

Madrid

2014

**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/ San Martín de Porres, 6, 28035 Madrid

Noviembre de 2014

*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 2014. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2014.

## Dirección General de Atención Primaria

### Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Antonio Alemany López  
Manuel Martínez Vidal

**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	<i>Jefe de Área de Epidemiología</i>
M <sup>a</sup> Felicitas Domínguez Berjón	<i>Jefa de Servicio de Informes de Salud y Estudios</i>
María D. Esteban Vasallo	<i>Técnica Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios</i>
Ricard Gènova Maleras	<i>Técnico Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios</i>
Luis Velázquez Buendía	<i>Técnico Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios</i>

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

Enrique Barceló González  
Luis Miguel Blanco Ancos  
Daniel Moñino Zubia  
David Fontecha Castrillo

#### Autores/as colaboradores/as

**Vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles** (objetivo 4, 8, 9, 11 y 12): *S<sup>o</sup> Epidemiología*: Lucía Díez Gañán

**Interrupción Voluntaria del Embarazo** (objetivo 4): *S<sup>o</sup> Epidemiología*: Carlos Cevallos García, Concepción Izarra Pérez, José Verdejo Ortes

**Vigilancia de enfermedades transmisibles** (objetivo 7): *S<sup>o</sup> Epidemiología*: Araceli Arce Arnáez, Carlos Cevallos García, Alicia Estirado Gómez, Cristina Fernández Bargueño, Luis García Comas, Juan García Gutiérrez, Susana Martínez Rodríguez, Concepción Izarra Pérez, María Ordobás Gavín, Inmaculada Roderó Garduño, José Verdejo Ortes; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 1*: Elena Rodríguez Baena, Esther Córdoba Deorador; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 2*: Nelva Mata Pariente, Antonio Moreno Civantos; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 3*: Ángel Miguel Benito, Carmen Sanz Ortiz; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 4*: Dulce López-Gay Lucio-Villegas, Fernando Martín Martínez; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 5*: Dolores González Hernández, Susana Jiménez Bueno; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 6*: José Francisco Barbas del Buey, Dolores Lasheras Carbajo; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 7*: José Antonio Taveira Jiménez; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 8*: Andrés Aragón Peña, Manuel José Velasco Rodríguez; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 9*: Natividad García Marín, Laura Moratilla Monzó; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 10*: M<sup>a</sup> Jesús Iglesias Iglesias, Ana Pérez Meixeira; *S<sup>o</sup> Salud Pública Área 11*: Elisa Gil Montalbán

**Vacunación** (objetivo 7): *S<sup>o</sup> Prevención de la enfermedad*: Domingo Iniesta Fornies

**Enfermedades raras** (objetivo 8): *S<sup>o</sup> Informes de Salud y Estudios*: Ana Clara Zoni

**Diabetes** (objetivo 8): *S<sup>o</sup> Epidemiología*: Pilar Gallego Berciano, Dulce López-Gay Lucio-Villegas, Honorato Ortiz Marrón, Elisa Gil Montalbán y José Ignacio Cuadrado Gamarra

**Violencia de género** (objetivo 9): *S<sup>o</sup> Epidemiología*: Ana Gandarillas Grande, María Ordobás Gavín, Miriam Pichiule Castañeda, Michela Sonogo; *S<sup>o</sup> Promoción de la Salud*: Ana Anes Orellana, Luisa Lasheras Lozano, Marisa Pires Alcaide. *S<sup>o</sup> Informes de Salud y Estudios*: Carmen García Riobos

**Vigilancia de riesgos ambientales** (objetivo 10): *S<sup>o</sup> Sanidad Ambiental*: Sara Boleas Ramón, Susana García Martín, M<sup>a</sup> Jesus Sanchez Moreno, M<sup>a</sup> José Soto Zabalgoageazcoa, Margarita Hernández Sánchez, Pilar de Bernardo Alonso, M<sup>a</sup> Concepción de Paz Collantes, José Frutos García García, Mercedes Butler Sierra; *Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud*: Patricia Cervigón Morales, Enrique Cámara Díez, Pedro Galache Ríos, Rocío Bardón Iglesias, Fernando Fúster Lorán, Emiliano Aránguez Ruíz y José María Ordóñez Iriarte.

**Salud laboral** (objetivo 10): *S<sup>o</sup> Salud Laboral*: José María Ciscal Gredilla, María Fernanda González Gómez, Piedad Hernando Briongos, Dolores Insausti Macarrón

**Alimentación** (objetivo 11): *Subdirección General de Sanidad Ambiental*: María de la Cruz Pérez, José Vicente Gómez Mateo, Rocío Bardón Iglesias, Fernando Fúster Lorán, Eloy Marino Hernando y Miguel Ángel Ribes Ripoll

**Tabaco, alcohol, drogas** (objetivo 12): *Agencia Antidroga*: M<sup>a</sup> Ángeles Gutiérrez Rodríguez, Ana Ruiz Bremón; *S<sup>o</sup> Informes de Salud y Estudios*: Rosa Noguerales de la Obra

**Mapas**: *Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud*: Emiliano Aránguez Ruíz

**Mapas Medea e indicadores socioeconómicos censo 2011**: *Servicio de Epidemiología*: Ana Gandarillas Grande

#### Edición de documentos en PDF

María D. Esteban Vasallo

## 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 Área, Jefes de Servicio y profesionales de los Servicios de Salud Pública de Área, 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



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



*El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid cumple con esta, de 2014, su sexta edición. Es ya una publicación consolidada y valorada, que desde que se publicó por primera vez en 2003, refleja la situación de salud de los madrileños con los datos más recientes disponibles, así como su evolución temporal a lo largo de todos estos años.*

*Con ello trata de responder, por una parte, al mandato recogido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que concede al Informe un papel fundamental en las políticas de gestión y planificación de la sanidad en nuestra región. Y, por otra, a la creciente demanda de información sobre nuestro estado de salud requerida tanto por la población general como por los profesionales sanitarios.*

*La disponibilidad de una información en salud exhaustiva y rigurosa es todavía más necesaria si cabe en tiempos de crisis como los que vivimos, tiempos en los que se acrecienta el riesgo de que aumenten las desigualdades ante un derecho fundamental como es la salud. Para ello es preciso mantener y fomentar un sistema de información que posibilite manejar una gran cantidad de datos, procedentes de fuentes muy diversas y heterogéneas, que permita monitorizar las tendencias y las dinámicas en relación con la salud de la población y ponga en evidencia tanto los avances como las disfunciones que puedan producirse, con el fin de poder actuar precozmente frente a ellas.*

*El Informe del Estado de Salud de la Población es el resultado más visible de todo este complejo entramado en constante evolución que es el Sistema de Información en Salud Pública de la Comunidad de Madrid. En la versión online del Informe, cualquier ciudadano o profesional de la salud podrá encontrar, seleccionar y trabajar con centenares de miles de datos a distintos niveles territoriales sobre las principales enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo, determinantes sociales y características demográficas de la población madrileña.*

*Como novedad, el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2014 presenta unas fichas con los principales indicadores demográficos y de salud a nivel municipal. Asimismo, se presenta por primera vez una batería de indicadores destinados de manera específica a visualizar el efecto de la crisis económica en la salud de la población.*

*El Informe es el resultado del esfuerzo continuado y experto de los profesionales de la Salud Pública de nuestra Comunidad, que están trabajando ya en la elaboración de la próxima edición. Desde la Dirección General de Atención Primaria confiamos en que continúe siendo una referencia fundamental para todo aquel que quiera conocer y profundizar en el estado de salud de la población madrileña.*

**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. 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 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 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. Mujeres con VIH/sida sometidas a violencia de género

9.4.4. 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

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**

## **Anexo 1. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud**

**Anexo 1.1. Indicadores de Salud**

**Anexo 1.2. Indicadores Socioeconómicos**

## **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. 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 2013), arroja un total de 6.495.551 residentes en la Comunidad de Madrid, 3 mil menos que un año atrás. Sólo cinco años antes el crecimiento había sido de casi doscientas mil incorporaciones. Los datos provisionales a 1 de enero de 2014 parecen confirmar e intensificar este cambio de tendencia, con una pérdida de más de 47 mil personas respecto a 2013.

La pirámide de población actual de la Comunidad de Madrid 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. 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. En los años más recientes (desde 2009) 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.

El patrón migratorio parece estar cambiando: el saldo total ha tendido a reducirse, y en el año 2013 ha pasado a ser de 21 mil salidas netas. Los intercambios con otras Comunidades Autónomas presentan desde 2011 un balance positivo para Madrid (15 mil entradas netas en 2013). También los flujos desde el extranjero han cambiado, y las salidas superan a las entradas desde 2011 (el saldo en 2013 es de más de 36 mil salidas netas al extranjero). De hecho, el número de residentes de nacionalidad extranjera disminuyó, por primera vez en muchos años, en 2011 (12 mil personas menos en relación con 2010), y en 2013 cruzó a la baja el límite del millón de personas (960.121), volviendo a cifras no registradas desde de 2007.

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 a 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, 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) haría que la cifra de nacidos vivos decayera a partir de la segunda década del siglo XXI. En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (33,1 años en promedio) en comparación con la Edad Media a la Maternidad (EMM) de principios de los años ochenta (alrededor de 28 años).

### Mortalidad

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. 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 80,9 y 86,5 en 2012, respectivamente. Entre los años 2007 y 2012 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 cómo 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 y los tumores -en ambos casos sobre todo en los hombres-. La contribución de las causas externas es importante en los varones desde los 15 años de edad. A cualquier edad, las ganancias de esperanza de vida entre 2007 y 2012 son mayores en hombres que en mujeres, lo que ha contribuido a reducir la diferencia entre ambos sexos.



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 2012 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, los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas. Las cinco causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2008-2012 son: Otras enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades cerebrovasculares, Tumor maligno de tráquea-bronquios-pulmón, Infarto agudo de miocardio e Insuficiencia cardíaca.

## **Morbilidad**

En 2013, 4.605.783 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 72,5% 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 2013 se han registrado en AP-Madrid un total de 20.618.672 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.244,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 724,4 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. La patología respiratoria es la que presenta una mayor tasa de episodios, seguida por la del aparato digestivo en los hombres y la del aparato locomotor en las mujeres. En cuanto a la patología crónica, ésta se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 9,1% 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, seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus no insulino dependiente.

En el año 2013 se registraron en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) 924.590 altas correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 144,1 por 1.000 habitantes. El 52,3% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 22,2% en hospitales privados y el 25,5% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 54,6% del total de altas hospitalarias. Las tasas de las mujeres son superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 49 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil), mientras en el resto de edades son mayores en los hombres. El embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (22,77 por mil), seguido en las mujeres por la patología del sistema nervioso y órganos de los sentidos (19,50 por mil) y los tumores (16,33 por mil). Entre los hombres la primera causa de alta hospitalaria son las enfermedades del aparato digestivo (17,47 por mil), seguidas por los tumores y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (ambas con una tasa de 16,32 por mil).

## **Carga de enfermedad**

En el año 2012 en la Comunidad de Madrid se perdieron 573.094 años por mortalidad prematura o por vividos con discapacidad o mala salud, repartidos por igual entre hombres y mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.539 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años. Las enfermedades no transmisibles concentran el 91,8 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,8 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 2,4 por ciento de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (32,7 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (18,8 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,6), las respiratorias (7,6) y las circulatorias (7,5).

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 93,4 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 2012 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el

36,5 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 63,5 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 42,1% AVP y 57,9% AVD en los hombres, y 31,0% AVP y 69,0% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores, 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

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un descenso que continúa en la actualidad. Existe un diferente comportamiento entre los porcentajes de partos de madres españolas, en las que se observa un crecimiento discreto en torno al 20-30% desde 1995, y el de madres extranjeras con un aumento exponencial muy notable hasta 2008, y una tendencia posterior descendente. Desde 1986 se observa un aumento del porcentaje de partos múltiples y, en los años más recientes, una tendencia a la disminución en los partos prematuros y distócicos. La proporción de nacidos vivos cuya madre tiene 40 o más años de edad se ha incrementado de manera importante desde principios de los años noventa hasta la actualidad. Por el contrario, la maternidad por debajo de los 20 años ha disminuido en los años más recientes. Desde mediados de los años ochenta se evidenció un descenso del peso medio de los recién nacidos en la Comunidad de Madrid. La mortalidad infantil obtiene valores inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años, presentando los varones tasas superiores a las mujeres. Estos bajos niveles hacen, no obstante, que pueda haber variaciones relativamente importantes en años próximos.

En el año 2013 el 83,3% de la población infantil entre 0 y 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público, observándose escasas diferencias por sexo. 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. Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 22,3% a infecciones respiratorias agudas superiores.

En el grupo de edad de 0-4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 35,55 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales. A lo largo de 2013 se produjeron 2.758 ingresos hospitalarios por bronquiolitis en menores de un año de edad, de los cuales en un 59,5% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las bronquiolitis que requieren ingreso fueron más frecuentes en los tres primeros meses de vida y entre los varones, y presentaron un claro incremento durante los meses de enero y diciembre, a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

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 salud de los jóvenes

En el grupo de edad de 5 a 14 años durante el año 2012 los tumores, las enfermedades del sistema nervioso y las causas externas son las principales causas de mortalidad. Los tumores producen una mayor mortalidad en hombres, y las enfermedades del sistema nervioso y causas externas en mujeres. Con respecto al grupo de 15 a 34 años, las causas mal definidas se sitúan por primera vez en 2012 como principal causa de mortalidad, con tasas superiores en hombres. Ello se debe al retroceso experimentado en años anteriores por los tumores, segunda causa en 2012, y sobre todo por las causas externas, cuya tasa por cien mil habitantes fue 16 en 2006 y 4,24 en 2012, en buena medida condicionado por la disminución de los fallecidos en accidente de tráfico.

En 2013 el 73,5% de la población madrileña de 5 a 14 años, y el 63,8% de la de 15 a 34 años ha sido atendida en las consultas de Atención Primaria. En el primer grupo las mujeres han acudido más a las consultas: un 71,2% frente al 56,2% de los varones. En ambos grupos de edades el porcentaje se sitúa en el rango de años anteriores, en el grupo de 5-14 años en torno al 70-75%, y en el grupo de 15-34 años en el tramo habitual de 60-65%. La población extranjera acude menos a consulta en ambos grupos de edad, pero el efecto es más marcado en el grupo de 5-14 años de edad. Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente consultadas en ambos grupos de edad en los últimos años son, por este orden: aparato respiratorio, digestivo, piel y faneras y aparato locomotor.

Durante 2013 en el grupo de 5 a 14 años los principales motivos de alta hospitalaria son las patologías del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales respectivas de 7,02 y 6,8 por 1.000 habitantes, seguidos en hombres por las enfermedades del aparato genitourinario y en mujeres por las del sistema nervioso y órganos de los sentidos. En el grupo 15-34 años la inclusión del parto normal en el apartado complicaciones del embarazo, parto y puerperio es el principal motivo de alta, mientras en hombres las primeras causas de hospitalización son las enfermedades del aparato digestivo y las osteomioarticulares.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,3% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,3% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género se han postulado 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.

Por otra parte, el 30,6% de los jóvenes afirmó en 2013 haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,2% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar, lo que supone una tendencia creciente en los últimos años. Destaca también la presencia de conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario (no ingerir alimentos durante 24 horas, vómitos autoinducidos y toma de laxantes, diuréticos o píldoras para perder peso) en el 5,2% de los chicos y el 15,0% de las chicas. 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.

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el 14,9% de los hombres y el 7,8% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2013 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 36,8%.

El 22,1% de los jóvenes entre 15 y 16 años son fumadores habituales en 2013. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 más del 65%. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (6% en 2013), en los que el descenso ha sido del 75% en chicos y del 47% en chicas. De la misma forma ha descendido el consumo de todas las drogas ilegales durante la última década.

En 2013 un 18,0% de los jóvenes de 15 a 16 años no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, habiendo empeorado este indicador durante los últimos años. La tasa de IVE en 2013 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,9 por mil, superior a la española en 2012: 12,01 por mil. El 56,3% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2013 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha ascendido durante el periodo 2004-2013 un 37,2%, y en las no españolas ha descendido un 11,5%, habiendo llegado a una tasa máxima en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 43,6% 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 cerca del 16% de su población por encima de los 64 años, y diferencias importantes según las zonas geográficas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83,2% del total) ocurridas en 2012 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,3%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,9%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.337,3 por cien mil en 2012) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.049,9 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña. Las causas específicas con más defunciones en la población de 65 y más años de edad son el cáncer de pulmón en hombres y "Otras enfermedades del aparato respiratorio" en mujeres, que desde 2011 supera a las enfermedades cerebrovasculares en las mismas.

En 2013 un 91,7% 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 36,3% de toda la población de esa edad fue ingresada en un hospital, lo que suponen 370.471 altas hospitalarias, un 40,1% de todas las altas. El 9,2% 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 en hombres (hipertensión arterial no complicada especialmente), mientras que las patologías del aparato locomotor, sobre todo agudas, son la primera consulta en mujeres. La patología del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, y la del aparato circulatorio son por este orden las dos primeras causas de alta hospitalaria en ambos sexos.

Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 32,3% en el periodo 2003-2013. Parte de ese aumento puede deberse al aumento de longevidad en ese periodo.

## **Salud mental**

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, principalmente debido al componente de mala salud muy superior al correspondiente a la mortalidad, la cual se produce a edades elevadas, ocasionada mayoritariamente por los síndromes demenciales, cuyo exponente máximo es la enfermedad de Alzheimer. En los últimos años se observa una reducción en las tasas de mortalidad, tanto por trastornos mentales, como por enfermedades neurológicas, aunque de menos magnitud en estas últimas.

La patología mental representa menos del 5% de los episodios atendidos en Atención Primaria durante 2013, con mayores tasas en mujeres y en población nacida en España, siendo los trastornos por ansiedad, los depresivos y los problemas del sueño los más frecuentes. La hospitalización por trastornos mentales se produce sobre todo en las edades avanzadas de la vida y es superior en los hombres. En éstos las mayores tasas de morbilidad hospitalaria las presenta el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido 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 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 representan 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.

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 2012 se produjo un brote de legionelosis relacionado con un restaurante ubicado en el municipio de Móstoles y en 2009 se inició 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. En relación con el brote de leishmaniasis 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. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en las últimas campañas. 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.

Las infecciones de transmisión sexual se mantienen en los últimos años con elevadas tasas de incidencia.

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 1999 (12,8%) 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 2012 la proporción de extranjeros ha sido de 45,4%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2012 fue de 28,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,1 por 100.000 en mujeres. El 45,8% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2012 fue de 11,6 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,8 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 91,1% 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/ $\mu$ l) se observó en el 26,6% 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 (en 2012, 200,01 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (107,9 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. 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, aunque se observa un repunte en hombres en 2012 después de diez años consecutivos de descenso. En 2013 los tumores compartían en hombres el segundo puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria con las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan también 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 suponen más de la mitad 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 vuelve a ocupar el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2012, superando al cáncer de colon y recto. Este último presenta en ambos sexos la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad en ambos sexos –con tendencia claramente descendente–, la quinta en carga de enfermedad en 2012 y la quinta en morbilidad hospitalaria en 2013 en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (36,9% en hombres y 21,9% en mujeres en 2012), 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 primer lugar en mujeres y el segundo en hombres entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas estandarizadas superiores en hombres (20,9 por 100.000 habitantes, frente a 17,8 en mujeres, para 2012).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2012. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999, más marcada en hombres. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2012 la cuarta 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 31,7% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2012, y el 11,1% en mujeres, superadas en éstas por las neumonías, con un 23,6% 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 54 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y sexta en mujeres, ocasionando el 4,6% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la tasa más alta de altas hospitalarias en hombres y la cuarta 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 1,8% (N=771) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2012, de las cuales la mayoría corresponden a hombres (56,0%) 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 nervioso y órganos de los sentidos (4,3 por 100.000) con mayor frecuencia de las enfermedades que afectan a la motoneurona; seguido de las enfermedades del sistema respiratorio (3,5 por 100.000) entre las cuales destacan otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; y de las malformaciones congénitas (1,5 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio. En 2013, las ER representan el 1,4% (N=12.688) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 54,2% corresponden a mujeres.

## Causas Externas

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 2006-2012 un 51,0%, y fue en 2012 1,4 veces superior en hombres que en 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 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2012, habiendo incrementado su diferencia en los últimos años hasta situarse por debajo de la mitad en hombres y aproximándose a la mitad en mujeres.

En Atención Primaria se ha observado desde 2005 un aumento en el número de lesiones del 44,9%, 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 2003-2013 las tasas han aumentado un 37,2% en mujeres y un 16,4% en hombres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en parte por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquéllas, si bien en los últimos años este peso relativo de los accidentes de tráfico viene decreciendo. En 2012 los accidentes de tráfico supusieron el 29,9% de los años de vida perdidos por causas externas y el 11,6 % de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2012 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido del 89%, algo mayor en hombres que en 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. En 2012 las tasas nacionales fueron más de 4 veces superiores a las madrileñas en hombres y cerca de 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 35% en el periodo 2003- 2013. Las lesiones más graves han experimentado un descenso mayor: un 45% de las altas con estancias de 4 o más días.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009, sin embargo en los últimos cuatro años ha repuntado aproximadamente un 28%, tanto en chicos como en chicas. Un 45% de los jóvenes declaró en 2013 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (1,7 por 100.000 para hombres y 0,6 para mujeres en 2012) y muy inferiores a las nacionales. Durante la última década han descendido en toda España, pero mucho más notablemente en la Comunidad de Madrid. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2002 y 2013 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.

## **Calidad ambiental**

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2012 y 2013 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. Sin embargo, el dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) y el ozono troposférico (NO<sub>3</sub>) siguen presentando problemas desde el punto de vista del cumplimiento de la legislación, y por tanto desde el punto de vista de sus potenciales repercusiones en términos de salud.

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 2013 no se registraron concentraciones elevadas para Cupresáceas ni para Plátano.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2013 era de 3.729. En lo que respecta a los casos de legionelosis, durante el mes de julio de 2012 se produjo un brote con 64 casos en un restaurante del municipio de Móstoles. Las rápidas medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección, cierre de todas las instalaciones de riesgo existentes en el restaurante) fueron efectivas y el brote fue rápidamente controlado. En 2013 se declararon 75 casos esporádicos (no asociados a brote).

## **Salud laboral**

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2013, se han notificado al sistema CEPROSS 7.948 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. Hasta 2011 el 52,4%

correspondían a hombres, sin embargo en los dos últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 51%. En ambos sexos, entre las edades de 35 a 49 años de edad se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando alrededor de un 46% de los mismos para el periodo de estudio. Existe un predominio de las mujeres, salvo para el grupo de edad de 35-39 años, y a partir de los 55 años, en que son más frecuentes en hombres. 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.

Durante el año 2012 se produjeron 80.479 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid, lo que representa una tendencia descendente respecto a años previos. 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. En general, es reseñable una ligerísima reducción de los accidentes mortales en jornada de trabajo respecto al año anterior, hecho observado en construcción, aunque en las actividades de industria manufacturera, transporte y almacenamiento, y comercio y reparación de vehículos se ha producido un aumento de los accidentes de trabajo mortales.

### **Hábitos saludables**

Dada su alta prevalencia, el sedentarismo en la vida laboral (el 49% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (el 73% 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, e incluso descendió sensiblemente en 2013, el sedentarismo en la actividad habitual ha aumentado un 20,5% en hombres y un 32,8% 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 (2,3 raciones/día de media). Se observa no obstante un descenso superior al 10% en la tendencia del consumo excesivo de carne y un descenso sostenido hasta 2012 en la tendencia del consumo deficitario de frutas y verduras que se incrementa en 2013.

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 41,1% de la población de 18 a 64 años de edad, y el 51,3% de los hombres, tenían sobrepeso u obesidad en 2013 (a partir del peso y talla autodeclarados). El exceso de peso aumenta con la edad (53,6% de población con exceso de peso en el grupo de 45 a 64 años). Durante los últimos 19 años este indicador se ha incrementado un 17,3% en hombres y un 12,2% en mujeres.

### **Tabaco, alcohol, drogas**

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco, si bien se observa un repunte en hombres en 2013. En ese año el 27,4% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual. De los analizadas, 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 estudios bajo. Nos hallamos no obstante 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 2012, observándose no obstante un aumento en 2013 (6,1% de personas expuestas). La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de las leyes de 2005 y 2010, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición se ha estabilizado en los últimos años en torno al 25%, cifra que debe ser considerada muy elevada. 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 2013 sólo el 4,7% en bares y cafeterías y el 2,2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En general los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas en todas las sustancias, excepto hipnosedantes. En 2011 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en los tres tipos de



frecuencia (experimental, esporádico o reciente y habitual) en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 63,7%. Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentan con la edad y la frecuencia de consumo. El 62,7% de la población consume alcohol los fines de semana, siendo más frecuente (69,8%) en la población de 19 a 35 años. La cerveza (48,4%) y los combinados o cubalibres (25%) son los más consumidos. En 2013 se estimó en un 2,4% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,4 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 2012/2013, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis sigue siendo la droga más consumida. En 2011 el 24,4% afirmó haberla probado alguna vez, siendo la prevalencia de consumo en el último mes de 5,5%. Desde el año 2001 ha experimentado un notable descenso en las tres frecuencias de consumo. El mayor consumo se produce entre los 15 y 24 años.

La cocaína fue en 2011 la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida. El consumo experimental ha disminuido ostensiblemente situándose en los niveles de 2007; el consumo reciente se mantiene estable y el consumo en el último año también ha disminuido. La edad media de inicio del consumo es a los 22 años. El consumo habitual se da más entre los más jóvenes (15-24 años) y el consumo ocasional es mayor entre los 25 y 34 años.

El consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos doce meses ha disminuido de forma apreciable, así como el consumo experimental del resto de sustancias, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables, ha disminuido también. La heroína y los inhalables se mantienen a niveles inapreciables en los consumos en los últimos doce meses y 30 días.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias y se acentúa la tendencia vista en años anteriores al aumento de la edad de los casos, siendo las benzodiacepinas (44% de urgencias) y la cocaína (37% de urgencias) las sustancias más a menudo consumidas e implicadas en la urgencia. La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia estable, con oscilaciones, en los últimos quince años.

## 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 Metabolopatías 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](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 (<http://cne.isciii.es/ariadna.php> y <http://cne.isciii.es/raziel.php>). Las tasas publicadas por el CNE presentan diferencias metodológicas con las estimadas en el resto de apartados del Informe, por lo que no son comparables entre sí. En la representación gráfica se ha utilizado la escala más adecuada en cada caso para obtener una mejor visualización de la tendencia, lo que debe tenerse en cuenta en el momento de comparar las tendencias de las distintas enfermedades o sexos.

#### *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 RMEs 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.

### *Representación geográfica de los Índices de Mortalidad Estándar para las principales causas de muerte*

Para las principales causas de muerte se han realizado mapas que representan los Índices de Mortalidad Estándar (IME) para el promedio del periodo 2007-2011 por Zonas Básicas de Salud. La metodología de cálculo y la interpretación de este indicador se encuentran en el apartado 'Tasas de mortalidad' de este mismo capítulo.

### *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 4.1.

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 quinquenios 1990-1995, 1995-2000, 2000-2005 y 2005-2010, y también para los dos últimos quinquenios corridos en función de los últimos años con información disponible de mortalidad (2006-2011 y 2007-2012). 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, 2010, 2011 y 2012. Los resultados difieren de los obtenidos en los informes de salud 2004, 2007 y 2009 por la distinta agrupación de causas utilizada, y son comparables con los del Informe 2012.

### **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, hasta su completa implantación en 2012. 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 se han descartado del análisis.

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. Para el año más reciente no es posible estimar el denominador a 1 de julio, porque no se dispone de la población a final de año. Excepcionalmente, en este caso se utiliza como denominador la población a primero de enero. ([http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob\\_ref\\_1.htm](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 2013), arroja un total de 6.495.551 residentes en la Comunidad de Madrid, 3 mil menos que un año atrás. Sólo cinco años antes el crecimiento había sido de casi doscientas mil incorporaciones. Los datos provisionales a 1 de enero de 2014 parecen confirmar e intensificar este cambio de tendencia, con una pérdida de más de 47 mil personas respecto a 2013.

La previsión que el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) realizó antes del inicio de la crisis económica que está en la base de estos profundos cambios demográficos, apuntaba a un 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 noviembre de 2013, conociendo ya las variaciones en el comportamiento demográfico observadas desde 2008, aventuran un fuerte descenso de la población madrileña, que hacia 2023 se acercaría a los 6 millones de residentes, cifra semejante a la que se tenía en 2006 (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 el 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 (1976-2012) y proyecciones (2007-2017), IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

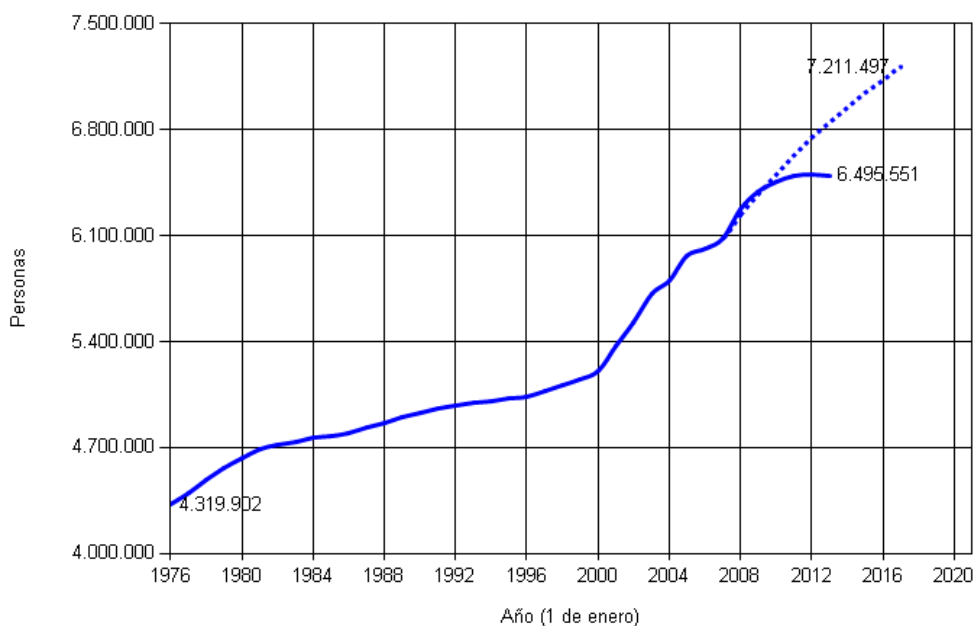
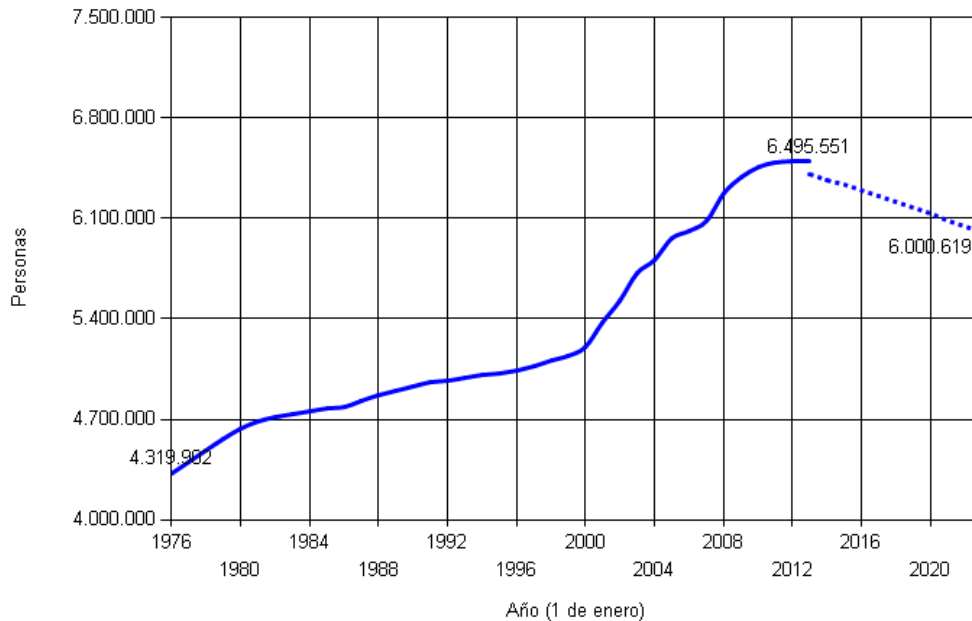


Figura 2.1b. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid desde 1976.

Fuente: Padrón continuo (1976-2012) y proyecciones (2013-2023), INE. 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 (diferencia entre nacimientos y defunciones), 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-. Al final de la proyección del INE, el crecimiento natural es virtualmente nulo

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.

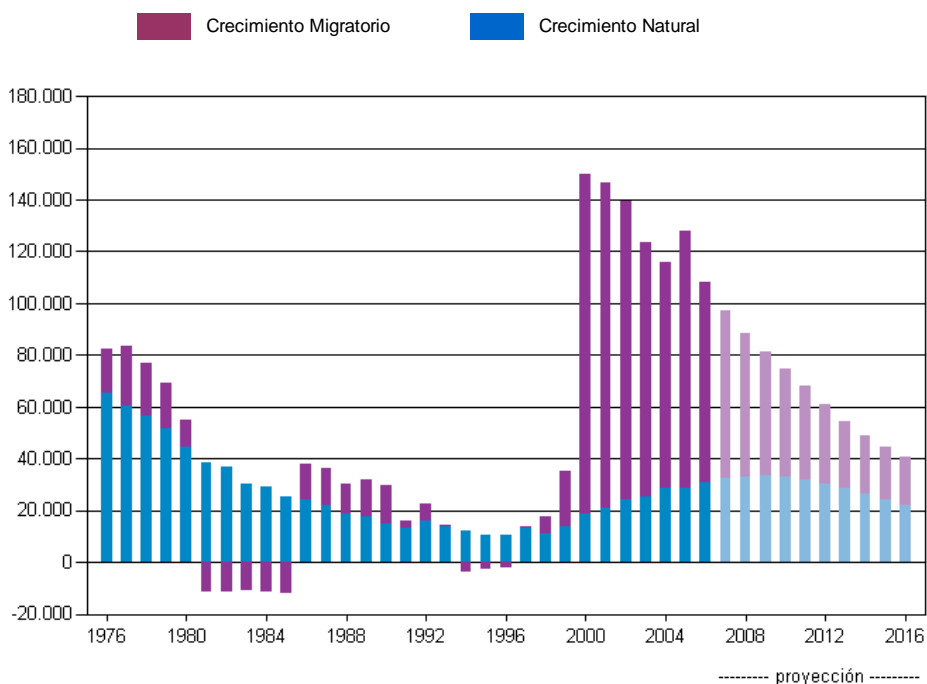
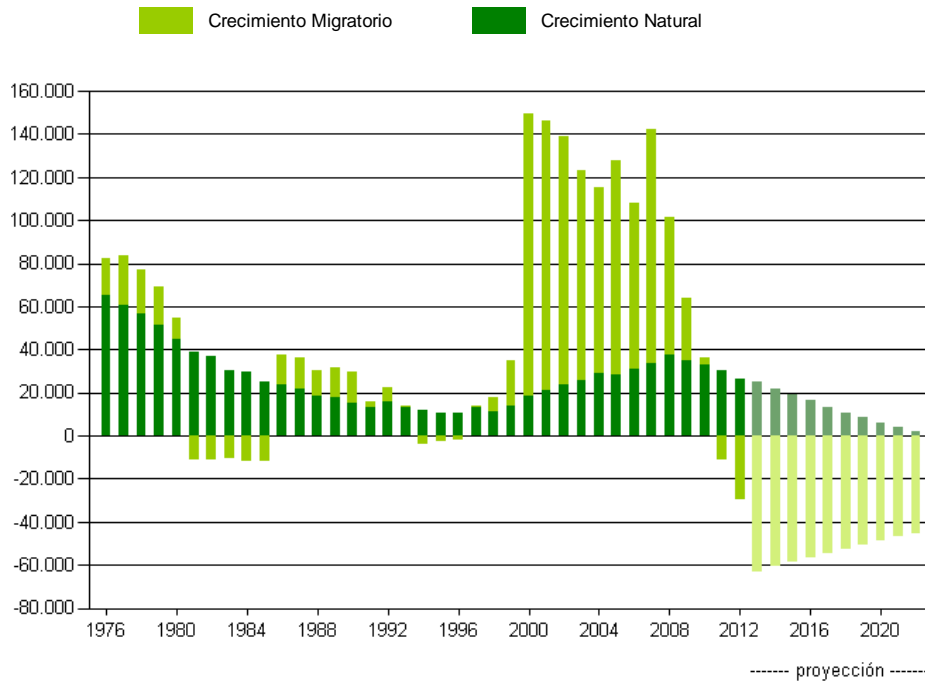


Figura 2.2b. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid desde 1976.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón continuo y Proyecciones 2013-2023, 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 1999 es la Noroeste, que ha aumentado en un 44 por ciento el número de sus habitantes entre esa fecha y 2013. En el mismo periodo, la DA Centro aumentó en un 7 por ciento, y en los cuatro últimos años ha perdido población. Algunas zonas básicas de salud, como Leganés Norte, Virgen del Cortijo, Parque Loranca, Valdebernardo o Delicias-2 muestran, entre el primer y el último año disponible, 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.

Figura 2.3. Evolución anual de la población total, según sexo y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999 - 2013.

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

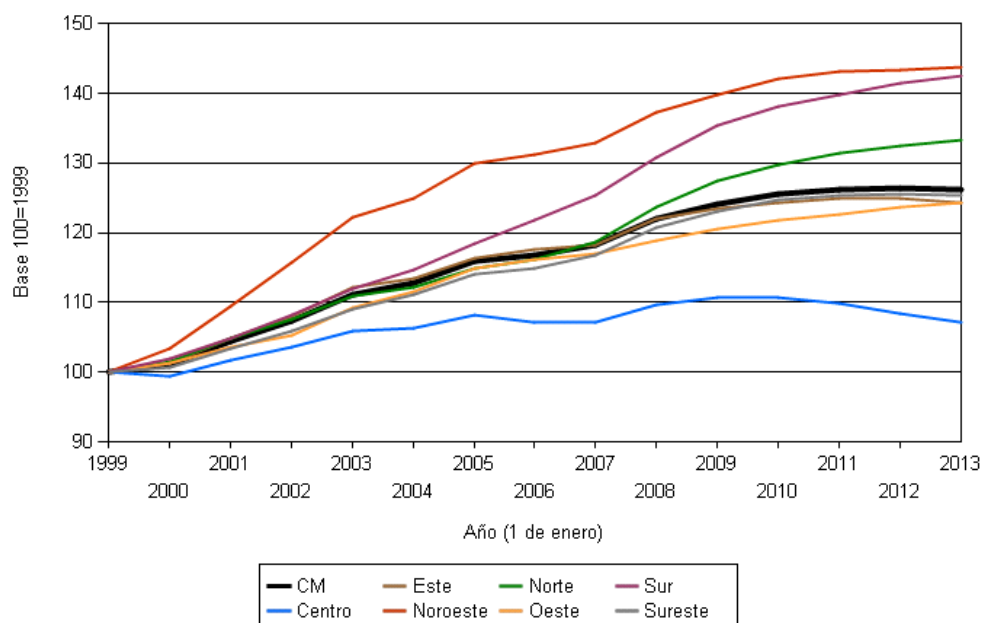
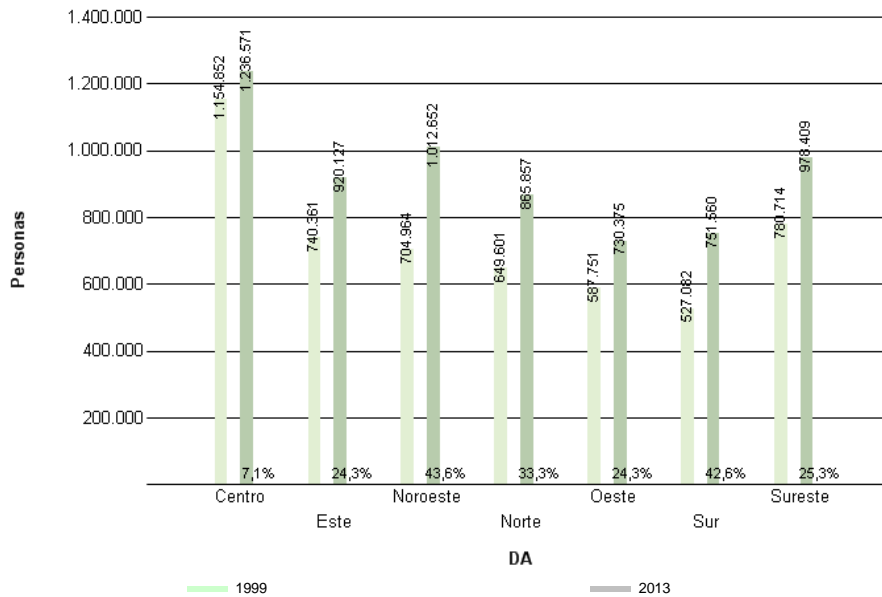


Figura 2.4. Población y crecimiento relativo (en porcentaje) entre 1999 y 2013, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

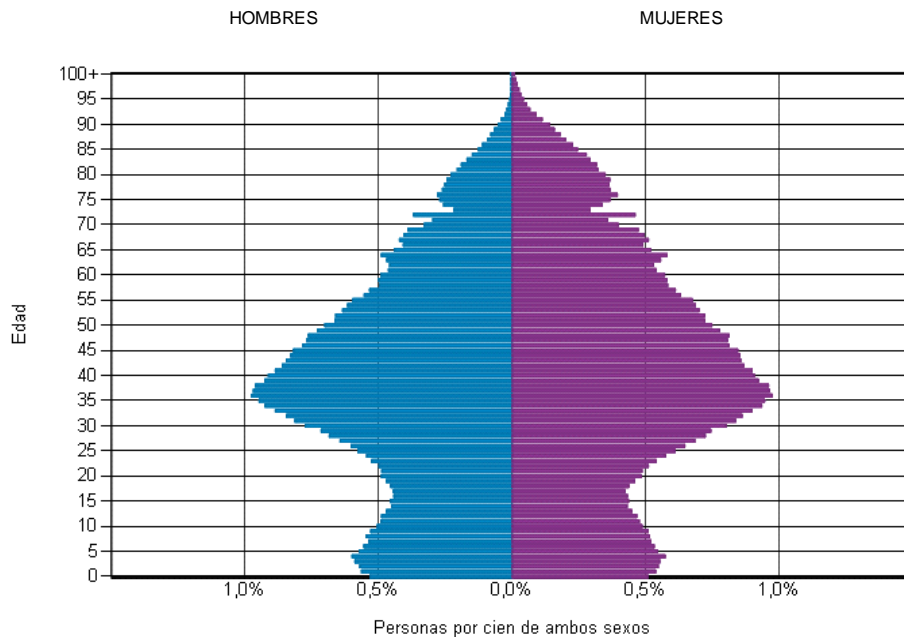
Fuente: Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 los años noventa 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 (desde 2009) 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 2.5. Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2013.

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



Las estructuras de las Direcciones Asistenciales presentan ciertas diferencia entre sí y respecto del promedio de la Comunidad de Madrid. Entre las distintas Zonas Básicas de Salud las diferencias pueden ser más acusadas (Figura 2.6 y Figura 2.7).

Figura 2.6. Pirámides de población anual, total y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2013.

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

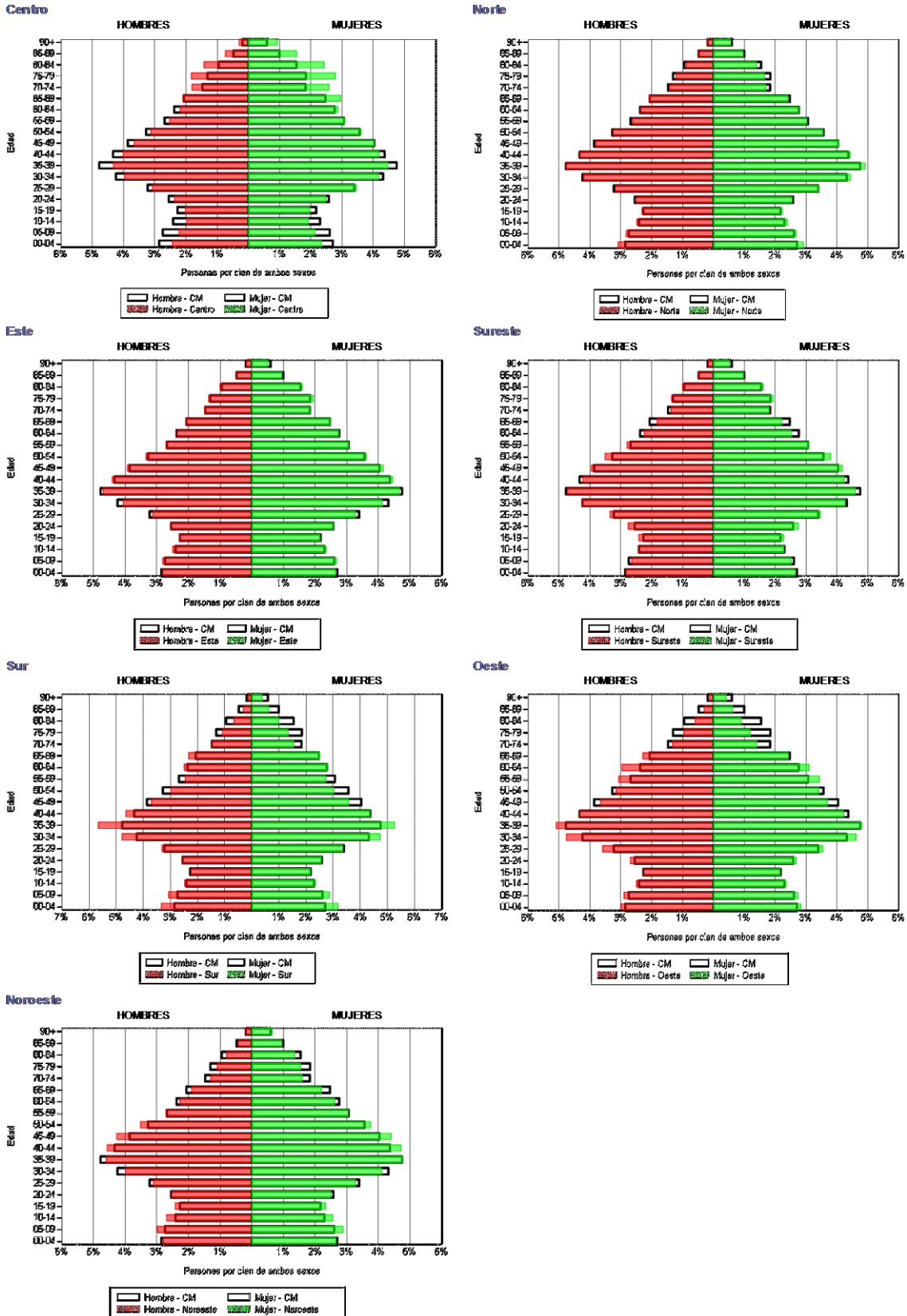


Figura 2.6. Pirámides de población anual, total y por Zona Básica de Salud y Comunidad de Madrid, 2013.

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

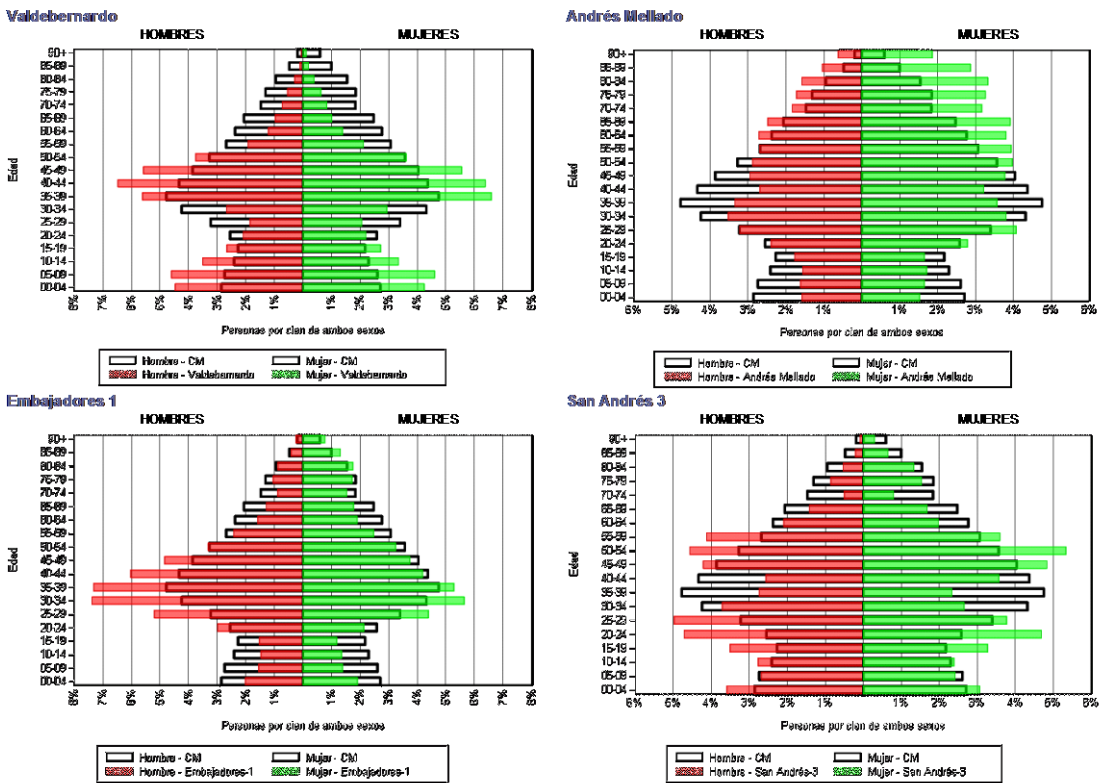
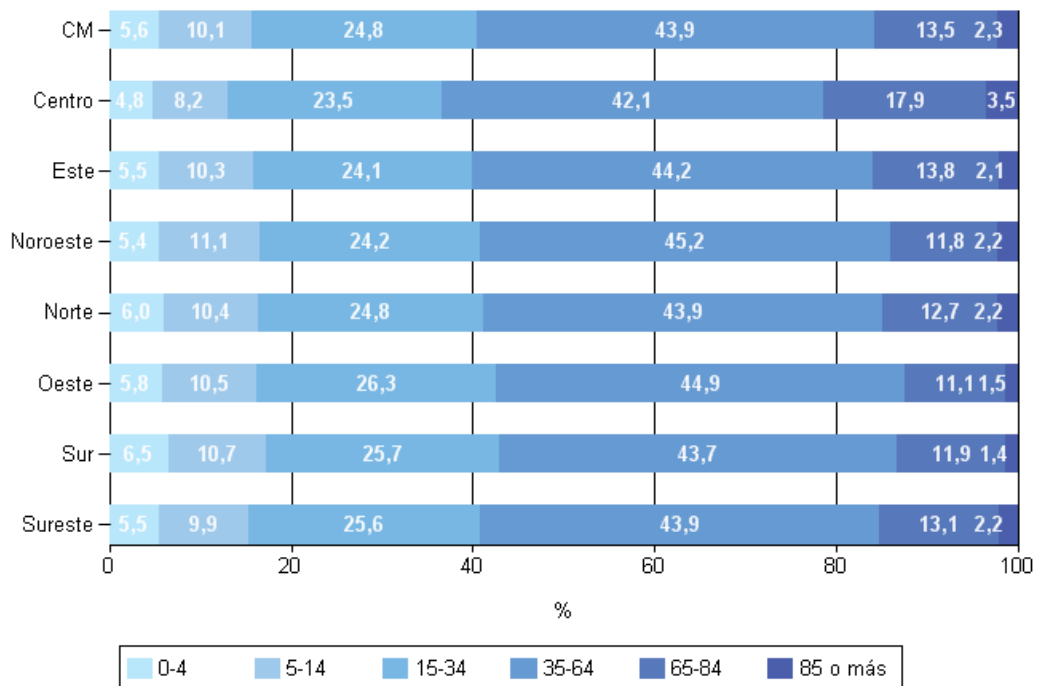


Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad, según sexo y Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2013.

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

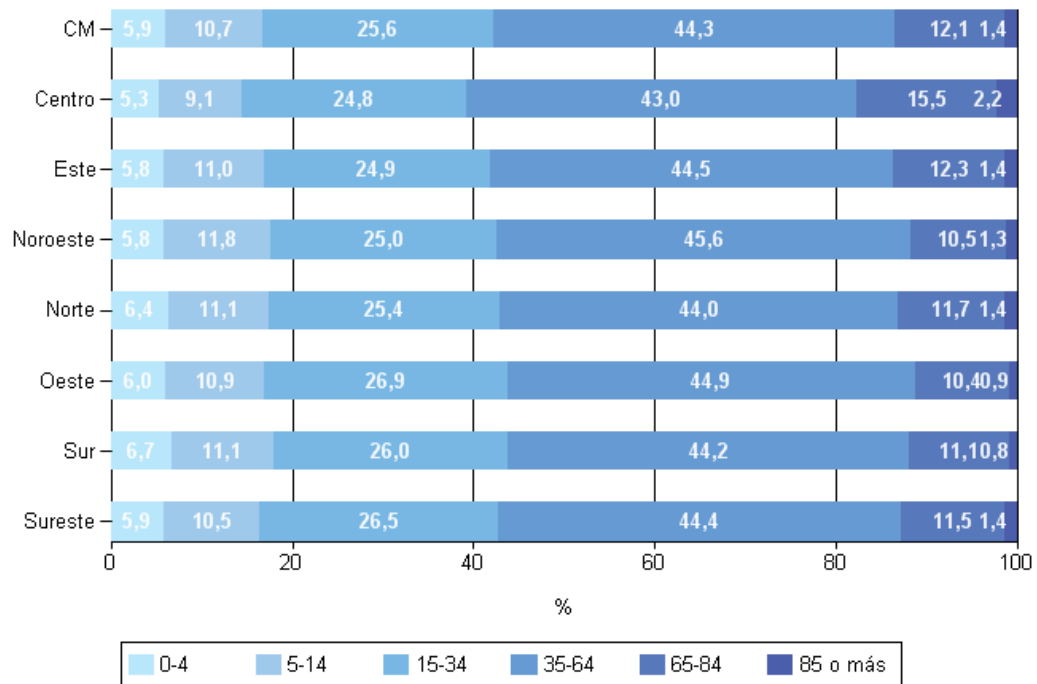




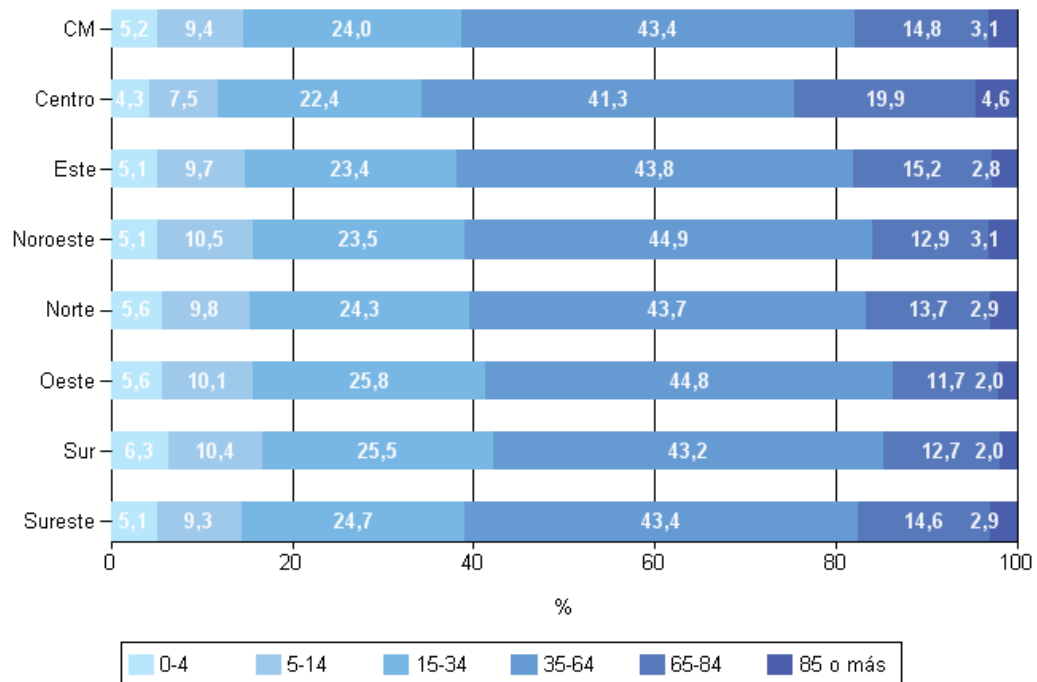
**Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad, según sexo y Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2013.**

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 año 2013 (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. Desde inicios del siglo XXI se aprecia un 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 ha sido negativo, de manera que durante muchos años han marchado 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 patrón migratorio parece estar cambiando: el saldo total ha tendido a reducirse, y en el año 2013 ha pasado a ser de 21 mil salidas netas. Los intercambios con otras Comunidades Autónomas presentan desde 2011 un balance positivo para Madrid (15 mil entradas netas en 2013). También los flujos desde el extranjero han cambiado, y las salidas superan a las entradas desde 2011 (el saldo en 2013 es de más de 36 mil salidas netas al extranjero). De hecho, el número de residentes de nacionalidad extranjera disminuyó, por primera vez en muchos años, en 2011 (12 mil personas menos en relación con 2010) (Figura 2.8), y en 2013 cruzó a la baja el límite del millón de personas (960.121), volviendo a cifras no registradas desde de 2007.

**Tabla 2.1. Matriz de migraciones por origen y destino. Comunidad de Madrid, 2013.**

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	143.483	80.042	98.637	322.162
	Otras Comunidades	95.045	-	-	95.045
	Extranjero	62.472	-	-	62.472
	Total	301.000	80.042	98.637	479.679

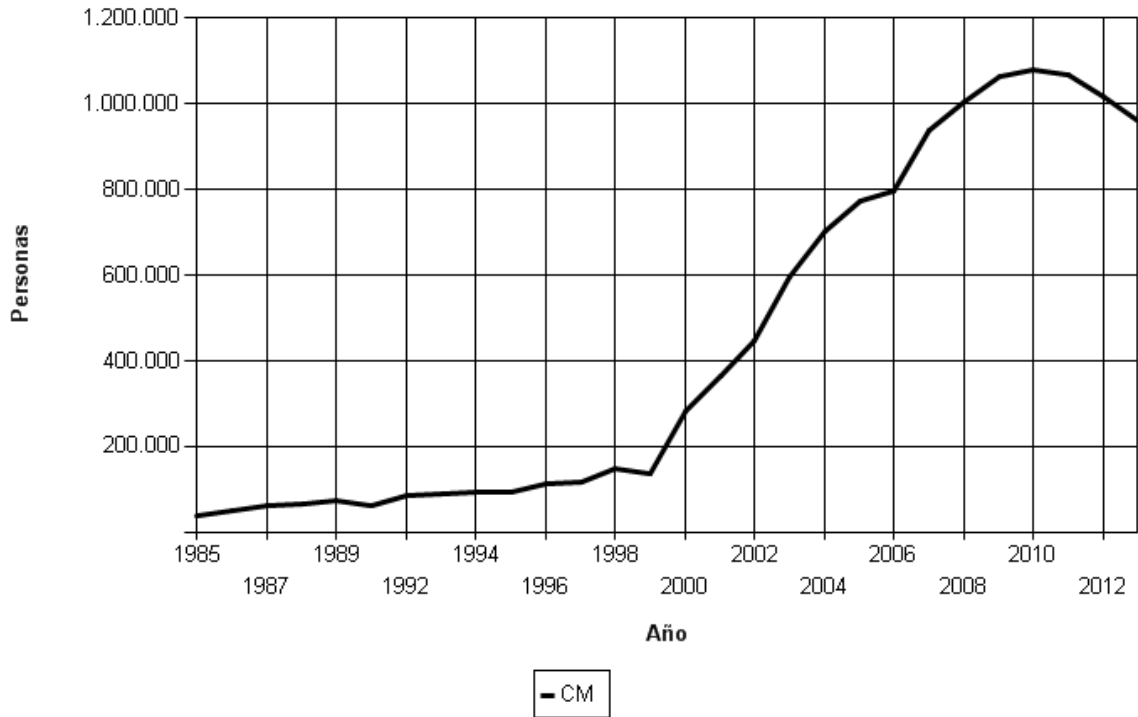
Saldo migratorio con otras CCAA: 15.003 (95.045 - 80.042)

Saldo migratorio con el extranjero: -36.165 (62.472 - 98.637)

Saldo migratorio total: -21.162 (-36.165 + 15.003)

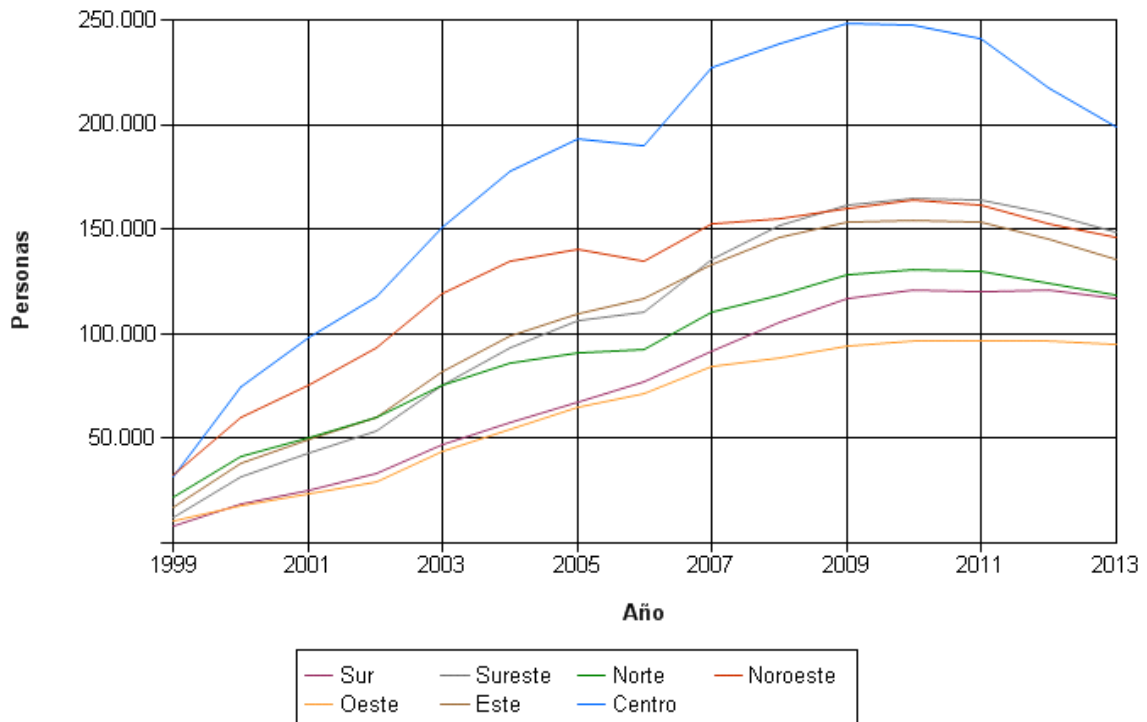
**Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera. Comunidad de Madrid, 1985 - 2013.**

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 - 2013.**

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 a 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.

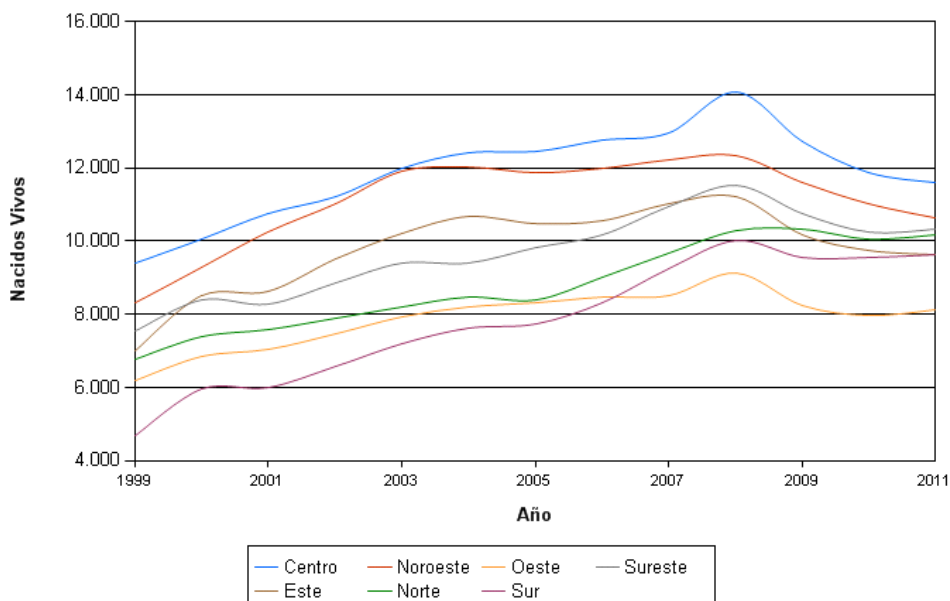
**Figura 2.9a. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975 - 2012.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. 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 - 2011.**

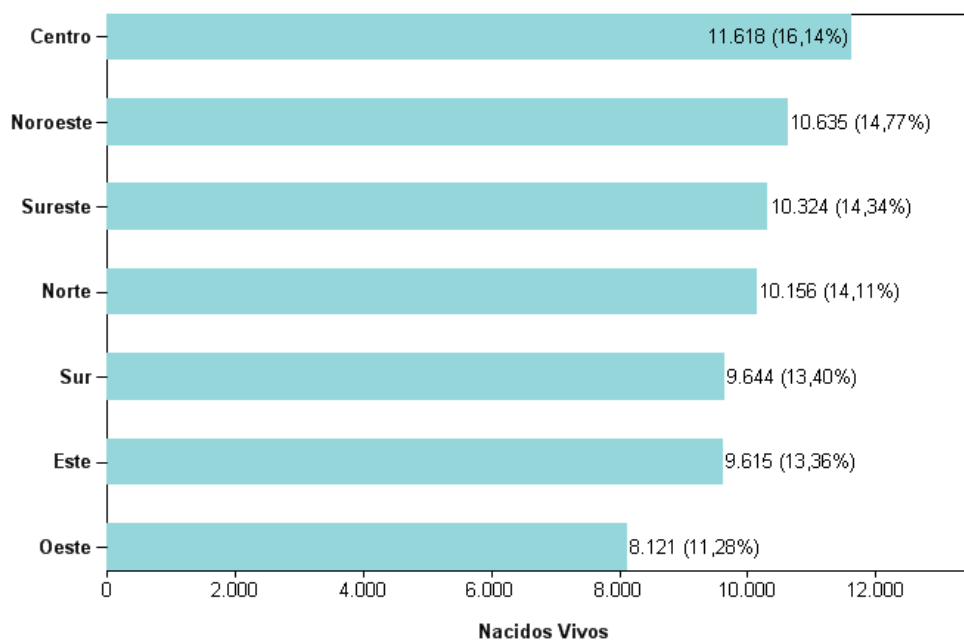
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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) y el Índice Sintético de Fecundidad (número Medio de Hijos por Mujer) (ISF) (Figura 2.11a). La Dirección Asistencial Sur es la que presenta una TBN más alta (Figura 2.10b) y un mayor ISF (Figura 2.12a), frente a la DA Centro, la de indicadores más bajos.

**Figura 2.10a. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Nacidos vivos: número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. 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 - 2011.**

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

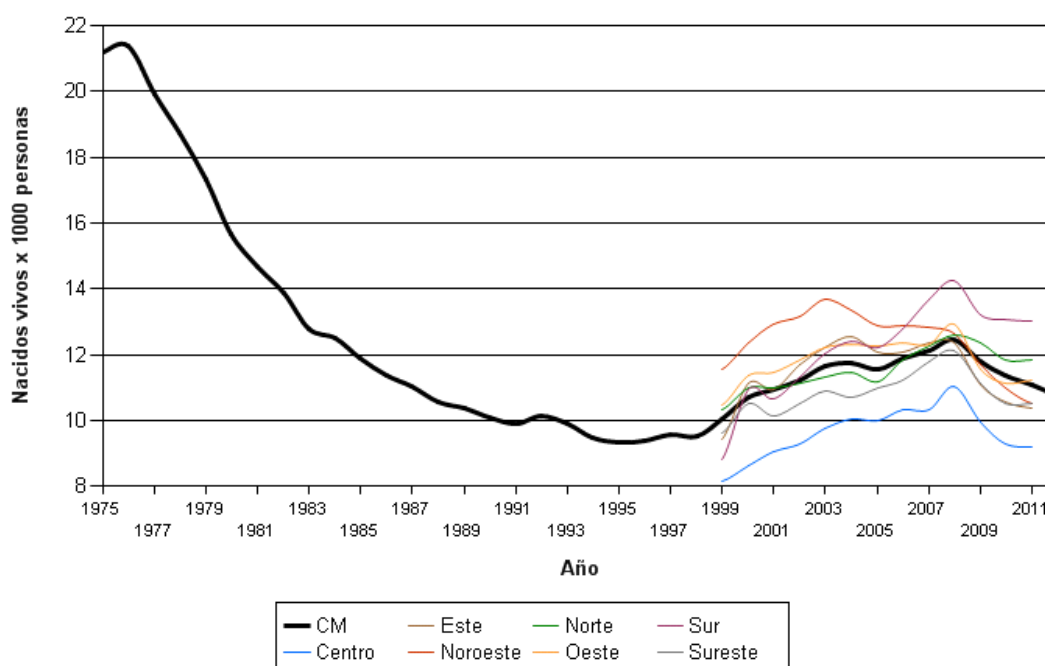


Figura 2.11a. Evolución del número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975 - 2011.

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

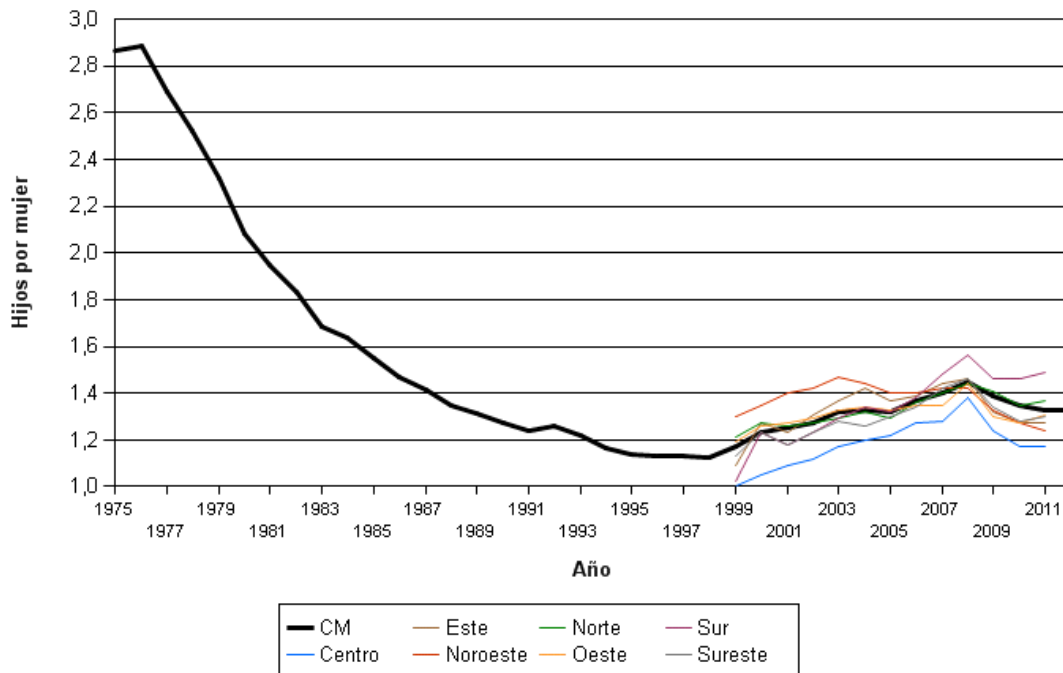
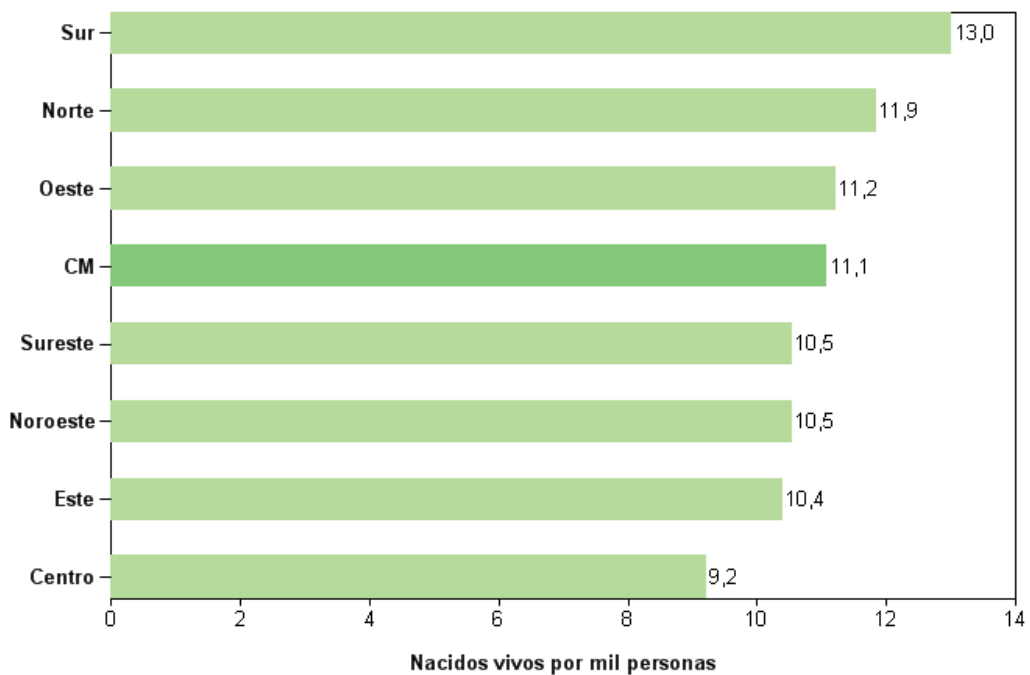


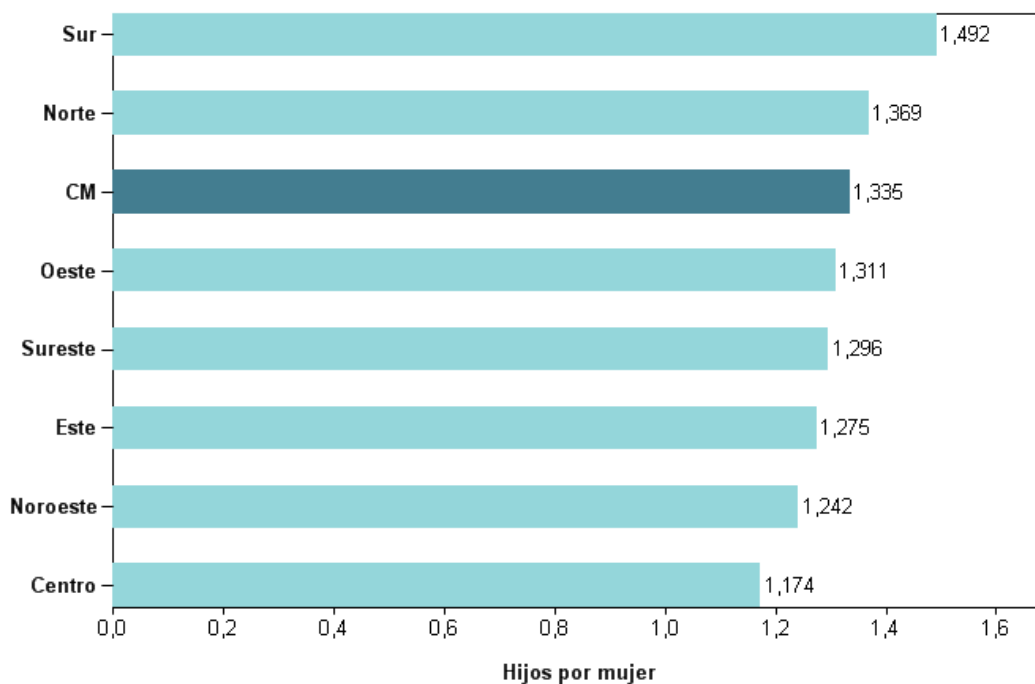
Figura 2.10b. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid, 2011.

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, 2011.**

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 (33,1 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 (de 2009 en adelante) la EMM ha vuelto a crecer fuertemente (Figura 2.13a). Esta tendencia es compartida por las poblaciones de todas las Direcciones Asistenciales. Las diferencias entre éstas tienden a mantenerse en el tiempo, con alrededor de 1,5 años de brecha entre la DA con mayor EMM -la Noroeste- y las de menor EMM -la Sur y la Oeste- (Figura 2.13b). Como se aprecia en la Figura 2.12b, el patrón de fecundidad por edad de las DA Sur y Oeste destacan 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. 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 1993 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 Oeste esto último no sucedió hasta 2010, y todavía no en la Sur -aunque es más 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 y desde 2011 las tasas de mujeres entre 40 y 44 años son mayores que las del grupo de edad 20-24. A este tardío patrón de fecundidad contribuye tanto que la Noroeste es la DA donde las mujeres empiezan a tener sus hijos más tarde (Edad Media a la Maternidad al primer hijo 1,5 años mayor que en las DA Oeste o Sur) como también que en ella la proporción de hijos de alto número de orden (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 las DA Sur y Oeste son aquellas en la que dicha proporción es más baja (Figura 2.13c).

Figura 2.13a. Evolución de la edad media a la maternidad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975 - 2011.

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

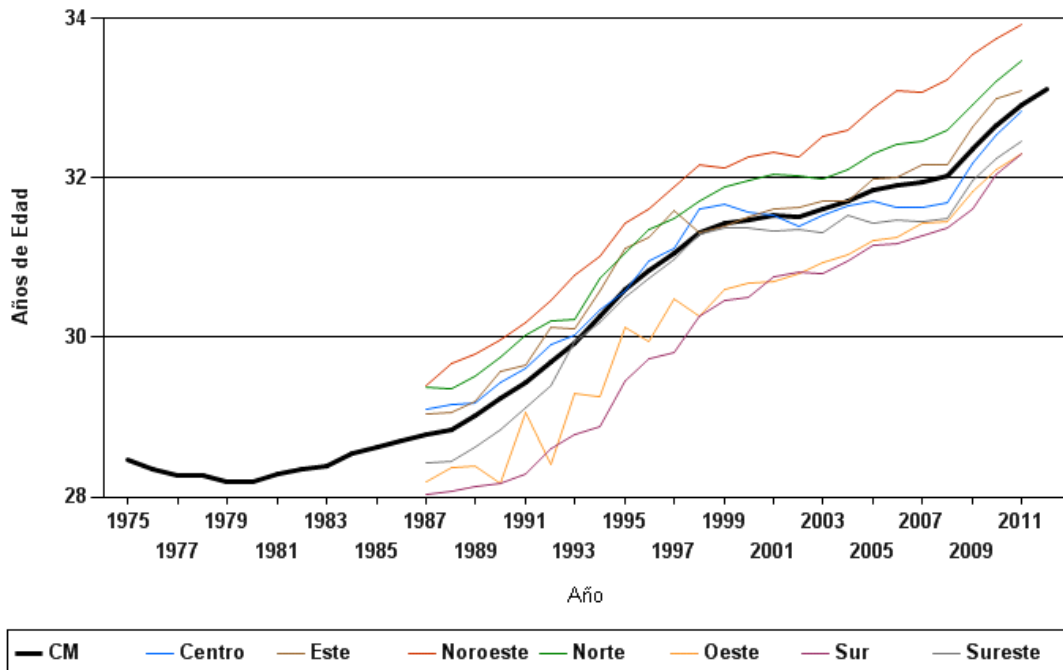
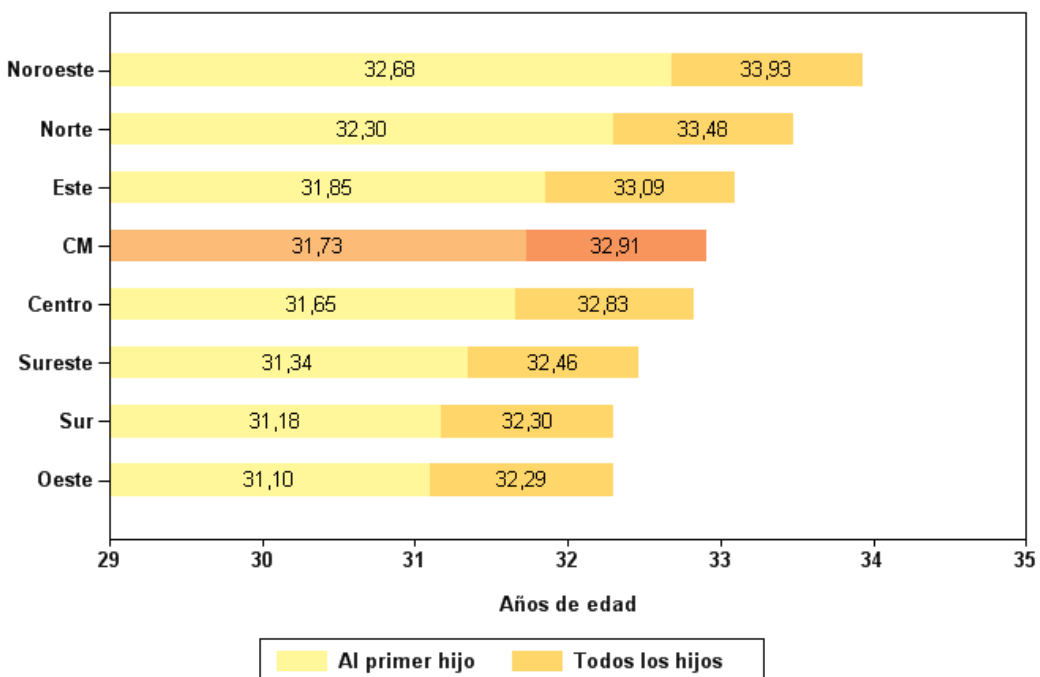


Figura 2.13b. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo), por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

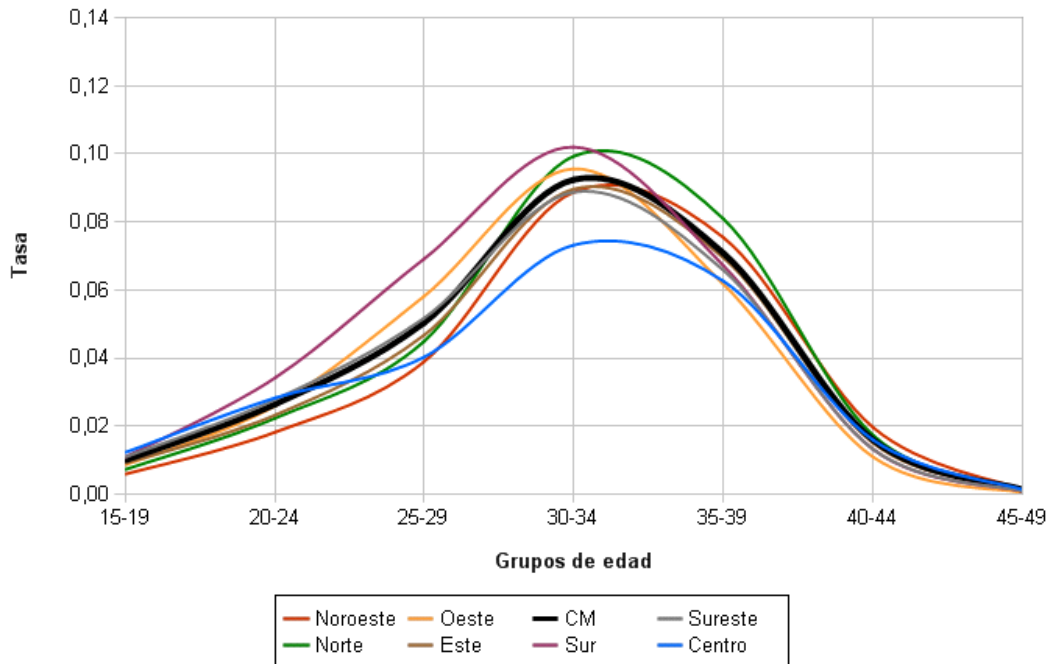
Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM e INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.





**Figura 2.12b. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.**

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



**Figura 2.11b. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1975 - 2012.**

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

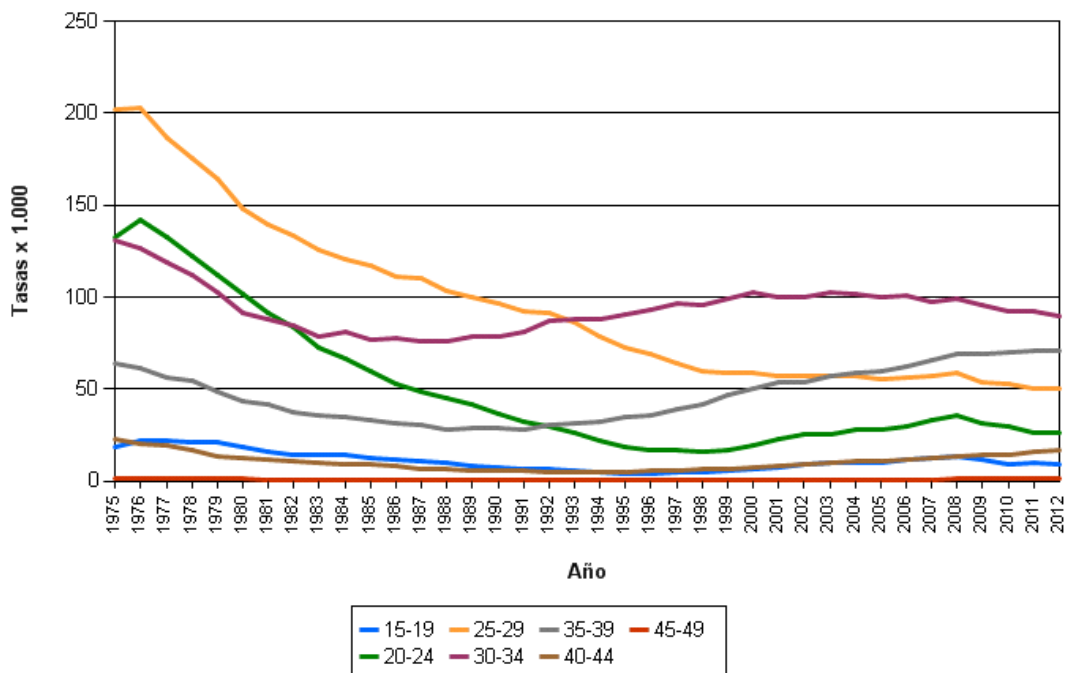
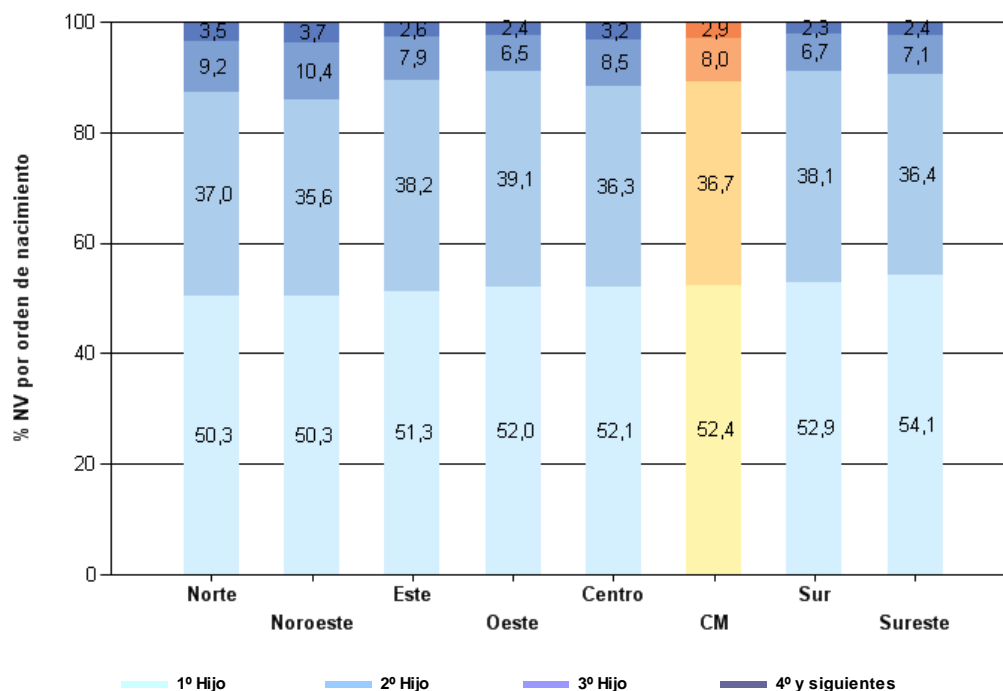


Figura 2.13c. Proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	20.965	21.826	42.791
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	674,7	651,5	662,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil.	299,6	149,0	222,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil.	538,4	312,2	408,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	13.105,5	14.869,9	14.024,9
Esperanza de vida al nacer, en años. CM.	80,95	86,46	83,90
Esperanza de vida a la edad 65, en años. CM.	19,64	23,76	21,94
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	2,06	1,13	1,63
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	286.063	287.031	573.094
Años Vividos con Discapacidad	165.608	198.086	363.694
Años de Vida Perdidos	120.455	88.945	209.400

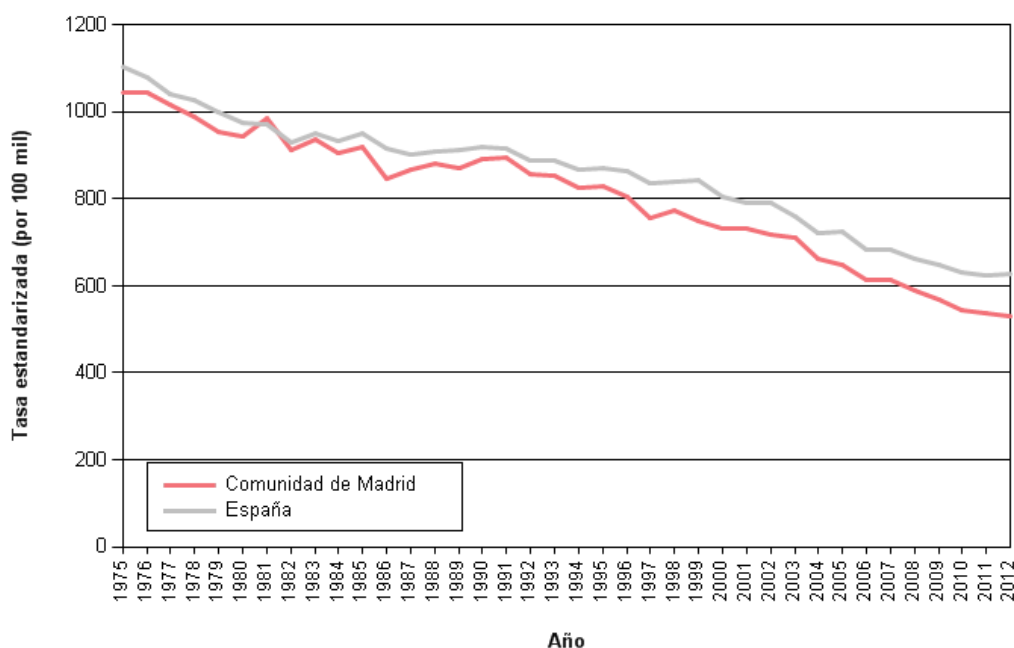
## 2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida

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.

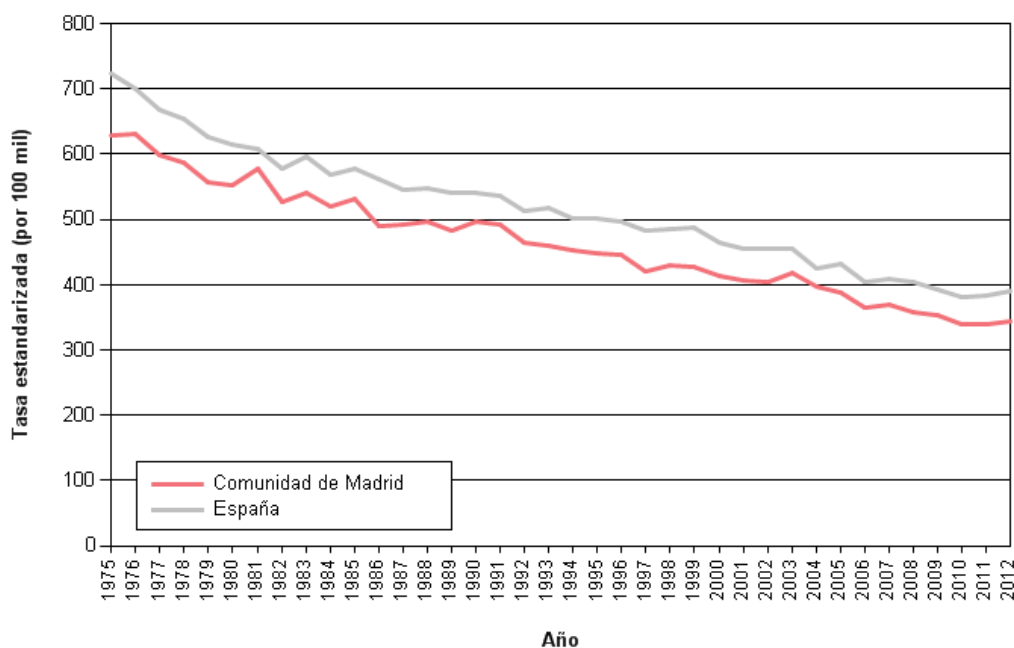
**Figura 2.14. Mortalidad por todas las causas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975 - 2012.**

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

### Hombres



### Mujeres

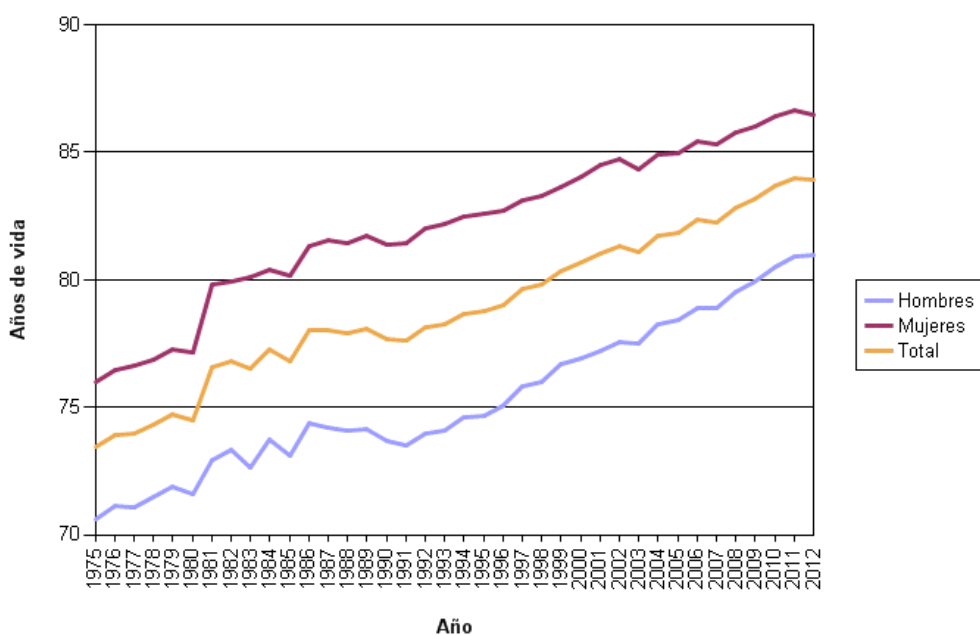


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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 80,9 y 86,5 en 2012, respectivamente. A la edad de 65 años en 2012 se puede esperar vivir todavía 19,6 años (hombres) o 23,8 (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). De la ligera bajada de las cifras de 2012 respecto de 2011 no puede deducirse un cambio de tendencia, al igual que ocurrió en 2003 o 2007.

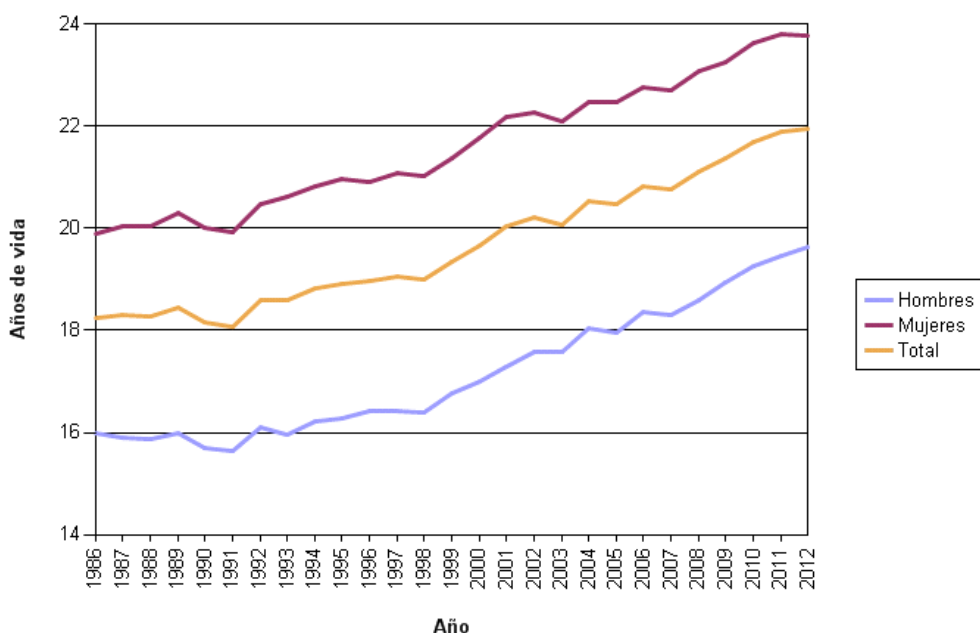
**Figura 2.15a. Esperanza de vida al nacer, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975 - 2012.**

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 - 2012.**

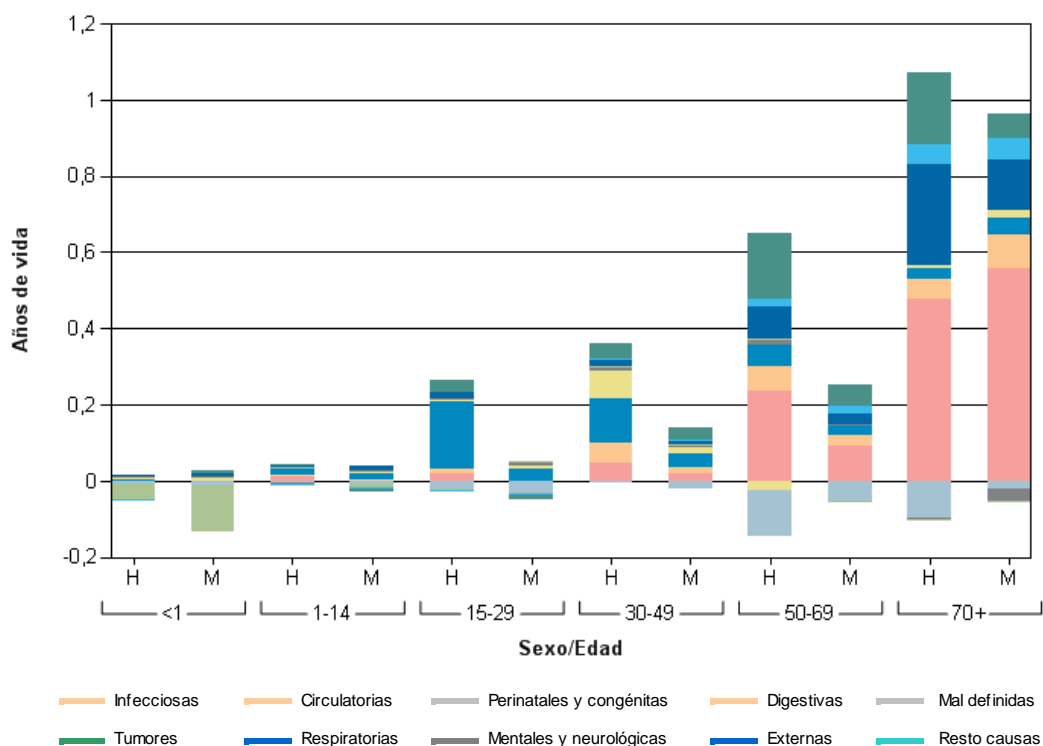
Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Entre los años 2007 y 2012 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 cómo 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 cómo 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 y los tumores -en ambos casos sobre todo en los hombres-. La contribución de las causas externas es importante en los varones desde los 15 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, 2007 - 2012.**

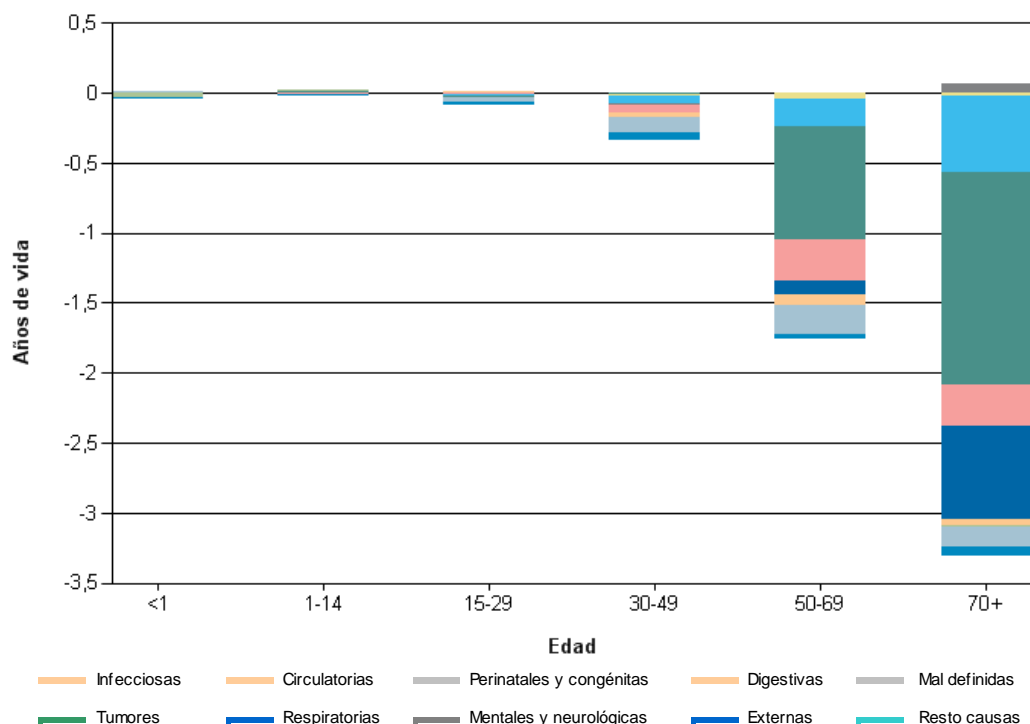
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



A cualquier edad, las ganancias de esperanza de vida entre 2007 y 2012 son mayores en hombres que en mujeres, lo que ha contribuido a reducir la diferencia entre ambos sexos. Actualmente (2012) la disparidad de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres es de 5,5 años a favor de éstas, y se explica también fundamentalmente por la mortalidad diferencial en adultos y ancianos ([Figura 2.16b](#)): 5,0 años son atribuibles a los mayores de 50 años de edad -de ellos 3,3 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.

**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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 2.2.3. Mortalidad por causa

Los principales indicadores de mortalidad por causa de defunción en la Comunidad de Madrid en el año 2012 según grandes grupos de la CIE-10 se presentan en la [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 2012 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, 2012.**

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

	Defunciones			Mortalidad proporcional		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	809	405	404	1,9 %	1,9 %	1,9 %
II. Tumores	12.670	7.498	5.172	29,7 %	35,9 %	23,8 %
III. Sangre, inmunidad	139	55	84	0,3 %	0,3 %	0,4 %
IV. Endocrinas	1.022	407	615	2,4 %	2,0 %	2,8 %
V. Mentales	960	287	673	2,3 %	1,4 %	3,1 %
VI. Sist. nervioso	2.183	771	1.412	5,1 %	3,7 %	6,5 %
VII. Ojo	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
VIII. Oído	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
IX. Circulatorias	10.854	4.408	6.446	25,5 %	21,1 %	29,6 %
X. Respiratorias	6.408	3.183	3.225	15,0 %	15,3 %	14,8 %
XI. Digestivas	1.972	983	989	4,6 %	4,7 %	4,5 %
XII. Piel	121	29	92	0,3 %	0,1 %	0,4 %
XIII. Osteomusculares	236	81	155	0,6 %	0,4 %	0,7 %
XIV. Genitourinarias	1.348	562	786	3,2 %	2,7 %	3,6 %
XV. Maternas	1	0	1	0,0 %	0,0 %	0,0 %
XVI. Perinatales	178	96	82	0,4 %	0,5 %	0,4 %
XVII. Congénitas	100	45	55	0,2 %	0,2 %	0,3 %
XVIII. Mal definidas	2.727	1.565	1.162	6,4 %	7,5 %	5,3 %
XX. Externas	890	493	397	2,1 %	2,4 %	1,8 %
Desconocido	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Todas las causas</b>	<b>42.618</b>	<b>20.868</b>	<b>21.750</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla 2.3b. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad\*. Comunidad de Madrid, 2012.**

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	12,53	13,03	12,06	8,28	10,68	6,26
II. Tumores	196,22	241,32	154,39	139,38	200,01	96,28
III. Sangre, inmunidad	2,15	1,77	2,51	1,30	1,43	1,22
IV. Endocrinas	15,83	13,10	18,36	8,53	9,71	7,58
V. Mentales	14,87	9,24	20,09	7,12	6,63	7,20
VI. Sist. nervioso	33,81	24,81	42,15	18,53	18,84	17,83
VII. Ojo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Oído	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IX. Circulatorias	168,10	141,87	192,42	90,96	107,93	76,64
X. Respiratorias	99,24	102,44	96,27	52,15	74,97	38,07
XI. Digestivas	30,54	31,64	29,52	18,88	25,70	13,39
XII. Piel	1,87	0,93	2,75	0,93	0,72	1,02
XIII. Osteomusculares	3,65	2,61	4,63	2,06	2,02	2,06
XIV. Genitourinarias	20,88	18,09	23,46	10,63	13,15	9,11
XV. Maternas	0,02	0,00	0,03	0,01	0,00	0,02
XVI. Perinatales	2,76	3,09	2,45	3,95	4,14	3,74
XVII. Congénitas	1,55	1,45	1,64	1,87	1,68	2,09
XVIII. Mal definidas	42,23	50,37	34,69	30,58	43,43	19,77
XX. Externas	13,78	15,87	11,85	9,49	13,19	6,49
Desconocido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Todas las causas</b>	<b>660,03</b>	<b>671,62</b>	<b>649,27</b>	<b>404,66</b>	<b>534,24</b>	<b>308,77</b>

\* Método directo. Población estándar europea. OMS

Estimada como promedio del quinquenio 2008-2012 –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). Las Direcciones Asistenciales Sur y Sureste (esta última con un IC del 95% no estadísticamente significativo) 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, Oeste y Norte (en la DA Noroeste el IME presenta una diferencia a su favor no significativa) (Tabla 2.4c). En la misma tabla pueden apreciarse los IME de cada Dirección Asistencial por capítulos de la CIE-10.

**Tabla 2.4a. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones. Comunidad de Madrid, 2008 - 2012.**

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	54.507	27.291	30.133	25.731	16.477	18.450	30.530	206.836
I. Infecciosas	1.078	563	540	449	329	330	612	3.988
II. Tumores	15.938	8.237	8.552	7.589	5.305	5.836	9.021	61.227
III. Sangre, inmunidad	196	100	100	92	51	76	66	693
IV. Endocrinas	1.152	600	622	599	416	462	555	4.496
V. Mentales	1.105	489	678	548	401	482	551	4.358
VI. Sist. nervioso	2.341	1.160	1.423	1.154	738	826	1.326	9.128
VII. Ojo	1	2	0	2	0	0	0	5
VIII. Oído	3	0	2	2	0	0	0	7
IX. Circulatorias	15.354	7.140	8.223	6.996	4.310	4.622	8.140	55.886
X. Respiratorias	8.448	4.161	4.460	3.509	2.121	2.555	4.756	30.490
XI. Digestivas	2.603	1.318	1.497	1.286	760	906	1.459	10.015
XII. Piel	180	59	106	80	58	55	64	607
XIII. Osteomusculares	355	149	185	175	123	135	152	1.301
XIV. Genitourinarias	1.652	969	1.003	713	576	519	883	6.401
XV. Maternas	0	0	3	0	0	1	1	6
XVI. Perinatales	81	63	74	77	64	57	83	553
XVII. Congénitas	106	74	87	89	40	65	67	568
XVIII. Mal definidas	2.711	1.564	1.802	1.674	727	1.018	2.004	11.781
XX. Externas	1.203	643	776	697	458	505	790	5.326
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 un DAS.



**Tabla 2.4b. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2008 - 2012.**

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	2,1	1,8	1,7	2,0	1,8	2,0	1,9
II. Tumores	29,2	30,2	28,4	29,5	32,2	31,6	29,5	29,6
III. Sangre, inmunidad	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2	0,3
IV. Endocrinas	2,1	2,2	2,1	2,3	2,5	2,5	1,8	2,2
V. Mentales	2,0	1,8	2,3	2,1	2,4	2,6	1,8	2,1
VI. Sist. nervioso	4,3	4,3	4,7	4,5	4,5	4,5	4,3	4,4
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	28,2	26,2	27,3	27,2	26,2	25,1	26,7	27,0
X. Respiratorias	15,5	15,2	14,8	13,6	12,9	13,8	15,6	14,7
XI. Digestivas	4,8	4,8	5,0	5,0	4,6	4,9	4,8	4,8
XII. Piel	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3
XIII. Osteomusculares	0,7	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6
XIV. Genitourinarias	3,0	3,6	3,3	2,8	3,5	2,8	2,9	3,1
XV. Maternas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Perinatales	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
XVII. Congénitas	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3
XVIII. Mal definidas	5,0	5,7	6,0	6,5	4,4	5,5	6,6	5,7
XX. Externas	2,2	2,4	2,6	2,7	2,8	2,7	2,6	2,6
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, 2008 - 2012.**

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

	Índice de Mortalidad Estándar **							
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	CM
Todas las causas	0,96	0,95	(0,99)	0,98	0,97	1,05	(1,00)	1,00
I. Infecciosas	(1,05)	(1,01)	0,91	0,88	(0,94)	(0,92)	(1,03)	1,00
II. Tumores	(1,00)	0,95	0,97	(0,98)	(0,98)	1,04	(0,99)	1,00
III. Sangre, inmunidad	(1,02)	(1,06)	(0,97)	(1,05)	(0,92)	1,33	0,65	1,00
IV. Endocrinas	0,89	(0,98)	(0,94)	(1,06)	1,20	1,28	0,84	1,00
V. Mentales	0,85	0,84	(1,03)	(0,99)	1,24	1,48	0,88	1,00
VI. Sist. nervioso	0,90	0,93	1,06	(1,00)	(1,04)	1,13	(0,99)	1,00
VII. Ojo	(0,66)	(3,05)	--	(3,15)	--	--	--	1,00
VIII. Oído	(1,70)	--	(1,94)	(2,25)	--	--	--	1,00
IX. Circulatorias	0,96	0,94	(1,00)	(0,99)	(0,99)	1,04	(0,99)	1,00
X. Respiratorias	0,96	(1,00)	(0,99)	0,91	0,91	1,07	1,07	1,00
XI. Digestivas	0,95	(0,95)	(1,02)	(1,02)	0,91	(1,06)	(0,99)	1,00
XII. Piel	(1,01)	0,72	(1,17)	(1,05)	(1,29)	(1,19)	0,72	1,00
XIII. Osteomusculares	(0,94)	0,85	(0,96)	(1,07)	1,23	1,32	0,80	1,00
XIV. Genitourinarias	0,88	1,12	(1,06)	0,88	1,20	(1,05)	(0,95)	1,00
XV. Maternas	--	--	(3,39)	--	--	(1,30)	(1,12)	1,00
XVI. Perinatales	(0,88)	(0,80)	(0,84)	(1,02)	(1,00)	(0,79)	(1,02)	1,00
XVII. Congénitas	(0,99)	(0,92)	(0,98)	(1,17)	0,64	(0,95)	(0,80)	1,00
XVIII. Mal definidas	0,91	0,95	(1,03)	1,11	0,68	(0,94)	1,15	1,00
XX. Externas	0,92	0,87	(0,97)	(1,02)	(0,92)	(1,00)	(1,00)	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 2008-2012 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 cardíaca. Sin embargo, su orden varía: en las DA Centro, Este, Noroeste, Norte y Sureste la principal causa son el grupo de Otras enfermedades del sistema respiratorio, mientras en las DA Sur y Oeste lo es el cáncer de pulmón. Es significativo comprobar que al principio de la serie temporal que se puede consultar en la tabla 2.5 (promedio 1999-2003) en todas las DA la principal causa de muerte eran las enfermedades cerebrovasculares y el Infarto Agudo de Miocardio era la segunda causa específica de defunción en seis de las siete DA, lo que muestra cómo la gran mejora en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se verifica en toda la región.

**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, 2008 - 2012.**

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	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	3.829	7,01%	(0,98)
Centro	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	3.308	6,05%	(0,98)
Centro	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	2.934	5,37%	(0,97)
Centro	0570 - Insuficiencia cardíaca	2.715	4,97%	0,94
Centro	0550 - Infarto agudo de miocardio	2.659	4,86%	(0,99)
Norte	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.518	5,86%	0,90
Norte	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.459	5,64%	0,95
Norte	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.368	5,28%	0,92
Norte	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.269	4,90%	(1,02)
Norte	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.195	4,62%	(0,97)
Este	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.875	6,84%	(1,04)
Este	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.668	6,08%	(0,96)
Este	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.425	5,20%	0,88
Este	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.269	4,63%	(0,96)
Este	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.261	4,60%	0,94
Sureste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.985	6,47%	(1,02)
Sureste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.864	6,08%	(1,03)
Sureste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.833	5,98%	1,06
Sureste	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.639	5,34%	1,15
Sureste	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.386	4,52%	(0,97)
Sur	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.214	6,56%	(1,04)
Sur	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.037	5,60%	(1,00)
Sur	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.010	5,46%	1,08
Sur	0550 - Infarto agudo de miocardio	879	4,75%	1,08
Sur	0570 - Insuficiencia cardíaca	659	3,56%	0,88
Oeste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.168	7,06%	(1,03)
Oeste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	932	5,63%	(1,03)
Oeste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	889	5,37%	0,88
Oeste	0550 - Infarto agudo de miocardio	746	4,51%	(0,94)
Oeste	0570 - Insuficiencia cardíaca	601	3,63%	0,81
Noroeste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	2.101	6,95%	1,06
Noroeste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.771	5,85%	(1,02)
Noroeste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.734	5,73%	(1,00)
Noroeste	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.561	5,16%	1,06
Noroeste	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.467	4,85%	(1,03)

\* 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. Desde 2006 la totalidad de las consultas de Atención Primaria disponen 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 2013, 4.605.783 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 72,5% 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, 2013.**

Fuente: 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	149.893	7,3	83,8	140.316	5,5	82,9	290.209	6,3	83,3
05-09	139.244	6,8	75,8	132.003	5,2	75,5	271.247	5,9	75,6
10-14	113.939	5,6	71,1	108.265	4,2	71,1	222.204	4,8	71,1
15-19	88.199	4,3	61,5	94.889	3,7	68,7	183.088	4,0	65,0
20-24	89.110	4,4	59,5	114.311	4,5	74,5	203.421	4,4	67,1
25-29	104.097	5,1	55,0	146.312	5,7	71,5	250.409	5,4	63,6
30-34	137.228	6,7	52,4	192.161	7,5	70,3	329.389	7,2	61,6
35-39	167.159	8,2	54,0	221.472	8,7	70,9	388.631	8,4	62,5
40-44	157.907	7,7	56,0	199.237	7,8	69,9	357.144	7,8	63,0
45-49	148.042	7,2	59,5	185.703	7,3	72,0	333.745	7,2	65,9
50-54	134.593	6,6	65,0	171.503	6,7	77,2	306.096	6,6	71,4
55-59	119.965	5,9	71,4	154.768	6,0	81,1	274.733	6,0	76,6
60-64	114.699	5,6	78,5	142.525	5,6	84,7	257.224	5,6	81,8
65-69	114.986	5,6	86,6	141.278	5,5	89,9	256.264	5,6	88,4
70-74	88.845	4,3	93,3	111.007	4,3	94,7	199.852	4,3	94,0
75-79	75.226	3,7	90,8	106.299	4,2	91,8	181.525	3,9	91,4
80-84	59.326	2,9	94,6	95.780	3,7	95,2	155.106	3,4	94,9
85-89	30.862	1,5	94,7	63.479	2,5	94,8	94.341	2,0	94,8
90+	12.962	0,6	85,8	38.229	1,5	86,1	51.191	1,1	86,0
<b>Total</b>	<b>2.046.264</b>	<b>100,0</b>	<b>67,1</b>	<b>2.559.519</b>	<b>100,0</b>	<b>77,5</b>	<b>4.605.783</b>	<b>100,0</b>	<b>72,5</b>

**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, 2013.**

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

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Nacidos en España	1.759.604	69,5	68,7	2.134.024	78,5	76,7	3.893.628	74,2	72,7
Nacidos fuera de España	278.962	53,7	57,2	413.955	70,6	69,4	692.917	62,7	63,7
No disponible	7.700			11.542			19.242		
<b>Total</b>	<b>2.046.264</b>	<b>67,1</b>	<b>67,5</b>	<b>2.559.519</b>	<b>77,5</b>	<b>76,4</b>	<b>4.605.783</b>	<b>72,5</b>	<b>72,1</b>

\*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, 2013.**

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

DA	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Centro	364.125	64,6	64,2	492.523	75,2	73,0	856.648	70,3	68,8
Norte	251.384	64,6	64,9	317.840	74,7	73,6	569.224	69,9	69,4
Este	299.511	67,2	67,5	371.059	77,5	76,4	670.570	72,5	72,0
Sureste	318.361	69,5	70,3	391.663	80,4	79,6	710.024	75,1	75,0
Sur	267.605	73,5	74,1	315.069	84,4	83,8	582.674	79,0	79,0
Oeste	256.961	72,6	73,6	305.360	83,7	83,3	562.321	78,2	78,5
Noroeste	288.323	60,6	61,4	366.011	70,4	69,5	654.334	65,7	65,6
<b>CM</b>	<b>2.046.264</b>	<b>67,1</b>	<b>67,5</b>	<b>2.559.519</b>	<b>77,5</b>	<b>76,4</b>	<b>4.605.783</b>	<b>72,5</b>	<b>72,1</b>

\*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, 2013.**

Fuente: 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	159.931	62,2	62,8	692.471	72,0	68,9
Norte	86.924	63,1	64,2	479.474	70,8	69,3
Este	95.888	61,4	62,5	572.053	74,4	73,0
Sureste	102.187	63,5	64,9	605.856	77,3	76,2
Sur	75.609	65,6	67,0	505.492	81,2	80,4
Oeste	63.934	66,6	68,4	496.631	79,7	79,4
Noroeste	108.449	59,5	60,4	541.656	66,6	65,4
<b>CM</b>	<b>692.916</b>	<b>62,7</b>	<b>63,7</b>	<b>3.893.627</b>	<b>74,2</b>	<b>72,7</b>

\*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

#### 2.2.4.2. Episodios de consulta en Atención Primaria

En 2013 se han registrado en OMI-AP/AP-Madrid un total de 20.618.672 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.244,6 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, 2013.**

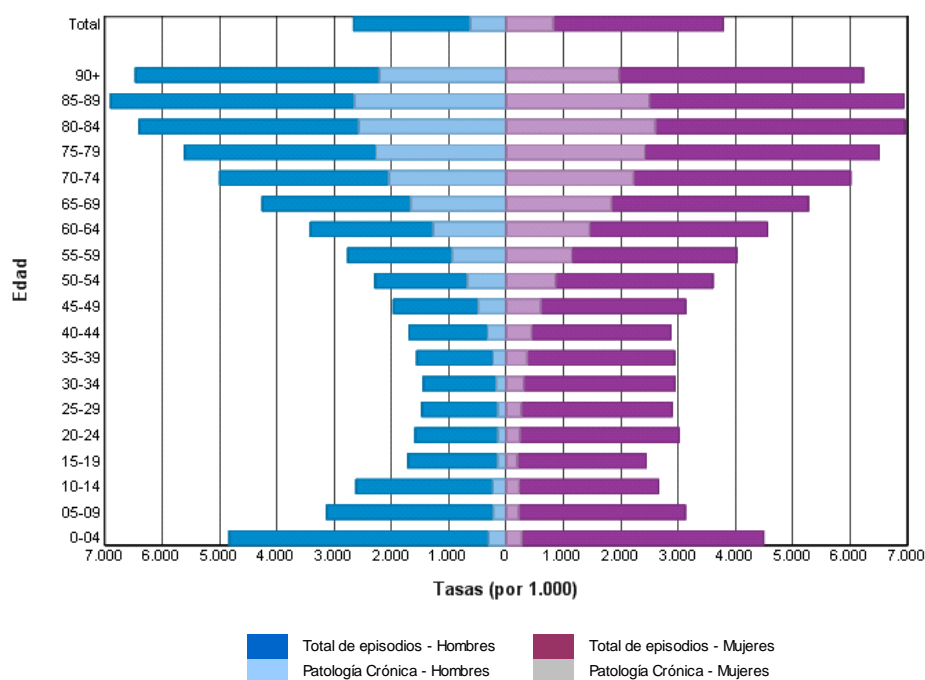
Fuente: AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

CIAP - 2	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	Tasa	N	%	Tasa	N	%	Tasa
A-Problemas generales, inespecíficos	732.333	9,0	240,1	944.778	7,6	285,9	1.677.111	8,1	263,9
B-Sangre, inmunidad	119.208	1,5	39,1	224.208	1,8	67,8	343.416	1,7	54,0
D-Aparato digestivo	1.000.397	12,3	328,0	1.325.455	10,6	401,1	2.325.852	11,3	366,0
F-Ojo y anejos	327.848	4,0	107,5	480.201	3,8	145,3	808.049	3,9	127,2
H-Aparato auditivo	279.693	3,4	91,7	350.050	2,8	105,9	629.743	3,1	99,1
K-Aparato circulatorio	683.950	8,4	224,2	861.508	6,9	260,7	1.545.458	7,5	243,2
L-Aparato locomotor	895.329	11,0	293,5	1.678.933	13,4	508,1	2.574.262	12,5	405,1
N-Sistema nervioso	198.792	2,4	65,2	410.259	3,3	124,2	609.051	3,0	95,8
P-Problemas psicológicos	327.324	4,0	107,3	552.772	4,4	167,3	880.096	4,3	138,5
R-Aparato respiratorio	1.649.618	20,3	540,8	2.086.555	16,7	631,4	3.736.173	18,1	587,9
S-Piel, faneras	844.469	10,4	276,9	1.142.746	9,1	345,8	1.987.215	9,6	312,7
T-Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	564.574	7,0	185,1	852.550	6,8	258,0	1.417.124	6,9	223,0
U-Aparato urinario	191.888	2,4	62,9	447.139	3,6	135,3	639.027	3,1	100,6
W-Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio				422.330	3,4	127,8	422.330	2,0	66,5
X-Aparato genital femenino y mamas				628.778	5,0	190,3	628.778	3,0	98,9
Y-Aparato genital masculino y mamas	256.894	3,2	84,2				256.894	1,2	40,4
Z-Problemas sociales	45.396	0,6	14,9	92.697	0,7	28,1	138.093	0,7	21,7
<b>Total Episodios</b>	<b>8.117.713</b>	<b>100,0</b>	<b>2.661,3</b>	<b>12.500.959</b>	<b>100,0</b>	<b>3.783,0</b>	<b>20.618.672</b>	<b>100,0</b>	<b>3.244,6</b>

La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 724,4 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, 2013.**

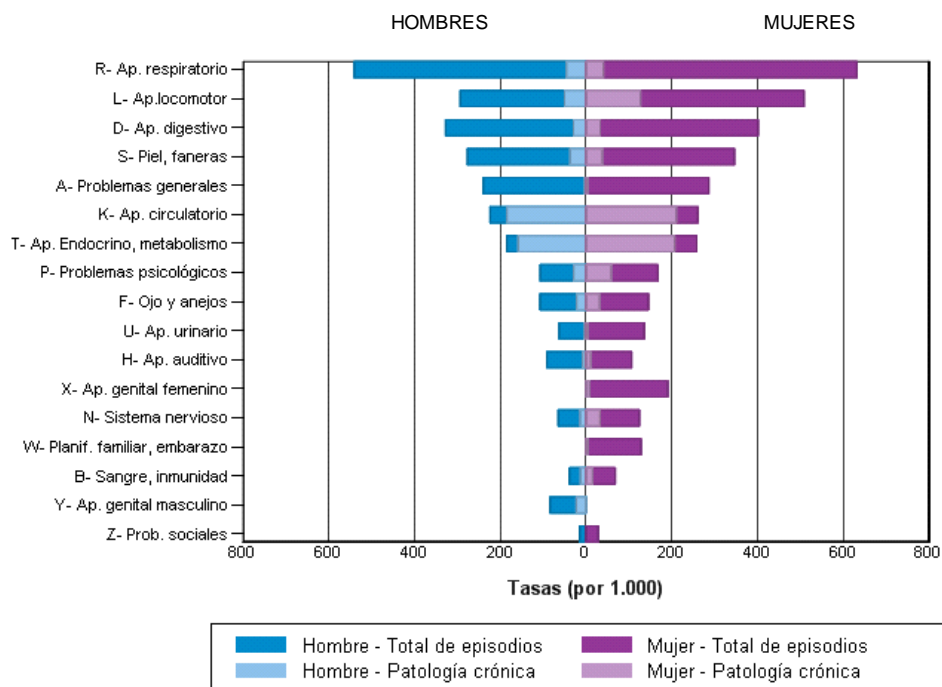
Fuente: AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La patología respiratoria es la que presenta una mayor tasa de episodios (587,9 por mil para ambos sexos, 540,8 en hombres y 631,4 en mujeres), seguida por la del aparato digestivo en los hombres y la del 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.

**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, 2013.**

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



**Tabla 2.11. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Dirección Asistencial. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: 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	267,5	251,0	270,0	262,1	284,6	287,3	233,9
B-Sangre, inmunidad	56,9	57,5	55,2	56,2	54,3	52,6	45,4
D-Aparato digestivo	360,2	327,8	367,5	393,6	428,4	419,5	292,0
F-Ojo y anejos	129,9	119,9	125,5	133,9	142,6	137,9	105,7
H-Aparato auditivo	91,1	91,8	102,4	104,3	117,1	110,7	85,2
K-Aparato circulatorio	274,2	221,8	242,9	244,9	254,2	253,3	206,0
L-Aparato locomotor	419,6	366,4	405,3	416,8	465,9	447,7	331,9
N-Sistema nervioso	96,2	84,1	94,0	99,1	115,7	110,3	78,3
P-Problemas psicológicos	144,6	129,9	135,9	138,3	146,8	146,4	128,8
R-Aparato respiratorio	551,8	538,5	600,8	615,1	718,5	665,0	482,5
S-Piel, faneras	295,6	277,7	311,8	330,3	375,2	357,4	267,9
T-Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	245,0	214,8	220,6	224,5	226,6	255,2	177,7
U-Aparato urinario	105,5	86,9	100,1	105,9	108,9	109,8	88,1
W-Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	58,5	60,8	66,0	70,2	90,0	77,3	52,3
X-Aparato genital femenino y mamas	99,4	83,5	97,7	108,5	115,2	113,9	80,3
Y-Aparato genital masculino y mamas	41,3	37,4	39,6	42,5	45,6	41,9	35,8
Z-Problemas sociales	23,4	21,6	23,3	20,1	18,7	23,6	20,9
<b>Total</b>	<b>3.260,5</b>	<b>2.971,5</b>	<b>3.258,6</b>	<b>3.366,1</b>	<b>3.708,2</b>	<b>3.610,0</b>	<b>2.712,8</b>

El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior (Tabla 2.12), que representó un 9,1% 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, 2013.**

Fuente: 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-Infecc respiratoria aguda superior	1	1.881.992	9,13	296,2	1	798.899	261,9	1	1.083.093	327,8
K86-Hipertensión no complicada	2	682.041	3,31	107,3	2	286.834	94,0	2	395.207	119,6
T93-Trastornos metabolismo lipídico	3	465.856	2,26	73,3	3	206.204	67,6	3	259.652	78,6
D19-Sig/sin de dientes y encías	4	447.247	2,17	70,4	4	202.998	66,6	4	244.249	73,9
D73-Infección intestinal inesp/posible	5	347.808	1,69	54,7	6	154.132	50,5	6	193.676	58,6
T90-Diabetes no insulino dependiente	6	321.659	1,56	50,6	5	168.045	55,1	10	153.614	46,5
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	7	276.854	1,34	43,6	43	41.008	13,4	5	235.846	71,4
L03-Sig/sin lumbares	8	276.844	1,34	43,6	10	106.559	34,9	8	170.285	51,5
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	9	263.835	1,28	41,5	8	119.616	39,2	12	144.219	43,6
A97-Sin enfermedad	10	260.645	1,26	41,0	9	118.371	38,8	13	142.274	43,1
L99-Otr enf del aparato locomotor	11	249.732	1,21	39,3	20	75.078	24,6	7	174.654	52,9
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	12	240.202	1,16	37,8	7	126.257	41,4	19	113.945	34,5
R97-Rinitis alérgica	13	231.829	1,12	36,5	12	97.998	32,1	14	133.831	40,5
P01-Sensación ansiedad/tensión	14	227.875	1,11	35,9	27	61.497	20,2	9	166.378	50,3
A03-Fiebre	15	200.342	0,97	31,5	11	102.252	33,5	30	98.090	29,7
<b>Total Episodios</b>		<b>20.618.672</b>	<b>100</b>	<b>3.244,6</b>		<b>8.117.713</b>	<b>2.661,3</b>		<b>12.500.959</b>	<b>3.783,0</b>

**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, 2013.**

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

	Hombres		Mujeres			Total			
	N	%	N	%	Tasa	N	%	Tasa	
<b>0-14 años</b>									
Asma (R96)	39.427	2,1	75,4	25.087	1,5	50,5	64.514	0,7	63,3
Obesidad (T82)	3.112	0,2	5,9	2.605	0,2	5,2	5.717	0,1	5,6
<b>Total episodios</b>	<b>1.859.274</b>			<b>1.709.056</b>			<b>3.568.330</b>		
<b>15+ años</b>									
Hipertensión arterial (K86 y K87)	325.716	5,2	128,9	433.758	4,0	154,5	759.474	2,5	142,3
Trastornos metabolismo lipídico (T93)	204.495	3,3	80,9	257.812	2,4	91,8	462.307	1,5	86,6
Diabetes no insulino dependiente (T90)	167.378	2,7	66,2	152.983	1,4	54,5	320.361	0,9	60,0
Obesidad (T82)	42.870	0,7	17,0	71.351	0,7	25,4	114.221	0,4	21,4
Asma (R96)	44.560	0,7	17,6	82.863	0,8	29,5	127.423	0,5	23,9
Cardiopatía Isquémica (K74, K75 y K76)	64.156	1,0	25,4	26.441	0,2	9,4	90.597	0,2	17,0
Abuso del tabaco (P17)	40.175	0,6	15,9	35.122	0,3	12,5	75.297	0,2	14,1
BNCO (R79, R91 y R95)	45.269	0,7	17,9	18.135	0,2	6,5	63.404	0,1	11,9
Demencia (P70)	9.243	0,1	3,7	22.538	0,2	8,0	31.781	0,1	6,0
Insuficiencia cardíaca (K77)	10.993	0,2	4,3	16.755	0,2	6,0	27.748	0,1	5,2
Abuso crónico del alcohol (P15)	12.950	0,2	5,1	3.252	0,0	1,2	16.202	0,0	3,0
<b>Total episodios</b>	<b>6.258.439</b>			<b>10.791.903</b>			<b>17.050.342</b>		

## 2.2.5. Morbilidad hospitalaria

En el año 2013 se registraron en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) 980.282 altas, de las cuales 924.590 corresponden a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 144,1 por 1.000 habitantes. Estas últimas son las que se han considerado para la descripción de la morbilidad hospitalaria. El 52,3% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 22,2% en hospitales privados y el 25,5% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 54,6% 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 49 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras en el resto de edades son mayores 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 (22,77 por mil). En las mujeres ésta es seguida por la patología del sistema nervioso y órganos de los sentidos (19,50 por mil) y los tumores (16,33 por mil). Entre los hombres la primera causa de alta hospitalaria son las enfermedades del aparato digestivo (17,47 por mil) seguidas por los tumores y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (ambas con una tasa de 16,32 por mil).

**Figura 2.19. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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

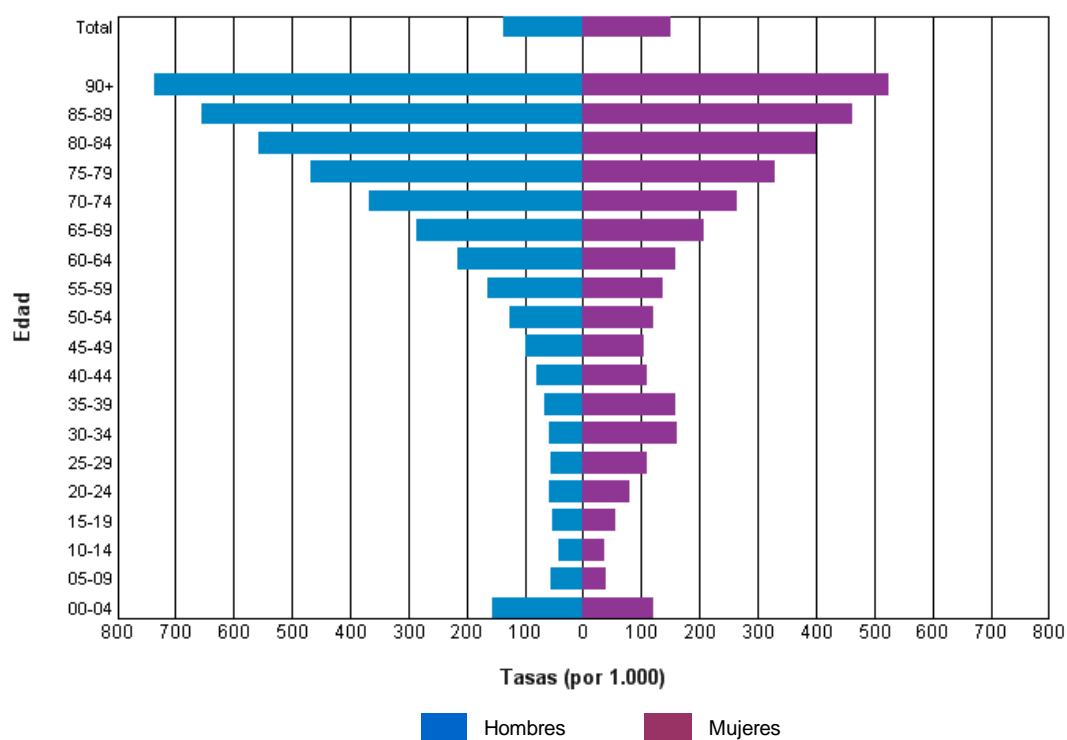




Figura 2.20. Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

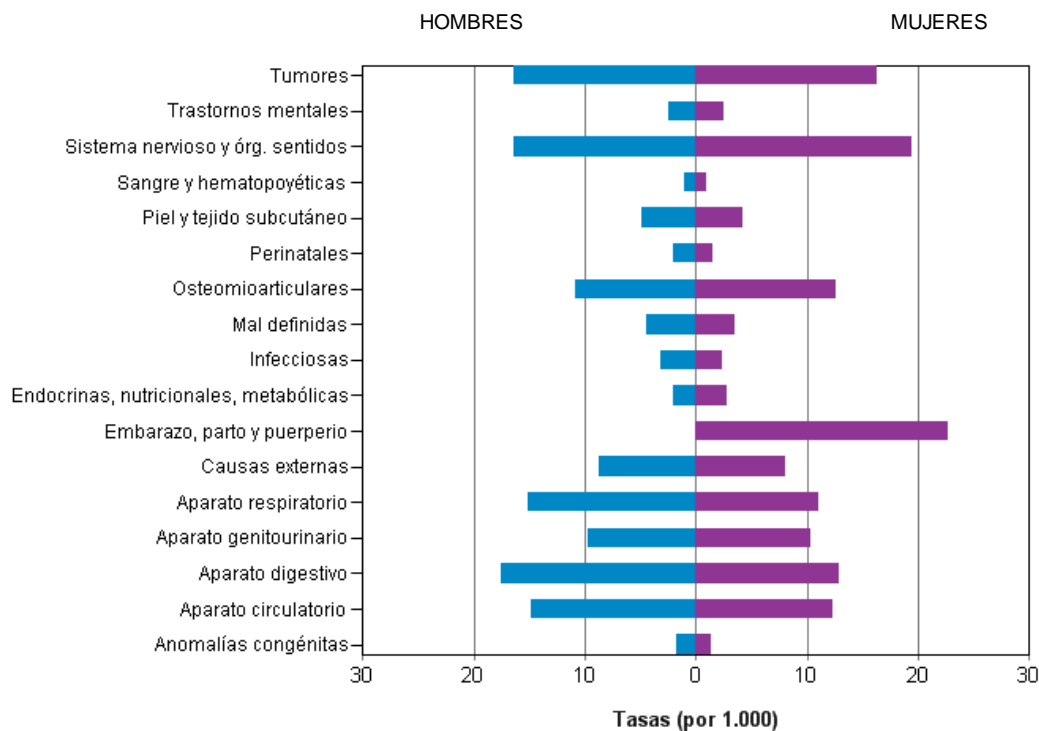


Tabla 2.14. Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.

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	4,5	6,5	3,2	1,4	1,6	1,5	3,0	1,9	
02-Tumores	0,5	2,3	4,8	6,7	13,9	13,5	8,3	11,3	
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la	0,7	1,4	1,6	1,0	2,0	1,7	1,9	1,7	
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos	0,3	1,6	2,4	0,3	0,5	0,9	1,2	0,7	
05-Trastornos mentales	0,0	0,3	1,5	2,8	2,5	0,8	0,8	1,7	
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los	2,0	11,3	11,7	4,2	9,8	20,5	12,4	12,5	
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,6	1,0	2,3	7,5	14,0	20,8	9,4	
08-Enfermedades del aparato respiratorio	18,6	33,1	16,1	5,0	5,2	9,3	18,8	9,0	
09-Enfermedades del aparato digestivo	4,0	8,3	15,6	10,8	11,7	9,7	8,4	10,5	
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	4,0	7,5	8,2	6,9	7,9	6,2	6,5	7,0	
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del	0,0	0,0	0,1	33,7	9,0	0,0	0,0	8,2	
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular	0,5	1,8	3,1	5,7	3,9	1,8	1,4	3,1	
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del	0,2	1,5	4,0	7,4	11,2	8,1	2,2	8,1	
14-Anomalías congénitas	6,7	9,8	7,5	1,1	0,6	0,2	0,0	1,1	
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo	45,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal	4,3	5,7	5,8	1,5	2,4	3,0	2,9	2,7	
17-Causas externas de traumatismos y	1,7	5,2	8,7	5,2	5,5	5,9	8,8	5,8	
18-Códigos V	6,8	2,9	4,5	3,9	4,9	2,9	2,4	3,9	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Tabla 2.14 (continuación). Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.

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	4,4	5,9	3,0	2,4	2,2	1,7	3,3	2,4
02-Tumores	0,4	1,9	4,2	7,4	12,7	15,8	10,9	12,0
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la	0,7	1,2	1,3	1,0	1,8	1,5	1,5	1,5
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos	0,3	1,6	2,3	0,4	0,5	0,9	1,1	0,8
05-Trastornos mentales	0,0	0,4	1,0	4,4	2,8	0,6	0,8	1,8
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los	1,9	10,6	10,5	5,7	10,2	17,1	11,6	12,0
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,5	1,2	3,8	10,2	15,2	18,8	10,9
08-Enfermedades del aparato respiratorio	19,7	31,9	15,3	8,3	6,5	11,4	21,7	11,1
09-Enfermedades del aparato digestivo	4,1	7,8	15,2	15,6	15,6	10,9	8,9	12,8
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	4,2	10,3	12,4	7,9	6,1	7,3	6,8	7,1
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del	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	0,5	1,7	2,8	10,2	4,4	1,6	1,3	3,5
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del	0,3	1,3	3,6	14,7	11,8	4,9	1,7	7,9
14-Anomalías congénitas	6,9	11,5	8,1	1,3	0,5	0,1	0,1	1,3
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo	44,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal	3,9	5,3	5,0	2,0	3,2	3,3	2,9	3,3
17-Causas externas de traumatismos y	1,6	5,2	9,5	10,9	6,9	4,8	6,3	6,4
18-Códigos V	6,4	2,6	4,4	3,9	4,6	2,9	2,3	3,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Mujeres**

CIE-9-MC	Edad							Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,6	7,3	3,4	0,9	1,0	1,4	2,8	1,5
02-Tumores	0,6	2,9	5,7	6,4	14,9	11,2	6,7	10,8
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la	0,7	1,7	2,0	1,0	2,2	1,9	2,2	1,8
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos	0,3	1,5	2,4	0,2	0,5	0,8	1,2	0,7
05-Trastornos mentales	0,0	0,2	2,0	2,1	2,3	1,0	0,8	1,6
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los	2,1	12,3	13,4	3,4	9,5	24,0	12,9	12,9
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,8	0,8	1,6	5,3	12,8	22,0	8,1
08-Enfermedades del aparato respiratorio	17,1	35,0	17,3	3,4	4,1	7,3	17,1	7,3
09-Enfermedades del aparato digestivo	3,9	9,0	16,2	8,4	8,5	8,4	8,2	8,5
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	3,7	3,4	2,5	6,3	9,3	5,0	6,2	6,8
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del	0,0	0,0	0,3	50,4	16,3	0,0	0,0	15,0
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular	0,5	1,9	3,6	3,4	3,4	2,1	1,6	2,8
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del	0,2	1,8	4,6	3,7	10,8	11,3	2,6	8,3
14-Anomalías congénitas	6,6	7,2	6,8	1,0	0,7	0,2	0,0	0,9
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo	45,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal	4,7	6,4	6,8	1,3	1,8	2,6	2,8	2,3
17-Causas externas de traumatismos y	1,8	5,2	7,5	2,4	4,3	7,1	10,3	5,4
18-Códigos V	7,3	3,4	4,6	4,0	5,2	3,0	2,6	4,1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 2.2.6. Carga de enfermedad

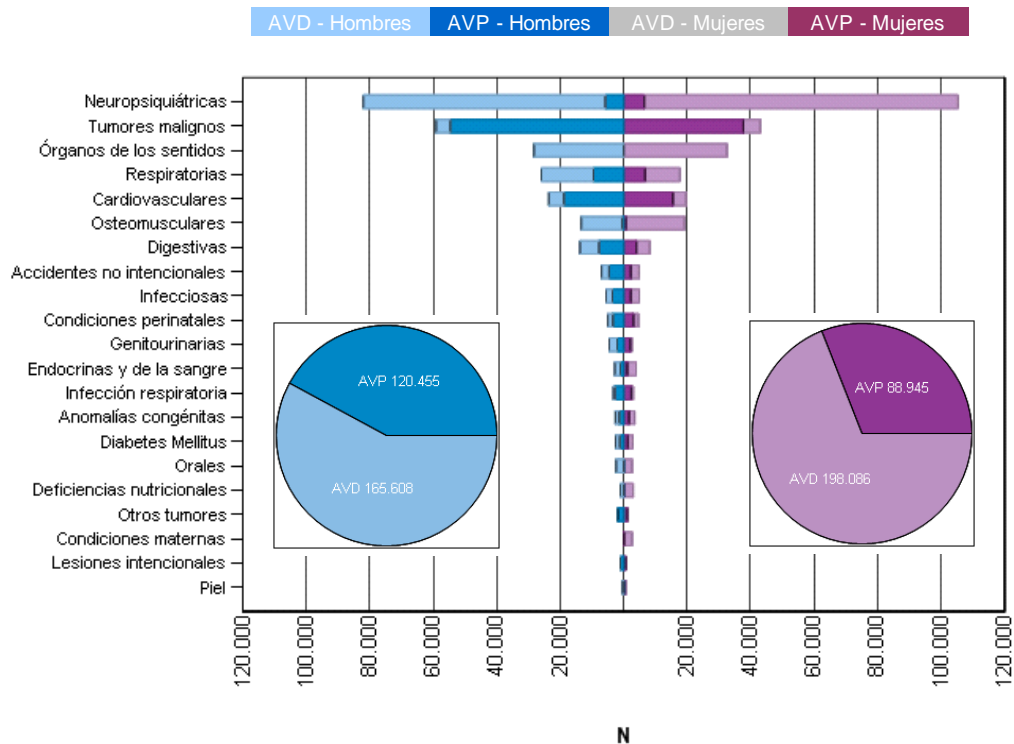
En el año 2012 en la Comunidad de Madrid se perdieron 573.094 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud, repartidos por igual entre hombres y mujeres (el 49,9 por ciento corresponde a los primeros y el 50,1 por ciento a las segundas). La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.539 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años. Las enfermedades no transmisibles concentran el 91,8 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,8 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 2,4 por ciento de las causas externas.

Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (32,7 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (18,8 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,6), las respiratorias (7,6) y las circulatorias (7,5).

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 93,4 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 2012 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 36,5 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 63,5 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 42,1% AVP y 57,9% AVD en los hombres, y 31,0% AVP y 69,0% 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



**Tabla 2.15. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo y causa. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Grupos	AVAD			Tasa de AVAD (por 100.000 personas)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	286.063	287.031	573.094	9.835	9.261	9.539
Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	14.825	18.230	33.055	510	588	550
Enf. no transmisibles	263.180	263.109	526.289	9.048	8.489	8.760
Accidentes y lesiones	8.058	5.692	13.750	277	184	229
Categorías	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Infecciosas y parasitarias	5.437	4.824	10.261	187	156	171
Infección respiratoria	3.234	3.025	6.259	111	98	104
Condiciones maternas	0	2.637	2.637	0	85	44
Condiciones perinatales	4.998	4.646	9.644	172	150	161
Deficiencias nutricionales	1.067	2.999	4.066	37	97	68
Tumores malignos	61.714	45.861	107.575	2.122	1.480	1.790
Otros tumores	1.736	1.164	2.900	60	38	48
Diabetes Mellitus	2.585	2.833	5.418	89	91	90
Enfermedades endocrinas y de la sangre	2.800	3.927	6.727	96	127	112
Neuropsiquiátricas	82.084	105.371	187.455	2.822	3.400	3.120
Enfermedades órganos de los sentidos	28.264	32.547	60.811	972	1.050	1.012
Enfermedades cardiovasculares	23.559	19.661	43.220	810	634	719
Enfermedades respiratorias	25.938	17.730	43.668	892	572	727
Enfermedades aparato digestivo	13.773	8.198	21.971	474	264	366
Enfermedades genitourinarias	4.578	2.615	7.193	157	84	120
Enfermedades de la piel	330	751	1.081	11	24	18
Enfermedades osteomuscular y tejido conectivo	13.368	19.136	32.504	460	617	541
Anomalías congénitas	2.635	3.471	6.106	91	112	102
Enfermedades orales	2.401	2.677	5.078	83	86	85
Accidentes no intencionales	6.968	4.866	11.834	240	157	197
Lesiones intencionales	1.090	826	1.916	37	27	32

**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**

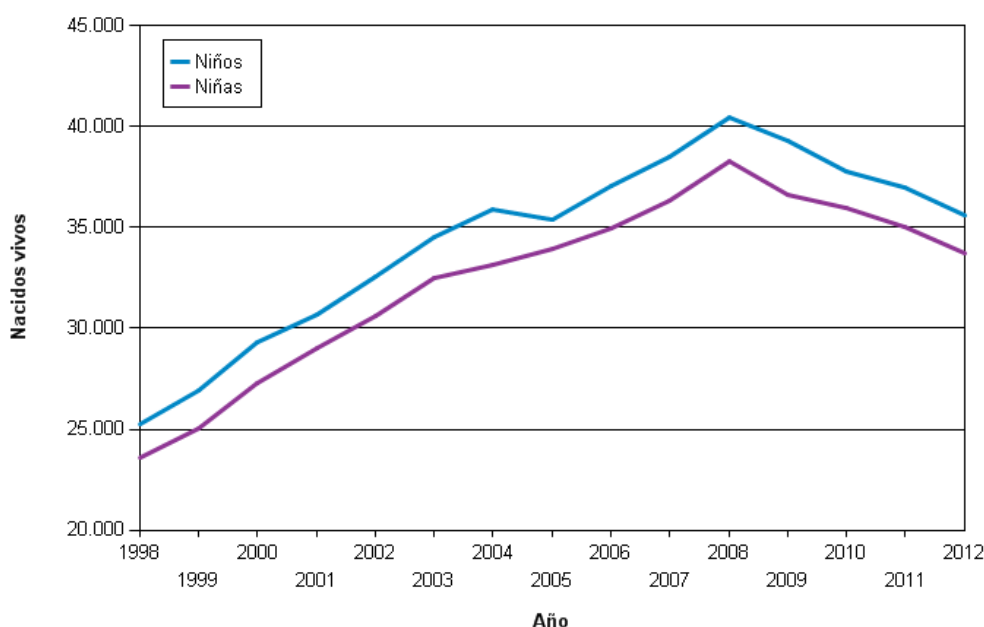
#### **3.6. Conclusiones**

### 3.1. Indicadores generales al nacimiento

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un descenso que continúa en la actualidad (Figura 3.1). Esta evolución se aprecia tanto en el número de nacidos de madre española como en los de madre no española (Figura 3.2). En este sentido existe un diferente comportamiento entre los porcentajes de partos de madres españolas, en las que se observa un crecimiento discreto en torno al 20-30% desde 1995, y el de madres extranjeras con un aumento exponencial muy notable hasta 2008, y una tendencia posterior descendente (Figura 3.3).

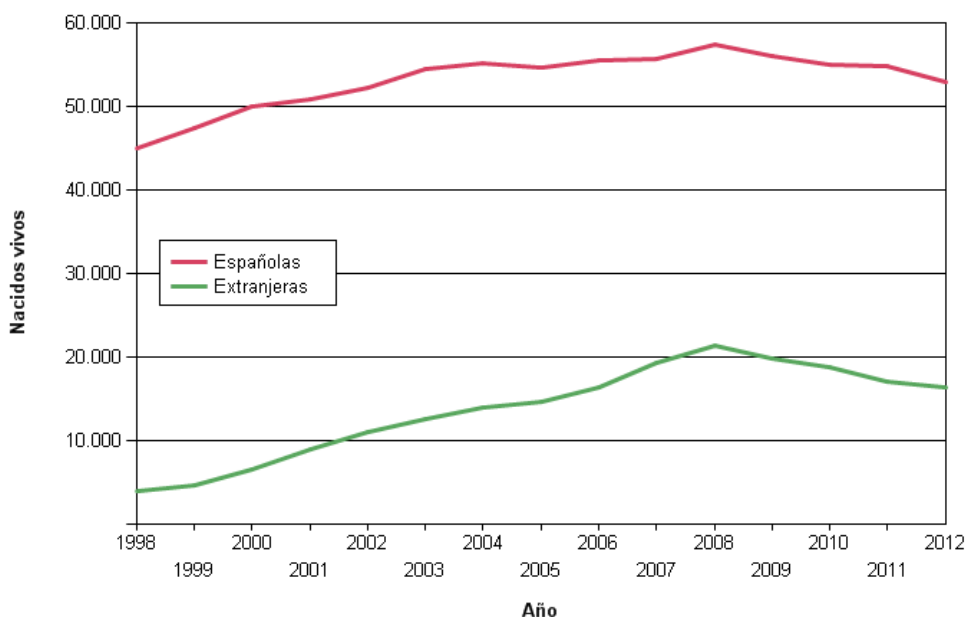
**Figura 3.1. Evolución anual del número de nacidos vivos, según sexo. Comunidad de Madrid, 1998 - 2012.**

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



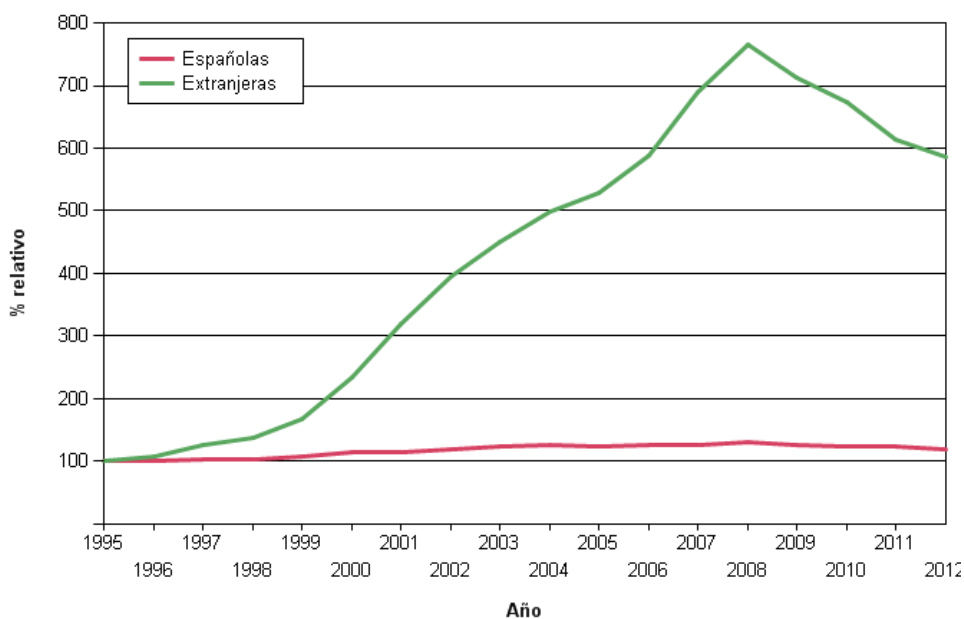
**Figura 3.2. Evolución anual del número de nacidos vivos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1998 - 2012.**

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 - 2012.**

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. Se observa un aumento del porcentaje de partos múltiples y, en los años más recientes, una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. La proporción de nacidos vivos cuya madre tiene 40 o más años de edad se ha incrementado de manera importante desde principios de los años noventa hasta la actualidad. La maternidad por debajo de los 20 años tendió a reducirse entre 1986 y finales de siglo, aumentando luego hasta el año 2008 -en paralelo con la evolución de la proporción de nacimientos de madre no española-, para volver a disminuir en los años más recientes. 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, 1986-2011.**

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
2011	2.965	4,1	4.451	6,2	7.155	9,9	4.727	6,6	1.430	2,0	39	0,54

\* 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 - 2011.**

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

DA	Evolución de las características de los partos									
	Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	≥ 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
Centro	11.135	7,2	20.039	13,0	7.557	4,9	4.635	3,0	108	0,70
Norte	8.599	7,5	13.019	11,4	5.606	4,9	2.018	1,8	75	0,65
Este	10.168	8,0	14.738	11,5	5.504	4,3	2.589	2,0	99	0,77
Sureste	8.952	7,1	15.019	11,9	5.245	4,2	3.454	2,7	86	0,68
Sur	7.451	7,3	12.412	12,1	2.894	2,8	2.047	2,0	49	0,48
Oeste	7.224	7,0	11.760	11,5	2.969	2,9	1.771	1,7	61	0,59
Noroeste	10.698	7,4	15.274	10,5	8.264	5,7	2.042	1,4	107	0,74
Desconocido	938	6,9	1.611	11,8	529	3,9	694	5,1	26	1,91

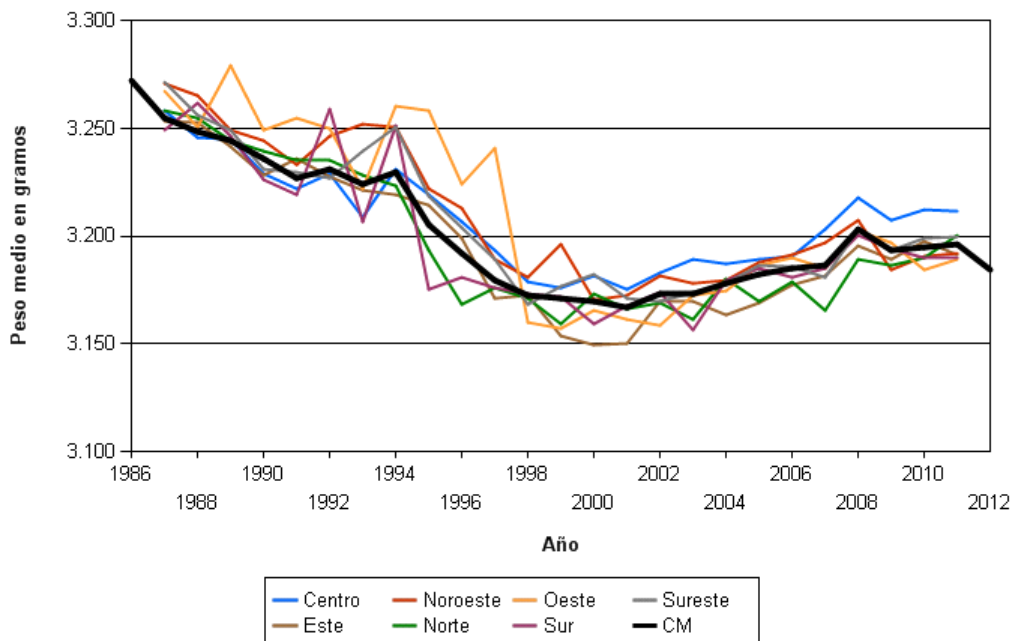
\* Nacidos Vivos.

### 3.1.1. Peso al nacimiento

Desde mediados de los años ochenta se evidenció un descenso del peso medio de los recién nacidos en la Comunidad de Madrid (Figura 3.4). La leve recuperación del peso medio con el cambio de siglo se relaciona con el progresivo aumento de la proporción de nacidos vivos de madre no española, cuyo peso medio al nacer es más alto que el de los hijos de madre española (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 - 2012.**

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 - 2012.**

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

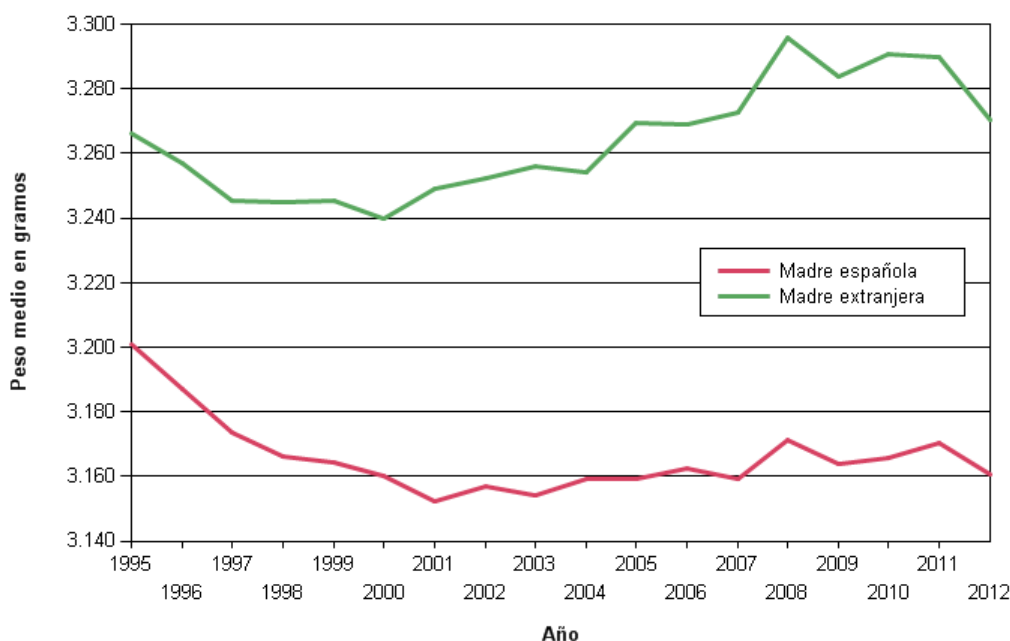
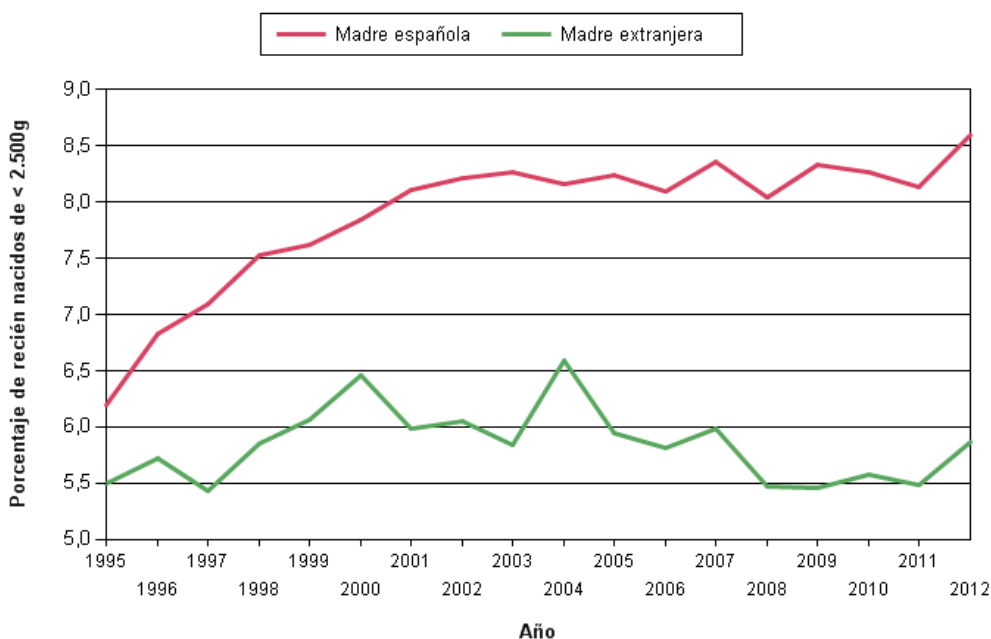


Figura 3.6. Peso al nacimiento: evolución anual del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995 - 2012.

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 - 2011

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

	Nacidos vivos	Peso Medio (gramos)	MBPN (<1.500)		BPN (<2.500)	
			N	%	N	%
Centro	231.749	3.205	1.349	0,6	15.870	6,8
Norte	167.350	3.190	944	0,6	11.439	6,8
Este	175.674	3.187	1.040	0,6	12.943	7,4
Sureste	194.523	3.200	1.110	0,6	13.608	7,0
Sur	119.644	3.185	783	0,7	8.982	7,5
Oeste	114.258	3.182	748	0,7	8.781	7,7
Noroeste	222.561	3.202	1.225	0,6	14.904	6,7
<b>CM</b>	<b>1.479.041</b>	<b>3.198</b>	<b>8.416</b>	<b>0,6</b>	<b>100.776</b>	<b>6,8</b>

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, con valores para el total de ambos sexos reunidos inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento (**Figura 3.8**). Los próximos años permitirán comprobar si el importante aumento en 2012 de la mortalidad neonatal precoz, que incide directamente en el indicador de mortalidad neonatal y en el conjunto de la mortalidad infantil, es un hecho aislado o se inscribe en un cambio de tendencia.

En términos generales, los varones presentan tasas de mortalidad infantil mayores que las mujeres. Esta diferencia por sexo se produce también en los distintos componentes de la mortalidad del primer año de vida (neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía, postneonatal), aunque el bajo número de casos puede hacer, sobre todo en los indicadores por Dirección Asistencial, que este comportamiento no se cumpla en todos los años.

**Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999 - 2012.**

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



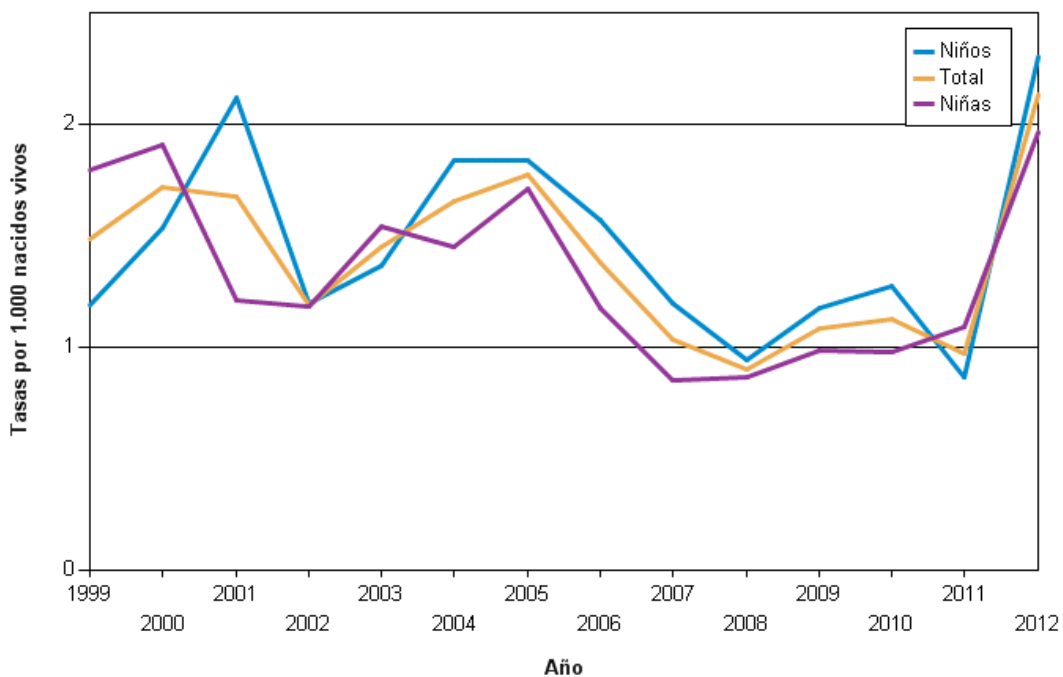
**Figura 3.8. Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999 - 2012.**

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

**Evolución de la mortalidad neonatal**



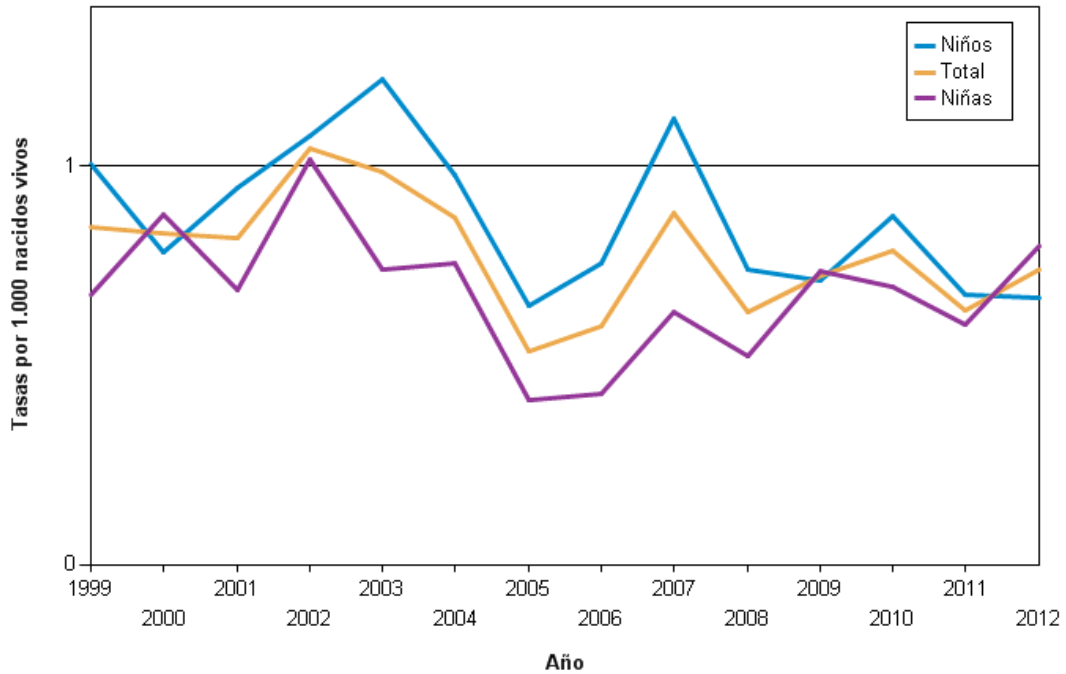
**Evolución de la mortalidad neonatal precoz**



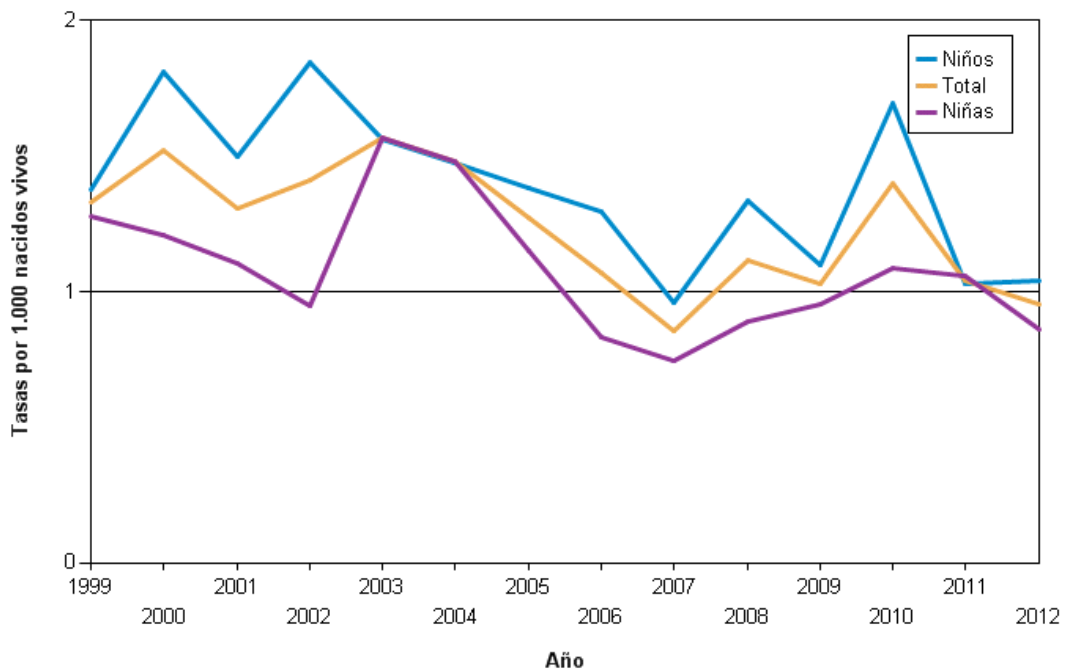
**Figura 3.8 (continuación). Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999 - 2012.**

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**

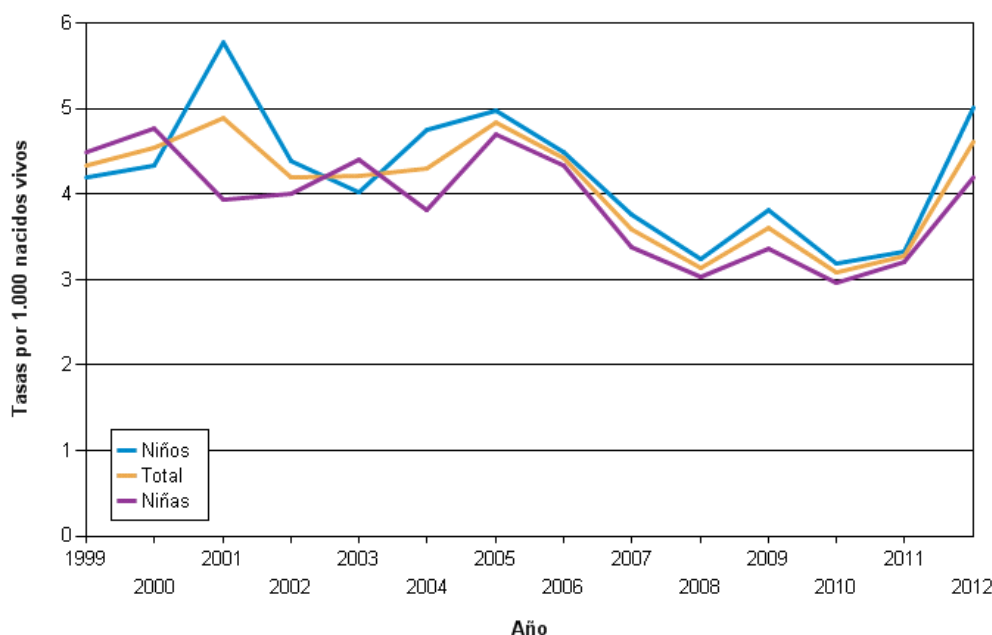


### 3.3. Mortalidad perinatal

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 desde 1999.

**Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999 - 2012.**

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



En la [Tabla 3.4](#) se presentan muertes fetales tardías por causa de defunción. Dentro del Capítulo XVI "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) quedan englobadas más del 95% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los códigos 0827 ("otras afecciones del periodo perinatal") y 0822 ("complicaciones obstétricas") de la Lista Reducida de la CIE10. 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 - 2012.**

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

CIE-10	Defunciones
<b>I. Enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	<b>1</b>
0080 - Resto enf., infecciosas y parasit.	1
B99 - OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	1
<b>XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal</b>	<b>2.475</b>
0821 - Alteraciones asociadas a enf. madre	29
P000 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE MADRE	24
P003 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTR ENF CIRCULAT Y RESP DE LA MADRE	2
P005 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRAUMATISMO DE LA MADRE	1
P008 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRAS AFECCIONES MATERNAS	1
P009 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR AFECCION MATERNA NO ESPECIFICADA	1
0822 - Complicaciones obstétricas	516
P010 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	1
P011 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	15
P012 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OLIGOHIDRAMNIO	5
P013 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR POLIHIDRAMNIO	2
P015 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR EMBARAZO MULTIPLE	5
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	183
P022 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS OTRAS ANOR MORF Y FUNC PLAC Y LAS NO ESPEC	38
P023 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR SINDROMES DE TRANSFUSION PLACENTAR	3
P024 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL	14
P025 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRA COMPRESION DE CORDON UMBILICAL	164
P026 - FETO Y RECIEN NC AFECTADOS OTRAS COMPL CORDON UMBILICAL Y LAS NO ESPEC	47
P027 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	28
P031 - FETO RECIEN NC AFECT OTR PRESENT POSIC ANOM DESPROPORC TRAB PART PARTO	1
P034 - FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR PARTO POR CESA REA	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	3

Tabla 3.4 (continuación). Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999 - 2012.

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

CIE-10	Defunciones
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez, des	59
P059 - RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, NO ESPECIFICADO	22
P070 - PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	5
P071 - OTRO PESO BAJO AL NACER	2
P072 - INMATURIDAD EXTREMA	23
P073 - OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	7
0824 - Traumatismo al nacimiento	1
P112 - LESION NO ESPECIFICADA DEL ENCEFALO, POR TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	1
0825 - Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer	152
P200 - HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ ANTES INICIO TRAB DE PARTO	3
P201 - HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ EN EL TRAB DE PART Y PARTO	2
P209 - HIPOXIA INTRAUTERINA, NO ESPECIFICADA	142
P25 - ENFISEMA INTERSTICIAL Y AFECIONES RELACIONADAS, ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	2
P285 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	2
P288 - OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS DEL RECIEN NACIDO	1
0826 - Infección perinatal	11
P351 - INFECCION CITOMEGALOVIRICA CONGENITA	2
P352 - INFECCIONES CONGENITAS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE	1
P353 - HEPA TITIS VIRAL CONGENITA	1
P358 - OTRAS ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	1
P371 - TOXOPLASMOSIS CONGENITA	1
P392 - INFECCION INTRAMNIOTICA DEL FETO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	2
P398 - OTRAS INFECCIONES ESPECIFICADAS PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL	1
P399 - INFECCION PROPIA DEL PERIODO PERINATAL, NO ESPECIFICADA	2
0827 - Otras afecciones periodo perinatal	1.707
P290 - INSUFICIENCIA CARDIACA NEONATAL	2
P291 - DISRITMIA CARDIACA NEONATAL	90
P501 - PERDIDA DE SANGRE FETAL POR RUPTURA DEL CORDON UMBILICAL	1
P503 - HEMORRAGIA FETAL HACIA EL OTRO GEMELO	1
P508 - OTRAS PERDIDAS DE SANGRE FETAL	14
P509 - PERDIDA DE SANGRE FETAL, NO ESPECIFICADA	1
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
P592 - ICTERICIA NEONATAL DEBIDA A OTRA LESION HEPATICA ESPECIFICADA O NO	1
P610 - TROMBOCITOPENIA NEONATAL TRANSITORIA	1
P614 - OTRAS ANEMIAS CONGENITAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1
P700 - SINDROME DEL RECIEN NACIDO DE MADRE CON DIABETES GESTACIONAL	3
P701 - SINDROME DEL RECIEN NACIDO DE MADRE DIABETICA	2
P702 - DIABETES MELLITUS NEONATAL	1
P760 - SINDROME DEL TAPON DE MECONIO	1
P780 - PERFORACION INTESTINAL PERINATAL	1
P810 - HIPERTERMIA DEL RECIEN NACIDO INDUCIDA POR LAS CONDICIONES AMBIENTALES	1
P832 - HIPOPESIA FETAL NO DEBIDA A ENFERMEDAD HEMOLITICA	14
P95 - MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	1.543
P960 - INSUFICIENCIA RENAL CONGENITA	1
P964 - TERMINACION DEL EMBARAZO, FETO Y RECIEN NACIDO	2
P968 - OTRAS AFECIONES ESPECIFICADAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	3
P969 - AFECION NO ESPECIFICADA ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	19
<b>XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.</b>	<b>104</b>
0830 - Malformaciones congénitas sist.nervioso	6
Q000 - ANENCEFALIA	5
Q030 - MALFORMACIONES DEL ACUEDUCTO DE SILVIO	1
0840 - Malformaciones congénitas sist.circulat.	18
Q204 - VENTRICULO CON DOBLE ENTRADA	1
Q249 - MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	16
Q270 - AUSENCIA E HIPOPLASIA CONGENITA DE LA ARTERIA UMBILICAL	1
0851 - Anomalías cromosómicas	18
Q909 - SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	2
Q911 - TRISOMIA 18, MOSAICO (POR FALTA DE DISYUNCIÓN MITOTICA)	2
Q913 - SINDROME DE EDWARDS, NO ESPECIFICADO	8
Q917 - SINDROME DE PATAU, NO ESPECIFICADO	3
Q927 - TRIFLOIDIA Y POLIFLOIDIA	1
Q999 - ANOMALIA CROMOSOMICA, NO ESPECIFICADA	2
0852 - Otras malformaciones congénitas	62
Q330 - QUISTE PULMONAR CONGENITO	1
Q336 - HIPOPLASIA Y DISPLASIA PULMONAR	1
Q410 - AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL DUODENO	1
Q411 - AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL YEYUNO	1
Q412 - AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL ILEON	1
Q459 - MALFORMACION CONGENITA DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA	1
Q606 - SINDROME DE POTTER	1
Q639 - MALFORMACION CONGENITA DEL RIÑON, NO ESPECIFICADA	1
Q722 - AUSENCIA CONGENITA DE LA PIERNA Y DEL PIE	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	21
Q899 - MALFORMACION CONGENITA, NO ESPECIFICADA	27
<b>XX. Causas externas de traumatismos y envenenamient.</b>	<b>1</b>
0970 - Otros accidentes	1
X599 - EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	1
<b>Total</b>	<b>2.583</b>



**Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999 - 2012.**

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	4
II. Tumores	5
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	1
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	6
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	5
XIV. Enf. sistema genitourinario	1
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	1.004
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	279
XVIII. Síntomas, signos y est. morbosos mal defi.	4
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	4
<b>Total</b>	<b>1.313</b>

### 3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2013 el 83,3% de la población infantil entre 0 y 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público (Tabla 3.6), observándose escasas diferencias por sexo. Por Dirección Asistencial los porcentajes de atención varían desde un 77,9% en la Dirección Asistencial Noroeste al 88,4% 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, 2013.**

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

DA	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	23.537	80,6	22.361	80,2	45.898	80,4
Norte	19.272	82,6	17.855	81,4	37.127	82,0
Este	22.786	83,7	21.006	82,8	43.792	83,2
Sureste	22.877	85,8	21.423	85,5	44.300	85,7
Sur	21.895	89,0	20.540	87,8	42.435	88,4
Oeste	18.530	87,4	17.411	87,0	35.941	87,2
Noroeste	21.002	78,6	19.726	77,1	40.728	77,9
<b>CM</b>	<b>149.893</b>	<b>83,8</b>	<b>140.316</b>	<b>82,9</b>	<b>290.209</b>	<b>83,3</b>

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 22,3% 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, 2013.

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

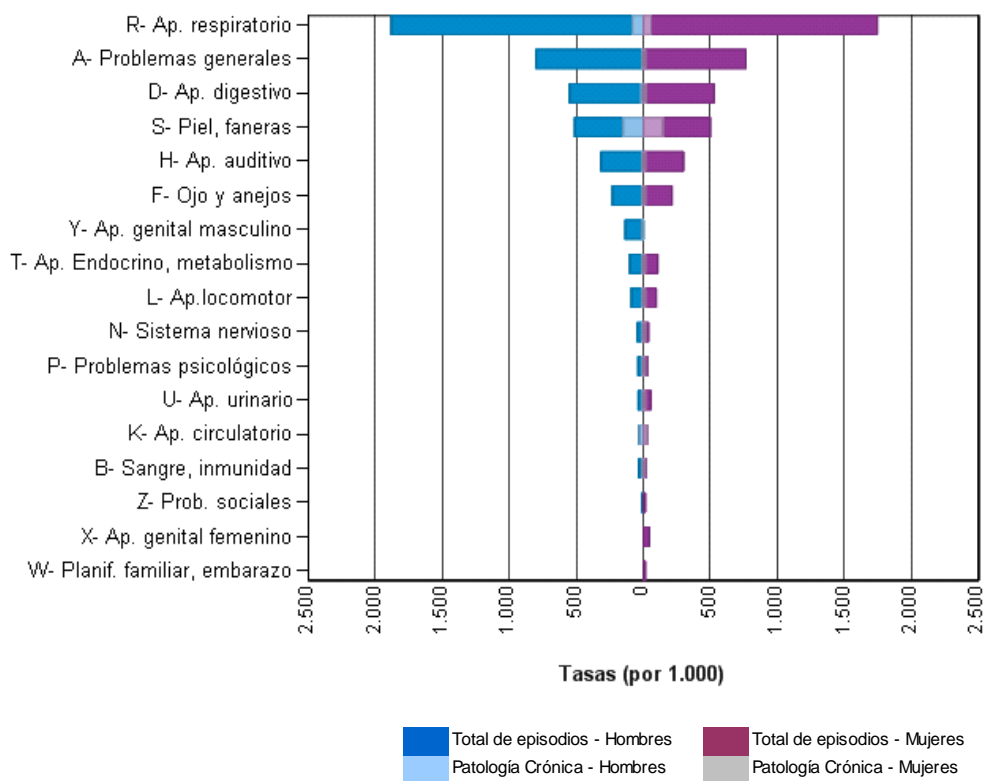


Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: 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-Infecc respiratoria aguda superior	362.312	22,3	1	1.040,6	186.529	21,6	1	1.042,3	175.783	23,2	1	1.038,8
A03-Fiebre	91.061	5,6	2	261,5	47.617	5,5	2	266,1	43.444	5,7	3	256,7
A97-Sin enfermedad	90.071	5,5	3	258,7	46.431	5,4	3	259,4	43.640	5,7	2	257,9
H71-Otitis media/miringitis aguda	81.616	5,0	4	234,4	44.031	5,1	4	246,0	37.585	5,0	4	222,1
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	71.437	4,4	5	205,2	40.938	4,7	5	228,7	30.499	4,0	5	180,2
D73-Infección intestinal inesp/posible	59.479	3,7	6	170,8	32.131	3,7	6	179,5	27.348	3,6	6	161,6
R77-Laringitis/traqueitis aguda	47.100	2,9	7	135,3	26.445	3,1	7	147,8	20.655	2,7	7	122,1
S87-Dermatitis/eccema atópico	41.059	2,5	8	117,9	21.385	2,5	8	119,5	19.674	2,6	8	116,3
R05-Tos	37.166	2,3	9	106,7	19.302	2,2	9	107,9	17.864	2,4	9	105,6
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	32.032	2,0	10	92,0	17.646	2,0	10	98,6	14.386	1,9	10	85,0
F71-Conjuntivitis alérgica	30.997	1,9	11	89,0	16.892	2,0	11	94,4	14.105	1,9	11	83,4
R76-Amigdalitis aguda	26.543	1,6	12	76,2	14.435	1,7	12	80,7	12.108	1,6	13	71,6
A77-Otras enfermedades virales NE	26.240	1,6	13	75,4	13.794	1,6	13	77,1	12.446	1,6	12	73,5
F70-Conjuntivitis infecciosas	20.943	1,3	14	60,1	11.243	1,3	16	62,8	9.700	1,3	16	57,3
R96-Asma	20.382	1,3	15	58,5	12.395	1,4	15	69,3	7.987	1,1	18	47,2
<b>Total</b>	<b>1.623.553</b>	<b>100</b>		<b>4.662,8</b>	<b>864.513</b>	<b>100</b>		<b>4.830,6</b>	<b>759.040</b>	<b>100</b>		<b>4.485,4</b>

### 3.5. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 0 a 4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 35,55 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales (Tabla 3.8 y Figura 3.11).

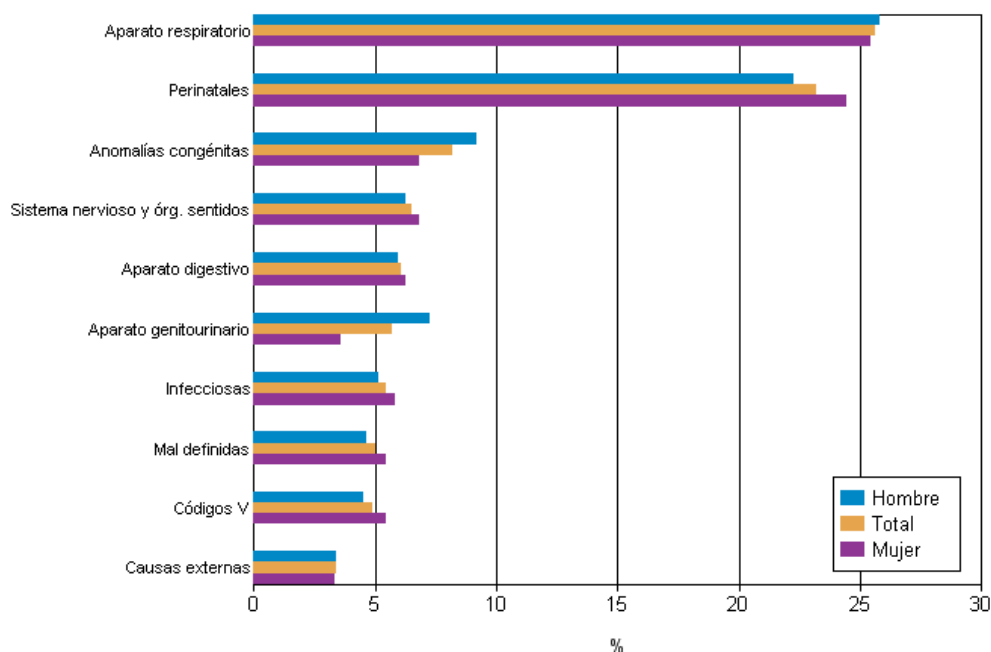
**Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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	12.576	35,55	7.290	40,12	5.285	30,71
Perinatales	11.371	32,14	6.297	34,65	5.072	29,47
Anomalías congénitas	4.022	11,37	2.599	14,30	1.423	8,27
Sistema nervioso y órg. sentidos	3.193	9,02	1.771	9,75	1.422	8,26
Aparato digestivo	2.993	8,46	1.688	9,29	1.305	7,58
Aparato genitourinario	2.801	7,92	2.058	11,33	743	4,32
Infecciosas	2.664	7,53	1.447	7,96	1.217	7,07
Mal definidas	2.448	6,92	1.308	7,20	1.140	6,62
Códigos V	2.405	6,80	1.274	7,01	1.130	6,57
Causas externas	1.661	4,69	964	5,30	697	4,05
Tumores	660	1,87	320	1,76	340	1,98
Piel y tejido subcutáneo	549	1,55	305	1,68	244	1,42
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	516	1,46	270	1,49	246	1,43
Sangre y hematopoyéticas	437	1,24	267	1,47	170	0,99
Osteomioarticulares	419	1,18	222	1,22	197	1,14
Aparato circulatorio	225	0,64	113	0,62	112	0,65
Trastornos mentales	82	0,23	58	0,32	24	0,14
Embarazo, parto y puerperio	5	0,01	1	0,01	4	0,02
<b>Total</b>	<b>49.027</b>	<b>138,57</b>	<b>28.252</b>	<b>155,47</b>	<b>20.771</b>	<b>120,70</b>

**Figura 3.11. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.**

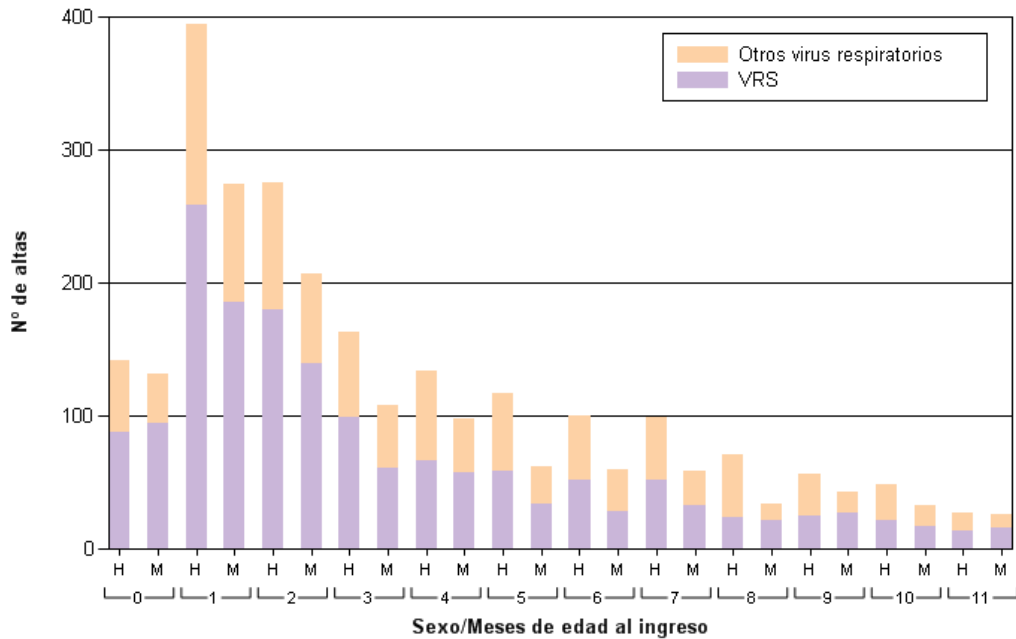
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología vírica que afecta especialmente a los lactantes y niños de menor edad, en los que puede provocar cuadros graves. A lo largo de 2013 se produjeron 2.758 ingresos hospitalarios por bronquiolitis en menores de un año de edad, de los cuales en un 59,5% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las 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, 2013.**

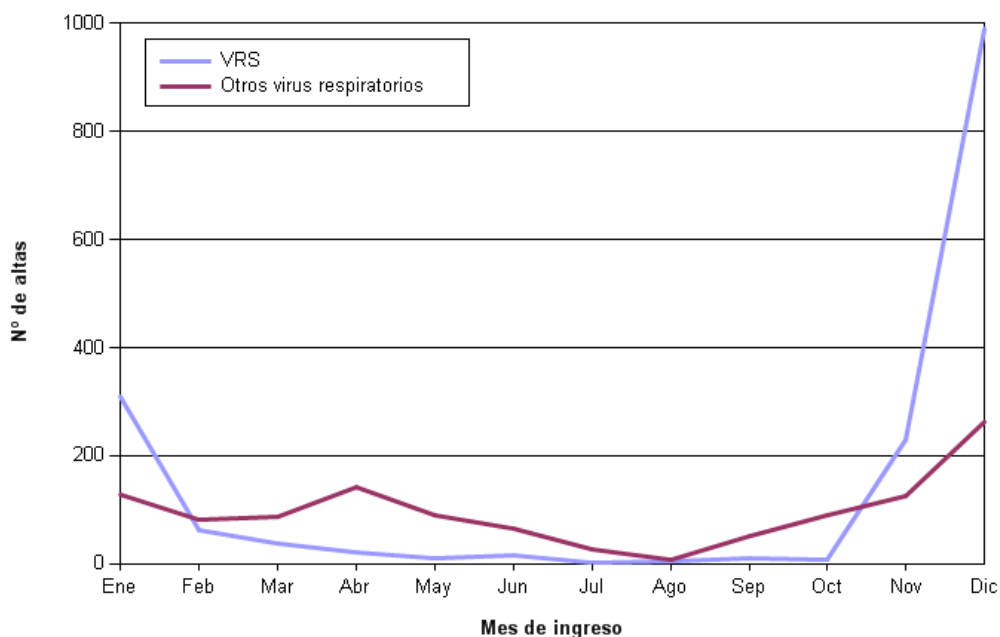
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Datos provisionales hasta la incorporación de ingresos con fecha de alta en 2014

**Figura 3.13. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según mes y etiología. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



Datos provisionales hasta la incorporación de ingresos con fecha de alta en 2014

### 3.6. 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 hasta la actualidad. 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 años se observa una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. La mortalidad infantil registrada se mantiene por debajo de las 4 defunciones por cada mil nacidos vivos en los últimos años. Estos bajos niveles conseguidos hacen, no obstante, que pueda haber variaciones relativamente importantes en años contiguos.

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 83,3% de la población de 0 a 4 años acudió en 2013 a los centros de Atención Primaria. Cerca de un cuarto (22,3%) 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.

**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)**

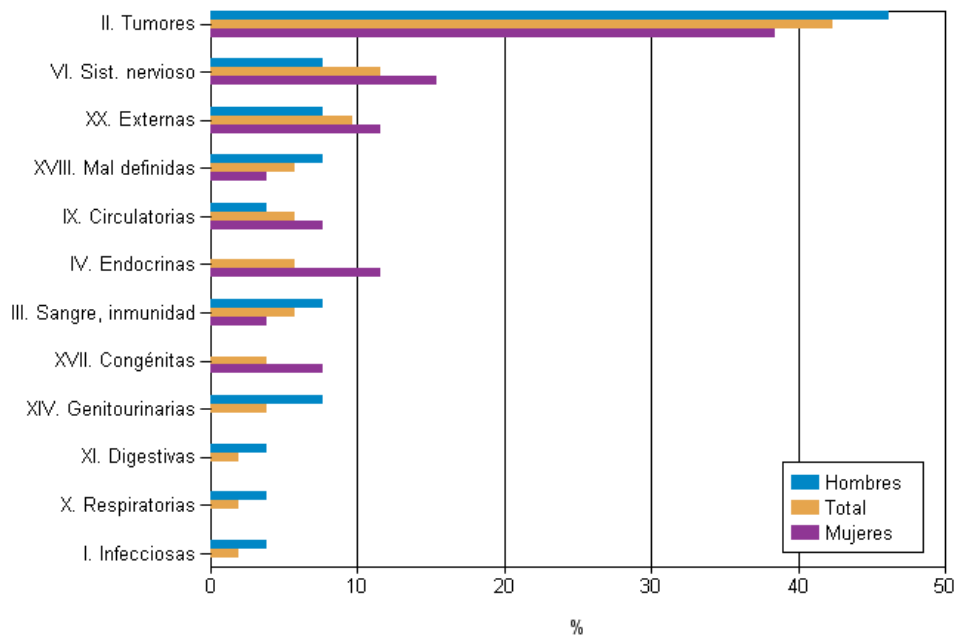
#### **4.5. Conclusiones**

## 4.1. Mortalidad

En el año 2012 los tumores continúan siendo la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años, presentando además este año una gran distancia con respecto a las demás causas. En segundo lugar se sitúan, por primera vez en 2011, las enfermedades del sistema nervioso, pasando al tercer lugar, con tasas menores respecto a años anteriores, las causas externas. Podemos observar también una diferente distribución por sexo, provocando los tumores una mayor mortalidad en hombres, y las enfermedades del sistema nervioso y causas externas en mujeres (Figura 4.1 y Figura 4.2).

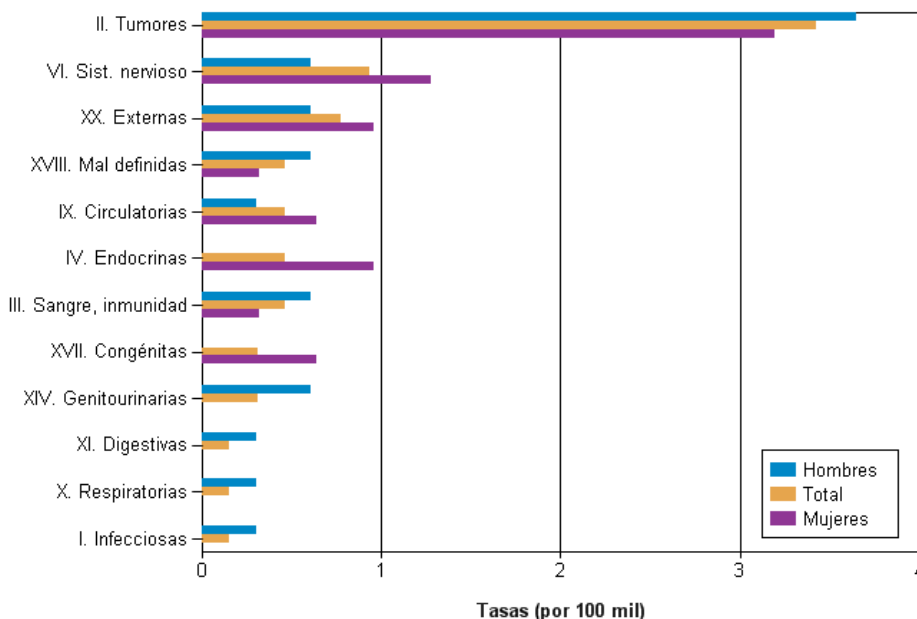
**Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2012.**

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, 2012.**

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

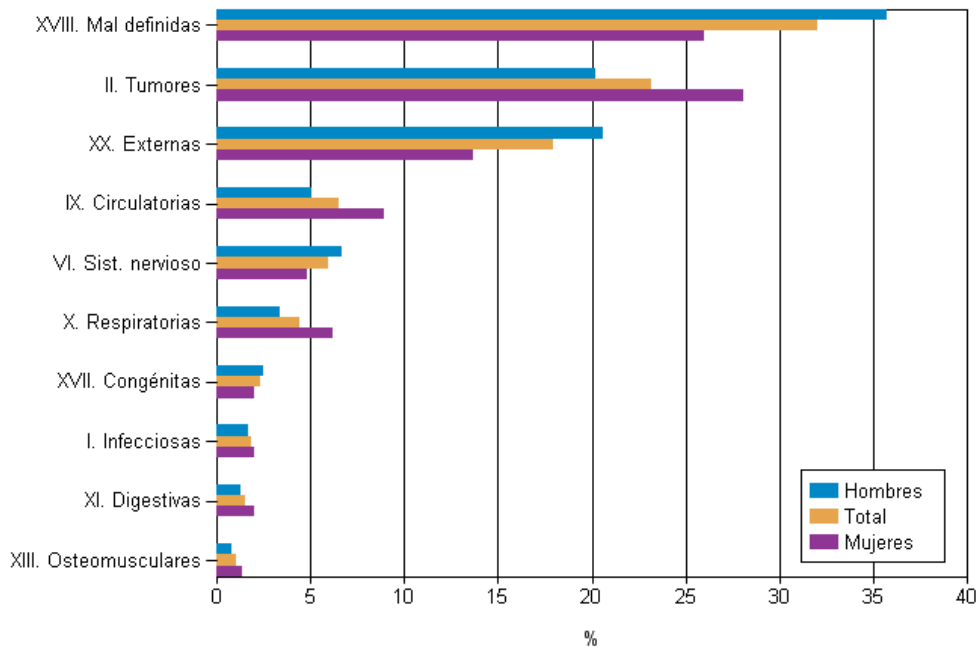




Entre los 15 y los 34 años, las causas mal definidas se sitúan por primera vez en 2012 como principal causa de mortalidad, con tasas superiores en hombres. Ello se debe al retroceso experimentado en años anteriores por los tumores, segunda causa en 2012, y sobre todo por las causas externas, cuya tasa por cien mil habitantes fue 16 en 2006 y 4,24 en 2012. Esta reducción se debe en buena medida a la experimentada por los fallecidos en accidente de tráfico. (Figura 4.3 y Figura 4.4).

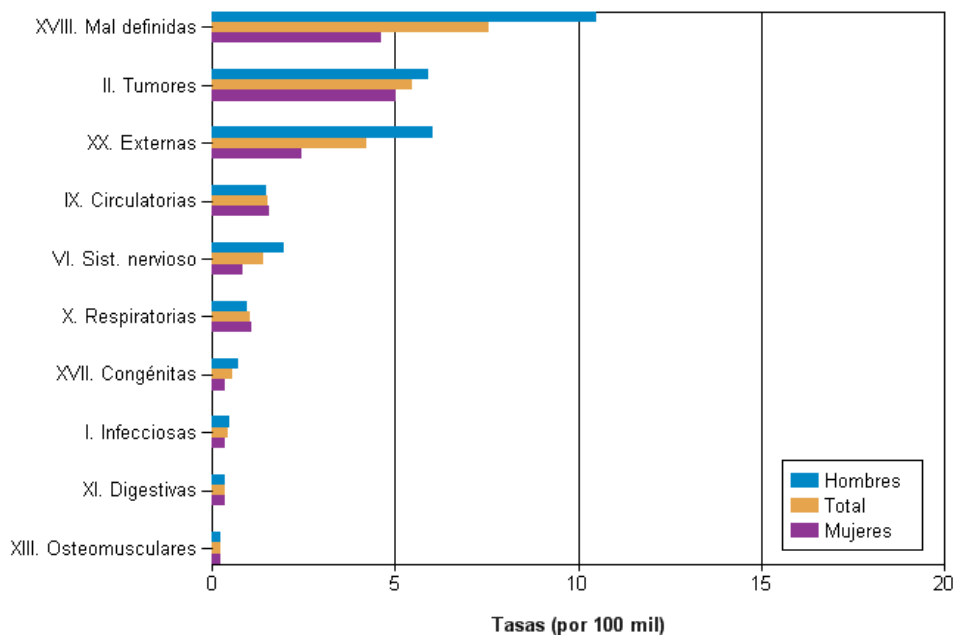
**Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2012.**

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, 2012.**

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 2013 el 73,5% 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 oeste, sur y sureste las que presentan mayores porcentajes (Tabla 4.1). En el grupo de 15 a 34 años de edad la población atendida es el 63,8%. Los mayores porcentajes corresponden a las mismas zonas que en 5 a 14 años, pero en este grupo las mujeres han acudido más a las consultas: un 71,2% frente al 56,2% de los varones. En ambos grupos de edades el porcentaje se sitúa en el rango de años anteriores, en el grupo de 5 a 14 años en torno al 70-75%, y en el grupo de 15 a 34 años en el tramo habitual de 60-65%. La población extranjera acude menos a consulta en ambos grupos de edad, pero el efecto es más marcado en el grupo de 5 a 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, 2013.**

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

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>5 - 14 años</b>						
Centro	38.602	69,8	36.820	69,6	75.421	69,7
Este	37.736	73,3	35.671	72,9	73.406	73,1
Noroeste	37.984	64,9	36.488	65,2	74.471	65,0
Norte	30.962	70,2	29.582	70,4	60.543	70,3
Oeste	33.370	82,2	31.520	82,1	64.889	82,2
Sur	34.895	80,9	33.085	81,1	67.979	81,0
Sureste	39.639	77,8	37.107	77,1	76.745	77,5
<b>CM</b>	<b>253.182</b>	<b>73,6</b>	<b>240.267</b>	<b>73,4</b>	<b>493.448</b>	<b>73,5</b>
<b>15 - 34 años</b>						
Centro	69.683	52,7	95.967	67,1	165.649	60,2
Este	59.353	56,4	77.262	71,4	136.614	64,0
Noroeste	59.026	50,8	76.763	63,2	135.788	57,1
Norte	51.339	54,0	68.121	68,6	119.459	61,5
Oeste	55.971	61,2	70.831	78,2	126.801	69,7
Sur	55.240	62,2	71.417	79,2	126.656	70,8
Sureste	68.025	58,9	87.315	75,1	155.339	67,0
<b>CM</b>	<b>418.631</b>	<b>56,2</b>	<b>547.670</b>	<b>71,2</b>	<b>966.300</b>	<b>63,8</b>

**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, 2013.**

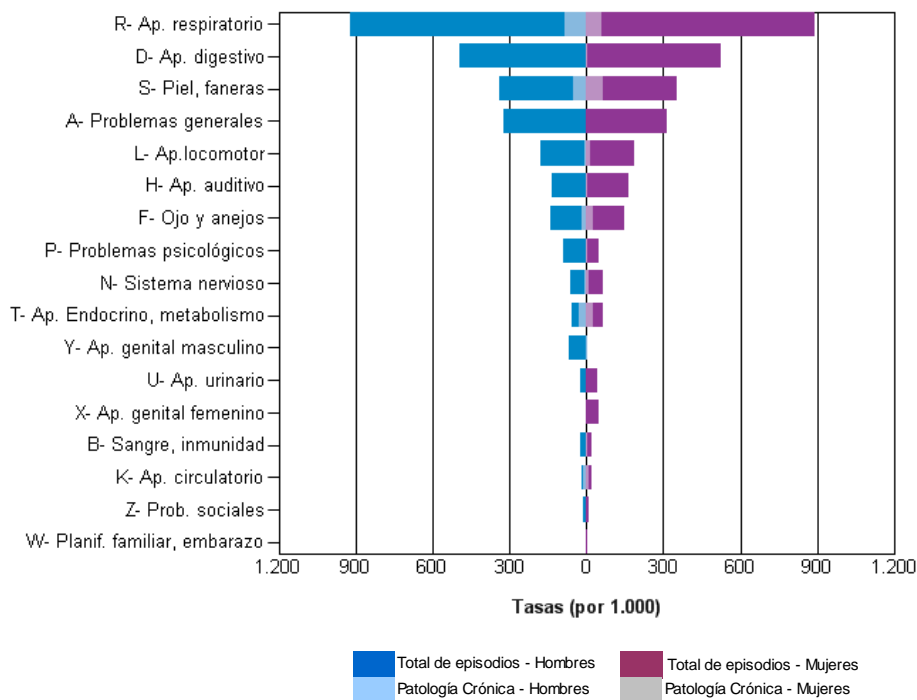
Fuente: AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>5 - 14 años</b>						
Nacidos en España	231.458	76,1	218.065	75,8	449.522	75,9
Nacidos fuera de España	21.262	53,5	21.770	55,1	43.031	54,3
No disponible	464		434		897	
<b>Total</b>	<b>253.182</b>	<b>73,6</b>	<b>240.267</b>	<b>73,4</b>	<b>493.448</b>	<b>73,5</b>
<b>15 - 34 años</b>						
Nacidos en España	324.669	57,8	397.266	71,4	721.934	64,5
Nacidos fuera de España	90.681	49,7	145.047	68,2	235.727	59,7
No disponible	3.283		5.359		8.641	
<b>Total</b>	<b>418.631</b>	<b>56,2</b>	<b>547.670</b>	<b>71,2</b>	<b>966.300</b>	<b>63,8</b>

Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente consultadas 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), aunque los problemas generales en el grupo de 5 a 14 años y los aspectos relacionados con la planificación familiar y el embarazo en las mujeres entre 15 y 34 años constituyen motivos importantes de consulta.

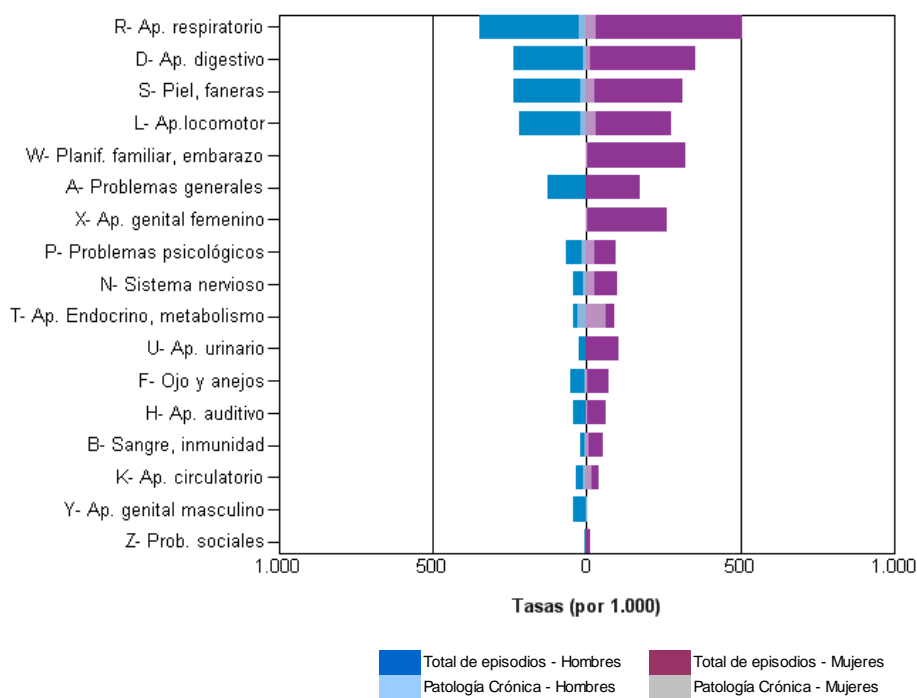
**Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 5 a 14 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: 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, 2013.**

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



El motivo concreto 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 los signos y síntomas de dientes y encías y 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 a 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, 2013.**

Fuente: 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-Infec respiratoria aguda superior	286.887	14,8	1	427,4	1	415,6	1	439,8
D19-Sig/sin de dientes y encías	127.780	6,6	2	190,4	2	187,9	2	192,9
A03-Fiebre	60.477	3,1	3	90,1	3	91,9	4	88,2
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	58.486	3,0	4	87,1	4	84,6	3	89,8
D73-Infeción intestinal inesp/posible	48.634	2,5	5	72,5	6	73,9	6	70,9
H71-Otitis media/miringitis aguda	48.528	2,5	6	72,3	7	69,5	5	75,3
R05-Tos	45.675	2,3	7	68,0	8	69,1	8	66,9
A97-Sin enfermedad	44.959	2,3	8	67,0	9	67,0	7	66,9
R96-Asma	44.132	2,3	9	65,7	5	78,6	11	52,3
D82-Enf de los dientes/encías	36.922	1,9	10	55,0	10	54,7	10	55,4
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	36.871	1,9	11	54,9	12	48,1	9	62,1
R76-Amigdalitis aguda	34.003	1,7	12	50,7	11	49,4	12	52,0
S87-Dermatitis/eccema atópico	30.310	1,6	13	45,2	17	42,4	13	48,0
R97-Rinitis alérgica	28.479	1,5	14	42,4	13	47,6	16	36,9
A77-Otras enfermedades virales NE	27.744	1,4	15	41,3	19	40,6	14	42,1
<b>Total</b>	<b>1.944.777</b>	<b>100</b>		<b>2.897,3</b>		<b>2.891,0</b>		<b>2.903,9</b>

**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, 2013.**

Fuente: 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-Infec respiratoria aguda superior	319.040	9,6	1	210,8	1	162,8	1	257,2
D73-Infeción intestinal inesp/posible	101.771	3,1	2	67,2	2	57,1	3	77,0
D19-Sig/sin de dientes y encías	93.946	2,8	3	62,1	3	52,1	4	71,7
W11-Contracepción oral, en la mujer	92.670	2,8	4	61,2	605		2	120,5
R97-Rinitis alérgica	71.738	2,2	5	47,4	4	42,1	7	52,5
U71-Cistitis/otras infec urinarias	57.434	1,7	6	37,9	74	5,3	5	69,5
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	56.488	1,7	7	37,3	5	29,8	8	44,6
W78-Embarazo	48.292	1,4	8	31,9	605		6	62,8
P01-Sensación ansiedad/tensión	45.760	1,4	9	30,2	13	18,2	9	41,9
L03-Sig/sin lumbares	45.123	1,4	10	29,8	9	22,4	11	37,0
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	41.946	1,3	11	27,7	15	16,9	10	38,2
R96-Asma	40.449	1,2	12	26,7	7	24,9	21	28,5
L01-Sig/sin del cuello	38.906	1,2	13	25,7	19	15,7	12	35,4
S96-Acné	38.518	1,2	14	25,4	10	20,0	17	30,7
D82-Enf de los dientes/encías	36.314	1,1	15	24,0	12	19,3	22	28,5
<b>Total</b>	<b>3.334.822</b>	<b>100</b>		<b>2.203,3</b>		<b>1.533,5</b>		<b>2.851,5</b>

#### 4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Durante 2013 en el grupo de edad de 5 a 14 años los dos motivos más frecuentes de alta hospitalaria los constituyen las patologías del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales respectivas de 7,02 y 6,8 por 1.000 habitantes. En hombres se destaca en tercer lugar las enfermedades del aparato genitourinario (6,8 veces más frecuentes que en mujeres) y en las mujeres las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (Tabla 4.5 y Figura 4.7).

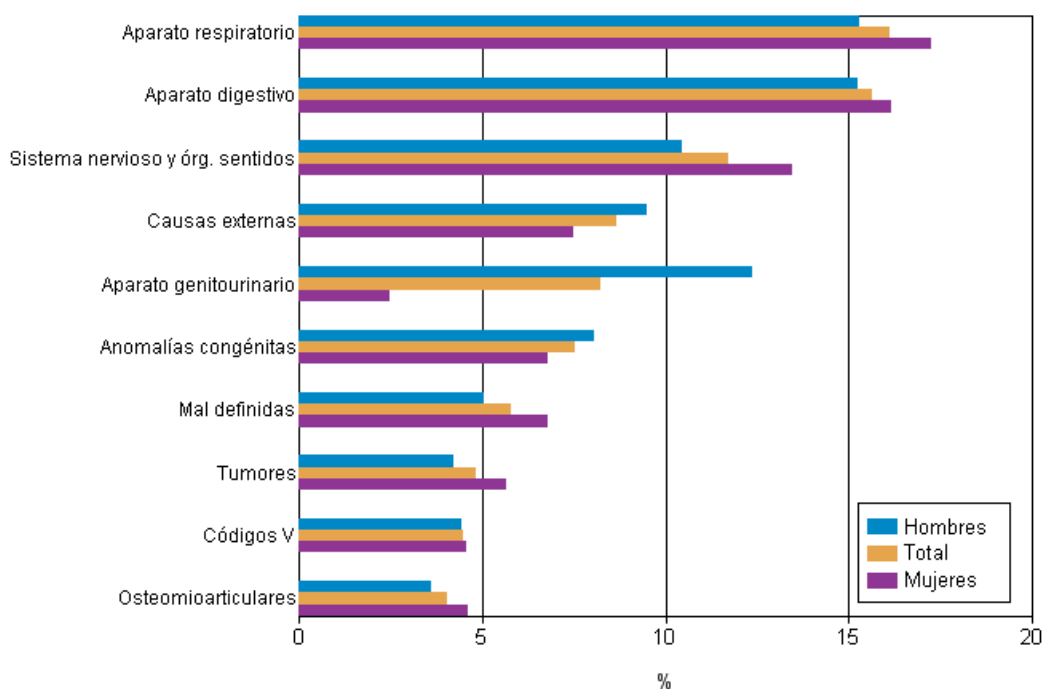
**Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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	2.485	7,54	2.033	6,48	4.518	7,02
Aparato digestivo	2.472	7,50	1.903	6,06	4.375	6,80
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.698	5,15	1.584	5,05	3.284	5,10
Causas externas	1.545	4,69	883	2,81	2.428	3,77
Aparato genitourinario	2.007	6,09	295	0,94	2.302	3,58
Anomalías congénitas	1.311	3,98	802	2,56	2.114	3,28
Mal definidas	819	2,48	801	2,55	1.620	2,52
Tumores	686	2,08	669	2,13	1.355	2,11
Códigos V	722	2,19	541	1,72	1.263	1,96
Osteomioarticulares	587	1,78	545	1,74	1.132	1,76
Infecciosas	482	1,46	404	1,29	886	1,38
Piel y tejido subcutáneo	460	1,40	421	1,34	881	1,37
Sangre y hematopoyéticas	373	1,13	288	0,92	661	1,03
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	210	0,64	241	0,77	451	0,70
Trastornos mentales	169	0,51	240	0,76	410	0,64
<b>Total</b>	<b>16.235</b>	<b>49,24</b>	<b>11.778</b>	<b>37,52</b>	<b>28.017</b>	<b>43,53</b>

**Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



En el grupo de 15 a 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 (28,4 altas por 1.000 habitantes) sean muy superiores a las de los demás grupos de enfermedades. En hombres las primeras causas de hospitalización son las enfermedades del aparato digestivo y las osteomioarticulares. En mujeres el segundo y tercer lugar lo constituyen las enfermedades digestivas y los tumores. (Tabla 4.6 y Figura 4.8).

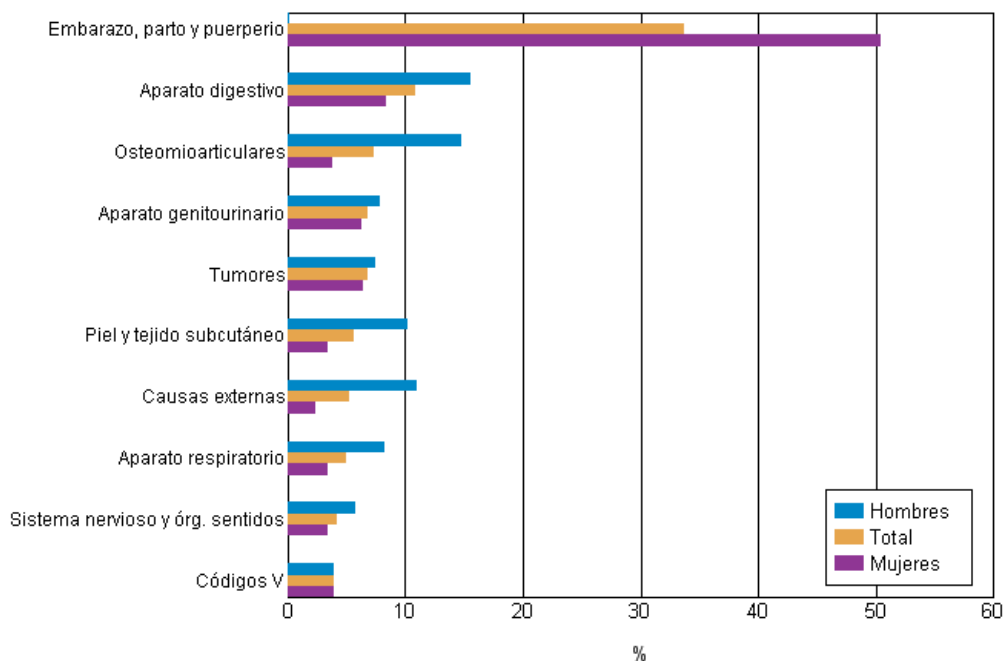
**Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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	--	--	44.983	56,48	44.997	28,44
Aparato digestivo	6.882	8,76	7.522	9,45	14.404	9,10
Osteomioarticulares	6.488	8,25	3.332	4,18	9.823	6,21
Aparato genitourinario	3.483	4,43	5.660	7,11	9.148	5,78
Tumores	3.260	4,15	5.735	7,20	8.997	5,69
Piel y tejido subcutáneo	4.497	5,72	3.048	3,83	7.545	4,77
Causas externas	4.815	6,13	2.106	2,64	6.921	4,37
Aparato respiratorio	3.659	4,65	3.044	3,82	6.704	4,24
Sistema nervioso y órg. sentidos	2.527	3,21	3.033	3,81	5.562	3,51
Códigos V	1.723	2,19	3.541	4,45	5.266	3,33
Trastornos mentales	1.934	2,46	1.849	2,32	3.783	2,39
Aparato circulatorio	1.669	2,12	1.409	1,77	3.079	1,95
Mal definidas	879	1,12	1.146	1,44	2.026	1,28
Infecciosas	1.060	1,35	796	1,00	1.857	1,17
Anomalías congénitas	588	0,75	929	1,17	1.517	0,96
<b>Total</b>	<b>44.080</b>	<b>56,08</b>	<b>89.230</b>	<b>112,04</b>	<b>133.330</b>	<b>84,26</b>

**Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



### 4.3. Factores determinantes

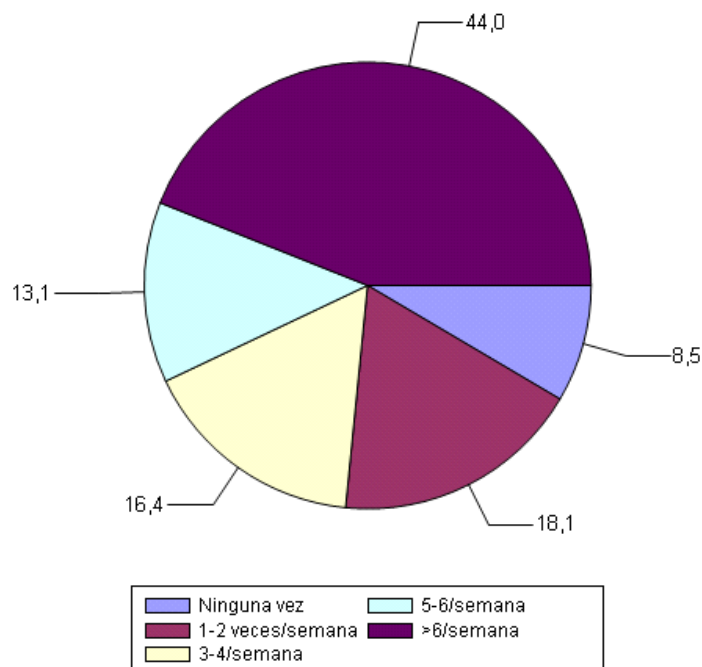
En la Comunidad de Madrid el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el 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 2013 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 fue en 2013 del 26,6%, destacando que un 8,5% no realizaron ninguna vez estas actividades (Figura 4.9). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,3% de los chicos no realizaban al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 41,3% de las chicas. Por el contrario, y como aspecto positivo, cabe destacar que casi tres cuartas partes de este grupo poblacional realiza al menos 3 actividades vigorosas a la semana.

**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, 2013.**

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

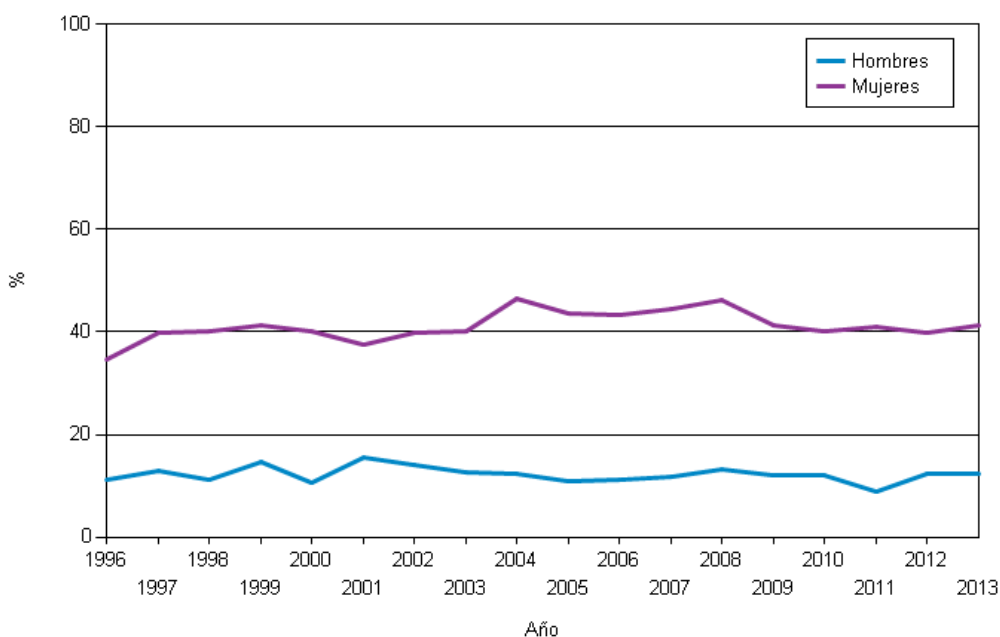


\* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Comparando la estimación promedio del 2012-2013 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 2,5% en los chicos y del 8,9% en las chicas.

**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, 1996-2013.**

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.

En 2010 la Comunidad de Madrid realizó 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” (disponible en: <http://bit.ly/Adez09>) 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 en 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 destacaron 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 destacó 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 aportaba 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.

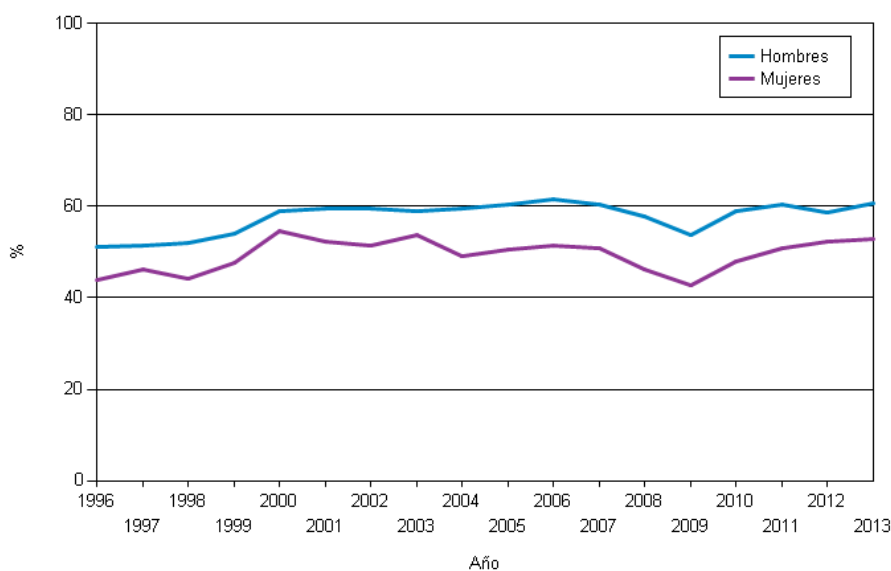
### 4.3.2. Alimentación

A pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando 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 elevado de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas en una parte importante de esta población (Figura 4.11).

**Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.**

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

#### Consumo de menos de dos raciones de fruta al día



#### Consumo de dos o más raciones de bollería al día

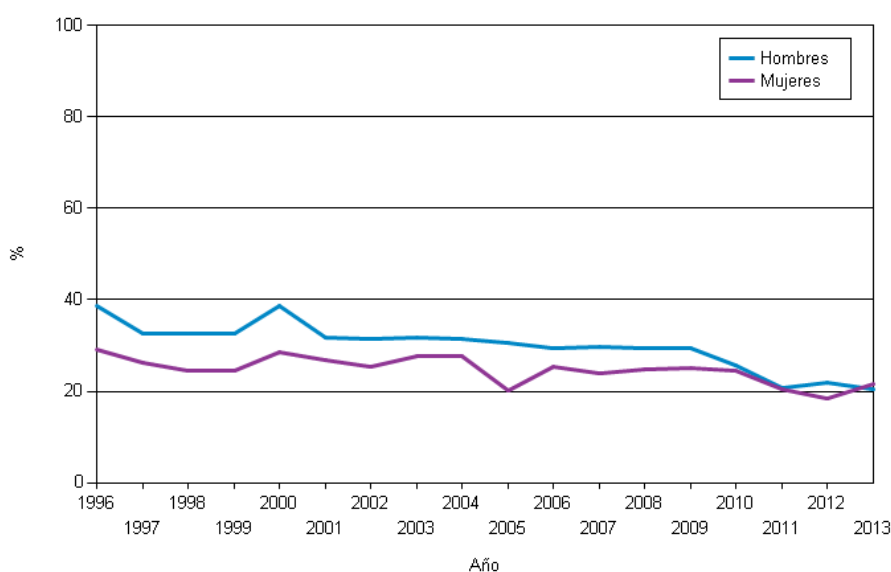
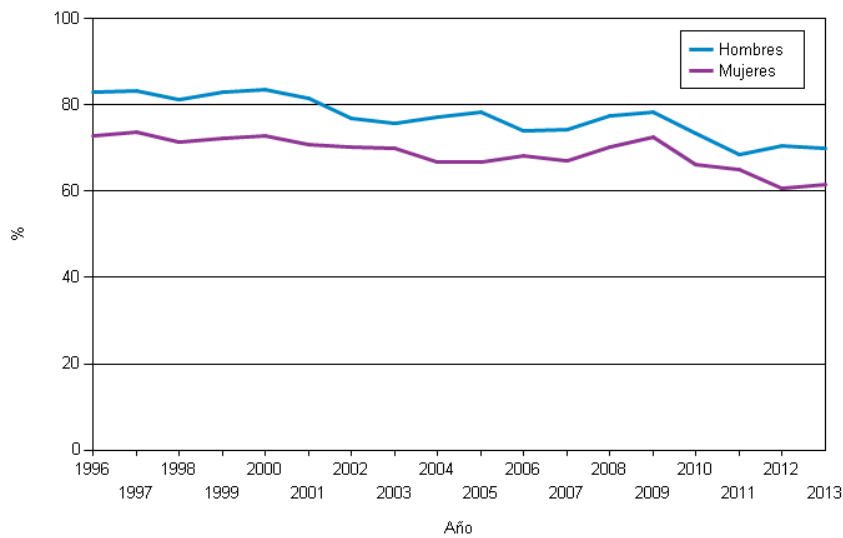


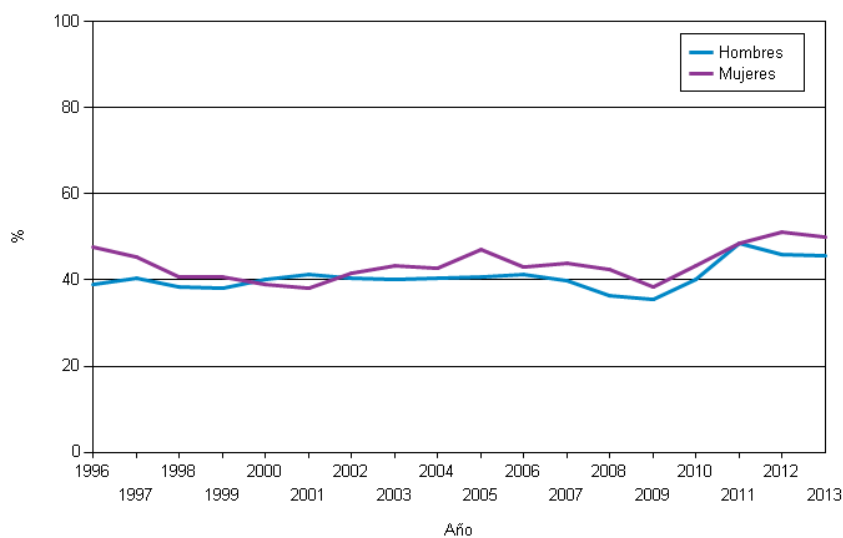
Figura 4.11 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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

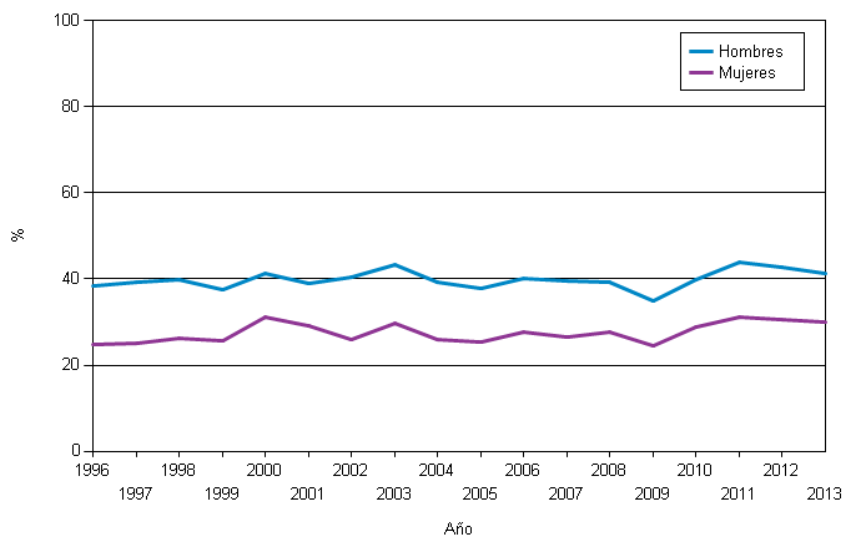
**Consumo de dos o más raciones de productos cárnicos al día**



**Consumo de menos de tres raciones de leche y derivados al día**



**Consumo de menos de una ración de verdura al día**



Comparando con el promedio 1996-1997, en 2012-2013 se observa un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consume menos de 3 raciones al día de estos alimentos aumentó tanto en los chicos (aumento del 15,5%) como en las chicas (aumento del 8,8%).

El consumo de frutas y verduras sigue siendo superior en 2013 en las mujeres. 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 48,5% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 54,3% de los chicos y el 42,6% de las chicas).

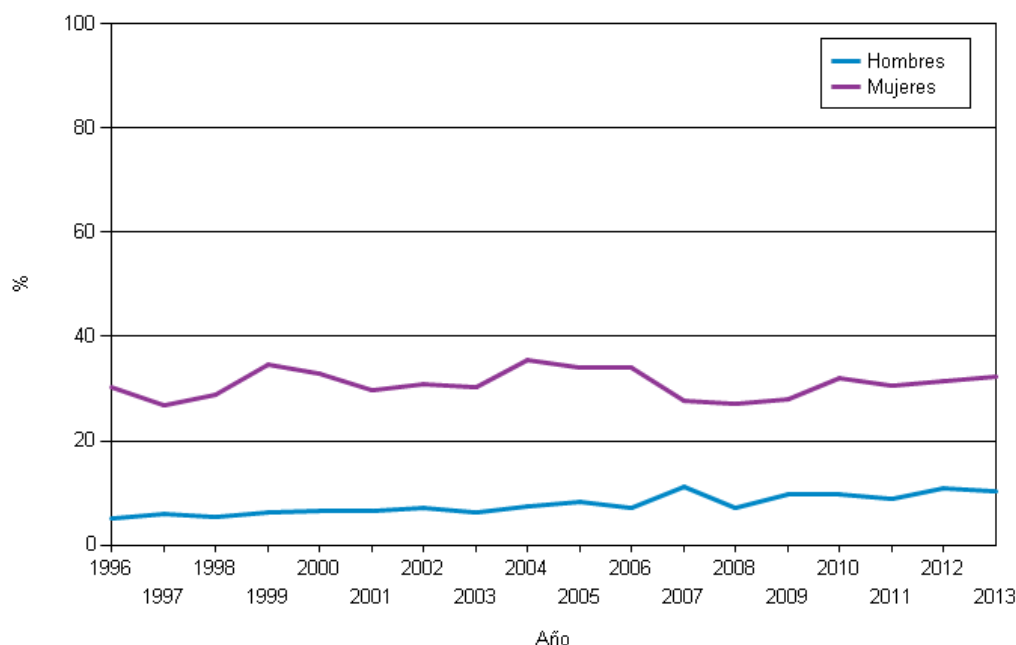
El consumo medio agrupado de carne y derivados es de 2,7 raciones diarias, superior en los chicos que en las chicas. Comparando el periodo 2012-2013 con 1996-1997, se observa un descenso del 15,5% en chicos y del 16,6% en chicas.

La proporción de jóvenes que consumen dos o más veces al día galletas y productos de bollería es de un 21,0%. En los chicos se observa una disminución del 40,4% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas una disminución del 27,5%

El 30,6% de los jóvenes afirmó en 2013 haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,2% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. En los años 2012-2013 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 96,3% en los chicos y un 11,2% 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, 1996-2013.**

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



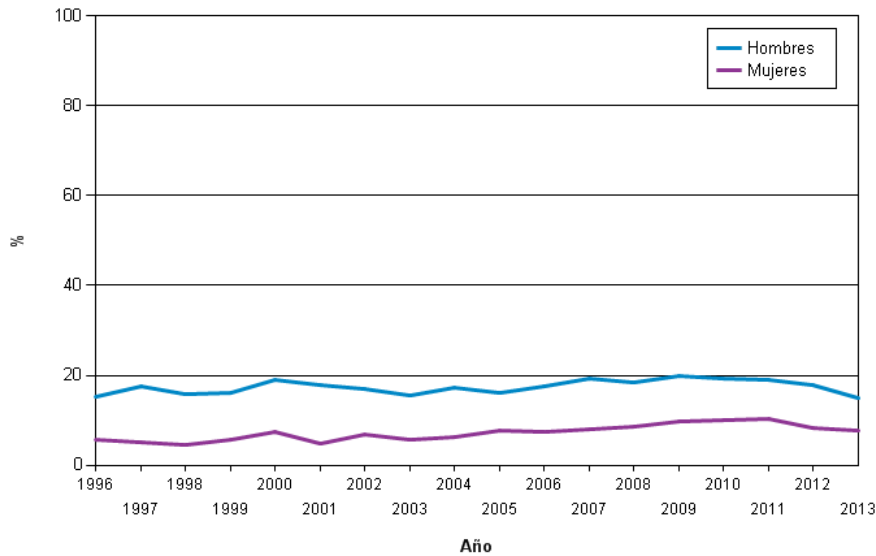
En relación con las conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario, en 2013 el 10,3% de las chicas en alguna ocasión durante el último año no ingirió ningún tipo de alimento en 24 horas, el 6,7% se provocó vómitos para perder peso, y un 4,1% utilizó diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin. El 5,2% 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 2013, tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el 10,1% y 1,4% de los jóvenes tenían sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo la combinación de ambos aproximadamente dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Al comparar la frecuencia observada en 2012-2013 respecto a 1996-1997, la evolución de la prevalencia de sobrepeso u obesidad presenta un incremento del 47,7% en la mujeres, mientras en los hombres no experimenta cambio alguno (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, 1996-2013.

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



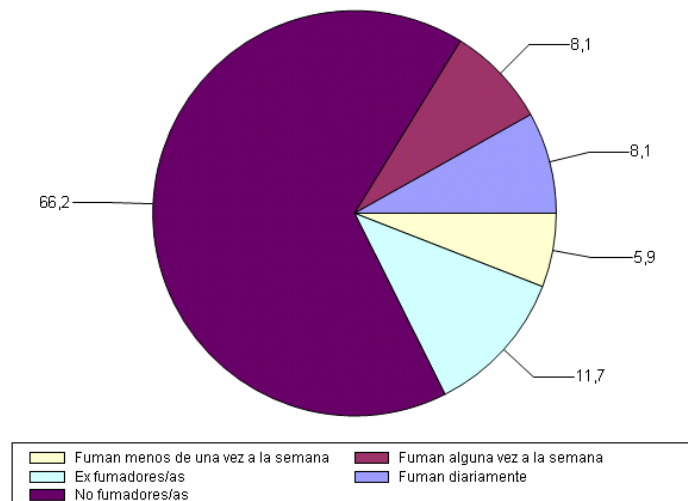
\* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

### 4.3.4. Tabaco

La situación de consumo de tabaco en la población de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15 y 16 años) durante el año 2013 fue la siguiente: el 22,1% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 66,2% no fumaba, y el 11,7% eran exfumadores (Figura 4.14). Del total de jóvenes, el 8,1% fumaba diariamente, y el 8,1% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 16,2% de fumadores habituales.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2013.

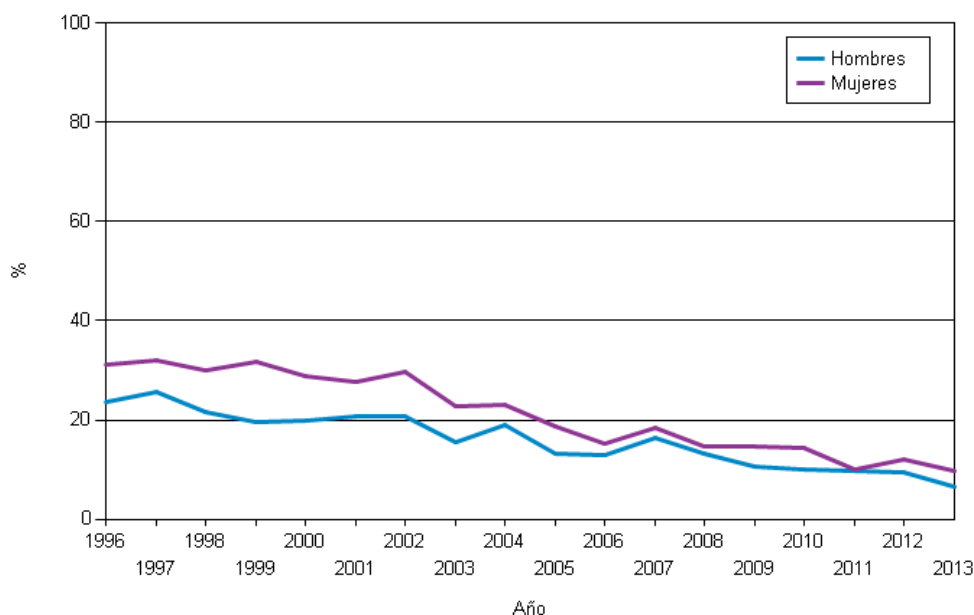
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue mayor en las mujeres (9,8%) que en los hombres (6,5%). 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 (2012/2013) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 67,5% en los chicos y del 65,3% en las chicas. (Figura 4.15).

**Figura 4.15. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.**

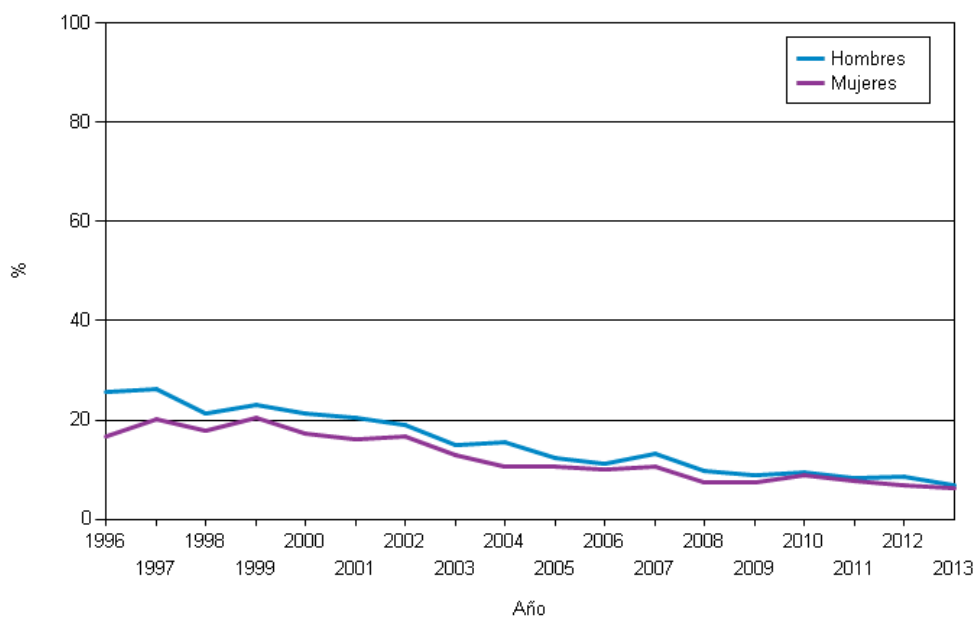
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



El 6,5% del total de entrevistados refirió tener permiso de los padres para fumar (Figura 4.16), aumentando al 31,8% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban.

**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, 1996-2013.**

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

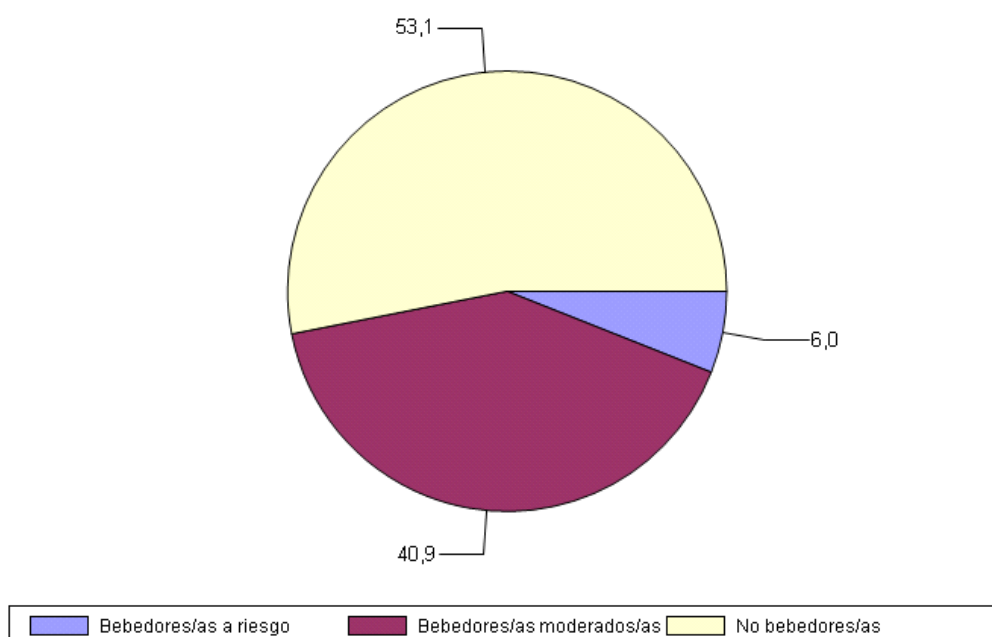


### 4.3.5. Alcohol

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 6,0% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 40,9% como bebedores moderados y el 53,1% 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, 2013.**

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

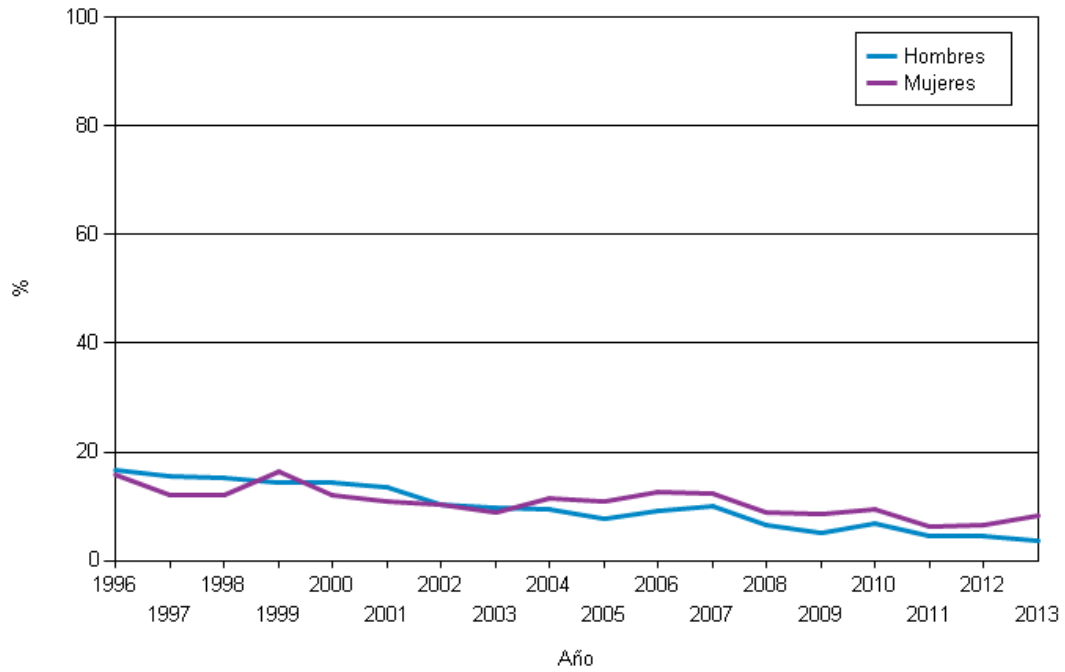
El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 31,8% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días (Figura 4.18).

La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco (Figura 4.18). Comparando los dos últimos años (2012/2013) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 74,8% en los chicos y del 46,8% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes.

**Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.**

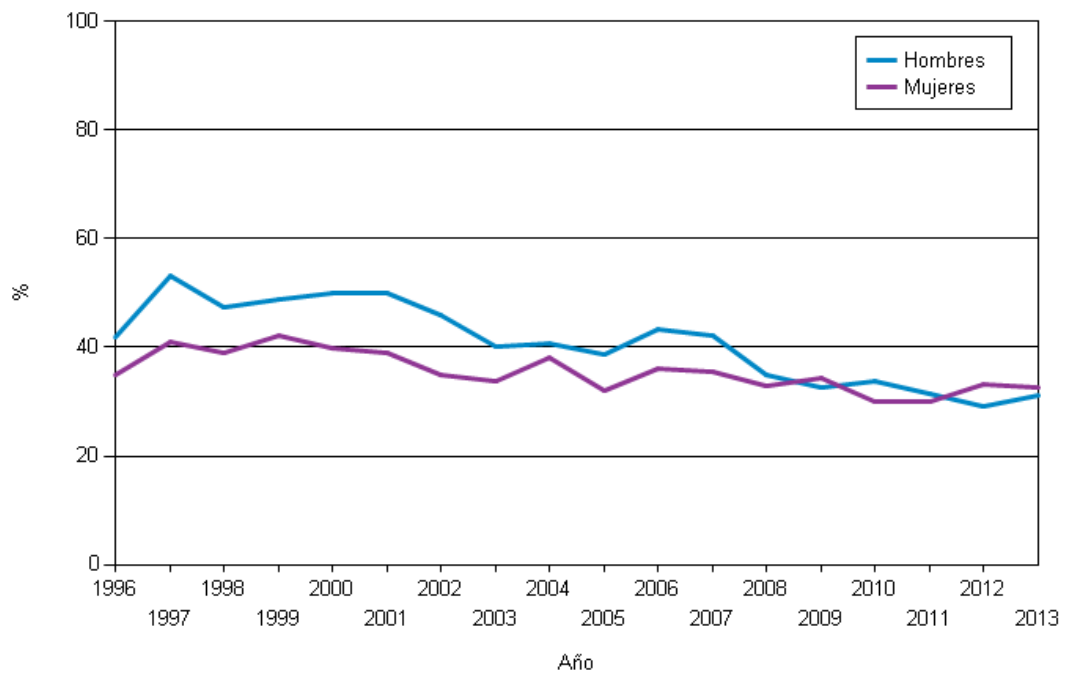
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

**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**

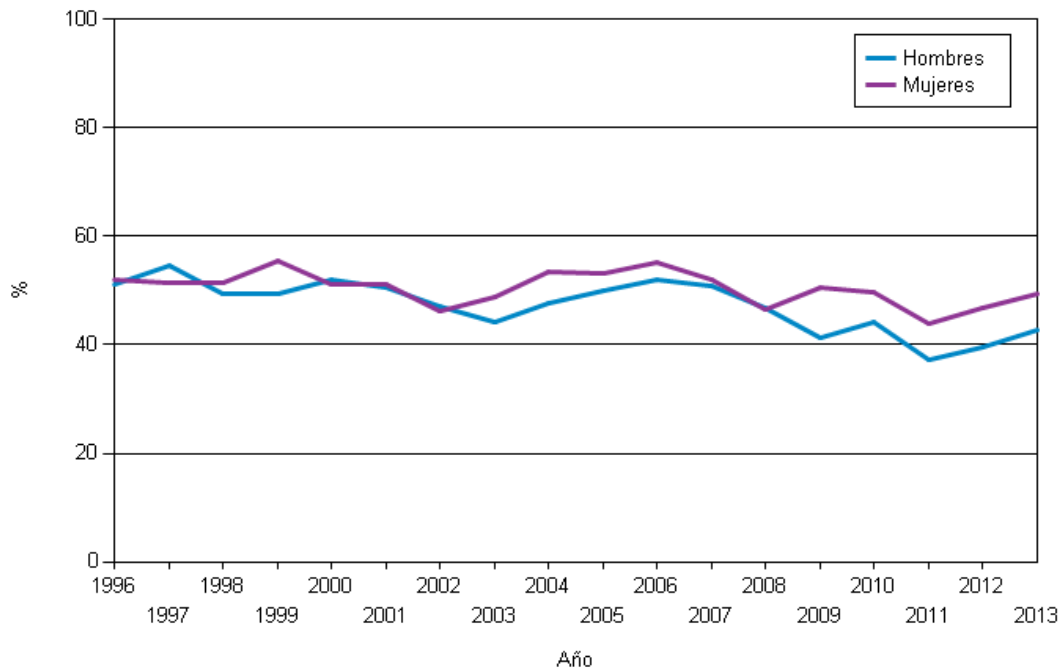


\*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

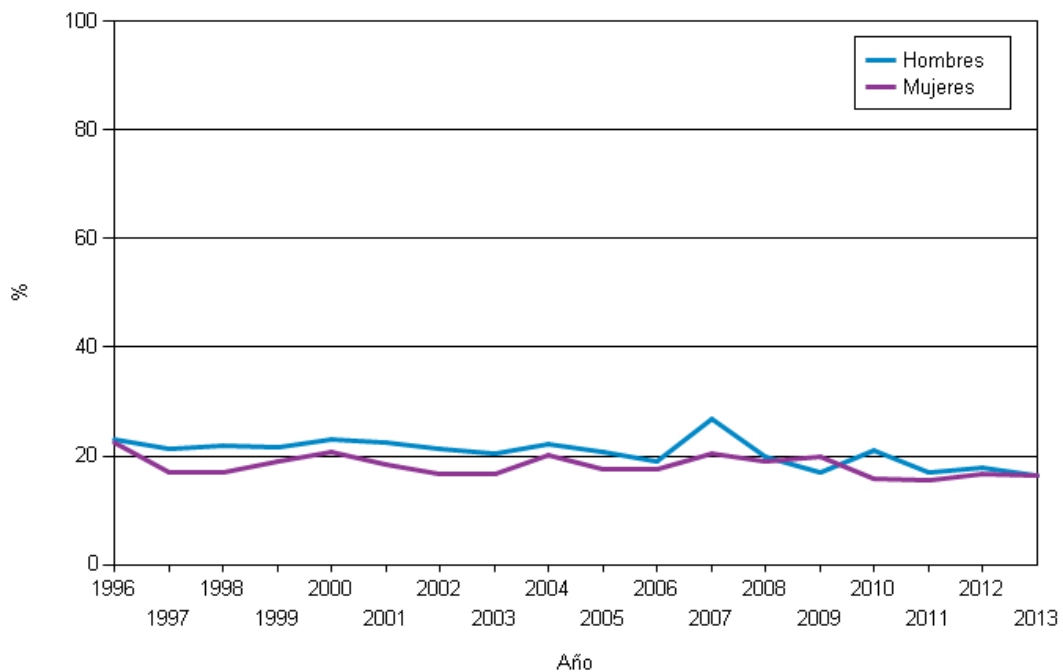
Figura 4.18 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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**





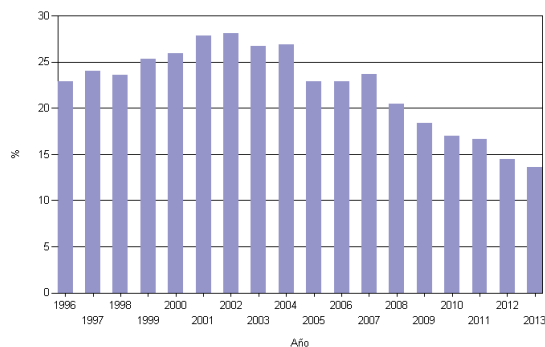
### 4.3.6. Drogas de comercio ilegal

La droga de comercio ilegal más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 13,6% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 8,4% en los últimos 30 días. Entre 1996/1997-2012/2013 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 18,2% en el caso de la heroína, hasta el 82,8% en el caso de los alucinógenos (Figura 4.19).

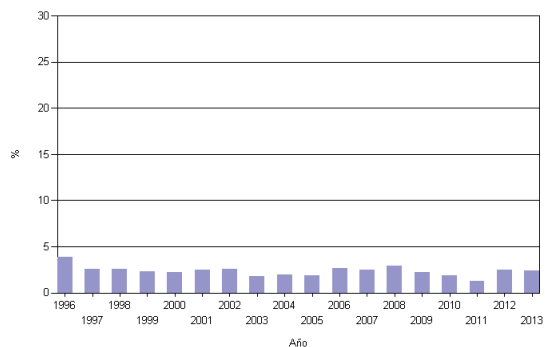
Figura 4.19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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

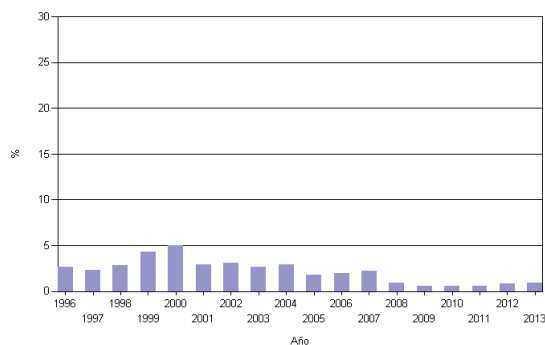
#### Hachís



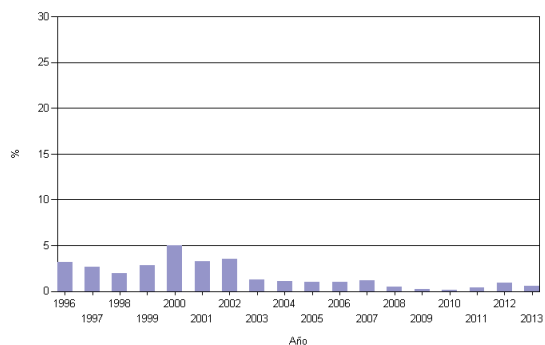
#### Tranquilizantes sin prescripción



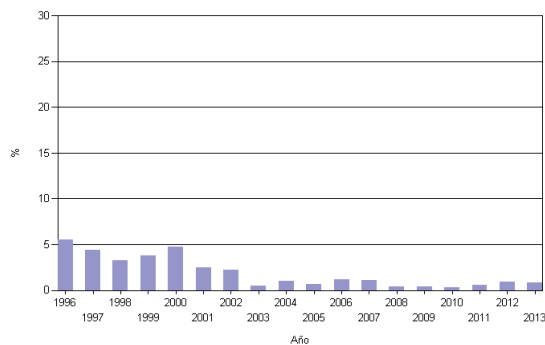
#### Cocaína



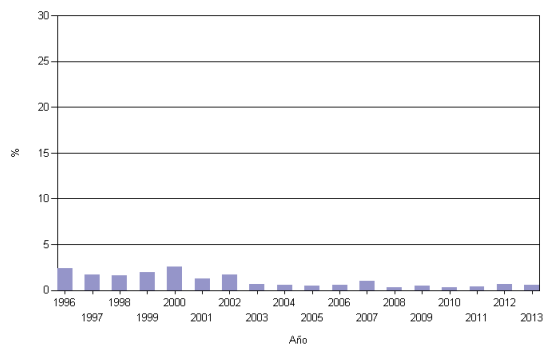
#### Éxtasis u otras drogas de diseño



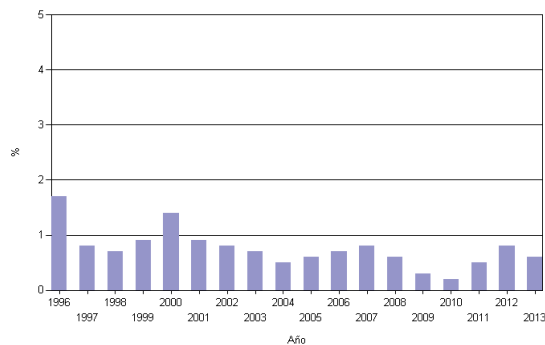
#### Alucinógenos



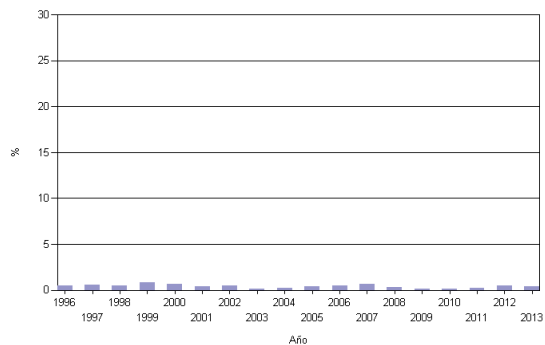
#### Speed o anfetaminas



#### Sustancias volátiles



#### Heroína

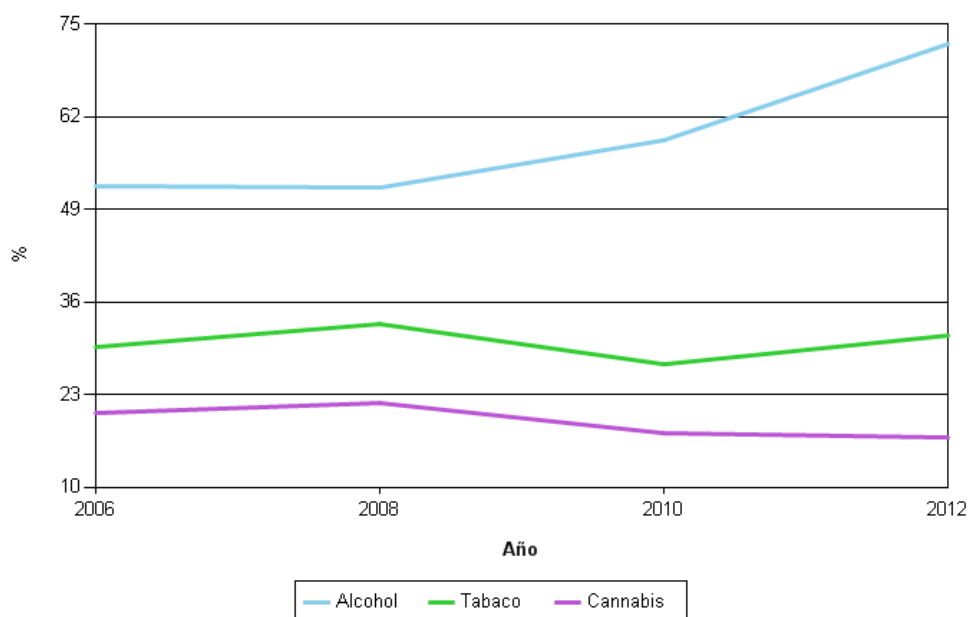


En 2012 se ha realizado una nueva edición de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES 2012) en jóvenes para la Comunidad de Madrid. En ella se recogen datos de consumo de alcohol y tabaco así como de drogas psicoactivas de consumo ilegal, entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

En las figuras [Figura 4.20a](#) y [Figura 4.20b](#) podemos apreciar que el consumo de sustancias en los últimos treinta días (consumo actual) muestra un incremento respecto a 2010 en el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes sin receta. Respecto a las encuestas previas destaca el incremento de consumo de alcohol y la disminución del consumo de cannabis.

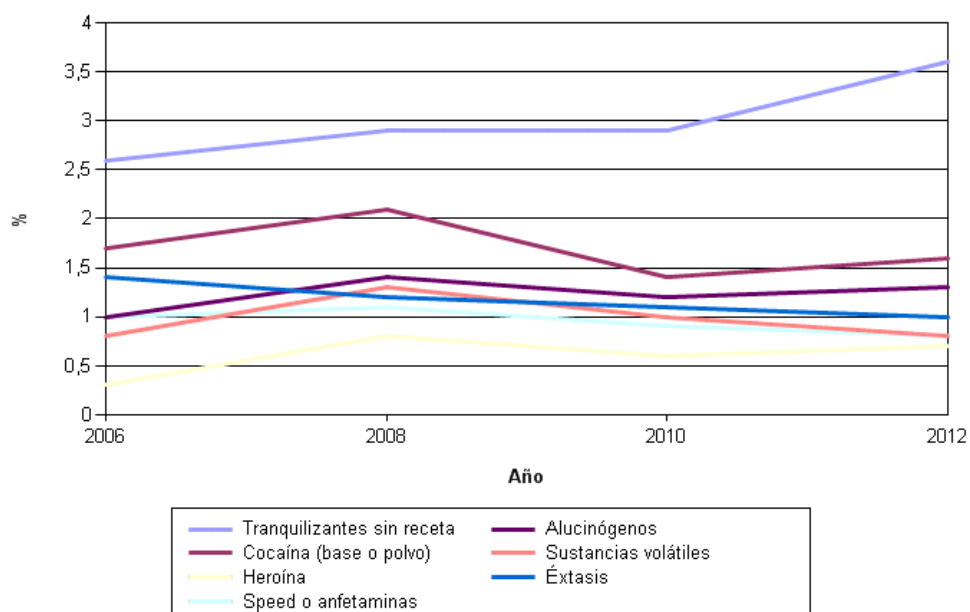
**Figura 4.20a. Prevalencias de consumo de drogas de mayor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010 y 2012.**

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, 2010 y 2012.**

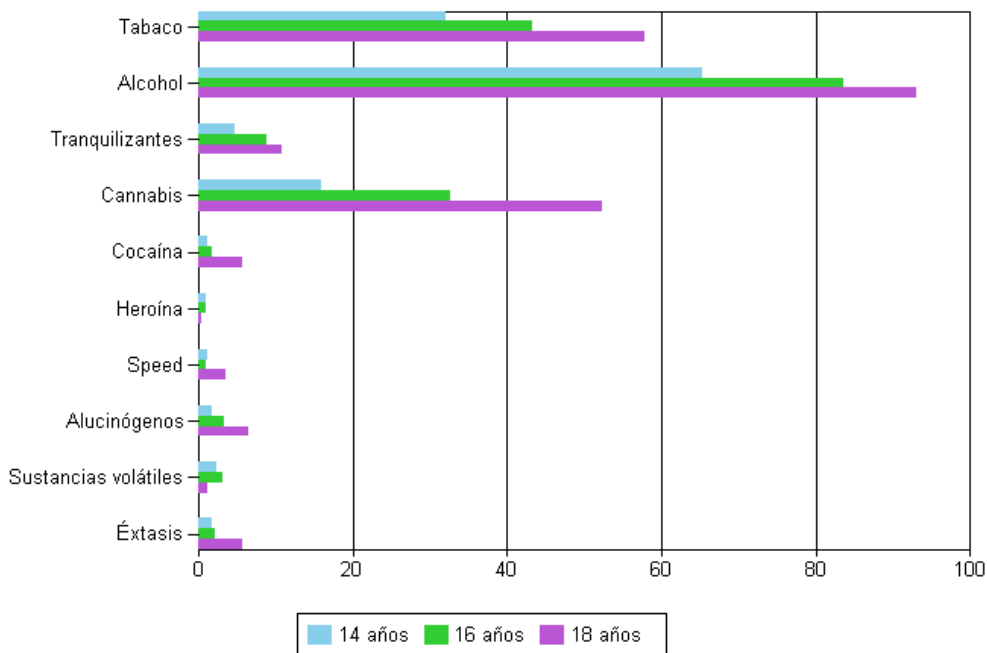
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



En general la prevalencia de consumo aumenta con la edad, entre los 14 y los 18 años, para prácticamente todas las sustancias, exceptuando algunas drogas de muy bajo consumo como la heroína o las sustancias volátiles. La cocaína y el éxtasis son las sustancias cuyo consumo experimenta el mayor incremento entre los 16 y los 18 años, y el cannabis entre los 14 y los 16 años (Figura 4.21).

**Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2010 y 2012.**

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



Un 75,3% 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 4,1 puntos desde la anterior encuesta escolar del 2010 y 11,4 puntos de la encuesta realizada en 2008.

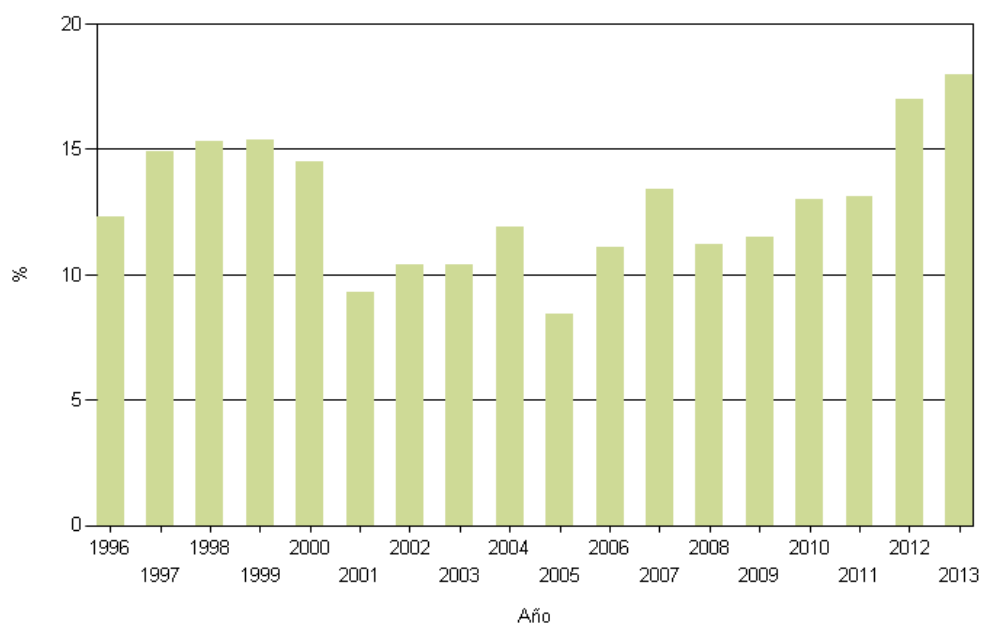
Las vías de información sobre drogas más habituales son, por este orden, las charlas o cursos, la madre, el padre y los medios de comunicación. Los profesores se sitúan en el quinto puesto.

#### 4.3.7. Sexualidad responsable

El 29,0% de los jóvenes de 15-16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas. Un 82,2% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 18,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. En la evolución de este indicador se observó una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a empeorar desde 2006. Entre 1996/1997 y 2012/2013 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 28,7% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (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, 1996-2013.

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



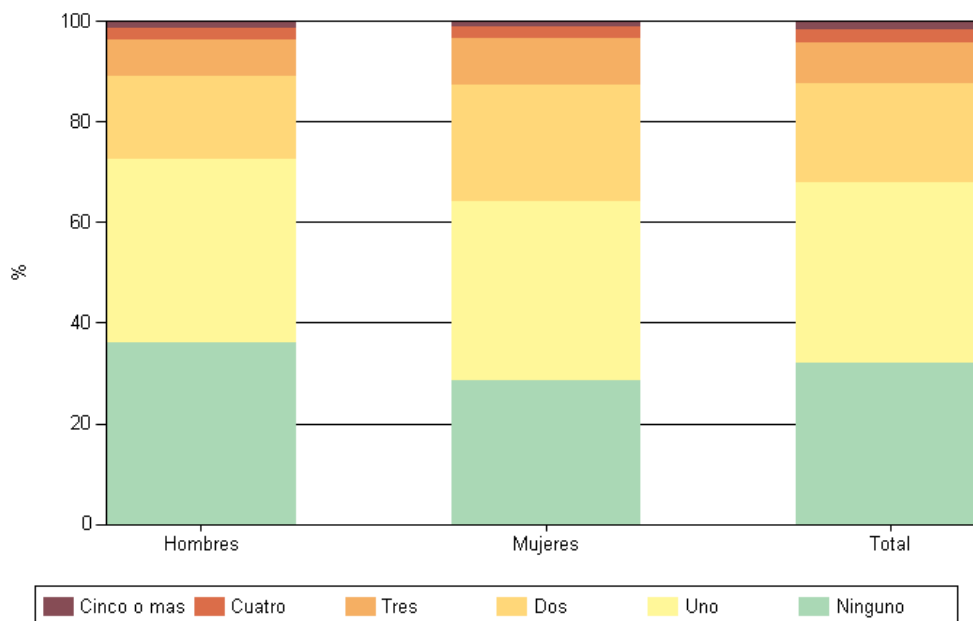
\* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

#### 4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 67,7% del total de jóvenes de 15-16 años tienen algún factor de riesgo de los estudiados. El 19,8% de ellos tienen dos, el 8,2% tres, el 2,4% cuatro, y el 1,8% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es un poco 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, 2013.

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 20,0% en el caso del consumo de alcohol hasta el 58,4% en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indicaron no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo de alcohol, tabaco 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, 1996-2013.**

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 2013 se notificaron al Registro de la CM 23.208, cifra inferior en un 2,0% a la correspondiente a 2012. De ellas, 19.669 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM).

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 2013 las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les practicó interrupción del embarazo fuera de esta Comunidad fueron 26.

La tasa de IVE en 2013 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 13,89 por mil. El 56,3% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 8,78 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 26,1 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 28,9 ±7 años, el 0,4% (74 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,5% (105 mujeres) más de 44 años. Cerca de un 10% tenían menos de 20 años.

La evolución de la tasa de IVE en la Comunidad de Madrid y España muestra una tendencia ascendente desde 2001 hasta 2008, presentando luego oscilaciones con una tendencia descendente en Madrid y ligeramente en aumento en España (Figura.4.25). Madrid, Parla y Torrejón de Ardoz presentan por este orden 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 a 44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2012.**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

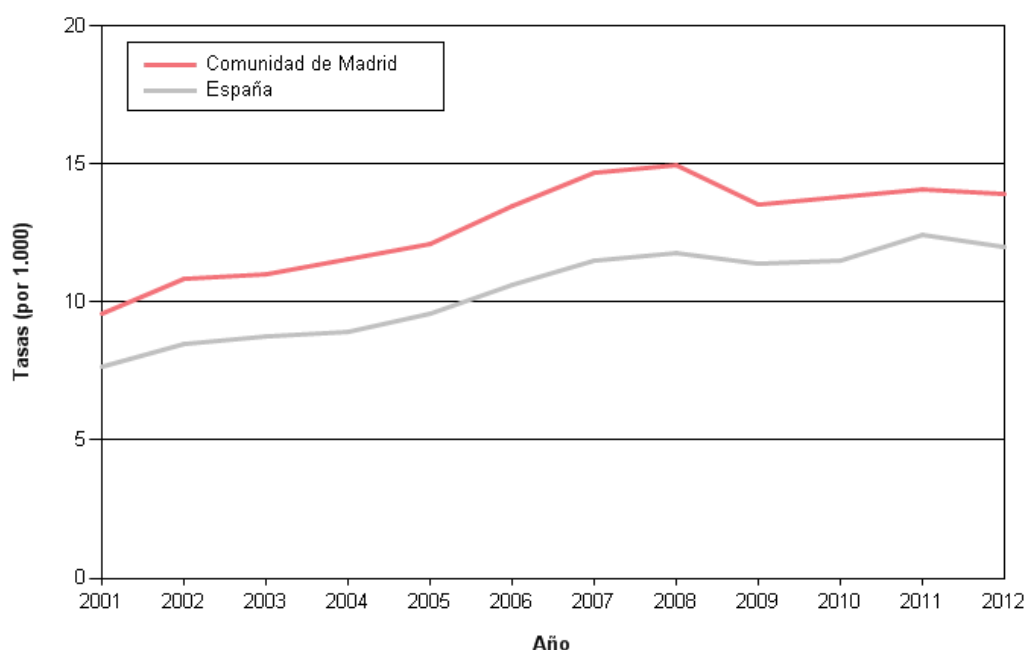


Tabla 4.7. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

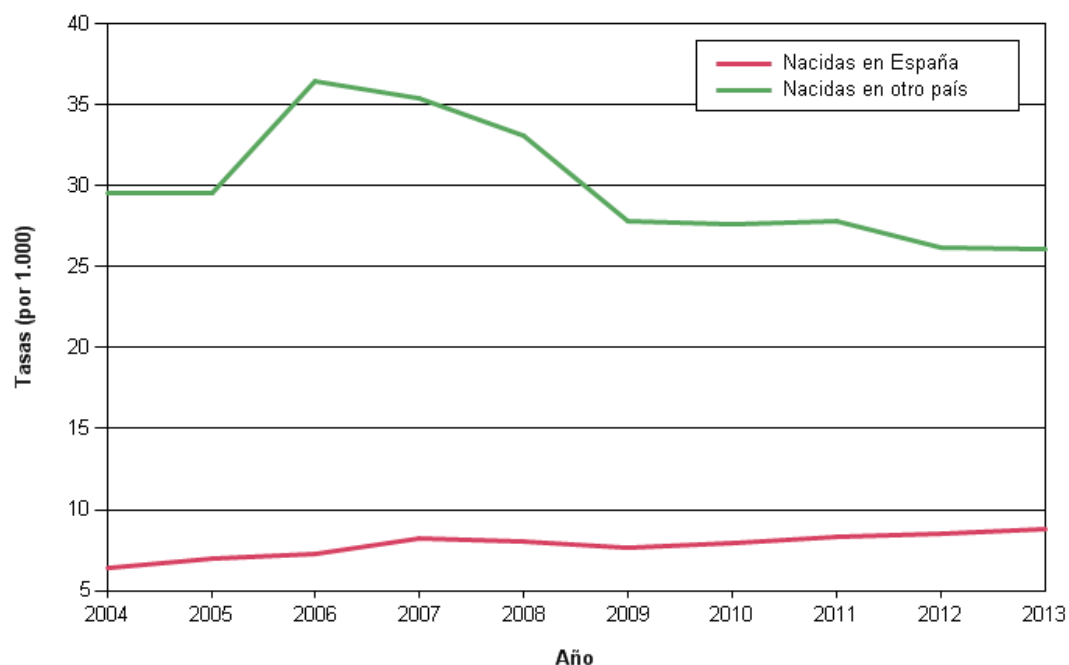
Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alcalá de Henares	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09
Alcobendas	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51
Alcorcón	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82
Fuenlabrada	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41
Getafe	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26
Leganés	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88
Madrid	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07
Móstoles	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07
Parla	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89
Torrejón de Ardoz	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89
Resto CM	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11
<b>Total CM</b>	<b>9,60</b>	<b>10,85</b>	<b>11,02</b>	<b>11,54</b>	<b>12,08</b>	<b>13,49</b>	<b>14,68</b>	<b>14,95</b>	<b>13,54</b>	<b>13,80</b>	<b>14,09</b>	<b>13,92</b>	<b>13,89</b>

Si analizamos la evolución de las tasas por lugar de origen, observamos que en las mujeres foráneas el descenso comenzó en 2007, disminuyendo de forma importante hasta 2009, y manteniéndose en los años sucesivos. Para las mujeres autóctonas la tendencia es suavemente ascendente desde 2004 (6,40 por mil mujeres en edad fértil), alcanzando en 2013 una tasa de 8,78 por mil mujeres en edad fértil. (Figura 4.26).

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, 2004-2013.

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 (66,0% vs. 43,1%) y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (51,8% vs. 31,4%).

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2013.

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

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Grupos de Edad	10-14	41	0,5	35	0,3	76	0,4
	15-19	964	11,2	914	8,3	1.878	9,5
	20-24	1.827	21,3	2.202	19,9	4.027	20,5
	25-29	1.829	21,3	2.618	23,6	4.446	22,6
	30-34	1.710	19,9	2.710	24,5	4.419	22,5
	35-39	1.531	17,8	1.868	16,9	3.396	17,3
	40-44	642	7,5	673	6,1	1.315	6,7
	45 o más	51	0,6	54	0,5	105	0,5
Convivencia	Sola	1.185	13,8	1.968	17,8	3.153	16,0
	En pareja	3.665	42,7	5.657	51,1	9.322	47,4
	Con familia	3.439	40,0	2.841	25,7	6.280	31,9
	Otras personas	296	3,4	598	5,4	894	4,5
	No Consta	10	0,1	10	0,1	20	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	45	0,5	67	0,6	112	0,6
	Primer grado	1.056	12,3	1.235	11,2	2.291	11,6
	ESO y equivalentes	2.607	30,3	3.798	34,3	6.405	32,6
	Bachiller/ciclos FP	2.482	28,9	4.751	42,9	7.233	36,8
	Universitaria	2.386	27,8	1.214	11,0		
	Inclasificable	10	0,1	2	0,0	12	0,1
	N/C	9	0,1	7	0,1		
Ingresos económicos propios	Si	4.916	57,2	6.963	62,9	11.879	60,4
	No	3.677	42,8	4.110	37,1	7.787	39,6
	Desconocido	2	0,0	1	0,0	3	0,0
Procedencia de los ingresos	Pareja	856	23,3	1.476	35,9	2.332	29,9
	Familiares	2.237	60,8	1.883	45,8	4.120	52,9
	Otros	445	12,1	581	14,1	1.026	13,2
	No consta	141	3,8	171	4,2	312	4,0
	Total (no ingresos)	3.679	100,0	4.111	100,0	7.790	100,0



Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2013.

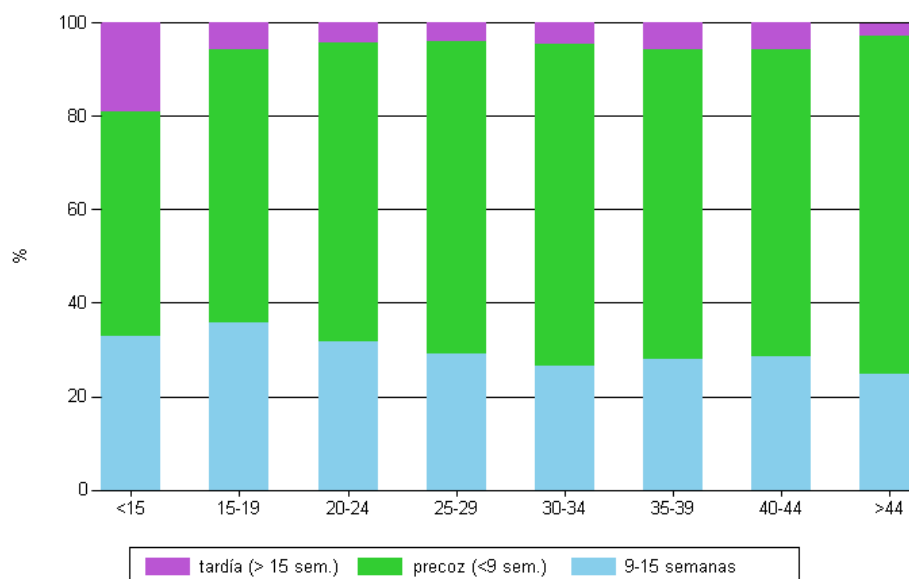
Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Número de hijos vivos	1	1.988	23,1	3.576	32,3	5.563	28,3
	2	1.334	15,5	2.547	23,0	3.881	19,7
	3	294	3,4	884	8,0	1.178	6,0
	4 o más	92	1,1	307	2,8	398	2,0
	No hijos	4.888	56,9	3.761	34,0	8.649	44,0
Si tiene hijos: años desde el último parto	1	565	15,2	871	11,9	1.436	13,0
	2	539	14,5	783	10,7	1.322	12,0
	3	471	12,7	721	9,9	1.192	10,8
	4	366	9,9	703	9,6	1.069	9,7
	5	339	9,1	592	8,1	931	8,4
	En el mismo año	134	3,6	130	1,8	264	2,4
	Más de 5	1.292	34,9	3.514	48,0	4.806	43,6
Total de las que tienen hijos vivos		3.706		7.314		11.020	
Número de IVE previas	1	1.920	22,3	3.603	32,5	5.523	28,1
	2	542	6,3	1.416	12,8	1.958	10,0
	3	168	2,0	438	4,0	606	3,1
	4 o más	73	0,8	279	2,5	352	1,8
	Ninguna	5.892	68,6	5.338	48,2	11.230	57,1
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	1	545	20,2	1.224	21,4	1.769	21,0
	2	362	13,4	935	16,3	1.297	15,4
	3	303	11,2	783	13,7	1.086	12,9
	4	225	8,3	501	8,7	726	8,6
	En el mismo año	207	7,7	329	5,7	536	6,4
	Más de 5	882	32,6	1.517	26,5	2.399	28,4
<b>Total</b>		<b>8.595</b>		<b>11.074</b>		<b>19.669</b>	

El 84,8% de las 19.669 mujeres a las que se les realizó una IVE en 2013 se acogió al primer supuesto de la vigente ley: "a petición de la mujer" (<15 semanas). El 2,7% de los abortos fueron motivados por anomalías fetales. El 65,7% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación (aborto precoz), cifra que va en aumento en los últimos años, y un 4,8% después de la semana 15 (aborto tardío) (Figura 4.27).

Figura 4.27. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2013.

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



El 43,6% de las mujeres obtuvo la información para acceder a la IVE fuera de circuitos sanitarios y el 55,8% la obtuvo en un centro sanitario. Del total de mujeres el 39,0% recibió la información en un centro sanitario público.

Respecto a la financiación, el 57,5% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Sólo el 0,07% de las notificaciones (13 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 cada año, en los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 34 años, se sitúa en torno al 70-75% y 60-65% respectivamente. Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15 a 34 años y la población extranjera acude menos en general, pero sobre todo en el grupo de 5 a 14 años.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, en los hombres de 5 a 14 años la patología genitourinaria es mucho más frecuente que en mujeres y ocupa el tercer motivo de alta (a expensas de patología prepucial y fimosis), tras la patología del aparato respiratorio y digestivo. En las mujeres entre 15 y 34 años las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, al incluir el parto normal, son el motivo de alta predominante, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo y tumores; en hombres las tres primeras causas son las enfermedades del aparato digestivo, las osteomioarticulares y las provocadas por causas externas.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,3% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,3% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género se han postulado 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 14,9% de los hombres y el 7,8% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2013 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 36,8%.

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 32,2% de las chicas de 15 a 16 años realizaron en 2013, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 15% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24 horas, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 22,1% de los jóvenes entre 15 y 16 años son fumadores habituales en 2013. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 más del 65%. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (6% en 2013), en los que el descenso ha sido del 75% en chicos y del 47% en chicas. De la misma forma ha descendido el consumo de todas las drogas ilegales durante la última década.

La tasa de IVE en 2013 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 13,9 por mil, superior a la española en 2012: 12,01 por mil. El 56,3% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2013 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha subido durante el periodo 2004-2013 un 37,2%, y en las no españolas ha descendido un 11,5%, habiendo llegado a una tasa máxima en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 43,6% 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**

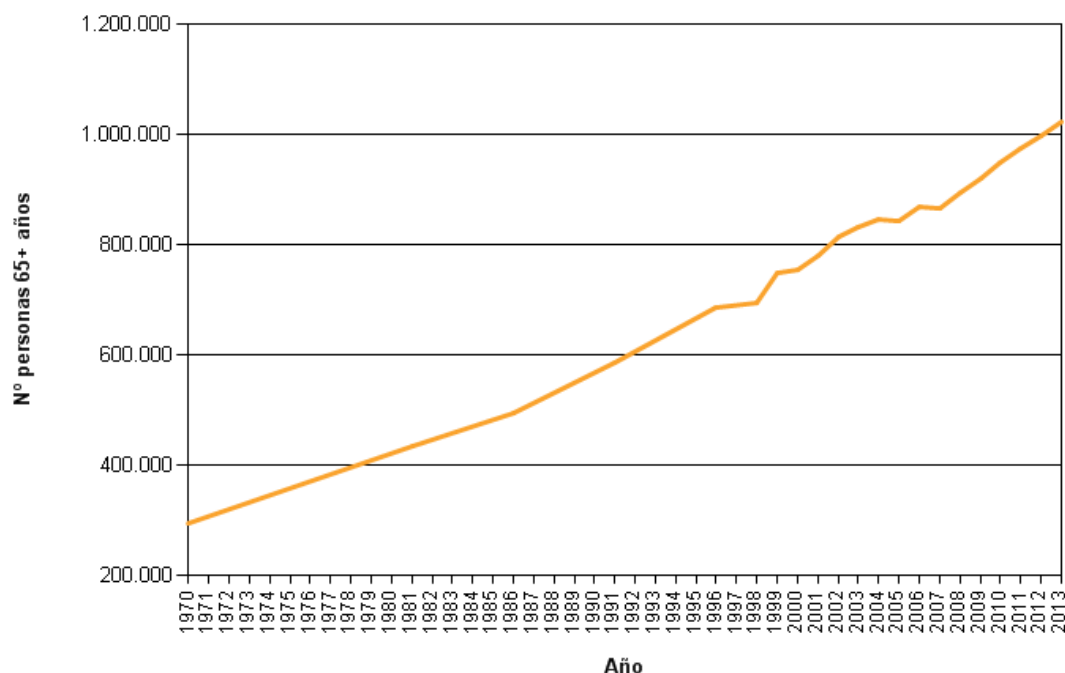
## 5.1. Aspectos demográficos

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 15,7% a primero de enero de 2013 (Padrón continuo), por debajo de la media del conjunto de España (17,7%) y mucho menor que la Comunidad Autónoma con mayor proporción (Castilla y León, 23,3%) y que la provincia más envejecida (Ourense, 29,6%). Con menor proporción que Madrid sólo se encuentran, en 2013, las Comunidades de Baleares (14,7%), Murcia (14,5%) y Canarias (14,5%).

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 1996-2007 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. Así, en los años siguientes la tendencia recobra su línea ascendente, a medida que se han ido incorporando 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, 1970-2013.**

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

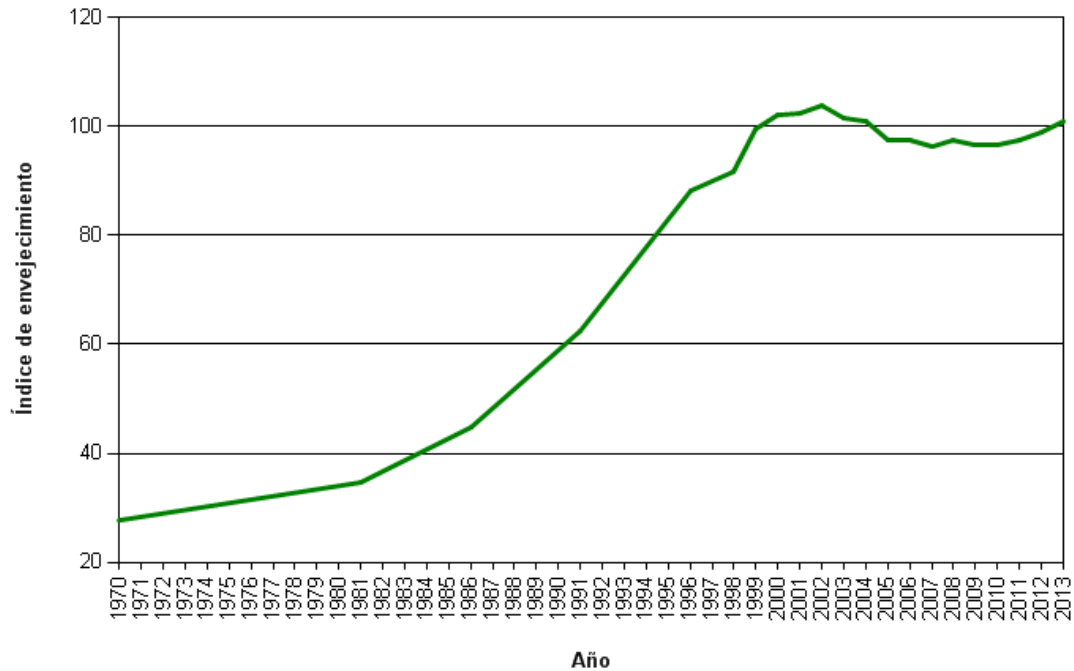


Esta misma razón explica, en parte, la evolución reciente del índice de Envejecimiento (proporción de personas de 65 y más años de edad sobre menores de 15) de la población madrileña (Figura 5.2). Sin embargo, en este indicador participa también de manera determinante la evolución de la fecundidad. De 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 años siguientes, 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. Como era de esperar, en los últimos años la llegada a esas edades de generaciones más llenas y con mayor nivel de supervivencia, así como la caída en los nacimientos desde 2009, han provocado un repunte del índice de envejecimiento. El intenso aporte migratorio a principios de este siglo, 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, 1970-2013.**

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 164,6% (Figura 5.3), con un 21,4% de la población con 65 o más años (Figura 5.4), y un índice de dependencia de mayores del 32,6% (Figura 5.5), siendo la Oeste la más joven (77,0%, 12,5% y 17,6%, respectivamente). La Dirección Asistencial con mayor nivel de sobre-envejecimiento (aquella donde el grupo de personas mayores está más envejecido) es también la Centro, donde 16,3 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).

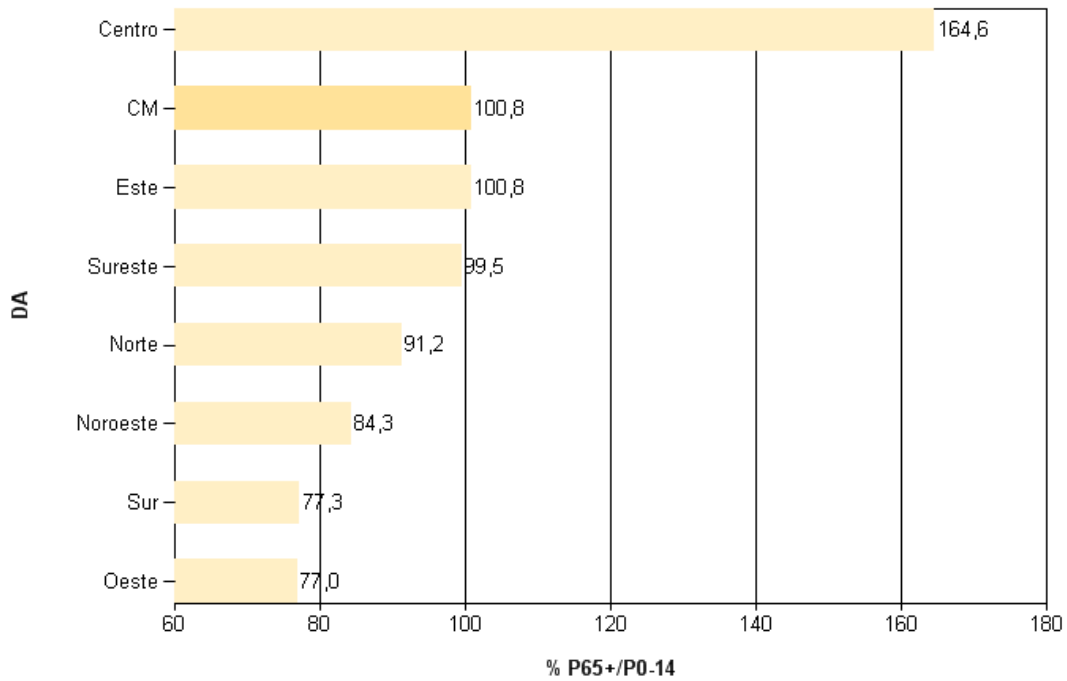
**Tabla 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2013.**

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	17,8	24,5	2,2	4,6	12,6	18,7	26,2	38,5	123,4	207,3
Norte	13,1	16,7	1,4	2,9	10,8	17,6	18,8	24,5	74,8	108,5
Este	13,7	18,0	1,4	2,8	9,9	15,6	19,7	26,8	81,1	121,7
Sureste	12,8	17,5	1,4	2,9	10,5	16,7	18,1	25,8	78,7	121,6
Sur	12,0	14,7	0,8	2,0	7,1	13,5	17,1	21,4	67,1	88,1
Oeste	11,3	13,7	0,9	2,0	7,7	14,9	15,7	19,5	66,7	87,8
Noroeste	11,8	16,0	1,3	3,1	10,8	19,3	16,7	23,3	67,2	102,1
CM	13,4	17,9	1,4	3,1	10,4	17,1	19,2	26,5	80,7	122,0

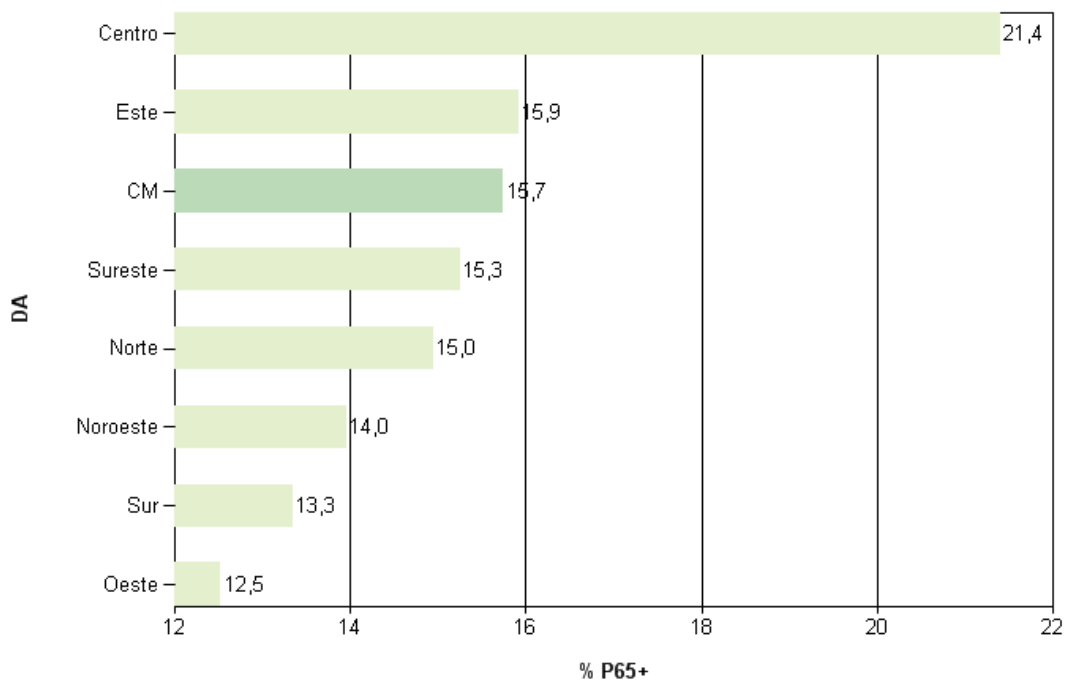
**Figura 5.3. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2013.**

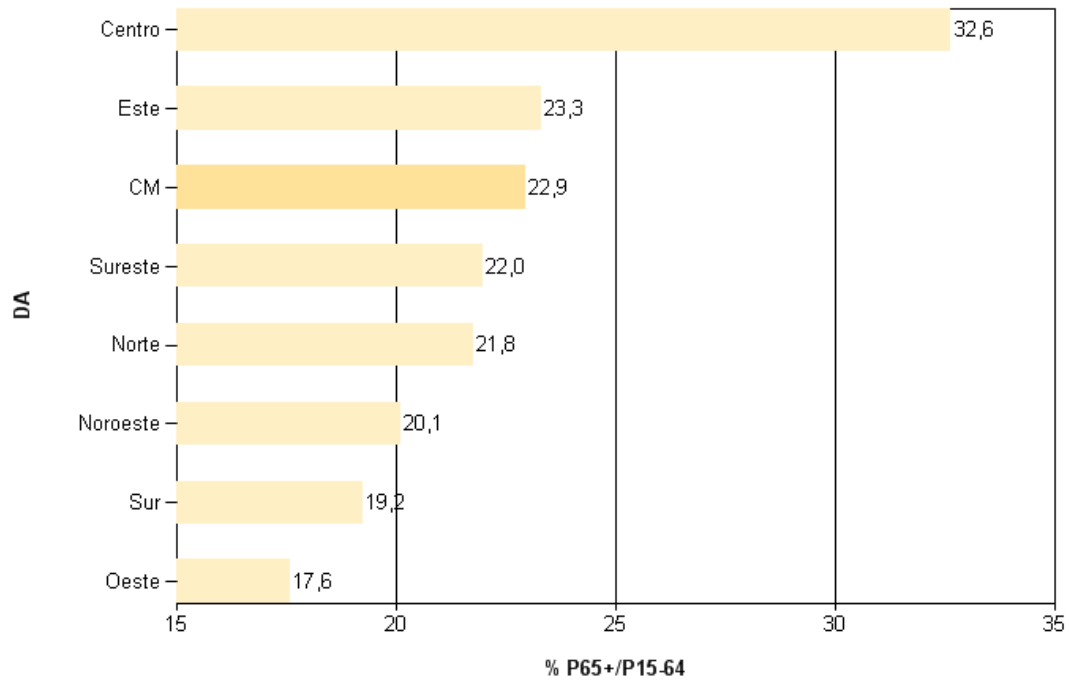
Fuente: Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.





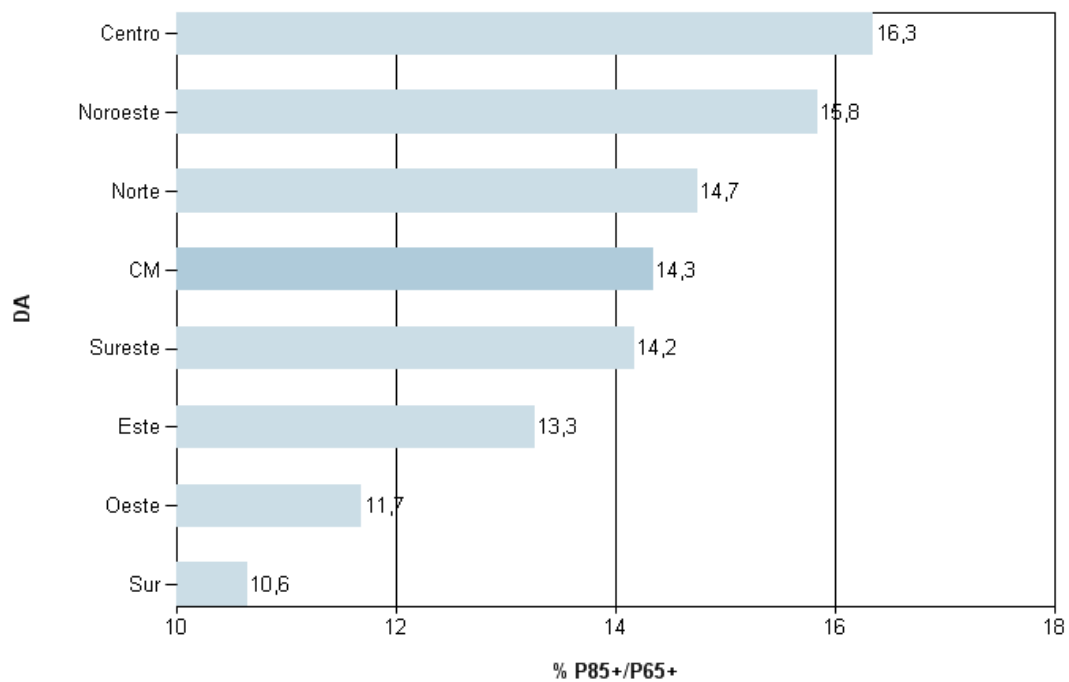
**Figura 5.5. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



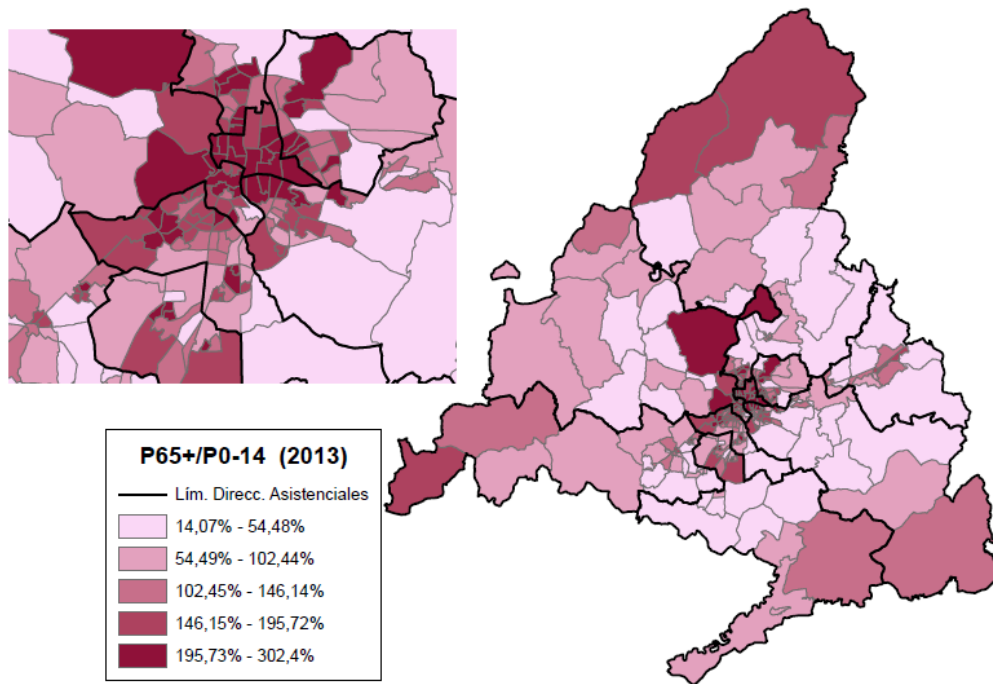
**Figura 5.6. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



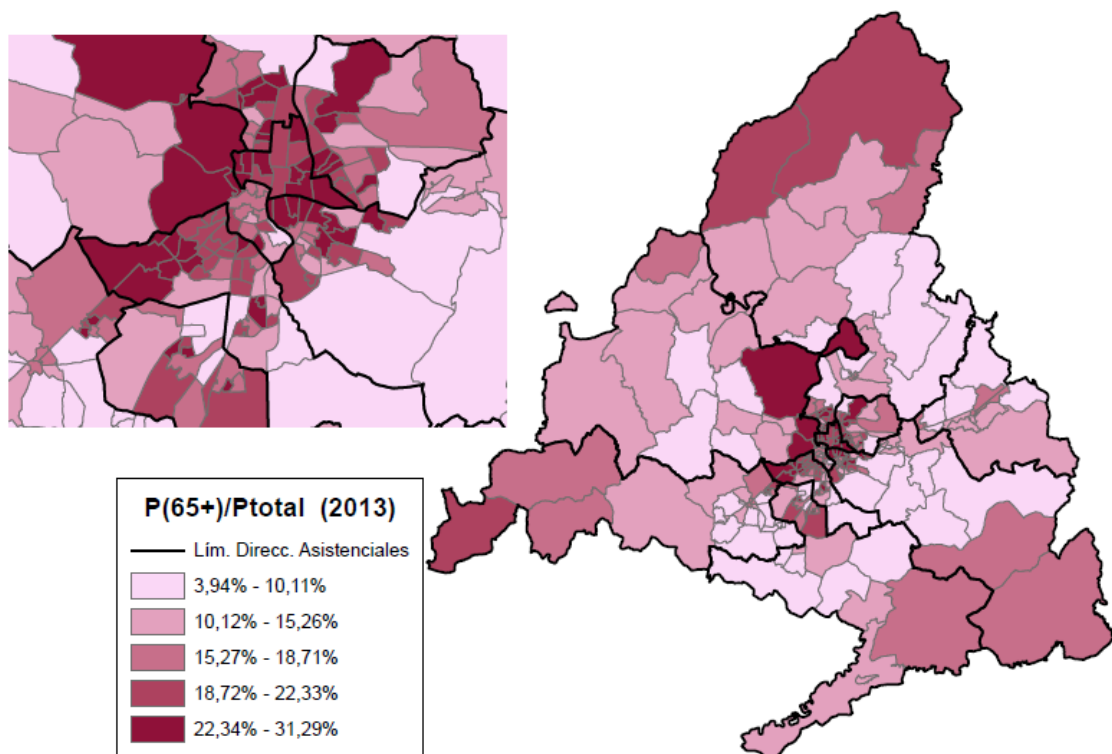
**Figura 5.7. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre la población de 0 a 14 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



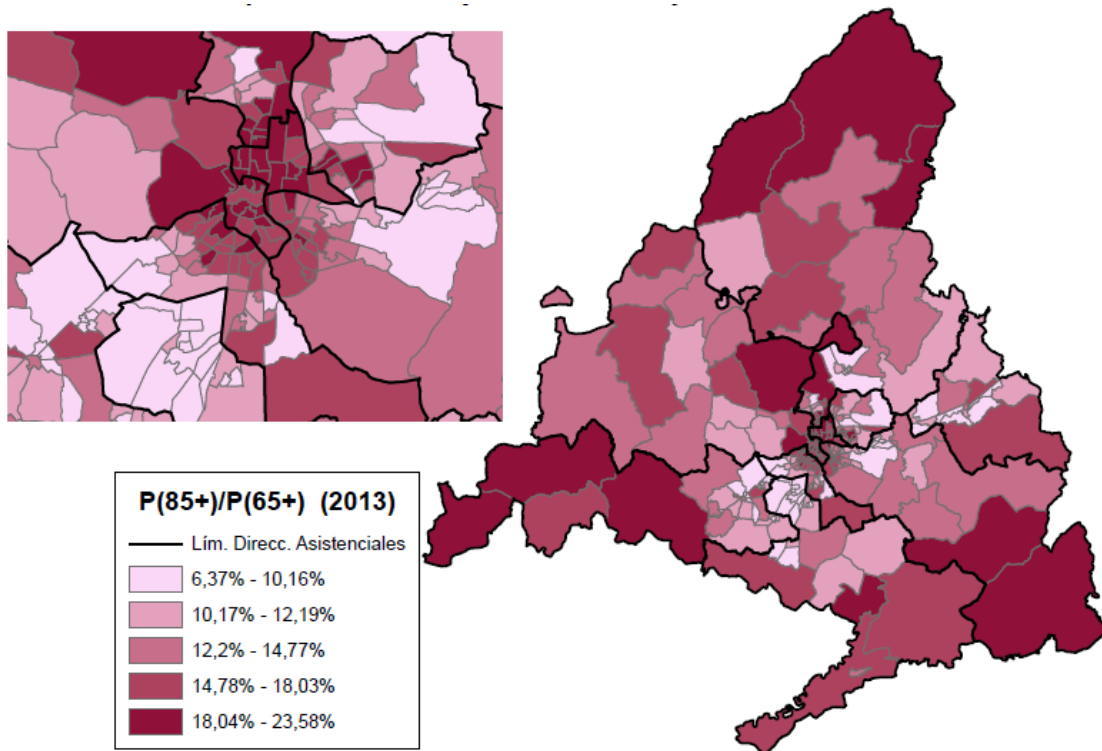
**Figura 5.8. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



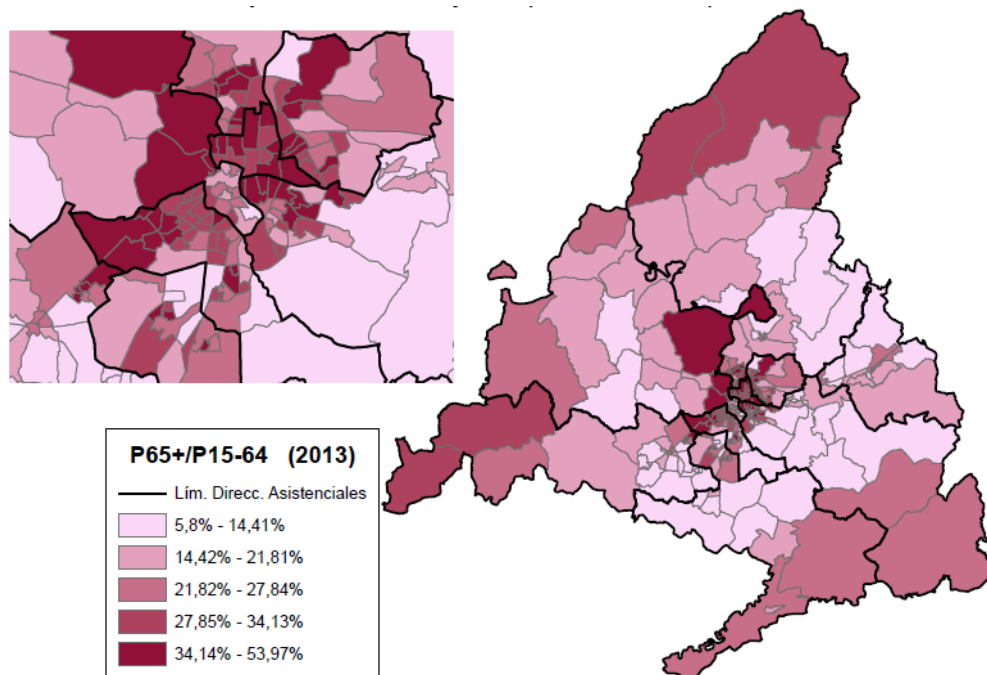
**Figura 5.9. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2013.**

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 (83,2% del total) ocurridas en 2012 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,3%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,9%). 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, 2012.**

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	244	60,2	59,0	340	84,2	57,1
II. Tumores	5.526	73,7	1.337,3	3.775	73,0	634,3
III. Sangre, inmunidad	45	81,8	10,9	74	88,1	12,4
IV. Endocrinas	358	88,0	86,6	595	96,7	100,0
V. Mentales	278	96,9	67,3	668	99,3	112,2
VI. Sist. nervioso	661	85,7	160,0	1.324	93,8	222,5
VII. Ojo						
VIII. Oído						
IX. Circulatorias	3.817	86,6	923,7	6.248	96,9	1.049,9
X. Respiratorias	2.948	92,6	713,4	3.125	96,9	525,1
XI. Digestivas	710	72,2	171,8	907	91,7	152,4
XII. Piel	26	89,7	6,3	91	98,9	15,3
XIII. Osteomusculares	69	85,2	16,7	143	92,3	24,0
XIV. Genitourinarias	526	93,6	127,3	770	98,0	129,4
XV. Maternas						
XVI. Perinatales						
XVII. Congénitas	9	18,8	2,2	10	16,9	1,7
XVIII. Mal definidas	839	53,6	203,0	892	76,8	149,9
XX. Externas	272	55,2	65,8	307	77,3	51,6
Desconocido						
<b>Todas las causas</b>	<b>16.328</b>	<b>77,9</b>	<b>3.951,4</b>	<b>19.269</b>	<b>88,3</b>	<b>3.237,8</b>

\* Número de defunciones

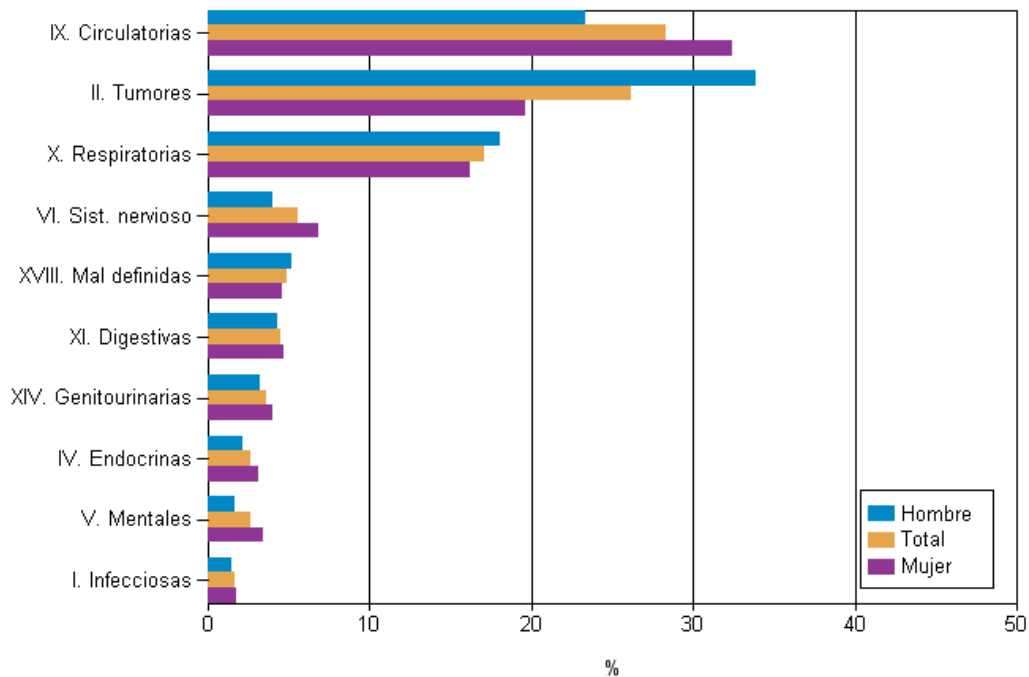
\*\* Porcentaje de defunciones de personas de 65 y más años sobre el total de defunciones de cada causa

\*\*\* 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 1.337,3 por cien mil, en 2012) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.049,9 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 "Otras enfermedades del aparato respiratorio" en mujeres, que desde 2011 supera a las enfermedades cerebrovasculares en las mismas (Tabla 5.3). En el global de la población "Otras enfermedades del aparato respiratorio" constituye la primera causa específica de muerte. 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, 2012.**

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, 2012.**

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

<b>Hombres</b>	<b>Tasa (por 100 mil)</b>
0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	339,5
0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	271,3
0640 – Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	231,1
0590 - Enfermedades cerebrovasculares	190,2
0860 - Paro cardíaco, muerte sin asistencia	176,2

<b>Mujeres</b>	<b>Tasa (por 100 mil)</b>
0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	291,2
0590 - Enfermedades cerebrovasculares	234,2
0570 - Insuficiencia cardíaca	228,9
0580 - Otras enfermedades del corazón	162,3
0540 - Enfermedades hipertensivas	133,8

<b>Total</b>	<b>Tasa (por 100 mil)</b>
0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	283,0
0590 - Enfermedades cerebrovasculares	216,2
0570 - Insuficiencia cardíaca	192,0
0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	169,9
0550 - Infarto agudo de miocardio	146,5

### 5.3. Morbilidad en Atención Primaria

Durante el año 2013 el 91,7% 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, 2013.**

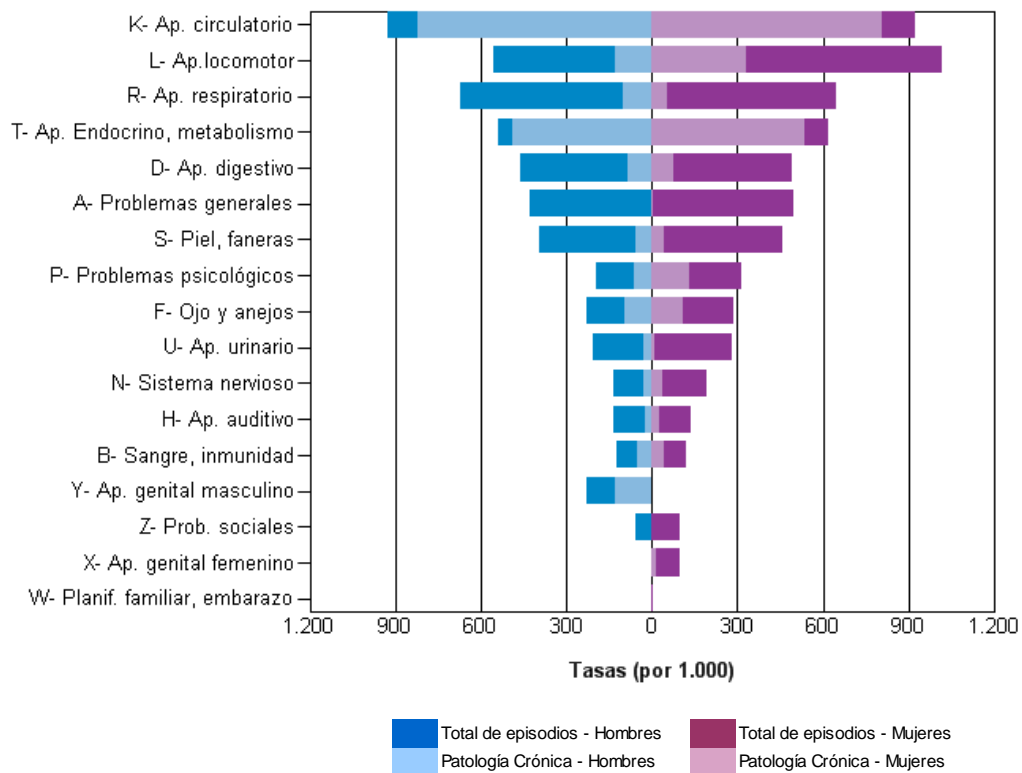
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	86.976	88,2%	140.651	89,8%	227.626	89,2%
Este	56.662	91,7%	80.170	93,4%	136.831	92,7%
Noroeste	50.028	86,5%	76.003	89,0%	126.030	88,0%
Norte	47.807	88,9%	68.202	90,9%	116.008	90,1%
Oeste	40.691	95,8%	52.593	98,0%	93.283	97,0%
Sur	44.685	95,8%	57.355	97,5%	102.039	96,7%
Sureste	55.359	92,0%	81.099	93,4%	136.457	92,8%
<b>CM</b>	<b>382.202</b>	<b>90,7%</b>	<b>556.067</b>	<b>92,4%</b>	<b>938.268</b>	<b>91,7%</b>

En cuanto a morbilidad atendida en mayores de 64 años, en hombres ocupa el primer lugar la patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, mientras en mujeres las patologías del aparato locomotor, principalmente agudas, pasan a ocupar el primer puesto (Figura 5.12). 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, 2013.**

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, aunque en mayores de 85 años el código CIAP A13, que expresa la preocupación por la toma de medicamentos y la polimedización, es la segunda consulta más frecuente (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 las infecciones respiratorias agudas, 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, 2013.**

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	370.100	7,6	1	428,2	1	385,6	1	460,6
R74-Infec respiratoria aguda superior	277.958	5,7	2	321,6	2	302,9	2	335,9
T93-Trastornos metabolismo lipídico	187.613	3,8	3	217,1	4	185,7	3	240,9
T90-Diabetes no insulino dependiente	169.587	3,5	4	196,2	3	228,7	4	171,5
L99-Otr enf del aparato locomotor	101.199	2,1	5	117,1	8	72,1	5	151,3
A13-Miedo al tratamiento	94.545	1,9	6	109,4	7	94,1	6	121,0
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	87.598	1,8	7	101,3	5	113,9	9	91,8
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	73.548	1,5	8	85,1	25	38,8	7	120,3
L03-Sig/sin lumbares	66.979	1,4	9	77,5	12	68,2	10	84,6
D19-Sig/sin de dientes y encías	62.424	1,3	10	72,2	9	72,1	14	72,3
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	58.972	1,2	11	68,2	14	65,4	16	70,4
L86-Sínd lumb/torác con irrad dolor	54.905	1,1	12	63,5	20	46,5	12	76,5
L95-Osteoporosis	53.784	1,1	13	62,2	173	5,8	8	105,1
K78-Fibrilación/aleteo auricular	53.715	1,1	14	62,1	10	71,1	20	55,3
L15-Sig/sin de la rodilla	52.564	1,1	15	60,8	19	48,1	15	70,5
<b>Total</b>	<b>4.889.905</b>	<b>100</b>		<b>5.657,5</b>		<b>5.104,1</b>		<b>6.078,8</b>

**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, 2013.**

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	75.714	7,1	1	476,1	1	423,3	1	498,8
A13-Miedo al tratamiento	49.625	4,7	2	312,1	2	305,9	2	314,7
R74-Infec respiratoria aguda superior	44.158	4,2	3	277,7	3	302,5	3	267,1
T90-Diabetes no insulino dependiente	31.681	3,0	4	199,2	4	220,3	4	190,2
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	25.181	2,4	5	158,4	9	101,2	5	182,8
K78-Fibrilación/aleteo auricular	21.931	2,1	6	137,9	5	155,8	8	130,2
L28-Incap/min del aparato locomotor	19.079	1,8	7	120,0	13	91,5	6	132,2
T93-Trastornos metabolismo lipídico	18.878	1,8	8	118,7	8	102,5	10	125,7
L99-Otr enf del aparato locomotor	18.591	1,7	9	116,9	15	86,0	9	130,1
U04-Incontinencia urinaria	18.241	1,7	10	114,7	18	74,4	7	132,0
P70-Demencia	15.133	1,4	11	95,2	19	73,3	12	104,5
Z29-Otros problemas sociales	15.108	1,4	12	95,0	20	69,8	11	105,8
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	14.467	1,4	13	91,0	10	97,6	14	88,1
S18-Laceración/herida incisa	13.983	1,3	14	87,9	16	84,3	13	89,5
K87-Hipertensión afectación órg diana	13.686	1,3	15	86,1	11	94,5	15	82,5
<b>Total</b>	<b>1.063.024</b>	<b>100</b>		<b>6.684,9</b>		<b>6.760,8</b>		<b>6.652,4</b>

## 5.4. Morbilidad hospitalaria

En 2013 la tasa de altas hospitalarias en personas mayores de 64 años fue 363,44 por mil, un 32,3% 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 cuatro primeras causas permanecen en orden invariable en el periodo 2003-2013. 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 presentan un importante peso dentro de este grupo.

La segunda causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio, en ambos sexos. 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 55,5% de las altas en 2013. La insuficiencia cardiaca y las disritmias cardiacas son las patologías más frecuentes en ese subgrupo, constituyendo el 33,0% y el 17,6% respectivamente en 2013.

La tercera causa fueron los tumores, en ambos sexos, siendo los más frecuentes los tumores benignos (32.994 altas), otros tumores malignos de la piel (11.422 altas), y los tumores malignos de vejiga, especialmente en hombres (4.908 altas frente a 1.085 en mujeres). Les siguen en frecuencia el tumor maligno de la mama (5.512), el tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmón (4.519) y el tumor maligno del colon (3.731).

**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, 2013.**

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	28.540	68,21	41.062	68,33	69.603	68,28
Aparato circulatorio	27.875	66,62	29.382	48,89	57.263	56,18
Tumores	26.423	63,15	19.534	32,51	45.961	45,09
Aparato respiratorio	23.128	55,28	18.988	31,60	42.121	41,32
Aparato digestivo	18.603	44,46	16.251	27,04	34.860	34,20
Osteomioarticulares	7.723	18,46	17.542	29,19	25.270	24,79
Causas externas	8.898	21,27	15.322	25,50	24.222	23,76
Aparato genitourinario	12.749	30,47	10.306	17,15	23.058	22,62
Mal definidas	5.784	13,82	5.120	8,52	10.907	10,70
Códigos V	4.883	11,67	5.602	9,32	10.486	10,29
Infecciosas	3.428	8,19	3.461	5,76	6.889	6,76
Piel y tejido subcutáneo	2.782	6,65	3.750	6,24	6.532	6,41
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	2.585	6,18	3.778	6,29	6.364	6,24
Sangre y hematopoyéticas	1.682	4,02	1.741	2,90	3.424	3,36
Trastornos mentales	1.104	2,64	1.798	2,99	2.902	2,85
<b>Total</b>	<b>176.428</b>	<b>421,66</b>	<b>194.004</b>	<b>322,84</b>	<b>370.471</b>	<b>363,44</b>



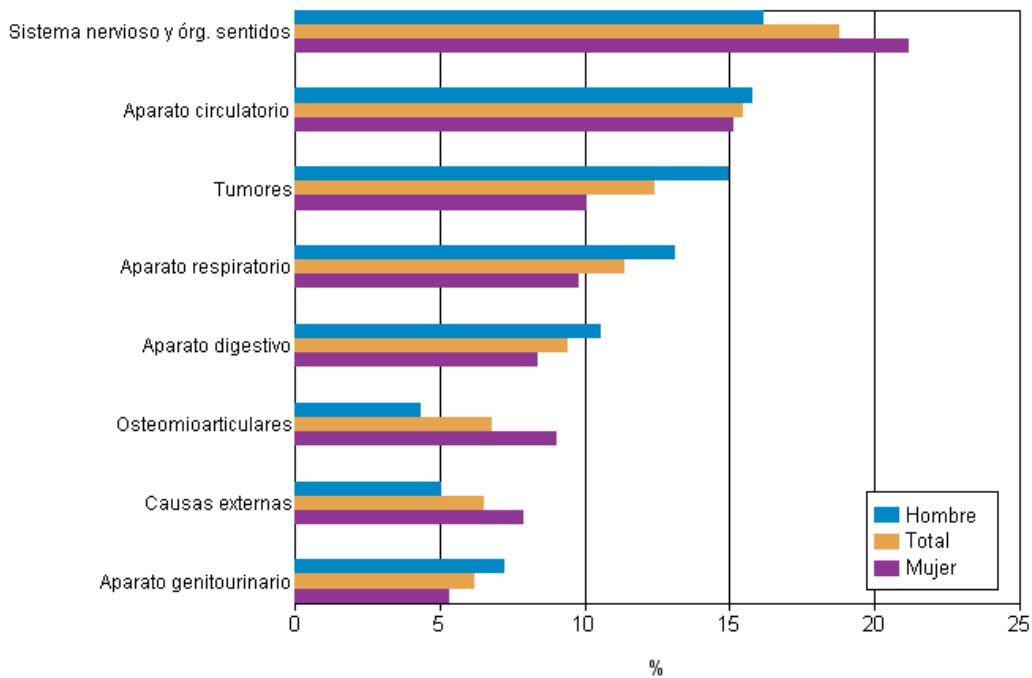
**Tabla 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años según grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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	26.500	52,23	33.275	90,99	9.828	67,21
Tumores	20.937	41,26	18.471	50,51	6.553	44,82
Aparato circulatorio	16.531	32,58	24.200	66,17	16.532	113,06
Aparato digestivo	14.474	28,53	13.683	37,41	6.703	45,84
Osteomioarticulares	14.066	27,72	9.425	25,77	1.779	12,17
Aparato respiratorio	9.875	19,46	17.318	47,35	14.928	102,09
Aparato genitourinario	9.358	18,44	8.566	23,42	5.134	35,11
Causas externas	7.635	15,05	9.574	26,18	7.013	47,96
Mal definidas	4.286	8,45	4.338	11,86	2.283	15,61
Códigos V	4.127	8,13	4.416	12,07	1.943	13,29
Piel y tejido subcutáneo	2.966	5,85	2.415	6,60	1.151	7,87
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	2.546	5,02	2.291	6,26	1.527	10,44
Infecciosas	1.828	3,60	2.667	7,29	2.394	16,37
Trastornos mentales	1.136	2,24	1.134	3,10	632	4,32
Sangre y hematopoyéticas	1.112	2,19	1.379	3,77	933	6,38
<b>Total</b>	<b>137.760</b>	<b>271,49</b>	<b>153.330</b>	<b>419,26</b>	<b>79.381</b>	<b>542,88</b>

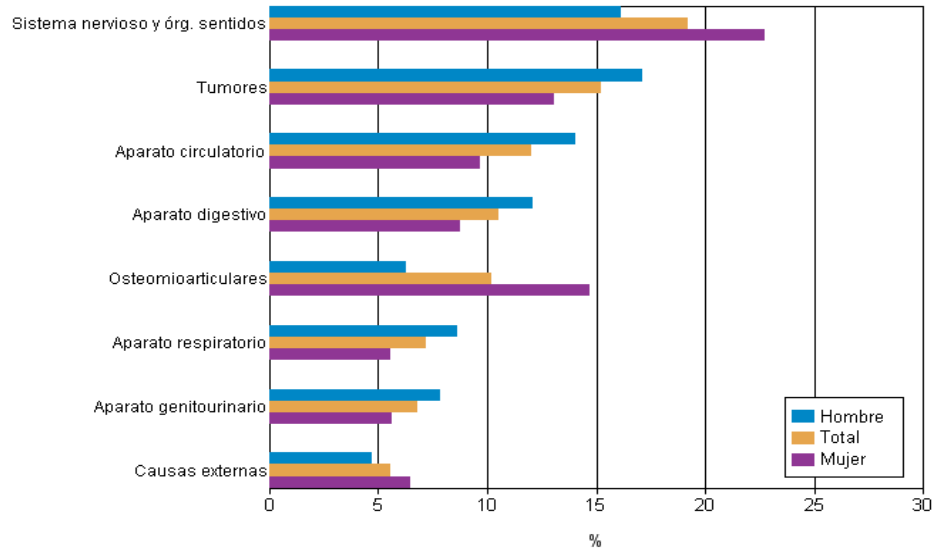
**Figura 5.13. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2013.**

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

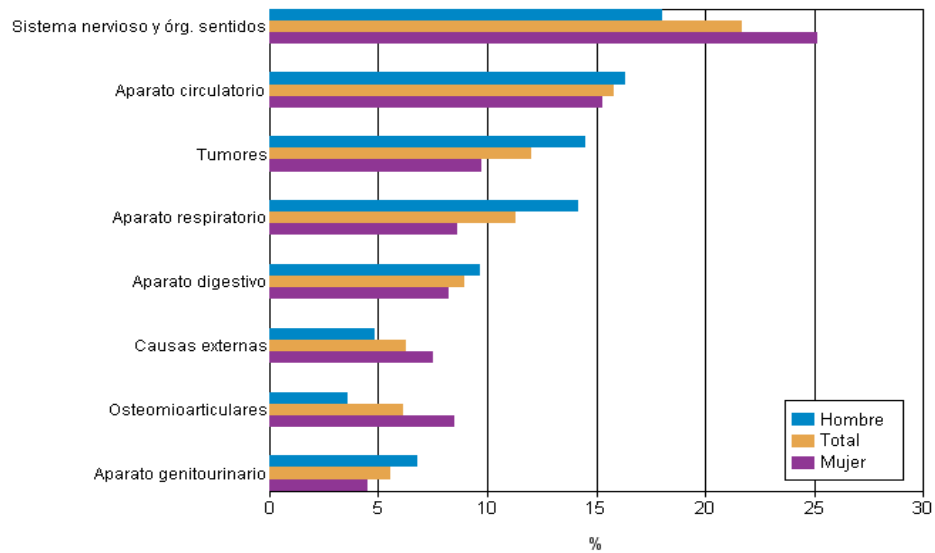


**Figura 5.14. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.**

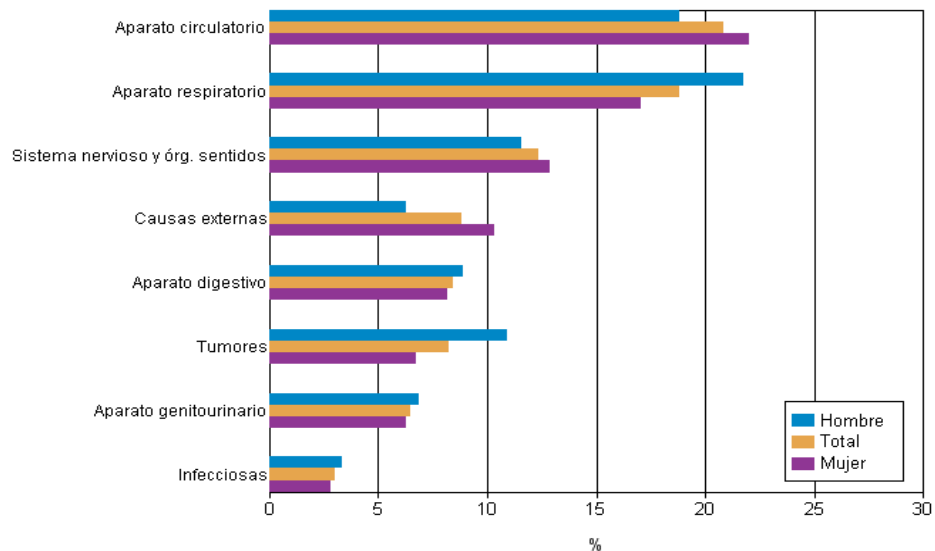
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.  
**65 a 74 años**



**75 a 84 años**



**85 y más años**



## 5.5. Conclusiones

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con cerca del 16% de su población por encima de los 64 años, y diferencias importantes según las zonas geográficas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83,2% del total) ocurridas en 2012 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,3%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,9%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.337,3 por cien mil en 2012) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.049,9 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

En 2013 un 96,4% 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 36,3% de toda la población de esa edad fue ingresada en un hospital, lo que suponen 370.471 altas hospitalarias, un 40,1% de todas las altas. El 9,2% 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 en hombres (hipertensión arterial no complicada especialmente), mientras que las patologías del aparato locomotor, sobre todo agudas, son la primera consulta en mujeres. La patología del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y la del aparato circulatorio son por este orden las dos primeras causas de alta hospitalaria en ambos sexos.

Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 32,3% en el periodo 2003-2013. 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	287	673	960
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,2	20,1	14,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,6	0,2	0,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,6	7,2	7,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	241,7	234,6	238,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,04	0,02	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	82.173	105.470	187.643
Años de Vida Perdidos. CM.	5.888	6.534	12.422
Años Vividos con Discapacidad. CM.	76.285	98.936	175.221

\* 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema nervioso. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	771	1.412	2.183
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,8	42,2	33,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,1	5,2	5,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	18,8	17,8	18,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.508,3	1.785,2	1.652,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,04	0,02	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	82.173	105.470	187.643
Años de Vida Perdidos. CM.	5.888	6.534	12.422
Años Vividos con Discapacidad. CM.	76.285	98.936	175.221

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

### 6.1.2. Mortalidad

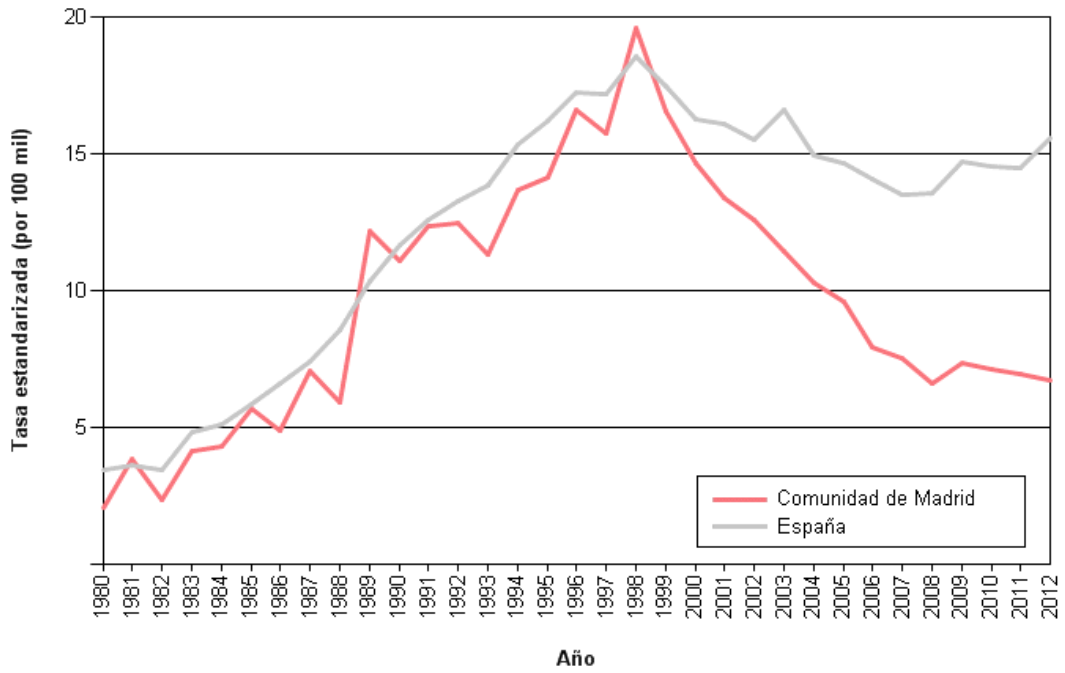
En el año 2012 hubo 960 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (287 en hombres y 673 en mujeres), con una tasa bruta de 14,9 muertes por cien mil personas (9,2 y 20,1 para hombres y mujeres respectivamente) (Tabla 6.1). La práctica totalidad de estos fallecimientos corresponden a personas mayores de 65 años con especial representación de los mayores de 85 años. Las muertes atribuidas a enfermedades del sistema nervioso en el año 2012 fueron 2.183 (Tabla 6.2), de las cuales un 65% correspondían a mujeres. Su reparto por edad es similar al de los trastornos mentales, aunque menos concentrado en los muy ancianos.

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.

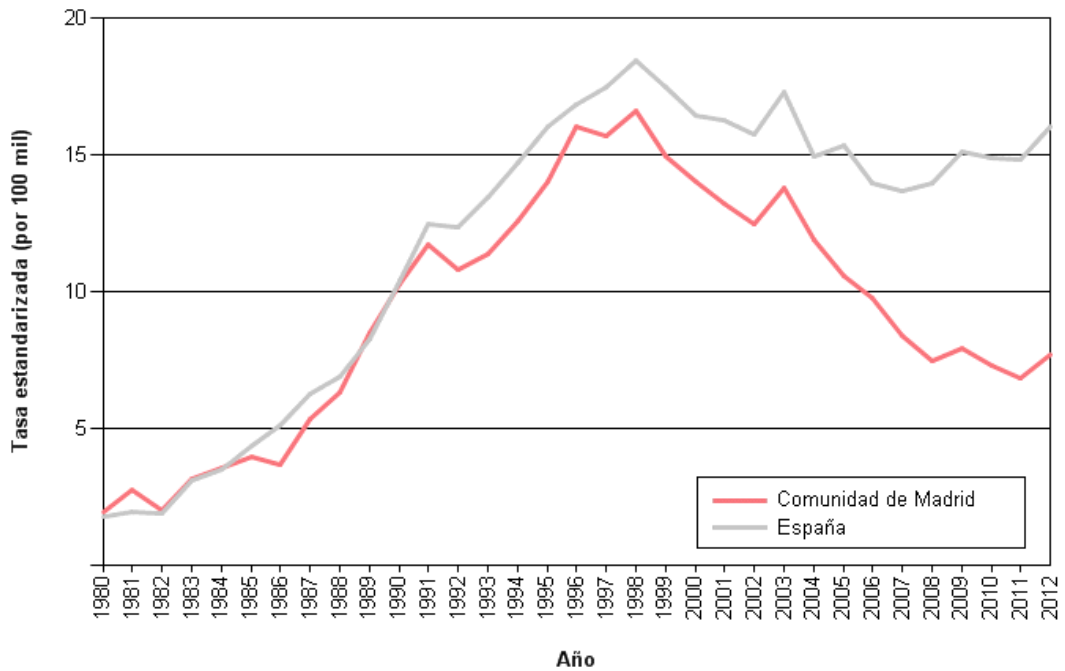
**Figura 6.1. Trastornos mentales. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**



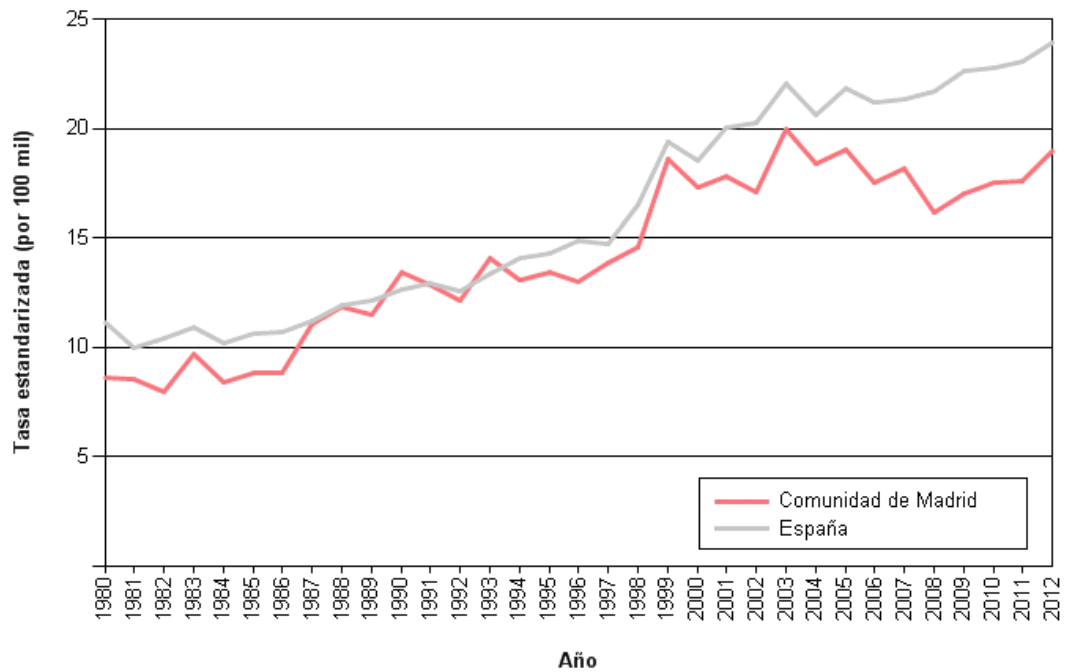
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.



