

# AVANCE DE RESULTADOS

## ESTUDIO DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2018



21 enero 2019  
(Rev. 5 febrero 2019)



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>PRINCIPALES RESULTADOS.....</b>	<b>6</b>
<b>ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>6</b>
<b>ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.....</b>	<b>6</b>
NIVEL DE DESARROLLO DE LOS DISTRITOS SEGÚN EL “ICSCR” (Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta) 6	
CLASE SOCIAL .....	7
NIVEL DE ESTUDIOS.....	8
EMPLEO .....	8
<b>POBREZA Y DESIGUALDAD .....</b>	<b>8</b>
RIESGO DE POBREZA Y/O EXCLUSIÓN SOCIAL.....	8
DESIGUALDAD RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS.....	9
INSEGURIDAD DE ACCESO ECONÓMICO A LOS ALIMENTOS (IAEA) .....	9
<b>INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD, .....</b>	<b>10</b>
SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD.....	10
ESPERANZA DE VIDA, ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y MORTALIDAD .....	11
MORBILIDAD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD.....	14
DISCAPACIDAD .....	14
SALUD MENTAL .....	15
<b>HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA .....</b>	<b>17</b>
PESO (Índice de Masa Corporal –IMC-) .....	17
SUEÑO .....	19
ACTIVIDAD FÍSICA .....	20
ALIMENTACIÓN .....	21
AGUA DE GRIFO/EMBOTELLADA .....	22
ALCOHOL .....	22
TABACO.....	24
<b>ENTORNO.....</b>	<b>25</b>
HOGARES UNIPERSONALES .....	25
TAMAÑO DE LA VIVIENDA Y CARENCIAS MATERIALES .....	26
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES .....	27
<b>BARRIO Y CIUDAD.....</b>	<b>28</b>
UTILIZACIÓN DE ESPACIOS VERDES E INSTALACIONES DEPORTIVAS.....	28
USO DEL CARRIL BICI.....	29
PARTICIPACIÓN EN EL BARRIO.....	29
<b>SALUD AMBIENTAL.....</b>	<b>30</b>
SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS/BEBIDAS .....	30
RUIDO .....	31
MASCOTAS .....	32

---

ACCIDENTES.....	33
<b>PROBLEMAS SOCIO SANITARIOS EMERGENTES .....</b>	<b>34</b>
USO/ABUSO DEL MÓVIL .....	34
CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	34
SOLEDAD.....	36
DISCRIMINACIÓN .....	36
FRAUDE BANCARIO .....	37
<b>MIRADA DE GÉNERO. ALGUNOS DATOS.....</b>	<b>37</b>
ASPECTOS EN QUE LAS MUJERES ARROJAN PEORES RESULTADOS .....	37
ASPECTOS EN QUE LOS HOMBRES ARROJAN PEORES RESULTADOS.....	38

## PRESENTACIÓN

Este avance y su posterior desarrollo y publicación da respuesta a la acción del Programa de Gobierno 2015-2019, sobre la realización de un Estudio de Salud. [El Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018](#) se nutre de diferentes fuentes, principalmente de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17). La encuesta se realizó en una muestra representativa de la población del conjunto de la ciudad y sus distritos (entrevistas telefónicas a personas, residentes en Madrid, mayores de 15 años, con más de 400 entrevistas por distrito).

Se utilizan fuentes de datos municipales, como las extraídas de la Subdirección General de Estadística Municipal, y otras como la encuesta de Calidad de Vida y Satisfacción con los Servicios Públicos, etc. además de algunas no municipales como las bases de datos de mortalidad de la Comunidad de Madrid, las encuestas del SIVFRENT etc. Algunos de los datos se comparan con las encuestas de salud propias (de los años 2005, 2013 y 2017 ESCM'05, ESCM'13 y ESCM'17 y con encuestas nacionales o europeas (Encuesta Nacional de Salud de 2017 -ENS'17- y Europea de Salud de 2014 -EES'14) lo que nos permite conocer la evolución de distintos indicadores de salud y contextualizar la situación de salud de la población madrileña.

Los objetivos del estudio son, entre otros:

- Conocer el estado de salud de la población de la ciudad de Madrid, tanto física como psíquica y social, e identificar los principales problemas de salud: enfermedades crónicas, accidentes, limitaciones funcionales, etc.
- Conocer los hábitos y estilos de vida, que pueden repercutir en el nivel de salud, así como los factores del entorno y los determinantes sociales.
- Analizar las diferencias con que se presentan los problemas de salud y los factores de riesgo entre los diferentes distritos de la ciudad.
- Comparar los resultados obtenidos con estudios anteriores (Estudios de Salud de la Ciudad de Madrid 2008 y 2014), y analizar las diferencias

El estudio incluye aspectos novedosos relacionados con la salud (uso y abuso de los teléfonos móviles, fraude bancario, soledad no deseada, etc.), con el fin de anticiparse a las nuevas realidades de la ciudad y de sus distritos.

Este documento presenta un avance de resultados del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018 que se publicará en los próximos meses.

## PRINCIPALES RESULTADOS

### ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La población de la ciudad de Madrid mantiene una estructura de edad envejecida, con una edad media de 44 años y un porcentaje de población de 65 y más años de un 20% aproximadamente. Por cada 100 menores de 16 años hay 140 mayores de 65 años. El sobre-envejecimiento, proporción de personas mayores de 80 años, entre todos los mayores de 65 es el 36,2%, se ha incrementado respecto al observado en el estudio anterior, de 2014 (34%). En la ciudad de Barcelona frecuencia de la población de 65 años es similar.

#### Estructura de población envejecida:

- ✓ Edad media 44 años.
- ✓ 20% de población de 65 y más.
- ✓ 40% más de mayores de 65 años que de menores de 16 años.
- ✓ 36,2% de mayores de 80 años (entre los mayores de 65) incremento respecto a 2014 y 2005.

El porcentaje de población nacida fuera de España es del 21,47%. La que procede de un país en desarrollo se sitúa en torno a un 19%.

21,47% población nacida fuera de España. La que procede de un país en desarrollo se sitúa en torno a un 19%.

Reforzando las evidencias acumuladas en los últimos años las mayores tasas de fecundidad están claramente desplazadas a edades avanzadas de la vida fértil (de 30 a 39 años), considerando además que la edad media de las mujeres madrileñas en el momento de tener el primer hijo se sitúa por encima de los 31 años.

Las mayores tasas de fecundidad se desplazan a edades avanzadas (entre 30 y 39 años). Edad media de mujeres que tienen el primer hijo por encima de 31 años.

El Índice Sintético de Fecundidad (ISF), promedio de hijos por cada mujer al final de la vida fértil, fue 1,27 en el año 2016 (1,32 en 2007), muy por debajo del que asegura el relevo generacional.

### ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

#### **NIVEL DE DESARROLLO DE LOS DISTRITOS SEGÚN EL "ICSCR" (Índice Combinado de Salud, Conocimiento y Renta)**

En el marco de lo propugnado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) entendemos que desarrollo es la situación de aquellas personas que pueden vivir vidas largas y saludables, tener acceso al conocimiento y contar con unos ingresos suficientes para poder llevar

una existencia digna. Para su cálculo se utiliza el ICSCR en base a los siguientes componentes (con sus datos medios para el conjunto de la ciudad):

- **Renta bruta disponible per cápita de 2014:** 21.000 euros per cápita (pc.) al año.
- **Nivel educativo, de 2017 (porcentaje de personas entre 30 y 64 años con nivel educativo superior a secundario en la ciudad):** 40% de la población.
- **Esperanza de vida al nacer de 2016:** 81,30 años en hombres y 86,93 años en mujeres.

En función del valor del ICSCR calculado para cada uno de los 21 distritos de la ciudad y mediante un análisis de conglomerados (clúster), se identifican cuatro grupos de distritos:



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

Respecto a los datos obtenidos mediante este análisis en el anterior estudio de 2014, mejoran su posición los distritos de Centro y Moncloa-Aravaca y empeora el de Barajas. La mayoría de los distritos mejoran entre ambas clasificaciones en esperanza de vida y en nivel educativo, pero muchos retroceden en renta. El conjunto de la ciudad cae de 22.279

€ a 21.145 € per cápita. En la parte superior se sitúan los distritos de Salamanca y Chamartín, con más de 27.000 euros pc. y en la inferior los de Usera y Puente de Vallecas, que no llegan a los 16.000 euros pc. Hay también grandes diferencias en el nivel educativo: del 65% de la población con titulaciones superiores en Chamartín al 16,8% de Villaverde o el 16,6% de Usera. La esperanza de vida es más homogénea para toda la población.

- Mejora en la esperanza de vida y nivel educativo; retroceso en renta.

## CLASE SOCIAL

La clasificación de clase social utilizada en esta encuesta es la “clase social ocupacional”, que es la referida a la ocupación de la persona sustentadora principal del hogar, es un indicador indirecto de posición social que explica muy bien los fenómenos que tienen que ver con la salud y su

distribución en grupos sociales. Si bien por su metodología de cálculo tiene poca capacidad de distinguir poder adquisitivo o cambios coyunturales de posición social, se relaciona bien con hábitos de vida. En la ESCM'17 se comprueba que el 39,5% de la población encuestada pertenece a un hogar de clase social favorecida, el 24,38% a uno de clase media y el restante 36,18% a uno de clase social desfavorecida. En los distritos existe un porcentaje de población de clase media muy uniforme, independientemente de su grado de desarrollo, lo que no ocurre con las otras dos clases cuyas frecuencias complementarias lo definen con bastante claridad.

- 39,5% y 36,18% pertenecen a un hogar de clase social favorecida o desfavorecida, respectivamente, en la ciudad.
- Porcentaje de clase ocupacional media similar en todos los distritos (entre el 20 y 28%).
- Mayor porcentaje de clase social favorecida o desfavorecida en distritos de mayor o menor desarrollo, respectivamente.

## NIVEL DE ESTUDIOS

A 1 de enero del 2017, según datos del Padrón de Habitantes, el 18,20% de la población mayor de 25 años ha realizado solo estudios primarios o no los ha concluido, el 47,43% ha terminado los estudios secundarios y el 34,37% tiene estudios universitarios.

Según Padrón a 1 enero 2017, población mayor de 25 años:

- ✓ 18,2% estudios primarios o no concluidos.
- ✓ 47,43 estudios secundarios terminados.
- ✓ 34,37% estudios universitarios.

## EMPLEO

El 69% de las personas de 16 a 64 años encuestadas afirma estar trabajando actualmente. Esta cifra es significativamente mayor que la obtenida en la ESCM'13, que fue de 59,7% y en la ESCM'05 (62,2%). Respecto al tipo de contrato, parece haberse incrementado la frecuencia de contratos temporales y disminuido la de indefinidos.

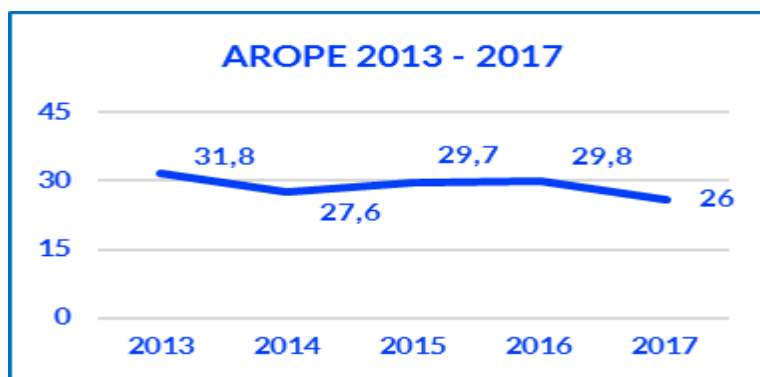
- Respecto a la encuesta de 2013 ha aumentado casi un 10% las personas que trabajan, incrementándose la temporalidad.

## POBREZA Y DESIGUALDAD

### RIESGO DE POBREZA Y/O EXCLUSIÓN SOCIAL

Riesgo de Pobreza y/o Exclusión Social Estrategia Europea 2020 (indicador AROPE). En la ciudad de Madrid se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social entre 824.183 y 828.889 personas (26% +/- 0,04%) en 2017. Para ese mismo año el AROPE de España es de 26,6% y de 20,6% el de la Comunidad de Madrid, es decir, la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social de la ciudad de Madrid es ligeramente inferior a la de España y superior a la de la Comunidad de Madrid. En la ciudad de Barcelona es del 22,5%.





- Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social 26% -inferior a la de España y superior a la de la Comunidad de Madrid-.

### DESIGUALDAD RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS

El coeficiente de Gini mide la desigualdad respecto a la distribución de los ingresos económicos. En 2017 la ciudad de Madrid presentó un coeficiente de 35,6% y España de 34,1%. Según Eurostat, en 2016 en la UE-28 fue de 30,8%, en la Comunidad de Madrid de 34,2% y en España de 34,5% lo que indica que la desigualdad en la ciudad parece ser mayor que en el Estado, así como que la situación española, en el conjunto de Europa, es de una mayor desigualdad de forma notable.

- Desigualdad en la distribución de ingresos económicos 35,6%, superior a la de la Comunidad de Madrid y a la de España.

### INSEGURIDAD DE ACCESO ECONÓMICO A LOS ALIMENTOS (IAEA)

El 11,5% de las personas encuestadas sufren inseguridad de acceso económico a los alimentos (escala HFIAS), ascendiendo al 17% en los hogares con al menos un menor de 16 años. La preocupación por no contar en su hogar con suficientes alimentos (algunas veces o con frecuencia en el último mes) se incrementa en la medida en que la familia vive en algunos de los distritos de menor desarrollo.



IAEA = Inseguridad de acceso económico a los alimentos

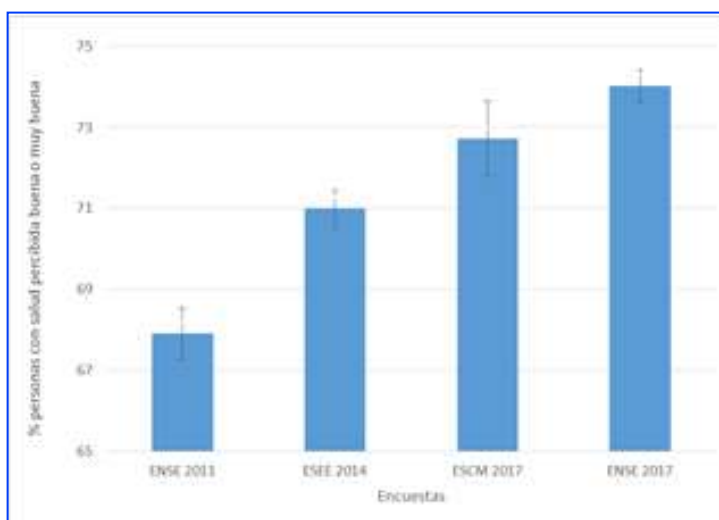
Estos datos corroboran los resultados del “Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid” 2016: **el 17,9% de los niños y niñas de entre 3 y 12 años, pertenecía a familias con esta dificultad.** Esta escala se emplea por primera vez en España.

