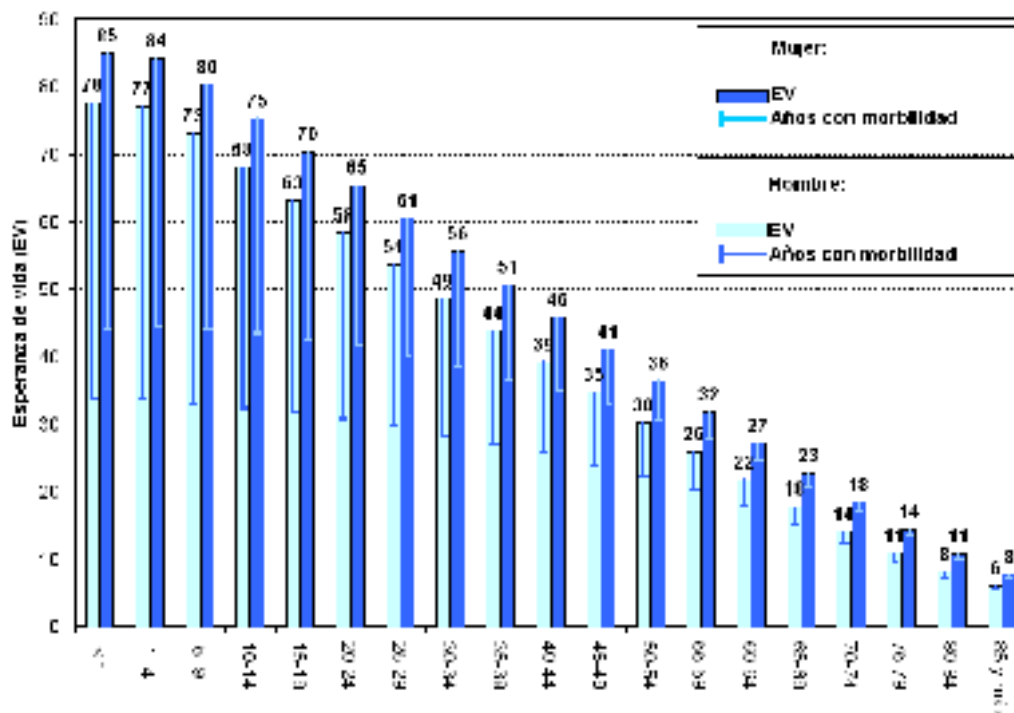
Gráfico 47. Estimación de EVLM

Grupos de edad	EV vs EVLM					
	Total		Hombres		Mujeres	
	EV*	EVLM	EV*	EVLM	EV*	EVLM
< 1	81,6	42,2	77,7	43,9	84,9	40,6
1- 4	80,9	41,5	77,1	43,3	84,3	39,9
5- 9	77,0	38,0	73,1	40,0	80,3	36,2
10-14	72,0	33,7	68,2	35,7	75,4	31,8
15-19	67,1	29,5	63,2	31,5	70,4	27,7
20-24	62,2	25,6	58,4	27,5	65,5	23,7
25-29	57,4	22,1	53,6	23,9	60,6	20,5
30-34	52,5	18,6	48,8	20,3	55,6	17,2
35-39	47,7	15,3	44,0	16,8	50,7	13,9
40-44	42,9	12,2	39,3	13,5	45,9	11,1
45-49	38,3	9,4	34,7	10,7	41,2	8,3
50-54	33,7	6,8	30,2	7,9	36,5	5,9
55-59	29,2	4,7	25,9	5,6	31,8	3,9
60-64	24,8	3,1	21,7	3,9	27,3	2,6
65-69	20,6	2,2	17,8	2,7	22,8	1,8
70-74	16,7	1,5	14,2	1,8	18,5	1,3
75-79	13,1	1,0	11,0	1,2	14,4	0,8
80-84	9,9	0,7	8,2	0,8	10,8	0,7
85 y más	7,3	0,5	6,1	0,5	7,8	0,5

*Fuente datos demográficos: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004 y Movimiento Natural de Población del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

En el Gráfico 48 se observa que las mujeres presentan un número de años libres de morbilidad mayor aún viviendo más que los hombres.

Gráfico 48. Distribución de la EVLM según sexo



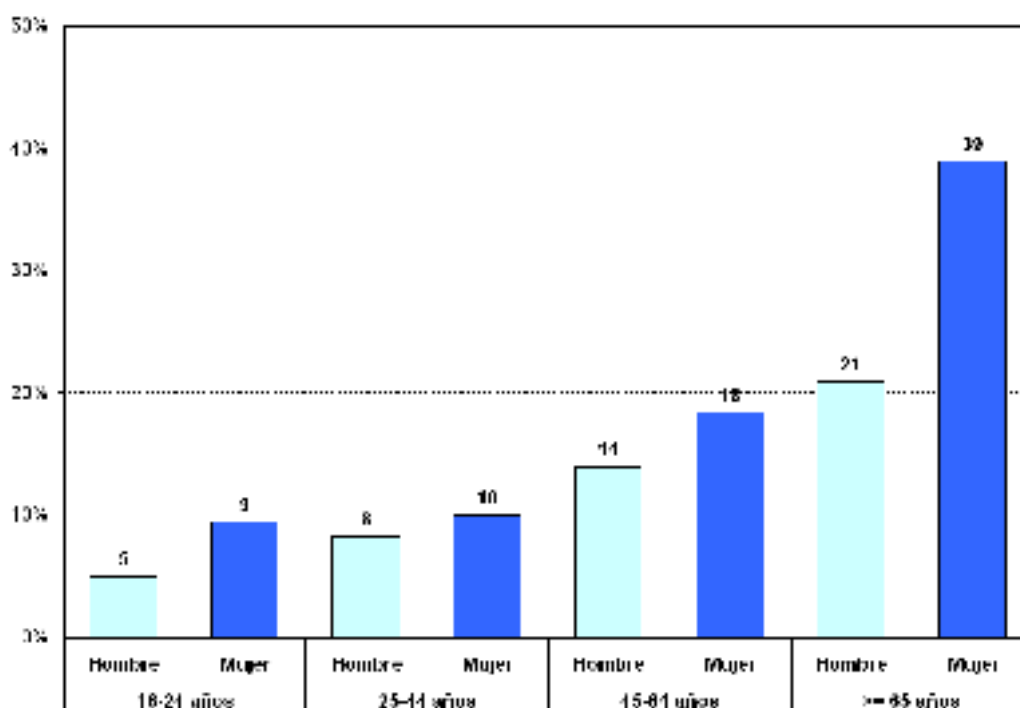
6.5.2. Limitación de la actividad

Para conocer la repercusión de la salud en la vida diaria se han utilizado dos indicadores de limitación de la actividad. Por un lado se ha tenido en cuenta la limitación de la actividad habitual en relación con el padecimiento de alguna morbilidad crónica y por otro se ha estudiado la limitación o reducción de la actividad principal por algún síntoma o dolor.

6.5.2.1. Limitación de actividad en el último año por alguna morbilidad crónica

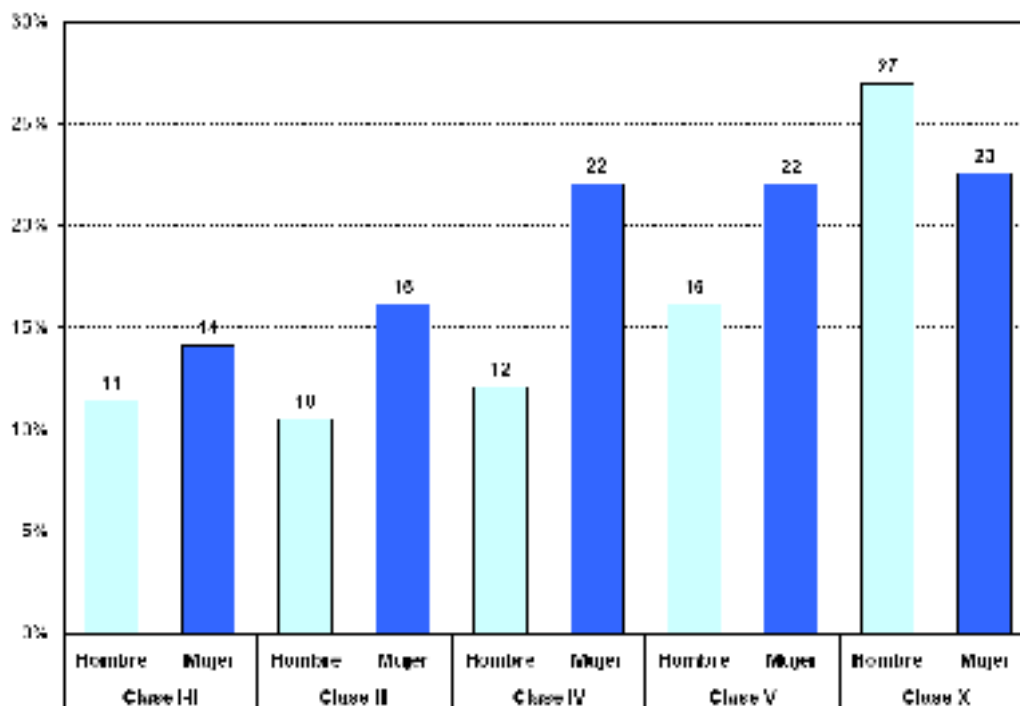
El 16% de los madrileños mayores de 15 años ha limitado su actividad habitual en el último año por causas relacionadas con morbilidades crónicas. La limitación de la actividad se encuentra claramente asociada con la edad y el género (más frecuente según avanza la edad y en mujeres que en hombres). No se dispone de esta información en el grupo de 0-15 años.

Gráfico 49. Limitación de actividad en el último año por morbilidad crónica según sexo y edad



El patrón de asociación entre limitación de actividad por morbilidad crónica en los 12 meses previos y clase social es semejante al que presenta la morbilidad (Gráfico 43).

Gráfico 50. Limitación de actividad en el último año por morbilidad crónica según clase social estandarizada por edad



Los resultados del análisis multivariante muestran que la probabilidad de haber sufrido alguna limitación por morbilidad crónica en los últimos 12 meses es más elevada en la mujer que en el hombre (OR=1,6). Se observa una clara asociación con la edad, aumentado significativamente la probabilidad de limitación de la actividad a partir de los 45 años. En relación con la clase social, las clases IV, V y X presentan un OR significativamente superior al de las clases I-II.

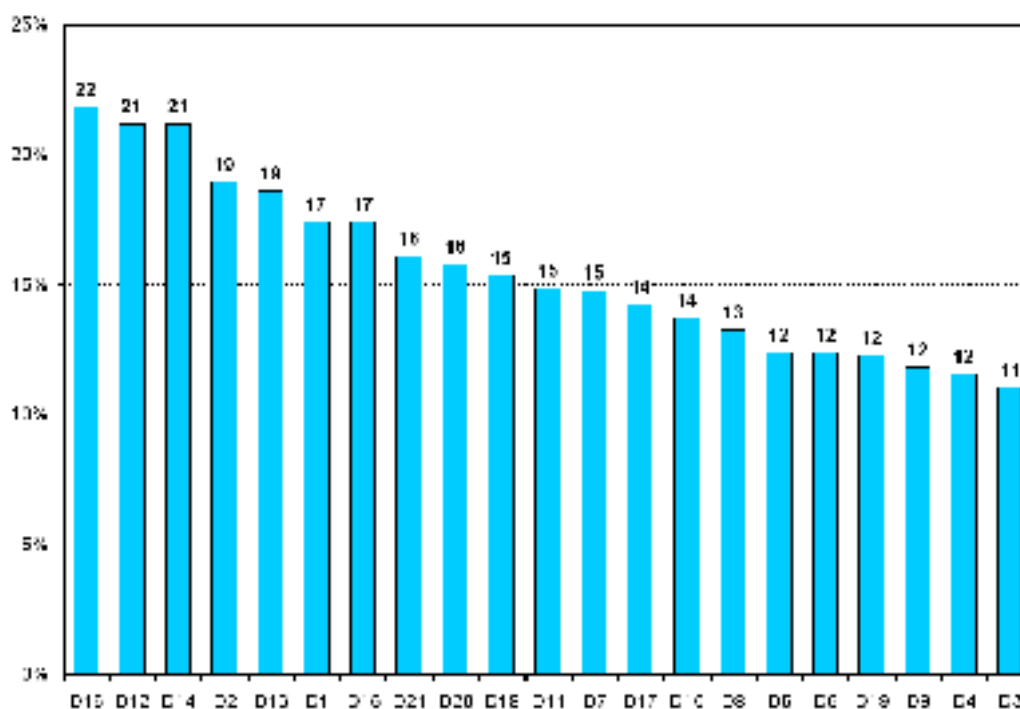
Tabla 45. Asociación entre haber presentado limitación a causa de morbilidad crónica en los 12 meses previos y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.298	1		
Mujer	3.981	1,6	(1,4-1,9)	<0,001
Edad				
16-24 años	797	1		
25-44 años	2.710	1,3	(1,0-1,8)	ns
45-64 años	2.142	2,7	(2,0-3,6)	<0,001
>= 65 años	1.630	5,6	(4,1-7,5)	<0,001
Clase social				
I-II	2.220	1		
III	1.726	1,1	(0,9-1,4)	ns
IV	2.265	1,4	(1,2-1,7)	<0,001
V	774	1,6	(1,3-2,0)	<0,001
X	294	1,8	(1,3-2,4)	<0,001

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

Hortaleza, Usera y Moratalaz son los distritos con mayor proporción de limitación de actividad por morbilidad crónica en los 12 meses previos. Por el contrario, Moncloa, Salamanca y Retiro son los distritos con menor proporción de limitación de la actividad por morbilidad crónica.

Gráfico 51. Limitación a causa de morbilidad crónica en los 12 meses previos según distritos, estandarizando por sexo y edad

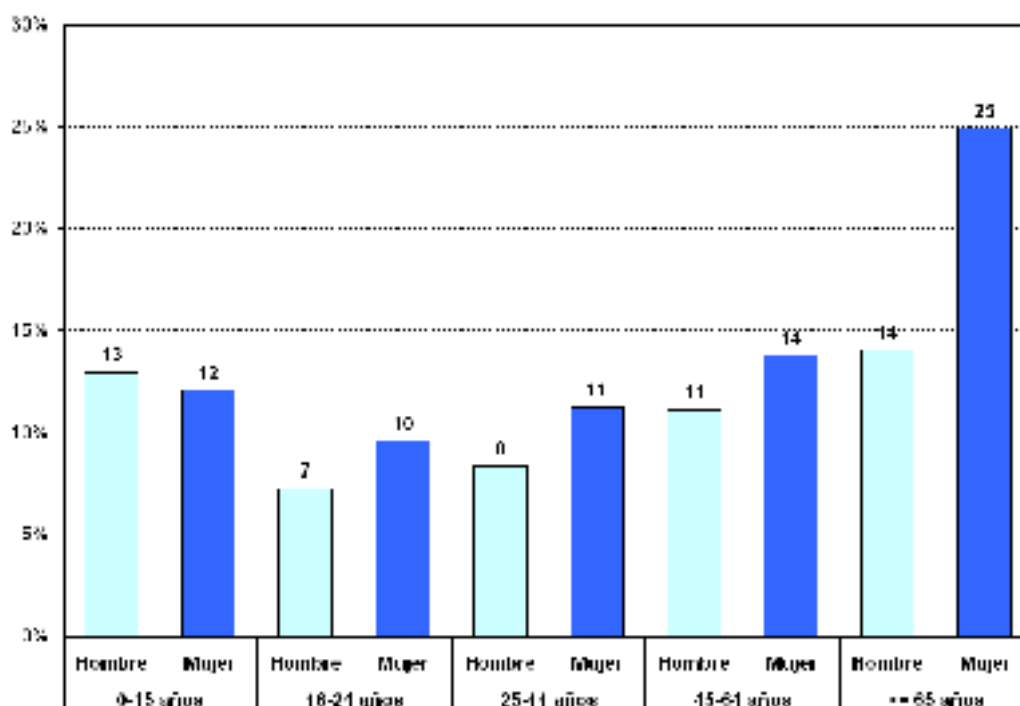


D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.5.2.2. Limitación temporal (últimas 2 semanas) de la actividad habitual por algún síntoma o dolor

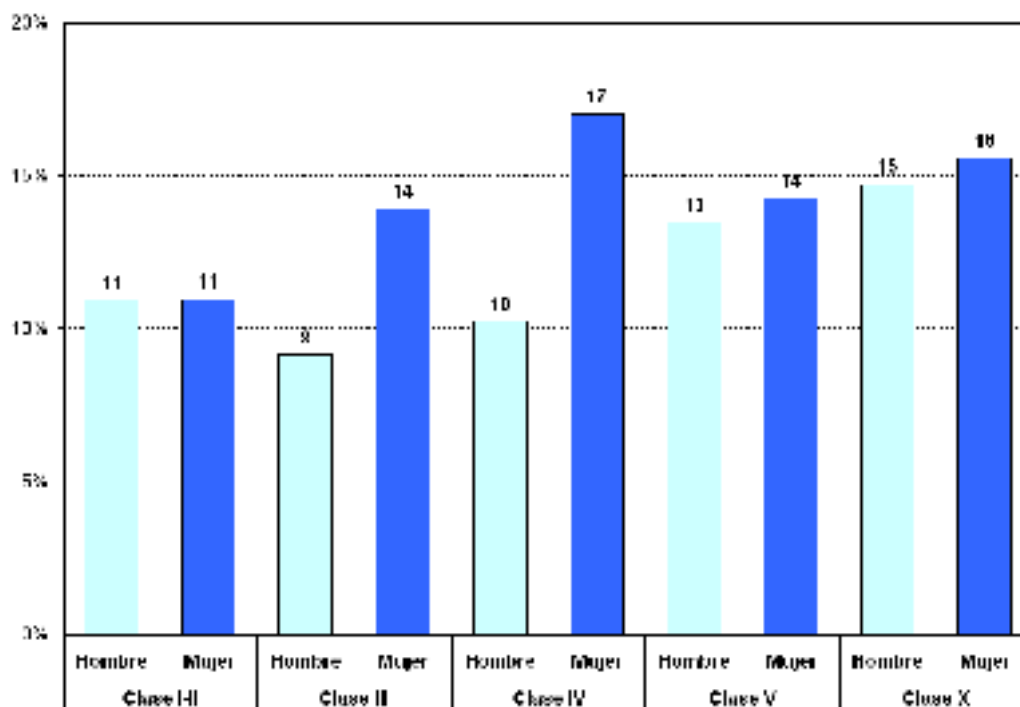
El 13% de los madrileños (tanto adultos como niños) ha reducido su actividad principal en los últimos 15 días debido a la presencia de algún síntoma o dolor. Se observa una clara asociación entre la limitación de la actividad en las dos semanas previas y la edad y el género. A partir de los 16 años existe una clara tendencia lineal, incrementándose la proporción de personas con limitación temporal de su actividad a medida que aumenta la edad. Dentro del mismo grupo de edad, la limitación de la actividad siempre es más frecuente en las mujeres. En el grupo de menor edad se observa una elevada proporción de niños con limitación temporal de su actividad (superior incluso a la de edades posteriores), sin diferencias relevantes por sexo.

Gráfico 52. Limitación temporal de la actividad habitual en las 2 últimas semanas según sexo y edad



No se observa una relación clara entre la limitación temporal de la actividad y la clase social. En los hombres las clases sociales con mayor proporción de limitación temporal de la actividad son la X y V, siendo la III la que presenta un porcentaje menor. En las mujeres, la limitación temporal es más frecuente en las clases IV y X y menos común en clase I-II.

Gráfico 53. Limitación temporal de la actividad habitual en las 2 últimas semanas según clase social estandarizada por edad



El riesgo de limitación por algún síntoma o dolor en las dos últimas semanas también es mayor en la mujer que en el hombre (OR=1,4). Con respecto a la edad, entre los 16 y 44 años el riesgo es menor que en la infancia (OR<1); entre los 45 y 64 años el riesgo es similar (OR=1) volviendo a aumentar a partir de los 65 años (OR=1,6). La asociación entre limitación de la actividad por algún síntoma o dolor en las dos últimas semanas y clase social muestra una tendencia ascendente a medida que disminuye la clase social, siendo significativa la medida de asociación a partir de la clase IV.

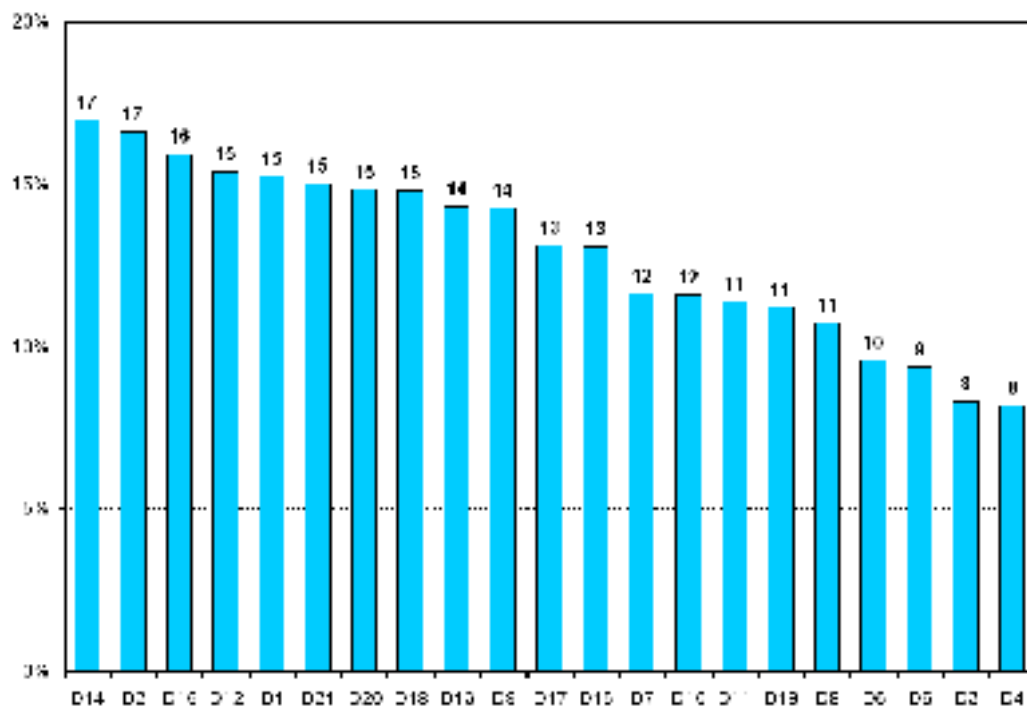
Tabla 46. Asociación entre haber presentado limitación a causa de Dolor o síntoma en las 2 semanas previas y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.883	1		
Mujer	4.516	1,4	(1,2-1,5)	<0,001
Edad				
0-15 años	1.120	1		
16-24 años	797	0,6	(0,4-0,8)	<0,01
25-44 años	2.710	0,8	(0,6-0,9)	<0,05
45-64 años	2.142	1,0	(0,8-1,2)	ns
>= 65 años	1.630	1,6	(1,3-2,0)	<0,001
Clase social				
I-II	2.575	1		
III	1.973	1,1	(0,9-1,3)	ns
IV	2.637	1,3	(1,1-1,5)	<0,01
V	920	1,3	(1,0-1,6)	<0,05
X	294	1,7	(1,3-2,3)	<0,01

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

Los distritos con mayor proporción de personas con limitación de la actividad habitual en las 2 semanas previas son Moratalaz, Arganzuela y Hortaleza mientras que los distritos con menor proporción son Tetuán, Retiro y Salamanca.

Gráfico 54. Limitación temporal de la actividad habitual en las 2 últimas semanas por distrito estandarizado por sexo y edad



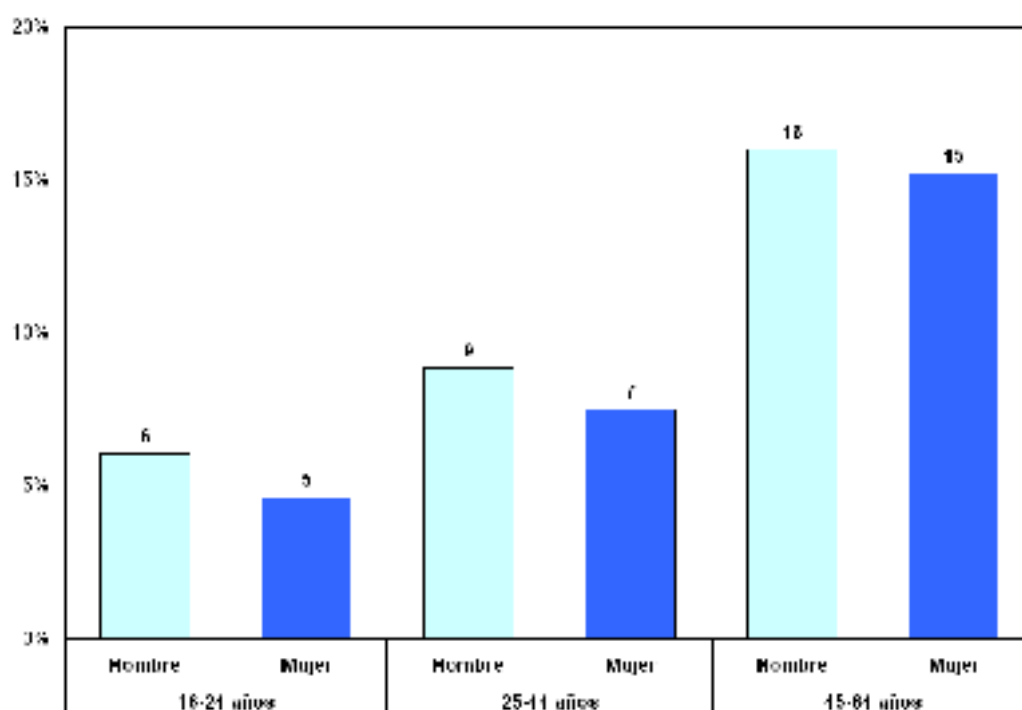
D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.6. Discapacidad

6.6.1. Prevalencia

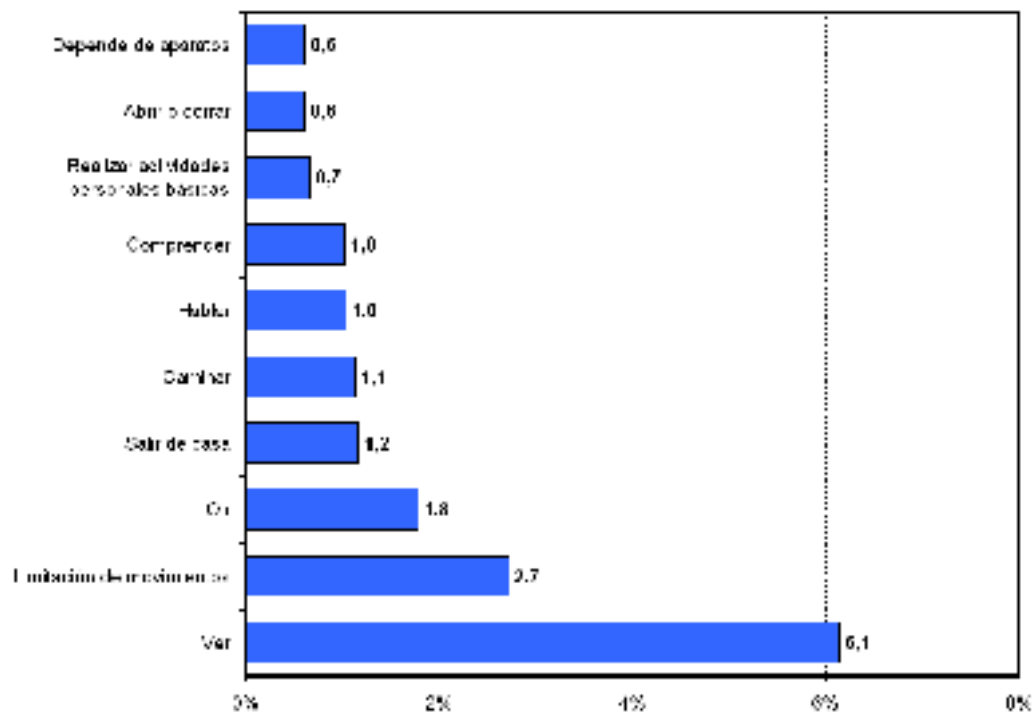
En la población entre 16 y 64 años la prevalencia de discapacidad es de 10%. En el Gráfico 55, se observa que la discapacidad aumenta con la edad y es ligeramente menor en las mujeres dentro de cada grupo de edad.

Gráfico 55. Distribución de la discapacidad en la población adulta según sexo y edad



Las discapacidades más prevalentes están relacionadas con limitaciones de la visión (6%), problemas de movimiento para actividades como correr o subir escalones (3%), y trastornos de la audición (2%).

Gráfico 56. Tipo de discapacidades en la población adulta < 65 años



6.6.2. Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD)

Se han estimado dos tipos de EVLD según el grado de discapacidad. En primer lugar, se presenta la EVLD que engloba cualquier tipo de discapacidad. En segundo lugar, se muestra la esperanza libre de discapacidad severa (EV LDS), discapacidad que requiere cuidados especiales.

1. EVLD:

A partir de la EV (calculada con datos del Padrón Municipal a fecha 1 de enero de 2004, y de los datos de Movimiento Natural de Población del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid), y con los datos de prevalencia de discapacidad del cuestionario, se ha estimado la EVLD para la población de 20 a 64 años (Gráfico 57). Los resultados muestran que un madrileño de 20 a 24 años vivirá una media de 39 años sin discapacidad, de los 62 años que se espera que viva.

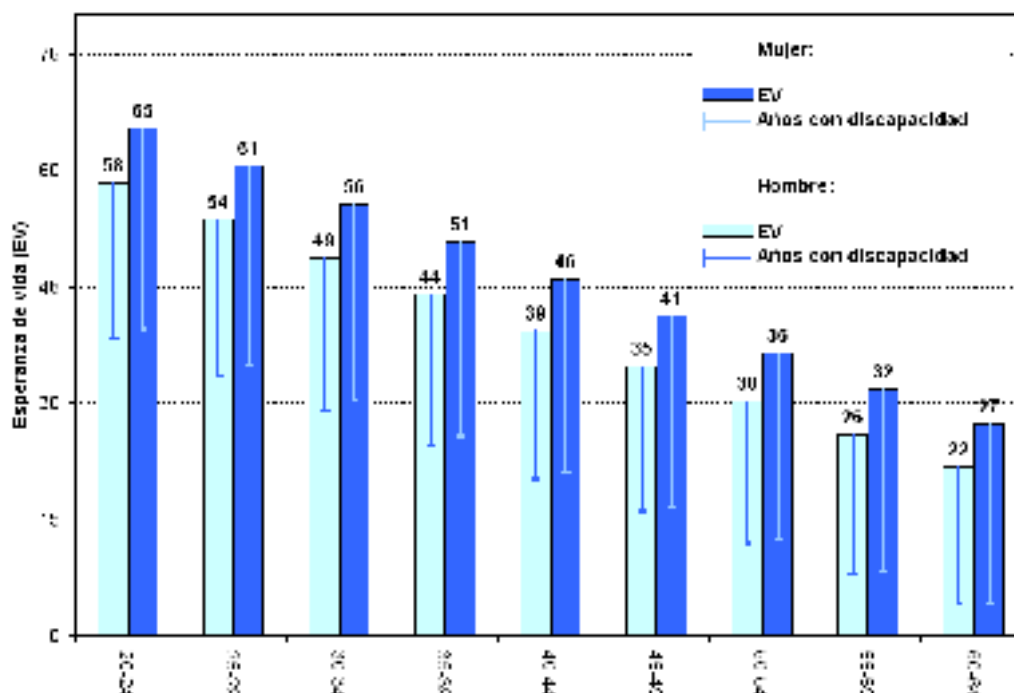
Gráfico 57. Estimación de EVLD

Grupos de edad	EV vs EVLD					
	Total		Hombres		Mujeres	
	EV*	EVLD	EV*	EVLD	EV*	EVLD
20-24	62,2	39,0	58,4	38,3	65,5	39,6
25-29	57,4	34,3	53,6	33,6	60,6	34,9
30-34	52,5	29,7	48,8	29,0	55,6	30,3
35-39	47,7	25,2	44,0	24,6	50,7	25,7
40-44	42,9	20,7	39,3	20,3	45,9	21,0
45-49	38,3	16,4	34,7	16,0	41,2	16,6
50-54	33,7	12,2	30,2	12,0	36,5	12,4
55-59	29,2	8,1	25,9	7,9	31,8	8,2
60-64	24,8	4,0	21,7	4,0	27,3	4,0

*Fuente datos demográficos: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004 y Movimiento Natural de Población del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Tanto la EV como el número de años con discapacidad son mayores en las mujeres que en los hombres. En el Gráfico 58, se observa que las mujeres viven algunos años más libres de discapacidad, representados por el área restante entre la EV y los años con discapacidad, aunque las diferencias son pequeñas.

Gráfico 58. Distribución de la EVLD según edad y sexo



2. EVLDS:

Para la planificación de las intervenciones es importante evaluar las dimensiones del problema al que se dirigen. El indicador de EVLDS permite conocer las necesidades potenciales de la población actual. Este indicador se ha construido con los datos de prevalencia de discapacidad severa, entendiendo como tal aquella discapacidad para las actividades de la vida familiar, social o laboral, que precisa de dedicación especial por parte de otra persona.

Se estima que en el momento del nacimiento una persona tiene una EVLDS de 77 años, por lo tanto si alcanza los 82 años, que es la EV de un ciudadano de Madrid, requerirá cuidados durante los últimos 5 años.

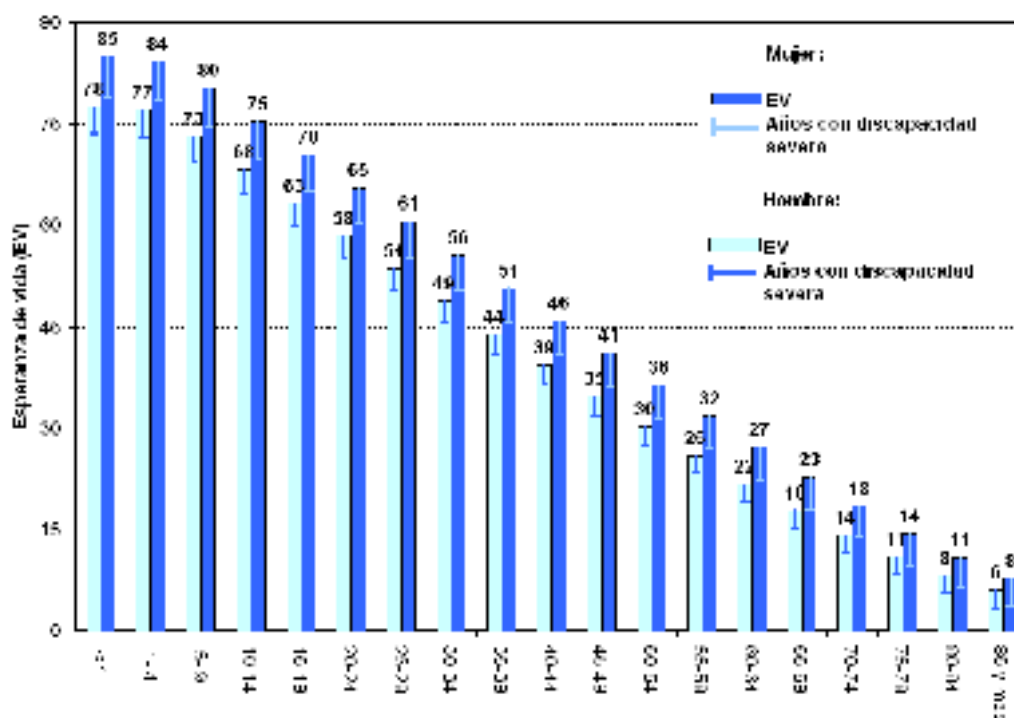
Gráfico 59. Estimación de EVLDS

Grupos de edad	EV vs EVLDS					
	Total		Hombres		Mujeres	
	EV*	EVLDS	EV*	EVLDS	EV*	EVLDS
< 1	81,6	76,5	77,7	73,6	84,9	79,1
1- 4	80,9	76,0	77,1	73,0	84,3	78,5
5- 9	77,0	72,3	73,1	69,5	80,3	74,7
10-14	72,0	67,5	68,2	64,7	75,4	70,0
15-19	67,1	62,6	63,2	59,8	70,4	65,1
20-24	62,2	57,8	58,4	55,1	65,5	60,2
25-29	57,4	53,0	53,6	50,3	60,6	55,3
30-34	52,5	48,1	48,8	45,6	55,6	50,3
35-39	47,7	43,4	44,0	40,9	50,7	45,6
40-44	42,9	38,8	39,3	36,4	45,9	40,8
45-49	38,3	34,2	34,7	31,9	41,2	36,1
50-54	33,7	29,7	30,2	27,5	36,5	31,5
55-59	29,2	25,3	25,9	23,3	31,8	26,9
60-64	24,8	21,0	21,7	19,2	27,3	22,4
65-69	20,6	16,8	17,8	15,3	22,8	17,9
70-74	16,7	12,9	14,2	11,6	18,5	13,9
75-79	13,1	9,3	11,0	8,5	14,4	9,8
80-84	9,9	6,1	8,2	5,6	10,8	6,3
85 y más	7,3	3,6	6,1	3,4	7,8	3,7

*Fuente datos demográficos: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004 y Movimiento Natural de Población del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

En el Gráfico 60 se observa que la EVLDS es mayor en las mujeres que en los hombres. Además, el número de años vividos con discapacidad severa también es mayor en las mujeres, por lo que éstas tendrán más necesidades de ayuda que los varones.

Gráfico 60. Distribución de la EVLDS según edad y sexo



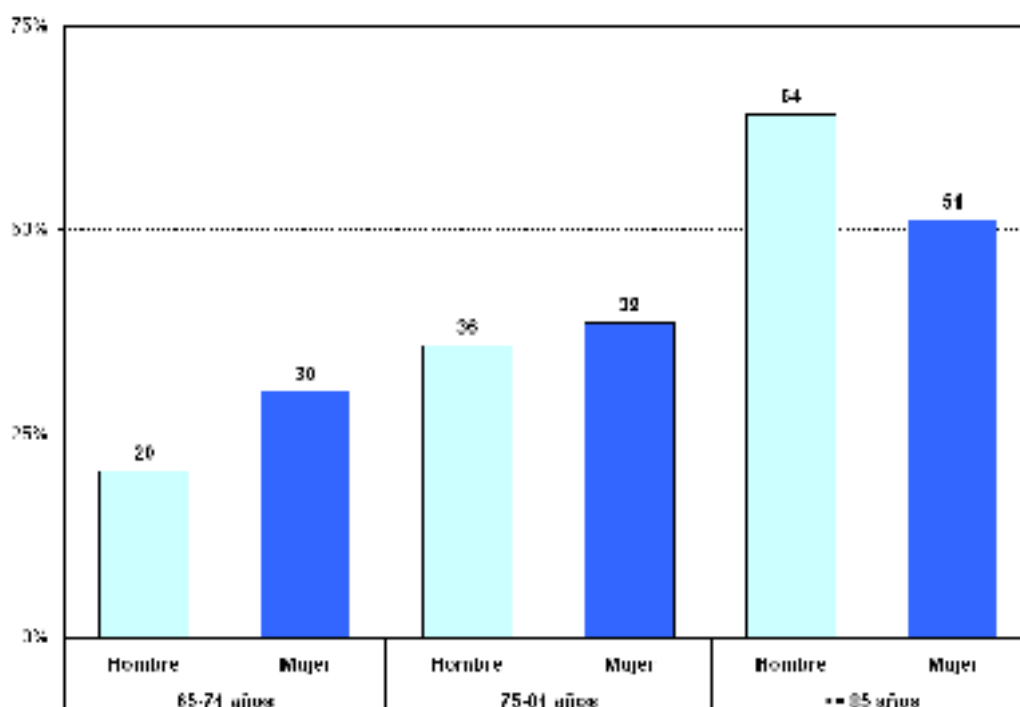
6.7. Memoria, orientación, déficits sensoriales y dependencia en mayores de 65 años

En la ESCM'05 se ha prestado especial interés a la población mayor de 65 años por las particularidades que presenta, fundamentalmente relacionadas con el deterioro físico y cognitivo y la dependencia que producen en la persona mayor.

6.7.1. Problemas de memoria

Una de cada 3 personas mayores de la ciudad de Madrid padece problemas de memoria. La prevalencia de problemas de memoria se incrementa con la edad y el sexo femenino hasta los 84 años, invirtiéndose posteriormente esta tendencia.

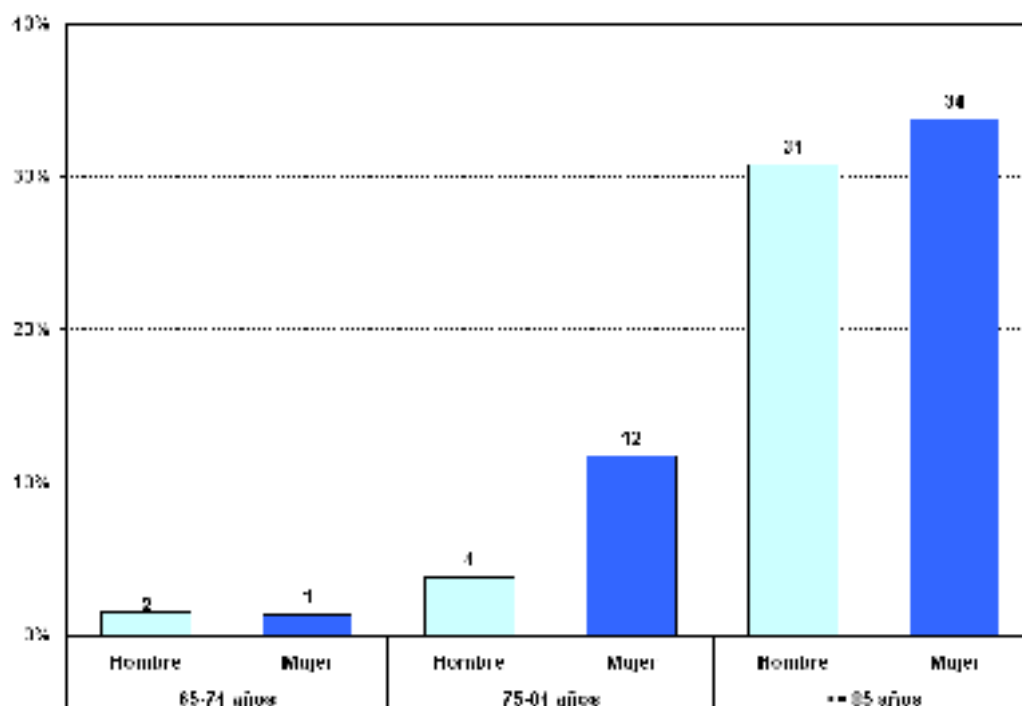
Gráfico 61. Prevalencia de problemas de memoria según sexo y edad (mayores de 64 años)



6.7.2. Problemas de orientación

En el grupo de 65-74 años poco más del 1% presenta 3 ó más fallos en el test de orientación, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. En el grupo de 75-84 años aumenta la proporción de personas con 3 ó más fallos, siendo más frecuente en la mujer. A partir de los 85 años, la tercera parte de los ancianos tuvieron 3 ó más fallos en el test de orientación siendo ligeramente más elevada esta proporción en las mujeres.

Gráfico 62. Prevalencia de problemas de orientación según sexo y edad (mayores de 64 años)



6.7.3. Déficits sensoriales: vista y oído

Algo menos de la cuarta parte de las personas de entre 65 y 74 años tiene algún tipo de dificultad para ver televisión o leer el periódico, a pesar de utilizar gafas, sin diferencias por sexo. Esta proporción va aumentando con la edad, de forma que en los ancianos de 85 años o más, más de la mitad presentan algún tipo de dificultad, siendo el grado de limitación más importante en las mujeres. En cuanto al oído, el porcentaje de personas con algún problema para mantener conversaciones en grupo (incluso con audífono si lo utilizan), es algo menor que para la vista hasta los 84 años. A partir de esta edad aumenta considerablemente la proporción de personas con algún grado de dificultad para oír, siendo el grado de limitación más importante en los hombres.

