

Madrid

2012

Informe

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

Edita

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
Dirección General de Atención Primaria
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención
C/ Julián Camarillo, 4b, 28037 Madrid

Diciembre de 2012

ISBN: 978-84-695-6728-9



Para citar datos de este Informe se debe indicar la procedencia de la siguiente manera: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2012.

Dirección General de Atención Primaria

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Antonio Alemany López
Santiago Sevilla Alonso

Director General de Atención Primaria
Subdirector de Promoción de la Salud y Prevención

Autores/as

Dirección, coordinación, selección de indicadores y edición

Área de Epidemiología. Servicio de Informes de Salud y Estudios

Jenaro Astray Mochales
M^a Felicitas Domínguez Berjón
María D. Esteban Vasallo
Ricard Gènova Maleras
Luis Velázquez Buendía

Jefe de Área de Epidemiología
Jefa de Servicio de Informes de Salud y Estudios
Técnica Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios
Técnico Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios
Técnico Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios

Soporte informático: procesamiento y actualización de datos, diseño de imágenes y desarrollo web

Enrique Barceló González
Luis Miguel Blanco Ancos

Autores/as colaboradores/as

Nicole Aerny Perreten, M^a Carmen Álvarez Castillo, Ana Isabel Anes Orellana, Emiliano Aránguez Ruiz, Araceli Arce Arnáez, Ana Patricia Bartolomé Asín, Javier Bernal Gravalos, Pilar de Bernardo Alonso, Sara Boleas Ramón, Mercedes Butler Sierra, Enrique Cámara Díez, Soledad Cañellas Llabrés, Lara Victoria Carreño Ibañez, Patricia Cervigón Morales, Carlos Cevallos García, José Luis Cruz Maceín, M Concepción Delgado Sanz, Lucía Díez Gañan, Alicia Estirado Gómez, Carmen Estrada Ballesteros, Pedro Galache Ríos, Ana Gandarillas Grande, Luis García Comas, José Frutos García García, Carmen García Riobobos, M^a Fernanda González Gómez, M^a Ángeles Gutiérrez Rodríguez, M^a Luisa Lasheras Lozano, Margarita Hernández Sánchez, Domingo Iniesta Fornies, Concepción Izarra Pérez, Manuel Martínez Vidal, Rosa Noguerales de la Obra, María Ordobás Gavín, Julio Pérez de la Paz, Marisa Pires Alcaide, Inmaculada Rodero Garduño, Ana Ruiz Bremón, M^a Jesús Sagües Cifuentes, M^a Jesús Sánchez Moreno, Michela Sonego, María José Soto Zabalgoageazcoa, María Terol Claramonte, José Verdejo Ortes, Ana Clara Zoni

Secretaría: edición de documentos en PDF

Beatriz Elvira Rodríguez

Agradecimientos

Al Subdirector de Sanidad Ambiental, a la Jefa del Área de Promoción de la Salud y Prevención y al Jefe de Área del Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud por su apoyo en las distintas fases de la elaboración del Informe.

A todos los Jefes de Servicio y profesionales de los servicios territoriales de salud pública, de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención (Dirección General de Atención Primaria), del Servicio de Sanidad Ambiental y del Servicio de Salud Laboral (Dirección General de Ordenación e Inspección) y de la Agencia Antidroga que han facilitado la disponibilidad de informes específicos/indicadores previamente elaborados.

A los profesionales de la Oficina Web de la Consejería de Sanidad por su colaboración para la publicación en web del Informe.

La información que figura en este Informe no habría sido posible sin los/las profesionales que la generan en el día a día, a los que queremos agradecer de forma explícita su colaboración:

- Profesionales sanitarios asistenciales de la Comunidad de Madrid
- Profesionales de salud pública de la Comunidad de Madrid
- Profesionales informáticos y de apoyo tecnológico de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
- Profesionales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid

Uno de los objetivos fundamentales de la administración sanitaria, y especialmente de sus servicios de Salud Pública, es la producción de información sanitaria sobre el estado de salud de la población, dirigida a los ciudadanos y a los propios profesionales sanitarios. Información necesaria y suficiente para la detección de problemas y prioridades de actuación, la elaboración de los propios planes de actuación y su evaluación posterior, y en general la toma de conciencia sobre el nivel de salud de la población, que constituirá el acicate para su mejora. Ningún esfuerzo colectivo orientado al bien social es hoy día imaginable, ni siquiera legítimo en el caso de la Administración pública, sin la correspondiente información analítica que lo sustente.

Este Informe de Salud 2012, que continúa la serie iniciada años atrás, pretende cumplir el objetivo mencionado. Como en anteriores ocasiones su elaboración ha sido posible sólo gracias al esfuerzo de muchos profesionales, sanitarios y de otros ámbitos, que directa o indirectamente han contribuido a aquélla. Las fuentes de información utilizadas han sido también numerosas y diversas, en consonancia con una visión multifacética de la salud, habitualmente registros previamente existentes y también informes y estudios específicos sobre aspectos determinados de la salud, como la alimentación o el ejercicio físico. El resultado es un compendio de datos e indicadores sobre mortalidad, morbilidad y factores determinantes de la salud, distribuidos en capítulos que abarcan grupos de enfermedades y entornos de vida fundamentales para la salud.

Como novedad respecto a informes anteriores, el Informe de Salud 2012 presenta un formato interactivo, que permite adaptar la información disponible a las necesidades del usuario, y cuando ha sido posible, enlaces a las fuentes originales que suministran la información. Ambas novedades redundan en una ampliación considerable de la información disponible.

Confiamos en que una vez más este Informe, testimonio del esfuerzo y constancia de los profesionales que generan día a día la información que lo sustenta, sea recibido, utilizado, y también cuestionado, con el mayor interés. Ello será motivo de congratulación para todos, profesionales y ciudadanos en general. Especialmente en estos años difíciles, en que el esfuerzo colectivo es tan determinante.

Antonio Alemany López

Director General de Atención Primaria

Listado de abreviaturas empleadas en el texto

AP-Madrid	Historia clínica electrónica de atención primaria
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años vividos con discapacidad o mala salud
AVP	Años de vida perdidos por muerte prematura
BPN	Bajo peso al nacer
CEPROSS	Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social
CIAP	Clasificación internacional de la Atención Primaria
CIBELES	Centro de Información Básica Estratégica para los Entornos Sanitarios
CIE-9-MC	Clasificación internacional de enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CM	Comunidad de Madrid
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos hospitalarios
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
DA	Dirección Asistencial
DE	Desviación estándar
DGT	Dirección General de Tráfico
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EPA	Encuesta de Población Activa
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERSM07	Encuesta regional de salud de Madrid 2007
ESCM01	Encuesta de salud de la Comunidad de Madrid 2001
ESS	Ministerio de Empleo y Seguridad Social
E(0)	Esperanza de vida al nacer
H	Hombres
IC	Intervalo de confianza
IECM	Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid
IME	Índice o razón de mortalidad estándar
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
ISF	Índice Sintético de Fecundidad o número de hijos por mujer
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LI	Límite inferior del intervalo de confianza
LS	Límite superior del intervalo de confianza
M	Mujeres
MBPN	Muy bajo peso al nacer
MEDEA	Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socioEconómicas y Ambientales
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
N	Número de casos
NC	No consta
OMI-AP	Organización y Management Informático de la Atención Primaria (programa informático)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio
PREDIMERC	PREvalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid
RME	Razón o Índice de mortalidad estándar
RN	Recién nacido
SISPAL	Sistema de Información de Salud Pública y Alimentación

SIVFRENT-A	Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población adulta
SIVFRENT-J	Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población joven
SUMMA-112	Servicio de Urgencias Médicas de Madrid
TGF	Tasa General de Fecundidad
TIS	Tarjeta Individual Sanitaria
ZBS	Zona Básica de Salud

Índice

Resumen

Metodología

1.1. Introducción

1.2. Fuentes de información

1.3. Indicadores

1.3.1. Mortalidad y esperanza de vida

1.3.2. Morbilidad en Atención Primaria

1.3.3. Morbilidad hospitalaria

1.3.4. Carga de Enfermedad

Objetivos 1 y 2. Equidad y solidaridad para la salud en la región europea de la OMS

2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid

2.1.1 Evolución de la población y estructura por edades

2.1.2 Migración

2.1.3 Fecundidad

2.2. Mortalidad y morbilidad

2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad

2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida

2.2.3. Mortalidad por causa

2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria

2.2.5. Morbilidad hospitalaria

2.2.6. Carga de enfermedad

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

3.1. Indicadores generales al nacimiento

3.1.1. Peso al nacimiento

3.2. Mortalidad infantil

3.3. Mortalidad perinatal

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

3.5. Morbilidad hospitalaria

3.6. Lactancia materna

3.7. Conclusiones

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

4.1. Mortalidad

4.2. Morbilidad

4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

4.3. Factores determinantes

4.3.1. Ejercicio físico

4.3.2. Alimentación

4.3.3. Sobrepeso y obesidad

4.3.4. Tabaco

4.3.5. Alcohol

4.3.6. Drogas de comercio ilegal

4.3.7. Sexualidad responsable

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

4.3.9. Información sobre temas de salud

4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

4.5. Conclusiones

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

5.1. Aspectos demográficos

5.2. Mortalidad

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

5.4. Morbilidad hospitalaria

5.5. Conclusiones

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

- 6.1.1. Indicadores generales
- 6.1.2. Mortalidad
- 6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria
- 6.1.4. Morbilidad hospitalaria
- 6.1.5. Carga de enfermedad

6.2. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. Enfermedad de Alzheimer

6.3. Conclusiones

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

7.1. Enfermedades transmisibles

- 7.1.1. Indicadores generales
- 7.1.2. Mortalidad
- 7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria
- 7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas
- 7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

7.2. Coberturas vacunales

- 7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario
- 7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

- 7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis y varicela
- 7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas, enfermedad invasiva por H. influenzae, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora y otras meningitis bacterianas
- 7.3.3. Hepatitis víricas A, B y otras
- 7.3.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe y legionelosis
- 7.3.5. Tuberculosis
- 7.3.6. Brucelosis
- 7.3.7. Enfermedades transmitidas por vectores: leishmaniasis y paludismo

7.3.8. Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario

7.3.9. Infecciones de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis

7.3.10. Infecciones causadas por VIH/sida

7.3.11. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas, lepra y otras enfermedades de declaración obligatoria

7.3.12. Brotes de origen no alimentario

7.4. Conclusiones

Objetivo 8. Enfermedades no transmisibles

8.1. Áreas focales determinantes

8.1.1 Factores de riesgo

8.1.2 Prácticas preventivas

8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles

8.2.1. Tumores

8.2.2. Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus

8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio

8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo

8.2.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario

8.2.7. Enfermedades raras

8.3. Conclusiones

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

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

9.1.2. Mortalidad por causas externas

9.1.3. Accidentes auto-declarados

9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

9.2. Accidentes de tráfico

- 9.2.1. Indicadores generales
- 9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico
- 9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico
- 9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico
- 9.2.5. Factores determinantes

9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

- 9.3.1. Indicadores generales
- 9.3.2. Mortalidad por suicidio
- 9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio
- 9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

- 9.4.1. Inmigración y violencia de género
- 9.4.2. Adolescencia y violencia de género
- 9.4.3. Violencia de pareja hacia la mujer - Conclusiones

9.5. Conclusiones

Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro

10.1. Medio ambiente y salud

- 10.1.1. Vigilancia de la calidad del aire
- 10.1.2. Vigilancia del polen atmosférico
- 10.1.3. Vigilancia de esporas de hongos en la atmósfera
- 10.1.4. Sistema de vigilancia de legionelosis
- 10.1.5. Vigilancia de extremos térmicos y salud
- 10.1.6. Vigilancia de la calidad de las aguas de consumo humano
- 10.1.7. Vigilancia de la calidad de las aguas de las zonas de baño
- 10.1.8. Vigilancia de productos químicos

10.2. La pérdida de salud de la población trabajadora madrileña por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

- 10.2.1. Las Enfermedades Profesionales

10.2.2. Accidentes de trabajo

10.3. Conclusiones

Objetivo 11. Una vida más sana

11.1. Estilos de vida y salud

11.2. Ejercicio físico en adultos

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

11.3.2. Alimentación fuera del hogar

11.3.3. Realización de dietas

11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

11.5. Conclusiones

Objetivo 12. Reducción de los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco

12.1. Consumo de tabaco en adultos

12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad y nivel socioeconómico

12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

12.2. Consumo de alcohol en adultos

12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

12.3.1. Consumo de cannabis

12.3.2. Consumo de cocaína

12.3.3. Consumo de éxtasis

12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

12.4. Repercusiones en la salud

12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

12.6. Conclusiones

[Índice de figuras y tablas](#)

[Documentos](#)

Resumen

Dinámica demográfica

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios en relación con las tendencias que se habían registrado en los últimos lustros. Las últimas cifras padronales apuntan a un brusco frenazo del crecimiento observado en el decenio pasado. El dato definitivo más reciente (1 de enero de 2011), arroja un total de 6.489.680 residentes en la Comunidad de Madrid y los datos provisionales a 1 de enero de 2012 parecen confirmar la tendencia.

En la pirámide que muestra la distribución por edad y sexo de la población actual de la Comunidad de Madrid se observa el efecto de las dinámicas demográficas. En la cima de la estructura por edades se aprecia el mayor peso de las mujeres ancianas. Se aprecia asimismo el menor tamaño de las generaciones nacidas durante la Guerra Civil y la inmediata posguerra, así como la mayor natalidad del año 1940. Destaca en la pirámide madrileña el gran peso de los adultos jóvenes –que se van trasladando progresivamente a edades más maduras a medida que avanza el año de observación- y el fuerte descenso de la fecundidad experimentado desde 1975. A partir de finales de siglo vuelve a ensancharse, como resultado tanto de la natalidad de la creciente población extranjera que llega a vivir a Madrid, como del paso por el tramo de edades más fecundas de las generaciones muy llenas nacidas en los años sesenta y setenta del siglo XX. En los años más recientes (2010, 2011) se puede observar un incipiente estrechamiento de la base de la pirámide, consecuencia del menor número de nacimientos registrados estos años, y que previsiblemente continuará en los próximos.

En la evolución de la población madrileña las migraciones siempre han jugado un papel fundamental. Durante decenios, Madrid fue destino de gran cantidad de personas procedentes de otras provincias españolas. Posteriormente, durante los años ochenta y noventa del siglo XX, el crecimiento migratorio se redujo drásticamente. Desde inicios del siglo XXI se aprecia un nuevo patrón marcado por una fuerte inmigración desde el extranjero. Sin embargo en los últimos años se observa una disminución en el número de residentes de nacionalidad extranjera y así en 2011, por primera vez en muchos años, el número de residentes de nacionalidad extranjera ha disminuido (1.067.585 en 2011 y 1.079.944 en 2010) y los datos provisionales a 1 de enero de 2012 (1.009.926) parecen confirmar esta tendencia.

La evolución reciente de la fecundidad de la Comunidad de Madrid refleja la sensibilidad de este fenómeno demográfico ante los cambios sociales y económicos. Tras una década larga de incremento de los indicadores de natalidad y fecundidad, a partir de 2009 vuelven a dibujar una tendencia decreciente. En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (32,65 años en promedio).

Mortalidad

Una vez ajustadas por edad, las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años. La mejora es muy importante y constante, con la sola excepción de la segunda mitad de los años ochenta e inicios de los noventa, durante los cuales las tasas empeoraron entre los hombres y se mantuvieron estables entre las mujeres, debido no sólo, pero sí en buena medida, al empeoramiento de la mortalidad de los adultos jóvenes –especialmente los hombres- fundamentalmente por causas asociadas a hábitos y estilos de vida (accidentes de tráfico, VIH-sida y abuso de drogas). A lo largo de todo el periodo la Comunidad de Madrid presenta una mortalidad general más favorable que en el conjunto de España.

Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar pasando de 70,6 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 76,0 en mujeres en el año 1975 a 80,5 y 86,4 en 2010. Entre los años 2005 y 2010 el aumento de la esperanza de vida se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población adulta madura (de 50 y más años de edad), y especialmente de la anciana (70 y más). Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también como son las enfermedades del sistema circulatorio las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, seguida de las enfermedades respiratorias -sobre todo en los hombres-. La aportación de los tumores en este grupo abierto de edad es mucho menos significativa, aunque sí lo es en los varones de 50-69 años de edad. La contribución de las causas externas es importante en el grupo de hombres de 15 a 49 años de edad. La disparidad de la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres (5,9 años en 2010 en favor de éstas) se explica también fundamentalmente por la mortalidad diferencial en adultos y ancianos: Todos los grandes grupos de causas muestran una peor mortalidad en hombres que en mujeres, pero son principalmente las peores

tasas de tumores en hombres de 50 y más años las que más contribuyen a la brecha de supervivencia por sexo.

Como ha ocurrido desde 2006, el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores para el conjunto de ambos sexos superan en 2010 a las del sistema circulatorio, debido al continuado descenso de la mortalidad de estas últimas. Esto es así también en los varones. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa con mayor número de defunciones, pero una vez ajustada por edad (método directo, población estándar europea OMS) los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas.

Respecto a la distribución geográfica de la mortalidad, para el periodo 2006-2010, las Direcciones Asistenciales (DA) Sur, Sureste y Noroeste presentan un Índice de Mortalidad Estándar (IME) (ajuste indirecto) por encima de 1 -peor mortalidad que la que tendrían si tuvieran las tasas del total de la Comunidad de Madrid-, a la inversa de lo que ocurre con las DA Centro, Este y Norte (en la DA Oeste el IME presenta una diferencia no significativa). Las cinco causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2006-10 coincide en todas las Direcciones Asistenciales: Otras enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades cerebrovasculares, Tumor maligno de tráquea-bronquios-pulmón, Infarto agudo de miocardio e Insuficiencia cardiaca. Sin embargo, su orden varía: en las DA Norte y Sureste la principal causa son las Enf. Cerebrovasculares; en las DA Sur y Oeste es el cáncer de pulmón; y en las DA Centro, Este y Noroeste son el grupo de Otras enf. del sistema respiratorio.

Morbilidad

La Atención Primaria de Salud es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario, así como el nivel asistencial en el que tienen lugar la mayoría de los contactos con el mismo. La actual informatización de la totalidad de las consultas de Atención Primaria permite obtener información precisa sobre la morbilidad atendida en ese nivel asistencial. En 2011, 4.647.757 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 73,5% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria. El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos de 65 a 84 años que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. Para todos los grupos de edad entre los 15 y los 79 años la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es superior a la de hombres. Esto también ocurre en los nacidos fuera de España, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2011 se han registrado en OMI-AP/AP-Madrid un total de 20.277.872 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.206,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Las mayores tasas se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores, y en todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores entre las mujeres. La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor frecuencia (19,5% del total de episodios, 21,9% en hombres y 18% en mujeres), seguida por la de aparato digestivo en los hombres y la de aparato locomotor en las mujeres. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 704,3 episodios por 1.000 personas y se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. Por Dirección Asistencial se observa como, al igual que sucede con las personas atendidas, las tasas de episodios son más bajas en la DA Noroeste y más elevadas en las Direcciones Oeste, Sur y Sureste. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 10,1% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y los trastornos del metabolismo lipídico.

En el año 2011 en el CMBD se registraron 1.041.834 altas hospitalarias correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 162,4 por 1.000 habitantes. El 47% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 34% en hospitales privados y el 19% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 56% del total de altas hospitalarias. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo muestran que las tasas de las mujeres son superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria y el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (30,72 por mil). En las mujeres esta es seguida por la patología del sistema nervioso y órganos de los sentidos (22,96 por mil) y los tumores (19,80 por mil). Entre los hombres la primera causa de alta hospitalaria son los tumores (19,99 por mil), seguidos por las enfermedades del aparato digestivo (19,55 por mil) y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos

(18,73 por mil).

Carga de enfermedad

En el año 2010 en la Comunidad de Madrid se perdieron 587.614 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud. El 50,8 por ciento corresponde a varones y el 49,2 por ciento a mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.076 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años (tasas publicadas en los anteriores Informes de Salud de 10.664 por mil en 2002, 10.265 en 2005, y 9.956 en 2006). Las enfermedades no transmisibles concentran el 92,3 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,1 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 2,6 de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (31,8 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (17,7 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,2) y las circulatorias (9,9 por ciento).

El peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 94,2 por ciento de la carga de enfermedad se debe a las consecuencias no mortales generadas por estas patologías. En los tumores, en cambio, nueve de cada diez años de vida perdidos en 2010 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 37,6 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 62,4 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 43,3% AVD y 56,7% AVP en los hombres, y 32,2% AVP y 67,8% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores y, en general, también en otras poblaciones de condiciones demográficas y epidemiológicas semejantes a la madrileña, corroboran la imagen general de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

Salud infantil

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando hasta 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Sin embargo en 2009 se inicia un descenso que continua en 2010. Tanto el aumento como el descenso es en términos relativos mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples. En los últimos 5 años se observa una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. Al igual que en los últimos años la mortalidad infantil registrada en el año 2010 es inferior a a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años, si bien se observa un ligero aumento de la mortalidad infantil, de 3,23 en 2008 (la menor tasa observada en la región) a 3,92 en 2010.

Es necesario priorizar programas preventivos centrados en la etapa preconcepcional y gestacional que garanticen la adecuada información, el consejo genético y el cribado de patologías. Estas actividades deben incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos que están teniendo lugar (inmigración, aumento de las gestantes de más edad) y que pueden suponer modificaciones en los factores de riesgo tradicionalmente tenidos en cuenta. Debe garantizarse la máxima cobertura posible, incidiendo especialmente en alcanzar a la población más desfavorecida.

El 86,5% de la población de 0 a 4 años acudió en 2011 a los centros de Atención Primaria. Cerca un cuarto (23,7%) de los episodios atendidos correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio.

Deben priorizarse las actividades destinadas a disminuir las enfermedades transmisibles que afectan al aparato respiratorio, que son las causantes de la mayor parte de la morbilidad en los más pequeños. En este aspecto tanto la vacunación en el caso de patologías inmunoprevenibles como las campañas informativas sobre la forma de prevenir la transmisión, podrían repercutir directamente en la disminución de su incidencia.

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS recomienda, como estrategia de salud pública mundial, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y complementada hasta los dos años o más. En la Comunidad de Madrid se creó en 2009 un convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad que se mantiene en la actualidad, con el fin de

promocionar la lactancia materna en el Servicio Madrileño de Salud. Analizando los datos de los registros de atención primaria del SERMAS, para los lactantes nacidos en 2008 y 2009, las prevalencias de lactancia materna completa (sin fórmula adaptada) observadas fueron del 47,6% a los 2 meses, 33,1% a los 4 meses, 17,9% a los 6 meses y 6,4% a los 15 meses. A los seis meses continuaban con lactancia materna en alguna medida un 38,7%, por debajo del 60% propuesto como meta por la OMS. Al año de vida un 16,4% de los bebés tomaban leche materna. La duración de la lactancia materna media fue de 180,6 días (5,9 meses) y la mediana de 132 días (4,3 meses). Los motivos de abandono recogidos con más frecuencia fueron la hipogalactia (42,9% de los casos) y la decisión materna (27,2%). Estos datos indican posibilidades de mejora así como un análisis similar de años posteriores permitirá evaluar las intervenciones que se están realizando en la región en la actualidad.

La salud de los jóvenes

En el análisis de la morbimortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor. La mortalidad por causas externas ha disminuido dramáticamente en los últimos años en los adultos jóvenes, como consecuencia fundamentalmente de la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico.

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria en los grupos de edad 5-14 años y 15-34 años, se sitúa en torno al 70-75% y 60-65% respectivamente. Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15-34 años y la población extranjera acude menos en el grupo de 5-14 años.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, en el grupo de 5-14 años, hombres, la patología genitourinaria es mucho más frecuente que en mujeres y ocupa el tercer motivo de alta, tras la patología del aparato respiratorio y digestivo. En el grupo de 5-34 años, mujeres, las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, al incluir el parto normal, son el motivo de alta predominante; para el resto de motivos de alta, las tasas son casi siempre superiores en hombres.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,1% de chicos de 14-16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 40% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género, se postulan como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

Si bien se han experimentado ligeras mejorías en los últimos 15 años, la alimentación entre los jóvenes sigue adoleciendo de un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos.

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad han aumentado entre los jóvenes en los últimos 15 años (20% hombres y 81% mujeres).

La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso. Un 31,9% de las chicas de 14-16 años realizaron en 2010, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 15% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24h, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 20% de los jóvenes de 14-16 años son fumadores habituales en 2010. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido en los últimos 15 años más del 55%. Igualmente ha descendido en los últimos 15 años el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como “de riesgo” (8% en 2010), en los que el descenso ha sido en torno al 50%. Y del mismo modo ha descendido en general el consumo de drogas ilegales en la última década.

La tasa de IVE en 2010 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,8 por mil, superior a la española, 11,5 por mil. El 60% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2010 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha subido durante en periodo 2004-2010 un 23,8%, y en las no españolas ha descendido un 6,6%, con un incremento importante en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos

anticonceptivos o no usaba dichos métodos. Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

A la vista de la información recopilada pueden establecerse dos recomendaciones prioritarias: el desarrollo de programas de actuación que promuevan el ejercicio físico en jóvenes, especialmente mujeres, tomando en consideración la discriminación social de género al respecto, y el desarrollo de programas específicos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados, especialmente en colectivos de mujeres no españolas. Todo ello sin detrimento de la actuación preventiva necesaria dirigida al consumo entre los jóvenes de drogas, legales e ilegales, y de la promoción de una alimentación saludable.

La salud de los mayores

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 15,0% de la población mayor de 64 años, y diferencias importantes según las zonas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83% del total) ocurridas en 2010 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,1%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,4%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.369,3 por cien mil) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.068,0 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

En 2011 un 92,4% de la población madrileña de más de 64 años con derecho a asistencia sanitaria pública fue atendida en las consultas de Atención Primaria, y un 38,9% de toda la población de esa edad fue ingresada en un hospital, lo que supone 374.785 altas hospitalarias, un 36% de todas las altas. Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 41,5% en el periodo 2003-2011. En 2011 el 11,5% de las altas hospitalarias en este grupo de edad se debe a intervenciones de cataratas.

La patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, constituye el motivo principal de consulta en Atención Primaria (hipertensión arterial no complicada especialmente) y la segunda causa de alta hospitalaria en mujeres (primera en mujeres de más de 84 años) y tercera en hombres.

Salud mental

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña. El componente de mala salud tiene un peso mucho mayor que el de la mortalidad. Ésta se produce a edades elevadas, debido a las demencias y a la enfermedad de Alzheimer.

En Atención Primaria la patología mental representó un 4,2% de los episodios atendidos en 2011. Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles, superior en hombres que en mujeres, muestra una tendencia estable a lo largo del siglo XXI y con valores similares al conjunto de España. En términos de morbilidad hospitalaria, las enfermedades infecciosas y parasitarias representan el 1,7% de las altas hospitalarias registradas en 2011; las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida; y las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias. Las enfermedades infecciosas representa aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; las tasas más altas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años; y las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda es la

primera causa, en todos los grupos de edad, de motivo de consulta por infección.

No obstante la importancia de estas enfermedades radica, más que en su impacto en términos de morbimortalidad, en el hecho de su posible prevención y control. En este sentido es importante la evaluación de las coberturas vacunales. En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros. El registro nominal de vacunaciones (en marcha desde 2006) es una oportunidad para mejorar no sólo la evaluación de las coberturas sino también para servir como instrumento para su mantenimiento y mejora constante.

La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo. Así en 2011, ante el brote comunitario de sarampión y el incremento en el número de casos de tosferina, se introdujeron modificaciones en el calendario de vacunación infantil consistentes en el adelanto de la primera dosis de triple vírica a los 12 meses y la administración de una dosis de dTpa a los 14 años.

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela y del sistema EDO. Desde la pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009, se inició la vigilancia de casos graves y en las temporadas siguientes se ha mantenido la vigilancia de casos graves de gripe.

En 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid y en el periodo de 2009 a 2012 se ha producido un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. En ambos brotes, además de la investigación epidemiológica, se han puesto en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los mismos.

Las infecciones de transmisión sexual siguen mostrando la tendencia ascendente ya detectada desde hace años.

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 2001 (26,0%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2011 la proporción de extranjeros ha sido de 47,3%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2010 fue de 25,2 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 3,3 por 100.000 en mujeres. El 48,4% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2010 fue de 9,2 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,2 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 84,5% en hombres y un 88,7% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con "enfermedad VIH avanzada" ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 29,1% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

Enfermedades no transmisibles

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (204,4 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (124,3 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. No obstante, la mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores. También ocupan los tumores el primer puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria en hombres, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas causaron en 2011 el 56% de las altas). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante en la última década. En

mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en número de fallecimientos, después de más de dos décadas de aumento constante de su tasa de mortalidad, superior a la nacional. Geográficamente se observa un patrón de agregación de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en el sur del municipio de Madrid y en mujeres en la zona central. El cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad causa en mujeres. El cáncer de colon y recto presenta la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer, tanto en hombres como mujeres.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad –con tendencia claramente descendente–, la cuarta en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (40% del total de fallecimientos en hombres y 27% en mujeres en 2010, con tasa de mortalidad 2,4 veces superior en hombres). Se observa un patrón geográfico de mayor mortalidad por cardiopatía isquémica en la zona centro del municipio de Madrid. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas superiores en hombres (24,7 por 100.000 habitantes, frente a 20,9 en mujeres, para 2010).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2010. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2010 la quinta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad. La bronquitis y el enfisema pulmonar constituyen la primera causa de muerte por enfermedad respiratoria en hombres y la segunda en mujeres (por detrás de la neumonía), con tasas casi seis veces superiores en hombres; y la morbilidad hospitalaria por esta causa se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años. El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 40 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en ambos sexos, ocasionando el 5% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más alta de altas hospitalarias en hombres, tras los tumores, y la quinta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 40 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres.

Las enfermedades raras (ER) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. No existe una lista totalmente consensuada de ER a nivel internacional. Para este informe se ha considerado el listado de la clasificación de la Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REPIER) y también el listado de las enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Las ER representan el 2,1% (N=859) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2010, de las cuales la mitad corresponden a mujeres (51,1%) y el 15,3 % acontecen en menores de 45 años. En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa la tasa bruta de mortalidad más elevada en el grupo de las enfermedades del sistema respiratorio (4,2 por 100.000) con mayor frecuencia de otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; seguido de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (4,1 por 100.000) entre las cuales destacan las enfermedades que afectan a la motoneurona; y de las malformaciones congénitas (2,2 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio. En 2011, las ER representan el 1,4% (N=14.522) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 52,8% corresponden a mujeres.

Causas Externas

La morbimortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad por estas causas en 2009 fue el doble para los hombres y los años de vida perdidos más de dos veces y media superiores que en las mujeres. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid; durante el periodo 2000-2008 descendió un 38,3% en hombres y un 18,7% en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2008, en torno al 35% inferior en hombres en los últimos años y al

20% en mujeres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en gran medida por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquéllas. En 2009 los accidentes de tráfico supusieron el 36,9% del total de años de vida perdidos por causas externas y el 18,75% de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2008 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido superior al 60%, tanto en hombres como mujeres. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional, que presenta no obstante unas tasas en torno al doble de las de la Comunidad de Madrid y un descenso de las mismas durante el periodo 2000-2008 algo inferior al registrado en la Comunidad de Madrid. Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT).

En Atención Primaria se ha observado en los últimos tres años un aumento de las lesiones del 18,3%, a expensas fundamentalmente de los mayores de 74 años. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2002-2010 las tasas han aumentado un 30,5% en mujeres y un 12% en hombres, fundamentalmente a expensas de los mayores de 65 años. A partir de la edad de 80 años las tasas han experimentado un aumento en mujeres superior al 60% durante ese periodo. Sería recomendable profundizar en el estudio de estos datos para poder conocer las posibles razones de este aumento.

Entre 2002 y 2011 las cifras anuales de víctimas mortales de violencia de pareja contra la mujer en España y la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2009 en el 12,2% de las mujeres madrileñas. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones. La mayoría (72%) de las mujeres maltratadas no es consciente de su propia situación de maltrato. Solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. La violencia de pareja contra la mujer está presente desde edades tempranas, pero es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta y por ello las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.

Calidad ambiental

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2010 y 2011 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. En lo que respecta a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM₁₀) y el dióxido de nitrógeno (NO₂) se han superado los respectivos límites (diario y horario respectivamente) para protección de la salud humana en varias estaciones, y dado que el límite establecido en la legislación va disminuyendo cada año, si no se produce una reducción de las emisiones de cada uno de estos contaminantes, es previsible un incremento en el número de superaciones en los próximos años.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que existe una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos Cupresáceas/Taxáceas y Plátano y la primavera con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo. En 2011 tanto para Cupresáceas como para Plátano se alcanzaron picos con concentraciones más elevadas con respecto al máximo histórico.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2011 era de 3.562. En lo que respecta a los casos de Legionella, durante los meses de octubre y noviembre de 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid en el que se identificaron 47 casos, cuya investigación epidemiológica y ambiental fue consistente con que el origen del brote fuesen las torres de refrigeración existentes en la zona. Las medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección y cierre de torres contaminadas) fueron efectivas, y el brote fue rápidamente

controlado. Los casos esporádicos (no asociados a brote) de 2011 han sido inferiores a los notificados durante el año 2010.

Salud laboral

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2011, se han notificado 5.458 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. El 52,4% corresponden a hombres y el 44% al grupo de edad de 30 a 44 años. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados y entre las mujeres también destacan las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. En general, los trastornos osteomusculares y las dermatitis son las patologías más frecuentes.

Durante el año 2010 se produjeron en la Comunidad de Madrid, un total de 104.463 accidentes de trabajo con baja, lo que supone un descenso respecto a años previos. Los índices de incidencia de accidentes de trabajo más altos se observaron, entre los hombres, en la construcción y en la industria manufacturera, y entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en hostelería. En general, es reseñable también una reducción importante de los accidentes mortales, sobre todo en industria manufacturera y en transporte y almacenamiento; sin embargo, no se observa -como sería de esperar- descenso de los accidentes mortales en el sector de la construcción, en sintonía con la reducción de su actividad en nuestra comunidad.

Hábitos saludables

Dada su alta prevalencia, el sedentarismo en la vida laboral (en torno al 50% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (casi el 80% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. Mientras la inactividad física en el tiempo de ocio permanece estable en los últimos 15 años, el sedentarismo en la actividad habitual ha aumentado un 19,9% en hombres y un 28,2% en mujeres.

La alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2,4 raciones/día de media). Se observan sólo muy ligeras mejorías en la tendencia de estos consumos durante los últimos 15 años. Un bajo consumo de pan, sustituido por productos de bollería, galletas y cereales para el desayuno y un consumo en aumento de platos preparados son otras de las características del patrón alimentario de los madrileños. Cada vez es más frecuente el hábito de comer fuera de casa los días laborables (40% realizan alguna comida a la semana) y aumenta respecto a años anteriores la frecuentación de locales de comida rápida. El 25% de la población (el 45% de los jóvenes de 18-24 años) emplea menos de 44 minutos para comer fuera de casa.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 41,9% de la población de 18 a 64 años de edad, y el 55,2% de los hombres, tenían sobrepeso en 2010 (a partir del peso y talla autodeclarados). El sobrepeso aumenta con la edad (57,1% de población con exceso de peso en el grupo de 45-64 años). Durante los últimos 15 años este indicador se ha incrementado un 18,3% en hombres y un 8,7% en mujeres.

Tabaco, alcohol, drogas

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco en ambos sexos, con un descenso notable en 2011. En ese año el 28,3% de la población de 18-64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual, siendo por primera vez semejante la prevalencia en hombres y mujeres. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudio bajo. Nos hallamos no obstante muy lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo hasta 2011 (5,1% de personas expuestas), especialmente este año tras la publicación de la Ley 42/2010. La exposición pasiva a humo

de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de ambas leyes, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición es aún muy alta, un 26,9% de los hogares. La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición; de los encuestados en 2011 sólo el 5,2% en bares y cafeterías y el 2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En 2009 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 62,8%. En general el consumo de alcohol es mayor en hombres, tanto su prevalencia, como la cantidad consumida. En 2010 se estimó en un 2,9% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,5 más veces hombres que mujeres. La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis continúa siendo la más consumida. En 2009 la prevalencia de consumo en el último mes fue 8,4% (7,7% en 2007). El mayor consumo se produce en hombres y en el grupo de edad 15-24 años (23,6% lo consumieron durante el último mes). La cocaína fue en 2009 la segunda droga psicoactiva de comercio ilegal más consumida, con un 0,7% de entrevistados que la consumieron en el último mes (1,7% en 2007). El consumo es mayor en hombres (el 17,6% de los hombres la probaron alguna vez en su vida, frente al 7% de las mujeres) y en el tramo de edad 15-44 años. Un 0,8% de los encuestados consumieron éxtasis en el último año (1 % en 2007) y 0,3% en el último mes (0,2% en 2007); la prevalencia de consumo fue mayor en hombres y en el grupo 15-34 años.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias, con tendencia al aumento de la edad de los casos, siendo la cocaína la sustancia más a menudo implicada (44,3 % de las urgencias). La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia ligeramente ascendente, con oscilaciones, en la última década.

1. Metodología

1.1. Introducción

El principal objetivo del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid es aportar información de calidad para que los órganos competentes de la Consejería de Sanidad establezcan los objetivos prioritarios en materia de salud de la población y las acciones necesarias para su consecución. Se proporciona información relevante para cuantificar los principales problemas de salud que conciernen a la población de la Comunidad y factores de riesgo asociados, seleccionados sobre la base de dos criterios mayores: la estimación de la población afectada y la factibilidad de las intervenciones a la luz de las evidencias científicas existentes.

La estructura del Informe se basa en los objetivos estratégicos de la Oficina Regional para Europa de la OMS. En mayo de 2007 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el plan estratégico de la OMS a medio plazo para 2008-2013. Para cada uno de los capítulos del Informe se hace una referencia inicial a los objetivos estratégicos en los que se enmarca:

- 1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.
- 2. Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.
- 3. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales.
- 4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.
- 5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.
- 6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo para problemas de salud asociados al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, a dietas no saludables, a inactividad física y a prácticas sexuales de riesgo.
- 7. Abordar los determinantes sociales y económicos de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles al género, y basados en los derechos humanos.
- 8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria e influir en las políticas públicas de todos los sectores, a fin de abordar las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.
- 9. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria en todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.
- 10. Mejorar los servicios de salud a través de una mejor gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por evidencia fidedigna y accesible e investigación.
- 11. Asegurar un mejor acceso, calidad y uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.

1.2. Fuentes de información

Para la descripción de la población y sus características básicas se utilizan datos del Padrón Continuo así como de proyecciones, procedentes tanto del IECM como del INE. Estos datos sirven además para estimar las poblaciones a mitad de año utilizadas como denominadores para la elaboración de diversos indicadores.

Los datos de migraciones se obtienen a partir de la Estadística del Movimiento Migratorio de la Comunidad de Madrid del IECM y de la Estadística de Variaciones Residenciales del INE.

Los datos del Movimiento Natural de la Población del IECM se utilizan para la elaboración de indicadores de natalidad, fecundidad y mortalidad. Para la representación geográfica de la mortalidad se han utilizado además mapas que figuran en el Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid elaborado según la metodología del proyecto Medea.

Para los indicadores de morbilidad hospitalaria se utilizan datos procedentes de las altas hospitalarias tanto de hospitales públicos como privados (CMBD). Para los indicadores de morbilidad en Atención Primaria se utilizan datos de los episodios de enfermedades atendidas en los centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud y registradas en los sistemas informáticos (OMI-AP y AP-Madrid). Para

estos indicadores se utilizan como denominadores la población que posee tarjeta individual sanitaria y que consta en CIBELES. Además, para causas específicas como los accidentes de tráfico o patologías de carácter laboral (accidentes laborales y enfermedades profesionales) se utilizan respectivamente las fuentes de información de la Dirección General de Tráfico (DGT) y del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

En la Comunidad de Madrid están establecidos desde hace años diversos sistemas de vigilancia epidemiológica que aportan información para el Informe como por ej. el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), el Registro Regional de Casos de Tuberculosis, el Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos, el Registro Regional de sida/VIH, las Encuestas de Serovigilancia, la Red de Médicos Centinela, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en la Población Adulta (SIVFRENT-A) y en la Población Joven (SIVFRENT-J) o el Registro Regional de IVE. También se presenta información procedente de sistemas de información de factores de riesgo ambientales como por ej. el Barómetro de Alimentación y Salud Ambiental, la Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid y del Sistema integral de vigilancia, predicción e información de la contaminación atmosférica de la ciudad de Madrid, la Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM), el Sistema de Vigilancia de Extremos Térmicos (ola de calor), el Sistema de Información de aguas de baño y el Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ).

Para determinadas figuras en las que se presentan también datos de España, como por ej. la evolución de la mortalidad o de la incidencia de EDO, se ha utilizado la información proporcionada por el Centro Nacional de Epidemiología.

Para la información sobre cobertura vacunal se utiliza el registro nominal de vacunaciones (aplicación integrada en los sistemas de información de salud pública – SISPAL). Este registro comenzó en 2006 y en él se incorporan automáticamente las vacunas registradas en determinados centros como por ej. los centros de atención primaria del SERMAS o los centros de vacunación del Ayuntamiento de Madrid, así como también existe un registro manual desde otros centros de vacunación, fundamentalmente del sector privado. Como denominadores poblacionales se utilizan los datos del Registro de Metabopatías o del padrón continuo.

Los informes sobre consumo de drogas y patología relacionada, elaborados por la Agencia Antidroga, proporcionan también información para el Informe. Así como también otros estudios de ámbito regional que se considere que aportan información de interés sobre la salud de la población, como por ej. las encuestas sobre violencia de pareja hacia las mujeres (VPM).

1.3. Indicadores

A continuación se expone la metodología que se ha seguido para la elaboración de los indicadores que aparecen con mayor frecuencia en el Informe. Para indicadores más específicos se puede consultar detalles más concretos en los informes correspondientes.

1.3.1. Mortalidad y esperanza de vida

Tasas de mortalidad

La incidencia o tasa bruta de mortalidad observada en una determinada población se calcula dividiendo el número de casos producidos en un año en residentes en la Comunidad de Madrid por las personas-año (estimadas como población a mitad de periodo). Las tasas específicas por edad son las tasas observadas en un determinado grupo de edad. El mismo procedimiento se ha utilizado para las tasas truncadas, considerando los grupos de edad de 35 a 64 años.

En las comparaciones de diferentes poblaciones, para eliminar el efecto de confusión que producen las diferencias de estructura por edades de las poblaciones se suele utilizar la técnica de la estandarización, bien directa o indirecta. La estandarización directa toma una misma población como estándar o referencia. En este Informe se considera como población de referencia la población estándar europea definida por la OMS. Las tasas ajustadas se calculan aplicando a cada grupo de edad de dicha población estándar la tasa específica de mortalidad observada para ese grupo de edad en la población de estudio. La suma de las defunciones por edad estimadas se divide entre la población estándar total, dando como resultado una tasa bruta ajustada. Esta tasa ajustada es comparable entre poblaciones, porque refleja únicamente el impacto de la mortalidad, y no el efecto combinado de esta y el grado de envejecimiento de la población.

La estandarización indirecta toma como referencia común una serie de tasas específicas de mortalidad por edad, que son aplicadas a todas y cada una de las distribuciones de población por edad de los distintos ámbitos a comparar. Se obtienen así las muertes esperadas que se comparan con las realmente observadas en cada población. El cociente de observadas y esperadas se denomina Índice o Razón de Mortalidad Estándar (IME o RME). En este Informe, para el cálculo de fallecidos esperados en las Direcciones Asistenciales se han tomado como referencia las tasas específicas por edad y causa de la Comunidad de Madrid promedio del periodo seleccionado, de manera que un valor superior a 1 o 100 (según el factor de escala utilizado) indica un exceso de defunciones observadas en la DA en relación con las que tendría en el caso de tener las tasas de mortalidad del conjunto de la Comunidad de Madrid. A la inversa, un IME menor que 1 ó 100 indica unas condiciones reales de mortalidad mejores que las que tendría en el caso de tener las tasas de mortalidad de referencia.

Como criterio general se ha utilizado como denominador para el cálculo de tasas la población a mitad de año (personas-año) estimada a partir del padrón continuo del IECM. Se ha seguido la misma metodología (interpolación lineal para edades iguales entre poblaciones a inicio y final de año) que la utilizada por el IECM para calcular las poblaciones de referencia del total de la Comunidad (http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref.htm).

Mortalidad infantil y perinatal

La tasa de mortalidad infantil (TMI) se calcula como cociente de las defunciones de menos de un año sobre el total de nacidos vivos (NV). Las tasas de mortalidad infantil utilizadas en este Informe se calculan en términos estrictamente transversales y para la población residente en la Comunidad de Madrid. De acuerdo con los criterios demográficos internacionales, se considera nacido vivo a todo producto de la concepción que, después de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o manifiesta cualquier signo de vida. Esto supone incluir los muertos al nacer y muertos en las primeras 24 horas de vida, que según el código civil español (art.30) no son considerados nacidos vivos a efectos legales.

La mortalidad infantil se puede descomponer en mortalidad neonatal -0-27 días cumplidos-, y postneonatal -28 a 364 días de vida-; y a su vez, la neonatal en precoz -0-6 días- y tardía -7-27 días de vida-. Las respectivas tasas se calculan con el mismo denominador de la TMI (total de los nacidos vivos), de manera que son agregables (las tasas neonatal y postneonatal sumadas deben dar la tasa de mortalidad infantil, y las tasas neonatal precoz más la neonatal tardía dan como resultado la tasa de mortalidad neonatal).

Aquellos embarazos que no culminan con el alumbramiento de un nacido vivo concluyen en una muerte fetal o intrauterina. Si el feto muerto no presenta características de viabilidad, el caso consta en la estadística de abortos (bien espontáneos, bien inducidos). Si cumple esos requisitos, se incorpora a la estadística de muertes fetales tardías. El o los criterios de viabilidad varían según el país o el momento histórico, lo que dificulta las comparaciones entre poblaciones y la coherencia de las series temporales. La CIE-10 fija como criterios la duración de gestación (al menos 22 semanas completas), el peso (500 gramos o más) o la talla (25 centímetros o más desde la coronilla al talón). Teniendo en cuenta que en España sólo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muertes fetales tardías de más de 180 días de gestación (art. 45 de la Ley de Registro Civil de 8 junio de 1957), el INE y el IECM vienen empleando el criterio de considerar como muerte fetal tardía el feto muerto con seis o más meses de gestación. Como en el Boletín Estadístico figuran las semanas de gestación, se incluyen todos los acontecimientos de 26 o más semanas y en caso de no conocer este dato, aquellos en los que su peso al nacer es de 500 o más gramos. En este Informe se ha mantenido este criterio de viabilidad (<http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/download/mnp03not.pdf>).

La tasa de mortalidad fetal tardía se puede calcular de dos modos distintos: bien como cociente entre el número de muertes fetales tardías, en el numerador, y los nacidos vivos en el denominador, bien como cociente con el mismo numerador pero con la suma de nacidos vivos más muertes fetales tardías en el denominador. En este Informe se utiliza el segundo formato.

La mortalidad perinatal es el agregado de la mortalidad fetal tardía (tal y como se acaba de definir) y la mortalidad neonatal precoz (defunciones de 0 a 6 días cumplidos de vida). Como en la tasa de mortalidad fetal tardía, la tasa de mortalidad perinatal se calcula con el agregado de los nacidos vivos y las muertes fetales tardías en el denominador.

Una pequeña proporción de casos del fichero de partos no tiene la variable de zonificación sanitaria correctamente codificada, por lo que han sido remitidos a una categoría residual ('no zonificados') en las tablas y figuras correspondientes, aunque sí se tienen en cuenta en los indicadores para el total de la Comunidad.

Evolución temporal

Para las figuras de evolución temporal de indicadores de mortalidad ajustada se han utilizado las series publicadas por el Centro Nacional de Epidemiología. Para aquellos años más recientes que no aparecen en dichas series (de 2008 en adelante) las tasas ajustadas han sido calculadas siguiendo la misma metodología utilizada por el CNE, tomando como numerador las defunciones por lugar de residencia (Comunidad de Madrid y España), sexo y causa, y como denominador las Estimaciones Intercensales y las Estimaciones de la Población Actual calculadas por el INE (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm), y utilizando como población estándar la Europea de la OMS. Por este motivo, dichas tasas ajustadas no son comparables con las calculadas en el resto del Informe, que toman como denominador el padrón continuo. En la representación gráfica se ha utilizado la escala más adecuada en cada caso para obtener una mejor visualización de la tendencia, por lo que las distintas figuras no son directamente comparables entre sí.

Proyecto MEDEA

La unidad geográfica de los mapas correspondientes al Proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socioEconómicas y Ambientales) presentados en este Informe, son las secciones censales según el seccionado de 2001 (3.906 secciones censales en la Comunidad de Madrid). El seccionado censal es la unidad de análisis e información oficial más pequeña disponible. En la Comunidad de Madrid en 2001 la mediana de población por sección censal fue de 1.288 habitantes.

Los datos de fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad, perteneciente al Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM). Dado que un alto porcentaje de fallecidos en colectivos puede producir un patrón sesgado de exceso de mortalidad en áreas tan pequeñas, no se incluyeron en estos análisis. Por tanto en este estudio se han incluido nacidos vivos y fallecidos residentes en viviendas familiares, en la Comunidad de Madrid desde 2001 a 2007 ambos inclusive.

Las direcciones postales de los fallecidos residentes en la Comunidad de Madrid que constaban en las bases de mortalidad originales se sometieron a un proceso para disponer de una codificación completa, homogénea y coherente. El resultado de este proceso fue una georreferenciación exacta de un 94,5% de los registros, muy aproximada en el 2,3% y estimada en el 3,2%. Posteriormente a cada fallecimiento se le asignó el seccionado de 2001.

Para cada unidad geográfica se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME o RR) que es el cociente entre muertes observadas y esperadas. Los fallecidos esperados se calcularon multiplicando la población de cada sección censal específica por edad (en 20 grupos de edad: menores de 1 año y 19 quinquenales) y sexo por las tasas específicas por los mismos grupos de edad y sexo de la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio.

La gran variabilidad de las RME en áreas poco pobladas tiene una gran influencia en los patrones espaciales que muestran los mapas de enfermedad. Por ello, para la estimación del riesgo relativo de mortalidad de cada sección censal se ha considerado un método estadístico bayesiano (en concreto el propuesto por Besag, York y Mollié) y procedimiento INLA (Integrated Nested Laplace Approximation) suponiendo una distribución de poisson para los casos observados. La estimación obtenida corresponde a una suavización que será más pronunciada en aquellas áreas con menor población, de manera que en las poblaciones de reducido tamaño tendrá mayor peso la información del resto de áreas (o áreas vecinas). A la estimación de la RME obtenida a partir del modelo BYM se la ha denominado RMEs o RRs.

Los mapas presentados en este Informe representan las áreas de alta probabilidad de exceso o defecto de riesgo. El riesgo de cada sección se compara con el nivel medio del riesgo en la Comunidad de Madrid. Las secciones censales se han distribuido en 5 grupos según la probabilidad de que la RME sea mayor de 100 (PRP>100): <0,1; 0,1-0,2; 0,2-0,8; 0,8-0,9; >0,9. Las áreas de alta y baja probabilidad de exceso de riesgo se presentan mediante mapas utilizando una gama de colores con tonalidades de verdes para los riesgos relativos con baja probabilidad de ser superior a 100 (áreas con defecto de riesgo) y rojas para los riesgos relativos con alta probabilidad (áreas con exceso de riesgo), siendo el rango intermedio representado en color amarillo.

Descomposición de las diferencias de esperanza de vida por edad y causa de muerte

Este método permite descomponer las diferencias de esperanza de vida al nacer bien en el tiempo (evolución de la mortalidad de una población), bien en el espacio (diferencias entre dos poblaciones), bien por género (diferencia de esperanza de vida entre mujeres y hombres) producidas por las distintas tasas específicas de mortalidad por causa, sexo y edad. En tanto que la esperanza de vida es un indicador fácilmente comprensible e interpretable, esta técnica es un buen modo de expresar la participación de las distintas edades y de las distintas enfermedades y lesiones en la mortalidad global de una población.

La información necesaria para su cálculo incluye las tablas de mortalidad correspondientes a las dos referencias que se pretende comparar (por ejemplo, tablas de dos años distintos para analizar los cambios en la mortalidad en el tiempo, o tablas de hombres y mujeres para el mismo año para estudiar las diferencias por género) y la distribución de defunciones por causa, edad y sexo de esas mismas poblaciones. Se ha seguido el método de Arriaga (Arriaga E. Measuring and explaining the change in life expectancies. *Demography*, 1984;21(1):83-96) implementado en el programa Epidat 4.0.

Para este Informe se ha calculado, en primer lugar, la contribución de las causas de muerte a los cambios de la esperanza de vida para los periodos 1990-1995, 1995-2000, 2000-2005 y 2005-2010. En segundo lugar, se ha calculado la descomposición de la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010. Los resultados difieren de los obtenidos en los informes de salud 2004, 2007 y 2009 por la distinta agrupación de causas utilizada.

1.3.2. Morbilidad en Atención Primaria

Se han analizado los episodios de atención registrados en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Inicialmente se utilizó el programa OMI-AP, implantándose progresivamente el programa AP-Madrid en años posteriores. A partir del año 2007 se había alcanzado la informatización completa de este nivel asistencial.

La extracción de datos se realiza para cada año en la primera semana del año siguiente. La estrategia utilizada es la de seleccionar, a partir de las historias clínicas abiertas, aquellos episodios en los que se ha realizado algún apunte a lo largo del año analizado. No se han incluido los episodios de actividades preventivas ni aquellos sin codificación o con esta no identificable.

Los episodios están codificados según la CIAP. Se han utilizado las agrupaciones de los mismos en aparatos (A- problemas generales inespecíficos; B- sangre, inmunitarios; D- aparato digestivo; F- ojo y anejos; H- aparato auditivo; K- aparato circulatorio; L- aparato locomotor; N- sistema nervioso; P- problemas psicológicos; R- aparato respiratorio; S- piel, faneras; T- aparato endocrino, metabólico y nutrición; U- aparato urinario; W – planificación familiar, embarazo, parto y puerperio; X- aparato genital femenino y mamas; Y- aparato genital masculino y mamas; Z- problemas sociales). Así como también la agrupación en: signos y síntomas, infecciones, neoplasias, lesiones, anomalías congénitas y otros diagnósticos. Ocasionalmente aparecen episodios de atención de categorías específicas de un sexo asignados a personas del otro sexo. Estos episodios no se han eliminado, al no poder determinar si se trata de errores.

Para clasificar los episodios de morbilidad en agudos y crónicos se ha utilizado una clasificación en patología crónica basada en la de *The Family Medicine Research Centre, FMRC, University of Sidney*.

Se considera personas con historia activa aquellas cuya historia permanece abierta en el momento de la extracción de los datos y en cuyos episodios se ha realizado al menos un apunte a lo largo del periodo analizado. La edad se ha calculado a fecha 31 de diciembre del año analizado.

Para el cálculo de tasas se utilizó como denominador la población registrada en la base de datos de Tarjeta Individual Sanitaria (Cibeles) a 30 de junio del año analizado. Para el cálculo de porcentajes estandarizados por edad se ha utilizado la población estándar europea definida por la OMS.

1.3.3. Morbilidad hospitalaria

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir de los datos anuales del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBD), que incluye información de hospitales públicos y privados, tanto de

hospitalización como de procedimientos registrados como cirugía mayor ambulatoria. Para su análisis se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-9-MC).

En el Objetivo 6 la agrupación de los diagnósticos de alta hospitalaria correspondientes a salud mental se ha hecho en función de sus códigos CIE-9 siguiendo la clasificación recogida en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association* en su última versión disponible (DSMIV-TR®). Se han excluido aquellos códigos incluidos en la clasificación que no identifican el problema psiquiátrico sino el problema orgánico que lo podría estar causando, pero que al ser el que aparece como diagnóstico principal, sería el que habría motivado el ingreso (608.89, 625.8, 625.0, 607.84). En el grupo de "Trastornos relacionados con otras sustancias o desconocidas" se han incluido los códigos 292.

Para el cálculo de tasas se utilizó como denominador la población a 1 de julio del año analizado, estimada a partir del padrón continuo publicado por el IECM. (http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_1.htm).

1.3.4. Carga de Enfermedad

Los estudios de Carga de Enfermedad tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto no sólo mortal (como hacen los indicadores de mortalidad) sino también discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones.

Se estima la Carga de Enfermedad para la población de la Comunidad de Madrid aplicando una metodología abreviada, robusta y fiable adaptada a partir de las propuestas del Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (Murray CJL, Lopez A. *The Global Burden of Disease*. Harvard Un. Press/WHO, 1996) y utilizada en numerosos estudios publicados. Se obtienen los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), por edad, sexo y causa de muerte o enfermedad. Los AVAD son el agregado de los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y de los Años Vividos con Discapacidad o mala salud (AVD).

Las fuentes de información utilizadas son las siguientes: las poblaciones proceden de las poblaciones de referencia con fecha 1 de julio del año correspondiente estimadas por el IECM a partir del Padrón Continuo. Las defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid de cada año, por sexo, edad y causa de muerte proceden de una explotación del fichero de microdatos anonimizado de registros de mortalidad del mismo IECM. Las rúbricas de la CIE-10 han sido reagrupadas de acuerdo con la llamada Clasificación de Carga de Enfermedad (clasificación jerárquica, exhaustiva y excluyente, organizada en tres niveles: 3 Grandes Grupos –enfermedades transmisibles, no transmisibles y causas externas-, 21 Categorías y algo más de un centenar de Subcategorías). Los códigos mal definidos se reasignan a subcategorías sustantivas siguiendo los criterios propuestos por Murray y Lopez (Murray y Lopez 1996).

El método de estimación requiere también la información correspondiente a una población de referencia detallada por sexo, edad y causa para los Años de Vida Perdidos (AVP) y Años Vividos con Discapacidad (AVD), y la estructura por sexo y edad de dicha población. Se ha elegido para ello la subregión europea de muy baja mortalidad (EURO-A) definida por la Organización Mundial de la Salud, a la que pertenece la Comunidad de Madrid. Esta subregión presenta el patrón epidemiológico con mayores semejanzas al de la población madrileña. Se utiliza la información correspondiente a la estimación realizada por la OMS más reciente disponible (año 2004, revisada en 2008).

El primer componente de los AVAD, los AVP, se obtienen de manera directa a partir de los datos de mortalidad por sexo, edad y causa de defunción. Siguiendo las recomendaciones del Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (Murray y Lopez 1996) y de la OMS, se ha calculado utilizando como límite la tabla oeste 26 modificada de las Tablas Modelo Regionales de Princeton, y aplicando una preferencia temporal con tasa de descuento del 3% y una ponderación del valor de los años en función de la edad, con $K=1$, en la que se valoran más los años de vida de los adultos jóvenes en comparación con la de niños y ancianos. La estimación se realiza utilizando la aplicación informática GesMor.

Los AVD se obtienen de manera indirecta, aplicando a los AVP calculados directamente para la población madrileña la razón de AVD/AVP por causa, sexo y edad correspondiente a la región EURO-A de la OMS. En aquellas causas que tienen muy baja mortalidad pero alta discapacidad, en las que la razón AVD/AVP es muy volátil, el método seguido sugiere estimar los AVD aplicando la tasa de AVD de la población de referencia (EURO-A) a la población objeto de estudio –Comunidad de Madrid, año correspondiente-. Se

considera como punto de corte para fijar el uso de este segundo procedimiento que la razón AVD/AVP esté por encima de 10.

Objetivo 1 y 2

2

**Equidad y Solidaridad para
la salud en la región europea de la OMS**

Objetivos 1 y 2. Equidad y solidaridad para la salud en la región europea de la OMS

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

7. Abordar los determinantes sociales y económicos de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles al género, y basados en los derechos humanos.

10. Mejorar los servicios de salud a través de una mejor gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por evidencia fidedigna y accesible e investigación.

11. Asegurar un mejor acceso, calidad y uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.

La Región Europea de la OMS se enfrenta a nuevos retos en salud pública, incluidos los cambios epidemiológicos y demográficos, un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con los estilos de vida y la aplicación de nuevas tecnologías que amplían los límites de lo que puede lograrse a través de intervenciones de salud. Los países de la Región también están sobrecargados con diferencias en las amenazas de la salud a las que se enfrentan y en sus capacidades para superarlas.

El objetivo de los profesionales de salud pública, organizaciones y servicios es proteger la salud, prevenir la enfermedad y promover la salud y el bienestar de toda la comunidad. Esto comienza con un esfuerzo por entender por qué algunas comunidades son más saludables que otras, o por qué algunas comunidades tienen una mayor prevalencia de algunas enfermedades.

Es esencial tener una visión fidedigna y clara de cómo la salud se distribuye en una población determinada, y qué factores (indicadores) pueden contribuir o reducir las oportunidades de estar sano. Esto requiere datos desagregados y el análisis desde una perspectiva de equidad en salud. Además de documentar las áreas de acción, la OMS/Europa también se centra en la acumulación de evidencia de acción política exitosa para hacer frente a las inequidades en salud a nivel local, regional, nacional e interregional.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid

- 2.1.1 Evolución de la población y estructura por edades
- 2.1.2 Migración
- 2.1.3 Fecundidad

2.2. Mortalidad y morbilidad

- 2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad
- 2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida
- 2.2.3. Mortalidad por causa
- 2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria
- 2.2.5. Morbilidad hospitalaria
- 2.2.6. Carga de enfermedad

2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid

2.1.1 Evolución de la población y estructura por edades

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios en relación con las tendencias que se habían registrado en los últimos lustros. Si entre 1980 y 2000 hubo una etapa de práctico estancamiento en el crecimiento demográfico, con el cambio de siglo se observó un acelerado aumento de la población, que se ha mantenido a lo largo de todo el decenio. Sin embargo, las últimas cifras padronales apuntan a un brusco frenazo de este crecimiento. El dato definitivo más reciente (1 de enero de 2011), arroja un total de 6.489.680 residentes en la Comunidad de Madrid, apenas 31 mil más que un año atrás. Sólo tres años antes el crecimiento había sido de casi doscientos mil. Los datos provisionales a 1 de enero de 2012 parecen confirmar la tendencia, con un aumento de apenas 88 personas.

La comparación entre las dos proyecciones demográficas oficiales disponibles permite hacerse una idea de las consecuencias de este cambio de tendencia. La previsión del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM), realizada antes del inicio de la crisis económica que está en la base de estos profundos cambios demográficos, apuntaba a crecimiento sostenido hasta alcanzar una población total de 7.211.497 madrileños en 2017 (Figura 2.1a). Frente a ella, las proyecciones a corto plazo publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en octubre de 2011, conociendo ya las variaciones en el comportamiento demográfico observadas desde 2008, proponen un virtual estancamiento de la población (Figura 2.1b). Debe señalarse que la proyección del INE toma como población de referencia la del Censo de 2011 y sus posteriores actualizaciones, mientras que la del IECM se basa en Padrón continuo, que es también la serie histórica representada en ambas figuras. Esta es la razón del escalón que se aprecia en la Figura 2.1b.

Figura 2.1a. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid desde 1976.

Fuente: Padrón continuo (1976-2010) y proyecciones (2007-2017), IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

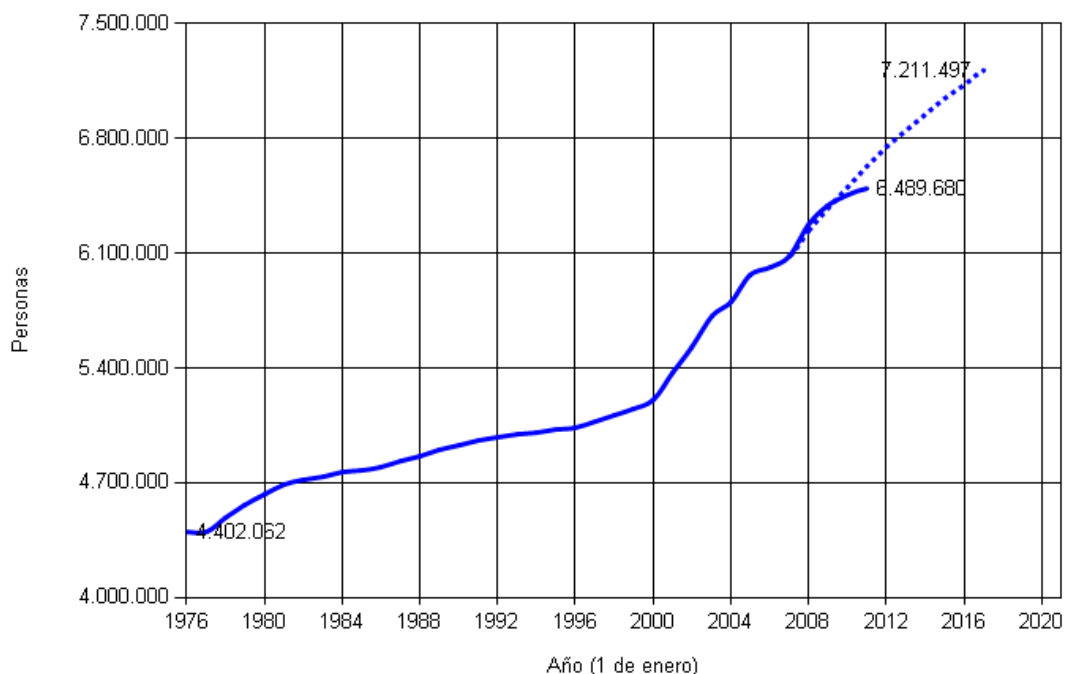


Figura 2.1b. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid desde 1976.

Fuente: Padrón continuo (1976-2010) y proyecciones (2011-2021), INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

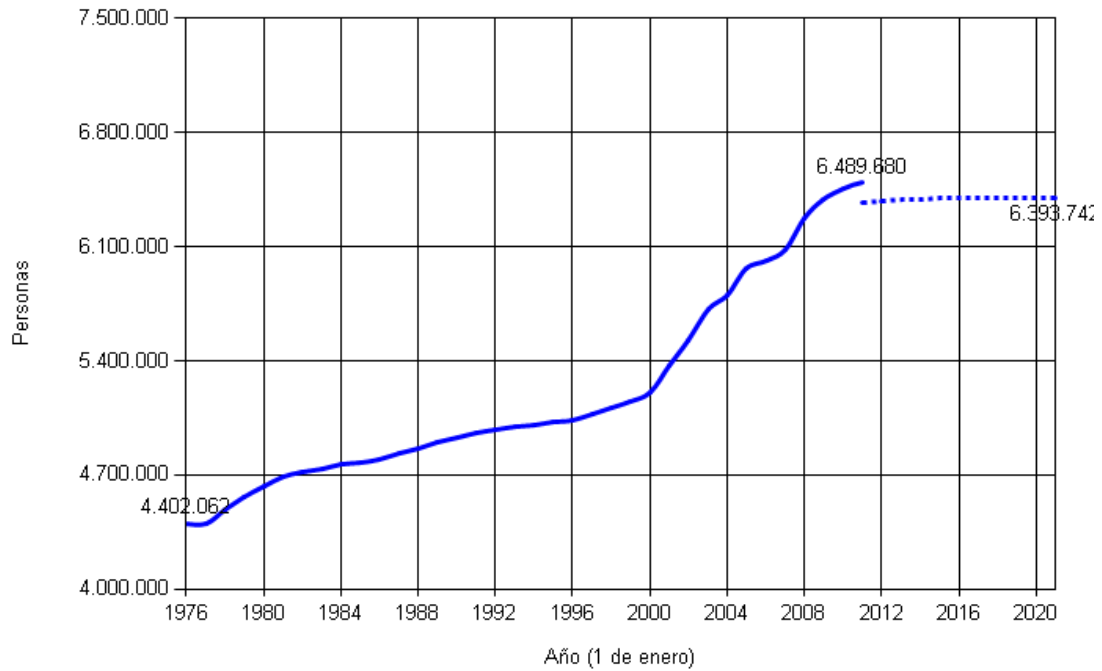
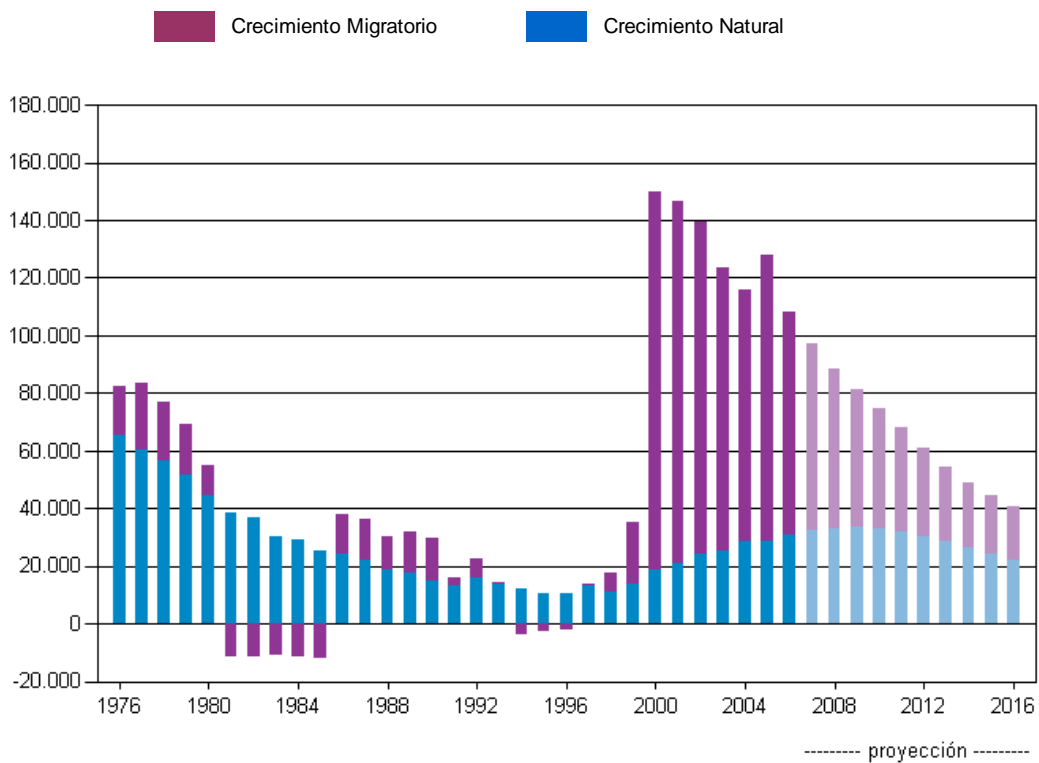


Figura 2.2a. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid desde 1976.

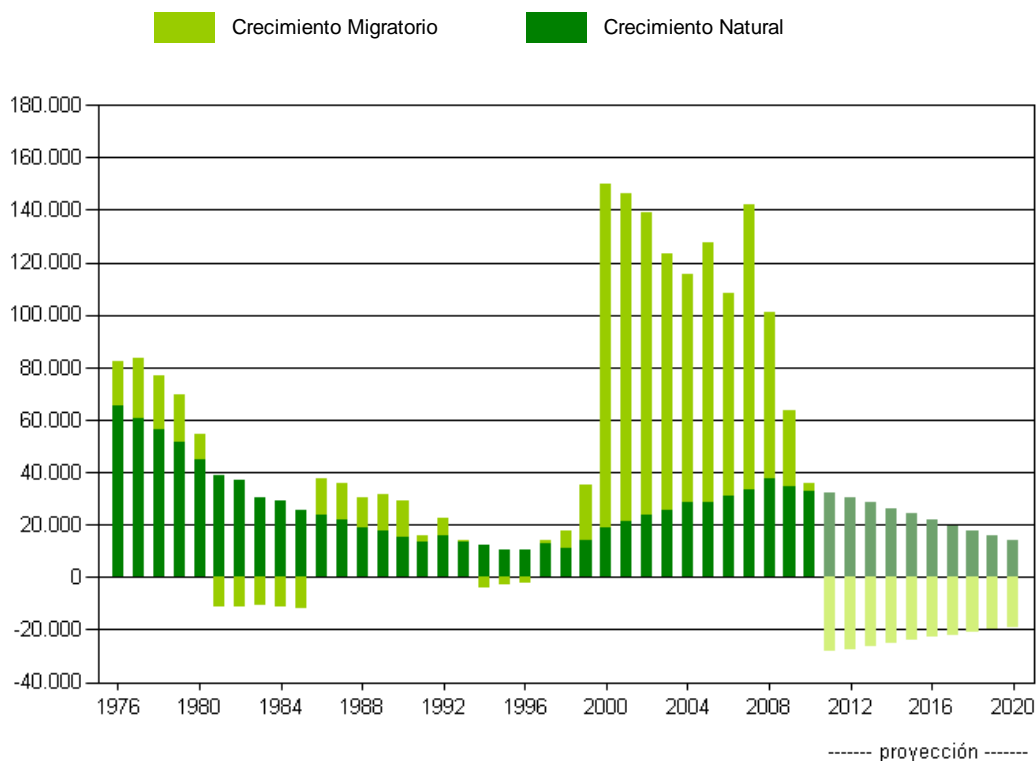
Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón continuo y Proyecciones 2007-2017, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La principal razón de la drástica reducción del crecimiento demográfico madrileño es la variación en el patrón migratorio que había regido en el último decenio. La disminución del saldo migratorio ya se contemplaba en la proyección del IECM, pero de un modo muy progresivo (Figura 2.2a). En la proyección del INE, el cambio de tendencia es súbito y mucho más intenso (Figura 2.2b). En ambas estimaciones se evidencia también la previsión de la evolución descendente del crecimiento natural, consecuencia en parte del cambio de modelo migratorio, pero también de causas estructurales –disminución de los efectivos de potenciales madres, al ir llegando a las edades fértiles cohortes de mujeres cada vez menos llenas, nacidas en los años de muy baja fecundidad–.

Figura 2.2b. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid desde 1976.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón continuo y Proyecciones 2011-2021, INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La evolución de la población total presenta, como es de esperar, situaciones muy distintas según el ámbito territorial contemplado (Figura 2.3, Figura 2.4). La Dirección Asistencial (DA) con mayor crecimiento relativo desde 2000 es la Noroeste, que ha aumentado en más de un 37 por ciento el número de sus habitantes entre esa fecha y 2010. En el mismo periodo, la DA Centro aumentó en un 11 por ciento, y en los dos últimos años ha perdido población. Algunas zonas básicas de salud, como Leganés Norte, Virgen del Cortijo, Parque Loranca, Valdebernardo o Delicias-2, muestran muy altos crecimientos resultado de la creación de nuevos barrios, mientras que otros, como El Pardo, sufren la dinámica opuesta, con una importante disminución de habitantes.

La pirámide de población actual de la Comunidad de Madrid (Figura 2.5) muestra el efecto de dinámicas demográficas no sólo recientes, sino en algún caso muy alejadas del momento presente. En la cima de la estructura por edades se aprecia el mayor peso de las mujeres ancianas, resultado de su más alta esperanza de vida, pero también de la mayor mortalidad masculina durante la Guerra Civil. Se aprecia asimismo el menor tamaño de las generaciones nacidas durante la contienda y la inmediata posguerra, así como la mayor natalidad del año 1940. Destaca en la pirámide madrileña el gran peso de los adultos jóvenes –que se van trasladando progresivamente a edades más maduras a medida que avanza el año de observación– y el fuerte descenso de la fecundidad experimentado desde 1975. A partir de finales de siglo vuelve a ensancharse, como resultado tanto de la natalidad de la creciente población extranjera que llega a vivir a Madrid, como del paso por el tramo de edades más fecundas de las generaciones muy llenas nacidas en los años sesenta y setenta del siglo XX. En los años más recientes (2010, 2011) se puede observar un incipiente estrechamiento de la base de la pirámide, consecuencia del menor número

de nacimientos registrados estos años, y que previsiblemente continuará en los próximos.

Figura 2.3. Evolución anual de la población total según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2011.

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

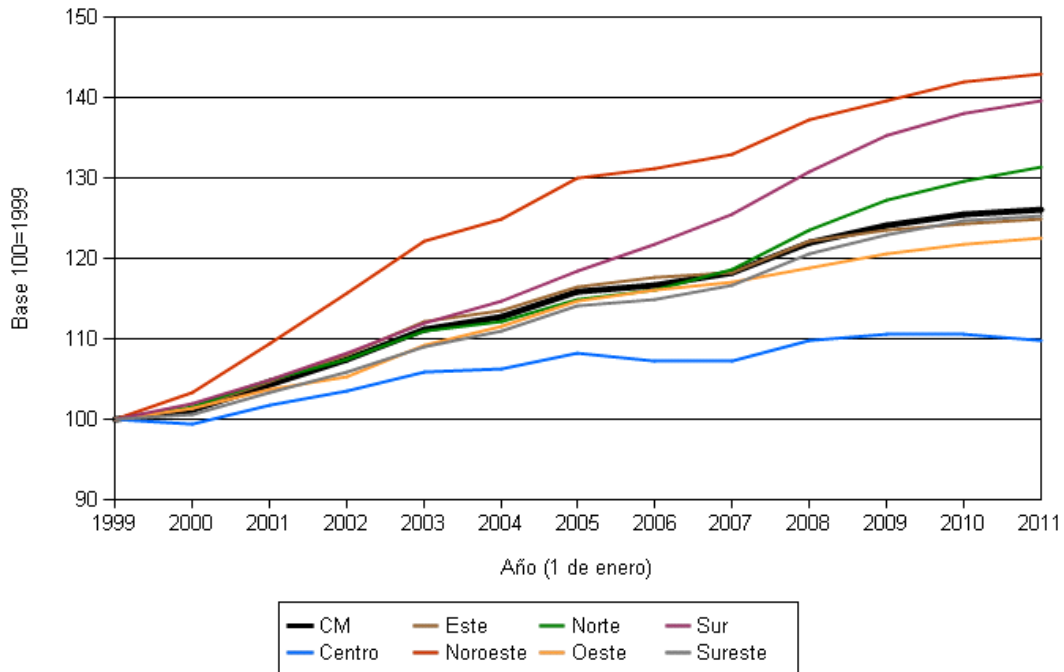


Figura 2.4. Población en los años 2000 y 2010 y crecimiento relativo (en porcentaje) entre ambos años, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

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

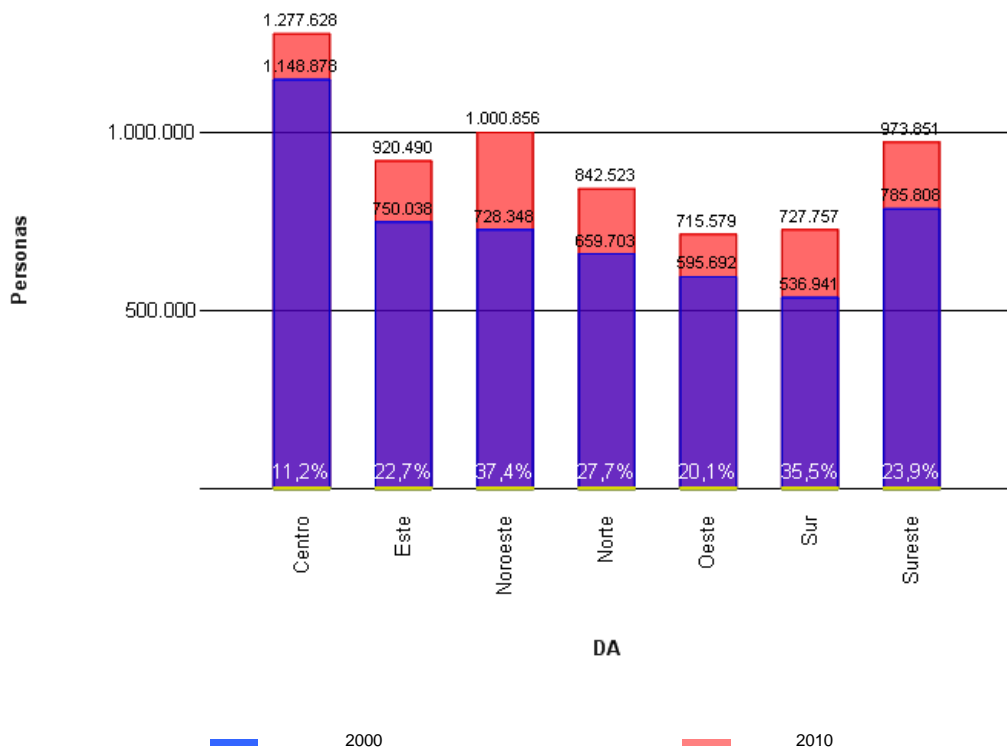
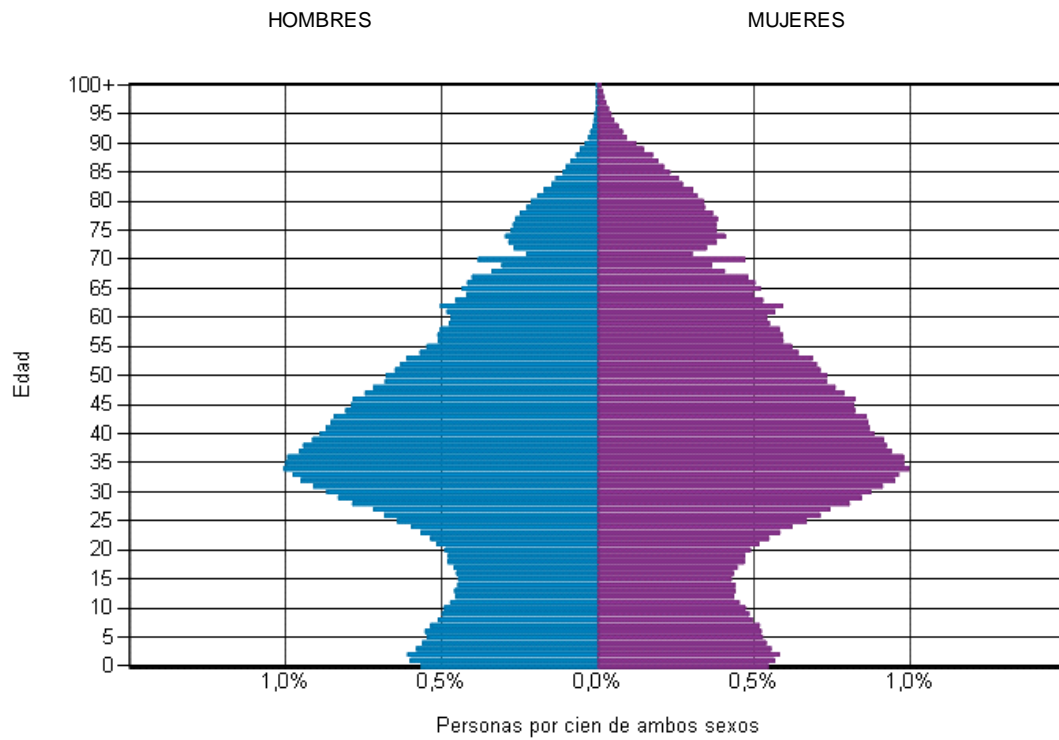


Figura 2.5. Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2011.

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



Las estructuras de las Direcciones Asistenciales presentan ciertas diferencias entre sí y respecto del promedio en la Comunidad de Madrid, pero donde se pueden encontrar mayores discrepancias es entre las distintas Zonas Básicas de Salud ([Figura 2.6](#) y [Figura 2.7](#)).

Figura 2.6. Pirámides de población por Dirección Asistencial y Comunidad de Madrid, 2011.

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

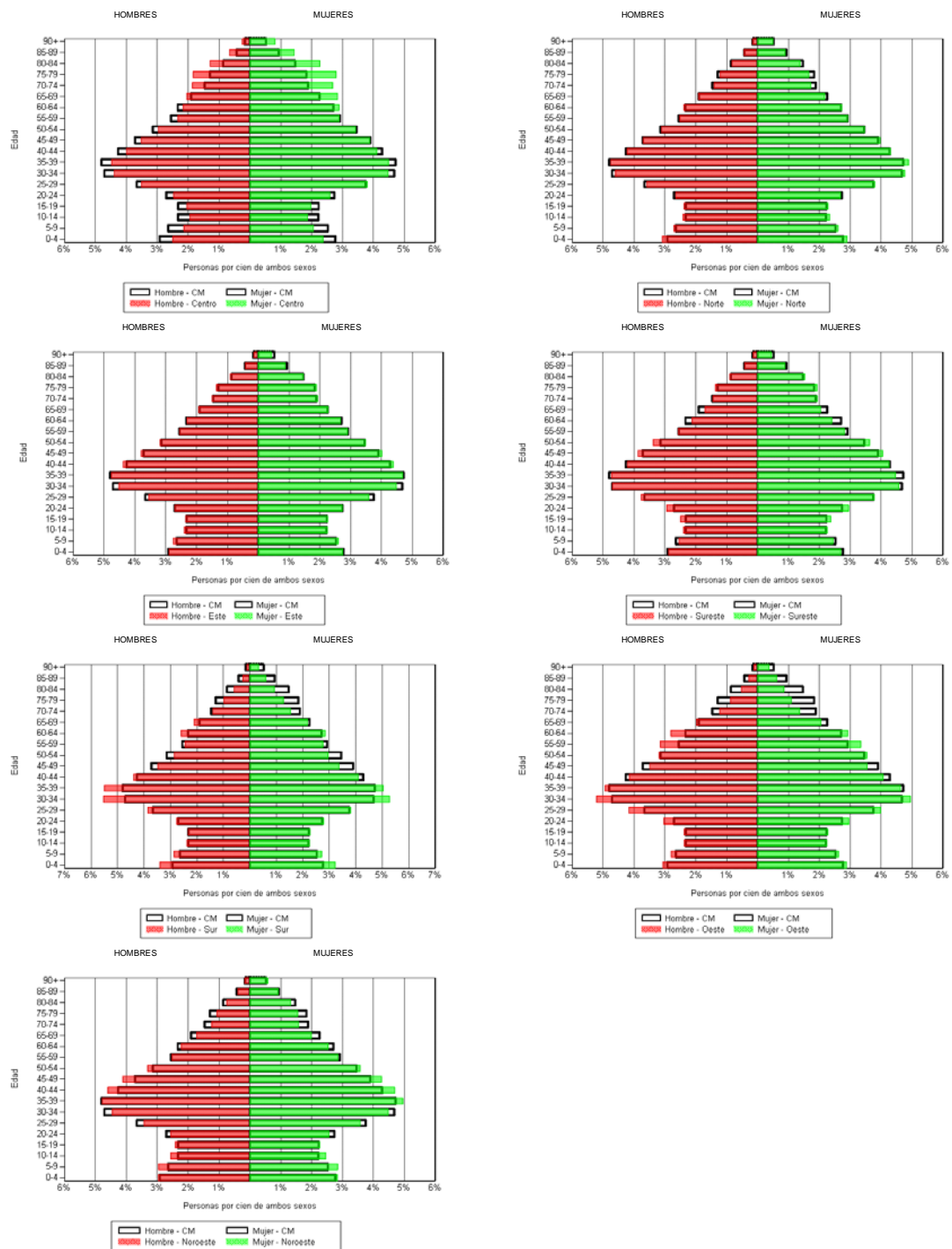


Figura 2.6. Pirámides de población por Zona Básica de Salud y Comunidad de Madrid, 2011.

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

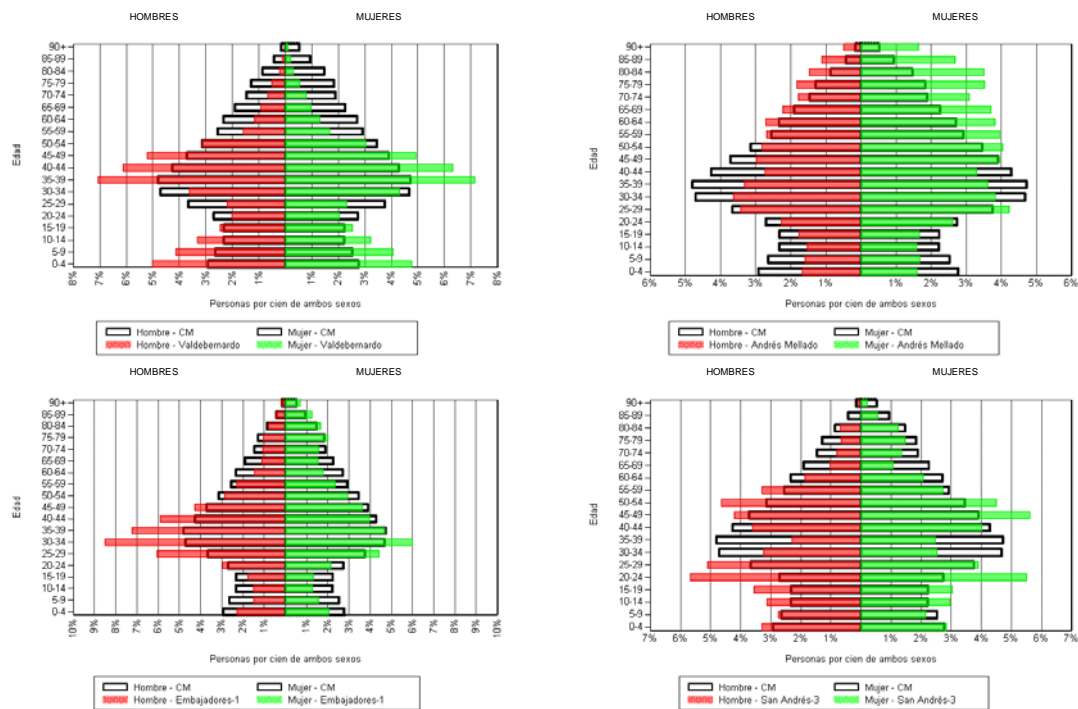


Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad y sexo, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Total

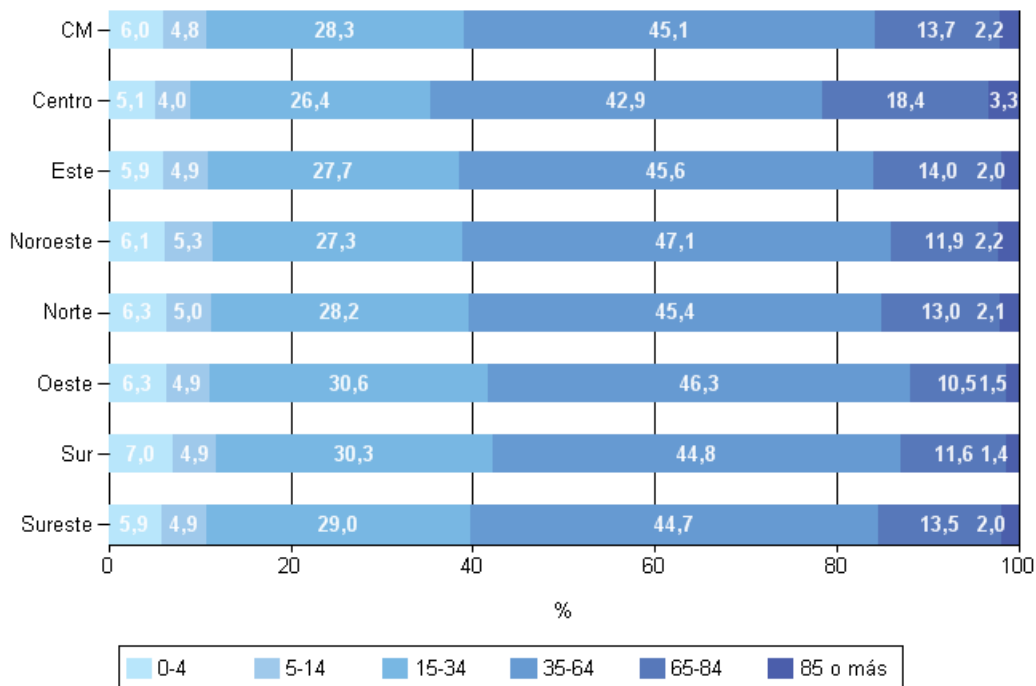
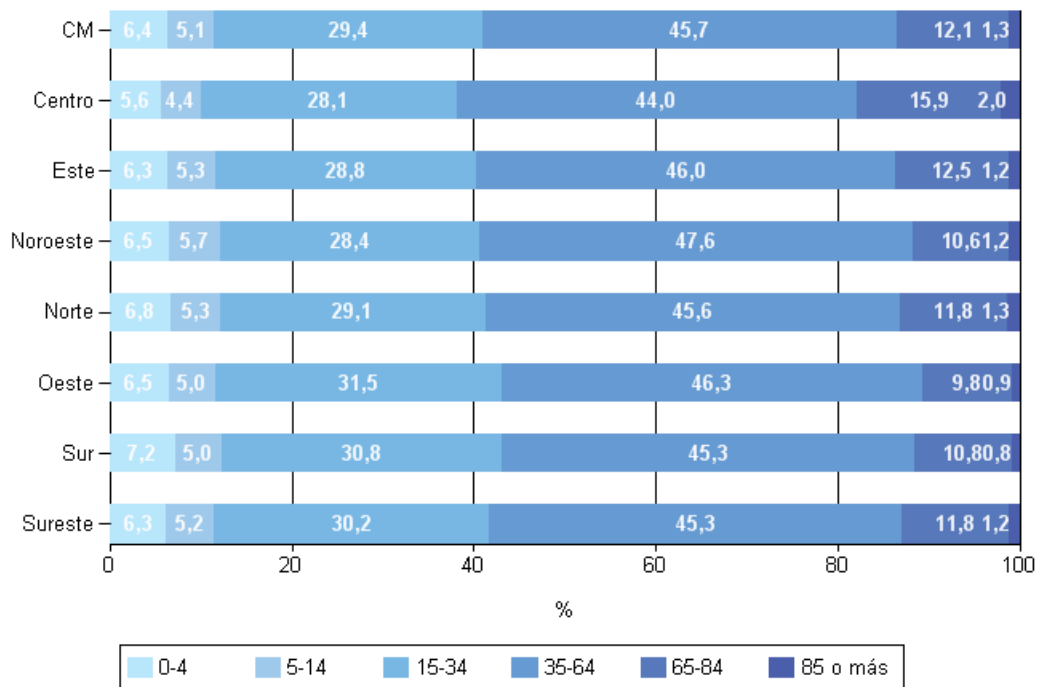


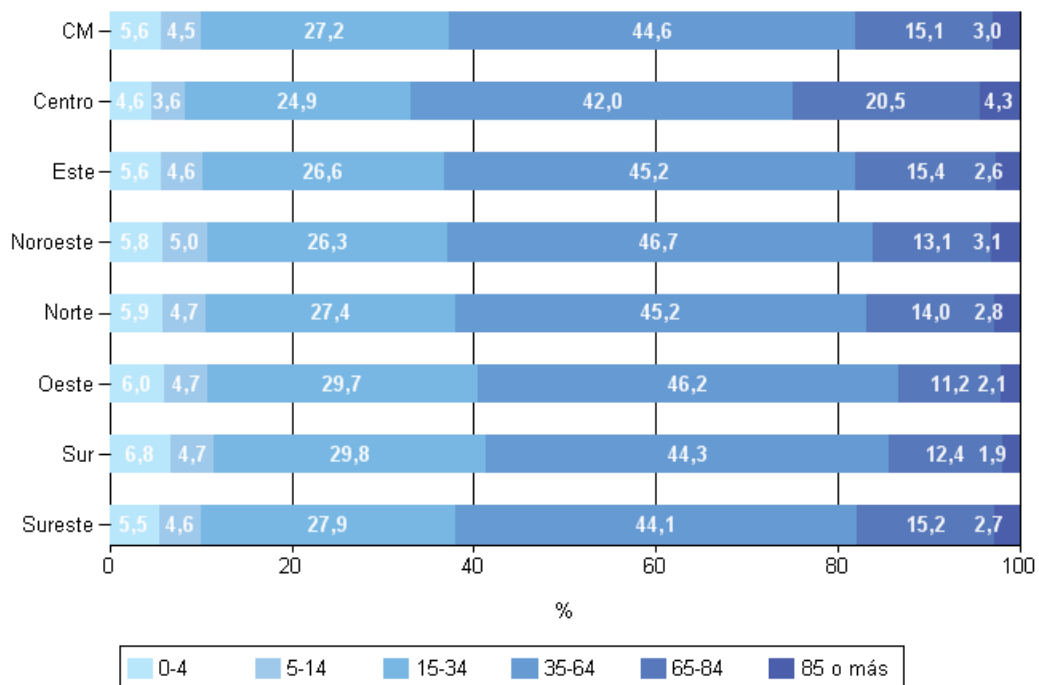
Figura 2.7 (continuación). Distribución anual de población por grandes grupos de edad y sexo, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Hombres



Mujeres



2.1.2 Migración

En la evolución de la población madrileña las migraciones siempre han jugado un papel fundamental. Durante decenios, Madrid fue destino de gran cantidad de personas procedentes de otras provincias españolas. Posteriormente, durante los años ochenta y noventa del siglo XX, el crecimiento migratorio se redujo drásticamente. Las matrices de flujos migratorios anuales desde el año 2002 hasta el 2010 (Tabla 2.1) reflejan la intensidad de los movimientos que tienen a Madrid como procedencia o destino. Es de destacar la importancia de los movimientos interiores (desde un municipio a otro de la propia Comunidad de Madrid) y de los procedentes del extranjero. Efectivamente, desde inicios del siglo XXI se aprecia un nuevo patrón marcado por una fuerte inmigración desde el extranjero que se refleja en el gran aumento de la población de nacionalidad no española residente en Madrid (Figura 2.8). Además, debe señalarse que el balance con el resto de Comunidades Autónomas es negativo, de manera que desde hace años marchan más personas desde Madrid que las que llegan desde el resto de España. El saldo migratorio anual total ha llegado a estar por encima de los 100 mil nuevos residentes en Madrid durante varios años del primer decenio del nuevo siglo. Sin embargo, este saldo ha tendido a reducirse, y en el año 2010 ha pasado a ser de apenas 3 mil personas. De hecho, el número de residentes de nacionalidad extranjera ha disminuido, por primera vez en muchos años, en 2011 (1.067.585) en relación con 2010 (1.079.944) (Figura 2.8), y los datos provisionales a 1 de enero de 2012 (1.009.926) parecen confirmar esta tendencia.

Tabla 2.1. Matriz de migraciones por origen y destino. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Estadística del movimiento migratorio de la Comunidad de Madrid, IECM y Estadística de variaciones residenciales, INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

		Destino			Total
		Comunidad de Madrid	Otras Comunidades	Extranjero	
Origen	Comunidad de Madrid	160.544	94.753	69.353	324.650
	Otras Comunidades	93.736	-	-	93.736
	Extranjero	73.390	-	-	73.390
	Total	327.670	94.753	69.353	491.776

Saldo migratorio con otras CCAA: -1.017 (93.736 - 94.753)

Saldo migratorio con el extranjero: 4.037 (73.390 - 69.353)

Saldo migratorio total: 3.020 (4.037 - 1.017)

Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera. Comunidad de Madrid, 1985-2011.

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

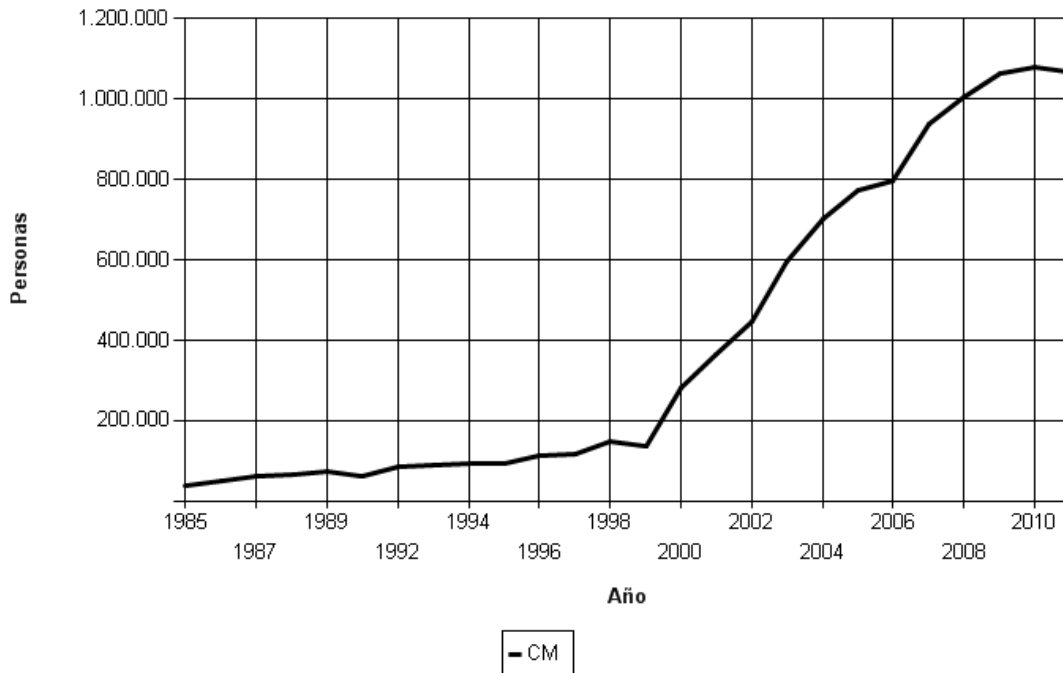
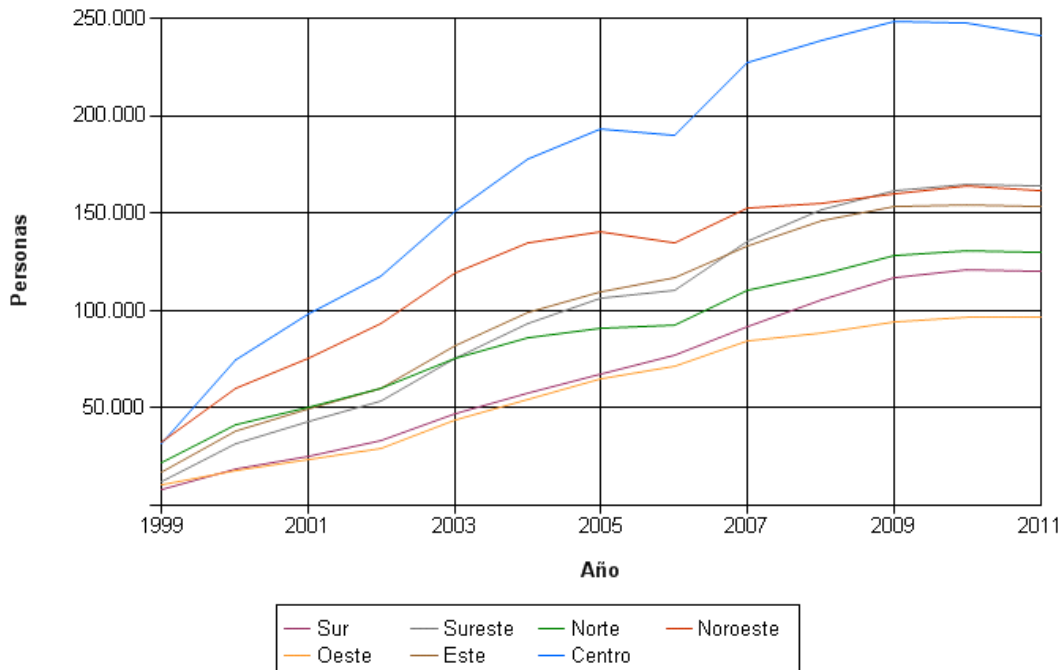


Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2011.

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



2.1.3 Fecundidad

La evolución reciente de la fecundidad de la Comunidad de Madrid refleja la sensibilidad de este fenómeno demográfico ante los cambios sociales y económicos. Los indicadores de natalidad y fecundidad, tras una década en la que siguieron una tendencia al aumento, vuelven decrecer a partir de 2009. Es todavía pronto para anticipar la duración y magnitud de este descenso, pero es muy verosímil que persista en los próximos años. En relación con la evolución del número de nacimientos (Figura 2.9a), el impacto de la crisis económica ha adelantado un comportamiento que todas las previsiones demográficas daban por seguro. Incluso en un contexto de bonanza económica, el efecto estructural de la llegada, a las edades de mayor fecundidad, de unas cohortes de mujeres de tamaño progresivamente menor (nacidas en los años ochenta y noventa, caracterizados por el fuerte descenso de la fecundidad) harían que la cifra de nacidos vivos decayera a partir de la segunda década del siglo XXI.

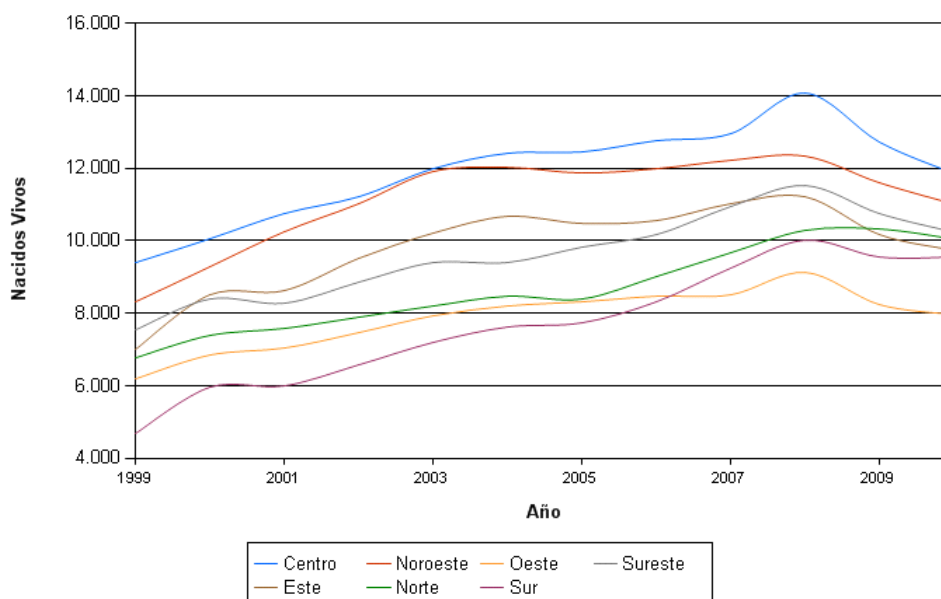
Figura 2.9a. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975-2010.

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



Figura 2.9a. Evolución anual del número de nacidos vivos por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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



Este cambio de tendencia, acentuado y adelantado por la crisis económica, se aprecia en todas las Direcciones Asistenciales y se confirma no sólo en el número absoluto de nacimientos (Figura 2.10a), sino también en la evolución de los principales indicadores de intensidad del fenómeno, como la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) (Figura 2.9b) o el Índice Sintético de Fecundidad o Número Medio de Hijos por Mujer (ISF) (Figura 2.11a). En el año 2010, el más reciente con información disponible de carácter definitivo, la Dirección Asistencial Sur es la que presenta una TBN más alta (13,2 nacidos vivos por mil personas) (Figura 2.10b) y un mayor ISF (1,47 hijos por mujer) (Figura 2.12a), frente a los 9,4 por mil y 1,18 hijos por mujer de la DA Centro. El promedio de la Comunidad de Madrid fue en 2010 de 11,5 por mil (TBN) y de 1,37 hijos por mujer.

Figura 2.10a. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Nacidos vivos: número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid, 2010.

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

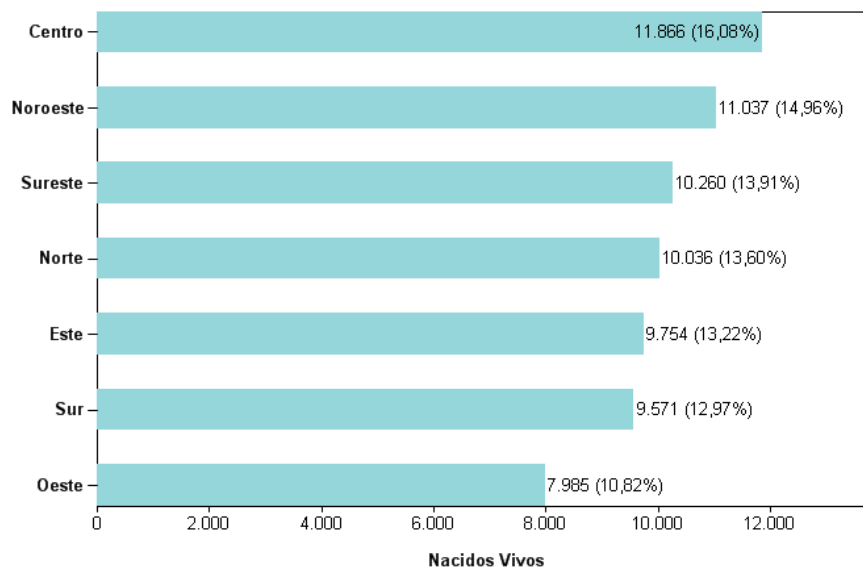


Figura 2.9b. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2010.

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

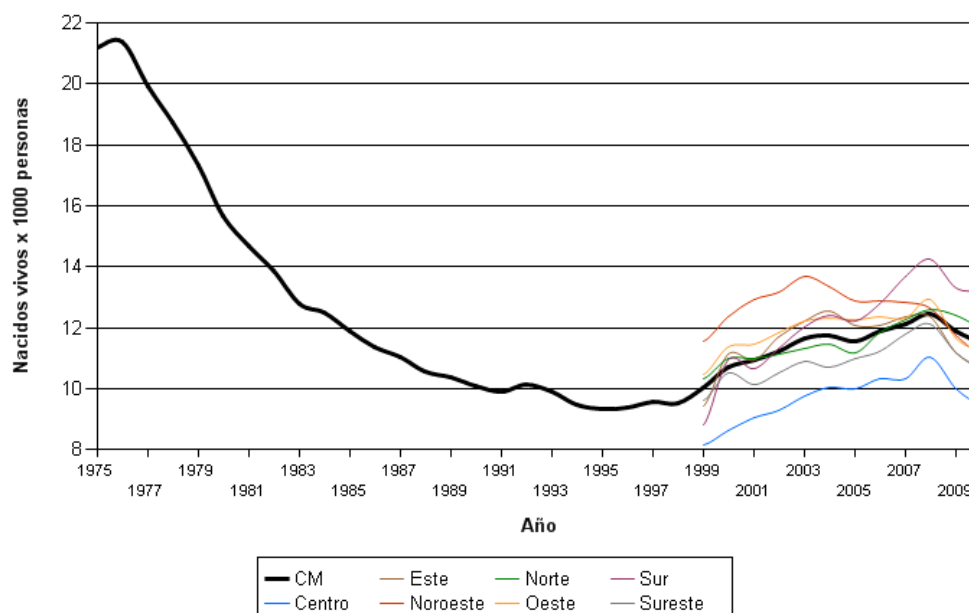


Figura 2.11a. Evolución del número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2010.

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

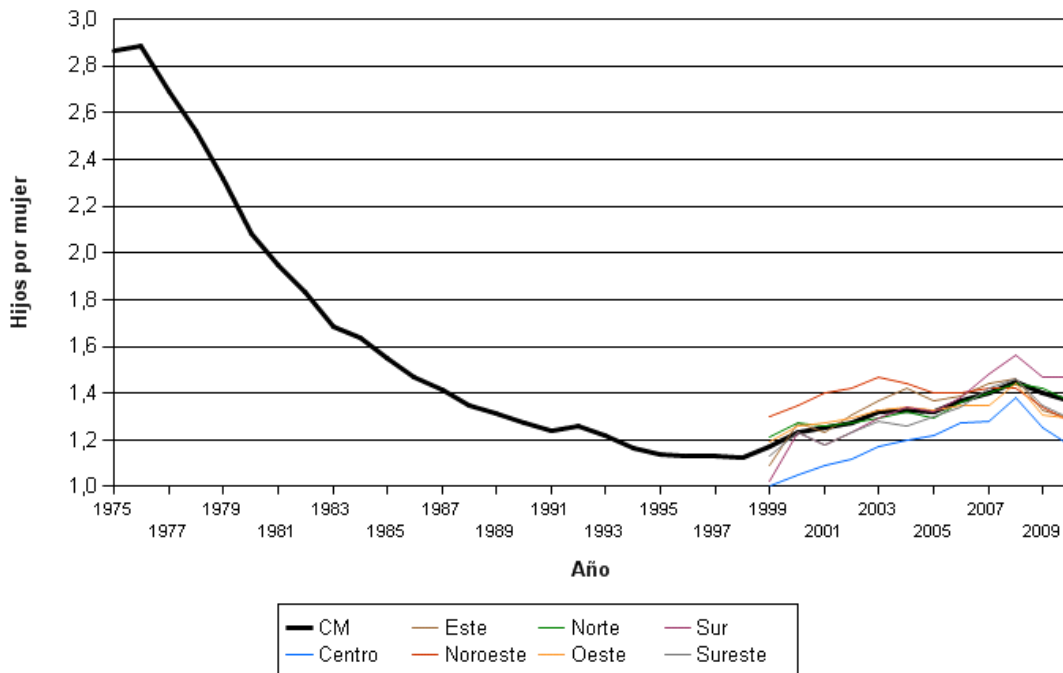


Figura 2.10b. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid, 2010.

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

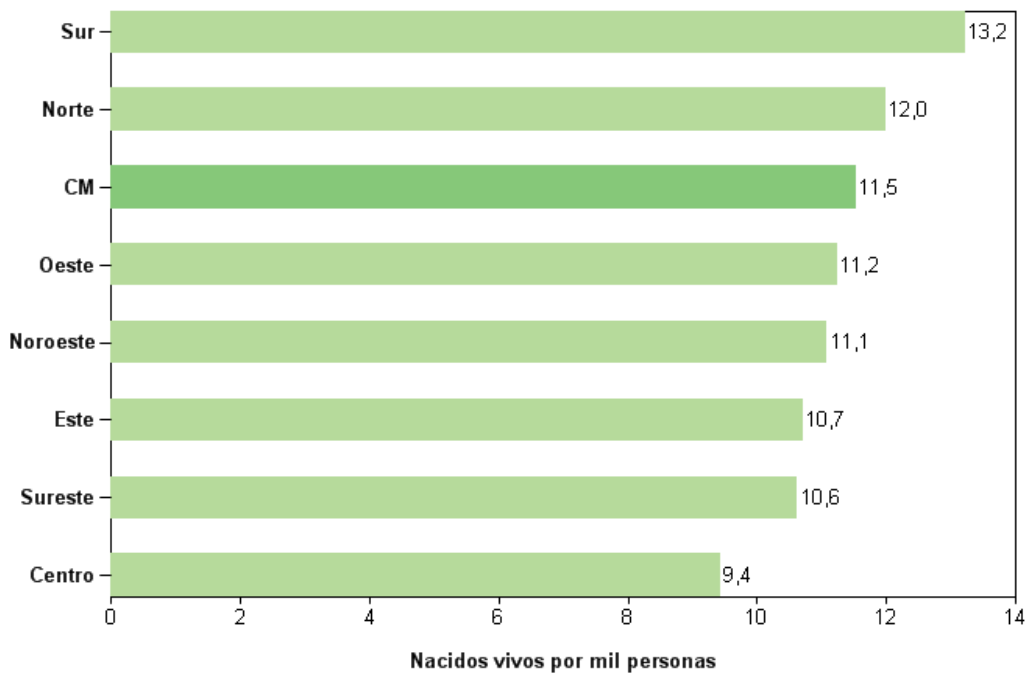
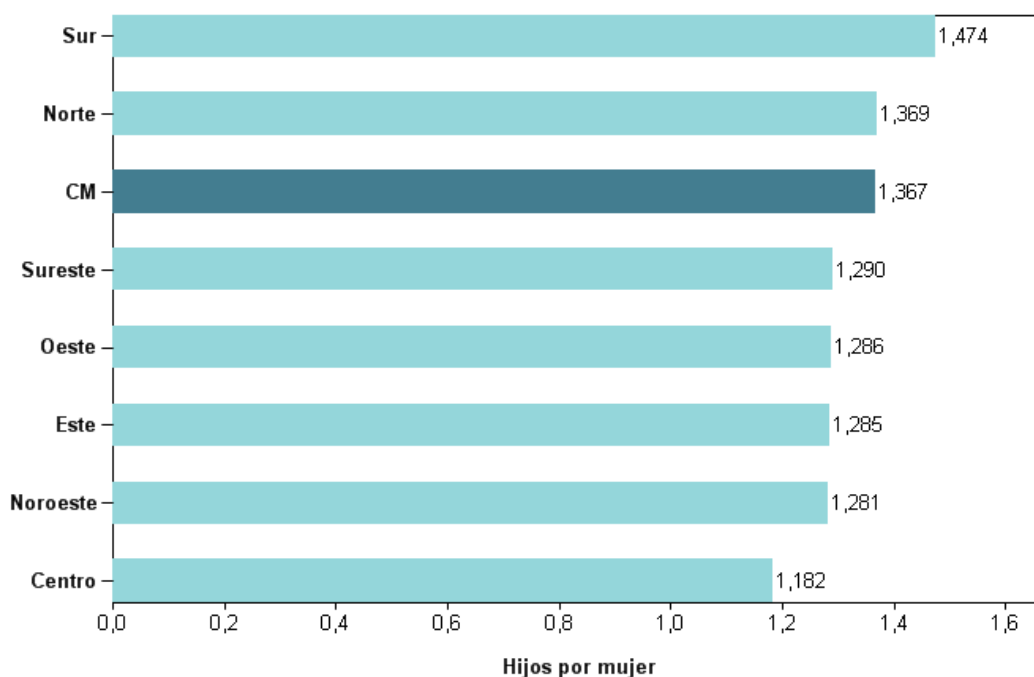


Figura 2.12a. Número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010.

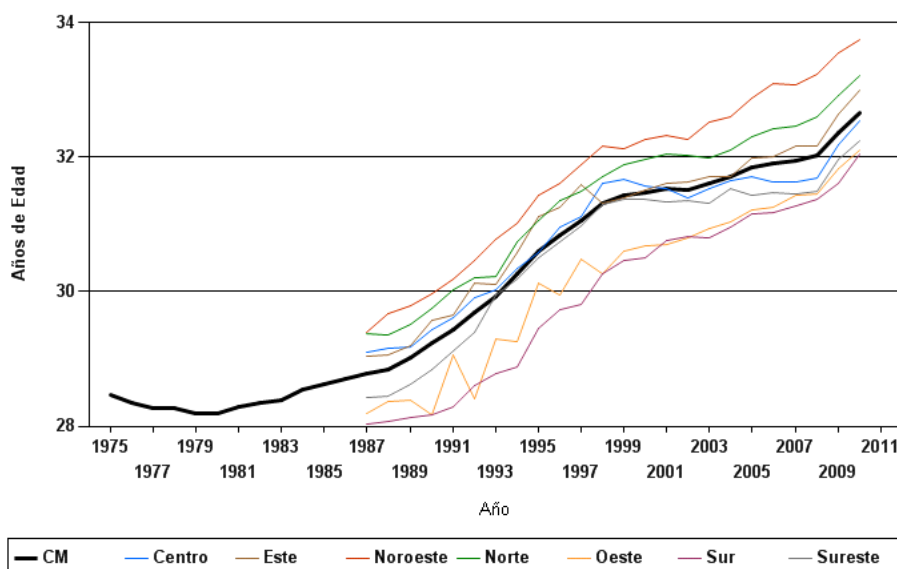
Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM e INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (32,65 años en promedio) en comparación con la Edad Media a la Maternidad (EMM) de principios de los años ochenta (alrededor de 28 años). La tendencia al aumento de la EMM se atenuó entre 1999 y 2007, en buena medida por la creciente participación de las madres de nacionalidad no española, con un calendario de fecundidad más joven que las españolas. Sin embargo, en los últimos años (2009, 2010) la EMM ha vuelto a crecer fuertemente (Figura 2.13a).

Figura 2.13a. Evolución de la edad media a la maternidad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2010.

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



Esta tendencia es compartida por las poblaciones de todas las Direcciones Asistenciales, aunque con algunas diferencias destacables. Entre la DA con EMM más alta en 2010 (Noroeste, 33,74 años de edad) y la de menor EMM (Sur, 32,05 años) hay más de 1,5 años de diferencia (Figura 2.13b). Como se aprecia en la Figura 2.12b, el patrón de fecundidad por edad de la DA Sur destaca por sus comparativamente más altas tasas en las edades menores de 30 años, mientras que la DA Noroeste sobresale por tener tasas más bajas en edades jóvenes y más altas en la mitad madura del espectro de edades reproductivas.

Figura 2.13b. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo), por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010

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

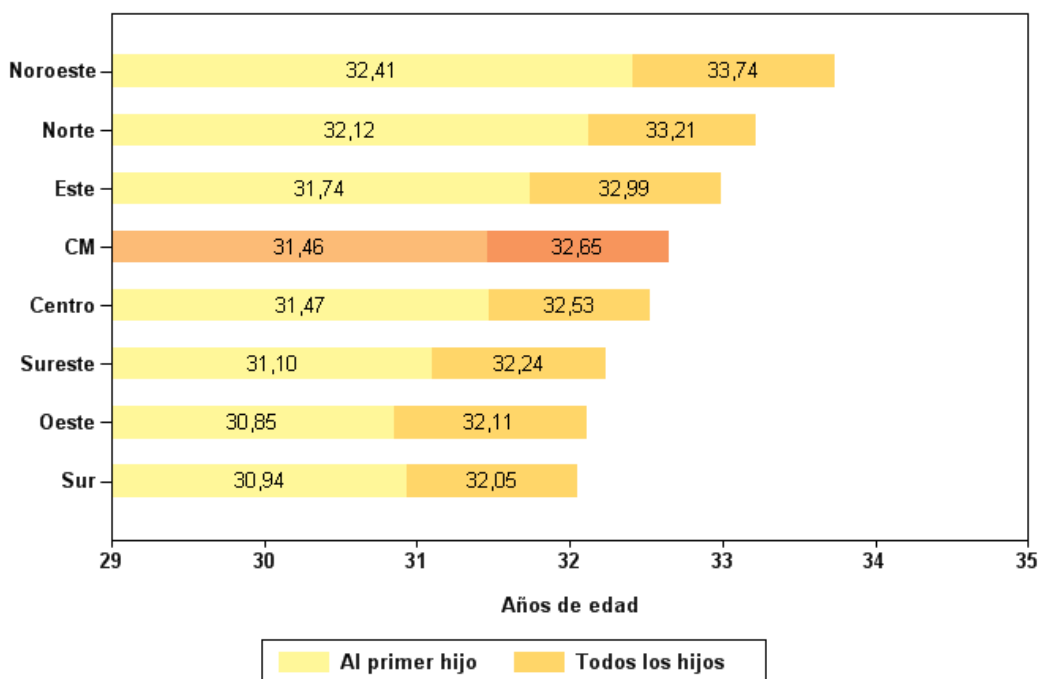
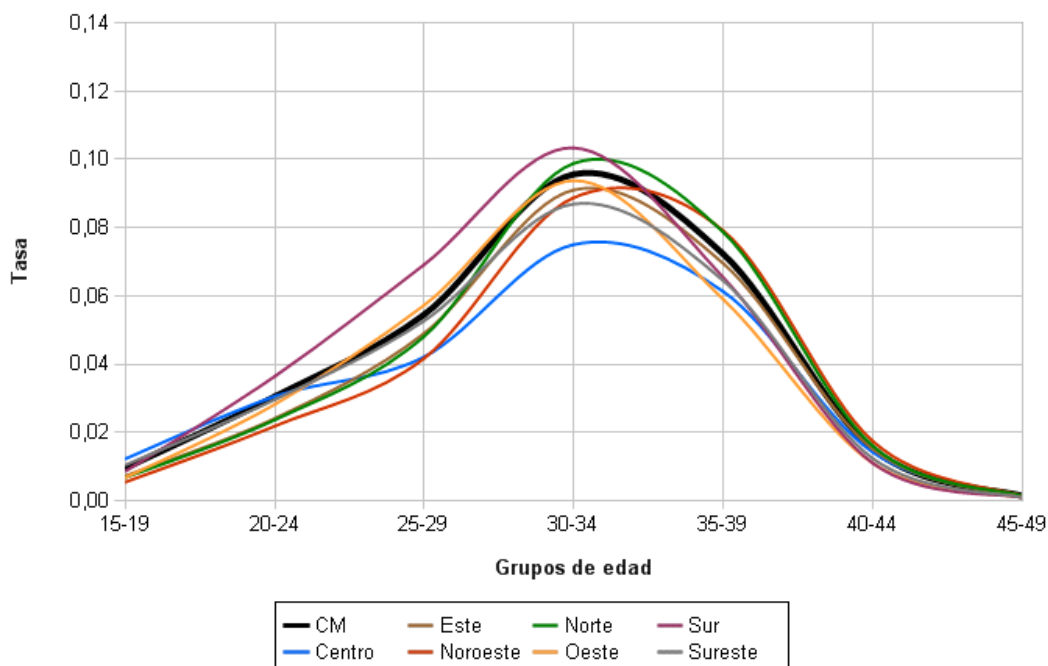


Figura 2.12b. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010

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



Esta situación actual es el resultado de evoluciones dispares de los distintos grupos de edad. En el conjunto de la Comunidad de Madrid, las altas tasas de las edades 25-29 y 20-24 descendieron fuertemente desde mediados de los años setenta del siglo XX (Figura 2.11b). En 1999 el grupo de edad 30-34 pasó a ser el de mayor fecundidad, y desde 2004 las mujeres de 35-39 años tienen en Madrid una fecundidad más alta que la del grupo 25-29. En la DA Sur, esto último no ha sucedido ni siquiera al final de la serie (2010), aunque es muy probable que ocurra en los próximos años. Por el contrario, en la DA Noroeste las tasas del grupo 35-39 son mayores a las del 25-29 desde el año 2000. En esta última zona la proporción de hijos de rango alto (terceros y sucesivos hijos de las mujeres que han tenido hijos en el año de observación) es mayor que en cualquier otra DA, mientras que la Sur es aquella en la que dicha proporción es más baja (9 por ciento, frente al 14,2 por ciento del DA Noroeste) (Figura 2.13c).

Figura 2.11b. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1975-2010.

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

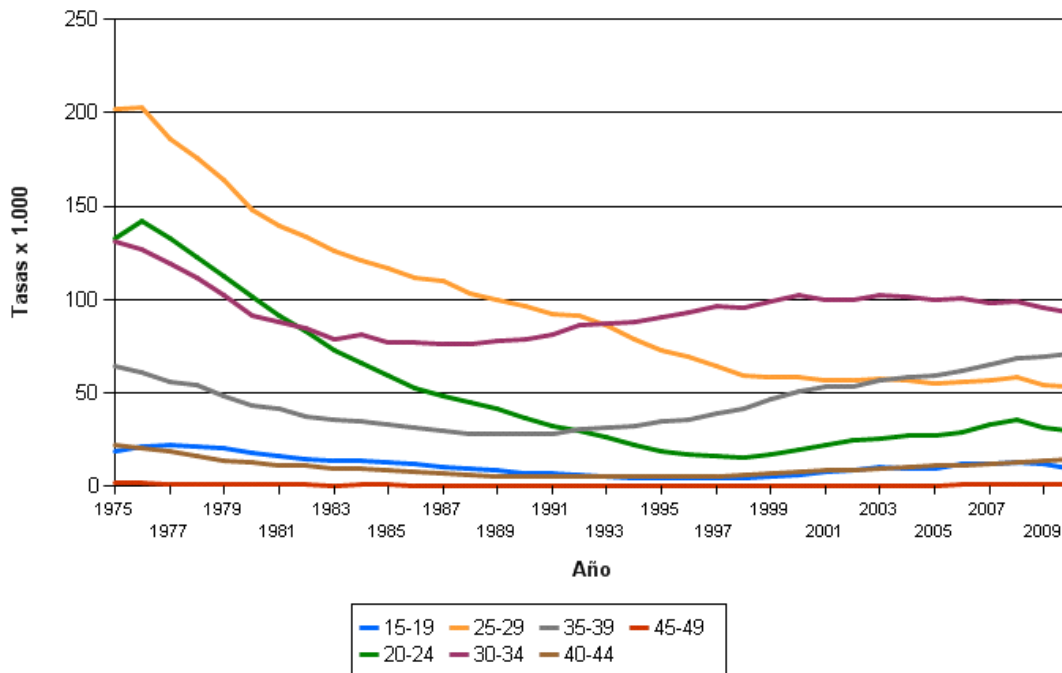
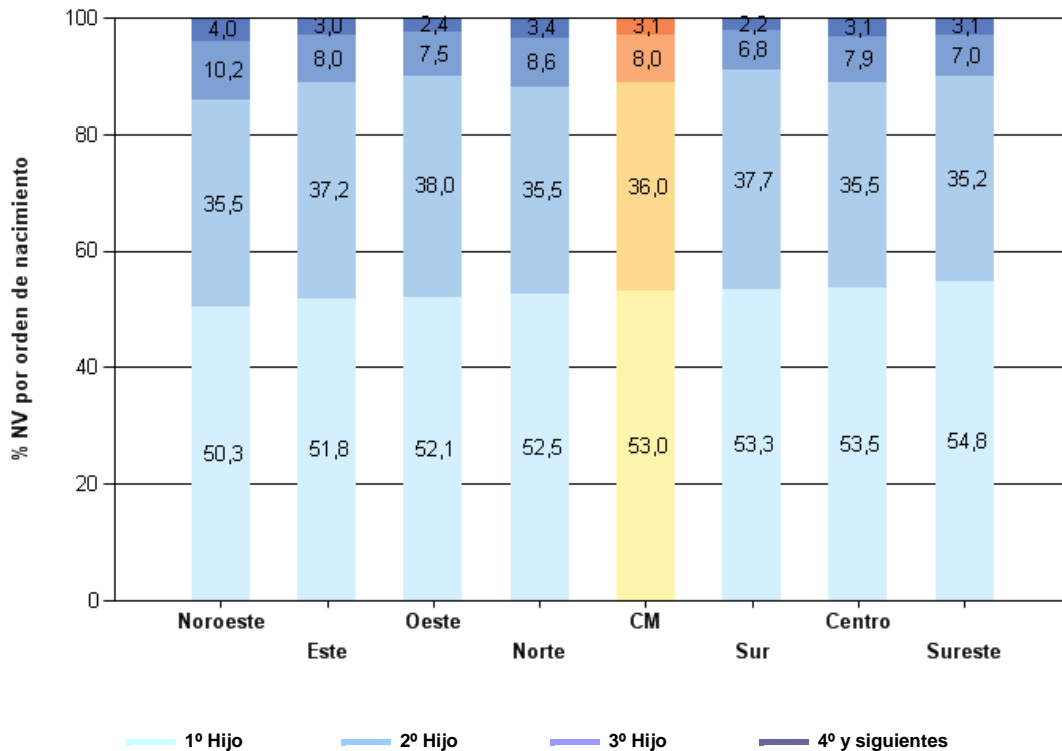


Figura 2.13c. Proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010

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



2.2. Mortalidad y morbilidad

2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad

La [Tabla 2.2](#) recoge los principales indicadores de mortalidad y morbilidad general para el conjunto de la población de la Comunidad de Madrid.

Tabla 2.2. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes	20.367	20.461	40.828
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil.	658,6	618,4	637,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil.	308,0	153,0	228,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil.	559,4	313,4	417,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	14.732,1	17.551,7	16.192,7
Esperanza de vida al nacer, en años. CM.	80,52	86,43	83,67
Esperanza de vida a la edad 65, en años. CM.	19,25	23,62	21,70
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005 - 2010	2,09	1,45	1,80
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	298.116	293.504	591.620
Años Vividos con Discapacidad	169.009	197.765	366.774
Años de Vida Perdidos	129.107	95.739	224.846

2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida

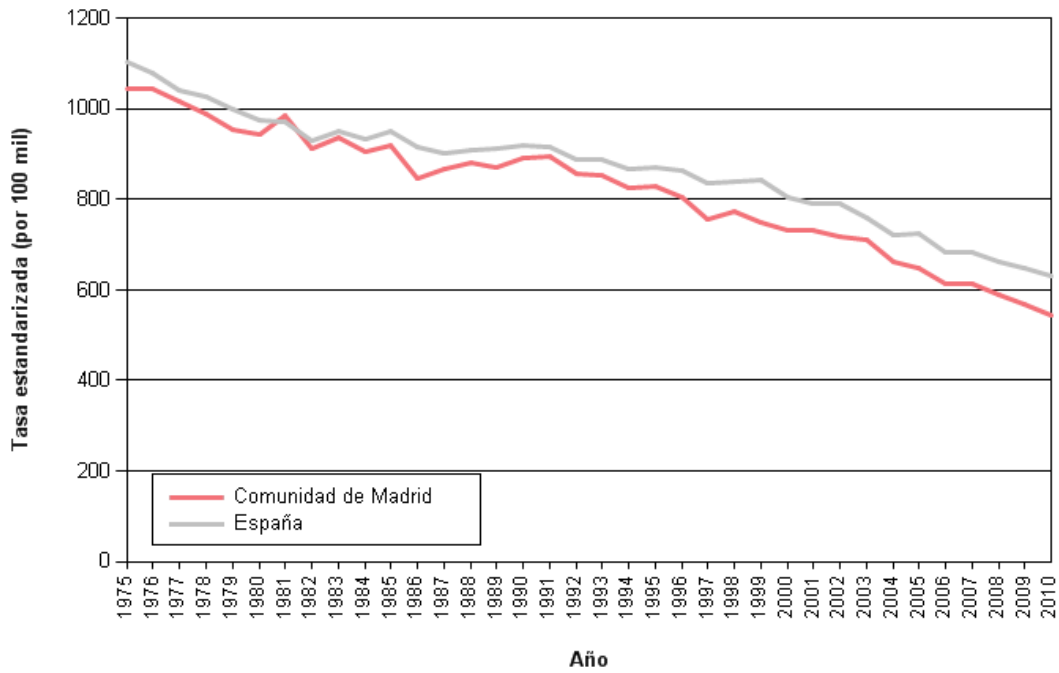
Una vez ajustadas por edad, las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años ([Figura 2.14](#)). La mejora es muy importante y constante, con la sola excepción de la segunda mitad de los años ochenta e inicios de los noventa, durante los cuales las tasas empeoraron entre los hombres y se mantuvieron estables entre las mujeres. A lo largo de todo el periodo la Comunidad de Madrid presenta una mortalidad general más favorable que en el conjunto de España.

Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar, tanto desde el nacimiento ([Figura 2.15a](#)) como a los 65 años de edad ([Figura 2.15b](#)), pasando de 70,6 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 76,0 en mujeres en el año 1975 a 80,5 y 86,4 en 2010, respectivamente. A la edad 65 en 2010 se puede esperar vivir todavía 19,3 años (hombres) o 23,6 (mujeres). Como en el caso de las tasas, la tendencia de mejora de la esperanza de vida ha sido persistente a lo largo de todo el periodo, salvo en la segunda mitad de los años ochenta e inicio de los noventa debido no sólo, pero sí en buena medida, al empeoramiento de la mortalidad de los adultos jóvenes –especialmente los hombres- fundamentalmente por causas asociadas a hábitos y estilos de vida (accidentes de tráfico, VIH-sida y abuso de drogas).

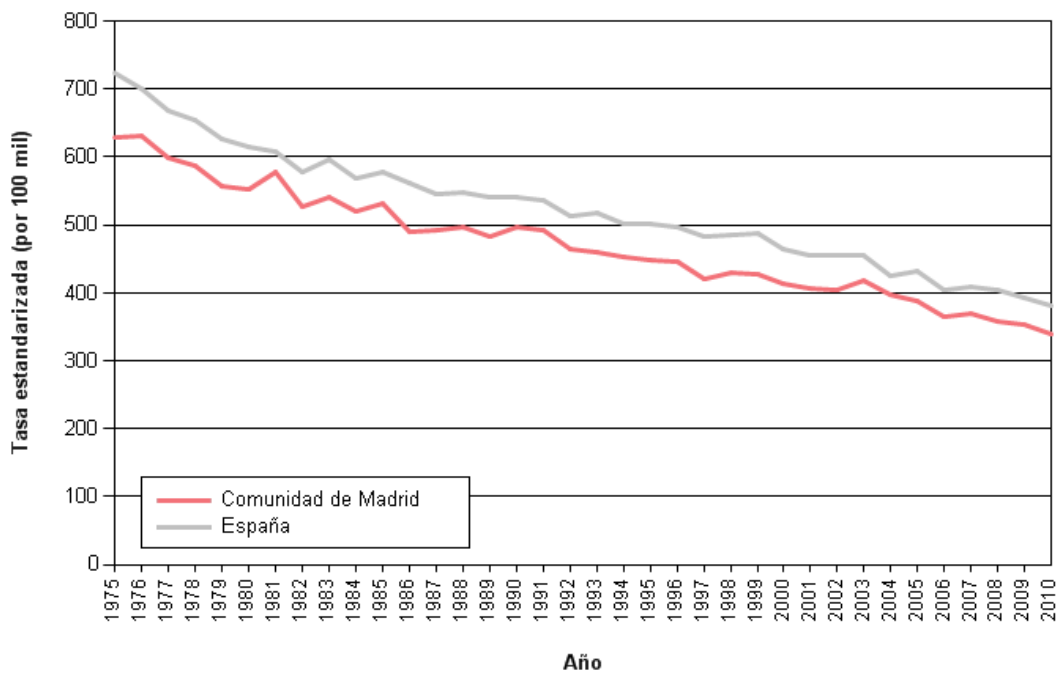
Figura 2.14. Mortalidad por todas las causas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 2.15a. Esperanza de vida al nacer, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975-2010.

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

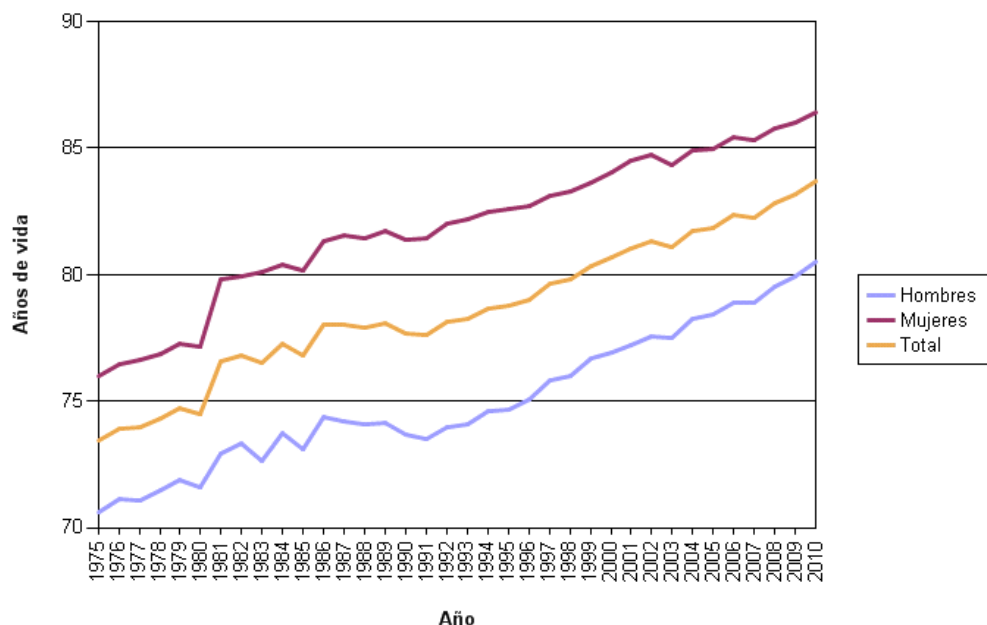
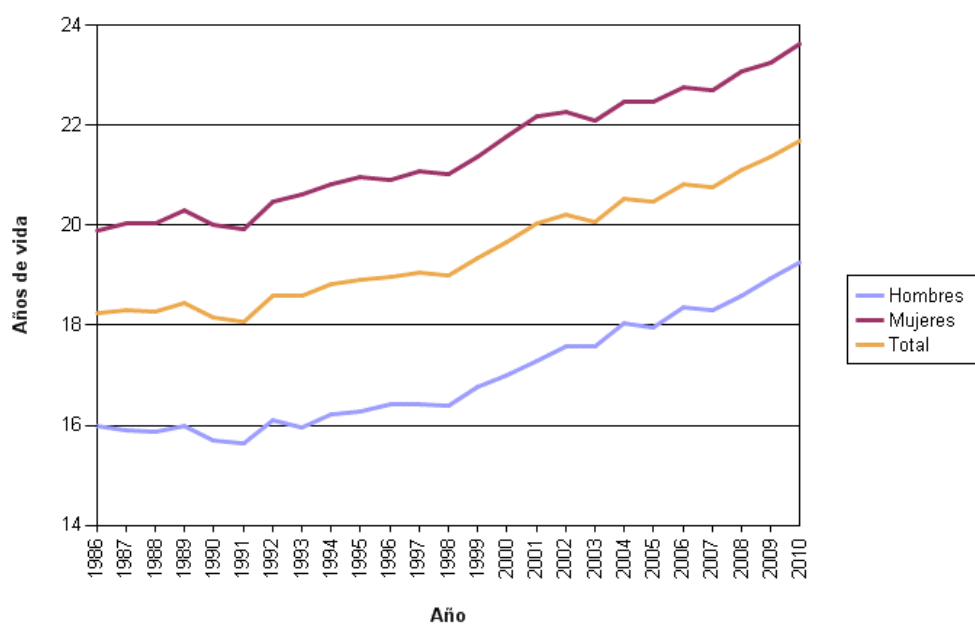


Figura 2.15b. Esperanza de vida a los 65 años, según sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2010.

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Entre los años 2005 y 2010 el aumento de la esperanza de vida se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población adulta madura (de 50 y más años de edad), y especialmente de la anciana (70 y más). En la [Figura 2.16a](#) se aprecia este comportamiento, y en concreto como es el grupo de 70 y más años de edad el que mayor cantidad de años de vida aporta al incremento de la expectativa de vida al nacer, tanto en hombres como en mujeres. Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también como son las enfermedades del sistema circulatorio las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, seguida de las enfermedades respiratorias -sobre todo en los hombres-. La aportación de los tumores en este grupo abierto de edad es mucho menos significativa, aunque sí lo es en los varones de 50-69 años de edad. La contribución de las causas externas es importante en el grupo de hombres de 15 a 49 años de edad.

Figura 2.16a. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

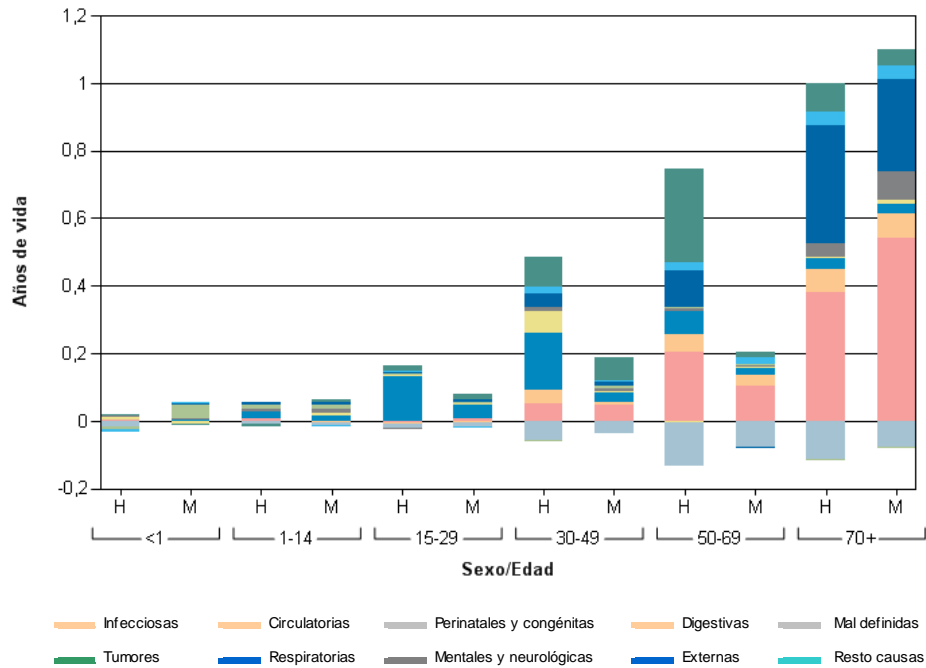
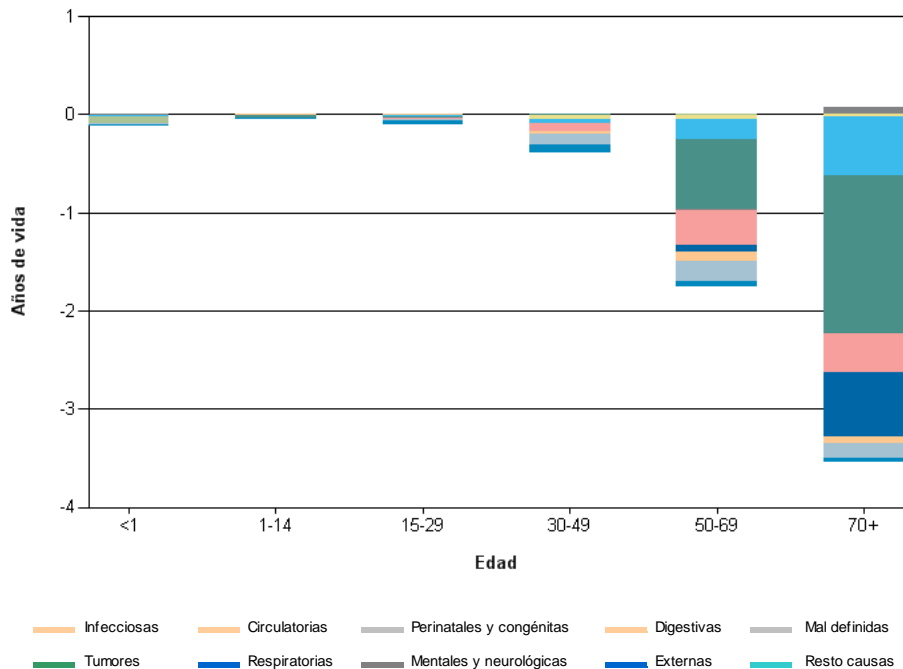


Figura 2.16b. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Diferencia entre hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La disparidad de la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres (5,9 años en 2010 en favor de éstas) se explica también fundamentalmente por la mortalidad diferencial en adultos y ancianos (Figura 2.16b): 5,3 años son atribuibles a los mayores de 50 años de edad -de ellos 3,5 al grupo 70+-. Todos los grandes grupos de causas muestran una peor mortalidad en hombres que en mujeres, pero son principalmente las peores tasas de tumores en hombres de 50 y más años las que más contribuyen a la brecha de supervivencia por sexo.

2.2.3. Mortalidad por causa

Los principales indicadores de mortalidad por causa de defunción en la Comunidad de Madrid en el año 2010 según grandes grupos de la CIE-10 se presentan en las [Tabla 2.3a](#) y [Tabla 2.3b](#). Como ha ocurrido desde 2006, el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores para el conjunto de ambos sexos superan en 2010 a las del sistema circulatorio, debido al continuado descenso de la mortalidad de estas últimas. Esto es así también en los varones. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa con mayor número de defunciones, pero una vez ajustada por edad (método directo, población estándar europea OMS), los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas.

Tabla 2.3a. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Número absoluto de defunciones y mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2010.

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

	Defunciones			Mortalidad proporcional		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	812	431	381	2,0 %	2,1 %	1,9 %
II. Tumores	12.278	7.222	5.056	30,1 %	35,5 %	24,7 %
III. Sangre, inmunidad	128	52	76	0,3 %	0,3 %	0,4 %
IV. Endocrinas	837	318	519	2,1 %	1,6 %	2,5 %
V. Mentales	884	277	607	2,2 %	1,4 %	3,0 %
VI. Sist. nervioso	1.803	658	1.145	4,4 %	3,2 %	5,6 %
VII. Ojo	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
VIII. Oído	3	0	3	0,0 %	0,0 %	0,0 %
IX. Circulatorias	10.949	4.678	6.271	26,8 %	23,0 %	30,6 %
X. Respiratorias	5.512	2.833	2.679	13,5 %	13,9 %	13,1 %
XI. Digestivas	1.945	954	991	4,8 %	4,7 %	4,8 %
XII. Piel	113	26	87	0,3 %	0,1 %	0,4 %
XIII. Osteomusculares	269	74	195	0,7 %	0,4 %	1,0 %
XIV. Genitourinarias	1.291	593	698	3,2 %	2,9 %	3,4 %
XV. Maternas	3	0	3	0,0 %	0,0 %	0,0 %
XVI. Perinatales	110	64	46	0,3 %	0,3 %	0,2 %
XVII. Congénitas	143	83	60	0,4 %	0,4 %	0,3 %
XVIII. Mal definidas	2.778	1.549	1.229	6,8 %	7,6 %	6,0 %
XX. Externas	970	555	415	2,4 %	2,7 %	2,0 %
Desconocido	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Todas las causas	40.828	20.367	20.461	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2.3b. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad*. Comunidad de Madrid, 2010.

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

	Tasas brutas (por 100 mil)			Tasas Estandar* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	12,68	13,94	11,51	8,99	12,07	6,36
II. Tumores	191,80	233,52	152,81	142,49	204,36	99,50
III. Sangre, inmunidad	2,00	1,68	2,30	1,31	1,47	1,16
IV. Endocrinas	13,08	10,28	15,69	7,78	8,44	7,17
V. Mentales	13,81	8,96	18,35	7,21	7,05	6,97
VI. Sist. nervioso	28,17	21,28	34,60	16,70	17,56	15,58
VII. Ojo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Oído	0,05	0,00	0,09	0,03	0,00	0,05
IX. Circulatorias	171,04	151,26	189,53	101,05	124,34	82,28
X. Respiratorias	86,11	91,60	80,97	49,26	73,07	34,98
XI. Digestivas	30,38	30,85	29,95	19,95	26,86	14,33
XII. Piel	1,77	0,84	2,63	0,95	0,67	1,09
XIII. Osteomusculares	4,20	2,39	5,89	2,35	1,95	2,61
XIV. Genitourinarias	20,17	19,17	21,10	11,06	15,15	8,71
XV. Maternas	0,05	0,00	0,09	0,04	0,00	0,07
XVI. Perinatales	1,72	2,07	1,39	2,43	2,75	2,09
XVII. Congénitas	2,23	2,68	1,81	2,66	3,16	2,20
XVIII. Mal definidas	43,40	50,09	37,14	31,85	44,56	21,29
XX. Externas	15,15	17,95	12,54	11,13	15,91	6,94
Desconocido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las causas	637,79	658,56	618,38	417,24	559,36	313,38

* Método directo. Población estándar europea. OMS

Estimada como promedio del quinquenio 2005-2009 –para aumentar la estabilidad de los indicadores- ,en todas las Direcciones Asistenciales se cumple lo observado en el conjunto de la Comunidad de Madrid en relación con la mayor mortalidad de los tumores sobre las enfermedades del sistema circulatorio ([Tabla 2.4a](#) y [Tabla 2.4b](#)), salvo en las DA Centro y Noroeste, donde las enfermedades circulatorias son ligeramente más numerosas y suponen una proporción algo mayor que los tumores sobre el total de defunciones. Las Direcciones Asistenciales Sur, Sureste y Noroeste presentan un Índice de Mortalidad Estándar (ajuste indirecto) por encima de 1 -peor mortalidad que la que tendrían si tuvieran las tasas del total de la Comunidad de Madrid-, a la inversa de lo que ocurre con las DA Centro, Este y Norte (en la DA Oeste el IME presenta una diferencia no significativa) ([Tabla 2.4c](#)). En la misma tabla pueden apreciarse los IME de cada Dirección Asistencial por capítulos de la CIE10.

Tabla 2.4a. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones. Comunidad de Madrid, 2005-2009.

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

	Defunciones							
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	CM*
Todas las causas	55.107	27.072	30.618	24.365	16.117	17.362	30.774	204.646
I. Infecciosas	1.077	542	601	442	339	354	640	4.066
II. Tumores	15.733	8.044	8.302	7.219	5.083	5.371	8.951	59.379
III. Sangre, inmunidad	204	95	103	86	41	60	90	682
IV. Endocrinas	1.057	607	600	513	362	378	508	4.098
V. Mentales	1.220	514	709	495	439	473	557	4.471
VI. Sist. nervioso	2.067	1.028	1.235	944	688	719	1.161	7.957
VII. Ojo	0	2	1	2	0	0	0	6
VIII. Oído	0	0	1	1	1	0	0	3
IX. Circulatorias	16.210	7.559	8.923	7.049	4.246	4.470	8.715	58.121
X. Respiratorias	8.741	4.122	4.653	3.481	2.097	2.502	4.812	30.878
XI. Digestivas	2.846	1.417	1.636	1.265	839	885	1.632	10.676
XII. Piel	170	68	106	71	53	43	73	595
XIII. Osteomusculares	407	160	207	175	121	117	163	1.371
XIV. Genitourinarias	1.657	827	961	663	471	407	863	5.939
XV. Maternas	0	1	3	0	1	0	0	6
XVI. Perinatales	93	60	79	55	60	52	69	506
XVII. Congénitas	101	102	88	77	55	48	69	580
XVIII. Mal definidas	2.060	1.017	1.425	1.016	627	835	1.391	8.590
XX. Externas	1.464	907	985	811	594	648	1.080	6.722
Desconocido	0	0	0	0	0	0	0	0

* Nota: El total de la Comunidad de Madrid incluye aquellas defunciones que no han podido ser atribuidas a una DA.

Tabla 2.4b. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2005-2009.

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

	Mortalidad (%)							
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	CM
Todas las causas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
I. Infecciosas	2,0	2,0	2,0	1,8	2,1	2,0	2,1	2,0
II. Tumores	28,5	29,7	27,1	29,6	31,5	30,9	29,1	29,0
III. Sangre, inmunidad	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
IV. Endocrinas	1,9	2,2	2,0	2,1	2,2	2,2	1,7	2,0
V. Mentales	2,2	1,9	2,3	2,0	2,7	2,7	1,8	2,2
VI. Sist. nervioso	3,8	3,8	4,0	3,9	4,3	4,1	3,8	3,9
VII. Ojo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII. Oído	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Circulatorias	29,4	27,9	29,1	28,9	26,3	25,7	28,3	28,4
X. Respiratorias	15,9	15,2	15,2	14,3	13,0	14,4	15,6	15,1
XI. Digestivas	5,2	5,2	5,3	5,2	5,2	5,1	5,3	5,2
XII. Piel	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
XIII. Osteomusculares	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,5	0,7
XIV. Genitourinarias	3,0	3,1	3,1	2,7	2,9	2,3	2,8	2,9
XV. Maternas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Perinatales	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2
XVII. Congénitas	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
XVIII. Mal definidas	3,7	3,8	4,7	4,2	3,9	4,8	4,5	4,2
XX. Externas	2,7	3,4	3,2	3,3	3,7	3,7	3,5	3,3
Desconocido	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabla 2.4c. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid, 2005-2009.

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

	Índice de Mortalidad Estándar **							CM
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	
Todas las causas	0,95	0,97	1,01	0,96	(0,99)	1,03	1,02	1,00
I. Infecciosas	(1,02)	(0,96)	(0,98)	0,87	(0,95)	(0,98)	(1,06)	1,00
II. Tumores	(0,99)	0,96	0,97	0,97	(1,00)	(1,02)	(1,01)	1,00
III. Sangre, inmunidad	(1,03)	(1,04)	(1,00)	(1,01)	(0,78)	(1,12)	(0,90)	1,00
IV. Endocrinas	0,88	1,10	(0,99)	(1,01)	1,18	1,19	0,85	1,00
V. Mentales	0,89	0,89	(1,03)	0,89	1,39	1,46	0,87	1,00
VI. Sist. nervioso	0,89	(0,96)	(1,04)	(0,96)	1,15	1,15	(0,99)	1,00
VII. Ojo	--	(2,66)	(1,06)	(2,67)	--	--	--	1,00
VIII. Oído	--	--	(2,08)	(2,59)	(2,97)	--	--	1,00
IX. Circulatorias	0,95	0,97	1,03	0,98	(0,98)	(0,99)	1,03	1,00
X. Respiratorias	0,95	(1,00)	(1,01)	0,91	0,93	1,07	1,07	1,00
XI. Digestivas	0,95	(0,97)	(1,04)	(0,95)	(0,97)	(1,00)	(1,04)	1,00
XII. Piel	(0,95)	(0,87)	(1,18)	(0,96)	(1,24)	(0,97)	(0,85)	1,00
XIII. Osteomusculares	(0,99)	(0,88)	(1,00)	(1,03)	(1,20)	(1,13)	0,82	1,00
XIV. Genitourinarias	0,93	(1,05)	1,08	0,90	1,10	(0,92)	(1,00)	1,00
XV. Maternas	--	(1,18)	(3,31)	--	(1,38)	--	--	1,00
XVI. Perinatales	(1,03)	(0,81)	(0,97)	(0,85)	(1,03)	(0,83)	(0,93)	1,00
XVII. Congénitas	(0,90)	(1,22)	(0,96)	(1,04)	(0,85)	0,72	(0,80)	1,00
XVIII. Mal definidas	0,91	0,86	1,10	(0,94)	0,83	1,10	1,10	1,00
XX. Externas	0,90	(0,97)	(0,97)	(0,96)	0,92	(1,01)	1,08	1,00
Desconocido	--	--	--	--	--	--	--	1,00

** Mortalidad estándar: Comunidad de Madrid, ambos sexos, para los años seleccionados y para cada causa respectiva
Entre paréntesis, valores no significativos con IC 95%

Las cinco causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2005-2009 coincide en todas las Direcciones Asistenciales (Tabla 2.5): Otras enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades cerebrovasculares, Tumor maligno de tráquea-bronquios-pulmón, Infarto agudo de miocardio e Insuficiencia cardiaca. Sin embargo, su orden varía: en las DA Norte y Sureste la principal causa son las Enfermedades cerebrovasculares; en las DA Sur y Oeste es el cáncer de pulmón; y en las DA Centro, Este y Noroeste son el grupo de Otras enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla 2.5. Principales causas de defunción (lista reducida, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid, 2005-2009.

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

		Defunciones	Mortalidad Proporcional	Índice de Mortalidad Estándar*
Centro	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	8.639	7,12%	0,94
Centro	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	7.456	6,14%	(0,98)
Centro	0550 - Infarto agudo de miocardio	7.406	6,1%	0,97
Centro	0570 - Insuficiencia cardíaca	6.570	5,41%	0,92
Centro	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	6.434	5,3%	0,98
Norte	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	3.576	6,84%	0,96
Norte	0550 - Infarto agudo de miocardio	3.139	6,0%	(0,98)
Norte	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	2.802	5,36%	0,93
Norte	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	2.723	5,2%	0,89
Norte	0570 - Insuficiencia cardíaca	2.690	5,14%	0,94
Este	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	3.817	6,73%	0,96
Este	0550 - Infarto agudo de miocardio	3.397	5,99%	(0,97)
Este	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	3.313	5,84%	0,96
Este	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	3.312	5,84%	(1,03)
Este	0570 - Insuficiencia cardíaca	2.637	4,65%	0,90
Sureste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	4.521	6,88%	(1,03)
Sureste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	3.911	5,95%	1,08
Sureste	0570 - Insuficiencia cardíaca	3.833	5,83%	1,16
Sureste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	3.733	5,68%	1,03
Sureste	0550 - Infarto agudo de miocardio	3.715	5,65%	(0,97)
Sur	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	2.356	6,49%	1,04
Sur	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	2.181	6,01%	(1,01)
Sur	0550 - Infarto agudo de miocardio	2.040	5,62%	(0,99)
Sur	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.903	5,24%	(1,03)
Sur	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.536	4,23%	0,92
Oeste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	2.191	6,59%	(1,02)
Oeste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	2.098	6,31%	(1,02)
Oeste	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.637	4,92%	0,83
Oeste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.553	4,67%	0,88
Oeste	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.464	4,4%	0,91
Noroeste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	4.588	6,95%	(1,00)
Noroeste	0550 - Infarto agudo de miocardio	4.168	6,31%	1,08
Noroeste	0570 - Insuficiencia cardíaca	4.028	6,1%	1,12
Noroeste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	3.826	5,79%	(1,00)
Noroeste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	3.264	4,94%	0,95

* Mortalidad estándar: Comunidad de Madrid, ambos sexos, promedio para el periodo seleccionado y para cada causa respectiva. Entre paréntesis, valores no significativos con IC95%

2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario, así como el nivel asistencial en el que tienen lugar la mayoría de los contactos con el mismo. En 2011 la totalidad de las consultas de Atención Primaria disponían de historia clínica informatizada, la cual permite obtener información precisa sobre la morbilidad atendida en ese nivel asistencial.

2.2.4.1. Personas atendidas en Atención Primaria

En 2011, 4.647.757 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 73,5% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria (Tabla 2.6 y Tabla 2.8). El

porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos de 65 a 84 años que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. Para todos los grupos de edad entre los 15 y los 79 años la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es superior a la de hombres. Esto también ocurre en los nacidos fuera de España (Tabla 2.7 y Tabla 2.9), los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

Tabla 2.6. Personas con historia activa en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	% población	N	%	% población	N	%	% población
0-04	158.827	7,7	85,6	148.137	5,7	84,7	306.964	6,6	85,2
05-09	132.622	6,4	76,4	126.234	4,9	76,1	258.856	5,6	76,3
10-14	106.234	5,1	70,3	99.886	3,9	69,7	206.120	4,4	70,0
15-19	89.051	4,3	61,4	96.204	3,7	68,6	185.255	4,0	64,9
20-24	95.342	4,6	59,4	122.258	4,7	72,9	217.600	4,7	66,3
25-29	121.327	5,9	56,0	165.929	6,4	72,0	287.256	6,2	64,3
30-34	160.211	7,7	54,9	215.825	8,4	72,2	376.036	8,1	63,6
35-39	174.924	8,4	56,6	225.932	8,8	72,9	400.856	8,6	64,8
40-44	159.464	7,7	58,7	198.410	7,7	71,9	357.874	7,7	65,3
45-49	145.163	7,0	61,7	181.783	7,1	73,8	326.946	7,0	67,9
50-54	129.630	6,3	66,7	167.786	6,5	78,6	297.416	6,4	72,9
55-59	114.805	5,5	72,8	149.043	5,8	82,8	263.848	5,7	78,2
60-64	116.831	5,6	80,5	144.483	5,6	86,5	261.314	5,6	83,7
65-69	108.147	5,2	88,9	131.722	5,1	92,0	239.869	5,2	90,6
70-74	83.018	4,0	89,7	105.285	4,1	90,0	188.303	4,1	89,9
75-79	78.517	3,8	94,3	111.433	4,3	95,0	189.950	4,1	94,7
80-84	55.608	2,7	96,8	91.290	3,5	95,4	146.898	3,2	95,9
85-89	28.952	1,4	97,8	60.407	2,3	96,2	89.359	1,9	96,7
90+	11.669	0,6	92,6	35.368	1,4	90,7	47.037	1,0	91,2
Total	2.070.342	100,0	68,2	2.577.415	100,0	78,4	4.647.757	100,0	73,5

Tabla 2.7. Personas con historia activa en Atención Primaria, según país de nacimiento y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Nacidos en España	1.753.056	70,3	69,6	2.122.252	79,1	77,1	3.875.308	74,8	73,4
Nacidos fuera de España	317.087	58,6	65,3	454.939	75,3	77,8	772.026	67,4	72,0
No disponible	199			224			423		
Total	2.070.342	68,2	68,8	2.577.415	78,4	77,3	4.647.757	73,5	73,1

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

Tabla 2.8. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Centro	360.880	63,3	62,9	484.426	73,1	70,8	845.306	68,5	67,0
Norte	255.779	66,5	67,0	322.707	76,6	75,5	578.486	71,8	71,4
Este	304.828	69,0	69,6	377.020	79,4	78,2	681.848	74,4	74,0
Sureste	328.892	72,3	73,2	400.807	82,9	82,1	729.699	77,8	77,7
Sur	268.894	74,7	75,7	316.010	85,8	85,1	584.904	80,3	80,4
Oeste	258.586	73,3	74,7	305.536	84,4	84,0	564.122	78,9	79,4
Noroeste	292.483	62,0	62,9	370.909	72,0	70,8	663.392	67,2	67,0
CM	2.070.342	68,2	68,8	2.577.415	78,4	77,3	4.647.757	73,5	73,1

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

Tabla 2.9. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial y país de nacimiento. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	Nacidos fuera de España			Nacidos en España		
	N	%	%*	N	%	%*
Centro	174.822	65,3	68,8	670.420	69,5	66,1
Norte	98.318	69,6	75,4	480.120	72,3	70,8
Este	108.974	67,5	73,1	572.838	75,8	74,4
Sureste	112.679	68,8	70,6	616.944	79,7	78,7
Sur	84.409	70,4	77,9	500.441	82,3	81,6
Oeste	70.663	70,5	76,2	493.401	80,3	80,1
Noroeste	122.161	64,0	70,3	541.144	68,0	66,6
CM	772.026	67,4	72,0	3.875.308	74,8	73,4

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

2.2.4.2. Episodios de consulta en Atención Primaria

En 2011 se han registrado en OMI-AP/AP-Madrid un total de 20.277.872 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.206,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria (Tabla 2.10). Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres.

Tabla 2.10. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según sexo. Número, distribución porcentual y tasas totales por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	Tasa	N	%	Tasa	N	%	Tasa
A-Problemas generales, inespecíficos	698.221	8,7	230,0	891.899	7,3	271,2	1.590.120	7,8	251,5
B-Sangre, inmunidad	105.910	1,3	34,9	208.992	1,7	63,6	314.902	1,6	49,8
D-Aparato digestivo	947.142	11,9	312,1	1.282.141	10,4	389,9	2.229.283	11,0	352,5
F-Ojo y anejos	331.864	4,2	109,3	496.320	4,0	150,9	828.184	4,1	131,0
H-Aparato auditivo	280.838	3,5	92,5	349.515	2,8	106,3	630.353	3,1	99,7
K-Aparato circulatorio	653.761	8,2	215,4	859.343	7,0	261,3	1.513.104	7,5	239,3
L-Aparato locomotor	894.900	11,2	294,8	1.681.405	13,7	511,3	2.576.305	12,7	407,4
N-Sistema nervioso	187.645	2,4	61,8	385.702	3,1	117,3	573.347	2,8	90,7
P-Problemas psicológicos	312.773	3,9	103,1	534.084	4,3	162,4	846.857	4,2	133,9
R-Aparato respiratorio	1.745.288	21,9	575,0	2.210.631	18,0	672,2	3.955.919	19,5	625,6
S-Piel, faneras	803.265	10,1	264,7	1.091.294	8,9	331,8	1.894.559	9,3	299,6
T-Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	544.037	6,8	179,2	808.422	6,6	245,8	1.352.459	6,7	213,9
U-Aparato urinario	176.809	2,2	58,3	410.420	3,3	124,8	587.229	2,9	92,9
W-Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	5.473	0,1	1,8	400.215	3,3	121,7	405.688	2,0	64,2
X-Aparato genital femenino y mamas	7.043	0,1	2,3	594.656	4,8	180,8	601.699	3,0	95,1
Y-Aparato genital masculino y mamas	243.841	3,1	80,3	7.457	0,1	2,3	251.298	1,2	39,7
Z-Problemas sociales	41.758	0,5	13,8	84.808	0,7	25,8	126.566	0,6	20,0
Total Episodios	7.980.568	100,0	2.629,4	12.297.304	100,0	3.739,4	20.277.872	100,0	3.206,6

La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 704,3 episodios por 1.000 personas. Las mayores tasas se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores, y en todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores entre las mujeres (Figura 2.17).

Figura 2.17. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011

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

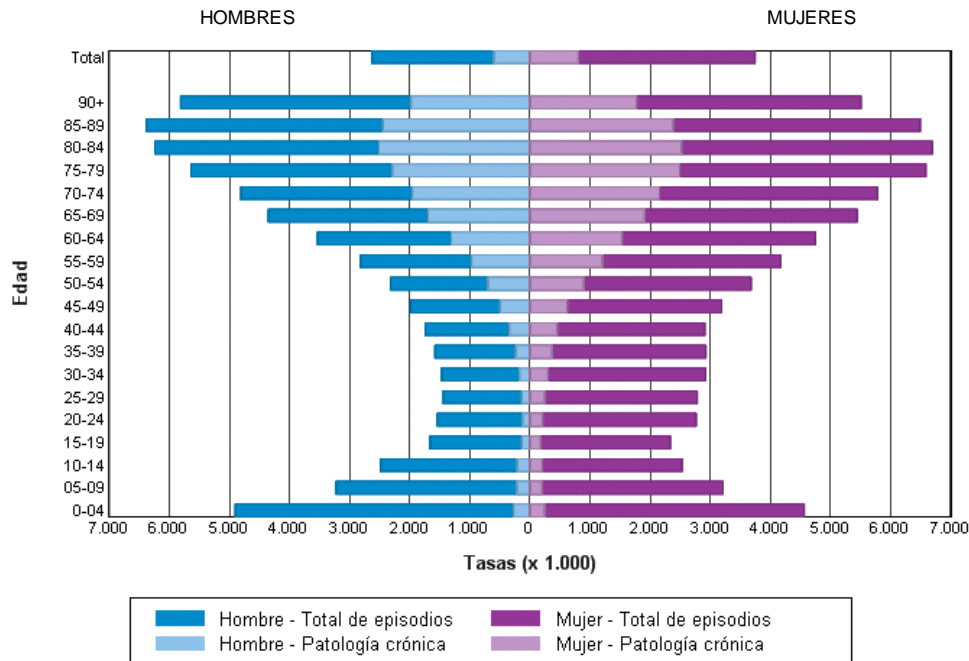
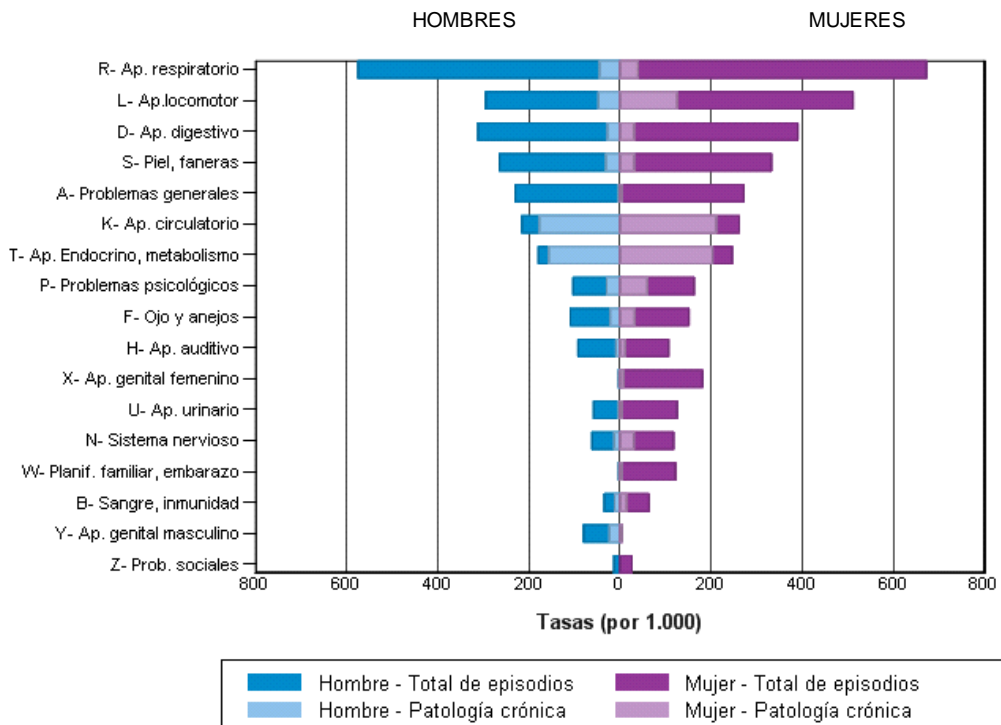


Figura 2.18. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011

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



La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor frecuencia (19,5% del total de episodios, 21,9% en hombres y 18% en mujeres), seguida por la de aparato digestivo en los hombres y la de aparato locomotor en las mujeres (Figura 2.18). En cuanto a la patología crónica, ésta se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. Por Dirección Asistencial (Tabla 2.11) se observa cómo, al igual que sucede con las personas atendidas, las tasas de episodios son más bajas en la DA Noroeste y más elevadas en las DA Oeste, Sur y Sureste.

Tabla 2.11. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Dirección Asistencial. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	DA						
	Centro	Norte	Este	Sureste	Sur	Oeste	Noroeste
A-Problemas generales, inespecíficos	230,9	235,4	249,1	283,6	283,6	278,9	218,2
B-Sangre, inmunidad	49,9	55,1	50,2	54,4	50,3	48,5	41,1
D-Aparato digestivo	309,8	323,6	370,4	447,8	400,6	371,8	272,9
F-Ojo y anejos	123,1	124,2	125,2	155,0	149,3	137,3	110,7
H-Aparato auditivo	83,0	95,4	99,6	116,5	118,9	111,6	85,3
K-Aparato circulatorio	253,9	217,8	238,2	261,2	251,7	244,5	205,8
L-Aparato locomotor	387,6	371,2	393,1	482,8	465,6	444,4	333,6
N-Sistema nervioso	83,2	77,9	87,3	106,0	109,4	104,4	75,3
P-Problemas psicológicos	127,6	127,2	128,1	150,6	143,2	137,9	127,1
R-Aparato respiratorio	532,0	570,5	617,4	759,1	768,5	703,7	506,0
S-Piel, faneras	254,9	269,8	290,2	359,6	363,2	335,6	258,5
T-Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	214,7	197,1	222,3	230,6	223,6	242,2	175,0
U-Aparato urinario	87,9	81,0	91,9	110,9	102,7	103,8	77,4
W-Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	51,1	58,1	61,5	77,8	91,6	72,4	48,8
X-Aparato genital femenino y mamas	87,8	78,0	91,9	119,5	113,4	104,9	77,8
Y-Aparato genital masculino y mamas	37,8	36,4	39,7	45,6	44,3	40,5	35,4
Z-Problemas sociales	22,6	17,2	21,8	19,5	17,9	22,7	17,6
Total	2.937,7	2.935,8	3.178,0	3.780,4	3.697,7	3.505,2	2.666,5

El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior (Tabla 2.12), que representó un 10,1% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y los trastornos del metabolismo lipídico. Dentro de las patologías crónicas seleccionadas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial (Tabla 2.13) seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus no insulino dependiente.

Tabla 2.12. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	Total				Hombres			Mujeres		
	Orden	N	%	Tasa	Orden	N	Tasa	Orden	N	Tasa
R74-Infecce respiratoria aguda superior	1	2.054.738	10,13	324,9	1	870.540	286,8	1	1.184.198	360,1
K86-Hipertensión no complicada	2	672.247	3,32	106,3	2	280.296	92,4	2	391.951	119,2
T93-Trastornos metabolismo lipídico	3	477.563	2,36	75,5	3	213.179	70,2	3	264.384	80,4
D73-Infección intestinal inesp/posible	4	410.230	2,02	64,9	4	181.951	60,0	4	228.279	69,4
T90-Diabetes no insulino dependiente	5	302.555	1,49	47,8	5	156.573	51,6	9	145.982	44,4
L03-Sig/sin lumbares	6	288.146	1,42	45,6	10	112.075	36,9	7	176.071	53,5
L99-Otr enf del aparato locomotor	7	262.173	1,29	41,5	18	79.950	26,3	6	182.223	55,4
U71-Cistitis/otras infecce urinarias	8	259.814	1,28	41,1	43	39.353	13,0	5	220.461	67,0
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	9	254.295	1,25	40,2	7	117.409	38,7	12	136.886	41,6
R05-Tos	10	252.791	1,25	40,0	8	113.896	37,5	10	138.895	42,2
A97-Sin enfermedad	11	248.645	1,23	39,3	11	110.341	36,4	11	138.304	42,1
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	12	231.681	1,14	36,6	6	122.830	40,5	20	108.851	33,1
D19-Sig/sin de dientes y encías	13	221.715	1,09	35,1	12	98.210	32,4	17	123.505	37,6
R97-Rinitis alérgica	14	221.569	1,09	35,0	13	95.199	31,4	16	126.370	38,4
A03-Fiebre	15	221.510	1,09	35,0	9	113.117	37,3	22	108.393	33,0
Total Episodios		20.277.872	100,00	3.206,6		7.980.568	2.629,4		12.297.304	3.739,4

Tabla 2.13. Episodios de patologías crónicas seleccionadas incluidas en protocolos de seguimiento en Atención Primaria, según grupo de edad y sexo. Número, distribución porcentual y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	Tasa	N	%	Tasa	N	%	Tasa
0-14 años									
Asma (R96)	40.647	2,2	79,7	25.951	1,5	53,6	66.598	0,7	67,0
Obesidad (T82)	2.337	0,1	4,6	2.021	0,1	4,2	4.358	0,1	4,4
Total episodios	1.845.213			1.690.756			3.535.969		
15+ años									
Hipertensión arterial (K86 y K87)	317.986	5,2	125,9	429.473	4	153,1	747.459	2,6	140,2
Trastornos metabolismo lipídico (T93)	211.494	3,4	83,8	262.636	2,5	93,6	474.130	1,6	89,0
Diabetes no insulino dependiente (T90)	155.918	2,5	61,8	145.395	1,4	51,8	301.313	0,9	56,5
Obesidad (T82)	44.649	0,7	17,7	75.772	0,7	27,0	120.421	0,5	22,6
Asma (R96)	40.556	0,7	16,1	76.565	0,7	27,3	117.121	0,5	22,0
Cardiopatía Isquémica (K74, K75 y K76)	60.841	1	24,1	25.452	0,2	9,1	86.293	0,2	16,2
Abuso del tabaco (P17)	41.924	0,7	16,6	35.533	0,3	12,7	77.457	0,2	14,5
BNCO (R79,R91 y R95)	44.195	0,7	17,5	16.275	0,2	5,8	60.470	0,1	11,3
Demencia (P70)	8.219	0,1	3,3	20.378	0,2	7,3	28.597	0,1	5,4
Insuficiencia cardíaca (K77)	10.221	0,2	4,0	16.300	0,2	5,8	26.521	0,1	5,0
Abuso crónico del alcohol (P15)	13.617	0,2	5,4	2.946	0	1,1	16.563	0	3,1
Total episodios	6.135.355			10.606.548			16.741.903		

2.2.5. Morbilidad hospitalaria

En el año 2011 en el CMBD se registraron 1.107.347 altas, de las cuales 1.041.834 corresponden a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 162,4 por 1.000 habitantes. Estas últimas son las que se han considerado para la descripción de la morbilidad. El 47% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 34% en hospitales privados y el 19% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 56% del total de altas hospitalarias. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo (Figura 2.19) muestran que las tasas de las mujeres son superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria (Figura 2.20 y Tabla 2.14) el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (30,72 por mil). En las mujeres esta es seguida por la patología del sistema nervioso y órganos de los sentidos (22,96 por mil) y los tumores (19,80 por mil). Entre los hombres la primera causa de alta hospitalaria son los tumores (19,99 por mil), seguidos por las enfermedades del aparato digestivo (19,55 por mil) y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (18,73 por mil).

Figura 2.19. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011

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

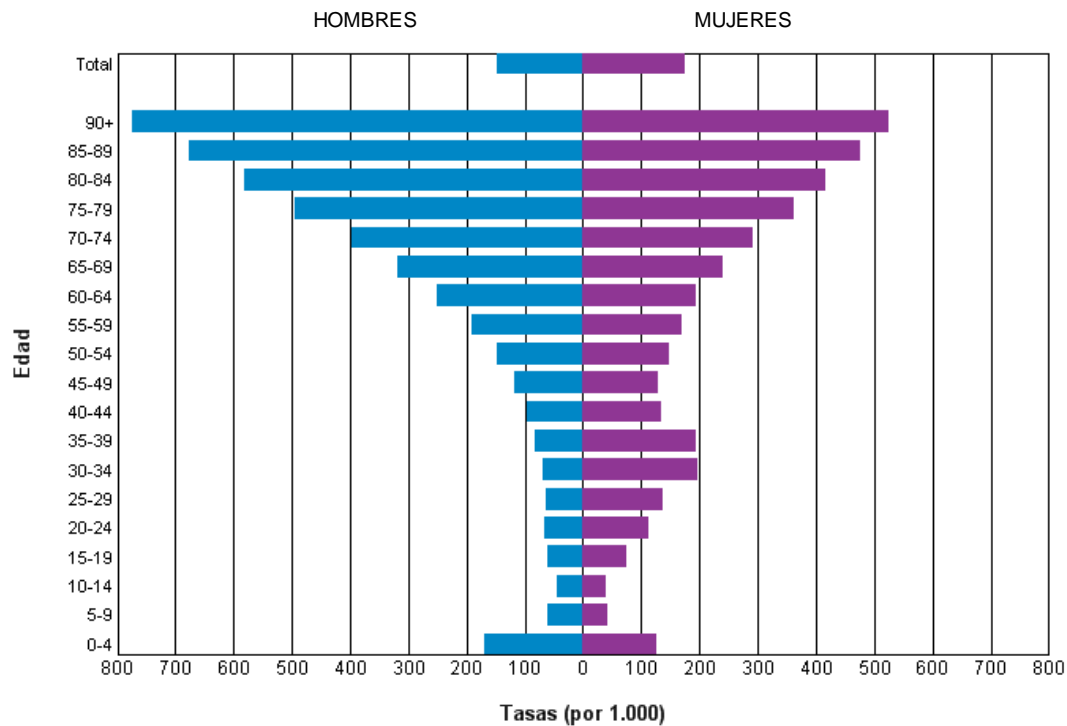


Figura 2.20. Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011

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

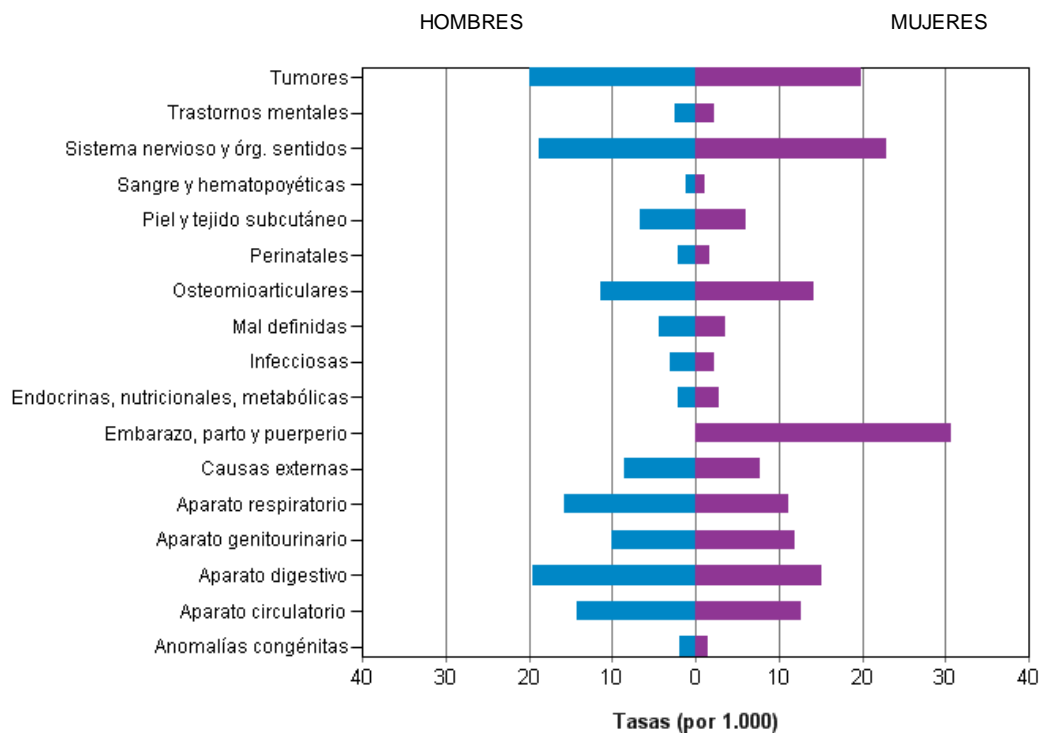


Tabla 2.14. Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Total

CIE-9-MC	Edad								Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+		
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	6,0	5,9	3,2	1,3	1,3	1,2	2,5	1,7	
02-Tumores	0,5	2,2	6,1	8,0	15,3	14,0	8,9	12,3	
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0,6	1,6	2,1	1,0	1,7	1,4	1,8	1,5	
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,4	1,4	2,1	0,3	0,5	0,8	1,3	0,7	
05-Trastornos mentales	0,1	0,3	1,3	2,2	2,0	0,7	0,8	1,5	
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,1	11,0	10,3	5,1	10,1	22,3	12,9	12,9	
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,5	1,0	2,1	6,9	12,9	20,7	8,3	
08-Enfermedades del aparato respiratorio	18,8	34,6	16,9	4,3	4,5	8,9	18,4	8,2	
09-Enfermedades del aparato digestivo	4,1	9,1	15,6	9,0	12,2	10,3	8,4	10,6	
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	4,1	8,3	8,5	7,1	7,6	5,5	6,2	6,8	
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,0	0,0	0,3	36,9	8,9	0,0	0,0	9,8	
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,7	1,8	3,9	5,9	4,9	2,2	1,8	3,9	
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	1,5	3,8	6,2	10,7	8,2	2,5	7,9	
14-Anomalías congénitas	6,6	9,5	7,2	1,0	0,5	0,2	0,1	1,1	
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	42,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3,7	4,2	4,8	1,3	2,3	2,8	3,1	2,5	
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,6	4,9	8,5	4,3	4,5	5,2	8,3	5,0	
18-Códigos V	7,8	3,1	4,3	3,9	5,9	3,3	2,5	4,5	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	

Tabla 2.14 (continuación). Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Hombres

CIE-9-MC	Edad								Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+		
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	6,0	5,5	2,8	2,4	2,0	1,3	2,7	2,1	
02-Tumores	0,3	1,7	5,4	9,8	14,8	17,0	11,9	13,4	
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0,7	2,0	2,2	0,9	1,6	1,2	1,4	1,4	
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,5	1,3	2,0	0,4	0,5	0,9	1,3	0,7	
05-Trastornos mentales	0,1	0,4	1,0	3,9	2,4	0,5	0,8	1,7	
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1,8	10,4	9,3	7,7	10,2	18,8	12,1	12,6	
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,4	0,4	1,0	3,4	9,1	14,0	18,0	9,6	
08-Enfermedades del aparato respiratorio	20,0	33,2	15,7	7,4	6,0	11,2	21,3	10,5	
09-Enfermedades del aparato digestivo	4,4	8,5	15,0	14,1	16,0	11,3	8,8	13,1	
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	4,4	11,5	12,7	9,0	5,5	6,3	6,8	6,7	
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,6	1,7	3,6	11,0	5,4	2,0	1,6	4,4	
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	1,2	3,3	12,8	11,0	4,8	1,7	7,7	
14-Anomalías congénitas	6,9	10,6	7,8	1,1	0,4	0,2	0,1	1,3	
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	41,4	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3,5	3,6	4,2	1,8	3,0	3,1	3,2	3,0	
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,5	4,7	9,3	9,8	5,9	4,1	5,8	5,7	
18-Códigos V	7,4	2,9	4,5	4,6	6,3	3,1	2,2	4,6	

Mujeres

CIE-9-MC	Edad								Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+		
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	6,0	6,6	3,7	0,8	0,8	1,1	2,3	1,3	
02-Tumores	0,6	2,9	7,2	7,2	15,7	11,2	7,2	11,3	
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0,5	1,0	2,0	1,1	1,9	1,6	2,0	1,6	
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,3	1,5	2,2	0,2	0,5	0,8	1,2	0,6	
05-Trastornos mentales	0,1	0,2	1,7	1,4	1,8	0,8	0,8	1,3	
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,4	11,9	11,6	3,9	10,1	25,8	13,3	13,1	
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,5	1,0	1,5	5,2	11,9	22,3	7,2	
08-Enfermedades del aparato respiratorio	17,3	36,8	18,6	2,8	3,4	6,6	16,7	6,4	
09-Enfermedades del aparato digestivo	3,6	9,9	16,3	6,7	9,2	9,2	8,1	8,6	
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	3,8	3,2	2,5	6,2	9,2	4,8	5,9	6,8	
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,1	0,0	0,8	54,0	16,0	0,0	0,0	17,6	
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,7	2,1	4,3	3,5	4,5	2,5	1,8	3,4	
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	2,0	4,4	3,2	10,5	11,5	2,9	8,1	
14-Anomalías congénitas	6,3	7,7	6,4	1,0	0,5	0,3	0,1	0,9	
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	43,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3,9	5,0	5,7	1,1	1,8	2,4	3,0	2,1	
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,8	5,1	7,3	1,8	3,5	6,2	9,7	4,4	
18-Códigos V	8,2	3,4	4,2	3,5	5,6	3,5	2,7	4,3	

2.2.6. Carga de enfermedad

En el año 2010 en la Comunidad de Madrid se perdieron 587.614 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud. El 50,8 por ciento corresponde a varones y el 49,2 por ciento a mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.076 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años (tasas publicadas en los anteriores Informes de Salud de 10.664 por mil en 2002, 10.265 en 2005, y 9.956 en 2006). Las enfermedades no transmisibles concentran el 92,3 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,1 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 2,6 de las causas externas.

Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (31,8 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (17,7 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,2) y las circulatorias (9,9 por ciento).