- El 11,5% de las personas está preocupado por no contar con suficientes alimentos en el hogar por razones económicas, este porcentaje se incrementa hasta el 17% cuando hay un menor de 16 años. También cuando la familia vive en un distrito de menor desarrollo.

## **INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD,**

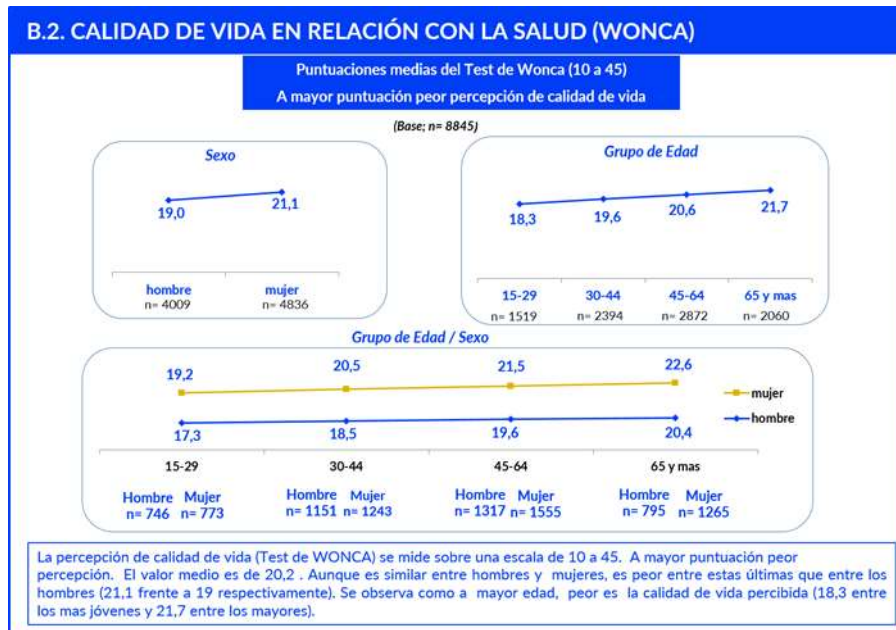
### **SALUD PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD**

**El 72,4% de los encuestados considera su salud como buena o muy buena.** Se confirma que las mujeres perciben peor su salud que los hombres, siendo esta diferencia significativa (68% en las mujeres y 77% en los hombres). Existen importantes diferencias entre distritos (del 78% de Barajas al 65% de Villaverde).



La tendencia, tanto en la población nacional como en la madrileña, es la de mejorar la frecuencia de población con autopercepción óptima de su salud. En 2017 el dato nacional es discretamente más alto aunque con pocas diferencias (74,02% vs 72,3%).

La percepción de calidad de vida en relación con la salud medida con la escala COOP-WONCA puntúa en sentido inverso (más puntuación significa peor calidad de vida). **El valor medio de la población madrileña fue de 20,2 en nuestra encuesta.** La mujeres declaran peor calidad de vida que los hombres (mayores puntuaciones: 21,1 vs. 19,0) al igual que los mayores (18,3 entre los menores de 29 años frente a 21,7 en los mayores de 65 años). No se observan cambios significativos en las sucesivas encuestas de salud de la ciudad de Madrid para este indicador.



Apenas aparecen diferencias en los diferentes distritos de la ciudad, aunque el gradiente es claro y directo según el grado de desarrollo de los mismos (a menor desarrollo pero calidad de vida).

#### Consideran su salud buena o muy buena el 72,4%.

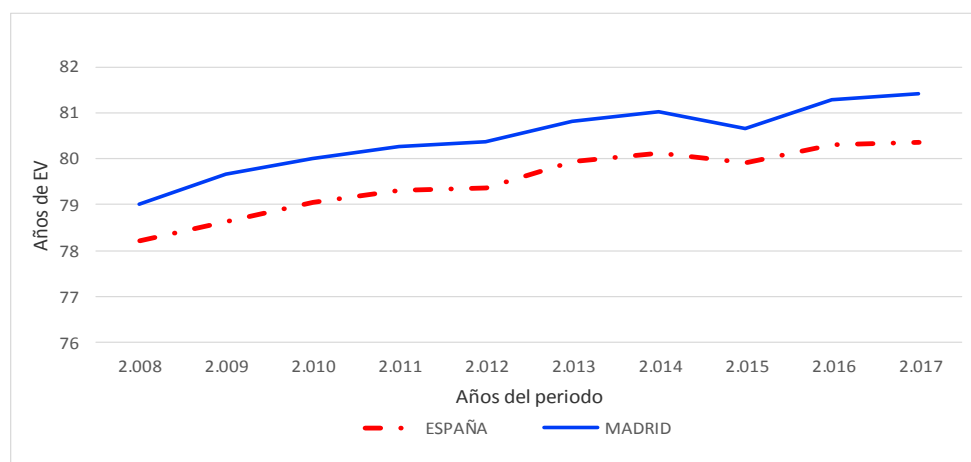
- Menos las mujeres que los hombres.
- Diferencias entre distritos
- Pocas diferencias con los datos nacionales y tendencia a mejorar.

#### Percepción de calidad de vida.

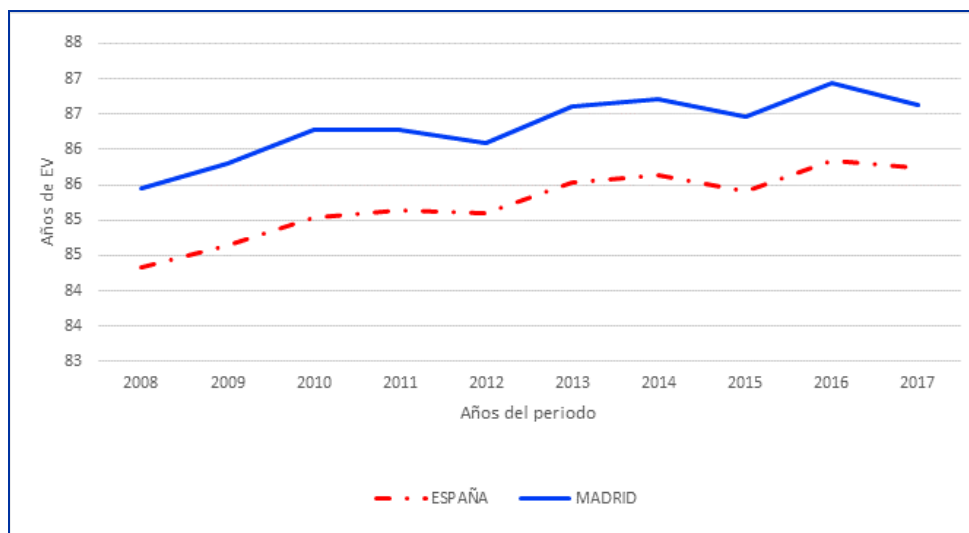
- Algo peor la de las mujeres que la de los hombres.
- Peor en personas mayores que en jóvenes.

No hay diferencias entre distritos.

### ESPERANZA DE VIDA, ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y MORTALIDAD



*Esperanza de vida hombres, ciudad de Madrid y España, 2008 a 2017*



*Esperanza de vida mujeres, ciudad de Madrid y España, 2008 a 2017*

La esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres de la ciudad de Madrid en 2017 fue de 81,43 y de 86,63 años respectivamente, algo mejor que la del conjunto del Estado (80,37 y 85,73 para ellos y ellas respectivamente en ese año según el INE).

A los 65 años de edad los hombres madrileños pueden aspirar a vivir 19,92 años más de media y las mujeres 23,93 más, es decir más que hombres y mujeres españoles y españolas (19,12 y 22,97 respectivamente).

Se mantienen, por tanto, las ventajas en supervivencia de la población madrileña respecto a la nacional casi constantes: desde 2008 aproximadamente 1, 1 año para ellos y, más discreta, 0,9 años para ellas. En todo el periodo analizado la brecha de género tanto en Madrid como en el Estado se mantiene por encima de los 5,5 años a favor de las mujeres.

En el año 2015 la esperanza de vida al nacer registró un discreto retroceso tanto en la capital como en el conjunto del Estado, aunque más acusado en Madrid, en hombres y en mujeres. En 2017 mejoró la de los hombres y experimentó un ligero retraso la de las mujeres, tanto en el Estado como en la capital, respecto a 2016.

#### Esperanza de vida en 2017:

- Los cambios de tendencia en la esperanza de vida al nacer corren paralelos desde hace años tanto en la población madrileña como en la nacional: en 2017 ha experimentado un ligero avance en hombres y un retroceso del mismo calibre en mujeres. En 2012 y en 2015 retrocedieron todos de forma más acusada.
- Superior la de las mujeres a la de los hombres.
- Al nacer 84,29 años (86,63 años mujeres y 81,43 años hombres).
- A los 65 años: 22,21 años (23,93 años mujeres y 19,92 años hombres).

Tomando en cuenta las proyecciones de población y mortalidad publicadas por la Subdirección General de Estadística (SGE) del Ayuntamiento de Madrid hasta 2030, un niño madrileño que nazca en ese año futuro podría aspirar a vivir 2 años más que otro niño que haya nacido en la capital en 2016, pero una niña sólo mejoraría su esperanza de vida al nacer 0,3 años. Esto

significa que la brecha de género en este importantísimo indicador de salud se reducirá previsiblemente en la ciudad de los más de 5 años actuales a 3,68 años en 2030 aproximadamente.

Brecha de género actual de esperanza de vida de más de 5 años a favor de las mujeres, que se reduce en proyecciones de población y mortalidad.

En 2017 las mejores esperanzas de vida al nacer por distritos las registraron, por este orden, Barajas, Retiro y Chamartín (86,5 años, 85,8 años y 85,5 años, respectivamente), mientras que las más retrasadas fueron las de Villa de Vallecas, Centro y Puente de Vallecas (84,1 años, 83,7 años y 83,2 años, respectivamente). Entre el mejor y peor distrito para los hombres (Barajas vs Puente de Vallecas), existe una brecha en esperanza de vida al nacer de 5 años, superior a la publicada en nuestro anterior Estudio de Salud con datos de 2013 (3,5 años), situación diferente a la que ocurre en el caso de las mujeres (2,2 años en la actualidad entre Barajas y Villa de Vallecas frente a los 2,5 años publicados entonces).

La mayor esperanza de vida al nacer por distritos se registra en Barajas, Retiro y Chamartín y la menor en Villa de Vallecas, Centro y Puente de Vallecas. La brecha entre la mejor y la peor es de 5 años para los hombres y de 2,2 para las mujeres.



Según datos de mortalidad y prevalencia de limitación crónica a la actividad de 2016, en el momento del nacimiento un madrileño puede aspirar a vivir de media 62,2 años en buena salud (sin limitación) y una madrileña 61,7 años. Esto significa, para ellos, un 75,7% de su vida total y para ellas aproximadamente un 68,6%. Esta proporción de años en buena salud al nacer es algo mejor para la población española, lo contrario de lo que ocurre a la edad de 65 años, en que la ventaja es para la población madrileña.

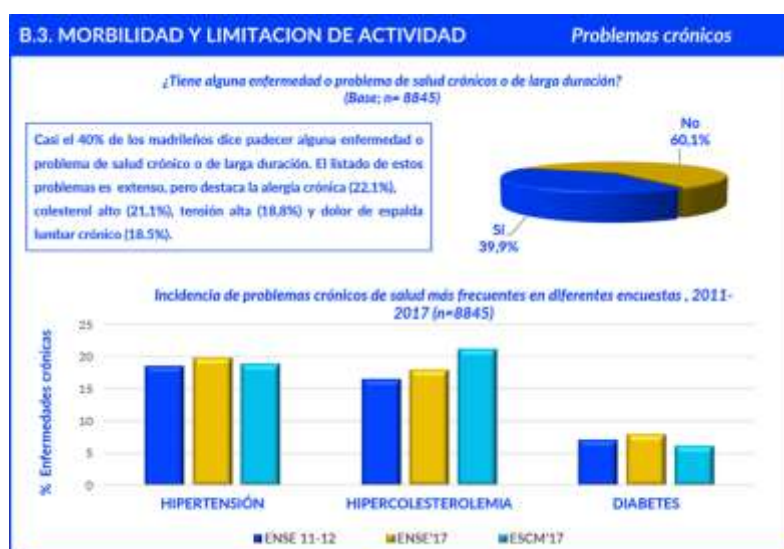
El riesgo de morir por todas las causas ajustado por edades es menor en la ciudad que en el conjunto del Estado, tanto para hombres como para mujeres, en el año 2016 (en tasas por 100.000, 926 en Madrid vs 1.046 en España para hombres y 554 vs 646 respectivamente para mujeres, siendo las diferencias significativas). Similar situación encontramos al analizar la mortalidad por cáncer o por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, y como habíamos encontrado en estudios anteriores, la mortalidad por enfermedades respiratorias es mayor en Madrid, tanto para hombres (142 en la ciudad vs 134 en España), como para mujeres (72 vs 62

respectivamente y siempre por 100.000), con las diferencias significativas según los respectivos IC95% de sus tasas ajustadas, todo ello a pesar de haber descendido ese riesgo en la población madrileña desde el año 2012.

Menor riesgo de morir en Madrid que en el conjunto de España por todas las causas, excepto por enfermedades respiratorias, tanto en mujeres como en hombres.