Gráfico 63. Prevalencia de déficit visual entre los mayores de 64 años según sexo y edad

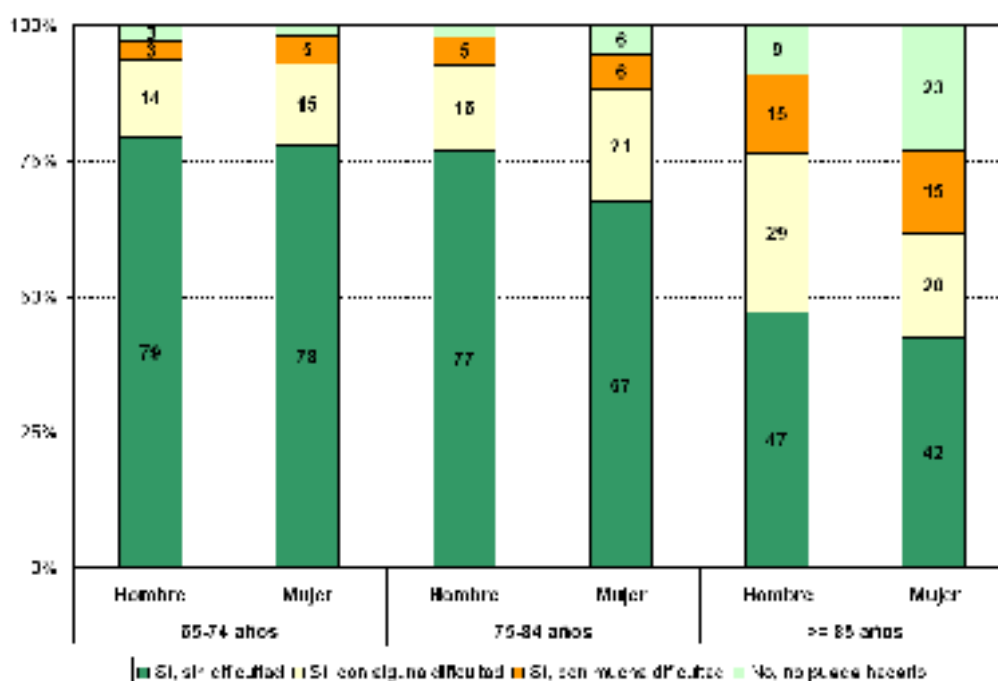
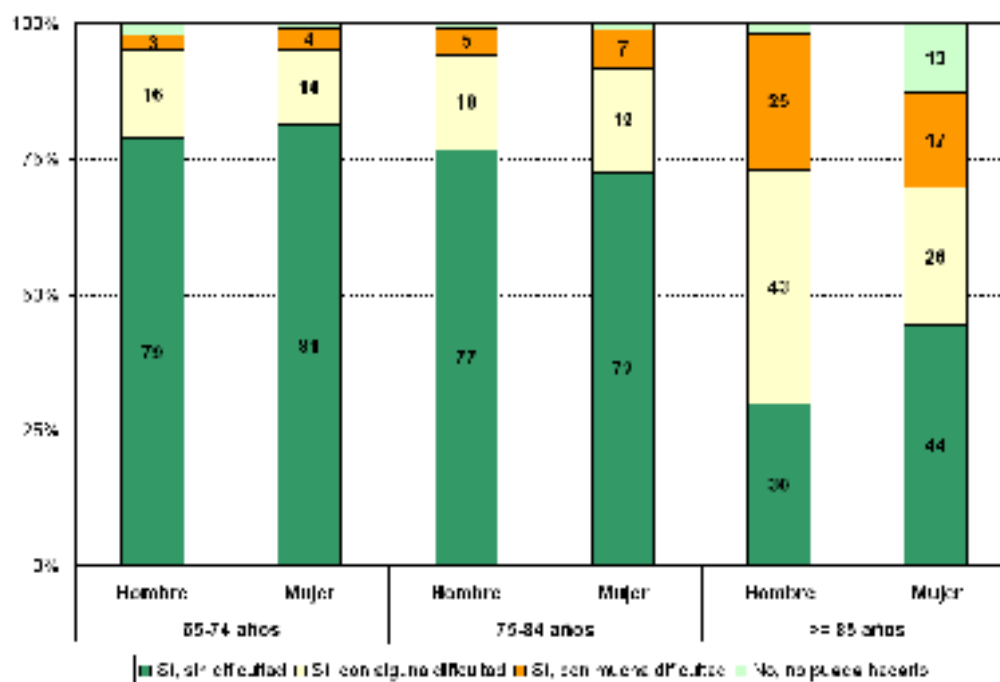


Gráfico 64. Prevalencia de déficit auditivo entre los mayores de 64 años según sexo y edad

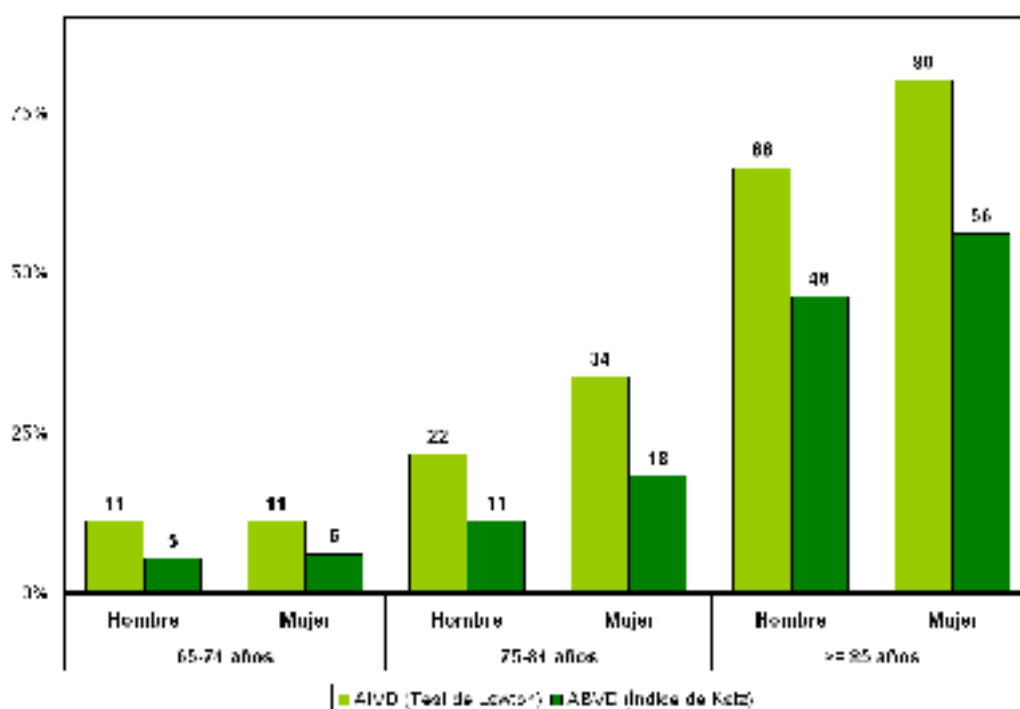


6.7.4. Dependencia

Se han estudiado dos tipos de dependencia. La dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se ha evaluado mediante el test de Lawton, que detecta los primeros grados de deterioro; la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se ha examinado mediante el índice de Katz, que representa un tipo de dependencia más grave. La prevalencia de dependencia para las AIVD y ABVD en los mayores de 64 años de la ciudad de Madrid es de 24,2% y 14,1%, respectivamente.

La prevalencia de ambos tipos de dependencia aumenta con la edad en ambos sexos. Hasta los 74 años no se observan diferencias por sexo en la prevalencia de dependencia; sin embargo, a partir de esta edad la prevalencia de ambos tipos de dependencia es mayor en la mujer que en el varón.

Gráfico 65. Prevalencia de dependencia entre los mayores de 64 años según sexo y edad



La probabilidad de dependencia en AIVD es significativamente mayor en la mujer que en el hombre (OR=1,3). El riesgo aumenta de forma muy importante con la edad; con respecto a los individuos de 65-74 años, el riesgo se multiplica por tres en los de 75-84 años mientras que en los mayores de 85 años la medida de asociación es de 22,1. En cuanto al nivel de estudios, se observa una mayor asociación entre la dependencia en AIVD y ser analfabeto funcional (OR=2).

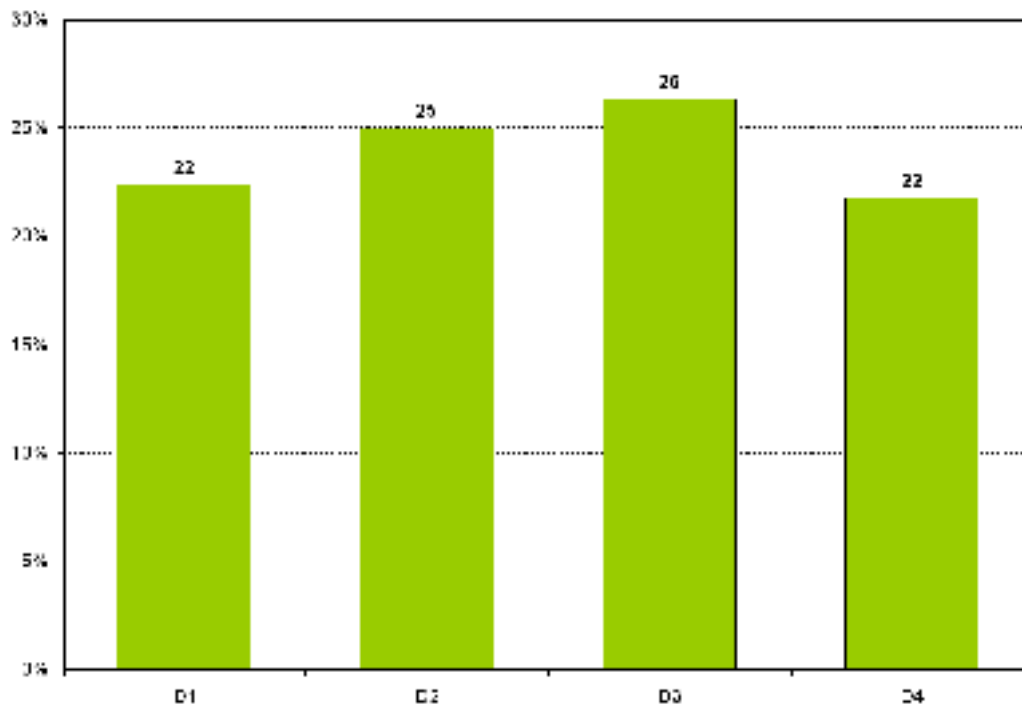
Tabla 47. Asociación entre ser dependiente a las AIVD y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	640	1		
Mujer	981	1,3	(1,0-1,7)	<0,01
Edad				
65-74 años	897	1		
75-84 años	561	3,0	(2,3-4,0)	<0,001
>= 85	163	22,1	(15-34)	<0,001
Nivel de estudios				
Terciarios	241	1		
Secundarios	458	1	(0,7-1,6)	ns
Primarios	465	1	(0,9-2,1)	ns
Analfabeto funcional	457	2	(1,2-2,9)	<0,01

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

Las agrupaciones de distritos 2 y 3 son las que presentan una mayor prevalencia de dependencia para AIVD, después de ajustar por sexo y edad.

Gráfico 66. Prevalencia de dependencia a AIVD entre los mayores de 64 años según agrupaciones de distrito, estandarizando por sexo y edad



D1: Usera, Puente de Vallecas y Villaverde. D2: Latina, Carabanchel, Villa Vallecas, Vicálvaro y San Blas. D3: Centro, Arganzuela, Tetuán, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Fuencarral, Barajas. D4: Retiro, Salamanca, Chamberí, Moncloa y Chamartín.

La relación entre dependencia en ABVD y variables sociodemográficas muestra un patrón similar al observado para la dependencia en AIVD. De nuevo, la probabilidad de dependencia en actividades básicas de la vida diaria es superior en la mujer que en el hombre (OR=1,3). Con respecto a la edad, los individuos de 75-84 años tienen tres veces más riesgo que los de 65-74 años (OR=3), mientras que los > 85 años presentan una medida de asociación de 17,3. En cuanto al nivel de estudios, se mantiene un mayor riesgo de padecer dependencia para ABVD entre los analfabetos funcionales.

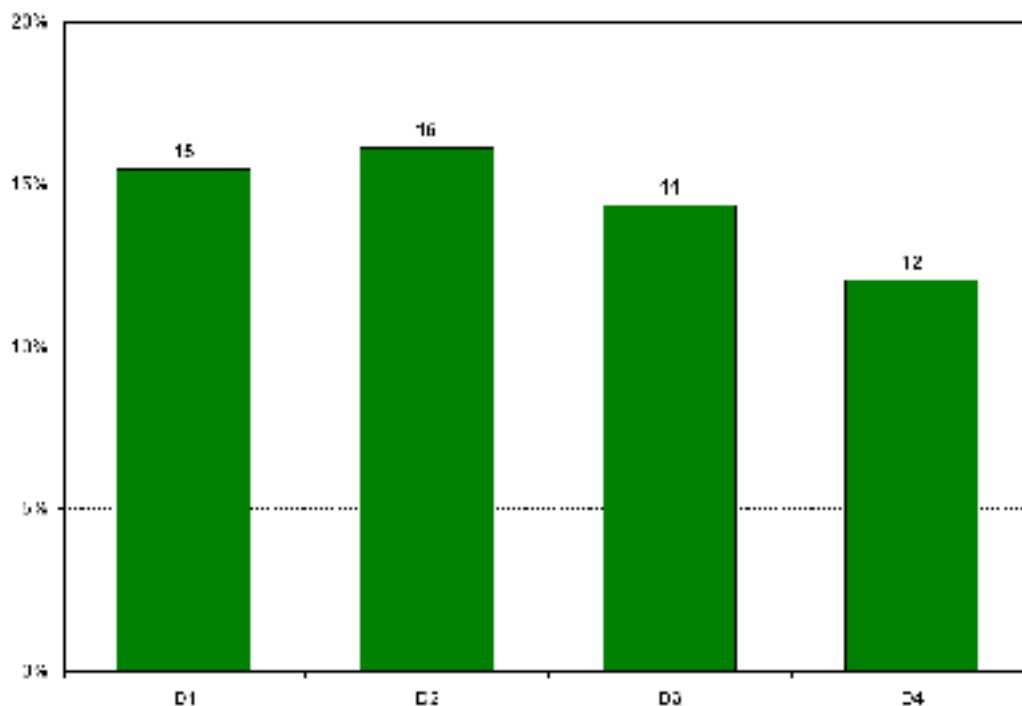
Tabla 48. Asociación entre ser dependiente a las ABVD y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	645	1		
Mujer	981	1,3	(0,9-1,8)	<0,05
Edad				
65-74 años	899	1		
75-84 años	564	3,0	(2,0-4,2)	<0,001
>= 85	163	17,3	(11,3-26,5)	<0,001
Nivel de estudios				
Terciarios	241	1		
Secundarios	460	1,2	(0,7-2,3)	ns
Primarios	466	1,7	(1,0-3,1)	ns
Analfabeto funcional	459	2,3	(1,3-4,1)	<0,01

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

La dependencia para ABVD es mayor en las agrupaciones de distrito 1, 2 y 3 que en la agrupación 4.

Gráfico 67. Prevalencia de dependencia a ABVD entre los mayores de 64 años según agrupaciones de distrito, estandarizando por sexo y edad

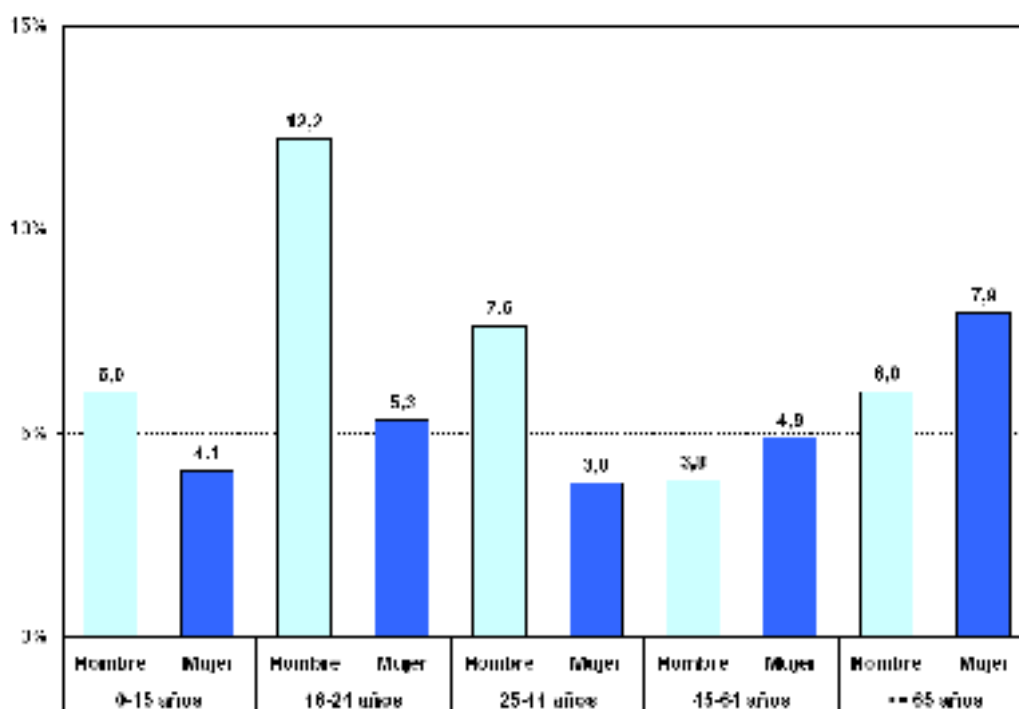


D1: Usera, Puente de Vallecas y Villaverde. D2: Latina, Carabanchel, Villa Vallecas, Vicálvaro y San Blas. D3: Centro, Arganzuela, Tetuán, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Fuencarral, Barajas. D4: Retiro, Salamanca, Chamberí, Moncloa y Chamartín.

6.8. Accidentes

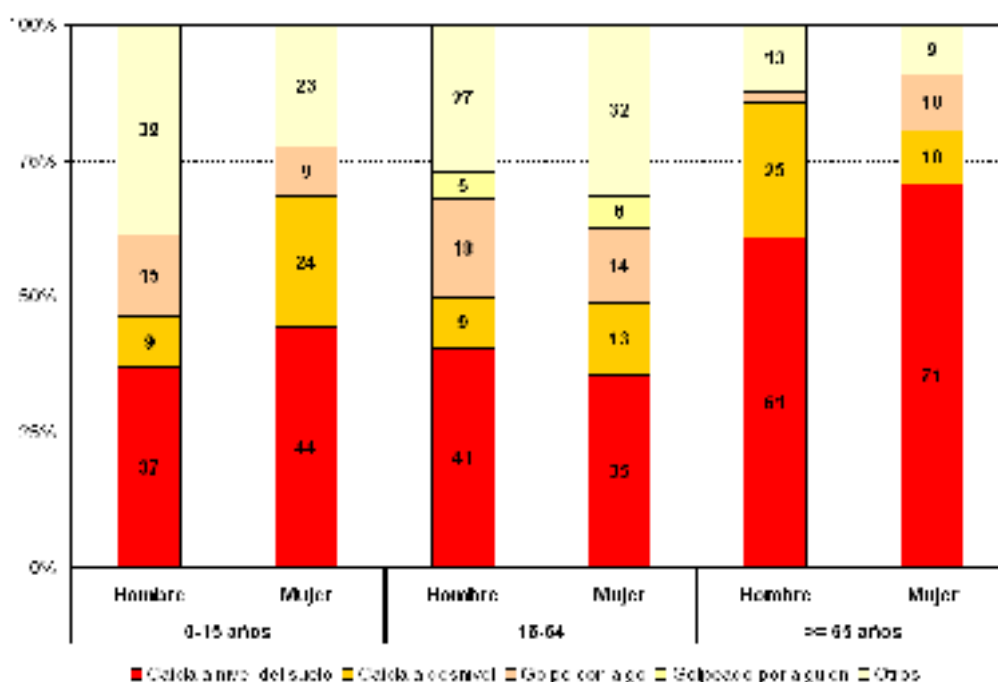
El porcentaje de entrevistados que han sufrido, al menos, un accidente que ha requerido asistencia sanitaria en los últimos 12 meses, es 6% (6% en adultos y 5% en niños). Hasta los 44 años de edad, la accidentabilidad es más frecuente en varones, especialmente en el grupo de 16-24 años. A partir de los 45 años, las mujeres se accidentan con más frecuencia que los varones, aumentando el riesgo con la edad.

Gráfico 68. Ocurrencia de accidente según sexo y edad



Durante la infancia (0-15 años), las caídas son más frecuentes en las niñas (7 de cada 10 accidentes) que en los niños (5 de cada 10 accidentes), mientras que los accidentes por otras causas, entre las que se encuentran los accidentes de tráfico y los atropellos, son más comunes en los niños (4 de cada 10 accidentes). Durante la edad adulta (16-64 años), las caídas suponen la mitad de todos los accidentes en ambos sexos, apareciendo como causa de accidentes las agresiones físicas por parte de otras personas, que suponen alrededor del 5% de los accidentes a esta edad (algo superior en las mujeres). A partir de los 65 años, aumentan los accidentes producidos por caídas con una proporción superior al 75% en ambos sexos.

Gráfico 69. Distribución del tipo de accidente según sexo y edad

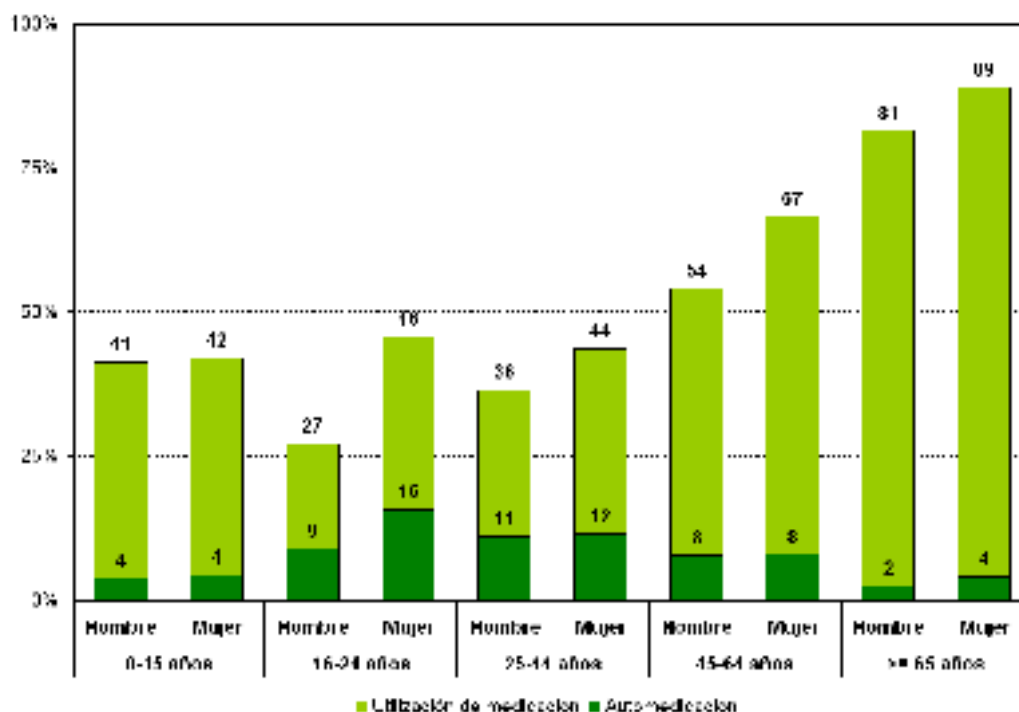


6.9. Consumo de medicamentos

El 55% de los adultos madrileños ha consumido medicación en las dos últimas semanas. De ellos, el 9% ha tomado fármacos sin prescripción médica previa. El consumo de medicamentos es ligeramente inferior en la población infantil: el 42% ha tomado fármacos en el último mes y de ellos, un 4% lo ha hecho sin prescripción médica previa. Dentro de los grupos específicos de medicamentos, el 17% de los adultos ha consumido analgésicos y/o antipiréticos en las 2 semanas previas a la entrevista, el 12% ha consumido medicamentos para la tos o resfriado, y el 6%, tranquilizantes o relajantes. En los niños el consumo de analgésicos y/o antipiréticos en el mes previo a la entrevista ha ocurrido en un 16%, el de fármacos para la tos o resfriado en un 25%, y tranquilizantes o relajantes en un 0,3%.

El empleo de medicación se asocia con la edad y con el género. En todas las etapas de la vida las mujeres consumen más medicamentos que los hombres, siendo esta diferencia más manifiesta entre los 16-24 años. En los varones, el consumo de fármacos disminuye después de la infancia, desde los 16 hasta los 45 años, momento en el que vuelve a aumentar hasta superar los valores de la infancia; sin embargo, esta disminución de la utilización de fármacos después de la infancia no se observa en las mujeres. Un porcentaje importante del consumo de medicamentos se realiza por automedicación, especialmente en el grupo de 16 a 44 años y, dentro de este grupo, en las mujeres.

Gráfico 70. Utilización de medicación* y automedicación* según sexo y edad



*Referencia temporal de ingesta de medicación y automedicación: 0 a 15 años (último mes), mayor de 15 años (últimas 2 semanas).

Tanto en adultos como en niños los fármacos que más se utilizan como automedicación son los analgésicos y antipiréticos, seguidos por los fármacos para la tos o el resfriado.

Gráfico 71. Prevalencia de automedicación de cada fármaco entre los adultos

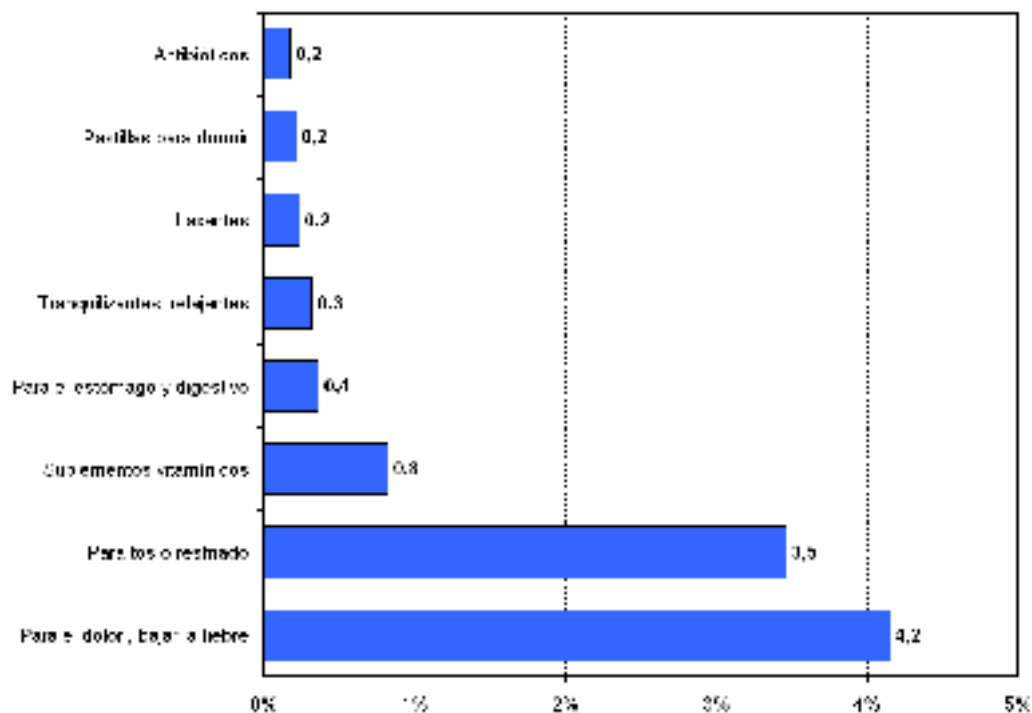
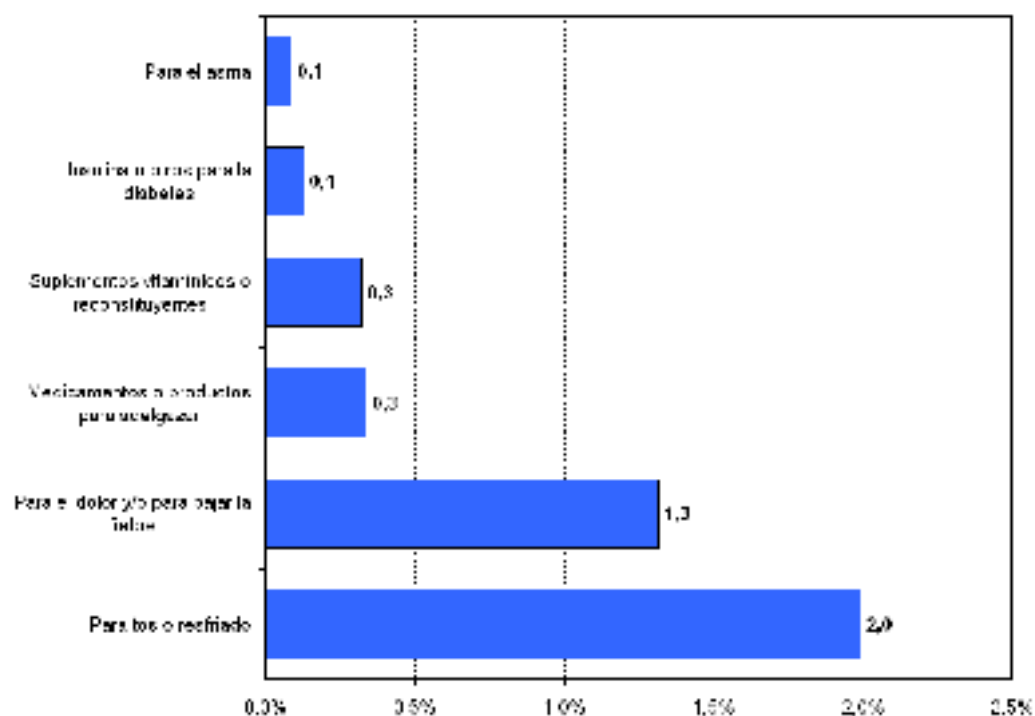


Gráfico 72. Prevalencia de automedicación de cada fármaco entre la población infantil



6.10. Servicios sanitarios

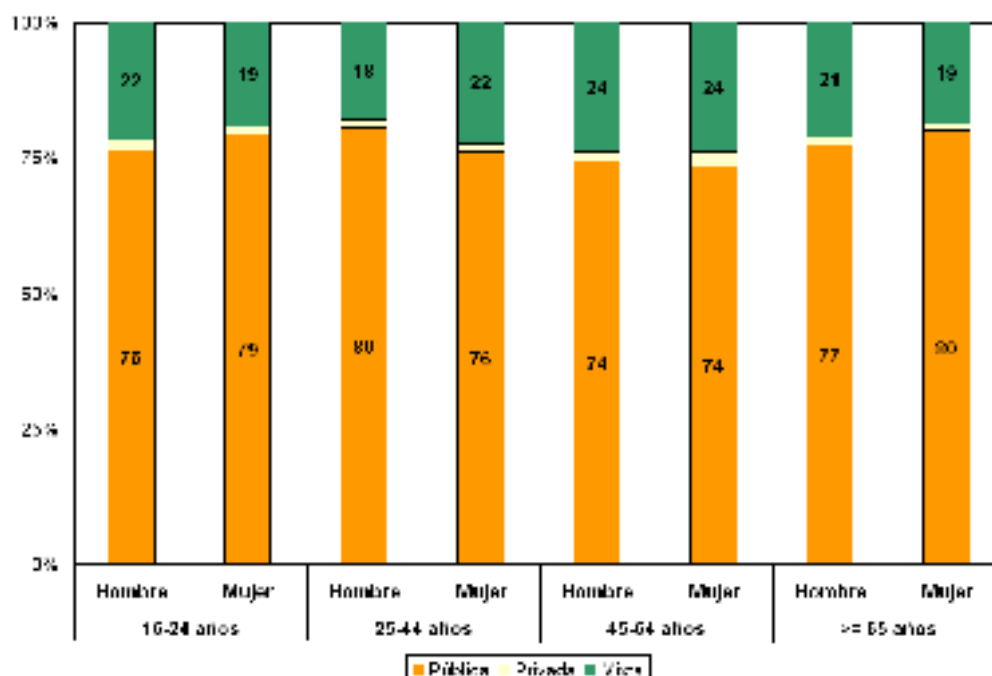
El estado de salud de la población de Madrid depende, entre otras cosas, de la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud, lo que está directamente relacionado tanto con la cobertura sanitaria como con la utilización de los servicios de salud por parte de los ciudadanos. En este apartado se pretende conocer la utilización de los servicios de AP, AE, hospitales, urgencias y emergencias, salud bucodental y salud mental.

6.10.1. Cobertura

Prácticamente la totalidad de los adultos de Madrid (98%) disfruta de cobertura sanitaria de carácter público; el 77% de ellos sólo tiene asistencia pública, mientras que el 21% posee además algún tipo de mutua. El 2% declara recibir asistencia sanitaria privada exclusivamente.

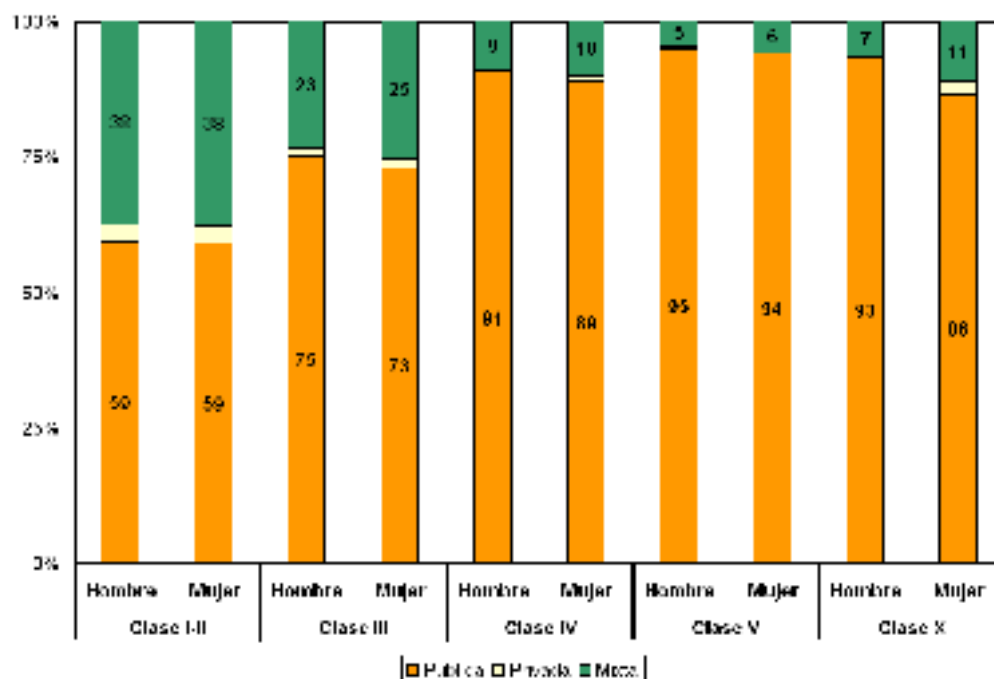
No se observan diferencias relevantes en el tipo de cobertura sanitaria por edad o sexo, aunque se aprecia una frecuencia de cobertura privada ó mixta ligeramente mayor en las mujeres de 25-44 años (explicado quizás por la provisión de asistencia obstétrica) y en ambos sexos en el grupo de 45-64 años.

Gráfico 73. Distribución del tipo de cobertura según sexo y edad



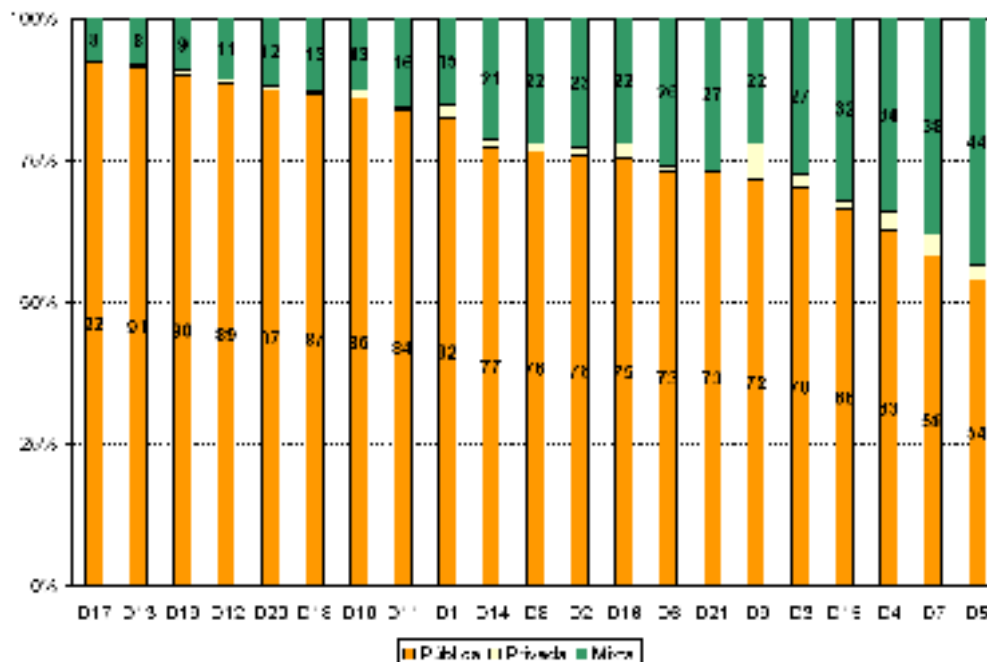
Las diferencias en el tipo de cobertura sanitaria están muy asociadas con la clase social: el porcentaje de sujetos con cobertura privada o mixta disminuye con el descenso de la clase social. El patrón de cobertura de la clase X es similar al de la clase IV. Dentro de un mismo estrato social no hay diferencias relevantes por género.

Gráfico 74. Tipo de cobertura según clase social estandarizada por edad



Los distritos con mayor dependencia de la asistencia pública son Villaverde, Puente de Vallecas y Vicálvaro donde apenas existe población con cobertura sanitaria privada o mixta. En cambio, en los distritos con niveles de renta altos, como Chamartín, Chamberí y Salamanca, se aprecia una mayor frecuencia de cobertura sanitaria privada y sobre todo mixta.

Gráfico 75. Tipo de cobertura sanitaria según distrito estandarizado por sexo y edad



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

En el análisis multivariante de regresión logística, sólo se observan diferencias significativas en la clase social. A medida que aumenta la clase social, aumenta la probabilidad de tener cobertura mixta o exclusivamente privada (clase I-II, OR=11,3).

Tabla 49. Asociación entre tener cobertura sanitaria privada o mixta y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.298	1		
Mujer	3.981	1,1	(0,9-1,2)	ns
Edad				
16-24 años	797	1		
25-44 años	2.710	1,1	(0,9-1,3)	ns
45-64 años	2.142	1,2	(1,0-1,5)	ns
>= 65 años	1.630	1,1	(0,9-1,4)	ns
Clase social				
V	774	1		
IV	2.265	1,9	(1,3-2,6)	<0,001
III	1.726	5,8	(4,2-7,9)	<0,001
I-II	2.220	11,3	(8,3-15,5)	<0,001
X	294	2,8	(1,8-4,4)	<0,001

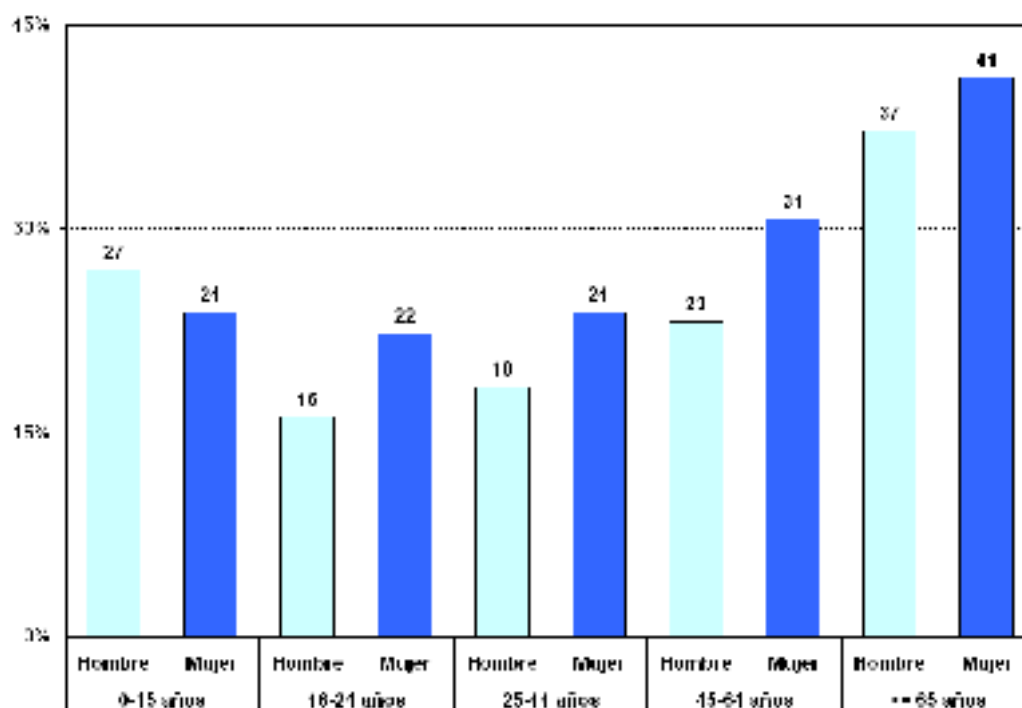
*Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

6.10.2. Atención médica en las últimas 2 semanas:

6.10.2.1. Atención Primaria y Especializada

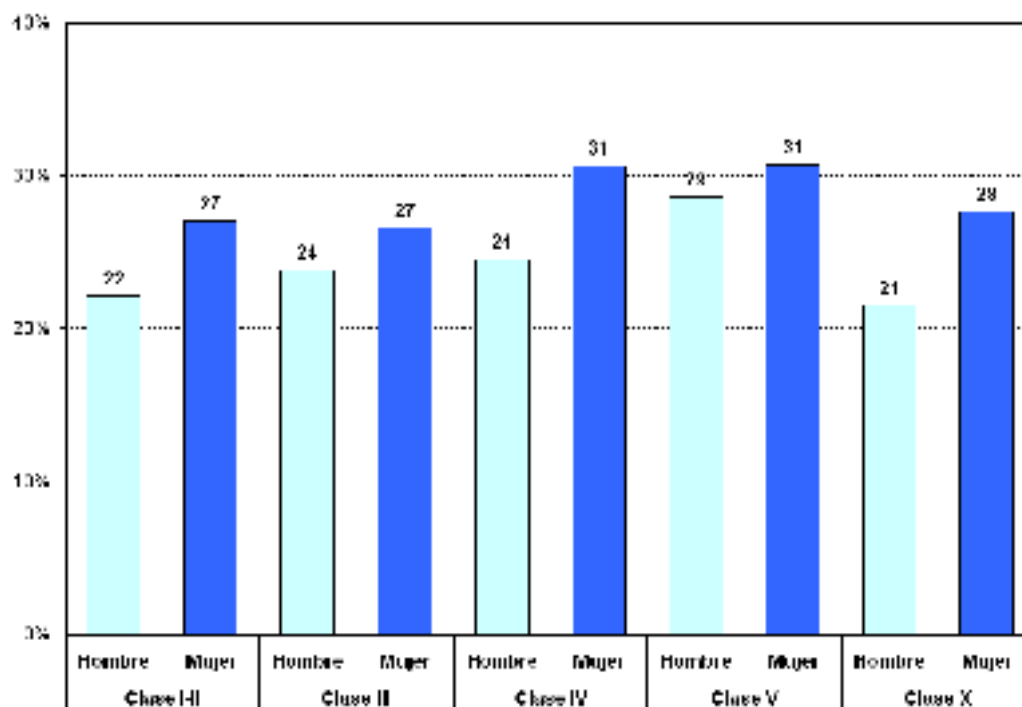
El 26% de los madrileños ha requerido algún tipo de asistencia médica en las dos últimas semanas. Alrededor de la cuarta parte de la población infantil ha precisado atención médica, siendo esta proporción ligeramente superior en los varones. A partir de los 16 años, este porcentaje disminuye de forma muy significativa en los varones, mientras que apenas lo hace en las mujeres. En los adultos (16 años y mayores), se observa una relación entre la necesidad de asistencia médica y la edad (mayor necesidad a mayor edad) y el sexo (frecuencia de asistencia más elevada en las mujeres).

Gráfico 76. Atención médica recibida (últimas 2 semanas) según sexo y edad



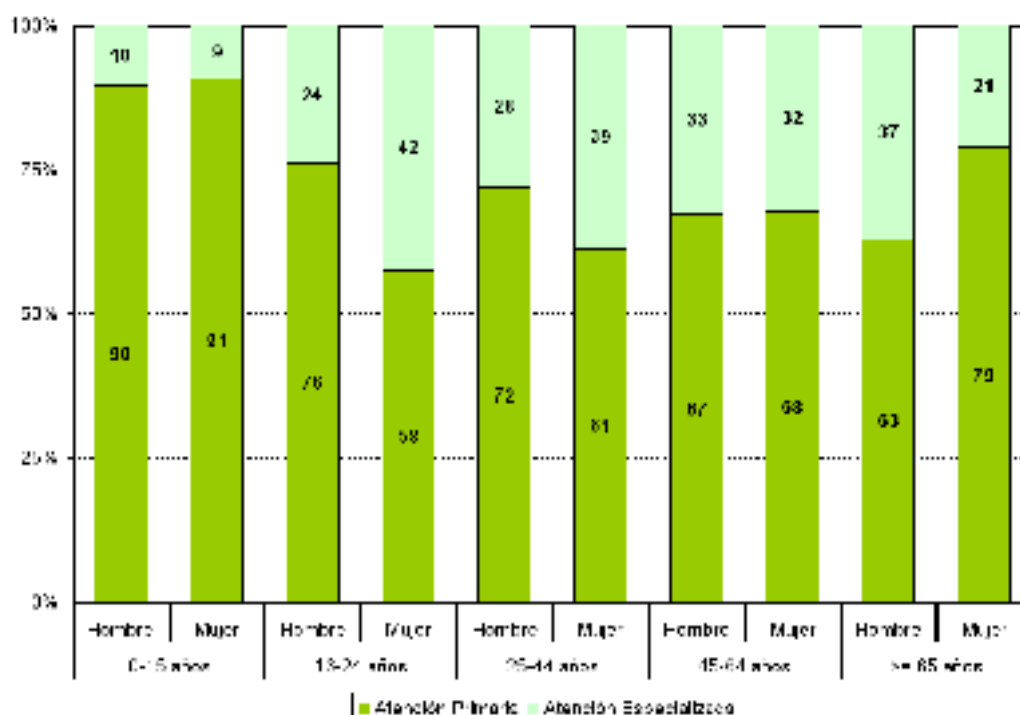
En los varones, la proporción de sujetos que han precisado atención médica en las dos semanas previas aumenta a medida que disminuye la clase social. Sin embargo, en las mujeres la necesidad de asistencia es similar entre las clases I-II y III por un lado y las clases IV y V por otro. En la clase X, esta variable se comporta de forma parecida a la clase I-II.

Gráfico 77. Atención médica recibida (últimas 2 semanas) según clase social estandarizada por edad



Del total de los adultos madrileños que han recibido algún tipo de asistencia durante las dos semanas previas a la encuesta (27%), el 71% ha sido atendido en AP (19% de los adultos de la muestra) y el resto en AE. En cuanto a la edad, más del 90% de la atención médica recibida en la infancia tiene lugar en el nivel de atención primaria, sin diferencia entre géneros (22% de los niños de Madrid fueron a atención primaria en las últimas 2 semanas). En los varones de 16-24 años, alrededor de la cuarta parte de la atención médica recibida tiene lugar en atención especializada; esta proporción se incrementa lentamente con la edad. Sin embargo, en la mujer ocurre el fenómeno inverso: la proporción de consultas en atención especializada es más elevada en el grupo de 16-24 años (4 de cada 10 consultas), descendiendo lentamente con el aumento de la edad.

Gráfico 78. Nivel de asistencia (últimas 2 semanas) según sexo y edad



La recepción de asistencia médica en las dos semanas previas a la encuesta es significativamente más frecuente en la mujer que en el hombre (OR=1,3). Se observa una asociación con la edad de forma que la probabilidad de asistencia es menor en los individuos de 16-44 años que en los de 0-15 años (OR<1); entre los 45 y 64 años la probabilidad aumenta ligeramente (OR=1,2) aunque de forma no significativa; por último, a partir de los 65 años la probabilidad es el doble que la observada en los menores de 16 años (OR=2,0). Finalmente, la recepción de asistencia médica en las dos últimas semanas parece ser ligeramente más frecuente en las clases sociales más bajas (OR de las clases IV y V=1,2).