Tabla 2.15. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo y causa. Comunidad de Madrid, 2010

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

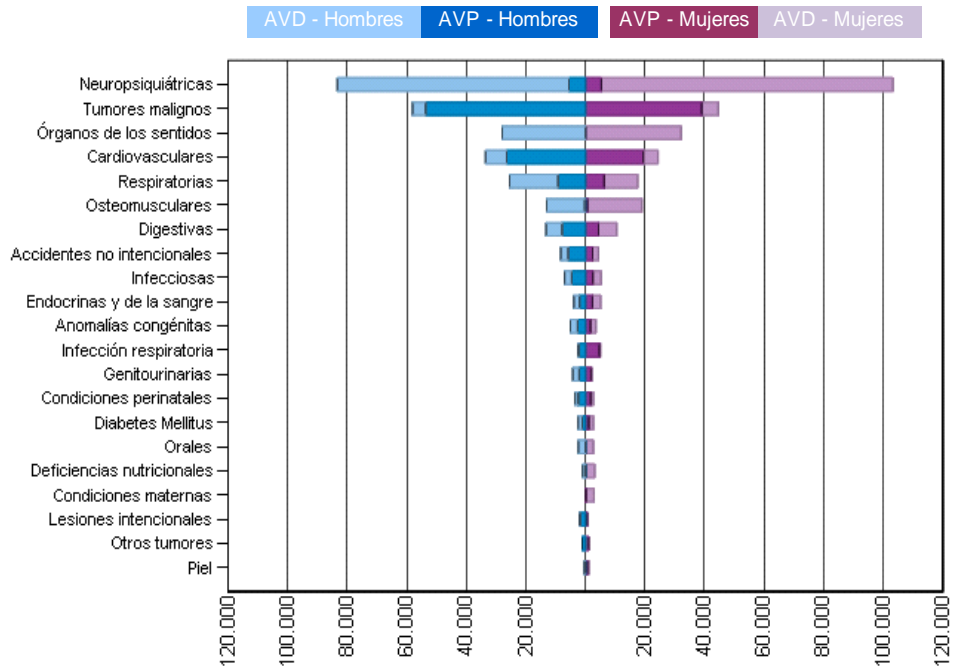
Grupos	AVAD			Tasa de AVAD (por 100.000 personas)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	298.116	293.504	591.620	10.249	9.470	9.847
Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	13.985	18.798	32.784	481	607	546
Enf. no transmisibles	273.922	269.761	543.683	9.417	8.704	9.049
Accidentes y lesiones	10.209	4.944	15.153	351	160	252

Categorías	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Infecciosas y parasitarias	6.907	4.931	11.839	237	159	197
Infección respiratoria	2.571	5.041	7.612	88	163	127
Condiciones maternas	0	2.825	2.825	0	91	47
Condiciones perinatales	3.519	2.650	6.169	121	85	103
Deficiencias nutricionales	932	3.093	4.025	32	100	67
Tumores malignos	60.515	47.282	107.797	2.080	1.526	1.794
Otros tumores	1.099	1.085	2.184	38	35	36
Diabetes Mellitus	2.446	2.686	5.132	84	87	85
Enfermedades endocrinas y de la sangre	3.842	5.060	8.902	132	163	148
Neuropsiquiátricas	83.310	103.266	186.576	2.864	3.332	3.105
Enfermedades órganos de los sentidos	27.964	32.061	60.025	961	1.034	999
Enfermedades cardiovasculares	33.543	24.405	57.949	1.153	787	964
Enfermedades respiratorias	25.462	17.507	42.969	875	565	715
Enfermedades aparato digestivo	13.214	10.520	23.734	454	339	395
Enfermedades genitourinarias	4.224	2.235	6.459	145	72	108
Enfermedades de la piel	314	1.164	1.478	11	38	25
Enfermedades osteomuscular y tejido conectivo	13.014	18.987	32.001	447	613	533
Anomalías congénitas	5.022	3.532	8.554	173	114	142
Enfermedades orales	2.398	2.656	5.054	82	86	84
Accidentes no intencionales	8.268	4.335	12.603	284	140	210
Lesiones intencionales	1.941	609	2.550	67	20	42

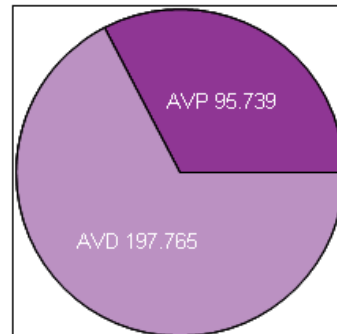
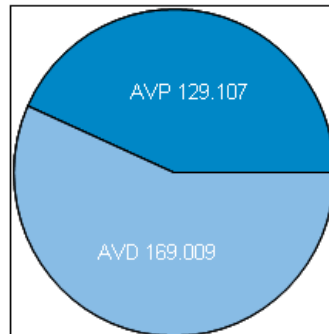
Como se aprecia en la [Figura 2.21](#) y en la [Tabla 2.15](#), el peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 94,2 por ciento de la carga de enfermedad se debe a las consecuencias no mortales generadas por estas patologías. En los tumores, en cambio, nueve de cada diez años de vida perdidos en 2010 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 37,6 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 62,4 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 43,3% AVD y 56,7% AVP en los hombres, y 32,2% AVP y 67,8% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores y, en general, también en otras poblaciones de condiciones demográficas y epidemiológicas semejantes a la madrileña, corroboran la imagen general de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

Figura 2.21. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, según sexo y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



N



Objetivo 3

Iniciar la vida en buena salud

3

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

La OMS/Europa desarrolla estrategias y herramientas para ayudar a los responsables políticos y expertos destacados a adaptar y aplicar el marco de los Riesgos del Embarazo a los diferentes contextos nacionales. Para los responsables políticos, se ha proporcionado:

- El enfoque estratégico europeo sobre los riesgos del embarazo;
- Una herramienta para evaluar el desempeño del sistema de salud para mejorar la salud materna, neonatal, infantil y adolescente;
- Una herramienta para evaluar la calidad de la atención hospitalaria de las madres y los recién nacidos;
- Un paquete de capacitación en la atención perinatal efectiva;
- Un conjunto de directrices para la gestión integrada del embarazo y el parto;
- La OMS/Europa se basa en ellos para crear capacidad en los Estados Miembros.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

3.1. Indicadores generales al nacimiento

3.1.1. Peso al nacimiento

3.2. Mortalidad infantil

3.3. Mortalidad perinatal

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

3.5. Morbilidad hospitalaria

3.6. Lactancia materna

3.7. Conclusiones

3.1. Indicadores generales al nacimiento

Atendiendo al periodo analizado, podemos observar un notable incremento del número de partos atendidos en la Comunidad de Madrid, fundamentalmente desde el año 1998 hasta el año 2008; en 2009 se inicia un descenso que continúa en 2010 (Figura 3.1). Al desglosar estas cifras en función de la nacionalidad de la madre (Figura 3.2), vemos que este crecimiento ocurre tanto para mujeres españolas como extranjeras y lo mismo ocurre con el descenso. Al considerar el porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos (Figura 3.3) destaca en los partos de madre extranjera, el aumento importante hasta 2008 y el descenso que se produce en los últimos dos años, fruto de los movimientos de población que ha producido la crisis económica de los últimos años.

Figura 3.1. Evolución anual del número de nacidos vivos, según sexo. Comunidad de Madrid, 1998-2010.

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

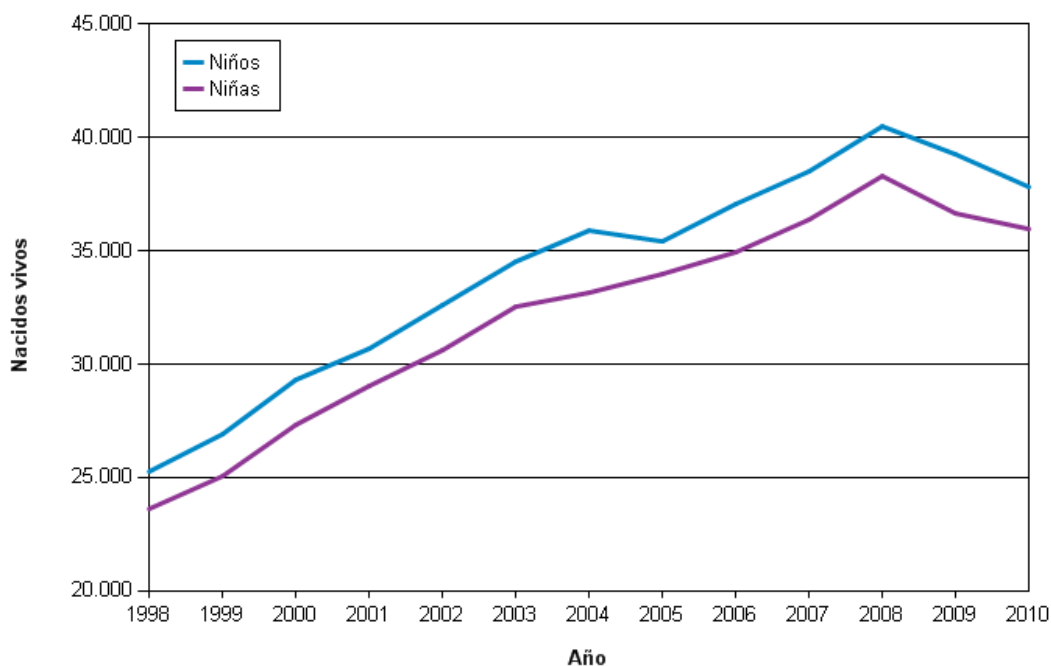


Figura 3.2. Evolución anual del número de nacidos vivos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1998-2010.

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

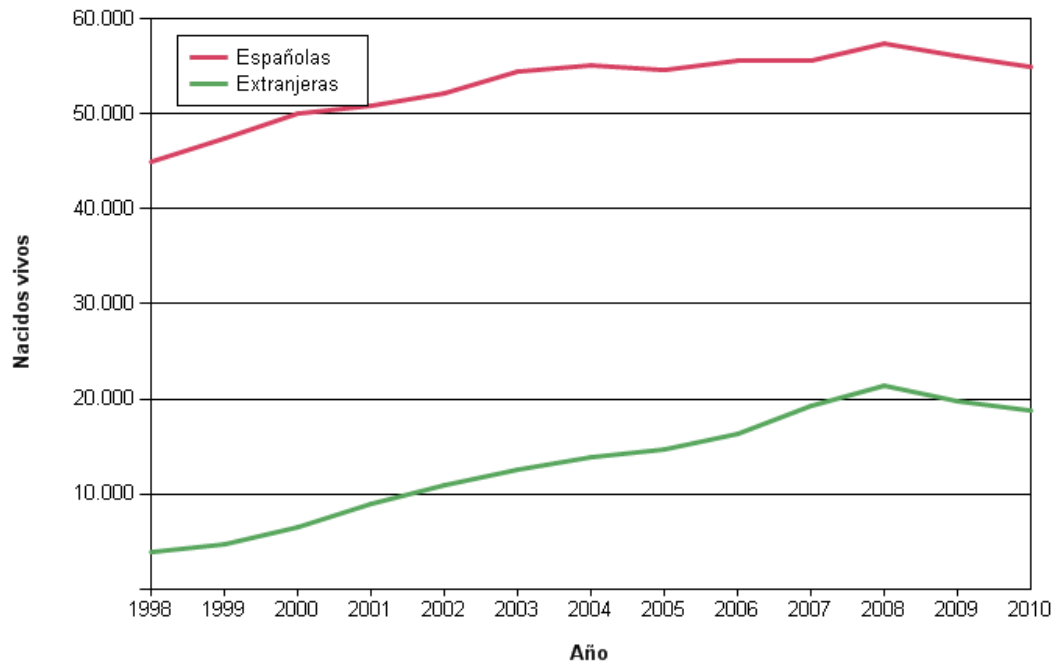
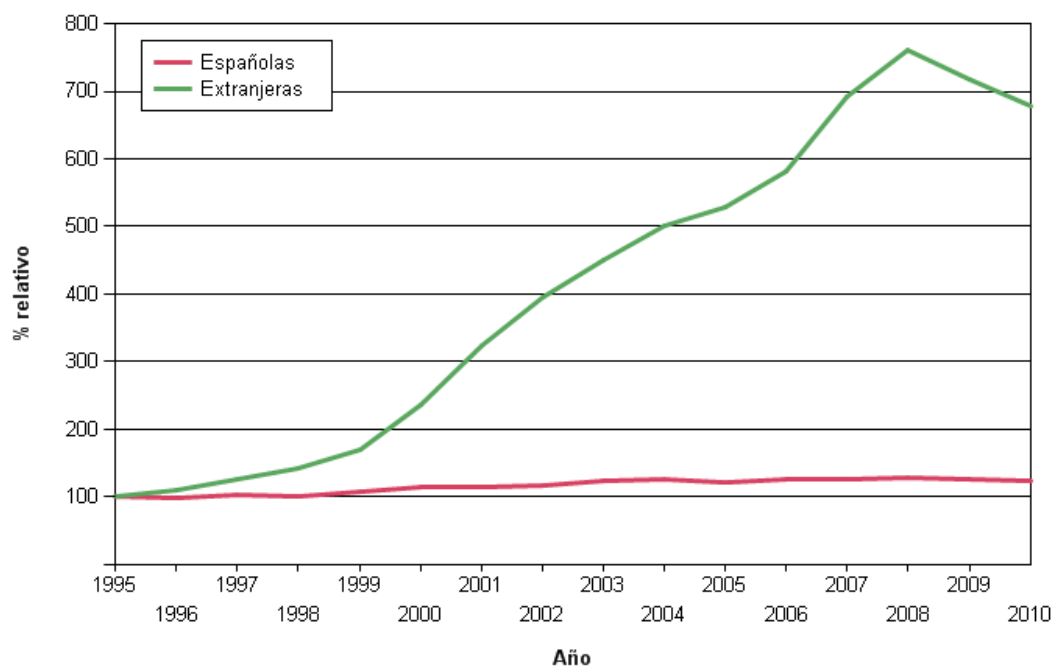


Figura 3.3. Porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995). Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



En la [Tabla 3.1](#) se observan las principales variables relacionadas con los embarazos y partos ocurridos en la Comunidad de Madrid, desde 1986 hasta 2010. Se observa un aumento del porcentaje de partos múltiples y en los últimos 5 años una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. La edad de la madre ha aumentado de forma progresiva, de manera que en 2010 las madres mayores de 40 años representan un 5,8% del total de los partos. En la [Tabla 3.2](#) se puede ver la información desagregada por Dirección Asistencial.

Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2010.

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

	Evolución de las características de los partos											
	Partos Múltiples		Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	>= 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
1986	963	1,8	3.065	5,6	4.191	7,7	1.326	2,4	2.431	4,5	110	2,02
1987	975	1,8	3.062	5,7	4.630	8,7	1.184	2,2	2.254	4,2	97	1,82
1988	937	1,8	2.726	5,3	4.492	8,7	1.186	2,3	2.110	4,1	75	1,46
1989	922	1,8	2.741	5,4	4.668	9,2	1.061	2,1	1.796	3,5	57	1,12
1990	1.000	2,0	2.747	5,5	4.688	9,4	1.025	2,1	1.579	3,2	79	1,58
1991	1.010	2,0	2.817	5,7	5.205	10,6	985	2,0	1.503	3,0	45	0,91
1992	1.048	2,1	2.784	5,5	5.568	11,0	961	1,9	1.361	2,7	78	1,54
1993	1.066	2,2	2.545	5,1	5.097	10,3	945	1,9	1.181	2,4	77	1,56
1994	1.073	2,3	3.190	6,7	5.807	12,2	956	2,0	1.034	2,2	65	1,36
1995	1.137	2,4	3.694	7,9	6.149	13,1	976	2,1	895	1,9	66	1,40
1996	1.172	2,5	3.551	7,5	6.243	13,1	1.018	2,1	831	1,7	47	0,99
1997	1.271	2,6	3.551	7,3	6.319	13,0	1.112	2,3	852	1,7	61	1,25
1998	1.329	2,7	3.406	7,0	6.678	13,7	1.243	2,5	836	1,7	42	0,86
1999	1.568	3,0	3.743	7,2	7.003	13,5	1.388	2,7	955	1,8	49	0,94
2000	1.828	3,2	4.406	7,8	7.070	12,5	1.608	2,8	1.036	1,8	49	0,87
2001	2.048	3,4	4.475	7,5	7.688	12,9	1.871	3,1	1.191	2,0	45	0,75
2002	2.166	3,4	5.061	8,0	8.312	13,2	2.127	3,4	1.379	2,2	40	0,63
2003	2.478	3,7	5.567	8,3	8.062	12,0	2.342	3,5	1.541	2,3	48	0,72
2004	2.432	3,5	5.884	8,5	8.791	12,7	2.672	3,9	1.471	2,1	64	0,93
2005	2.467	3,6	5.632	8,1	8.524	12,3	2.849	4,1	1.476	2,1	76	1,10
2006	2.593	3,6	4.932	6,9	8.577	11,9	3.108	4,3	1.750	2,4	50	0,70
2007	2.847	3,8	4.801	6,4	7.764	10,4	3.455	4,6	1.827	2,4	39	0,52
2008	2.928	3,7	4.964	6,3	8.367	10,6	3.788	4,8	1.982	2,5	37	0,47
2009	3.061	4,0	5.004	6,6	8.192	10,8	4.178	5,5	1.769	2,3	34	0,45
2010	2.966	4,0	4.817	6,5	7.859	10,7	4.313	5,8	1.385	1,9	41	0,56

* Nacidos Vivos.

Tabla 3.2. Características de los partos por Dirección Asistencial: Prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

Evolución de las características de los partos										
DA	Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	>= 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
Centro	10.412	7,3	18.800	13,1	6.657	4,7	4.323	3,0	102	0,71
Norte	7.943	7,6	12.138	11,6	4.906	4,7	1.873	1,8	72	0,69
Este	9.500	8,0	13.785	11,7	4.845	4,1	2.398	2,0	94	0,80
Sureste	8.346	7,2	14.010	12,1	4.653	4,0	3.203	2,8	81	0,70
Sur	6.824	7,4	11.204	12,1	2.457	2,7	1.866	2,0	43	0,46
Oeste	6.756	7,1	10.942	11,6	2.619	2,8	1.631	1,7	56	0,59
Noroeste	9.996	7,4	14.408	10,7	7.280	5,4	1.909	1,4	102	0,76
Desconocido	854	7,3	1.411	12,0	412	3,5	615	5,2	22	1,87

* Nacidos Vivos.

3.1.1. Peso al nacimiento

Durante el periodo de estudio se evidencia un ligero descenso del peso medio de los recién nacidos (Figura 3.4). La leve recuperación del peso medio a partir de 2001 se relaciona con el progresivo aumento de los nacidos vivos de madre no española, porque el descenso global ocurre fundamentalmente en hijos de madres españolas (Figura 3.5). En la Figura 3.6 puede observarse el porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y la diferencia que existe entre madres españolas y de otra nacionalidad.

Figura 3.4. Evolución anual del peso medio al nacimiento, total y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1986-2010.

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

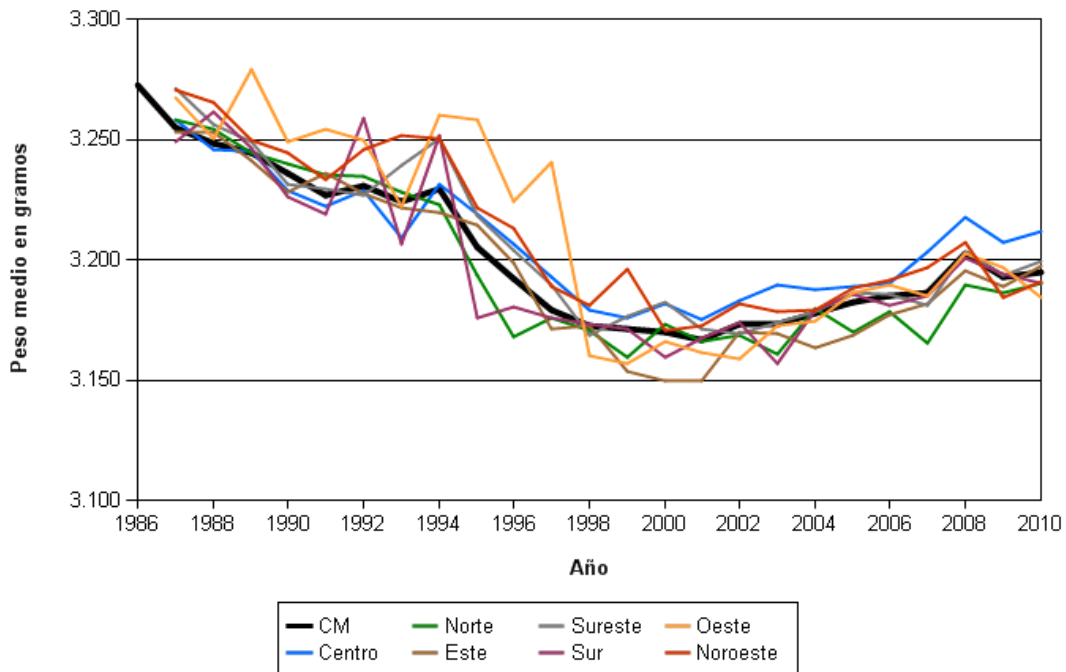


Figura 3.5. Evolución anual del peso medio al nacimiento según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

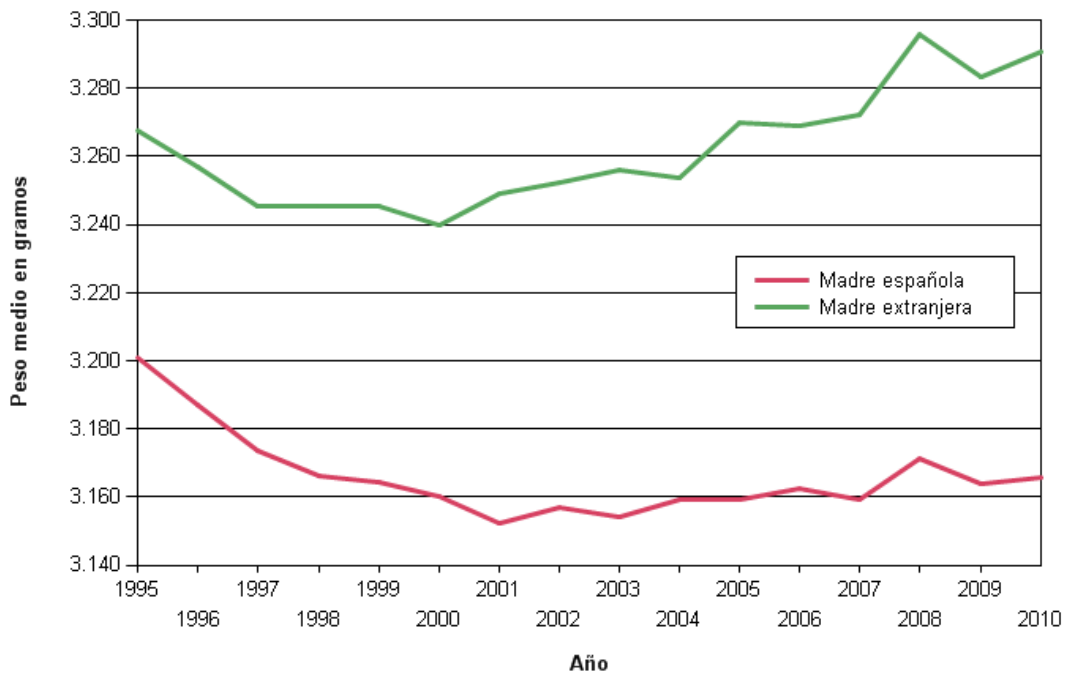
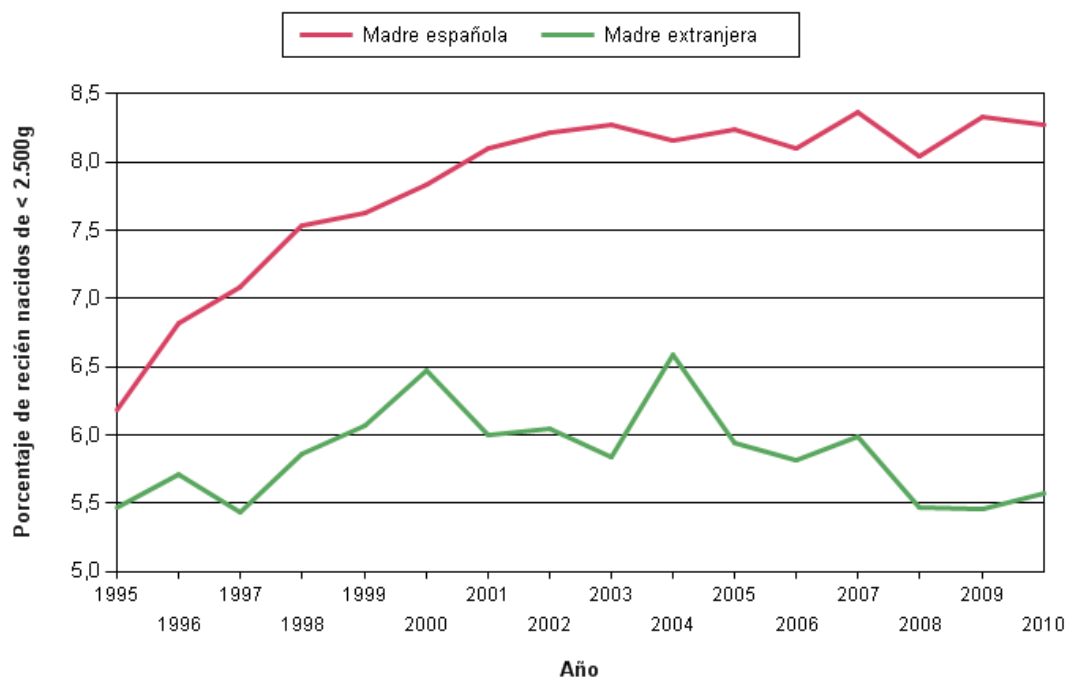


Figura 3.6. Peso al nacimiento: evolución anual del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



En la [Tabla 3.3](#) se detallan, para el total de recién nacidos de la Comunidad de Madrid y desagregados por Dirección Asistencial, los pesos medios y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1987-2010.

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

	Nº de partos	Peso Medio (gramos)	MBPN (<1.500)		BPN (<2.500)	
			N	%	N	%
Centro	220.131	3.204	1.274	0,6	15.052	6,8
Norte	157.194	3.190	886	0,6	10.694	6,8
Este	166.059	3.187	980	0,6	12.167	7,3
Sureste	184.199	3.200	1.032	0,6	12.850	7,0
Sur	110.000	3.185	713	0,6	8.213	7,5
Oeste	106.137	3.181	694	0,7	8.153	7,7
Noroeste	211.926	3.203	1.142	0,5	14.093	6,6
CM	1.407.053	3.198	7.922	0,6	95.380	6,8

MBPN (<1.500): peso al nacer menor de 1.500 g. No incluye recién nacidos muertos

BPN (<2.500): peso al nacer menor de 2.500 g

3.2. Mortalidad infantil

El concepto de mortalidad infantil se refiere a las defunciones durante el primer año de vida. Este indicador se puede desagregar en diferentes componentes: mortalidad neonatal precoz (periodo que abarca desde el momento de nacimiento hasta los 6 días de vida cumplidos); mortalidad neonatal tardía (7 a 27 días cumplidos); y mortalidad postneonatal (28 a 364 días cumplidos). Mientras que bajas tasas de mortalidad neonatal precoz se consideran un buen indicador de la atención sanitaria recibida durante el periodo perinatal, los demás componentes de la mortalidad infantil se reconocen como indicadores del nivel socioeconómico de una comunidad.

En la [Figura 3.7](#) se puede apreciar los bajos valores alcanzados por las tasas de mortalidad infantil durante los años de estudio, con valores inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años. En los dos últimos años disponibles, se observa un ligero aumento de la mortalidad infantil, de 3,23 en 2008 a 3,92 en 2010. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento ([Figura 3.8](#)).

Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

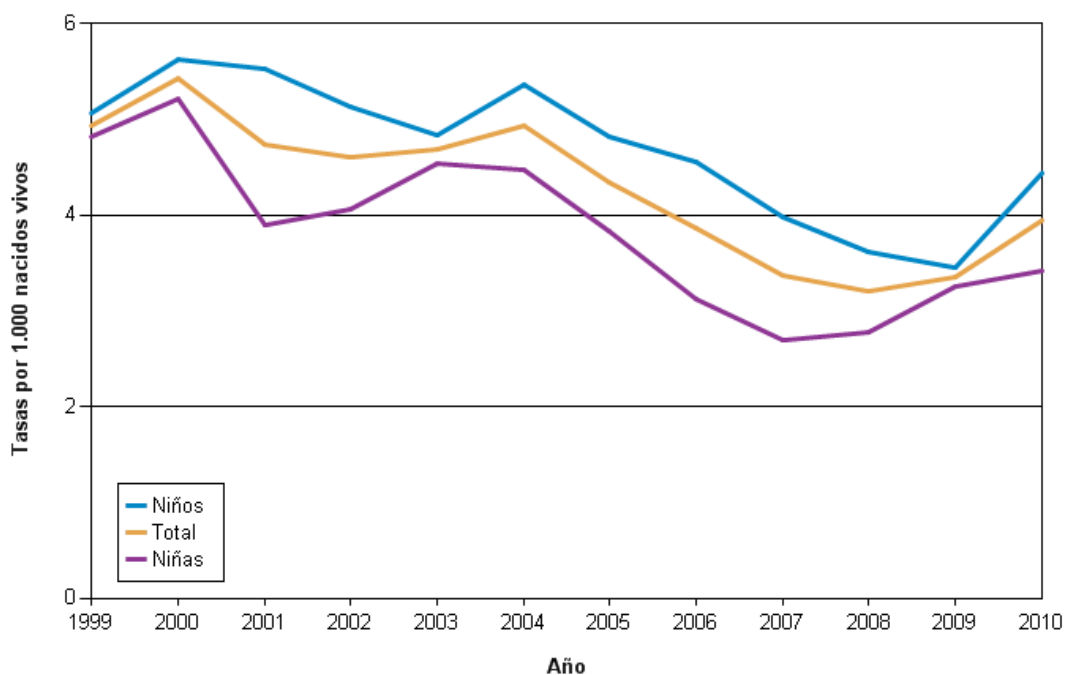
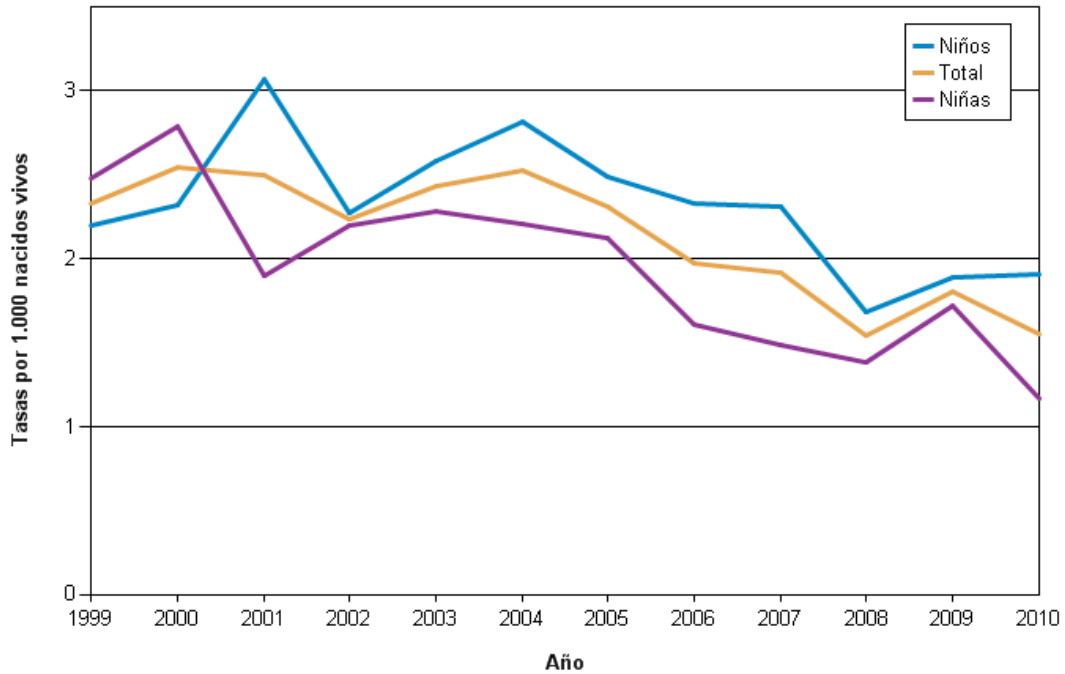


Figura 3.8. Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

Evolución de la mortalidad neonatal



Evolución de la mortalidad neonatal precoz

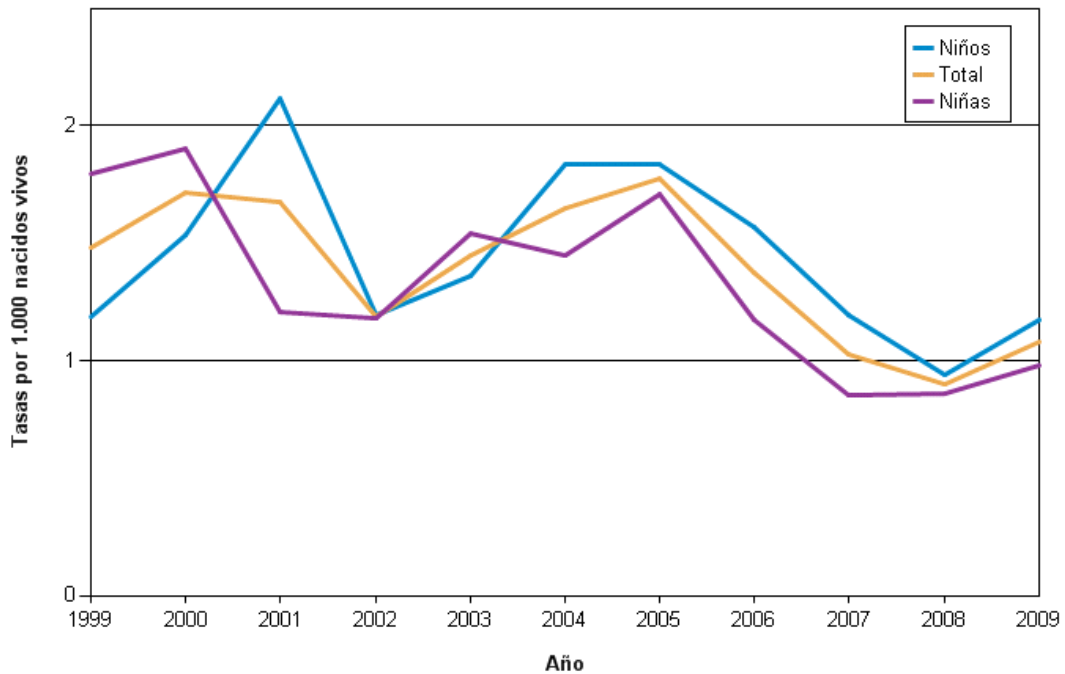
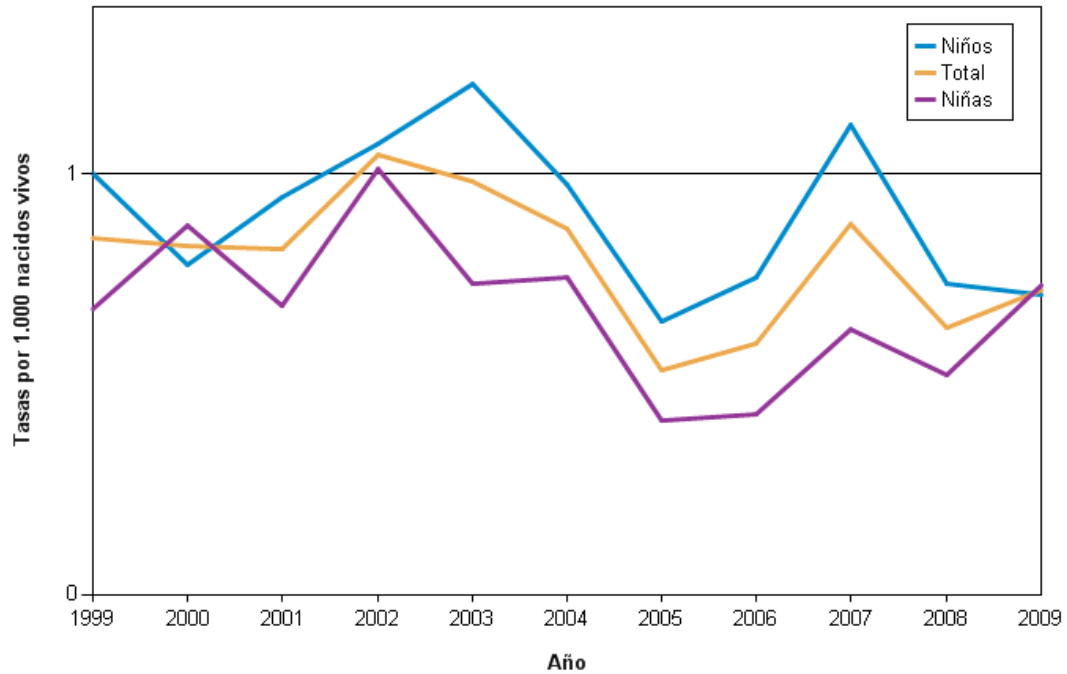


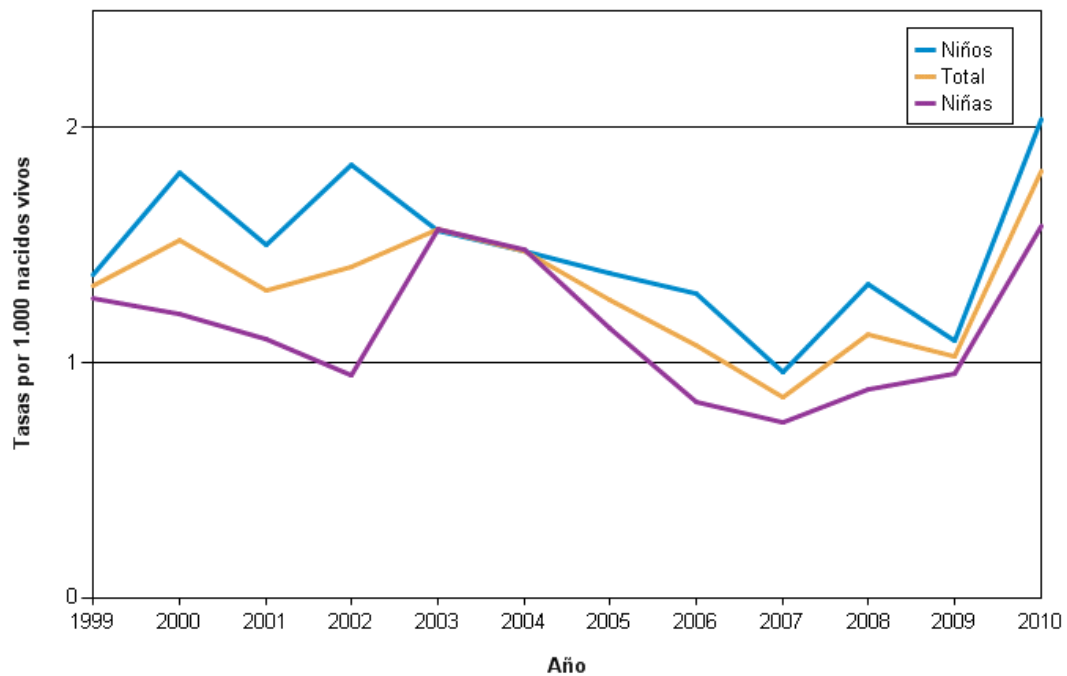
Figura 3.8 (continuación). Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

Evolución de la mortalidad neonatal tardía



Evolución de la mortalidad postneonatal



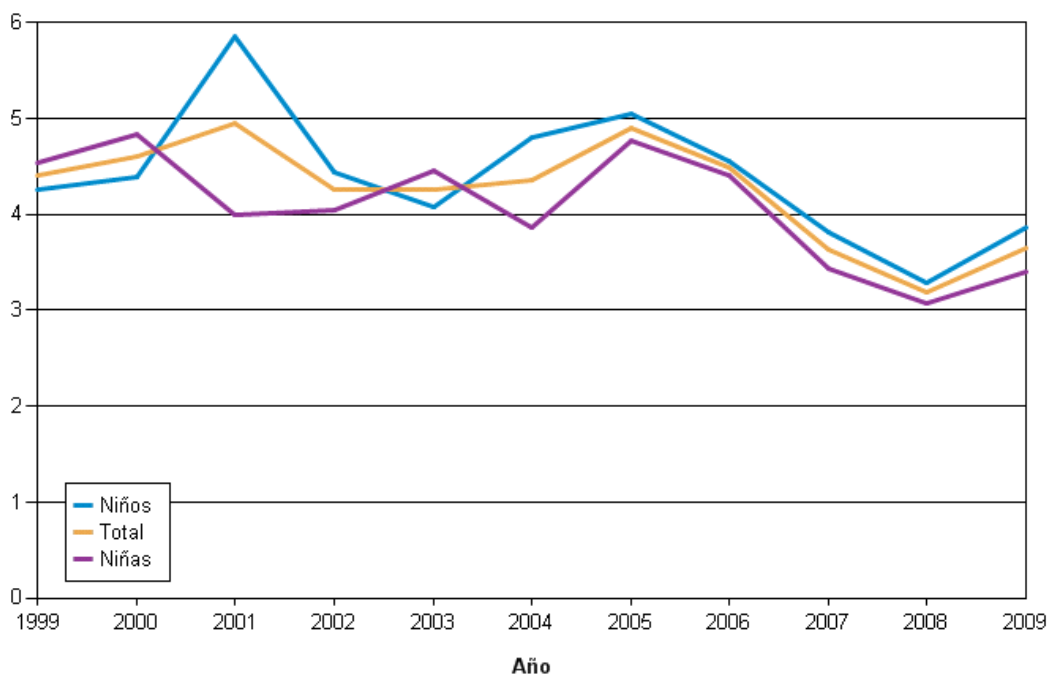
Por sexos, en toda la serie estudiada se observa una mortalidad infantil más elevada en los varones. Este comportamiento diferenciado de las tasas para cada uno de los sexos se produce también en los diferentes componentes de la mortalidad infantil.

3.3. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal se define como el agregado de la mortalidad fetal tardía (tras la 22 semana de gestación) y la mortalidad neonatal precoz. La [Figura 3.9](#) muestra la evolución de las tasas de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos durante el periodo estudiado.

Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Comunidad de Madrid, 1999-2009.

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



En la [Tabla 3.4](#) podemos observar, para los años estudiados (1999-2010), las principales causas de mortalidad fetal tardía. Bajo la rúbrica XVI "ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" quedan englobadas el 96% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los códigos 0822 ("complicaciones obstétricas") y 0827 ("otras afecciones del periodo perinatal"). Así mismo en la [Tabla 3.5](#) podemos ver que las causas más prevalentes de mortalidad neonatal precoz están registradas bajo la misma rúbrica "ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal".

Tabla 3.4. Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

	CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias		1
0080 - Resto enf. infecciosas y parasit.		1
B99 - OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LAS NO ESPECIFICADAS		1
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal		2.094
0821 - Alteraciones asociadas a enf. madre		22
P000 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE MADRE		19
P003 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTR ENF CIRCULAT Y RESP DE LA MADRE		1
P005 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRAUMATISMO DE LA MADRE		1
P009 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR AFECION MATERNA NO ESPECIFICADA		1
0822 - Complicaciones obstétricas		452
P010 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO		1
P011 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS		13
P012 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OLIGOHIDRAMNIOS		4
P013 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR POLIHIDRAMNIOS		3
P015 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR EMBARAZO MULTIPLE		3
P016 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR MUERTE MATERNA		1
P018 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRAS COMPL MATERNAS DEL EMBARAZO		4
P021 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS P OTR FORMAS DE DESPREND Y HGIA PLACENTARIO		150
P022 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS OTRAS ANOR MORF Y FUNC PLAC Y LAS NO ESPEC		37
P023 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR SINDROMES DE TRANSFUSION PLACENTAR		1
P024 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL		14
P025 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRA COMPRESION DE CORDON UMBILICAL		147
P026 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS OTRAS COMPL CORDON UMBILICAL Y LAS NO ESPEC		46
P027 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS		24
P034 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PARTO POR CESAREA		1
P036 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CONTRACCIONES UTERINAS ANORMALES		1
P038 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTR COMPL ESPEC TRAB PARTO Y PARTO		2
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez,des		56
P059 - RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, NO ESPECIFICADO		17
P070 - PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER		5
P071 - OTRO PESO BAJO AL NACER		3
P072 - INMADURIDAD EXTREMA		23
P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO		8
0824 - Traumatismo al nacimiento		1
P112 - LESION NO ESPECIFICADA DEL ENCEFALO, POR TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO		1
0825 - Hipoxia intrauterina, asfisia al nacer		148
P200 - HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ ANTES INICIO TRAB DE PARTO		2
P201 - HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ EN EL TRAB DE PART Y PARTO		1
P209 - HIPOXIA INTRAUTERINA, NO ESPECIFICADA		140
P25 - ENFISEMA INTERSTICIAL Y AFECIONES RELACIONADAS, ORIGEN EN EL PERÍODO PERINATAL		2
P285 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO		2
P288 - OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS DEL RECIEN NACIDO		1
0826 - Infección perinatal		5
P352 - INFECCIONES CONGENITAS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE		1
P353 - HEPATITIS VIRAL CONGENITA		1
P358 - OTRAS ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS		1
P398 - OTRAS INFECCIONES ESPECIFICADAS PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL		1
P399 - INFECCION PROPIA DEL PERIODO PERINATAL, NO ESPECIFICADA		1
0827 - Otras afecciones periodo perinatal		1.410
P290 - INSUFICIENCIA CARDIACA NEONATAL		2
P291 - DISRITMIA CARDIACA NEONATAL		92
P503 - HEMORRAGIA FETAL HACIA EL OTRO GEMELO		1
P508 - OTRAS PERDIDAS DE SANGRE FETAL		16
P548 - OTRAS HEMORRAGIAS FETALES Y NEONATALES ESPECIFICADAS		1
P550 - INCOMPATIBILIDAD RH DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO		2
P559 - ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA		1
P610 - TROMBOCITOPENIA NEONATAL TRANSITORIA		1
P700 - SINDROME DEL RECIEN NACIDO DE MADRE CON DIABETES GESTACIONAL		3
P760 - SINDROME DEL TAPON DE MECONIO		1
P810 - HIPERTERMIA DEL RECIEN NACIDO INDUCIDA POR LAS CONDICIONES AMBIENTALES		1
P832 - HIDROPESIA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLITICA		11
P95 - MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA		1.256
P960 - INSUFICIENCIA RENAL CONGENITA		1
P964 - TERMINACION DEL EMBARAZO, FETO Y RECIEN NACIDO		2
P968 - OTRAS AFECIONES ESPECIFICADAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL		1
P969 - AFECION NO ESPECIFICADA ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL		18

Tabla 3.4 (continuación). Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

CIE-10	Defunciones
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	90
0830 - Malformaciones congénitas sist.nervioso	6
Q000 - ANENCEFALIA	5
Q030 - MALFORMACIONES DEL ACUEDUCTO DE SILVIO	1
0840 - Malformaciones congénitas sist.circulat.	15
Q204 - VENTRICULO CON DOBLE ENTRADA	1
Q249 - MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	13
Q270 - AUSENCIA E HIPOPLASIA CONGENITA DE LA ARTERIA UMBILICAL	1
0851 - Anomalías cromosómicas	14
Q909 - SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	2
Q911 - TRISOMIA 18, MOSAICO (POR FALTA DE DISYUNCION MITOTICA)	2
Q913 - SINDROME DE EDWARDS, NO ESPECIFICADO	5
Q917 - SINDROME DE PATAU, NO ESPECIFICADO	2
Q927 - TRIPLOIDIA Y POLIPLOIDIA	1
Q999 - ANOMALIA CROMOSOMICA, NO ESPECIFICADA	2
0852 - Otras malformaciones congenitas	55
Q330 - QUISTE PULMONAR CONGENITO	1
Q336 - HIPOPLASIA Y DISPLASIA PULMONAR	1
Q411 - AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL YEYUNO	1
Q459 - MALFORMACION CONGENITA DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA	1
Q606 - SINDROME DE POTTER	1
Q639 - MALFORMACION CONGENITA DEL RIÑON, NO ESPECIFICADA	1
Q790 - HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA	4
Q871 - SINDROMES DE MALFORM CONGENITAS ASOCIADAS PRINC CON ESTATURA BAJA	1
Q897 - MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	18
Q899 - MALFORMACION CONGENITA, NO ESPECIFICADA	26
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	1
0970 - Otros accidentes	1
X599 - EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	1
Total	2.186

Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	2
II. Tumores	4
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	2
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	6
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	5
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	900
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	353
XVIII. Síntomas, signos y est. morbosos mal defi.	3
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	3
Total	1.278

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2011 el 85,2% de la población infantil de 0 a 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público (Tabla 3.6), no observándose diferencias por sexo. Por Dirección Asistencial los porcentajes varían desde un 78,7% en la Dirección Asistencial Noroeste al 91,0% de la Dirección Asistencial Sur.

Tabla 3.6. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 0 a 4 años, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	24.240	79,3	22.630	78,4	46.870	78,9
Norte	20.415	85,1	18.798	83,7	39.213	84,4
Este	23.881	86,8	22.215	84,9	46.096	85,9
Sureste	24.787	89,6	22.786	88,6	47.573	89,1
Sur	22.910	91,3	21.620	90,8	44.530	91,0
Oeste	20.001	90,7	18.699	90,3	38.700	90,5
Noroeste	22.593	78,8	21.389	78,6	43.982	78,7
CM	158.827	85,6	148.137	84,7	306.964	85,2

Las principales causas de morbilidad atendida en Atención Primaria están relacionadas con patología aguda (fundamentalmente del aparato respiratorio), y en segundo lugar con consultas referidas a problemas generales e inespecíficos (Figura 3.10). Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 23,7% a infecciones respiratorias agudas superiores (Tabla 3.7).

Figura 3.10. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

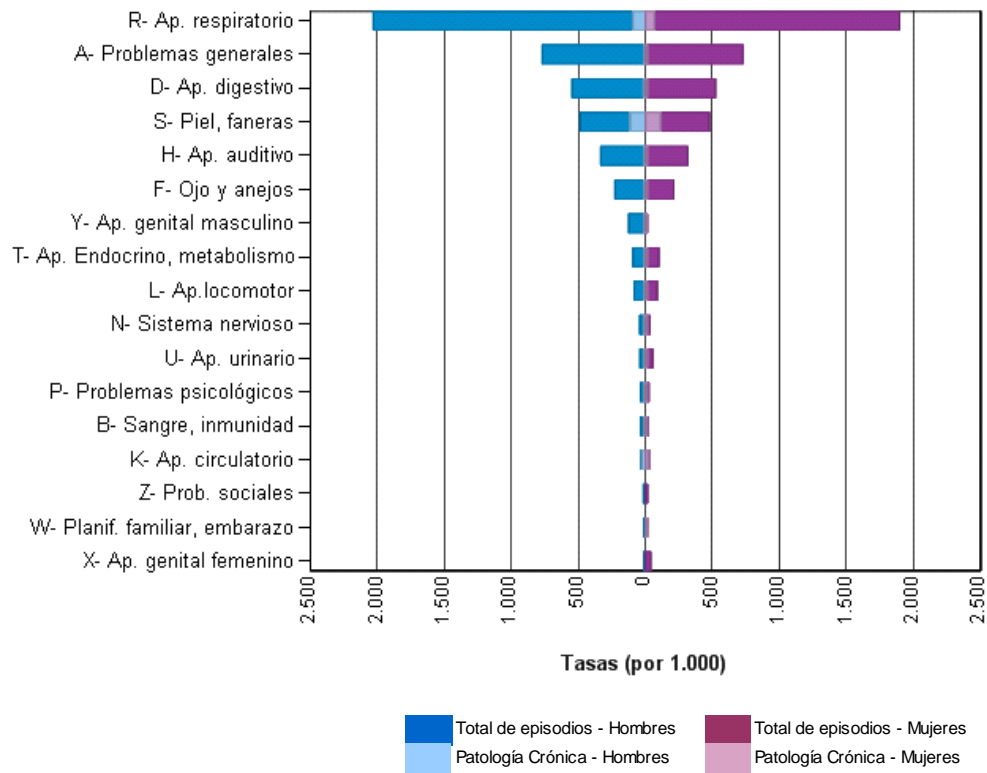


Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	Total				Niños				Niñas			
	N	%	Orden	Tasa	N	%	Orden	Tasa	N	%	Orden	Tasa
R74-Infecç respiratoria aguda superior	404.060	23,7	1	1.120,9	207.903	22,9	1	1.120,5	196.157	24,6	1	1.121,4
A03-Fiebre	101.848	6,0	2	282,5	53.400	5,9	2	287,8	48.448	6,1	2	277,0
H71-Otitis media/miringitis aguda	88.123	5,2	3	244,5	47.389	5,2	3	255,4	40.734	5,1	3	232,9
R78-Bronquitis/bronquiolitis	75.449	4,4	4	209,3	43.073	4,7	4	232,1	32.376	4,1	5	185,1
A97-Sin enfermedad	70.355	4,1	5	195,2	36.699	4,0	5	197,8	33.656	4,2	4	192,4
D73-Infección intestinal	66.859	3,9	6	185,5	36.039	4,0	6	194,2	30.820	3,9	6	176,2
R05-Tos	54.203	3,2	7	150,4	28.644	3,1	7	154,4	25.559	3,2	7	146,1
R77-Laringitis/traqueítis	42.863	2,5	8	118,9	24.128	2,7	8	130,0	18.735	2,3	8	107,1
R76-Amigdalitis aguda	34.732	2,0	9	96,4	18.831	2,1	9	101,5	15.901	2,0	9	90,9
F71-Conjuntivitis alérgica	32.826	1,9	10	91,1	17.707	1,9	11	95,4	15.119	1,9	11	86,4
R72-Faringitis/amigdalitis	32.668	1,9	11	90,6	17.849	2,0	10	96,2	14.819	1,9	13	84,7
S87-Dermatitis/eccema	32.102	1,9	12	89,1	16.784	1,8	13	90,5	15.318	1,9	10	87,6
A77-Otras enfermedades virales	32.100	1,9	13	89,0	17.050	1,9	12	91,9	15.050	1,9	12	86,0
R96-Asma	24.610	1,4	14	68,3	14.834	1,6	14	79,9	9.776	1,2	17	55,9
F70-Conjuntivitis infecciosas	21.970	1,3	15	60,9	11.827	1,3	16	63,7	10.143	1,3	14	58,0
Total	1.706.894	100		4.735,1	909.635	100		4.902,4	797.259	100		4.557,7

3.5. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 0-4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, con 14.332 altas en 2011 lo que supone una tasa de 39,35 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales (Tabla 3.8 y Figura 3.11).

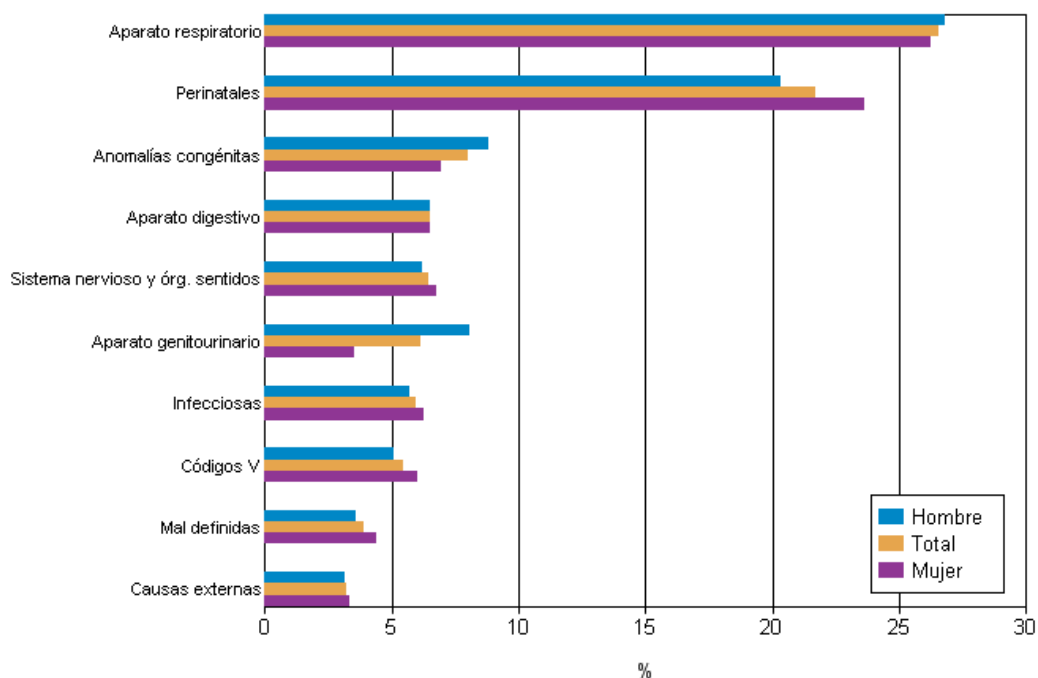
Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Total		Hombres		Mujeres	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Aparato respiratorio	14.332	39,35	8.459	45,15	5.869	33,17
Perinatales	11.720	32,17	6.420	34,27	5.283	29,86
Anomalías congénitas	4.332	11,89	2.778	14,83	1.554	8,78
Aparato digestivo	3.515	9,65	2.058	10,99	1.457	8,24
Sistema nervioso y órg. sentidos	3.480	9,55	1.966	10,49	1.514	8,56
Aparato genitourinario	3.330	9,14	2.544	13,58	786	4,44
Infecciosas	3.208	8,81	1.803	9,62	1.403	7,93
Códigos V	2.954	8,11	1.602	8,55	1.350	7,63
Mal definidas	2.116	5,81	1.128	6,02	988	5,58
Causas externas	1.742	4,78	997	5,32	745	4,21
Tumores	698	1,92	321	1,71	377	2,13
Piel y tejido subcutáneo	667	1,83	363	1,94	302	1,71
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	592	1,63	420	2,24	171	0,97
Sangre y hematopoyéticas	481	1,32	289	1,54	192	1,09
Osteomioarticulares	453	1,24	223	1,19	230	1,30
Aparato circulatorio	209	0,57	125	0,67	84	0,47
Trastornos mentales	101	0,28	71	0,38	30	0,17
Embarazo, parto y puerperio	12	0,03			12	0,07
Total	53.942	148,09	31.567	168,50	22.347	126,31

Figura 3.11. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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



La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología vírica que afecta especialmente a los lactantes y niños menores de dos años, en los que puede provocar cuadros graves. A lo largo de 2011 se produjeron 3.442 ingresos hospitalarios por bronquiolitis, de los cuales 2.940 correspondieron a menores de un año de edad (85,4%) y en el 52,8% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Los bronquiolitis que requieren ingreso fueron más frecuentes en los tres primeros meses de vida y entre los varones (Figura 3.12) y presentaron un claro incremento durante los meses de enero y diciembre (Figura 3.13), a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

Figura 3.12. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid, 2011.

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

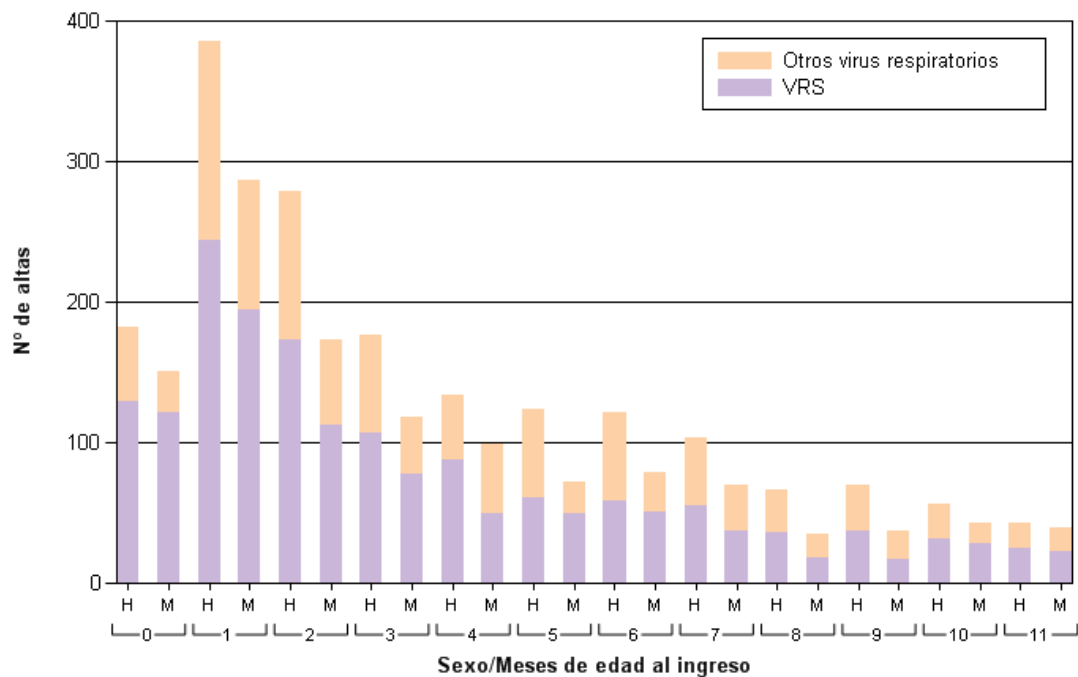
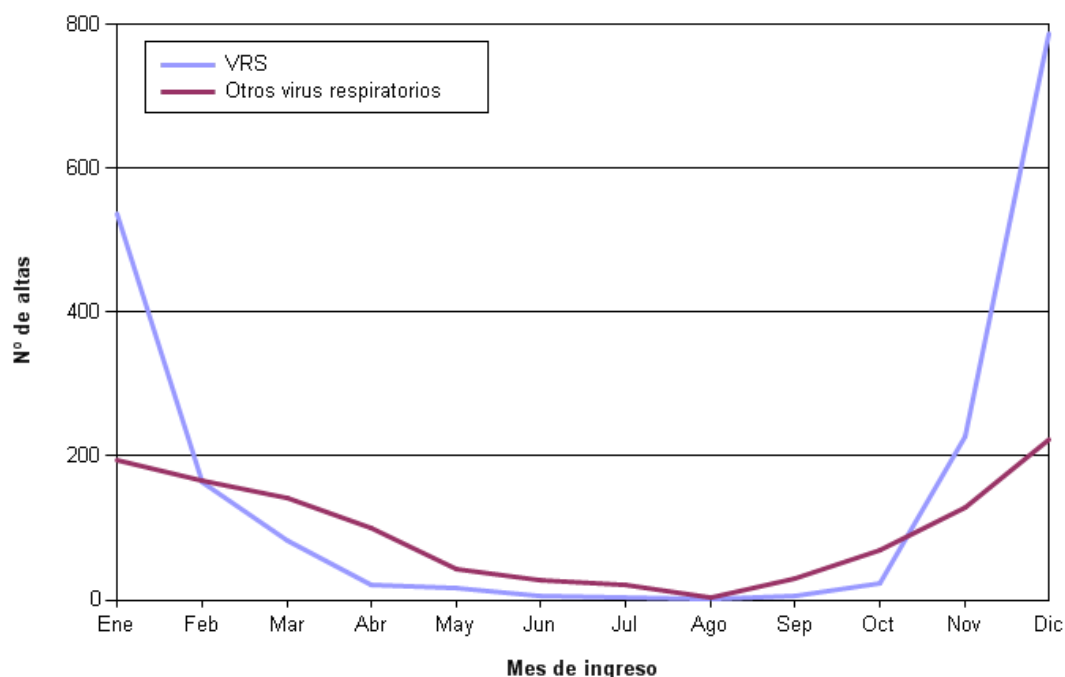


Figura 3.13. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según mes y etiología. Comunidad de Madrid, 2011.

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



3.6. Lactancia materna

La lactancia materna presenta beneficios sobre la salud de la infancia y de las madres, a corto y a largo plazo, con evidencia científica demostrada.

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS recomienda, como estrategia de salud pública mundial, la **lactancia materna exclusiva durante seis meses** y complementada hasta los dos años o más. Y en su Objetivo 3, la Estrategia de salud del Siglo XXI propone como meta que las políticas públicas, los entornos sociales, y los servicios sanitarios promuevan y apoyen que las madres amamenten a sus hijos, de modo que, **al menos, el 60%** de los recién nacidos sean amamantados durante los 6 primeros meses de vida.

Existen intervenciones de promoción de la lactancia materna que han demostrado efectividad y eficiencia, como la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN) de UNICEF. En la Comunidad de Madrid se creó en 2009 un convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad que se mantiene en la actualidad, con el fin de promocionar una lactancia materna satisfactoria en el Servicio Madrileño de Salud, de manera respetuosa con la decisión informada de la mujer.

En España se han realizado diferentes estudios, evidenciando bajas prevalencias de lactancia materna, con diferencias entre provincias e incluso entre zonas sanitarias. Es necesario contar con indicadores cuantificables que ayuden a evaluar las acciones llevadas a cabo.

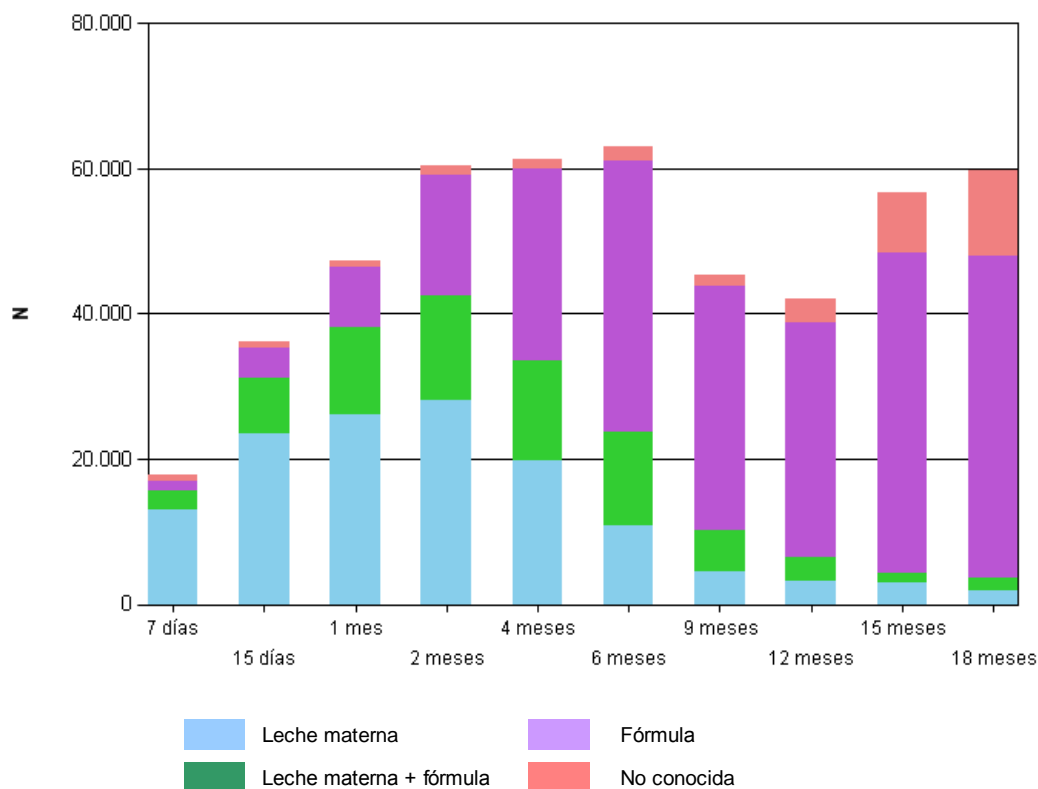
Por todo ello se planteó conocer las prevalencias de lactancia materna en los lactantes nacidos entre enero de 2008 y junio de 2009 que acuden a la consulta de revisión del niño sano en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

Para ello se analizaron 639.466 registros de las historias clínicas electrónicas, en el protocolo del niño sano, abiertas en OMI-AP y AP-Madrid en Noviembre de 2010. Corresponden a 87.566 lactantes nacidos en 2008 y primer semestre de 2009: 48,4% niñas y 51,6% niños (Figura 3.14). Se pudo identificar el país

de nacimiento en el 95,4% de los lactantes, habiendo nacido fuera de España el 3,1%. La duración de la lactancia se pudo estimar en el 72,6% de los lactantes. Figuraba el motivo de abandono en el 26,2% de los lactantes.

Figura 3.14. Número de lactantes con información sobre el tipo de alimentación, en cada revisión. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

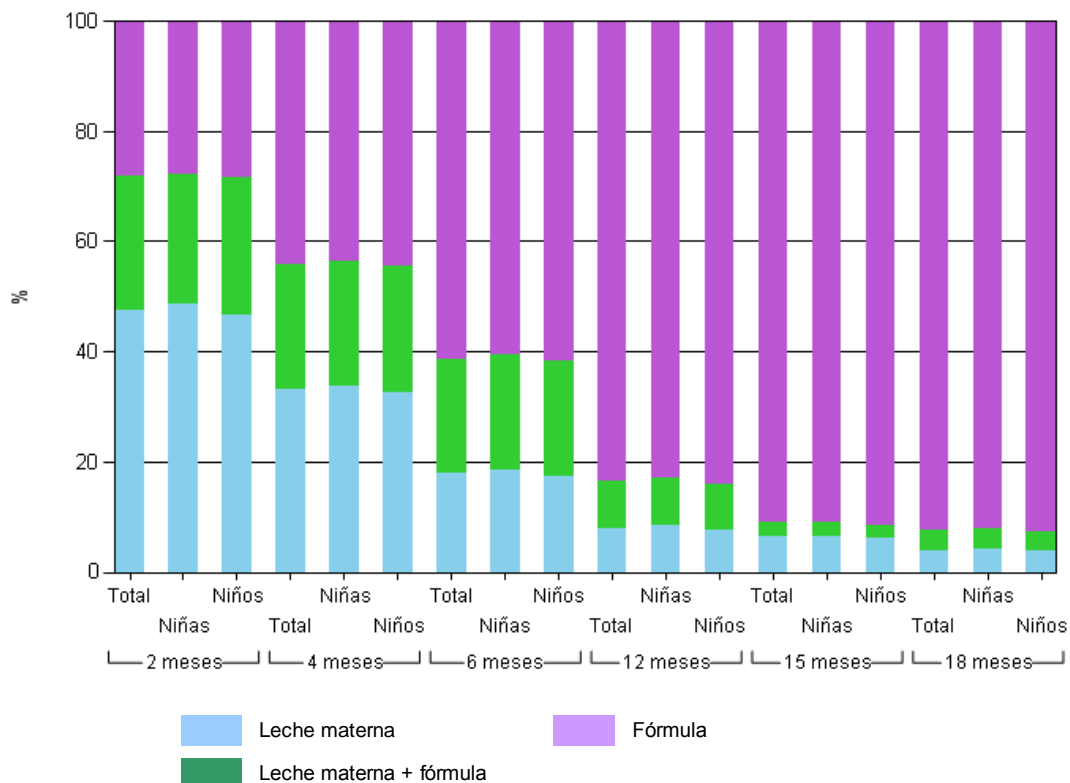
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La proporción de lactantes alimentados con leche materna (sin fórmula adaptada) fue del 47,6% a los 2 meses, 33,1% a los 4 meses y 17,9% a los 6 meses. (Figura 3.15) A los seis meses continuaban con lactancia materna en alguna medida un 38,7%, por debajo del 60% propuesto como meta por la OMS. Con respecto a la LM prolongada, al año de vida un 16,5% de los bebés tomaban leche materna, y a los 18 meses un 7,5%.

Figura 3.15. Prevalencias de lactancia en cada revisión (%). Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

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



La **duración de la lactancia materna** media fue de 180,6 días (5,9 meses) y la mediana de 132 días (4,3 meses) (Tabla 3.9). Tanto la duración como las prevalencias de lactancia materna completa fueron más bajas en los niños que en las niñas, de manera estadísticamente significativa. Así mismo, la duración fue menor en los bebés nacidos en España que en los que han nacido fuera de España.

Tabla 3.9. Duración (en días) de la lactancia materna. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

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

		N	Mínima	Máxima	Media	Mediana	P
Sexo	Niñas	30.979	1	987	183,3	134	p<0,001
	Niños	32.587	1	1.010	177,9	130	
Nacido en	España	58.974	1	1.010	180,0	132	p<0,001
	No España	1.792	6	960	211,3	180	
Total		63.566	1	1.010	180,6	132	

Los **motivos de abandono** recogidos con más frecuencia fueron la hipogalactia (42,9% de los casos) y la decisión materna (27,2% de los casos) (Tabla 3.10). La falta de leche, real o percibida, es prevenible con buenas prácticas de la atención al parto y puerperio y mejorable con un apoyo experto en las dificultades.

Tabla 3.10. Motivos de abandono de la lactancia materna. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).

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

Motivos de abandono	N	% de casos
Hipogalactia	9.821	42,9
Decisión materna	6.231	27,2
Causa laboral	2.796	12,2
Enfermedad materna	1.676	7,3
Enfermedad del niño/a	455	2,0
Otros	2.464	10,8

Conclusiones:

1. Las prevalencias y la duración media de lactancia materna presentan un área de mejora en la Comunidad de Madrid con respecto a las recomendaciones de la OMS en los años 2008 y 2009.
2. El principal motivo registrado para el abandono de la lactancia materna fue la hipogalactia, que es prevenible con buenas prácticas.
3. Los registros electrónicos de base poblacional constituyen una fuente fundamental de información. Sería de utilidad una mayor homogeneidad en la cumplimentación de los datos así como la adecuación de las definiciones de los tipos de lactancia a las recomendaciones de la OMS.

Líneas de futuro:

Este estudio presenta las prevalencias de lactancia materna en la Comunidad de Madrid en 2008 y 2009. Es por tanto, una situación de partida que justifica la necesidad de actuación en este tema y posibilitará en un futuro evaluar las intervenciones que se están haciendo en la actualidad.

3.7. Conclusiones

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando hasta 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Sin embargo en 2009 se inicia un descenso que continúa en 2010. Tanto el aumento como el descenso es en términos relativos mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples. En los últimos cinco años se observa una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. Al igual que en los últimos años la mortalidad infantil registrada en el año 2010 es inferior a 4 defunciones por cada mil nacidos vivos en los últimos años, si bien se observa un ligero aumento de la mortalidad infantil, de 3,23 en 2008 (la menor tasa observada en la región) a 3,92 en 2010.

Es necesario priorizar programas preventivos centrados en la etapa preconcepcional y gestacional que garanticen la adecuada información, el consejo genético y el cribado de patologías. Estas actividades deben incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos que están teniendo lugar (inmigración, aumento de las gestantes de más edad) y que pueden suponer modificaciones en los factores de riesgo tradicionalmente tenidos en cuenta. Debe garantizarse la máxima cobertura posible, incidiendo especialmente en alcanzar a la población más desfavorecida.

El 85,2% de la población de 0 a 4 años acudió en 2011 a los centros de Atención Primaria. Cerca un cuarto (23,7%) de los episodios atendidos correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio.

Deben priorizarse las actividades destinadas a disminuir las enfermedades transmisibles que afectan al aparato respiratorio, que son las causantes de la mayor parte de la morbilidad en los más pequeños. En este aspecto tanto la vacunación en el caso de patologías inmunoprevenibles como las campañas informativas sobre la forma de prevenir la transmisión, podrían repercutir directamente en la disminución de su incidencia.

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS recomienda, como estrategia de salud pública mundial, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y complementada hasta los dos años o más. En la Comunidad de Madrid se creó en 2009 un convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad que se mantiene en la actualidad, con el fin de promocionar la lactancia materna en el Servicio Madrileño de Salud. Analizando los datos de los registros de atención primaria del SERMAS, para los lactantes nacidos en 2008 y 2009, las prevalencias de lactancia materna completa (sin fórmula adaptada) observadas fueron del 47,6% a los 2 meses, 33,1% a los 4 meses, 17,9% a los 6 meses y 6,4% a los 15 meses. A los seis meses continuaban con lactancia materna en alguna medida un 38,7%, por debajo del 60% propuesto como meta por la OMS. Al año de vida un 16,4% de los bebés tomaban leche materna. La duración de la lactancia materna media fue de 180,6 días (5,9 meses) y la mediana de 132 días (4,3 meses). Los motivos de abandono recogidos con más frecuencia fueron la hipogalactia (42,9% de los casos) y la decisión materna (27,2%). Estos datos indican posibilidades de mejora. Un análisis similar de años posteriores permitirá evaluar las intervenciones que se están realizando en la región en la actualidad.

Objetivo 4

La salud de los jóvenes

4

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, **la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual**, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

Invertir en la salud de los adolescentes ayuda a prevenir el círculo vicioso de mala salud y bajo nivel socioeconómico. Ayuda a generar salud y también riqueza, porque los jóvenes son fundamentales para la riqueza y el bienestar presente y futuro de nuestras sociedades.

Un enfoque sistemático ("the 5S approach") ha sido desarrollado por la OMS para apoyar a los países a fortalecer la respuesta a la salud de los adolescentes. El enfoque identifica la necesidad y ofrece herramientas para:

- RESPALDAR las políticas que respeten, protejan y cumplan los derechos de la salud de adolescentes;
- información ESTRATÉGICA para monitorizar el estado de la salud y evaluar las tendencias, así como para planificar, monitorizar y evaluar las políticas y las intervenciones;
- proveer SERVICIOS modelos que sean acogedores para los jóvenes, incluidos los servicios de salud escolar y la atención primaria;
- recursos SOSTENIBLES que presten atención a la adecuada capacitación del personal de salud y protección financiera contra los gastos que impiden a los jóvenes el acceso a los servicios;
- enfoque TRANSVERSAL que reconozca que, aunque el sector sanitario tiene su contribución específica a la salud de los jóvenes, otros sectores como la educación, la protección laboral y social deben adoptar políticas para hacer frente a los determinantes socioeconómicos, y reducir las desigualdades.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

4.1. Mortalidad

4.2. Morbilidad

- 4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria
- 4.2.2. Morbilidad hospitalaria

4.3. Factores determinantes

- 4.3.1. Ejercicio físico
- 4.3.2. Alimentación
- 4.3.3. Sobrepeso y obesidad
- 4.3.4. Tabaco
- 4.3.5. Alcohol
- 4.3.6. Drogas de comercio ilegal
- 4.3.7. Sexualidad responsable
- 4.3.8. Agregación de factores de riesgo
- 4.3.9. Información sobre temas de salud

4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

4.5. Conclusiones

4.1. Mortalidad

En el año 2010 los tumores continúan siendo la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años. En segundo lugar se sitúan por primera vez las causas mal definidas, pasando al tercer lugar, con tasas menores respecto a años anteriores, las causas externas (Figura 4.1 y Figura 4.2).

Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2010.

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

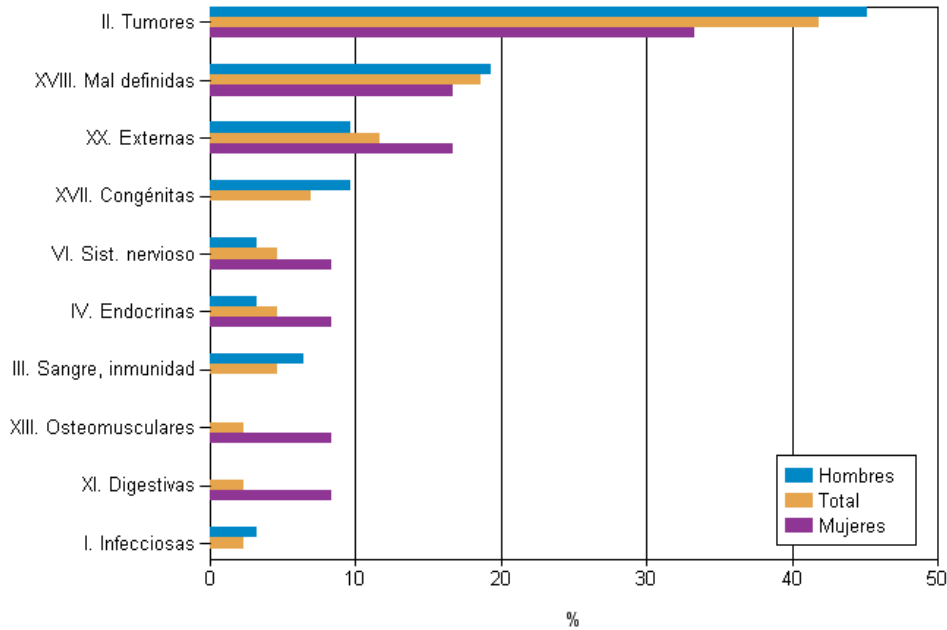
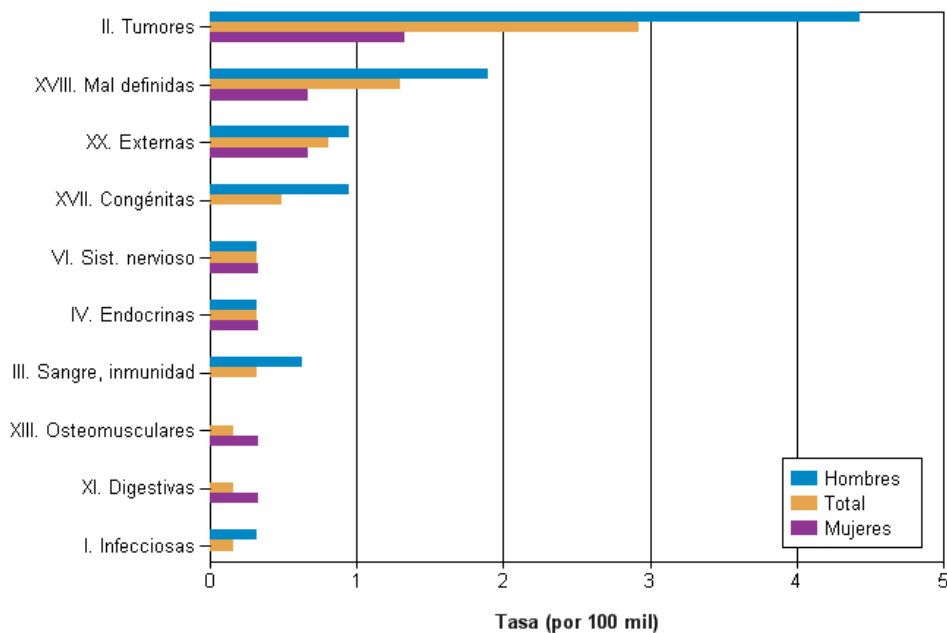


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

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



Entre los 15 y los 34 años, las causas externas continúan siendo en 2010 la principal causa de mortalidad, con tasas superiores en hombres. Sin embargo, las tasas en ambos sexos se han reducido drásticamente en los últimos años: en 2006 la tasa total fue 16 por cien mil, mientras que en 2010 fue 7 por cien mil. Esta reducción se debe en buena medida a la experimentada por los fallecidos en accidente de tráfico. Las causas mal definidas han pasado del tercer al segundo lugar, relegando a este puesto a los tumores, cuyas tasas han descendido de 6,90 por cien mil en 2006 a 5,26 en 2010 (Figura 4.3 y Figura 4.4).

Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2010.

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

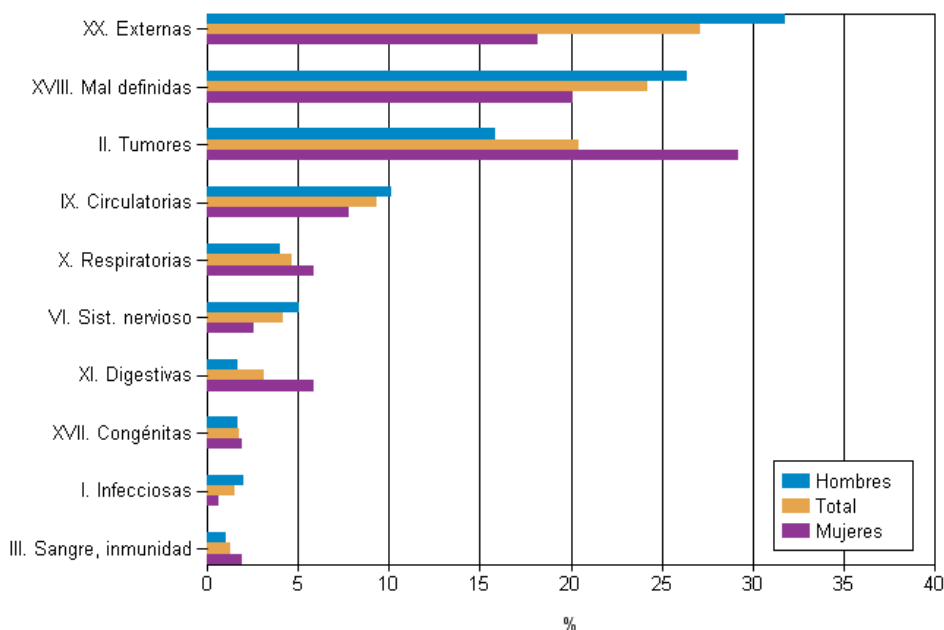
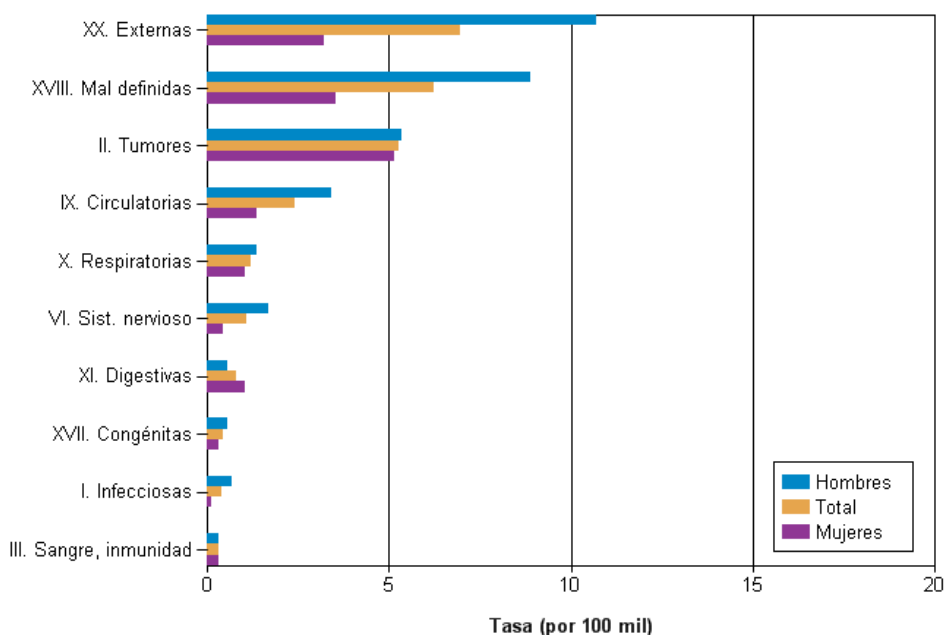


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

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



4.2. Morbilidad

4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

En 2011 el 73,4% de la población madrileña de 5 a 14 años ha sido atendida en las consultas de Atención Primaria, siendo las zonas correspondientes a las Direcciones de Área centro, norte y noroeste las que presentan menores porcentajes (Tabla 4.1). En el grupo de 15 a 34 años de edad la población alguna vez atendida es el 64,6%. Los menores porcentajes corresponden a las mismas zonas que en 5-14 años, pero aquí las mujeres han acudido más a las consultas: 71,7% frente a 57,2% los varones. Se trata de porcentajes en ambos grupos de edad que siguen la tendencia de años anteriores, con oscilaciones en torno al 70-75% (5-14 años) y 60-65% (15-34 años). La población extranjera acude menos a consulta en el grupo de 5-14 años de edad (Tabla 4.2).

Tabla 4.1. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5 - 14 años						
Centro	34.789	66,0	33.431	66,1	68.220	66,0
Este	36.388	75,7	34.195	75,5	70.583	75,6
Noroeste	36.078	64,7	34.319	64,2	70.397	64,5
Norte	29.671	70,7	28.511	70,9	58.182	70,8
Oeste	30.682	80,5	28.736	79,9	59.418	80,2
Sur	32.421	82,2	30.308	81,1	62.729	81,6
Sureste	38.827	79,8	36.620	79,5	75.447	79,6
CM	238.856	73,6	226.120	73,2	464.976	73,4
15 - 34 años						
Centro	75.364	51,1	102.503	64,7	177.867	58,2
Este	66.612	58,0	85.919	72,8	152.531	65,5
Noroeste	64.091	51,3	82.555	63,6	146.646	57,6
Norte	57.108	55,9	74.762	70,1	131.870	63,1
Oeste	63.298	62,2	78.454	78,5	141.752	70,3
Sur	63.047	63,6	79.814	80,1	142.861	71,8
Sureste	76.411	61,6	96.209	77,1	172.620	69,3
CM	465.931	57,2	600.216	71,7	1.066.147	64,6

Tabla 4.2. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, origen y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5 - 14 años						
Nacidos fuera de España	27.073	58,2	27.272	59,5	54.345	58,8
Nacidos en España	211.783	76,1	198.848	75,6	410.631	75,9
No disponible						
Total	238.856	73,6	226.120	73,2	464.976	73,4
15 - 34 años						
Nacidos fuera de España	115.822	54,6	178.964	73,9	294.786	64,8
Nacidos en España	350.103	58,2	421.241	70,8	771.344	64,4
No disponible	6		11		17	
Total	465.931	57,2	600.216	71,7	1.066.147	64,6

Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente vistos en ambos grupos de edad en los últimos años son, por este orden: aparato respiratorio, digestivo, piel y faneras y aparato locomotor (Figura 4.5 y Figura 4.6). En la edad de 5-14 años el grupo de problemas generales o inespecíficos se sitúa en el cuarto puesto

Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 5 a 14 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

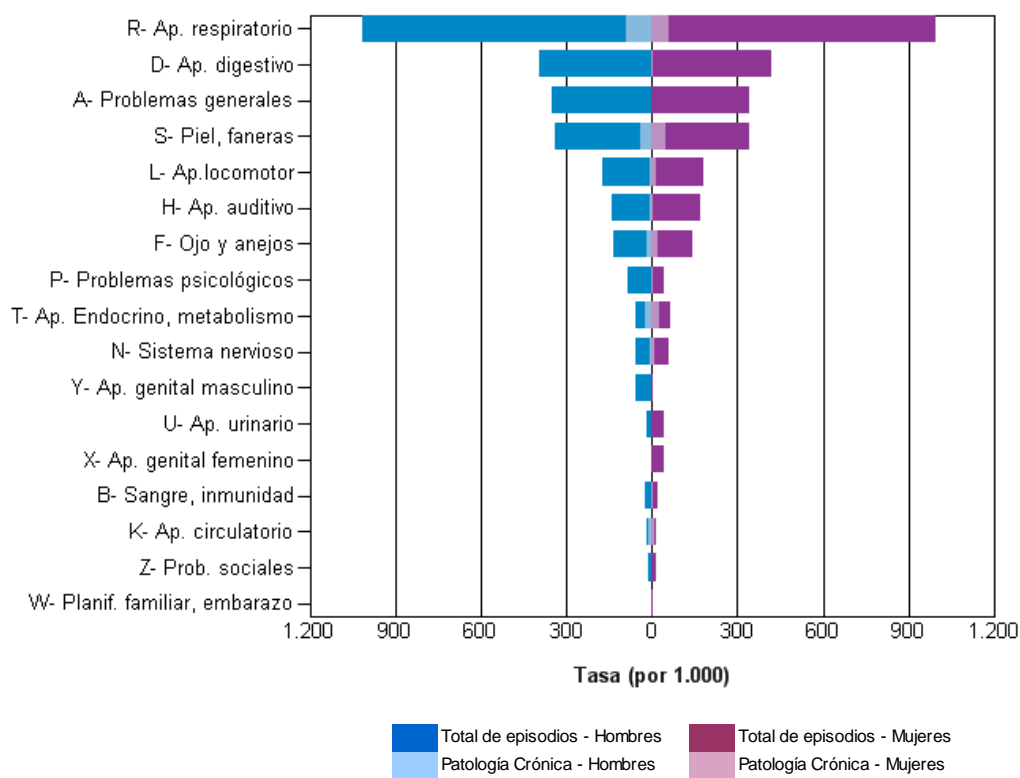
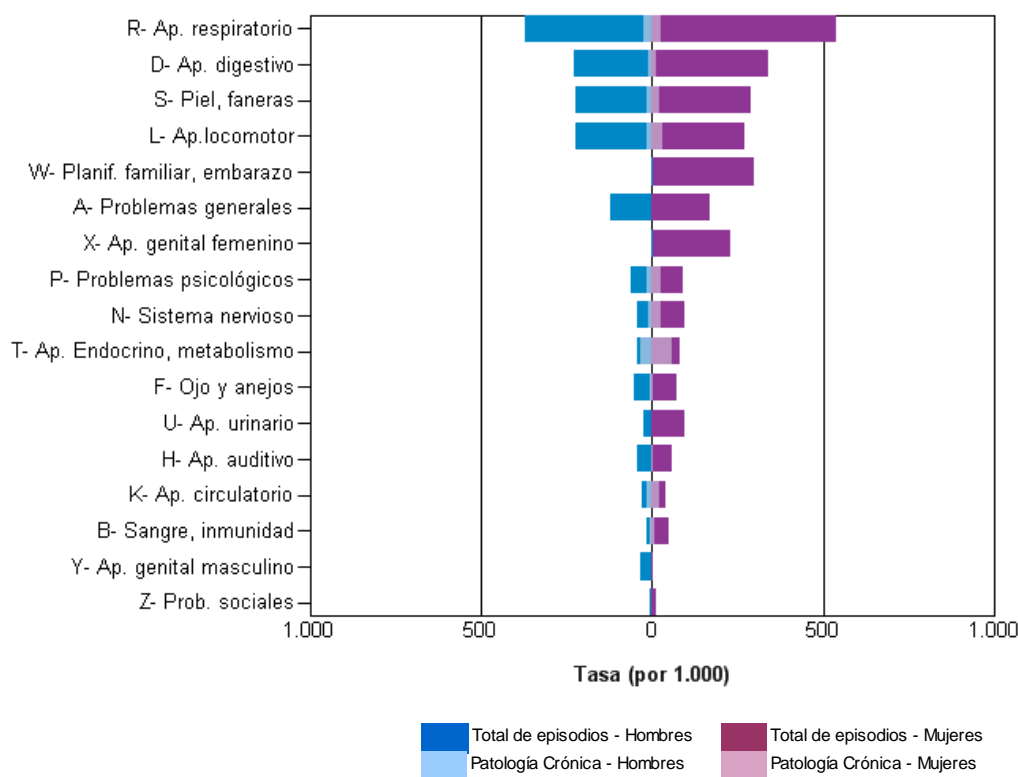


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 15 a 34 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



El motivo de consulta más frecuente, con gran diferencia sobre los demás, es la infección respiratoria aguda superior. En el grupo de 5 a 14 años siguen a continuación las enfermedades y síntomas relacionados con las vías respiratorias (fiebre, faringitis, amigdalitis, tos, asma, otitis) y otros digestivos o inespecíficos. En el grupo de 15-34 años aparecen también en los primeros puestos la rinitis alérgica en los hombres y la contracepción oral e infecciones urinarias en las mujeres (Tabla 4.3 y Tabla 4.4).

Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5 a 14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	N	Total		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infecc respiratoria aguda superior	299.621	16,4	1	472,8	1	459,8	1	486,5
A03-Fiebre	66.526	3,6	2	105,0	2	107,4	2	102,5
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	60.107	3,3	3	94,8	4	91,8	3	98,1
R05-Tos	58.655	3,2	4	92,6	3	93,8	4	91,3
D73-Infección intestinal inesp/posible	49.173	2,7	5	77,6	6	78,4	6	76,8
H71-Otitis media/miringitis aguda	48.678	2,7	6	76,8	7	73,9	5	79,9
D19-Sig/sin de dientes y encías	44.048	2,4	7	69,5	9	68,1	8	71,0
R76-Amigdalitis aguda	43.956	2,4	8	69,4	10	67,0	7	71,8
A97-Sin enfermedad	43.510	2,4	9	68,7	8	69,3	9	68,0
R96-Asma	41.988	2,3	10	66,3	5	79,5	11	52,3
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	35.393	1,9	11	55,8	11	48,3	10	63,8
A77-Otras enfermedades virales NE	30.606	1,7	12	48,3	13	47,0	12	49,6
D82-Enf de los dientes/encías	30.446	1,7	13	48,0	12	48,0	13	48,1
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	25.729	1,4	14	40,6	15	44,1	15	36,9
R97-Rinitis alérgica	25.586	1,4	15	40,4	14	45,5	17	35,0
Total	1.829.075	100		2.886,2		2.881,2		2.891,6

Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15 a 34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	N	TOTAL		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infecc respiratoria aguda superior	387.413	11,0	1	234,6	1	182,6	1	285,1
D73-Infección intestinal inesp/posible	133.721	3,8	2	81,0	2	70,0	3	91,6
W11-Contracepción oral, en la mujer	79.422	2,2	3	48,1	346	0,2	2	94,6
R97-Rinitis alérgica	72.488	2,1	4	43,9	3	39,2	6	48,4
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	61.075	1,7	5	37,0	4	29,8	7	44,0
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	57.611	1,6	6	34,9	65	5,2	5	63,7
W78-Embarazo	55.506	1,6	7	33,6	467	0,1	4	66,2
L03-Sig/sin lumbares	53.116	1,5	8	32,2	6	25,2	9	38,9
D19-Sig/sin de dientes y encías	52.670	1,5	9	31,9	5	26,3	11	37,3
P01-Sensación ansiedad/tensión	47.097	1,3	10	28,5	13	16,9	8	39,8
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	44.673	1,3	11	27,0	17	16,2	10	37,6
L01-Sig/sin del cuello	43.829	1,2	12	26,5	16	16,5	12	36,3
R76-Amigdalitis aguda	41.955	1,2	13	25,4	10	21,0	15	29,7
S88-Dermatitis de contacto/alérgica	39.447	1,1	14	23,9	14	16,6	14	31,0
R96-Asma	38.699	1,1	15	23,4	9	21,6	24	25,3
Total	3.533.712	100		2.139,6		1.512,8		2.749,2

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 5-14 años los motivos más frecuentes de alta hospitalaria los constituyen la patología del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales de alta hospitalaria de 7,9 y 7,3 por 1.000 habitantes. (Tabla 4.5). En hombres se destacan en tercer lugar las enfermedades del aparato genitourinario (cinco veces más frecuentes que en mujeres) y en las mujeres las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (Figura 4.7).

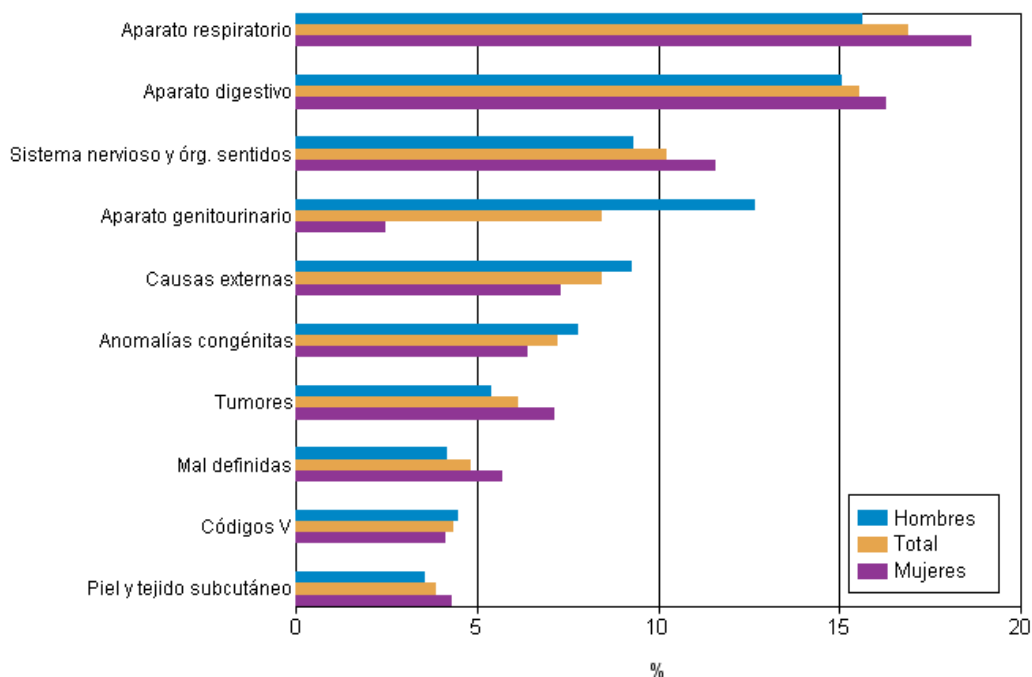
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Aparato respiratorio	2.687	8,42	2.262	7,45	4.950	7,95
Aparato digestivo	2.583	8,10	1.979	6,52	4.563	7,33
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.600	5,02	1.406	4,63	3.006	4,83
Aparato genitourinario	2.179	6,83	301	0,99	2.480	3,98
Causas externas	1.589	4,98	890	2,93	2.479	3,98
Anomalías congénitas	1.340	4,20	778	2,56	2.118	3,40
Tumores	926	2,90	869	2,86	1.795	2,88
Mal definidas	720	2,26	694	2,29	1.414	2,27
Códigos V	768	2,41	504	1,66	1.272	2,04
Piel y tejido subcutáneo	615	1,93	522	1,72	1.138	1,83
Osteomioarticulares	570	1,79	540	1,78	1.111	1,78
Infecciosas	478	1,50	446	1,47	924	1,48
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	378	1,18	245	0,81	624	1,00
Sangre y hematopoyéticas	338	1,06	266	0,88	604	0,97
Trastornos mentales	170	0,53	210	0,69	380	0,61
Total	17.164	53,80	12.138	39,97	29.307	47,06

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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



En el grupo de 15-34 años de edad la inclusión del parto normal en el apartado complicaciones del embarazo, parto y puerperio hace que las tasas de alta por este motivo (38,3 altas por 1.000 habitantes) sean muy superiores a las de los demás grupos de enfermedades. Sin embargo en los demás grupos la morbilidad en hombres es prácticamente siempre superior a la de mujeres (Tabla 4.6 y Figura 4.8).

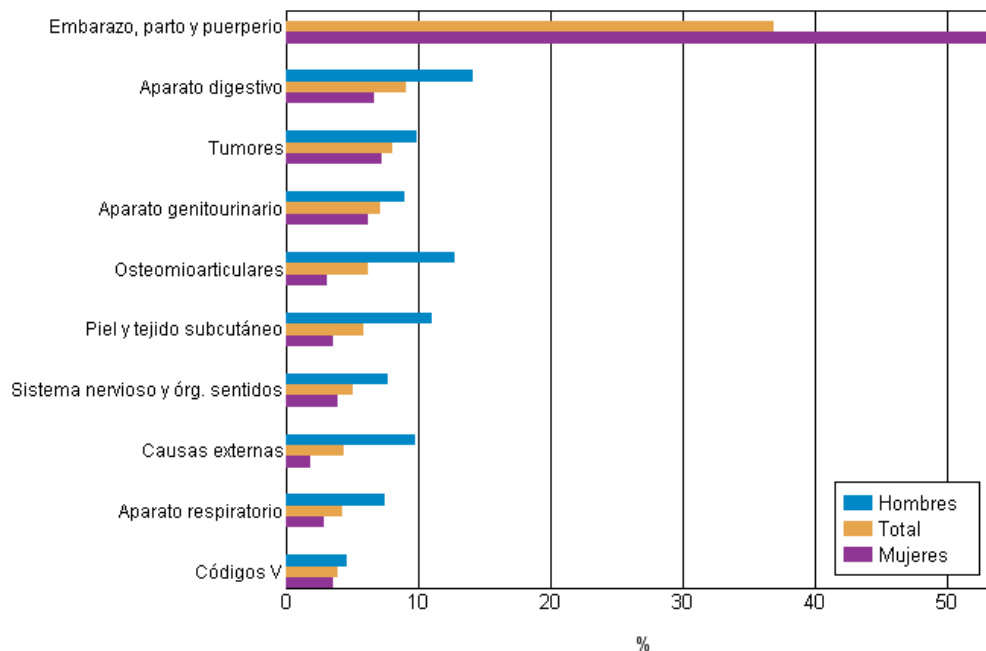
Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Embarazo, parto y puerperio			12.625	39,74	12.625	19,72
Aparato digestivo	2.951	9,14	3.288	10,35	6.239	9,74
Aparato genitourinario	2.601	8,06	1.742	5,48	4.343	6,78
Tumores	1.632	5,06	2.356	7,42	3.990	6,23
Piel y tejido subcutáneo	2.479	7,68	1.433	4,51	3.913	6,11
Osteomioarticulares	2.586	8,01	1.272	4,00	3.859	6,03
Aparato respiratorio	1.659	5,14	1.338	4,21	2.999	4,68
Causas externas	2.202	6,82	778	2,45	2.980	4,65
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.174	3,64	1.240	3,90	2.415	3,77
Códigos V	712	2,21	991	3,12	1.705	2,66
Trastornos mentales	743	2,30	732	2,30	1.475	2,30
Aparato circulatorio	578	1,79	359	1,13	937	1,46
Anomalías congénitas	327	1,01	516	1,62	844	1,32
Mal definidas	353	1,09	481	1,51	834	1,30
Infecciosas	413	1,28	405	1,27	818	1,28
Total	20.695	64,13	30.010	94,47	50.716	79,20

Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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



4.3. Factores determinantes

En la Comunidad de Madrid, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones. Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad

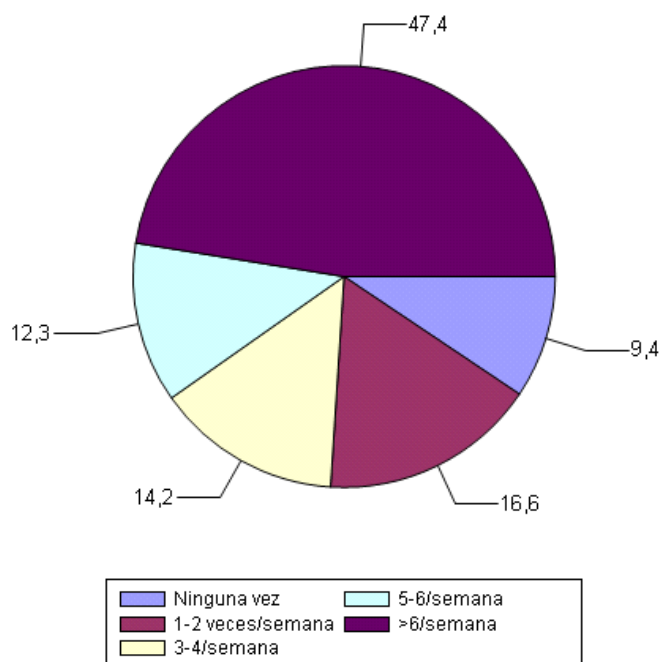
anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en 4º de la ESO. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. A continuación se analizan diversos indicadores del año 2010 presentando también la evolución temporal de los mismos. Se agrupan en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales e información sobre temas de salud. Otros aspectos que también se recogen en el SIVFRENT-J como la accidentabilidad y la seguridad vial se presentan en el capítulo 9 de este Informe.

4.3.1. Ejercicio físico

Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas, la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 26,1%, destacando que un 9,4% no realizan ninguna vez estas actividades (Figura 4.9). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,1% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 40,0% de las chicas.

Figura 4.9. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal, en jóvenes. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

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

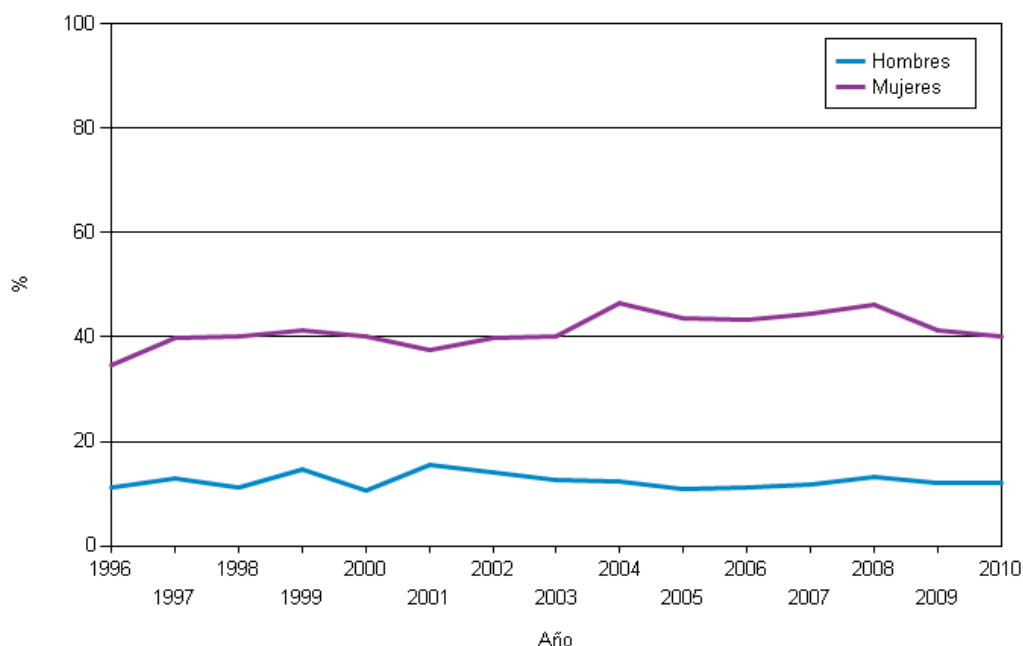


* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Comparando la estimación promedio del 2009-2010 con la de 1996-1997, en la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 4.10) se observa un incremento porcentual del 9,3% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

La Comunidad de Madrid ha realizado el estudio cualitativo “Factores socioculturales que influyen en la práctica de actividad física en la infancia y en la adolescencia en la Comunidad de Madrid” con el objeto de indagar acerca de los determinantes de la práctica y abandono de actividad física en chicos y chicas de 10 a 16 años, prestando especial atención a las desigualdades entre chicos y chicas, ya que los datos muestran cifras de “no actividad” mucho más elevadas entre las chicas.

Los resultados del estudio destacan que los comportamientos sedentarios en chicos y chicas se enmarcan en el contexto de una sociedad sedentaria que les envía mensajes contradictorios sobre la actividad física y también en la carencia de modelos juveniles activos, que en el caso de las chicas están prácticamente ausentes.

Las motivaciones para la práctica de actividad física en la adolescencia son lúdicas, a diferencia de las motivaciones de las personas adultas que exponen argumentos relacionados con la salud, la imagen y el esfuerzo. En este sentido aparece un conflicto entre el discurso de chicos y chicas y el de las personas adultas. A pesar de todo ello, el papel que juega la familia en la adquisición del hábito de llevar una vida activa es absolutamente central.

El género y la clase social actúan de manera diferencial, obstaculizando la continuidad de la práctica deportiva de las chicas y, por otro lado, el acceso a las actividades e instalaciones deportivas a las clases menos favorecidas. La construcción de la identidad de género es un elemento esencial en la desigualdad observada entre niños y niñas. La ideología de género imperante reserva, ya desde la niñez, lo activo, la competición, lo corporal lúdico a varones, lo cual extrae de la propia identidad femenina la posibilidad del juego activo y de una actividad física lúdica. Por otra parte, la pubertad implica una separación –tanto simbólica como efectiva- entre ambos sexos y el final de las actividades y juegos mixtos de la niñez. Para las chicas significa el abandono casi definitivo del juego. Otro elemento diferencial entre chicos y chicas es el de los modelos de belleza imperantes, ya que condicionan la práctica y el abandono del ejercicio físico. El modelo de belleza masculino se asocia con “estar fuerte”, lo cual resulta coherente con la práctica deportiva, mientras que las chicas tienen que “estar delgadas” y para ello no centran su atención en el ejercicio, sino en la restricción alimentaria. En este sentido, podría decirse que hay una ausencia de un modelo de feminidad joven que incluya la actividad física y el deporte como algo propio, divertido y placentero en si mismo.

Como conclusión, el estudio destaca tres variables sociales que inciden esencialmente en la realización de actividad física durante la infancia y la adolescencia. Por una parte, el sedentarismo social, en segundo lugar, la clase social y en tercer lugar, la construcción de la identidad de género. El informe aporta algunas claves para mejorar las intervenciones que promueven, en general, la práctica de actividad y ejercicio físico en la infancia y adolescencia y, asimismo, para reducir las desigualdades observadas.

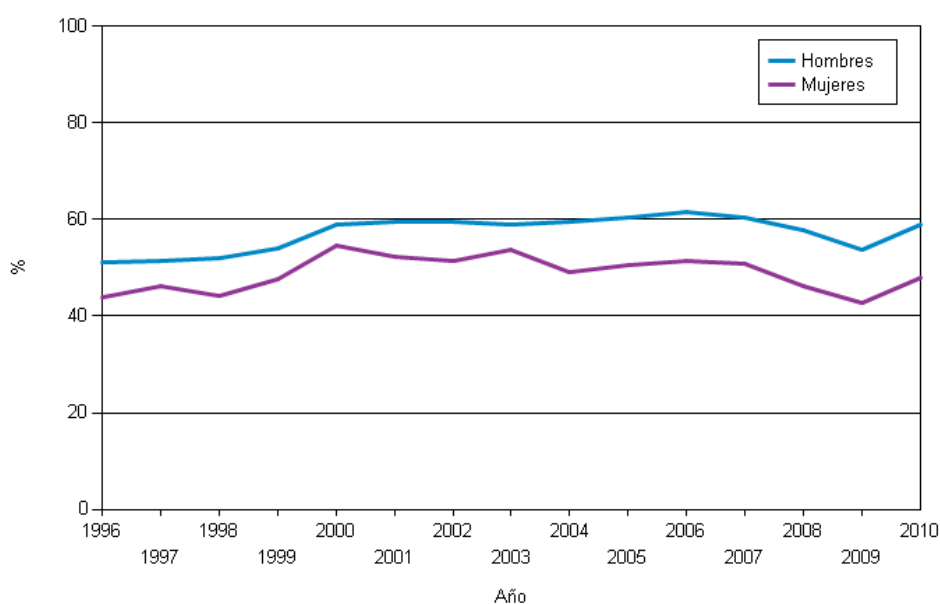
4.3.2. Alimentación

Como en años anteriores, se mantiene un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas (Figura 4.11).

Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

Consumo de menos de 2 raciones de fruta al día



Consumo de dos o más raciones de bollería al día

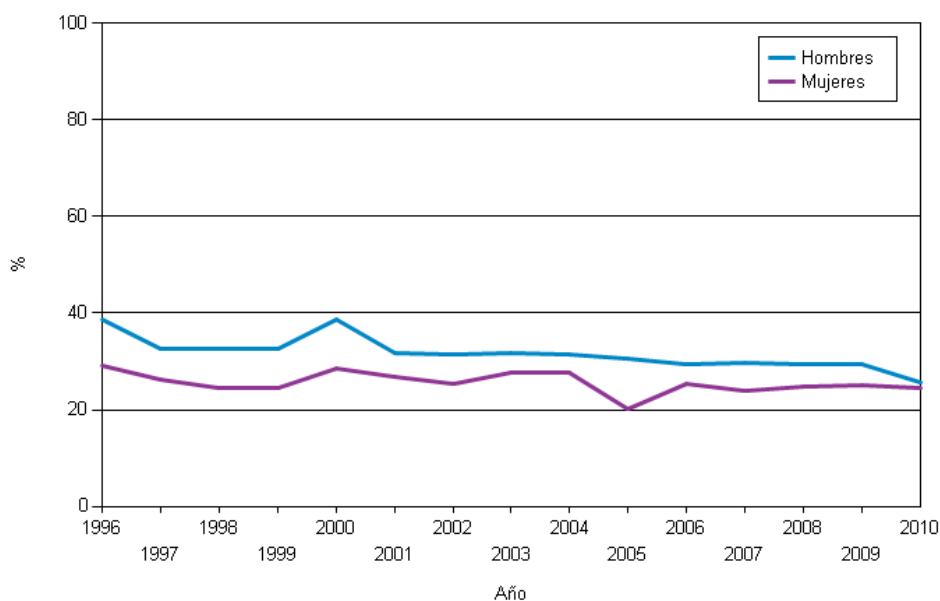
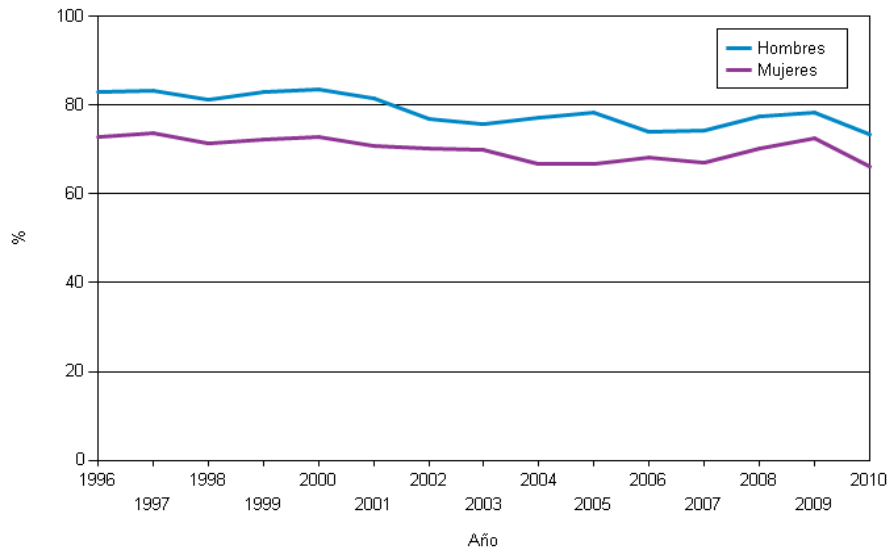


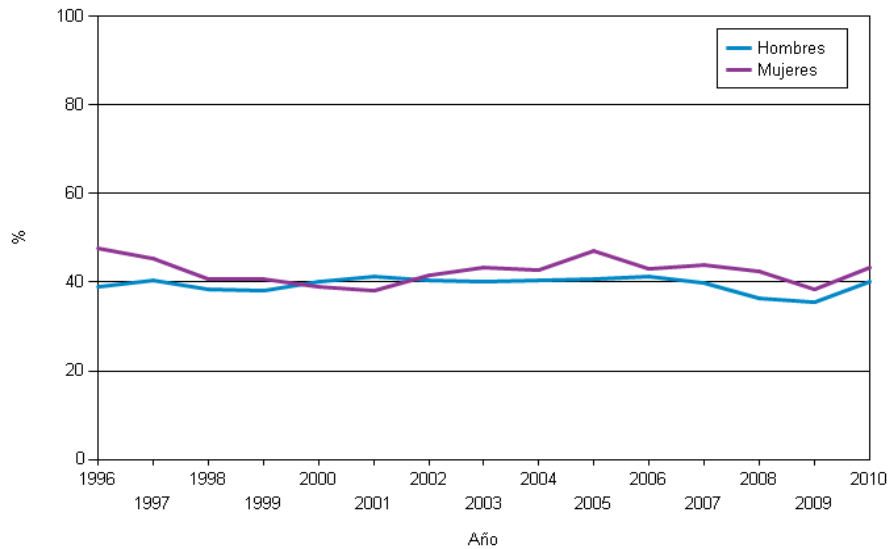
Figura 4.11 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

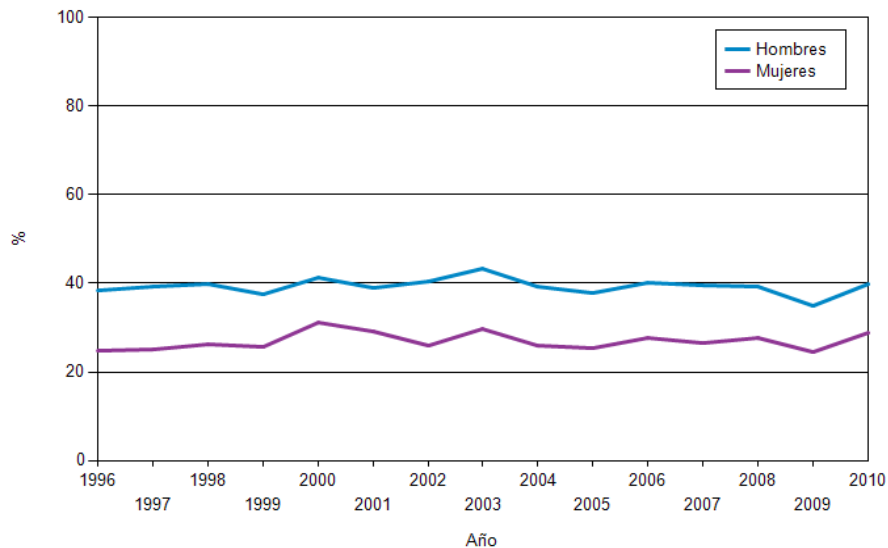
Consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos al día



Consumo de menos de 3 raciones de leche y derivados al día



Consumo de menos de una ración de verdura al día



Comparando con el promedio 1996-1997, en 2009-2010 se observa una mejora en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consume menos de 3 raciones al día de estos alimentos ha disminuido.

El consumo de frutas y verduras es superior en las mujeres, pero ha descendido en ambos sexos en 2010. Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 45,1% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 51,8% de los chicos y el 38,4% de las chicas).

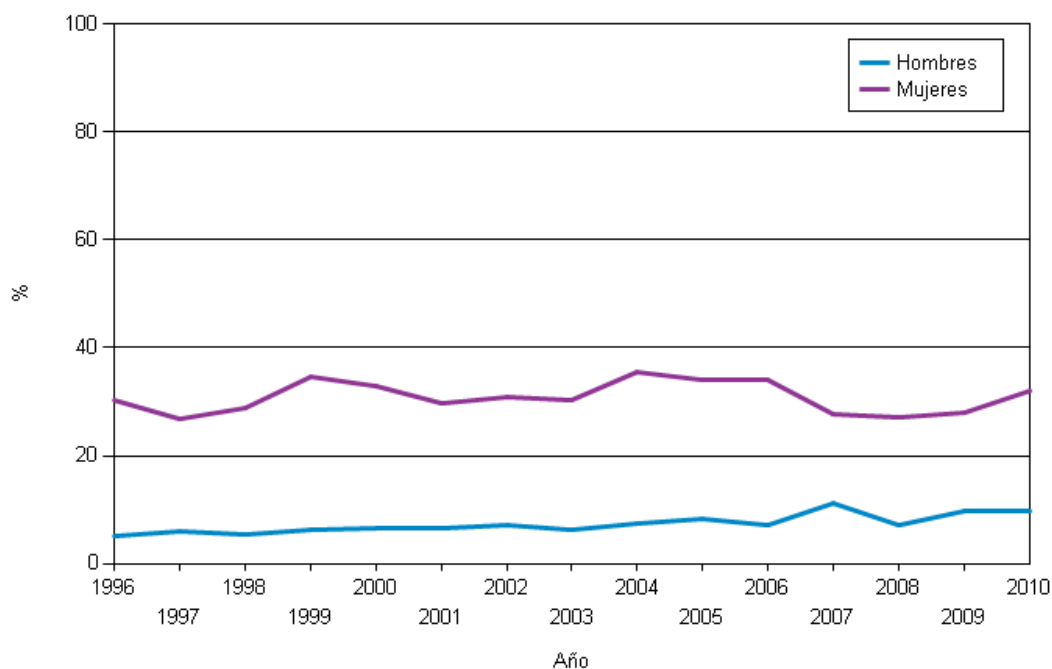
El consumo medio agrupado de carne y derivados es de 3,1 raciones diarias, superior en los chicos que en las chicas. Comparando el periodo 2009-2010 con 1996-1997, se observa un descenso inferior al 10% en este indicador en ambos sexos.

La proporción de jóvenes que consumen dos o más veces al día galletas y productos de bollería es de un 25,2%. En los chicos se observa una disminución del 22,4% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas una disminución del 10,3%

En 2010 un 31,9% de chicas y 9,8% de chicos realizaron alguna dieta de adelgazamiento en los últimos 12 meses. En los años 2009-2010 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 78,9% en los chicos y un 5,1% en las chicas (Figura 4.12).

Figura 4.12. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



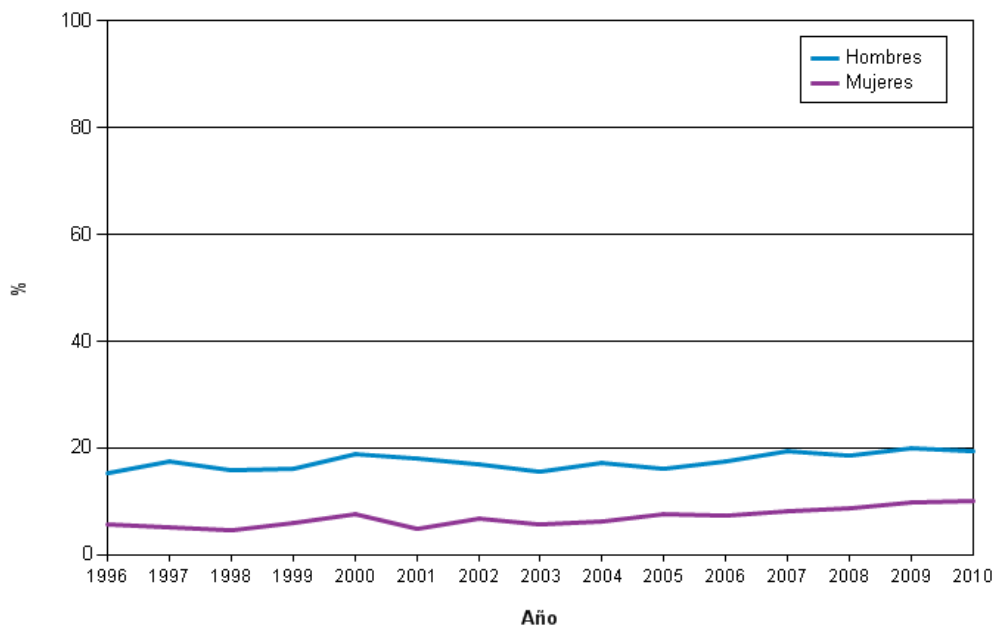
En relación con las conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario, en 2010 el 9,9% de las chicas en alguna ocasión durante el último año no ingirió ningún tipo de alimento en 24 horas, el 7,1% se provocó vómitos para perder peso, y un 3,9% utilizó diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin. El 5,0% de los chicos y el 15,0% de las chicas respondieron afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores.

4.3.3. Sobrepeso y obesidad

En 2010, tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el 12,7% y 1,9% de los jóvenes tenía sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo el sobrepeso aproximadamente el doble de frecuente en los hombres que en las mujeres. La evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad presenta un incremento del 19,9% en los hombres y un 80,7% en las mujeres, al comparar la frecuencia observada en 2009-2010 respecto a 1996-1997 (Figura 4.13).

Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



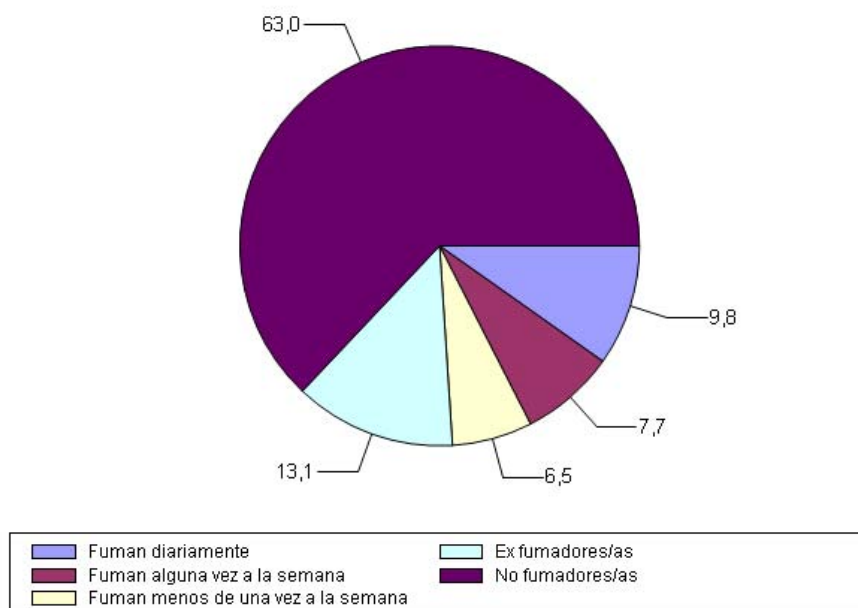
* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

4.3.4. Tabaco

Para el tabaco podemos disponer de la información de SIVFRENT-J referida a 2011. La situación de consumo de tabaco en la población de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15 y 16 años) durante el año 2011 fue la siguiente: el 24,0% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 63,0% no fumaba, y el 13,1% eran exfumadores (Figura 4.14). Del total de jóvenes, el 9,8% fumaba diariamente, y el 7,7% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 17,5% de fumadores habituales.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2011.

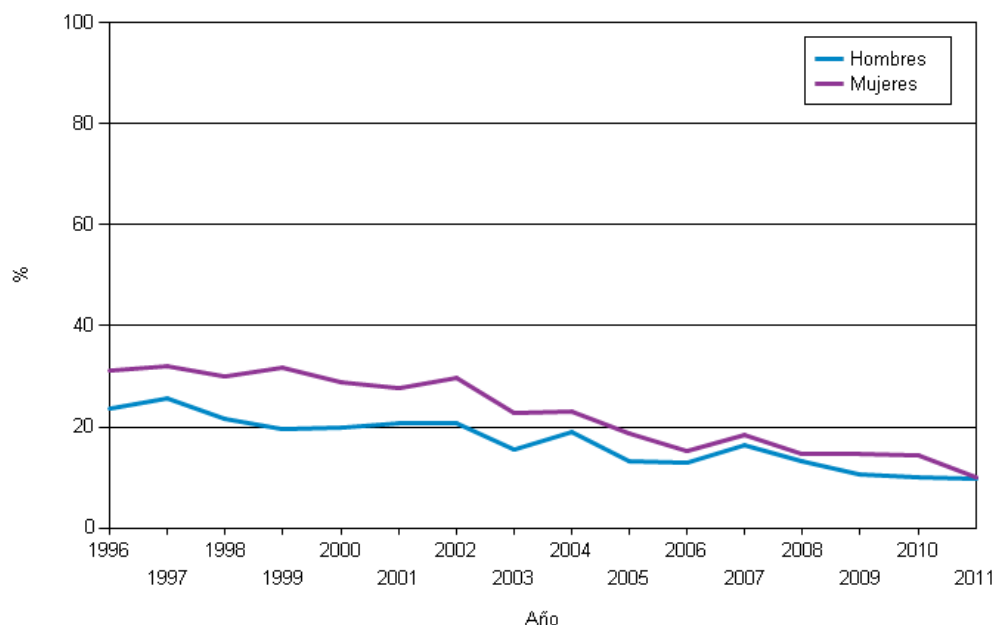
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue muy similar en las mujeres (9,9%) y en los hombres (9,6%). Las diferencias en la prevalencia de consumo diario de tabaco entre chicos y chicas han venido disminuyendo, sobre todo desde el año 2006, observándose en 2011 por primera vez en el periodo estudiado (1996-2011) una prevalencia casi idéntica en ambos sexos (Figura 4.15).

Figura 4.15. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2011.

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

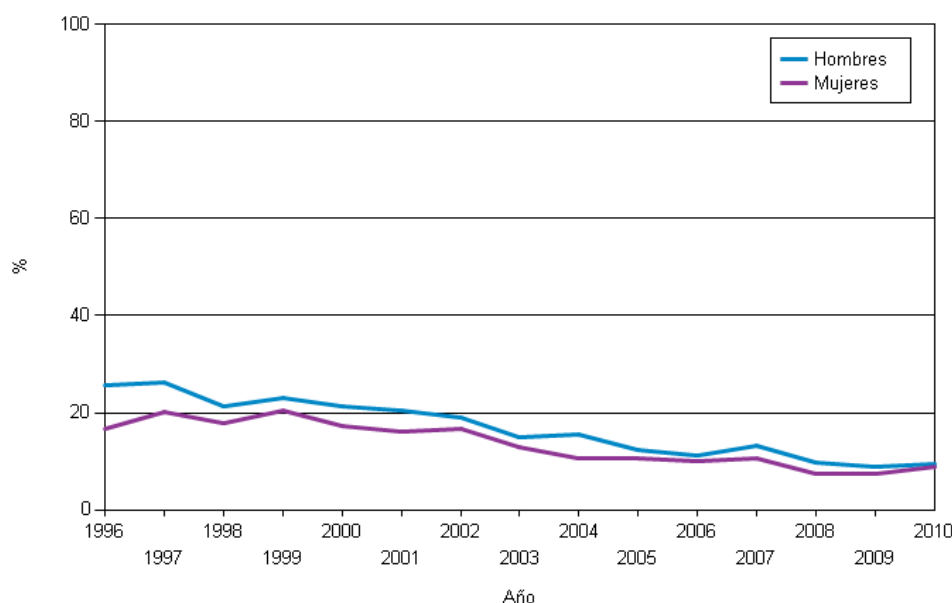


Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores diarios es descendente desde 1996. Si comparamos el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2010/2011) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 60,4% en los chicos y del 61,2% en las chicas. En el último año (2010-2011), el descenso en la prevalencia de fumadores diarios en los chicos fue discreto (3,0%), mientras en las chicas fue muy notable (31,7%).

Según datos del SIVFRENT-J correspondiente a 2010, en ese año el 9,1% del total de entrevistados tenía permiso de los padres para fumar, aumentando al 36,3% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar era mayor en el caso de que los padres fumaran (Figura 4.16).

Figura 4.16. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

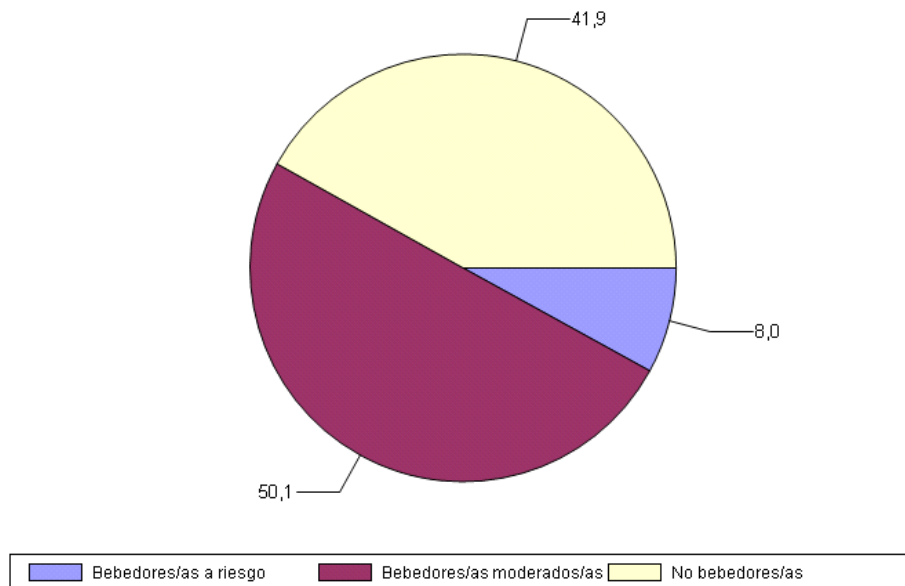


4.3.5. Alcohol

Continuando con el SIVFRENT-J de 2010 y siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más, respectivamente. Globalmente, el 8,0% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 50,1% como bebedores moderados y el 41,9% como no bebedores (Figura 4.17).

Figura 4.17. Consumo de alcohol en jóvenes. Clasificación según cantidad de alcohol consumido*.
 Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

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



* Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y de 30 cc. o más en las chicas
 Bebedores moderados: consumo diario de alcohol de 1-49 cc. en los chicos y de 1-29 cc. en las chicas

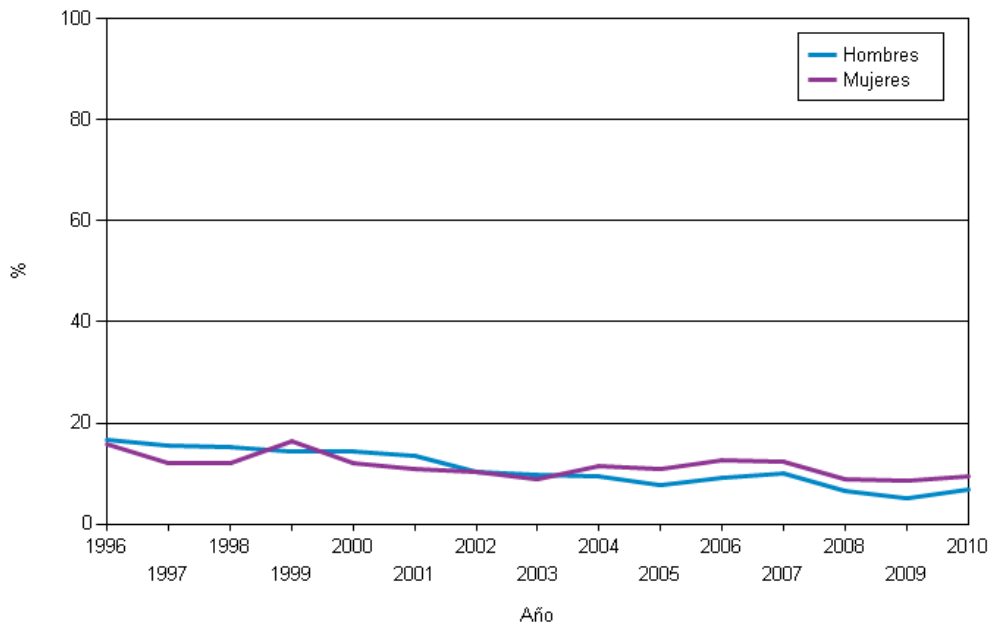
El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 31,9% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días.

La disminución del consumo de alcohol es menos marcada que la del tabaco, aunque sigue en el caso de los bebedores de riesgo, donde el descenso es de elevada magnitud, un patrón temporal similar (Figura 4.18). Este descenso es de magnitud moderada o ligera en los otros indicadores.

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

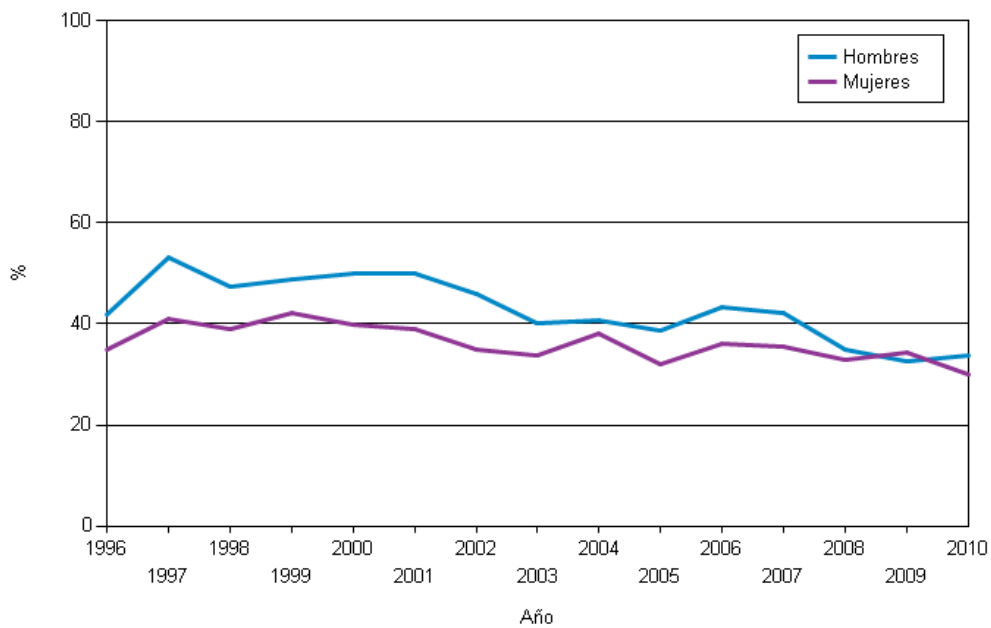
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Bebedores a riesgo*



*Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y 30 cc. o más en las chicas

Consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días

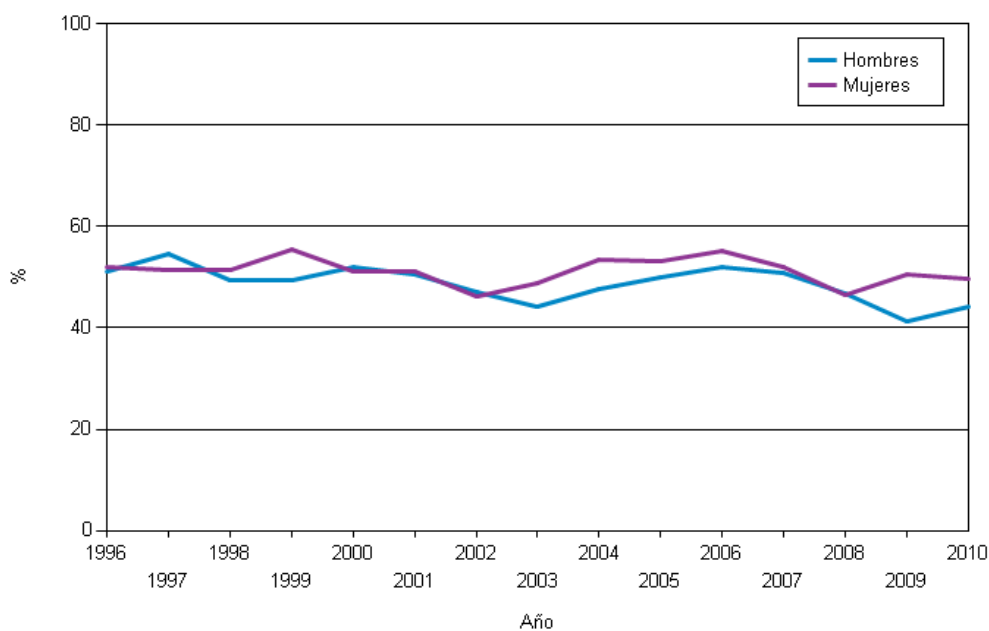


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

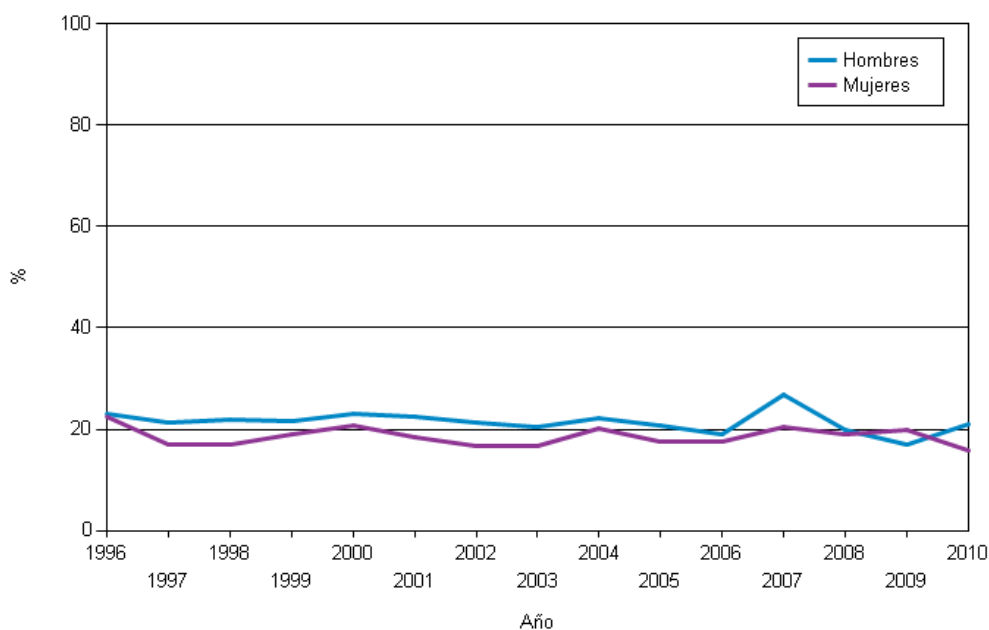
Figura 4.18 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

Se han emborrachado en los últimos 12 meses



Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol



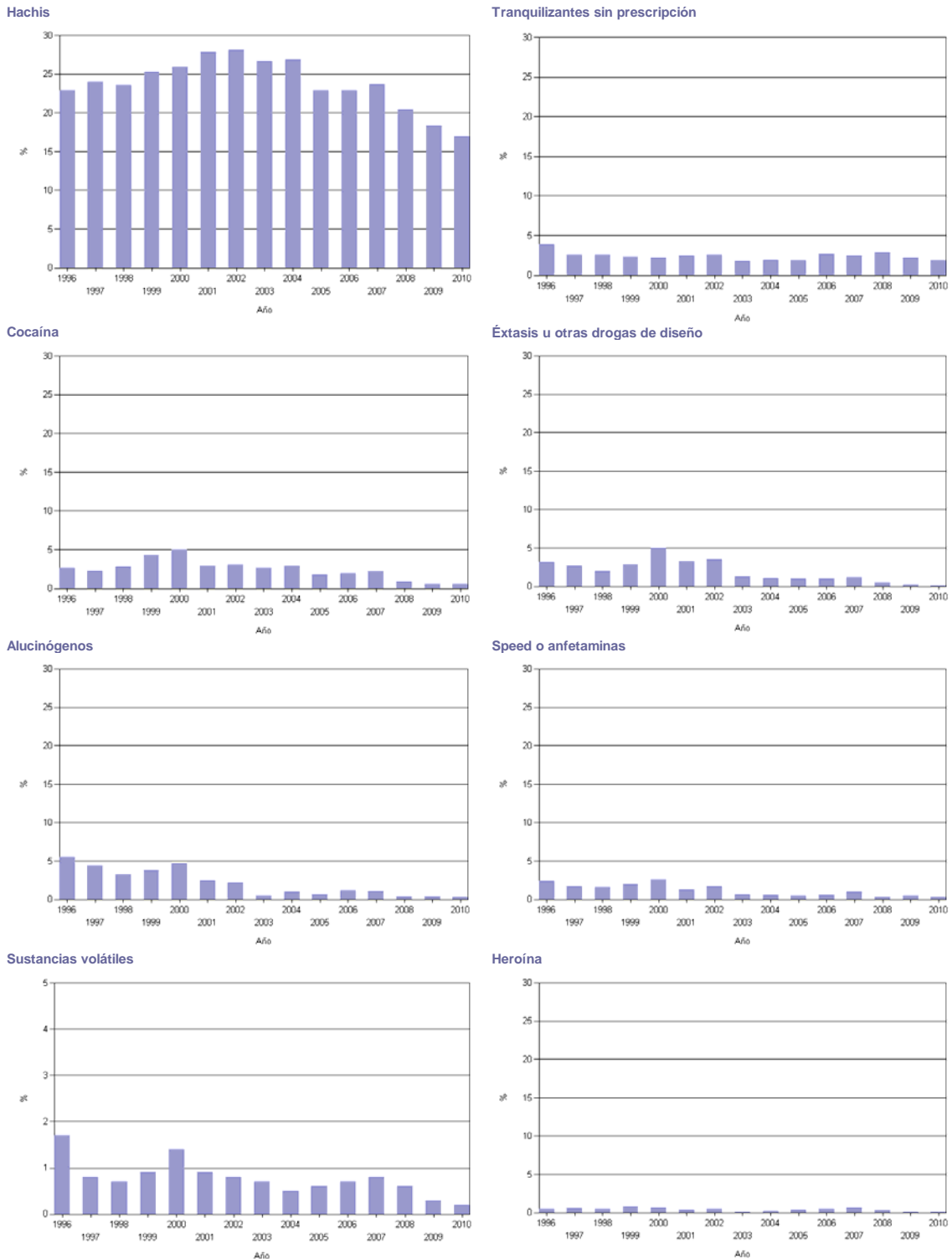
4.3.6. Drogas de comercio ilegal

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 17,0% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 10,5% en los últimos 30 días.

Todas las sustancias estudiadas presentan un marcado descenso en su consumo en la primera década de este siglo, salvo los tranquilizantes sin prescripción que presentan una tendencia fluctuante y descienden en los últimos dos años (Figura 4.19).

Figura 4.19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



En 2010 se llevó a cabo una nueva Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (14-18 años) para la Comunidad de Madrid. En las figuras [Figura 4.20a](#) y [Figura 4.20b](#) podemos apreciar cómo el alcohol es la única droga que incrementa su consumo en los últimos 30 días en 2010 en relación con años anteriores. Todas las demás, salvo los tranquilizantes sin receta, que se mantiene estable, descienden, en especial el consumo de cocaína, que desciende un 33,3 %. Salvo algunas drogas de muy bajo consumo, como la heroína o las sustancias volátiles, el consumo de aquéllas aumenta con la edad ([Figura 4.21](#)).

Figura 4.20a. Prevalencias de consumo de drogas de mayor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008 y 2010.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

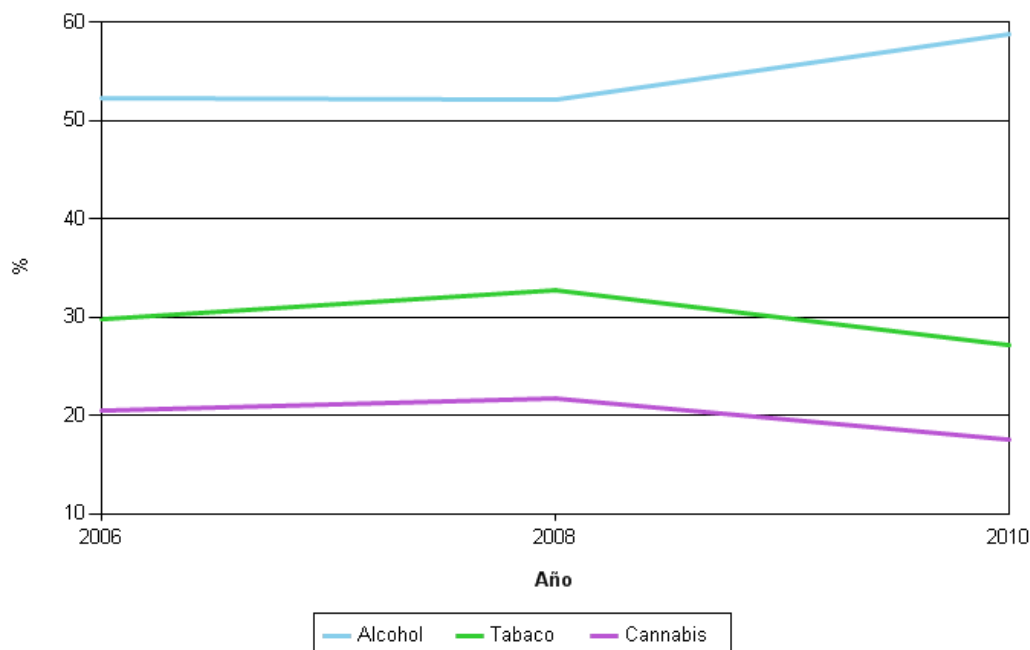


Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008 y 2010.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

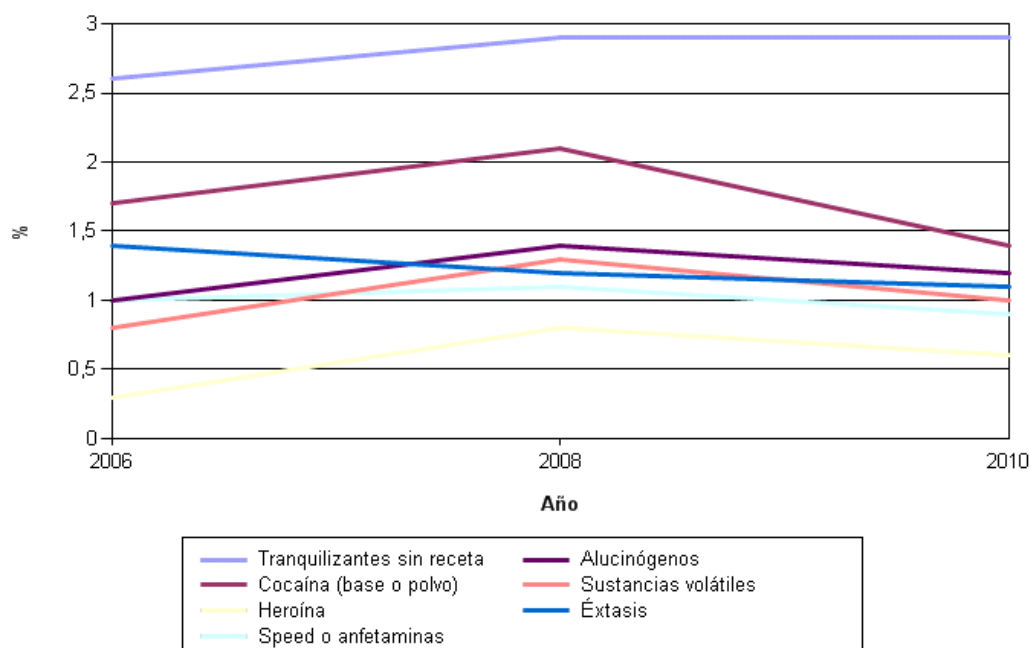
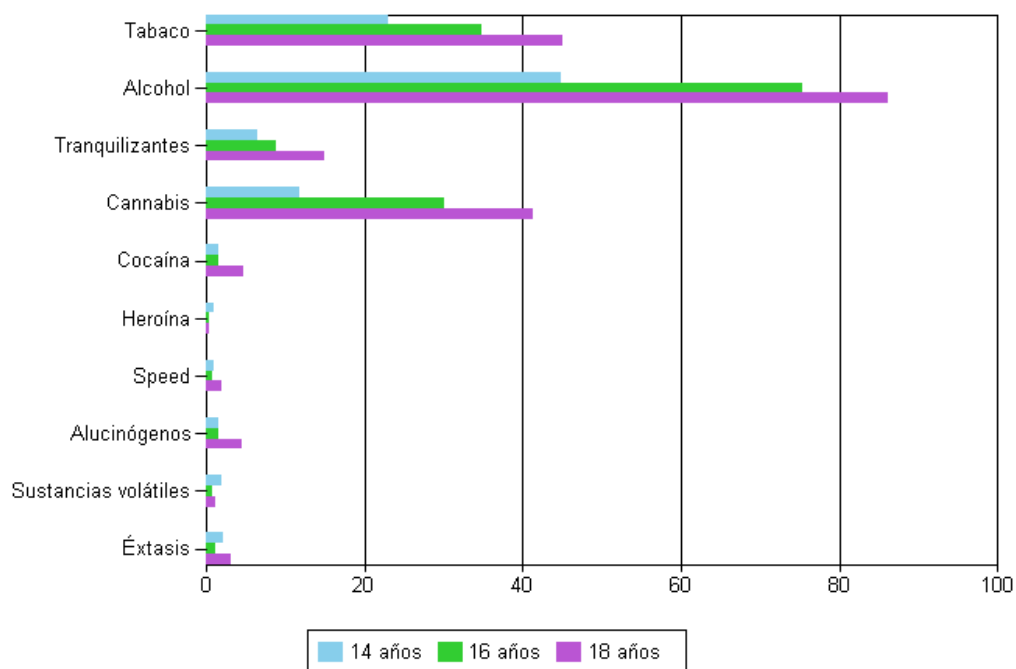


Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



Un 79,4% de los estudiantes encuestados se siente suficiente o perfectamente informado en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Este porcentaje ha caído 7.3 puntos desde la anterior encuesta escolar de 2008.

Las vías de información sobre drogas más habituales son, por este orden, las charlas o cursos, la madre, el padre y los medios de comunicación. Los profesores se sitúan en el quinto puesto.

4.3.7. Sexualidad responsable

El 35,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas. Un 84,5% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 13,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. La evolución de este indicador presenta cambios muy discretos a lo largo del periodo 1996-2010, situándose en 2010 en niveles comparables al promedio de los dos primeros años de la serie (Figura 4.22)

Figura 4.22. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



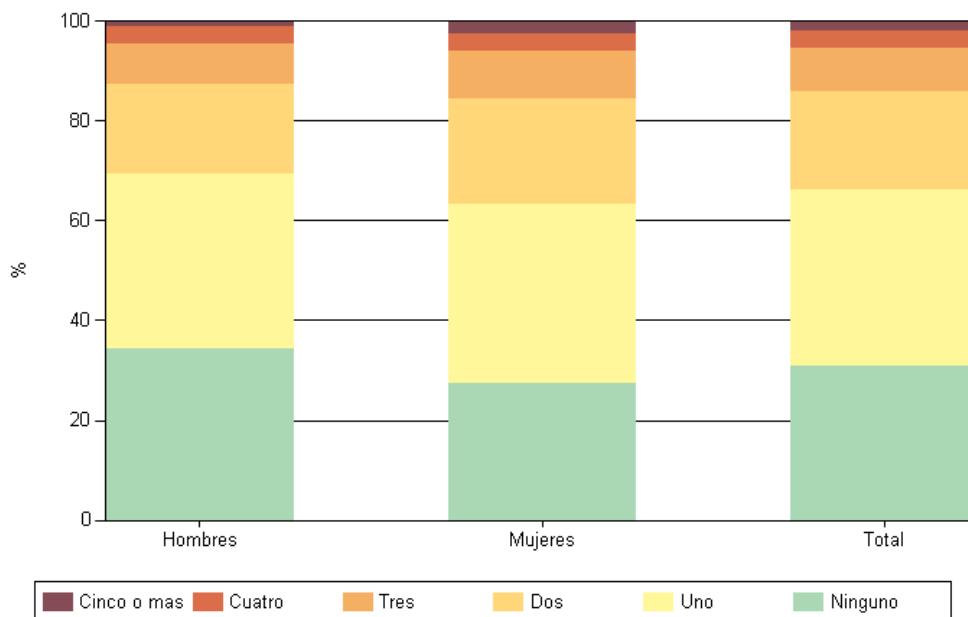
* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 69,1% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,5% de ellos tienen dos, el 8,8% tres, el 3,5% cuatro, y el 1,9% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 4.23).

Figura 4.23. Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

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



* Sedentarios; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto.

4.3.9. Información sobre temas de salud

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 60,6% en el caso de los accidentes hasta el 24,0% sobre el consumo de alcohol.

Desde 1996, excepto el SIDA, ha mejorado globalmente la información que reciben los jóvenes sobre salud en los centros escolares, en especial del consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (Figura 4.24).

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

En 2010 cambió la normativa sobre las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) con la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta entonces estuvo vigente la Ley Orgánica 9/1985. El principal cambio con la nueva Ley fue la regulación de la interrupción del embarazo, además de por causas médicas, a petición de la embarazada dentro de las primeras catorce semanas de gestación.

De acuerdo con el [Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2010](#), en ese año se notificaron al Registro de la CM 24.451 IVE, 12.628 se realizaron entre el 1 de enero y el 4 de julio, al amparo de la Ley Orgánica 9/1985 y el resto, 11.823 entre el 5 de julio el 31 de diciembre una vez entrada en vigor la Ley Orgánica 2/2010. De las 24.451 IVE notificadas, 4.041 (16,5%) se practicaron a mujeres no residentes en la Comunidad de Madrid.

La información que se detalla a continuación corresponde sólo a las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado la interrupción del embarazo en esta Comunidad. Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2010 las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les practicó interrupción del embarazo fuera de esta Comunidad fueron 100.

La tasa de IVE en 2010 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,8 por mil, superior a la española, 11,5 por mil. El 59,6% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 7,92 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 27,6 por mil. Hay que considerar que las tasas para las mujeres inmigrantes pueden estar sobreestimadas ya que algunas pueden no estar empadronadas. La media de edad fue de 28,26 ±6,8 años y la tasa más elevada se observó en el grupo etario de 25-29 años con un valor de 24,66 por mil.

La evolución de la tasa de IVE en la Comunidad de Madrid y España muestra una tendencia ascendente desde 2001 hasta 2008, desciende en 2009 y se mantiene estable en 2010 ([Figura 4.25](#)). Torrejón de Ardoz, Madrid y Parla presentan las tasas más altas ([Tabla 4.7](#)). A este respecto, conviene señalar que fue en 2009 cuando se liberalizó en España la venta en farmacias sin receta médica de los anticonceptivos femeninos de emergencia orales (píldora del día después).

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

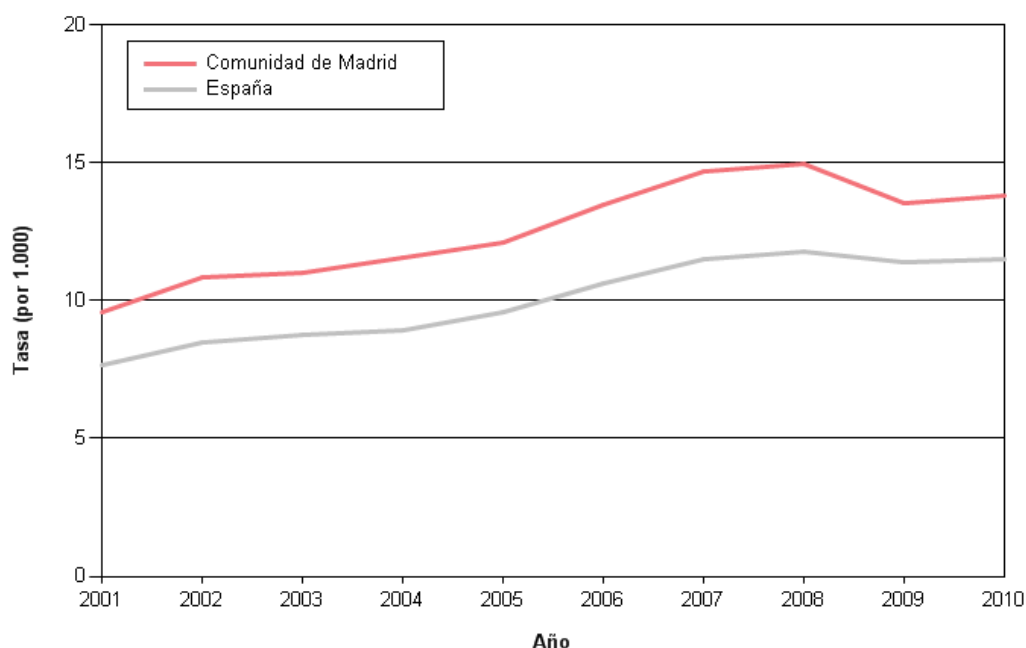


Tabla 4.7. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2010.

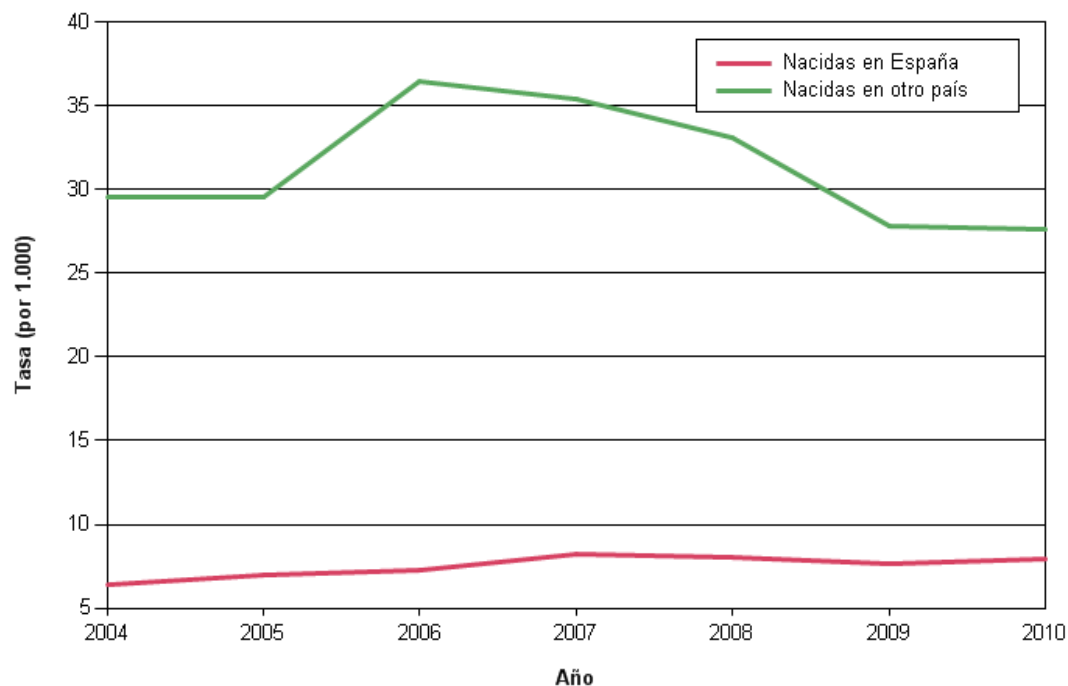
Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alcalá de Henares	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53
Alcobendas	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76
Alcorcón	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03
Fuenlabrada	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30
Getafe	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57
Leganés	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31
Madrid	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72
Móstoles	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33
Parla	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73
Torrejón de Ardoz	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10
Resto CM	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32
Total CM	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54	13,80

Si observamos ahora la evolución de las tasas de IVE, separando las mujeres según su lugar de nacimiento (Figura 4.26), vemos cómo en las mujeres españolas la tendencia en el periodo 2004-2010 es suavemente ascendente, con un incremento final del 23,8% y un ligero pico en 2007, mientras en las mujeres inmigrantes, cuyas altas tasas influyen decisivamente en el comportamiento global de las IVE, las tasas descienden un 6,6% en el periodo, con un importante incremento durante los años 2006-2008.

Figura 4.26. IVE en mujeres nacidas en España y en otro país. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid, 2004-2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología



En la [Tabla 4.8](#) y [Tabla 4.9](#) se presentan las características principales de las mujeres a las que se realizó una IVE, diferenciando por país de origen. Puede destacarse, entre otros hechos, que entre las mujeres foráneas hay más mujeres con hijos que entre las nacidas en España (65,0% vs. 39,3) $p < 0,05$ y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (48,1% vs. 29,8%) $p < 0,05$.

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Grupos de Edad	10-14	38	0,5	27	0,2	65	0,3
	15-19	1.068	13,0	1.034	8,5	2.102	10,3
	20-24	1.833	22,2	2.727	22,4	4.560	22,3
	25-29	1.788	21,7	3.238	26,6	5.026	24,6
	30-34	1.644	20,0	2.862	23,5	4.506	22,1
	35-39	1.301	15,8	1.685	13,8	2.986	14,6
	40-44	519	6,3	563	4,6	1.082	5,3
	45 o más	49	0,6	34	0,3	83	0,4
Convive en pareja	Si	3.490	42,4	6.757	55,5	10.247	50,2
	No	4.744	57,6	5.403	44,4	10.147	49,7
	No Consta	6	0,1	10	0,1	16	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	106	1,3	229	1,9	335	1,6
	Primer grado	979	11,9	1.817	14,9	2.796	13,7
	Segundo grado	4.802	58,3	8.746	71,9	13.548	66,4
	Tercer grado	2.329	28,3	1.319	10,8	3.648	17,9
Ingresos económicos propios	Si	5.246	63,7	8.342	68,5	13.588	66,6
	No	2.820	34,2	3.570	29,3	6.390	31,3
	Desconocido	174	2,1	258	2,1	432	2,1

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

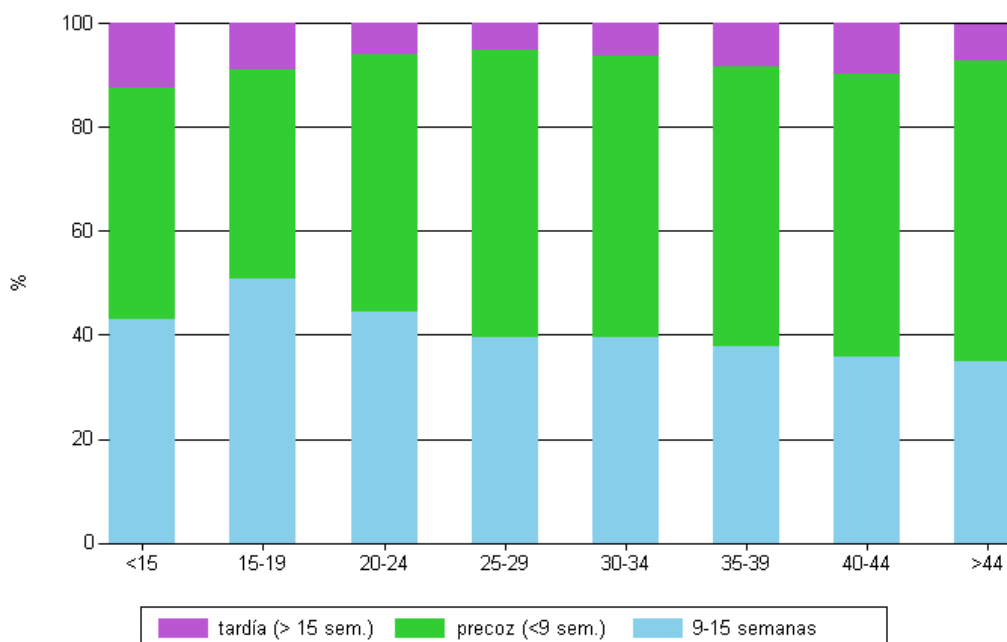
		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Número de hijos vivos	1	1.732	21,0	3.891	32,0	5.623	27,6
	2	1.150	14,0	2.693	22,1	3.843	18,8
	3	276	3,3	916	7,5	1.192	5,8
	4 o más	98	1,2	415	3,4	513	2,5
	No hijos	4.984	60,5	4.255	35,0	9.239	45,3
Si tiene hijos: años desde el último parto	1	595	7,2	1.105	9,1	1.700	8,3
	2	526	6,4	1.053	8,7	1.579	7,7
	3	399	4,8	813	6,7	1.212	5,9
	4	325	3,9	533	4,4	858	4,2
	5 o más	1.286	15,6	4.215	34,6	5.501	27,0
	En el mismo año	127	1,5	186	1,5	313	1,5
	No consta año	0	0,0	10	0,1	10	0,0
Total de las que tienen hijos vivos		3.258		7.915		11.173	
Número de IVE previas	1	1.646	20,0	3.646	30,0	5.292	25,9
	2	489	5,9	1.404	11,5	1.893	9,3
	3	198	2,4	488	4,0	686	3,4
	4 o más	121	1,5	314	2,6	435	2,1
	Ninguna	5.786	70,2	6.318	51,9	12.104	59,3
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	1	525	6,4	1.337	11,0	1.862	9,1
	2	394	4,8	1.138	9,4	1.532	7,5
	3	299	3,6	775	6,4	1.074	5,3
	4	168	2,0	528	4,3	696	3,4
	5 o más	876	10,6	1.606	13,2	2.482	12,2
	En el mismo año	189	2,3	457	3,8	646	3,2
	No consta año	3	0,0	11	0,1	14	0,1
Total		8.240		12.170		20.410	

Un 2,6% de las IVE que se notificaron al registro en 2010 tuvo como motivo las taras fetales; la petición de la mujer y el peligro de la salud física o psíquica de la embarazada fueron responsables del 97,4 restante.

El 51,9% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,7% después de la semana 15 (Figura 4.27).

Figura 4.27. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología



Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios, el 42,8% restante en un centro sanitario; del total el 34,9% la recibió en un centro sanitario público. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos anticonceptivos ó no usaba dichos métodos.

Respecto a la financiación, el 35,3% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Sólo el 0,7% de las notificaciones (17 casos) provino de 2 hospitales públicos, el resto de IVE se notificaron desde las 7 clínicas privadas autorizadas para esta práctica.

4.5. Conclusiones

La mortalidad por causas externas ha disminuido dramáticamente en los últimos años en los adultos jóvenes, como consecuencia fundamentalmente de la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico.

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria en los grupos de edad 5-14 años y 15-34 años, se sitúa en torno al 70-75% y 60-65% respectivamente. Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15-34 años y la población extranjera acude menos en el grupo de 5-14 años.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, en el grupo de 5-14 años, hombres, la patología genitourinaria es mucho más frecuente que en mujeres y ocupa el tercer motivo de alta (a expensas de patología prepuccial y fimosis), tras la patología del aparato respiratorio y digestivo. En el grupo de 15-34 años, mujeres, las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, al incluir el parto normal, son el motivo de alta predominante; para el resto de motivos de alta, las tasas son casi siempre superiores en hombres.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,1% de chicos de 14-16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 40% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género, se postulan como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

Si bien se han experimentado ligeras mejorías en los últimos 15 años, la alimentación entre los jóvenes sigue adoleciendo de un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos.

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad han aumentado entre los jóvenes en los últimos 15 años (20% hombres y 81% mujeres).

La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso. Un 31,9% de las chicas de 14-16 años realizaron en 2010, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 15% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24h, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 20% de los jóvenes de 14-16 años son fumadores habituales en 2010. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido en los últimos 15 años más del 55%. Igualmente ha descendido en los últimos 15 años el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como “de riesgo” (8% en 2010), en los que el descenso ha sido en torno al 50%. Y del mismo modo ha descendido en general el consumo de drogas ilegales en la última década.

La tasa de IVE en 2010 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,8 por mil, superior a la española, 11,5 por mil. El 60% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2010 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha subido durante el periodo 2004-2010 un 23,8%, y en las no españolas ha descendido un 6,6%, con un incremento importante en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos anticonceptivos o no usaba dichos métodos. Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

A la vista de la información recopilada pueden establecerse dos recomendaciones prioritarias: el desarrollo de programas de actuación que promuevan el ejercicio físico en jóvenes, especialmente mujeres, tomando en consideración la discriminación social de género al respecto, y el desarrollo de programas específicos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados, especialmente en colectivos de mujeres no españolas. Todo ello sin detrimento de la actuación preventiva necesaria dirigida al consumo entre los jóvenes de drogas, legales e ilegales, y de la promoción de una alimentación saludable.

Objetivo 5

Envejecer en buena salud

5

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual, reproductiva y **promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.**

La OMS/Europa promueve un envejecimiento saludable en la Región a través de una serie de estrategias y planes de acción para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, fortalecer los sistemas sanitarios y mejorar los servicios de salud. Como parte de este esfuerzo, la OMS/Europa busca y promueve las políticas e intervenciones que tengan el mayor potencial para obtener ganancias, por ejemplo, en las siguientes áreas clave:

- prevención de caídas;
- promoción de la actividad física;
- vacunación de las personas mayores y prevención de enfermedades infecciosas en los centros sanitarios;
- apoyo público a los cuidados informales, con especial atención a los cuidados en el hogar, incluyendo el auto-cuidado;
- capacitar en geriatría y gerontología a los profesionales socio-sanitarios;
- prevención del aislamiento social y la exclusión social;
- estrategias para garantizar la calidad de la atención a las personas mayores, prestando especial atención a los cuidados de la demencia y a los cuidados paliativos de los enfermos crónicos;
- prevención del maltrato a mayores.

Con el rápido envejecimiento de la mayoría de la población europea, las políticas para un envejecimiento saludable se han convertido en clave para evitar una gran parte de la carga de morbilidad, discapacidad y pérdida de bienestar en la Región. La salud y el bienestar de las personas mayores pueden mejorar de manera decisiva si las políticas transversales a través de una amplia gama de sectores tienen en cuenta sus necesidades específicas, intereses y las barreras de acceso. Estas políticas también pueden ser instrumentales en el cierre de las brechas en la salud y el bienestar entre países y entre grupos socioeconómicos.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

5.1. Aspectos demográficos

5.2. Mortalidad

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

5.4. Morbilidad hospitalaria

5.5. Conclusiones

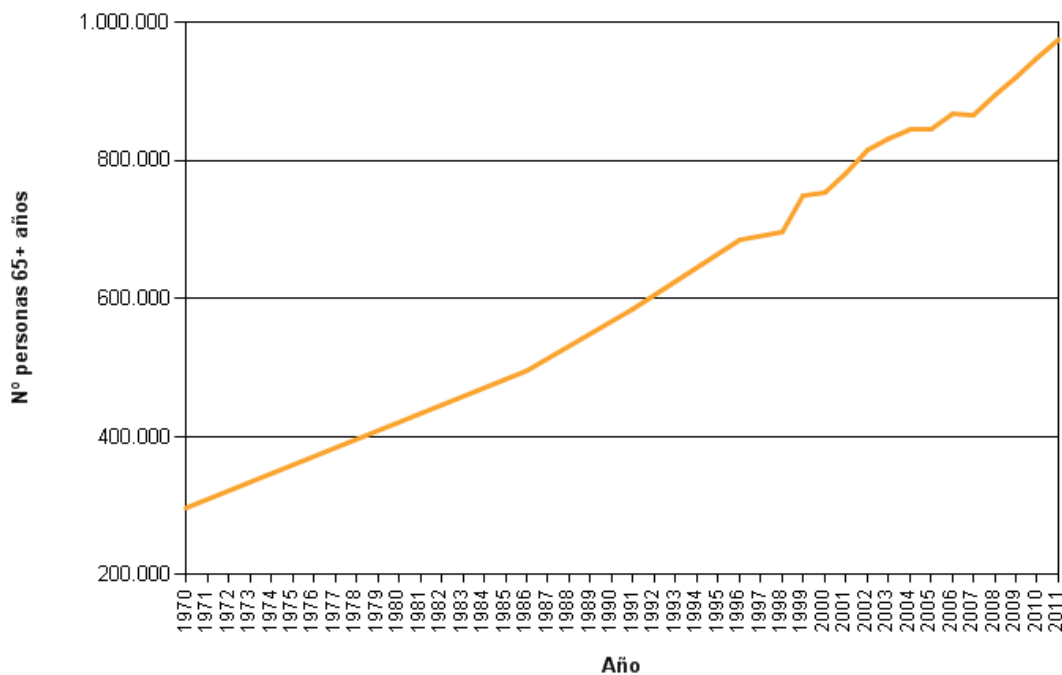
5.1. Aspectos demográficos

La Comunidad de Madrid se cuenta entre las poblaciones con alta esperanza de vida y baja fecundidad, y por tanto entre aquellas que conocemos como envejecidas. Sin embargo, no es de las que presenta unos mayores indicadores de envejecimiento. La proporción de personas de 65 y más años de edad sobre el total de la población es en Madrid del 15,0% a primero de enero de 2011 (Padrón continuo), por debajo de la media del conjunto de España (17,2%) y mucho menor que la Comunidad Autónoma con mayor proporción (Castilla y León, 22,8%) y que la provincia más envejecida (Ourense, 29,1%). Con menor proporción que Madrid sólo se encuentran, en 2011, las Comunidades de Baleares (14,3%), Murcia (14,1%) y Canarias (13,8%).

El número de personas de 65 y más años ha tendido a aumentar de manera significativa a lo largo del siglo XX, y especialmente desde 1970 (Figura 5.1). La relativa falta de regularidad en este incremento observada en la serie en los años más recientes es debida a la entrada en este gran grupo de edad de las generaciones correspondientes a los años situados en torno a la Guerra Civil, cuyas variaciones en el tamaño de las cohortes de nacimientos afectan a la cifra global anual de personas de 65 y más años. Por ello, verosímelmente en los próximos años la tendencia recobrará su línea ascendente, a medida que vayan incorporándose a este grupo las generaciones nacidas a partir de mediados de los años cuarenta del siglo XX.

Figura 5.1. Evolución del número de personas de 65 y más años de edad. Comunidad de Madrid, 1970-2011.

Fuente: Censos y padrones de población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

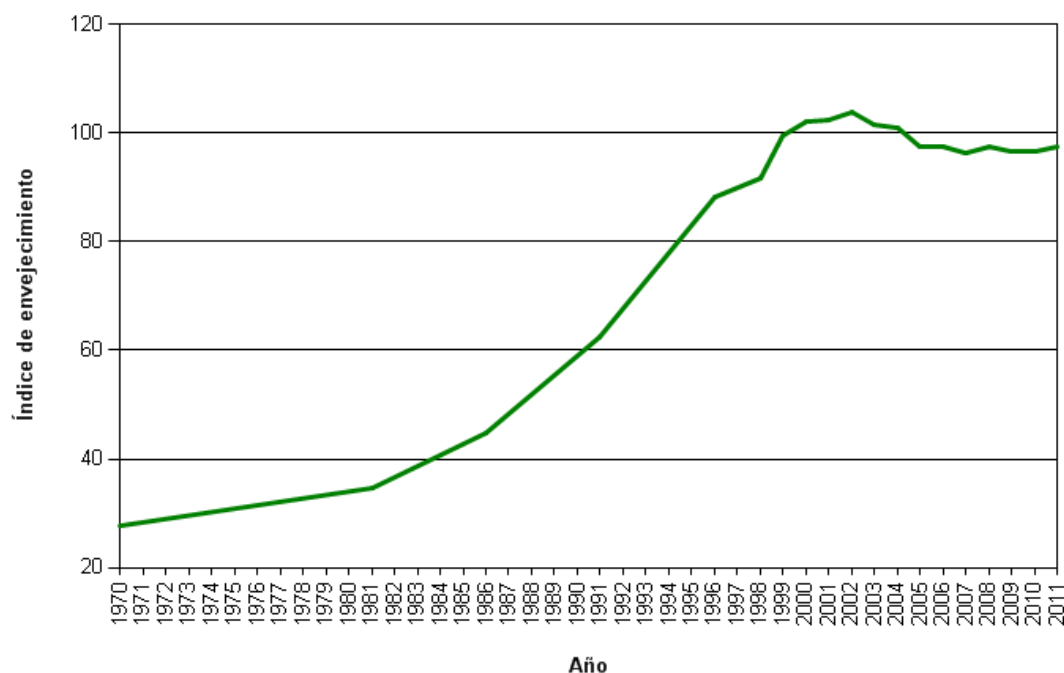


Esta misma razón explica, en parte, la evolución reciente del índice de Envejecimiento (proporción de personas de 65 y más años de edad sobre menores de 15) de la población madrileña (Figura 5.2). Sin embargo, en este indicador participa también de manera determinante la evolución de la fecundidad. De ahí que se produjera una inflexión al alza a partir de 1980, cuando el descenso del número de nacimientos se hizo más intenso, y también que hacia el cambio de siglo se atenúe la pendiente e incluso, en los últimos años, el índice tienda a disminuir. En este caso, es el aumento del número de nacimientos, proporcionalmente mayor al incremento de la cantidad de personas mayores, el que explica esta evolución. Esto no debe entenderse, no obstante, como un cambio de escenario en relación con el proceso de envejecimiento en la población madrileña. Por un lado, como se acaba de comentar, el número de personas mayores tenderá a crecer de manera significativa en los próximos años, a medida que lleguen a esas edades generaciones cada vez más llenas y con mayor nivel de supervivencia. Por

otro, desde el año 2009 el número de nacimientos tiende a disminuir, y previsiblemente esta tendencia se confirmará en los próximos años. Por ambos motivos, el indicador de envejecimiento tenderá a elevarse notablemente en el futuro. El intenso aporte migratorio de los últimos años, que fue un factor doblemente rejuvenecedor, o al menos atenuador del envejecimiento, de la sociedad madrileña por tratarse mayoritariamente de adultos jóvenes, y por traer consigo su potencial reproductivo, que se traduce en un aumento del número de nacimientos, podría acabar siendo a medio plazo un factor de intensificación del envejecimiento, en la medida en que, alcanzadas las edades de jubilación, sigan residiendo en la Comunidad de Madrid.

Figura 5.2. Evolución de la proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad (índice de envejecimiento). Comunidad de Madrid, 1970-2011.

Fuente: Censos y padrones de población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hay diferencias apreciables en el nivel de envejecimiento según la zonificación sanitaria (Tabla 5.1). La Dirección Asistencial Centro es la más envejecida (Índice de Envejecimiento de 161,1% (Figura 5.3), 20,7% de la población con 65 o más años (Figura 5.4), Índice de dependencia de mayores de 31,2% (Figura 5.5) y la Oeste la más joven (respectivamente, 71,0%, 11,3% y 15,6%). La Dirección Asistencial con mayor nivel de sobre-envejecimiento (aquella donde el grupo de personas mayores está más envejecido) es la Noroeste, donde 15,5 de cada 100 personas del grupo 65+ tienen 85 o más años de edad (Figura 5.6). Las diferencias en el grado de envejecimiento se incrementan al estimarlo por Zonas Básicas. En términos generales se aprecia un patrón de alto envejecimiento en zonas rurales no metropolitanas y también en determinadas zonas urbanas del municipio de Madrid (Figura 5.7, Figura 5.8, Figura 5.9, Figura 5.10).