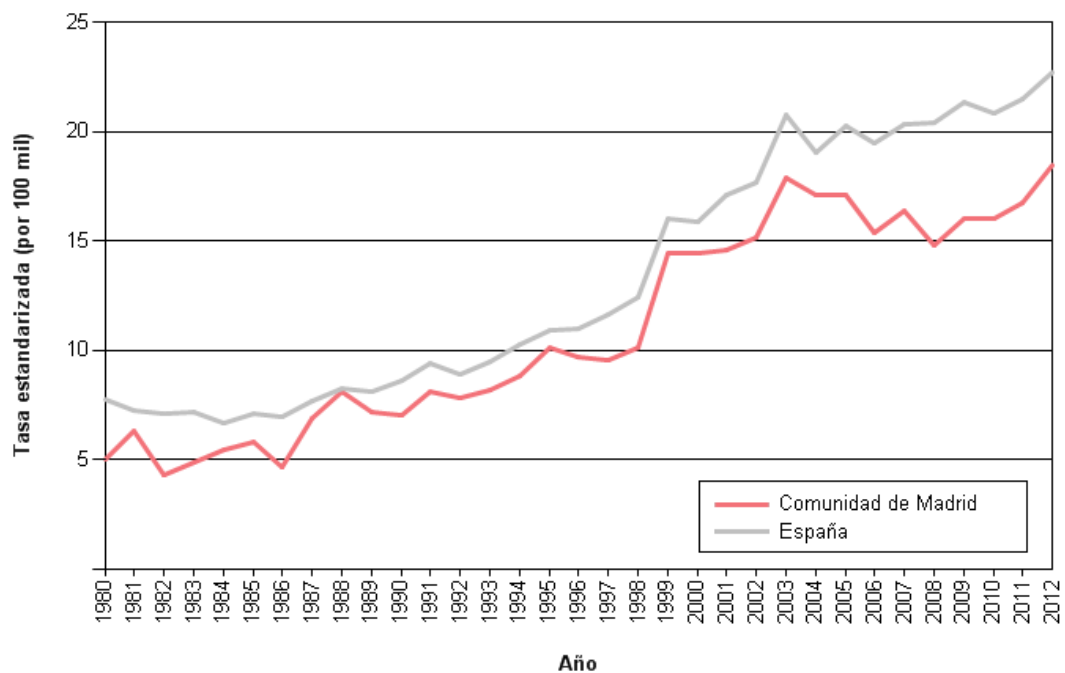
**Figura 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

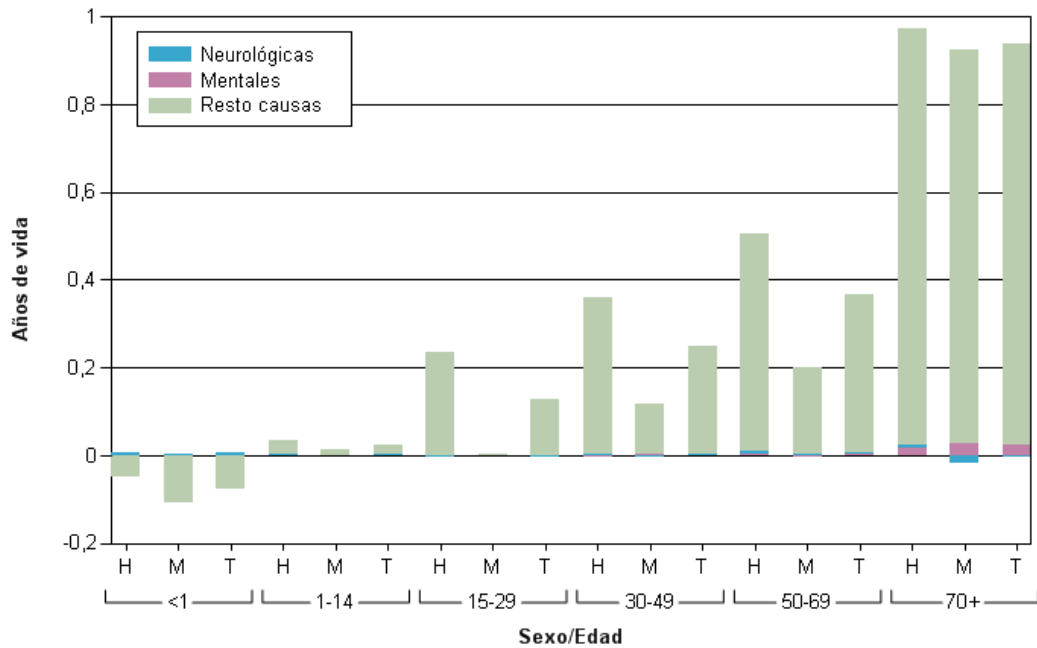


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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 (2007-2012), algo mayor en las mujeres, aunque inferior al de quinquenios previos, y centrada en el grupo de personas mayores al concentrarse en el mismo 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, e incluso se torna en una aportación negativa en las mujeres en comparación con períodos previos.

**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, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

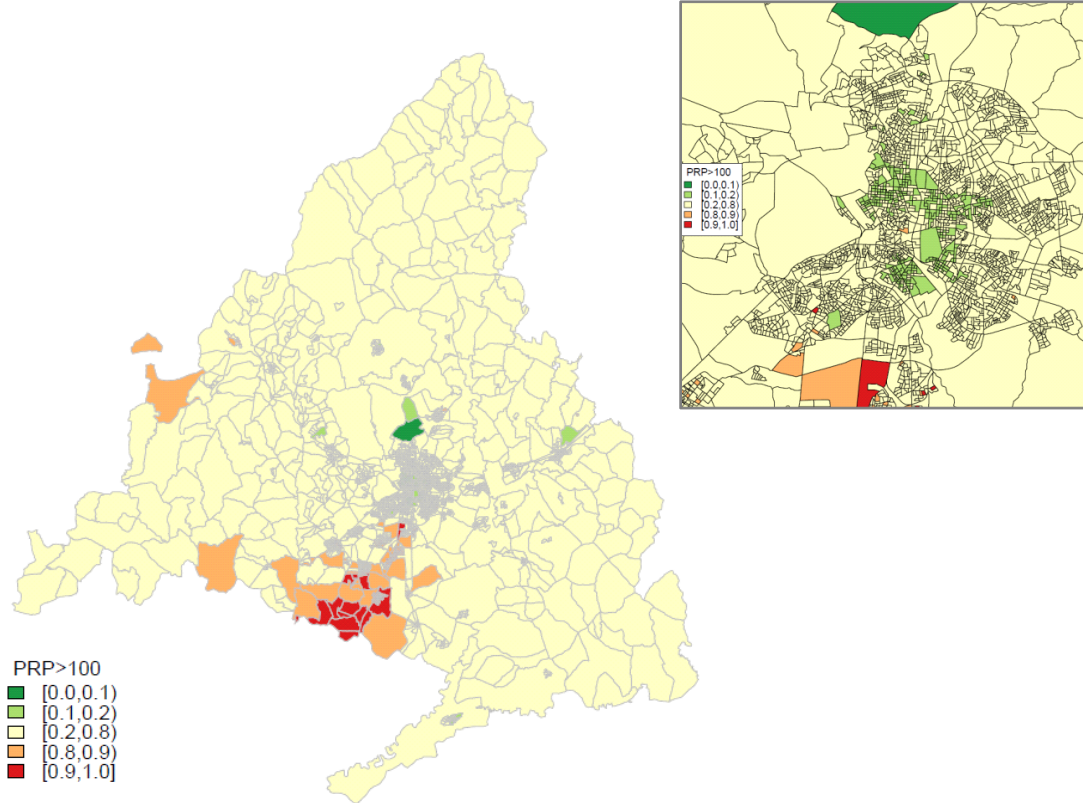


En cuanto a la distribución espacial de la mortalidad por estas causas (Figura 6.4) existen agregaciones de zonas con exceso de mortalidad por trastornos mentales orgánicos senil y presenil, dentro del municipio de Madrid en el distrito municipal de Villaverde, y fuera de Madrid en secciones censales de los municipios de Parla, Getafe, Fuenlabrada, Móstoles, Valdemoro y Pinto.

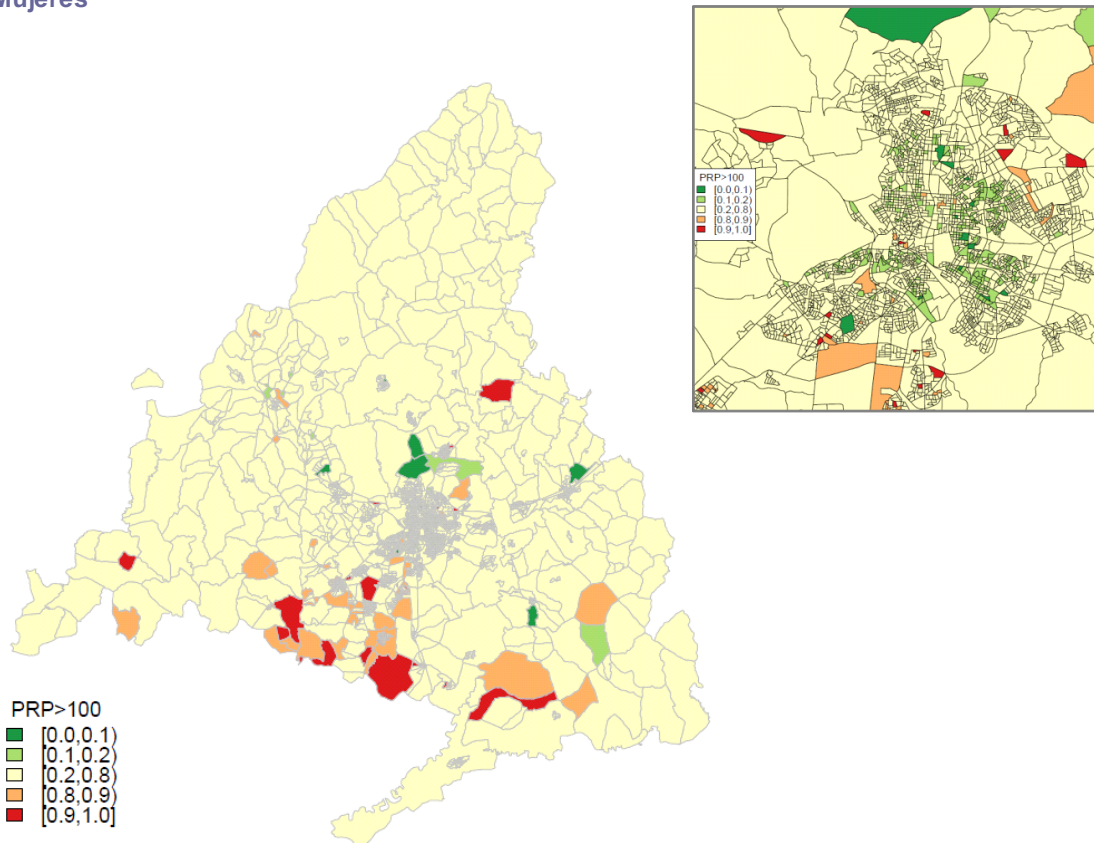
Figura 6.4. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**



**Mujeres**



### 6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La patología mental representó un 4,3% de los episodios atendidos en Atención Primaria en 2013 (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 conforme aumenta la edad (Figura 6.5). Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con los trastornos de ansiedad, los depresivos y los relativos al 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, 2012 y 2013.**

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

	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	335.237	4,0	110,0 (104,5)	327.324	4,0	107,3 (101,4)
Mujeres	591.893	4,5	178,6 (151,5)	552.772	4,4	167,3 (142,1)
Nacidos fuera de España	106.196	3,4	91,8 (98,8)	98.852	3,5	89,4 (93,5)
Nacidos en España	812.951	4,4	156,2 (135,4)	774.163	4,4	147,5 (128,4)
<b>Total</b>	<b>927.130</b>	<b>4,3</b>	<b>145,7 (129,9)</b>	<b>880.096</b>	<b>4,3</b>	<b>138,5 (123,3)</b>

**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, 2012 y 2013.**

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

DA	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	181.683	4,5	147,7 (122,4)	176.166	4,4	144,6 (120,5)
Norte	113.588	4,4	139,8 (123,7)	105.867	4,4	129,9 (115,4)
Este	139.320	4,2	150,9 (134,8)	125.614	4,2	135,9 (121,4)
Sureste	134.712	4,1	142,5 (128,1)	130.724	4,1	138,3 (124,1)
Sur	112.662	4,0	153,0 (143,3)	108.260	4,0	146,8 (136,7)
Oeste	108.289	4,1	150,7 (141,0)	105.243	4,1	146,4 (136,0)
Noroeste	136.876	4,8	137,6 (124,0)	128.222	4,7	128,8 (115,6)

Figura 6.5. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

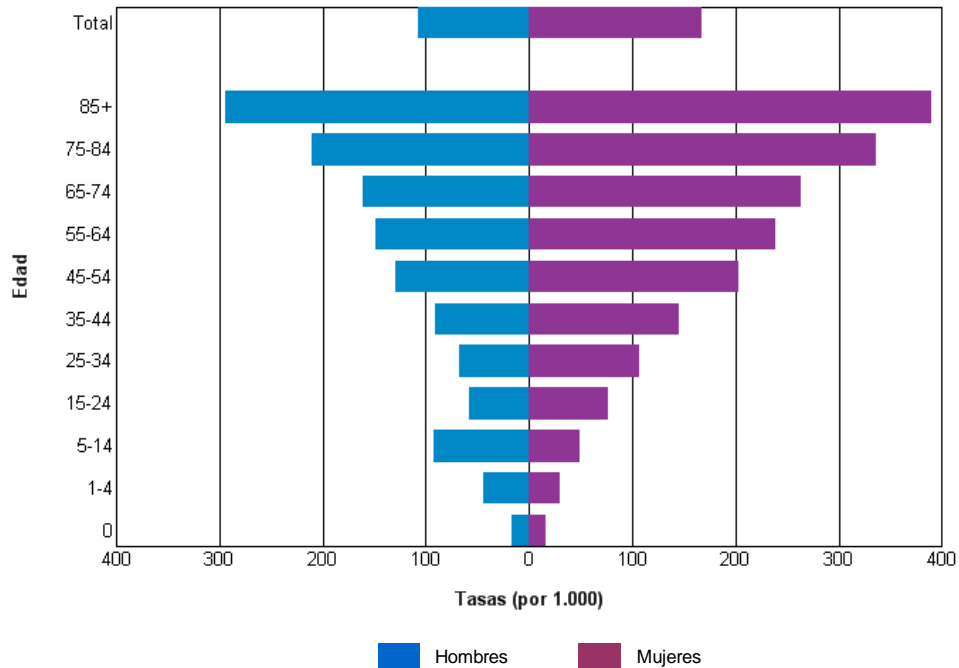


Figura 6.6. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas\* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2013.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	P11-Problemas de conducta N=335	P06-Trastornos del sueño N=303	P24-Probl específicos del aprendizaje N=151	P20-Trastornos de la memoria N=38	P04-Sens/sent de irritabilid/enojo N=19
1-4	P24-Probl específicos del aprendizaje	P06-Trastornos del sueño N=2520	P11-Problemas de conducta N=1551	P22-Sig/sin compor niño N=1091	P12-Enuresis N=492
5-14	P22-Sig/sin compor niño N=8842	P20-Trastornos de la memoria N=8259	P21-Niño hiperactivo, hipericinético (CIAP-1) N=7521	P12-Enuresis N=6305	P24-Probl específicos del aprendizaje N=5760
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=11769	P21-Niño hiperactivo, hipericinético (CIAP-1) N=2708	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2652	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=2629	P17-Abuso del tabaco N=2394
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=33991	P76-Depresión/trastornos depresivos N=9143	P17-Abuso del tabaco N=8319	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=7696	P06-Trastornos del sueño N=5781
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=53895	P76-Depresión/trastornos depresivos N=20304	P17-Abuso del tabaco N=15199	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=13329	P06-Trastornos del sueño N=11703
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=48800	P76-Depresión/trastornos depresivos N=26773	P17-Abuso del tabaco N=20526	P06-Trastornos del sueño N=16849	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=12665
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=34221	P76-Depresión/trastornos depresivos N=27041	P06-Trastornos del sueño N=17906	P17-Abuso del tabaco N=17354	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=8495
65-74	P76-Depresión/trastornos depresivos N=23624	P01-Sensación ansiedad/tensión N=23191	P06-Trastornos del sueño N=19590	P20-Trastornos de la memoria N=9484	P17-Abuso del tabaco N=8919
75-84	P76-Depresión/trastornos depresivos N=21150	P06-Trastornos del sueño N=18187	P20-Trastornos de la memoria N=17300	P01-Sensación ansiedad/tensión N=15451	P70-Demencia N=12848
85+	P70-Demencia N=15133	P06-Trastornos del sueño N=9689	P20-Trastornos de la memoria N=9660	P76-Depresión/trastornos depresivos N=8682	P01-Sensación ansiedad/tensión N=5616

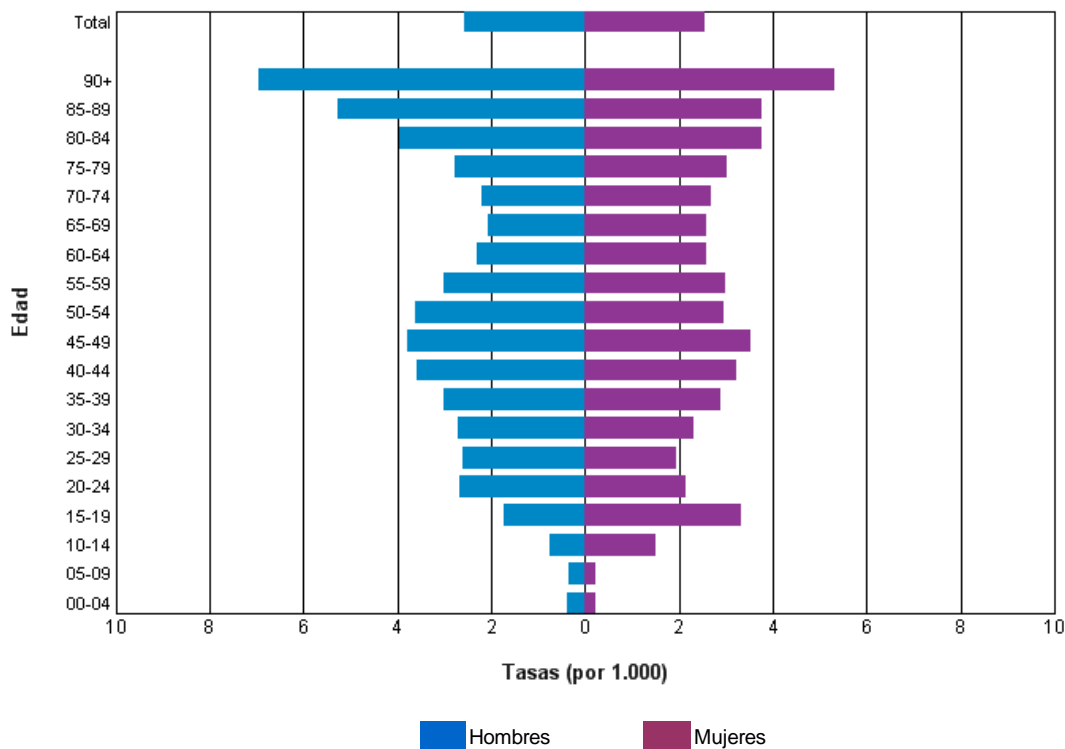
\*Código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios.

### 6.1.4. Morbilidad hospitalaria

Las tasas más elevadas de hospitalización por patología mental en 2013 se observan en las edades más avanzadas, siendo más pronunciadas para los hombres, seguidas de las edades medias de la vida (35-59 años) (Figura 6.7). Destacan las tasas que se aprecian en las mujeres entre 15 y 19 años, a la que contribuyen de forma fundamental los trastornos de comportamiento alimenticio, así como en las edades avanzadas la relativa a los síndromes demenciales y otros trastornos 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 el consumo de sustancias, mientras en las mujeres los trastornos del estado de ánimo ocuparon el primer lugar seguidos de los trastornos psicóticos (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, los desórdenes relacionados con sustancias, ambos superiores en hombres, y los trastornos del estado de ánimo, más importantes en las mujeres. A partir de los 65 años las tasas más elevadas corresponden a los síndromes demenciales y otros trastornos cognitivos, y a los trastornos del estado de ánimo (Figura 6.9).

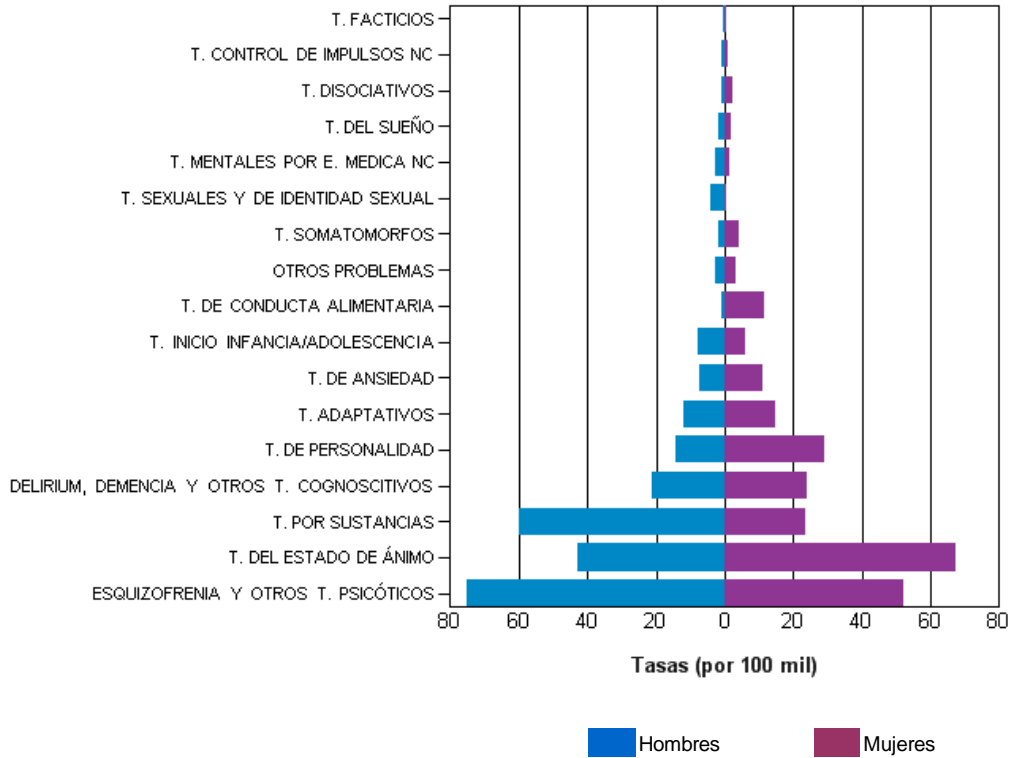
**Figura 6.7. Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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



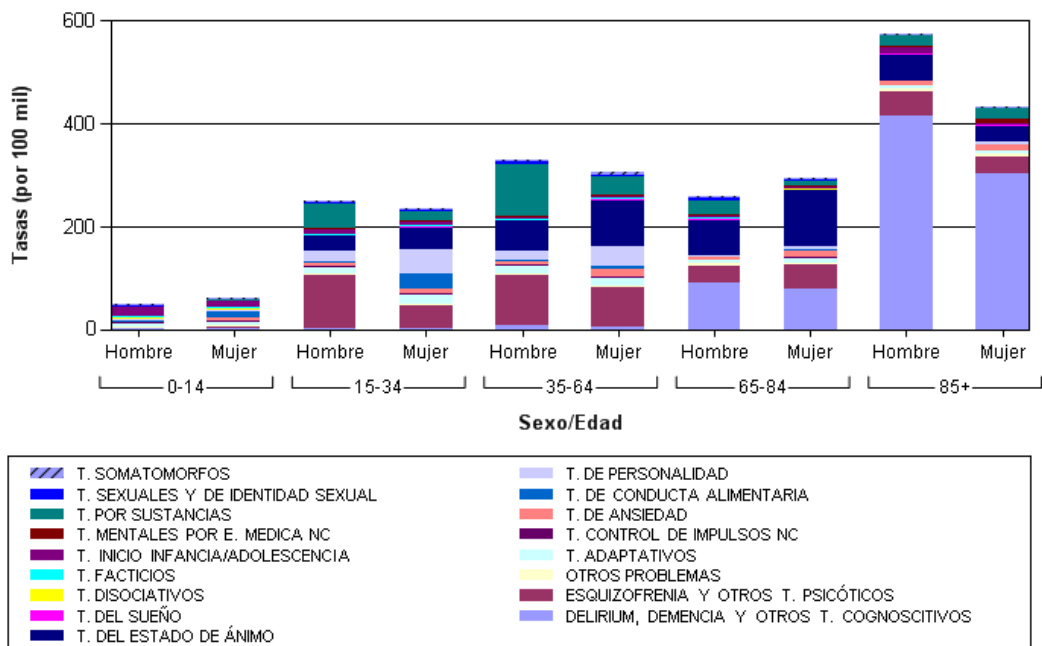
**Figura 6.8. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2013.**

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



### 6.1.5. Carga de enfermedad

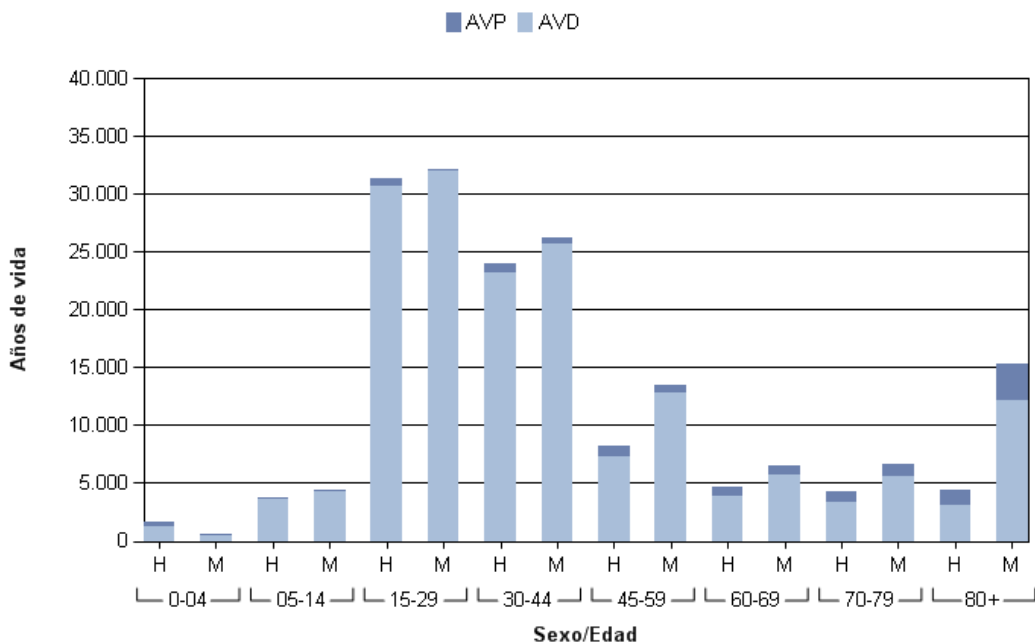
La clasificación de causas de enfermedad y defunción utilizada en los estudios de carga de enfermedad (ver Metodología) no permiten disociar las causas mentales de las neurológicas del mismo modo que lo hace la CIE-10, por lo que se comentan de manera conjunta.

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 muy superior (en 2012 un 93% sobre el total), al correspondiente a la mortalidad (años de vida perdidos por defunción), especialmente en las edades medias de la vida. Sólo en edades avanzadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer la mortalidad cobra cierto protagonismo 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 pico en adultos jóvenes, resultado principalmente de las consecuencias del abuso de alcohol en hombres y de la depresión en mujeres (Figura 6.11), y un segundo valor máximo en edades avanzadas, resultado del impacto de las demencias y el Alzheimer, con un 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, 2012.**

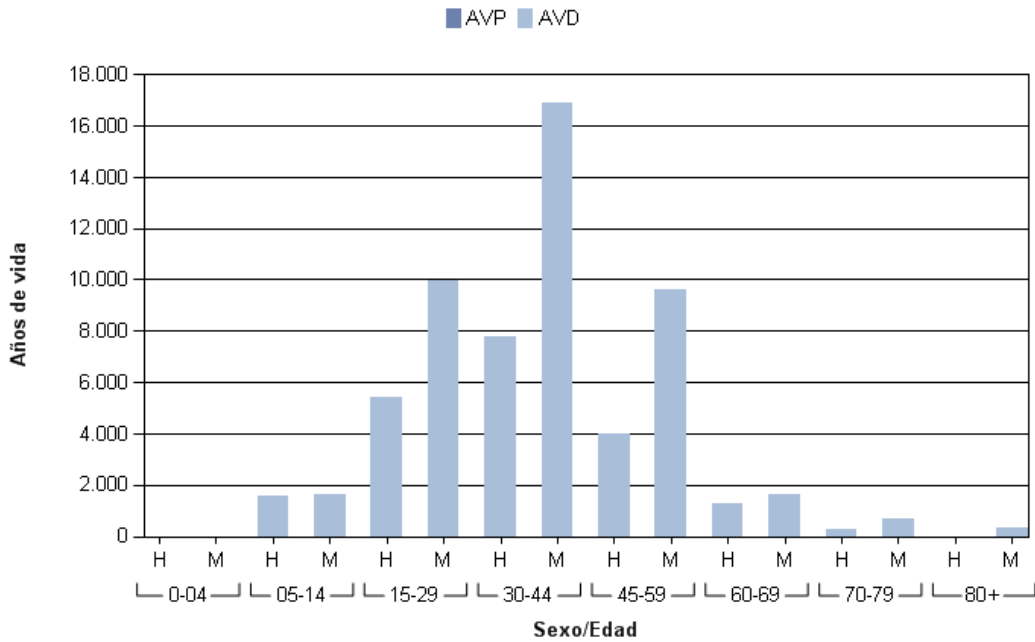
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.





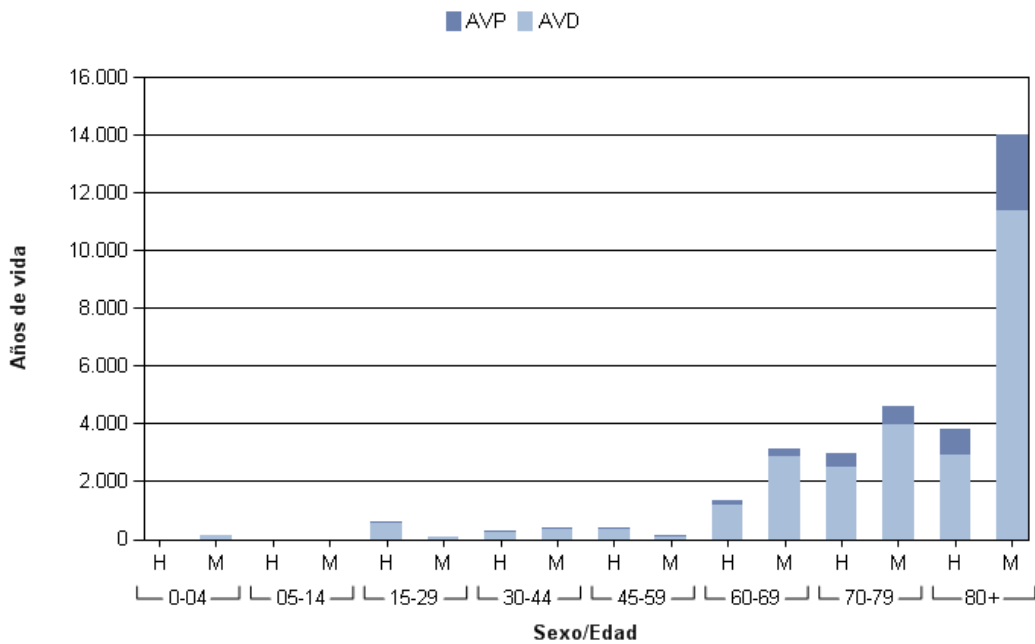
**Figura 6.11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.**

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, 2012.**

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 en 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 2012 más del 96% del total de fallecimientos por este capítulo de la CIE-10. Por otra parte la enfermedad de Alzheimer ostenta el mayor peso sobre el conjunto de enfermedades del sistema nervioso con un 43,4% en 2012. Es por ello que el valor de las tasas truncadas (que tiene en cuenta la mortalidad de la población de 35 a 64 años) 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. Destaca la contribución negativa de la enfermedad de Alzheimer a la esperanza de vida en las mujeres mayores de 70 años.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria en 2013, las altas por demencia alcanzaron una tasa de 4,4 por 100 mil habitantes, superior a la atribuida a la enfermedad de Alzheimer (3,7 altas por 100 mil habitantes). En ambas patologías las tasas fueron superiores entre las mujeres y para las demencias se observa una tendencia descendente en los últimos años.

**Tabla 6.6. Demencias. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Demencias. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	263	663	926
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,5	19,8	14,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,1	0,1	0,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,0	7,0	6,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	4,4	5,3	4,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,02	0,03	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.*	9.366	22.546	31.912
Años de Vida Perdidos. CM.*	1.703	3.649	5.352
Años Vividos con Discapacidad. CM.*	7.663	18.897	26.560

\* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para demencias y Alzheimer

**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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

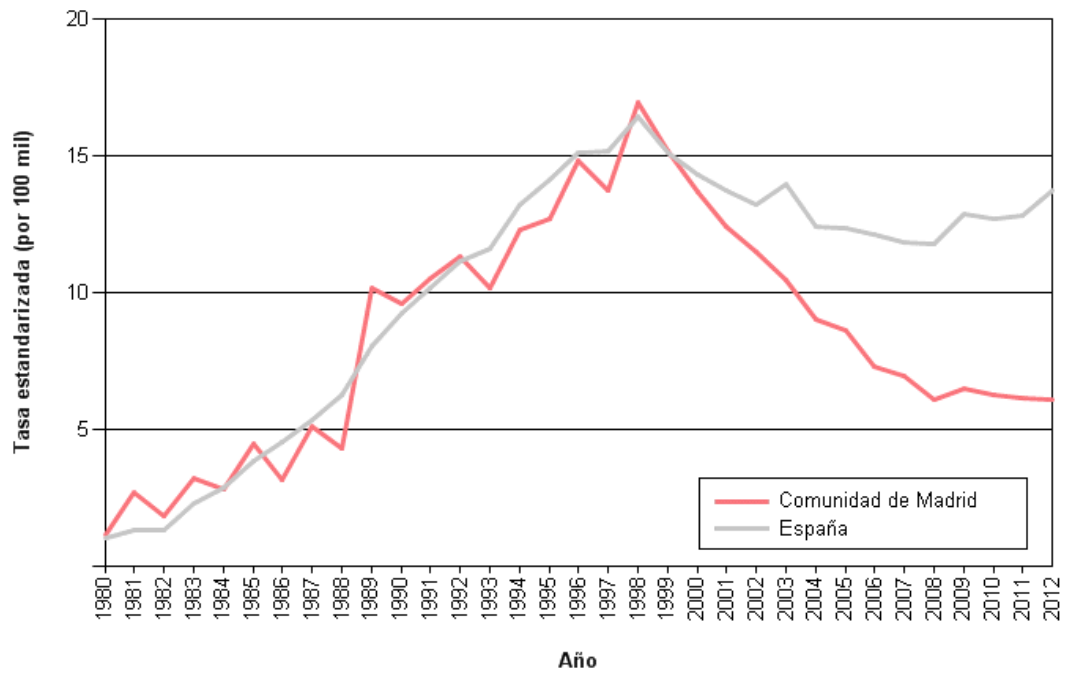
Enfermedad de Alzheimer. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	244	700	944
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,9	20,9	14,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	0,4	0,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,5	7,7	7,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	2,9	5,9	4,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,01	-0,01	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.*	9.366	22.546	31.912
Años de Vida Perdidos. CM.*	1.703	3.649	5.352
Años Vividos con Discapacidad. CM.*	7.663	18.897	26.560

\* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para demencias y Alzheimer

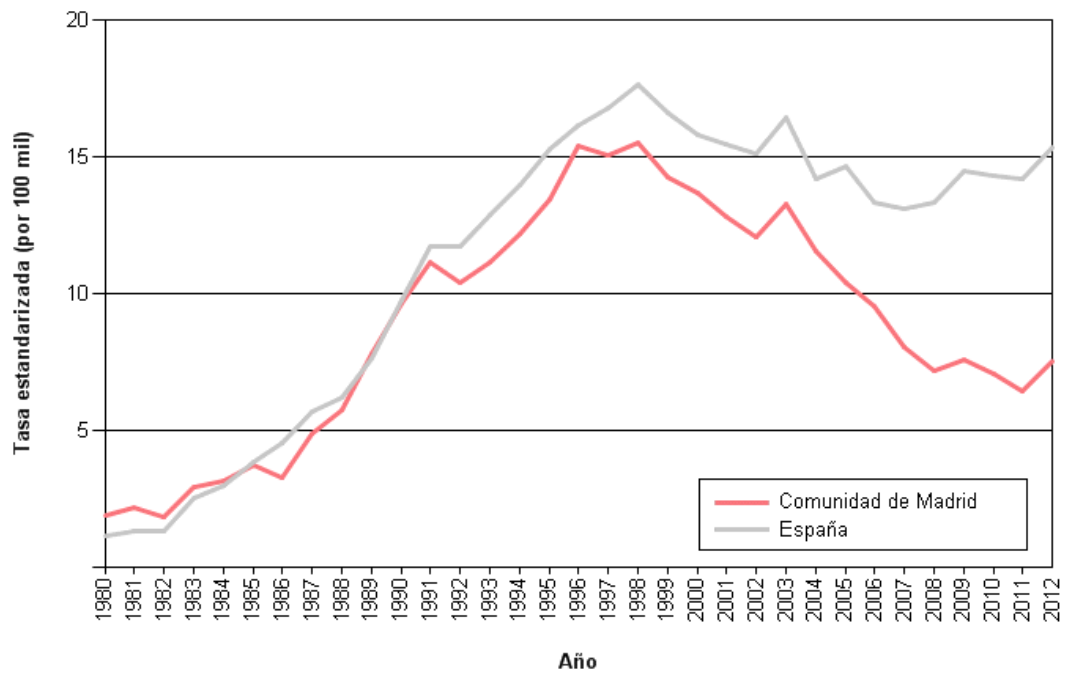
**Figura 6.13. Demencias. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

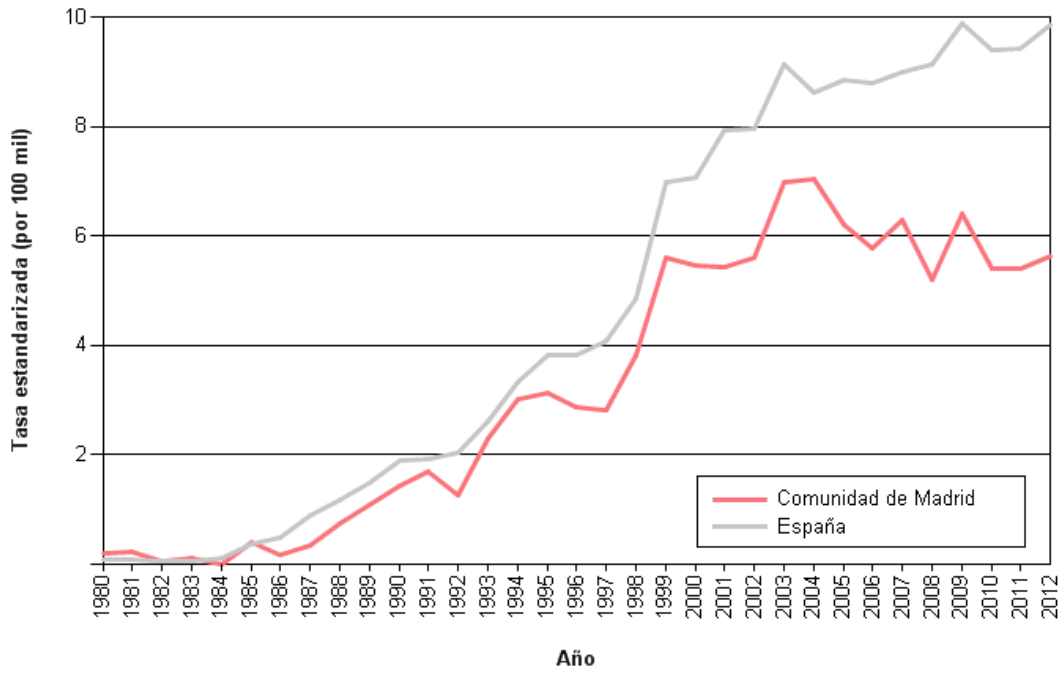


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

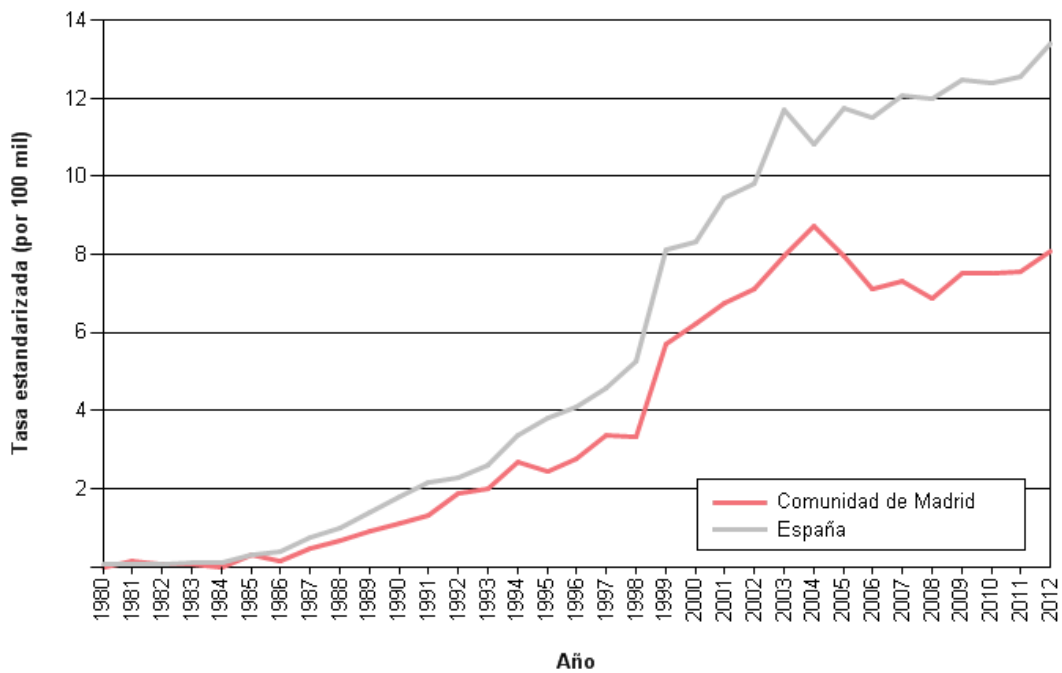
**Figura 6.14. Enfermedad de Alzheimer. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.**

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

**Hombres**



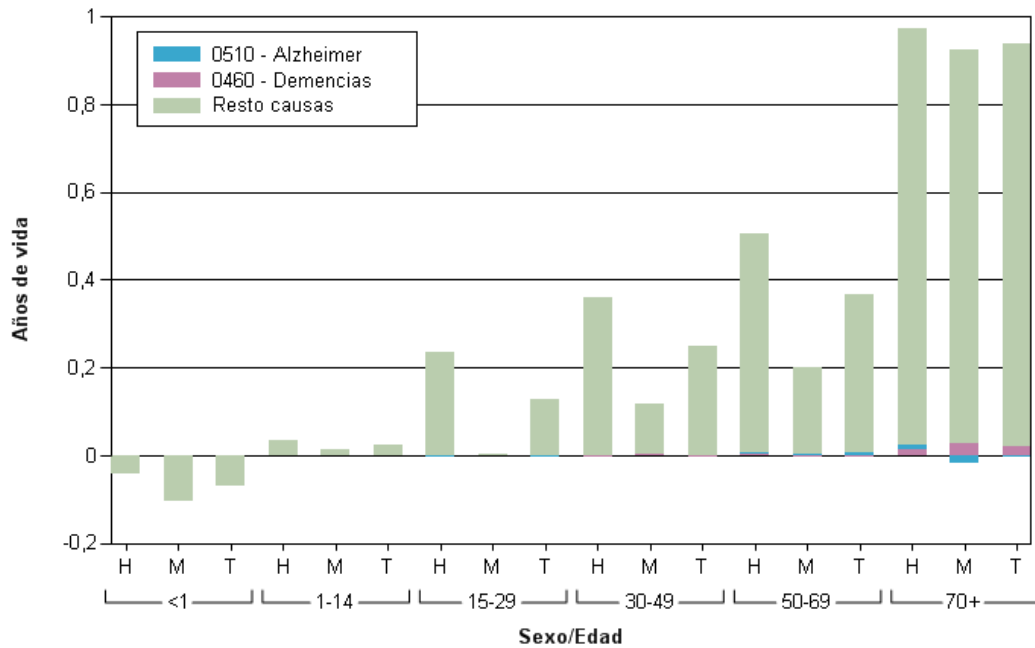
**Mujeres**



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, 2007-2012.**

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, principalmente debido al componente de mala salud muy superior al correspondiente a la mortalidad, la cual se produce a edades elevadas, ocasionada mayoritariamente por los síndromes demenciales, cuyo exponente máximo es la enfermedad de Alzheimer.

La patología mental representa menos del 5% de los episodios atendidos en Atención Primaria durante 2013, siendo los trastornos por ansiedad, depresivos y problemas del sueño los más frecuentes. La hospitalización por trastornos mentales se produce sobre todo en las edades avanzadas de la vida y es superior en los hombres. En éstos las mayores tasas de morbilidad hospitalaria las presenta el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido 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 espongiformes 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades infecciosas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	405	404	809
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,0	12,1	12,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,3	4,1	7,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,7	6,3	8,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	332,4	245,0	287,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,07	0,06	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	5.437	4.824	10.261
Años de Vida Perdidos. CM.	3.507	2.176	5.683
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.930	2.648	4.578

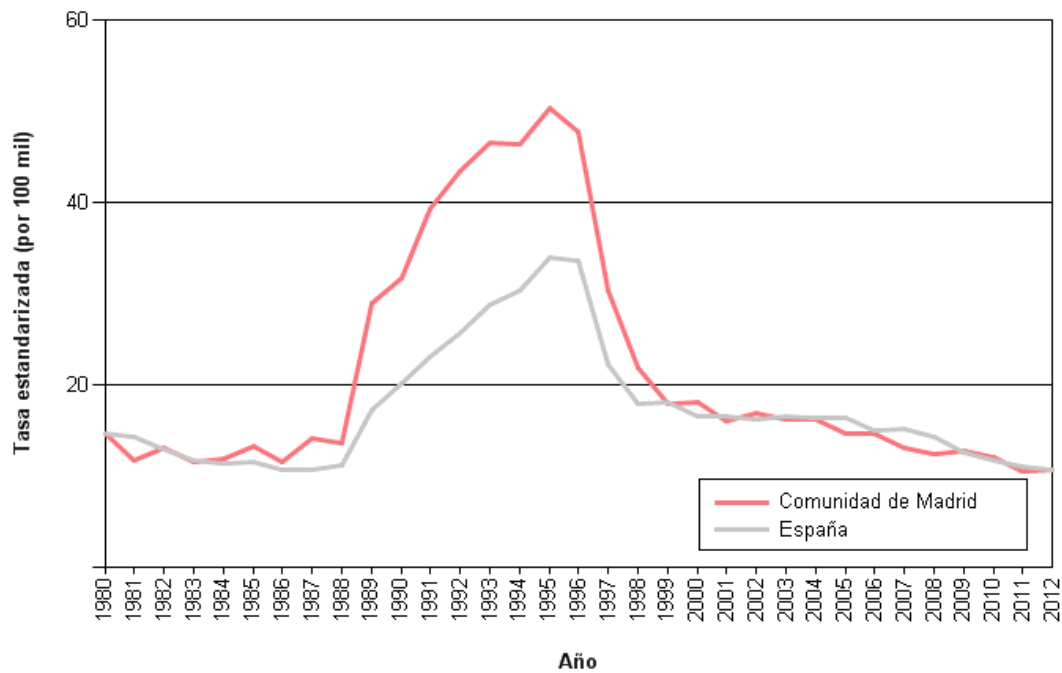
### 7.1.2. Mortalidad

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](#)).

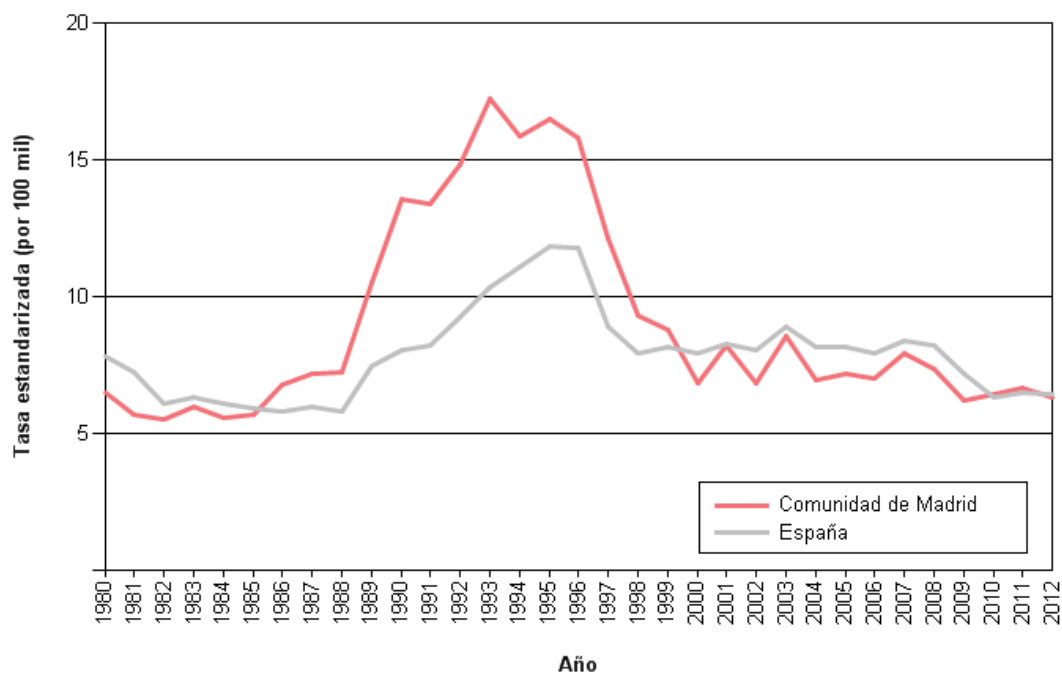
**Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.**

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

**Hombres**



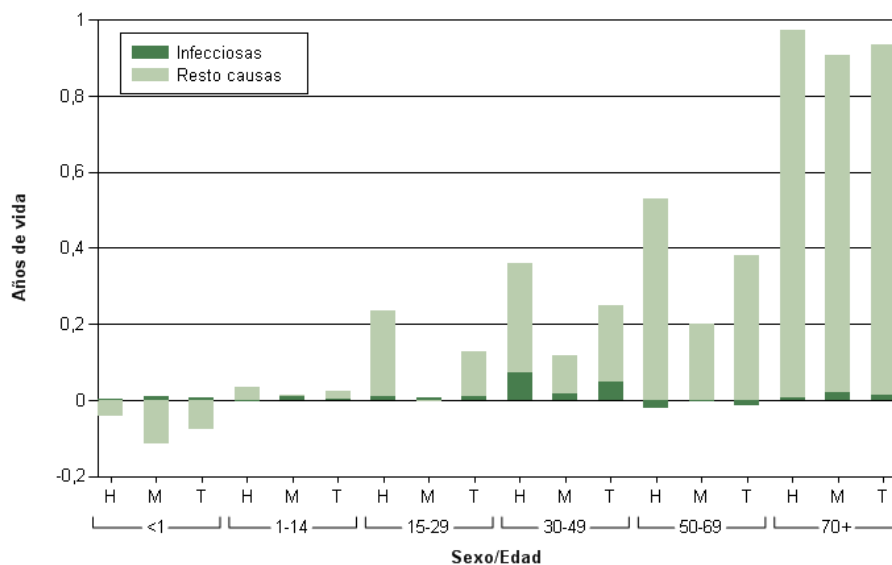
**Mujeres**



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, 2007-2012.

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 de motivo de consulta por infección en todos los grupos de edad (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, 2012 y 2013.

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

	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	2.030.644	24,3	666,4 (721,8)	1.958.984	24,1	642,2 (699,3)
Mujeres	2.861.657	21,7	863,4 (915,8)	2.723.410	21,8	824,1 (881,3)
Nacidos fuera de España	636.955	20,6	550,9 (635,7)	577.060	20,2	522,0 (602,7)
Nacidos en España	4.213.863	23,0	809,6 (837,7)	4.063.136	23,1	774,1 (805,4)
<b>Total</b>	<b>4.892.301</b>	<b>22,7</b>	<b>769,1 (822,7)</b>	<b>4.682.394</b>	<b>22,7</b>	<b>736,8 (793,7)</b>

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, 2012 y 2013.

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

DA	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	829.503	20,5	674,5 (732,1)	836.789	21,1	686,9 (757,3)
Norte	580.612	22,6	714,6 (759,7)	548.953	22,7	673,7 (720,0)
Este	771.534	23,3	835,6 (890,0)	703.303	23,3	760,6 (811,0)
Sureste	771.480	23,3	815,9 (876,0)	735.928	23,1	778,8 (843,6)
Sur	673.915	23,9	915,3 (956,3)	660.612	24,1	895,5 (937,0)
Oeste	609.024	22,9	847,4 (905,7)	581.071	22,4	808,3 (869,0)
Noroeste	656.233	23,1	659,6 (703,3)	615.738	22,8	618,5 (667,9)

Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

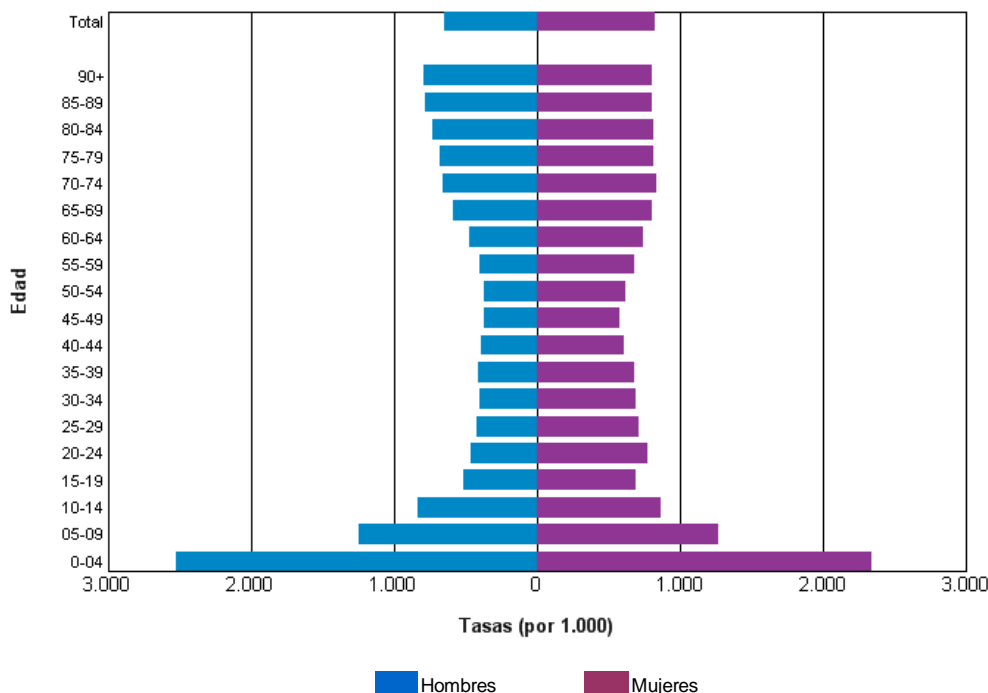


Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas\* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: 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=44.139	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=11.214	F71-Conjuntivitis alérgica N=5.298	D73-Infección intestinal inesp/posible N=4.947	H71-Otitis media/miringitis aguda N=4.185
1-4	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=318.173	H71-Otitis media/miringitis aguda N=77.431	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=60.223	D73-Infección intestinal inesp/posible N=54.532	R77-Laringitis/traqueítis aguda N=43.627
5-14	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=286.887	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=58.486	D73-Infección intestinal inesp/posible N=48.634	H71-Otitis media/miringitis aguda N=48.528	R76-Amigdalitis aguda N=34.003
15-24	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=135.253	D73-Infección intestinal inesp/posible N=33.172	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=28.886	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=20.863	R76-Amigdalitis aguda N=18.827
25-34	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=183.787	D73-Infección intestinal inesp/posible N=68.599	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=36.571	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=27.602	R76-Amigdalitis aguda N=17.428
35-44	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=243.741	D73-Infección intestinal inesp/posible N=61.069	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=40.790	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=22.143	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=22.093
45-54	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=180.680	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=35.753	D73-Infección intestinal inesp/posible N=30.673	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=24.320	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.942
55-64	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=167.216	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=32.633	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=27.574	D73-Infección intestinal inesp/posible N=19.315	F71-Conjuntivitis alérgica N=16.151
65-74	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=164.026	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=35.722	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=30.386	F71-Conjuntivitis alérgica N=17.563	D73-Infección intestinal inesp/posible N=11.931
75-84	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=113.932	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=37.826	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=28.586	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.115	D73-Infección intestinal inesp/posible N=9.857
85+	R74-Infecc respiratoria aguda superior N=44.158	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=25.181	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=14.467	F71-Conjuntivitis alérgica N=7.258	D73-Infección intestinal inesp/posible N=5.079

\*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, con un predominio de los hombres para todos los grupos de edad (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 las tasas de los últimos años son inferiores a 2 por mil, y en menores de un año de edad las tasas son superiores a 4 por mil con mayores oscilaciones temporales.

**Figura 7.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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

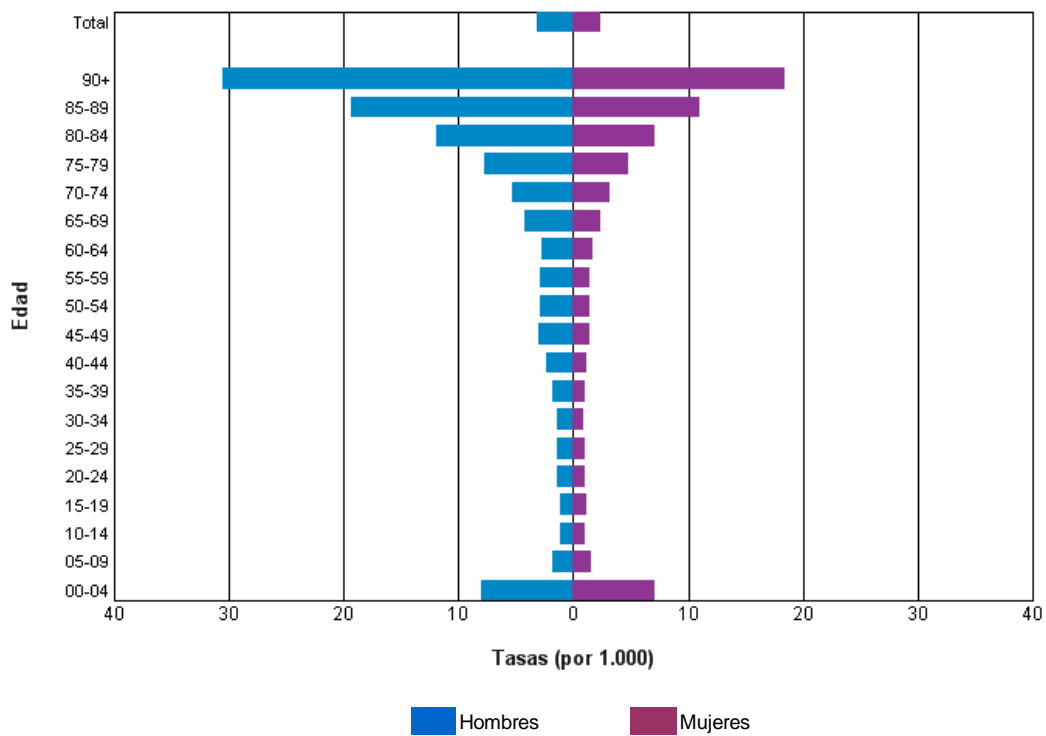


Figura 7.6. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas\* más frecuentes de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2013.

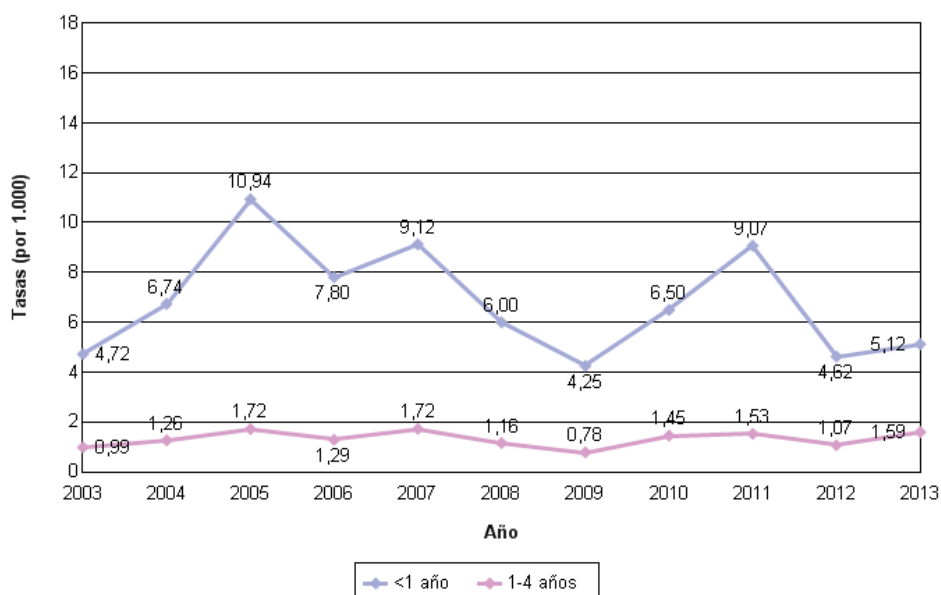
Fuente: CMBD. Elaboración: Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=403	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=280	033.-TOSFERINA N=138	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=92	038.-SEPTICEMIA N=85
01-04	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=579	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=189	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=179	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=124	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=97
05-14	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=295	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=137	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=120	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=109	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=76
15-24	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=235	075.-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA N=110	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=97	038.-SEPTICEMIA N=83	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=44
25-34	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=478	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=227	011.-TBC PULMONAR N=181	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=162	038.-SEPTICEMIA N=124
35-44	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=820	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=578	070.-HEPATITIS VIRICA N=367	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=263	038.-SEPTICEMIA N=230
45-54	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=1.474	070.-HEPATITIS VIRICA N=600	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=488	038.-SEPTICEMIA N=412	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=229
55-64	038.-SEPTICEMIA N=574	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=383	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=336	070.-HEPATITIS VIRICA N=246	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=243
65-74	038.-SEPTICEMIA N=963	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=245	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=242	070.-HEPATITIS VIRICA N=156	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=129
75-84	038.-SEPTICEMIA N=1.751	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=196	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=181	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=154	070.-HEPATITIS VIRICA N=139
85+	038.-SEPTICEMIA N=1.876	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=154	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=118	112.-CANDIDIASIS N=71	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=71

\* 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, 2003-2013.

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

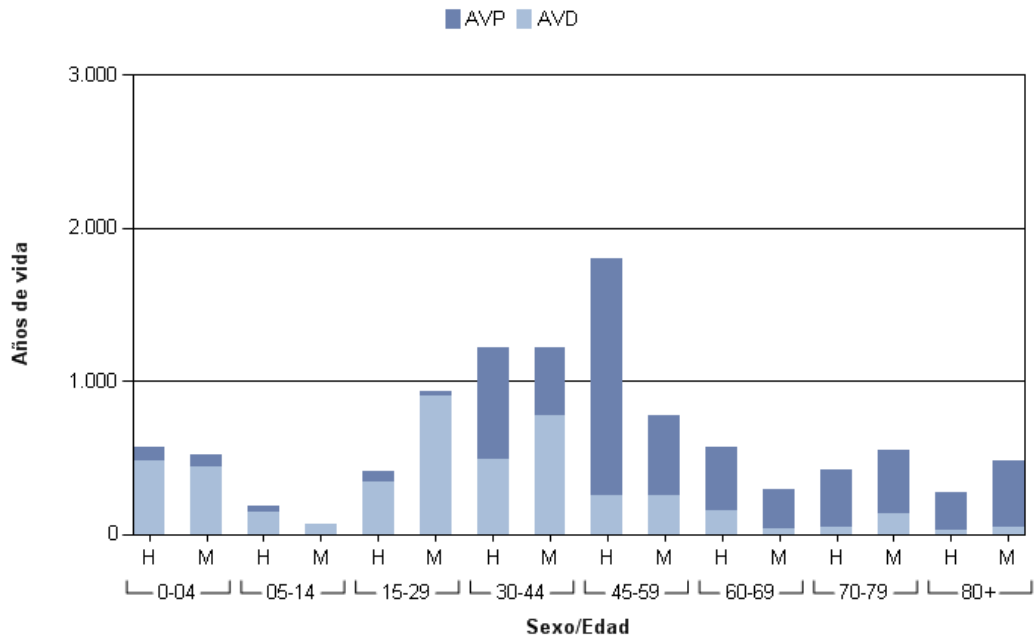


### 7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

La carga de enfermedad por causas infecciosas tiene especial relevancia en los hombres de 45 a 59 años (Figura 7.8). A partir de los 45 años el componente principal de carga de enfermedad por estas causas es la 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, 2012.**

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

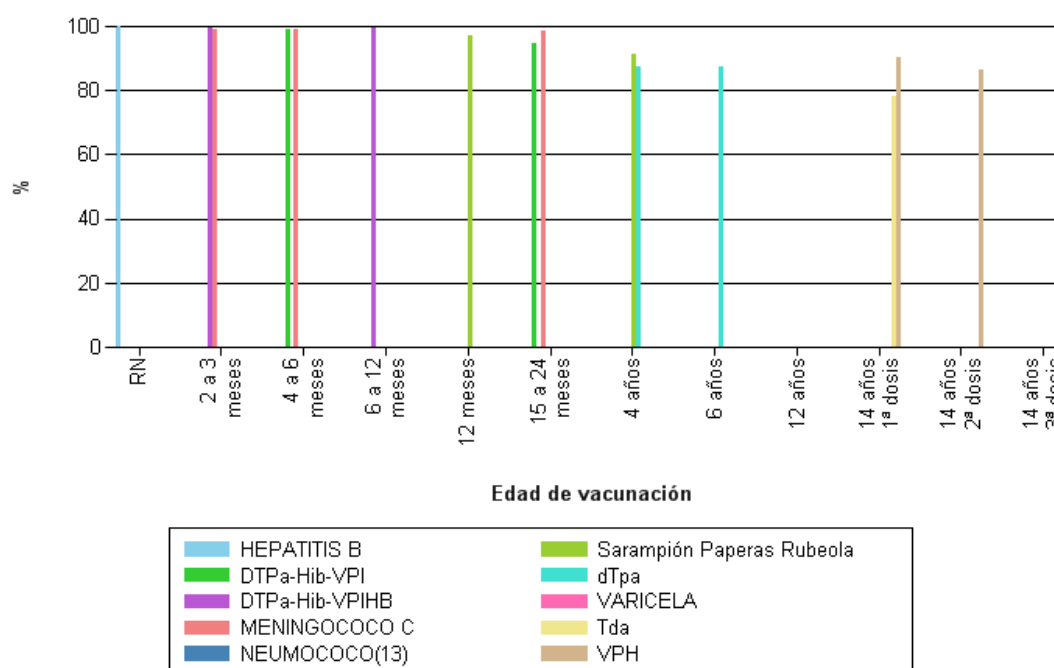
En la [Figura 7.9](#) se presentan los datos de vacunación infantil de calendario. En años recientes se han incluido vacunas para nuevas enfermedades en el calendario de vacunación infantil, como la de la varicela en 2005 y frente al virus del papiloma humano en 2008. También se introdujo en 2006 la 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 de vacunación, como por ejemplo la primera dosis de vacuna triple vírica a los 12 meses desde 2011.

Durante el año 2013 con el objetivo de ir ajustando de forma progresiva el Calendario de Vacunación Infantil de la Comunidad de Madrid al Calendario Común de Vacunación Infantil del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobado el 21 de marzo de 2013, se introdujeron los siguientes cambios con efecto del 1 de junio de 2013: la pauta de vacunación frente a la hepatitis B es de tres dosis, a los 0 (recién nacidos), 2 y 6 meses; la administración de la vacuna combinada frente a la Difteria, Tétanos y Tosferina de baja carga antigénica se administra a los 6 años en lugar de a los 4 años, y la vacuna frente a la Varicela se administra a los 12 años en lugar de a los 11 años (pauta de dos dosis con un mes de intervalo). A finales de 2013, con efecto a partir del 1 de enero de 2014, se eliminó la vacuna frente a la Varicela a los 15 meses y se cambió la pauta de la vacunación frente a la Enfermedad Meningocócica por serogrupo C pasando a ser a los 2, 4, 12 meses y 12 años (con anterioridad la tercera dosis a los 15 meses).

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, 2013.**

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





## 7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

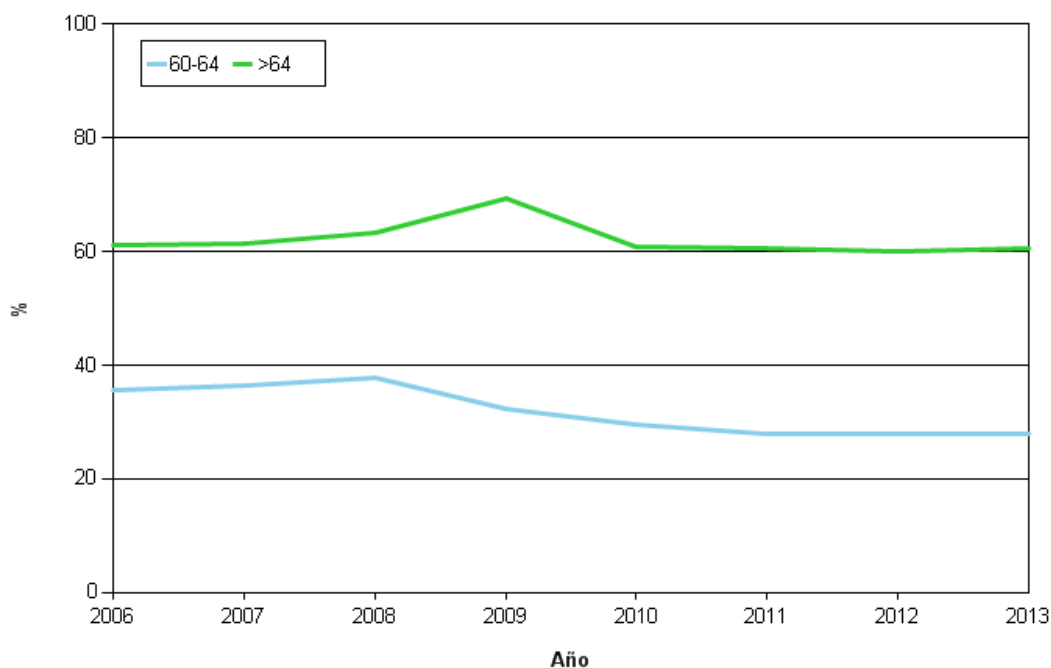
### 7.2.2.1. Gripe y neumococo

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 a partir de este año 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 7.10](#) se presenta, para los últimos años, la cobertura de vacunación antigripal en mayores. En 2013 en el grupo de mayores de 64 años se alcanzó una cobertura de 60,50% y en el grupo de 60 a 64 fue de 27,76%.

**Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2013.**

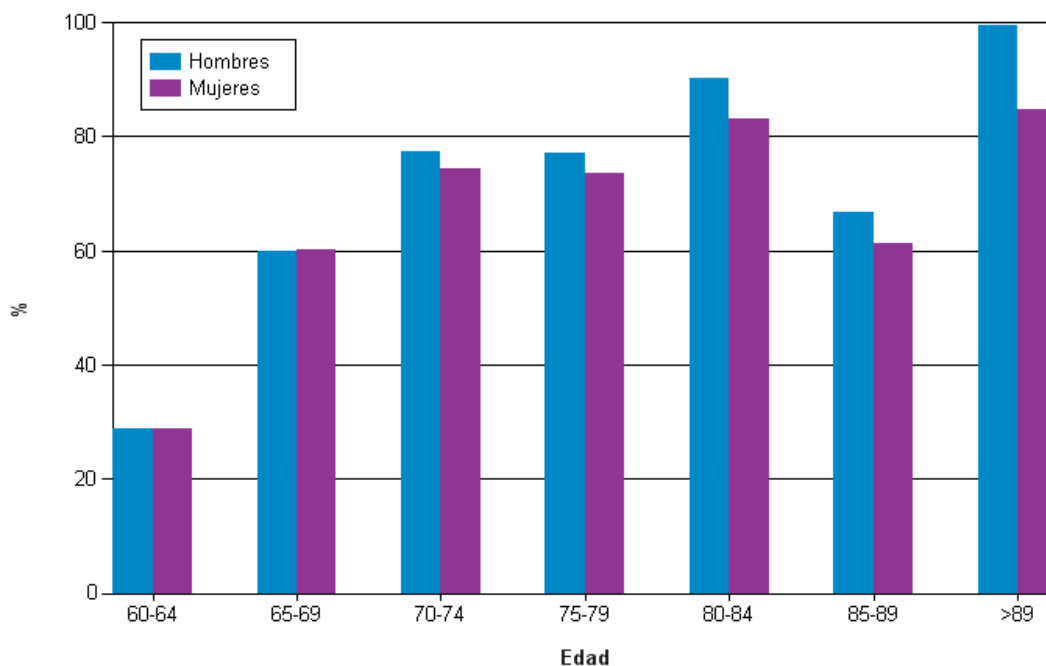
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando la vacunación con una sola dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2013 se muestra en la [Figura 7.11](#). A partir de los 65 años de edad las coberturas son superiores al 60%.

**Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2013.**

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 2012 y 2013 no se han notificado casos de poliomielitis, difteria ni rubéola congénita. En 2012 se registró un caso de tétanos, no habiéndose notificado ninguno desde 2008; se trataba de una mujer de 54 años, con antecedente de caída con traumatismo facial y que desarrolló el cuadro clínico característico de tétanos.

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. En 2010 se produjo la primera reintroducción del virus de la polio en la Región Europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos. En octubre de 2013 se produjo en Siria un brote con 10 casos de polio por PSV1. Este hallazgo supone la primera detección del PSV1 en el país desde que se aisló por última vez en 1999. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2012 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) que mantienen algún área endémica, y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 223 casos en 2012. El poliovirus salvaje tipo 2 no se detecta desde 1999.

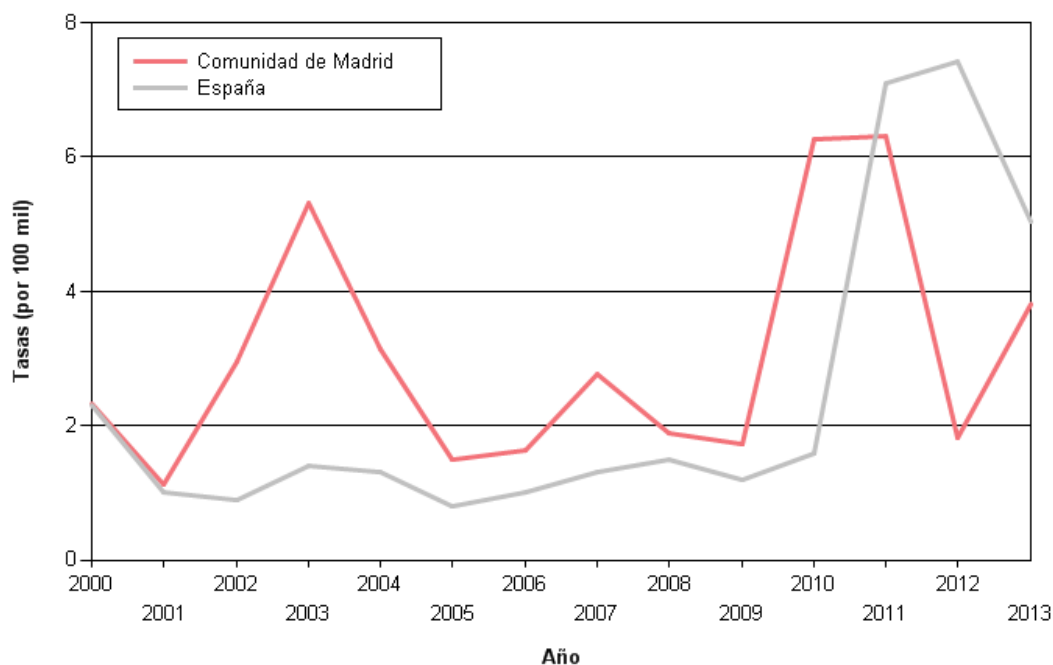
Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

En la Comunidad de Madrid el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) detectó en 2012 una incidencia por debajo del 1 por 100.000 en menores de 15 años. En 2012 en España se notificaron al sistema de vigilancia 23 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 87%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

En el año 2013 se notificaron 247 casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid y 118 en el año 2012 (Figura 7.12). En 2012 el 51,7% de los casos se clasificaron como confirmados, el 8,5% como probables y el 39,8% restantes como sospechosos. El 51,7% de los casos eran hombres. La mediana de la edad fue de 1 año, con un rango de 1 mes a 86 años, siendo el 43,2% menores de 6 meses, el 23,7% de 6 meses a 4 años, el 16,1% entre 5 y 9 años, el 5,1% de 10 a 14 años y el 11,9% mayores de 14 años (Figura 7.13). El estado vacunal era desconocido en el 12,7% de los casos, el 27,1% no estaban vacunados y el 60,2% sí lo estaban (entre los vacunados, el 93,0% de los casos había recibido al menos una dosis de vacuna y en el resto de ellos se desconocía el número de dosis recibidas). Durante el año 2012 se notificaron 3 brotes de tos ferina en la Comunidad de Madrid, con un total de 9 afectados, todos ellos en el entorno familiar.

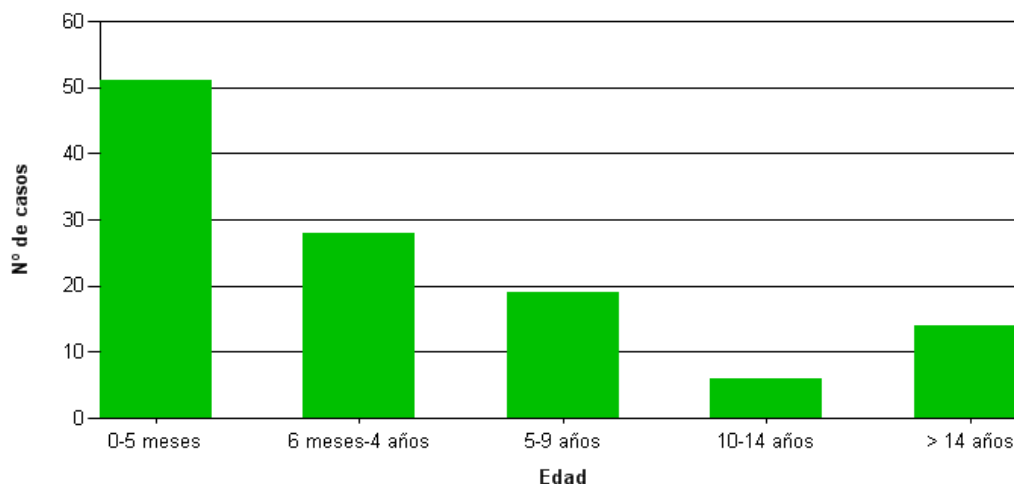
**Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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, 2012.**

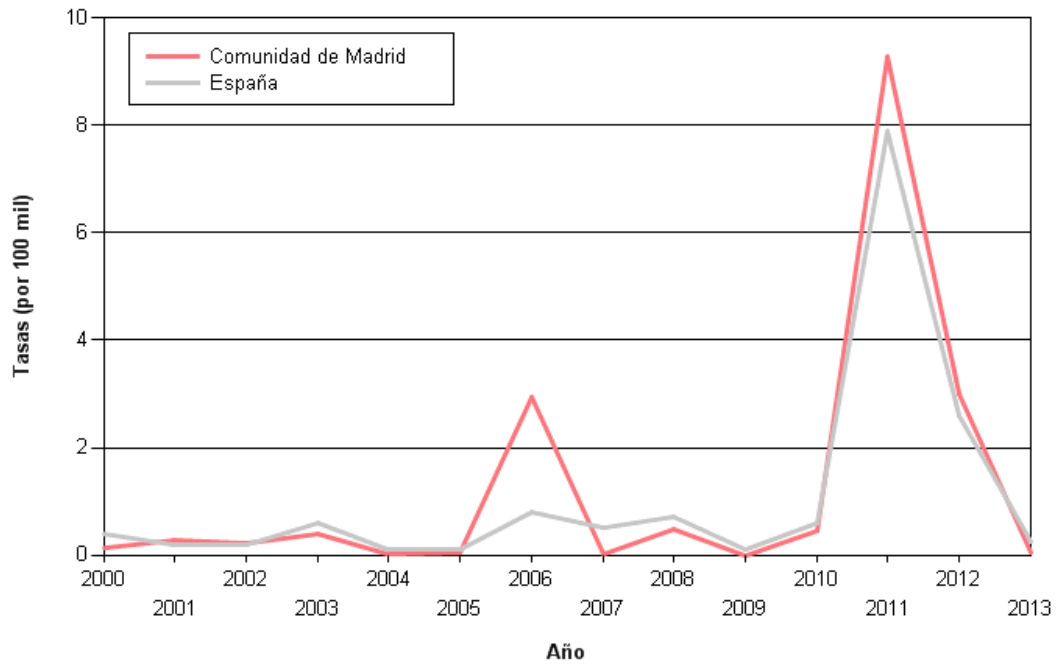
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Después del brote comunitario de sarampión que ocurrió en la región en el año 2006 (Figura 7.14), en los años 2011 y 2012 se han notificado 955 casos sospechosos de sarampión, de los que se han confirmado el 90,6% en 2011 (634 casos) y el 79,2% en 2012 (202 casos). El 85,3% de los casos notificados han sido clasificados como autóctonos (815 casos) y el 2,1% como extracomunitarios (21 casos). El 52,1% de los casos confirmados autóctonos identificados en los años 2011 y 2012 eran hombres (425 de 815). El rango de edad fue de menos de 1 mes a 55 años. El 24,8% de los casos tenían entre 0 y 15 meses de edad y el 26,1% entre 25 y 34 años. La incidencia más elevada se observa en los menores de 1 año (148,69 casos por 100.000 habitantes en 2011 y 41,70 en 2012), seguida del grupo de 1 a 4 años (39,04 en 2011 y 10,61 en 2012) (Figura 7.15). El 35,1% de los casos son de etnia gitana (286 casos). La distribución etaria es muy diferente según la etnia de los casos. Entre los casos de etnia gitana, predominan los casos de 16 meses a 19 años de edad (68,9%), mientras que en los que no son de etnia gitana predominan los de 6 a 15 meses (28,2%) y los de 20 a 39 años (52,3%) (Figura 7.16). El 49,8% de los casos pertenecen a las cohortes de niños incluidos en el calendario de vacunación infantil y, por tanto, son casos evitables. El 97,5% de los casos de etnia gitana y el 74,4% de los que no eran de etnia gitana no estaban vacunados. El 99,3% (807) de los casos autóctonos se han producido en un intervalo de tiempo sin períodos libres de casos que abarca desde el 7 de febrero de 2011 hasta el 31 de julio de 2012. Se ha definido un brote comunitario formado por todos los casos ocurridos en dicho período con virus de genotipo D4 o con genotipo desconocido, independientemente de si estaban asociados a otro caso o eran esporádicos. Por tanto, los casos con un genotipo distinto de D4 o vinculados a algún caso con genotipo distinto de D4 se han excluido del brote. En total, el número de casos pertenecientes al brote comunitario asciende a 789 y del resto, 11 se agrupan en 5 brotes y 15 son esporádicos. El 58,1% (459) de los casos del brote comunitario están vinculados a 86 cadenas de transmisión. La cadena de mayor magnitud ha acumulado un total de 134 casos, seguida de una cadena de 31 casos, otra de 25 y otra de 16. Las tres primeras cadenas están formadas por casos originados en un ámbito geográfico específico (distrito de Vallecas y barrios de Pan Bendito y San Isidro respectivamente) y la última por casos vinculados a una escuela infantil.

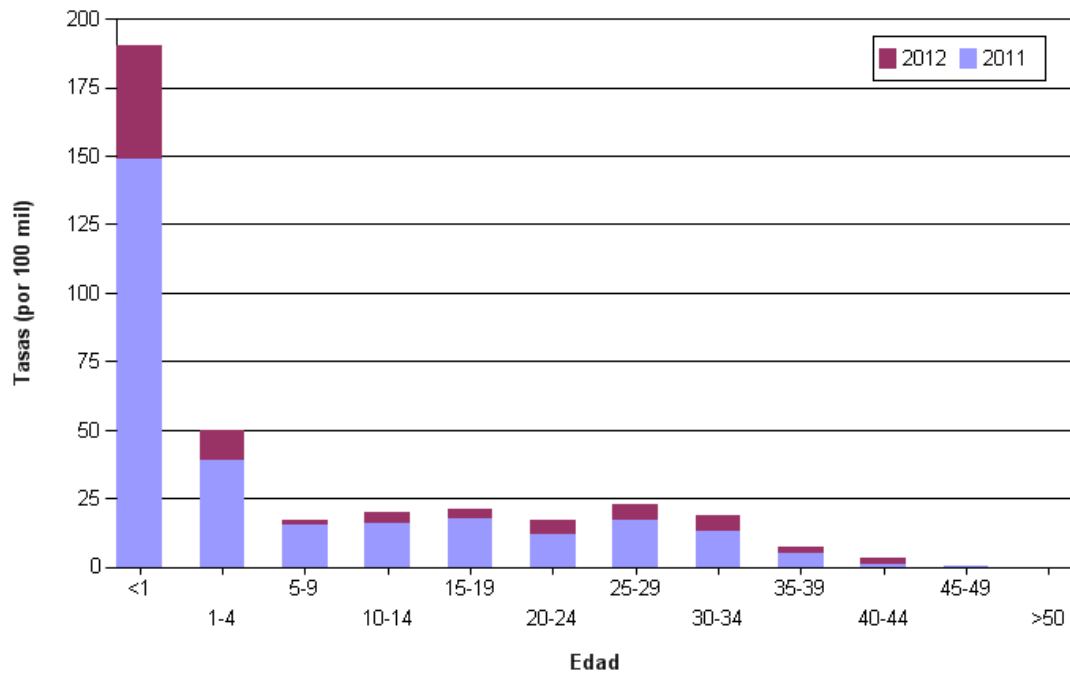
**Figura 7.14. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



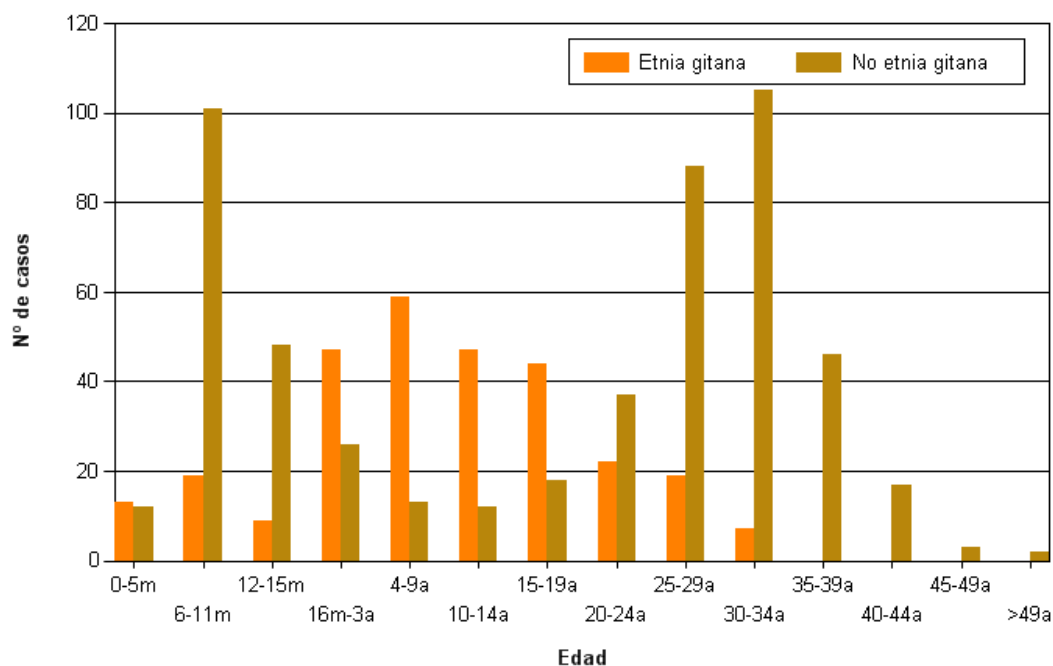
**Figura 7.15. Sarampión. Incidencia de casos autóctonos por edad y año de inicio del exantema. Comunidad de Madrid, 2011-2012.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



**Figura 7.16. Sarampión. Distribución de los casos confirmados autóctonos según edad y etnia. Comunidad de Madrid, 2011-2012.**

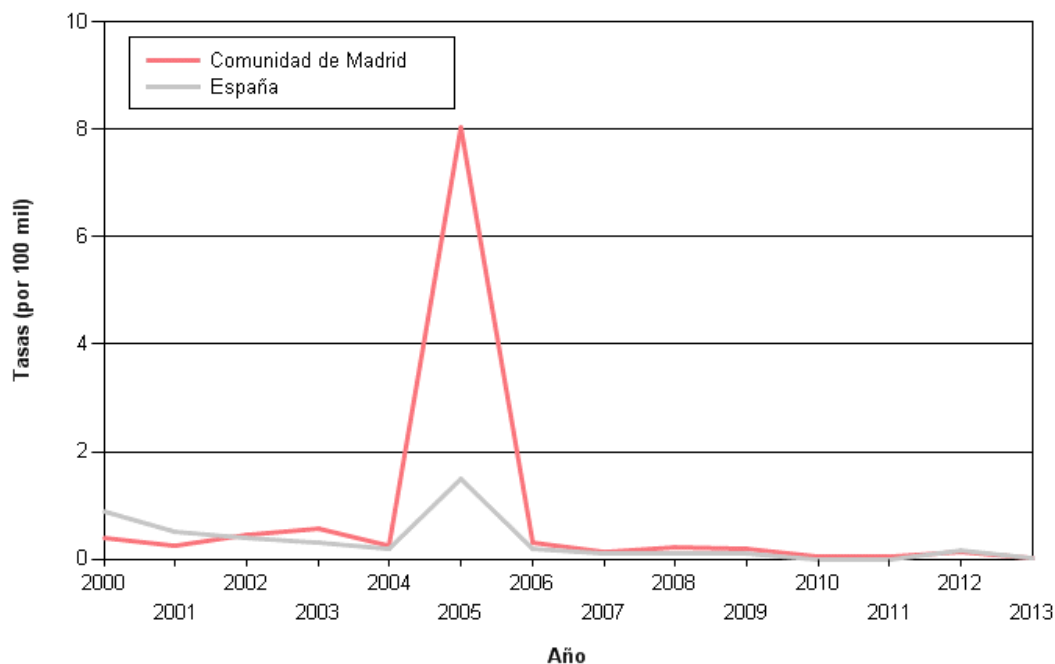
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el período 2011-2012 se han notificado 4 y 22 casos sospechosos de rubéola respectivamente, de los que se han confirmado el 75,0% en 2011 y el 59,1% en 2012. La incidencia de casos autóctonos ha sido de 0,03 casos por 100.000 habitantes en 2013, 0,14 en 2012 y 0,06 en 2011 (Figura 7.17). El rango de edad fue de 9 meses a 60 años. El 66,6% tenían entre 20 y 34 años de edad. El 33,3% eran mujeres en edad fértil (4 casos) (Figura 7.18), de ellas, 3 estaban sin vacunar y una presentaba una dosis de vacuna no documentada. No se ha notificado ningún caso de síndrome de rubéola congénita en estos 2 años.

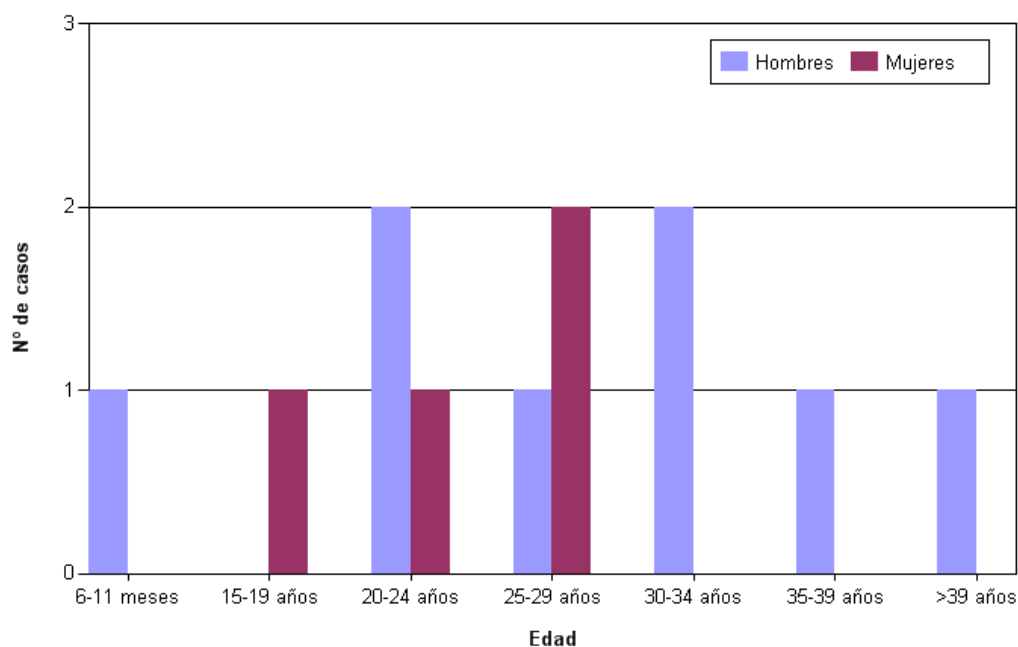
**Figura 7.17. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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. Distribución según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011-2012.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. 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 Comunidad de Madrid 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 a 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 a 20 años presenta una seroprevalencia de 94,5% (IC95%: 92,3-96,0) y el de 21 a 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.

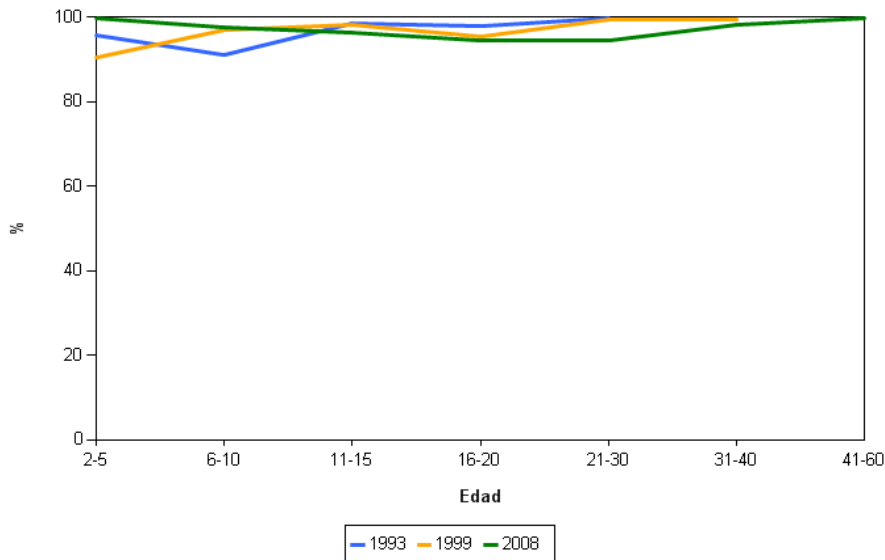
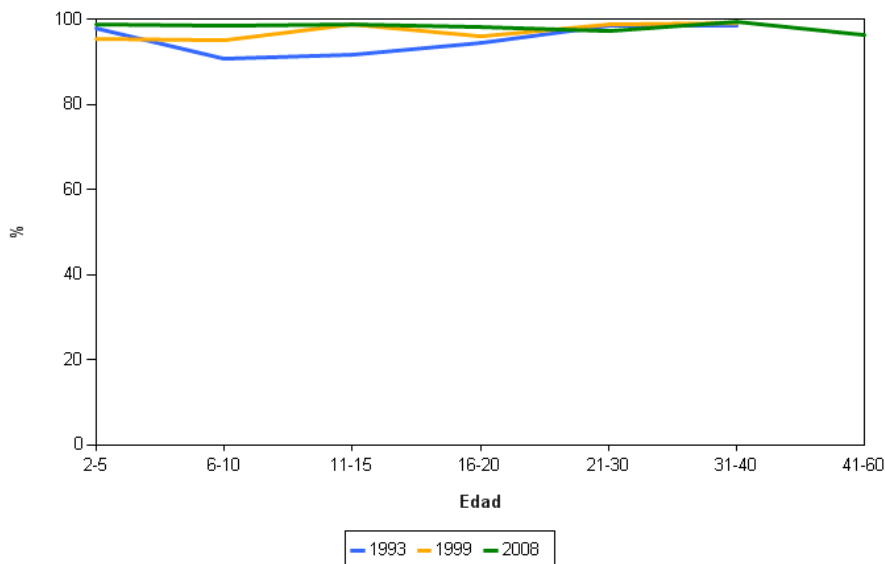


Figura 7.20. Rubéola. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



A partir de los 21 años: sólo mujeres y hasta 45 años

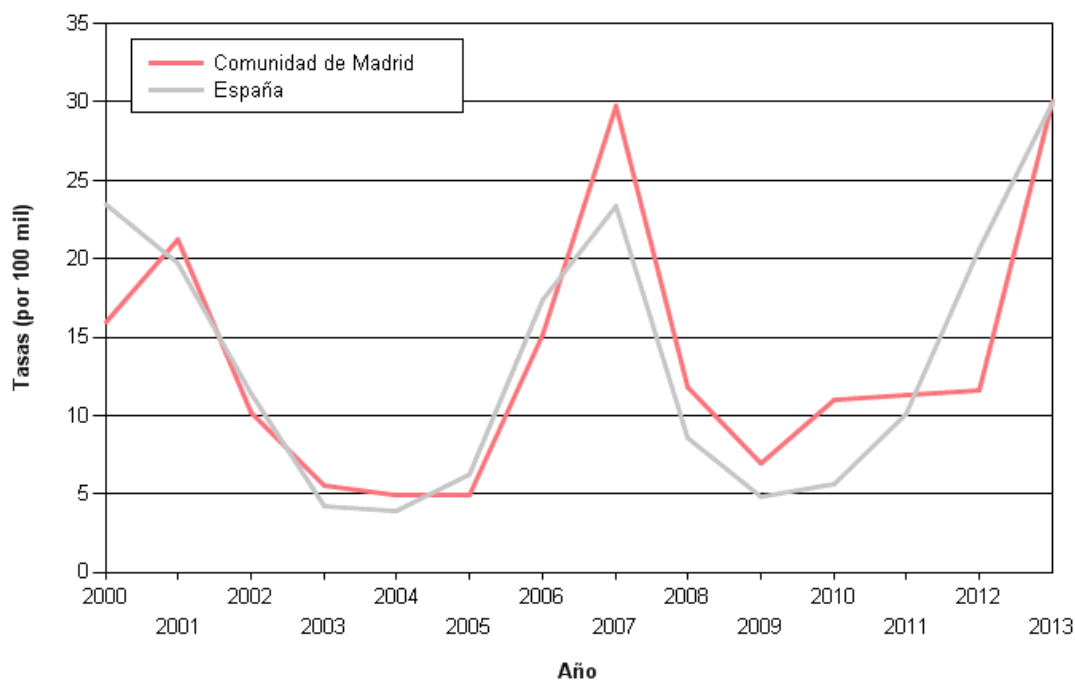
En el año 2013 se notificaron 1952 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.21) y 754 en el año 2012. De los casos de 2012, el 9,9% de los casos se clasificaron como confirmados, el 8,2% como probables y el 81,8% restantes como sospechosos. El 52,8% de los casos eran varones. El rango de edad fue de 1 a 83 años, con una mediana de 20,5 años; el 43,6 % eran menores de 15 años, 31,2% de



15 a 29 años, y el 25,2% mayores de 29 años (Figura 7.22). En cuanto al estado vacunal de los 544 casos menores de 29 años (deberían estar vacunados según calendario vacunal) en un 30,1% se desconocía el estado vacunal, el 2,4% no estaba vacunado y el 67,5% restante sí estaba vacunado. Se notificaron 13 brotes de parotiditis en 2012 con un total de 76 casos: 4 brotes en el ámbito escolar con 47 casos y 5 brotes de ámbito familiar con 14 casos.

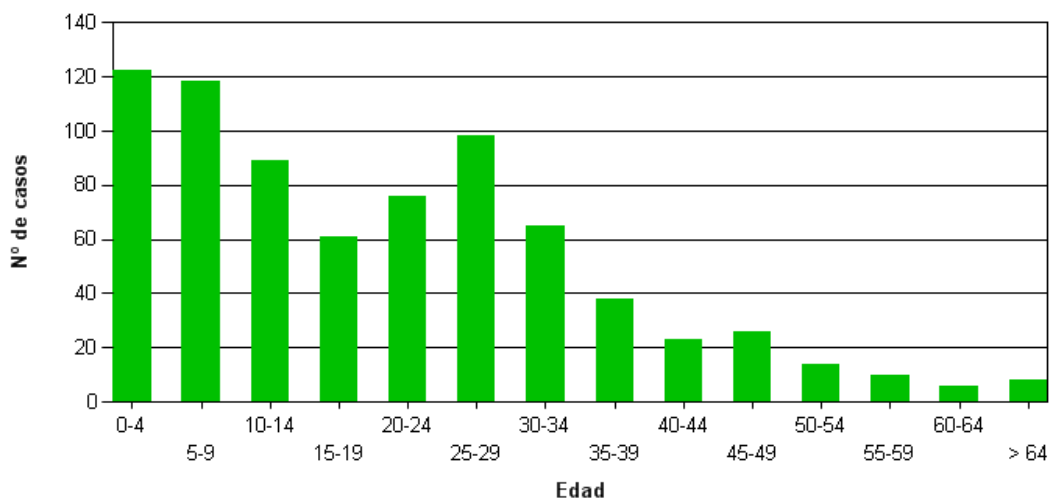
**Figura 7.21. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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, 2012.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

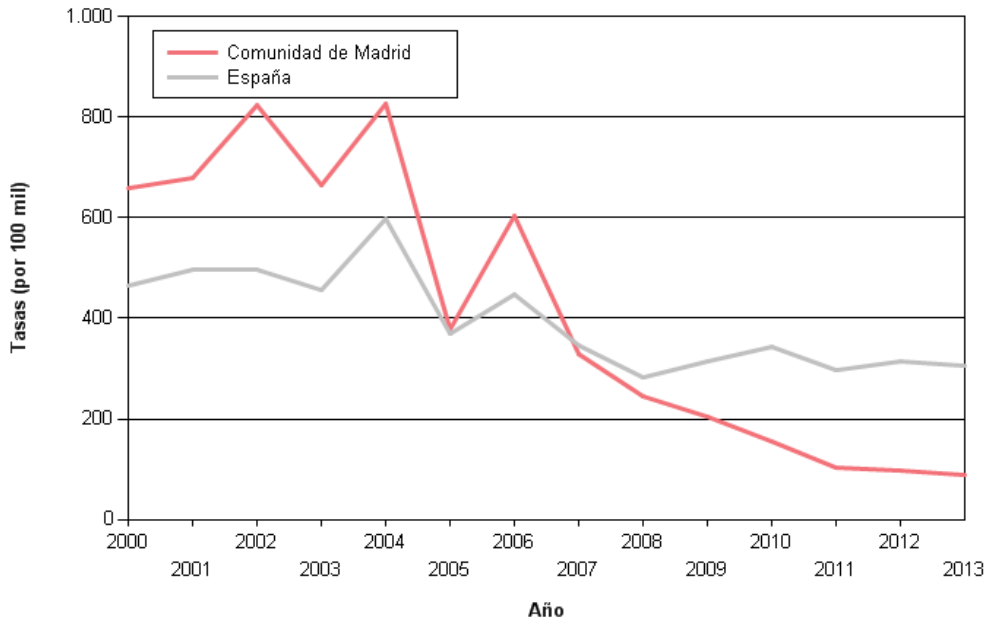


Desde el año 2007 se observa un descenso mantenido en la incidencia de varicela en la Comunidad de Madrid (Figura 7.23), observándose en 2013 la tasa más baja desde el comienzo del nuevo siglo. En el periodo 2007-2011 la incidencia más elevada se observa en los menores de 10 años si bien hay una clara

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.

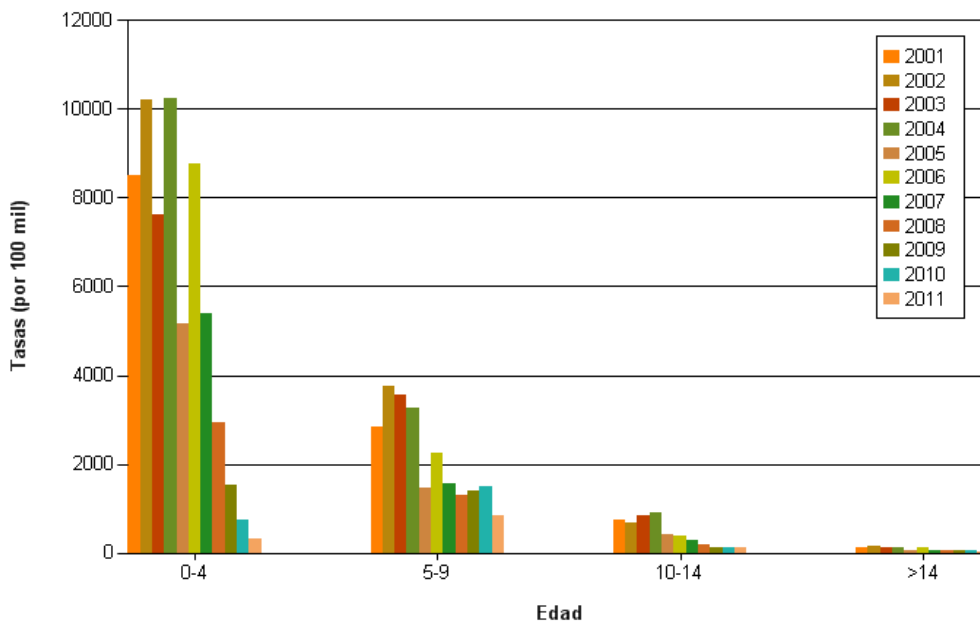
**Figura 7.23. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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, 2001-2011.**

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



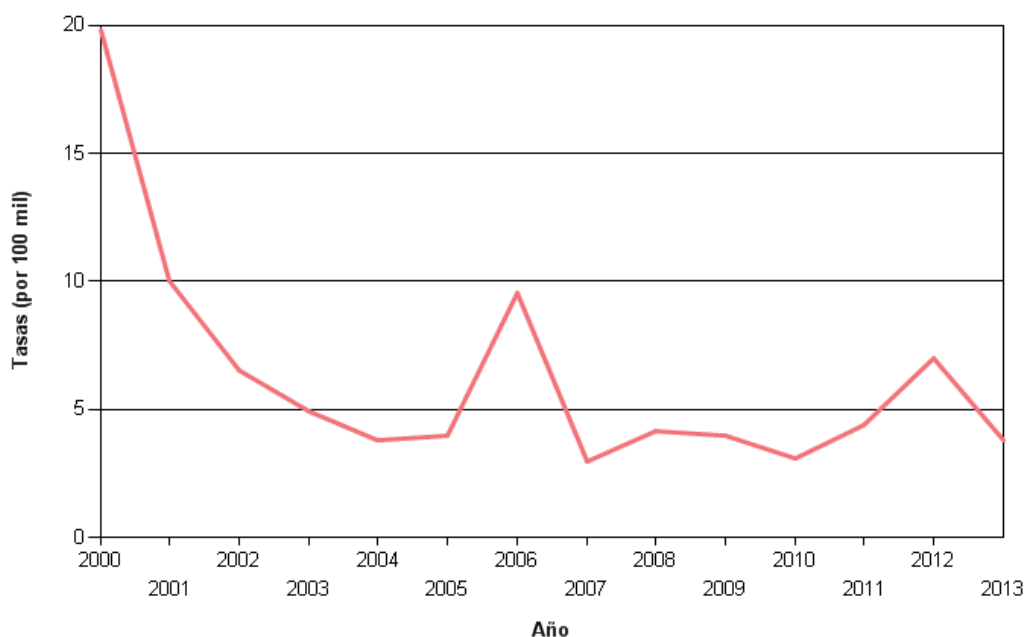
### 7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora y otras meningitis bacterianas

En el año 2013 en la Comunidad de Madrid se han registrado 248 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 3,81 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.25). La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (73,0%), confirmándose 67 casos (27,0%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (53 casos), virus Varicela-zoster (4 casos), virus Herpes simple (7 casos), virus Echo (2 casos), virus de la Parotiditis epidémica (2 casos), virus de Epstein-Barr (1 caso) y Citomegalovirus (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 (37,03 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 1 a 4 años (13,61) y el de 5 a 9 años (9,49). En 2013 no se han registrado fallecimientos por esta causa. En 2012 se registró el fallecimiento de un paciente con meningoencefalitis por Herpes simple.

En el año 2013 se han notificado en la Comunidad de Madrid 15 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. La enfermedad invasiva por *H. influenzae* presenta desde hace años en la Comunidad de Madrid tasas en torno al 0,2 por 100.000 habitantes.

**Figura 7.25. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2013.**

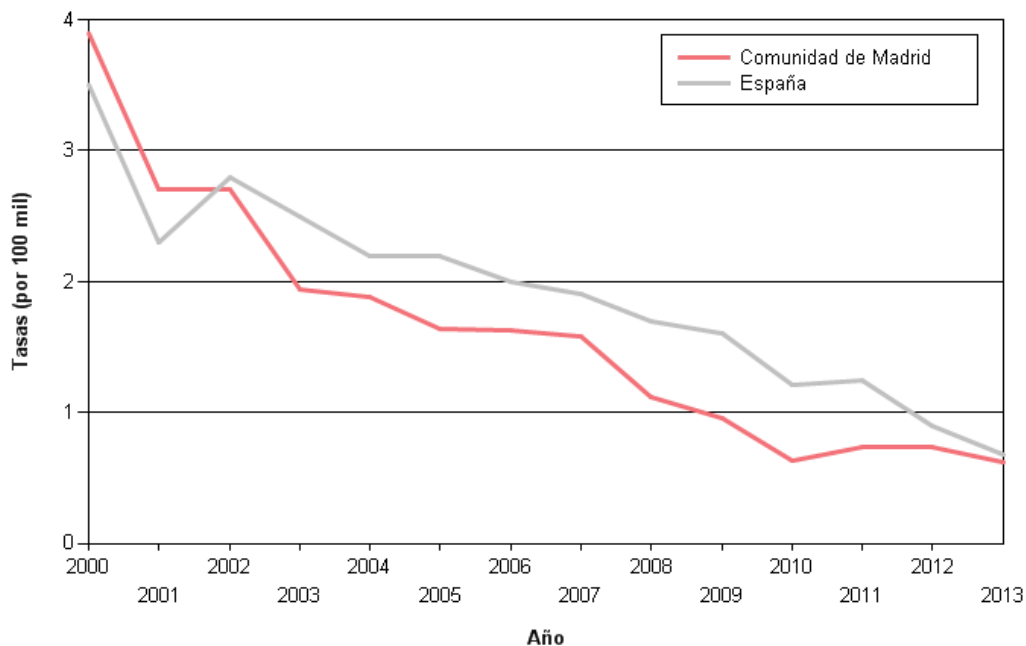
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La incidencia de enfermedad meningocócica muestra una tendencia estable en los últimos años, y en 2013 la tasa fue de 0,63 por 100.000 habitantes (Figura 7.26). La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2012-2013 muestra las mayores tasas en los menores de un año, como es habitual. Esto se observó tanto para el serogrupo B, como para el serogrupo C y el global de los casos confirmados (Tabla 7.4).

**Figura 7.26. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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 2012-2013.**

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	8,89	1	1,48	8	11,85	0	0,00
1 a 4	7	2,38	0	0,00	9	3,06	1	0,34
5 a 9	2	0,58	1	0,29	3	0,86	2	0,58
10 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19	1	0,35	0	0,00	1	0,35	0	0,00
20 a 24	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25 a 44	4	0,14	0	0,00	4	0,18	0	0,00
45 a 64	4	0,24	2	0,12	7	0,42	1	0,06
>64	2	0,20	0	0,00	4	0,39	0	0,00
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>0,38</b>	<b>4</b>	<b>0,06</b>	<b>36</b>	<b>0,55</b>	<b>4</b>	<b>0,06</b>

\*Se incluyen también los casos debidos a serogrupo Y, W135 y sin grupar

Al comparar la incidencia de la temporada 2012-2013 con las temporadas previas (desde la temporada 1996-97), observamos que ha mostrado una de las incidencias más bajas de enfermedad meningocócica registradas. La evolución muestra una reducción paulatina de la incidencia, especialmente para el serogrupo C tras las campañas de vacunación, pero también para el serogrupo B en las últimas temporadas (Tabla 7.5). La letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2012-2013 ha sido de 12,5% para el global de casos (Tabla 7.6).

**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 2012-13.**

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	2,40
1998- Casos	1	62	32	0	0	0	12	107	34	141
1999 Tasas	0,02	1,20	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	0,80	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	-	0,20	2,28	0,60	2,88
2002- Casos	0	48	23	1	2	0	13	87	17	104
2003 Tasas	-	0,84	0,40	0,02	0,03	-	0,23	1,52	0,30	1,82
2003- Casos	1	52	32	1	4	0	8	98	20	118
2004 Tasas	0,02	0,90	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	0,20	0,03	-	-	0,13	1,12	0,40	1,51
2006- Casos	0	66	3	1	0	0	7	77	19	96
2007 Tasas	-	1,90	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	0,70	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
2011- Casos	0	29	5	0	1	0	9	44	7	51
2012 Tasas	-	0,45	0,08	-	0,02	-	0,14	0,68	0,11	0,79
2012- Casos	0	25	4	1	1	0	5	36	4	40
2013 Tasas	-	0,38	0,06	0,02	0,02	-	0,08	0,55	0,06	0,62

**Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2012-2013.**

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
2011-2012	3,4	0,0	4,5	0,0	3,9
2012-2013	12,0	25,0	13,8	0,0	12,5

Analizando a partir del CMBD los casos de enfermedad invasora por neumococo (ENI) que requieren ingreso hospitalario, en el año 2013 la incidencia fue 20,75 casos por 100.000 habitantes (Tabla 7.7). La mayor incidencia se observa en los mayores de 64 años (86,22 casos por 100.000), seguida por el grupo de edad de 45-64 años (15,44 casos por 100.000) y por los menores de 1 año (14,81 casos por 100.000). La neumonía fue la forma clínica predominante, con una incidencia de 18,37. La incidencia de septicemia fue de 1,91 y la meningitis neumocócica fue de 0,48. La letalidad global ha sido de un 8,2%, siendo superior en los mayores de 64 años (10,5%) y en los casos de septicemia (14,5%). La incidencia de la enfermedad en 2013 ha sido un 8,0% menor que en 2012 (RR=0,92 IC95% 0,85-0,99). La evolución de la enfermedad muestra una tendencia decreciente desde 2009.

**Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2013.**

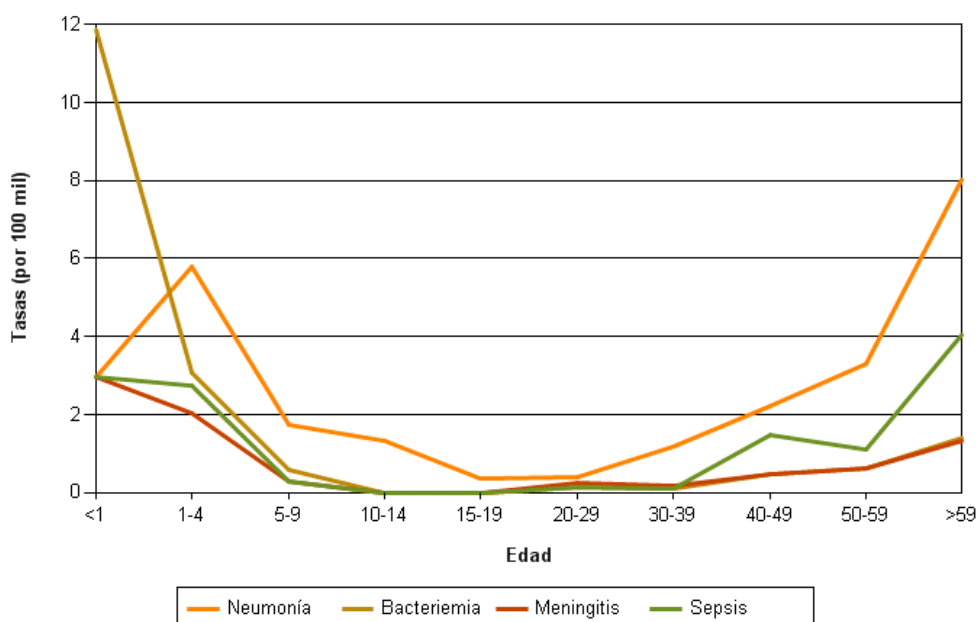
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	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
2012	109	1,68	44	0,68	1.316	20,25	2	0,03	1.471	22,64
2013	124	1,91	31	0,48	1.193	18,37	0	0,00	1.348	20,75

La ENI se incluyó como EDO en la Comunidad de Madrid en febrero de 2007. En 2013 se registraron 399 casos (6,14 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 (con o sin sepsis) afecta fundamentalmente a los mayores de 59 años (8,03 casos por 100.000) y el grupo de 1 a 4 años (5,78), la sepsis a los mayores de 59 años (4,05), a los menores de 1 año (2,96) y a los de 1 a 4 años (2,72), la bacteriemia sin foco muestra la mayor incidencia en los menores de 1 año (11,85) y en el grupo de edad de 1 a 4 años (3,06), la meningitis (con o sin sepsis) afecta preferentemente a los menores de 1 año (2,96), a los de 1 a 4 años (2,04) y a los mayores de 59 años (1,33), la mayor incidencia de empiema se presenta en el grupo de edad de 5 a 9 años (1,15). En 262 casos (65,6%) se registró algún antecedente patológico que podría considerarse un factor de riesgo para la enfermedad neumocócica (Tabla 7.8). La presencia de antecedentes patológicos fue mayor en hombres que en mujeres (71,2% vs 57,8%) y aumentó con la edad. El 60,3% de los casos con antecedentes patológicos habían recibido vacunación antineumocócica: el 87,5% de ellos habían recibido la vacuna de polisacáridos capsulares de los 23 serotipos (VPN23), el 10,9% habían recibido vacuna conjugada y en 2 casos se desconoce el tipo de vacuna. La letalidad de los pacientes con antecedentes patológicos fue del 17,5%, siendo del 7,2% para los pacientes sin antecedentes patológicos.

**Figura 7.27. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



**Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Antecedentes patológicos. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Casos	%
Cirugía craneal	1	0,4
Esplenectomía	5	1,9
Fístula de LCR	1	0,4
Inmunodeficiencia	53	20,2
Patología cardíaca	49	18,7
Patología hepática	15	5,7
Patología renal	7	2,7
Patología respiratoria	42	16,0
Traumatismo o cirugía craneal	2	0,8
Otros	87	33,2
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>

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) y en julio de 2012 esta vacuna dejó de incluirse en la vacunación sistemática de la infancia. La vacuna polisacárida (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. En el año 2013, se dispone de información sobre el serotipo de neumococo causante de la enfermedad en el 79,1% de los casos (316). Se han identificado más de 40 serotipos diferentes. Los cinco serotipos más frecuentes fueron el 8 (14,9%), 3 (8,5%), 19A (6,6%), 1 (5,4%) y 22F (5,1%). La proporción de casos con serotipos incluidos en la VCN7 fue del 9,1%, en la VCN13 fue del 32,2% y en la VPN23 del 67,4%.

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 en 2013 el 33,3% de los casos (incidencia 0,26).

### 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 los años siguientes (Figura 7.28). De los 82 casos de hepatitis A notificados en 2012 el 67,1% eran menores de 35 años. La información sobre el país de origen constaba en el 98,8% de los casos, de los cuales el 71,6% eran españoles (Figura 7.29), el 13,6% latinoamericanos, el 8,6% africanos, el 4,9% europeos y el 1,2% asiáticos. En 22 casos (26,8%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A y sólo en uno de ellos constaba la vacunación.

**Figura 7.28. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

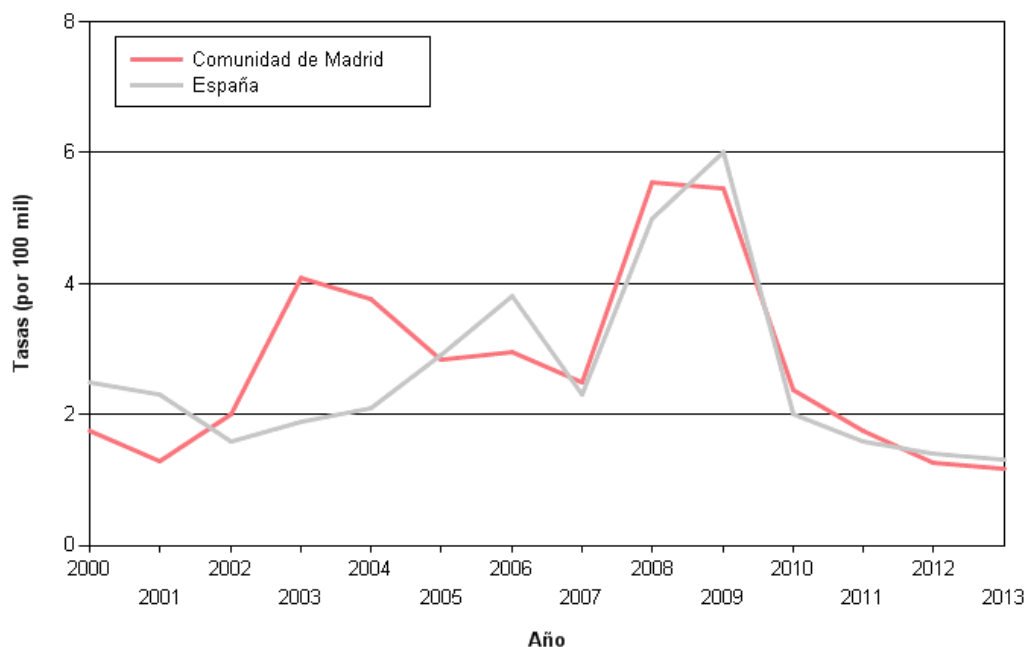
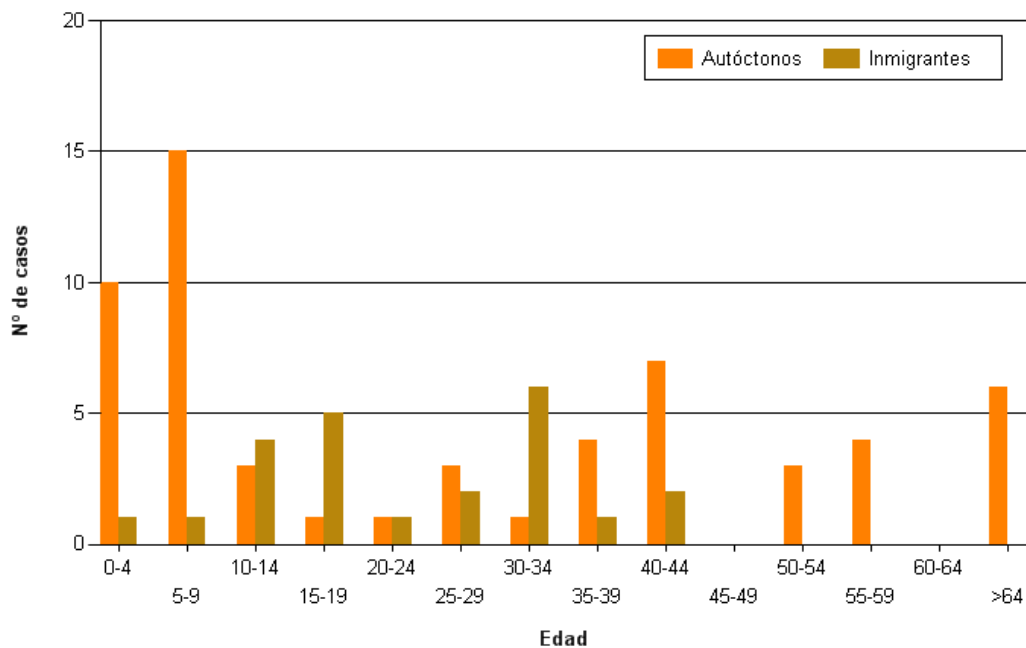




Figura 7.29. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid, 2012.

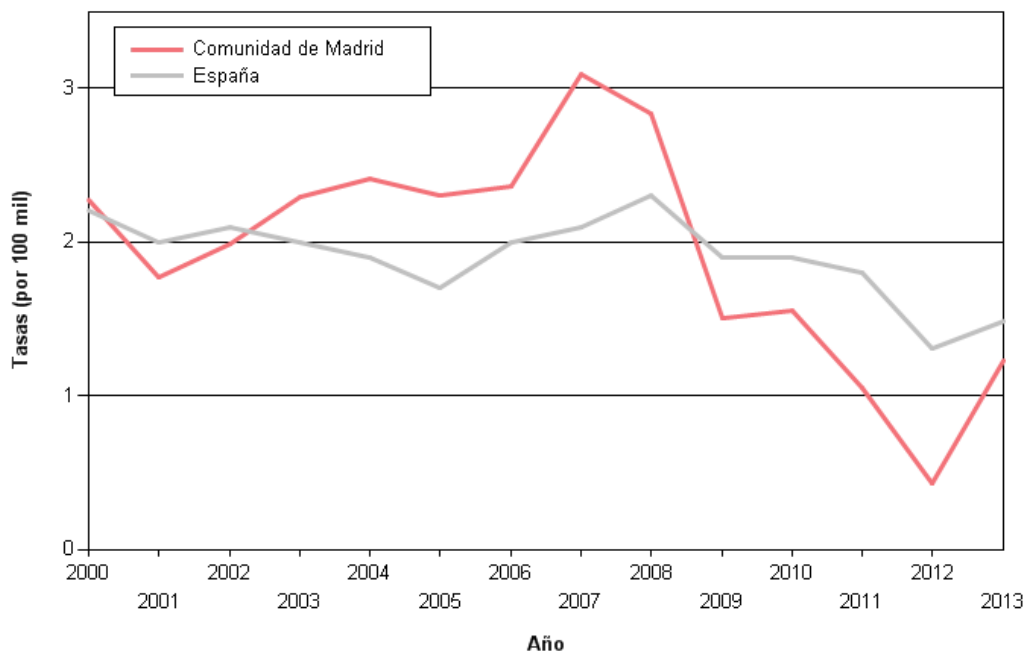
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 2008 (Figura 7.30). De los 28 casos notificados en el 2012 el 64,3% eran hombres y el 92,9% mayores de 30 años (Figura 7.31). La vacuna frente a hepatitis B se introdujo en nuestra Comunidad Autónoma en 1985, y en 2012 se notificaron 2 casos nacidos después de 1984 aunque ninguno de ellos era español.

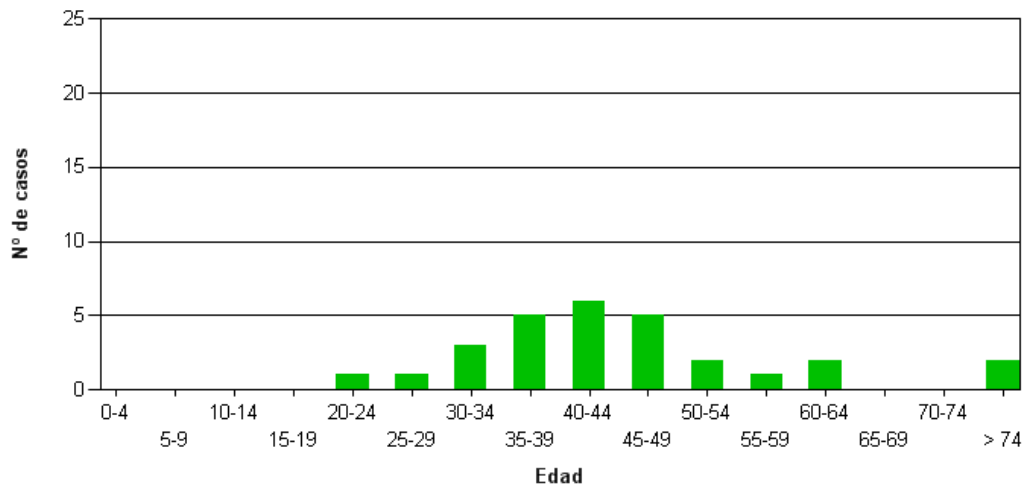
Figura 7.30. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

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, 2012.**

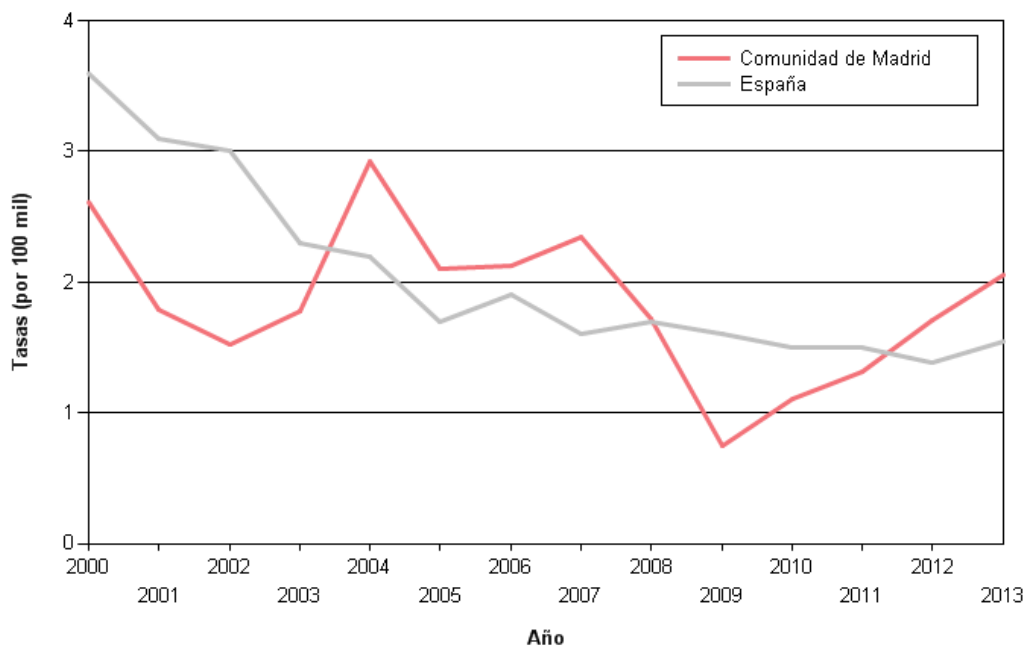
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La incidencia de otras hepatitis víricas en 2012 fue de 1,7 casos por 100.000 (Figura 7.32). De los 111 casos notificados en 2012 el 50,5% eran hombres, y la mediana de edad fue de 45 años (Figura 7.33). El 72,1% eran españoles. En cuanto al tipo de hepatitis, el 64,9% de los casos se clasificaron como hepatitis C, el 0,9% como hepatitis delta y el 0,9% como hepatitis E y en el 33,3% restante no se disponía de información sobre el tipo de hepatitis.

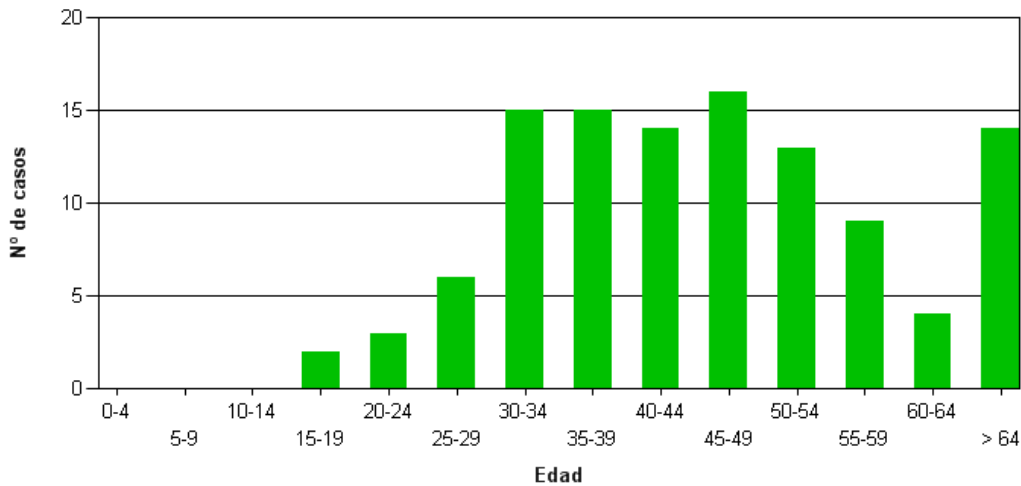
**Figura 7.32. Otras hepatitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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, 2012.**

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 se ha mantenido la vigilancia de casos graves de gripe.

**Figura 7.34. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 2000-01 a 2012-13.**

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

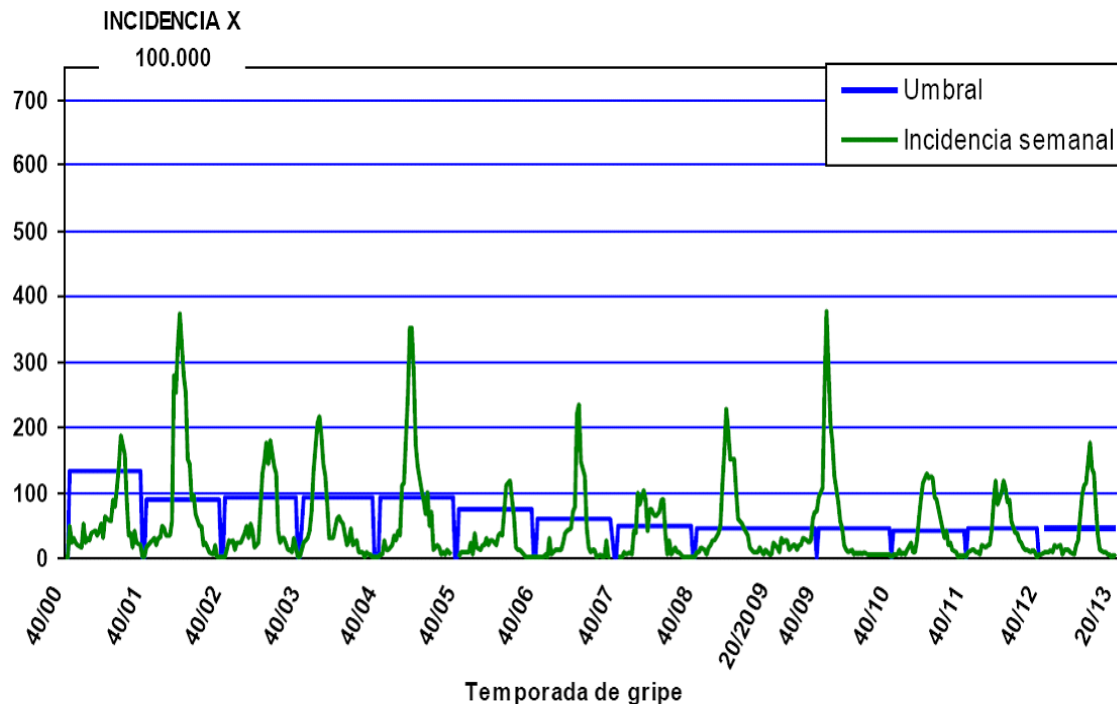
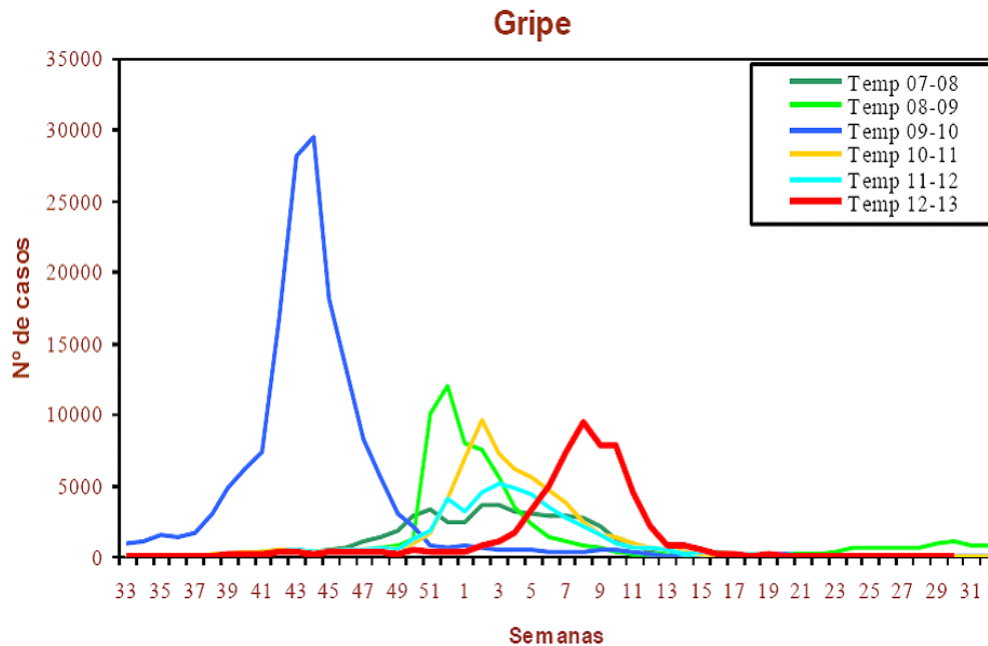


Figura 7.35. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2007-08 a 2012-13.

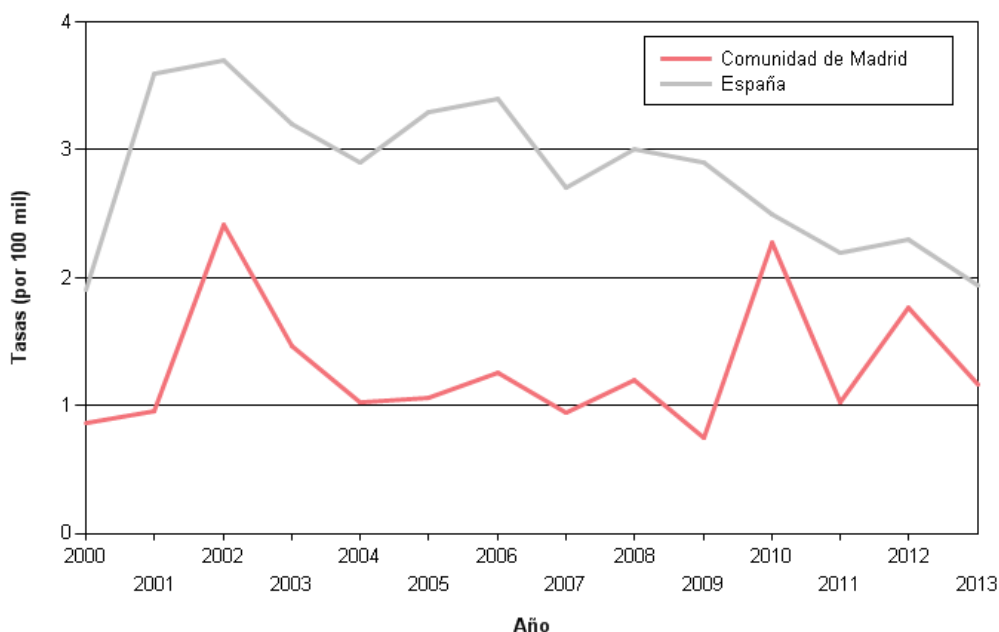
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En 2012 se produjo un aumento en la incidencia de legionelosis (Figura 7.36) con respecto a 2011 en parte como consecuencia de un brote relacionado con un restaurante, ubicado en el municipio de Móstoles. Afectó a 65 personas, 40 hombres (61,5%) y 25 mujeres (38,5%), con edades comprendidas entre los 35 y los 87 años, con una media de 59,2 años. Los resultados microbiológicos y de secuenciación genética de las muestras respiratorias de pacientes y de las muestras ambientales demostraron que el brote había sido ocasionado por *L. pneumophila* SG 1, subgrupo Pontiac Allentown/France, con el mismo patrón, ST 448 (2,3,18,10,2,1,6). La investigación epidemiológica y las medidas de investigación y control ambiental adoptadas fueron determinantes para el control rápido y eficaz del brote.

Figura 7.36. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

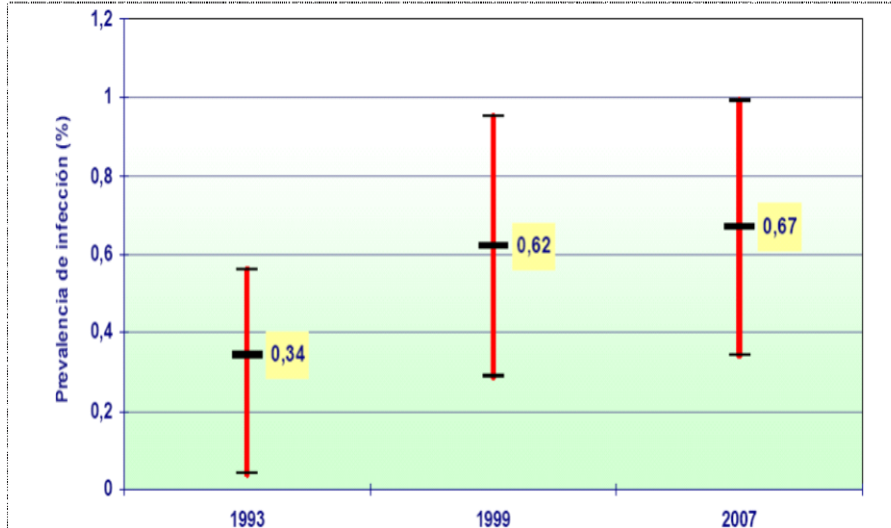


### 7.3.5. Tuberculosis

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.

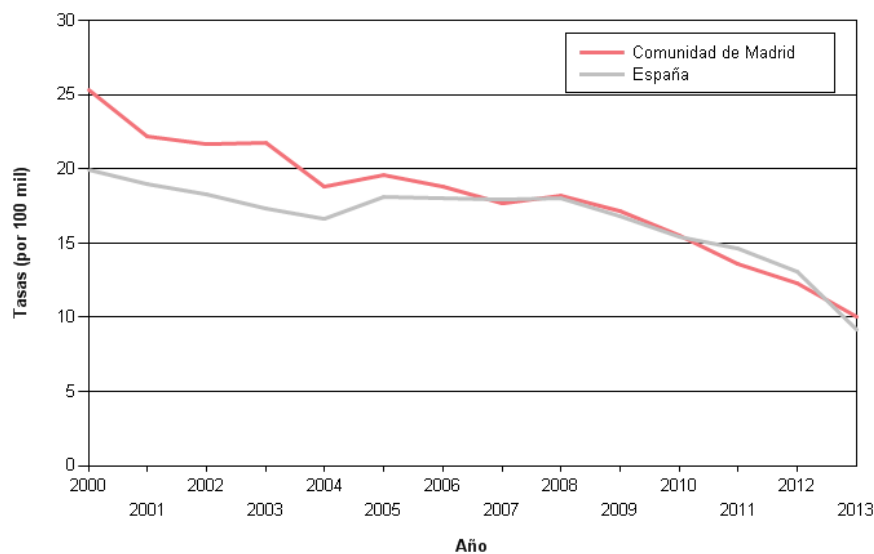
Fuente: Encuestas de tuberculina. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En la última década se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.38). La reducción media anual entre 2002 y 2012 ha sido del 4,4%. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de formas bacilíferas también han descendido desde 2002, un 44,8% y 58,0%, respectivamente (Figura 7.39).

Figura 7.38. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

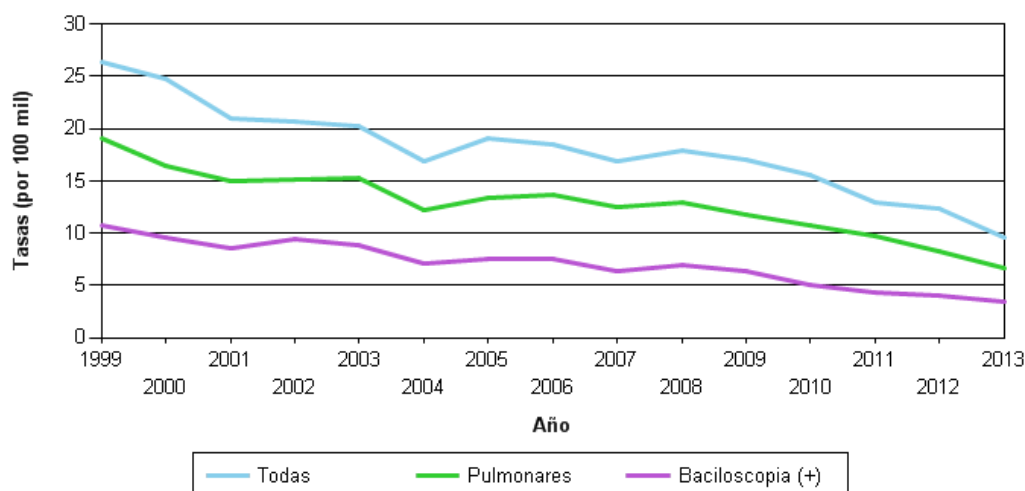


\*Datos de 2013 provisionales

\*\* A nivel estatal se vigila la tuberculosis de todas las localizaciones a partir de 2005, previamente sólo se vigilaban las tuberculosis respiratoria y meningea

**Figura 7.39. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2013.**

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

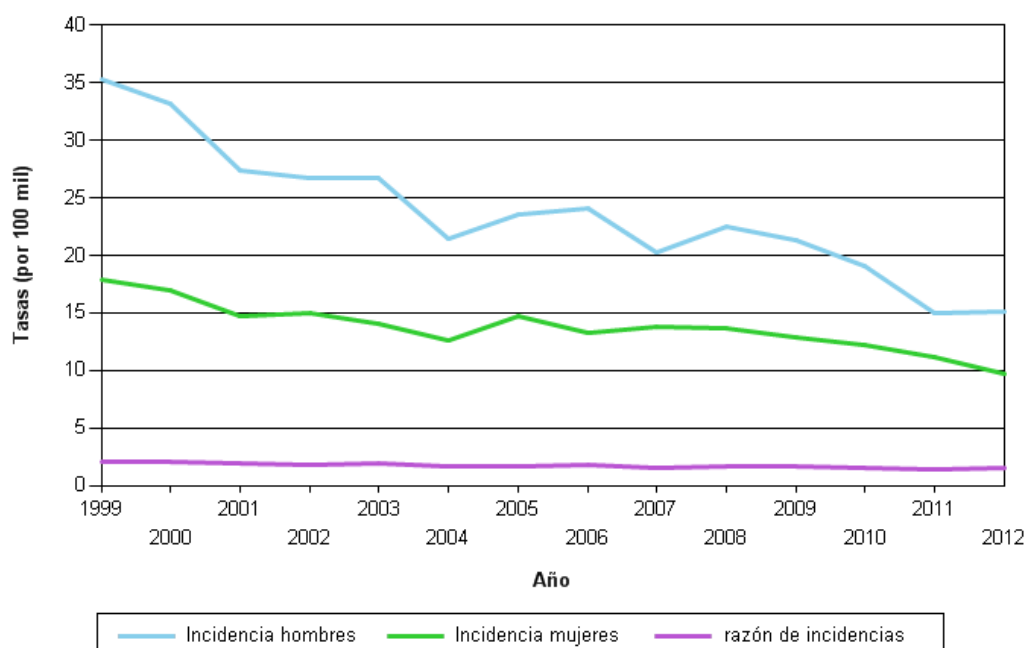


\*Datos de 2013 provisionales

En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva en los últimos años reduciéndose un 43,4% desde 2002. En mujeres esta disminución ha sido de un 35,1%. En todo el periodo de estudio, la incidencia ha sido siempre mayor en hombres que en mujeres. En el año 2012 la razón de incidencias ha sido de 1,6 (Figura 7.40).

**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, 1999-2012.**

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 7.9), desde 2002 se ha producido una disminución global de la incidencia en todos los grupos de edad. Los mayores descensos globales se han producido en el grupo de 65 a 74 años en el que la incidencia ha disminuido un 57,6% y en el grupo de 25 a 34 años y 35 a 44 años con un descenso del 46,9% y 44,8% respectivamente.

Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2012.

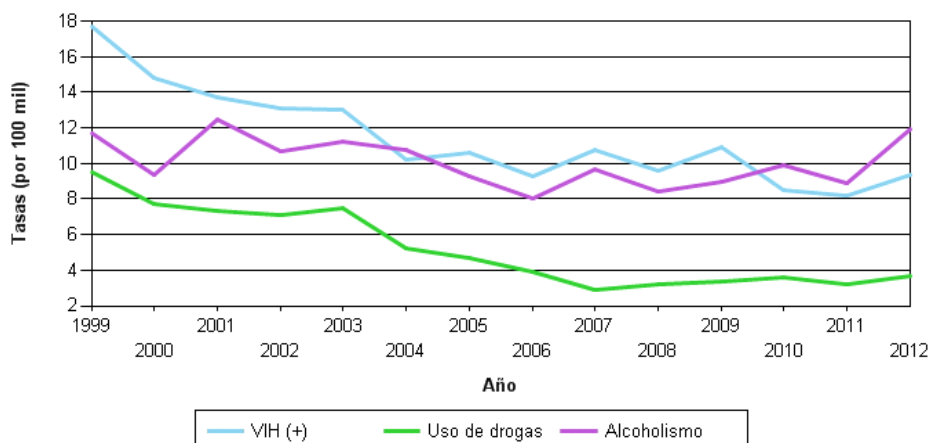
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0-4	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8	12,4	11,3	8,8	9,8	7,9
5-14	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7	5,9	4,8	3,6	3,3	2,8
15-24	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0	22,2	19,2	15,1	13,9	13,1
25-34	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3	25,4	24,1	22,4	17,6	15,3
35-44	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3	21,6	19,9	19,1	15,6	14,4
45-54	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0	13,9	17,4	14,6	14,2	13,1
55-64	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7	12,0	12,1	9,2	10,0	11,1
65-74	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0	16,5	12,3	13,7	12,3	8,9
75 y más	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4	20,7	20,1	24,3	21,0	19,3
Total	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5	13,6	12,3

Desde 1999 a 2012 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/sida ha disminuido, pasando del 17,7% del total de casos al 9,4% y de forma paralela también se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas, pasando del 9,5% al 3,7%. El alcoholismo ha experimentado una discreta subida en 2012 (11,9%) respecto a años previos (valores comprendidos entre 8% y 10% de 2005 a 2011) (Figura 7.41).

Figura 7.41. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

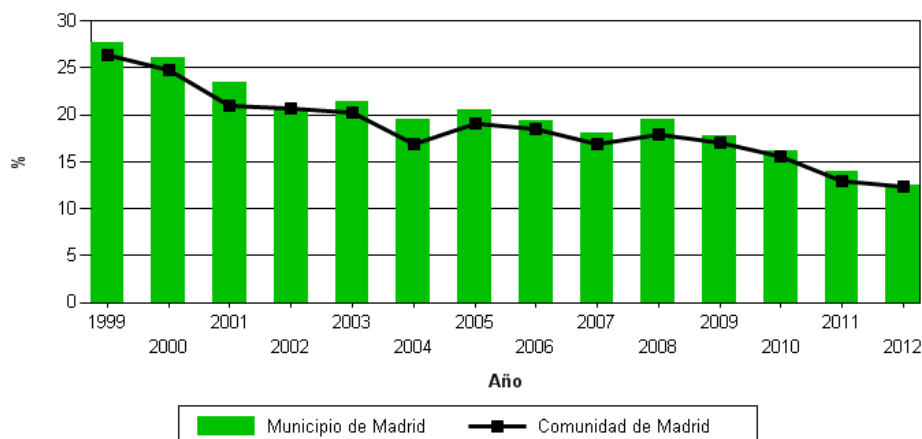
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo al de la Comunidad (Figura 7.42).

Figura 7.42. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

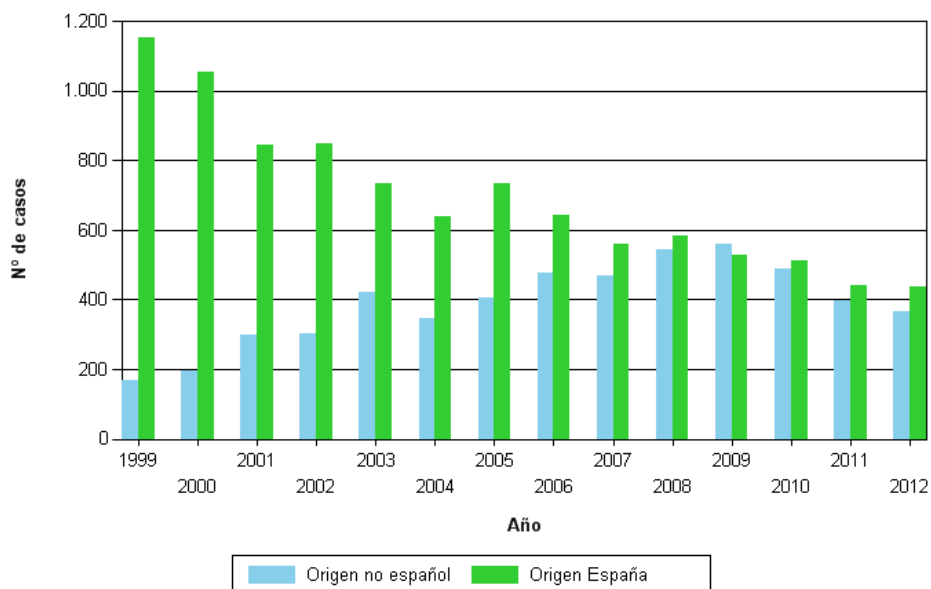
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España ha experimentado un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) 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 2012 la proporción de extranjeros ha sido de 45,4% (Figura 7.43a y Figura 7.43b).

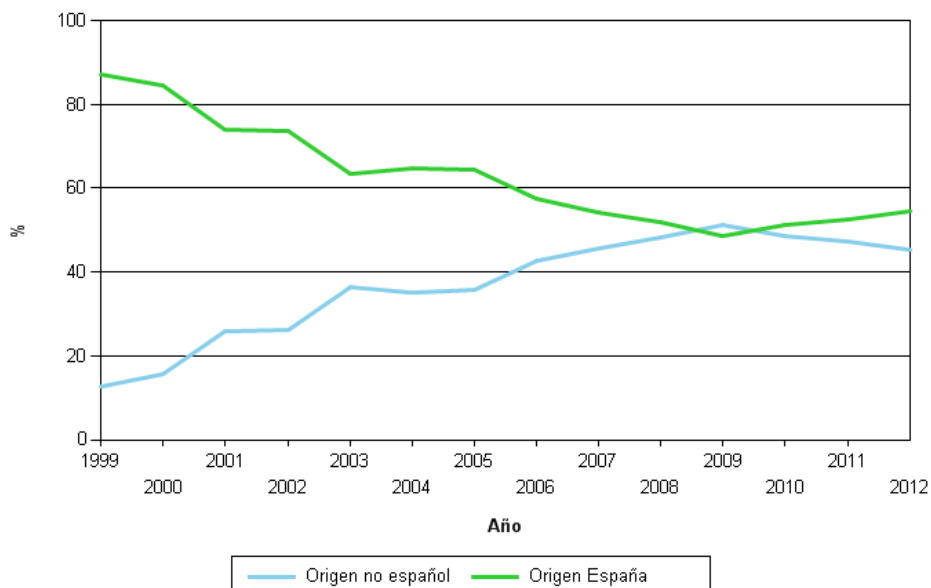
**Figura 7.43a. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2012.**

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



**Figura 7.43b. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2012.**

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



### 7.3.6. Brucelosis

En el año 2013 se notificó un caso de brucelosis. En 2012 se habían notificado 3 casos: todos eran latinoamericanos y en dos de ellos constaba el antecedente de consumo de productos lácteos pasteurizados en sus países de origen y en el tercer caso no se pudo establecer el posible origen del contagio.

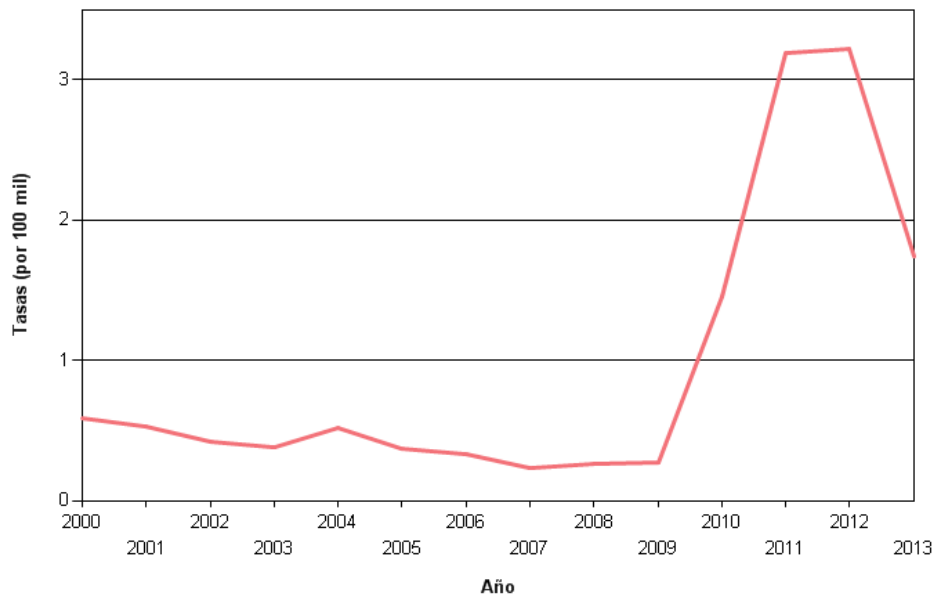


### 7.3.7. Enfermedades transmitidas por vectores: leishmaniasis y paludismo

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 (Figura 7.45); en los primeros seis meses de 2009 no se notificó ningún caso en este territorio.

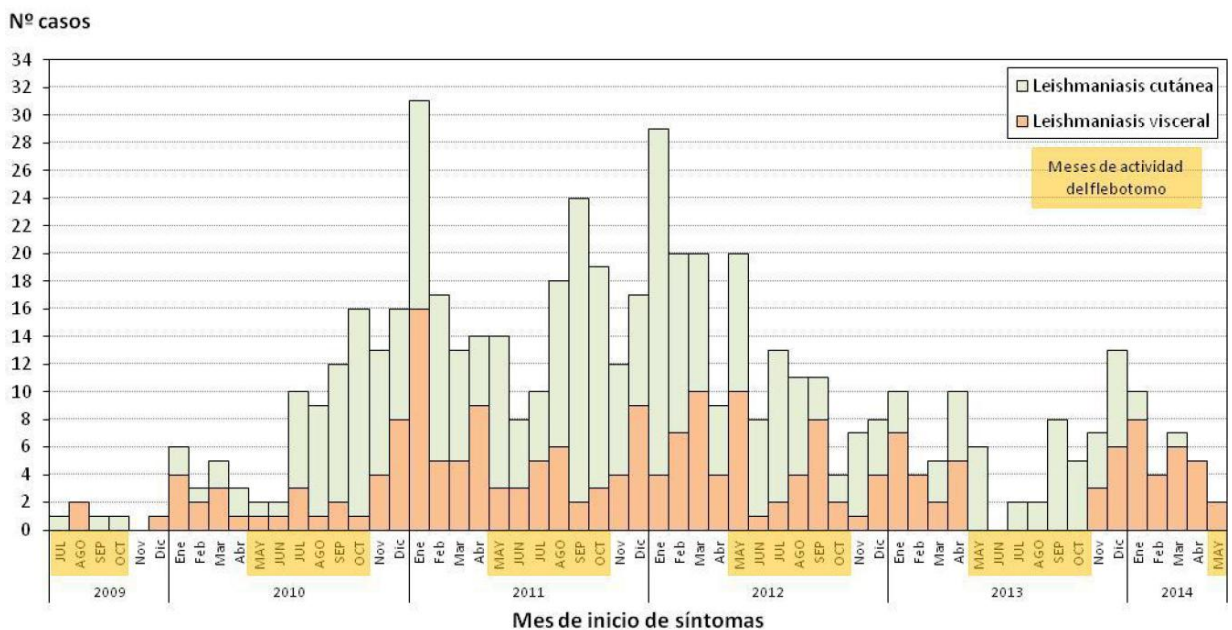
**Figura 7.44. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2013.**

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-mayo 2014.**

Fuente: Red de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



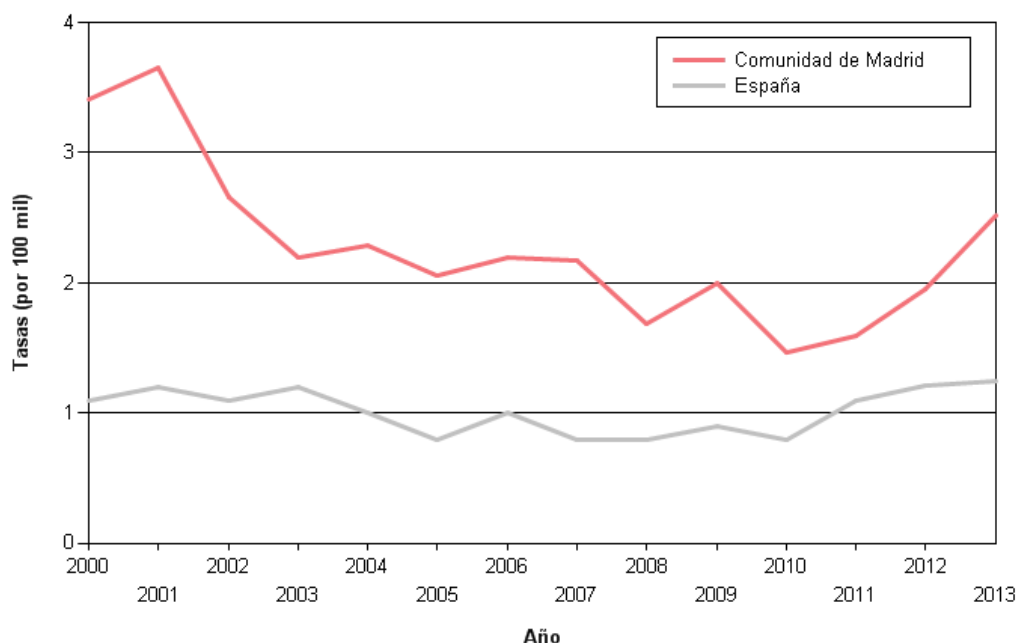
Desde el 1 de julio de 2009 hasta el 4 de junio de 2014 se han notificado 560 casos de leishmaniasis a la Red de Vigilancia Epidemiológica que cumplen los criterios de definición de caso para este brote (tasa de incidencia (TI): 19,64 casos por 100.000 habitantes). Se han identificado 6 casos en 2009, 97 casos en 2010, 197 casos en 2011, 160 casos en 2012, 72 casos en 2013 y 28 casos en 2014. Los casos residen en Fuenlabrada (449 casos; TI: 45,98), Leganés (60 casos; TI: 6,52), Getafe (44 casos; TI: 5,25) y Humanes de Madrid (7 casos; TI: 6,01), municipios geográficamente cercanos. El 38,0% de los casos asociados al brote han presentado una leishmaniasis visceral y el 62,0% restante cutánea. El 60,9% de los casos son hombres, el rango de edad oscila entre 2 meses y 95 años, con una mediana de 47 años y el 84,6% son nacidos en España. El 94,1% son casos confirmados y el 5,9% restante probables. Entre los casos en los que se ha realizado aislamiento del parásito se ha identificado *L. infantum*. A través de la encuesta epidemiológica se ha recogido la existencia de factores de riesgo intrínsecos que disminuían la inmunidad en el 16,3% de los pacientes.

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. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en las últimas campañas. 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 lepidóridos.

En el año 2012 se notificaron 127 casos (tasa de 2,0 casos por 100.000 habitantes) de paludismo (Figura 7.46). El 13,4% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 63,0% en el grupo de edad de 20 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 98,4% de los casos, de los cuales el 24,8% eran españoles, el 69,4% africanos (41,3% de casos de Guinea Ecuatorial y 15,9% de Nigeria) y el 5,6% de otros países de Europa, América y Asia. Todos los casos pueden considerarse como importados. En el 78,7% de los casos (100) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 94,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 19,0% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, el 5,0% había realizado viajes de turismo y el 4,0% residían en las zonas endémicas y habían venido a nuestro país de viaje. Entre los 27 casos en los que no constaba el motivo del viaje, 19 eran originarios de zonas endémicas, por lo que el motivo podía estar también relacionado con la inmigración. En el 90,6% de los casos (115) constaba el lugar de contagio, siendo África (97,6%) y Guinea (56,7%) el continente y país más frecuentemente registrados. En el 17,3% de los casos constaba la realización profilaxis antipalúdica.

**Figura 7.46. Paludismo. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



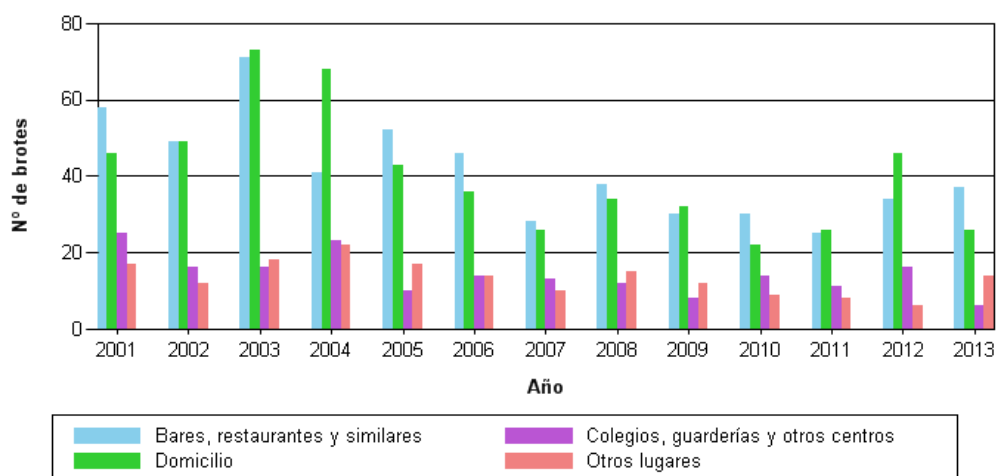
### 7.3.8. Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario

En general la tendencia en los últimos años de la incidencia de enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica 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.

En las (Figura 7.47 y Figura 7.48) se puede observar la evolución de los brotes de origen alimentario desde el año 2001.

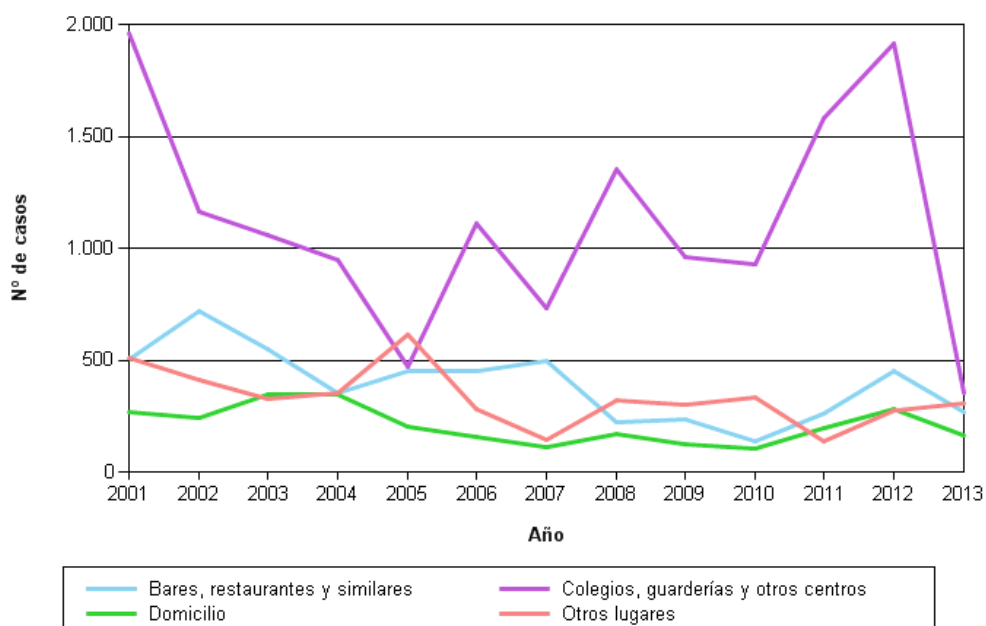
**Figura 7.47. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2013.**

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, 2001-2013.**

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.



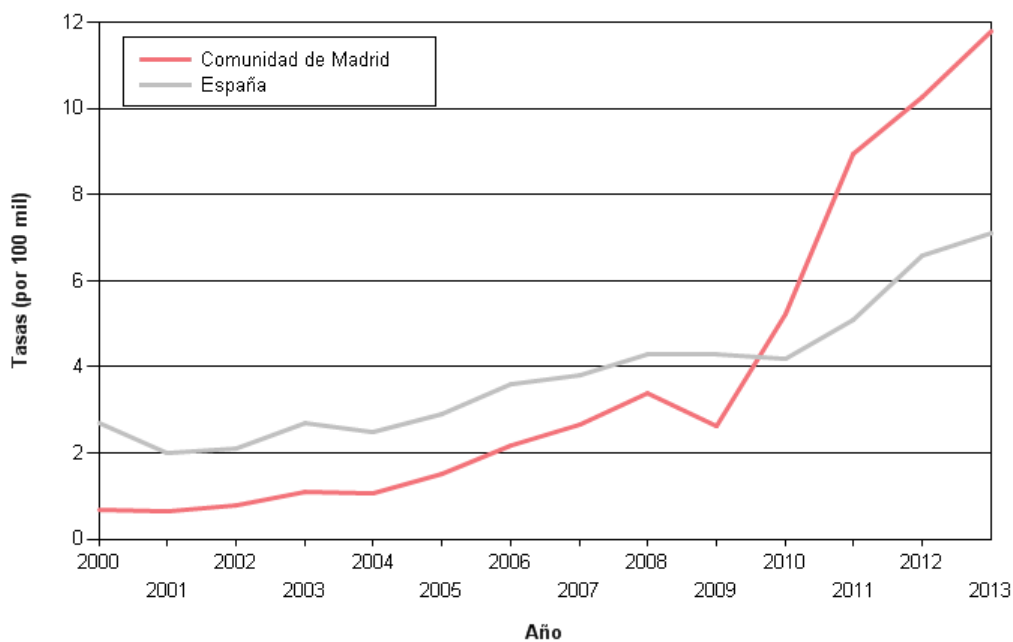
### 7.3.9. Infecciones de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis

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 2012 se notificaron 668 casos de infección gonocócica (Figura 7.49), con un claro predominio en hombres (89,8%). El 83,8% de los casos eran menores de 40 años (Figura 7.50). En el 98,2% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 61,0% eran españoles, el 26,9% latinoamericanos, el 7,2% de otros países europeos, el 3,3% africanos, el 1,1% asiáticos y el 0,5% norteamericanos. El 76,8% de los casos se clasificaron como confirmados.

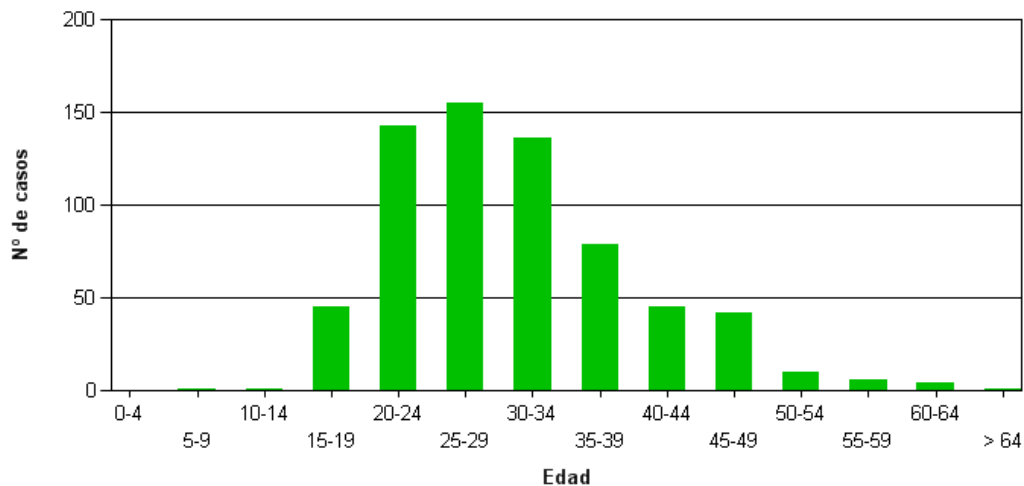
**Figura 7.49. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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, 2012.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

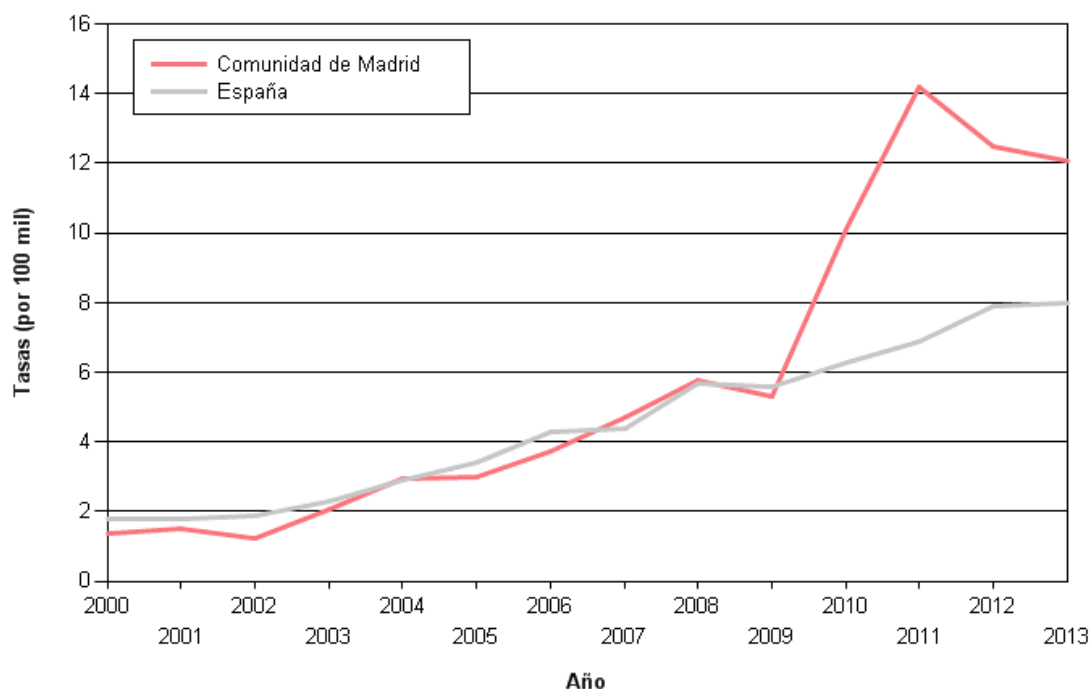


En el año 2012 se notificaron 811 casos de sífilis (Figura 7.51), 79,9% varones. La mediana de edad fue de 35 años, siendo el 63,4% menores de 40 años (Figura 7.52). Se dispone de información sobre el país de origen en el 98,8% de los casos, de los cuales el 53,2% eran españoles, el 31,2% latinoamericanos, el 9,9% de otros países europeos, el 4,6% africanos, el 0,9% asiáticos y el 0,2% norteamericanos. El 16,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

En el año 2013 se ha notificado un caso de sífilis congénita y en 2012 no se había notificado ningún caso.