Tabla 50. Asociación entre haber recibido Asistencia médica en las 2 semanas previas y las principales variables sociodemográficas*

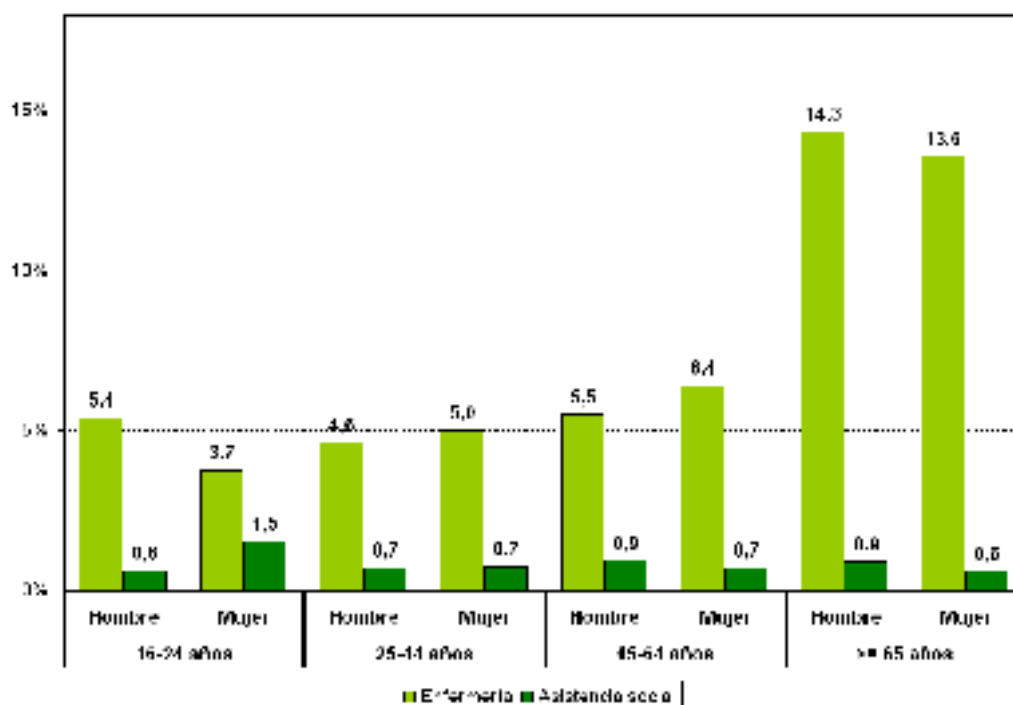
	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.883	1		
Mujer	4.516	1,3	(1,2-1,4)	<0,001
Edad				
0-15 años	1.120	1		
16-24 años	797	0,8	(0,6-1,0)	<0,05
25-44 años	2.710	0,8	(0,7-0,9)	<0,01
45-64 años	2.142	1,2	(1,0-1,4)	ns
>= 65 años	1.630	2,0	(1,7-2,4)	<0,001
Clase social				
I-II	2.575	1		
III	1.973	1,0	(0,9-1,2)	ns
IV	2.637	1,2	(1,0-1,3)	<0,05
V	920	1,2	(1,0-1,4)	<0,05
X	294	1,0	(0,8-1,3)	ns

*Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

6.10.2.2. Otros profesionales de los servicios sanitarios

El 7,8% de los mayores de 15 años fue atendido por otros profesionales de los servicios sanitarios, como personal de enfermería (7%) y asistentes sociales (0,8%). Hasta los 64 años, la proporción de individuos que acuden a Consulta de Enfermería se mantiene en niveles bajos (en torno al 5%) y con pocas oscilaciones. A partir de los 65 años esta proporción casi se triplica. Las consultas al Asistente Social son muy poco frecuentes (en torno al 1% de la población), sin diferencias relevantes por la edad o el género.

Gráfico 79. Asistencia de otros profesionales sanitarios (últimas 2 semanas) según sexo y edad

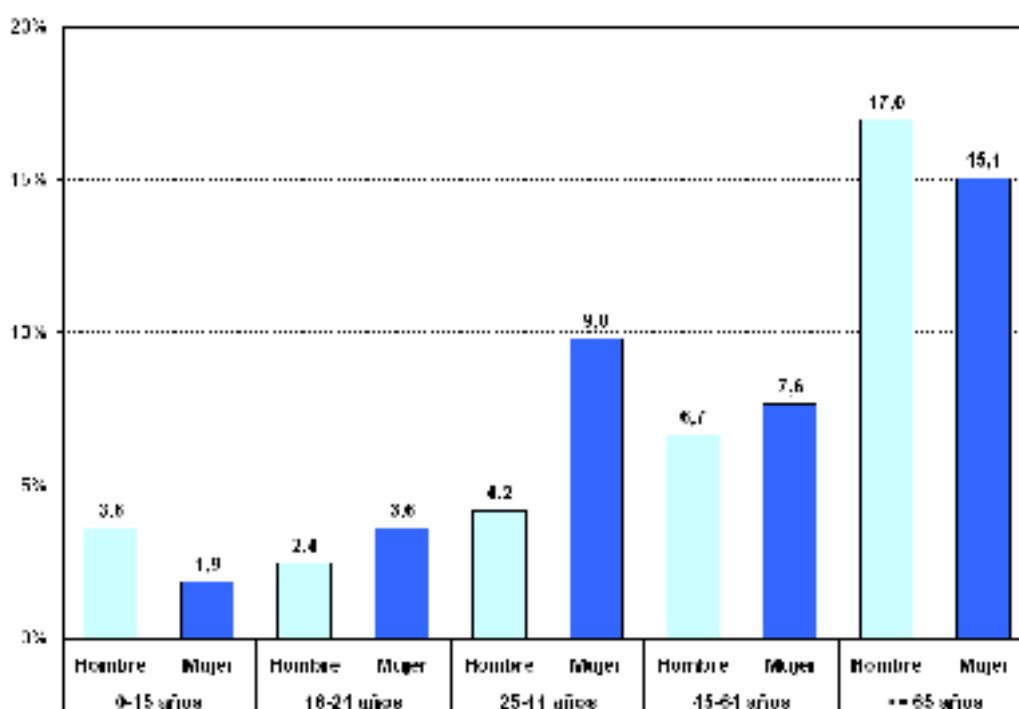


6.10.3. Atención médica en los últimos 12 meses:

6.10.3.1. Ingresos hospitalarios

La proporción de hospitalización durante al menos una noche fue del 8% (9% en adultos y 3% en niños). Durante la infancia, la proporción de ingresos hospitalarios es mayor en niños que en niñas. En los adultos, la frecuencia de ingresos aumenta con la edad en los varones. En la mujer también se observa este incremento con la edad aunque entre los 25-44 años la frecuencia de ingresos es mayor que entre los 45-64 años (debido quizás a la maternidad).

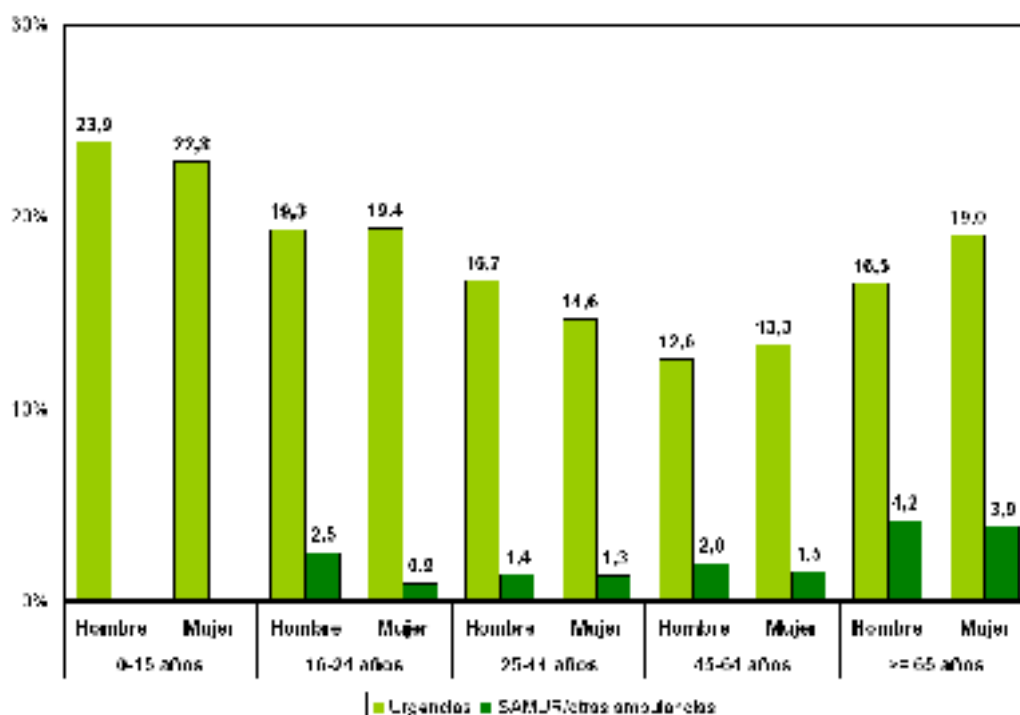
Gráfico 80. Distribución de los ingresos hospitalarios según sexo y edad



6.10.3.2. Urgencias y emergencias

Durante el año previo a la encuesta el 17% de los madrileños acudió a un servicio de urgencias. La infancia es la etapa de la vida en la que se produce una mayor utilización de los servicios de urgencias, con un porcentaje de utilización cercano al 25%, mientras que la utilización en adultos es del 16%. Entre los 16 y los 64 años la frecuencia de utilización de Servicios de Urgencia disminuye con la edad, sin diferencias relevantes por género. A partir de los 65 años se produce un incremento de la utilización del SAMUR u otras ambulancias y de servicios de urgencia, siendo éstos últimos ligeramente más frecuentes en mujeres. El servicio del SAMUR, o el uso de otras ambulancias, apenas ha sido requerido por el 2% de los consultados.

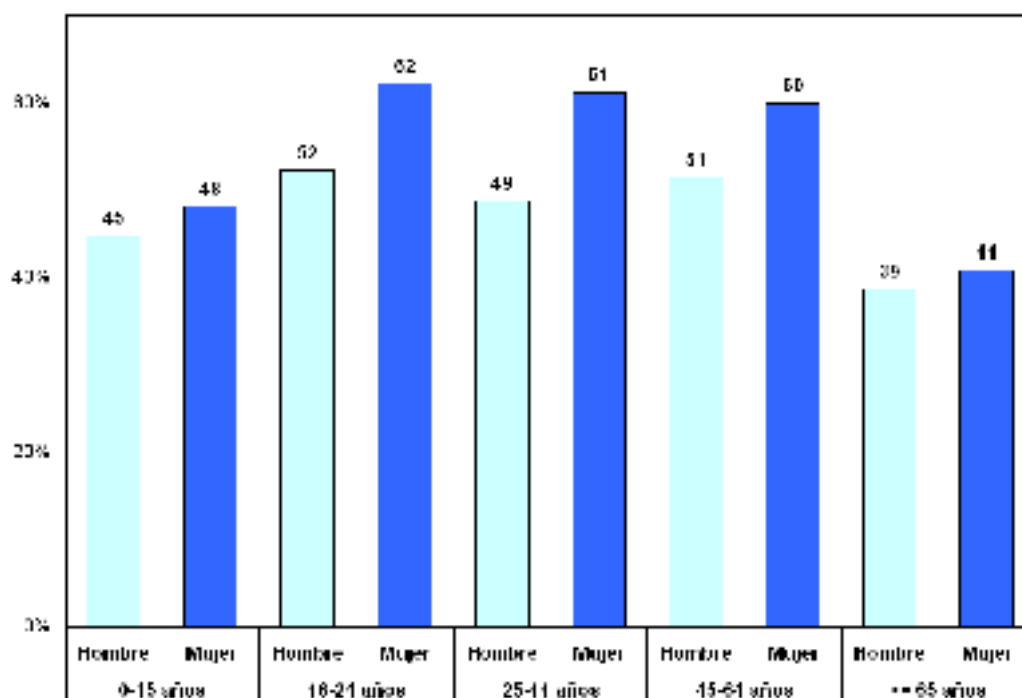
Gráfico 81. Utilización de los servicios de urgencias y emergencias (últimos 12 meses) según sexo y edad



6.10.3.3. Visitas al dentista

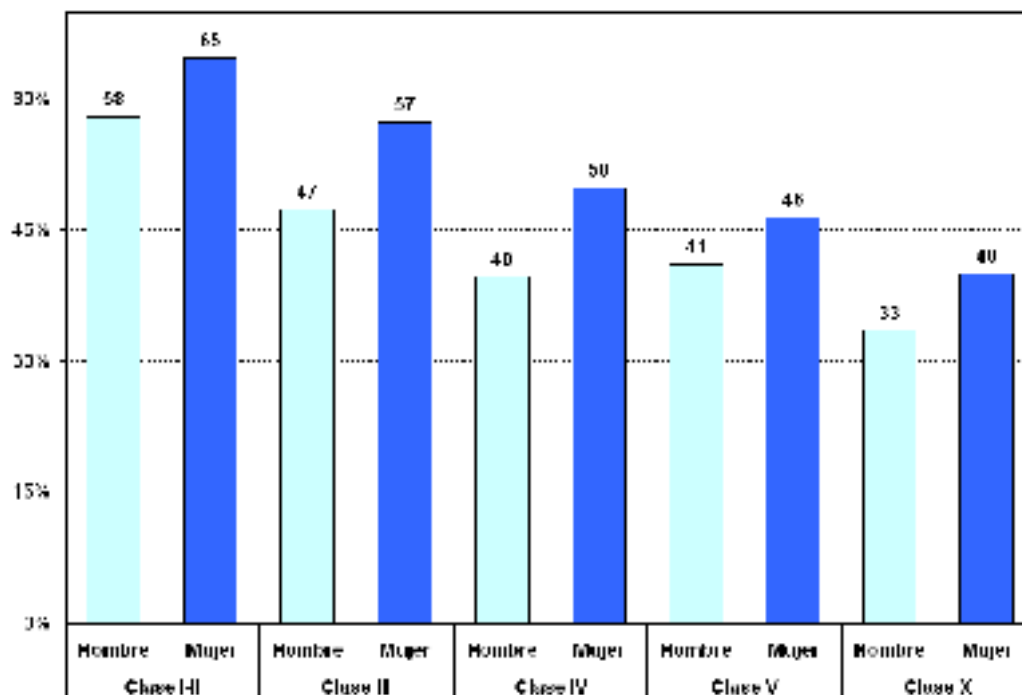
La mitad de los madrileños ha acudido al dentista en el último año: 51% de los adultos y 47% de todos los niños (52% de los niños que tienen dientes). En todas las etapas de la vida la mujer consulta al dentista con más frecuencia que el hombre. En la etapa adulta, entre 16-64 años, han consultado al dentista en el año previo 5 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres. Tanto en la infancia como a partir de los 65 años, la frecuentación al dentista es algo menor que en la etapa media de la vida.

Gráfico 82. Visitas al dentista en los últimos 12 meses según sexo y edad



La frecuentación al dentista disminuye según descende la clase social. La clase X es la que presenta una menor tasa de frecuentación al dentista.

Gráfico 83. Visitas al dentista en los últimos 12 meses según clase social estandarizada por edad

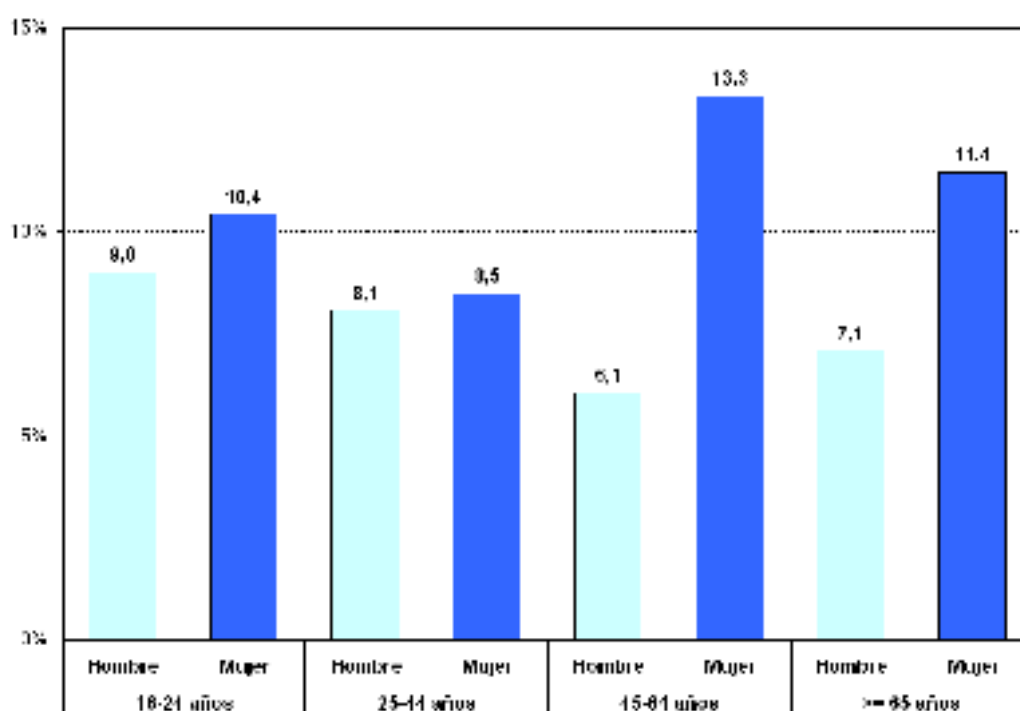


6.10.4. Servicio de salud mental

El servicio de salud mental sólo lo utiliza el 9% de los madrileños. Este dato podría indicar una infrautilización del servicio si se tiene en cuenta el elevado riesgo de la población madrileña de padecer algún trastorno de salud mental (19,2%) (Gráfico 39).

En todos los grupos de edad, las mujeres utilizan con más frecuencia que los hombres los servicios de Salud mental, aunque esta diferencia no es relevante hasta los 45-64 años, edad en la que el porcentaje de mujeres que utiliza estos servicios duplica al de hombres.

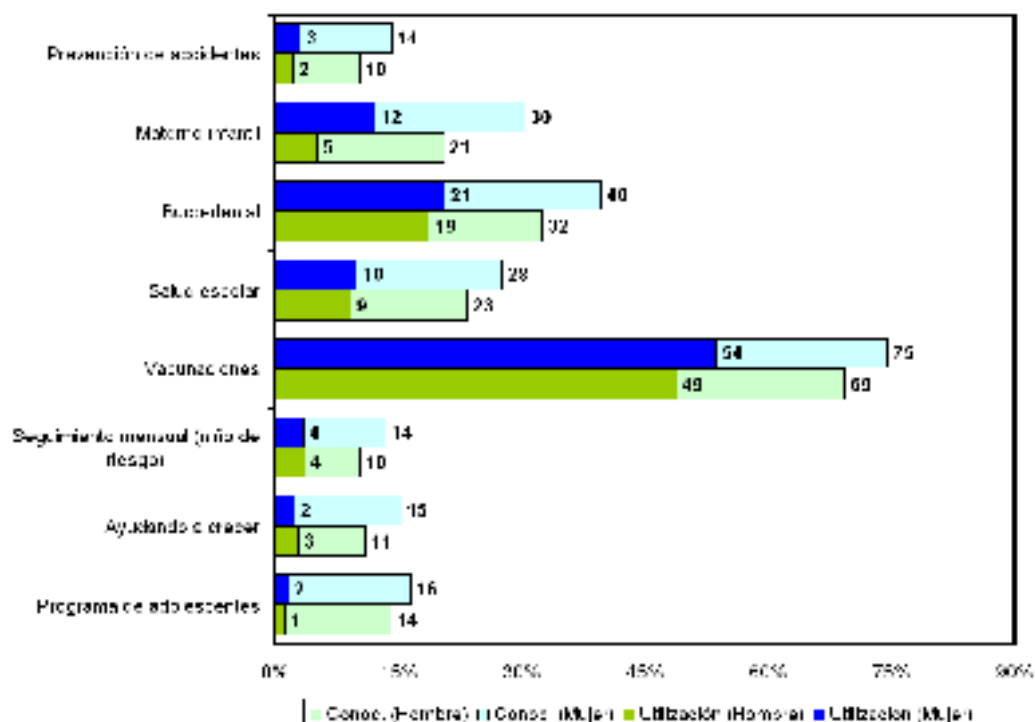
Gráfico 84. Utilización alguna vez en la vida de los servicios de salud mental según sexo y edad



6.10.5. Conocimiento y utilización de los servicios municipales

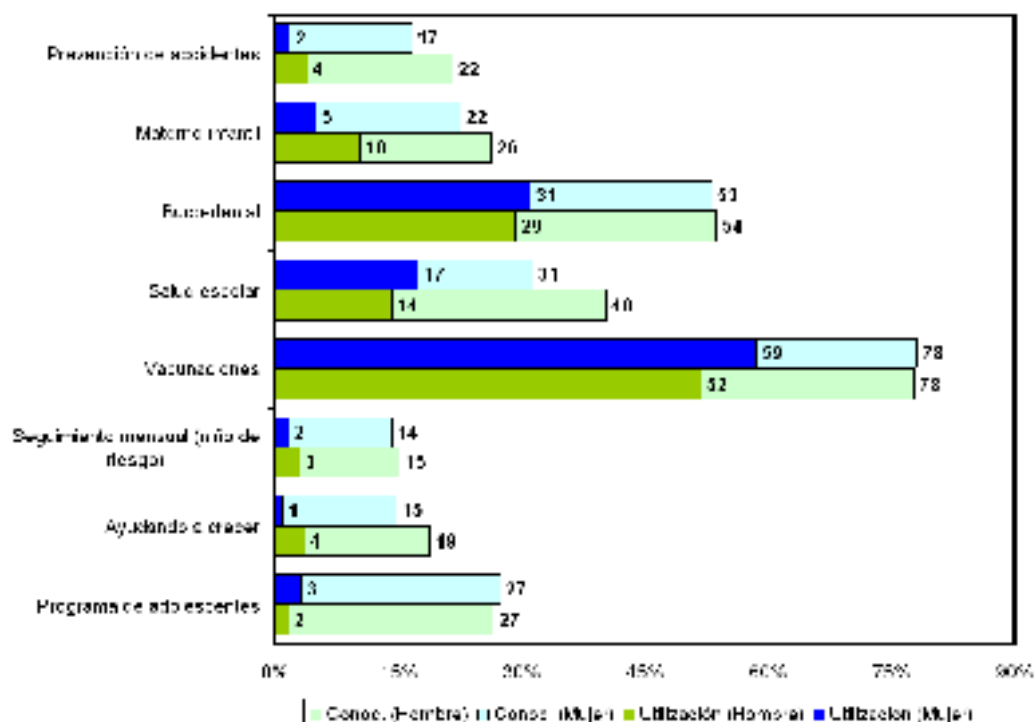
En los hogares donde se entrevistó a menores de 16 años uno de los padres o tutores respondió a las preguntas sobre conocimiento y utilización de los programas de los servicios sanitarios municipales. Todos los programas son más conocidos y utilizados por las madres que por los padres. Los padres menores de 45 años conocen fundamentalmente el programa de vacunaciones, el buco-dental, el materno-infantil y el de salud escolar.

Gráfico 85. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (Padres de 16 y 44 años)



Entre los padres de 45 años o mayores el programa más conocido sigue siendo el de vacunaciones, seguido por el de salud bucodental, salud escolar y programa de adolescentes. En general, estos programas son más utilizados por mujeres que por hombres. Con respecto al nivel de conocimiento de estos programas, no se observan diferencias por sexo, excepto en el programa de salud escolar que es más utilizado por las mujeres a pesar de ser más conocido por los varones.

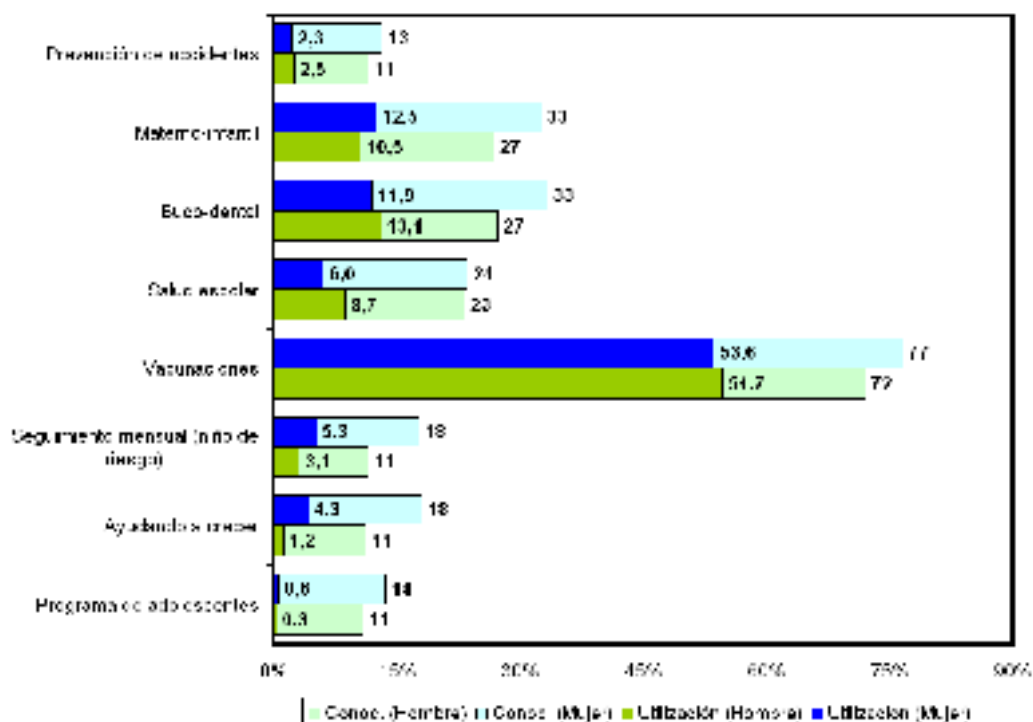
Gráfico 86. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (Padres mayores de 45 años)



Los programas de los servicios sanitarios municipales van dirigidos a distintos segmentos de población. Por consiguiente, es importante averiguar el nivel de conocimiento y utilización de los programas en cada uno de los grupos etarios de los niños entrevistados.

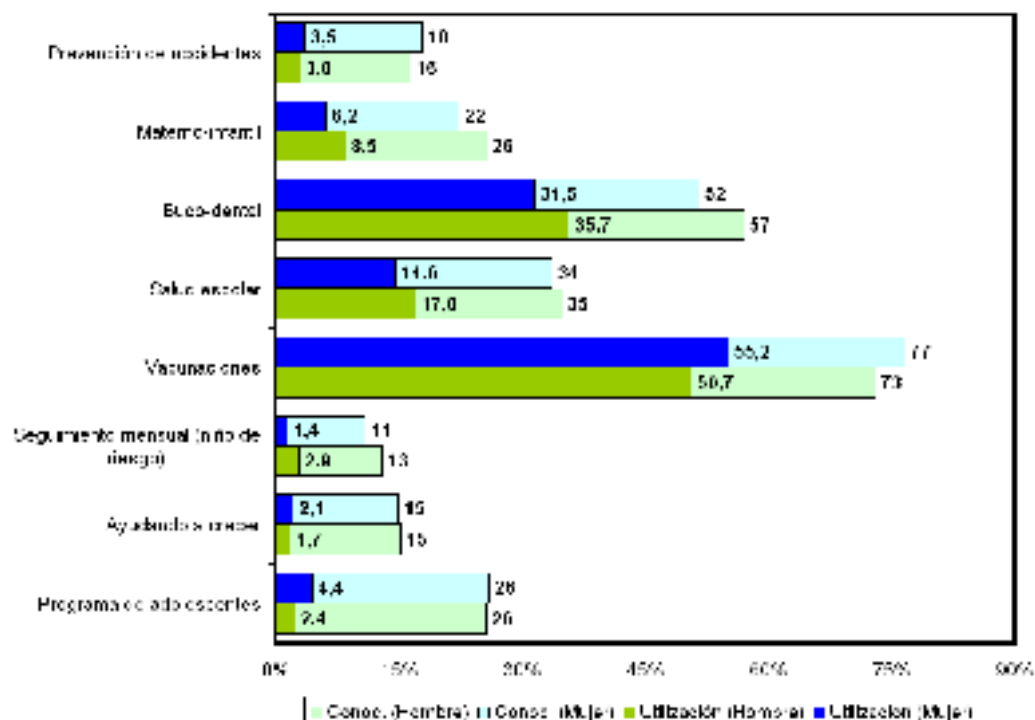
En los hogares con niños de 0-7 años, el programa más conocido y utilizado por ambos sexos, con bastante diferencia sobre el resto, es el de vacunaciones, seguido por el materno-infantil y el de salud buco-dental. El programa menos conocido es el de prevención de accidentes y el menos utilizado el de adolescentes (dirigido a un estrato de edad superior).

Gráfico 87. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (De 0 a 7 años)



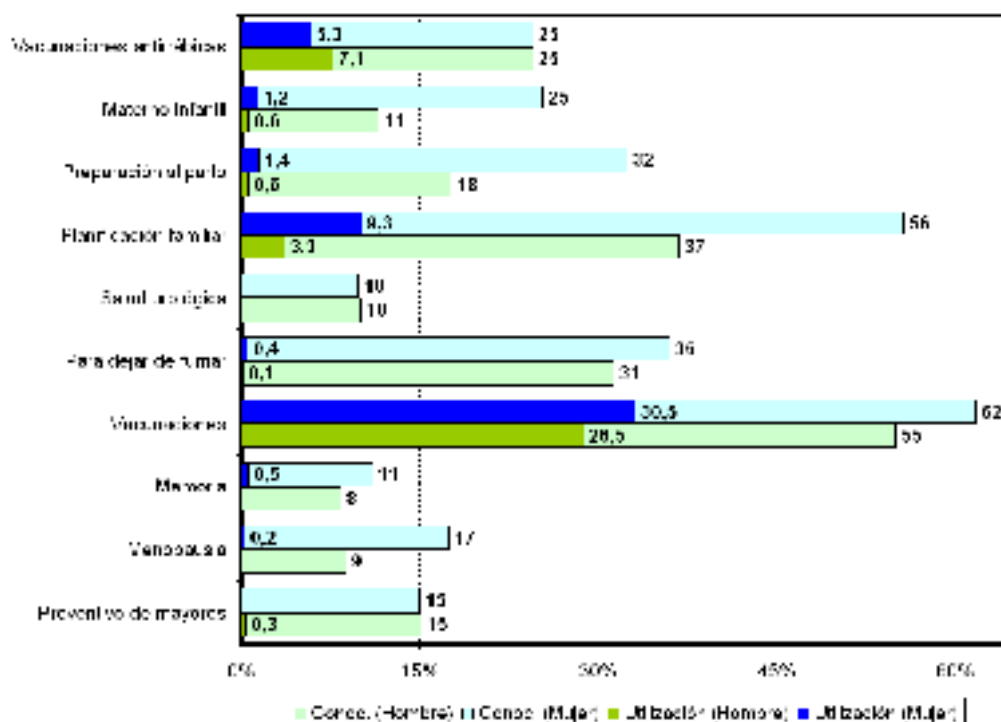
En los hogares con niños de 8 a 15 años, los programas más conocidos por los padres son el de vacunaciones y el de salud buco-dental, siendo utilizados por más de la mitad de las personas que los conocen. En este grupo de edad aumenta el conocimiento del programa de adolescentes, aunque con un nivel de utilización bajo. Los programas menos conocidos y utilizados son el de seguimiento mensual (niños de riesgo) y el de ayudando a crecer.

Gráfico 88. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (De 8 a 15 años)



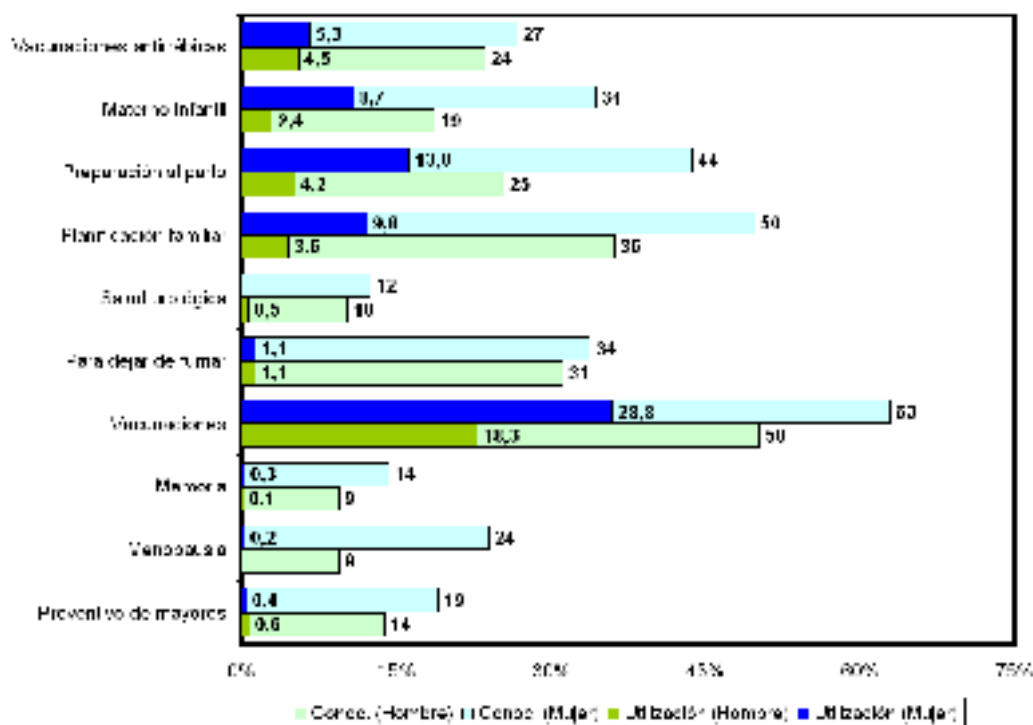
Entre los jóvenes de 16-24 años los programas más conocidos son el de vacunaciones y el de planificación familiar, siendo el primero más utilizado que el segundo. Los menos conocidos, y no utilizados, son los dirigidos a poblaciones de mayor edad (salud urológica, memoria, menopausia y preventivo de mayores). En general, las mujeres conocen y utilizan más los programas de salud.

Gráfico 89. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (De 16 a 24 años)



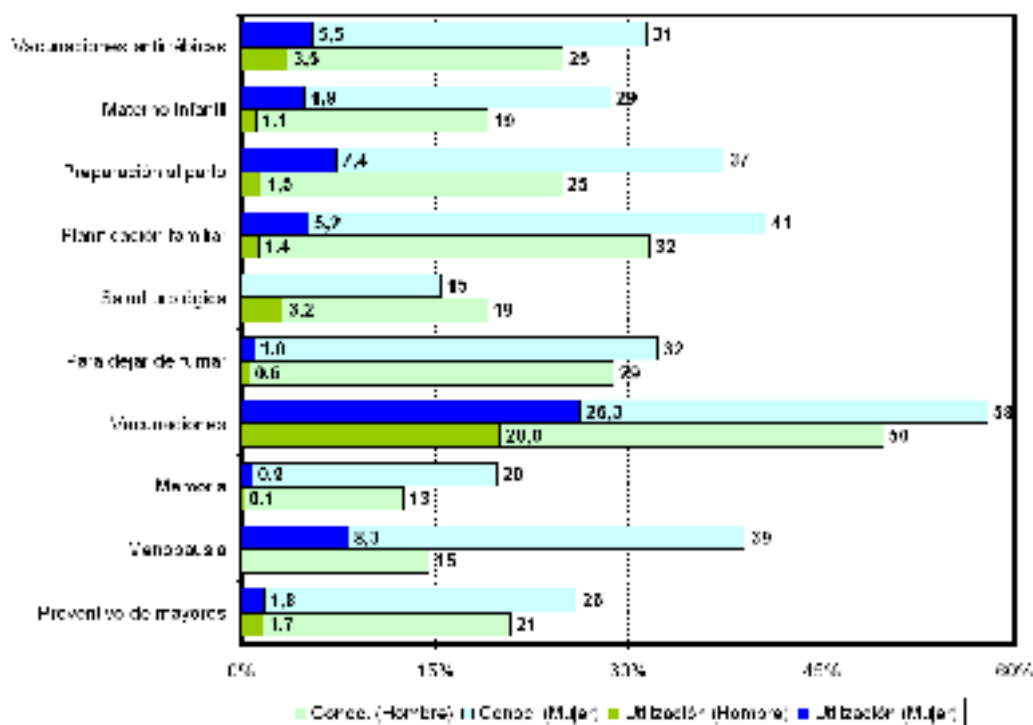
En el grupo de edad entre 25-44 años, también son las mujeres quienes más dicen conocer y utilizar los diferentes programas ofertados. En este segmento de edad, aunque el programa de vacunaciones sigue siendo el más conocido por ambos sexos, aumenta mucho el grado de conocimiento y utilización de otros programas como planificación familiar, preparación al parto o salud materno-infantil.

Gráfico 90. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (De 25 a 44 años)



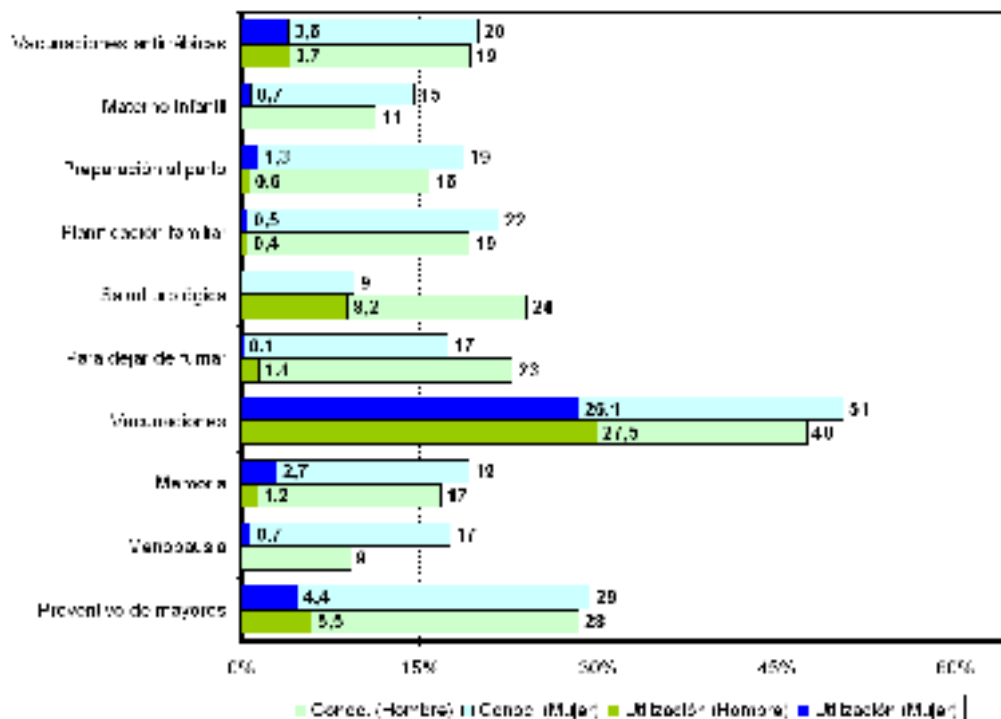
En el grupo de 45 a 64 años disminuye el conocimiento y utilización de los programas de planificación familiar, preparación al parto y salud materno-infantil, y aumenta el conocimiento de programas dirigidos a edades más avanzadas (salud urológica, memoria, menopausia y preventivo de mayores) aunque todos ellos, excepto el de menopausia, muestran un bajo índice de utilización en este grupo de edad.

Gráfico 91. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (De 45 a 64 años)



Por último, en los mayores de 65 años se mantiene el programa de vacunaciones como el más conocido y utilizado por ambos sexos aumentando el nivel de conocimiento y utilización del programa de salud urológica y del preventivo de mayores.

Gráfico 92. Conocimiento y utilización de los programas municipales según sexo (Más de 64 años)



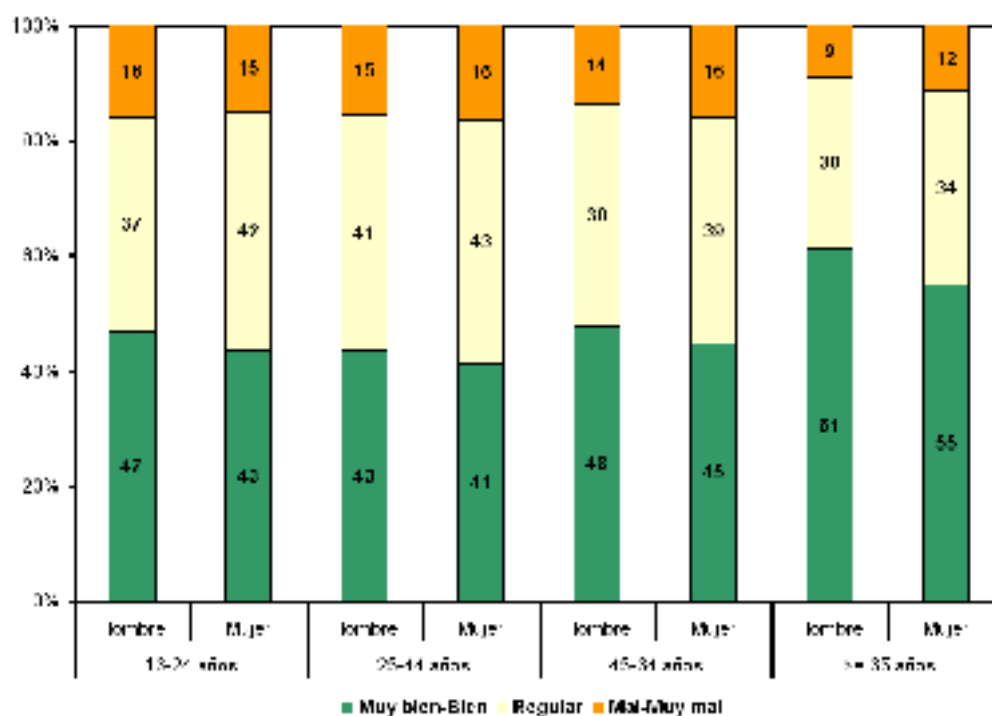
6.11. Satisfacción con los servicios de salud y evolución

En este apartado se analiza el grado de satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud que utilizan y su percepción sobre la evolución de los servicios.

6.11.1. Nivel de satisfacción

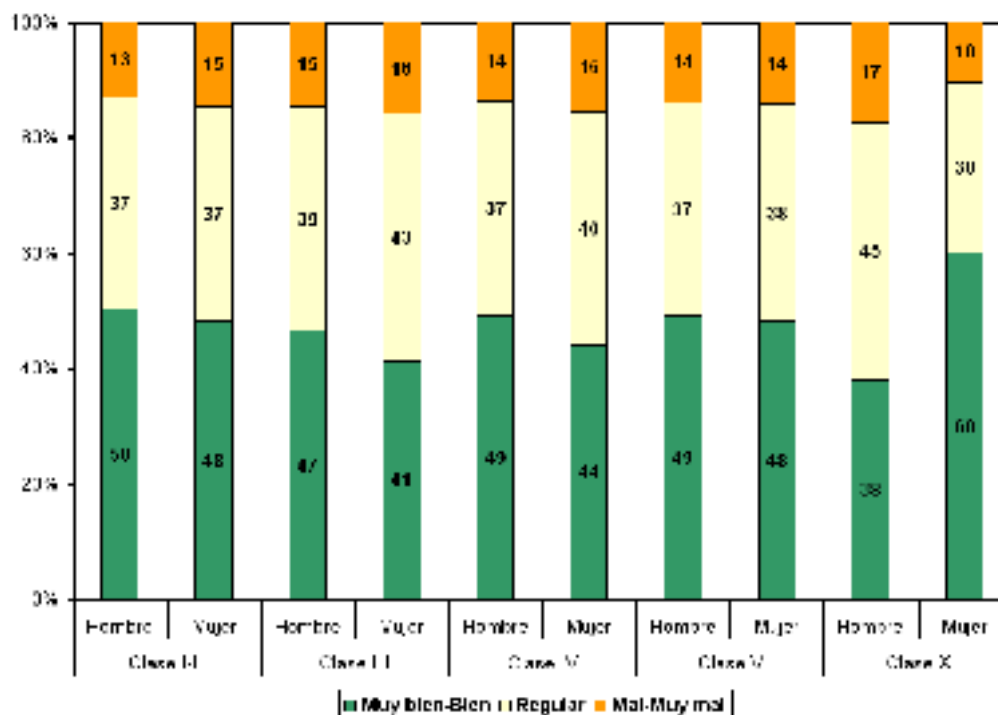
Un 84% de los adultos madrileños opina que la sanidad del municipio funciona bien o regular. Aproximadamente 6 de cada 7 están satisfechos con los servicios de sanidad pública del municipio de Madrid; esta proporción aumenta a 9 de cada 10 en el grupo de 65 ó más años. En todos los grupos de edad, el nivel de insatisfacción oscila ligeramente en función del género.