Tabla 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	%Población 65 y más		%Población 85 y más		%Población (P85+/P65+)		Índice de Dependencia de Mayores (P65+/P15-64)		Índice de Envejecimiento (P65+/P0-14)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Centro	17,1	23,9	1,9	4,2	11,4	17,5	24,9	37,1	120,6	203,6
Norte	12,4	16,0	1,2	2,7	10,0	16,7	17,5	23,2	72,5	106,2
Este	12,9	17,1	1,1	2,5	8,8	14,7	18,3	25,2	77,5	116,6
Sureste	12,3	17,0	1,2	2,6	9,5	15,2	17,2	24,8	76,4	118,5
Sur	11,0	13,6	0,8	1,8	6,9	13,5	15,3	19,4	63,2	83,4
Oeste	10,1	12,6	0,8	2,0	8,0	15,5	13,7	17,5	60,8	81,8
Noroeste	11,1	15,3	1,1	2,9	10,4	18,9	15,5	22,2	62,8	97,6
CM	12,7	17,2	1,2	2,8	9,7	16,3	17,9	25,1	77,5	118,4

Figura 5.3. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

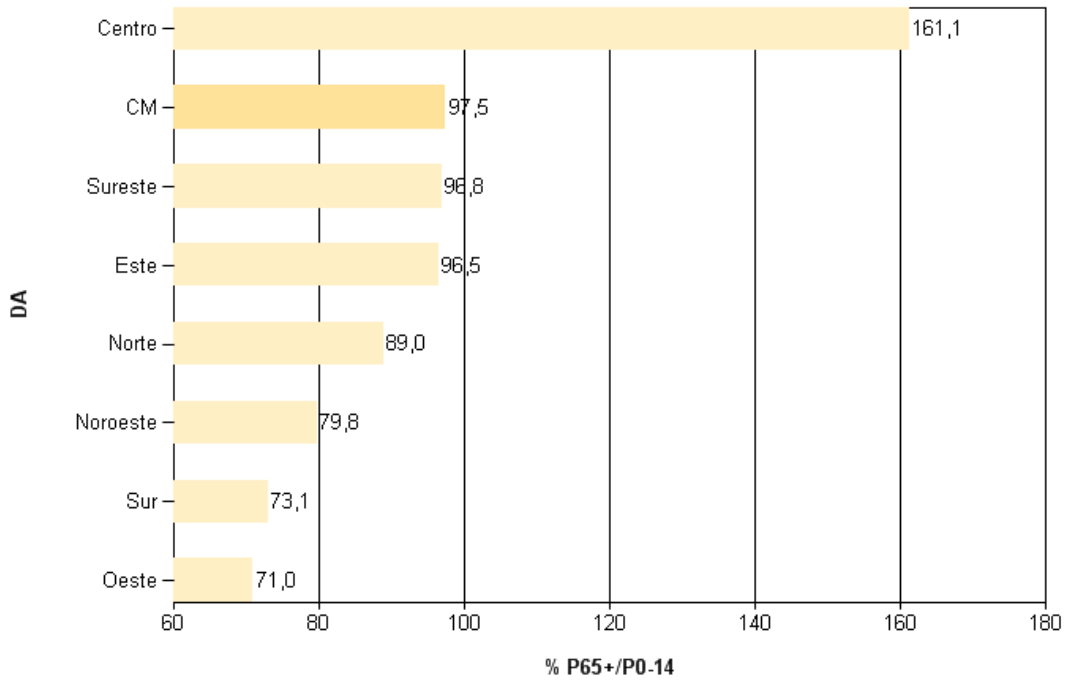


Figura 5.4. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

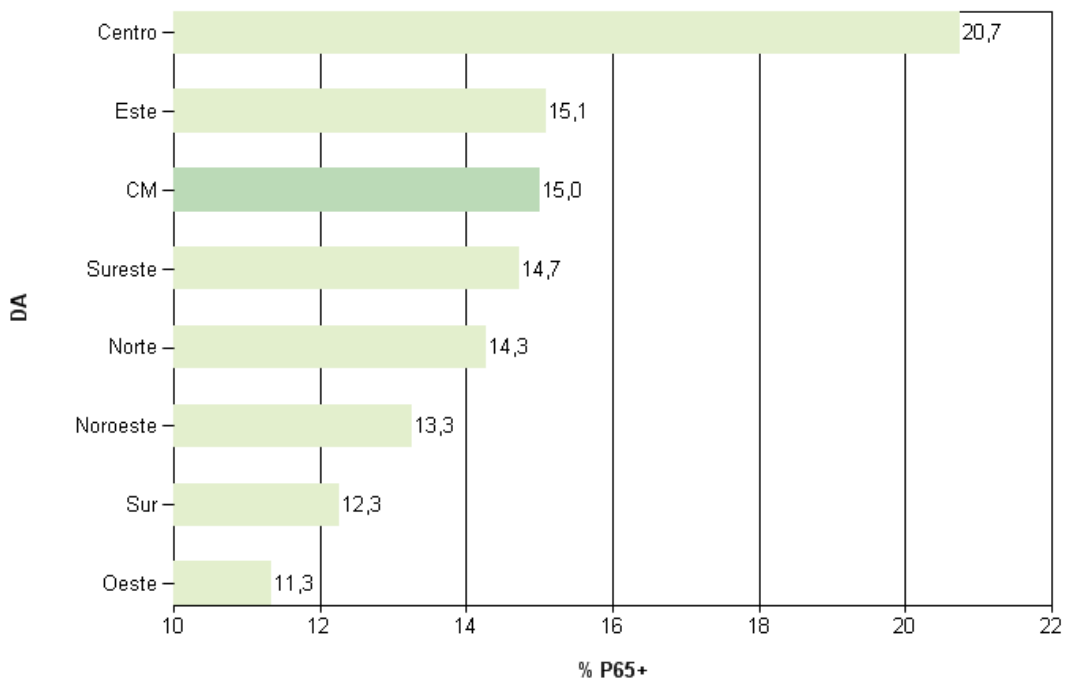


Figura 5.5. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

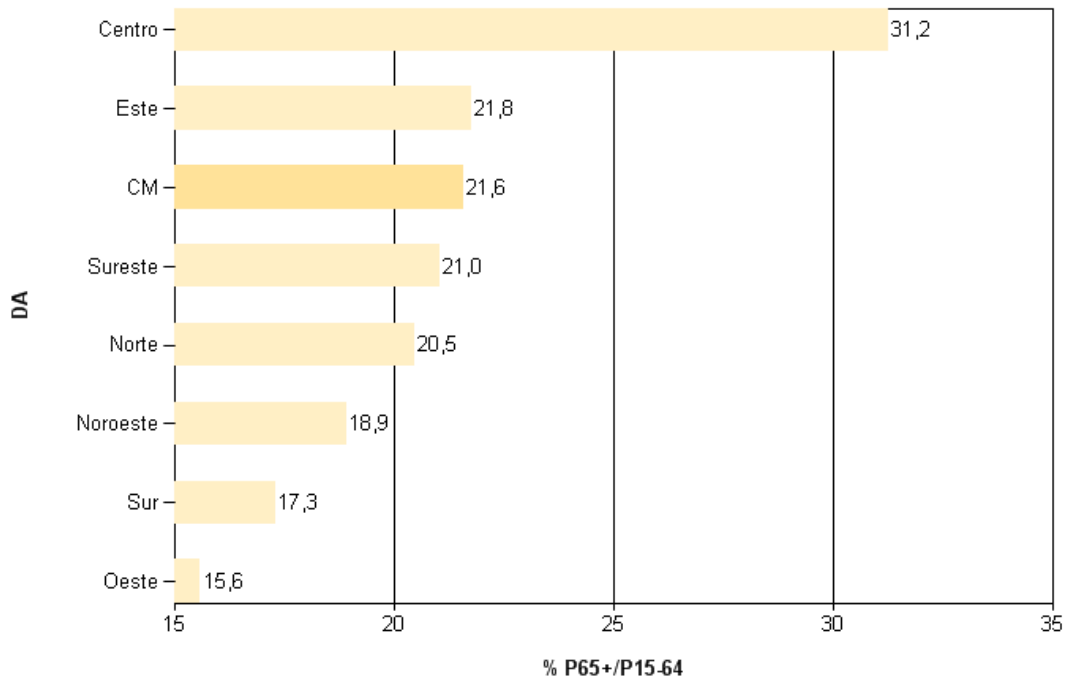


Figura 5.6. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

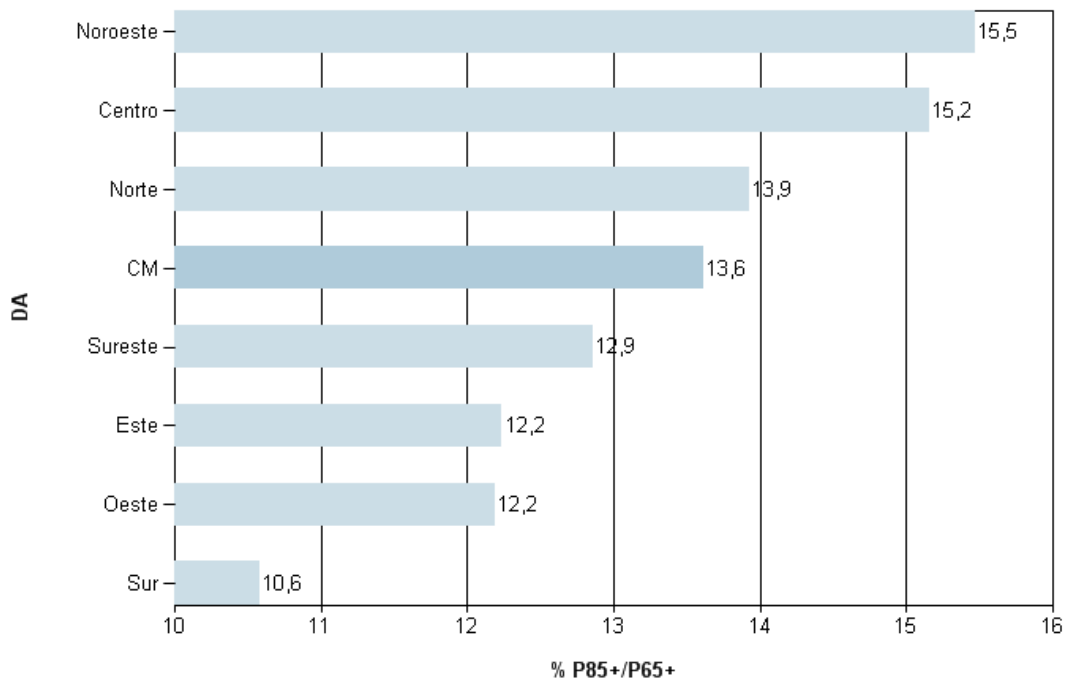


Figura 5.7. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

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

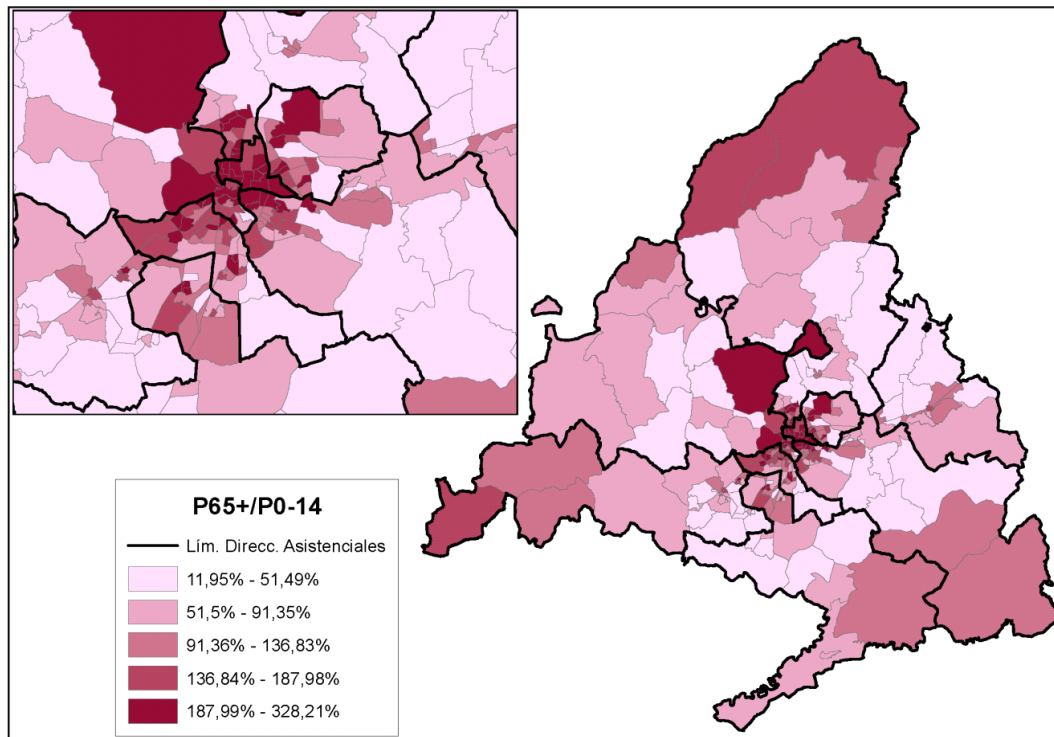


Figura 5.8. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

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

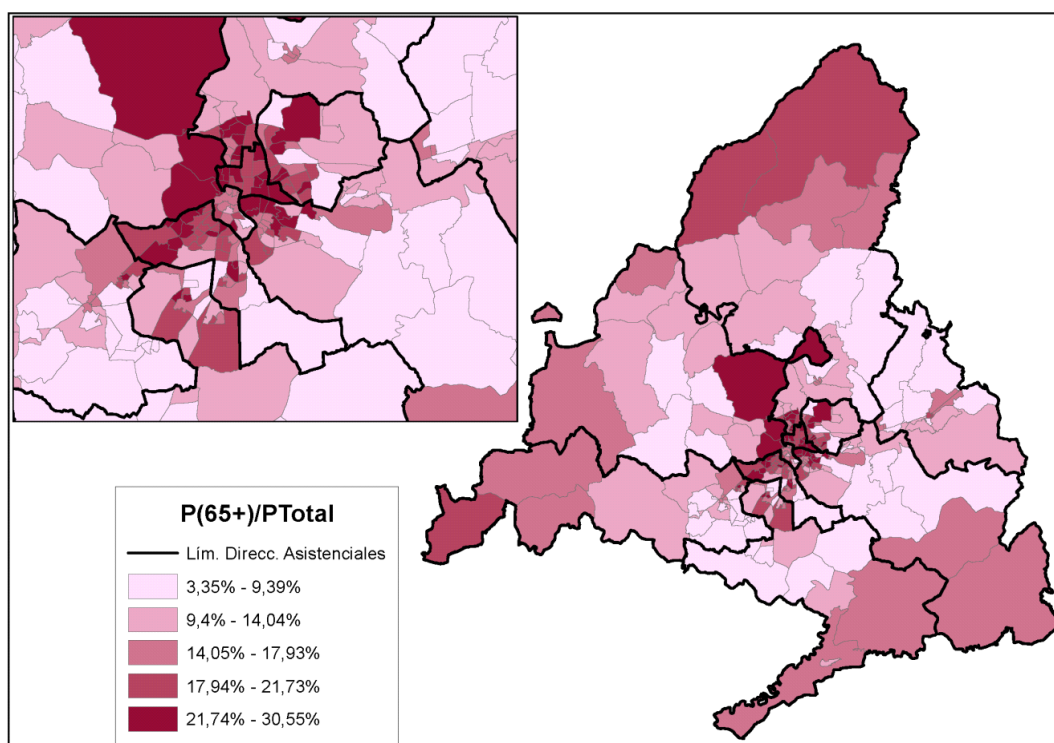


Figura 5.9. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

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

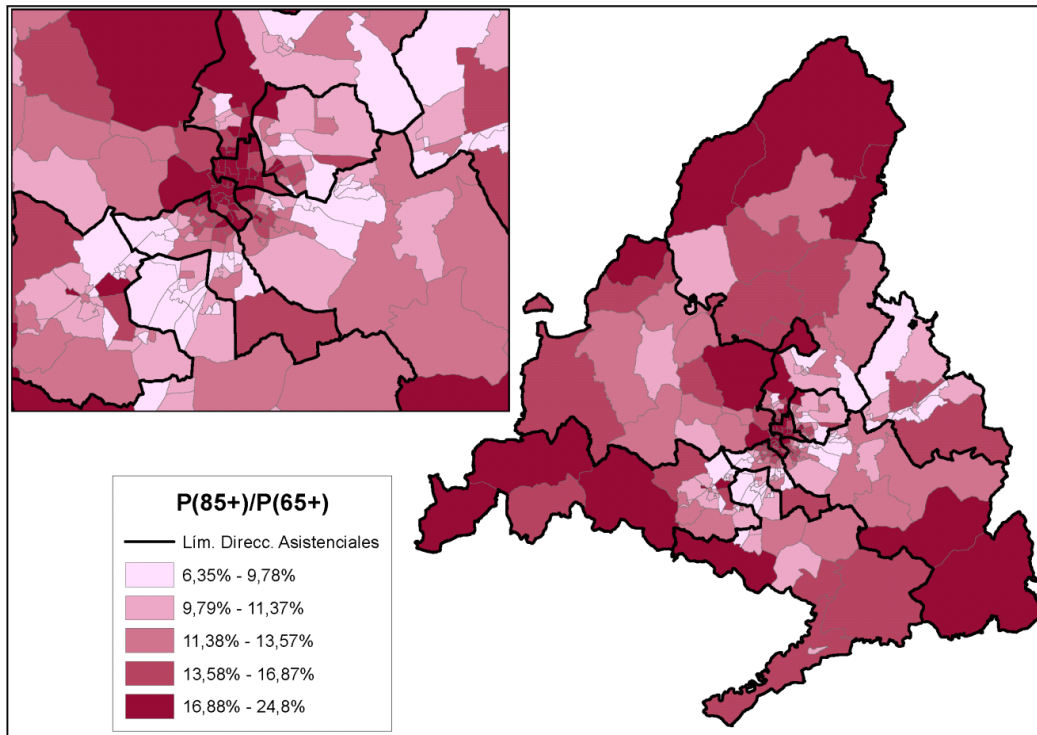
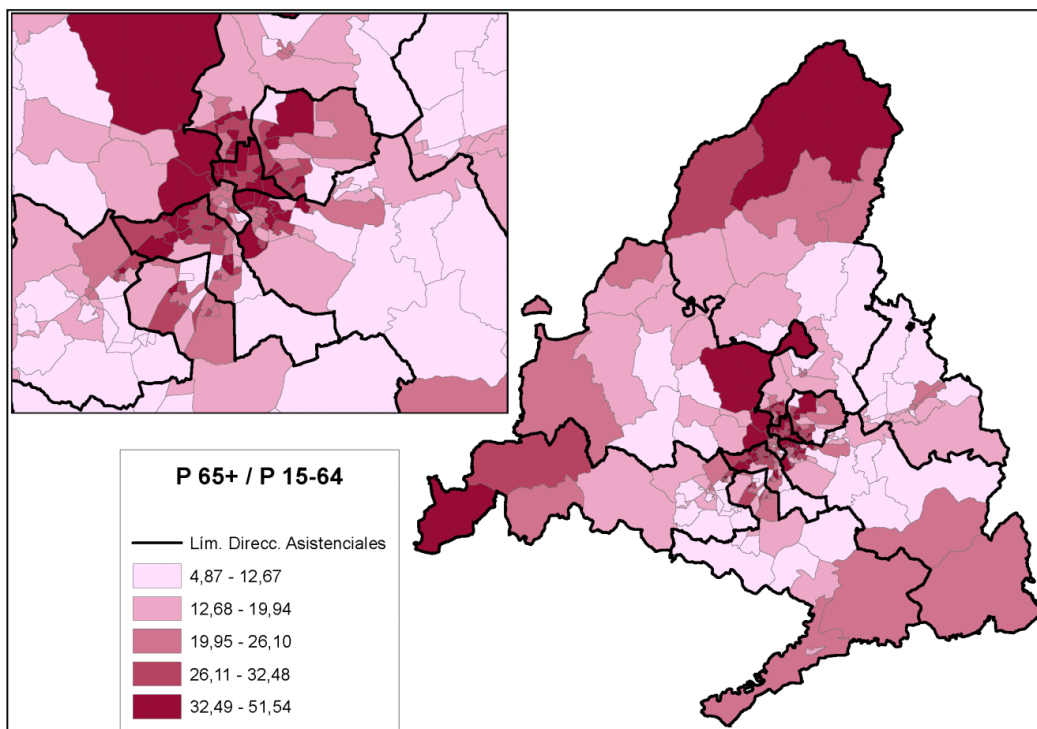


Figura 5.10. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

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



5.2. Mortalidad

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83% del total) ocurridas en 2010 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,1%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,4%). En términos generales, la concentración de defunciones por encima de los 65 años se cumple para casi todas las causas de defunción.

Más allá de las salvedades propias de aquellas causas vinculadas por definición a edades más tempranas (afecciones del periodo perinatal, anomalías congénitas, causas maternas), sólo las causas externas (especialmente en hombres), las enfermedades infecciosas y las mal definidas (de nuevo especialmente entre los varones) tienen un peso relativo importante por debajo de los 65 años de edad (Tabla 5.2).

Tabla 5.2. Indicadores de mortalidad en población de 65 y más años de edad, según sexo y gran grupo de causas de defunción (CIE-10). Comunidad de Madrid, 2010.

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

CIE-10	Hombres			Mujeres		
	Defunciones*	%**	Tasa***	Defunciones*	%**	Tasa***
I. Infecciosas	226	52,4	58,3	310	81,4	55,0
II. Tumores	5.361	74,2	1.383,2	3.720	73,6	659,8
III. Sangre, inmunidad	37	71,2	9,5	68	89,5	12,1
IV. Endocrinas	275	86,5	71,0	494	95,2	87,6
V. Mentales	261	94,2	67,3	604	99,5	107,1
VI. Sist. nervioso	541	82,2	139,6	1.080	94,3	191,6
VII. Ojo						
VIII. Oído				2	66,7	0,4
IX. Circulatorias	3.998	85,5	1.031,5	6.056	96,6	1.074,2
X. Respiratorias	2.642	93,3	681,7	2.575	96,1	456,7
XI. Digestivas	690	72,3	178,0	900	90,8	159,6
XII. Piel	26	100,0	6,7	85	97,7	15,1
XIII. Osteomusculares	68	91,9	17,5	189	96,9	33,5
XIV. Genitourinarias	562	94,8	145,0	685	98,1	121,5
XV. Maternas						
XVI. Perinatales						
XVII. Congénitas	15	18,1	3,9	12	20,0	2,1
XVIII. Mal definidas	843	54,4	217,5	937	76,2	166,2
XX. Externas	251	45,2	64,8	322	77,6	57,1
Desconocido						
Todas las causas	15.796	77,6	4.075,6	18.039	88,2	3.199,6

* Número de defunciones

** Porcentaje de defunciones de personas de 65 y más años sobre el total de defunciones de cada causa

*** Tasa bruta específica por causa por 100 mil personas de 65 y más años de edad

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.383,2 por cien mil, en 2010) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.074,2 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña (Tabla 5.2 y Figura 5.11). Las causas específicas con más defunciones en la población de 65 y más años de edad son el cáncer de pulmón en hombres y las enfermedades cerebrovasculares en mujeres (Tabla 5.3). Tanto en hombres como en mujeres la segunda causa específica es el grupo de 'Otras enfermedades del aparato respiratorio', lo que hace que aparezca como primera causa en el total de ambos sexos reunidos. Esta categoría contiene numerosas rúbricas, incluidas el edema pulmonar y las neumonitis por aspiración, pero también códigos inespecíficos, lo que evidencia las dificultades para concretar la causa básica de defunción en personas mayores que padecen múltiples patologías.

Figura 5.11. Principales causas de mortalidad (grandes grupos, CIE-10) en personas de 65 y más años de edad, según sexo. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2010.

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

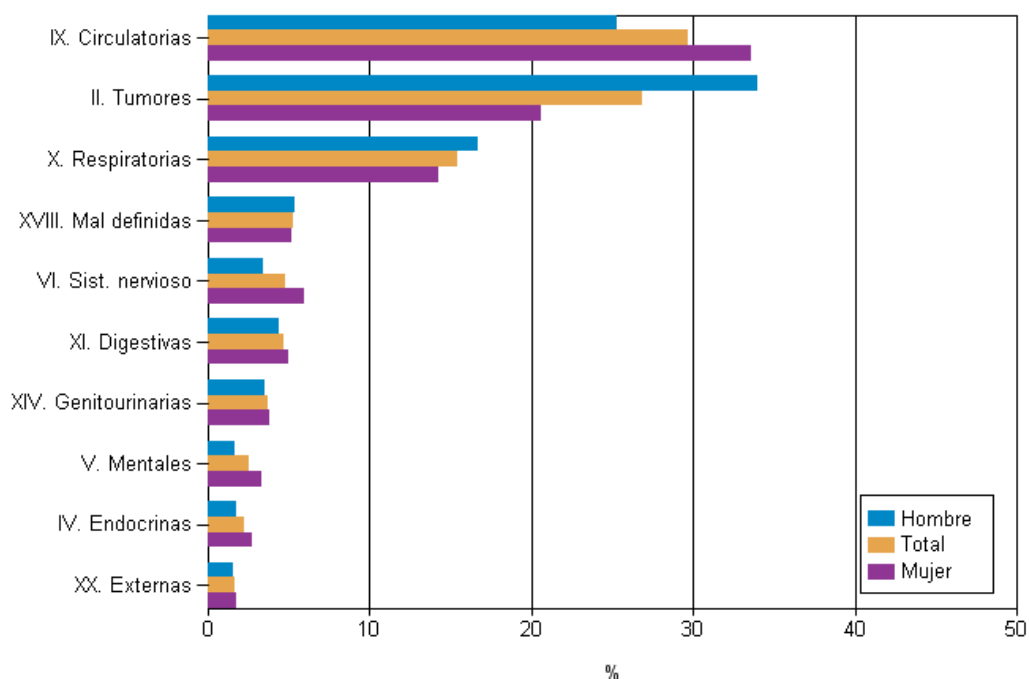


Tabla 5.3. Principales causas específicas de defunción (Lista Reducida, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, según sexo. Tasas de mortalidad por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Hombres	Tasa (por 100 mil)
0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	355,5
0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	253,9
0640 - Enfer.crónicas vías resp. inferiores	245,6
0590 - Enfermedades cerebrovasculares	211,8
0550 - Infarto agudo de miocardio	211,3

Mujeres	Tasa (por 100 mil)
0590 - Enfermedades cerebrovasculares	251,7
0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	243,5
0570 - Insuficiencia cardíaca	217,5
0580 - Otras enfermedades del corazón	165,8
0550 - Infarto agudo de miocardio	165,3

Total	Tasa (por 100 mil)
0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	247,7
0590 - Enfermedades cerebrovasculares	235,5
0550 - Infarto agudo de miocardio	184,1
0570 - Insuficiencia cardíaca	182,3
0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	176,6

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

Durante el año 2011 el 92,7% de la población mayor de 64 años con derecho a la asistencia en el sistema sanitario público ha sido atendida en Atención Primaria (Tabla 5.4). Estas cifras han venido incrementándose notablemente en los últimos años; probablemente las cifras actuales reflejan tanto una mejor estimación de la cifra real de población atendida, como un incremento real de la misma difícil de valorar. Los porcentajes tienden a ser superiores en las Direcciones Asistenciales Sureste, Sur, Oeste y Este, que se corresponden con las de menor nivel socioeconómico.

Tabla 5.4. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria mayores de 64 años, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

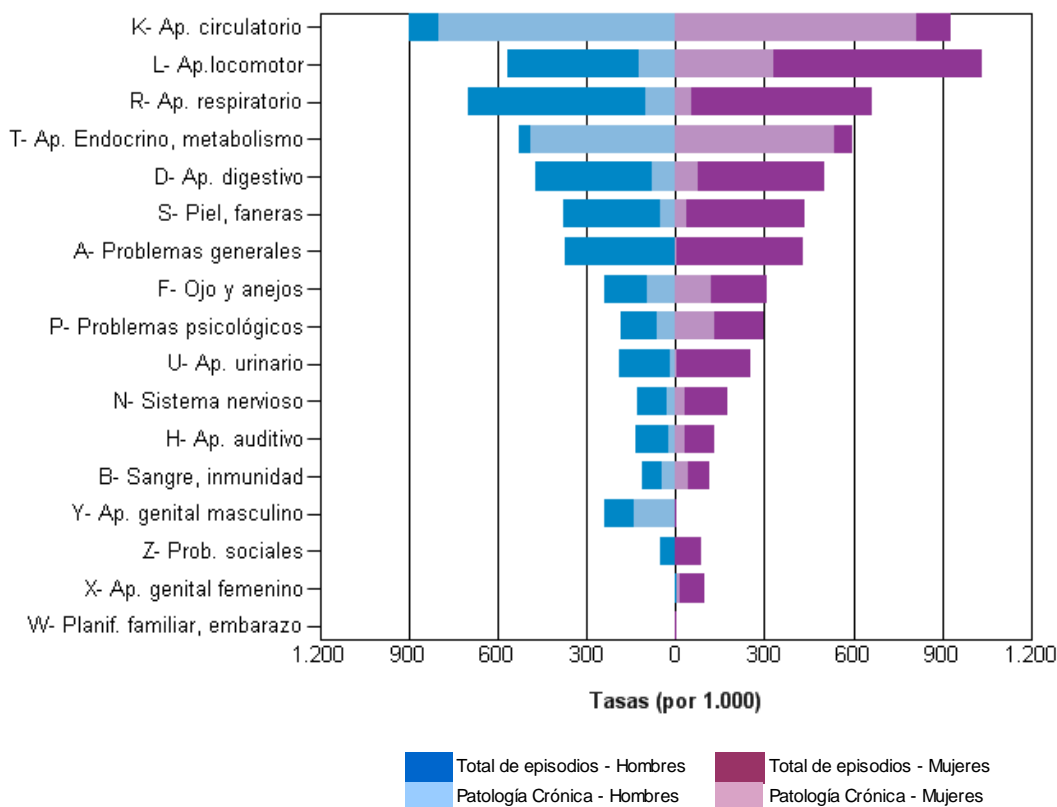
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	84.891	87,35%	135.876	87,58%	220.767	87,49%
Este	54.206	93,17%	77.537	95,07%	131.743	94,28%
Noroeste	48.482	89,89%	74.971	91,83%	123.453	91,06%
Norte	45.777	91,38%	66.056	93,4%	111.833	92,56%
Oeste	36.690	97,5%	47.767	98,97%	84.457	98,33%
Sur	41.185	97,27%	53.361	99,4%	94.546	98,46%
Sureste	54.680	94,76%	79.937	95,3%	134.617	95,08%
CM	365.911	92,15%	535.505	93,15%	901.416	92,74%

En cuanto a morbilidad atendida en mayores de 64 años, ocupa el primer lugar la patología del aparato circulatorio, básicamente crónica (Figura 5.12). El segundo lugar, compartido con el primero en mujeres, lo ocupa la patología del aparato locomotor, sobre todo aguda. La patología del aparato respiratorio, también aguda preferentemente, ocupa el tercer lugar (el segundo en hombres).

Figura 5.12. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 65 y más años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



En concordancia con lo anterior, los episodios de consulta más frecuentes en mayores de 64 años y en ambos sexos son la hipertensión no complicada y la infección respiratoria aguda superior (Tabla 5.5 y Tabla 5.6). Los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes no insulino dependiente ocupan el tercer y cuarto puesto respectivamente en la población de 65-84 años, en ambos sexos. En pacientes de 85 y más años el tercer puesto lo ocupan los episodios registrados con el código CIAP A13, con el que se registra fundamentalmente la preocupación por la toma de medicamentos y la polimedización, ocupando la diabetes el cuarto lugar.

Tabla 5.5. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 a 84 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	N	Total		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
K86-Hipertensión no complicada	358.970	7,7	1	433,6	1	386,3	1	469,0
R74-Infec respiratoria aguda superior	289.232	6,2	2	349,3	2	331,3	2	362,9
T93-Trastornos metabolismo lipídico	189.004	4,0	3	228,3	4	199,6	3	249,8
T90-Diabetes no insulino dependiente	157.896	3,4	4	190,7	3	218,6	4	169,8
L99-Otr enf del aparato locomotor	104.144	2,2	5	125,8	7	77,8	5	161,7
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	79.319	1,7	6	95,8	5	108,3	8	86,4
U71-Cistitis/otras infec urinarias	67.279	1,4	7	81,3	26	38,1	7	113,6
L03-Sig/sin lumbares	65.824	1,4	8	79,5	9	70,3	9	86,4
A13-Miedo al tratamiento	63.718	1,4	9	77,0	11	65,2	10	85,8
L95-Osteoporosis	56.889	1,2	10	68,7	149	7,0	6	115,0
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	53.925	1,2	11	65,1	12	64,3	16	65,7
F92-Catarata	52.643	1,1	12	63,6	16	54,9	14	70,1
L15-Sig/sin de la rodilla	51.505	1,1	13	62,2	18	49,2	13	71,9
L86-Sínd lumb/torác con irrad dolor	48.418	1,0	14	58,5	20	43,2	15	70,0
K78-Fibrilación/aleteo auricular	46.371	1,0	15	56,0	13	63,3	24	50,5
Total	4.668.403	100		5.638,4		5.078,9		6.058,1

Tabla 5.6. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 85 y más años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

CIAP - 2	N	TOTAL		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
K86-Hipertensión no complicada	64.966	7,3	1	451,2	1	396,1	1	474,0
R74-Infec respiratoria aguda superior	40.112	4,5	2	278,6	2	307,4	2	266,6
A13-Miedo al tratamiento	30.462	3,4	3	211,6	3	203,3	3	215,0
T90-Diabetes no insulino dependiente	25.997	2,9	4	180,5	4	194,5	4	174,8
U71-Cistitis/otras infec urinarias	19.524	2,2	5	135,6	10	91,2	5	154,0
L28-Incap/min del aparato locomotor	17.723	2,0	6	123,1	9	93,4	6	135,4
T93-Trastornos metabolismo lipídico	17.270	2,0	7	119,9	8	105,1	8	126,1
L99-Otr enf del aparato locomotor	16.795	1,9	8	116,6	12	89,8	7	127,8
K78-Fibrilación/aleteo auricular	16.602	1,9	9	115,3	5	127,0	9	110,5
P70-Demencia	12.641	1,4	10	87,8	19	66,8	11	96,5
U04-Incontinencia urinaria	12.524	1,4	11	87,0	24	59,1	10	98,5
K87-Hipertensión afectación órg diana	11.652	1,3	12	80,9	14	85,8	13	78,9
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	11.593	1,3	13	80,5	11	90,9	15	76,2
D12-Estreñimiento	11.351	1,3	14	78,8	15	82,5	14	77,3
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	10.520	1,2	15	73,1	16	81,4	17	69,6
Total	883.986	100		6.139,2		6.210,0		6.109,8

5.4. Morbilidad hospitalaria

En 2011 la tasa de altas hospitalarias en personas mayores de 64 años fue 388,74 por mil, un 41,5% superior a la tasa de 2003. Al menos en parte, este aumento puede explicarse por el aumento de longevidad de la población madrileña en ese periodo.

En la [Tabla 5.7](#) y [Tabla 5.8](#) y la [Figura 5.13](#) y [Figura 5.14](#) se pueden observar las principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de más de 64 años. Las cinco primeras causas permanecen en orden invariable en el periodo 2003-2011. La principal causa de alta hospitalaria, de manera destacada en mujeres, fueron las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Este grupo incluye las intervenciones de cataratas, las cuales supusieron en 2011 un 56,2 % de los motivos de alta en el mismo (43.163 intervenciones).

La segunda causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio, excepto en hombres, en quienes se sitúan en tercer lugar. Estas enfermedades son especialmente prevalentes en mayores de 84 años, en los que supone el primer motivo de alta hospitalaria por su alta prevalencia en mujeres de esa edad. Entre ellas predomina el epígrafe "Otras enfermedades del aparato circulatorio", que supuso el 52,4% de las altas en 2011. La insuficiencia cardiaca y las disritmias cardiacas son las patologías más frecuentes en ese subgrupo, con 13.467 y 5.176 casos respectivamente en 2011.

La tercera causa fueron los tumores, que en los hombres ocupan el segundo lugar (28.653 altas frente a 20.269 en mujeres en 2011), siendo los más frecuentes los tumores malignos de piel (9.822 altas), los tumores benignos (7.106 altas) y los tumores malignos de vejiga, especialmente en hombres (3.855 altas frente a 784 en mujeres). Les siguen en frecuencia los tumores malignos de próstata (2.580 altas), los de tráquea y bronquios (2.561 altas) y los de colon (2.494 altas).

Tabla 5.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Sistema nervioso y órg. sentidos	31.464	80,00	45.314	79,38	76.801	79,66
Aparato circulatorio	25.833	65,69	28.305	49,59	54.141	56,16
Tumores	28.653	72,86	20.269	35,51	48.932	50,75
Aparato respiratorio	22.537	57,31	17.726	31,05	40.267	41,77
Aparato digestivo	19.394	49,31	17.697	31,00	37.092	38,47
Osteomioarticulares	7.689	19,55	18.813	32,96	26.505	27,49
Causas externas	7.672	19,51	13.913	24,37	21.588	22,39
Aparato genitourinario	11.343	28,84	9.926	17,39	21.270	22,06
Códigos V	5.292	13,46	6.553	11,48	11.847	12,29
Mal definidas	5.568	14,16	5.042	8,83	10.611	11,01
Piel y tejido subcutáneo	3.474	8,83	4.588	8,04	8.067	8,37
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	2.213	5,63	3.288	5,76	5.504	5,71
Infecciosas	2.673	6,80	2.668	4,67	5.341	5,54
Sangre y hematopoyéticas	1.643	4,18	1.772	3,10	3.415	3,54
Trastornos mentales	1.021	2,60	1.634	2,86	2.655	2,75
Total	176.780	449,50	197.946	346,78	374.785	388,74

Tabla 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años según grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Grupos de edad					
	65-74 años		75-84 años		85 y más años	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Sistema nervioso y órg. sentidos	30.964	64,26	36.460	103,92	9.377	71,38
Tumores	23.338	48,43	19.097	54,43	6.497	49,45
Aparato digestivo	16.367	33,97	14.617	41,66	6.108	46,49
Aparato circulatorio	15.949	33,10	23.147	65,97	15.045	114,52
Osteomioarticulares	14.550	30,19	10.167	28,98	1.788	13,61
Aparato respiratorio	10.034	20,82	16.859	48,05	13.374	101,80
Aparato genitourinario	8.872	18,41	7.871	22,43	4.527	34,46
Causas externas	6.876	14,27	8.710	24,83	6.002	45,69
Códigos V	5.304	11,01	4.699	13,39	1.844	14,04
Mal definidas	4.128	8,57	4.243	12,09	2.240	17,05
Piel y tejido subcutáneo	3.975	8,25	2.819	8,03	1.273	9,69
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	2.089	4,34	2.116	6,03	1.299	9,89
Infecciosas	1.414	2,93	2.140	6,10	1.787	13,60
Sangre y hematopoyéticas	1.089	2,26	1.400	3,99	926	7,05
Trastornos mentales	1.048	2,17	1.040	2,96	567	4,32
Total	146.403	303,82	155.655	443,65	72.727	553,59

Figura 5.13. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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

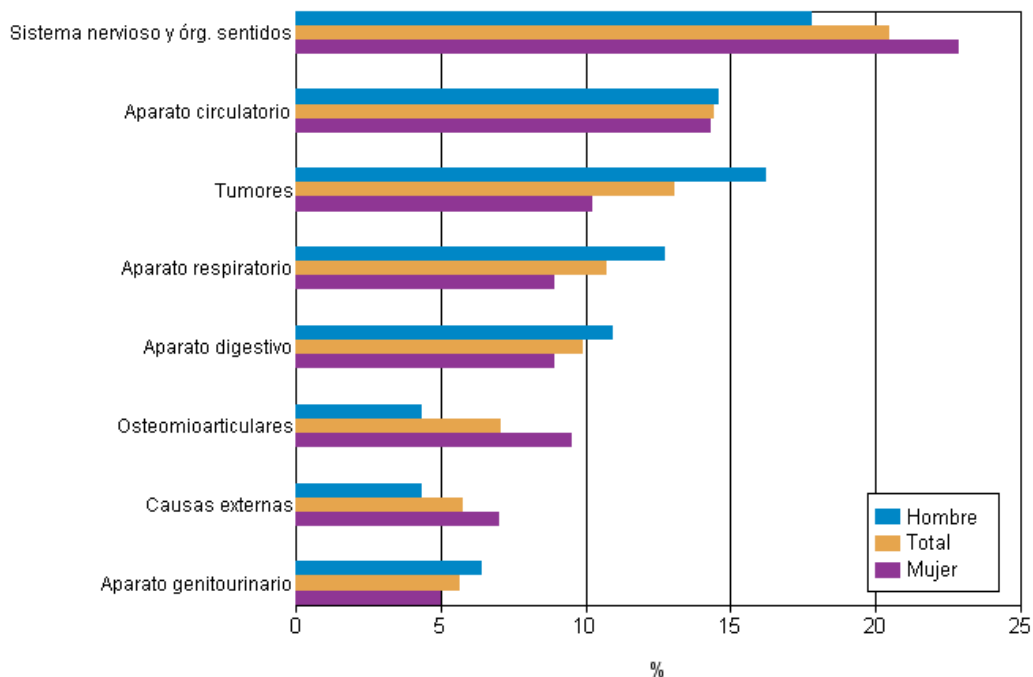
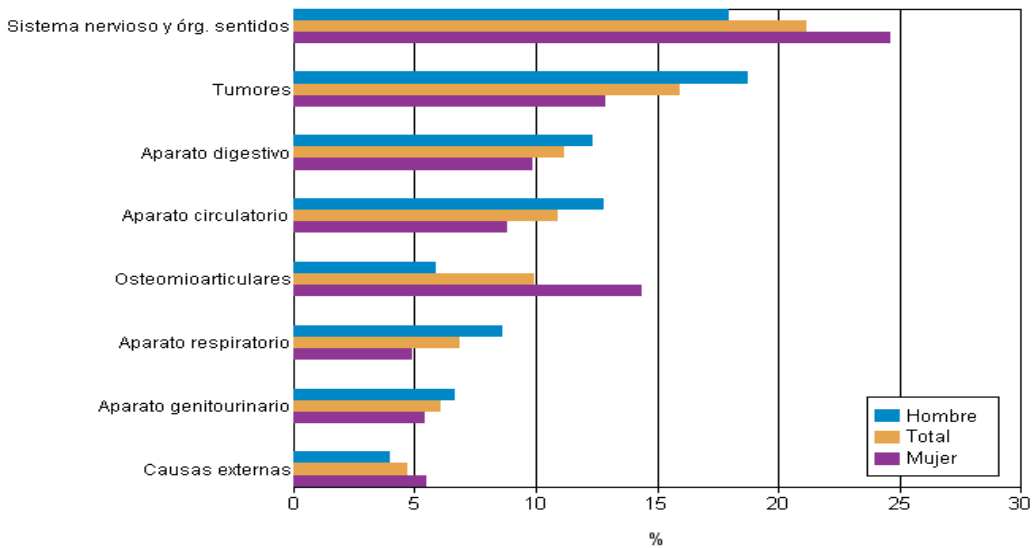


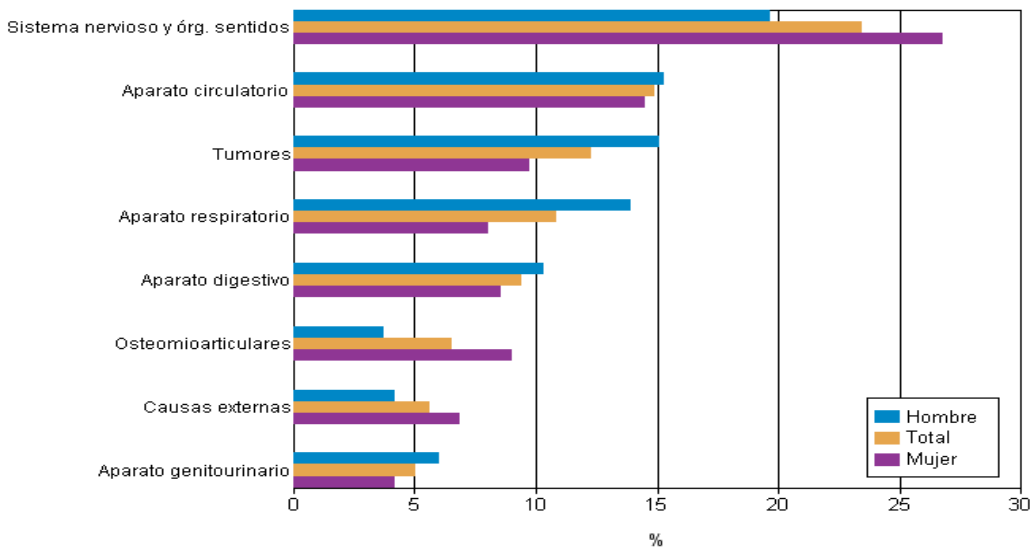
Figura 5.14. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2011.

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

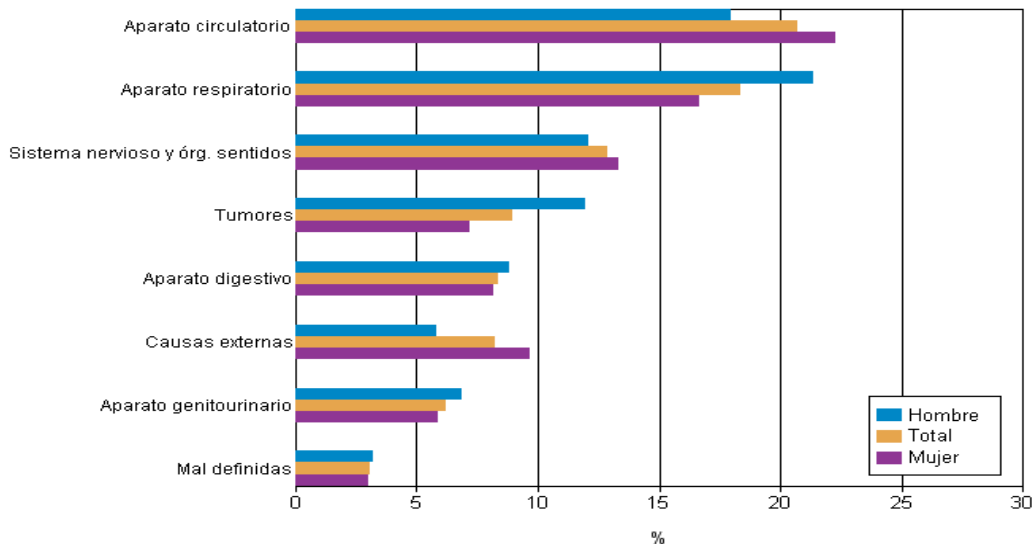
65 a 74 años



75 a 84 años



85 y más años



5.5. Conclusiones

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 15,0% de la población mayor de 64 años, y diferencias importantes según las zonas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83% del total) ocurridas en 2010 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,1%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,4%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.383,2 por cien mil en 2010) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.074,2 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

En 2011 un 92,4% de la población madrileña de más de 64 años con derecho a asistencia sanitaria pública fue atendida en las consultas de Atención Primaria, y un 38,9% de toda la población de esa edad fue ingresada en un hospital, lo que supone 374.785 altas hospitalarias, un 36% de todas las altas. El 11,5% de las altas hospitalarias en este grupo de edad se debe a intervenciones de cataratas.

La patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, constituye el motivo principal de consulta en Atención Primaria (hipertensión arterial no complicada especialmente) y la segunda causa de alta hospitalaria en mujeres (primera en mujeres de más de 84 años) y tercera en hombres.

Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 41,5% en el periodo 2003-2011. Parte de ese aumento puede deberse al aumento de longevidad en ese periodo. Dada no obstante la magnitud del incremento, conviene profundizar en el estudio del mismo.

Objetivo 6

Mejorar la salud mental

6

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

3. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales.

En la Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental de la OMS, celebrada en enero de 2005 en Helsinki, se firmó y aprobó la Declaración de Salud Mental para Europa y el Plan de Acción de Salud Mental para Europa, en nombre de los ministros de salud de los 52 Estados miembros de la Región Europea.

Estos documentos clave dieron un nuevo impulso al desarrollo de la atención de salud mental en la Región Europea. Desde entonces, la OMS/Europa ha apoyado a los países para que desarrollen sus propios planes y políticas para mejorar la promoción de la salud mental, la prevención, la atención y el tratamiento. Los compromisos se centran en doce áreas de acción:

- 1. promover el bienestar mental para todos;
- 2. demostrar la importancia de la salud mental;
- 3. luchar contra el estigma y la discriminación;
- 4. promover actividades sensibles a las etapas vulnerables de la vida;
- 5. prevenir los problemas de salud mental y el suicidio;
- 6. garantizar el acceso a una buena atención primaria a las personas con problemas de salud mental;
- 7. ofrecer una atención eficaz en los servicios comunitarios a las personas con graves problemas de salud mental;
- 8. establecer asociaciones entre los sectores;
- 9. crear fuerza de trabajo suficiente y competente;
- 10. establecer un buen sistema de información de salud mental;
- 11. proporcionar financiación justa y adecuada;
- 12. evaluar la efectividad y generar nueva evidencia.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

- 6.1.1. Indicadores generales
- 6.1.2. Mortalidad
- 6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria
- 6.1.4. Morbilidad hospitalaria
- 6.1.5. Carga de enfermedad

6.2. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. Enfermedad de Alzheimer

6.3. Conclusiones

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

6.1.1. Indicadores generales

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en la Comunidad de Madrid, con un claro predominio del componente de discapacidad sobre el de mortalidad. La práctica totalidad de los fallecimientos por estas causas corresponden a personas mayores (Tabla 6.1 y Tabla 6.2).

Tabla 6.1. Trastornos mentales. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	277	607	884
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,0	18,3	13,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,2	0,1	0,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,2	7,3	7,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	242,7	220,1	231,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.	0,06	0,10	0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	83.365	103.525	186.890
Años de Vida Perdidos. CM.	5.604	5.441	11.045
Años Vividos con Discapacidad. CM.	77.761	98.084	175.845

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

Tabla 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema nervioso. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	658	1.148	1.806
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	21,3	34,7	28,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,2	4,0	5,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	17,9	16,2	17,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.840,2	2.326,8	2.092,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,06	0,10	0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	83.365	103.525	186.890
Años de Vida Perdidos. CM.	5.604	5.441	11.045
Años Vividos con Discapacidad. CM.	77.761	98.084	175.845

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

6.1.2. Mortalidad

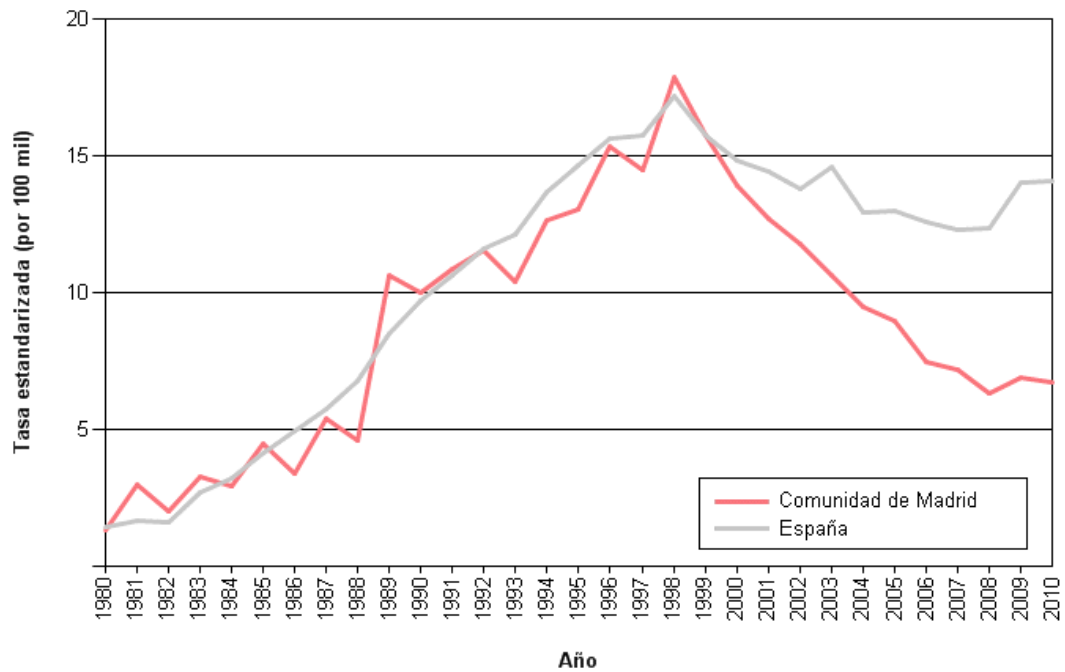
En el año 2010 hubo 884 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (277 en hombres y 607 en mujeres), con unas tasas brutas de 13,8, 9,0 y 18,4 muertes por cien mil personas respectivamente ([Tabla 6.1](#)). La práctica totalidad de estos fallecimientos corresponden a personas mayores (97,9% son personas de 65 y más años) y especialmente muy mayores: dos tercios del total, 68,7%, pertenecen al grupo de 85 y más años de edad. Las muertes atribuidas a enfermedades del sistema nervioso en el año 2010 fueron 1.806 ([Tabla 6.2](#)), de las cuales casi dos tercios correspondían a mujeres (63,6%). Su reparto por edad es similar al de los trastornos mentales, aunque menos concentrado en los muy ancianos (89,9% en mayores de 64 años, 50,4% del total en mayores de 84).

La evolución temporal de ambas causas ([Figura 6.1](#) y [Figura 6.2](#)) se encuentra vinculada entre sí, de forma que el ascenso de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso observado a partir de la segunda mitad de los años noventa del siglo XX ([Figura 6.2](#)) coincide con la disminución de las tasas ajustadas por trastornos mentales ([Figura 6.1](#)), debida fundamentalmente a la reducción del número de fallecimientos por demencias inespecíficas que, en buena medida, tras el cambio de revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (de CIE-9 a CIE-10) pasaron a ser atribuidas a rúbricas correspondientes a enfermedades neurológicas. En los años más recientes, no obstante, también éstas últimas están viendo decrecer el valor de sus tasas ajustadas, algo que deberá esperar algunos años para confirmarse como un cambio de tendencia o como un paréntesis temporal en la evolución ascendente del indicador.

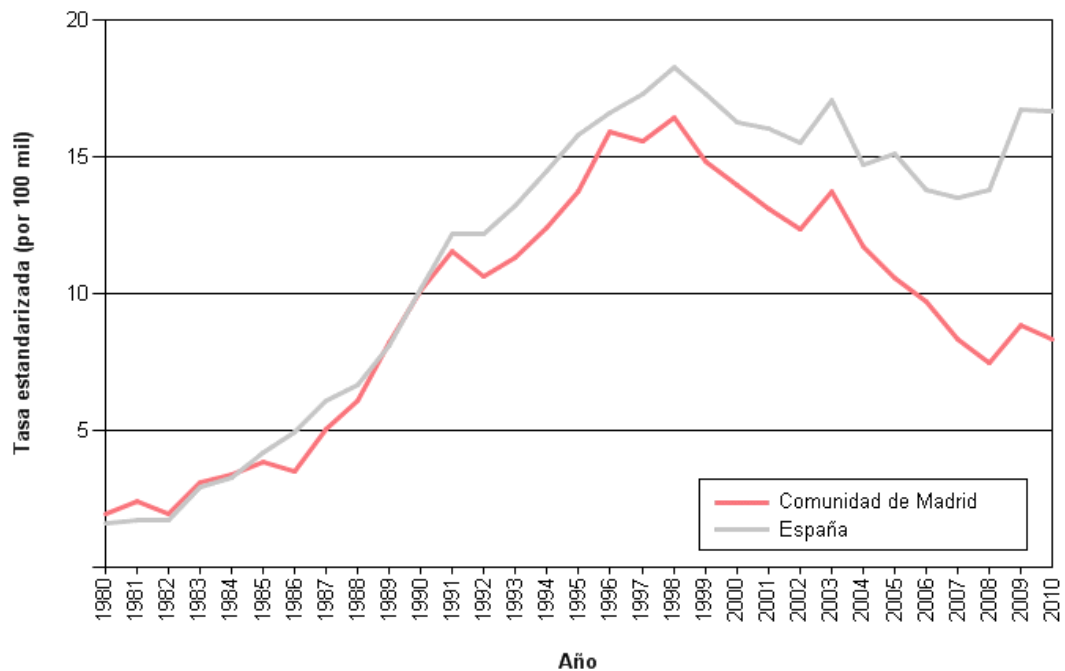
Figura 6.1. Trastornos mentales. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

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

Hombres



Mujeres

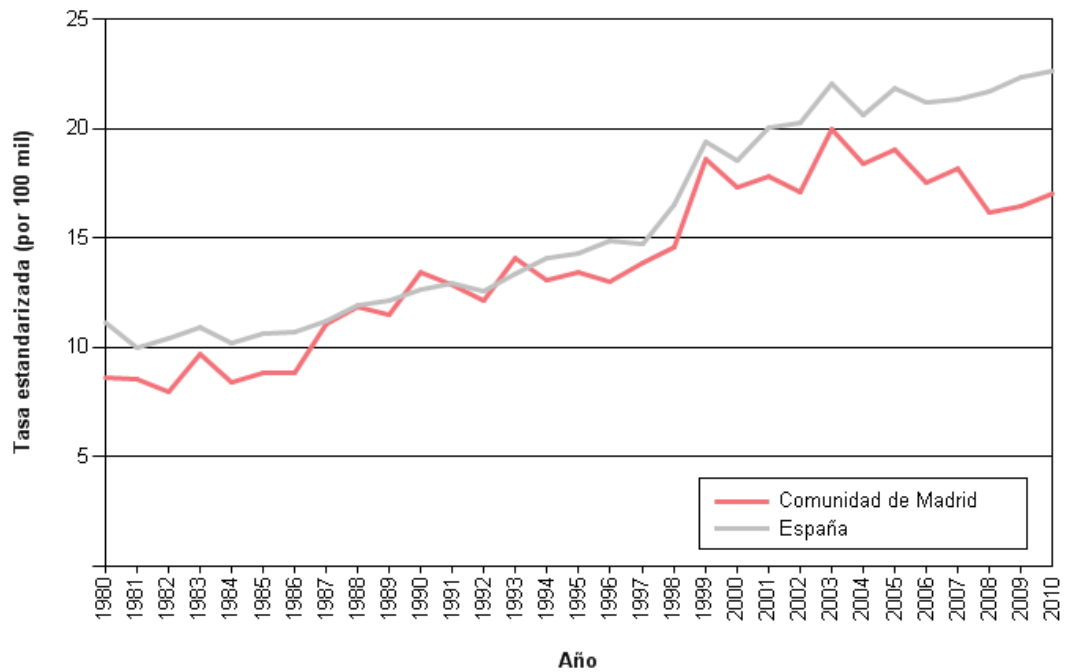


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

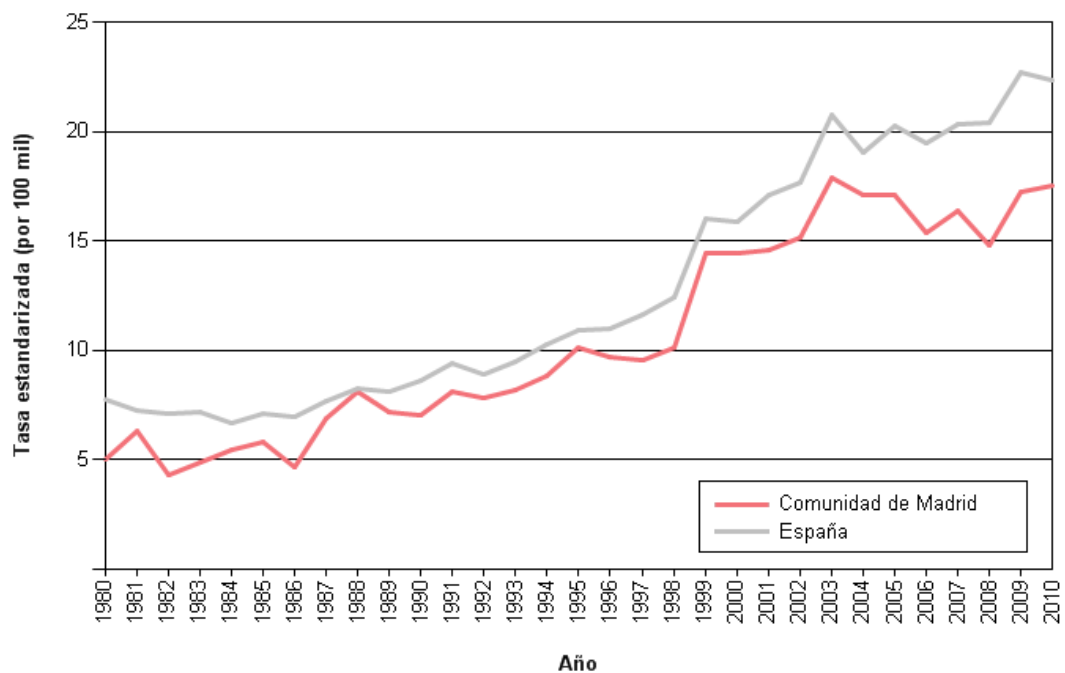
Figura 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

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

Hombres



Mujeres

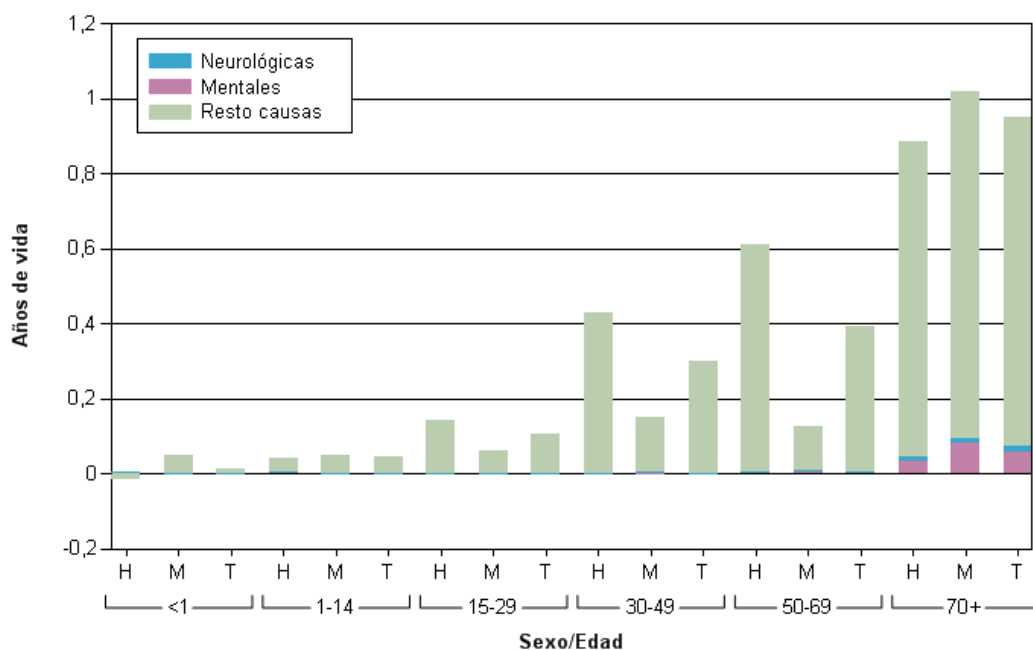


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Esa reducción mantenida de las tasas de mortalidad por trastornos mentales se traduce en una pequeña ganancia en la esperanza de vida en el último quinquenio (2005-2010), mayor en las mujeres y concentrada en el grupo de personas mayores puesto que es en esas edades, como se ha señalado anteriormente, donde se concentran las defunciones (y por tanto, la posibilidad de mejorar o empeorar la mortalidad por estas causas) (Figura 6.3). En el grupo de enfermedades del sistema nervioso la disminución de las tasas de mortalidad es más reciente y de menor intensidad, por lo que su contribución al aumento en la esperanza de vida es menor.

Figura 6.3. Contribución de los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La patología mental representó un 4,2% de los episodios atendidos en Atención Primaria en 2011 (Tabla 6.3 y Tabla 6.4). Las tasas más elevadas se observaron en mujeres y en población nacida en España, y se apreció una tendencia creciente con la edad (Figura 6.5). Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño (Figura 6.6).

Tabla 6.3. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentajes sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.

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

	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	296.785	4,01	96,7 (93,2)	312.773	3,92	103,1 (98,5)
Mujeres	496.429	4,33	149,6 (130,6)	534.084	4,34	162,4 (140,1)
Nacidos fuera de España	94.524	3,44	79,6 (89,1)	98.760	3,37	86,2 (94,7)
Nacidos en España	698.594	4,34	134,4 (119,5)	747.937	4,31	144,4 (127,0)
Total	793.214	4,21	124,2 (113,3)	846.857	4,18	133,9 (120,8)

Tabla 6.4. Patología mental atendida en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.

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

DA	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	167.997	4,45	132,9 (114,0)	157.297	4,34	127,6 (108,1)
Norte	90.086	4,26	111,8 (101,8)	102.503	4,33	127,2 (114,7)
Este	106.089	3,96	114,7 (105,0)	117.512	4,03	128,1 (115,8)
Sureste	128.332	4,17	136,6 (124,6)	141.283	3,98	150,6 (136,8)
Sur	93.016	3,86	127,7 (121,6)	104.253	3,87	143,2 (135,2)
Oeste	91.261	3,92	126,4 (120,6)	98.552	3,93	137,9 (130,3)
Noroeste	116.433	4,70	116,4 (107,3)	125.457	4,77	127,1 (115,5)

Figura 6.5. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

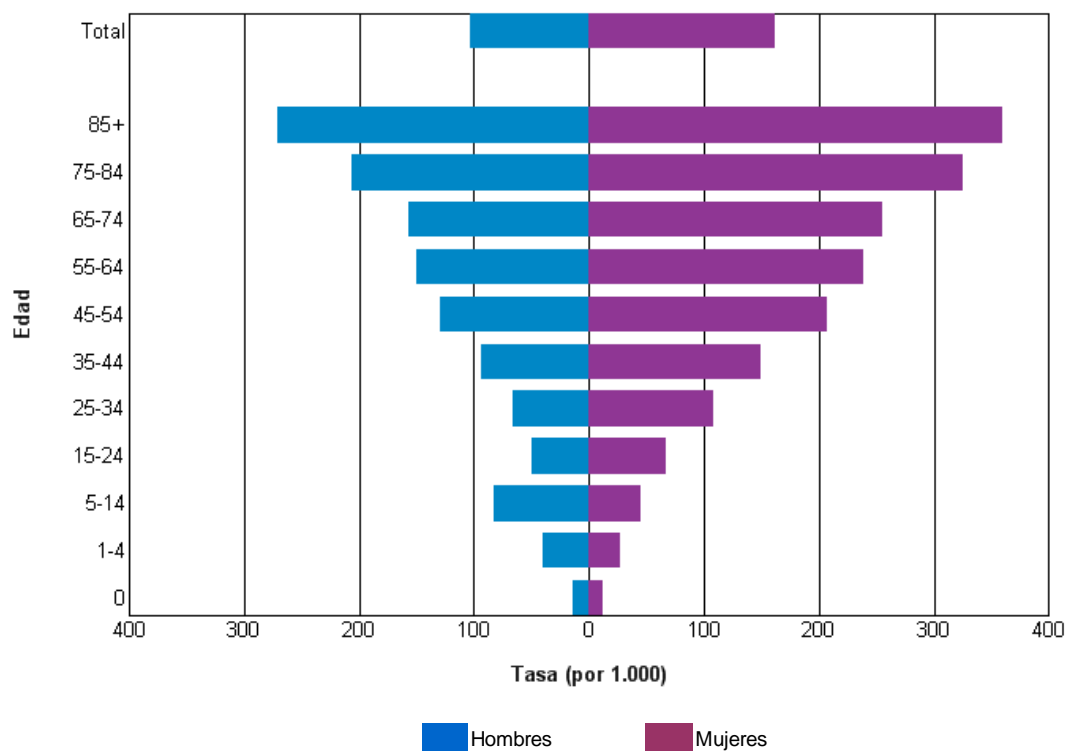


Figura 6.6. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	P06-Trastornos del sueño N=297	P11-Problemas de conducta N=206	P24-Probl específicos del aprendizaje N=121	P20-Trastornos de la memoria N=73	P04-Sens/sent de irritabilidad/enojo N=23
1-4	P24-Probl específicos del aprendizaje N=2842	P06-Trastornos del sueño N=2345	P22-Sig/sin compor niño N=1015	P11-Problemas de conducta N=981	P20-Trastornos de la memoria N=530
5-14	P21-Niño hiperactivo, hiperactivo (CIAP-1) N=7738	P22-Sig/sin compor niño N=6562	P20-Trastornos de la memoria N=6069	P12-Enuresis N=5546	P24-Probl específicos del aprendizaje N=5118
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=11188	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=2845	P17-Abuso del tabaco N=2623	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2493	P06-Trastornos del sueño N=2154
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=35909	P76-Depresión/trastornos depresivos N=10851	P17-Abuso del tabaco N=10055	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=9887	P06-Trastornos del sueño N=6484
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=50161	P76-Depresión/trastornos depresivos N=20966	P17-Abuso del tabaco N=17238	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=14625	P06-Trastornos del sueño N=11726
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=44456	P76-Depresión/trastornos depresivos N=27286	P17-Abuso del tabaco N=21131	P06-Trastornos del sueño N=16480	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=12877
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=31496	P76-Depresión/trastornos depresivos N=27832	P06-Trastornos del sueño N=18086	P17-Abuso del tabaco N=16301	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=8643
65-74	P76-Depresión/trastornos depresivos N=22673	P01-Sensación ansiedad/tensión N=20123	P06-Trastornos del sueño N=19053	P20-Trastornos de la memoria N=7861	P17-Abuso del tabaco N=7616
75-84	P76-Depresión/trastornos depresivos N=21256	P06-Trastornos del sueño N=18209	P20-Trastornos de la memoria N=14542	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14393	P70-Demencia N=12375
85+	P70-Demencia N=12641	P06-Trastornos del sueño N=8901	P76-Depresión/trastornos depresivos N=7829	P20-Trastornos de la memoria N=6647	P01-Sensación ansiedad/tensión N=4760

*Código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios.

6.1.4. Morbilidad hospitalaria

Las tasas más elevadas de hospitalización por patología mental en 2011 se observan en torno a las edades medias de la vida, especialmente en hombres, y a partir de los 75 años (Figura 6.7). Destaca la tasa que se aprecia en las mujeres entre 15 y 19 años, a la que contribuyen de forma fundamental los trastornos de comportamiento alimenticio (26,4% de las altas por patología mental en ese grupo de edad) y la tasa en varones a partir de 85 años (65,5% de las altas en este grupo corresponden a demencias y otros desórdenes cognitivos). Agrupando las altas hospitalarias por patología mental según la clasificación DSM-IV-TR®, en los hombres las mayores tasas fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos por los desórdenes relacionados con sustancias, mientras en las mujeres los trastornos del estado de ánimo superaron a la esquizofrenia (Figura 6.8). En los menores de 15 años las mayores tasas corresponden al grupo de desórdenes habitualmente diagnosticados en la infancia y adolescencia. Entre los 15 y los 64 años alcanzan las mayores tasas la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos por los trastornos del estado de ánimo y los desórdenes relacionados con sustancias. A partir de los 65 años las tasas más elevadas corresponden a la demencia y otros desórdenes cognitivos, seguidos por los trastornos del estado de ánimo (Figura 6.9).

Figura 6.7. Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

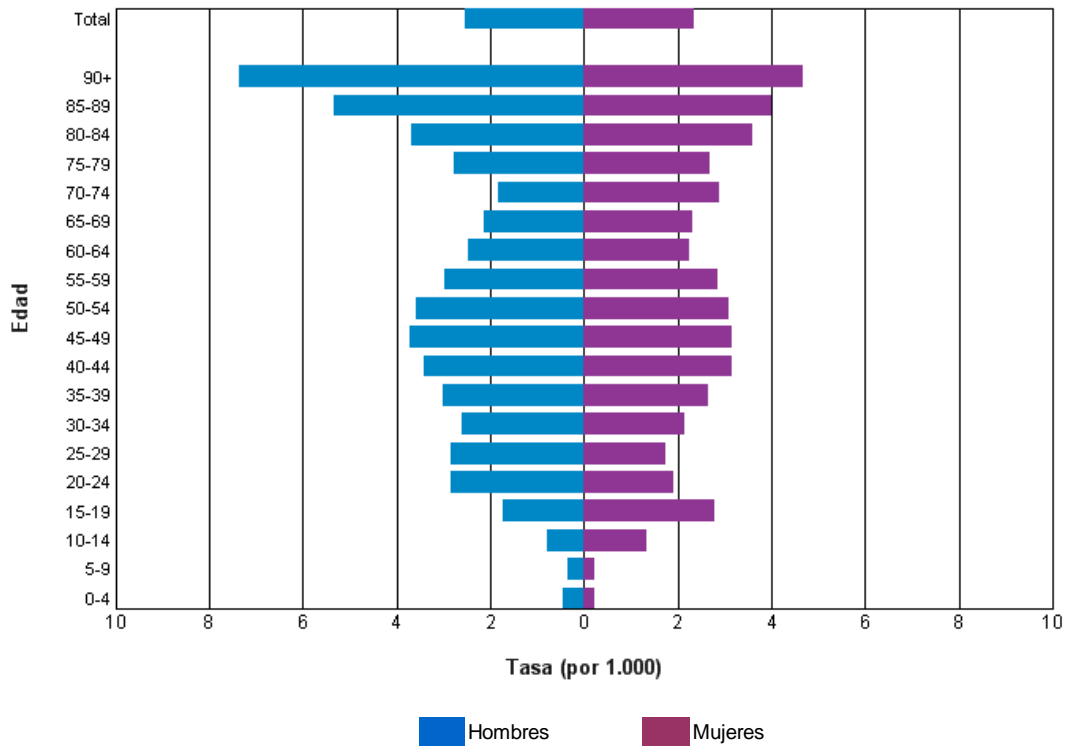


Figura 6.8. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

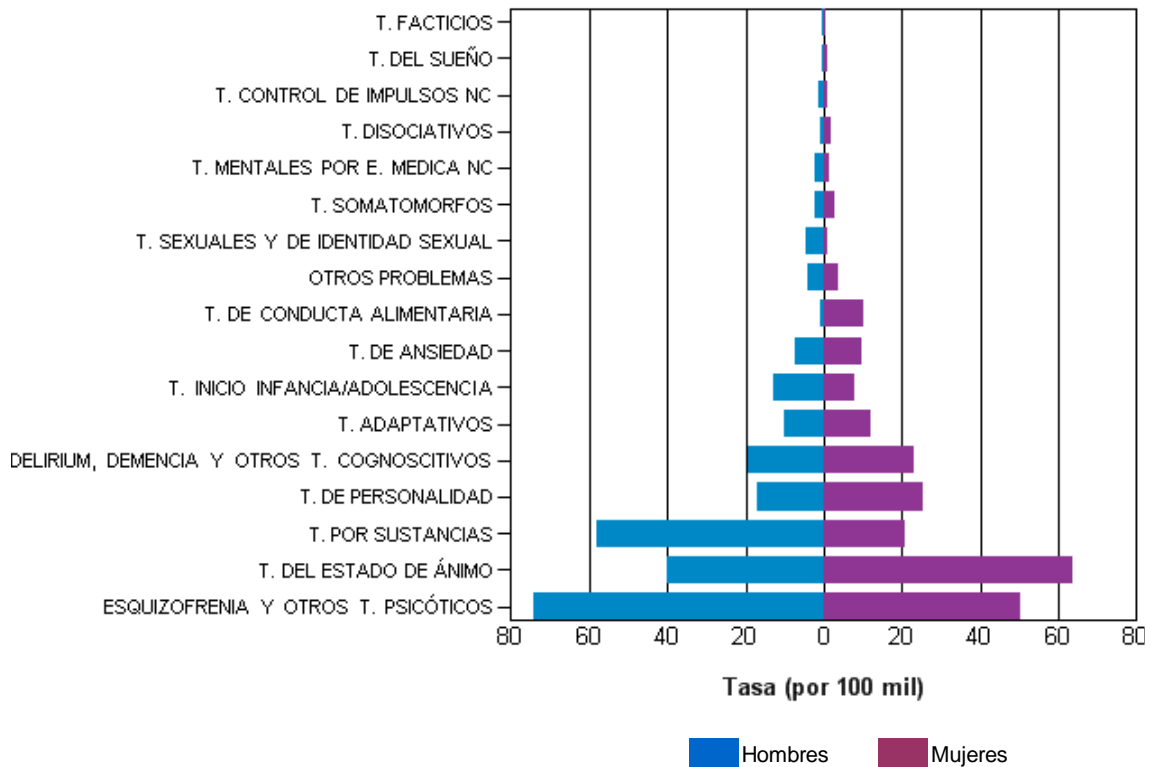
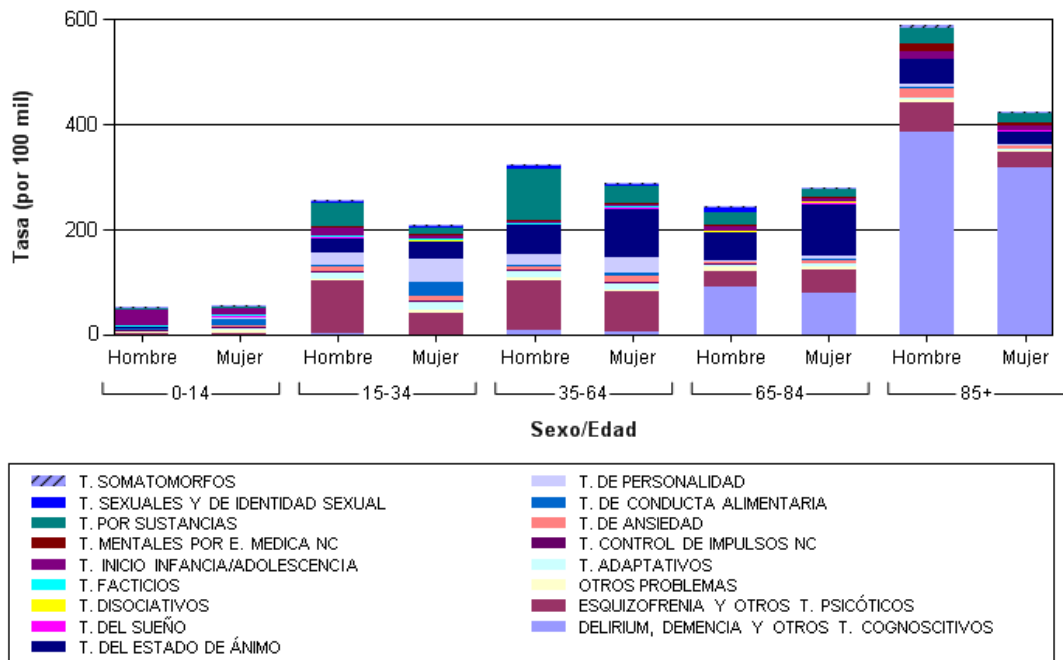


Figura 6.9. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



6.1.5. Carga de enfermedad

La clasificación de causas de enfermedad y defunción utilizada en los estudios de carga de enfermedad (ver Metodología) no permiten disociar las causas mentales de las neurológicas del mismo modo que lo hace la CIE-10, por lo que se comentan de manera conjunta.

Como se apuntó en el capítulo 2, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. El componente de mala salud (años vividos con discapacidad) tiene un peso mucho mayor (94,1%, en 2010, de la carga total por estas causas) que el de la mortalidad (años de vida perdidos por muerte). Sólo a edades elevadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer la mortalidad cobra cierta presencia en este indicador.

En la distribución por edades de la carga de enfermedad por causas neuropsiquiátricas se aprecia un patrón bimodal (Figura 6.10), con un primer valor máximo en edades de adultos jóvenes, resultado principalmente de las consecuencias del abuso de alcohol en varones y de la depresión en mujeres (Figura 6.11), un un segundo valor máximo a edades avanzadas resultado del impacto de las demencias y el Alzheimer, con mayor efecto en las mujeres (Figura 6.12).

Figura 6.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

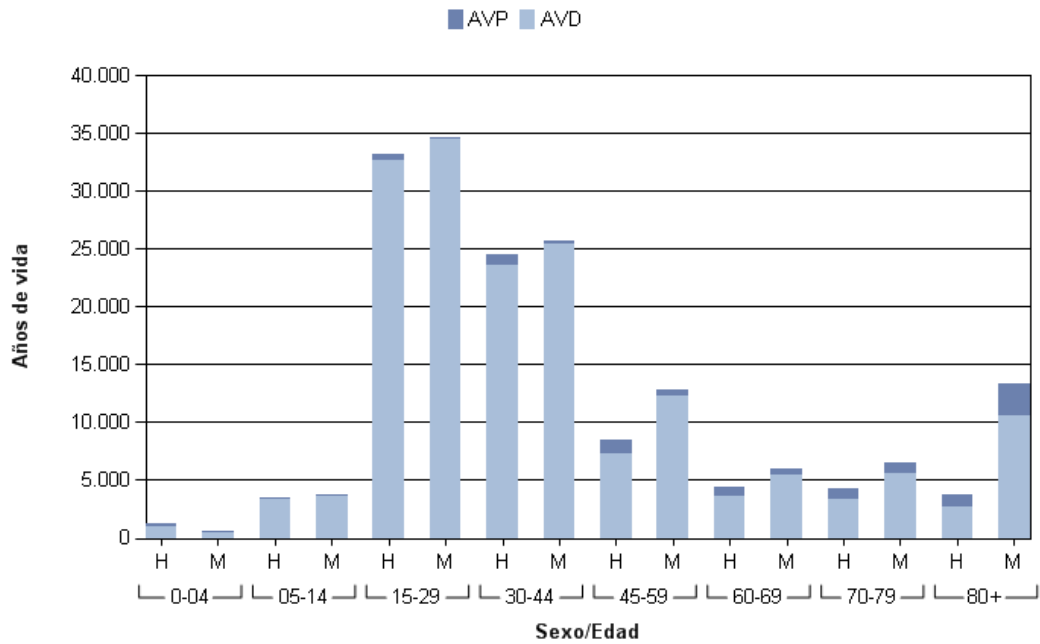


Figura 6.11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

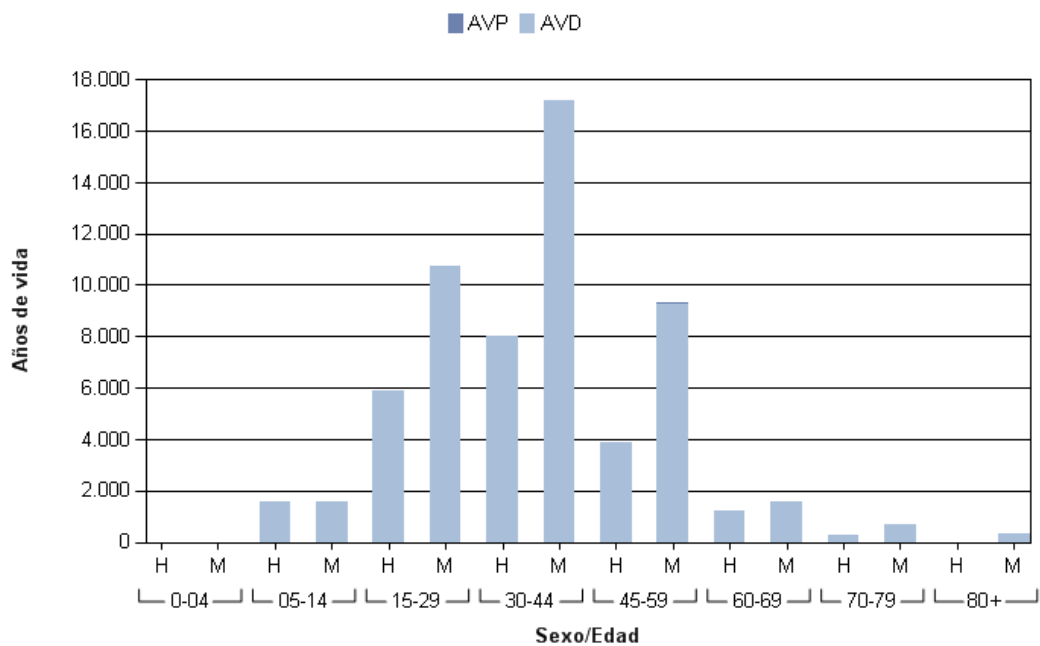
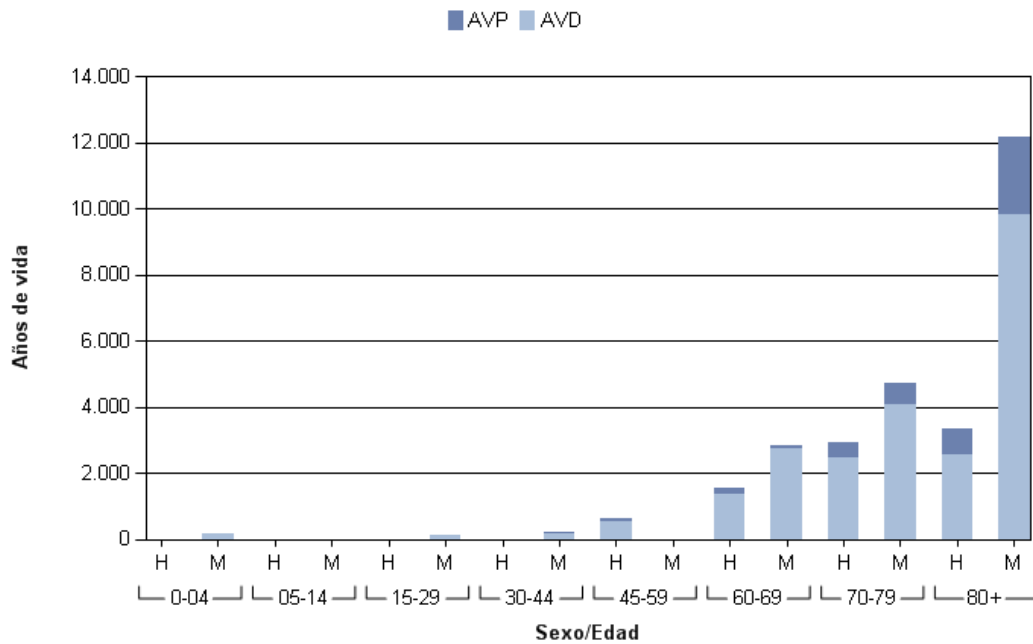


Figura 6.12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias y enfermedad de Alzheimer, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



6.2. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. Enfermedad de Alzheimer

Como se ha comentado al inicio del capítulo, la práctica totalidad de las defunciones por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se producen a edades avanzadas. En el caso de los primeros esto es debido al abrumador peso de las demencias (trastornos mentales orgánicos, senil y presenil) que suponen en 2010 más del 95% del total de fallecimientos por este capítulo de la CIE-10. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, su peso sobre el conjunto del gran grupo de enfermedades del sistema nervioso es menor (45,1% en 2010), pero igualmente importante en número absoluto de casos. Es por ello que el valor de las tasas truncadas (que tiene en cuenta la mortalidad de la población de 35 a 64 años cumplidos de edad) es en ambos casos inapreciable (Tabla 6.6 y Tabla 6.7), y que las curvas de evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por ambas causas específicas (Figura 6.13 y Figura 6.14) y su contribución al cambio de esperanza de vida (Figura 6.15) coinciden con las de los respectivos grandes grupos a los que pertenecen.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria en 2011, las altas por demencia alcanzaron una tasa de 5,4 por 100 mil habitantes, superior a la atribuida a enfermedad de Alzheimer (3,6 altas por 100 mil habitantes). En ambas patologías las tasas fueron superiores entre las mujeres.

Tabla 6.6. Demencias. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Demencias. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	251	596	847
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,1	18,0	13,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,3	0,1	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,4	7,0	7,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	4,7	6,3	5,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,03	0,09	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.424	20.148	28.572
Años de Vida Perdidos. CM.	1.517	3.097	4.614
Años Vividos con Discapacidad. CM.	6.907	17.051	23.958

Tabla 6.7. Enfermedad de Alzheimer. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid, 2010.

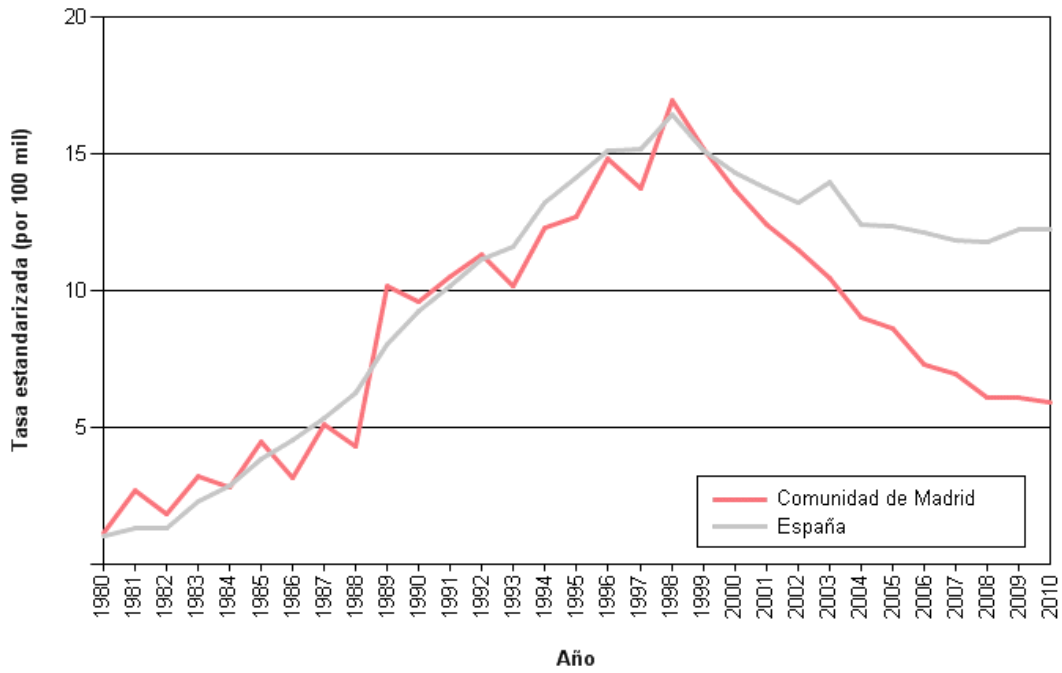
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedad de Alzheimer. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	217	597	814
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,0	18,0	12,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,5	7,6	6,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	2,4	4,8	3,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,01	0,01	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-

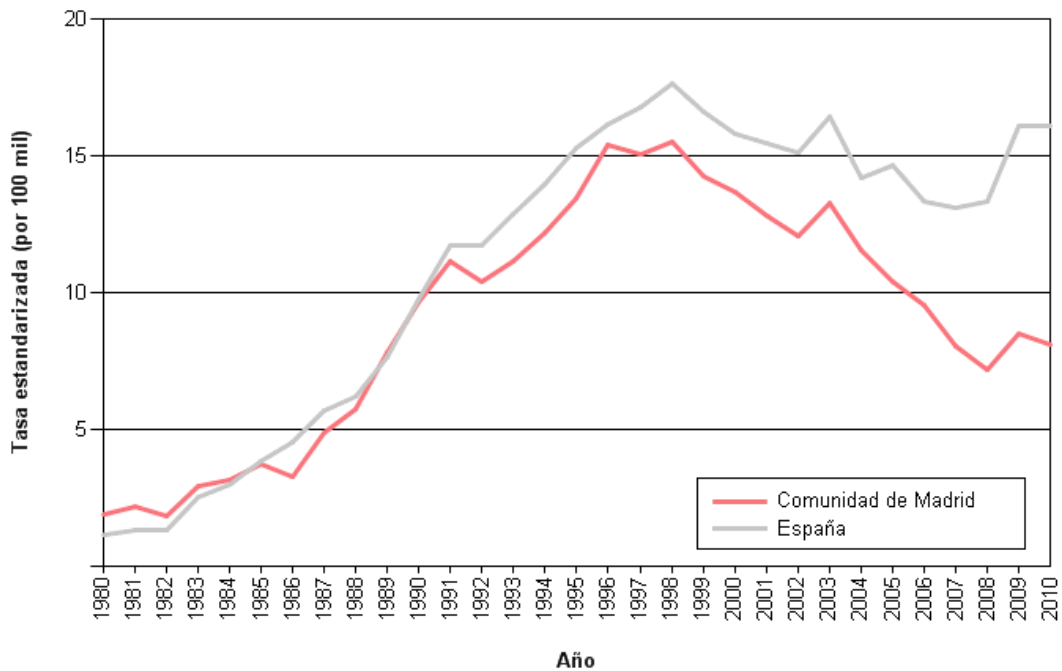
Figura 6.13. Demencias. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

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

Hombres



Mujeres

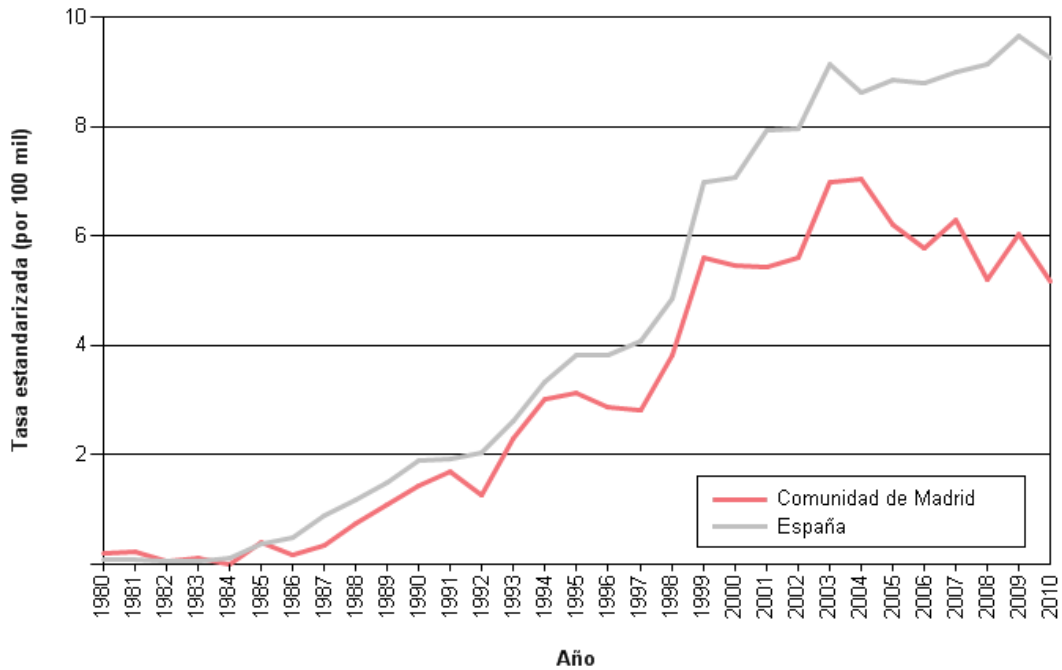


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

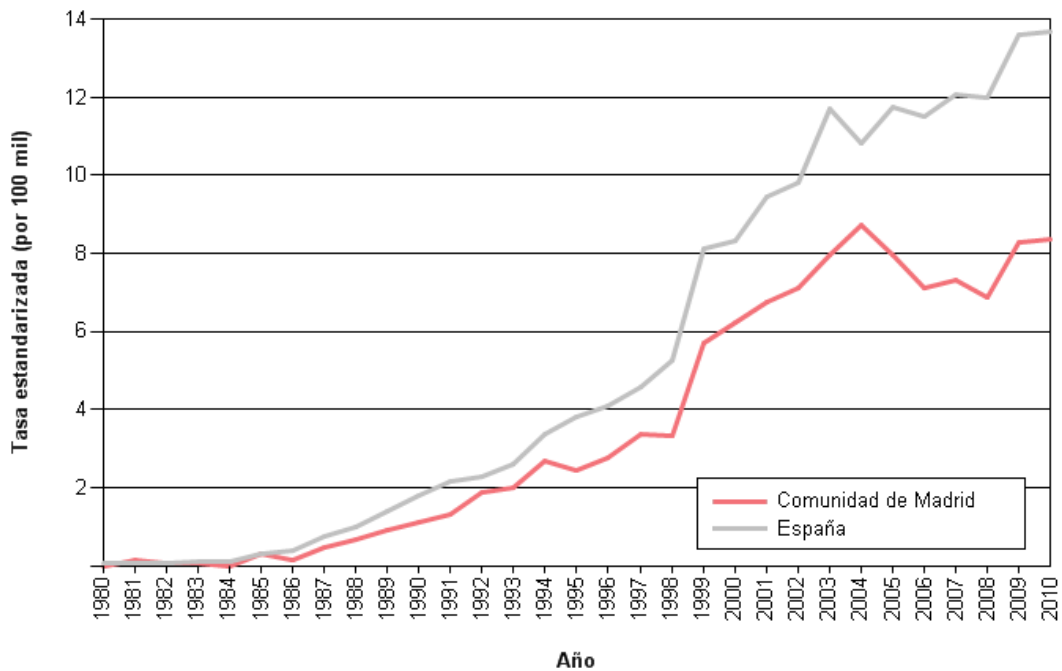
Figura 6.14. Enfermedad de Alzheimer. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

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

Hombres



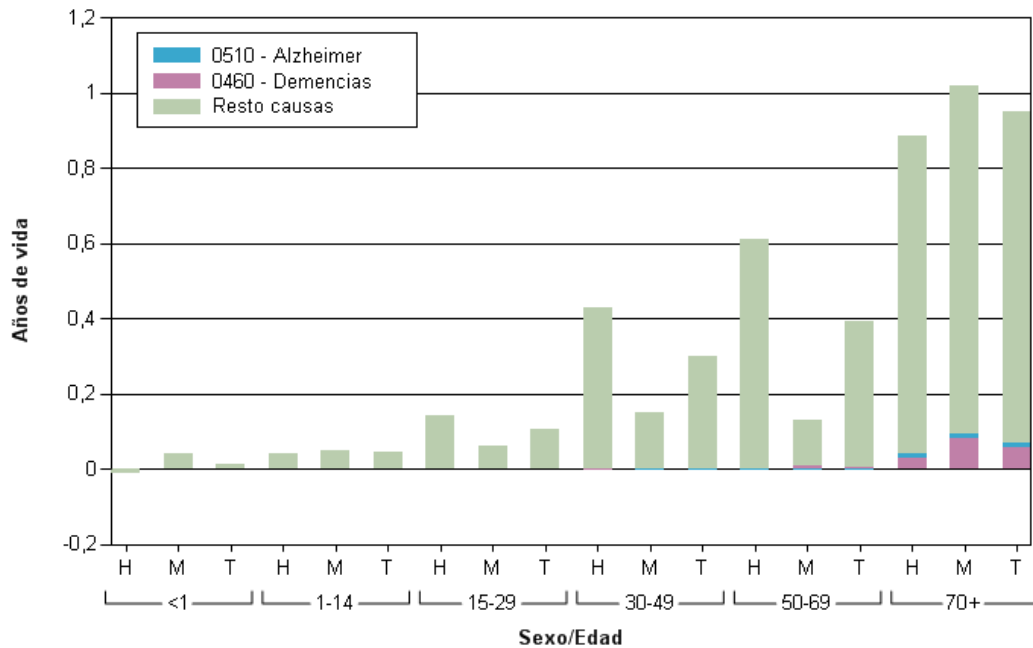
Mujeres



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

Figura 6.15. Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



6.3. Conclusiones

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña. El componente de mala salud tiene un peso mucho mayor que el de la mortalidad. Ésta se produce a edades elevadas, debido a las demencias y a la enfermedad de Alzheimer.

En Atención Primaria la patología mental representó un 4,2% de los episodios atendidos en 2011. Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Objetivo 7

**Reducir las enfermedades
transmisibles**

7

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.

2. Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y **mejorar la salud sexual**, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.

Los factores socioeconómicos, ambientales y conductuales, así como los viajes internacionales y la migración, facilitan y aumentan la propagación de enfermedades transmisibles. Las enfermedades prevenibles por inmunización, de origen alimentario, zoonosis, relacionadas con la asistencia sanitaria y transmisibles representan una amenaza importante para la salud humana y en ocasiones pueden poner en peligro la seguridad sanitaria internacional.

Con el apoyo de la OMS, los 194 Estados Miembros del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) han implementado estas normas globales para mejorar la seguridad de la salud pública nacional, regional y mundial desde la entrada en vigor en junio de 2007.

Los sistemas de vacunación

El objetivo de la OMS/Europa es alcanzar y mantener altos niveles de inmunización en la infancia, particularmente en los grupos vulnerables, a las edades apropiadas y con las dosis recomendadas.

Hepatitis

En mayo de 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución que reconoce la hepatitis como un problema de salud pública global.

Tuberculosis

El centro de la política de la OMS/Europa sobre tuberculosis es la estrategia 'Stop Tuberculosis'.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

La OMS/Europa está desarrollando un marco regional para la aplicación de la estrategia mundial de prevención y control de las ITS en la Región Europea de la OMS, 2006-2015.

VIH/SIDA

Los documentos de orientación estratégica del trabajo de la OMS/Europa sobre el VIH incluyen el Plan de Acción Europeo para el VIH/SIDA 2012-2015.

[Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa](#)

7.1. Enfermedades transmisibles

- 7.1.1. Indicadores generales
- 7.1.2. Mortalidad
- 7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria
- 7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas
- 7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

7.2. Coberturas vacunales

- 7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario
- 7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

- 7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis y varicela
- 7.3.2. Infecciones que causan meningitis: *meningitis víricas*, *enfermedad invasiva por H. influenzae*, *enfermedad meningocócica*, *enfermedad neumocócica invasora* y otras meningitis bacterianas
- 7.3.3. Hepatitis víricas A, B y otras
- 7.3.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe y legionelosis
- 7.3.5. Tuberculosis
- 7.3.6. Brucelosis
- 7.3.7. Enfermedades transmitidas por vectores: leishmaniasis y paludismo
- 7.3.8. Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario
- 7.3.9. Infecciones de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis
- 7.3.10. Infecciones causadas por VIH/sida
- 7.3.11. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas, lepra y otras enfermedades de declaración obligatoria
- 7.3.12. Brotes de origen no alimentario

7.4. Conclusiones

7.1. Enfermedades transmisibles

7.1.1. Indicadores generales

Las enfermedades transmisibles no son una importante causa de muerte (Tabla 7.1) en los países industrializados. Su importancia radica más que en su impacto en términos de morbilidad en el hecho de su posible prevención y control. En su mayoría son enfermedades que pueden controlarse y, en muchos casos, evitarse.

Tabla 7.1. Enfermedades infecciosas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades infecciosas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	431	381	812
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,9	11,5	12,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	14,7	4,6	9,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,2	6,5	9,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	293,1	213,7	252,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,08	0,02	0,05
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	6.907	4.931	11.839
Años de Vida Perdidos. CM.	4.593	2.359	6.953
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.314	2.572	4.886

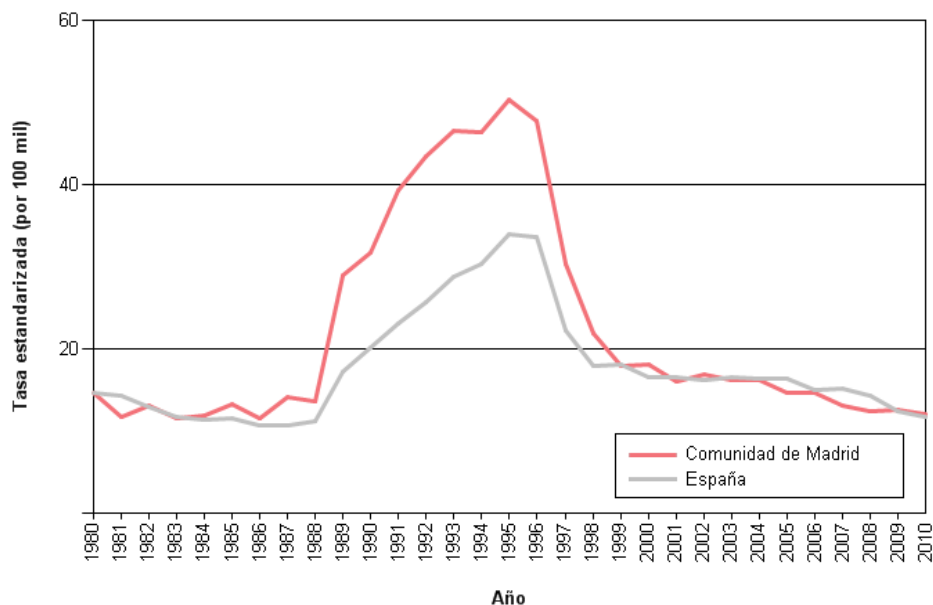
7.1.2. Mortalidad

La mortalidad por esta causa, superior en hombres que en mujeres, muestra una tendencia estable a lo largo del siglo XXI y con valores similares al conjunto de España (Figura 7.1). Se observa que incluso estas causas han contribuido ligeramente al incremento de esperanza de vida en los últimos años (Figura 7.2).

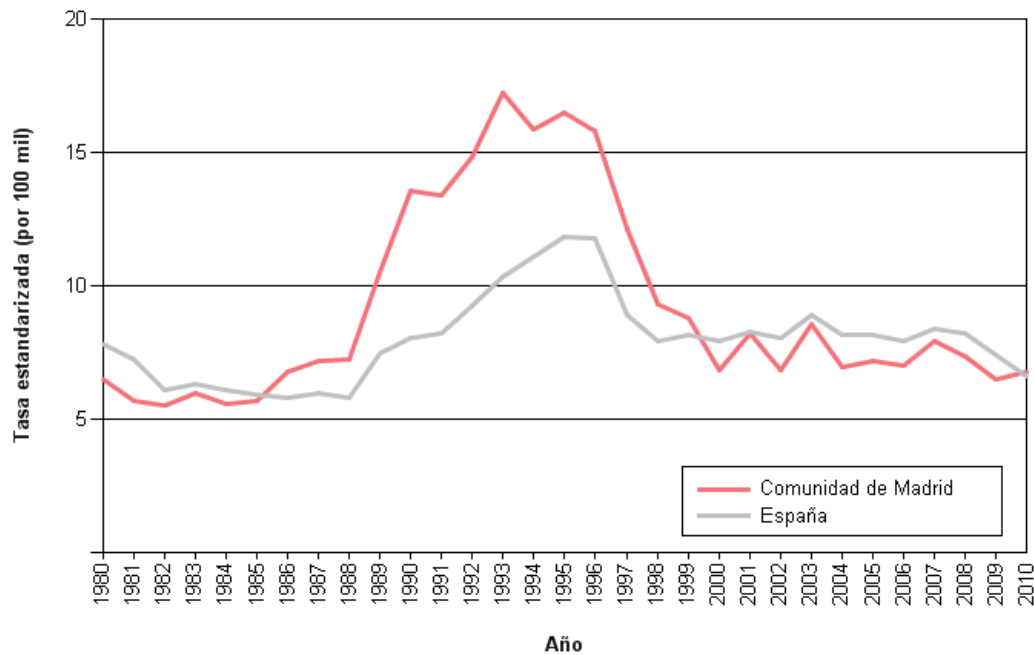
Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

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

Hombres



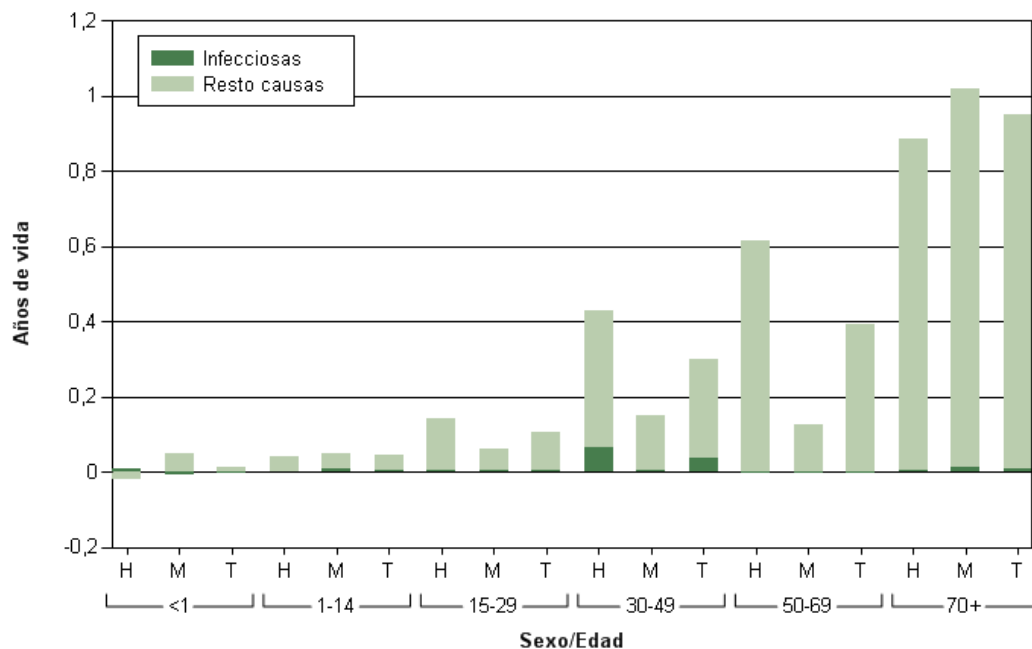
Mujeres



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

Figura 7.2. Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

Las enfermedades infecciosas representan aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Tabla 7.2 y Tabla 7.3). Las tasas más elevadas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años (Figura 7.3). Las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección

respiratoria aguda es la primera causa, en todos los grupos de edad, de motivo de consulta por infección (Figura 7.4).

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	1.871.314	25,3	610,0 (669,7)	2.064.342	25,9	680,1 (741,0)
Mujeres	2.596.985	22,7	782,7 (841,7)	2.851.783	23,2	867,2 (930,1)
Nacidos fuera de España	602.056	21,9	506,8 (662,5)	653.774	22,3	570,8 (711,5)
Nacidos en España	3.865.906	24,0	743,8 (779,7)	4.261.860	24,6	823,0 (859,8)
Total	4.468.299	23,7	699,7 (758,7)	4.916.125	24,2	777,4 (839,0)

Tabla 7.3. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

DA	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	824.228	21,8	652,0 (718,0)	802.695	22,2	650,9 (716,7)
Norte	499.759	23,6	620,4 (666,7)	572.144	24,2	710,2 (760,4)
Este	641.445	24,0	693,3 (747,2)	705.287	24,2	769,1 (825,7)
Sureste	736.856	23,9	784,1 (851,7)	888.949	25,1	947,4 (1.027,8)
Sur	602.308	25,0	826,9 (875,0)	695.853	25,8	955,8 (1.003,1)
Oeste	566.359	24,3	784,1 (854,3)	611.883	24,4	856,3 (923,7)
Noroeste	597.344	24,1	597,1 (642,5)	639.314	24,3	647,8 (691,8)

Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

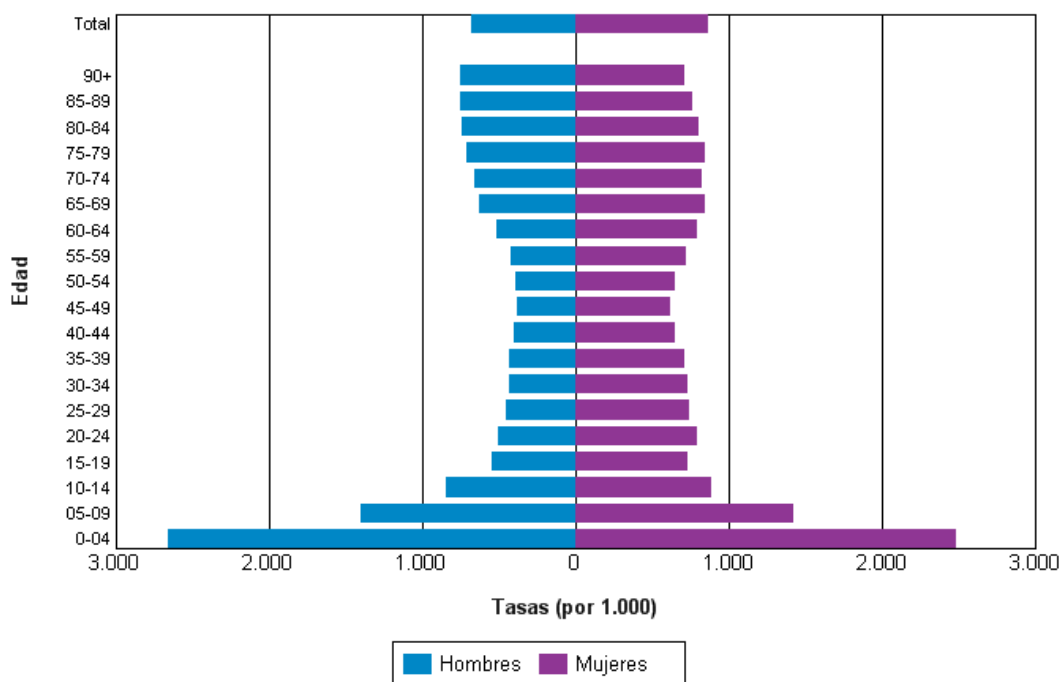


Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=47.519	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=10.629	D73-Infección intestinal inesp/posible N=5.977	F71-Conjuntivitis alérgica N=5.168	H71-Otitis media/miringitis aguda N=4.866
1-4	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=356.541	H71-Otitis media/miringitis aguda N=83.257	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=64.820	D73-Infección intestinal inesp/posible N=60.882	R77-Laringitis/traqueítis aguda N=39.347
5-14	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=299.621	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=60.107	D73-Infección intestinal inesp/posible N=49.173	H71-Otitis media/miringitis aguda N=48.678	R76-Amigdalitis aguda N=43.956
15-24	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=158.302	D73-Infección intestinal inesp/posible N=43.034	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=30.523	R76-Amigdalitis aguda N=21.359	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=19.637
25-34	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=229.111	D73-Infección intestinal inesp/posible N=90.687	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=37.974	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=30.552	R76-Amigdalitis aguda N=20.596
35-44	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=261.966	D73-Infección intestinal inesp/posible N=69.047	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=38.705	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=21.613	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=20.770
45-54	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=189.974	D73-Infección intestinal inesp/posible N=36.552	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=32.838	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=22.066	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.331
55-64	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=182.360	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=31.502	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=25.295	D73-Infección intestinal inesp/posible N=23.688	F71-Conjuntivitis alérgica N=16.122
65-74	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=168.395	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=32.500	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=27.616	F71-Conjuntivitis alérgica N=17.024	D73-Infección intestinal inesp/posible N=13.958
75-84	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=120.837	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=34.779	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=26.309	F71-Conjuntivitis alérgica N=14.542	D73-Infección intestinal inesp/posible N=12.148
85+	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=40.112	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=19.524	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=11.593	F71-Conjuntivitis alérgica N=5.984	D73-Infección intestinal inesp/posible N=5.084

*Código CIAP-2 correspondiente. N= número de episodios.

7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas

Las tasas más altas de morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias se observan en las edades extremas de la vida (Figura 7.5). Si consideramos las causas específicas (Figura 7.6) las enfermedades víricas seguidas de las septicemias son las más frecuentes. En las personas de 55 y más años las septicemias son la primera causa infecciosa de alta hospitalaria. En los menores de 5 años las infecciones intestinales son la primera causa infecciosa de hospitalización. Respecto a la morbilidad hospitalaria por rotavirus (Figura 7.7), en niños de 1 a 4 años la tasa en 2011 fue de 1,55 por mil, sin grandes variaciones respecto a años previos; y en menores de un año de edad la tasa muestra mayores oscilaciones temporales en los últimos años siendo en 2011 de 9,06 por mil.

Figura 7.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

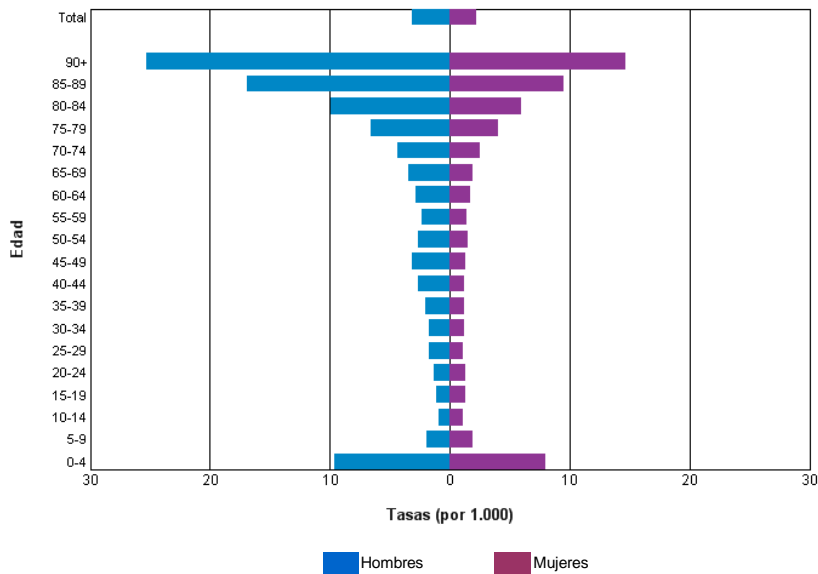


Figura 7.6. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas más frecuentes de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2011.

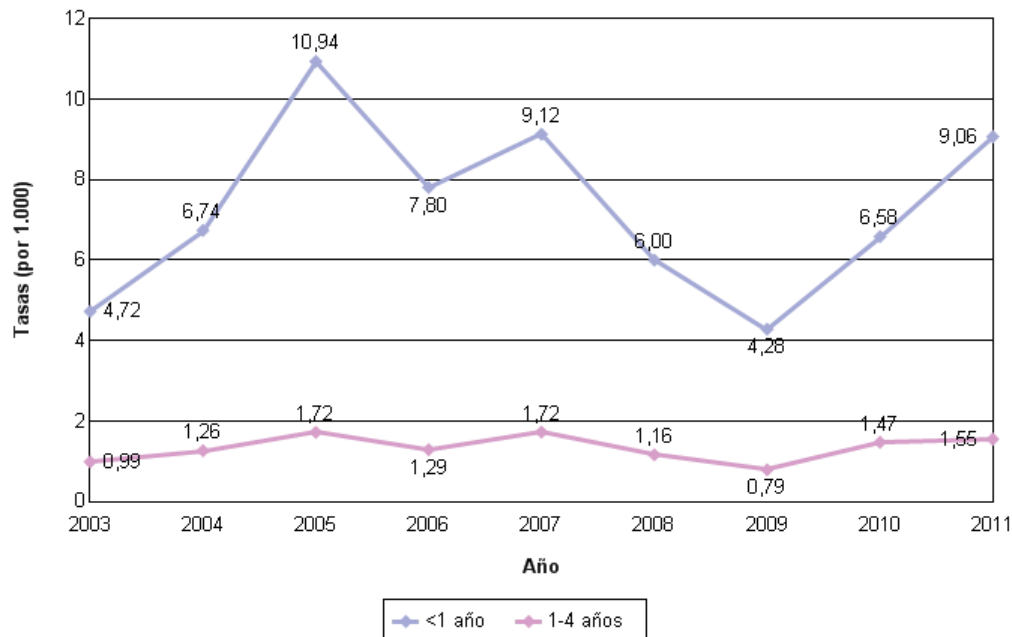
Fuente: CMBD. Elaboración: Informes de Salud y Estudios

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=729	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=338	033.-TOSFERINA N=207	038.-SEPTICEMIA N=117	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=69
1-4	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=566	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=189	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=125	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=100	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=91
5-14	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=179	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=140	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=96	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=90	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=79
15-24	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=303	075.-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA N=99	038.-SEPTICEMIA N=68	011.-TBC PULMONAR N=54	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH N=46
25-34	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=619	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH N=234	070.-HEPATITIS VIRICA N=154	038.-SEPTICEMIA N=103	011.-TBC PULMONAR N=98
35-44	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH N=810	070.-HEPATITIS VIRICA N=648	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=517	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=148	038.-SEPTICEMIA N=146
45-54	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH N=978	070.-HEPATITIS VIRICA N=752	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=436	038.-SEPTICEMIA N=280	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=154
55-64	038.-SEPTICEMIA N=355	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=336	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH N=186	070.-HEPATITIS VIRICA N=185	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=91
65-74	038.-SEPTICEMIA N=595	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=224	070.-HEPATITIS VIRICA N=106	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=93	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=66
75-84	038.-SEPTICEMIA N=1.302	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=158	070.-HEPATITIS VIRICA N=122	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=107	053.-HERPES ZOSTER N=82
85+	038.-SEPTICEMIA N=1.381	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=124	053.-HERPES ZOSTER N=47	112.-CANDIDIASIS N=41	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=34

*Código CIE-9-MC correspondiente. N=número de altas.

Figura 7.7. Rotavirus. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CIE-9-MC: 008.61). Tasas por mil en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

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

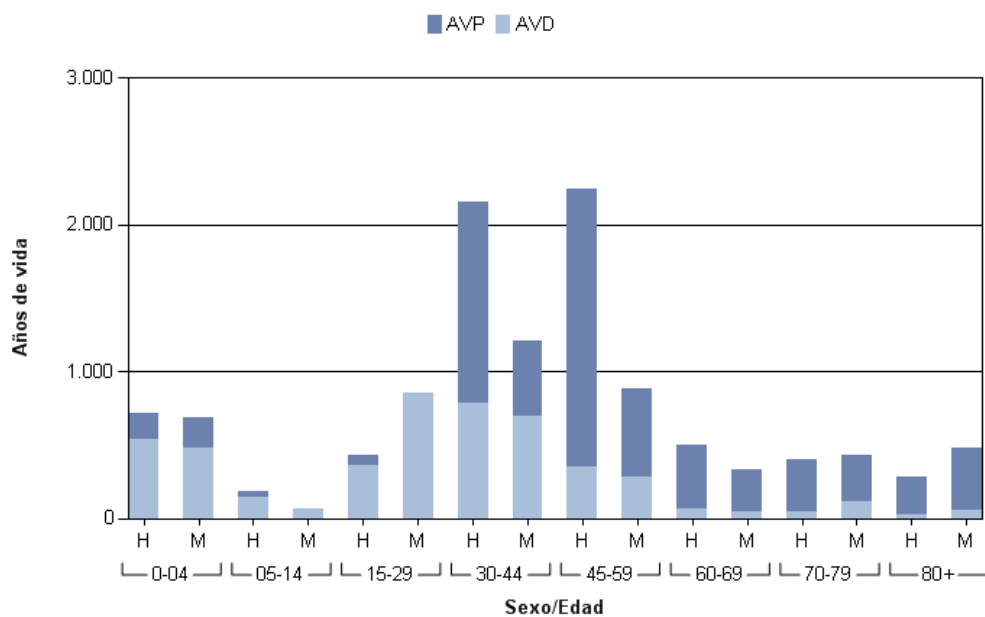


7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

La carga de enfermedad por causas infecciosas tiene especial relevancia en los hombres de 30 a 59 años (Figura 7.8). A partir de los 45 años el componente principal de carga de enfermedad por estas causas es por mortalidad.

Figura 7.8. Enfermedades infecciosas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.2. Coberturas vacunales

El programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles de la Comunidad de Madrid se desarrolla mediante vacunación sistemática infantil (calendario), campañas especiales y recientemente se ha sistematizado la vacunación del adulto (edición del primer calendario del adulto en 2007).

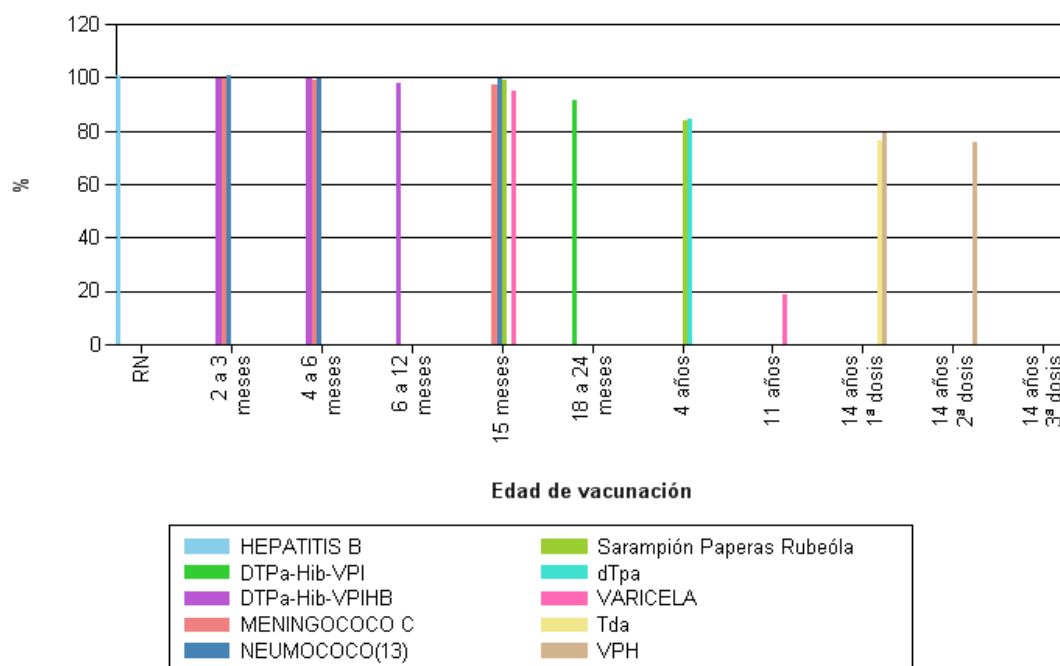
7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

En la [Figura 7.9](#) se presentan los datos de vacunación infantil de calendario. En años recientes se han incluido vacunas para nuevas enfermedades en el calendario de vacunación infantil como la de la varicela en 2005 y frente al virus del papiloma humano en 2009. También se introdujo en 2006 la vacuna conjugada frente a neumococo (inicialmente la 7-valente y en 2010 la 13-valente) si bien a partir de julio de 2012 ha sido excluida del calendario de vacunación infantil. Asimismo se han ido introduciendo ajustes en el número de dosis y edad al vacunar como por ej. la primera dosis de vacuna triple vírica a los 12 meses desde 2011.

En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros.

Figura 7.9. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

7.2.2.1. Gripe y neumococo

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid desarrolla desde el año 1990 campañas anuales de vacunación frente a la gripe dirigidas a los grupos de población que tienen un mayor riesgo de tener complicaciones asociadas. Hasta el año 2005 la edad de vacunación en mayores estaba fijada a partir de los 65 años y en 2005 se amplió la vacunación a las personas mayores de 59 años. Desde el año 2003 en la campaña de vacunación antigripal se ha asociado la vacuna antineumocócica. Inicialmente fue dirigida a mayores de 75 años, en 2004 a mayores de 65 años y a partir de 2005 se ha ampliado la campaña a las personas de 60 ó más años. Para ambas enfermedades, por debajo de esas edades se recomienda la vacunación de personas incluidas en grupos de riesgo.

En la figura **Figura 7.10** se presenta, para los últimos años, la cobertura de vacunación antigripal en mayores. En 2011 en el grupo de mayores de 64 se alcanzó una cobertura de 60,40% y en el grupo de 60 a 64 fue de 27,90%.

Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando la vacunación con una sola dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2011 se muestra en la **Figura 7.11**. A partir de los 75 años de edad la cobertura supera el 70%.

Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2011.

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.

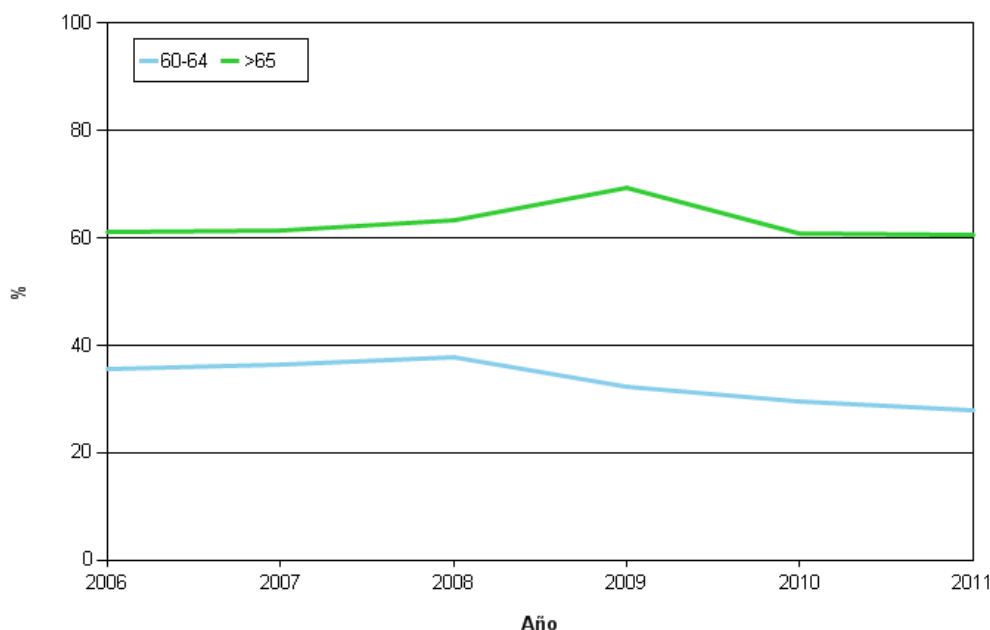
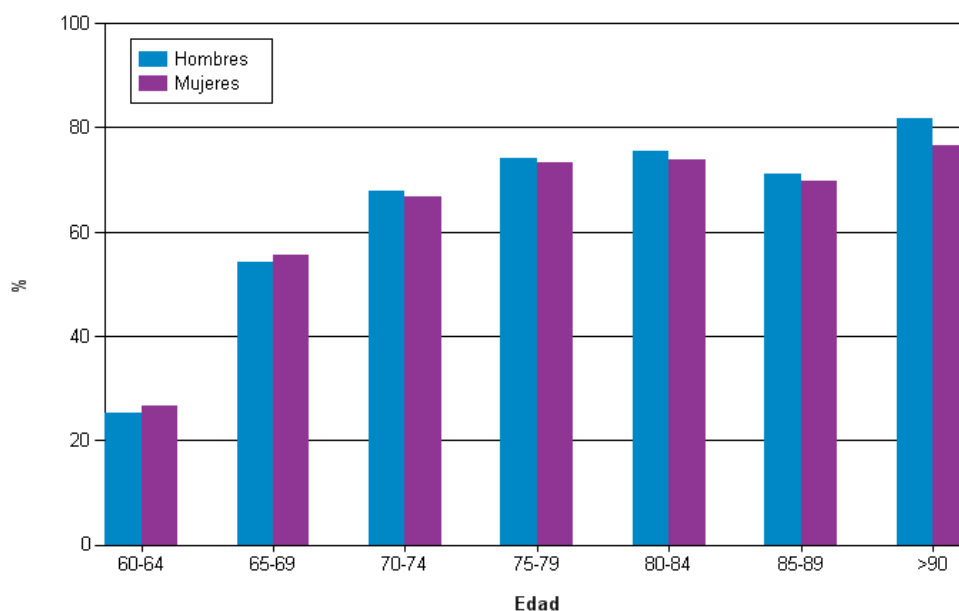


Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis y varicela

Durante los años 2011 y 2010 no se han notificado casos de poliomielitis, difteria, tétanos ni rubéola congénita.

Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis, tres Regiones han sido certificadas "libres de Polio": La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea en el año 2002. Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación de la polio redujeron en un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. Sin embargo, la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio, produciendo una dispersión internacional del poliovirus y, aunque el número total de casos de polio está estabilizado, en el año 2010 el 80% de los casos se han notificado en países no endémicos. A pesar de este fenómeno de diseminación internacional, la polio endémica se mantiene confinada en cuatro países: India, Pakistán, Afganistán y Nigeria. Durante 2010 se han contabilizado 1.294 casos frente a los 1.604 del año anterior.

Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

En la Comunidad de Madrid el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) detecta incidencias cercanas al 1 por 100.000 en menores de 15 años. En 2010 en España se notificaron al sistema de vigilancia 31 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como "descartados" de polio y la mayoría (el 84%) han tenido un diagnóstico de "Síndrome de Guillain-Barré".

En el año 2010 se notificaron 402 casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid y 410 en 2011, lo que supone un incremento importante respecto a 2009 (Figura 7.12). En 2010 el 45,8% de los casos se clasificaron como confirmados, el 14,9% como probables y el 39,3% restantes como sospechosos. El 55,2% de los casos eran mujeres. La mediana de la edad fue de 7 años, con un rango de 0 meses a 63 años, siendo el 24,9% menores de 6 meses, el 13,9% de 6 meses a 4 años, el 27,4% entre 5 y 9 años, el 20,1% de 10 a 14 años y el 13,7% mayores de 15 años (Figura 7.13). El estado vacunal era desconocido en el 25,6% de los casos, el 17,2% no estaban vacunados y el 57,2% sí lo estaban (en el 55,7% se desconocía el número de dosis recibidas y el resto estaba inmunizado con al menos una dosis de vacuna). El 10,4% de los enfermos estaban asociados a otros casos, y durante el año 2010 se notificaron 6 brotes de tos ferina en la región, con un total de 23 afectados, tres de ellos se produjeron en el entorno familiar y los otros tres en colectivos escolares. Desde el 1 de junio de 2011 en la Comunidad de Madrid se administra una dosis de dTpa a los 14 años.

Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

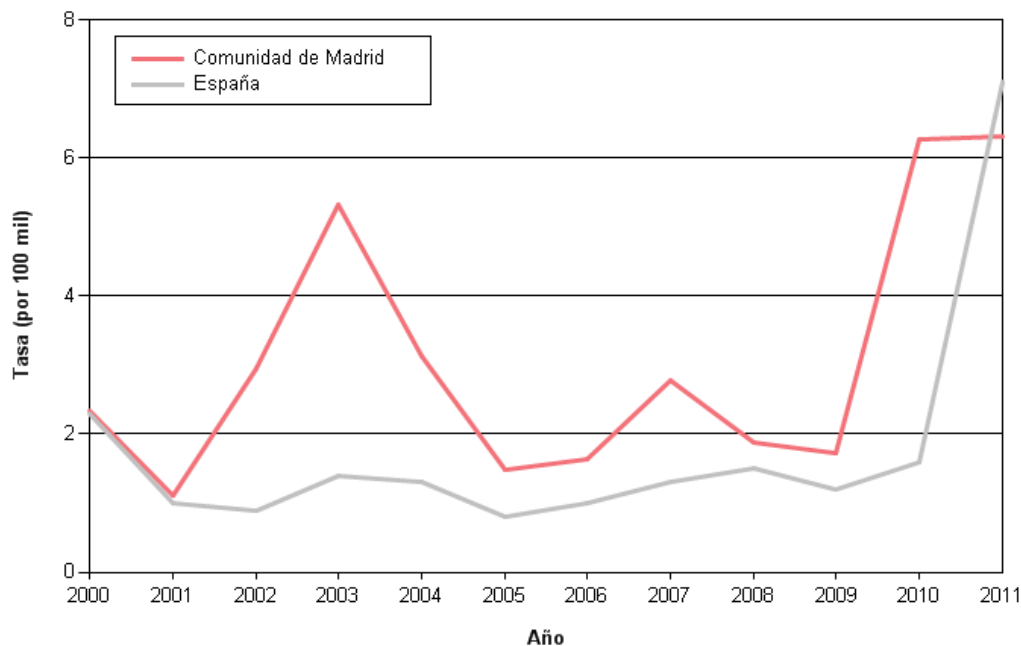
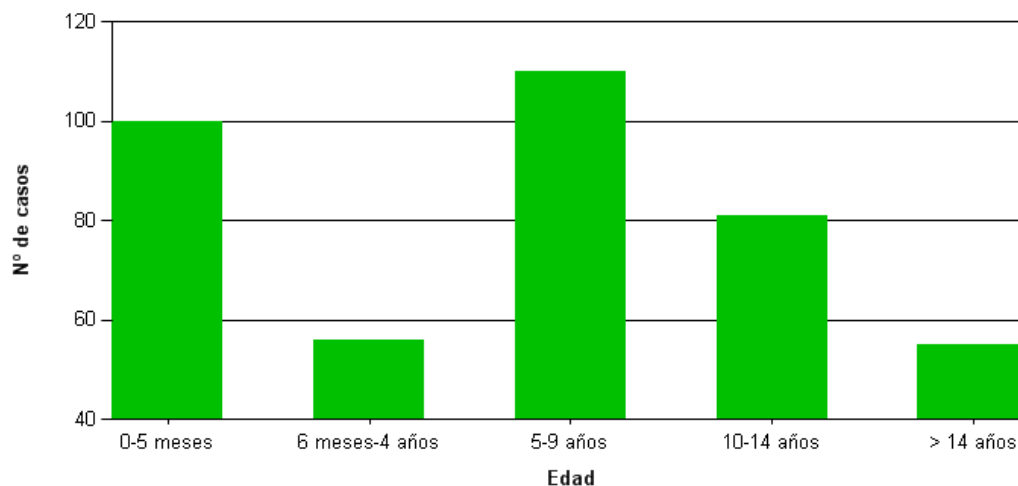


Figura 7.13. Tos ferina. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Después del brote comunitario de sarampión que ocurrió en la región en el año 2006 (Figura 7.14), en el periodo de 2007 a 2010 se han notificado 135 casos sospechosos de sarampión, de los que se han confirmado el 51,8% (70 casos). En 2011 se ha producido un nuevo brote comunitario que comenzó en la semana 6 de 2011 y se ha prolongado hasta el 31 de julio de 2012. En este periodo se han detectado 821 casos (Figura 7.15), de los que 802 son autóctonos, 16 pertenecientes a otras Comunidades Autónomas y 3 importados. El 83,2% de los casos han sido confirmados por laboratorio, el 5,9% por vínculo epidemiológico y el 11,0% restante son clínicamente compatibles. El 58,0% de los casos están asociados a 89 brotes; los de mayor magnitud en el distrito de Vallecas (134 casos) y en el distrito de Carabanchel. El 89,9% son casos nacidos en España. El 35,4% son de etnia gitana y en ellos predominan los casos de 16 meses a 20 años mientras que los de etnia no gitana son en su mayoría bebés de 6 a 15 meses y adultos de 26 a 35 años (Figura 7.16). El 11,2% de los casos ha presentado complicaciones y el 20,8% ha

requerido ingreso hospitalario. El genotipo predominante es el D4, seguido del B3. Como medidas de prevención y control desde el 1 de junio de 2011 se adelantó en el calendario vacunal la primera dosis de triple vírica (TV) pasando a administrarse a los 12 meses de edad, se ha realizado una captación activa de población de 12 meses a 4 años que no habían recibido ninguna dosis de TV, se han realizado estrategias de prevención dirigidas a grupos específicos (trabajadores de centros sanitarios y población de etnia gitana), se ha informado a los centros sanitarios recordando las medidas de prevención y se ha difundido una nota informativa dirigida a padres de niños/as del primer ciclo de educación infantil para recordar la necesidad que sus hijos/as estén bien vacunados/as.

Figura 7.14. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

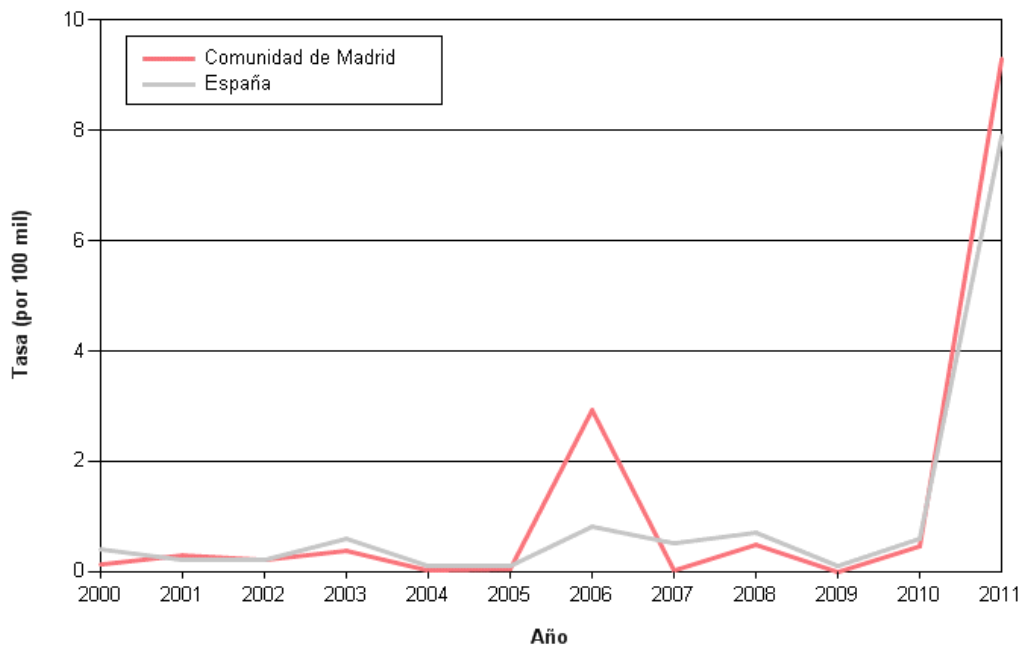


Figura 7.15. Sarampión. Casos por semana de inicio del exantema y colectivo de transmisión. Comunidad de Madrid. Años 2011 y 2012 (hasta la semana 32).

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

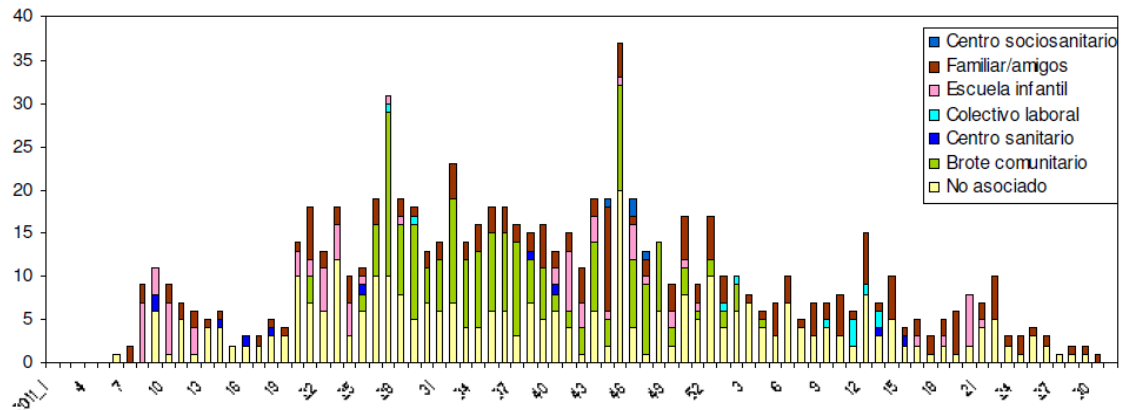
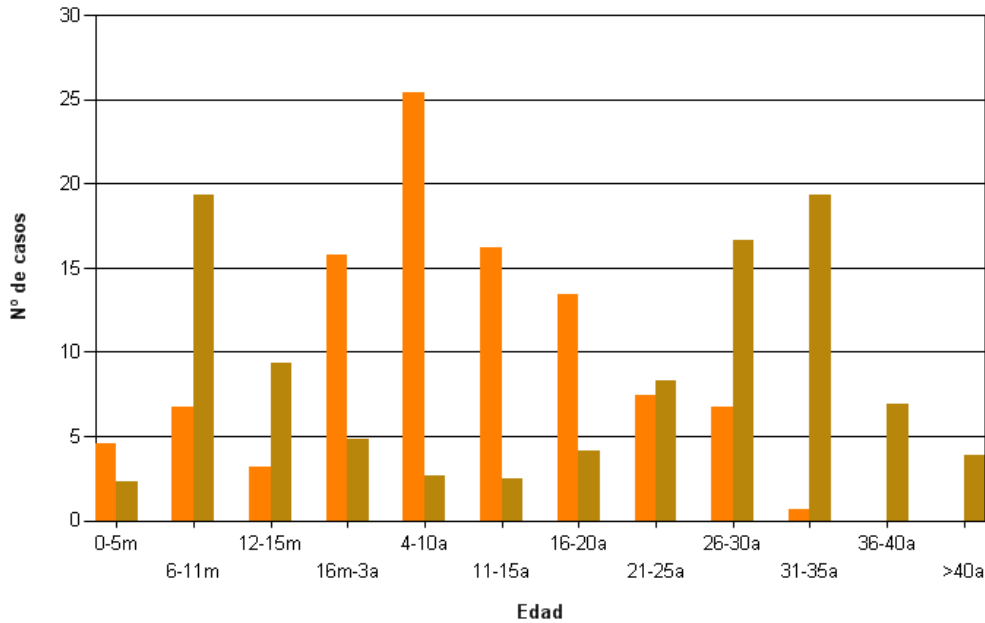


Figura 7.16. Sarampión. Distribución de los casos confirmados según edad y etnia. Comunidad de Madrid, 2012 (hasta la semana 32).

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el período 2007-2010 se han notificado 38 casos de rubéola, de los que se han confirmado el 26,3%. La incidencia media anual de casos notificados es de 0,15 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.17). El rango de edad fue de 8 meses a 42 años. El 44,7% eran menores de 4 años (17 casos) y el 31,5% tenían entre 16 y 30 años de edad (12 casos). El 15,8% eran mujeres en edad fértil (6 casos), con un rango de edad de 18 a 42 años. La incidencia más alta se observa en el grupo de 0-4 años (Figura 7.18).

Figura 7.17. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

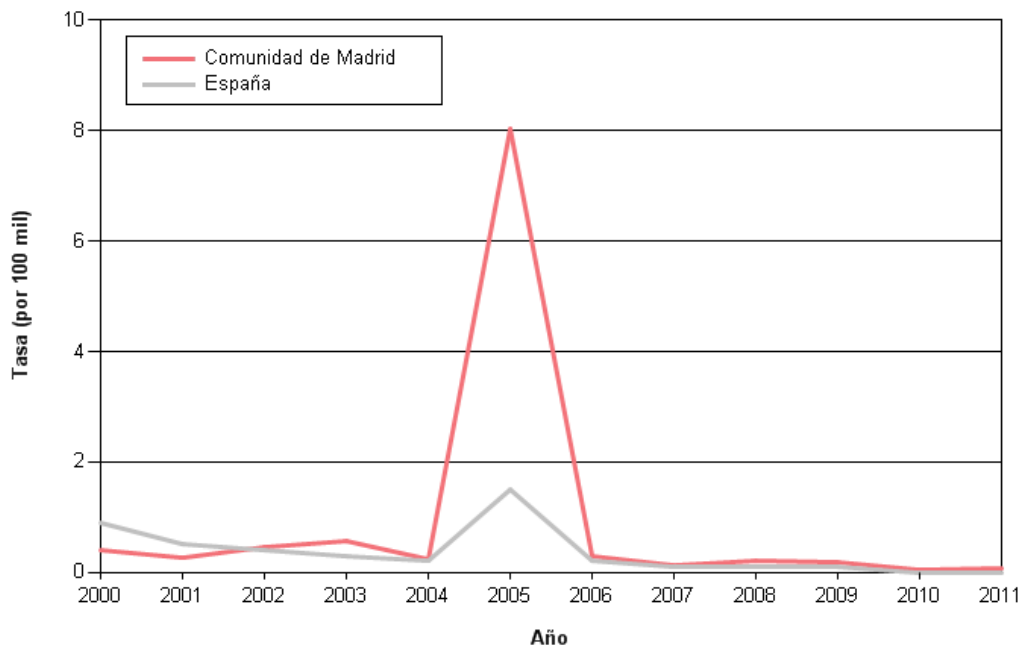
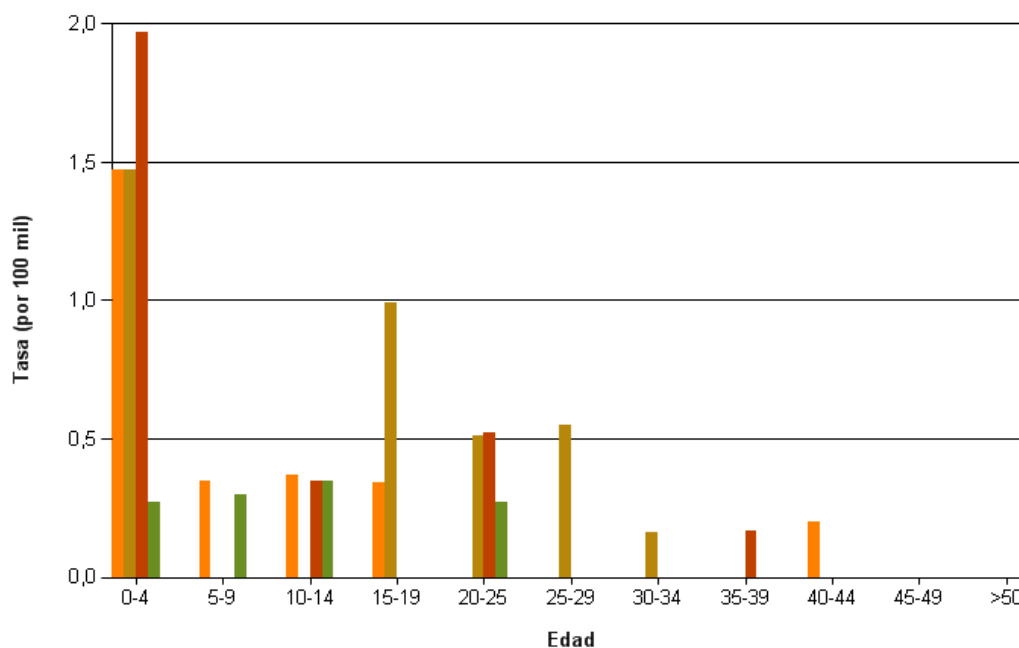


Figura 7.18. Rubéola. Incidencia anual según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En la Comunidad de Madrid se llevan a cabo encuestas de seroprevalencia periódicas como parte integrante de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Estas encuestas son representativas de la población de la CM y permiten conocer el grado de inmunidad de la misma. En relación con el sarampión y la rubéola, son útiles para evaluar el grado de cumplimiento establecido por la OMS para alcanzar el objetivo de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región Europea en el año 2015. La IV Encuesta de Serovigilancia se llevó a cabo en los años 2008-2009. La seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión en la población de 2-60 años es 97,8% (IC95%: 97,3-98,2). La estimación puntual supera el 95% en los grupos menores de 16 y mayores de 30 años. El valor más bajo se observa en adultos jóvenes, grupo más afectado cuando entra un virus importado en nuestra Comunidad ([Figura 7.19](#)). El grupo de 16-20 años presenta una seroprevalencia de 94,5% (IC95%: 92,3-96,0) y el de 21-30 de 94,3% (IC95%: 92,1-96,0). La recomendación de la OMS de llevar a cabo actividades suplementarias de inmunización debe tener en cuenta a los adultos jóvenes de 16 a 30 años como grupo diana. En relación con la seroprevalencia de anticuerpos frente a rubéola, todos los grupos de edad superan el 95% recomendado por la OMS ([Figura 7.20](#)).

Figura 7.19. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

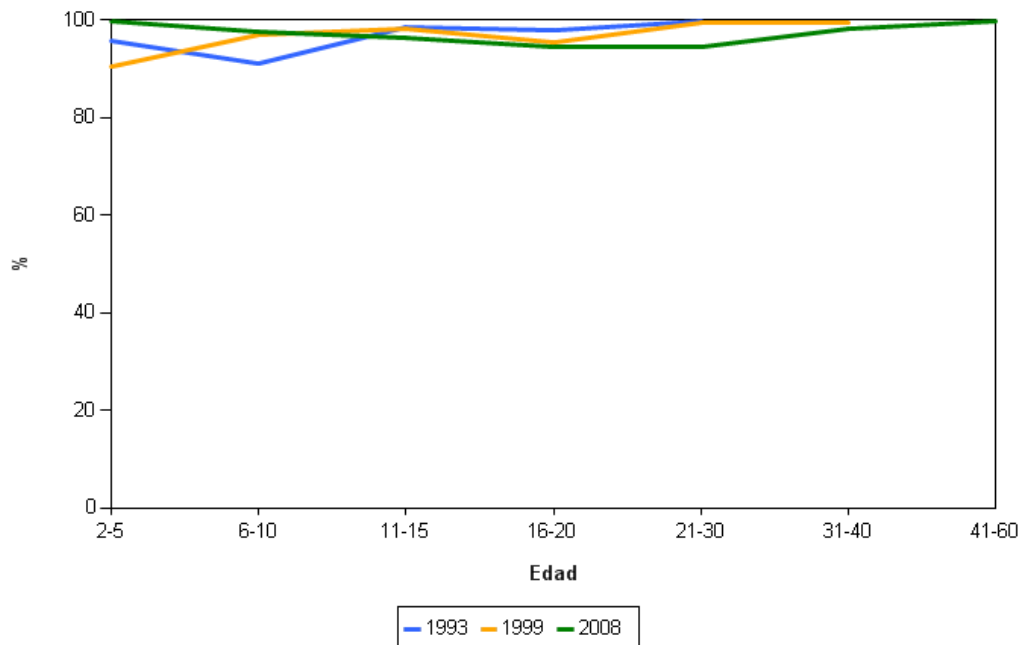
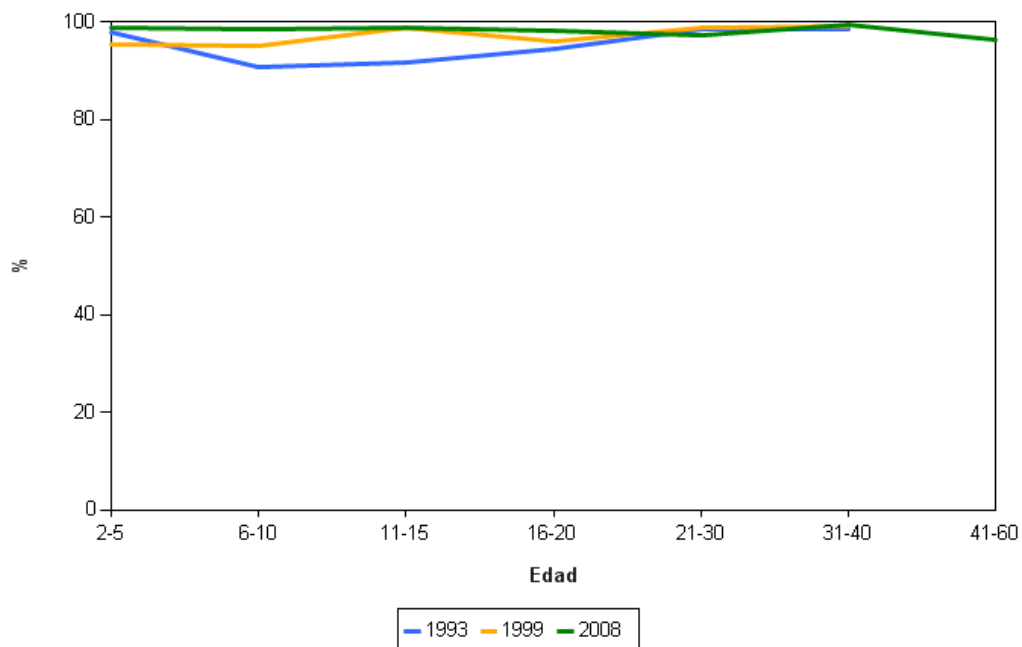


Figura 7.20. Rubéola. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



A partir de los 21 años: sólo mujeres y hasta 45 años

En el año 2010 se notificaron 712 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid y 731 en 2011, lo que supone un incremento respecto a 2009 (Figura 7.21). El 7,3% de los casos se clasificaron como confirmados, el 7,3 % como probables y el 85,4% restantes como sospechosos. El 57,3% de los casos eran varones. El rango de edad fue de 7 meses a 87 años, con una mediana de 18 años; el 46,6 % eran menores de 15 años, 27,4 % de 15 a 29 años, y el 26,0% mayores de 29 años (Figura 7.22). El estado vacunal de los 470 casos menores de 27 años (deberían estar vacunados según calendario vacunal: en el 28,1% se desconocía el estado vacunal, el 3,2% no estaba vacunado y el 68,7% restante estaba vacunado). En el 7,9% de los casos se recogió su asociación a otros casos. Se notificaron 6 brotes de parotiditis, 5 de ellos en el entorno familiar y uno en el entorno laboral, con un total de 20 casos.

Figura 7.21. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

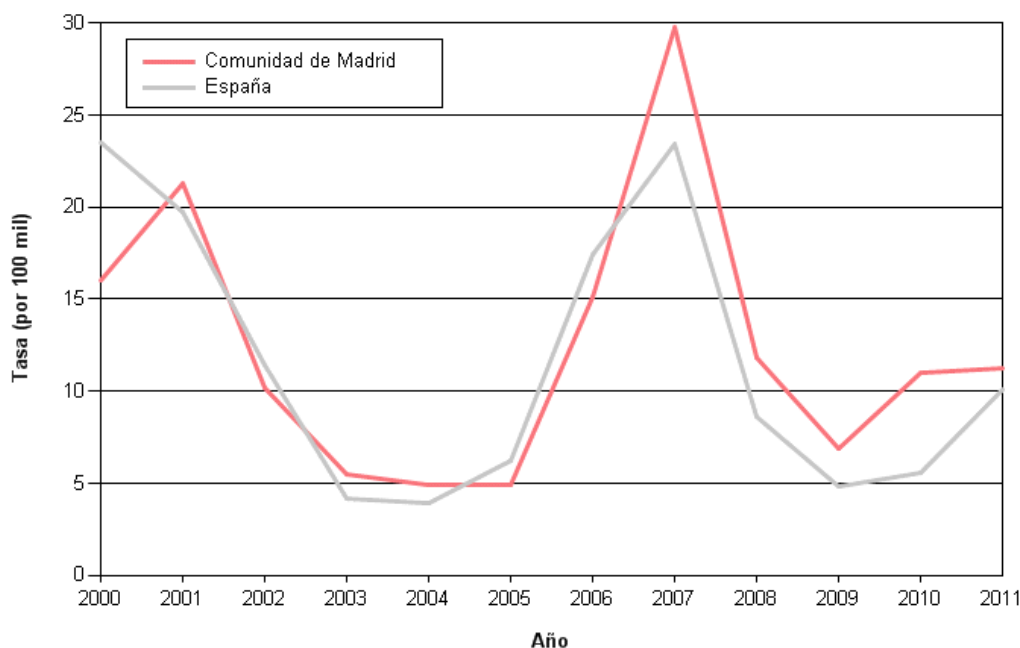
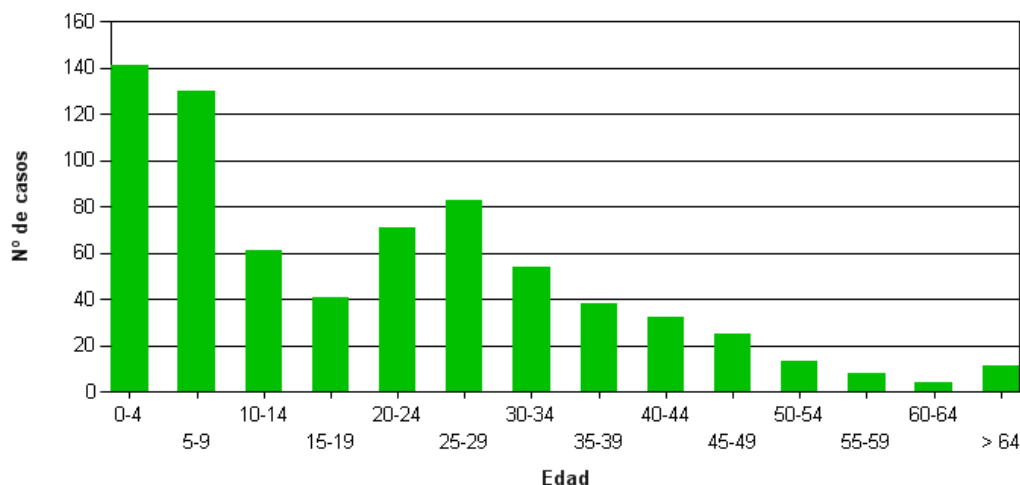


Figura 7.22. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Desde el año 2007 se observa un descenso mantenido en la incidencia de varicela en la Comunidad de Madrid (Figura 7.23). En el periodo 2007-2010 la incidencia más elevada se observa en los menores de 10 años si bien hay una clara tendencia descendente en el grupo de 0 a 4 años (Figura 7.24). En 2005 se introdujo en el calendario sistemático de vacunaciones infantiles la vacuna de la varicela en niños de 11 años sin antecedentes de vacunación o enfermedad previa, y en noviembre de 2006 se aprobó una nueva modificación del calendario vacunal para vacunar a los niños de 15 meses, lo que explica, al menos en parte, la tendencia descendente observada en esta enfermedad.

Figura 7.23. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

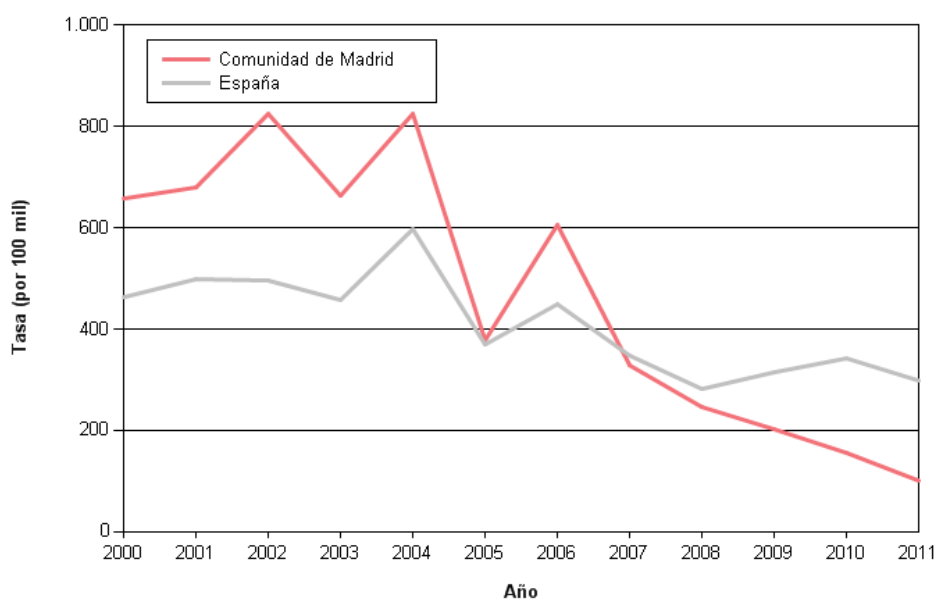
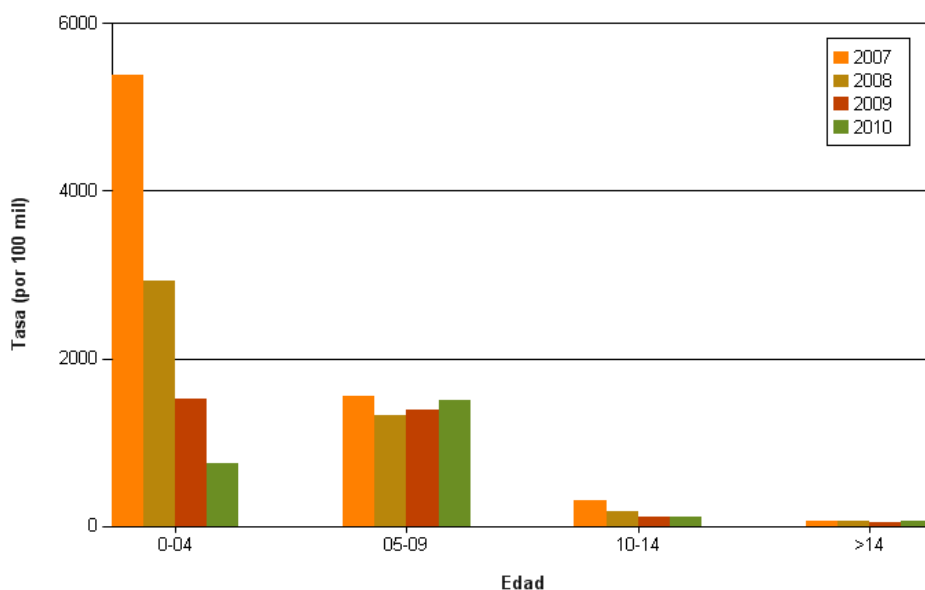


Figura 7.24. Varicela. Incidencia anual según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas, enfermedad invasiva por H. influenzae, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora y otras meningitis bacterianas

En el año 2011 en la Comunidad de Madrid se han registrado 284 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 4,40 casos por 100.000 habitantes, similar a la de los últimos años (Figura 7.25). La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (73,6%), confirmándose 75 casos (26,4%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (65 casos), virus Herpes simple (5 casos), virus Varicela-zoster (3 casos), virus de Epstein-Barr (1 caso) y virus Echo (1 caso). Esta enfermedad muestra un predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de los menores de 1 año (44,81 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 1 a 4 años (18,50). En 2011 no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa.

La enfermedad invasiva por *H. influenzae* presenta desde hace años en la Comunidad de Madrid tasas inferiores al 0,2 por 100.000 habitantes.

Figura 7.25. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La incidencia de **enfermedad meningocócica** muestra una tendencia descendente desde hace años, y en 2011 la tasa fue de 0,74 por 100.000 habitantes (Figura 7.26). La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011 muestra las mayores tasas en los menores de un año, como es habitual. El serogrupo B presenta la mayor incidencia en los menores de un año, como el global de los casos confirmados y las sospechas clínicas (Tabla 7.4).

Al comparar la incidencia de la temporada 2010-2011 con las temporadas previas (desde temporada 1996-97), observamos que es la que ha mostrado la menor incidencia de enfermedad meningocócica tanto a nivel global, como para el total de casos confirmados y las sospechas clínicas (Tabla 7.5). La letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011 ha sido la más baja de las registradas, tanto a nivel global como para el total de casos confirmados, los casos de meningococo C y los de sospechas clínicas (Tabla 7.6).

Figura 7.26. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

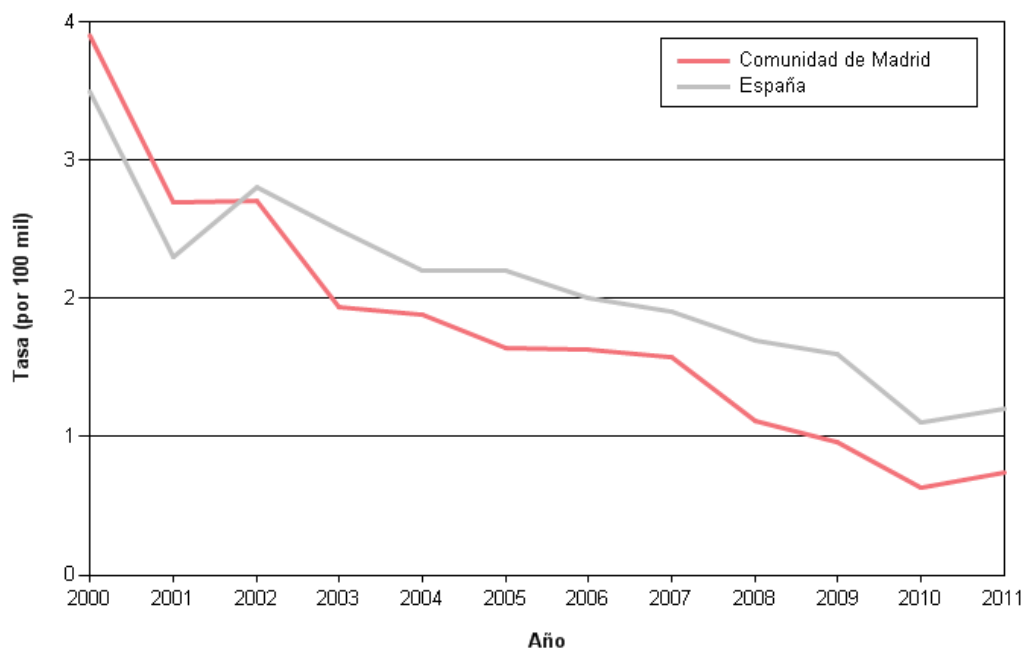


Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2010-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Serogrupo B		Serogrupo C		Confirmados*		Sospechas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	6	8,15	0	0,00	8	10,86	1	1,36
1 a 4	8	2,74	0	0,00	8	2,74	0	0,00
5 a 9	1	0,30	0	0,00	1	0,30	0	0,00
10 a 14	2	0,69	1	0,35	4	1,39	1	0,35
15 a 19	0	0,00	0	0,00	1	0,33	0	0,00
20 a 24	1	0,27	0	0,00	1	0,27	0	0,00
25 a 44	4	0,18	0	0,00	5	0,22	2	0,09
45 a 64	1	0,06	1	0,06	3	0,19	0	0,00
>64	1	0,11	1	0,11	3	0,32	0	0,00
Total	24	0,37	3	0,05	34	0,53	4	0,06

*Se incluyen también los casos debidos a serogrupo Y y sin grupar

Tabla 7.5. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia según temporada epidemiológica y serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2010-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Serog. A	Serog. B	Serog. C	Serog. Y	Serog. W135	Serog. X	Sin grupar	Total Confirmados	Sosp. Clínicas	Total
1996- Casos	0	49	118	0	0	0	7	174	98	272
1997 Tasas	-	0,98	2,35	-	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42
1997- Casos	0	55	21	2	0	0	6	84	38	122
1998 Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	-	0,12	1,65	0,75	2,4
1998- Casos	1	62	32	0	0	0	12	107	34	141
1999 Tasas	0,02	1,2	0,62	-	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74
1999- Casos	0	68	64	2	0	0	7	141	66	207
2000 Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	-	0,13	2,71	1,27	3,98
2000- Casos	0	58	41	1	0	0	3	103	43	146
2001 Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	-	0,06	1,92	0,8	2,72
2001- Casos	1	59	53	1	1	0	11	126	33	159
2002 Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	-	0,2	2,28	0,6	2,88
2002- Casos	0	48	23	1	2	0	13	87	17	104
2003 Tasas	-	0,84	0,4	0,02	0,03	-	0,23	1,52	0,3	1,82
2003- Casos	1	52	32	1	4	0	8	98	20	118
2004 Tasas	0,02	0,9	0,55	0,02	0,07	-	0,14	1,69	0,34	2,03
2004- Casos	0	67	16	2	1	0	4	90	15	105
2005 Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	-	0,07	1,55	0,26	1,81
2005- Casos	0	45	12	2	0	0	8	67	24	91
2006 Tasas	-	0,75	0,2	0,03	-	-	0,13	1,12	0,4	1,51
2006- Casos	0	66	3	1	0	0	7	77	19	96
2007 Tasas	-	1,9	0,05	0,02	-	-	0,12	1,27	0,31	1,58
2007- Casos	1	42	9	1	0	0	11	64	14	78
2008 Tasas	0,02	0,67	0,14	0,02	-	-	0,18	1,02	0,22	1,24
2008- Casos	0	35	3	0	2	1	3	44	15	59
2009 Tasas	-	0,56	0,05	-	0,03	0,02	0,05	0,7	0,24	0,94
2009- Casos	2	21	8	1	3	0	9	44	10	54
2010 Tasas	0,03	0,33	0,13	0,02	0,05	-	0,14	0,69	0,16	0,85
2010- Casos	0	24	3	2	0	0	5	34	4	38
2011 Tasas	-	0,37	0,05	0,03	-	-	0,08	0,53	0,06	0,59

Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2010-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Serogrupo B	Serogrupo C	Total confirmados	Sospechas clínicas	Total
1996-1997	6,1	16,9	13,2	5,1	10,3
1997-1998	7,3	9,5	7,1	5,3	6,6
1998-1999	8,2	15,6	11,2	5,9	9,9
1999-2000	8,8	9,4	8,5	6,1	7,7
2000-2001	1,7	22,0	10,7	16,3	12,3
2001-2002	6,8	24,5	14,3	12,1	13,8
2002-2003	10,4	13,0	12,6	0,0	10,6
2003-2004	3,8	25,0	13,3	0,0	11,0
2004-2005	9,0	25,0	12,2	6,7	11,4
2005-2006	13,3	25,0	14,9	0,0	11,0
2006-2007	12,1	0,0	10,4	10,5	10,4
2007-2008	7,1	11,1	6,3	14,3	7,7
2008-2009	11,4	33,3	13,6	0,0	10,2
2009-2010	0,0	25,0	6,8	0,0	5,6
2010-2011	4,2	0,0	5,9	0,0	5,3

Analizando a partir del CMBD los casos de enfermedad invasora por neumococo (ENI) que requieren ingreso hospitalario, en el año 2011 la incidencia fue 27,75 casos por 100.000 habitantes (Tabla 7.7). El 58,4% de los casos eran varones y el 65,1% eran mayores de 64 años. Las mayores tasas se presentan en los mayores de 64 años (120,41 casos por 100.000), seguido por los menores de 1 años (20,84 casos por 100.000) y el grupo de edad de 45-64 años (20,44 casos por 100.000). La neumonía fue la forma clínica predominante, con una incidencia de 26,10. La incidencia de meningitis neumocócica fue de 0,49. La letalidad global ha sido de un 6,8%, siendo superior en los mayores de 64 años (8,4%) y en los casos de septicemia (17,8%). La evolución de la enfermedad muestra una reducción de la incidencia en el período 2010-2011 respecto al período previo (2007-2009) de un 36%.

La ENI se incluyó como EDO en la Comunidad de Madrid en febrero de 2007. En 2011, se notificaron 447 casos (6,89 casos por 100.000). Al analizar la incidencia de las principales formas clínicas de presentación de la enfermedad por grupos de edad (Figura 7.27), se observa que la neumonía afecta fundamentalmente al grupo de edad de 1 a 4 años (9,09 casos por 100.000), seguido de los mayores de 59 años (8,22). La bacteriemia sin foco afecta principalmente a los menores de 1 año (18,07 casos por 100.000) y al grupo de edad de 1 a 4 años (3,70). La meningitis (con o sin sepsis) se presenta fundamentalmente en los menores de 1 año (5,56 casos por 100.000), así como la sepsis (5,56). El empiema afecta especialmente al grupo de edad de 1 a 4 años (1,35 casos por 100.000).

La vacuna conjugada neumocócica 7-valente (VCN7) está disponible en España desde 2001 y en noviembre de 2006 se incluyó en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid, recomendándose en todos los niños nacidos a partir del 1 de noviembre de 2004. En junio de 2010 esta vacuna fue sustituida por la vacuna conjugada 13-valente (VCN13). La vacuna de polisacáridos capsulares de los 23 serotipos (VPN23), indicada desde 2001 para los grupos de riesgo, desde 2005 se recomienda a los mayores de 59 años, administrándose junto a la vacuna antigripal. De los 447 casos de ENI registrados en el año 2011, se dispone de información sobre el serotipo de neumococo causante de la enfermedad en el 93,7% de ellos. En este año se han identificado 40 serotipos diferentes. Los serotipos más frecuentes en población general fueron el 1 (12,2%), 3 (11,7%), 19A (11,5%), 7F (7,4%), 8 (6,7%) y 6C (6,0%). Este año no se ha identificado ningún caso por serotipo 5. La proporción de casos con serotipos incluidos en la VCN7 fue del 8,6%, en la VCN13 fue del 53,0% y en la VPN23 del 72,8%. Respecto a 2010, en 2011 se observa una disminución significativa de la incidencia de ENI por los serotipos incluidos en la VCN13 (RR=0,81 IC95% 0,68-0,97) y por los incluidos en la VCN7 pero no en la VCN7 (RR=0,78 IC95% 0,64-0,94); encontrándose en el límite de la significación la reducción en la incidencia de ENI por los serotipos incluidos en la VPN23 (RR=0,86 IC95% 0,74-1,00) (Tabla 7.8). También en la cohorte de recomendación de vacunación con vacuna conjugada este año se ha producido una disminución de la proporción de casos debidos a serotipos incluidos en la VCN13, pasando de suponer un 84,4% en 2010 a un 63,0% en 2011.

En las meningitis bacterianas de otra etiología diferente de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* en los últimos años la incidencia está en torno al 1 por 100.000. El patógeno detectado con mayor frecuencia en estas meningitis es *Listeria monocytogenes*, que ha producido el 13,1% de los casos (incidencia 0,12). El 62,5% de estos pacientes presentaban antecedentes patológicos.

Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2011.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de epidemiología.

	Septicemia		Meningitis		Neumonía		Peritonitis		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1998	27	0,53	33	0,65	2.468	48,47	2	0,04	2.530	49,69
1999	19	0,37	36	0,70	2.189	42,54	4	0,08	2.248	43,69
2000	22	0,42	39	0,75	2.202	42,30	2	0,04	2.265	43,51
2001	20	0,37	37	0,69	2.136	39,76	2	0,04	2.195	40,86
2002	13	0,24	48	0,87	2.060	37,27	3	0,05	2.124	38,43
2003	22	0,38	55	0,96	2.193	38,35	3	0,05	2.273	39,75
2004	17	0,29	44	0,76	1.808	31,15	2	0,03	1.871	32,23
2005	32	0,54	52	0,87	2.463	41,30	3	0,05	2.550	42,76
2006	28	0,47	43	0,72	2.685	44,69	1	0,02	2.757	45,89
2007	53	0,87	45	0,74	3.232	53,14	4	0,07	3.334	54,82
2008	62	0,99	52	0,83	3.141	50,08	3	0,05	3.258	51,95
2009	71	1,11	52	0,81	3.573	55,94	2	0,03	3.698	57,90
2010	74	1,15	42	0,65	2.610	40,41	1	0,02	2.727	42,22
2011	73	1,12	32	0,49	1.694	26,10	2	0,03	1.801	27,75

Figura 7.27. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica y edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

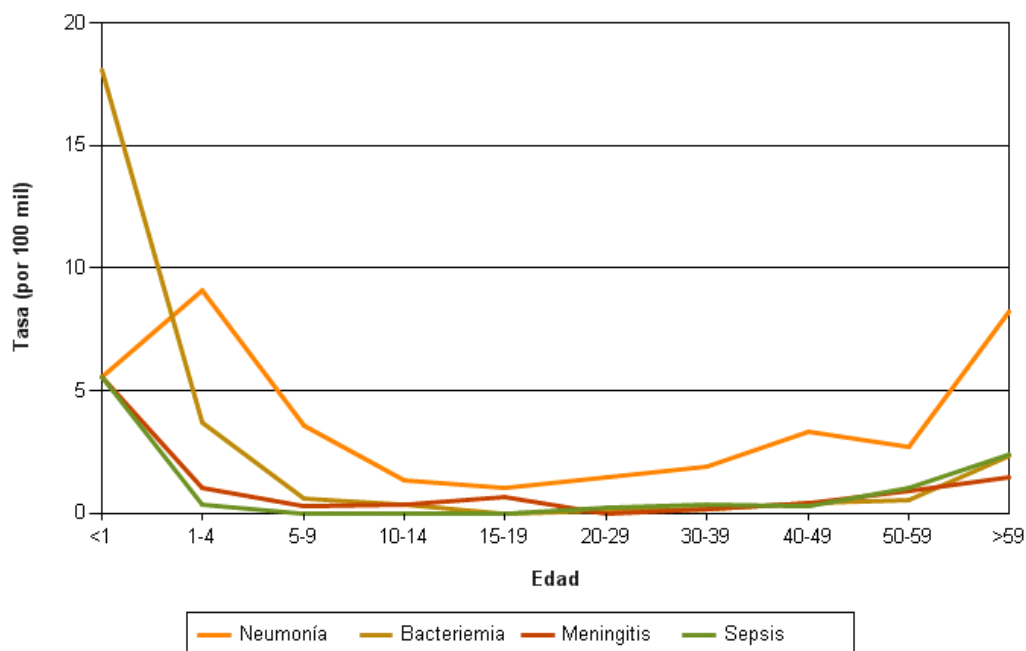


Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según año, edad y serotipos. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2011		2010		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
< 1	26	36,13	32	43,45	0,83 (0,50-1,39)
1 a 4	48	16,15	74	25,36	0,64 (0,44-0,92)*
5 a 9	17	5,07	14	4,26	1,19 (0,59-2,41)
10 a 14	8	2,71	7	2,43	1,12 (0,41-3,08)
15 a 19	5	1,69	3	1,00	1,69 (0,40-7,07)
20 a 29	15	1,80	11	1,26	1,43 (0,66-3,11)
30 a 39	33	2,69	38	3,08	0,87 (0,55-1,39)
40 a 49	51	4,86	59	5,72	0,85 (0,58-1,24)
50 a 59	44	5,62	50	6,56	0,86 (0,57-1,29)
> 59		15,37	200	15,69	0,98 (0,81-1,19)
Total	447	6,89	488	7,56	0,91 (0,80-1,04)
SEROTIPOS					
Total casos serotipados	419	6,46	443	6,86	0,94 (0,82-1,08)
Serotipos VCN7	36	0,55	34	0,53	1,05 (0,66-1,68)
Serotipos VCN13	222	3,42	272	4,21	0,81 (0,68-0,97)*
Serotipos VCN13no7	186	2,87	238	3,68	0,78 (0,64-0,94)*
Serotipos VP23	305	4,70	354	5,48	0,86 (0,74-1,00)
Serotipos VP23no13	90	1,39	84	1,30	1,07 (0,79-1,44)

* p<0,05

7.3.3. Hepatitis víricas A, B y otras

En los años 2008 y 2009 se produjo un aumento en la incidencia de hepatitis A, motivado principalmente por la aparición de brotes en centros escolares, descendiendo posteriormente en 2010 y 2011 (Figura 7.28). De los 152 casos de hepatitis A notificados en 2010 el 67,3% eran menores de 35 años. La información sobre el país de origen constaba en el 96,7% de los casos, de los cuales el 72,8% eran españoles (Figura 7.29), el 19,7% latinoamericanos, el 4,7% europeos, el 1,4% africanos y el 1,4% asiáticos. En 16 casos (10,5%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A y en ninguno de ellos constaba la vacunación.

La hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 2008 (Figura 7.30). De los 99 casos notificados en 2010 el 69,7% eran hombres y el 79,0% mayores de 30 años (Figura 7.31). Se dispone de información sobre el país de origen en el 96,0% de los casos, de los cuales el 53,7% son españoles. Sólo uno de los casos estaba vacunado. La vacuna frente a hepatitis B se introdujo en nuestra Comunidad Autónoma en 1985, y en 2010 se notificaron 10 casos nacidos después de 1984, de los cuales sólo uno había nacido en nuestro país.

La incidencia de otras hepatitis víricas desde 2009 es inferior a 1,5 por 100.000 (Figura 7.32). De los 72 casos notificados en 2010 el 59,7% eran hombres, con una mediana de 46 años (Figura 7.33). La información sobre el país de origen constaba en el 98,6% de los casos, de los cuales el 70,4% eran españoles. En cuanto al tipo de hepatitis, el 69,4% de los casos se clasificaron como hepatitis C, el 2,8% como hepatitis E y en el 27,8% restante no se disponía de información sobre el tipo de hepatitis.

Figura 7.28. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

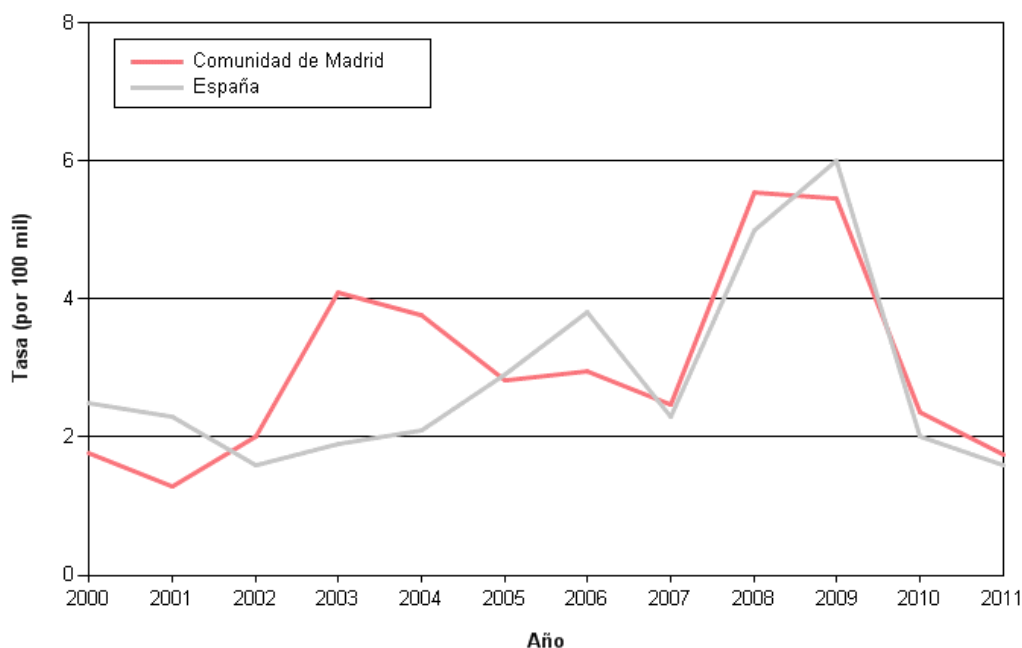


Figura 7.29. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid, 2010 .

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

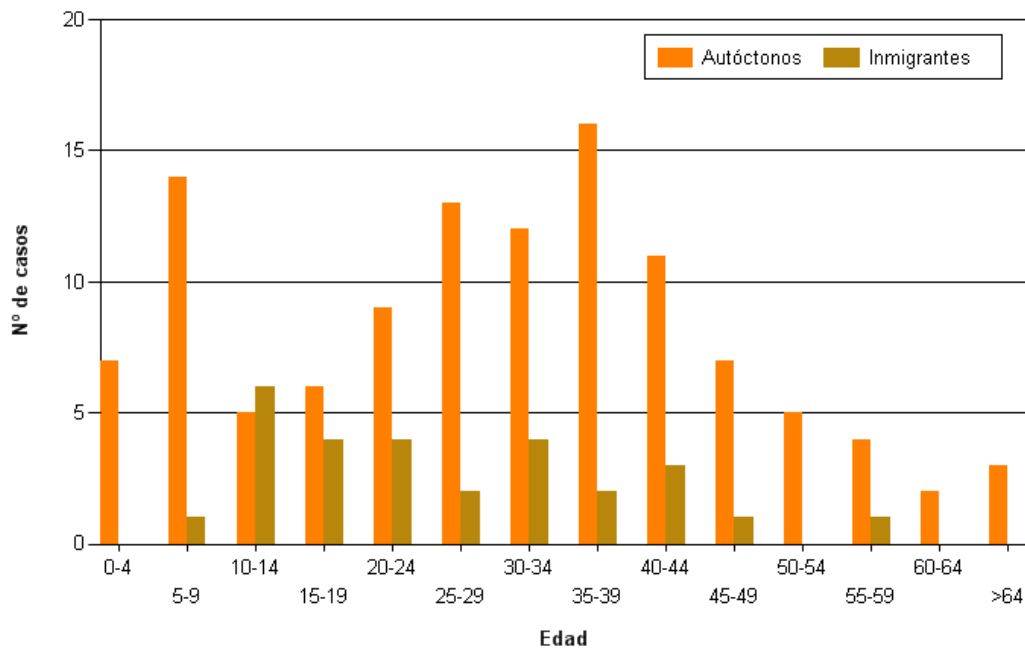


Figura 7.30. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

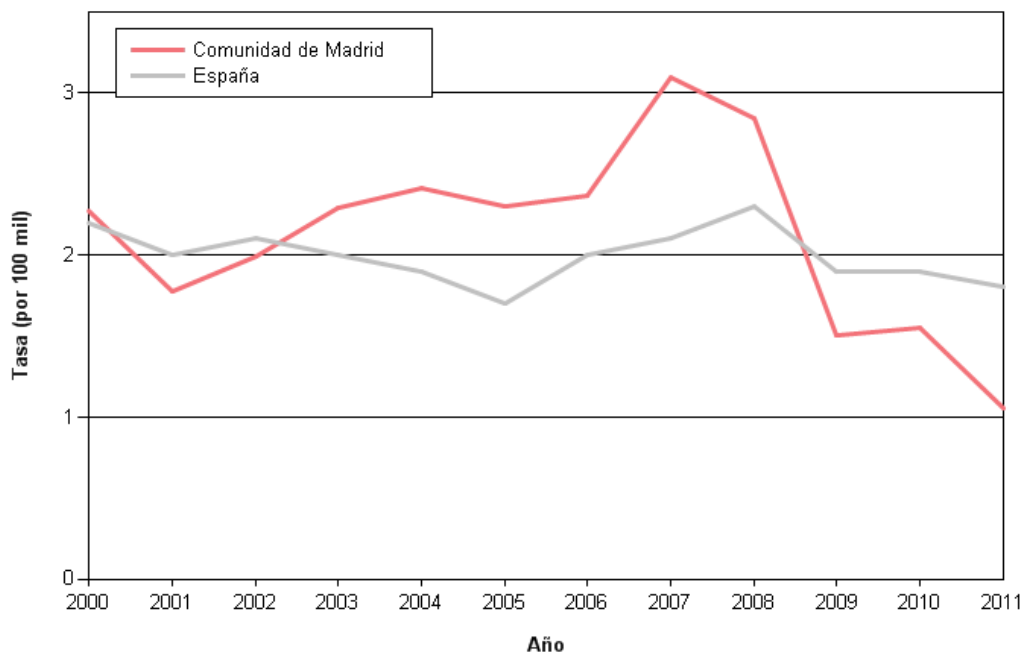


Figura 7.31. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

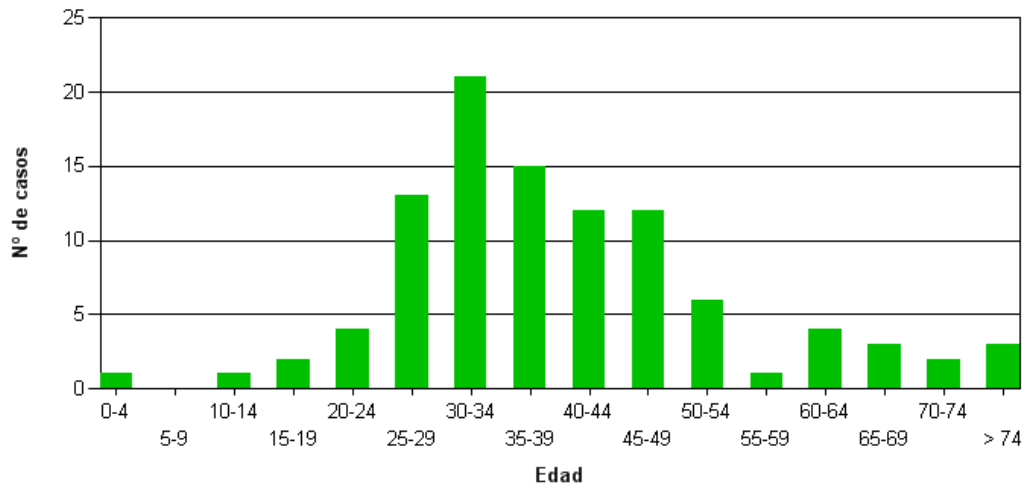


Figura 7.32. Otras hepatitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

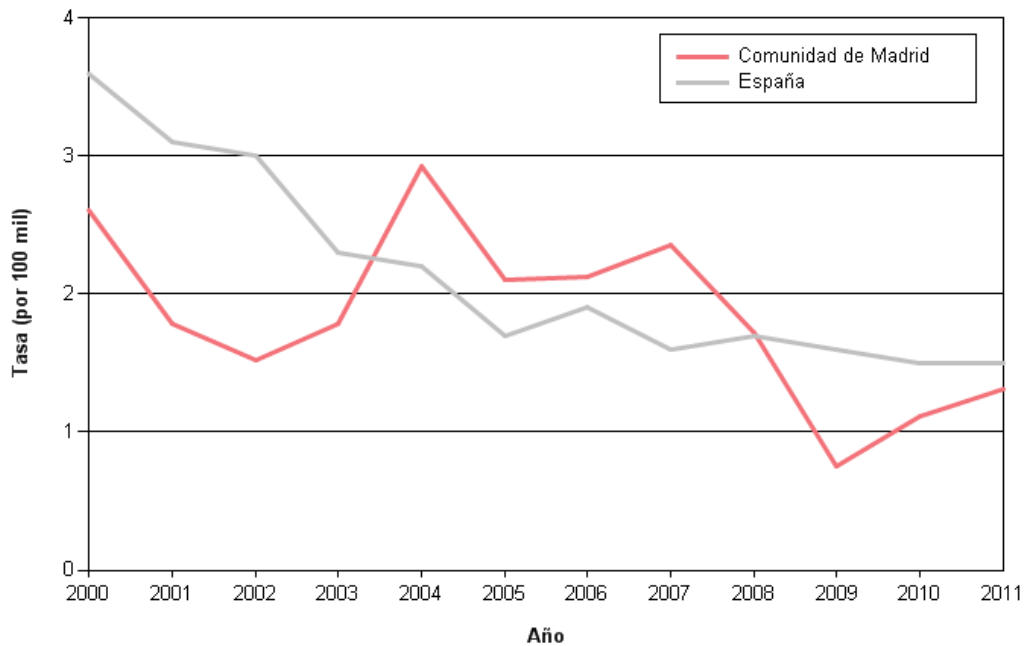
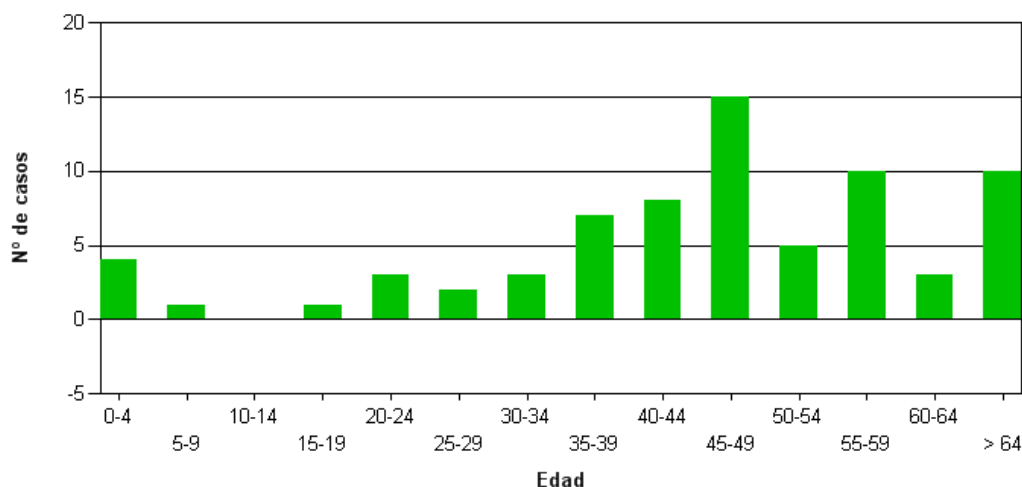


Figura 7.33. Otras hepatitis víricas. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe y legionelosis

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela (Figura 7.34) y del sistema EDO (Figura 7.35). Desde la [pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009](#), se inició la vigilancia de casos graves y en las 2 temporadas siguientes (2010/2011 link a gripe20102011.pdf y 2011/2012) se ha mantenido la vigilancia de casos graves de gripe.

En abril de 2009 los países experimentaron el impacto de la circulación comunitaria del virus pandémico (H1N1) 2009 de manera paulatina. Por primera vez el virus se detecta el 21 de abril en California, pero será Méjico quien dé la voz de alarma al comprobar que se trataba de un virus nuevo de alta transmisibilidad entre la población con un importante reflejo en el número de hospitalizaciones por infecciones respiratorias y en los casos graves que ingresaban en las unidades de cuidados intensivos y/o fallecían por esta nueva gripe. El 27 de abril Reino Unido y España notificaron los primeros casos confirmados en la Unión Europea en pacientes con antecedente de estancia en Méjico, y será en estos dos países donde primero se evidencie en Europa una importante circulación comunitaria del virus y se enfrenten a la aparición de brotes en colectivos. La contención de la transmisión de la infección fue posible en la Comunidad de Madrid durante el primer mes de alerta pandémica. A partir de entonces se presentaron los primeros brotes en centros escolares que afectaron fundamentalmente a los colegios y municipios de la zona sur. La difusión del virus desde los escolares a las familias y a sus compañeros de colegio y actividades de ocio, se continuó con una transmisión comunitaria, que disminuyó con el cierre de los colegios pero se mantuvo en un nivel basal hasta el inicio de la fase de ascenso de la onda pandémica en el mes de septiembre. En las semanas 43 y 44, del 30 de octubre al 13 de noviembre, cinco semanas después del inicio, se alcanzó el pico máximo de incidencia de gripe pandémica en la Comunidad de Madrid, si bien las tasas alcanzadas, 458,43 casos por 100.000 fueron inferiores a las previstas según los modelos de impacto usados para la planificación y basados en pandemias previas. A partir de aquí la curva epidémica adopta una tendencia descendente, llegando en 5 semanas otra vez a niveles inferiores al umbral epidémico. Por edad y magnitud el grupo más afectado ha sido el de 5 a 14 años, y el grupo en el que la incidencia fue menor fue el de mayores de 60 años. La mayoría de los casos de gripe fueron leves con una clínica similar a la gripe estacional. En atención primaria se atendieron más de 163.505 pacientes por gripe y fue necesario el ingreso hospitalario en 5.548 personas de las que se confirmó Virus Gripe pandémico (H1N1) 2009 en 2.098 de los cuales 1.102 desarrollaron un cuadro clínico grave. La incidencia de formas graves de gripe fue de 17,57 casos por 100.000 habitantes, siendo superior en los niños menores de 5 años (45,65). La mortalidad global fue de 0,65 fallecidos por 100.000; la letalidad de las formas graves fue del 3,7%.

Figura 7.34. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1997-98 a 2010-2011.

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

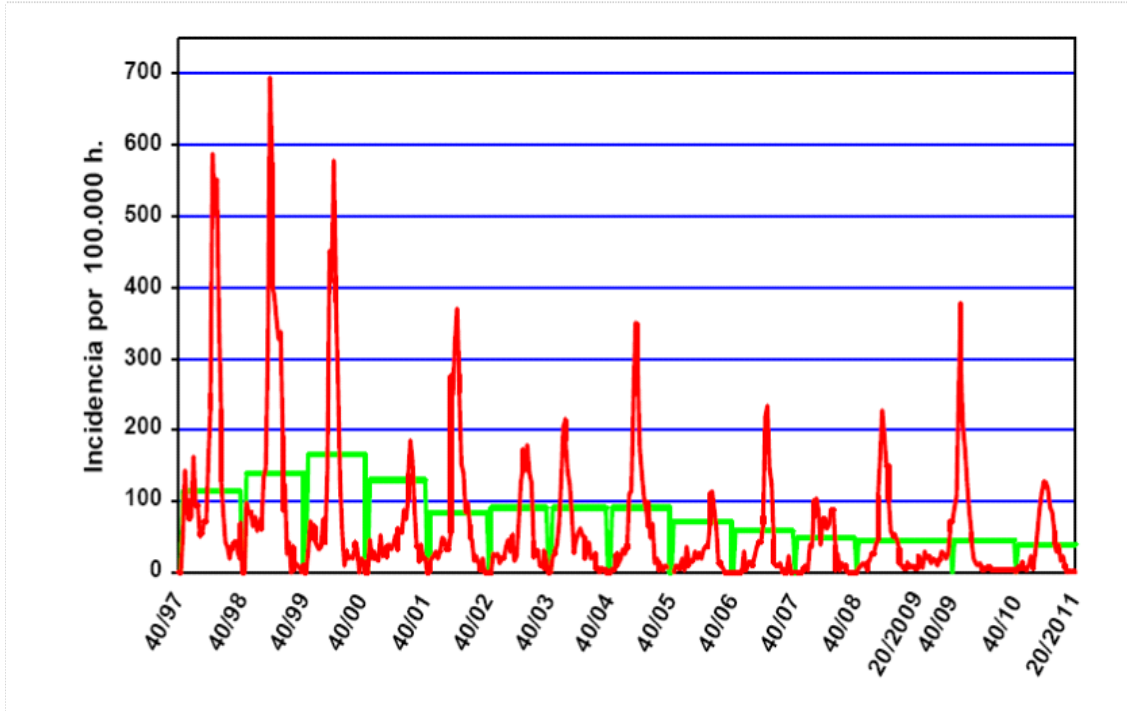
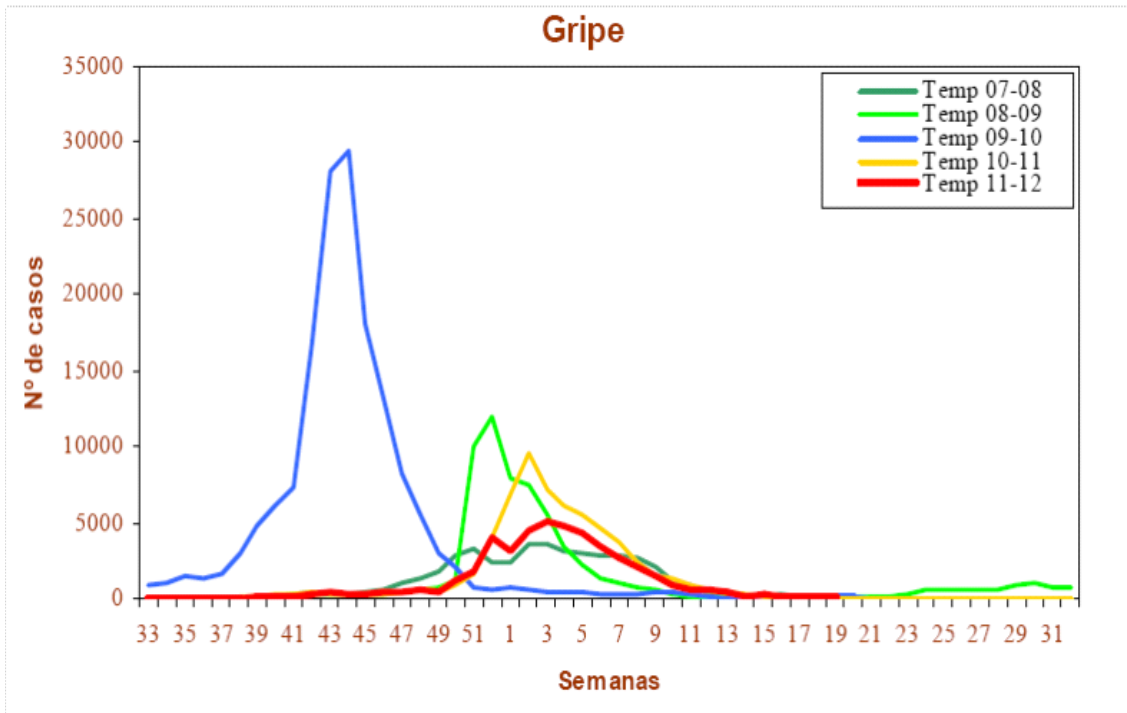


Figura 7.35. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2007-08 a 2011-2012.