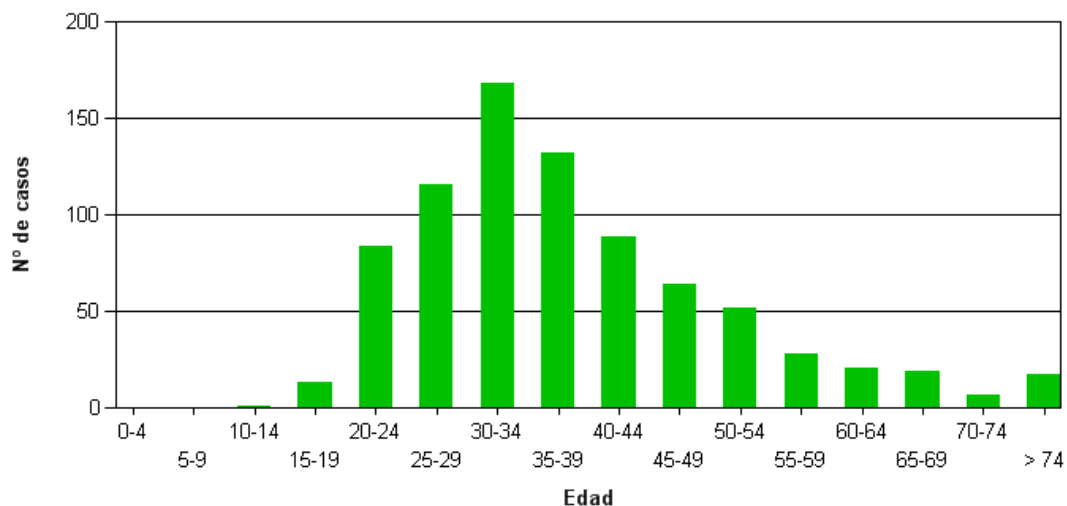
**Figura 7.51. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.**

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, 2012.**

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



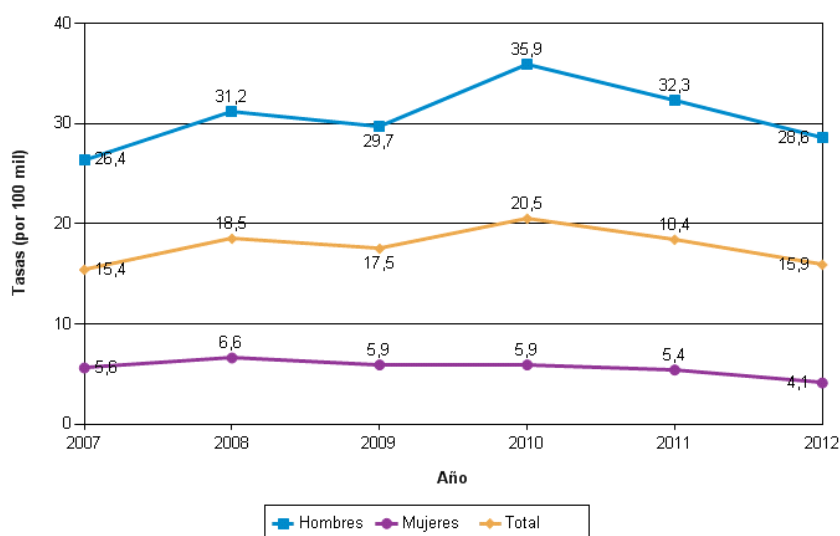
### 7.3.10. Infecciones causadas por VIH/sida

#### Infecciones por VIH

En el periodo 2007-2013 se han notificado 7.452 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid, un 3,2% (239) de ellos sabemos que han fallecido. El 84% de los casos diagnosticados de VIH son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). La incidencia en 2012 fue de 28,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,1 por 100.000 en mujeres (Figura 7.53). El 45,8% habían nacido fuera de España, la incidencia en el año 2012 fue de 11,6 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,8 por 100.000 habitantes en foráneos (Figura 7.54). La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 91,1% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (Tabla 7.10).

Figura 7.53. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

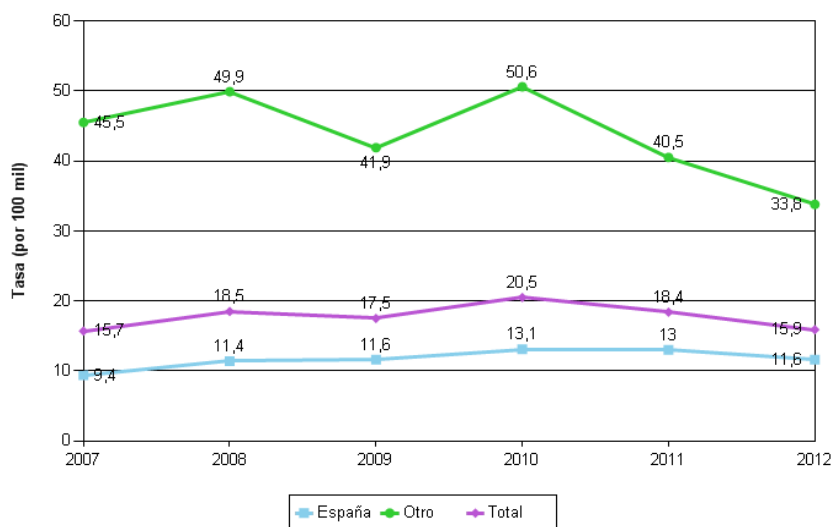
Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



\* Año 2013 no consolidado. Tasas: Total: 10,4; Hombres: 18,7; Mujeres: 2,7

Figura 7.54. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico de la infección VIH y país de nacimiento. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.



\* Año 2013 no consolidado. Tasas: Total: 10,4; España: 7,9; Otro: 20,8

Tabla 7.10. Distribución de nuevos diagnóstico de infección VIH según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	174	4,7	71	2,7	46	12,8	8	1,0
HSH	2.832	77,1	1.776	68,8				
HTX	354	9,6	567	22,0	278	77,4	807	97,0
Otros	8	0,2	12	0,5	15	4,2	8	1,0
Desconocido/N.C.	311	8,4	156	6,0	20	5,6	9	1,0
<b>Total</b>	<b>3.679</b>	<b>100,0</b>	<b>2.582</b>	<b>100,0</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>	<b>832</b>	<b>100,0</b>

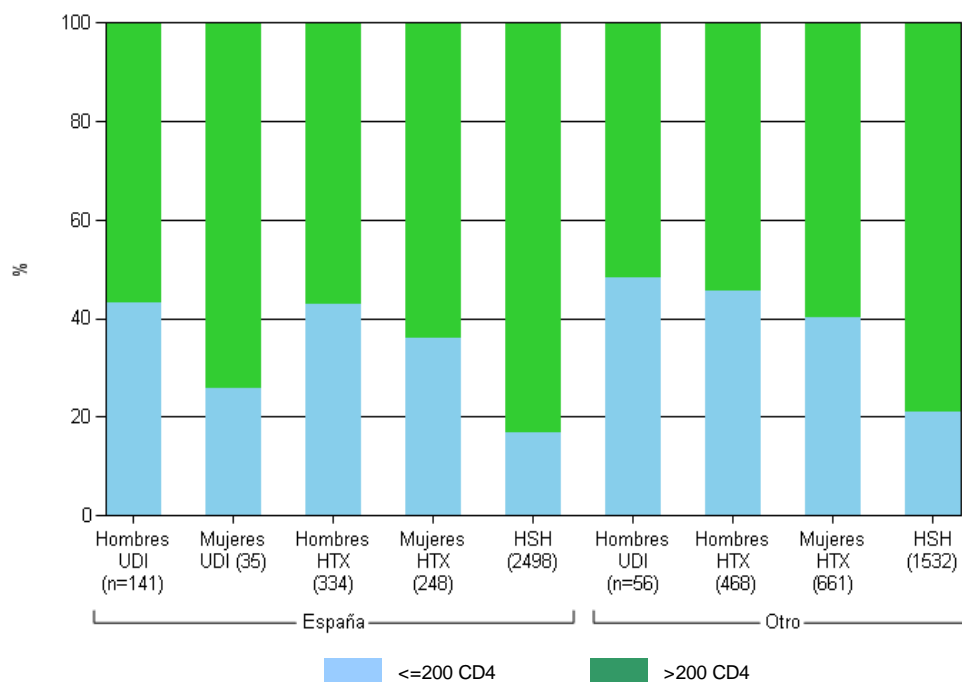
\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

El 17,2% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 15,1% en autóctonos y del 19,7% en foráneos.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 6.321 nuevos diagnósticos (84,8%). La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/μl) se observó en el 26,6% de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 45% si consideramos 350 células/μl, siendo estos pacientes susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral. El 64,1% presentaban menos de 500 células/μl. 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 7.55).

Figura 7.55. Infección VIH. Porcentaje de casos con “enfermedad avanzada de VIH” (<=200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007-2013.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



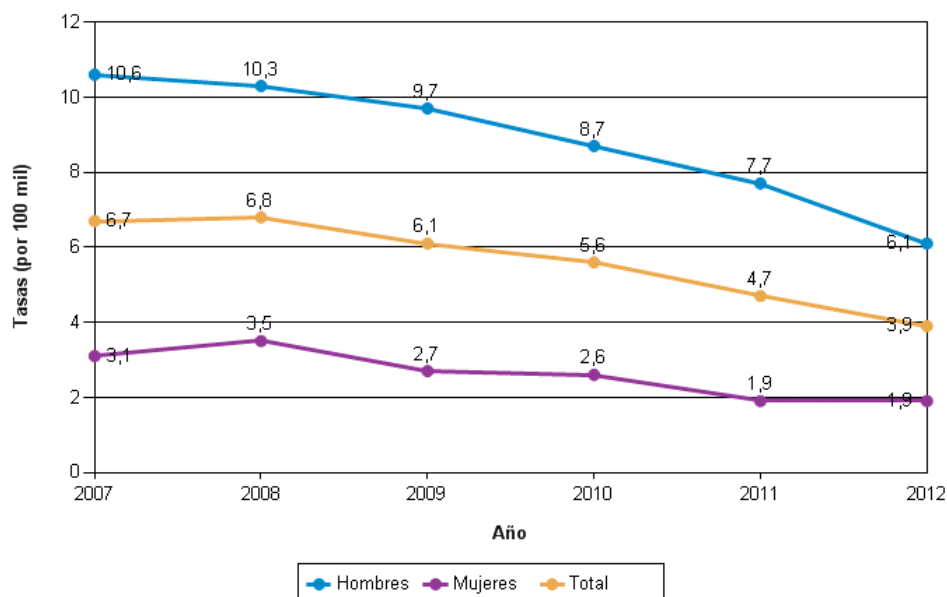
UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres  
Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico. Hay 5 mujeres foráneas UDI, 4 de ellas con más de 200 CD4 al diagnóstico (80,0%).

## Casos de sida

Desde el año 1982 se han notificado 22.194 casos de sida en la Comunidad de Madrid. En el periodo 2007-2013 el número de casos de sida notificados fue de 2.301 en nuestra comunidad. El 76,2% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue de 41,1 años (DE: 10,3). La incidencia en 2012 fue de 6,1 casos de sida por 100.000 en hombres y de 1,9 por 100.000 en mujeres (Figura 7.56). En la mayoría de los casos de sida la transmisión del VIH fue por vía sexual, si bien la transmisión en usuarios de drogas inyectadas (UDI) supone aproximadamente más de un 30% (Tabla 7.11).

**Figura 7.56. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.**

Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



**Tabla 7.11. Distribución de casos de sida según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	503	43,9	42	6,9	154	52,2	9	3,6
HSH	442	38,6	305	50,1				
HTX	121	10,6	210	34,5	134	45,4	236	93,6
Otros	8	0,7	9	1,5	2	0,7	6	2,4
Desconocido/N.C.	71	6,2	43	7,0	5	1,7	1	0,4
<b>Total</b>	<b>1.145</b>	<b>100,0</b>	<b>609</b>	<b>100,0</b>	<b>295</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>

\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

El 37,4% de los casos de sida habían nacido fuera de España. La incidencia (por 100.000 habitantes) ha disminuido en población foránea, de 13,9 en 2007 a 7,8 en 2012; y en autóctonos de 5,2 en 2007 a 3,0 en 2012.

El 49,2% de los casos de sida habían sido diagnosticados de infección por VIH en los doce meses previos al diagnóstico de sida.

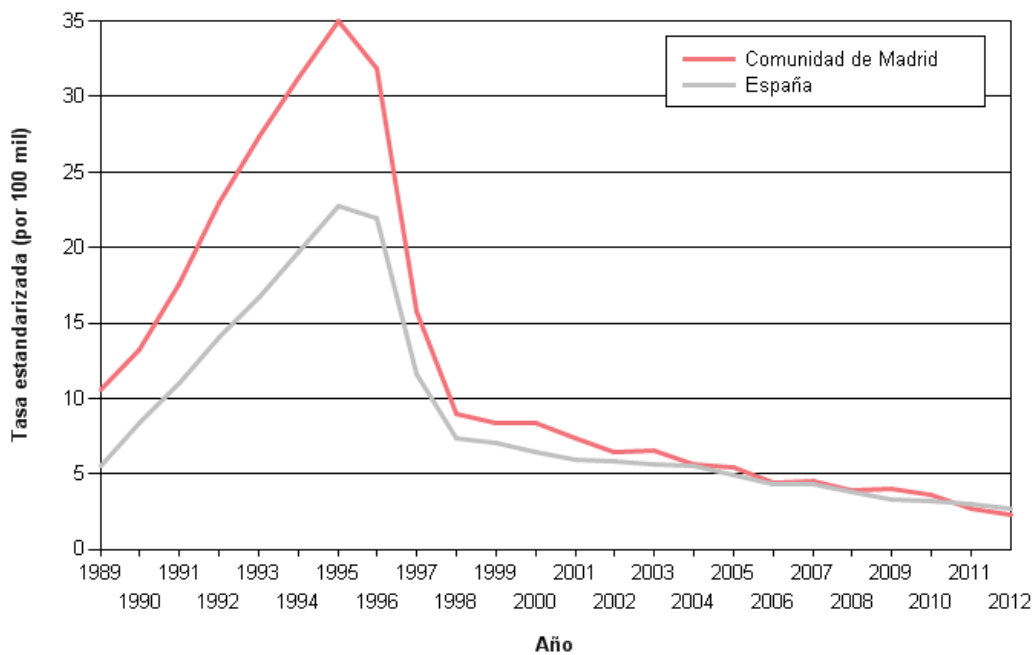


Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de sida, se observa una disminución continua en la mortalidad por sida (Figura 7.57). Al analizar el patrón geográfico de la mortalidad (Figura 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.

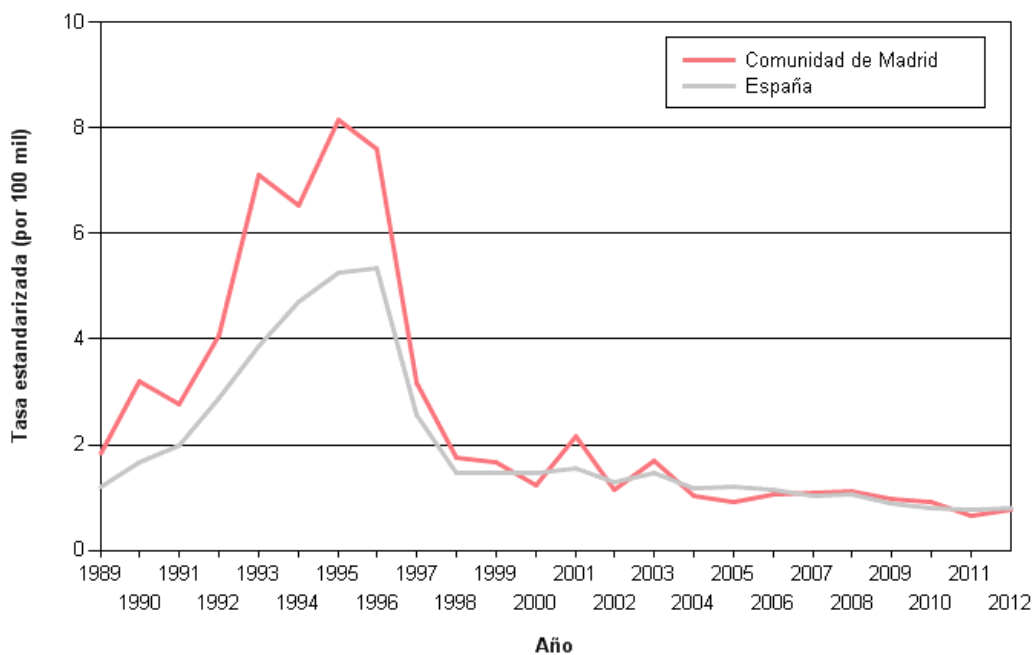
**Figura 7.57. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

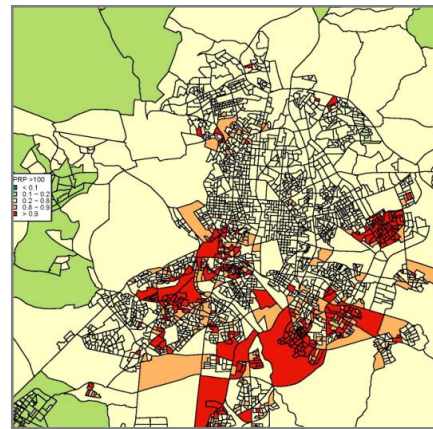
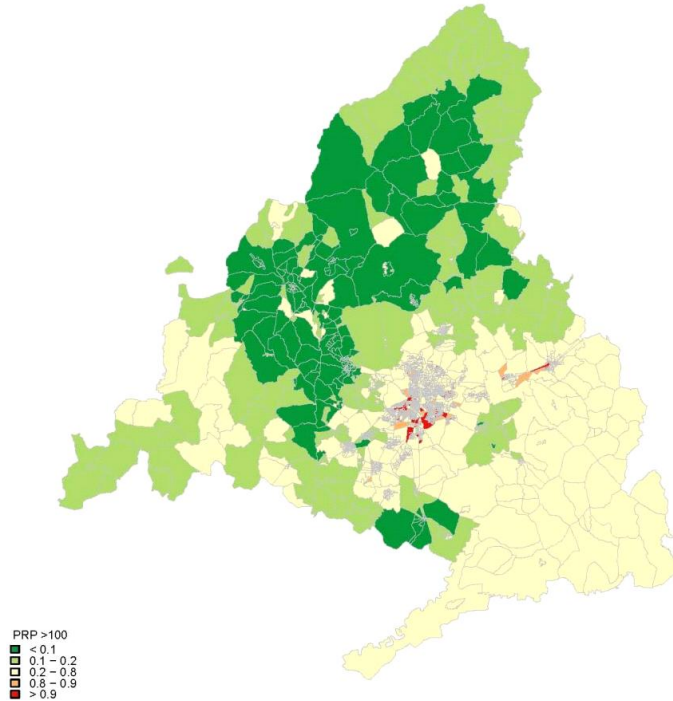


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

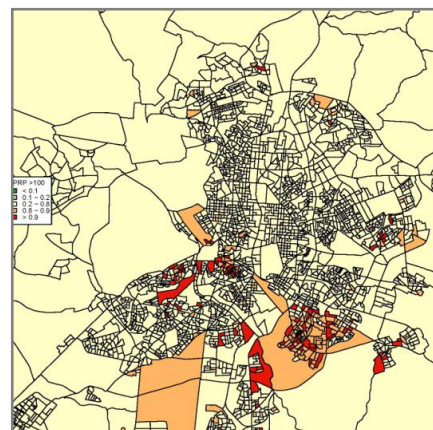
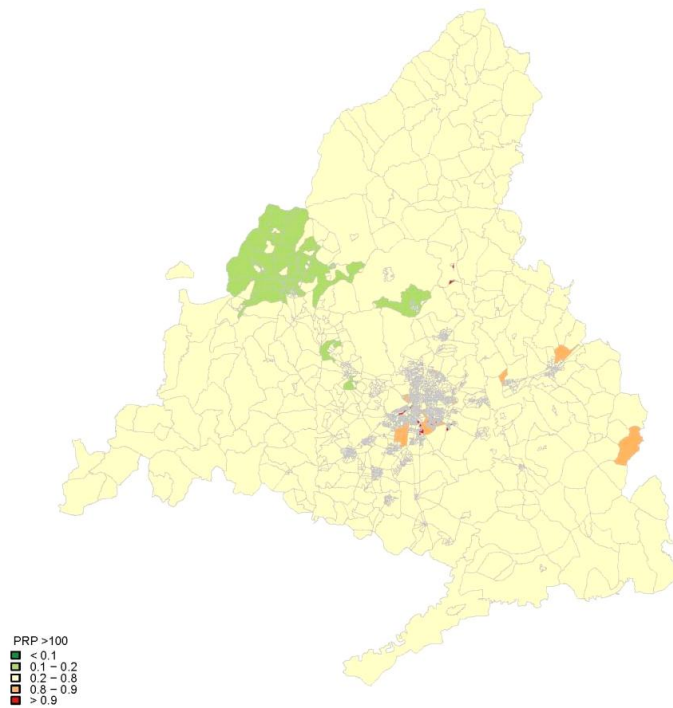
**Figura 7.58. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.**

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**



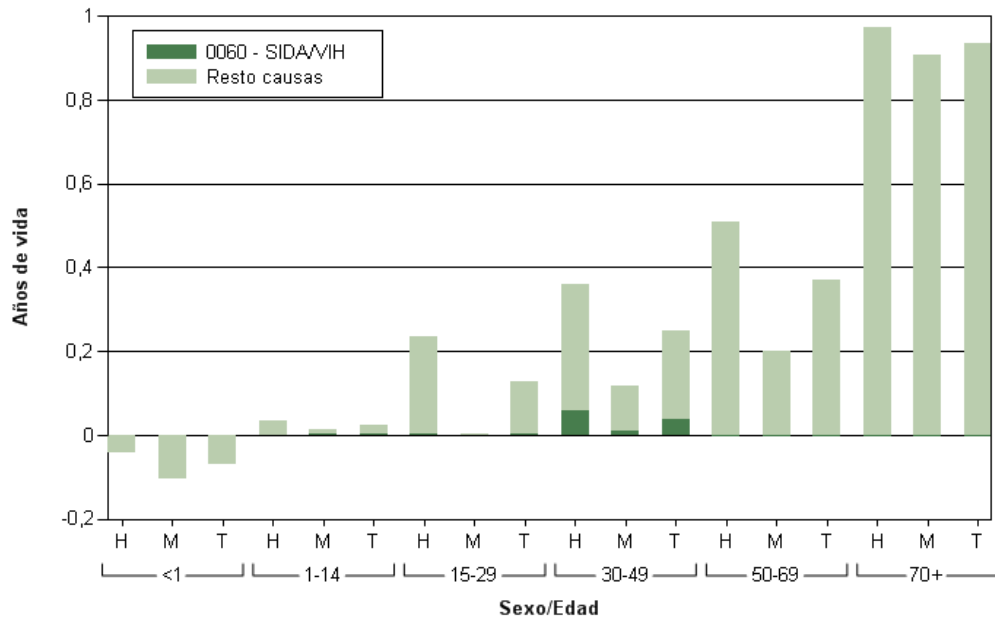
**Mujeres**



Después de la importante contribución al incremento de la esperanza de vida en el quinquenio 1995-2000, para el periodo 2006-2011 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).

**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, 2007-2012.**

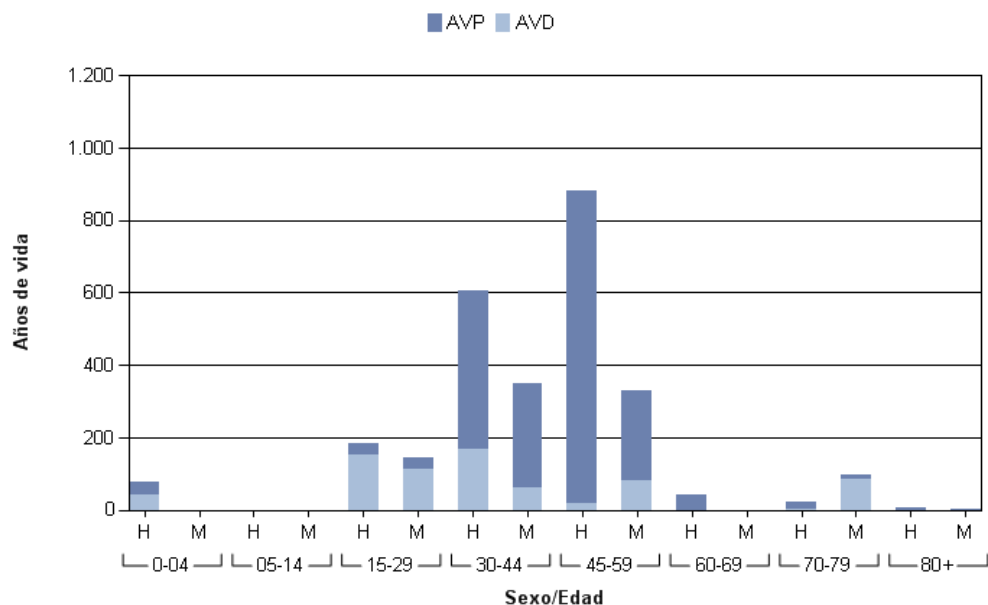
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 7.60. 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.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



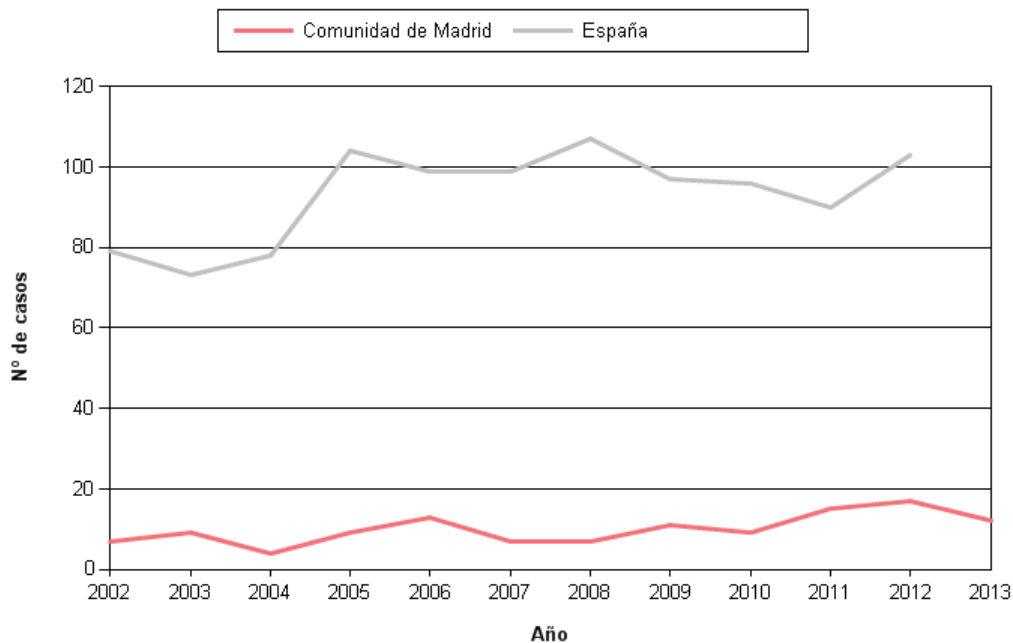
### 7.3.11. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas, lepra y otras enfermedades de declaración obligatoria

En el periodo de 2008 a 2012 la incidencia anual media de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) ha sido de 0,19 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.61). El 83,3% son casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádico, el 13,3% son ECJ familiar, el 3,3% son casos de Insomnio Familiar Letal. En este periodo no se ha registrado ningún caso de transmisión accidental o iatrogénico ni de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) .

Durante el año 2012 se notificaron 2 casos de lepra en la Comunidad de Madrid. Uno de los casos era una mujer colombiana de 49 años y el otro un hombre brasileño de 33 años. Ambos presentaban lepra paucibacilar confirmada.

**Figura 7.61. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, 2002-2013.**

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 notificados los que ocasionan mayor número de casos 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 anual de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2009-2013.**

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	2009		2010		2011		2012		2013	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Acrodermatitis papulosa infantil							1	5		
Brucelosis					1	2				
Conjuntivitis	4	216	6	136	2	70	6	159	6	270
Dermatofitosis			3	16	2	4			1	16
Enf. De mano, pie y boca			1	6	8	125	4	29	2	17
Enfermedad meningocócica							1	2		
Eritema infeccioso	1	5	2	25	1	40	8	179		
Escabiosis	3	9	3	57	2	32	5	78	4	45
Escarlatina	2	5	2	8	3	9	8	49	2	12
Exantema vírico inespecífico										
Fiebre de Pontiac					1	4				
Gastroenteritis no alimentarias	29	926	36	1.261	36	1.321	30	1.487	24	720
Gripe							2	8		
Hepatitis A	9	36	4	20	6	14	4	12	7	21
Hepatitis C					1	2				
Herpangina			1	13						
Infección respiratoria aguda	1	21								
Legionelosis							2	67		
Meningitis vírica	4	11			1	3	5	13	5	10
Molusco contagioso			2	22	1	5	2	9	1	3
Mononucleosis infecciosa							1	2		
Neumonía	1	4								
Onicomadesis	3	22								
Ornitosis					1	2				
Papiloma			1	13						
Parotiditis	5	12	6	20	7	32	13	76	30	183
Psitacosis			1	3						
Rubéola							1	2		
Sarampión			5	16			2	4		
Tos ferina	2	7	5	16	10	24	3	9	8	26
Tuberculosis	3	13								
Varicela			2	12	3	52	5	84		
Viriasis inespecífica										
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>1.287</b>	<b>80</b>	<b>145</b>	<b>87</b>	<b>1.739</b>	<b>103</b>	<b>2.274</b>	<b>90</b>	<b>1.323</b>

## 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 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 representan 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.

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 2012 se produjo un brote de legionelosis relacionado con un restaurante ubicado en el municipio de Móstoles y en 2009 se inició 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. En relación con el brote de leishmaniasis 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. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en las últimas campañas. 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.

Las infecciones de transmisión sexual se mantienen en los últimos años con elevadas tasas de incidencia.

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 1999 (12,8%) 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 2012 la proporción de extranjeros ha sido de 45,4%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2012 fue de 28,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,1 por 100.000 en mujeres. El 45,8% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2012 fue de 11,6 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,8 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 91,1% 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/ $\mu$ l) se observó en el 26,6% 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

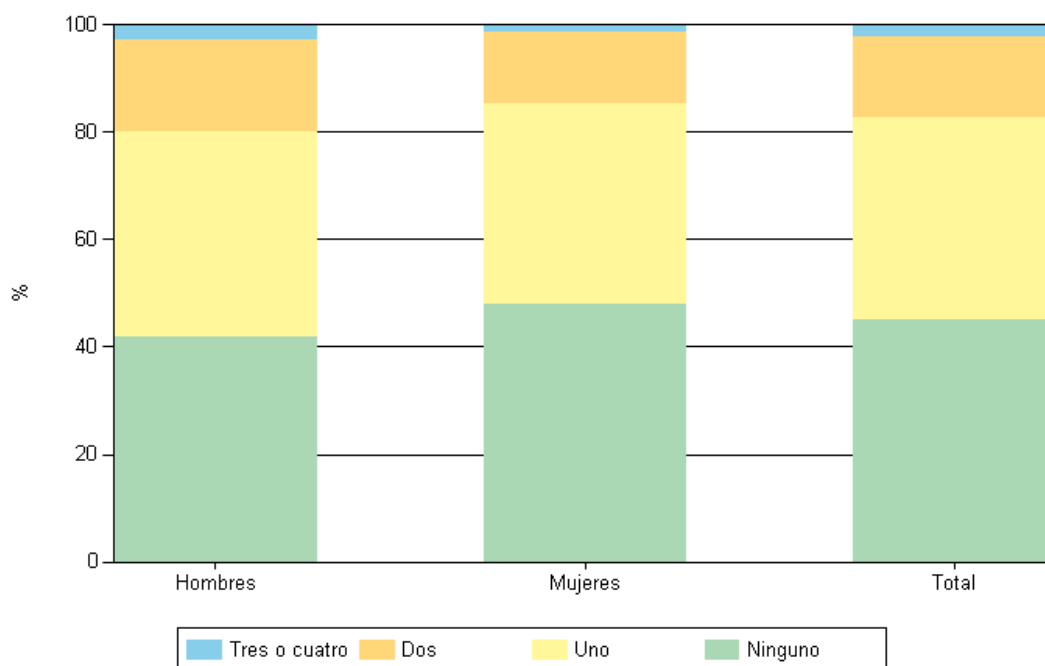
De la información facilitada por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), y con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores 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 2013 el 45,0% de los entrevistados (población de 18 a 64 años) no tiene ningún factor de riesgo, el 37,7% tiene uno, el 15,1% dos, el 2,2% tres, y el 0,1% cuatro (Figura 8.1).

Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo es más frecuente en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. Es destacable el grupo de 30 a 44 años, entre quienes la presencia de dos o más factores de riesgo es 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres. (Figura 8.2).

**Figura 8.1. Agregación de factores de riesgo\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2013.**

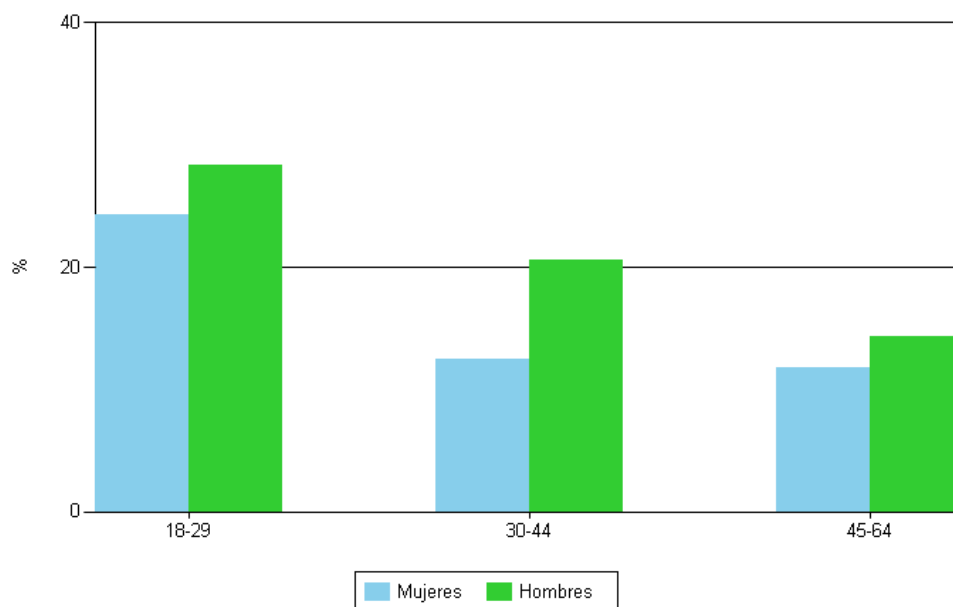
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



\* 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, 2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

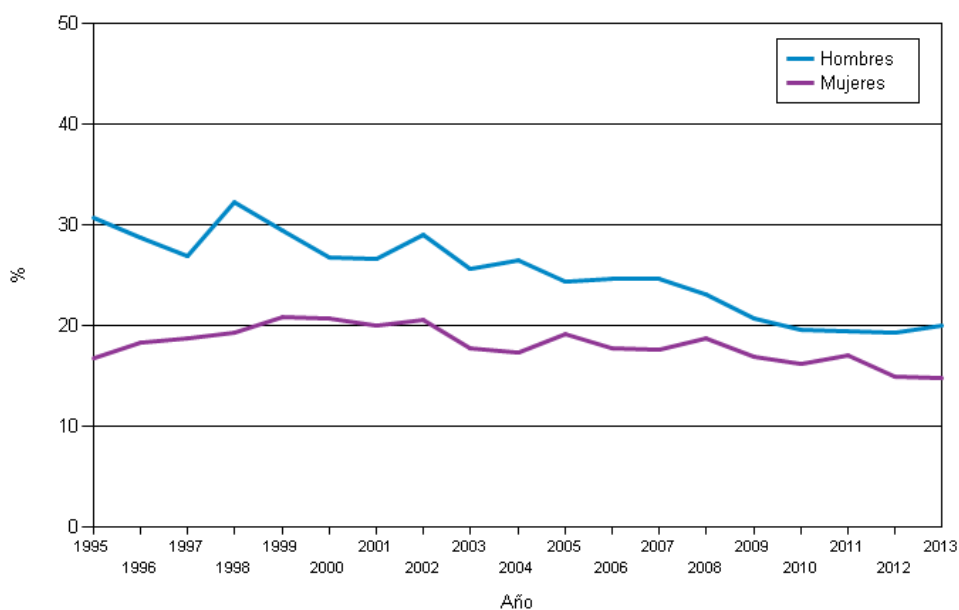


\* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Por último, en la [Figura 8.3](#) se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es descendente, con una disminución porcentual durante 2012/2013 comparado con 1995/1996 del 33,9% en hombres y del 15,1% 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, 1995-2013.**

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.

**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, 2013.**

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
<b>Tensión arterial elevada</b>	14,4 (±1,6)*	16,4 (±2,4)	12,3 (±2,0)	2,3 (±1,4)	9,9 (±2,1)	25,9 (±3,2)
<b>Colesterol elevado</b>	20,8 (±1,8)	22,0 (±2,6)	19,6 (±2,5)	9,4 (±2,8)	15,7 (±2,6)	32,7 (±3,4)

\* Intervalo de confianza al 95%

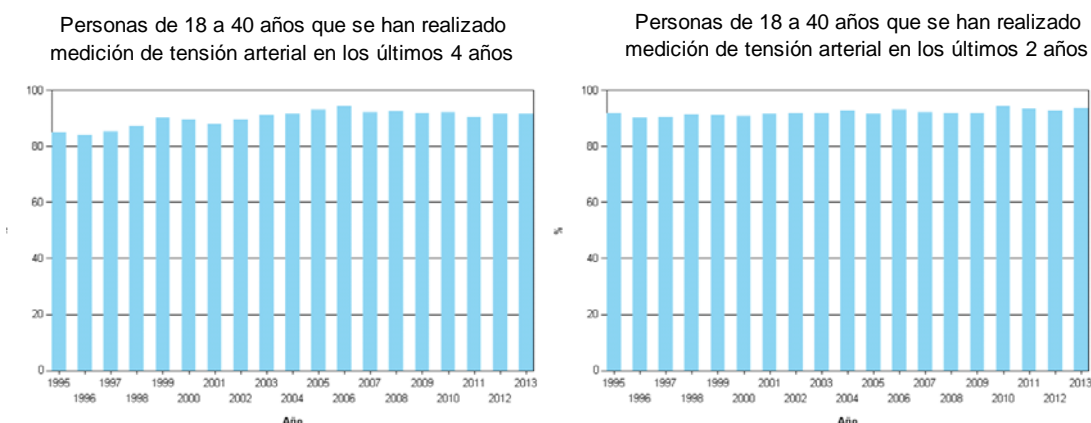
Un 14,4% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 65,9% estaba tomando medicación, el 29,7% se controlaba el peso, un 52,7% había reducido la ingesta de sal, y un 31,5% hacía ejercicio físico. El 86,4% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 13,6% no realizaba ninguna. A un 20,8% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 35,1% tomaba medicamentos, el 52,7% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 35,1% practicaba ejercicio físico. El 74,5% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 25,5% no realizaba ninguna.

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.

La gran mayoría refirió realizarse el control de la tensión arterial y del colesterol, aunque un 13,1% no cumplió alguna de estas recomendaciones. Un 7,7% de las mujeres mayores de 35 años no se había realizado citologías nunca o hace más de cuatro años. En cuanto a las mamografías un 1,9% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado una nunca y entre las que sí se habían realizado la prueba, el 8,6% lo había hecho hacía más de dos años.

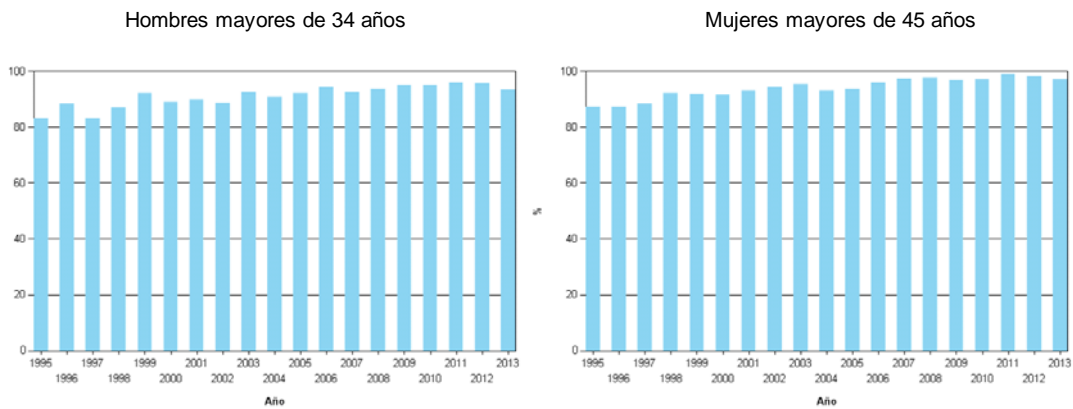
**Figura 8.4. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



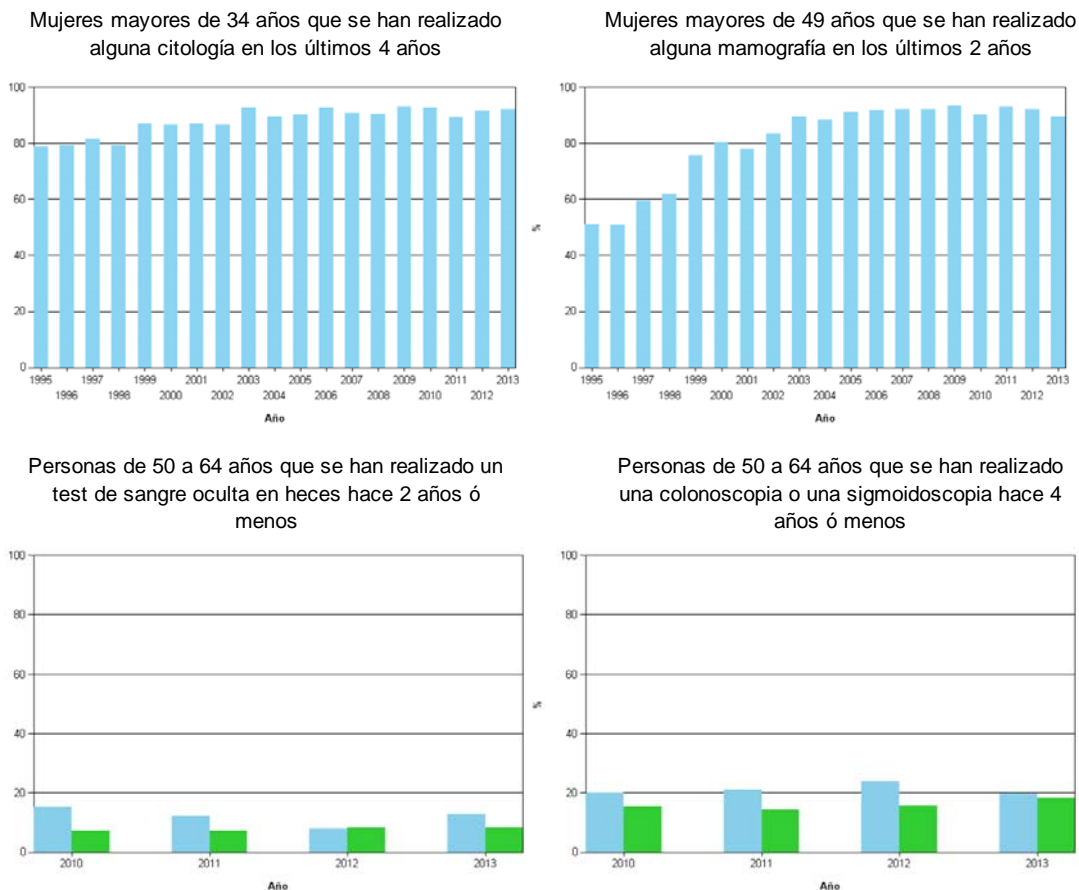
**Figura 8.5. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



**Figura 8.6. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado pruebas de diagnóstico precoz de cáncer. Comunidad de Madrid.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Todos estos indicadores han mejorado en estos diecinueve 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 78,4% comparando el promedio de los años 2012 y 2013 con el de 1995 y 1996. Por otro lado, desde 2010 se ha venido recogiendo en el SIVFRENT-A la proporción de personas a las que se había realizado un test de sangre oculta en heces y la

proporción de personas a las que se había realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. En 2013 el 81,3% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 10,4% se lo había realizado hacía 2 años o menos. En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 75,2% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas y el 18,9% se la había realizado hacía 4 años o menos (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 2012, 200,01 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (107,93 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 casi constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores.

En 2013 los tumores compartían en hombres el segundo puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria con las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores también ocupaban 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 suponen más de la mitad 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 regular 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.

A pesar de su tendencia descendente desde 1995, igual que en España, que muestra tasas superiores, el cáncer de mama vuelve a ocupar el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2012, superando al cáncer de colon y recto. 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 ocupa en ambos sexos el segundo lugar en mortalidad por cáncer en 2012. En la última década en hombres y en las dos últimas en mujeres se aprecia una tendencia ligeramente decreciente, de curso inestable, en el cáncer de colon. El cáncer de recto también desciende ligera e inestablemente en mujeres desde 1975, mientras que en hombres muestra desde la década de los noventa una tendencia hacia la estabilidad. 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. No existen particularidades reseñables en cuanto a su distribución geográfica.

El cáncer de páncreas muestra una tendencia ascendente en mujeres desde 1975 y estable en hombres, después de un curso ascendente desde 1975. El melanoma maligno de piel se mantiene estable en hombres y mujeres. 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, 2012.**

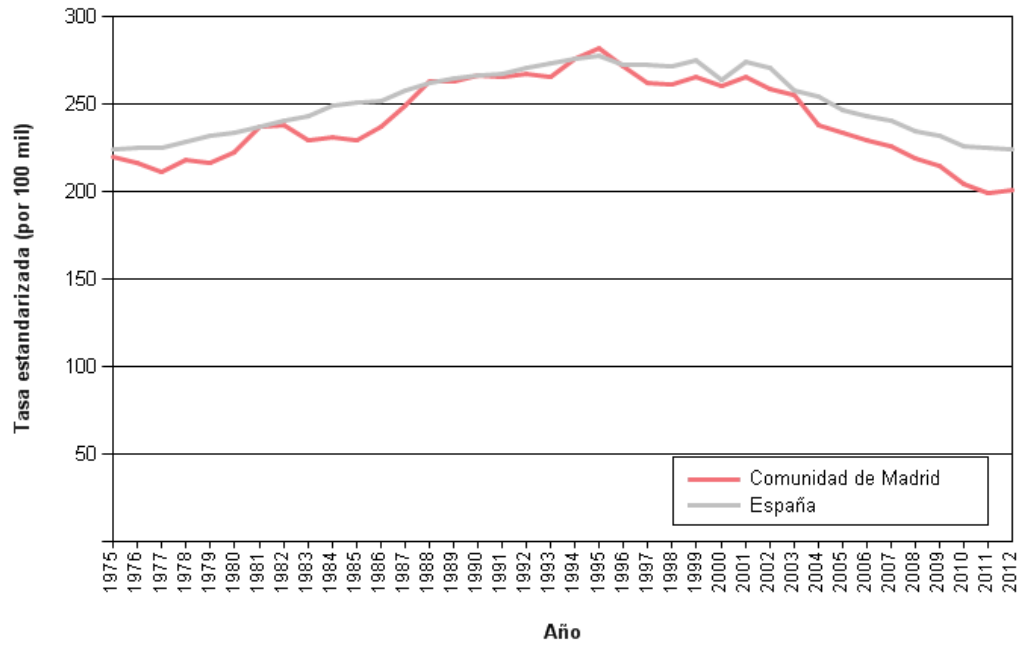
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumores. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	7.498	5.172	12.670
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	241,3	154,4	196,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	139,4	92,3	115,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	200,0	96,3	139,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.569,7	1.595,5	1.583,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,44	0,13	0,28
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	61.714	45.861	107.575
Años de Vida Perdidos. CM.	55.990	38.938	94.928
Años Vividos con Discapacidad. CM.	5.724	6.923	12.647

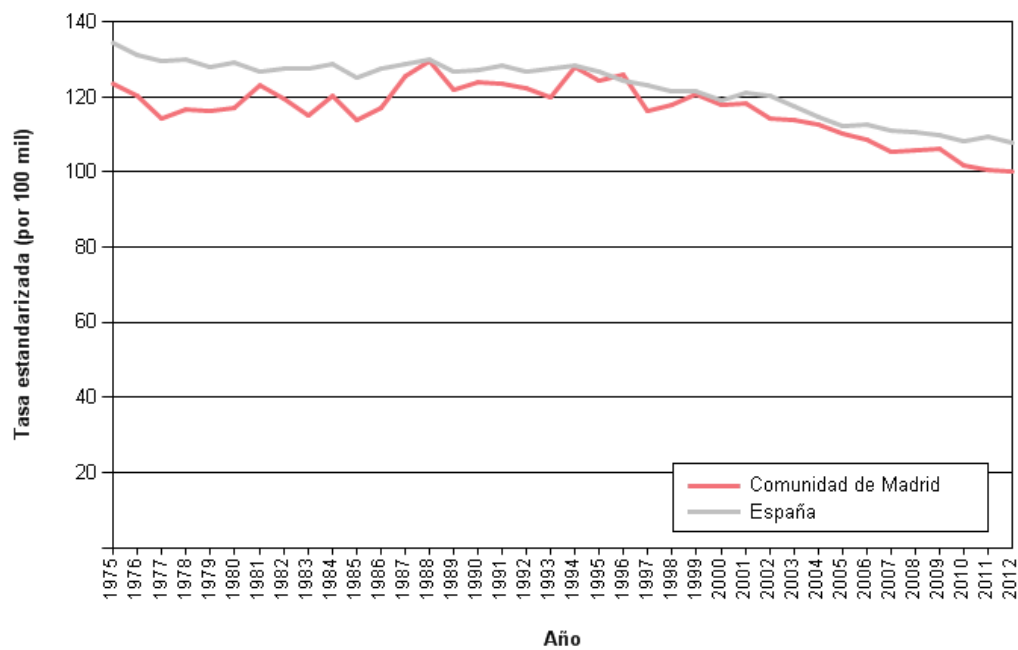
**Figura 8.7. Tumores. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

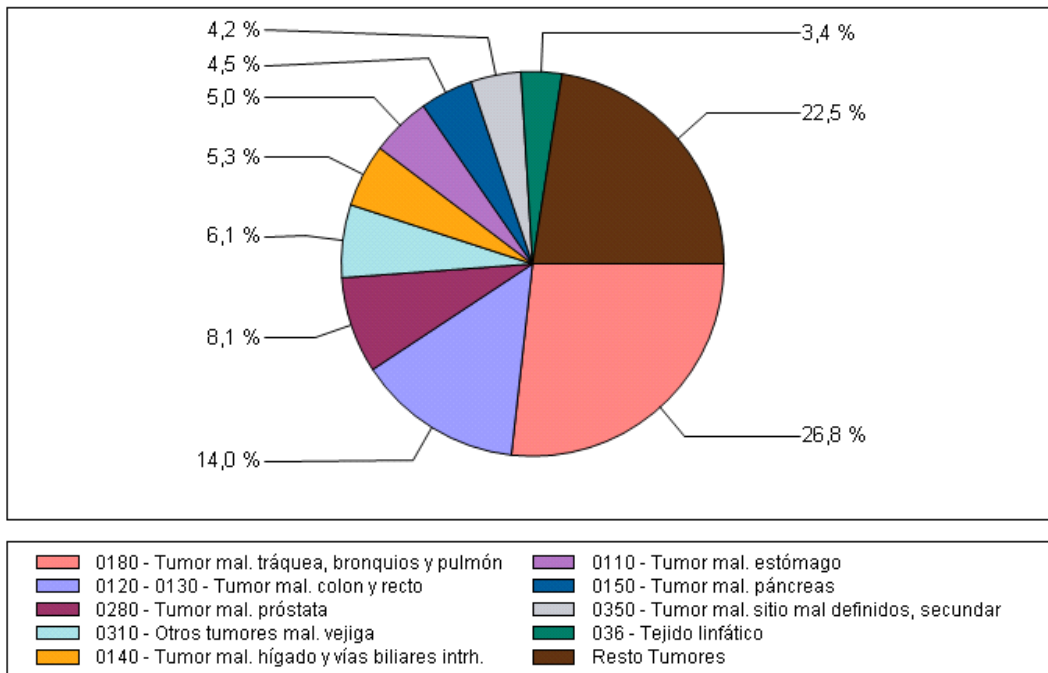


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

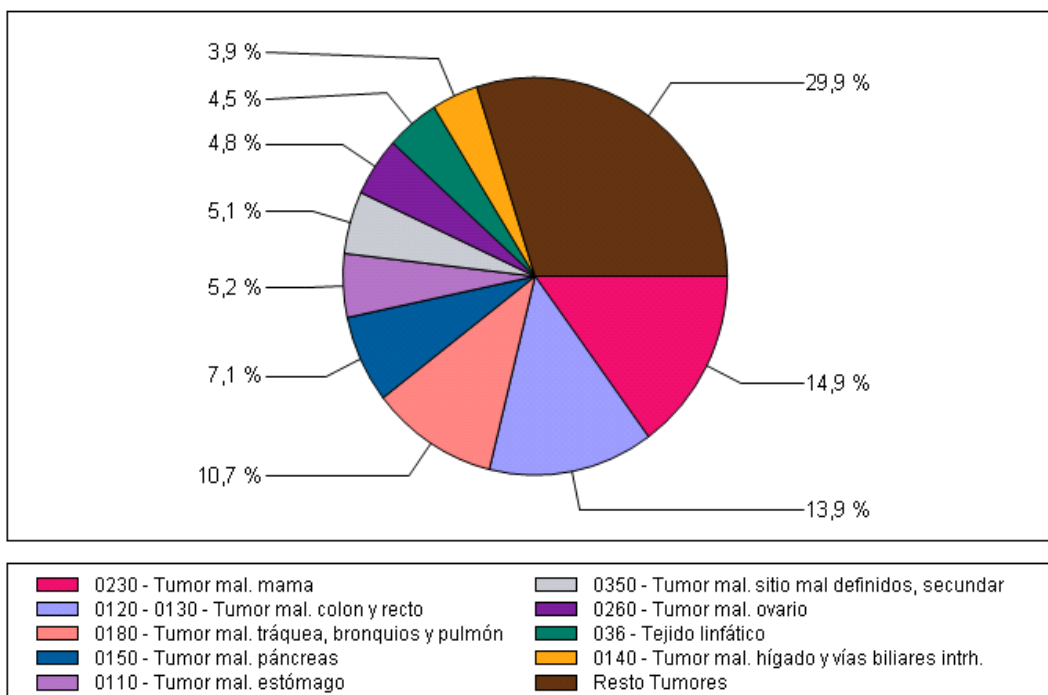
**Figura 8.8. Tumores. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

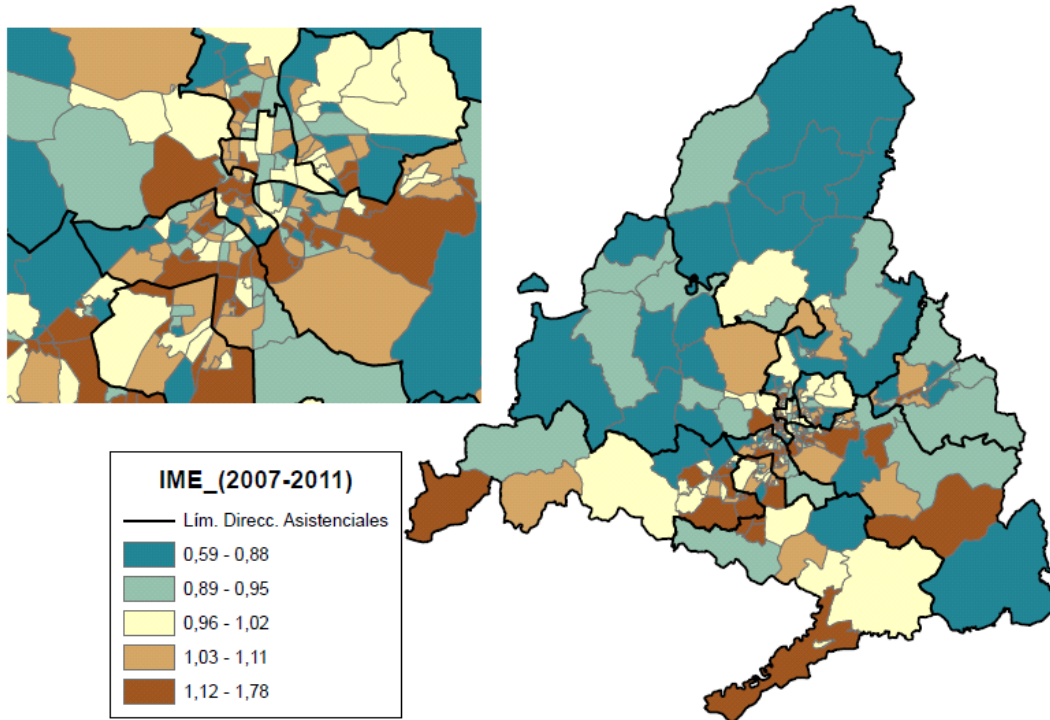




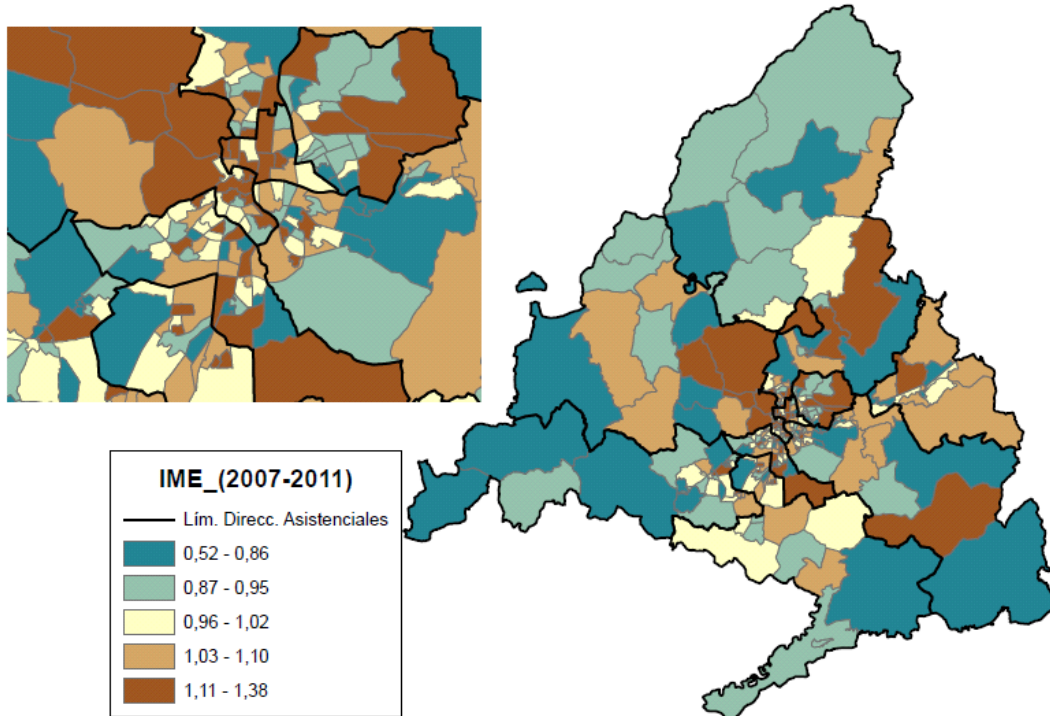
**Figura 8.9. Mortalidad por tumores en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.**

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

**Hombres**

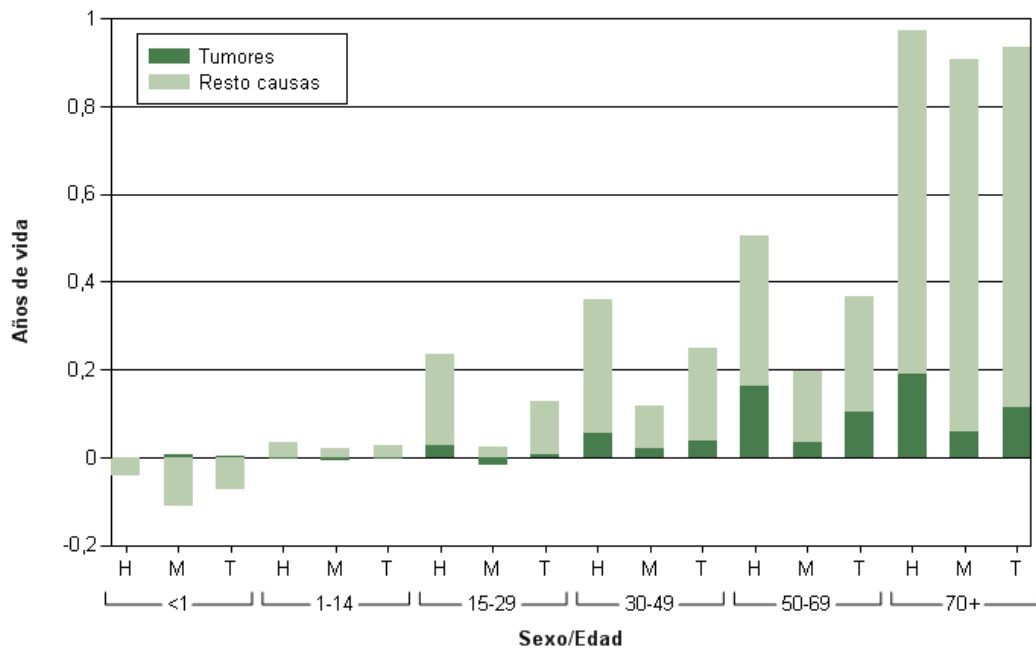


**Mujeres**



**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, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



**Figura 8.11. Tumores. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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

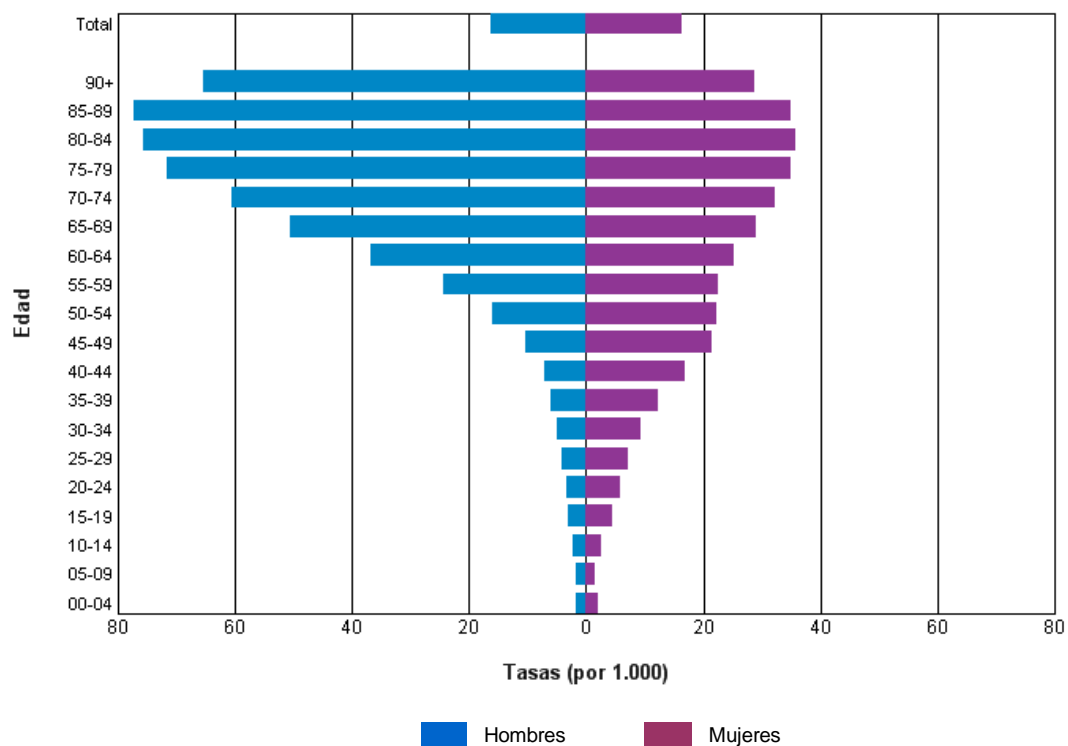
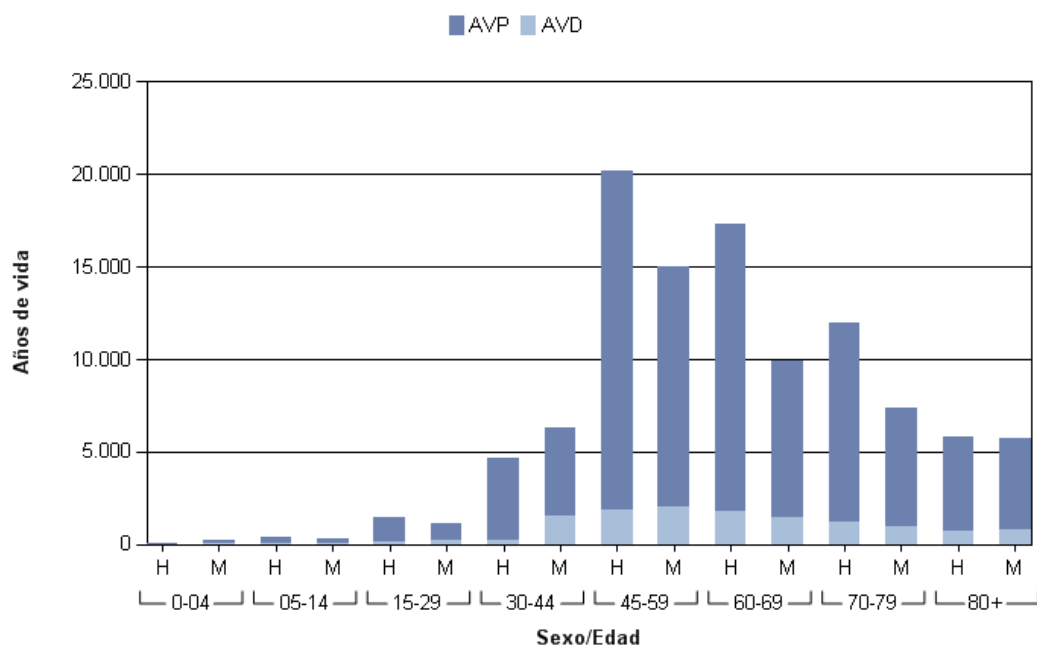


Figura 8.12. Tumores. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.

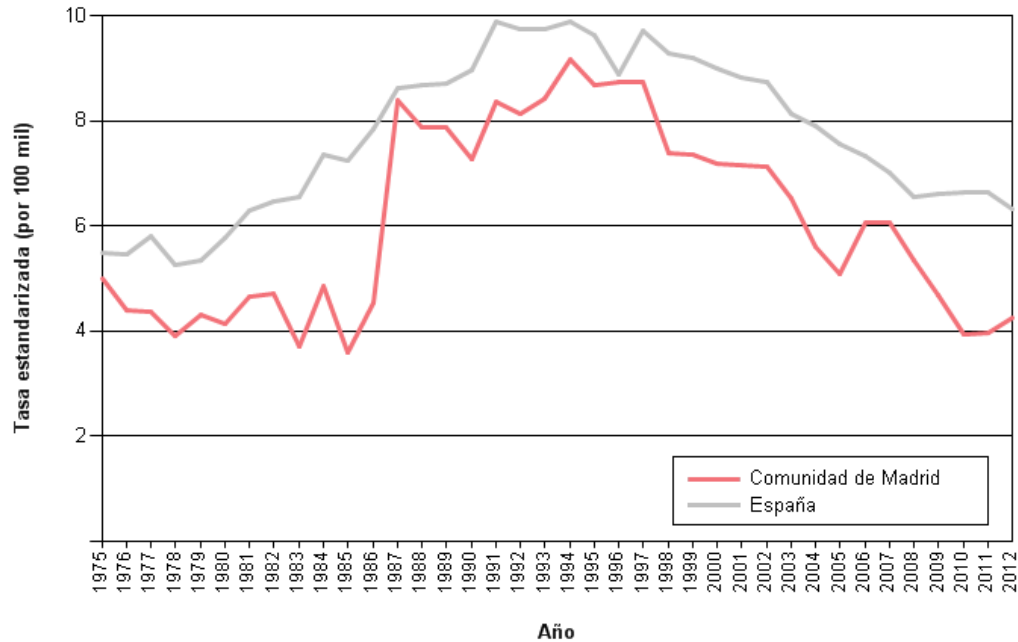
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	148	53	201
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,8	1,6	3,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,6	1,4	2,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,2	1,0	2,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	21,8	11,8	16,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,04	-0,00	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.719	489	2.208
Años de Vida Perdidos. CM.	1.607	452	2.059
Años Vividos con Discapacidad. CM.	112	37	149

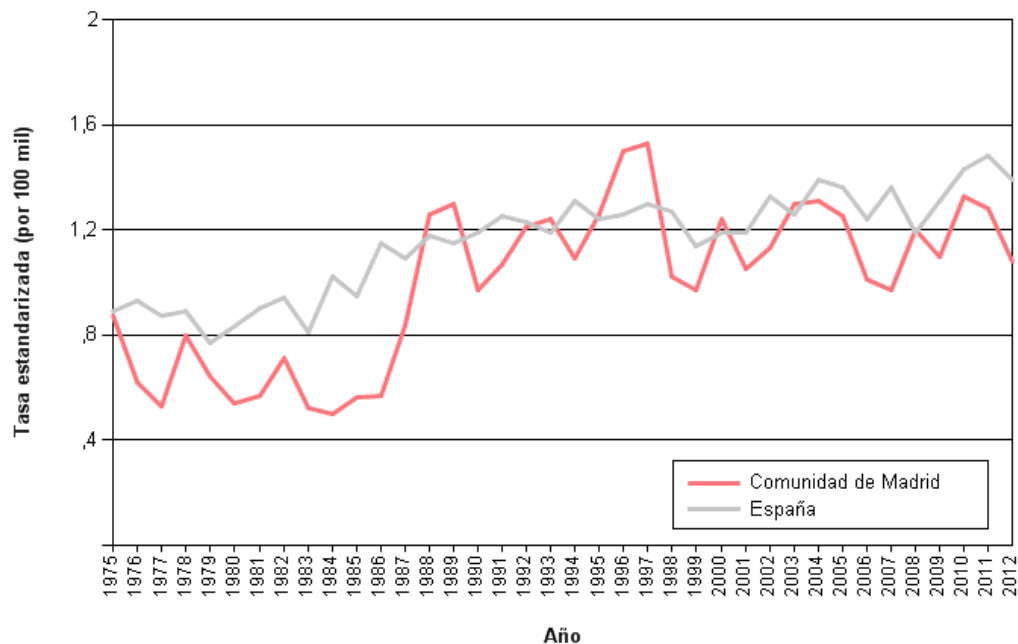
**Figura 8.13. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



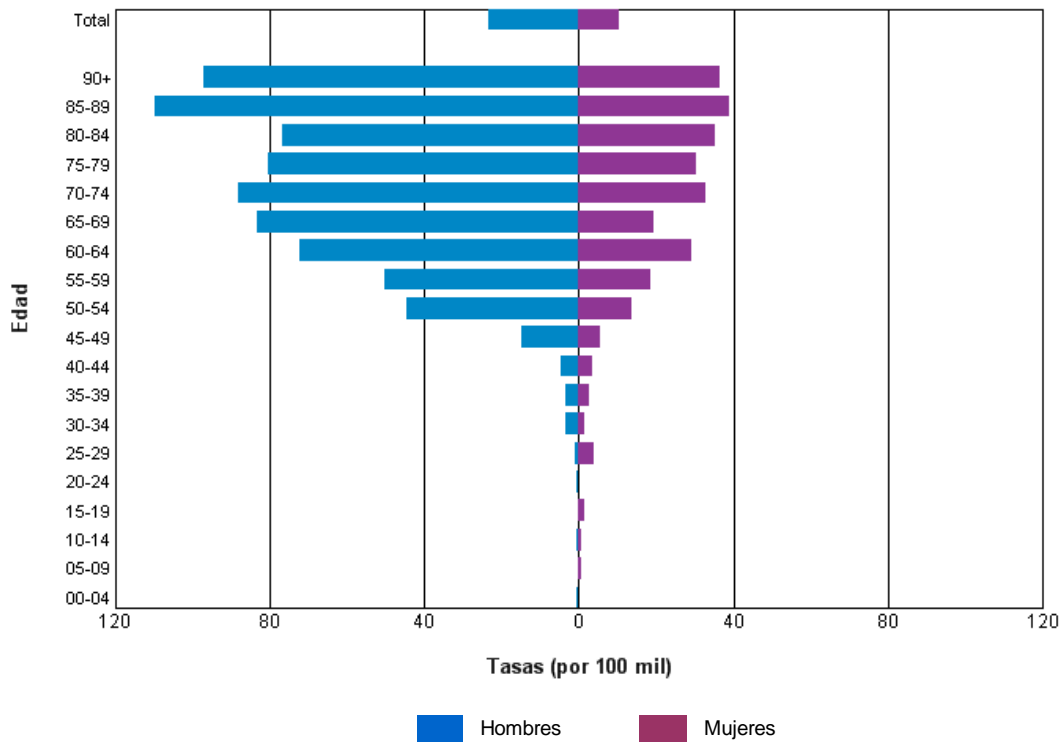
**Mujeres**



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

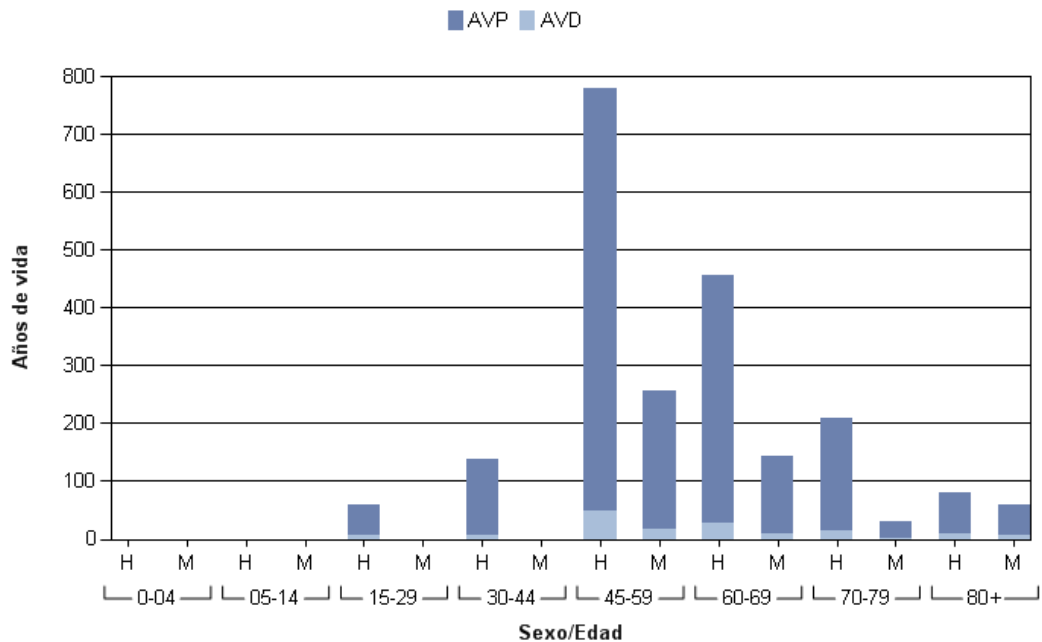
**Figura 8.14. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2012.**

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, 2012.**

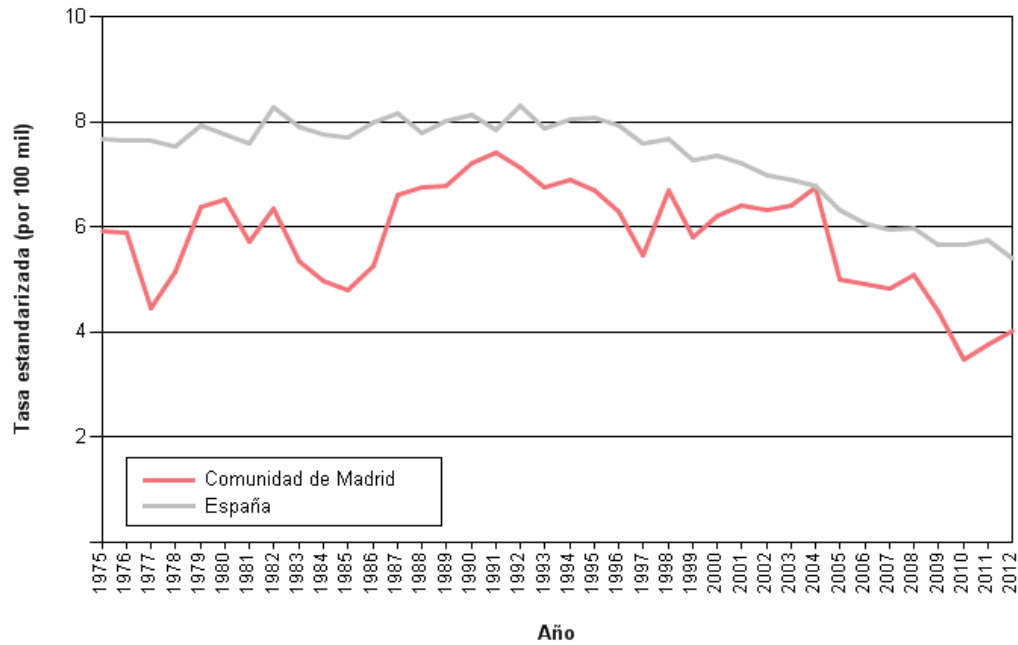
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno del esófago. Comunidad de Madrid.</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	145	42	187
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,7	1,3	2,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,7	0,7	2,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,1	0,7	2,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	8,8	2,0	5,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,02	-0,00	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.342	327	1.669
Años de Vida Perdidos. CM.	1.303	318	1.621
Años Vividos con Discapacidad. CM.	39	9	48

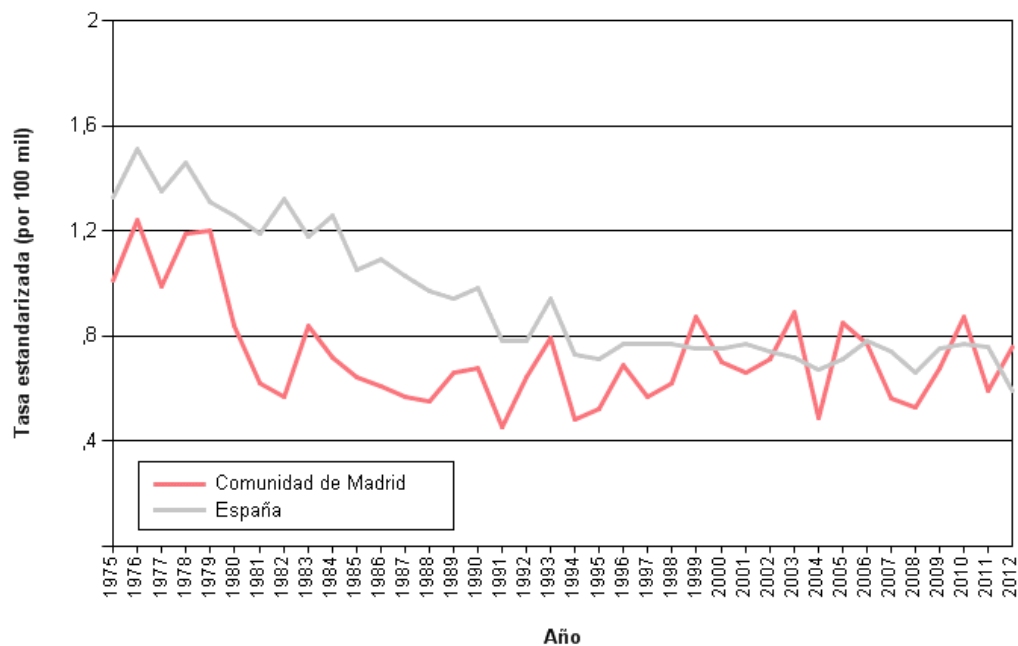
Figura 8.16. Tumor maligno de esófago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

### Hombres



### Mujeres

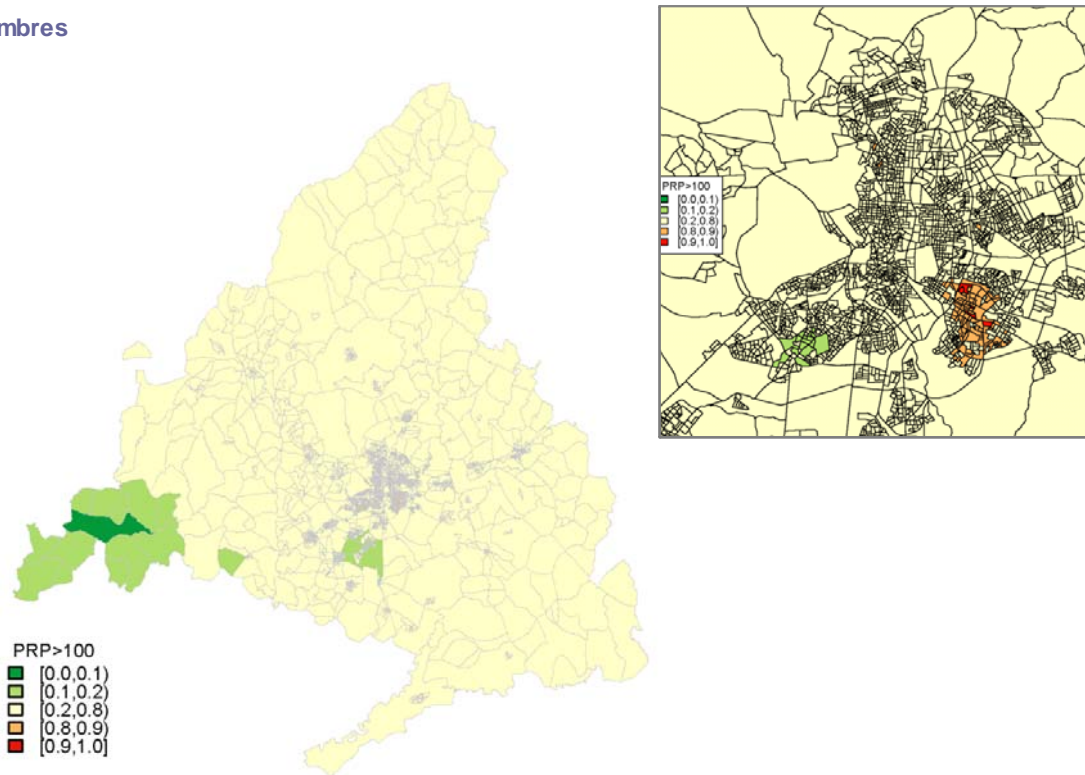


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

**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, 2013.**

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

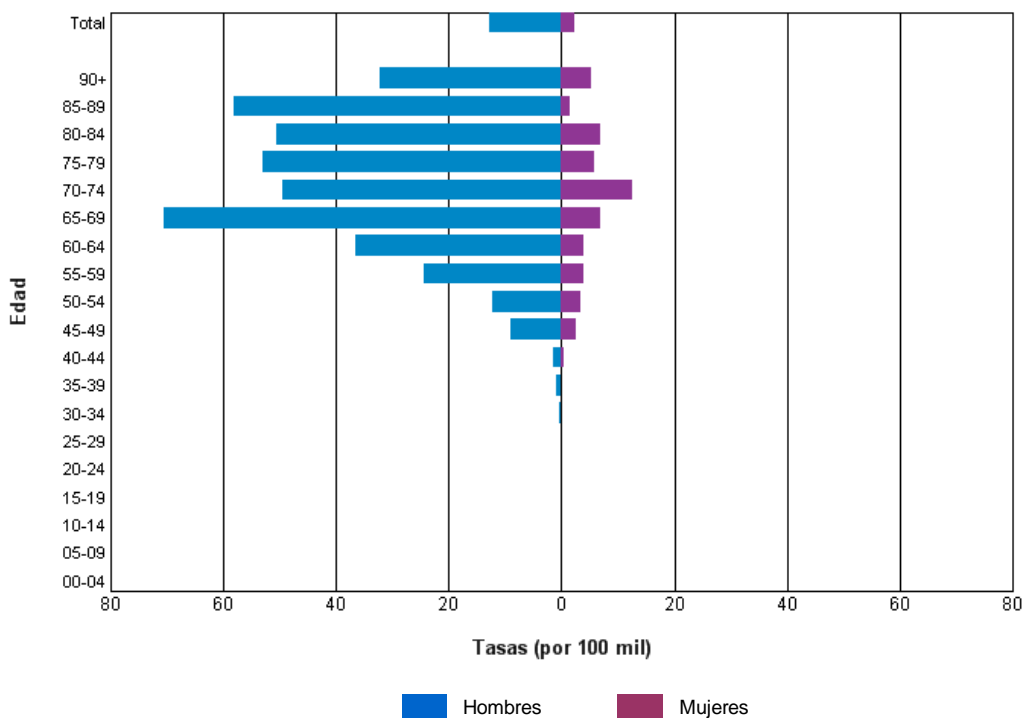
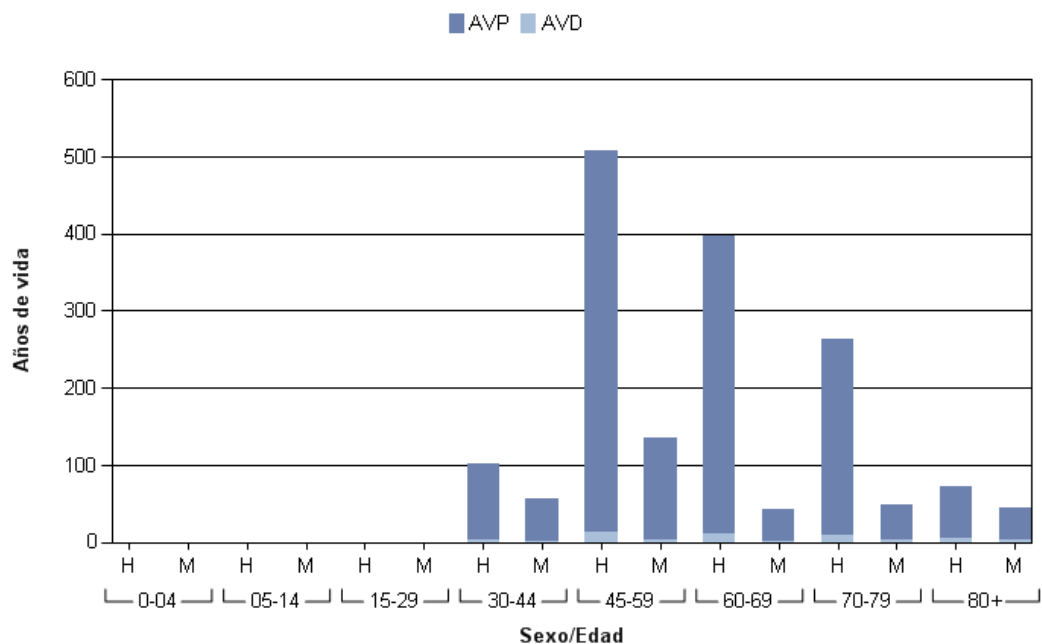




Figura 8.18. Tumor maligno de esófago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.

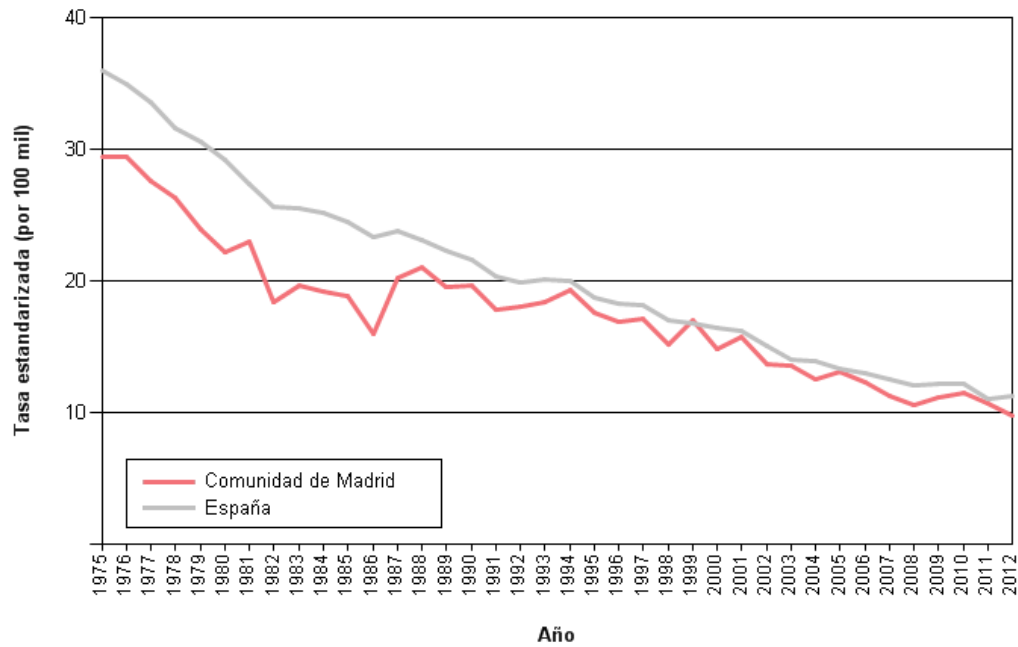
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del estómago. Comunidad de Madrid.			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	378	267	645
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,2	8,0	10,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,4	4,5	5,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,9	4,6	6,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	27,5	17,2	22,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,03	0,03	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.101	2.093	5.194
Años de Vida Perdidos. CM.	2.982	2.003	4.985
Años Vividos con Discapacidad. CM.	119	90	209

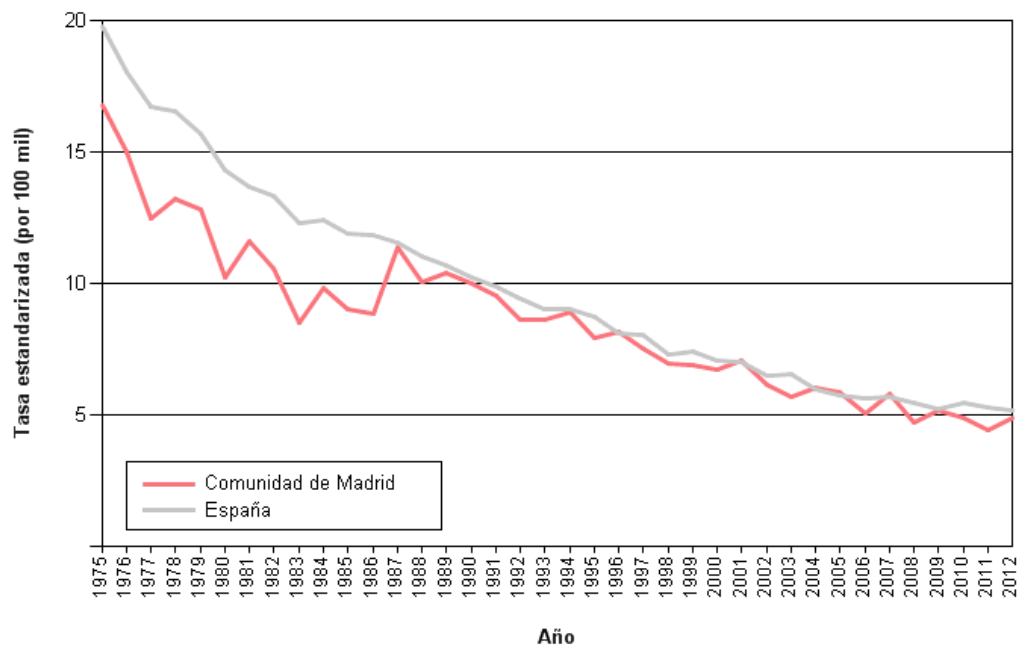
**Figura 8.19. Tumor maligno de estómago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

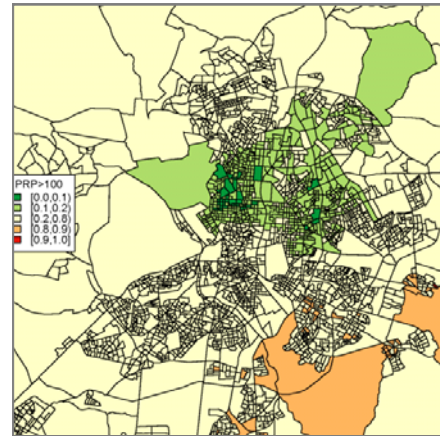
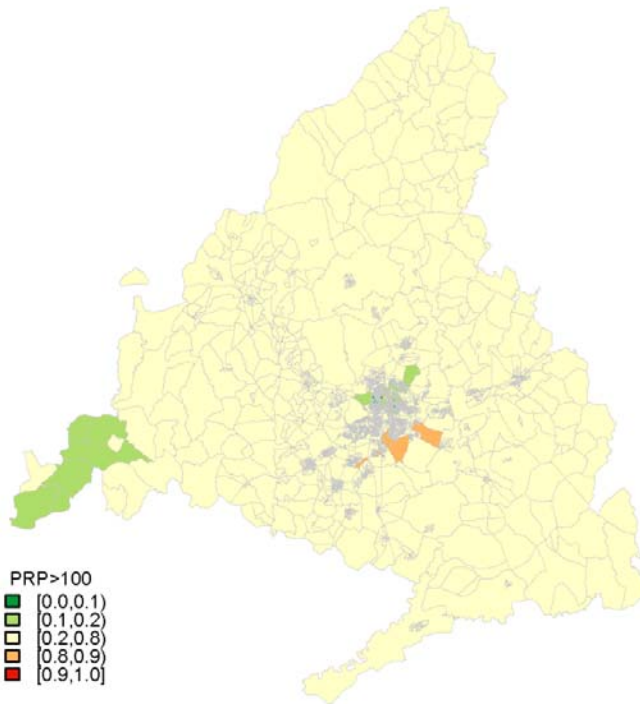


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

**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**

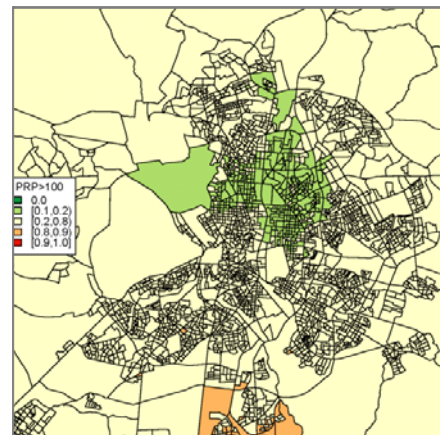
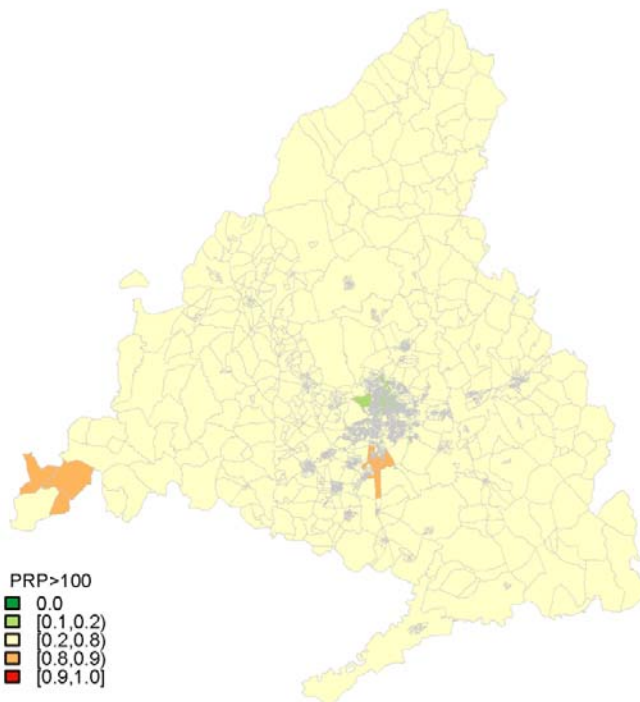


Figura 8.21. Tumor maligno de estómago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

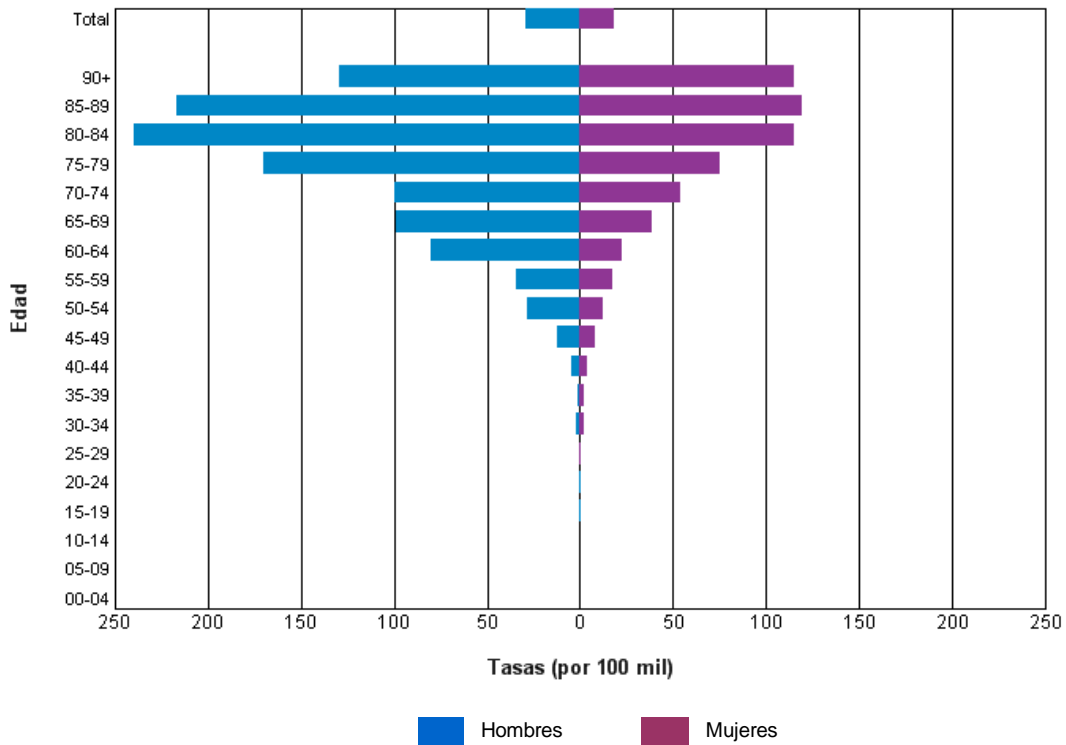
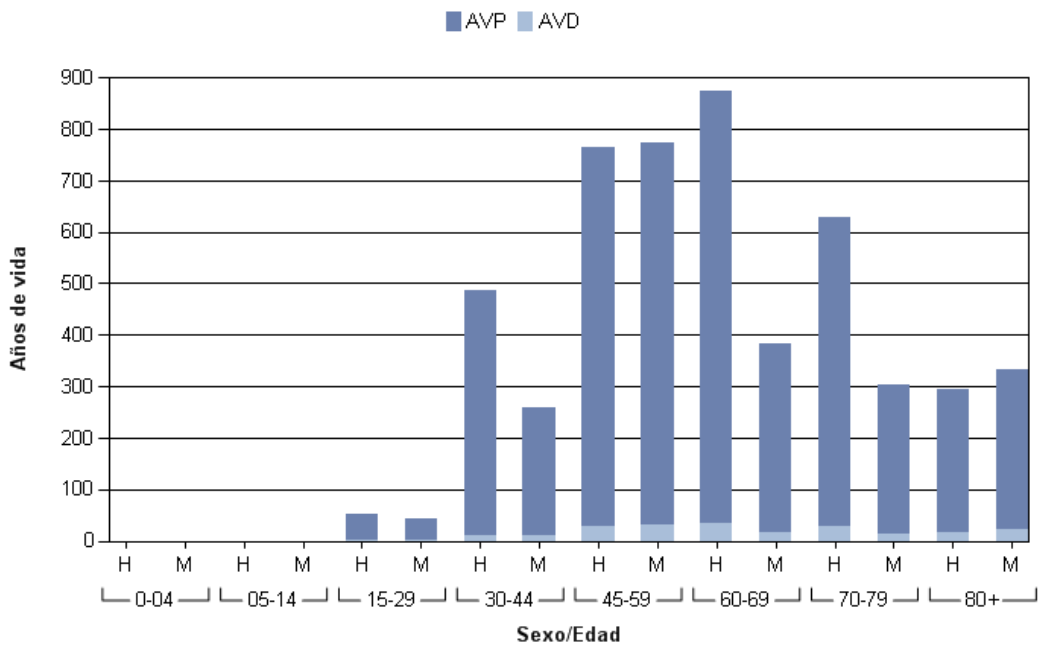


Figura 8.22. Tumor maligno de estómago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

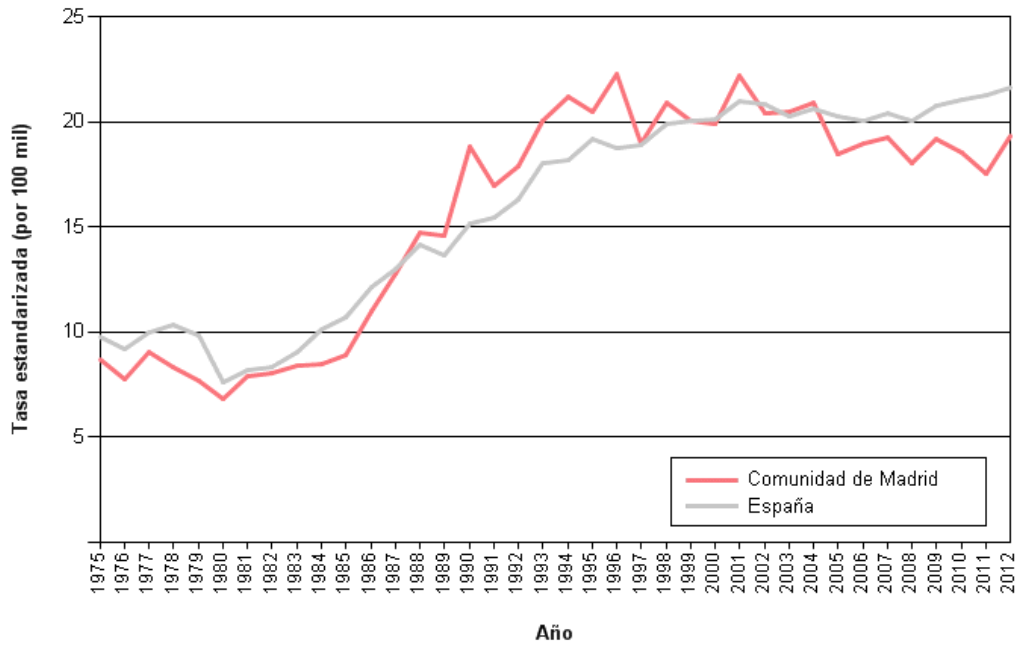
<b>Tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	753	542	1.295
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,2	16,2	20,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,5	6,6	8,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,5	8,8	13,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	67,4	47,4	57,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,01	0,06	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.897	5.725	14.622
Años de Vida Perdidos. CM.	7.429	4.672	12.101
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.468	1.053	2.521

\* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para colon y recto

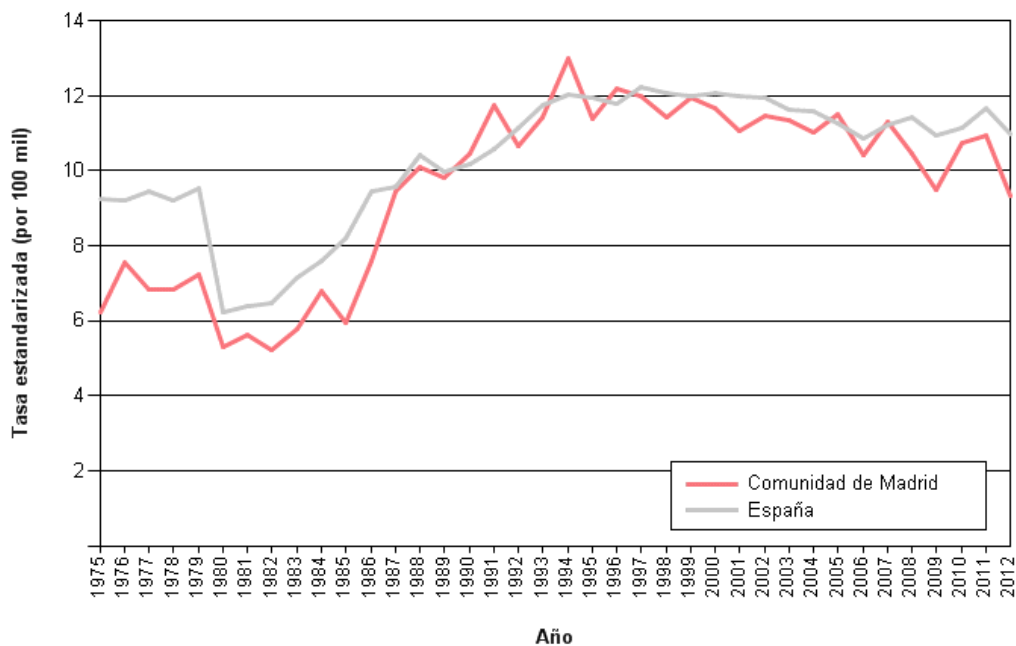
**Figura 8.23. Tumor maligno de colon. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

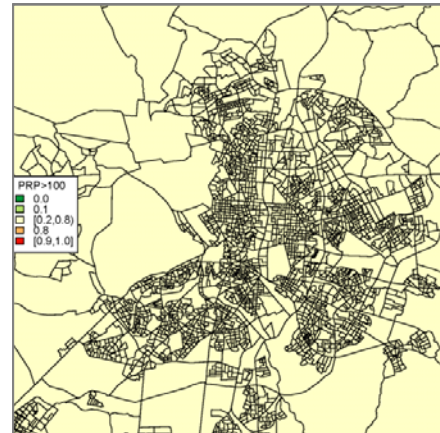
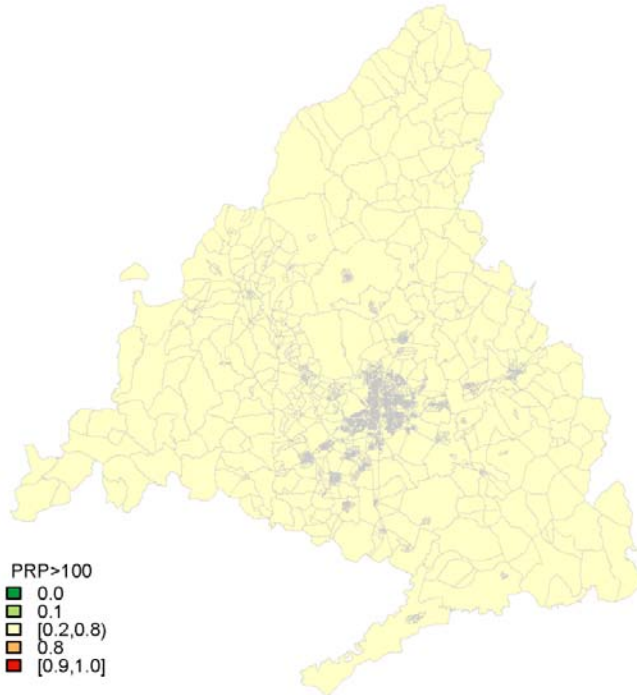


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

**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**

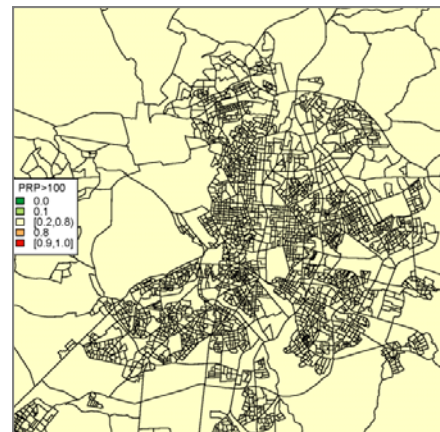
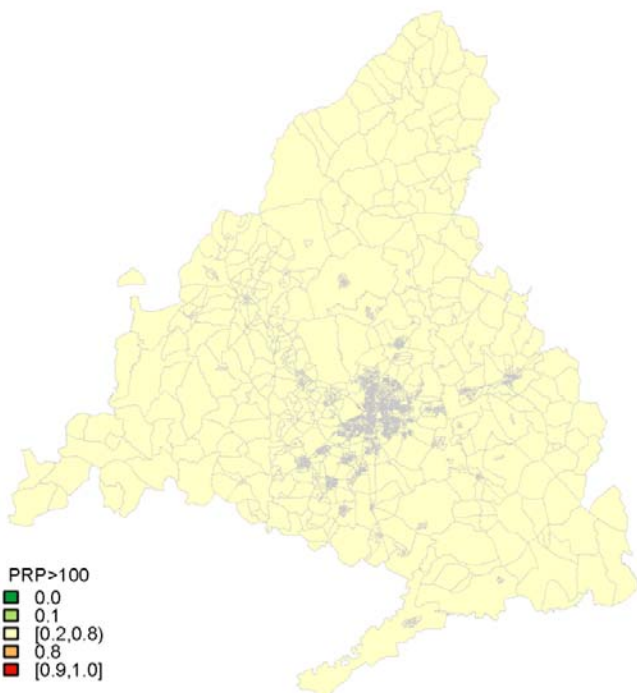


Figura 8.25. Tumor maligno de colon. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

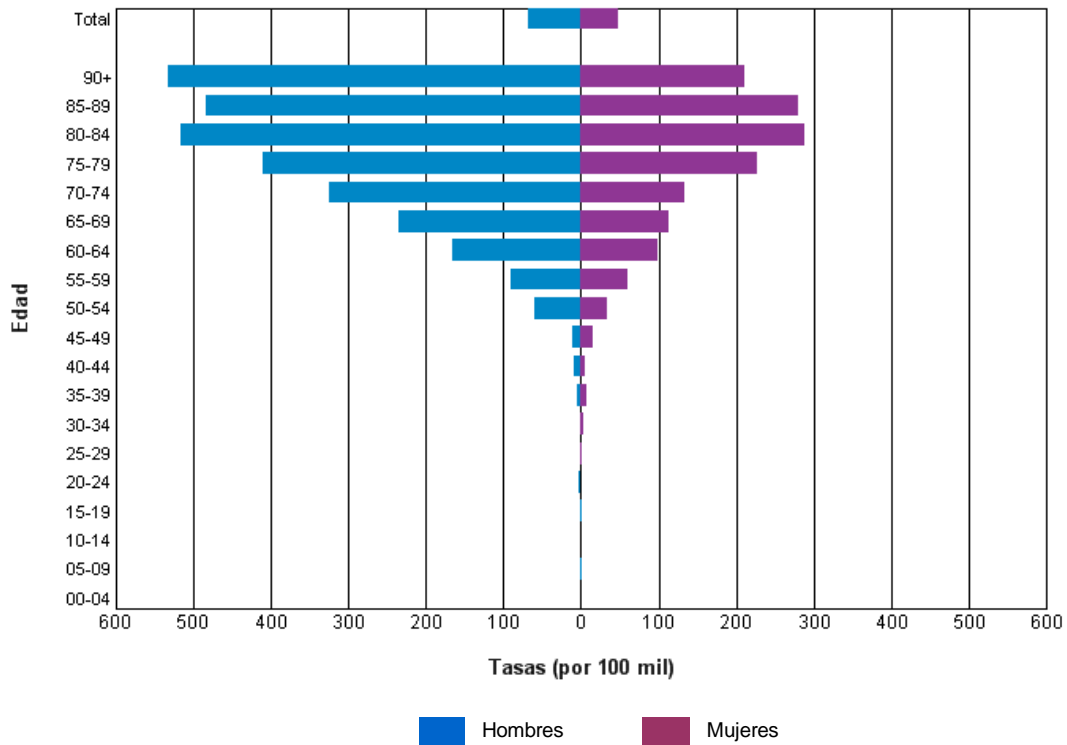
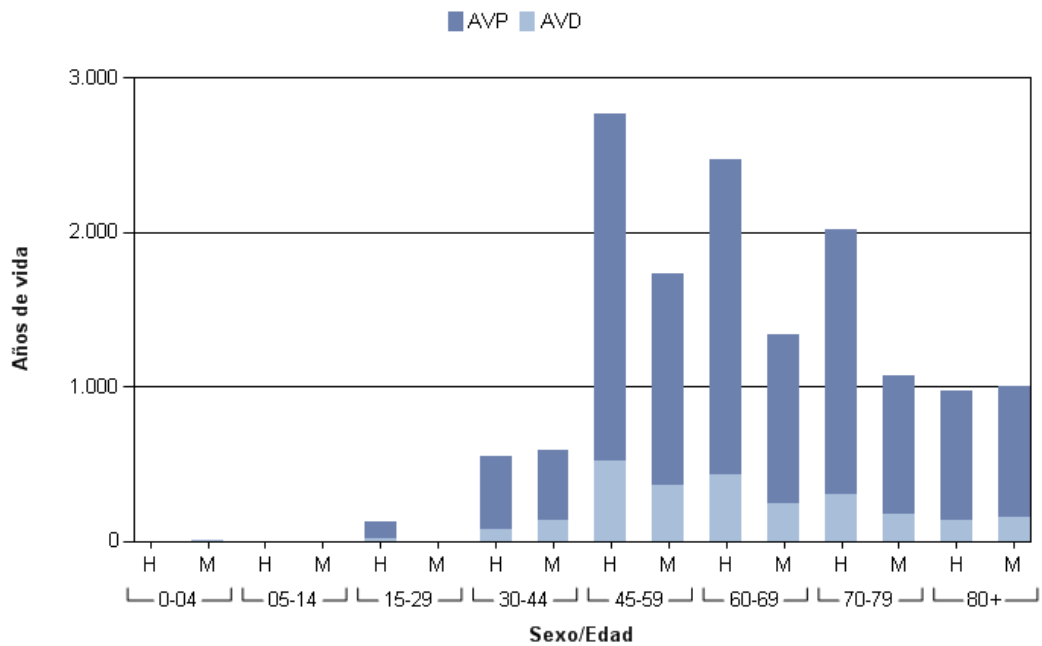


Figura 8.26. Tumor maligno de colon y recto. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

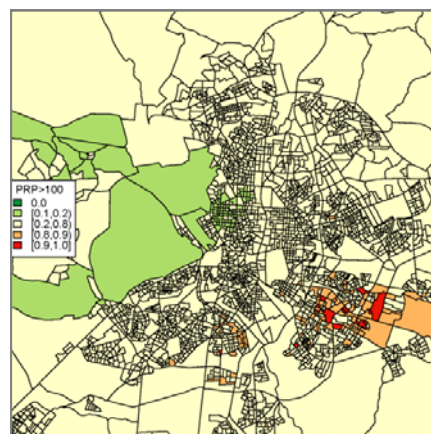
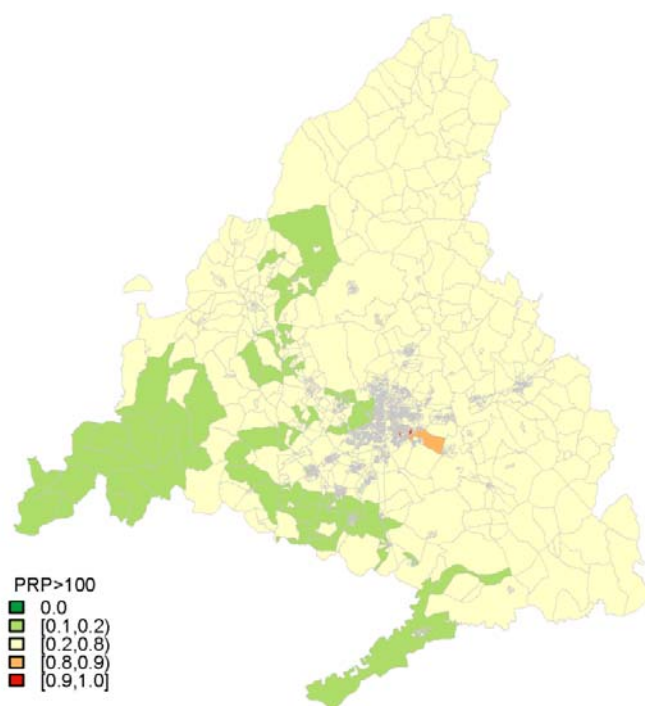
Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	295	176	471
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,5	5,3	7,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,3	3,0	4,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,9	3,3	5,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	40,9	24,5	32,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	-0,02	-0,00	-0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.897	5.725	14.622
Años de Vida Perdidos. CM.	7.429	4.672	12.101
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.468	1.053	2.521

\* 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.

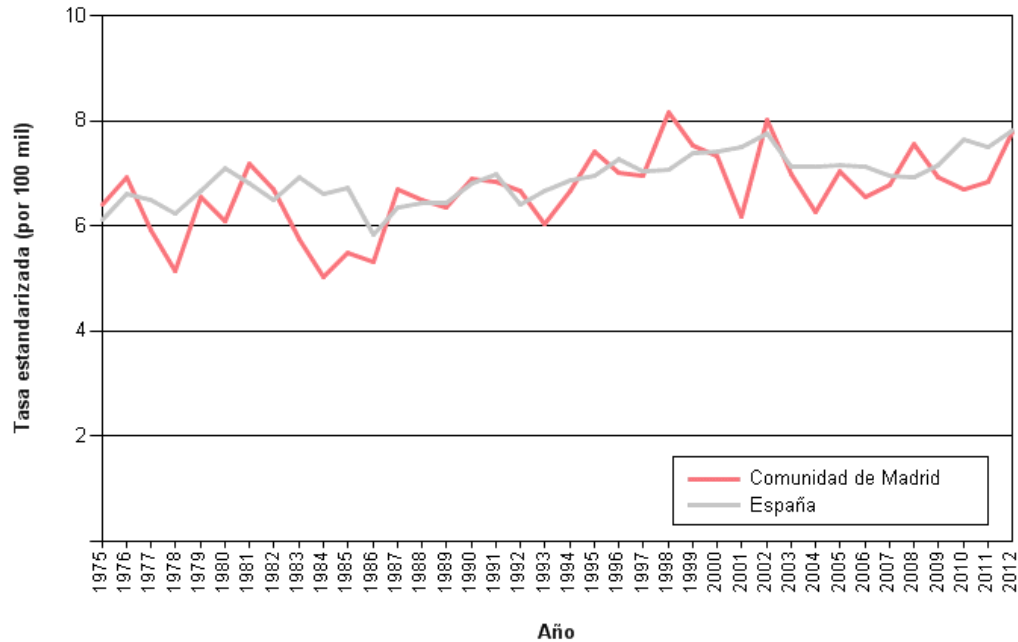
#### Hombres



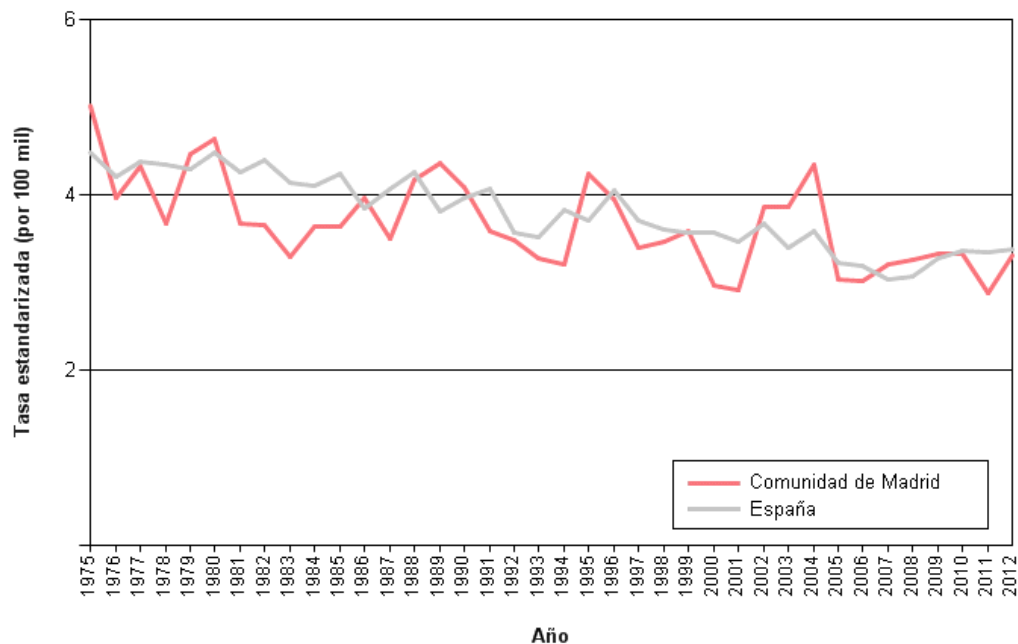
**Figura 8.28. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



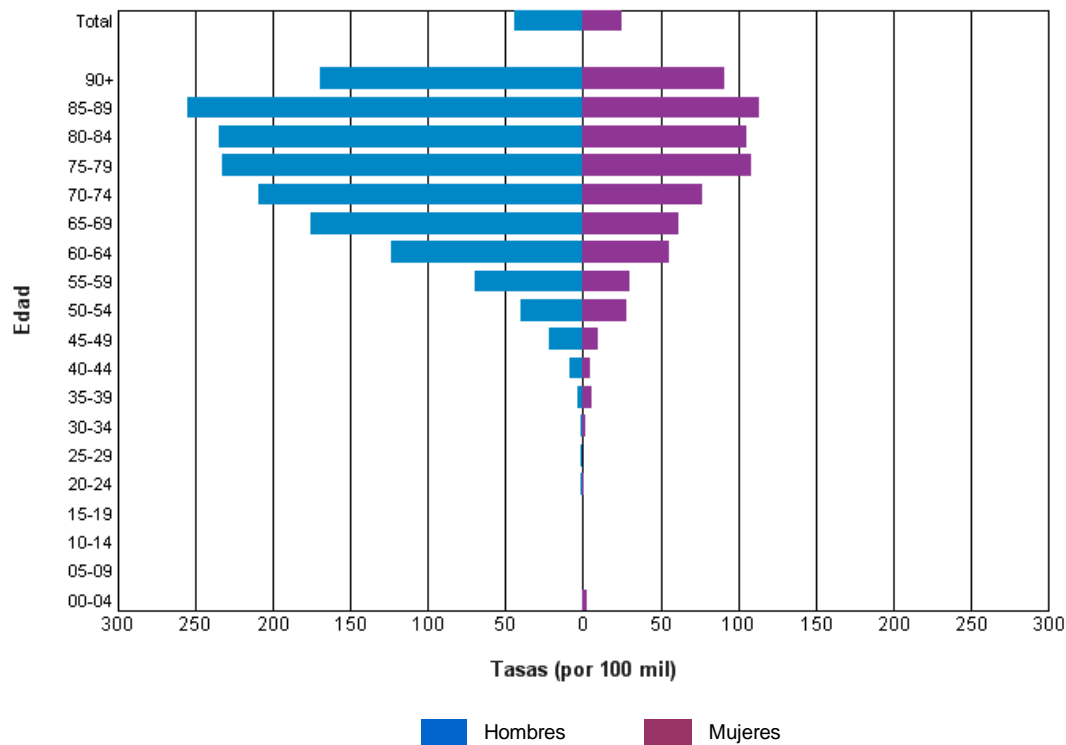
**Mujeres**



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, 2013.

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, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	398	202	600
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,8	6,0	9,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,7	1,3	4,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,9	3,2	6,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	31,2	8,9	19,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,02	0,01	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.871	1.203	5.074
Años de Vida Perdidos. CM.	3.802	1.178	4.980
Años Vividos con Discapacidad. CM.	69	25	94

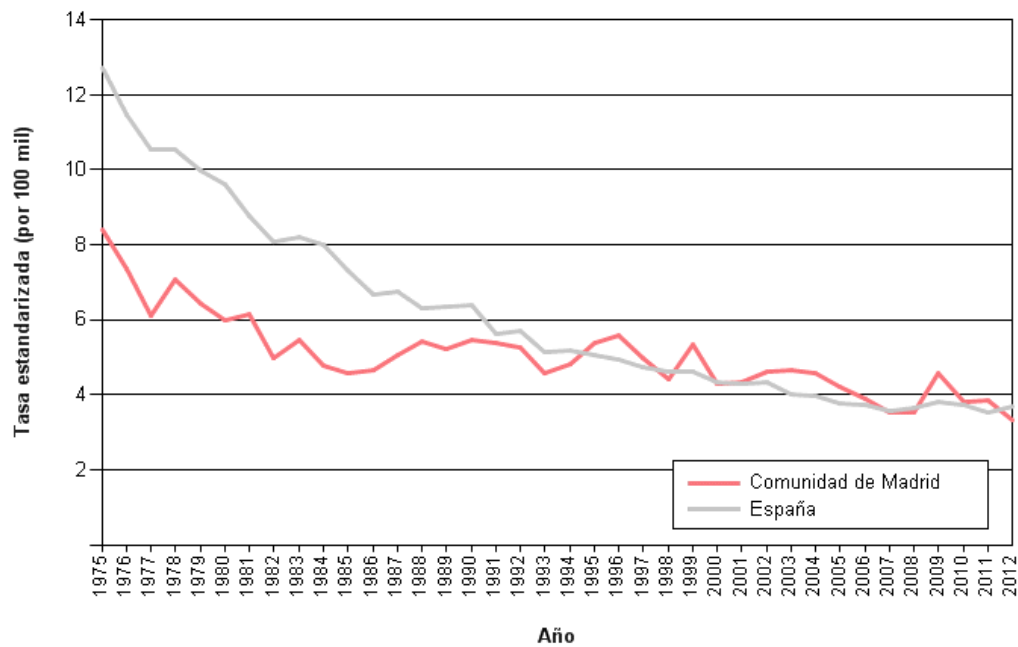
**Figura 8.30. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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, 2013.

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

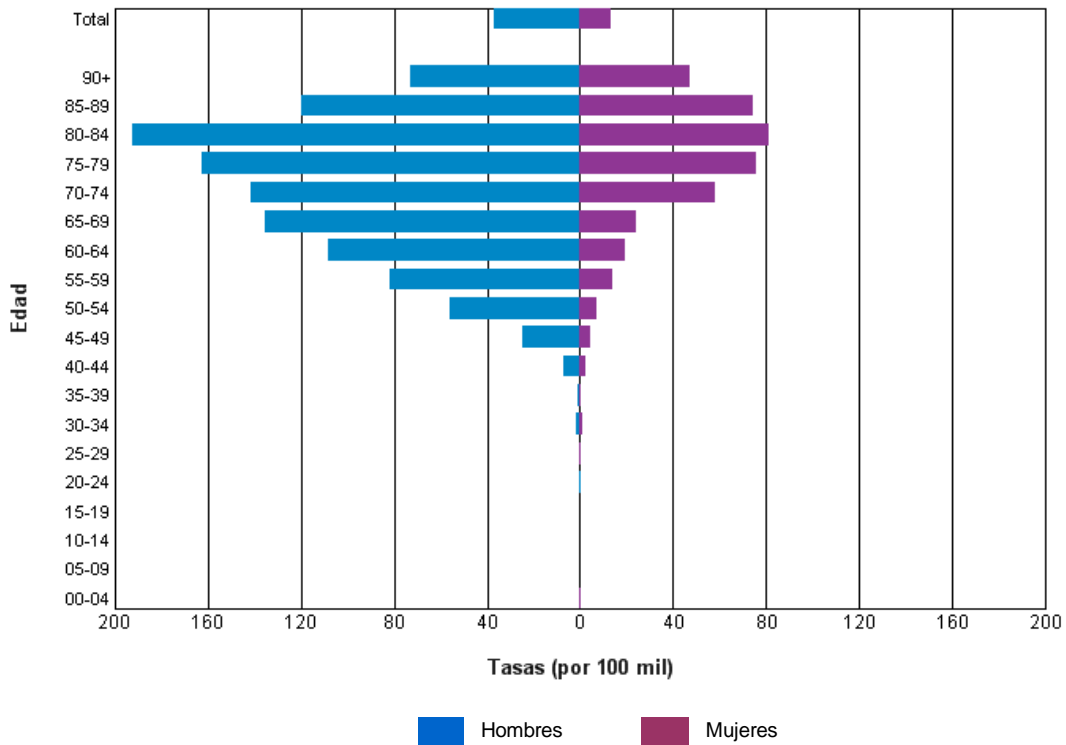
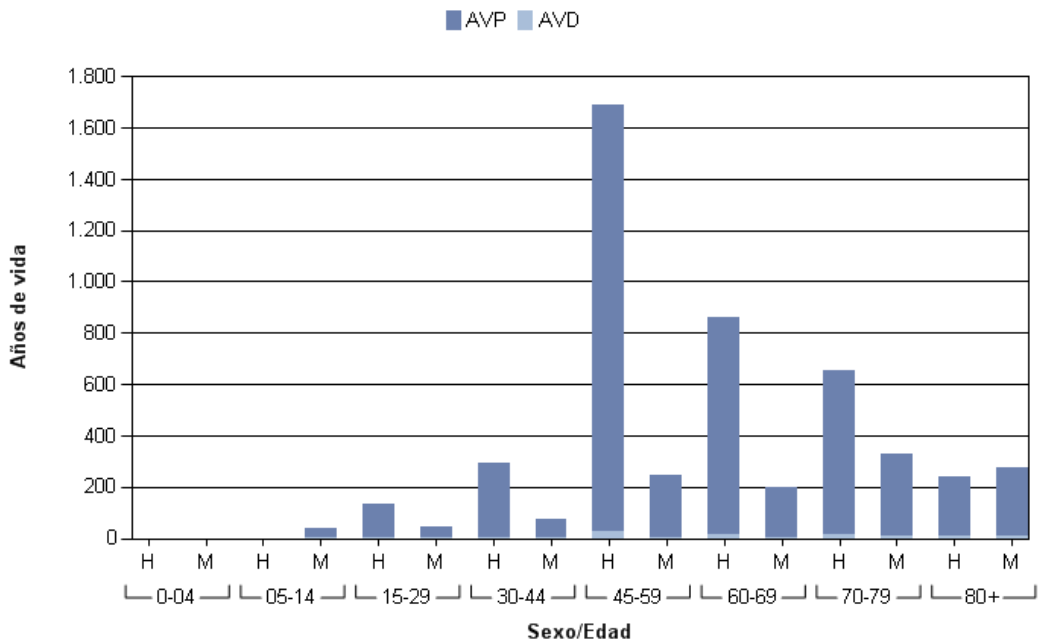


Figura 8.32. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	335	369	704
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,8	11,0	10,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,7	5,1	6,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,3	6,7	7,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	20,1	17,3	18,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,02	-0,03	-0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.337	2.707	6.044
Años de Vida Perdidos. CM.	3.251	2.640	5.891
Años Vividos con Discapacidad. CM.	86	67	153

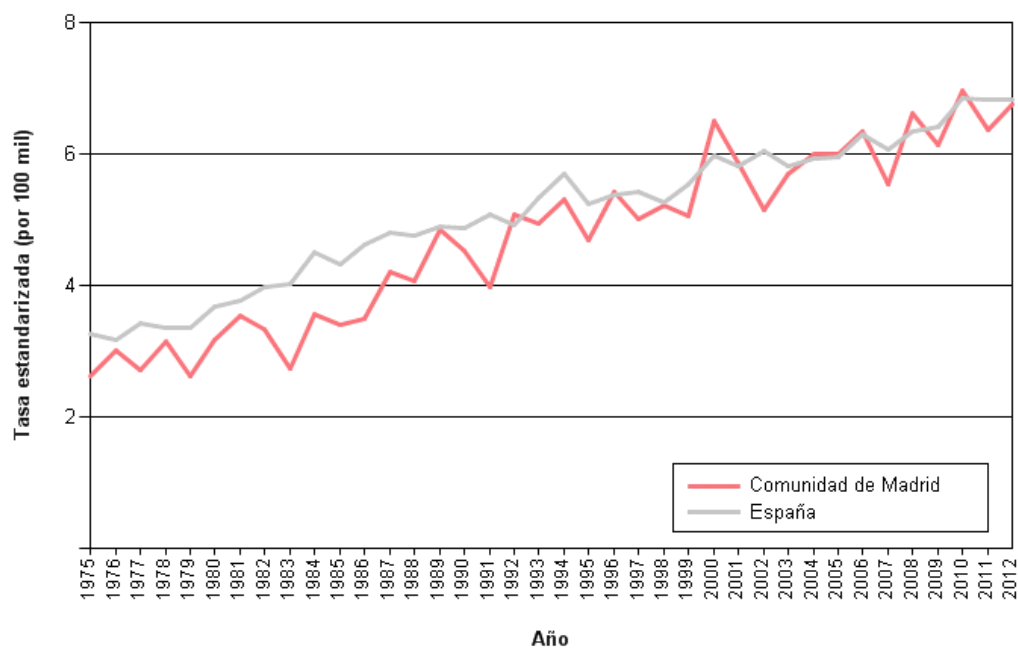
**Figura 8.33. Tumor maligno de páncreas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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, 2013.

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

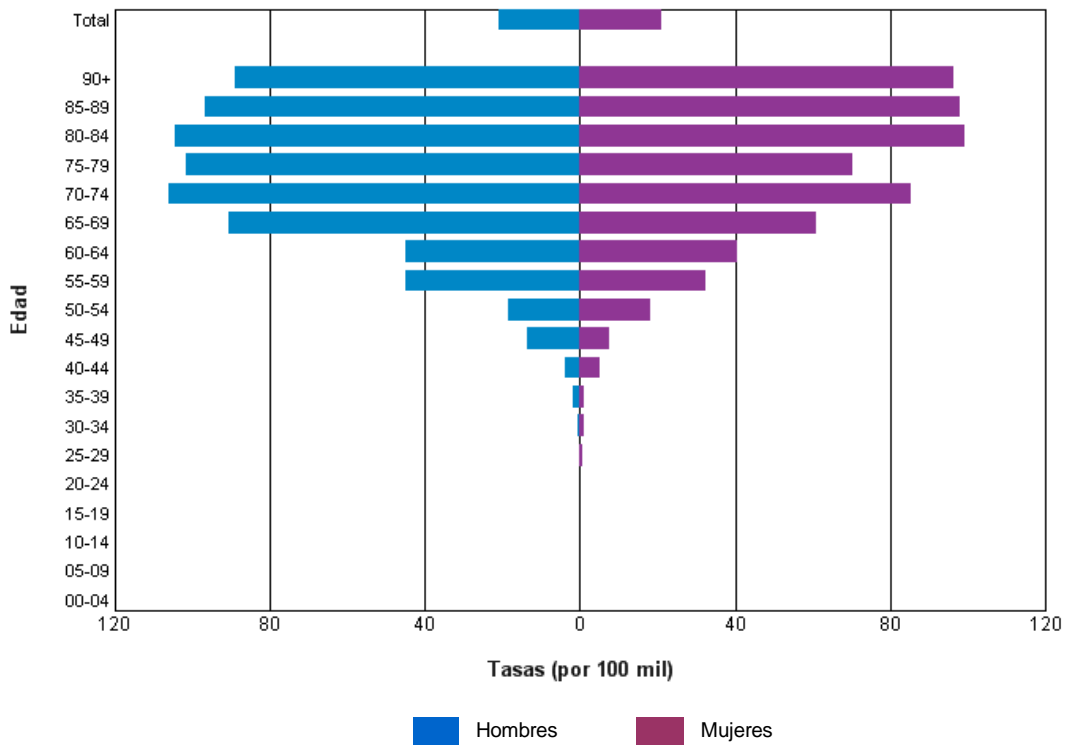
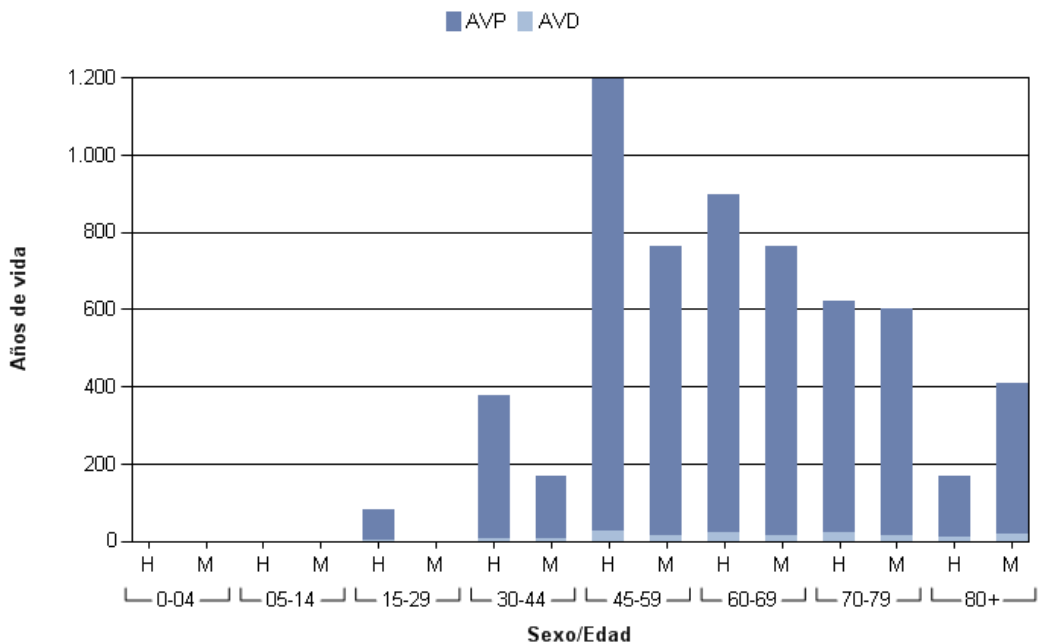


Figura 8.35. Tumor maligno de páncreas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

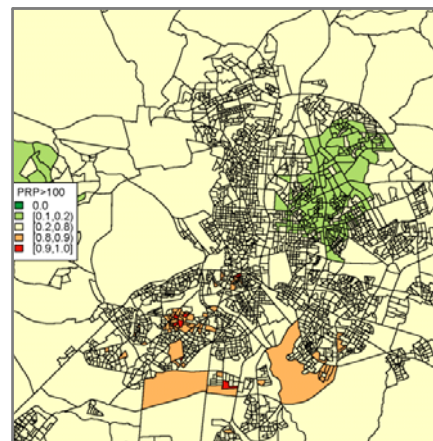
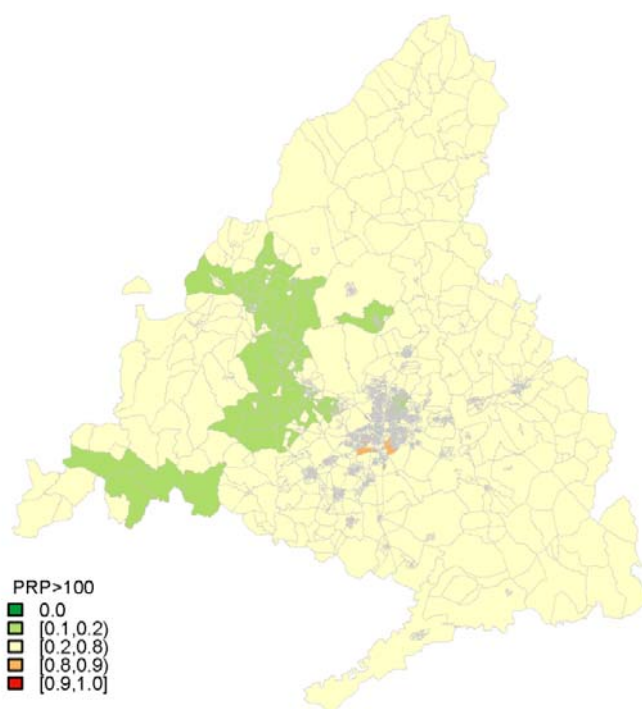
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de laringe. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	143	16	159
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,6	0,5	2,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,5	0,4	1,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,0	0,3	1,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	21,7	2,4	11,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,01	-0,00	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.342	159	1.501
Años de Vida Perdidos. CM.	1.255	146	1.401
Años Vividos con Discapacidad. CM.	87	13	100

**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.

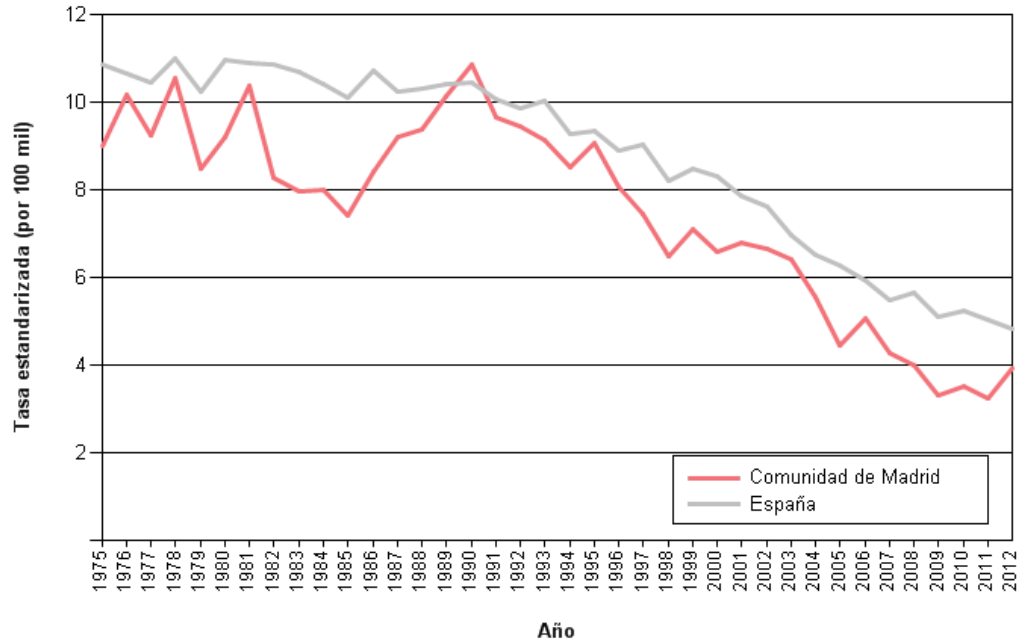
#### Hombres



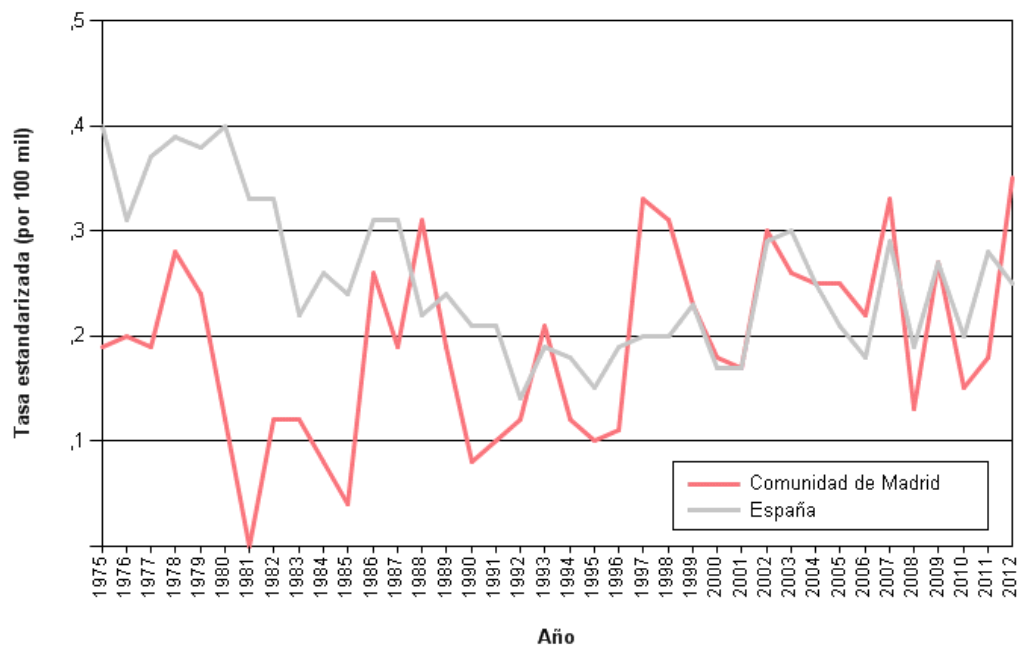
**Figura 8.37. Tumor maligno de laringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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, 2013.

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

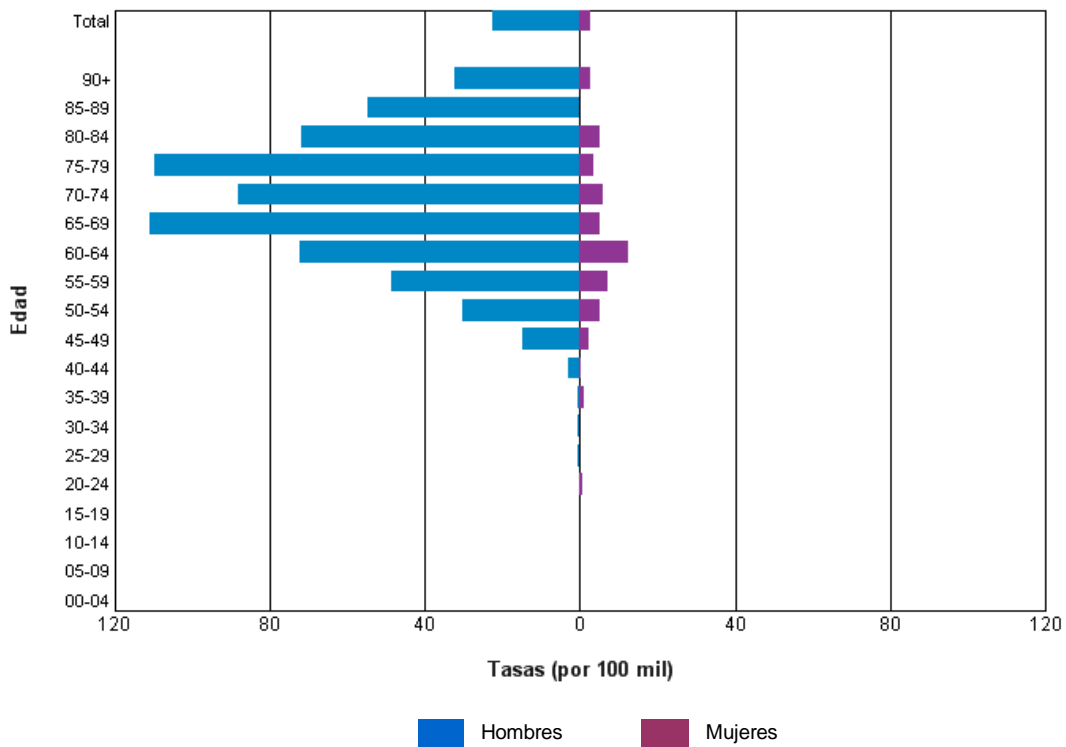
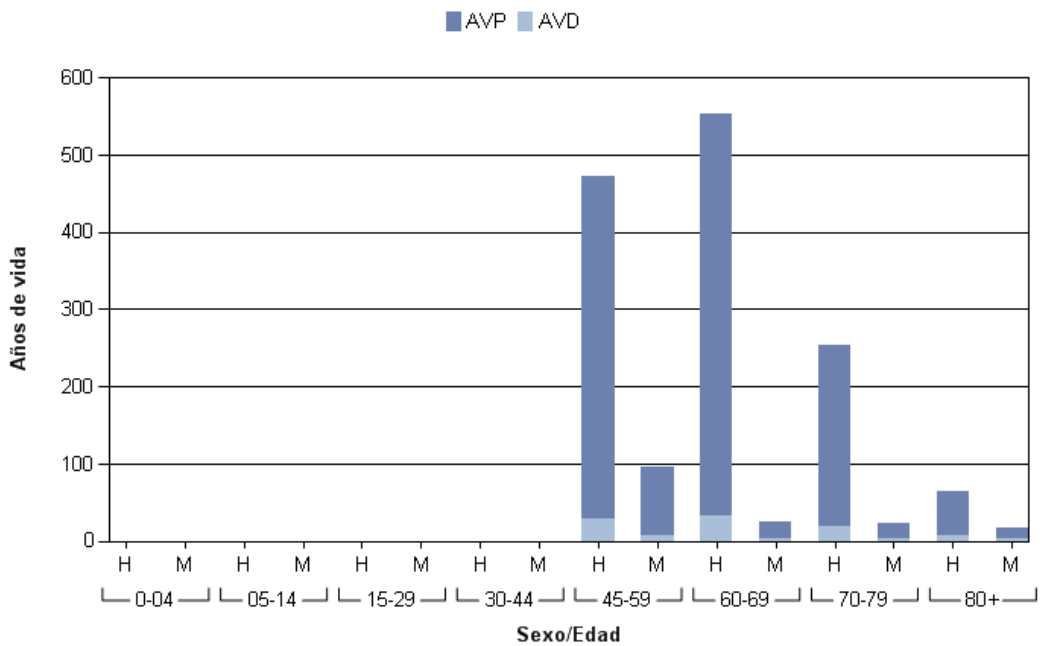


Figura 8.39. Tumor maligno de laringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

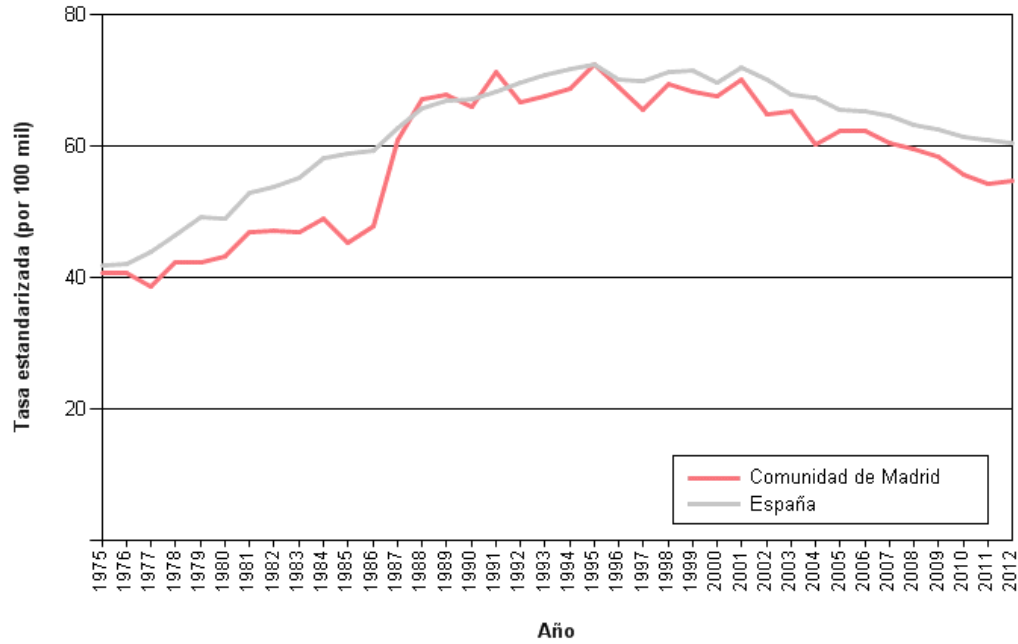
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de tráquea, de bronquios y de pulmón. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	2.008	554	2.562
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	64,6	16,5	39,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	44,1	16,7	30,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	55,2	12,3	30,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	105,7	32,9	67,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,13	-0,07	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	17.536	5.900	23.436
Años de Vida Perdidos. CM.	17.022	5.738	22.760
Años Vividos con Discapacidad. CM.	514	162	676

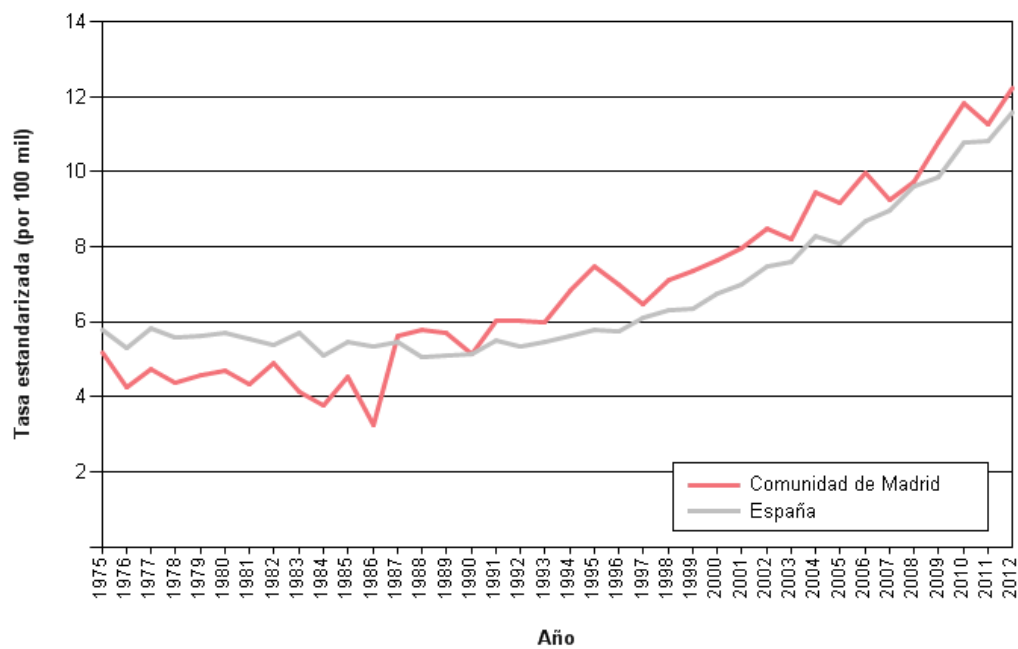
**Figura 8.40. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

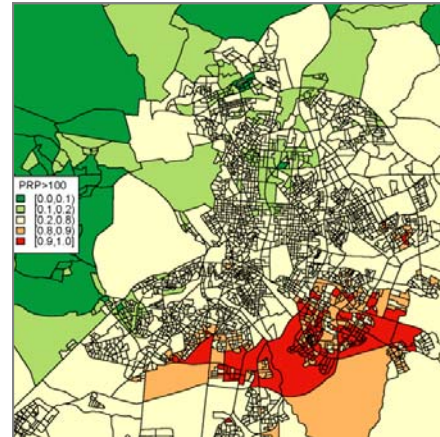
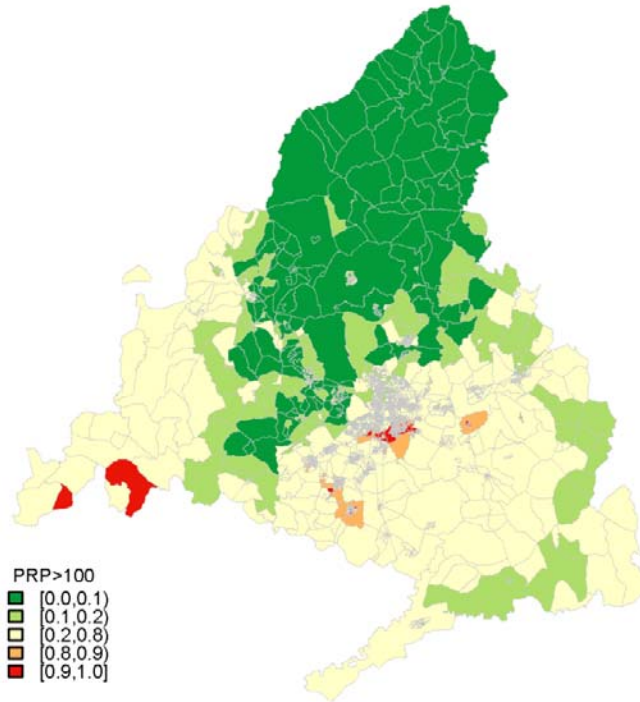


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

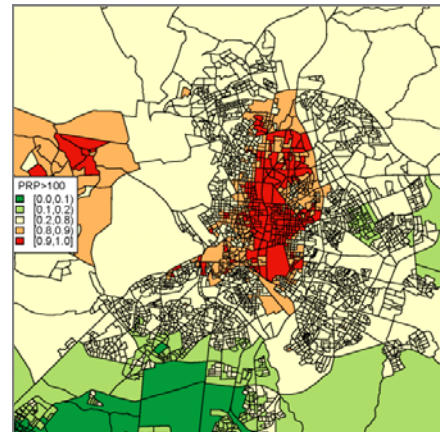
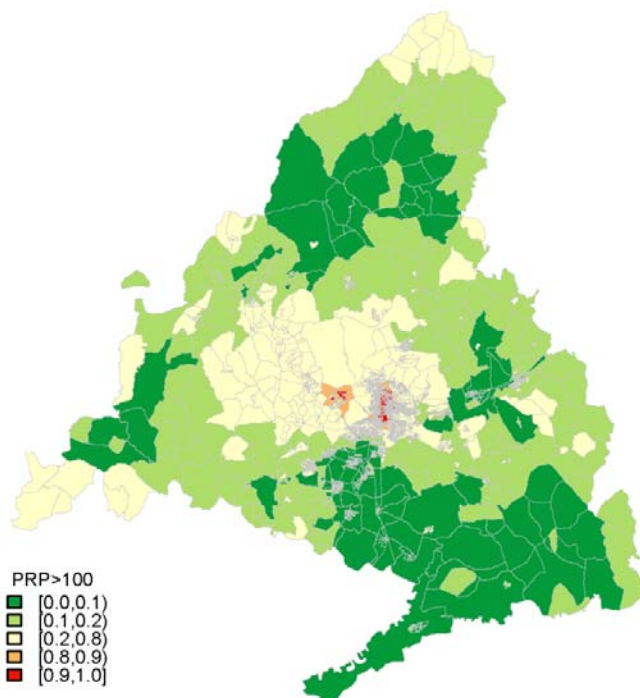
Figura 8.41. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

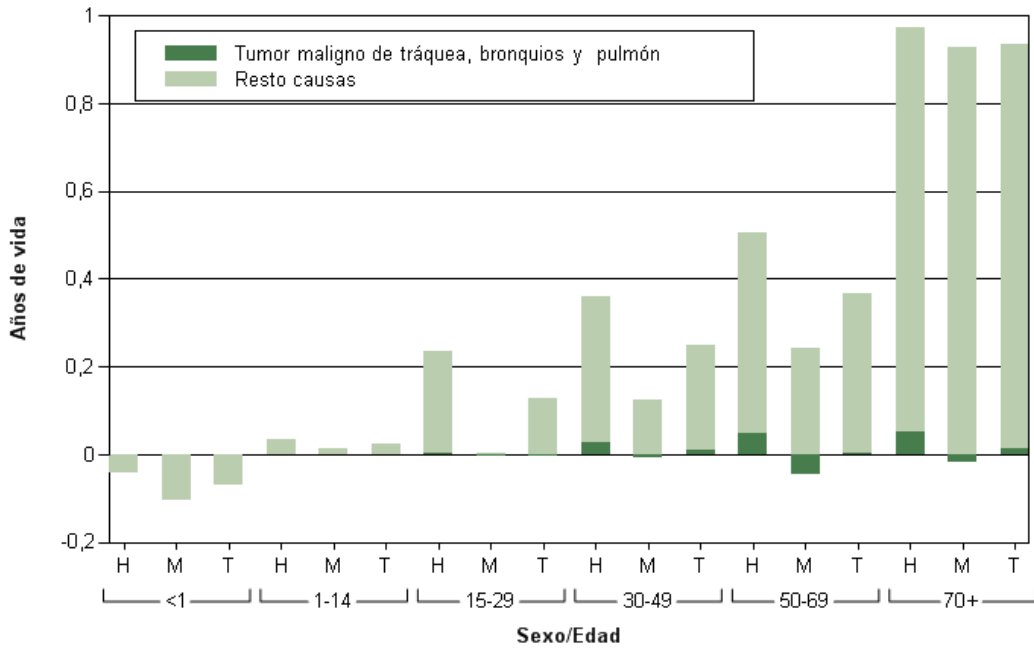


Mujeres



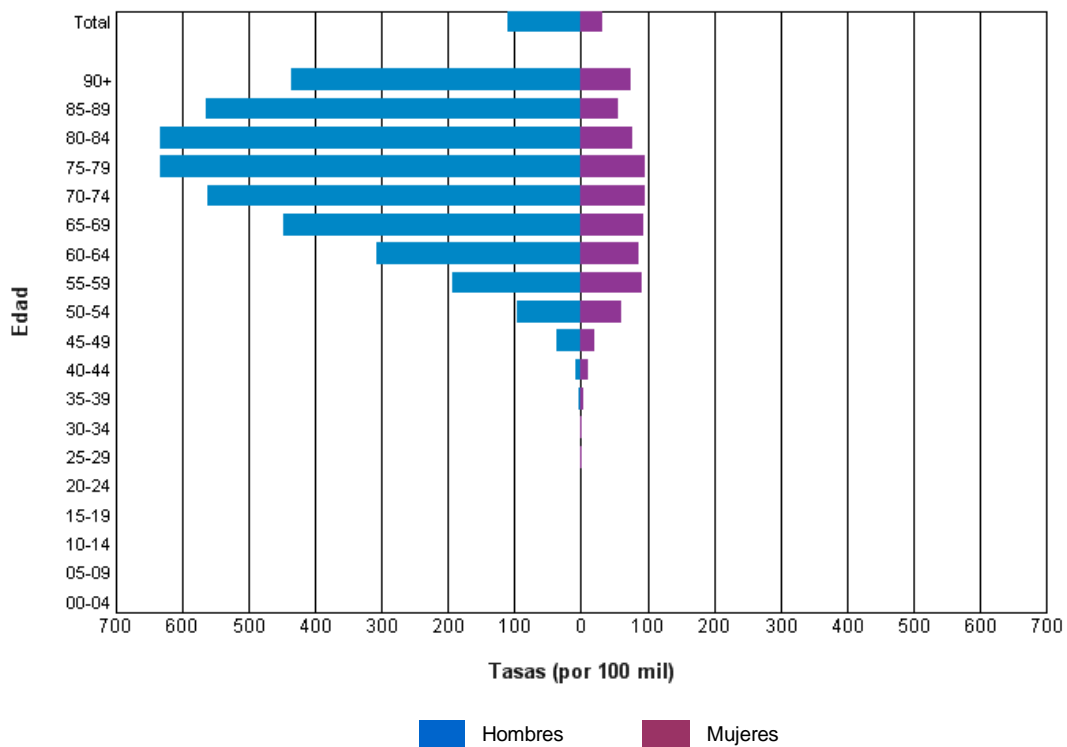
**Figura 8.42. Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



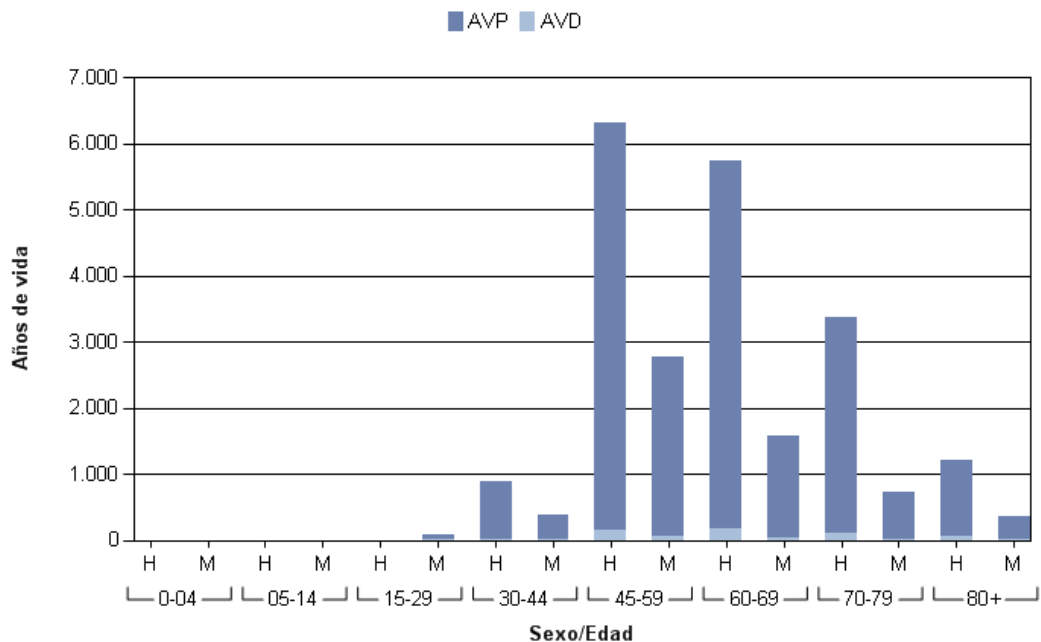
**Figura 8.43. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: CMDB 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, 2012.**

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

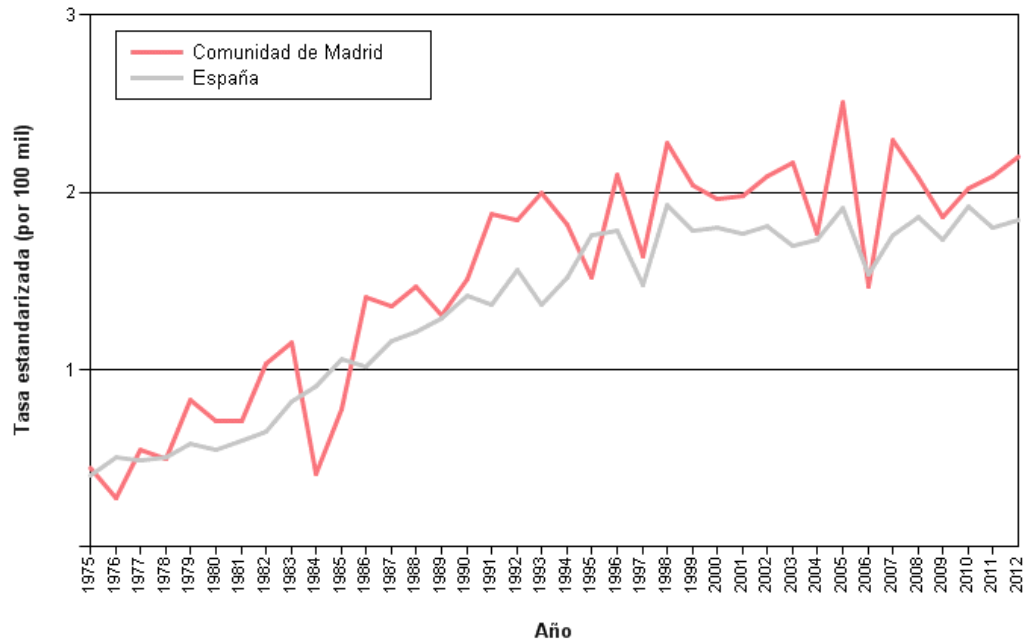
Melanoma maligno de piel. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	80	56	136
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	1,7	2,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,5	1,8	2,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,2	1,2	1,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	19,2	19,0	19,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,00	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.	-	-	-



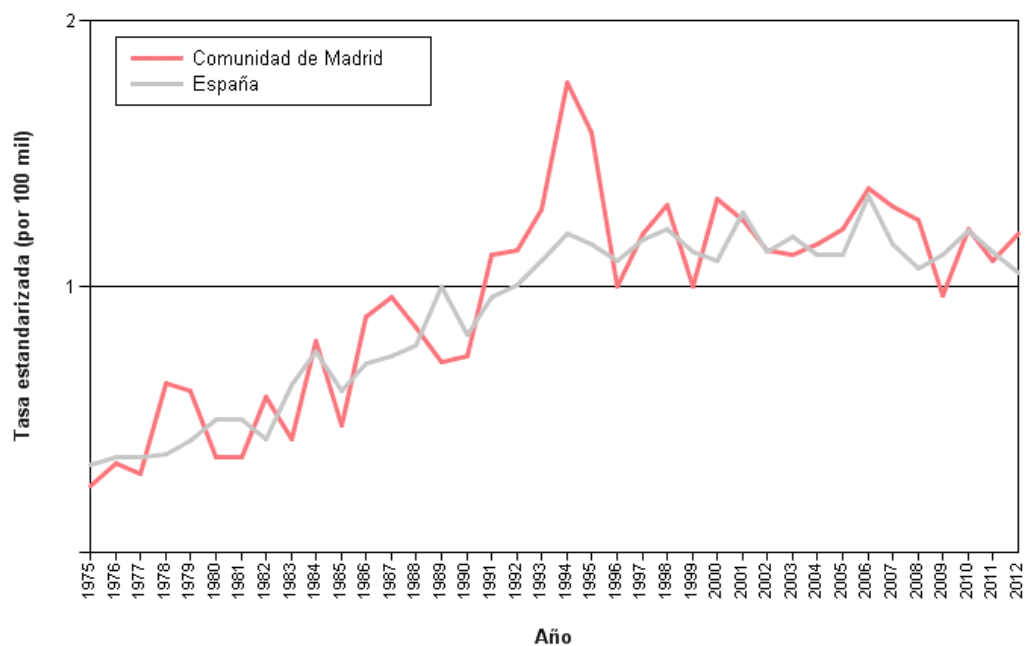
**Figura 8.45. Melanoma maligno de piel. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



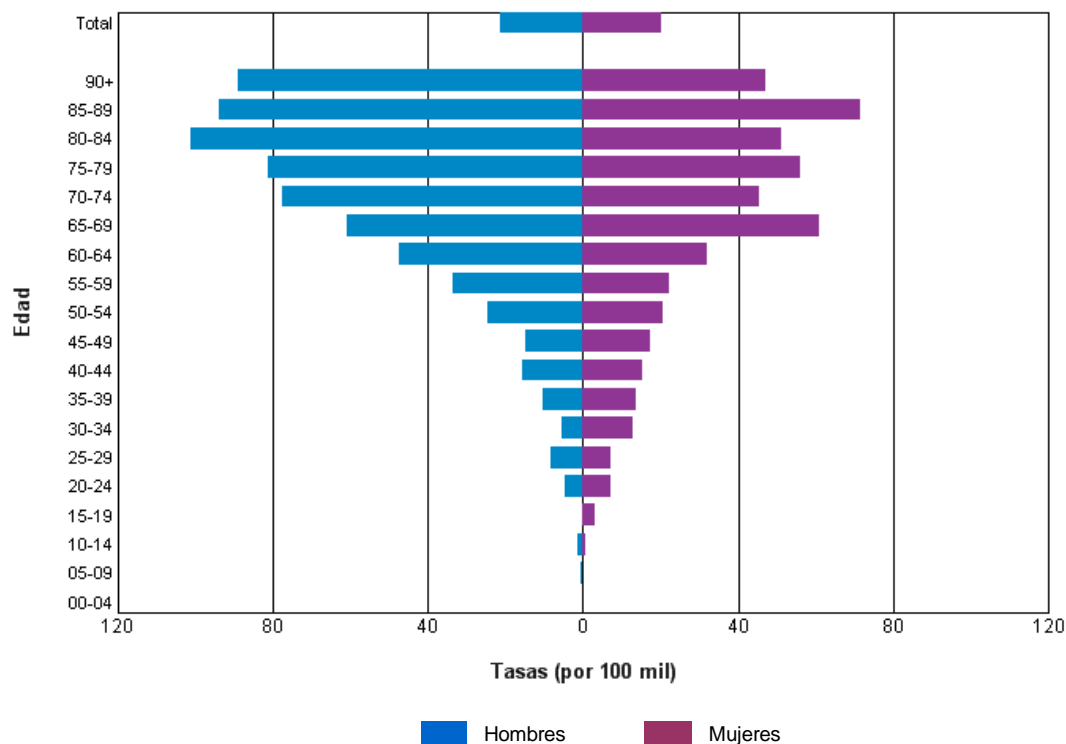
**Mujeres**



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, 2013.