Gráfico 93. Nivel de satisfacción con la sanidad pública según sexo y edad



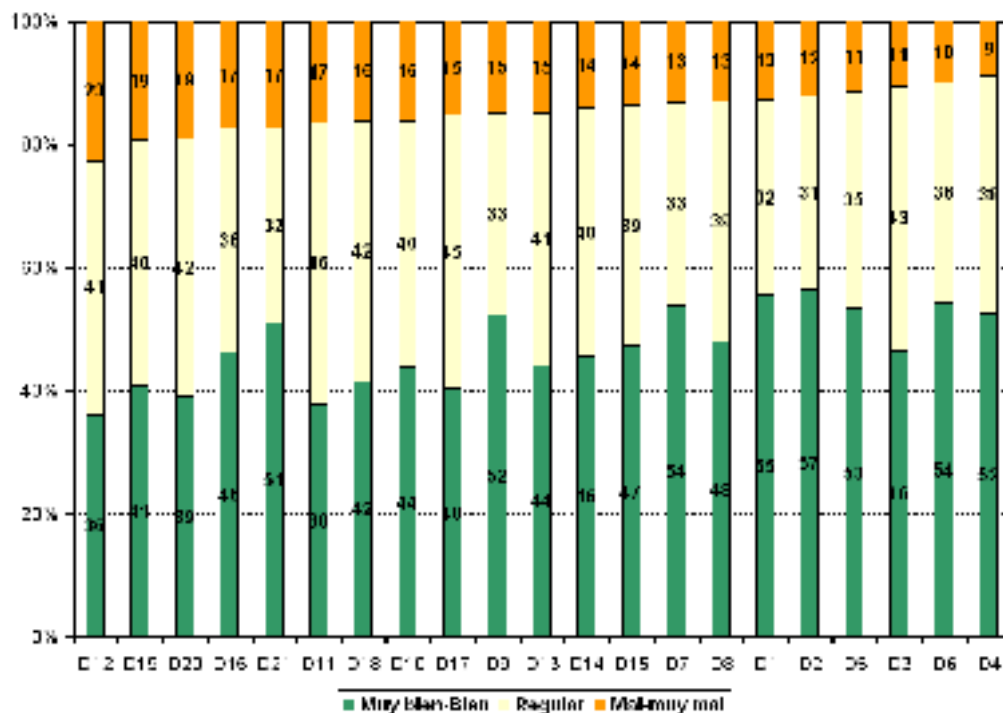
Dentro de cada clase social, las mujeres están ligeramente más insatisfechas con el sistema sanitario público que los varones, con excepción de la clase X, en donde ocurre lo contrario. En general, hay pocas variaciones entre clases sociales en relación al nivel de insatisfacción con el sistema sanitario público.

Gráfico 94. Nivel de satisfacción con la sanidad pública según clase social estandarizada por edad



Los distritos con mayor nivel de insatisfacción sobre el funcionamiento de la sanidad pública son Usera, Vicálvaro y San Blas.

Gráfico 95. Nivel de satisfacción con la sanidad pública según distrito estandarizado por edad y sexo.

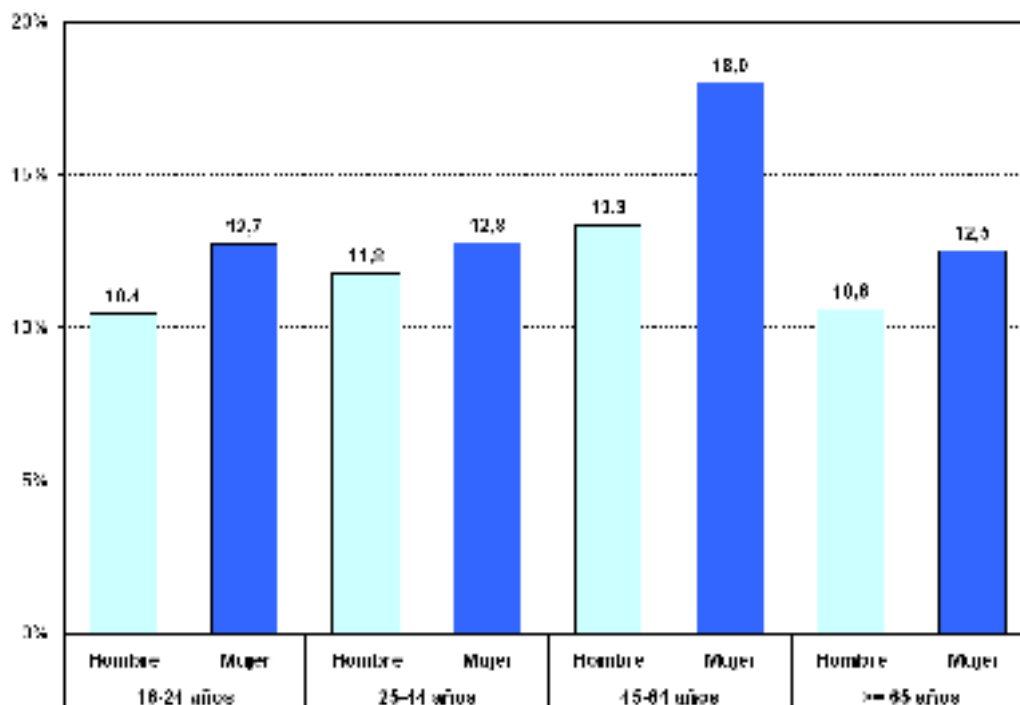


D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.11.2. Percepción de la evolución del funcionamiento de la sanidad pública

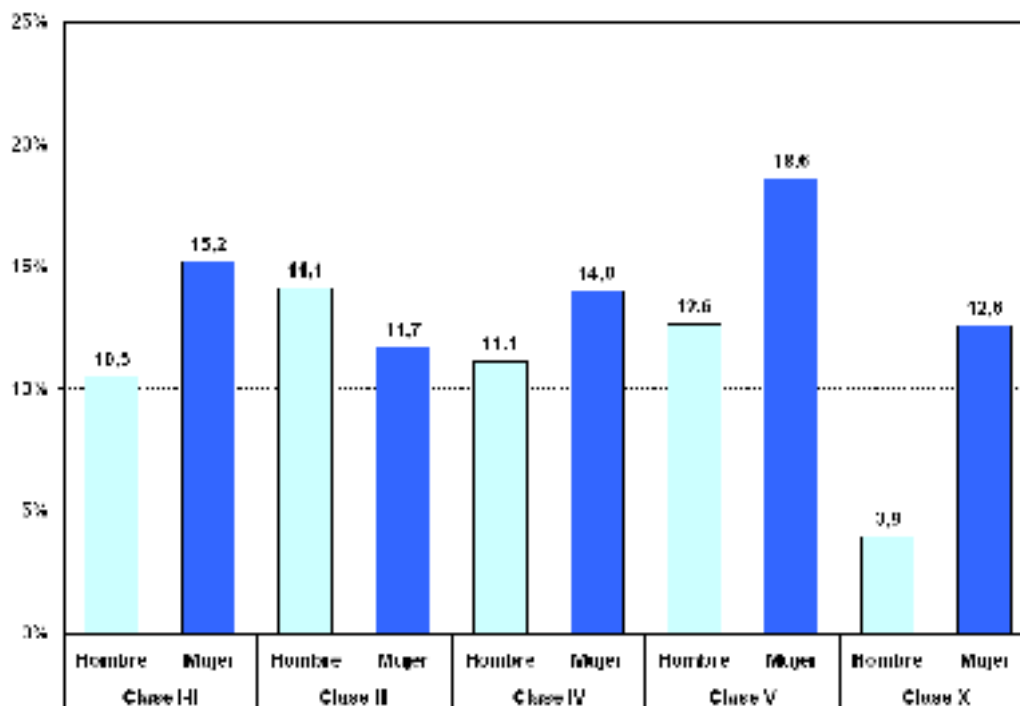
El 70% de los madrileños opina que la sanidad pública está igual que hace dos años y el 13% piensa que ha empeorado. Esta opinión es algo más frecuente en las mujeres, especialmente las que tienen entre 45 y 64 años.

Gráfico 96. Distribución de la valoración: “Empeoramiento de la sanidad pública en los últimos 2 años según sexo y edad”.



No se observa relación entre la consideración de empeoramiento de la sanidad pública y la clase social.

Gráfico 97. Opinión del “empeoramiento de la sanidad pública según clase social estandarizado por edad”



6.12. Hábitos y estilos de vida

En las sociedades avanzadas, el grupo de factores definidos como estilos o hábitos de vida nocivos son los que con mayor frecuencia contribuyen al perjuicio de la salud de los individuos, de ahí la importancia de su estudio.

Los principales factores en estudio son los relacionados con los hábitos de la vida diaria como descanso, alimentación, obesidad, actividad física y sedentarismo, consumo de tabaco y consumo de alcohol. No se pueden olvidar tampoco las conductas preventivas que favorecen la detección precoz de determinadas patologías y que influyen directamente en una mejor asistencia sanitaria en la población.

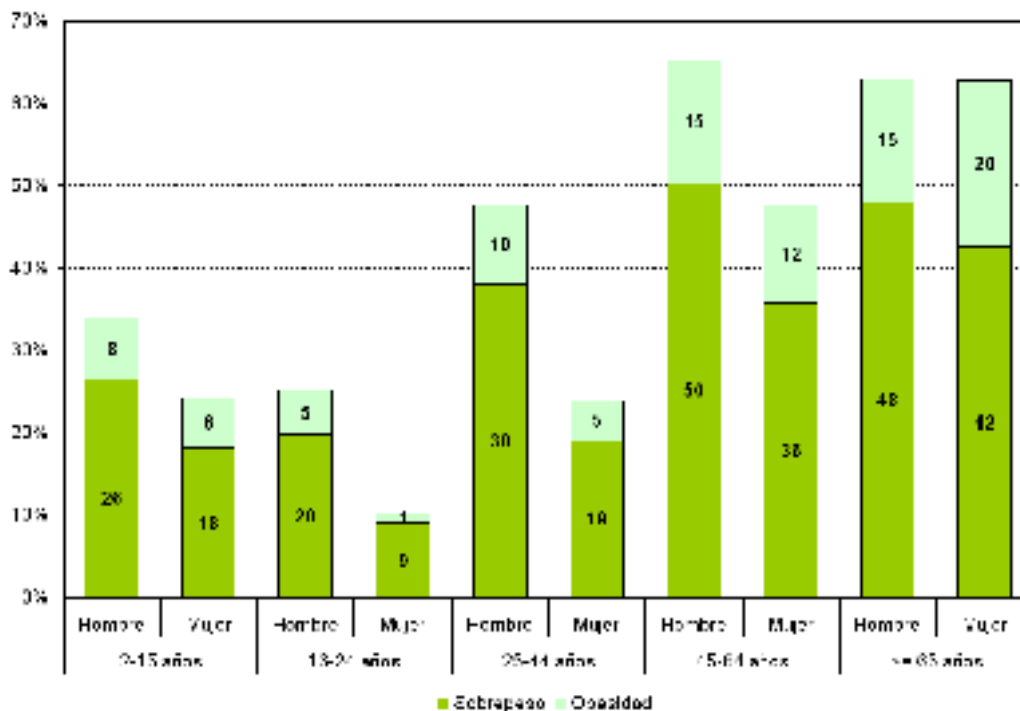
6.12.1. Obesidad

Uno de los retos más importantes de las sociedades avanzadas es combatir la obesidad, un fenómeno muy relacionado con la alimentación y la actividad física.

El 43% de los madrileños mayores de 2 años están al menos en situación de sobrepeso; de ellos, un 33% sólo tiene sobrepeso y un 10% puede considerarse obeso. Un 34% de los adultos tiene sobrepeso y un 11% obesidad, mientras que en los niños estas cifras son 22% y 7%, respectivamente.

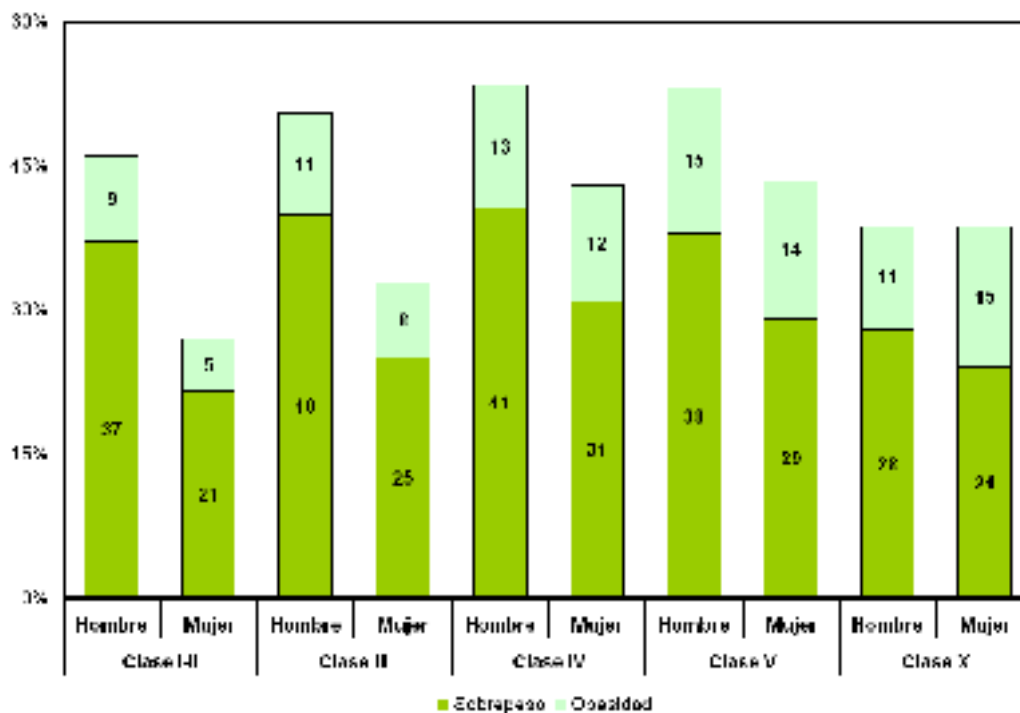
La prevalencia de sobrepeso y de obesidad es menor en la mujer en todos los estratos de edad. Durante la infancia 1 de cada 12 niños presenta obesidad, y más del 25% de los niños varones tienen sobrepeso, frente a un 18% de las niñas. Entre los 16-24 años disminuye la prevalencia de sobrepeso y obesidad en ambos sexos, pero a partir de esta edad se incrementa progresivamente con los años, de forma que a partir de los 65 años 6 de cada 10 personas presentan sobrepeso u obesidad.

Gráfico 98. Distribución del tipo ponderal según sexo y edad



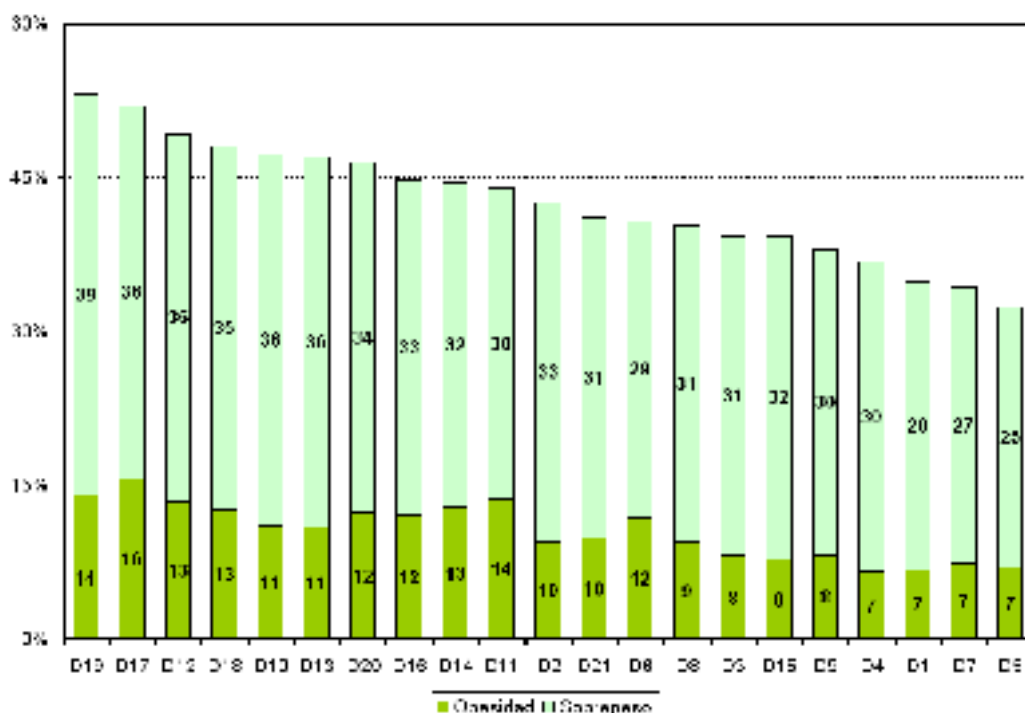
Existe una clara asociación entre la prevalencia de sobrepeso y/o obesidad y la clase social (a menor clase social mayor prevalencia de ambos tipos ponderales).

Gráfico 99. Distribución del tipo ponderal según clase social estandarizado por edad



Del mismo modo, la obesidad se asocia con el nivel de renta de los distritos. Los distritos con niveles de renta tradicionalmente más bajos como Vicálvaro, Villaverde y Usera presentan los mayores niveles de sobrepeso y obesidad. Por el contrario, en los distritos con niveles de renta más altos como Salamanca, Centro, Chamberí y Chamartín la prevalencia de sobrepeso y obesidad es menor.

Gráfico 100. Distribución del tipo ponderal según distrito estandarizado por edad y sexo



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

Tras el análisis multivariante se observa cómo el riesgo de sobrepeso u obesidad es significativamente menor en la mujer que en el hombre (OR=0,5). Existe una clara relación entre estos tipos ponderales y la edad: el riesgo de sobrepeso u obesidad es menor durante la juventud (16-24 años) que durante la infancia (0-15 años); sin embargo, a partir de los 25 años el riesgo aumenta de forma paralela a la edad hasta alcanzar un OR de 4,7 en los mayores de 65 años. Con respecto a la clase social, el riesgo de sobrepeso u obesidad aumenta discretamente en las clases más bajas.

Tabla 51. Asociación entre presentar sobrepeso u obesidad y las principales variables sociodemográficas*

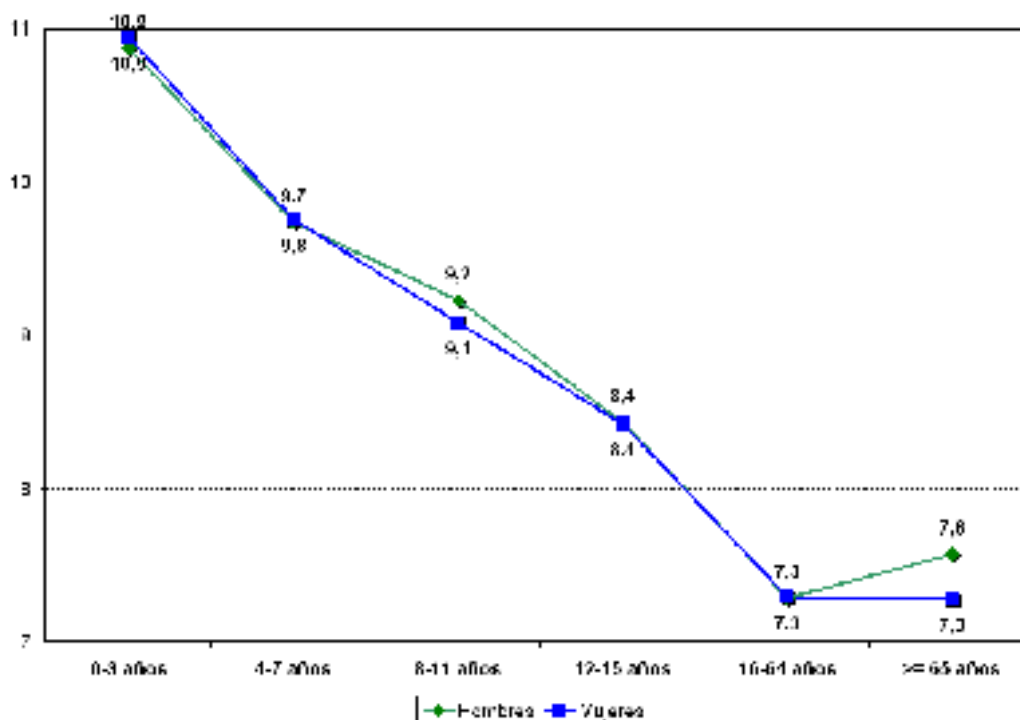
	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.826	1		
Mujer	4.446	0,5	(0,4-0,6)	<0,001
Edad				
0-15 años	1.017	1		
16-24 años	796	0,5	(0,4-0,6)	<0,001
25-44 años	2.704	1,4	(1,2-1,7)	<0,001
45-64 años	2.138	3,7	(3,1-4,4)	<0,001
>= 65 años	1.617	4,7	(3,9-5,6)	<0,001
Clase social				
I-II	2.547	1		
III	1.945	1,3	(1,1-1,5)	<0,001
IV	2.593	1,8	(1,6-2,0)	<0,001
V	897	1,7	(1,4-2,0)	<0,001
X	290	1,6	(1,2-2,1)	<0,001

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

6.12.2. Descanso

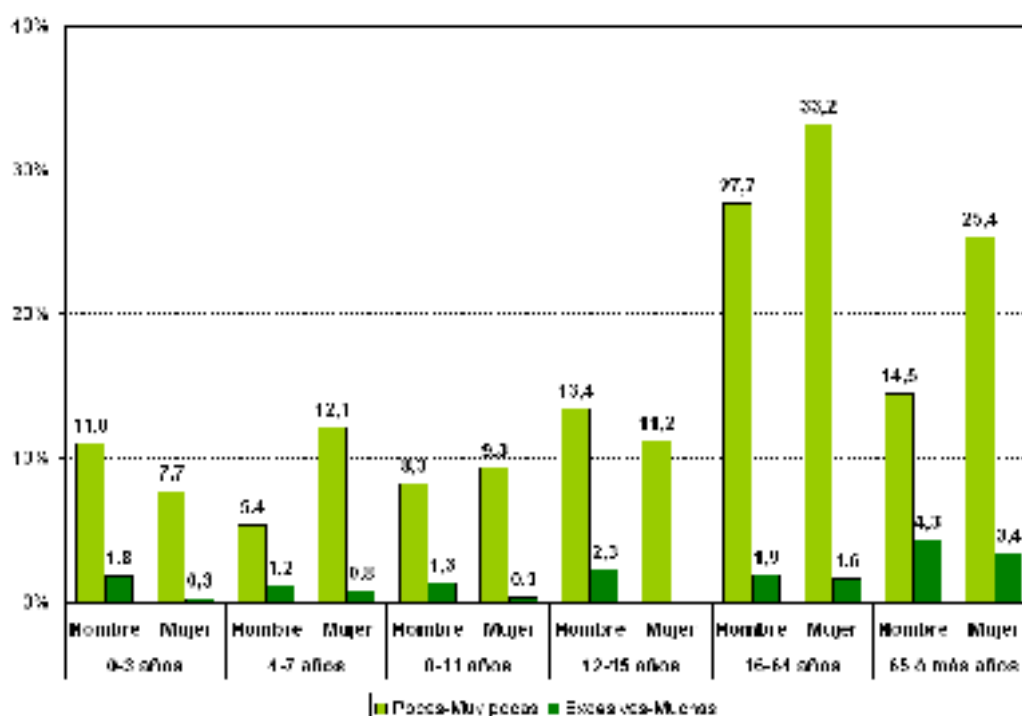
Los madrileños duermen una media de 7,6 horas diarias. La media de horas diarias de sueño desciende progresivamente con el aumento de la edad. Concretamente en los niños la media pasa de 11 en los tres primeros años de vida hasta 8,4 en la adolescencia (siendo 9,6 h/día en el conjunto de la infancia). En la edad adulta esta media se sitúa en 7,3. Hasta los 64 años la media de horas de sueño es prácticamente igual en hombres y mujeres. A partir de los 65 años los hombres tienden a dormir 20 minutos más de media que las mujeres.

Gráfico 101. Número medio de horas de sueño según sexo y edad



En cuanto a la valoración de la suficiencia de las horas de sueño, el 72% de los madrileños afirma dormir lo suficiente, aunque parece preocupante que el 26% considere insuficientes las horas de sueño. En opinión de los padres, 1 de cada 10 niños duerme menos horas de las necesarias. No se aprecia una clara relación entre dormir menos de lo necesario y el sexo del niño. Apenas 1 de cada 100 niños (principalmente varones) duerme demasiado en opinión de los padres. Alrededor de una tercera parte de los sujetos de 16-64 años opina que duerme menos horas de las necesarias, bajando esta proporción al 14% de los varones y al 25% de las mujeres de 65 años y mayores. En la edad adulta hay pocos individuos que consideran que duermen más horas de las necesarias aunque este hallazgo es algo más frecuente en los individuos de 65 años y mayores.

Gráfico 102. Percepción de la suficiencia de las horas de sueño según sexo y edad



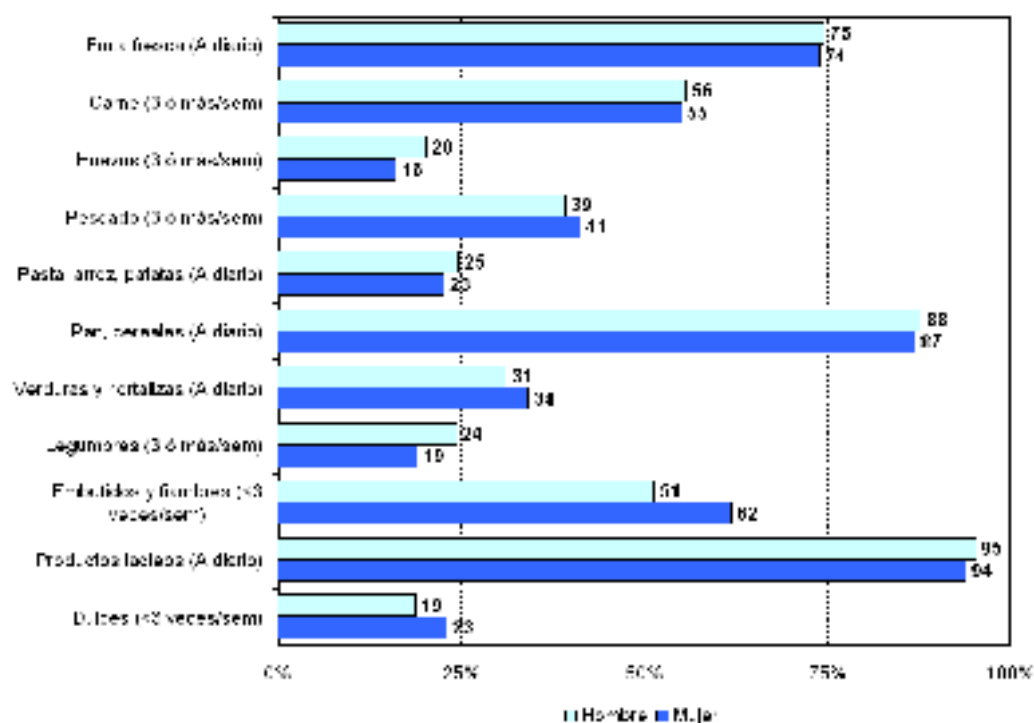
6.12.3. Alimentación

Debido a la importancia de la alimentación como determinante de la salud, en la ESCM'05 se ha analizado tanto el tipo de alimentos ingeridos como la frecuencia de consumo. Además, se ha estudiado el seguimiento de algún tipo de dieta por parte de la población. En el análisis de este apartado se han excluido a los niños menores de un año. A continuación se presenta, por grupos de edad, el porcentaje de entrevistados que se ajustan a la frecuencia semanal recomendada por la SENC de cada grupo de alimentos. En el análisis de diferentes grupos de alimentos las proporciones elevadas indican un mejor ajuste a las recomendaciones establecidas.

6.12.3.1. Hábitos alimenticios

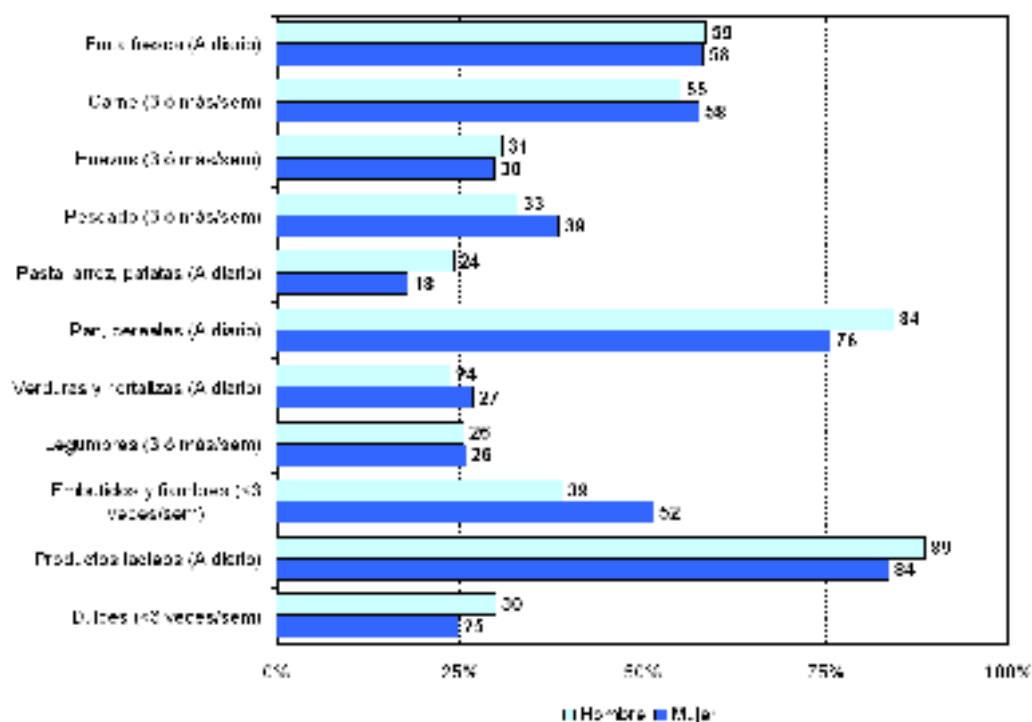
Durante la infancia, los alimentos cuya frecuencia de consumo se ajusta mejor a las recomendaciones de la SENC son: productos lácteos, pan/cereales, fruta fresca, carne, y embutidos. No se observan diferencias relevantes en el consumo de los diferentes grupos de alimentos en relación con el género, excepto en el caso de los embutidos y fiambres con un mejor cumplimiento de las frecuencias de consumo recomendadas por parte de las mujeres.

Gráfico 103. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (De 1 a 15 años) según sexo



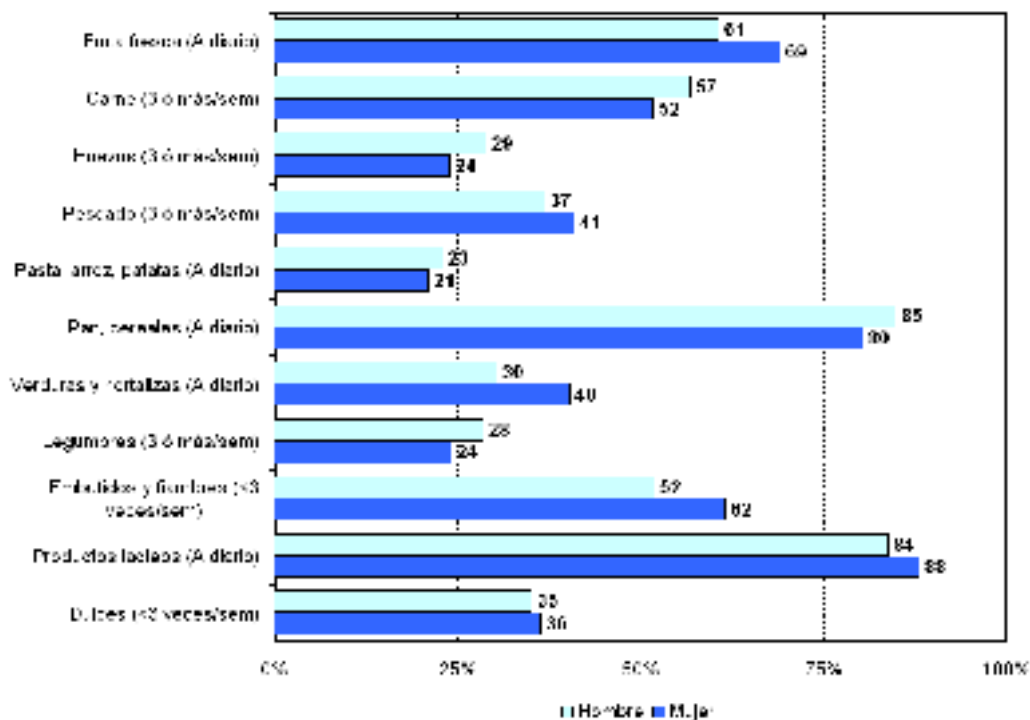
Entre los 16 y los 24 años el patrón de consumo de alimentos es semejante al observado en la infancia, aunque en este grupo aparecen algunas diferencias por sexo en el sentido de un mayor cumplimiento de las recomendaciones de consumo de lácteos y pan/cereales por parte de los chicos, mientras que en el caso de los embutidos y fiambres son las chicas las que más se ajustan a las recomendaciones establecidas.

Gráfico 104. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (De 16 a 24 años) según sexo



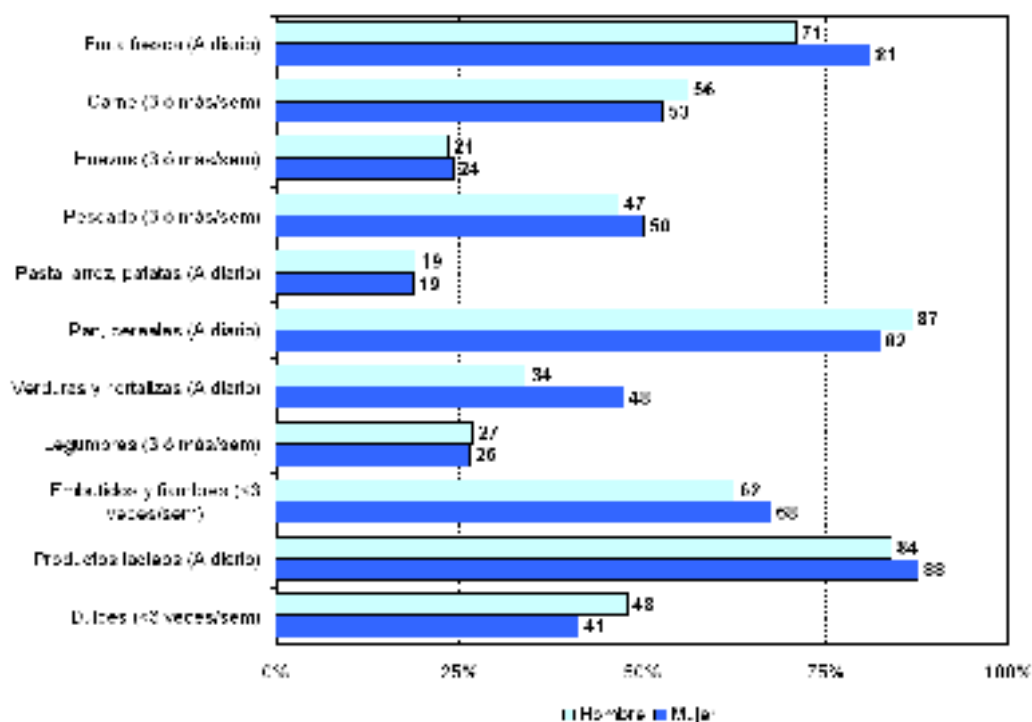
En el grupo de 25 a 44 años las mujeres mantienen las diferencias en el hábito de consumo de pan/cereales y embutidos adquiridas entre los 16-24 años, y además comen con mayor frecuencia que los hombres fruta fresca, verduras/hortalizas y productos lácteos.

Gráfico 105. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (De 25 a 44 años) según sexo



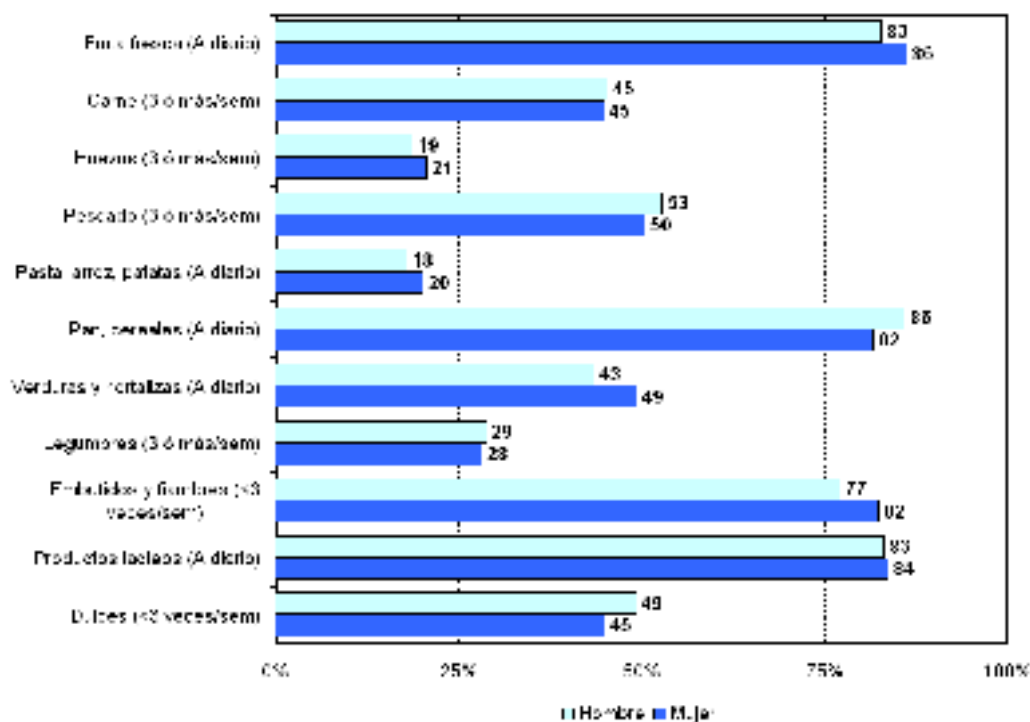
Entre los 45 y 64 años se mantiene un patrón de consumo semejante al de la etapa anterior, aumentando en ambos sexos la frecuencia de consumo diario de fruta fresca, verduras/hortalizas, pescado y pan/cereales. Por otra parte, se observa una diferencia por sexo en el consumo de dulces, siendo los varones los que más cumplen con las recomendaciones establecidas.

Gráfico 106. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (De 45 a 64 años) según sexo



A partir de los 65 años mejoran los hábitos alimenticios en ambos sexos con un mayor consumo de fruta, verduras/hortalizas, pan y productos lácteos y menor consumo de embutidos y dulces. Esta mejoría es más importante en los hombres, que aproximan sus hábitos de consumo a los de las mujeres.

Gráfico 107. Ingesta recomendada semanalmente de cada tipo de alimentos (mayores de 65 años) según sexo

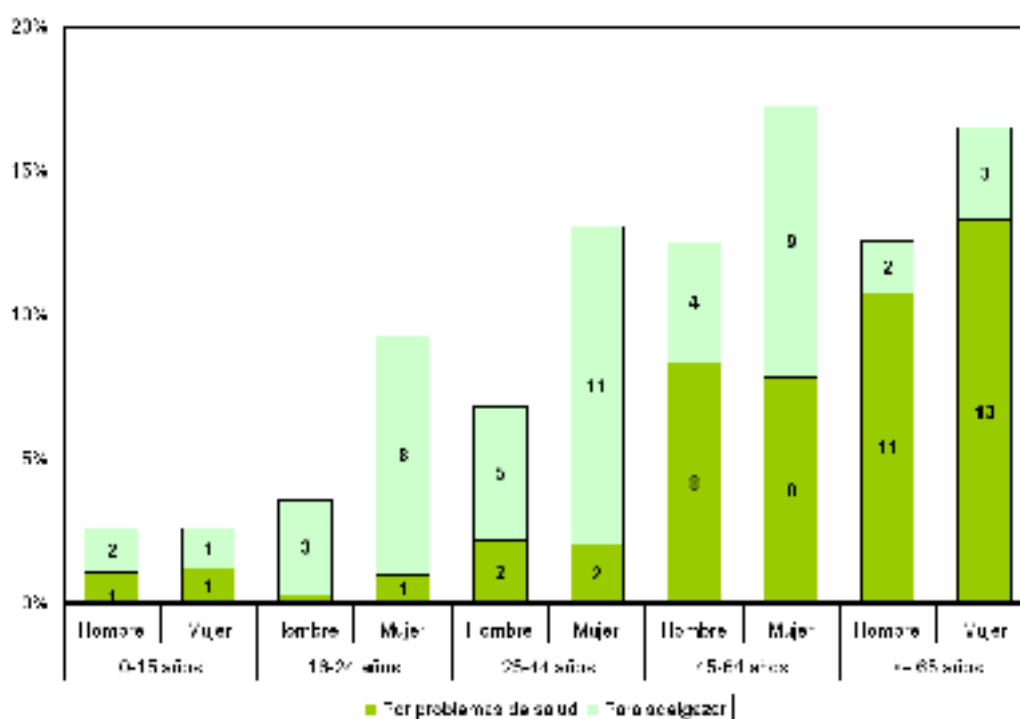


6.12.3.2. Dieta

El 11% de la población de Madrid sigue algún tipo de dieta para adelgazar o por motivos de salud (13% en adultos y 3% en niños). En los niños el seguimiento de dieta no presenta diferencias en relación con el género. A partir de los 16 años aumenta paulatinamente la proporción de personas que siguen algún tipo de dieta, siendo un hecho mucho más frecuente en mujeres que en hombres en cualquier grupo de edad.

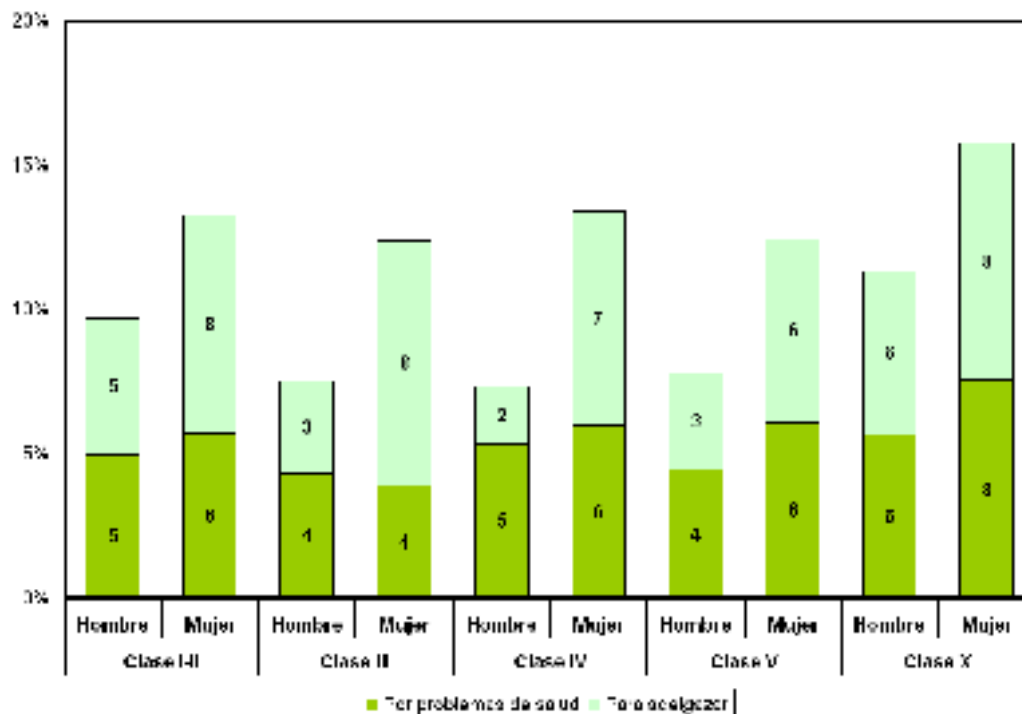
En cuanto al tipo de dieta, entre los menores de 16 no existen diferencias por sexo en cuanto al motivo de la misma. El seguimiento de dietas por motivos de salud aumenta con la edad, con una frecuencia similar entre hombres y mujeres. Las dietas para adelgazar son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres aunque esta diferencia se atenúa en el grupo de mayor edad.

Gráfico 108. Distribución del seguimiento por tipo de dieta según sexo y edad



No se observa ninguna relación clara entre el seguimiento de dietas y la clase social.

Gráfico 109. Distribución del seguimiento por tipo de dieta según clase social, estandarizando por edad y sexo



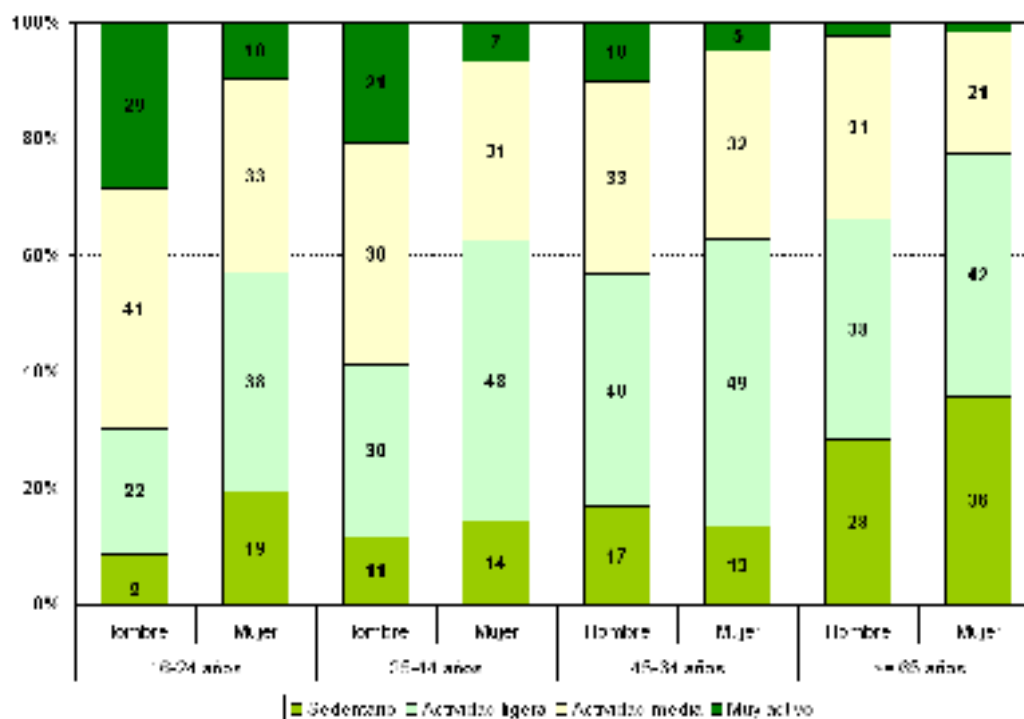
6.12.4. Actividad física

El sedentarismo es una conducta propia de la manera de vivir, consumir y trabajar de las sociedades avanzadas y se asocia con problemas de salud relevantes y emergentes, como la obesidad. Por este motivo, es conveniente monitorizar la frecuencia de actividad física como indicador válido de la utilidad de determinadas campañas de promoción de la salud. Un 35% de los madrileños no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre (35% en adultos y 33% en niños). Puesto que algunos individuos no realizan ejercicio físico durante su tiempo libre pero sí durante el desarrollo de su actividad principal, en la población adulta se ha utilizado un indicador de actividad física que tiene en cuenta tanto la desarrollada durante la ocupación principal como durante el tiempo libre. Este indicador permite estimar la prevalencia de sedentarismo.