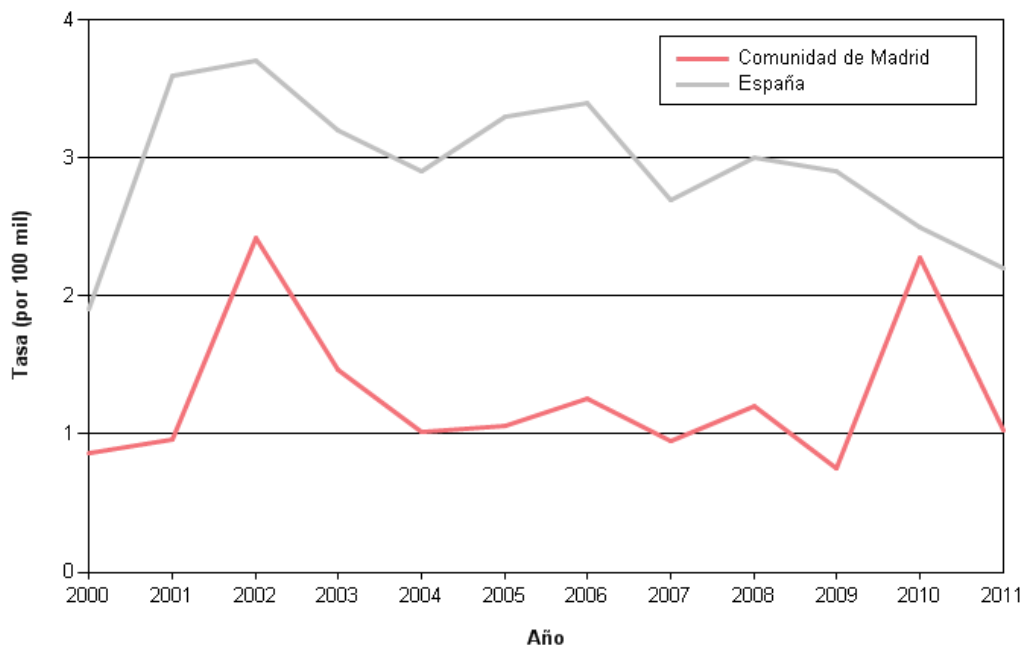
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En 2010 se produjo un aumento en la incidencia de legionelosis (Figura 7.36) como consecuencia de un brote comunitario ocurrido en el centro del municipio de Madrid durante los meses de octubre y noviembre de 2010, en el que se identificaron 47 casos. Los resultados moleculares demostraron que se trataba de una agrupación causada por *L. pneumophila* SG 1 subgrupo Pontiac Philadelphia, SBT 211. Se detectaron 33 torres de refrigeración con muestras positivas a *Legionella pneumophila* SG 1, aunque no se encontró la cepa de los pacientes en las muestras ambientales, lo que impidió identificar con exactitud el foco emisor. Las medidas de autoridad sanitaria tomadas desde el inicio para el control de ese brote fueron sumamente efectivas, no apareciendo ningún caso nuevo asociado desde el cierre de la última torre contaminada.

Figura 7.36. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

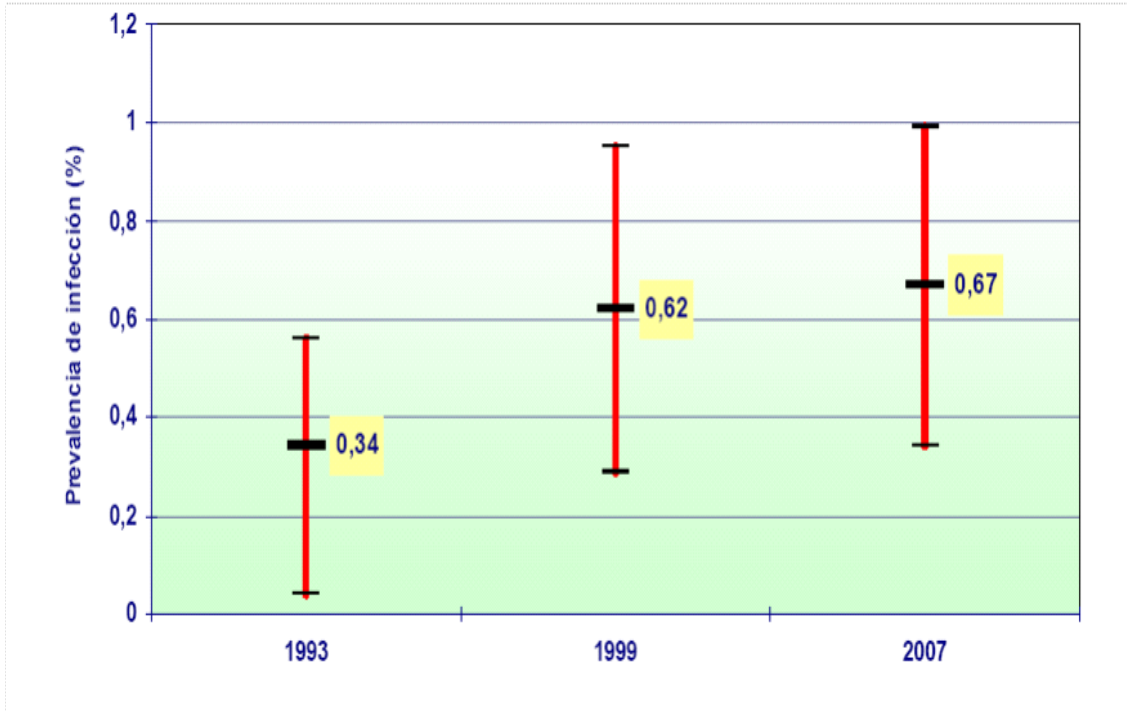


7.3.5. Tuberculosis

En 2007 se ha realizado la **III Encuesta de tuberculina de la Comunidad de Madrid** con los objetivos de conocer la prevalencia de infección tuberculosa entre los niños de 6 años de la región y su distribución según las principales variables asociadas a la infección y comparar los resultados con los obtenidos en encuestas anteriores (1999 y 1993). La prevalencia de infección tuberculosa ha sido de 0,67% (IC 95%: 0,34 -0,99) (**Figura 7.37**). Esta prevalencia puede considerarse baja, similar a la obtenida en 1999 y superior a la de 1993, y entre las más bajas de España.

Figura 7.37. Tuberculosis. Prevalencia de infección tuberculosa. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2007.

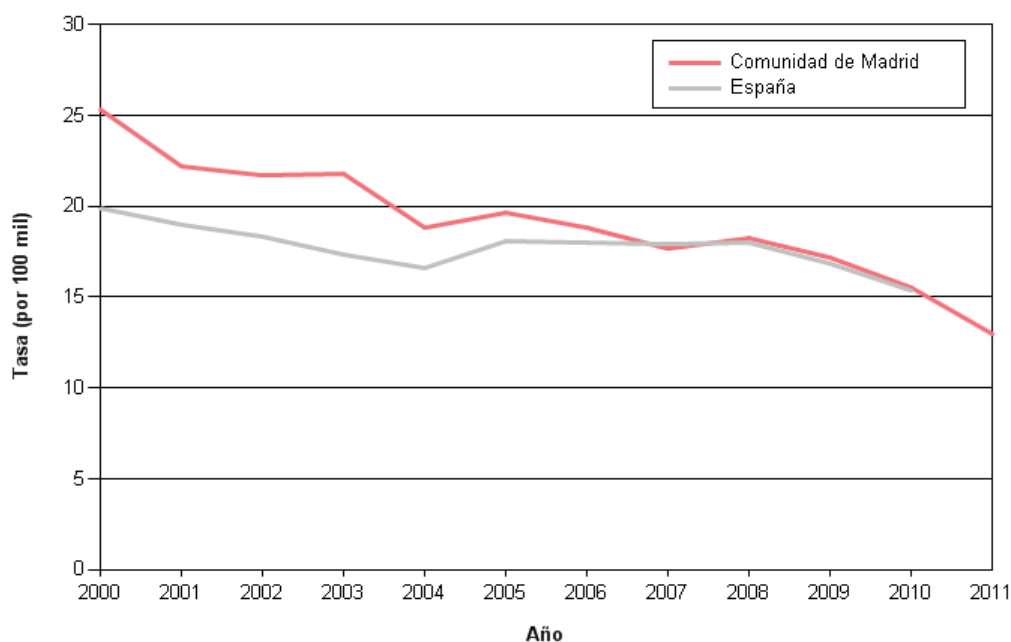
Fuente: Encuestas de tuberculina. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de **tuberculosis** en la Comunidad de Madrid (**Figura 7.38**). La incidencia anual de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido un 38% hasta 2011. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva también han descendido en estos últimos 10 años, un 36% y 49%, respectivamente (**Figura 7.39**).

Figura 7.38. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1997-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

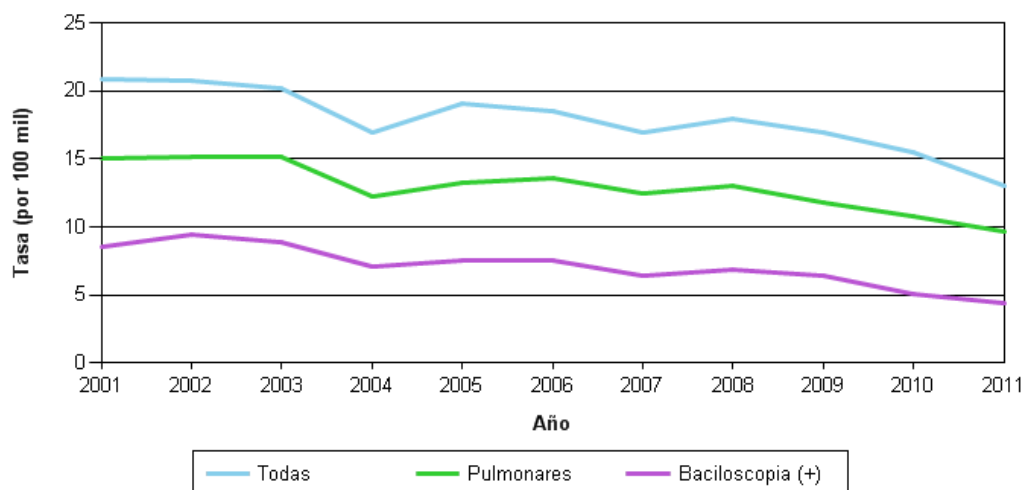


* Datos de 2011 provisionales

** A nivel estatal se vigila se vigila la tuberculosis de todas las localizaciones a partir de 2005, previamente sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y meníngea

Figura 7.39. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



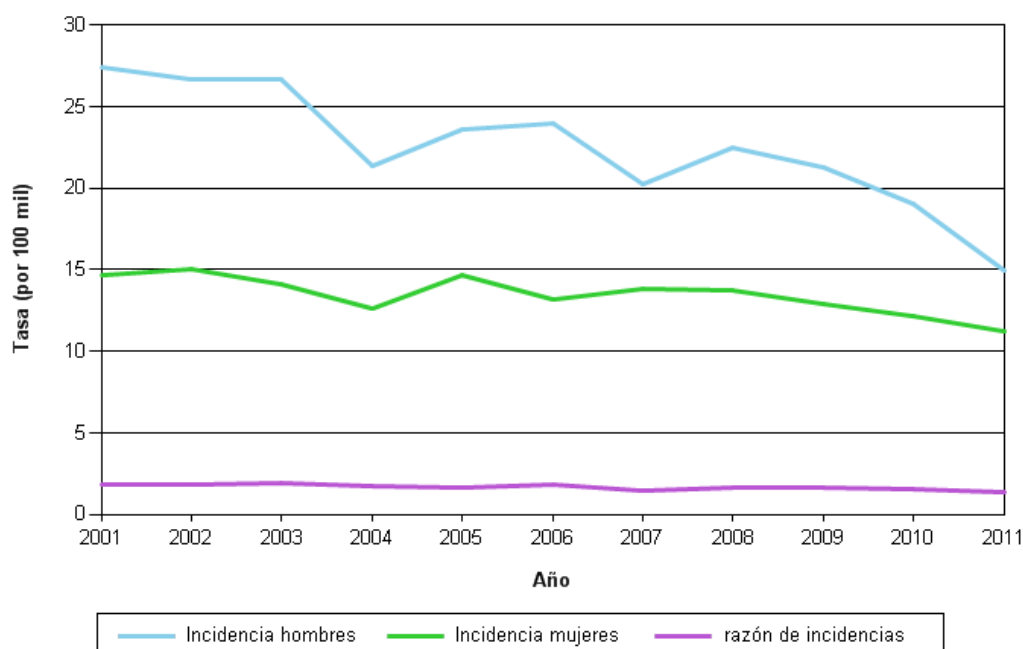
* Datos de 2011 provisionales

En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva desde 2001, reduciéndose en un 46% hasta 2011. En mujeres esta disminución ha sido de un 24%. La incidencia en todo el periodo de estudio es siempre mayor en hombres que en mujeres. Este año la incidencia en hombres ha disminuido respecto a 2010 (22%), y en mujeres (8%). Este año por tanto disminuye a 1,3 la razón de incidencias, que en 2010 había sido de 1,6 (Figura 7.40).

En cuanto a la distribución por edades (Tabla 7.9), en todos los grupos desde 2001, se ha producido una disminución global de la incidencia. El mayor descenso se ha producido en el grupo de 65 a 74 años, en el que la incidencia ha disminuido un 52%, seguido del grupo de 0 a 4 en el que la incidencia ha disminuido un 48%. El grupo de edad mayor de 74 años, es el de mayor incidencia seguido del de 25 a 34 años a excepción de los años 2002, 2005 y 2006, 2008 y 2009 en el que se invirtió el orden. La tasa de incidencia para este grupo de edad en 2011 ha sido de 19,9 casos por 100.000 seguido del grupo de 25 a 34 años con 17,2 casos por 100.000.

Figura 7.40. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual según sexo y de la razón de incidencias hombre/mujer. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Datos de 2011 provisionales

Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0-4	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8	12,4	11,3	8,8	8,4
5-14	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7	5,9	4,8	3,6	3,3
15-24	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0	22,2	19,2	15,1	13,4
25-34	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3	25,4	24,1	22,4	17,2
35-44	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3	21,6	19,9	19,1	15,2
45-54	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0	13,9	17,4	14,6	13,3
55-64	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7	12,0	12,1	9,2	9,4
65-74	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0	16,5	12,3	13,7	11,1
75 y más	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4	20,7	20,1	24,3	19,9
Total	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5	13,0

* Datos de 2011 provisionales.

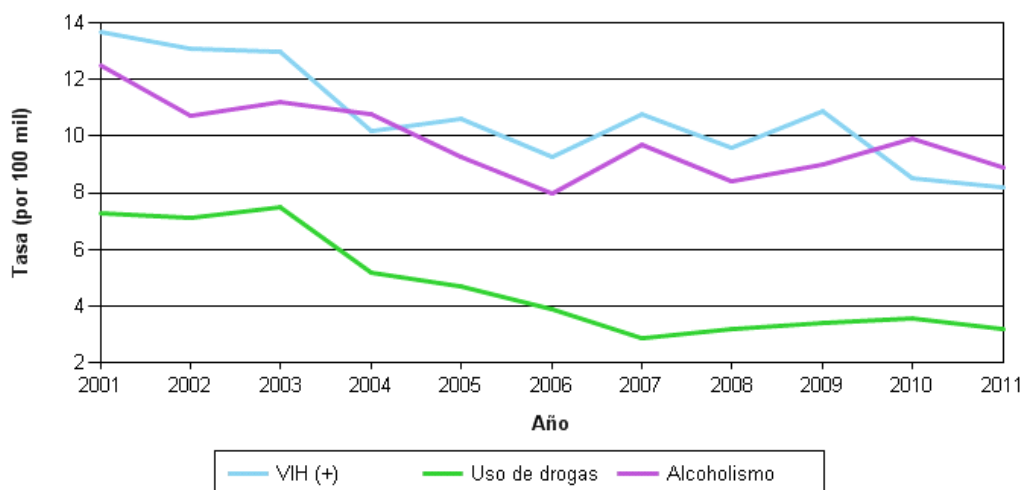
Desde 2001 a 2011 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/SIDA ha disminuido un 40% (del 13,7% a un 8,2%), y también de forma paralela se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas un 56% (del 7,2% a un 3,2%) en el mismo periodo. Respecto a 2010 los casos de tuberculosis en pacientes con VIH ha disminuido un 4% y en usuarios de drogas disminuye un 11%. En los pacientes con alcoholismo la tendencia ha sido ligeramente ascendente hasta 2003, y entre los años 2008 y 2010. En 2011 la tendencia se invierte y disminuye un 10% (Figura 7.41).

En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad, con un descenso sostenido, salvo en 2003 cuando el municipio de Madrid se desmarca con un aumento de la incidencia de un 4% (Figura 7.42).

La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 2001 (26,0%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir. En el año 2011 la proporción de extranjeros ha sido de 47,3% (Figura 7.43).

Figura 7.41. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

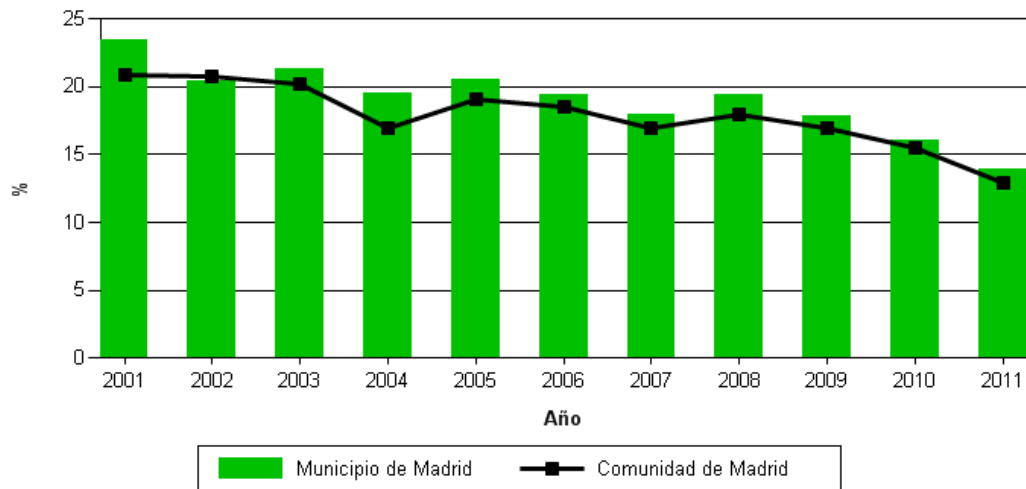
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Datos de 2011 provisionales

Figura 7.42. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

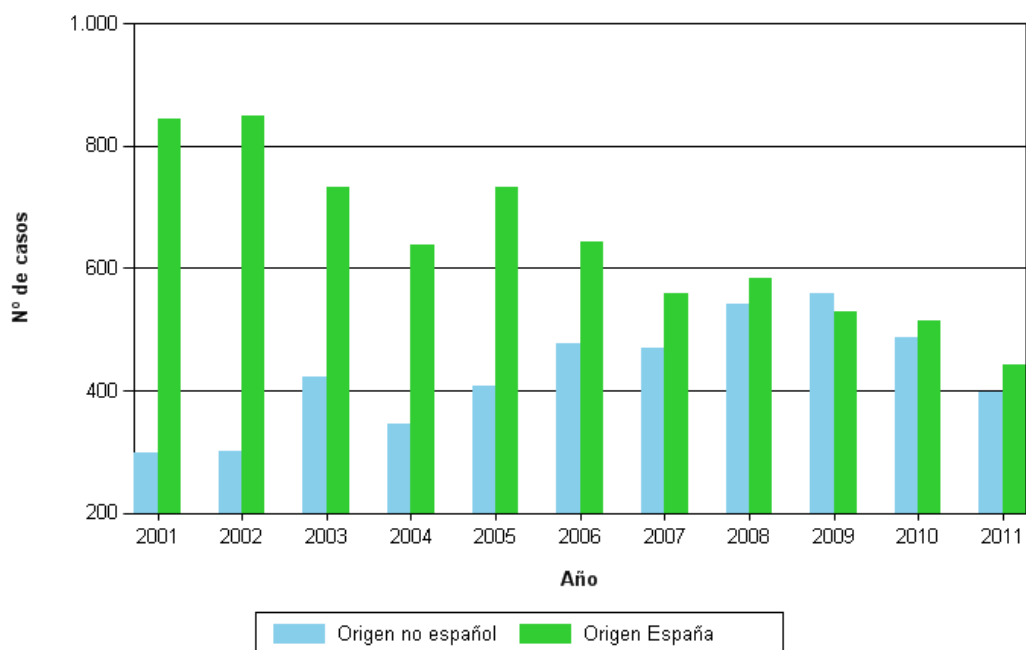
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Datos de 2011 provisionales.

Figura 7.43a. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Datos de 2011 provisionales

Figura 7.43b. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Datos de 2011 provisionales

7.3.6. Brucelosis

En el año 2011 se notificaron 6 casos de brucelosis. En el año 2010 se habían notificado 12 casos (0,19 casos por 100.000 habitantes), 9 casos más que en 2009. Cinco casos (41,7%) tenían antecedente de contacto con ganado o derivados, siendo en 4 casos un contacto laboral habitual, además en dos de ellos constaba el antecedente de consumo de leche cruda. Tres casos (25,0%), dos de ellos clasificados como confirmados, estaban asociados a un brote de origen profesional relacionado con una explotación ganadera.

7.3.7. Enfermedades transmitidas por vectores: leishmaniasis y paludismo

En el último trimestre de 2010 comenzó a detectarse un aumento en el número de casos de leishmaniasis notificados con respecto a años anteriores (Figura 7.44), debido fundamentalmente, a una agregación de casos detectada en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. La fecha de comienzo del brote se ha establecido en el 1 de julio de 2009 porque a partir de esa fecha se inició una acumulación de casos en el territorio epidémico; en los primeros seis meses de 2009 no se notificó ningún caso en este territorio.

Desde el 1 de julio de 2009 hasta el 2 de octubre de 2012 se han notificado 471 casos de leishmaniasis a la Red de Vigilancia Epidemiológica, de los cuales 384 cumplen los criterios de definición de caso para este brote (tasa de incidencia (TI): 22,11 casos por 100.000 habitantes). Las personas residen en los siguientes municipios: Fuenlabrada (322 casos; TI: 54,00), Leganés (37 casos; TI: 6,60), Getafe (20 casos; TI: 3,93) y Humanes de Madrid (5 casos; TI 7,08). El 36,7% de los enfermos asociados al brote han presentado una leishmaniasis visceral y el 63,3% restante una leishmaniasis cutánea. En la Figura 7.45 se presenta la curva epidémica de aparición de los casos por mes de inicio de síntomas según la forma de presentación. El 59,6% son hombres. La mediana de la edad es de 48 años y el rango de edad es de 2 meses a 95 años. Se ha recogido la existencia de factores de riesgo intrínsecos que pueden disminuir la inmunidad en el 15,4% de los casos. La mayoría de los casos (93,5%) son confirmados y el resto son probables. En las muestras en las que se ha realizado la tipificación, el parásito se ha identificado como *L. infantum*.

Se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. En nuestro entorno, el perro ha sido considerado el principal reservorio de leishmaniasis, pero el sistema de vigilancia no ha detectado un incremento de la presencia de leishmaniasis en ellos, salvo un ligero incremento en perros susceptibles de adopción, tanto en la campaña de 2011 como la de 2012. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en la campaña de 2011 y está en marcha el estudio de 2012. También se está investigando la presencia de otra fauna y se ha encontrado que las liebres juegan un papel como reservorios secundarios activos. Entre las medidas de control realizadas destaca la identificación de zonas de riesgo y la aplicación de medidas de saneamiento ambiental: limpieza y desinsectaciones en parques y en zonas con residuos. También se ha intensificado la recogida de animales abandonados y se está realizando un control de superpoblaciones de lepóridos.

Figura 7.44. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

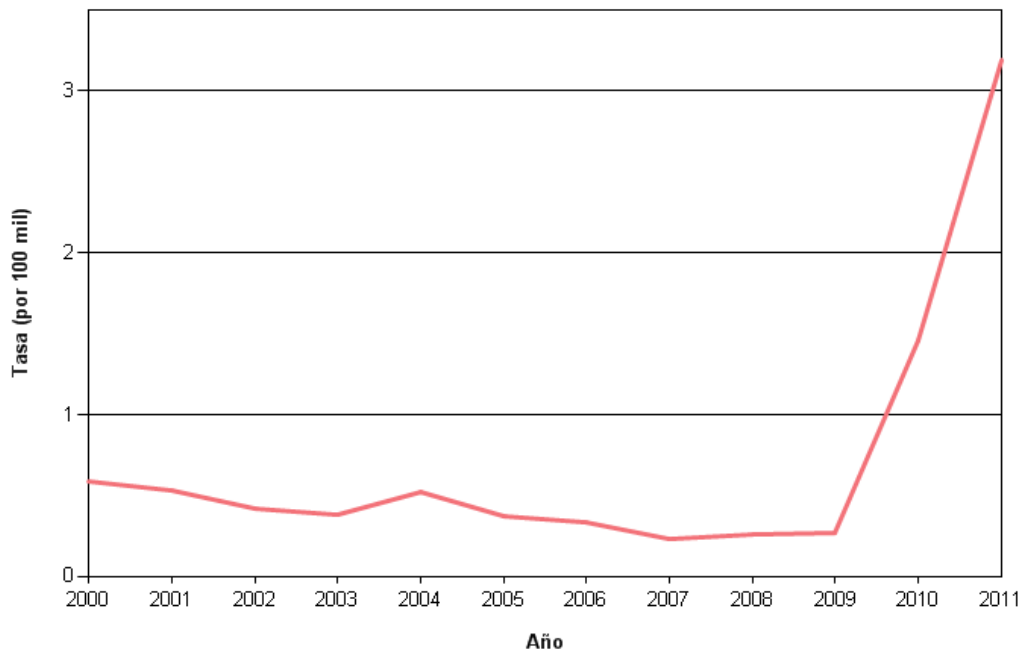
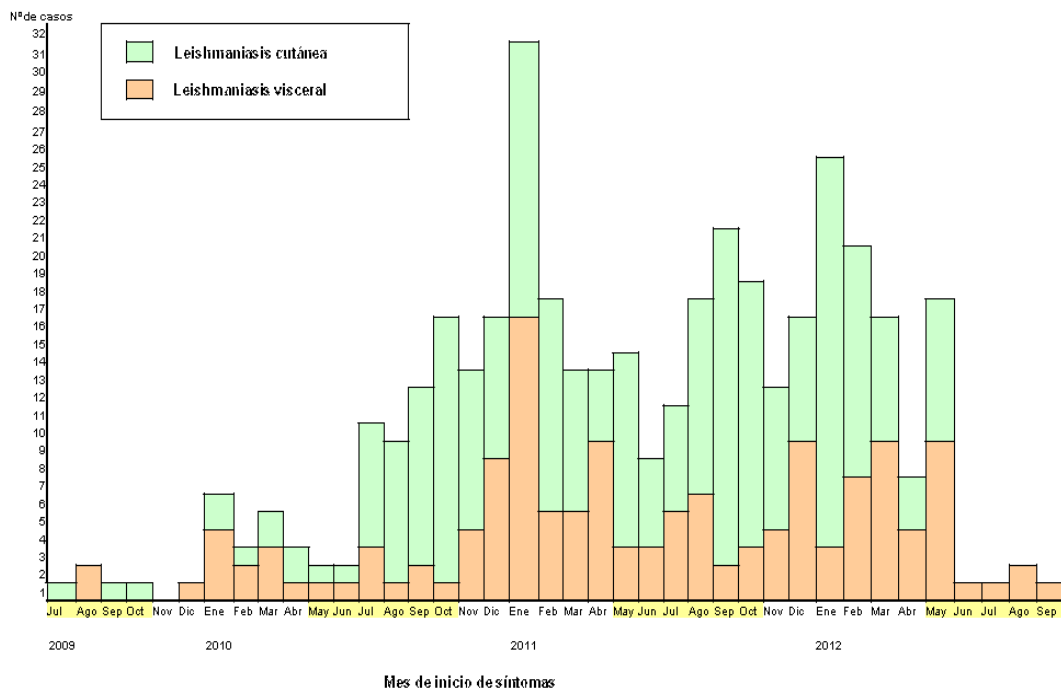


Figura 7.45. Leishmaniasis. Brote comunitario en municipios del suroeste de la Comunidad de Madrid. Curva epidémica por mes de inicio de síntomas según forma de presentación. Julio 2009-septiembre 2012.

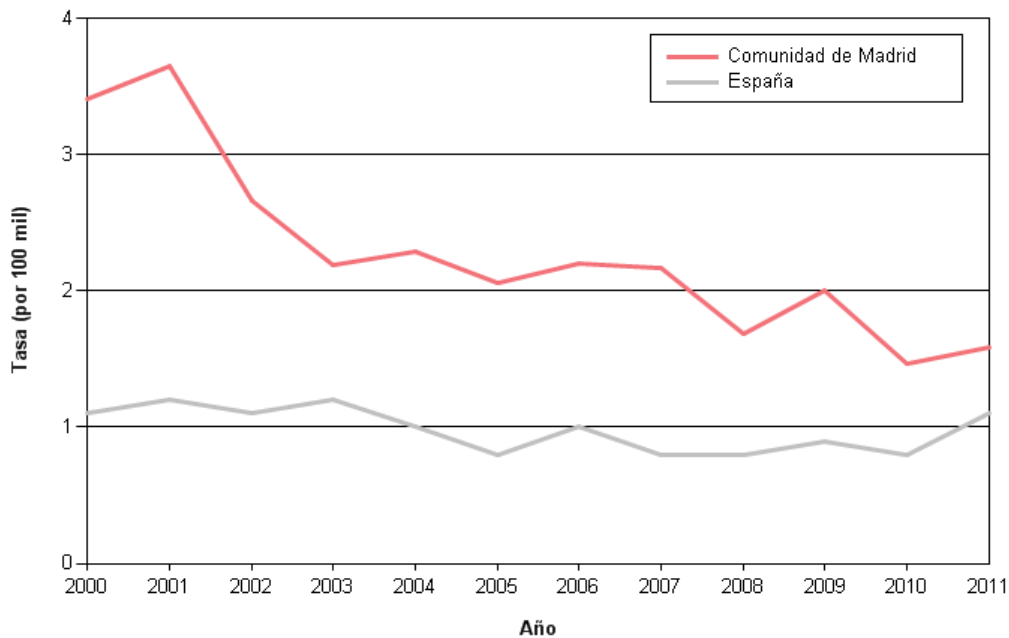
Fuente: Red de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2010 se notificaron 94 casos de paludismo y 103 en 2011, lo que representa un descenso en la incidencia respecto a años previos (Figura 7.46). El 9,6% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 65,9% en el grupo de edad de 25 a 44 años. El 22,3% de los casos eran españoles, el 69,1% africanos (destacar el 38,3% de casos de Guinea y el 16,0% de Nigeria), 5,4% latinoamericanos y el 3,2% europeos. En cuanto al motivo de viaje a la zona endémica, en el 50,0% de los casos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen, en el 16,0% el viaje turístico a lugares endémicos, el 8,5% había viajado por motivos de trabajo a esas zonas y en el 25,5% de los casos no constaba el motivo (son 24 casos, de los cuales 19 eran originarios de zonas endémicas, por lo que es de suponer que el motivo estaría relacionado con la inmigración). El lugar de contagio se conoce en 80 casos (85,1%), siendo África el continente más frecuente (97,5%) y Guinea el país más frecuentemente registrado como país de estancia (46,2%). En el 13,8% de los casos consta la realización de profilaxis antipalúdica.

Figura 7.46. Paludismo. Evolución anual de la incidencia. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.8. Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario

En general en los últimos años la incidencia de enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica la tendencia se puede considerar estable con tasas de incidencia de disentería, fiebre tifoidea y paratifoidea y triquinosis inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes. No hay notificaciones de casos de cólera y ocasionalmente hay alguna notificación de botulismo, así en 2011 se ha notificado 1 caso.

Los brotes de origen alimentario también en los años más recientes muestran una tendencia estable (Figura 7.47 y Figura 7.48).

Figura 7.47. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

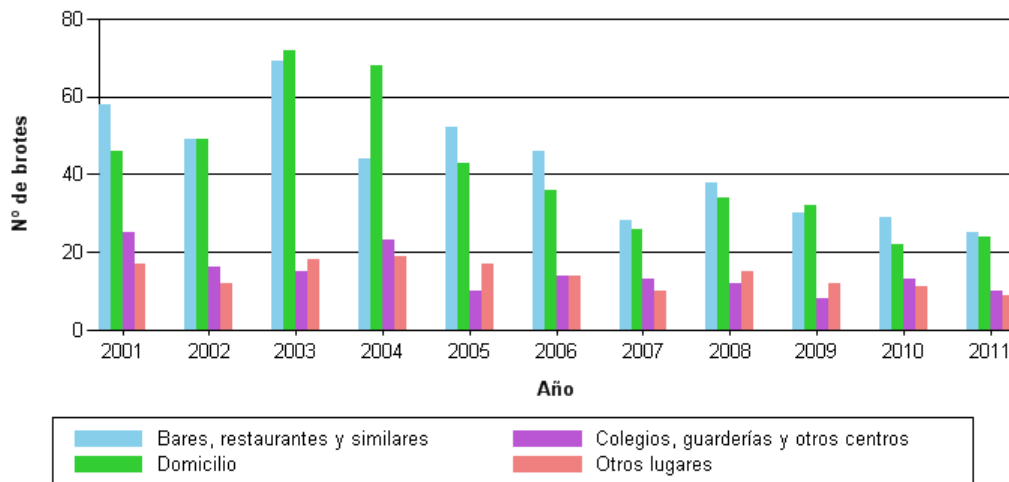
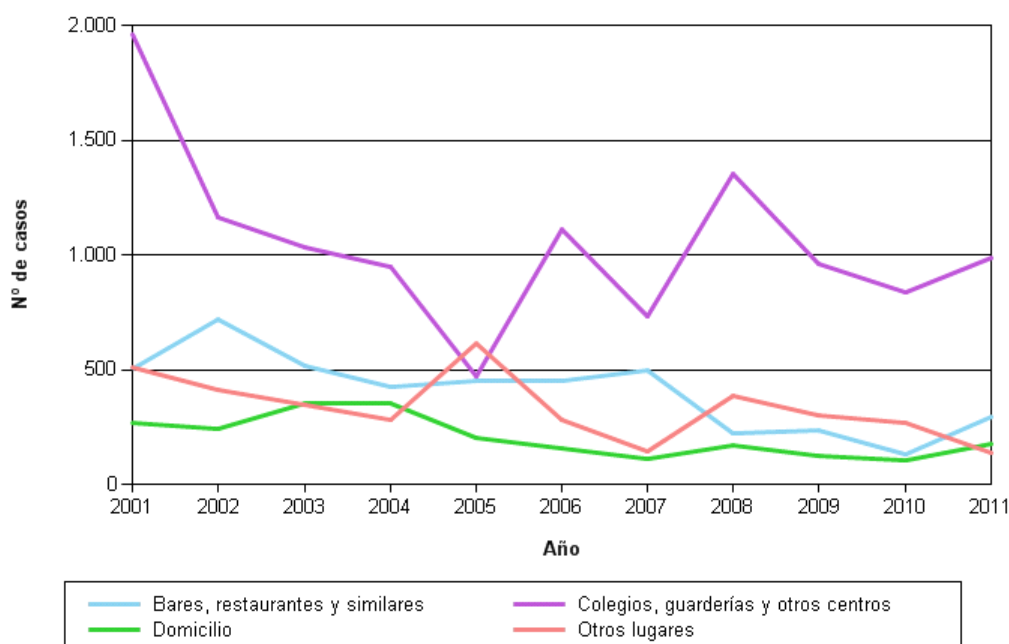


Figura 7.48. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.3.9. Infecciones de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis

Entre las enfermedades de transmisión sexual, en los últimos años se ha intensificado la tendencia creciente detectada en años anteriores. Parte del incremento observado a partir de 2010 puede deberse al inicio en ese año de la captación automática de datos de atención primaria.

En el año 2010 se notificaron 337 casos de infección gonocócica (Figura 7.49), con un claro predominio en hombres (89,6%) El 81,6% de los casos eran menores de 40 años, y el rango de edad osciló entre 16 y 66 años (Figura 7.50). En el 98,2% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 54,4% son españoles, el 29,0% latinoamericanos, el 8,8% africanos, el 6,3% de otros países europeos, el 1,2% asiáticos y el 0,3% norteamericanos. El 61,7% de los casos se clasificaron como confirmados.

Figura 7.49. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

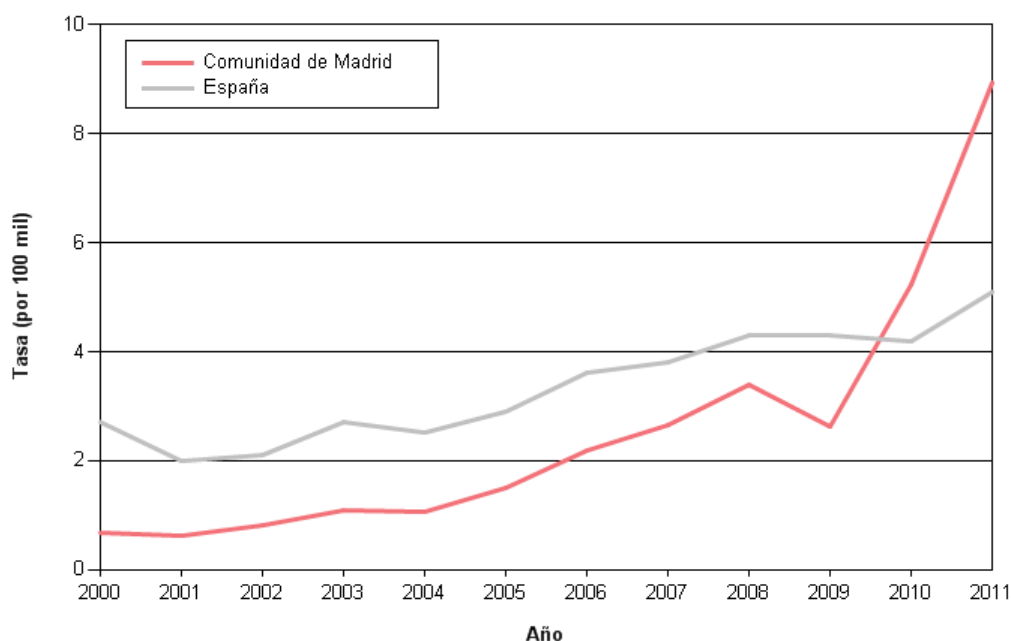
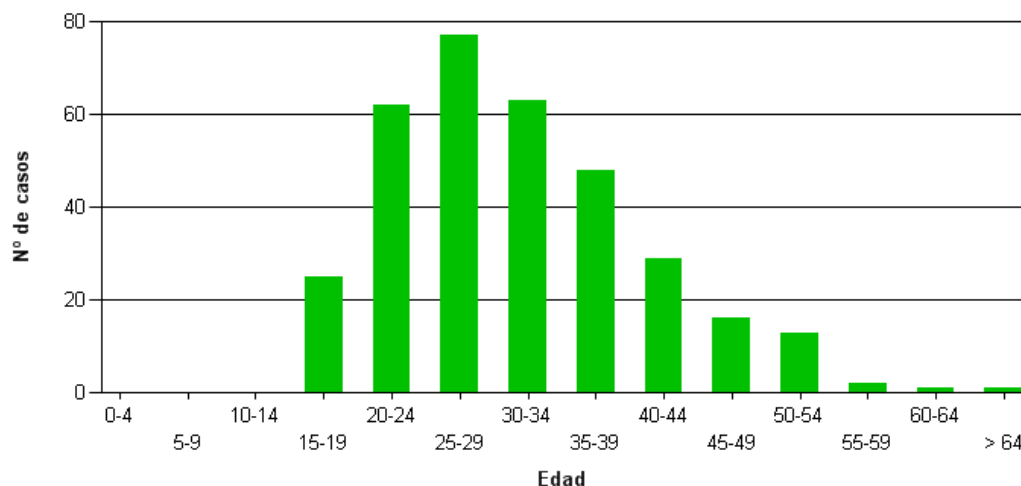


Figura 7.50. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2010 se notificaron 648 casos de sífilis (Figura 7.51), 77,8% varones. La mediana de edad fue de 36 años, siendo el 62,5% menores de 40 años (Figura 7.52). Se dispone de información sobre el país de origen en el 98,0% de los casos, de los cuales el 46,1% eran españoles, el 35,1% latinoamericanos, el 9,9% de otros países europeos, el 7,1% africanos, el 1,3% asiáticos y el 0,5% norteamericanos. El 15,0% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 93,5% de los casos el diagnóstico se realizó por serología y en el 3,7% se hizo diagnóstico microbiológico.

En 2010 se notificaron dos casos de sífilis congénita: Uno de ellos un varón de 8 meses, hijo de padres inmigrantes, clasificado como caso sospechoso/probable y el otro un caso confirmado de sífilis congénita tardía en una niña de 4 años nacida en República Dominicana.

Figura 7.51. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

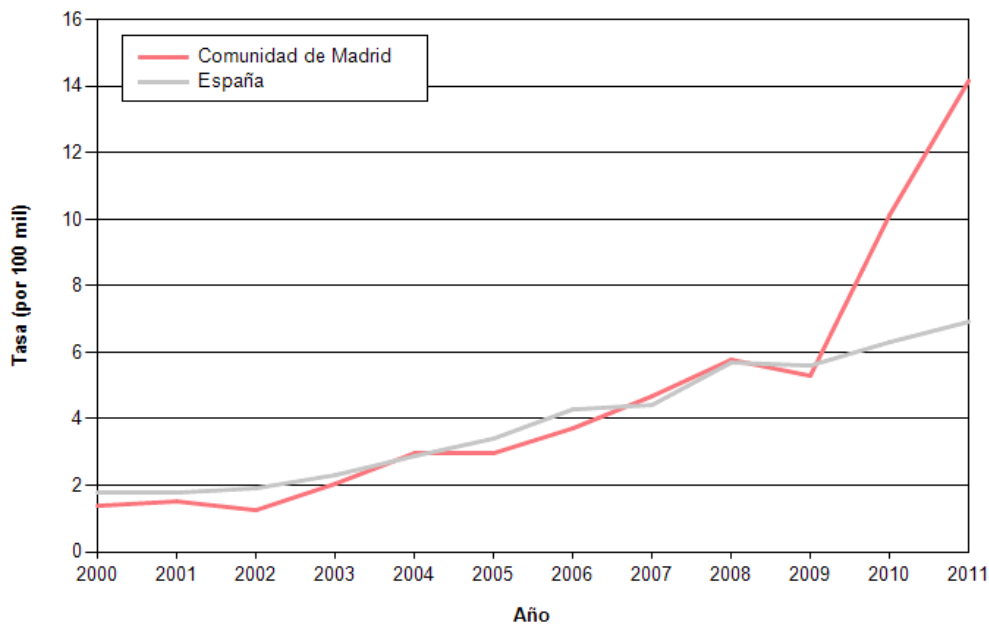
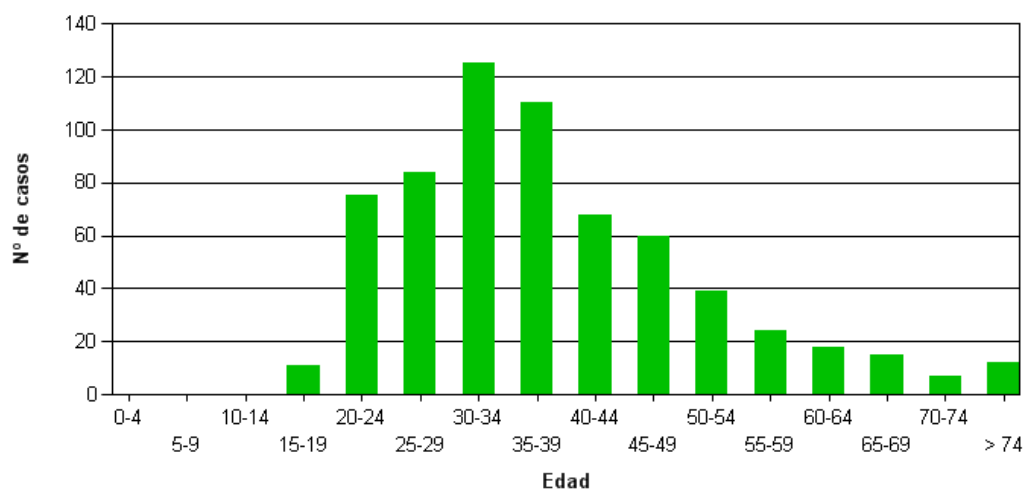


Figura 7.52. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.10. Infecciones causadas por VIH/sida

Infecciones por VIH

Desde que en agosto de 2010 se publicó la Orden 372/2010, de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH, el Servicio de Epidemiología recoge de forma exhaustiva diagnósticos de infección por VIH ocurridos desde el año 2007. En el periodo 2007-enero 2012 se han notificado 3.703 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid, de los cuales en un 3,1% (n=115) consta el fallecimiento. El 84,1% de los diagnósticos de VIH son hombres, el 37,8% tenían entre 20-29 años de edad y el 30,3% 30-39 años, siendo la media de edad al diagnóstico de 35,6 años (DE: 10,6). La incidencia en 2010 fue de 25,2 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 3,3 por 100.000 en mujeres (Figura 7.53). El 48,4% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2010 fue de 9,2 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,2 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 84,5% en hombres y un 88,7% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (Tabla 7.10).

El 20,2% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 18,2% en autóctonos y del 22,4% en foráneos.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 3.205 nuevos diagnósticos (86,6%). La presentación con "enfermedad VIH avanzada" ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 29,1% (932 casos) de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 47,5% si consideramos 350 células/ μ l y del 67,2% con cifras menores de 500 células/ μ l, siendo estos pacientes susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres que en hombres, en foráneos que en nacidos en España y también es alto cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas, siendo menor en HSH (Figura 7.54).

Figura 7.53. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

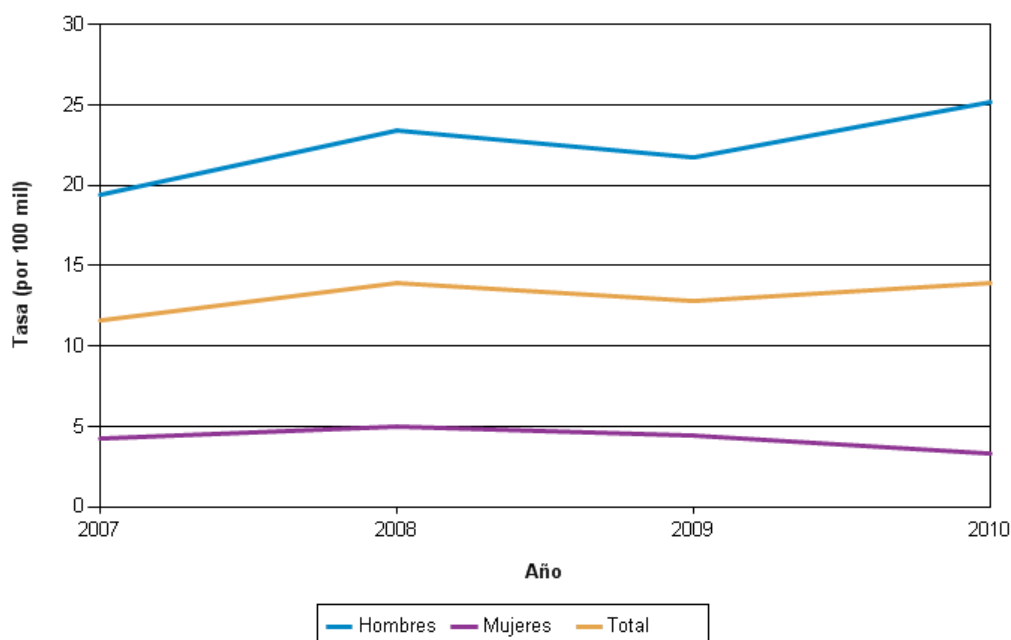


Tabla 7.10. Distribución de nuevos diagnóstico de infección VIH según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-enero 2012.

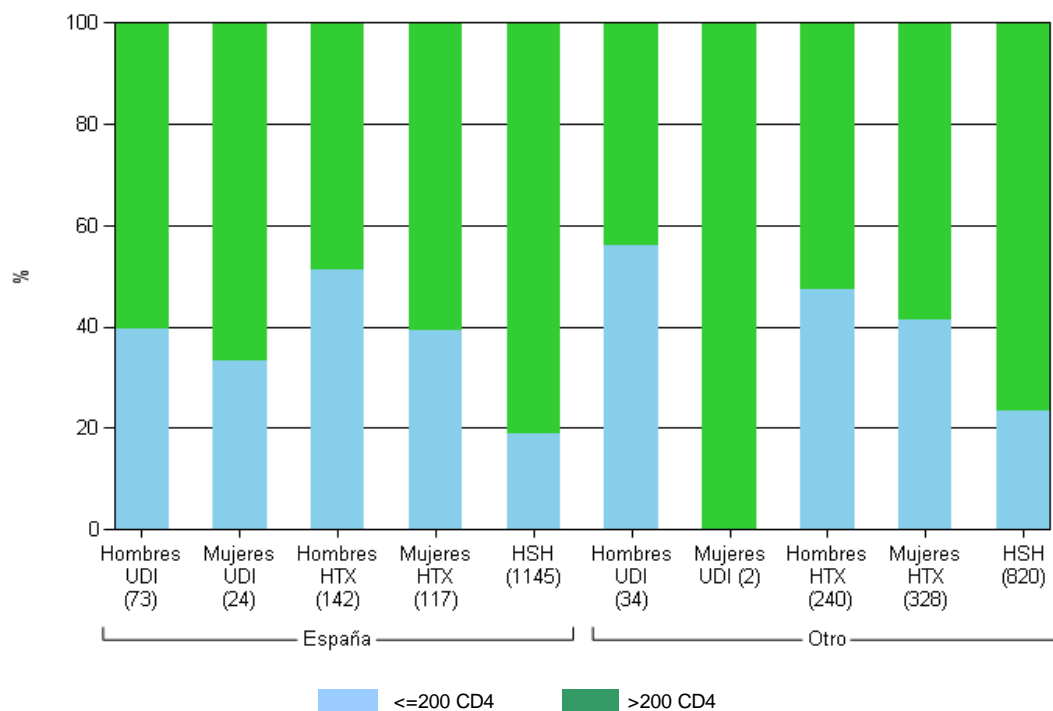
Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Mecanismo de transmisión	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	83	4,8	43	3,1	126	4,0	30	17,0	2	0,5	32	5,5
HSH	1.273	73,4	905	65,4	2.178	70,0						
HTX	152	8,8	288	20,8	440	14,1	127	72,2	394	96,0	521	88,7
Sexual (s.e.)	5	0,3	9	0,7	14	0,4						
Otros	5	0,3	6	0,4	11	0,4	9	5,1	4	0,9	13	2,2
Desconocido/N.C.	215	12,4	132	9,6	347	11,1	10	5,7	11	2,6	21	3,6
Total	1.733	100,0	1.383	100,0	3.116	100,0	176	100,0	411	100,0	587	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

Figura 7.54. Sida. Porcentaje de casos con "enfermedad avanzada de VIH" (<=200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007-enero 2012.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres
Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.

Casos de sida

Desde el año 1982 se han notificado 21.250 casos de sida en la Comunidad de Madrid. En el periodo 2006-2011 el número de casos de sida notificados fue de 1.914. El 77,1% son hombres y el 73,4% tenían entre 30 y 49 años de edad al diagnóstico de sida, media de edad 40,5 años (DE: 9,9). En el 16,5% (315 casos) hay constancia del fallecimiento. La incidencia en 2010 fue de 6,2 casos de sida por 100.000 en hombres y de 1,9 por 100.000 en mujeres (Figura 7.55). En la mayoría de los casos de sida la transmisión del VIH fue por vía sexual tanto en hombres como mujeres, si bien la transmisión en usuarios de drogas inyectadas (UDI) supone aproximadamente más de un 30% (Figura 7.56 y Tabla 7.11).

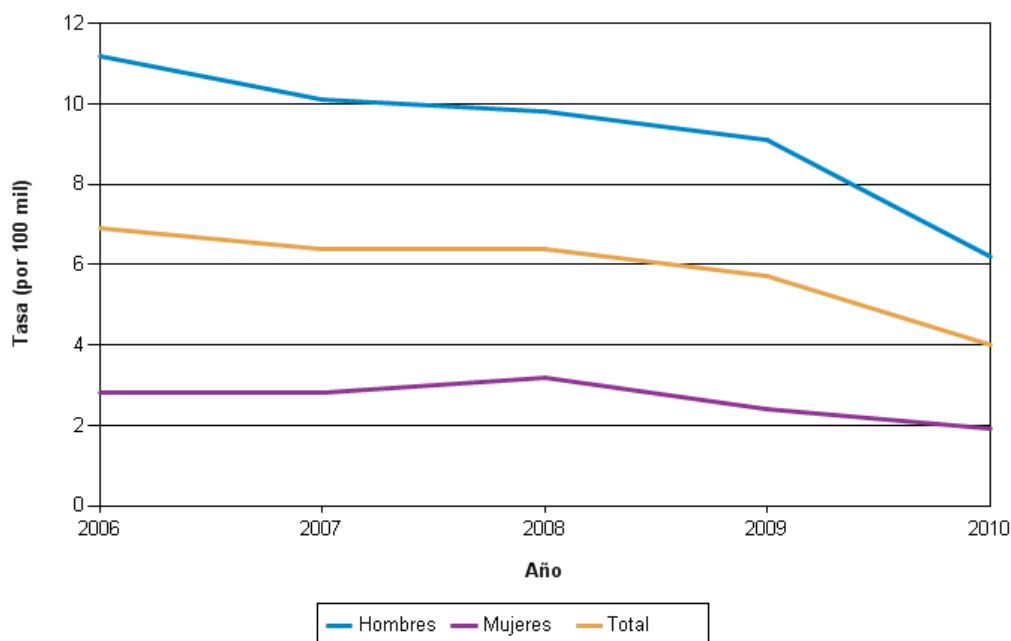
El 35,9% de los casos de sida habían nacido fuera de España. La incidencia (por 100.000 habitantes) ha disminuido en población foránea, de 16,9 en 2006 a 7,6 en 2010; y en autóctonos de 5,3 en 2006 a 3,1 en

2010.

El retraso diagnóstico de infección por VIH en los casos diagnosticados de sida se define cuando transcurren 12 meses ó menos entre el diagnóstico de VIH y el desarrollo de alguna enfermedad indicativa de sida. De los casos de sida diagnosticados desde el año 2006, el 46,6% presentaban retraso diagnóstico de infección por VIH.

Figura 7.55. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Datos de 2010 provisionales

Tabla 7.11. Distribución de casos de sida según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2006-2011.

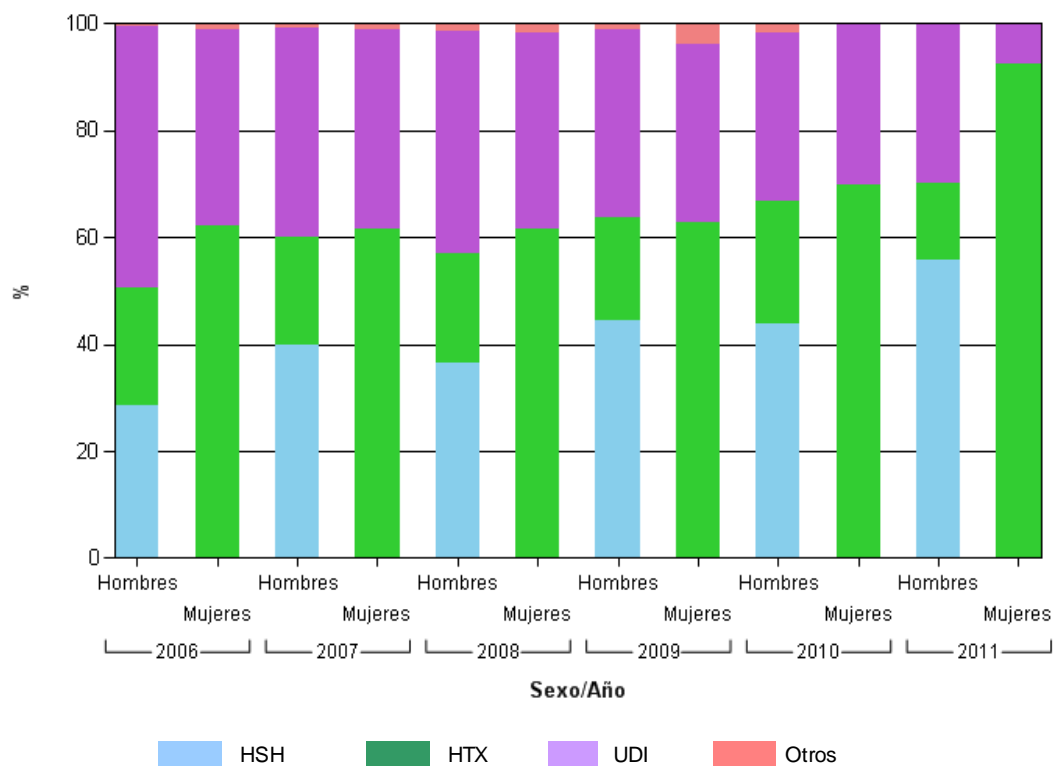
Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Mecanismo de transmisión	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	490	50,4	39	7,8	529	35,9	141	55,7	7	3,8	148	33,7
HSH	297	30,5	223	44,3	520	35,3						
HTX	104	10,7	172	34,3	276	18,7	104	41,1	172	92,5	276	62,9
Sexual (s.e.)	6	0,6	3	0,6	9	0,6						
Otros	5	0,5	9	1,8	14	0,9	2	0,8	5	2,7	7	1,6
Desconocido/N.C.	71	7,3	56	11,2	127	8,6	6	2,4	2	1,0	8	1,8
Total	973	100,0	502	100,0	1.475	100,0	253	100,0	186	100,0	439	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

Figura 7.56. Sida. Porcentaje de casos según año de diagnóstico, mecanismo de transmisión y sexo. Comunidad de Madrid, 2006-2011.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

* Casos con mecanismo de transmisión conocido (n=1770, 92,5%)

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de sida, se observa una disminución continua en la mortalidad por sida (Figura 7.57). Al analizar el patrón geográfico de la mortalidad (Figura 7.58) se observa que se concentra principalmente en el municipio de Madrid y en concreto en los distritos Puente de Vallecas, San Blas, Centro, Usera, Villa de Vallecas, Villaverde, Carabanchel (tanto en hombres como en mujeres) y también en el distrito de Vicálvaro en hombres y Arganzuela en las mujeres. Fuera del municipio de Madrid destaca con mayor mortalidad en esta causa en hombres el municipio de Torrejón de Ardoz, y en mujeres, Parla y Alcalá de Henares.

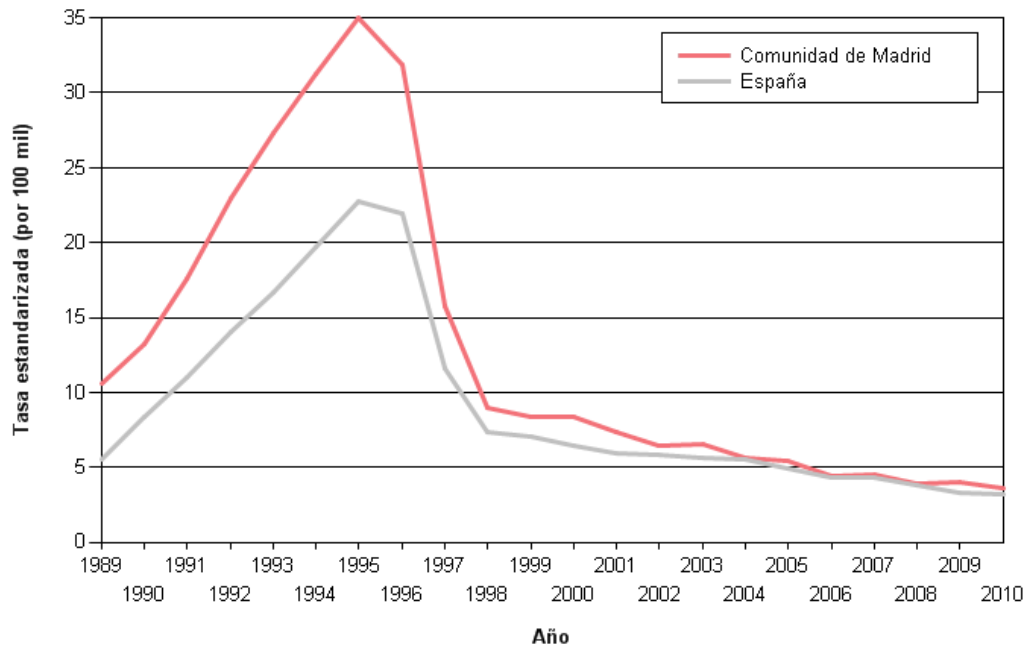
Después de la importante contribución al incremento de la esperanza de vida en el quinquenio 1995-2000, para el periodo 2005-2010 la contribución de esta causa al cambio de la esperanza de vida al nacer se produce casi de manera exclusiva por la evolución favorable de la mortalidad en los hombres de 30 a 49 años (Figura 7.59).

La carga de enfermedad por VIH/sida tiene un peso importante sobre el total de la carga por enfermedades infecciosas, y en concreto en la de los varones de edades adultas. Pese al proceso de cronicación de la enfermedad, el impacto de la mortalidad en el indicador sigue siendo superior al de la discapacidad y mala salud (Figura 7.60).

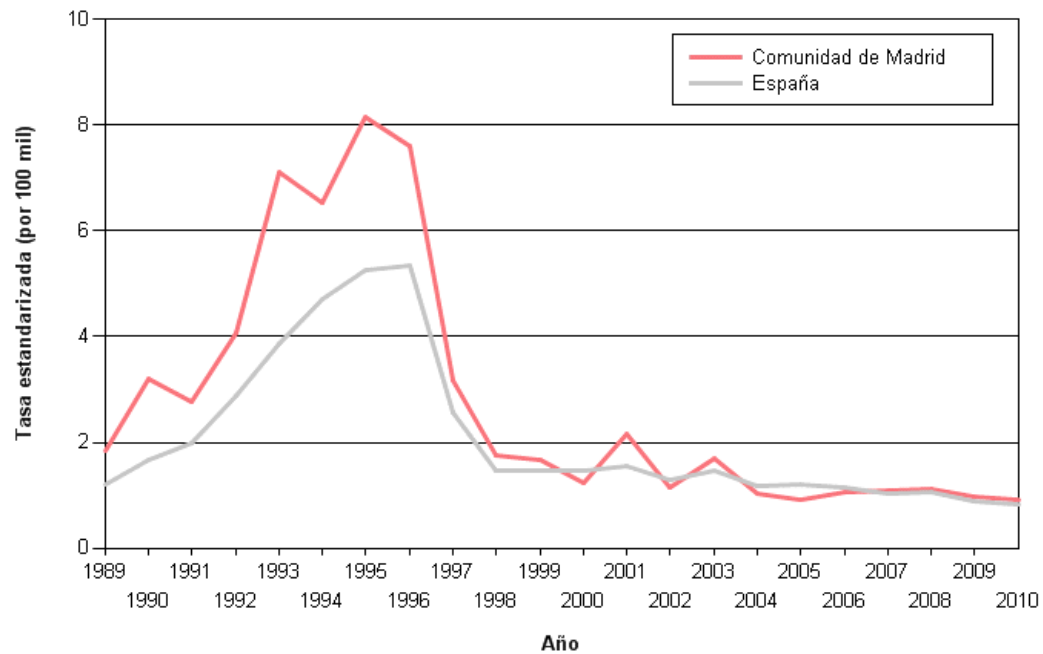
Figura 7.57. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2010.

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

Hombres



Mujeres

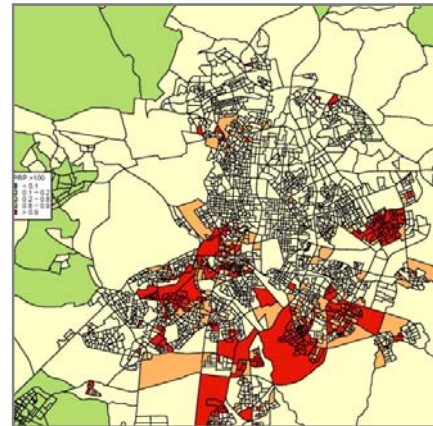
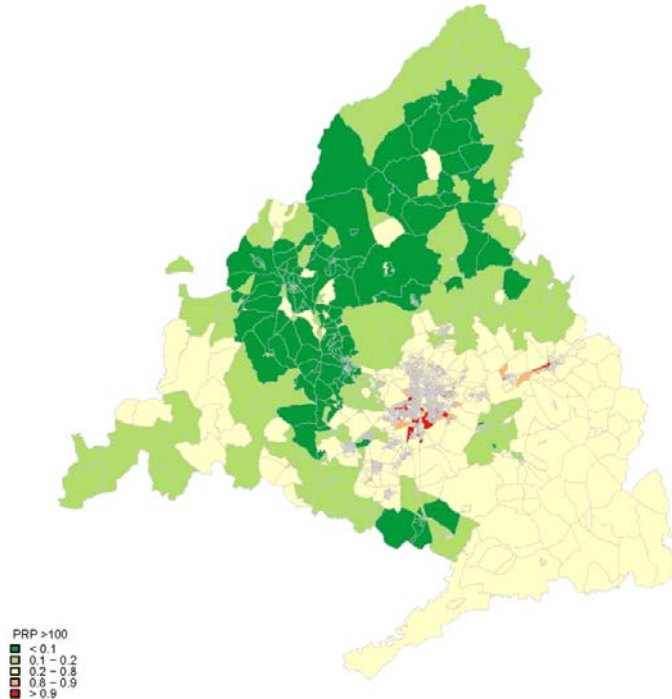


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 7.58. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

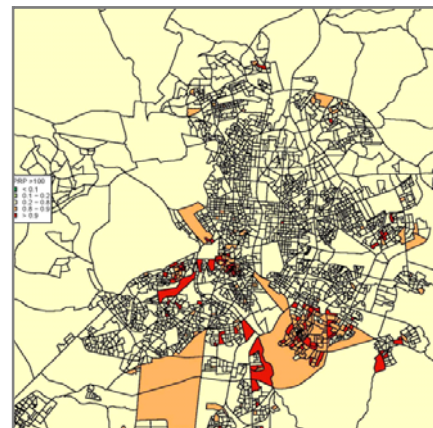
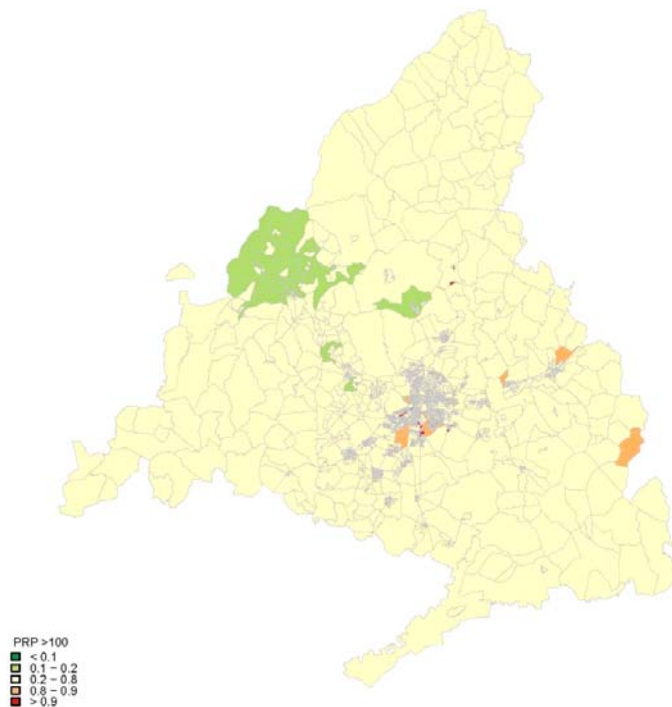


Figura 7.59. Contribución del sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

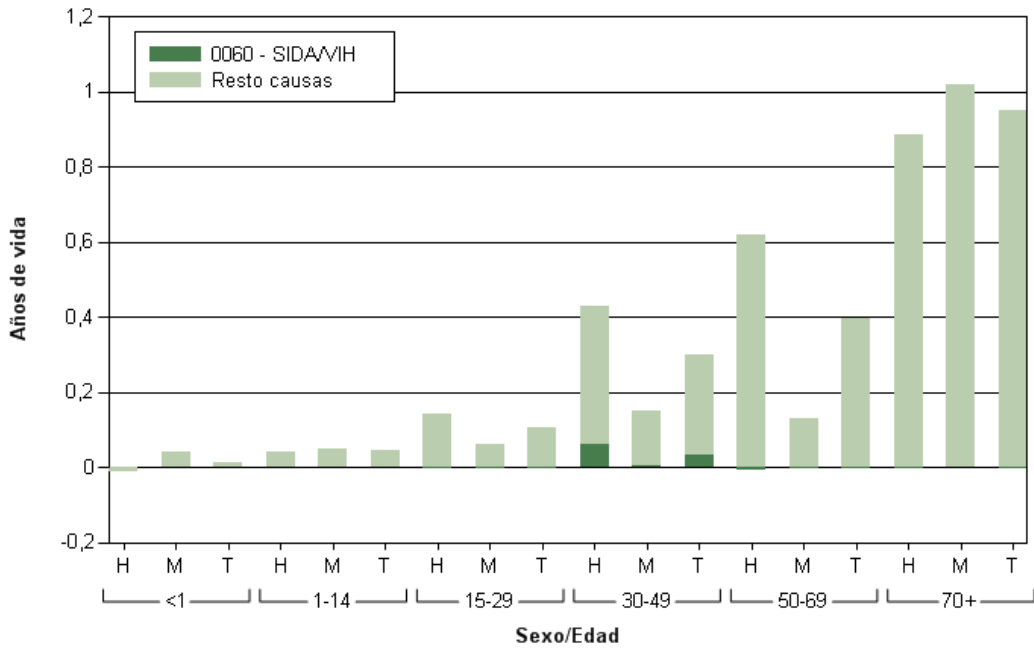
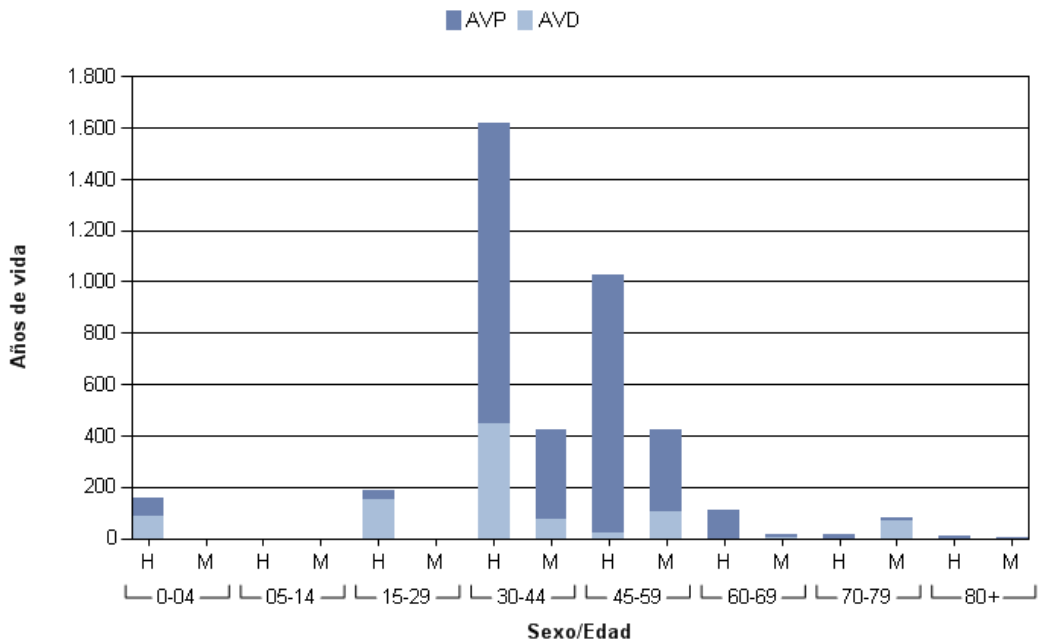


Figura 7.60. Infección VIH/sida. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



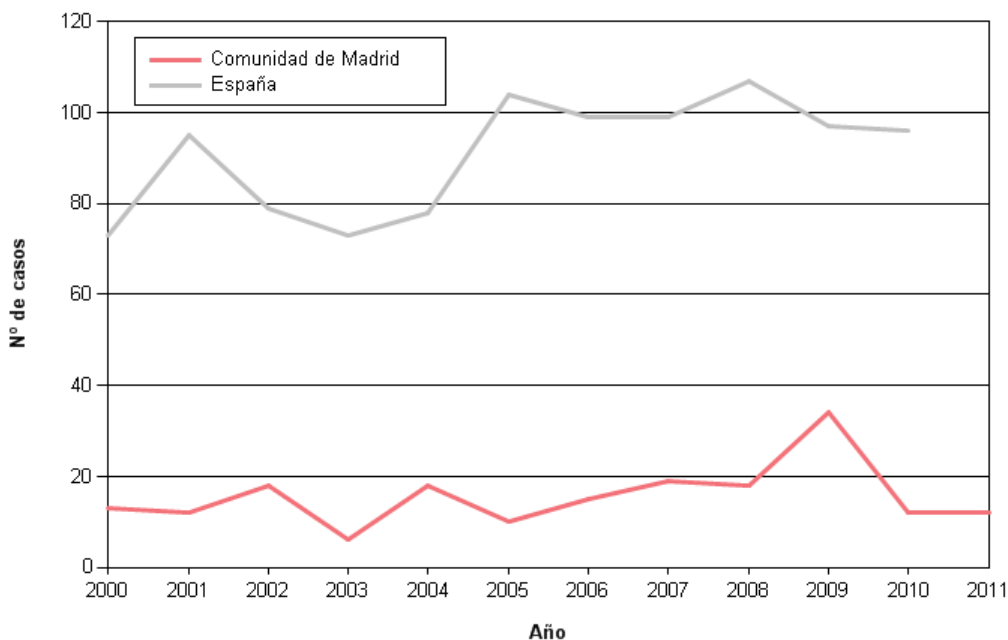
7.3.11. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas, lepra y otras enfermedades de declaración obligatoria

Durante el periodo 2000 hasta el 2009 se han notificado 100 casos de **encefalopatías espongiformes transmisibles humanas** (EETH) que suponen una incidencia anual media de 0,17 casos por 100.000 habitantes. El 84% son casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádico, el 9% son ECJ familiar, el 4% son casos de Insomnio Familiar Letal, el 2% son ECJ iatrogénico y un 1% (un caso) pertenece a la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ). El 64% de los casos se confirmaron por anatomía patológica. Las EETH presentan en 2010 una incidencia menor que la del quinquenio anterior y menor que la media de España (Figura 7.61).

Durante el año 2010 se notificaron 2 casos de lepra en la Comunidad de Madrid, ambos de origen brasileño. En 2011 se han notificado 5 casos.

Figura 7.61. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
Elaboración: Servicio de Epidemiología



7.3.12. Brotes de origen no alimentario

Dentro de los brotes de origen no alimentario los notificados con mayor frecuencia son los de gastroenteritis aguda (Tabla 7.12). La etiología más frecuente es norovirus y la mayor parte de los brotes ocurren en residencias de ancianos seguido de centros escolares.

Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	2007		2008		2009		2010		2011	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Brucelosis									1	2
Conjuntivitis	1	43	1	3	4	216	6	136	2	70
Dermatofitosis	3	12					3	16	2	4
Enf. de mano, pie y boca	2	6					1	6	8	125
Eritema infeccioso			1	11	1	5	2	25	1	40
Escabiosis	6	60	5	73	3	9	3	57	2	32
Escarlatina	1	5	6	36	2	5	2	8	3	9
Exantema vírico inespecífico			1	5						
Febre de Pontiac									1	4
Gastroenteritis no alimentarias	50	2.062	29	1.280	29	926	36	1.261	36	1.321
Hepatitis A	10	38	11	42	9	36	4	20	6	14
Hepatitis C									1	2
Herpangina							1	13		
Infección respiratoria aguda					1	21				
Meningitis vírica					4	11			1	3
Molusco contagioso	1	7	1	4			2	22	1	5
Mononucleosis infecciosa			1	4						
Neumonía	2	27			1	4				
Onicomadesis					3	22				
Ornitosis									1	2
Papiloma							1	13		
Parotiditis	29	516	4	57	5	12	6	20	7	32
Psitacosis							1	3		
Rubéola	1	2	1	2						
Sarampión			1	19			5	16		
Tos ferina	9	44	2	5	2	7	5	16	10	24
Tuberculosis					3	13				
Varicela			2	84			2	12	3	52
Viriasis inespecífica			1	11						
TOTAL	115	2.822	67	1.636	67	1.287	80	145	87	1.739

7.4. Conclusiones

La mortalidad por enfermedades transmisibles, superior en hombres que en mujeres, muestra una tendencia estable a lo largo del siglo XXI y con valores similares al conjunto de España. En términos de morbilidad hospitalaria, las enfermedades infecciosas y parasitarias representan el 1,7% de las altas hospitalarias registradas en 2011; las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida; y las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias. Las enfermedades infecciosas representa aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; las tasas más altas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años; y las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda es la primera causa, en todos los grupos de edad, de motivo de consulta por infección.

No obstante la importancia de estas enfermedades radica, más que en su impacto en términos de morbimortalidad, en el hecho de su posible prevención y control. En este sentido es importante la evaluación de las coberturas vacunales. En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros. El registro nominal de vacunaciones (en marcha desde 2006) es una oportunidad para mejorar no sólo la evaluación

de las coberturas sino también para servir como instrumento para su mantenimiento y mejora constante.

La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo. Así en 2011, ante el brote comunitario de sarampión y el incremento en el número de casos de tosferina, se introdujeron modificaciones en el calendario de vacunación infantil consistentes en el adelanto de la primera dosis de triple vírica a los 12 meses y la administración de una dosis de dTpa a los 14 años.

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela y del sistema EDO. Desde la pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009, se inició la vigilancia de casos graves y en las temporadas siguientes se ha mantenido la vigilancia de casos graves de gripe.

En 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid y en el periodo de 2009 a 2012 se ha producido un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. En ambos brotes, además de la investigación epidemiológica, se han puesto en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los mismos.

Las infecciones de transmisión sexual siguen mostrando la tendencia ascendente ya detectada desde hace años.

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 2001 (26,0%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2011 la proporción de extranjeros ha sido de 47,3%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2010 fue de 25,2 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 3,3 por 100.000 en mujeres. El 48,4% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2010 fue de 9,2 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,2 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 84,5% en hombres y un 88,7% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con "enfermedad VIH avanzada" ó personas que tienen un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 29,1% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

Objetivo 8

Enfermedades no transmisibles

8

Objetivo 8. Enfermedades no transmisibles

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

3. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales.

Las enfermedades no transmisibles -un grupo de enfermedades que incluyen las cardiovasculares, el cáncer, los problemas de salud mental, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas y las musculoesqueléticas- causan el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la Región Europea de la OMS. Estos trastornos son en gran parte prevenibles y están unidos por factores de riesgo comunes, determinantes básicos y oportunidades de intervención. Un reparto más equitativo de los beneficios de intervenciones eficaces proporcionaría a todos los Estados Miembros una ganancia significativa en salud y económica.

La OMS/Europa promueve un enfoque integral para hacer frente a las enfermedades no transmisibles que simultáneamente:

- Promueve la promoción de la salud a nivel poblacional y los programas de prevención dirigidos a grupos e individuos de alto riesgo, y maximiza la cobertura de la población con una atención y tratamiento efectivos;
- Integra de manera sistemática las políticas y acciones para reducir las desigualdades en salud.

Este enfoque requiere una actuación integral en los factores de riesgo y sus factores determinantes en todos los sectores, junto con el fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar la prevención y el control.

Cáncer

El enfoque de la OMS sobre el cáncer tiene cuatro pilares: Prevención, detección precoz-programas de cribado, tratamiento y cuidados paliativos.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

8.1. Áreas focales determinantes

- 8.1.1 Factores de riesgo
- 8.1.2 Prácticas preventivas

8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles

- 8.2.1. Tumores
- 8.2.2. Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus
- 8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio
- 8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo
- 8.2.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- 8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario
- 8.2.7. Enfermedades raras

8.3. Conclusiones

8.1. Áreas focales determinantes

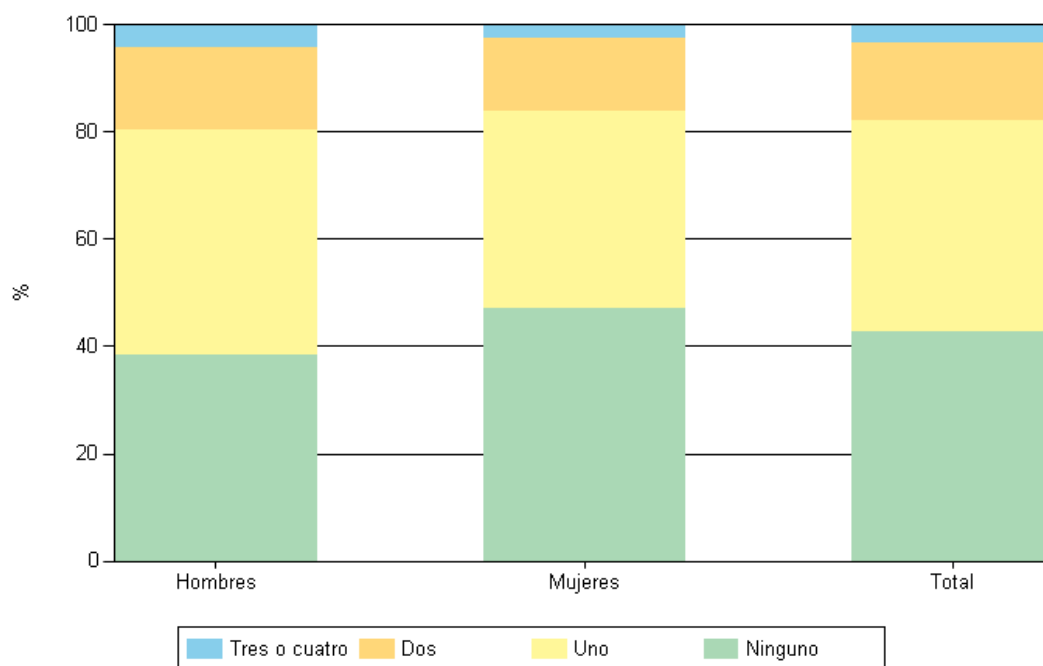
8.1.1. Factores de riesgo

De la información facilitada por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), y con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se han seleccionado como indicadores: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluye un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METS en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada hemos considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

En 2010 el 42,8% de los entrevistados (población de 18-64 años) no tiene ningún factor de riesgo, el 39,3% tiene uno, el 14,3% dos, el 3,4% tres, y el 0,1% cuatro (Figura 8.1). Globalmente, la presencia de 2 ó más factores de riesgo es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, se observan importantes diferencias según la edad. En los más jóvenes (18-29 años) son las mujeres las que presentan esta agregación de factores de riesgo con más frecuencia que los varones. Esta situación se invierte a partir del grupo de 30-44 años, llegando a ser casi dos veces más frecuente la presencia de 2 ó más factores de riesgo en los hombres de 45-64 años en comparación con las mujeres de ese grupo de edad (Figura 8.2).

Figura 8.1. Agregación de factores de riesgo* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

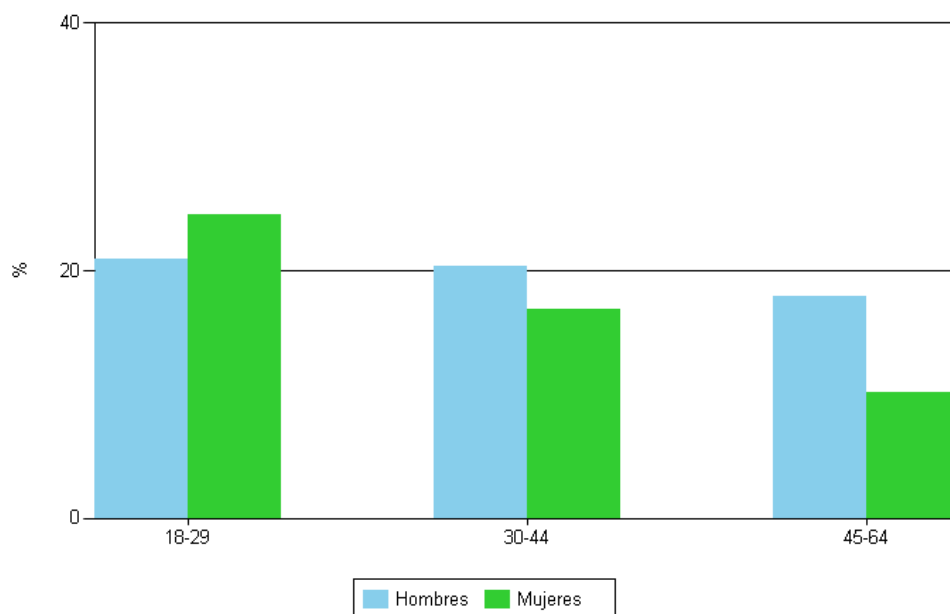
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



* Sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Figura 8.2. Proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

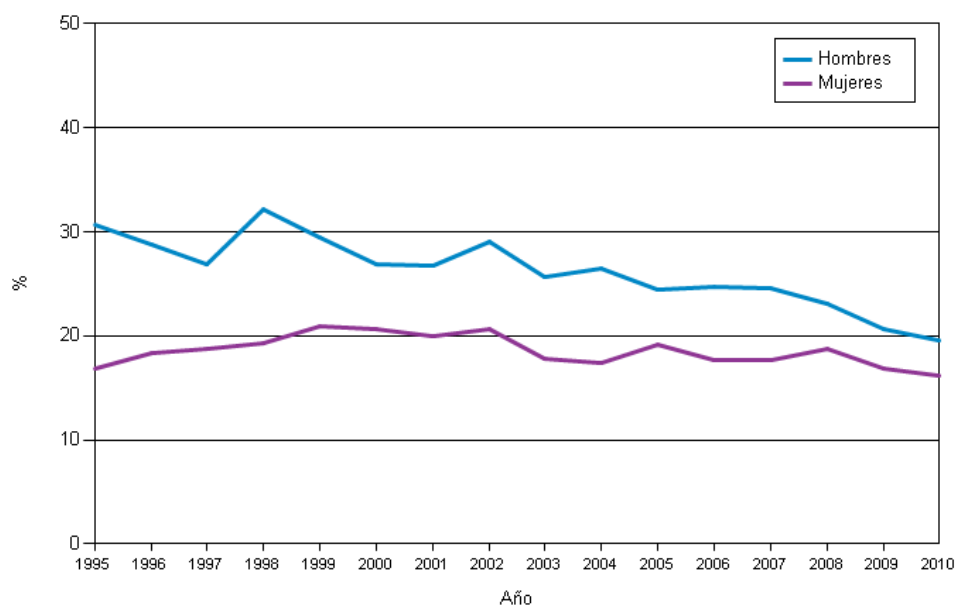


* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Por último, en la [Figura 8.3](#) se observa que la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2009 y 2010 comparado con 1995/1996 del 36,3% en hombres y del 12,5% en mujeres.

Figura 8.3. Evolución de la proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

8.1.2. Prácticas preventivas

También de acuerdo con la información facilitada por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en la [Tabla 8.1](#) podemos observar la proporción de personas encuestadas que refieren tener la tensión arterial y el colesterol elevados según edad y sexo. Un 15,0% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 59,0% está tomando medicación, el 28,7% se controla el peso, un 53,0% ha reducido la ingesta de sal, y un 38,0% hace ejercicio físico. El 78,3% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 21,7% no realiza ninguna. A un 18,8% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 36,8% toma medicamentos, el 59,8% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 38,4% practica ejercicio físico. El 79,6% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 20,4% no realiza ninguna.

Tabla 8.1. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	15,0 (±1,6)*	18,0 (±2,4)	12,2 (±2,0)	4,4 (±1,8)	10,4 (±2,1)	26,7 (±3,2)
Colesterol elevado	18,8 (±1,7)	19,5 (±2,5)	18,2 (±2,4)	5,9 (±2,1)	14,6 (±2,5)	31,7 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

En la [Figura 8.4](#), [Figura 8.5](#) y [Figura 8.6](#) podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Figura 8.4. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

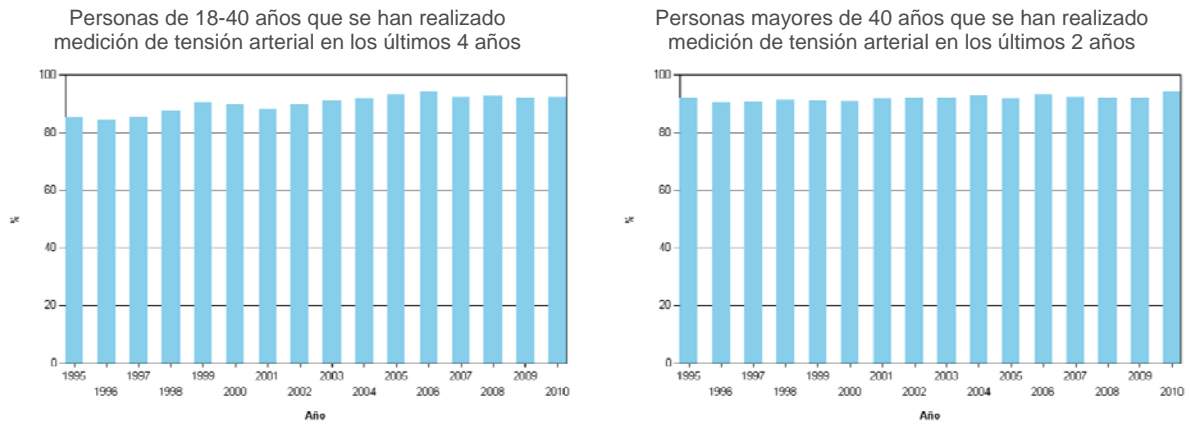


Figura 8.5. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

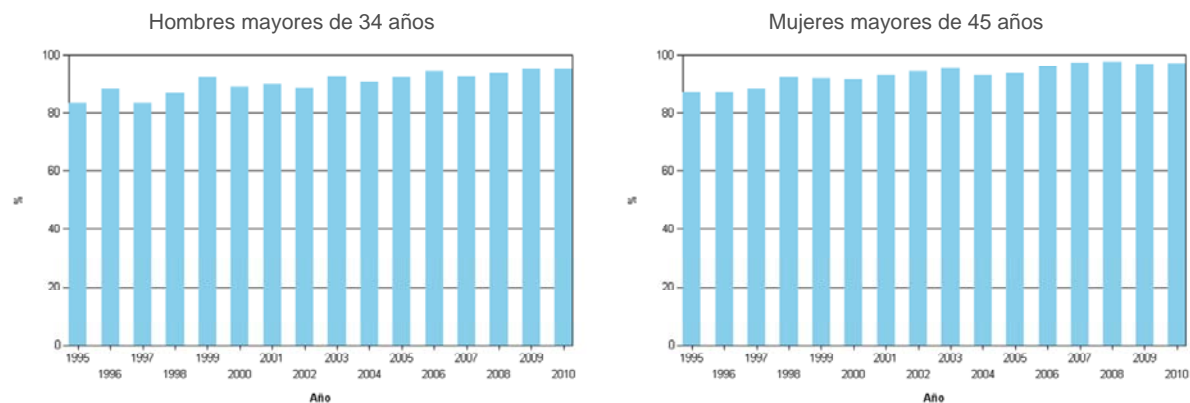
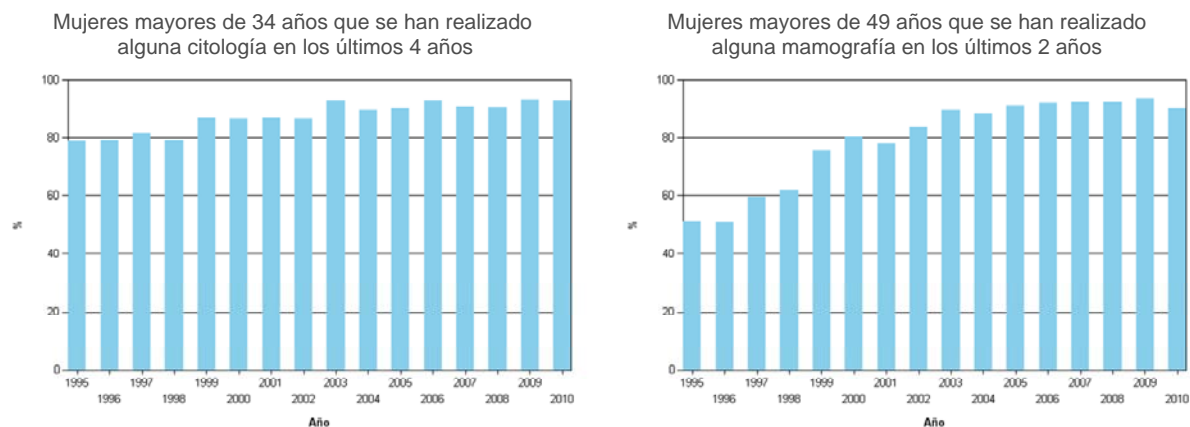


Figura 8.6. Evolución de la proporción de mujeres que se han realizado citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Una gran mayoría afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque un 9,5% no cumple alguna de estas recomendaciones. Un 7,1% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 9,7 de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos dieciséis años de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías –en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 80,4% comparando el promedio del año 2009 y 2010 con el de 1995 y 1996 (Figura 8.6).

8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles

8.2.1. Tumores

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (en 2010, 205,7 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (126,0 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. No obstante, la mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores.

También ocupan los tumores el primer puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria en hombres, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas causaron en 2011 el 56% de las altas).

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante en la última década. Geográficamente se observa un patrón de agregación de mortalidad en el sur de Madrid, distritos de Puente de Vallecas, Usera, Villa de Vallecas, Moratalaz, Vicálvaro, Villaverde y Carabanchel, y en los municipios de Parla, Fuenlabrada y Rivas-Vaciamadrid. En mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en tasas de mortalidad, después de más de dos décadas de aumento constante de las mismas, superiores a las nacionales. Respecto al valor medio de la Comunidad de Madrid, dentro del municipio de Madrid los distritos municipales con mayor mortalidad son Salamanca, Chamartín, Chamberí, Centro, Retiro, Tetuán, Arganzuela y Moncloa-Aravaca y fuera del municipio de Madrid destacan con mayor mortalidad los municipios de Pozuelo de Alarcón, Majadahonda y Las Rozas de Madrid.

El cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad causa en mujeres, con una tendencia descendente desde 1995, igual que en España, que muestra tasas ligeramente superiores. La mortalidad por cáncer de mama es mayor en el municipio de Madrid que en el resto de la Comunidad, pero no se observa ningún patrón de agregación espacial.

El cáncer de colon y recto presenta la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer, tanto en hombres como mujeres. En los últimos años se aprecia una tendencia descendente en mujeres para ambas localizaciones; en hombres sólo se aprecia esta tendencia en el cáncer de colon, menos clara que en mujeres, siendo estable en el cáncer de recto. Respecto al patrón geográfico, no se observan zonas con exceso de mortalidad.

El tumor maligno de próstata se sitúa en tercer lugar como causa de muerte por cáncer en los hombres. Presenta una tendencia descendente desde 1995, con un repunte en 2010. No existen particularidades reseñables en cuanto a su distribución geográfica.

El cáncer de páncreas en hombres y el melanoma maligno de piel en ambos sexos muestran una tendencia estable en la mortalidad en los últimos años, después de un curso ascendente desde 1975 (primer año analizado); en mujeres, el cáncer de páncreas continúa dicha tendencia ascendente. Igualmente la mortalidad por cáncer de ovario muestra una tendencia ascendente hasta 1996, y una tendencia descendente desde entonces hasta la actualidad.

Tabla 8.2. Tumores. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

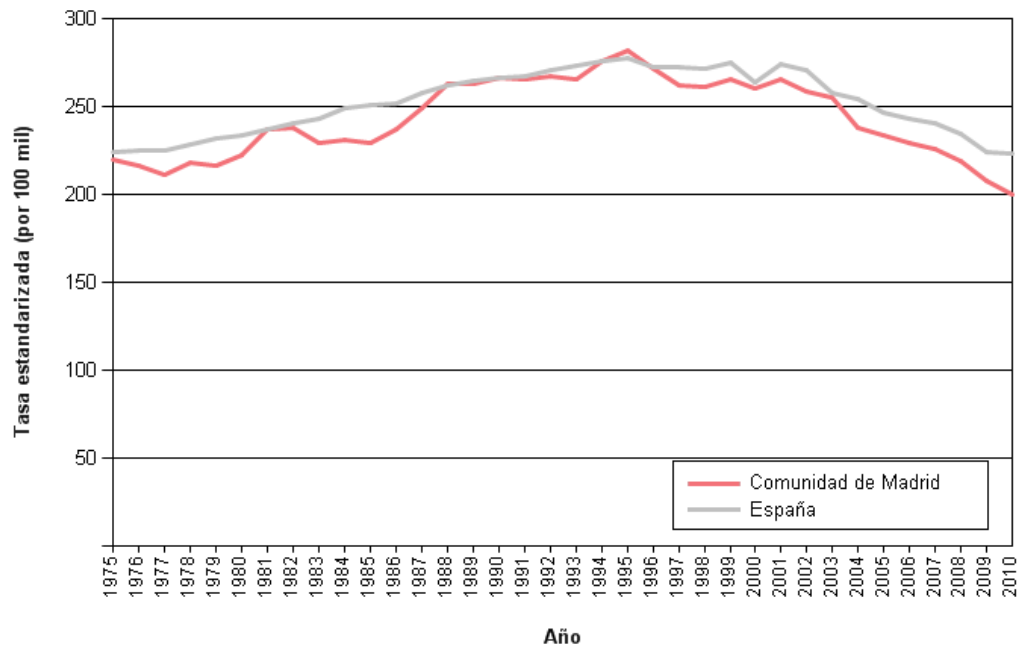
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumores. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	7.222	5.056	12.278
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	233,5	152,8	191,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	135,6	91,6	113,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	205,7	100,4	143,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.948,5	1.923,7	1.935,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,46	0,15	0,26
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	60.515	47.282	107.797
Años de Vida Perdidos. CM.	54.800	40.082	94.882
Años Vividos con Discapacidad. CM.	5.715	7.200	12.915

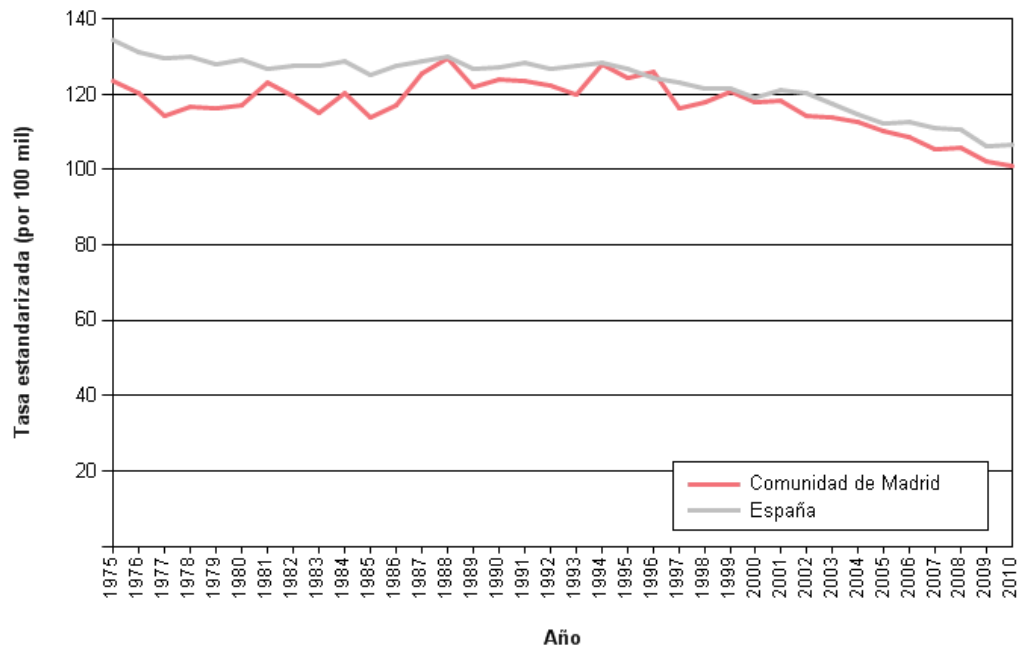
Figura 8.7. Tumores. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

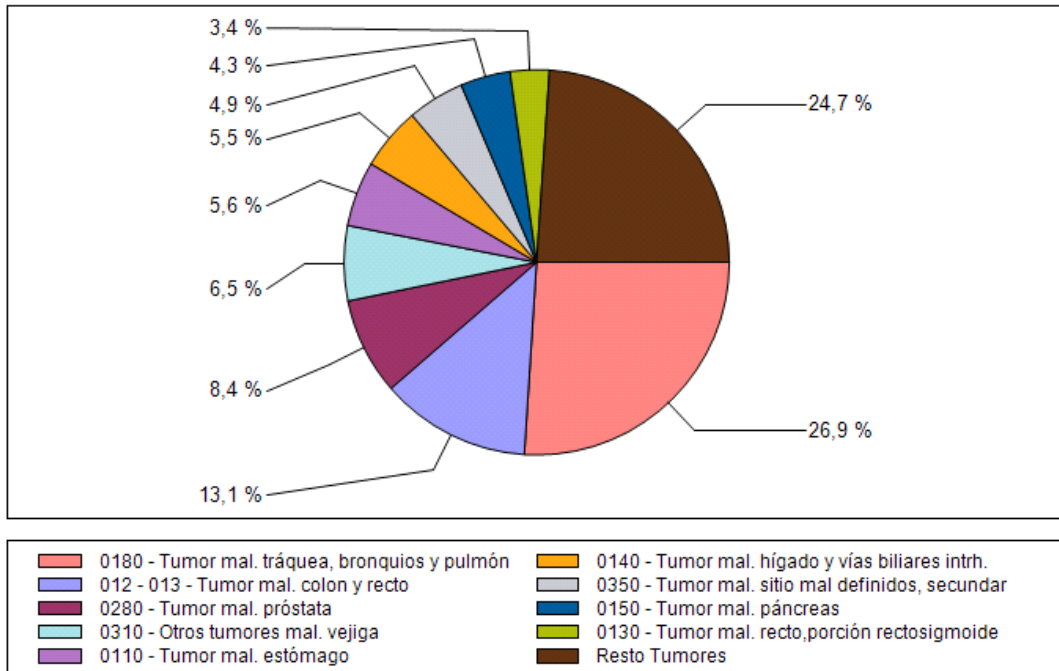


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.8. Tumores. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Hombres



Mujeres

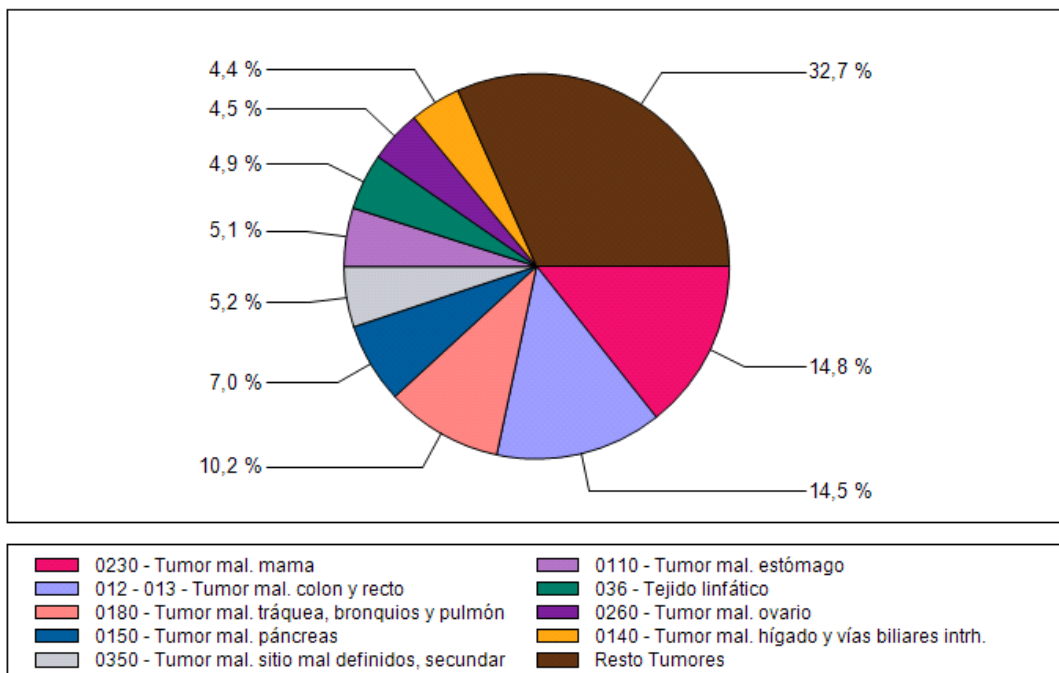
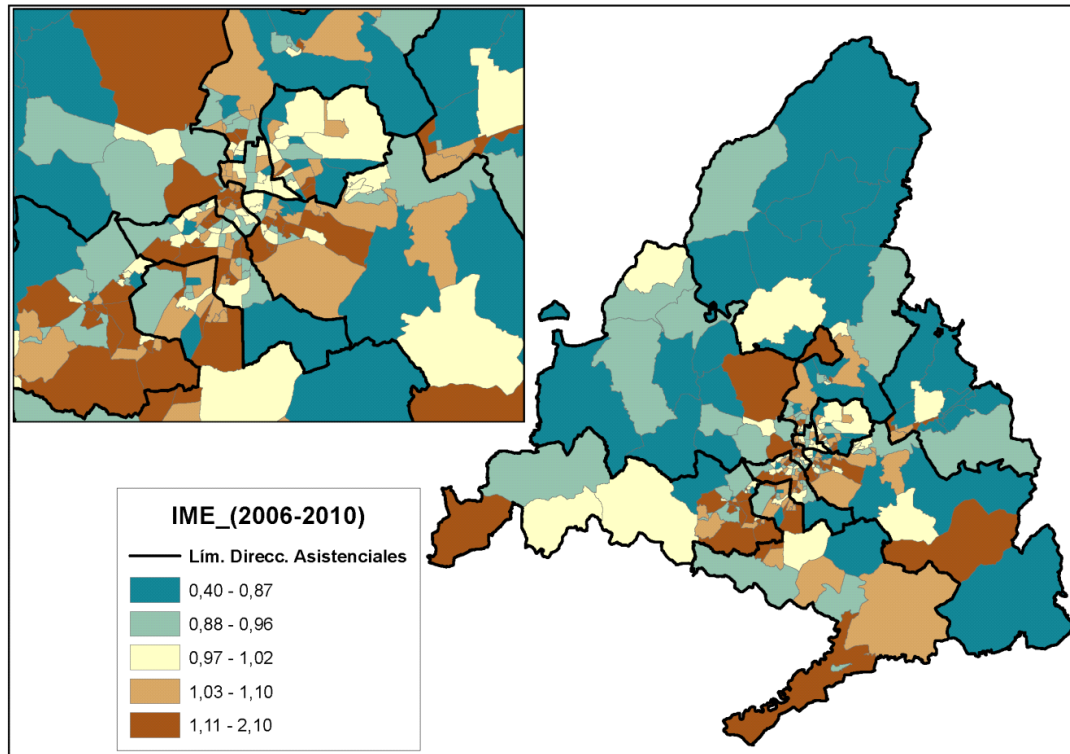


Figura 8.9. Mortalidad por tumores en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

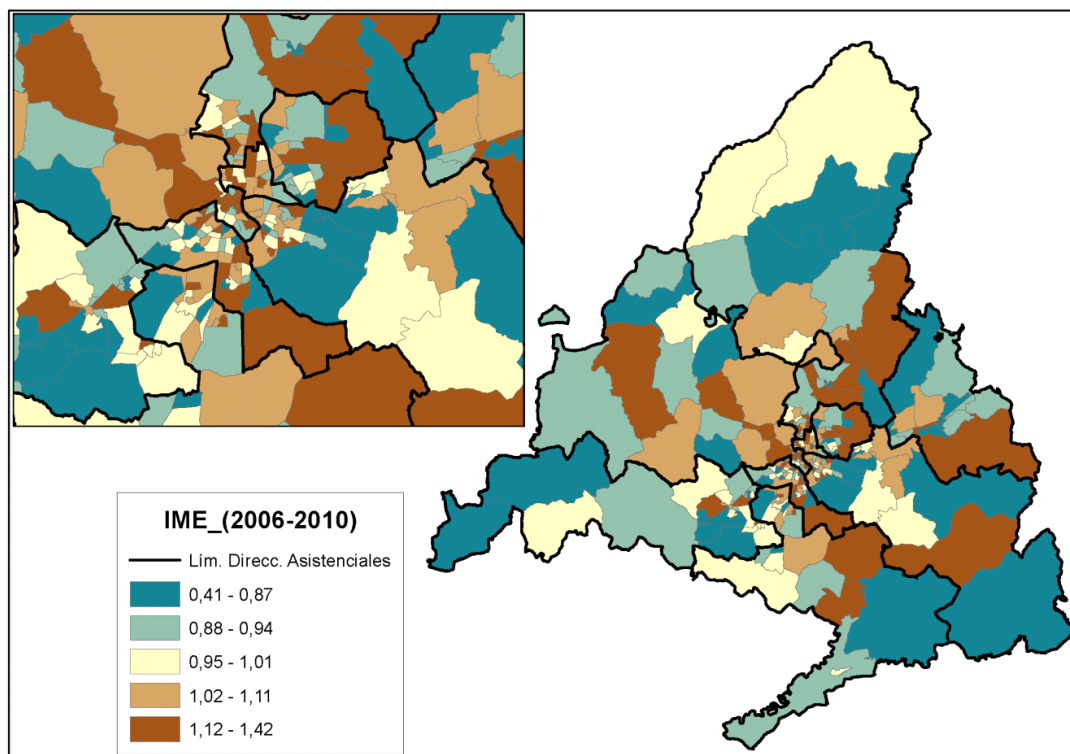


Figura 8.10. Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

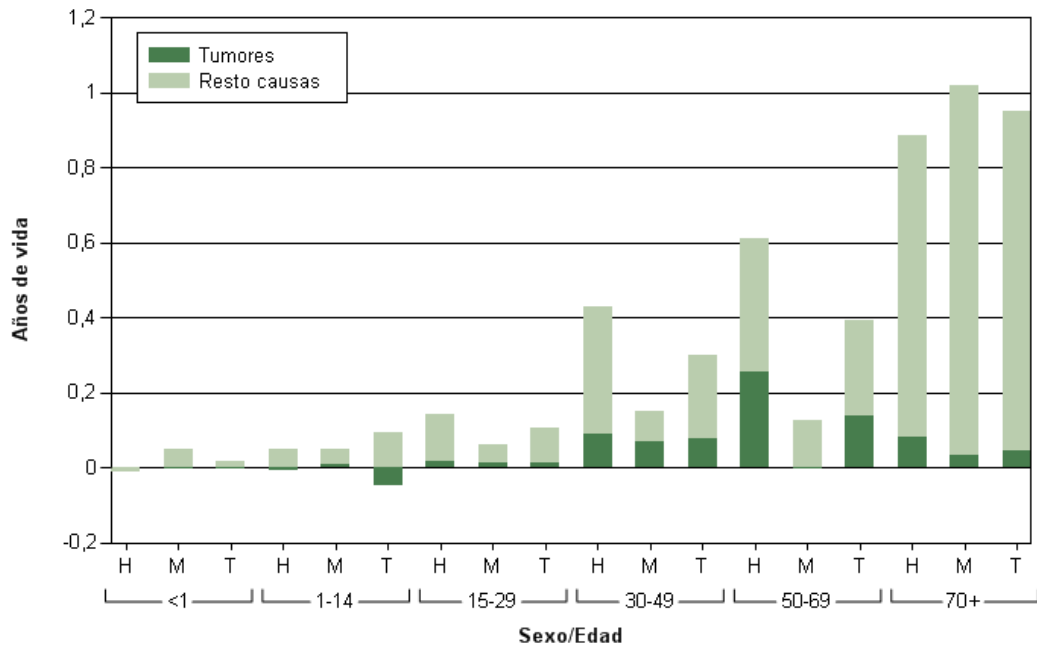


Figura 8.11. Tumores. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

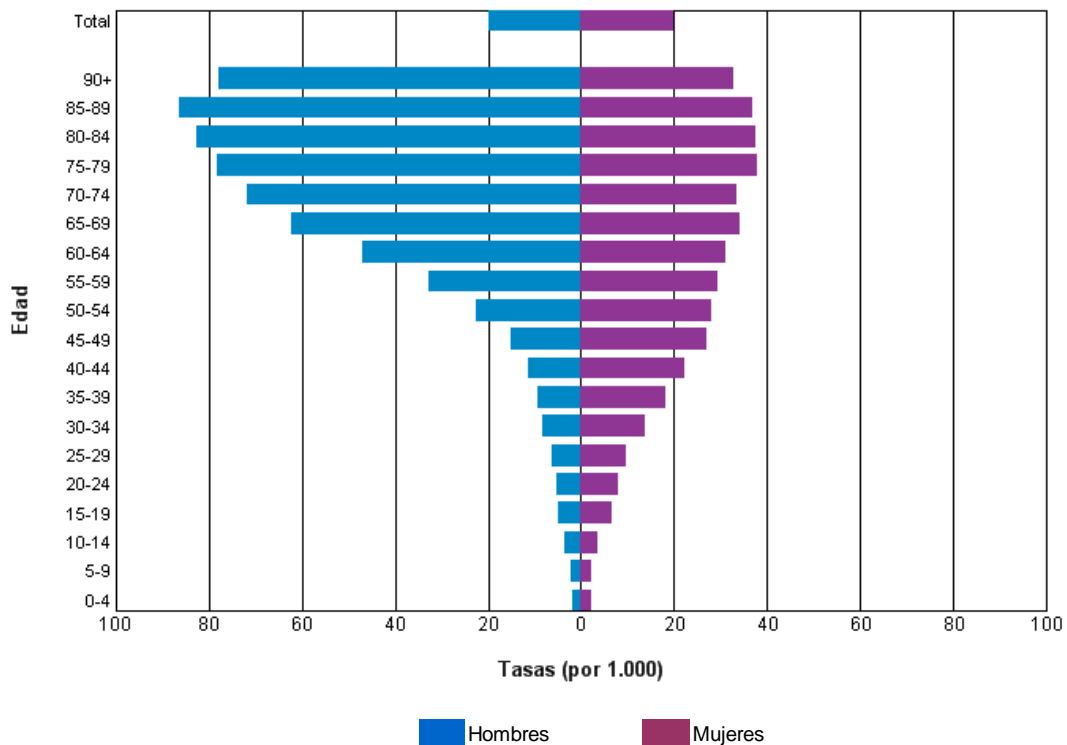
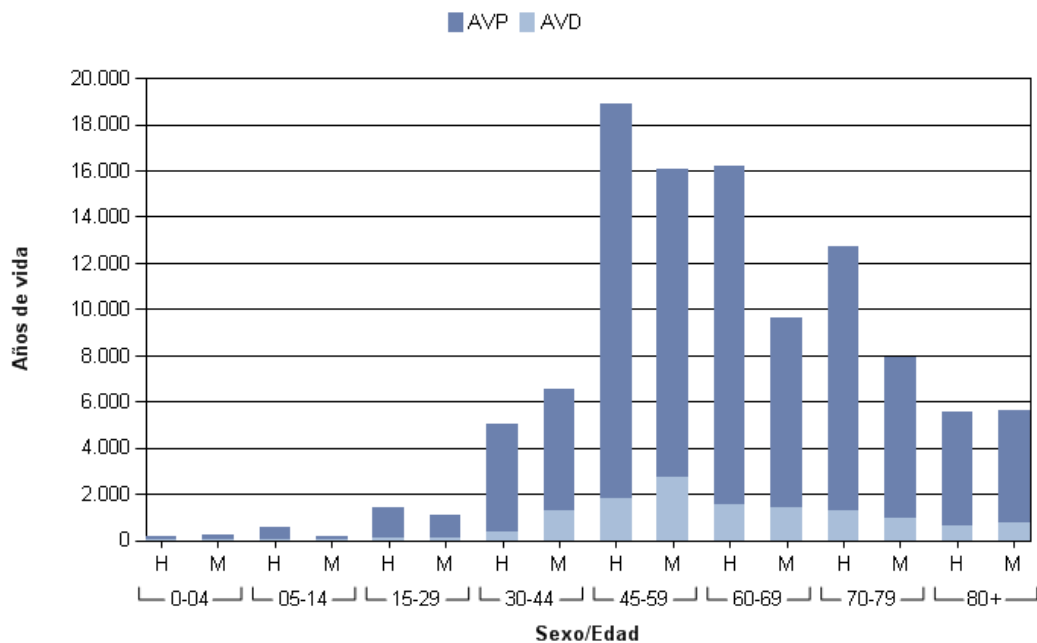


Figura 8.12. Tumores. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.1. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe

Tabla 8.3. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

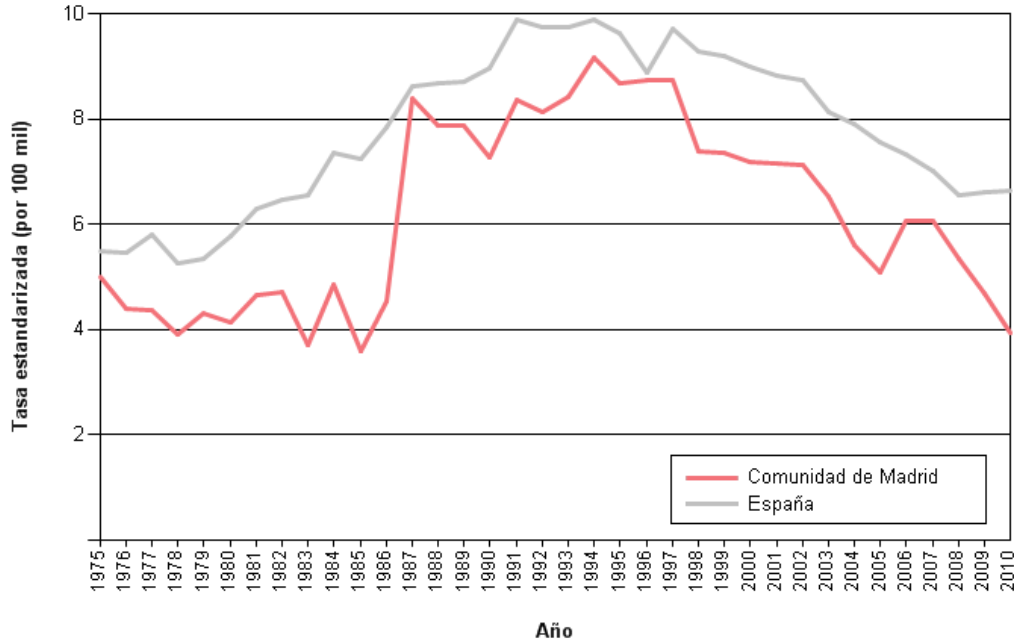
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	133	62	195
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,3	1,9	3,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,6	1,6	3,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,0	1,3	2,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	23,4	10,1	16,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,02	-	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.608	656	2.264
Años de Vida Perdidos. CM.	1.508	605	2.113
Años Vividos con Discapacidad. CM.	100	51	151

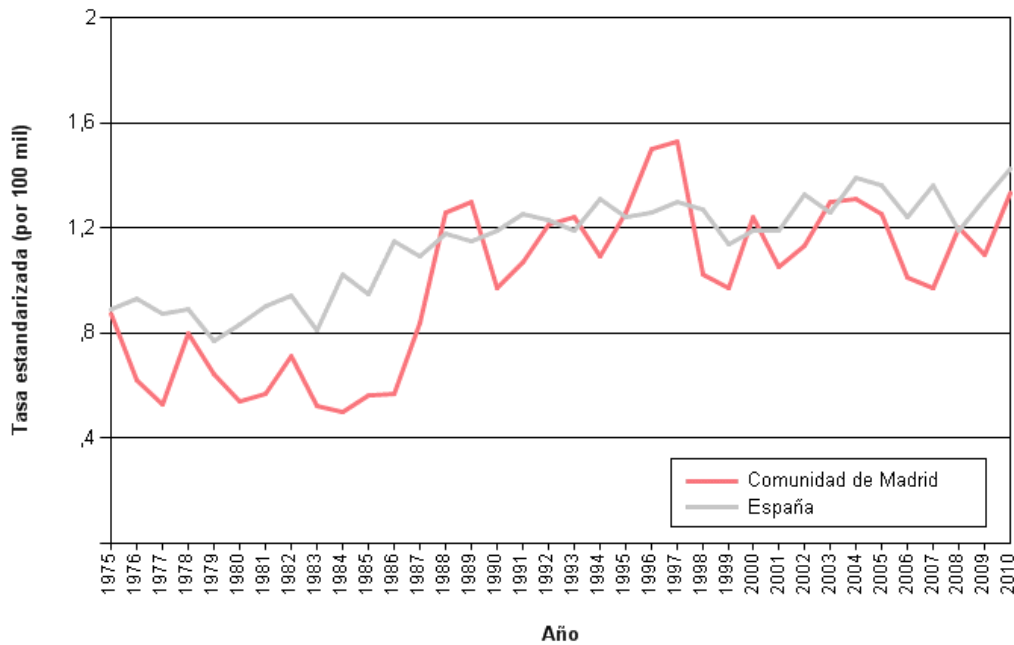
Figura 8.13. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.14. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

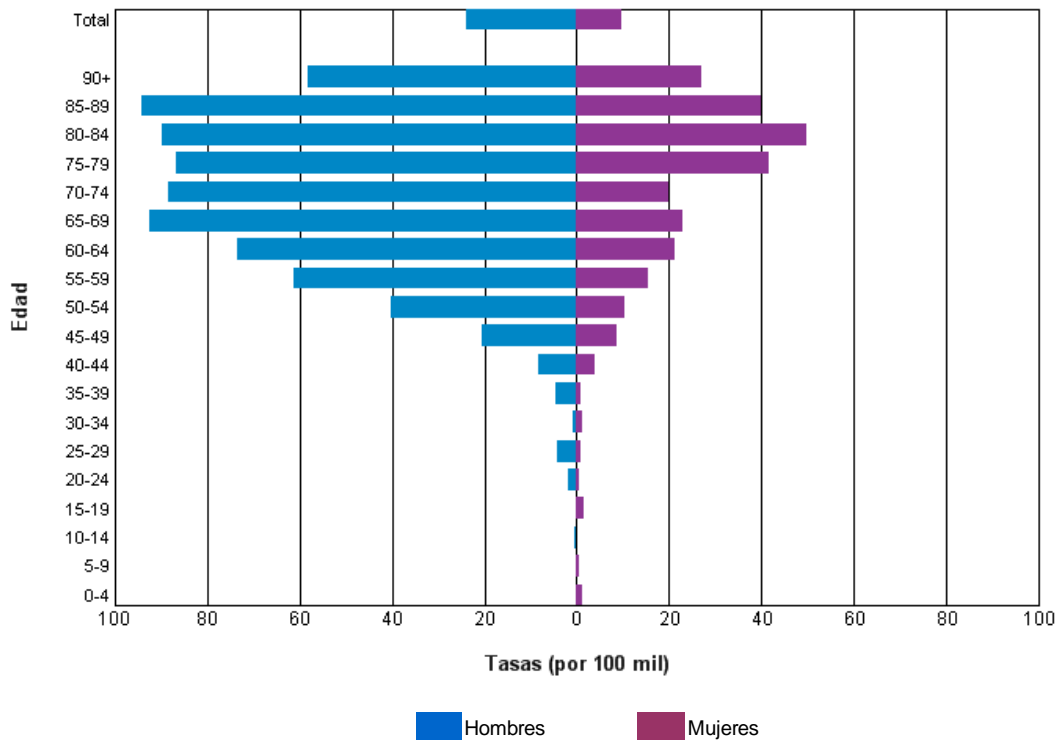
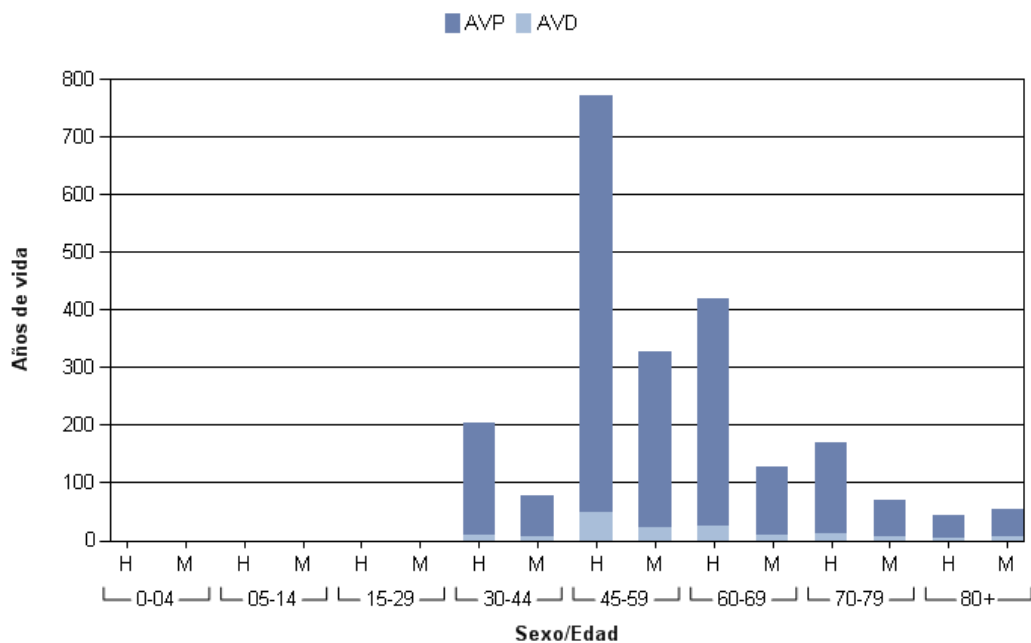


Figura 8.15. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.2. Tumor maligno de esófago

Tabla 8.4. Tumor maligno de esófago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

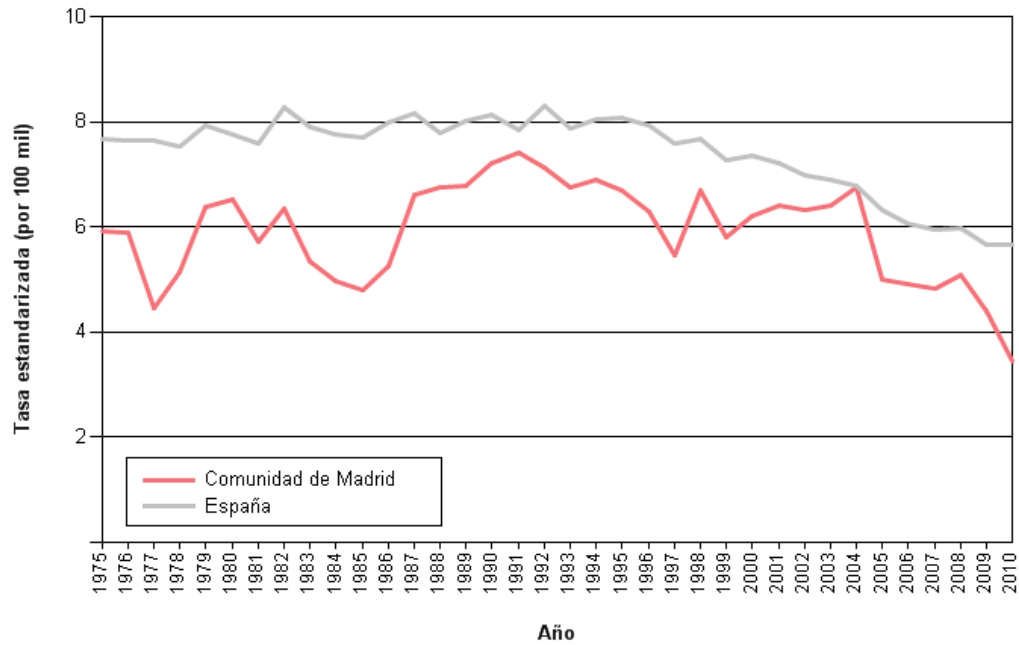
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del esófago. Comunidad de Madrid.			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	121	38	159
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,9	1,1	2,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,2	1,3	2,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,5	0,9	2,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM. 2005-2010.	9,8	2,0	5,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.	0,03	0,00	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.260	401	1.661
Años de Vida Perdidos. CM.	1.225	391	1.616
Años Vividos con Discapacidad. CM.	35	10	45

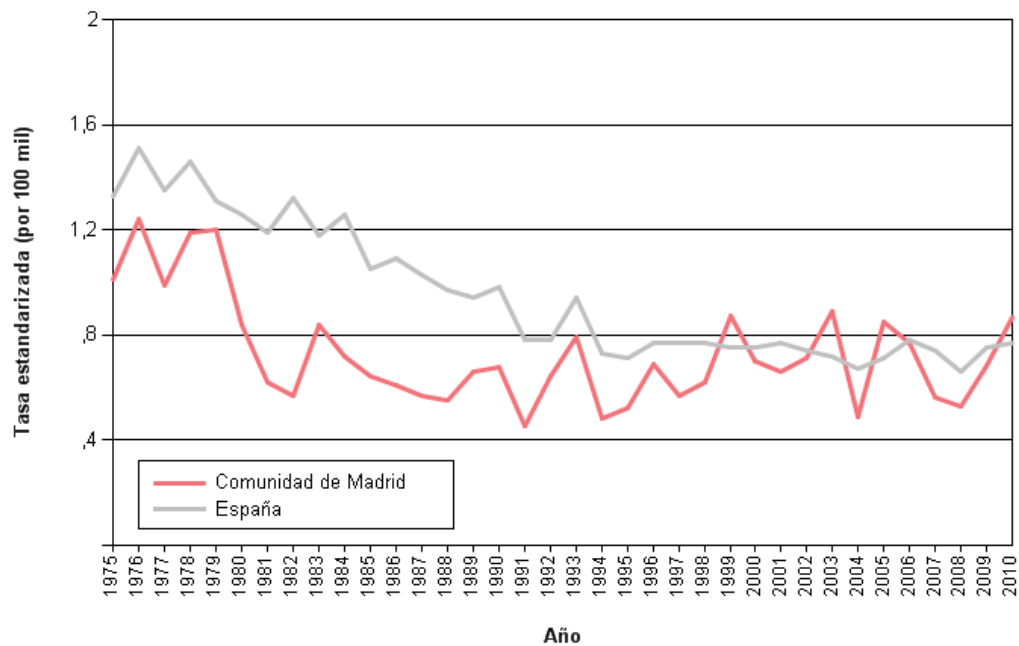
Figura 8.16. Tumor maligno de esófago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.16a. Tumor maligno de esófago. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

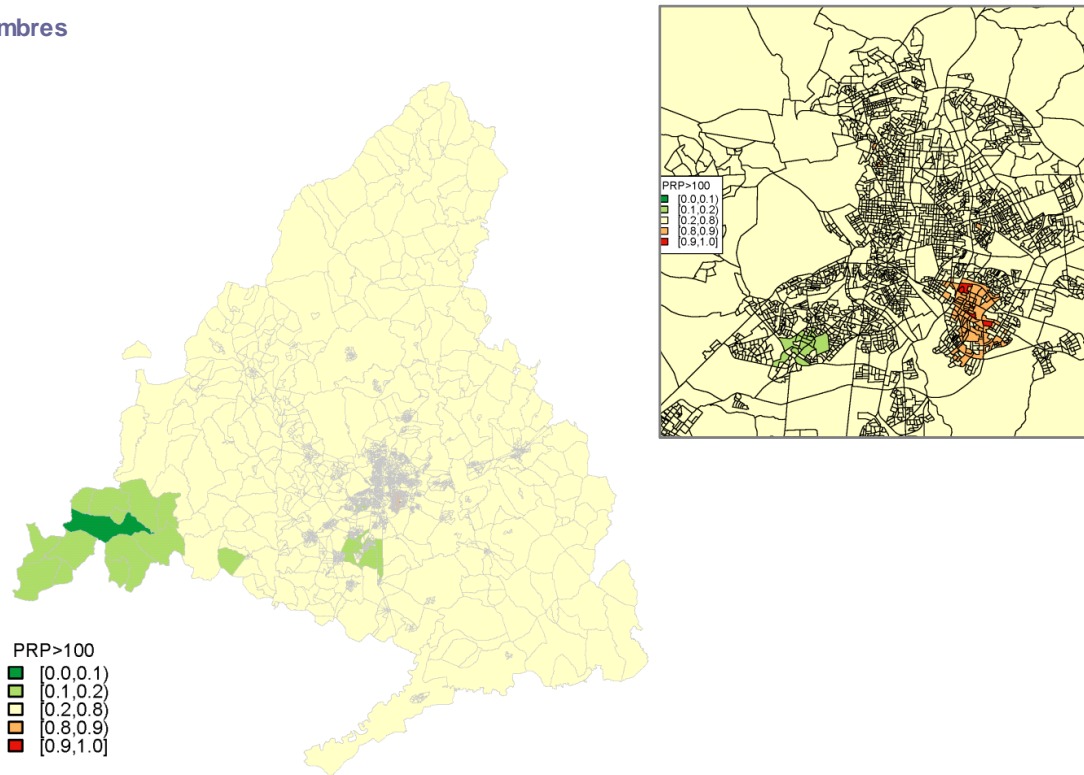


Figura 8.17. Tumor maligno de esófago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

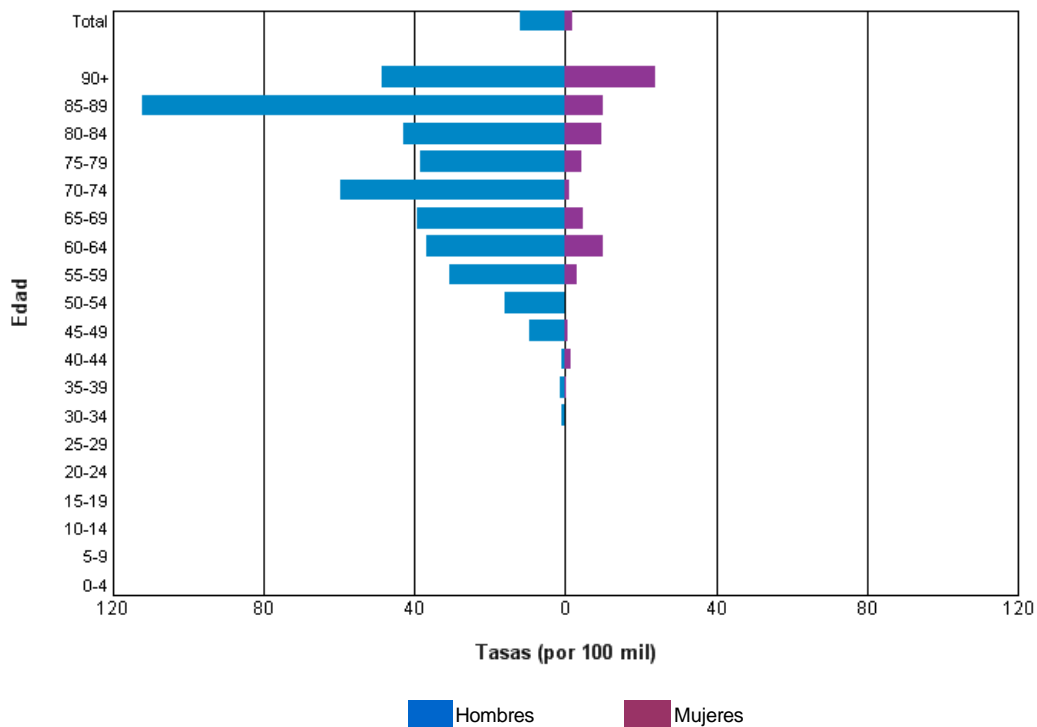
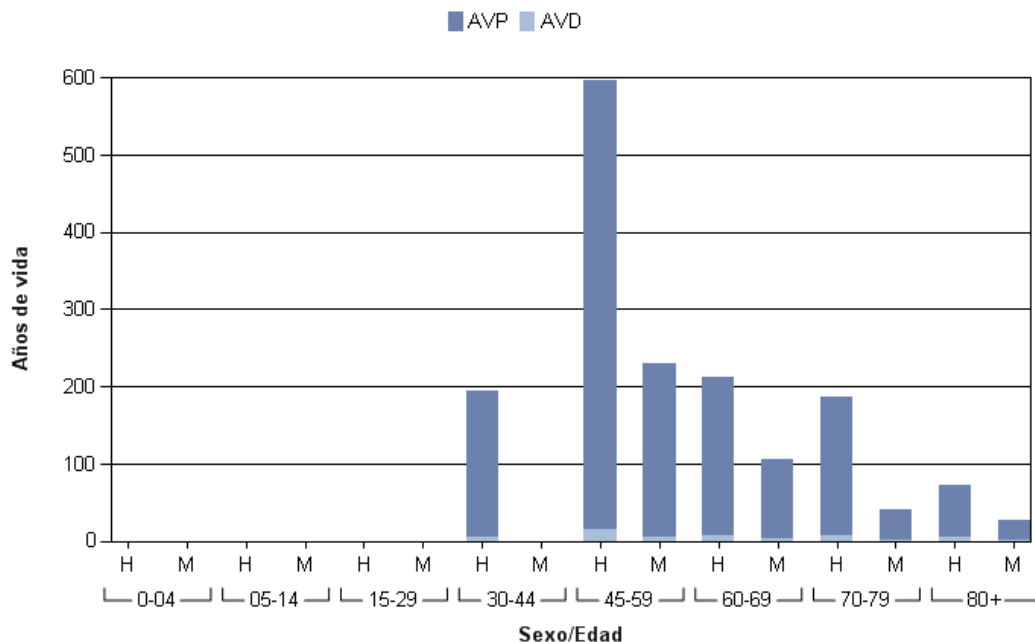


Figura 8.18. Tumor maligno de esófago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.3. Tumor maligno de estómago

Tabla 8.5. Tumor maligno de estómago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

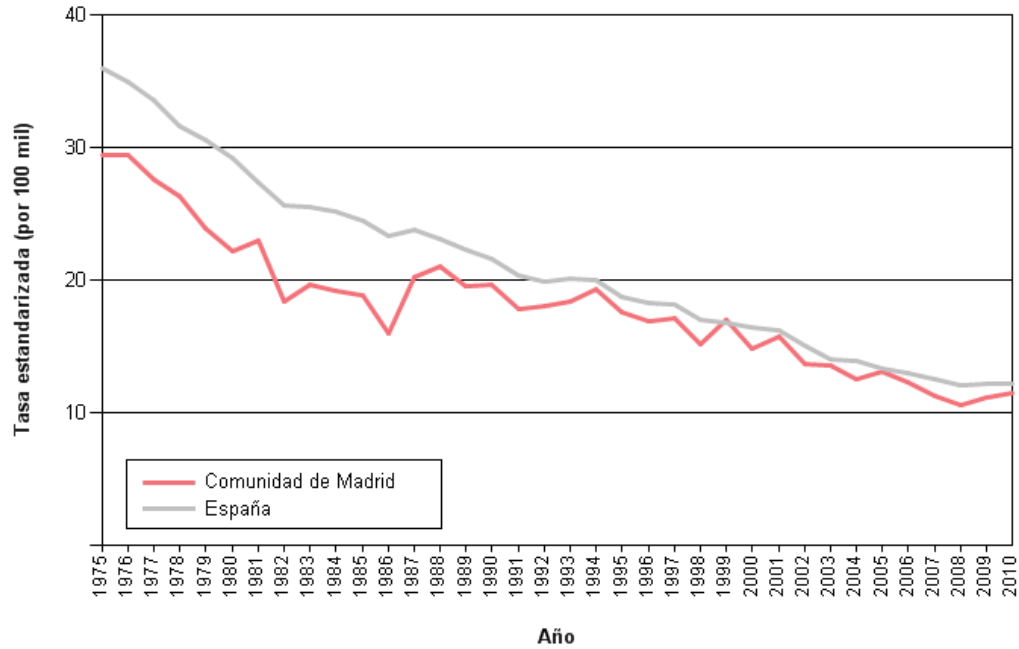
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del estómago. Comunidad de Madrid.			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	408	257	665
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,2	7,8	10,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,7	3,6	6,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,7	4,8	7,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	27,5	16,6	21,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,03	0,03	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.596	1.995	5.591
Años de Vida Perdidos. CM.	3.459	1.910	5.369
Años Vividos con Discapacidad. CM.	137	85	222

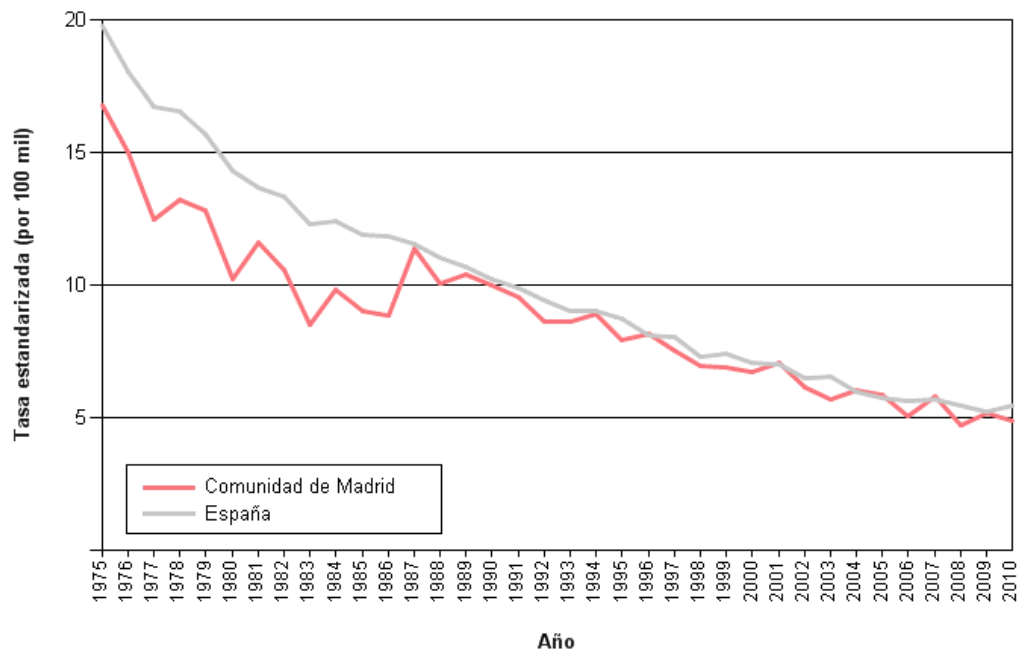
Figura 8.19. Tumor maligno de estómago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

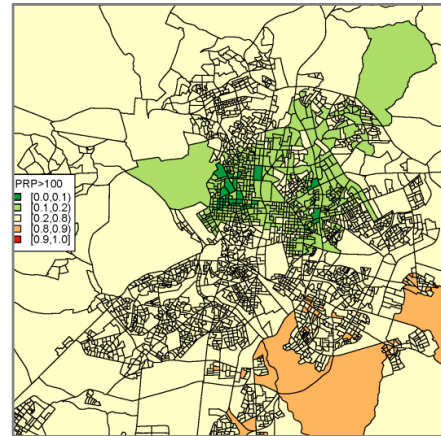
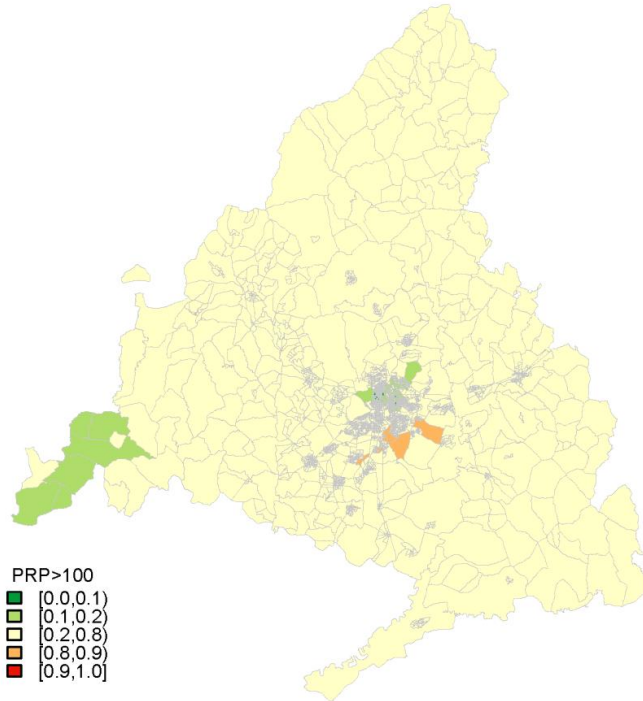


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.20. Tumor maligno de estómago. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

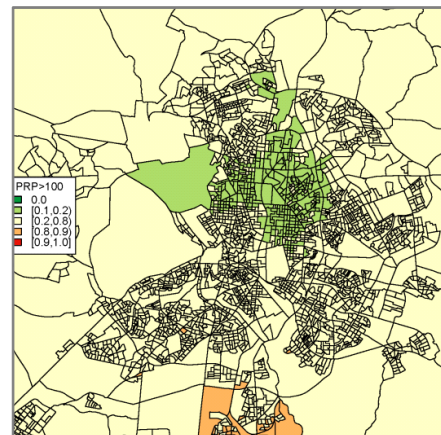
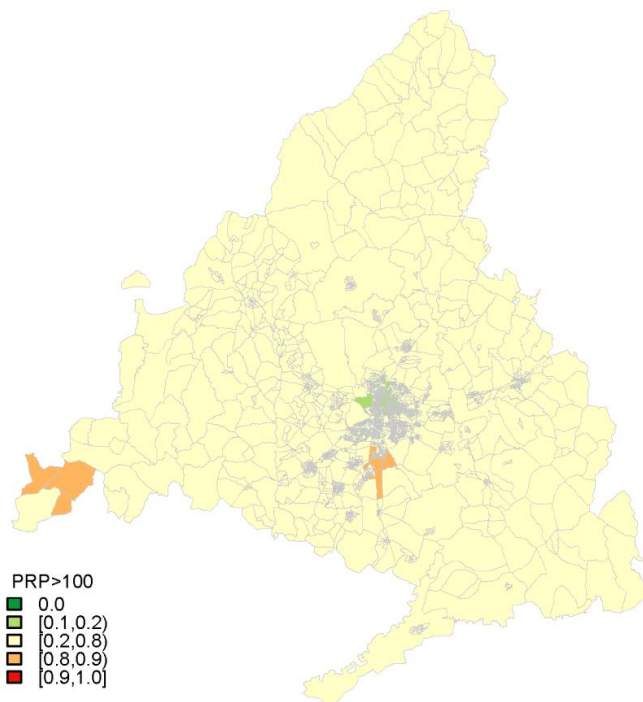


Figura 8.21. Tumor maligno de estómago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

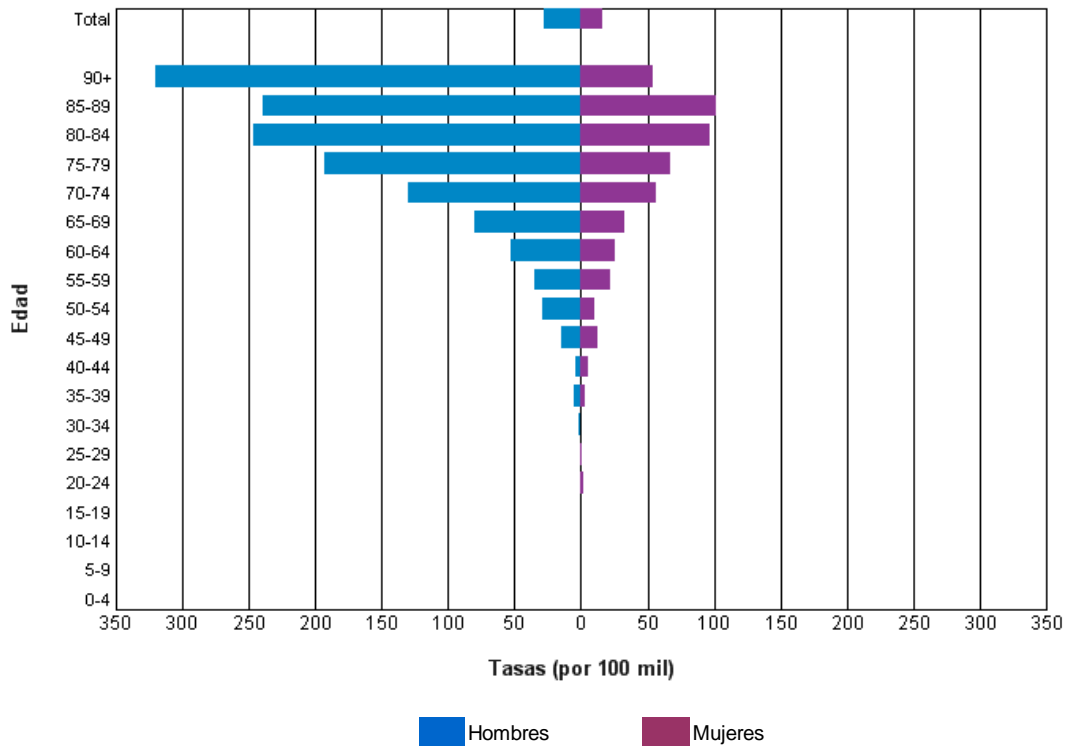
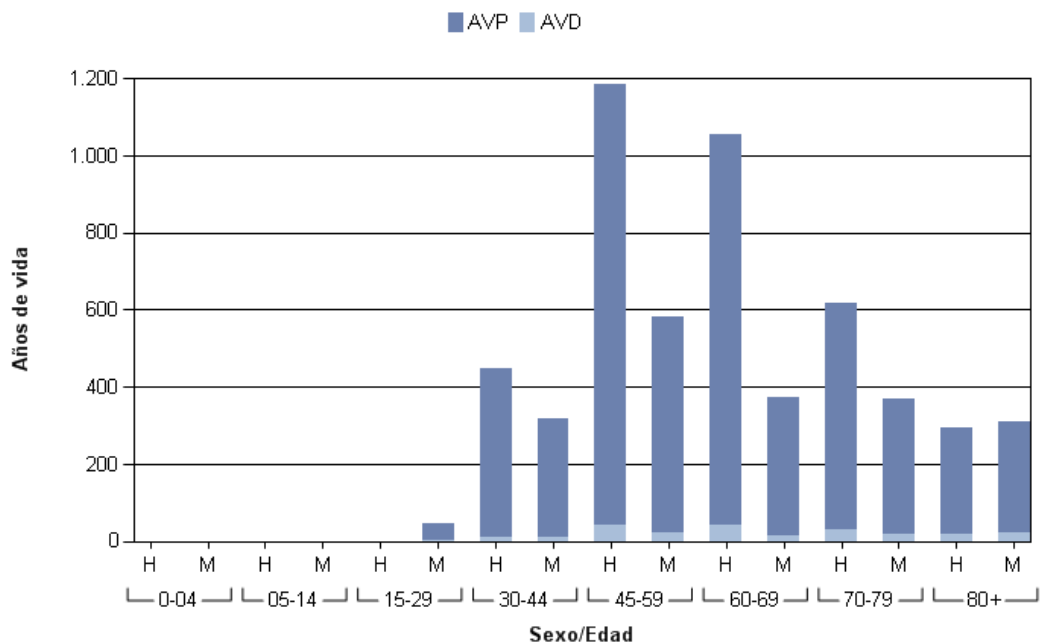


Figura 8.22. Tumor maligno de estómago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.4. Tumor maligno de colon

Tabla 8.6. Tumor maligno de colon. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

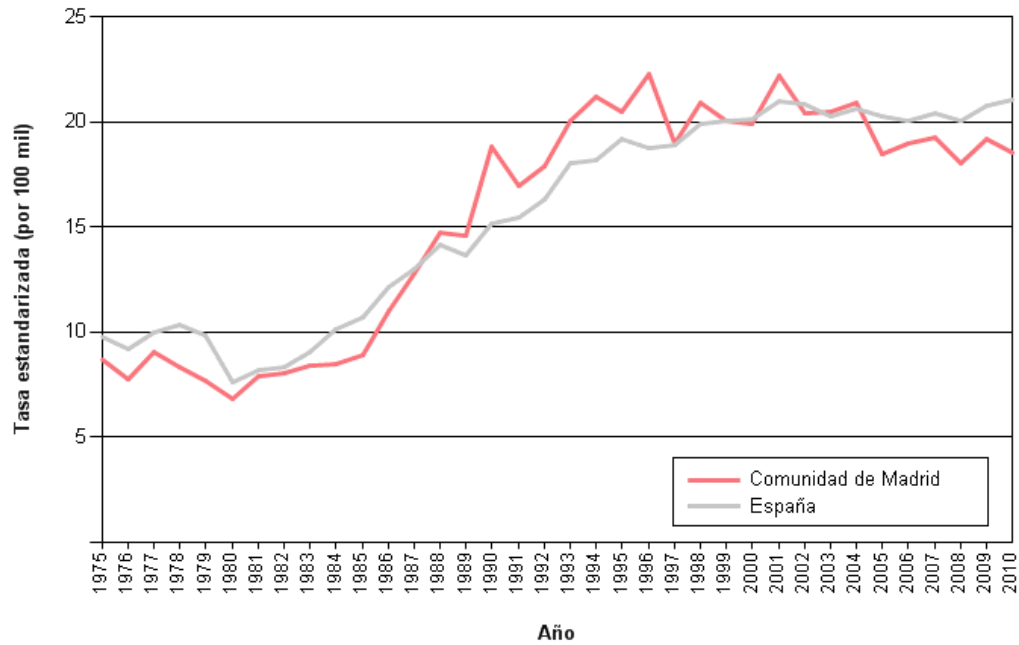
Tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	698	566	1.264
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	22,6	17,1	19,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,8	8,3	9,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,2	10,6	13,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM. 2005-2010.	62,6	45,3	53,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.	0,00	0,02	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	7.562	6.347	13.909
Años de Vida Perdidos. CM.	6.322	5.171	11.493
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.240	1.176	2.416

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para colon y recto

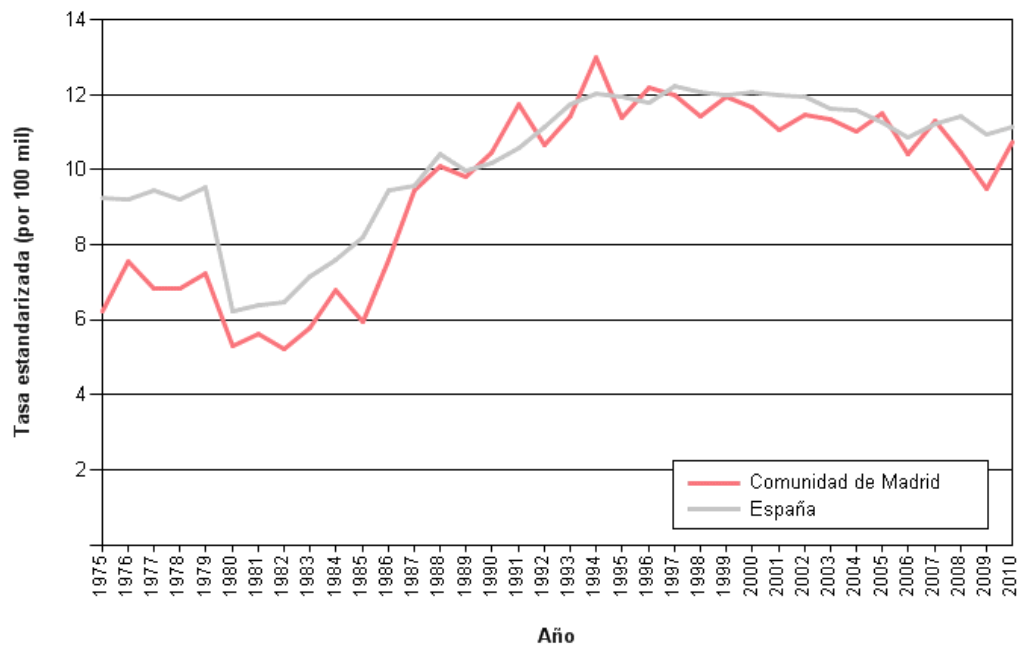
Figura 8.23. Tumor maligno de colon. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

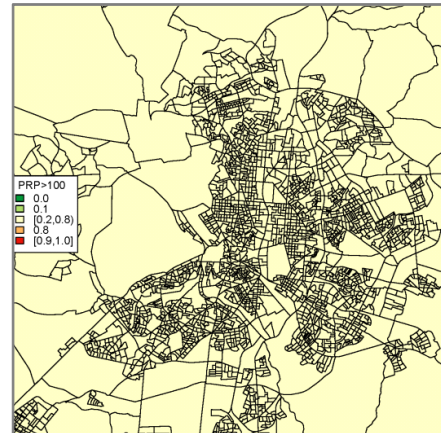
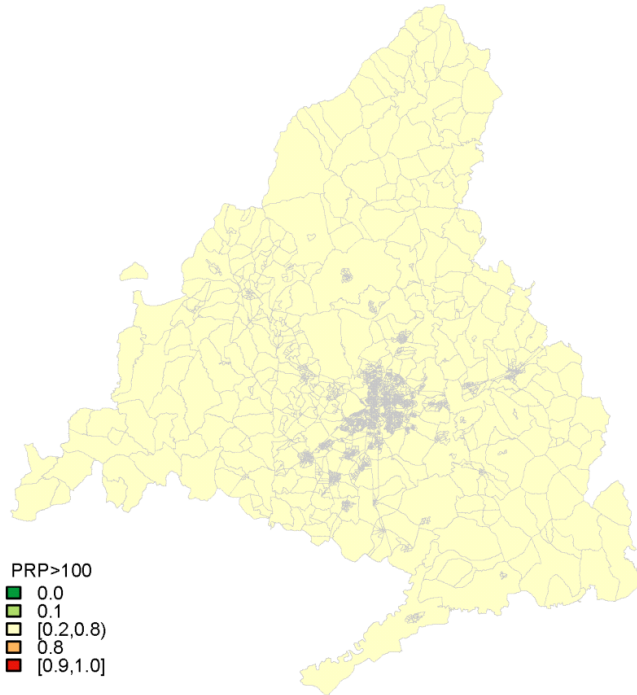


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.24. Tumor maligno de colon. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

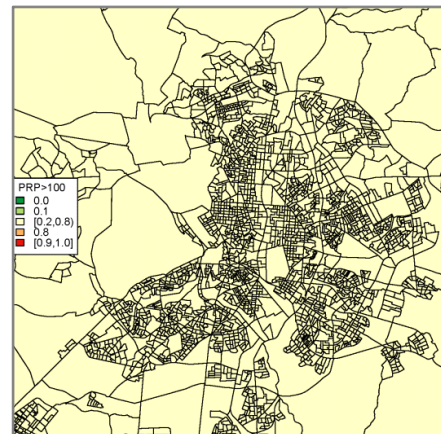
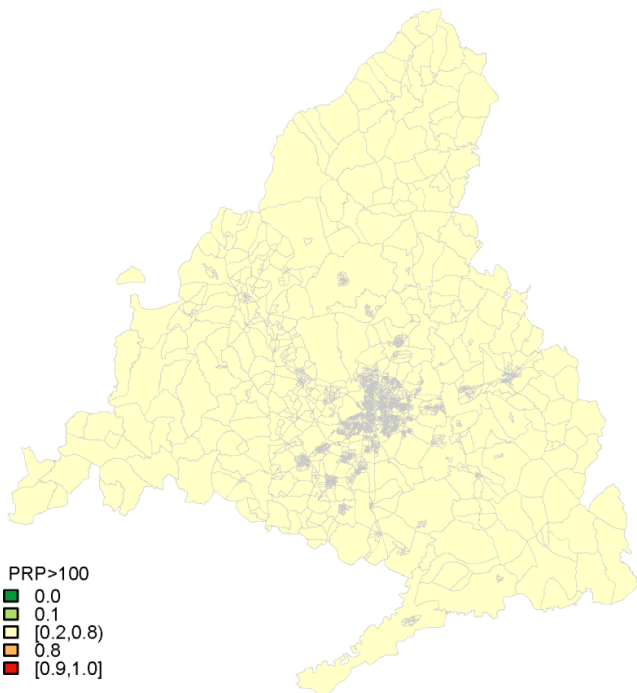


Figura 8.25. Tumor maligno de colon. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

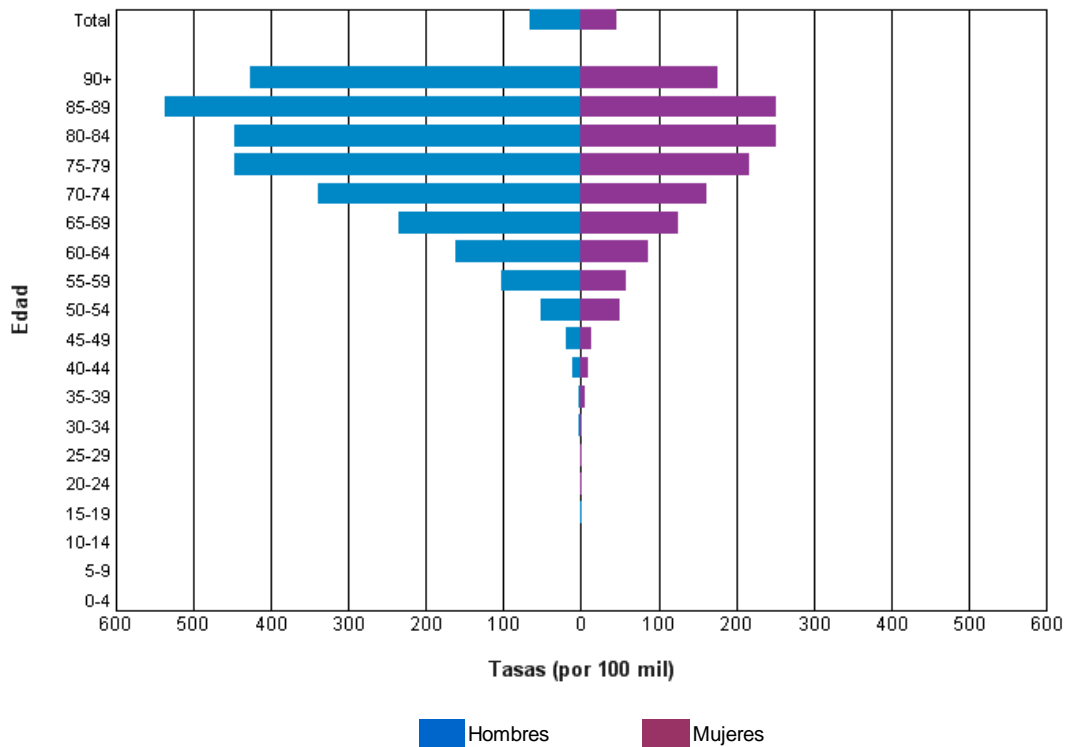
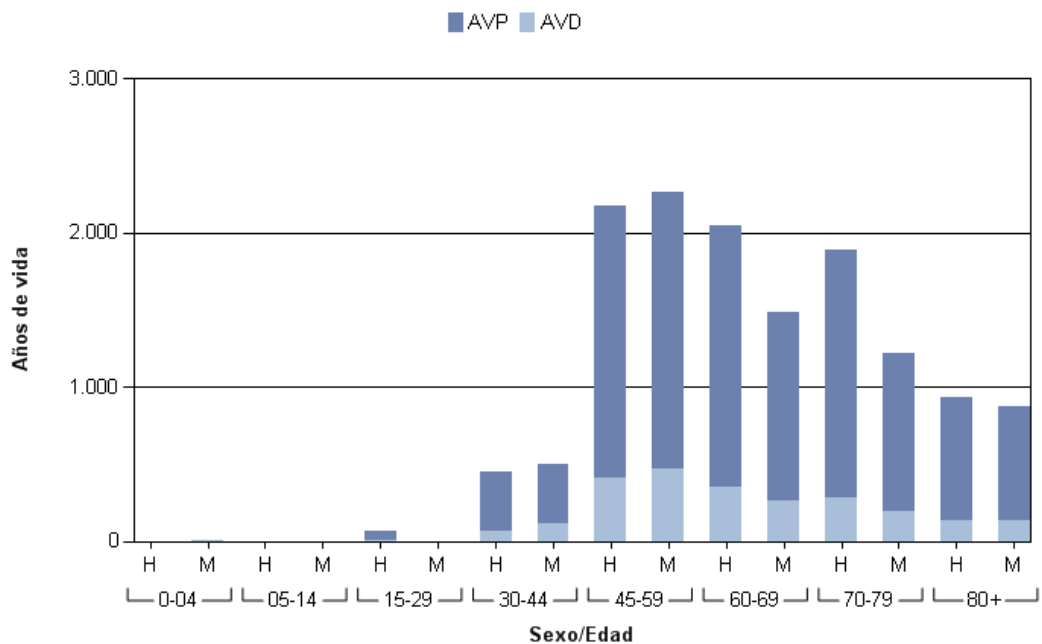


Figura 8.26. Tumor maligno de colon y recto. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.5. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano

Tabla 8.7. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	245	165	410
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,9	5	6,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,4	3,1	3,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,9	3,3	4,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	41,6	25,7	33,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,01	-	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	7.562	6.347	13.909
Años de Vida Perdidos. CM.	6.322	5.171	11.493
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.240	1.176	2.416

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para colon y recto

Figura 8.27. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

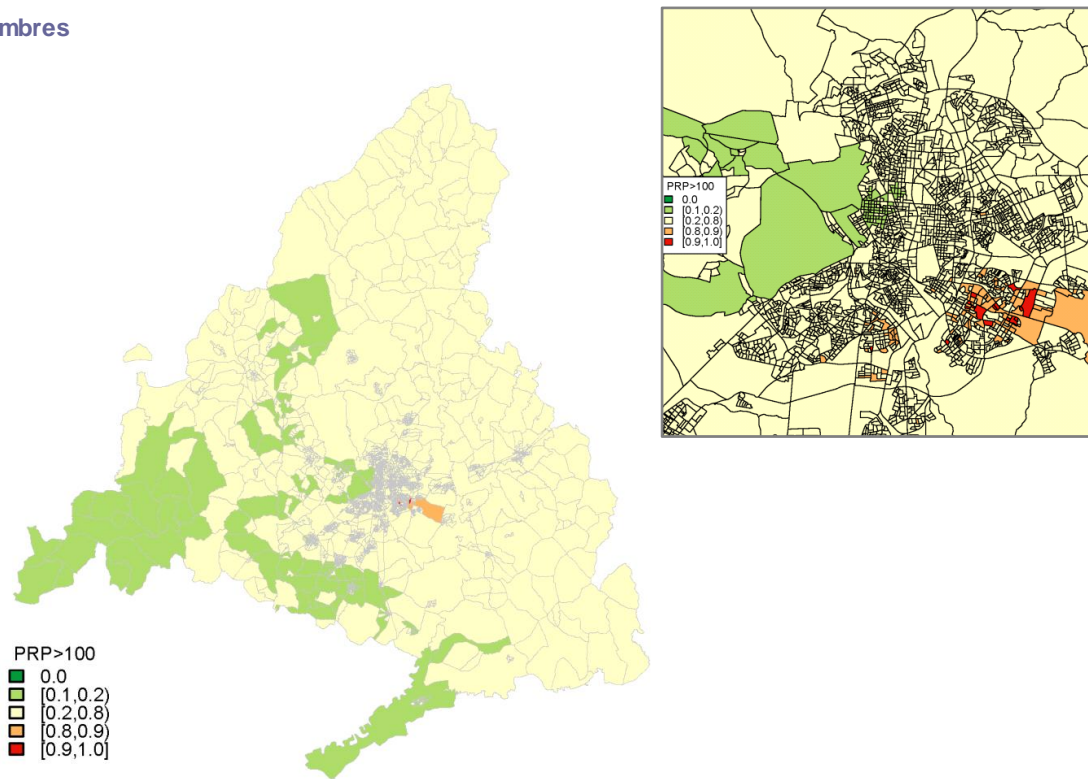


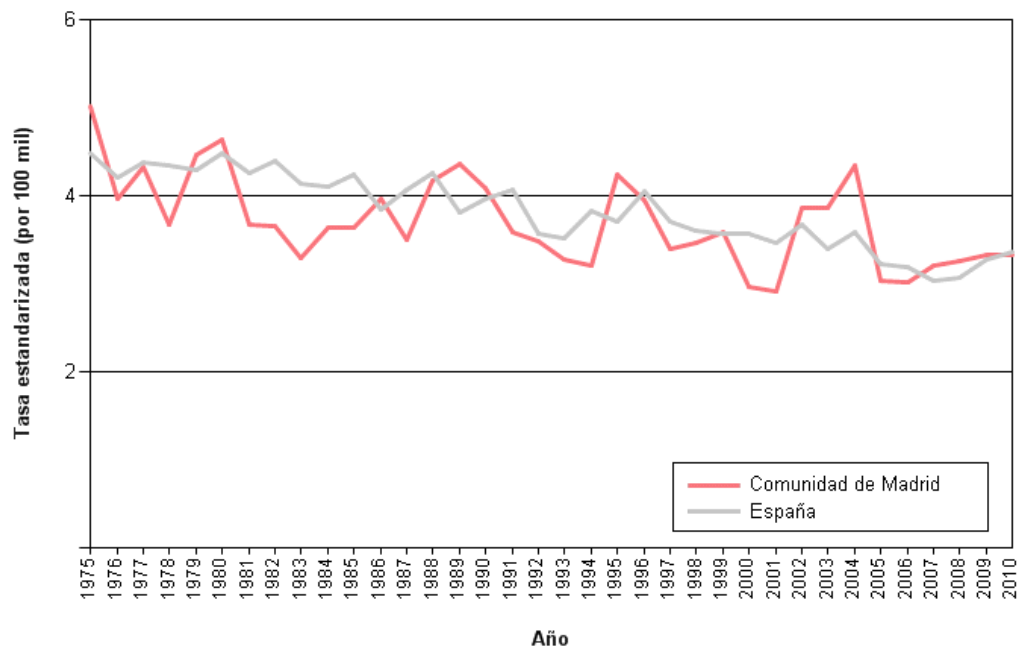
Figura 8.28. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



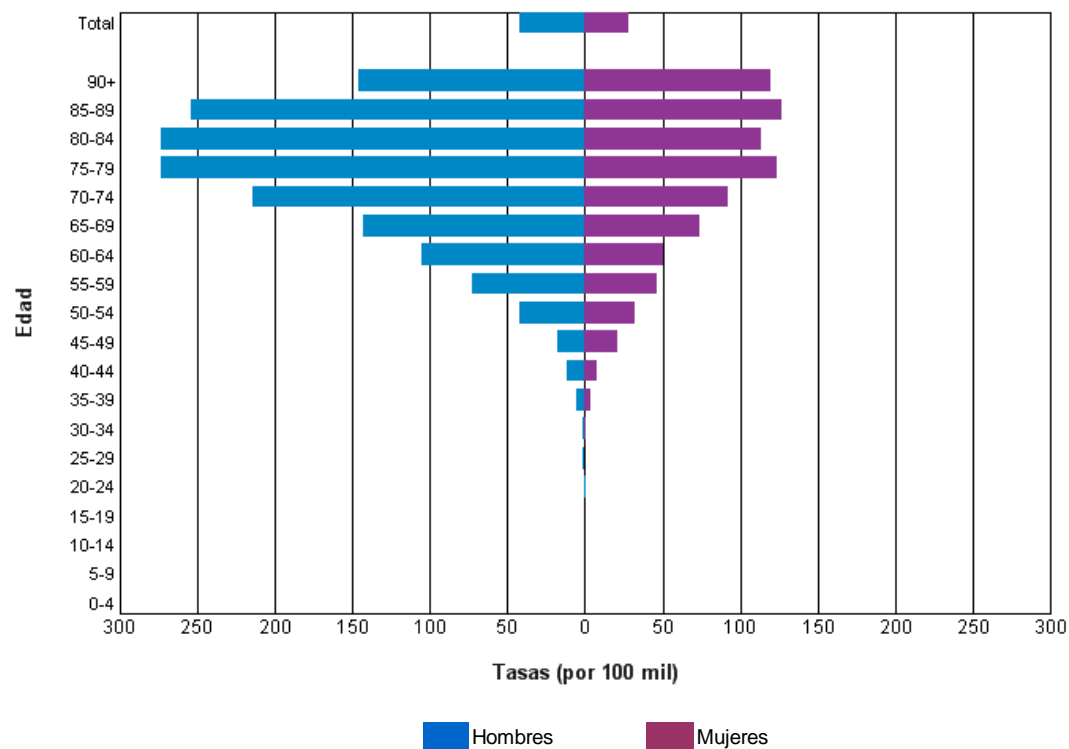
Mujeres



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

Figura 8.29. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



8.2.1.6. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas

Tabla 8.8. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

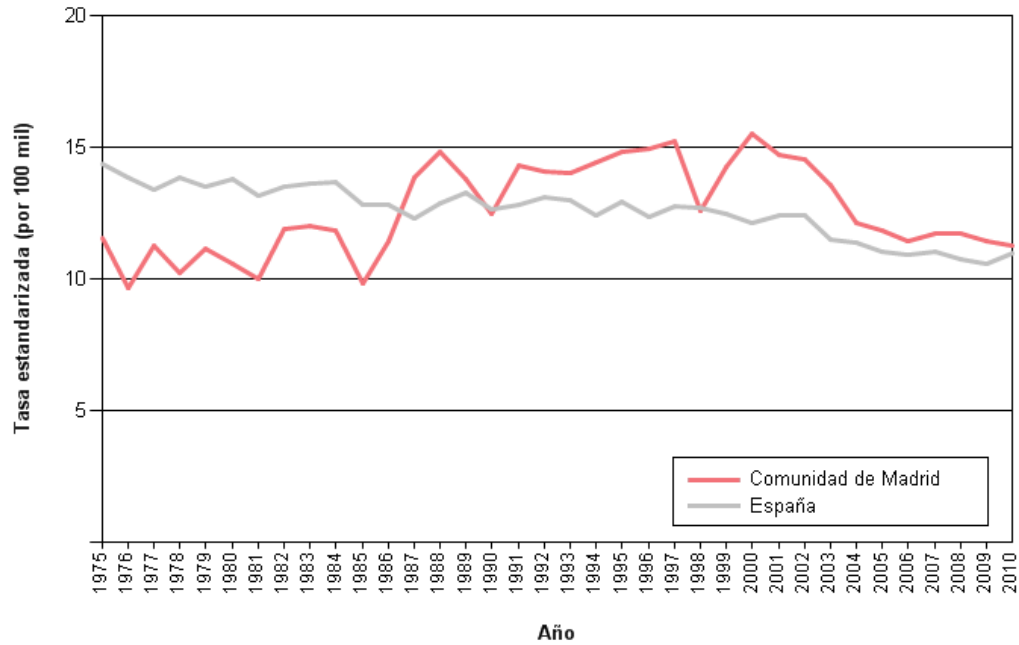
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	394	223	617
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,7	6,7	9,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,7	1,9	5,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,5	3,9	7,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	25,8	8,3	16,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,01	0,01	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.777	1.309	5.085
Años de Vida Perdidos. CM.	3.710	1.282	4.991
Años Vividos con Discapacidad. CM.	67	27	94

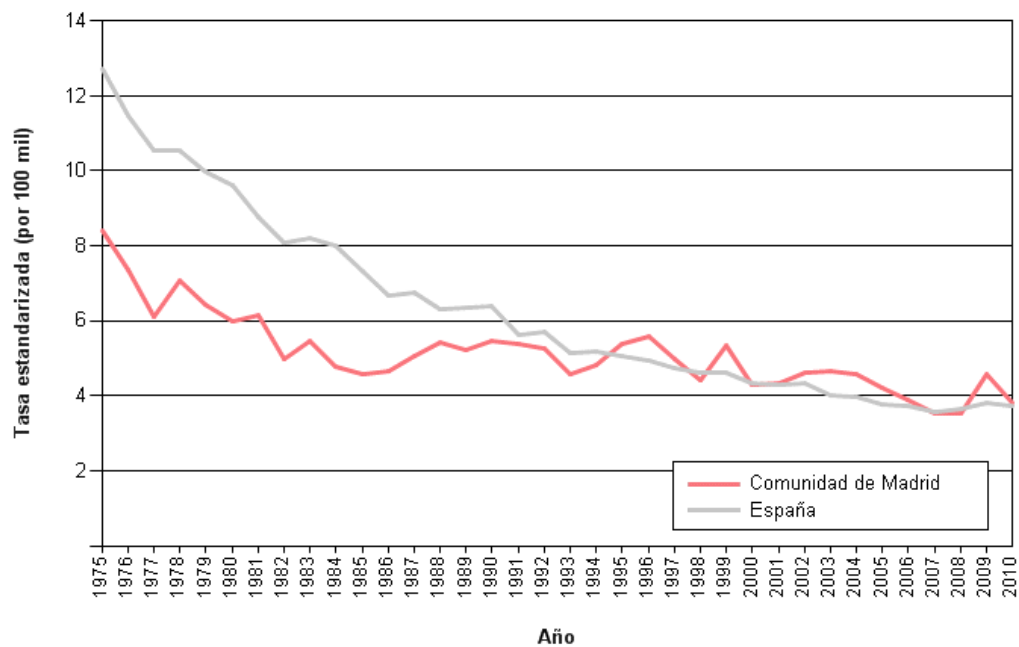
Figura 8.30. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.31. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

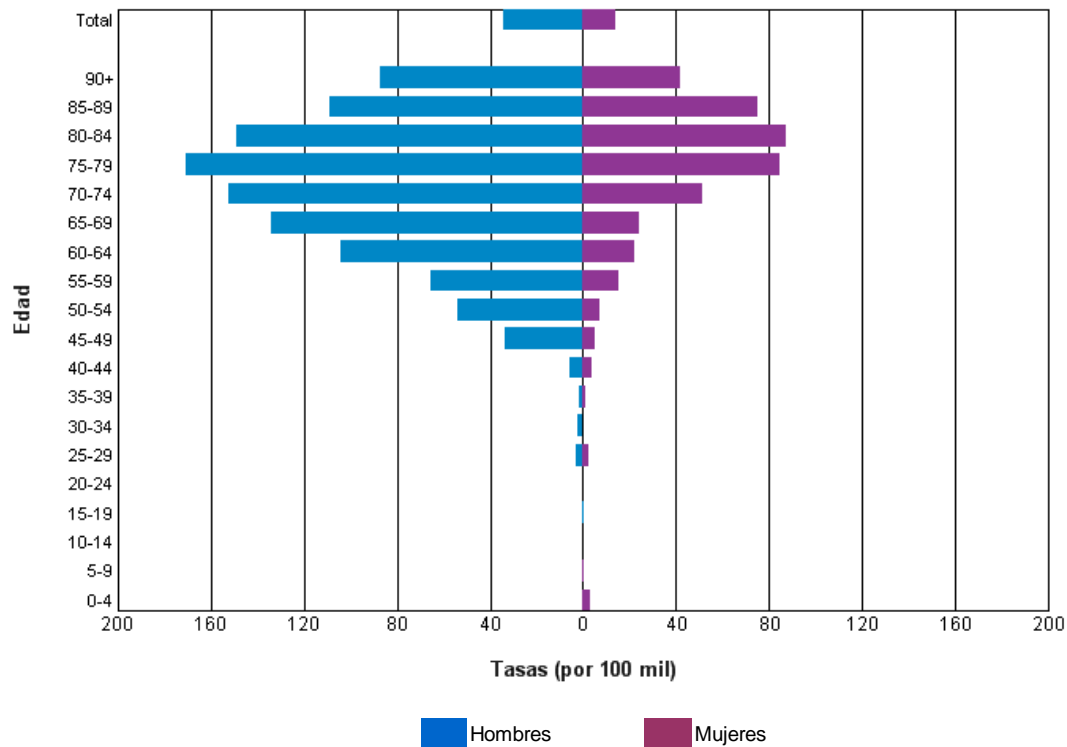
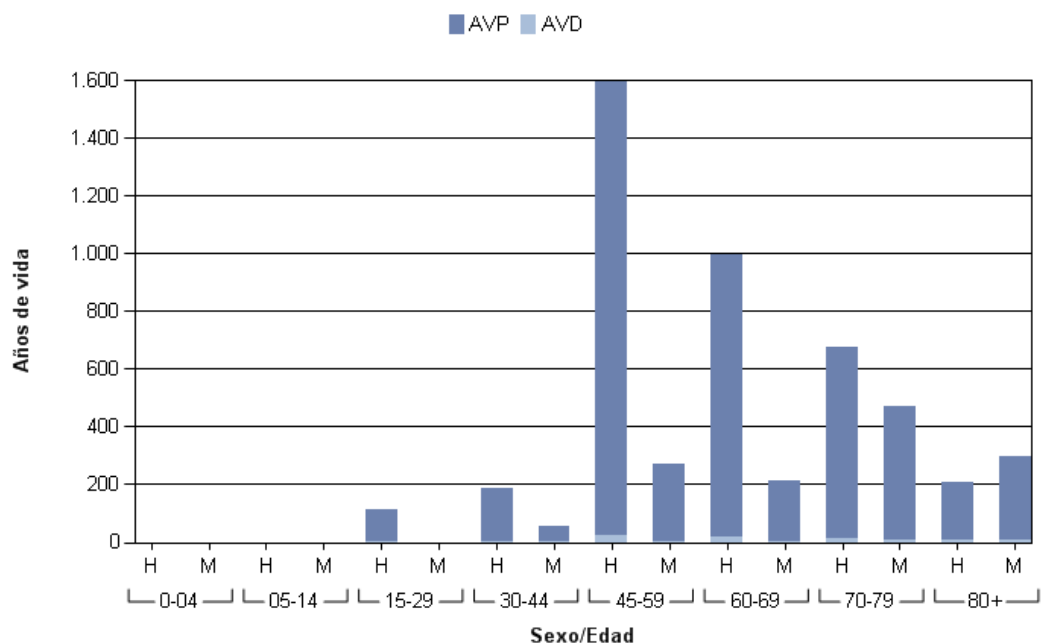


Figura 8.32. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.7. Tumor maligno de páncreas

Tabla 8.9. Tumor maligno de páncreas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

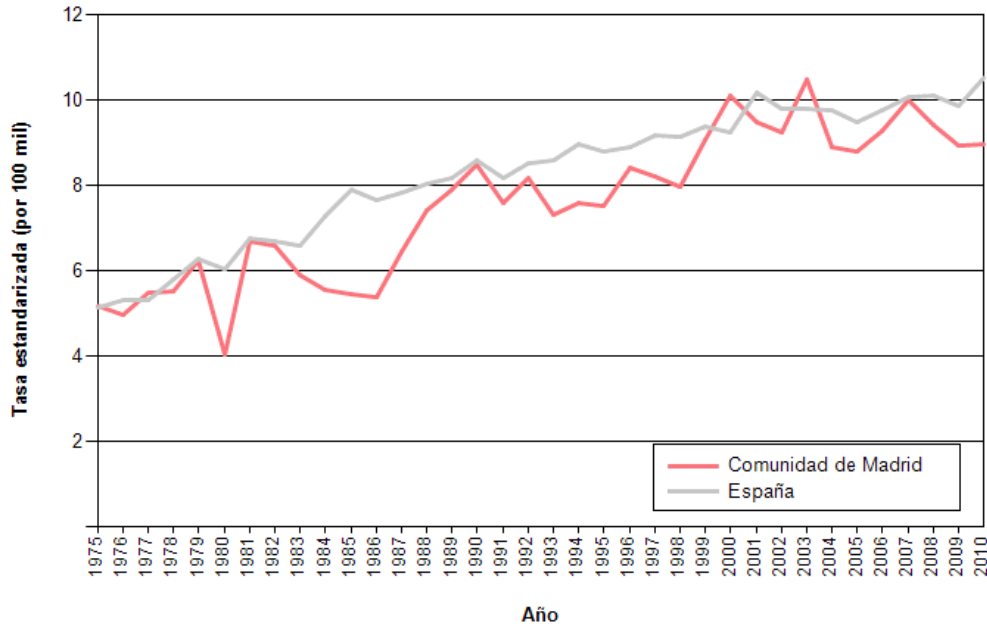
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	313	352	665
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,1	10,6	10,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,9	5,5	6,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,2	7	8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	18	17,4	17,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.001	2.706	5.707
Años de Vida Perdidos. CM.	2.924	2.639	5.563
Años Vividos con Discapacidad. CM.	77	67	144

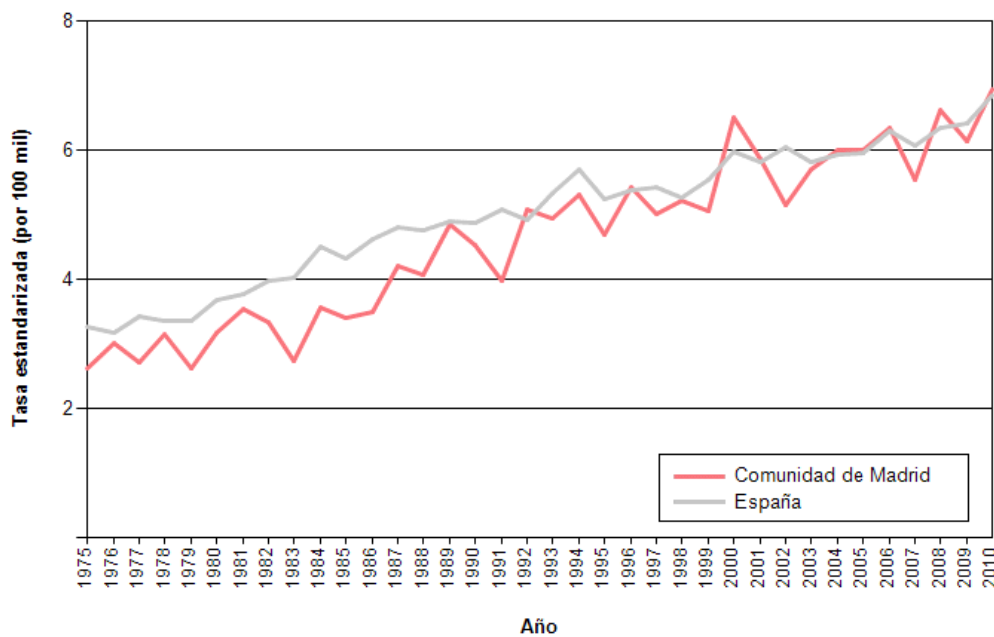
Figura 8.33. Tumor maligno de páncreas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.34. Tumor maligno de páncreas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

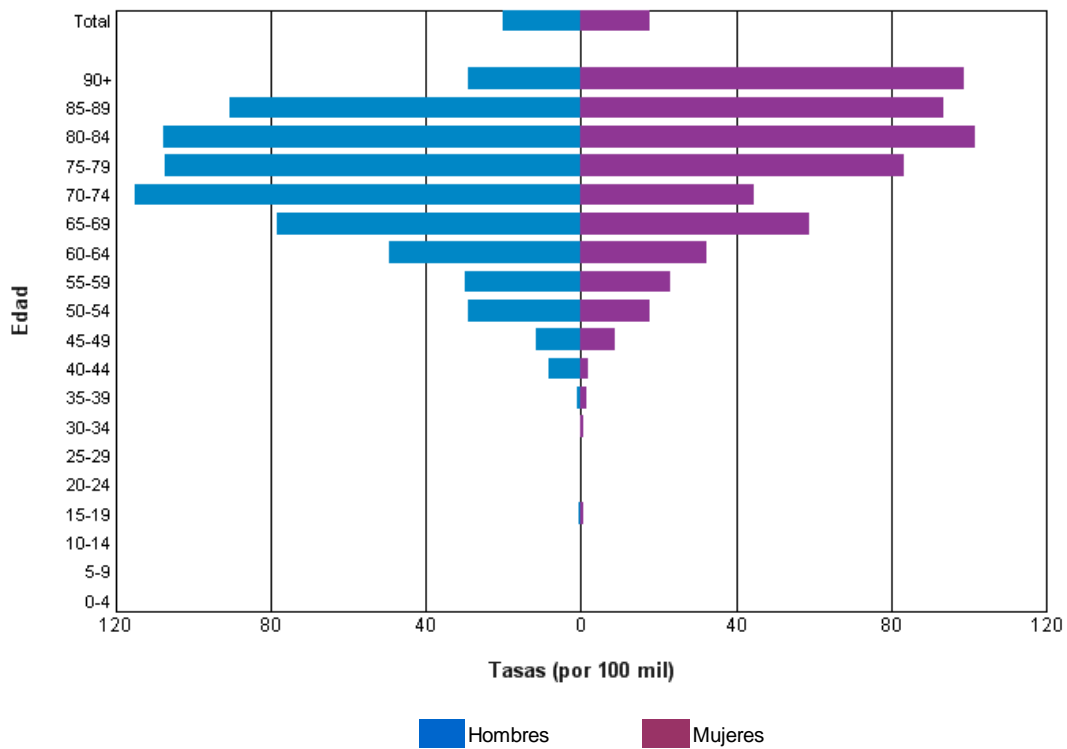
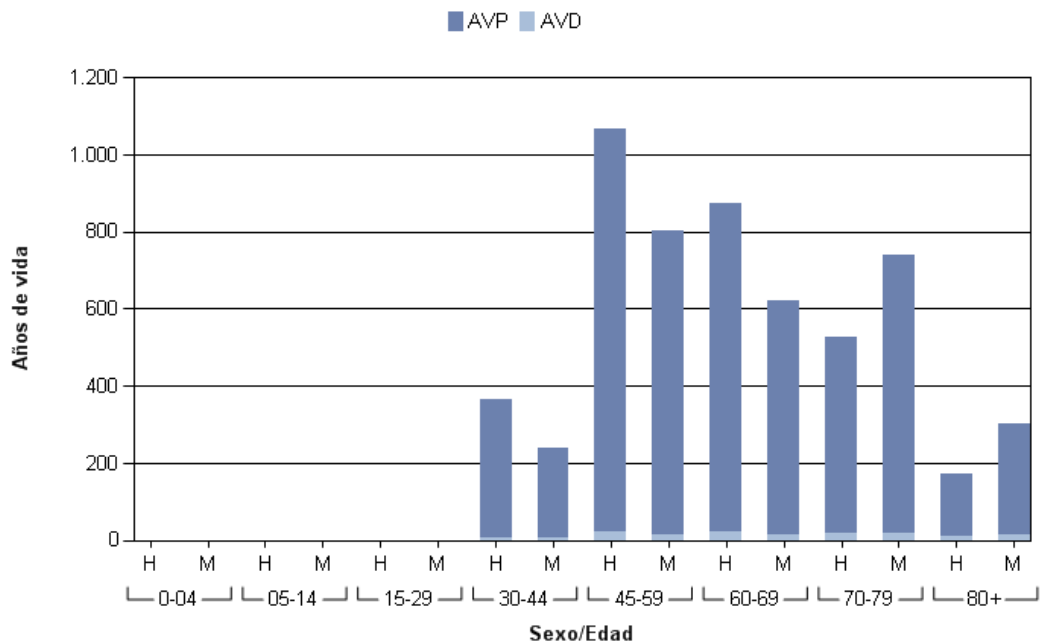