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, 2012.

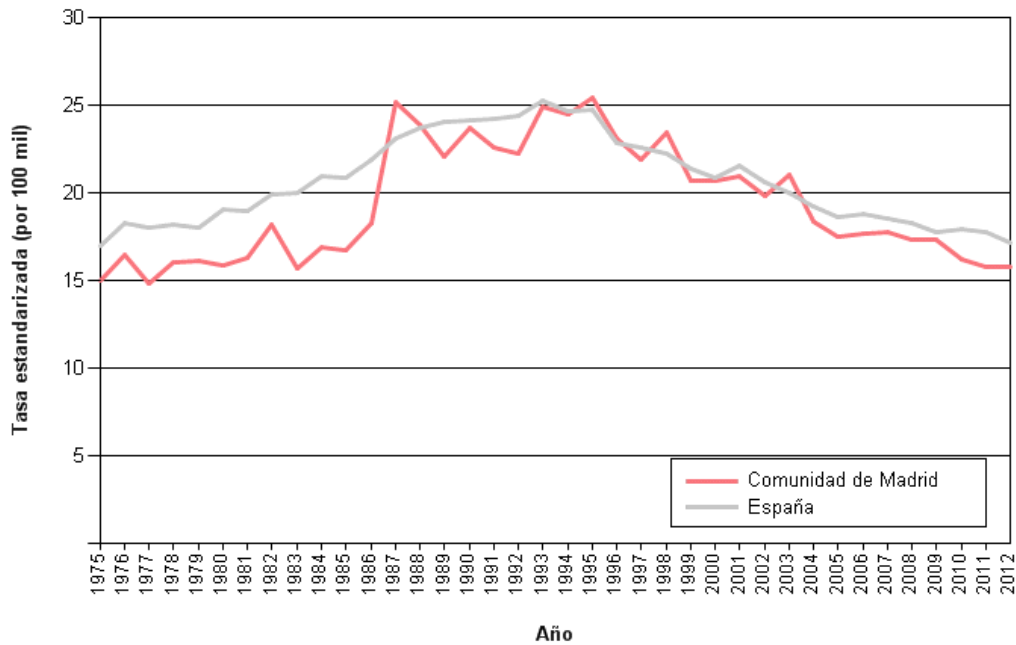
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de mama de la mujer. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	773
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	23,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	18,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	163,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	9.269
Años de Vida Perdidos. CM.	7.631
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.638

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, 1975-2012.

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

Mujeres

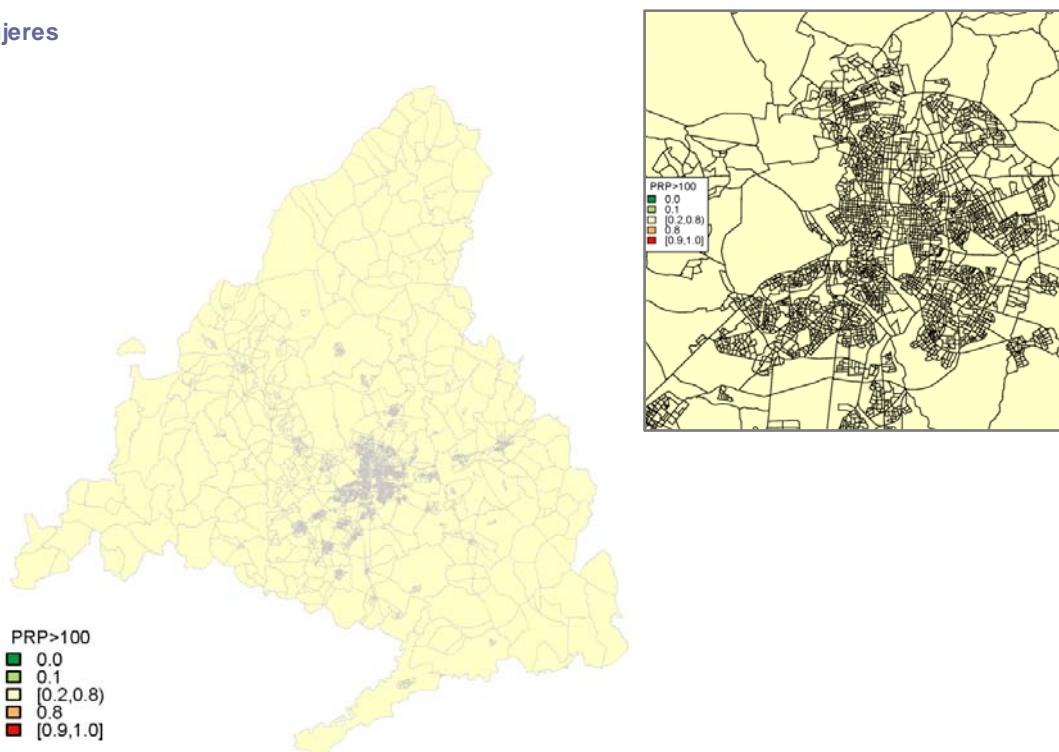


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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.

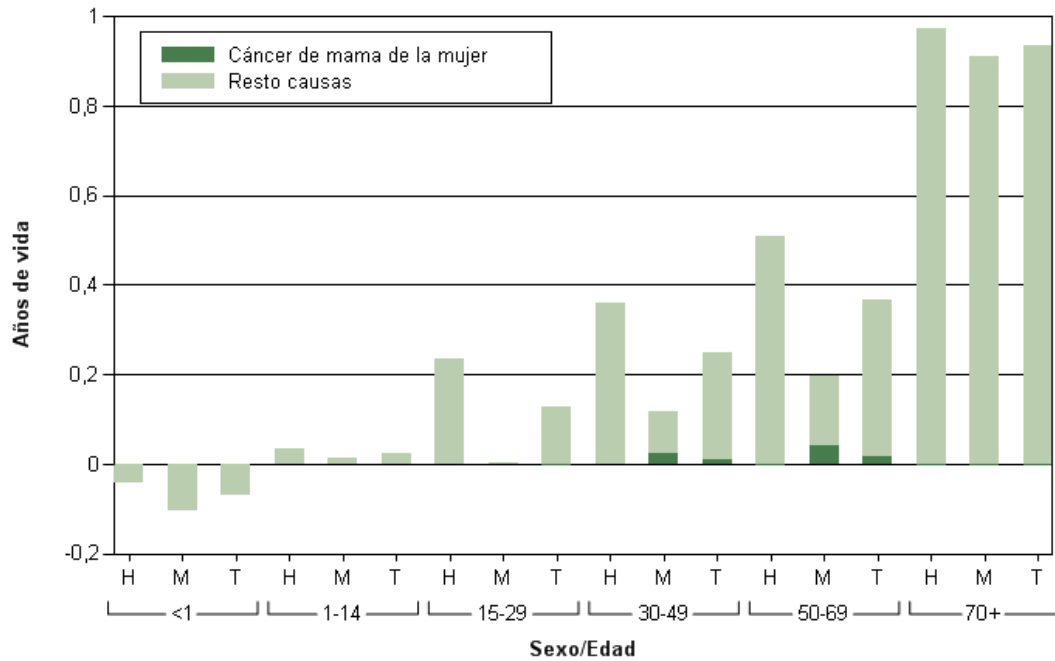
Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres



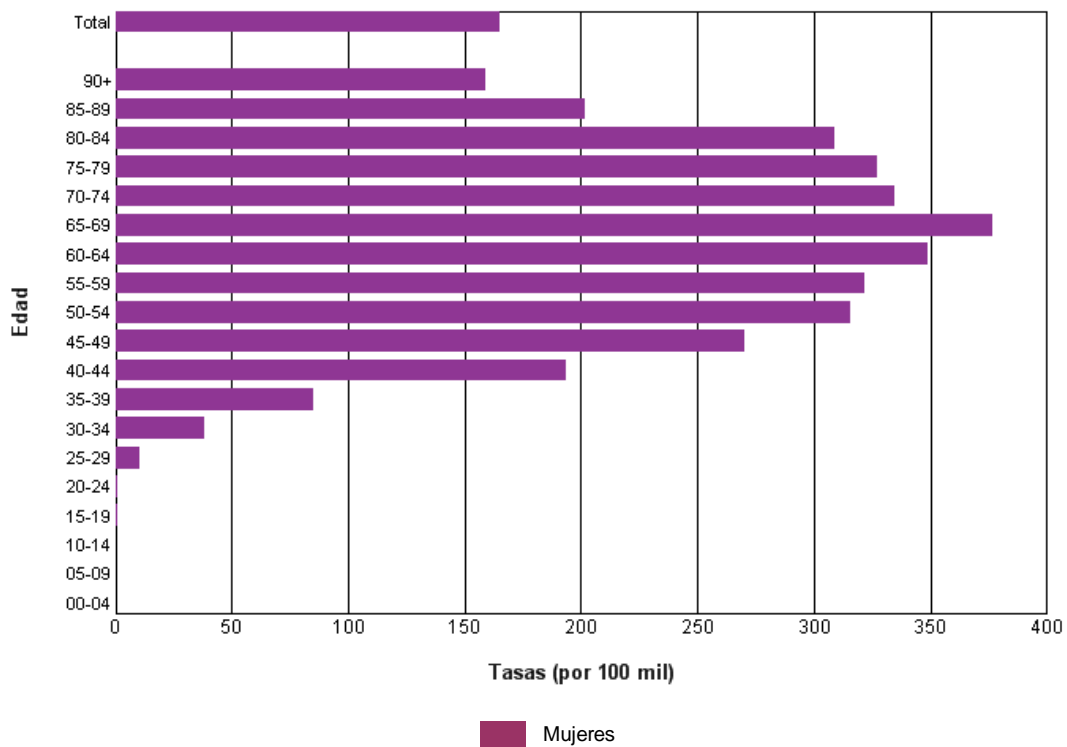
**Figura 8.49. Contribución del tumor maligno de mama de la mujer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



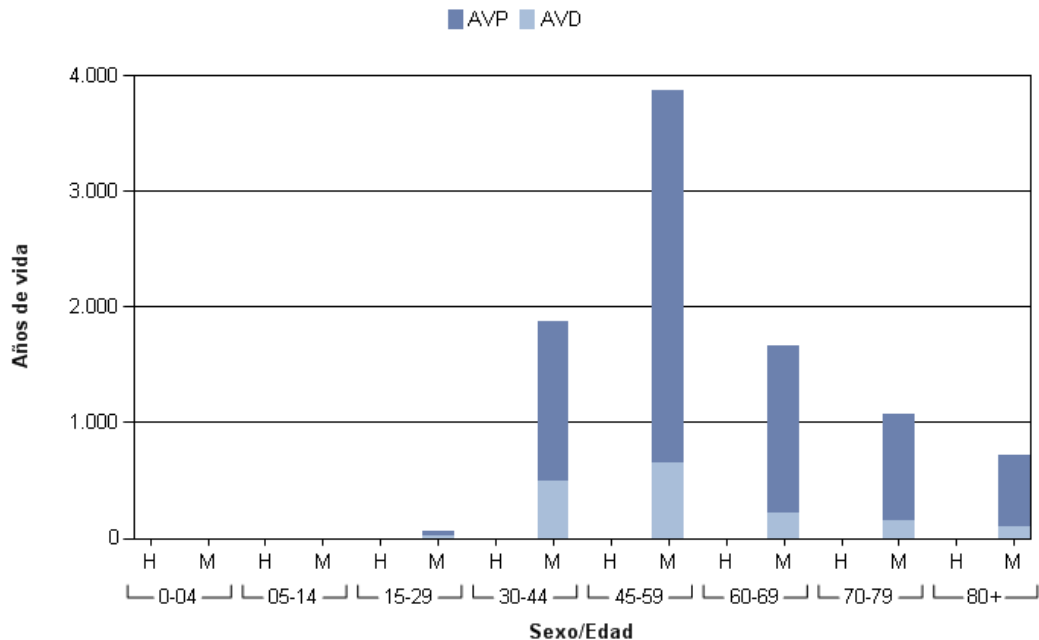
**Figura 8.50. Tumor maligno de mama de la mujer. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 8.2.1.12. Tumor maligno del cuello del útero

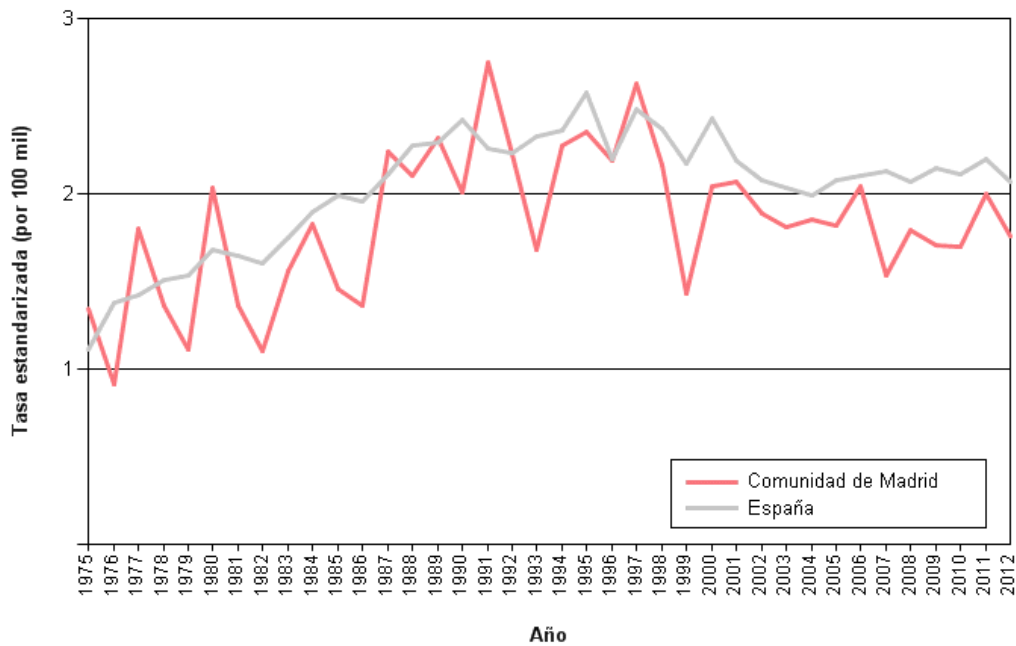
**Tabla 8.14. Tumor maligno de cuello del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid</b>	
	<b>Mujeres</b>
Nº Muertes. CM.	76
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	15,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	-0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.496
Años de Vida Perdidos. CM.	1.128
Años Vividos con Discapacidad. CM.	368

**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, 1975-2012.**

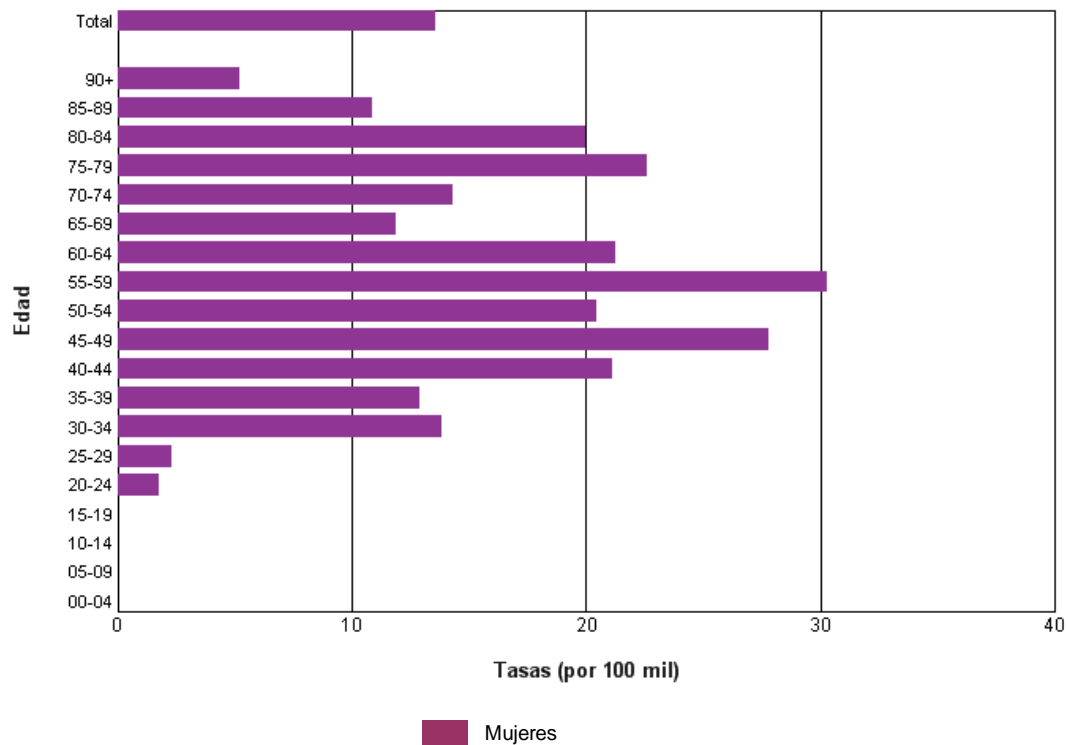
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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

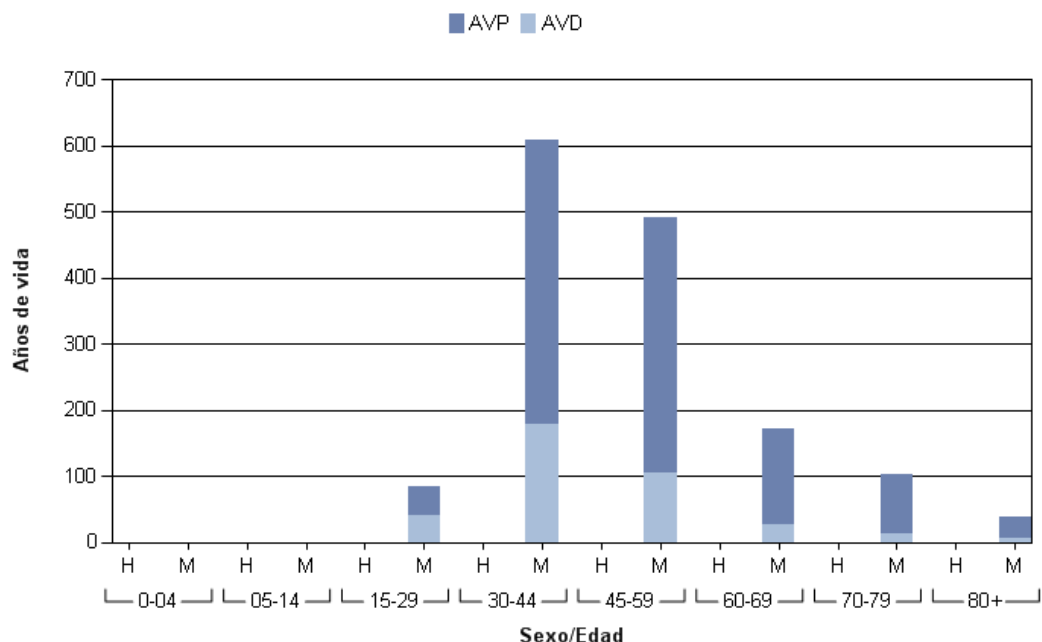
**Figura 8.53. Tumor maligno de cuello del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: CMBD 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 8.2.1.13. Tumor maligno de otras partes del útero

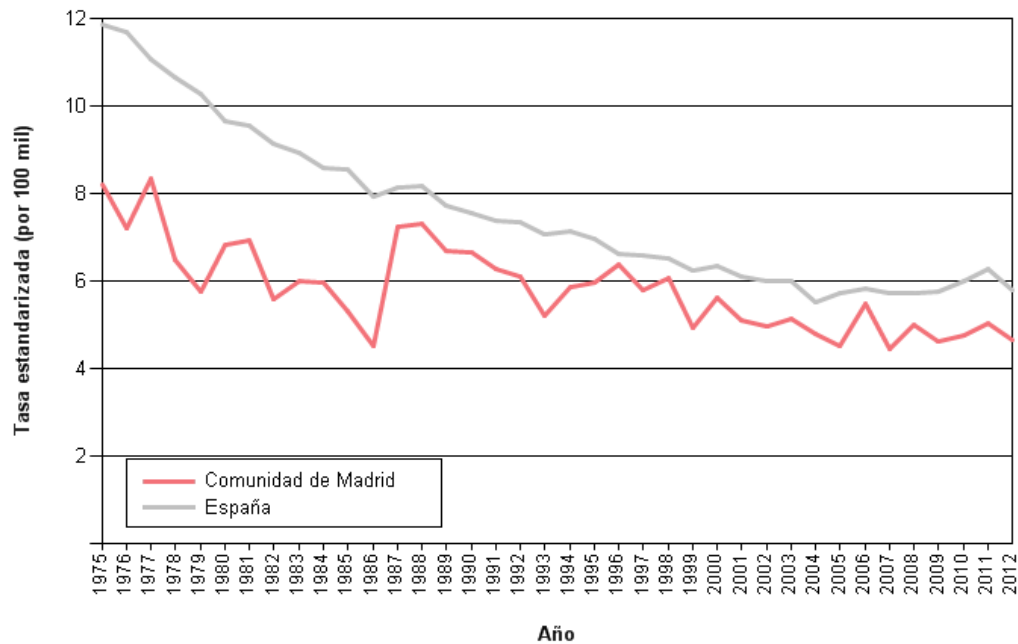
**Tabla 8.15. Tumor maligno de otras partes del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de otras partes del útero. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	155
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	32,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.957
Años de Vida Perdidos. CM.	1.113
Años Vividos con Discapacidad. CM.	844

**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, 1975-2012.**

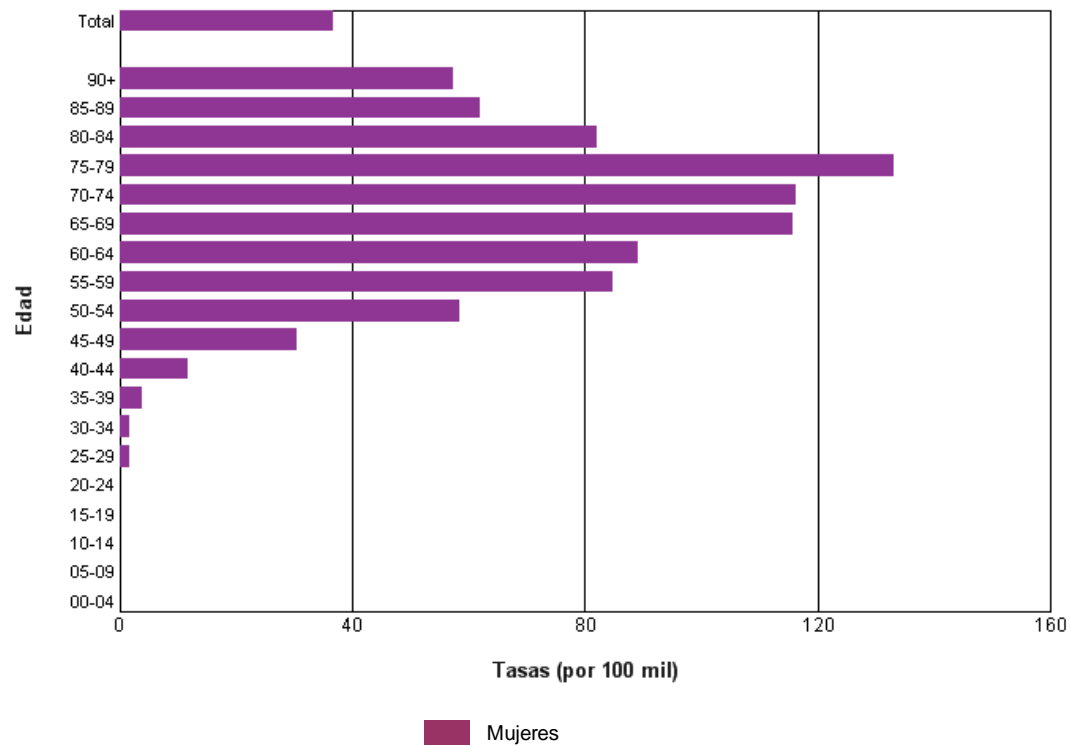
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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, 2013.**

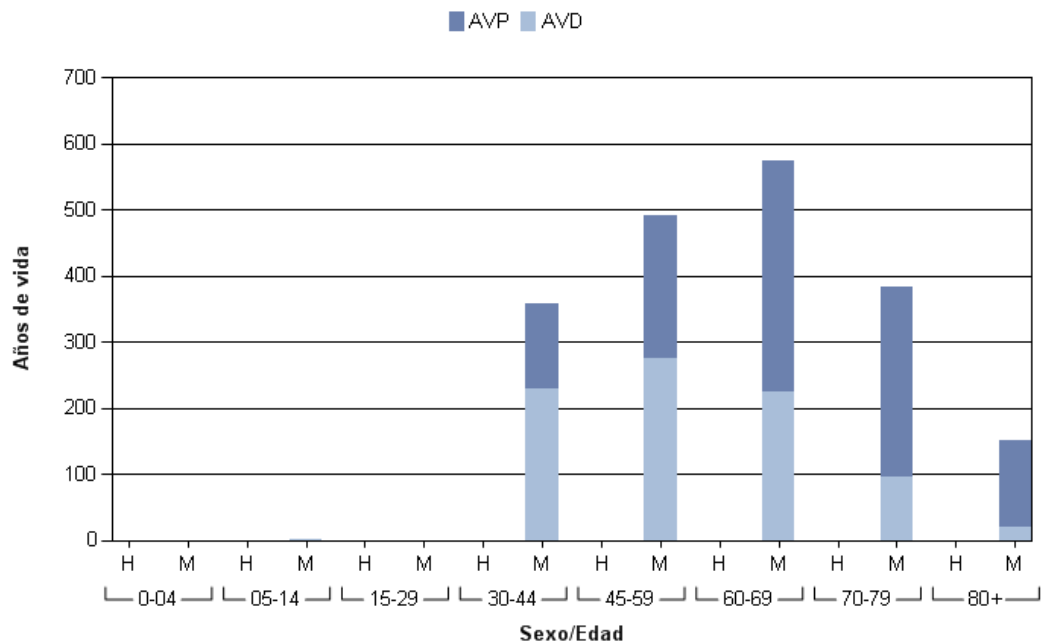
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.





**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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



#### 8.2.1.14. Tumor maligno de ovario

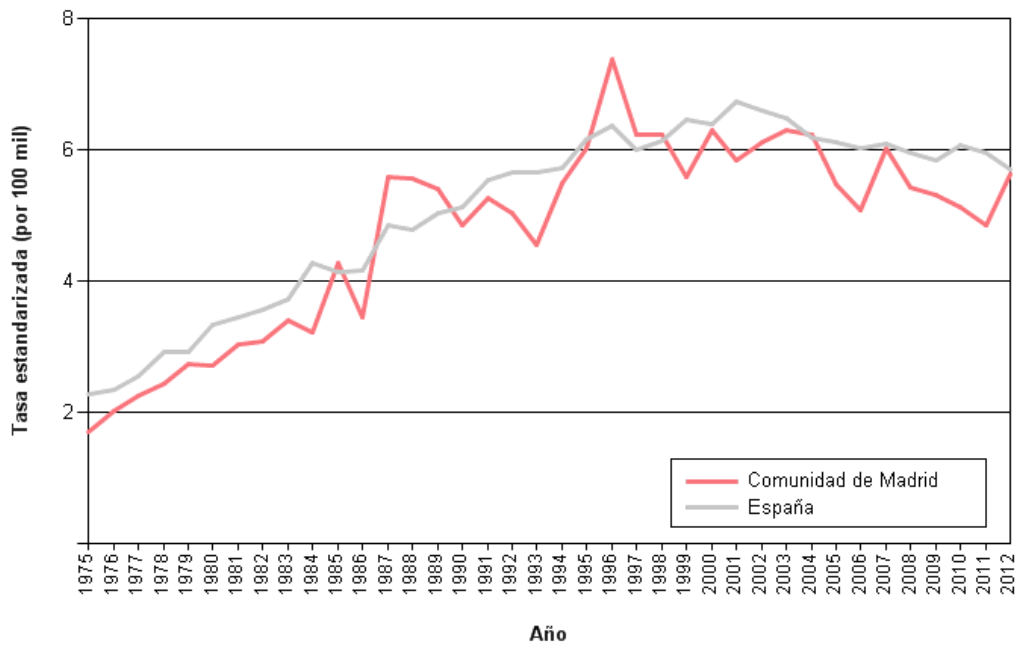
**Tabla 8.16. Tumor maligno de ovario. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid.</b>	
	<b>Mujeres</b>
Nº Muertes. CM.	248
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	21,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.896
Años de Vida Perdidos. CM.	2.518
Años Vividos con Discapacidad. CM.	378

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, 1975-2012.

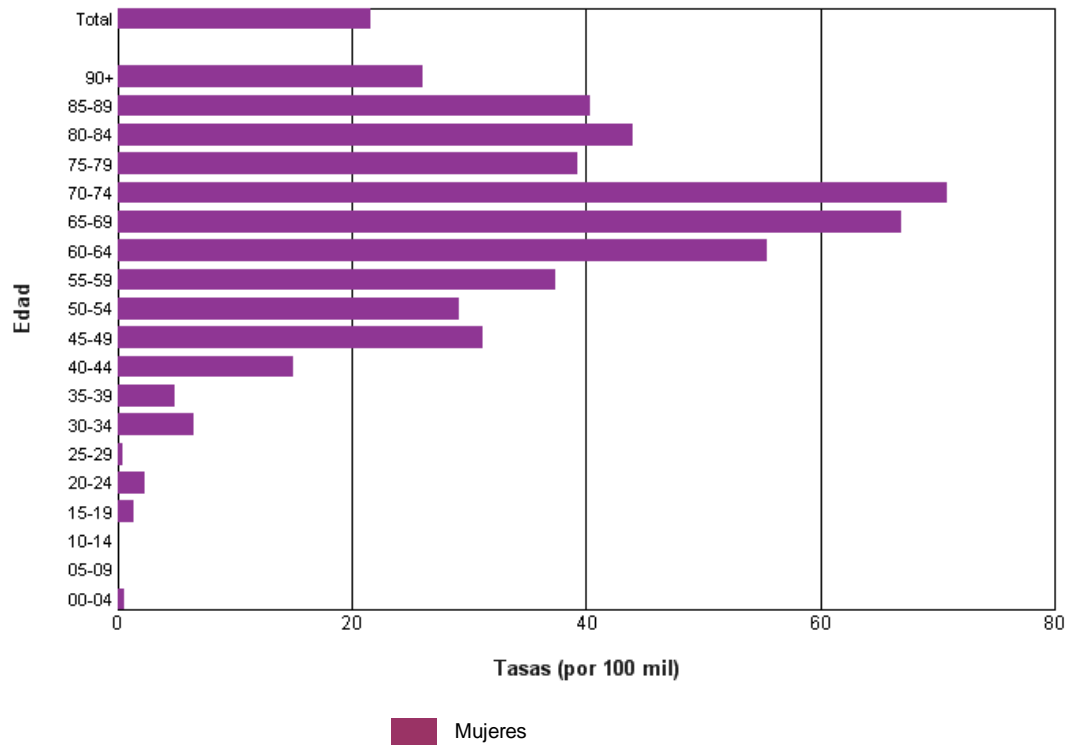
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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

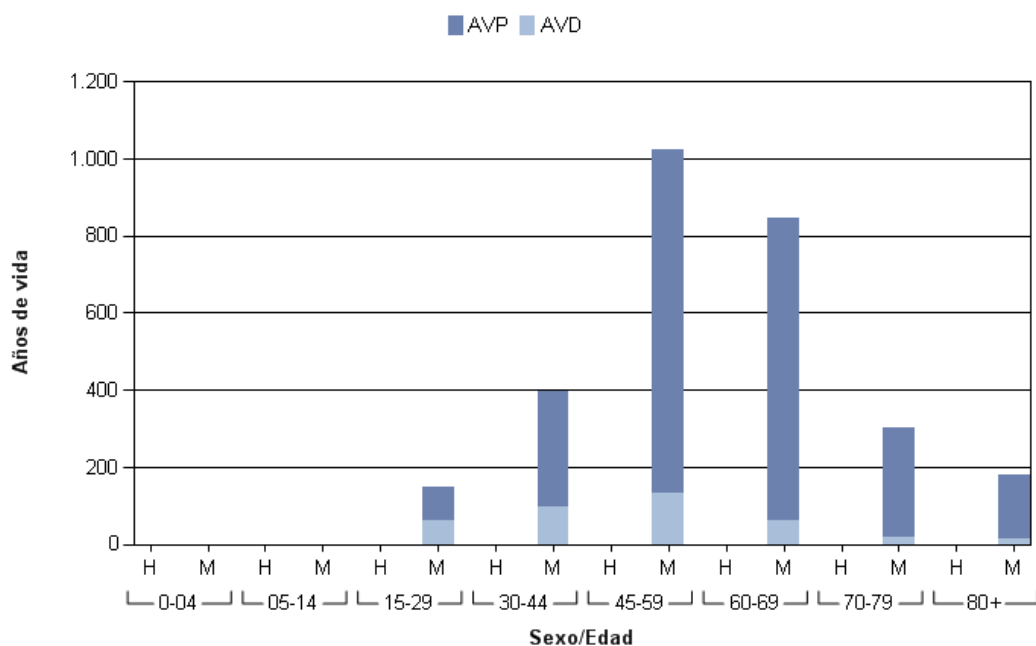
Figura 8.59. Tumor maligno de ovario. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 8.2.1.15. Tumor maligno de próstata

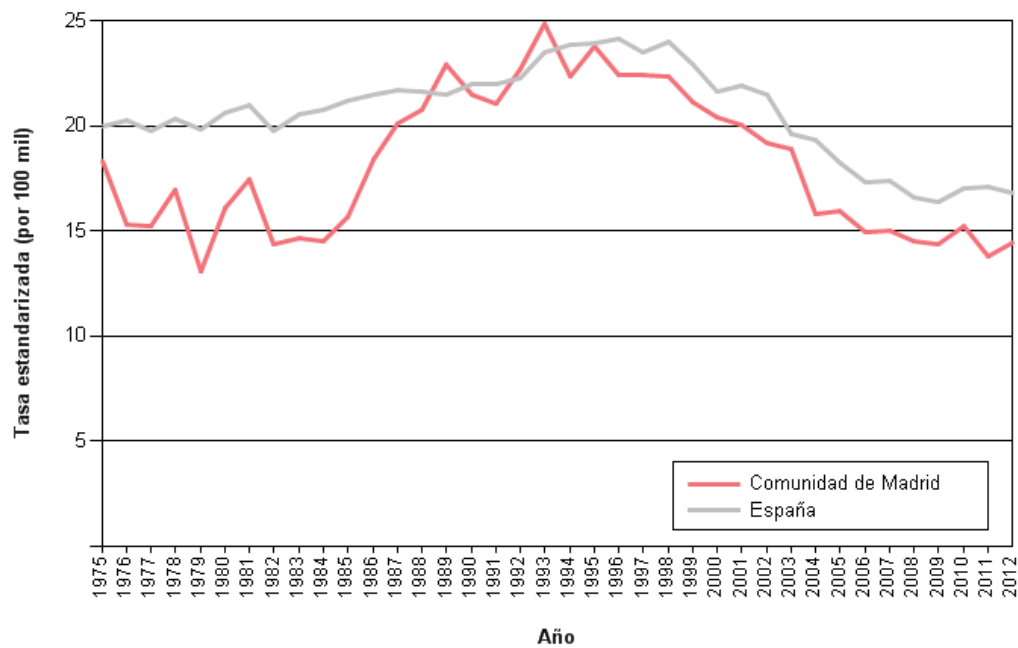
**Tabla 8.17. Tumor maligno de próstata. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid</b>	
	<b>Hombres</b>
Nº Muertes. CM.	607
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	14,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	103,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.124
Años de Vida Perdidos. CM.	2.478
Años Vividos con Discapacidad. CM.	646

**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, 1975-2012.**

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

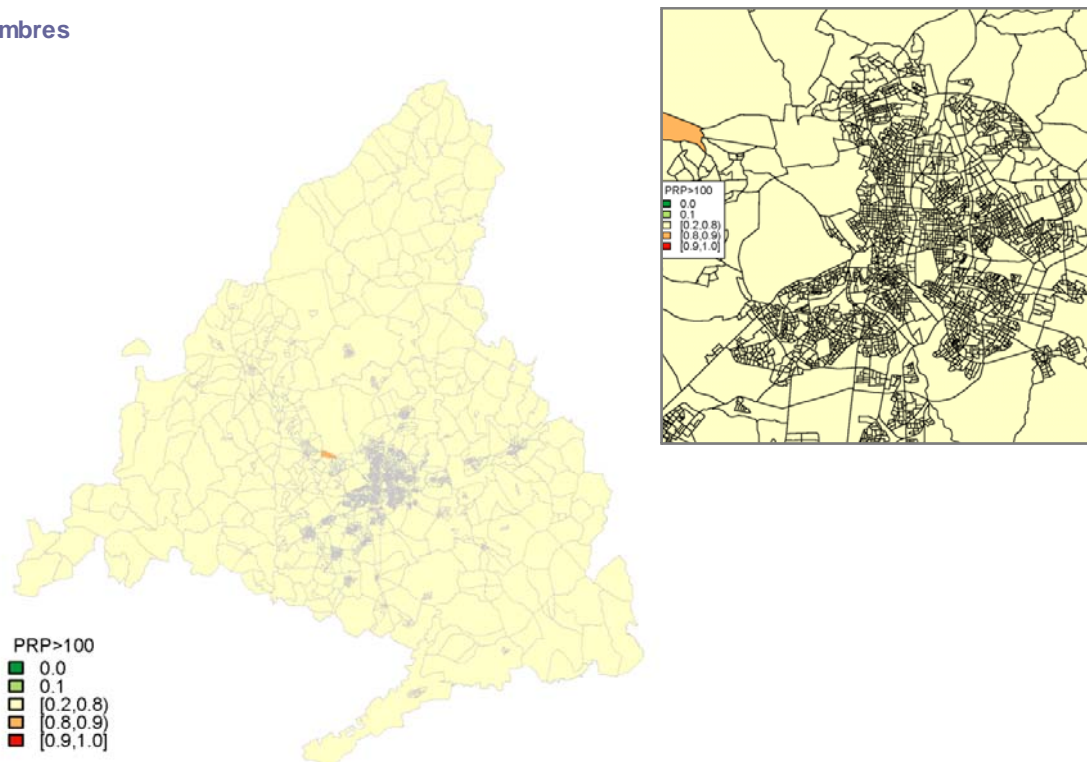


Figura 8.63. Tumor maligno de próstata. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

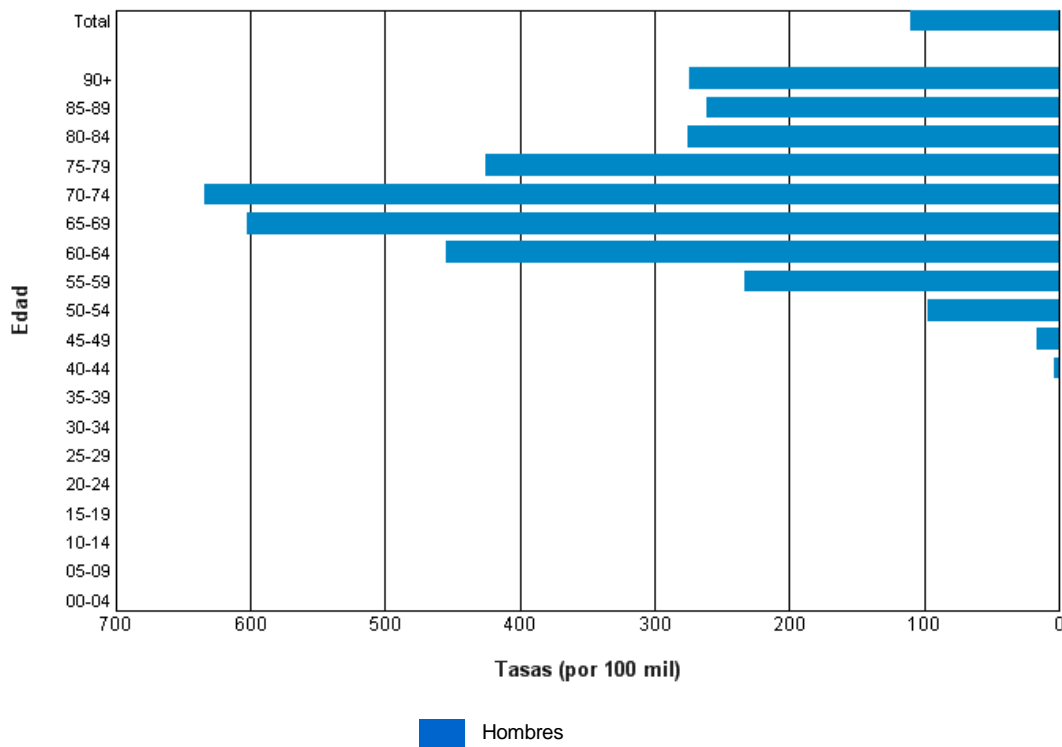
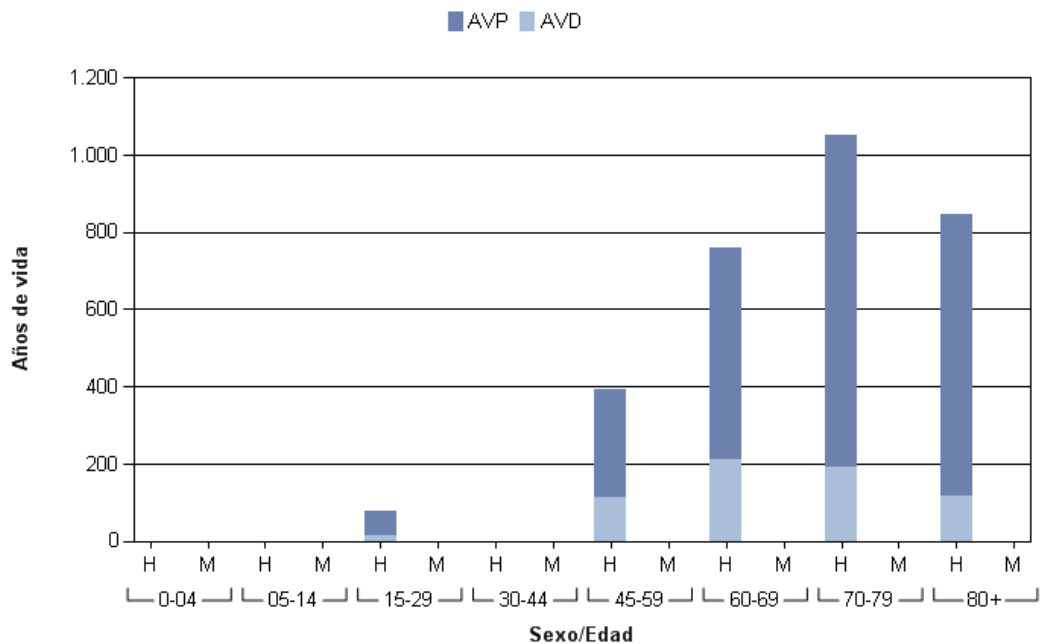


Figura 8.64. Tumor maligno de próstata. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

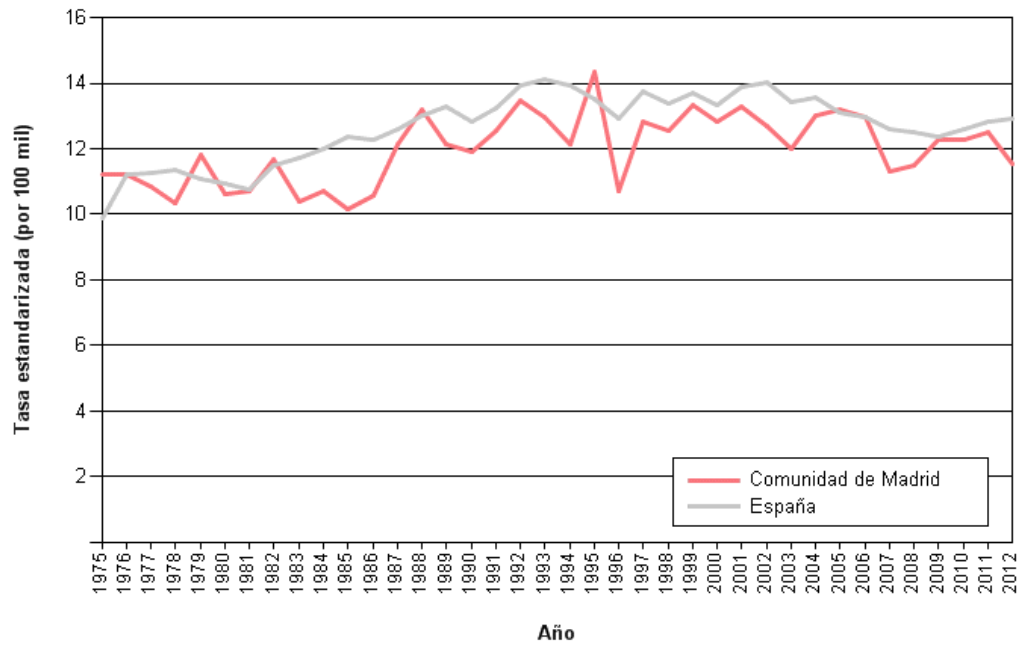
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de vejiga. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	459	127	586
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	14,8	3,8	9,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,9	1,3	3,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,7	2,1	5,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	152,5	28,5	88,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,00	-0,01	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.227	887	4.114
Años de Vida Perdidos. CM.	2.538	723	3.261
Años Vividos con Discapacidad. CM.	689	164	853

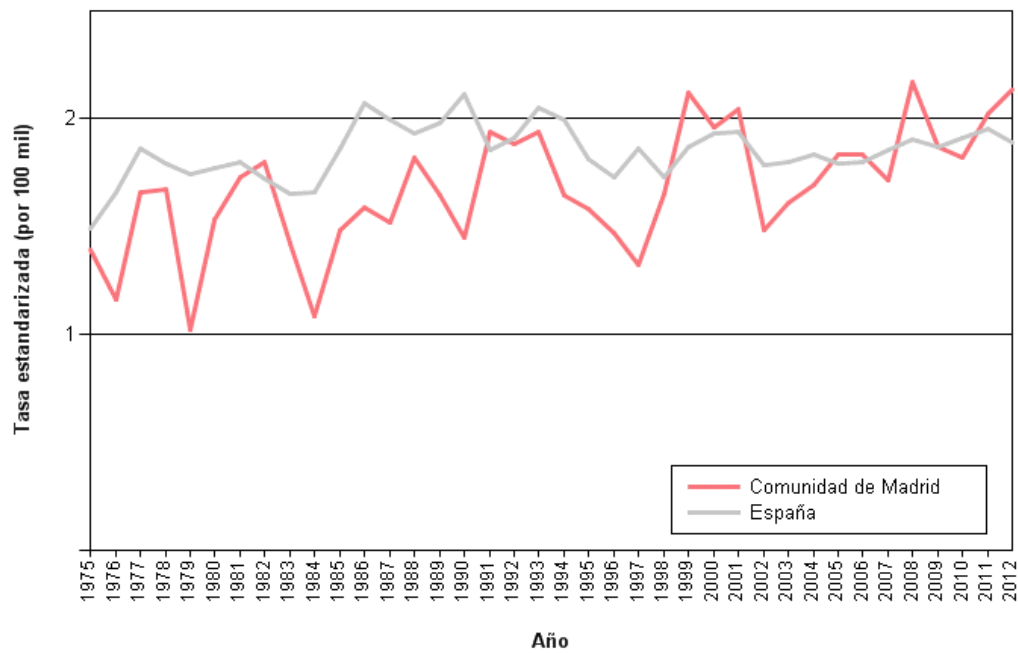
**Figura 8.65. Tumor maligno de vejiga. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

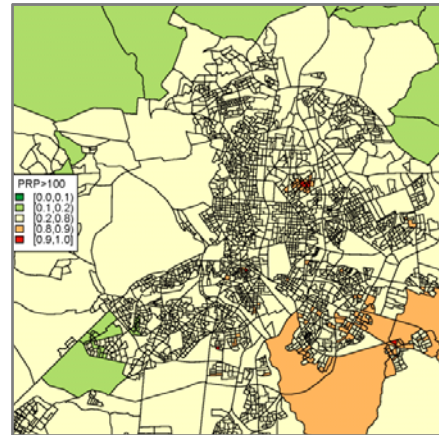
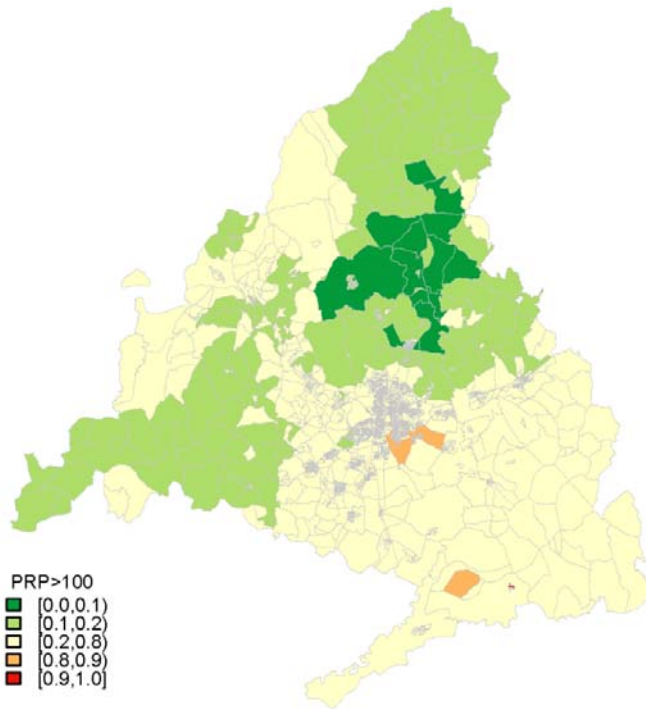


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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**

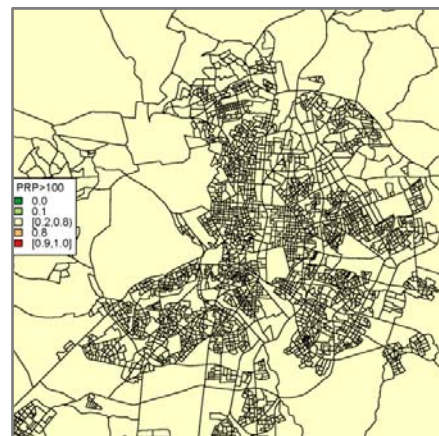
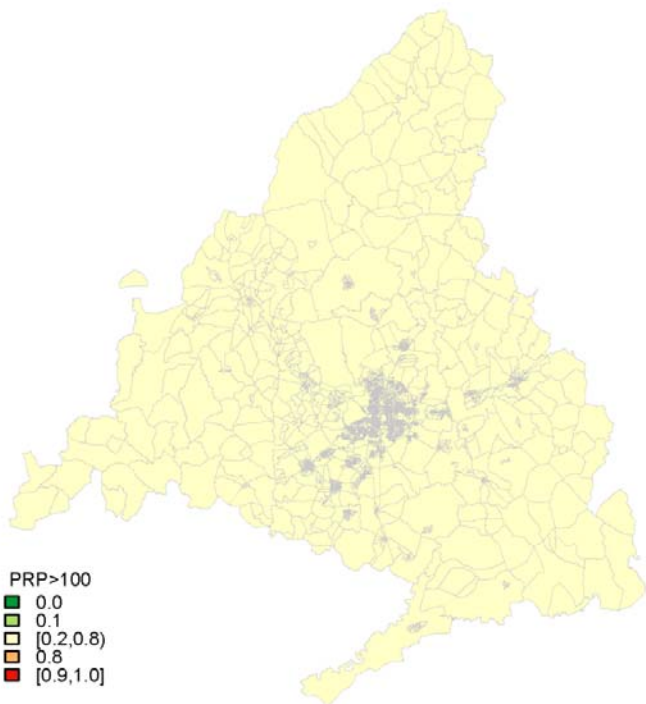




Figura 8.67. Tumor maligno de vejiga. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

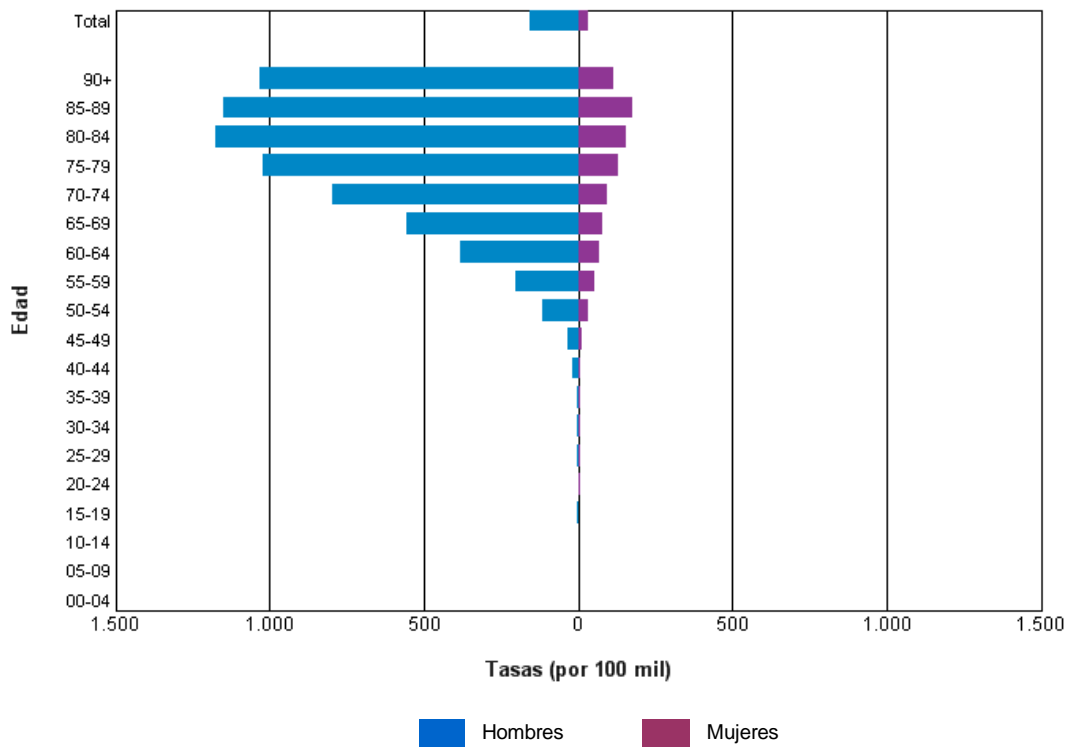
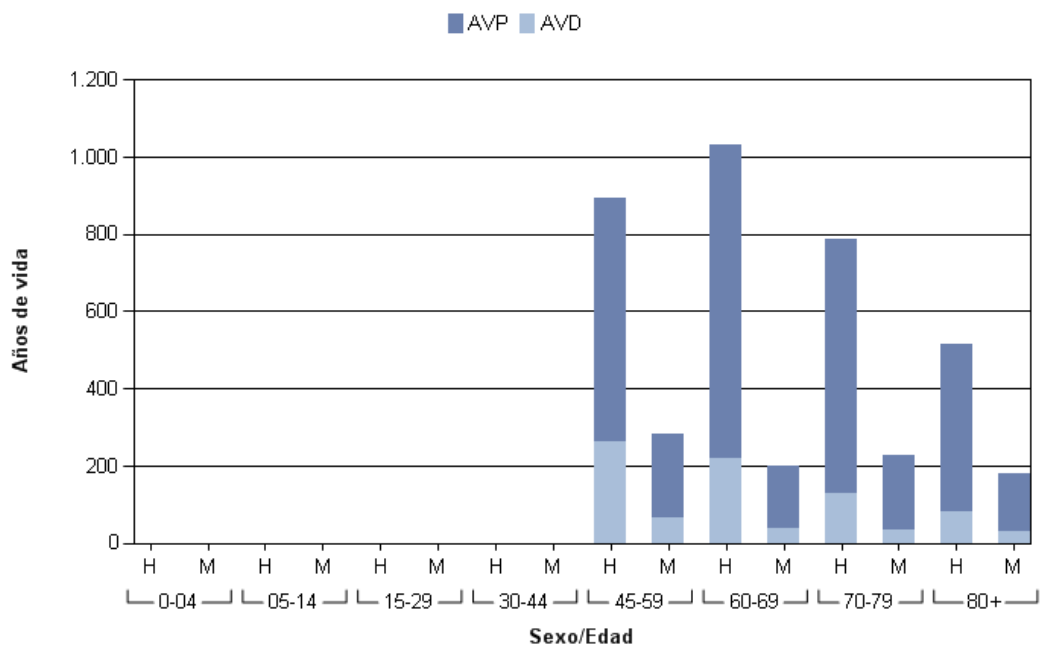


Figura 8.68. Tumor maligno de vejiga. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

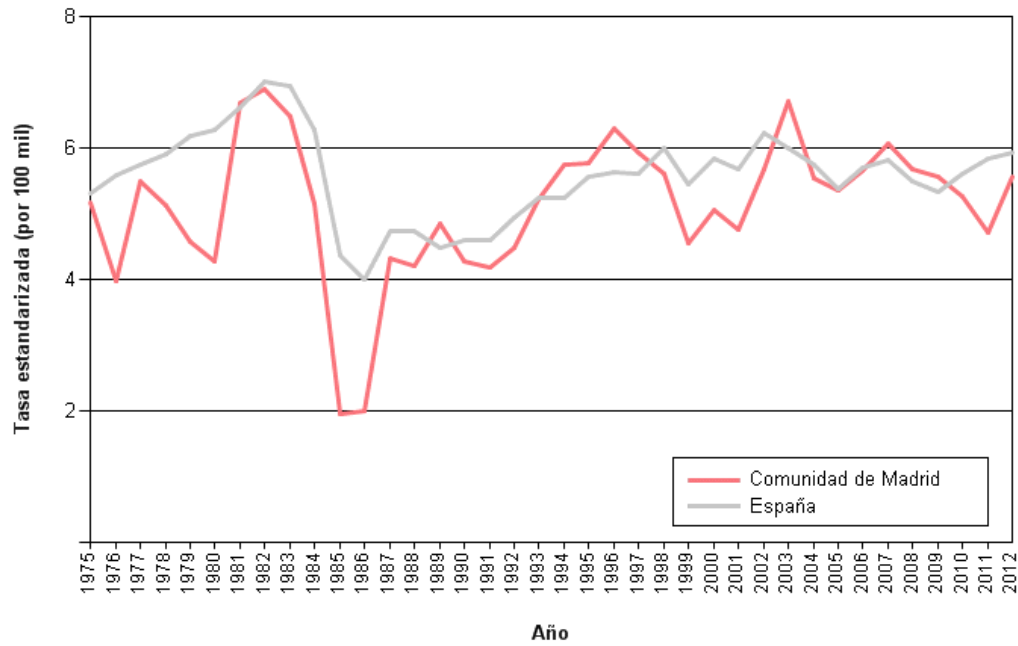
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Tumor maligno de encéfalo. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	188	159	347
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,1	4,7	5,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,4	3,7	5,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,6	3,6	4,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	18,8	15,1	16,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,02	-0,02	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.860	2.120	4.980
Años de Vida Perdidos. CM.	2.789	2.067	4.856
Años Vividos con Discapacidad. CM.	71	53	124

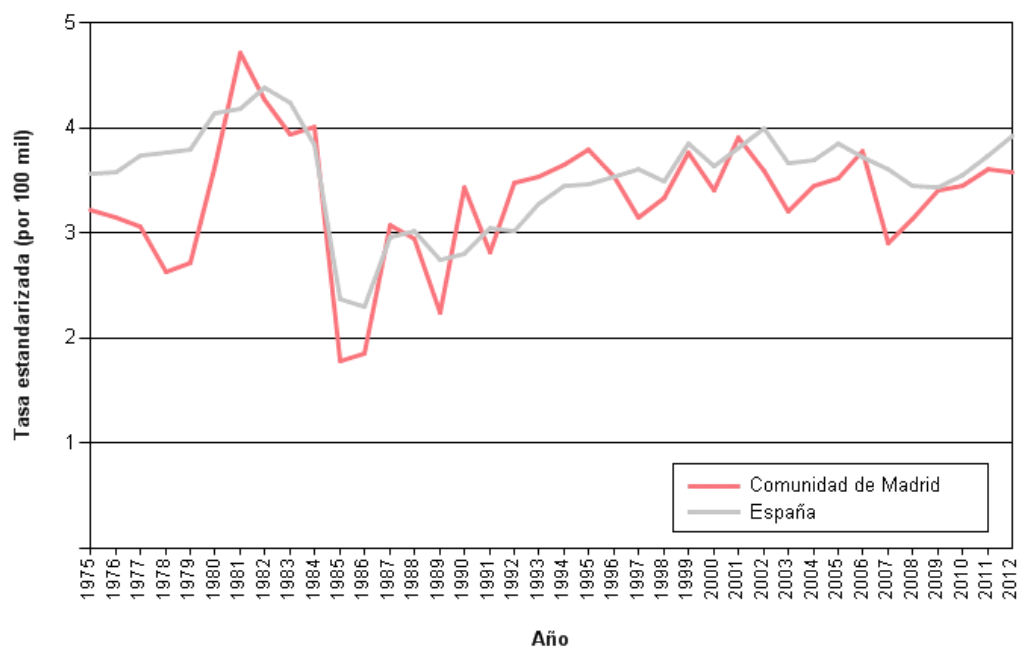
Figura 8.69. Tumor maligno de encéfalo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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, 2013.

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

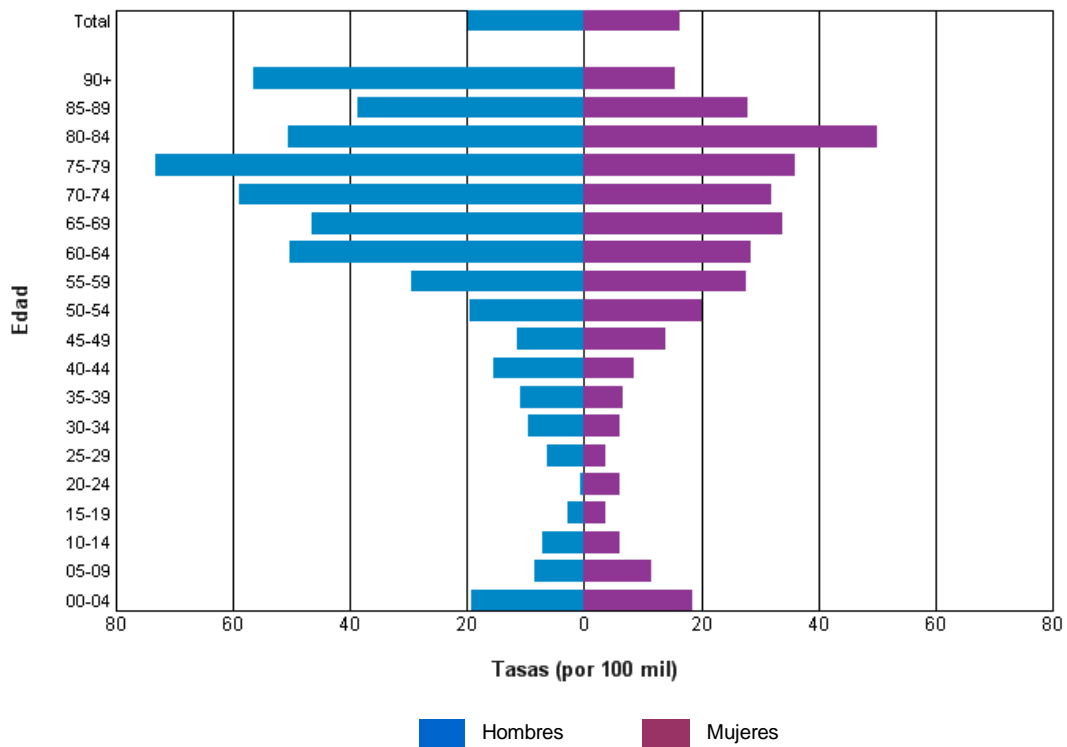
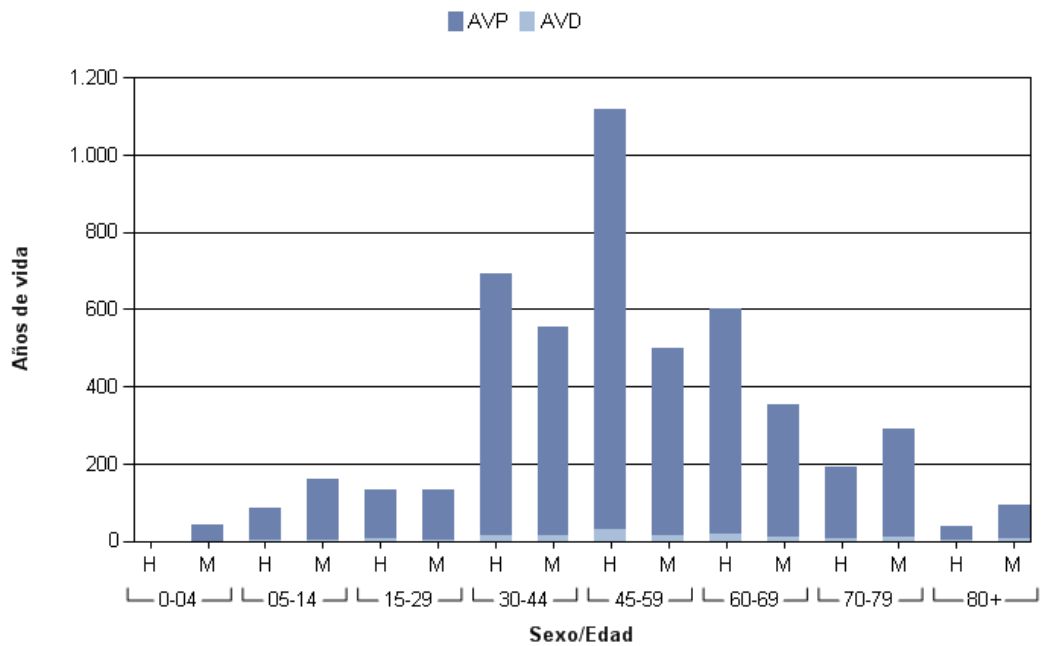


Figura 8.71. Tumor maligno de encéfalo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

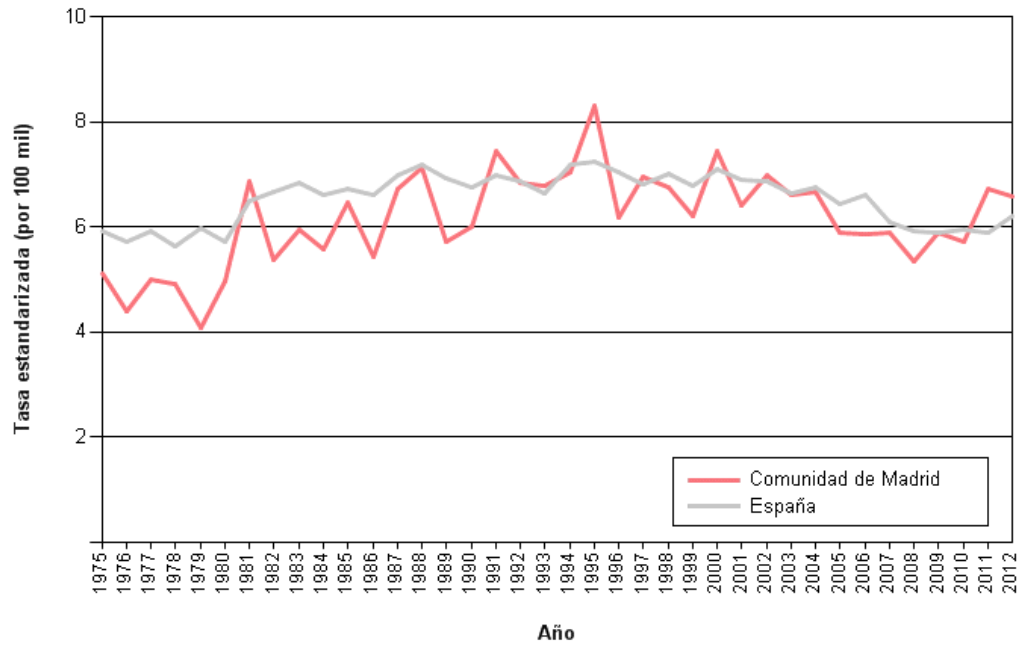
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Leucemia. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	251	196	447
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,1	5,9	6,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,1	2,0	3,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,7	3,6	4,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	24,6	17,1	20,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	-0,00	-0,01	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.327	1.723	4.050
Años de Vida Perdidos. CM.	2.224	1.649	3.873
Años Vividos con Discapacidad. CM.	103	74	177

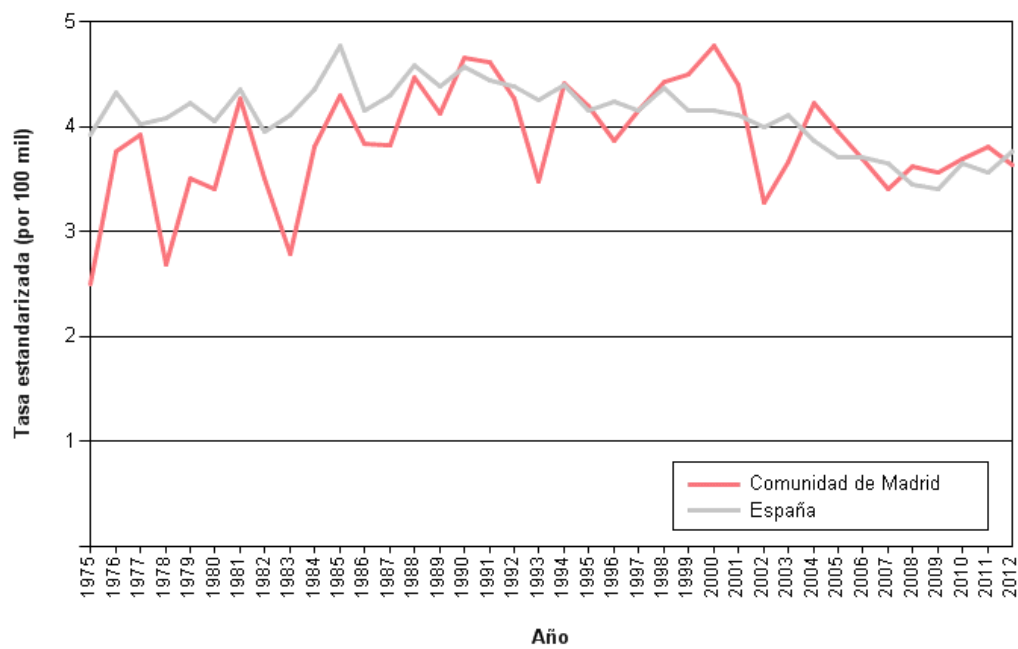
Figura 8.72. Leucemia. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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, 2013.

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

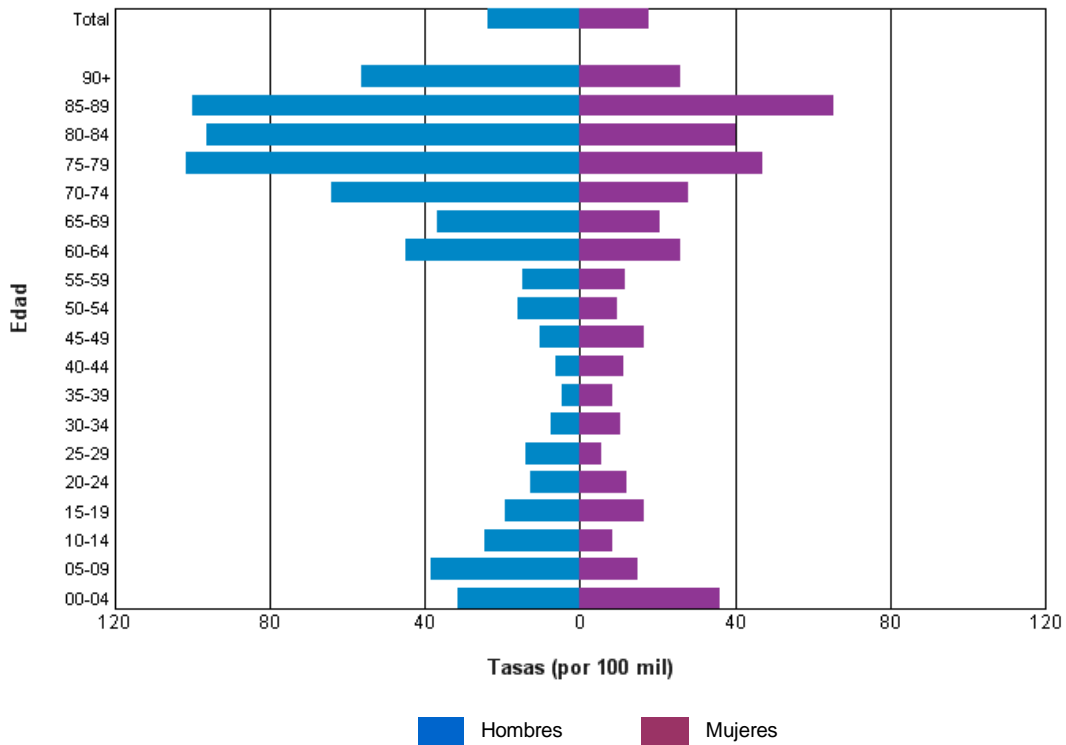
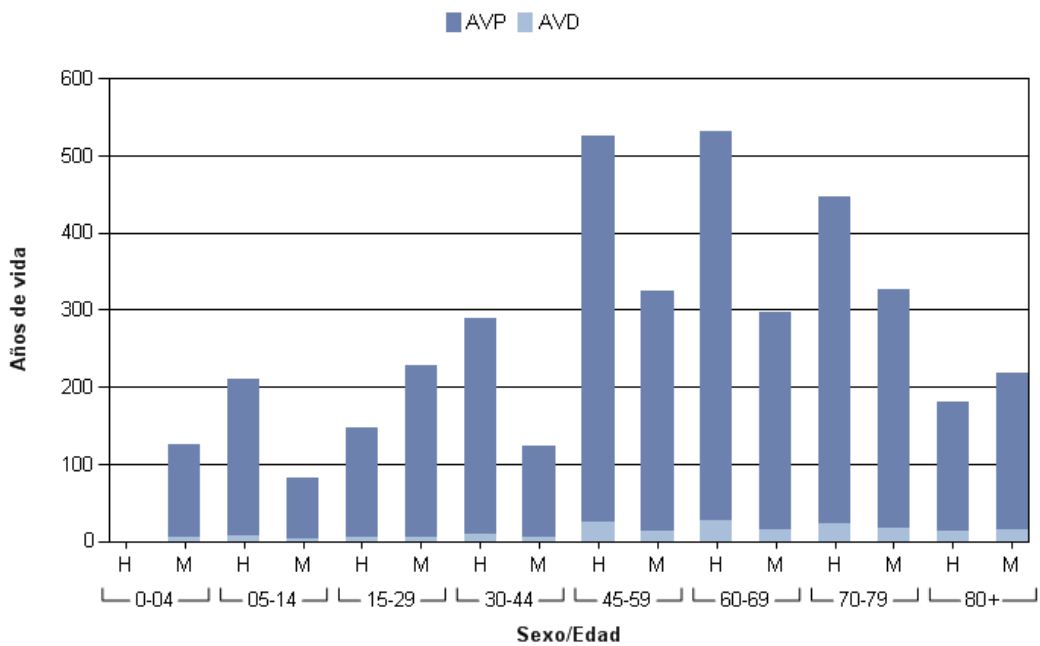


Figura 8.74. Leucemia. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

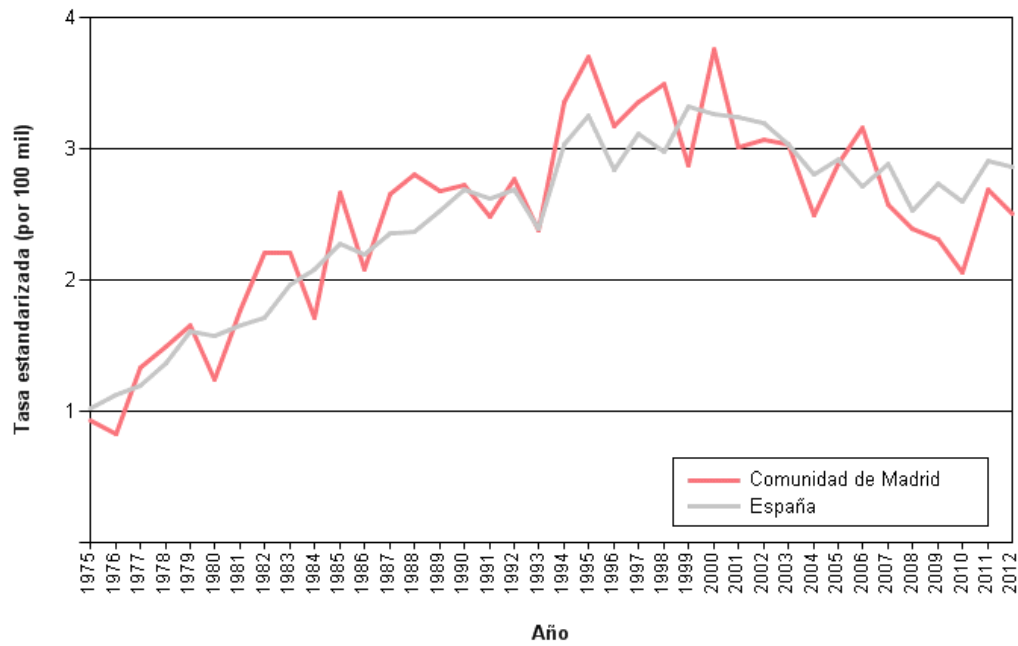
<b>Mieloma múltiple. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	98	113	211
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,2	3,4	3,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,6	0,9	1,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,5	1,8	2,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	10,0	10,1	10,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-



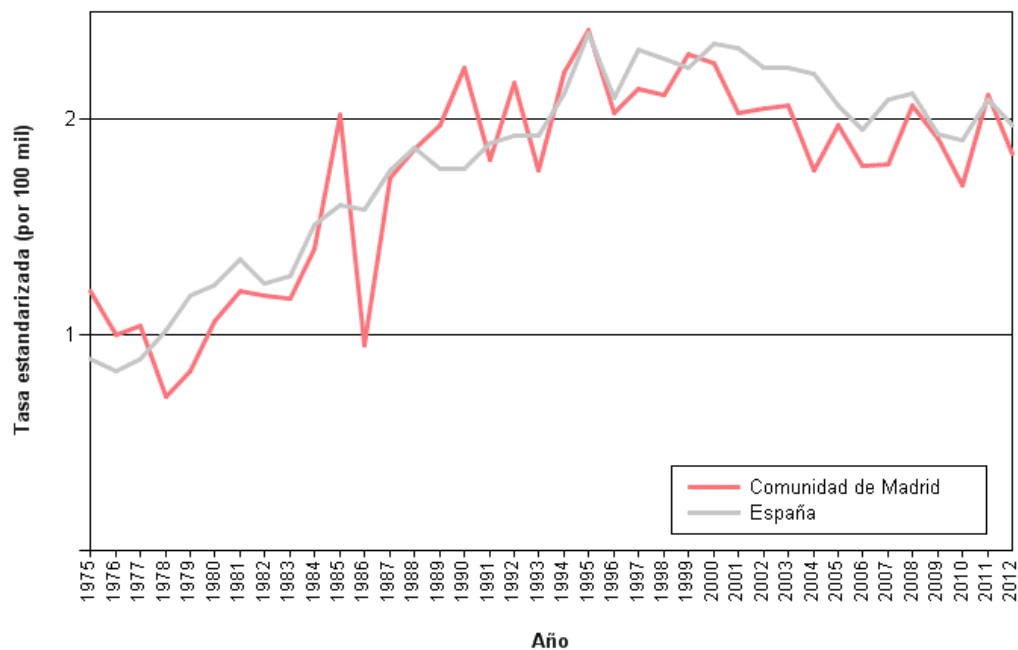
Figura 8.75. Mieloma múltiple. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

### Hombres



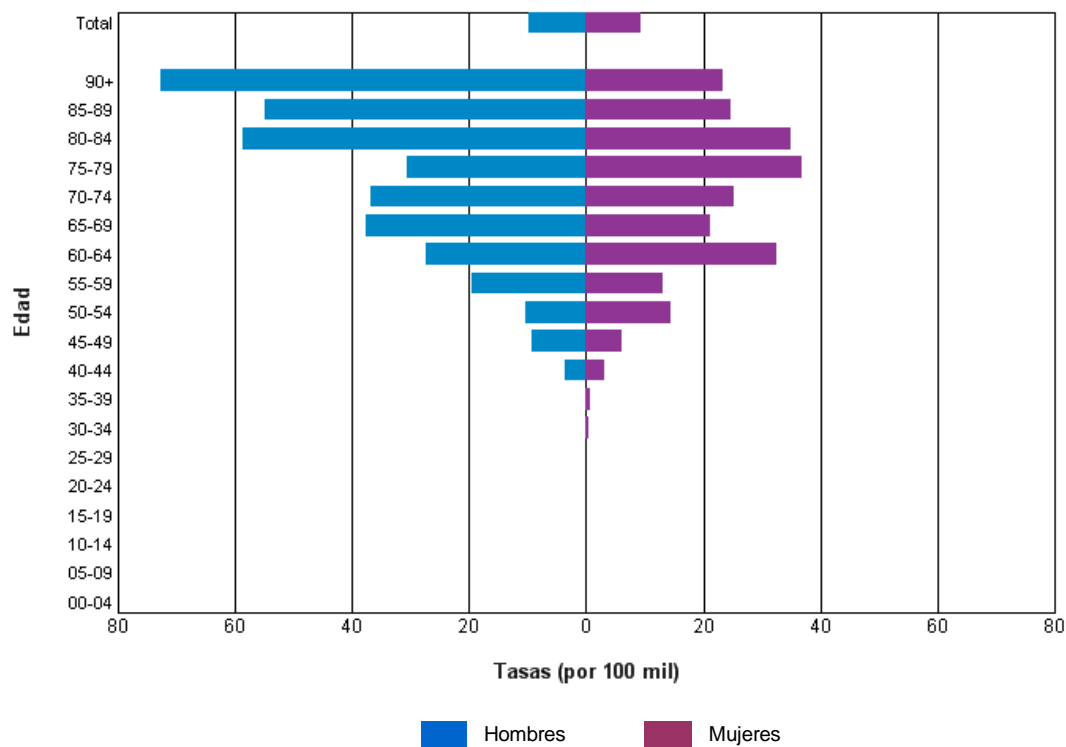
### Mujeres



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, 2013.**

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, 2012.**

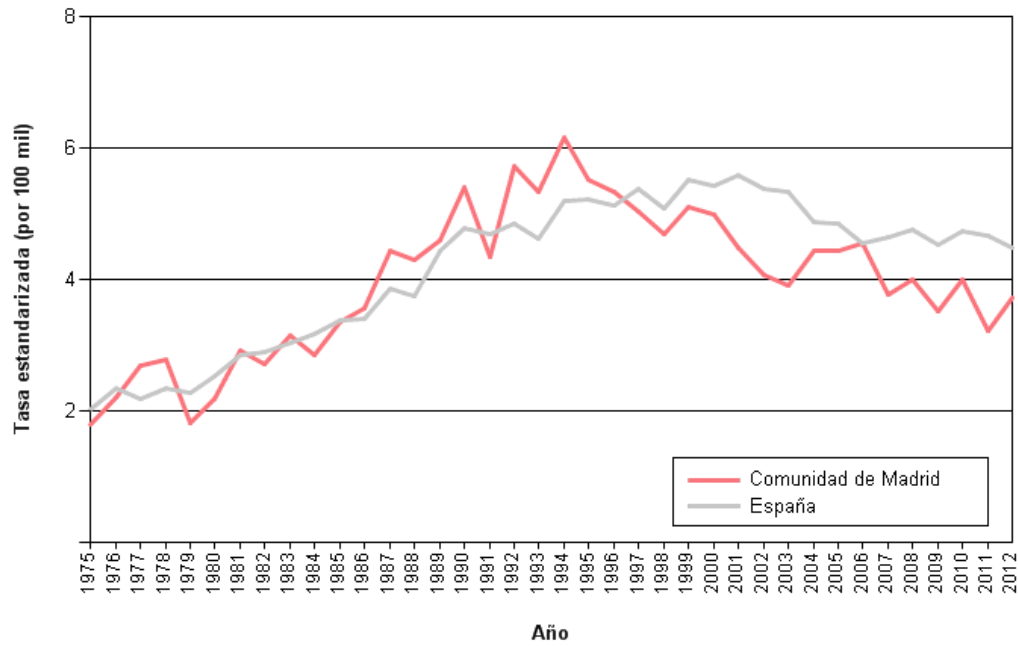
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Linfoma no Hodgkin. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	142	109	251
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,6	3,3	3,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,8	0,9	1,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,7	1,8	2,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	15,5	13,3	14,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	-	-	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM.	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM.	-	-	-

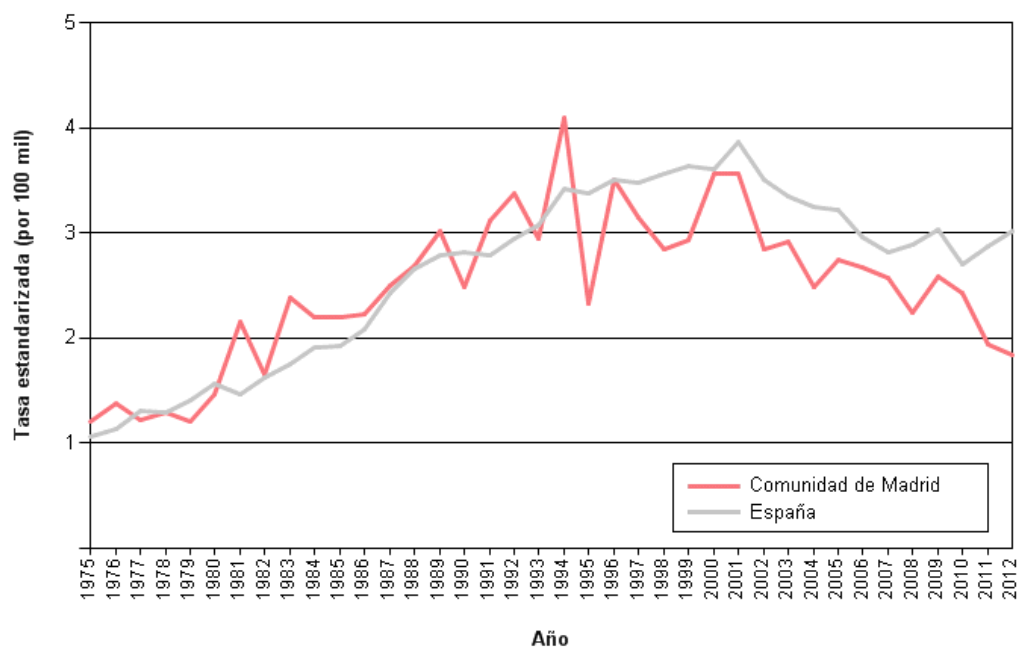
**Figura 8.77. Linfoma no Hodgkin. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



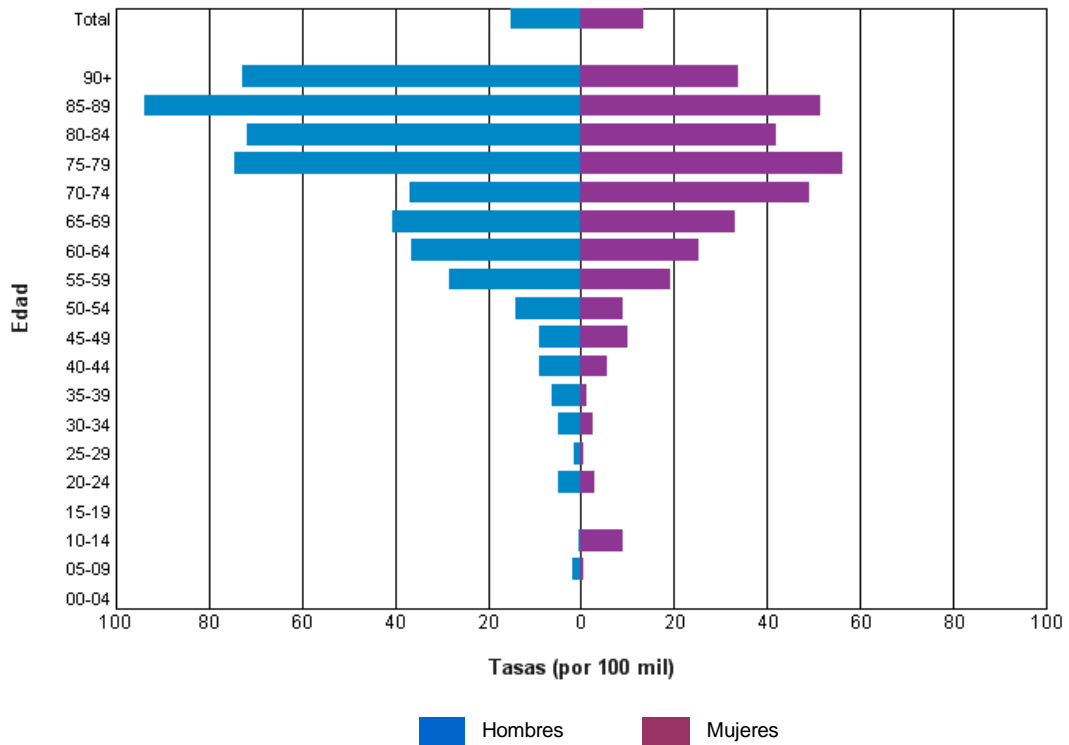
**Mujeres**



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, 2013.**

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 2012 las enfermedades circulatorias fueron la segunda causa de muerte en ambos sexos. 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 2013 el quinto lugar en ambos sexos (excepción hecha en mujeres de embarazo, parto y puerperio) y aumentan progresivamente con la edad.

En 2012 las enfermedades circulatorias representaron la quinta 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 en hombres y se sitúan en segundo lugar en mujeres (36,9% y 21,9% respectivamente en 2012), 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 2011, 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 primer lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias en mujeres y el segundo en hombres, con tasas estandarizadas superiores en hombres (20,9 por 100.000 habitantes, frente a 17,8 en mujeres, para 2012). 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.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, de alta prevalencia y elevado coste individual y social, asociada a una elevada morbilidad y mortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular la causa fundamental de su morbimortalidad. En un [estudio](#) que analiza la evolución de la prevalencia de diabetes mellitus autodeclarada y la presencia de factores de riesgo en personas con y sin diabetes de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid se describe que: en el periodo 2009-2010 el 3,9% se autodeclararon diabéticos y esta prevalencia se ha duplicado entre 1996-1997 y 2009-2010; así como que las personas con diabetes tienen mayor prevalencia de antecedentes familiares de diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad.

**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, 2012.**

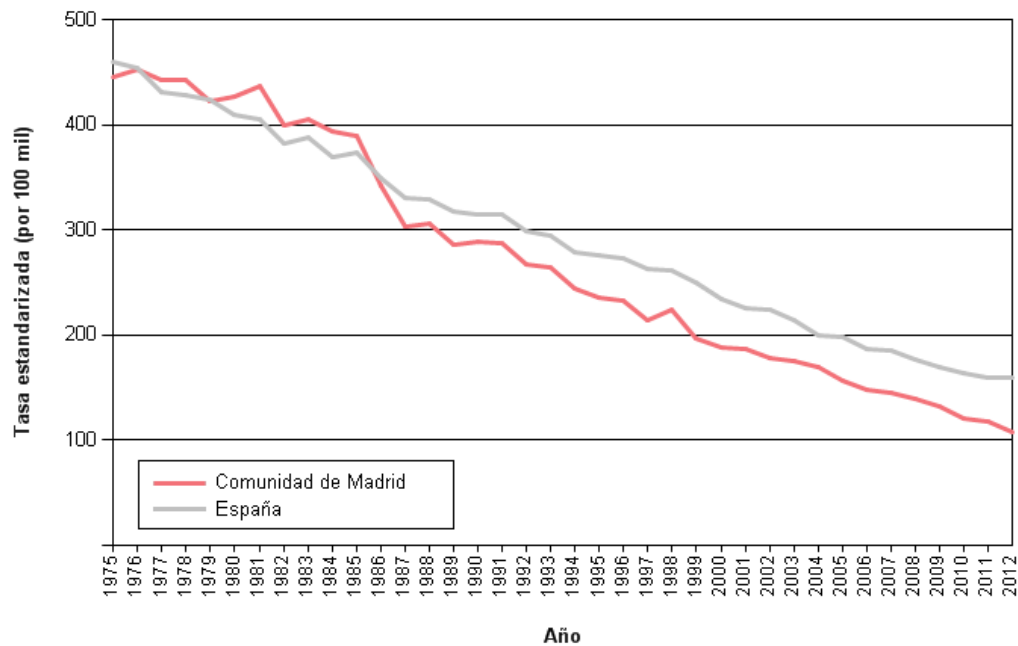
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

<b>Enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Nº Muertes. CM.	4.408	6.446	10.854
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	141,9	192,4	168,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	41,9	12,6	26,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	107,9	76,6	91,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.404,1	1.206,1	1.301,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,80	0,67	0,76
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	23.559	19.661	43.220
Años de Vida Perdidos. CM.	18.854	15.480	34.334
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.705	4.181	8.886

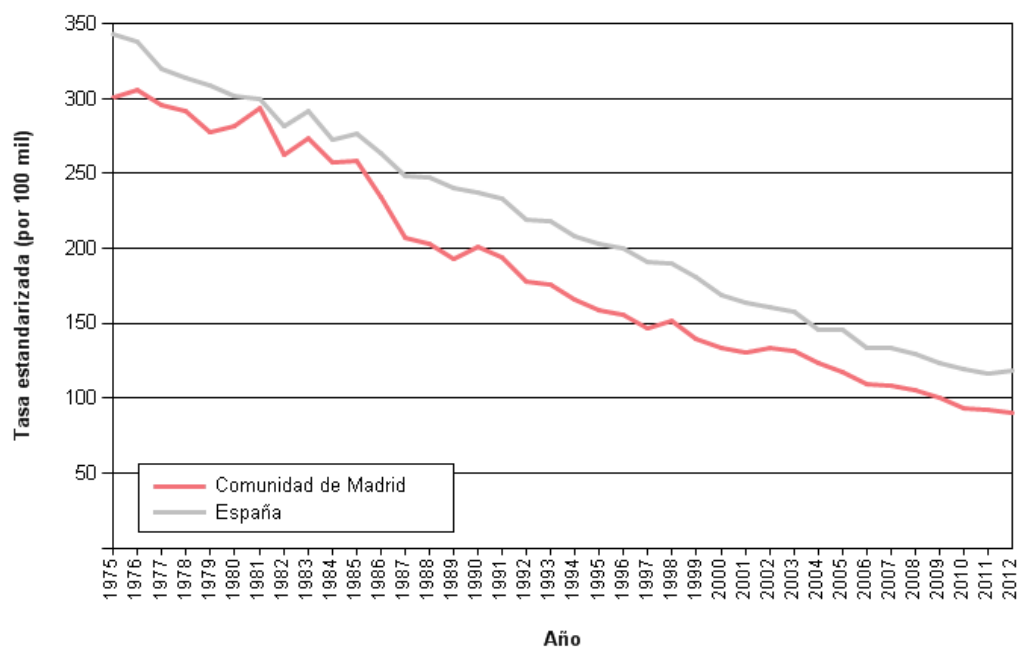
Figura 8.79. Enfermedades del sistema circulatorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

### Hombres



### Mujeres

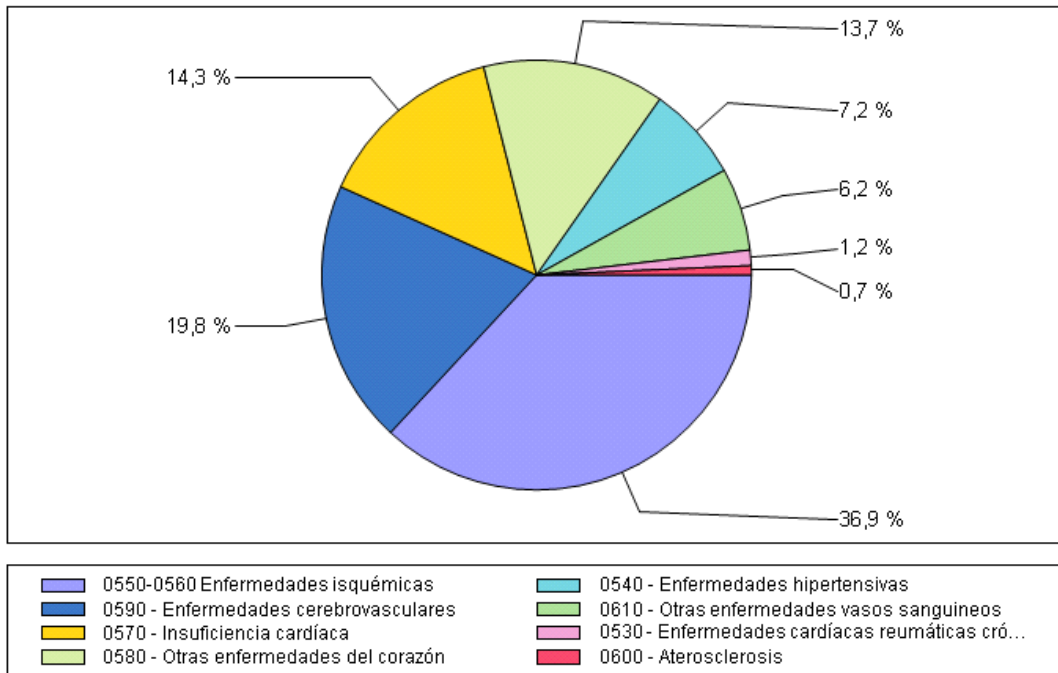


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

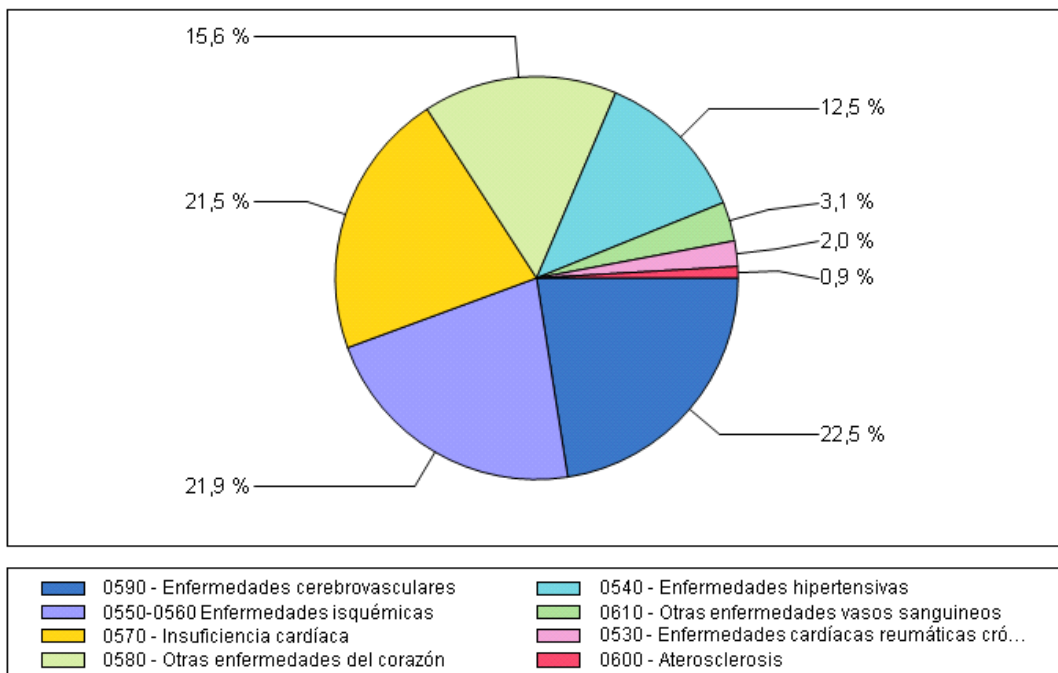
**Figura 8.80. Enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

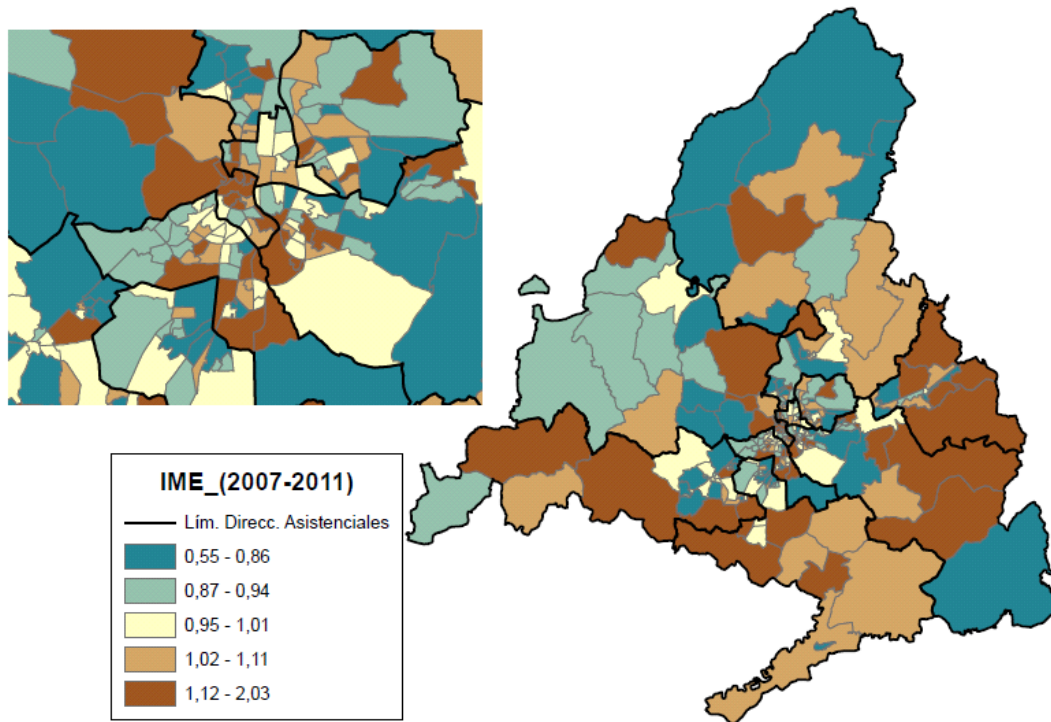




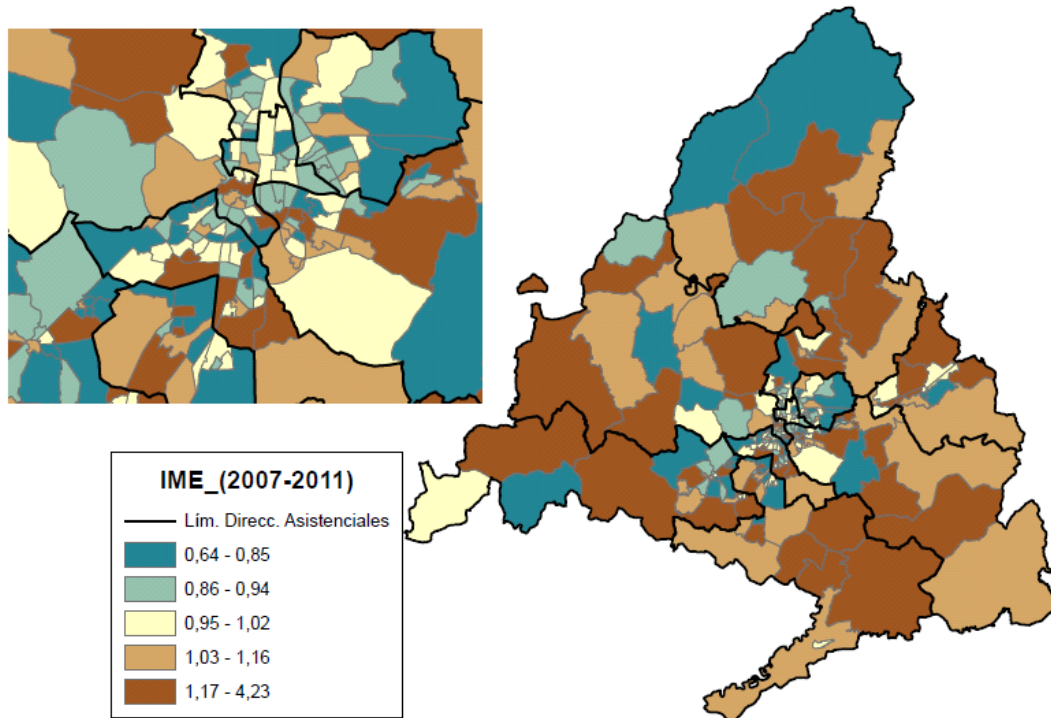
**Figura 8.81. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.**

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

**Hombres**

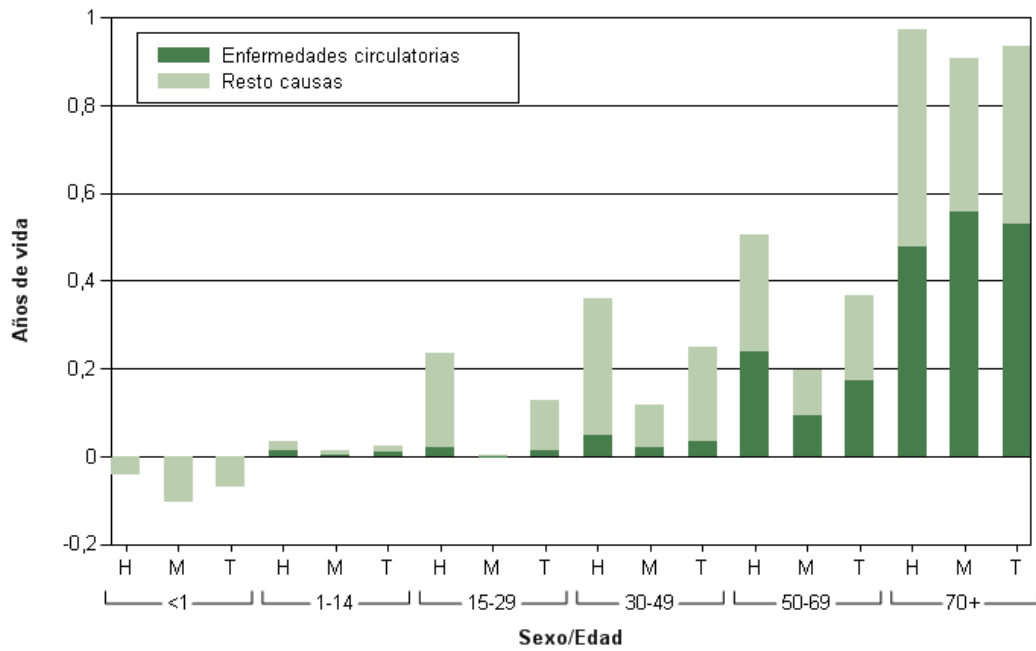


**Mujeres**



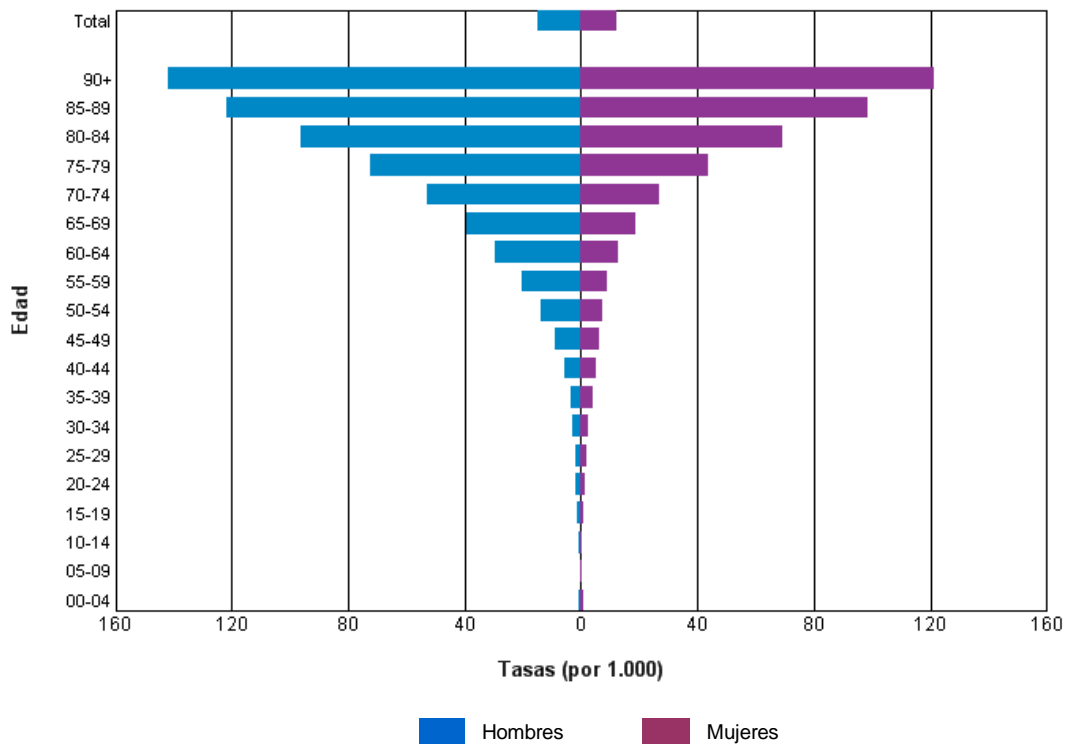
**Figura 8.82. Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



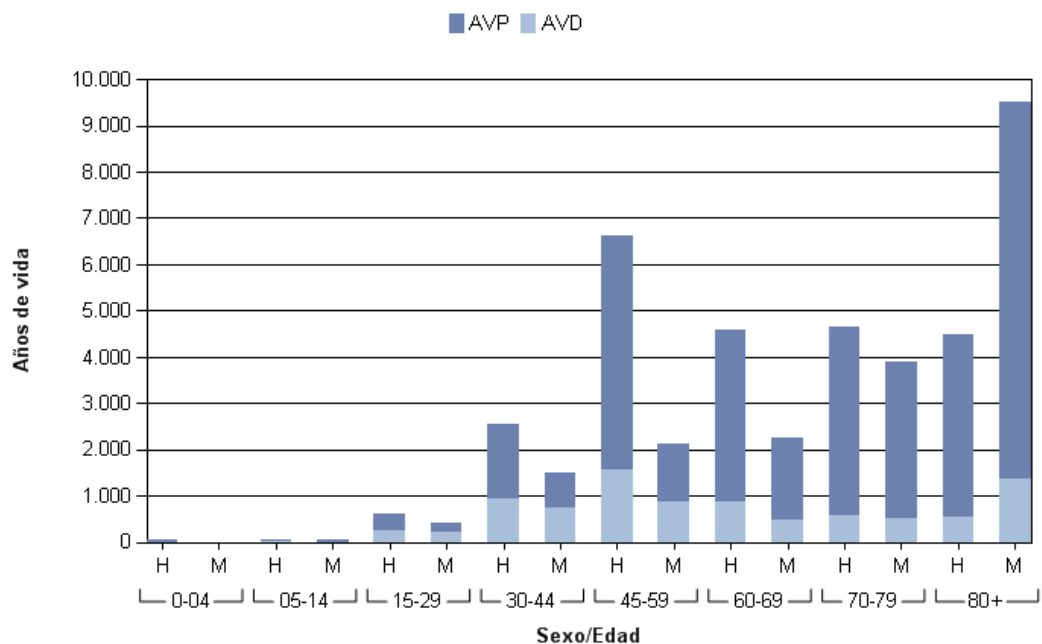
**Figura 8.83. Enfermedades del sistema circulatorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2012.**

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, 2012.**

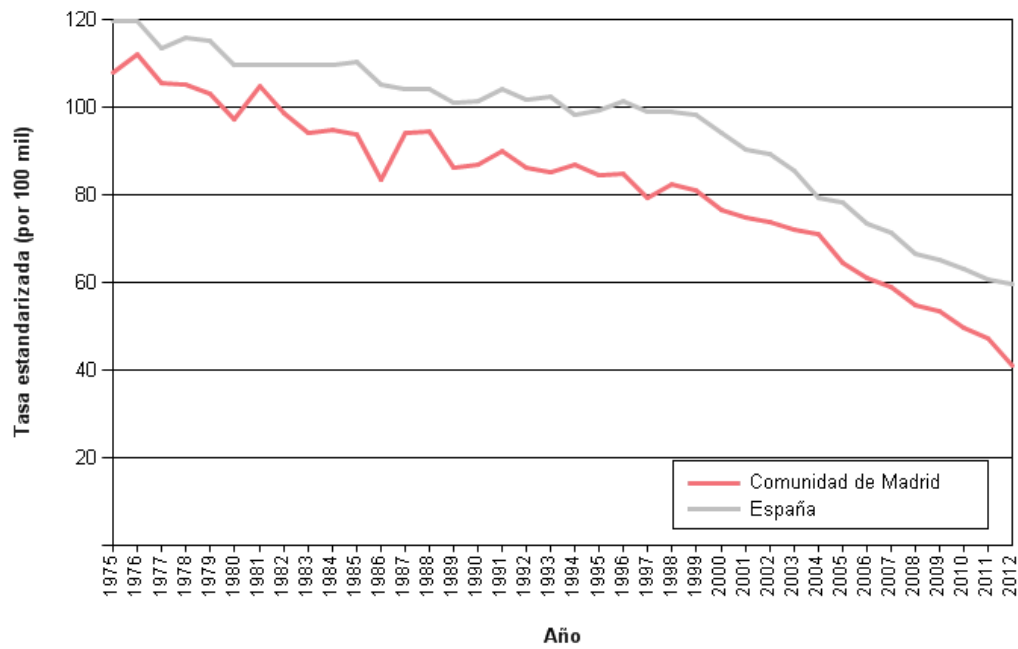
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.627	1.409	3.036
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	52,4	42,1	47,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	21,0	3,7	12,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	40,9	17,3	27,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	337,6	118,0	223,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,37	0,24	0,31
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	11.592	5.270	16.862
Años de Vida Perdidos. CM.	9.845	4.480	14.325
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.747	790	2.537

**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, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

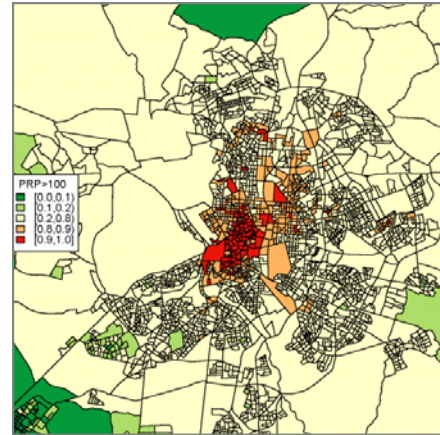
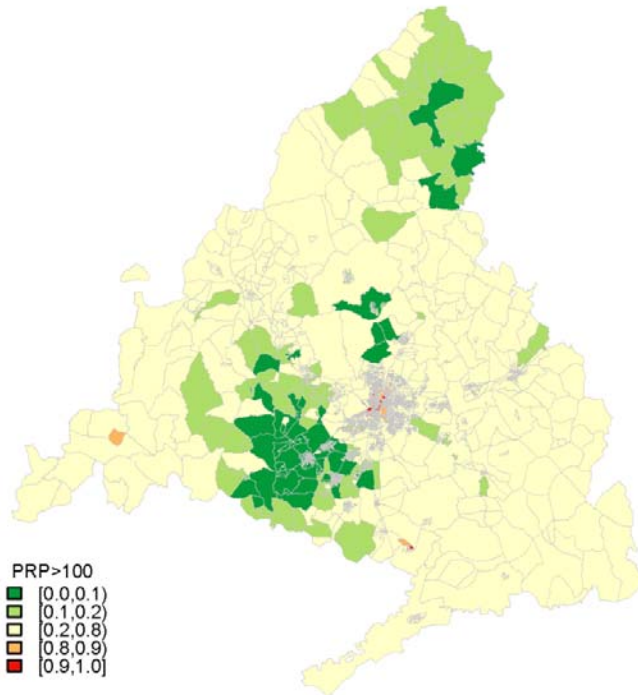


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

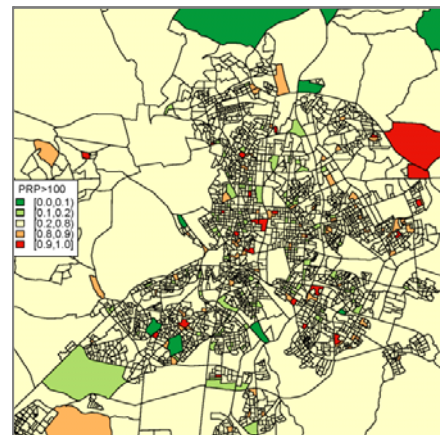
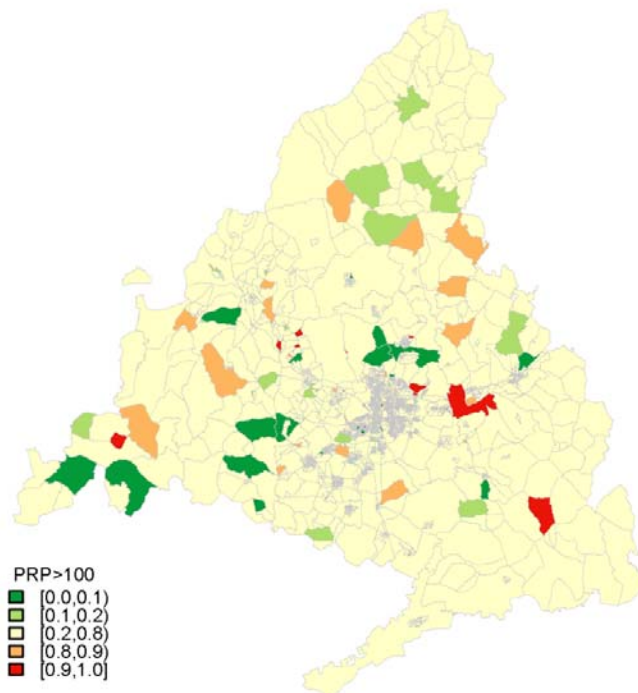
**Figura 8.86. Cardiopatía isquémica. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.**

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**

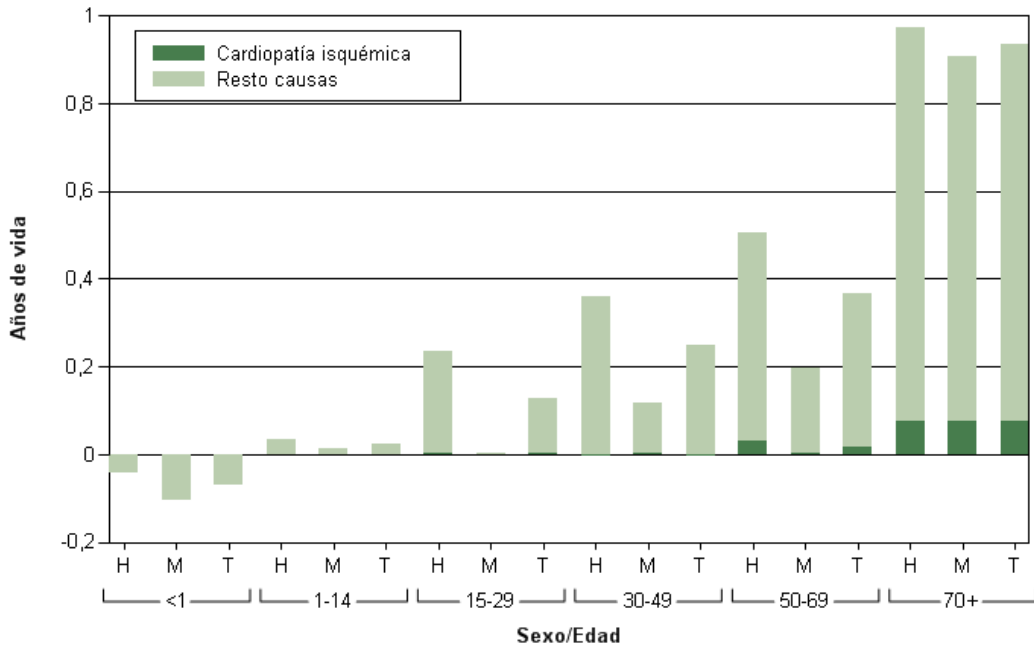


**Mujeres**



**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, 2007-2012.**

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, 2013.**

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

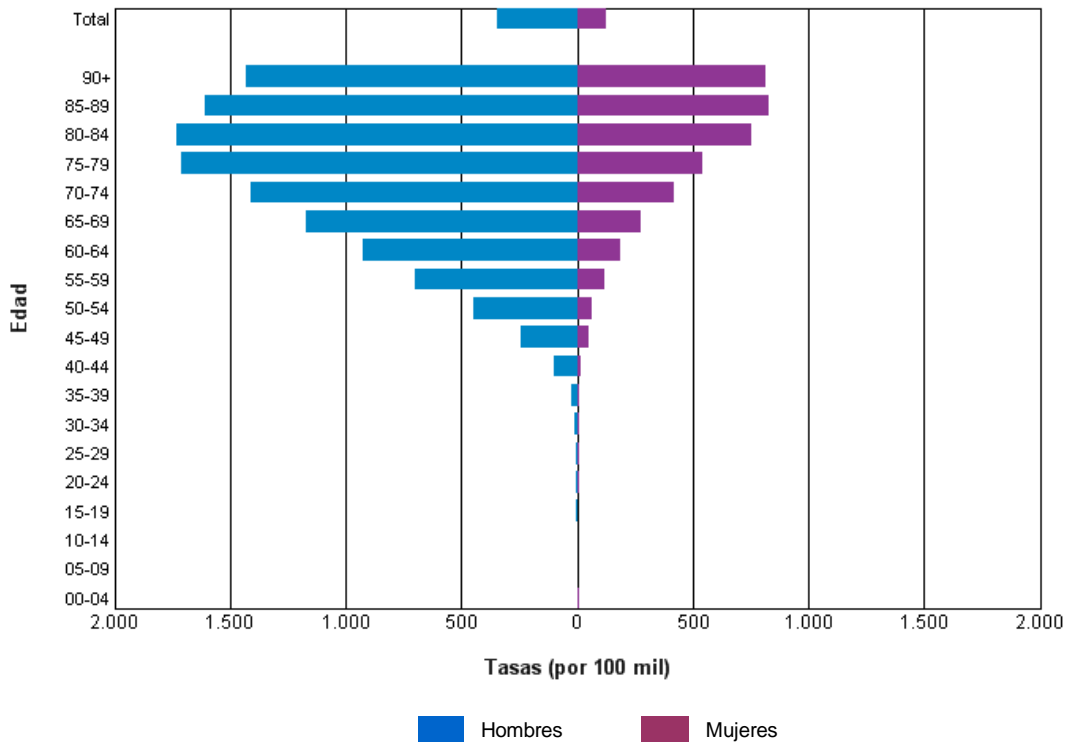
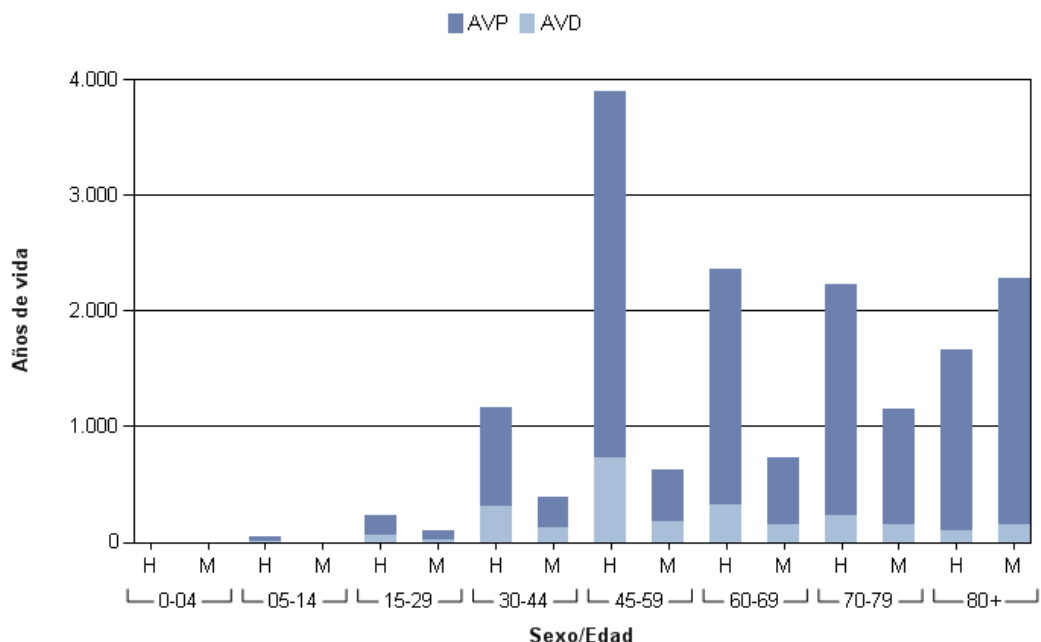


Figura 8.89. Cardiopatía isquémica. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.

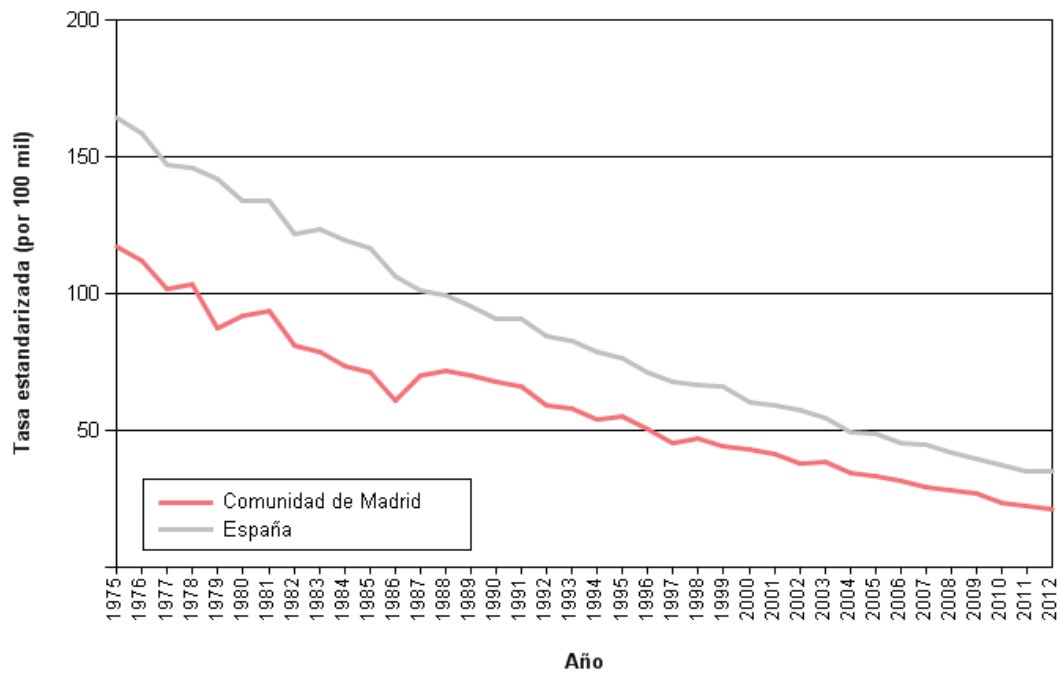
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades cerebrovasculares. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	874	1.452	2.326
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	28,1	43,3	36,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,1	3,7	4,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	20,9	17,8	19,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	206,6	197,3	201,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,17	0,18	0,18
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	5.923	6.640	12.563
Años de Vida Perdidos. CM.	4.097	4.692	8.789
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.826	1.948	3.774

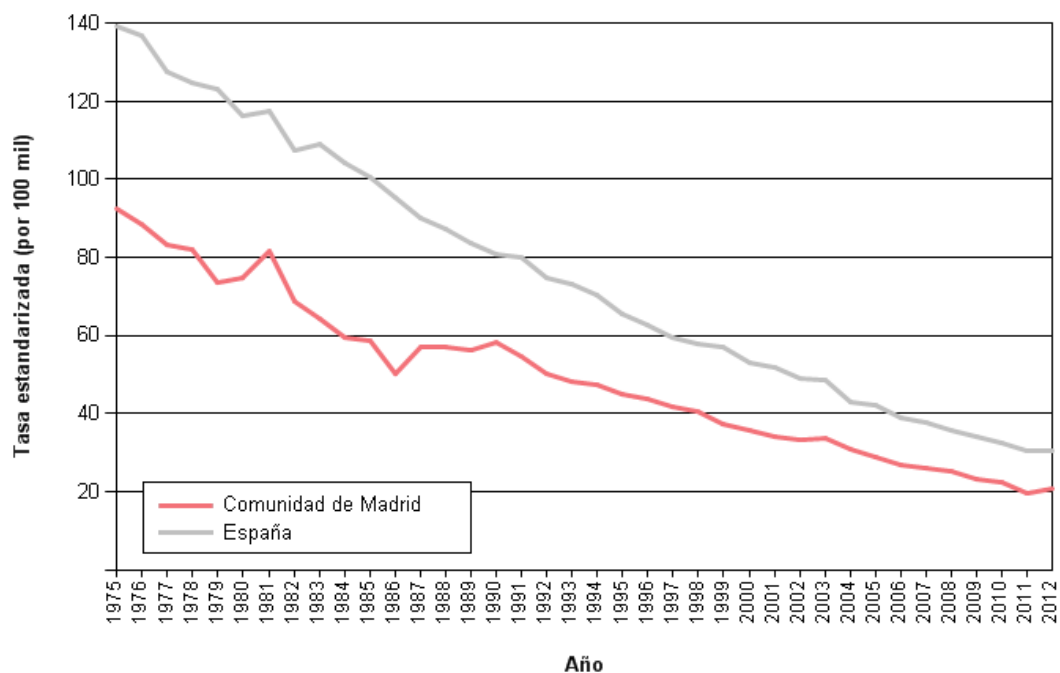
**Figura 8.90. Enfermedades cerebrovasculares. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**



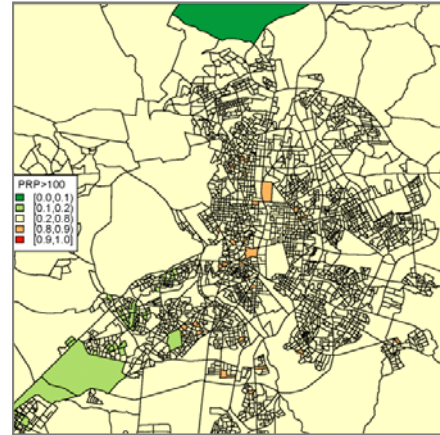
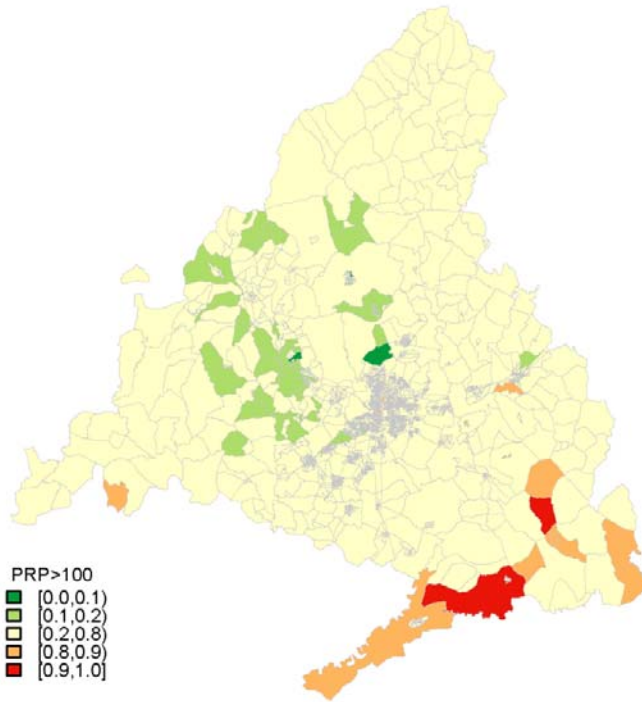
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.



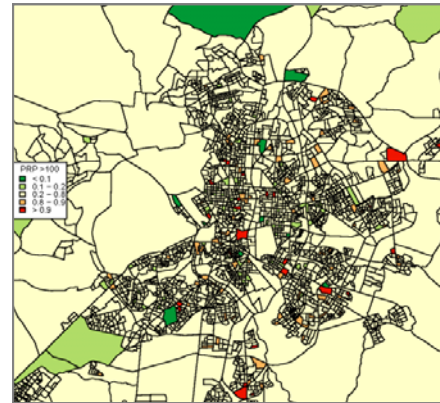
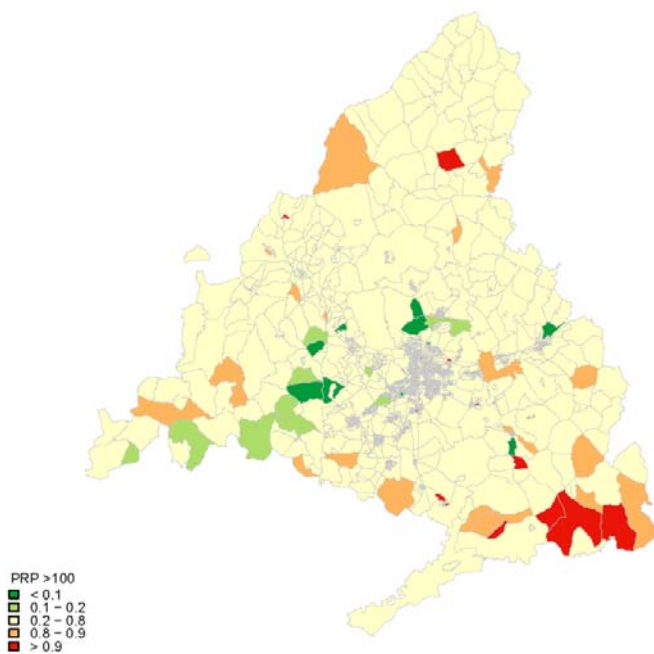
**Figura 8.91. Enfermedades cerebrovasculares. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.**

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**

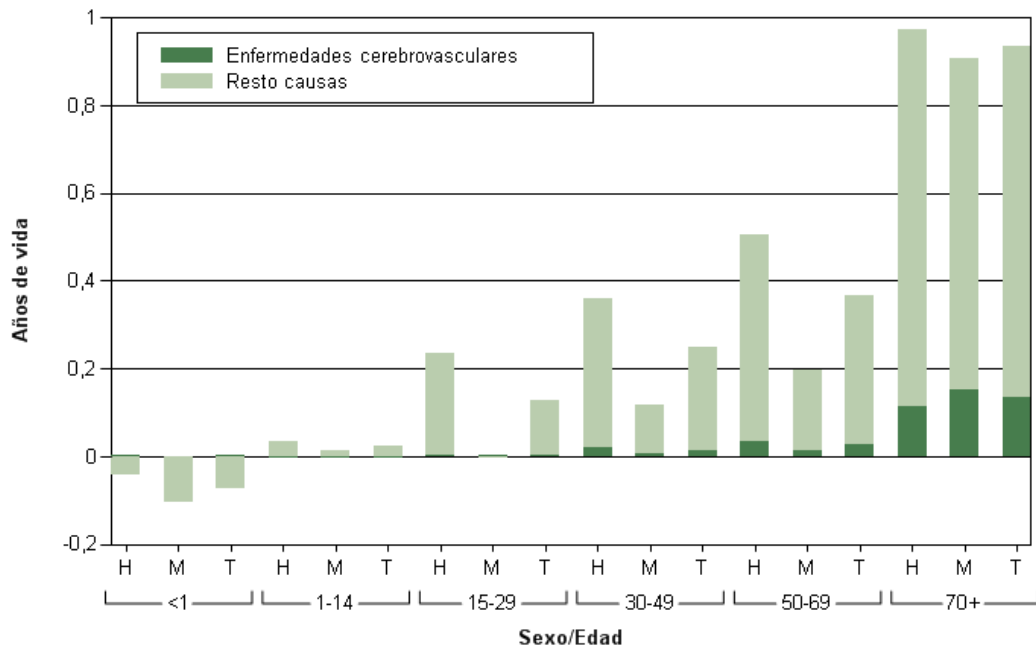


**Mujeres**



**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, 2007-2012.**

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, 2013.**

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

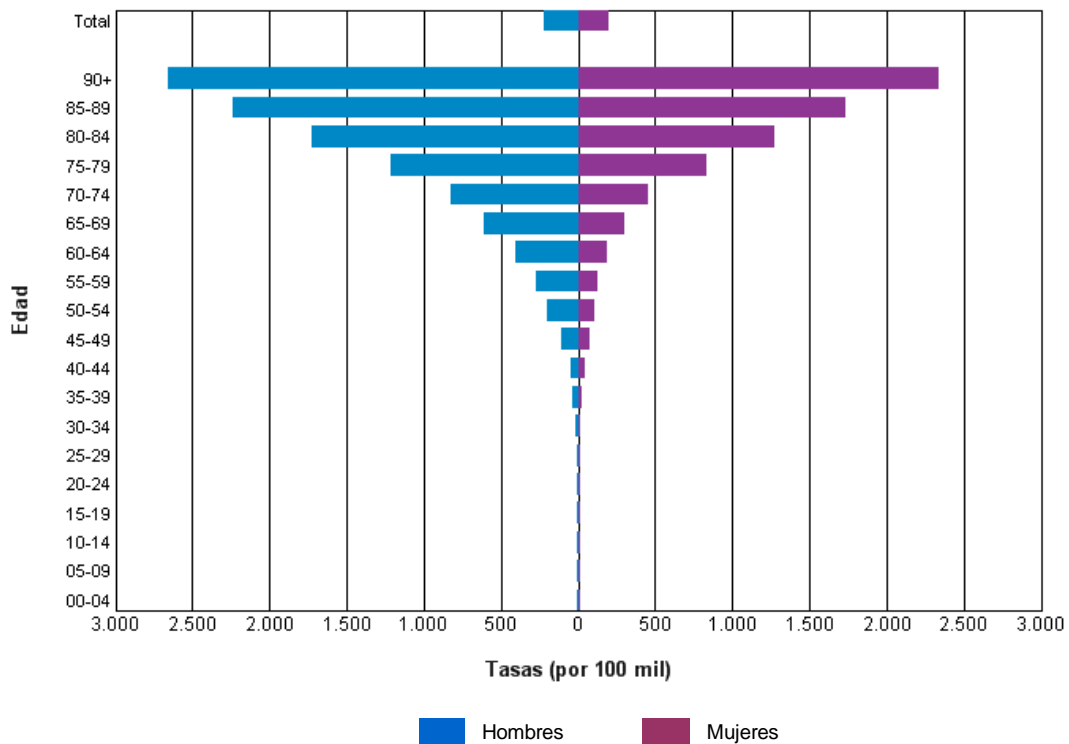
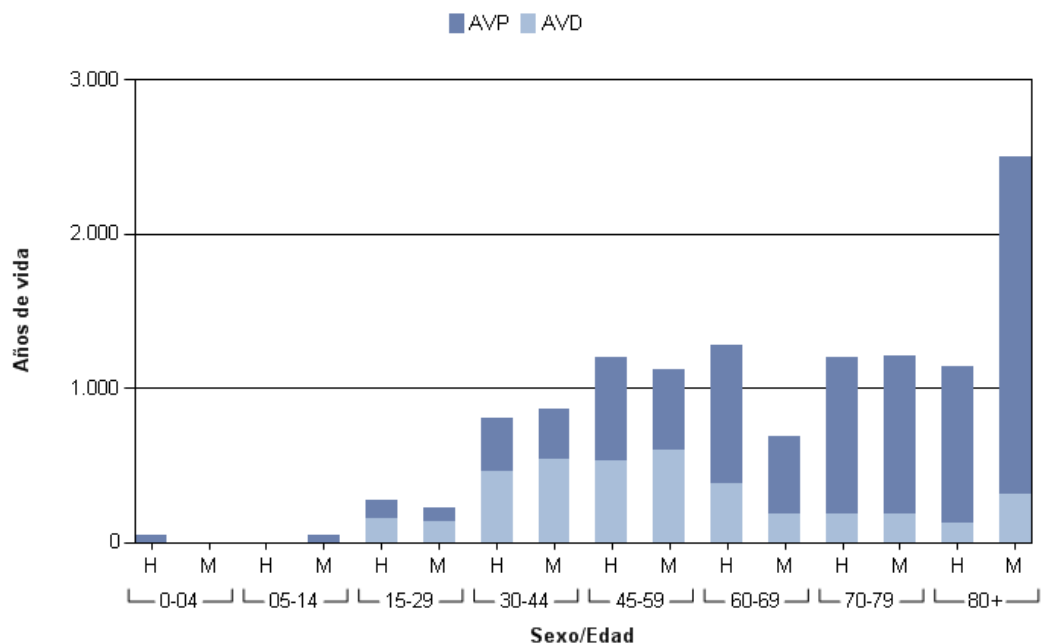


Figura 8.94. Enfermedades cerebrovasculares. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.

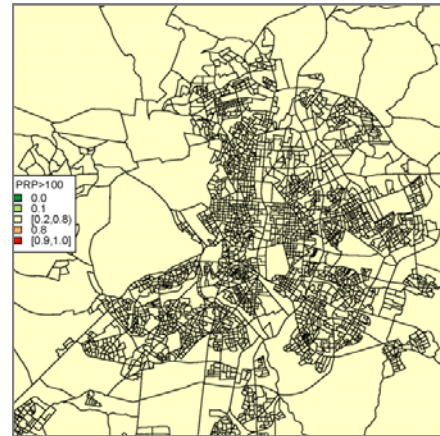
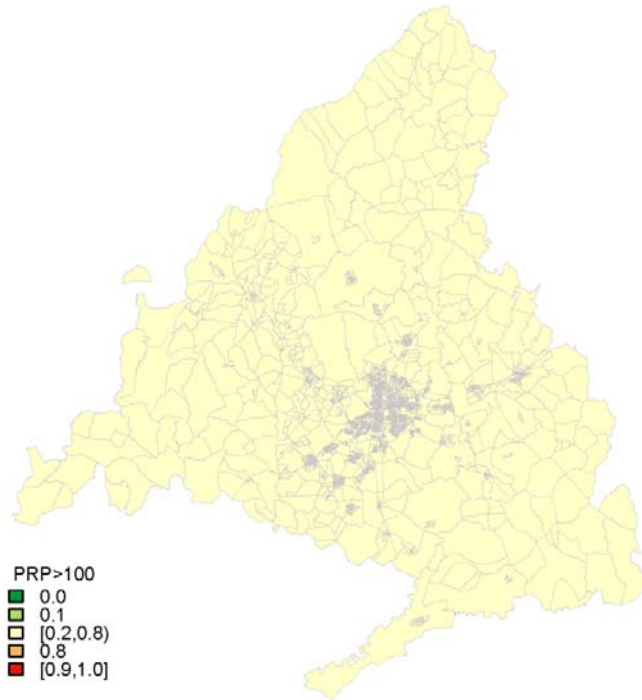
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Diabetes. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	339	462	801
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,9	13,8	12,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,8	0,4	1,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,9	5,4	6,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	88,9	62,4	75,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	-0,02	0,00	-0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.585	2.833	5.418
Años de Vida Perdidos. CM.	1.272	1.279	2.551
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.313	1.554	2.867

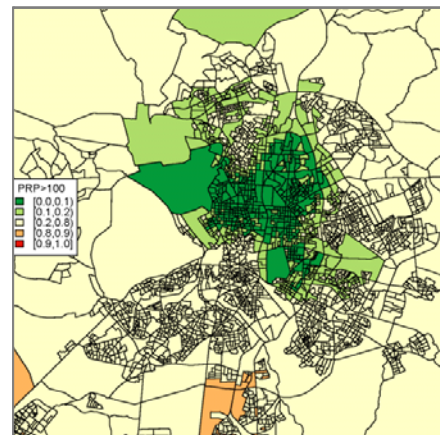
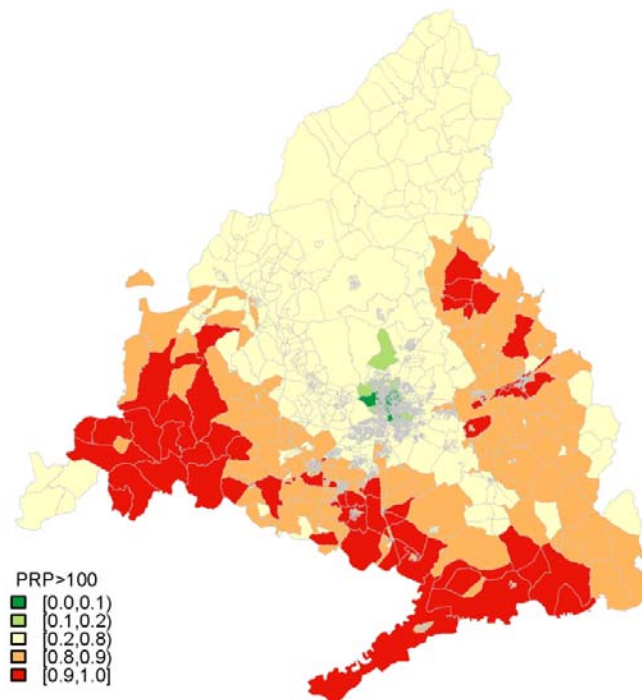
**Figura 8.95. Diabetes mellitus. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.**

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**



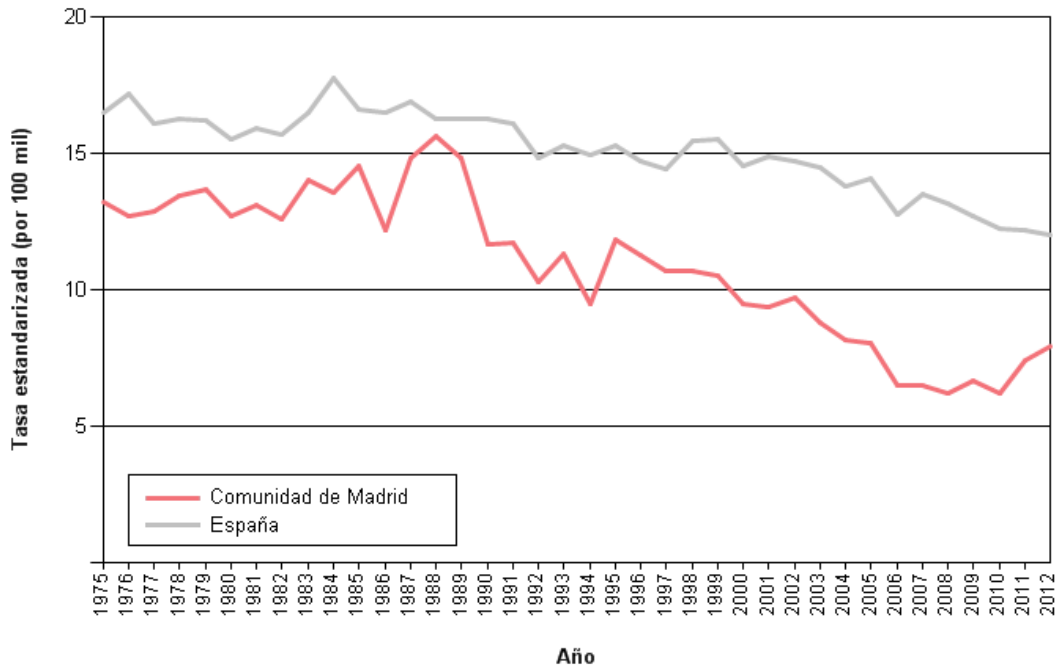
**Mujeres**



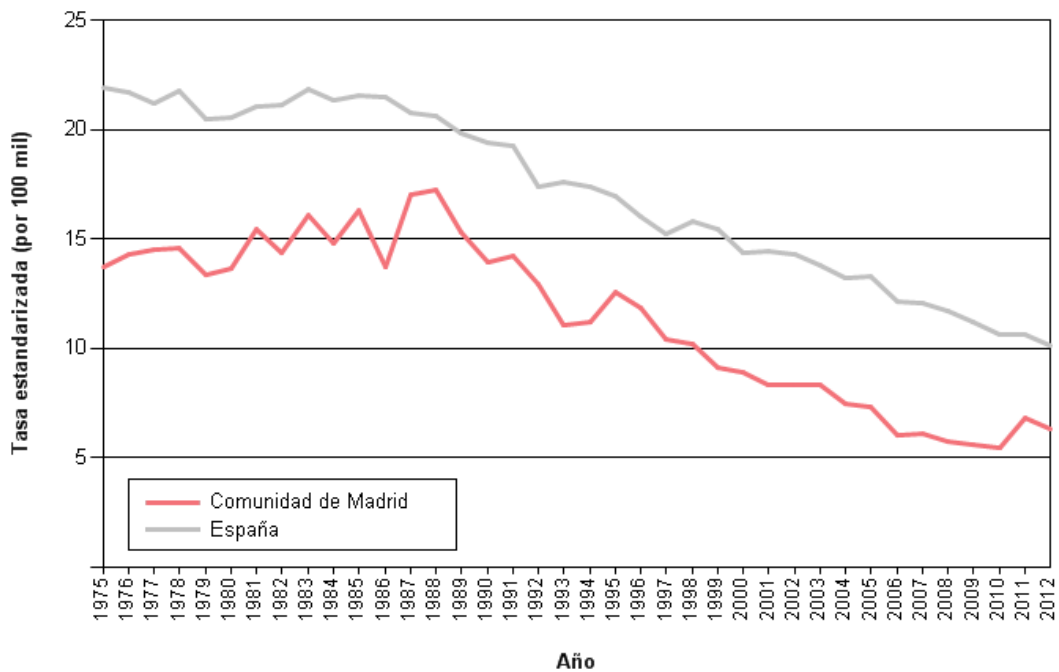
**Figura 8.96. Diabetes mellitus. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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, 2013.

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

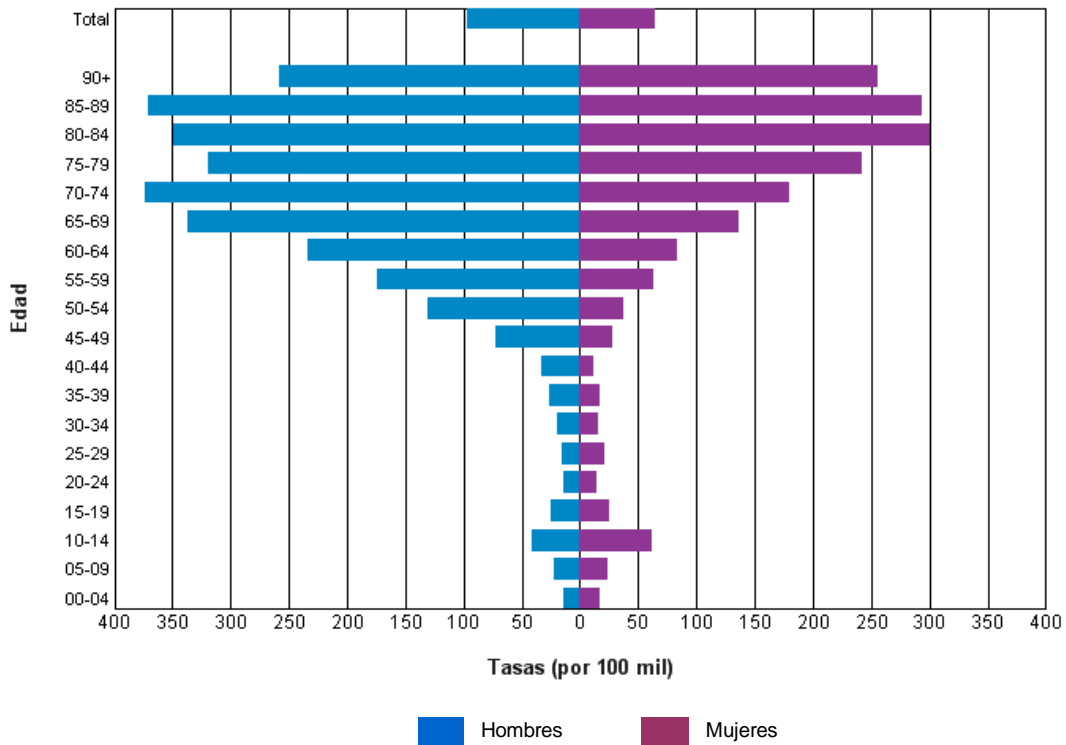
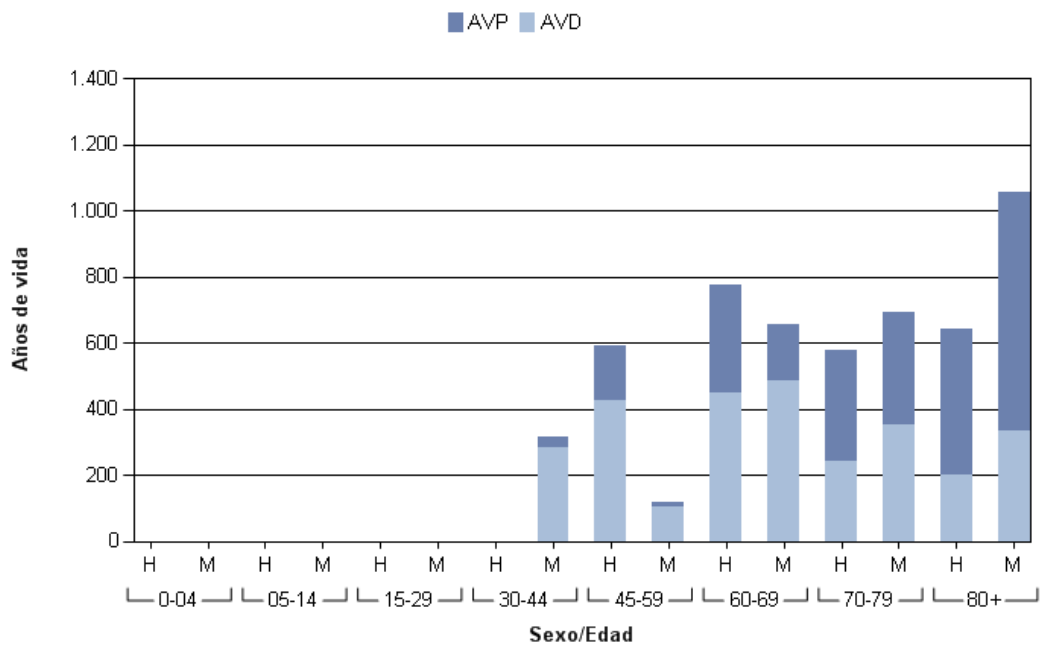


Figura 8.98. Diabetes mellitus. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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 2012. Con irregularidades anuales, se aprecia un patrón de evolución descendente en los últimos años, más marcado en hombres. La misma evolución se aprecia en España, que muestra tasas inferiores sobre todo en mujeres.

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 2012 la cuarta 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 31,7% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2012, y el 11,1% en mujeres, superadas en estas por las neumonías, con un 23,1% 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 54 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, 2012.**

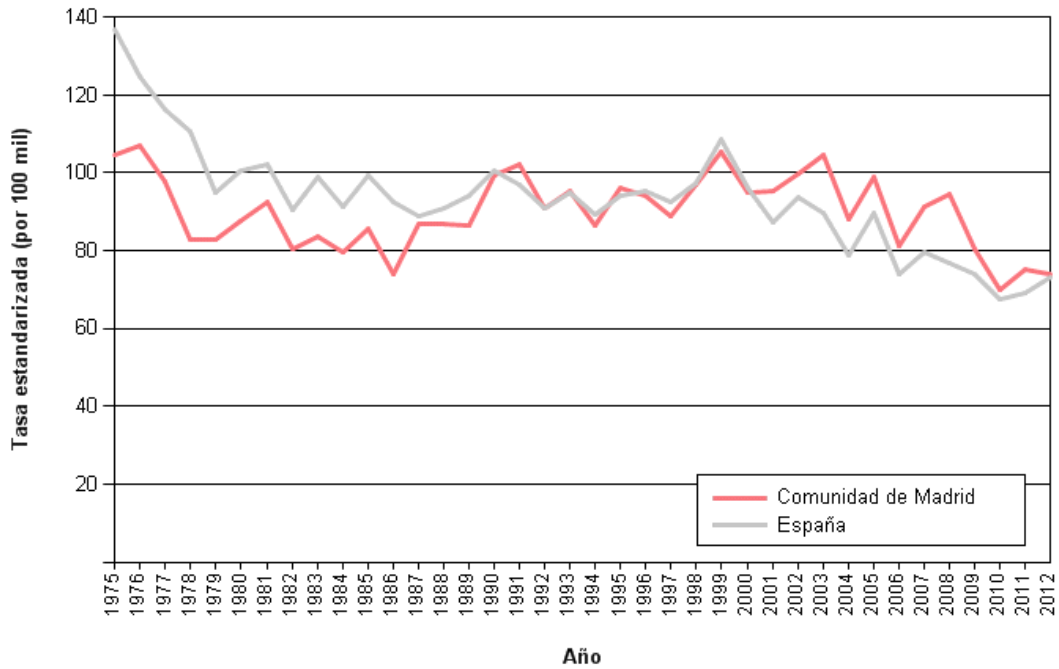
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema respiratorio. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	3.183	3.225	6.408
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	102,4	96,3	99,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	16,3	6,2	11,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	75,0	38,1	52,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.472,3	1.099,2	1.279,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,39	0,19	0,29
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	25.938	17.730	43.668
Años de Vida Perdidos. CM.	9.535	6.681	16.216
Años Vividos con Discapacidad. CM.	16.403	11.049	27.452

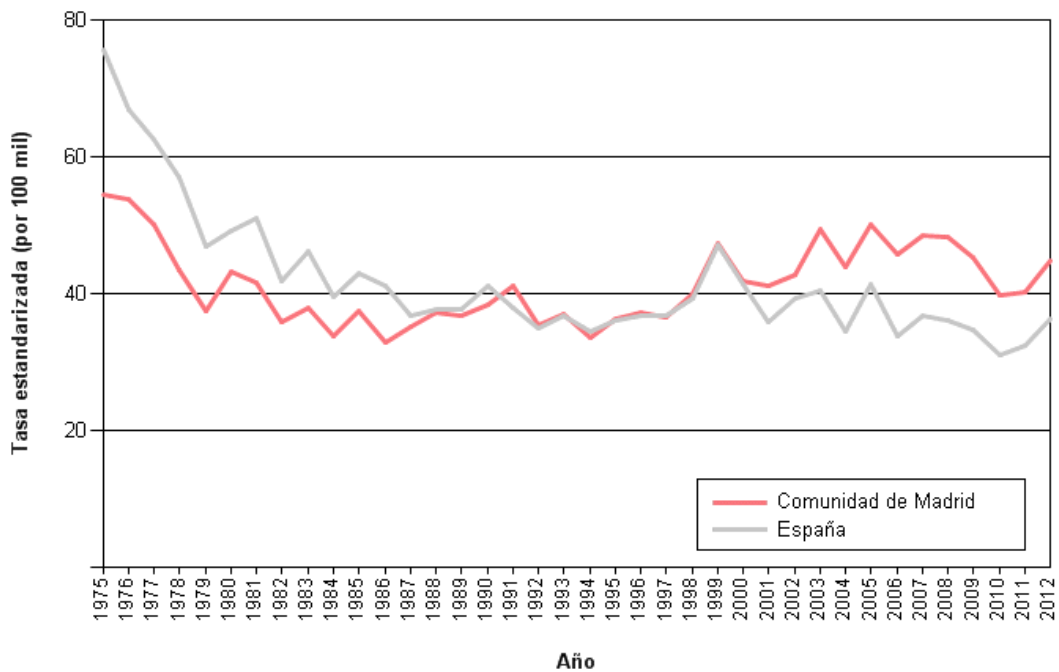
**Figura 8.99. Enfermedades del sistema respiratorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**



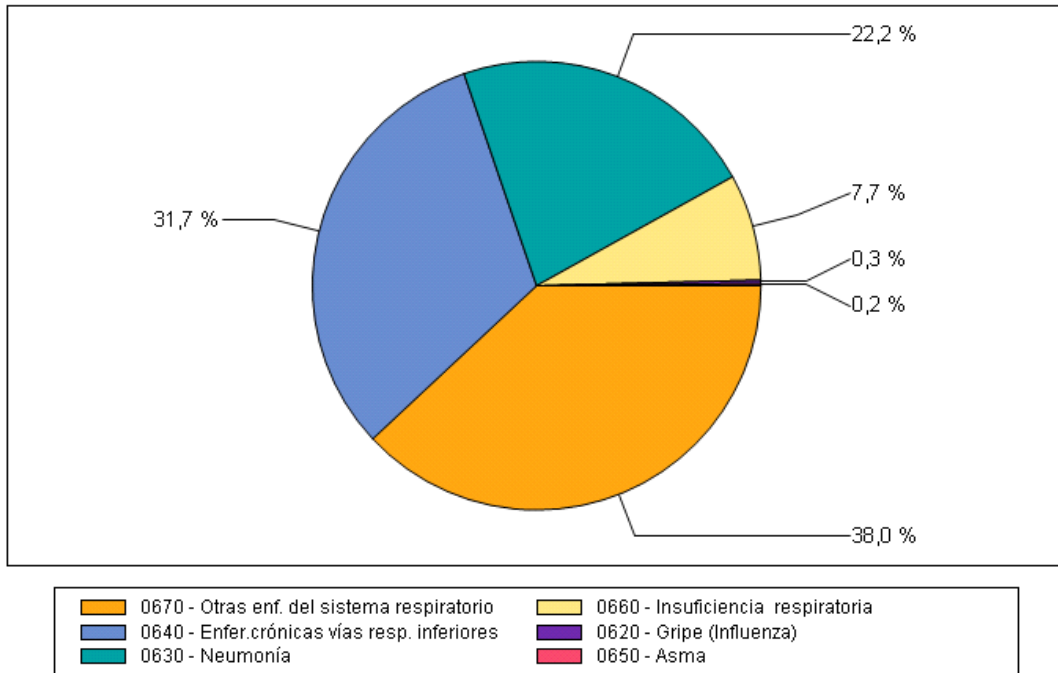
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.