### MORBILIDAD Y LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

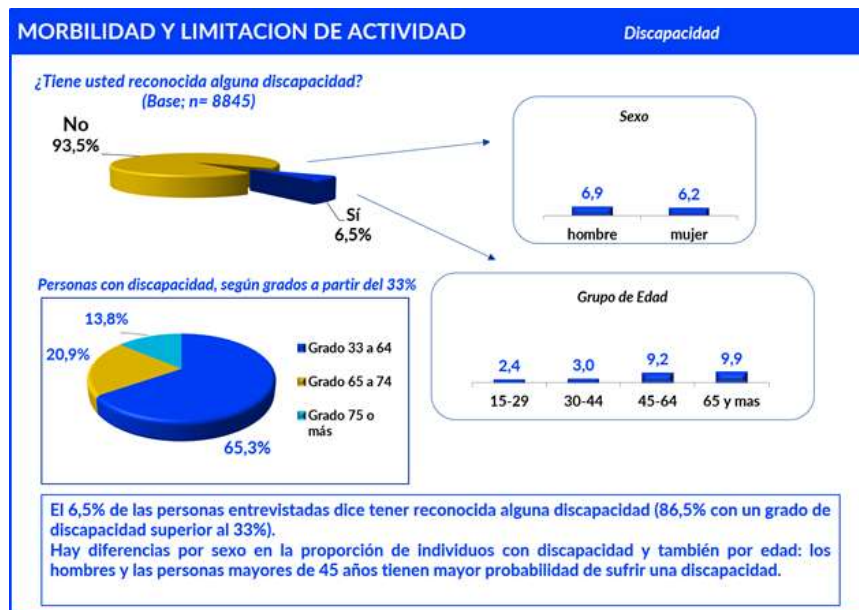
Un 40% de las personas que contestaron a la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid de 2017 reconoce padecer algún problema crónico de salud, siendo estos más frecuentes en las mujeres (43% frente al 37% de los hombres). Además de la edad y el sexo, en el análisis multivalente que hemos realizado para ajustar diferentes variables sociales y demográficas observamos que el riesgo de sufrir una enfermedad crónica es un 20% mayor en las personas que están en desempleo y en las que viven en un hogar de clase desfavorecida respecto a quienes lo hacen en uno de clase favorecida. El listado de problemas crónicos es extenso, pero destaca la alergia crónica (22,1%), colesterol alto (21,1%), tensión elevada (18,8%) y dolor lumbar crónico (18,5%). No aparecen diferencias significativas respecto a lo hallado en la encuesta de la Ciudad de Madrid 2013 y a los últimos datos nacionales de 2017. El 31% de los entrevistados refiere tener limitada su actividad en los últimos seis meses por un problema de salud.



El 40% refieren padecer algún problema crónico de salud, con mayor frecuencia las mujeres.

### DISCAPACIDAD

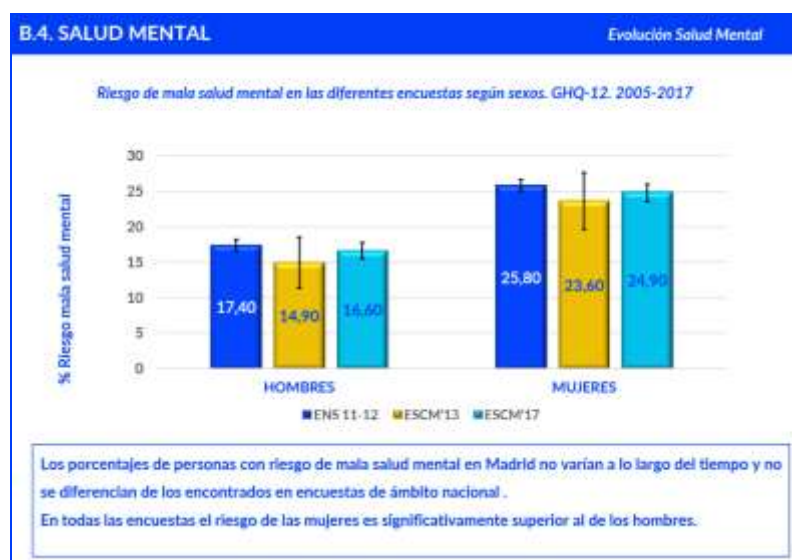
El 6,5% de las personas entrevistadas afirman tener reconocida alguna discapacidad, y aproximadamente un 1% menos refiere un grado de discapacidad de 33% o más. Los hombres presentan una frecuencia un 30% más alta de discapacidad y las personas mayores de 65 años una frecuencia aproximadamente cuatro veces mayor que las de 15 a 29 años. También sufren esta peor situación las personas con estudios primarios o menos y las personas de clase social desfavorecida.



El 6,5% refieren tener alguna discapacidad reconocida (en torno al 5,5% con grado de discapacidad mayor de 33%). Mayor frecuencia de discapacidad en hombres y personas mayores de 65 años.

## SALUD MENTAL

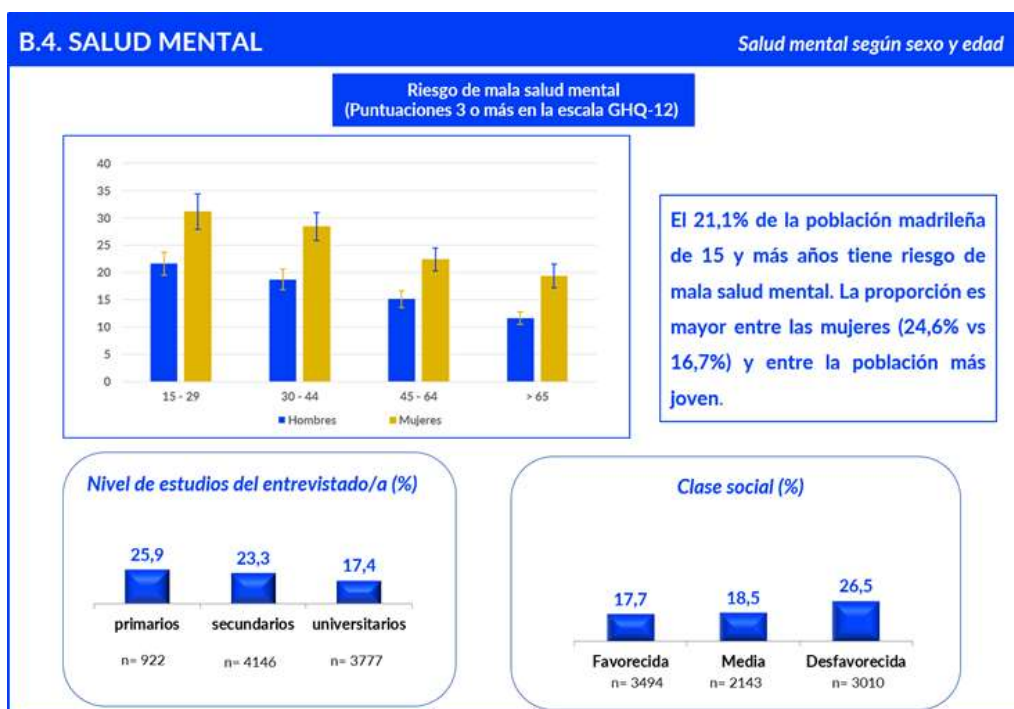
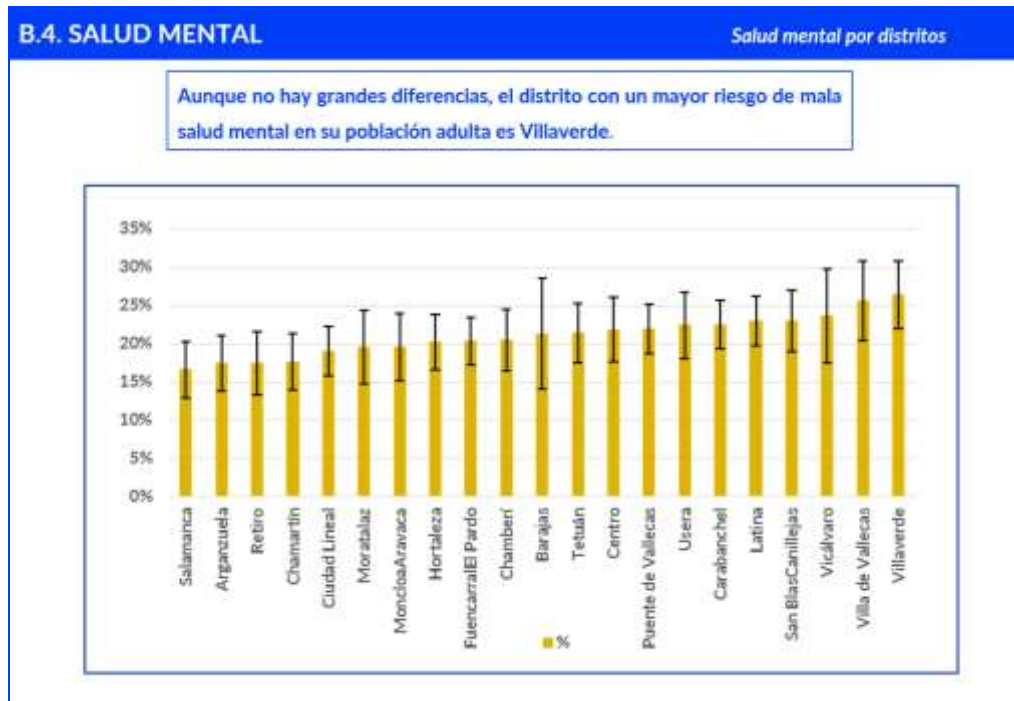
Un 21% de las personas encuestadas presenta riesgo de mala salud mental (ansiedad y/o depresión). La frecuencia es mayor en las mujeres (24,9%) que en los hombres (16,6%).



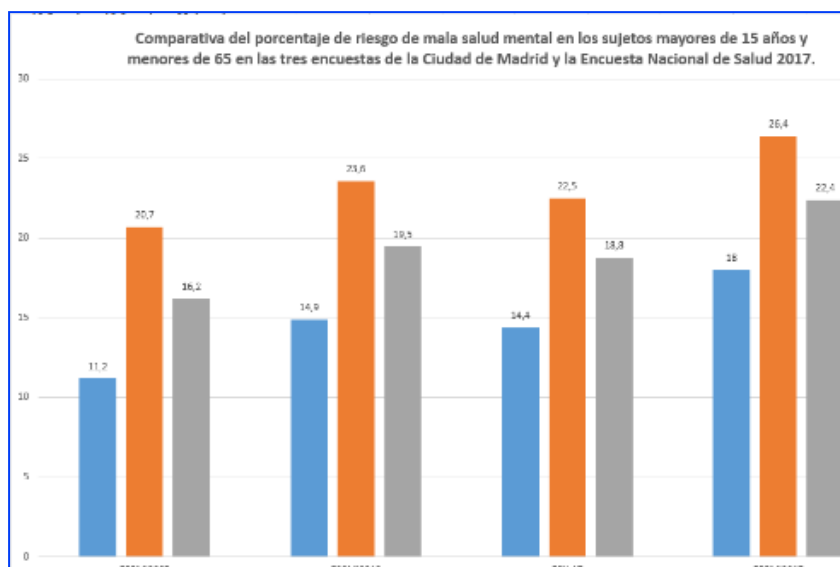
Las personas de clase desfavorecida presentan más frecuentemente riesgo de mala salud mental (26,2%) que las de clase media (18,4%) o las de clase favorecida (17,7%). También aquéllos que viven en distritos de bajo nivel de desarrollo (23,0%) frente a los residen en los del grupo más alto (18,3%).



La frecuencia de personas con riesgo de mala salud mental encontradas en esta última encuesta supera en todos los casos a las obtenidas en 2005 y a las halladas en la Encuesta Nacional de Salud 2017 para la población nacional. En la población de Barcelona de 15 años o más, el 16,5% de los hombres y el 19,9% de las mujeres presentan riesgo de mala salud mental.





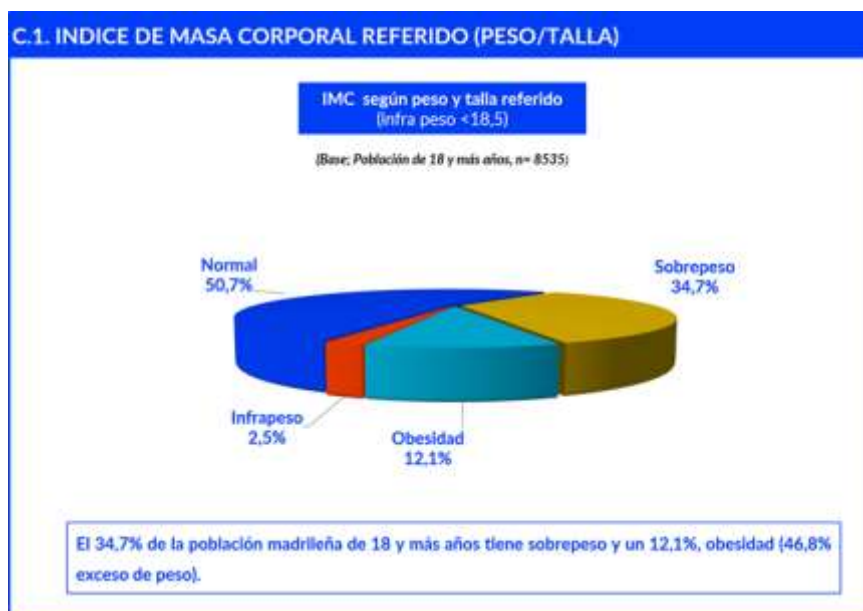


El 21% presenta riesgo de mala salud mental, con mayor frecuencia en mujeres y en personas de clase social desfavorecida y/o de distritos de bajo nivel de desarrollo. Frecuencia superior a ESCM2005 y ENS2017.