Figura 8.35. Tumor maligno de páncreas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.8. Tumor maligno de laringe

Tabla 8.10. Tumor maligno de laringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de laringe. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	121	8	129
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,9	0,2	2,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,2	0,1	1,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,6	0,2	1,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	22,7	2,1	12,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,02	0,00	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.138	62	1.199
Años de Vida Perdidos. CM.	1.063	57	1.119
Años Vividos con Discapacidad. CM.	75	5	80

Figura 8.36. Tumor maligno de laringe. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

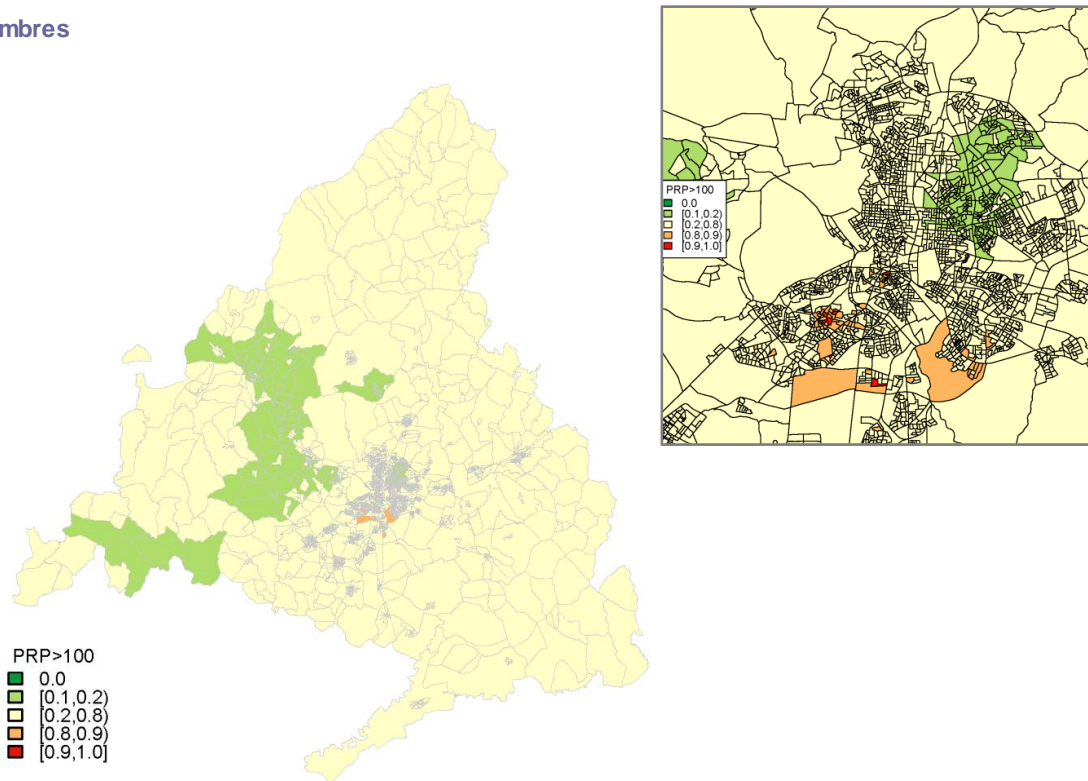


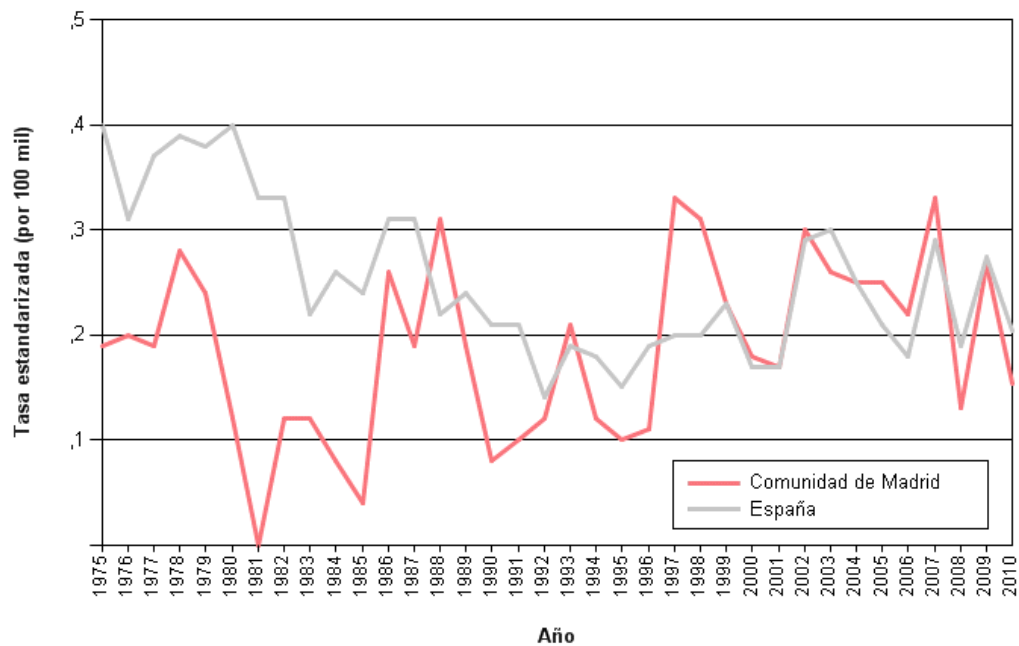
Figura 8.37. Tumor maligno de laringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.38. Tumor maligno de laringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

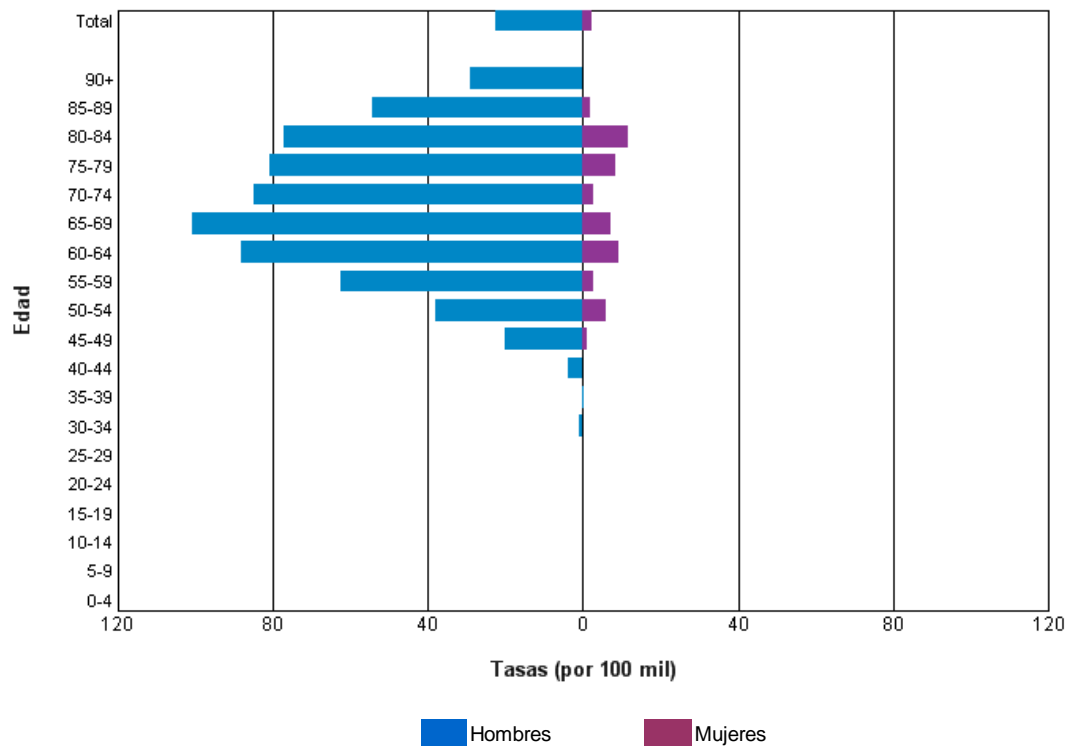
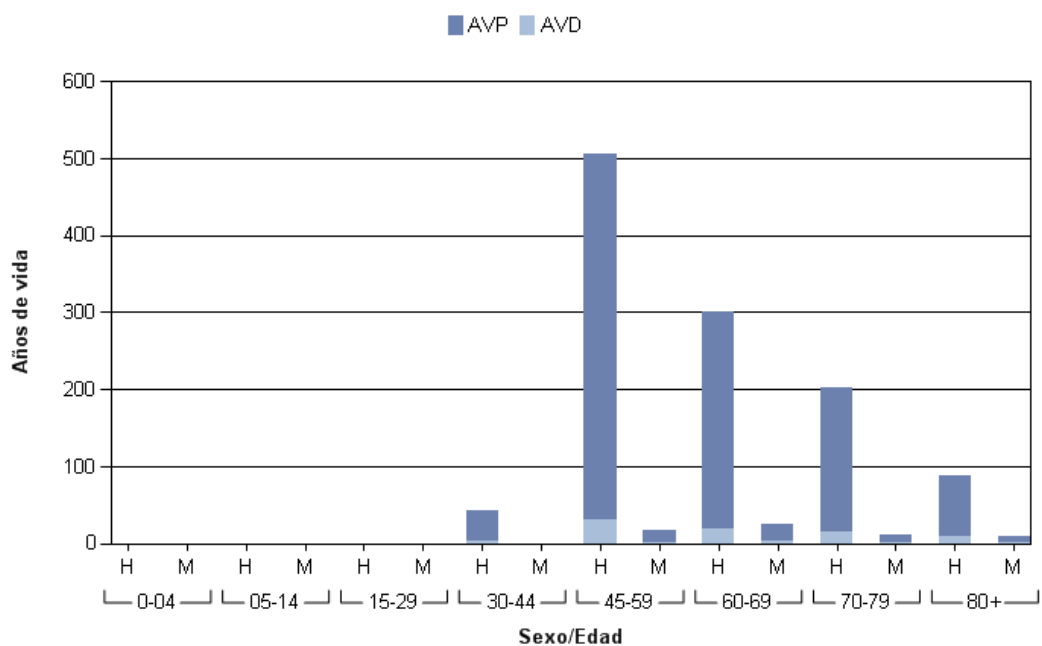


Figura 8.39. Tumor maligno de laringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.9. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

Tabla 8.11. Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

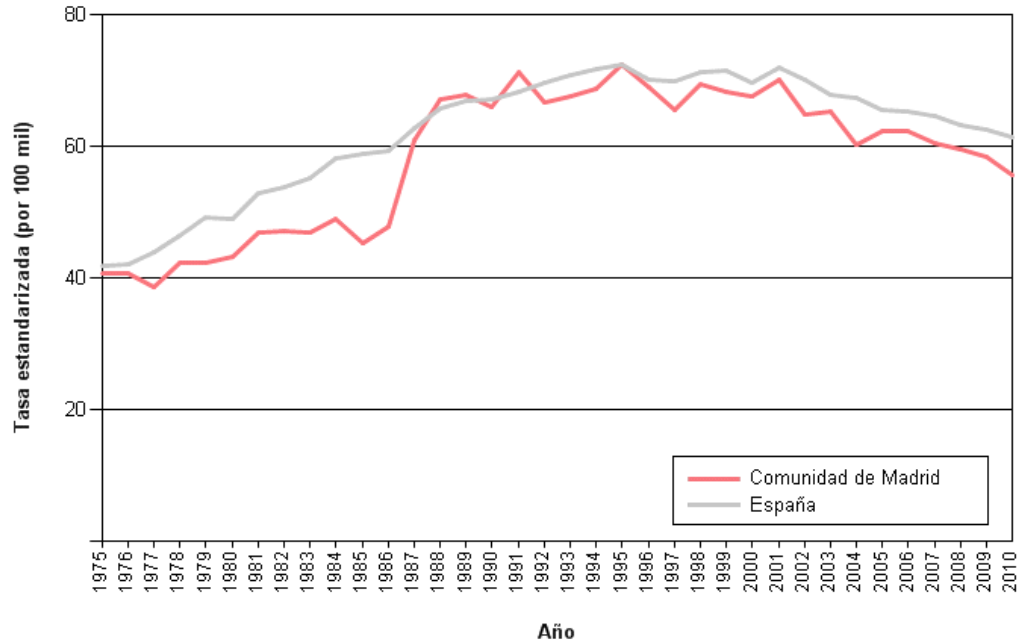
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de tráquea, de bronquios y de pulmón. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.943	514	2.457
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	62,8	15,5	38,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	42,5	14,9	28,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	57,0	11,9	31,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	106,1	27,3	65,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,13	-	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	16.634	5.525	22.159
Años de Vida Perdidos. CM.	16.141	5.376	21.517
Años Vividos con Discapacidad. CM.	493	149	642

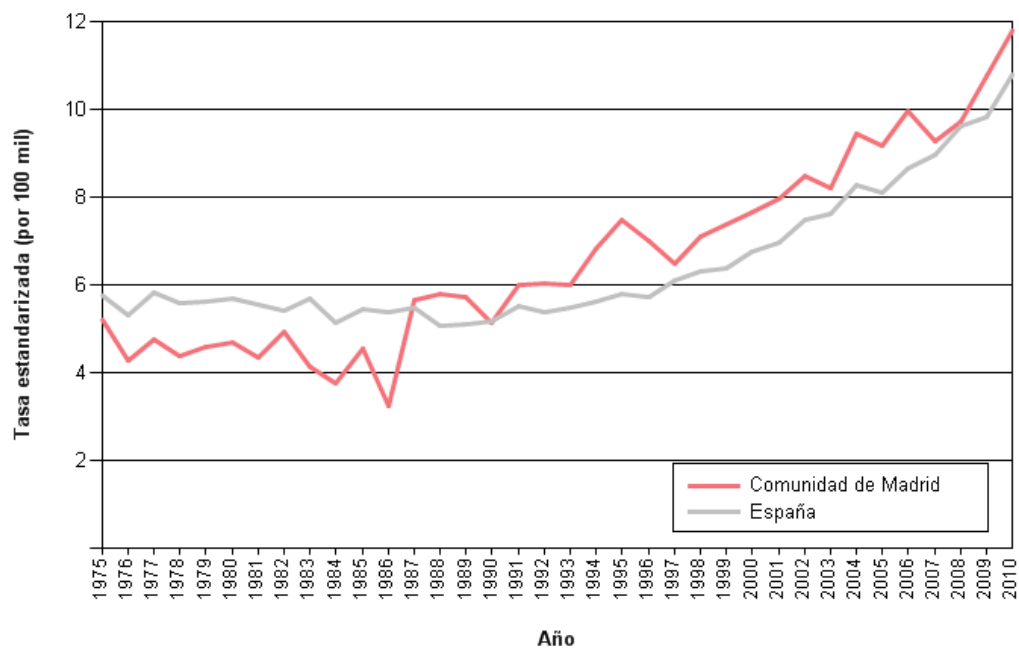
Figura 8.40. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

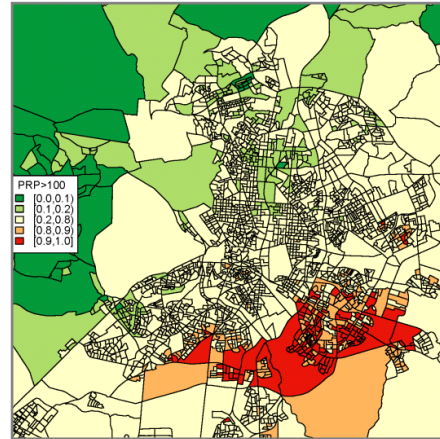
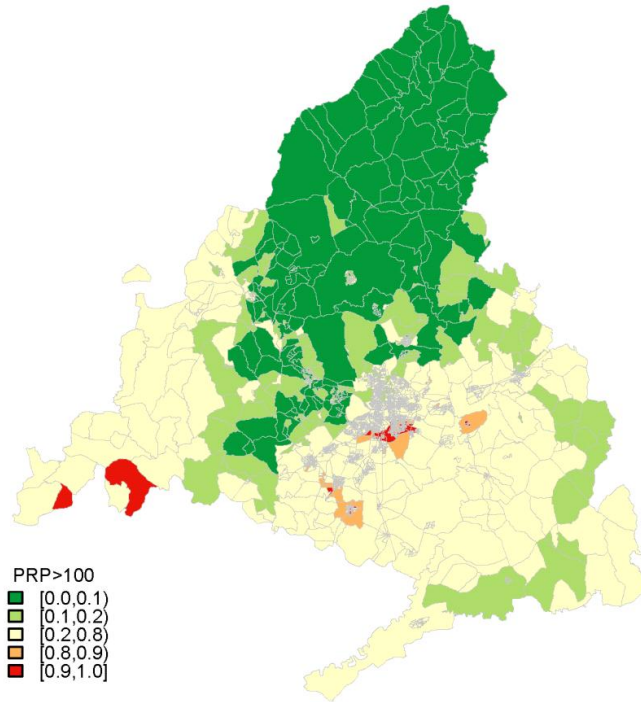


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.41. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

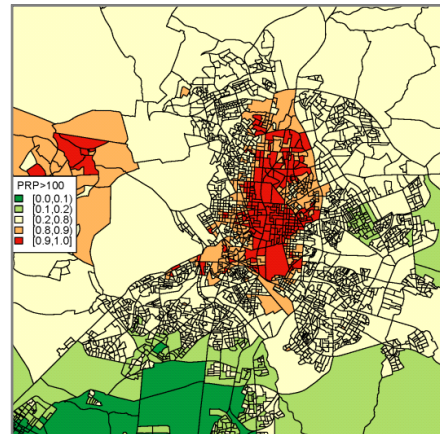
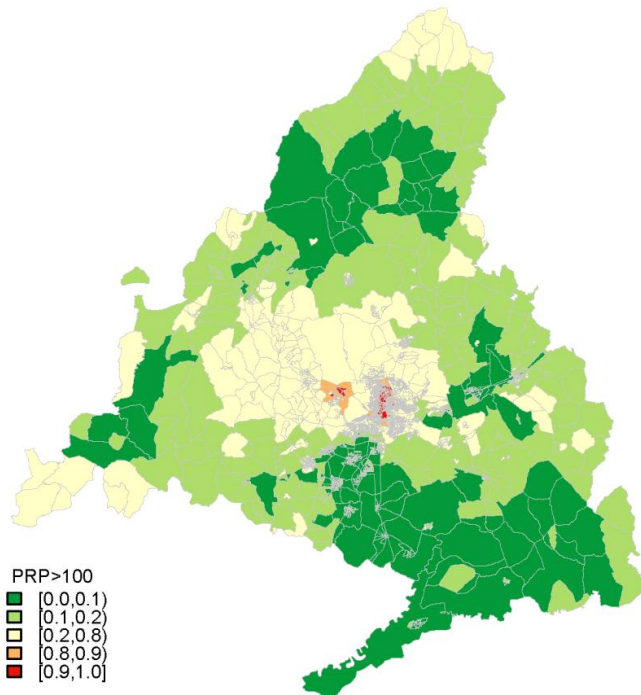


Figura 8.42. Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

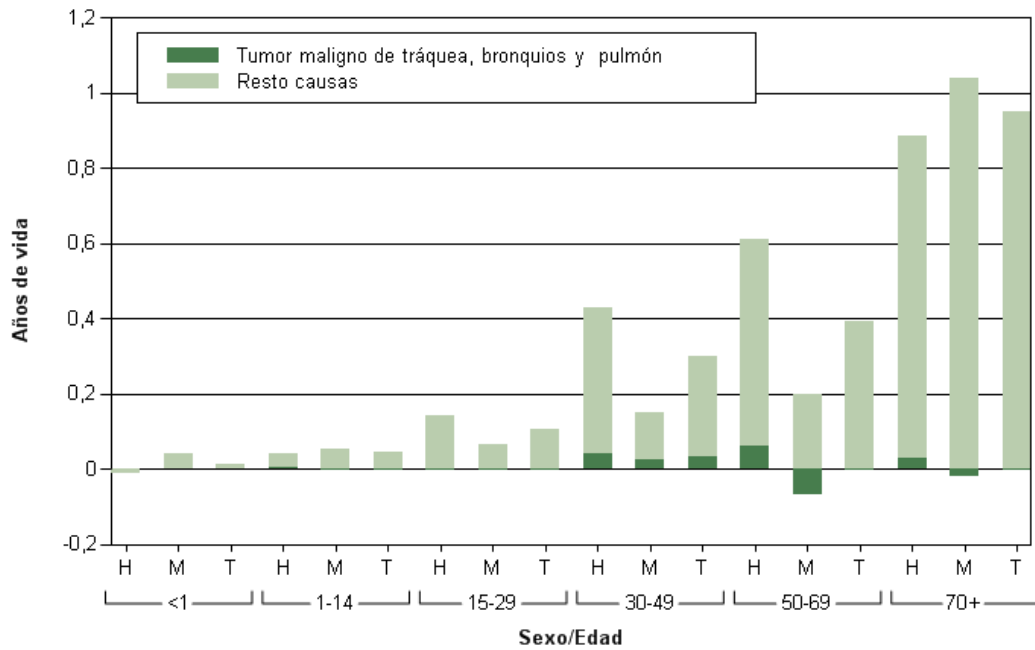


Figura 8.43. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

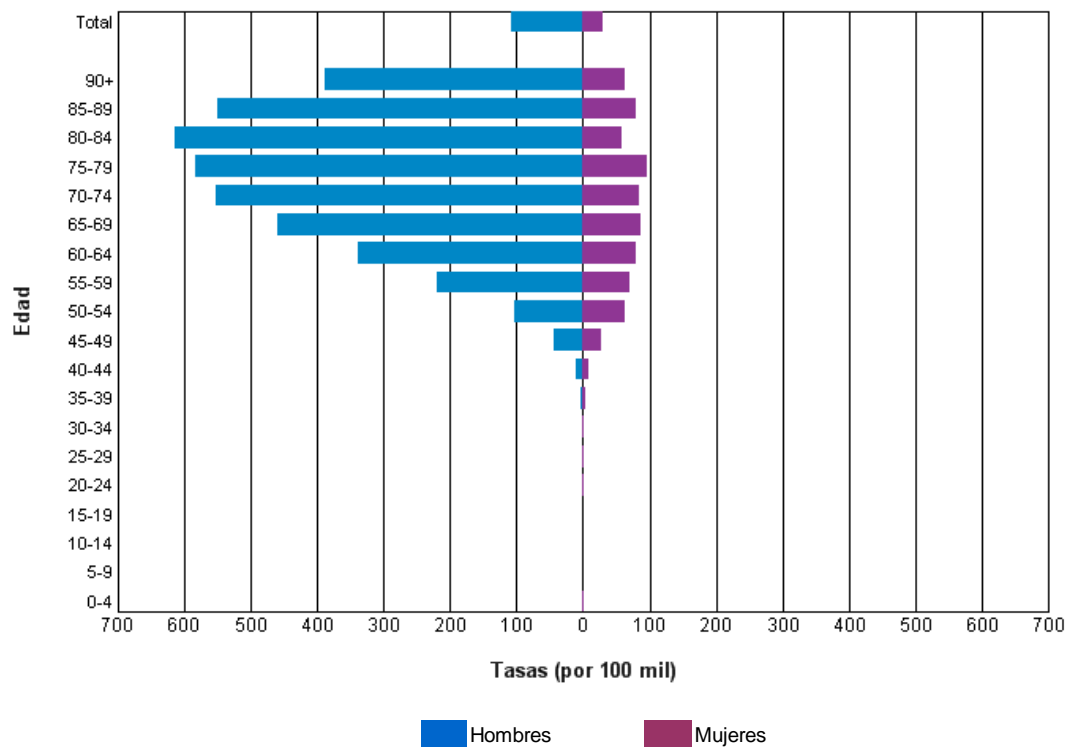
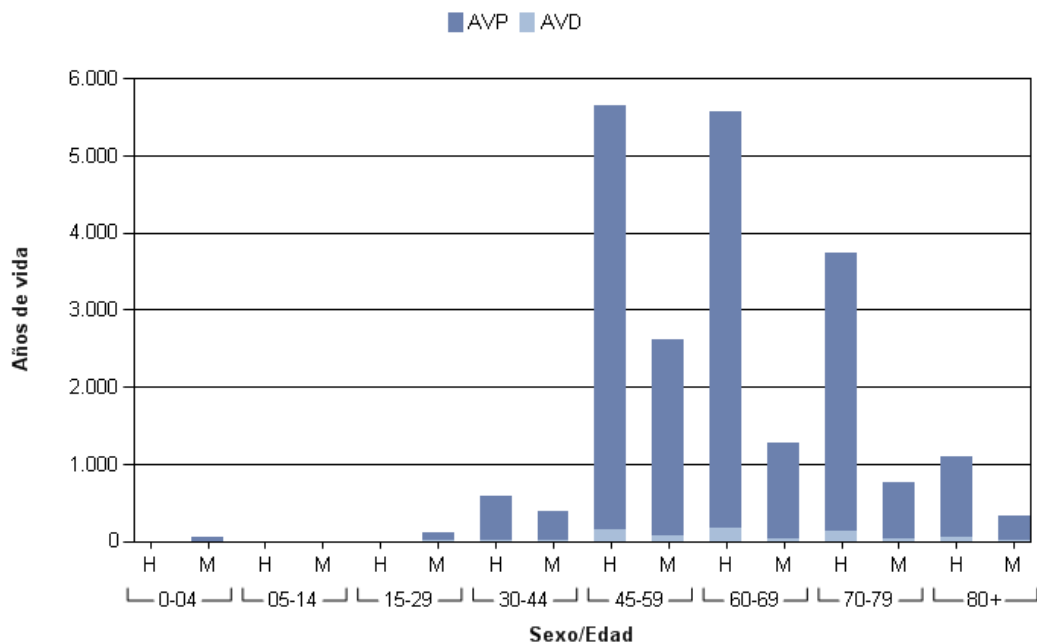


Figura 8.44. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.10. Melanoma maligno de piel

Tabla 8.12. Melanoma maligno de piel. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

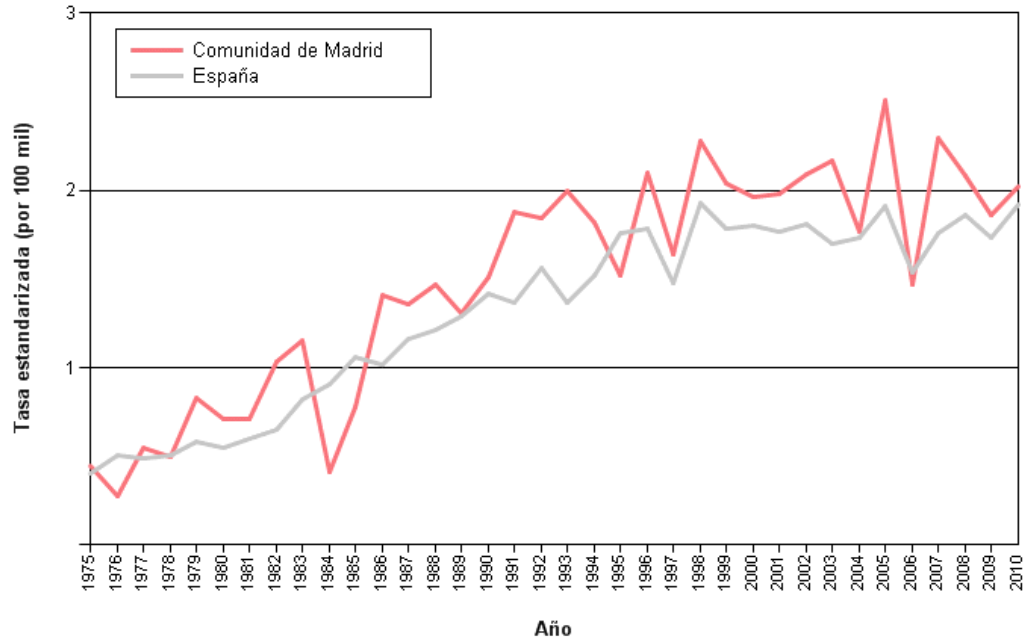
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Melanoma maligno de la piel. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	70	58	128
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,3	1,8	2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,5	1,6	2,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,1	1,2	1,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	25,7	24,2	25
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,01	0	0
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-

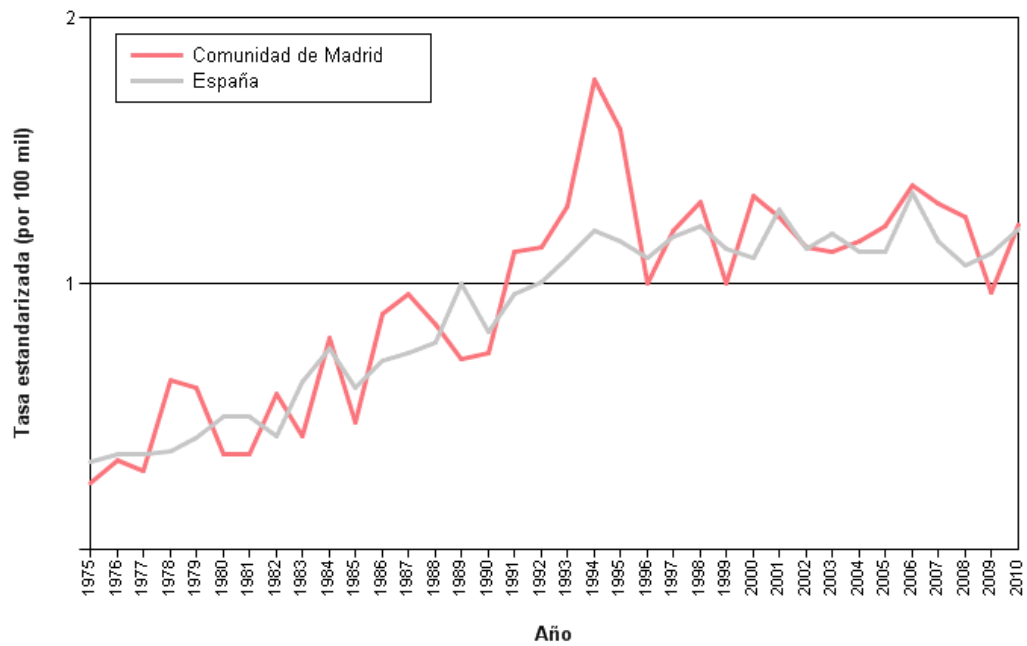
Figura 8.45. Melanoma maligno de piel. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



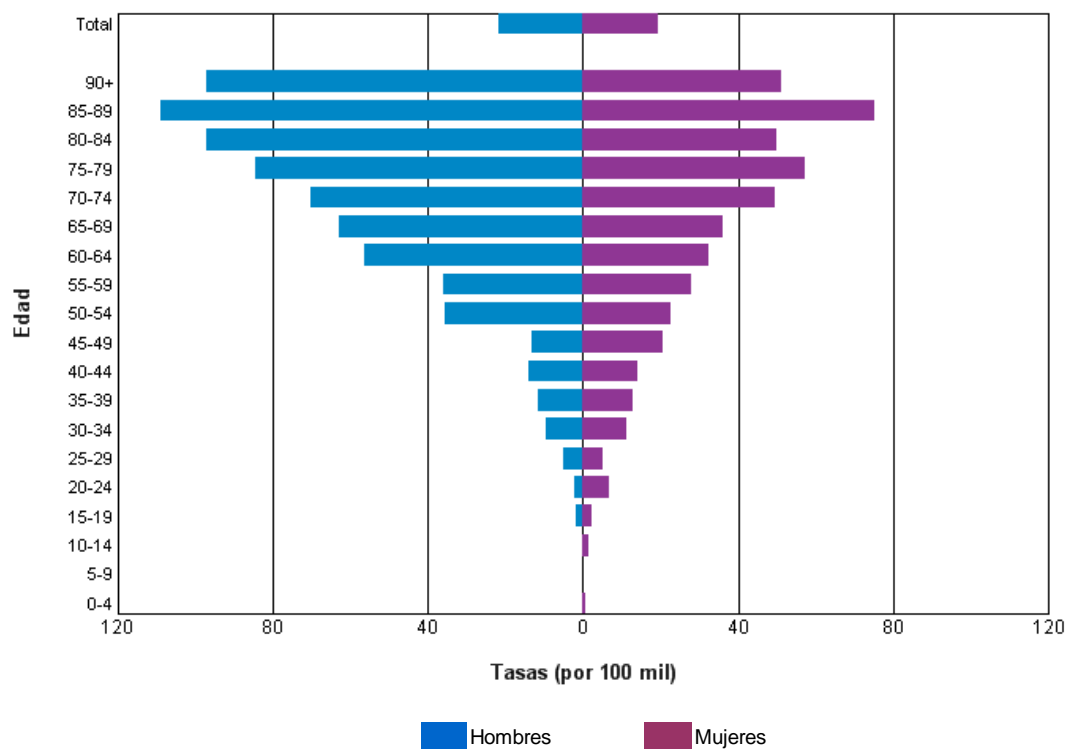
Mujeres



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

Figura 8.46. Melanoma maligno de piel. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



8.2.1.11. Tumor maligno de mama

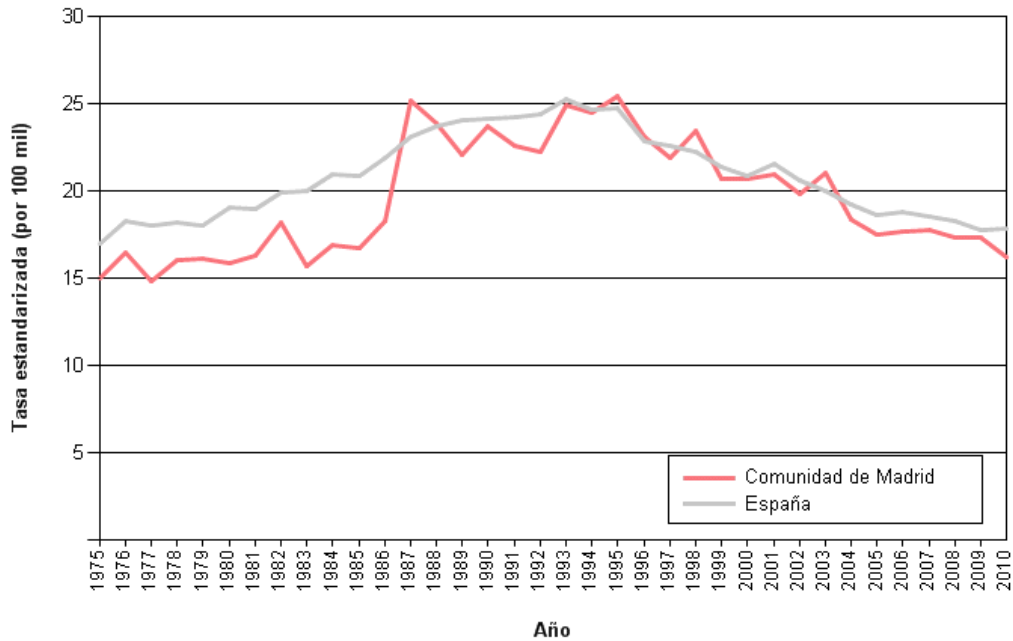
Tabla 8.13. Tumor maligno de mama de la mujer. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de mama de la mujer. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	748
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	22,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	20,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	16,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	137,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	9.424
Años de Vida Perdidos. CM.	7.739
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.685

Figura 8.47. Tumor maligno de mama de la mujer. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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



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

Figura 8.48. Tumor maligno de mama de la mujer. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

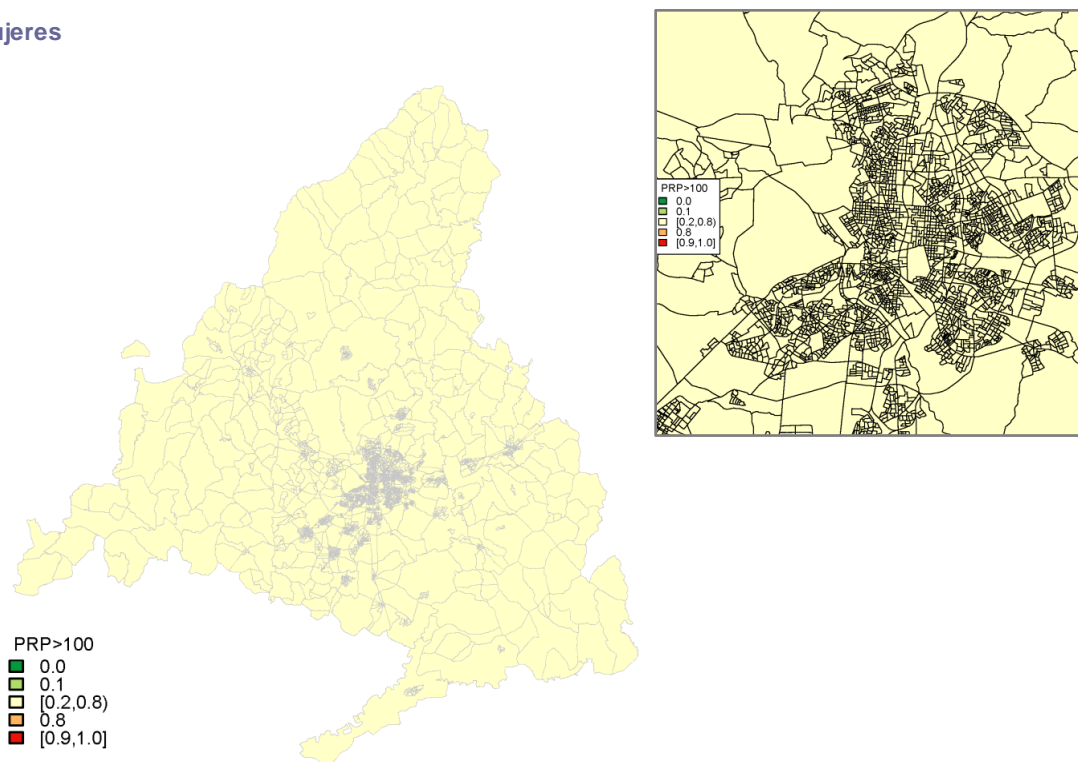


Figura 8.49. Contribución del tumor maligno de mama de la mujer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

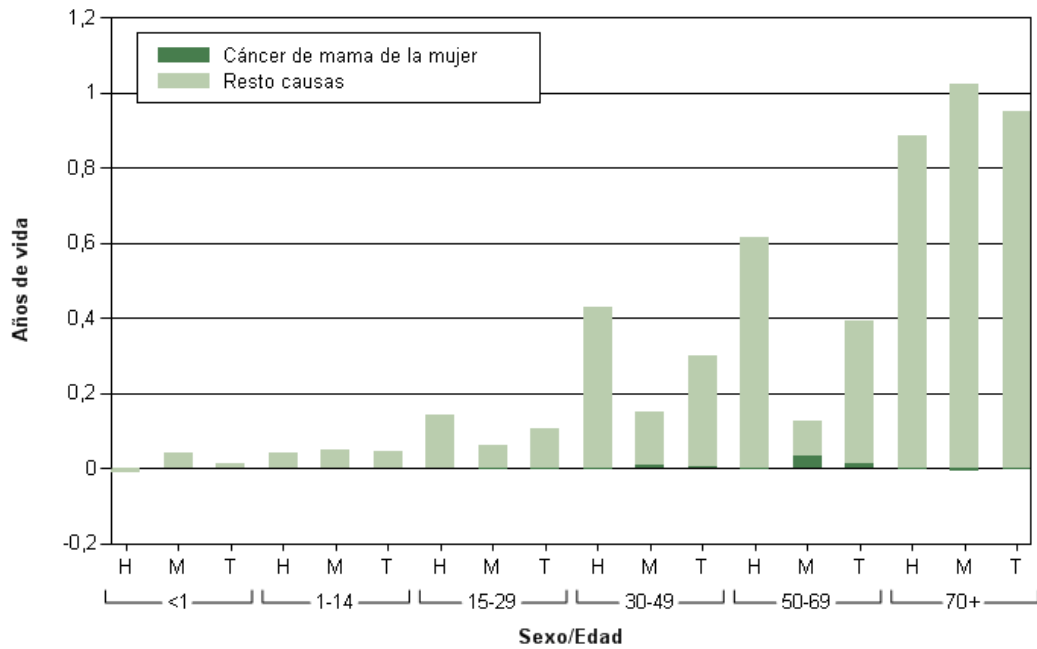


Figura 8.50. Tumor maligno de mama de la mujer. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

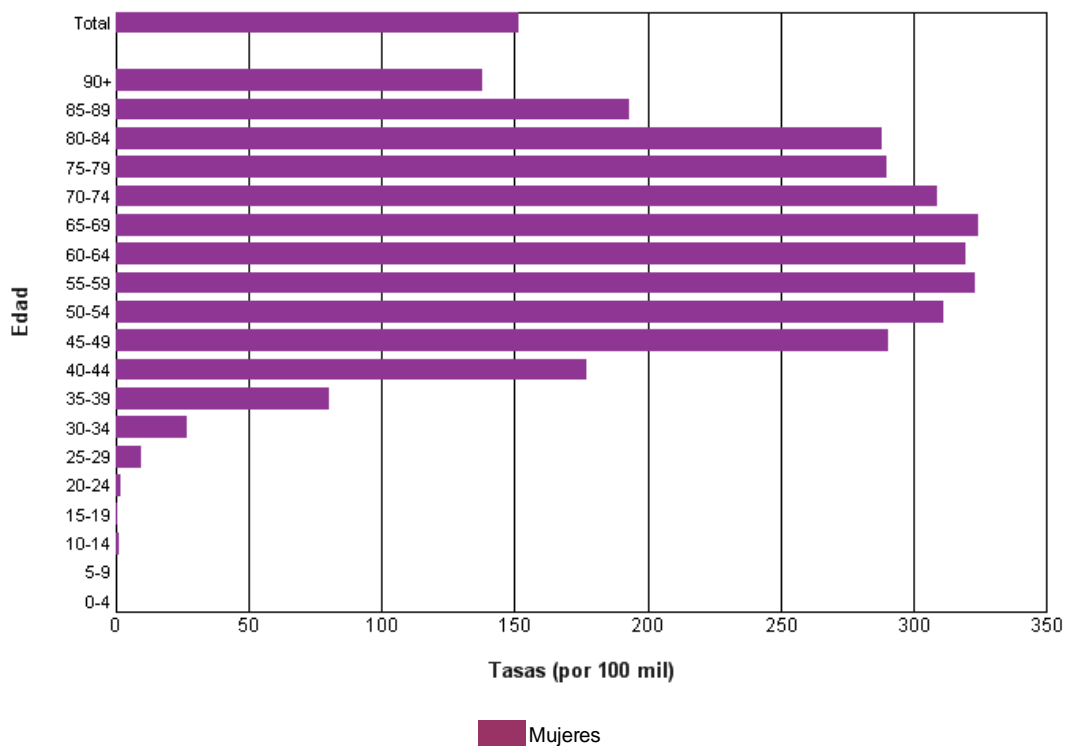
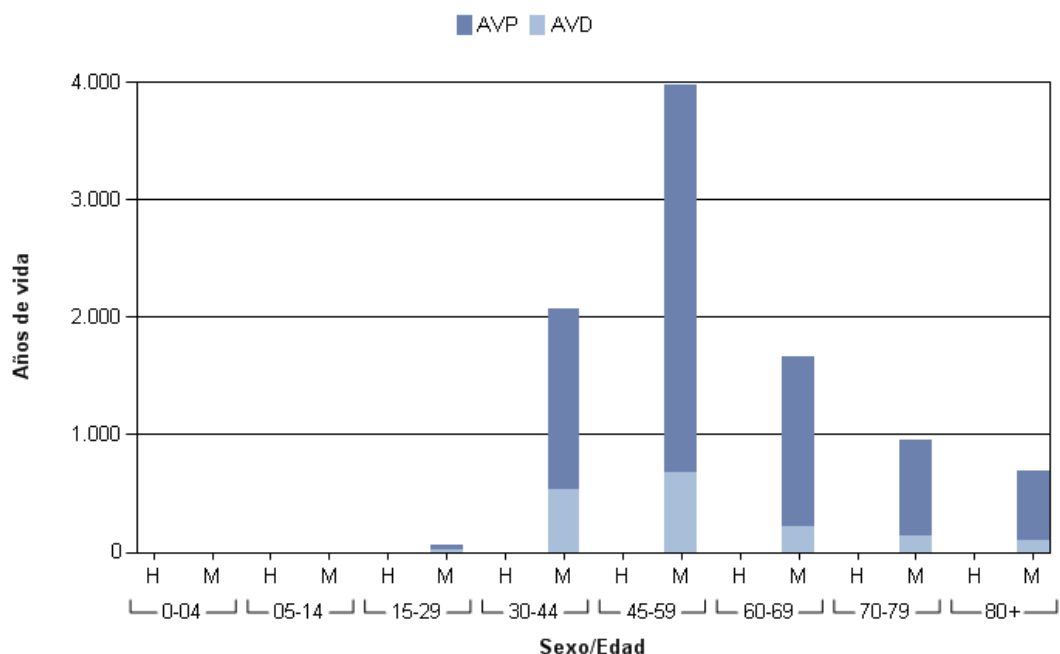


Figura 8.51. Tumor maligno de mama de la mujer. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.12. Tumor maligno del cuello del útero

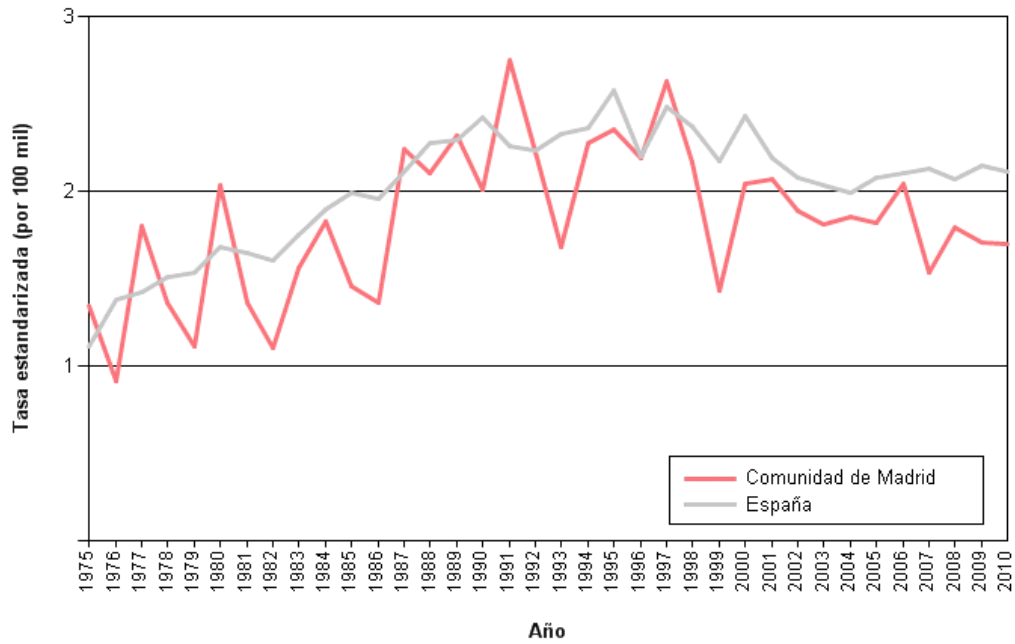
Tabla 8.14. Tumor maligno del cuello del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del cuello del útero. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	78
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.197
Años de Vida Perdidos. CM.	931
Años Vividos con Discapacidad. CM.	266

Figura 8.52. Tumor maligno de cuello del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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



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

Figura 8.53. Tumor maligno de cuello del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

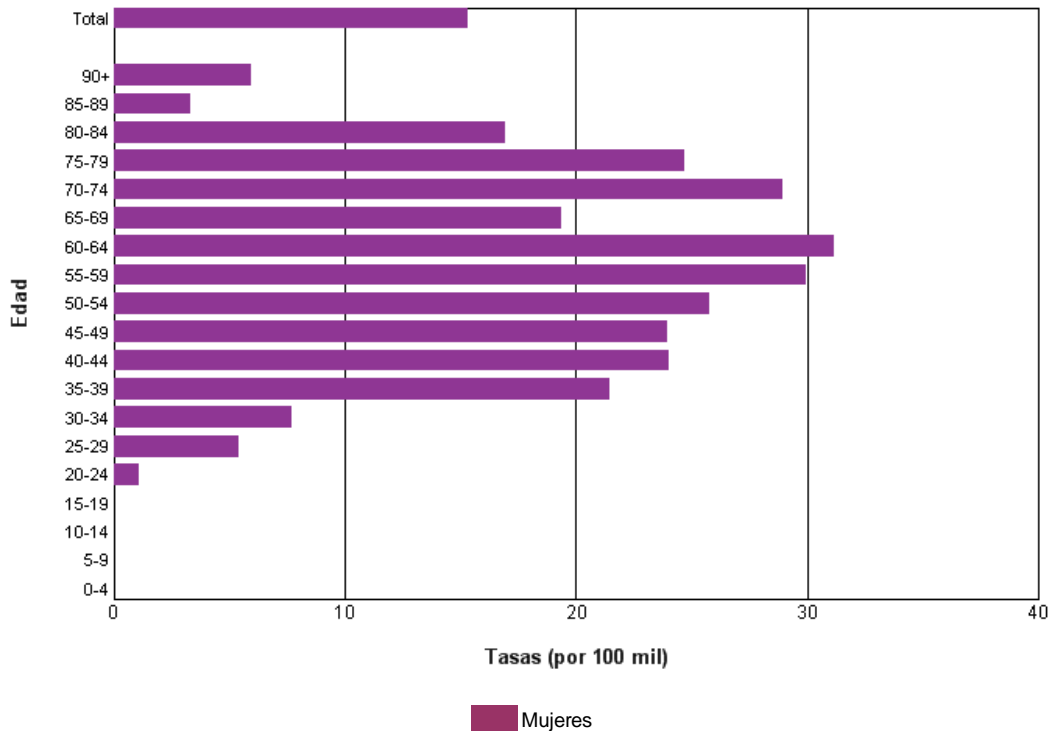
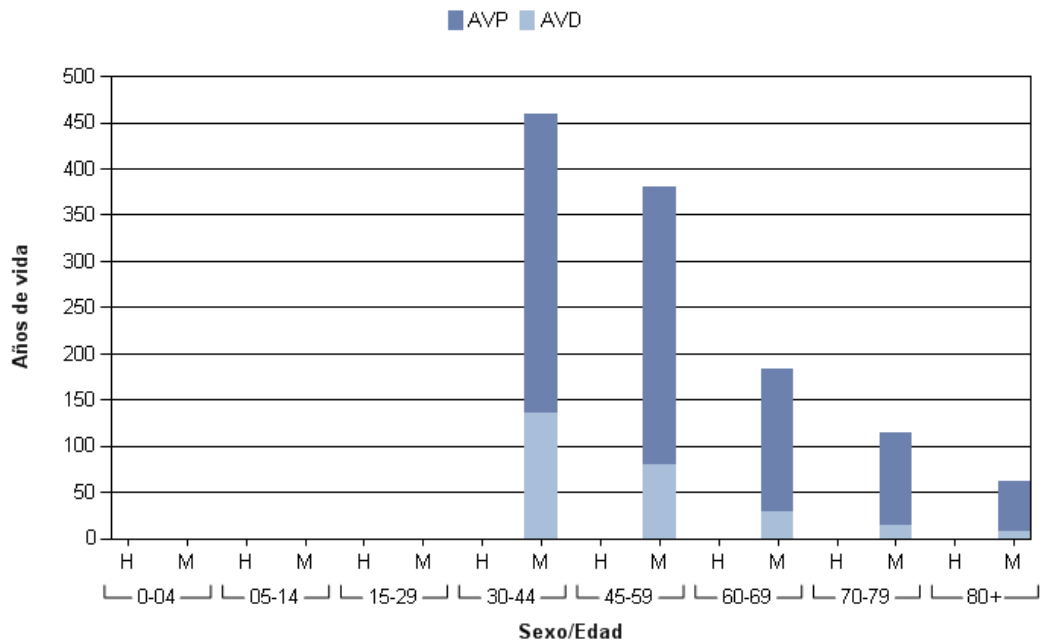


Figura 8.54. Tumor maligno de cuello del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.13. Tumor maligno de otras partes del útero

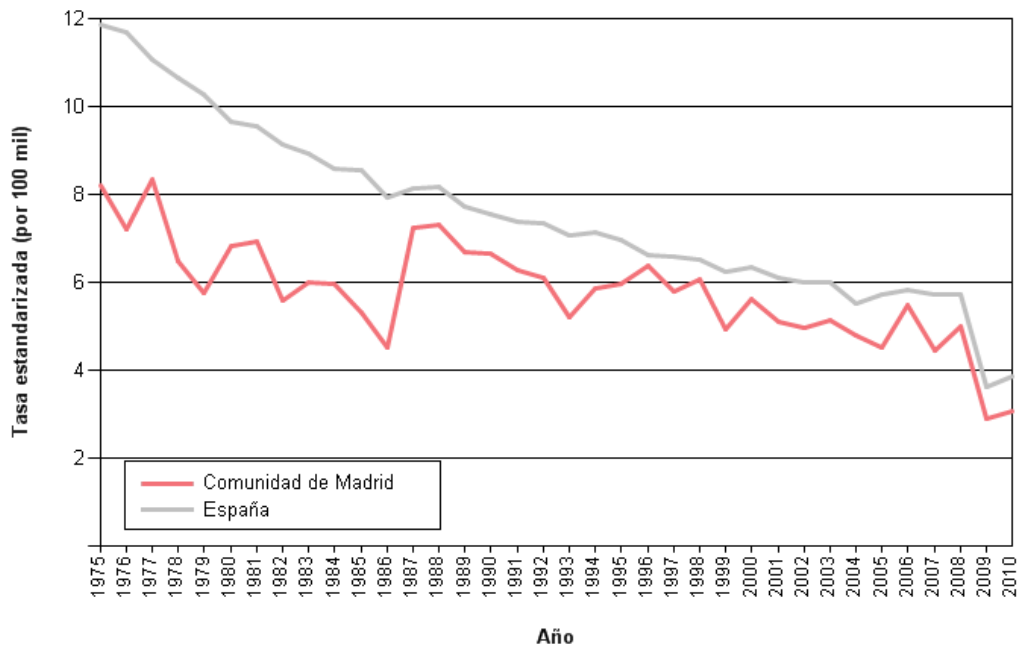
Tabla 8.15. Tumor maligno de otras partes del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de otras partes del útero. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	152
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	30
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.960
Años de Vida Perdidos. CM.	1.138
Años Vividos con Discapacidad. CM.	822

Figura 8.55. Tumor maligno de otras partes del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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



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

Figura 8.56. Tumor maligno de otras partes del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

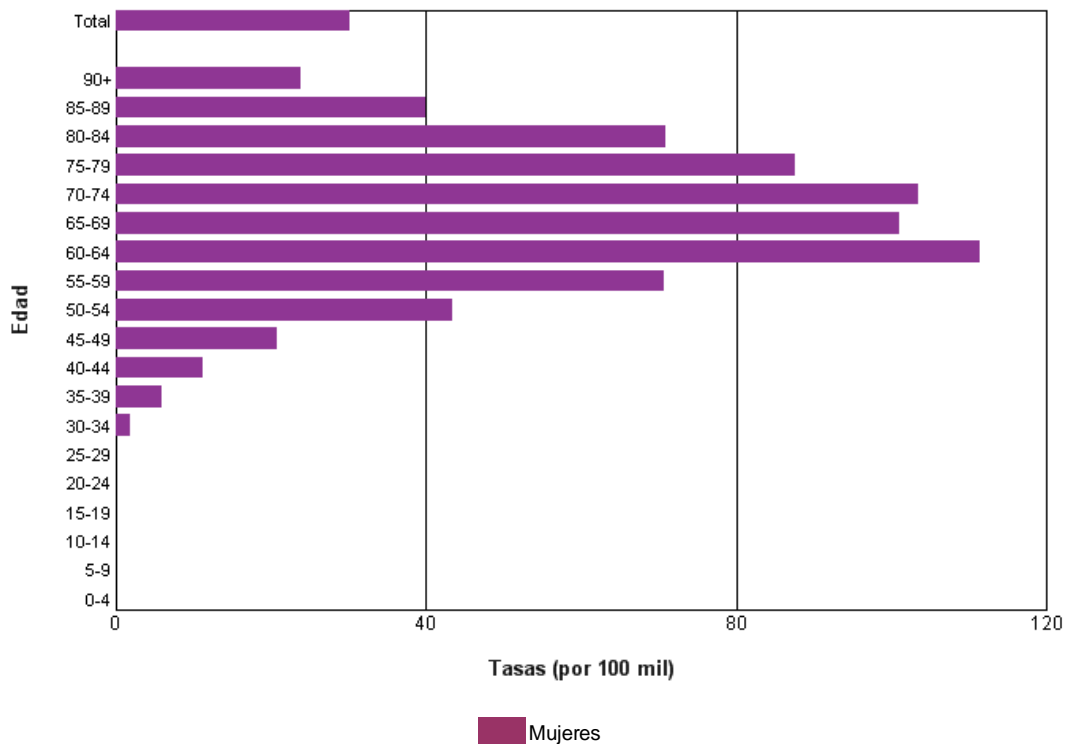
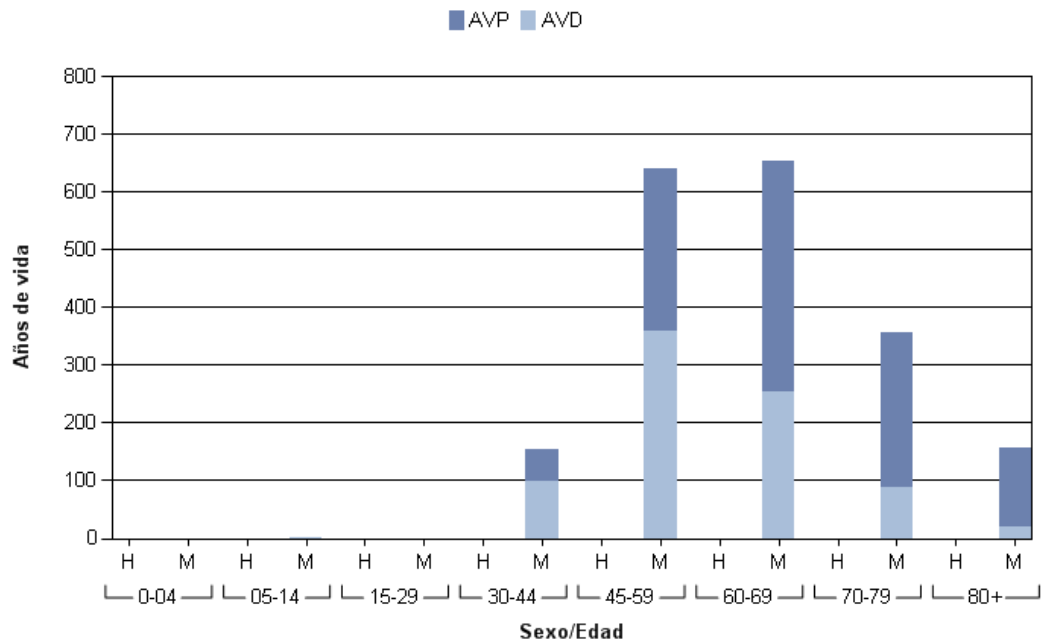


Figura 8.57. Tumor maligno de otras partes del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.14. Tumor maligno de ovario

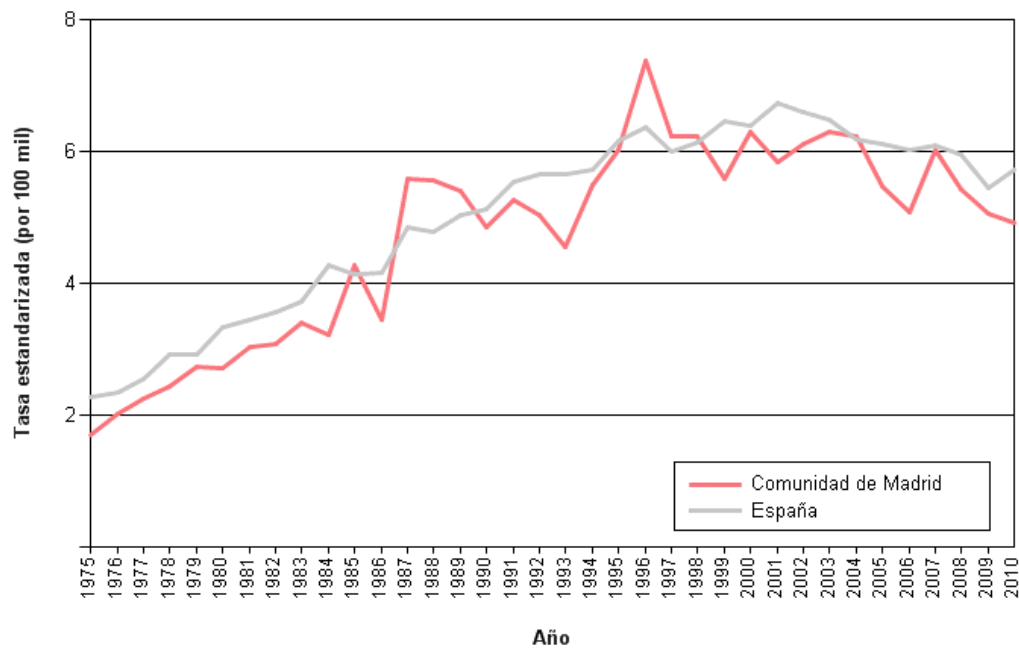
Tabla 8.16. Tumor maligno de ovario. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid.	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	230
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	21,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.505
Años de Vida Perdidos. CM.	2.187
Años Vividos con Discapacidad. CM.	318

Figura 8.58. Tumor maligno del ovario. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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



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

Figura 8.59. Tumor maligno de ovario. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

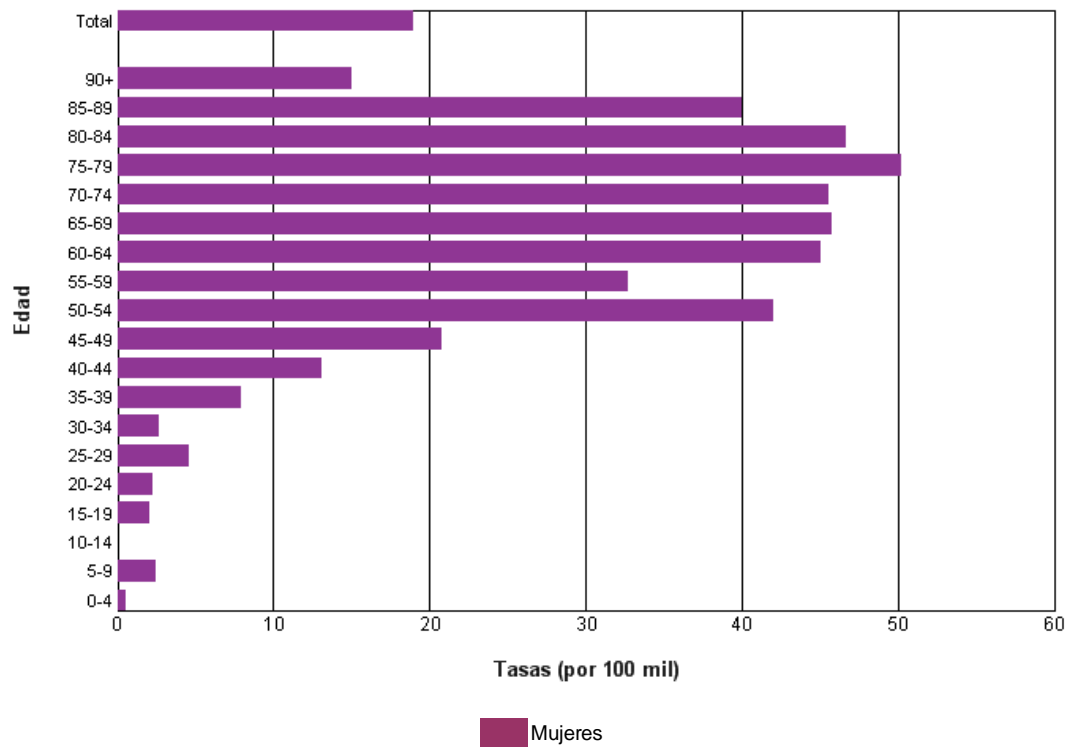
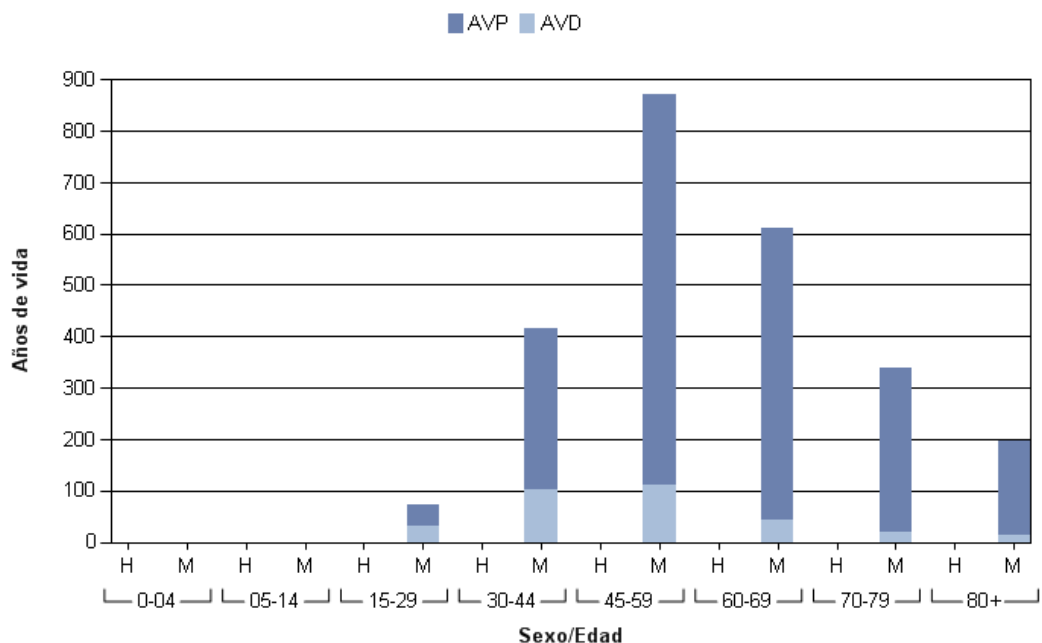


Figura 8.60. Tumor maligno de ovario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.15. Tumor maligno de próstata

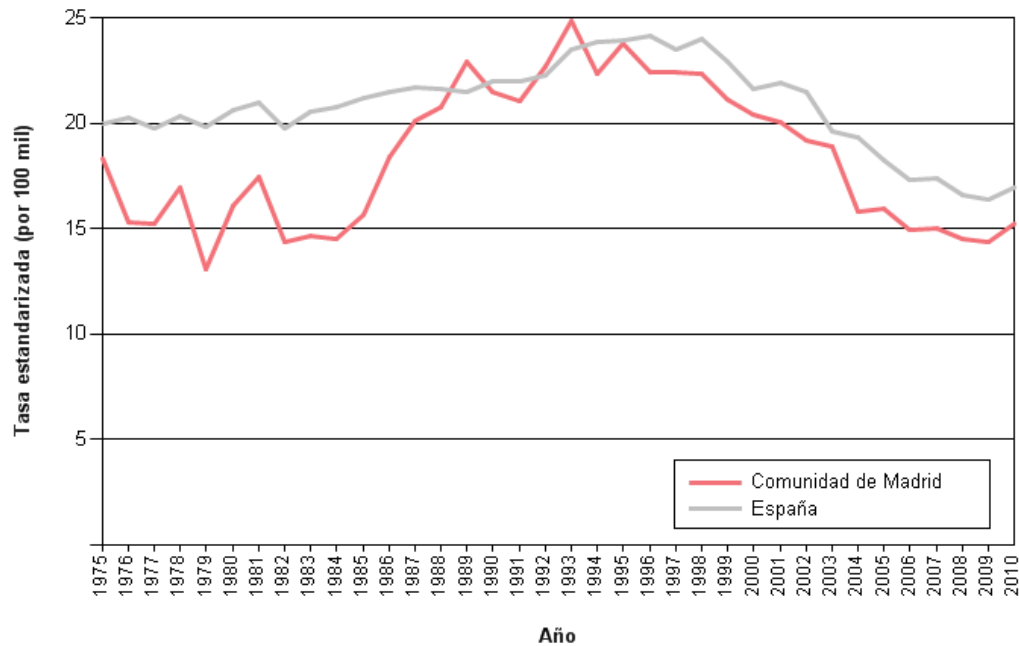
Tabla 8.17. Tumor maligno de próstata. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid	
	Hombres
Nº Muertes. CM.	607
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	16,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	121,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.253
Años de Vida Perdidos. CM.	2.567
Años Vividos con Discapacidad. CM.	686

Figura 8.61. Tumor maligno de próstata. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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



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

Figura 8.62. Tumor maligno de próstata. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

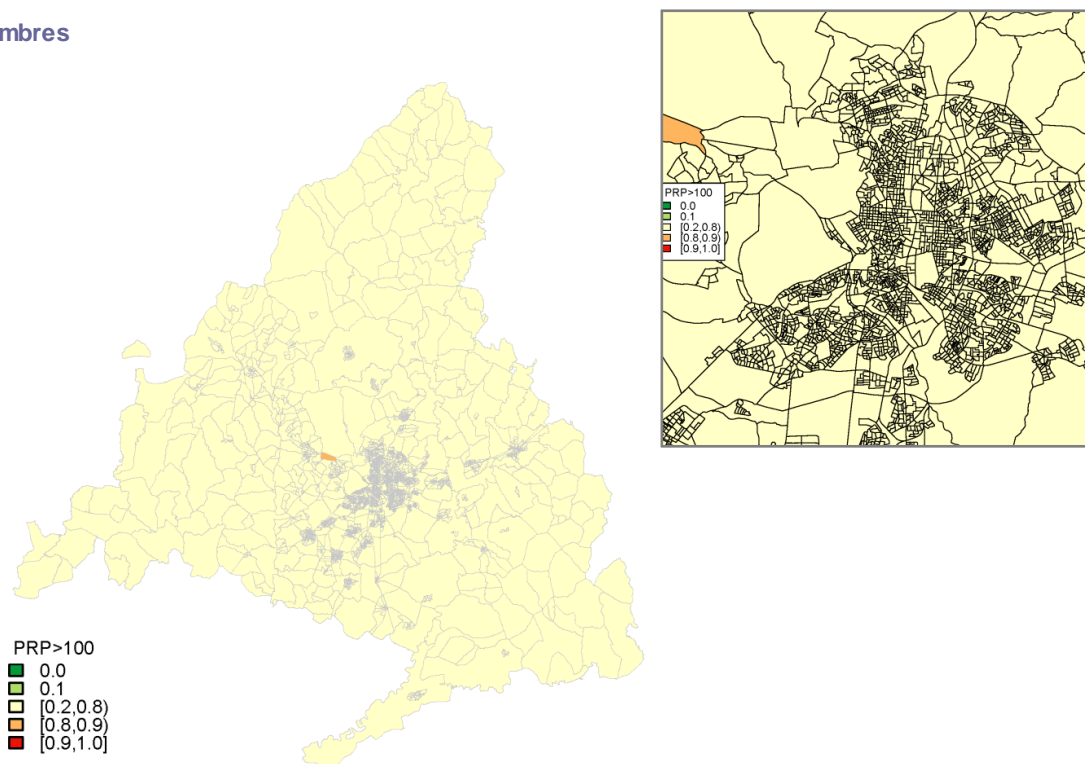


Figura 8.63. Tumor maligno de próstata. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

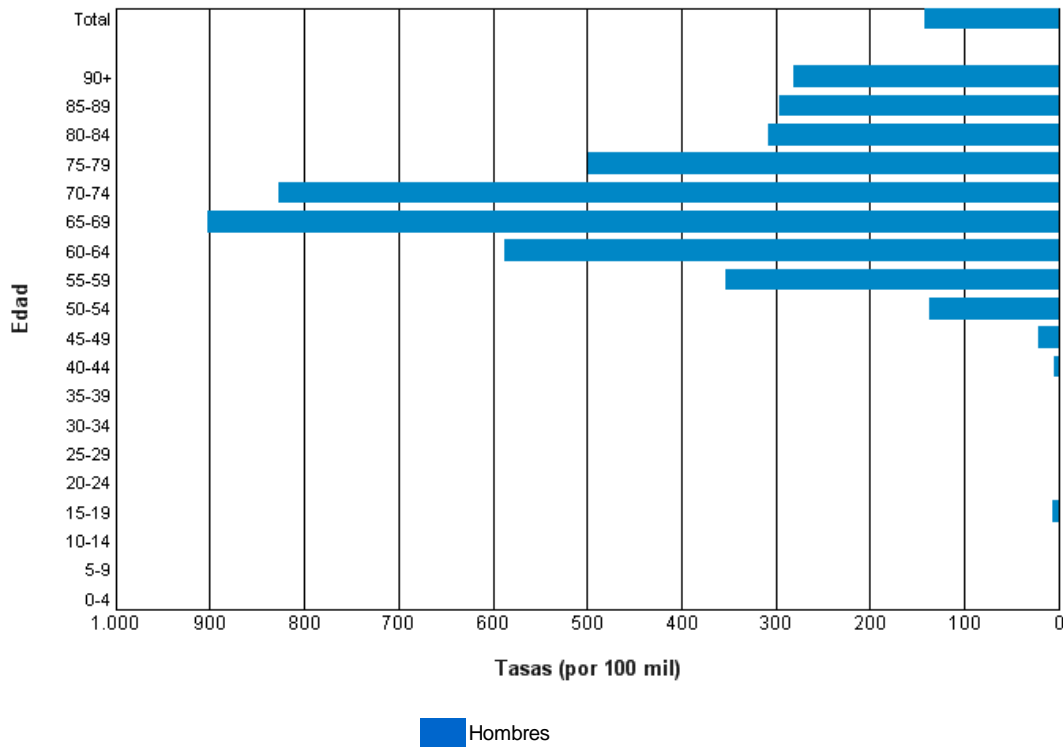
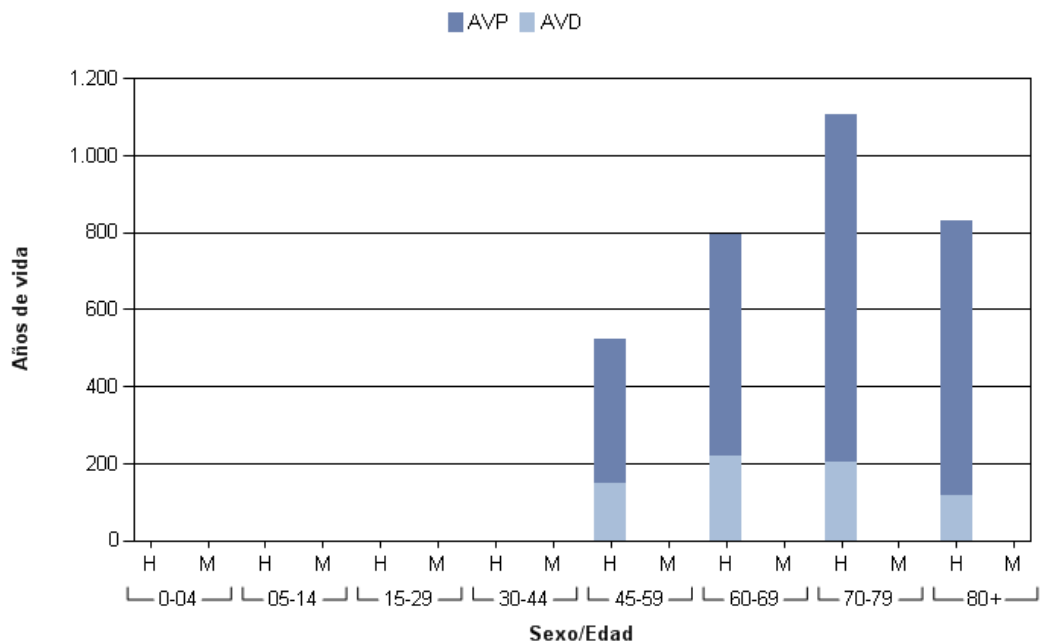


Figura 8.64. Tumor maligno de próstata. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.16. Tumor maligno de vejiga

Tabla 8.18. Tumor maligno de vejiga. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

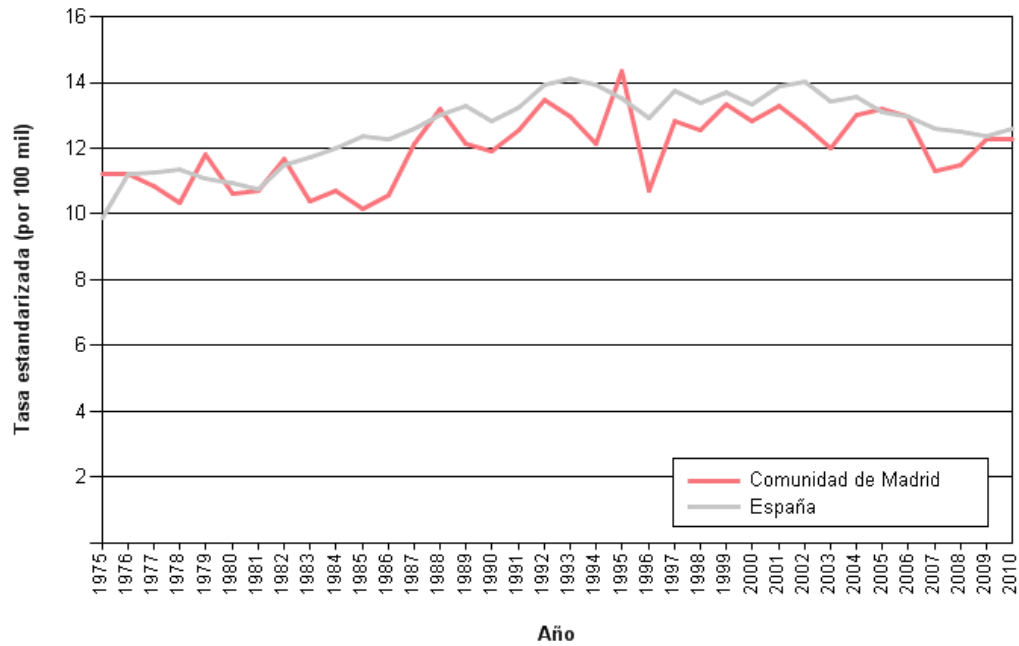
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de vejiga. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	470	106	576
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,2	3,2	9,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,9	0,9	2,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,8	1,8	6,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	164,6	34,2	97,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,02	0,00	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.147	674	3.821
Años de Vida Perdidos. CM.	2.498	553	3.051
Años Vividos con Discapacidad. CM.	649	121	770

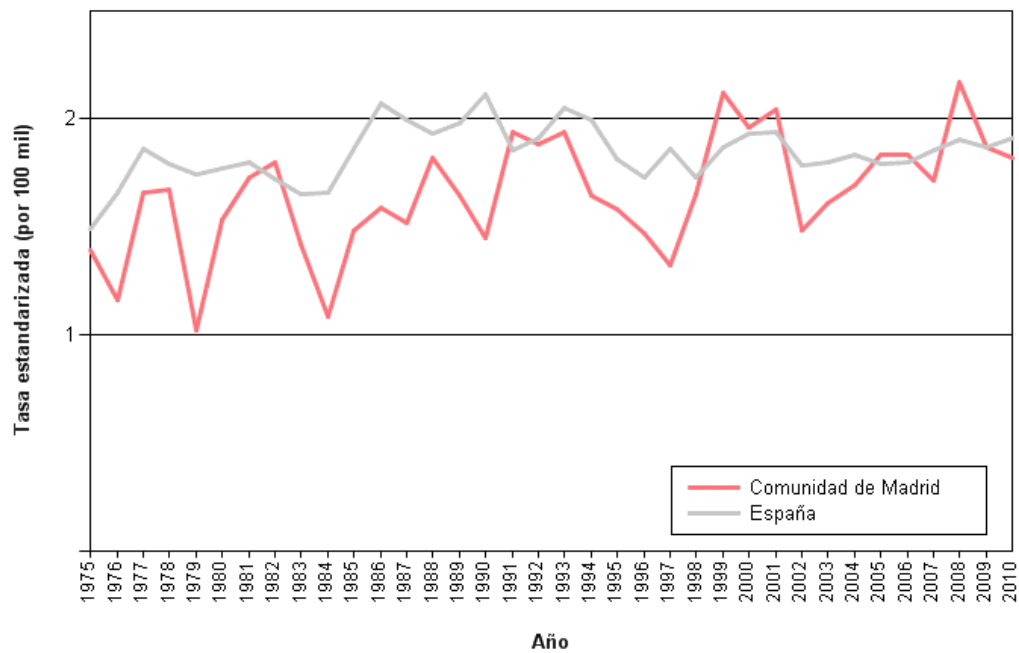
Figura 8.65. Tumor maligno de vejiga. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

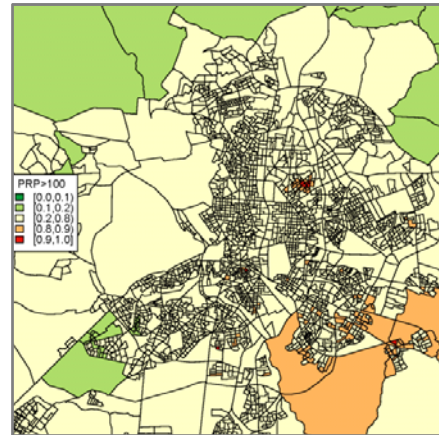
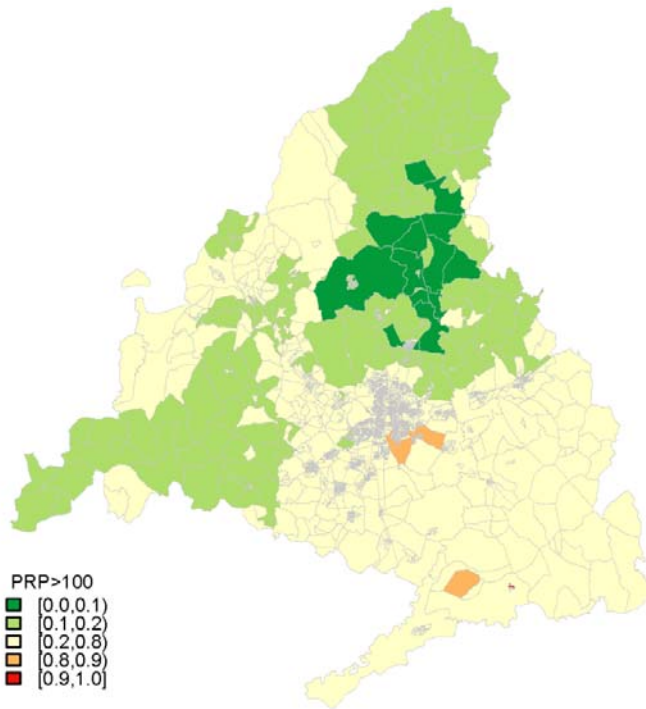


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.66. Tumor maligno de vejiga. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

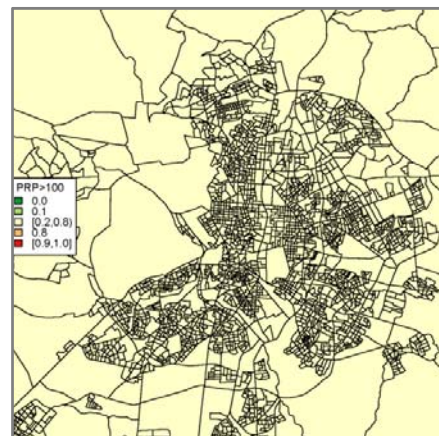
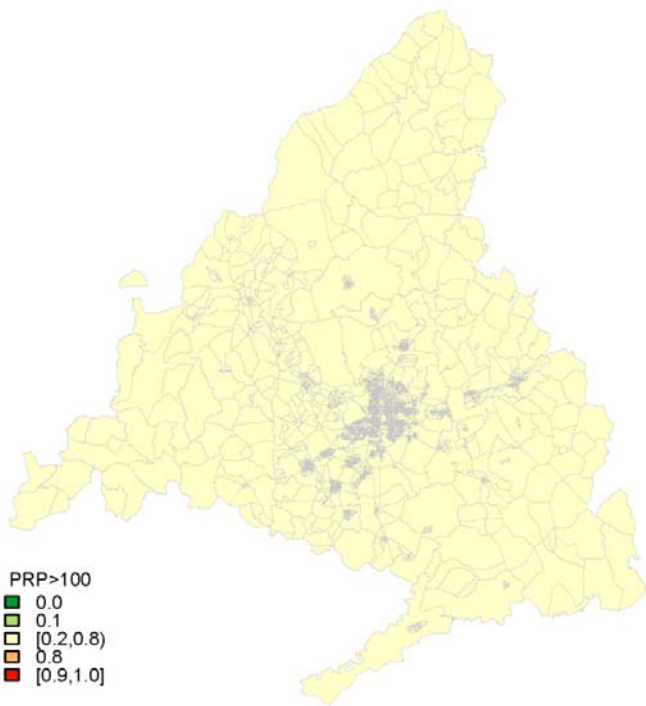


Figura 8.67. Tumor maligno de vejiga. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

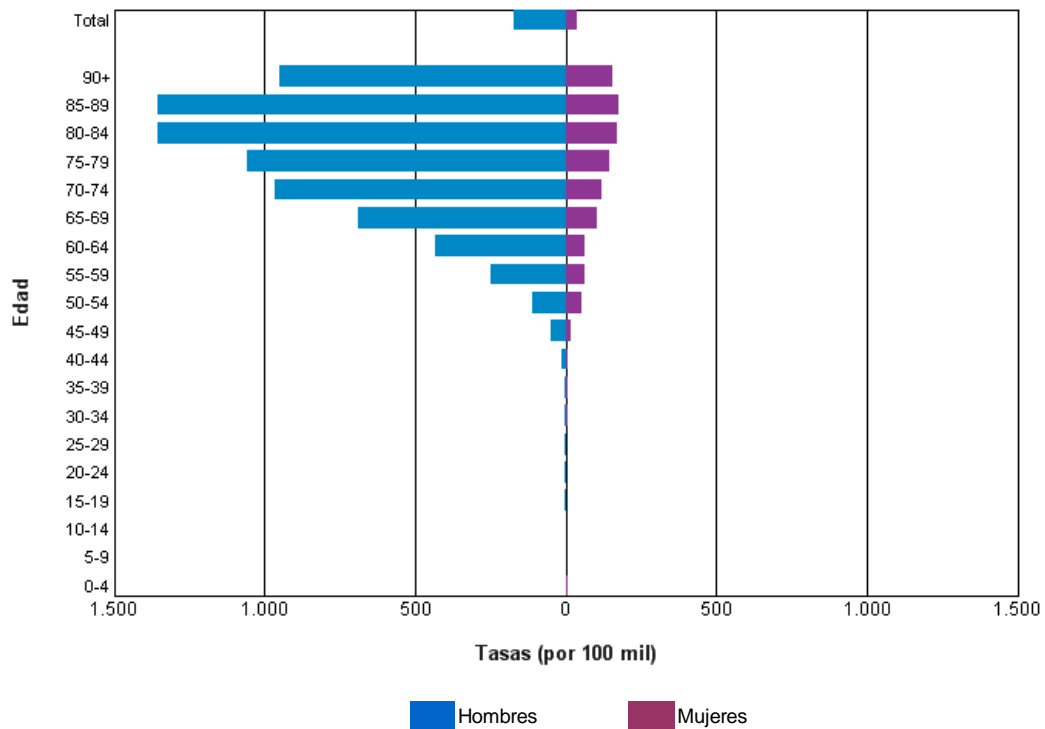
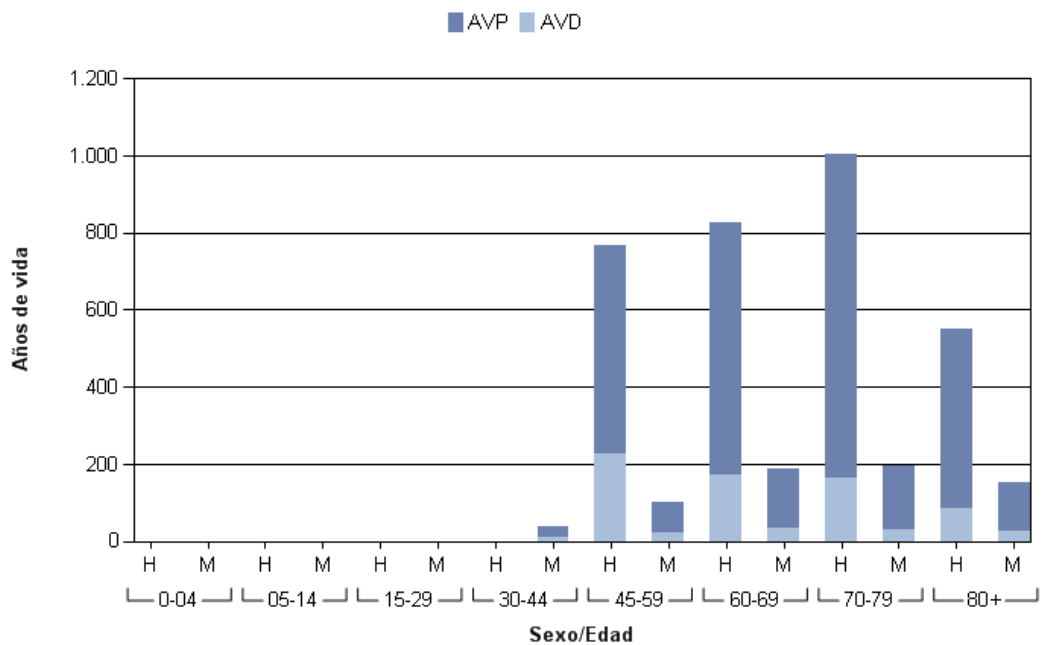


Figura 8.68. Tumor maligno de vejiga. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-), Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.17. Tumor maligno de encéfalo

Tabla 8.19. Tumor maligno de encéfalo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

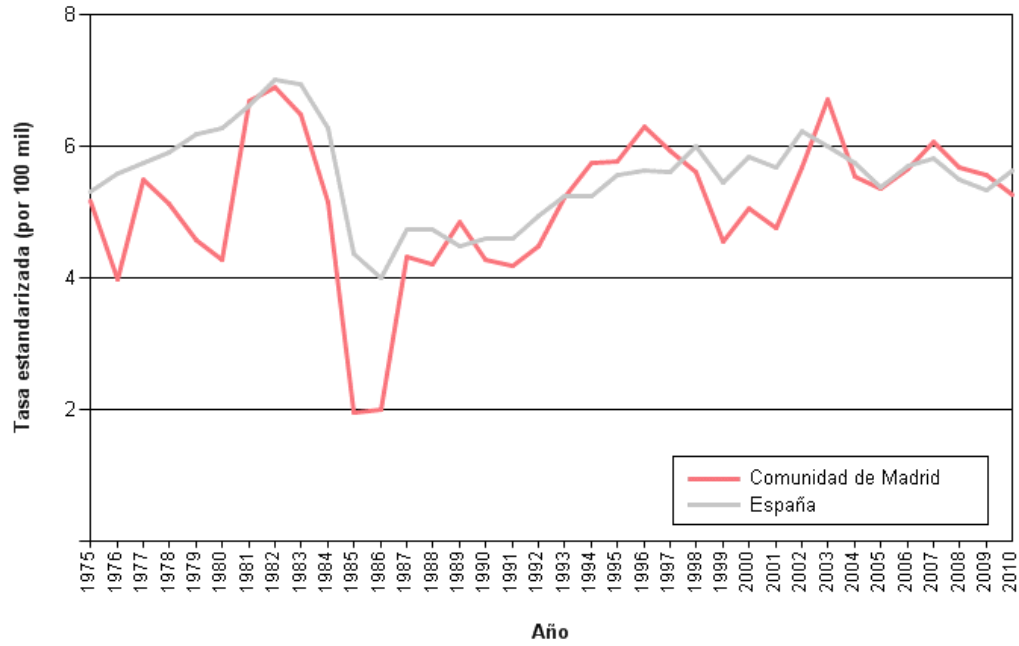
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de encéfalo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	180	153	333
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,8	4,6	5,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,1	3,6	4,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,3	3,5	4,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	16,6	13,1	14,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.543	1.984	4.526
Años de Vida Perdidos. CM.	2.481	1.933	4.413
Años Vividos con Discapacidad. CM.	62	51	113

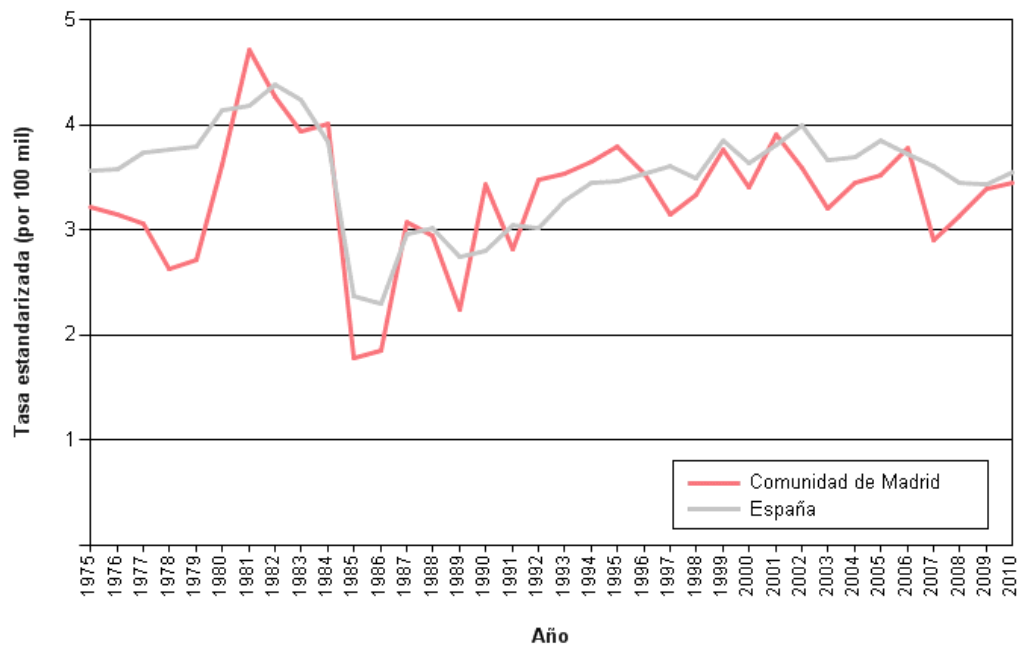
Figura 8.69. Tumor maligno de encéfalo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.70. Tumor maligno de encéfalo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

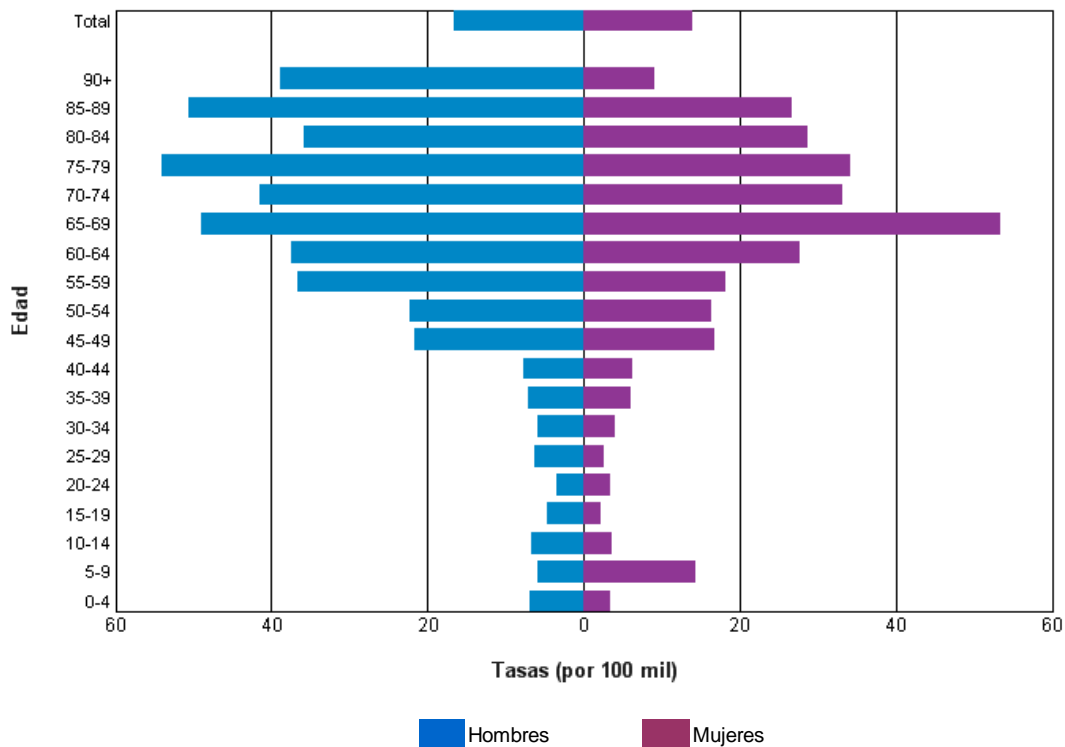
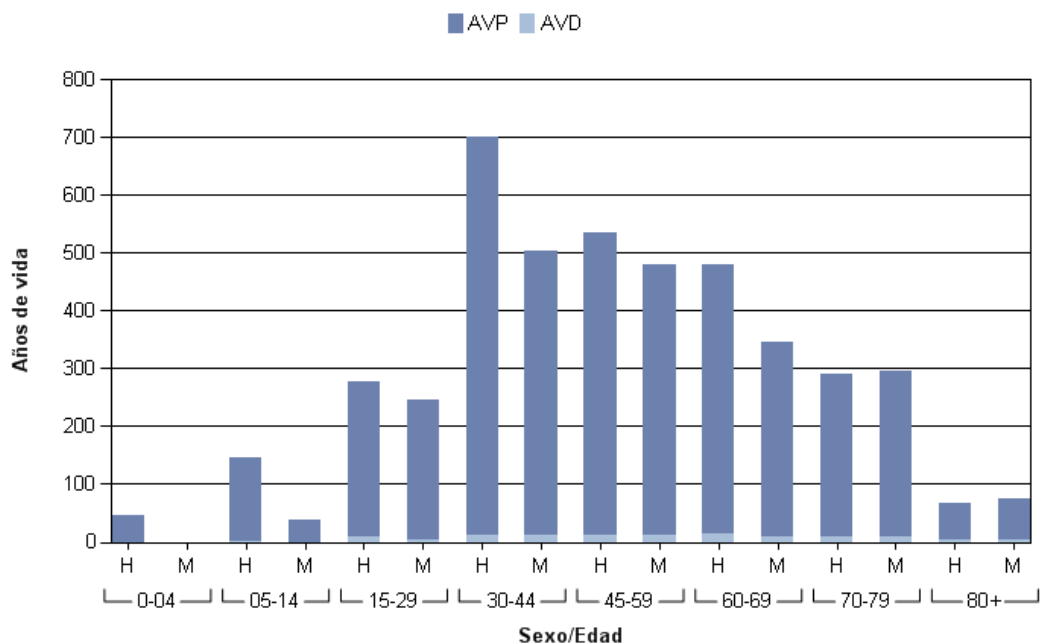


Figura 8.71. Tumor maligno de encéfalo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.18. Leucemia

Tabla 8.20. Leucemia. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

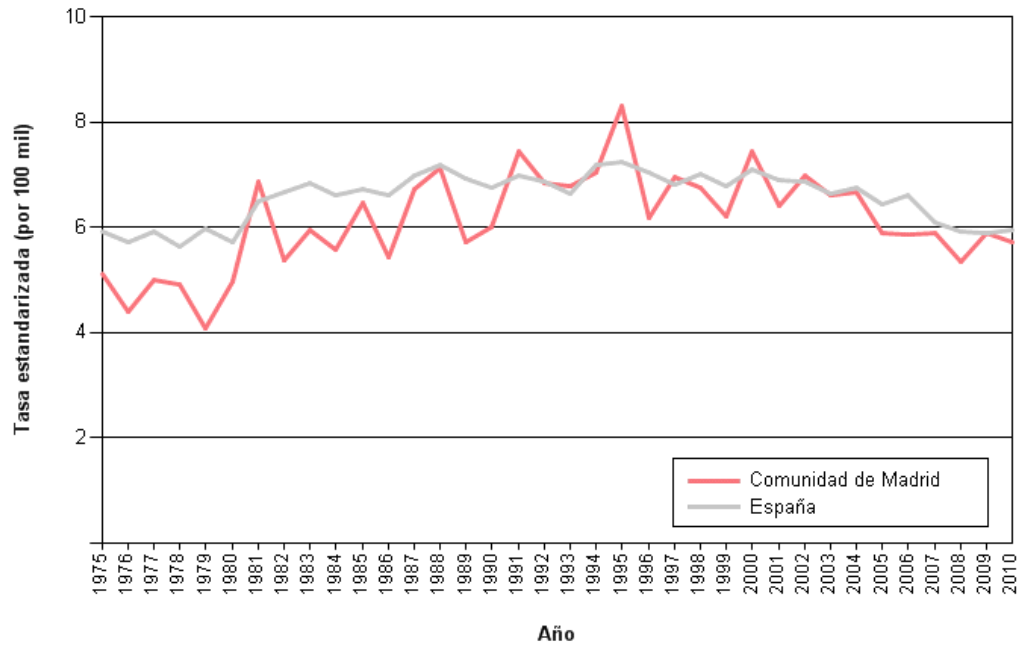
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Leucemia. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	210	183	393
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,8	5,5	6,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,7	2,4	2,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,9	3,7	4,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	24,1	17,1	20,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	0,01	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.304	1.857	4.161
Años Vividos con Discapacidad. CM.	94	78	172
Años de Vida Perdidos. CM.	2.210	1.779	3.989

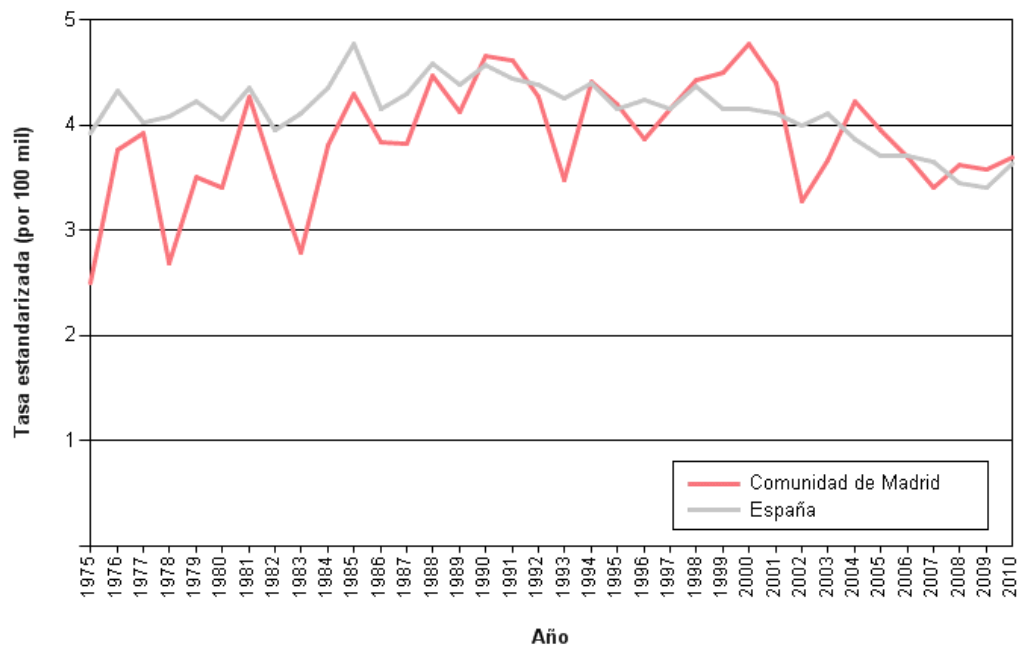
Figura 8.72. Leucemia. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.73. Leucemia. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

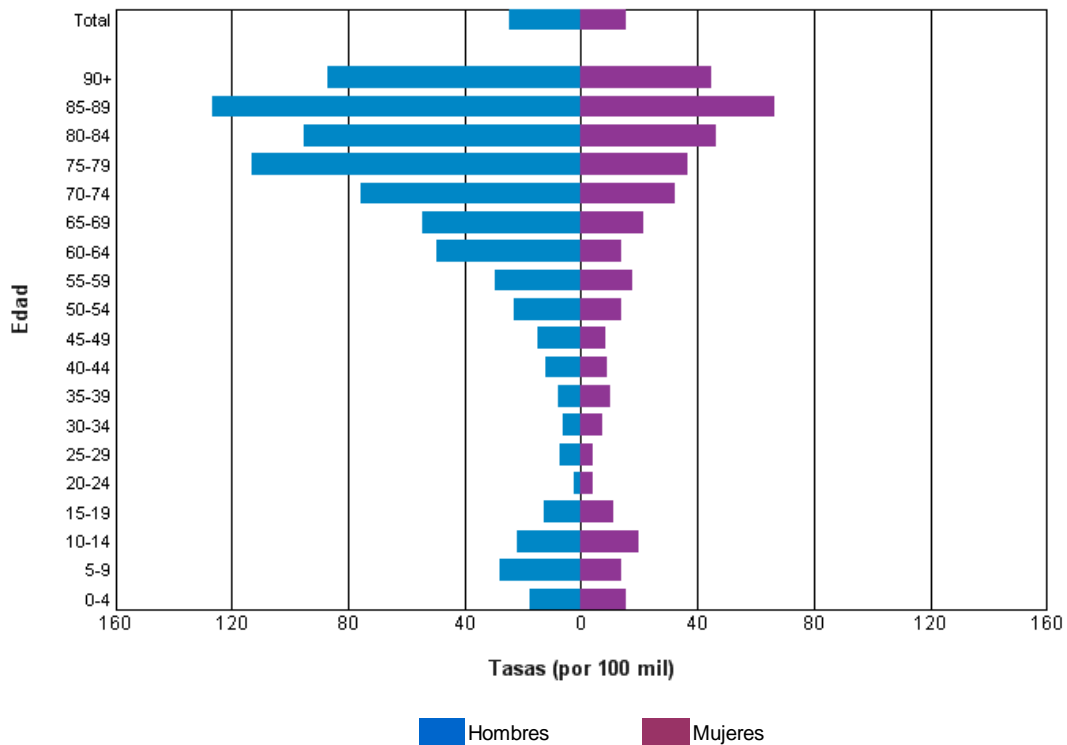
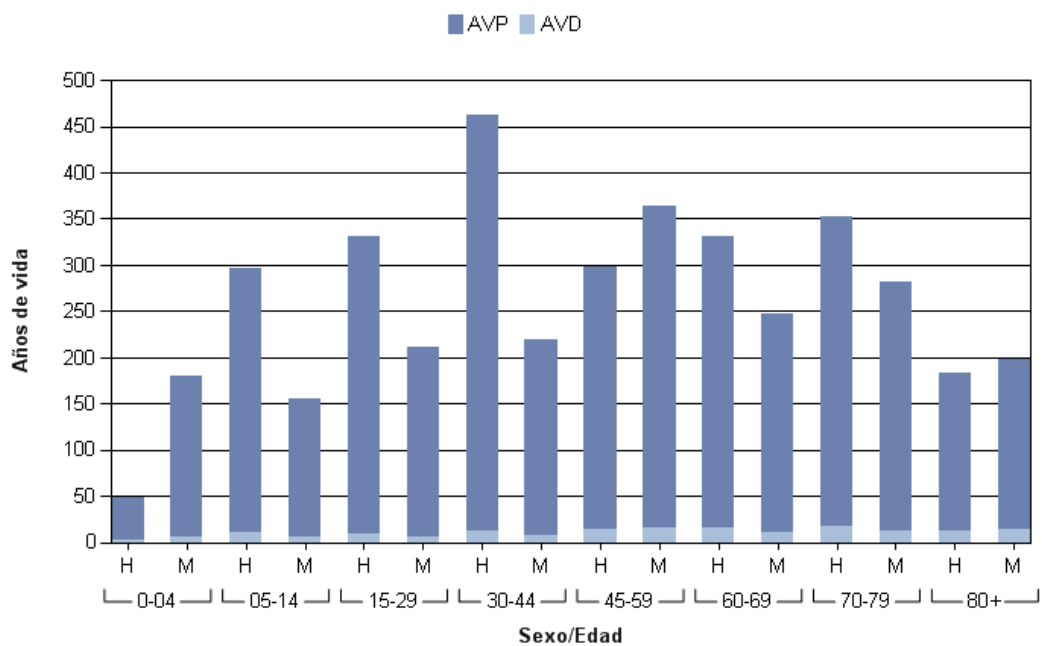


Figura 8.74. Leucemia. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.19. Mieloma múltiple

Tabla 8.21. Mieloma múltiple. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid, 2010.

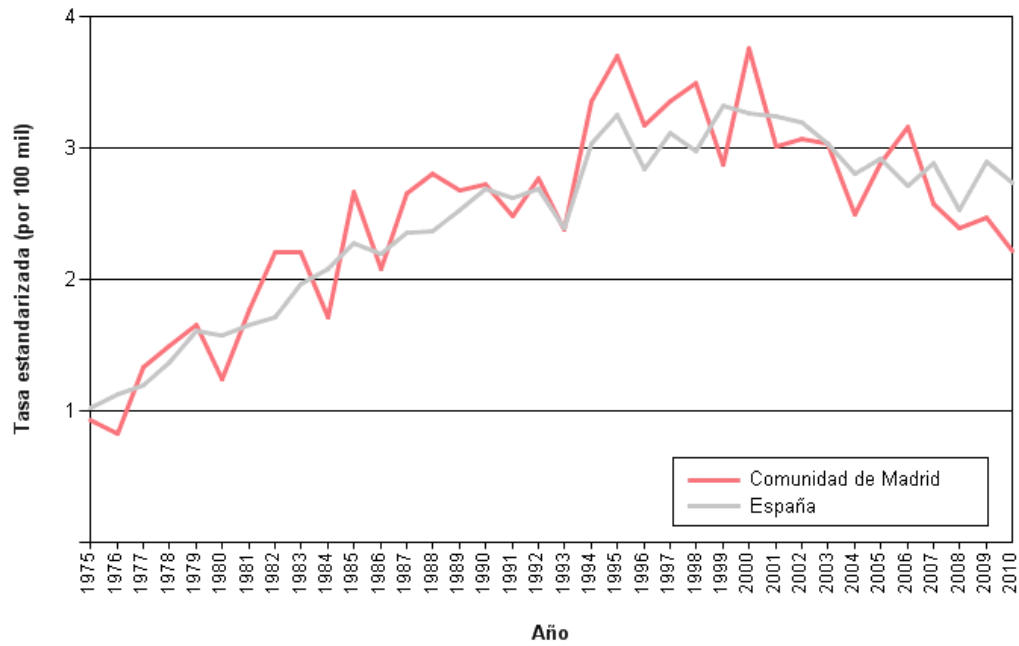
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mieloma múltiple. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	81	100	181
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	3	2,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,1	0,6	0,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,3	1,8	2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	9,6	8,2	8,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-

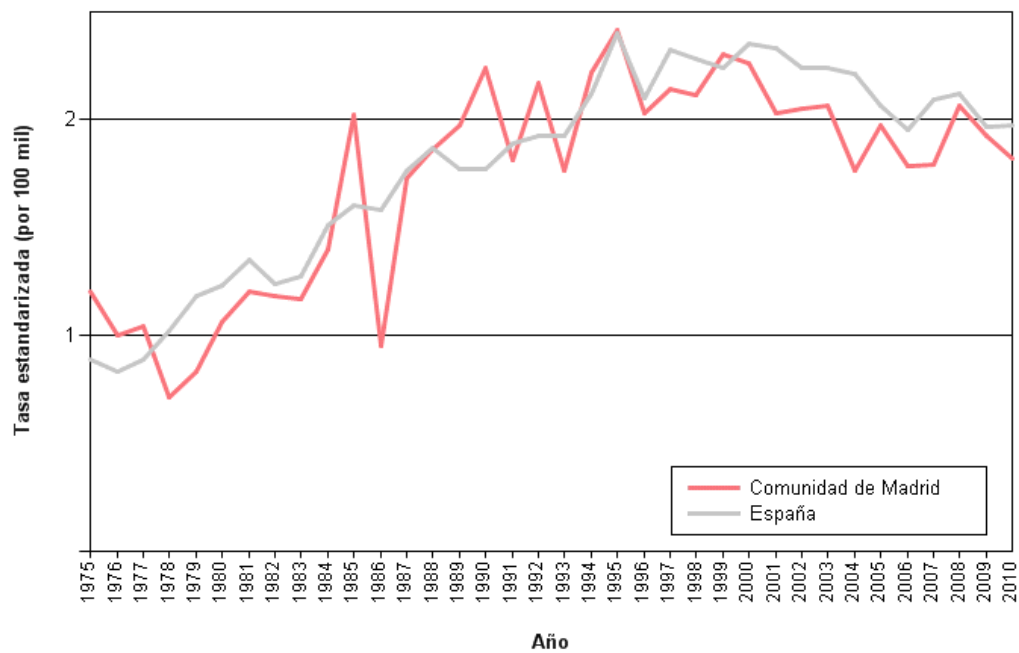
Figura 8.75. Mieloma múltiple. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



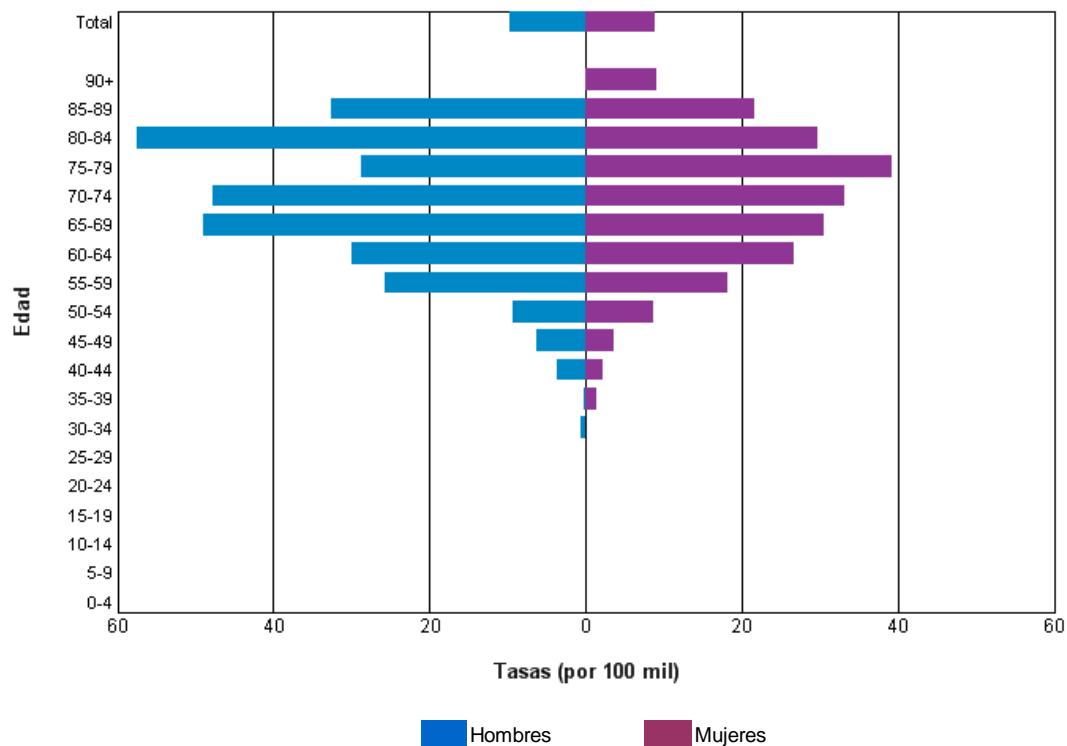
Mujeres



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

Figura 8.76. Mieloma múltiple. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



8.2.1.20. Linfoma no Hodgkin

Tabla 8.22. Linfoma no Hodgkin. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid, 2010.

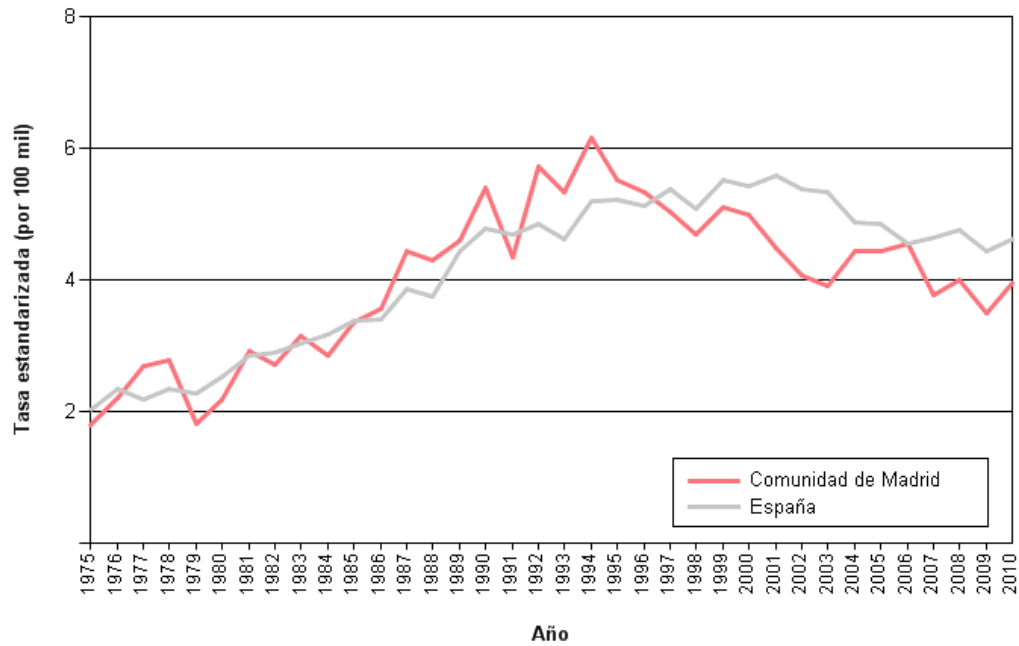
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Linfoma no Hodgkin. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	144	134	278
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,7	4	4,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,7	1,6	2,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,1	2,4	3,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,6	11,5	13
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-

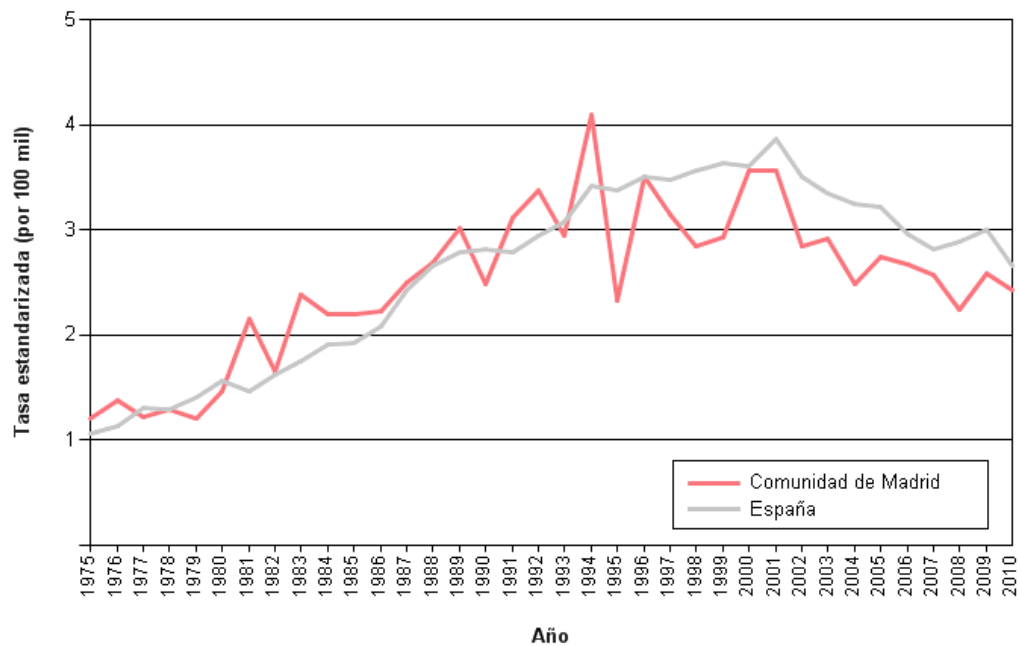
Figura 8.77. Linfoma no Hodgkin. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



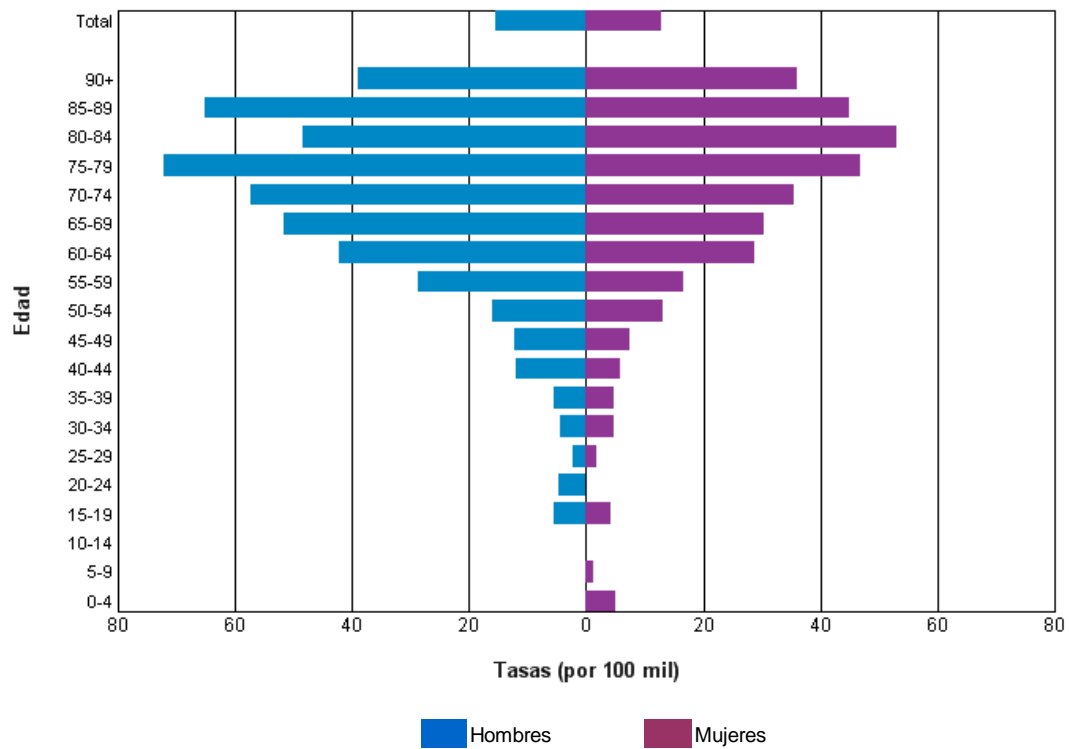
Mujeres



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

Figura 8.78. Linfoma no Hodgkin. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



8.2.2. Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus

En 2010 las enfermedades circulatorias fueron la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres. Sus tasas de mortalidad continúan descendiendo no obstante desde hace varias décadas, al igual que en España, que muestra tasas superiores.

En cuanto a morbilidad hospitalaria estas enfermedades ocuparon en 2011 el quinto lugar en ambos sexos (excepción hecha en mujeres de embarazo, parto y puerperio) y aumentan progresivamente con la edad.

En 2010 las enfermedades circulatorias representaron la cuarta causa en importancia en cuanto a carga de enfermedad, con un componente predominante de mortalidad.

Entre las enfermedades circulatorias las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (40% del total de fallecimientos en hombres y 27% en mujeres en 2010, con tasa de mortalidad 2,4 veces superior en hombres). En hombres la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica viene descendiendo desde 1975, primera fecha a que hace referencia este informe, y de forma más notable desde finales de los noventa; en mujeres este descenso se inicia a finales de los noventa; en ambos casos ocurre igualmente en España, que presenta tasas superiores. En cuanto a su distribución geográfica se observa un claro patrón de agregación de mortalidad en hombres en el municipio de Madrid: Distritos Centro, Chamberí, Salamanca, Chamartín, y Tetuán.

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica es casi tres veces superior en hombres y aumenta progresivamente con la edad en ambos sexos, comenzando antes en hombres. La carga de enfermedad en 2010, fundamentalmente de años de vida perdidos, se hace ya evidente en hombres en el grupo de edad 30-44 años, siendo después siempre superior en hombres hasta 80 y más años, donde predomina en mujeres.

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas superiores en hombres (24,7 por 100.000 habitantes, frente a 20,9 en mujeres, para 2010). Su tendencia en ambos sexos es también descendente desde 1975, al igual que en España, que muestra tasas superiores. No muestran ningún patrón claro de agregación espacial, con tasas similares en Madrid y el resto de la Comunidad. La morbilidad hospitalaria muestra un patrón claramente expansivo en las edades tardías.

Tabla 8.23. Enfermedades del sistema circulatorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

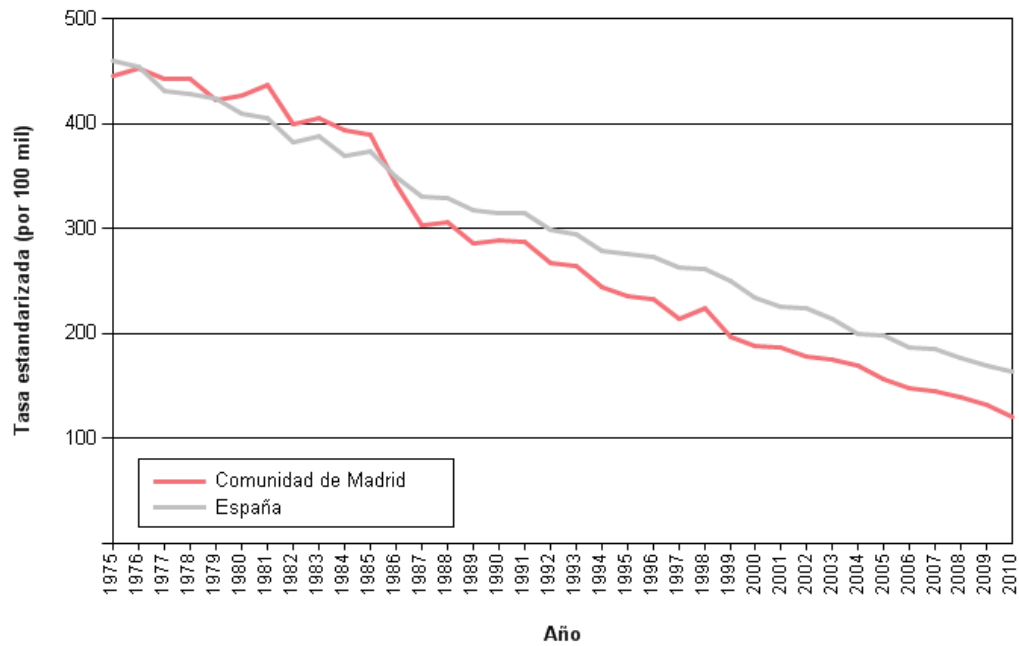
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	4.678	6.271	10.949
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	151,3	189,5	171,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	49,1	14,5	31,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	126,0	84,9	103,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.475,4	1.260,2	1.364,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,64	0,70	0,70
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	33.543	24.405	57.949
Años de Vida Perdidos. CM.	26.480	19.375	45.856
Años Vividos con Discapacidad. CM.	7.063	5.030	12.093

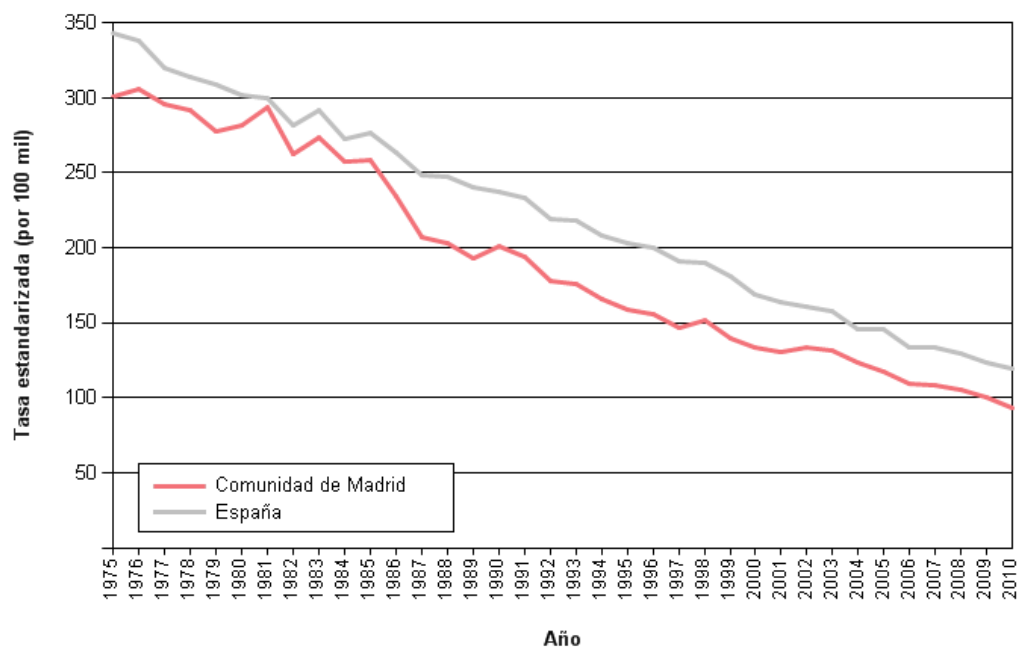
Figura 8.79. Enfermedades del sistema circulatorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

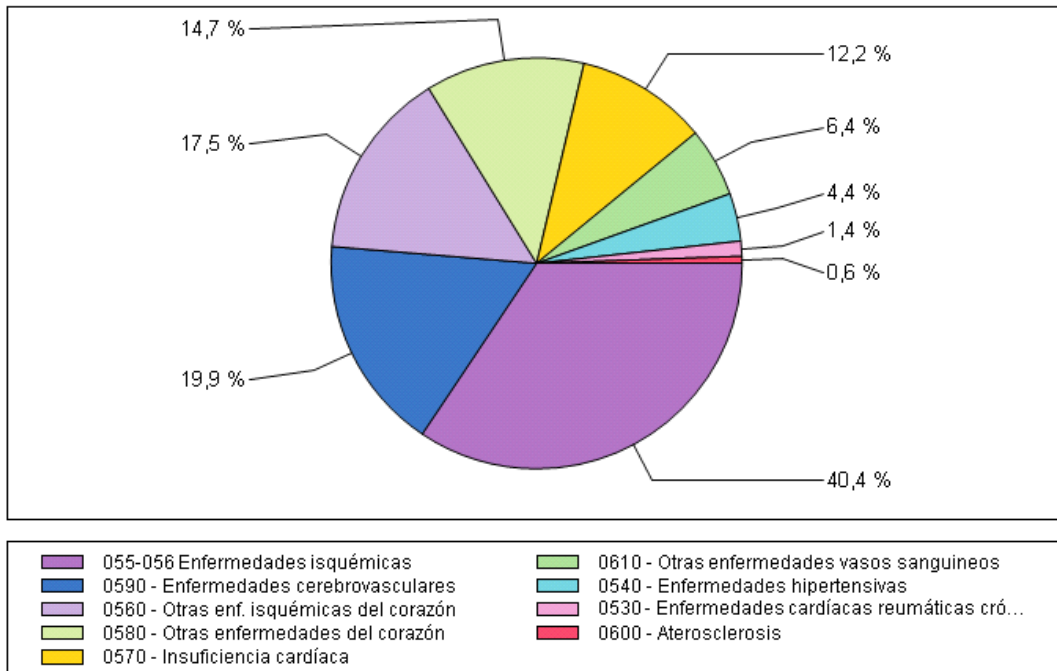


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.80. Enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Hombres



Mujeres

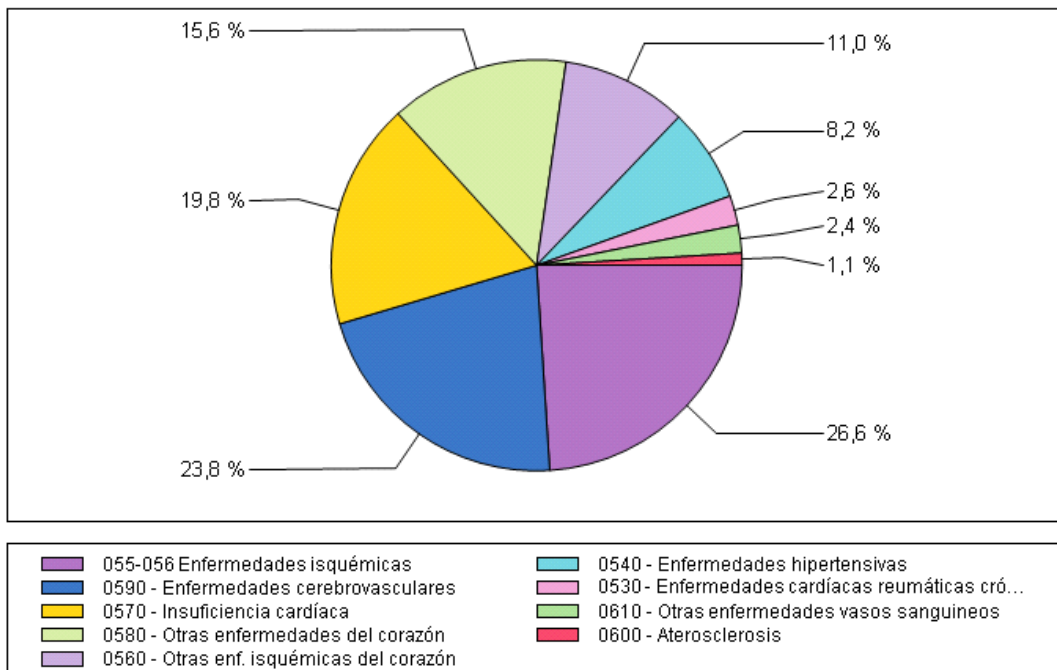
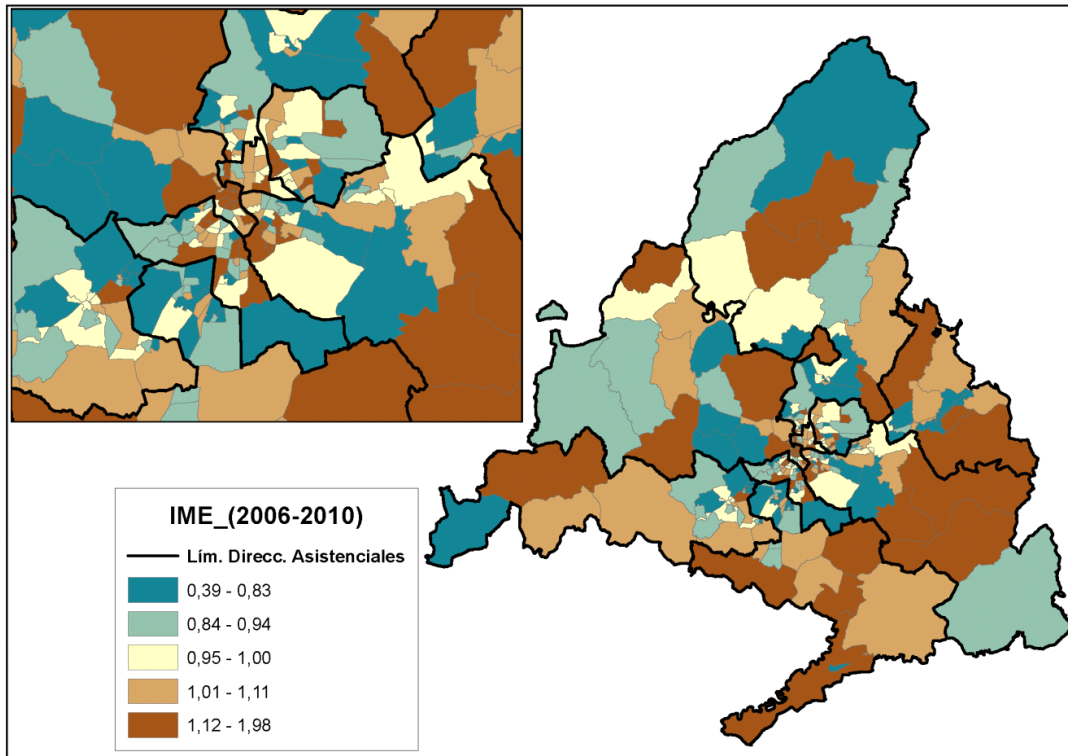


Figura 8.81. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

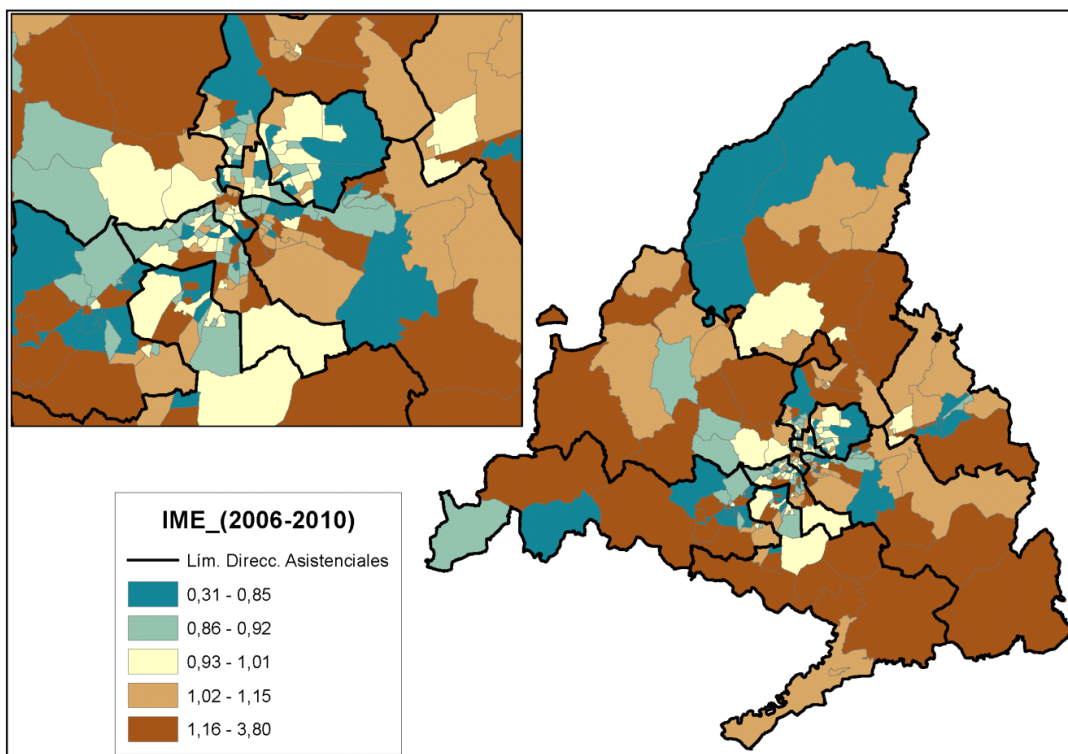


Figura 8.82. Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

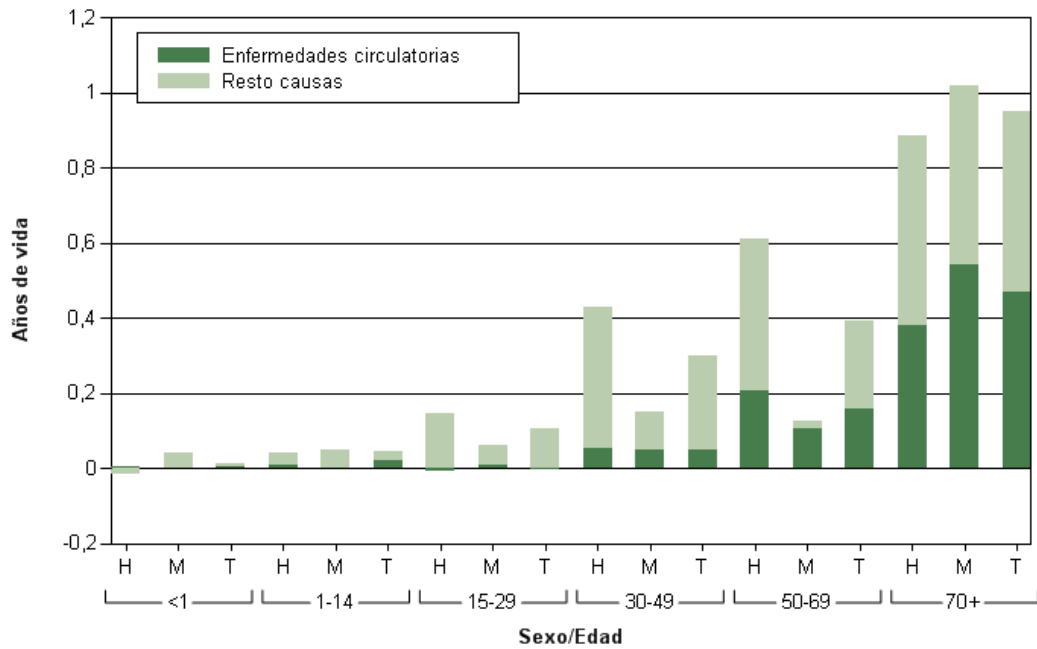


Figura 8.83. Enfermedades del sistema circulatorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

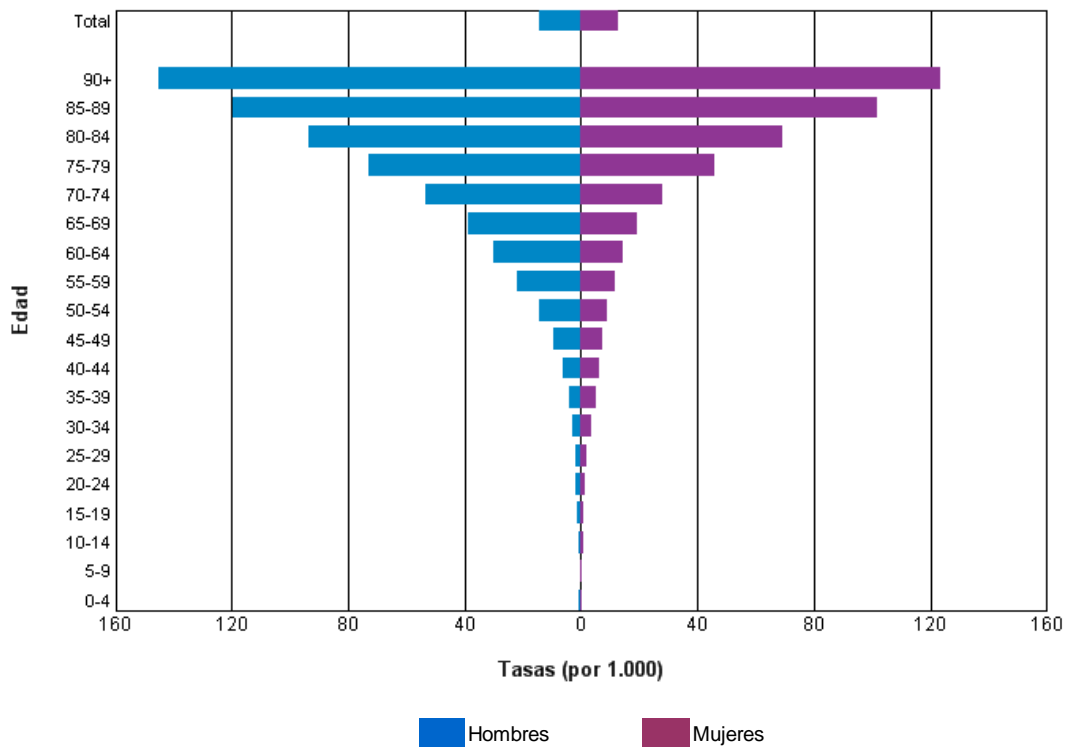
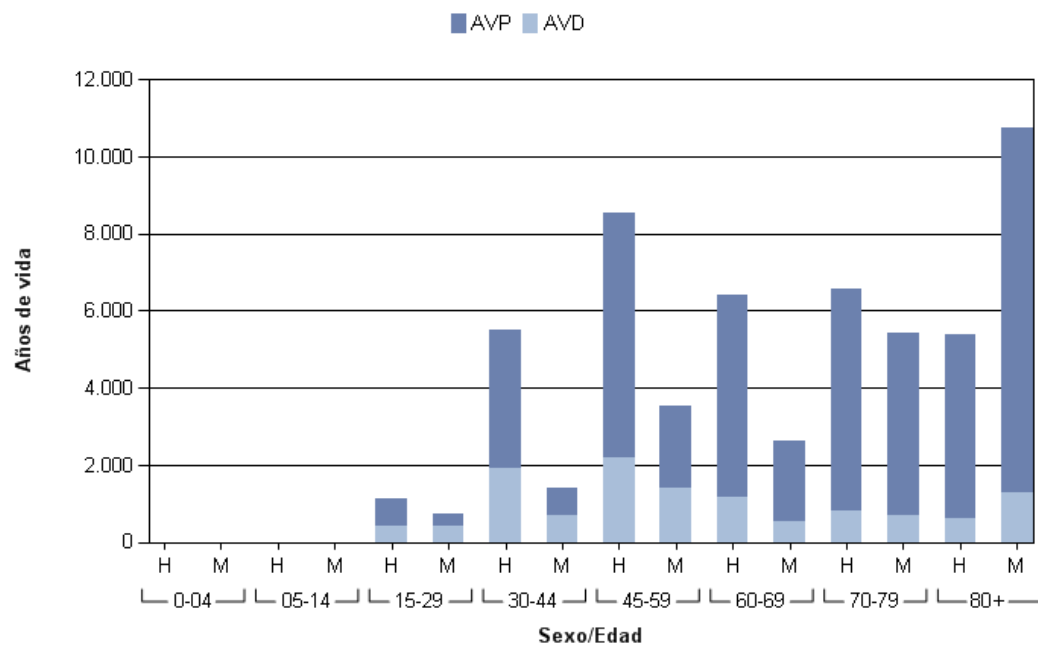


Figura 8.84. Enfermedades del sistema circulatorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.1. Cardiopatía isquémica

Tabla 8.24. Cardiopatía isquémica. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

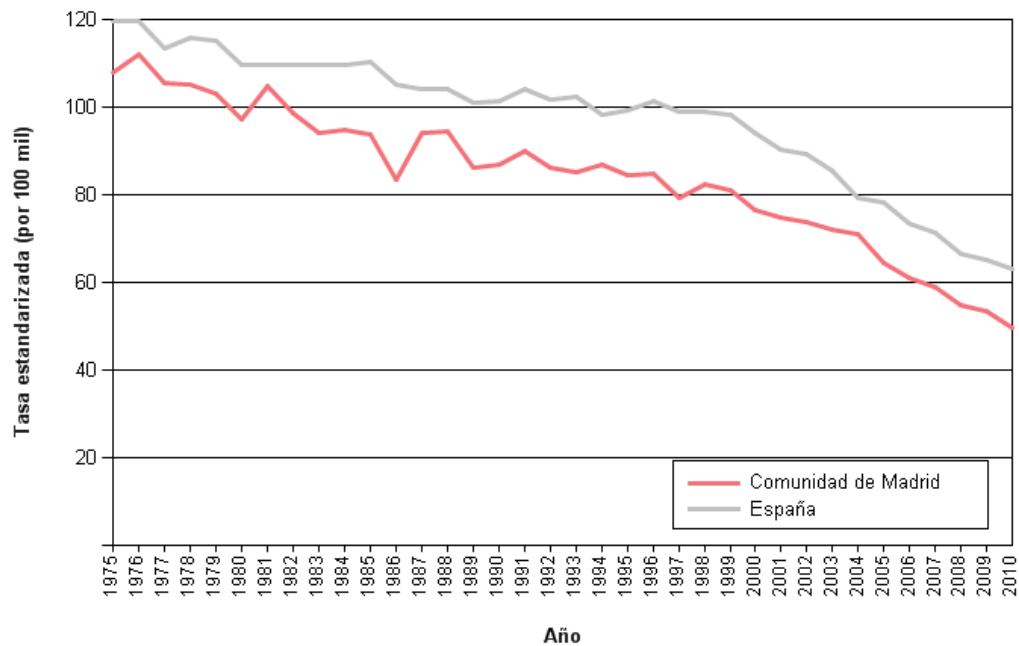
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.891	1.669	3.560
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	61,1	50,4	55,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,6	4,0	14,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	51,7	22,9	35,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	348,5	124,5	232,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,27	0,15	0,21
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	14.779	6.121	20.900
Años de Vida Perdidos. CM.	12.401	5.269	17.670
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.378	852	3.230

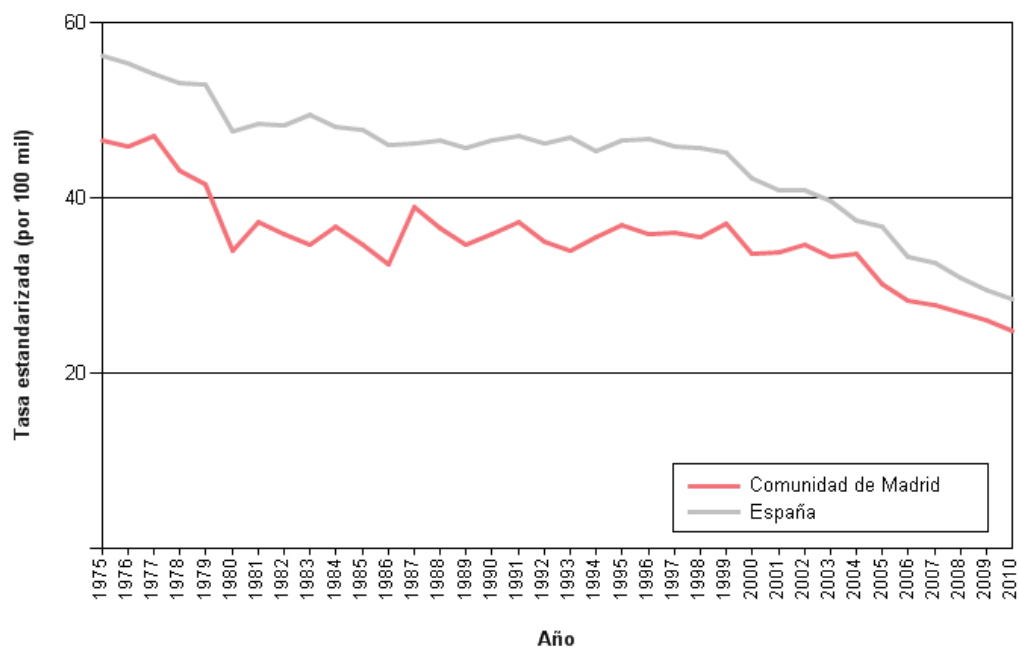
Figura 8.85. Cardiopatía isquémica. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

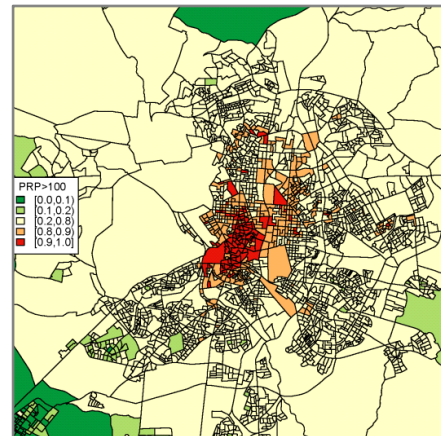
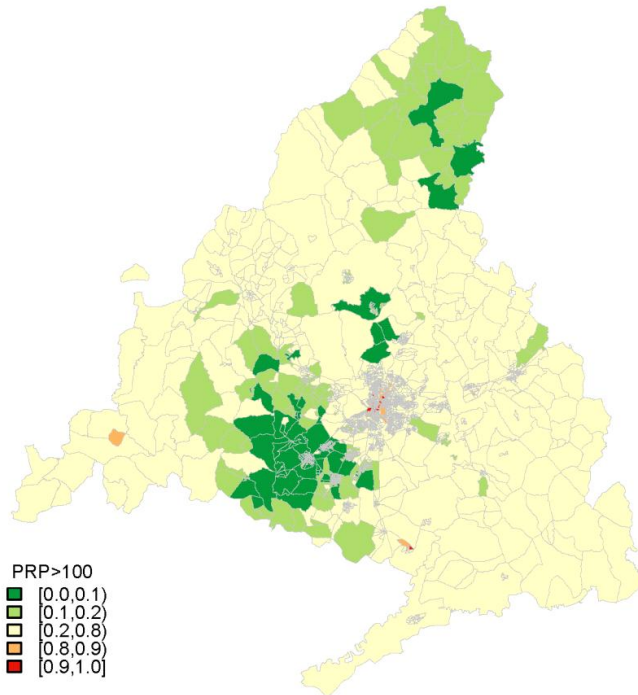


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.86. Cardiopatía isquémica. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

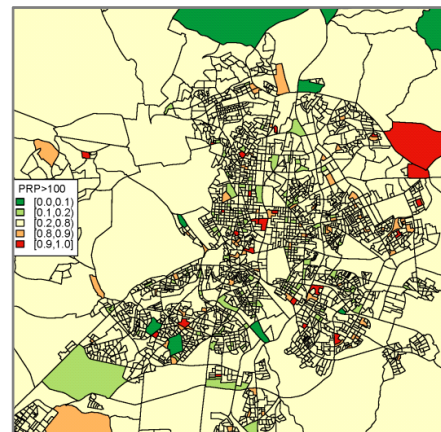
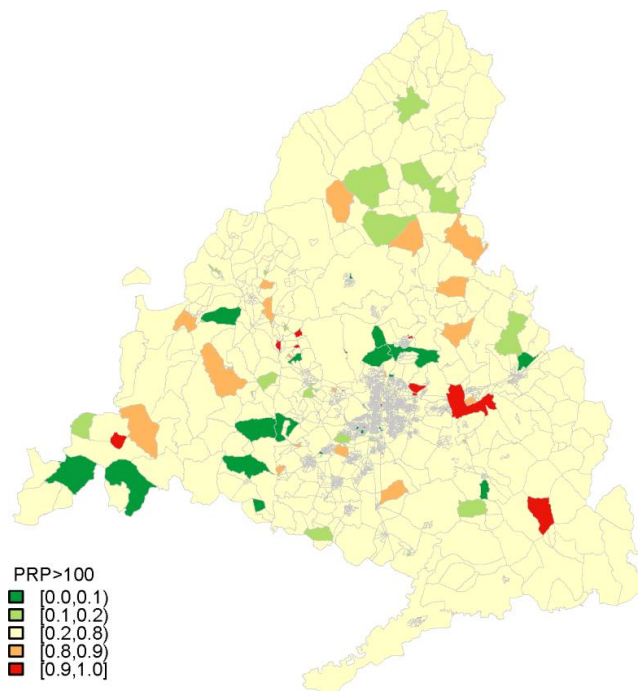


Figura 8.87. Contribución de la cardiopatía isquémica y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

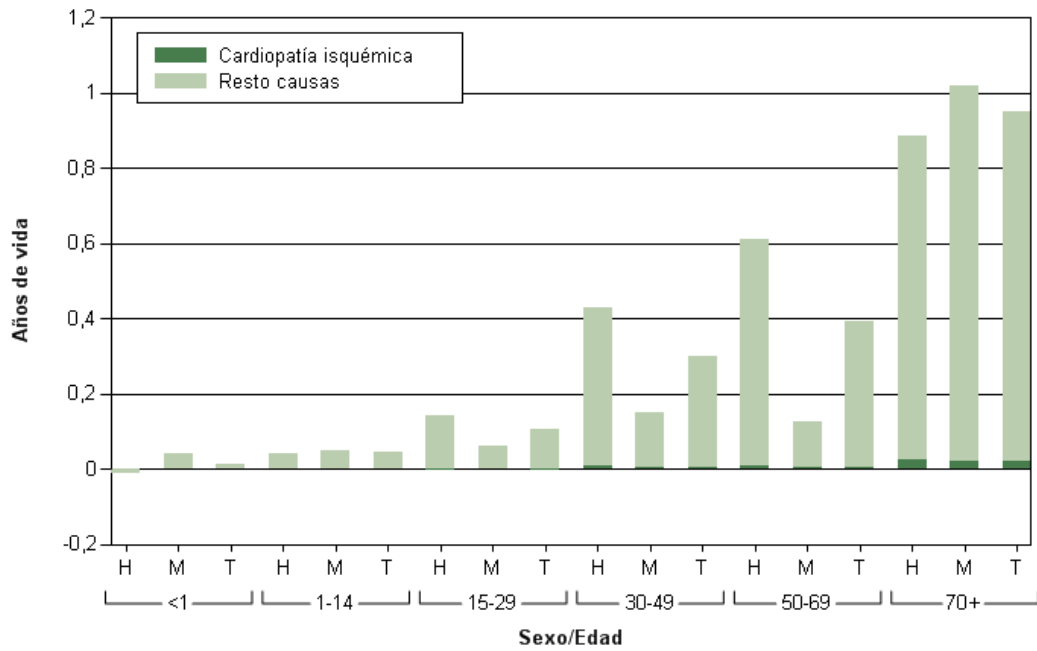


Figura 8.88. Cardiopatía isquémica. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

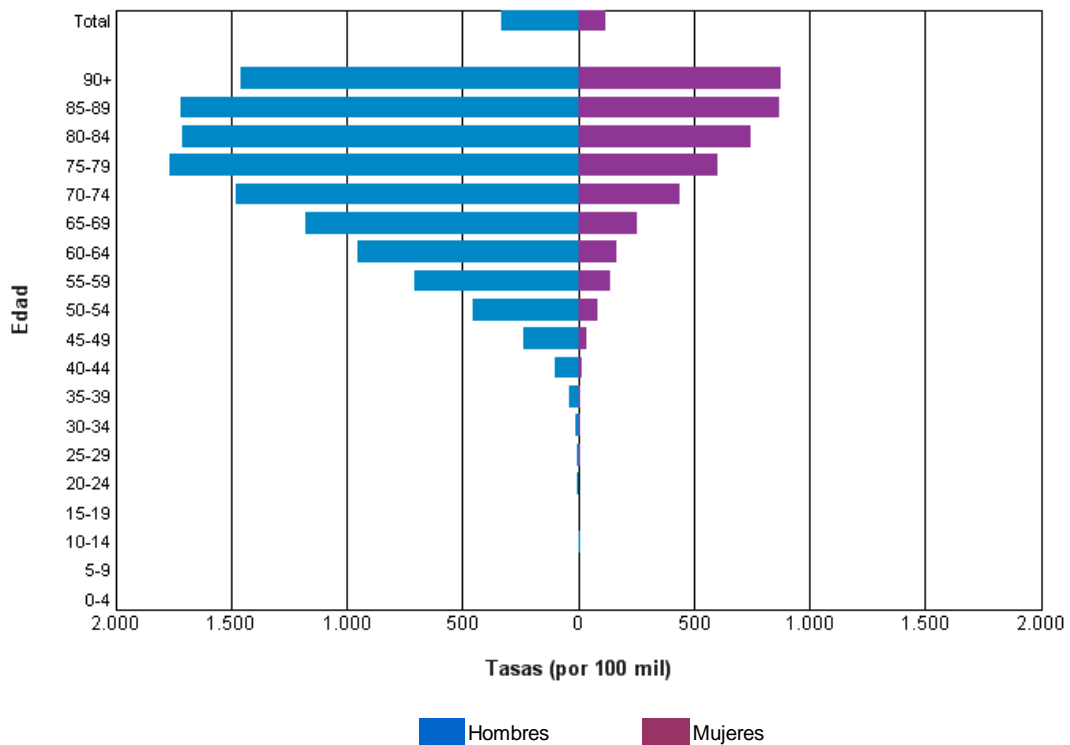
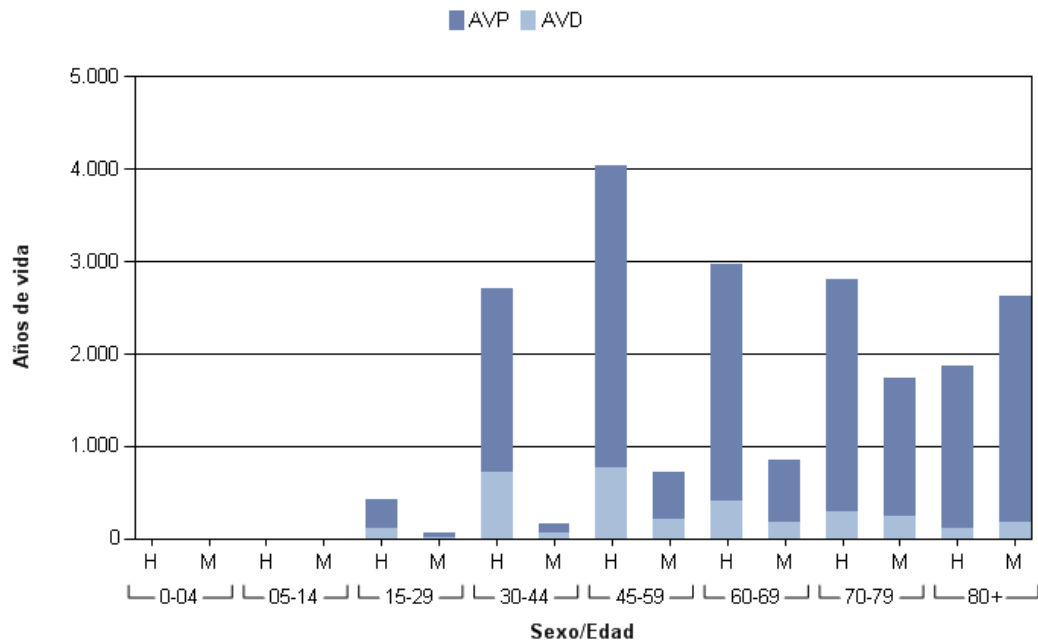


Figura 8.89. Cardiopatía isquémica. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.2. Enfermedades cerebrovasculares

Tabla 8.25. Enfermedades cerebrovasculares. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

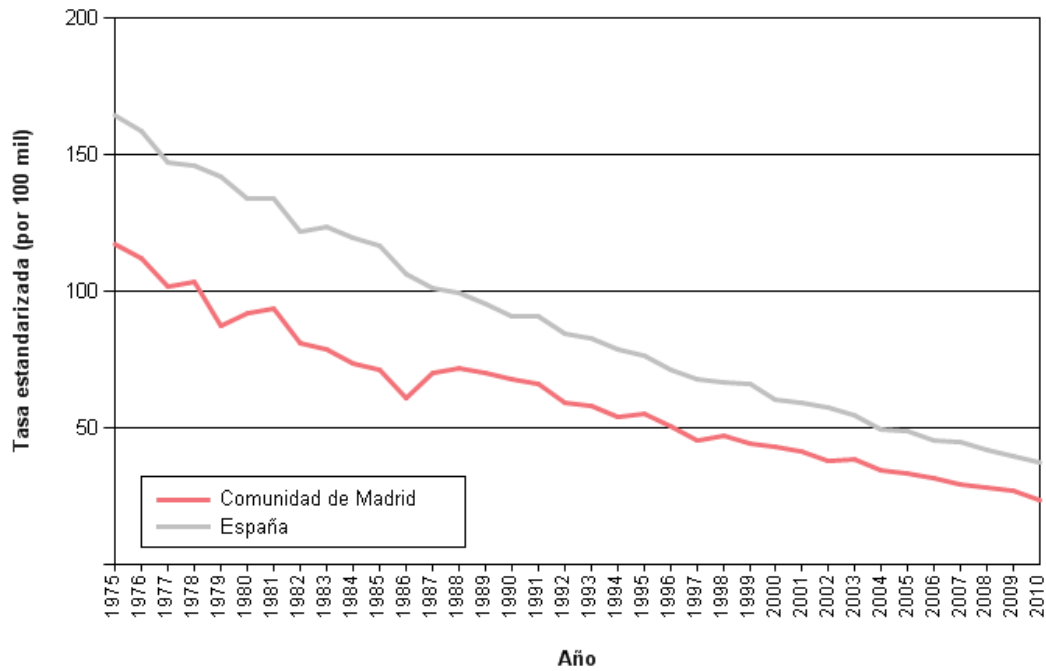
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades cerebrovasculares. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	929	1.490	2.419
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	30,0	45,0	37,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,9	4,6	6,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,7	20,9	22,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	216,8	194,4	205,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,17	0,18	0,18
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	7.157	7.579	14.735
Años de Vida Perdidos. CM.	4.753	5.234	9.986
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.404	2.345	4.749

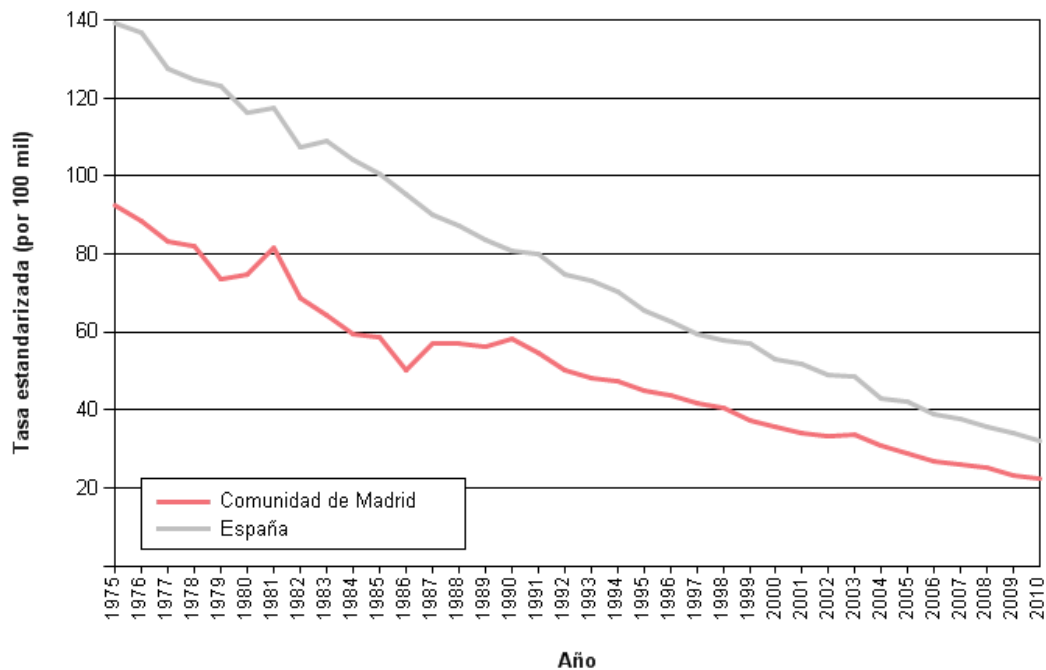
Figura 8.90. Enfermedades cerebrovasculares. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

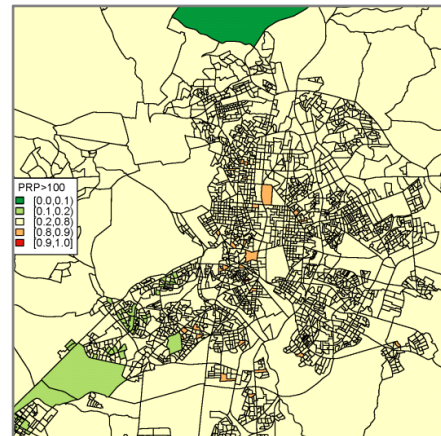
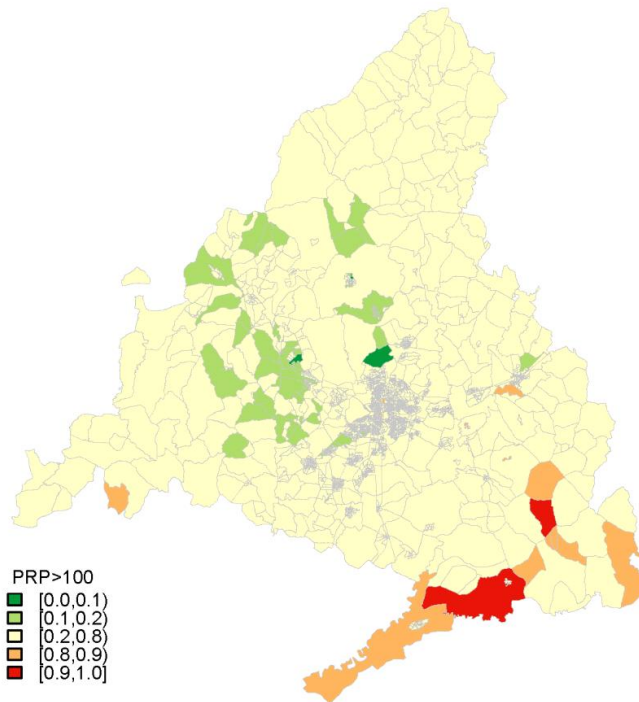


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.91. Enfermedades cerebrovasculares. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

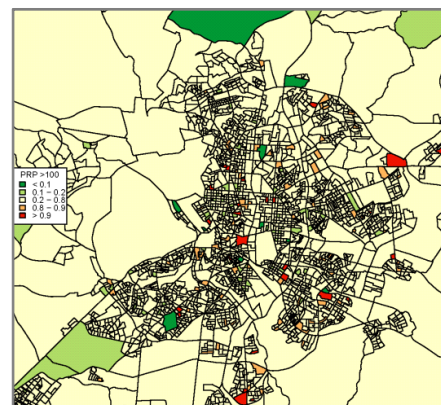
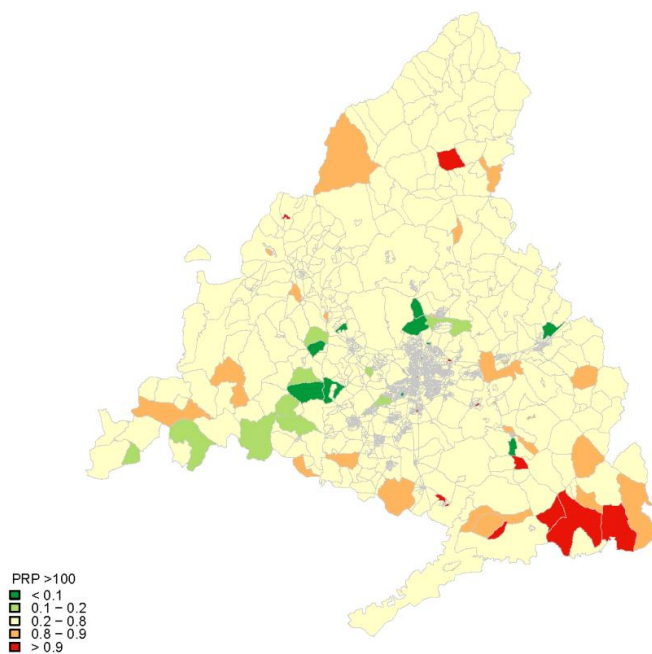


Figura 8.92. Contribución de las enfermedades cerebrovasculares y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

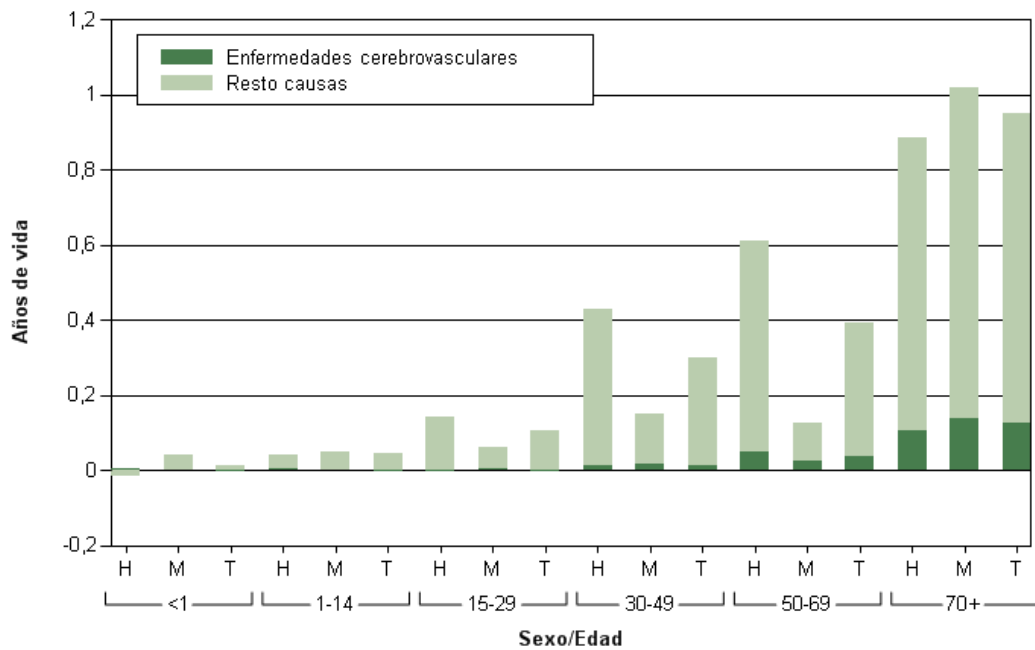


Figura 8.93. Enfermedades cerebrovasculares. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

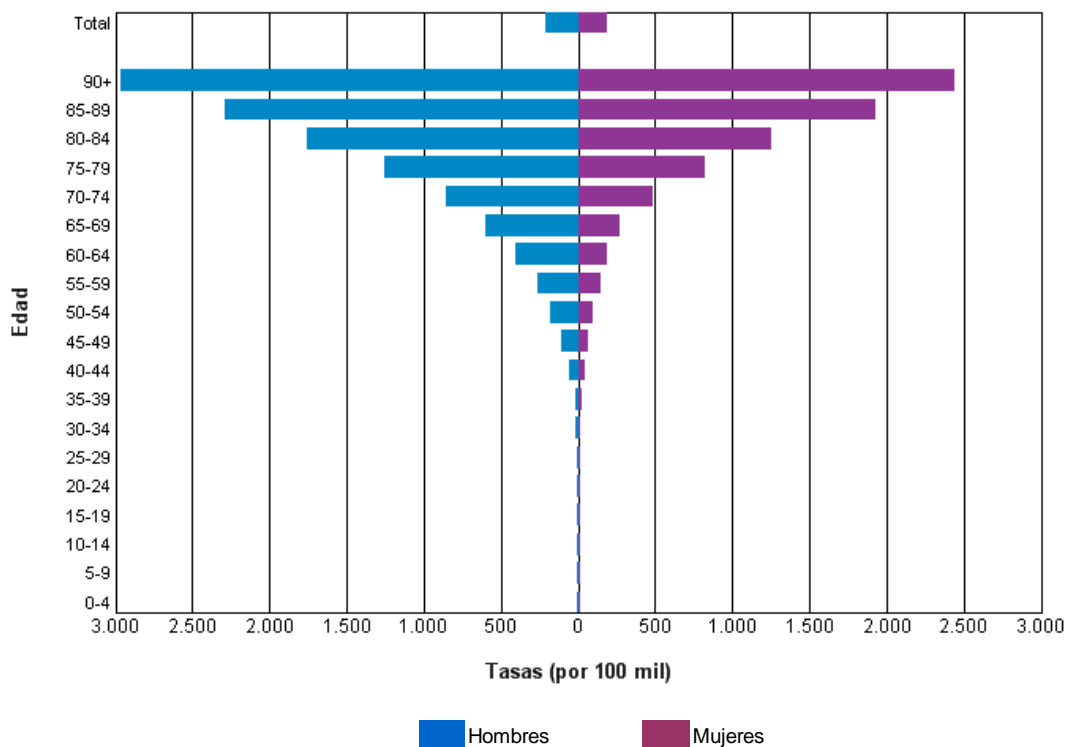
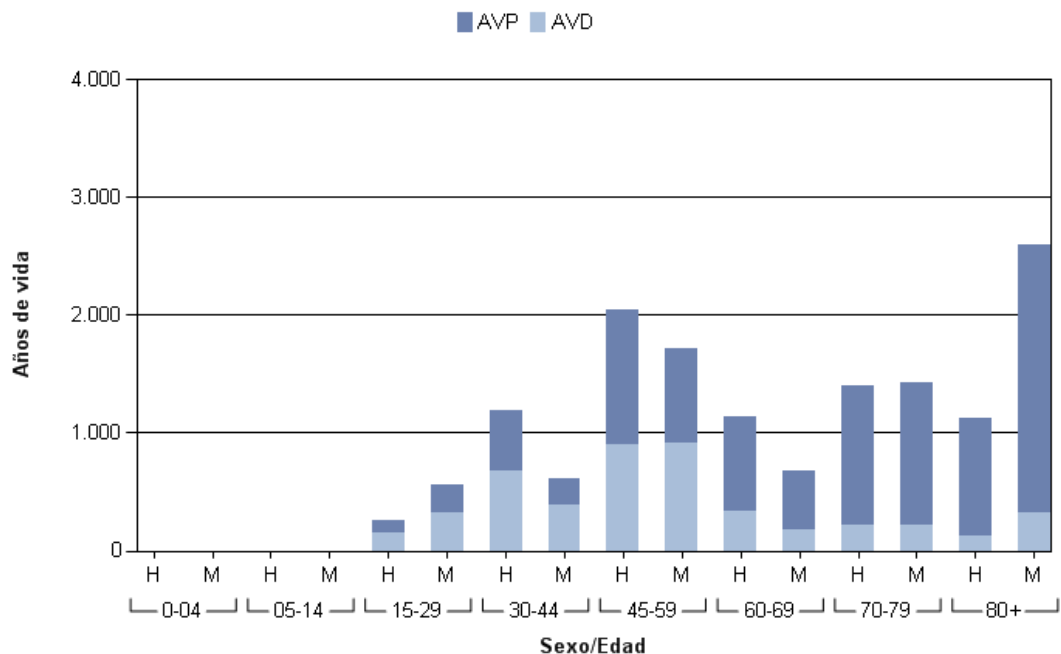


Figura 8.94. Enfermedades cerebrovasculares. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.3. Diabetes mellitus

Tabla 8.26. Diabetes mellitus. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

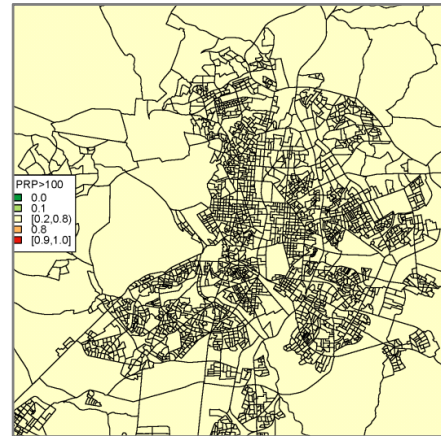
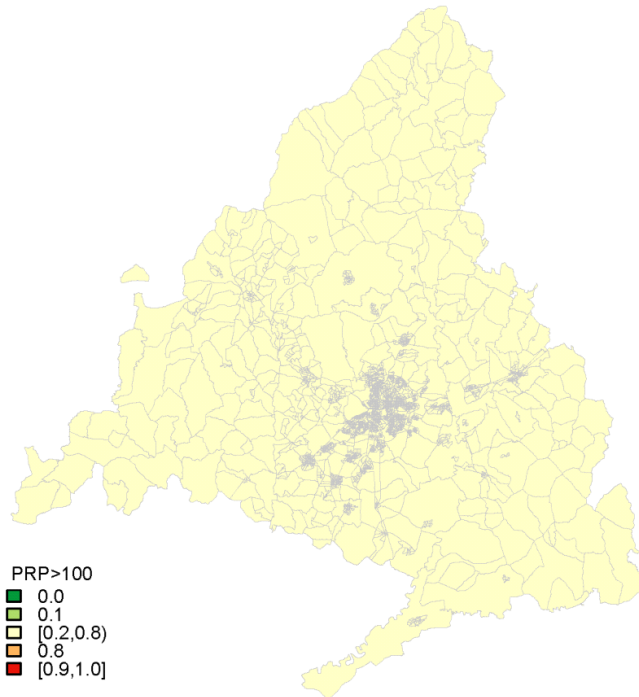
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Diabetes mellitus. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	247	375	622
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,0	11,3	9,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,9	0,5	1,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,5	5,0	5,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	79,1	59,6	69,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,03	0,05	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.446	2.686	5.132
Años de Vida Perdidos. CM.	1.099	1.085	2.184
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.347	1.601	2.948

Figura 8.95. Diabetes mellitus. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

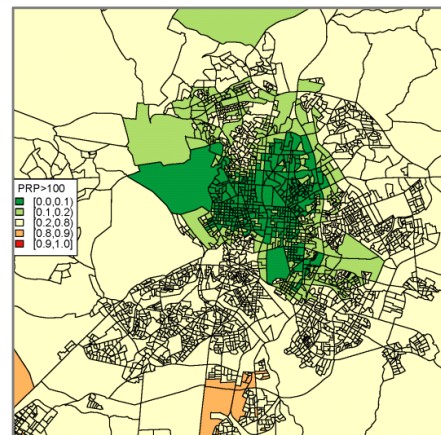
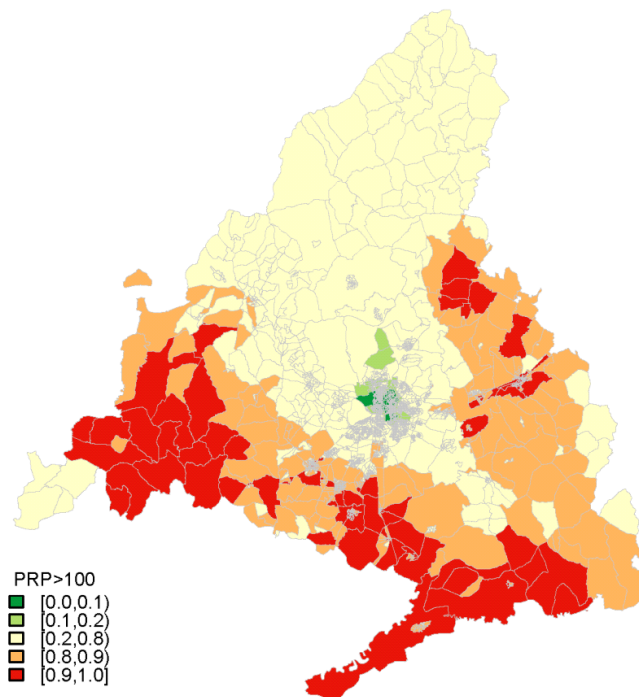
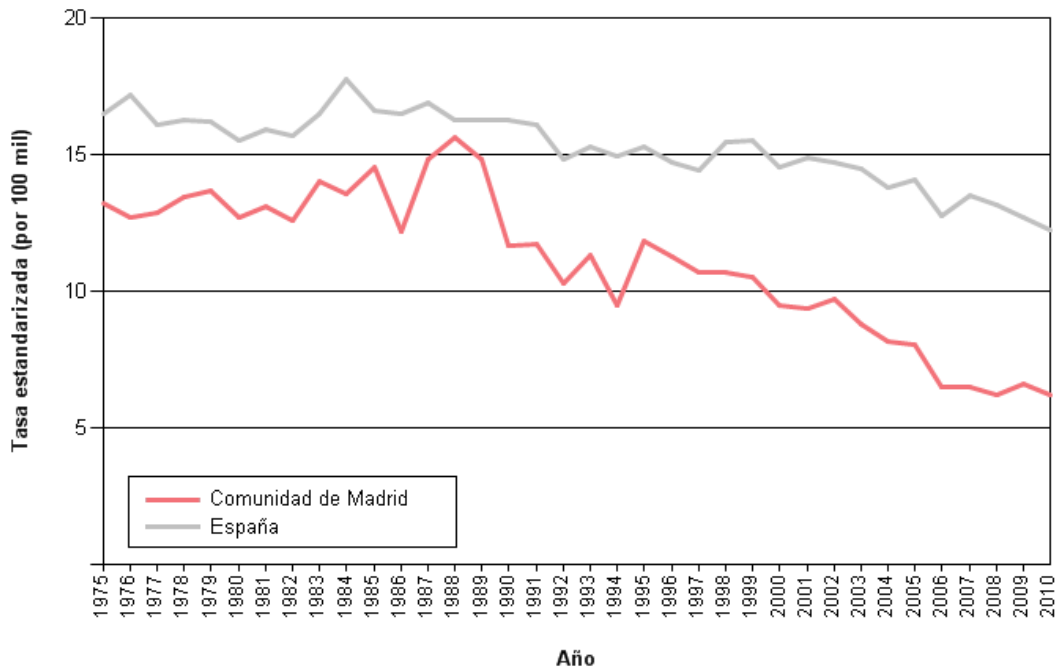


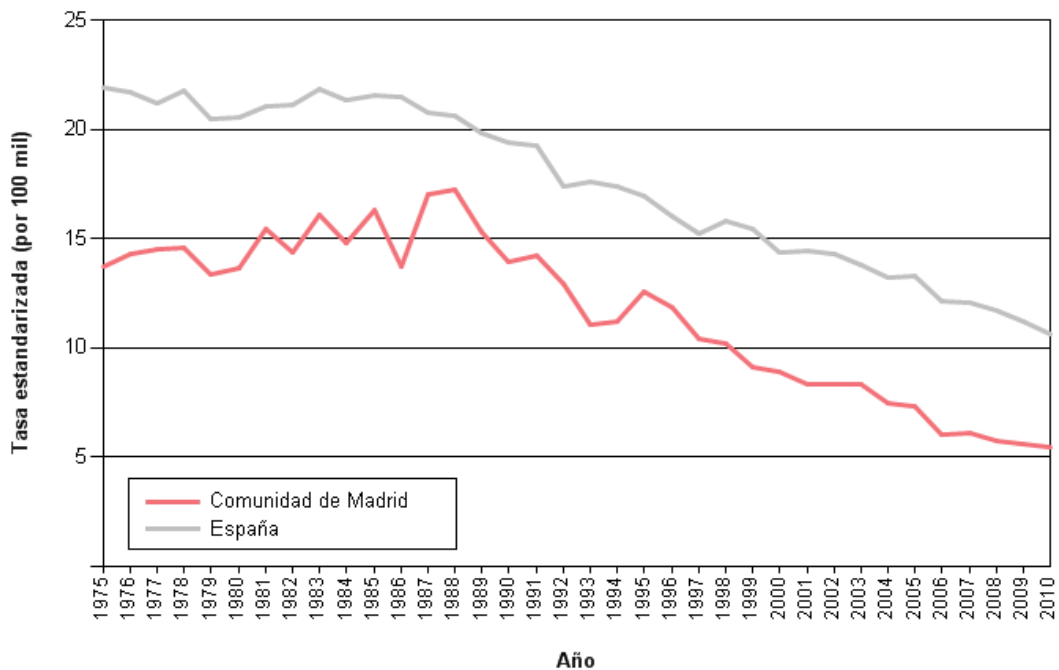
Figura 8.96. Diabetes mellitus. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.97. Diabetes mellitus. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

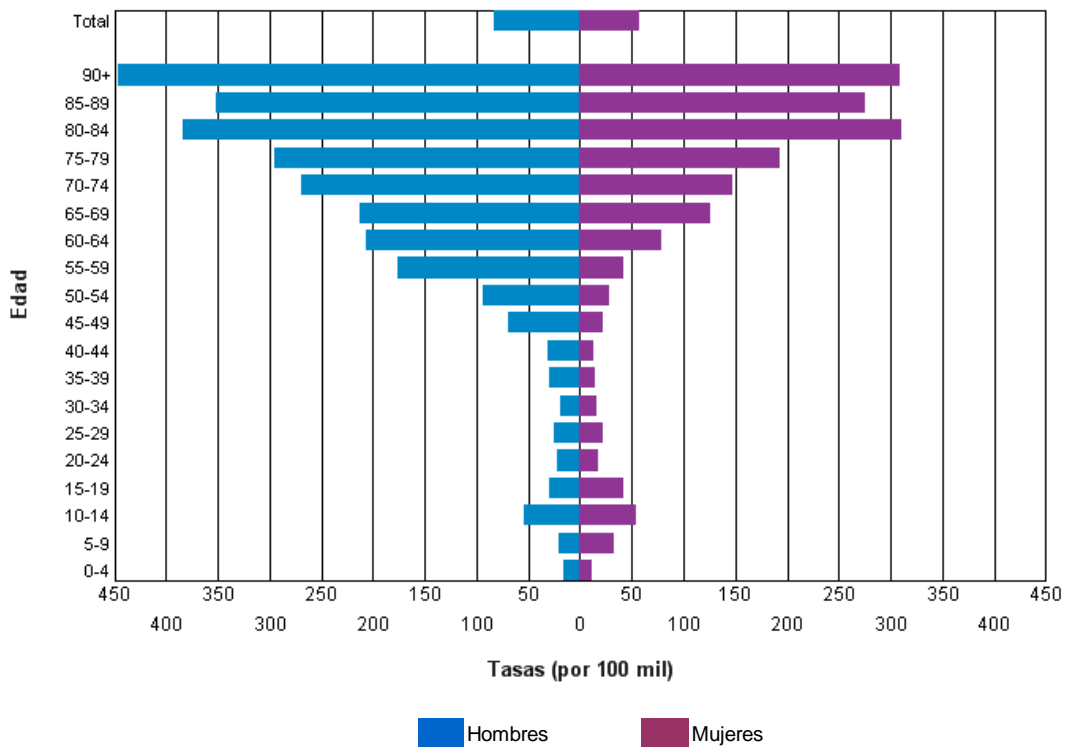
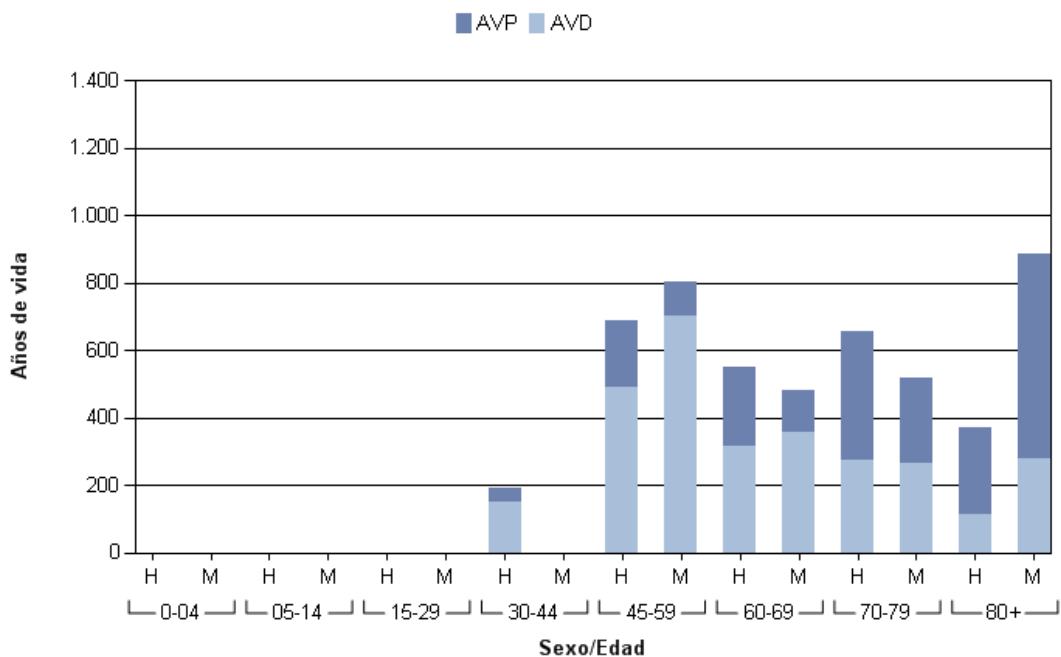


Figura 8.98. Diabetes mellitus. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2010. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999.