6.12.4.1. Actividad física en la población adulta

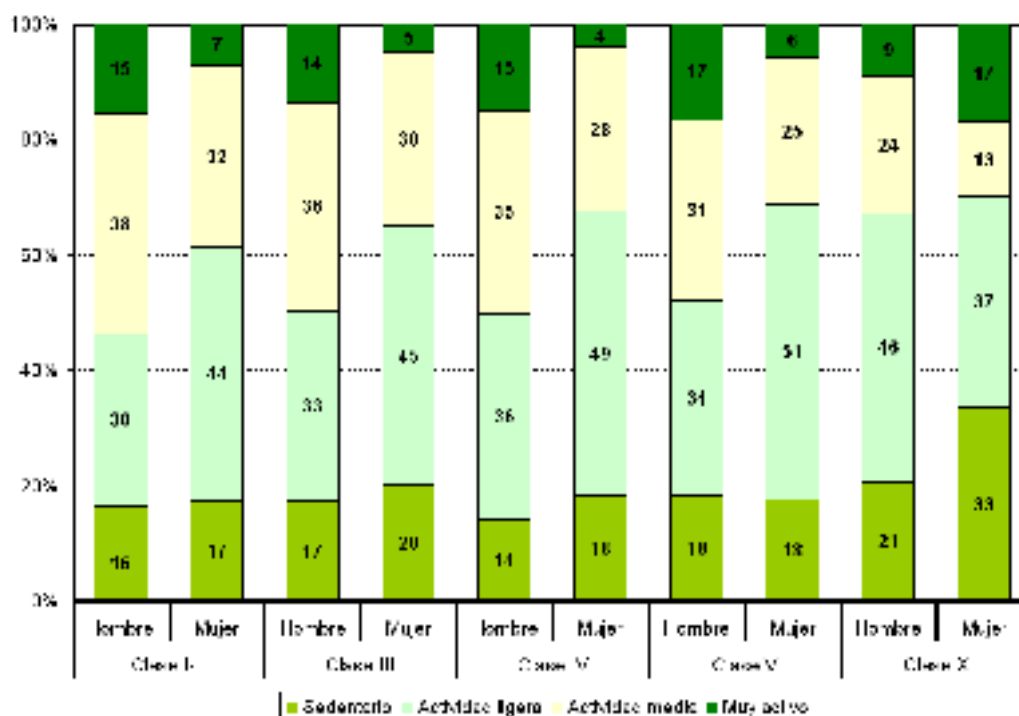
El 40% de los adultos manifiesta realizar una actividad física moderada y el 18% declara no hacer nada de ejercicio, ya sea durante el desarrollo de su actividad principal o durante su tiempo de ocio. El sedentarismo es más frecuente en las mujeres que en los hombres (salvo en el grupo entre 45-64 años), y tiende a aumentar con la edad.

Gráfico 110. Prevalencia de sedentarismo y actividad moderada según indicador combinado actividad principal y ocio por sexo y edad (Adulto)



En el análisis por clase social se mantienen las diferencias por sexo en la realización de actividad física, siendo más sedentarias las mujeres. Parece existir una ligera asociación entre la actividad física y la clase social en el sentido de mayor sedentarismo a menor clase social.

Gráfico 111. Prevalencia de sedentarismo y actividad moderada según clase social estandarizada por edad (Adultos)



Los resultados del análisis multivariante demuestran que la probabilidad de sedentarismo, entendido como la no realización de ninguna actividad física, es ligeramente superior en la mujer (OR=1,2). Con respecto a la edad, sólo se observan diferencias significativas en los mayores de 65 años, con un riesgo de sedentarismo más de dos veces superior al del resto de los grupos (OR=2,2). Por último, y en relación con el nivel de estudios, los analfabetos funcionales son el grupo con mayor riesgo de sedentarismo (OR=1,4).

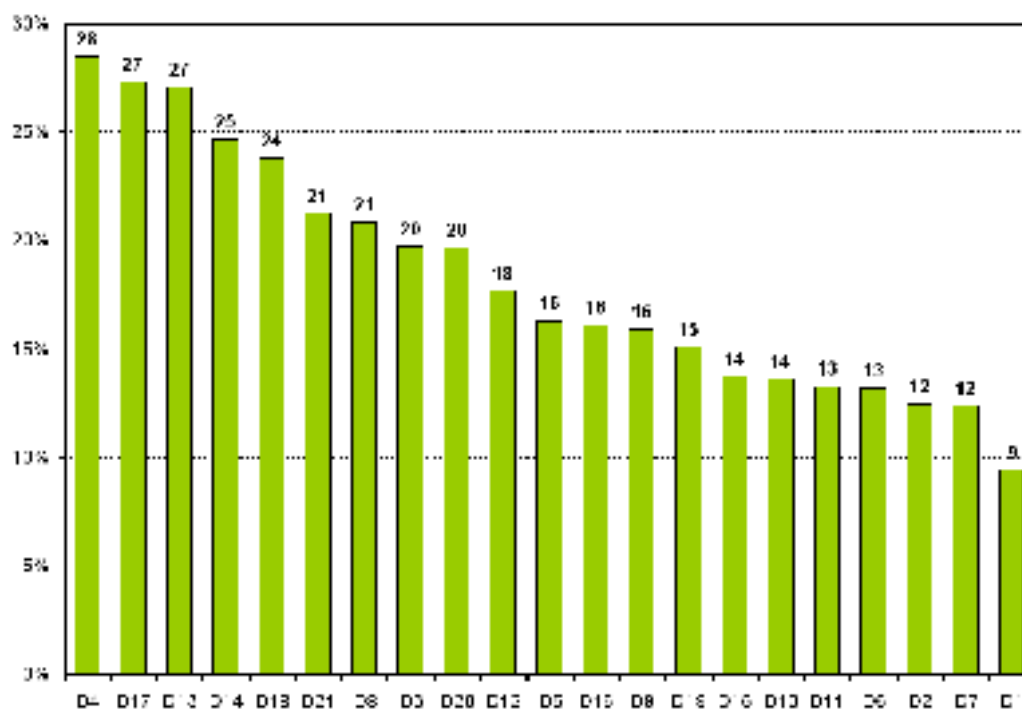
Tabla 52. Adultos: asociación entre No realizar ninguna actividad física y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	3.204	1		
Mujer	3.900	1,2	(1,0-1,3)	<0,05
Edad				
16-24 años	772	1		
25-44 años	2.650	0,8	(0,6-1,0)	ns
45-64 años	2.099	0,9	(0,7-1,2)	ns
>= 65 años	1.567	2,2	(1,7-2,8)	<0,001
Nivel de estudios				
Terciarios	1.998	1		
Secundarios	3.399	0,8	(0,7-1,0)	<0,05
Primarios	1.045	1,0	(0,8-1,2)	ns
Analfabeto funcional	662	1,4	(1,1-1,7)	<0,01

* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

Los distritos con mayor prevalencia de sedentarismo son Salamanca, Villaverde y Puente de Vallecas mientras que Arganzuela, Chamberí y Centro son los que presentan una prevalencia más baja.

Gráfico 112. Prevalencia de sedentarismo según distrito estandarizada por sexo y edad (Adultos)



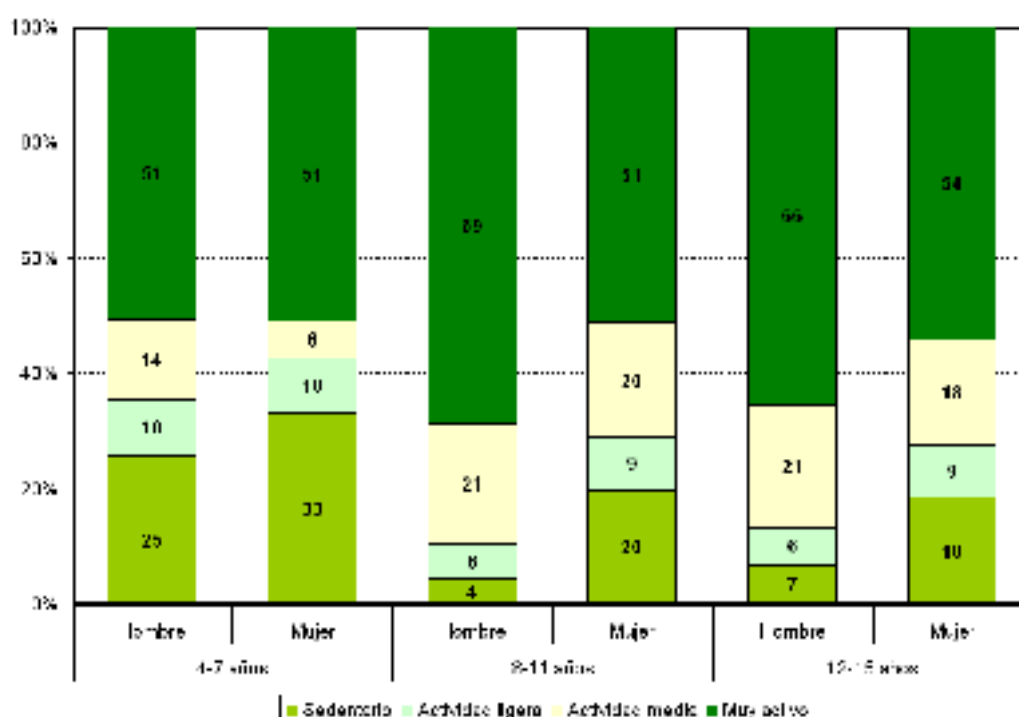
D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

6.12.4.2. Actividad física en la población infantil

En general, el nivel de actividad física es mayor en los niños que en los adultos. El estudio de la actividad física en los niños menores de 4 años no es pertinente debido a las características de este subgrupo de población.

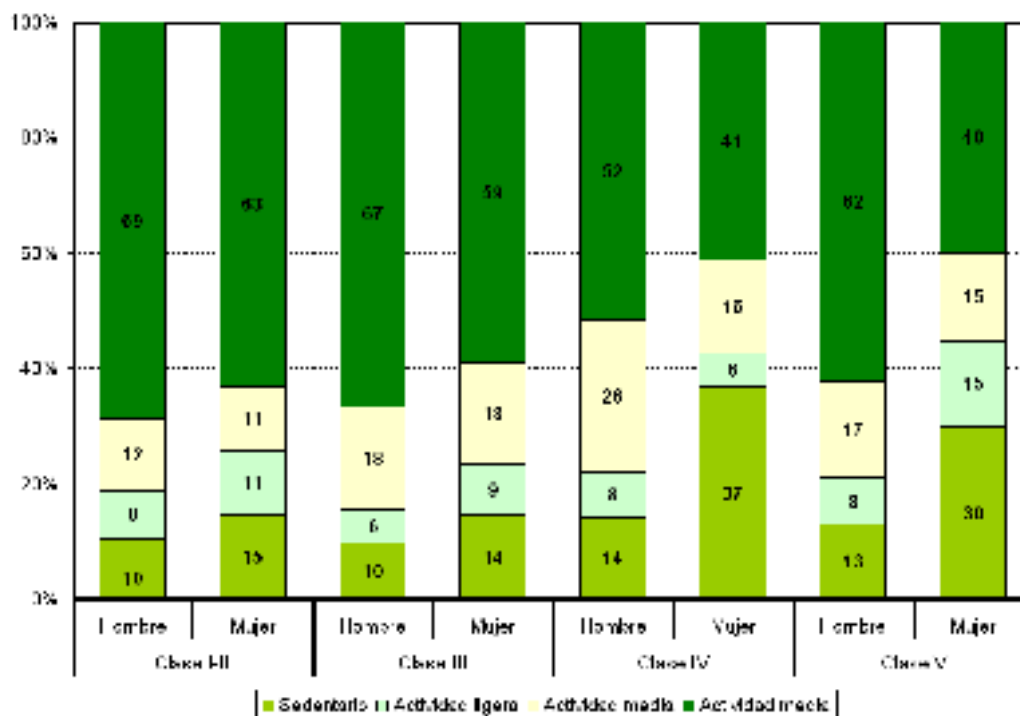
El 74% de los niños mayores de 4 años son activos o muy activos. La prevalencia de sedentarismo entre los menores de 16 años es del 18% y la proporción de los que realizan una actividad moderada es del 8%. El sedentarismo es más prevalente entre los niños y niñas de 4 a 7 años.

Gráfico 113. Prevalencia de sedentarismo según sexo y edad (Población infantil > 4 años)



No se observa una clara relación entre el nivel de actividad física y la clase social. Dentro de cada estrato social aparecen diferencias por sexo; las mujeres presentan mayor frecuencia de sedentarismo, con diferencias muy importantes en las clases IV y V.

Gráfico 114. Prevalencia de sedentarismo según clase social estandarizada por edad (Población infantil)



En la población infantil el riesgo de sedentarismo es el doble en las niñas que en los niños (OR=2,1). Si se considera el grupo de 12-15 años como grupo de referencia, los niños de entre 4-7 años duplican el riesgo de sedentarismo (OR=2,5). En relación con el nivel de estudios del sustentador, la única diferencia observada es un incremento del riesgo de sedentarismo en niños cuyo sustentador principal tiene estudios secundarios (OR=1,7).

Tabla 53. Niños: asociación entre No realizar ninguna actividad física y las principales variables sociodemográficas*

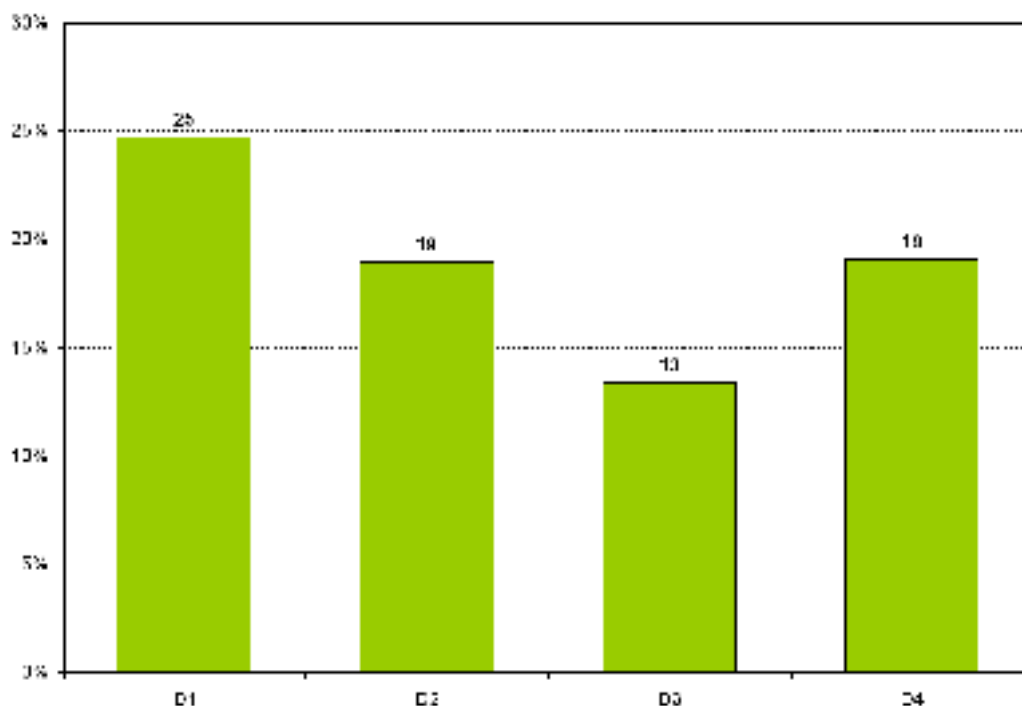
	N	OR	IC 95%	P
Sexo				
Hombre	455	1		
Mujer	404	2,1	(1,4-3,0)	<0,001
Edad				
12-15 años	328	1		
8-11 años	265	0,8	(0,5-1,4)	ns
4-7 años	266	2,5	(1,7-4,0)	<0,001
Nivel de estudios del sustentador				
Terciarios	280	1		
Secundarios	468	1,7	(1,1-2,6)	<0,05
Primarios	82	1,8	(0,9-3,5)	ns
Analfabeto funcional	29	1,7	(0,6-4,9)	ns

*Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

El análisis del sedentarismo según agrupaciones de distritos muestra una mayor frecuencia de sedentarismo en los niños de los distritos del grupo 1, siendo el grupo 3 el que menor proporción de sedentarismo presenta.

Los grupos 2 y 4 muestran una frecuencia similar de sedentarismo infantil.

Gráfico 115. Prevalencia de sedentarismo según distrito estandarizada por sexo y edad (Niños)



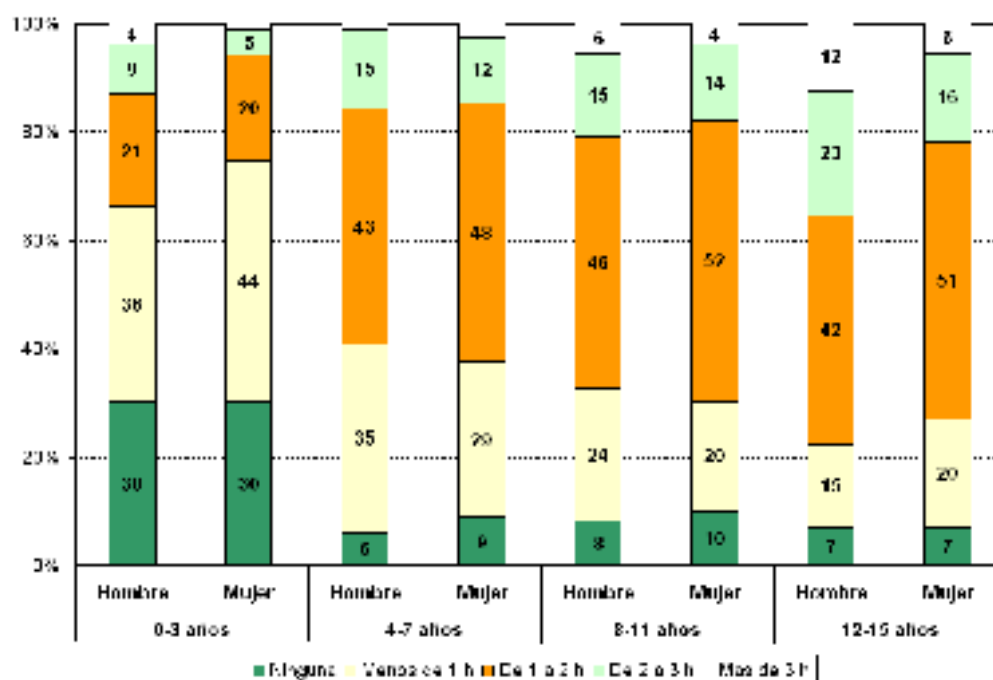
D1: Usera, Puente de Vallecas y Villaverde. D2: Latina, Carabanchel, Villa Vallecas, Vicálvaro y San Blas. D3: Centro, Arganzuela, Tetuán, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Fuencarral, Barajas. D4: Retiro, Salamanca, Chamberí, Moncloa y Chamartín.

6.12.5. Ocio en la población infantil

En la población infantil el tipo de actividad desarrollada durante el tiempo de ocio está muy relacionada con el sedentarismo y, subsiguientemente con la obesidad. Por esta razón, se ha estudiado el tiempo que dedican los menores de 16 años a ver la televisión y/o jugar con videojuegos u ordenador.

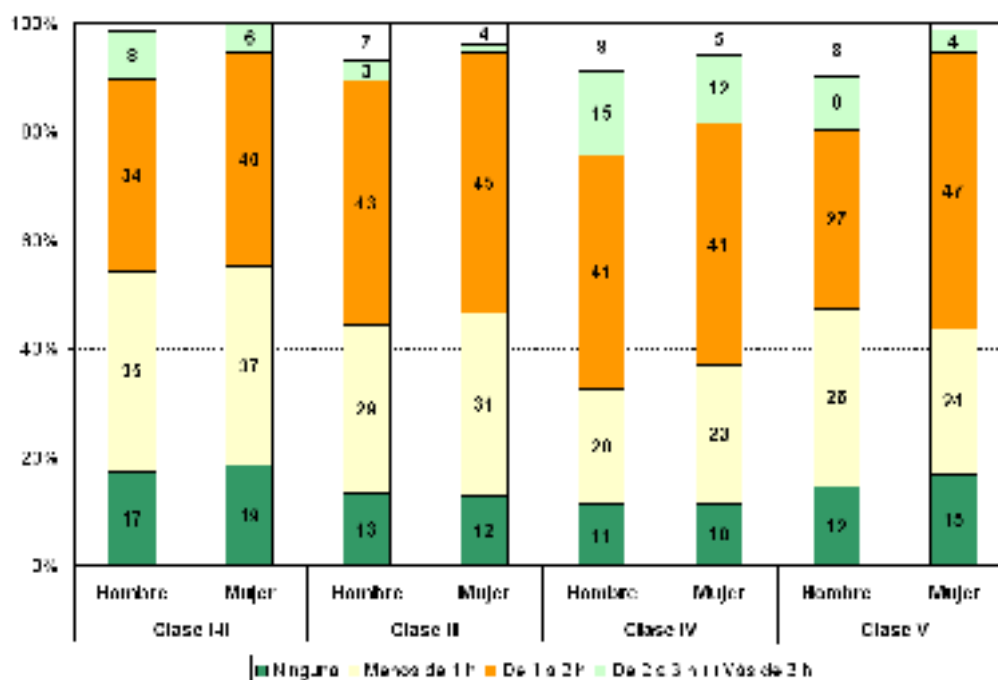
Un 86% de los niños madrileños ven la televisión todos los días. De ellos, un 33% pasa más 1 hora viendo televisión, un 46% entre 1-2 horas, un 16% de 2-3 horas y un 5% más de 3 horas. Por tanto, el 21% de los niños de Madrid ve la televisión durante al menos dos horas al día. El número de horas diarias de televisión aumenta con la edad, sin observarse diferencias relevantes por sexo. Es importante destacar que el 30% los niños de 0 a 3 años ven la televisión durante al menos una hora diaria.

Gráfico 116. Tiempo que transcurre el niño viendo la TV al día según sexo y edad



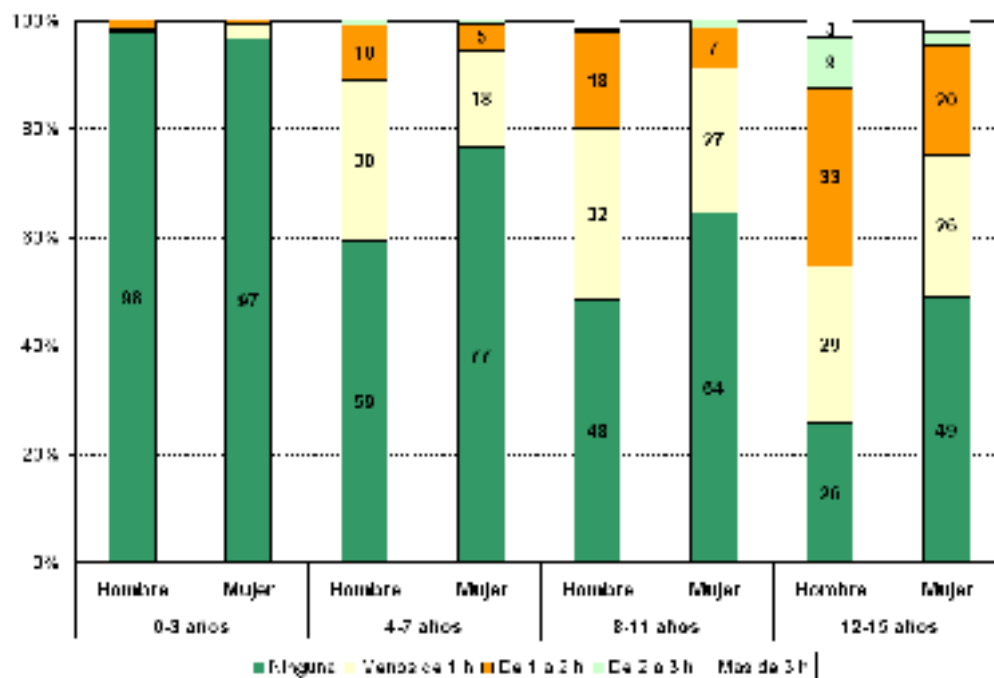
El análisis por clase social muestra que, en general, los niños de clases más altas ven menos televisión y durante menos tiempo, mientras que los de clases más bajas ven más televisión y durante más tiempo.

Gráfico 117. Tiempo que transcurre el niño viendo la TV al día según clase social estandarizada por edad



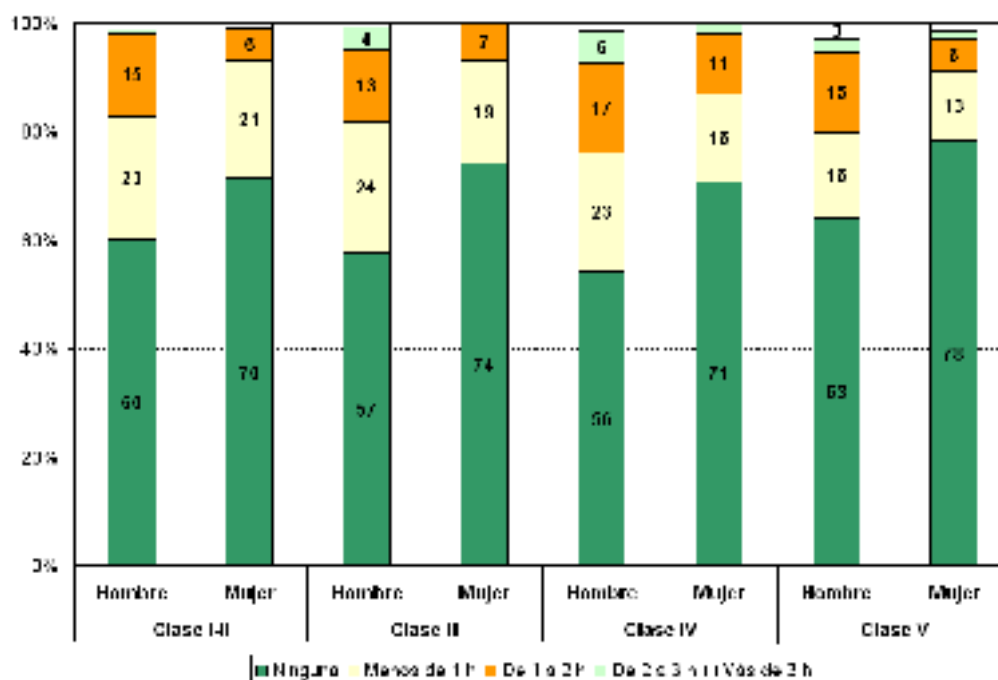
El 45% de los menores de 16 años juega con videojuegos y/u ordenador a diario. El tiempo de juego con el ordenador aumenta claramente con la edad y es mayor en los niños que en las niñas.

Gráfico 118. Tiempo que trascurre el niño jugando con videojuegos, ordenador al día según sexo y edad



La utilización del ordenador como instrumento de ocio es menos frecuente en las clases altas (I-II). Las diferencias de utilización por sexo se mantienen en todos los estratos sociales siendo las mujeres las que menos lo utilizan.

Gráfico 119. Tiempo que transcurre el niño jugando al ordenador al día según clase social estandarizada por edad

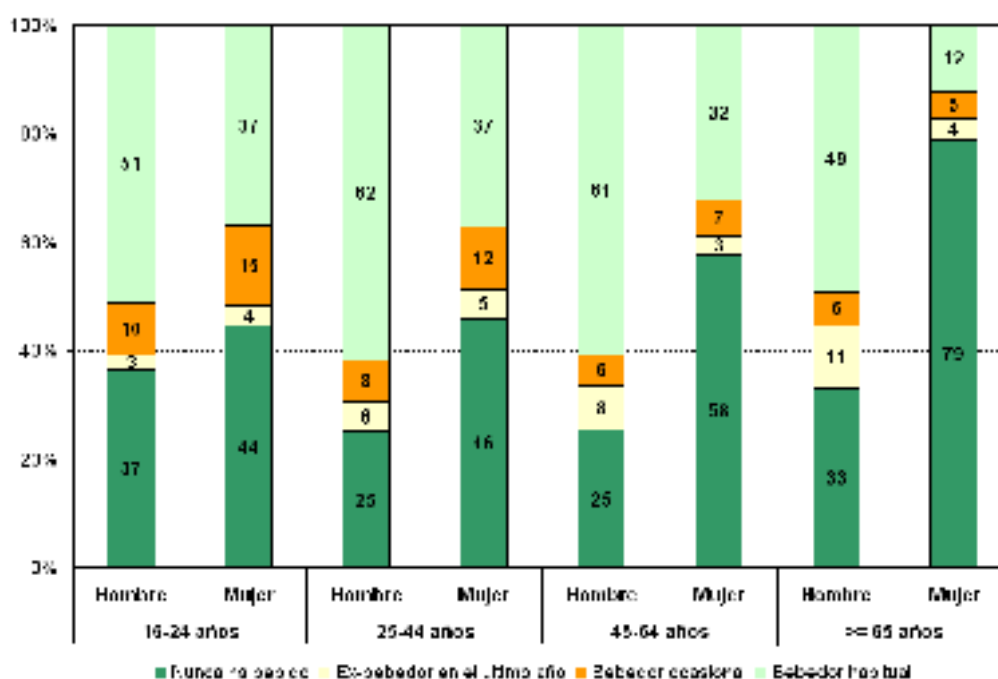


6.12.6. Consumo de alcohol (Adultos)

Es importante estudiar los patrones de consumo de alcohol debido a su responsabilidad en el desarrollo de diferentes enfermedades y lesiones y a sus graves repercusiones a nivel social.

Se ha estudiado la tipología de consumidor de alcohol atendiendo a la frecuencia de consumo y a la cantidad de alcohol puro que se ingiere a la semana. En relación con la frecuencia de consumo se observa que el 44% de los madrileños mayores de 15 años es abstemio, mientras que el 43% se puede considerar bebedor habitual. En todos los grupos de edad la prevalencia de bebedores habituales es mayor en los hombres que en las mujeres. Los bebedores habituales varones se concentran sobre todo entre los 25 y 64 años, mientras que las mujeres bebedoras habituales son más jóvenes, situándose especialmente entre los 16 y los 44 años.

Gráfico 120. Tipología de bebedor de alcohol según la frecuencia con la que bebe por sexo y edad

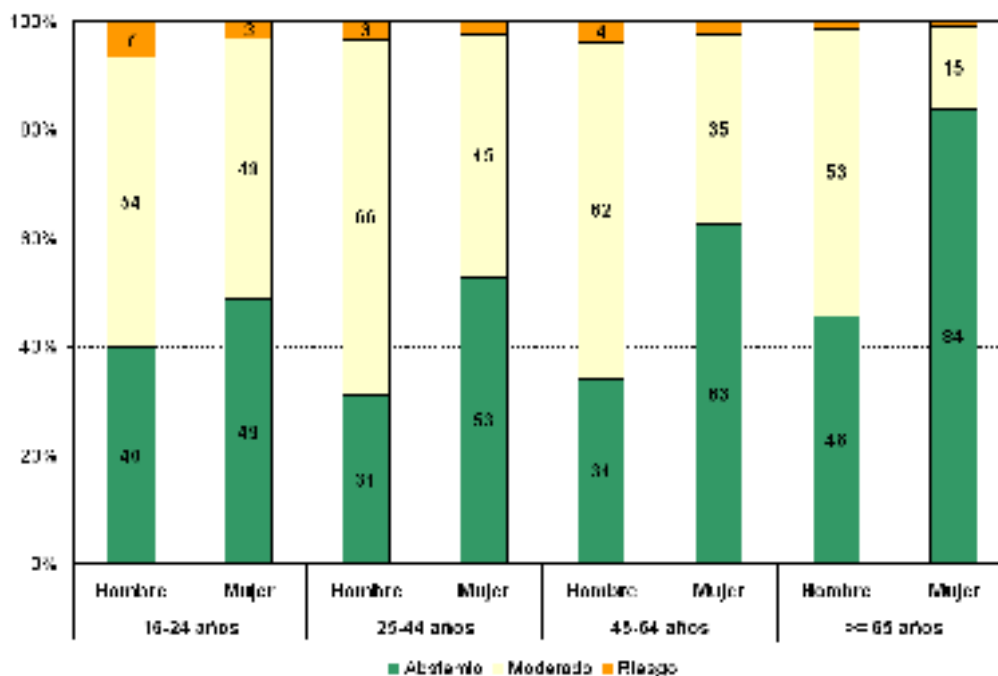


Uno de cada 2 madrileños bebe alcohol según una frecuencia de consumo semanal. El 47% de los que beben alcohol al menos una vez por semana son consumidores moderados y el 3% de riesgo.

En cuanto al consumo de alcohol por sexo, el 60,8% de los hombres son bebedores moderados y el 3,6% de riesgo; en el caso de las mujeres, el 35,2% tienen un consumo moderado y el 2,1% de riesgo.

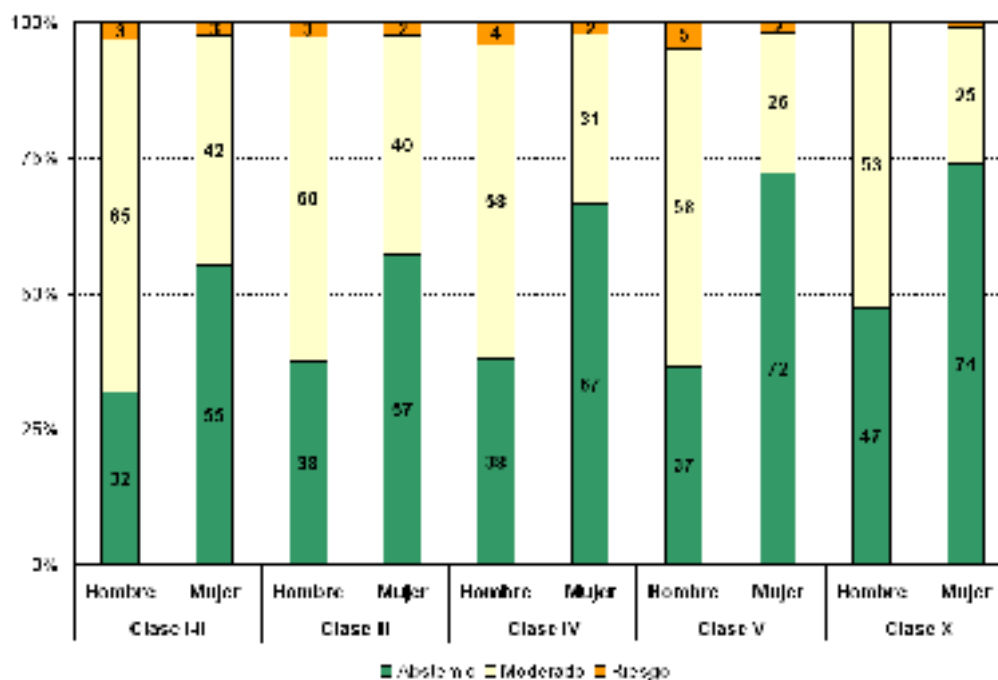
Los principales consumidores de alcohol son varones, fundamentalmente de entre 25 y 64 años. El tipo de bebedor de riesgo se concentra sobre todo en los varones más jóvenes.

Gráfico 121. Tipología de bebedor de alcohol a la semana según sexo y edad



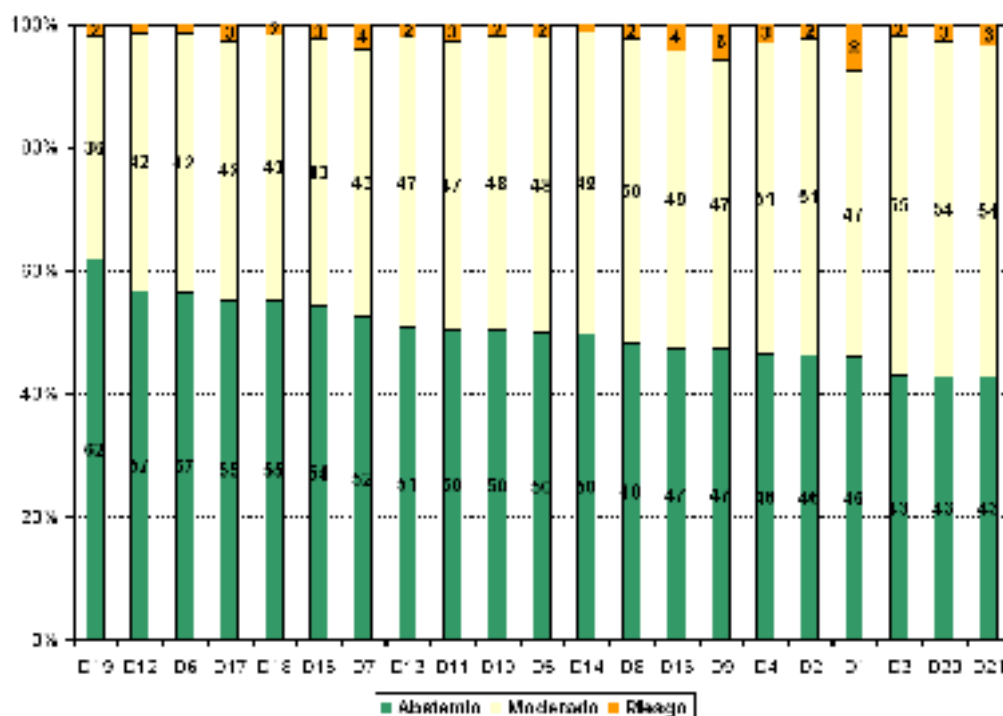
El estudio del consumo de alcohol por clase social muestra un ligero aumento del consumo en las clases sociales más altas, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la prevalencia de consumidores de riesgo es ligeramente superior en los varones de las clases IV y V.

Gráfico 122. Tipología de bebedor de alcohol a la semana según clase social, estandarizado por sexo y edad



Los distritos de Retiro, San Blas y Barajas son los que tienen mayor prevalencia de consumidores de alcohol (moderados y de riesgo), mientras que Vicálvaro, Usera y Tetuán son los que presentan mayor proporción de abstemios. El tipo de bebedor de riesgo se concentra principalmente en los distritos de Centro (8%) y Moncloa (6%).

Gráfico 123. Tipología de bebedor de alcohol a la semana según distrito, estandarizado por sexo y edad



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

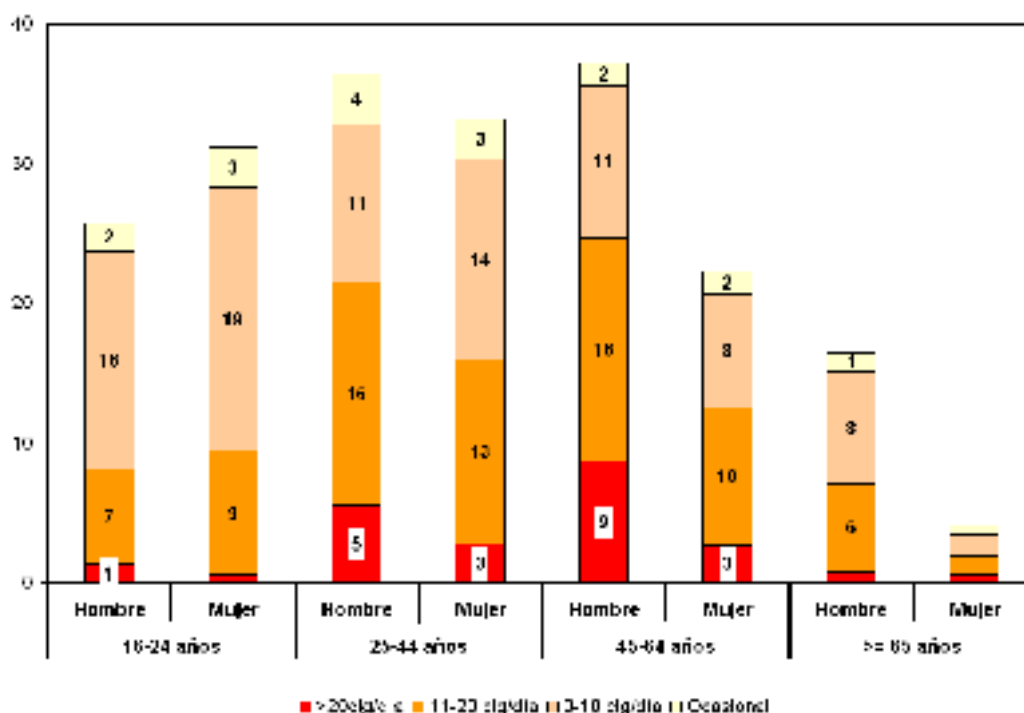
6.12.7. Consumo de tabaco (Adultos)

Al igual que sucede con el alcohol, la investigación sobre el consumo de tabaco es interesante porque permite realizar intervenciones para reducir las causas de mortalidad relacionadas con este hábito.

En la ciudad de Madrid hay un 27% de fumadores (25% fuman diariamente y 2% son fumadores ocasionales). La media de cigarrillos entre los fumadores diarios es 16/día: un 11% fuma menos de 10 cigarrillos al día, mientras que el 14% fuma, al menos, 10 cigarrillos, el 3% de estos últimos son fumadores de riesgo ya que fuman más de 20 cigarrillos al día.

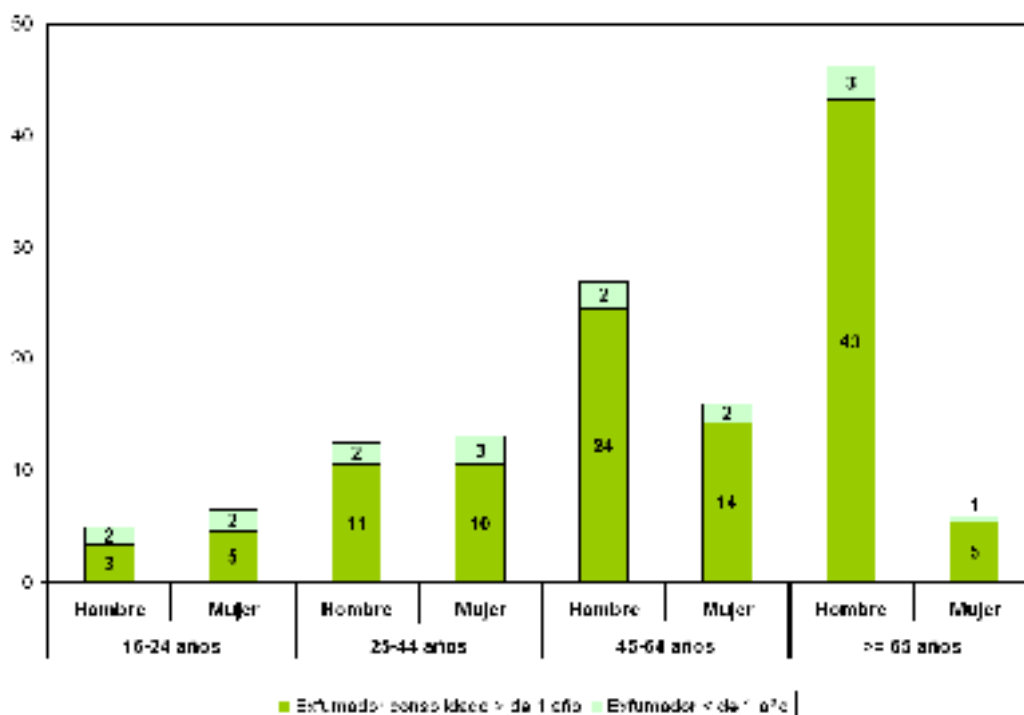
El tabaquismo se concentra en los varones de 25 a 64 años y en las mujeres de 16 a 44 años. Parece observarse un cambio en el patrón de consumo en el grupo de 16 a 24 años ya que a pesar de que el tabaquismo ha sido un hábito tradicionalmente masculino, entre los jóvenes de 16 a 24 años hay más mujeres fumadoras que hombres. Los fumadores de riesgo son varones de 45 a 64 años.

Gráfico 124. Tipología de fumador según sexo y edad



El 16% de los madrileños mayores de 16 años son exfumadores, principalmente consolidados (14%). El abandono del hábito tabáquico aumenta con la edad (excepto para las mujeres mayores de 65 años) y es más frecuente en los hombres. En todos los grupos de edad y en ambos sexos es mayor la proporción de exfumadores consolidados que de exfumadores que lo han dejado hace menos de un año.

Gráfico 125. Clasificación de los exfumadores según sexo y edad



6.13. Actividades preventivas en los adultos

El desarrollo de programas preventivos de carácter público es una forma de promoción de la salud en la población. Es de especial interés conocer la cobertura de los programas existentes y el alcance en la población diana. Para conseguir este objetivo en la ESCM'05 se han incluido preguntas sobre los programas de vacunación, prácticas preventivas dirigidas especialmente a la mujer (detección de cáncer de mama y útero), control de tensión arterial, glucemia y colesterol, que han sido analizadas siguiendo los criterios establecidos por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). En este apartado también se ha estudiado la utilización de métodos anticonceptivos y diferentes aspectos relacionados con la seguridad vial, haciendo especial hincapié en el uso correcto del cinturón, del casco y de los SRI.

6.13.1. Programas de vacunación antigripal y tétanos

Uno de cada cuatro madrileños (24%) se vacunó de la gripe en la última campaña de vacunación. Es importante destacar que la proporción de individuos vacunados aumenta con la edad, sin diferencias por sexo. La vacunación antigripal está especialmente recomendada para los mayores de 65 años, de los que un 64% se vacunó en la última campaña.

La proporción de vacunados contra el tétanos en los últimos 10 años es del 44%. Este porcentaje disminuye a medida que aumenta la edad, sin que exista relación con el sexo.