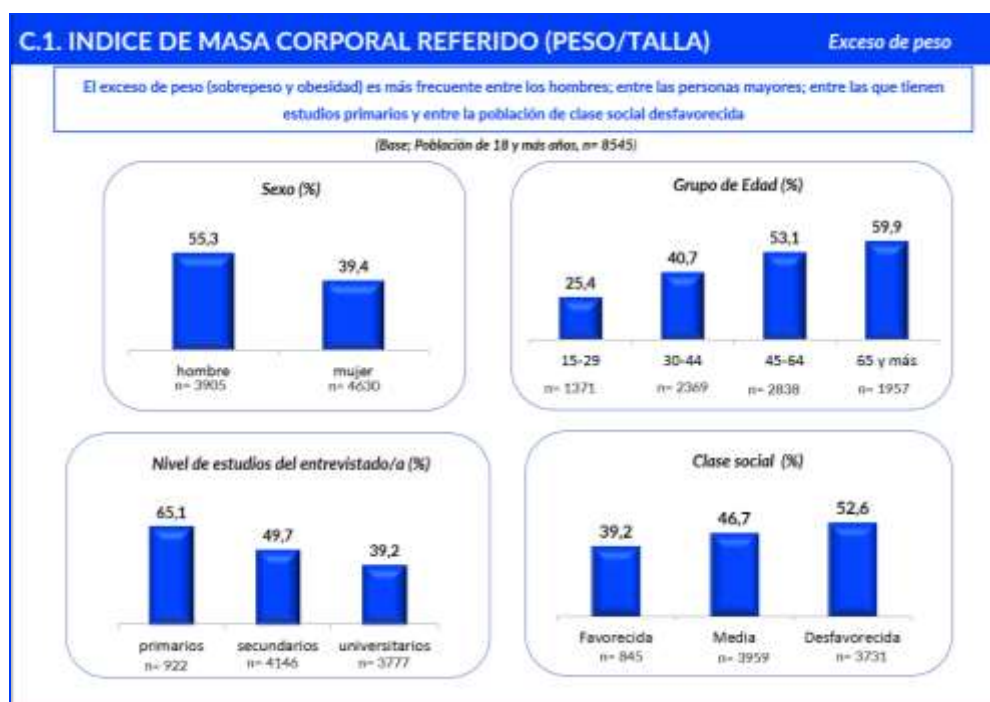
## HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

### *PESO (Índice de Masa Corporal -IMC-)*

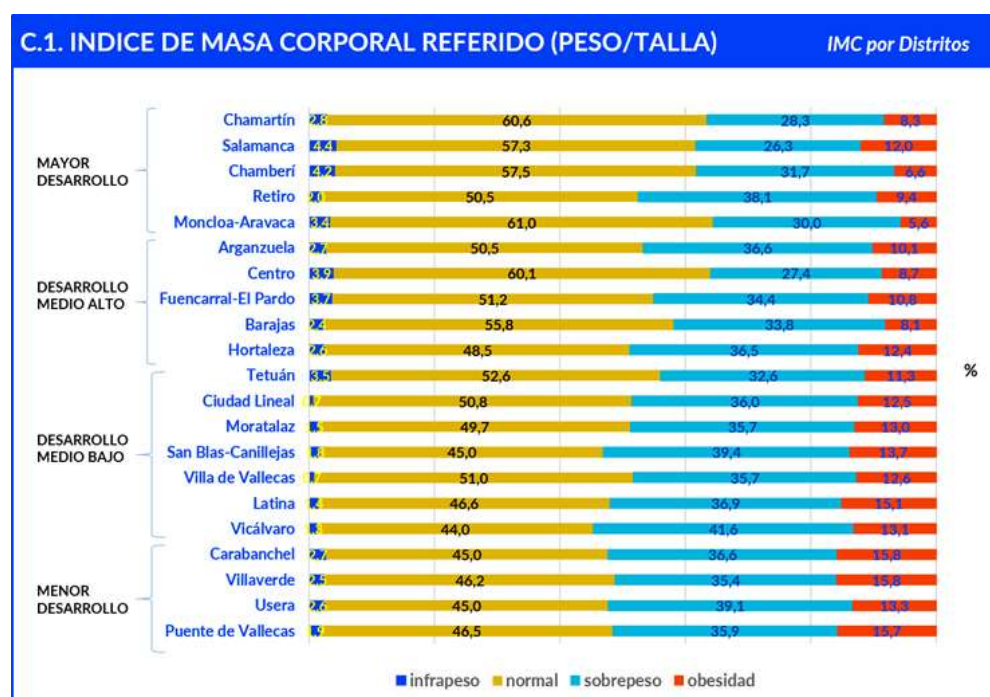
Casi el 47% de los encuestados mayores de 18 años presenta exceso de peso (sobrepeso u obesidad).



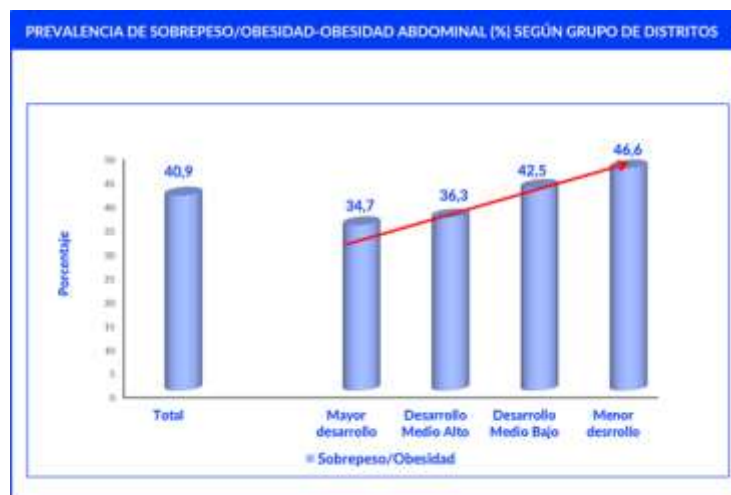
Es más frecuente de forma significativa en hombres (55,3%) que en mujeres (39,4%). Su prevalencia aumenta con la edad y es más común en las personas con menos estudios, en la población de clase social menos favorecida y en las personas que viven en distritos de menor nivel de desarrollo.



Este problema se mantiene en niveles similares a los de las encuestas de salud de 2005 y 2013. La población madrileña presenta de forma significativa menor frecuencia de obesidad que la población nacional (12,1% vs. 17,4%).



Por último, al comparar la distribución del IMC medio en los distritos de la ciudad se comprueba que la proporción de personas con peso normal se correlaciona de forma clara y directamente proporcional con el nivel de desarrollo del distrito de residencia.



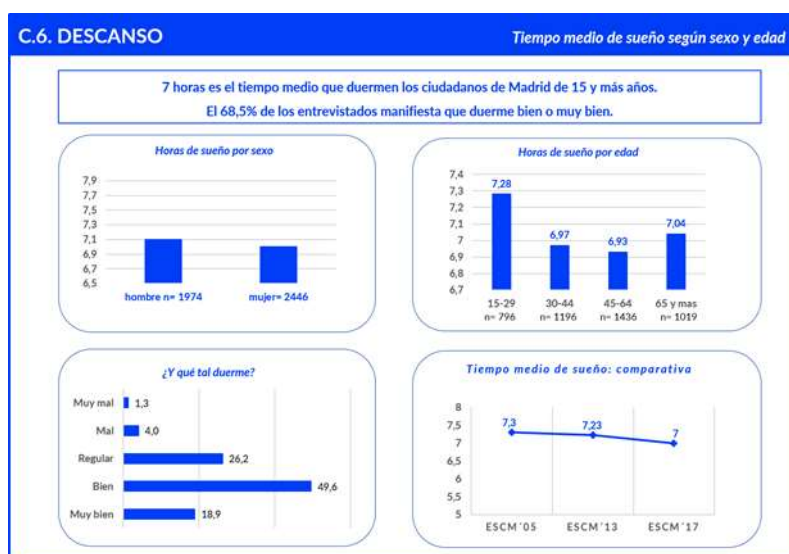
La prevalencia de sobrepeso en niños y niñas de 3 a 12 años en la ciudad de Madrid alcanza el 25,2%. La prevalencia de obesidad asciende al 15,7%. **Por tanto el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) alcanza al 40,9%.** Se aprecia más frecuencia de exceso de peso en los grupos de distrito de menor desarrollo y de desarrollo medio bajo respecto al de mayor desarrollo (46,6% y 42,5% frente a 34,7%). La prevalencia del bajo peso o delgadez es del 0,8%.

Exceso de peso en el 47% de los mayores de 18 años, con más frecuencia en hombres. Niveles similares a encuestas anteriores. Menor frecuencia de obesidad en personas de Madrid que en población nacional.

Niños y niñas de entre 3 y 12 años, exceso de peso en el 40,8%, con mayor frecuencia en distritos de menor y medio bajo desarrollo.

## SUEÑO

La población madrileña de 15 y más años duerme una media de 7,13 horas al día, significativamente menos horas que en 2005 (7,31 horas). Los hombres duermen de media más horas que las mujeres.

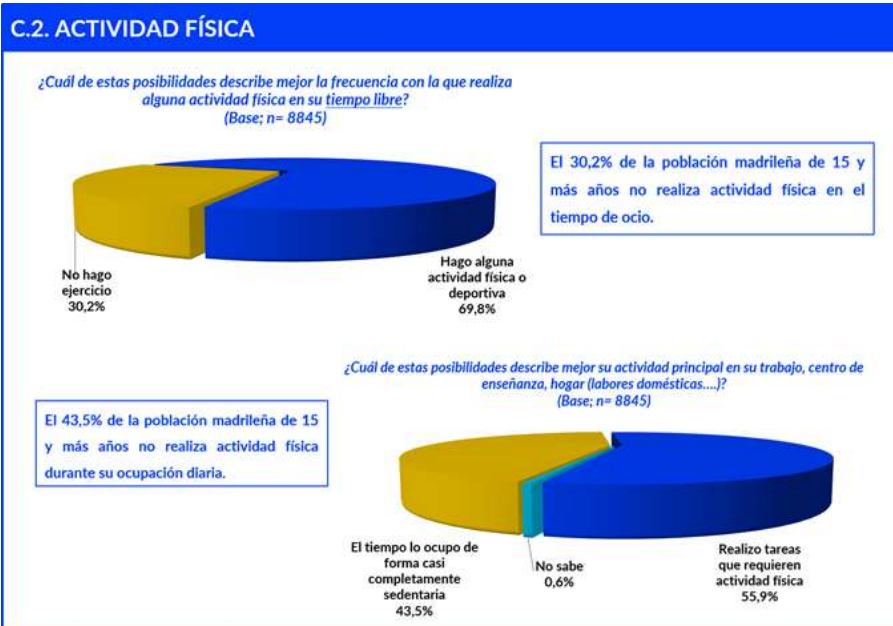


Media de 7,13 horas diarias de sueño, menos en las mujeres, y en conjunto menos que en años anteriores.

## ACTIVIDAD FÍSICA

El 30% de los encuestados mantiene hábitos sedentarios en su tiempo libre y el 44% refiere desarrollar un trabajo en el que no realizan actividad física.

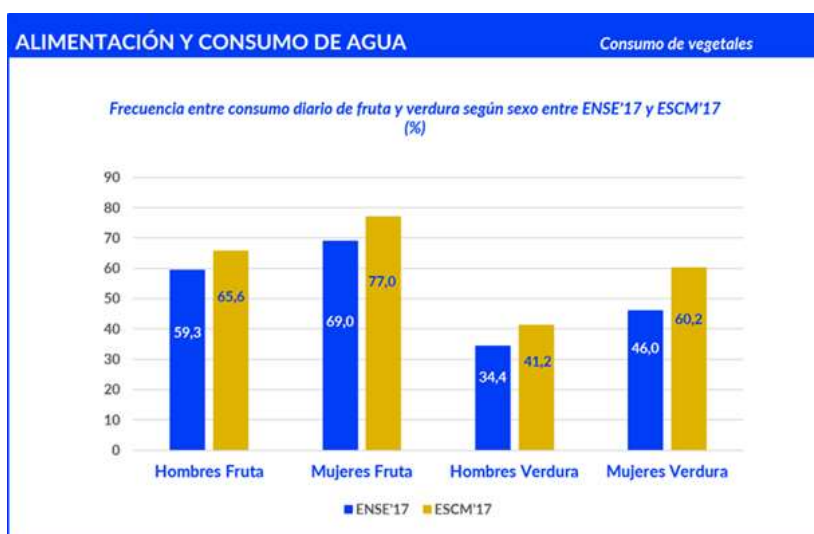
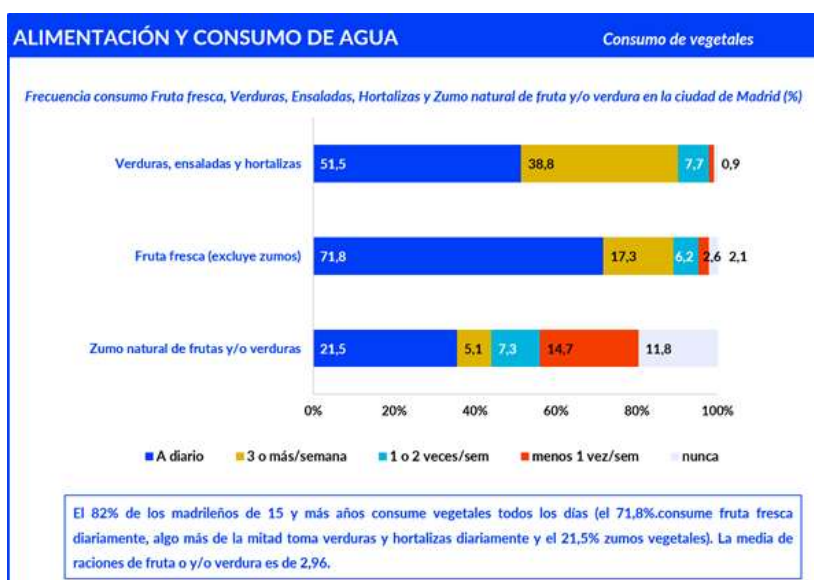
El sedentarismo en el tiempo libre en la ciudad de Madrid se ha reducido significativamente si se compara con el resultado de la encuesta de 2005 y es menor que el hallado en el conjunto del Estado en la Encuesta Nacional de Salud 2017, que asciende a un 37,8%.



Se ha reducido el sedentarismo en el tiempo libre en la ciudad de Madrid (30%) con respecto a lo hallado en la encuesta de 2005 y en la actualidad parece menor que el hallado en el conjunto del Estado.

## ALIMENTACIÓN

El 72% de la población adulta madrileña consume fruta fresca a diario, el 51% verduras, ensaladas u hortalizas también diariamente y el 21% zumo natural de frutas o verduras todos los días. Sólo el 12,5% sigue la recomendación de la OMS de consumir 5 raciones de vegetales al día, con diferencias según el sexo: 16,1% de las mujeres frente al 8,1% de los hombres. Según la encuesta de salud de Barcelona de 2016, un 11,7% del total sigue la recomendación (13,7%, de mujeres y 9,3% de hombres).