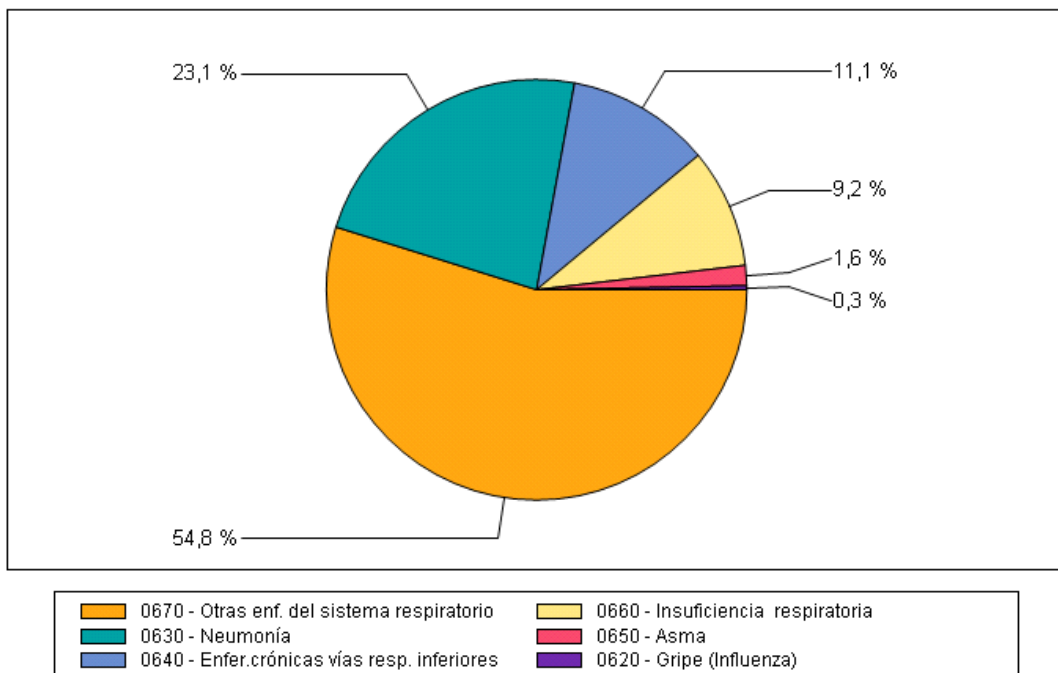
**Figura 8.100. Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

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

**Hombres**



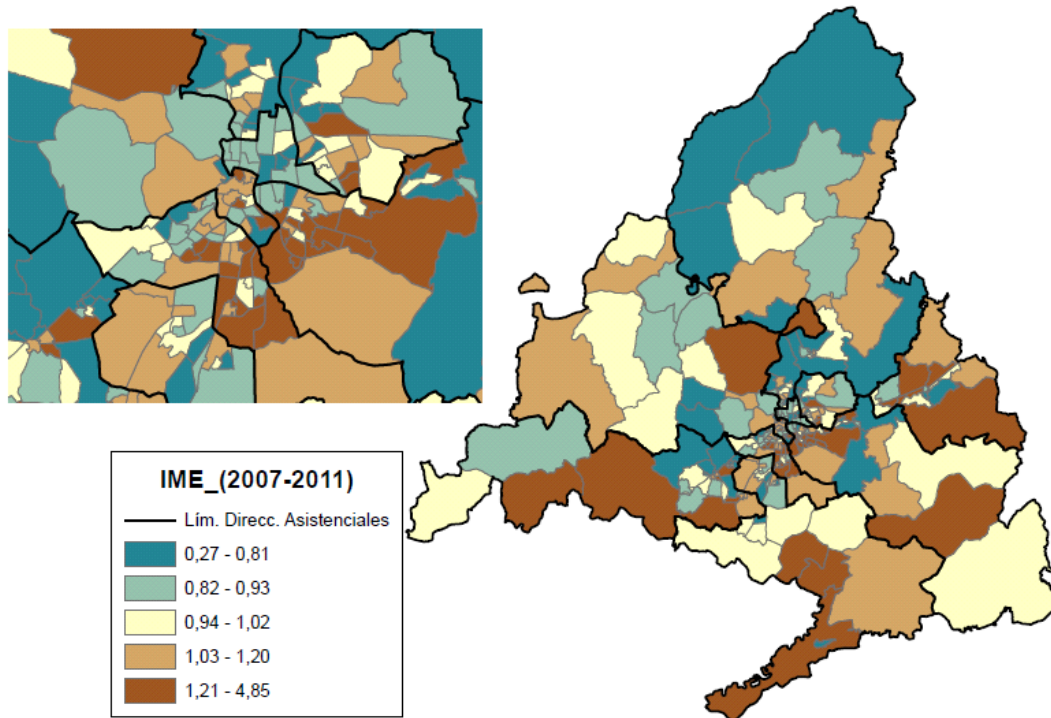
**Mujeres**



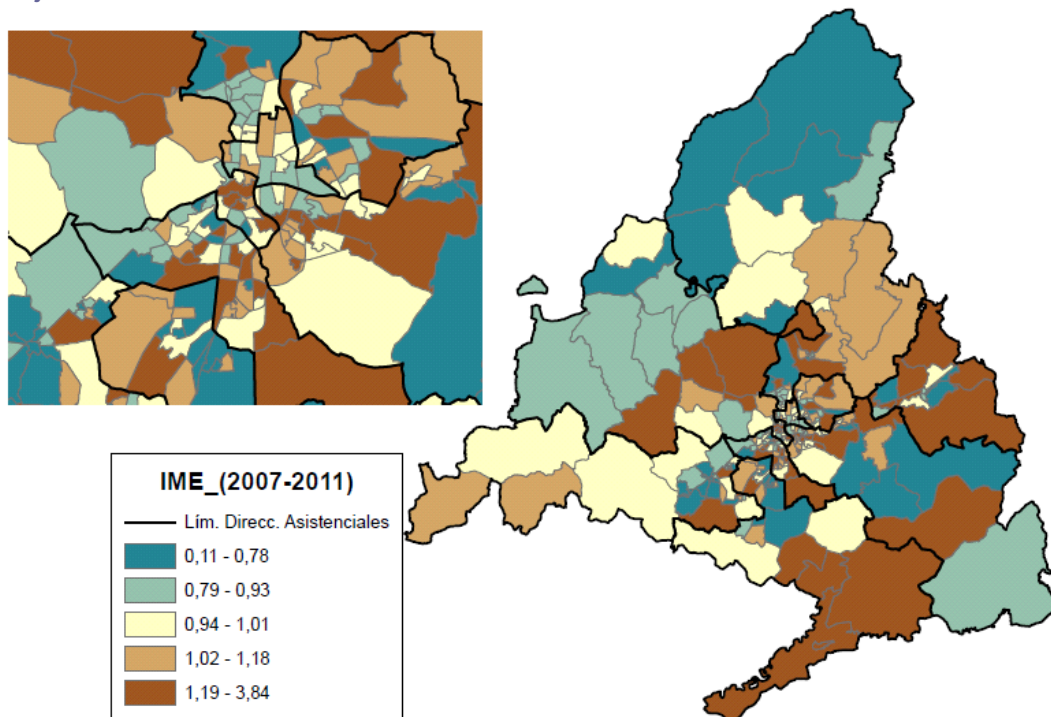
**Figura 8.101. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.**

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

**Hombres**

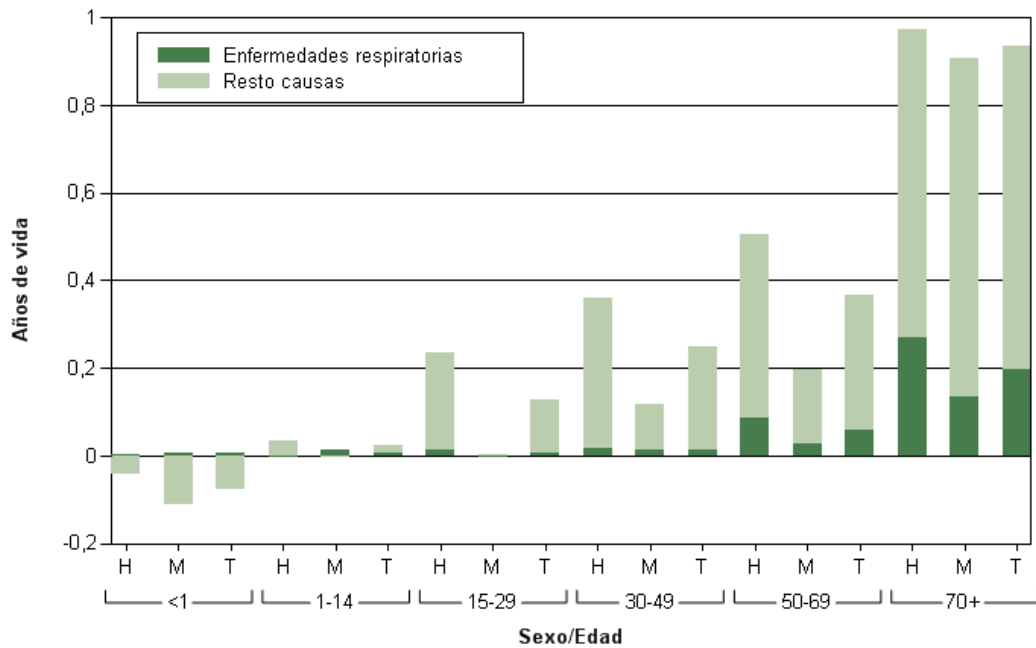


**Mujeres**



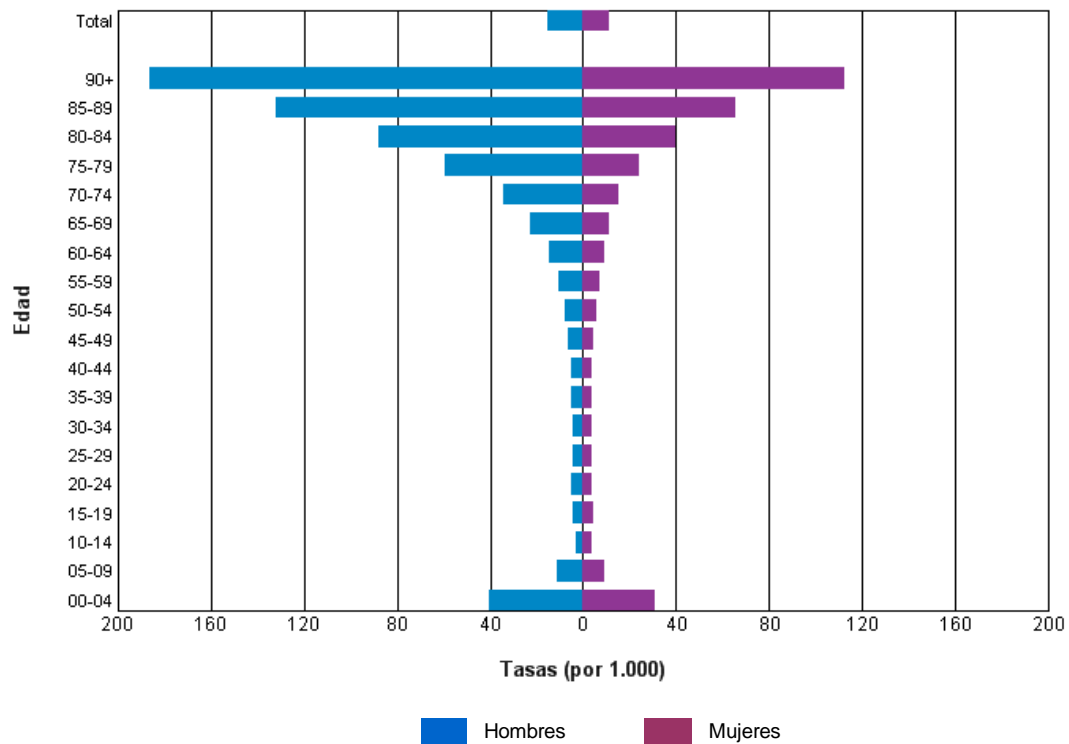
**Figura 8.102. Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



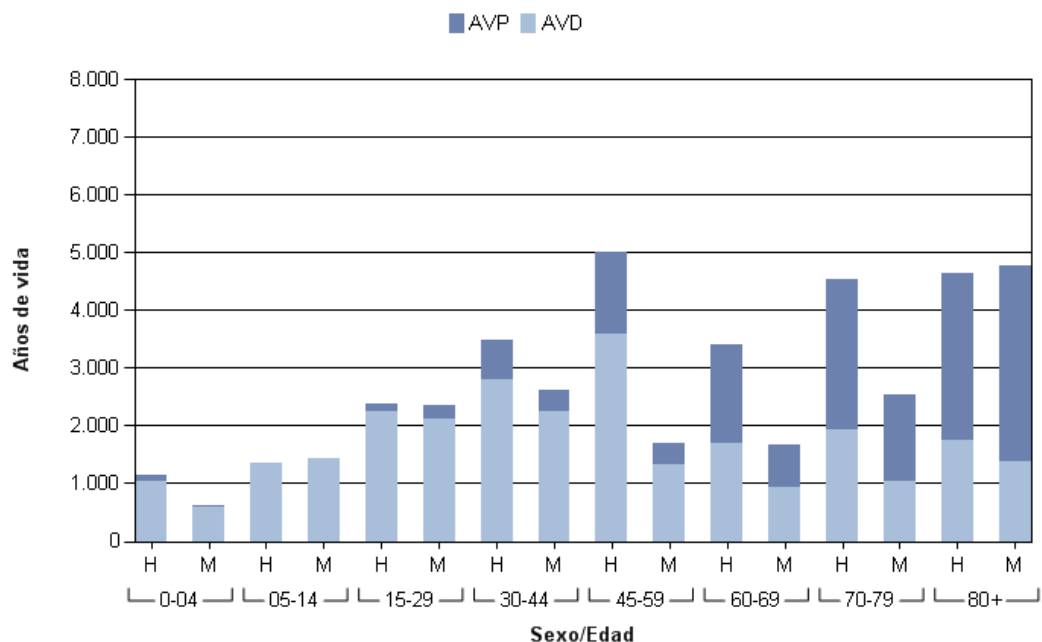
**Figura 8.103. Enfermedades del sistema respiratorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2012.**

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, 2012.**

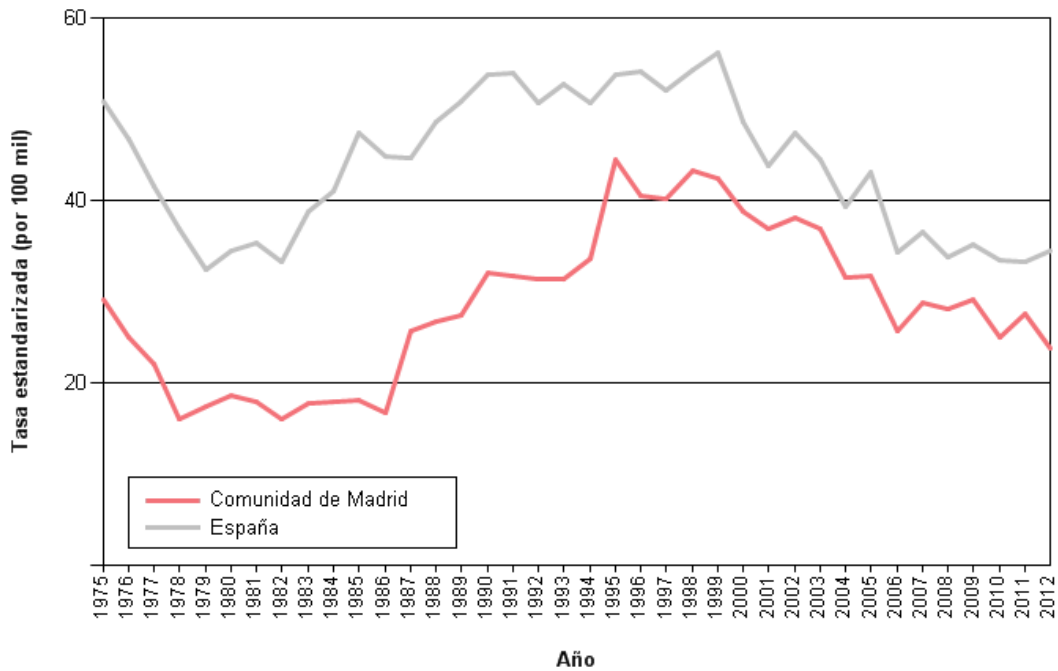
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Bronquitis y enfisema. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.009	357	1.366
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	32,5	10,7	21,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,9	1,1	2,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	23,8	4,6	11,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	257,8	64,9	157,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,10	-0,00	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.802	3.285	12.087
Años de Vida Perdidos. CM.	4.445	1.614	6.059
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.357	1.671	6.028

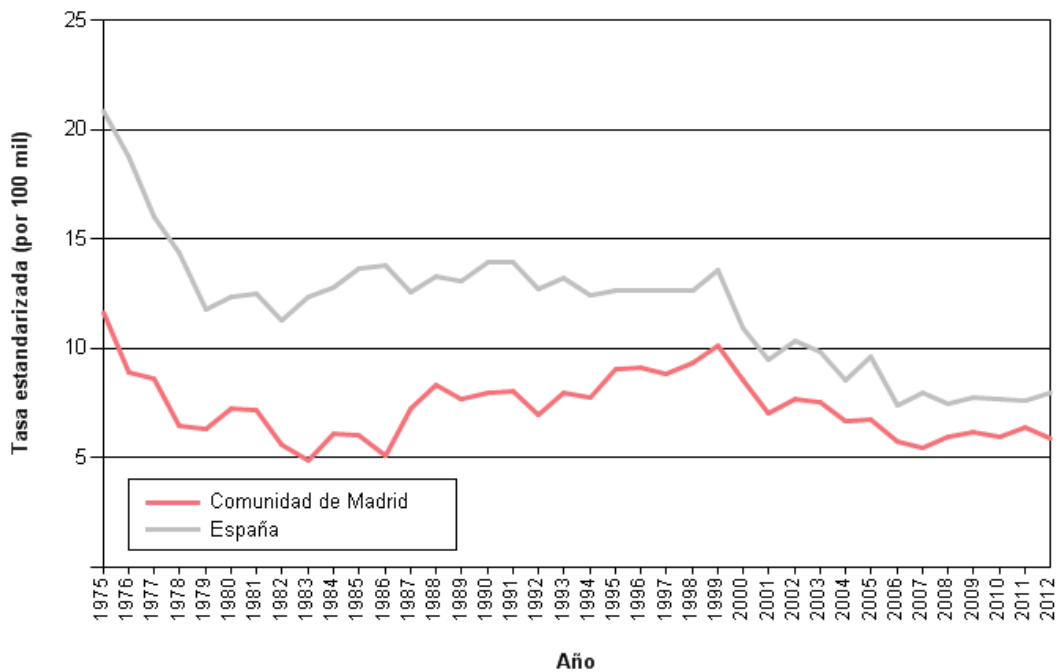
**Figura 8.105. Bronquitis, enfisema y asma. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

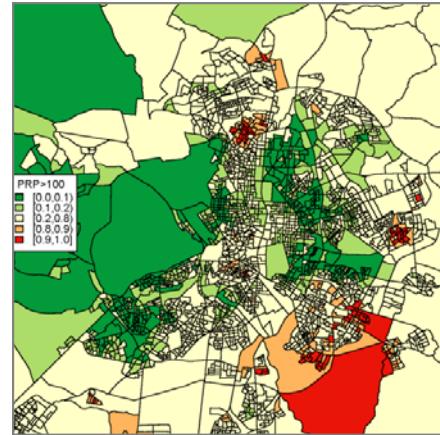
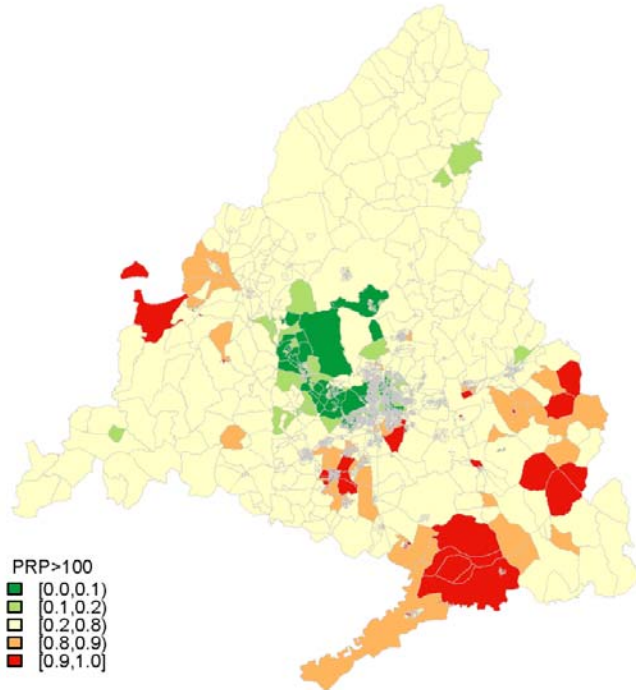


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

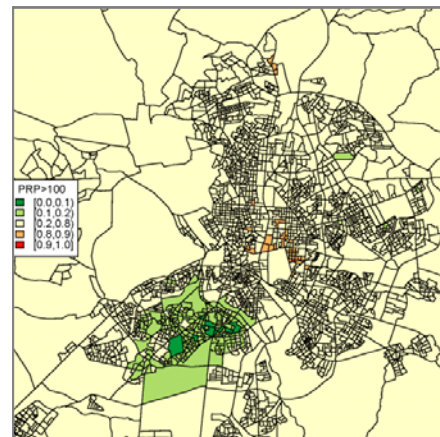
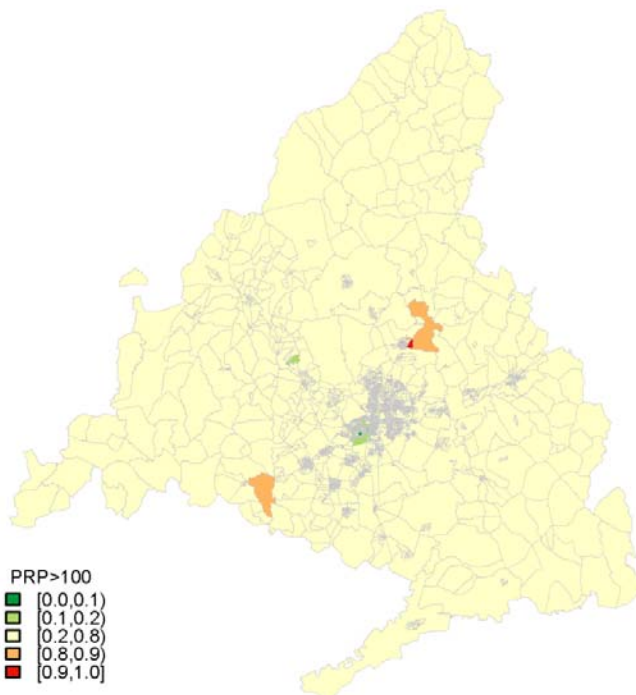
**Figura 8.106. Bronquitis y enfisema. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.**

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**

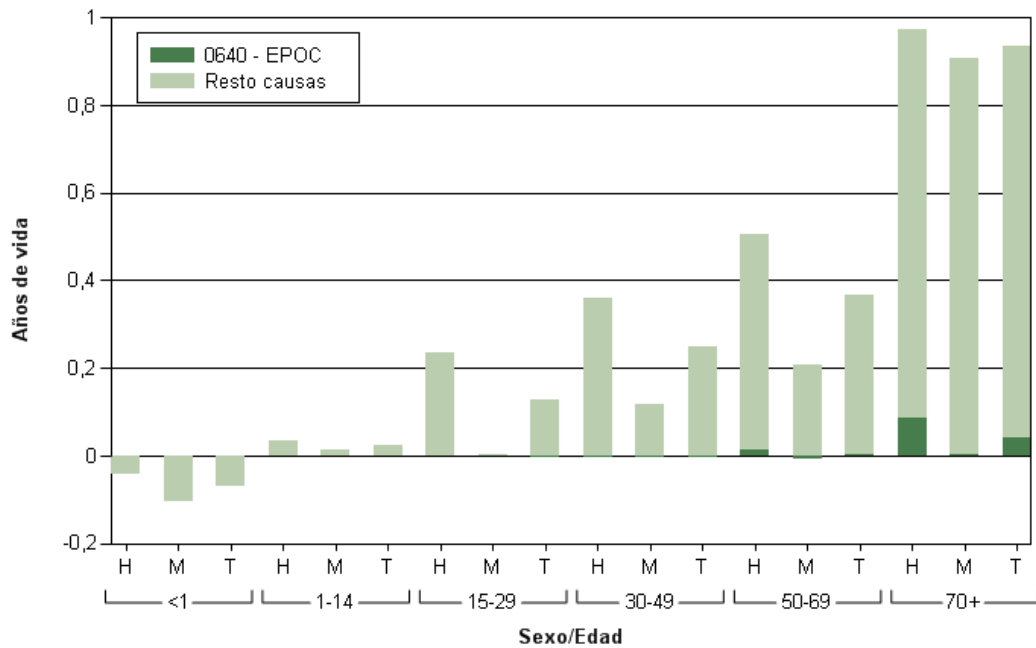


**Mujeres**



**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, 2007-2012.**

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, 2013.**

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

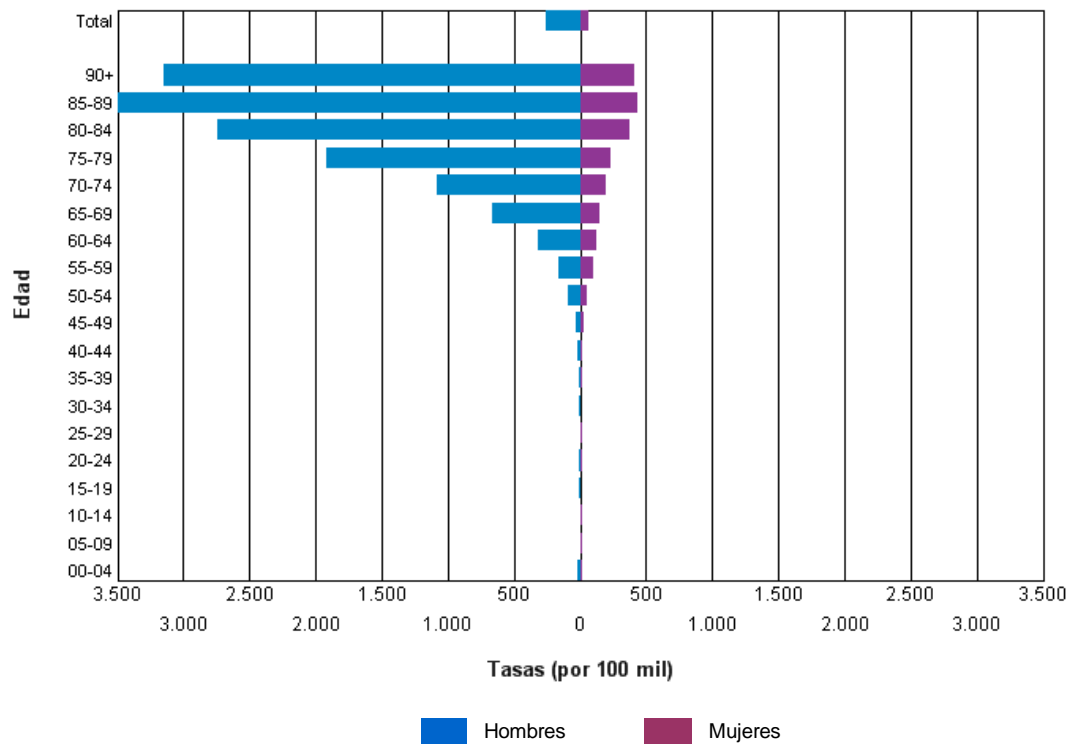
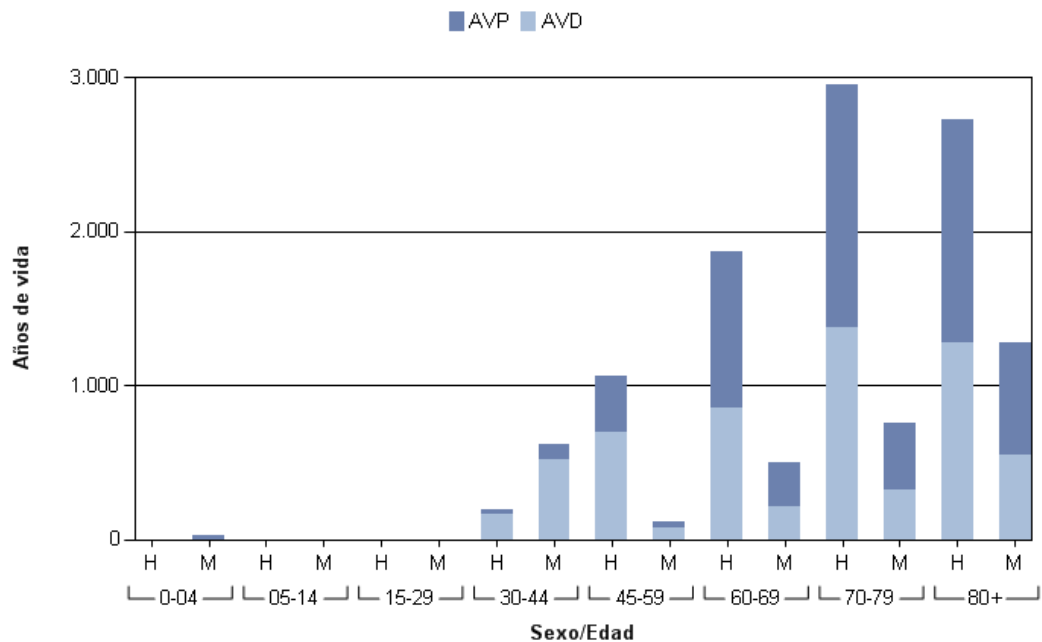


Figura 8.109. Bronquitis y enfisema. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Asma. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	5	50	55
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	1,5	0,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,1	0,1	0,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,1	0,6	0,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	42,7	77,1	60,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,00	0,00	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.809	4.239	9.048
Años de Vida Perdidos. CM.	33	159	192
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.776	4.080	8.856



Figura 8.110. Asma. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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

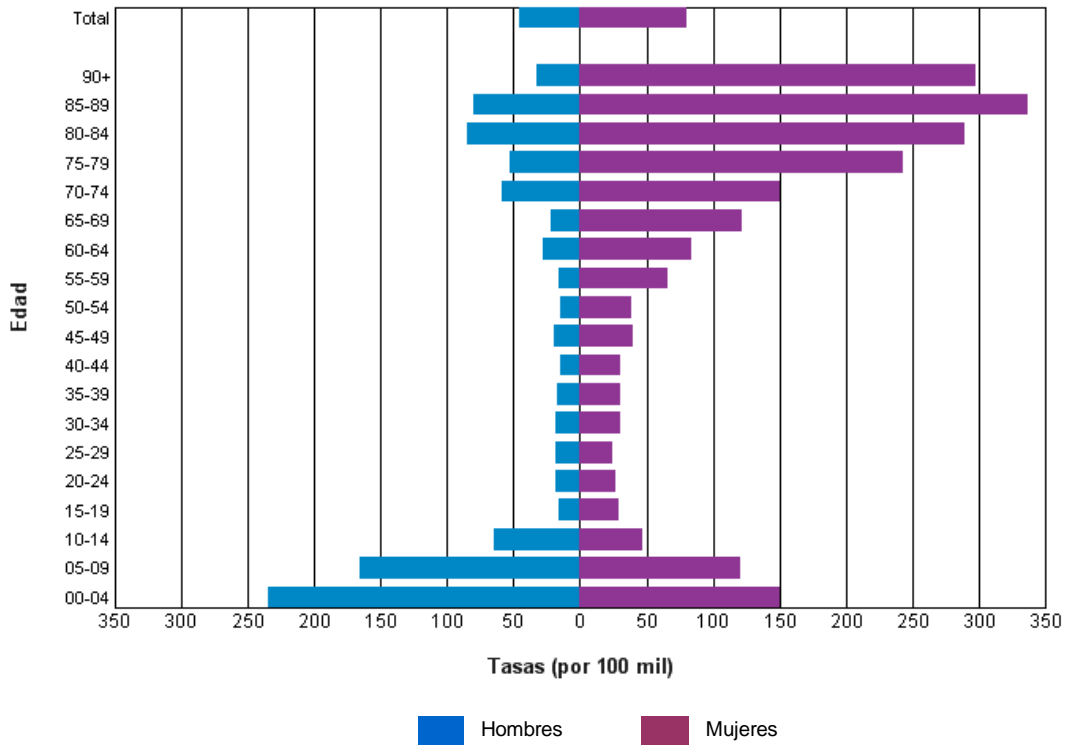
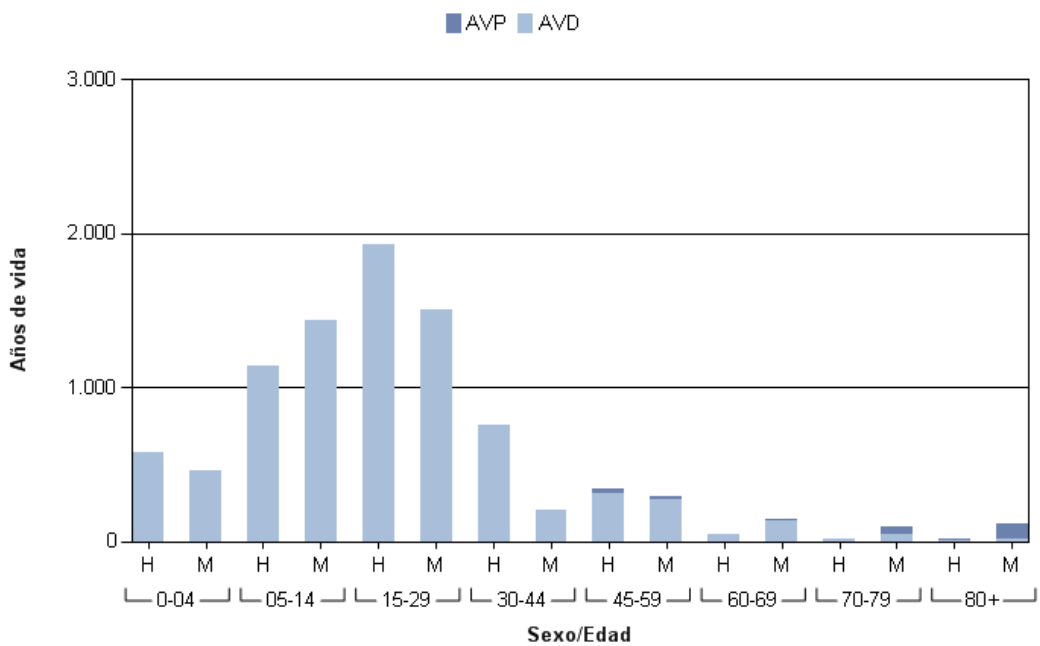


Figura 8.111. Asma. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



#### 8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo

Las enfermedades digestivas fueron en 2012 la quinta causa de mortalidad en hombres y sexta en mujeres, ocasionando el 4,7% de las muertes. Sus tasas de mortalidad muestran una tendencia descendente desde 1975 en hombres y desde principios de los noventa en mujeres.

Las enfermedades digestivas presentan la tasa más alta de altas hospitalarias en hombres y la cuarta 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 segunda en mujeres. Las tasas de mortalidad, muy superiores en hombres, muestran un 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 79 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, 2012.**

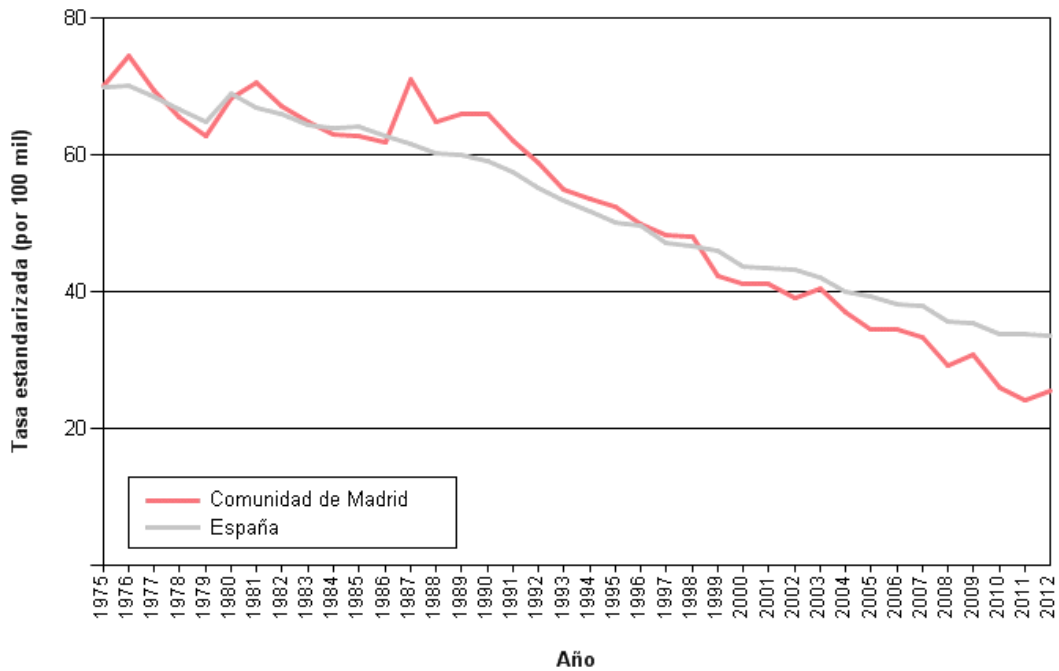
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema digestivo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	983	989	1.972
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	31,6	29,5	30,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,6	5,4	12,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	25,7	13,4	18,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.665,1	1.219,7	1.434,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,12	0,05	0,09
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.773	8.198	21.971
Años de Vida Perdidos. CM.	7.776	3.949	11.725
Años Vividos con Discapacidad. CM.	5.997	4.249	10.246

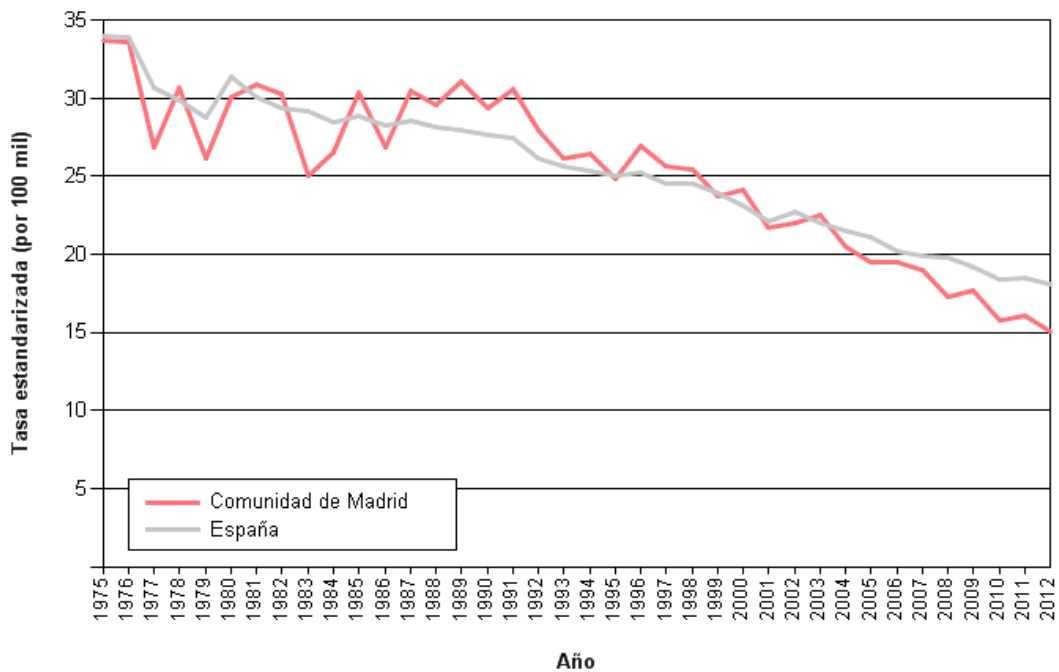
**Figura 8.112. Enfermedades del sistema digestivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

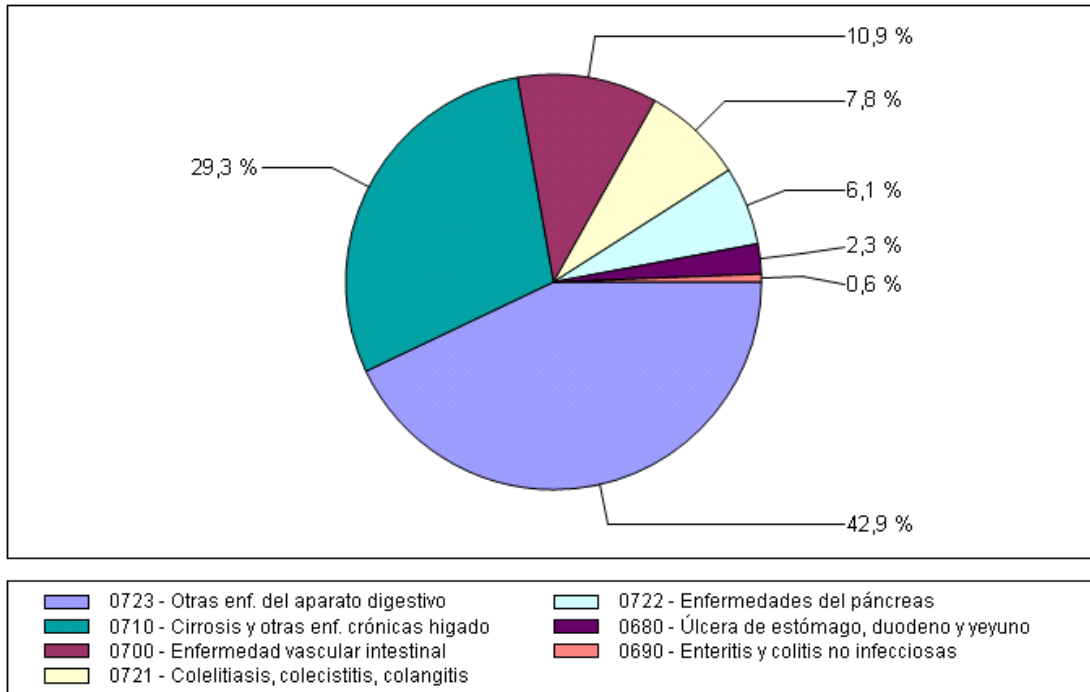


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

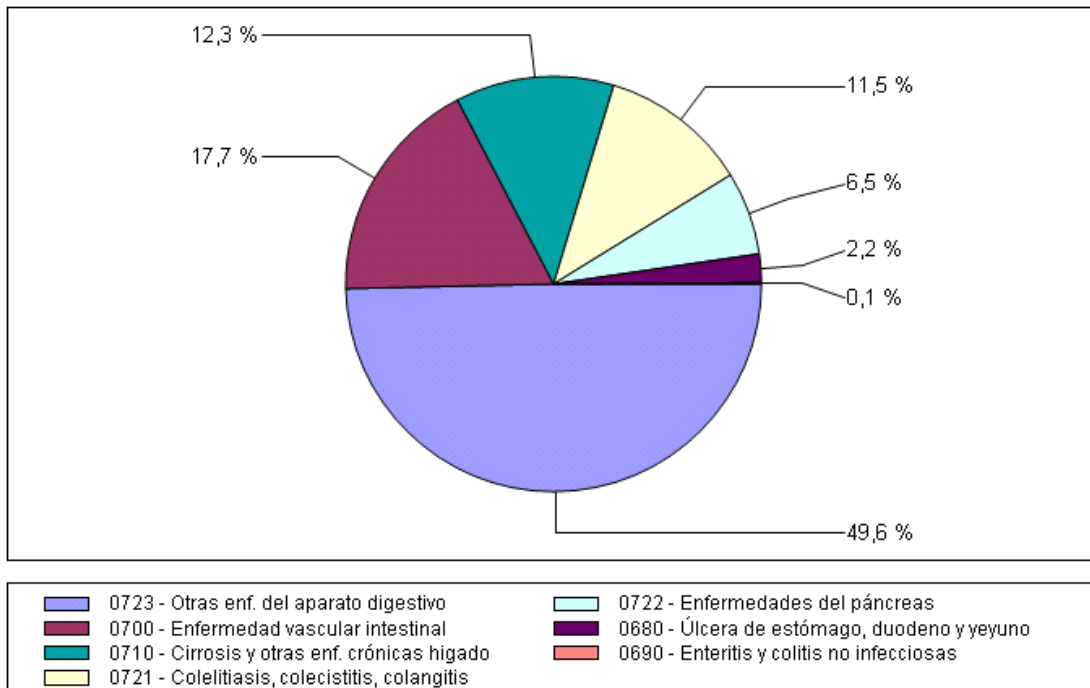
**Figura 8.113. Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

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

**Hombres**



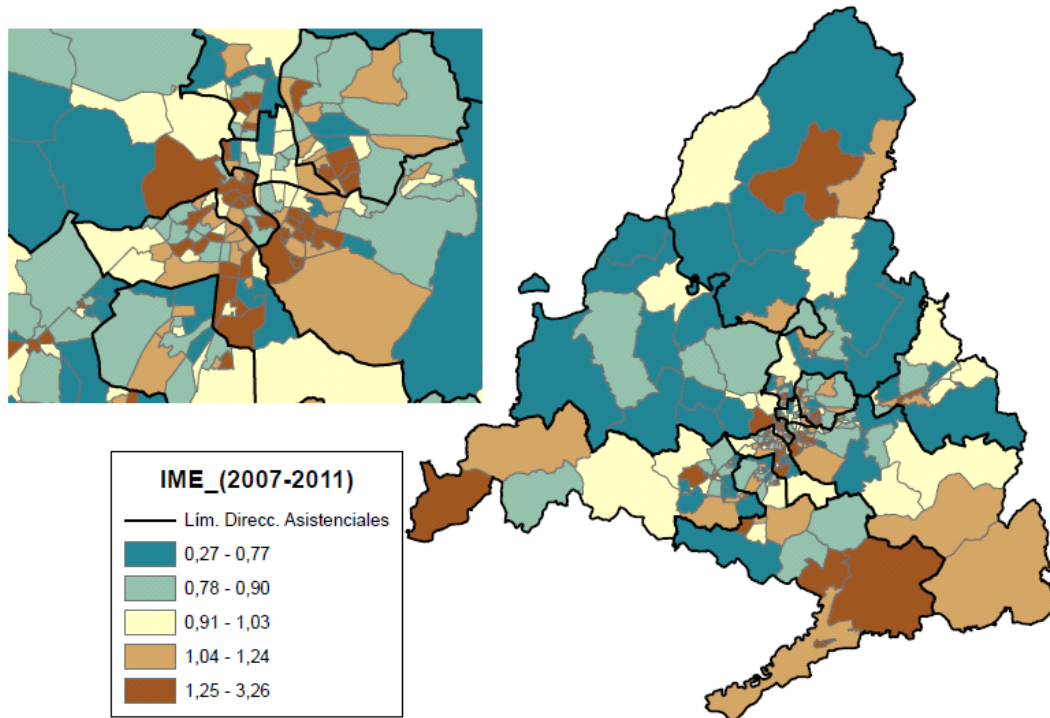
**Mujeres**



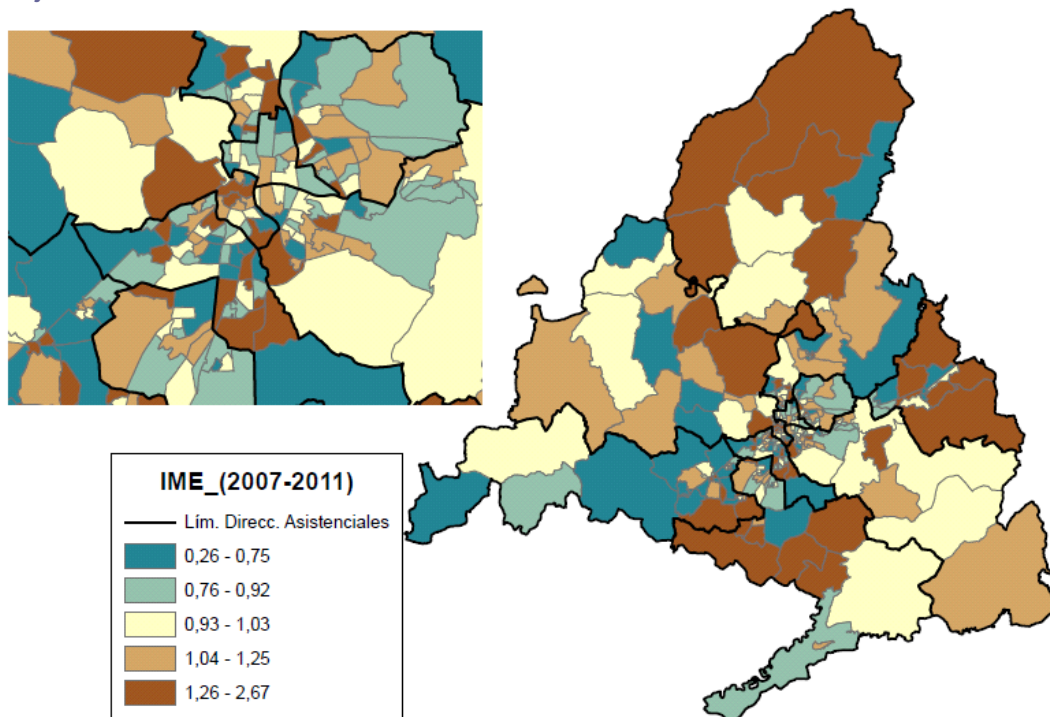
**Figura 8.114. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.**

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

**Hombres**

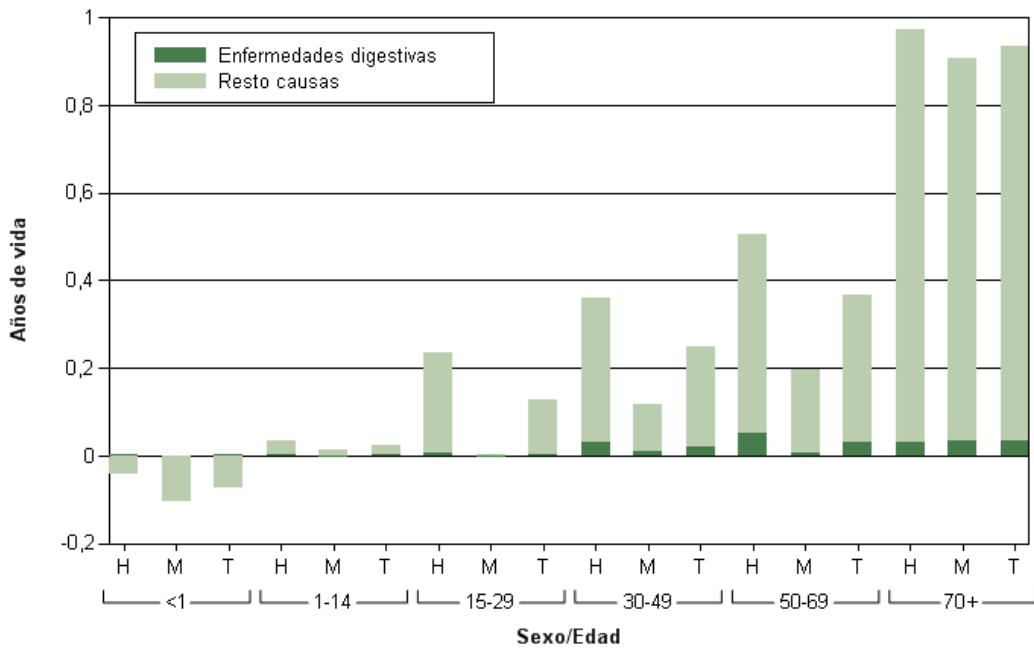


**Mujeres**



**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, 2007-2012.**

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, 2013.**

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

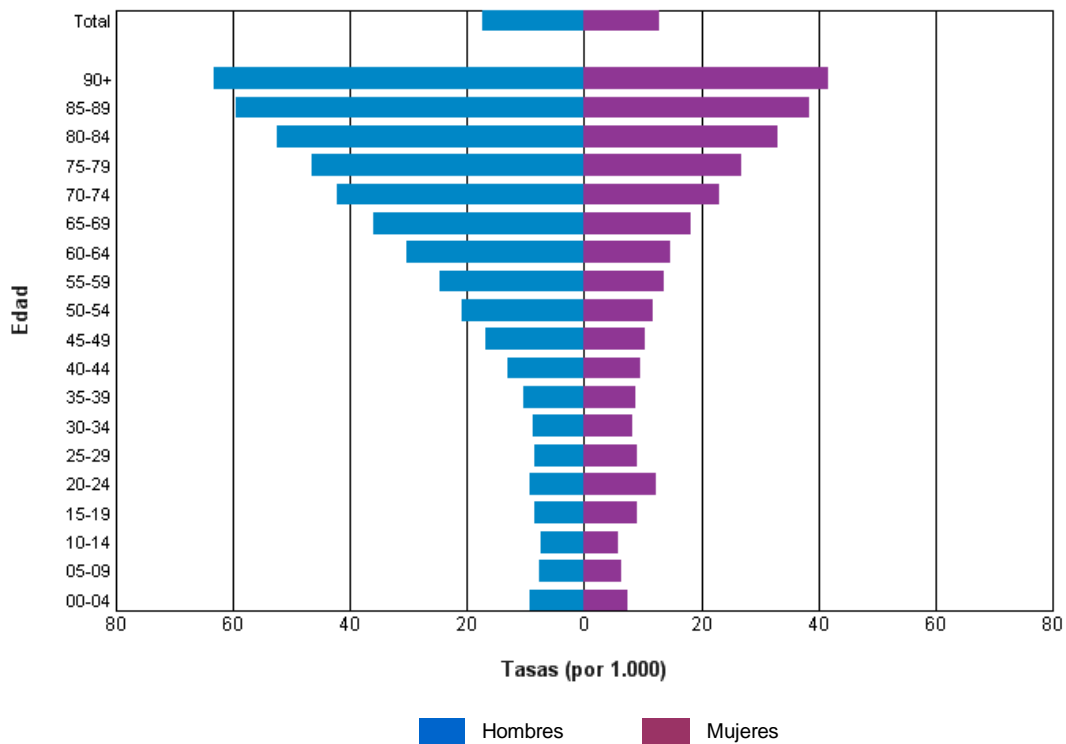
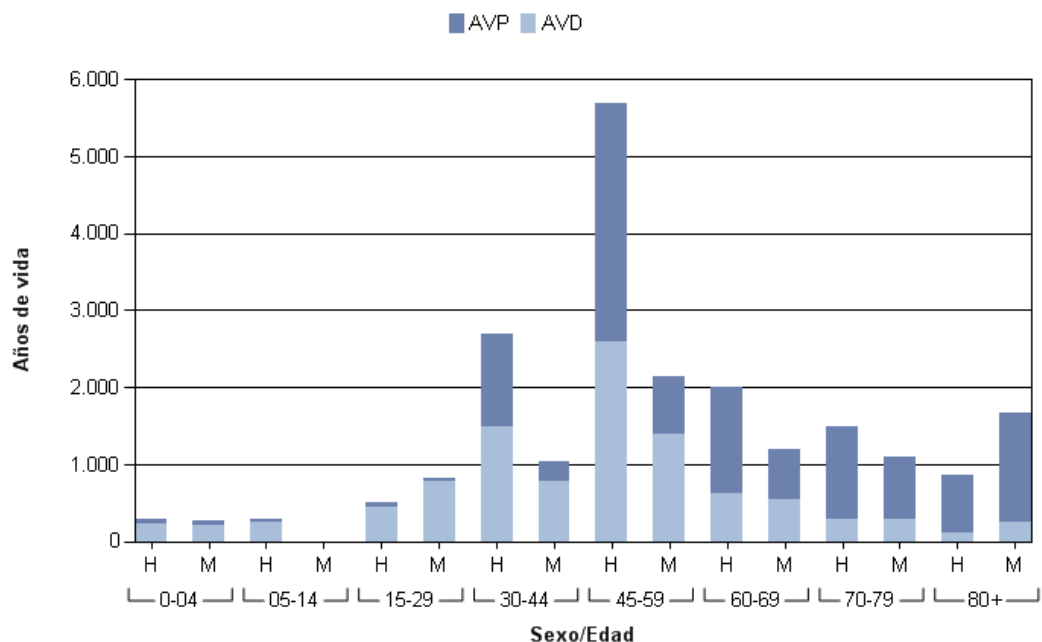


Figura 8.117. Enfermedades del sistema digestivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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, 2012.

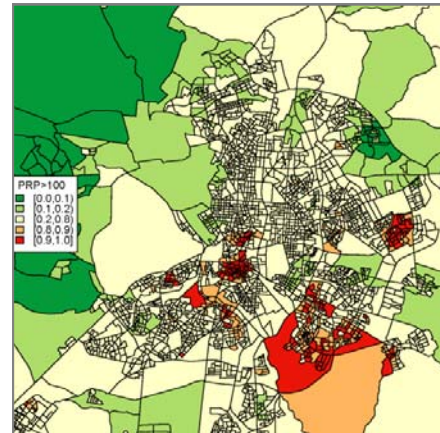
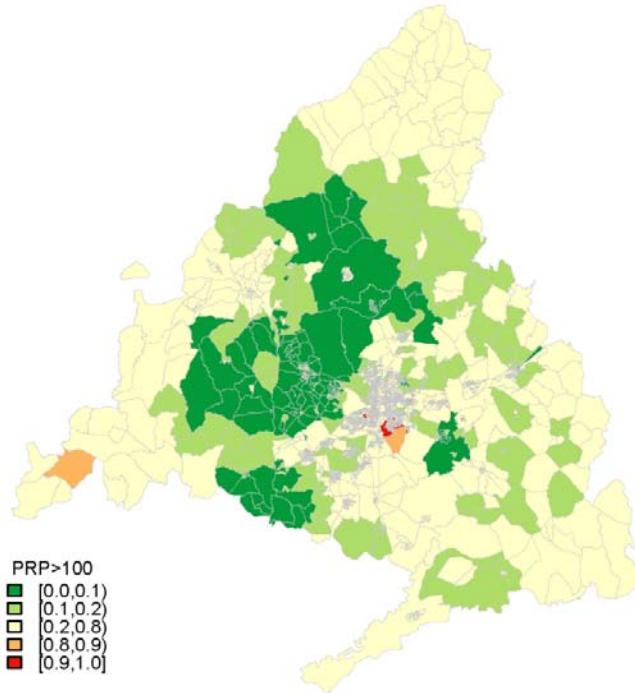
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	288	122	410
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,3	3,6	6,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,8	2,8	6,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,2	2,5	5,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	45,9	19,7	32,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,09	0,03	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.588	1.172	4.760
Años de Vida Perdidos. CM.	2.940	886	3.826
Años Vividos con Discapacidad. CM.	648	286	934

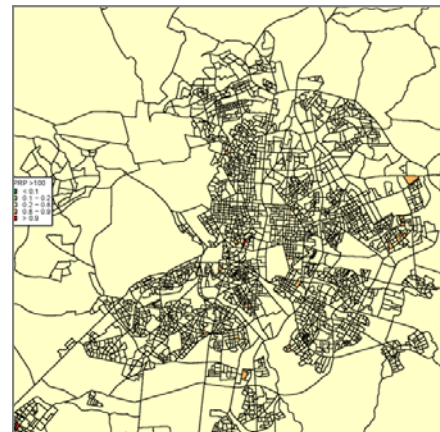
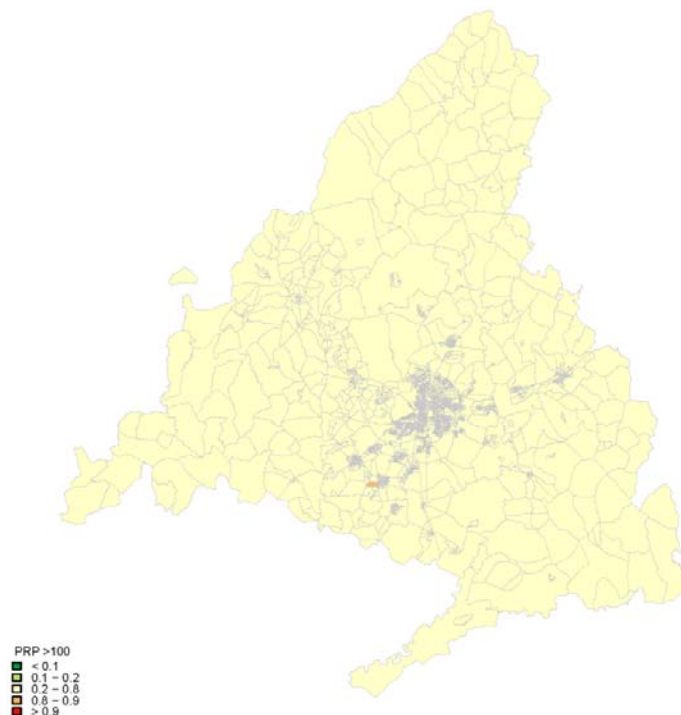
Figura 8.118. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**



**Mujeres**

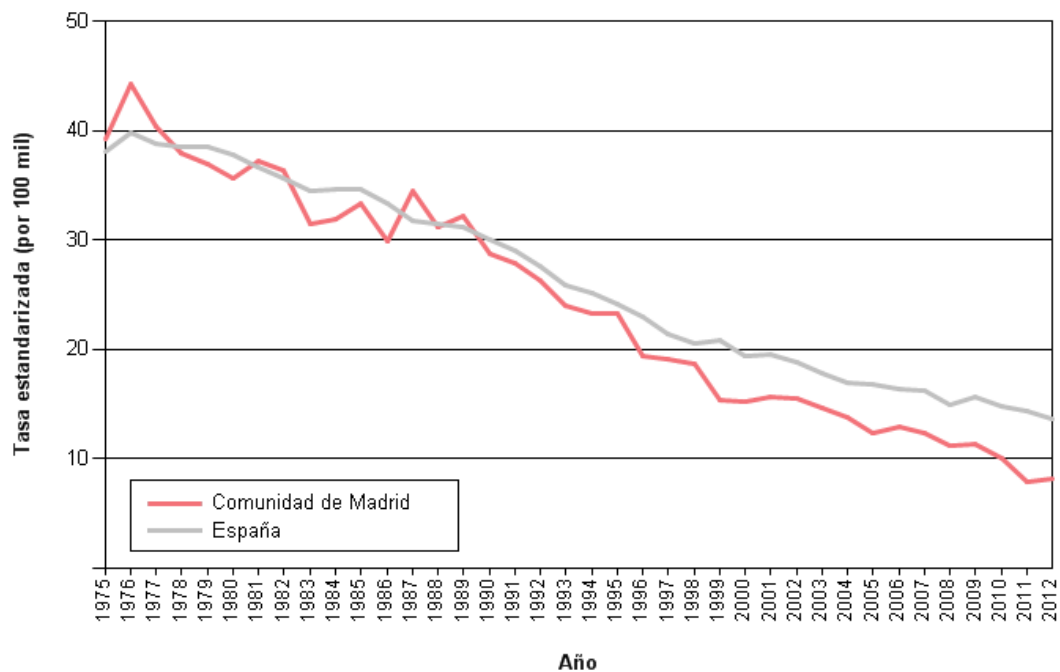




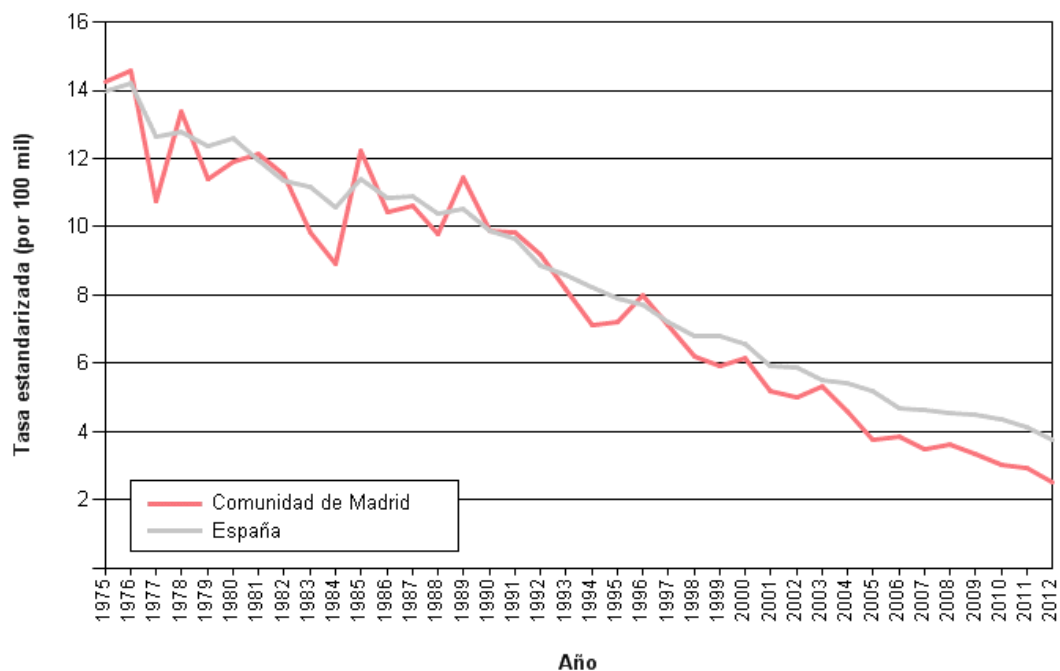
**Figura 8.119. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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, 2013.

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

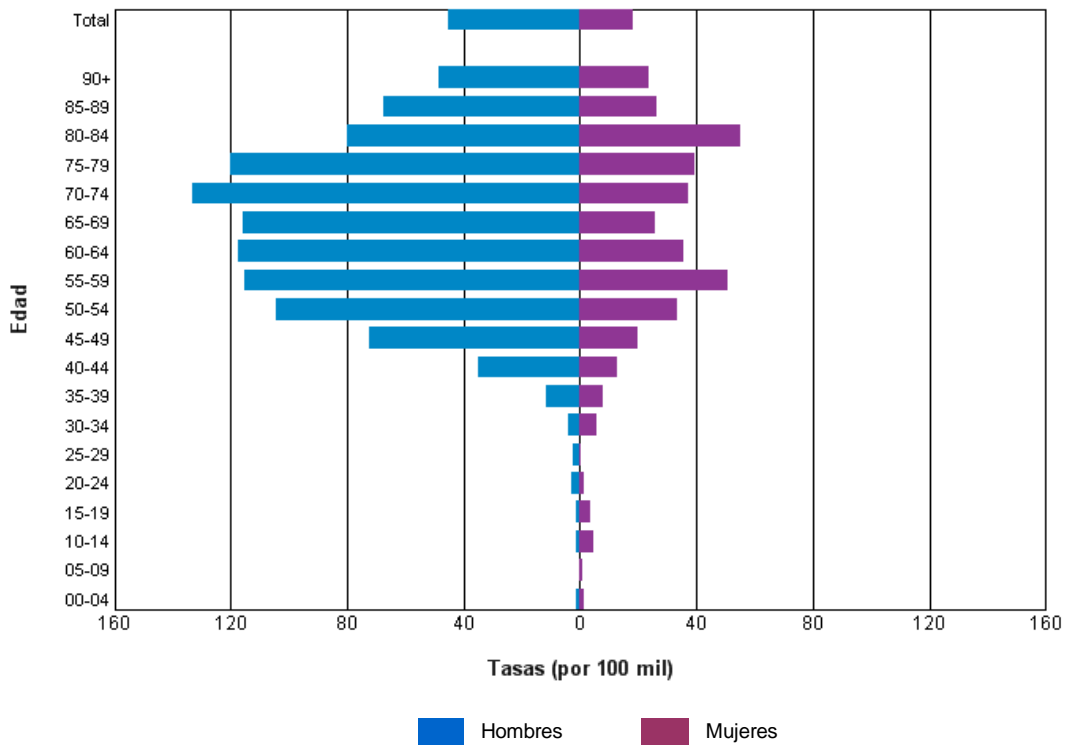
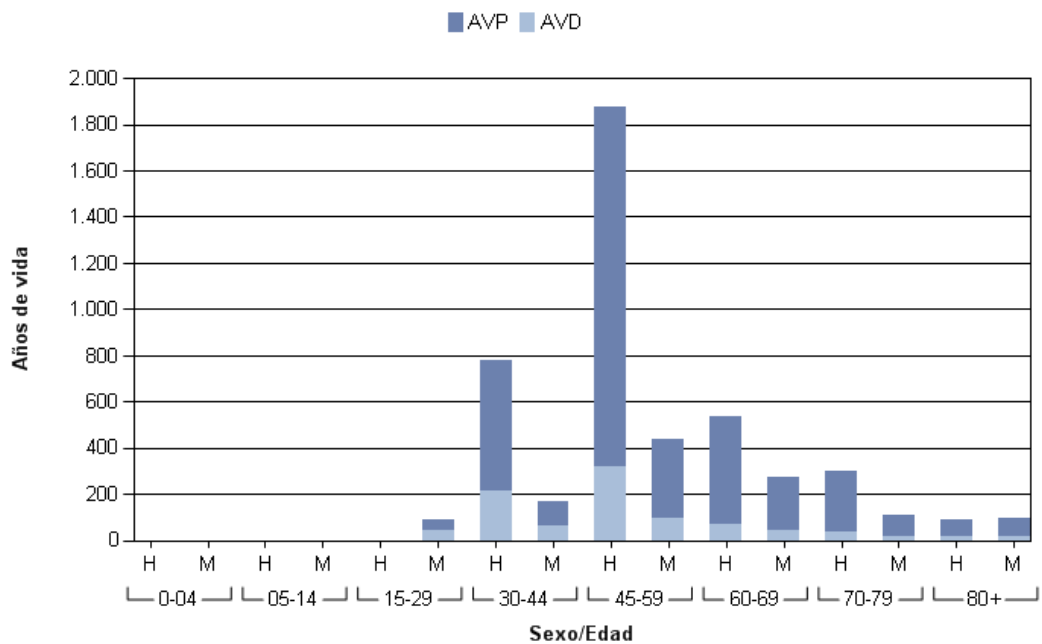


Figura 8.121. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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 2012 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, 2012.**

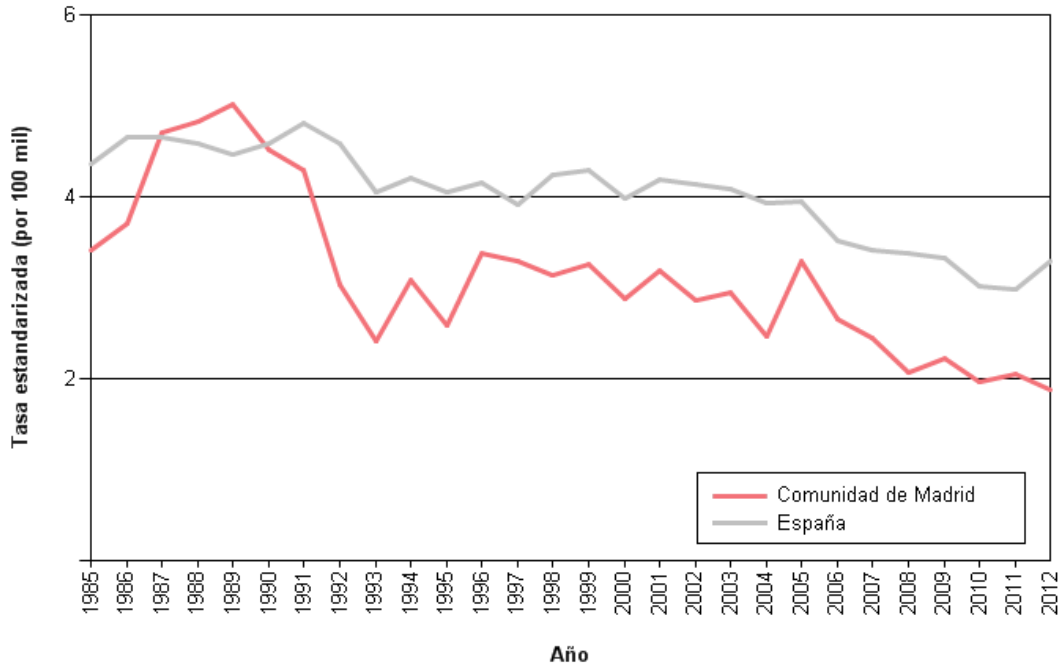
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	81	155	236
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	4,6	3,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,7	0,7	0,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,0	2,1	2,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.049,8	1.264,5	1.161,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,01	0,03	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.368	19.136	32.504
Años de Vida Perdidos. CM.	493	613	1.106
Años Vividos con Discapacidad. CM.	12.875	18.523	31.398

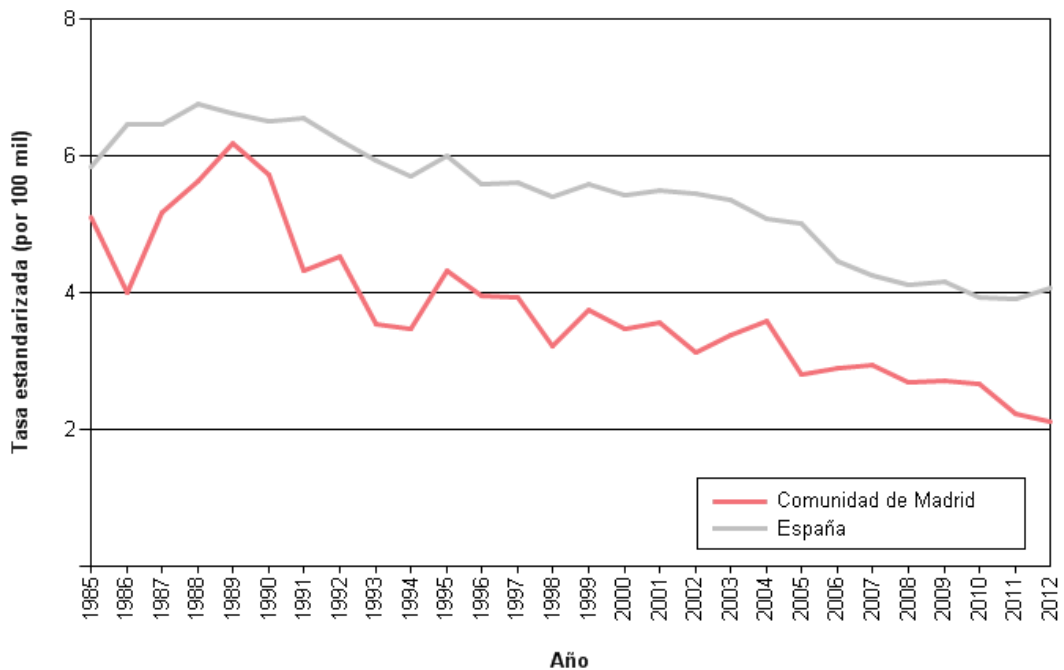
**Figura 8.122. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1985-2012.**

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, 2013.

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

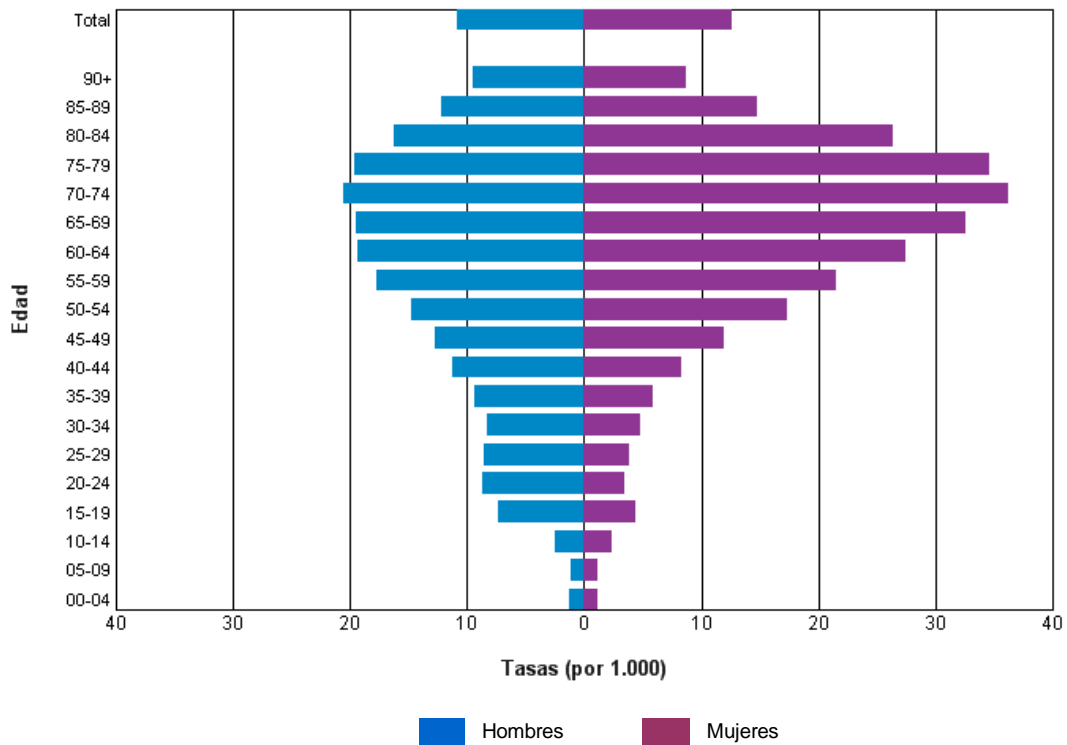
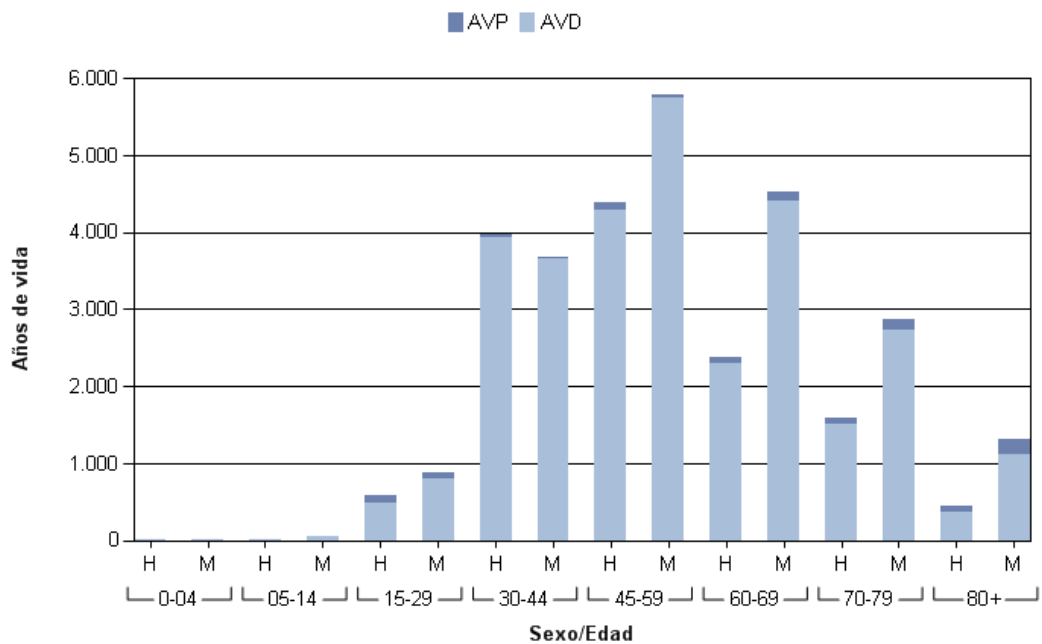


Figura 8.124. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 8.2.5.1. Artritis reumatoide y osteoartritis

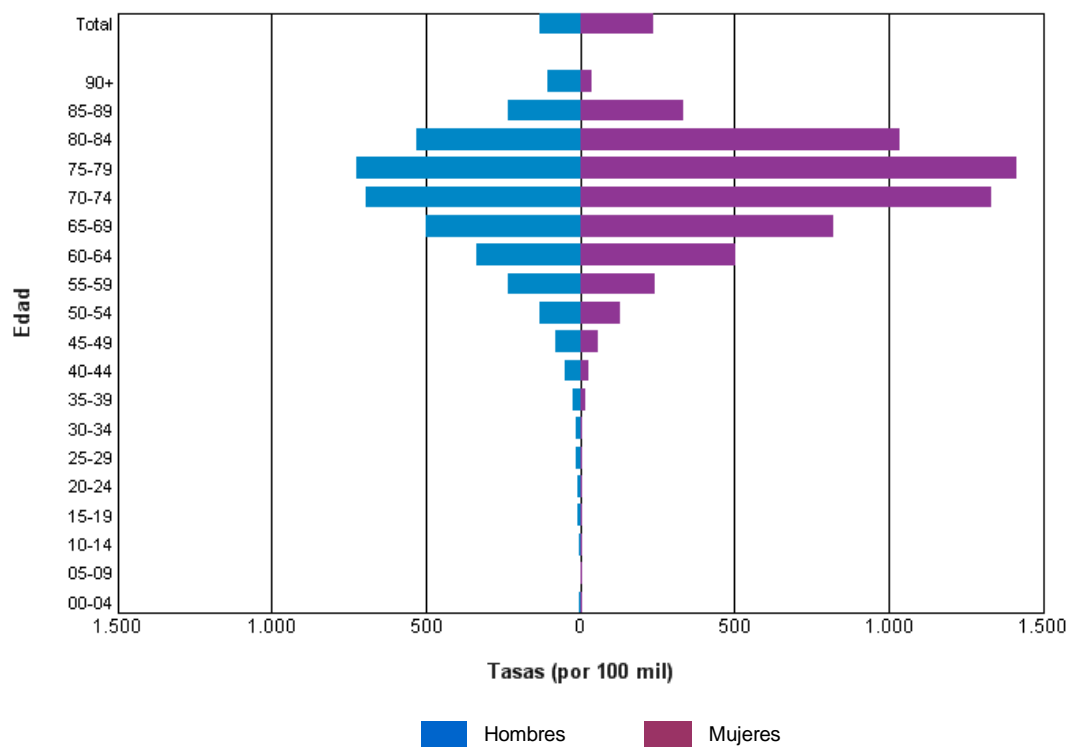
**Tabla 8.33. Artritis reumatoide y osteoartritis. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Artritis reumatoide y osteoartritis. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	9	15	24
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,3	0,4	0,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	-	0,1	0,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	0,2	0,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	134,2	243,2	190,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,00	0,00	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.724	4.596	6.320
Años de Vida Perdidos. CM.	37	50	87
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.687	4.546	6.233

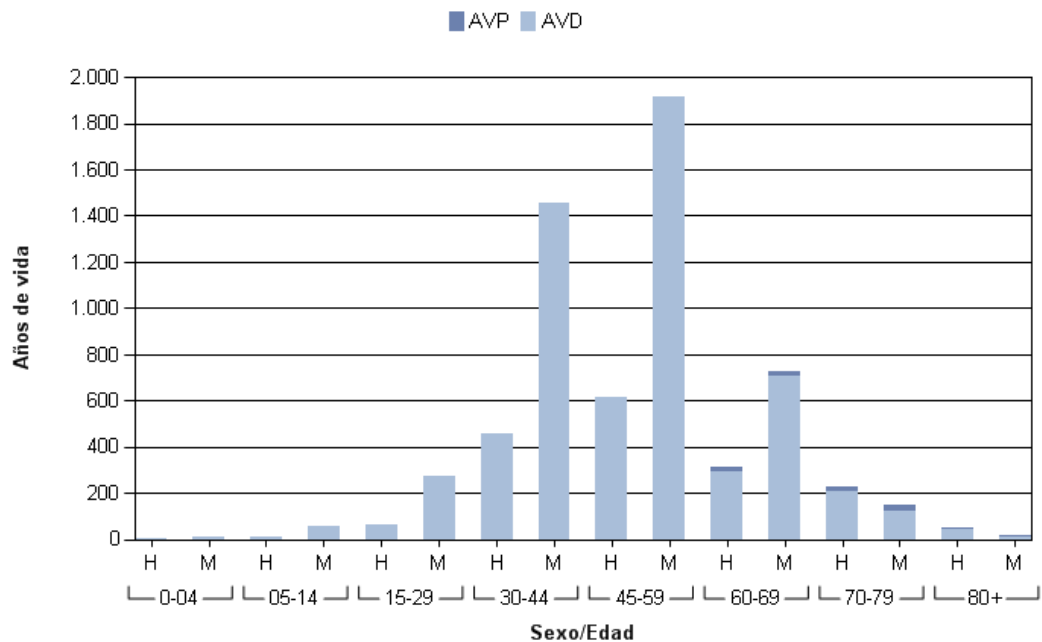
**Figura 8.125. Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 8.2.5.2. Osteoporosis y fracturas patológicas

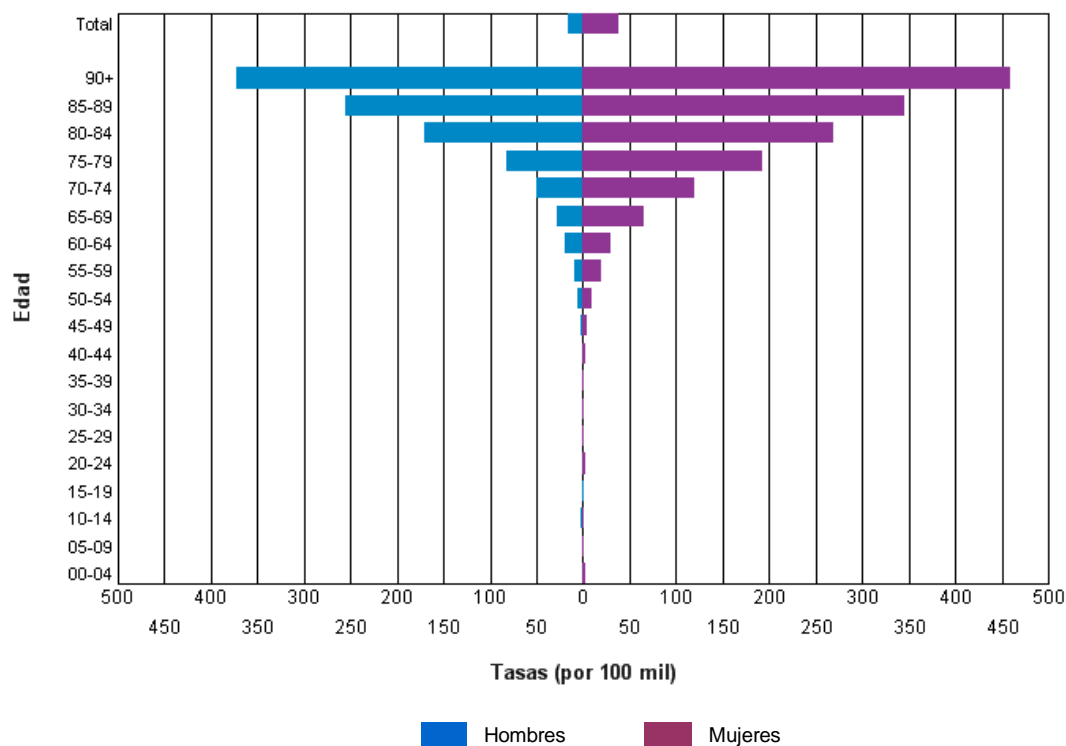
**Tabla 8.34. Osteoporosis y fracturas patológicas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Osteoporosis y fracturas patológicas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	23	80	103
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,7	2,4	1,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	-	-	-
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,5	0,8	0,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,3	36,6	25,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,01	0,02	0,02
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, 2013.

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 50 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, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

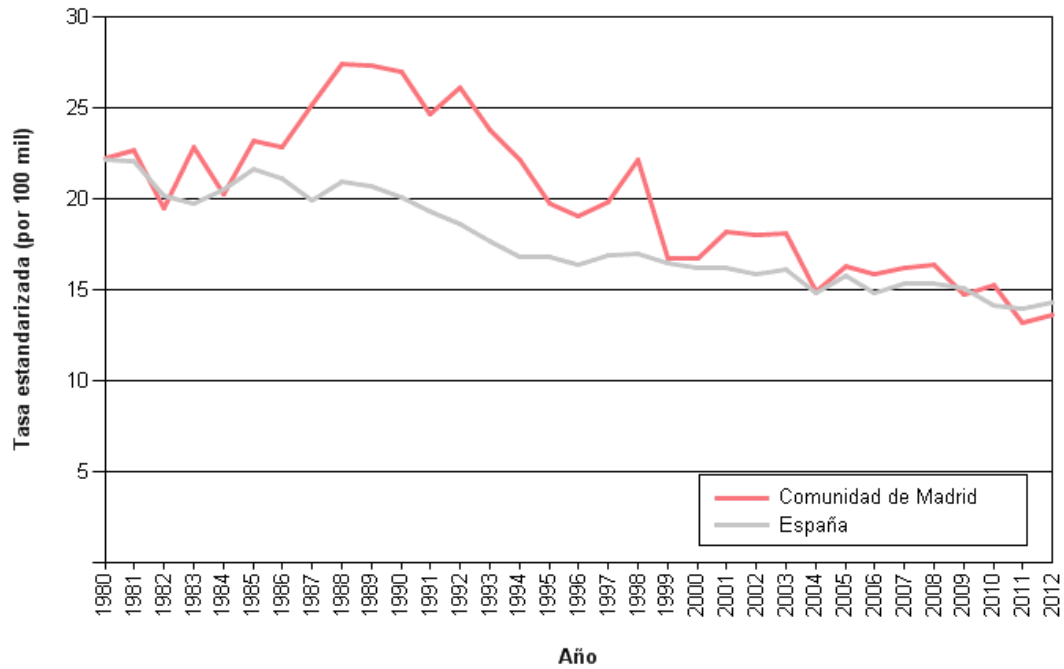
Enfermedades del sistema genitourinario. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	562	786	1.348
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	18,1	23,5	20,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,3	1,1	1,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,2	9,1	10,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	910,7	1.047,2	981,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2007 - 2012)	0,05	0,03	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.578	2.615	7.193
Años de Vida Perdidos. CM.	2.062	2.056	4.118
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.516	559	3.075



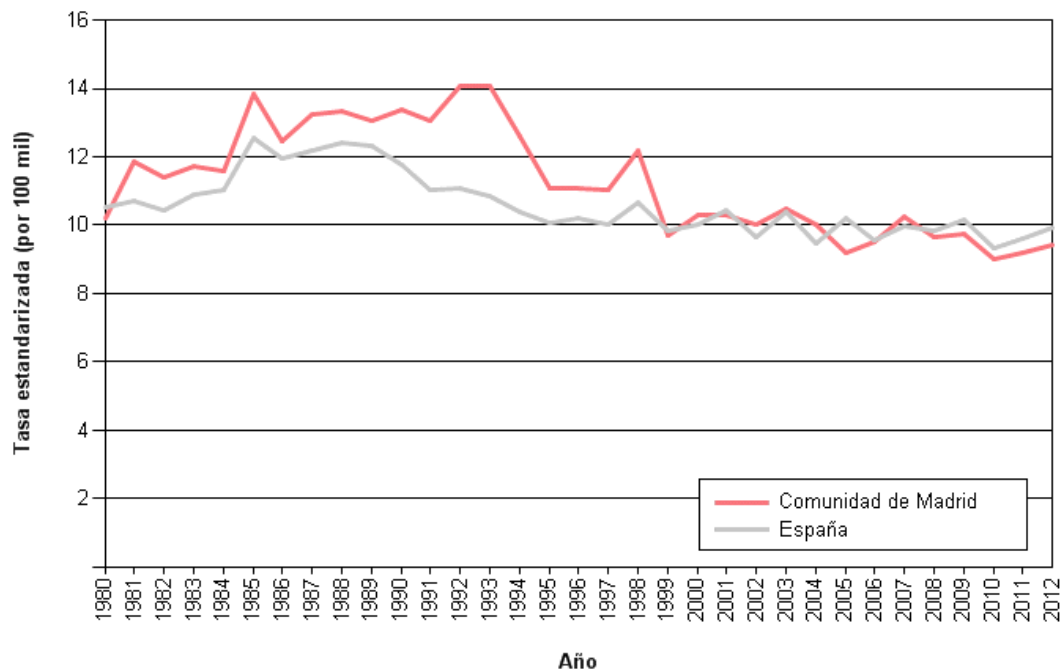
**Figura 8.128. Enfermedades del sistema genitourinario. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.**

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, 2013.

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

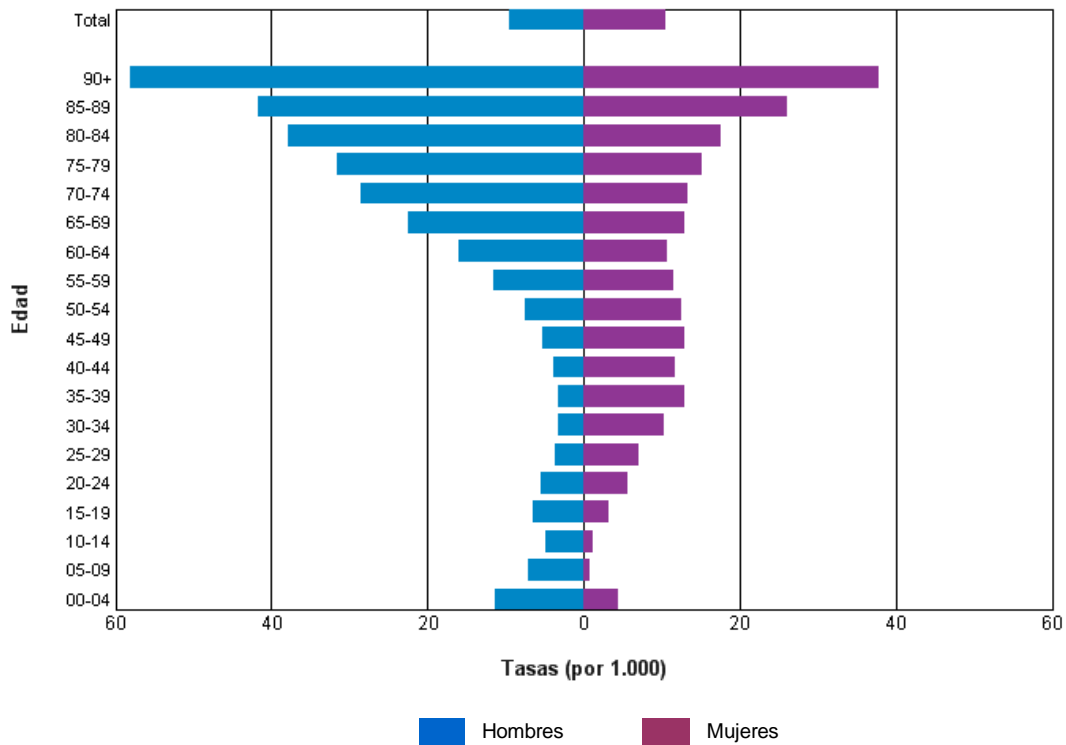
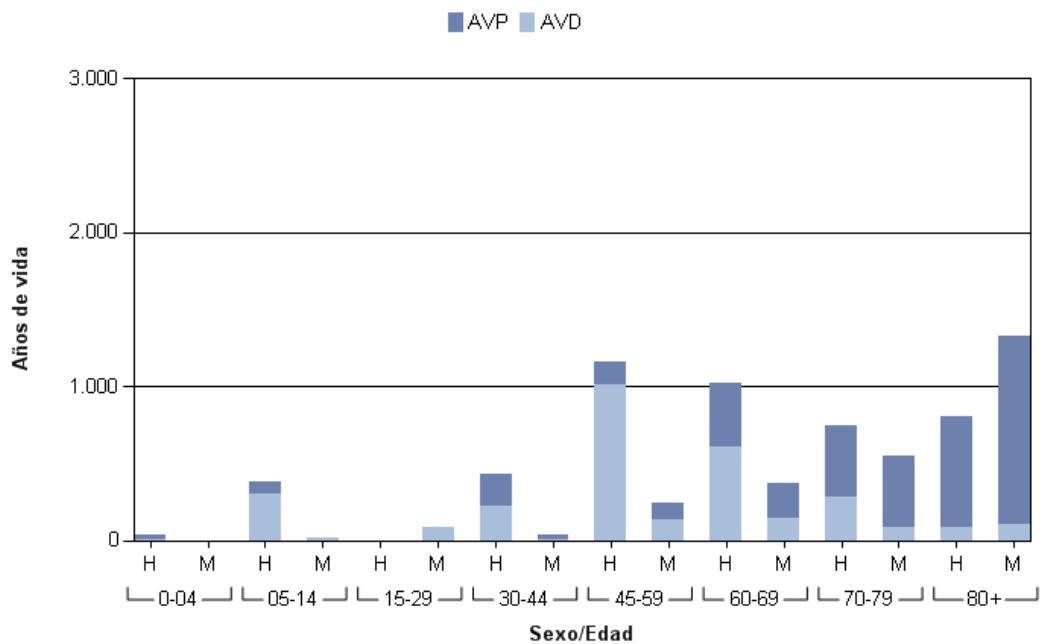


Figura 8.130. Enfermedades del sistema genitourinario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

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.

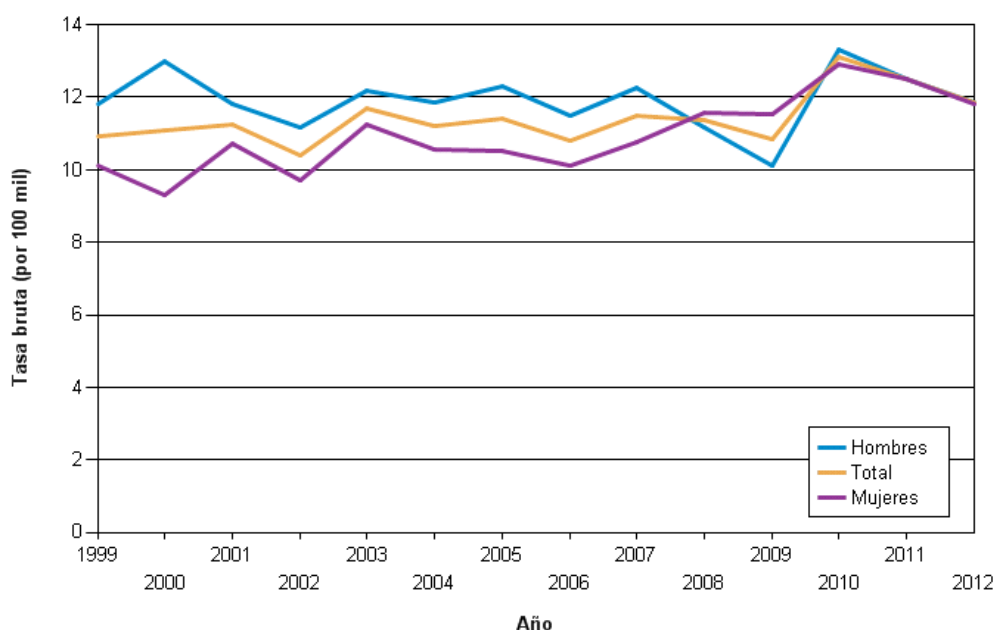
### 8.2.7.1. Mortalidad por enfermedades raras

Las ER representan el 1,8% (N=771) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2012, de las cuales la mayoría corresponden a hombres (56,0%) 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 11,9% de las defunciones en menores de 1 año y al 18,3% en el grupo de 1 a menores de 15 años.

En 2012 la tasa bruta de mortalidad por ER fue de 11,9 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 (133,5 por 100.000) y los menores de 1 año (76,6 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, 1999-2012.**

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, 2012.**

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	27	77,49	25	75,62	52	76,58
01-04	5	3,32	9	6,32	14	4,78
05-14	1	0,30	5	1,60	6	0,93
15-24	5	1,59	7	2,26	12	1,92
25-34	12	2,42	7	1,38	19	1,90
35-44	8	1,36	7	1,19	15	1,28
45-54	23	5,03	17	3,49	40	4,23
55-64	37	11,39	40	10,69	77	11,02
65-74	61	27,00	46	16,71	107	21,35
75-84	124	85,41	114	52,09	238	65,38
85+	69	163,68	122	120,86	191	133,48
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>11,97</b>	<b>399</b>	<b>11,91</b>	<b>771</b>	<b>11,94</b>

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 nervioso y órganos de los sentidos (4,3 por 100.000) con mayor frecuencia de las enfermedades que afectan a la motoneurona; seguido de las enfermedades del sistema respiratorio (3,5 por 100.000) entre las cuales destacan las otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; y de las malformaciones congénitas (1,5 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, 2012.**

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.	7	0,23	12	0,36	19	0,29
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	8	0,26	10	0,30	18	0,28
V. Trastornos mentales y del comportamiento			3	0,09	3	0,05
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	129	4,15	150	4,48	279	4,32
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	10	0,32	41	1,22	51	0,79
X. Enfermedades del sistema respiratorio	135	4,34	90	2,69	225	3,48
XI. Enfermedades del sistema digestivo	22	0,71	20	0,60	42	0,65
XII. Enf. piel y del tejido subcutáneo			1	0,03	1	0,02
XIII. Enf. sistema osteomuscular y tejido conjunt.	14	0,45	15	0,45	29	0,45
XIV. Enf. sistema genitourinario	3	0,10	4	0,12	7	0,11
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	44	1,42	53	1,58	97	1,50
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>11,97</b>	<b>399</b>	<b>11,91</b>	<b>771</b>	<b>11,94</b>

### 8.2.7.2. Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras

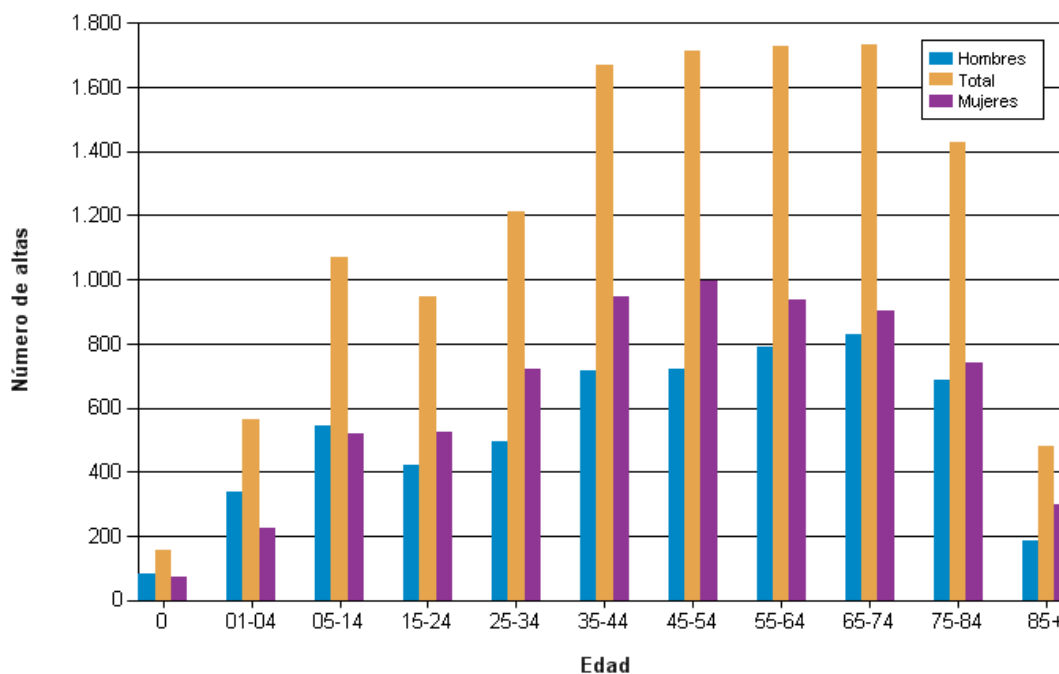
El análisis de la morbilidad hospitalaria presenta la limitación de no reflejar aquellas ER que, por sus características clínicas, no requieran hospitalización para su diagnóstico o tratamiento.

En 2013, las ER representan el 1,4% (N=12.688) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 54,2% 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 35,5% de las altas y el de las enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas e inmunitarias el 11,0%. 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 (49,8%). El grupo de edad con más altas es el de 65-74 años para ambos sexos, pero las tasas más elevadas se observan en el grupo de 75-84 años (3,9 por 1.000). 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 entre los 5 y los 64 años, mientras éstos están por encima en menores de 5 años y en la edad avanzada, especialmente a partir de los 75 años (Figura 8.132 y Figura 8.133).

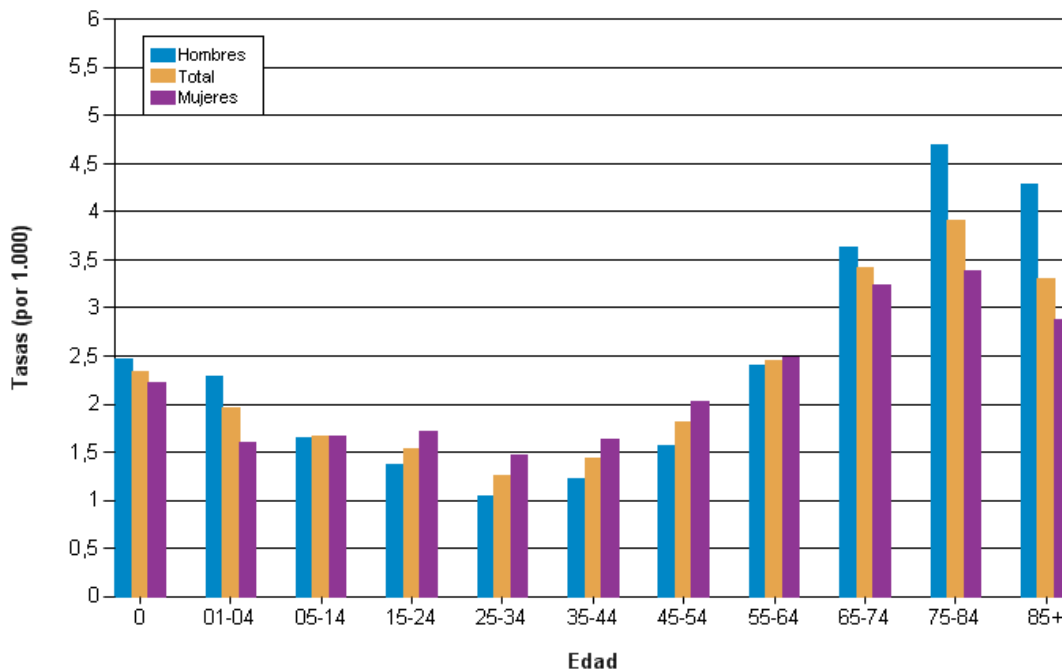
**Figura 8.132. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y grupo de edad. Número de altas. Comunidad de Madrid, 2013.**

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 1000. Comunidad de Madrid, 2013.**

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 sistema nervioso, seguidas de las enfermedades de la sangre, del aparato digestivo y de las endocrinas. A su vez, destacan las mayores tasas poblacionales observadas en mujeres respecto a hombres en las enfermedades endocrinas, en las 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).

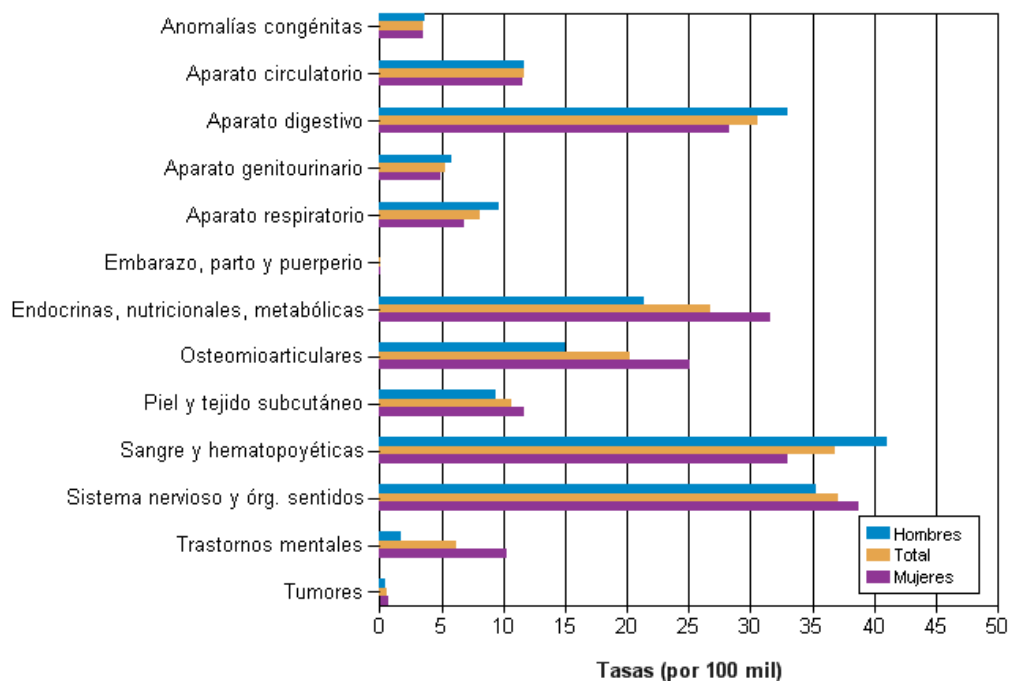
**Tabla 8.38. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y gran grupo de causa. Número de altas. Comunidad de Madrid, 2013.**

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

Grupos patológicos	Hombres	Mujeres	Total
Anomalías congénitas	113	117	230
Aparato circulatorio	361	387	748
Aparato digestivo	1.019	943	1.963
Aparato genitourinario	181	164	345
Aparato respiratorio	296	229	525
Embarazo, parto y puerperio		2	2
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	661	1.054	1.716
Osteomioarticulares	465	834	1.299
Piel y tejido subcutáneo	291	390	681
Sangre y hematopoyéticas	1.266	1.098	2.364
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.087	1.292	2.379
Trastornos mentales	54	341	395
Tumores	15	26	41
<b>Total</b>	<b>5.809</b>	<b>6.877</b>	<b>12.688</b>

Figura 8.134. Enfermedades raras. Morbilidad hospitalaria según sexo y gran grupo de causa. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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



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 (3,9 por 100.000), la cual presenta tres veces más altas en mujeres que en hombres (Tabla 8.39).

**Tabla 8.39. 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, 2013.**

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

	Hombre		Mujer		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
E. NM (DE LA PLACA MOTORA)	205	6,65	369	11,08	574	8,95
E. NM (DE LA MOTONEURONA ESPINAL)	129	4,18	131	3,93	260	4,05
ESCLERODERMIA	55	1,78	196	5,88	251	3,91
E. NM (DE RAICES Y NERVIOS PERIF.)	123	3,99	104	3,12	227	3,54
E. NM (MUSCULARES)	52	1,69	95	2,85	147	2,29
DISTONÍA MUSCULAR	31	1,01	70	2,10	101	1,57
VON HIPPEL LINDAU*	46	1,49	41	1,23	87	1,36
EPIDERMOLISIS BULLOSA*	26	0,84	24	0,72	50	0,78
NEUROFIBROMATOSIS	15	0,49	26	0,78	41	0,64
OTRAS ANOMALIAS ESPECIFICADAS*	14	0,45	27	0,81	41	0,64
OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	16	0,52	17	0,51	33	0,51
ATAXIAS	16	0,52	13	0,39	29	0,45
QUISTES DE TARLOV*	17	0,55	9	0,27	26	0,41
E. DE HUNTINGTON	4	0,13	12	0,36	16	0,25
E. NM (DE ORIGEN MITOCONDRIAL)	9	0,29	5	0,15	14	0,22
TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA	3	0,10	10	0,30	13	0,20
NARCOLEPSIA	4	0,13	7	0,21	11	0,17
ACROCEFALOSINDACTILIA	4	0,13	5	0,15	9	0,14
LEUCODISTROFIA	6	0,19	3	0,09	9	0,14
EXTROFIA VESICAL	4	0,13	2	0,06	6	0,09
ANIRIDIA	3	0,10	1	0,03	4	0,06
PARAPARESIA ESPÁSTICA FAMILIAR	1	0,03	2	0,06	3	0,05
S DE GILLES DE LA TOURETT	1	0,03			1	0,02
S. DE X FRÁGIL						

(\*) Estas enfermedades pueden estar sobreestimadas por inespecificidad del código CIE

A nivel nacional, la Red Española de Registros para la Investigación de Enfermedades Raras (Grupo Spain-RDR), coordinado por el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER), ha seleccionado un listado de 934 códigos CIE-9-MC y 1370 códigos en CIE 10 en el año 2012. Este listado se encuentra en actualización. Se adjunta un informe en el que se utiliza dicha selección y se realiza una primera aproximación a la prevalencia de las ER de la Comunidad de Madrid para el período 2010-2012.



### 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 2012, 200,01 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (107,9 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. 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, aunque se observa un repunte en hombres en 2012 después de diez años consecutivos de descenso. En 2013 los tumores compartían en hombres el segundo puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria con las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan también 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 suponen más de la mitad 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 vuelve a ocupar el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2012, superando al cáncer de colon y recto. Este último presenta en ambos sexos la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad en ambos sexos –con tendencia claramente descendente–, la quinta en carga de enfermedad en 2012 y la quinta en morbilidad hospitalaria en 2013 en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (36,9% en hombres y 21,9% en mujeres en 2012), 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 primer lugar en mujeres y el segundo en hombres entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas estandarizadas superiores en hombres (20,9 por 100.000 habitantes, frente a 17,8 en mujeres, para 2012).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2012. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999, más marcada en hombres. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2012 la cuarta 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 31,7% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2012, y el 11,1% en mujeres, superadas en éstas por las neumonías, con un 23,6% 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 54 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y sexta en mujeres, ocasionando el 4,7% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la tasa más alta de altas hospitalarias en hombres y la cuarta 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 1,8% (N=771) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2012, de las cuales la mayoría corresponden a hombres (56,0%) 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 nervioso y órganos de los sentidos (4,3 por 100.000) con mayor frecuencia de las enfermedades que afectan a la motoneurona; seguido de las enfermedades del sistema respiratorio (3,5 por 100.000) entre las cuales destacan otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; y de las malformaciones congénitas (1,5 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio. En 2013,

las ER representan el 1,4% (N=12.688) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 54,2% 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. Mujeres con VIH/sida sometidas a Violencia de Género

9.4.4. 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 2012 la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 9,5 (13,2 en hombres y 6,5 en mujeres). Respecto a 2006 la carga de enfermedad por causas externas en 2012 ha disminuido un 51,0% (62,0% en hombres y 17,0 % 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Causas externas			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	493	397	890
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,9	11,9	13,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,8	4,4	8,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,2	6,5	9,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	842,4	770,4	805,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,39	0,15	0,28
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.058	5.692	13.750
Años de Vida Perdidos. CM.	5.650	2.833	8.483
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.408	2.859	5.267

### 9.1.2. Mortalidad por causas externas

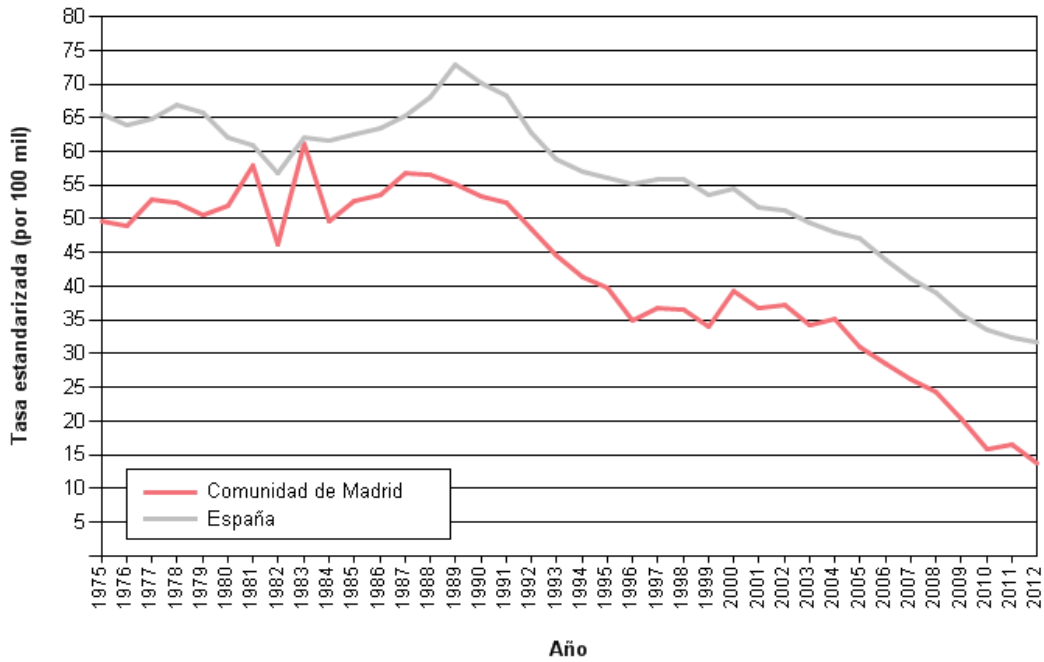
La mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid continúa su tendencia claramente descendente (Figura 9.1). Considerando las tasas ajustadas, durante el periodo 2000-2012 la mortalidad descendió un 65,6% en hombres y un 48,0 % en mujeres. Los hombres presentan en 2012 una tasa ajustada que duplica a la de las mujeres.

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.

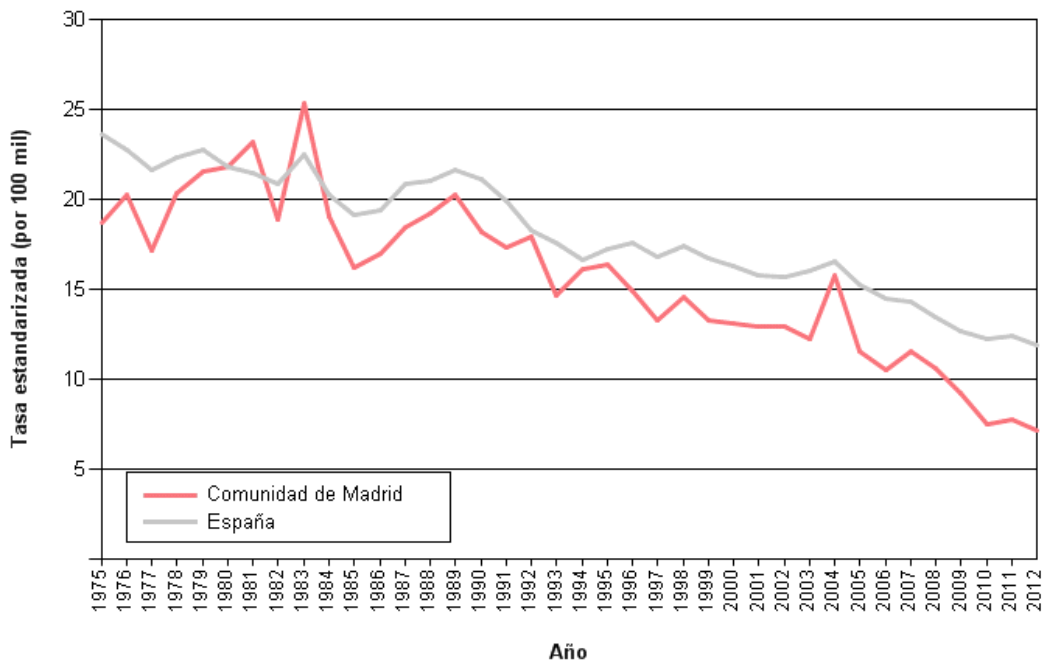
**Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**



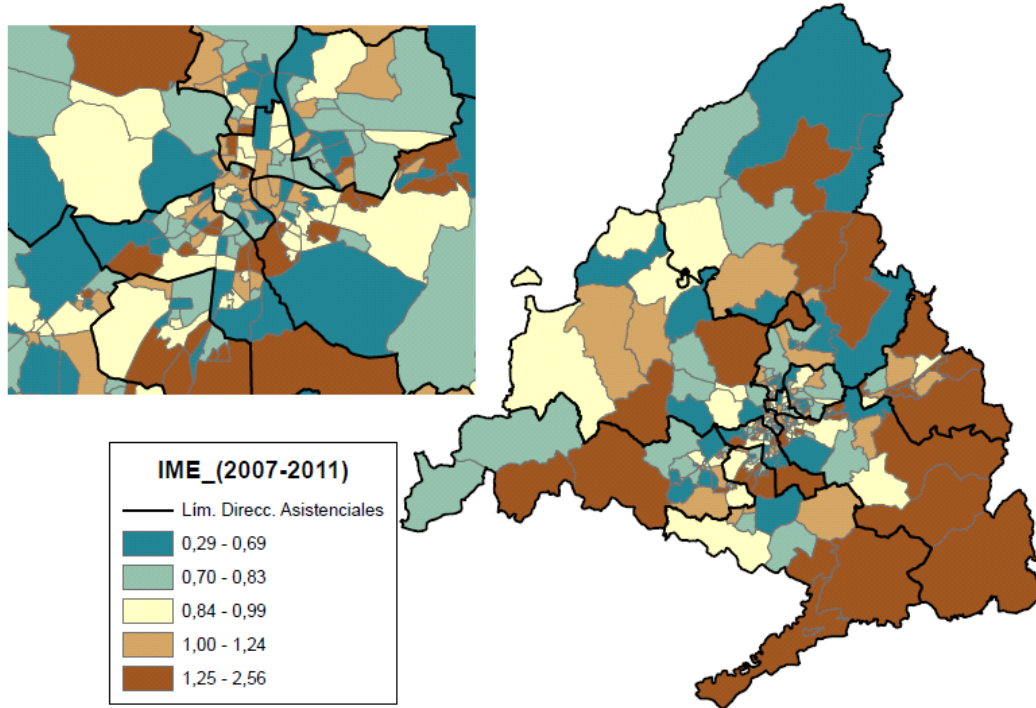
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La [Figura 9.2](#) muestra la mortalidad por causas externas 2007-2011, 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.

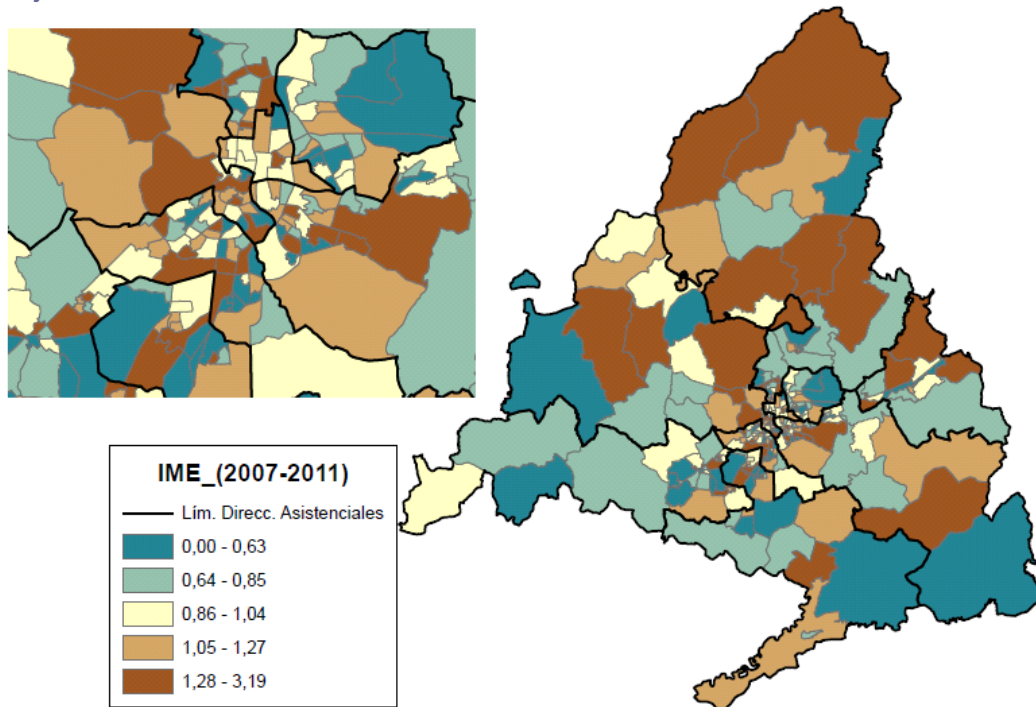
**Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.**

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

**Hombres**



**Mujeres**

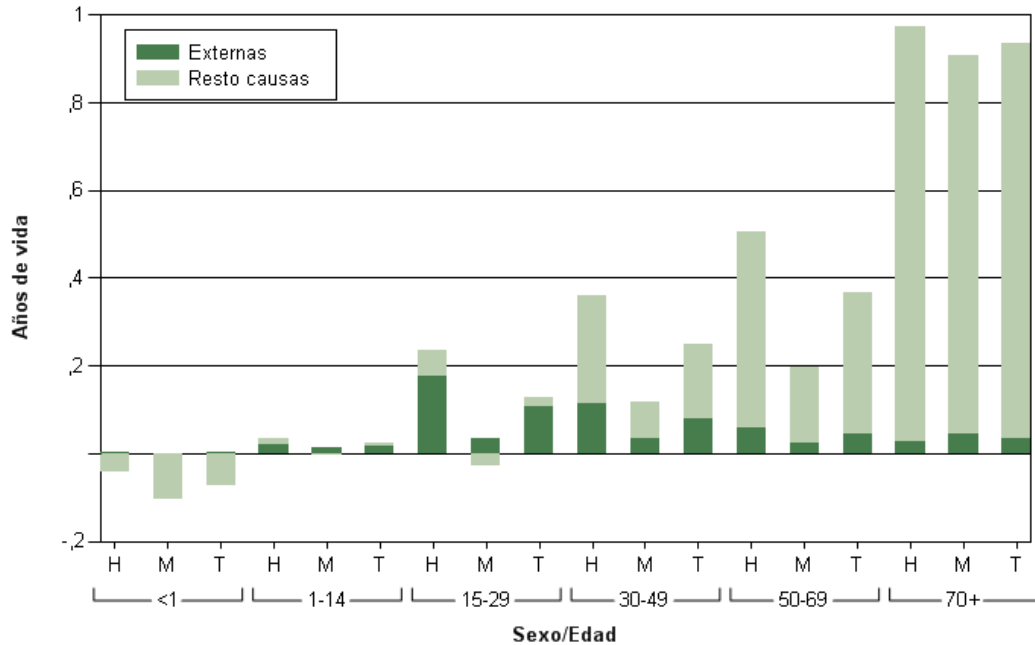




Entre 2007 y 2012 las causas externas de muerte han contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población madrileña en 0,39 años en hombres y 0,15 años en mujeres. Las mejoras se han producido sobre todo en el tramo de edad de 15 a 49 años (Figura 9.3).

**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. 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### 9.1.3. Accidentes auto declarados

#### 9.1.3.1 Accidentes en jóvenes

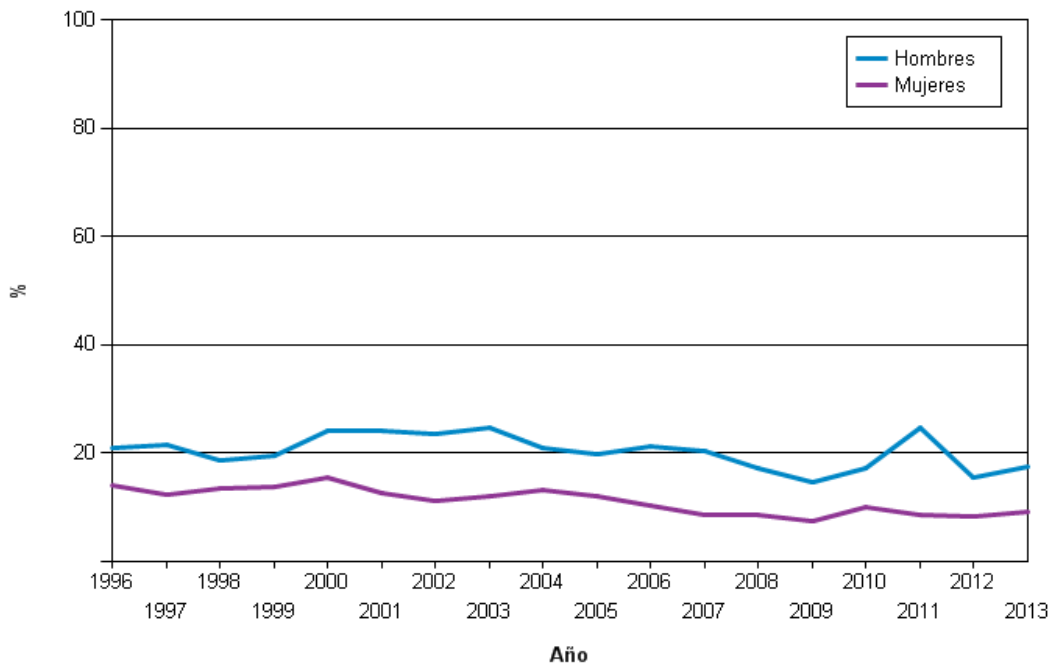
De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), el 13,4% de los jóvenes de 15 y 16 años entrevistados en 2013 tuvo en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, 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 (28,7%), el segundo en la calle (18,3%) y en tercer lugar en casa (17,0%). En las mujeres se originaron fundamentalmente en casa (41,2%), seguido de los accidentes relacionados con la práctica deportiva (14,3%) o en otro lugar no especificado (13,4%).

Desde 1996 la evolución de la frecuencia de accidentes muestra una tendencia predominantemente descendente, tanto en chicos como en chicas. El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2012/2013 fue del 21,7% en los chicos y del 34,0% en las 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, 1996-2013.**

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



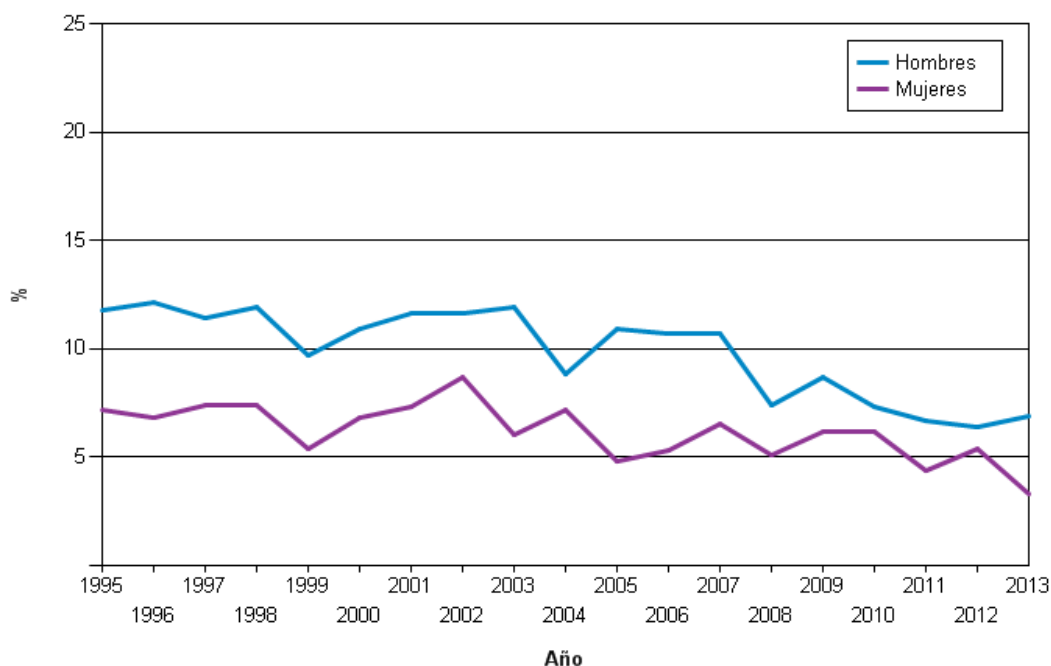
### 9.1.3.2. Accidentes en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) un 5,1% 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 observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 44,4% en hombres y del 37,9% en mujeres durante el 2012/2013 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, 1995-2013.

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



#### 9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones atendidas en Atención Primaria representan en 2013 el 4% de todos los episodios atendidos (Tabla 9.2). Existe una tendencia ascendente sostenida en las tasas ajustadas anuales durante los últimos años (2005-2013), con un incremento del 26,3% en hombres y del 33,3% en mujeres, las cuales presentan actualmente tasas superiores a los hombres. La población extranjera presenta en 2013 tasas ajustadas un 18,4% 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, 2012 y 2013.

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

	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	385.300	4,6	126,4 (128,9)	372.515	4,6	122,1 (124,4)
Mujeres	485.832	3,7	146,6 (136,2)	461.006	3,7	139,5 (129,8)
Nacidos fuera de España	118.346	3,8	102,4 (111,8)	107.707	3,8	97,4 (105,7)
Nacidos en España	743.420	4,1	142,8 (135,5)	716.046	4,1	136,4 (129,5)
<b>Total</b>	<b>871.132</b>	<b>4,0</b>	<b>136,9 (133,6)</b>	<b>833.521</b>	<b>4,0</b>	<b>131,2 (128,0)</b>

El incremento durante el período referido anteriormente se ha producido en todas las regiones de la Comunidad de Madrid, oscilando desde el 9,9% de la Dirección Asistencial Sur (la que presenta actualmente una mayor tasa) hasta el 50,3% de la Dirección Asistencial Centro (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, 2012 y 2013.**

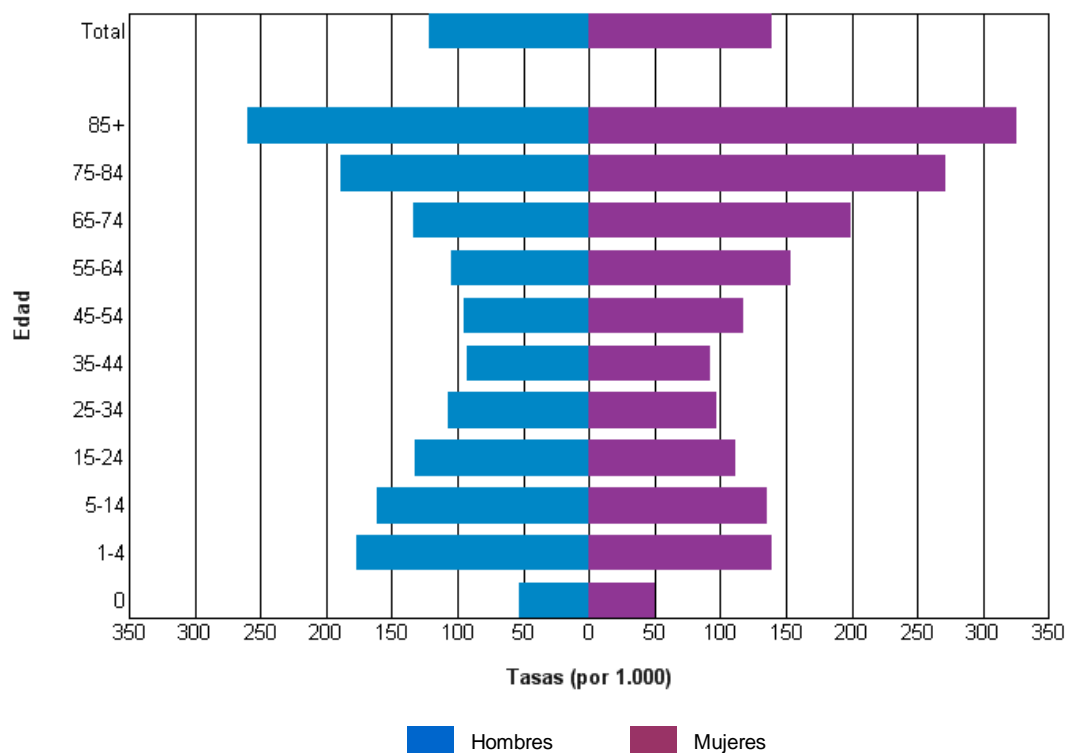
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	159.957	4,0	130,1 (119,9)	156.845	3,9	128,8 (119,5)
Norte	103.607	4,0	127,5 (123,6)	98.579	4,1	121,0 (117,9)
Este	132.985	4,0	144,0 (140,4)	120.521	4,0	130,3 (126,7)
Sureste	133.803	4,0	141,5 (139,3)	128.714	4,0	136,2 (133,9)
Sur	110.460	3,9	150,0 (151,4)	104.995	3,8	142,3 (143,1)
Oeste	103.944	3,9	144,6 (146,0)	101.587	3,9	141,3 (141,7)
Noroeste	126.376	4,5	127,0 (124,0)	122.280	4,5	122,8 (120,3)

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 los 64 años, siendo éstas sensiblemente superiores a las de los hombres. Éstos alcanzan mayores tasas que las mujeres hasta los 34 años, siendo inferiores a las mismas a partir de esta edad, a pesar de sufrir también un aumento posterior en las edades tardías de la vida.

**Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). 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, o las picaduras de insecto entre 1 y 4 años (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.**

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/contusión N=784	L76-Otras fracturas N=467	S12-Picadura de insecto N=314	S16-Contusión/magulladura N=298	A85-Efecto adverso med dosis correcta N=228
01-04	S18-Laceración/herida incisa N=14146	S12-Picadura de insecto N=9249	S16-Contusión/magulladura N=5299	N79-Conmoción cerebral/contusión N=4952	S14-Quemaduras/escaldaduras N=2109
05-14	S18-Laceración/herida incisa N=22205	S16-Contusión/magulladura N=17405	S12-Picadura de insecto N=14465	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=9744	L79-Esguinces y distensiones NE N=7476
15-24	S18-Laceración/herida incisa N=12833	S16-Contusión/magulladura N=10313	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8698	S12-Picadura de insecto N=5190	L79-Esguinces y distensiones NE N=5050
25-34	S18-Laceración/herida incisa N=16395	S16-Contusión/magulladura N=10520	A88-Efectos adversos factores físicos N=8828	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8815	A80-Traumatismo/lesión NE N=6744
35-44	S18-Laceración/herida incisa N=19918	S16-Contusión/magulladura N=11540	A88-Efectos adversos factores físicos N=9042	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8492	S12-Picadura de insecto N=7965
45-54	S18-Laceración/herida incisa N=17540	S16-Contusión/magulladura N=10594	A88-Efectos adversos factores físicos N=7602	S12-Picadura de insecto N=6950	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=6191
55-64	S18-Laceración/herida incisa N=13964	S16-Contusión/magulladura N=9414	A88-Efectos adversos factores físicos N=7228	S12-Picadura de insecto N=5702	L76-Otras fracturas N=5236
65-74	S18-Laceración/herida incisa N=14556	S16-Contusión/magulladura N=10402	A88-Efectos adversos factores físicos N=7751	L76-Otras fracturas N=6313	S12-Picadura de insecto N=4511
75-84	S18-Laceración/herida incisa N=17807	S16-Contusión/magulladura N=12108	A88-Efectos adversos factores físicos N=8890	L76-Otras fracturas N=7903	L75-Fractura de fémur N=3817
85+	S18-Laceración/herida incisa N=13983	S16-Contusión/magulladura N=6836	L75-Fractura de fémur N=4946	L76-Otras fracturas N=4098	A88-Efectos adversos factores físicos N=3970

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

### 9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

En los últimos años ha subido levemente el porcentaje de altas hospitalarias debidas a causas externas (5,8% en 2013, 4,9% en 2010). Las dos principales de ellas, mucho más frecuentes que las restantes, son las fracturas (41,5%) y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (34,8%) (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. Globalmente son ligeramente superiores en hombres (8,73 altas por mil habitantes frente a 8,12 en mujeres en 2013), pero a partir de los 75 años son más frecuentes en mujeres. Durante el periodo 2003-2013 las tasas han aumentado un 37,2% en mujeres y un 16,4% en hombres (Figura 9.8).

Las caídas accidentales son el mecanismo de lesión más frecuente entre las causas externas. Son más frecuentes en personas arias y en mujeres, en torno a 1,4 veces más frecuentes que en hombres (Figura 9.9). Durante el periodo 2003-2013 las tasas de altas por lesiones por caídas accidentales han aumentado un 92,1% en mujeres y un 84,8% en hombres.

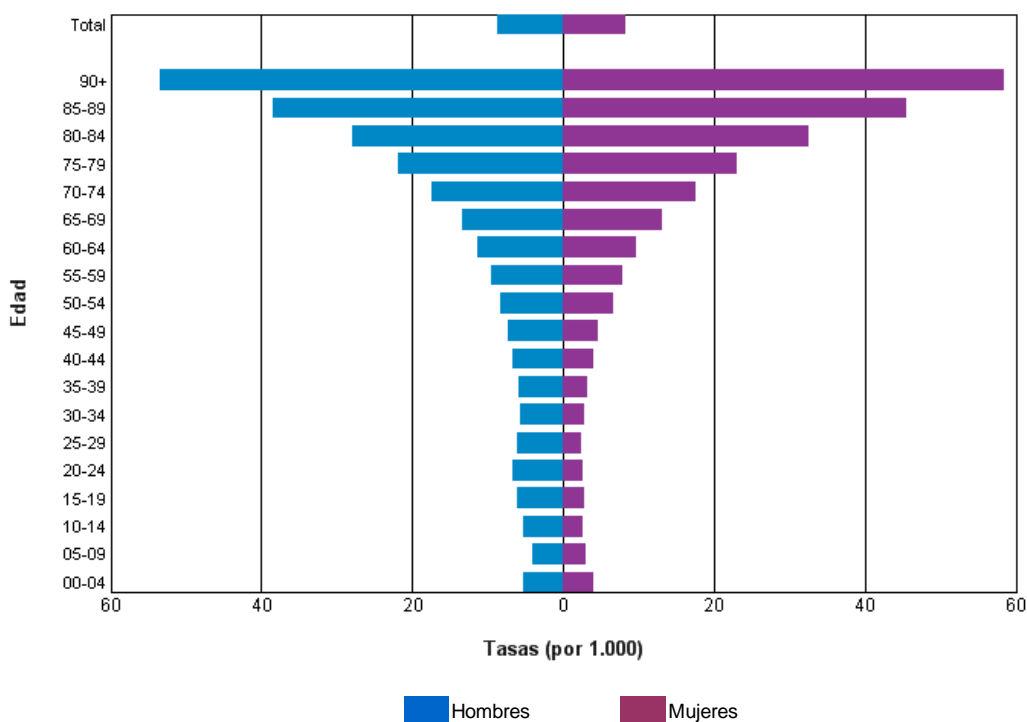
Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2013.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fractura (800-829)	10.030	37,3	12.363	45,7	22.393	41,5
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	9.526	35,4	9.271	34,3	18.797	34,8
Herida abierta (870-897)	1.310	4,9	629	2,3	1.939	3,6
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos	1.228	4,6	394	1,5	1.622	3,0
Luxación (830-839)	753	2,8	519	1,9	1.272	2,4
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	983	3,7	950	3,5	1.933	3,6
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	517	1,9	749	2,8	1.266	2,3
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	566	2,1	550	2,0	1.116	2,1
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	395	1,5	167	0,6	562	1,0
Contusión (920-924)	276	1,0	322	1,2	598	1,1
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	354	1,3	400	1,5	754	1,4
Quemadura (940-949)	234	0,9	173	0,6	407	0,8
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	292	1,1	252	0,9	544	1,0
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	164	0,6	98	0,4	262	0,5
Lesión superficial (910-919)	47	0,2	33	0,1	80	0,1
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	82	0,3	49	0,2	131	0,2
Efecto tardío de causa externas (905-909)	113	0,4	108	0,4	221	0,4
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	41	0,2	15	0,1	56	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	9	0,0	5	0,0	14	0,0
<b>Total Causas Externas</b>						
Nº de altas	<b>26.920</b>		<b>27.047</b>		<b>53.967</b>	
% sobre total de altas	<b>6,41%</b>		<b>5,36%</b>		<b>5,84%</b>	

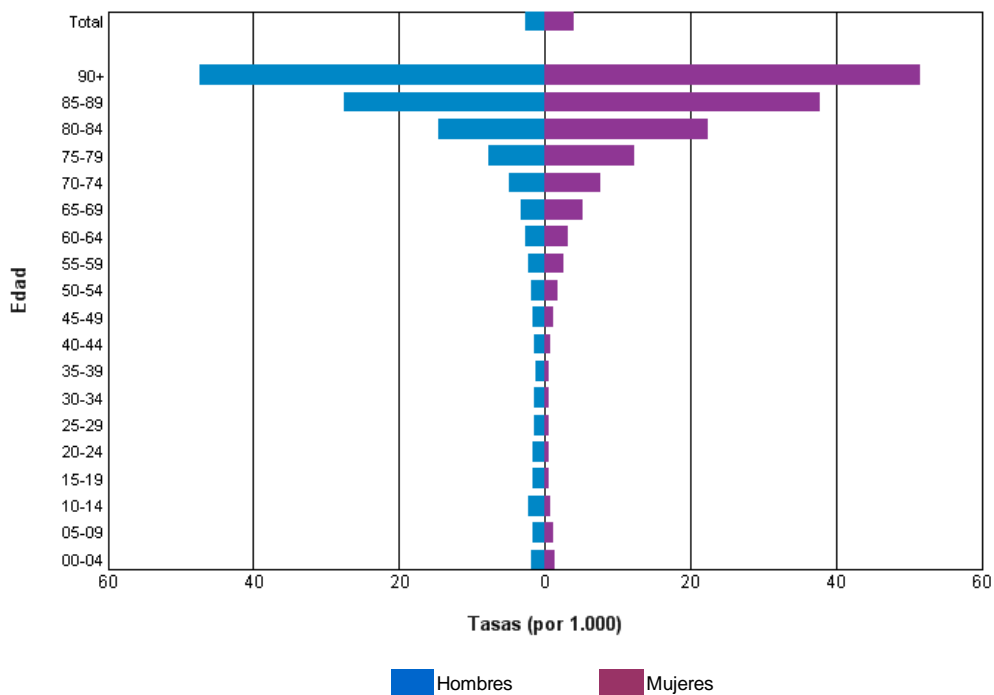
Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

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, 2013.**

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

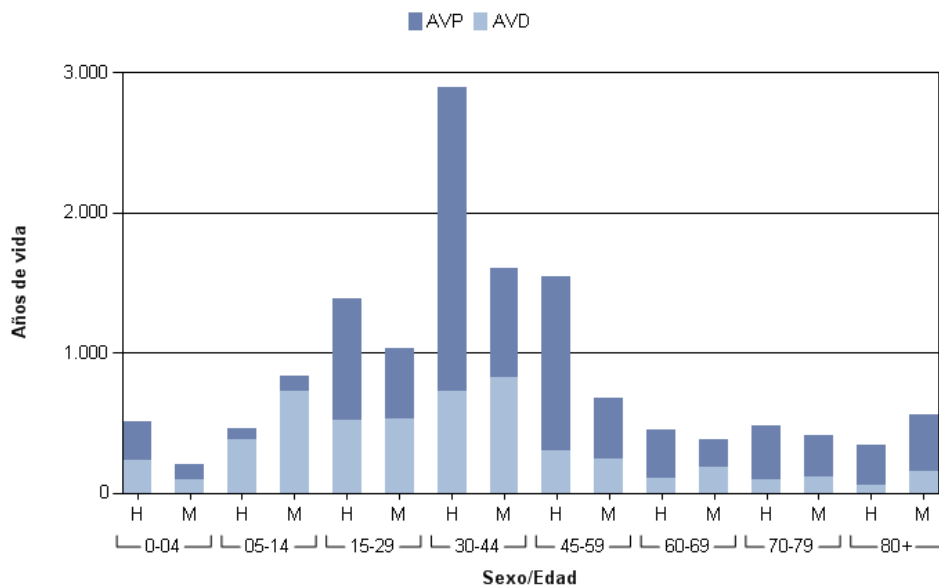


### 9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2012 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 2012 ha disminuido un 51,0% (62,0% en hombres y 17,0% 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, 2012.**

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 cerca del triple en hombres que en mujeres. En la Comunidad de Madrid en 2012, la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 1,4 en hombres y 0,5 en mujeres. Los accidentes de tráfico constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad por causas externas. En 2012 supusieron el 29,9% de los años de vida perdidos y el 11,6 % de los años vividos con discapacidad. La carga de enfermedad por accidentes de tráfico ha disminuido un 72,9 % entre 2006 y 2012 (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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	49	19	68
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,6	0,6	1,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,7	0,3	1,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,4	0,5	0,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	50,0	18,0	33,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,18	0,06	0,13
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.263	883	3.146
Años de Vida Perdidos. CM.	1.886	650	2.536
Años Vividos con Discapacidad. CM.	377	233	610

### 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 2000-2012 las tasas han disminuido hasta 9 veces su valor inicial en hombres y 7,6 veces en 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. En 2012 las tasas nacionales fueron más de cuatro veces superiores a las madrileñas en hombres y casi cuatro veces superiores en mujeres.

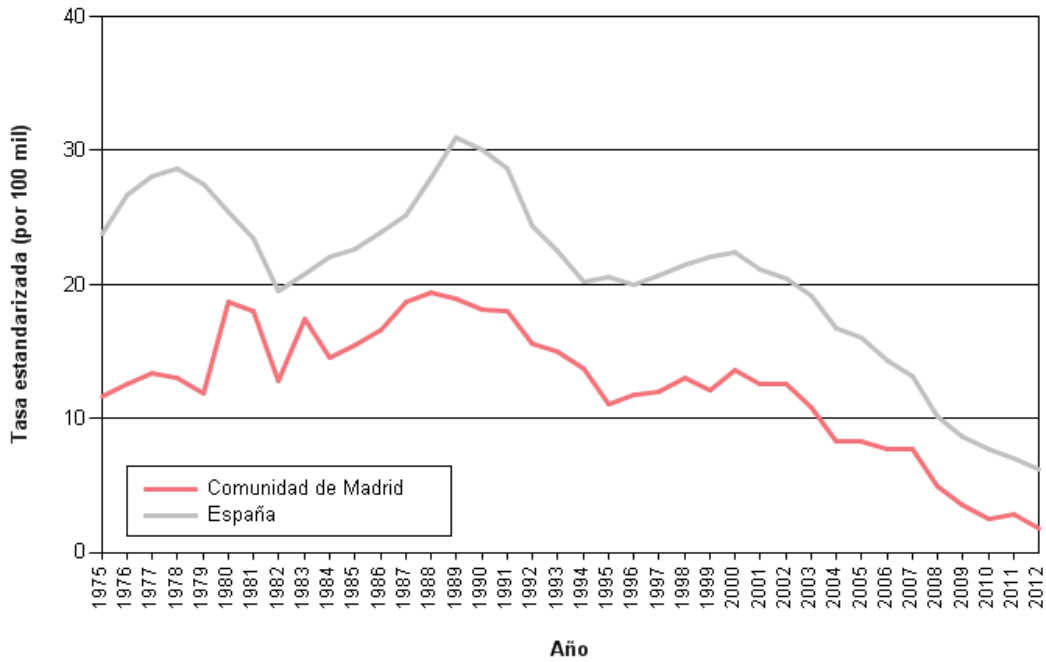
Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT), de acuerdo con el objetivo señalado por El Libro Blanco del Transporte de la Comisión Europea (2001), de reducir un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico en el periodo 2001-2010.



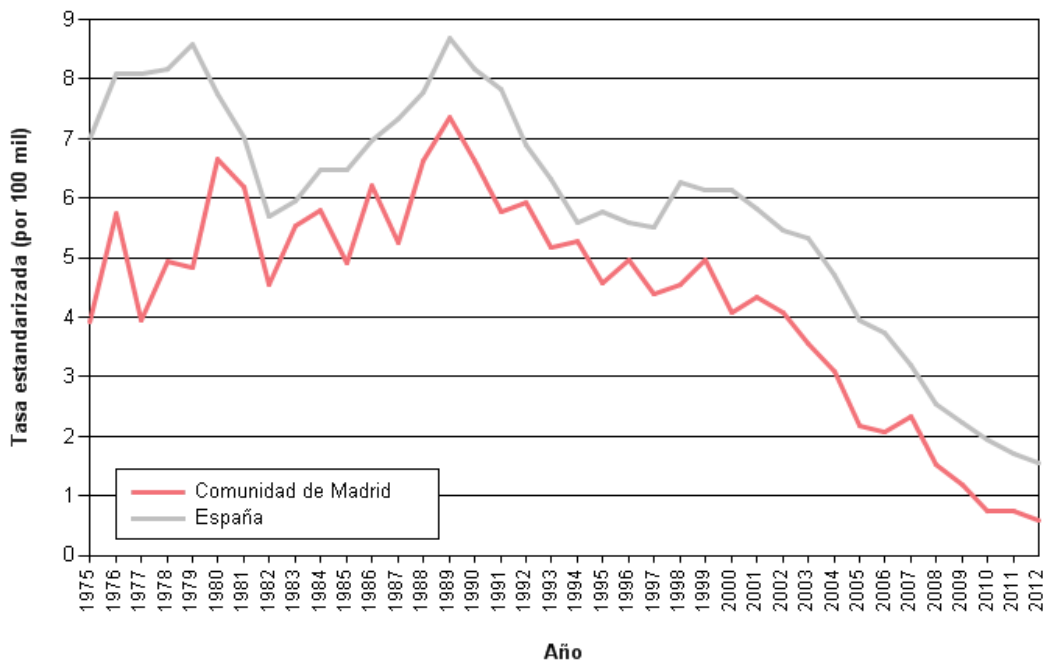
**Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**



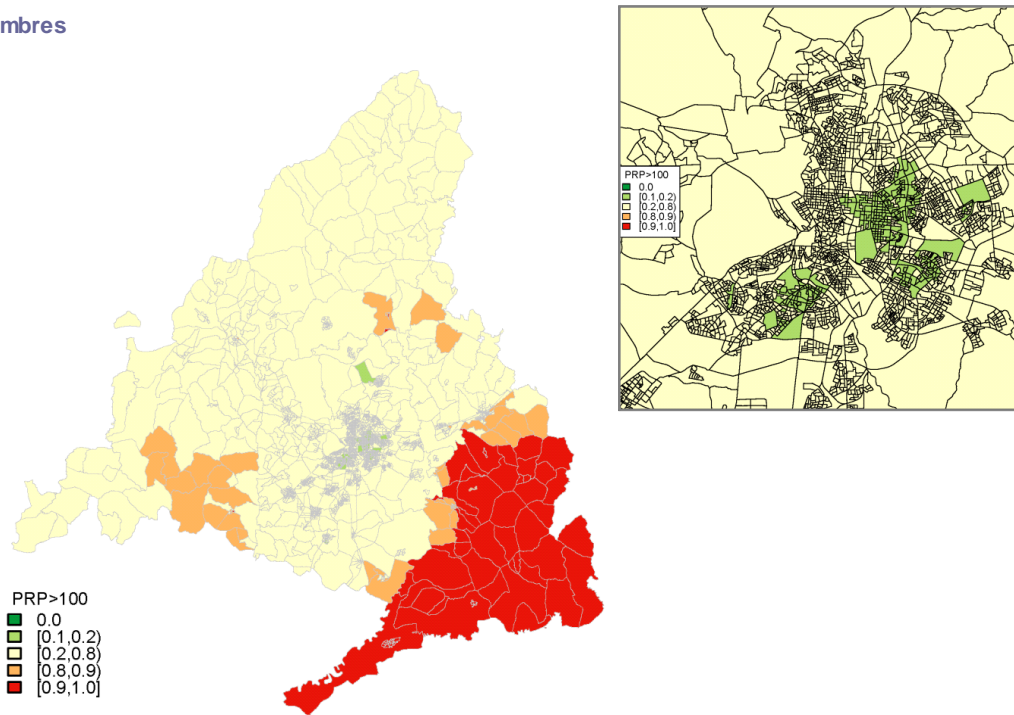
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

En 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.

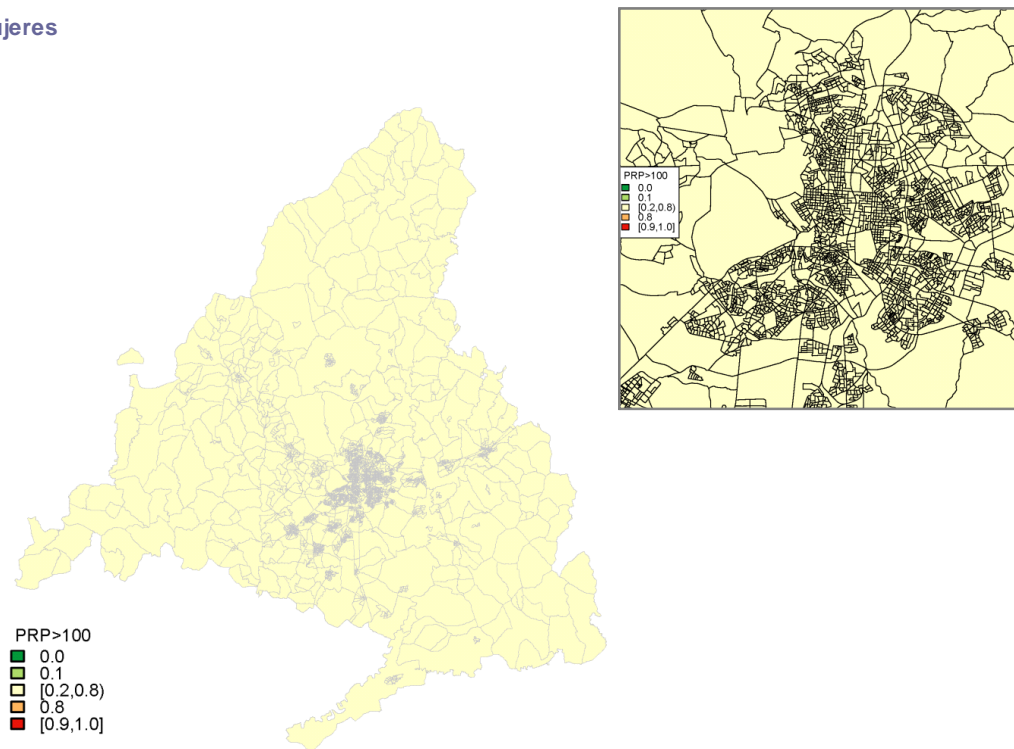
**Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.**

Fuente: Proyecto MEDEA.

**Hombres**



**Mujeres**



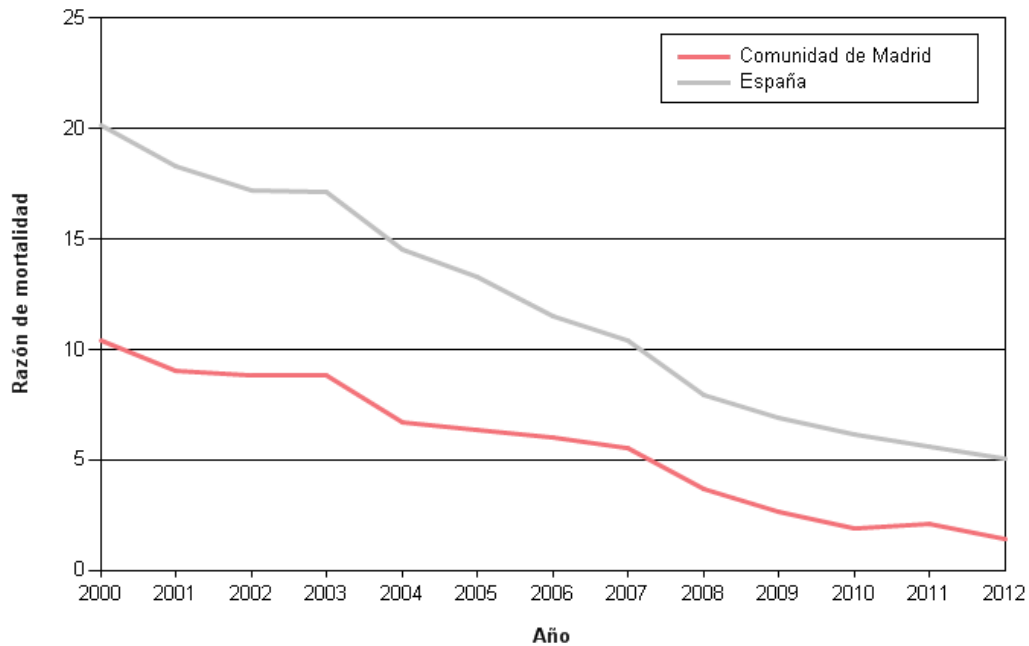
Un indicador tradicional alternativo a las tasas de mortalidad es la razón de mortalidad por 100.000 vehículos. La [Figura 9.13](#) presenta la evolución de dicha razón para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2000-2012. El descenso del indicador, hasta situarse en la séptima parte de 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 (34 % en España), así como el número de conductores (22,9% en el periodo 2000-2012 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.

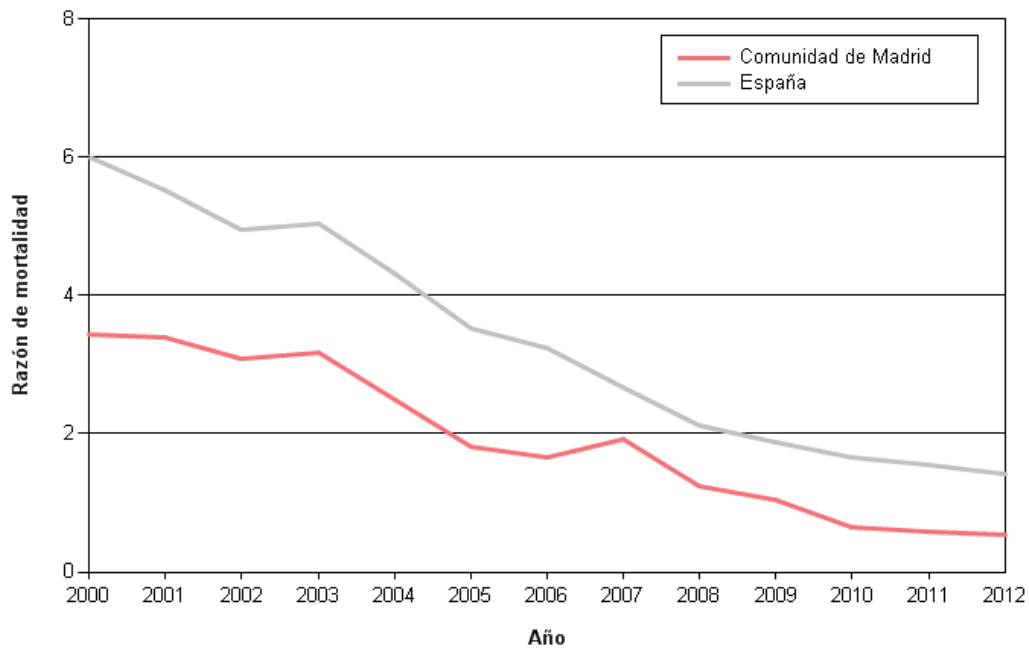
**Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2012.**

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario Estadístico del Ministerio de Fomento. 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.

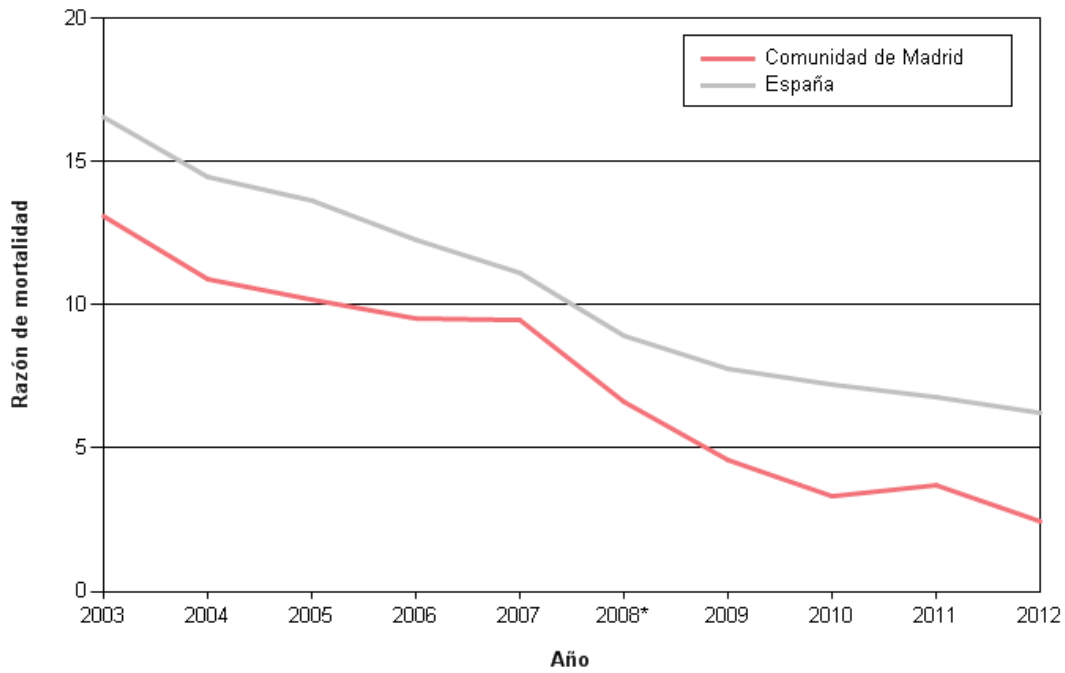
En línea con lo anterior, la [Figura 9.14](#) muestra la evolución de la razón de mortalidad por accidente de tráfico por 1.000 millones de vehículos-km recorridos, para la Comunidad de Madrid y España, durante el

periodo 2003-2012. 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.

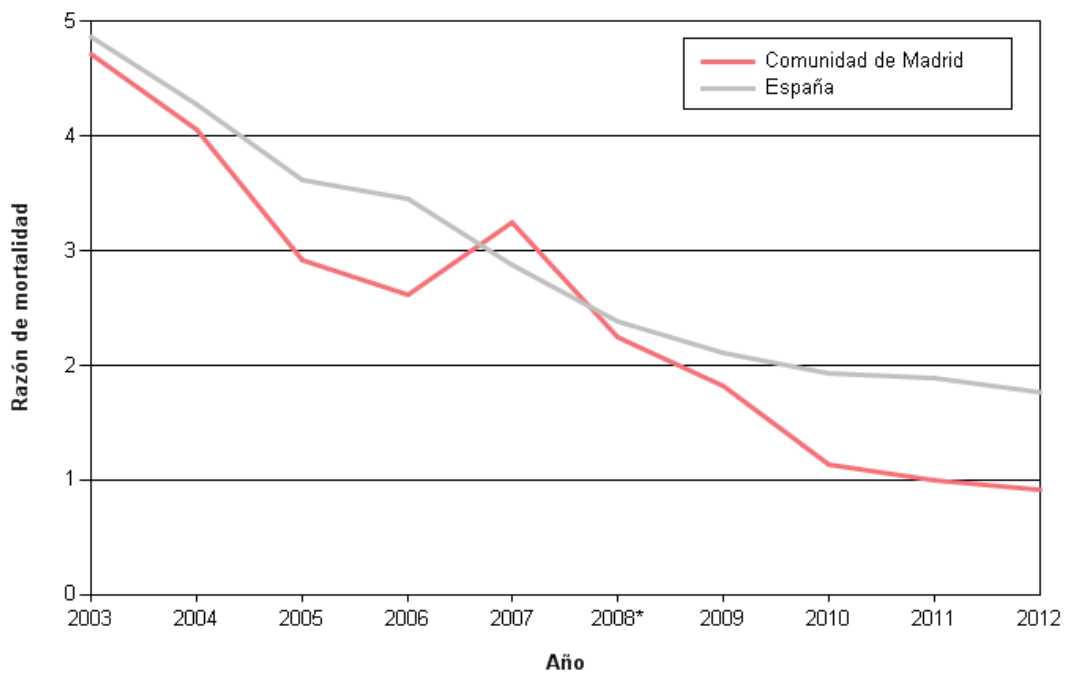
**Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2012.**

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

**Hombres**



**Mujeres**

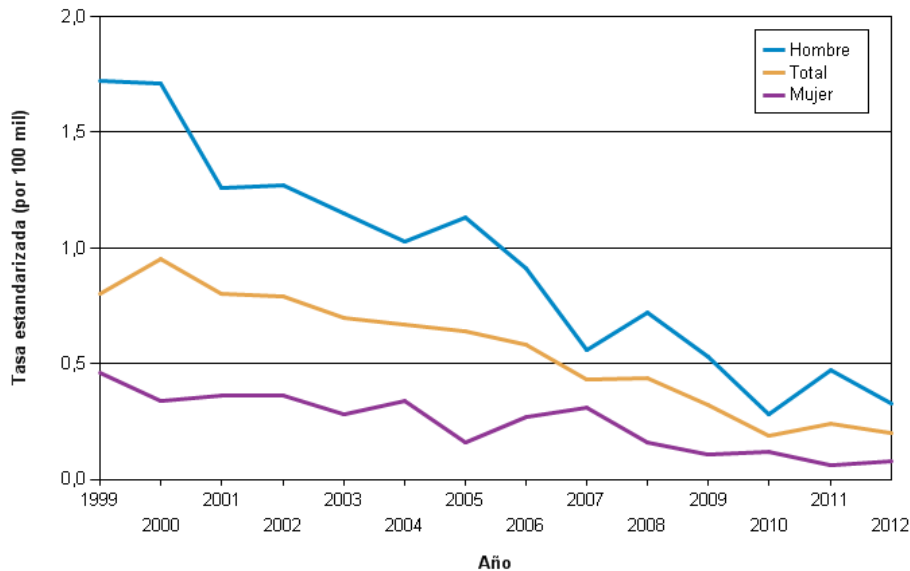


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

La **Figura 9.15** muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en peatones en la Comunidad de Madrid, durante el periodo 1999-2012. También este indicador presenta tasas superiores en hombres y ha seguido la misma evolución descendente que los fallecidos por accidente de tráfico en general (si bien las tasas tienden a estabilizarse los últimos años), 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, 1999-2012.**

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



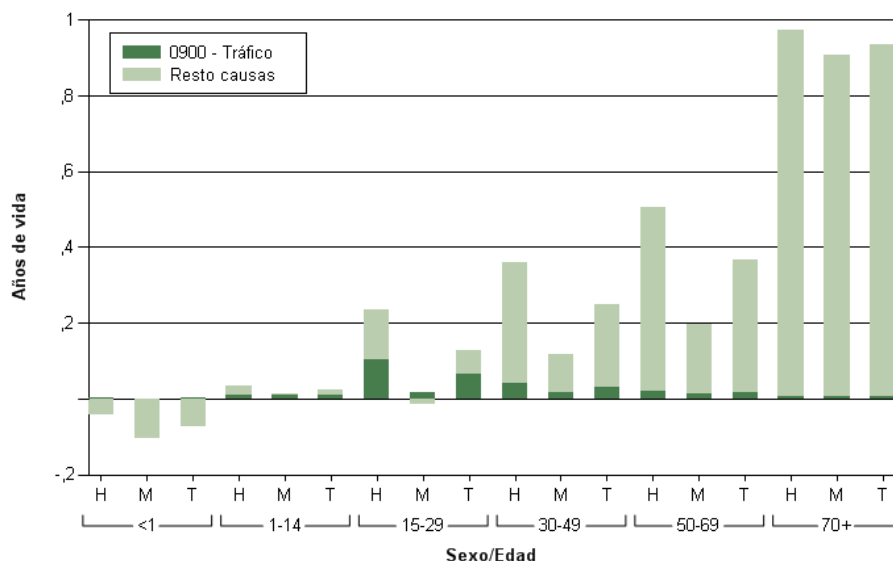
\* Método directo. Población estándar europea. OMS

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

Durante el periodo 2005-2012 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, 2007-2012.**

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](#)).

**Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2012.**

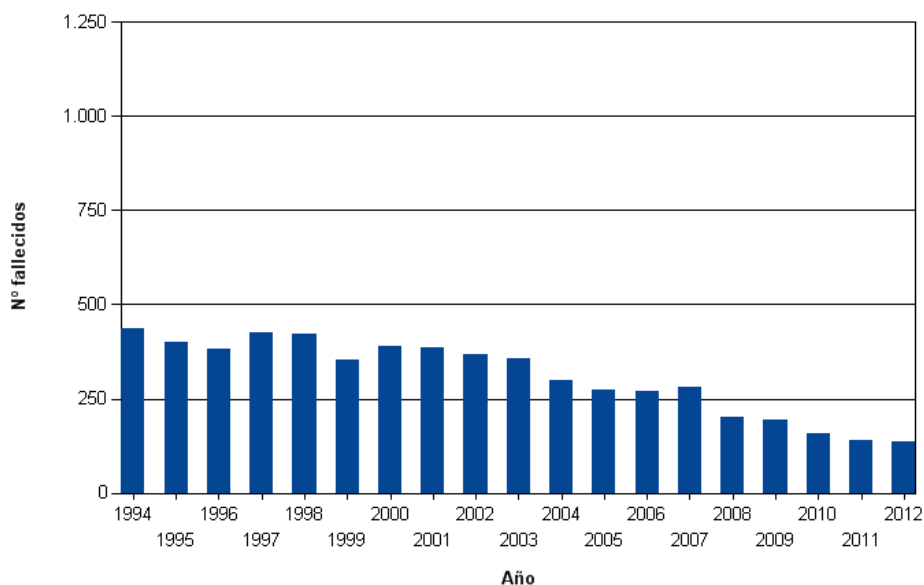
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Puede observarse cómo, derivado del aumento progresivo de la población, del parque de vehículos y del número de conductores en este período, ha venido incrementándose también el número absoluto de accidentes y víctimas hasta 2006, fecha en que se inicia una fase de descenso con intervalos estables. 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 hasta 2012.

**Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2012.**

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

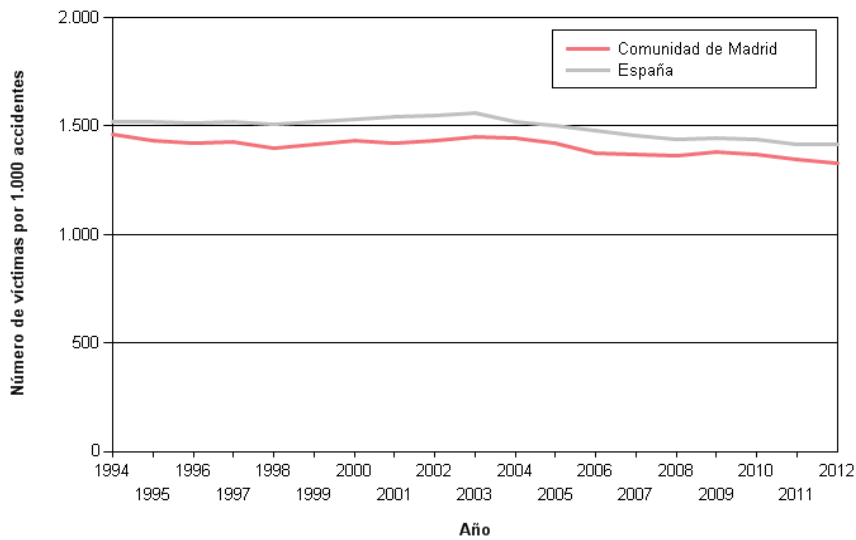


En 2006 la DGT implantó un nuevo sistema de recogida de información para el registro de accidentes que incrementó de manera artificialmente el número de éstos y de víctimas leves, lo que explica ese cambio abrupto de tendencia en el gráfico ese año.

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, con valores algo superiores en España con respecto a 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, 1994-2012.**

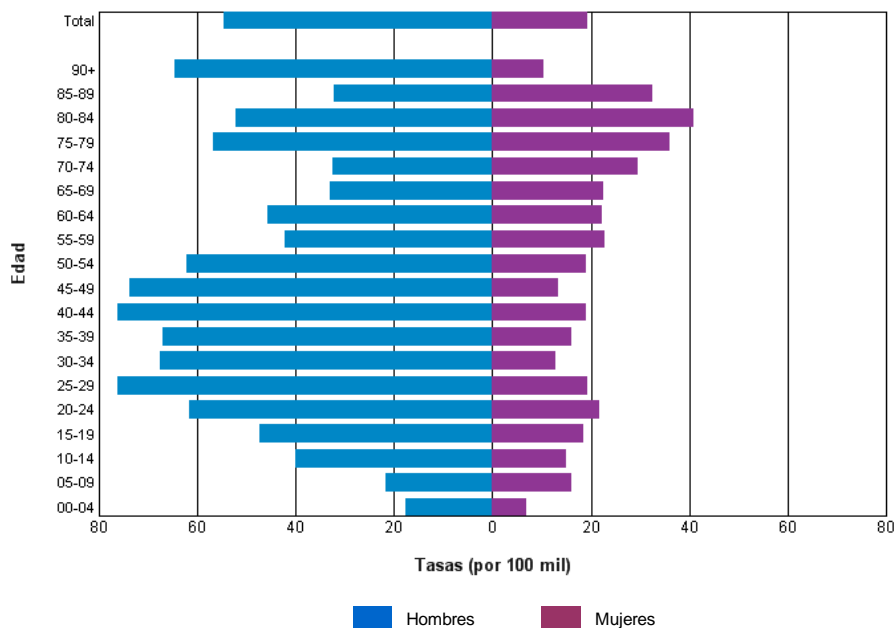
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 (casi el triple en 2013). La mayor morbilidad en 2013 se observa en hombres en el tramo de edad de 20 a 54 años. En ambos sexos las tasas se elevan en las edades superiores.

**Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.**

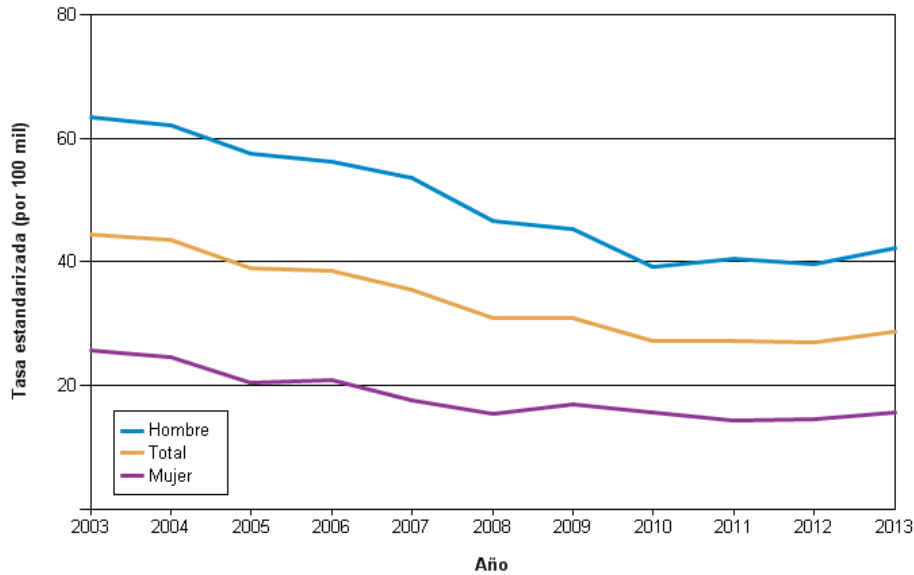
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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 durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010, se estabilizan en ambos sexos e incluso aumentan en 2013.

**Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2013.**

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

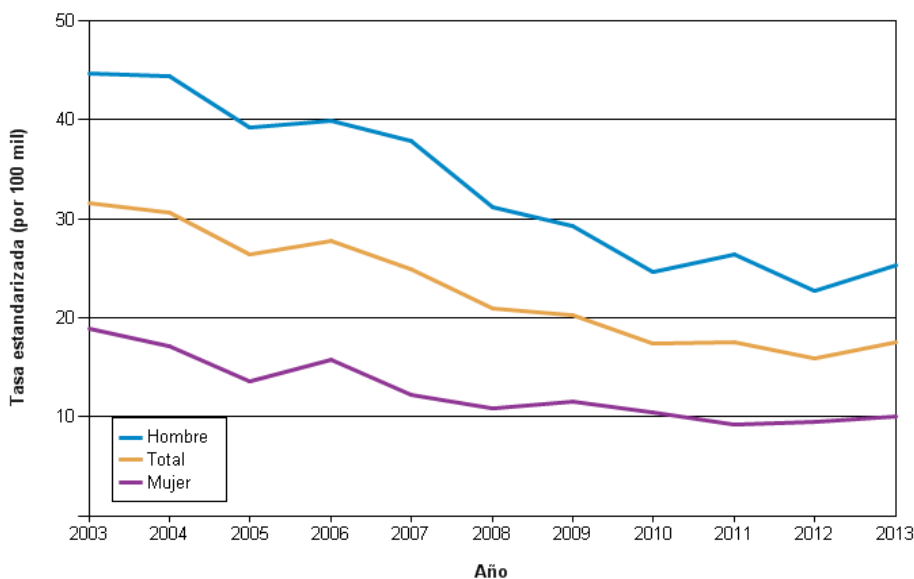


\* Método directo. Población estándar europea. OMS

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, 2003-2013.**

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



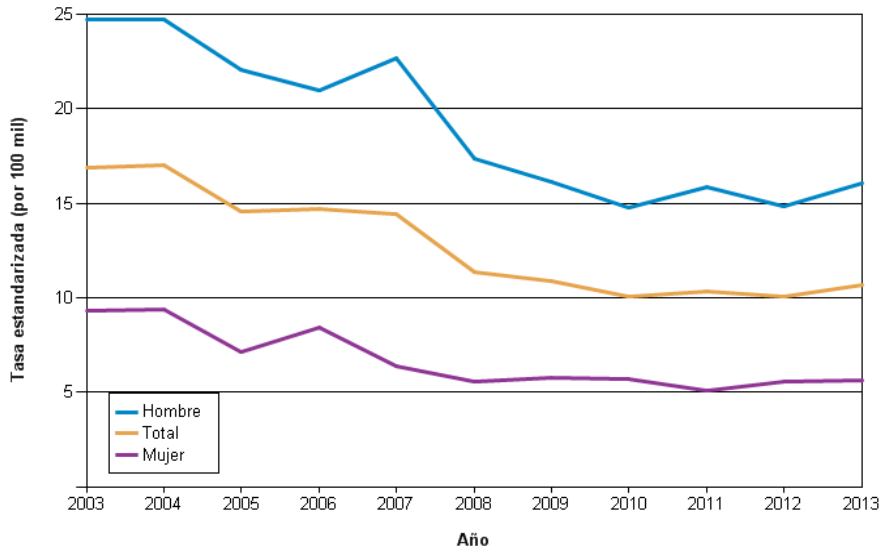
\* Método directo. Población estándar europea. OMS



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  $\geq 3$  ó  $\geq 4$ . 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, 2003-2013.**

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

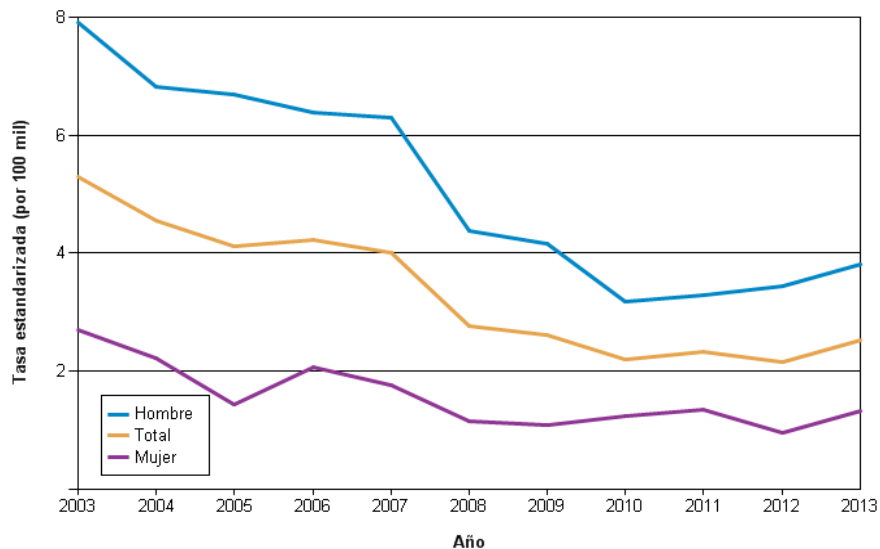


\* Método directo. Población estándar europea. OMS

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, 2003-2013.**

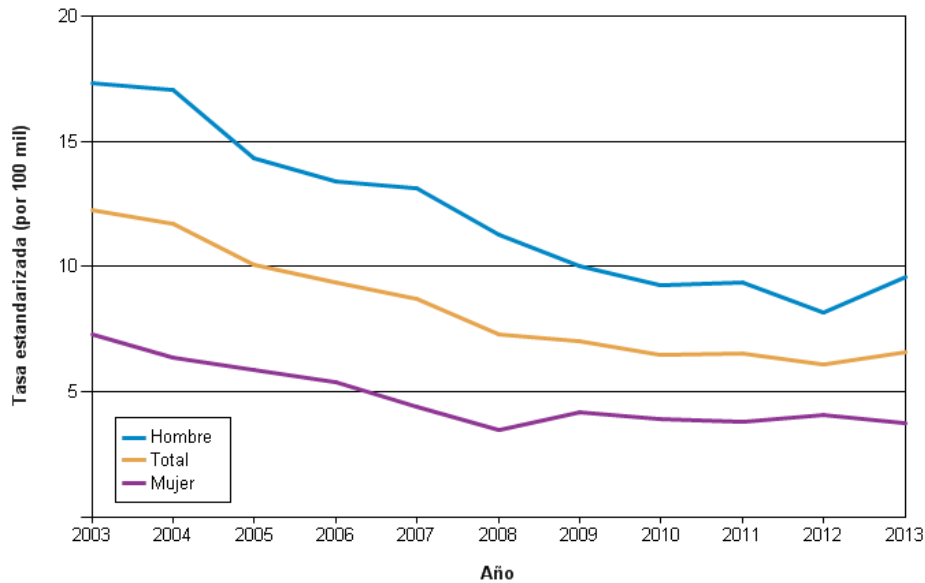
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



\* Método directo. Población estándar europea. OMS

**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, 2003-2013.**

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



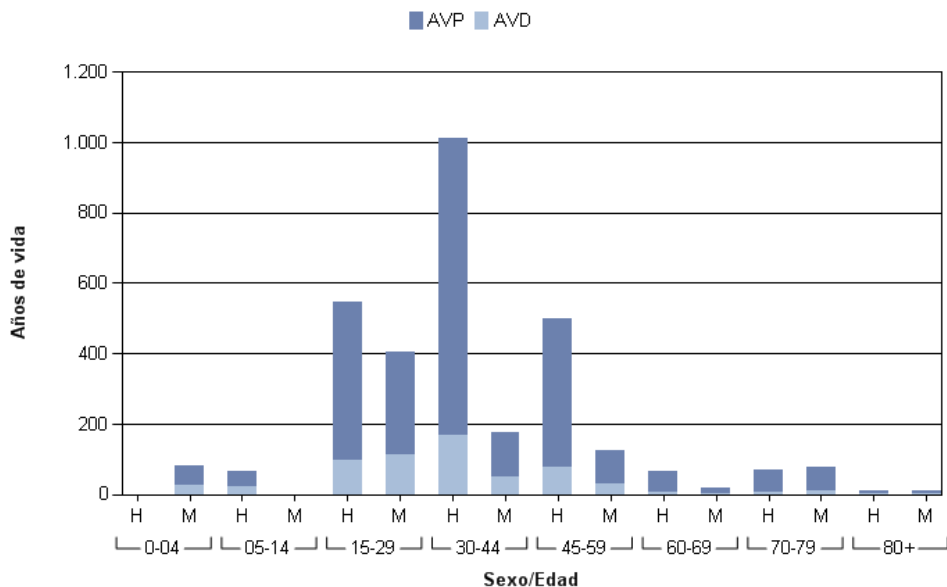
\* Método directo. Población estándar europea. OMS

### 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 a 59 años) (Figura 9.25). Supuso en 2012 un 22,9% de la carga total de enfermedad por causas externas (en 2006 suponía un 41,3%), y ha disminuido en el periodo 2006-2012 un 72,9% (75,2% en hombres y 64,4% 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, 2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



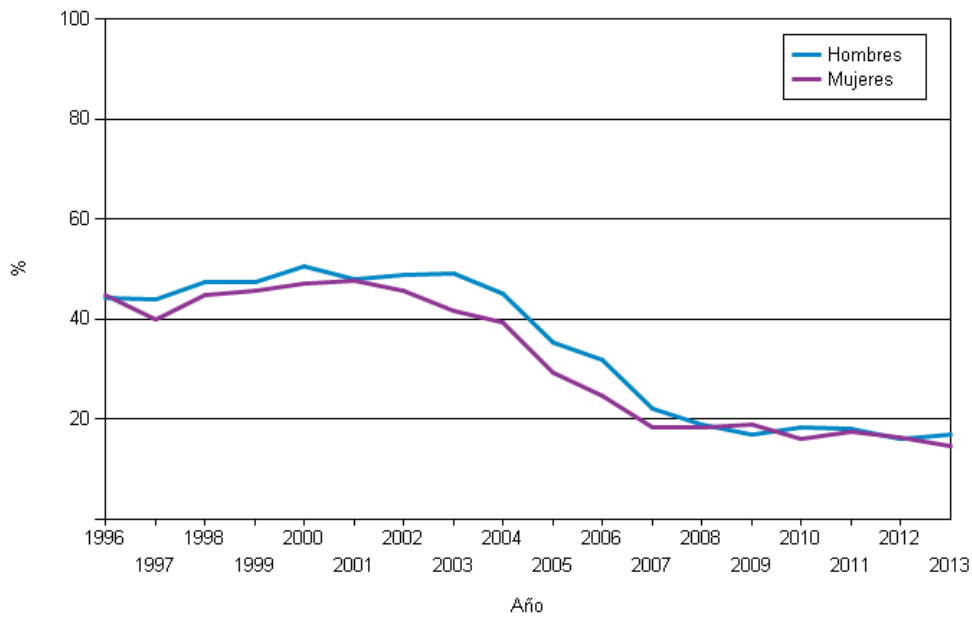
## 9.2.5. Factores determinantes

### 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 2013 el 15,7% de los jóvenes de 15 y 16 años no utilizaba siempre el cinturón de seguridad por ciudad, cifra que continúa la línea estabilista de los últimos años después de la importante mejora iniciada en 2003, y el 9,2% por carretera, lo que supone una mejora respecto a años anteriores (Figura 9.26a y Figura 9.26b).

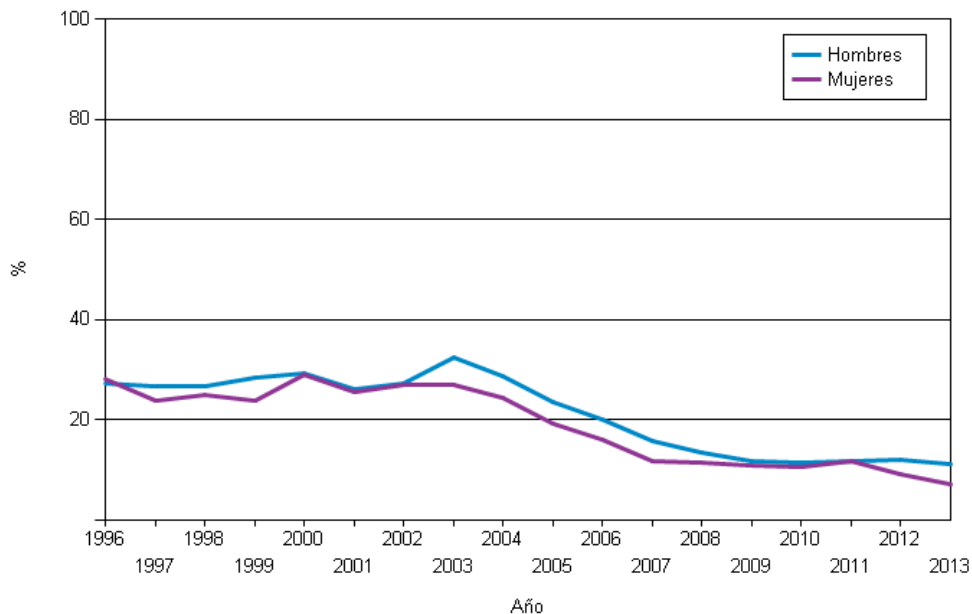
**Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.**

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, 1996-2013.**

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

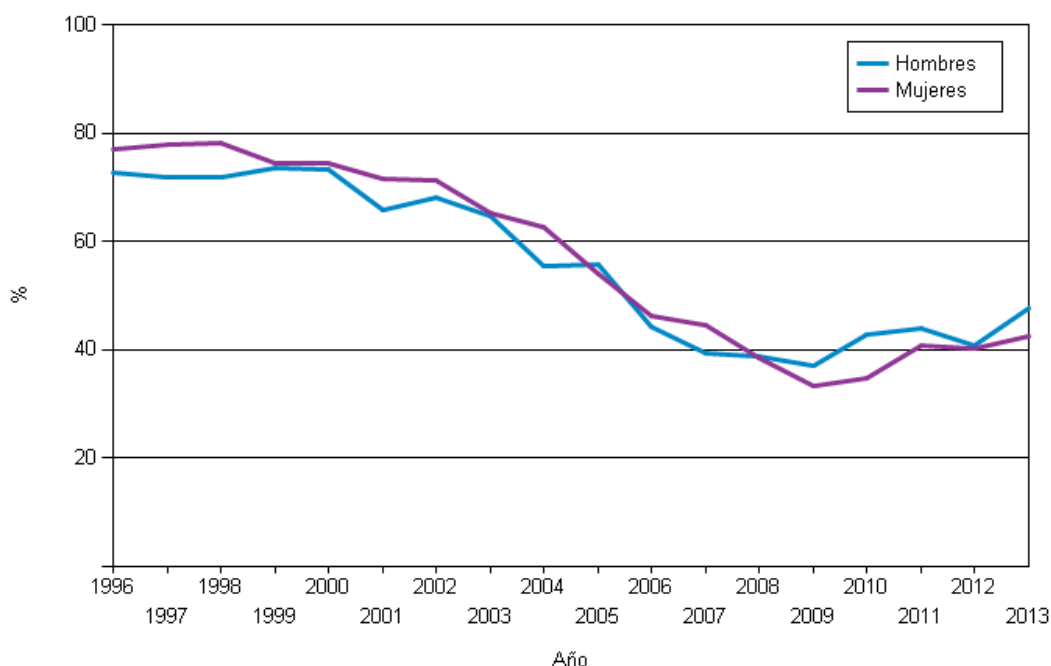


Más preocupante es la cifra de jóvenes que no utiliza el casco en moto, 44,9% en 2013, que reafirma la tendencia ascendente desde 2009 (Figura 9.27).

Como en años anteriores, la no utilización del casco en bicicleta sigue siendo la regla, 91,0% de los jóvenes reconocen no utilizarlo en 2013.

**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, 1996-2013.**

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



### 9.2.5.2. Seguridad vial en adultos

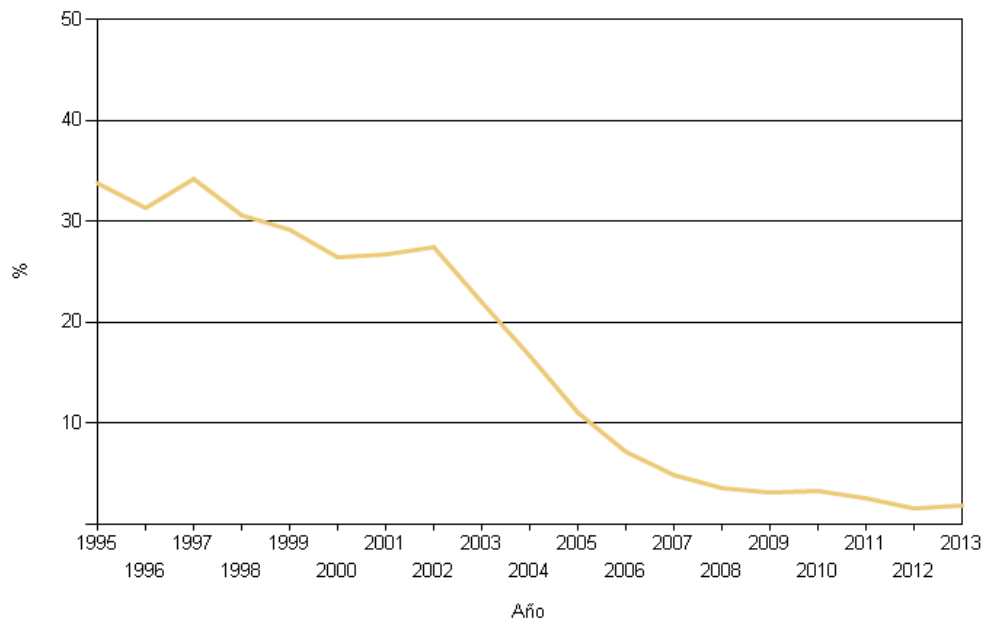
Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en 2013 un 1,8% del total de personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,5% en la conducción por carretera.

Un 7,3% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 2,8% manifestó no haber utilizado siempre el casco. El 5,2% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y el 2% 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 2013. En los dos últimos años podría apreciarse en algunos casos un cierto repunte en la tendencia.

**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, 1995-2013.**

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



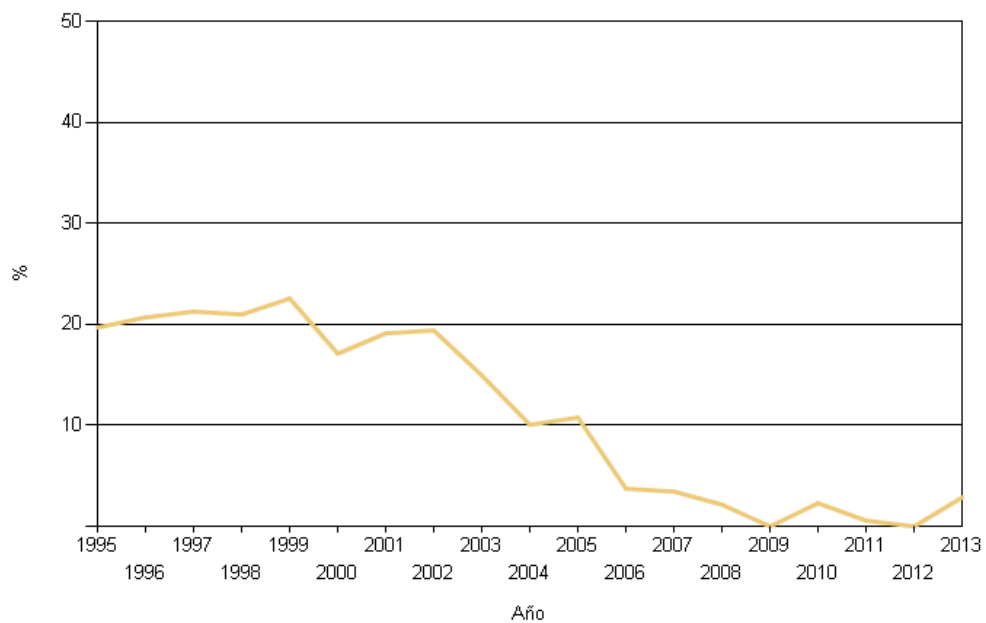
**Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

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



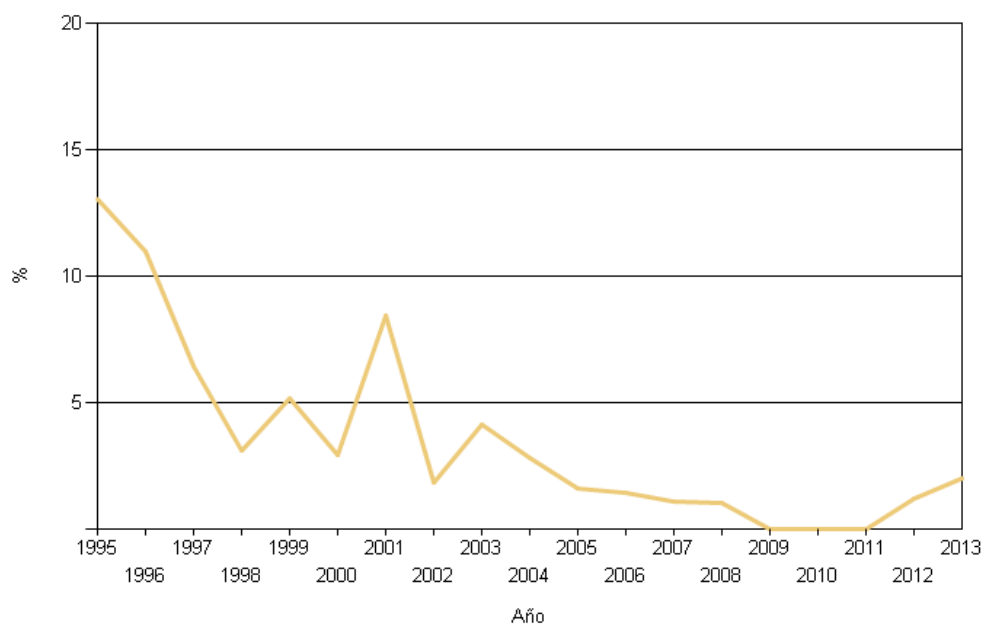
**Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. 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, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. 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 2012 de 1,1 por 100.000 habitantes, aproximadamente tres veces mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad en 2012 fue también superior en hombres. 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, 2013.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	63	23	86
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,0	0,7	1,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,5	1,2	1,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,7	0,6	1,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	16,3	21,8	19,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,04	0,02	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.029	721	1.750
Años de Vida Perdidos. CM.	994	503	1.497
Años Vividos con Discapacidad. CM.	35	218	253

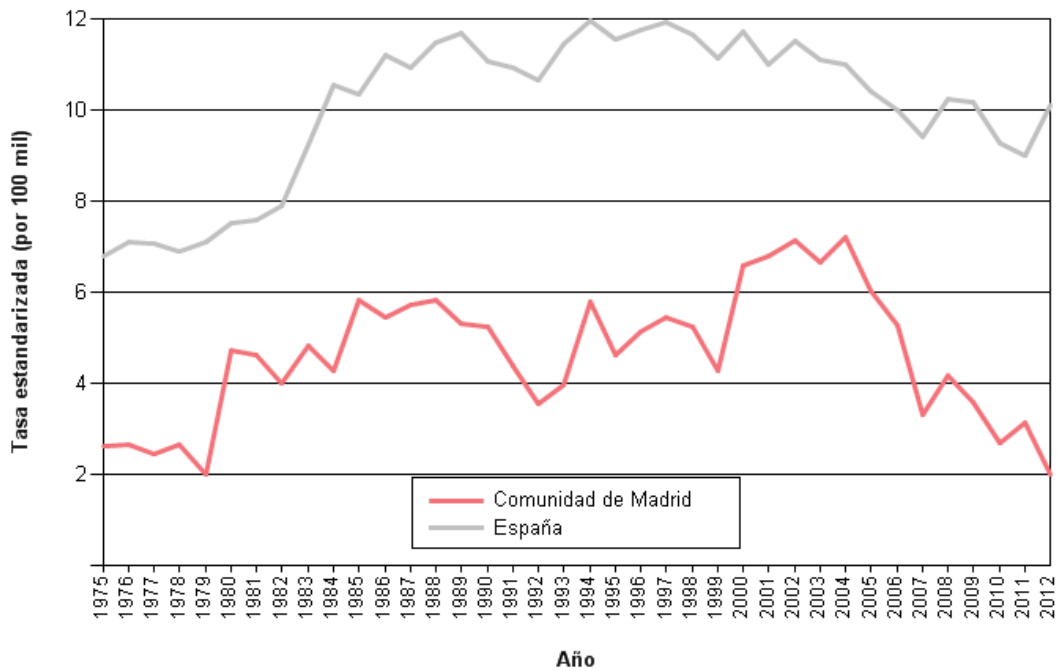
### 9.3.2. Mortalidad por suicidio

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2012 de 1,7 por 100.000 habitantes para hombres y 0,6 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, con importantes variaciones (Figura 9.30). Así, desde 1975 hasta los primeros años del nuevo siglo 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, muy superior en la Comunidad de Madrid, de modo que en 2013 la tasa nacional es cinco veces superior a la madrileña en hombres y cuatro en mujeres.

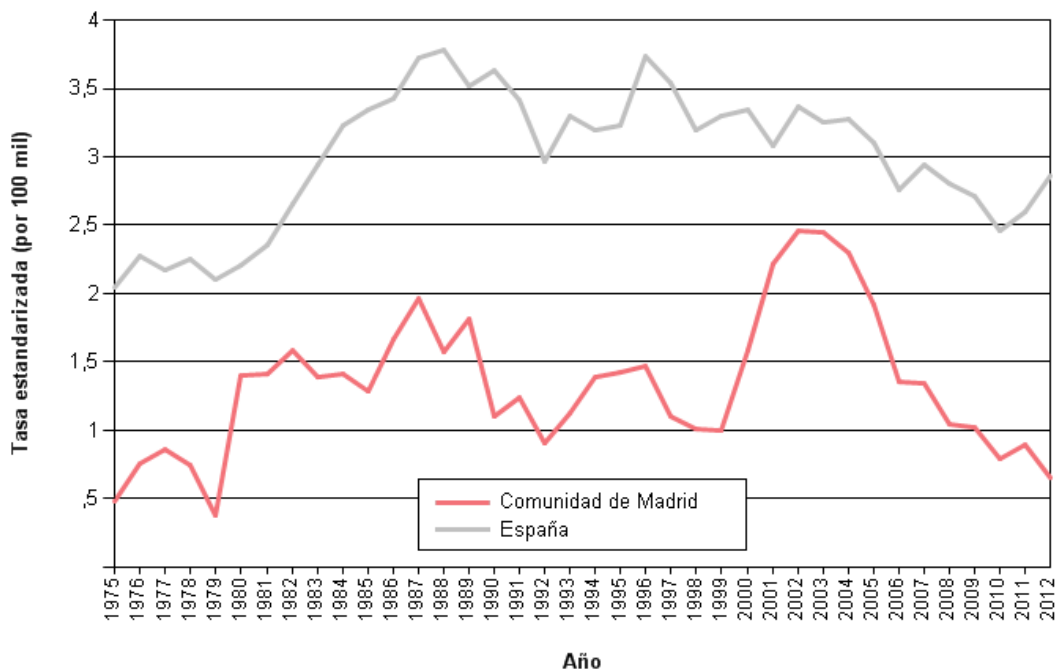
**Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.**

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario estadístico del Ministerio de Fomento. 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.

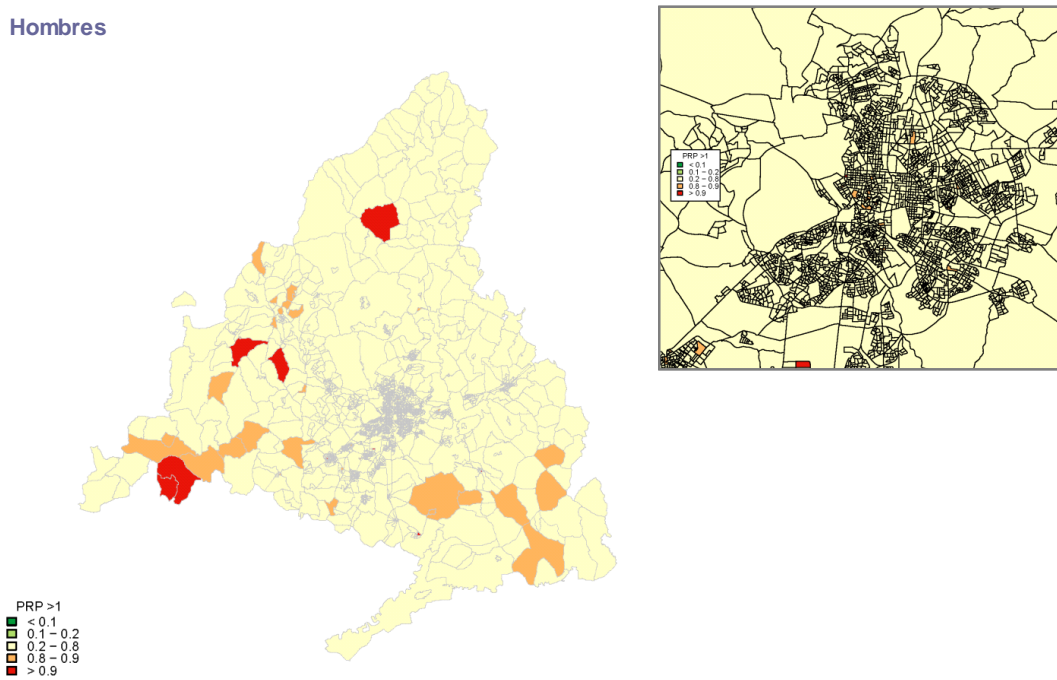


La **Figura 9.31** muestra la distribución espacial de suicidios en hombres. En ella se observa que las escasas zonas con exceso de mortalidad predominan fuera del municipio de Madrid, sin un patrón claro de agregación.

**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**

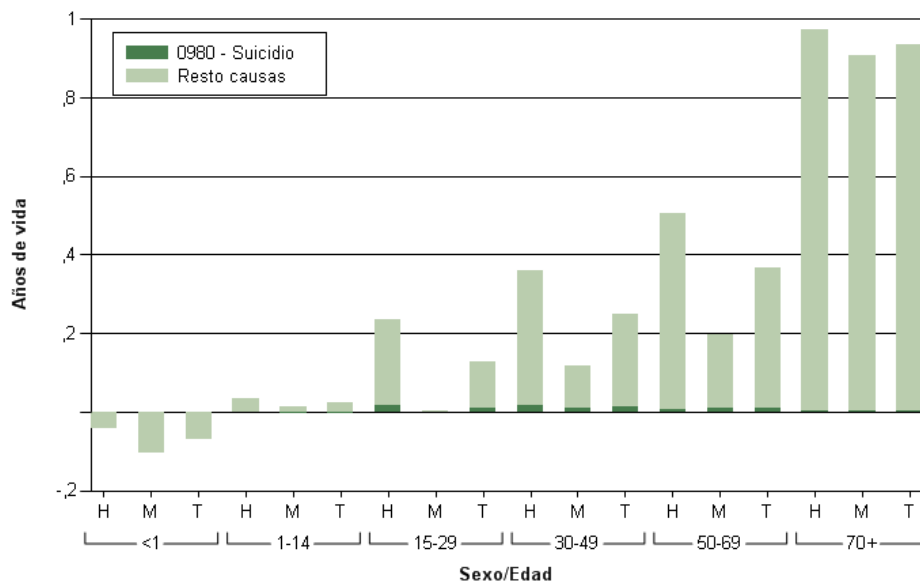


**9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida**

En el periodo 2007-2012 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, 2007-2012.**

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

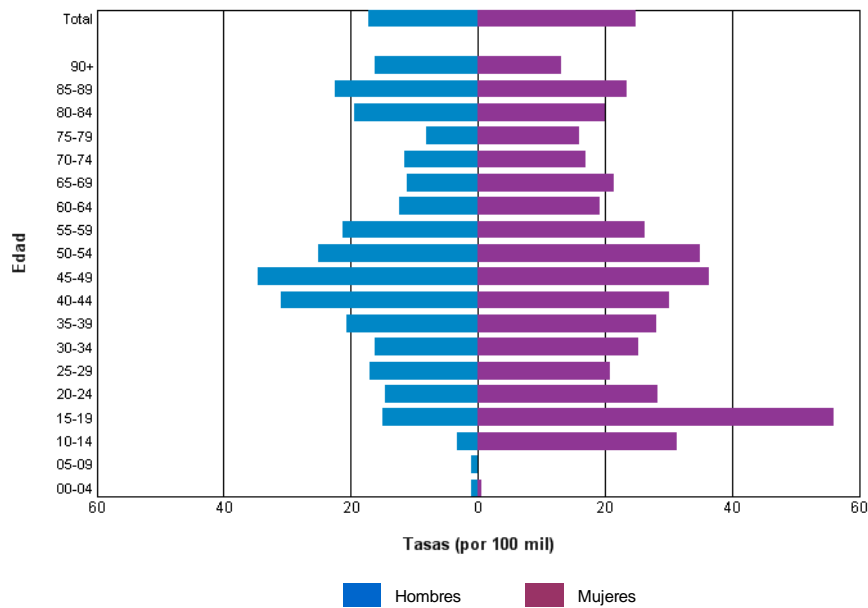


### 9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio en 2013 continúa la tendencia ascendente observada en ambos sexos desde 2003, así como el predominio femenino de las tasas: 24,85 por 100 mil en mujeres, frente a 17,25 en hombres. Este predominio se da prácticamente en todas las edades (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, 2013.

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

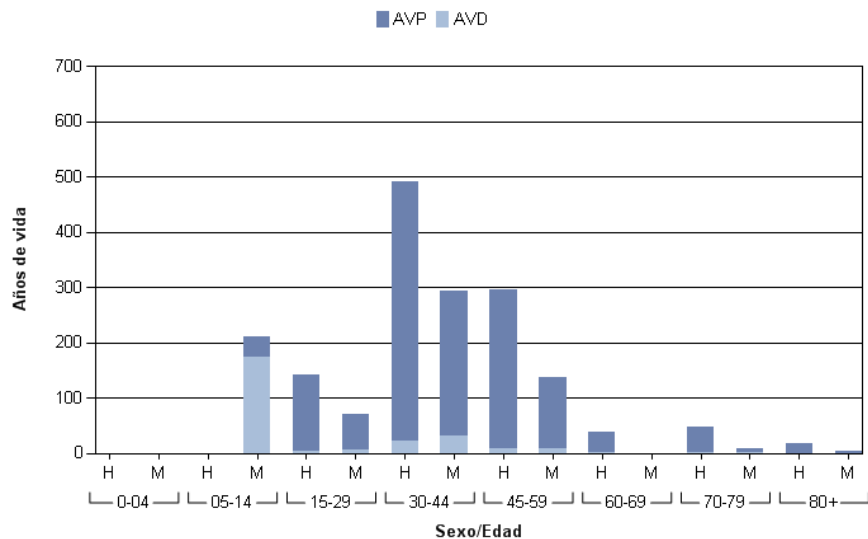


### 9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

La carga de enfermedad por suicidio, a expensas casi exclusivamente de los años de vida perdidos, se concentra fundamentalmente entre los 15 y los 59 años de edad, y predomina en hombres (Figura 9.34). Con un comportamiento diferente al patrón descrito destacan durante 2012 los años vividos en discapacidad atribuibles a esta causa en las mujeres de 5 a 14 años de edad.

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, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



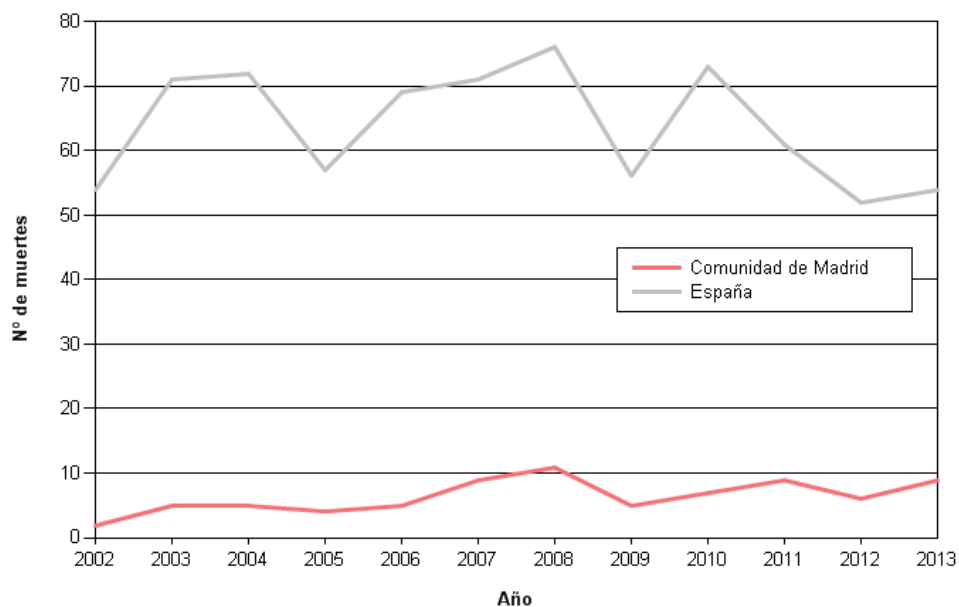
## 9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

De acuerdo con la encuesta Violencia contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea, realizada en 2010-2012 por la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales (FRA) ([http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet\\_es.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf)), el 4% de las mujeres europeas entre 18 y 74 años de edad sufrieron violencia física y/o sexual de la pareja (actual o anterior) en los 12 meses previos a la consulta, y el 22% alguna vez en su vida desde los 15 años de edad. Los porcentajes en el caso de España fueron el 2% y el 13%, respectivamente.

Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf)), entre 2004 y 2013, 641 mujeres han sido asesinadas en España por sus parejas o ex parejas, 68 (11,1%) de ellas en la Comunidad de Madrid. Aunque las cifras anuales de víctimas mortales muestran oscilaciones frecuentes, parece apreciarse en el periodo una tendencia levemente descendente a nivel nacional y ascendente a nivel regional (Figura 9.35).

**Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2013.**

Elaboración a partir de los datos del Instituto de la Mujer.



En la Comunidad de Madrid, en el marco de la estrategia de Acciones de 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.

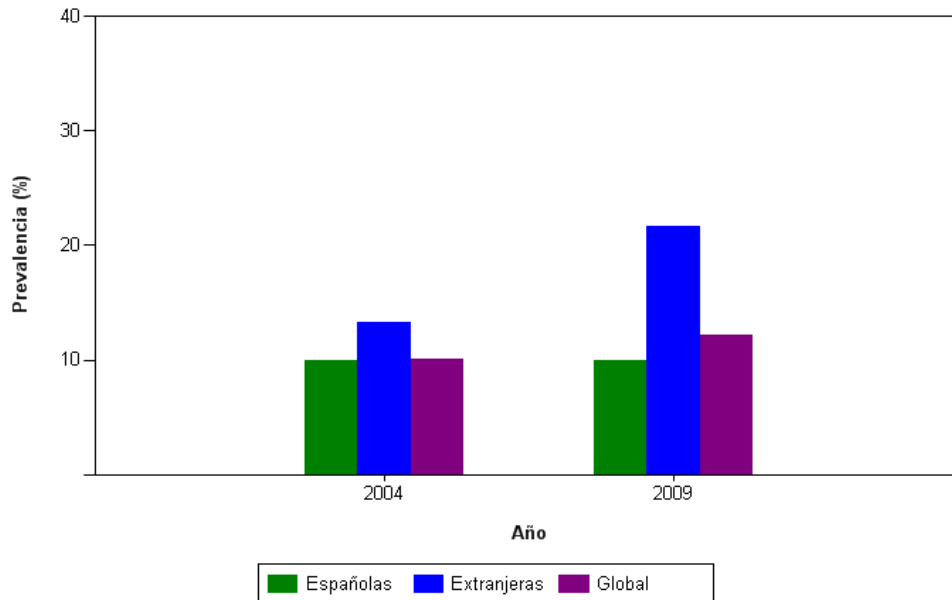
Hasta ahora, se han llevado a cabo dos encuestas telefónicas, la primera en el año 2004 y la segunda en 2009, en mujeres de 18 a 70 años, residentes en la Comunidad de Madrid y con una relación de pareja o contactos con una ex pareja en los 12 meses previos. En ambas encuestas se utilizó el mismo cuestionario 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 tomadas de 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.



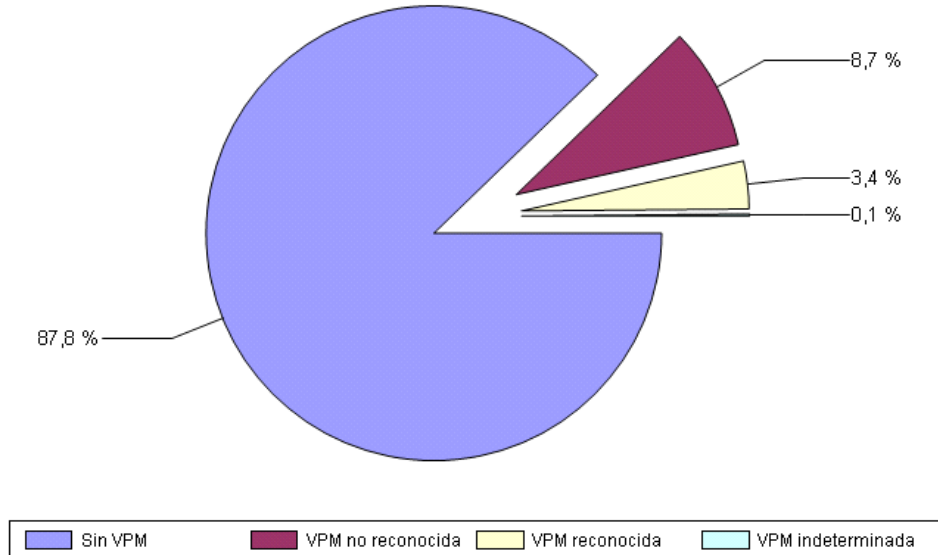
Por cuestiones metodológicas no son comparables las cifras de prevalencia de VPM en población extranjera entre las dos encuestas.

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 autopercibida, 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.

La vigilancia de la violencia de pareja en población adolescente y joven, incluida desde el año 2011 en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles en población joven (SIVFRENT-J), monitoriza, entre otros, la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS) en mujeres adolescentes y jóvenes por parte de su pareja actual o en los 12 meses previos a la aplicación de la encuesta.

La prevalencia acumulada para 2011 y 2012 de algún tipo de violencia de pareja (física y/o sexual) en mujeres adolescentes y jóvenes fue de 7,1%, no encontrándose diferencias significativas según características sociodemográficas.

La prevalencia de violencia de pareja en este grupo de población se asoció significativamente con los siguientes factores: percepción de imagen corporal distinta a peso apropiado, desórdenes alimentarios, conductas sexuales de riesgo, consumo de tabaco, alcohol, drogas, salud percibida regular/mala/muy mala así como con el malestar psicológico.

Con base en la información epidemiológica obtenida con las encuestas citadas anteriormente, se diseñaron tres 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, adolescentes y mujeres con VIH/sida sometidas a Violencia de Género. 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. Mujeres con VIH/sida sometidas a violencia de género

A diferencia de los dos estudios cualitativos anteriores, la metodología utilizada para estudiar la relación entre VIH/sida y violencia ([Mujeres con VIH/sida que están sometidas a violencia de género](#)) ha sido un estudio de casos. El análisis de los resultados que aquí se presentan permite la reflexión sobre la relación entre ambas problemáticas y la generación de nuevas hipótesis para profundizar en su conocimiento. Se presentan a continuación los resultados más relevantes.

El estudio sugiere que la presencia y gravedad de la violencia de género pueden acentuarse en determinados colectivos más vulnerables o menos protegidos por los sistemas públicos. La vulnerabilidad puede darse por una situación de mayor aislamiento, estigma, precariedad económica, social, de salud o indefensión legal.

Estas condiciones afectan enormemente a la experiencia, la reacción, el apoyo o el acceso a los mecanismos de protección institucionales. La violencia puede estar en el origen de la infección; puede ser consecuencia posterior de la situación de mayor fragilidad de las mujeres que viven con VIH; puede interferir en los cuidados y actitudes ante la enfermedad; puede también ser independiente, pero tener

factores comunes de riesgo, o contextos donde ambas situaciones –violencia y presencia del VIH- se produzcan a la vez, interfieran o se refuercen.

El VIH puede ser también un desencadenante de la violencia de género, pero no es el hecho de tener VIH lo que provoca o intensifica la violencia de pareja. El factor que media entre las dos realidades es la discriminación y sobre todo el estigma, asociados al VIH. En ausencia de estigma (enfermedad profesional), el diagnóstico del VIH puede también fortalecer a una mujer que vive una situación de violencia de género y favorecer la toma de conciencia y el autocuidado. Por el contrario, en situaciones de gran estigma y secreto, o de pobreza y falta de expectativas, el VIH no hace sino paralizar y aislar más a la mujer que vive una relación de violencia.

La investigación apunta que el sistema de salud puede ayudar a resituar a las mujeres que viven con VIH y padecen violencia. En particular, colaborando con diferentes actores públicos y privados, luchando contra la discriminación, fortaleciendo a las asociaciones, apoyando la toma de conciencia de las familias, interviniendo en los contextos de los grupos que viven de forma más traumática la enfermedad.

#### **9.4.4. 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 (psicológica, física y sexual) 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 2006-2012 un 51,0%, y fue en 2012 1,4 veces superior en hombres que en 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 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2012, habiendo incrementado su diferencia en los últimos años hasta situarse por debajo de la mitad en hombres y aproximándose a la mitad en mujeres.

En Atención Primaria se ha observado desde 2005 un aumento en el número de lesiones del 44,9%, 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 2003-2013 las tasas han aumentado un 37,2% en mujeres y un 16,4% en hombres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en parte por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquéllas, si bien

en los últimos años este peso relativo de los accidentes de tráfico viene decreciendo. En 2012 los accidentes de tráfico supusieron el 29,9% de los años de vida perdidos por causas externas y el 11,6 % de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2012 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido del 89%, algo mayor en hombres que en 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. En 2012 las tasas nacionales fueron más de 4 veces superiores a las madrileñas en hombres y cerca de 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 35% en el periodo 2003- 2013. Las lesiones más graves han experimentado un descenso mayor: un 45% de las altas con estancias de 4 o más días.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009, sin embargo en los últimos cuatro años ha repuntado aproximadamente un 28%, tanto en chicos como en chicas. Un 45% de los jóvenes declaró en 2013 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (1,7 por 100.000 para hombres y 0,6 para mujeres en 2012) y muy inferiores a las nacionales. Durante la última década han descendido en toda España, pero mucho más notablemente en la Comunidad de Madrid. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2002 y 2013 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

### 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 \(SO<sub>2</sub>\)](#) y de [monóxido de carbono \(CO\)](#) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2012 y 2013 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 y 2,5 micras de diámetro ([PM<sub>10</sub>](#) y [PM<sub>2,5</sub>](#)) ha sido relativamente buena en los dos últimos años. Sin embargo el [dióxido de nitrógeno \(NO<sub>2</sub>\)](#) y el [ozono troposférico \(O<sub>3</sub>\)](#) siguen presentando problemas desde el punto de vista del cumplimiento de la legislación y por tanto, desde el punto de vista de sus potenciales repercusiones en términos de salud.

El [dióxido de nitrógeno \(NO<sub>2</sub>\)](#) ha visto superados los límites diario y horario para protección de la salud humana en varias estaciones tanto en 2012 como en 2013.

Por su parte, el [ozono troposférico \(O<sub>3</sub>\)](#), contaminante secundario que se genera a partir de otros contaminantes por efecto de la radiación solar, ha tenido una tendencia en el año 2012 similar al año 2011, con menos superaciones del umbral de información a la población (media horaria=180 µg/m<sup>3</sup>). Sin embargo, en el año 2013 se produjo un incremento sustancial del número de superaciones de este valor umbral, correspondiendo curiosamente la mayor parte de ellas a las estaciones de la Red del Sistema Integral de la Calidad del Aire del Ayuntamiento de Madrid. Lo habitual es que las concentraciones más altas de ozono se registren en las zonas rurales y periféricas de los núcleos urbanos.

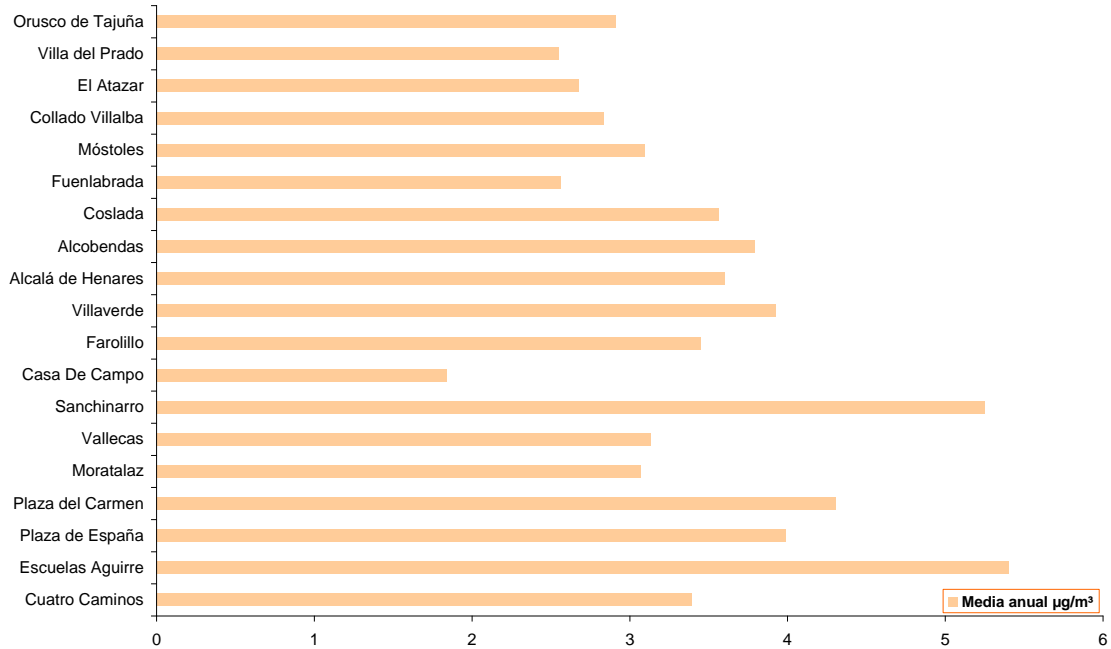
El comportamiento de este contaminante depende de la radiación solar, de las altas temperaturas y de la ausencia de viento, por lo que las concentraciones más elevadas se producen en los meses de verano. El ozono troposférico es un potente oxidante y resulta especialmente interesante conocer las superaciones de los valores umbral y del valor objetivo para la protección de la salud humana (valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m<sup>3</sup>) para mejorar el seguimiento de los pacientes afectados por patologías respiratorias. Como se puede observar en los gráficos y mapas, son numerosas las estaciones en las que se ha superado ese valor más de 25 días, límite que señala la legislación.

En el año 2003, que estuvo caracterizado por una intensa ola de calor, se registraron valores elevados tanto en las concentraciones como en el número de superaciones del umbral de información. En ninguna zona se ha superado el nivel de alerta establecido, desde 2004, como media horaria de 240 µg/m<sup>3</sup>. No obstante, hay que señalar que en el verano de 2013 el valor máximo registrado fue 226 µg/m<sup>3</sup>, muy próximo a este valor umbral de alerta.

**Figura 10.1. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Comunidad de Madrid, 2013.**

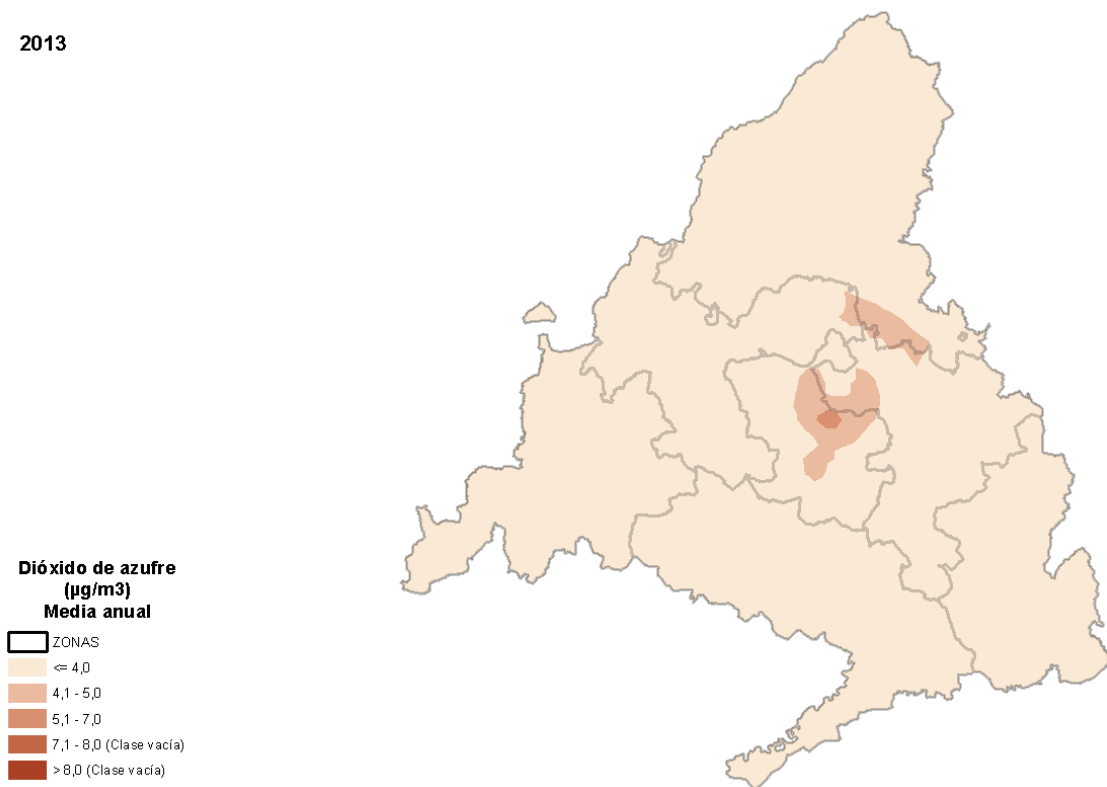
Fuente: Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid y del Sistema integral de vigilancia, predicción e información de la contaminación atmosférica de la ciudad de Madrid. Elaboración: Subdirección de Sanidad Ambiental.

Calidad del aire. Dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>). Valores medios anuales en las estaciones de control (µg/m<sup>3</sup>), 2013

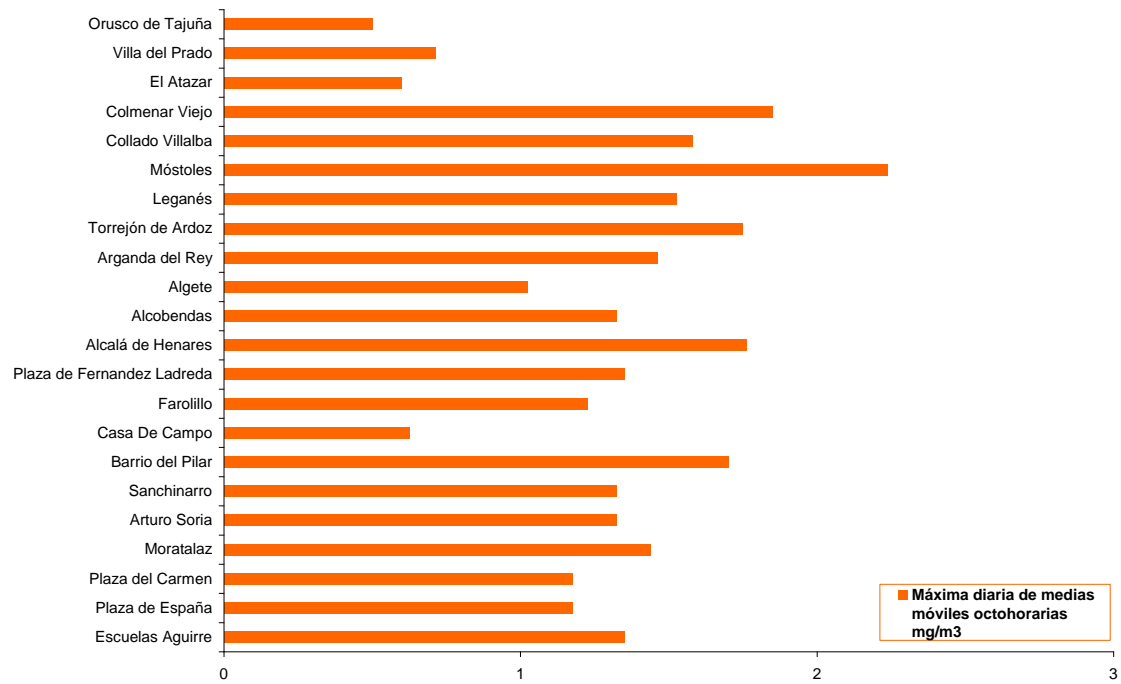


Calidad del aire. Dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>). Distribución geográfica de los valores medios anuales (µg/m<sup>3</sup>), 2013

2013



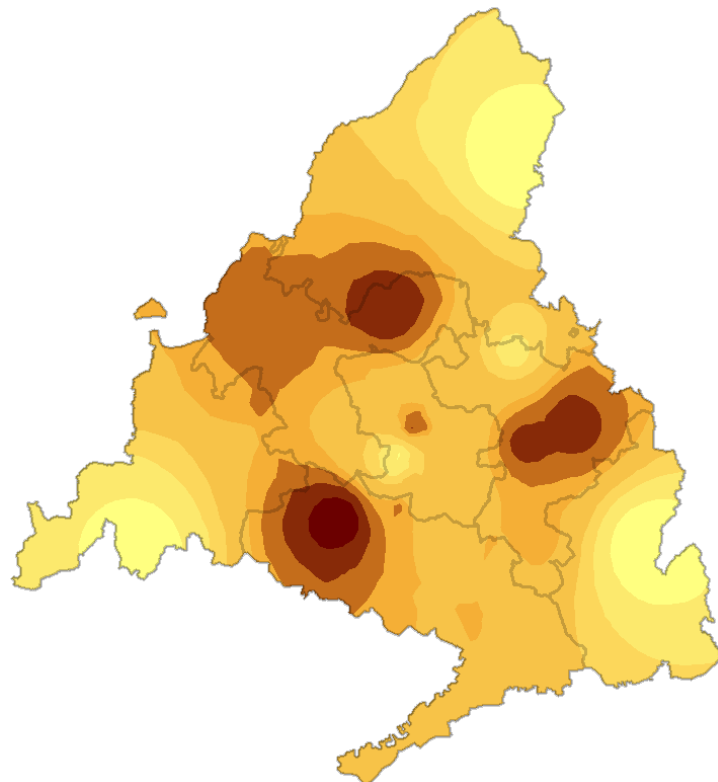
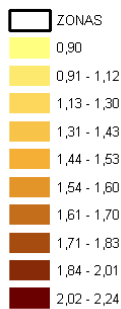
Calidad del aire. Monóxido de carbono (CO). Máxima diaria de medias móviles octohorarias en las estaciones de control (mg/m<sup>3</sup>), 2013



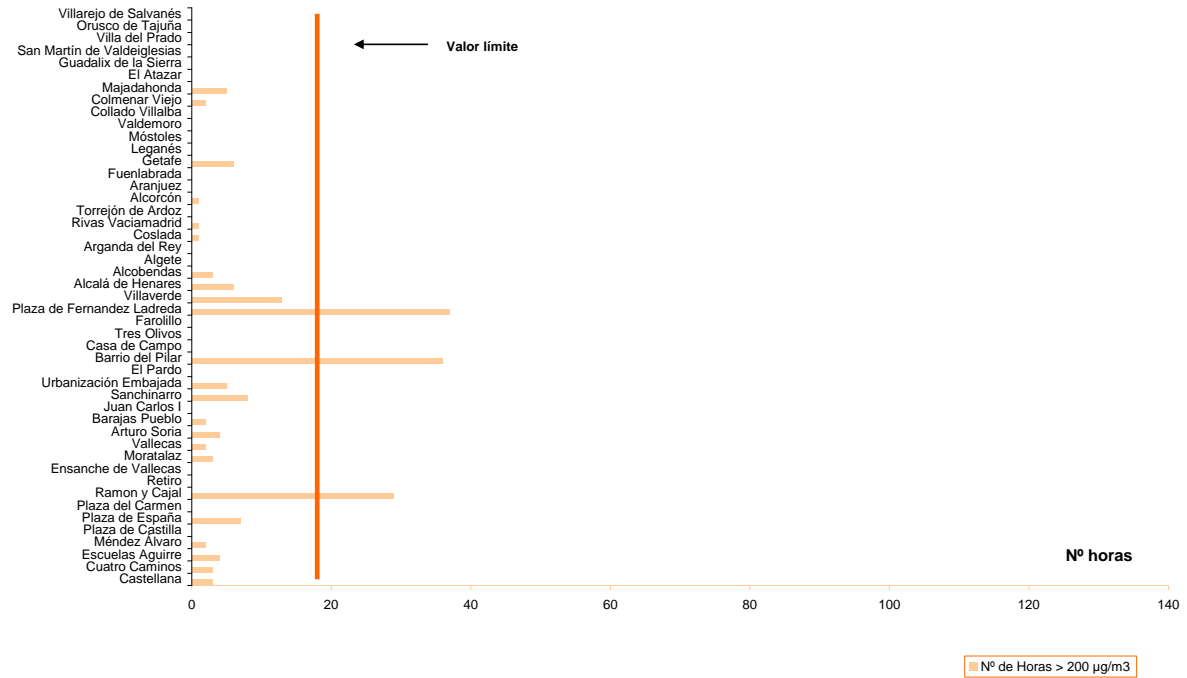
Calidad del aire. Monóxido de carbono (CO). Distribución geográfica, máxima de la media móvil octohoraria, 2013

2013

**Monóxido de carbono**  
**Máxima**  
**de la media móvil octohoraria**  
**(mg/m<sup>3</sup>)**

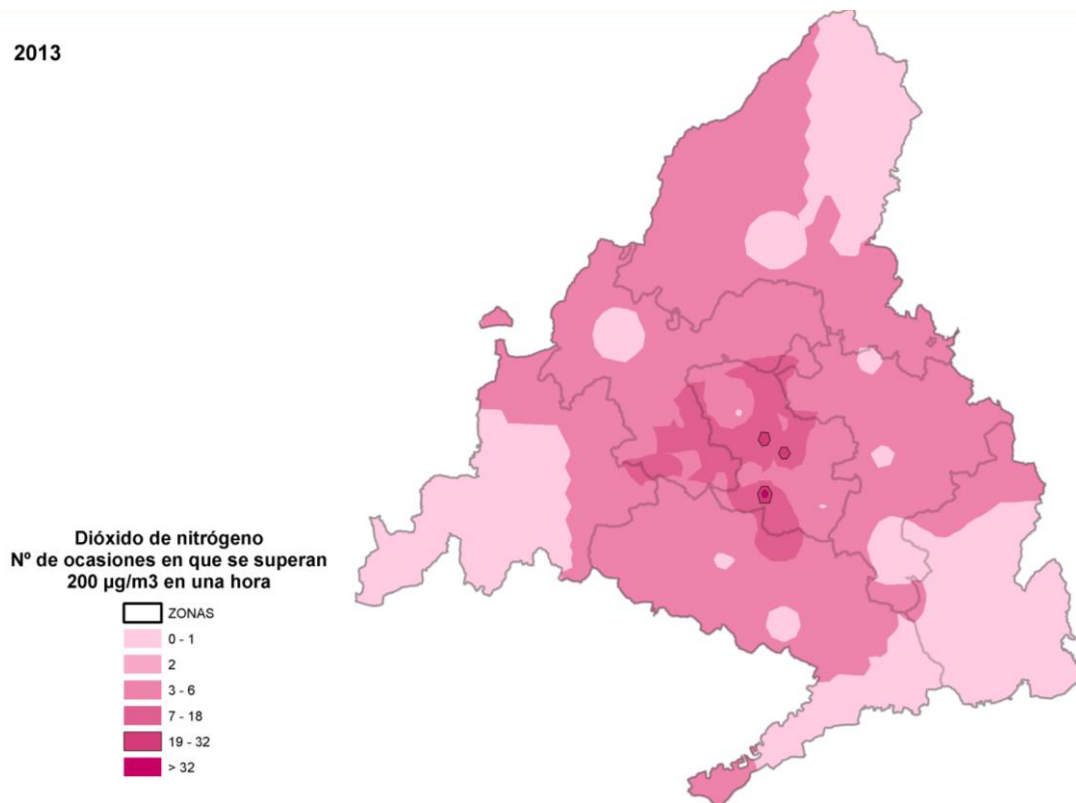


Calidad del aire. Dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>). Número de horas con valores superiores a 200 µg/m<sup>3</sup> en las estaciones de control, 2013

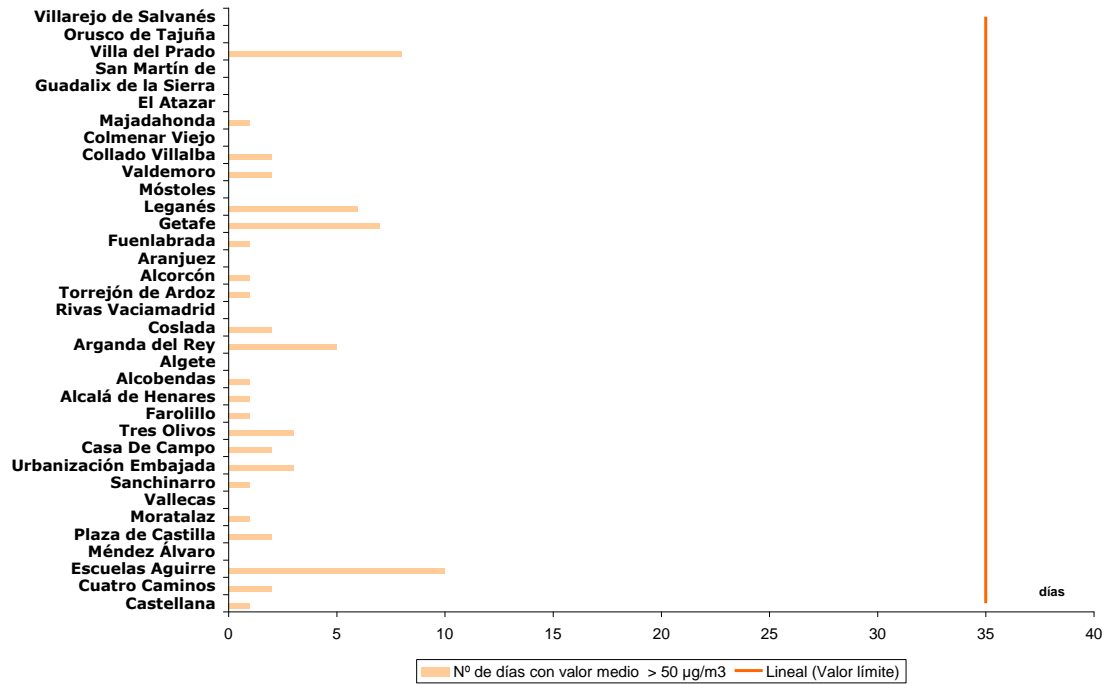


Calidad del aire. Dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>). Distribución geográfica del número de horas con valores superiores a 200 µg/m<sup>3</sup>, 2013

2013



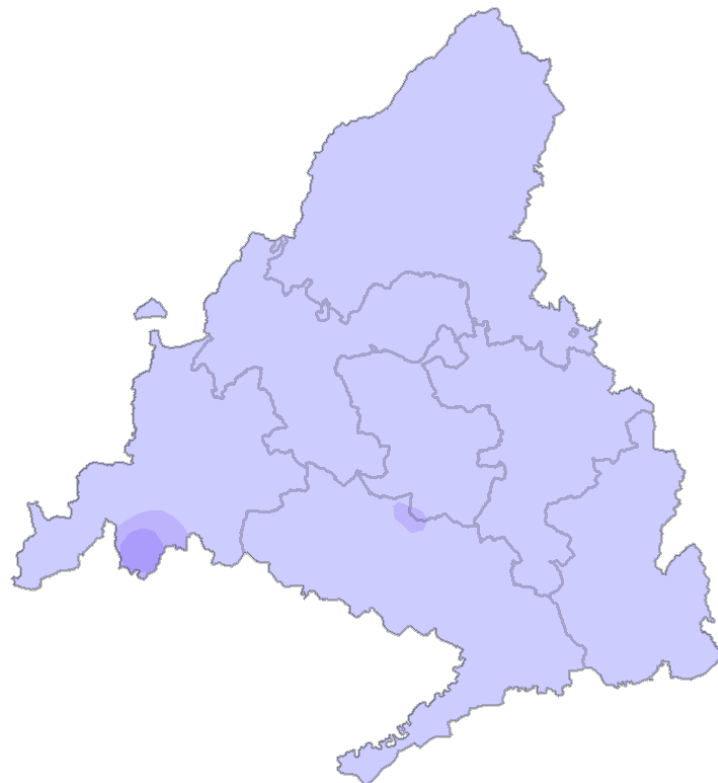
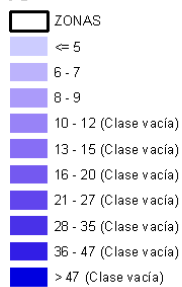
Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Número de días con valores superiores a  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  en las estaciones de control, 2013



Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Distribución geográfica del número de días con valores superiores a  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  en las estaciones de control, 2013

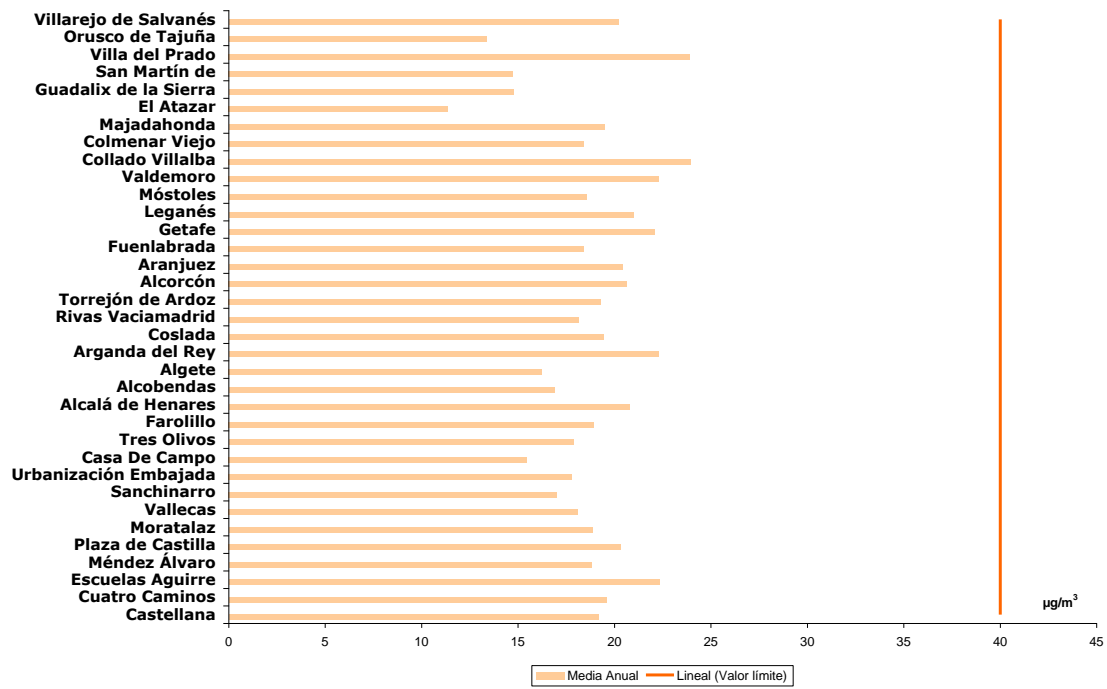
2013

**PM10**  
 Nº de días en los que se superan  
 $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  de media diaria



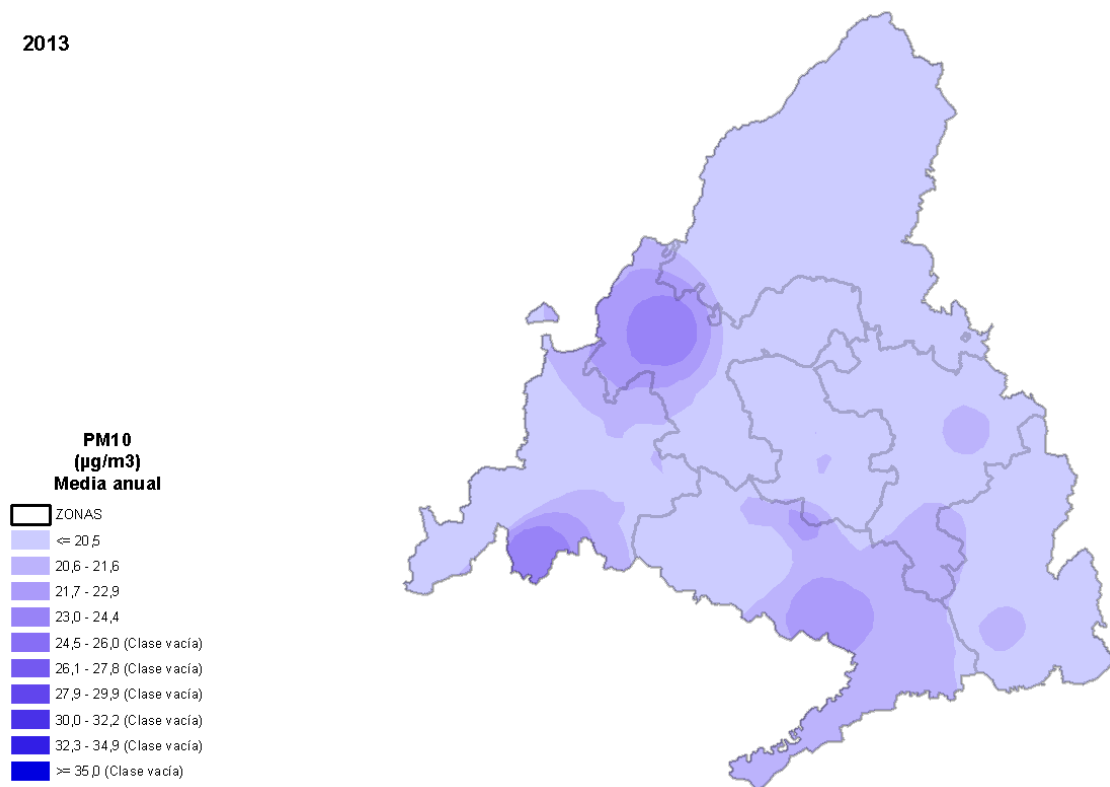


Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Media anual en las estaciones de control ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ), 2013

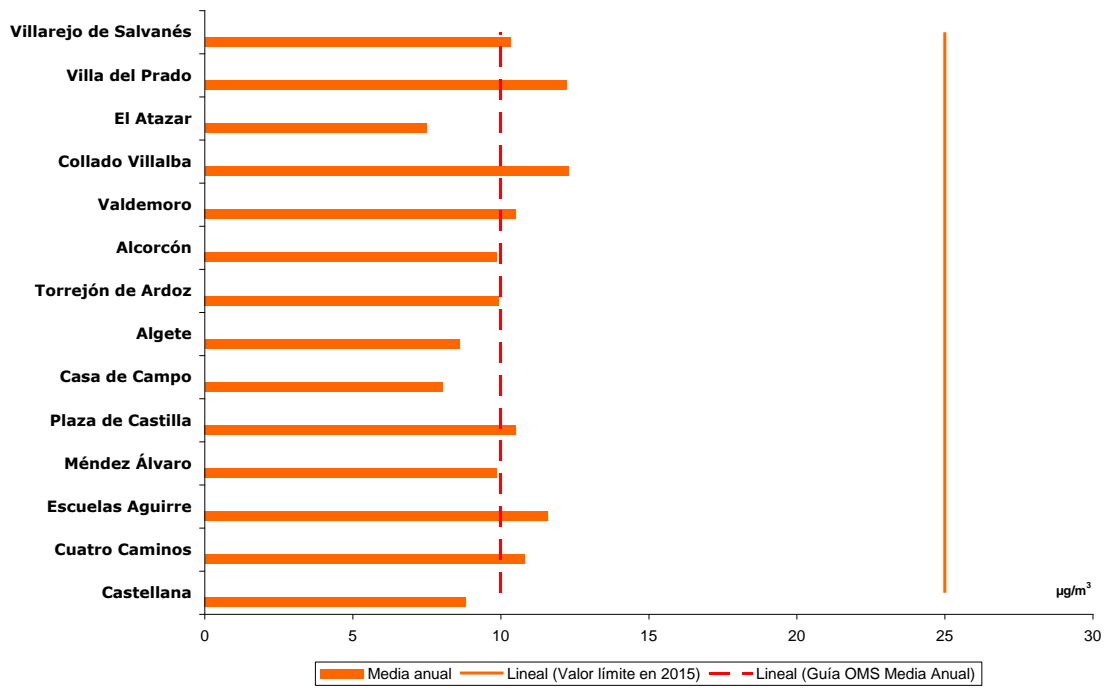


Calidad del aire. Partículas en suspensión PM10. Distribución geográfica de la media anual ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ), 2013

2013

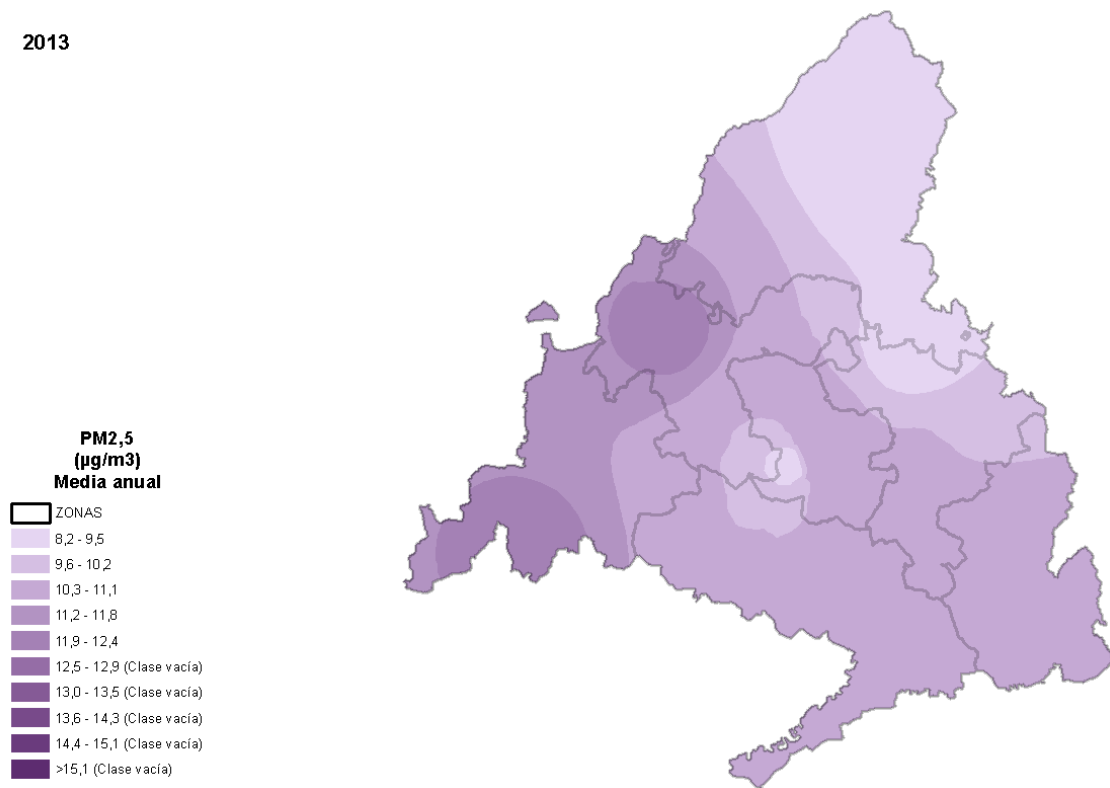


Calidad del aire. Partículas en suspensión PM2,5. Media anual en las estaciones de control ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ), 2013

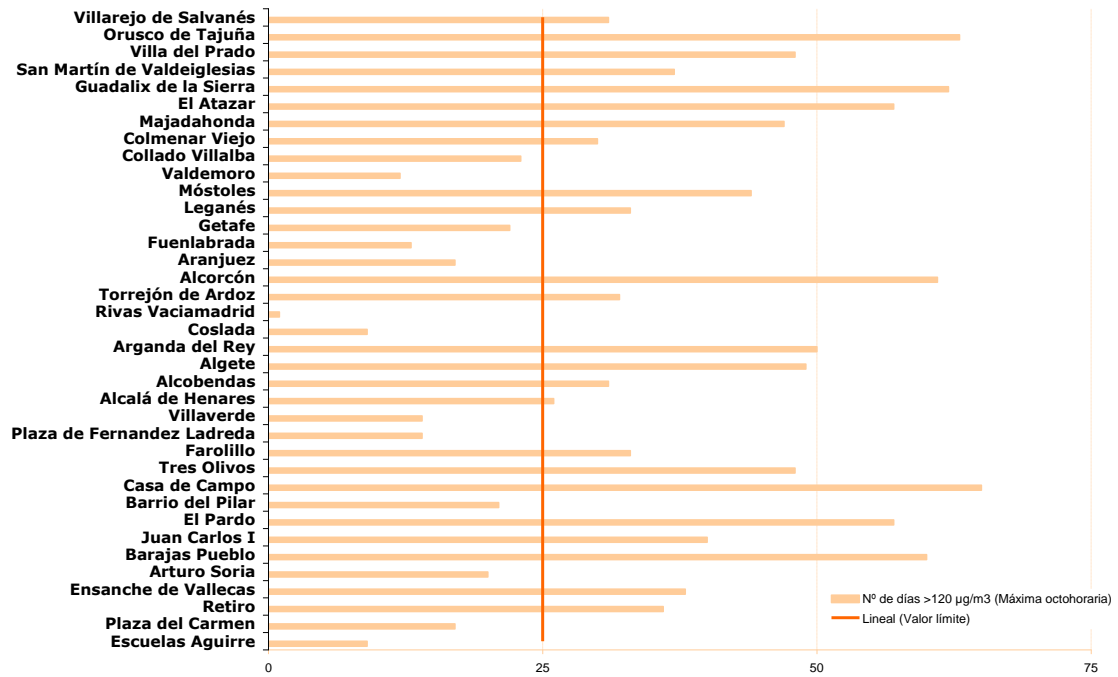


Calidad del aire. Partículas en suspensión PM2,5. Distribución geográfica de la media anual ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ), 2013

2013

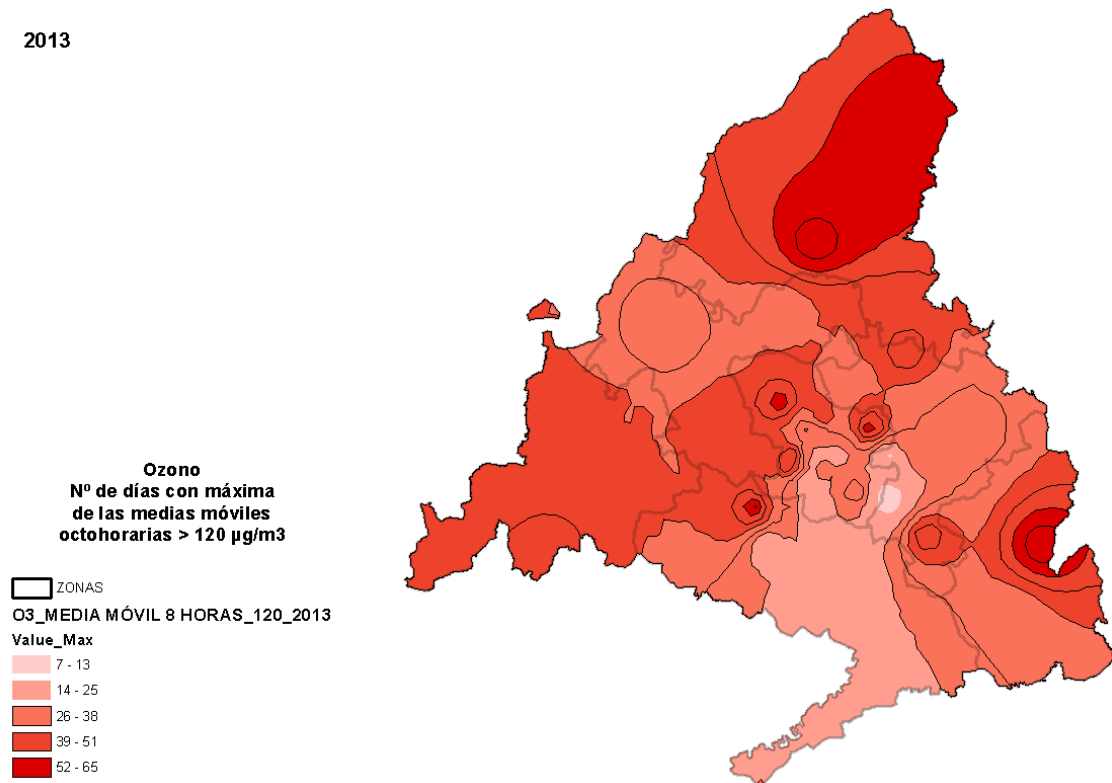


Calidad del aire. Ozono (O<sub>3</sub>) troposférico. Número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m<sup>3</sup> en las estaciones de control, 2013

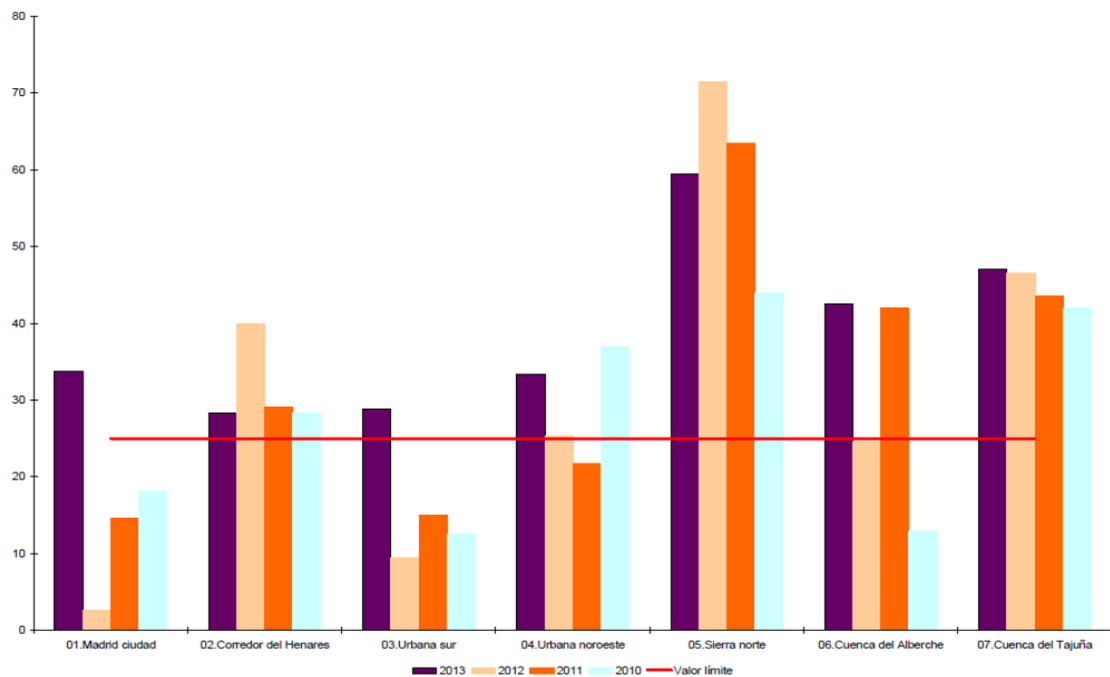


Calidad del aire. Ozono (O<sub>3</sub>) troposférico. Distribución geográfica del número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m<sup>3</sup>, 2013

2013



Calidad del aire. Ozono (O<sub>3</sub>) troposférico. Promedio del número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m<sup>3</sup> por zona, 2010-2013



### 10.1.2. Vigilancia de niveles de polen atmosférico

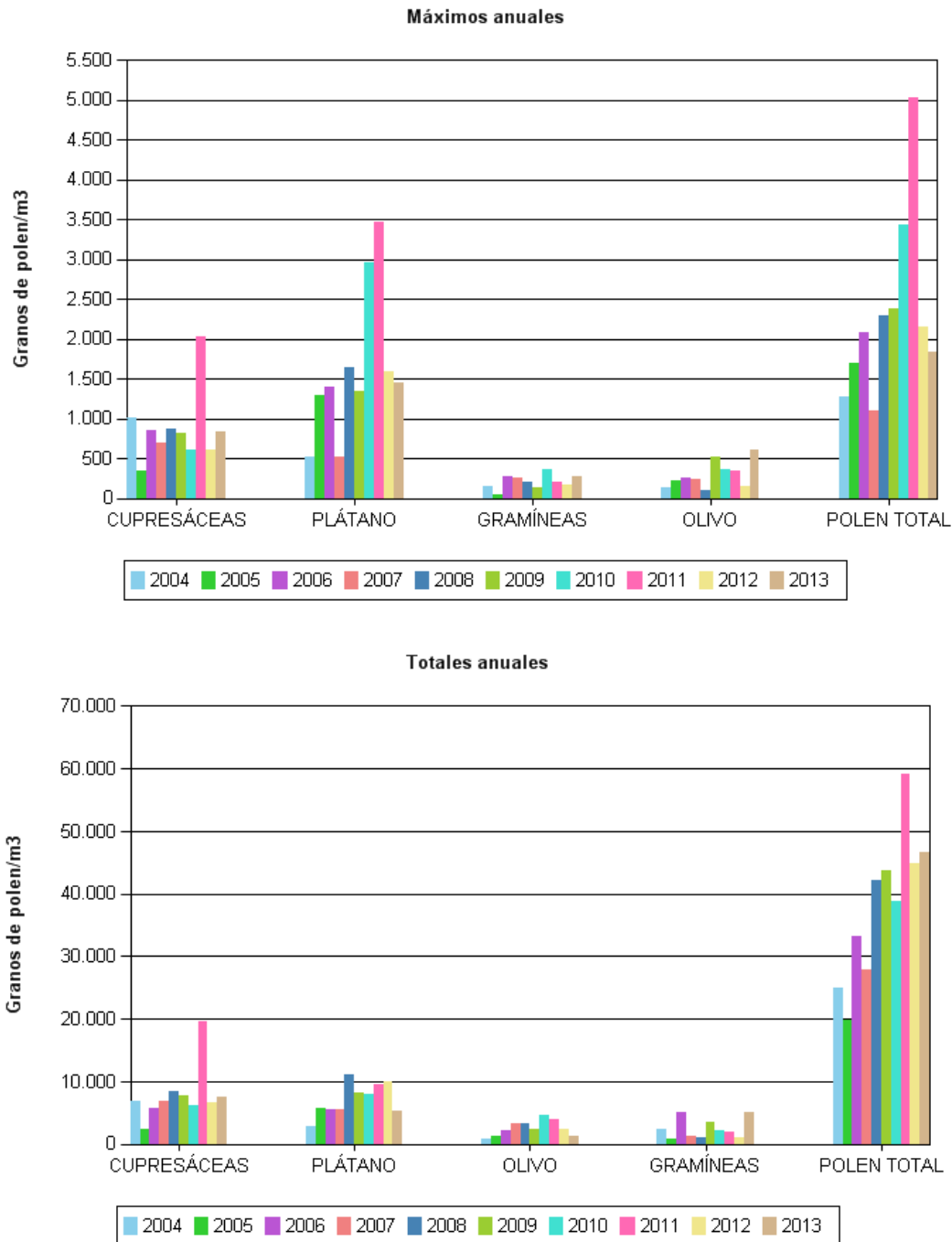
El polen es un importante alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas, que se encuentra en el aire para cumplir un papel biológico esencial en el ciclo reproductivo de las plantas.

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 Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales 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 se observa 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 2013 de los diferentes tipos polínicos puede observarse en la [Figura 10.2](#). La Comunidad de Madrid emite boletines diarios durante el primer semestre del año, boletines semanales durante todo el año y boletines diarios de predicción de niveles de polen en los períodos de polinización correspondientes a las especies más alérgicas en nuestra región. Todos ellos pueden consultarse en Internet (<http://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, 2004-2013.**

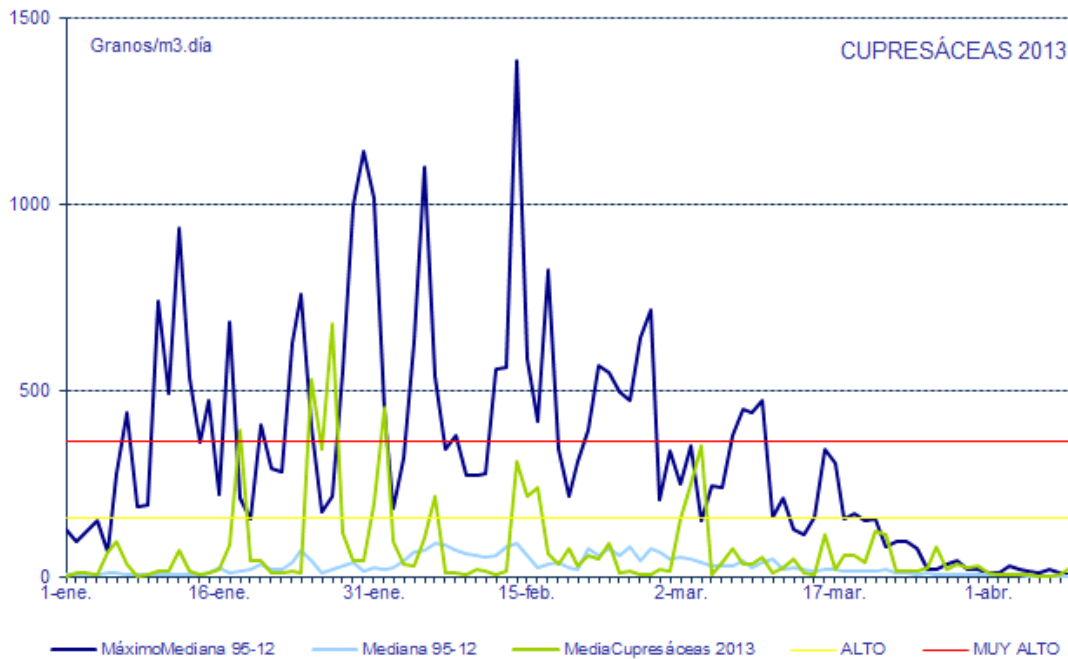
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



Durante el año 2012 la presencia de polen de Cupresáceas, a cuyo espectro polínico contribuyen principalmente en invierno el polen de las arizónicas (*Cupressus arizonica Gaernt.*), se produjo a partir de la segunda quincena del mes de enero, debido a las continuas lluvias ocurridas hasta entonces. No se registró una concentración elevada y la media total de polen fue de 6.622 granos por metro cúbico de aire. El periodo de polinización fue largo, con presencia de polen hasta finales del mes de marzo. En 2013 (Figura 10.3) la presencia de polen de Cupresáceas fue intermitente a lo largo de los meses de invierno, con varios picos elevados de concentración distribuidos a lo largo del periodo debido a las condiciones meteorológicas. El pico más elevado se produjo a finales del mes de enero. No se registraron concentraciones elevadas, y la concentración media total de polen fue de 7.514 granos por metro cúbico de aire. El periodo de polinización fue corto, con pocos días de presencia atmosférica durante todo el periodo.

**Figura 10.3. Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas en 2013 frente al histórico 1995-2012. Comunidad de Madrid.**

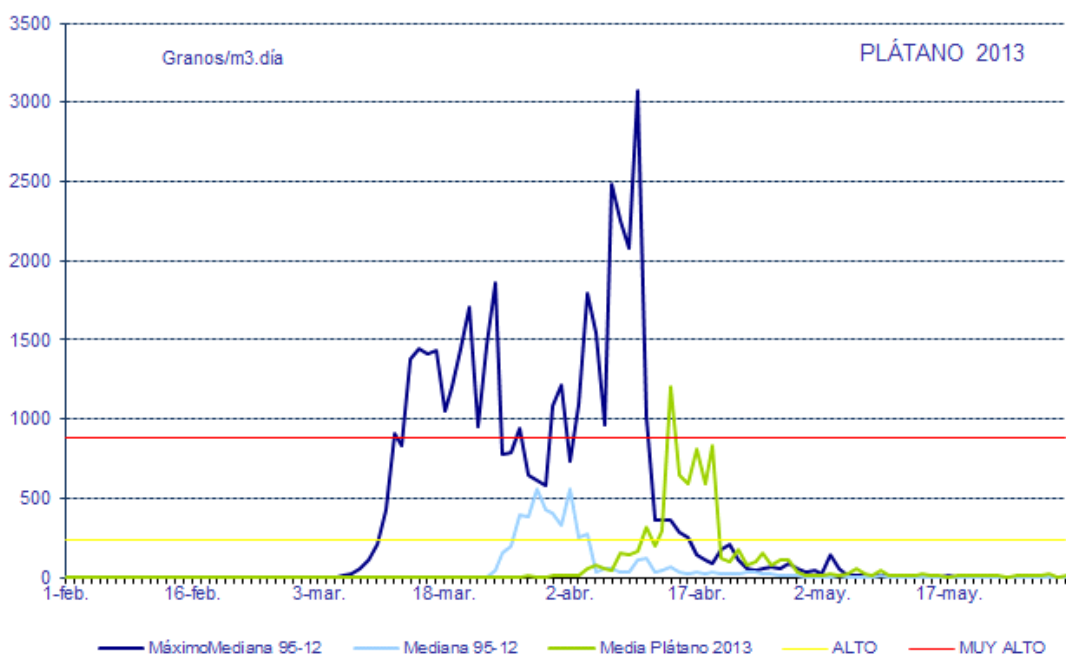
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



Durante el año 2012 el periodo de polinización de Plátano fue corto, siendo muy pocos los días de presencia atmosférica de este tipo polínico. El comienzo de periodo se produjo a finales de marzo, y las concentraciones fueron altas con un solo pico elevado a comienzos de mes de abril, registrándose una concentración media total de 10.022 granos de polen por metro cúbico de aire. En el año 2013 (Figura 10.4) el periodo de polinización de Plátano también fue corto y el comienzo del periodo se produjo de forma muy tardía, a mediados de abril. Esto supuso el periodo de polinización más tardío de toda la serie histórica. Los niveles no fueron especialmente elevados, produciéndose el pico de concentración a mediados de abril, con una concentración media total de 5.238 granos de polen por metro cúbico de aire.

**Figura 10.4. Evolución de la concentración de polen de Plátano en 2013 frente al histórico 1995-2012. Comunidad de Madrid.**

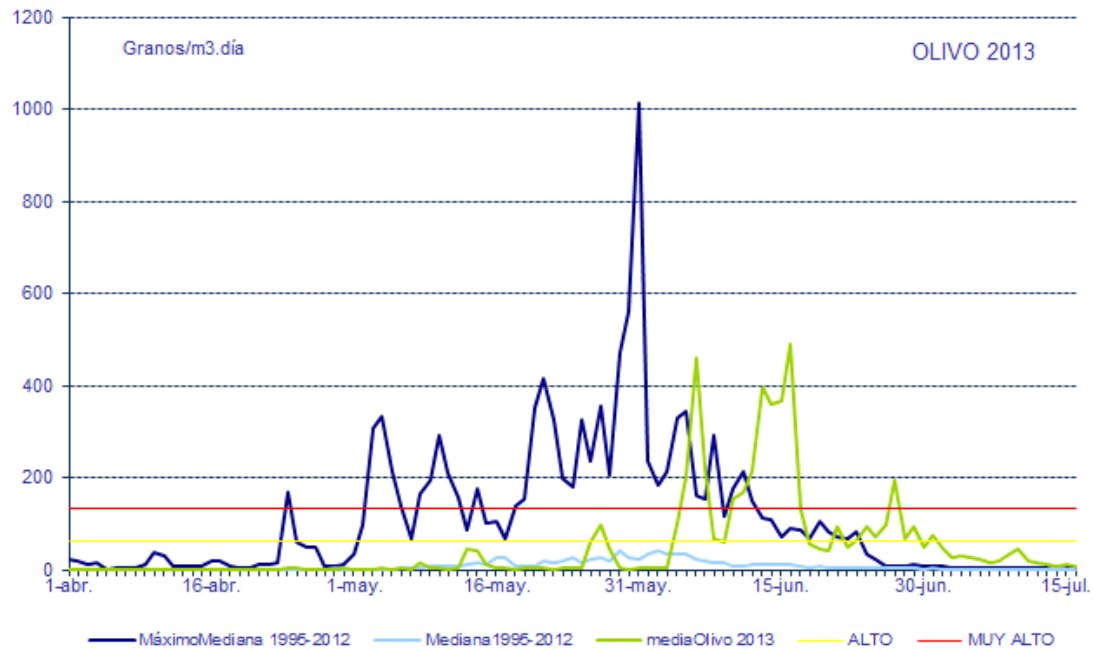
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



En cuanto al Olivo, durante el año 2012 el periodo de polinización comenzó a mediados del mes de mayo, con un pico de niveles altos a mediados de mayo y un segundo periodo de niveles muy altos la primera semana de junio, registrándose una concentración media anual de polen de olivo de 2.400 granos por metro cúbico de aire. La duración del periodo de polinización fue más corta, con menor número de días de presencia de este tipo de polen. En el año 2013 (Figura 10.5) el periodo de polinización comenzó a principios del mes de junio, con dos picos al inicio y a mediados del mes de junio, registrándose una concentración media anual de polen de olivo de 1.325 granos de polen por metro cúbico de aire. La duración del periodo de polinización fue larga, prolongándose hasta el mes de julio la presencia de polen de olivo en el aire.

**Figura 10.5. Evolución de la concentración de polen de Olivo en 2013 frente al histórico 1995-2012. Comunidad de Madrid.**

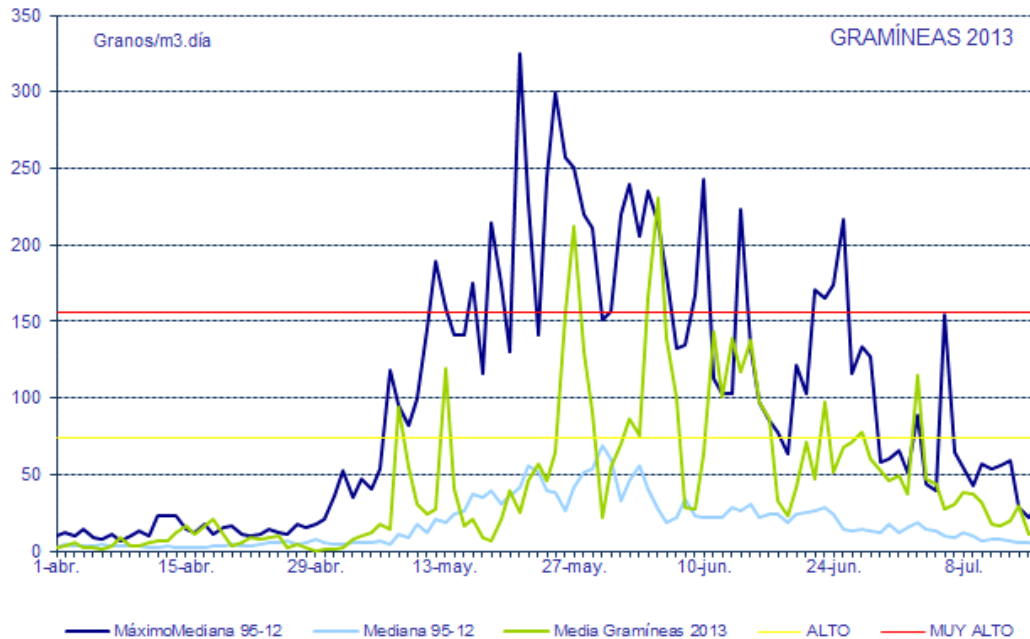
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



En cuanto a las Gramíneas se refiere, durante 2012, se produjo un aumento progresivo de los niveles hasta alcanzarse un primer pico a mediados de mayo con niveles altos en toda la red y un segundo pico a finales de mayo. El periodo de polinización fue muy largo con cantidades significativas de polen de gramíneas hasta finales de junio, con una concentración media anual de 1.055 granos de polen por metro cúbico de aire. En el año 2013 (Figura 10.6) se produjo un aumento brusco de la concentración a principios del mes de mayo con dos picos de niveles altos, aunque fue durante el mes de junio cuando se produjeron concentraciones pico con niveles muy altos en dos ocasiones, se repitieron los niveles altos durante el mes de junio, e incluso a comienzos del mes de julio. El periodo de polinización fue muy largo con cantidades significativas de polen de gramíneas hasta la primera semana del mes de julio, registrándose una concentración media anual de 5.130 granos de polen por metro cúbico de aire.

**Figura 10.6. Evolución de la concentración de polen de Gramíneas en 2013 frente al histórico 1995-2012. 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.

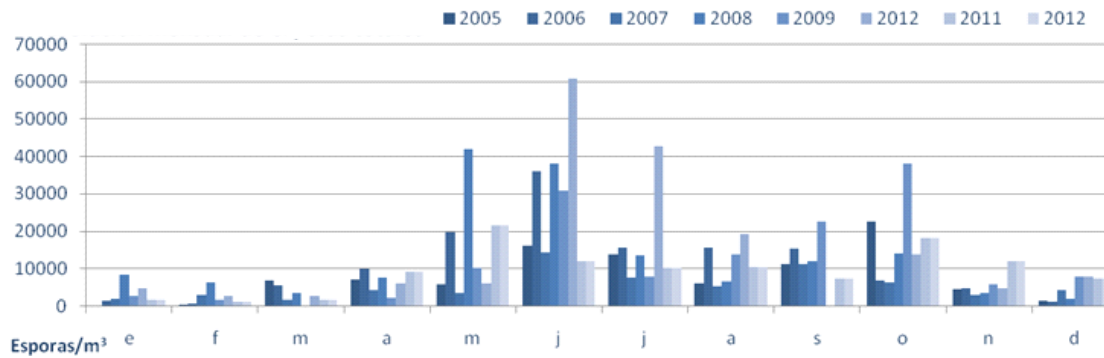
Las esporas de hongos presentes en el aire son muy numerosas, pertenecen a diversas especies y los mismos tipos morfológicos se hallan en casi todas las localidades, ya que son ubicuas. La composición del contenido atmosférico de esporas, a partir de los recuentos de las muestras aerobiológicas da una 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, donde se analizan las muestras aerobiológicas en el laboratorio municipal como punto de referencia para toda la región (Figura 10.7). Existen dos periodos de presencia de esporas fúngicas importantes, con una clara estacionalidad: primaveral y otoñal. Durante el año 2012 la cantidad de esporas de los tres tipos analizados han tenido la misma estacionalidad.



**Figura 10.7. Evolución mensual y anual del contenido de esporas. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2012.**

Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.

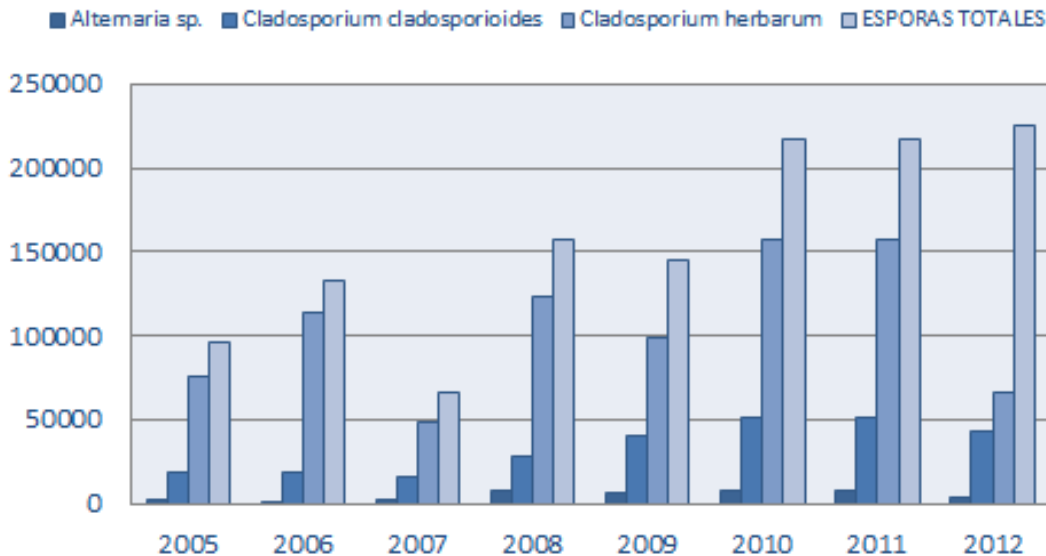


Este Sistema de Vigilancia aporta datos de tres tipos esporales (Figura 10.8) de gran presencia en el aire. Su presencia atmosférica es mayor, en número, que la de polen. Estos tres tipos esporales representan aproximadamente el 90% del total de tipos esporales detectados.

En el año 2012 el pico de concentración de *Alternaria* se produjo a finales de primavera, el 24 de junio con una concentración de 144 esporas/m<sup>3</sup>/día, y una concentración media de 11 esporas/m<sup>3</sup>/día; respecto a *Cladosporium cladosporioides* la máxima concentración fue en otoño, el 24 de octubre, con 646 esporas/m<sup>3</sup>/día y una concentración media de 117 esporas/m<sup>3</sup>/día. En el caso de *Cladosporium herbarum* el día pico fue en verano, el 29 de julio con 1.970 esporas/m<sup>3</sup>/día y una concentración media de 187 esporas/m<sup>3</sup>/día.

**Figura 10.8. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2012.**

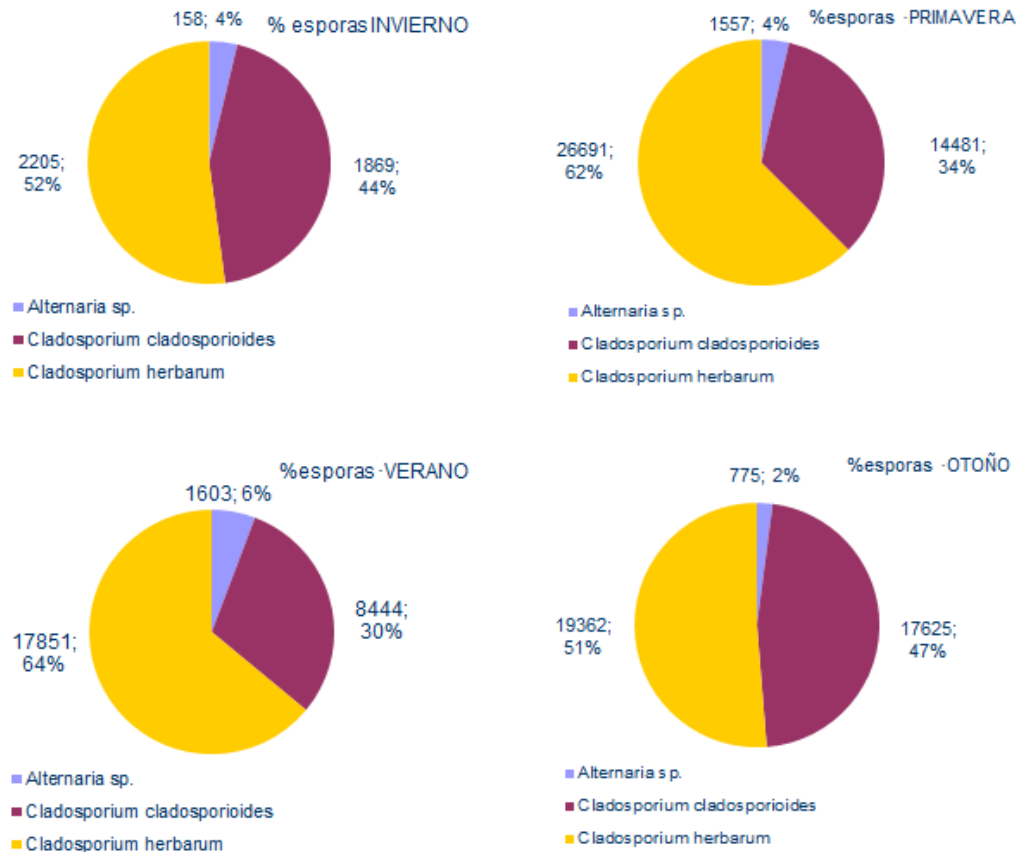
Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



En 2012 el contenido mayoritario a lo largo del año fue de *Cladosporium herbarum*, con un 59% del total de esporas y un total de 66.045 esporas anuales, y predominio durante la primavera y el verano, seguido de un porcentaje inferior de representación de *Cladosporium cladosporioides*, 38% y un total de 42.329 esporas anuales, con predominio otoñal (Figura 10.9). *Alternaria* siempre es un tipo esporal minoritario en los recuentos, no alcanza el 4% y un total de 4.092 esporas totales, pero su importancia desde el punto de vista de salud pública es muy relevante por su repercusión en pacientes alérgicos y asmáticos, ya que es un alérgeno ambiental de gran importancia.

**Figura 10.9. Distribución estacional de los 3 tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2012.**

Fuente: Red Palinocam. Servicio de Sanidad Ambiental.



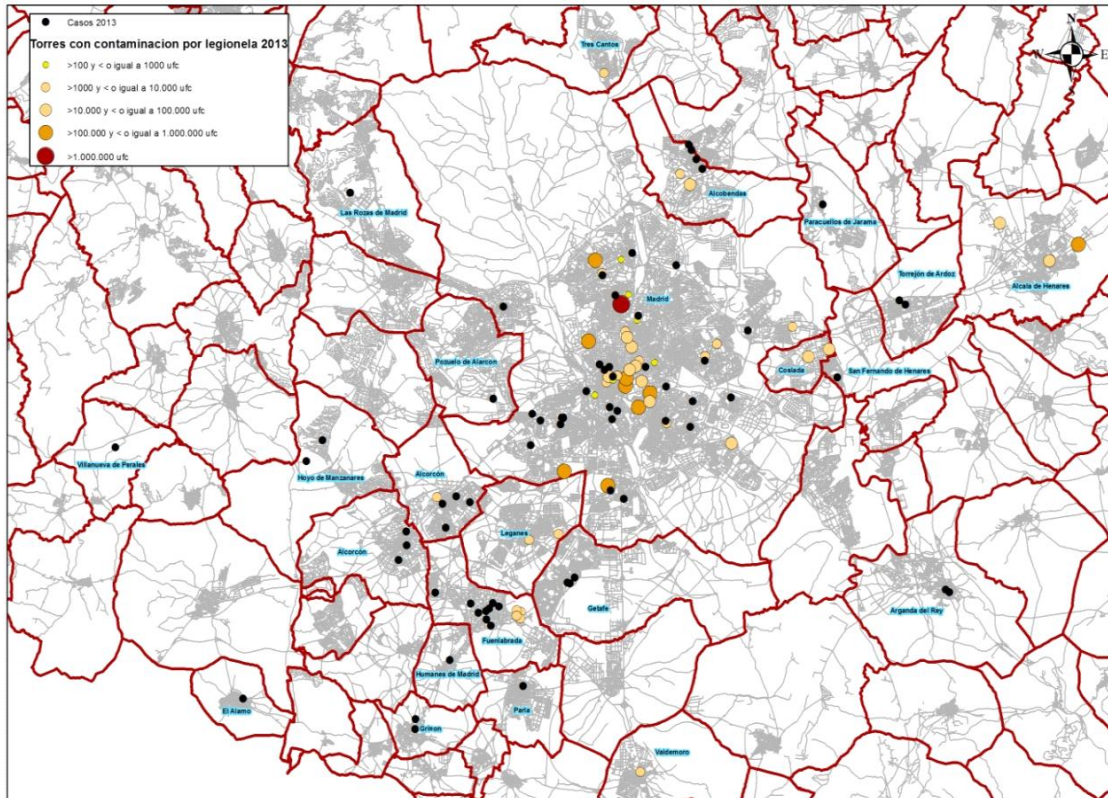
#### 10.1.4. Sistema de vigilancia de legionelosis

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). 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. Vigilancia espacial de la legionelosis: torres de refrigeración positivas y casos 2013. Comunidad de Madrid.**

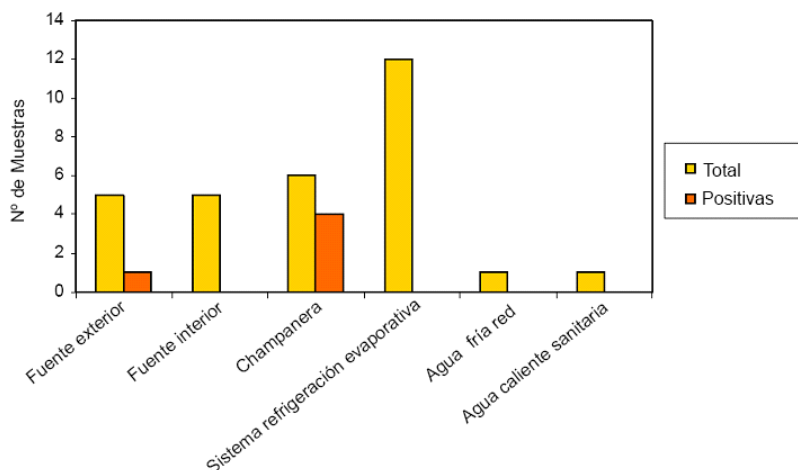
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2013 era de 3.729. En lo que respecta a los casos de *Legionella*, durante el mes de julio de 2012 se produjo un brote de legionelosis con 64 casos en un restaurante del municipio de Móstoles relacionado con instalaciones consideradas por la normativa como de menor probabilidad de proliferación y dispersión de *Legionella* (sistemas de refrigeración evaporativa, fuentes ornamentales y champanera) (Figura 10.11). En las muestras de biofilm extraído de la champanera, se detectó la misma cepa de *L. pneumophila* que la encontrada en las muestras clínicas, lo que permitió establecer la vinculación entre muestras clínicas y ambientales. Las rápidas medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección, cierre de todas las instalaciones de riesgo existentes en el restaurante) fueron efectivas y el brote fue rápidamente controlado. En 2013 se declararon 75 casos esporádicos (no asociados a brote).

**Figura 10.11. Brote de legionelosis asociado a un restaurante. Resultados de muestras ambientales. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental y Servicio de Epidemiología.



### 10.1.5. Vigilancia de extremos térmicos y salud

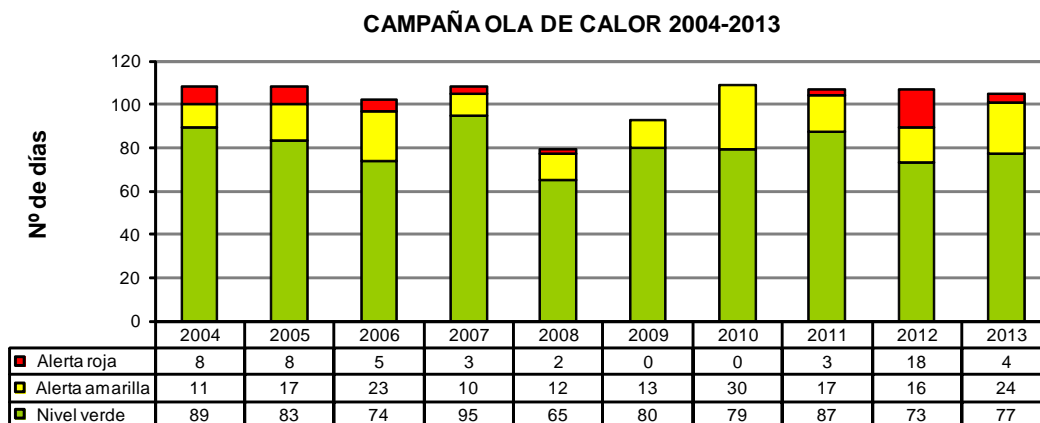
El Plan de respuesta ante los riesgos derivados de las olas de calor de la Comunidad de Madrid, se diseñó tras la ola de calor que afectó Europa en el año 2003 (Figura 10.12). Durante el año 2013 estuvo activo desde el 1 de junio hasta el 15 de septiembre.

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 2004-2013 del número de días en alerta por ola de calor por niveles de riesgo. Comunidad de Madrid.**

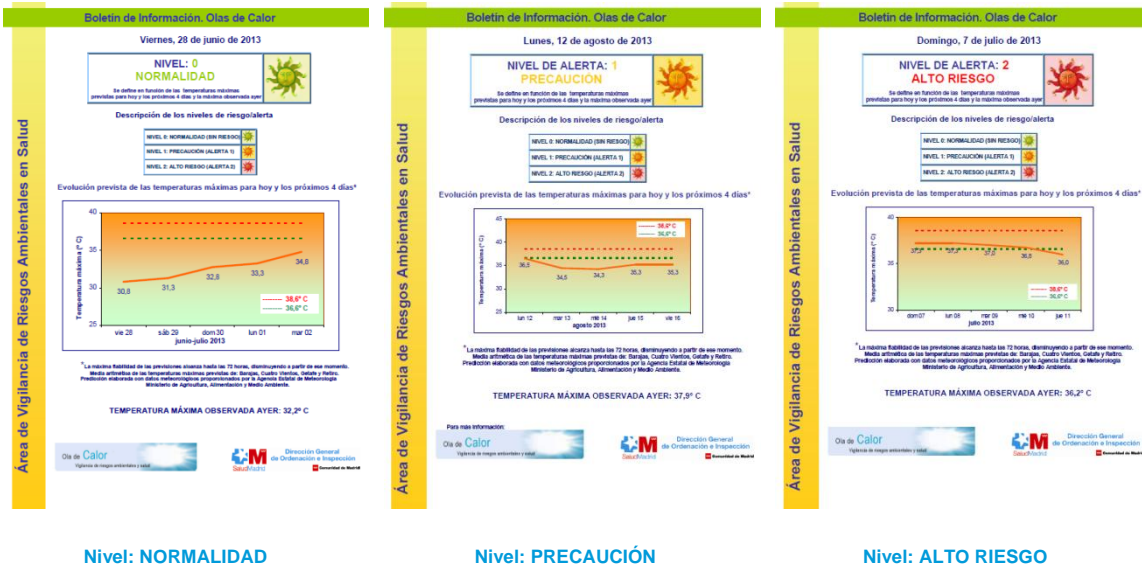
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



El boletín de Información sobre Olas de Calor incluye cada día el nivel de riesgo ambiental y alerta sanitaria cuando procede (Figura 10.13). Se difunde al Servicio de Alertas en Salud Pública que lo traslada al sistema sanitario y sociosanitario, municipios, y resto de agentes que intervienen en el plan. En 2013 se elaboraron y difundieron 74 boletines. Para informar al ciudadano se actualiza diariamente el boletín en la página web [www.madrid.org/calorysalud](http://www.madrid.org/calorysalud) y para informar a los profesionales sanitarios de la Consejería se incluye y actualiza la imagen de un sol de diferentes colores como banner en la página principal de Salud@ que enlace con la Web temática y con el boletín de información diaria. Desde 2010 está en funcionamiento la aplicación SOCA (Sistema de Información por Ola de Calor) que permite la suscripción a través de Internet de los ciudadanos que deseen recibir información en distintas modalidades: recepción diaria del boletín (vía correo electrónico) con el nivel de riesgo previsto para cada día; recepción del boletín sólo cuando hay activación o desactivación de alertas y desde 2013, por primera vez, además de correo electrónico, aquellas personas que lo desearon también pudieron recibir información mediante SMS en sus teléfonos móviles. En este caso, los envíos se hicieron exclusivamente el día en que se activó o desactivó una alerta por calor.

Figura 10.13. Boletín del nivel de alerta por ola de calor. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



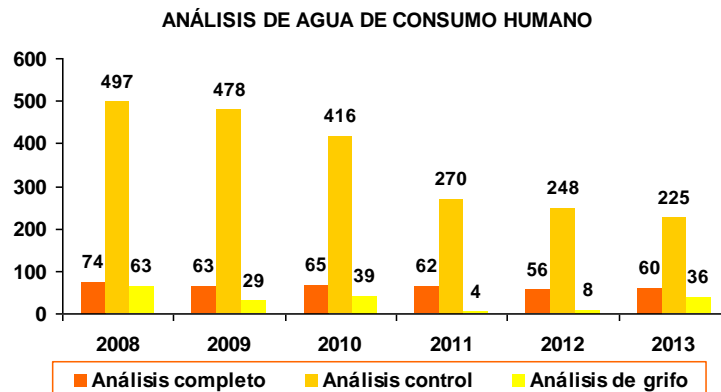
En el verano del año 2013 hubo 733 registros de suscriptores que optaron por recibir información vía correo electrónico y 482 que se suscribieron para recibirla vía SMS, aunque las dos modalidades no eran excluyentes, contabilizándose un total de 967 usuarios suscritos. Se enviaron un total de 39.980 correos electrónicos y 12.835 mensajes SMS.

### 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 Autónomo de Vigilancia Sanitaria, en cuyo marco se realizaron 633 análisis, en el transcurso de los años 2012 y 2013. En la Figura 10.14 se puede ver los análisis realizados en los últimos años, 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, 2008-2013.

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 96% de la población. El otro 4% de agua suministrada es responsabilidad de 18 municipios y 337 gestores privados.

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, 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 España el RD 1341/2007, de 11 de octubre, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño transpone la Directiva europea y atribuye a la administración sanitaria de las Comunidades Autónomas las competencias de inspección, análisis y calificación de las aguas de baño. El objeto de la norma es reducir los riesgos para la salud relacionados con la posible contaminación microbiológica de las aguas de baño.

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.**

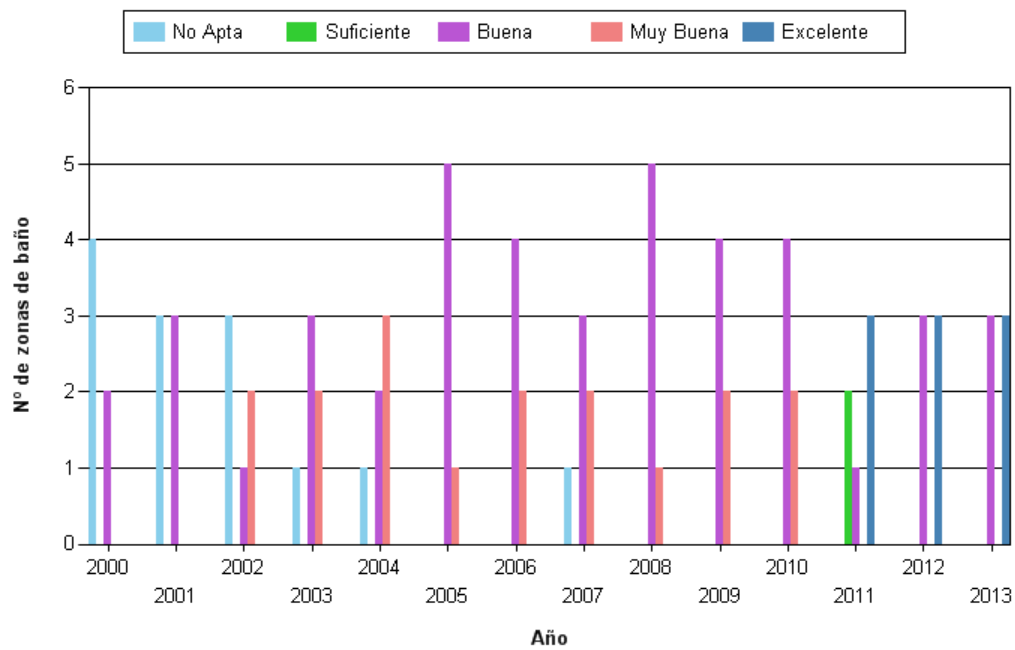
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

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

Destaca la buena calidad de las aguas de baño en Madrid, con 3 zonas clasificadas como Excelentes y con una evolución favorable de La Charca Verde y la Playa del Alberche, cuya calidad ha pasado de ser Suficiente en 2011 a Buena, a partir de 2012. En la [Figura 10.15](#) se presenta la evolución de la calificación de las zonas de baño en los últimos años, 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, 2000-2013.**

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



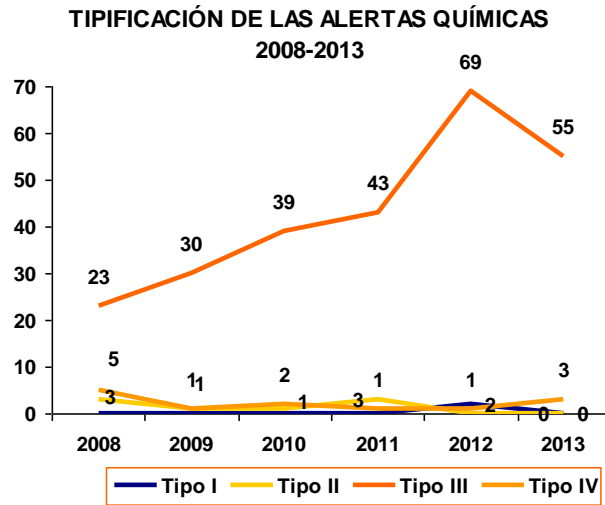
### 10.1.8. Vigilancia de productos químicos

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 morbimortalidad y las de tipo IV con las que solamente son de carácter informativo y no necesitan de actuación.

En los años 2012 y 2013 se registraron, respectivamente, 72 y 59 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, 2008-2013.**

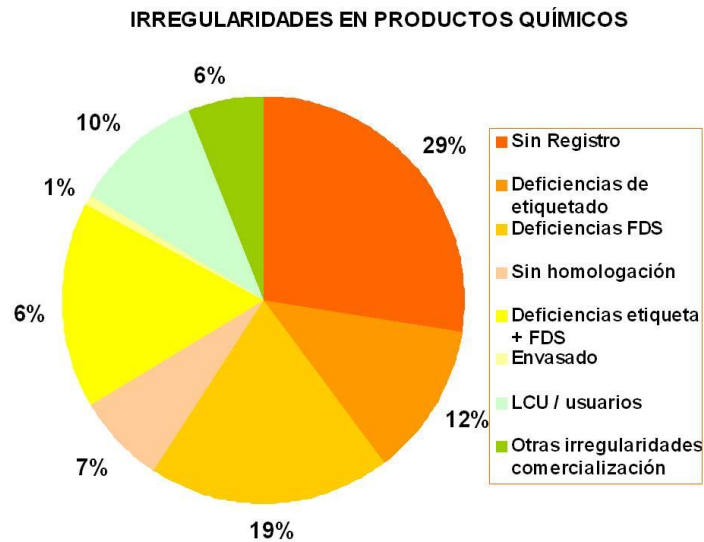
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



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 anual de irregularidades en productos químicos. Comunidad de Madrid, 2013.**

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 2013, y de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos entre los años 2007 a 2013. 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 2013, para finalizar con la información disponible de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos en el periodo 2007-2013.

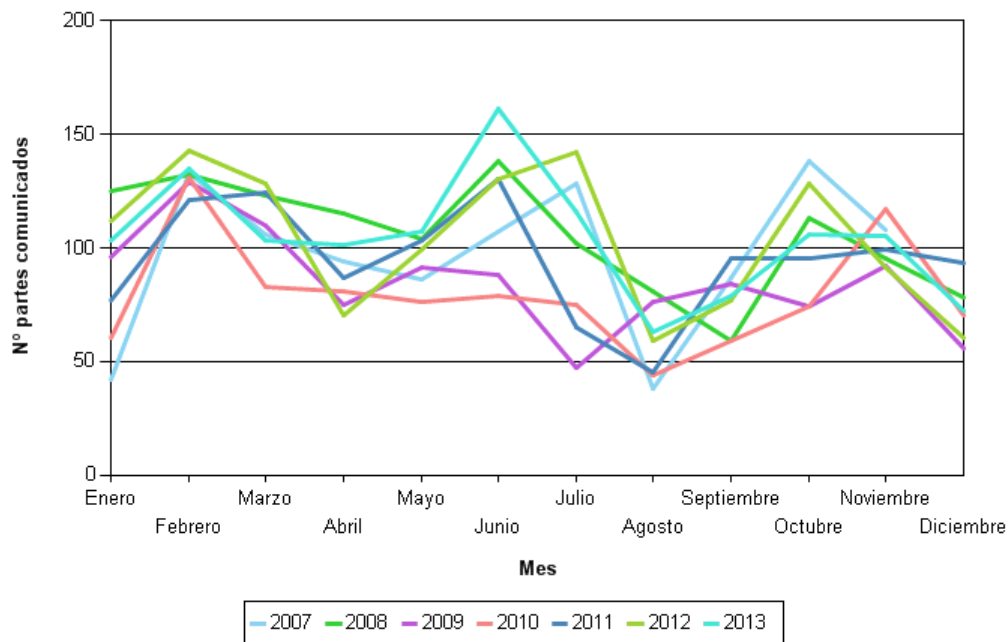
#### 10.2.1.1. Enfermedades profesionales. Partes comunicados

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2013, se han notificado al sistema CEPROSS 7.948 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](#)) hasta 2011 la frecuencia en el periodo era de un 52,4% en hombres, sin embargo en los dos últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 51%.

**Figura 10.18. Enfermedades profesionales. Distribución mensual de partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



**Figura 10.19. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

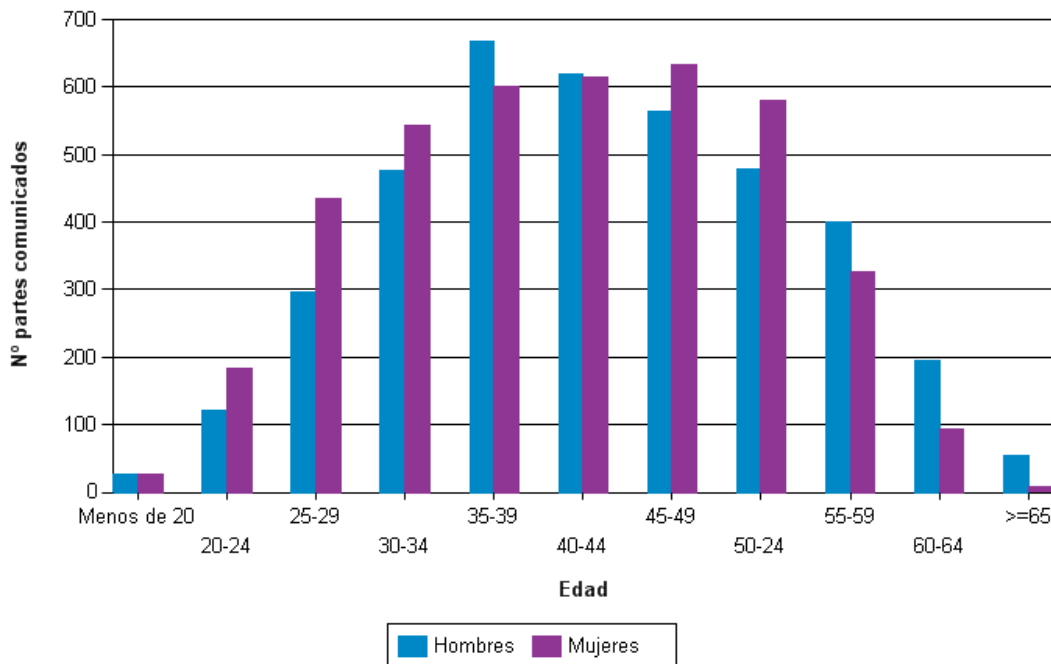
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Por grupos de edad y sexo (Figura 10.20), se observa que es mayor el número de partes emitidos entre las mujeres, excepto en el grupo de edad de 35-39 años y a partir de los 55 años, en que son más frecuentes en hombres. En ambos sexos, entre las edades de 35 a 49 años de edad se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando alrededor de un 46% de los mismos para el periodo de estudio.

**Figura 10.20. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

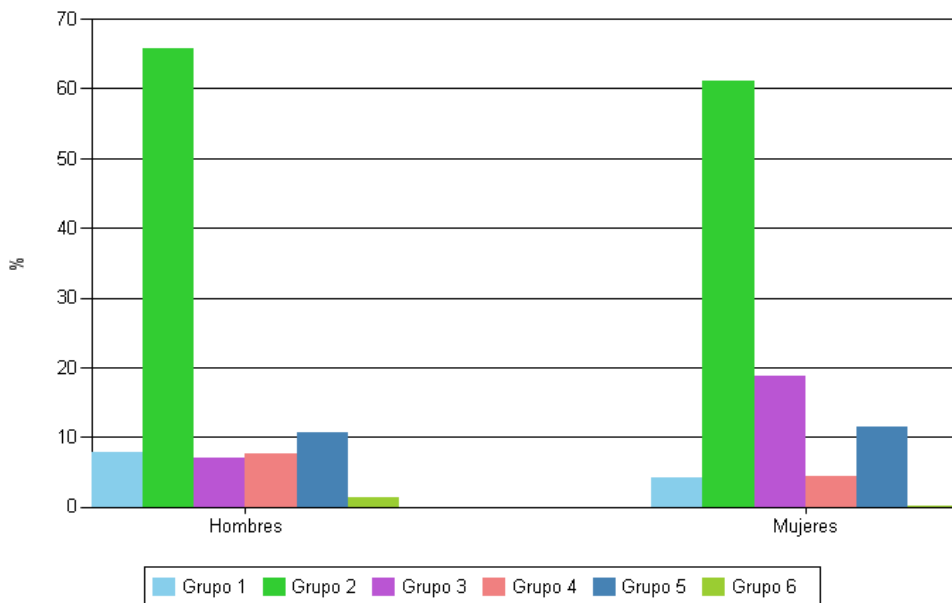
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



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, 2007-2013.**

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

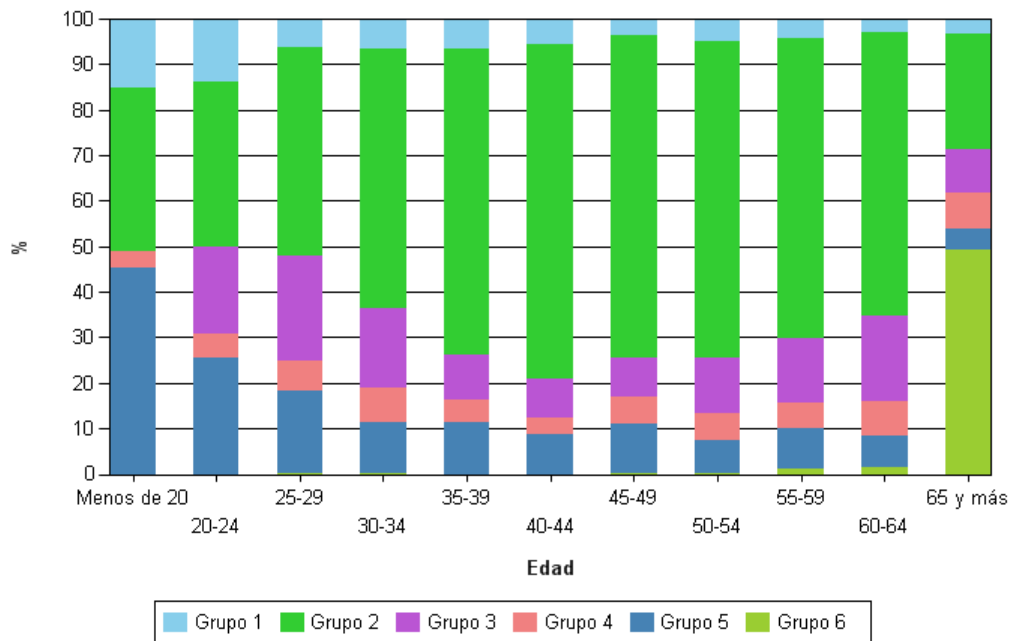


- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos 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; las causadas por agentes físicos (grupo 2) son las más frecuentes en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de los más jóvenes, menores de 20 años, en que las más frecuentes son las enfermedades profesionales de la piel (grupo 5), y en el grupo de los mayores de 65 años, en el que las más frecuentes son las causadas por agentes carcinogénicos (grupo 6).

**Figura 10.22. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según edad y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

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 enfermedades producidas por agentes físicos, aquellas provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos, 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 enfermedades producidas por 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, 2007-2013.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Frecuencia (n=7948)	Porcentaje
<b>1. EP causada por agentes químicos</b>	<b>452</b>	<b>5,7</b>
A. Metales	87	
E. Ácidos orgánicos	30	
F. Alcoholes y fenoles	46	
G. Aldehídos	25	
H. Alifáticos	25	
K. Aromáticos	28	
L. Cetonas	32	
M. Epóxidos	40	
Resto	139	
<b>2. EP causada por agentes físicos. Total</b>	<b>5066</b>	<b>63,7</b>
A. Hipoacusia o sordera provocada por ruido	454	
B. Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas.	93	
C. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enf. bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas	142	
D. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enf. por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.	2956	
F. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos: parálisis de los nervios debidos a la presión.	1155	
L. Nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales	216	
Resto	50	
<b>3. EP causadas por agentes biológicos. Total</b>	<b>1031</b>	<b>13</b>
A. Enf. 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	946	
B. Enf. Infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos o cadáveres.	50	
Resto	35	
<b>4. EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. Total</b>	<b>455</b>	<b>5,7</b>
H. Sustancias de alto peso molecular (origen vegetal, animal, microorganismos y sust. enzimáticas)	221	
I. Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de madera, prod. farmacéuticos, sust. químico-plásticas, etc.)	155	
Resto	79	
<b>5. EP. de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados. Total</b>	<b>893</b>	<b>11,2</b>
A. Sust. bajo peso molecular por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad	654	
B. Sust. alto peso molecular por encima de 1000 daltons en cualquier actividad	199	
Resto	40	
<b>6. EP causadas por agentes carcinógenos</b>	<b>51</b>	<b>0,6</b>

EP: Enfermedades profesionales

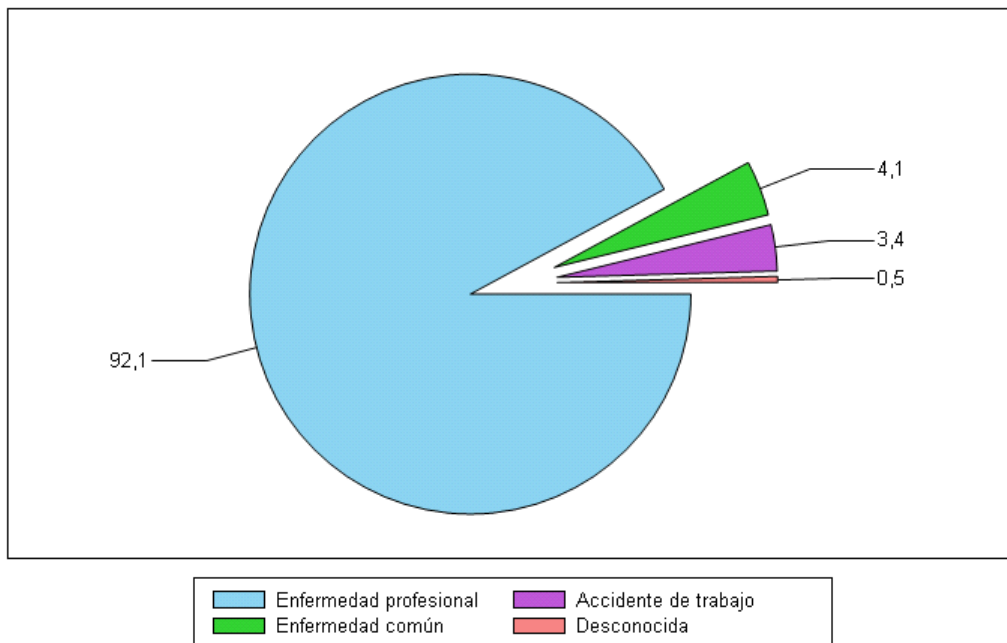
### 10.2.1.2. Enfermedades profesionales. Partes cerrados

De los partes generados en la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2013, a continuación se analiza la información de los partes cerrados a esa fecha (n=5.893) y que representan el 74,1% de los partes comunicados en el periodo 2007-2013. 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, 918 (90,1%) del año 2009, 474 del año 2010 (49,9%), 605 (53,3%) del año 2011, 762 del año 2012 (61,5%) y 771 (61,6%) del año 2013. El 52,1% de los partes cerrados corresponden a mujeres.

De los 5.893 partes comunicados y cerrados, el 92,1% se han clasificado como enfermedad profesional y los restantes como accidente de trabajo (3,4%), enfermedad común (4,1%), siendo desconocido este dato en un 0,5% (Figura 10.23).

**Figura 10.23. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

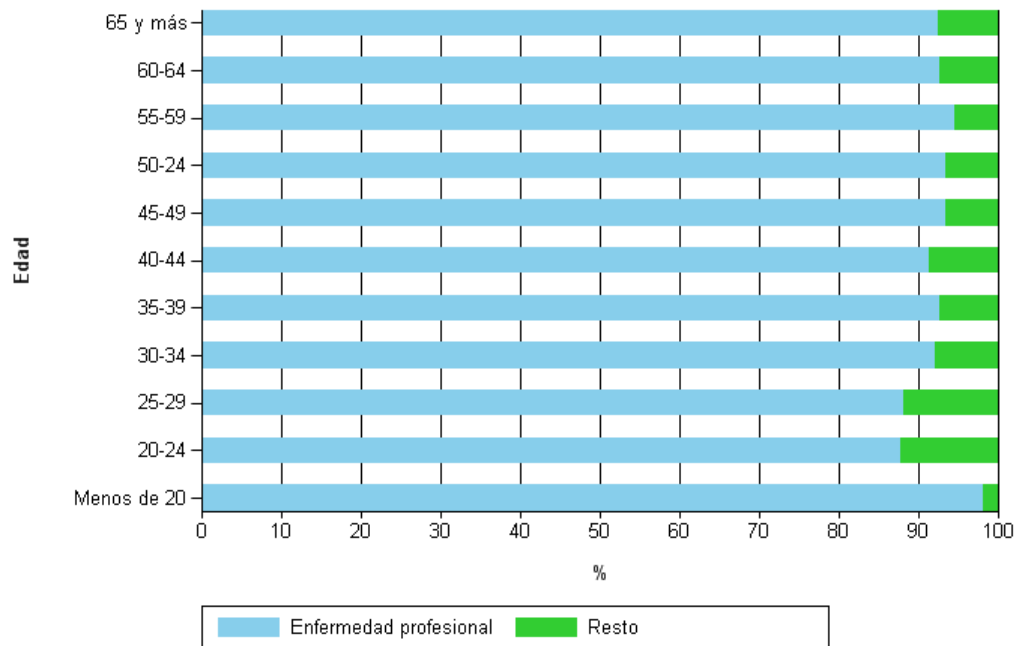
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la Figura 10.24 aparece representado, por grupos de edad, el porcentaje de los 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; entre los 20 y 29 años un 12% de los partes cerrados no se han clasificado como enfermedad profesional.

**Figura 10.24. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados, según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la [Tabla 10.3](#) y en la [Figura 10.25](#), aparecen representadas las patologías más frecuentes clasificadas al cierre como enfermedad profesional ocurridas entre el año 2007 y el 2013 en ambos sexos. En general, los trastornos osteomusculares (especialmente las lesiones de codo) y las dermatitis son 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, 2007-2013.**

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

		H	M	
ASMA	2007	16	7	
	2008	18	25	
	2009	20	6	
	2010	2	1	
	2011	12	13	
	2012	13	11	
	2013	10	7	
	CONJUNTIVITIS	2007	3	
2008		10	38	
2009		4	45	
2010		0	1	
2011		14	47	
2012		15	115	
2013		31	153	
DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO		2007	62	18
	2008	57	46	
	2009	42	23	
	2010	8	7	
	2011	23	16	
	2012	17	23	
	2013	18	27	
	DERMATITIS DE CONTACTO	2007	3	6
2008		17	16	
2009		18	22	
2010		7	6	
2011		4	24	
2012		16	34	
2013		10	10	
DERMATITIS NO ESPECIFICADA		2007	29	18
	2008	22	20	
	2009	6	6	
	2010	4	0	
	2011	3	3	
	2012	2	6	
	2013	1	1	
	HIPOACUSIA	2007	123	1
2008		49	1	
2009		63	1	
2010		3	0	
2011		1	0	
2012		6	0	
2013		2	0	



**Tabla 10.3 (continuación). Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

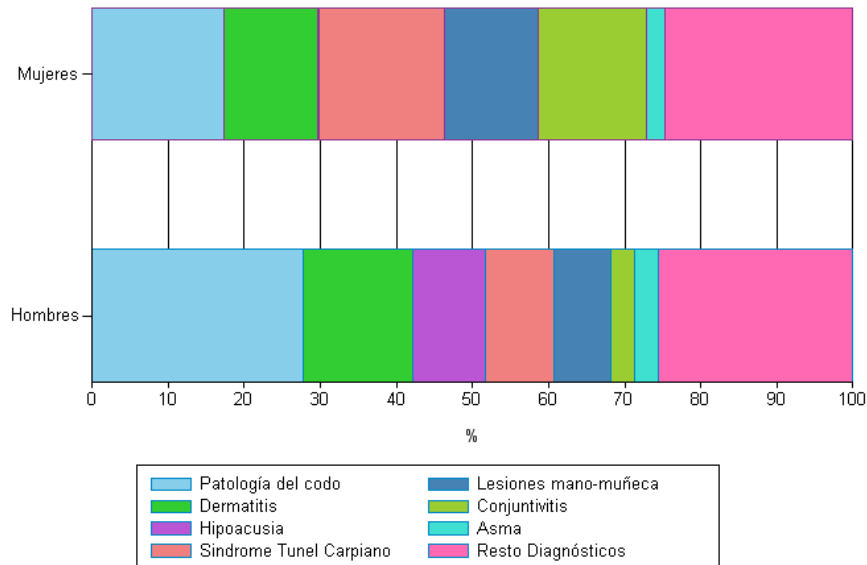
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	H		M	
EPICONDILITIS LATERAL	2007	139	94	
	2008	130	104	
	2009	98	58	
	2010	17	8	
	2011	75	32	
	2012	84	48	
	2013	62	66	
	EPICONDILITIS MEDIAL	2007	27	
2008		10	15	
2009		18	11	
2010		4	5	
2011		12	13	
2012		16	11	
2013		12	7	
2013		3	1	
SINDROME DEL TUNEL CARIPIANO	2007	41	91	
	2008	43	88	
	2009	42	64	
	2010	6	21	
	2011	36	56	
	2012	39	75	
	2013	21	77	
	SINOVITIS CREPITANTE CR. MANO/ MUÑECA	2007	8	
2008		19	29	
2009		8	3	
2010		0	0	
2011		3	2	
2012		0	6	
2013		1	7	
TENDOSINOVITIS MANO / MUÑECA		2007	70	80
	2008	17	35	
	2009	1	12	
	2010	3	3	
	2011	4	5	
	2012	0	2	
	2013	0	0	
	TENOSINOVITIS DE QUERVAIN	2007	3	9
2008		10	13	
2009		6	12	
2010		2	4	
2011		6	21	
2012		4	14	
2013		9	17	

Entre los trabajadores destacan la patología del codo, las dermatitis y la hipoacusia, y entre las trabajadoras son más frecuentes la patología del codo, el síndrome del túnel carpiano y lesiones de la mano/muñeca y las conjuntivitis.

**Figura 10.25. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de las patologías (CIE-10) más frecuentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.**

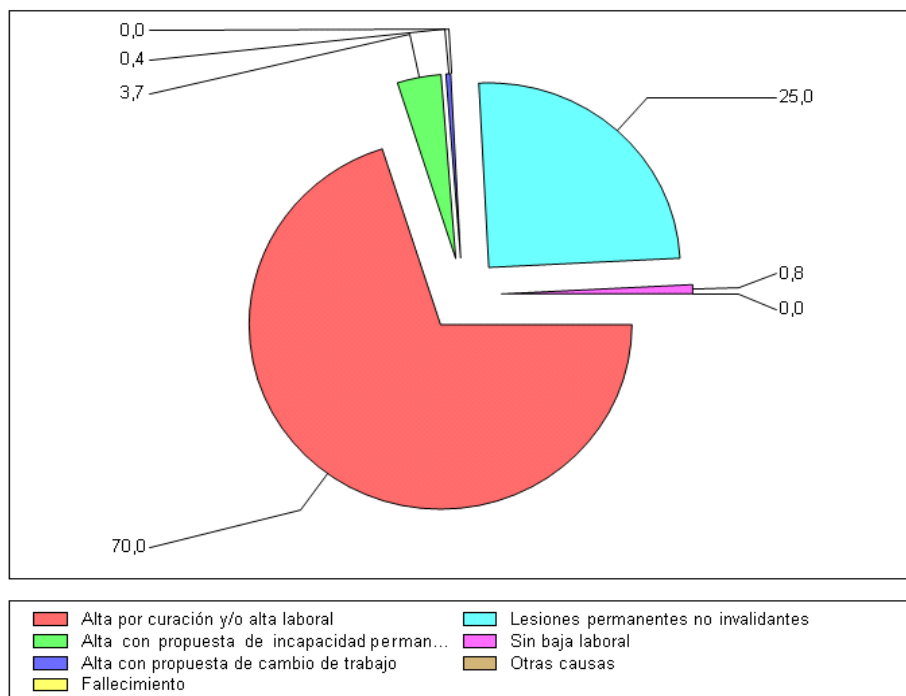
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la **Figura 10.26** se observa como la causa más frecuente de cierre de las enfermedades profesionales entre los años 2010 y 2013 ha sido el alta por curación y/o alta laboral, lo que ocurre en el 70,0% de los casos (74,0% en hombres y 67,2% en mujeres); en segundo lugar se encuentra el cierre con lesiones permanentes no invalidantes (25,0%, 18,3% en hombres y 29,8% en mujeres), siendo en ambos casos las diferencias por sexo significativas.

**Figura 10.26. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual según la causa de cierre del parte. Comunidad de Madrid, 2010-2013.**

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 2012 y a los años 2007-2011 (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 2012 en la Comunidad de Madrid, de 2.447.675 personas. De ellas, 80.486 eran autónomos (53.914 hombres y 26.572 mujeres) -un 3,5% más que en el año 2011, que a su vez superó en un 24,1% las cifras registradas en el 2010 -.

En la [Figura 10.27](#) se observa que esta población trabajó predominantemente en numerosas actividades del sector Servicios y en Construcción (cuyo mayor peso lo aporta la población masculina). En dicha figura se representan las secciones 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, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

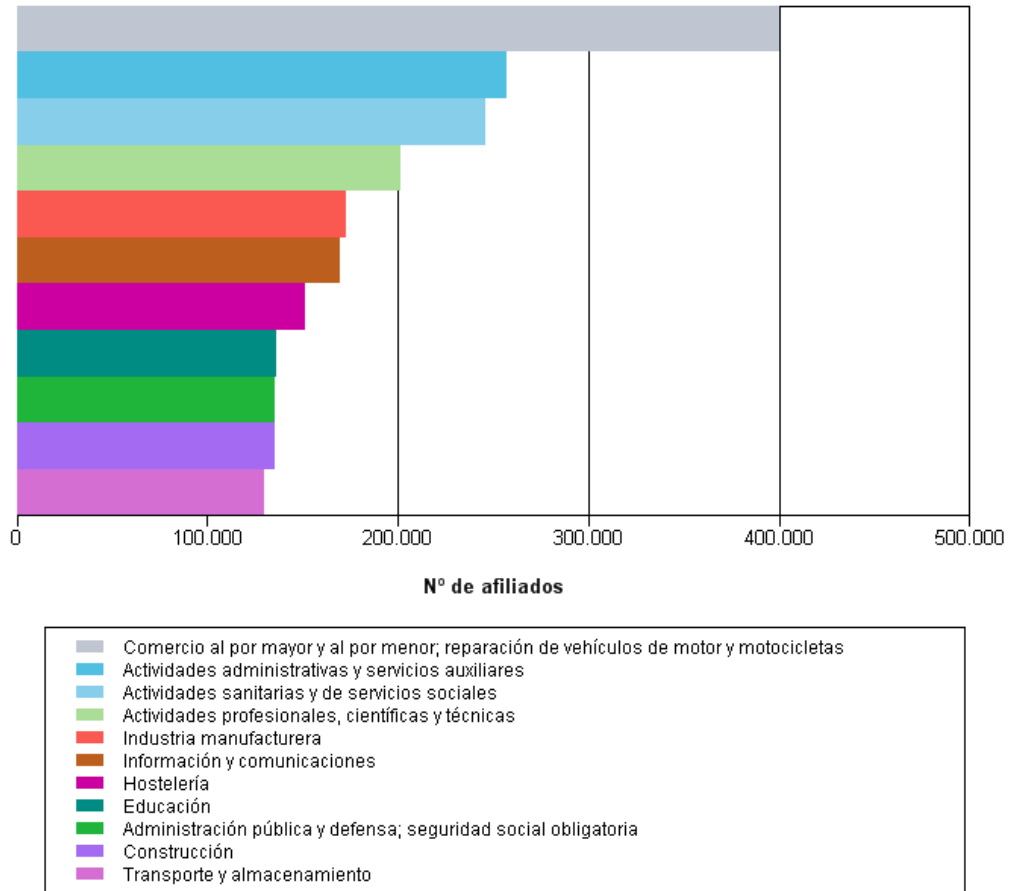
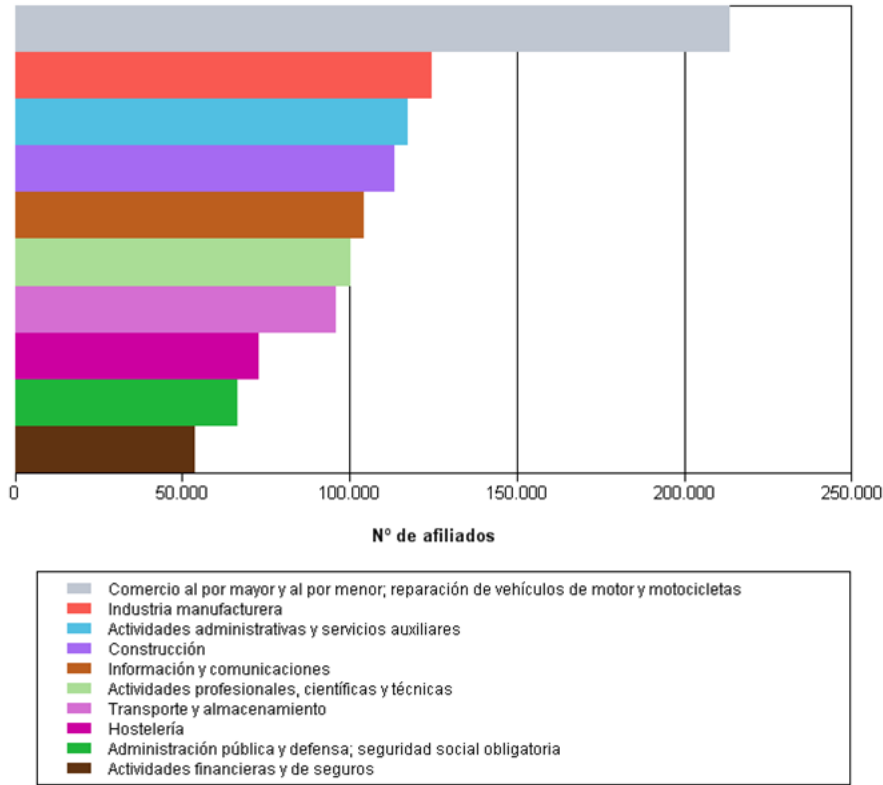


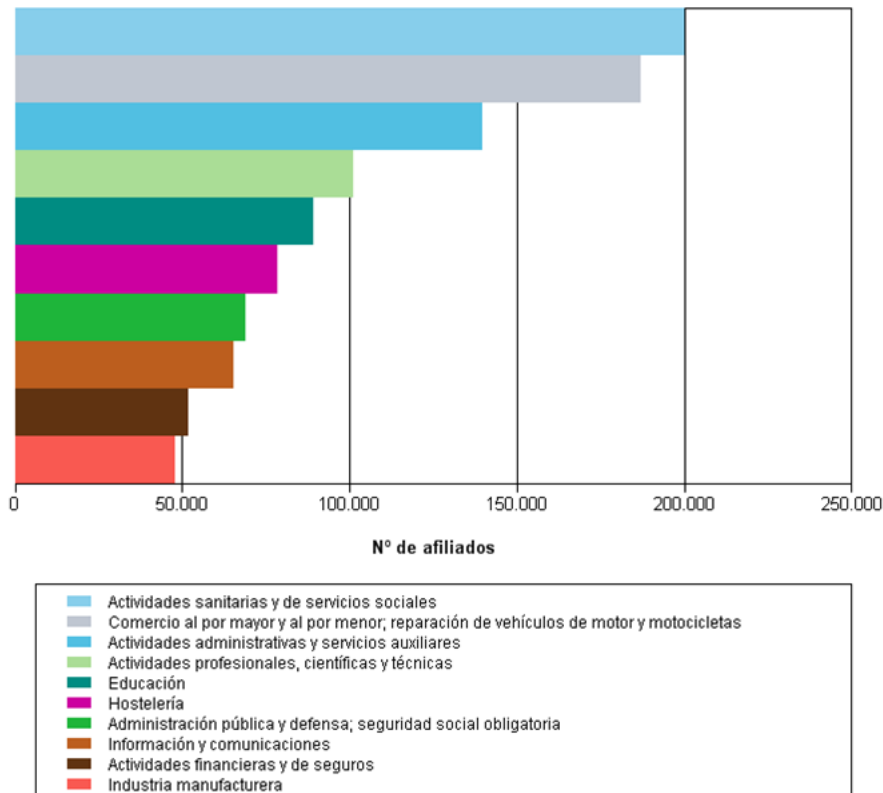
Figura 10.27 (continuación). Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

**Hombres**



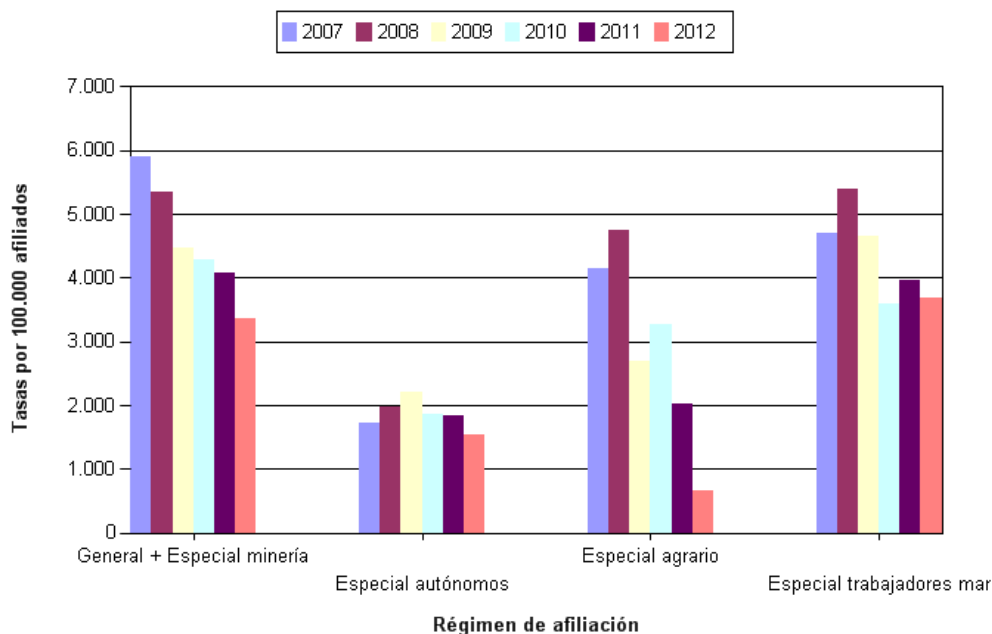
**Mujeres**



Durante el año 2012 se produjeron 80.479 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid (49.817 hombres y 30.662 mujeres), que son los que analizaremos en este estudio. La incidencia por régimen de afiliación y su evolución desde 2007 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, 2007-2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Algunas de las características de los accidentes de trabajo ocurridos en la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio se muestran en la [Tabla 10.4](#). Del total de los accidentes de trabajo con baja, 44.427 hombres y 22.470 mujeres se accidentaron durante la jornada de trabajo (es decir, el accidente no se produjo *in itinere*). La tasa global de incidencia fue de 27,26 accidentes de trabajo en jornada de trabajo con baja, por cada 1.000 afiliados. Se objetiva una tendencia decreciente: en el año 2010 esta tasa fue de 35,71, y en el 2011 de 33,94.

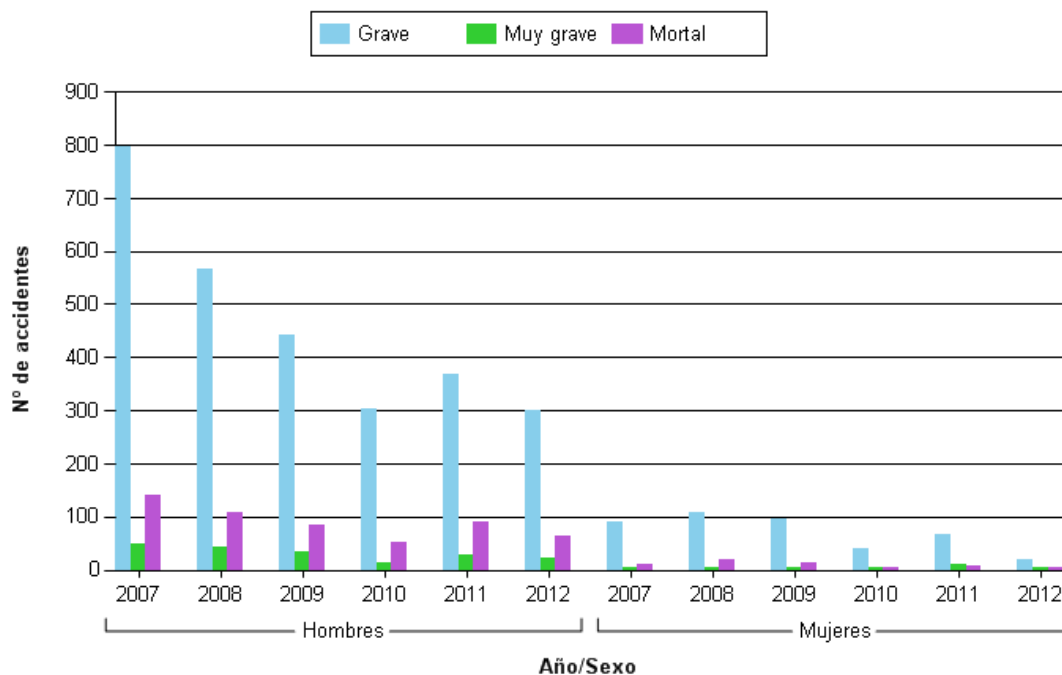
**Tabla 10.4. Accidentes de trabajo con baja. Características básicas según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES	MUJERES
Nº de accidentes	49.817	30.662
Edad media de accidentados/as	39,27	41,43
Accidentados/as del sector privado (%)	83,3	80,0
Contratos temporales (%)	26,1	26,2
Accidentados/as de contrata o subcontrata (%)	8,6	8,9
Accidentados/as de ETT (%)	0,8	0,9
Sin evaluación de riesgos previa al accidente (%)	35,4	33,4
Prevención llevada sólo por servicio de prevención ajeno (%)	59	40,5
Accidente de tráfico	10,6	13,3
Accidentes leves (%)	99,3	99,7
Accidentes mortales (Nº)	70	4
Accidentes mortales en contratas y subcontratas (Nº)	7	0
Hospitalización (Nº)	1314	457
Accidentes en centro de trabajo (%)	80,9	68,6
Accidentes in itinere (%)	11,2	26,7
Lugar del accidente	zonas industriales, lugares públicos, lugares de actividad terciaria y obras de construcción	actividad terciaria, lugares públicos, centros sanitarios y zonas industriales
Actividad específica en el momento del accidente de trabajo	Movimiento y manipulación de objetos	
Mecanismo de accidente	Sobre esfuerzos, aplastamientos y choques	
Diagnóstico de la lesión	dislocaciones, esguinces y torceduras, seguido de lesiones superficiales	

ETT: empresa de trabajo temporal

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](#)).



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, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
<b>Accidentes de Trabajo por accidente de tráfico</b>	5.303	424,54	4.073	339,83
<b>Accidentes de Trabajo por " Infartos y derrames cerebrales</b>	88	7,04	9	0,75
<b>Accidentes de Trabajo por sobreesfuerzos físicos</b>	18.588	1.488,08	11.070	923,62
<b>Accidentes de Trabajo por agresiones</b>	806	69,33	376	31,37

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, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
<b>1º. AT que derivaron en hospitalización</b>	1.314	105,19	457	38,13
<b>2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas</b>	72	5,76	9	0,75
<b>3º. AT que resultaron en muerte</b>	70	5,6	4	0,33
<b>4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)</b>	269	21,54	46	3,84
	Nº accidentes	Suma	Media	Valor p Diferencia hombres/ mujeres
<b>5º. Jornadas no trabajadas por accidente de trabajo *</b>				
Hombres	49.752	1.326096 (días)	26,65 (días)	P>0,05
Mujeres	30.658	821.497 (días)	26,80 (días)	
<b>6º. Años potenciales de vida productiva perdidos**</b>				
Hombres	70	1.594 (años)	22,77 (años)	p>0,05
Mujeres	4	89 (años)	22,25 (años)	

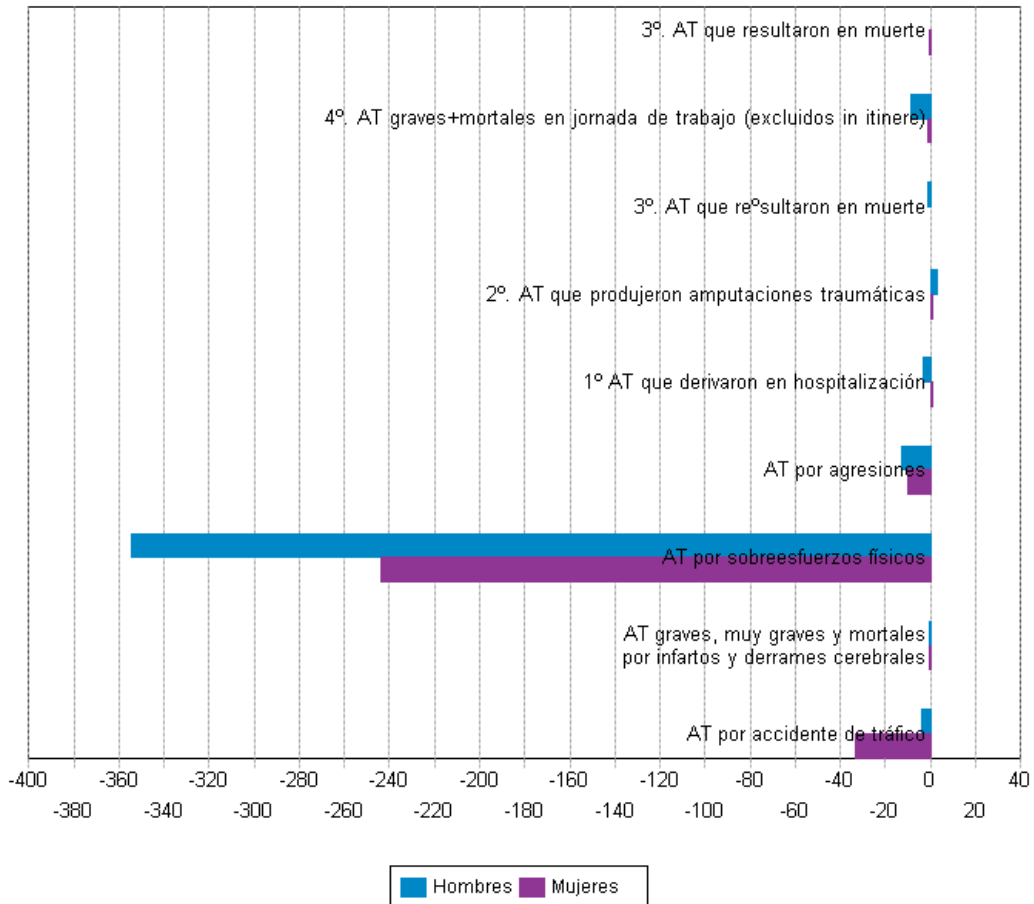
\* Calculadas con exclusión de accidentes de trabajo mortales

\*\* Calculadas 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 en un año respecto al previo. En 2012 respecto a 2011 se produjo una reducción importante en los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos físicos en hombres y mujeres y en general, todos los índices han disminuido, salvo el correspondiente a accidentes de trabajo que conllevaron amputación traumática, con un mínimo incremento (0,13 puntos).