Gráfico 126. Distribución de vacunas de la gripe según sexo y edad

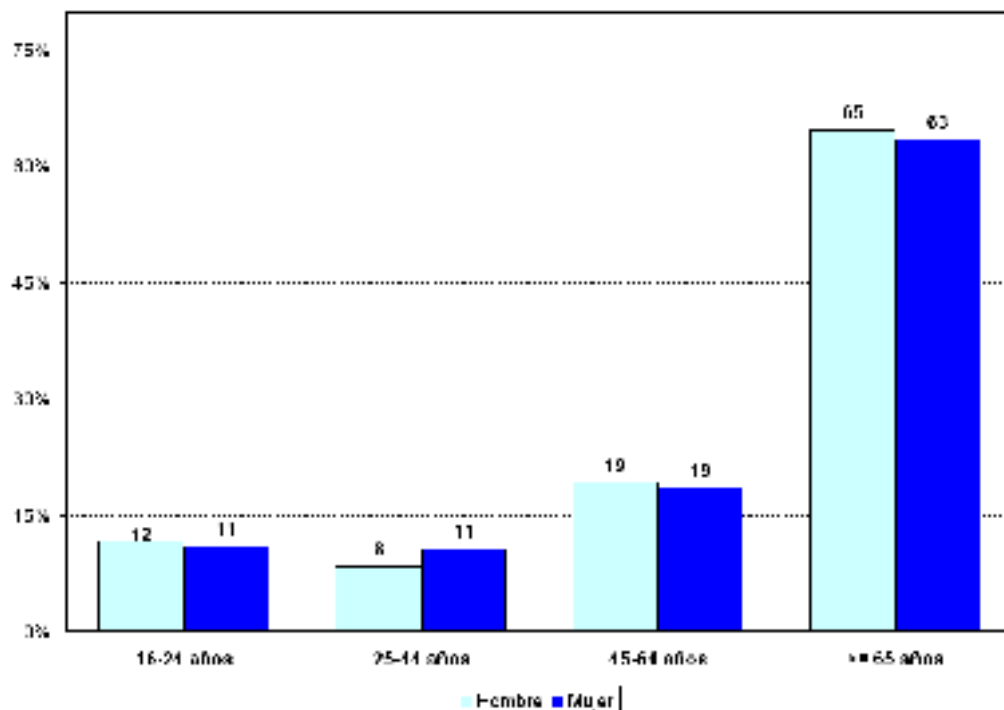
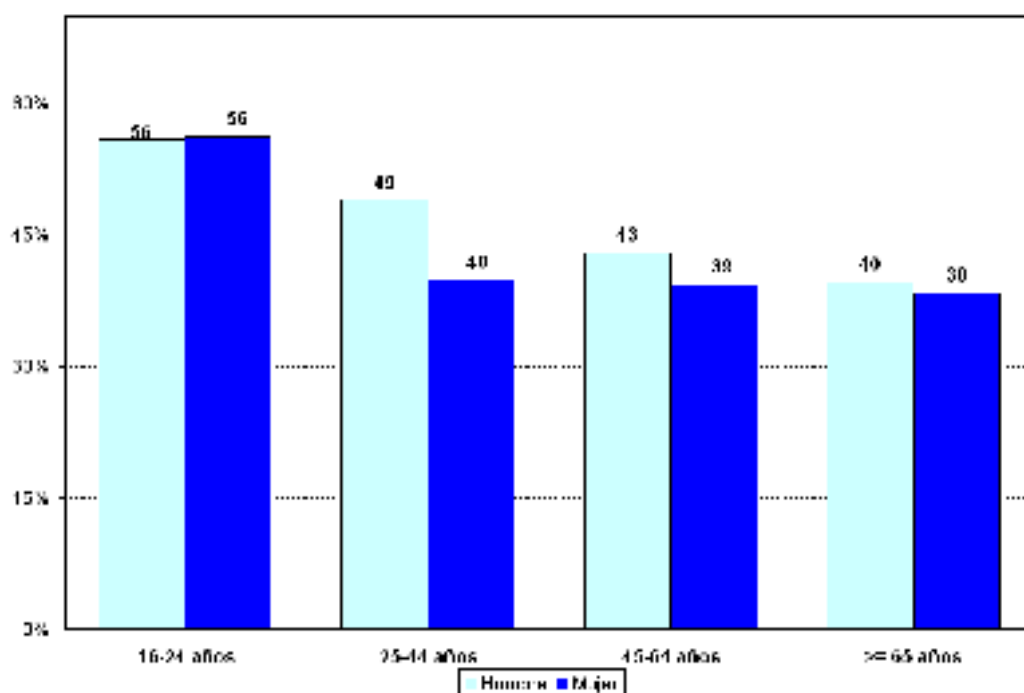


Gráfico 127. Distribución de vacunas del tétanos según sexo y edad



No se observa ningún tipo de asociación entre la vacunación antigripal y antitetánica y la clase social. La elevada proporción de vacunados de la gripe entre los individuos de la clase X puede deberse a que la mayoría de ellos son jubilados.

Gráfico 128. Vacunación de gripe según clase social y sexo estandarizada por edad

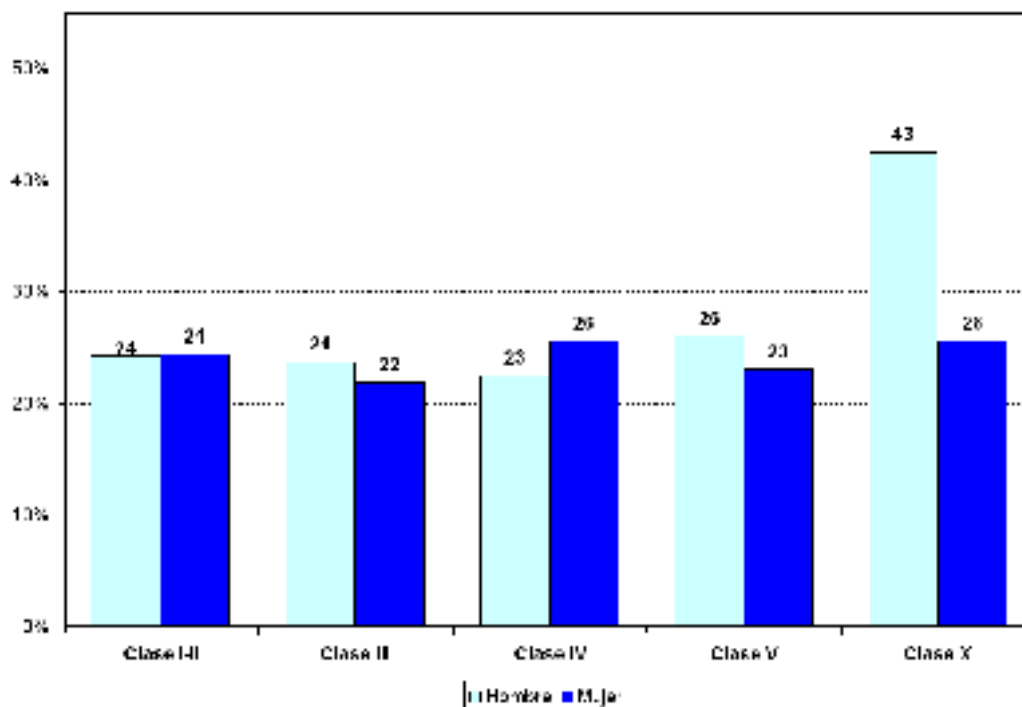
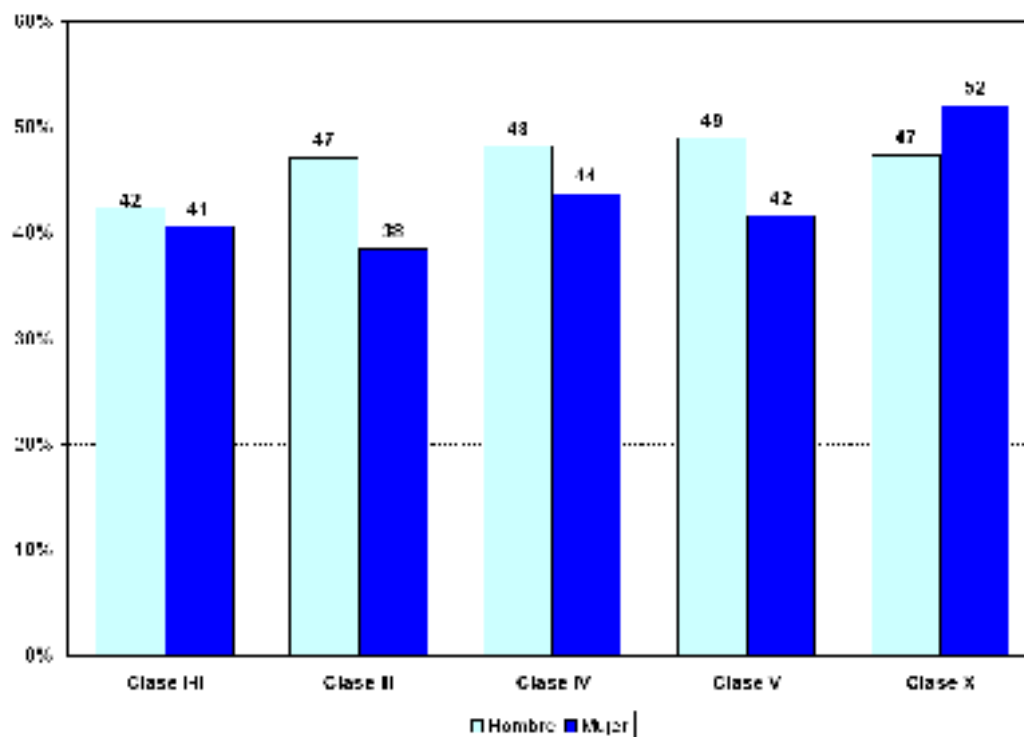
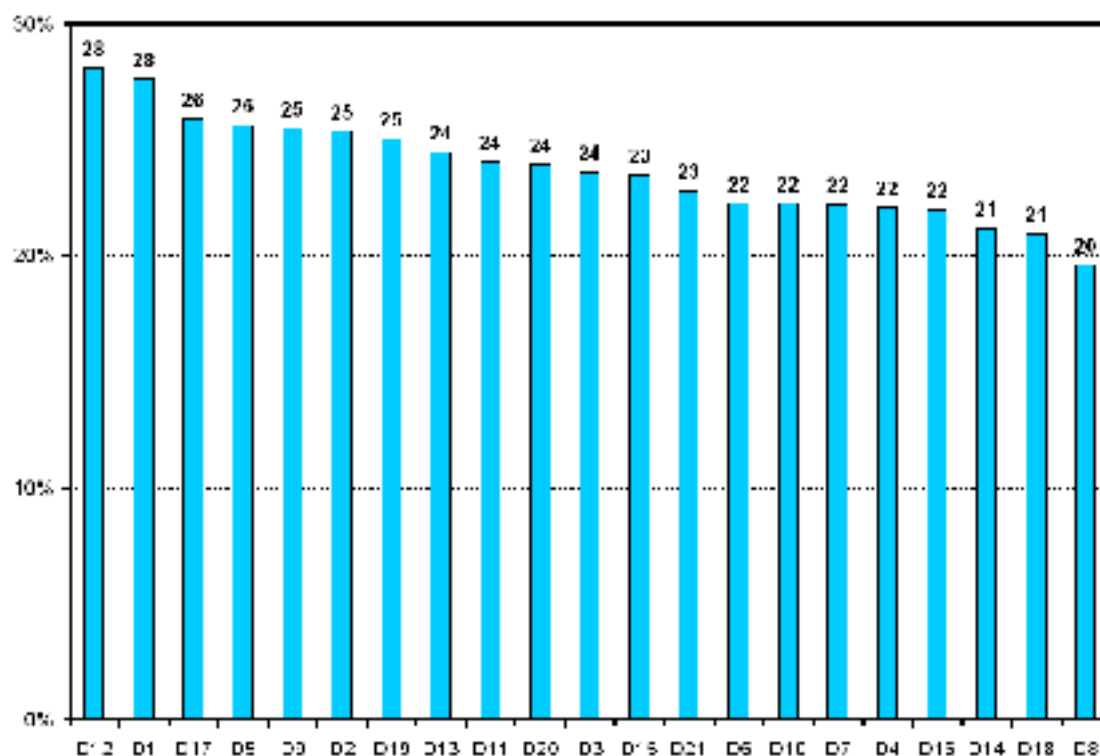


Gráfico 129. Vacunación de tétanos según clase social y sexo estandarizada por edad



Los distritos con mayor proporción de sujetos vacunados de la gripe son Usera, Centro, Villaverde y Chamartín mientras que los distritos con menor proporción de vacunados son Moratalaz, Villa de Vallecas y Fuencarral.

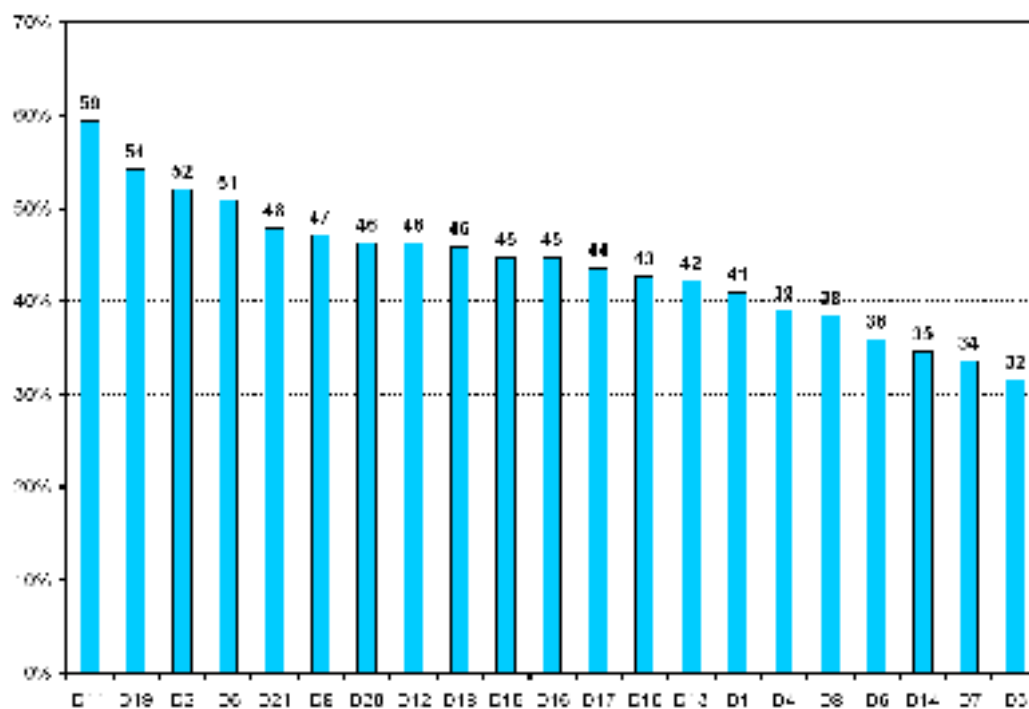
Gráfico 130. Vacunación de gripe según distrito estandarizado por edad y sexo



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

Respecto a la vacunación antitetánica en los últimos 10 años, Carabanchel, Vicálvaro, Arganzuela y Chamartín son los distritos que presentan una proporción de individuos vacunados más elevada (superior al 50%), mientras que Moratalaz, Chamberí y Retiro son los que tienen menor proporción de vacunados (ligeramente superior al 30%).

Gráfico 131. Vacunación de tétanos según distrito estandarizado por edad y sexo



D1: Centro, D2: Arganzuela, D3: Retiro, D4: Salamanca, D5: Chamartín, D6: Tetuán, D7: Chamberí, D8: Fuencarral, D9: Moncloa, D10: Latina, D11: Carabanchel, D12: Usera, D13: Puente de Vallecas, D14: Moratalaz, D15: Ciudad Lineal, D16: Hortaleza, D17: Villaverde, D18: Villa Vallecas, D19: Vicálvaro, D20: San Blas, D21: Barajas

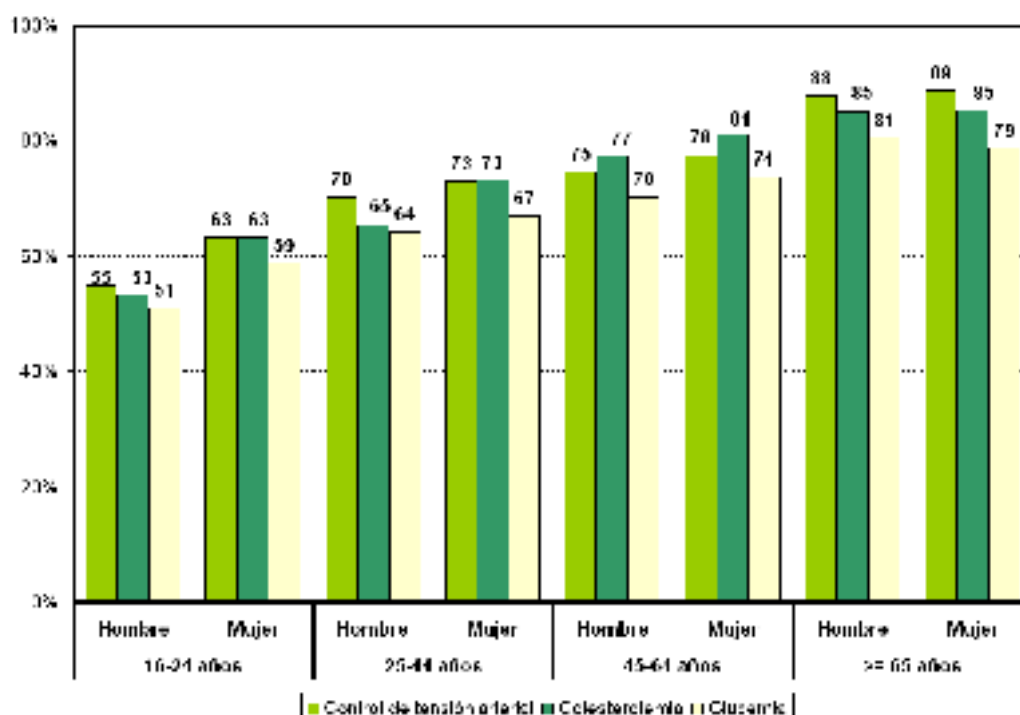
6.13.2. Control de tensión arterial, glucemia y colesterolemia

En este apartado se analiza el cumplimiento de las recomendaciones del PAPPS referidas al control de distintos indicadores como la tensión arterial¹⁹, la glucosa²⁰ y el colesterol²¹.

Este tipo de control permite realizar un diagnóstico precoz de procesos como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El 75% y 74% de la población se han realizado controles de tensión arterial y de colesterolemia, respectivamente, según las recomendaciones del PAPPS. La determinación de glucemia ha sido el tipo de control efectuado con menos frecuencia (69%). En conjunto se puede afirmar que un 84% de los adultos madrileños se ha realizado algún control de la tensión arterial en los últimos 2 años, al igual que sucede con el control de la glucemia o del colesterol.

El cumplimiento de los criterios del PAPPS aumenta con la edad estando las mujeres mejor controladas que los varones en todos los grupos de edad. El grado de cumplimiento de estos controles es mayor para la tensión arterial, seguido por la colesterolemia y por último la glucemia.

Gráfico 132. Distribución de pruebas de control recomendadas por el PAPPS según sexo y edad



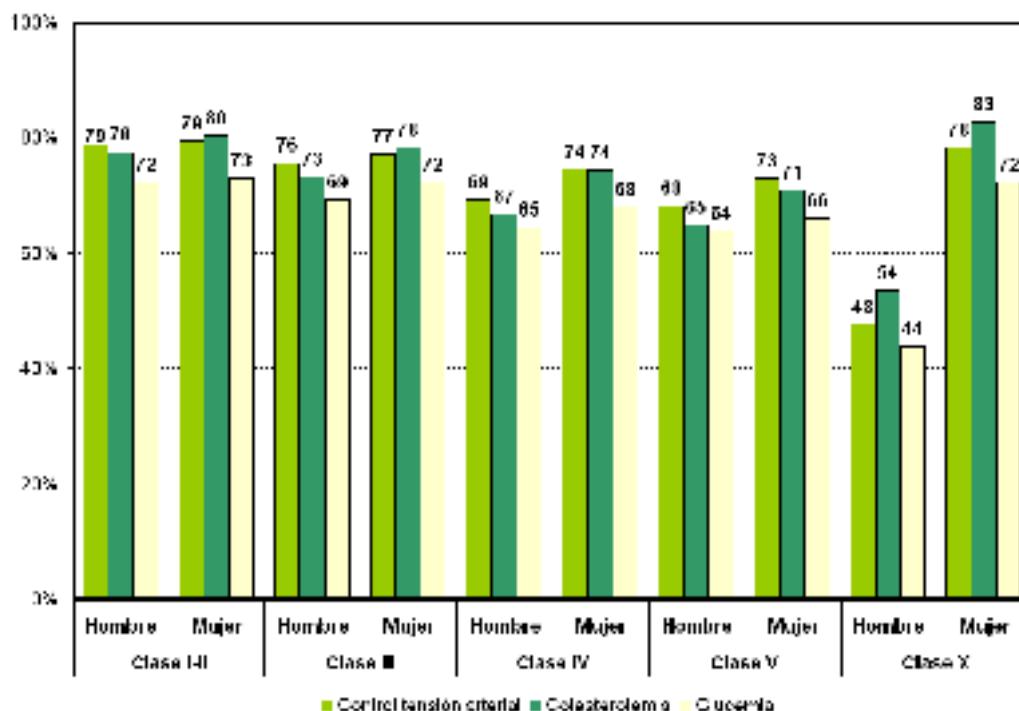
¹⁹Control de tensión arterial: Menores de 40 años, al menos una determinación, de 40 años en adelante determinaciones cada 2 años.

²⁰ Glucemia: Menores de 40 años, al menos una determinación, de 40 años en adelante determinaciones cada 2 años.

²¹ Colesterolemia: Varones menores de 35 años y mujeres menores de 45 años, 1 determinación. Varones de 35 a 75 años, mujeres de 45 a 75 años, cada 5 a 6 años. Mayores de 75 años sólo si no se había realizado anteriormente ninguna, 1 determinación.

No parece existir una clara asociación entre la clase social y la realización de controles periódicos de tensión arterial, colesterolemia y glucemia aunque las clases sociales altas parecen estar ligeramente mejor controladas. Es importante señalar el bajo nivel de cumplimiento de las recomendaciones del PAPPs por parte de los varones pertenecientes a la clase X.

Gráfico 133. Distribución de pruebas de control recomendadas por el PAPPs según clase social estandarizada por edad



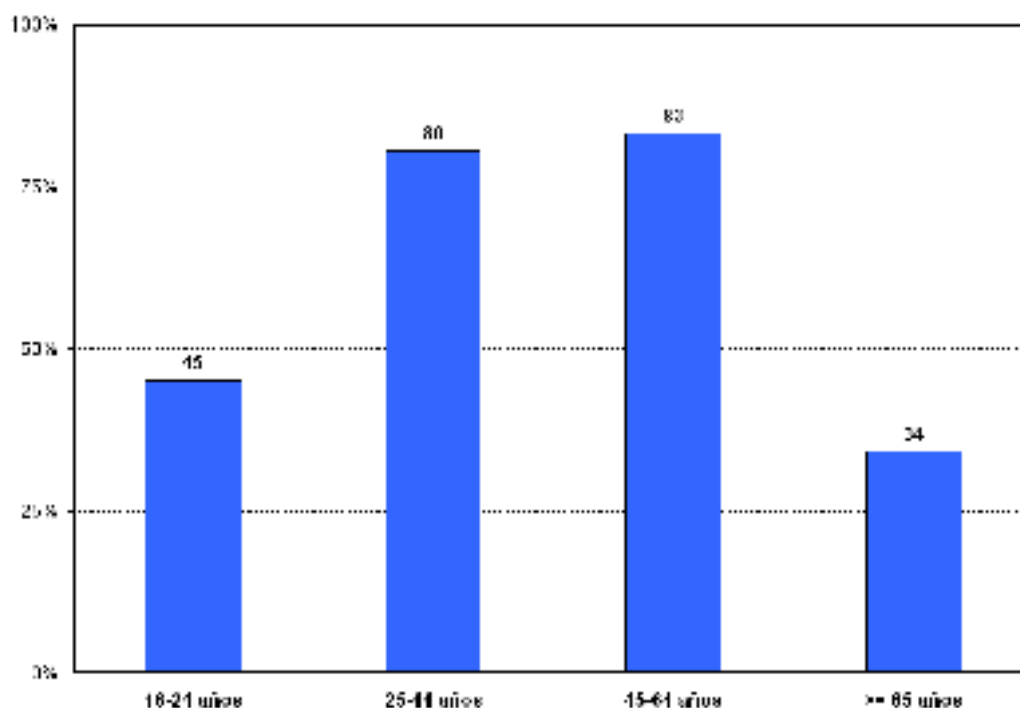
6.13.3. Actividades preventivas en la mujer

Desde los servicios de salud se hacen una serie de recomendaciones dirigidas a la mujer sobre la necesidad de realizar revisiones ginecológicas preventivas y pruebas diagnósticas como la mamografía y la citología.

6.13.3.1. Revisión ginecológica preventiva

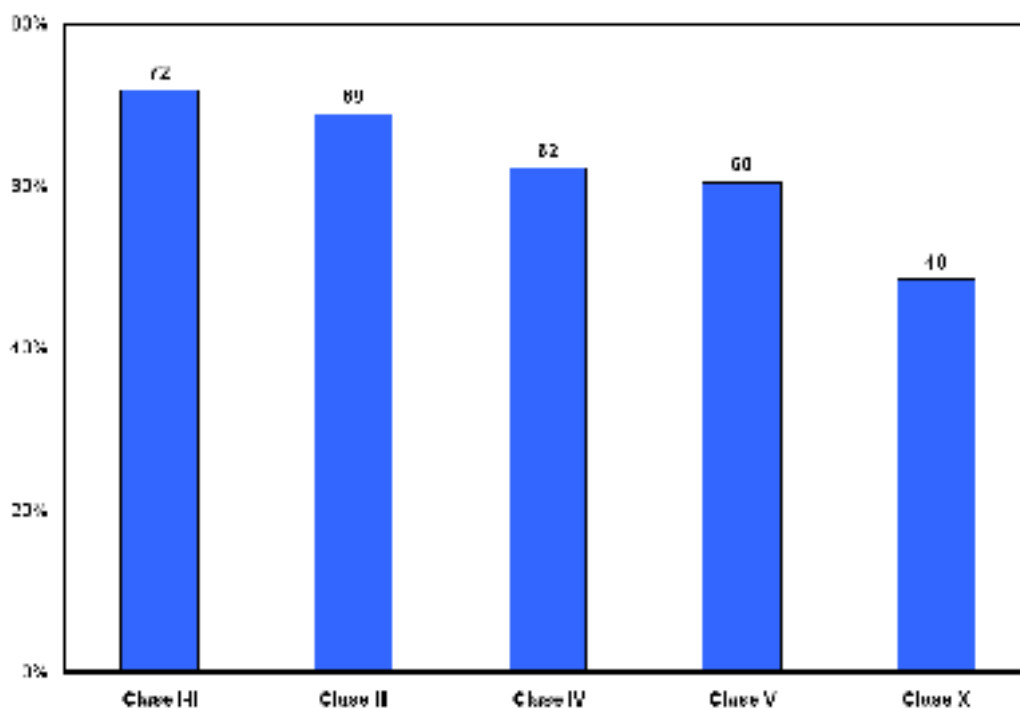
Según la ESCM'05, el 66% de las mujeres madrileñas mayores de 15 años se realiza una revisión ginecológica al menos cada dos años. Las revisiones preventivas aumentan con la edad hasta los 64 años disminuyendo significativamente a partir de esta edad.

Gráfico 134. Distribución de la revisión ginecológica preventiva según edad



La relación entre realización de revisiones ginecológicas preventivas y clase social sigue un gradiente positivo; la proporción de mujeres que realizan controles ginecológicos periódicos es más elevada a medida que la clase social es más alta.

Gráfico 135. Revisión ginecológica preventiva según clase social estandarizada por edad



La realización de revisión ginecológica se asocia positivamente con la edad hasta los 65 años (25-44 años: OR=5,4; 45-64 años: OR=7,8). Del mismo modo, se observa una relación positiva con el nivel de estudios, ya que la probabilidad de revisión ginecológica preventiva aumenta en los niveles de estudios más altos.

Tabla 54. Mujeres adultas: asociación entre realizar periódicamente una revisión ginecológica y las principales variables sociodemográficas*

	N	OR	IC 95%	P
Edad				
16-24 años	395	1		
25-44 años	1.417	5,4	(4,3-7,0)	<0,001
45-64 años	1.172	7,8	(6,0-10)	<0,001
>= 65 años	944	1,0	(0,7-1,3)	ns
Nivel de estudios				
Analfabeto funcional	471	1		
Primarios	613	1,2	(0,9-1,5)	ns
Secundarios	1.816	2,0	(1,6-2,6)	<0,001
Terciarios	1.028	2,6	(1,9-3,4)	<0,001

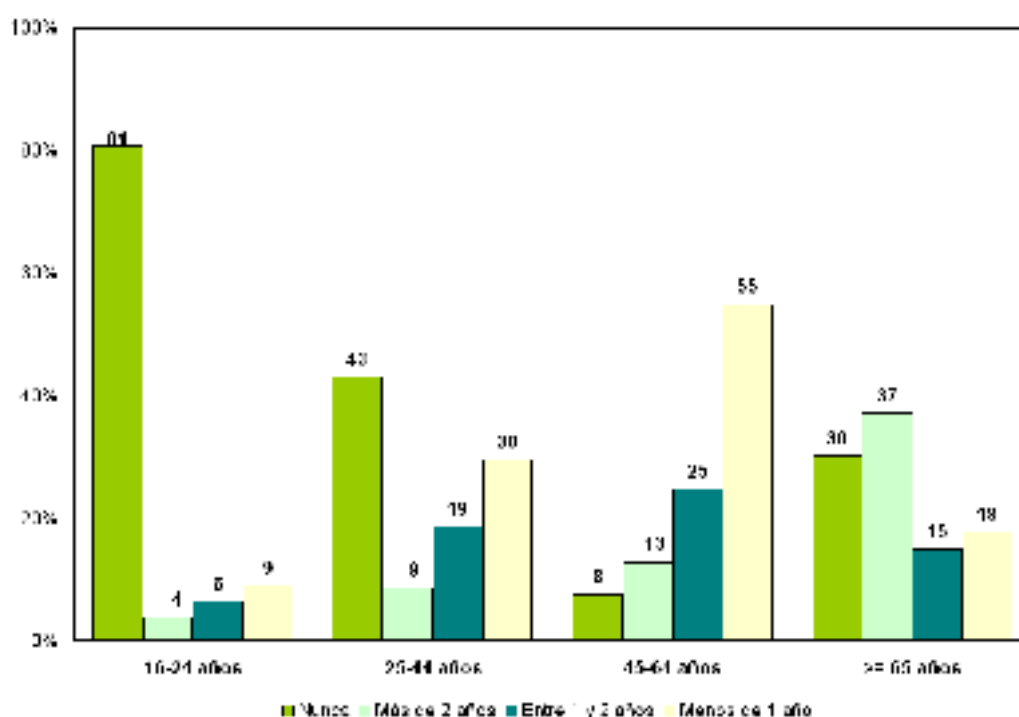
* Modelo multivariante de regresión logística; ns= no significativo.

6.13.3.2. Pruebas diagnósticas: Mamografía y citología

1. Mamografía

Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres mayor de 45 años no se ha realizado nunca una mamografía. El estrato etario al que van fundamentalmente dirigidos los programas de detección precoz del cáncer de mama es el de 50 a 65 años²²; un 8% de las mujeres de 45 a 64 años no se ha realizado nunca una mamografía. Otro dato llamativo es que el 30% de las mujeres mayores de 65 años tampoco se ha efectuado nunca esta prueba diagnóstica.

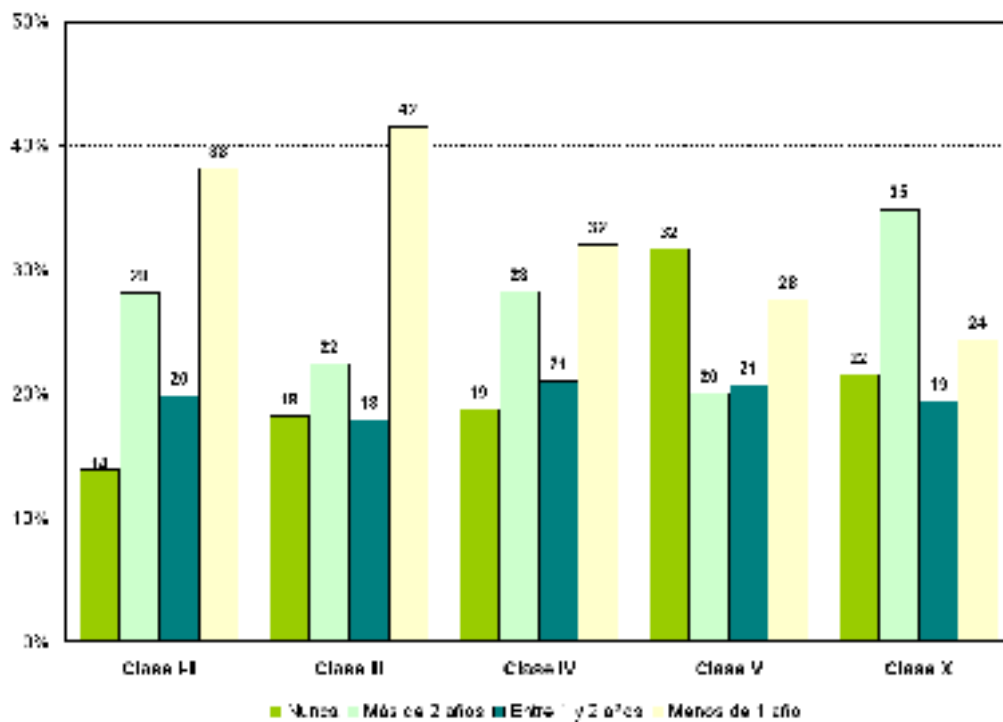
Gráfico 136. Distribución de la frecuencia de realización de mamografía según edad



²² Según criterios del PAPPS se recomienda realizar mamografía cada 1 ó 2 años a las mujeres de > 50 años.

La realización de mamografía preventiva (mujeres de 50 o más años) es más frecuente en las clases sociales altas.

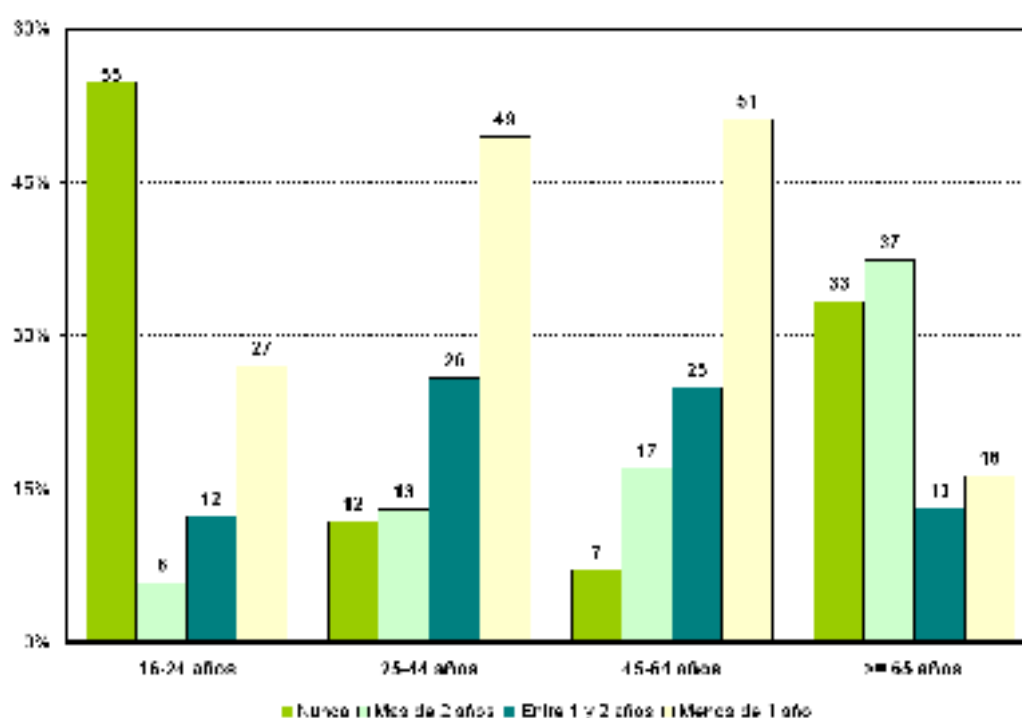
Gráfico 137. Realización de mamografía según clase social estandarizada por edad (mayores de 50 años)



2. Citología

La finalidad de la realización de citología vaginal periódica es la detección precoz del cáncer de cérvix²³. El 40% de las mujeres madrileñas se ha realizado al menos una citología el último año, y el 62% hace menos de 2 años. La no realización de ninguna citología es más frecuente en los dos extremos de edad: menores de 25 años (55%) y mayores de 65 años (33%). El control mediante citología vaginal periódica es mucho más habitual en los dos grupos de edad intermedios, sin observarse diferencias entre ambos: el 49% de las mujeres de 25 a 44 años y el 51% de las de 45 a 64 años se ha realizado una citología hace menos de un año.

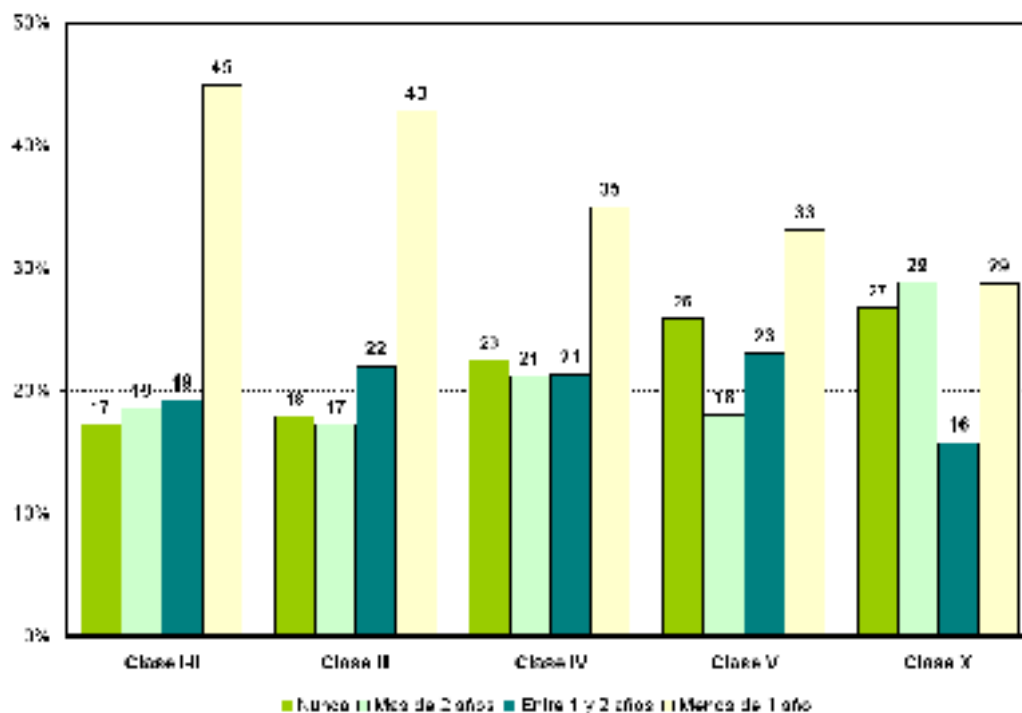
Gráfico 138. Distribución de la frecuencia de realización de citología según edad



²³ Según las recomendaciones PAPPS, las mujeres entre 35-65 años deben hacerse inicialmente 2 citologías con periodicidad anual y después una cada 5 años. Las mayores de 65 años sin citología en los últimos 5 años deben hacerse inicialmente 2 citologías con periodicidad anual y si son normales ya no es necesaria ninguna.

La relación entre clase social y realización de citología vaginal periódica es similar a la observada en el caso de la mamografía; las mujeres de clases más altas son las que presentan un mejor seguimiento preventivo y la proporción de mujeres que no se han realizado nunca una citología aumenta a medida que disminuye la clase social.

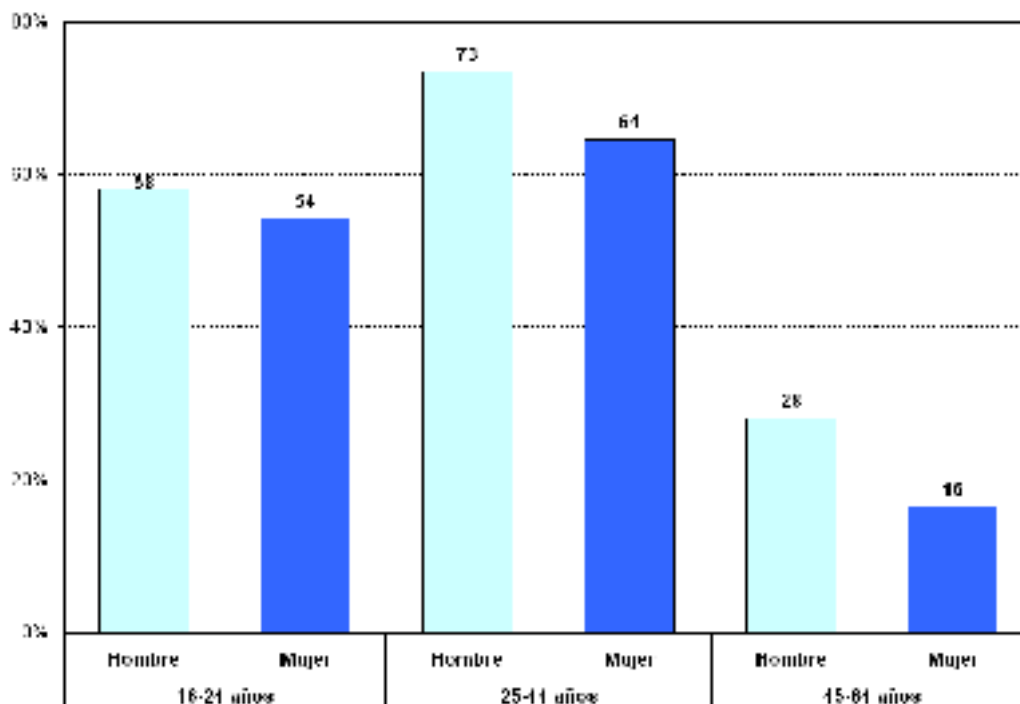
Gráfico 139. Realización de citología según clase social estandarizada por edad



6.13.4. Utilización de métodos anticonceptivos por los hombres y las mujeres

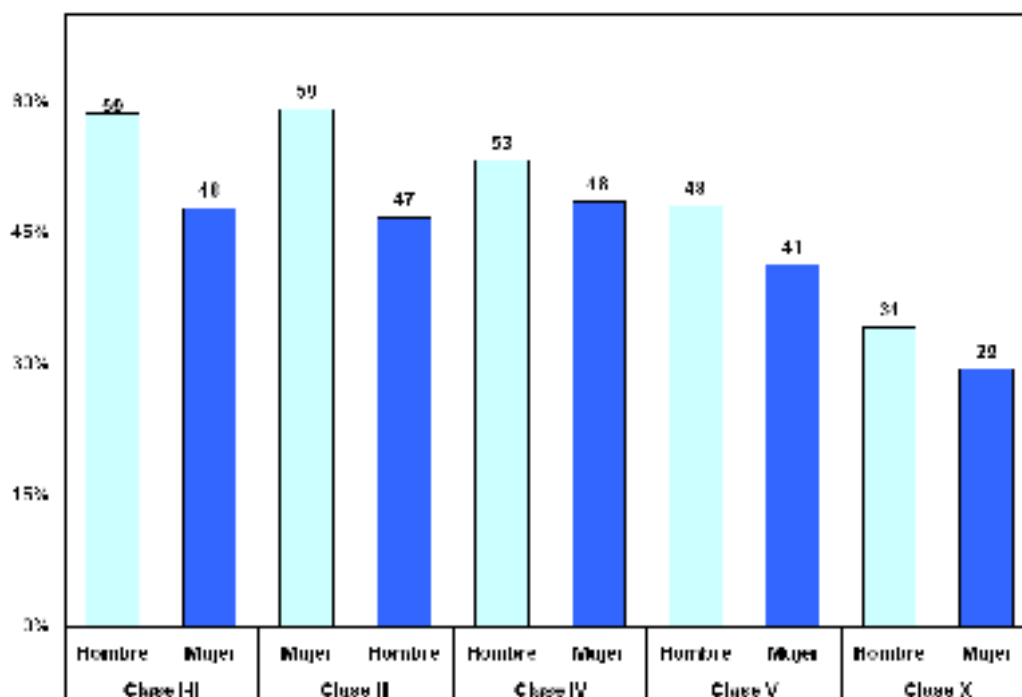
Uno de cada dos madrileños de entre 16 y 64 años utiliza algún tipo de método anticonceptivo. El empleo de métodos anticonceptivos es más frecuente en el grupo de 25 a 44 años, seguido por el de 16 a 24 años. La frecuencia de utilización es mayor en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad.

Gráfico 140. Distribución del uso de métodos anticonceptivos según sexo y edad (De 16 a 64 años)



La relación entre clase social y utilización de anticoncepción sigue un patrón similar al observado en el Gráfico 140, con mayor proporción de utilización por los hombres en todas las clases sociales. Se observa una leve tendencia a un mayor uso de métodos anticonceptivos en las clases sociales más altas.