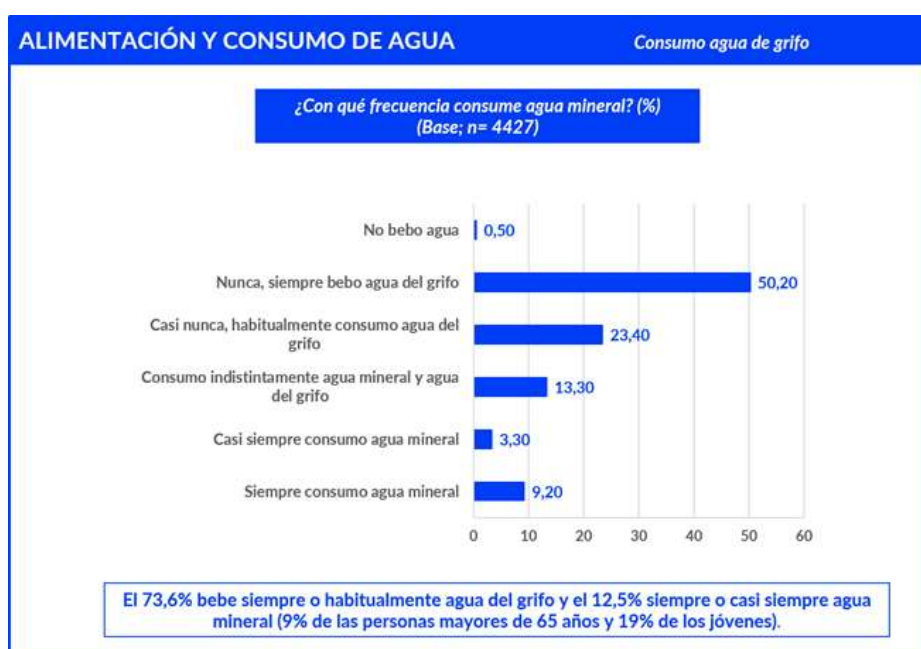


Los datos de consumo diario son mejores que los hallados en la ENS'17 (69%, 40,4% y 11,4%, respectivamente). Las mujeres consumen a diario más frutas y verduras que los hombres.

Más de la mitad de la población consume diariamente fruta fresca (72%), verduras, ensaladas u hortalizas (51%), con porcentajes a favor de las mujeres. Resultados superiores a los del conjunto de España.

### AGUA DE GRIFO/EMBOTELLADA

Un 73,7% de la población madrileña refiere beber siempre agua del grifo. Por el contrario, el 12,5% de las personas entrevistadas consume siempre o casi siempre agua mineral, porcentaje muy elevado, ya que la ciudad de Madrid cuenta con un agua del grifo de excelente calidad. Las personas jóvenes consumen más agua mineral que las mayores y también las personas que llevan menos tiempo residiendo en Madrid.



A pesar de la excelente calidad del agua del grifo en Madrid, un 12,5% consume agua mineral, especialmente personas jóvenes y quienes llevan menos tiempo residiendo en nuestra ciudad.

### ALCOHOL

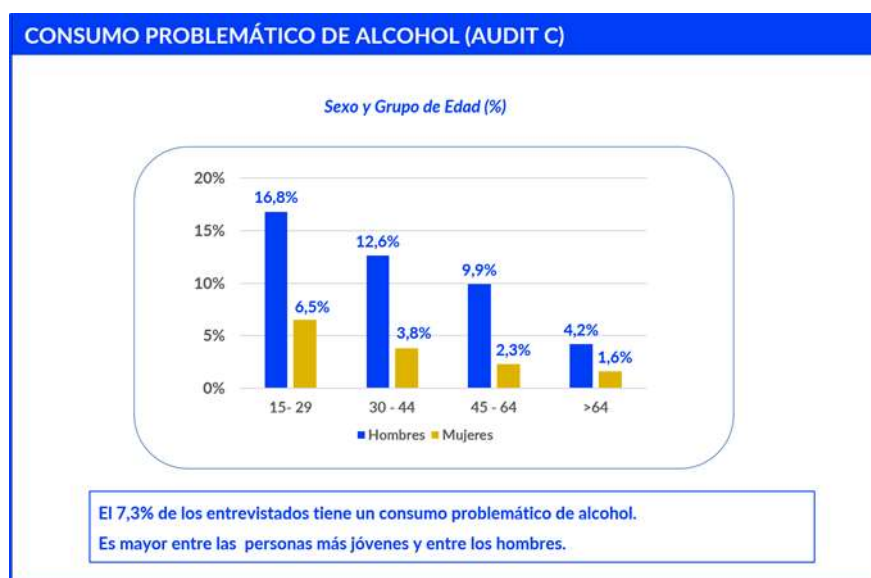
El 27% de la población encuestada es abstemia (17% de los hombres y 36% de las mujeres). El 32% es bebedor habitual es decir, consume alcohol 2 o más veces a la semana (43% de los hombres y el 23% de las mujeres). En ambos casos las diferencias por género son significativas. En la ENSE 2017 la prevalencia de bebedores habituales es del 36,5% para la población española. Estos datos no son estrictamente comparables porque se consideran a las personas que consumen alcohol al menos una vez por semana.





Un 7,3% de las personas entrevistadas presenta un consumo problemático de alcohol, con importantes diferencias entre hombres y mujeres. Entre la población de hombres más jóvenes, el consumo problemático alcanza al 16,8% de los varones y al 6,5% de las mujeres. En cuanto a la práctica de beber en atracones o *binge drinking* se da en el 14,3% de los jóvenes entre 15 y 29 años y las mujeres lo practican con una frecuencia significativamente mayor que los hombres.

El consumo problemático de alcohol no muestra relación con el nivel de desarrollo de los distritos.



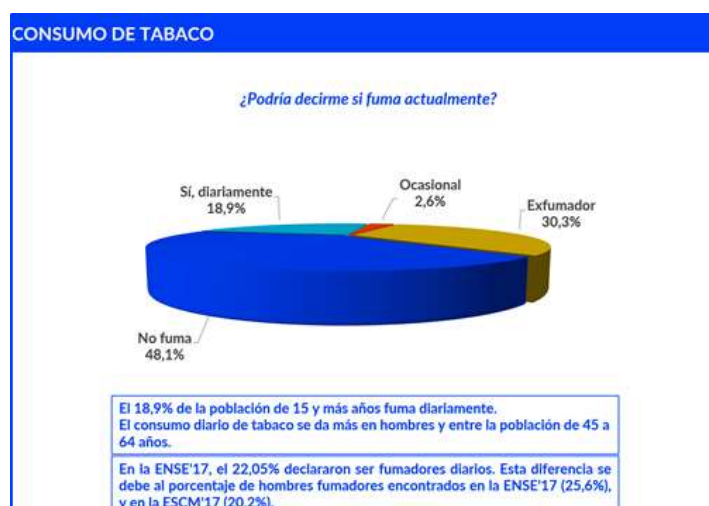
El 27% de la población es abstemia –mayor en mujeres- y el 32% es bebedora habitual –menor en mujeres-. Los datos sobre hábitos de consumo de alcohol son en general favorables en las mujeres, excepto en la práctica de beber en atracones o *binge drinking* en jóvenes de 15 a 29 años (14,3%) en que éstas arrojan resultados significativamente mayores que los hombres.

## TABACO

Un 18,9% de las personas encuestadas declara fumar diariamente. Este porcentaje es significativamente menor que el nacional (ENSE'17) fundamentalmente por la más baja frecuencia de este hábito en los hombres (en España 25,6% y en la ciudad de Madrid 20,2%); no encontrándose diferencias significativas en las mujeres (18,8% vs 17,9%). Hay un mayor porcentaje de fumadores diarios entre las personas de 45 a 64 años (23,6%), que en el resto de la población madrileña



Estas cifras confirman una tendencia claramente descendente del hábito tabáquico en las sucesivas encuestas (29,5% en 2005, 21,9% en 2017).

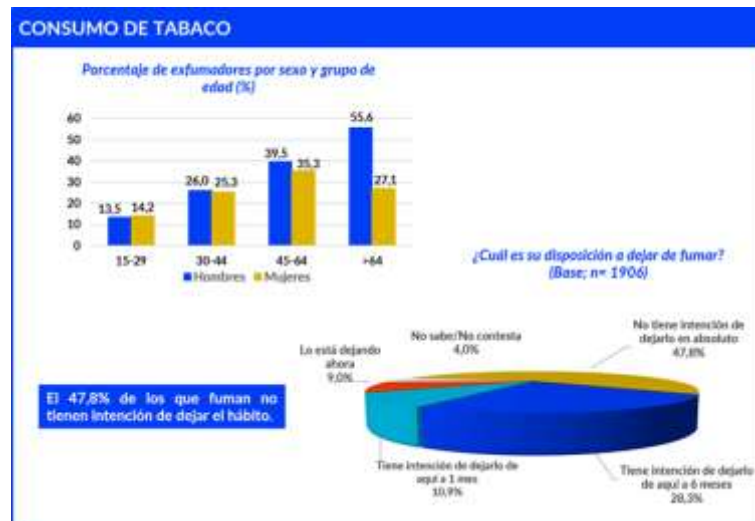


El consumo de tabaco no muestra relación con el nivel de desarrollo de los distritos.

El porcentaje de exfumadores en hombres crece linealmente en los diferentes grupos de edad, algo que también sucede en las mujeres, salvo en el grupo de más de 64 años. Entre los fumadores actuales, un 47,8% no tiene intención de dejar de fumar, un 39,2% está en disposición



de hacerlo en los próximos 6 meses y un 9,0% lo está abandonando ya. Las mujeres y las personas de mayor edad tienen menos intención de abandonar el hábito de fumar.



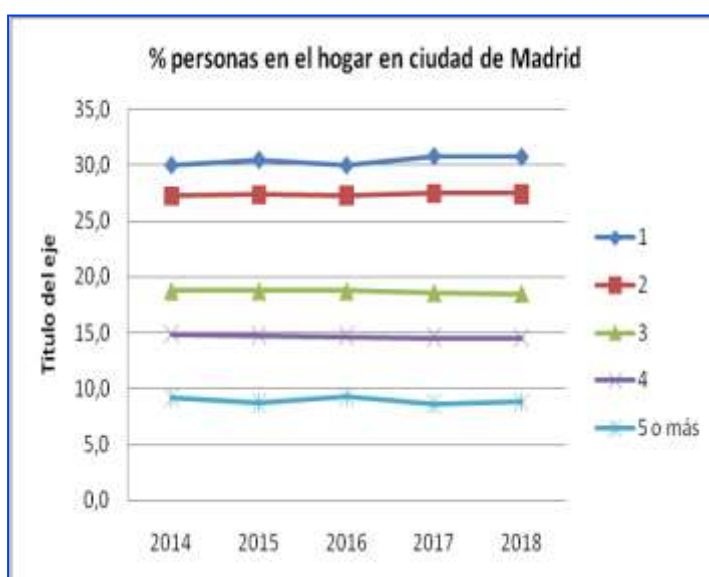
El 18,9% declara fumar diariamente, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque mayor en personas de entre 45 y 64 años. El porcentaje es menor que el nacional, especialmente en los hombres.

Cerca de la mitad de las personas fumadoras no tienen intención de dejar el hábito, especialmente mujeres y personas de mayor edad.

Comparando con encuestas anteriores, en Madrid se observa una tendencia descendente del hábito tabáquico.

## ENTORNO

### HOGARES UNIPERSONALES



En el 30,7% de los hogares madrileños lo compone una sola persona. Estos son los hogares más frecuentes en la ciudad, a diferencia de lo que ocurre en España y en la Comunidad Autónoma de Madrid donde son más frecuentes los hogares con dos personas. Tanto en España como en la Comunidad de Madrid existe un 5% menos de hogares unipersonales (en torno al 25%). En los últimos 10 años se ha incrementado en la ciudad el porcentaje de hogares unipersonales. En Barcelona el 31,12 de los hogares son unipersonales y el 27,20 de dos personas, similar a la

ciudad de Madrid.

En Madrid el 30,7% de hogares son unipersonales, porcentaje que se ha incrementado en los últimos 10 años. Este dato es menor en la Comunidad de Madrid y en el conjunto de España.

### TAMAÑO DE LA VIVIENDA Y CARENCIAS MATERIALES

La media de metros cuadrados útiles de la vivienda en nuestra ciudad es de 88,7 m<sup>2</sup> similar a lo hallado en las anteriores encuestas. El 16% de las viviendas cuenta con un espacio menor a 20m<sup>2</sup> por persona. Los factores que más se relacionan con el hecho de vivir con escaso espacio medio por persona en la vivienda son: ser menor de 65 años; pertenecer a la clase social desfavorecida; vivir en el grupo de distrito de menor desarrollo, formar parte de un hogar de inmigrantes económicos o haber cursado estudios primarios aunque no los hayan concluido.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida, los hogares con más carencias materiales son aquellos compuestos por una persona adulta con uno o más niños/as dependientes.

Analizando la evolución de las dificultades en la vivienda en la ciudad descienden en todos los casos entre 2009 y 2012 y se incrementan a partir de 2013.

Respecto a “permitirse mantener la temperatura adecuada de la vivienda” desciende hasta 2011 y se incrementa de forma importante esta dificultad de los hogares a partir de 2012, tanto en la ciudad de Madrid, Comunidad de Madrid y España. Esta tendencia se ha reducido en la ciudad de Madrid en 2016 y 2017, quedando por debajo de los hogares de la Comunidad de Madrid y de España que mantienen un % mayor de hogares con esta dificultad. (En 2017: 6,4% de los hogares en la ciudad de Madrid, 7,9% en la Comunidad de Madrid y 8,3% en España).



El 16% de las viviendas cuentan con menos de 20m<sup>2</sup>. Factores más relacionados:

- Ser menor de 65 años.
- Pertenecer a clase social desfavorecida.
- Vivir en distritos de menor desarrollo.
- Estar en situación de inmigración económica.
- Haber cursado estudios primarios o menos.

Los hogares con más carencias materiales son aquellos compuestos por una persona adulta con uno o más niños/as dependientes.

Desde 2012 los hogares que no pueden mantener una temperatura adecuada se ha incrementado, aunque en 2016 y 2017 éstos han descendido respecto a la Comunidad de Madrid.

El ruido y la contaminación atmosférica son los dos problemas más señalados de los hogares.