La morbilidad hospitalaria se concentra en los primeros años de la vida y sobre todo en edades tardías, con predominio del sexo masculino

Las enfermedades respiratorias representaron en 2010 la quinta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad.

La bronquitis y el enfisema pulmonar motivaron el 35,3% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2010, y el 11,6% en mujeres, superadas en estas por las neumonías, con un 23,4% de las defunciones. La distribución espacial de la mortalidad por bronquitis crónica en hombres muestra mayor mortalidad fuera del municipio de Madrid que en la capital, sin un claro patrón de agregación espacial. La morbilidad hospitalaria se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años.

El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 40 años, aumentando progresivamente con la edad. Provoca una importante discapacidad entre los 5 y 30 años.

Tabla 8.27. Enfermedades del sistema respiratorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

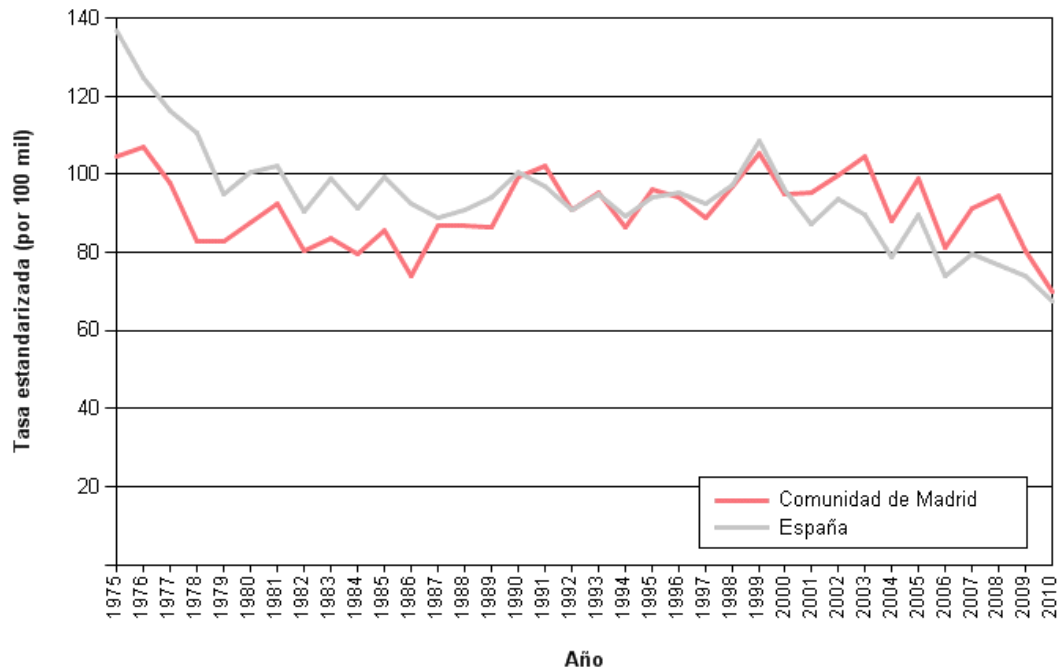
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema respiratorio. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	2.833	2.679	5.512
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	91,6	81,0	86,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,3	6,7	9,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	74,3	36,1	50,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.521,6	1.075,5	1.291,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,51	0,30	0,43
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	25.462	17.507	42.969
Años de Vida Perdidos. CM.	9.218	6.270	15.488
Años Vividos con Discapacidad. CM.	16.244	11.237	27.481

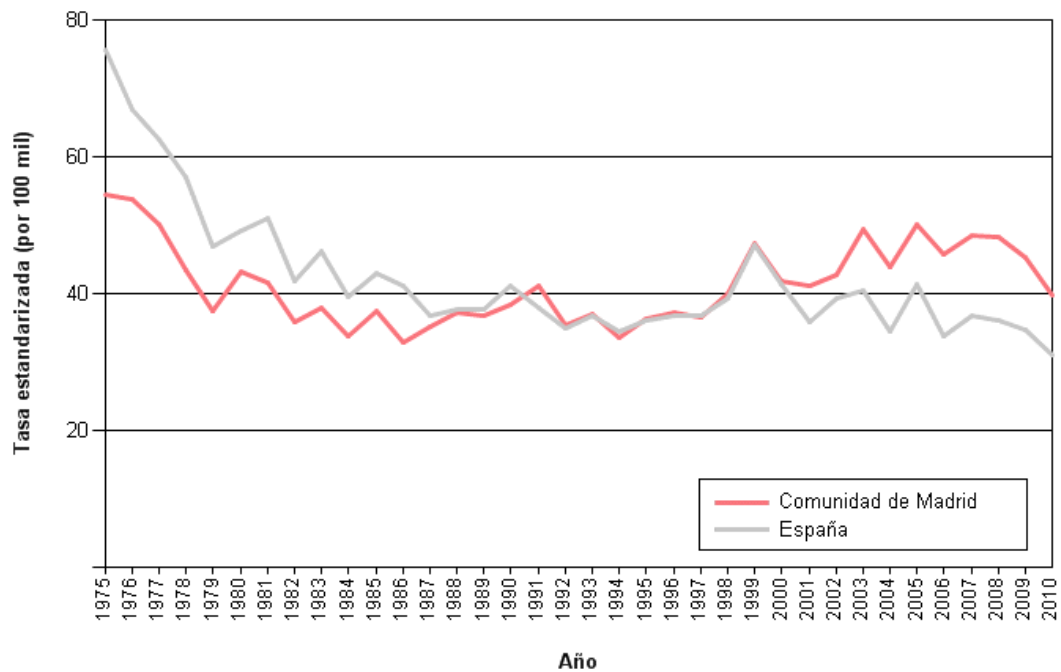
Figura 8.99. Enfermedades del sistema respiratorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

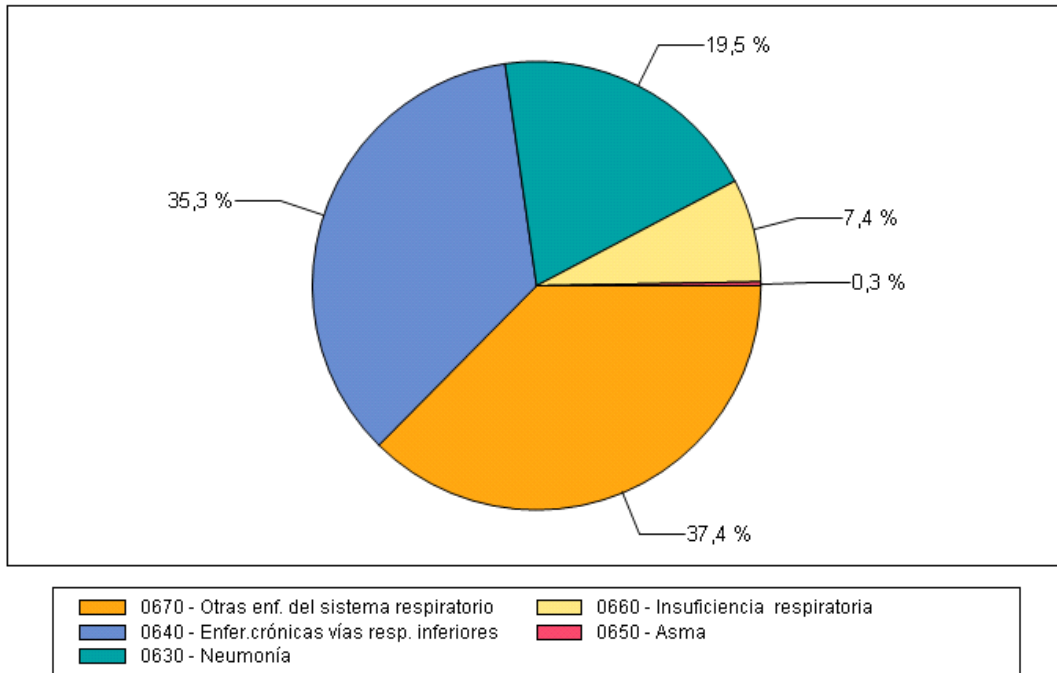


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.100. Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Hombres



Mujeres

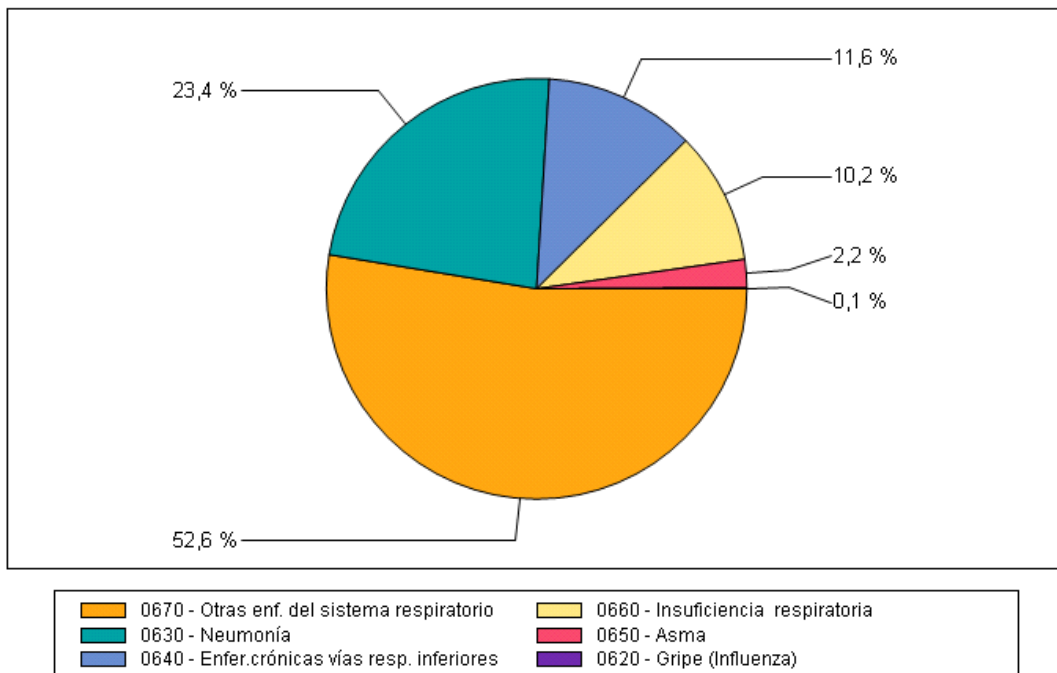
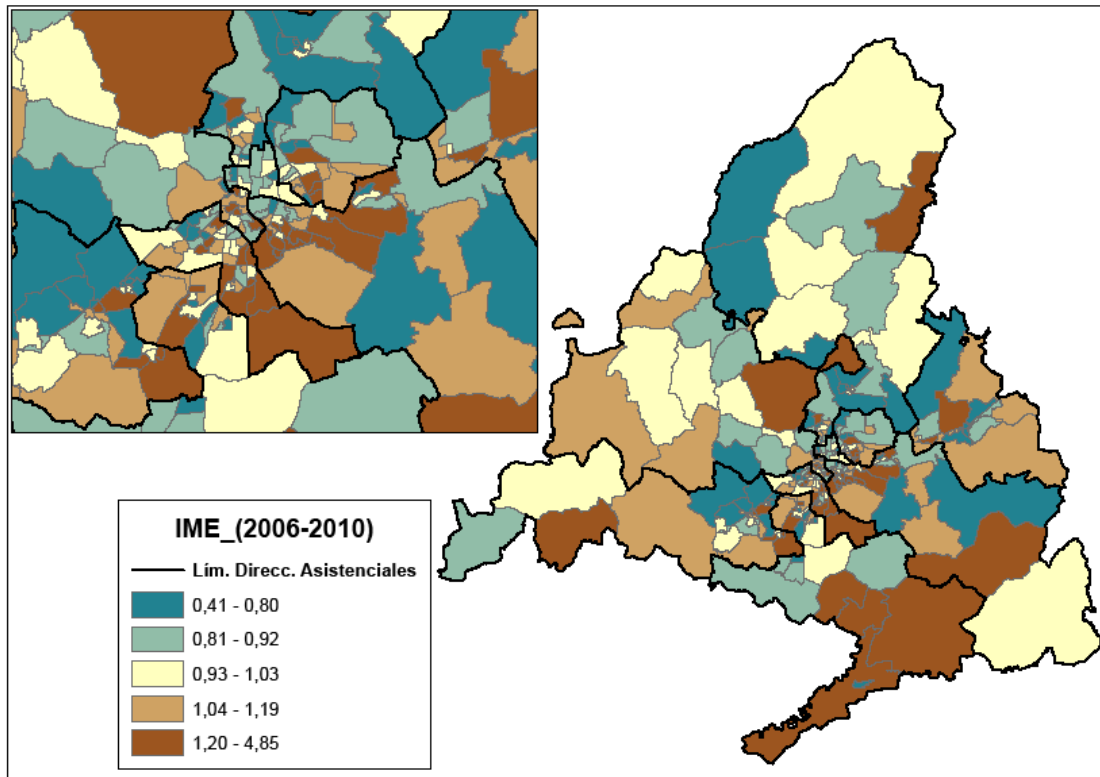


Figura 8.101. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

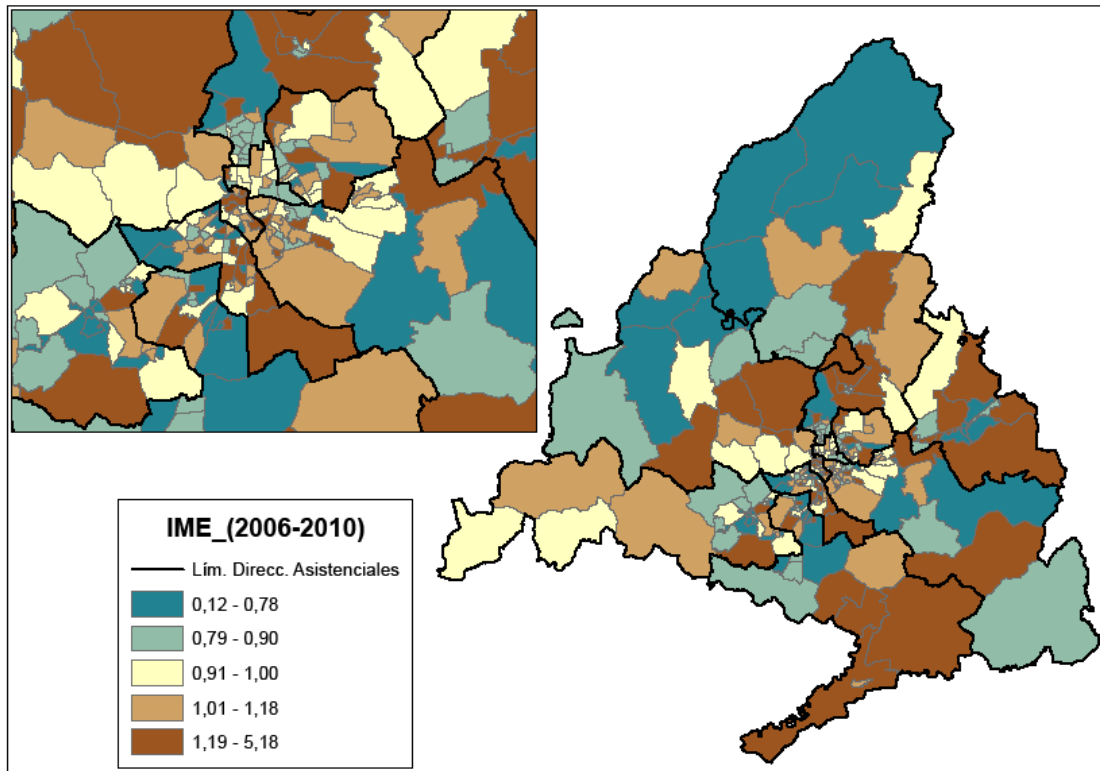


Figura 8.102. Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

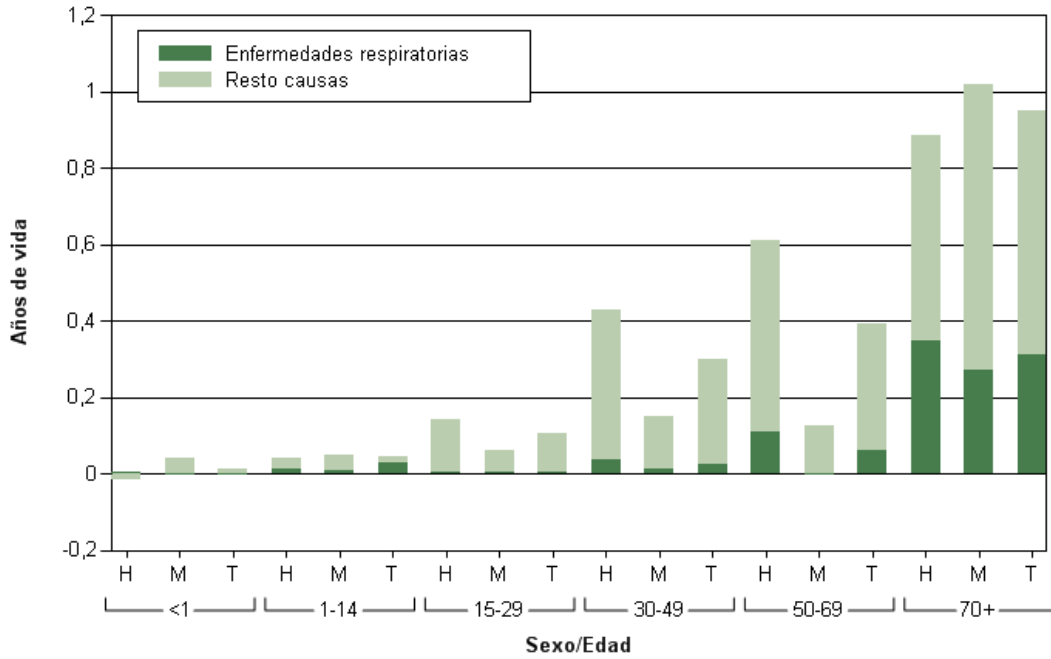


Figura 8.103. Enfermedades del sistema respiratorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

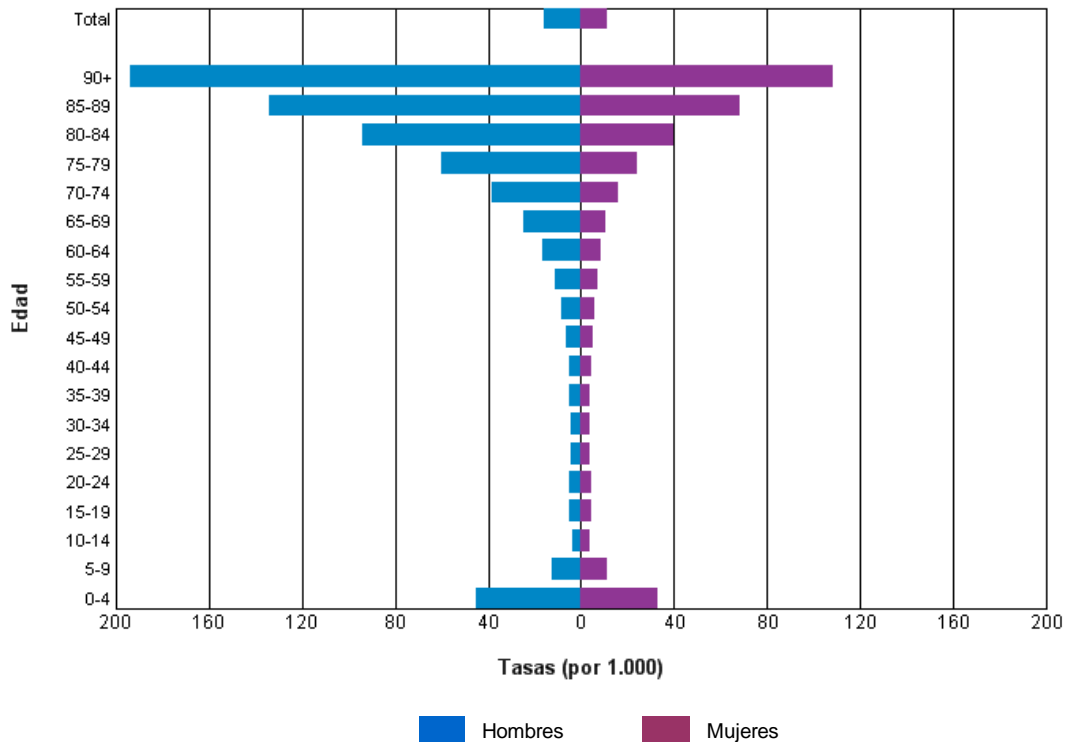
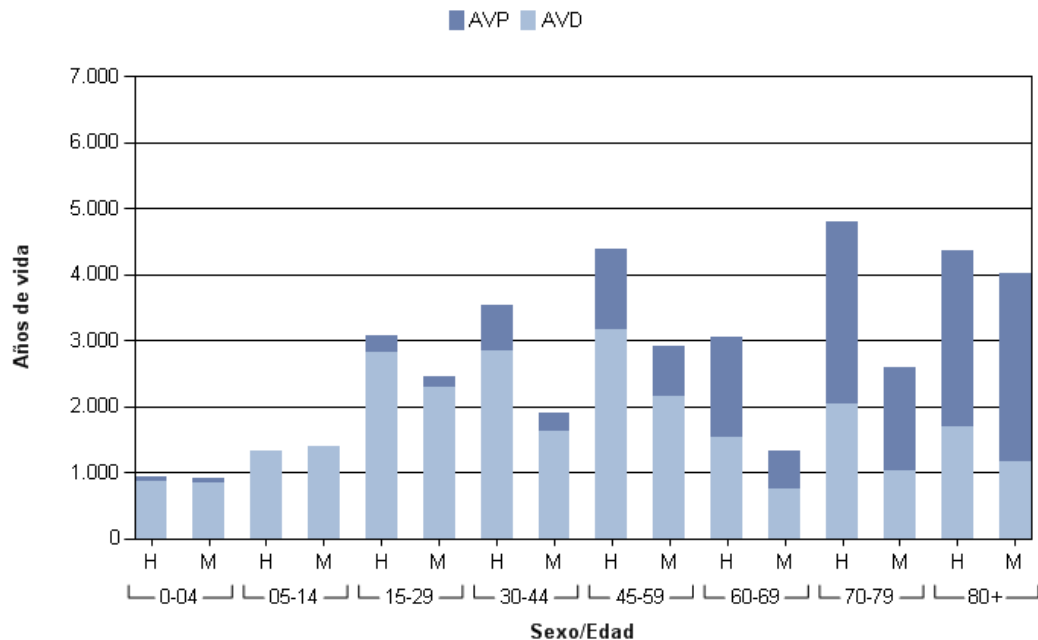


Figura 8.104. Enfermedades del sistema respiratorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3.1. Bronquitis y enfisema

Tabla 8.28. Bronquitis y enfisema. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

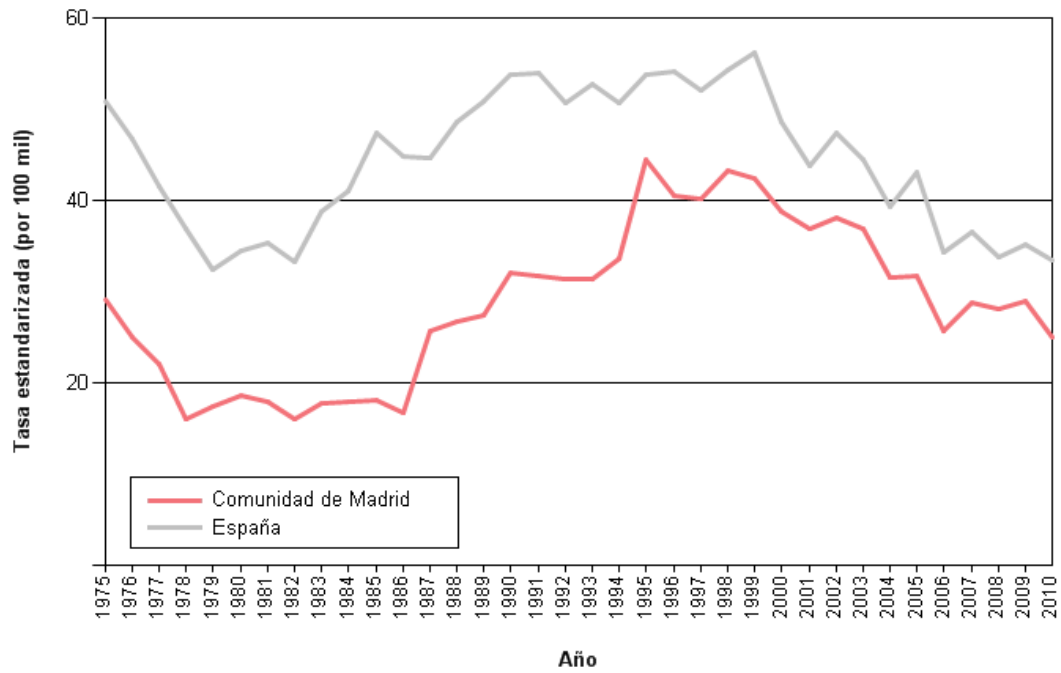
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Bronquitis y enfisema. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.001	311	1.312
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	32,4	9,4	20,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,6	1,5	2,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	26,1	4,6	12,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	246,1	52,6	146,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,12	0,03	0,07
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.367	2.787	11.154
Años de Vida Perdidos. CM.	4.287	1.452	5.739
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.080	1.335	5.415

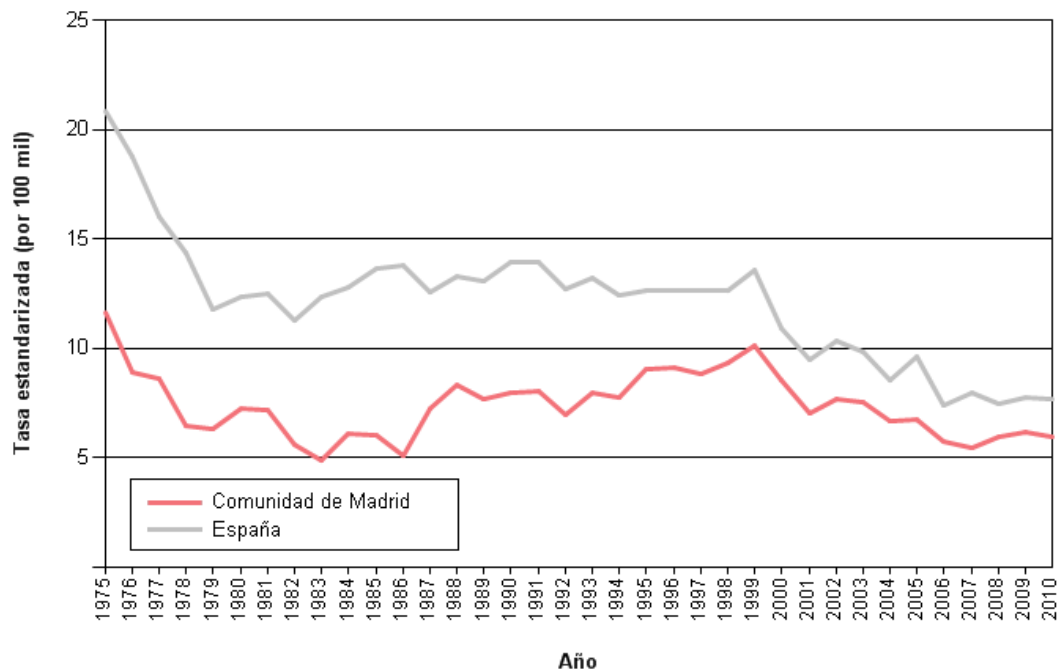
Figura 8.105. Bronquitis, enfisema y asma. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

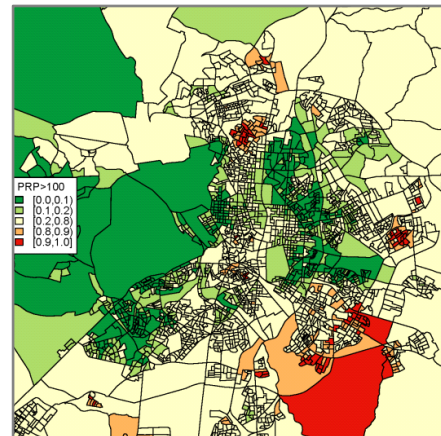
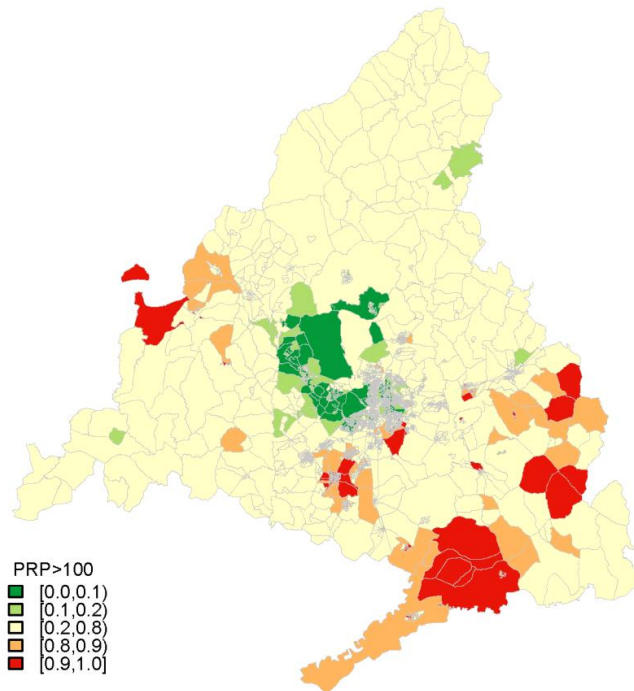


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.106. Bronquitis y enfisema. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

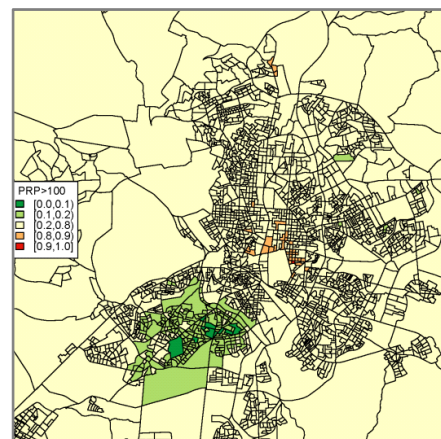
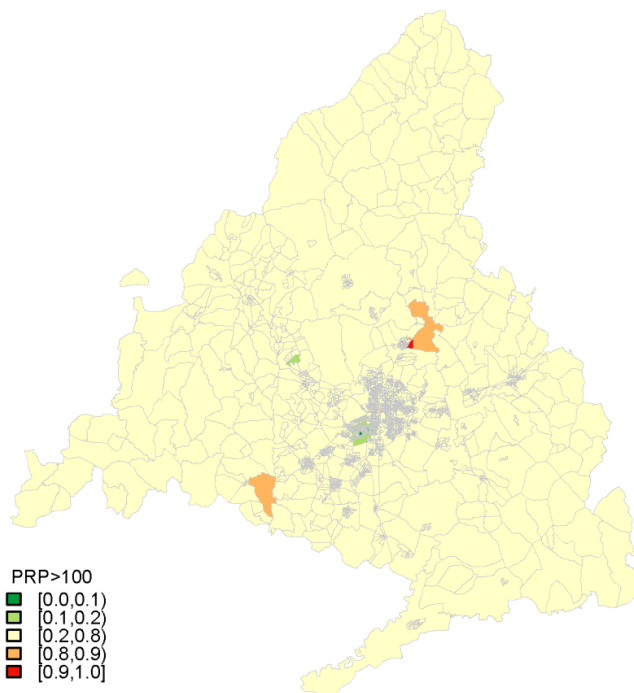


Figura 8.107. Contribución de la bronquitis y enfisema y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

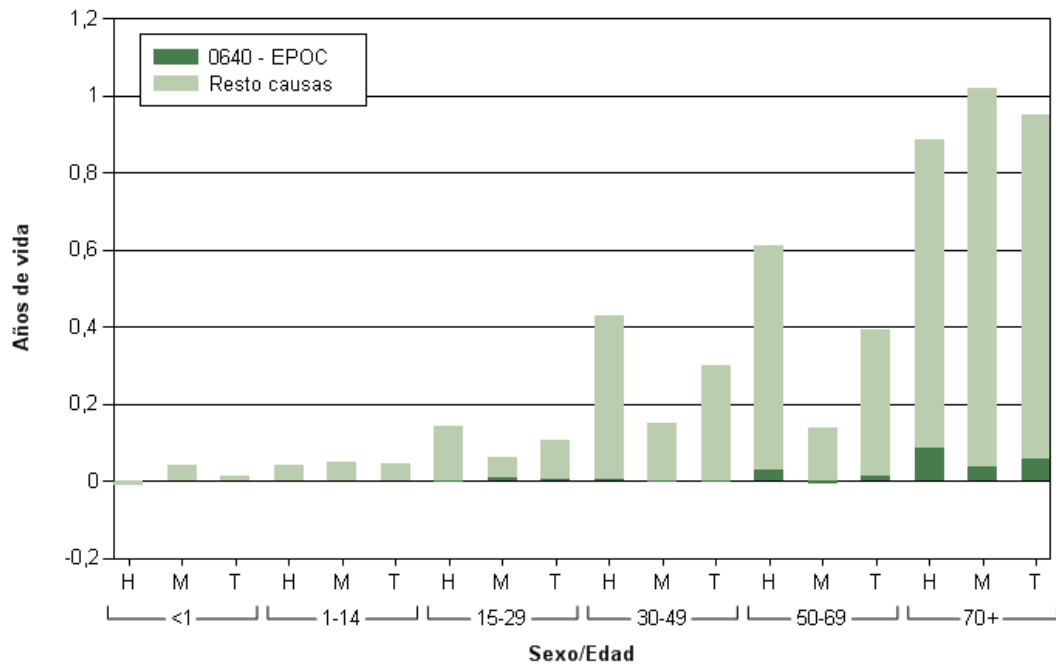


Figura 8.108. Bronquitis y enfisema. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

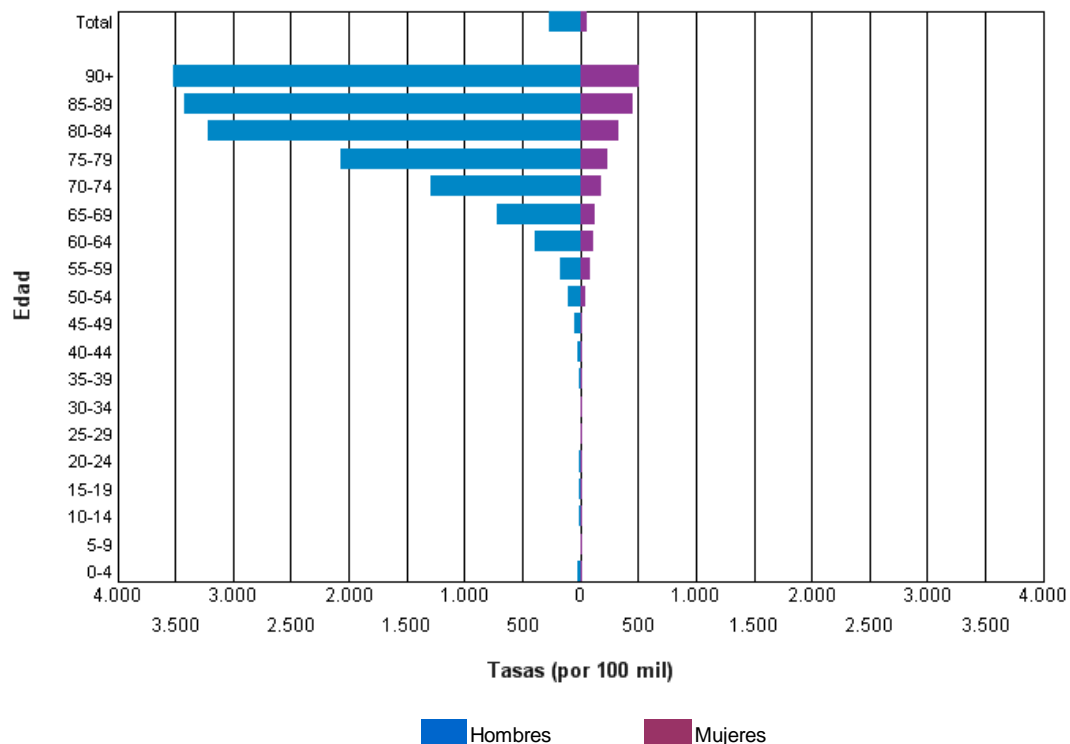
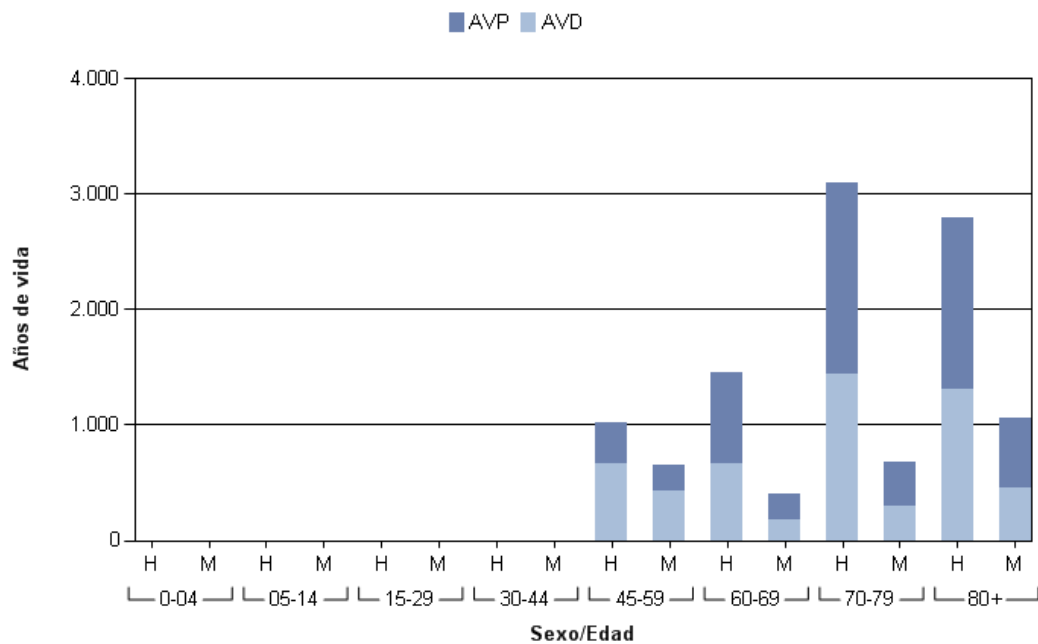


Figura 8.109. Bronquitis y enfisema. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3.2. Asma

Tabla 8.29. Asma. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Asma. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	8	58	66
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,3	1,8	1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	-	0,4	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	1	0,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	49,2	76,9	63,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.960	4.523	9.483
Años de Vida Perdidos. CM.	21	377	398
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.939	4.146	9.085

Figura 8.110. Asma. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

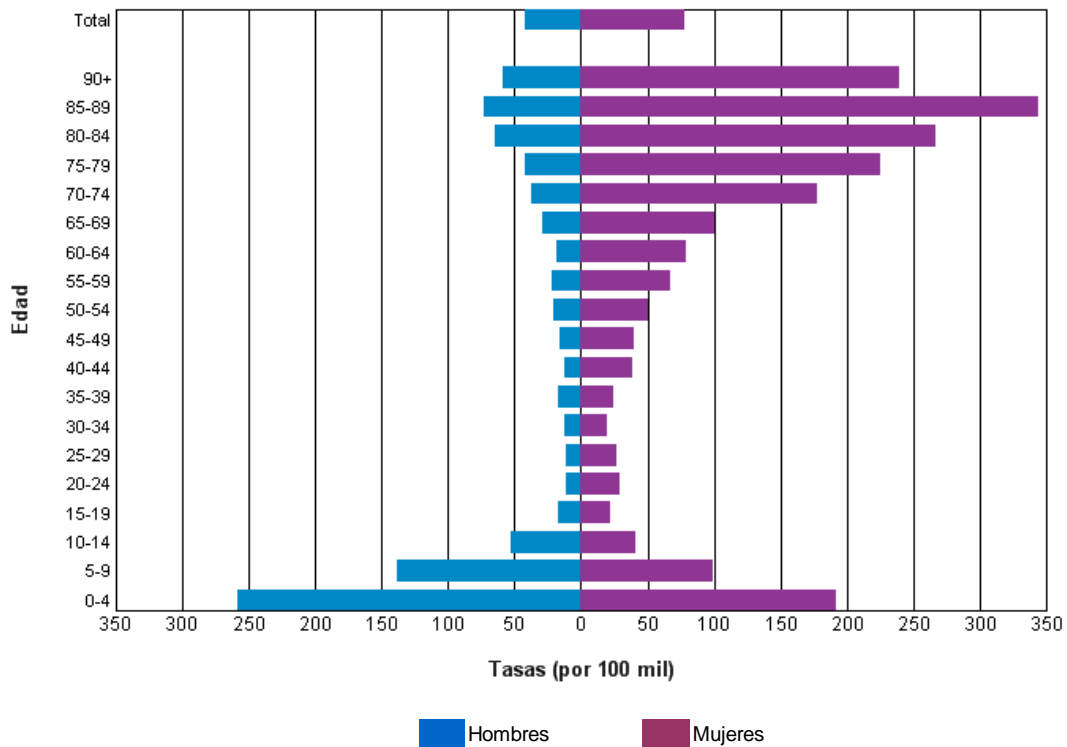
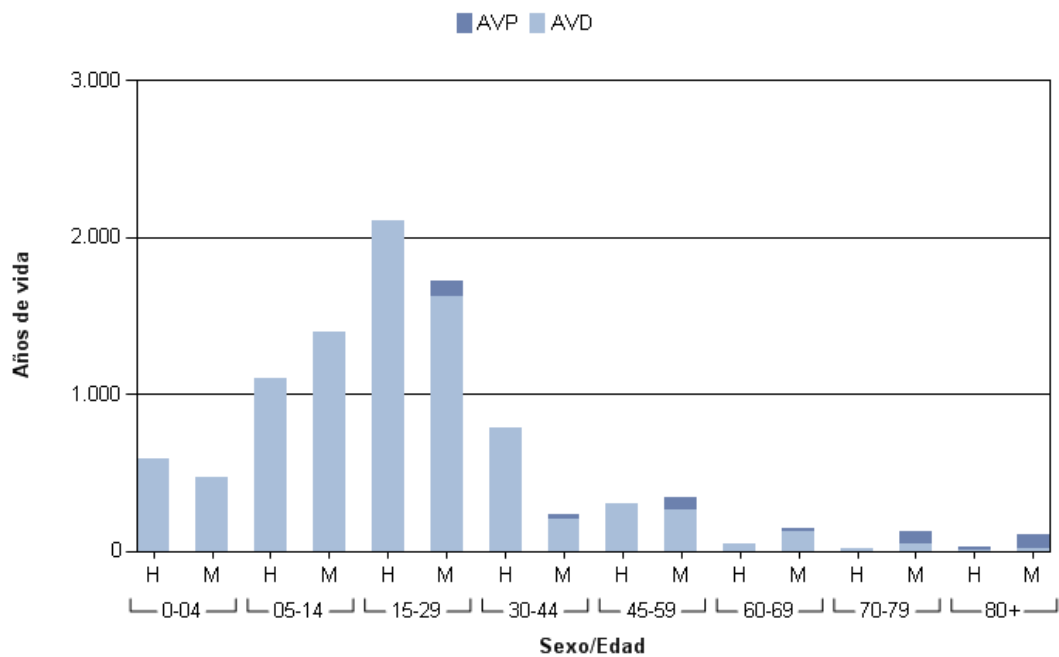


Figura 8.111. Asma. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y sexta en mujeres, ocasionando el 5% de las muertes. Sus tasas de mortalidad continúan en ambos sexos la tendencia descendente registrada desde 1975.

Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más alta de altas hospitalarias en hombres, tras los tumores, y la quinta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 40 años. La carga de enfermedad que representan se reparte en mortalidad y discapacidad y predomina en el grupo de edad de 30 a 59 años.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la tercera en mujeres. Las tasas de mortalidad, muy superiores en hombres, continúan en 2010 su descenso progresivo desde 1975 en ambos sexos y son inferiores a las nacionales. La distribución geográfica muestra en hombres mayores tasas en el municipio de Madrid, con un claro patrón de agregación en los Distritos Centro, Puente de Vallecas, San Blas, Usera, Villa de Vallecas y Carabanchel. La morbilidad hospitalaria, más de dos veces superior en hombres, se concentra por encima de los 40 años de edad, sobre todo entre 50 y 65 años.

Tabla 8.30. Enfermedades del sistema digestivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

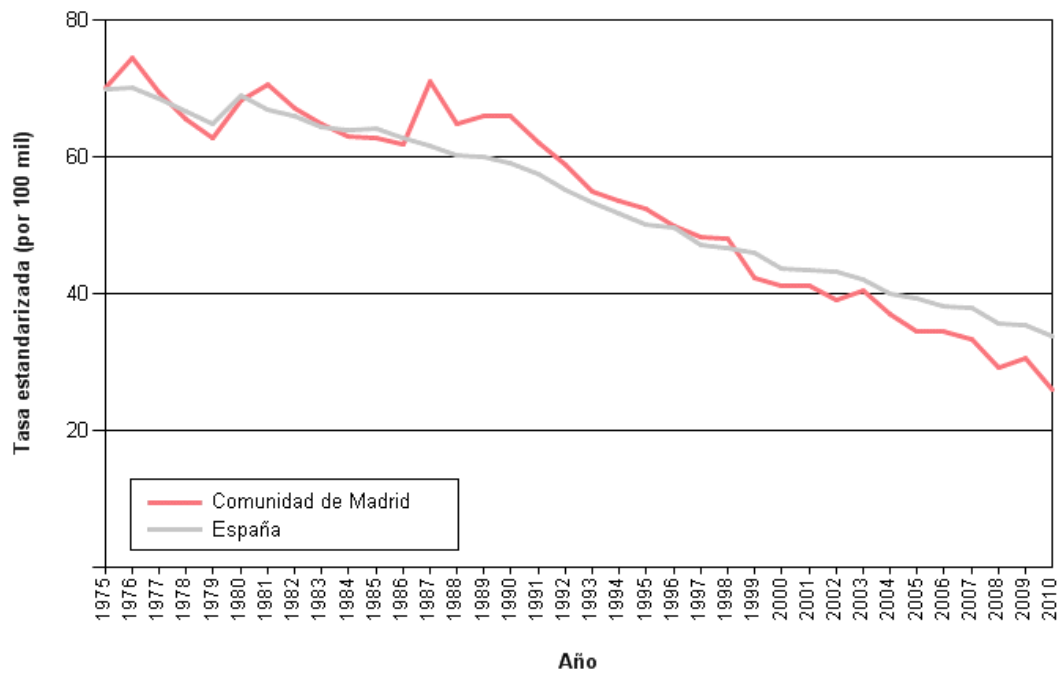
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema digestivo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	954	991	1.945
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	30,8	30,0	30,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,6	5,7	12,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	26,9	14,8	20,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.921,0	1.488,2	1.697,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,07	0,05	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.214	10.520	23.734
Años de Vida Perdidos. CM.	7.850	4.424	12.274
Años Vividos con Discapacidad. CM.	5.364	6.096	11.460

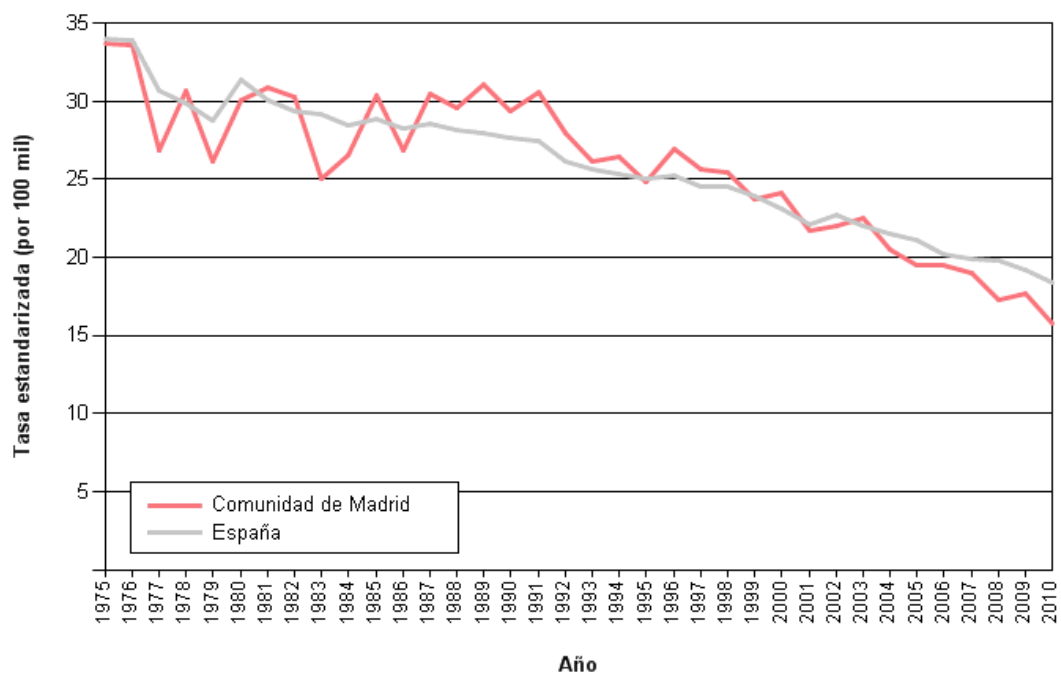
Figura 8.112. Enfermedades del sistema digestivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres

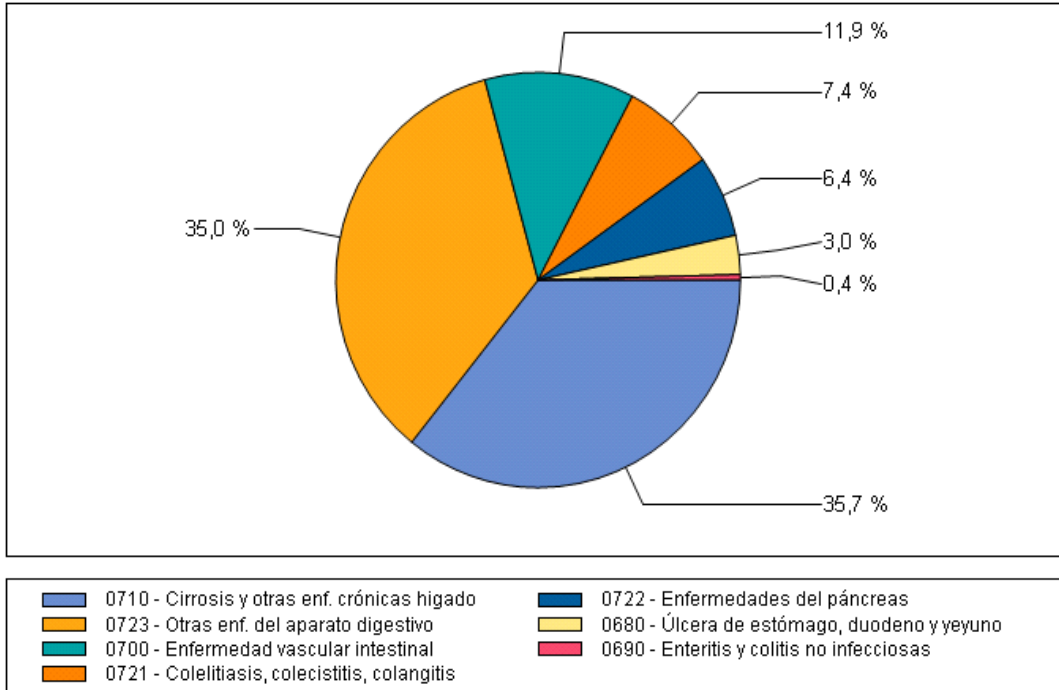


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.113. Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Hombres



Mujeres

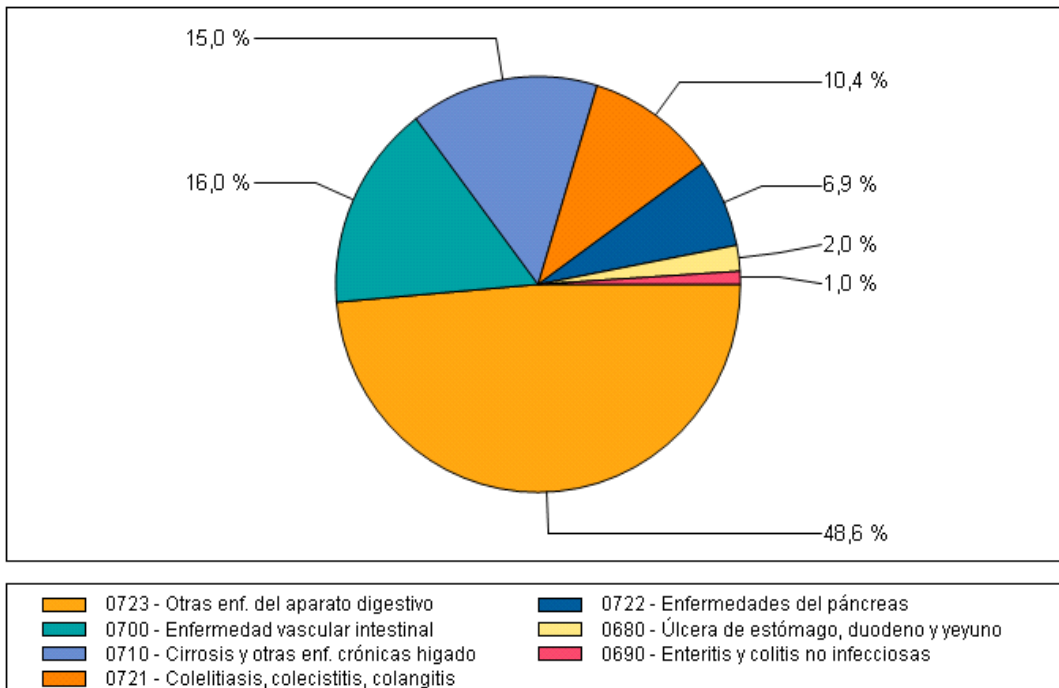
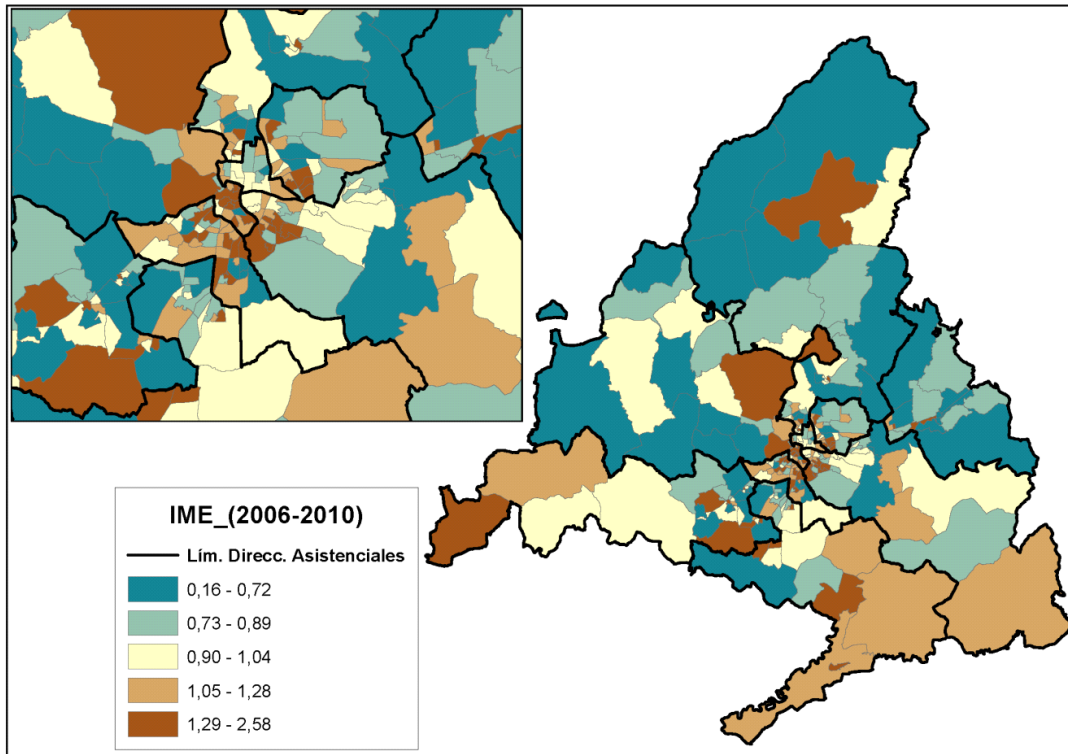


Figura 8.114. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

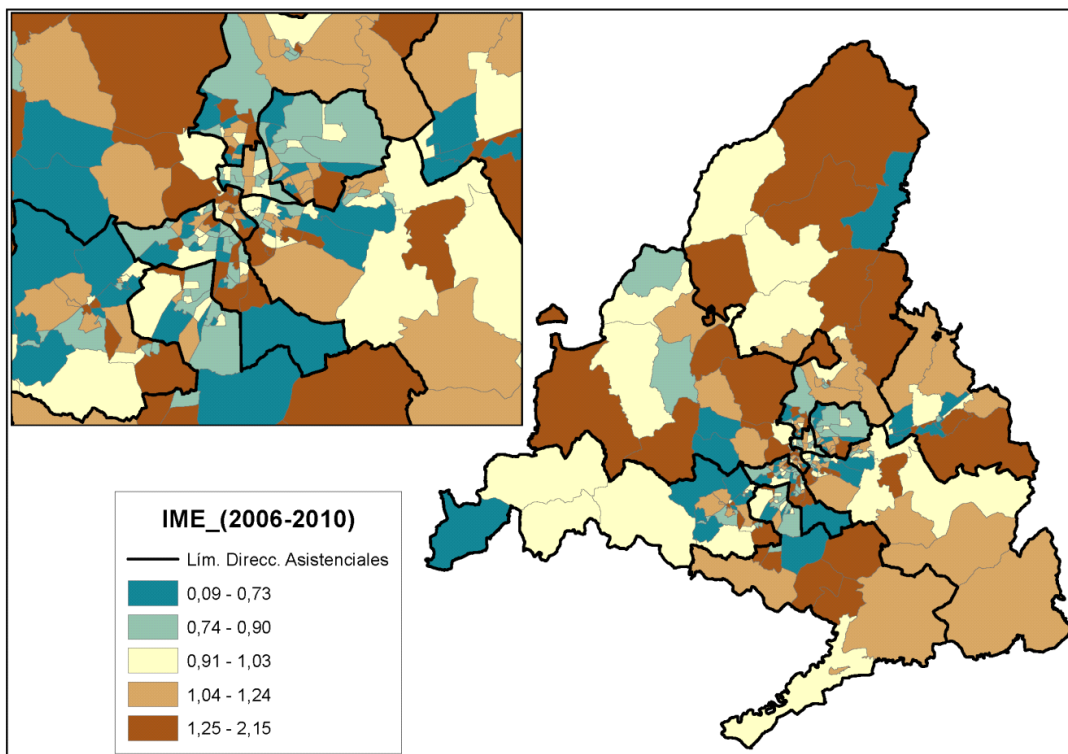


Figura 8.115. Contribución de las enfermedades del sistema digestivo y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

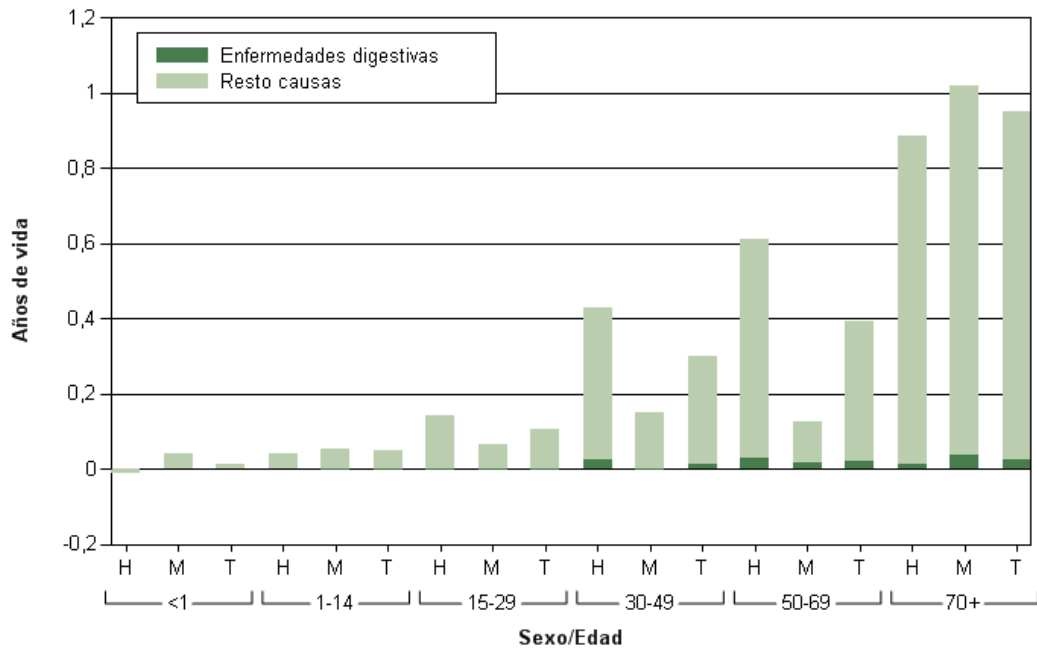


Figura 8.116. Enfermedades del sistema digestivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

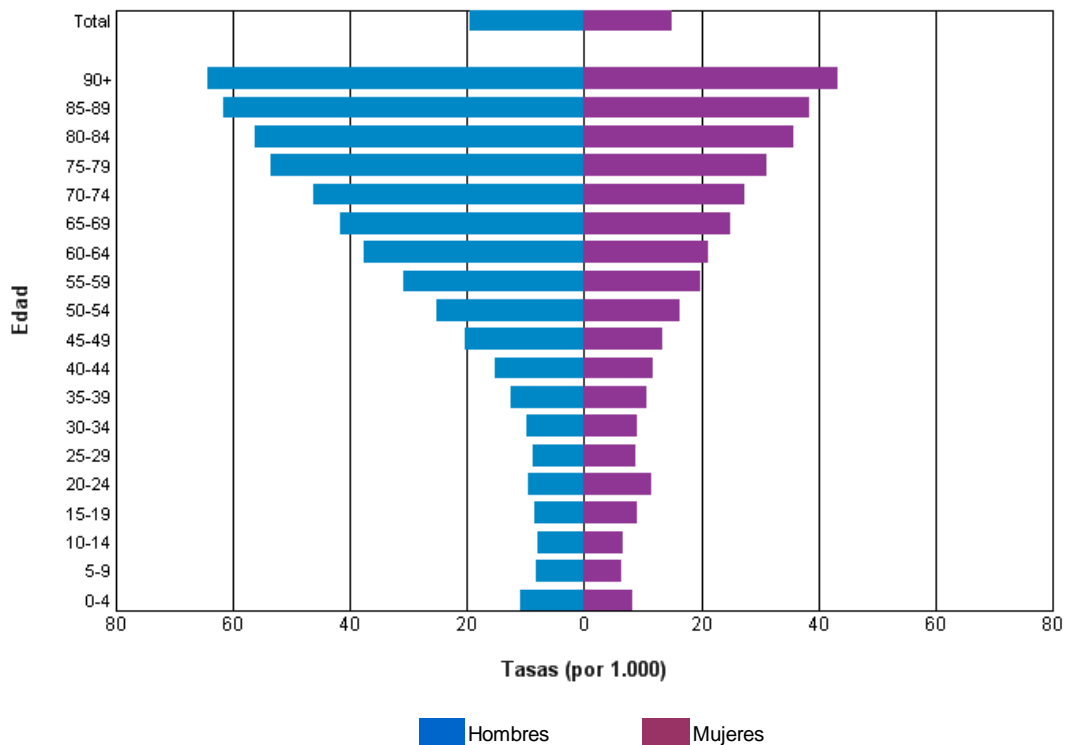
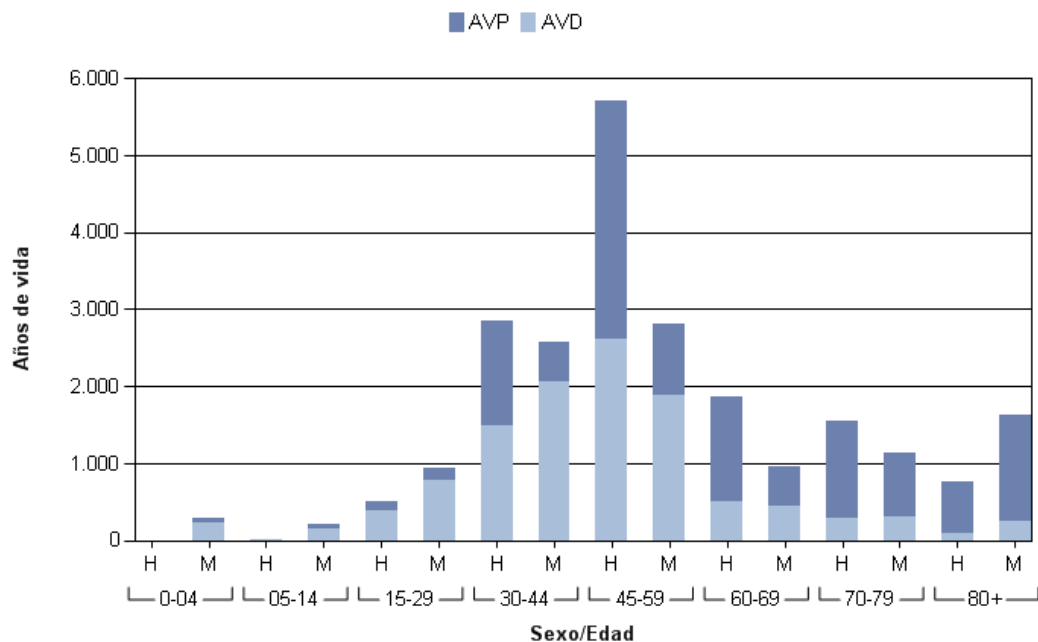


Figura 8.117. Enfermedades del sistema digestivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.4.1. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Tabla 8.31. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

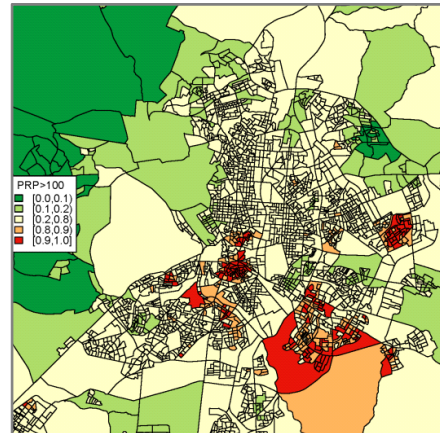
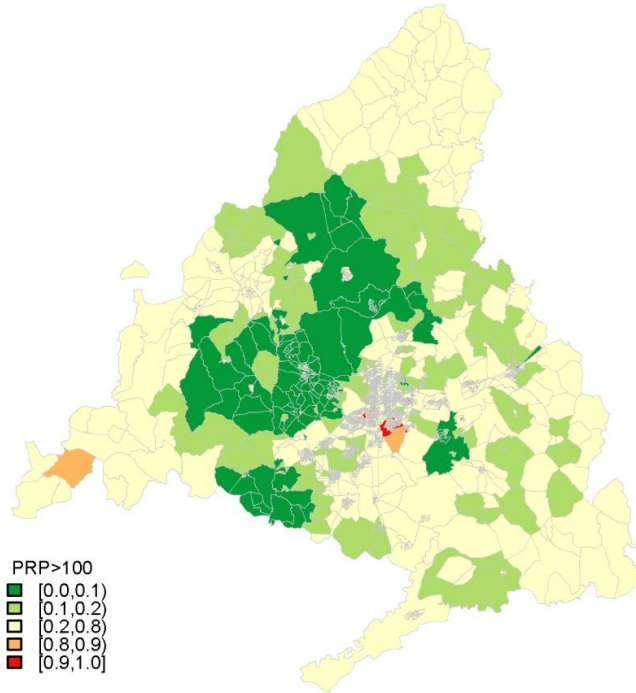
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	341	149	490
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,0	4,5	7,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,8	2,5	7,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,1	3,0	6,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	55,7	21,6	38,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,05	0,02	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.956	1.174	5.130
Años de Vida Perdidos. CM.	3.231	910	4.141
Años Vividos con Discapacidad. CM.	725	264	989

Figura 8.118. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

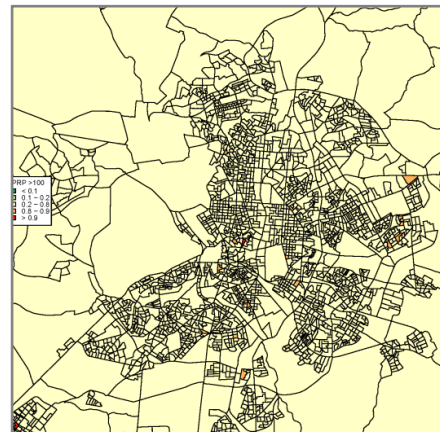
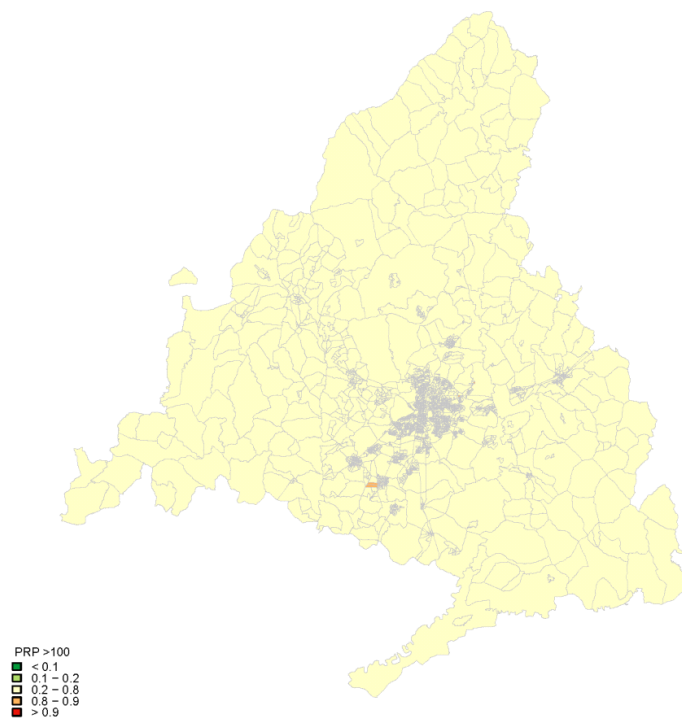
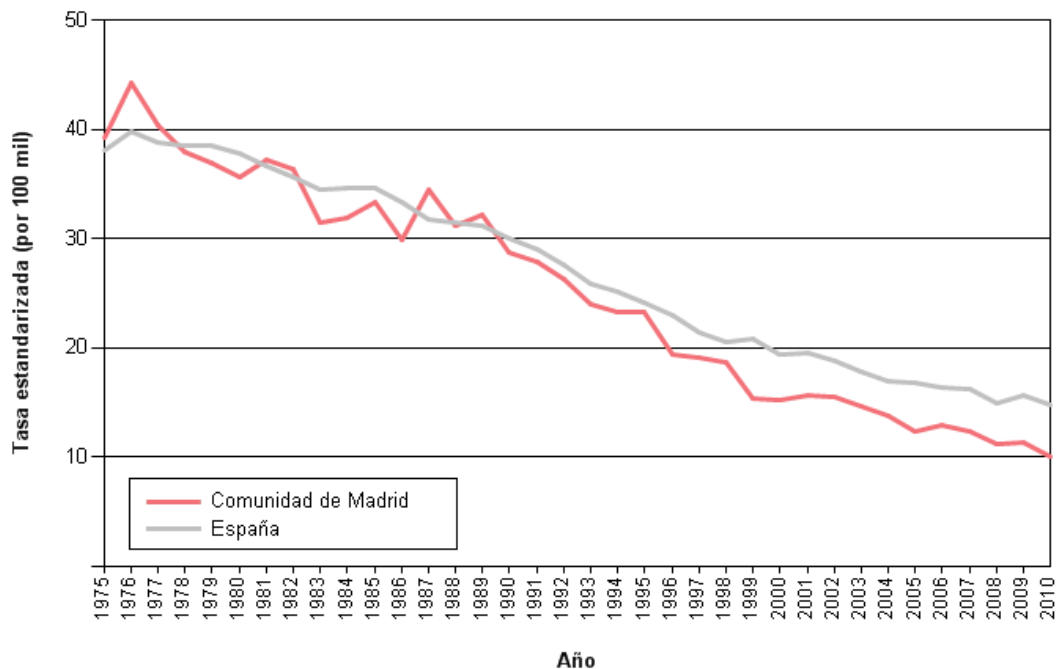


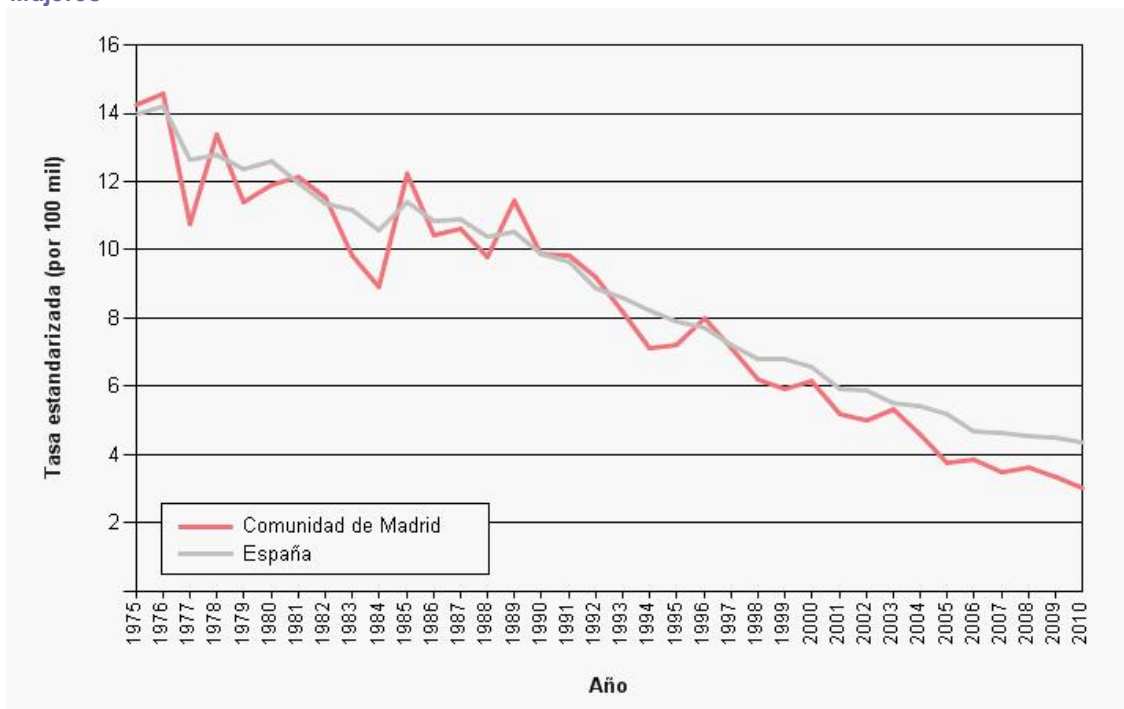
Figura 8.119. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.120. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

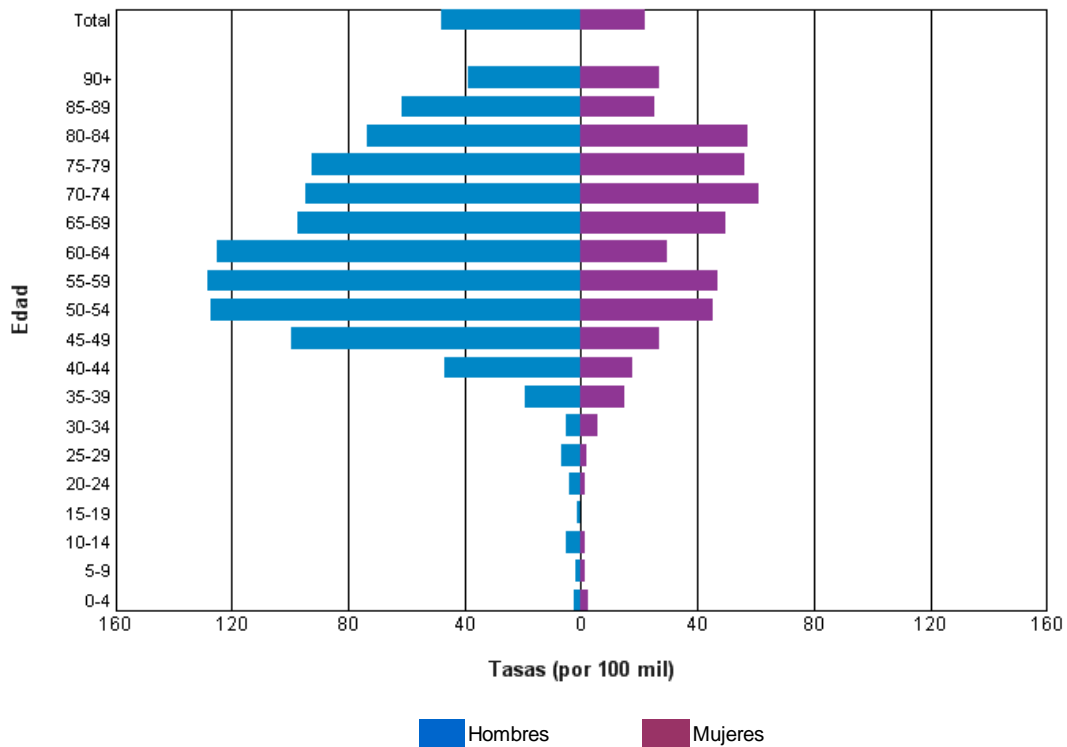
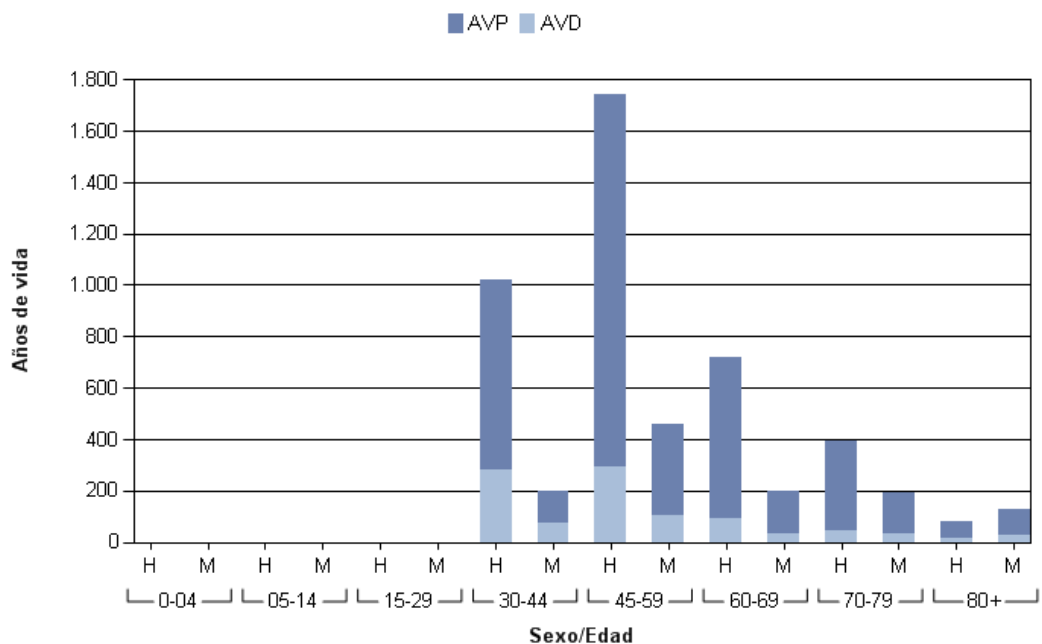


Figura 8.121. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo causan una gran discapacidad, por encima de los 30 años, sobre todo en mujeres, donde son más frecuentes. En 2010 fueron en hombres el séptimo grupo de enfermedades que mayor carga de enfermedad conllevan y en mujeres el quinto.

Tabla 8.32. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

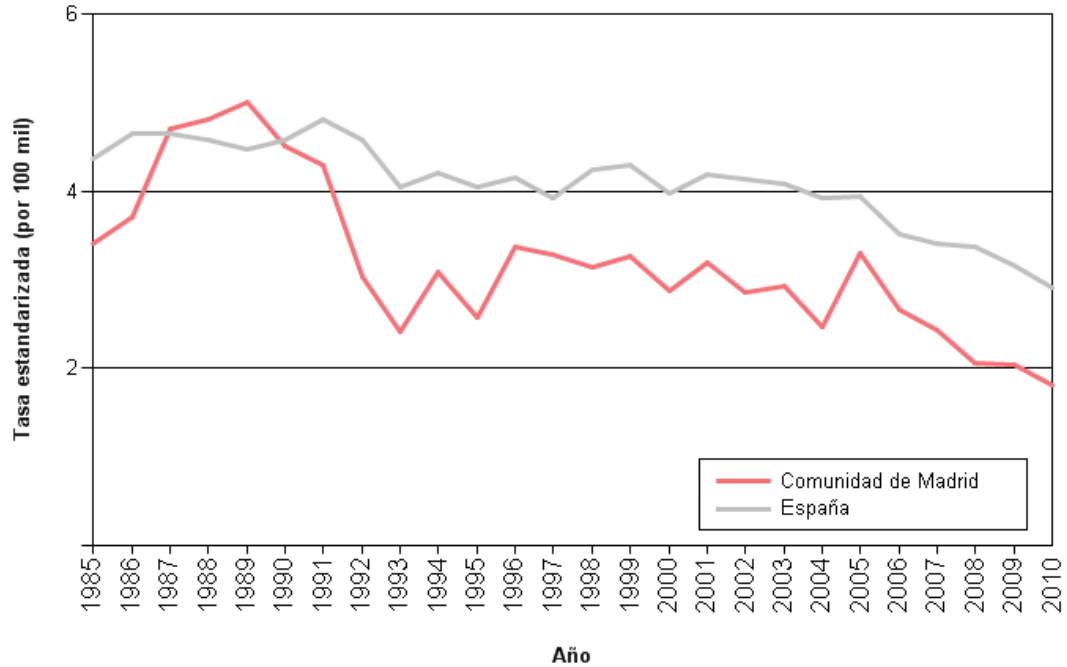
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	74	195	269
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,4	5,9	4,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,5	0,4	0,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,0	2,7	2,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.084,9	1.374,8	1.235,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,02	0,00	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.014	18.987	32.001
Años de Vida Perdidos. CM.	254	635	889
Años Vividos con Discapacidad. CM.	12.760	18.352	31.112

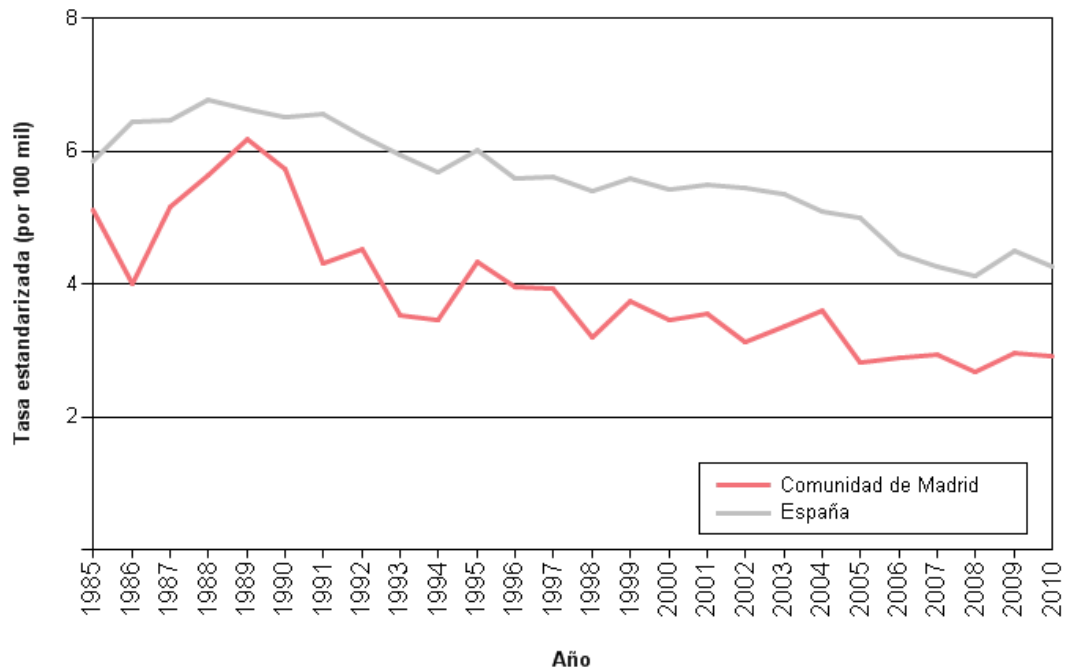
Figura 8.122. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1985-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.123. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

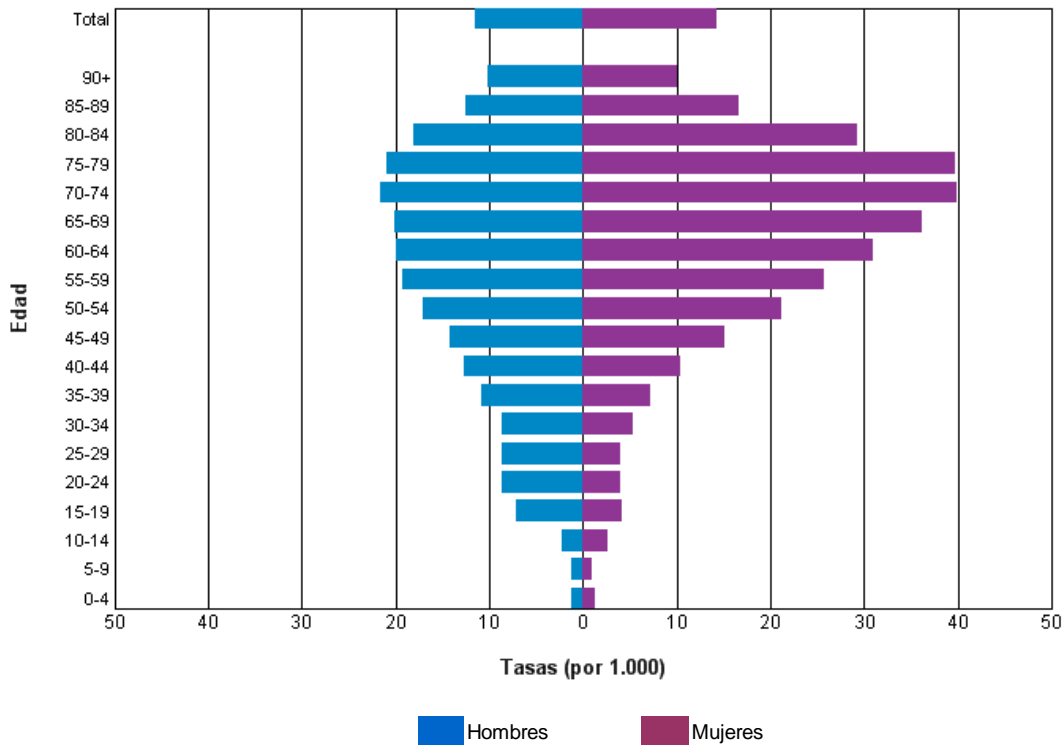
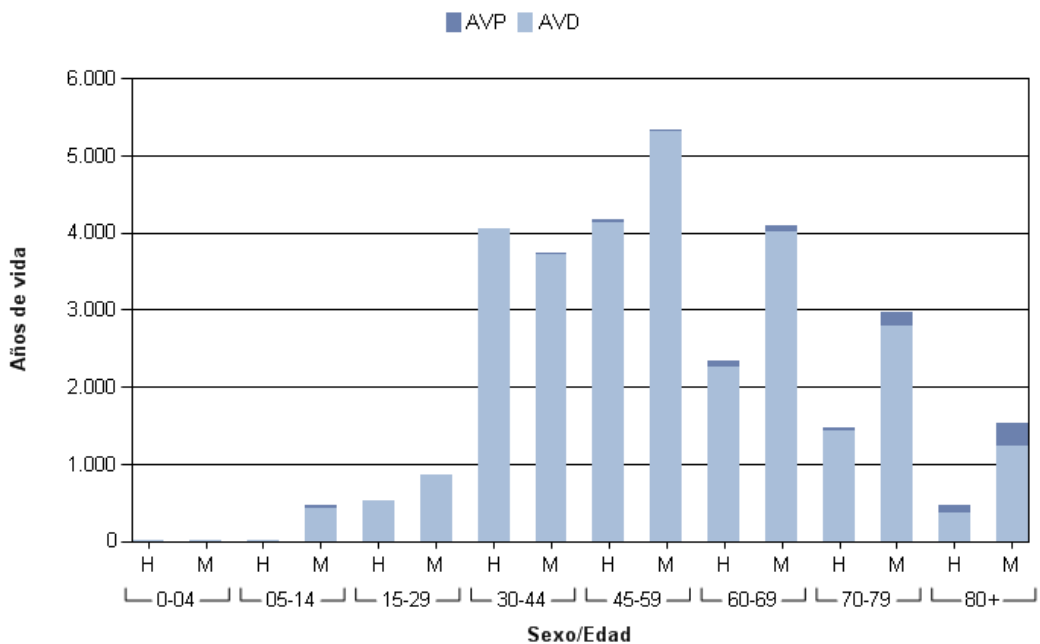


Figura 8.124. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5.1. Artritis reumatoide y osteoartritis

Tabla 8.33. Artritis reumatoide y osteoartritis. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Artritis reumatoide y osteoartritis. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	6	6	25
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	0,2	0,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	-	-	0,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,1	0,1	0,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	118,9	118,9	177,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.695	1.695	6.231
Años de Vida Perdidos. CM.	15	15	72
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.680	1.680	6.159

Figura 8.125. Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

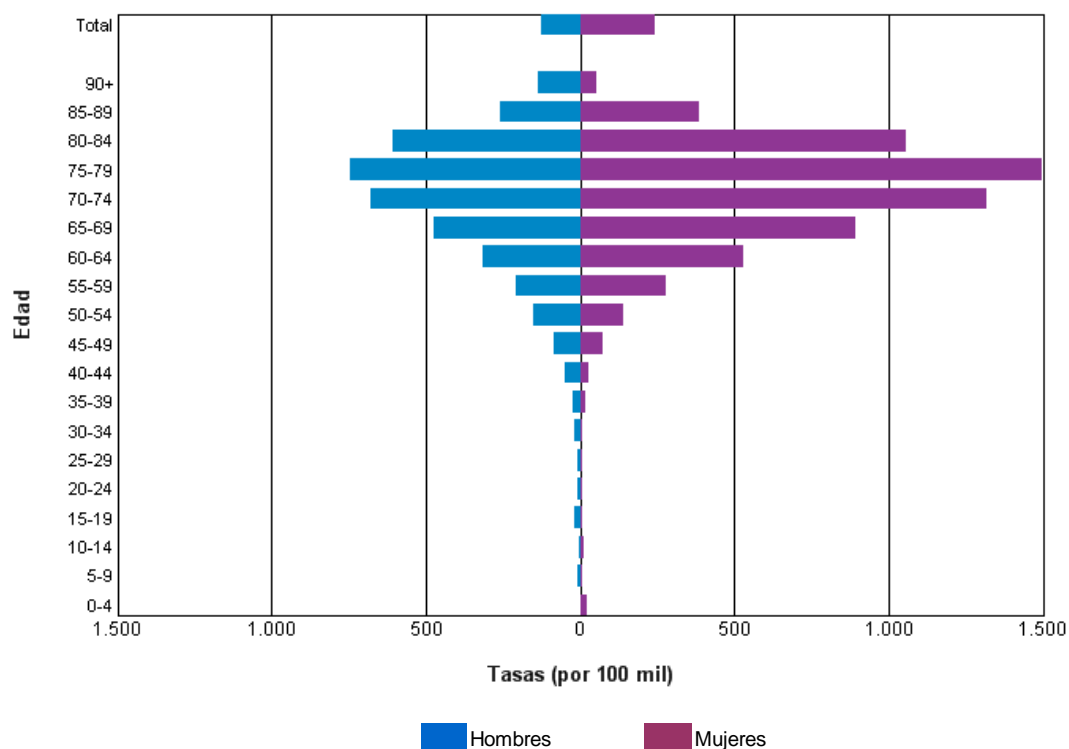
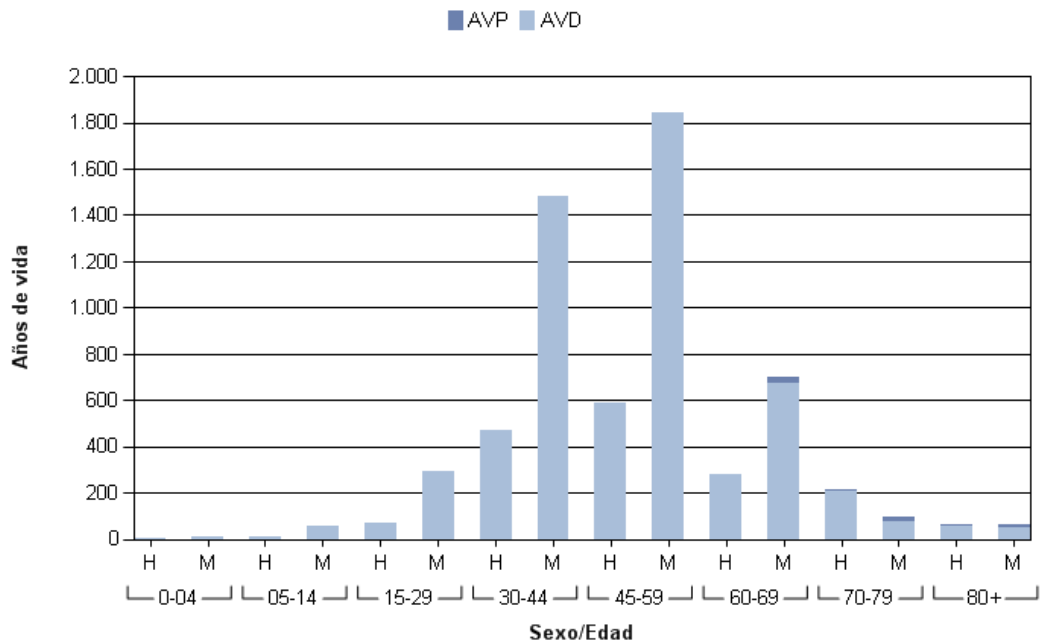


Figura 8.126. Artritis reumatoide y osteoartritis. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5.2. Osteoporosis y fracturas patológicas

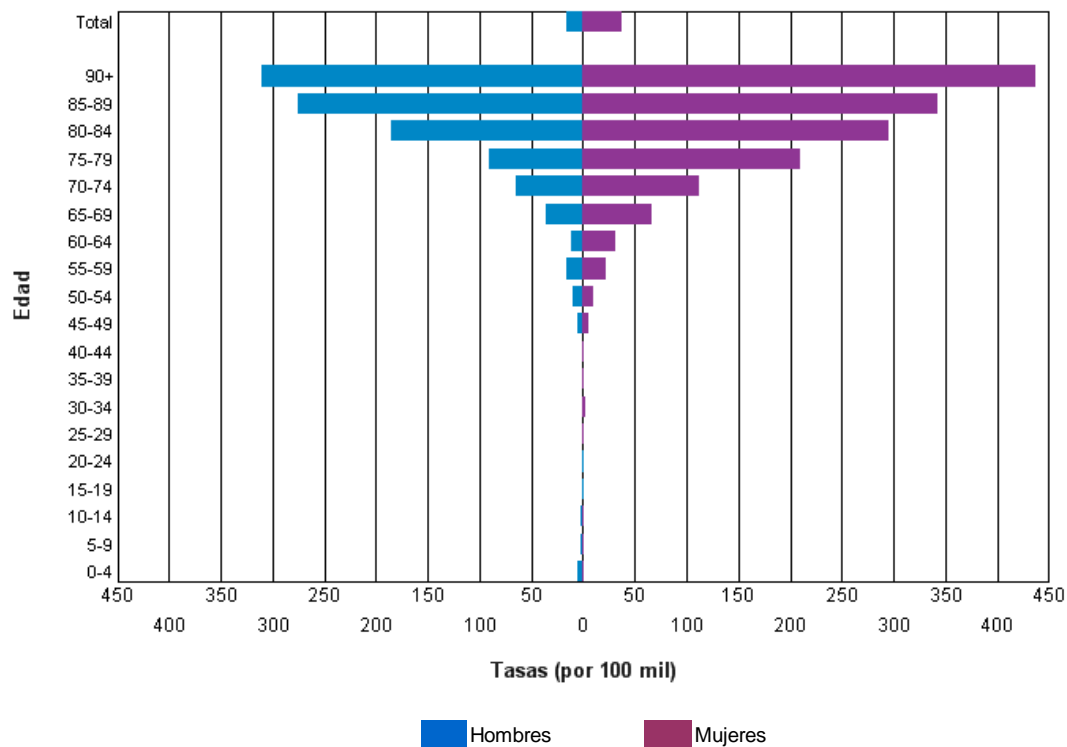
Tabla 8.34. Osteoporosis y fracturas patológicas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Osteoporosis y fracturas patológicas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	39	120	159
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,3	3,6	2,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	-	-	-
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,0	1,4	1,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	13,3	37,3	25,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,01	0,00	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-

Figura 8.127. Osteoporosis y fracturas patológicas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario

Las enfermedades del sistema genitourinario afectan de forma más destacada a los varones, en los que se incrementa la morbilidad hospitalaria a partir de los 60 años. Generan discapacidad entre varones de 45 a 69 años y mortalidad a partir de esa edad en ambos sexos.

Tabla 8.35. Enfermedades del sistema genitourinario. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

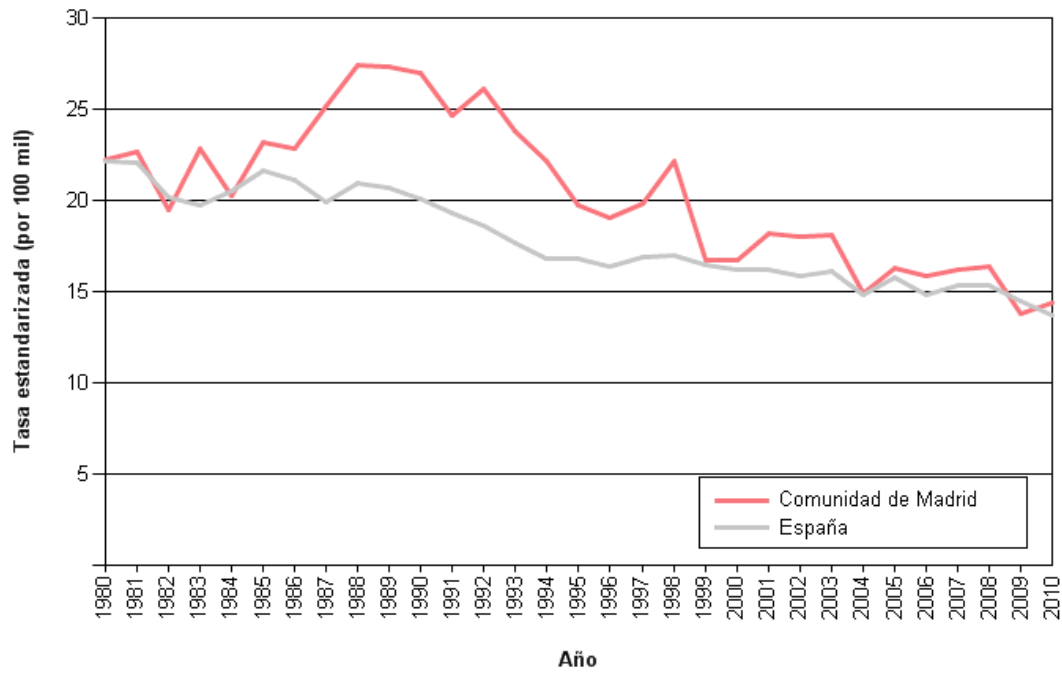
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema genitourinario. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	593	698	1.291
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,2	21,1	20,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,3	0,7	1,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,4	9,1	11,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	984,2	1.193,90	1.092,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010.	0,01	-	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.224	2.235	6.459
Años de Vida Perdidos. CM.	2.111	1.876	3.987
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.113	359	2.472

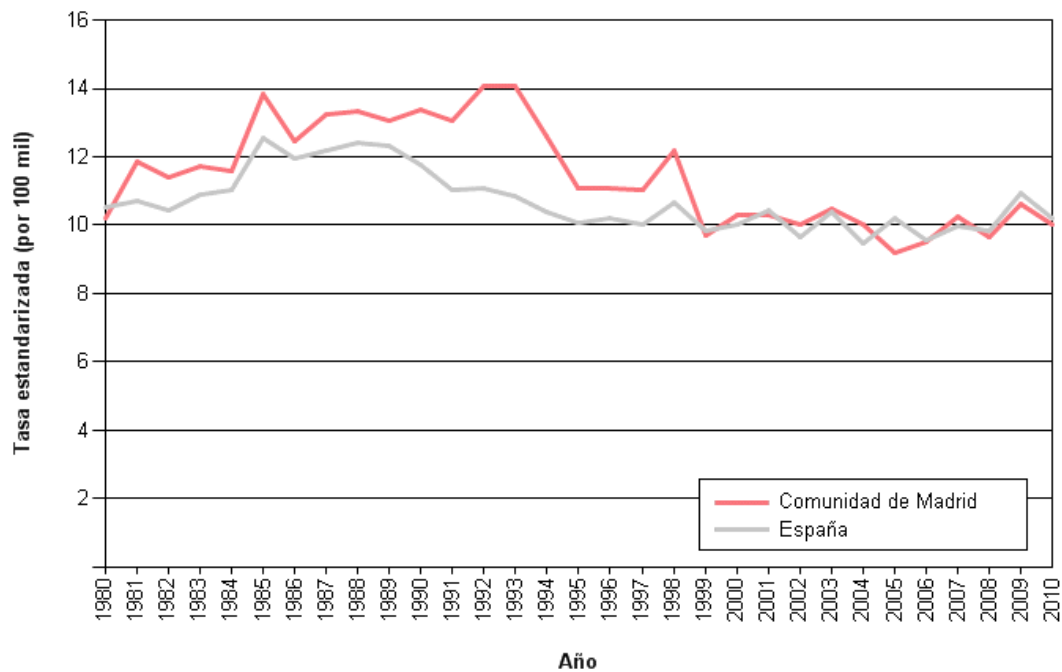
Figura 8.128. Enfermedades del sistema genitourinario. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.129. Enfermedades del sistema genitourinario. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

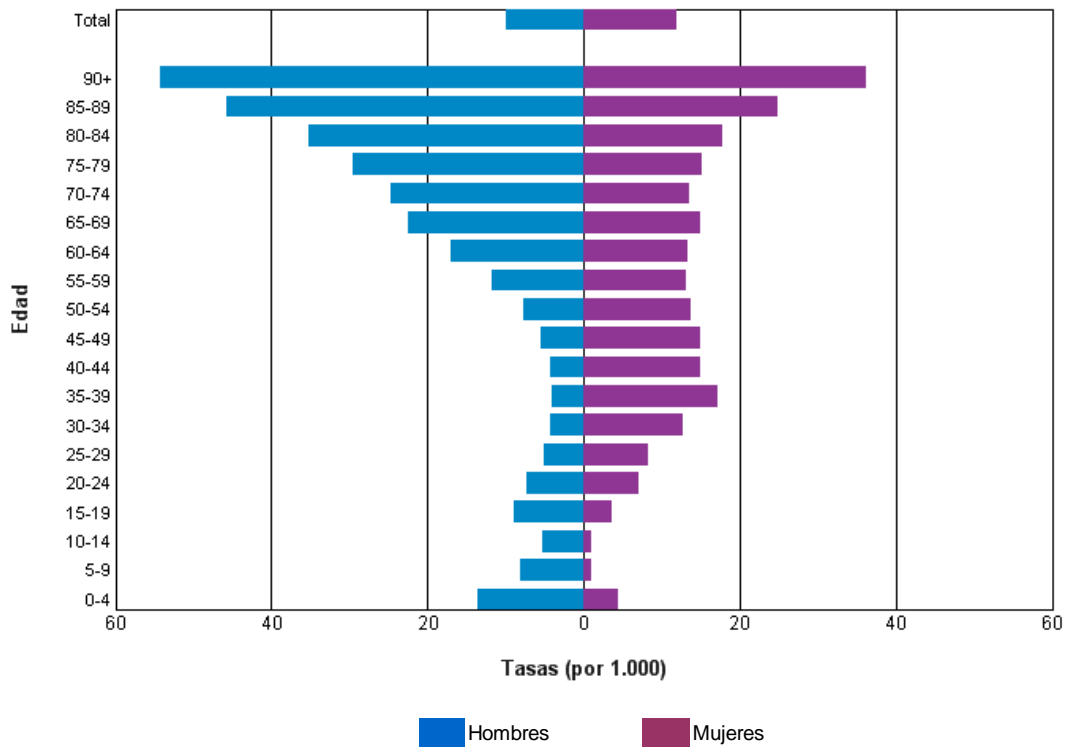
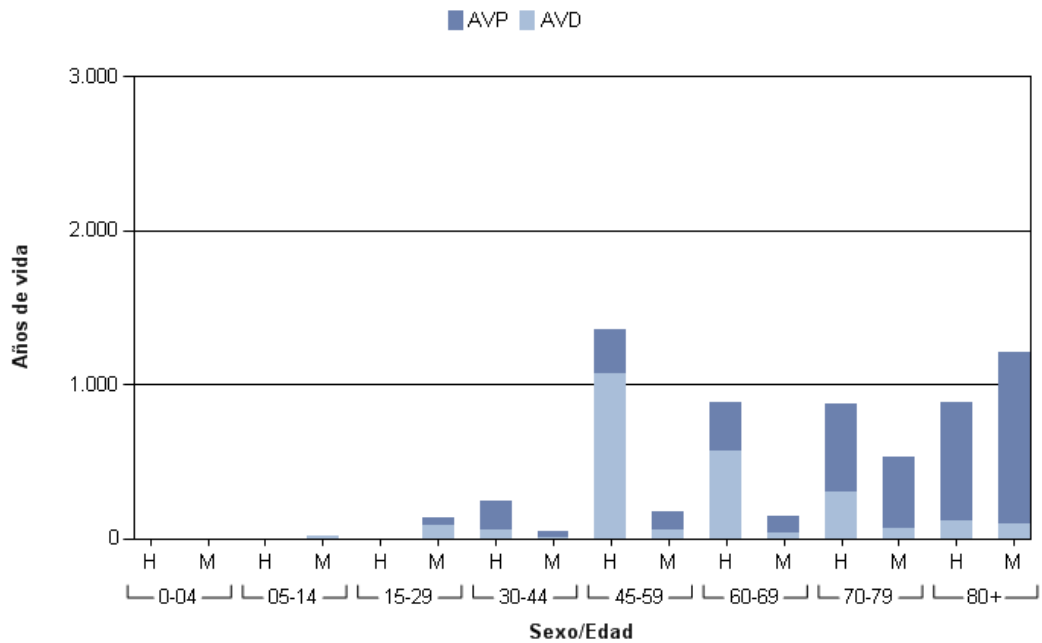


Figura 8.130. Enfermedades del sistema genitourinario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.7. Enfermedades raras

Las Enfermedades Raras (ER) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. La Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REpIER) añadió a la definición anterior que se acompañe al menos con una de las siguientes características: cronicidad, escaso conocimiento etiológico, falta de tratamiento curativo o de baja accesibilidad, importante carga de enfermedad o limitación en la calidad de vida.

Consideradas globalmente se estima que afectan a tres millones de españoles y al 6-8% de la población europea. Pese a este carácter minoritario, muchas ER suponen alto grado de dependencia y de carga social, sanitaria y económica. Debido a su gran complejidad, baja frecuencia y dispersión de casos, presentan dificultades diagnósticas y de seguimiento; por lo que requieren de una clara coordinación para un abordaje integral y multidisciplinar, el avance en la investigación y el conocimiento sobre las mismas.

No existe una lista totalmente consensuada de ER a nivel internacional. Actualmente en España se está trabajando en la elaboración de una lista de estas enfermedades, que permita disponer de un registro de ER. Para este informe se ha considerado el listado de la clasificación REpIER y también el listado de las enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Para el análisis de la morbilidad y la mortalidad por ER se ha utilizado la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión - Modificación Clínica (CIE-9-MC) y 10ª Revisión (CIE-10) respectivamente.

8.2.7.1. Mortalidad por enfermedades raras

Las ER representan el 2,1% (N=859) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2010, de las cuales la mitad corresponden a mujeres (51,1%) y el 15,3% acontecen en menores de 45 años. No obstante, considerando el porcentaje de defunciones por ER respecto al total de defunciones para cada grupo de edad, las ER corresponden al 30,8% de las defunciones en menores de 1 año y al 23,4% en el grupo de 1 a menores de 15 años.

En 2010 la tasa bruta de mortalidad por ER fue de 13,4 por 100.000 personas (Figura 8.131). Los grupos de edad con mayores tasas de mortalidad por alguna ER son los mayores de 85 años (163,2 por 100.000) y los menores de 1 año (109,9 por 100.000). En el rango de edad de 1 a 54 años la mortalidad por ER es menor de 5 por 100.000. En la mayoría de los grupos de edad, las tasas de mortalidad por alguna ER son superiores en los hombres (Tabla 8.36).

Figura 8.131. Enfermedades raras. Evolución de las tasas de mortalidad por 100 mil según sexo. Comunidad de Madrid, 2000-2010.

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

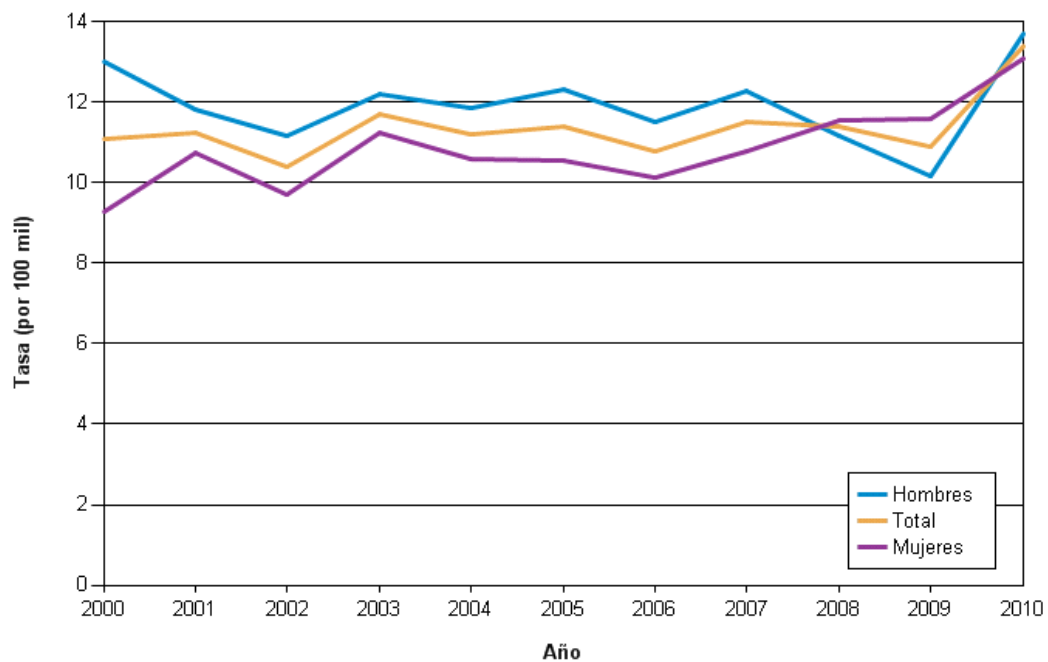


Tabla 8.36. Enfermedades raras. Mortalidad según sexo y grupos de edad. Número de fallecidos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
0	50	134,96	29	83,29	79	109,93
01-4	3	2,01	6	4,25	9	3,10
05-14	6	1,90	3	1,00	9	1,46
15-24	1	0,30	1	0,31	2	0,31
25-34	11	2,00	4	0,73	15	1,37
35-44	14	2,42	3	0,52	17	1,48
45-54	18	4,14	23	4,93	41	4,55
55-64	48	15,40	31	8,65	79	11,79
65-74	84	39,30	69	26,31	153	32,14
75-84	119	86,84	127	60,41	246	70,84
85+	66	179,29	143	156,68	209	163,18
Total	420	13,58	439	13,27	859	13,42

En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa la tasa bruta de mortalidad más elevada en el grupo de las enfermedades del sistema respiratorio (4,2 por 100.000) con mayor frecuencia de otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; seguido de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (4,1 por 100.000) entre las cuales destacan las enfermedades que afectan a la motoneurona; y de las malformaciones congénitas (2,2 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio ([Tabla 8.37](#)).

Tabla 8.37. Enfermedades raras. Mortalidad según sexo y gran grupo de causa. Número de fallecidos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2010.

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

Gran Grupo	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
III. Enf. sangre y órganos hematopoyéticos, inmun.	12	0,39	10	0,30	22	0,34
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	3	0,10	15	0,45	18	0,28
V. Trastornos mentales y del comportamiento	1	0,03			1	0,02
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	133	4,30	133	4,02	266	4,16
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	11	0,36	44	1,33	55	0,86
X. Enfermedades del sistema respiratorio	149	4,82	124	3,75	273	4,26
XI. Enfermedades del sistema digestivo	19	0,61	23	0,70	42	0,66
XII. Enf. piel y del tejido subcutáneo			1	0,03	1	0,02
XIII. Enf. sistema osteomuscular y tejido conjunt.	8	0,26	22	0,66	30	0,47
XIV. Enf. sistema genitourinario	6	0,19	11	0,33	17	0,27
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	78	2,52	56	1,69	134	2,09
Total	420	13,58	439	13,27	859	13,42

8.2.7.2. Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras

El análisis de la morbilidad hospitalaria presenta la limitación de no reflejar aquellas ER que, por sus características clínicas, no requieran hospitalización para su diagnóstico o tratamiento.

En 2011, las ER representan el 1,4% (N=14.522) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 52,8% corresponden a mujeres. Existe una amplia variación en el porcentaje respecto al total de altas en relación al grupo patológico de la CIE-9-MC considerado, así el grupo de enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos recoge un 35% de las altas y en el de las enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas e inmunitarias el 14,2%. El resto representa un porcentaje inferior al 3% de las altas de su grupo.

La mayoría de las altas por ER se concentran en personas que tienen entre los 25 y 64 años (51,4%). El grupo de edad con más altas es el de 45-54 años para ambos sexos, pero las tasas más elevadas se observan en el grupo de 75-84 años (4,5 por 100.000). Los menores de 1 año tienen unas tasas poblacionales superiores a las de los siguientes grupos de edad, que sólo son superadas a partir de los 55 años. Las mujeres presentan unas tasas superiores a los hombres en las edades medias de la vida (entre los 15 y los 64 años), mientras éstos están por encima en la edad infantil y en la edad avanzada, especialmente a partir de los 75 años ([Figura 8.132](#) y [Figura 8.133](#)).

Figura 8.132. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad. Número de altas. Comunidad de Madrid, 2011.

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

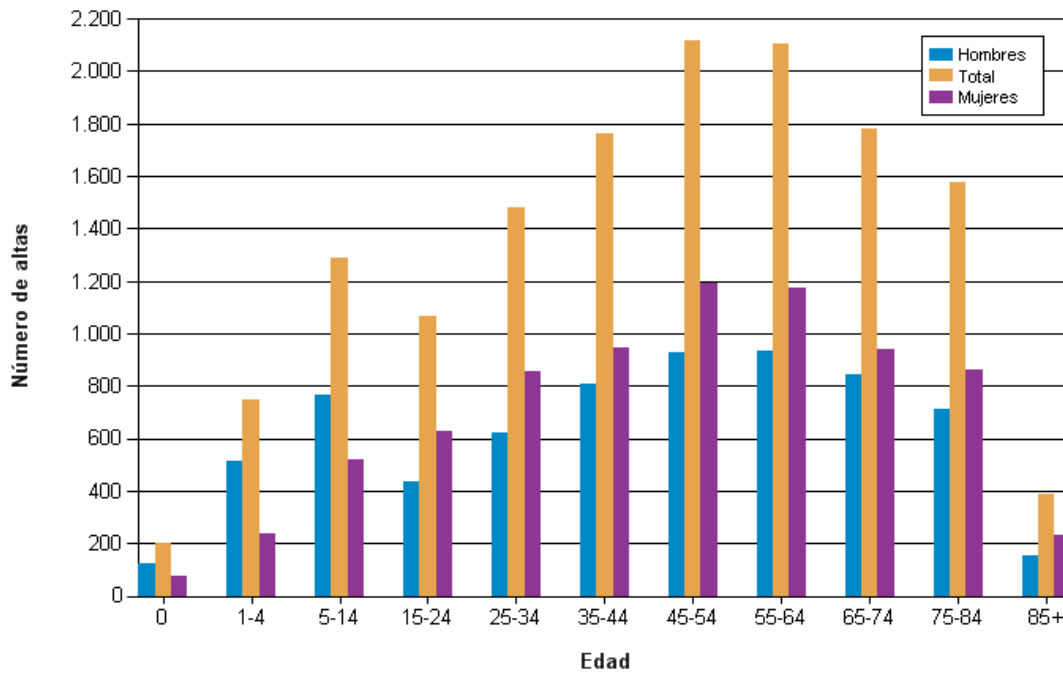
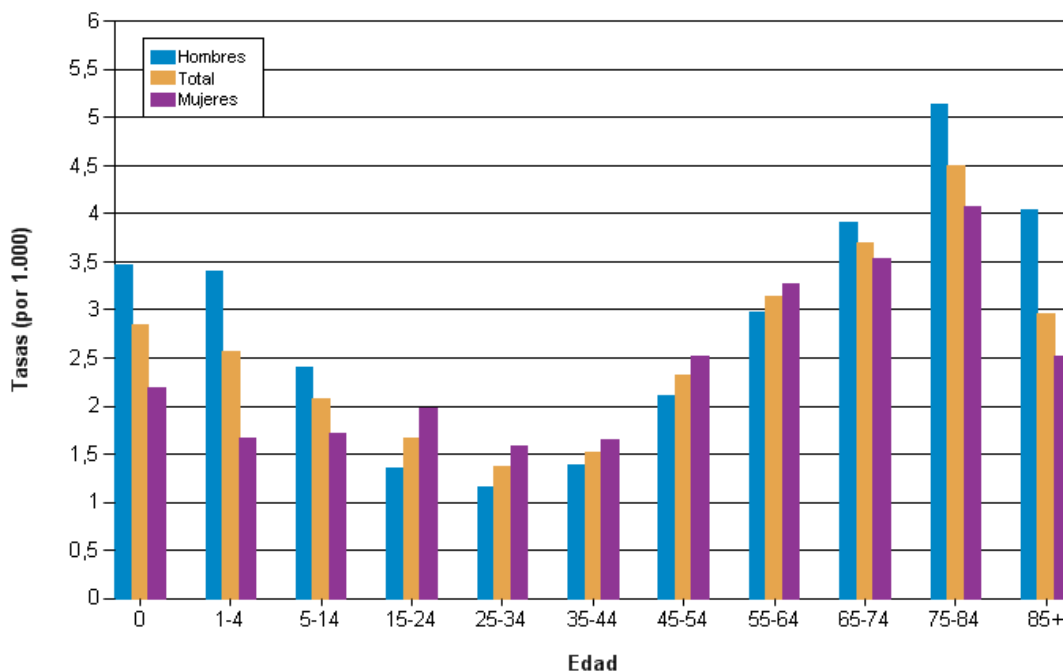


Figura 8.133. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad. Tasas por 1.000. Comunidad de Madrid, 2011.

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



Tanto el total de altas como las tasas más elevadas se observan en las enfermedades del aparato digestivo, seguidas de las enfermedades de la sangre, enfermedades endocrinas y las enfermedades del sistema nervioso. A su vez, destacan las mayores tasas poblacionales observadas en mujeres respecto a hombres en las enfermedades del sistema osteo-mioarticular y en los trastornos mentales; y de hombres respecto a mujeres en el grupo de enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (Tabla 8.38 y Figura 8.134).

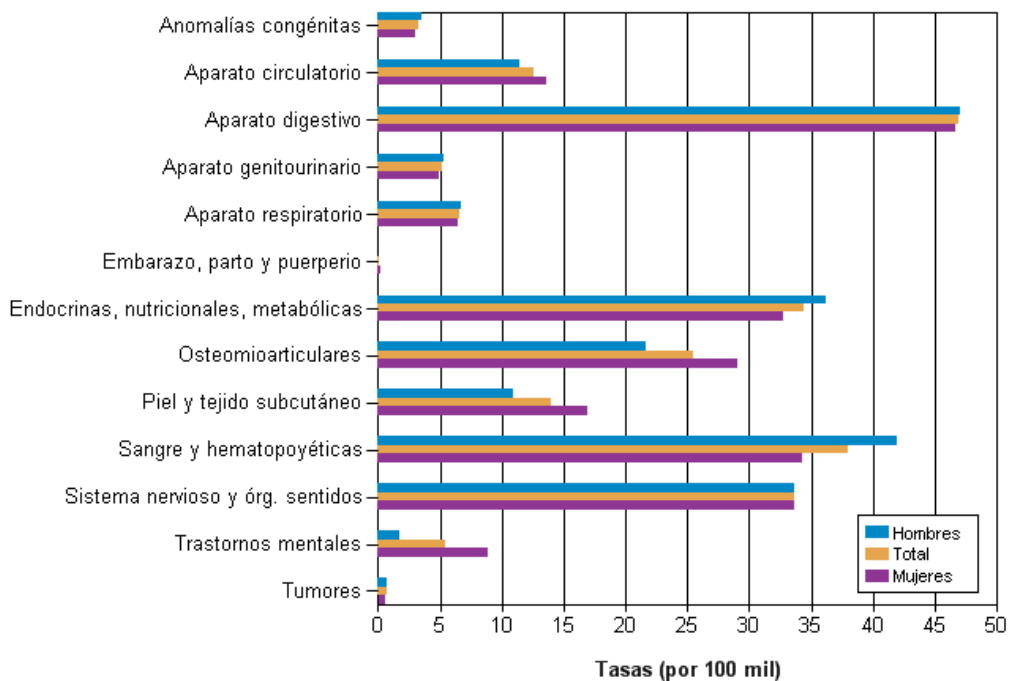
Tabla 8.38. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y gran grupo de causa. Número de altas. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Grupos patológicos	Hombres	Mujeres	Total
Anomalías congénitas	111	102	213
Aparato circulatorio	354	450	804
Aparato digestivo	1.458	1.550	3.008
Aparato genitourinario	166	164	330
Aparato respiratorio	208	215	423
Embarazo, parto y puerperio		8	8
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	1.119	1.088	2.211
Osteomioarticulares	672	964	1.638
Piel y tejido subcutáneo	337	560	897
Sangre y hematopoyéticas	1.298	1.137	2.435
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.042	1.116	2.158
Trastornos mentales	56	297	353
Tumores	24	20	44
Total	6.845	7.671	14.522

Figura 8.134. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y gran grupo de causa. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



De forma individual las rúbricas de ER con tasas poblacionales más elevadas son la gastritis atrófica (17,9%) y la neutropenia (13,0%), aunque existen importantes diferencias en función de la edad y el sexo. Son más frecuentes las altas por mucopolisacaridosis en hombres menores de 15 años y la anorexia nerviosa en mujeres entre 5-35 años de edad. A partir de los 35 años, el diagnóstico al ingreso más frecuente, en ambos sexos es la gastritis atrófica y la neutropenia inducida por fármacos (Tabla 8.39). Respecto a las 20 ER priorizadas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se observa el predominio de altas por enfermedades neuromusculares, especialmente las que afectan a la placa motora (8,9 por 100.000), seguida de la esclerodermia (4,3 por 100.000), la cual presenta casi tres veces más de altas en mujeres que en hombres (Tabla 8.40).

Tabla 8.39. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo, grupo de edad y causa. Número de altas y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Hombres

Edad	Grupos patológicos	N	Tasa
0	288.00-NEUTROPENIA, NO ESPECIFICADA	14	38,43
	277.5-MUCOPOLISACARIDOSIS	10	27,45
	345.10-EPILEPSIA CONVULSIVA GENERA. SIN MENCION EPILEPSIA INCURABLE	10	27,45
1-4	277.5-MUCOPOLISACARIDOSIS	179	118,61
	282.49-OTRA TALAEMIA	30	19,88
	446.1-SINDROME AGUDO DE NODULO LINFATICO MUCOCUTANEO FEBRIL (MCLS)	29	19,22
5-14	277.5-MUCOPOLISACARIDOSIS	160	50,15
	287.31-PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE	51	15,99
	732.1-OSTEOCONDROSIS JUVENIL DE CADERA Y PELVIS	44	13,79
15-34	555.2-ENTERITIS REGIONAL INTEST. DELGADO CON GRUESO	63	7,32
	555.0-ENTERITIS REGIONAL INTESTINO DELGADO	52	6,04
	426.7-EXCITACION AURICULO-VENTRICULAR ANOMALA	51	5,93
35-64	535.10-GASTRITIS ATROFICA SIN MENCION DE HEMORRAGIA	276	20,66
	288.03-NEUTROPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS	191	14,30
	272.6-LIPODISTROFIA	145	10,85
> 64	288.03-NEUTROPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS	212	53,91
	535.10-GASTRITIS ATROFICA SIN MENCION DE HEMORRAGIA	136	34,58
	288.00-NEUTROPENIA, NO ESPECIFICADA	110	27,97

Mujeres

Edad	Grupos patológicos	N	Tasa
0	288.00-NEUTROPENIA, NO ESPECIFICADA	8	23,11
	345.60-ESPASMOS INFANTILES SIN MENCION DE EPILEPSIA INCURABLE	8	23,11
	270.1-FENILCETONURIA (PKU)	6	17,33
	333.2-MIOCLONUS	6	17,33
1-4	287.31-PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE	25	17,57
	714.31-ARTR REUMAT JUV POLIARTICULAR AGUDA	21	14,76
	446.1-SINDROME AGUDO DE NODULO LINFATICO MUCOCUTANEO FEBRIL (MCLS)	19	13,35
5-14	307.1-ANOREXIA NERVIOSA	39	12,84
	535.10-GASTRITIS ATROFICA SIN MENCION DE HEMORRAGIA	39	12,84
	287.31-PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE	37	12,18
15-34	307.1-ANOREXIA NERVIOSA	157	18,31
	710.0-LUPUS ERITEMATOSO RELATIVO A SISTEMA	92	10,73
	272.6-LIPODISTROFIA	87	10,14
35-64	535.10-GASTRITIS ATROFICA SIN MENCION DE HEMORRAGIA	354	25,11
	288.03-NEUTROPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS	181	12,84
	272.6-LIPODISTROFIA	160	11,35
> 64	535.10-GASTRITIS ATROFICA SIN MENCION DE HEMORRAGIA	191	33,46
	288.03-NEUTROPENIA INDUCIDA POR FÁRMACOS	134	23,48
	446.5-ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES	83	14,54

Tabla 8.40. Enfermedades raras del listado priorizado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Morbilidad hospitalaria según sexo. Número de altas y tasas por 100 mil, 2011.

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

	Hombre		Mujer		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
E. NEUROMUSCULAR (DE LA PLACA MOTORA)	241	7,78	329	9,91	570	8,89
ESCLERODERMIA	72	2,33	204	6,15	276	4,30
E. NEUROMUSCULAR (DE LA MOTONEURONA ESPINAL)	158	5,10	112	3,37	270	4,21
E. NEUROMUSCULAR (DE RAICES Y NERVIOS PERIFERICOS)	143	4,62	117	3,53	260	4,05
E. NEUROMUSCULAR (MUSCULARES)	67	2,16	60	1,81	127	1,98
DISTONÍA MUSCULAR	35	1,13	56	1,69	91	1,42
OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	52	1,68	27	0,81	79	1,23
VON HIPPEL LINDAU*	35	1,13	43	1,30	78	1,22
QUISTES DE TARLOV*	28	0,90	47	1,42	75	1,17
NEUROFIBROMATOSIS	24	0,78	20	0,60	44	0,69
OTRAS ANOMALIAS ESPECIFICADAS*	13	0,42	18	0,54	31	0,48
ATAXIAS	8	0,26	16	0,48	24	0,37
E. NEUROMUSCULAR (DE ORIGEN MITOCONDRIAL)	10	0,32	13	0,39	23	0,36
TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA.	8	0,26	13	0,39	21	0,33
EPIDERMOLISIS BULLOSA*	3	0,10	13	0,39	16	0,25
LEUCODISTROFIA	5	0,16	6	0,18	11	0,17
NARCOLEPSIA	2	0,06	8	0,24	10	0,16
EXTROFIA VESICAL	6	0,19	1	0,03	7	0,11
E. DE HUNTINGTON	2	0,06	3	0,09	5	0,08
S. DE GILLES DE LA TOURETTE	3	0,10	1	0,03	4	0,06
ACROCEFALOSINDACTILIA	1	0,03			1	0,02
ANIRIDIA	1	0,03			1	0,02
PARAPARESIA ESPÁSTICA FAMILIAR						
S. DE X FRÁGIL						

(*) Estas enfermedades pueden estar sobreestimadas por inespecificidad del código CIE

8.3. Conclusiones

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (en 2010, 205,7 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (126,0 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. No obstante, la mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores. También ocupan los tumores el primer puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria en hombres, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas causaron en 2011 el 56% de las altas). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante en la última década. En mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en número de fallecimientos, después de más de dos décadas de aumento constante de su tasa de mortalidad, superior a la nacional. Geográficamente se observa un patrón de agregación de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en el sur del municipio de Madrid y en mujeres en la zona central. El cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad causa en mujeres. El cáncer de colon y recto presenta la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer, tanto en hombres como mujeres.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad –con tendencia claramente descendente–, la cuarta en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (40% del total de fallecimientos en hombres y 27% en mujeres en 2010, con tasa de mortalidad 2,4 veces superior en hombres). Se observa un patrón geográfico de mayor mortalidad por cardiopatía isquémica en la zona centro del municipio de Madrid. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas superiores en hombres (24,7 por 100.000 habitantes, frente a 20,9 en mujeres, para 2010).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2010. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2010 la quinta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad. La bronquitis y el enfisema pulmonar motivaron el 35,3% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2010, y el 11,6% en mujeres, superadas en estas por las neumonías, con un 23,4% de las defunciones. La morbilidad hospitalaria por esta causa se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años. El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 40 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y sexta en mujeres, ocasionando el 5% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más alta de altas hospitalarias en hombres, tras los tumores, y la quinta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 40 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres.

Las enfermedades raras (ER) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. No existe una lista totalmente consensuada de ER a nivel internacional. Para este informe se ha considerado el listado de la clasificación de la Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REPIER) y también el listado de las enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Las ER representan el 2,1% (N=859) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2010, de las cuales la mitad corresponden a mujeres (51,1%) y el 15,3 % acontecen en menores de 45 años. En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa la tasa bruta de mortalidad más elevada en el grupo de las enfermedades del sistema respiratorio (4,2 por 100.000) con mayor frecuencia de otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; seguido de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (4,1 por 100.000) entre las cuales destacan las enfermedades que afectan a la motoneurona; y de las malformaciones congénitas (2,2 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio. En 2011, las ER representan el 1,4% (N=14.522) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 52,8% corresponden a mujeres.

Objetivo 9

Reducir las lesiones derivadas
de actos violentos y de accidentes

9

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

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

3. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales.

En 2005 el Comité Regional de la OMS dictó una resolución para orientar el trabajo sobre la prevención de lesiones en Europa. La OMS/Europa informó sobre los avances en la implementación de la anterior resolución, basado en una encuesta realizada a 31 Estados miembros en 2008 y a 47 países en 2010.

Centrarse en los niños y jóvenes

Las lesiones son la principal amenaza para la salud de la infancia y adolescencia en la Región Europea de la OMS. Sobre esta base, el Plan de Acción de la OMS de Salud y Medio Ambiente para la infancia de Europa ('CEHAPE') establece como objetivo prioritario regional número 2 la prevención y la reducción sustancial de las consecuencias para la salud de los accidentes y las lesiones, mediante la promoción de entornos humanos sanos, seguros y favorables para toda la infancia.

Abordar la seguridad vial, un problema de salud en todo el mundo

En 2004 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó, por abrumadora mayoría, una resolución para hacer frente a la falta de seguridad en las carreteras del mundo, que es responsable de la muerte de 1,2 millones de personas y lesiones y discapacidades a otras 50 millones de personas cada año. Los Estados Miembros y las organizaciones internacionales destacaron la importancia de los aspectos de salud pública sobre la falta de seguridad vial y la necesidad de una respuesta multisectorial que incluya la participación activa del sector de salud pública.

OMS/Europa llama al sector de la salud a asumir un papel más fuerte y más proactivo, además de su papel de liderazgo en la vigilancia de lesiones y tratamiento. Se promueve una nueva reflexión sobre la seguridad vial en Europa, que se base en la seguridad en el sistema de transporte, y apoye la mejora de los mecanismos de aplicación y herramientas para lograr la seguridad vial.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

9.1. Causas externas

- 9.1.1. Indicadores generales
- 9.1.2. Mortalidad por causas externas
- 9.1.3. Accidentes autodeclarados
- 9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria
- 9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas
- 9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

9.2. Accidentes de tráfico

- 9.2.1. Indicadores generales
- 9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico
- 9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico
- 9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico
- 9.2.5. Factores determinantes

9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

- 9.3.1. Indicadores generales
- 9.3.2. Mortalidad por suicidio

9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

9.4.1. Inmigración y violencia de género

9.4.2. Adolescencia y violencia de género

9.4.3. Violencia de pareja hacia la mujer - Conclusiones

9.5. Conclusiones

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

Las causas externas tienen un especial impacto en la mortalidad en las edades jóvenes y así son una causa importante de mortalidad prematura y discapacidad, especialmente en hombres. En 2010 la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 11,3 (16,0 en hombres y 7,1 en mujeres). Respecto a 2006 la carga de enfermedad por causas externas en 2010 ha disminuido un 46,0% (51,9% en hombres y 27,9 % en mujeres) (Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Causas externas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Causas externas			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	555	415	970
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	17,9	12,5	15,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,2	4,4	9,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	16,0	7,1	11,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	839,2	764,1	800,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,42	0,14	0,31
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	10.209	4.944	15.153
Años de Vida Perdidos. CM.	7.598	2.979	10.577
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.611	1.965	4.576

9.1.2. Mortalidad por causas externas

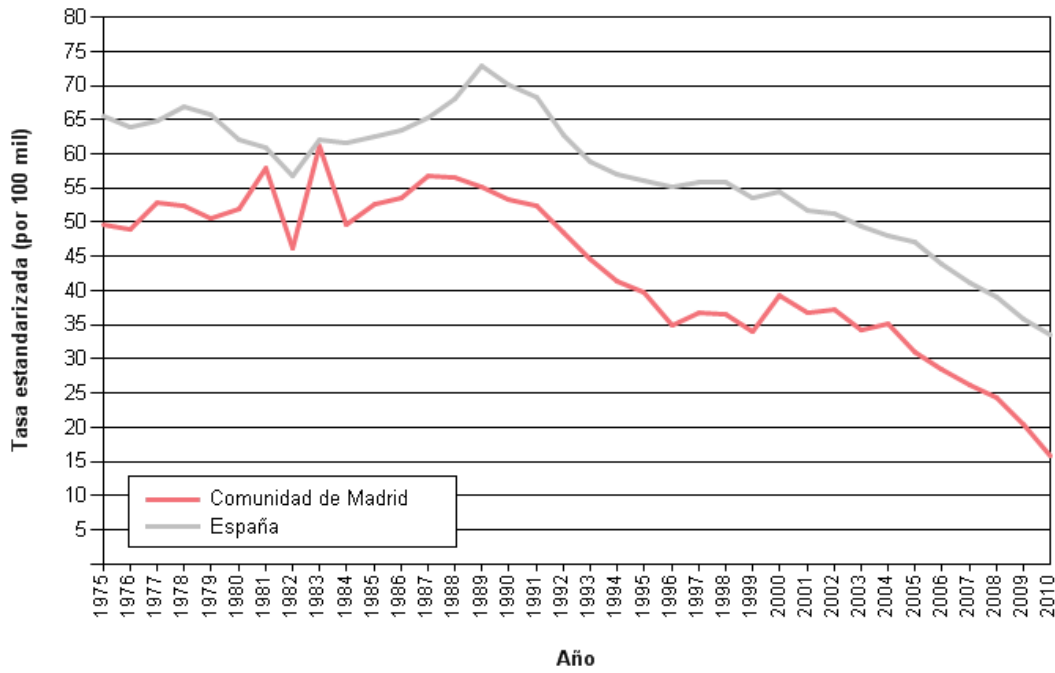
La mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid continúa descendiendo en los últimos años de forma aún más intensa (Figura 9.1). Durante el periodo 2000-2010 la mortalidad descendió un 60,0 % en hombres y un 42,6 % en mujeres. Éstas presentan no obstante en 2010, como ya hemos visto, una tasa menos de la mitad que la masculina.

Desde 1975 la mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es inferior a la nacional, especialmente en hombres. Asimismo, el descenso en las tasas observado en la última década es notablemente superior en la Comunidad de Madrid.

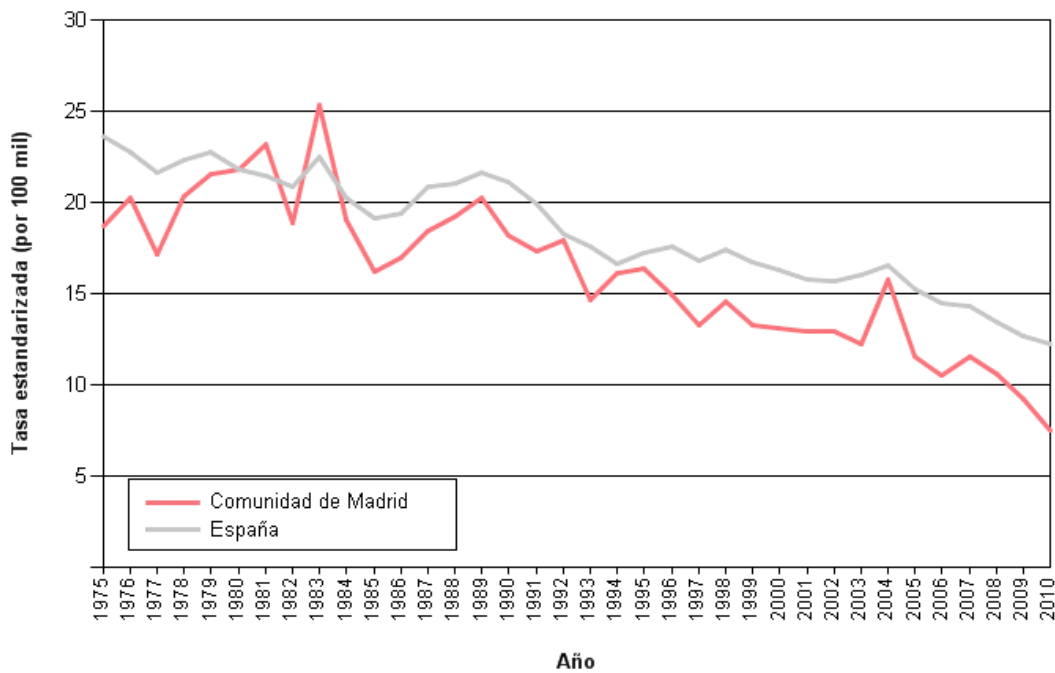
Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



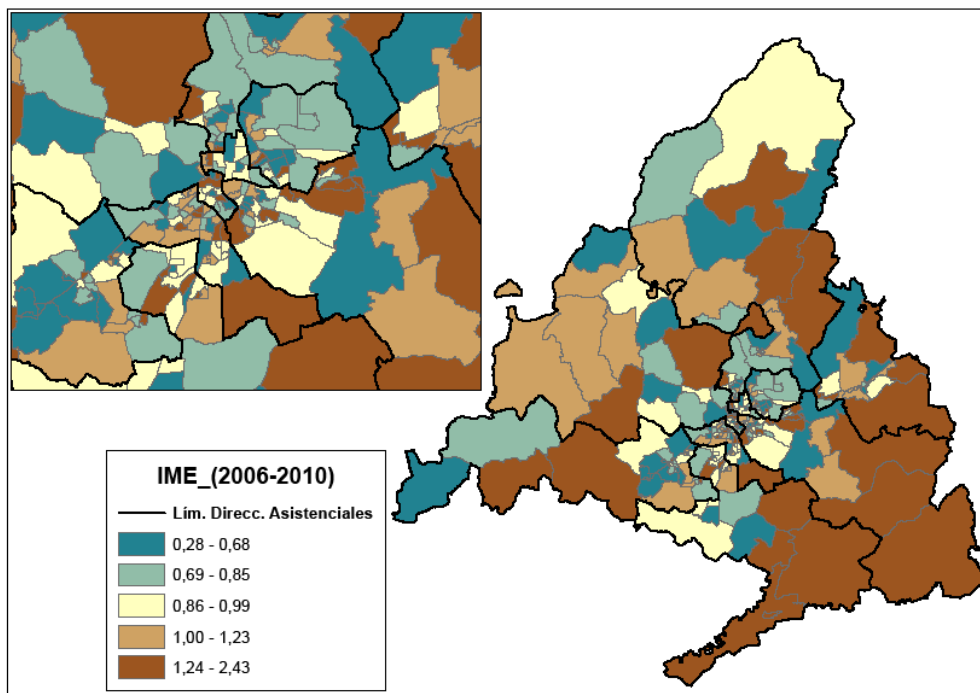
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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

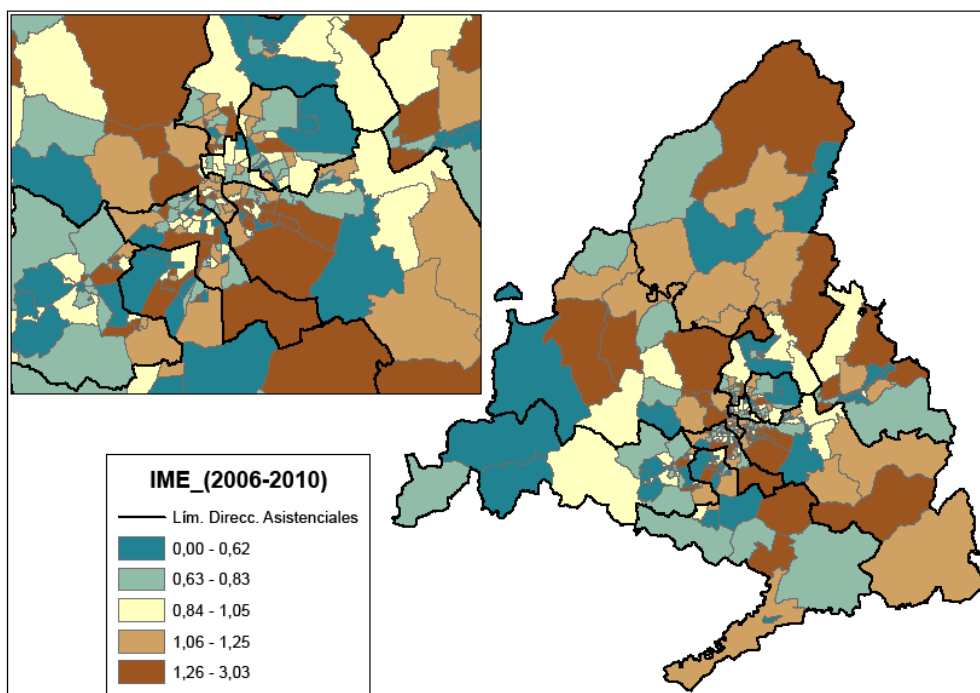
Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, período 2006-2010. Comunidad de Madrid

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

Hombres



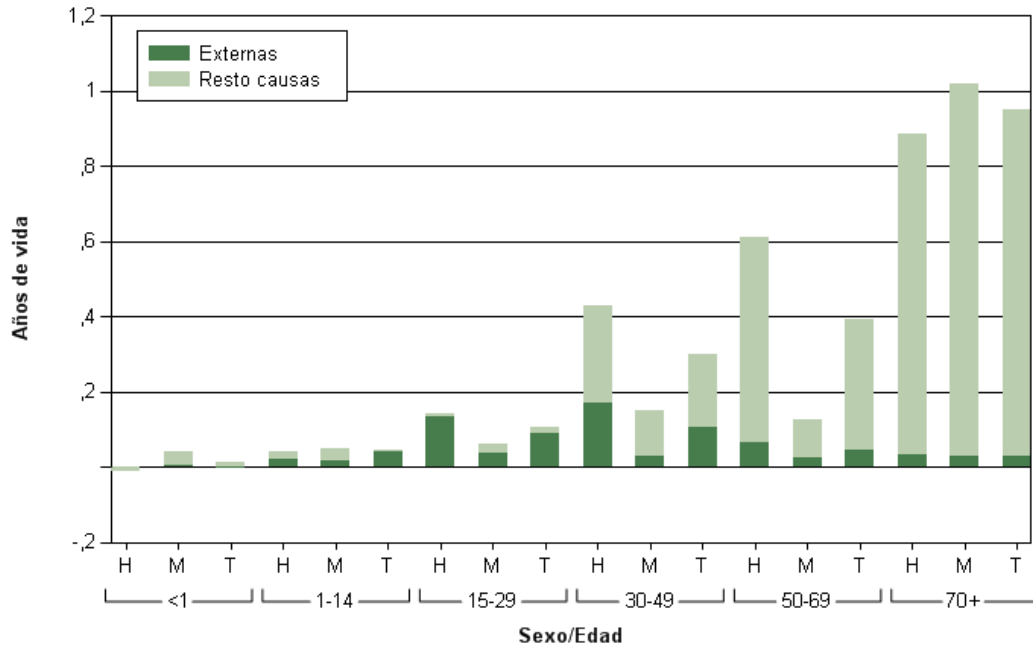
Mujeres



Entre 2005 y 2010 las causas externas de muerte han contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población madrileña en 0,41 años en hombres y 0,14 años en mujeres. Las mejoras se han producido sobre todo en el tramo de edad 15-49 (Figura 9.3.).

Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1 Accidentes en jóvenes

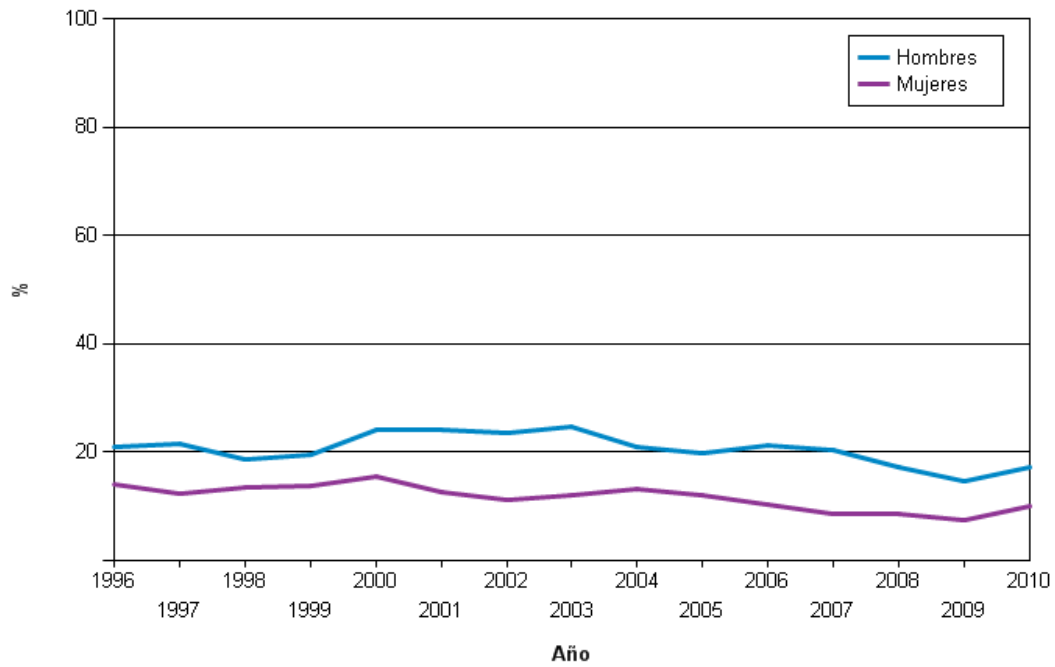
De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), el 13,5% de los jóvenes de 15-16 años entrevistados en 2010 tuvo en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo casi 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación en las que se produjo el último accidente, en los chicos el motivo más frecuente tiene que ver con la práctica deportiva (18,4%), el segundo en casa (17,8%) y en tercer lugar en la calle (12,9%). En las mujeres se originaron fundamentalmente en casa (41,0%), seguido de los accidentes relacionados con la práctica deportiva o con el coche (12,6% cada uno) y en tercer lugar en moto, en la calle o en otro lugar (7,4% cada uno).

Desde 1996 la evolución de la frecuencia de accidentes muestra una tendencia predominantemente descendente, tanto en chicos como en chicas (Figura 9.4).

Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



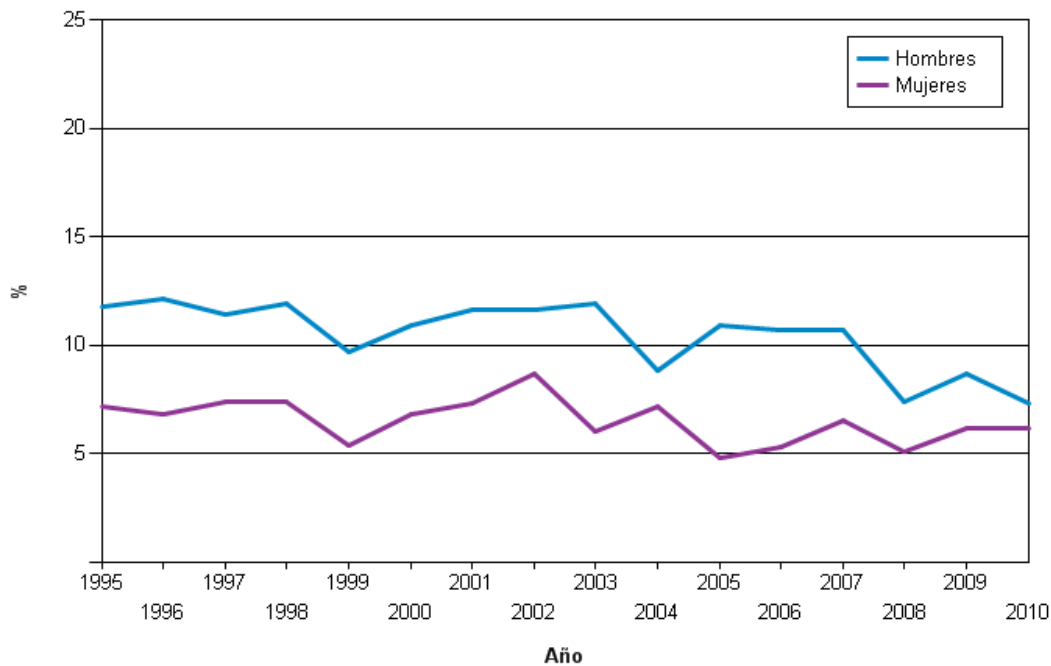
9.1.3.2. Accidentes en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) un 6,7% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven.

Se observa una reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 33,1% en hombres y del 11,4% en mujeres durante el 2009/2010 respecto a 1995/1996 (Figura 9.5).

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Sin variaciones reseñables en los últimos años, las lesiones atendidas en Atención Primaria representan el 4% de todos los episodios atendidos (Tabla 9.2). Se observa sin embargo un aumento de las tasas en los cuatro últimos años (2008-2011) del 18,8%, ligeramente superior en mujeres, que presentan además tasas superiores a los hombres. Las tasas en población extranjera son un 40% inferiores a las de los españoles.

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.

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

	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	351.241	4,75	114,5 (118,4)	366.570	4,59	120,8 (124,0)
Mujeres	432.815	3,78	130,4 (124,3)	453.598	3,69	137,9 (130,2)
Nacidos fuera de España	108.897	3,96	91,7 (106,5)	111.869	3,81	97,7 (110,3)
Nacidos en España	675.036	4,19	129,9 (125,8)	708.022	4,08	136,7 (131,5)
Total	784.056	4,16	122,8 (122,3)	820.168	4,04	129,7 (128,1)

Tal aumento se ha producido en todas las regiones de la Comunidad de Madrid, siendo las Direcciones de Área Territorial Sureste y Sur las que presentan las tasas superiores (Tabla 9.3).

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.

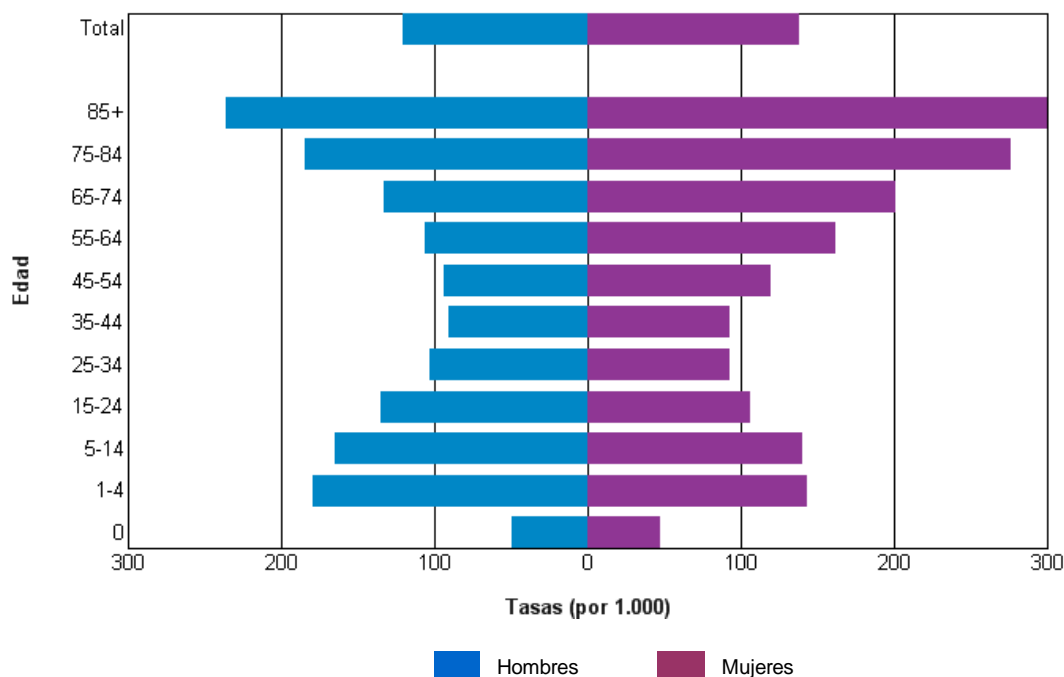
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2010			2011		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	152.494	4,04%	120,6 (112,9)	142.016	3,92%	115,2 (107,7)
Norte	84.766	4,01%	105,2 (104,6)	94.774	4,01%	117,6 (115,9)
Este	111.968	4,18%	121,0 (121,1)	115.998	3,98%	126,5 (125,4)
Sureste	129.787	4,22%	138,1 (137,6)	145.633	4,11%	155,2 (153,8)
Sur	98.094	4,07%	134,7 (138,3)	105.565	3,92%	145,0 (147,5)
Oeste	93.731	4,03%	129,8 (134,0)	98.707	3,94%	138,1 (140,8)
Noroeste	113.216	4,57%	113,2 (113,0)	117.475	4,46%	119,0 (117,0)

Si observamos la distribución por edades, vemos que las lesiones se acumulan en las edades extremas de la vida (Figura 9.6). Las mujeres presentan las mayores tasas por encima de 64 años, siendo éstas sensiblemente superiores a las de los hombres. En éstos las mayores tasas se alcanzan en los jóvenes y los de mayor edad. Se observa que tanto en hombres como mujeres, desde 2005 las tasas en mayores de 74 años han venido aumentando constantemente.

Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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



La primera causa de morbilidad por accidentes en menores de un año son las conmociones cerebrales y contusiones. En el resto de edades son las heridas incisas seguidas por las contusiones. (Figura 9.7).

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2011.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	N79-Conmoción cerebral/concusión N=828	L76-Otras fracturas N=413	A85-Efecto adverso med dosis correcta N=388	S16-Contusión/magulladura N=317	S12-Picadura de insecto N=300
01-04	S18-Laceración/herida incisa N=13851	S12-Picadura de insecto N=9757	S16-Contusión/magulladura N=6093	N79-Conmoción cerebral/concusión N=4467	A85-Efecto adverso med dosis correcta N=2251
05-14	S18-Laceración/herida incisa N=20251	S16-Contusión/magulladura N=19009	S12-Picadura de insecto N=14239	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9132	L79-Esguinces y distensiones NE N=7347
15-24	S18-Laceración/herida incisa N=12744	S16-Contusión/magulladura N=11903	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9626	L79-Esguinces y distensiones NE N=5720	S12-Picadura de insecto N=4889
25-34	S18-Laceración/herida incisa N=16524	S16-Contusión/magulladura N=12610	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=10362	A88-Efectos adversos factores físicos N=7637	A80-Traumatismo/lesión NE N=6918
35-44	S18-Laceración/herida incisa N=18463	S16-Contusión/magulladura N=12409	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9092	A88-Efectos adversos factores físicos N=7876	S12-Picadura de insecto N=6991
45-54	S18-Laceración/herida incisa N=15544	S16-Contusión/magulladura N=11199	A88-Efectos adversos factores físicos N=6947	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=6740	S12-Picadura de insecto N=6036
55-64	S18-Laceración/herida incisa N=13305	S16-Contusión/magulladura N=10659	A88-Efectos adversos factores físicos N=6851	S12-Picadura de insecto N=5231	S14-Quemaduras/escaldaduras N=4988
65-74	S18-Laceración/herida incisa N=12836	S16-Contusión/magulladura N=11422	A88-Efectos adversos factores físicos N=7022	L76-Otras fracturas N=5850	S12-Picadura de insecto N=4210
75-84	S18-Laceración/herida incisa N=16498	S16-Contusión/magulladura N=13973	A88-Efectos adversos factores físicos N=8546	L76-Otras fracturas N=7681	L75-Fractura de fémur N=3613
85+	S18-Laceración/herida incisa N=10454	S16-Contusión/magulladura N=6823	L75-Fractura de fémur N=4098	L76-Otras fracturas N=3599	A88-Efectos adversos factores físicos N=3486

* Código CIAP-2 correspondiente. N= número de episodios

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

Como en años anteriores, en 2011 un 5% de las altas hospitalarias fueron debidas a causas externas. Las dos principales de ellas, mucho más frecuentes que las restantes, fueron las fracturas (40,7%) y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (32,3%) (Tabla 9.4).

Las tasas de altas hospitalarias por causas externas aumentan con la edad, y de forma notable en las últimas décadas de la vida. Son en general ligeramente superiores en hombres (8,51 altas por mil habitantes frente a 7,7 en mujeres en 2011), pero a partir de los 65-70 años son más frecuentes en mujeres. Durante el periodo 2003-2011 las tasas han aumentado un 30,5% en mujeres y un 13,3% en hombres (Figura 9.8).

Las caídas accidentales son el mecanismo de lesión más frecuente entre las causas externas. Son más frecuentes en personas aïosas y en mujeres, en torno a 1,4 veces más frecuentes que en hombres (Figura 9.9). Durante el periodo 2003-2011 las tasas de altas por lesiones por caídas accidentales han aumentado un 66% en mujeres y un 57% en hombres.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto al total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2011.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fractura (800-829)	9.662	36,7	11.476	44,9	21.138	40,7
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	8.502	32,3	8.276	32,4	16.778	32,3
Herida abierta (870-897)	1.801	6,8	960	3,8	2.761	5,3
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	1.327	5,0	615	2,4	1.942	3,7
Luxación (830-839)	937	3,6	691	2,7	1.628	3,1
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	991	3,8	856	3,4	1.847	3,6
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	515	2,0	670	2,6	1.185	2,3
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	506	1,9	368	1,4	874	1,7
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	421	1,6	160	0,6	581	1,1
Contusión (920-924)	304	1,2	290	1,1	594	1,1
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	317	1,2	375	1,5	692	1,3
Quemadura (940-949)	294	1,1	211	0,8	505	1,0
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	308	1,2	248	1,0	556	1,1
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	165	0,6	131	0,5	296	0,6
Lesión superficial (910-919)	78	0,3	54	0,2	132	0,3
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	92	0,3	70	0,3	162	0,3
Efecto tardío de causa externas (905-909)	75	0,3	70	0,3	145	0,3
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	47	0,2	10	0,0	57	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	18	0,1	19	0,1	37	0,1
Total Causas Externas						
Nº de altas	26.360		25.550		51.910	
% sobre total de altas	5,72%		4,4%		4,98%	

Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

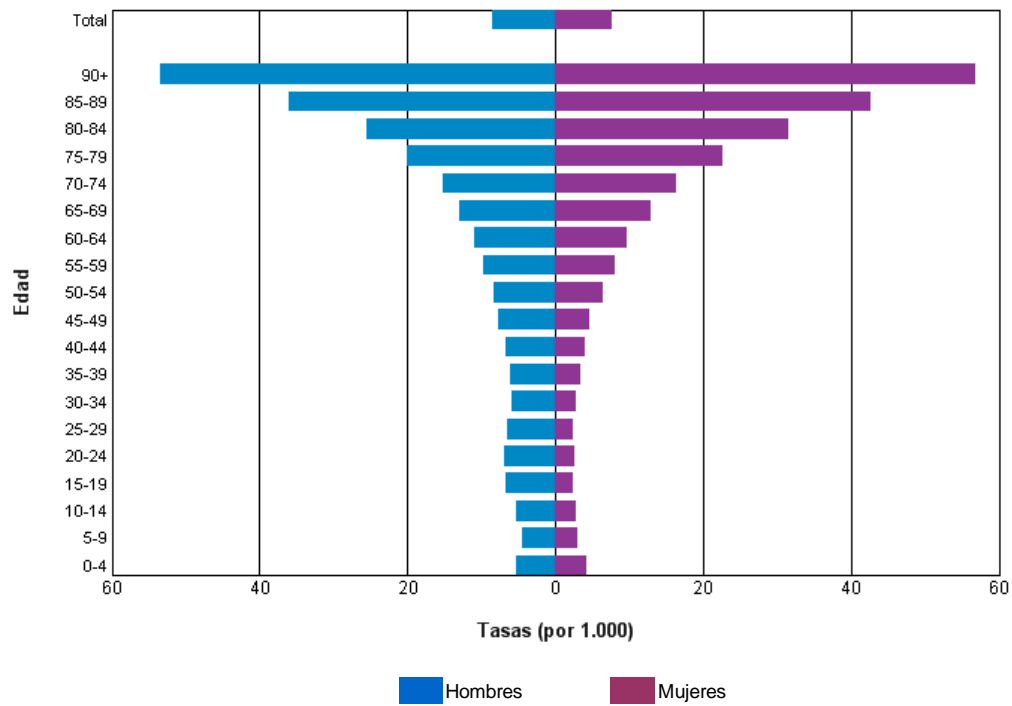
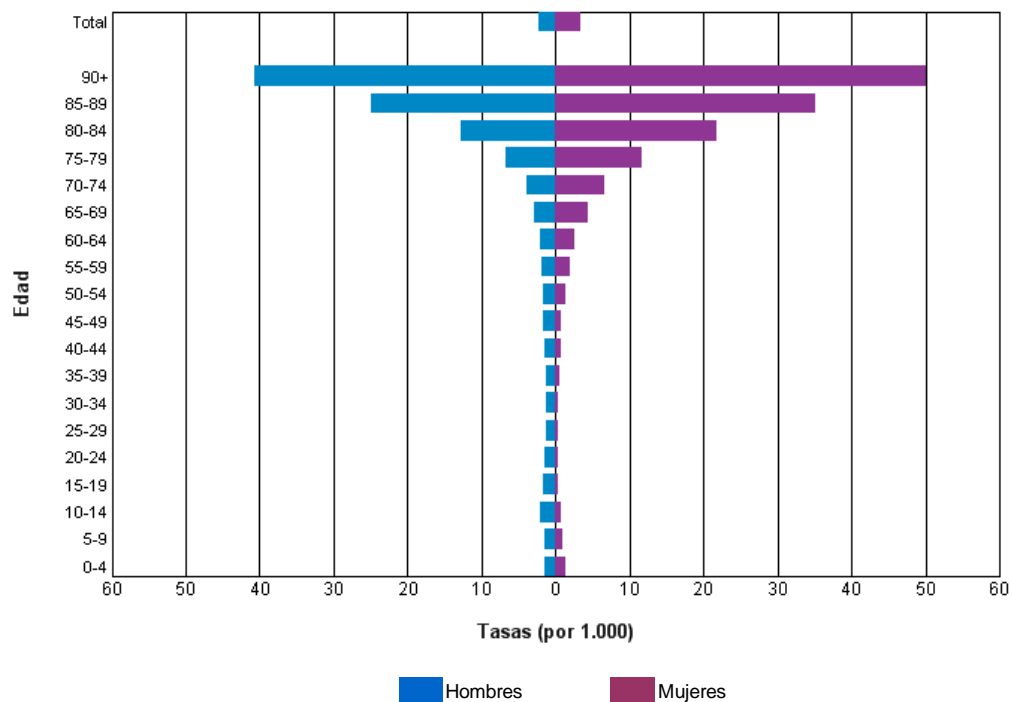


Figura 9.9. Causas externas consecuencia de caídas accidentales. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

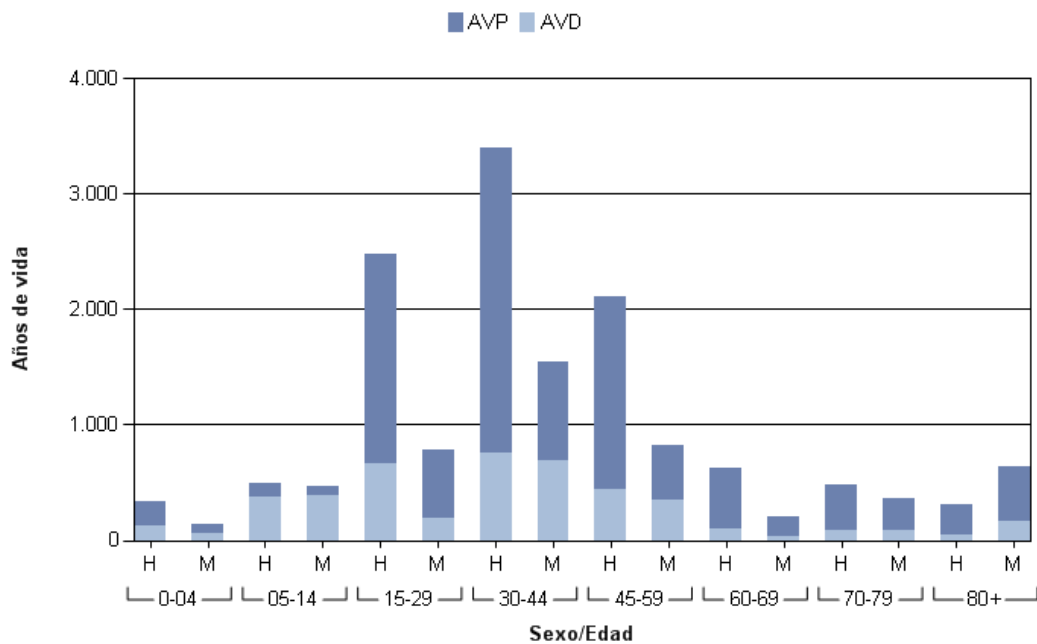


9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2010 en las edades adultas (15 a 59 años) y en los hombres, con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD) (Figura 9.10). Como ya fue señalado, respecto a 2006 la carga de enfermedad por causas externas en 2010 ha disminuido un 46% (51,9% en hombres y 27,9 % en mujeres) Como veremos a continuación, ello puede atribuirse sobre todo al descenso en la mortalidad por accidentes de tráfico.

Figura 9.10. Causas externas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2. Accidentes de tráfico

9.2.1. Indicadores generales

La morbi-mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid es aproximadamente el triple en hombres que en mujeres. En la Comunidad de Madrid en 2010, la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 2,4 en hombres y 0,7 en mujeres. Los accidentes de tráfico constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad por causas externas. En 2010 supusieron el 36,1% de los años de vida perdidos y el 21,1 % de los años vividos con discapacidad. La carga de enfermedad por accidentes de tráfico ha disminuido un 58,8 % entre 2006 y 2010 (Tabla 9.5).

Tabla 9.5. Accidentes de tráfico. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	79	28	107
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	0,8	1,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	0,6	1,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,4	0,7	1,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	46,0	18,4	31,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,16	0,04	0,11
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.503	1.279	4.782
Años de Vida Perdidos. CM.	2.885	931	3.816
Años Vividos con Discapacidad. CM.	618	348	966

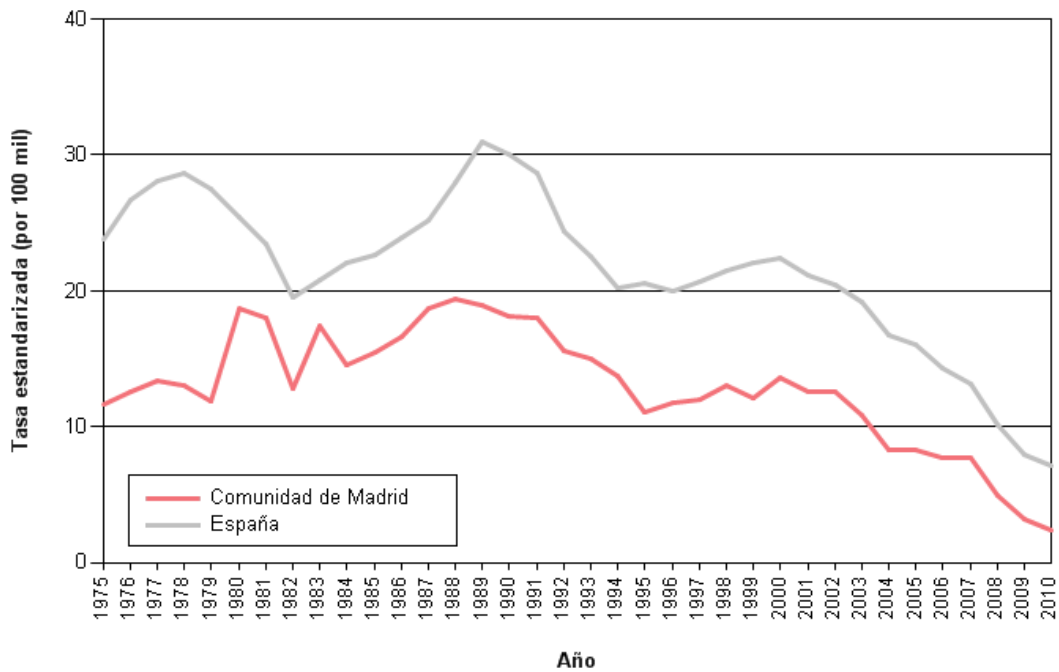
9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid mantiene la tendencia fuertemente descendente iniciada en la última década ([Figura 9.11](#)). En el periodo 2000-2010 las tasas han disminuido hasta 5,3 veces su valor inicial en hombres y 4,8 veces en mujeres; sólo en los dos últimos años las tasas se han reducido un 45%. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional, pero con un descenso menos pronunciado. En 2010 las tasas nacionales fueron tres veces superiores a las madrileñas en hombres y 2,4 veces superiores en mujeres.

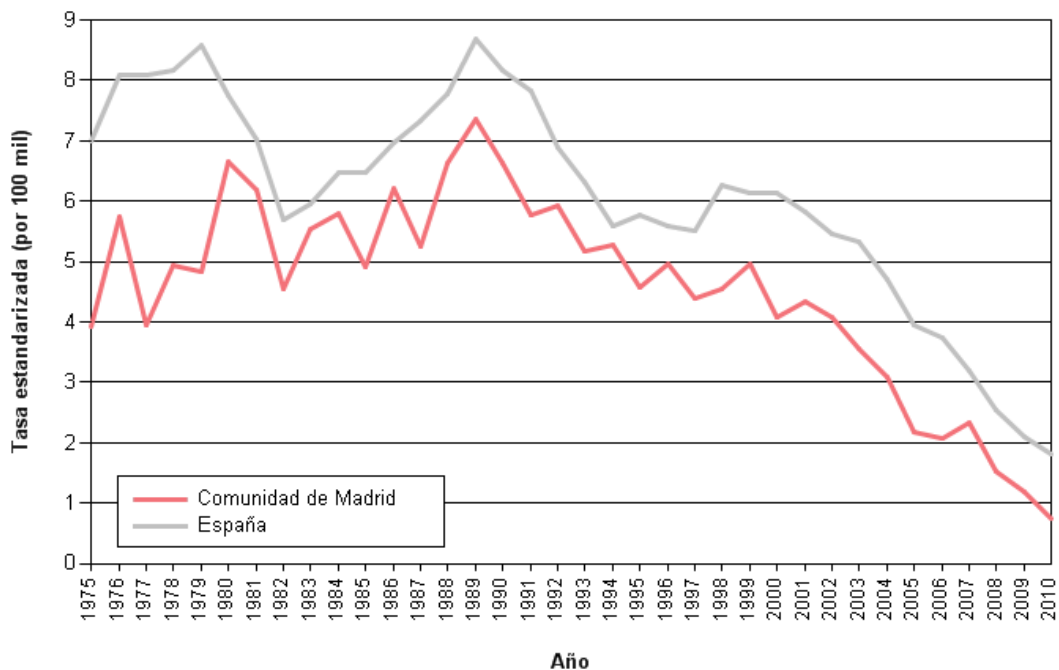
Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



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

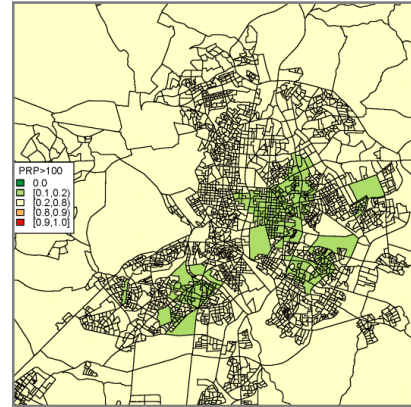
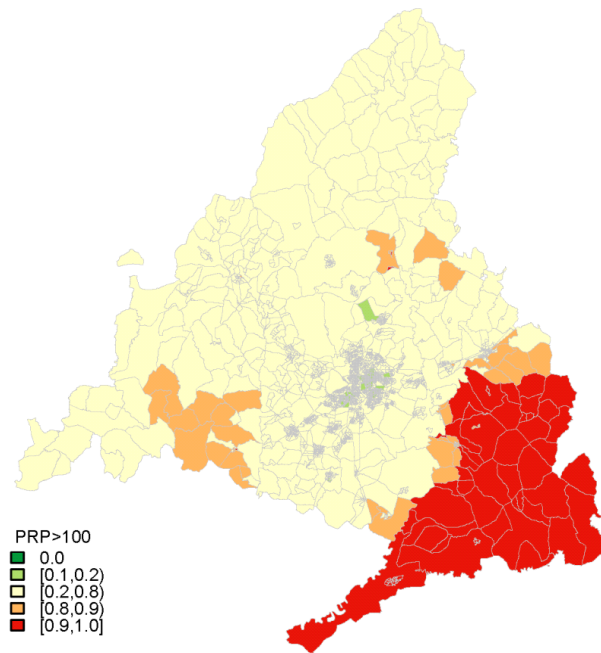
Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT), de acuerdo con el objetivo señalado por El Libro Blanco del Transporte de la Comisión Europea (2001), de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

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

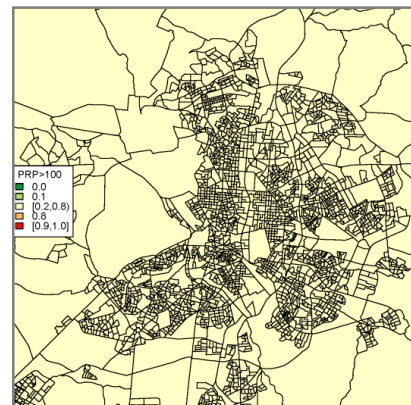
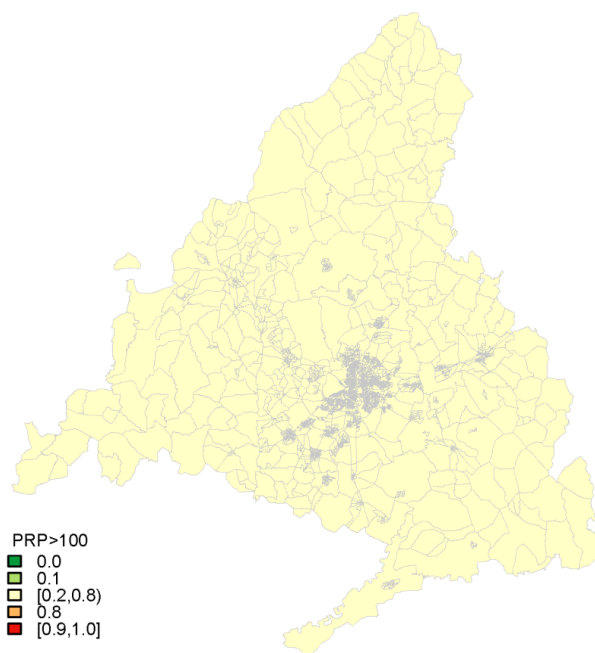
Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

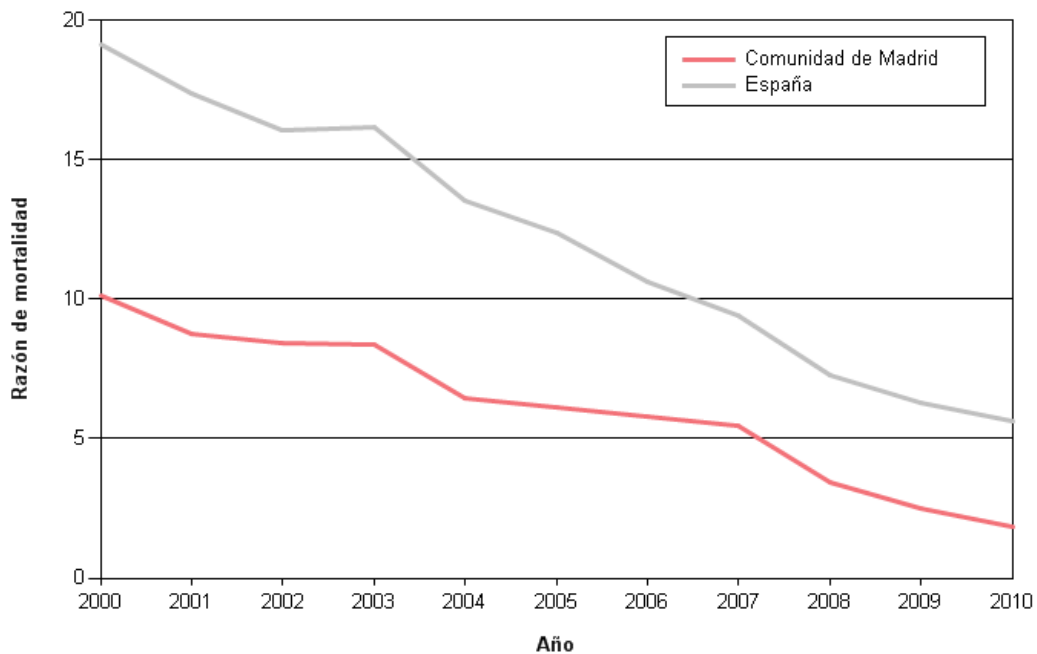


Un indicador tradicional alternativo a las tasas de mortalidad es la razón de mortalidad por 100.000 vehículos. La [Figura 9.13](#) presenta la evolución de dicha razón para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2000-2010. El descenso del indicador, hasta situarse en menos de un quinto de su valor inicial en la Comunidad de Madrid, es similar al observado en las tasas. Según datos de la DGT, el parque de vehículos sufrió un importante incremento en este periodo (33,5 % en España), así como el número de conductores (33,25% en el periodo 2001-2010 según la misma fuente). Es importante por tanto, a la hora de estimar con mayor precisión el riesgo para las personas de fallecer en un accidente de tráfico, contar con indicadores que recojan estas variables.

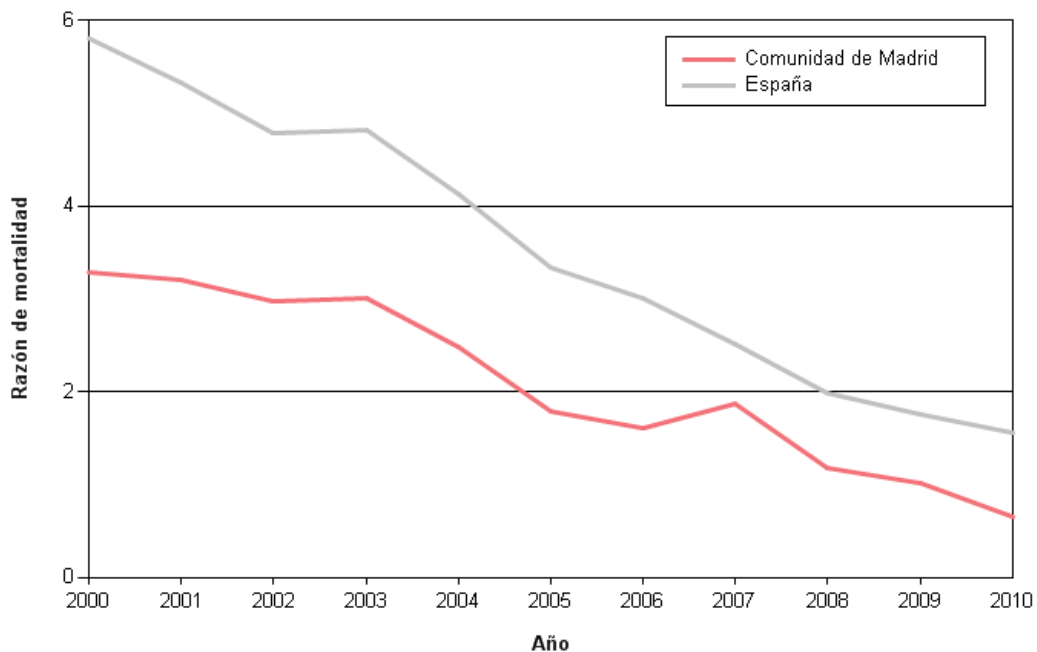
Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2010.

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

Hombres



Mujeres

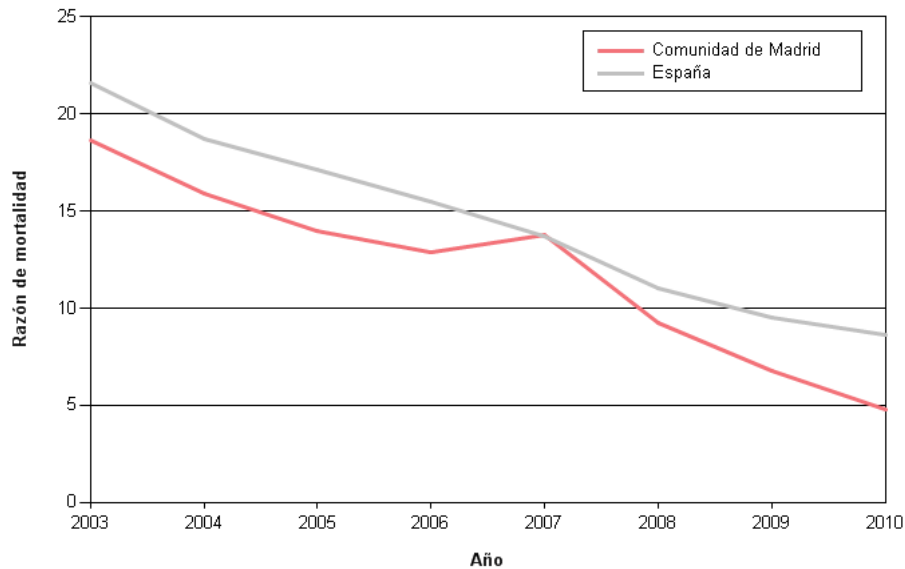


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

En línea con lo anterior, la [Figura 9.14](#) muestra la evolución de la razón de mortalidad por accidente de tráfico por 1.000 millones de vehículos-km recorridos, para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2003-2010. Se observa aquí también el mismo patrón descendente que en los indicadores anteriores. La diferencia entre España y la Comunidad de Madrid, si bien ha aumentado en los últimos dos años, no es tan marcada como en las tasas de mortalidad, lo que parece traducir la mayor movilidad en general de los vehículos en el resto de España que en la Comunidad de Madrid, y por lo tanto la mayor exposición por esa causa a los accidentes de tráfico.

Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2010.

Fuente: IECM y Anuario Estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La [Figura 9.15](#) muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en peatones en la Comunidad de Madrid, durante el periodo 1999-2010. También este indicador presenta tasas superiores en hombres y ha seguido la misma evolución descendente que los fallecidos por accidente de tráfico en general, lo que parece evidenciar la efectividad de las medidas preventivas adoptadas por la DGT en la última década también en este colectivo.

Figura 9.15. Accidentes de tráfico en peatones. Evolución de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

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

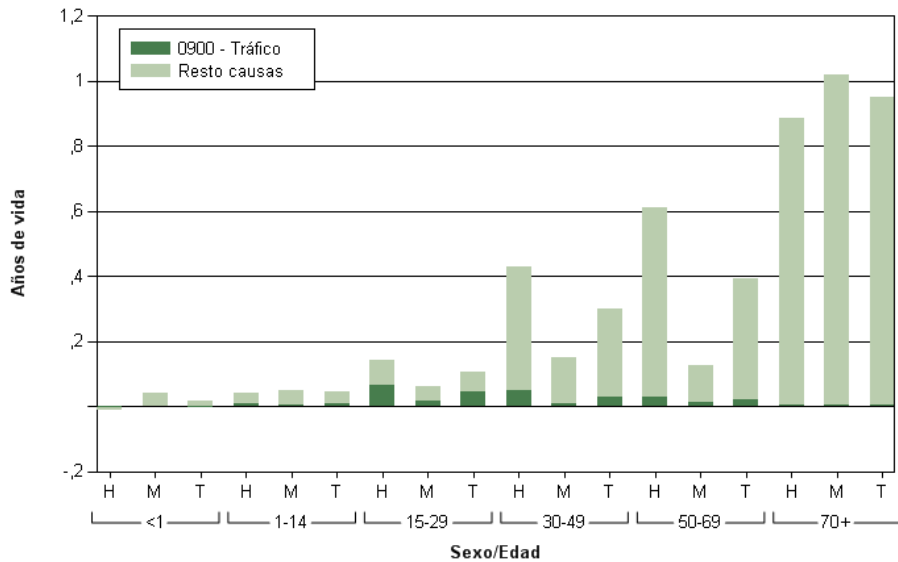


9.2.2.1. Contribución de los accidentes de tráfico a los cambios en la esperanza de vida

Durante el periodo 2005-2010 la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico ha contribuido positivamente al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña, sobre todo en términos proporcionales en el colectivo de 15-29 años y en términos generales en adultos varones (Figura 9.16)

Figura 9.16. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

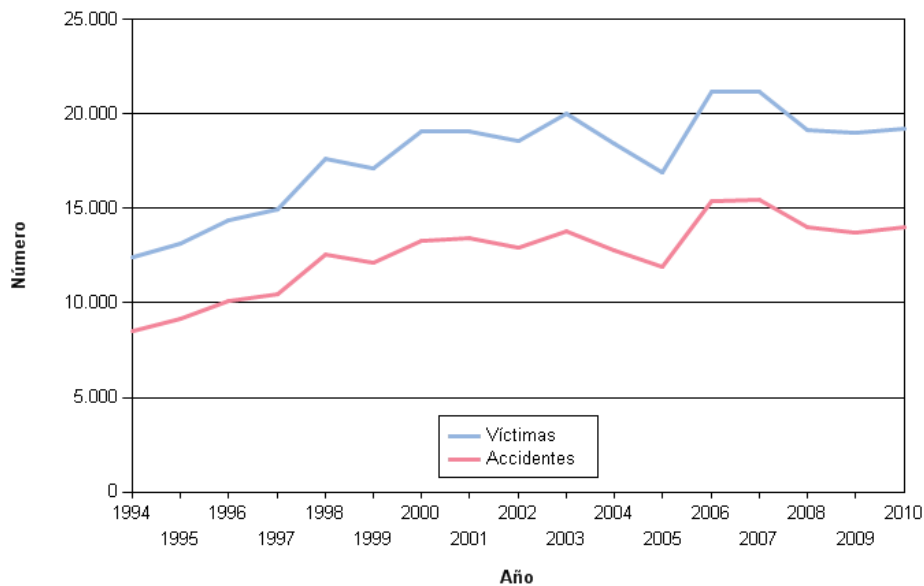


9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

La Figura 9.17a muestra la evolución en los últimos años de los accidentes y víctimas de accidente de tráfico en la Comunidad de Madrid, según los datos facilitados por la DGT (Series estadísticas sobre accidentes y víctimas I).