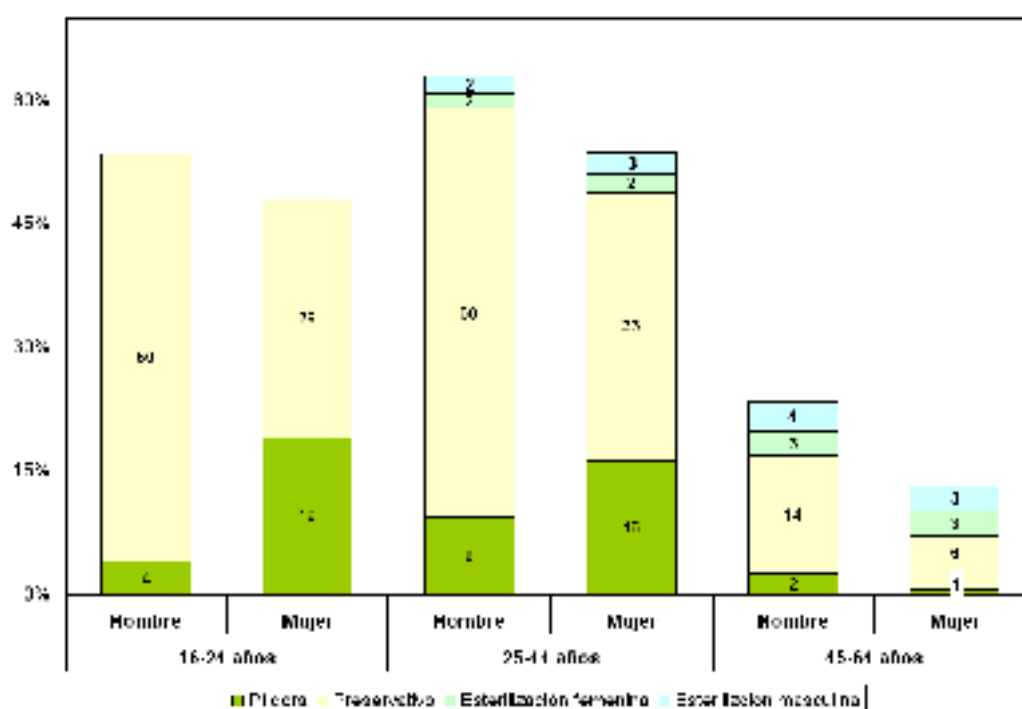
Gráfico 141. Utilización de métodos anticonceptivos según clase social estandarizada por edad



Los dos métodos anticonceptivos más utilizados por los madrileños de 16 a 64 años, son el preservativo (25%) y la píldora (7%). Los llamados métodos *naturales* (ritmo de calendario, coito interrumpido) sólo son empleados por el 0,5%.

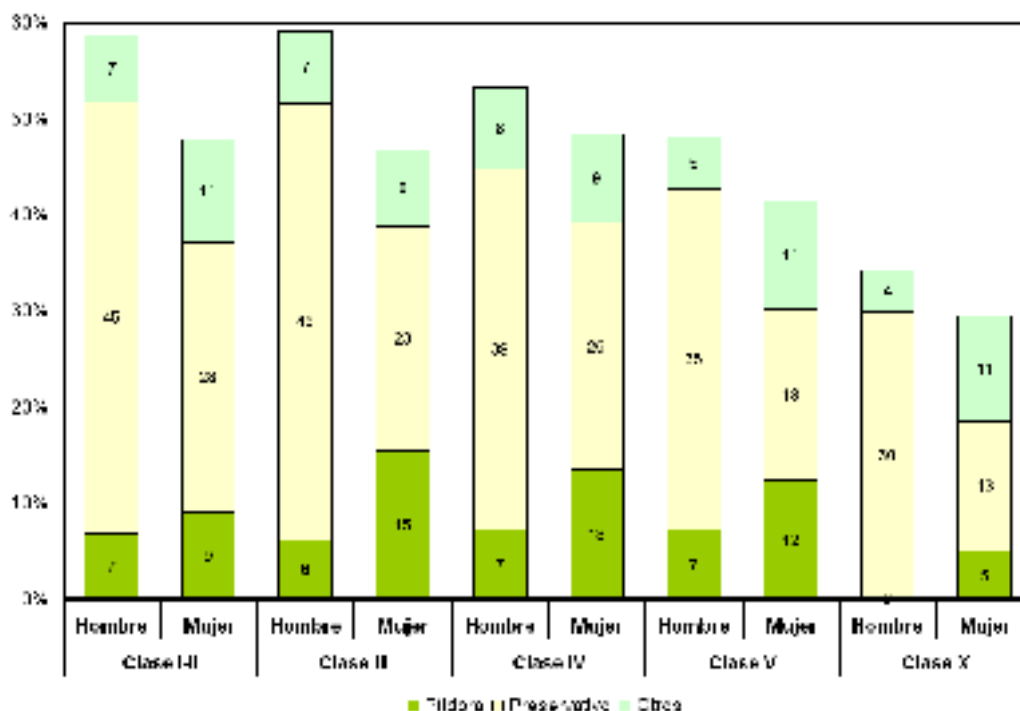
En todos los grupos de edad, los hombres afirman utilizar más el preservativo que las mujeres. Entre los menores de 45 años, las mujeres manifiestan emplear la píldora en mayor medida que los hombres pertenecientes a sus mismos grupos de edad. El grupo de 25 a 44 años se caracteriza por ser el que más utiliza los métodos de anticoncepción y por ser el grupo en el que aparece por primera vez la esterilización masculina o femenina como práctica anticonceptiva.

Gráfico 142. Distribución de los diferentes métodos anticonceptivos según sexo y edad



El estudio de la relación entre clase social y métodos anticonceptivos utilizados muestra que los hombres de las clases sociales más altas utilizan anticonceptivos con mayor frecuencia y especialmente el preservativo, manteniéndose la píldora en unos valores estables. En las mujeres se observan algunas diferencias en el uso de la píldora ya que las mujeres de la clase I-II son las que menos utilizan este método de anticoncepción.

Gráfico 143. Distribución de los diferentes métodos anticonceptivos según clase social estandarizada por edad



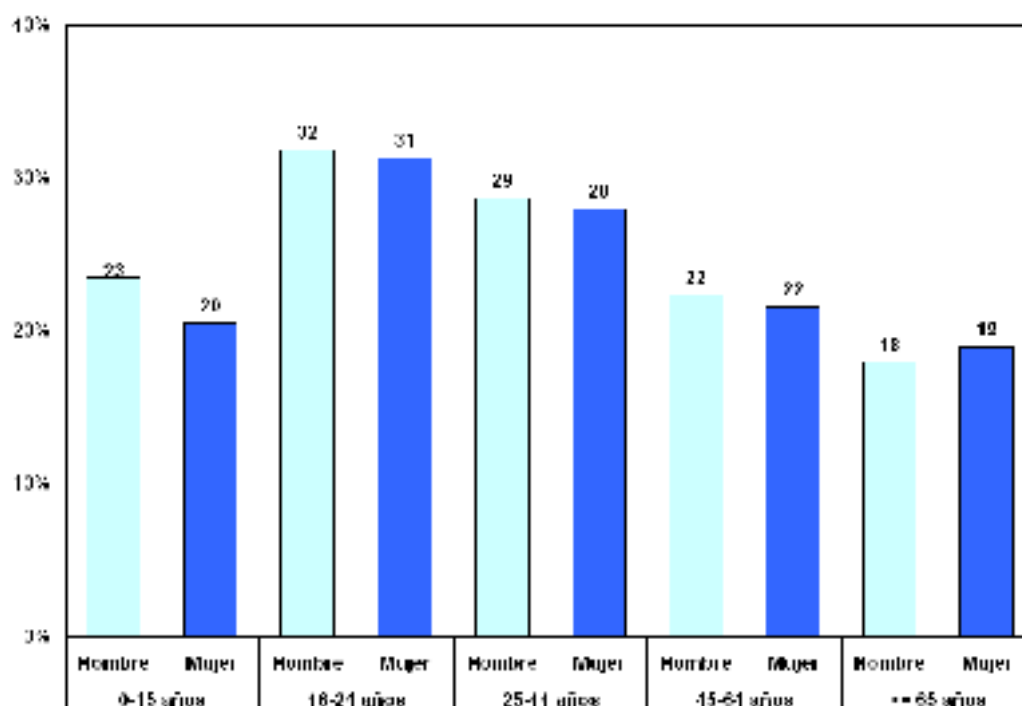
6.13.5. Seguridad vial

La adopción de una serie de medidas de seguridad pasiva como la utilización correcta del cinturón de seguridad, los SRI y el casco, previene y reduce la gravedad de las lesiones provocadas por accidentes de tráfico.

La utilización del cinturón de seguridad en los mayores de 15 años se analiza mediante un indicador que recoge el uso correcto del cinturón en todo momento, ya sea en los asientos delanteros o traseros. En los menores de 16 años se ha preguntado si cuando viajan en coche los niños llevan puestos el cinturón o los SRI adecuados.

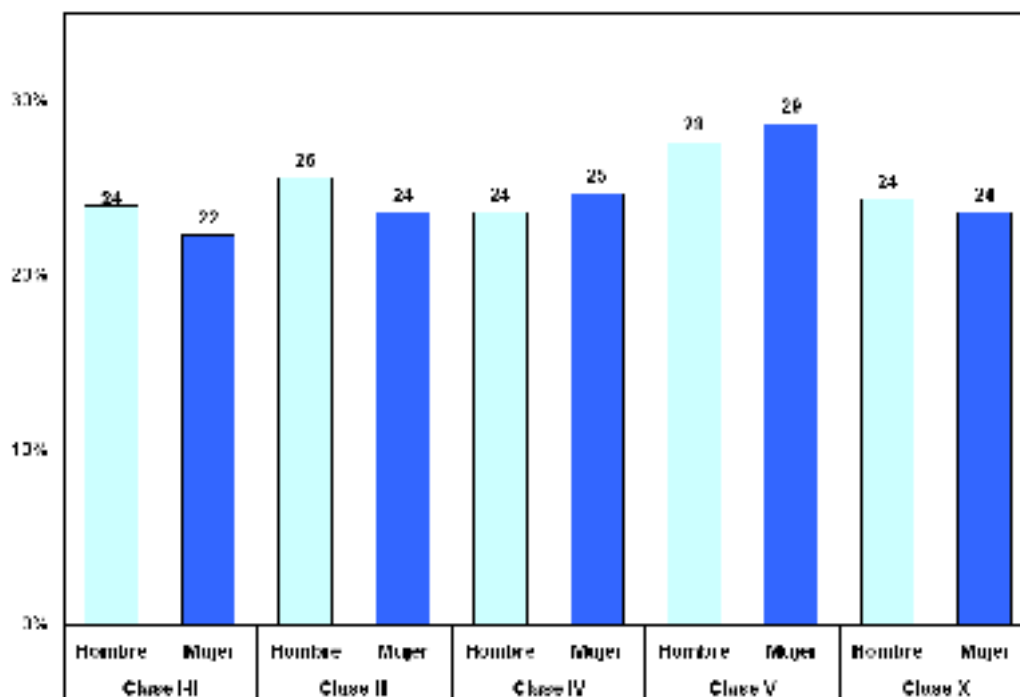
Tres de cada 4 madrileños afirman utilizar correctamente el cinturón de seguridad o los SRI; la proporción se eleva cuando se pregunta exclusivamente por el cinturón delantero que lo utilizan el 95% (en ciudad) y 98% (en carretera) de los adultos. Sin embargo, el cinturón trasero sólo es utilizado por el 73% y el 77% en ciudad y carretera, respectivamente. En el Gráfico 144 se refleja la prevalencia de uso incorrecto de los sistemas de seguridad pasiva; el uso incorrecto del cinturón de seguridad o los SRI es más habitual en los individuos de 16 a 24 años y disminuye a medida que aumenta la edad, no observándose diferencias importantes por sexos. El porcentaje de niños que no va correctamente sentado en los coches es del 22%.

Gráfico 144. Uso incorrecto del cinturón de seguridad y los SRI según edad y sexo



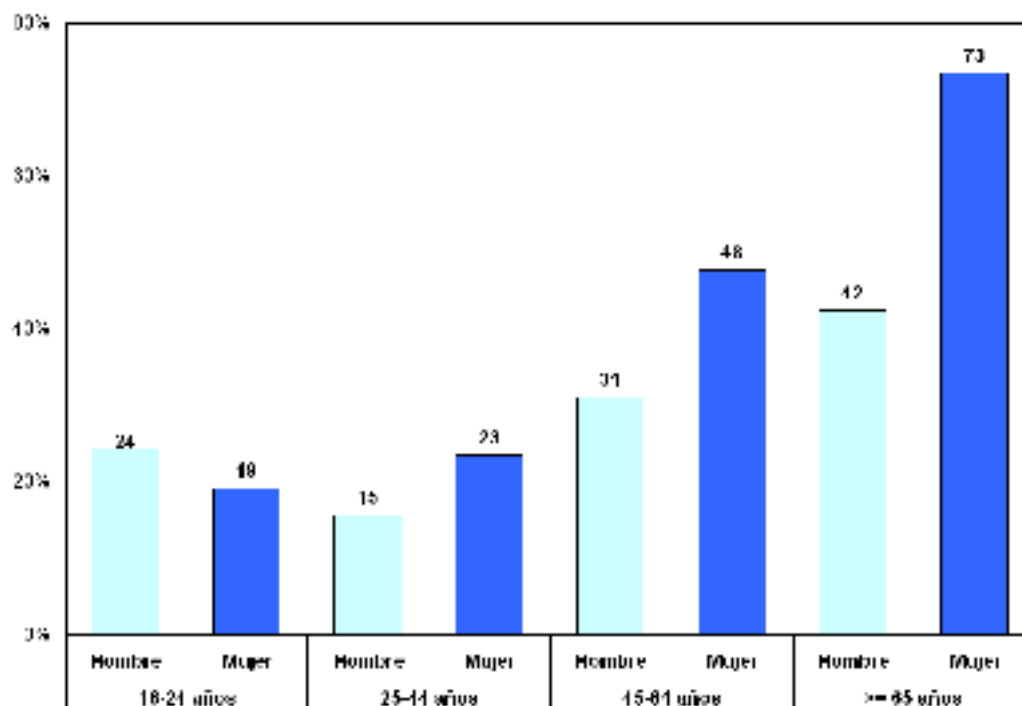
No se observa ninguna relación clara entre la clase social y el uso incorrecto del cinturón de seguridad o los SRI.

Gráfico 145. Uso incorrecto del cinturón de seguridad y los SRI según clase social estandarizada por edad



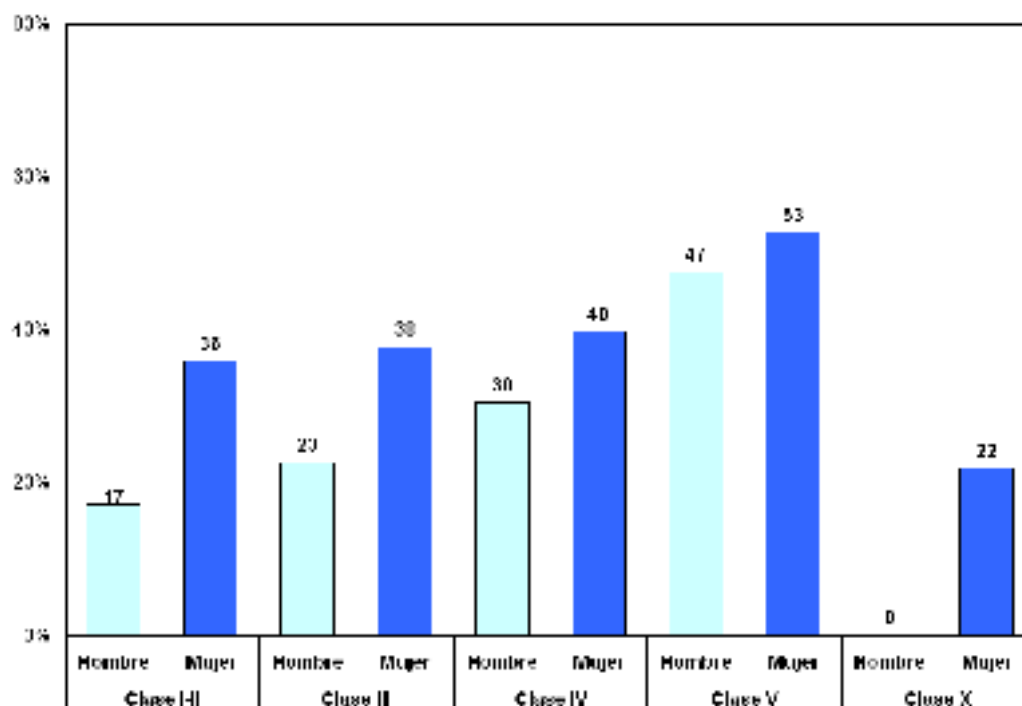
El 25% de los mayores de 15 años hace un uso incorrecto del casco. En los varones, el uso incorrecto del casco aumenta con la edad a partir de los 24 años mientras que en las mujeres el incremento de la utilización incorrecta se produce a partir de los 16 años y de forma más frecuente que en los hombres.

Gráfico 146. Uso incorrecto del casco en la moto según edad y sexo



La relación entre utilización incorrecta del casco y la clase social muestra una tendencia hacia una frecuencia más elevada de utilización incorrecta a medida que disminuye la clase social.

Gráfico 147. Uso incorrecto del casco en la moto según clase social estandarizada por edad



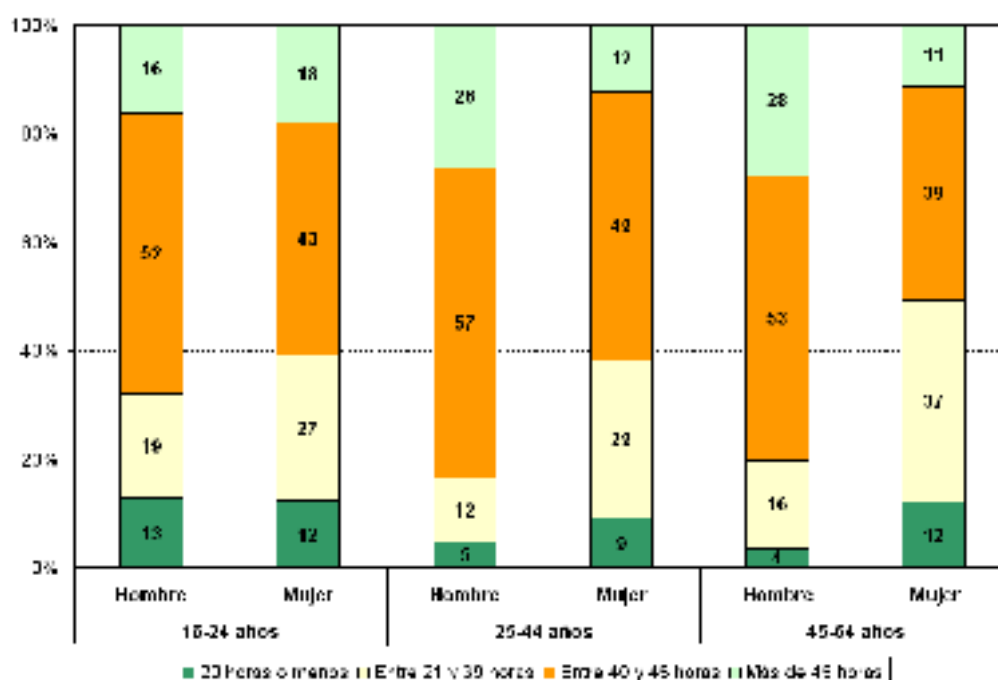
6.14. Salud laboral y rendimiento escolar

Este último apartado se refiere a la salud laboral en la población adulta y al rendimiento escolar de la población infantil. Estos indicadores permiten estudiar indirectamente la relación entre el bienestar en el trabajo o el rendimiento escolar y el estado de salud.

6.14.1. Salud laboral

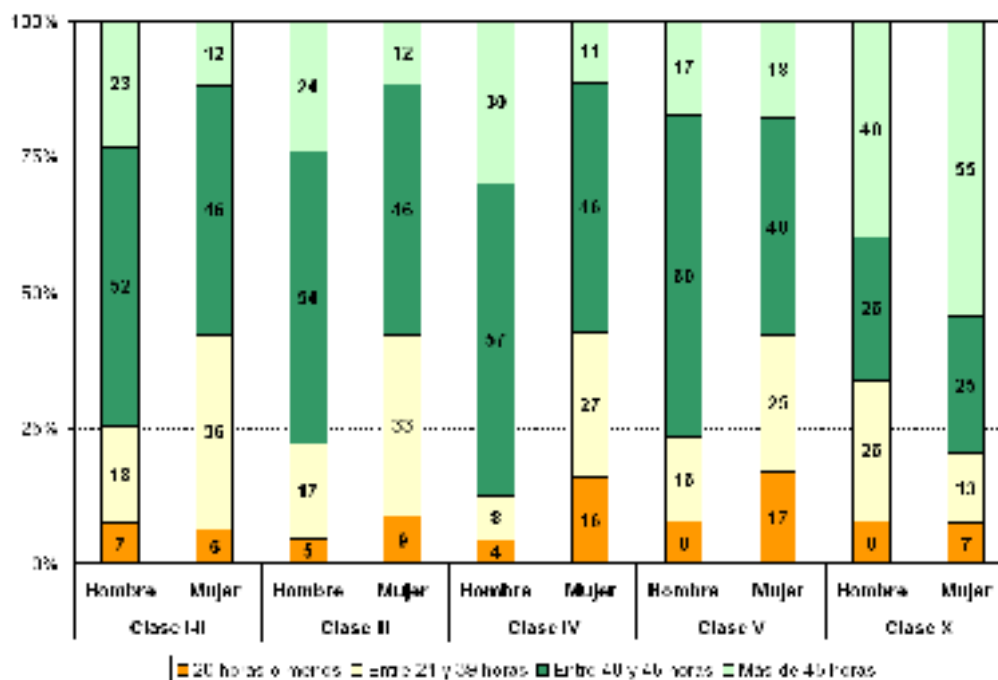
Más de la mitad de los madrileños que tienen un trabajo remunerado, trabajan durante un tiempo promedio de 40 horas semanales o superior. Los hombres dedican más horas al trabajo que las mujeres aumentando las horas de trabajo con la edad. En las mujeres no está tan claro el incremento de horas de trabajo con la edad.

Gráfico 148. Distribución de las horas de trabajo semanales según sexo y edad



Los hombres siguen trabajando más que las mujeres independientemente de la clase social a la que pertenezcan, excepto los que pertenecen a hogares de la clase X²⁴, en la que las mujeres trabajan considerablemente más que los hombres.

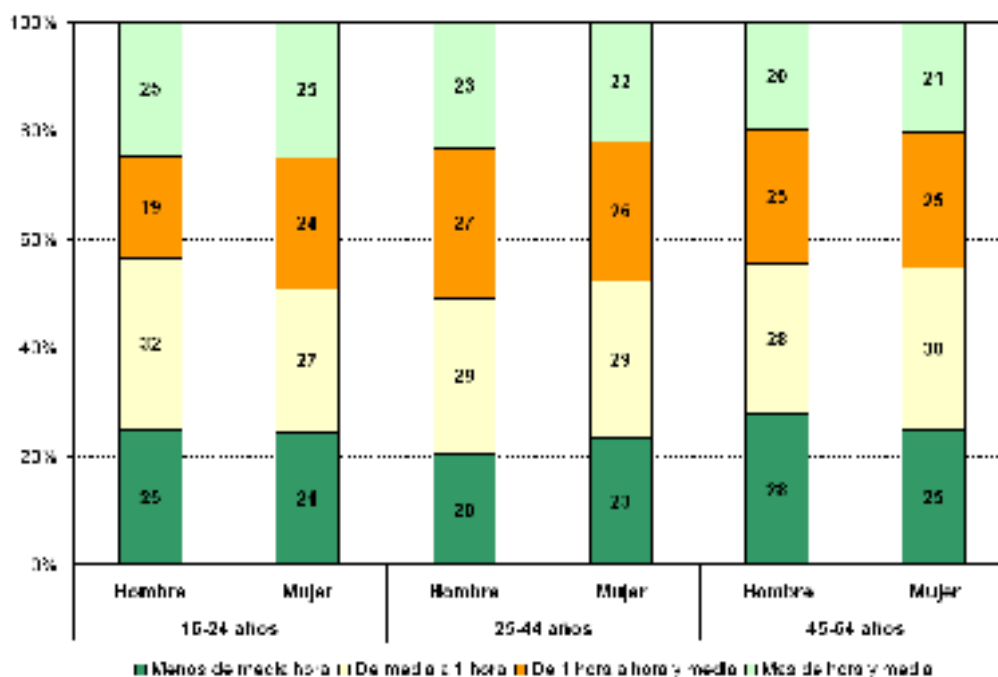
Gráfico 149. Horas de trabajo por semana según clase social estandarizada por edad



²⁴Se trata de hogares de clase social X (hogares cuyo sustentador principal no tiene ni ha tenido antes un trabajo remunerado) en los que la persona entrevistada del hogar (diferente del sustentador) sí tiene un trabajo remunerado.

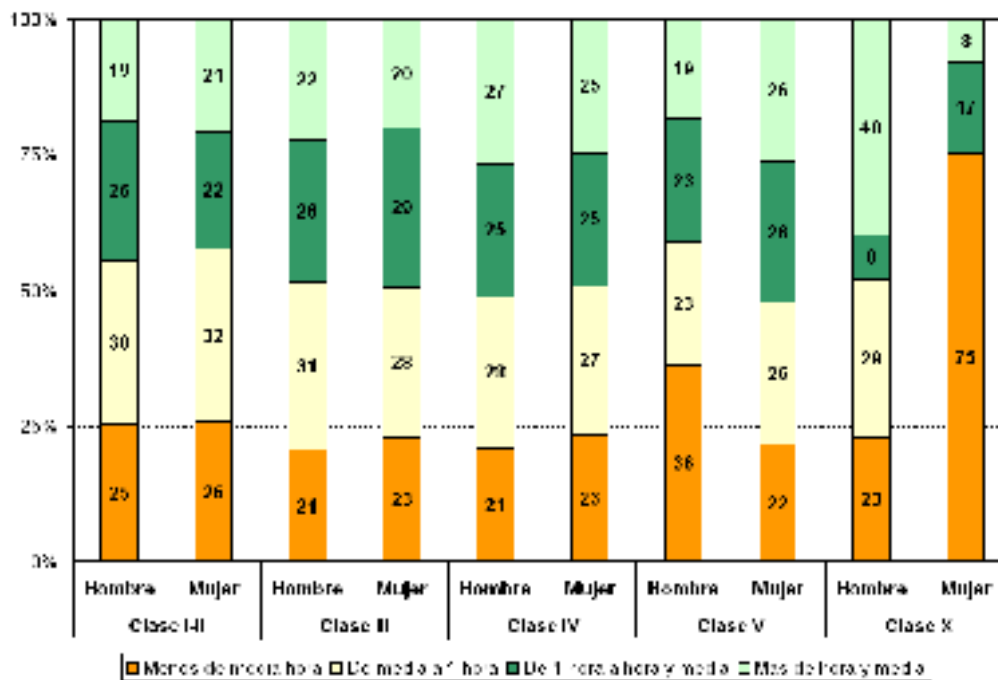
El tiempo empleado en el desplazamiento al lugar de trabajo es muy importante en una ciudad como Madrid ya que puede ocupar una fracción del día considerable. El 48% de los madrileños de entre 16 y 64 años emplea al menos una hora para ir y volver al trabajo. El tiempo de desplazamiento no se asocia con el sexo ni con la edad.

Gráfico 150. Distribución del tiempo de desplazamiento según sexo y edad



Sí existen asociaciones por clase social, a menor clase social más tiempo invertido en el desplazamiento al trabajo, a excepción de los hombres de la clase V y las mujeres de hogares con clase social X.

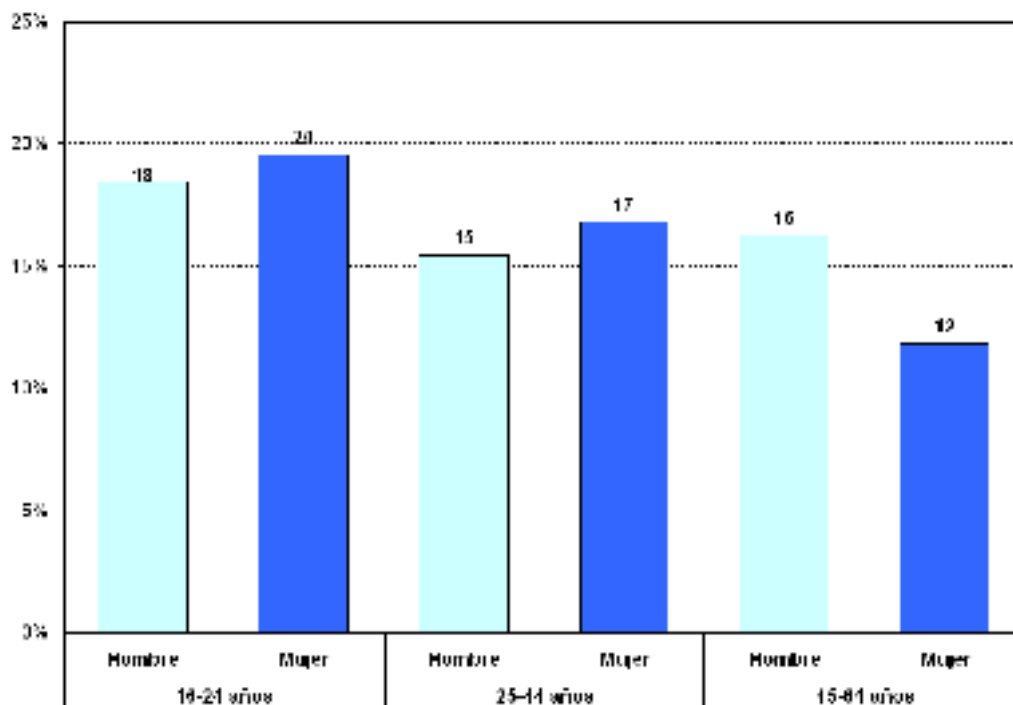
Gráfico 151. Tiempo de desplazamiento según clase social estandarizada por edad



El trabajo tiene una influencia negativa en la vida cotidiana del 16% de los madrileños que trabajan, mientras que la influencia es positiva en el 47%.

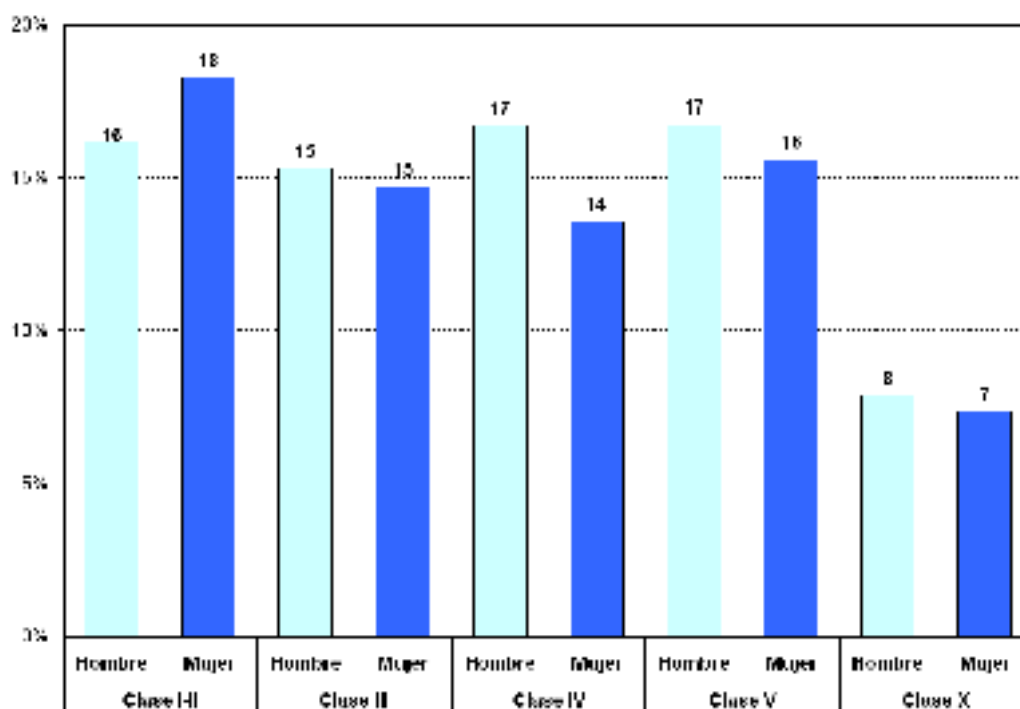
El efecto negativo del trabajo en la vida cotidiana es más frecuente en el grupo de 16 a 24 años, disminuyendo posteriormente con el aumento de la edad de forma más importante en las mujeres que en los hombres.

Gráfico 152. Distribución de la influencia negativa del trabajo en la vida cotidiana según sexo y edad



En las mujeres el trabajo influye más negativamente en la vida cotidiana a medida que aumenta la clase social (aunque esta tendencia no se observa en la clase V), mientras que en los hombres se observa el fenómeno inverso con mayor influencia negativa en las clases sociales más bajas.

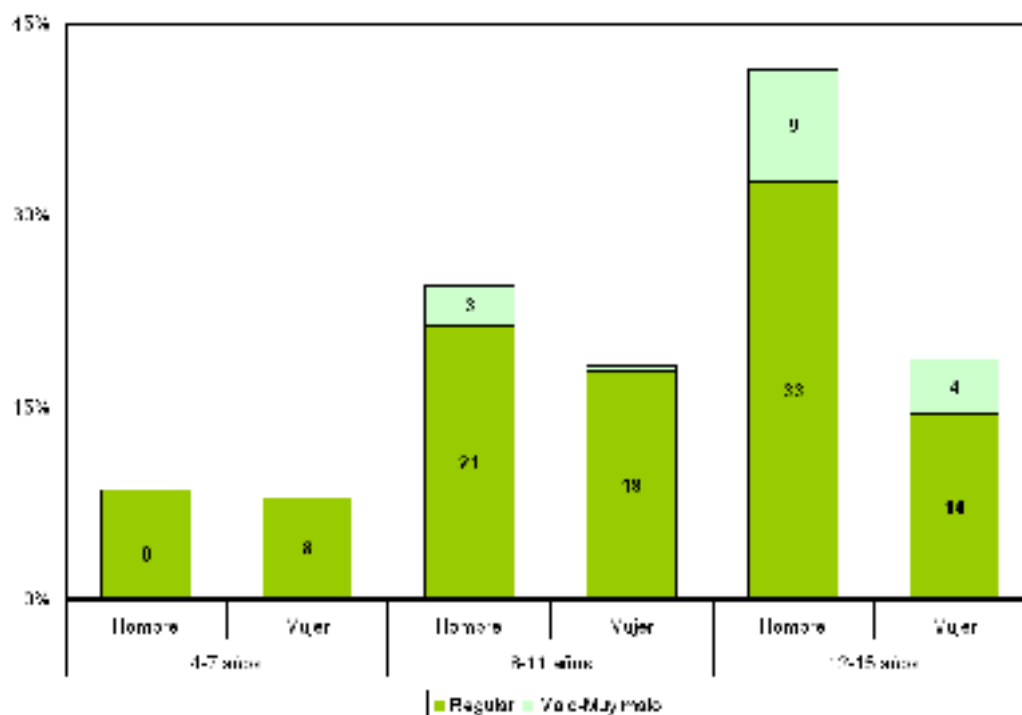
Gráfico 153. Influencia negativa del trabajo en la vida cotidiana según clase social estandarizada por edad



6.14.2. Rendimiento escolar

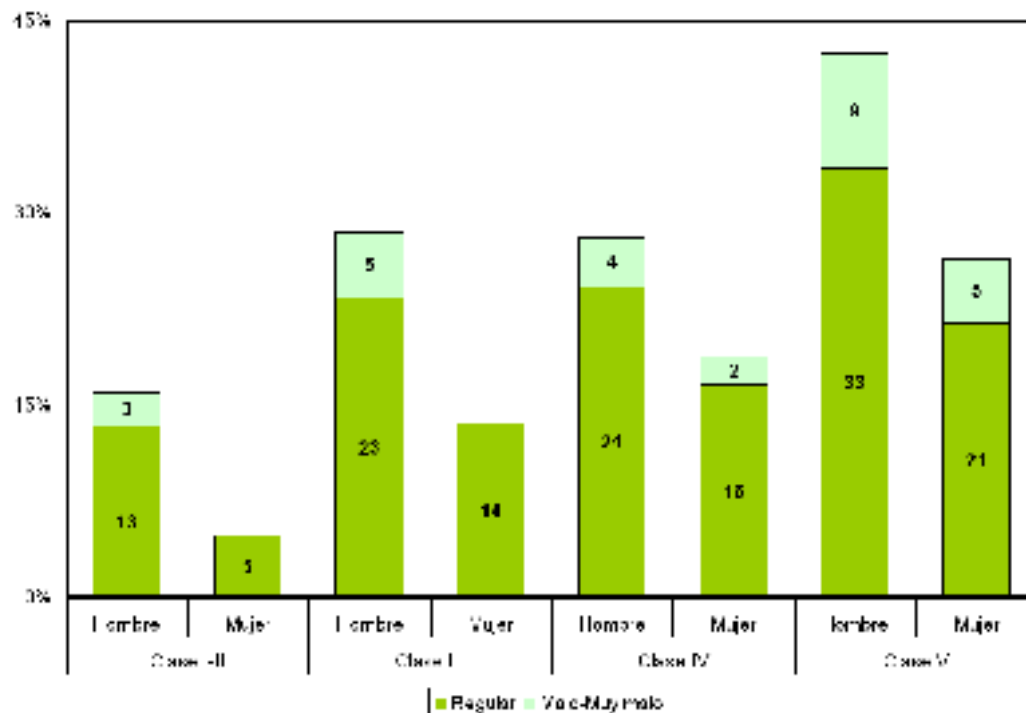
En general, se puede decir que el rendimiento escolar de la población infantil escolarizada de Madrid es bueno, ya que el 77% de los padres declaran que el rendimiento de sus hijos es bueno o muy bueno. El rendimiento regular, malo o muy malo aumenta con la edad y se concentra principalmente en los niños.

Gráfico 154. Distribución del rendimiento escolar según sexo y edad



El rendimiento escolar empeora a medida que se desciende en la clase social, mostrando los niños peor rendimiento que las niñas en todas las clases sociales.

Gráfico 155. Rendimiento escolar según clase social estandarizada por edad



7. COMPARACIÓN CON OTRAS ENCUESTAS

	ESCM' 05 ²⁵	EMSM' 95 ²⁶	ENS' 03 ²⁵	ESB' 01 ²⁶	ESCA' 02 ²⁶	ESCAV' 02 ²⁶	ESCLM' 02 ²⁶	HSfE' 02 ²⁷
Estado de salud								
• Percepción de la salud								
Total: Excelente-Muy bueno-Bueno	79%	70% ²⁸	71% ²⁸		78%			75% ²⁸
Adultos: Excelente-Muy bueno-Bueno	77%		68% ²⁸	77% ^{28,29}		63% ²⁸	75% ²⁸	
Niños: Excelente-Muy bueno-Bueno	95%		89% ²⁸				96% ²⁸	
• Riesgo de trastorno mental								
16-64 años: Riesgo de trastorno (GHQ>2)	19% ³⁰		6% ³¹	13%	18%		7%	
• Problema crónico								
Alguna morbilidad								
Total	47%		43%			41%		
Adultos	53%			65% ^{29,32}	69% ³²		43%	
Niños	16%			27% ³²			10%	
Adultos								
Artrosis/artritis/Reumatismo	18%		16% ³³	21%			9% ³⁴	
Hipertensión	17%		14% ³⁵	13%		17%	14%	
Hipercolesterolemia	14%		10% ³⁵			17%	8%	
Alergia	12%		6% ³⁵	15%			5%	
Niños								
Alergia	7%			13%			7%	
Asma	3%			6%			3%	

²⁵ Población adulta incluye a los entrevistados de 16 años y más.

²⁶ Población adulta incluye a los entrevistados de 15 años y más.

²⁷ Estimación 2000-02

²⁸ Bueno o muy bueno.

²⁹ Datos estandarizados por edad.

³⁰ Población entre 16 y 64 años.

³¹ Depresión.

³² Incluye problemas de visión y de audición.

³³ Artrosis y problemas reumáticos.

³⁴ Reumatismo.

³⁵ Población >=35 años.

	ESCM' 05 ²⁵	EMSM' 95 ²⁶	ENS' 03 ²⁵	ESB' 01 ²⁶	ESCA' 02 ²⁶	ESCAV' 02 ²⁶	ESCLM' 02 ²⁶	HSfE' 02 ²⁷
• Accidentes en últimos 12 meses								
Total	6%		10%	19% ²⁹	25%	7%		
Adultos	6%						6%	
Niños	5%					9%	11%	
Limitación actividad/Discapacidad								
• Restricción últimos 15 días por síntoma								
Total	13%		14%	14% ²⁹	13%	6%		
Adultos	13%		14%		13%		6%	
Niños	13%		14%		14%	7%	2%	
• Restricción últimos 12 meses por morbilidad								
Adultos	16%		15%	16%			20%	25%
• Discapacidad								
	10% ³⁰				13% ³⁶	8% ³⁶	2% ³⁰	
Visual	6% ³⁰		2% ³⁰		5% ³⁶			
Limitación de movimiento	3% ³⁰				6% ³⁶			
Auditiva	2% ³⁰		10% ³⁰					
Utilización de servicios sanitarios								
• Cobertura								
Privada o mixta	23%		12%	33%	25%		4%	
• Últimas 2 semanas								
Algún profesional								
Total	26%		28%	21% ²⁹	19%			
Adultos	27%		29%	21%	19%			
Niños	25%		27%	21%	20%			
Atención primaria								
Total	21%							
Adultos	19%						14%	
Niños	22%						10%	

³⁶ Total población
INFORME FINAL ESCM05

	ESCM' 05 ²⁵	EMSM' 95 ²⁶	ENS' 03 ²⁵	ESB' 01 ²⁶	ESCA' 02 ²⁶	ESCAV' 02 ²⁶	ESCLM' 02 ²⁶	HSfE' 02 ²⁷
• Últimos 12 meses								
Hospitalización								
Total	8%	7%	9%	9% ²⁹	9%	7%		
Adultos	9%		10%				7%	
Niños	3%		6%	6%		5%	2%	
Urgencias								
Total	17%		28%	25% ²⁹		13% ³⁷		
Adultos	16%		27%				10%	
Niños	24%		35%	39%		21%	11%	
Dentista								
Total	51%		36%	38%				
Adultos	51%		35%				33%	
Niños	47%		42%					
• Salud mental (Adultos)	9%			7%				
Satisfacción con los Servicios Sanitarios								
• Nivel de satisfacción (Adultos)								
Muy bien-bien	47%			35% ³⁸	82% ³⁹			
Regular	39%			48% ⁴⁰				
Medicación								
• Consumo de medicamentos⁴¹								
Total	53% ⁴²		55% ⁴³	69% ⁴³	53% ⁴⁴			
Adultos (últimos 15 días)	55%		58%				56% ⁴⁵	
Niños (en últimos 30 días)	42%		34% ⁴³				28%	

³⁷ Últimos 6 meses.

³⁸ Funciona bastante bien.

³⁹ Satisfechos o muy satisfechos.

⁴⁰ Tiene cosas buenas pero necesita cambios para funcionar mejor.

⁴¹ Para los cálculos de las variables de consumo de medicamentos específicos se toma como denominador la población de ese grupo de edad, no las que han consumido algún medicamento.

⁴² En los adultos últimos 15 días y para la población infantil último mes.

⁴³ Últimos 15 días.

⁴⁴ Últimos 2 días previos a la encuesta.

⁴⁵ Último mes.

	ESCM' 05 ²⁵	EMSM' 95 ²⁶	ENS' 03 ²⁵	ESB' 01 ²⁶	ESCA' 02 ²⁶	ESCAV' 02 ²⁶	ESCLM' 02 ²⁶	HSfE' 02 ²⁷
Analgésicos y antipiréticos	17% ⁴²		19% ⁴³		26% ⁴⁴			
Adultos (últimos 15 días)	17%		20%	47%				
Niños (en últimos 30 días)	16%		12% ⁴³		13% ⁴⁴			
Para la tos o resfriado	13% ⁴²		11% ⁴³		4% ⁴⁴			
Adultos (últimos 15 días)	12%		11%	13%				
Niños (en últimos 30 días)	25%		15% ⁴³		13% ⁴⁴			
Tranquilizantes y relajantes	6% ⁴²		7% ⁴³					
Adultos (últimos 15 días)	6%		8%	15%				
Niños (en últimos 30 días)	0,3%		0,4% ⁴³					
• Automedicación								
Total	8% ⁴²		17% ⁴³		23% ⁴⁶			
Adultos (últimos 15 días)	9%		18%	37% ⁴⁷			11% ⁴⁵	
Niños (en últimos 30 días)	4%		9% ⁴³	16% ⁴⁷				
Hábitos de vida								
• Sobrepeso y Obesidad⁴⁸								
Total (sobrepeso+obesidad)	43%		47% ⁴⁹	31% ²⁹		47%	25%	60%
Sobrepeso	33%		34% ⁴⁹			37%		39%
Obesidad	10%		12% ⁴⁹			10%		21%
Adultos (sobrepeso+obesidad)	45%		49% ⁴⁹				25%	
Sobrepeso	34%		36% ⁴⁹				15%	
Obesidad	11%		13% ⁴⁹				10%	
Niños (sobrepeso+obesidad)	29%		30% ⁴⁹					
Sobrepeso	22%		20% ⁴⁹					
Obesidad	7%		10% ⁴⁹					
• Dieta	11%				13% ⁵⁰			
Adultos	13%			18%			7%	
Niños	3%						1%	

⁴⁶ Declaran que se automedican.

⁴⁷ Práctica habitual de automedicación de aspirina.

⁴⁸ Población con al menos dos años.

⁴⁹ Calculado con datos de la ENS'03 categorizando Adultos (>=15 años) y Niños (2-14 años)

⁵⁰ Hace dieta de forma continuada.

	ESCM' 05 ²⁵	EMSM' 95 ²⁶	ENS' 03 ²⁵	ESB' 01 ²⁶	ESCA' 02 ²⁶	ESCAV' 02 ²⁶	ESCLM' 02 ²⁶	HSfE' 02 ²⁷
• Descanso: horas de sueño/día								
Adultos	Media: 7,3						Media: 7,4	
Niños	Media:9 ,6						Media: 9,7	
• Ninguna actividad física en tiempo libre:	35%		55%					
Adultos	35%			35% ⁵¹	22% ⁵²	65% ⁵¹	68%	
Niños	33%						54%	
• TV (<=15 años)								
Ve TV diariamente	86%		89%				94%	
Horas que ve TV al día								
< 1 hora	33%		25					
1-2 horas	46%		45				64%	
2-3 horas	16%		21					
> 3 horas	5%		9					
• Alcohol (Adultos)								
Abstemio	50%	50%	44% ⁵³	34% ⁴⁵	49%	17% ⁵³	59% ⁴⁵	
Consumo de riesgo ⁵⁴	3%			4%	5%	10%	4%	
• Tabaco (Adultos)								
Prevalencia de fumadores	25% ⁵⁵	35%	28% ⁵⁵	30%	32%	26% ⁵⁵	32%	27%
Número de cigarrillos	Media: 16						Media: 16	
Equipamiento de la vivienda								
Bañera/ducha	99%	93%						
Ascensor	61%	54%						
Agua caliente	99%	98%						
Teléfono	94%	98%						

⁵¹ Sedentarios: METS<1.400 en ESB'01 y <1.250 en ESCAV'02.