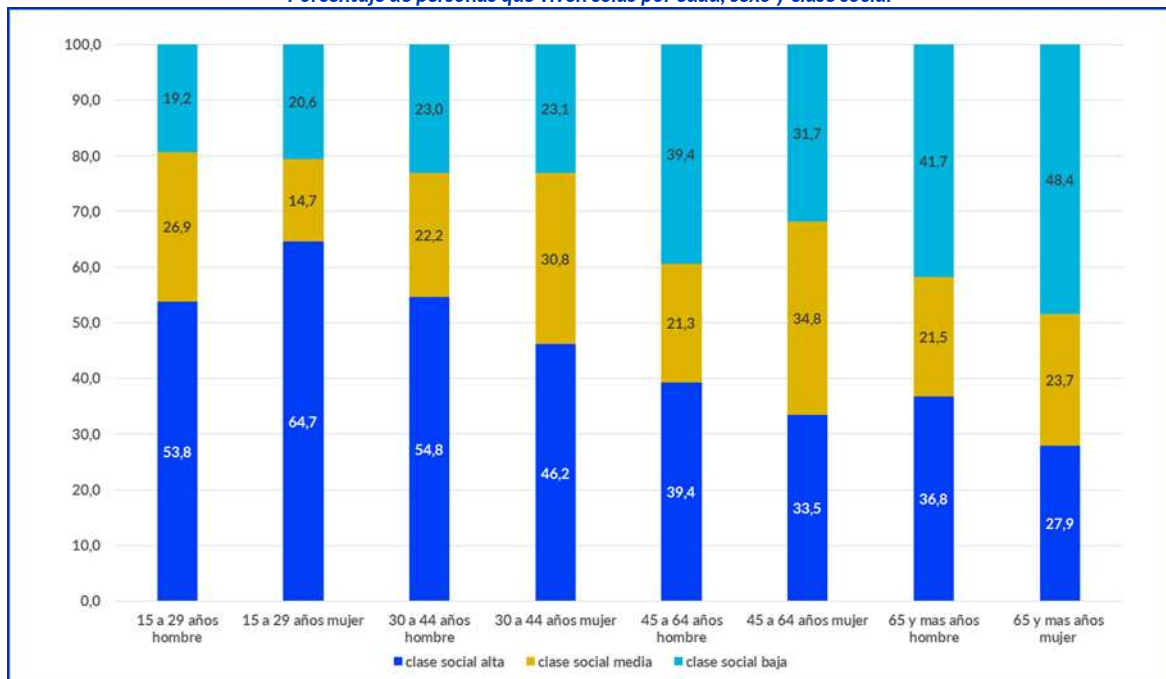
### CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

En 198.630 de los 1.278.258 hogares de la ciudad residen personas extranjeras (15,54%).

El 26% de los hogares lo integra al menos un menor de 16 años

El 12,2% de los madrileños y madrileñas vive solo/a en un hogar (10,1% hombres y el 14% mujeres). Analizado en ellos su distribución por sexo, edad y clase social observamos que en el tramo de edad de 15 a 29 años prevalece la clase social favorecida, entre las personas que viven solas, mientras que en el tramo de edad de 65 y más prevalece la clase social desfavorecida sobre todo en las mujeres.

*Porcentaje de personas que viven solas por edad, sexo y clase social*



El sentimiento de soledad en las personas que viven solas es mayor que en las que viven acompañadas, tanto en hombres como en mujeres.

En 198.630 de los 1.278.258 hogares de la ciudad residen personas extranjeras (15,54%).

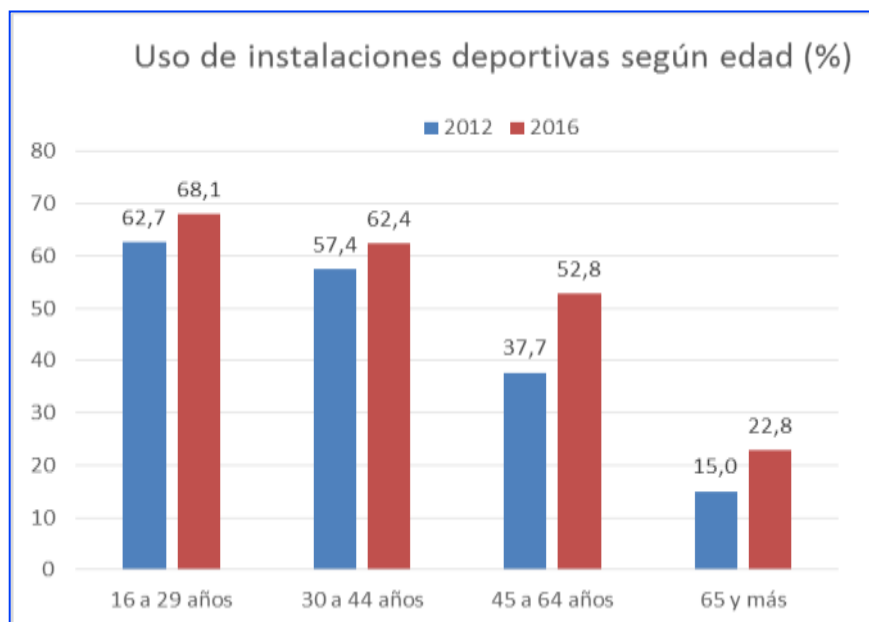
En el 26% de los hogares vive al menos un menor de 16 años.

El 12,2% de las personas viven solas en un hogar, con mayor frecuencia mujeres. Los jóvenes que viven solos, con mayor frecuencia pertenecen a clase social favorecida, si bien las personas de 65 años o más que viven solas prevalece la clase social desfavorecida, sobre todo en las mujeres.

## **BARRIO Y CIUDAD**

### **UTILIZACIÓN DE ESPACIOS VERDES E INSTALACIONES DEPORTIVAS**

El 94,4% de los encuestados afirma utilizar los espacios verdes (parques y jardines) de la ciudad. El uso de este tipo de equipamiento ha aumentado significativamente respecto a 2012 (86,5%). Los utilizan más los jóvenes entre 16 y 29 años y las personas de 30 a 44 años y, en menor medida, las de 45 a 64 años. Respecto del nivel de estudios, los universitarios son los que más los utilizan, seguido de los que tienen estudios secundarios. La satisfacción con los espacios verdes, es mayor entre los más jóvenes y entre las personas que viven en distritos del grupo de mayor desarrollo.



El 50,9% utiliza las instalaciones deportivas municipales, lo que supone un aumento significativo respecto de los datos obtenidos en 2012 (43,2%).

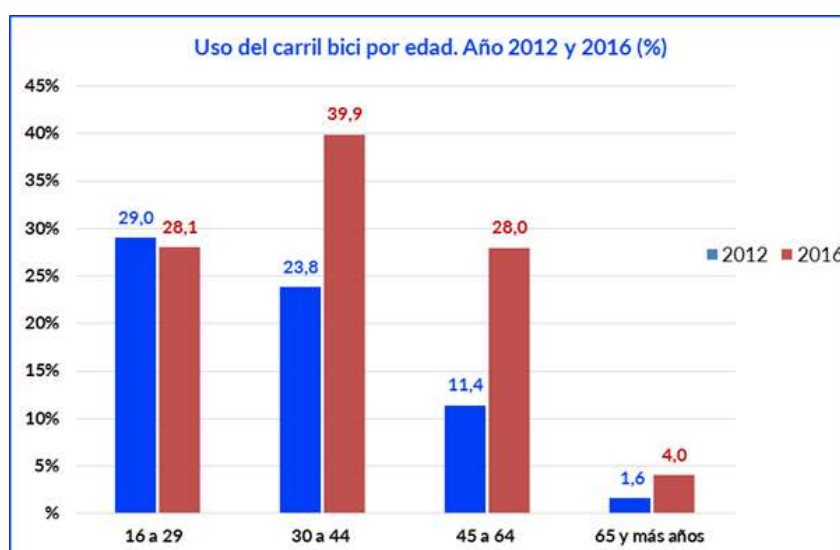
Casi la totalidad de las personas encuestadas afirman utilizar espacios verdes (94,4%) con mayor frecuencia jóvenes, que también presentan mayor satisfacción con ellos, así como las personas de distritos de mayor desarrollo.

Más de la mitad utilizan instalaciones deportivas municipales (50,9%).

Ambos porcentajes son superiores a los de años anteriores.

### USO DEL CARRIL BICI

La utilización del carril bici en el último año (32,6% en 2016) ha aumentado significativamente respecto al referido en 2012 (16,3%). El incremento se ha producido fundamentalmente entre las personas de edad media, pero también en mayores de 65 años. Los jóvenes lo usan más y a partir de los 44 años desciende su utilización.



La utilización del carril bici en el último año (32,6% en 2016) ha aumentado significativamente respecto al referido en 2012 (16,3%).

### PARTICIPACIÓN EN EL BARRIO

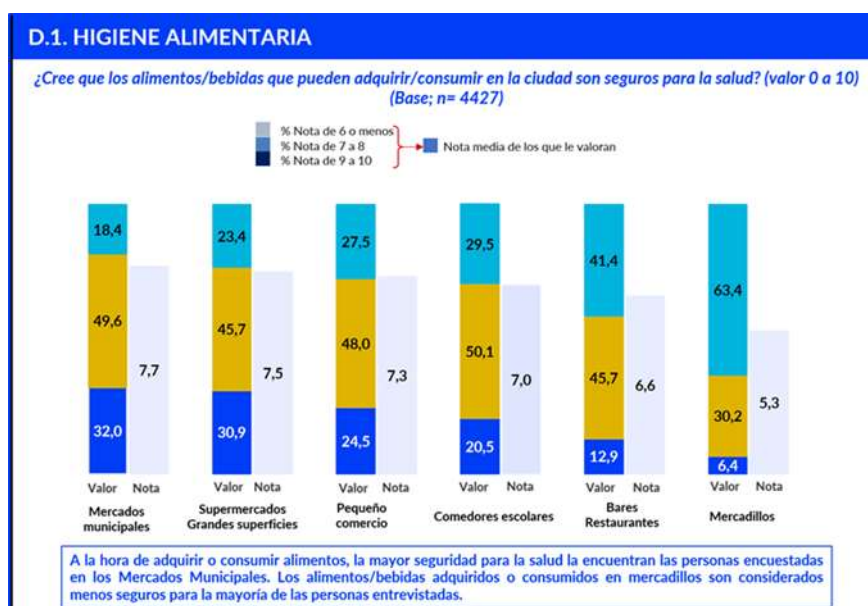
El 28,1% de las personas encuestadas participan en las actividades del barrio a veces, casi siempre o siempre, frente a los que no lo hacen nunca o casi nunca (71,9%), las personas con edad entre 30 y 44 años lo hacen más que los del resto de las edades y es más probable la participación si se pertenece a un distrito no incluido en el grupo de mayor desarrollo.

El 69,5% de las personas encuestadas utiliza recursos públicos de su barrio (centro deportivo, centro cultural, centro social, parque y jardines...), frente a los que no lo utilizan nunca o casi nunca (30,5%).

## SALUD AMBIENTAL

### SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS/BEBIDAS

Las personas encuestadas perciben que es seguro adquirir o consumir en la ciudad alimentos y bebidas (entre el 65 y el 90% puntúan entre 6 y 10 la seguridad en una escala 0 a 10). La mejor puntuación respecto a la percepción de seguridad la obtienen los mercados municipales (28 en la ciudad), un 89,5% de las personas encuestadas puntúan entre 6 y 10, seguido de los supermercados y las grandes superficies (85,7%), el pequeño comercio (83,9%), los comedores escolares (78,7%), los bares y restaurantes (72,1%) y los mercadillos (51,45%). El 63,5% de las personas utilizan los mercados municipales y puntúa con un 7,7 su satisfacción con los mismos.



Indicadores Estratégicos (%)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Calidad de Alimentos (%).(1)	92,3	93,33	92,65	90,5	90,9	92
Calidad del agua del grifo (%).(2)	97	97,5 (*)	97,3	97,2	97,9	98,20
Brotos de toxoinfección alimentaria (Tasa/100.000 habitantes).	0,53	1,03	1,23	0,76	1,45	1,48

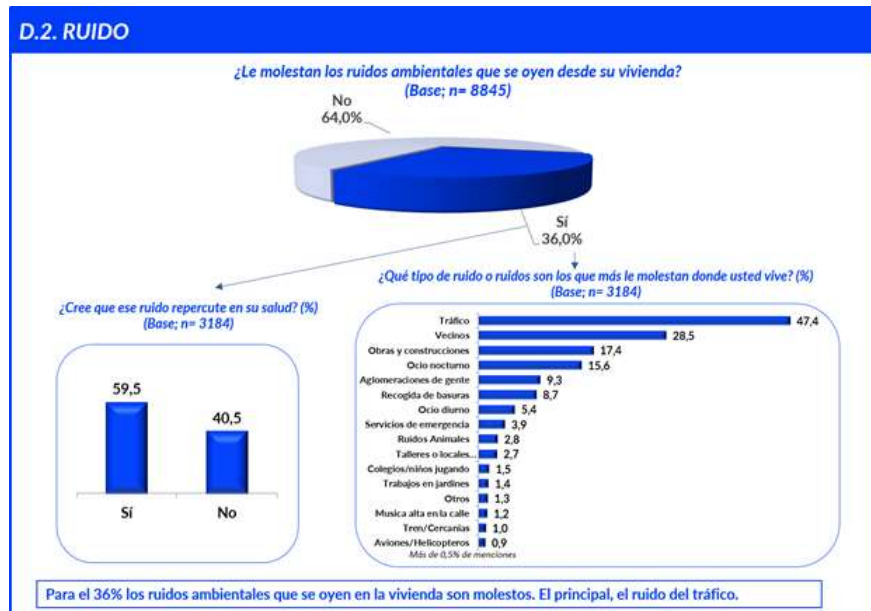
- (1) Grado de conformidad de los alimentos con la norma establecida, mediante el análisis de muestras para control oficial de productos alimenticios teniendo en cuenta los riesgos biológicos, químicos, los vinculados a la composición y el contenido de alérgenos y sustancias que provocan intolerancias.
- (2) Proporción de muestras de agua de grifo aptas para el consumo. Las muestras analizadas, tomadas de oficio, se obtienen en edificaciones (instalaciones interiores) públicas y con actividad comercial (colegios, polideportivos, albergues, centros de día, bares, restaurantes, centros comerciales, comercio minorista de la alimentación y otros edificios públicos).

La mayoría de las personas perciben que es seguro adquirir o consumir en la ciudad alimentos y bebidas.