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2010.

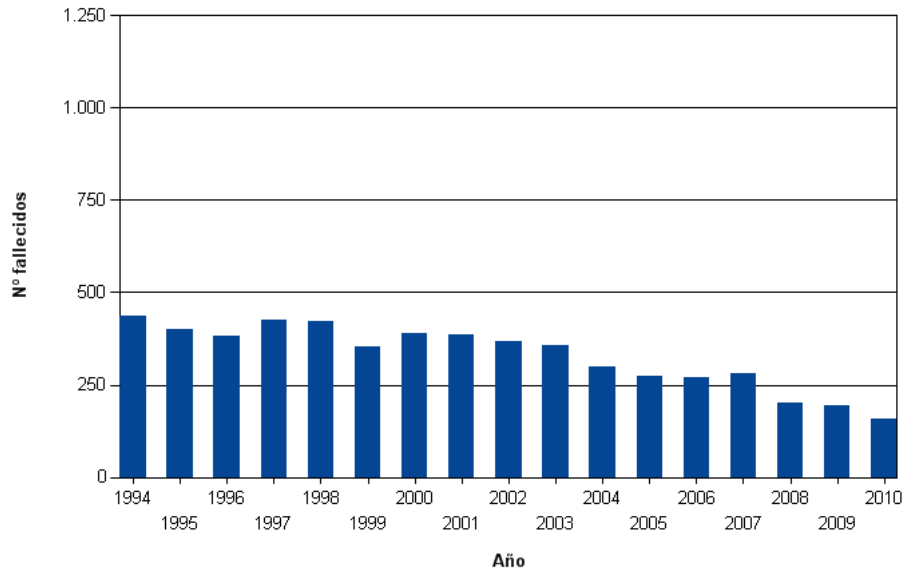
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Puede observarse cómo, derivado del aumento progresivo de la población, del parque de vehículos y el número de conductores en este periodo, ha venido incrementándose también el número absoluto de accidentes y víctimas. Sin embargo, según puede apreciarse en la [Figura 9.17b](#), el número de víctimas mortales durante el mismo periodo, en consonancia con los datos de mortalidad ya vistos, ha mostrado una tendencia descendente.

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2010.

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

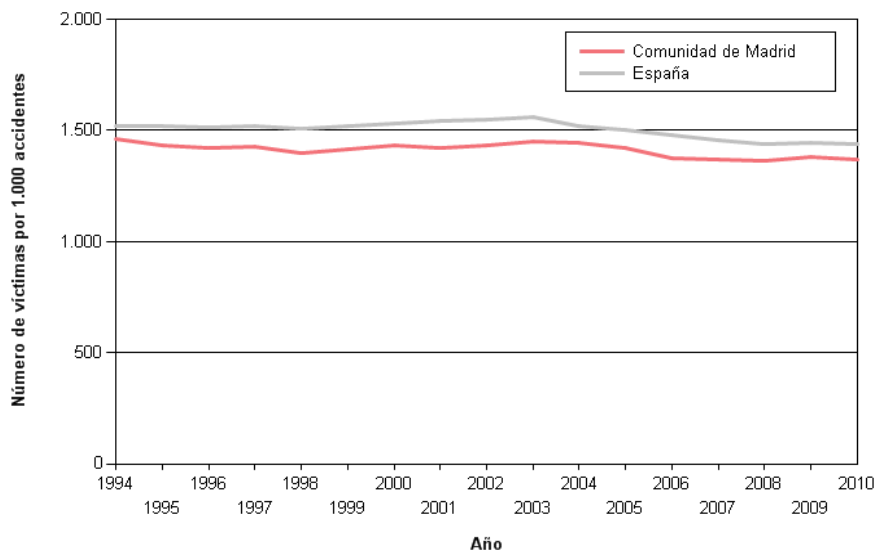


En 2006 la DGT implantó un nuevo sistema de recogida de información para el registro de accidentes que incrementó de manera artificial el número de éstos y de víctimas leves, lo que explica ese cambio abrupto de tendencia en el gráfico ese año.

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

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2010.

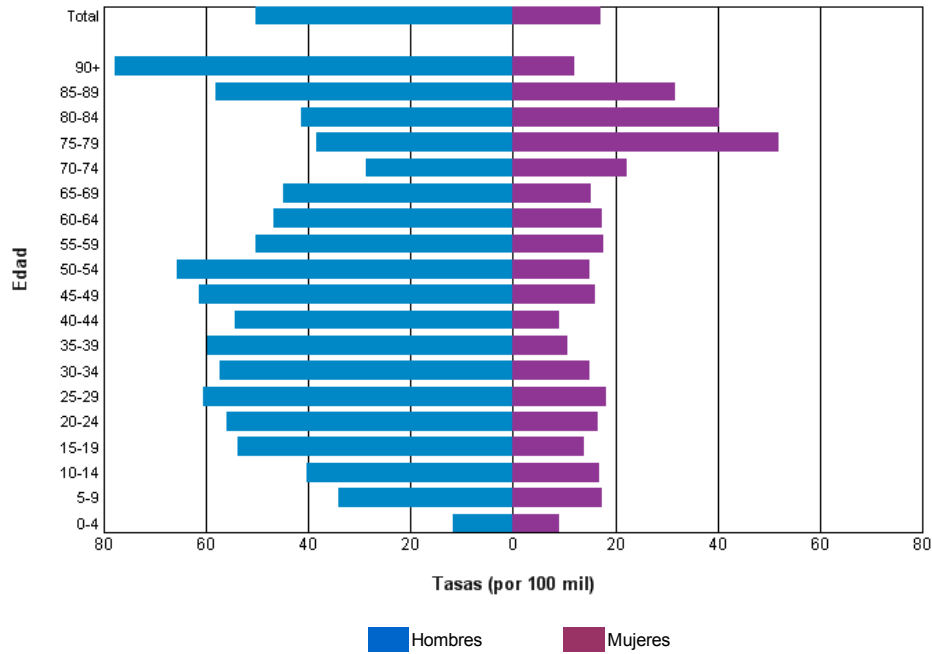
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La **Figura 9.19** muestra la morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Se observa cómo, igual que ocurría con las tasas de mortalidad, la morbilidad en hombres es muy superior a la de mujeres (el triple en 2011). La morbilidad en 2011 es considerable en todas las edades a excepción de los menores de 5 años; en la última década ha disminuido notablemente en adultos jóvenes hombres.

Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

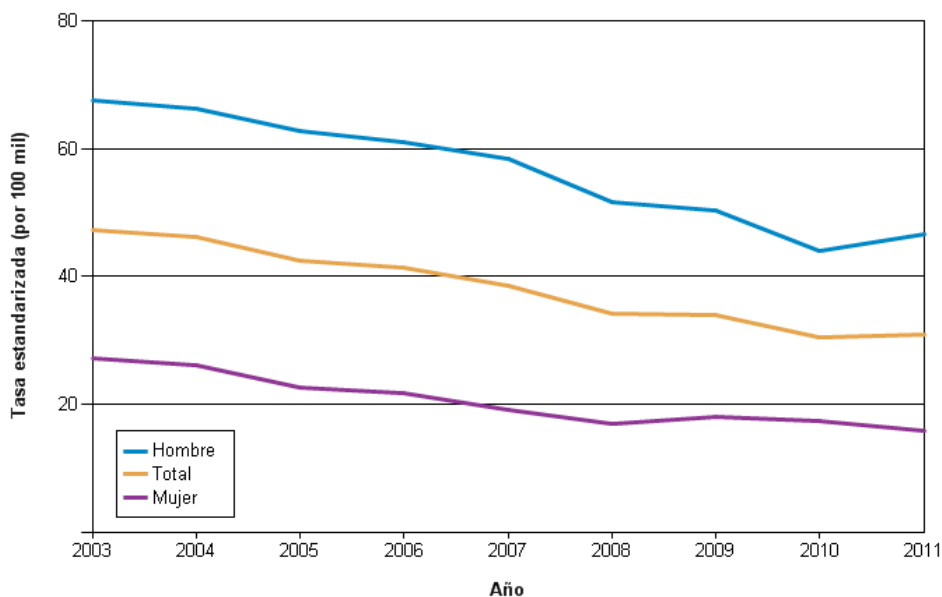
Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



En la **Figura 9.20** podemos apreciar cómo las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descienden en el periodo 2003-2010 en ambos sexos; se observa sin embargo un estancamiento en mujeres en los últimos tres años y un repunte en hombres en 2011.

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

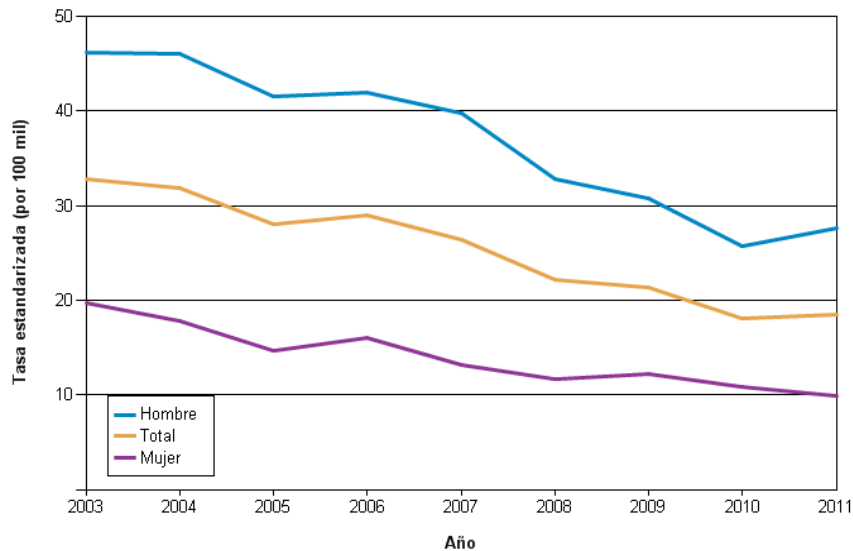
Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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

Figura 9.21. Accidentes de tráfico con estancia hospitalaria de 4 días o más. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

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

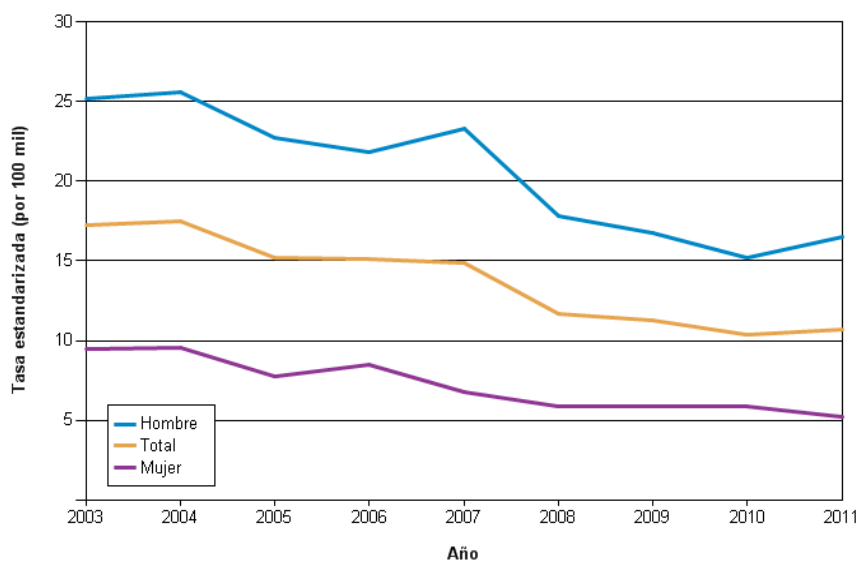


Otro indicador referido a los casos graves es la tasa de altas hospitalarias por lesión por accidente de tráfico con una puntuación AIS (Abbreviated Injury Scale) máxima ≥ 3 o ≥ 4 . AIS es un sistema de puntuación de la gravedad de cada lesión en una zona anatómica determinada, sobre una escala ordinal de 1 a 6. Fue creado en 1971 por la Association for the Advancement of Automobile Medicine y hoy su uso se haya ampliamente extendido en el mundo para la auditoría e investigación médica.

La [Figura 9.22](#) muestra las tasas de altas hospitalarias con MAIS (AIS máximo) igual a 3 o mayor. Observamos un patrón descendente semejante al de la morbilidad hospitalaria total.

Figura 9.22. Accidentes de tráfico con lesiones graves no fatales según MAIS igual o mayor que 3. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

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



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

Figura 9.23. Accidentes de tráfico con fractura de huesos largos. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

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

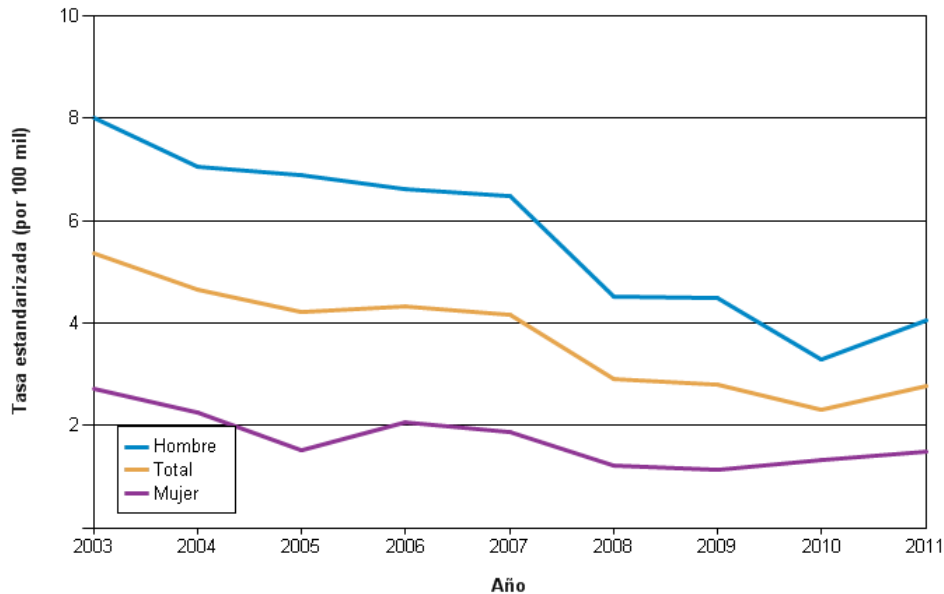
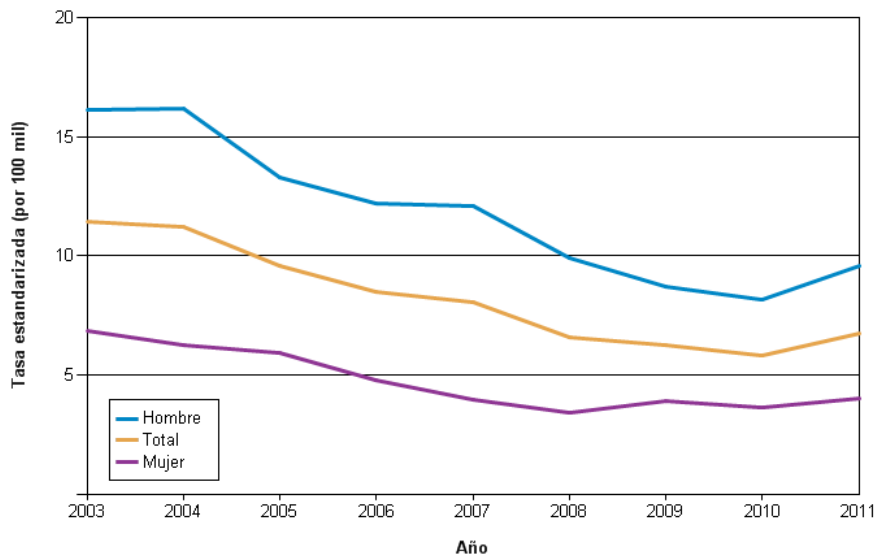


Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

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



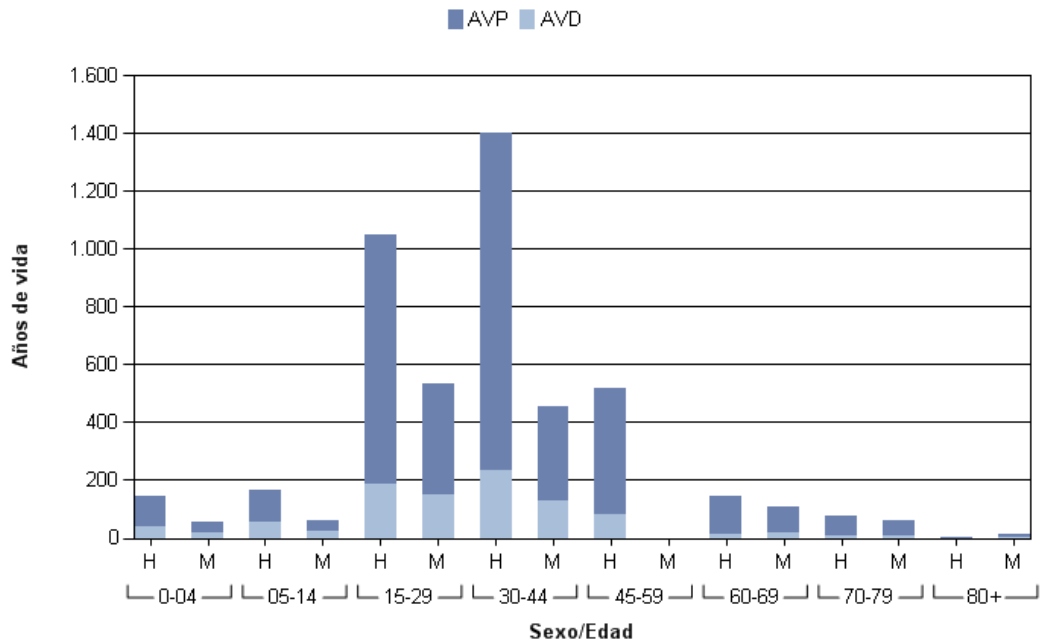
9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico muestra un patrón muy semejante al observado para el conjunto de las causas externas, con predominio de la carga en varones, mayor peso del componente de mortalidad que el de discapacidad, y concentrada especialmente en las edades adultas (15-59 años) (Figura 9.25). Supuso en 2010 un 31,6% de la carga total de enfermedad por causas externas (en 2006

suponía un 41,3%), y ha disminuido en el periodo 2006-2010 un 58,8% (61,6% en hombres y 48,4% en mujeres).

Figura 9.25. Accidentes de tráfico. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.5. Factores determinantes

9.2.5.1 Seguridad vial en jóvenes

De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), en 2010 el 17,1% de los jóvenes de 15-16 años no utilizaba siempre el cinturón de seguridad por ciudad y el 11% por carretera (Figura 9.26a y Figura 9.26b). Son cifras que continúan la línea descendente de este indicador desde 2003. Sin embargo se observa en los últimos años una tendencia al estacionamiento. En la actualidad los porcentajes son similares en ambos sexos.

Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

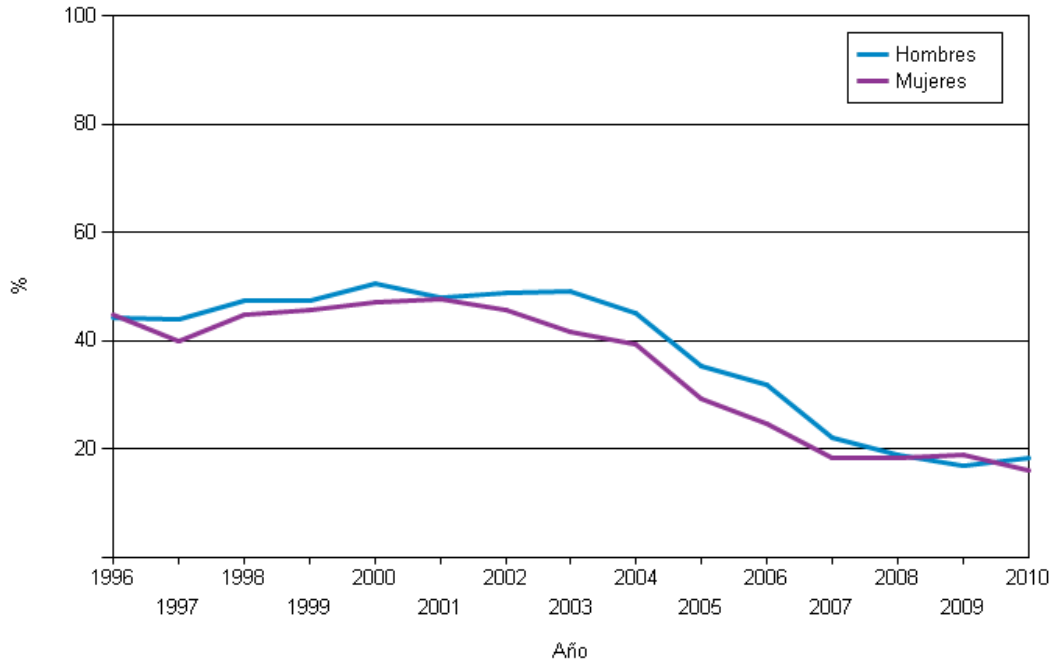
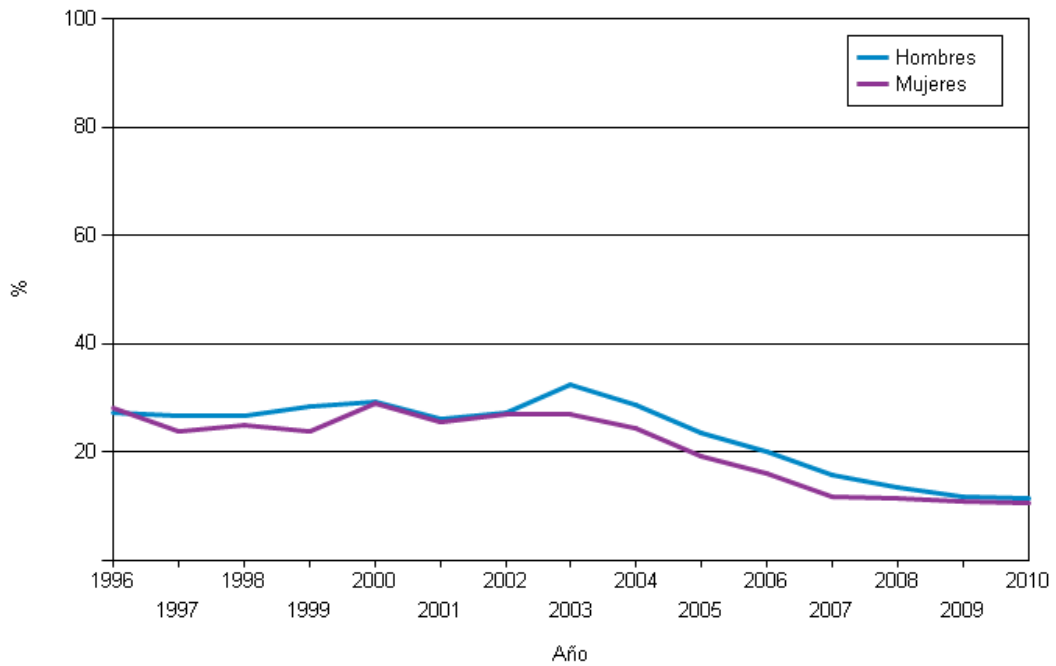


Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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

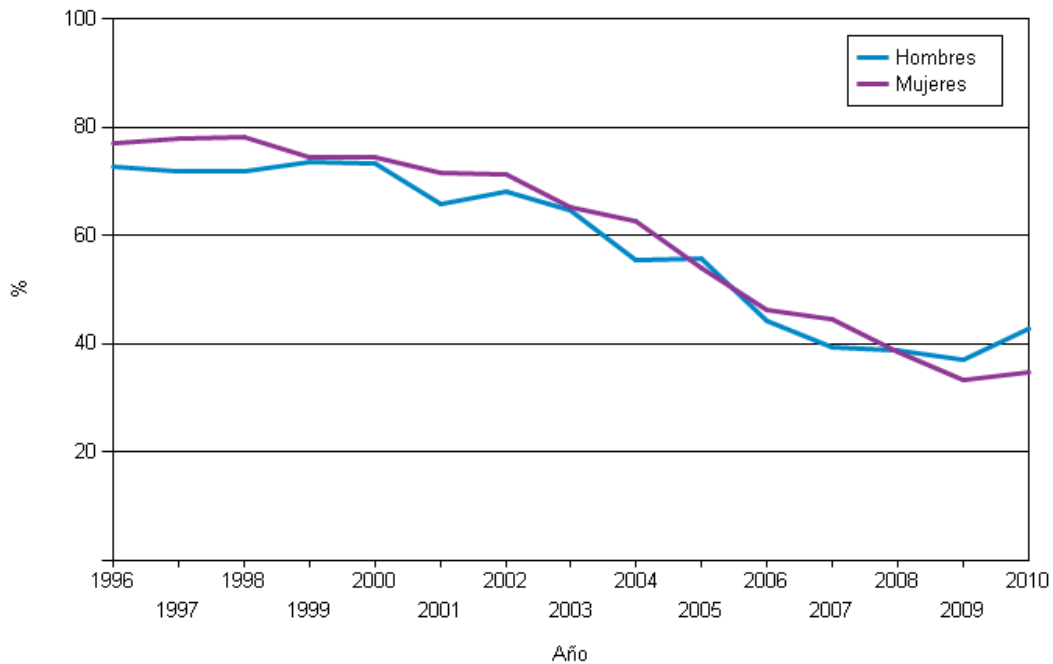


Más preocupante es la cifra de jóvenes que no utiliza el casco en moto, 39,2% en 2010 (Figura 9.27). Si bien desde el año 2000 este porcentaje ha venido disminuyendo de forma notable, también en este caso en los últimos años se ha estabilizado, e incluso ha aumentado en ambos sexos en 2010, predominando en hombres.

Como en años anteriores, la no utilización del casco en bicicleta sigue siendo la regla, 91,6% de los jóvenes reconocen no utilizarlo.

Figura 9.27. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

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



9.2.5.2. Seguridad vial en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en 2010 un 3,2% del total de personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,5% en la conducción por carretera.

Un 6,4% viajó en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 2,3% no utilizaron siempre el casco. El 4,8% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y ninguno de ellos manifestó no haber utilizado el casco en alguna ocasión.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral, por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en la Figura 9.28a, Figura 9.28b, Figura 9.29a, Figura 9.29b se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores entre 1995 y 2010.

Figura 9.28a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

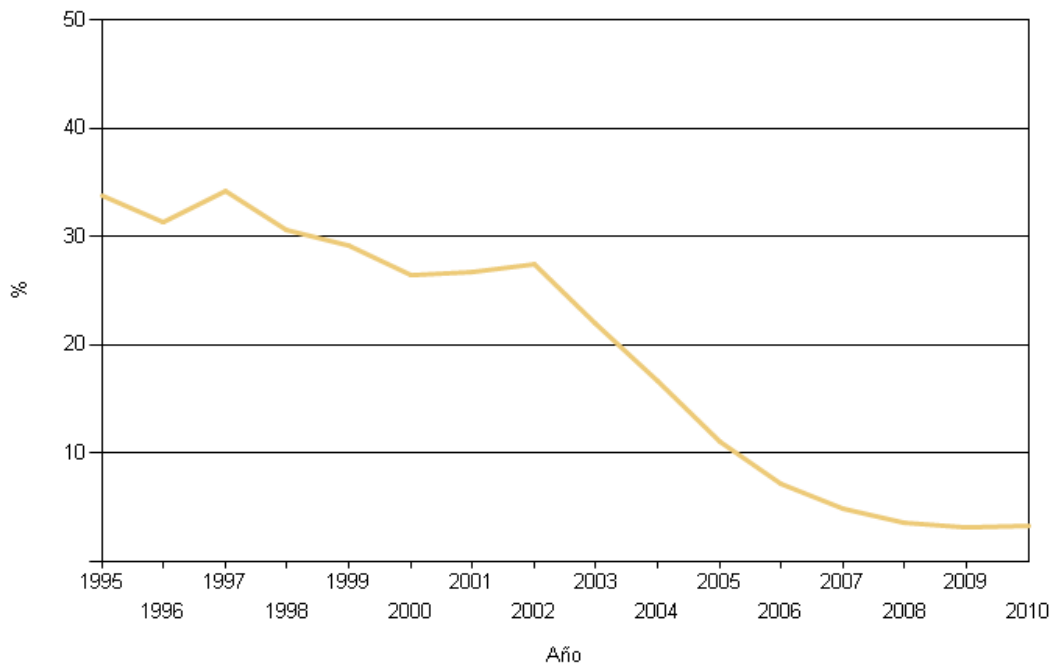


Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

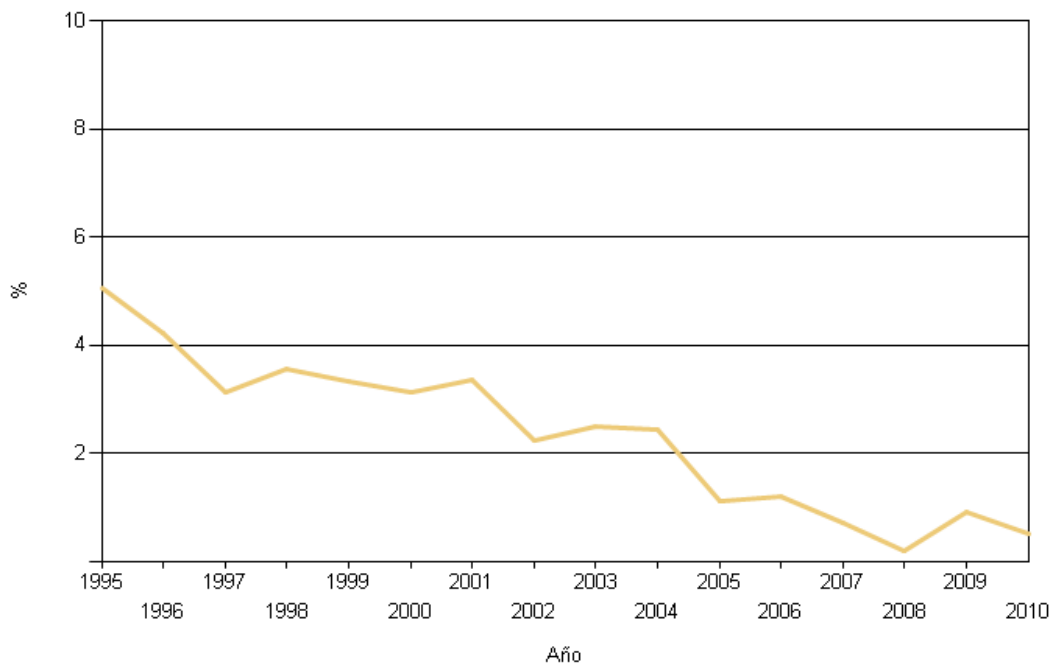


Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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

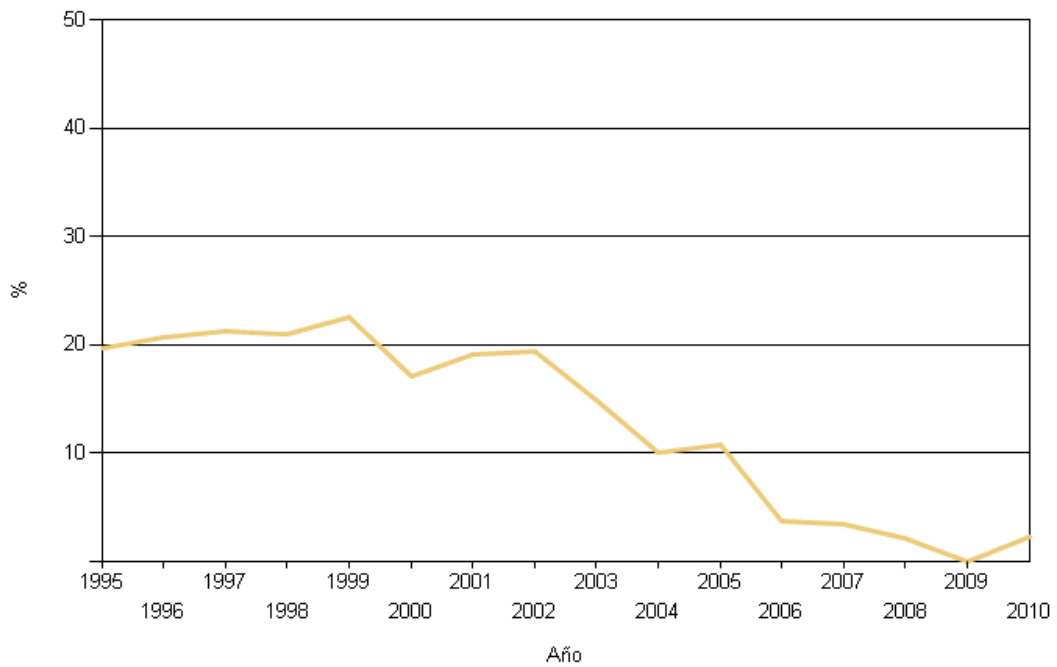
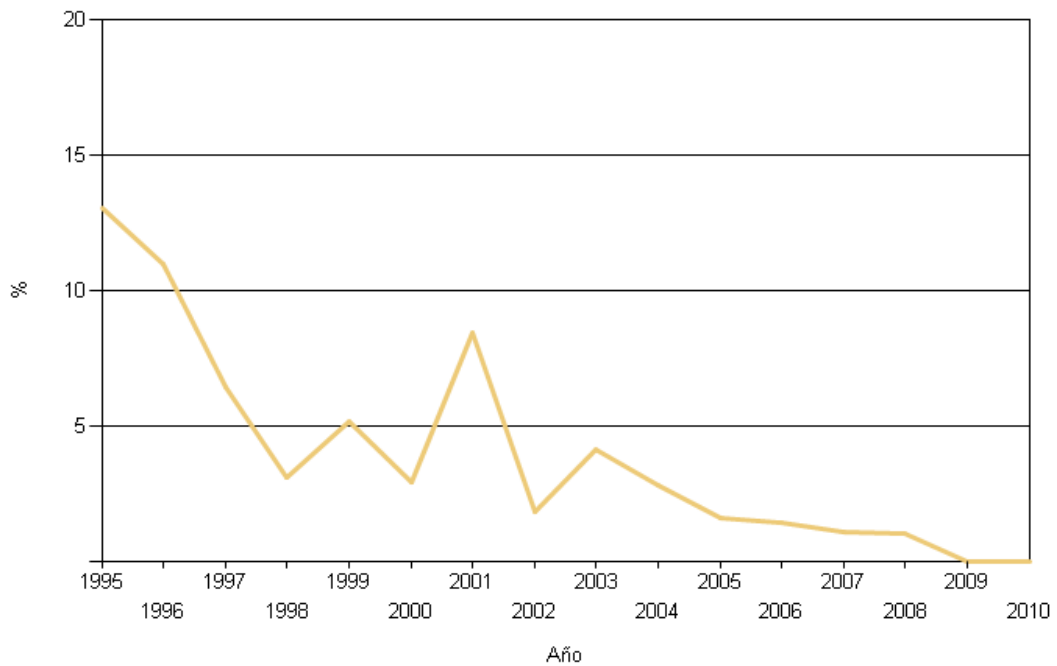


Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

9.3.1. Indicadores generales

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2010 de 1,7 por 100.000 habitantes. La carga de enfermedad en 2010 fue más del triple para hombres que para mujeres. La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio fue, sin embargo, superior en mujeres ([Tabla 9.6](#)).

Tabla 9.6. Suicidio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	93	29	122
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,0	0,9	1,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,8	1,2	2,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,7	0,8	1,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,9	18,7	16,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2005-2010	0,08	0,04	0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.636	524	2.160
Años de Vida Perdidos. CM.	1.583	482	2.065
Años Vividos con Discapacidad. CM.	53	42	95

9.3.2. Mortalidad por suicidio

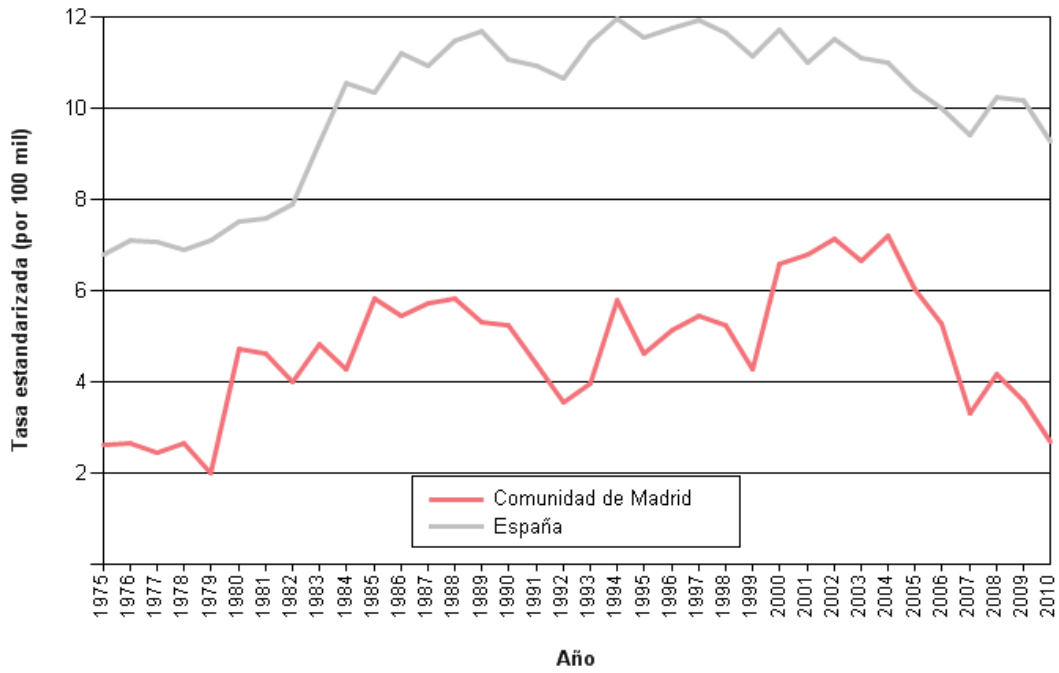
La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2010 de 2,7 por 100.000 habitantes para hombres y 0,8 para mujeres. Desde 1975 se ha venido manteniendo este predominio en hombres (entre 3 y 4 veces superiores las tasas). Asimismo, durante este periodo las tasas para ambos sexos en España han sido habitualmente en torno al doble de las de la Comunidad de Madrid ([Figura 9.30](#)).

Desde 1975 hasta los primeros años 2000 las tasas en ambos sexos han ido aumentando de forma inestable, debido a su baja magnitud; a partir de esa fecha han experimentado un descenso acentuado, superior al experimentado en España, que ha seguido una tendencia similar.

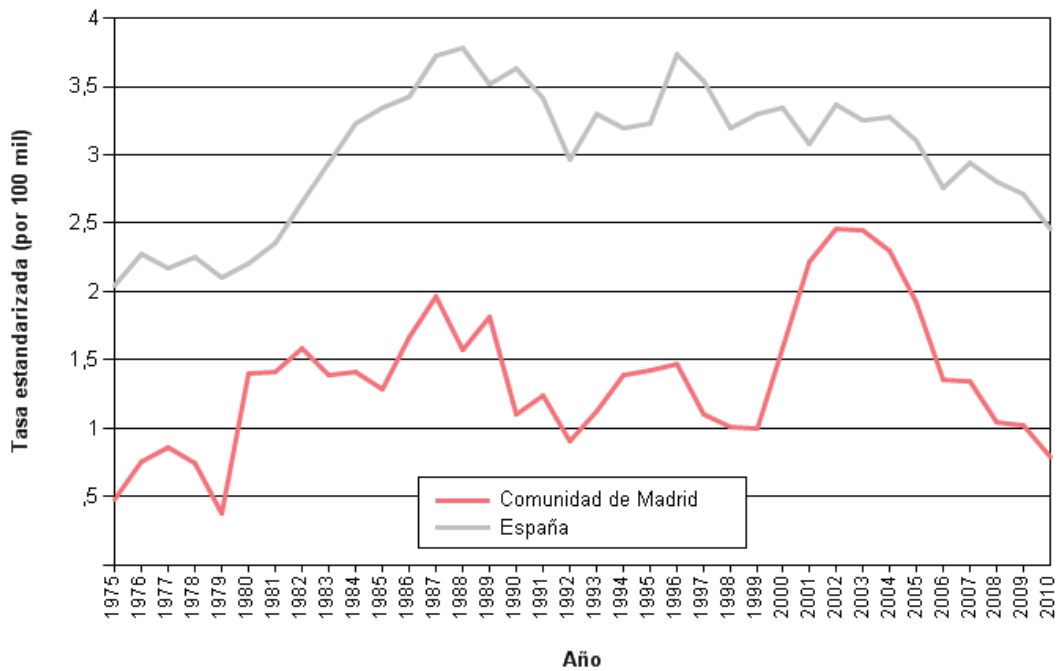
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Hombres



Mujeres



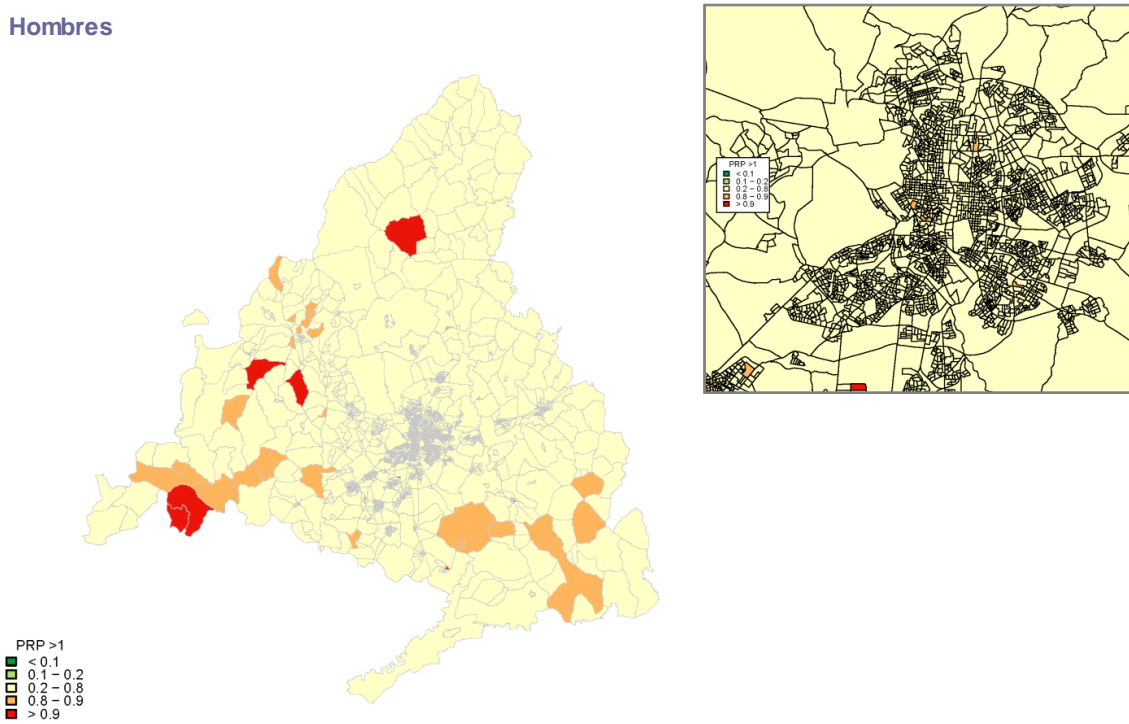
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La [Figura 9.31](#) muestra la distribución espacial de suicidios en hombres. En ella se observa que las escasas zonas con exceso de mortalidad predominan fuera del municipio de Madrid, sin un patrón claro de agregación.

Figura 9.31. Suicidio. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

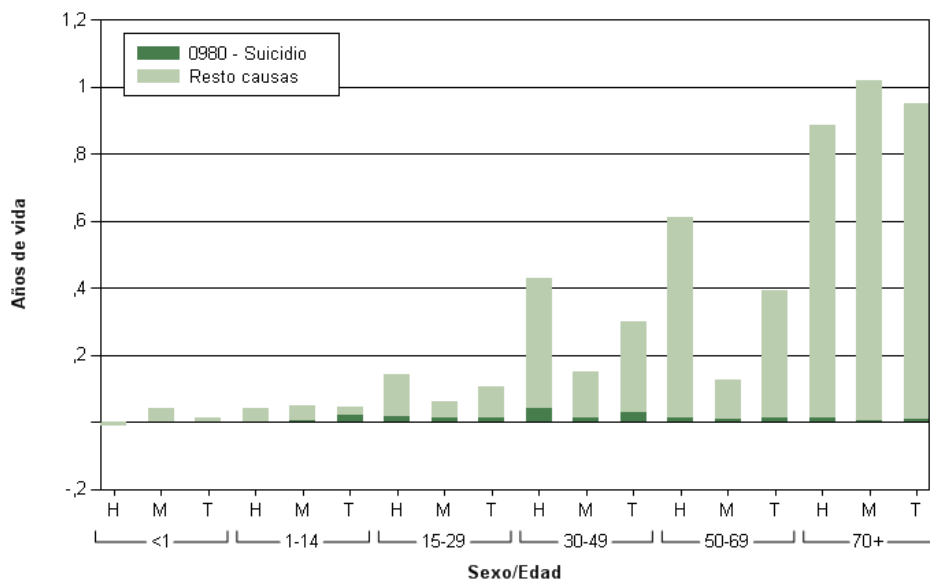


9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2005-2010 el descenso de la mortalidad por suicidio ha contribuido ligeramente a la mejora de la esperanza de vida (Figura 9.32).

Figura 9.32. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2005-2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

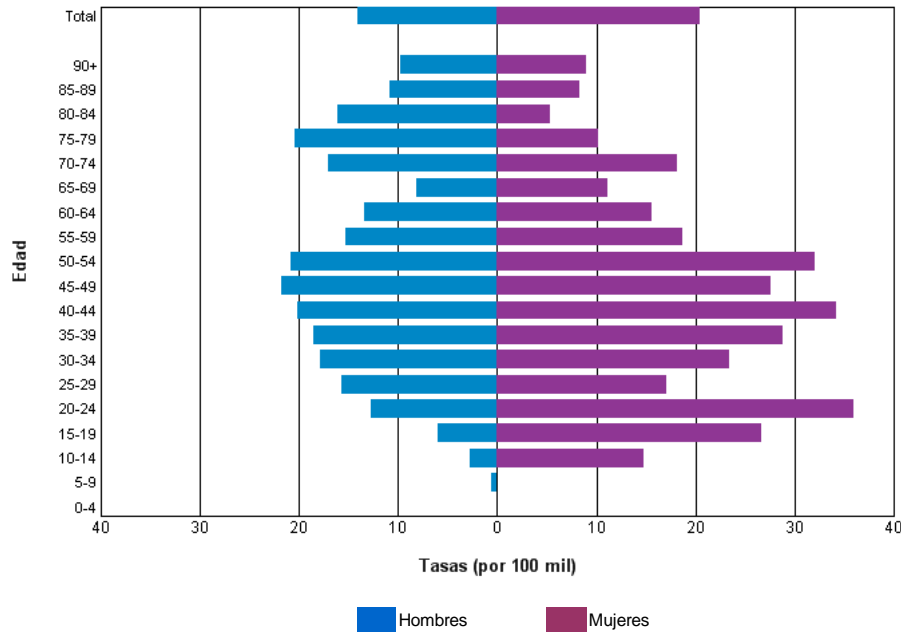


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio en 2011 fue mayor en mujeres, 20,5 por 100 mil frente a 14 en hombres. Este predominio se da en todas las edades hasta los 75 años, en que el predominio se hace masculino (Figura 9.33).

Figura 9.33. Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.

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

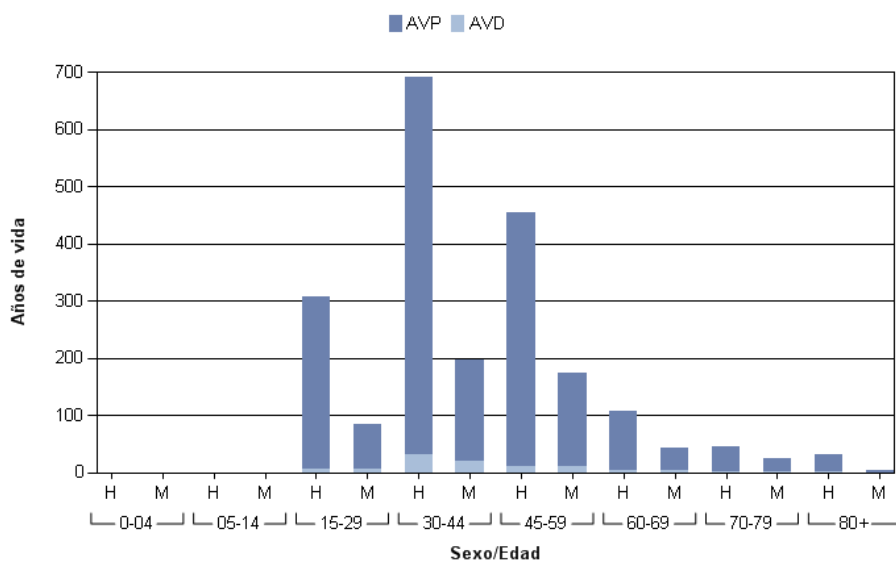


9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

La carga de enfermedad por suicidio, a expensas casi exclusivamente de los años de vida perdidos, se concentra fundamentalmente en hombres de 15 a 59 años de edad (Figura 9.34).

Figura 9.34. Suicidio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

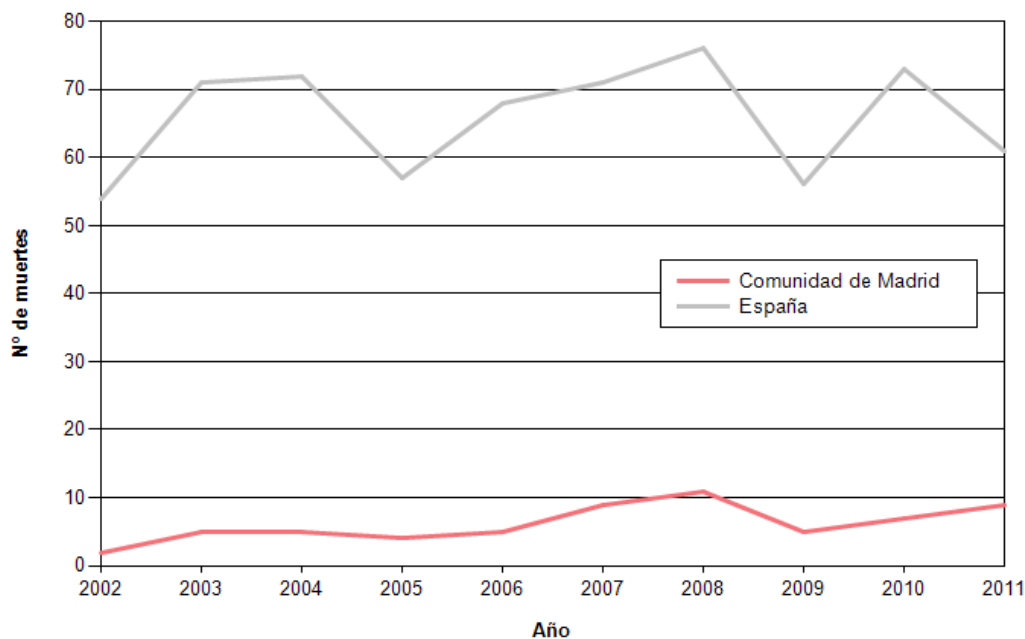


9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

Entre 2002 y 2011, 658 mujeres han sido asesinadas en España por sus parejas o exparejas, 64 (9,7%) de ellas en la Comunidad de Madrid. Las cifras anuales de víctimas mortales siguen sin modificarse de forma sustancial (Figura 9.35).

Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2011.

Fuente: Elaboración a partir de los datos del Instituto de la Mujer.



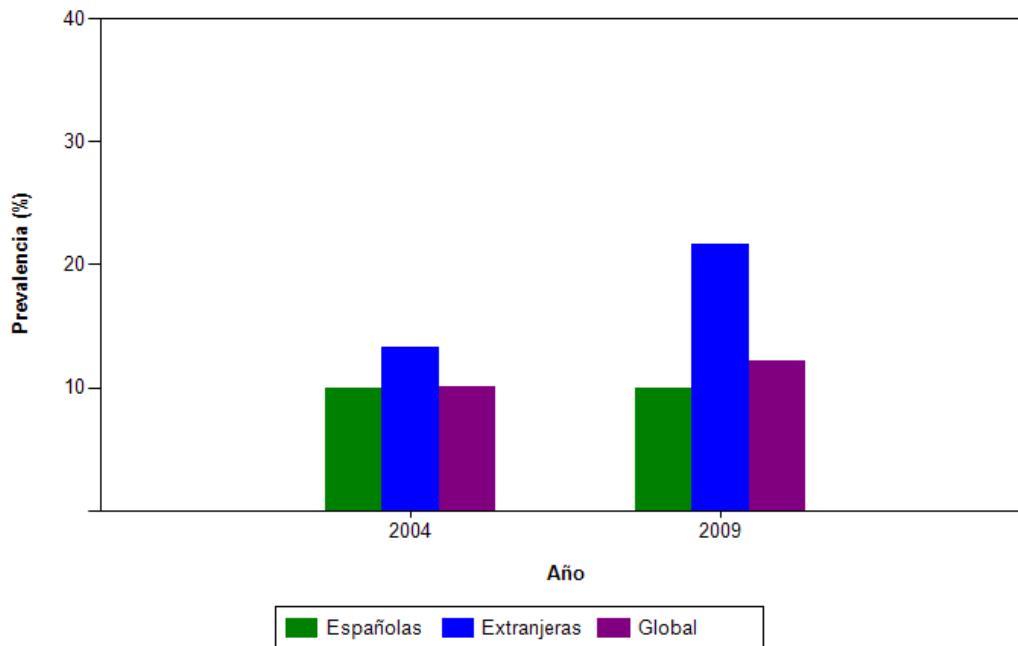
En la Comunidad de Madrid, en el marco de la estrategia de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género, se realiza la vigilancia epidemiológica de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM), a través de encuestas poblacionales periódicas.

Hasta ahora, se han llevado a cabo dos encuestas telefónicas, la primera en el año 2004 y la segunda en 2009, en mujeres de 18 a 70 años, residentes en la Comunidad de Madrid y con una relación de pareja o contactos con una expareja en los 12 meses previos. En ambas encuestas se utilizó el mismo cuestionario para detectar la VPM, con preguntas sobre violencia psicológica y sexual basadas en la “Encuesta nacional sobre la violencia hacia las mujeres en Francia” (ENVEFF), y preguntas sobre violencia física basadas en la “Conflict Tactic Scale” (CTS). También se recogió información sobre las características socio-demográficas de las mujeres, su situación de salud, el consumo de medicamentos, la utilización de servicios sanitarios y, en la última encuesta, la utilización de recursos específicos para mujeres maltratadas.

Los últimos datos disponibles derivan de la encuesta [Violencia de pareja hacia las mujeres](#) de 2009, en la que la tasa de respuesta fue del 70%, obteniéndose una muestra final de 2.835 mujeres. Se detectaron 347 casos de VPM, lo que corresponde a una prevalencia de 12,2% no observándose aumento estadísticamente significativo de la tasa global (españolas más extranjeras) respecto a 2004 (Figura 9.36). La prevalencia citada en este informe resulta ligeramente más elevada que la referida en el documento técnico de Salud Pública “[Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la Violencia de Pareja hacia las Mujeres en la Comunidad de Madrid](#)” (encuesta de 2004) porque estamos teniendo en cuenta también los casos de mujeres que tienen actualmente una pareja no maltratadora, pero han sufrido actos de violencia en el último año por parte de una expareja.

Figura 9.36. Evolución de la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres según origen. Comunidad de Madrid, 2004 y 2009.

Fuente: Encuestas sobre VPM en la Comunidad de Madrid, 2004 y 2009. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



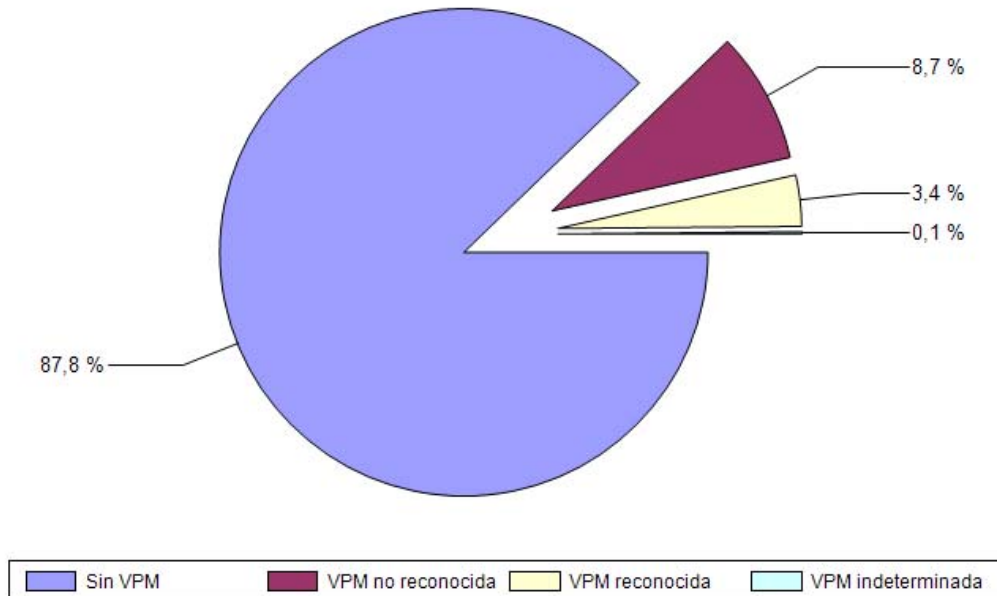
Por cuestiones metodológicas no son comparables las cifras de prevalencia de VPM en población extranjera entre las dos encuestas

La resiliencia, o sea la capacidad de enfrentarse a las adversidades, y un alto nivel de estudios son factores protectores frente a la VPM. Los malos tratos están más asociados a la expareja (exmarido, exnovio) que a la pareja actual. Otros factores que resultan asociados a una mayor prevalencia de maltrato son: la clase social baja, los bajos ingresos económicos, tener mayores a cargo, ser la sustentadora principal de la familia y el bajo apoyo social percibido. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones, no solamente por su alta prevalencia de VPM (18,8% en las jóvenes y 21,7% las extranjeras) sino también por la alta proporción de casos en los que coexisten violencia psicológica, física y sexual. En las mujeres españolas mayores de 25 años este tipo grave de violencia constituye el 3,8% de los casos de VPM, pero en las jóvenes es el 15,5% y en las extranjeras de todos los grupos de edad el 10,7%.

Es importante resaltar que la mayoría (72%) de las mujeres maltratadas no es consciente de su propia situación de maltrato. La prevalencia del maltrato percibido es de 3,4% (dato cercano al 3% encontrado en la [Macroencuesta de violencia de género de 2011](#), del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), sin embargo la prevalencia de la VPM no percibida es de 8,7%, o sea 2,6 veces mayor ([Figura 9.37](#)). La probabilidad de que la mujer se encuentre en esta situación de violencia no percibida es más alta si la mujer es joven, europea, con una relación actual de pareja y sujeta a un único tipo de violencia.

Figura 9.37. Prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer, reconocida y no reconocida. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta sobre VPM. Comunidad de Madrid 2009. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Las consecuencias de la VPM sobre la salud son numerosas: las mujeres maltratadas tienen una peor salud autopercebida, fuman más, tienen más problemas crónicos de salud, entre los cuales destacan depresión, ansiedad, úlcera de estómago, alergia y bronquitis crónica; utilizan más los servicios sanitarios, especialmente psiquiatría, cardiología y urgencias; consumen más medicamentos, sobretodo antidepresivos y tranquilizantes, pero también anticatarrales, antibióticos y otros fármacos comunes.

La mujer que no reconoce su situación de maltrato no está en condición de pedir ayuda. De las mujeres que sí perciben el maltrato, menos de la mitad (42%) busca ayuda en algún tipo de servicio. El resultado es que solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. Cuando lo hacen el servicio al que más frecuentemente acuden es el servicio sanitario.

Con base en la información epidemiológica obtenida con las encuestas citadas anteriormente, se diseñaron dos investigaciones cualitativas para profundizar en el conocimiento de la VPM de los grupos más vulnerables para planificar intervenciones más efectivas. Las poblaciones diana de estas investigaciones fueron inmigrantes y adolescentes. Los hallazgos más significativos se muestran a continuación.

9.4.1. Inmigración y violencia de género

El estudio cualitativo [Salud, violencia de género e inmigración en la CM](#) muestra que tanto la sociedad receptora como la población inmigrante, se hallan inmersas en un proceso de tránsito con distintos puntos de origen y diferente velocidad de cambio pero con una orientación común marcada por modificaciones en el modelo patriarcal como son la desinstitucionalización de la familia y una sociedad cada vez más individualista.

Los resultados apuntan que el proceso migratorio en sí mismo no genera violencia y que, más allá de la asimilación de la violencia de la sociedad receptora, existen elementos que pueden hacer confluir migración y violencia, como son la pérdida de las redes de apoyo social del país de origen, el sentimiento de disminución de autoridad de algunos hombres inmigrantes, el agravamiento de situaciones de violencia al desaparecer el control social existente en la comunidad de origen y en algunos casos, situaciones de

violencia importadas del país de origen. Al mismo tiempo, las mujeres inmigrantes que sufren violencia de pareja presentan fortalezas (mayor disposición a denunciar situaciones de violencia, confianza en el sistema público de apoyo a las víctimas de VPM...) que son más difíciles de encontrar entre las mujeres autóctonas en situaciones similares.

La investigación constata el papel relevante que los inmigrantes otorgan a los profesionales de los servicios de salud en la intervención frente a la violencia de pareja.

9.4.2. Adolescencia y violencia de género

El estudio realizado sobre [adolescencia y violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid](#) destaca que la población de 12 a 17 años de la región reconoce que la VPM es un grave problema social, frente al cual es obligado tomar medidas que deberían implicar al conjunto de la sociedad. Sin embargo, los chicos no se sienten identificados con dicha violencia al considerarla un problema de los adultos.

Se detectan diferencias en la autopercepción cómo posibles víctimas (ellas) o agresores (ellos). Las chicas consideran que pueden llegar a verse en una situación de estas características, lo que se traduce en un alto grado de preocupación. Los chicos por su parte, consideran que ellos nunca podrían llegar a ser agresores por lo que muestran mayor despreocupación.

La representación que tienen los chicos respecto a la VPM se aproxima más a una reacción extrema, desproporcionada, puntual y censurable. Sin embargo, las chicas lo ven más como una conducta sistemática, con un marcado componente psicológico, dimensión que apenas tiene presencia en el discurso de los chicos.

Por otra parte, los chicos consideran en un primer momento que la VPM es cosa de adultos; aunque reconocen la violencia en sus comportamientos cuando es señalada por el investigador. Sin embargo, en el caso de las chicas estas situaciones afloran en los discursos con mayor inmediatez, de tal forma, que la VPM no la asocian sólo con edades adultas.

9.4.3. Violencia de pareja hacia la mujer - Conclusiones

La VPM es un problema frecuente en nuestro medio y no reconocido por la mayoría de las mujeres maltratadas; por este motivo las acciones de salud pública deben dirigirse a todas las mujeres y no solamente a las que se consideran maltratadas.

Particular preocupación supone la alta prevalencia de la VPM en las jóvenes de 18 a 24 años, grupo en el que coexisten los tres tipos de violencia y es menos reconocida en comparación con las mujeres de más edad.

Se identifica a las mujeres extranjeras como grupo de alto riesgo y por lo tanto prioritario desde el punto de vista de la programación de intervenciones preventivas.

El estudio cualitativo sobre adolescentes demuestra que la VPM está presente desde edades tempranas, a pesar de que, especialmente en los chicos, exista una escasa percepción de la misma. La VPM es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta y por ello, las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia.

Las investigaciones realizadas ponen de manifiesto que hay situaciones de particular vulnerabilidad en estos colectivos que merecen especial atención. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Así mismo, de estas investigaciones se desprende la necesidad de fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.

9.5. Conclusiones

La morbi-mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad por estas causas ha disminuido en el periodo 2006-2010 un 46,0%, y fue en 2010 para los hombres el doble que en las mujeres. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid; durante el periodo 2000-2010 descendió un 60,0% en hombres y un 42,6 % en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2010; en 2010 ha llegado a situarse por debajo de la mitad en hombres y un 43,0% menos en mujeres.

En Atención Primaria se ha observado en los últimos cuatro años un aumento de las lesiones del 18,8%, a expensas fundamentalmente de los mayores de 74 años. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2003-2011 las tasas han aumentado un 30,5% en mujeres y un 13,3% en hombres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en gran medida por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquellas. En 2010 los accidentes de tráfico supusieron el 36,0 % de los años de vida perdidos por causas externas y el 21,1 % de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2010 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido superior al 80%, algo mayor en hombres que mujeres. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional, pero con un descenso menos pronunciado. En 2010 las tasas nacionales fueron tres veces superiores a las madrileñas en hombres y 2,4 veces superiores en mujeres. Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT).

Aunque en menor medida, también la morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico ha disminuido en la última década: un 34% en el periodo 2003- 2010. Las lesiones más graves han experimentado un descenso mayor: un 44% de las altas con estancias de 4 o más días.

Si bien la no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en la última década, durante 2010 volvió a aumentar y todavía un 39,2% de los jóvenes declaró ese año no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (2,7 por 100.000 para hombres y 0,8 para mujeres en 2010) y la mitad que las nacionales; y durante la última década han descendido notablemente.

Entre 2002 y 2011 las cifras anuales de víctimas mortales por violencia de género en España y la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2009 en el 12,2% de las mujeres madrileñas. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones. La mayoría de las mujeres maltratadas (72%) no es consciente de su propia situación de maltrato. Solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. La violencia de pareja contra la mujer está presente desde edades tempranas, pero es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta y por ello las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.

Objetivo 10

**Un entorno físico sano y
seguro**

10

10. Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro

Objetivos estratégicos de la OMS en la Región de Europa

8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria e influir en las políticas públicas de todos los sectores, a fin de abordar las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.

Los efectos en la salud de los factores de riesgo ambientales - agua y saneamiento inadecuados, hogar y entornos recreativos inseguros, ausencia de espacios adecuados para realizar actividad física, contaminación del aire interior y exterior, y productos químicos peligrosos- son amplificadas por acontecimientos recientes tales como las limitaciones financieras, mayores desigualdades socioeconómicas y de género y eventos climáticos extremos más frecuentes. Se plantean nuevos retos para los sistemas de salud para reducir la mortalidad y las enfermedades a través de intervenciones efectivas de salud ambiental.

Los temas de medio ambiente y la salud que son prioridades reconocida para la Región Europea de la OMS son: el agua y el saneamiento, la movilidad y el transporte, la calidad del aire, la seguridad alimentaria, la vivienda, los riesgos laborales, la seguridad química, la luz ultravioleta y la radiación ionizante.

Calidad del Aire

Las directrices de la OMS abordan tanto la calidad del aire interior como exterior, la identificación de los límites de exposición máxima que se basan en la evidencia científica más reciente.

Dentro de la Convención sobre la contaminación atmosférica transfronteriza, la OMS coordina el Grupo de Trabajo sobre aspectos de salud. El Grupo de Trabajo proporciona información sobre los efectos en la salud y promueve su abordaje con los instrumentos de la Convención.

Transporte y salud

El trabajo de la OMS/Europa contribuye a alcanzar los objetivos del Proceso Europeo de la OMS sobre Medio Ambiente y Salud y del Programa Paneuropeo de Transporte, Salud y Medio Ambiente ('THE PEP').

Salud Laboral

El Plan de Acción Global de la OMS sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 sigue la estrategia mundial de salud ocupacional para todos. El Plan Global adopta una perspectiva de salud pública para alcanzar la salud de los trabajadores, incluyendo la prevención primaria de riesgos laborales, la protección y la promoción de la salud en el trabajo, los determinantes sociales de la salud relacionados con el trabajo y la mejora del desempeño de los sistemas de salud.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

10.1. Medio ambiente y salud

- 10.1.1. Vigilancia de la calidad del aire
- 10.1.2. Vigilancia de niveles de polen atmosférico
- 10.1.3. Vigilancia de esporas de hongos en la atmósfera
- 10.1.4. Sistema de vigilancia de legionelosis
- 10.1.5. Vigilancia de extremos térmicos y salud
- 10.1.6. Vigilancia de la calidad de las aguas de consumo humano
- 10.1.7. Vigilancia de la calidad de las aguas de las zonas de baño
- 10.1.8. Vigilancia de productos químicos

10.2. La pérdida de salud de la población trabajadora madrileña por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

- 10.2.1. Las Enfermedades Profesionales
- 10.2.2. Accidentes de trabajo

10.3. Conclusiones

10.1. Medio ambiente y salud

La Sanidad Ambiental de la Comunidad de Madrid tiene como misión la protección de la población frente a los efectos adversos que pueden suponer para su salud los múltiples riesgos de origen ambiental. Las líneas y estrategias de la Unión Europea (UE) en este campo, tanto en sus objetivos como en los instrumentos adoptados para conseguirlos, son el marco de referencia en el que se desarrollan las actividades de la sanidad ambiental madrileña. Estas actividades se desarrollan fundamentalmente a través de programas concretos de vigilancia y/o intervención frente a los factores de riesgo más relevantes. La estrecha relación existente entre medioambiente y salud es percibida de una forma cada vez más nítida. Así lo demuestran encuestas recientes en las que el 89% de la población europea manifiesta estar preocupada por el impacto potencial del medioambiente sobre su salud, dato coincidente con el obtenido para la Comunidad de Madrid en la Encuesta de Vigilancia de Riesgos de Enfermedades No transmisibles (SIVFRENT).

El catálogo de riesgos ambientales es sumamente variado: desde problemas de máxima actualidad, como el cambio climático por acúmulo de gases de efecto invernadero, pasando por la contaminación química, biológica y radiactiva del aire, agua, suelo y alimentos, y continuando con otros, como el adelgazamiento de la capa de ozono, la desertificación cada vez mayor de grandes extensiones de terreno, la acumulación de residuos tóxicos, la exposición a diferentes tipos de polen, a las radiaciones electromagnéticas naturales o artificiales, a animales (zoonosis) y vectores transmisores de patógenos, a viviendas o entornos insalubres, a olas de calor o de frío, al ruido etc. Aunque todos los grupos de población se ven potencialmente expuestos, la mayor vulnerabilidad recae en los niños, embarazadas, ancianos, enfermos crónicos y personas sin recursos.

Numerosos estudios europeos e informes internacionales han puesto de relieve la magnitud de los efectos asociados a factores medioambientales. Algunos datos procedentes de algunos de esos estudios pueden ayudar a percibir la manera en que tales factores influyen en nuestra salud:

- Se estima que alrededor del 20% de la incidencia total de enfermedades puede achacarse a factores ambientales. Anualmente cerca de 400.000 fallecimientos en la UE son atribuibles a la contaminación atmosférica. De ellos, aproximadamente 20.000 en España.
- En Europa, el asma no ha dejado de aumentar en los últimos 30 años. En la actualidad afecta a un niño de cada siete. El humo de tabaco, la contaminación atmosférica, el polen, son factores que contribuyen a esta situación.
- La exposición a sustancias químicas está en aumento: las dioxinas y otros contaminantes orgánicos persistentes (COPs), como los plaguicidas o los PCBs (bifenilos policlorados), pueden llegar a la población y especialmente a los grupos más vulnerables, niños y ancianos.
- Constituye una importante fuente de preocupación la aparición de nuevas enfermedades infecciosas (gripe aviar) y la reemergencia de otras antiguas (hidatidosis, leishmaniasis) transmitidas por animales (zoonosis) y vectores, en parte asociados al cambio climático.

Para invertir esta tendencia la Comisión Europea puso en marcha en 2003 la Estrategia Europea de Medioambiente y Salud cuyo objetivo global es reducir las enfermedades que provocan en Europa los factores medioambientales. Esta estrategia ha recibido la denominación SCALE, acrónimo en inglés que apunta a los cinco elementos clave en los que descansa (*Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation*). Es decir, basada en la ciencia, orientada fundamentalmente a la infancia como población más vulnerable, fomentando la concienciación de la población, haciendo de la legislación europea un instrumento de acción y evaluando continuamente las medidas adoptadas.

La exposición a los riesgos medioambientales es responsable de buena parte de muchas enfermedades crónicas, incluyendo el 30% de las crisis asmáticas infantiles y el 10% de los trastornos del desarrollo neurológico en los niños. Por ello, la Estrategia Europea de Medioambiente y Salud asume estos dos problemas como prioritarios y para el primer ciclo (hasta 2010) de los varios que contempla la estrategia, se priorizan actuaciones centradas en los siguientes efectos en salud: enfermedades respiratorias, asma y alergias; trastornos del desarrollo neurológico; cáncer infantil y efectos de la perturbación endocrina.

Simultáneamente, durante la cuarta Conferencia Ministerial de Salud y Medioambiente celebrada en Budapest en Junio de 2004 se presentó y aprobó el plan CEHAPE (*Children's Environment and Health Action Plan for Europe*), es decir, el Plan infantil de Medioambiente y Salud en Europa, plan en el que los países participantes, entre los que se encuentra España, se comprometen a desarrollar planes nacionales que contemplen los objetivos prioritarios fijados. Dichos objetivos se refieren a las siguientes áreas: Agua y saneamiento, Accidentes, Calidad del aire y de ambientes interiores, Riesgos físicos y químicos. De esa manera se produce una sintonía de objetivos (centrados en la protección de la salud de los niños) entre la Estrategia Europea de Medioambiente y Salud impulsada por la Comisión Europea

y el plan CEHAPE de la región europea de la OMS.

Paralelamente, como complemento indispensable de los planes puestos en marcha, y para conseguir una precisa visualización de los efectos para la salud de los principales problemas medioambientales, así como para hacer un seguimiento efectivo de las medidas adoptadas para corregirlos, se viene desarrollando a nivel europeo el proyecto [ENHIS \(European Environment and Health Information System\)](#), uno de cuyos pilares ha sido la elaboración de un listado de INDICADORES cuidadosamente escogidos para cada una de las áreas prioritarias.

10.1.1. Vigilancia de la calidad del Aire

Hay numerosas evidencias científicas acerca del daño a la salud ocasionado por la contaminación química de la atmósfera, incluso a niveles de exposición relativamente bajos, pero su cuantificación en términos de repercusión sobre la salud de la población no resulta sencilla. Entre otras razones, esto se debe a que, a menudo, la población está sometida simultáneamente a distintos contaminantes, y esta exposición puede ocurrir en diferentes lugares, provenir de varias fuentes y a través de múltiples rutas.

El Sistema de Vigilancia de la Contaminación Atmosférica viene analizando las concentraciones de los contaminantes atmosféricos en el territorio de la Comunidad de Madrid. Tiene por objetivo analizar sus efectos en la salud de la población, informar al sistema asistencial de las alertas debidas a las superaciones de los umbrales de información y/o alerta a la población y evaluar los efectos de las medidas correctoras de las emisiones ante episodios de contaminación atmosférica en la Comunidad de Madrid.

La información utilizada en este sistema de vigilancia procede de los datos sobre concentraciones de los contaminantes proporcionados por el Ayuntamiento de Madrid y la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio.

En la [Figura 10.1](#) pueden observarse los valores de los 5 principales contaminantes.

Desde el año 2000, las concentraciones de [dióxido de azufre \(SO₂\)](#) y de [monóxido de carbono \(CO\)](#) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2010 y 2011 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana.

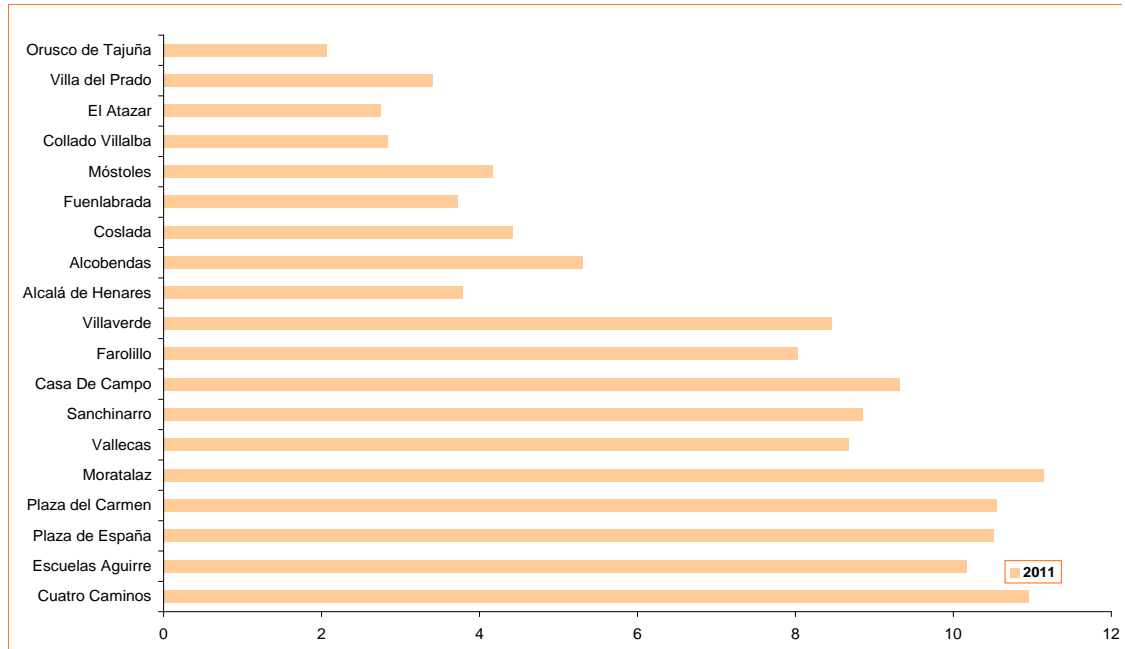
La situación, en lo que respecta a las partículas de hasta 10 micras de diámetro ([PM10](#)) y del [dióxido de nitrógeno \(NO₂\)](#), es menos halagüeña, no sólo por haberse superado los respectivos límites (diario y horario respectivamente) para protección de la salud humana en varias estaciones, sino también porque, dado que el límite establecido en la legislación va disminuyendo cada año, si no se produce una reducción de las emisiones de cada uno de estos contaminantes, es previsible un incremento en el número de superaciones en los próximos años.

Otro contaminante, éste de origen secundario al generarse a partir de otros contaminantes por efecto de la radiación solar es el [ozono troposférico \(O₃\)](#). Su tendencia en el año 2011 fue muy similar al año 2010, con muy pocas superaciones del umbral de información a la población (media horaria=180 µg/m³). El comportamiento de este contaminante, dependiente de la radiación solar, en los dos últimos años contrasta con el de los años anteriores en que se registraron valores mucho más elevados tanto en las concentraciones como en el número de superaciones del umbral de información, sobresaliendo el año 2003, que estuvo caracterizado por una intensa ola de calor. En ninguna zona se superó el nivel de alerta, establecido, desde 2004, como media horaria de 240 µg/m³.

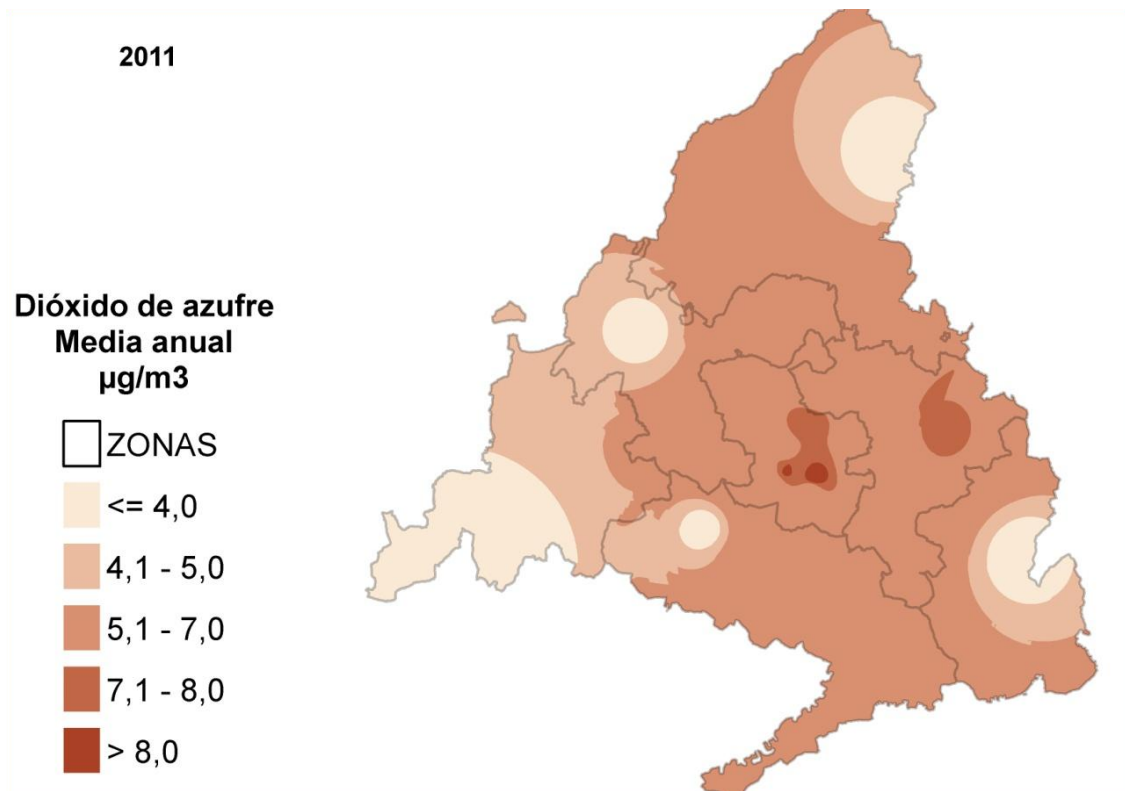
Figura 10.1 Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Comunidad de Madrid.

Fuente: Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid y del Sistema integral de vigilancia, predicción e información de la contaminación atmosférica de la ciudad de Madrid. Elaboración: Subdirección de Sanidad Ambiental.

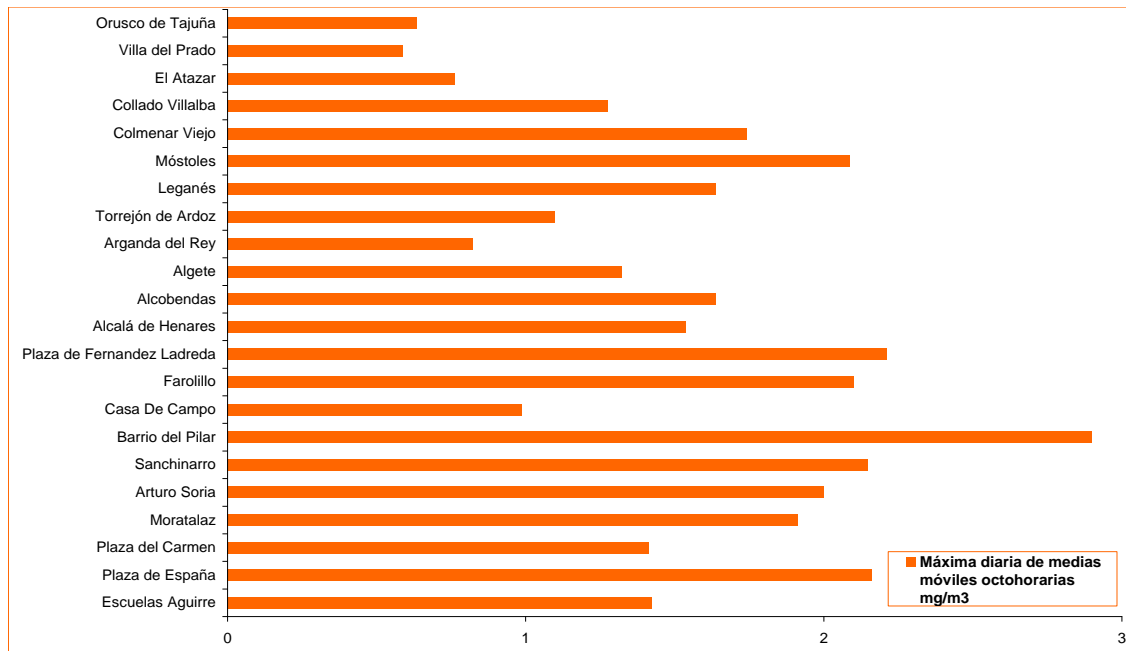
Calidad del aire. Dióxido de azufre (SO₂). Valores medios anuales en las estaciones de control (µg/m³), 2011



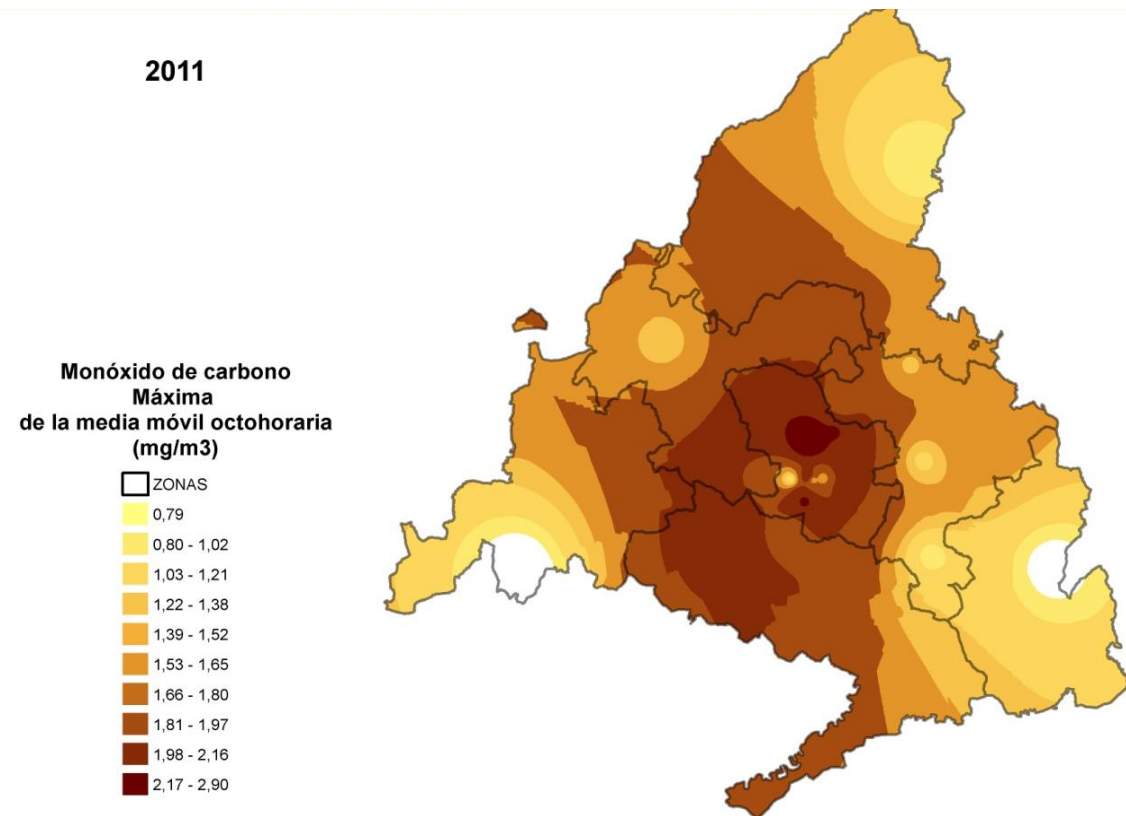
Calidad del aire. Dióxido de azufre (SO₂). Distribución geográfica de los valores medios anuales (µg/m³), 2011



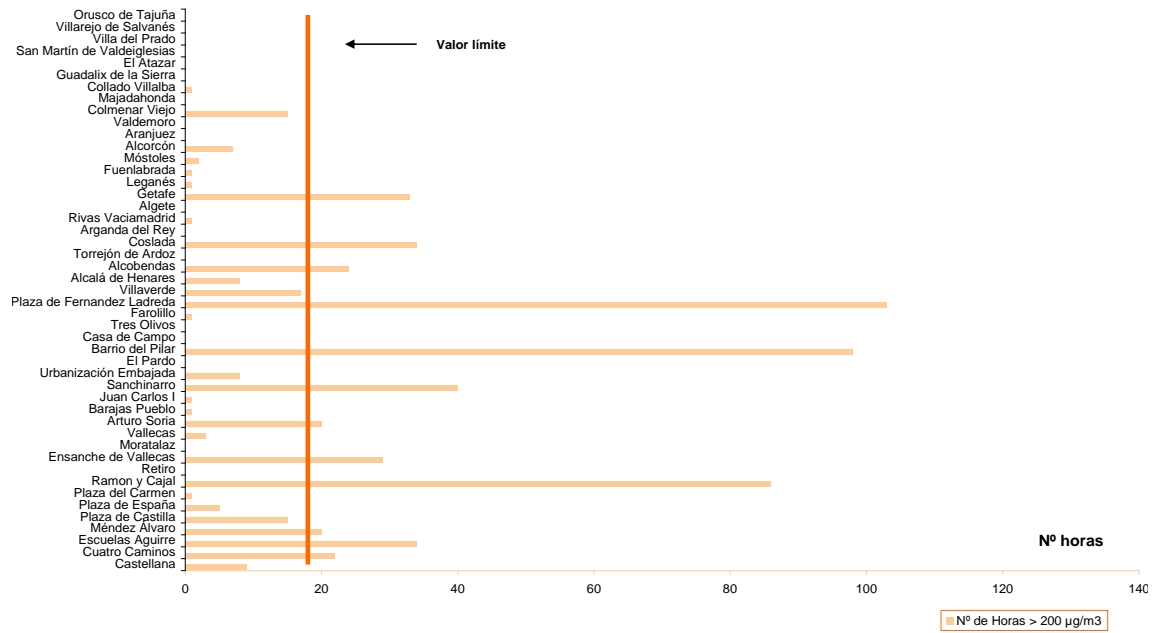
Calidad del aire. Monóxido de carbono (CO). Máxima diaria de medias móviles octohorarias en las estaciones de control (mg/m3), 2011



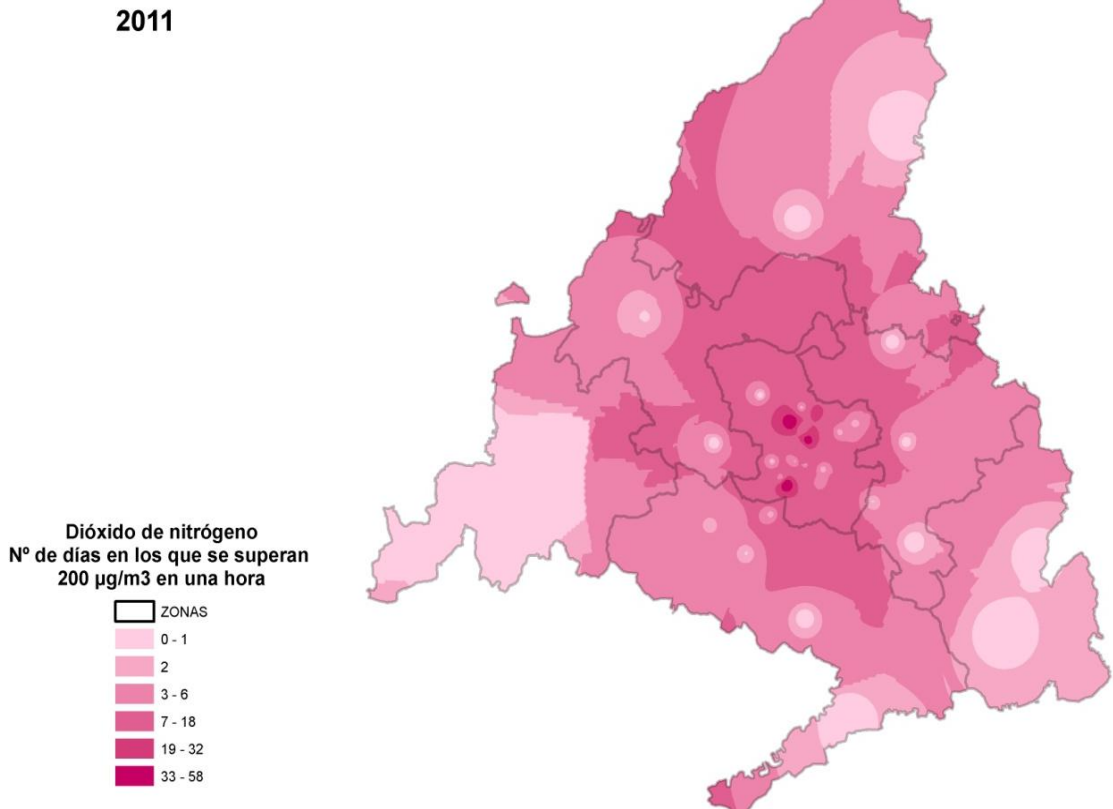
Calidad del aire. Monóxido de carbono (CO). Distribución geográfica, máxima de la media móvil octohoraria, 2011



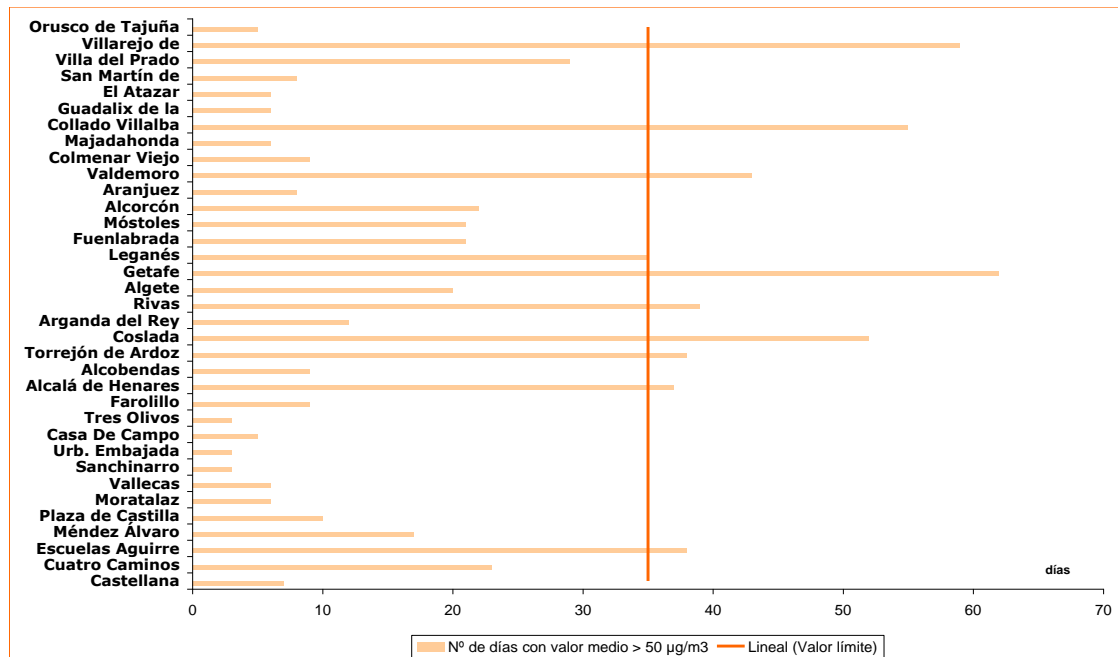
Calidad del aire. Dióxido de nitrógeno (NO₂). Número de horas con valores superiores a 200 µg/m³ en las estaciones de control, 2011



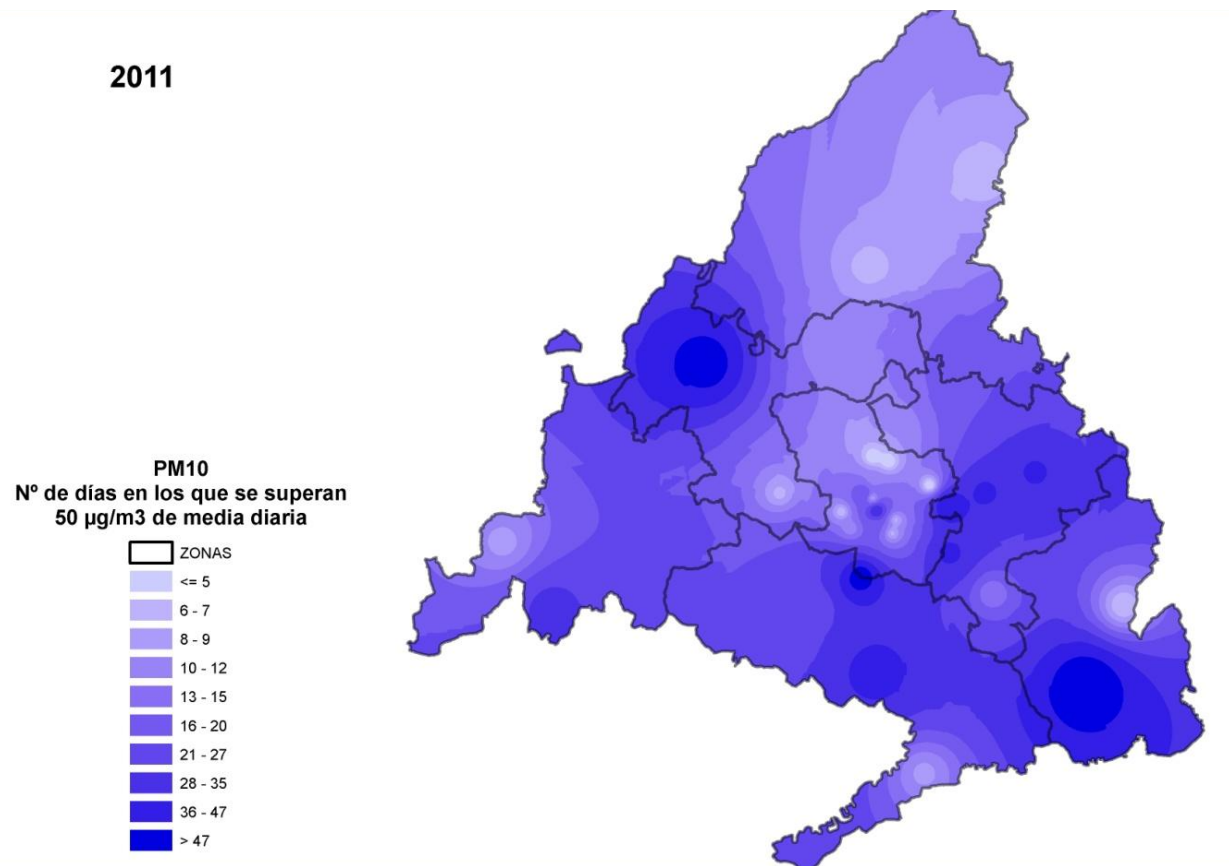
Calidad del aire. Dióxido de nitrógeno (NO₂). Distribución geográfica del número de horas con valores superiores a 200 µg/m³, 2011



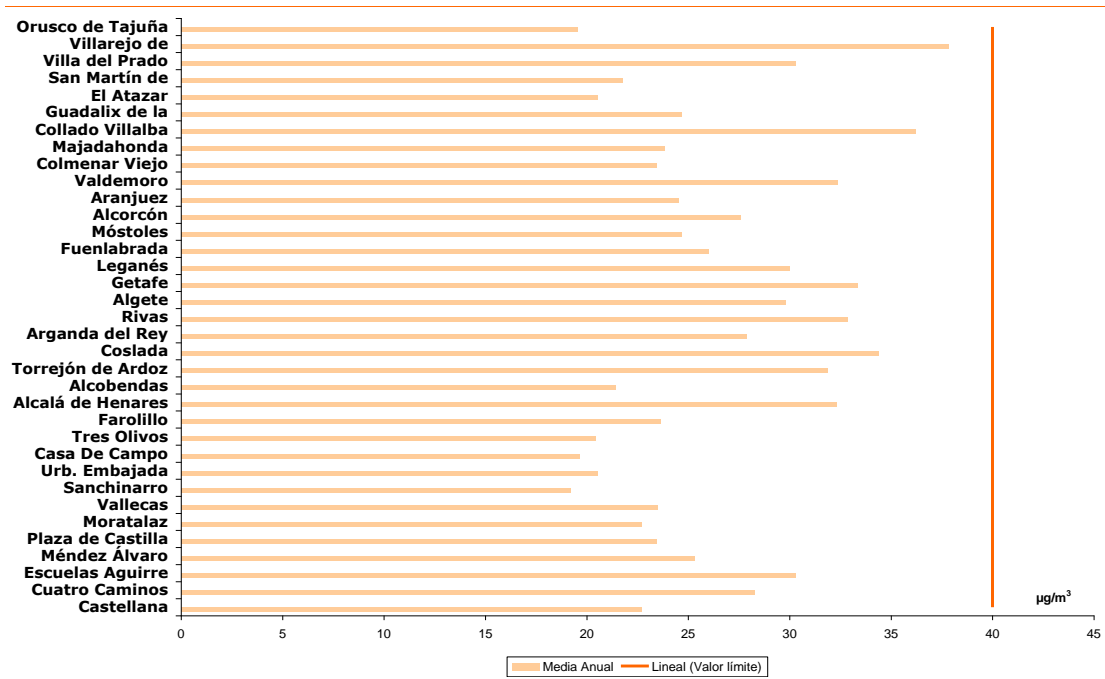
Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Número de días con valores superiores a 50 µg/m3 en las estaciones de control, 2011



Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Distribución geográfica del número de días con valores superiores a 50 µg/m3 en las estaciones de control, 2011



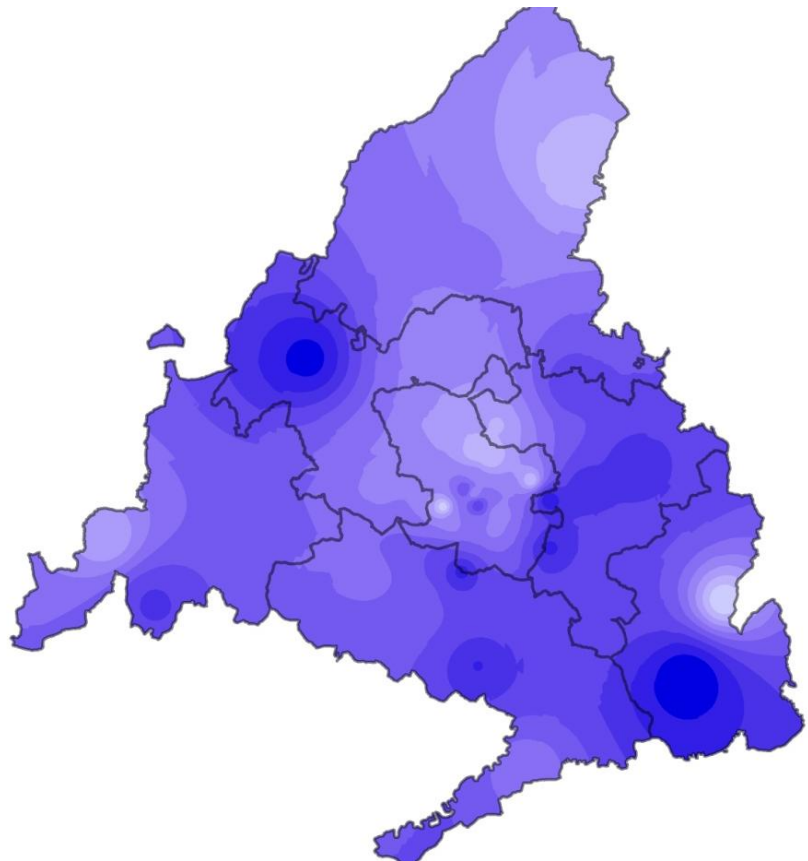
Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Media anual en las estaciones de control ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), 2011



Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Distribución geográfica de la media anual ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), 2011

2011

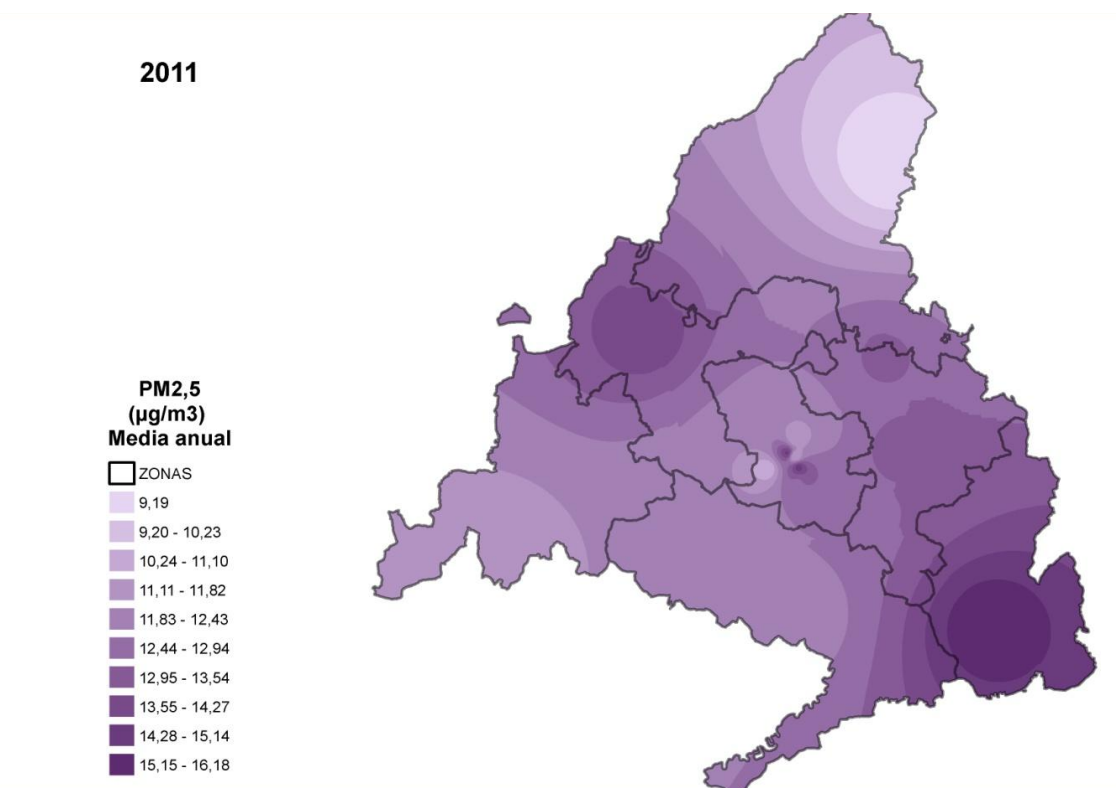
PM10
 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)
 Media anual



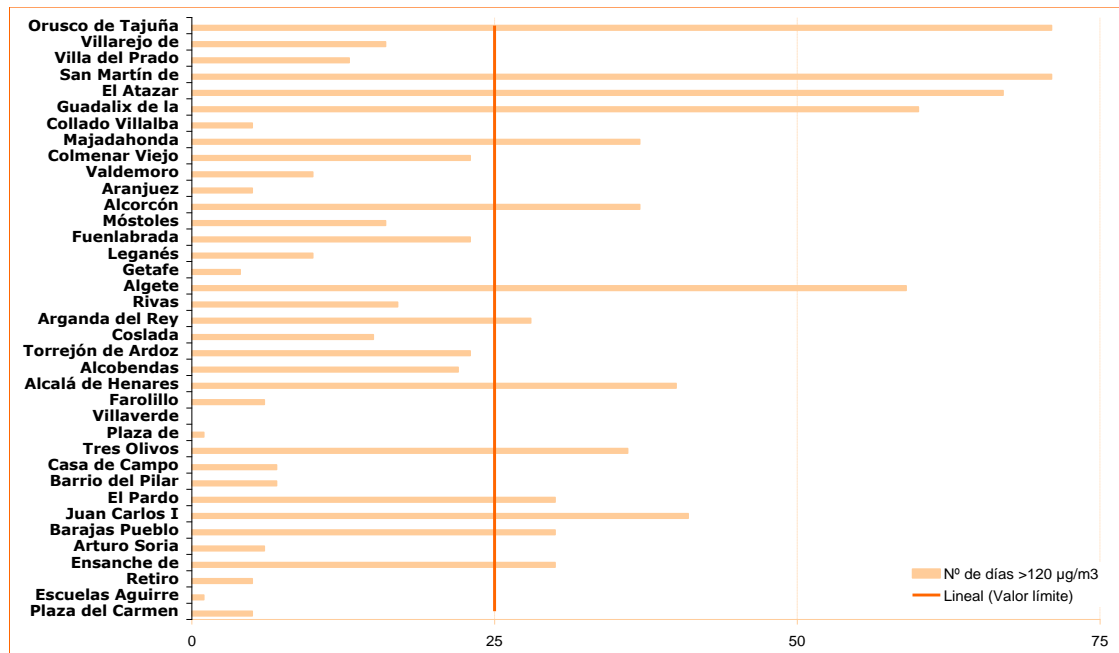
Calidad del aire. Partículas en suspensión PM_{2,5} media anual en las estaciones de control (µg/m³), 2010-2011



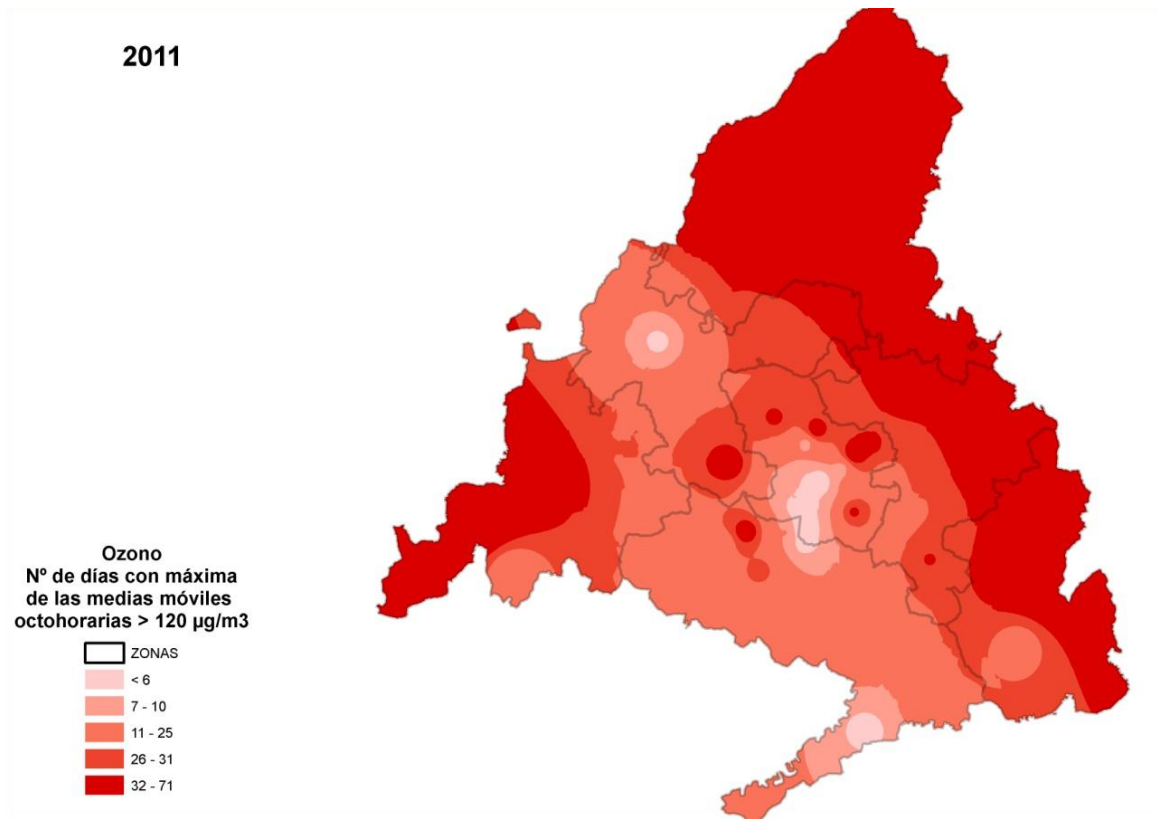
Calidad del aire. Partículas en suspensión PM_{2,5}. Distribución geográfica de la media anual (µg/m³), 2011



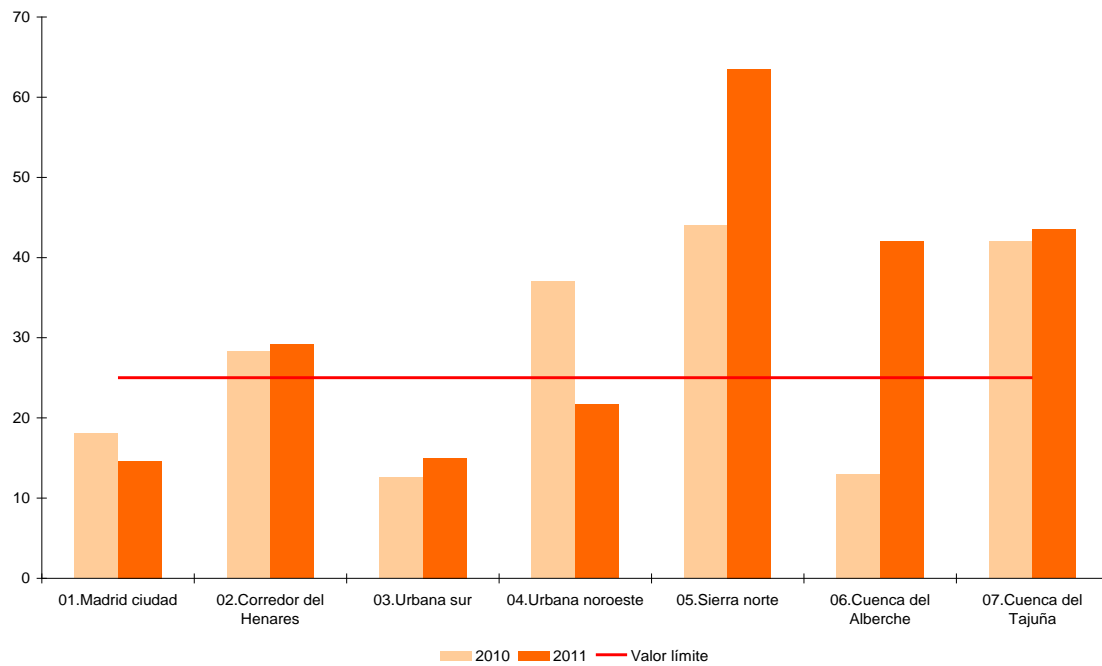
Calidad del aire. Ozono (O3) troposférico. Número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m3 en las estaciones de control, 2011



Calidad del aire. Ozono (O3) troposférico. Distribución geográfica del número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m3, 2011



Calidad del aire. Ozono (O3) troposférico. Promedio del número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m3, 2010-2011



10.1.2. Vigilancia de niveles de polen atmosférico

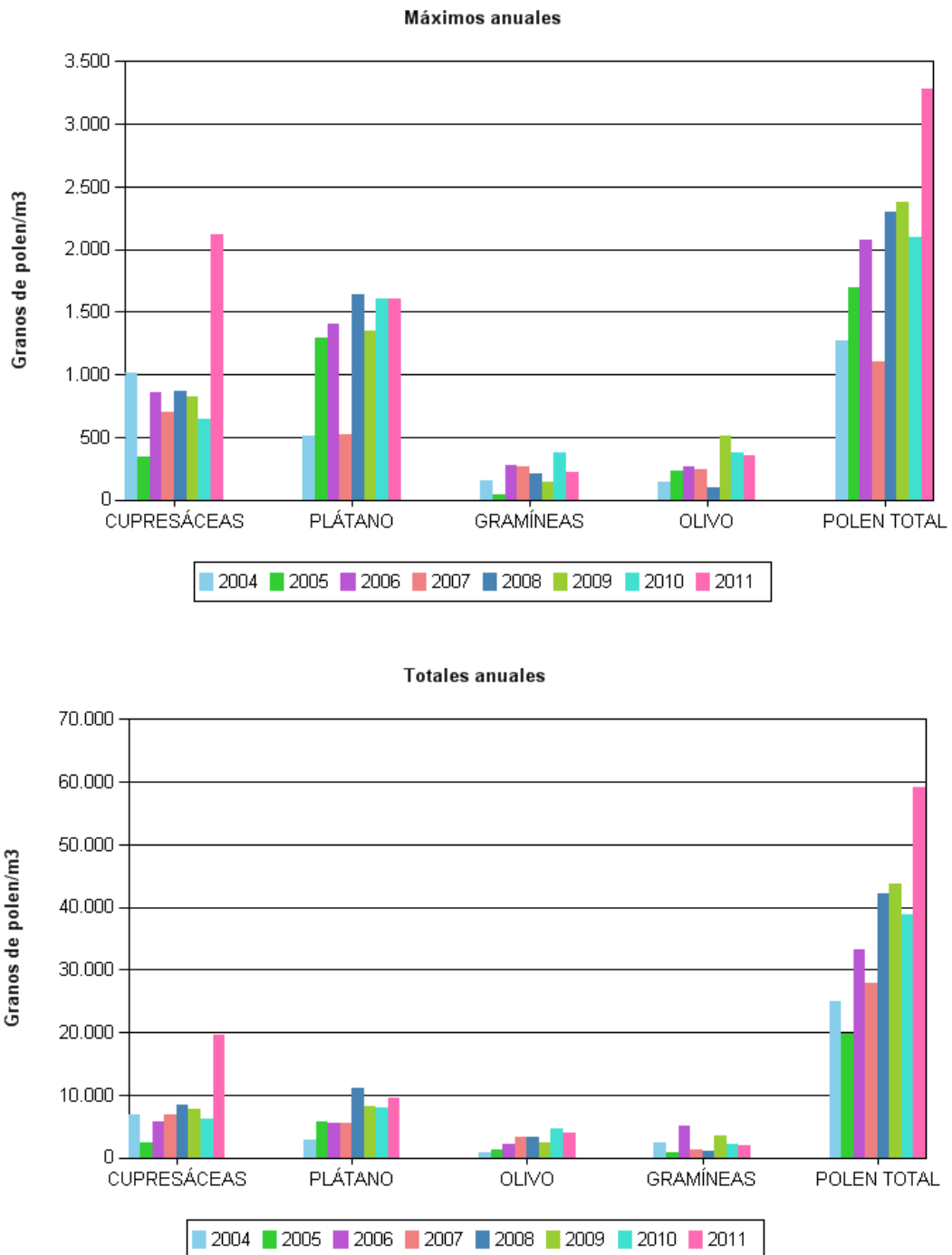
El polen es un importante alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas, que se encuentra en el aire para cumplir un papel biológico esencial en el ciclo reproductivo de las plantas.

La Red Palinológica de la Comunidad de Madrid, Red Palinocam, está constituida por once captadores en nuestra región, tras la incorporación en el año 2008 del último captador en Las Rozas. Su Coordinación se realiza desde el Servicio de Sanidad Ambiental y la Dirección Técnica se ejerce desde la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, analizando la evolución de los distintos tipos polínicos durante todo el año.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que existe una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos Cupresáceas/Taxáceas y Plátano y la primavera con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo. La serie histórica desde el año 2004 al año 2011 de los diferentes tipos polínicos puede observarse en la [Figura 10.2](#). Al mismo tiempo la Comunidad de Madrid emite boletines diarios de polen atmosférico que pueden consultarse en Internet (www.madrid.org/polen).

Figura 10.2. Recuentos de polen total y de cupresáceas, plátano, olivo y gramíneas recogidos en cada uno de los captadores de la Red Palinocam. Comunidad de Madrid, 2004-2011.

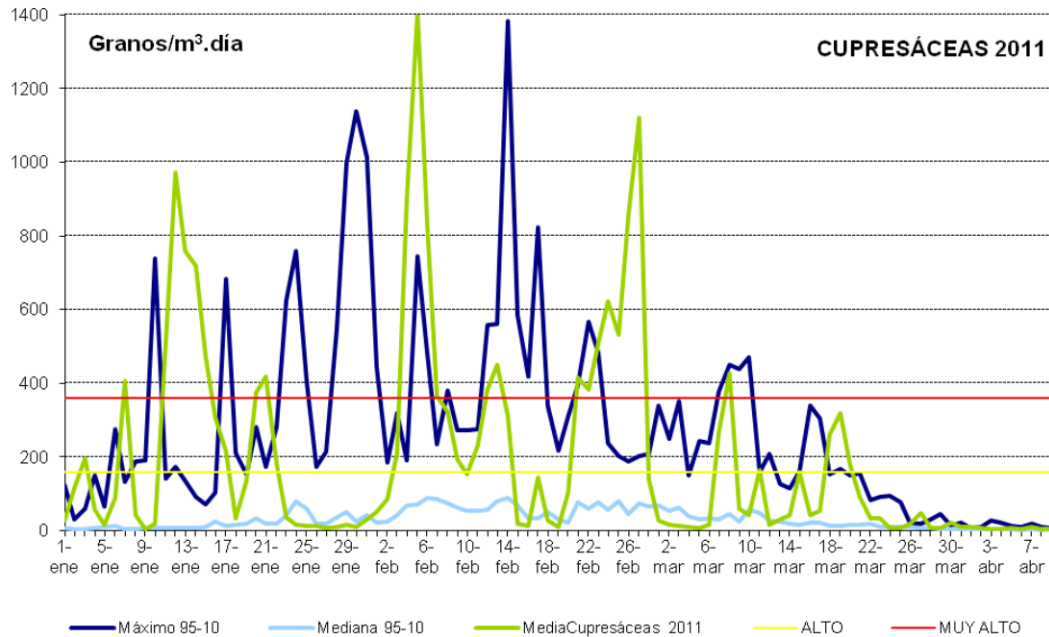
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



Durante 2011 el periodo de polinización del tipo polínico Cupresáceas (que abarca diferentes géneros y especies de las familia Cupresáceas y Taxáceas), y a cuyo espectro polínico contribuyen principalmente en invierno el polen de las arizónicas (*Cupressus arizonica Gaernt.*) ha comenzado muy temprano incluso en el mes de diciembre del año 2010, alcanzándose niveles altos a comienzos del mes de enero (Figura 10.3). Se han producido varios picos con niveles muy altos a lo largo del periodo de polinización, que abarca los meses de enero a marzo, normalmente. Los picos de concentración más destacados son los días 8-15-20 de enero, 1-13-28 de febrero y 1-5 de marzo. Todos los picos han estado por encima de los niveles máximos de la serie histórica.

Figura 10.3. Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.

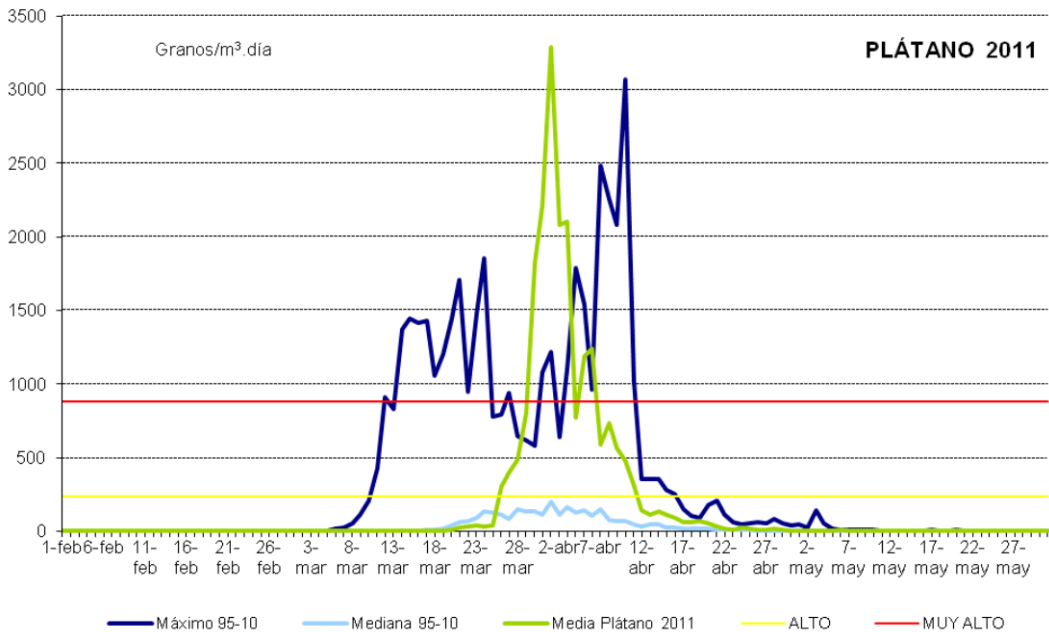
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



Durante 2011 el periodo de polinización de Plátano (Figura 10.4) ha sido muy corto, siendo muy pocos los días de presencia atmosférica de este tipo polínico. El comienzo de periodo tuvo lugar a finales de marzo, y las concentraciones fueron más altas respecto al máximo histórico de la serie 1995-2010. El pico de concentración más elevado ocurrió el 1 de abril.

Figura 10.4. Evolución de la concentración de polen de Plátano en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.

Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.

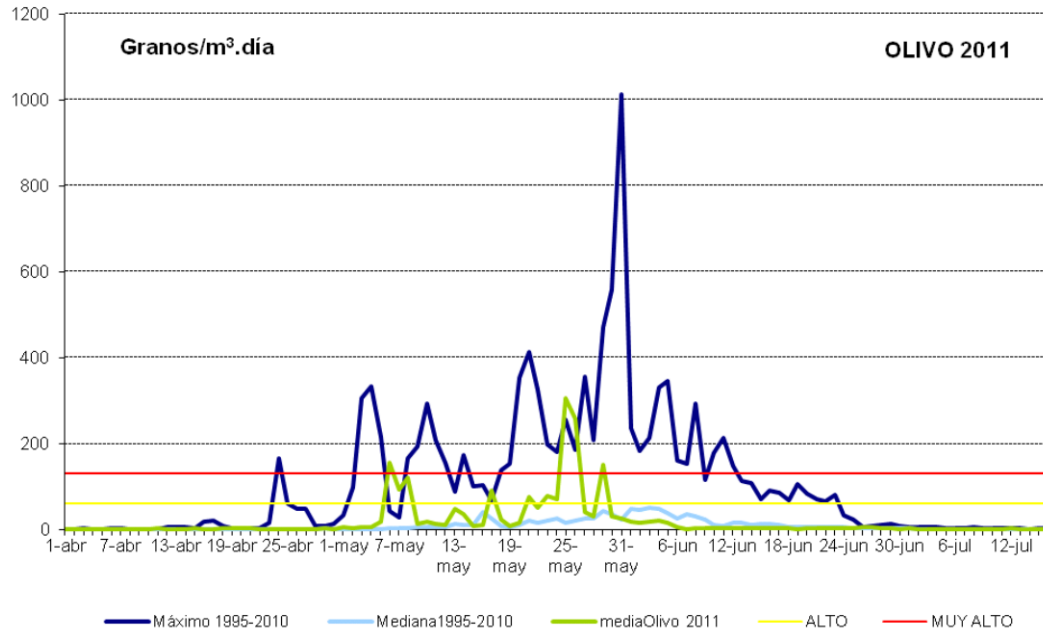


El periodo de polinización del Olivo (Figura 10.5) comenzó a principio del mes de mayo, con un pico de niveles muy alto en la primera semana, y un segundo periodo de niveles muy altos a finales del mes de mayo, con una concentración máxima de 307 granos de polen el 25 de mayo. La duración del periodo de

polinización fue más corta, con menor número de días de presencia de este tipo de polen respecto a los años anteriores.

Figura 10.5. Evolución de la concentración de polen de Olivo en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.

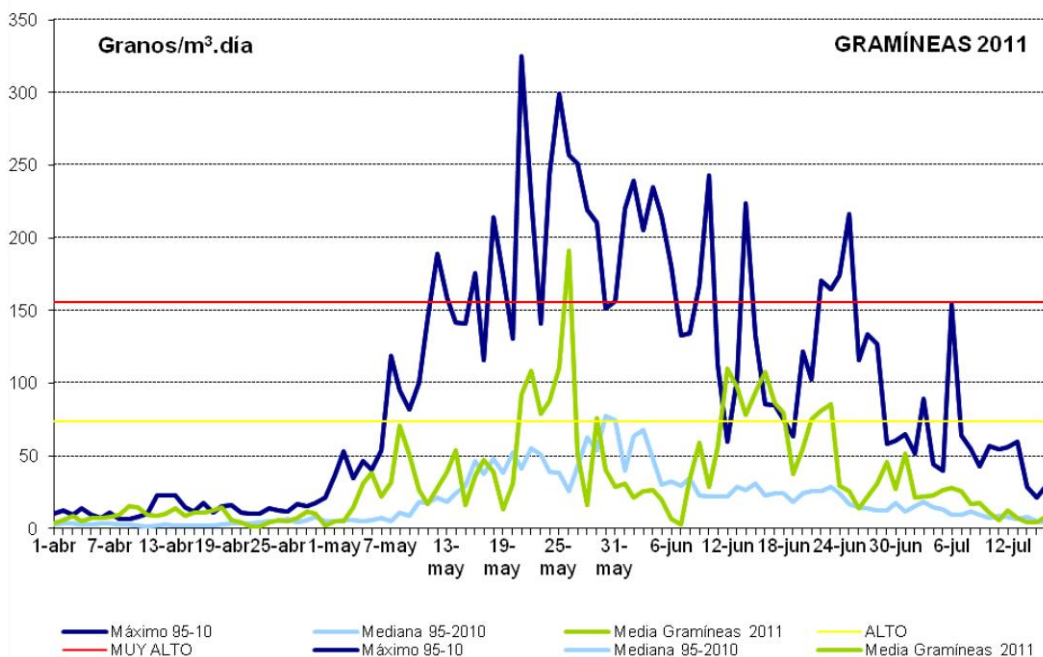
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



En cuanto a las Gramíneas se refiere (Figura 10.6), se produjo un aumento progresivo de los niveles durante la última semana de mayo, con niveles altos en toda la red, hasta alcanzarse niveles muy altos el 26 de mayo, alcanzándose 191 granos de polen, y tras un descenso a niveles moderados se produjeron tres nuevos picos con niveles altos la segunda quincena de junio. El resto del periodo las concentraciones fueron moderadas, superándose únicamente en cuatro ocasiones los 50 granos por metro cúbico de aire. La duración del periodo de polinización fue la habitual para este tipo polínico.

Figura 10.6. Evolución de la concentración de polen de Gramíneas en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.

Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



10.1.3. Vigilancia de esporas de hongos en la atmósfera

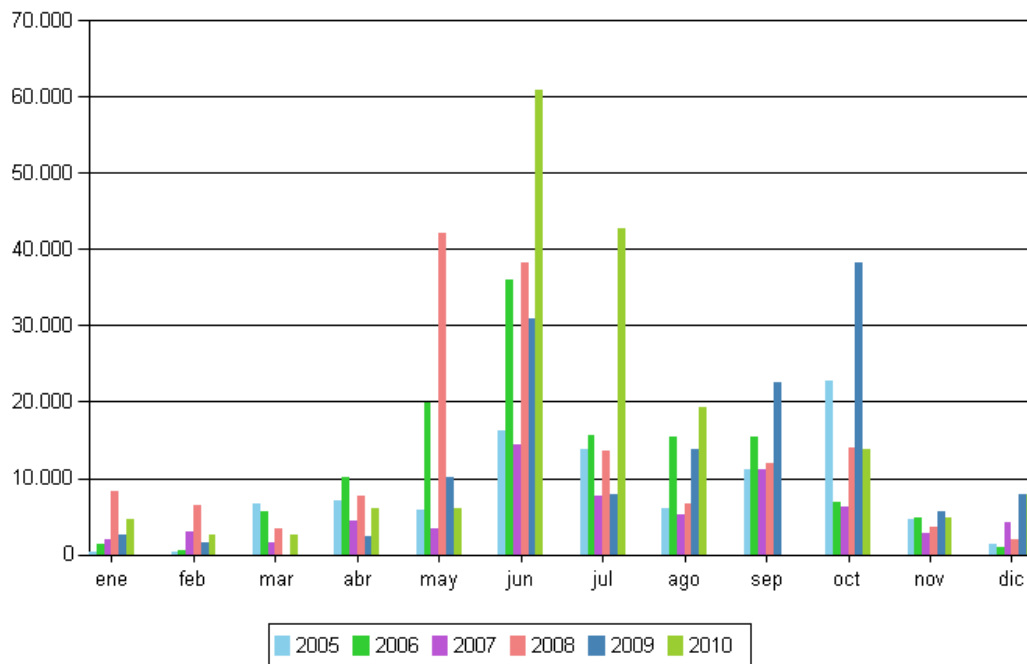
El reino de los hongos está ampliamente distribuido en la naturaleza. Su reproducción se realiza a través de esporas aerovagantes. Las esporas fúngicas, dado su pequeño tamaño, menor de 5 micras, se dispersan a través del aire, lo que confiere a los hongos una capacidad de colonización enorme y una gran ubicuidad. Las esporas fúngicas tienen un importante papel como alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas, que se encuentra en el aire para cumplir un papel biológico fundamental en el ciclo reproductivo de los hongos.

Las esporas de hongos presentes en el aire son muy numerosas, pertenecen a diversas especies y los mismos tipos morfológicos se hallan en casi todas las localidades, ya que son ubicuas. La composición del contenido atmosférico de esporas, a partir de los recuentos de las muestras aerobiológicas da una idea del contenido en ambientes interiores, lo que es de gran interés a la hora de la realización de estudios y análisis de estos ambientes.

Existe un Sistema de Vigilancia Centinela de Esporas en el que se realiza el análisis y lectura de las esporas fúngicas, en un único punto de la Red Palinocam de la región, el captador de Alcalá de Henares (Figura 10.7). Existen dos periodos de presencia de esporas fúngicas importantes, con una clara estacionalidad: primaveral y otoñal. Durante el año 2011 la cantidad de esporas de los tres tipos analizados han tenido la misma estacionalidad. Los niveles de concentración más elevados se han alcanzado en los meses de primavera (junio y julio), con picos de concentración total mensual de 42.000 y 61.000 esporas por metro cúbico de aire.

Figura 10.7. Evolución mensual y anual del contenido de esporas. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2010.

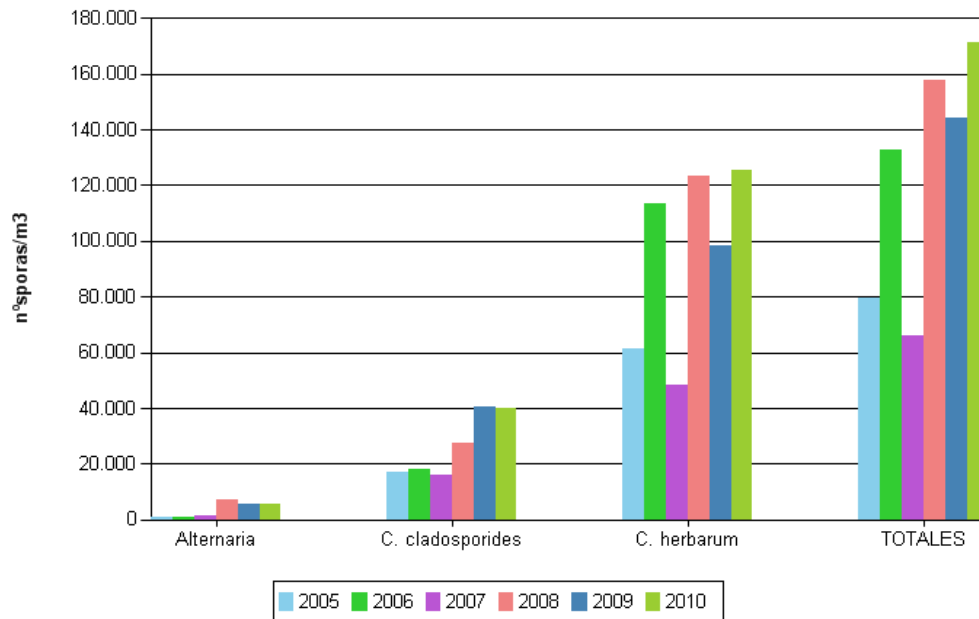
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



Este Sistema de Vigilancia aporta datos de tres tipos esporales (Figura 10.8) de gran presencia en el aire. Su presencia atmosférica es mayor, en número, que la de polen. Estos tres tipos esporales representan aproximadamente el 90% del total de tipos esporales detectados. En el periodo de 2005 a 2010, en 2007 se registran los valores más bajos y en 2010 los más altos.

Figura 10.8. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2010.

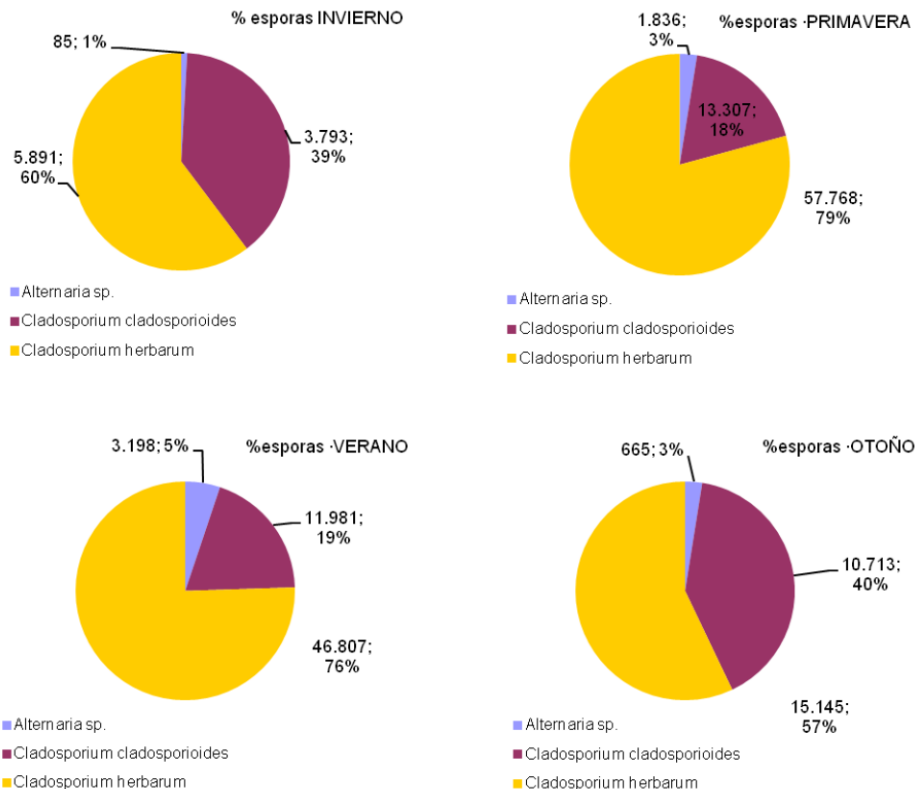
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



El contenido mayoritario a lo largo del año es para *Cladosporium herbarum*, aunque durante la primavera y el otoño aumenta sensiblemente el porcentaje de representación de *Cladosporium cladosporioides* (Figura 10.9). *Alternaria* siempre es un tipo esporal minoritario en los recuentos, aunque su importancia desde el punto de vista de salud pública es muy relevante por su repercusión en pacientes alérgicos y asmáticos.

Figura 10.9. Distribución estacional de los 3 tipos esporales mayoritarios.

Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



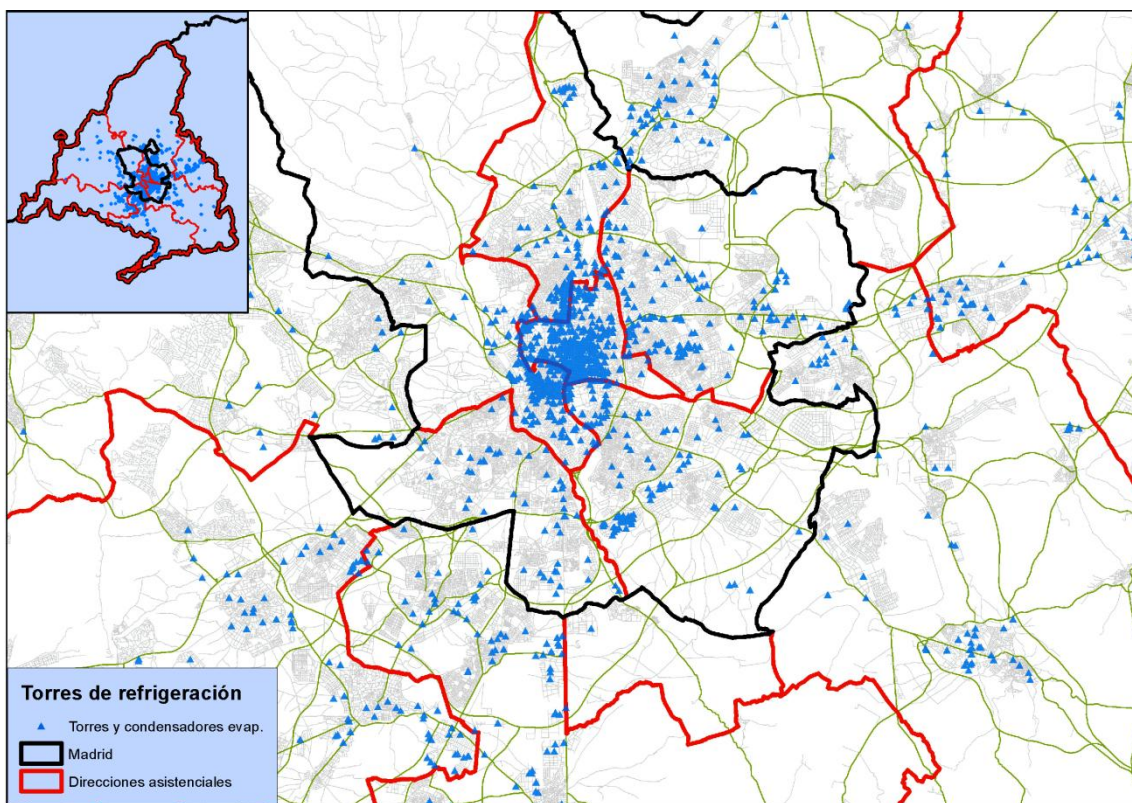
10.1.4. Sistema de vigilancia de legionelosis

El Sistema de Vigilancia de la legionelosis tiene como objetivo detectar instalaciones de riesgo de proliferación de *Legionella* que puedan ser foco de la enfermedad. Para ello, es necesario conocer la distribución geográfica de todas las instalaciones de riesgo (torres de refrigeración y condensadores evaporativos) de la Comunidad de Madrid, así como de los casos esporádicos de legionelosis que son notificados a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica, al efecto de establecer la relación espacial entre ambas informaciones mediante la utilización de una herramienta de análisis geográfico (Sistema de Información Geográfica).

El Sistema permite la consulta, en tiempo real, de la distribución geográfica de las torres de refrigeración y condensadores evaporativos así como la localización de los casos notificados de *Legionella* (Figura 10.10 y Figura 10.11). El análisis conjunto de estos datos permite obtener información de aquellas instalaciones que se encuentran ubicadas en las cercanías del lugar de residencia de un caso esporádico, y por tanto, establecer un control exhaustivo de las mismas. Por otra parte, la representación cartográfica de los casos notificados de legionelosis permite detectar posibles agregaciones espaciotemporales y orientar las actuaciones de vigilancia y control sobre las instalaciones cercanas. La información espacial se actualiza trimestralmente y se distribuye a través de los visores cartográficos disponibles en la Web.

Figura 10.10. Distribución geográfica de instalaciones de riesgo para la legionelosis. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



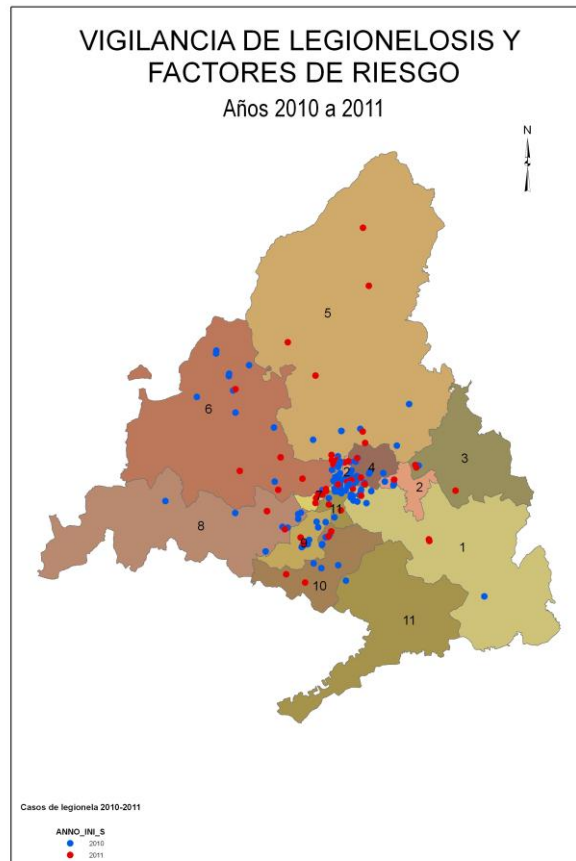
El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2011 era de 3.562. En lo que respecta a los casos de *Legionella*, durante los meses de octubre y noviembre de 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid en el que se identificaron 47 casos, cuya investigación epidemiológica y ambiental fue consistente con que el origen del brote fuesen las torres de refrigeración existentes en la zona. Las medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección y cierre de torres contaminadas) fueron efectivas, y el brote fue rápidamente controlado.

En la [Figura 10.11](#) se observa que los casos esporádicos (no asociados a brote) de 2011 han sido inferiores a los notificados durante el año 2010. Esto hace pensar que la intensificación de la inspección, en especial en la zona del brote, y las acciones dirigidas a las empresas de tratamiento de *Legionella* han contribuido al descenso del número de casos en 2011.

Por otra parte, es importante indicar que durante el 2011, no se ha registrado ningún brote relacionado con torres de refrigeración. El único brote, con 3 casos, se ha relacionado con un balneario urbano, instalaciones que también son objeto de inspección dentro del Plan Anual.

Figura 10.11. Distribución geográfica de los casos de legionelosis. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



10.1.5. Vigilancia de extremos térmicos y salud

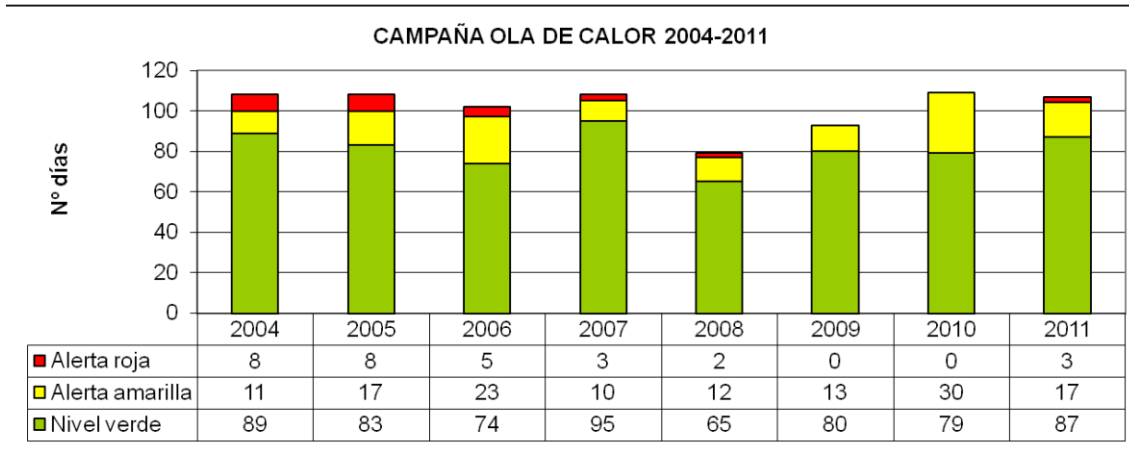
El Plan de respuesta ante los riesgos derivados de las olas de calor de la Comunidad de Madrid, se diseñó tras la ola de calor que afectó Europa en el año 2003 ([Figura 10.12](#)). Durante el año 2011 estuvo activo desde el 1 de junio hasta el 15 de septiembre (adelantándose 15 días a los años anteriores en los que se activaba el 15 de junio).

El Servicio de Sanidad Ambiental emite, de lunes a viernes, boletines con el nivel de riesgo previsto de ola de calor. Se definen tres niveles:

- Nivel verde (normalidad): Temperaturas máximas previstas en el día actual y los próximos 4 días inferiores a 36,6°C.
- Nivel amarillo (precaución): Temperaturas máximas previstas en el día actual y/o los próximos 4 días superiores a 36,5°C e inferiores a 38,6°C, con un máximo de 3 días consecutivos.
- Nivel rojo (alto riesgo): Temperaturas máximas previstas para el día actual y/o los próximos 4 días superiores a 38,5°C al menos en un día, ó 4 o más días consecutivos con temperaturas superiores a 36,5 °C.

Figura 10.12. Serie anual 2004-2011 del número de días en alerta por ola de calor por niveles de riesgo. Comunidad de Madrid.

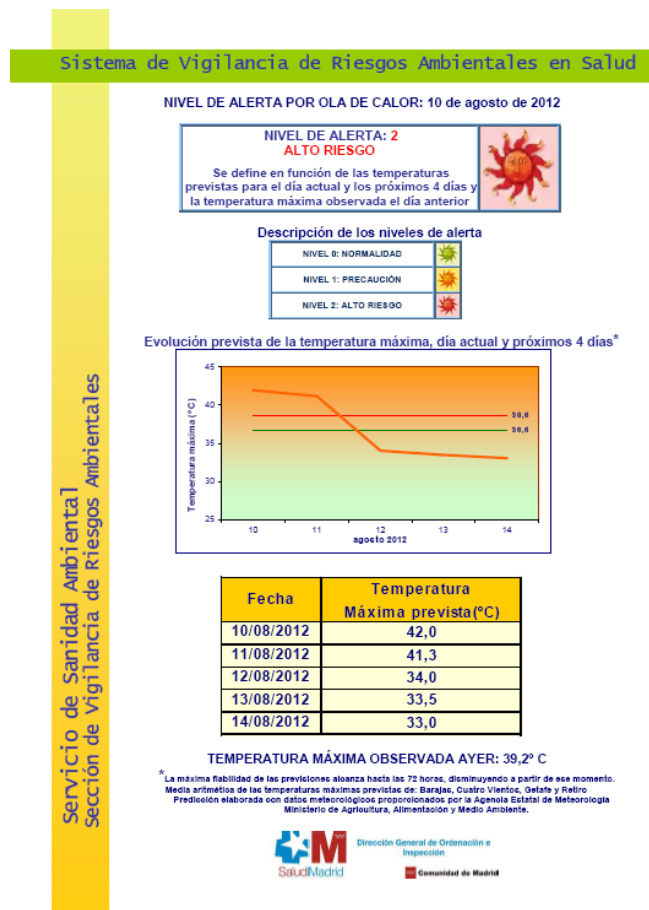
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



El boletín de Nivel de alerta (Figura 10.13) por ola de calor se difunde al Servicio de Alertas en Salud Pública (que lo traslada al sistema sociosanitario, municipios, etc.). En 2011 se elaboraron y difundieron 76 boletines. Para informar al ciudadano se actualiza diariamente el boletín en la página web www.madrid.org/calorysalud. Desde 2010 está en funcionamiento la aplicación SOCA que permite la suscripción a través de Internet de los ciudadanos en dos modalidades: recepción diaria del nivel de riesgo previsto o recepción del boletín sólo cuando hay activación o desactivación de alertas. En 2011 hubo 304 registros de suscriptores y se difundieron un total de 13.087 correos electrónicos.

Figura 10.13. Boletín del nivel de alerta por ola de calor. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

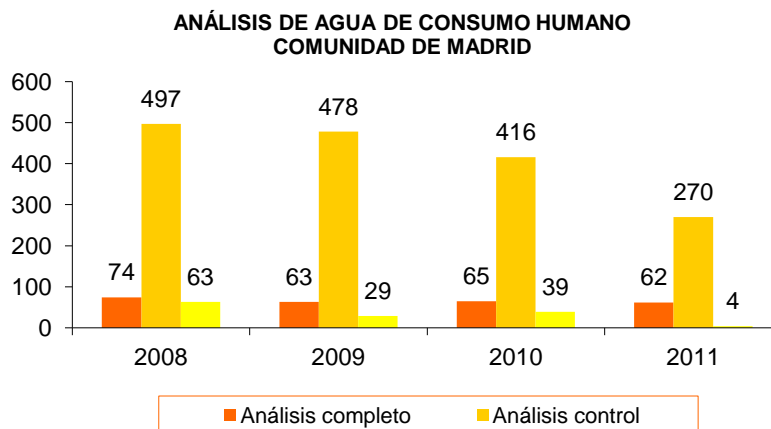


10.1.6. Vigilancia de la calidad de las aguas de consumo humano

La vigilancia de la calidad del agua suministrada a través de sistemas de abastecimiento requiere tanto la supervisión de las condiciones sanitarias de las estructuras implicadas en el abastecimiento (captación, depósitos, tratamientos, conducciones, etc.) como de la calidad de las aguas. La Dirección General de Ordenación e Inspección, a través de sus servicios territoriales, llevó a cabo su Programa Autonómico de Vigilancia Sanitaria, en cuyo marco se realizaron 336 análisis, en el transcurso del año 2011. En la [Figura 10.14](#) se puede ver el número de análisis realizados en los últimos años dentro del programa de vigilancia autonómico, distribuidos por tipo de análisis.

Figura 10.14. Número de análisis realizados para el control de agua de consumo humano, según tipo de análisis. Comunidad de Madrid, 2008-2011.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



La publicación del RD 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, y la consecuente instauración del Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC), establece el control de las aguas sobre la zona de abastecimiento, considerando como tal el área geográfica definida en la que el agua de consumo proviene de una o varias captaciones, cuya calidad puede considerarse homogénea. Asimismo los gestores de los abastecimientos son los encargados del control de la calidad del agua que suministran.

En la Comunidad de Madrid existen 28 zonas de abastecimiento del Canal de Isabel II, que suministra agua al 95% de la población. El otro 5% de agua suministrada es responsabilidad de 16 municipios autónomos y 324 abastecimientos privados entre los que se encuentran urbanizaciones privadas y establecimientos de industria alimentaria.

En base a los controles efectuados por las empresas gestoras y los llevados a cabo por la Dirección General de Ordenación e Inspección se puede concluir que:

- No se conoce la existencia de zonas habitadas sin aducción de agua potable. En el caso de existir se limitarían a pequeños grupos de población marginal.
- El agua distribuida a través de las zonas de abastecimiento del Canal de Isabel II dispone de tratamientos adecuados y ofrece generalmente una buena calidad, siendo las alteraciones más frecuentes las generadas por los propios tratamientos (presencia de amonio como subproducto de la cloraminación y exceso de aluminio empleado como coagulante).
- Los tratamientos empleados en las zonas de abastecimiento de responsabilidad municipal se limitan generalmente a la cloración, si bien en su mayor parte el agua procede de pozos, por lo que no requieren, salvo excepciones, tratamientos complementarios. En algunos casos minoritarios, se han detectado alteraciones de los indicadores de contaminación microbiológica, de escasa trascendencia poblacional, debido a deficiencias en los sistemas de desinfección.
- En los abastecimientos privados las aguas proceden de pozos y son utilizados para consumo y riego de zonas verdes. La calidad del agua distribuida depende fundamentalmente de los sistemas de tratamiento y desinfección empleados en cada caso. Los riesgos sanitarios derivados del consumo de estos suministros son de tipo microbiológico, de escasa entidad y asociados a deficiencias en la desinfección.

10.1.7. Vigilancia de la calidad de las aguas de las zonas de baño

El uso del agua como actividad recreativa en entornos naturales es de indudable atractivo para la población e influye de forma positiva sobre la salud y el bienestar. No obstante, frente a estos beneficios, hay que contraponer los riesgos sanitarios asociados al baño por exposición a contaminantes del agua, accidentes, etc. En la Comunidad de Madrid hay censadas cinco zonas de baño naturales, con seis puntos de muestreo (Tabla 10.1).

Tabla 10.1. Zonas de baño, con puntos de muestreo y municipios correspondientes. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

ZONA DE BAÑO	PUNTO MUESTREO	MUNICIPIO
Río Alberche	Playa del Alberche	Aldea del Fresno
Río Tajo	Los Villares	Estremera
Río Manzanares	La Charca Verde	Manzanares El Real
Río Lozoya	Las Presillas	Rascafría
Embalse San Juan	El Muro	San Martín de Valdeiglesias
	Virgen de la Nueva	San Martín de Valdeiglesias

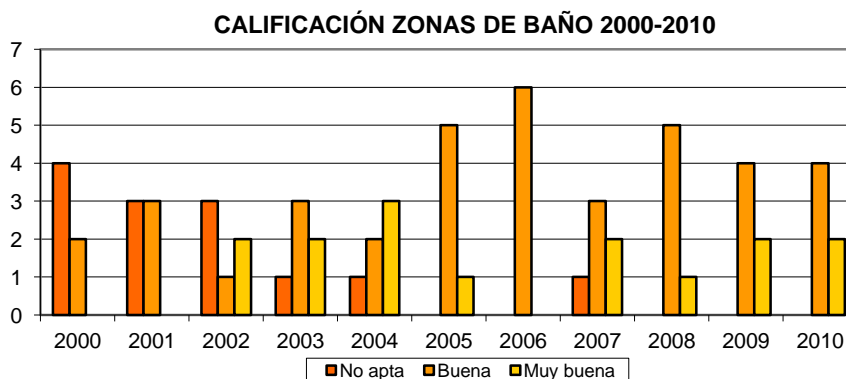
La temporada de baño 2011 es la primera en la que se ha establecido la clasificación de las aguas de baño conforme al Real Decreto 1341/2007, en base a los datos de las cuatro últimas temporadas, habiendo obtenido las siguientes clasificaciones:

- Excelente:
 - Embalse de San Juan, puntos de muestreo El Muro y Virgen de la Nueva.
 - Río Lozoya
- Buena:
 - Los Villares
- Suficiente:
 - Playa Alberche
 - La Charca Verde

La Comisión Europea, en el seno del Comité de adaptación de la Directiva 2006/7, señaló un periodo transitorio para las temporadas 2008, 2009 y 2010, en el que se consideraba la calificación establecida por la directiva anterior, pero con los parámetros actuales, asimilando coliformes fecales a *Escherichia coli* y estreptococo fecal a enterococos intestinales. En la Figura 10.15 se presenta la evolución de la calificación de las zonas de baño en la última década, y se puede observar la mejoría de la calidad de las aguas en la Comunidad de Madrid.

Figura 10.15. Evolución de la calidad de las aguas de baño. Comunidad de Madrid, 2000-2010.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



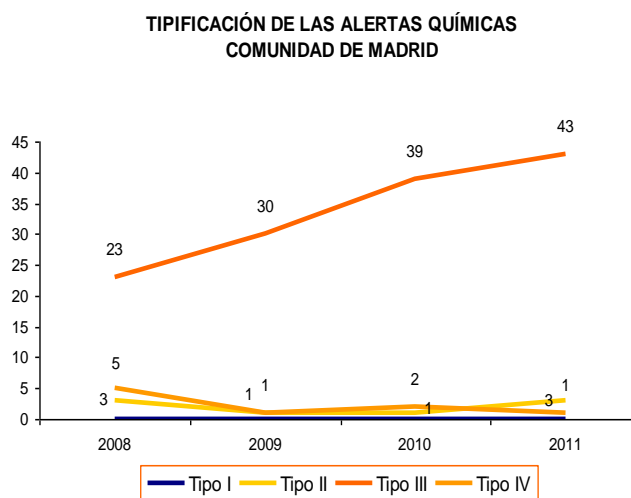
10.1.8. Vigilancia de productos químicos

La vigilancia de los riesgos para la salud de los productos y sustancias químicas se realiza a través de la inspección y del Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ), establecido entre el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y las Comunidades Autónomas. Las alertas están tipificadas como tipo I, II, III, IV, atendiendo a la urgencia en la actuación y al riesgo para la salud, correspondiéndose las de tipo I con las de mayor urgencia debido a la existencia de casos de morbilidad y las de tipo IV con las que solamente son de carácter informativo y no necesitan de actuación.

En el año 2011 se registraron 47 alertas. La evolución del número de alertas que se han producido en la Comunidad de Madrid puede verse en la [Figura 10.16](#).

Figura 10.16. Número de alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2008-2011.

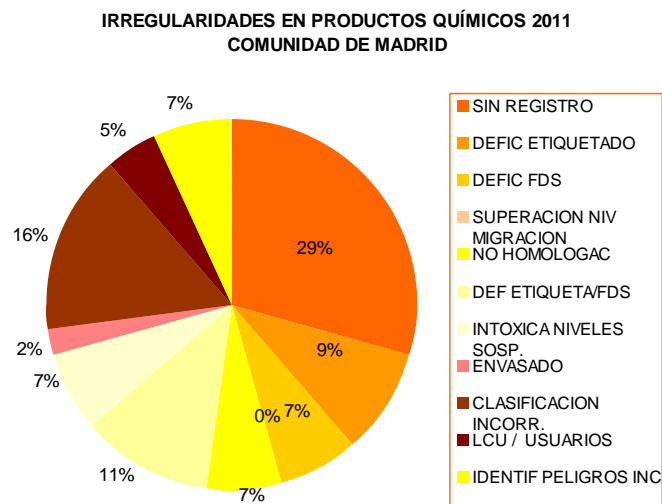
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



Es de reseñar que no se han producido alertas de tipo I, daño para la salud, y se observa un incremento de las incidencias de tipo III, infracciones normativas, que puede deberse a una mayor presión inspectora. En cuanto a las irregularidades encontradas predominan, además de la ausencia de registro, la incorrecta clasificación, las referidas a la ficha de datos de seguridad y al etiquetado de productos químicos. Los porcentajes de incumplimientos se pueden consultar en la [Figura 10.17](#).

Figura 10.17. Porcentaje de irregularidades en productos químicos. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



10.2. La pérdida de salud de la población trabajadora madrileña por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo

10.2.1. Enfermedades profesionales

A partir de la entrada en vigor de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea un fichero de datos personales, la cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad se realiza por vía electrónica mediante la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social) que es responsabilidad de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (ESS) y es desde donde se realiza el tratamiento informático de los partes, remitiéndose posteriormente la información a las Comunidades Autónomas.

El sistema de notificación CEPROSS, por tanto, recaba información de las patologías sufridas por los trabajadores que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, por medio del parte electrónico de enfermedad profesional que elabora o tramita la entidad gestora o mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales del trabajador. Para ello, los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de tres días hábiles, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda, del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores.

El sistema CEPROSS recoge datos identificativos del trabajador, de su situación laboral, de la empresa, datos médicos y datos de cierre del proceso. Así, con la incorporación de este sistema de notificación se ha conseguido identificar procesos de enfermedad profesional y no solo una mera enumeración de los partes de enfermedad profesional, ya que a la finalización del proceso se debe clasificar el parte abierto como enfermedad profesional, accidente de trabajo o enfermedad común y, por tanto, es posible comprobar si un diagnóstico inicial como enfermedad profesional ha sido correcto, o bien el proceso concluye como accidente de trabajo o enfermedad común, lo que permitirá obtener conclusiones que reflejen la realidad de los procesos de enfermedad profesional.

En la Comunidad de Madrid, el acceso a la aplicación CEPROSS se realiza desde el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Consejería de Educación y Empleo) quien, de forma periódica, facilita información con datos agrupados al Servicio de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad. En concreto, se dispone de información de los partes de enfermedad profesional comunicados desde el inicio del sistema (año 2007) hasta el 31 de diciembre de 2011, y de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos entre los años 2007 a 2009. Un parte comunicado es un expediente de enfermedad profesional que ha sido tramitado por la entidad gestora o colaboradora que asume la cobertura de contingencias profesionales con arreglo a la normativa vigente y ha supuesto la existencia de una visita del trabajador a un facultativo que diagnostica una enfermedad profesional catalogada en el cuadro de enfermedades profesionales recogido en el RD 1299/2006. Si cuando se realiza la comunicación existe baja laboral por incapacidad temporal el parte permanece en estado abierto y pasa a la situación de cerrado en el momento en que finalice la incapacidad temporal. Los partes se pueden cerrar por distintas causas: alta por curación y/o alta laboral, alta con propuesta de incapacidad permanente, alta con propuesta de cambio de trabajo, fallecimiento, lesiones permanentes no invalidantes, sin baja laboral, y otras causas. Se incluyen, asimismo, las situaciones de calificación del parte como accidente de trabajo o enfermedad común aún cuando el trabajador continúe de baja médica laboral.

A continuación se presentan los datos referentes a los partes de Enfermedad Profesional comunicados entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2011, para finalizar con la información disponible de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos en el periodo 2007-2009.

10.2.1.1. Enfermedades profesionales. Partes comunicados

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2011, se han notificado al sistema CEPROSS 5.458 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid.

En la [Figura 10.18](#) se observa que las distintas series anuales se comportan de forma similar en los distintos trimestres del año y llama la atención que en todas las series se produce una disminución de casos en el tercer trimestre correspondiente a los meses del periodo vacacional de verano. Respecto a la distribución por sexo y año de notificación ([Figura 10.19](#)), en general, es más frecuente en hombres siendo el porcentaje para estos en el periodo estudiado de 52,4%.

Figura 10.18. Enfermedades profesionales. Distribución mensual de partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

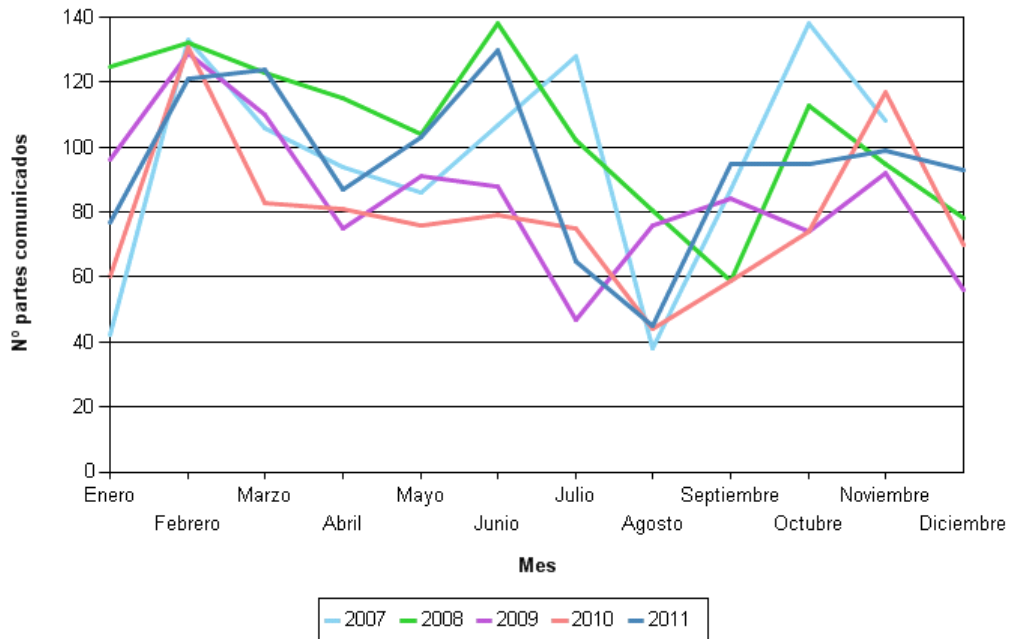
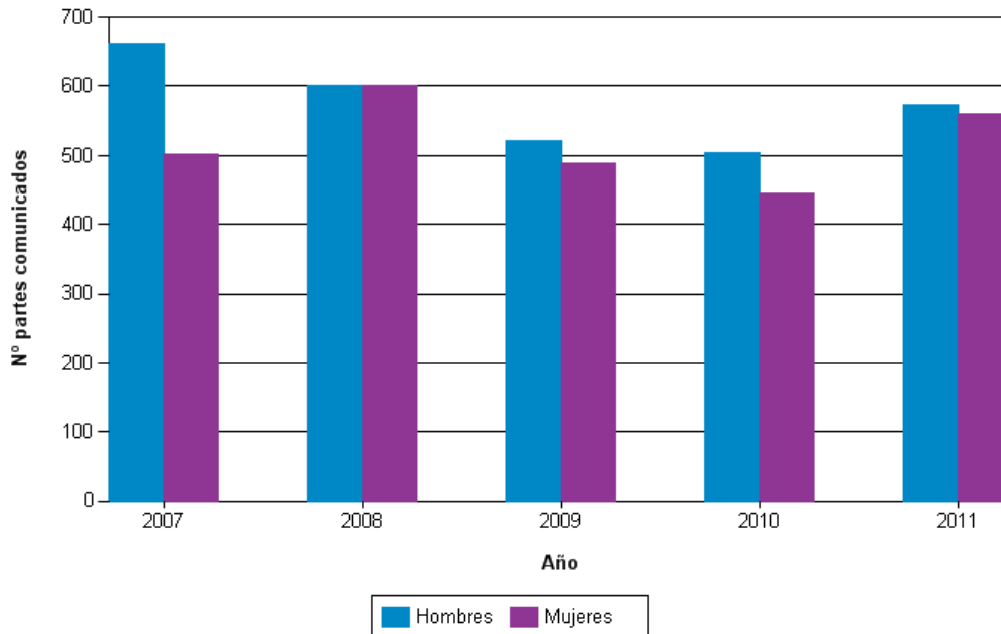


Figura 10.19. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

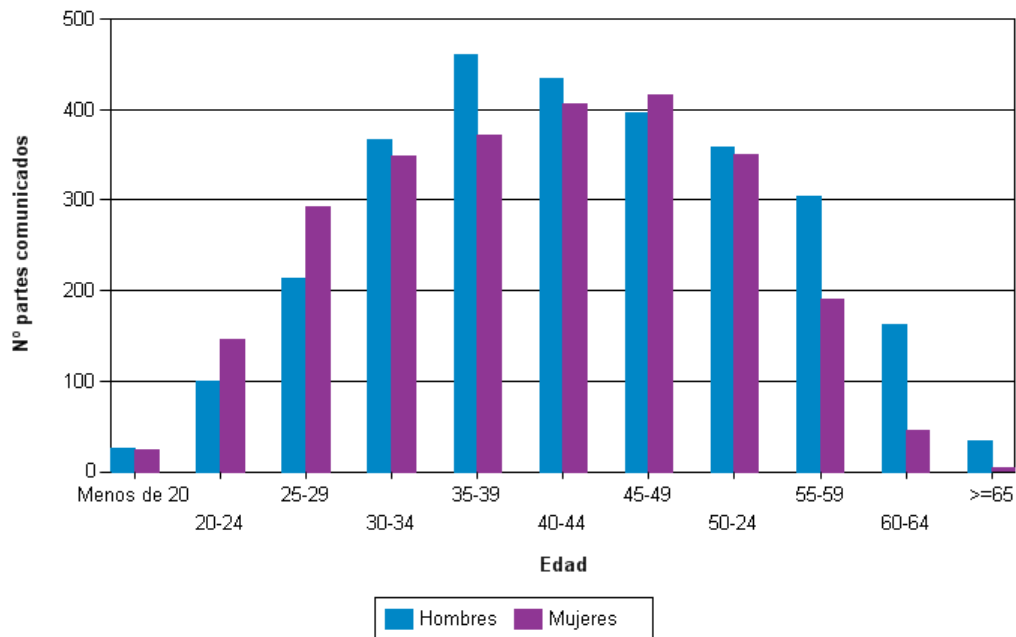
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Por grupos de edad y sexo (Figura 10.20), se observa que en las edades más jóvenes es mayor el número de partes emitidos entre las mujeres, pero a partir de los 30 años es superior en los hombres excepto para el grupo de 45-49 años. En ambos sexos, entre las edades de 30 a 44 años se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando alrededor de un 44% de los mismos para el periodo de estudio.

Figura 10.20. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

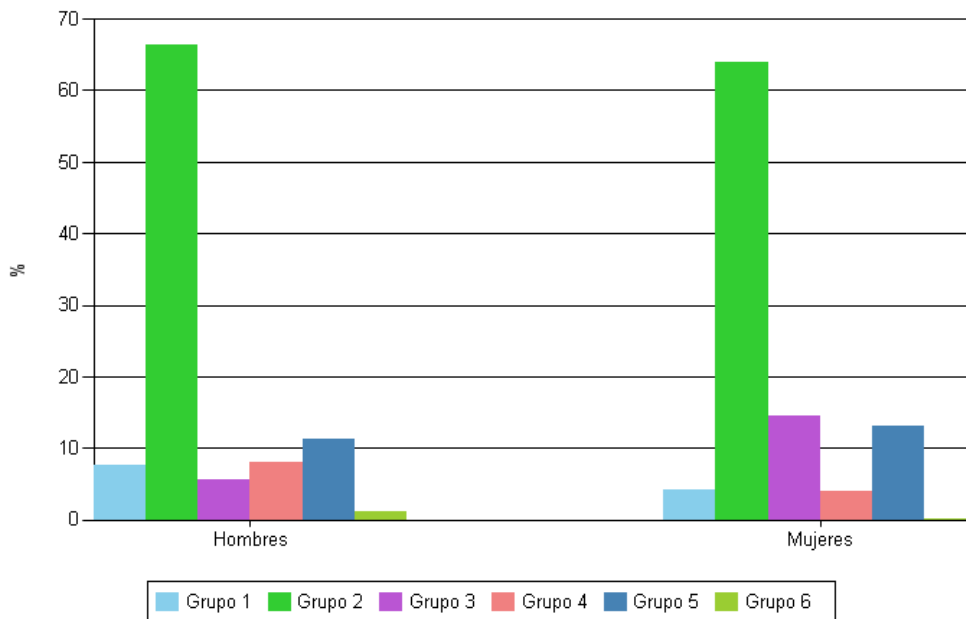
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Respecto a los grupos de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres el grupo 2, correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos, es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados (Figura 10.21); entre las mujeres también destaca el porcentaje de partes de enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Figura 10.21. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según sexo y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

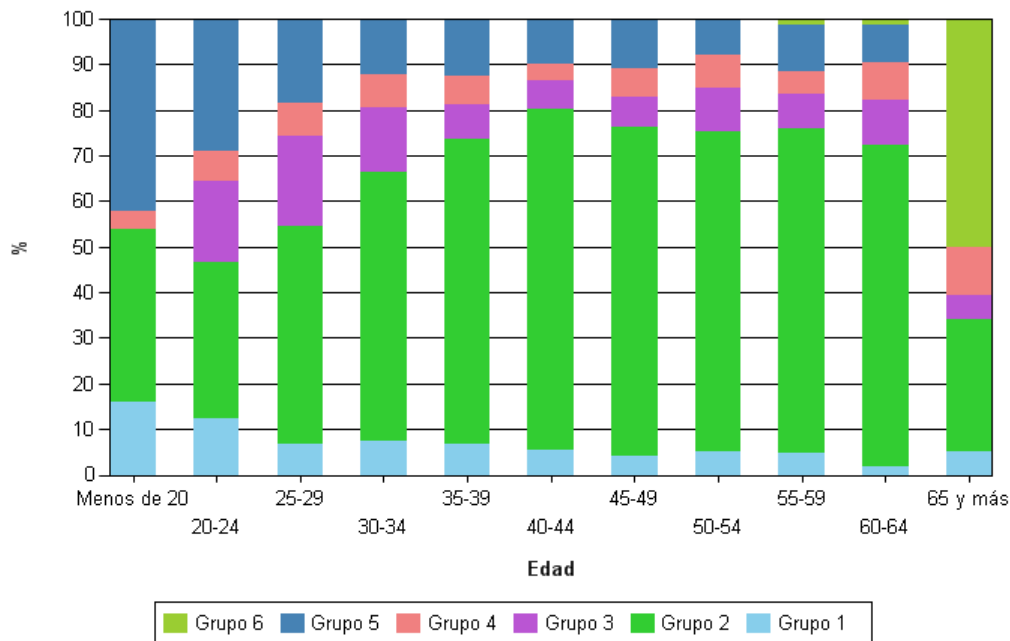


- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Por grupos de edad (Figura 10.22), se observa que los distintos grupos de enfermedades afectan a todas las edades pero de diferente forma; así, los grupos de edad más jóvenes están más afectados por enfermedades profesionales causadas por agentes químicos (grupo 1), por enfermedades de la piel (grupo 5) y por las causadas por agentes físicos (grupo 2); a partir de los 30 años, son muy frecuentes las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos correspondientes al grupo 2. Llama la atención el porcentaje de enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos en mayores de 65 años pero se debe a 22 casos de enfermedad relacionada con la exposición pasada a amianto que se notificaron entre los años 2010 y 2011 a CEPROSS y que se están investigando para confirmar que efectivamente sea así (no olvidar que se trata de partes comunicados y por tanto abiertos aún).

Figura 10.22. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según edad y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Analizando cada uno de los grupos de enfermedad según el agente y las enfermedades profesionales producidas (Tabla 10.2), destacan en el grupo 2 de agentes físicos las enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos y específicamente las enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas; y las parálisis de los nervios debidos a la presión. En el grupo 3 de agentes biológicos destacan las enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado riesgo de infección. También destacan en el grupo 5 de enfermedades de la piel aquellas producidas por sustancias de bajo peso molecular por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad.

Tabla 10.2. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados por grupo de enfermedad y agente. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Frecuencia (Nº 5.458)	Porcentaje
1. EP causadas por agentes químicos	324	5,94
A. Metales	71	
E. Ácidos orgánicos	24	
F. Alcoholes y fenoles	26	
G. Aldehídos	13	
H. Alifáticos	16	
K. Aromáticos	23	
L. Cetonas	21	
M. Epóxidos	30	
Resto	100	
2. EP causadas por agentes físicos	3.554	65,1
A. Hipoacusia o sordera provocada por ruido	402	
B. Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas	68	
C. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enfermedades de bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas	110	
D. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas	2.054	
F. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; parálisis de los nervios debidos a la presión	754	
L. Nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales	128	
Resto	38	
3. EP causadas por agentes biológicos	543	9,9
A. Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado riesgo de infección	481	
B. Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos o cadáveres	39	
Resto	23	
4. EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados	339	6,2
H. Sustancias de alto peso molecular (origen vegetal, animal, microorganismos y sustancias enzimáticas)	156	
I. Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de madera, productos farmacéuticos, sustancias químico-plásticas, etc.)	117	
Resto	66	
5. EP de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados. Total	666	12,2
A. Sustancias de bajo peso molecular, por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad	492	
B. Sustancias de alto peso molecular, por encima de 1000 daltons en cualquier actividad	142	
Resto	32	
6. EP causadas por agentes carcinógenos	32	0,6

EP: enfermedades profesionales

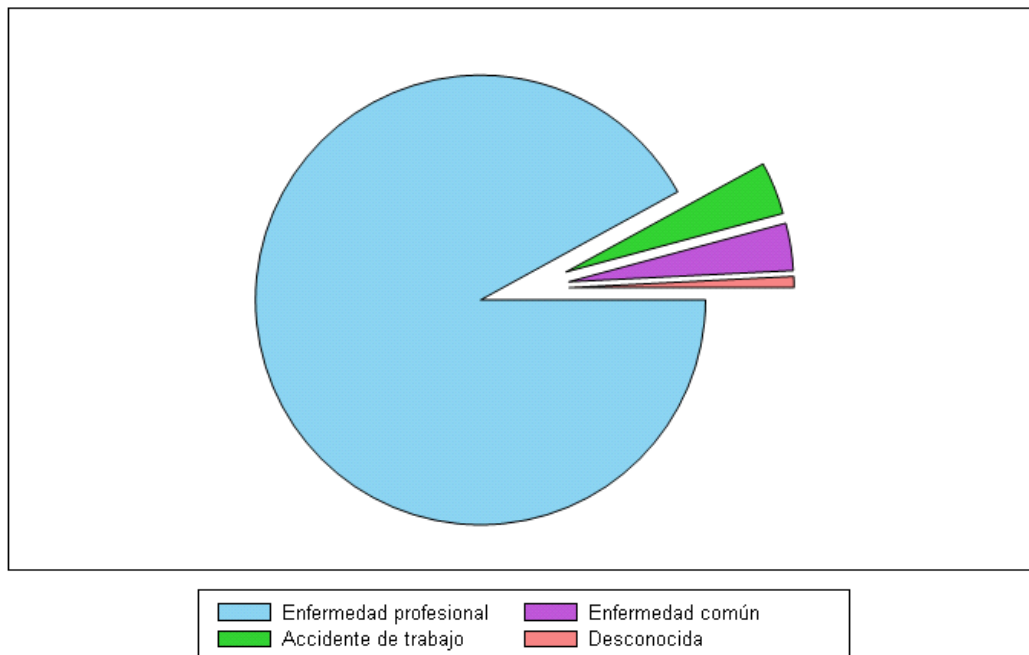
10.2.1.2. Enfermedades profesionales. Partes cerrados

De los partes generados en la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009 a continuación se analiza la información de aquellos cerrados en abril de 2010 (n=3.280) y que representan el 89,5% de los partes ocurridos en el periodo 2007-2009. La distribución de los partes cerrados para cada año es la siguiente: 1.163 (100%) del año 2007, 1.199 (99,7%) del año 2008 y 918 (90,9%) del año 2009. El 53,3% de los partes cerrados corresponden a varones.

De los 3.280 partes comunicados y cerrados, el 92,1% se han clasificado como enfermedad profesional y los restantes como accidente de trabajo (3,8%) o enfermedad común (3,4%), siendo desconocido este dato en un 0,8% (Figura 10.23).

Figura 10.23. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

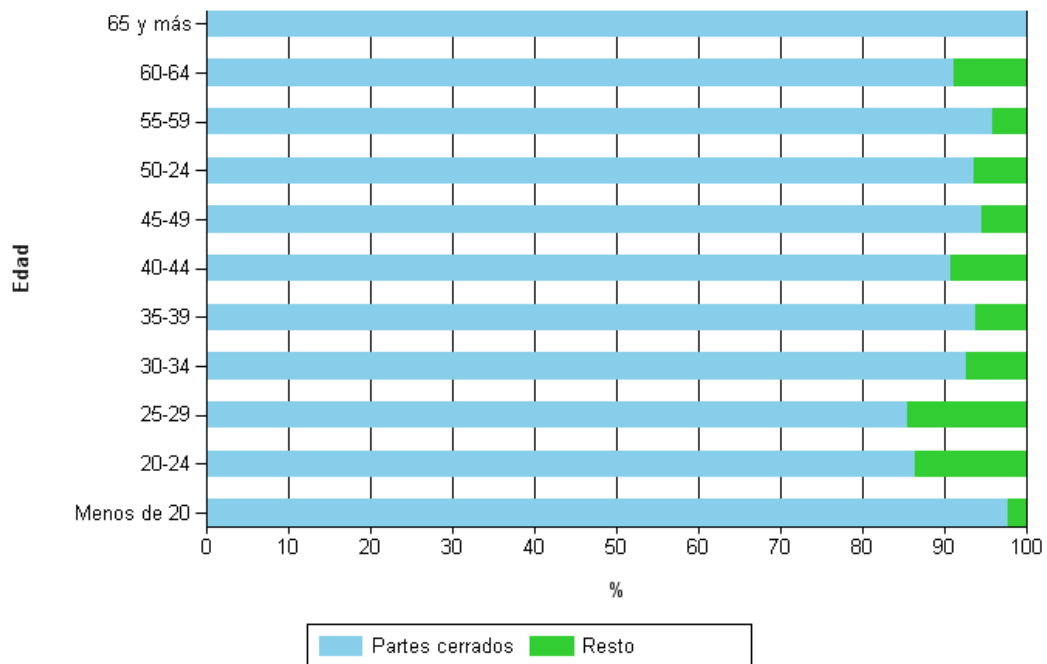
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la Figura 10.24 aparece representada, por grupos de edad, la proporción de partes cerrados en el periodo de tiempo del estudio y aquellos que finalmente se han clasificado como enfermedad profesional frente al resto, no observándose diferencias importantes en los diferentes grupos de edad aunque entre los 20 y 29 años más de un 15% de los partes cerrados no se han clasificado como enfermedad profesional.

Figura 10.24. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes comunicados, según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la [Tabla 10.3](#) y en la [Figura 10.25](#) y [Figura 10.26](#), aparecen representadas las patologías más frecuentes clasificadas como enfermedad profesional ocurridas entre el año 2007 y el 2009 y en ambos sexos. En general, son los trastornos osteomusculares y las dermatitis las patologías más frecuentes en los trabajadores de ambos sexos.

Tabla 10.3. Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

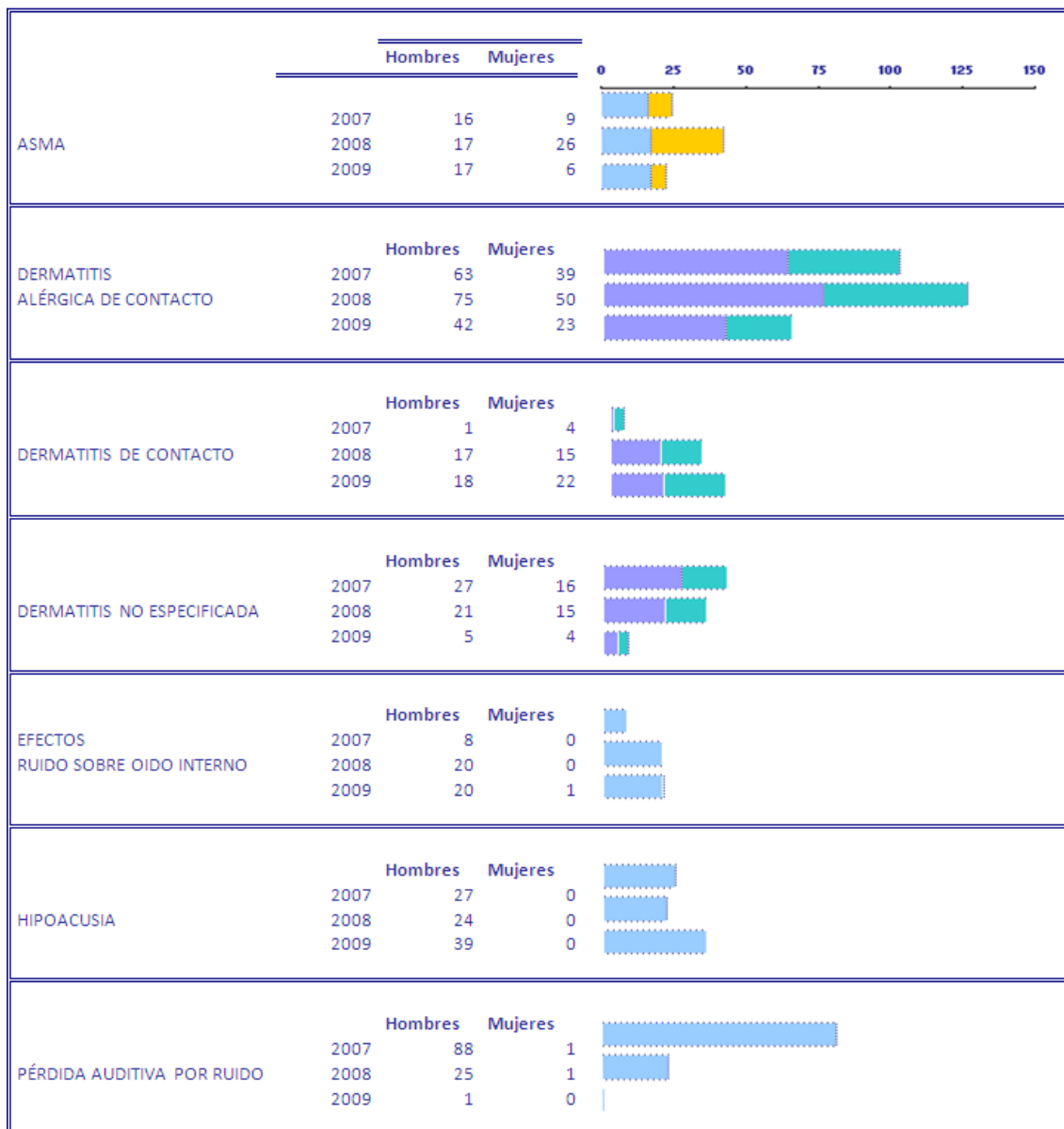


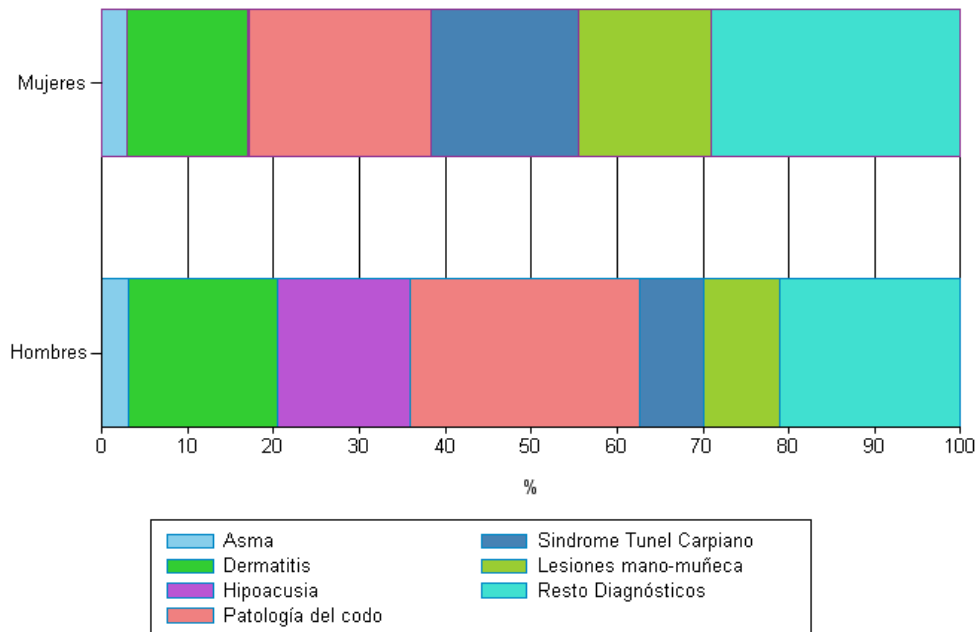
Tabla 10.3 (continuación). Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

		Hombres	Mujeres	
EPICONDILITIS LATERAL				0 25 50 75 100 125 150
	2007	138	94	
	2008	131	104	
	2009	93	57	
EPICONDILITIS MEDIAL				
	2007	27	11	
	2008	9	15	
	2009	18	10	
SINDROME DEL MANGUITO ROTADORES				
	2007	3	2	
	2008	12	12	
	2009	13	4	
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO				
	2007	40	90	
	2008	41	89	
	2009	39	62	
SINOVITIS CREPITANTE CR MUÑECA / MANO				
	2007	8	19	
	2008	18	29	
	2009	8	3	
TENOSINOVITIS MANO / MUÑECA				
	2007	70	81	
	2008	17	35	
	2009	1	12	
TENOSINOVITIS DE QUERVAIN				
	2007	3	9	
	2008	10	13	
	2009	6	12	

Figura 10.25. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de las patologías (CIE-10) más frecuentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

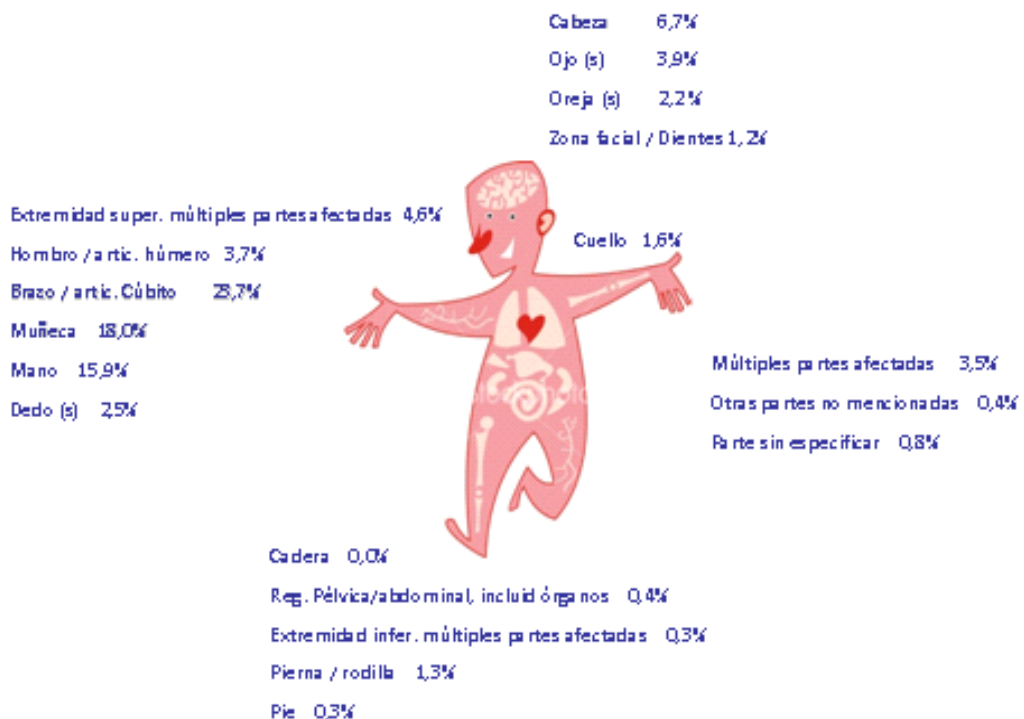
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Entre los trabajadores destacan la hipoacusia, la patología del codo y las dermatitis, y entre las trabajadoras son más frecuentes la patología de la mano/muñeca y el síndrome del túnel carpiano. Por ello, las partes del cuerpo más afectadas por enfermedades profesionales en el periodo 2007 a 2009 han sido el brazo, la muñeca, la mano y la cabeza.