⁵² Se declaran sedentarios.

⁵³ Últimos 12 meses.

⁵⁴ Riesgo: hombres>40g/día y mujeres>20 g/día; en ESCA mujeres > 24g/día.

⁵⁵ Fumador diario.

	ESCM' 05 ²⁵	EMSM' 95 ²⁶	ENS' 03 ²⁵	ESB' 01 ²⁶	ESCA' 02 ²⁶	ESCAV' 02 ²⁶	ESCLM' 02 ²⁶	HSfE' 02 ²⁷
Actividades preventivas								
• Vacunación Gripe								
Adultos (>=16 años)	24%	19%	22%		19%			
Mayores (>=65 años)	64%		64%	55%	61%	69%		
• Pruebas de control (>=16 años)								
Tensión arterial	84% ⁵⁶	50% ⁵⁶		82% ⁵⁷	49% ⁵⁸	62% ⁵⁹		
Glucemia	84% ⁵⁶							
Colesterolemia	84% ⁵⁶	47% ⁵⁶			45% ⁵⁸	56% ⁶⁰		
• Específicas de la mujer (>=16 años)								
Revisión ginecológica	66% ⁵⁶	46% ⁵⁸	57% ⁵⁸				40%	
Citología	62% ⁵⁶	50% ⁵⁶	63% ⁶¹	55% ⁶²	56% ⁶⁴	54% ⁵⁶	76%	
Mamografía	81% ⁶³	30% ⁵⁶	40% ⁶¹	81% ⁶³	41% ⁶⁴	41% ⁶⁵	67% ⁶⁶	
• Seguridad vial: uso habitual de cinturón o SRI								
Adultos					84% ⁶⁷			
Ciudad	95% ⁶⁸			88% ⁶⁹		68%		
Carretera	98% ⁶⁸			96% ⁶⁹		87%		
Niños					59% ⁷⁰			
Ciudad	85%					71%		
Carretera	86%					82%		

⁵⁶ Hace menos de 2 años.

⁵⁷ Mayores de 65 años.

⁵⁸ Control periódico.

⁵⁹ Al menos se han realizado una determinación al año.

⁶⁰ Se realizó la determinación hace menos de un año.

⁶¹ Mayores De 20 años, realizada alguna vez en la vida

⁶² Citología periódica.

⁶³ Mujeres entre 50 y 64 años.

⁶⁴ Mujeres > de 20 años, realizan esta exploración de forma periódica.

⁶⁵ Han transcurrido menos de 3 años desde la última mamografía.

⁶⁶ Mujeres entre 45 y 64 años.

⁶⁷ No especifica uso en ciudad o carretera.

⁶⁸ Utiliza siempre/casi siempre en asientos delanteros.

⁶⁹ Utiliza siempre en asientos delanteros.

⁷⁰ Niños menores de 6 años, sin especificar el uso en ciudad o carretera.

7.1. Comparación con otras encuestas

Para finalizar, se presenta una comparación entre los resultados más relevantes de la ESCM'05 y los de otras encuestas. Los criterios de selección de las encuestas comparadas son diversos: 1) evolución en el tiempo: encuesta municipal de la ciudad de Madrid de hace 10 años (EMSM'95); 2) ciudad de características similares a Madrid (encuesta de salud de Barcelona, ESB'01); 2) proximidad en el tiempo (Encuesta Nacional de Salud, [ENS'03], encuesta de Cataluña [ESCA'02], Euskadi [ESCAV'02] y Castilla La-Mancha [ESCLM'02]); 3) referente internacional (Health Survey for England 2003 [HsfE'02]).

La comparación de los resultados de distintas encuestas de salud es difícil debido fundamentalmente a diferencias metodológicas. Algunas de las discrepancias metodológicas que dificultan la comparación entre encuestas se refieren, entre otros, a los siguientes aspectos: a) formulación de las preguntas; b) categorización de las respuestas; c) referencia temporal de la información solicitada; d) utilización de diferentes instrumentos para medir un mismo constructo; e) grupos de población estudiados; f) tamaño muestral y g) estandarización de los datos. Cuando se ha considerado necesario, estas diferencias se han hecho constar mediante una nota a pie de página de la tabla de comparación de las encuestas (para no engrosar innecesariamente el número de citas a pie de página, las citas repetidas se remiten a la página de su primera aparición). Otro dato importante a tener en cuenta, especialmente en la comparación de datos procedentes de encuestas de otros países, son los aspectos culturales que subyacen en algunos indicadores, como por ejemplo la salud autopercebida.

Sin perder de vista esta consideración previa sobre la comparabilidad de resultados de diferentes encuestas, a continuación se cotejan los datos de la ESCM'05 con los de otras encuestas.

7.1.1. Percepción de la salud

En relación con otras encuestas, los ciudadanos de Madrid y Barcelona, son los que muestran un mejor estado de salud percibida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las categorías utilizadas en todas las encuestas no son idénticas; mientras que en la ESCM'05 y en la ESCA'02 las categorías que se utilizan para caracterizar un buen estado de salud percibida son "Excelente-Muy bueno-Bueno", en el resto de las encuestas el buen estado de la salud percibida únicamente se valora con 2 categorías "Muy bueno-Bueno".

7.1.2. Riesgo de trastorno mental

Los madrileños son los individuos con mayor riesgo de trastorno de salud mental (19%), semejante a la ESCA'02 (18%) y superior a la ESB'01 (13%) y a la ESCLM'02 (7%). En la ENS'03 lo que se ha evaluado específicamente ha sido la presencia de depresión, con una prevalencia del 6%.

7.1.3. *Alguna morbilidad*

Por grupos de edad (adultos, niños), la prevalencia de alguna morbilidad es más elevada en Cataluña y Barcelona, aunque en estas encuestas se han incluido más patologías para el cálculo del indicador (por ejemplo problemas de visión y audición). En relación con la ENS'03 y la ESCLM'02, la ESCM'05 muestra una prevalencia más elevada, si bien la lista de patologías incluidas no es idéntica en ninguna de las encuestas comparadas.

Al comparar la prevalencia declarada de patologías concretas, en el caso de artrosis/artritis y reumatismo la ESCM'05 (18%) se sitúa en un lugar intermedio entre la ENS'03 (16%) y la ESB'01 (21%), siendo la más baja la de la ESCLM'02 (9%), si bien en esta última encuesta se pregunta exclusivamente por “reumatismo”. En relación con las otras encuestas comparadas, la encuesta de la ciudad de Madrid se sitúa también en lugar intermedio en cuanto a la prevalencia de hipercolesterolemia y alergia. En hipertensión arterial presenta una prevalencia similar a la ESCAV'02 (17%) y algo superior a la de las otras encuestas. En el caso de los niños la encuesta de la ciudad de Madrid presenta una prevalencia de alergia y de asma/bronquitis semejante a la de Castilla La Mancha y, casi la mitad de las encontradas en Barcelona.

7.1.4. *Accidentes*

De los ítem comparados, el nivel de siniestralidad es de los que presentan más variabilidad entre encuestas. Concretamente, la siniestralidad en la población general es muy elevada en la ciudad de Barcelona y en la encuesta de Cataluña (19% y 25%, respectivamente), especialmente si se compara con la ciudad de Madrid, o el país Vasco (6% y 7%, respectivamente), o incluso con la ENS'03 (10%).

7.1.5. *Reducción de la actividad y Discapacidad*

El País Vasco y Castilla La-Mancha presentan las cifras más bajas de reducción temporal de la actividad por presencia de algún síntoma o dolor en los últimos 15 días (6%). El resto de las encuestas comparadas presentan valores muy semejantes que oscilan entre 13 y 14%. El patrón es similar en población general y por grupos de edad.

La prevalencia de limitación de la actividad por morbilidad crónica en los últimos 12 meses en la ciudad de Madrid (16%) es semejante a la de Barcelona (16%) y a la de la ENS'03 (15%), e inferior a la de la ESCLM'02 (20%) y la HsfE'02 (25%).

Por último, y aunque las distintas metodologías utilizadas en las diferentes encuestas dificultan la comparación de este ítem, Madrid presenta una prevalencia de discapacidad ligeramente inferior a la obtenida en la encuesta de Cataluña (10% frente a 13%) y superior a la del País Vasco (8%) y Castilla La Mancha (2%). Si se comparan limitaciones concretas como la visual, la ciudad de Madrid presenta una prevalencia semejante a la de Cataluña, 6 y 5%, respectivamente (en esta última se utiliza como denominador la población general, mientras que en la ciudad de Madrid está referida a población entre 16-64 años) y superior a la obtenida en la ENS'03 (2%) para el mismo grupo de edad (16-64 años). En el caso de la limitación de movimiento únicamente disponemos de datos de Cataluña donde la prevalencia en población general (6%) es el doble de la detectada en Madrid para el grupo 16-64 años. En relación a las limitaciones

auditivas resulta llamativa la diferencia entre la prevalencia encontrada en la ciudad de Madrid (2%) y la detectada en la ENS'03 (10%), para el mismo grupo de edad.

7.1.6. Utilización de servicios sanitarios

La cobertura sanitaria privada es más frecuente en la ciudad de Barcelona (33%) y en toda Cataluña (25%) que en la ciudad de Madrid (23%), siendo todas ellas muy superiores a la encontrada en la ENS'03 (12%) y sobre todo a la de Castilla La Mancha (4%).

Las visitas de la población general a algún profesional sanitario en las dos últimas semanas son más frecuentes en la ciudad de Madrid (26%) que en Barcelona (21%) o Cataluña (19%) y algo menos frecuentes que las detectadas en la ENS'03 (28%). El patrón es semejante por grupos de edad. Por otra parte, los profesionales más visitados en la ciudad de Madrid han sido los de Atención Primaria (19% de los adultos y 22% de los niños), con valores superiores a los encontrados en Castilla La Mancha (14 y 10%, respectivamente).

La prevalencia de hospitalización en población general durante los últimos 12 meses es un indicador muy homogéneo en todas las encuestas comparadas. En la ciudad de Madrid ocupa un lugar intermedio (8%) entre la ENS'03, la ESB'01 y la ESCA'02 (9%) por un lado y la EMSM'95, la ESCAV'02 y la ESCLM'02 (7%) por otro. Cuando se compara este indicador por grupos de edad la variabilidad entre encuestas es ligeramente mayor.

La utilización de urgencias en los últimos 12 meses es más frecuente en la ciudad de Madrid (17%) que en Euskadi (13%, aunque el plazo temporal de esta última es de 6 meses), pero estos resultados son inferiores a los obtenidos en la ENS'03 y en la ciudad de Barcelona (28% y 25%, respectivamente). Un patrón semejante se repite cuando se comparan los grupos de edad.

El porcentaje de personas que visitó al dentista en el último año es bastante superior en ESCM'05 (51%) que en el resto de las encuestas estudiadas.

En la ciudad de Madrid el nivel de satisfacción con los servicios sanitarios es intermedio al encontrado en Barcelona y Cataluña, aunque la comparación de resultados es difícil debido a la formulación de esta pregunta en diferentes encuestas.

7.1.7. Medicación

La proporción de población que ha consumido medicación en los últimos 15 días (30 para los niños en el caso de la ESCM'05), es similar entre las encuestas comparadas (rango 53%-55%), con excepción de la ESB'01 en donde es superior (69%). En los adultos, los datos obtenidos en la ciudad de Madrid son algo inferiores a los de la ENS'03 (55% y 58%, respectivamente), mientras que en los niños son superiores (42% vs 34%) aunque el marco temporal en los niños es de 30 días para Madrid y 15 días para la ENS'03.

En la ESCM'05 el consumo de analgésicos/antipiréticos por parte de los adultos (17%) es algo inferior al obtenido en la ENS'03 (20%), y muy inferior al detectado en la ESB'01 (47%). Sin embargo, en niños es algo superior al de la ENS'03 y la ESCA'02 (16, 12 y 13%, respectivamente), lo que podría deberse a la utilización de diferentes referencias temporales.

La ESCM'05 es la que presenta una proporción más baja de automedicación, tanto en población general como por grupos de edad. Hay que tener en cuenta que la forma de hacer esta pregunta es muy diferente en las distintas encuestas.

7.1.8. Hábitos

En España, la ESCM'05 arroja valores de sobrepeso u obesidad (43%) intermedios entre los encontrados en la ENS'03 o la ESCAV (47%) y los obtenidos en la ESB'01 (31%) o la ESCLM'02 (25%). Al comparar los resultados de la ESCM'05 y de la ENS'03 por grupos de edad, se encuentra que la prevalencia de sobrepeso u obesidad tanto en adultos como en niños es inferior en la ESCM'05. La población inglesa es la que presenta una prevalencia de sobrepeso y obesidad muy por encima a los datos encontrados en las encuestas españolas.

En cuanto al seguimiento de algún tipo de dieta por parte de los adultos, Madrid ocupa un lugar intermedio (11%) entre Barcelona (18%) y Castilla La Mancha (7%).

Las horas de sueño diarias sólo han podido compararse con la ESCLM'02, siendo muy semejantes tanto para adultos (medias de 7,3 y 7,4 horas/día) como para los niños (medias de 9,6 y 9,7 h/día).

La proporción de adultos que no realiza ninguna actividad en tiempo libre en la ESCM'05 (35%) es muy inferior a la encontrada en la ESCAV'02 (65%), semejante a la proporción de adultos clasificada como sedentaria en la ESB'01 (35%), muy inferior a la de la ESCLM'02 (68%), y superior a la de la ESCA'02 (22%).

En relación al consumo de alcohol, la ciudad de Madrid es la que menos bebedores de riesgo presenta (3%) siendo la más alta la del País Vasco (10%) mientras que en el resto de las encuestas oscila entre 4 y 5%. La proporción de abstemios es más elevada en Castilla La Mancha (59%, con referencia temporal de 1 mes) y muy baja en Euskadi (17%, con un periodo de referencia de 12 meses), situándose Madrid en un lugar intermedio (50%), tanto en la ESCM'05 como en la EMSM'95, y algo por encima de los datos de la ENS'03 (44%).

Por último, la prevalencia de fumadores diarios en Madrid en 2005 (25%) es la más baja de las encuestas comparadas: Euskadi (26%), Reino Unido (27%), ENS'03 (28%), ESB'01 (30%), ESCA'02 y ESCLM'02 (32%) y Madrid en 1995 (35%).

7.1.9. Equipamiento de la vivienda

Se han comparado los principales equipamientos de las viviendas en la encuesta de la ciudad de Madrid de 2005 y de 1995, encontrándose mejoras en todos los equipamientos (Bañera/ducha, Ascensor, Agua caliente) salvo en el teléfono.

7.1.10. Actividades preventivas

Las dificultades metodológicas se acentúan en este apartado porque las preguntas pueden dirigirse a toda la población estudiada o bien únicamente al subgrupo diana de cada acción preventiva.

En adultos la vacunación antigripal es una práctica preventiva ligeramente más frecuente en ESCM'05 (24%) que en la ENS'03 (22%), y mucho más común que en la EMSM'95 o en Cataluña (19%). Sin embargo, en la población > 65 años la proporción de vacunados es idéntica a la de la ENS'03 (64%), inferior a la de la ESCAV'02 (69%) y superior a la de ESB'01 (55%) y a la de ESCA'02 (61%).

El 84% de los madrileños se ha realizado algún control de tensión arterial y de colesterol hace menos de 2 años, siendo estos valores muy superiores a los encontrados hace 10 años en la EMSM'95.

El 66% de las mujeres adultas de Madrid ha acudido a revisión ginecológica preventiva en los 2 años previos. A pesar de que la formulación de las preguntas y el subgrupo diana son muy diferentes, la realización de citología es más frecuente en Castilla la Mancha (76%) que en Madrid (62%). Por último, la ESB'01 ofrece datos de práctica de mamografía preventiva en mujeres entre 50-64 años (81%), idénticos a los encontrados en la ESCM'05 en este grupo de edad.

En cuanto a la seguridad vial, en la ESCM'05 un 95% de los adultos entrevistados utiliza “siempre o casi siempre” el cinturón de seguridad cuando viaja en los asientos delanteros por ciudad y un 98% cuando lo hace por carretera. Estos porcentajes son algo superiores a los de la ESB'01 (88% y 96%, respectivamente), si bien hay que tener en cuenta que en esta última encuesta la respuesta hacía alusión sólo a “siempre”. Los porcentajes obtenidos en la ESCAV'02 también son inferiores (68% y 87%) aunque la pregunta también contiene el término “siempre” y no especifica si el asiento es delantero o trasero. En los niños, el uso de cinturón de seguridad o SRI es sensiblemente inferior en la ESCAV'02 que en la ESCM'05, tanto en ciudad (71% vs 85%), como en carretera (82% vs 86%).

8. CONCLUSIONES

8.1. Características sociodemográficas

1. La muestra estudiada presenta un ligero predominio de mujeres de edad superior a los 45 años. Del mismo modo, el número de mujeres pertenecientes a clase social no determinada (clase X) es superior al de varones.
2. La proporción de analfabetos funcionales aumenta con la edad, siendo mayor en las mujeres que en los hombres de mayor edad. Por el contrario, en los menores de 45 años, la proporción de universitarios es ligeramente superior en las mujeres.
3. En los menores de 24 años predominan los estudiantes; entre los 25 y 64 años prevalecen los sujetos que trabajan y aumenta considerablemente el número de mujeres amas de casa y de varones jubilados de entre 45 y 64 años. En los mayores de 65 años el 50% de las mujeres son amas de casa y el 90% de los varones están jubilados.
4. Los contratos temporales disminuyen con la edad mientras que los indefinidos aumentan entre los 24 y 65 años. El trabajo como autónomo también aumenta con la edad, siendo generalmente más frecuente en los varones mientras que el trabajo sin contrato es más frecuente en los grupos de menor y mayor edad y especialmente en las mujeres.
5. La mayor proporción de inmigrantes económicos se sitúa en el grupo de 0-15 años (casi la tercera parte de los ciudadanos). La quinta parte de ciudadanos entre 16-24 años son inmigrantes económicos. La proporción de mujeres inmigrantes es ligeramente inferior a la de hombres en todos los grupos de edad.
6. La convivencia con personas que requieren cuidados es más frecuente entre los 25 y 44 años, especialmente mujeres que conviven con menores de 12 años. En el grupo de 45 a 64 años es mayor el número de hombres que conviven con menores. La convivencia con mayores de 75 años se produce sobre todo en las mujeres de más de 65 años.

8.2. Características de la vivienda y entorno

1. En Madrid, la vivienda media tiene una superficie de 87 metros² existiendo una correlación positiva entre el tamaño de la vivienda y el nivel de renta del distrito.
2. Uno de cada cuatro hogares madrileños tiene al menos un animal doméstico.
3. El 63,6% de los madrileños valora la calidad del medioambiente como buena o muy buena, situándose los mayores niveles de insatisfacción en Villaverde, Usera, Villa de Vallecas, Centro y Puente de Vallecas.
4. Los aspectos medioambientales mejor valorados son la calidad del agua y los contenedores de reciclado mientras que los peor valorados son el ruido, la limpieza de las calles y la calidad del aire.
5. El aspecto urbanístico mejor valorado es el mobiliario urbano y entre los peor valorados destacan la conservación de parques y jardines y el asfaltado.

6. El transporte público y la dotación de parques son los equipamientos del barrio mejor considerados. Los equipamientos peor valorados varían según distrito: parques y jardines en Chamartín, Usera, Retiro y Villa de Vallecas; transporte público en Hortaleza, San Blas y Carabanchel; centros de salud en Moncloa y Villa de Vallecas.
7. Los centros culturales y los de la tercera edad son los dos aspectos culturales mejor valorados en la mayoría de los distritos mientras que las bibliotecas constituyen una demanda importante en Villa de Vallecas, Moratalaz y Fuencarral y los centros culturales en Usera, Arganzuela y Ciudad Lineal.

8.3. Estado de salud y calidad de vida

1. El 21% de la población de Madrid valora su salud como *Regular-Mala*: 23% de los adultos y 5% de los niños. Aplicando estos valores a toda la población de la ciudad de Madrid obtendríamos que 641.911 adultos (IC 95%: 615.384-668.438) y 22.831 niños (IC 95%: 17.267-28.394), perciben su salud como *Regular-Mala*. La probabilidad de tener una salud percibida *Regular-Mala* frente a la probabilidad de no tenerla es 1,4 veces superior en la mujer (OR=1,4), aumenta significativamente con la edad a partir de los 25 años (OR de los $\geq 65=16,1$) y es mayor en las clases sociales más bajas (OR de la clase V=2,5).
2. Existe una correlación positiva entre la percepción del estado de salud y el nivel de renta del distrito en el que vive el individuo.
3. Al nacer, la esperanza de vida en buena salud para los ciudadanos de Madrid es de 63 años, sin observarse diferencias por sexo.
4. Las mujeres muestran peor calidad de vida que los hombres, especialmente en la dimensión del dolor. La calidad de vida empeora con la edad y de forma más llamativa en las mujeres. Las dimensiones con mayor grado de deterioro son la forma física y el estado de salud tanto en hombres como en mujeres aunque en éstas últimas el dolor y las actividades cotidianas también se deterioran, especialmente después de los 65 años.
5. Las puntuaciones obtenidas en el sumatorio del Coop/Wonca permiten afirmar que las mujeres tienen peor calidad de vida que los hombres y que ésta se deteriora a medida que desciende la clase social.
6. La calidad de vida de los niños es mejor valorada por sus padres que por los propios niños. Por sexo, los varones gozan de mayor calidad de vida en todas las dimensiones, a excepción del ambiente del colegio que obtiene mejor puntuación entre las niñas. Por grupos de edad, los menores de 8 años puntúan más en todas las dimensiones según la valoración de los padres. Por distrito, Chamartín, Retiro y Puente de Vallecas son los distritos donde los niños gozan de mayor calidad de vida, según sus padres, mientras que en Vicálvaro, Salamanca y Arganzuela ocurre lo contrario.

8.4. Riesgo de padecer algún trastorno mental

1. El 19,2% de la población entre 16 y 65 años presenta riesgo de sufrir algún trastorno mental. La estimación sobre la población de Madrid supone que 410.493 (388.479-432.508) ciudadanos entre 16 y 65 años presentan riesgo de sufrir trastorno mental. La mujer presenta el doble de riesgo que el varón (OR=2). No se observa asociación significativa entre la probabilidad de este tipo de patología y la edad pero sí con la clase social, siendo la probabilidad más elevada en las clases sociales más bajas (OR de la clase V=1,7). Por distritos, el riesgo de trastorno mental es más alto en Usera y Arganzuela (30%) y mínimo en Salamanca, Carabanchel y Chamartín (<15%).

8.5. Morbilidad y limitación de la actividad

1. El 47,4% de los madrileños padece alguna morbilidad crónica: 53% de los adultos, lo que supone 1.447.714 (1.416.527-1.478.901) habitantes; y 16% de los niños (68.923 [59.827-78.019] niños de Madrid). Esta morbilidad crónica es significativamente más frecuente en la mujer que en el hombre (OR=1,4), y aumenta de forma lineal con la edad hasta alcanzar un OR de 48,8 en el grupo de 65 años y mayores. Con respecto a la relación entre morbilidad crónica y clase social, únicamente las clases V y X presentan una medida de asociación significativamente superior a la de las clases I-II.
2. En los menores de 16 años las patologías más frecuentes son las alergias, el asma (sobre todo en niñas) y las afecciones de la piel (más frecuentes en niños). En la población adulta las patologías más comunes en ambos sexos son problemas articulares, HTA, hipercolesterolemia, y alergias, todas ellas con mayor prevalencia en mujeres. Además, la depresión o ansiedad y las varices son muy frecuentes en las mujeres mientras que los problemas de estómago son muy comunes en los hombres.
3. Al nacer, la esperanza de vida libre de morbilidad es de 42 años (44 para los hombres y 41 para las mujeres).
4. El 16% de los madrileños mayores de 15 años ha limitado su actividad habitual en el último año debido a morbilidad crónica, lo que supone una estimación de 437.046 (414.138-459.954) ciudadanos. La probabilidad de haber sufrido alguna limitación por morbilidad crónica en los últimos 12 meses es más elevada en la mujer que en el hombre (OR=1,6). Se observa una asociación significativa con la edad, aumentado significativamente la probabilidad a partir de los 45 años. En relación con la clase social, las clases IV, V y X presentan un OR significativamente superior al de las clases I-II.
5. El 13% de los ciudadanos de Madrid ha reducido su actividad principal en los últimos 15 días debido a la presencia de algún síntoma o dolor, lo que supone un total de 346.905 (326.029-367.711) adultos y 53.846 (45.630-62.062) niños. El riesgo de limitación por algún síntoma o dolor en las dos últimas semanas también es mayor en la mujer que en el hombre (OR=1,4). Con respecto a la edad, entre los 16 y 44 años el riesgo es menor que en la infancia (OR<1); entre los 45 y 64 años el riesgo es similar (OR=1) y vuelve a aumentar a partir de los 65 años (OR=1,6). La asociación entre limitación de la actividad por algún síntoma o dolor en las dos últimas semanas y clase social muestra una tendencia

ascendente a medida que disminuye la clase social, siendo significativa la medida de asociación a partir de la clase IV.

8.6. Discapacidad

1. En la población de 16 a 64 años la prevalencia de discapacidad es de 10% (213.799 ciudadanos con un IC95% entre 197.214-230.383). La discapacidad aumenta con la edad, siendo ligeramente inferior en las mujeres de todos los grupos de edad. La discapacidad está fundamentalmente relacionada con problemas visuales y de movilidad.
2. La esperanza de vida libre de discapacidad es superior para las mujeres que para los varones (39,6 y 38,3 para los individuos de 20-24 años). En cuanto a la discapacidad severa, se ha estimado que la esperanza de vida libre de este tipo de discapacidad es de 77 años. Por consiguiente, si un ciudadano de Madrid alcanza su esperanza de vida (82 años), precisará cuidados durante unos 5 años.

8.7. Problemas de memoria y dependencia en mayores de 65 años

1. Los problemas de memoria afectan a 1 de cada 3 mayores de 65 años (196.465 personas mayores; IC: 182.675-210.255). Esta prevalencia aumenta con la edad y el sexo femenino hasta los 84 años, invirtiéndose posteriormente esta tendencia.
2. La prevalencia de dependencia para las AIVD y las ABVD es de 24,2% y 14,1%, respectivamente. Esta prevalencia de dependencia supondría que en Madrid existen 143.639 (131.136-156.143) dependientes para AIVD y 83.691 (73.543-93.838) dependientes en ABVD. La probabilidad de dependencia en AIVD es significativamente mayor en la mujer que en el hombre (OR=1,3). El riesgo aumenta de forma muy importante con la edad; con respecto a los individuos de 65-74 años, el riesgo se multiplica por tres en los de 75-84 años mientras que en los mayores de 85 años la medida de asociación es de 22,1. En cuanto al nivel de estudios, los analfabetos funcionales tienen el doble de riesgo de padecer dependencia en AIVD. La relación entre dependencia en ABVD y las variables sociodemográficas muestra un patrón similar al observado para la dependencia en AIVD. De nuevo, la probabilidad de dependencia en actividades básicas de la vida diaria es superior en la mujer que en el hombre (OR=1,3). Con respecto a la edad, los individuos de 75-84 años tienen tres veces más riesgo que los de 65-74 años (OR=3), mientras que los > 85 años presentan una medida de asociación de 17,3. Con respecto al nivel de estudios, y al igual que en las AIVD, la probabilidad de padecer dependencia en ABVD es el doble en los analfabetos funcionales que en los individuos con estudios terciarios.

8.8. Accidentes

1. En los últimos 12 meses, un 5,9% de los madrileños ha sufrido algún accidente que ha requerido asistencia sanitaria (189.738; IC95%: 173.772-205.704). Hasta los 44 años de edad, la siniestralidad es más frecuente en

varones (sobre todo de 16 a 24 años). A partir de los 45 años las mujeres sufren más accidentes que los hombres, aumentando el riesgo con la edad.

2. En la infancia (0-15 años) las caídas son más frecuentes en las niñas y los accidentes de tráfico en los niños. Entre los 16 y 64 años aparecen las agresiones como causa de accidente (algo más frecuentes en las mujeres). A partir de los 65 años aumenta de forma muy importante la proporción de accidentes por caídas.

8.9. Consumo de medicamentos

1. Uno de cada dos adultos madrileños ha consumido medicación en las dos últimas semanas, el 8,8% de ellos sin prescripción. El consumo de medicamentos es ligeramente inferior en la población infantil (41,6%) con un 4% de automedicación.
2. En todas las edades las mujeres consumen más medicamentos que los hombres. En los varones el consumo desciende después de la infancia, entre los 16 y los 45 años, fenómeno que no se observa en las mujeres. Un porcentaje importante del consumo se debe a automedicación, sobre todo en las mujeres de 16 a 24 años.
3. Tanto en niños como en adultos los fármacos más frecuentemente consumidos sin prescripción son los analgésicos-antipiréticos y los medicamentos para la tos o el resfriado.

8.10. Servicios sanitarios

8.10.1. Cobertura

1. El 98% de los adultos madrileños posee cobertura sanitaria pública; el 21% de ellos posee además algún tipo de mutua. Únicamente el 2% de la población adulta recibe asistencia privada exclusivamente. Por tanto 628.253 adultos madrileños (IC95%: 601.957-654.550), poseen en la actualidad cobertura privada o mixta.
2. La cobertura privada o mixta es ligeramente superior en las mujeres de 25 a 44 años (motivado probablemente por la asistencia obstétrica) y en ambos sexos entre los 45 y 64 años.
3. La frecuencia de cobertura privada o mixta desciende a medida que disminuye la clase social, sin diferencias por sexo.
4. El tipo de cobertura sanitaria está en relación con el nivel de renta. Villaverde, Puente de Vallecas y Vicálvaro dependen fundamentalmente de la asistencia de carácter público mientras que Chamartín, Chamberí y Salamanca muestran una importante proporción de cobertura privada y mixta.
5. La probabilidad de tener cobertura mixta o exclusivamente privada, no guarda relación con la edad ni con el sexo. Sin embargo, la clase social es una variable determinante, ya que a medida que aumenta la clase social, aumenta la probabilidad de tener cobertura privada o mixta. La probabilidad de cobertura privada o mixta en la clase I-II es 11 veces mayor que en la clase V.

8.10.2. Atención médica en las dos últimas semanas

1. El 26,4% de los madrileños ha requerido algún tipo de asistencia médica en las dos últimas semanas (834.848 ciudadanos; IC95%: 805.214-864.482). La recepción de asistencia médica es significativamente más frecuente en la mujer que en el hombre (OR=1,3). Se observa una asociación con la edad de forma que la probabilidad es menor en los individuos de 16-44 años que en los de 0-15 años (OR<1); entre los 45 y 64 años la probabilidad aumenta ligeramente (OR=1,2) aunque de forma no significativa; por último, a partir de los 65 años la probabilidad es el doble que la observada en los menores de 16 años (OR=2,0). Finalmente, la recepción de asistencia médica en las dos últimas semanas parece ser ligeramente más frecuente en las clases sociales más bajas (OR de las clases IV y V=1,2).
2. Más del 90% de la atención médica recibida en la infancia se produce en AP, sin diferencias por sexo. A partir de los 16 años, la proporción de atención recibida en AE aumenta lentamente con la edad en el caso de los varones mientras que en las mujeres se produce el fenómeno inverso con una disminución de las consultas a AE a medida que aumenta la edad.
3. En los adultos, las consultas con otros profesionales sanitarios son poco frecuentes hasta los 65 años (alrededor del 5% en enfermería). A partir de los 65 años se triplican las consultas de enfermería en ambos sexos.

8.10.3. Atención médica en los últimos doce meses

1. La prevalencia de hospitalización en el último año es del 8%, siendo más frecuente en los adultos (9%) que en los niños (3%), lo que supone un volumen anual de 218.523 adultos (IC95%: 201.571-235.475), y 12.923 niños (IC95%: 8.687-17.159). La proporción de ingresos aumenta con la edad en ambos sexos produciéndose un pico muy importante en las mujeres de 25 a 44 años, probablemente en relación con la asistencia obstétrica.
2. El 17% de los madrileños acudió a un servicio de urgencias durante el último año, siendo la proporción más elevada durante la infancia (25%). Entre los 16 y 64 años la utilización de servicios de urgencias disminuye con la edad para volver a aumentar a partir de los 65 años, de forma ligeramente más frecuente en las mujeres. El SAMUR sólo ha sido requerido por el 2% de los entrevistados.
3. La mitad de los madrileños ha acudido al dentista en el último año. La mayor frecuencia de visitas se produce entre los 16 y 64 años siendo más común en las mujeres que en los hombres en cualquier grupo de edad. Las visitas al dentista disminuyen de forma paralela a la clase social.

8.10.4. Servicios de salud mental

1. Los servicios de salud mental han sido utilizados por un 9% de los adultos madrileños (245.838; IC95%: 227.956-263.721). Las mujeres utilizan este servicio con más frecuencia que los hombres, sobre todo en el grupo de 45 a 64 años.

8.10.5. Conocimiento y utilización de los servicios municipales

1. Entre los padres de 16 a 44 años las mujeres conocen y utilizan más los servicios municipales que los hombres, siendo las vacunaciones, salud bucodental, salud infantil y salud escolar los programas más conocidos y más utilizados.
2. En los padres de 45 años de edad y mayores no se observan diferencias por sexo en cuanto al conocimiento y utilización de los programas municipales, siendo los programas más conocidos y utilizados las vacunaciones, salud bucodental, salud escolar y adolescentes.
3. En los hogares con niños de 0-7 años el programa más conocido y utilizado es el de vacunaciones y el menos conocido el de prevención de accidentes.
4. En los hogares con niños de 8 a 15 años los programas más conocidos y utilizados son vacunaciones y salud bucodental mientras que los menos conocidos son el de niños de riesgo y ayudando a crecer. En este grupo de edad aumenta el conocimiento del programa de adolescentes pero con una frecuencia de utilización baja.
5. Los programas de vacunación y de planificación familiar son los más conocidos entre los jóvenes de 16 a 24 años, especialmente por las mujeres, siendo el primero más utilizado que el segundo.
6. En el grupo de 25 a 44 años las vacunaciones siguen siendo el programa más conocido y utilizado aunque aumenta de forma muy importante el nivel de conocimiento y utilización de la planificación familiar, preparación al parto y salud materno-infantil, de nuevo de forma más importante en las mujeres.
7. En el grupo de 45 a 64 años aumenta el conocimiento de los programas de salud urológica, menopausia y preventivo de mayores, todos ellos con baja frecuencia de utilización excepto en el caso de la menopausia.
8. Por último, en los mayores de 65 años se mantiene el programa de vacunaciones como el más conocido y utilizado por ambos sexos y aumenta el nivel de conocimiento de otros programas como el de salud urológica y preventivo de mayores.

8.11. Satisfacción con los servicios de salud y evolución

8.11.1. Nivel de satisfacción

1. Alrededor de 6 de cada 7 madrileños mayores de 15 años están satisfechos con los servicios sanitarios públicos de la ciudad de Madrid. El grado de satisfacción es mayor en el grupo de mayores de 65 años y no se observan grandes diferencias por sexo en ningún grupo de edad.
2. El nivel de satisfacción no muestra una clara relación con la clase social aunque dentro de cada clase las mujeres están ligeramente menos satisfechas que los hombres.

8.11.2. Evolución del funcionamiento de la sanidad pública

1. El 70% de los madrileños piensa que no se han producido cambios en la sanidad pública en los dos últimos años y el 13% opina que ha empeorado, siendo esta opinión más frecuente en las mujeres y sobretodo en las de 45-64 años.
2. No existe relación entre la opinión de empeoramiento de la sanidad pública y la clase social.

8.12. Hábitos y estilos de vida

8.12.1. Obesidad

1. Un 43% de los ciudadanos de Madrid presenta sobrepeso u obesidad (33% y 10%, respectivamente) Estos valores son mayores en los adultos (34% de sobrepeso y 11% de obesidad) que en los niños (22% y 7%, respectivamente). La aplicación de estos estimadores a la población de Madrid supone que un total de 1.212.802 adultos (IC95%: 1.181.700-1.243.904) y de 124.923 niños (IC95%: 113.008-136.837), se encuentran en situación de sobrepeso u obesidad.
2. La prevalencia de sobrepeso y de obesidad es menor en la mujer en todos los estratos de edad. Durante la infancia (2-15 años), 1 de cada 12 niños tiene obesidad y más del 25% de los varones tienen sobrepeso frente a un 18% de las niñas. Tras el análisis multivariante se observa cómo el riesgo de sobrepeso u obesidad es significativamente menor en la mujer que en el hombre (OR=0,5). Existe una clara relación entre estos tipos ponderales y la edad: el riesgo de sobrepeso u obesidad es menor durante la juventud (16-24 años) que durante la infancia (0-15 años); sin embargo, a partir de los 25 años el riesgo aumenta de forma paralela a la edad hasta alcanzar un OR de 4,7 en los mayores de 65 años. Con respecto a la clase social, el riesgo de sobrepeso u obesidad aumenta discretamente en las clases más bajas.
3. La prevalencia de sobrepeso y obesidad presenta una relación inversa con la clase social y con el nivel de renta de los distritos; de hecho, la prevalencia más elevada se produce en Vicálvaro, Villaverde y Usera y la más baja en Salamanca, Centro, Chamberí y Chamartín.

8.12.2. Descanso

1. La población adulta de Madrid duerme una media de 7,3 horas al día. El número de horas de sueño no difiere por sexos hasta los 64 años, edad en la que los varones duermen algo más que las mujeres.
2. El 72% de los madrileños opina que duerme lo suficiente, sin observarse diferencias importantes por sexo. Alrededor de la tercera parte de los sujetos de 16 a 64 años opina que duerme menos horas de las necesarias, disminuyendo esta proporción al 14% de los varones y al 25% de las mujeres de 65 años y mayores.

8.12.3. Alimentación

1. Durante la infancia, los alimentos con una frecuencia de consumo más ajustada a las recomendaciones establecidas son los lácteos, pan/cereales, fruta, carne y embutidos sin diferencias importantes por sexo, excepto en los embutidos cuyo grado de cumplimiento de las recomendaciones es mayor en las niñas (los comen con menos frecuencia).
2. Entre los 16 y 24 años aparecen diferencias por sexo en el sentido de menor consumo de pan/cereales, lácteos, pasta/arroz/cereales y embutidos en las chicas.
3. Las mujeres de 25 a 44 años mantienen las diferencias en el hábito de consumo de pan/cereales y embutidos adquiridas entre los 16-24 años, y además comen con mayor frecuencia que los hombres fruta fresca, verduras/hortalizas y productos lácteos.
4. Entre los 45-64 años aumenta la frecuencia de consumo de fruta, verduras, pescado y pan/cereales en ambos sexos y disminuye el consumo de dulces, especialmente en los varones.
5. A partir de los 65 años mejoran los hábitos alimenticios en ambos sexos, con mayor consumo de fruta, verduras/hortalizas, pan y lácteos y menor consumo de embutidos y dulces. Esta mejoría es más importante en los hombres, que aproximan sus hábitos de consumo a los de las mujeres.
6. El seguimiento de algún tipo de dieta aumenta con la edad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.
7. El seguimiento de dieta por motivos de salud aumenta con la edad con una frecuencia similar en hombres y en mujeres. Las dietas para adelgazar son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres aunque esta diferencia se atenúa en el grupo de mayor edad.

8.12.4. Actividad física

1. El 40% de los adultos realiza una actividad física moderada y el 18% declara no hacer nada de ejercicio. La probabilidad de sedentarismo, entendido como la no realización de ninguna actividad física, es ligeramente superior en la mujer (OR=1,2). Con respecto a la edad, sólo se observan diferencias significativas en los mayores de 65 años, que tienen un riesgo de sedentarismo más de dos veces superior al del resto de los grupos (OR=2,2). Por último, el sedentarismo es más frecuente en los analfabetos funcionales (OR=1,4).
2. La prevalencia de sedentarismo es mucho menor en los menores de 16 años (18%) y la proporción de los que realizan una actividad moderada es del 8%, siendo también más común en las niñas que en los niños. En la población infantil el riesgo de sedentarismo es el doble en las niñas que en los niños (OR=2,1). Si se considera el grupo de 12-15 años como categoría de referencia, el riesgo de sedentarismo se duplica entre los de 4-7 años. En relación con el nivel de estudios de los sustentadores, la probabilidad de sedentarismo es mayor en los que tienen estudios secundarios que en los que tienen estudios terciarios (OR=1,7), no siendo significativas las diferencias con el resto de categorías.

8.12.5. Ocio en población infantil

1. El 18,3% de los niños de la ciudad de Madrid ve la televisión durante al menos dos horas al día, aumentando el número de horas con la edad y el descenso de la clase social pero sin diferencias relevantes por sexo.
2. El 45% de los menores de 16 años juega con videojuegos y/o ordenador a diario. El tiempo de juego aumenta claramente con la edad y el sexo masculino y es menos frecuente en la clase social I-II.

8.12.6. Consumo de alcohol

1. El 44% de los adultos madrileños (1.193.681; IC95%: 1.146.493-1.240.870) nunca ha bebido alcohol mientras que el 43% puede considerarse bebedor habitual (1.166.366; IC95%: 1.118.756-1.213.976). La prevalencia de bebedores habituales es mayor en los hombres. Los bebedores habituales varones se concentran entre los 25 a 64 años mientras que las mujeres bebedoras habituales son más jóvenes, situándose especialmente entre los 16 y los 44 años.
2. El 3% de la población mayor de 15 años es bebedor de riesgo (76.483; IC95%: 14.185-138.781). El consumidor de riesgo generalmente es varón de entre 16 y 24 años y perteneciente a las clases sociales IV y V. Los distritos con mayor prevalencia de bebedores de riesgo son Centro (8%) y Moncloa (6%).

8.12.7. Consumo de tabaco

1. La proporción de fumadores en Madrid es del 27% (25% fuma diariamente y 2% de forma ocasional). Esto supone un total de 682.884 fumadores diarios en Madrid (IC95%: 655.827-709.942) y 54.631 fumadores ocasionales (IC95%: 45.883-63.379). La proporción de fumadores es mayor en los varones de 25 a 64 años y en las mujeres de 16 a 44 años. Se observa una diferencia por sexos en el grupo de 16 a 24 años en el que hay más mujeres fumadoras que hombres.
2. Un 14% de los madrileños mayores de 16 años son exfumadores consolidados (382.415; IC95%: 360.733-404.097). El abandono del hábito aumenta con la edad, excepto en las mujeres mayores de 65 años.

8.13. Actividades preventivas

8.13.1. Vacunación antigripal y antitetánica

1. En la pasada campaña se vacunó de la gripe el 24% de los adultos (655.562; IC95%: 628.882-682.256).
2. La vacunación antigripal aumenta con la edad hasta llegar al 64% de los mayores de 65 años (grupo diana de este tipo de vacunación), sin diferencias por sexo.
3. La proporción de vacunados contra el tétanos es del 44% disminuyendo con la edad y sin diferencias por sexo.

8.13.2. Control de tensión arterial, glucemia y colesterolemia

1. El 75% y 74% de los madrileños se ha realizado controles de tensión arterial y de colesterolemia según las recomendaciones del PAPPS. El control de glucemia es menos frecuente (69%).
2. Las mujeres están mejor controladas que los varones en todos los grupos de edad. No se observan diferencias importantes entre este tipo de controles y la clase social.

8.13.3. Actividades preventivas en la mujer

1. El 66% de las madrileñas mayores de 15 años se realiza una revisión ginecológica al menos cada dos años. La práctica de revisiones preventivas aumenta con la edad hasta los 64 años disminuyendo significativamente a partir de esta edad y con el descenso de la clase social. El nivel de estudios también está relacionado con la realización de revisiones ginecológicas preventivas ya que la probabilidad de éstas aumenta a medida que se incrementa el nivel de estudios.
2. Una de cada 5 mujeres mayores de 45 años no se ha realizado nunca una mamografía. Esta proporción es del 8% en las mujeres de 45 a 64 años (objetivo de la detección precoz del cáncer de mama). La realización de mamografía es más frecuente en las clases sociales más elevadas.
3. El 40% de las mujeres madrileñas se ha realizado al menos una citología vaginal en los dos últimos años. Esta práctica preventiva es más frecuente entre los 25 y 64 años y en clases sociales más altas.

8.13.4. Utilización de métodos anticonceptivos

1. Uno de cada dos madrileños de 16 a 64 años utiliza algún método de anticoncepción, siendo más frecuente en el grupo de 25 a 44 años, en los hombres y en las clases sociales más altas.
2. Los métodos más utilizados son el preservativo (25%) y la píldora (7%).
3. El preservativo es más utilizado por hombres de clases sociales más altas mientras que la píldora es más común en las mujeres de clase baja.

8.13.5. Seguridad vial

1. Tres de cada 4 madrileños utiliza correctamente el cinturón de seguridad o los SRI. El uso incorrecto de estas medidas de seguridad vial es más común en los individuos de 16 a 24 años y disminuye con la edad. Por otra parte, el 22% de los niños no van correctamente sentados en los coches.
2. El 25% de los mayores de 15 años utiliza el casco de forma incorrecta. La utilización incorrecta es más frecuente en las mujeres que en los hombres y aumenta con la edad mientras que en los varones la utilización incorrecta sólo se incrementa después de los 24 años. En ambos sexos el empleo incorrecto del casco es más frecuente a medida que disminuye la clase social.

8.14. Salud laboral y rendimiento escolar

8.14.1. Salud laboral

1. Más de la mitad de los madrileños que tienen un trabajo remunerado trabajan durante un tiempo promedio de 40 horas semanales o superior. El número de horas de trabajo remunerado es mayor en los hombres y a mayor edad.
2. El 48% de los madrileños emplea al menos una hora diaria para ir y volver al trabajo. El tiempo de desplazamiento no se asocia con el sexo ni con la edad, pero sí con la clase social del hogar (a menor clase social más tiempo de desplazamiento, excepto los hombres de la clase V y las mujeres con clase social del hogar X).
3. La influencia negativa del trabajo en la vida cotidiana se produce sobre todo en el grupo de 16 a 24 años, disminuyendo posteriormente con la edad sin observarse diferencias por sexo pero sí por clase social del hogar (la influencia negativa es más frecuente en mujeres de clase alta y varones de clase baja).

8.14.2. Rendimiento escolar

1. El rendimiento escolar de los niños es bueno o muy bueno según el 77% de los padres entrevistados. El rendimiento escolar disminuye con la edad y es menor en los chicos que en las chicas.
2. El rendimiento disminuye con la clase social manteniéndose las diferencias por sexo en todas las clases.