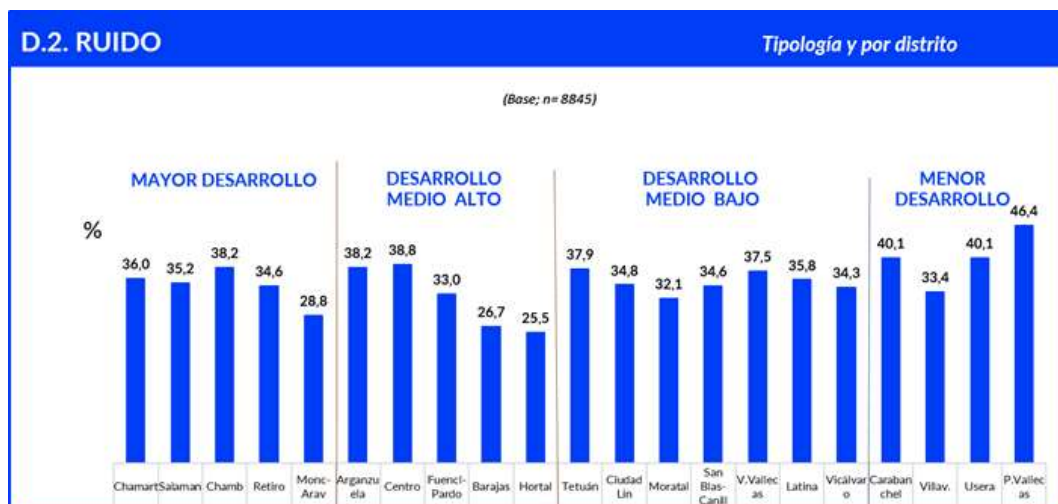
Los mercados municipales son los que se perciben más seguros (89,5% de personas encuestadas, y puntuados con 7,7 la satisfacción con los mismos), seguidos de supermercados y grandes superficies, pequeño comercio, comedores escolares, bares y restaurantes, y por último los mercadillos, percibidos como seguros por algo más de la mitad de la mitad de personas encuestadas. La calidad de los alimentos y agua de grifo de la ciudad es superior a 90% y 97% respectivamente.

## RUIDO

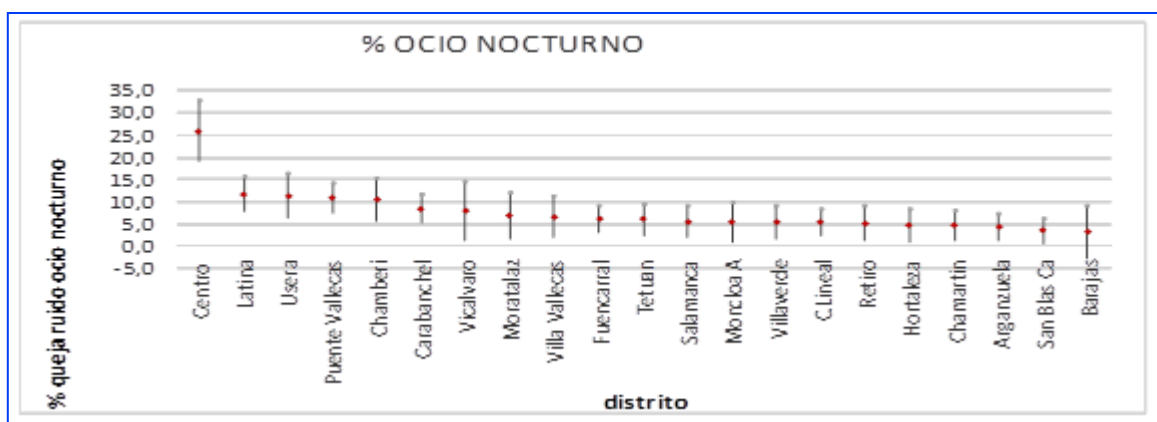
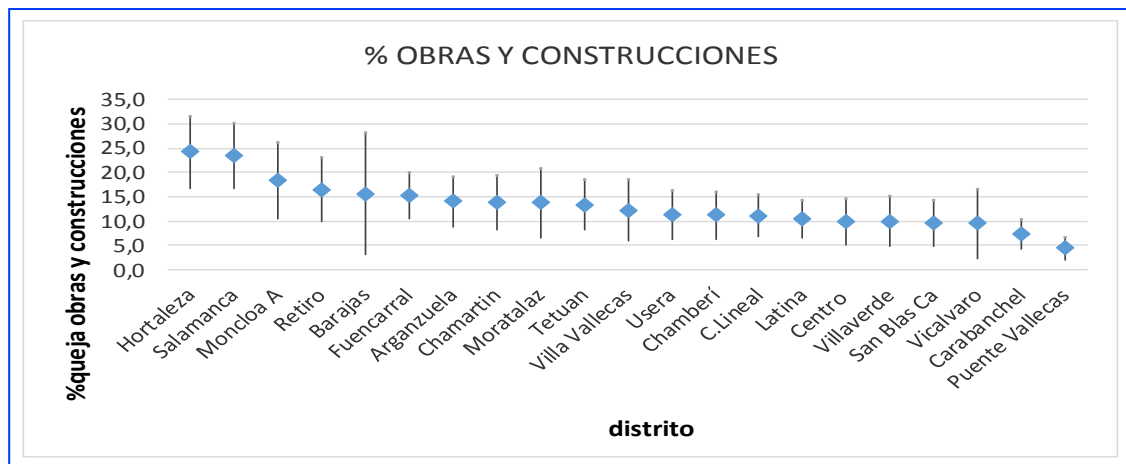
Al 36% de las personas encuestadas le molestan los ruidos que oye desde su vivienda, y el 60% de estas personas piensa que repercuten negativamente en su salud. Las molestias de ruido proceden por orden de frecuencia de: el tráfico, los vecinos, las obras y contrucciones, el ocio nocturno, la recogida de basuras y aglomeraciones y voces de la gente en la calle, explicando todas ellas en conjunto el 90% de las molestias.



Por distrito, no existen diferencias significativas, salvo en los ruidos producidos por obras y construcciones y ocio nocturno. Las molestias por ocio nocturno son significativamente más frecuentes en las personas vecinas del distrito Centro respecto al resto de distritos.







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

Las molestias de ruido proceden por orden de frecuencia de: el tráfico, los vecinos, las obras y contrucciones, el ocio nocturno, la recogida de basuras y aglomeraciones y voces de la gente en la calle, explicando todas ellas en conjunto el 90% de las molestias.

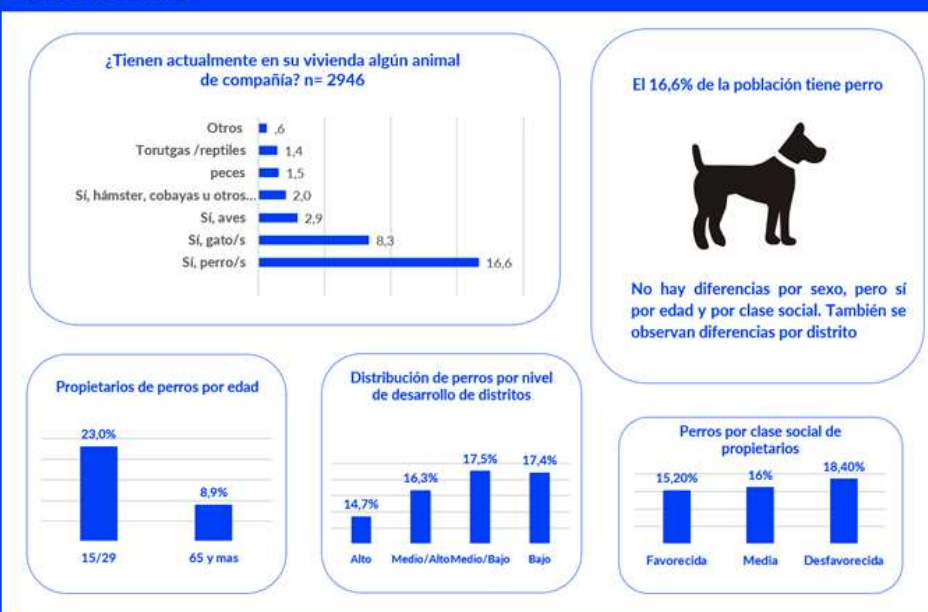
Por distrito, no existen diferencias significativas, salvo en los ruidos producidos por obras y construcciones y ocio nocturno. Estas últimas son significativamente más frecuentes en personas vecinas del distrito Centro.

## MASCOTAS

Un 29% de los madrileños y madrileñas tiene mascota o animal de compañía. Los animales más frecuentes son los perros en un 17% seguido de los gatos, un 7%.



## D.3. MASCOTAS

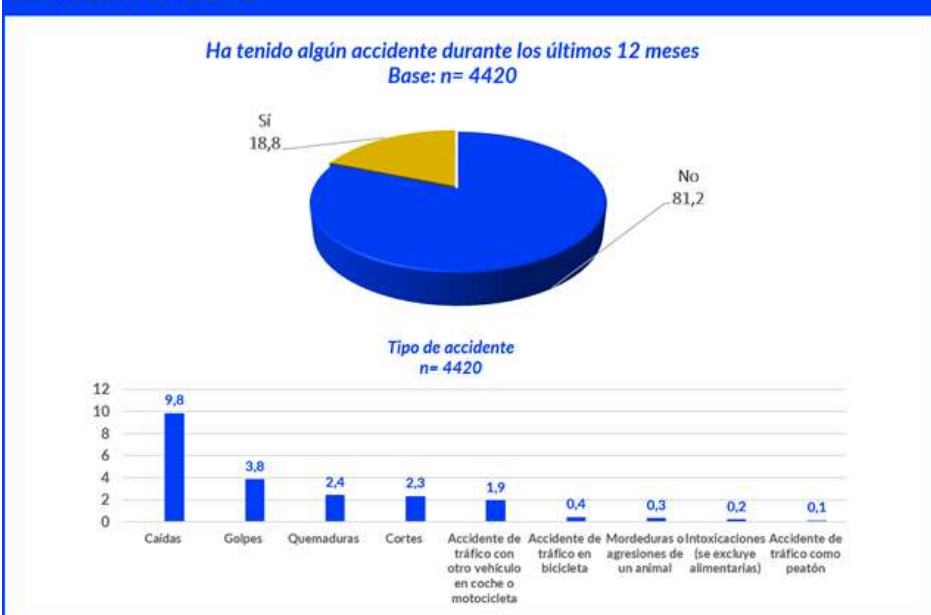


Un 29% de personas encuestadas tienen mascota o animal de compañía, con mayor frecuencia perros (17%) o gatos (7%).

## ACCIDENTES

El 18,8% de las personas encuestadas afirma haber sufrido algún accidente en los últimos 12 meses que provocó alguna restricción en su actividad y/o requirió asistencia sanitaria. Las caídas suponen el accidente más frecuente, seguidas de los golpes y las quemaduras. Ser mujer y mayor de 65 años se asocia de forma significativa con más probabilidad de sufrir una caída.

## B.3 ACCIDENTALIDAD



Respecto a la mortalidad de los accidentes de tráfico en vías urbanas de la ciudad son los peatones quienes más frecuentemente la sufren (40%), seguidos de las personas que viajan en moto (30%).

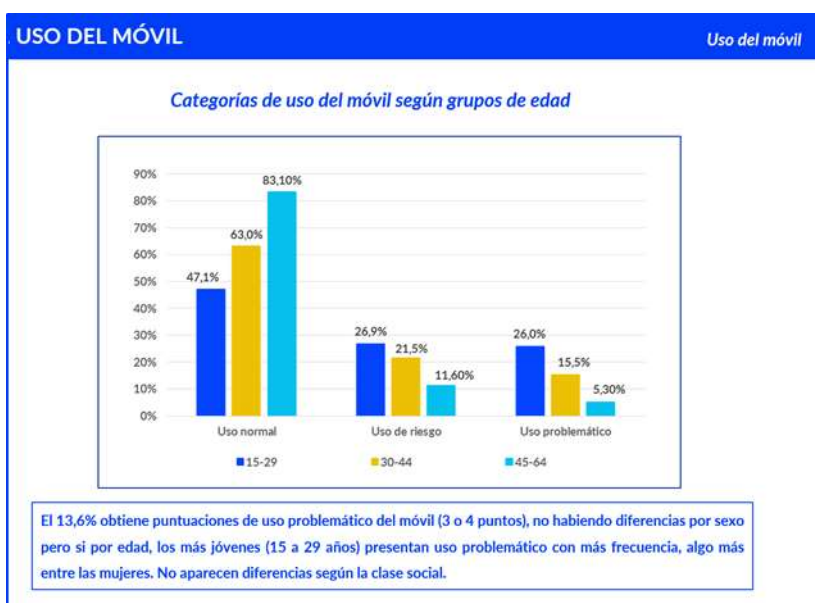
El 18,6% de las personas encuestadas refieren haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses, casi la mitad de ellos caídas –más frecuentes en mujeres y mayores de 65 años-, seguidos de golpes o quemaduras.

La mortalidad por accidentes de tráfico en vías urbana la sufren con mayor frecuencia peatones (40%) y personas que viajan en moto (30%).

## **PROBLEMAS SOCIOSANITARIOS EMERGENTES**

### **USO/ABUSO DEL MÓVIL**

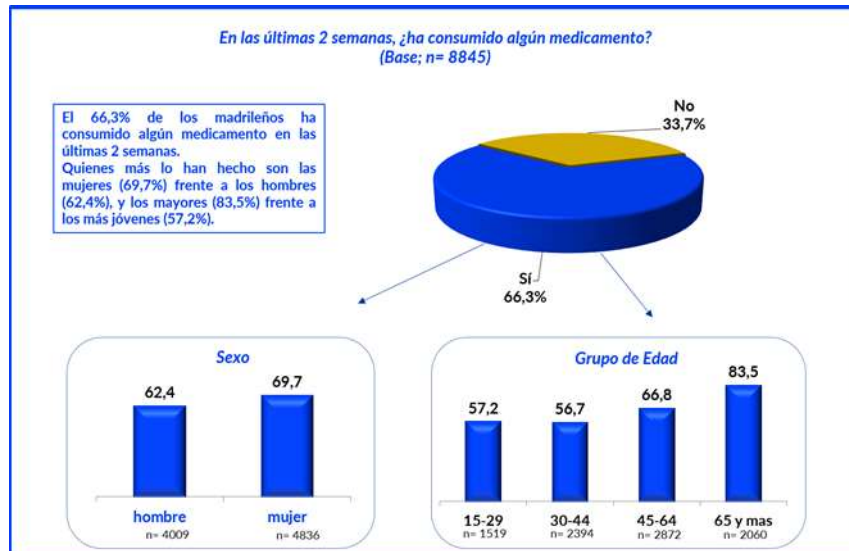
El 92,4% de los individuos de la muestra utiliza el móvil habitualmente, y un 0,2% carece de móvil. Un 18,6% declara un “uso de riesgo” y un 13,6% presenta un “uso problemático” del móvil. Estos últimos tienen mayor riesgo de mala salud mental que quienes tienen “uso de riesgo” y estos, a su vez, más que los de “uso normal”. Quienes con más frecuencia lo utilizan de forma problemática son los más jóvenes: hasta un 26% de quienes fueron encuestados de entre 15 a 29 años reconoce esta situación.