Figura 10.26. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual según la parte del cuerpo lesionada. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



10.2.2. Accidentes de trabajo

Para conocer la pérdida de salud derivada de la actividad laboral por accidentes de trabajo, fueron analizados todos los partes oficiales de accidente de trabajo con baja de la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2010 y a los años 2009, 2008 y 2007 (para analizar la secuencia temporal), anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social previa petición formal.

La definición de accidente de trabajo queda establecida en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio). Accidente de trabajo: "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión del trabajo que ejecute por cuenta ajena". Nuestra normativa amplía la calificación de accidente de trabajo a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (accidentes *in itinere*), los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales o tareas encomendadas por el empresario, o algunas enfermedades padecidas con anterioridad al accidente que se agraven como consecuencia del mismo.

Aunque de la definición anterior se deduce que este derecho a la prestación se ciñe al trabajador asalariado que trabaja para otros (trabajador por cuenta ajena), en el año 2003, mediante el Real Decreto 1273/2003, fue ampliada la cobertura de las contingencias profesionales a trabajadores por cuenta propia o autónomos, de forma que estos trabajadores pueden, desde entonces, mejorar voluntariamente el ámbito de la acción protectora que les dispensa dicho régimen, incorporando la correspondiente a las contingencias profesionales.

Posteriormente, la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo establece la figura del trabajador económicamente dependiente, que son aquéllos que realizan una actividad económica o profesional de forma habitual, para una persona física o jurídica de la que dependen económicamente por percibir de ella, al menos, el 75 por ciento de sus ingresos. Los trabajadores autónomos económicamente dependientes deberán incorporar obligatoriamente, dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social, la cobertura de la incapacidad temporal y de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

Este análisis pretende abordar los accidentes de trabajo desde un enfoque epidemiológico, para mejorar el conocimiento de las situaciones en que se producen los accidentes y de las condiciones laborales de los y las accidentados, con el fin de facilitar la adecuación de las actividades de planificación preventiva desde distintas instancias.

10.2.2.1. Incidencia y características de los accidentes de trabajo

Para elaborar este informe, se ha considerado como población de referencia a la población trabajadora afiliada a la Seguridad Social con cobertura de contingencia profesional. Ésta fue, de media, durante el año 2010 en la Comunidad de Madrid, de 2.433.887 personas. De ellas, 62.610 eran autónomos (43.281 hombres y 19.329 mujeres), un 4,4% más que en el año 2009.

En la [Figura 10.27](#) se observa que esta población trabajó predominantemente en numerosas ramas del sector Servicios y en Construcción (cuyo mayor peso lo aporta la población masculina). En dicha figura se representan las ramas de actividad que acumulan el 85% de la población trabajadora.

Figura 10.27. Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

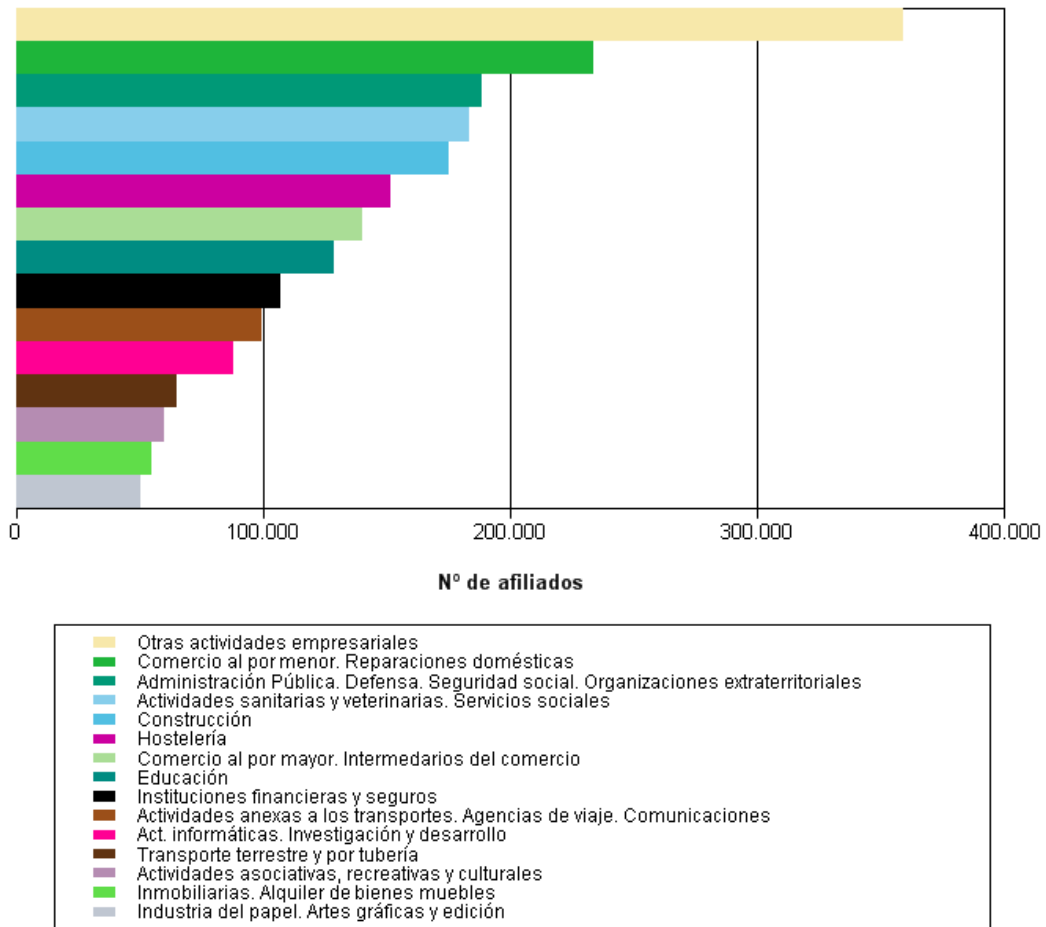
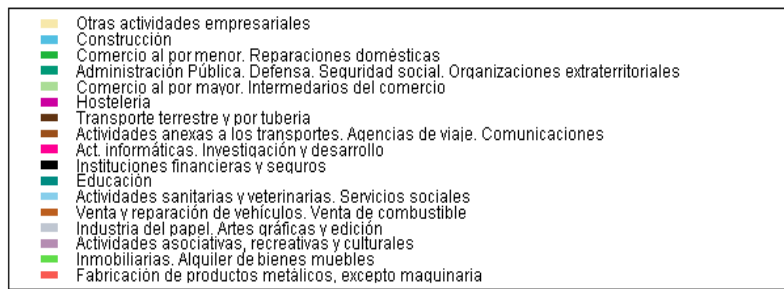
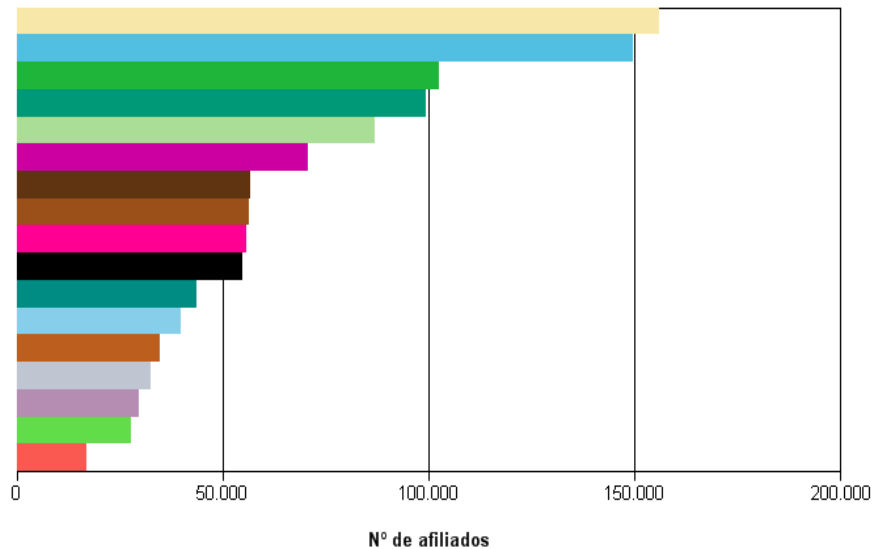


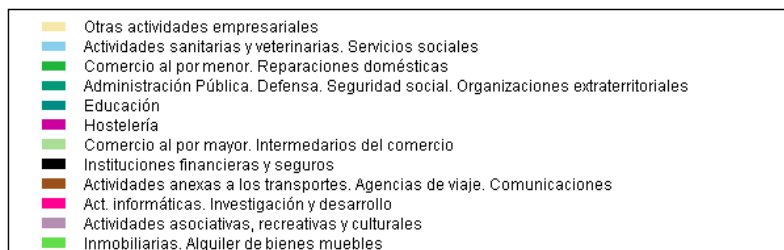
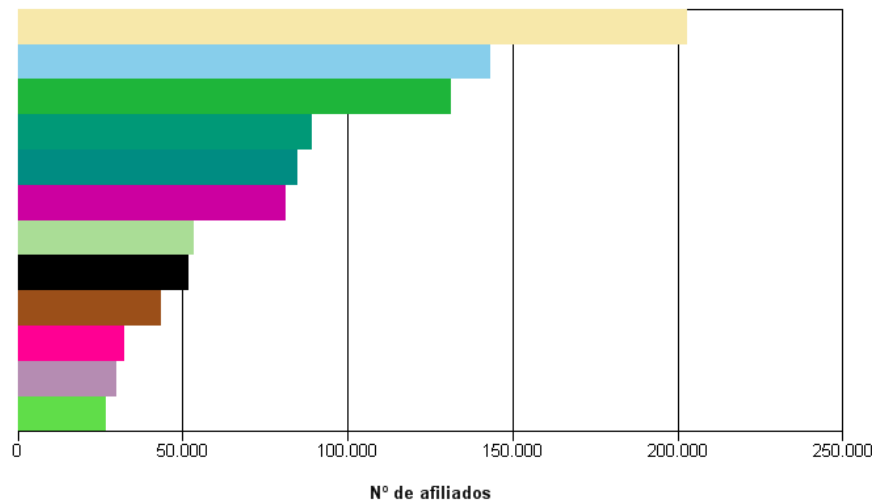
Figura 10.27 (continuación). Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres



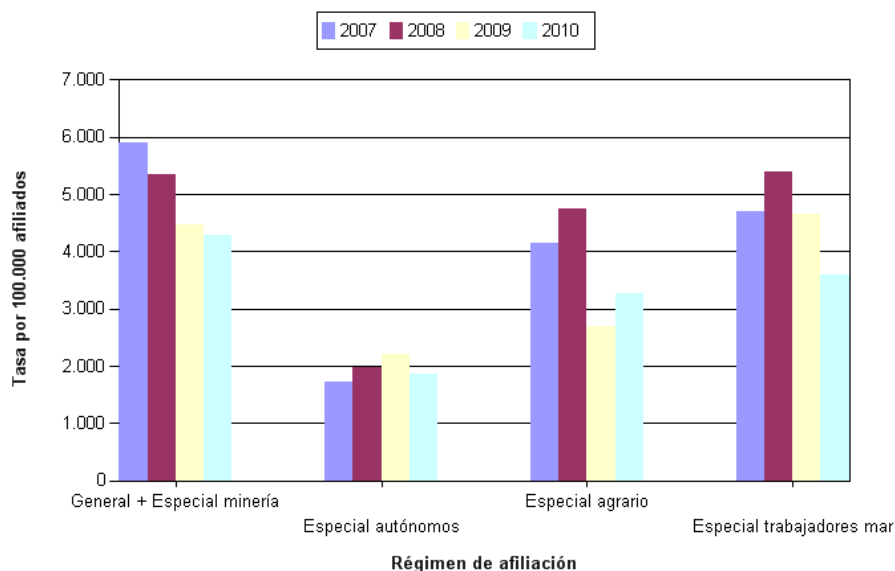
Mujeres



Durante el año 2010 se produjeron en la Comunidad de Madrid, un total de 104.463 accidentes de trabajo con baja, de los que 102.596 corresponden a trabajadores afiliados en Madrid (65.158 hombres y 37.438 mujeres), que son los que analizaremos en este estudio. La incidencia por régimen de afiliación y su evolución desde 2007 a 2010 se muestra en la [Figura 10.28](#).

Figura 10.28. Incidencia de accidentes de trabajo según régimen de afiliación. Tasas por 100 mil afiliados. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Algunas de las características de los accidentes de trabajo ocurridos en 2010 se muestran en la [Tabla 10.4](#). Del total de los accidentes de trabajo con baja, 58.840 hombres y 28.083 mujeres se accidentaron durante la jornada de trabajo (es decir, el accidente no se produjo *in itinere*). La tasa global de incidencia fue de 35,71 accidentes de trabajo en jornada de trabajo con baja, por cada 1.000 afiliados. En el año 2008 esta tasa fue de 46,20, y en el 2009 de 37,64.

Tabla 10.4. Accidentes de trabajo con baja. Características básicas según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

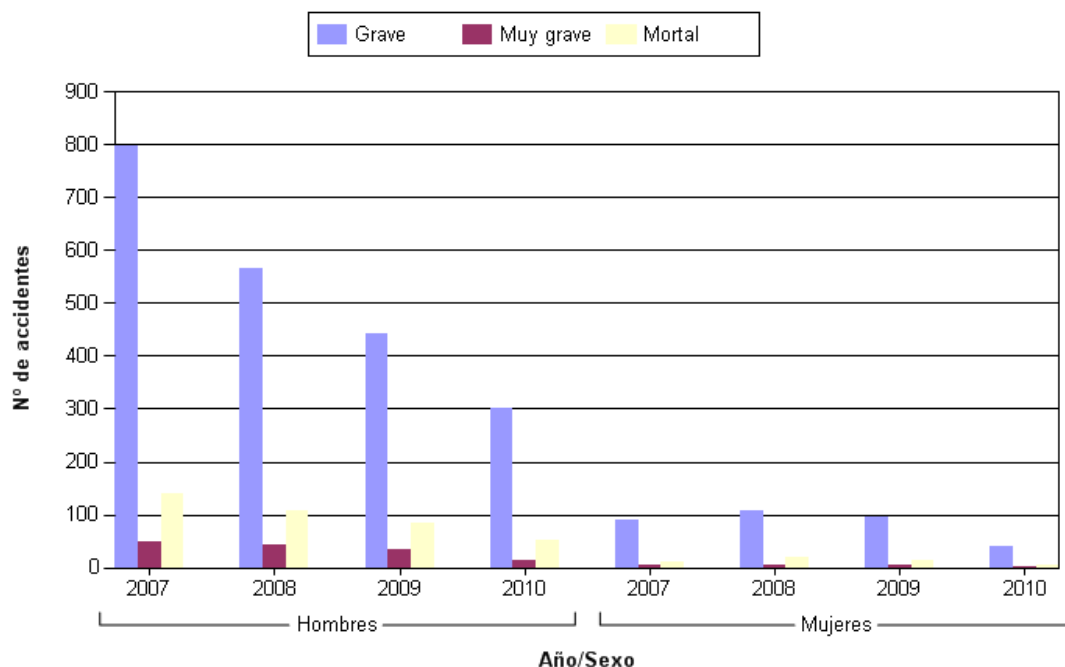
Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES	MUJERES
Nº de accidentes	65.158	37.438
Edad media de accidentados/as	38,03	39,52
Accidentados/as del sector privado (%)	90,4	86,0
Contratos temporales (%)	29,6	26,1
Accidentados/as de contrata o subcontrata (%)	10,1	9,4
Accidentados/as de ETT (%)	0,9	1,0
Sin evaluación de riesgos previa al accidente (%)	33,6	31,9
Prevención llevada sólo por Servicio de Prevención Ajeno (%)	62,9	42,5
Accidente de tráfico	8,8	11,9
Accidentes leves (%)	99,3	99,8
Accidentes mortales (Nº)	72	9
Accidentes mortales en contratas y subcontratas (Nº)	6	0
Hospitalización (Nº)	1343	388
Accidentes en centro de trabajo (%)	83,6	70,4
Accidentes <i>in itinere</i> (%)	9,7	25,0
Lugares más frecuentes del accidente	Zonas industriales, lugares públicos, obras de construcción y lugares de actividad terciaria	Actividad terciaria, lugares públicos, zonas industriales y centros sanitarios
Actividad específica más frecuente en el momento del accidente de trabajo	Movimiento y manipulación de objetos	
Mecanismo más frecuente de accidente	Sobreesfuerzos, aplastamientos y choques	
Diagnósticos más frecuentes de la lesión	Dislocaciones, esguinces y torceduras, seguido de lesiones superficiales	

Los accidentes graves, muy graves y mortales que ocurrieron en jornada de trabajo han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, aunque no sigue el mismo patrón en las mujeres (Figura 10.29).

Figura 10.29. Accidentes de trabajo graves. Evolución del número según sexo, año y gravedad. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Además de las características anteriores, se estudió específicamente una serie de accidentes en los que, bien por la forma de producirse, bien por sus efectos para la salud, merecían, a nuestro juicio, un análisis más detallado. Entre éstos destacan algunos cuyas causas tienen un “perfil especial”: los accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves, muy graves y mortales, los sobreesfuerzos, y las agresiones. Los resultados se muestran en la Tabla 10.5. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas salvo en los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos físicos.

Tabla 10.5. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres		Mujeres	
	N	Tasa por 100.000 afiliados	N	Tasa por 100.000 afiliadas
Accidentes de trabajo por accidente de tráfico	5.738	441,47	4.453	392,63
Accidentes de trabajo por infartos y derrames cerebrales	98	7,54	13	1,15
Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos físicos	24.233	1.864,46	14.146	1.247,28
Accidentes de trabajo por agresiones	916	70,48	467	41,18

En todos los indicadores, diferencia hombres/mujeres con $p < 0,001$, salvo en los accidentes por sobreesfuerzos, en que $p > 0,05$

Por otro lado, como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los siguientes factores (Tabla 10.6): si el accidente derivó en hospitalización; si el accidente produjo, como lesión, amputaciones traumáticas; los accidentes graves o mortales ocurridos en jornada de trabajo; el número de jornadas no trabajadas debido al accidente de trabajo; y la mortalidad y años potenciales de vida productiva perdidos.

Tabla 10.6. Accidentes de trabajo. Indicadores de repercusión del accidente. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES	
	N	Tasa por 100.000 afiliados	N	Tasa por 100.000 afiliadas
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.343	103,33	388	34,21
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	104	8,00	8	0,71
3º. AT que resultaron en muerte	72	5,54	9	0,79
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	368	28,31	44	3,88

AT: accidente de trabajo. En todos los indicadores, diferencia hombres/mujeres con $p < 0,001$

	Nº accidentes	Suma	Media	Valor p Diferencia hombres/mujeres
5º. Jornadas no trabajadas por accidente de trabajo*				
Hombres	65.086	1.669.396 (días)	25,65 (días)	p>0,05
Mujeres	37.429	977.268 (días)	26,11 (días)	
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos**				
Hombres	72	1851 (años)	25,71 (años)	p>0,05
Mujeres	9	243 (años)	27,00 (años)	

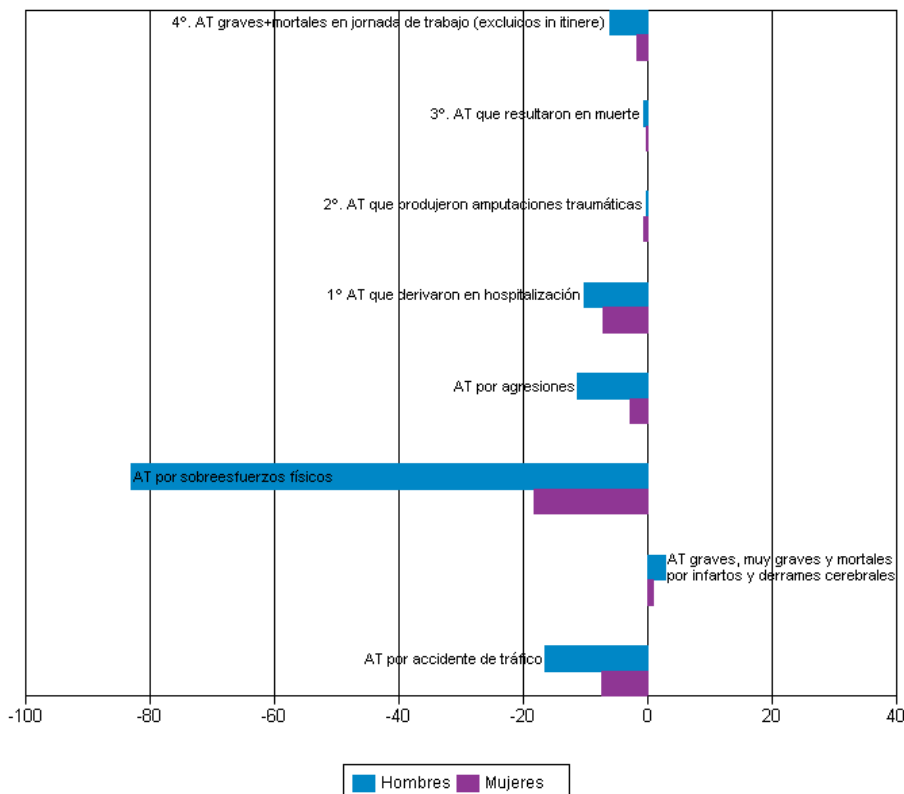
* Calculadas con exclusión de accidentes de trabajo mortales

** Calculados sobre los accidentes de trabajo mortales para un límite de edad productiva de 70 años

En la **Figura 10.30** queda reflejada la diferencia para los indicadores anteriores entre el año 2010 y 2009. Se produjo una reducción importante en los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos físicos en hombres y mujeres. En general, en todos se observa un descenso, salvo el correspondiente a accidentes de trabajo graves, muy graves y mortales por infartos y derrames cerebrales.

Figura 10.30. Accidentes de trabajo (AT). Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2010 respecto a 2009.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



10.2.2.2. Accidentes de trabajo por sectores y ramas de actividad

A continuación se analizan los accidentes de trabajo según la actividad que desarrolla la empresa en que trabajaba la persona accidentada. La distribución de los accidentes según sector y momento en el que tuvieron lugar, se reflejan en la [Figura 10.31](#). La distribución por ramas de actividad de los accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral, es decir, excluyendo los accidentes *in itinere*, queda reflejada en la [Tabla 10.7](#). Los accidentes *in itinere*, en términos generales, suponen un porcentaje mayor entre las trabajadoras que entre sus compañeros. Respecto a las actividades, aquellas como las financieras y de seguros y las de información y comunicaciones son en las que se registró una mayor proporción de accidentes *in itinere*, tanto en hombres como en mujeres.

Figura 10.31. Accidentes de trabajo. Distribución según sector de actividad, año y momento del accidente. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

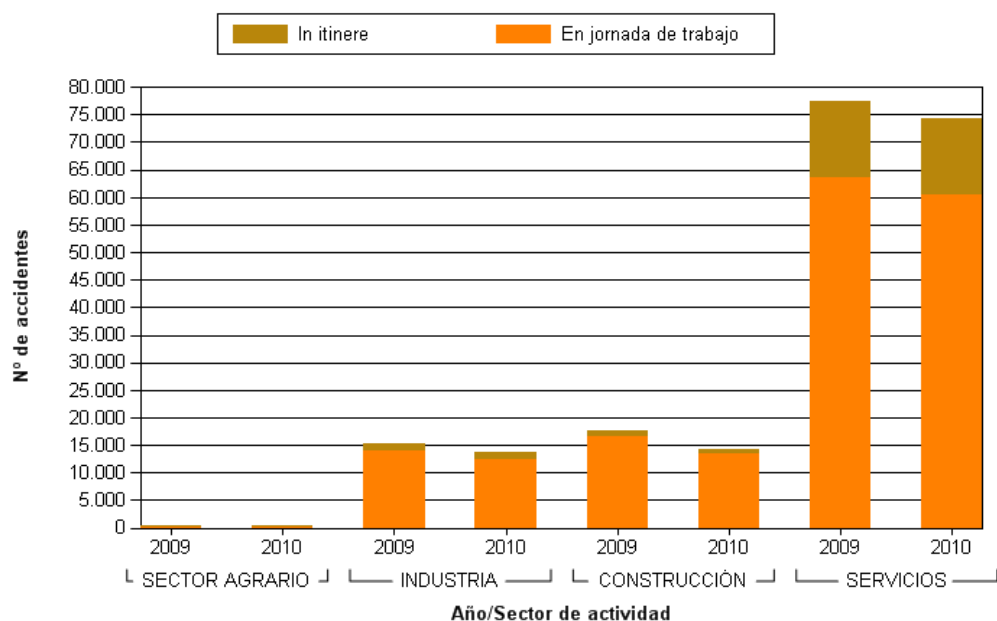


Tabla 10.7. Accidentes de trabajo. Porcentajes de accidentes ocurridos en jornada de trabajo según rama de actividad y sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres	Mujeres
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	82,6	66,7
Hogares que emplean personal doméstico	92,8	81,7
Otros servicios	84,8	70,3
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	90,6	78,7
Actividades sanitarias y de servicios sociales	81,5	79,5
Educación	84,8	70,8
Administración pública, defensa seg. social	91,0	71,3
Actividades administrativas y servicios auxiliares	85,4	73,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas	72,3	50,2
Actividades inmobiliarias	84,0	59,4
Actividades financieras y de seguros	48,8	42,3
Información y comunicaciones	59,7	41,7
Hostelería	89,5	87,8
Transporte y almacenamiento	92,9	82,8
Comercio por mayor y menor, rep. vehículos	90,1	75,4
Construcción	95,6	64,7
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	94,2	88,8
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	89,3	60,6
Industria manufacturera	93,4	79,6
Industrias extractivas	89,1	25,0
Agricultura, ganadería, caza, pesca	96,7	86,0
Total	90,3	75,0

En la [Figura 10.32](#) se muestran las actividades que acumularon el 85% de los accidentes de trabajo con baja ocurridos durante el trabajo y registrados. En números absolutos los accidentes de trabajo han disminuido en relación al año 2009. La distribución de actividades que desarrolla la empresa en que trabajaban las personas accidentadas es semejante a la observada entonces, e igualmente es diferente en hombres y mujeres.

Figura 10.32. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

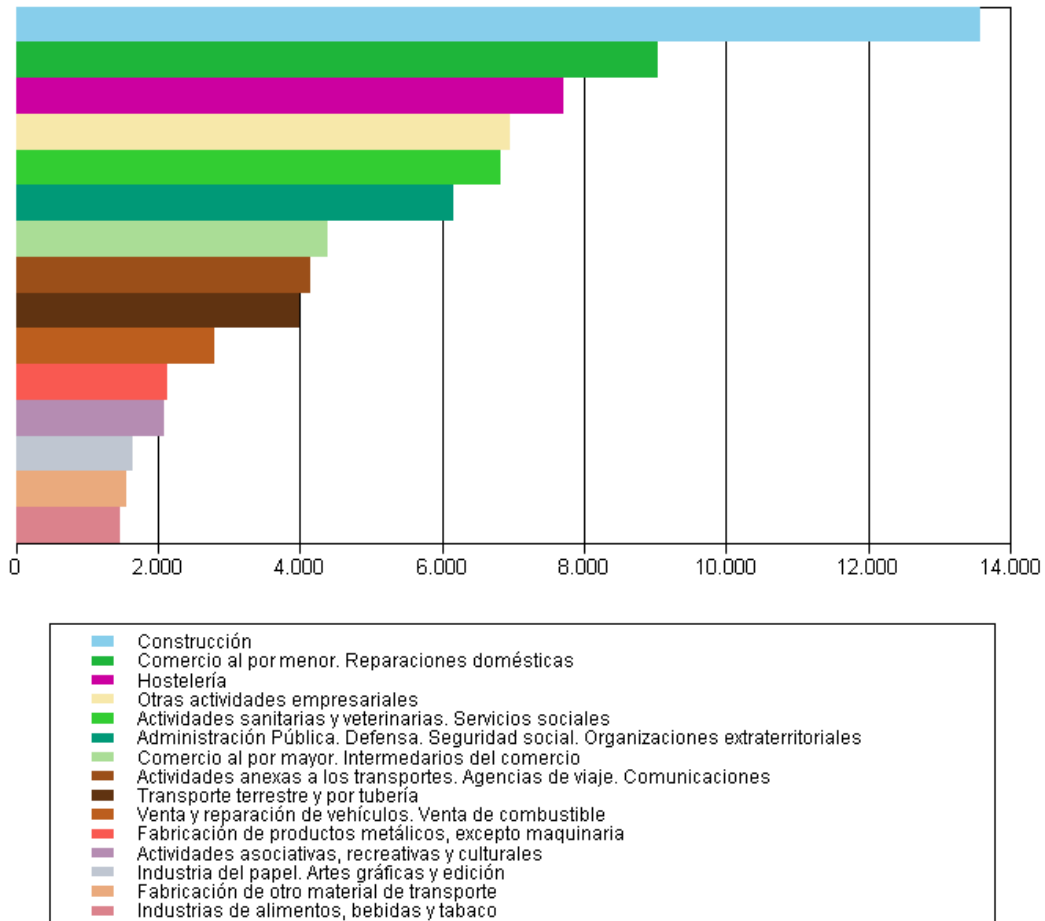
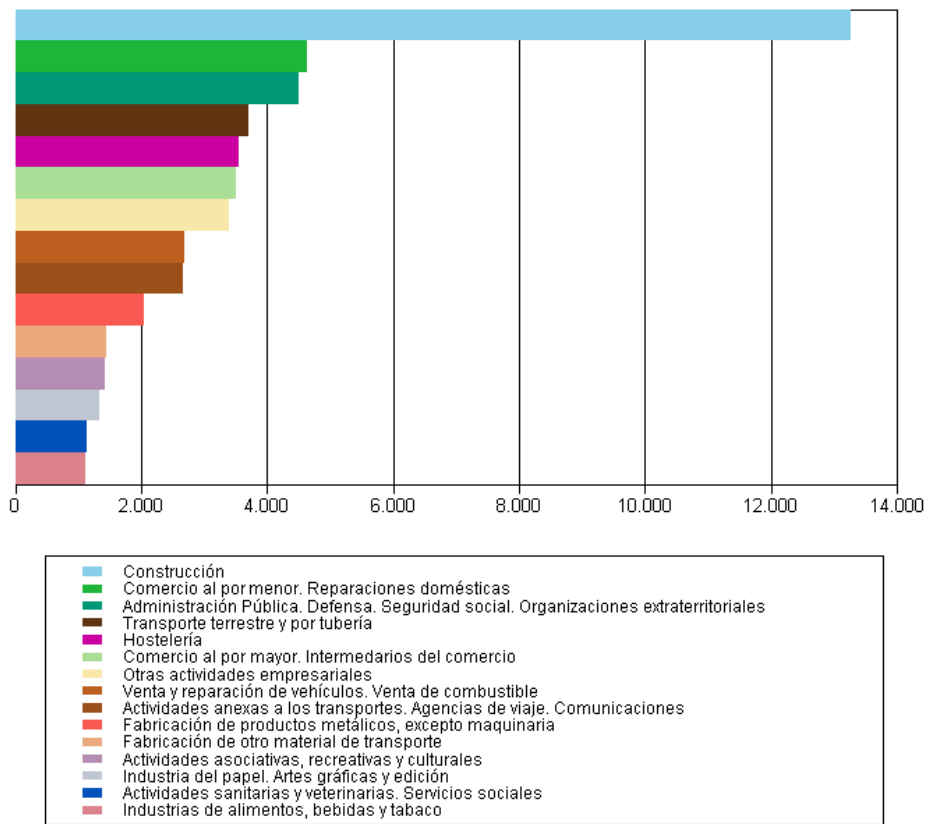


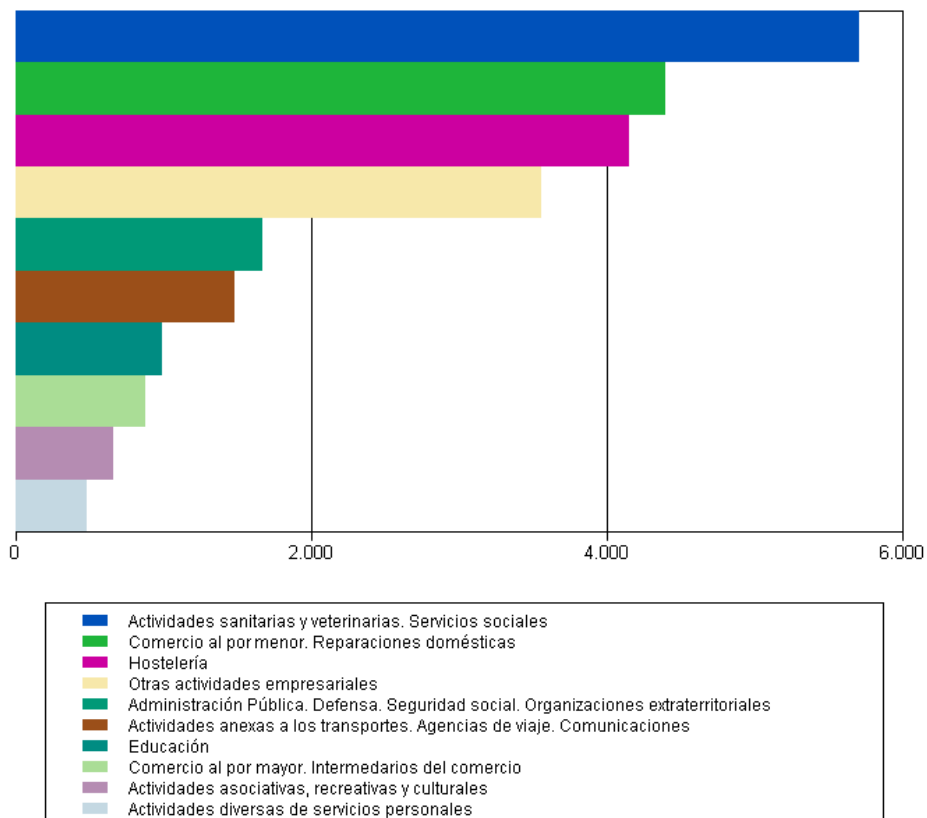
Figura 10.32 (continuación). Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres



Mujeres



En la Comunidad de Madrid, y para 2010, las actividades con un mayor número de accidentes de trabajo (tanto en jornada de trabajo como *in itinere*), y que paralelamente aglutinaron más indicadores negativos se muestran en la **Tabla 10.8**, separadamente para hombres y mujeres. Los accidentes por sobreesfuerzos son de los más frecuentes y entre los hombres se producen en un mayor porcentaje en actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento, y de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos; y entre las mujeres es en actividades sanitarias y de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos donde más se da este tipo de accidentes. Esta distribución ha variado ligeramente en relación a lo observado el año anterior.

Tabla 10.8. Accidentes de trabajo. Número total y algunas características, por rama de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres

	Total accidentes	% sobre esfuerzos	% agresión	% graves o mortales por infartos y derrames cerebrales	% hospitalización	% accidentes de tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	334	32,34	3,59		3,29	3,89
Industrias extractivas	46	26,09			10,87	4,35
Industria manufacturera	10.230	38,96	0,27	0,11	1,96	4,69
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	103	29,13			1,94	13,59
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	936	44,66	0,53	0,11	1,71	5,56
Construcción	13.876	34,41	0,30	0,08	2,16	4,19
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	11.624	41,11	0,63	0,17	1,82	7,48
Transporte y almacenamiento	7.543	42,95	1,78	0,11	1,72	13,08
Hostelería	3.977	22,93	0,96	0,05	1,94	13,50
Información y comunicaciones	1.336	27,02	0,45	0,45	5,84	29,57
Actividades financieras y de seguros	416	22,60		0,48	5,53	34,62
Actividades inmobiliarias	237	32,91	2,53		2,53	13,08
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.497	28,86	0,73	0,33	2,94	21,38
Actividades administrativas y servicios auxiliares	4.555	35,08	4,08	0,20	1,56	10,19
Administración pública, defensa, seguridad social	3.929	39,09	7,36	0,25	0,97	10,23
Educación	540	36,85	1,48		2,41	12,41
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.377	43,43	1,96	0,58	2,54	11,69
Actividades artísticas, recreativas y entretenimiento	1.404	45,94	2,64	0,07	2,85	6,70
Otros servicios	940	38,62	1,17	0,21	2,55	11,70
Hogares que emplean personal doméstico	235	25,96	1,70	0,85	7,23	5,53
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	23	34,78				4,35
Total	65.158	37,19	1,41	0,15	2,06	8,81

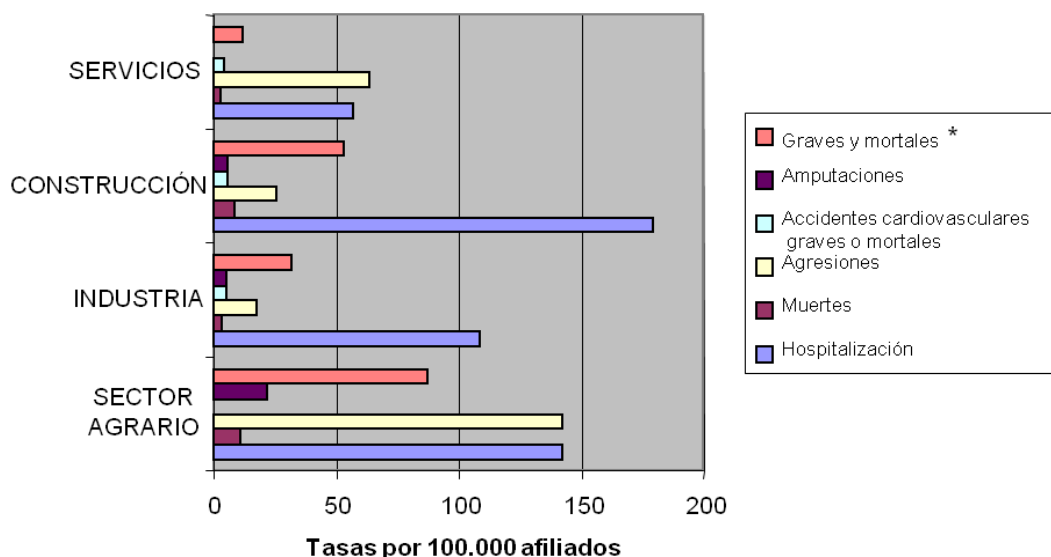
Mujeres

	Total accidentes	% sobre esfuerzos	% agresión	% graves o mortales por infartos y derrames cerebrales	% hospitalización	% accidentes de tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	57	33,33	1,75		3,51	7,02
Industrias extractivas	4					25,00
Industria manufacturera	2.072	41,99	0,34		1,30	11,25
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	33	18,18				18,18
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	249	48,19	0,40		0,80	7,23
Construcción	476	23,74	0,84		2,94	25,42
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	7.108	41,19	1,00	0,04	0,97	12,84
Transporte y almacenamiento	2.408	41,65	1,33	0,04	0,75	12,33
Hostelería	4.735	29,99	0,82	0,02	0,68	4,48
Información y comunicaciones	1.042	20,83	0,67		2,11	30,90
Actividades financieras y de seguros	776	16,37	0,77	0,13	2,06	29,51
Actividades inmobiliarias	96	27,08	1,04		1,04	26,04
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.472	23,57	1,15	0,07	2,04	26,09
Actividades administrativas y servicios auxiliares	4.701	36,61	1,62	0,02	0,98	10,27
Administración pública, defensa, seguridad social	1.984	32,61	1,76	0,05	0,86	11,79
Educación	1.400	30,57	0,86		1,64	15,50
Actividades sanitarias y de servicios sociales	7.159	49,46	1,98	0,03	0,71	7,79
Actividades artísticas, recreativas y entretenimiento	569	40,07	0,70		0,53	9,84
Otros servicios	1.028	35,89	1,07	0,10	1,36	13,04
Hogares que emplean personal doméstico	60	21,67	1,67	1,67	1,67	8,33
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	9	33,33				11,11
Total	37.438	37,79	1,25	0,03	1,04	11,89

Para analizar la incidencia de los accidentes según sectores, se han utilizado los datos de afiliación por sectores (de todos los regímenes), obteniendo las tasas por cada 100.000 afiliados/as que se reflejan en la [Figura 10.33](#), lo que permite realizar una aproximación de lo que ocurre en cada uno de ellos.

Figura 10.33. Accidentes de trabajo. Tasas de determinados tipos de accidentes por 100 mil afiliados de cada sector. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



* En jornada de trabajo, es decir, excluyendo los accidentes in itinere.

Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas con mayor población ocupada, los índices de incidencia de accidentes de trabajo más altos se observaron, entre los hombres, en la construcción y en la industria manufacturera, y entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en hostelería ([Tabla 10.9](#)).

Tabla 10.9. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados con cobertura de contingencias profesionales, por ramas de actividad que ocupan más población y según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES		Tasa por 100.000 afiliadas
	Afiliados	N	Afiliadas	N	
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos	216.830	11.624	189.027	7.108	3.760,31
Construcción	149.705	13.876	25.766	476	1.847,37
Actividades administrativas y servicios auxiliares	117.673	4.555	146.241	4.701	3.214,55
Actividades sanitarias y de servicios sociales	39.482	1.377	142.196	7.159	5.034,61
Industrias manufactureras	140.100	10.230	52.873	2.072	3.918,86
Transporte y almacenamiento	101.596	7.543	35.370	2.408	6.807,97
Actividades profesionales, científicas y técnicas	99.118	1.497	101.305	1.472	1.453,03
Información y comunicaciones	101.108	1.336	65.243	1.042	1.597,10
Educación	43.725	540	84.747	1.400	1.651,97
Hostelería	70.797	3.977	81.042	4.735	5.842,63
Administración Pública, defensa, seguridad social	70.317	3.929	80.882	1.984	2.452,97
Actividades financieras y de seguros	54.898	416	51.913	776	1.494,81
Otros servicios	25.879	940	38.877	1.028	2.644,25
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	19.554	1.404	15.219	569	3.738,81
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	13.856	936	4.047	249	6.152,83

Los accidentes mortales se distribuyeron también de manera diferenciada en hombres y mujeres, según actividades. A continuación se presenta (Tabla 10.10) el análisis de actividades con mayor frecuencia de accidentes mortales ocurridos durante el trabajo, es decir, excluyendo los *in itinere*: el peso de los accidentes de trabajo mortales de cada sección sobre el total de accidentes de trabajo mortales, el índice de incidencia por cada 100.000 afiliados de cada sección, y el peso de accidentes de trabajo mortales por cada 1.000 accidentes ocurridos durante el trabajo en cada sección.

Tabla 10.10. Accidentes de trabajo mortales ocurridos durante el trabajo, por ramas de actividad. Distribución porcentual, tasas por 100.000 afiliados y proporciones por 1.000 accidentes. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres

	N	% sobre accidentes mortales	Tasa por 100.000 afiliados	Proporción por 1.000 accidentes en cada rama
Agricultura, ganadería, caza, pesca	1	1,9	14,17	3,10
Industria manufacturera	6	11,5	4,28	0,63
Construcción	15	28,8	10,02	1,13
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	7	13,5	3,23	0,67
Transporte y almacenamiento	4	7,7	3,94	0,57
Hostelería	3	5,8	4,24	0,84
Actividades financieras y de seguros	1	1,9	1,82	4,93
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2	3,8	2,02	1,85
Actividades administrativas y servicios auxiliares	7	13,5	5,95	1,80
Administración pública, defensa, seguridad social	2	3,8	2,84	0,56
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	1,9	5,11	0,79
Otros servicios	1	1,9	3,86	1,25
Hogares que emplean personal doméstico	2	3,8	15,61	9,17
Total	52	100,0	4,00	0,88

Mujeres

	N	% sobre accidentes mortales	Tasa por 100.000 afiliadas	Proporción por 1.000 accidentes en cada rama
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	1	25,0	0,53	0,19
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1	25,0	0,99	1,35
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1	25,0	0,70	0,18
Hogares que emplean personal doméstico	1	25,0	33,72	20,41
Total	4	100,0	0,35	0,14

10.2.2.3. Accidentes de trabajo en población trabajadora en régimen especial de autónomos

Puesto que no todos los trabajadores por cuenta propia tienen cubiertas las contingencias profesionales, no es posible conocer la verdadera magnitud de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales en este colectivo, ya que sólo son notificados los accidentes que sufre este grupo con contingencia cubierta. No obstante, y precisamente por ello, resulta interesante mejorar el conocimiento de los accidentes acaecidos en este grupo, por lo que hemos enfocado esta parte del estudio en las características de sus accidentes de trabajo, extrayendo los accidentes registrados en esta población de los datos globales analizados en los epígrafes anteriores.

Para el análisis consideramos a aquellos trabajadores del Régimen Especial de Autónomos y a aquellos del Régimen Especial Agrario por cuenta propia. Aunque en la notificación de accidentes han sido registrados de manera diferenciada como tales, en los datos de afiliación, desde enero de 2008, ambos grupos integran el Régimen Especial de Autónomos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18/2007 de 4 de julio.

La población trabajadora autónoma con contingencia cubierta en el año 2010 se ha calculado obteniendo la media de los 12 meses, y ascendió a 62.610 (43.281 hombres y 19.329 mujeres), cifra que supone sólo alrededor del 16,63% del total de población trabajadora en dicho régimen, dato semejante al año anterior. En este grupo de población se produjeron un total de 1.159 accidentes de trabajo con baja (982 se produjeron en hombres y 177 en mujeres). La distribución de estos accidentes por sectores de actividad y sexo, se muestra en la [Tabla 10.11](#).

Tabla 10.11. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes por sector de actividad y según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres	Mujeres
SERVICIOS	454	165
INDUSTRIA	76	3
CONSTRUCCIÓN	429	5
SECTOR AGRARIO	23	4
Total	982	177

En las [Tabla 10.12](#) y [Tabla 10.13](#) se presenta el análisis de los accidentes por causas o efectos especiales, llamando la atención la incidencia de accidentes por sobreesfuerzos. Se registraron 17 accidentes graves, uno muy grave y dos mortales (todos ellos en hombres). Las diferencias halladas entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas. Entre los hombres, el 1,4% de los accidentes de trabajo se produjeron *in itinere*, y en las mujeres este porcentaje ascendió al 3,4%. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa.

Tabla 10.12. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres		Mujeres	
	N	Tasa por 100.000 afiliados *	N	Tasa por 100.000 afiliadas *
Accidentes de trabajo por accidente de tráfico	113	261,08	22	113,82
Accidentes de trabajo por infartos y derrames cerebrales	6	13,86	0	0,00
Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos físicos	305	704,70	51	263,85
Accidentes de trabajo por agresiones	4	9,24	3	15,52

* Afiliados con contingencias profesionales cubiertas.

Tabla 10.13. Accidentes de trabajo en autónomos. Indicadores de la repercusión inmediata del accidente según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES	
	N	Tasa por 100.000 afiliados *	N	Tasa por 100.000 afiliadas *
1º. AT que derivaron en hospitalización	49	113,21	6	31,04
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	1	2,31	0	0,00
3º. AT que resultaron en muerte	2	4,62	0	0,00
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	20	46,21	0	0,00

AT: accidente de trabajo. * Afiliados con contingencias profesionales cubiertas.

Las ramas de actividad en las que se ha dado mayor siniestralidad (Tabla 10.14) en la población autónoma fueron, en el año 2010: entre los hombres, la construcción (el 43,7%); y en mujeres, el comercio al por menor y la hostelería (equivalentes al 41,8% de los accidentes), ambas del sector Servicios.

Tabla 10.14. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo en trabajadores autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres

	Nº accidentes	%
Construcción	429	43,7
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	137	14,0
Transporte y almacenamiento	131	13,3
Industria manufacturera	75	7,6
Hostelería	40	4,1
Actividades administrativas y servicios auxiliares	40	4,1

Mujeres

	Nº accidentes	%
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	40	22,6
Hostelería	34	19,2
Otros servicios	19	10,7
Transporte y almacenamiento	16	9,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	15	8,5
Actividades profesionales, científicas y técnicas	14	7,9
Educación	12	6,8
Construcción	5	2,8

Evolución temporal de los accidentes de trabajo en los autónomos

En el caso de la población autónoma, la población afiliada con cobertura de contingencias profesionales en el año 2010 creció un 21,43% respecto a la del año 2007. Aumentó el número de accidentes de trabajo con baja, con un incremento del 30,1% sobre el año 2007 (aunque supuso un descenso de 3,34% sobre lo observado en el 2009). En la Tabla 10.15 se muestran los accidentes de trabajo ocurridos en este colectivo en cada uno de los años del periodo 2007-2010.

Tabla 10.15. Accidentes de trabajo en población trabajadora autónoma. Número de accidentes según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

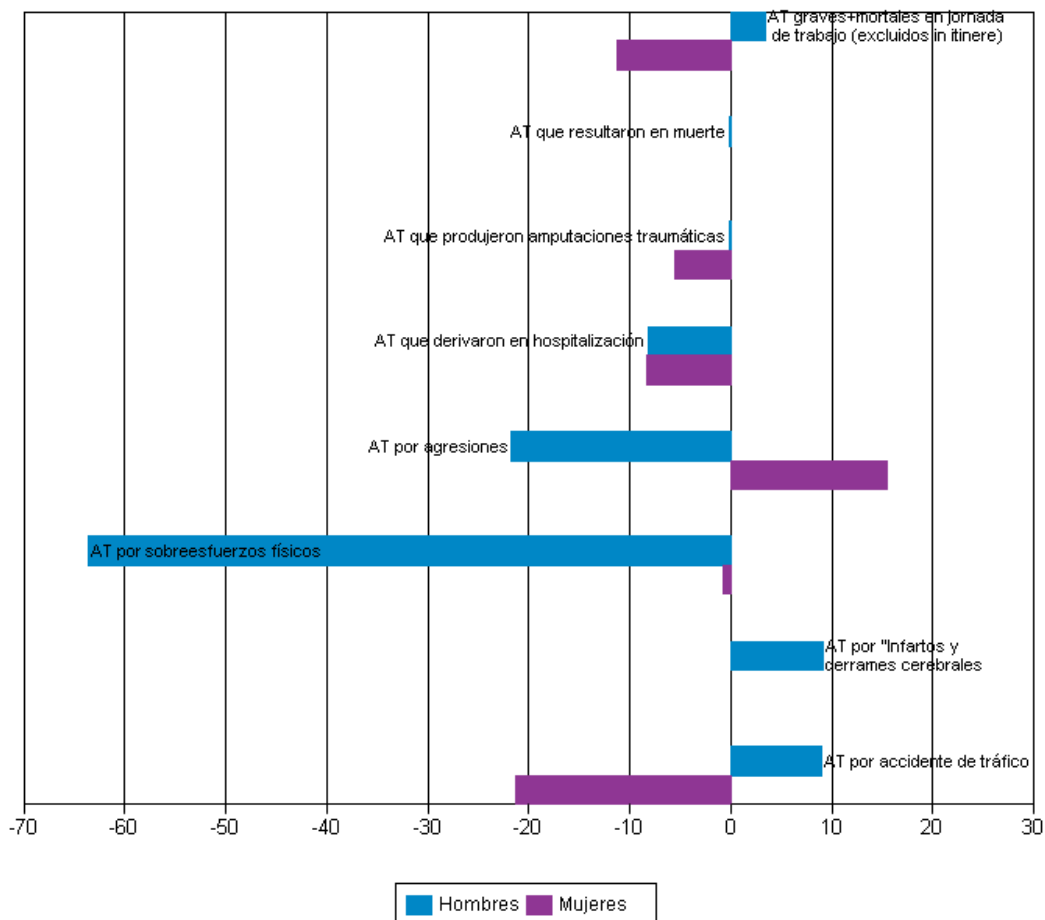
Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Año	Hombres	Mujeres	Total
2007	768	123	891
2008	1.013	166	1.179
2009	1.019	180	1.199
2010	982	177	1.159

En la población trabajadora autónoma se produjo un ascenso en la incidencia de determinados tipos de accidente de trabajo en relación al año 2009 (Figura 10.34), como por ejemplo, en los hombres, en los accidentes de tráfico e infartos y derrames cerebrales, viéndose reducida la incidencia de accidentes producidos por sobreesfuerzos físicos y agresiones. En el caso de las mujeres, se produjo un descenso en la incidencia de accidentes de tráfico y en aquellos que derivaron en hospitalización, y de accidentes graves y mortales (excluyendo los *in itinere*), y un incremento de accidentes por agresiones.

Figura 10.34. Accidentes de trabajo (AT) en población trabajadora autónoma. Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2010 respecto a 2009.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



10.2.2.4. Accidentes de trabajo. Conclusiones

Frente a años anteriores, en 2010 globalmente se ha visto reducida la media de personas afiliadas con cobertura de contingencias profesionales (habiendo aumentado, sin embargo, el grupo de autónomos con esta contingencia cubierta). Ha descendido en números absolutos el número de accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid. También lo ha hecho en términos globales la tasa de estos accidentes (considerando todos ellos), y la de los accidentes de trabajo producidos en el lugar de trabajo (es decir, excluyendo los ocurridos *in itinere*).

En general, es reseñable también una reducción importante de los accidentes mortales, sobre todo en industria manufacturera y en transporte y almacenamiento; sin embargo, no se observa -como sería de esperar- descenso de los accidentes mortales en el sector de la construcción, en sintonía con la reducción de su actividad en nuestra comunidad.

10.3. Conclusiones

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2010 y 2011 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. En lo que respecta a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM10) y el dióxido de nitrógeno (NO₂) se han superado los respectivos límites (diario y horario respectivamente) para protección de la salud humana en varias estaciones, y dado que el límite establecido en la legislación va disminuyendo cada año, si no se produce una reducción de las emisiones de cada uno de estos contaminantes, es previsible un incremento en el número de superaciones en los próximos años.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que aparece una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos: Cupresáceas/Taxáceas y Plátano y la primavera con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo. En 2011 tanto para Cupresáceas como para Plátano se alcanzaron picos con concentraciones más elevadas con respecto al máximo histórico.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2011 era de 3.562. En lo que respecta a los casos de Legionella, durante los meses de octubre y noviembre de 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid en el que se identificaron 47 casos, cuya investigación epidemiológica y ambiental fue consistente con que el origen del brote estuviese en las torres de refrigeración existentes en la zona. Las medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección y cierre de torres contaminadas) fueron efectivas, y el brote fue rápidamente controlado. Los casos esporádicos (no asociados a brote) de 2011 han sido inferiores a los notificados durante el año 2010.

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2011, se han notificado al sistema CEPROSS 5.458 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. El 52,4% corresponden a hombres y el 44% al grupo de edad de 30 a 44 años. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo 2 correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados y entre las mujeres también destacan las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. En general, los trastornos osteomusculares y las dermatitis son las patologías más frecuentes.

Durante el año 2010 se produjeron en la Comunidad de Madrid, un total de 104.463 accidentes de trabajo con baja, lo que supone un descenso respecto a años previos. Los índices de incidencia de accidentes de trabajo más altos se observaron, entre los hombres, en la construcción y en la industria manufacturera, y entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en hostelería. En general, es reseñable también una reducción importante de los accidentes mortales, sobre todo en industria manufacturera y en transporte y almacenamiento; sin embargo, no se observa -como sería de esperar- descenso de los accidentes mortales en el sector de la construcción, en sintonía con la reducción de su actividad en nuestra comunidad.

Objetivo 11

Una vida más sana

11

Objetivo 11. Una vida más sana

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo para problemas de salud asociados al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, a **dietas no saludables, a inactividad física** y a prácticas sexuales de riesgo.

9. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria en todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.

El ejercicio regular, como caminar, andar en bicicleta o bailar no sólo hace sentirse bien, sino que tiene importantes beneficios para la salud. Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y algunos tipos de cáncer, ayuda a controlar el peso y contribuye al bienestar mental. Al contrario, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo para la salud y las estimaciones le atribuyen un millón de muertes al año en la Región Europea de la OMS.

La carga de enfermedad asociada con la mala nutrición sigue creciendo en la Región Europea de la OMS. La mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad contribuyen a una gran proporción de las enfermedades no transmisibles, incluyendo enfermedades cardiovasculares y cáncer, las dos principales causas de mortalidad en la Región.

Actividad física

La Estrategia Mundial de la OMS sobre Dieta, Actividad Física y Salud proporciona a los Estados Miembros un mandato político para iniciar o expandir sus acciones para contener las enfermedades crónicas y la obesidad, abordando dos principales factores de riesgo, a saber, la inactividad física y la dieta.

Plan de Acción Europeo de la OMS para la Política Alimentaria y Nutrición 2007-2012

El Plan de Acción establece metas y objetivos para los diversos problemas de salud e identifica seis áreas de actuación integrada, en los distintos Estados Miembros y a nivel regional:

- Apoyar un comienzo saludable;
- Garantizar un suministro sostenible de alimentos seguros y sanos;
- Proporcionar información completa y educación a los consumidores;
- Llevar a cabo una acción integrada para abordar los determinantes relacionados, tales como la actividad física, el consumo de alcohol y de agua potable y el medio ambiente;
- Fortalecer de la nutrición y la seguridad alimentaria en el sector de la salud;
- Realizar el seguimiento, evaluación e investigación.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

11.1. Estilos de vida y salud

11.2. Ejercicio físico en adultos

11.3. Alimentación

- 11.3.1. Consumo de alimentos
- 11.3.2. Alimentación fuera del hogar
- 11.3.3. Realización de dietas

11.4. Antropometría

- 11.4.1. Índice de masa corporal

11.5. Conclusiones

11.1. Estilos de vida y salud

Los estilos de vida con repercusión en el ámbito de la salud se refieren al conjunto de actitudes y hábitos de conducta que desarrollan las personas, condicionados social y culturalmente en gran medida, con influencia evidente positiva o negativa en su salud. El consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco u otras drogas ilegales, la práctica de ejercicio físico y la alimentación figuran como ejemplos paradigmáticos en nuestra sociedad.

La influencia de los estilos de vida sobre la salud ha sido estudiada para un importante número de enfermedades, y en la actualidad sabemos que muchas de ellas, entre las que figuran algunas de gran prevalencia en nuestro entorno y que constituyen una parte notable de la carga total de enfermedad de la sociedad, tienen como componente fundamental de su etiología estilos de vida insanos.

Por ello, la investigación acerca de la formación e impacto en la salud de estos estilos de vida, así como de su prevención y modificación en el caso de hábitos no saludables, o de su promoción cuando se trate de estilos de vida saludables, constituye una prioridad sanitaria. Como lo es también la creación de programas específicos de actuación dirigidos a prevenir, modificar o promover tales estilos de vida.

En este capítulo abordaremos la práctica de ejercicio físico y la alimentación, siendo tratados en el capítulo siguiente el consumo de sustancias tóxicas. La información suministrada procede de las siguientes fuentes:

- Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (**SIVFRENT-A**). Servicio de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria.
- **Barómetro de alimentación y salud ambiental**. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud. Dirección General de Ordenación e Inspección.
- Estudios monográficos del la Dirección General de Ordenación e Inspección:
 - **Los platos preparados en la Comunidad de Madrid.**
 - **El consumo y la compra de pescado en la Comunidad de Madrid.**
 - **El sector de los productos de panadería, bollería y pastelería industrial, y galletas en la Comunidad de Madrid.**
 - **Hábitos de consumo en hostelería y restauración en la Comunidad de Madrid.**
 - **El sector de frutas y hortalizas en la Comunidad de Madrid. Características de calidad, actitudes y percepción del consumidor.**

11.2. Ejercicio físico en adultos

De acuerdo con la información suministrada por la última encuesta disponible (2010) del **SIVFRENT-A**, el 48,8% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son, en términos relativos, un 28,6% más sedentarios que las mujeres y la inactividad física laboral es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 59,7% es inactivo.

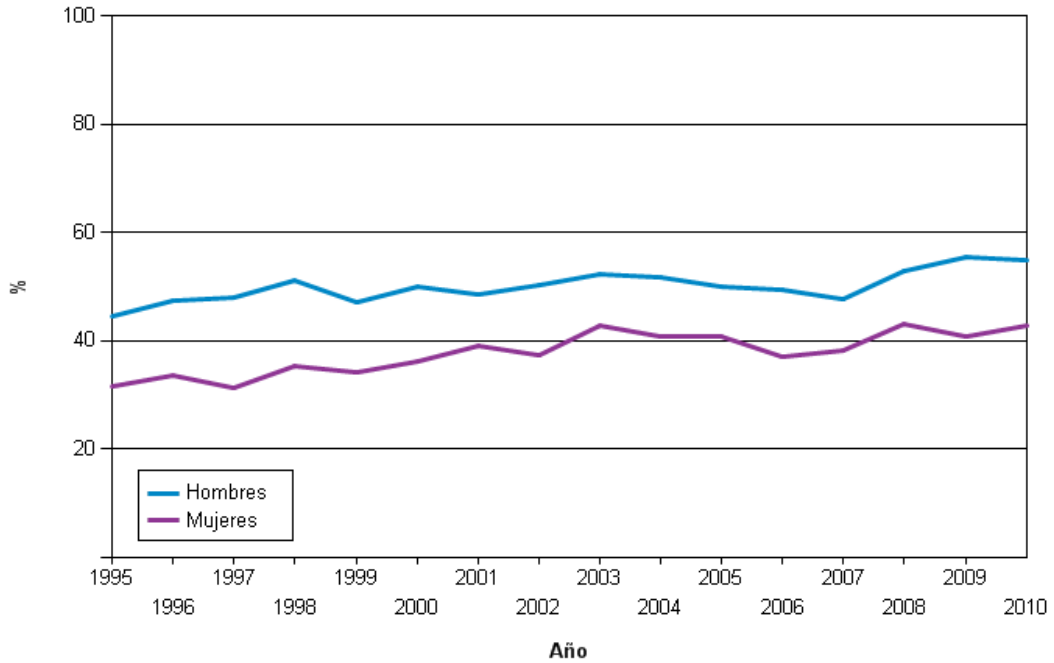
En relación con la actividad física en tiempo libre, desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, se han definido como personas activas aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 77,2% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. Según este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 82,9% son inactivos.

Si comparamos los promedios de 2009/2010 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se ha incrementado un 19,9% en hombres y un 28,2% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene bastante estable (**Figura 11.1**).

Figura 11.1. Evolución de la proporción de personas no activas* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

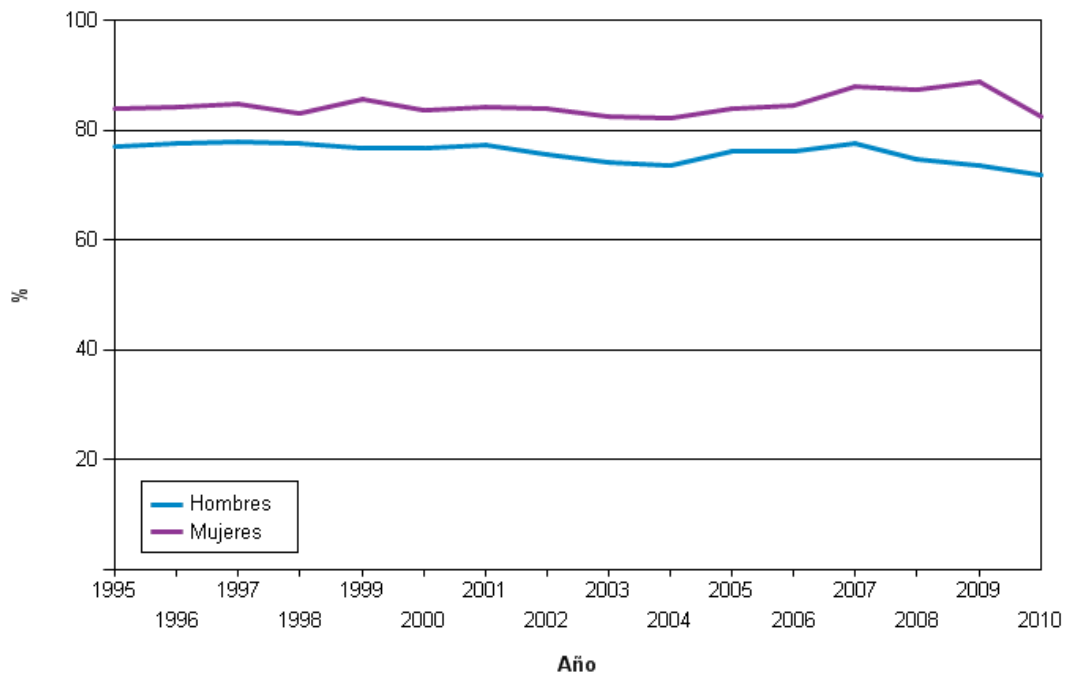
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Personas no activas* en la actividad habitual/laboral



* Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

Personas no activas* en tiempo libre



* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

11.3.1.1. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A)

La información de este apartado suministrada por el SIVFRENT-A se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente de 1,3 raciones/día, aunque el 13,0% no ingiere ninguna cantidad. Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2 raciones diarias y sólo el 5,4% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 39,8% en hombres y del 27,4% en mujeres. En el periodo 1995-2010 la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha aumentado un 1,6% en hombres y ha descendido un 11,4% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros ([Figura 11.2](#)). La ingesta media de galletas, bollería y productos de pastelería es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 48,4% de las personas entrevistadas ([Tabla 11.1](#)). El 9,3% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

La media de consumo de fruta fresca es de 1,3 raciones/día y la de verduras es de 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas el consumo medio per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente es de 2,4 raciones/día. El 6,4% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta fresca y el 52,8% (59,5% de hombres y el 46,2% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día. Además de la mayor frecuencia en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 66,4% no llega a consumir tres raciones al día. La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido moderadamente en hombres y mujeres (7,0% y 9,0%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2009 y 2010 ([Figura 11.2](#)).

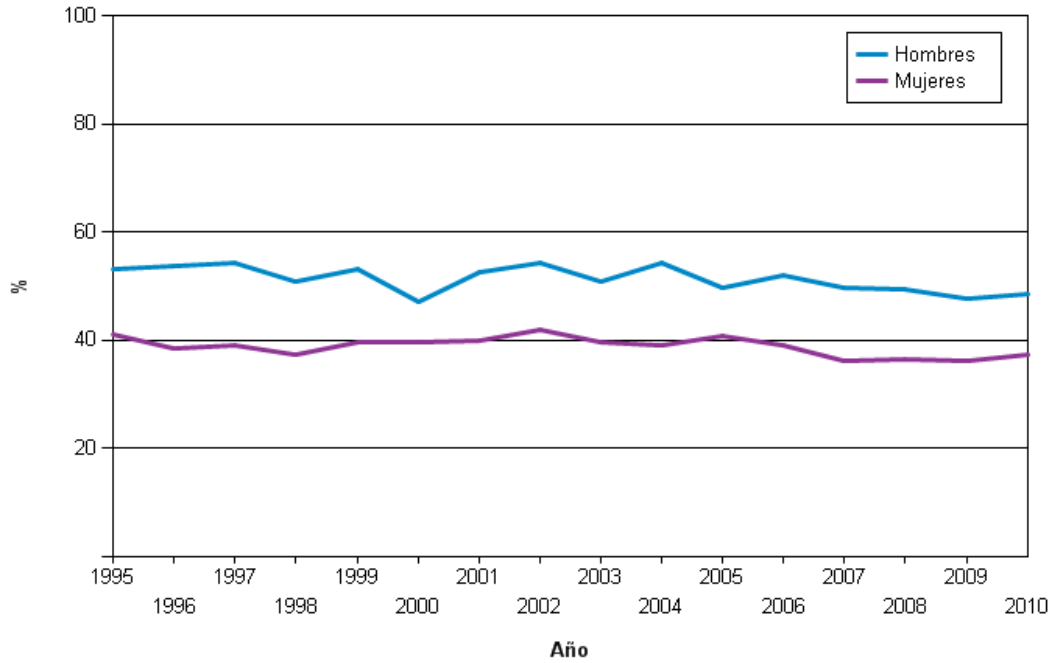
El consumo medio de productos cárnicos es de 1,4 raciones/día, donde la carne aporta una ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 85,3%, han consumido algún alimento de este grupo ([Tabla 11.1](#)). Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 48,5% de hombres frente al 37,3% de mujeres. Se observa un descenso del 9,8% y 0,3% en hombres y mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros ([Figura 11.2](#)).

El 49,1% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo medio es similar en hombres y en mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad ([Tabla 11.1](#)).

Figura 11.2. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos



Consumo de menos de 2 raciones de lácteos

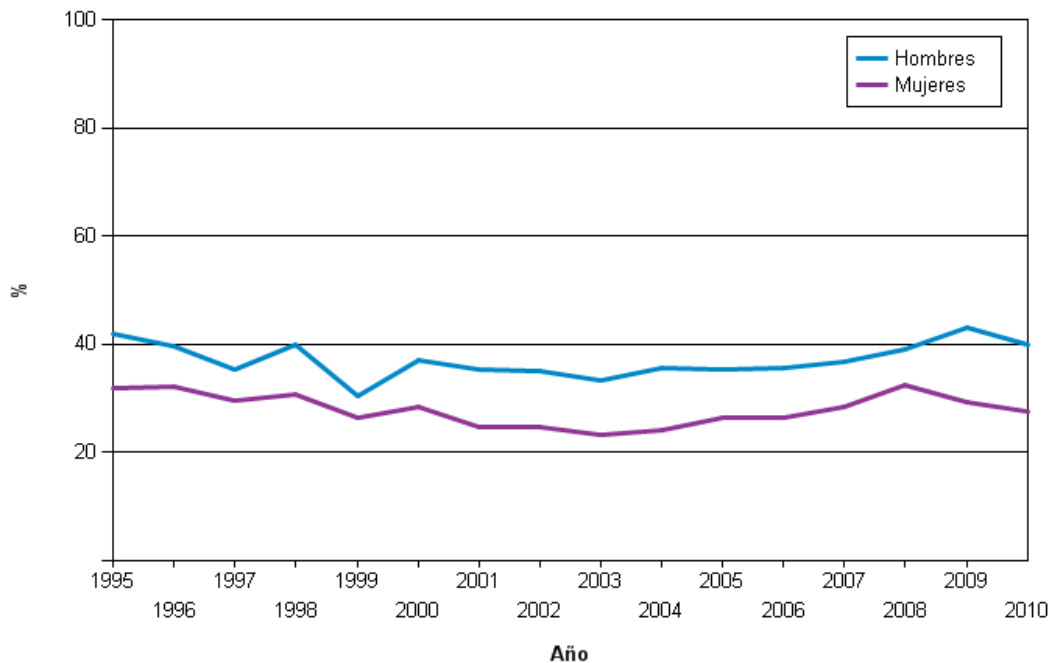


Figura 11.2 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Consumo de menos de 3 raciones de fruta y verdura

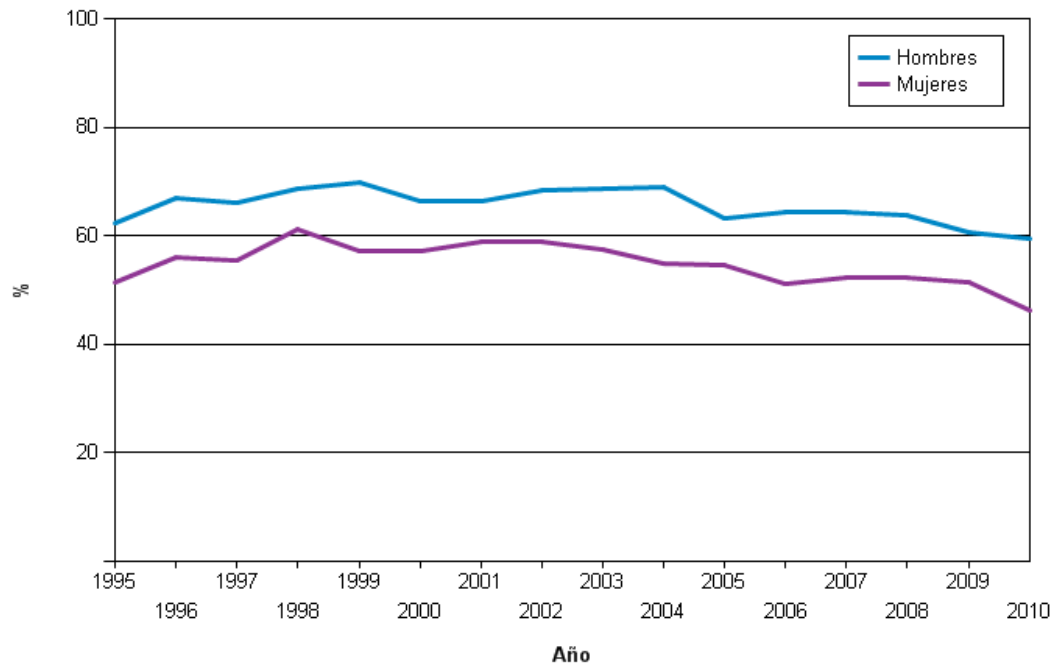


Tabla 11.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010.

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

	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	87 (±1,5)*	85,6 (±2,2)	88,5 (±2,0)	78,2 (±3,7)	88,1 (±2,3)	91,6 (±2,0)
Leche y derivados	94,6 (±1,0)	93,6 (±1,5)	95,5 (±1,3)	91,2 (±2,6)	95,2 (±1,5)	96,1 (±1,4)
Dulces/ Bollería	48,4 (±2,2)	48,7 (±3,1)	48 (±3,1)	47,5 (±4,5)	49,6 (±3,5)	47,6 (±3,6)
Verdura	80,8 (±1,7)	77,8 (±2,6)	83,7 (±2,3)	77,5 (±3,8)	80,2 (±2,8)	83,6 (±2,7)
Legumbres	17,4 (±1,7)	19 (±2,4)	16 (±2,3)	18,1 (±3,5)	16 (±2,6)	18,6 (±2,8)
Arroz	12,9 (±1,5)	13,7 (±2,1)	12,1 (±2,0)	17,4 (±3,4)	12,6 (±2,3)	10,3 (±2,2)
Pasta	16,4 (±1,6)	17,8 (±2,4)	15,1 (±2,2)	21,8 (±3,7)	16,5 (±2,6)	12,7 (±2,4)
Carne	71,9 (±2,0)	75 (±2,7)	69 (±2,8)	74,2 (±3,9)	70,1 (±3,2)	72,5 (±3,2)
Carne y derivados	85,3 (±1,5)	88,5 (±2,0)	82,3 (±2,4)	87,6 (±3,0)	83,1 (±2,6)	86,3 (±2,5)
Huevos	27,3 (±2,0)	27 (±2,8)	27,6 (±2,8)	29,2 (±4,1)	26,5 (±3,1)	27 (±3,2)
Pescado	49,1 (±2,2)	50,7 (±3,1)	47,5 (±3,1)	44,5 (±4,5)	51,1 (±3,5)	49,7 (±3,6)
Fruta fresca	75 (±1,9)	71,2 (±2,8)	78,7 (±2,5)	61,1 (±4,4)	75,5 (±3,0)	83,5 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

11.3.1.2. Otras fuentes de información

De acuerdo con el estudio [El sector de los productos de panadería, bollería y pastelería industrial, y galletas en la Comunidad de Madrid](#), el consumo de pan en la Comunidad de Madrid y España ha descendido en las últimas décadas, sin embargo ha aumentado el consumo de bollería, pastelería industrial y galletas. En los hogares madrileños se compra casi un 22% menos de pan que en el resto de España, donde no se alcanza ni el 50% del consumo diario de pan recomendado por la OMS (250 g), y se consume un 7,3% más de bollería, galletas y cereales de desayuno.

En el estudio [El sector de frutas y hortalizas en la Comunidad de Madrid. Características de calidad, actitudes y percepción del consumidor](#) indica que en 2009 se consumieron unos 105 kilogramos de fruta fresca por persona (más de 9 kilos por encima de la media nacional), prácticamente la misma cantidad de hortalizas frescas que la media del país (unos 58 kilos), y unos tres kilos menos de patatas frescas que la media nacional (20,8 kilos por persona). Esto significa 287 gramos de fruta fresca, 158 gramos de hortalizas frescas y 57 gramos de patatas frescas al día de media por persona. Es decir, aunque se trate sólo de consumo doméstico y teniendo en cuenta que el extradoméstico es bastante escaso, el consumo medio de estos alimentos se encuentra aún bastante alejado de las recomendaciones dietéticas mínimas cifradas por la OMS en torno a los 400-600 gramos diarios.

Según el estudio [El consumo y la compra de pescado en la Comunidad de Madrid](#), realizado en 2009, casi el 90% de los madrileños consume pescado al menos una vez a la semana y sólo un 1,3% afirma no consumirlo nunca. El 47% de los encuestados afirmaba consumir pescado tres o más veces a la semana y el 40,9% una o dos veces por semana. Las mujeres y las personas mayores consumen pescado con mayor frecuencia. El 77,2% del pescado consumido es fresco y el 20,7% congelado.

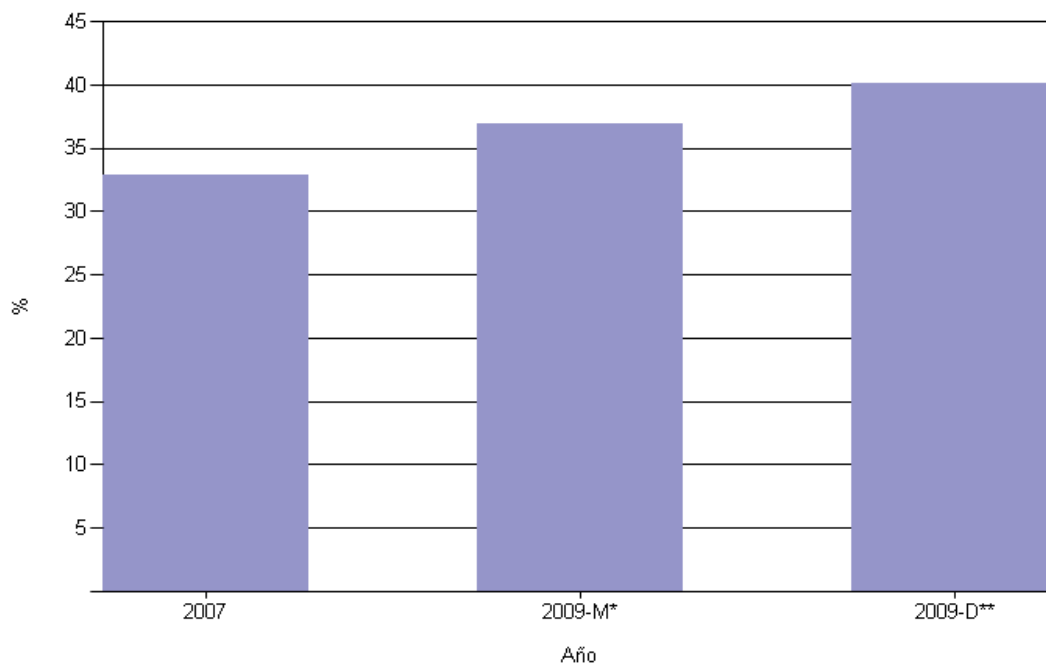
El estudio [Los platos preparados en la Comunidad de Madrid](#) muestra que el consumo de platos preparados en los hogares madrileños en 2005 fue de 11,3 kg por habitante y año, un 13,1% más que la media nacional. En el periodo 1999-2005 el consumo se incrementó un 76,4%, mientras que para el conjunto de la alimentación el incremento fue de un 4,6%.

11.3.2. Alimentación fuera del hogar

Dadas las mayores dificultades para mantener una dieta equilibrada cuando se come fuera de casa, es importante conocer la importancia de este hábito en la población madrileña. De acuerdo con el último [Barómetro de Alimentación y Salud Ambiental](#), en Diciembre de 2009 dos de cada cinco madrileños realizaban alguna comida fuera de casa de lunes a viernes. Esta proporción ha venido aumentando desde la primera encuesta realizada en 2007 ([Figura 11.3](#)).

Figura 11.3. Proporción de personas que realizan alguna comida fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2007 y 2009.

Fuente: Barómetro de Alimentación y Salud Ambiental. Elaboración: Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud



*Mayo. **Diciembre

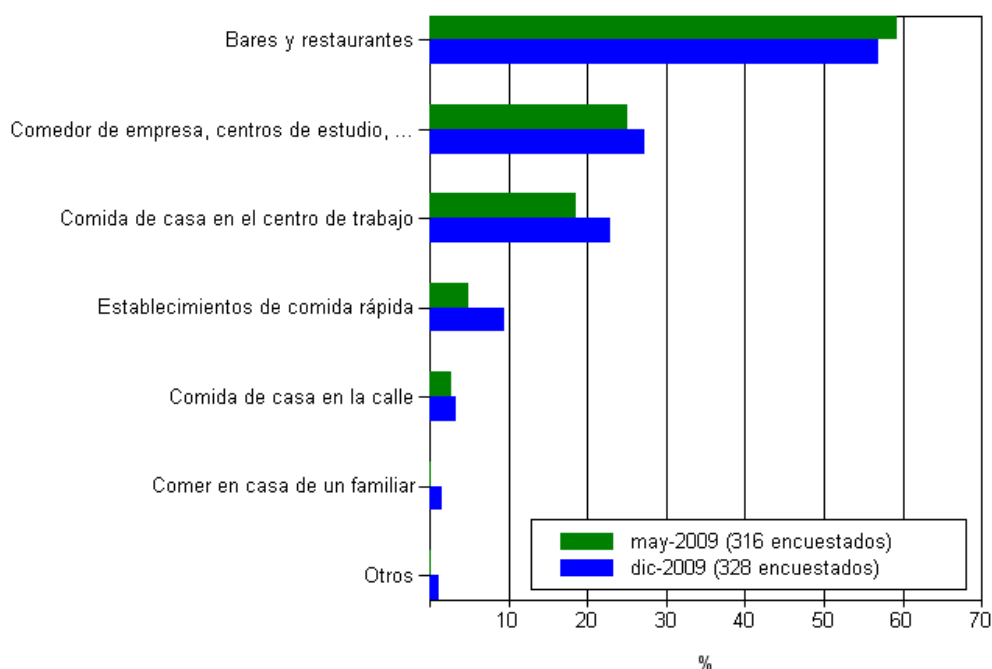
Los hombres comen fuera de casa en mayor proporción que las mujeres (47,9% frente a 32,8%), los jóvenes de 18 a 30 años (61,2%) más que el resto de edades, y los que tienen un nivel socioeconómico alto (64,0%) más que los otros niveles.

El número medio de comidas semanales realizadas se sitúa en 3,2, cifra semejante al 3,3 registrado en 2007. El grupo de edad que más veces come fuera de casa es el de 31 a 64 años, con una media semanal de 3,56 comidas.

En la [Figura 11.4](#) se observan los porcentajes de frecuentación de los distintos establecimientos para realizar la comida de mediodía, en las dos oleadas de encuestas realizadas en 2009. Los establecimientos de comida rápida han doblado su porcentaje en la segunda encuesta.

Figura 11.4. Establecimientos frecuentados para comer fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Barómetro de Alimentación y Salud Ambiental. Elaboración: Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud



De acuerdo con el estudio [Hábitos de consumo en hostelería y restauración en la Comunidad de Madrid](#), realizado en 2007, el 25% de quienes comen algún día laborable a la semana fuera de casa realizan la comida en menos de 44 minutos, porcentaje que se eleva en jóvenes de 18 a 24 años hasta el 45%. Según el mismo estudio el 50,7% de los encuestados tiene la sensación de haber engordado desde que comen fuera de casa habitualmente. La puntuación que otorgan los encuestados al carácter saludable de su alimentación fuera del hogar es de 5,48 sobre 10, frente al 7,31 que otorgan a su alimentación en casa.

11.3.3. Realización de dietas

Según el [SIVFRENT-A](#) un 16,3% de la población madrileña entre 18 y 64 años ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,0% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 1,5 veces mayor que en hombres ([Tabla 11.2](#)).

Tabla 11.2. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

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

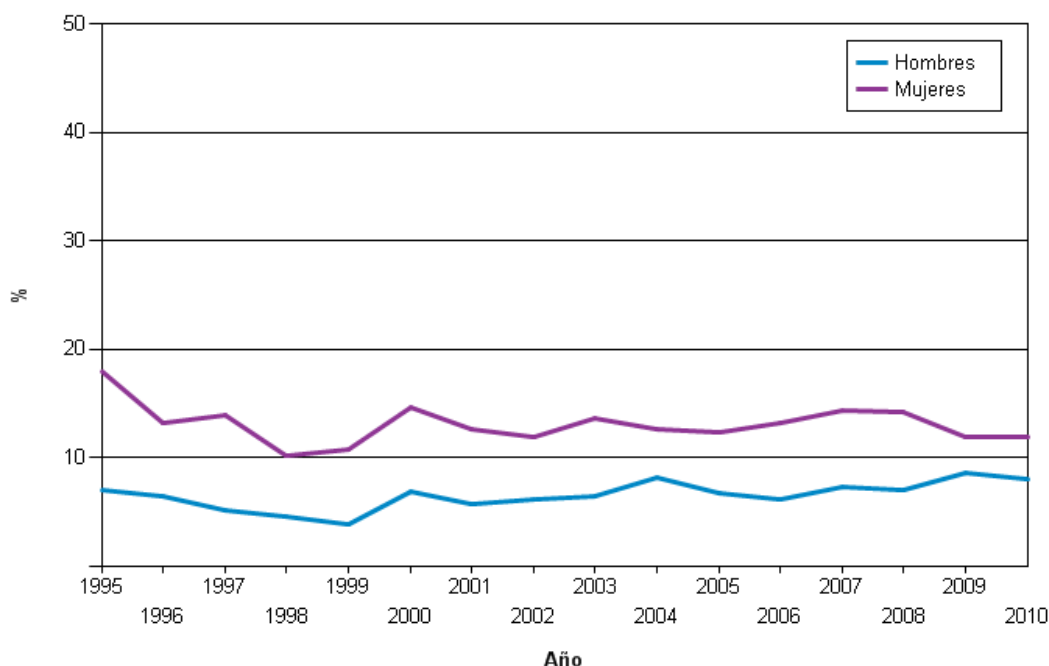
	TOTAL	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,3 (±1,6)*	13,6 (±2,1)	18,8 (±2,4)	17,6 (±3,4)	18,6 (±2,7)	12,9 (±2,4)
Dieta para adelgazar	10,0 (±1,3)	8,0 (±1,7)	11,9 (±2,0)	10,3 (±2,7)	12,1 (±2,3)	7,5 (±1,9)

* Intervalo de confianza al 95%

A nivel de tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2009/2010 se aprecia un aumento de la proporción de hombres que han realizado alguna dieta para adelgazar (23,9% más) y una disminución en el caso de las mujeres (23,5% menos) ([Figura 11.5](#)).

Figura 11.5. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso en kg/talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad. En el SIVFRENT-A se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en el pie de la Tabla 11.3.

Tabla 11.3. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010.

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

	TOTAL	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente **	2,9 (±0,7)*	0,6 (±0,5)	5,0 (±1,3)	7,0 (±2,3)	1,6 (±0,9)	1,5 (±0,9)
Normopeso ***	55,2 (±2,2)	44,1 (±3,1)	66,1 (±2,9)	73,4 (±4,0)	55,8 (±3,5)	42,9 (±3,6)
Sobrepeso grado I ****	18,2 (±1,7)	23,3 (±2,6)	13,2 (±2,1)	13,9 (±3,1)	17,4 (±2,6)	21,7 (±3,0)
Sobrepeso grado II *****	15,3 (±1,6)	20,9 (±2,5)	9,8 (±1,8)	4,0 (±1,8)	17,1 (±2,6)	20,7 (±2,9)
Obesidad *****	8,4 (±1,2)	11,0 (±1,9)	5,9 (±1,5)	1,7 (±1,2)	8,1 (±1,9)	13,2 (±2,4)

- * Intervalo de confianza al 95%
- ** Peso insuficiente: IMC < 18,5 kg/m²
- *** Normopeso: 18,5 kg/m² ≤ IMC < 25 kg/m²
- **** Sobrepeso grado I: 25 kg/m² ≤ IMC < 27 kg/m²
- ***** Sobrepeso grado II: 27 kg/m² ≤ IMC < 30 kg/m²
- ***** Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m²

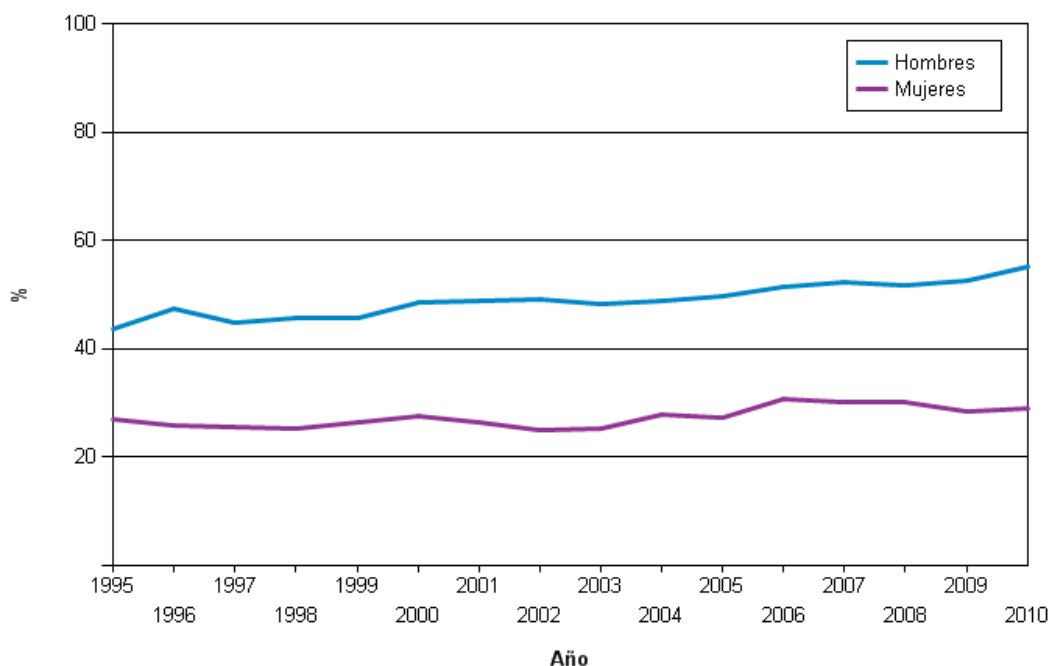
El 2,9% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres, con una prevalencia del 5,0%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven (18-29 años). Por otro lado, el 41,9% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 18,2% al sobrepeso de grado I, del 15,3% al sobrepeso de grado II, y

del 8,4% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia (Figura 11.6) describe en los hombres un consistente incremento del sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) del 18,3%, comparando los promedios de 2009 y 2010 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 8,7%.

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



* Índice de Masa Corporal = 25 o más kg/m^2

11.5. Conclusiones

Dada su alta prevalencia, el sedentarismo en la vida laboral (en torno al 50% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (casi el 80% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. Mientras la inactividad física en el tiempo de ocio permanece estable en los últimos 15 años, el sedentarismo en la actividad habitual ha aumentado un 19,9% en hombres y un 28,2% en mujeres.

La alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2,4 raciones/día de media). Se observan sólo muy ligeras mejorías en la tendencia de estos consumos durante los últimos 15 años. Un bajo consumo de pan, sustituido por productos de bollería, galletas y cereales para el desayuno y un consumo en aumento de platos preparados son otras de las características del patrón alimentario de los madrileños. Cada vez es más frecuente el hábito de comer fuera de casa los días laborables (40% realizan alguna comida a la semana) y aumenta respecto a años anteriores la frecuentación de locales de comida rápida. El 25% de la población (el 45% de los jóvenes de 18-24 años) emplea menos de 44 minutos para comer fuera de casa.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 41,9% de la población de 18 a 64 años de edad, y el 55,2% de los hombres, tenían sobrepeso en 2010 (a partir del peso y talla autodeclarados). El sobrepeso aumenta con la edad (57,1% de población con exceso de peso en el grupo de 45-64 años). Durante los últimos 15 años este indicador se ha incrementado un 18,3% en hombres y un 8,7% en mujeres.

Objetivo 12

**Reducción de los daños
derivados del alcohol, las drogas
y el tabaco**

12

Objetivo 12. Reducción de los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo para problemas de salud asociados al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, a dietas no saludables, a inactividad física y a prácticas sexuales de riesgo.

Tabaco

El actual marco de acción regional es la Estrategia Europea para el Control del Tabaco ('ESTC'). Se basa en las lecciones aprendidas de los tres planes de acción europeos y los principios de la Declaración de Varsovia para una Europa Libre de Tabaco, que fue adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en 2002.

La red mundial de control del tabaco hace especial hincapié en la transformación de los datos recogidos en políticas y programas.

Alcohol

Desde 1992 hasta 2005 el Plan de Acción Europeo sobre Alcohol sirvió de base para el desarrollo e implementación en los Estados Miembros de políticas y programas sobre el alcohol. Fue complementada en 2001 por la Declaración de Estocolmo sobre Jóvenes y Alcohol. La Declaración sigue siendo la principal declaración de política de la Región Europea de la OMS sobre el tema. El marco de la OMS para la política de alcohol en la Región Europea sustituyó el Plan de Acción Europeo sobre Alcohol en el año 2006.

En particular, se está avanzando en el desarrollo de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Los Estados Miembros europeos también se basan en las estrategias europeas sobre enfermedades no transmisibles y sobre la salud de la infancia y adolescencia y el Plan de Acción de Salud Mental para Europa. También hay un renovado enfoque en la relación entre el alcohol y las lesiones y la violencia.

Drogas ilegales

El enfoque de las drogas ilegales en la OMS / Europa se centra en el desarrollo de políticas y estrategias para reducir la demanda de drogas. La prevención es una parte muy importante y costo-efectiva de dichas estrategias, pero el trabajo principal de la OMS es apoyar a los Estados miembros en la prestación de programas de tratamiento efectivos para los usuarios de drogas, incluidas las medidas de reducción de daños, para evitar la propagación de enfermedades transmisibles como el VIH y la hepatitis.

Parte de este trabajo se lleva a cabo en estrecha colaboración con otros programas dentro de la Oficina Regional de la OMS -el Proyecto de Salud en las Prisiones y el programa de VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y hepatitis viral.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

12.1. Consumo de tabaco en adultos

- 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo, edad y nivel socioeconómico
- 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco
- 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

12.2. Consumo de alcohol en adultos

12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

- 12.3.1. Consumo de cannabis
- 12.3.2. Consumo de cocaína
- 12.3.3. Consumo de éxtasis
- 12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

12.4. Repercusiones en la salud

- 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas
- 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

12.6. Conclusiones

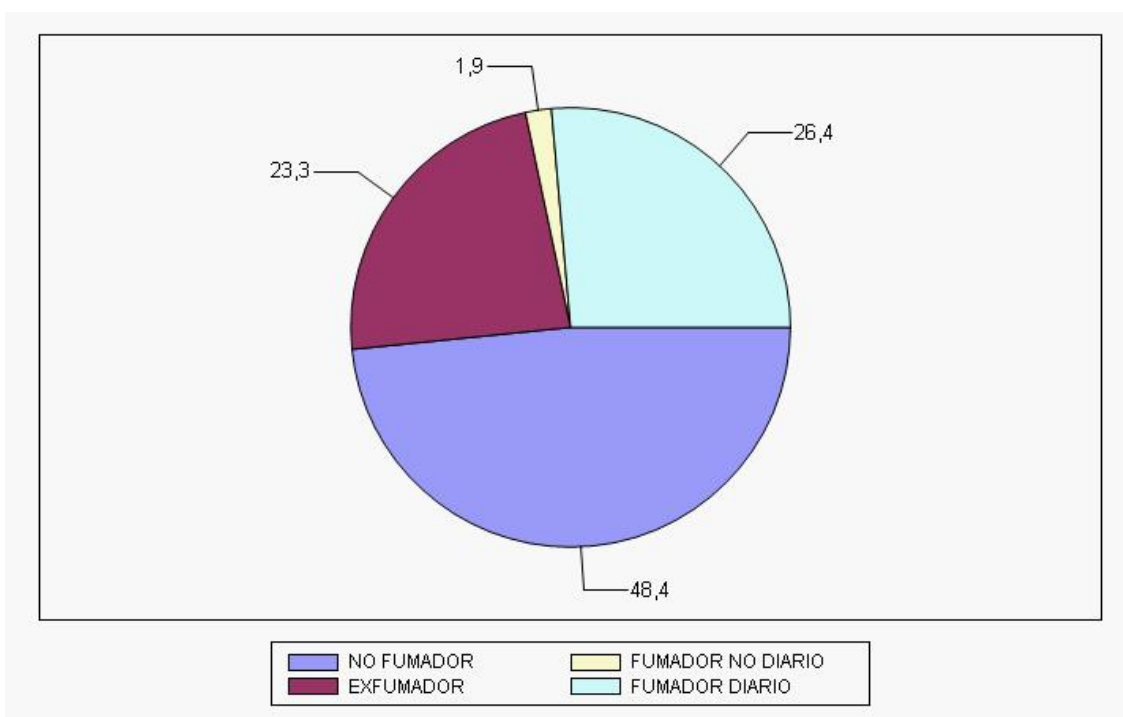
12.1 Consumo de tabaco en adultos

12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo, edad y nivel socioeconómico

De acuerdo con el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en el año 2011 el 28,3% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 26,4% diarios y un 1,9% ocasionales) (Figura 12.1), lo que representa una disminución del 10,2% respecto al año anterior (2010); el 48,4% no fumaban y el 23,3% eran exfumadores.

Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Como se ha venido observando durante los últimos años, las diferencias entre hombres y mujeres son pequeñas. En 2011, estas diferencias se redujeron aún más hasta prácticamente desaparecer, puesto que se registró una prevalencia de consumo de tabaco del 28,2% en los hombres, frente a un 28,4% en las mujeres.

Por edad, en 2011, la prevalencia de fumadores en hombres fue prácticamente igual en todos los subgrupos, con un 28,9% en los de 18-29 años, un 28,1% en los de 30-44 años y un 27,9% en los de 45-64 años. En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo fue mayor entre las más jóvenes (18-29 años), con un 31,8% (prevalencia similar a la de los dos años anteriores), seguida de las de 45-64 años (28,2%) y de las de 30-44 años (26,4%).

Según el nivel socioeconómico, en 2011, en los hombres se observó un gradiente en la prevalencia de tabaquismo, aumentando ésta al disminuir el nivel socioeconómico. En las mujeres no se observó este gradiente. La mayor prevalencia de fumadoras se registró en las mujeres de nivel socioeconómico y educativo medio-alto, seguida de las de nivel bajo. Las mujeres de nivel medio-bajo y alto, respectivamente, registraron las menores prevalencias, muy similares entre sí.

12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

Respecto a las tendencias se observan importantes cambios en el consumo, con algunas variaciones en la evolución según los diversos subgrupos poblacionales. No obstante, lo más destacable en el año 2011 ha sido el importante descenso del consumo de tabaco en todos los subgrupos, a excepción de los varones y mujeres del nivel socioeconómico y educativo más bajo, en los que se registró un aumento.

En los hombres (Figura 12.2), se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, que continúa en la actualidad, aunque desde 1995 la magnitud del descenso fue menor que la observada en la década de los años 1980 y primera parte de la década de 1990. Sin embargo, en 2011 se observa de nuevo un notable aumento en la magnitud del descenso con respecto a años anteriores, con una disminución relativa de la prevalencia de hombres fumadores respecto al año anterior del 14,5%. En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. Respecto a 2010, en 2011 se registró también un descenso importante en la prevalencia de fumadoras (6,0%).

Por edad, en los hombres, el descenso fue bastante constante en todos los grupos de edad (Figura 12.3). En las mujeres, la disminución de la prevalencia fue también bastante constante en las jóvenes y en las edades intermedias, mientras que en las de 45-64 años se registró un aumento sostenido, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990. Los hombres y mujeres con mayor nivel de estudios son los que presentan el mayor descenso de consumo de tabaco, mientras las mujeres con el menor nivel educativo presentan una tendencia ascendente en la prevalencia de tabaquismo; nivel en el que los hombres, aunque presentan un descenso absoluto entre 1995 y 2011, éste es muy inferior al presentado en los niveles socioeconómicos superiores, y la tendencia es bastante irregular, con un nuevo aumento en 2011 respecto a 2010 (Figura 12.4).

Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2011.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A, 1995-2011. Servicio de Epidemiología.



Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2011.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Hombres



Mujeres

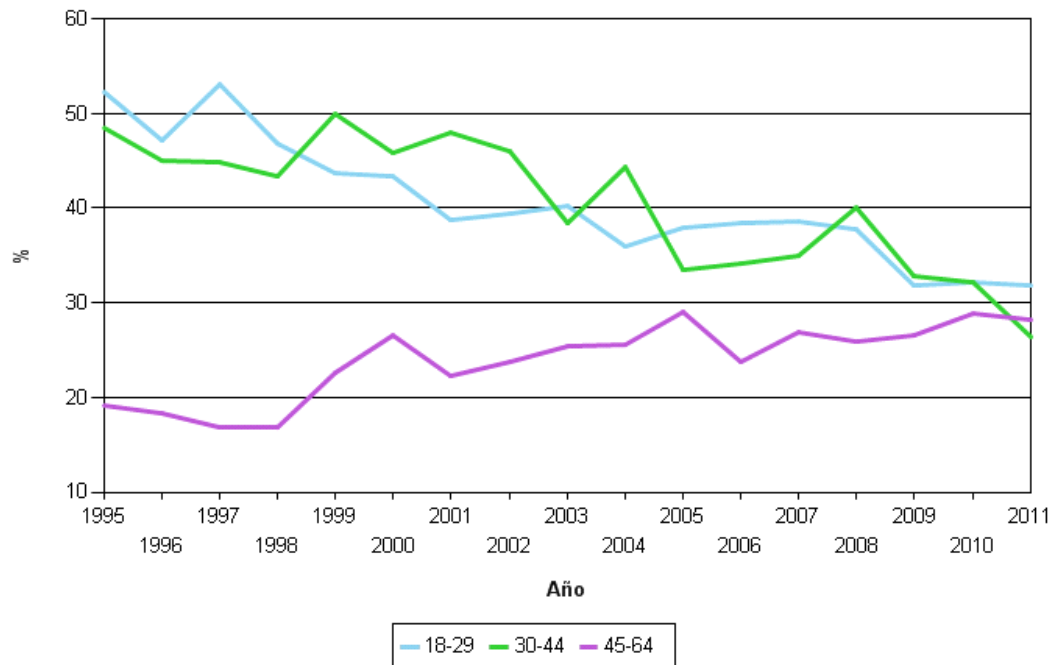
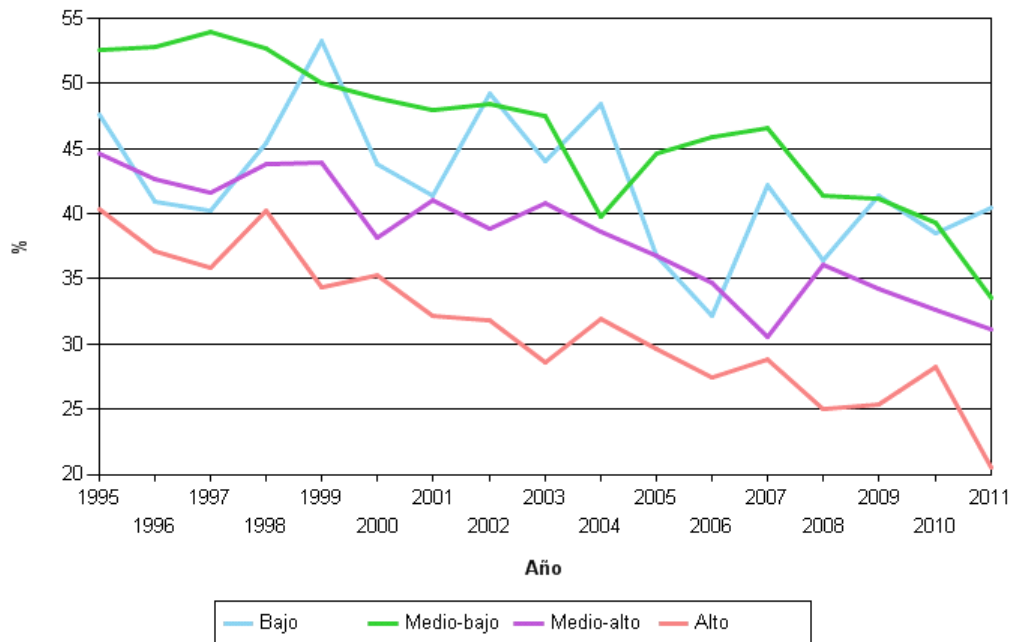


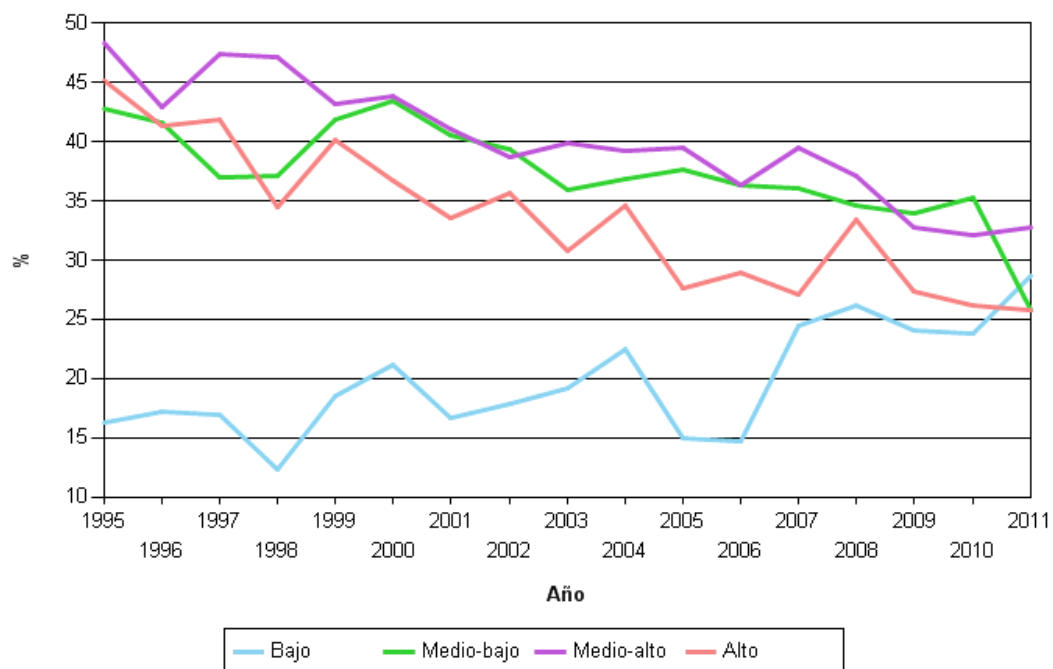
Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2011.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Hombres



Mujeres



12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid, a través del SIVFRENT, desde el año 2006.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 34,3% de los encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registra nuevamente un ligero descenso hasta el 24,3% (Figura 12.5).

En relación con la exposición en el entorno laboral, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados estaban expuestas al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 hasta el 9,8%, tras la aplicación de la Ley. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registra nuevamente un descenso hasta el 5,1% (Figura 12.5).

En cuanto a la exposición pasiva en bares y restaurantes, antes de la introducción de la Ley 28/2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado (poco, bastante o muy cargado, siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado). Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010, esta situación mejoró drásticamente. Un 5,2% describió el ambiente como cargado, la mayoría de ellos poco cargado (4,8%) (Figura 12.6).

Un patrón similar muestran los restaurantes, sólo que en ellos el descenso fue mayor tras la aplicación en 2006 de la Ley 28/2005 (Figura 12.6).

Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2011. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2011. Servicio de Epidemiología.

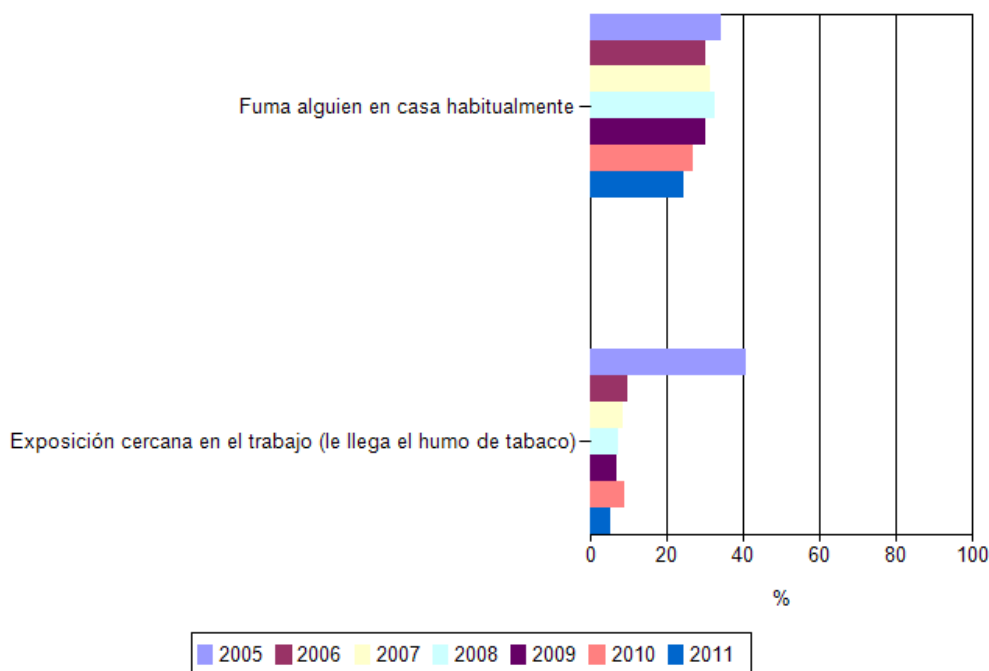
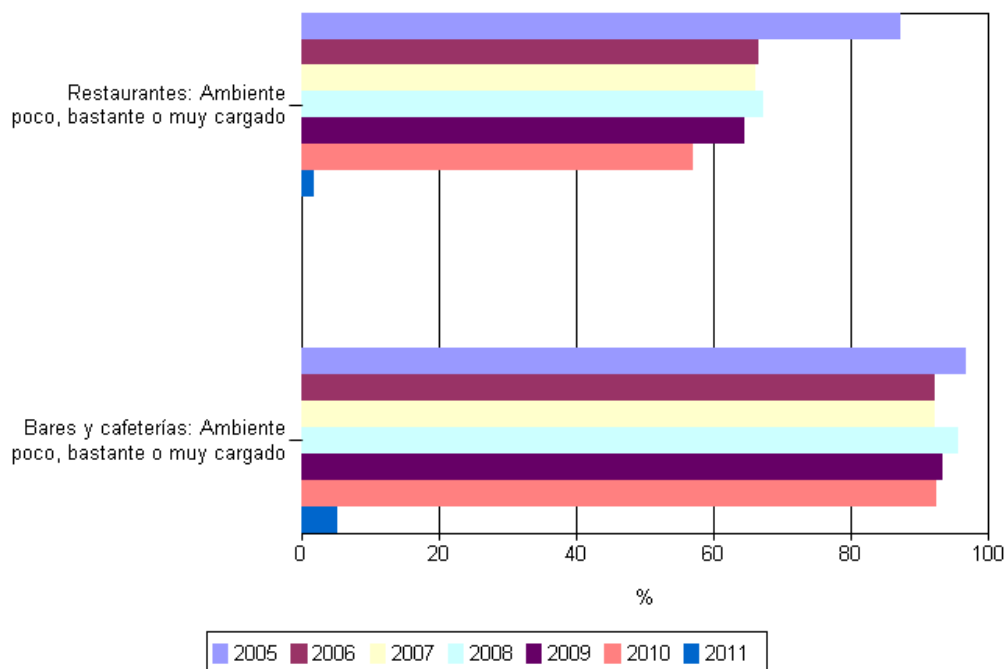


Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2011. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2011. Servicio de Epidemiología.



12.2. Consumo de alcohol en adultos

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2009) el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población en 2009. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 94,5% (en 2007: 76,4%), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 79,8% de la muestra (en 2007: 63,8% y España 2009: 78,7%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 62,8% (en 2007: 53% y España 2009: 63,3%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 10,6% (en 2007: 4,7% y España 2009: 11,0%).

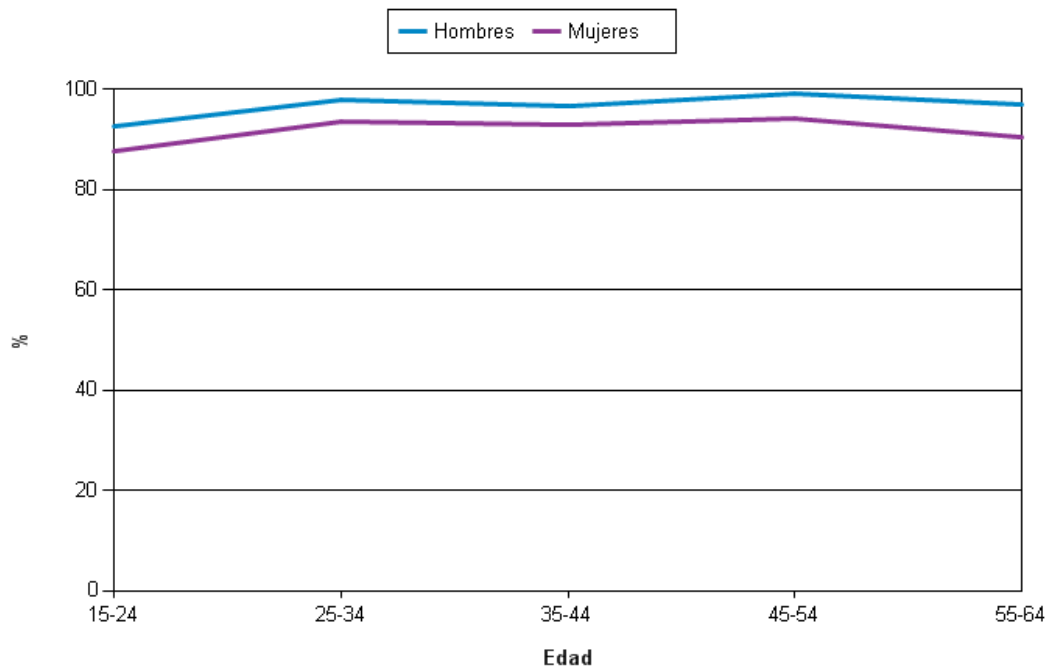
Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaron con la edad, a favor de aquellos, y en el grupo de 55-64 años es donde se observa mayor diferencia de consumo (Figura 12.7).

Un 17 % de la muestra se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 22,5% de los hombres y el 12,3% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. El 45% de los menores de 24 años se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses (Figura 12.8).

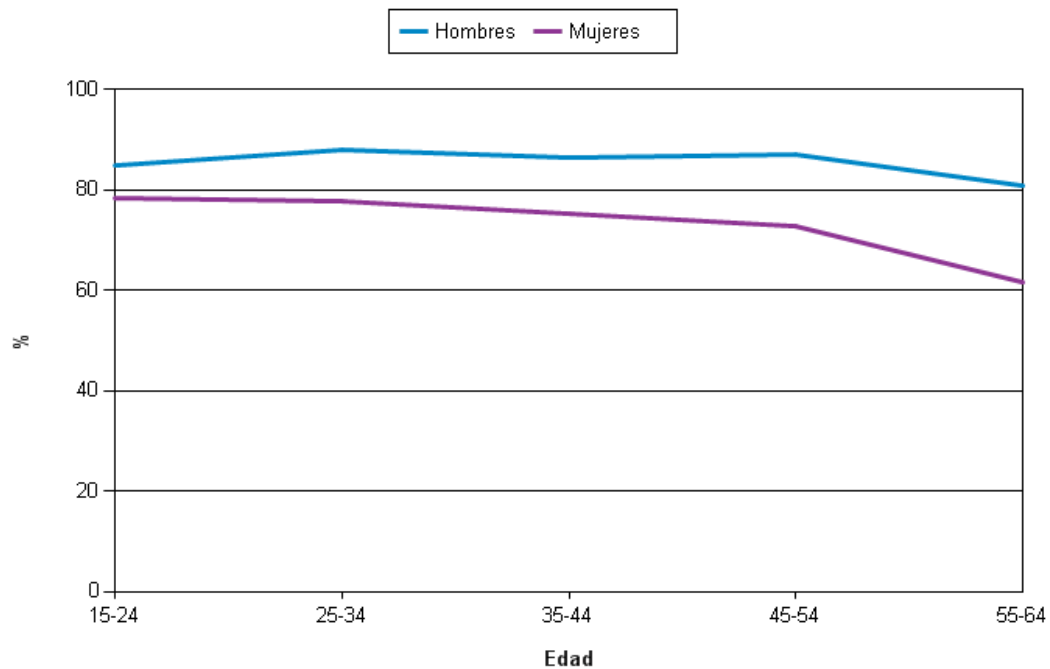
Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

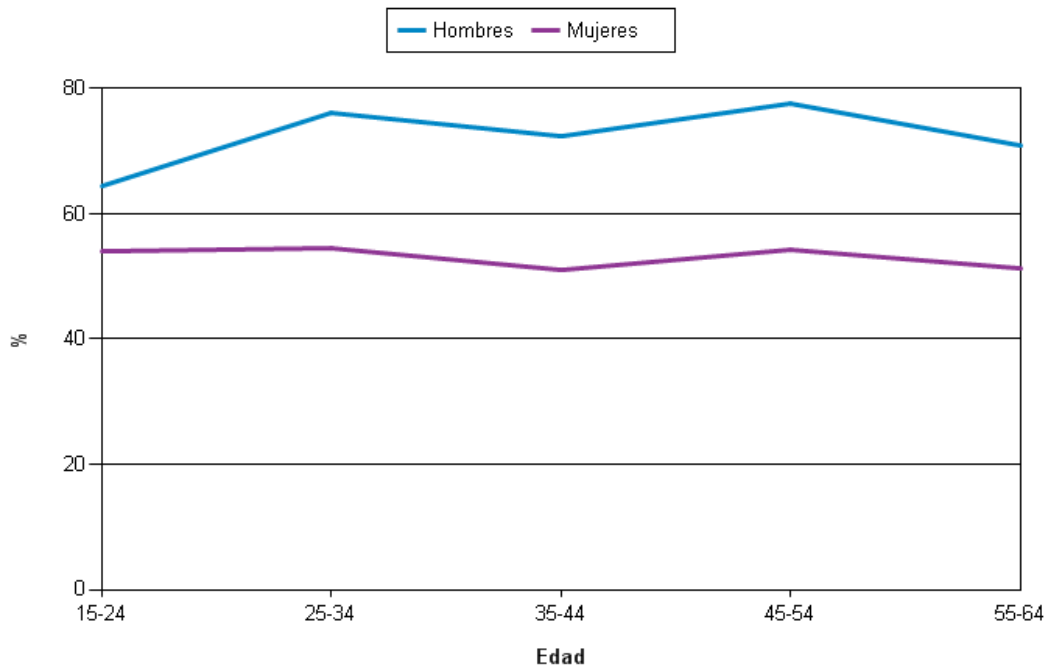
Alguna vez en la vida



En los últimos 12 meses



En los últimos 30 días



A diario

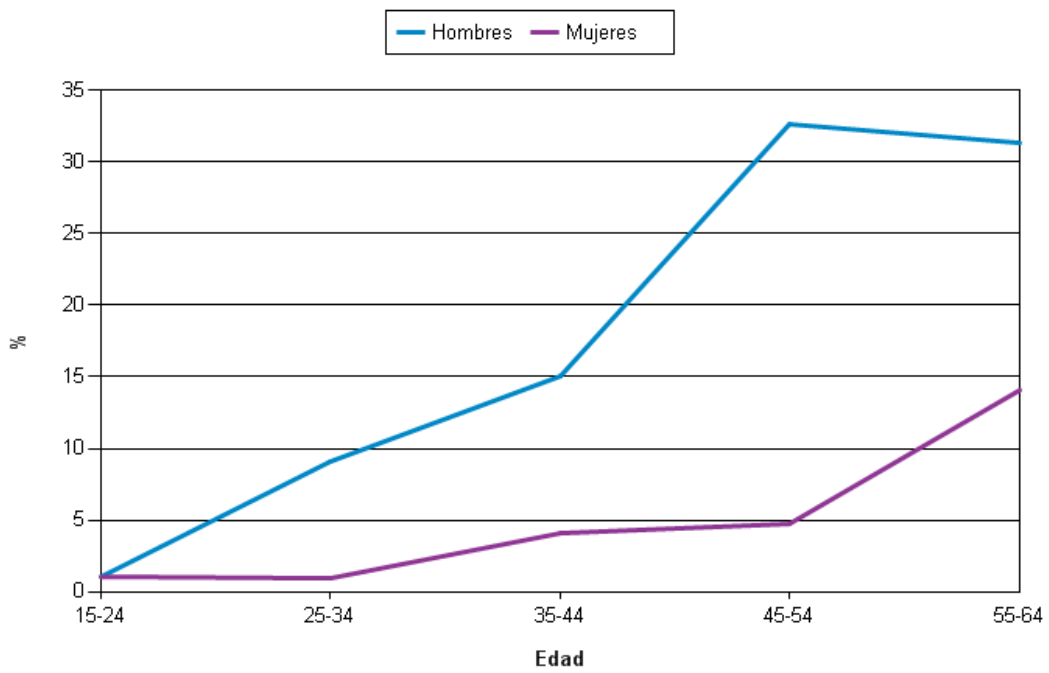
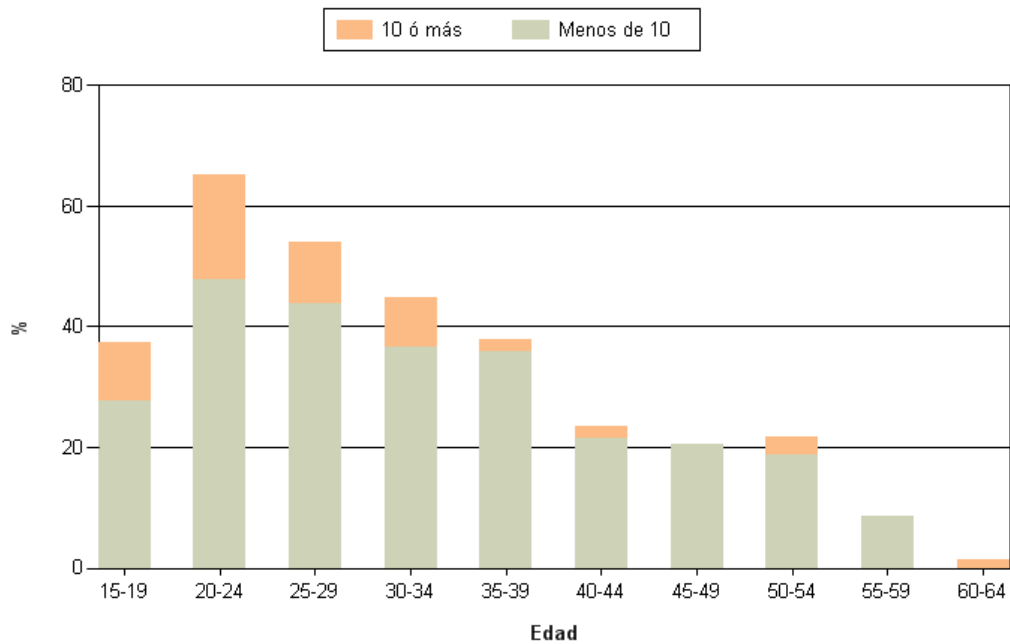


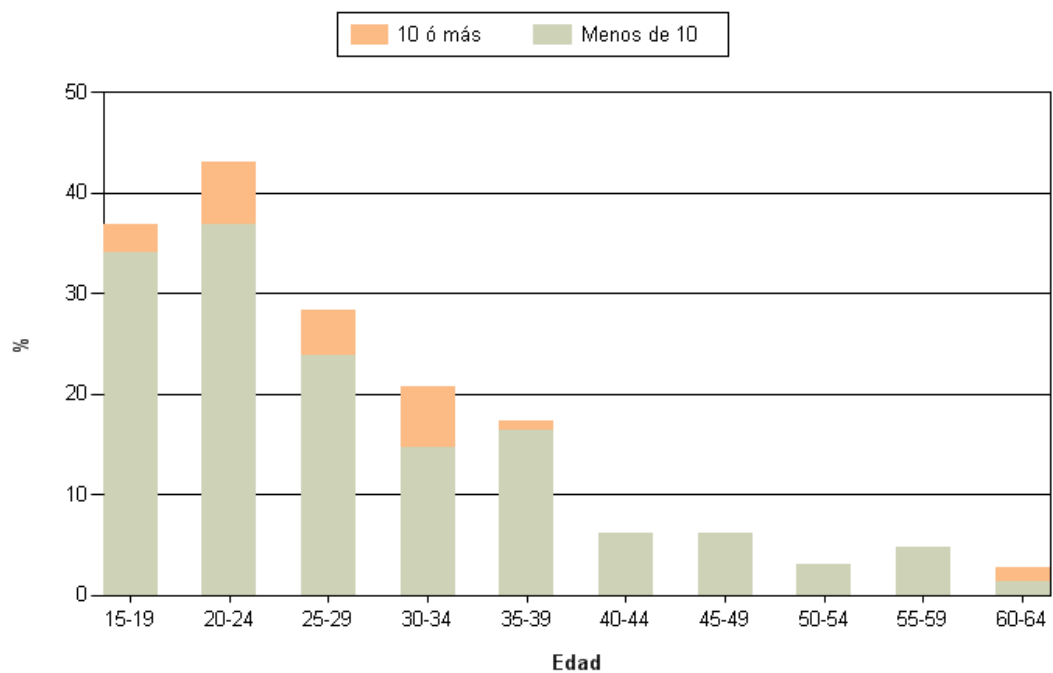
Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

Hombres



Mujeres



Según el SIVFRENT-A el consumo medio per cápita semanal de alcohol en 2010 fue de 47 gramos (g), 68 g en hombres y 27 g en mujeres.

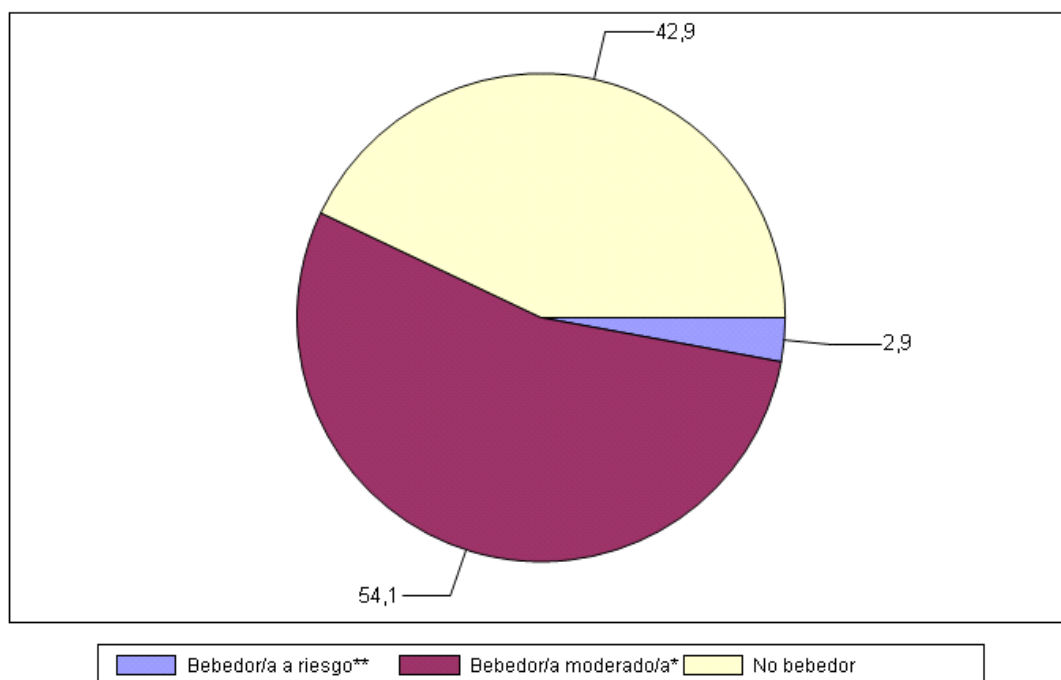
El 51,1% de los entrevistados son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calcula a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se considera bebedor/a moderado/a a aquella persona cuyo consumo diario es de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a a riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

Globalmente, un 2,9% de la población es clasificada como bebedor a riesgo, un 54,1% como bebedores moderados y un 42,9% como no bebedores (Figura 12.9). En 2010, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,5 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Figura 12.9. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



* Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres.

** Consumo de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres.

El 14,0% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombre y ≥ 60 g en mujeres) (Tabla 12.1). Este consumo fue 2,2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (33,4%).

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue del 15,0% (20,3% de los hombres y 9,8% de las mujeres). La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, uno de cada tres, debido, como observábamos anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

Del total de bebedores habituales, un 7,8% tienen el test de CAGE positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en qué

consiste el test). Este resultado es casi 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 2,4% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 4,3%, frente al 0,4% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid, 2010.

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales (a)	51,1 (±2,2)*	63,7 (±3,0)	38,8 (±3,0)	45,8 (±4,5)	49,4 (±3,5)	56,4 (±3,6)
Bebedores con consumo promedio de riesgo (b)	2,9 (±0,7)	3,5 (±1,1)	2,4 (±0,9)	5,0 (±2,0)	2,0 (±1,0)	2,6 (±1,1)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (c)	14,0 (±1,3)	19,2 (±2,0)	8,9 (±1,6)	33,4 (±3,4)	11,5 (±1,9)	4,1 (±1,2)
Consumo de riesgo global (d)	15,0 (±1,5)	20,3 (±2,5)	9,8 (±1,7)	34,0 (±4,2)	12,5 (±2,2)	5,3 (±1,4)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,8 (±1,6)	9,5 (±2,3)	5,1 (±2,2)	14,2 (±4,6)	6,4 (±2,4)	5,8 (±2,2)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (e)	2,4 (±0,7)	4,3 (±1,3)	0,4 (±0,4)	4,4 (±2,0)	1,8 (±1,0)	1,9 (±1,1)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

(b) Consumo de alcohol de ³40 g/día en hombres y ²24 g/día en mujeres

(c) Consumo en un corto período de tiempo de ³80 g en hombres y ³60 g en mujeres

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c)

(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

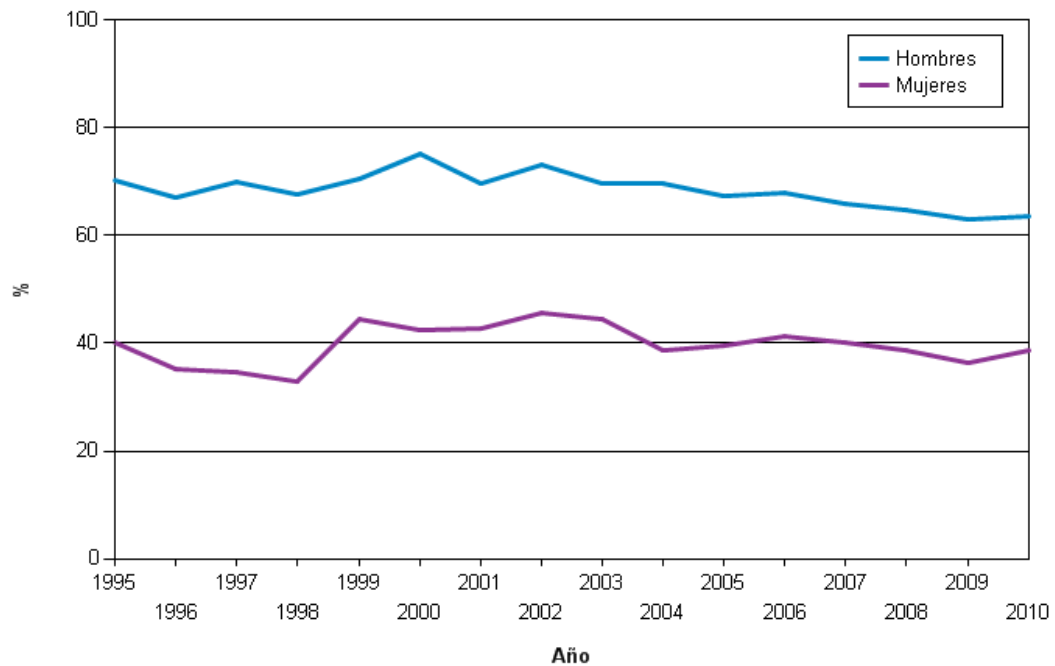
La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres (Figura 12.10). En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 7,7% en hombres y un 0,4% en mujeres y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres y mujeres un 63,9% y un 26,9%, respectivamente.

El consumo excesivo en una misma ocasión sólo disminuyó en hombres (un 20,8%), mientras en las mujeres aumentó (un 18,0%), pero hay que señalar que entre 2009 y 2010 se produjo un llamativo aumento de este consumo tanto en hombres (39,1%) como en mujeres (61,8%), por lo que habrá que estar vigilante en los próximos años ante la posible confirmación de esta tendencia. Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (Figura 12.10) se redujo en hombres (un 40,2%) y mujeres (59,3%), aunque la variabilidad en la población femenina es muy elevada dado que la prevalencia promedio de toda la serie oscila alrededor del 1%.

Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

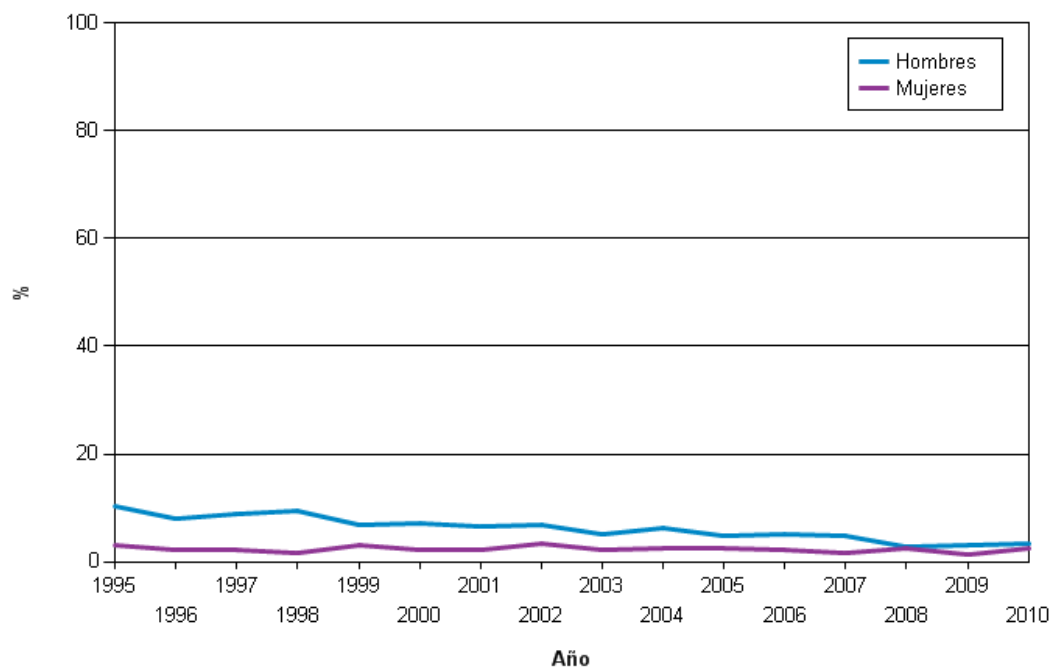
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Bebedores habituales*



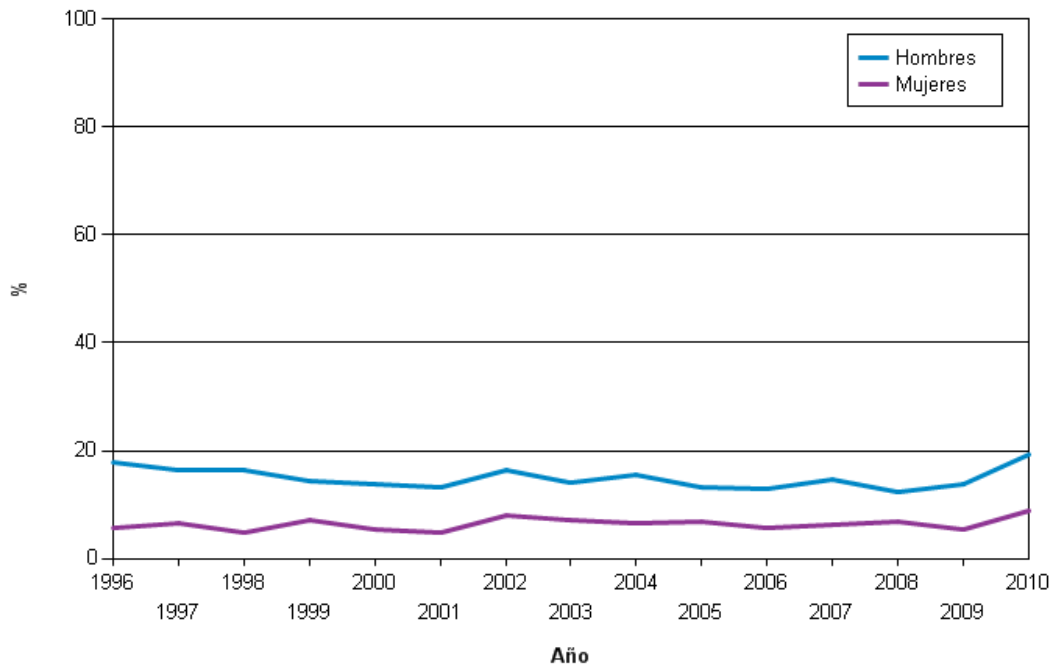
* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

Bebedores con consumo promedio de riesgo*



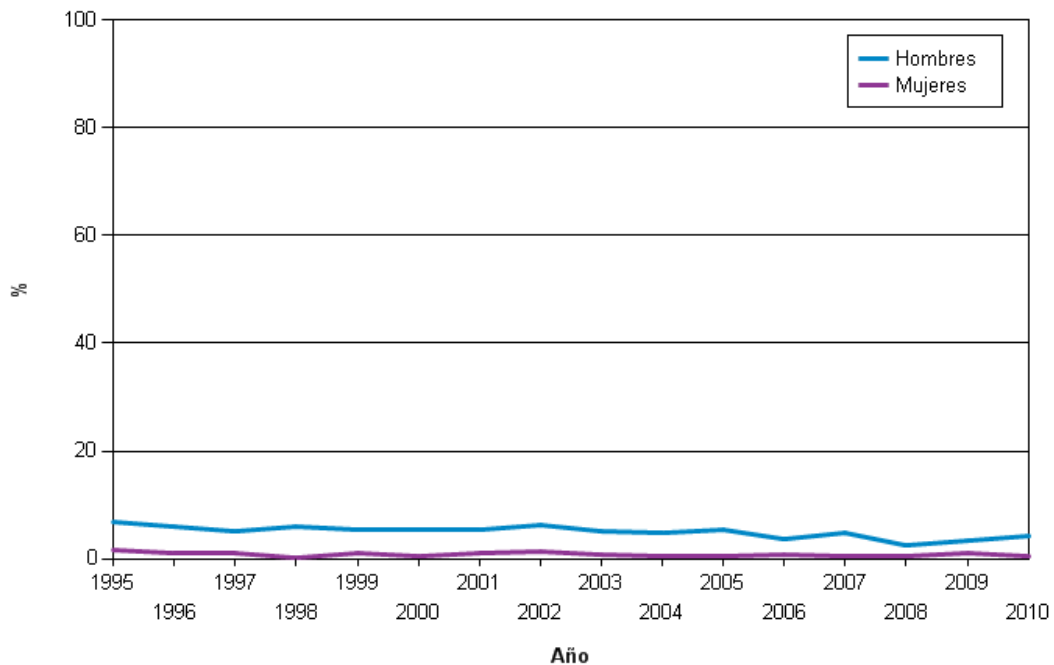
* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días*



* Consumo excesivo en una misma ocasión: Consumo de alcohol de 80 g/día o más en hombres y 60 g/día o más en mujeres a lo largo de una tarde

Conducir bajos los efectos del alcohol en los últimos 30 días



12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

El consumo de drogas de comercio ilegal es un fenómeno que se asocia a las edades más jóvenes y que según se ha observado en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2009) presenta diferencias significativas entre los más jóvenes (15-34 años) y los adultos (35-64). En los más jóvenes es más frecuente el consumo de cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y en los mayores el consumo de tranquilizantes y somníferos.

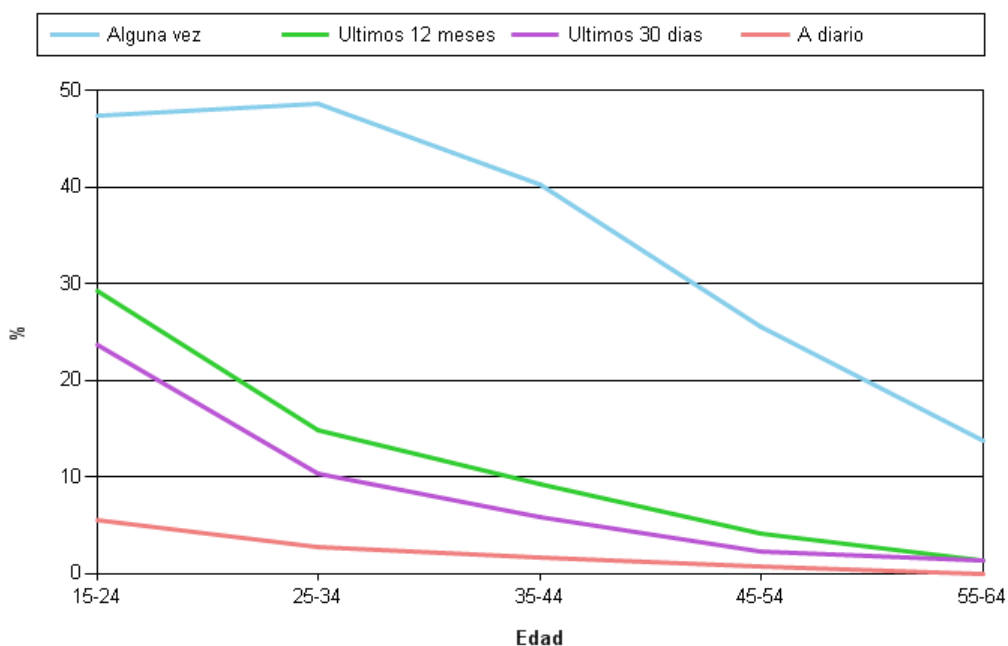
12.3.1. Consumo de cannabis

Como en años anteriores, el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid. El 36,7% afirmó haberla probado alguna vez, dato este que fue superior al de 2007, que era del 21,1% (32,1% en España en 2009). Ha aumentado el consumo actual con respecto al año anterior y es superior al obtenido en España: la prevalencia de consumo en el último año fue del 11,6% (10,6% en 2007 y 10,6% España 2009), un 8,4% en el último mes (7,7% en 2007 y 7,6% España 2009), y el consumo de todos los días fue del 2,1% (0,8% en 2007 y 2% España 2009).

La prevalencia de consumo fue mayor en los hombres (45% alguna vez) que en las mujeres (29% alguna vez), tanto para el consumo reciente como para el actual. El mayor consumo se produce en los más jóvenes (Figura 12.11).

Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



12.3.2. Consumo de cocaína

La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. También es el psicoestimulante cuyo consumo está más extendido en la población.

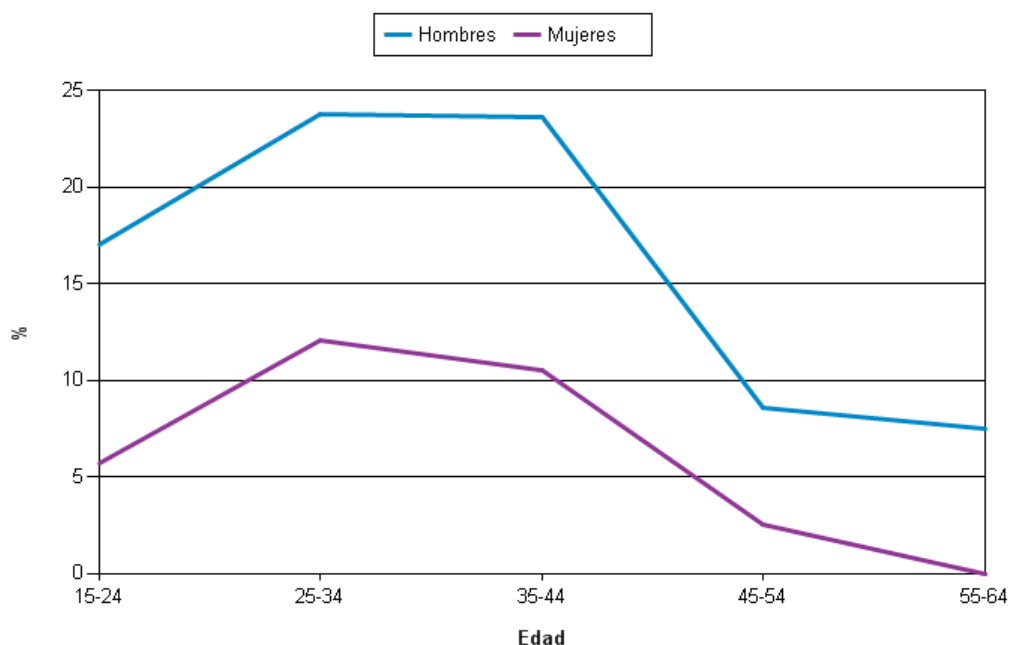
Un 12,2% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (en 2007: 6,8% y España 2009: 10,2%), el 1,9% la consumió en los últimos 12 meses (en 2007: 3% y España 2009: 2,6%) y el 0,7% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (en 2007: 1,7% y España 2009: 1,2%).

Consumen cocaína en mayor proporción los hombres que las mujeres, el 17,6% de los hombres la han probado frente al 7% de las mujeres. Y su consumo se concentró en los grupos etarios más jóvenes (el

15,5% de menores de 35 años la han consumido alguna vez frente al 9,9% de los de 35 y más años) (Figura 12.12).

Figura 12.12. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



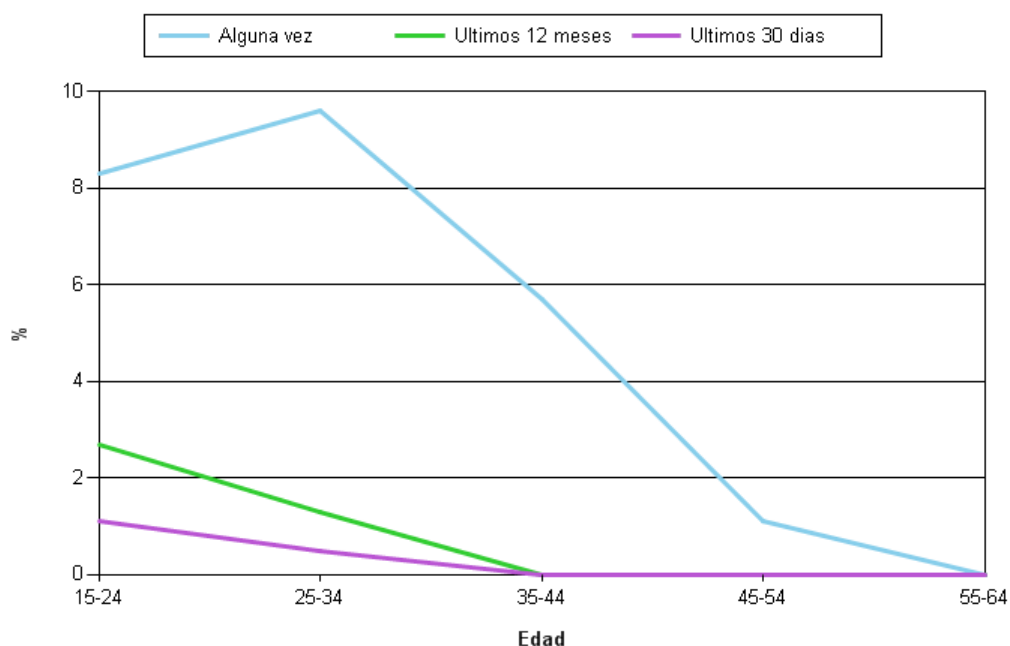
12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis aumentó con respecto a 2007. La prevalencia fue del 5,4% para "alguna vez" (3,1% en 2007), y un 0,8% para el último año (1,0% en 2007 y 0,8% en España 2009) y 0,3% último mes (0,2% en el 2007).

El mayor consumo se da en los hombres: un 4,3% "alguna vez" frente al 2,1% de las mujeres. Por grupos de edad, la mayor prevalencia es en los grupos de edad de 25 a 34 años. (Figura 12.13).

Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

Con relación a la prevalencia de consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta en los últimos 12 meses, el 3,3% ha consumido tranquilizantes y 3,3% somníferos, cifras más elevadas a las de 2007. Los hombres presentan un consumo mayor en las edades más jóvenes y las mujeres van aumentando su consumo con la edad).

La prevalencia de consumo de anfetaminas para "alguna vez" es del 5,8%, superior al 2,7% observado en 2007, un 1,1% en el último año (0,9% en 2007 y 0,6% España 2009) y un 0,7% en el último mes (0,2% en 2007) (Tabla 12.2). El mayor consumo se observa en los hombres con un 9,0% "alguna vez" frente al 2,6% de las mujeres.

La prevalencia para el consumo de alucinógenos "alguna vez" es del 5,4 (2,8% en 2007 y 5,4% España), y de un 1% para el último año (0,5% en 2007 y 0,5% España 2009) (Tabla 12.2).

La prevalencia de consumo de heroína para "alguna vez", es del 0,6% (0,6% en 2007 y 0,6% España 2009) (Tabla 12.2). El consumo fue mayor en hombres (1,2% frente al 0,1% en las mujeres). El grupo de edad con mayor porcentaje es el de 45 a 54 con un 1,1%.

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 1,1% (0,6% en 2007) para "alguna vez" (Tabla 12.2). La prevalencia de consumo es superior en hombres (1,8% frente al 0,3%) para "alguna vez" y para el último año fue la mujer con un 0,1%. Por grupos de edad, el consumo fue superior en el grupo de 25-34 años y en el grupo de 15-24 para "alguna vez".

Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2009

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009), Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
	%	%	%
Anfetaminas	5,80	1,10	0,70
Alucinógenos	5,40	1,00	0,50
Heroína	0,60	0,00	0,00
Inhalables	1,10	0,10	0,00

12.4. Repercusiones en la salud

12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid, la Agencia Antidroga elabora informes anuales sobre los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

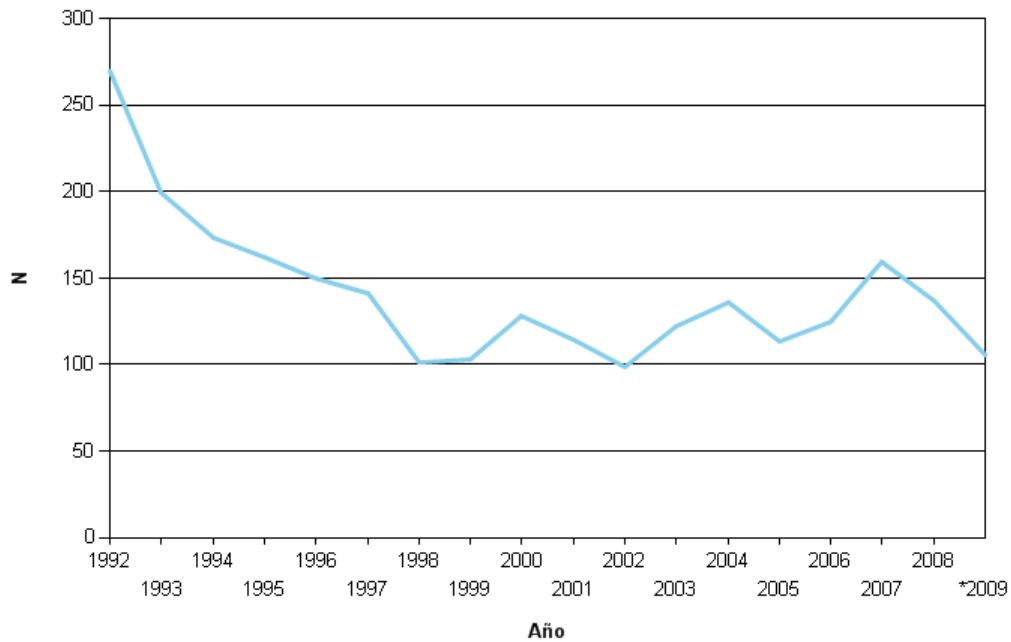
La evolución del número de episodios muestra que tras un fuerte descenso en los años 90, la cifra se ha estabilizado posteriormente con ligeras oscilaciones, y si exceptuamos el año 2009, en el que existe una infranotificación, en los dos últimos años se observa una tendencia al alza en el número de fallecimientos ([Figura 12.14](#)).

En la distribución por edad se observa con el paso de los años un desplazamiento de la curva hacia la derecha que refleja un aumento de edad en los fallecidos. El grupo de edad más frecuente se ha desplazado desde el de 36 a 45 años al de más de 45 años. ([Figura 12.15](#)).

En cuanto a las sustancias encontradas ([Figura 12.16](#)), los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2008. Los hipnosedantes hasta el año anterior tenían una tendencia descendente, aumentando ligeramente en el último año. Los antipsicóticos, aunque en el 2008 tuvieron un ligero descenso, continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005. Respecto a los estimulantes, experimentan un ligero descenso. En cuanto al alcohol y los antidepresivos, se mantiene la tendencia descendente observada en los últimos años.

Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2009.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.



* Infradeclaración en el 2º trimestre

Figura 12.15. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.

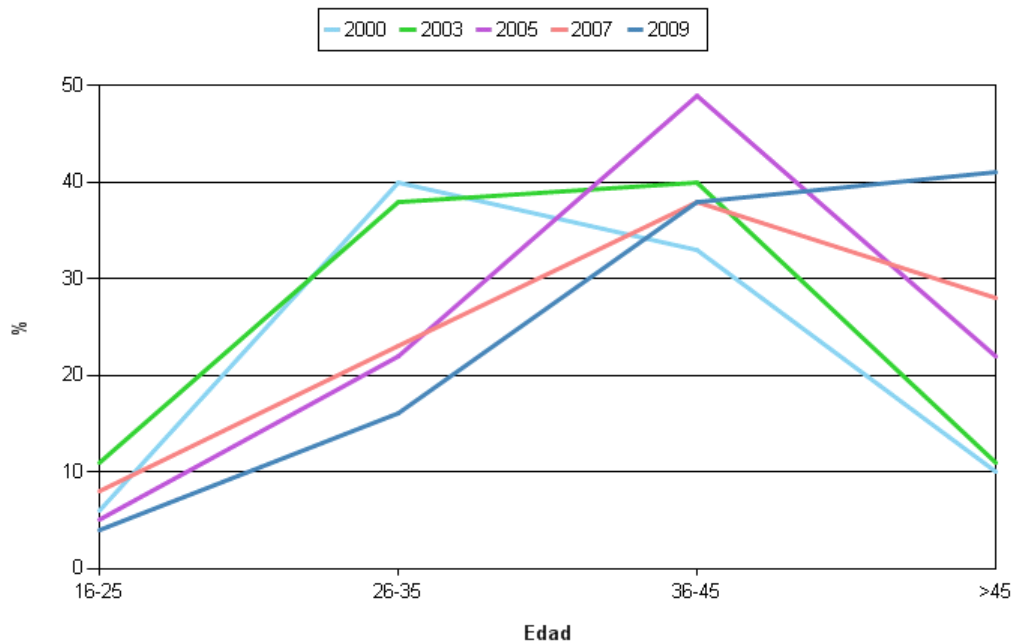
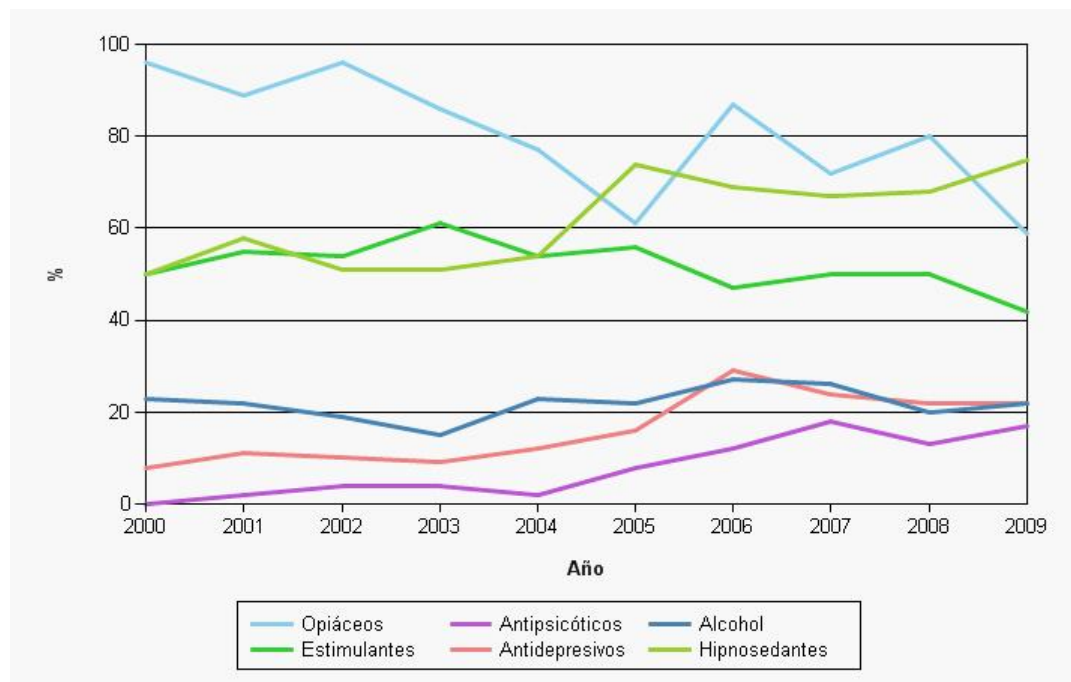


Figura 12.16. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.



12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

En la Comunidad de Madrid existe desde el año 2000 un sistema de vigilancia que recoge datos de los episodios de urgencias ocurridos en trece grandes hospitales de la Comunidad de Madrid durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT). Según la información que aporta este sistema, los episodios de urgencia relacionados directamente con el consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia estable.

En la distribución por edad (Figura 12.17), respecto a los años anteriores el año 2009 presenta el porcentaje más bajo de episodios de urgencias entre los más jóvenes y el más alto entre los de mayor edad, desplazándose más a la derecha con respecto al 2007, lo que apunta hacia un envejecimiento de esta población.

En cuanto a las sustancias, tanto las de consumo habitual como las que provocan la urgencia (Tabla 12.3), las más frecuentes son los estimulantes (65,1% de consumo y 48,9% que provoca la urgencia), seguidos del cannabis, opioides e hipnosedantes. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (57,6%) y que provoca la urgencia (44,3%).

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga.

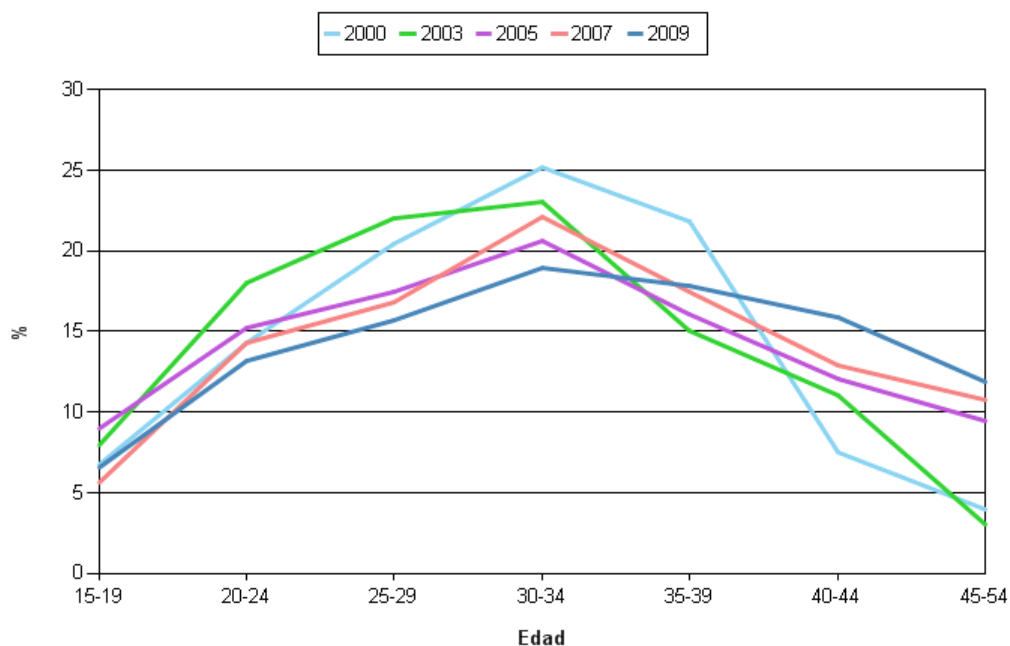


Tabla 12.3. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la sustancia que provoca la urgencia. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga; modificada presentación por Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Sustancia	Sustancia de consumo habitual %	Sustancia que provoca la urgencia %
OPIACEOS	31,7	18,6
Heroína	16,3	10,0
Metadona	12,5	6,0
Otros opiáceos	2,9	2,6
ESTIMULANTES	65,1	48,9
Cocaína	57,6	44,3
Anfetaminas	2,5	1,6
MDMA y otras drogas de diseño	4,2	2,3
Otros estimulantes (excl. Cafeína y nicotina)	0,9	0,7
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	14,7	12,4
Benzodiacepinas	13,8	11,8
Otros hipnosedantes	0,9	0,1
ALUCINÓGENOS	3,0	1,9
SUSTANCIAS VOLÁTILES	0,8	0,6
CANNABIS	40,2	26,8
ANTIDEPRESIVOS	0,8	0,8

Un sujeto puede haber consumido más de una droga.

Los porcentajes no son excluyentes, se realizan sobre el total de episodios relacionados directamente con la urgencia (1548).

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En relación con la percepción del riesgo, en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2009 (EDADES 2009), el consumo de heroína, cocaína, y éxtasis fueron consideradas las sustancias que más problemas podrían producir. El consumo de 5/6 cañas/copas el fin de semana es percibido como de menor riesgo, seguido de fumar hachís alguna vez. (Tabla 12.4).

Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2009 (EDADES 2009), Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

Bastante y muchos problemas	Edad					Total	Sexo	
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64		Hombres	Mujeres
Consumo tabaco diario	93,0	92,9	92,0	89,1	91,7	91,8	91,3	92,3
Consumo 5/6 cañas/copas día	89,6	90,2	92,0	90,5	90,9	90,7	88,5	92,9
Consumo 5/6 cañas/copas el fin de semana	44,0	40,3	40,5	42,6	51,1	42,9	38,5	47,3
Consumo de hachís alguna vez	51,9	46,3	56,9	63,3	71,1	56,7	51,5	62,2
Consumo de hachís habitualmente	76,2	75,6	82,7	83,2	88,0	80,7	69,7	85,7
Consumo tranquilizantes alguna vez	75,2	69,1	69,2	67,8	74,5	70,5	69,7	61,3
Consumo tranquilizantes habitualmente	92,7	89,0	86,4	85,6	84,4	87,5	89,5	85,6
Consumo éxtasis alguna vez	95,5	93,7	96,2	96,3	96,4	95,5	94,6	96,4
Consumo éxtasis habitualmente	98,7	98,6	98,7	99,3	99,3	98,9	98,6	99,1
Consumo cocaína alguna vez	96,8	93,8	97,5	95,7	97,1	96,0	95,2	96,9
Consumo cocaína habitualmente	99,9	99,7	99,7	99,7	100,0	99,8	99,7	99,8
Consumo heroína alguna vez	98,2	99,4	99,6	97,3	98,2	98,7	98,4	99,0
Consumo heroína habitualmente	99,8	99,5	100,0	99,7	99,2	99,7	99,3	100,0

12.6. Conclusiones

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco en ambos sexos, con un descenso notable en 2011. En ese año el 28,3% de la población de 18-64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual, siendo por primera vez semejante la prevalencia en hombres y mujeres. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudio bajo. Nos hallamos no obstante muy lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo hasta 2011 (5,1% de personas expuestas), especialmente este año tras la publicación de la Ley 42/2010. La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de ambas leyes, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición es aún muy alta, un 26,9% de los hogares. La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición; de los encuestados en 2011 sólo el 5,2% en bares y cafeterías y el 2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En 2009 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 62,8%. En general el consumo de alcohol es mayor en hombres, tanto su prevalencia, como la cantidad consumida. En 2010 se estimó en un 2,9% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,5 más veces hombres que mujeres. La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis continúa siendo la más consumida. En 2009 la prevalencia de consumo en el último mes fue 8,4% (7,7% en 2007). El mayor consumo se produce en

hombres y en el grupo de edad 15-24 años (23,6% lo consumieron durante el último mes). La cocaína fue en 2009 la segunda droga psicoactiva de comercio ilegal más consumida, con un 0,7% de entrevistados que la consumieron en el último mes (1,7% en 2007). El consumo es mayor en hombres (el 17,6% de los hombres la probaron alguna vez en su vida, frente al 7% de las mujeres) y en el tramo de edad 15-44 años. Un 0,8% de los encuestados consumieron éxtasis en el último año (1% en 2007) y 0,3% en el último mes (0,2% en 2007); la prevalencia de consumo fue mayor en hombres y en el grupo 15-34 años.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias, con tendencia al aumento de la edad de los casos, siendo la cocaína la sustancia más a menudo implicada (44,3 % de las urgencias). La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia ligeramente ascendente, con oscilaciones, en la última década.

Índice de figuras y tablas

- Figura 2.1a. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid desde 1976.
- Figura 2.1b. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid desde 1976.
- Figura 2.2a. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid desde 1976.
- Figura 2.2b. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid desde 1976.
- Figura 2.3. Evolución anual de la población total, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2011.
- Figura 2.4. Población en los años 2000 y 2010 y crecimiento relativo (en porcentaje) entre ambos años, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.5. Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2011.
- Figura 2.6. Pirámides de población, por Dirección Asistencial y Comunidad de Madrid, 2011.
- Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad y sexo por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.
- Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2011.
- Tabla 2.1. Matriz de migraciones por origen y destino. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.9a. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975-2010.
- Figura 2.9b. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid, 1975-2010.
- Figura 2.10a. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Nacidos vivos: número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 2.10b. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 2.11a. Evolución del número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2010.
- Figura 2.11b. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1975-2010.
- Figura 2.12a. Número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 2.12b. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 2.13a. Evolución de la edad media a la maternidad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2010.
- Figura 2.13b. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo), por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 2.13c. Proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2010.
- Tabla 2.2. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.14. Mortalidad por todas las causas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 2.15a. Esperanza de vida al nacer, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975-2010.
- Figura 2.15b. Esperanza de vida a los 65 años, según sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2010.
- Figura 2.16a. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer según sexo y edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.16b. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Diferencia entre hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.3a. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Número absoluto de defunciones y mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.3b. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad*. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.4a. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.4b. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.4c. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.5. Principales causas de defunción (lista reducida, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.6. Personas con historia activa en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.7. Personas con historia activa en Atención Primaria, según país de nacimiento y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.8. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.9. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial y país de nacimiento. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.10. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según sexo. Número, distribución porcentual y tasas totales por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.17. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.18. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.11. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Dirección Asistencial. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.12. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.13. Episodios de patologías crónicas seleccionadas incluidas en protocolos de seguimiento en Atención Primaria, según grupo de edad y sexo. Número, distribución porcentual y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.19. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.20. Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.14. Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.15. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo y causa. Comunidad de Madrid.

Figura 2.21. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, según sexo y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 3.1. Evolución anual del número de nacidos vivos, según sexo. Comunidad de Madrid, 1998-2010.

Figura 3.2. Evolución anual del número de nacidos vivos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1998-2010.

Figura 3.3. Porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995). Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2010.

Tabla 3.2. Características de los partos por Dirección Asistencial: Prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid.

Figura 3.4. Evolución anual del peso medio al nacimiento, total y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1986-2010.

Figura 3.5. Evolución anual del peso medio al nacimiento según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 3.6. Peso al nacimiento: evolución anual del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

Figura 3.8. Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Comunidad de Madrid, 1999-2009.

- Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Tabla 3.6. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 0 a 4 años, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid.
- Figura 3.10. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 3.11. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.
- Figura 3.12. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid.
- Figura 3.13. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según mes y etiología. Comunidad de Madrid.
- Figura 3.14. Número de lactantes con información sobre el tipo de alimentación, en cada revisión. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).
- Figura 3.15. Prevalencias de lactancia en cada revisión (%). Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).
- Tabla 3.9. Duración (en días) de la lactancia materna. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).
- Tabla 3.10. Motivos de abandono de la lactancia materna. Comunidad de Madrid, lactantes nacidos en 2008-2009 (primer semestre).
- Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 4.1. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid.
- Tabla 4.2. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, origen y sexo. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 5 a 14 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 15 a 34 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5 a 14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15 a 34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.
- Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.
- Figura 4.9. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal, en jóvenes. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.
- Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años.

Comunidad de Madrid, 1996-2010

Figura 4.12. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid.

Figura 4.15. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2011.

Figura 4.16. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.17. Consumo de alcohol en jóvenes. Clasificación según cantidad de alcohol consumido*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.20a. Prevalencias de consumo de drogas de mayor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008 y 2010.

Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008 y 2010.

Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 4.22. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.23. Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2010.

Tabla 4.7. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2010.

Figura 4.26. IVE en mujeres nacidas en España y en otro país. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid, 2004-2010.

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 4.27. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 5.1. Evolución del número de personas de 65 y más años de edad. Comunidad de Madrid, 1970-2011.

Figura 5.2. Evolución de la proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad (índice de envejecimiento). Comunidad de Madrid, 1970-2011.

Tabla 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 5.3. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

Figura 5.4. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

Figura 5.5. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

Figura 5.6. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

Figura 5.7. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.

Figura 5.8. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.

Figura 5.9. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.

Figura 5.10. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.2. Indicadores de mortalidad en población de 65 y más años de edad, según sexo y gran grupo de causas de defunción (CIE-10). Comunidad de Madrid.

Figura 5.11. Principales causas de mortalidad (grandes grupos, CIE-10) en personas de 65 y más años de edad, según sexo. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.3. Principales causas específicas de defunción (Lista Reducida, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, según sexo. Tasas de mortalidad por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.4. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria mayores de 64 años, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 5.12. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 65 y más años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.5. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 a 84 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.6. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 85 y más años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años según grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 5.13. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.

Figura 5.14. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.

Tabla 6.1. Trastornos mentales. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Tabla 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 6.1. Trastornos mentales. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

Figura 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

Figura 6.3. Contribución de los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Tabla 6.3. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentajes sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 6.4. Patología mental atendida en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 6.5. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 6.6. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid.

Figura 6.7. Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 6.8. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 6.9. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 6.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 6.11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Madrid.

Figura 6.12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias y enfermedad de Alzheimer, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 6.6. Demencias. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Tabla 6.7. Enfermedad de Alzheimer. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 6.13. Demencias. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

Figura 6.14. Enfermedad de Alzheimer. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

Figura 6.15. Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Tabla 7.1. Enfermedades infecciosas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

Figura 7.2. Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 7.3. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid.

Figura 7.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 7.6. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas* más frecuentes de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid

Figura 7.7. Rotavirus. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CIE-9-MC: 008.61). Tasas por mil en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

Figura 7.8. Enfermedades infecciosas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 7.9. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2011.

Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2011.

Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Figura 7.13. Tos ferina. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 7.14. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Figura 7.15. Sarampión. Casos por semana de inicio del exantema y colectivo de transmisión. Comunidad de Madrid. Años 2011 y 2012 (hasta la semana 32).

Figura 7.16. Sarampión. Distribución de los casos confirmados según edad y etnia. Comunidad de Madrid, 2012 (hasta la semana 32).

Figura 7.17. Rubeóla. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Figura 7.18. Rubeóla. Incidencia anual según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Figura 7.19. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Figura 7.20. Rubeóla. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

- Figura 7.21. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Figura 7.22. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 7.23. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Figura 7.24. Varicela. Incidencia anual según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2010.
- Figura 7.25. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2011.
- Figura 7.26. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2010-2011.
- Tabla 7.5. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia según temporada epidemiológica y serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2010-2011.
- Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2010-2011.
- Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2011.
- Figura 7.27. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica y edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2011.
- Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según año, edad y serotipos. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.
- Figura 7.28. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Figura 7.29. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid, 2010 .
- Figura 7.30. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Figura 7.31. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 7.32. Otras hepatitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Figura 7.33. Otras hepatitis víricas. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.
- Figura 7.34. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1997-98 a 2010-2011.
- Figura 7.35. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2007-08 a 2011-2012.
- Figura 7.36. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.
- Figura 7.37. Tuberculosis. Prevalencia de infección tuberculosa. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2007.
- Figura 7.38. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1997-2011.
- Figura 7.39. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.
- Figura 7.40. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual según sexo y de la razón de incidencias hombre/mujer. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.
- Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.
- Figura 7.41. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 2001-2011.
- Figura 7.42. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.
- Figura 7.43a. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 2001-2011.
- Figura 7.43b. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Figura 7.44. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2011.

Figura 7.45. Leishmaniasis. Brote comunitario en municipios del suroeste de la Comunidad de Madrid. Curva epidémica por mes de inicio de síntomas según forma de presentación. Julio 2009-septiembre 2012.

Figura 7.46. Paludismo. Evolución anual de la incidencia. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Figura 7.47. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Figura 7.48. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Figura 7.49. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Figura 7.50. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 7.51. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Figura 7.52. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 7.53. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Tabla 7.10. Distribución de nuevos diagnóstico de infección VIH según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-enero 2012.

Figura 7.54. Sida. Porcentaje de casos con "enfermedad avanzada de VIH" (≤ 200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007-enero 2012.

Figura 7.55. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

Figura 7.56. Sida. Porcentaje de casos según año de diagnóstico, mecanismo de transmisión y sexo. Comunidad de Madrid, 2006-2011.

Tabla 7.11. Distribución de casos de sida según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2006-2011.

Figura 7.57. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2010.

Figura 7.58. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 7.59. Contribución del sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.60. Infección VIH/sida. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 7.61. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2011.

Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Figura 8.1. Agregación de factores de riesgo* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 8.2. Proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 8.3. Evolución de la proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 8.1. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 8.4. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 8.5. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 8.6. Evolución de la proporción de mujeres que se han realizado citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 8.2. Tumores. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.7. Tumores. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.8. Tumores. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 8.9. Mortalidad por tumores en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

Figura 8.10. Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.11. Tumores. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.12. Tumores. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.3. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.13. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.14. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.15. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.4. Tumor maligno de esófago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.16. Tumor maligno de esófago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.16a. Tumor maligno de esófago. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.17. Tumor maligno de esófago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.18. Tumor maligno de esófago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.5. Tumor maligno de estómago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.19. Tumor maligno de estómago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.20. Tumor maligno de estómago. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.21. Tumor maligno de estómago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.22. Tumor maligno de estómago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.6. Tumor maligno de colon. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.23. Tumor maligno de colon. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.24. Tumor maligno de colon. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.25. Tumor maligno de colon. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.26. Tumor maligno de colon y recto. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.7. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid.

Figura 8.27. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.28. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.29. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.8. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.30. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.31. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.32. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.9. Tumor maligno de páncreas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.33. Tumor maligno de páncreas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.34. Tumor maligno de páncreas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.35. Tumor maligno de páncreas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.10. Tumor maligno de laringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.36. Tumor maligno de laringe. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.37. Tumor maligno de laringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.38. Tumor maligno de laringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.39. Tumor maligno de laringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.11. Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.40. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.41. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.42. Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.43. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.44. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.12. Melanoma maligno de piel. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.45. Melanoma maligno de piel. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.46. Melanoma maligno de piel. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.13. Tumor maligno de mama de la mujer. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.47. Tumor maligno de mama de la mujer. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.48. Tumor maligno de mama de la mujer. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.49. Contribución del tumor maligno de mama de la mujer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.50. Tumor maligno de mama de la mujer. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.51. Tumor maligno de mama de la mujer. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.14. Tumor maligno de cuello del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.52. Tumor maligno de cuello del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.53. Tumor maligno de cuello del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.54. Tumor maligno de cuello del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.15. Tumor maligno de otras partes del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.55. Tumor maligno de otras partes del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.56. Tumor maligno de otras partes del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.57. Tumor maligno de otras partes del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.16. Tumor maligno de ovario. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.58. Tumor maligno del ovario. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.59. Tumor maligno de ovario. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.60. Tumor maligno de ovario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.17. Tumor maligno de próstata. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.61. Tumor maligno de próstata. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.62. Tumor maligno de próstata. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.63. Tumor maligno de próstata. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.64. Tumor maligno de próstata. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

- Tabla 8.18. Tumor maligno de vejiga. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.65. Tumor maligno de vejiga. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 8.66. Tumor maligno de vejiga. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.67. Tumor maligno de vejiga. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.68. Tumor maligno de vejiga. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.
- Tabla 8.19. Tumor maligno de encéfalo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.69. Tumor maligno de encéfalo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 8.70. Tumor maligno de encéfalo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.71. Tumor maligno de encéfalo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.
- Tabla 8.20. Leucemia. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.72. Leucemia. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 8.73. Leucemia. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.74. Leucemia. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.
- Tabla 8.21. Mieloma múltiple. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.75. Mieloma múltiple. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 8.76. Mieloma múltiple. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 8.22. Linfoma no Hodgkin. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.77. Linfoma no Hodgkin. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 8.78. Linfoma no Hodgkin. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Tabla 8.23. Enfermedades del sistema circulatorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.79. Enfermedades del sistema circulatorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 8.80. Enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.81. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.82. Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.83. Enfermedades del sistema circulatorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.84. Enfermedades del sistema circulatorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.24. Cardiopatía isquémica. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.85. Cardiopatía isquémica. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.86. Cardiopatía isquémica. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.87. Contribución de la cardiopatía isquémica y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.88. Cardiopatía isquémica. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.89. Cardiopatía isquémica. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.25. Enfermedades cerebrovasculares. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.90. Enfermedades cerebrovasculares. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.91. Enfermedades cerebrovasculares. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.92. Contribución de las enfermedades cerebrovasculares y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.93. Enfermedades cerebrovasculares. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.94. Enfermedades cerebrovasculares. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.26. Diabetes mellitus. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.95. Diabetes mellitus. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.96. Diabetes mellitus. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.97. Diabetes mellitus. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.98. Diabetes mellitus. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.27. Enfermedades del sistema respiratorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.99. Enfermedades del sistema respiratorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.100. Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 8.101. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

Figura 8.102. Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.103. Enfermedades del sistema respiratorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.104. Enfermedades del sistema respiratorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.28. Bronquitis y enfisema. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.105. Bronquitis, enfisema y asma. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.106. Bronquitis y enfisema. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.107. Contribución de la bronquitis y enfisema y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.108. Bronquitis y enfisema. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.109. Bronquitis y enfisema. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.29. Asma. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.110. Asma. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.111. Asma. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.30. Enfermedades del sistema digestivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.112. Enfermedades del sistema digestivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.113. Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 8.114. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

Figura 8.115. Contribución de las enfermedades del sistema digestivo y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.116. Enfermedades del sistema digestivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.117. Enfermedades del sistema digestivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.31. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.118. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.119. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 8.120. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.121. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.32. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.122. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1985-2010

Figura 8.123. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.124. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.33. Artritis reumatoide y osteoartritis. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.125. Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.126. Artritis reumatoide y osteoartritis. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.34. Osteoporosis y fracturas patológicas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid.

Figura 8.127. Osteoporosis y fracturas patológicas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.35. Enfermedades del sistema genitourinario. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.128. Enfermedades del sistema genitourinario. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2010.

Figura 8.129. Enfermedades del sistema genitourinario. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.130. Enfermedades del sistema genitourinario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 8.131. Enfermedades raras. Evolución de las tasas de mortalidad por 100 mil según sexo. Comunidad de Madrid, 2000-2010.

Tabla 8.36. Enfermedades raras. Mortalidad según sexo y grupos de edad. Número de fallecidos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.37. Enfermedades raras. Mortalidad según sexo y gran grupo de causa. Número de fallecidos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.132. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad. Número de altas. Comunidad de Madrid.

Figura 8.133. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad. Tasas por 1000. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.38. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y gran grupo de causa. Número de altas. Comunidad de Madrid.

Figura 8.134. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y gran grupo de causa. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.39. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo, grupo de edad y causa. Número de altas y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.40. Enfermedades raras del listado priorizado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Morbilidad hospitalaria según sexo. Número de altas y tasas por 100 mil.

Tabla 9.1. Causas externas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2006-2010. Comunidad de Madrid.

Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid.

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

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

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes

respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid.

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

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

Figura 9.10. Causas externas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 9.5. Accidentes de tráfico. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.

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

Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2010.

Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2010.

Figura 9.15. Accidentes de tráfico en peatones. Evolución de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2010.

Figura 9.16. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2010.

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2010.

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2010.

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

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

Figura 9.21. Accidentes de tráfico con estancia hospitalaria de 4 días o más. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

Figura 9.22. Accidentes de tráfico con lesiones graves no fatales según MAIS igual o mayor que 3. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

Figura 9.23. Accidentes de tráfico con fractura de huesos largos. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2011.

Figura 9.25. Accidentes de tráfico. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 9.27. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

Figura 9.28a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

- Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.
- Tabla 9.6. Suicidio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2010.
- Figura 9.31. Suicidio. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.
- Figura 9.32. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 9.33. Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 9.34. Suicidio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.
- Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2011.
- Figura 9.36. Evolución de la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres según origen. Comunidad de Madrid, 2004 y 2009.
- Figura 9.37. Prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer, reconocida y no reconocida. Comunidad de Madrid, 2009.
- Figura 10.1. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.2. Recuentos de polen total y de cupresáceas, plátano, olivo y gramíneas recogidos en cada uno de los captadores de la Red Palinocam. Comunidad de Madrid, 2004-2011.
- Figura 10.3. Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.4. Evolución de la concentración de polen de Plátano en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.5. Evolución de la concentración de polen de Olivo en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.6. Evolución de la concentración de polen de Gramíneas en 2011 frente al histórico 1995-2010. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.7. Evolución mensual y anual del contenido de esporas. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2010.
- Figura 10.8. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2010.
- Figura 10.9. Distribución estacional de los 3 tipos esporales mayoritarios.
- Figura 10.10. Distribución geográfica de instalaciones de riesgo para legionelosis. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.11. Distribución geográfica de los casos de legionelosis. Comunidad de Madrid, 2010 y 2011.
- Figura 10.12. Serie anual 2004-2011 del número de días en alerta por ola de calor por niveles de riesgo. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.13. Boletín del nivel de alerta por ola de calor. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.14. Número de análisis realizados para el control de agua de consumo humano, según tipo de análisis. Comunidad de Madrid, 2008-2011.
- Tabla 10.1. Zonas de baño, con puntos de muestreo y municipios correspondientes. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.15. Evolución de la calidad de las aguas de baño. Comunidad de Madrid, 2000-2010.
- Figura 10.16. Número de alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2008-2011.
- Figura 10.17. Porcentaje de irregularidades en productos químicos. Comunidad de Madrid, 2011.
- Figura 10.18. Enfermedades profesionales. Distribución mensual de partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2007-2011.
- Figura 10.19. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2011.
- Figura 10.20. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2011.
- Figura 10.21. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según sexo y

grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Figura 10.22. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según edad y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Tabla 10.2. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados por grupo de enfermedad y agente. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Figura 10.23. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Figura 10.24. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes comunicados, según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Tabla 10.3. Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Figura 10.25. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de las patologías (CIE-10) más frecuentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Figura 10.26. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual según la parte del cuerpo lesionada. Comunidad de Madrid, 2007-2009.

Figura 10.27. Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 10.28. Incidencia de accidentes de trabajo según régimen de afiliación. Tasas por 100 mil afiliados. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Tabla 10.4. Accidentes de trabajo con baja. Características básicas según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 10.29. Accidentes de trabajo graves. Evolución del número según sexo, año y gravedad. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Tabla 10.5. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.6. Accidentes de trabajo. Indicadores de repercusión del accidente. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 10.30. Accidentes de trabajo (AT). Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2010 respecto a 2009.

Figura 10.31. Accidentes de trabajo. Distribución según sector de actividad, año y momento del accidente. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

Tabla 10.7. Accidentes de trabajo. Porcentajes de accidentes ocurridos en jornada de trabajo según rama de actividad y sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 10.32. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.8. Accidentes de trabajo. Número total y algunas características, por rama de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 10.33. Accidentes de trabajo. Tasas de determinados tipos de accidentes por 100 mil afiliados de cada sector. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.9. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados con cobertura de contingencias profesionales, por ramas de actividad que ocupan más población y según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.10. Accidentes de trabajo mortales ocurridos durante el trabajo, por ramas de actividad. Distribución porcentual, tasas por 100.000 afiliados y proporciones por 1.000 accidentes. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.11. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes por sector de actividad y según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.12. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.13. Accidentes de trabajo en autónomos. Indicadores de la repercusión inmediata del accidente según sexo. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.14. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo en trabajadores autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2010.

Tabla 10.15. Accidentes de trabajo en población trabajadora autónoma. Número de accidentes según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2010.

Figura 10.34. Accidentes de trabajo (AT) en población trabajadora autónoma. Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2010 respecto a 2009.

Figura 11.1. Evolución de la proporción de personas no activas* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 11.2. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 11.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 11.3. Proporción de personas que realizan alguna comida fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2007 y 2009.

Figura 11.4. Establecimientos frecuentados para comer fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2009.

Tabla 11.2. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 11.5. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Tabla 11.3. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2011.

Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2011.

Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2011.

Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2011.

Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2011. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2011. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.

Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.

Figura 12.9. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2011.

Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid, 2010.

Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2009.

Figura 12.12. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2009.

Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2009.

Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2009

Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2009.

Figura 12.15. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Figura 12.16. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Tabla 12.3. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la sustancia que provoca la urgencia. Comunidad de Madrid, 2009.

Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.

Documentos

- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en la Comunidad de Madrid año 2009/10. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- Bardón Iglesias R, Belmonte Cortés S, Fúster Lorán F, et al. El sector de los productos de panadería, bollería y pastelería industrial, y galletas en la Comunidad de Madrid. Características de calidad, actitudes y percepción del consumidor. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- Bardón Iglesias R, Fúster Lorán F, Marino Hernando E, et al. Los platos preparados en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2009.
- Bardón Iglesias R, Belmonte Cortés S, Fúster Lorán F, et al. Hábitos de consumo en hostelería y restauración en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- Bardón Iglesias R, Belmonte Cortés S, Fúster Lorán F, et al. El sector de frutas y hortalizas en la Comunidad de Madrid. Características de calidad actitudes y percepción del consumidor. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2012.
- Brote comunitario de legionelosis en zona centro de municipio de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(3):28-41.
- Brote comunitario de leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid, 2009 – 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(12):25-32.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, 2008. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2009; 15(12):37-64.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, 2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(12):3-27.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(12):2-24.
- Dirección General de Ordenación e Inspección. Barómetro de alimentación y salud ambiental- 2ª oleada de 2009. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2009.
- Dirección General de Ordenación e Inspección. El consumo y la compra de pescado en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2009.
- III encuesta de tuberculina de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(9):35-57.
- Enfermedad meningocócica informe de la temporada 2010-2011. Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(1):2-21.
- Enfermedad neumocócica invasora Comunidad de Madrid, EDO 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 18(4):3-27.
- Enfermedad neumocócica invasora Comunidad de Madrid, CMBD 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 18(4):28-50
- Gavriła Chervase D, Robustillo Rodela A, Cuadrado Gamarra I, et al.; Red epidemiológica de investigación en enfermedades raras. Estudio de la morbilidad hospitalaria por enfermedades raras en la Comunidad de Madrid. Años 1999-2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005; 11(4):3-12.
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2010. Resultados del sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(10):3-38.
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2010. Resultados del sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(4):3-38.

- Informe monográfico: gripe pandémica (H1N1) 2009 en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(2):3-56.
- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Comunidad de Madrid, año 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(11):3-50.
- Ordobás Gavín M, Izarra Pérez C, Cevallos García C, et al. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid, 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(2):25-42.
- Plan Nacional de Erradicación de la Poliomieltis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda Comunidad de Madrid, año 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(7):25-33.
- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, años 2007 a 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(8):3-25.
- Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, informe del año 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(9):3-34.
- Rincón Carlavilla A, González Tejedor D, Robustillo Rodela A, et al.; Red epidemiológica de investigación en enfermedades raras. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por enfermedades raras en la Comunidad de Madrid en el periodo 1999-2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008; 14(2): 3-40.
- Sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid. Años 2007-2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(7):3-24.
- Servicio de Promoción de la Salud, Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública y Área de Investigación de la Agencia Laín Entralgo. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2007.
- Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción y Prevención de la Salud. Dirección General de Atención Primaria. Factores socioculturales que influyen en la práctica de actividad física en la infancia y adolescencia en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción y Prevención de la Salud. Dirección General de Atención Primaria. Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción y Prevención de la Salud. Dirección General de Atención Primaria. Violencia de Pareja hacia las Mujeres en población adolescente y juvenil y sus implicaciones en la salud. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2012
- Valera González A. Enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid. Descripción de serotipos. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(4):43- 92.
- Velázquez Buendía L, Domínguez Berjón F, Estaban Vasallo M. Morbimortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio de Informes de Salud y Estudios; 2012.
- Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(6):3-39.
- Vigilancia de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2000-2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(6):23-42.