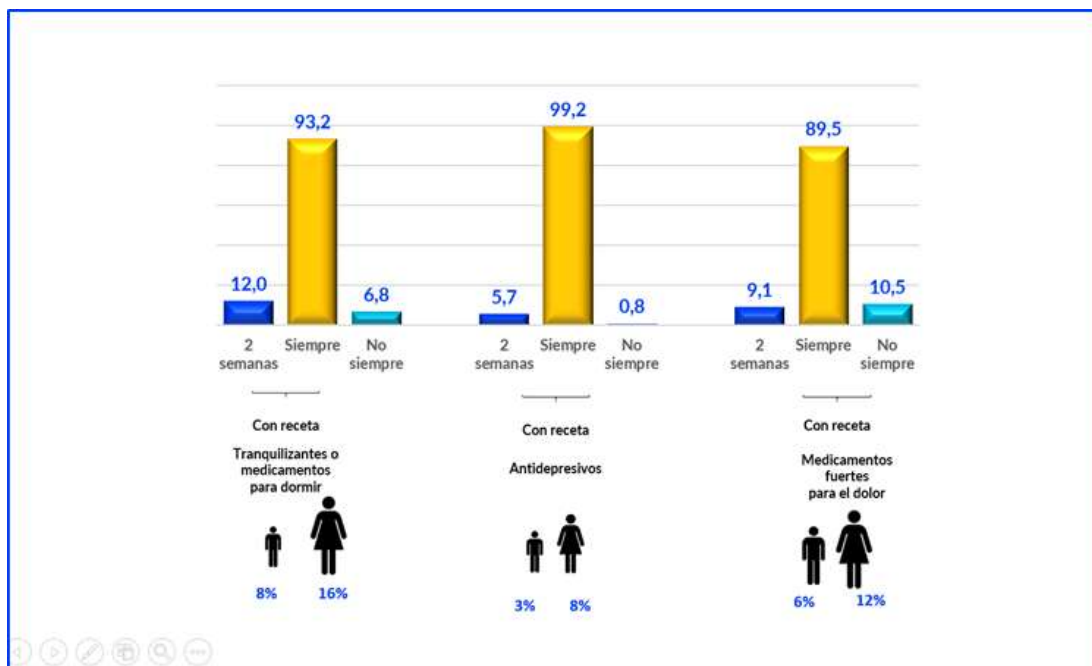
Solo un 0,2% de las personas encuestadas carecen de móvil. Un tercio hacen uso normal del mismo, un 18,6% hacen uso de riesgo y un 13,6% reconocen un uso abiertamente problemático de su móvil.

### **CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

El 66% de las personas entrevistadas consume medicamentos habitualmente. Esta cifra es similar a la obtenida en la encuesta de 2013 (65%), aunque existe un incremento significativo de aproximadamente un 10% en esta frecuencia respecto a lo hallado en la encuesta de 2005 (55%), siendo en la actualidad este consumo similar al de España.



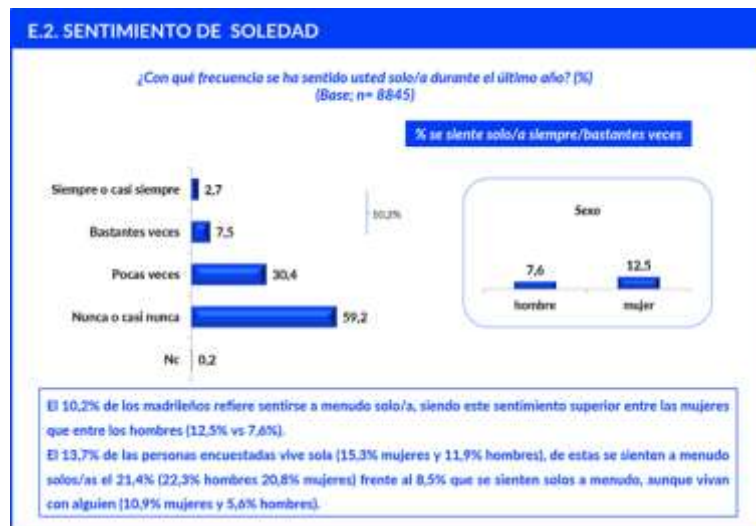
Un 12% consume tranquilizantes habitualmente, un 6% antidepresivos y un 9% analgésicos opioides. El uso de estos medicamentos es, en todos los casos, más frecuente en mujeres que en hombres: tranquilizantes 16% vs. 8%, antidepresivos 8% vs. 3% y analgésicos opioides 12% vs. 6%. Los tranquilizantes y los analgésicos opioides se auto-administran sin prescripción médica en el 10% de los casos.



El 66% de las personas entrevistadas consume medicamentos habitualmente (55% en encuesta de 2005), dato similar al de España. Un 12% consume tranquilizantes, 6% antidepresivos y 9% analgésicos de tipo opioides, que crean importante dependencia. Tanto el consumo de estas medicinas como en todas en general es más frecuente en mujeres.

## SOLEDAD

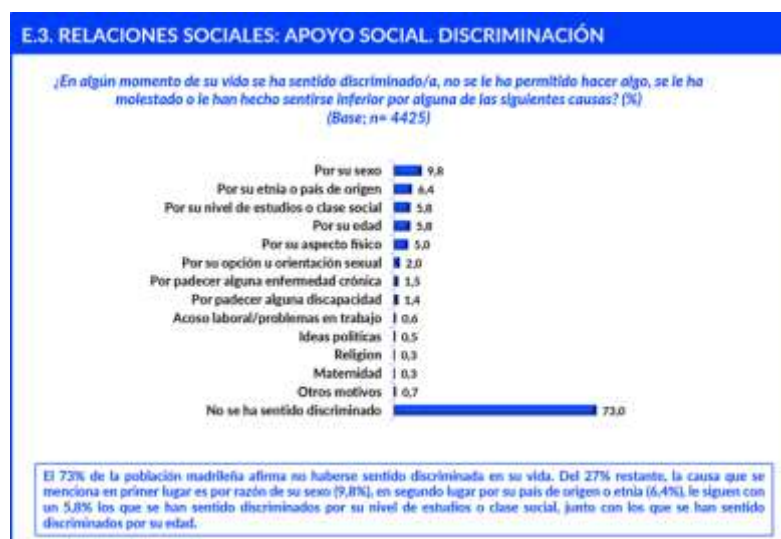
El 10% de los encuestados refiere sentirse solo bastantes veces, siempre o casi siempre (13% mujeres, 8% hombres). El sentimiento de soledad, independientemente de si se vive solo o acompañado, es más frecuente entre quienes reconocen sufrir dificultades económicas.



El 10% de los encuestados refiere sentirse solo bastantes veces, siempre o casi siempre (13% mujeres, 8% hombres). El sentimiento de soledad, independientemente de si se vive solo o acompañado, es más frecuente significativamente entre quienes reconocen dificultades económicas.

## DISCRIMINACIÓN

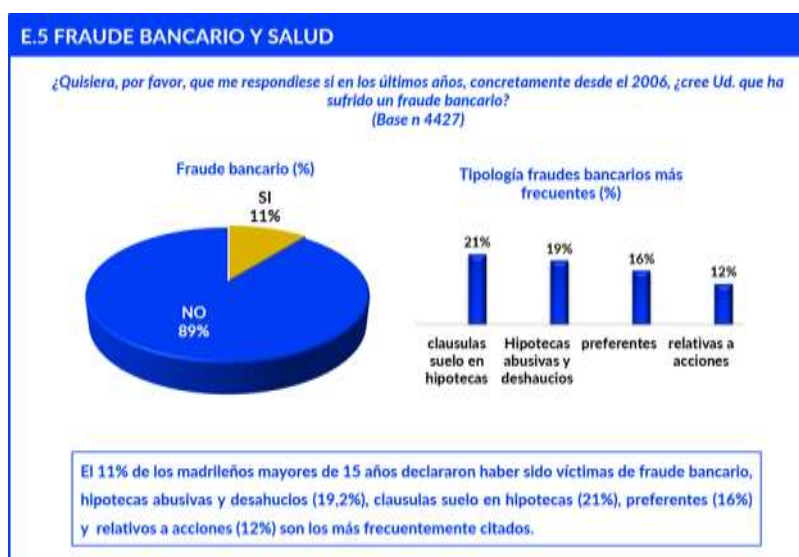
El 27% de los sujetos encuestados refiere haberse sentido discriminado en alguna ocasión. Entre las causas concretas destaca la discriminación por motivo de sexo referida por cerca del 10% de las personas encuestadas (17% mujeres y 2% hombres). Otra causa de discriminación es la etnia o el país de origen (6%).



El 27% de las personas encuestadas refiere haberse sentido discriminada en alguna ocasión, especialmente por sexo, etnia o país de origen.

### FRAUDE BANCARIO

Un 11% de los encuestados declara haber sido víctima de un fraude bancario (tanto de créditos, como las cláusulas suelo en hipotecas -un 19% de todos los fraudes-, como de inversiones, en el caso de las preferentes -un 17%-) en la última década, afectando de manera bastante transversal a todos los grupos de población, aunque con menos frecuencia en personas jóvenes y en quienes tienen niveles educativos elementales.



Este problema repercutió negativamente en la salud de quienes lo sufrieron, que vieron afectada la autopercepción de la misma, la calidad de vida y la salud mental, dándose la circunstancia de que en las mujeres el deterioro de la salud se corresponde con impactos menores en la economía familia. Quienes sufrieron un fraude desarrollaron más frecuentemente un problema crónico de salud y refirieron dolor más frecuentemente que los demás.

Las personas que han sido víctimas de algún fraude bancario, perciben que ha repercutido negativamente en su salud y calidad de vida: el 61% perciben su salud como positiva, frente al 72% del conjunto de la muestra.

## MIRADA DE GÉNERO. ALGUNOS DATOS

### ASPECTOS EN QUE LAS MUJERES ARROJAN PEORES RESULTADOS

#### Indicadores del nivel de salud

- Si bien la esperanza de vida al nacer y a los 65 años es mayor en las mujeres, el porcentaje de años de vida en buena salud respecto al total de la vida es menor que en los hombres.
- Las mujeres perciben peor su salud que los hombres.

- La percepción de calidad de vida en relación con la salud también es peor en las mujeres.
- Los problemas crónicos de salud son más frecuentes en las mujeres. Presentan mayor vulnerabilidad en salud.
- El consumo de medicamentos es más frecuente en mujeres que en hombres (tranquilizantes, antidepresivos, opioides)
- Las mujeres tienen más riesgo mala salud mental.

#### Factores determinantes de la salud: hábitos y estilos de vida

- La media de horas de sueño es menor en mujeres que en hombres.
- Las mujeres más jóvenes presentan mayor uso problemático del móvil, aunque el porcentaje global es similar entre ambos sexos.

#### Factores determinantes de la salud: entorno

- Con más frecuencia las mujeres se sienten solas (aunque más hombres que mujeres que viven solos se sienten solos, y más mujeres que hombres se sienten solas aunque vivan con alguien).

### **ASPECTOS EN QUE LOS HOMBRES ARROJAN PEORES RESULTADOS**

#### Factores determinantes de la salud: hábitos y estilos de vida

- Los hombres presentan exceso de peso con más frecuencia que las mujeres.
- Mayor consumo de alcohol en hombres. Hay la mitad de hombres abstemios que de mujeres.
- Los hombres consumen menos vegetales que las mujeres.
- Hay más hombres fumadores diarios que mujeres.

#### Discapacidad:

- La discapacidad es más frecuente en hombres que en mujeres, sobretodo en mayor grado de discapacidad (33-64% número similar, más mujeres que hombres grado 65-75%).

### **MIRADA DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD. ALGUNOS DATOS**

En este estudio se hallan algunas desigualdades en salud en relación a la distribución de determinantes y variables de salud en diferentes grupos sociales definidos por nivel de estudios alcanzado, clase social ocupacional o situación migratoria.

#### Factores determinantes de la salud: hábitos y estilos de vida

- Las personas con nivel de estudios universitarios o secundarios utilizan con mayor frecuencia espacios verdes e instalaciones deportivas.
- Los jóvenes que viven solos con mayor frecuencia pertenecen a clase social favorecida, mientras que los mayores de 65 años en esa situación preferentemente son de clase social desfavorecida.

### Indicadores del nivel de salud

- La discapacidad es más frecuente en personas con estudios primarios completados o no y clase social desfavorecida.
- El sobrepeso y la obesidad se presentan con mayor frecuencia en personas con estudios elementales y clase social desfavorecida.
- Las personas de clase social desfavorecida presentan con mayor frecuencia un riesgo incrementado de mala salud mental.
- Las personas de clase social desfavorecida y las que están en desempleo tienen más riesgo ajustado de sufrir una enfermedad crónica.

## **MIRADA DESIGUALDAD TERRITORIAL EN SALUD. ALGUNOS DATOS**

### Factores determinantes de la salud: hábitos y estilos de vida

- Existe un mayor porcentaje de clase social favorecida o desfavorecida en los distritos de mayor y menor desarrollo respectivamente.
- Las familias que sufren inseguridad de acceso económico a los alimentos son más frecuentes en los distritos de menor desarrollo.
- Vivir en viviendas de escasa superficie media por persona es más frecuente en distritos de bajo desarrollo.
- Existe una mayor satisfacción con los espacios verdes y mayor participación en el barrio en los distritos de alto desarrollo.
- En el distrito Centro es más frecuente las molestias por ruido de ocio nocturno.

### Indicadores del nivel de salud

- Existen diferencias entre los distritos en relación a la percepción óptima del estado de salud, así como un gradiente que asocia una peor percepción de la calidad de vida a menor desarrollo de los distritos.
- Existen diferencias en la esperanza de vida al nacer entre los distritos, siendo la más alta en Barajas y la más baja en Puente de Vallecas.
- En los distritos de menor desarrollo las personas presentan con mayor frecuencia riesgo de mala salud mental.
- El exceso de peso, tanto en adultos como en niños, es más frecuente en los distritos de menor desarrollo.

Madrid, 18 de Enero de 2019