**Figura 10.30. Accidentes de trabajo (AT). Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

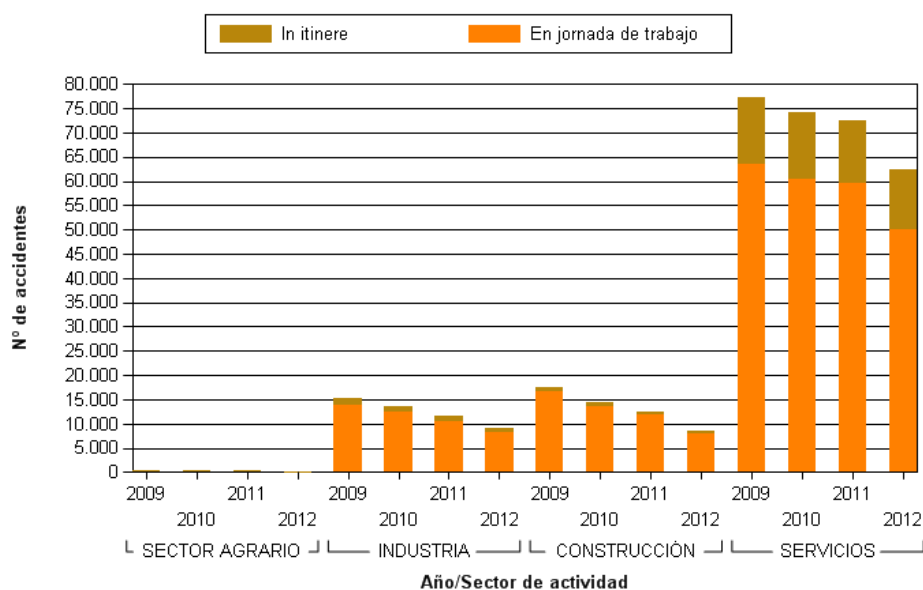


### 10.2.2.2. Accidentes de trabajo por sectores y secciones de actividad

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 secciones 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, 2009-2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



**Tabla 10.7. Accidentes de trabajo. Porcentajes de accidentes ocurridos en jornada de trabajo según sección de actividad y sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES	MUJERES
Agricultura, ganadería, caza, pesca	98,7	77,4
Industrias extractivas	90,0	50,0
Industria manufacturera	93,0	76,6
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	86,8	40,6
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	94,0	83,6
Construcción	95,1	56,2
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	88,9	72,7
Transporte y almacenamiento	91,4	80,6
Hostelería	87,0	86,6
Información y comunicaciones	59,3	40,5
Actividades financieras y de seguros	39,1	41,0
Actividades inmobiliarias	87,2	68,5
Actividades profesionales, científicas y técnicas	68,5	47,9
Actividades administrativas y servicios auxiliares	83,0	69,1
Administración pública, defensa seguridad social	91,6	73,3
Educación	79,7	72,7
Actividades sanitarias y de servicios sociales	82,2	77,5
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	91,1	78,9
Otros servicios	84,8	73,0
Hogares que emplean personal doméstico	90,0	81,8
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	91,7	61,5
<b>Total</b>	<b>88,8</b>	<b>73,3</b>

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 2012 respecto a 2011. 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. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

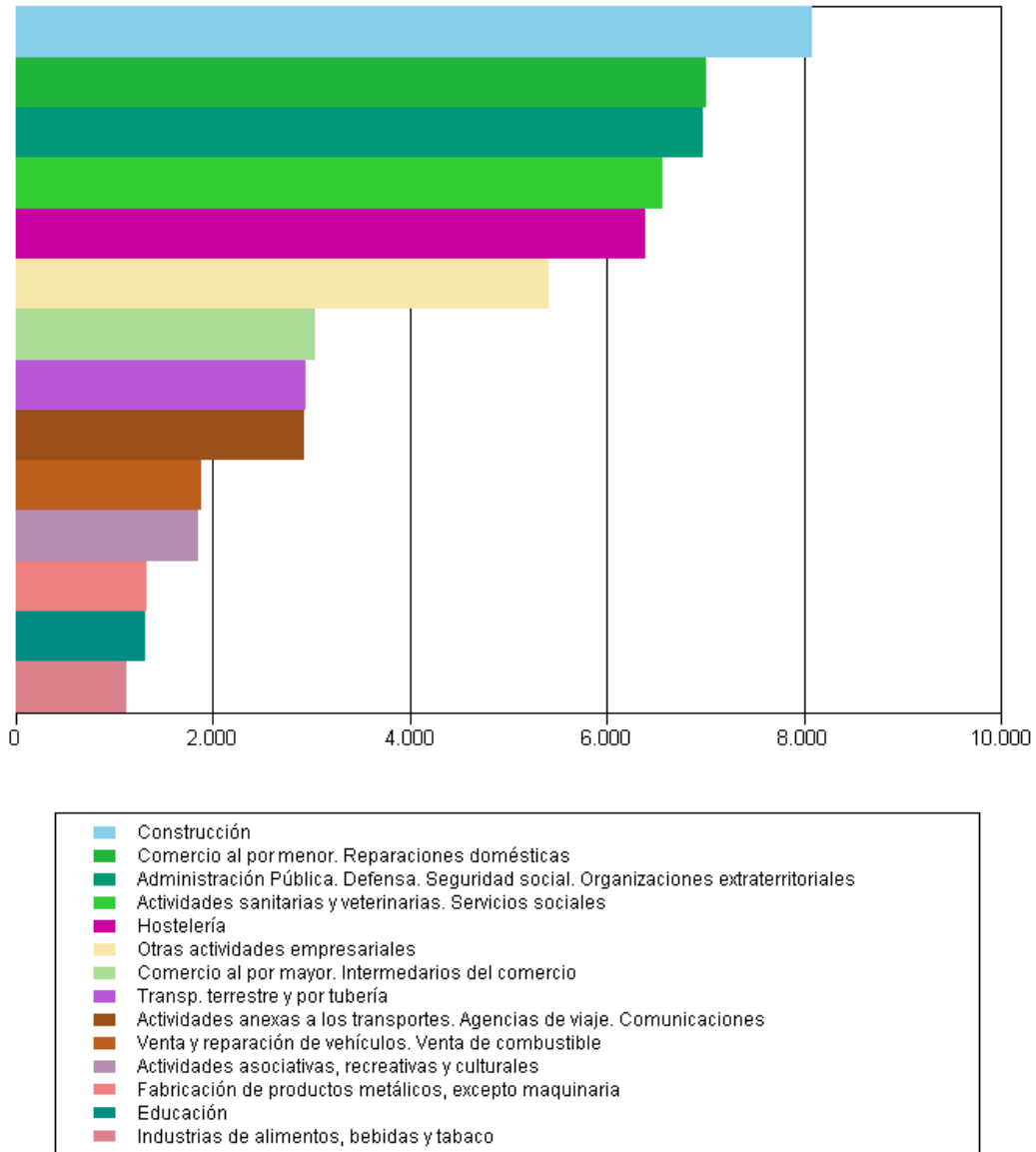
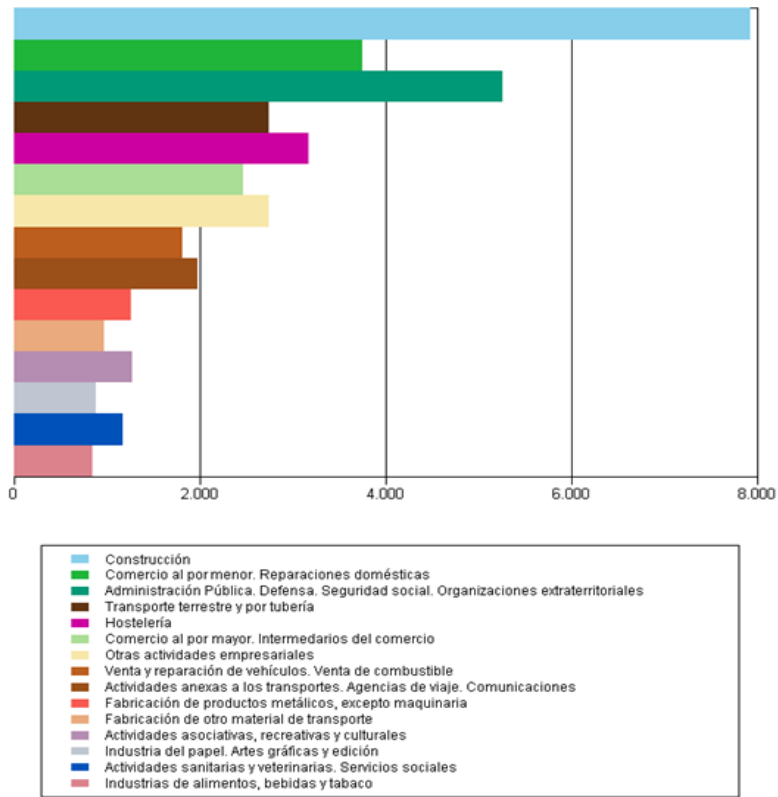


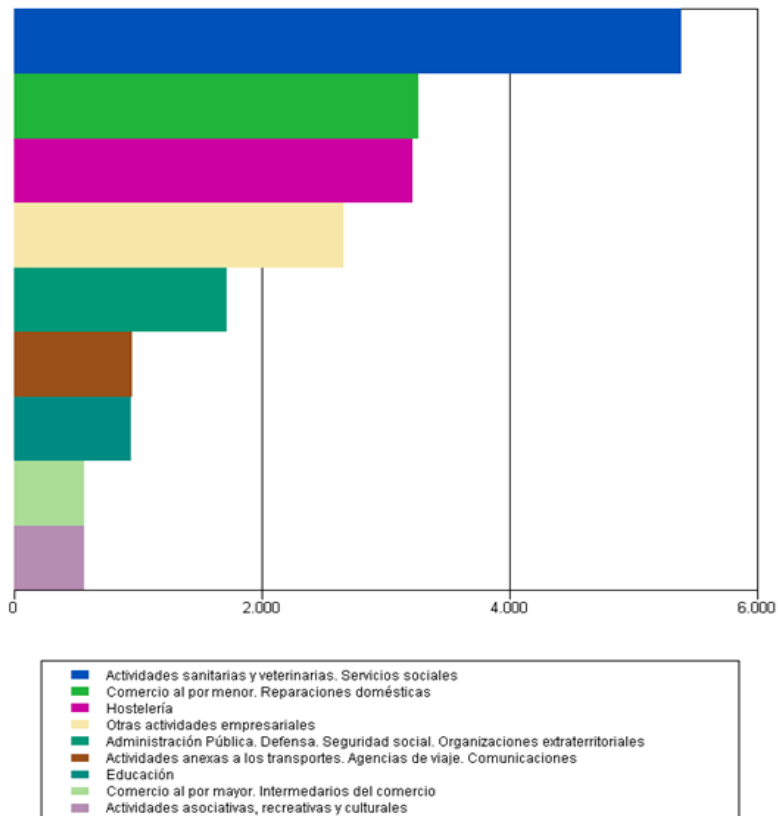
Figura 10.32 (continuación). Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

**Hombres**



**Mujeres**



En la Comunidad de Madrid, y para 2012, 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 sección de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

#### Hombres

	Total accidentes	% sobreesfuerzos	% agresión	% accidentes CV graves o	% hospitalización	% accidentes tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	236	29,7	3,8	0,0	2,5	2,5
Industrias extractivas	40	27,5	0,0	0,0	7,5	5,0
Industria manufacturera	6.699	37,5	0,3	0,1	2,3	5,3
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	91	26,4	3,3	2,2	14,3	14,3
Suministro agua, saneamiento gestión residuos	779	43,6	0,8	0,3	2,6	7,6
Construcción	8.339	36,5	0,3	0,2	2,6	4,7
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	8.784	39,6	0,6	0,1	2,6	9,1
Transporte y almacenamiento	5.591	42,2	1,9	0,4	2,6	15,5
Hostelería	3.644	22,2	0,6	0,1	2,1	16,8
Información y comunicaciones	1.133	25,9	1,1	0,3	8,6	33,2
Actividades financieras y de seguros	320	18,1	0,9	0,9	8,1	44,4
Actividades inmobiliarias	188	34,6	2,1	0,0	4,8	10,1
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.148	28,7	0,8	0,3	4,9	26,8
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.678	35,5	4,2	0,1	2,1	12,2
Administración pública, defensa, seguridad social	5.023	42,9	6,5	0,2	1,4	9,9
Educación	472	37,9	1,3	0,2	3,6	15,3
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.425	43,8	2,6	0,1	1,7	9,8
Actividades artísticas, recreativas y entretenimiento	1.279	47,0	3,4	0,0	2,4	6,7
Otros servicios	706	36,7	1,7	0,0	2,5	13,0
Hogares que emplean personal doméstico	230	33,9	0,4	0,0	8,3	5,2
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	12	41,7	8,3	0,0	8,3	8,3
<b>Total</b>	<b>49.817</b>	<b>37,3</b>	<b>1,7</b>	<b>0,2</b>	<b>2,6</b>	<b>10,6</b>

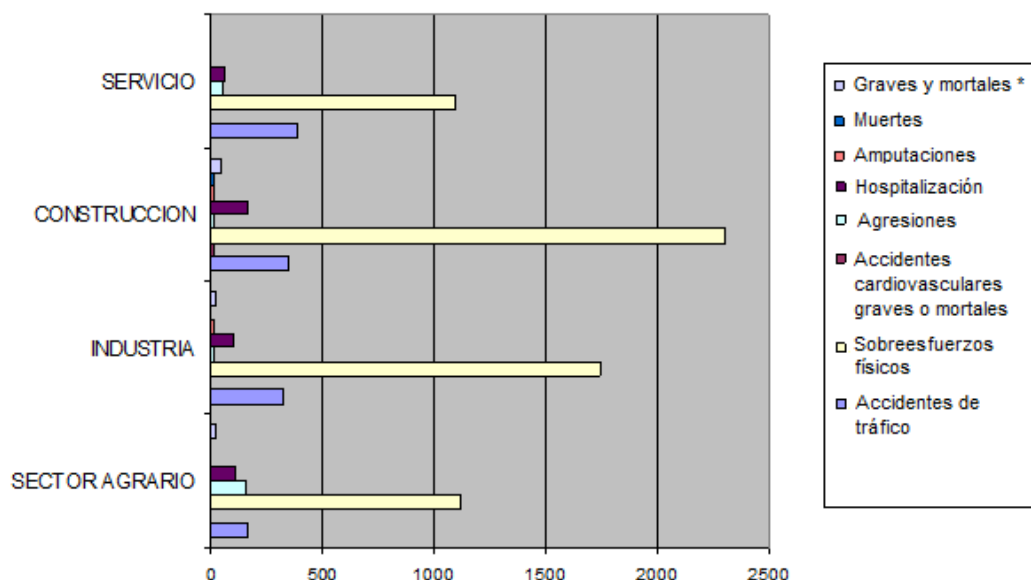
#### Mujeres

	Total accidentes	% sobreesfuerzos	% agresión	% accidentes CV graves o	% hospitalización	% accidentes tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	31	29,0	6,5		6,5	19,4
Industrias extractivas	4	25,0	0,0		25,0	50,0
Industria manufacturera	1.322	37,4	0,2		1,2	14,6
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	32	28,1	3,1		0,0	25,0
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	152	46,7	1,3		0,0	9,9
Construcción	283	25,8	0,7		2,8	27,9
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	5.330	38,3	0,9		1,5	15,9
Transporte y almacenamiento	1.620	40,2	1,1		1,2	16,0
Hostelería	3.721	28,7	0,5	0,0	1,4	6,1
Información y comunicaciones	867	22,1	0,5		5,1	33,2
Actividades financieras y de seguros	563	16,9	0,2		2,0	31,3
Actividades inmobiliarias	92	18,5	1,1		4,3	20,7
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.125	23,2	0,9		2,8	30,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.645	33,6	1,0	0,1	1,1	12,8
Administración pública, defensa, seguridad social	2.105	34,7	1,9	0,0	1,2	11,0
Educación	1.302	32,5	0,7	0,2	1,7	15,1
Actividades sanitarias y de servicios sociales	6.938	45,5	2,3	0,0	1,0	7,7
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	511	45,0	2,2		2,2	13,7
Otros servicios	825	35,0	1,2		1,8	12,8
Hogares que emplean personal doméstico	181	16,0	1,1		5,0	8,8
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	13	23,1	0,0		0,0	7,7
<b>Total</b>	<b>30.662</b>	<b>36,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0</b>	<b>1,5</b>	<b>13,3</b>

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, 2012.**

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 sección de actividad que ocupan más población y según sexo. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES			MUJERES		
	Afiliados	Nº accidentes	Incidencia por 100.000 afiliados	Afiliadas	Nº accidentes	Incidencia por 100.000 afiliados
Comercio mayor menor; reparación vehículos motor	213.548	8.784	4.113,36	187.108	5.330	2.848,62
Industria manufacturera	124.620	6.699	5.375,53	47.832	1.322	2.763,82
Actividades administrativas y servicios auxiliares	117.620	3.678	3.127,01	139.617	3.645	2.610,71
Construcción	113.436	8.339	7.351,28	21.819	283	1.297,05
Información y comunicaciones	104.233	1.133	1.086,99	65.422	867	1.325,24
Actividades profesionales, científicas y técnicas	100.382	1.148	1.143,63	101.253	1.125	1.111,08
Transporte y almacenamiento	95.980	5.591	5.825,16	33.701	1.620	4.806,92
Hostelería	72.785	3.644	5.006,54	78.485	3.721	4.741,02
Administración pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	66.690	5.023	7.531,84	68.739	2.105	3.062,30
Actividades financieras y de seguros	53.692	320	595,99	51.832	563	1.086,21
Actividades sanitarias y de servicios sociales	45.548	1.425	3.128,59	200.241	6.938	3.464,83
Educación	46.746	472	1.009,71	89.374	1.302	1.456,81

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 sección de actividad. Distribución porcentual, tasas por 100.000 afiliados y proporciones por 1.000 accidentes. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

### Hombres

	N	%sobre accidentes mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	Tasa por cada 1.000 accidentes en cada sección
Construcción	14	23,3	12,3	1,8
Transporte y almacenamiento	13	21,7	13,5	2,5
Industria manufacturera	11	18,3	8,8	1,8
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	9	15	4,2	1,2
Administración pública, defensa, seguridad social	4	6,7	6	0,9
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	2	3,3	15,1	2,7
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	1	1,7	20,4	12,7
Hostelería	1	1,7	1,4	0,3
Información y comunicaciones	1	1,7	1	1,5
Actividades financieras y de seguros	1	1,7	1,9	8
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1	1,7	0,9	0,3
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1	1,7	2,2	0,9
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	1,7	5,1	100
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>4,8</b>	<b>1,4</b>

### Mujeres

	N	%sobre accidentes mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	Tasa por cada 1.000 accidentes en cada sección
Administración pública, defensa, seguridad social	2	50,0	2,9	1,3
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	1	25,0	0,5	0,3
Educación	1	25,0	1,1	1,1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>



### 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 2012 se ha calculado obteniendo la media de los 12 meses, y ascendió a 80.486 (53.914 hombres y 26.572 mujeres), cifra que supone sólo alrededor del 28,9% del total de población trabajadora en dicho régimen, observándose una tendencia creciente desde hace dos años.

En este grupo de población se produjeron un total de 1.245 accidentes de trabajo con baja (1.046 se produjeron en hombres y 199 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, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES	MUJERES
SERVICIOS	561	185
CONSTRUCCIÓN	378	7
INDUSTRIA	96	7
SECTOR AGRARIO	11	0
<b>Total</b>	<b>1.046</b>	<b>199</b>

En la [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 observa un descenso importante de los accidentes de trabajo graves y mortales en jornada de trabajo en hombres y un aumento en mujeres, desde el año 2010. De igual manera se han comportado los accidentes de trabajo por infartos y derrames cerebrales graves, muy graves y mortales en los varones. Entre los hombres, el 1,1% de los accidentes de trabajo se produjeron *in itinere*, y en las mujeres este porcentaje ascendió al 4,0%. La diferencia entre ambos grupos sí 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, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES	
	N	Tasa por 100.000 afiliados*	N	Tasa por 100.000 afiliadas*
<b>Accidentes de trabajo por accidente de tráfico</b>	121	224,43	27	101,61
<b>Accidentes de trabajo por infartos y derrames cerebrales</b>	1	1,85	0	0,00
<b>Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos físicos</b>	341	632,49	59	222,04
<b>Accidentes de trabajo por agresiones</b>	7	12,98	4	15,05

\* 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, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES		MUJERES	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados*	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas*
<b>1º Accidentes de trabajo que derivaron en hospitalización</b>	58	107,58	7	26,34
<b>2º. Accidentes de trabajo que produjeron amputaciones traumáticas</b>	2	3,71	0	0,00
<b>3º. Accidentes de trabajo que resultaron en muerte</b>	1	1,85	0	0,00
<b>4º. Accidentes de trabajo graves + mortales en jornada de trabajo <sup>(1)</sup></b>	13	24,11	3	11,29

\* Afiliados con contingencias profesionales cubiertas.

<sup>(1)</sup> Excluidos los accidentes de trabajo *in itinere*.

Las secciones de actividad en las que se ha dado mayor siniestralidad (Tabla 10.14) en la población autónoma fueron, en el año 2012: entre los hombres la construcción y el comercio al por mayor y menor y reparación de automóviles, sumando entre ambas secciones el 50% de todos los accidentes; y en mujeres, el comercio, otros servicios y la hostelería (equivalentes al 45,0% de los accidentes).

**Tabla 10.14. Secciones de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo en trabajadores autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

### Hombres

	Nº accidentes	%
Construcción	375	36,2
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	161	15,6
Transporte y almacenamiento	144	13,9
Industria manufacturera	92	8,9
Hostelería	72	7
Actividades administrativas y servicios auxiliares	57	5,5

### Mujeres

	Nº accidentes	%
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos	34	17,8
Otros servicios	27	14,1
Hostelería	25	13,1
Actividades administrativas y servicios auxiliares	22	11,5
Educación	15	7,9
Transporte y almacenamiento	14	7,3
Actividades profesionales, científicas y técnicas	11	5,8
Actividades sanitarias y de servicios sociales	10	5,2
Actividades financieras y de seguros	8	4,2

## 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 2012 creció un 28,6% respecto a la del año 2010. La cifra observada de accidentes de trabajo con baja en la población autónoma en el año 2012 supuso un descenso del 13,2% en relación a lo registrado en el año 2011. En la [Tabla 10.15](#) se muestran los accidentes de trabajo ocurridos en este colectivo en cada uno de los años del periodo 2007-2012.

**Tabla 10.15. Accidentes de trabajo en población trabajadora autónoma. Número de accidentes según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

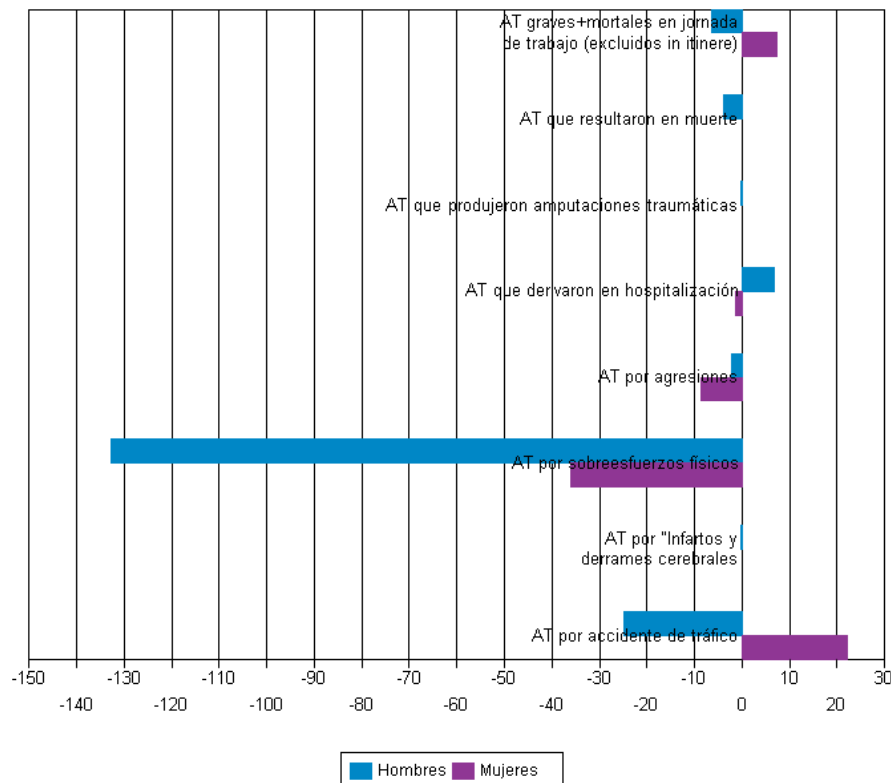
Año	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2007	768	123	891
2008	1.013	166	1.179
2009	1.019	180	1.199
2010	982	177	1.159
2011	1.206	228	1.434
2012	1.046	199	1.245

En la población trabajadora autónoma, en el año 2012 se produjo un ascenso en la incidencia de determinados tipos de accidente de trabajo en relación al año 2011 (Figura 10.34), como por ejemplo, en los hombres, en los accidentes de tráfico y en los graves y mortales excluyendo los *in itinere*, viéndose reducida la incidencia de aquellos accidentes de trabajo producidos por sobreesfuerzos físicos y agresiones. En el caso de las mujeres, se produjo un descenso importante en la incidencia de accidentes por sobreesfuerzos físicos, y un pequeño incremento de aquellos accidentes que conllevaron hospitalización.

En la población trabajadora autónoma, en el año 2012 se produjo un ascenso en la incidencia de determinados tipos de accidente de trabajo en relación al año 2011 (Figura 10.34), como por ejemplo, en las mujeres, en los accidentes de tráfico y en los graves y mortales excluyendo los *in itinere*, viéndose reducida la incidencia de aquellos accidentes de trabajo producidos por sobreesfuerzos físicos y agresiones. En el caso de los hombres, se produjo un descenso importante en la incidencia de accidentes por sobreesfuerzos físicos, y un pequeño incremento de aquellos accidentes que conllevaron hospitalización.

**Figura 10.34. Accidentes de trabajo (AT) en población trabajadora autónoma. Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2012.**

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



#### 10.2.2.4. Accidentes de trabajo. Conclusiones

Frente a los años previos, la media de personas afiliadas con cobertura de contingencias profesionales se ha visto ligeramente incrementada. También aumentó específicamente la población autónoma con esta contingencia cubierta, que sigue una tendencia creciente en los últimos años. 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 una ligerísima reducción de los accidentes mortales en jornada de trabajo respecto al año anterior, hecho observado en construcción, aunque en las actividades de industria manufacturera, transporte y almacenamiento, y comercio y reparación de vehículos se ha producido un aumento de los accidentes de trabajo mortales.

### 10.3. Conclusiones

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2012 y 2013 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. Sin embargo, el dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) y el ozono troposférico (NO<sub>3</sub>) siguen presentando problemas desde el punto de vista del cumplimiento de la legislación, y por tanto desde el punto de vista de sus potenciales repercusiones en términos de salud.

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 2013 no se registraron concentraciones elevadas para Cupresáceas ni para Plátano.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2013 era de 3.729. En lo que respecta a los casos de Legionella, durante el mes de julio de 2012 se produjo un brote de legionelosis con 64 casos en un restaurante del municipio de Móstoles. Las rápidas medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección, cierre de todas las instalaciones de riesgo existentes en el restaurante) fueron efectivas y el brote fue rápidamente controlado. En 2013 se declararon 75 casos esporádicos (no asociados a brote).

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2013, se han notificado al sistema CEPROSS 7.948 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. Hasta 2011 el 52,4% correspondían a hombres, sin embargo en los dos últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 51%. En ambos sexos, entre las edades de 35 a 49 años de edad se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando alrededor de un 46% de los mismos para el periodo de estudio. Existe un predominio de las mujeres, salvo para el grupo de edad de 35-39 años, y a partir de los 55 años, en que son más frecuentes en hombres. 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.

Durante el año 2012 se produjeron 80.479 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid, lo que representa una tendencia descendente respecto a años previos. 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. En general, es reseñable una ligerísima reducción de los accidentes mortales en jornada de trabajo respecto al año anterior, hecho observado en construcción, aunque en las actividades de industria manufacturera, transporte y almacenamiento, y comercio y reparación de vehículos se ha producido un aumento de los accidentes de trabajo mortales.

**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 del Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), desarrollado por el Servicio de Epidemiología, Dirección General de Atención Primaria, y del Barómetro de alimentación, elaborado por la Dirección General de Ordenación e Inspección.

## 11.2. Ejercicio físico en adultos

De acuerdo con la información suministrada por la última encuesta disponible (2013) del SIVFRENT-A, el 49,2% 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 26,4% 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 61,5% 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 a 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 73,0% 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 79,5% son inactivos.

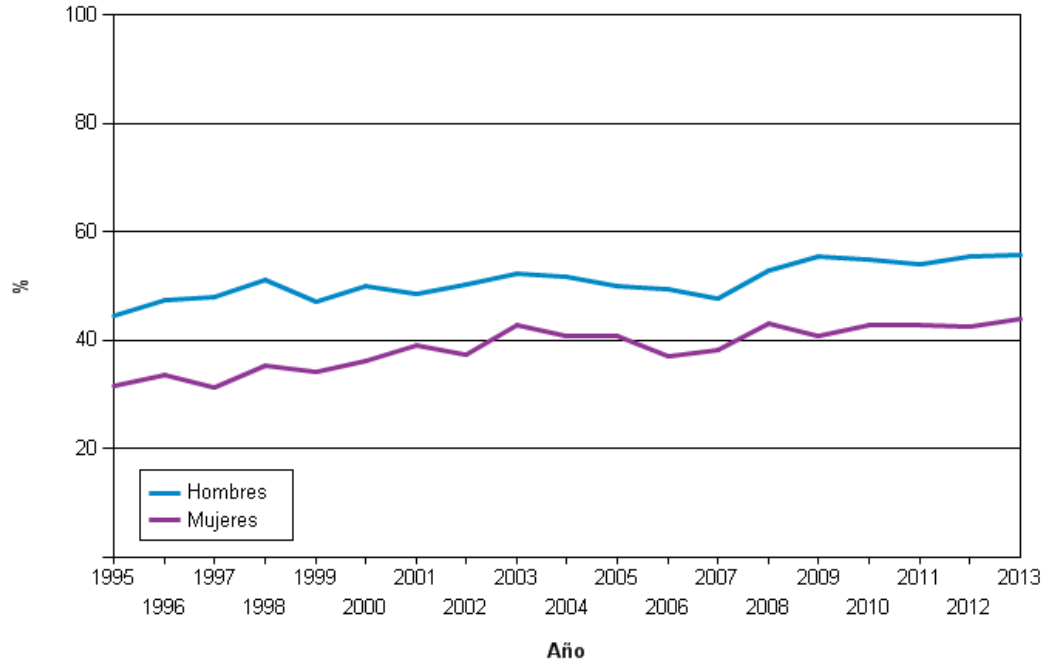
Si comparamos el promedio de 2012/2013 frente al de 1995/1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementó un 20,5% en hombres y un 32,8% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 8,9% en los varones y un 3,2% en las mujeres.(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, 1995-2013.**

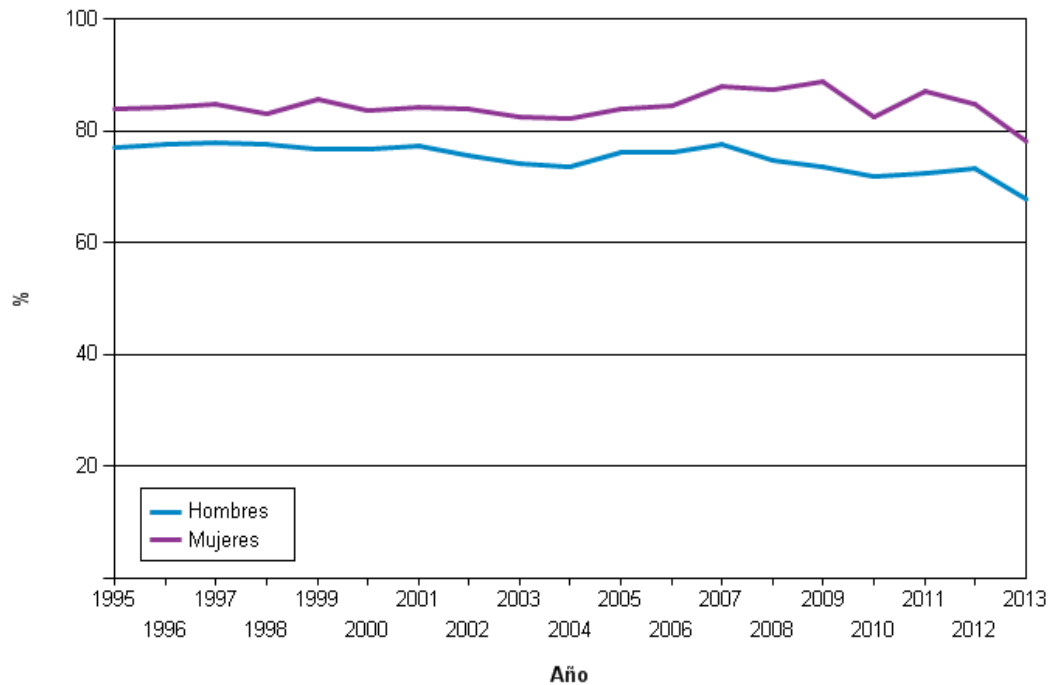
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**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

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 1,2 raciones/día, aunque el 16,3% no ingiere ninguna cantidad. Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 1,9 raciones diarias y sólo el 8,5% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 45,1% en hombres y del 33,7% en mujeres. En el periodo 1995-2013 la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha aumentado un 8,1% en hombres y un 0,5% 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 0,5 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo en las últimas 24 horas el 44,5% de las personas entrevistadas ([Tabla 11.1](#)). El 6,6% consumen dos o más raciones al día. Este indicador se mantuvo relativamente estable entre 2006 y 2010, registrando desde 2011 una tendencia descendente.

La media de consumo de fruta fresca es de 1,2 raciones/día y la de verduras 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 2,3 raciones/día. El 8,3% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta fresca y el 56,3% (61,7% de hombres y el 51,1% 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 72,3% 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 (8,5% y 7,6%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2012 y 2013 ([Figura 11.2](#)).

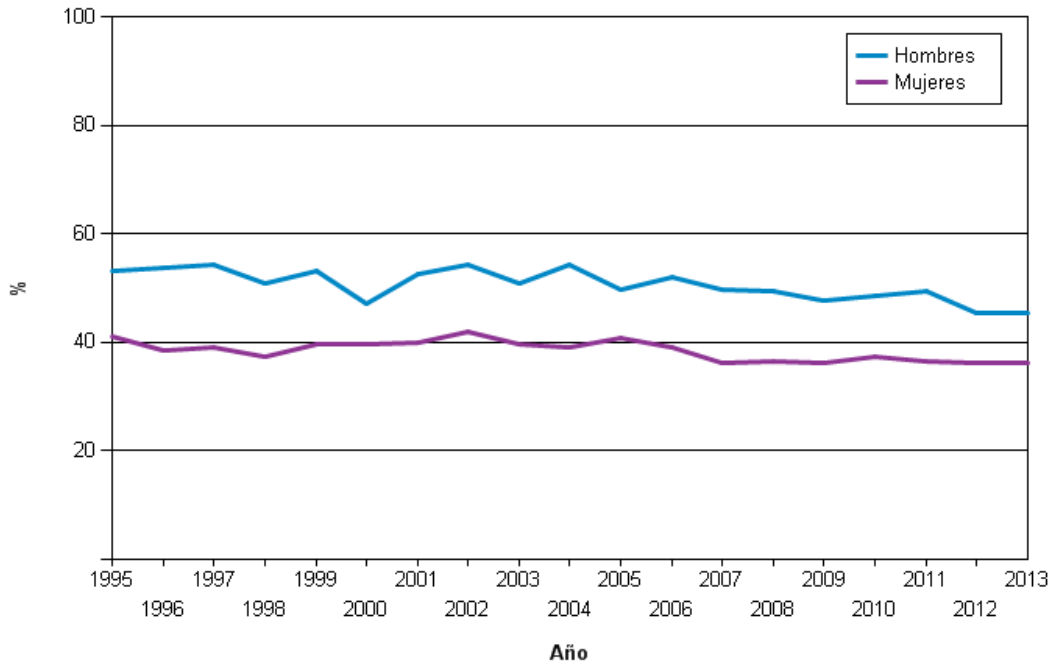
El consumo medio de productos cárnicos es de 1,4 raciones/día, donde la carne aporta 0,9 raciones, siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 83,4%, han consumido algún alimento de este grupo ([Tabla 11.1](#)). Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 45,4% de hombres frente al 36,1% de mujeres. En la ingesta de dos o más raciones/día se observó un descenso del 15,0% y 8,9% en hombres y mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros ([Figura 11.2](#)).

El 48,8% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. La ingesta media fue algo mayor en las mujeres que en los hombres (4,1 raciones/semana frente a 4,3 raciones/semana), y aumentó con la 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, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos**



**Consumo de menos de 2 raciones de lácteos**

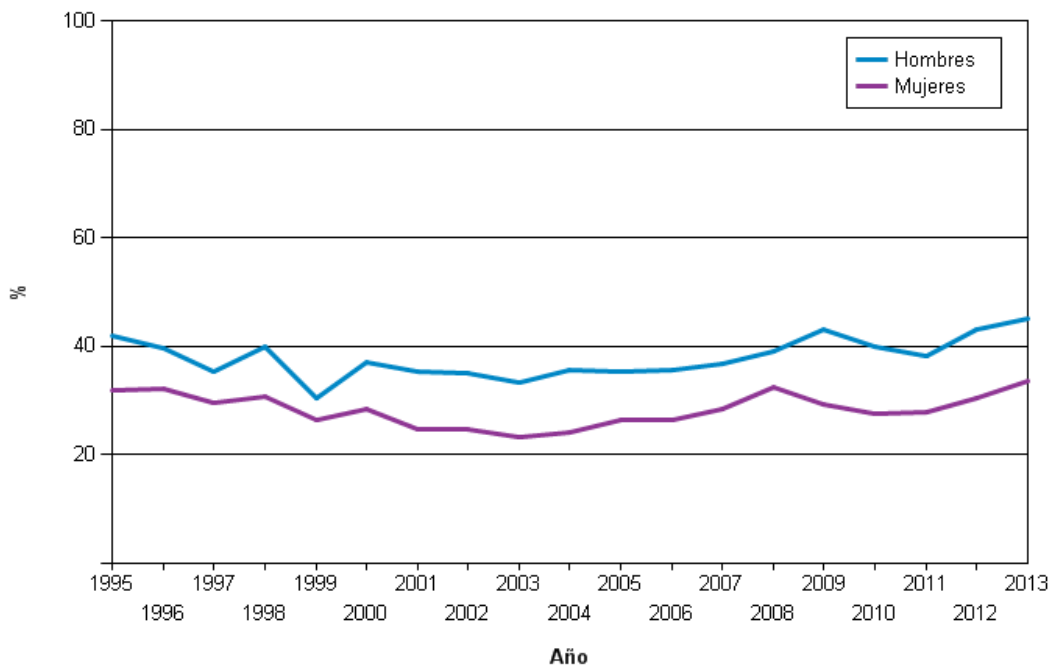


Figura 11.2 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

#### Consumo de menos de 3 raciones de fruta y verdura

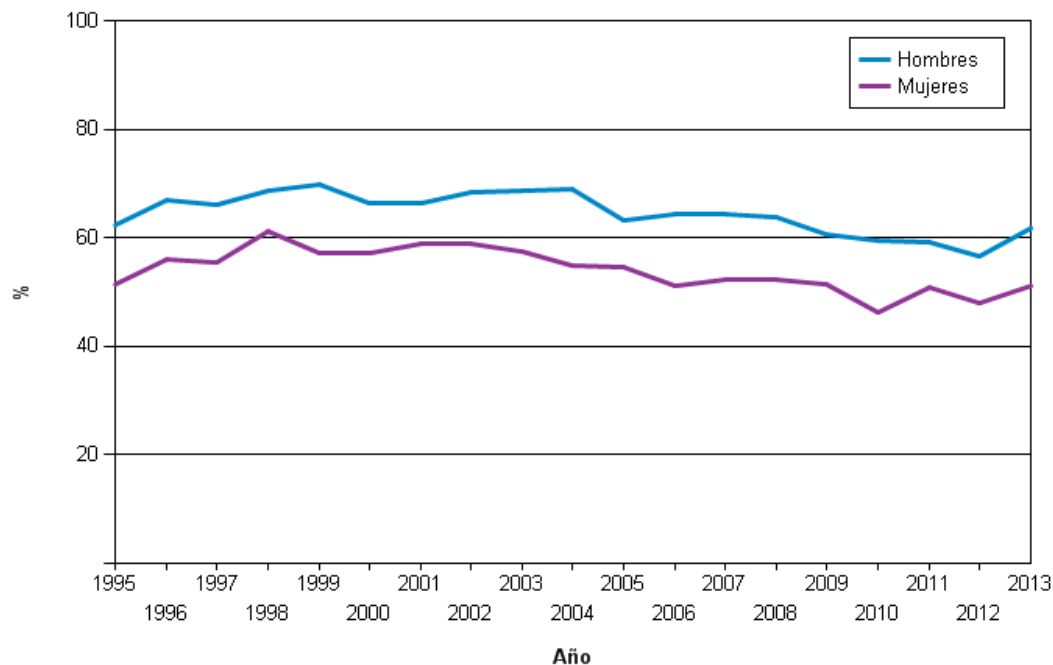


Tabla 11.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2013.

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

	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	83,7 (±1,6)*	81,4 (±2,5)	86,0 (±2,2)	77,7 (±4,0)	83,7 (±2,6)	87,3 (±2,4)
Leche y derivados	91,5 (±1,2)	88,9 (±2,0)	94,0 (±1,5)	87,8 (±3,1)	90,1 (±2,1)	95,1 (±1,6)
Dulces/ Bollería	44,5 (±2,2)	43,8 (±3,1)	45,2 (±3,1)	46,0 (±4,7)	46,1 (±3,5)	41,9 (±3,6)
Verdura	78,7 (±1,8)	75,2 (±2,7)	82,0 (±2,4)	74,4 (±4,1)	77,6 (±2,9)	82,2 (±2,8)
Legumbres	12,5 (±1,5)	14,1 (±2,2)	10,9 (±1,9)	11,7 (±3,1)	13,2 (±2,4)	12,2 (±2,4)
Arroz	15,6 (±1,6)	18,1 (±2,4)	13,2 (±2,1)	22,8 (±4,0)	16,2 (±2,6)	10,8 (±2,2)
Pasta	16,2 (±1,6)	17,6 (±2,4)	14,9 (±2,2)	19,0 (±3,7)	16,8 (±2,6)	13,9 (±2,5)
Carne	70,4 (±2,0)	72,8 (±2,8)	68,1 (±2,9)	75,6 (±4,1)	68,9 (±3,3)	69,1 (±3,3)
Carne y derivados	83,4 (±1,7)	86,0 (±2,2)	81,0 (±2,4)	87,3 (±3,2)	84,1 (±2,6)	80,5 (±2,9)
Huevos	24,6 (±1,9)	24,1 (±2,7)	25,2 (±2,7)	25,1 (±4,1)	24,7 (±3,0)	24,3 (±3,1)
Pescado	48,8 (±2,2)	48,4 (±3,2)	49,1 (±3,1)	41,1 (±4,7)	49,2 (±3,5)	52,7 (±3,6)
Fruta fresca	71,5 (±2,0)	68,4 (±2,9)	74,4 (±2,7)	57,3 (±4,7)	68,8 (±3,3)	82,4 (±2,7)

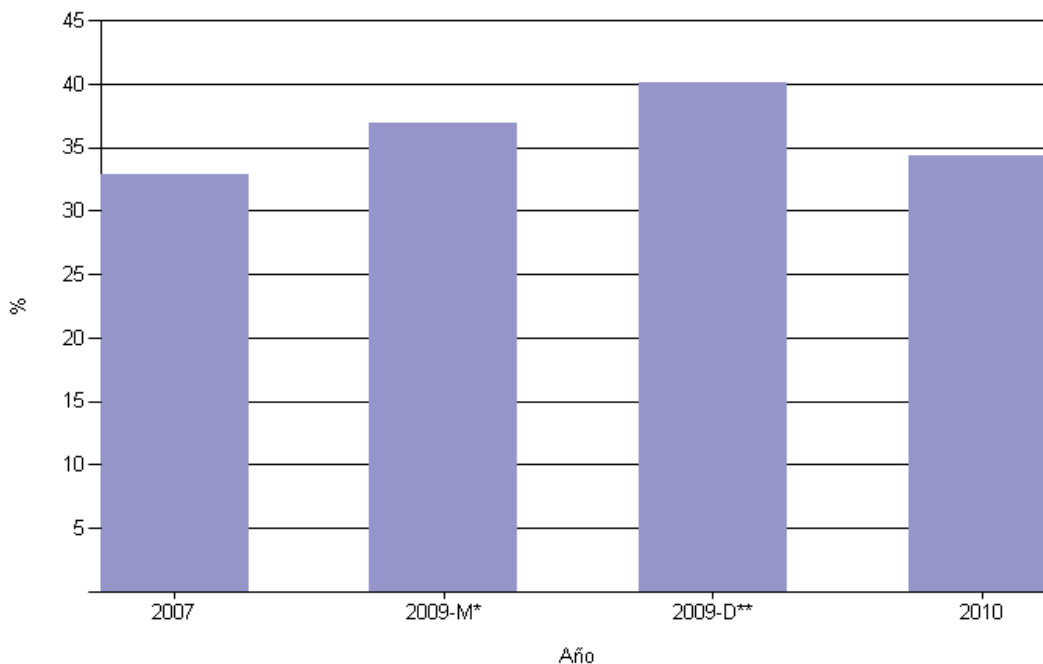
\* Intervalo de confianza al 95%

### 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 [Barómetro de Alimentación](#) en octubre de 2010 más de un tercio de los madrileños realizaban alguna comida fuera de casa de lunes a viernes. Esta proporción ha descendido desde la anterior encuesta en diciembre de 2009 (de 40,1% a 34,3%) ([Figura 11.3](#)).

**Figura 11.3. Proporción de personas que realizan alguna comida fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2007, 2009 y 2010.**

Fuente: Barómetro de Alimentación y Salud Ambiental. Elaboración: Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud



\*Mayo. \*\*Diciembre

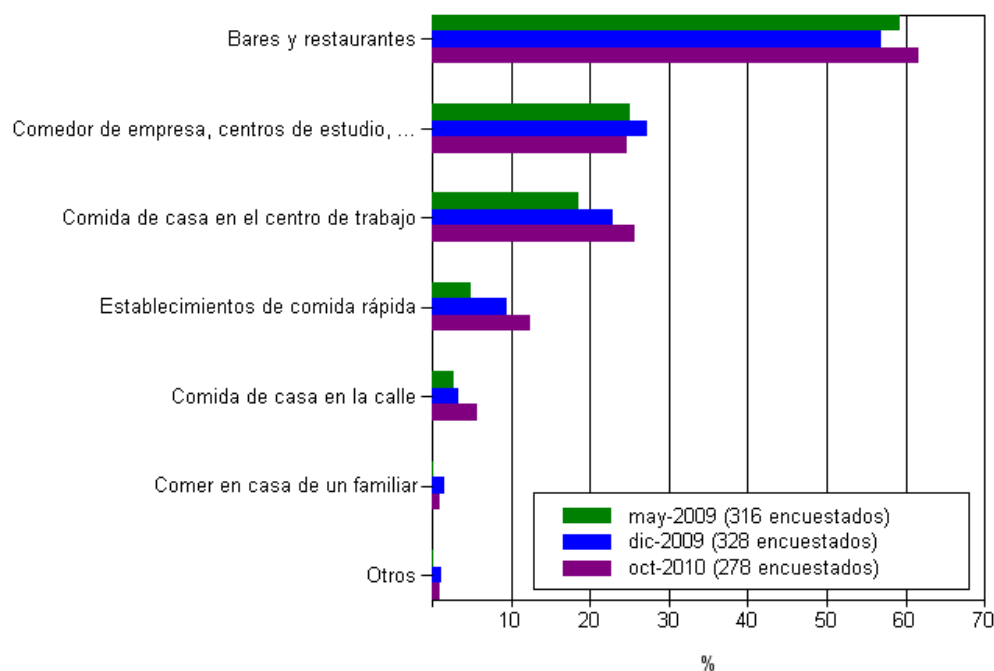
Los hombres comen fuera de casa en mayor proporción que las mujeres (43,0% frente a 26,2%), los grupos de 18 a 30 años y de 31 a 45 años lo hacen en la misma proporción (44,4% y 44,3% respectivamente) y más que el resto de edades, y los que tienen un nivel socioeconómico alto más que los otros niveles (52,8%).

El número medio de comidas semanales realizadas se sitúa en 3,0, cifra ligeramente inferior al 3,2 registrado en 2009. El grupo de edad que más veces come fuera de casa es el de 31 a 45 años, con una media semanal de 3,33 comidas.

En la [Figura 11.4](#) se observan los porcentajes de frecuentación de los distintos establecimientos para realizar la comida de mediodía, en las encuestas realizadas en 2009 y 2010. Los bares y restaurantes siguen siendo los lugares más frecuentados para comer fuera de casa, y más que en la encuesta anterior (61,7% vs 56,9%). Se registra un aumento en la proporción de los que comen comida preparada en casa en el centro de trabajo y la calle, y de los que comen en establecimientos de comida rápida.

**Figura 11.4. Establecimientos frecuentados para comer fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2009-2010.**

Fuente: Barómetro de Alimentación y Salud Ambiental. Elaboración: Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud



### 11.3.3. Realización de dietas

Según el SIVFRENT-A un 12,1% de la población madrileña entre 18 y 64 años ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 8,2% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue un 76,3% 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, 2013.**

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

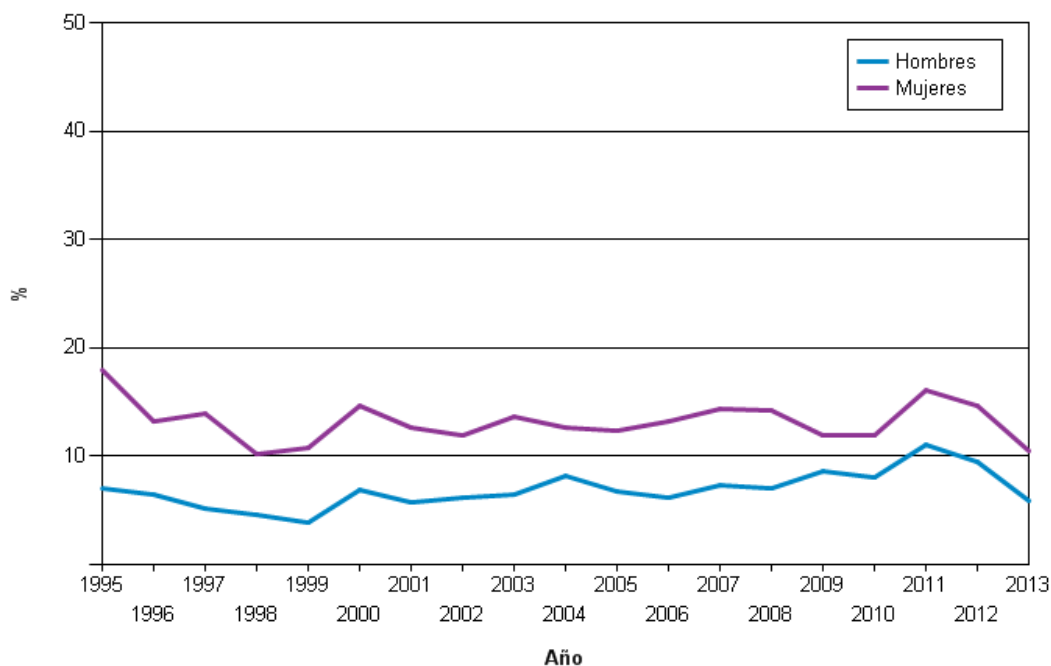
	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
<b>Algún tipo de dieta</b>	12,1 (±1,4)*	9,8 (±1,9)	14,3 (±2,2)	11,7 (±3,1)	12,9 (±2,4)	11,5 (±2,3)
<b>Dieta para adelgazar</b>	8,2 (±1,2)	5,9 (±1,5)	10,4 (±1,9)	8,9 (±2,7)	9,5 (±2,1)	6,4 (±1,8)

\* Intervalo de confianza al 95%

A nivel de tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2012/2013 se apreció un aumento en la proporción de hombres que realizaron alguna dieta para adelgazar (14,2% más) y una disminución en el caso de las mujeres (19,6% 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, 1995-2013.

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 entre el peso y la talla, expresado en  $\text{kg}/\text{m}^2$ , 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, 2013.

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

	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
<b>Peso insuficiente **</b>	2,5 ( $\pm 0,7$ )*	0,4 ( $\pm 0,4$ )	4,5 ( $\pm 1,3$ )	5,6 ( $\pm 2,2$ )	1,9 ( $\pm 1,0$ )	1,2 ( $\pm 0,8$ )
<b>Normopeso ***</b>	56,4 ( $\pm 2,2$ )	48,3 ( $\pm 3,2$ )	64,3 ( $\pm 3,0$ )	72,2 ( $\pm 4,3$ )	58,4 ( $\pm 3,5$ )	45,3 ( $\pm 3,6$ )
<b>Sobrepeso grado I ****</b>	17,4 ( $\pm 1,7$ )	22,0 ( $\pm 2,6$ )	13,0 ( $\pm 2,1$ )	11,1 ( $\pm 3,0$ )	18,6 ( $\pm 2,7$ )	19,9 ( $\pm 2,9$ )
<b>Sobrepeso grado II *****</b>	14,8 ( $\pm 1,6$ )	18,3 ( $\pm 2,5$ )	11,5 ( $\pm 2,0$ )	7,5 ( $\pm 2,5$ )	13,7 ( $\pm 2,4$ )	20,3 ( $\pm 2,9$ )
<b>Obesidad *****</b>	8,9 ( $\pm 1,3$ )	11,0 ( $\pm 2,0$ )	6,8 ( $\pm 1,6$ )	3,5 ( $\pm 1,8$ )	7,5 ( $\pm 1,9$ )	13,4 ( $\pm 2,5$ )

- \* Intervalo de confianza al 95%
- \*\* Peso insuficiente:  $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$
- \*\*\* Normopeso:  $\text{IMC} \geq 18,5$  y  $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$
- \*\*\*\* Sobrepeso grado I:  $\text{IMC} \geq 25$  y  $< 27 \text{ kg}/\text{m}^2$
- \*\*\*\*\* Sobrepeso grado II:  $\text{IMC} \geq 27$  y  $< 30 \text{ kg}/\text{m}^2$
- \*\*\*\*\* Obesidad:  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$

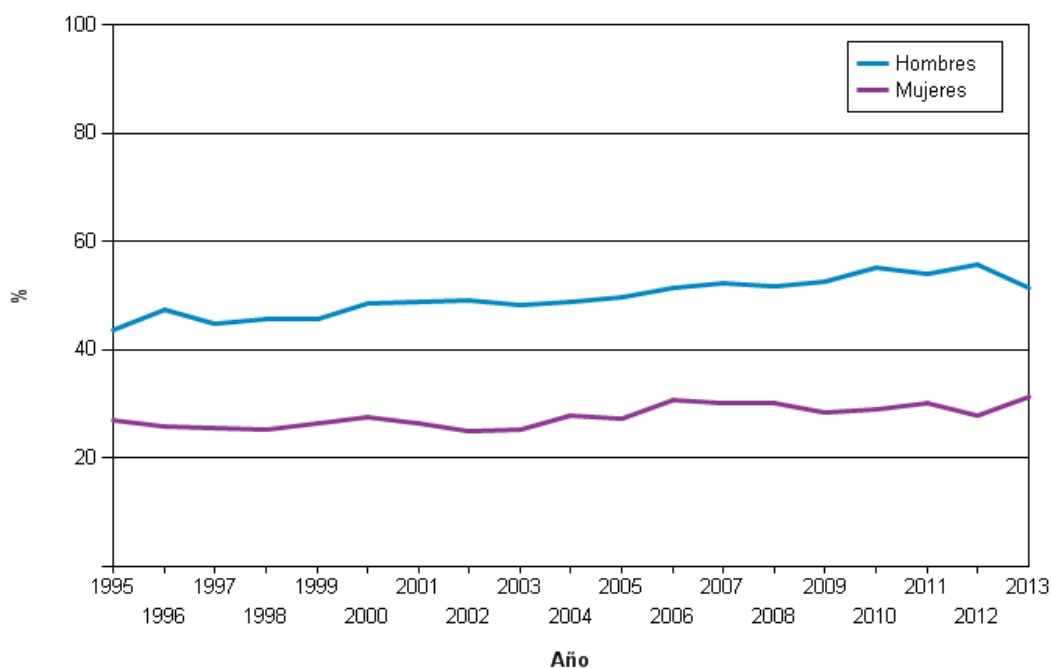
El 2,5% presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 4,5%, frente al 0,4% en los hombres, y principalmente en el grupo de edad más joven (18 a 29 años). Por otro lado, el 41,1% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,4% al sobrepeso de grado I, del 14,8% al sobrepeso de grado II, y del 8,9% 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 kg/m<sup>2</sup>) del 17,3%, comparando los promedios de 2012 y 2013 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 12,2%.

**Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

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



\* Índice de Masa Corporal = 25 o más kg/m<sup>2</sup>

## 11.5. Conclusiones

Dada su alta prevalencia, el sedentarismo en la vida laboral (el 49% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (el 73% 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, e incluso descendió sensiblemente en 2013, el sedentarismo en la actividad habitual ha aumentado un 20,5% en hombres y un 32,8% 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 (2,3 raciones/día de media). Se observa no obstante un descenso superior al 10% en la tendencia del consumo excesivo de carne y un descenso sostenido hasta 2012 en la tendencia del consumo deficitario de frutas y verduras que se incrementa en 2013.

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 41,1% de la población de 18 a 64 años de edad, y el 51,3% de los hombres, tenían sobrepeso u obesidad en 2013 (a partir del peso y talla autodeclarados). El exceso de peso aumenta con la edad (53,6% de población con exceso de peso en el grupo de 45 a 64 años). Durante los últimos 19 años este indicador se ha incrementado un 17,3% en hombres y un 12,2% 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 y edad
- 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**

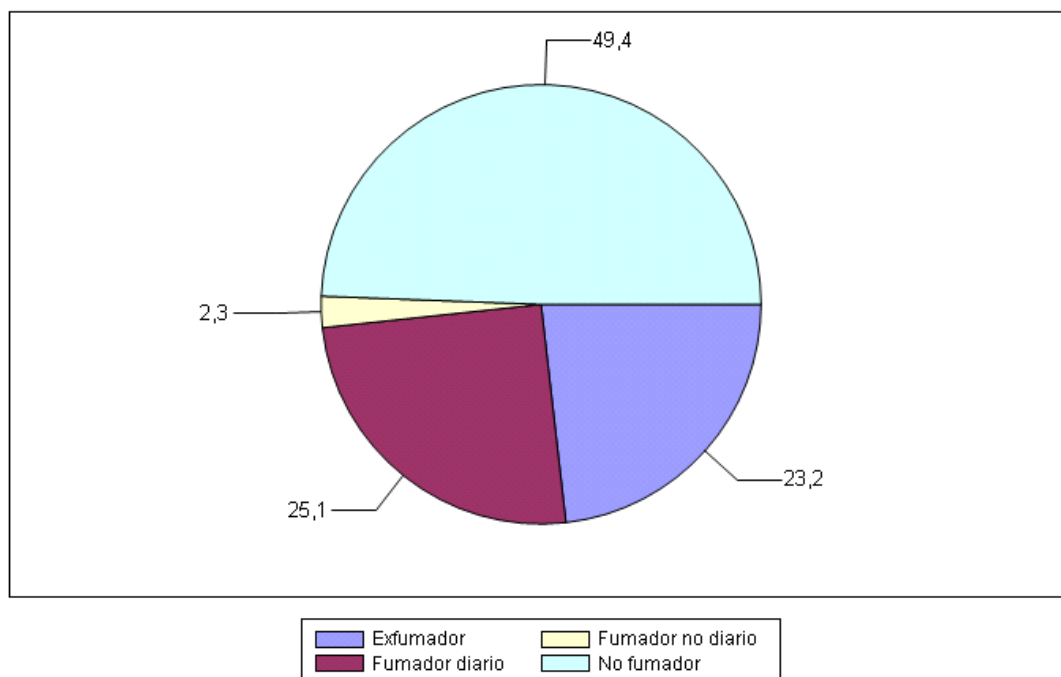
## 12.1 Consumo de tabaco en adultos

### 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad

De acuerdo con el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en el año 2013 el 27,4% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 25,1% diarios y un 2,3% ocasionales) (Figura 12.1), lo que representa una disminución del 3,2% respecto a 2011; el 49,4% no fumaban y el 23,2% eran exfumadores.

**Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Como se ha venido observando durante los últimos años, las diferencias entre hombres y mujeres son pequeñas. Sin embargo, en 2013 estas diferencias aumentaron a favor de los hombres, con una prevalencia de consumo habitual de 29,3% frente a 25,6% las mujeres.

Por edad, en 2013, la prevalencia de fumadores fue superior en el grupo de 45 a 64 años, con un 28,4% de fumadores actuales, frente al 27,2% y 26,1% en los grupos de 30 a 44 y 18 a 29 años, respectivamente.

La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores y exfumadores), fue 45,8%. El 25,4% de los fumadores diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

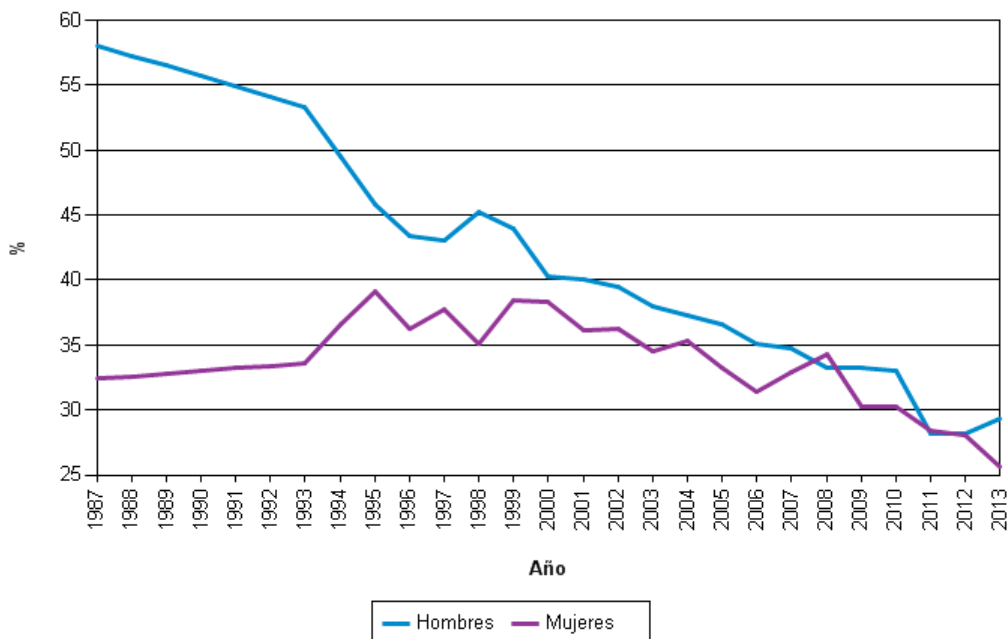
## 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (1995/1996), el descenso de fumadores fue del 35,5% en los hombres y del 28,8% en las mujeres (Figura 12.2). Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo, se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores, que ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2012/2013, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 51,5% en hombres y un 96,3% en mujeres.

En los hombres (Figura 12.2), se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, que continúa en la actualidad, si bien en 2012 no varió la prevalencia respecto al año anterior y en 2013 aumentó un 3,9% respecto a 2012. 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. En 2013 la prevalencia continuó descendiendo (8,9 % respecto a 2012). Como ya se ha comentado en el apartado anterior, en 2013 vuelve a ser superior la prevalencia en hombres (3,7 puntos porcentuales en términos absolutos).

**Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2013.**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A, 1995-2013. Servicio de Epidemiología.

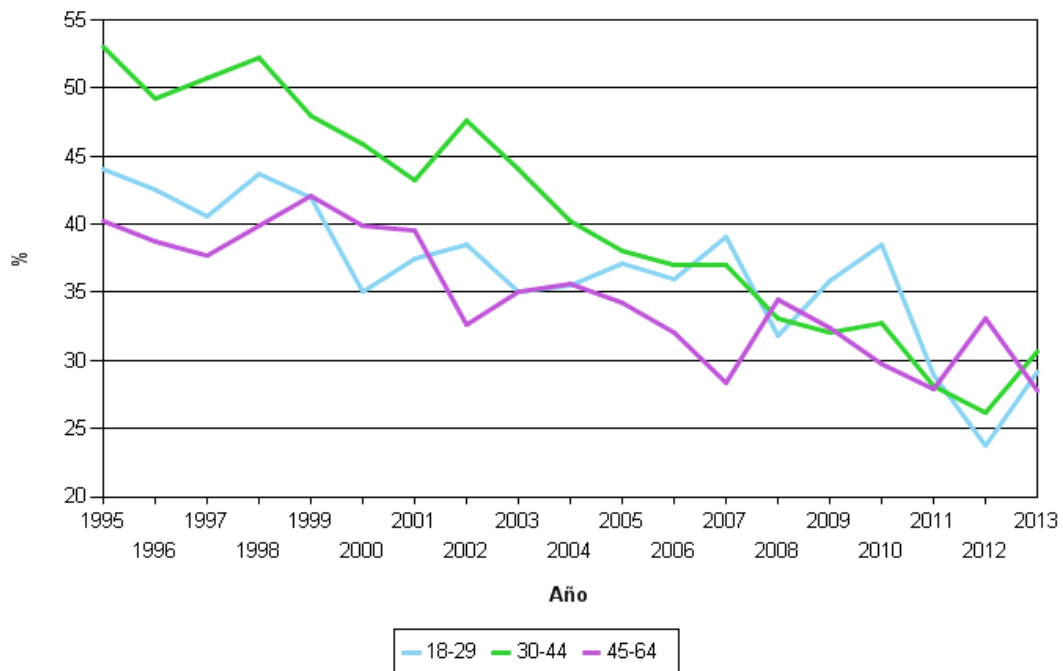


Por edad, en los hombres el descenso fue bastante constante en todos los grupos de edad (Figura 12.3). En las mujeres la disminución de la prevalencia fue también bastante constante en las jóvenes y en las edades intermedias, mientras que en las de 45 a 64 años se registró un aumento sostenido, debido 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 2012, éste es inferior al presentado en los niveles socioeconómicos superiores. (Figura 12.4).

**Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Hombres**



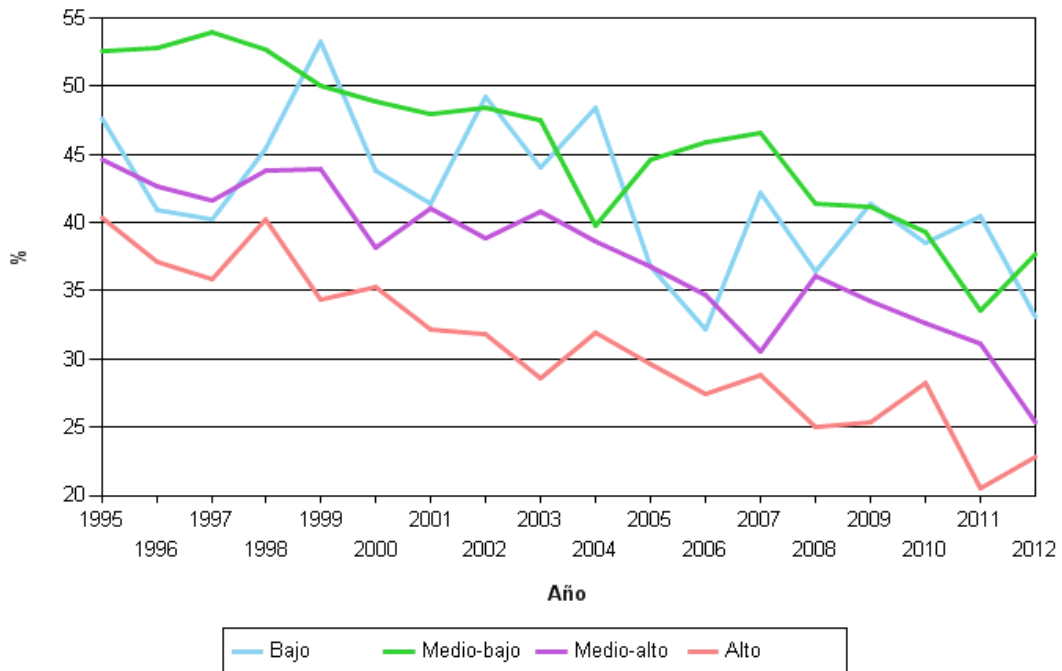
**Mujeres**



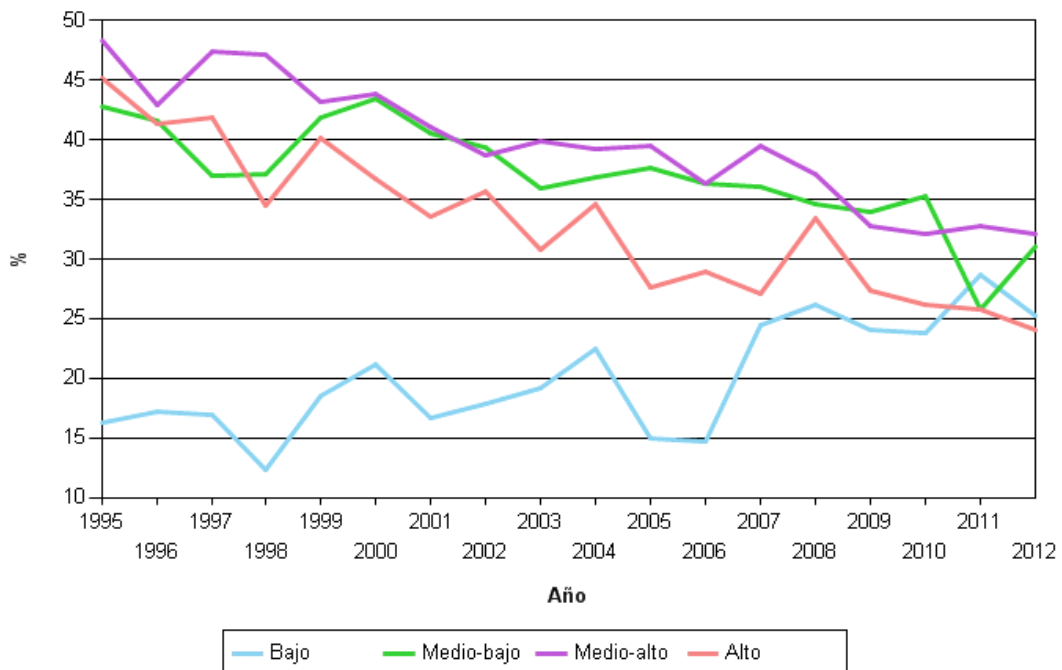
**Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2012.**

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

**Hombres**



**Mujeres**



### 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

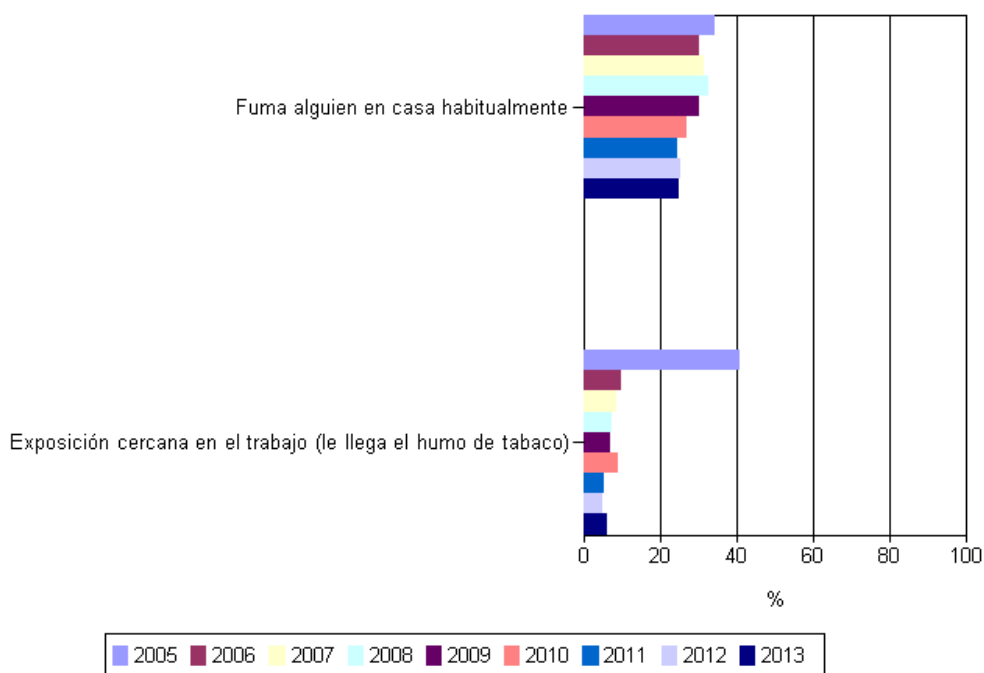
La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid, a través del SIVFRENT, desde el año 2006.

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 registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), situándose en 2013 en el 24,8% (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 registró un nuevo descenso (5,1%), situándose en 2013 en el 6,1% (Figura 12.5).

**Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2013. 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, 2006-2013. Servicio de Epidemiología.



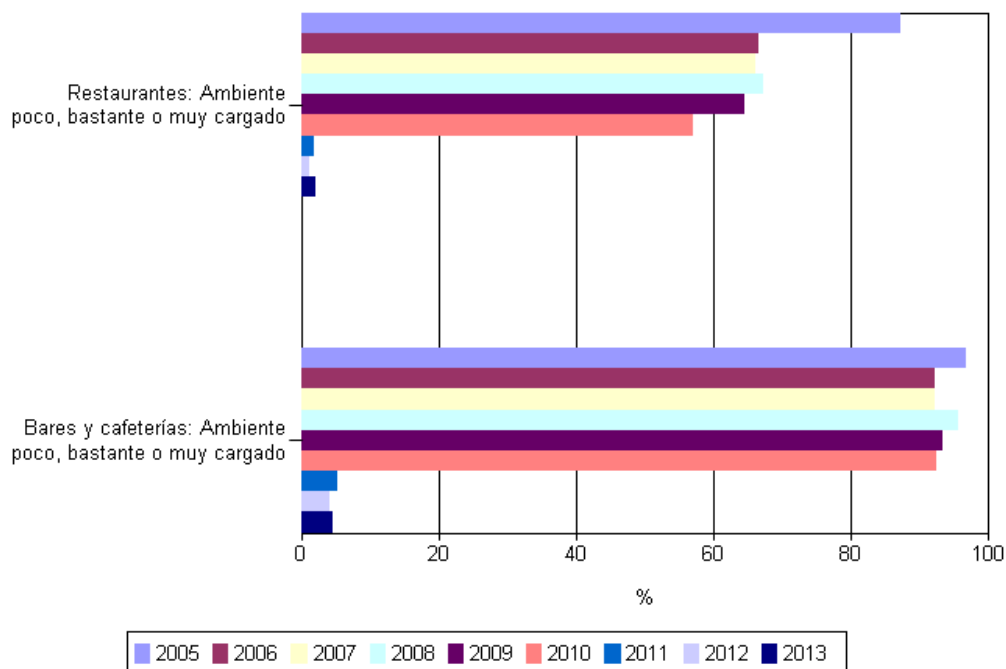
En cuanto a la exposición pasiva en bares y restaurantes, antes de la introducción de la Ley 28/2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado (poco, bastante o muy cargado), siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado). Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010. Tras la introducción de la Ley 42/2010, esta exposición disminuyó drásticamente hasta el 5,2% en 2011. En 2013 sólo el 4,7% describió el ambiente como algo cargado, la mayoría de ellos poco cargado (4,0%). (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. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010, la exposición descendió de modo muy contundente hasta el 2,0%. En 2013 sólo el 2,2% describió el ambiente como algo cargado, la mayoría de ellos poco cargado (1,9%). (Figura 12.6).



**Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2013. 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, 2006-2013. Servicio de Epidemiología.



## 12.2. Consumo de alcohol en adultos

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población en 2011. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 90,1% (en 2009: 94,5% ), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 77,0% de la muestra (en 2009: 79,8% y España: 76,6%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 63,7% (en 2009: 62,8% y España: 62,3%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 6,3% (en 2009: 10,6% y España: 10,2%).

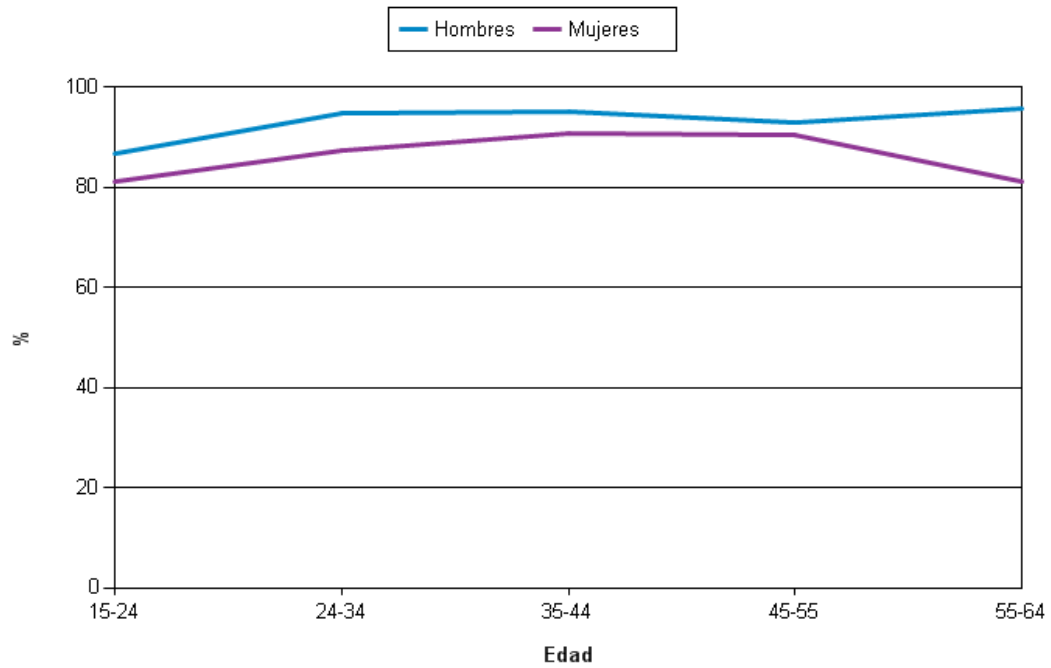
Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaron con la edad, a favor de aquéllos, y en el grupo de 55 a 64 años es donde se observa mayor diferencia de consumo (Figura 12.7).

Un 19,3% de la muestra se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 24,2% de los hombres y el 14,6% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. El 31,9% de los menores de 24 años se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses (Figura 12.8).

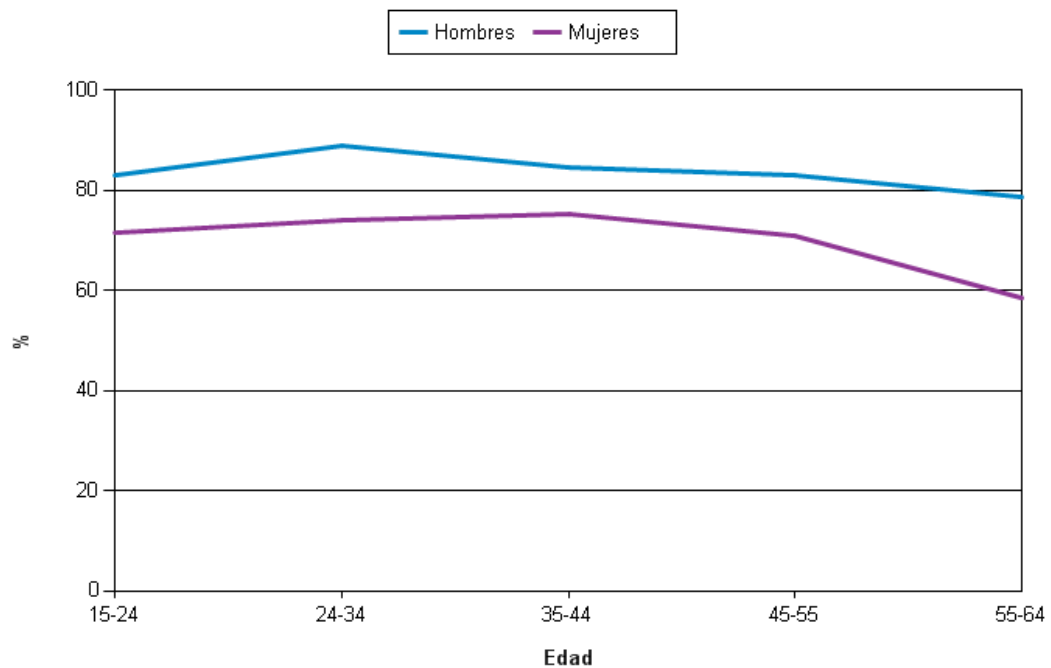
**Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**Alguna vez en la vida**



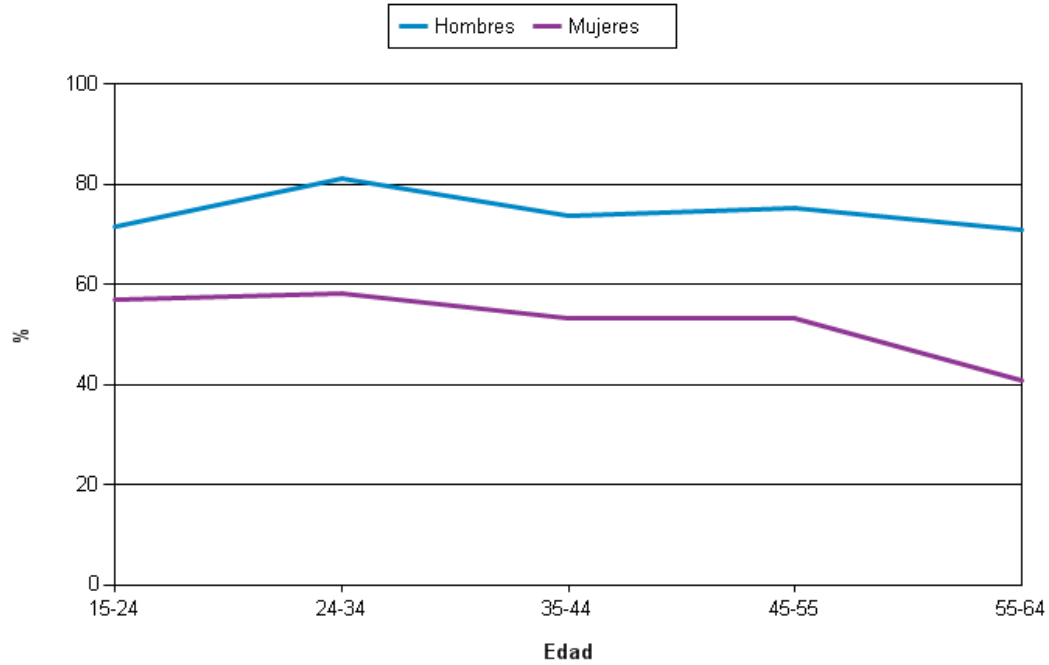
**En los últimos 12 meses**



**Figura 12.7 (continuación). Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**En los últimos 30 días**



**A diario**

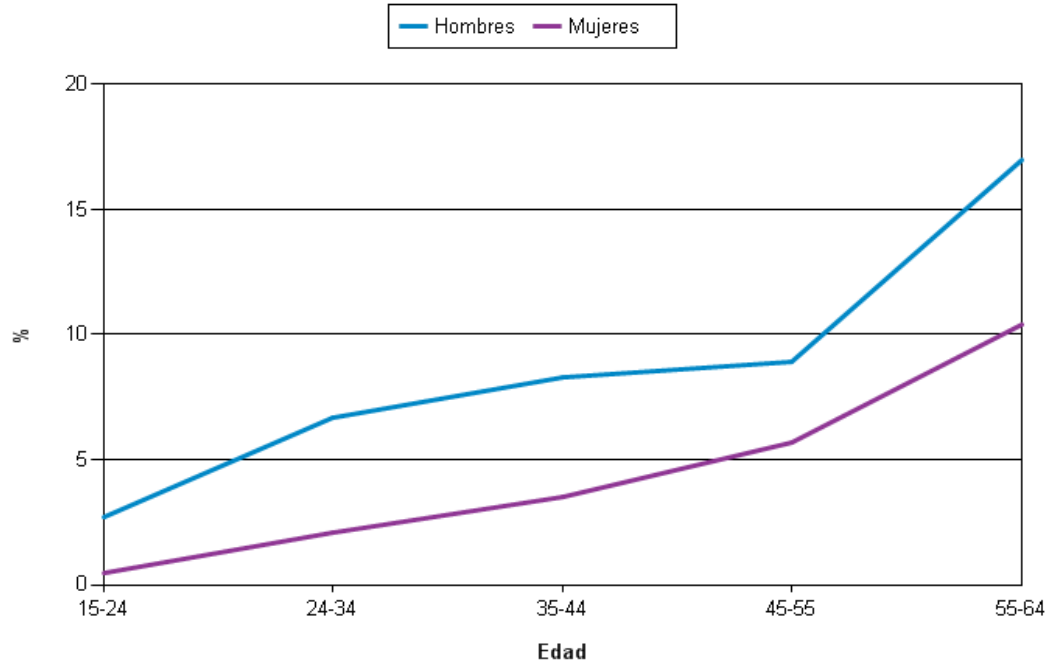
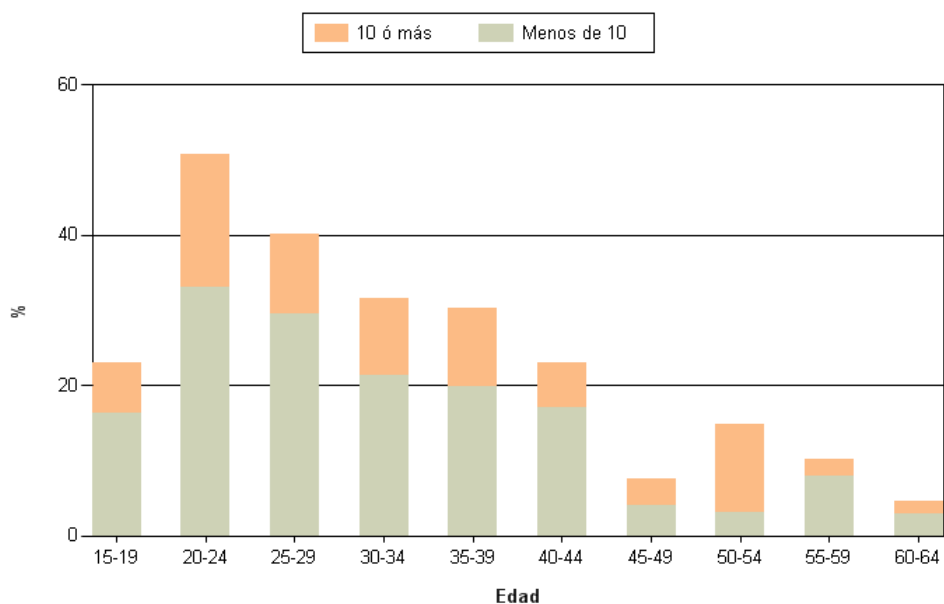


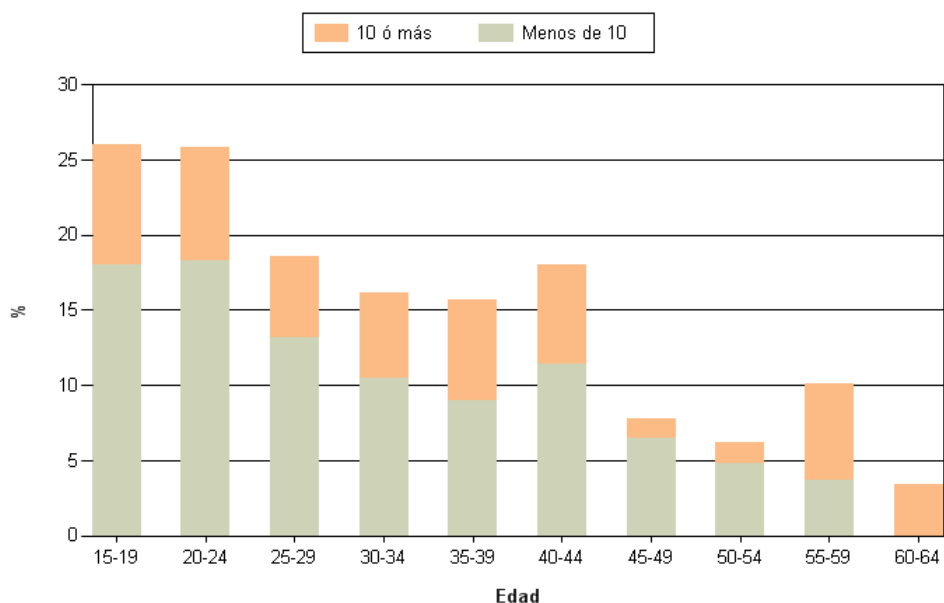
Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

#### Hombres



#### Mujeres



Según el **SIVFRENT-A** el consumo medio per cápita semanal de alcohol en 2013 fue de 42,7 gramos (g), 60,9 g en hombres y 25,1 g en mujeres.

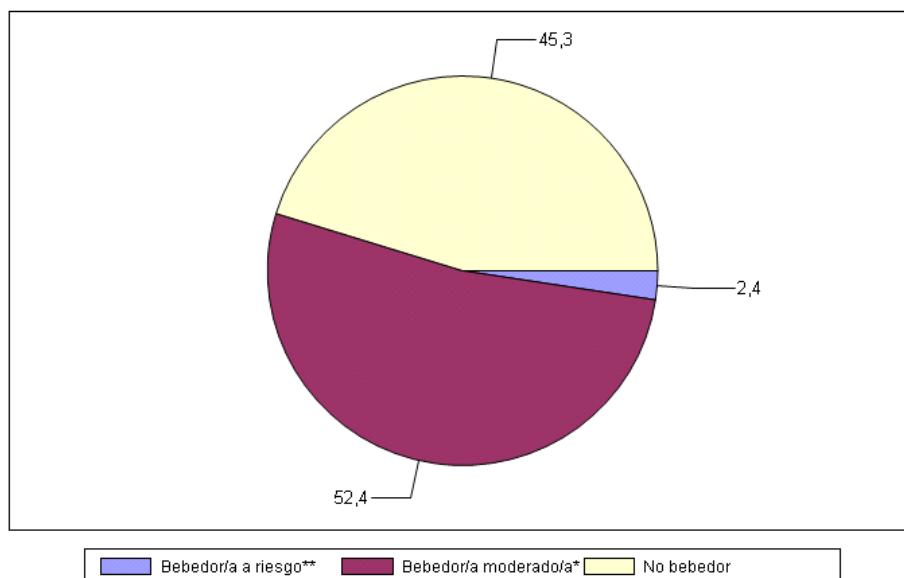
El 47,9% de los entrevistados son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

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  $\geq 40$ g/día y  $\geq 24$  g/día, respectivamente.

En 2013, un 2,4% de la población fue clasificada como bebedor a riesgo, un 52,4% como bebedores moderados y un 46,3% como no bebedores (Figura 12.9). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,4 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, 2013.**

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 10,1% 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  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres) (Tabla 12.1). Este consumo fue 2,1 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 5 veces más frecuente en el grupo de 18 a 29 años en comparación con el de 45 a 64 años.

**Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid, 2013.**

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
<b>Bebedores habituales</b> <sup>(a)</sup>	47,9 ( $\pm 2,2$ )*	59,0 ( $\pm 3,1$ )	37,3 ( $\pm 3,0$ )	43,7 ( $\pm 4,7$ )	43,7 ( $\pm 3,5$ )	54,9 ( $\pm 3,6$ )
<b>Bebedores con consumo promedio de riesgo</b> <sup>(b)</sup>	2,4 ( $\pm 0,7$ )	2,6 ( $\pm 1,0$ )	2,1 ( $\pm 0,9$ )	4,5 ( $\pm 2,0$ )	1,4 ( $\pm 0,8$ )	2,2 ( $\pm 1,0$ )
<b>Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días</b> <sup>(c)</sup>	10,1 ( $\pm 1,3$ )	13,7 ( $\pm 2,2$ )	6,6 ( $\pm 1,5$ )	22,3 ( $\pm 4,0$ )	8,7 ( $\pm 2,0$ )	4,5 ( $\pm 1,5$ )
<b>Consumo de riesgo global</b> <sup>(d)</sup>	10,9 ( $\pm 1,4$ )	14,5 ( $\pm 2,2$ )	7,5 ( $\pm 1,6$ )	23,2 ( $\pm 4,0$ )	9,1 ( $\pm 2,0$ )	5,7 ( $\pm 1,7$ )
<b>Test CAGE positivo en bebedores habituales</b>	7,4 ( $\pm 1,3$ )	9,8 ( $\pm 2,1$ )	3,8 ( $\pm 1,5$ )	7,5 ( $\pm 2,6$ )	9,4 ( $\pm 2,4$ )	5,7 ( $\pm 2,0$ )
<b>Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días</b> <sup>(e)</sup>	1,9 ( $\pm 0,6$ )	3,3 ( $\pm 1,2$ )	0,5 ( $\pm 0,5$ )	3,5 ( $\pm 1,9$ )	1,5 ( $\pm 0,9$ )	1,4 ( $\pm 0,9$ )

\* Intervalo de confianza al 95%

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

(b) Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres

(c) Consumo en un corto período de tiempo de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  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.

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 10,9% (14,5% de los hombres y 7,5% de las mujeres). La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, con casi uno de cada cuatro, debido, como se ha descrito anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica; la respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test indican presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 7,4% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (9,8% de los hombres y 3,8% de las mujeres).

Por último, un 1,9% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento se observó casi exclusivamente en los hombres, con un 3,3% frente al 0,5% de las mujeres, aumentando la frecuencia al disminuir la edad.

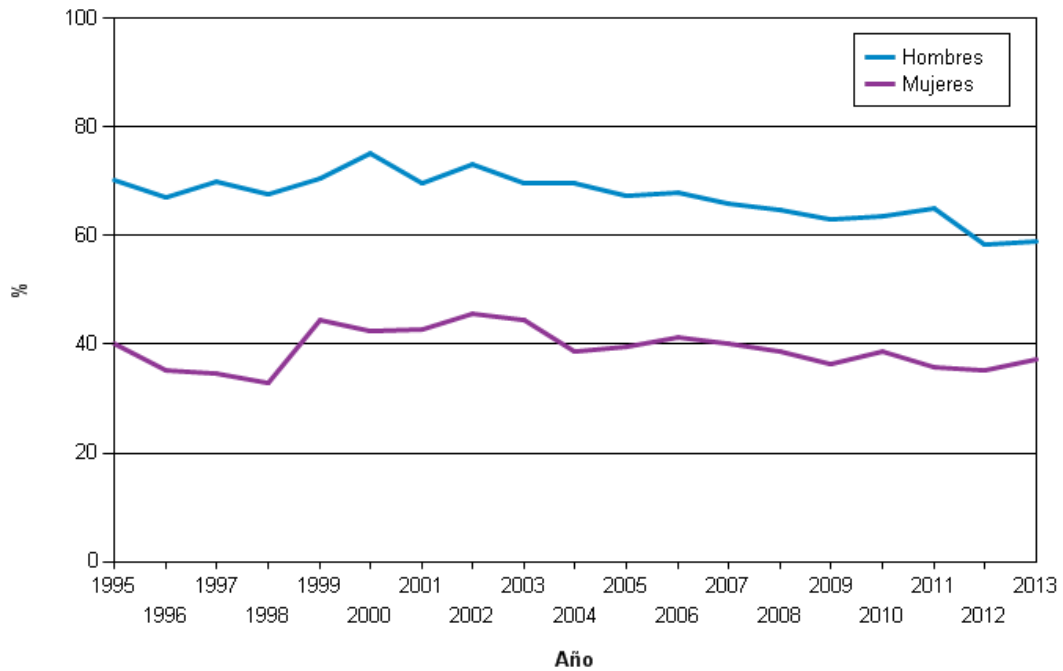
La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2012/2013, especialmente en los hombres (Figura 12.10). En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 14,4% en hombres y un 4,0% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres y mujeres un 72,1% y un 25,0%, respectivamente.

Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión disminuyó en hombres un 18,8% mientras en mujeres aumentó un 22,1%, por lo que habrá que estar vigilantes. Por último, la proporción de personas que habían conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (Figura 12.10) se redujo en hombres (un 52,0%) y mujeres (51,9%), aunque como se ha señalado anteriormente, en términos absolutos, este comportamiento se observa principalmente en los hombres. En las mujeres, la frecuencia media de esta conducta en el periodo 1995-2013 fue 0,8%, habiendo superado el 1,0% tan sólo en cuatro ocasiones en estos diecinueve años.

**Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

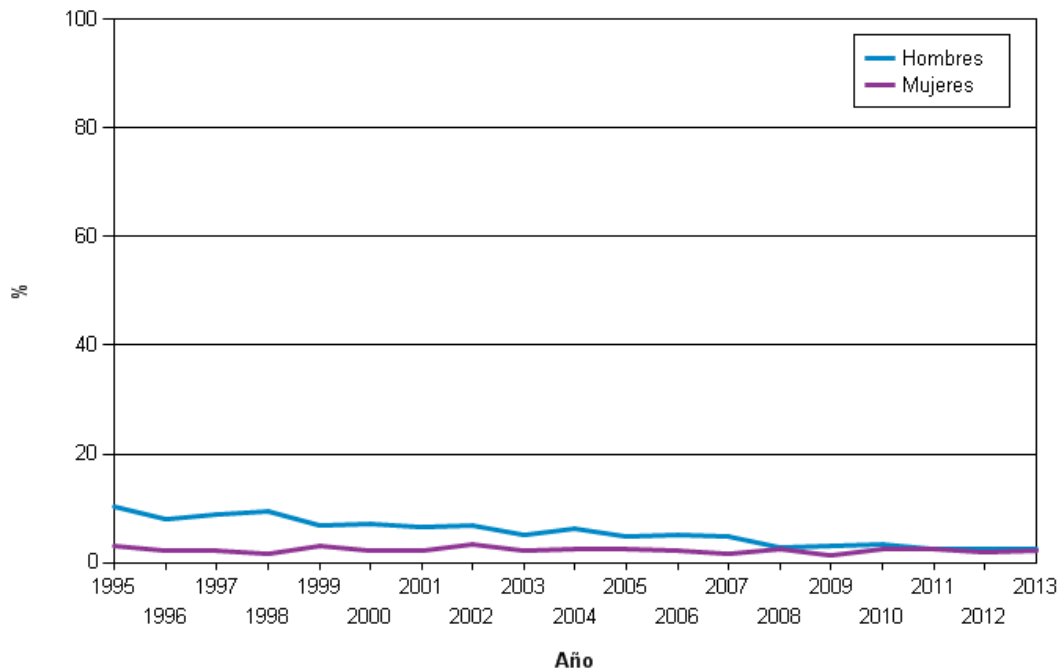
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**Bebedores habituales\***



\* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

**Bebedores con consumo promedio de riesgo\***

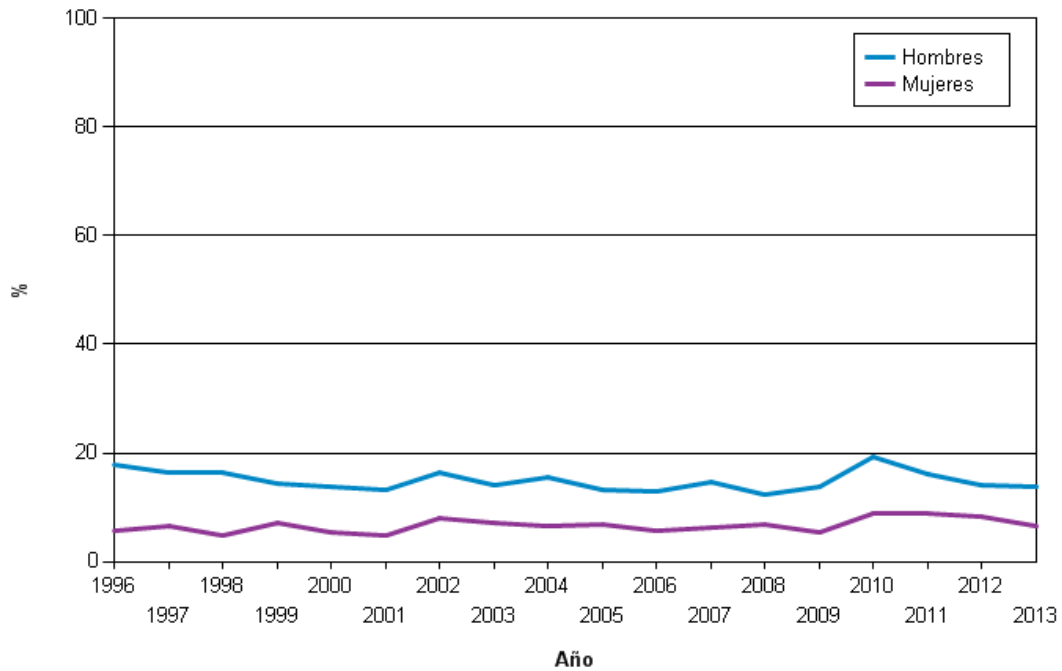


\* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

**Figura 12.10 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.**

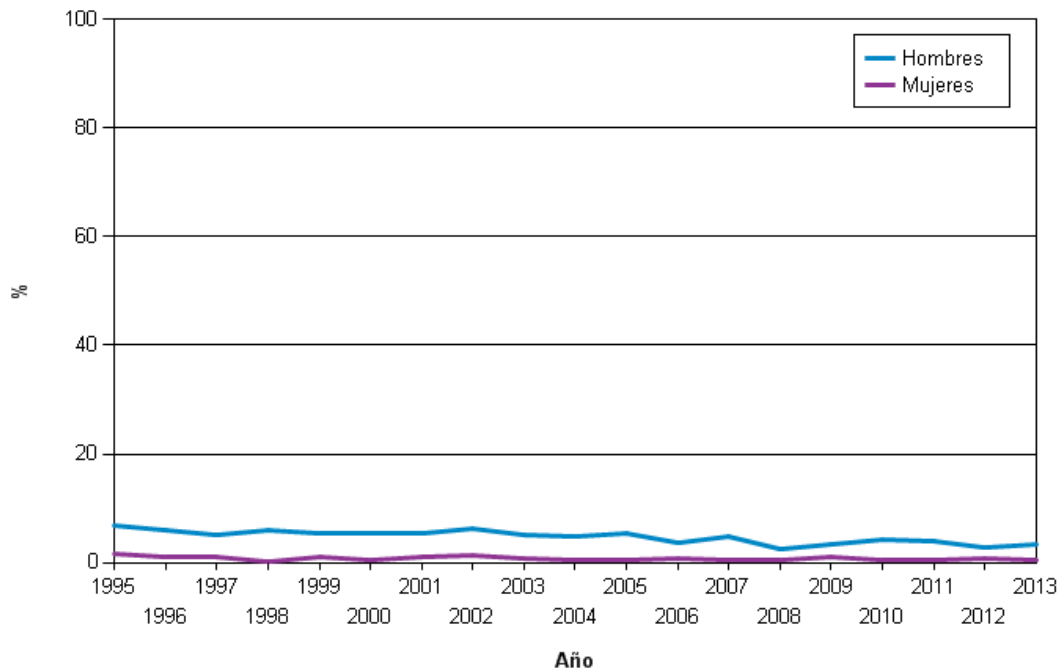
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**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 o una noche

**Conducir bajo 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 observa en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) presenta diferencias significativas entre los más jóvenes (15 a 34 años) y los adultos (35 a 64 años). 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.

En EDADES 2011 se recogen por primera vez datos referidos a una serie de sustancias de reciente aparición. Las denominadas setas mágicas presentan las prevalencias de consumo experimental más elevadas, seguidas por la ketamina y el spice. Tanto el consumo en el último año como en el último mes tienen cifras muy bajas.

### 12.3.1. Consumo de cannabis

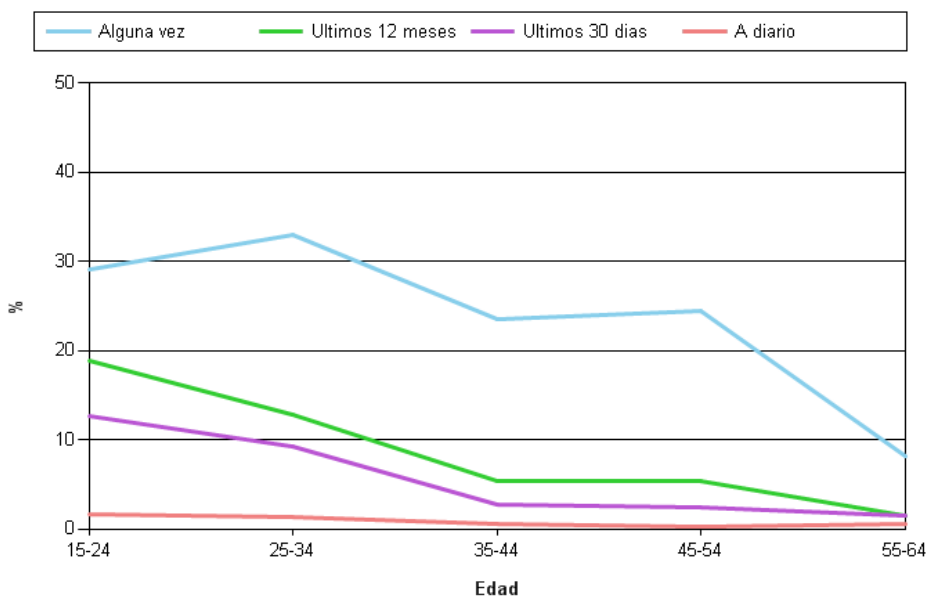
Como en años anteriores el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, presentando una disminución importante respecto a la encuesta del año 2009. El 24,4% afirmó haberla probado alguna vez, cifra ésta inferior a la de 2009, que fue 36,7% (27,4% en España en 2011). Ha disminuido el consumo actual con respecto al anterior y es inferior al obtenido en España: la prevalencia de consumo en el último año fue del 8,4% (11,6% en 2009 y 9,6% España 2011), un 5,5% en el último mes (8,4% en 2009 y 7,0% España 2011), y el consumo de todos los días fue del 0,8% (2,1% en 2009 y 1,7% España 2011).

La prevalencia de consumo fue mayor en los hombres (37,7% alguna vez) que en las mujeres (18,3% alguna vez), así como para el consumo en el último año, último mes y el consumo de todos los días.

La prevalencia de consumo según grupos de edad, es mayor en los más jóvenes (Figura 12.11).

**Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). 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.

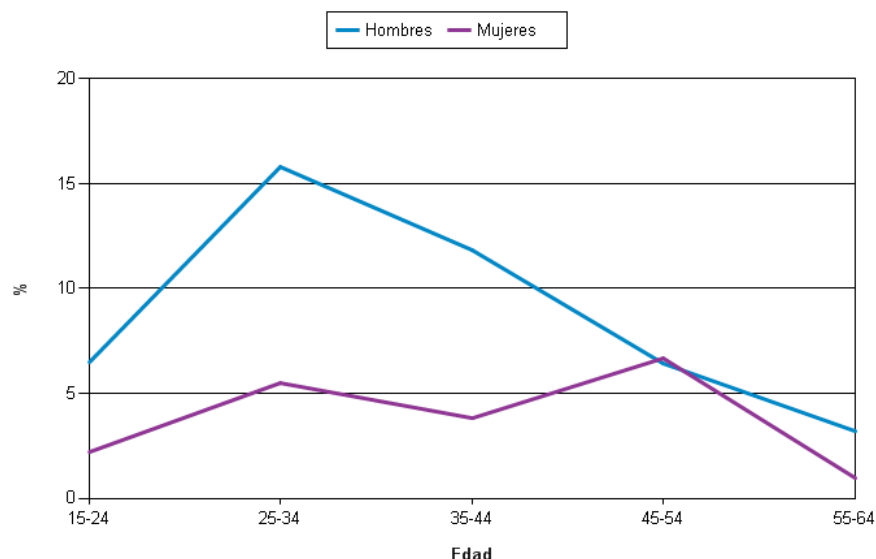
El consumo experimental ha disminuido ostensiblemente situándose en los niveles del 2007; el consumo en el último año también ha disminuido, manteniéndose estable el consumo reciente.

Un 6,8% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (en 2009: 12,2%), el 1,7% la consumió en los últimos doce meses (en 2009: 1,9% y 2,3% España 2011) y el 0,7% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (en 2009: 0,7%).

Consumen cocaína en mayor proporción los hombres que las mujeres, el 9,6% de los hombres la han probado frente al 4,1% de las mujeres. La prevalencia de consumo por grupos de edad es mayor en el grupo de 15 a 24 años y ha venido disminuyendo desde el año 2005. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es más elevada en el grupo de 25 a 34 años (Figura 12.12).

**Figura 12.12. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

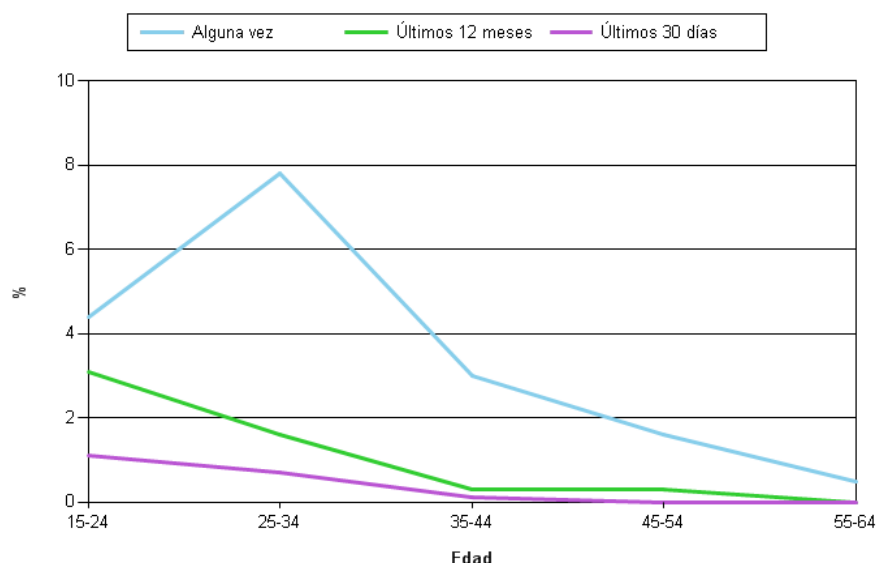


### 12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis disminuyó con respecto a 2009. La prevalencia fue de 3,7% para “alguna vez” (5,4% en 2009), 1,0% para el último año (0,8% en 2009 y 0,7% en España 2011) y 0,4% en el último mes (0,3 % en 2009). El mayor consumo se da en los hombres: un 5,0% “alguna vez” frente al 2,5% de las mujeres. Por grupos de edad, la mayor prevalencia es en el grupo de 25 a 34 años.(Figura 12.13).

**Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). 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 0,7% ha consumido tranquilizantes y 0,9% somníferos, cifras menos elevadas que las de 2009. Los hombres presentan un consumo menor y en ambos sexos la prevalencia va aumentando con la edad.

La prevalencia de consumo de anfetaminas para “alguna vez” es de 2,4%, inferior al 5,8% observado en el 2009, un 0,4% en el último año (1,1% en el 2009 y 0,6% en España 2011) y un 0,2% en el último mes (Tabla 12.2). El mayor consumo se observa en los hombres con un 3,3% “alguna vez” frente al 1,5% de las mujeres .

La prevalencia para el consumo de alucinógenos “alguna vez” es de 2,1% (5,4% en 2009), y de un 0,3% para el último año (0,9% en 2009 y 0,4% España 2011).

La prevalencia de consumo de heroína para “alguna vez” es de 0,2% (0,6% en 2009 y 0,6% España 2011), siendo prácticamente de “0” el resultado de la prevalencia para los otros periodos de tiempo considerados en este estudio. El consumo fue mayor en hombres (0,3% frente al 0,1% en las mujeres). El grupo de edad con mayor porcentaje es el de 35 a 44 años con un 0,5%.

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 1,0% para “alguna vez” (1,1% en el 2009). La prevalencia según sexo de consumo “alguna vez” fue superior en hombres (1,4% frente al 0,8% en mujeres). En el consumo en el último año también fue superior la prevalencia en hombres (0,4% frente al 0,1% en mujeres).

**Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
	%	%	%
<b>Anfetaminas</b>	2,40	0,40	0,20
<b>Alucinógenos</b>	2,10	0,30	0,10
<b>Heroína</b>	0,20	0,00	0,00
<b>Inhalables</b>	1,00	0,20	0,00

## 12.4. Repercusiones en la salud

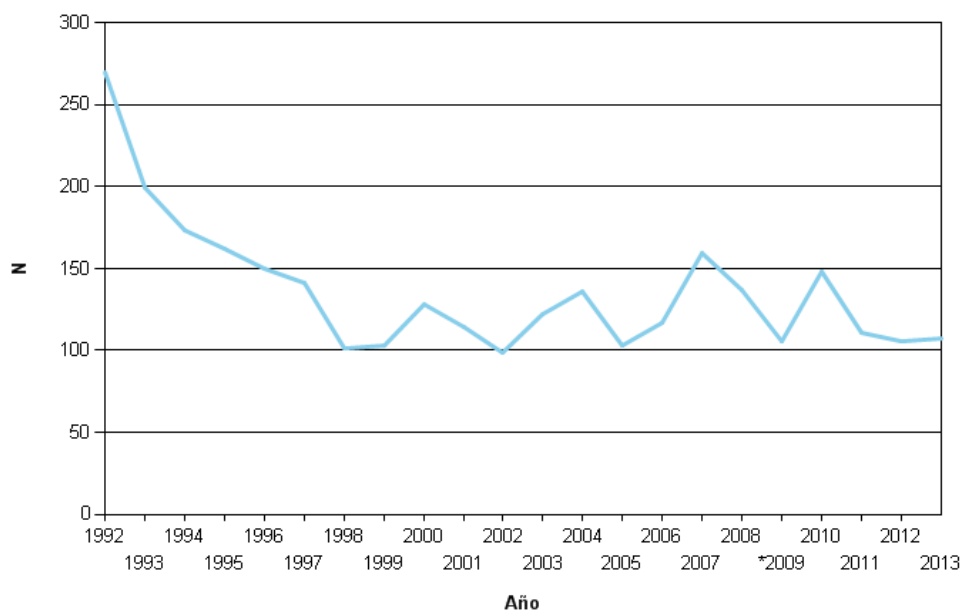
### 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid (Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas), la Agencia Antidroga elabora informes anuales sobre los fallecimientos por reacción aguda a 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 pequeñas oscilaciones sin una tendencia clara, si exceptuamos el año 2010 que existe un aumento del número de fallecimientos con respecto al año anterior y últimos tres años (Figura 12.14).

**Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2013.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.

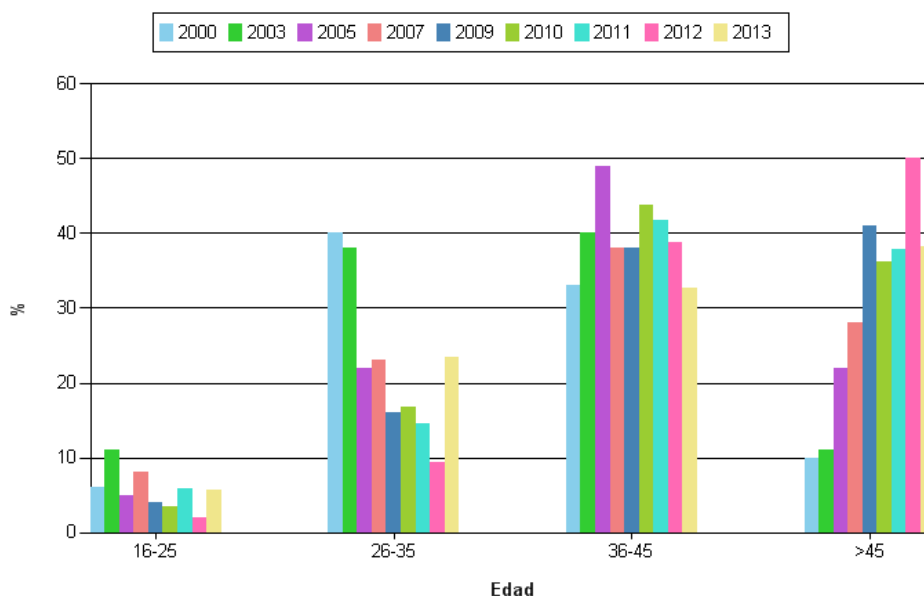


\*.- Infradeclaración en el 2º trimestre

En la distribución por edad de los fallecidos se observa con el paso de los años un desplazamiento de la curva hacia la derecha que refleja un aumento de la edad de los fallecidos. Los mayores de 45 años han ido adquiriendo mayor relevancia hasta convertirse en el grupo de edad más frecuente en los últimos años (38,3% en 2013) (Figura 12.15).

**Figura 12.15. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2013.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.

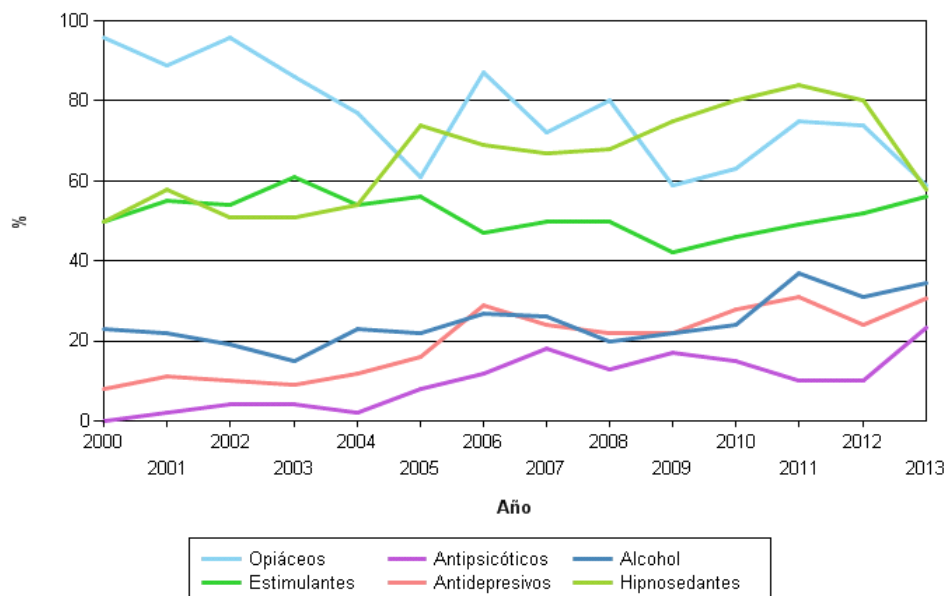


En cuanto a las sustancias encontradas (Figura 12.16), en los últimos años se observan oscilaciones en las tendencias. En el caso de las benzodiacepinas, que desde 2007 mantenían una tendencia ascendente, se observa un descenso en los últimos dos años. Los opiáceos disminuyeron de forma ostensible hasta 2005 (fundamentalmente a expensas de la heroína), a partir de entonces presentan

oscilaciones y se estabilizan en los últimos años. En 2013 se observa un incremento de la morfina, con descenso de la metadona. La cocaína en los dos últimos años rompe la tendencia descendente observada desde 2008, mientras que el alcohol y los antidepresivos experimentan un incremento en 2013 respecto al año anterior.

**Figura 12.16. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2013.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.



### 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

El indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas se puso en marcha en 1987 formando parte de un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas para monitorizar la evolución y características del consumo problemático de drogas psicoactivas.

Desde el año 2000 existe un sistema de vigilancia (Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas) 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).

En la Comunidad de Madrid en el año 2010 se produjeron dos importantes novedades en el sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas:

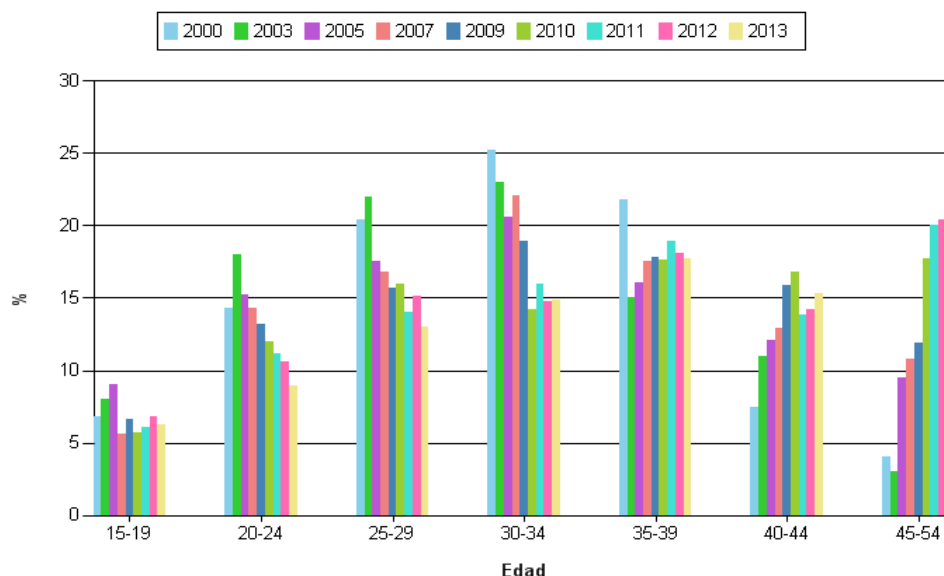
- Se rediseñó la muestra de hospitales atendiendo a los cambios en el mapa sanitario y teniendo en cuenta el aumento progresivo del número de centros hospitalarios. En función del número de urgencias atendidas y criterios demográficos se seleccionaron siete hospitales que atienden a cerca de la mitad de las urgencias de toda la Comunidad y casi las dos terceras partes de las relacionadas con el consumo de drogas.

- Se recogieron por primera vez las urgencias por consumo de drogas atendidas en el ámbito extrahospitalario

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 2013 presenta el porcentaje más bajo de episodios de urgencias entre los más jóvenes y el más alto entre los de mayor edad.

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga.



En cuanto a las sustancias consumidas, tanto las de consumo habitual como las que provocan la urgencia (Tabla 12.3), las benzodiazepinas (causa de 44,1% de las urgencias) son las de consumo más frecuente, seguidas de la cocaína (causa de 37,0% de las urgencias).

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, 2011.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga.

	Sustancia de consumo habitual	Sustancia que provoca la urgencia
	%	%
<b>OPIÁCEOS</b>	15,3	9,3
Heroína	7,7	6,1
Metadona	6,3	2,1
Otros opiáceos	1,3	1,1
<b>ESTIMULANTES</b>	45,3	34,2
Cocaína	41,6	31,5
Anfetaminas	2,7	2,0
MDMA y otras drogas de diseño	1,1	0,7
Otros estimulantes (excl. Cafeína y nicotina)	0,0	0,0
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	47,1	43,4
Benzodiazepinas	43,2	39,5
Antipsicóticos	2,9	2,9
Otros hipnosedantes	0,9	0,9
<b>ALUCINÓGENOS</b>	0,5	0,4
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	0,3	0,1
<b>CANNABIS</b>	37,2	22,3
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	6,0	5,9

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.

## 12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En relación con la percepción del riesgo, en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2011 (EDADES), 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 consumo de tranquilizantes alguna vez y en tercer lugar con muy poca diferencia consumo de 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, 2011.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES). 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	87,3	87,2	87,2	90,2	88,3	88,0	86,9	89,0
Consumo 5/6 cañas/copas día	90,2	91,4	89,7	93,0	90,9	91,0	87,7	94,1
Consumo 5/6 cañas/copas el fin de semana	51,3	46,8	52,9	55,1	66,4	53,8	47,8	59,6
Consumo de hachís alguna vez	59,6	59,7	68,7	70,5	87,8	68,5	62,2	74,6
Consumo de hachís habitualmente	82,7	84,8	88,7	92,0	93,9	88,3	84,3	92,2
Consumo tranquilizantes alguna vez	67,4	62,7	64,8	64,9	68,5	65,2	63,2	67,1
Consumo tranquilizantes habitualmente	89,3	86,4	84,6	82,7	82,3	84,9	83,9	85,9
Consumo éxtasis alguna vez	90,4	91,7	95,0	96,0	97,0	94,1	92,0	96,1
Consumo éxtasis habitualmente	95,8	98,0	98,3	98,6	97,8	97,8	96,5	99,2
Consumo cocaína alguna vez	91,5	92,0	94,8	93,6	98,0	93,9	90,9	96,8
Consumo cocaína habitualmente	96,5	98,4	98,9	99,1	99,2	98,5	97,4	99,5
Consumo heroína alguna vez	96,3	98,4	99,0	98,3	99,2	98,3	97,0	99,7
Consumo heroína habitualmente	99,9	99,9	99,4	99,1	99,1	99,3	99,0	99,7

## 12.6. Conclusiones

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco, si bien se observa un repunte en hombres en 2013. En ese año el 27,4% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual. 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 estudios bajo. Nos hallamos no obstante 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 2012, observándose no obstante un aumento en 2013 (6,1% de personas expuestas). La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de las leyes de 2005 y 2010, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición se ha estabilizado en los últimos años en torno al 25%, cifra que debe ser considerada muy elevada. 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 2013 sólo el 4,7% en bares y cafeterías y el 2,2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En general los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas en todas las sustancias, excepto hipnosedantes. En 2011 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en los tres tipos de frecuencia (experimental, esporádico o reciente y habitual) en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 63,7%. Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentan con la edad y la frecuencia de consumo. El 62,7% de la población consume alcohol los fines de semana, siendo más frecuente (69,8%) en la población de 19 a 35 años. La cerveza (48,4%) y los

combinados o cubalibres (25%) son los más consumidos. En 2013 se estimó en un 2,4% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,4 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 2012/2013, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis sigue siendo la droga más consumida. En 2011 el 24,4% afirmó haberla probado alguna vez, siendo la prevalencia de consumo en el último mes de 5,5%. Desde el año 2001 ha experimentado un notable descenso en las tres frecuencias de consumo. El mayor consumo se produce entre los 15 y 24 años.

La cocaína fue en 2011 la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida. El consumo experimental ha disminuido ostensiblemente situándose en los niveles de 2007; el consumo reciente se mantiene estable y el consumo en el último año también ha disminuido. La edad media de inicio del consumo es a los 22 años. El consumo habitual se da más entre los más jóvenes (15-24 años) y el consumo ocasional es mayor entre los 25 y 34 años.

El consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos doce meses ha disminuido de forma apreciable, así como el consumo experimental del resto de sustancias, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables, ha disminuido también. La heroína y los inhalables se mantienen a niveles inapreciables en los consumos en los últimos doce meses y 30 días.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias y se acentúa la tendencia vista en años anteriores al aumento de la edad de los casos, siendo las benzodiacepinas (44% de urgencias) y la cocaína (37% de urgencias) las sustancias más a menudo consumidas e implicadas en la urgencia. La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia estable, con oscilaciones, en los últimos quince años.



## **Anexo 1**

**Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud**

---

## **Anexo 1. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud**

La economía española entró en recesión en el último trimestre de 2008, prolongándose esta situación en años sucesivos.

La crisis económica tiene efectos adversos sobre los determinantes de la salud y las desigualdades en salud. Hay distintos grupos de población que son más vulnerables a estos efectos como las personas de clases sociales desfavorecidas, las minorías étnicas, las madres solteras y sus hijos, la infancia y la juventud y las personas mayores.

Para entender el efecto de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud, y poder actuar en consecuencia, se requiere vigilar de forma sistemática los indicadores de salud y de los determinantes de la salud.

En base a la propuesta de Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud que se incluyen en el Informe SESPAS 2014 (Glòria Perez, et al. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (supl 1): 124-31), y a la disponibilidad de la información, se han seleccionado una serie de indicadores para la Comunidad de Madrid, que se presentan a continuación agrupados en dos categorías: indicadores de salud e indicadores socioeconómicos.

### **Anexo 1.1. Indicadores de Salud**

Salud mental

Salud reproductiva

Factores de riesgo

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades transmisibles

### **Anexo 1.2. Indicadores Socioeconómicos**

Mercado laboral (paro)

Políticas macroeconómicas y desigualdad de renta y pobreza

Recursos materiales (ingresos y situación económica)

Índice de privación (Censo 2011)

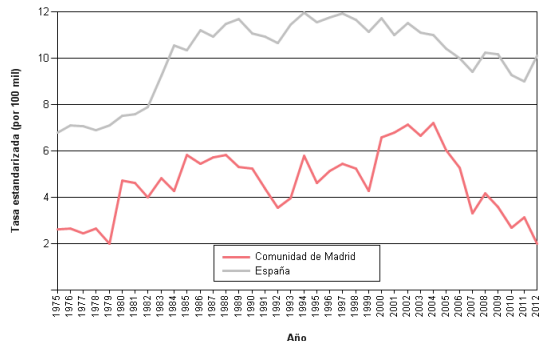
## Anexo 1.1. Indicadores de Salud

### Salud mental

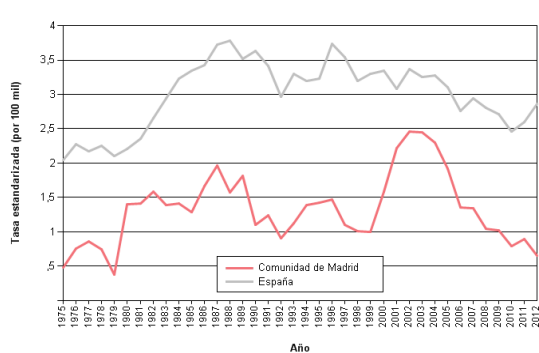
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

#### Hombres



#### Mujeres



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

Figura A1.1. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Evolución anual de la morbilidad hospitalaria (CMBD) según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

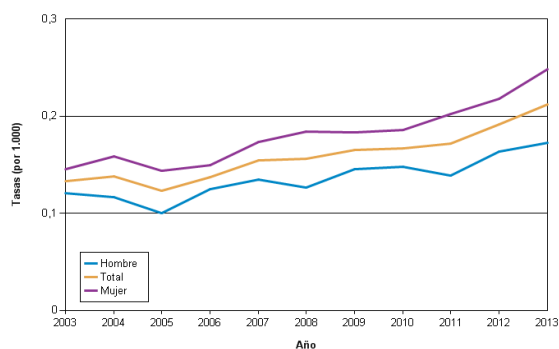
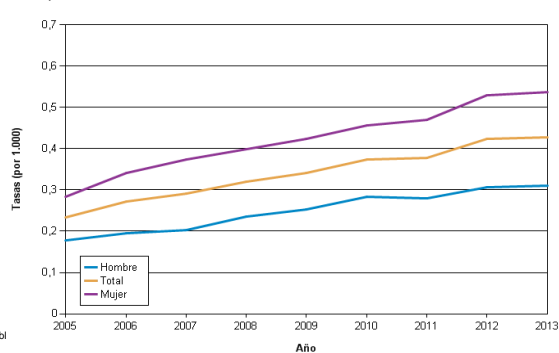


Figura A1.2. Suicidio/intento de suicidio (Cód. P77). Evolución anual de la morbilidad en atención primaria según sexo. Comunidad de Madrid, 2005-2013.

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



### Salud reproductiva

Figura 2.11b. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1975-2012.

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

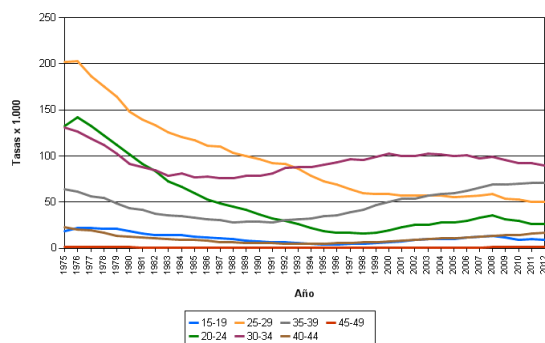


Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

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

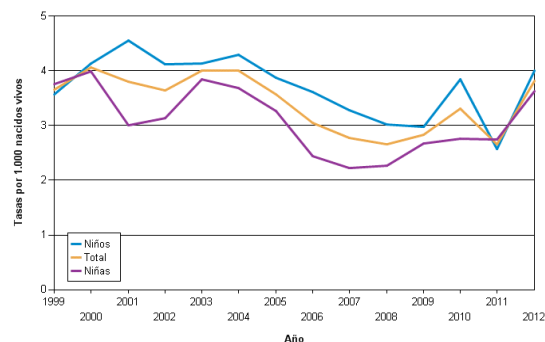
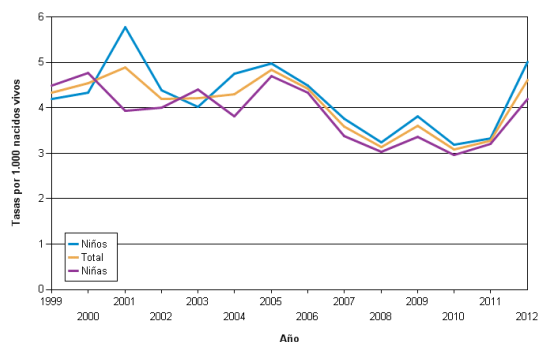


Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

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



## Factores de riesgo

Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes (consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos al día), según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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

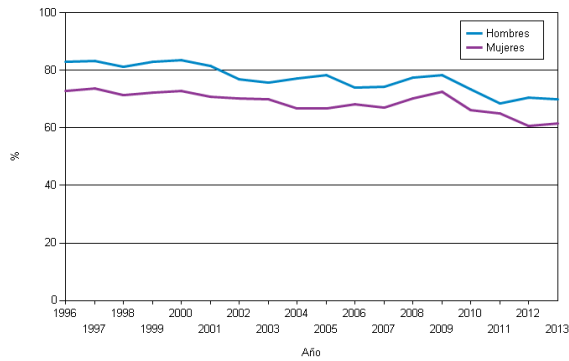


Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad\*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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

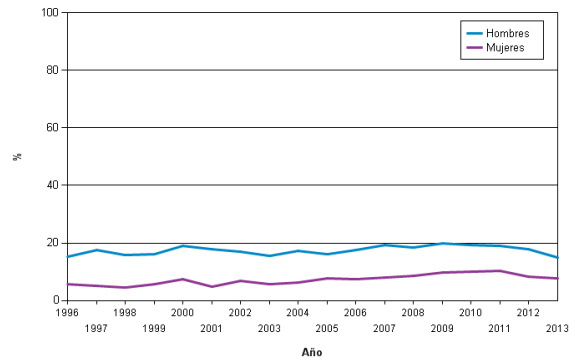
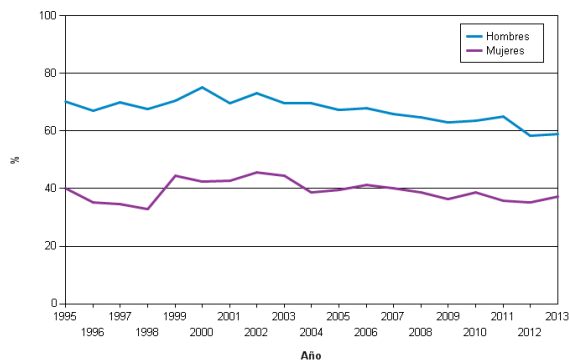


Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol (bebedores habituales) en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



\* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

Figura A1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2001, 2003, 2005, 2007, 2009 y 2011. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

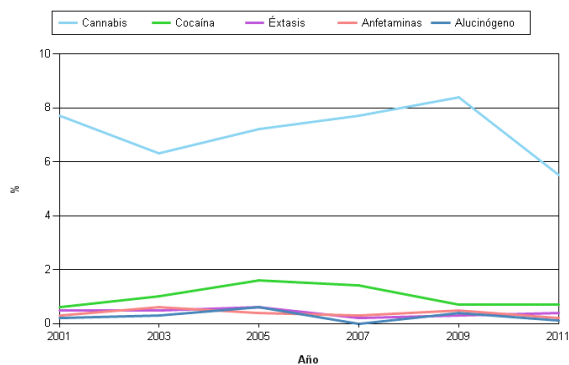
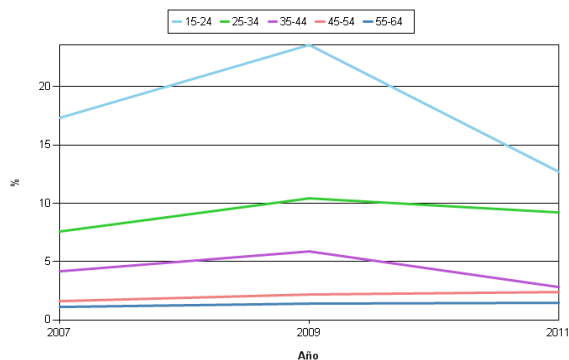


Figura A1.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2011.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2007, 2009 y 2011. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



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

Figura A1.3. Evolución de la mortalidad por causas relacionadas con el alcohol. Cirrosis y otras enfermedades del hígado. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

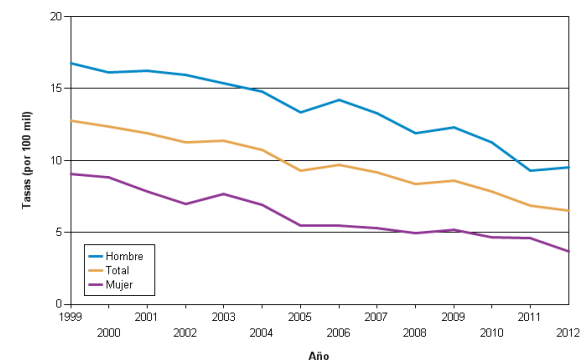
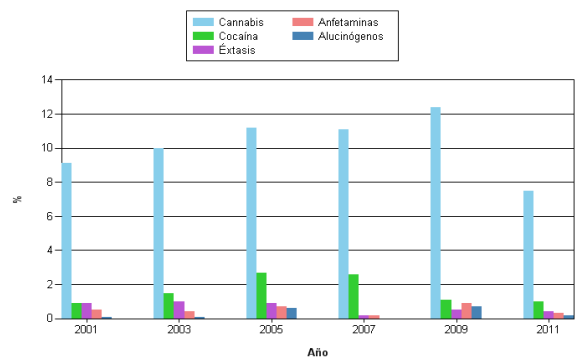


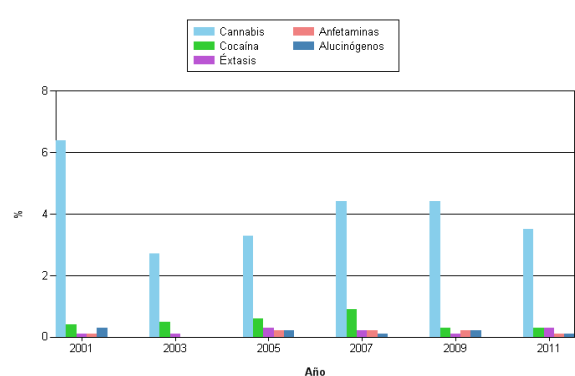
Figura A1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días según sexo. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2001, 2003, 2005, 2007, 2009 y 2011. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres



## Factores de riesgo (continuación)

Figura A1.7. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid, 2005-2011.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2005, 2007, 2009 y 2011. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

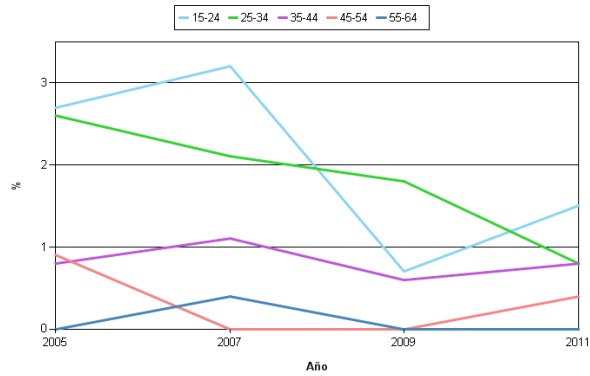
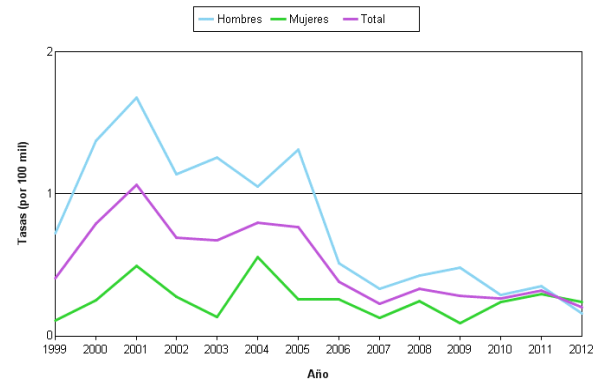


Figura A1.8. Evolución de la mortalidad por sobredosis. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

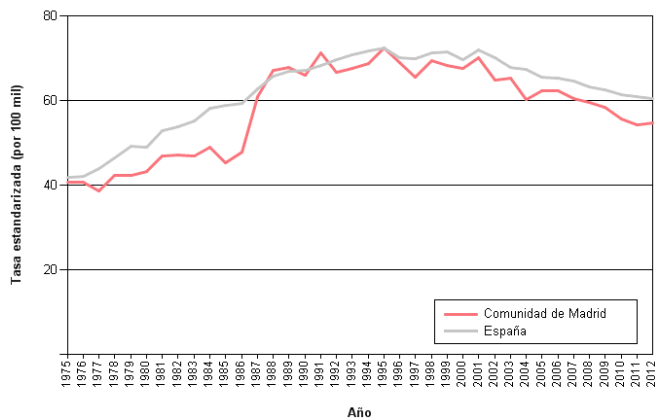


## Enfermedades no transmisibles

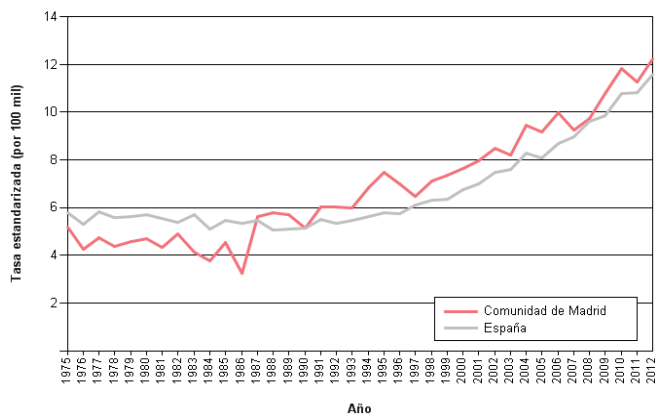
anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

### Hombres



### Mujeres

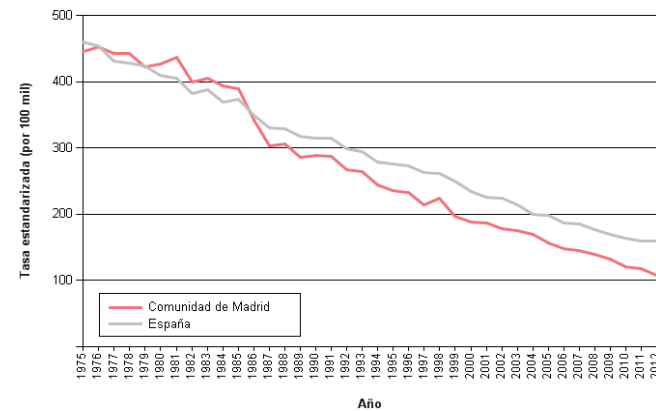


Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

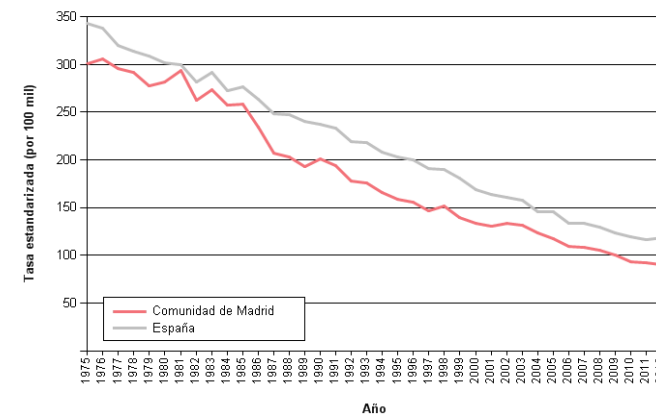
la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

### Hombres



### Mujeres

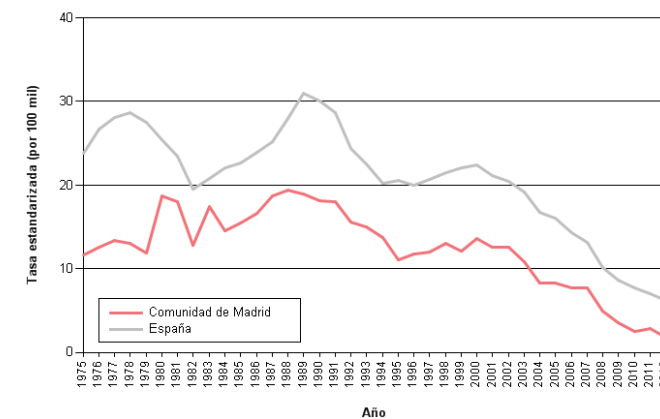


Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

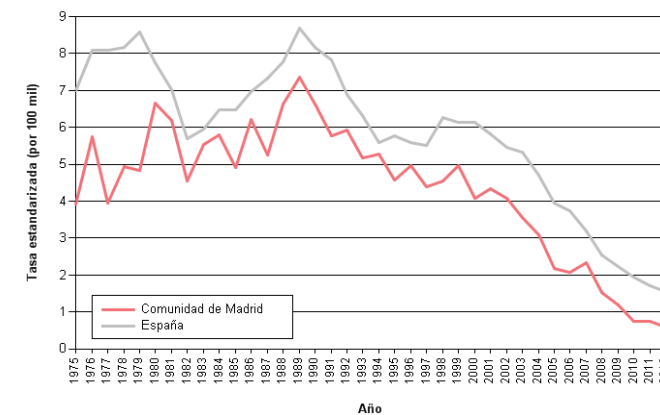
estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2012.

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

### Hombres



### Mujeres



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

## Enfermedades transmisibles (continuación)

Figura A1.9. Número de brotes de enfermedades inmunoprevenibles. Comunidad de Madrid, 2009-2013.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

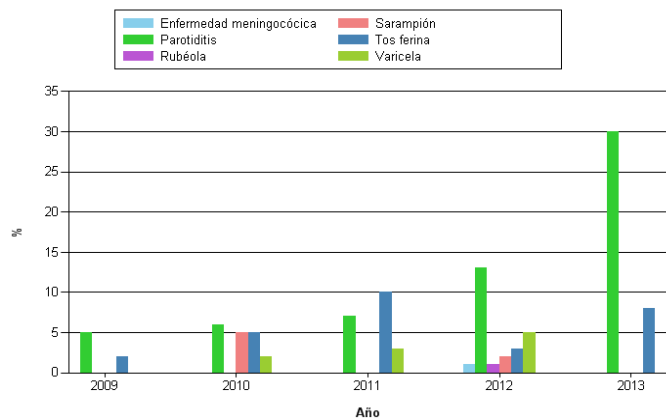


Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

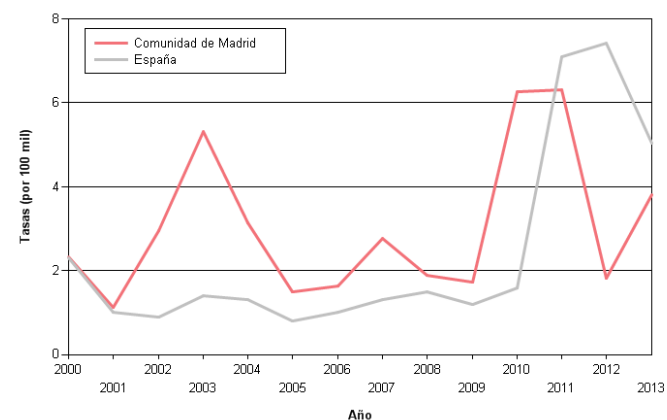


Figura 7.14. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

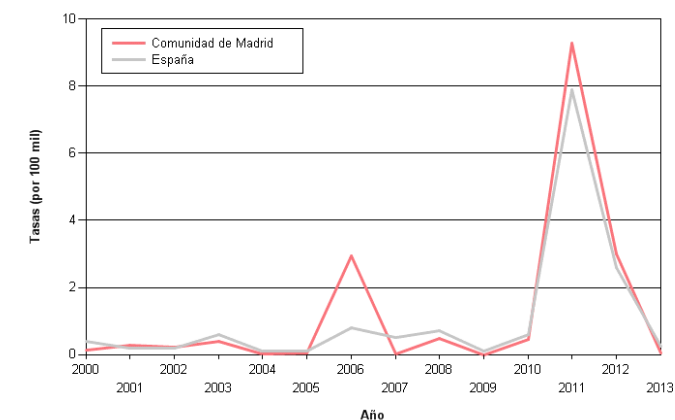


Figura 7.17. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

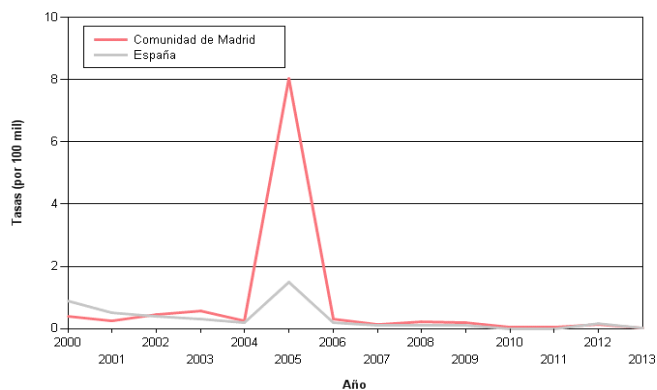


Figura 7.21. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

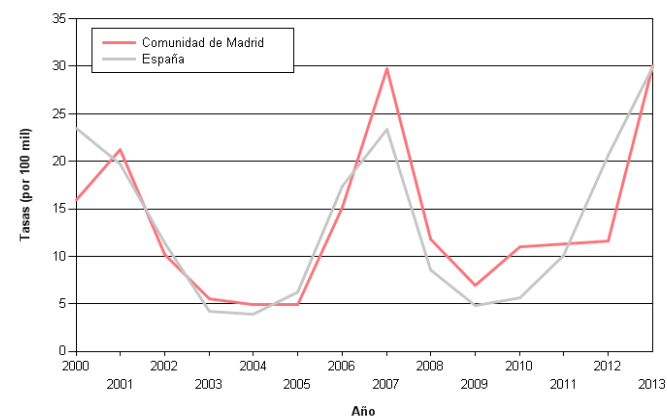
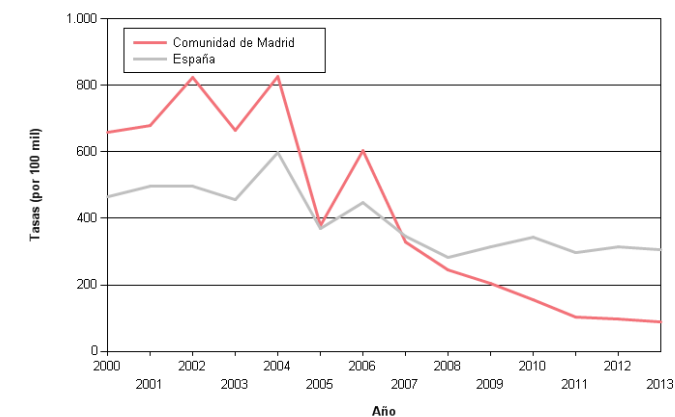


Figura 7.23. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

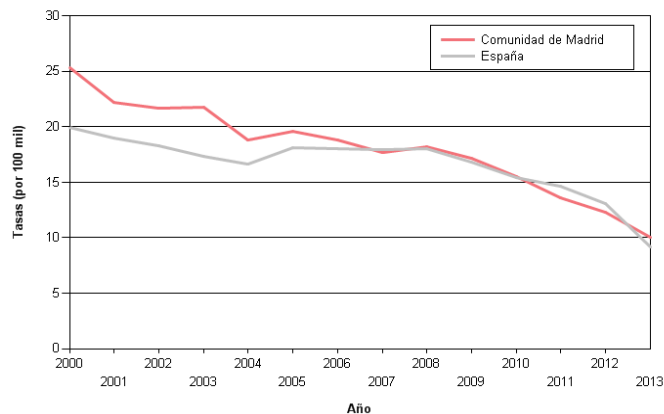
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



## Enfermedades transmisibles (continuación)

Figura 7.38. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



\*Datos de 2013 provisionales

\*\* A nivel estatal se vigila la tuberculosis de todas las localizaciones a partir de 2005, previamente sólo se vigilaban las tuberculosis respiratoria y meningea

Figura 7.51. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

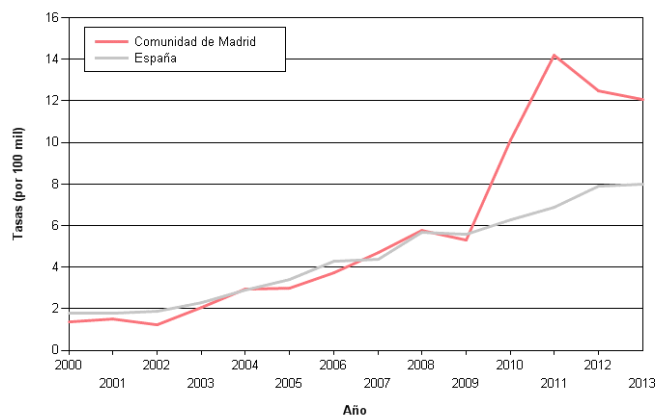


Figura 7.41. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

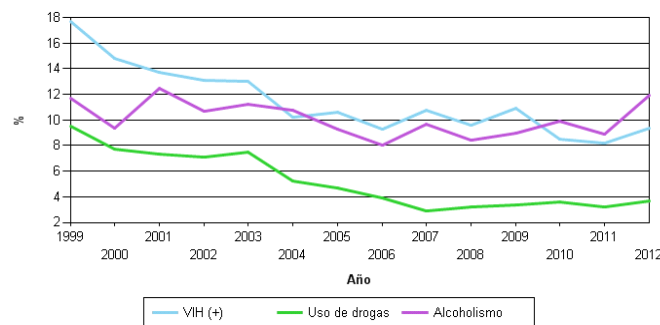


Figura 7.49. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

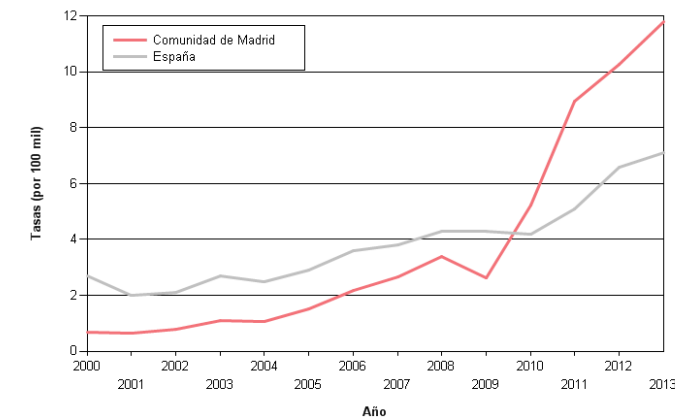
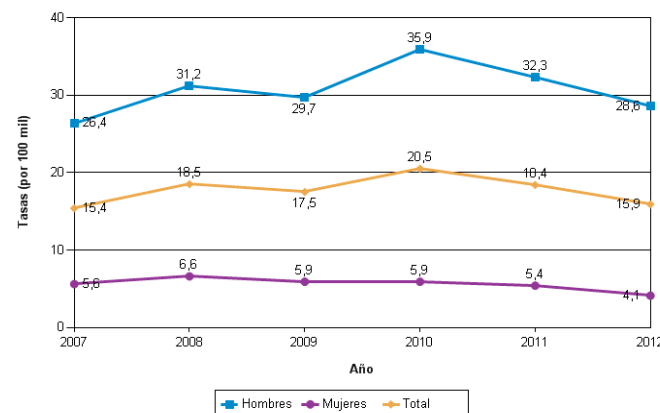


Figura 7.53. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



\* Año 2013 no consolidado. Tasas: Total: 10,4; Hombres: 18,7; Mujeres: 2,7



## Anexo 1.2. Indicadores Socioeconómicos

### Mercado laboral (paro)

Figura A2.1. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según sexo. Comunidad de Madrid y España, 2002-2013.

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

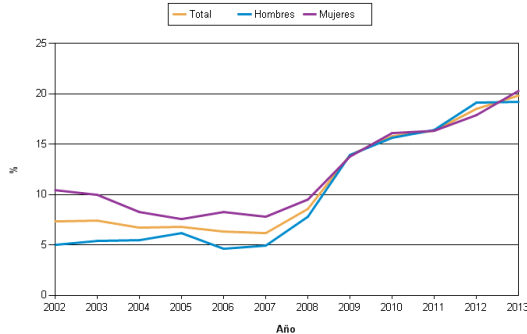


Figura A2.3. Paro en población activa según nivel de formación. Comunidad de Madrid y España, 2014 (1º trimestre).

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

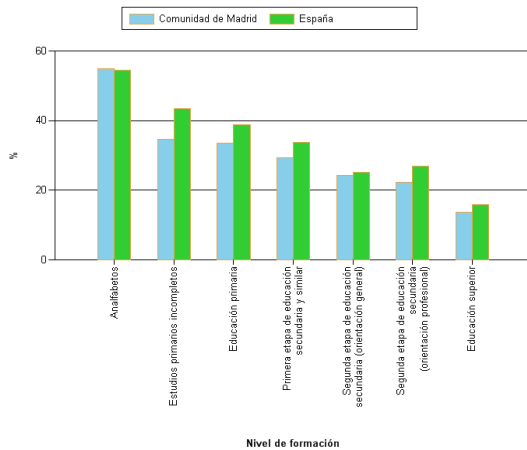


Figura A2.2. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2002-2013

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

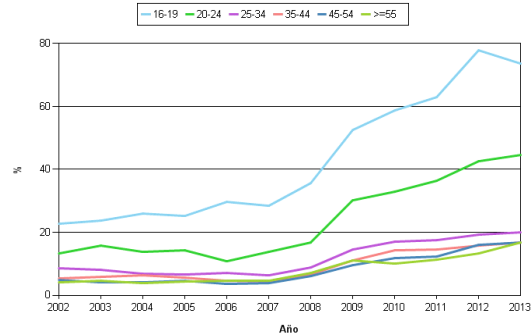
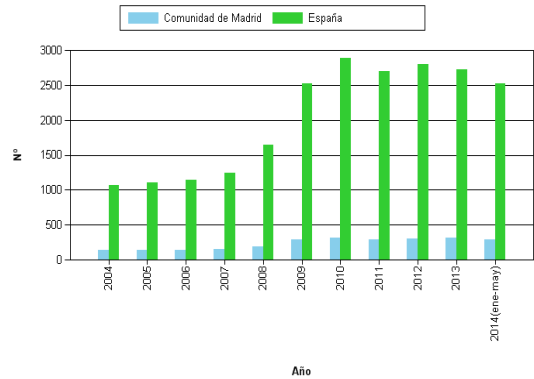


Figura A2.4. Beneficiarios de prestaciones por desempleo (media anual en miles). Comunidad de Madrid y España, 2004-2014.

Fuente: Prestaciones por desempleo (PRD-13). Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



## Políticas macroeconómicas y desigualdad de renta y pobreza

Figura A2.5. PIB per cápita. Comunidad de Madrid y España, 2008-2013.

Fuente: Contabilidad Regional de España. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

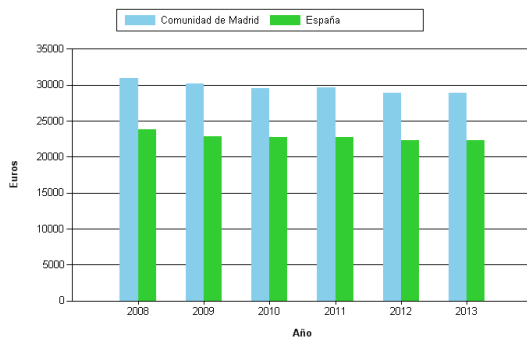


Figura A2.6. Renta disponible bruta de los hogares per cápita. Comunidad de Madrid y España, 2008-2011.

Fuente: Contabilidad Regional de España. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

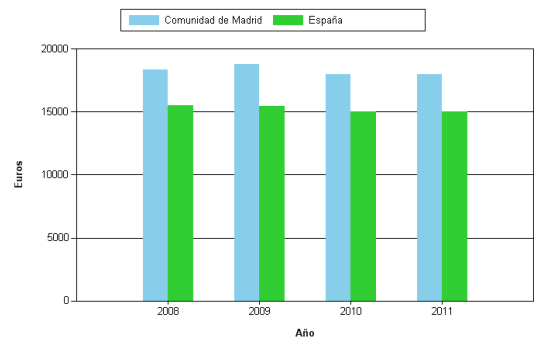


Figura A2.7. Personas con dificultades para llegar a fin de mes. Comunidad de Madrid y España, 2004-2013.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

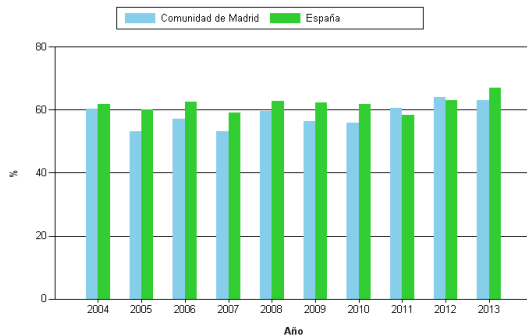
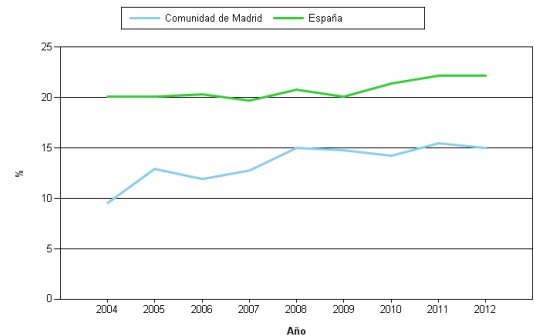


Figura A2.8. Tasa de riesgo de pobreza. Comunidad de Madrid y España, 2004-2012.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



## Recursos materiales (ingresos y situación económica)

Figura A2.9. Personas con retraso en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid y España, 2004-2013.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

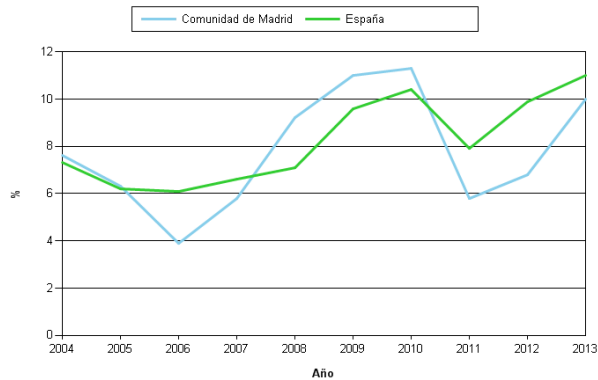


Figura A2.10. Personas con incapacidad para afrontar gastos imprevistos. Comunidad de Madrid y España, 2004-2013.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

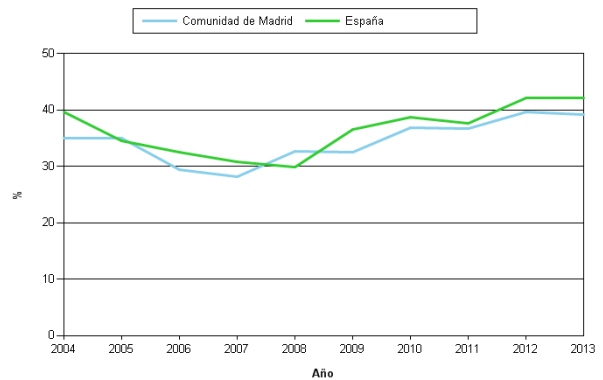
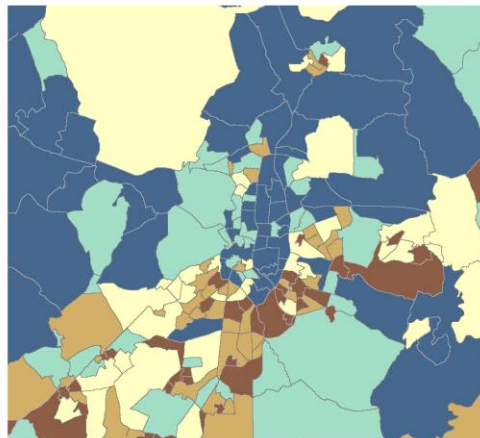


Figura A2.11. Índice de Privación por Zonas Básicas de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

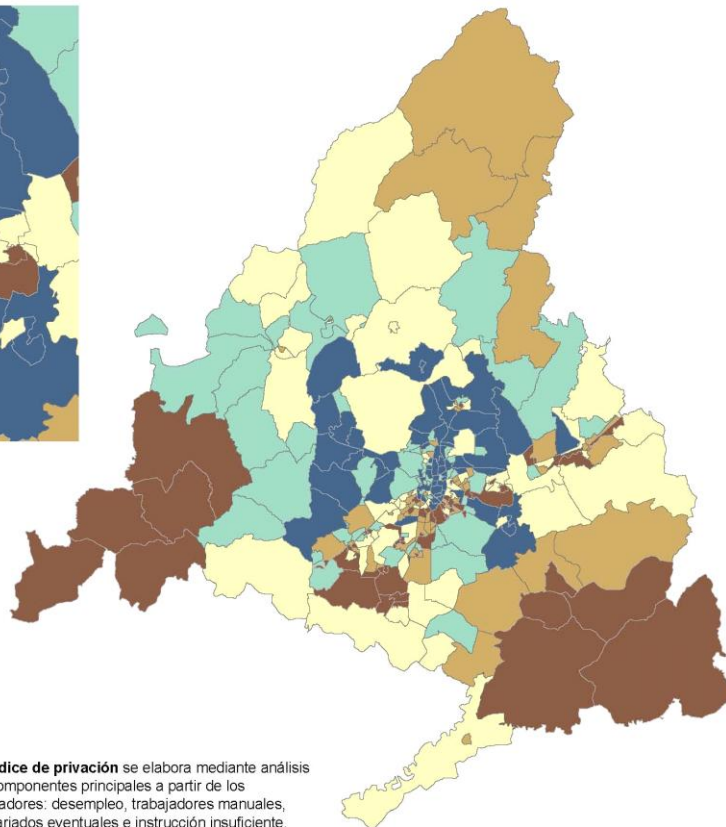
Fuente: Censo 2011. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



### Índice de Privación. Año 2011

Q1	-2,304850 - -1,011131
Q2	-1,011130 - -0,196971
Q3	-0,196970 - 0,407396
Q4	0,407397 - 0,879322
Q5	0,879323 - 2,755089

El **índice de privación** se elabora mediante análisis de componentes principales a partir de los indicadores: desempleo, trabajadores manuales, asalariados eventuales e instrucción insuficiente.



## 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 sexo y por Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, desde 1999.
- Figura 2.4. Población y crecimiento relativo (en porcentaje) entre dos años, por Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.5. Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.6. Pirámides de población anual, total, por Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad, según sexo, Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera. Comunidad de Madrid.
- 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.
- Figura 2.9b. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.10a. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Nacidos vivos: número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid.
- Figura 2.10b. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.11a. Evolución del número medio de hijos por mujer. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.11b. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.12a. Número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.12b. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.13a. Evolución de la edad media a la maternidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.13b. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo), por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.13c. Proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Dirección Asistencial. 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.
- 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, desde 1975.
- Figura 2.15a. Esperanza de vida al nacer, según sexo. Comunidad de Madrid, desde 1975.
- Figura 2.15b. Esperanza de vida a los 65 años, según sexo. Comunidad de Madrid, desde 1986.
- 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, desde 1998.

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

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

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, 1986-2011.

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, desde 1986.

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

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, desde 1995.

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, desde 1999.

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, desde 1999.

Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, desde 1999.

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

- 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 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.
- 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, 1996-2013.
- Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.
- 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, 1996-2013.
- Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad\*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.
- 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, 1996-2013.

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, 1996-2013.

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

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2013.

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, 1996-2013.

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, 2010 y 2012.

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, 2010 y 2012.

Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2010 y 2012.

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, 1996-2013.

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

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, 1996-2013.

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2012.

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, 2001-2013.

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, 2004-2013.

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

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

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

Figura 5.1. Evolución del número de personas de 65 y más años de edad. Comunidad de Madrid, 1970-2013.

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, 1970-2013.

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, 1980-2012.

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, 1980-2012.

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.

Figura 6.4. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. 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.

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.

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, 1980-2012.
- 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, 1980-2012.
- 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, 1980-2012.
- 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, 2003-2013.
- 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.
- Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2013.
- Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2013.
- Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.
- Figura 7.13. Tos ferina. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 7.14. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.
- Figura 7.15. Sarampión. Incidencia de casos autóctonos por edad y año de inicio del exantema. Comunidad de Madrid, 2011-2012.
- Figura 7.16. Sarampión. Distribución de los casos confirmados autóctonos según edad y etnia. Comunidad de Madrid, 2011-2012.
- Figura 7.17. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.
- Figura 7.18. Rubéola. Distribución según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011-2012.
- Figura 7.19. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.
- Figura 7.20. Rubéola. 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, 2000-2013.
- Figura 7.22. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 7.23. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.
- Figura 7.24. Varicela. Incidencia anual según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.



Figura 7.25. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Figura 7.26. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo y temporada. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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 2012-2013.

Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2012-2013.

Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2013.

Figura 7.27. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Antecedentes patológicos. Comunidad de Madrid.

Figura 7.28. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Figura 7.29. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid.

Figura 7.30. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Figura 7.31. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.32. Otras hepatitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Figura 7.33. Otras hepatitis víricas. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.34. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 2000-01 a 2012-13.

Figura 7.35. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2007-08 a 2012-13.

Figura 7.36. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

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, 2000-2013.

Figura 7.39. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2013.

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, 1999-2012.

Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2012.

Figura 7.41. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Figura 7.42. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Figura 7.43a. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Figura 7.43b. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Figura 7.44. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

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-mayo 2014.

Figura 7.46. Paludismo. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Figura 7.47. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

- Figura 7.48. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2013.
- Figura 7.49. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.
- Figura 7.50. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 7.51. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.
- Figura 7.52. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 7.53. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.
- Tabla 7.10. Distribución de nuevos diagnóstico de infección VIH según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 7.54. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico de la infección VIH y país de nacimiento. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.
- Figura 7.55. Infección VIH. Porcentaje de casos con "enfermedad avanzada de VIH" ( $\leq 200$  CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 7.56. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.
- Tabla 7.11. Distribución de casos de sida según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 7.57. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2012.
- 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, 2002-2013.
- Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número anual de brotes y de casos. Comunidad de Madrid.
- Figura 8.1. Agregación de factores de riesgo\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.
- 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.
- 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, 1995-2013.
- 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.
- Figura 8.4. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2013.
- Figura 8.5. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.
- Figura 8.6. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado pruebas de diagnóstico precoz de cáncer. Comunidad de Madrid.
- 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, 1975-2012.
- 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 2007-2011. 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, 1975-2012.
- 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, 1975-2012.
- 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, 1975-2012.
- 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, 1975-2012.
- 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, 1975-2012.
- 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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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 2007-2011. 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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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, 1975-2012.

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 2007-2011. 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, 1975-2012.

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, 1975-2012.
- 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 2007-2011. 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, 1975-2012.
- 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, 1985-2012
- 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, 1980-2012.
- 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, 1999-2012.
- 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 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, 1975-2012.
- Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. 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, 1996-2013.
- 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, 1995-2013.
- 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, 1975-2012.
- 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, 2000-2012.
- 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, 2003-2012.
- 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, 1999-2012.

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, 1994-2012.

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2012.

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2012.

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, 2003-2013.

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, 2003-2013.

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, 2003-2013.

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, 2003-2013.

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, 2003-2013.

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, 1996-2013.

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, 1996-2013.

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, 1996-2013.

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, 1995-2013.

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, 1995-2013.

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, 1995-2013.

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, 1995-2013.

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, 1975-2012.

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, 2002-2013.

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, 2004-2013.
- Figura 10.3. Evolución de la concentración anual de polen de Cupresáceas frente al histórico. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.4. Evolución de la concentración anual de polen de Plátano frente al histórico. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.5. Evolución de la concentración anual de polen de Olivo frente al histórico. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.6. Evolución de la concentración anual de polen de Gramíneas frente al histórico. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.7. Evolución mensual y anual del contenido de esporas. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2012.
- Figura 10.8. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2012.
- Figura 10.9. Distribución estacional de los 3 tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2012.
- Figura 10.10. Vigilancia espacial de la legionelosis: torres de refrigeración positivas y casos 2013. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.11. Brote de legionelosis asociado a un restaurante. Resultados de muestras ambientales. Comunidad de Madrid, 2012.
- Figura 10.12. Serie anual 2004-2013 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, 2008-2013.
- 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, 2000-2013.
- Figura 10.16. Número de alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2008-2013.
- Figura 10.17. Porcentaje anual de irregularidades en productos químicos. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.18. Enfermedades profesionales. Distribución mensual de partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.19. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.20. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.21. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según sexo y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.22. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según edad y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Tabla 10.2. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados por grupo de enfermedad y agente. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.23. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.24. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados, según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Tabla 10.3. Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.25. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de las patologías (CIE-10) más frecuentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.
- Figura 10.26. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual según la causa de cierre del parte. Comunidad de Madrid, 2010-2013.
- 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.

Figura 10.28. Incidencia de accidentes de trabajo según régimen de afiliación. Tasas por 100 mil afiliados. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Tabla 10.4. Accidentes de trabajo con baja. Características básicas según sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 10.29. Accidentes de trabajo graves. Evolución del número según sexo, año y gravedad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Tabla 10.5. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.6. Accidentes de trabajo. Indicadores de repercusión del accidente. Comunidad de Madrid.

Figura 10.30. Accidentes de trabajo (AT). Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid.

Figura 10.31. Accidentes de trabajo. Distribución según sector de actividad, año y momento del accidente. Comunidad de Madrid, 2009-2012.

Tabla 10.7. Accidentes de trabajo. Porcentajes de accidentes ocurridos en jornada de trabajo según sección de actividad y sexo. Comunidad de Madrid.

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.

Tabla 10.8. Accidentes de trabajo. Número total y algunas características, por sección de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

Figura 10.33. Accidentes de trabajo. Tasas de determinados tipos de accidentes por 100 mil afiliados de cada sector. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.9. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados con cobertura de contingencias profesionales, por sección de actividad que ocupan más población y según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.10. Accidentes de trabajo mortales ocurridos durante el trabajo, por sección de actividad. Distribución porcentual, tasas por 100.000 afiliados y proporciones por 1.000 accidentes. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.11. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes por sector de actividad y según sexo. Comunidad de Madrid.

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.

Tabla 10.13. Accidentes de trabajo en autónomos. Indicadores de la repercusión inmediata del accidente según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.14. Secciones de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo en trabajadores autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.15. Accidentes de trabajo en población trabajadora autónoma. Número de accidentes según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Figura 10.34. Accidentes de trabajo (AT) en población trabajadora autónoma. Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid.

Figura 11.1. Evolución de la proporción de personas no activas\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

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, 1995-2013.

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.

Figura 11.3. Proporción de personas que realizan alguna comida fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2007, 2009 y 2010.

Figura 11.4. Establecimientos frecuentados para comer fuera de casa. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

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.

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, 1995-2013.

Tabla 11.3. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2013.

Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2012.

Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2013. 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, 2005-2013. 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.

Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

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.

Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid.

Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013.

Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 12.12. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid.

Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, de diferentes drogas. Comunidad de Madrid.

Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2013.

Figura 12.15. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Figura 12.16. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

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.

Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

Figura A1.1. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CMBD) según sexo. Comunidad de Madrid 2003-2013.

Figura A1.2. Suicidio/Intento de suicidio (Cód. P77). Evolución anual de la morbilidad en atención primaria según sexo. Comunidad de Madrid 2005-2013.

Figura A1.3. Evolución de la mortalidad por causas relacionadas con el alcohol. Cirrosis y otras enfermedades del hígado. Comunidad de Madrid 1999-2011.

Figura A1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días. Comunidad de Madrid. 2001-2011.

Figura A1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días según sexo. Comunidad de Madrid. 2001-2011.

Figura A1.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid. 2007-2011.

Figura A1.7. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid. 2005-2011.

Figura A1.8. Evolución de la mortalidad por sobredosis. Comunidad de Madrid. 1999-2012.

Figura A1.9. Número de brotes de enfermedades inmunoprevenibles. Comunidad de Madrid. 2009-2013.

Figura A2.1. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según sexo. Comunidad de Madrid y España. 2002-2013.

Figura A2.2. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según grupo de edad. Comunidad de Madrid. 2002-2013

Figura A2.3. Paro en población activa según nivel de formación y sexo. Comunidad de Madrid y España. 2014 (1º trimestre).

Figura A2.4. Beneficiarios de prestaciones por desempleo (media anual en miles). Comunidad de Madrid y España. 2004-2014.

Figura A2.5. PIB per cápita. Comunidad de Madrid y España. 2008-2013.

Figura A2.6. Renta disponible bruta de los hogares per cápita. Comunidad de Madrid y España. 2008-2011.

Figura A2.7. Personas con dificultades para llegar a fin de mes. Comunidad de Madrid y España, 2004-2013.

Figura A2.8. Tasa de riesgo de pobreza. Comunidad de Madrid y España, 2004-2012.

Figura A2.9. Personas con retraso en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid y España. 2004-2013.

Figura A2.11. Índice de Privación por Zonas Básicas de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

Figura A2.10. Personas con incapacidad para afrontar gastos imprevistos. Comunidad de Madrid y España. 2004-2013.



## Documentos

### Actividad física

- 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.

### Alcohol y drogas

- 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.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en la Comunidad de Madrid año 2011. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) del año 2012. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2014.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2013. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2014.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2013. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2014.

### Alimentación

- 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.
- 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.
- 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.
- Dirección General de Ordenación e Inspección. Barómetro de alimentación y salud ambiental 2010- 1ª edición (Enero 2012). Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- 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.
- Dirección General de Ordenación e Inspección. Barómetro de alimentación 2010. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2012.

## Brotos epidémicos

- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2008. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2009; 15(12): 37-64.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(12): 3-27.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(12): 2-24.
- 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. Brote de legionelosis asociado a un restaurante de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(11): 67-79.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(12): 2-27.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(12): 3-27.
- Leishmaniasis en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio; junio de 2014. Documento Técnico de Salud Pública.

## Diabetes

- Gallego Berciano P, López-Gay Lucio-Villegas D, Ortiz Marrón H, Gil Montalbán E, Cuadrado Gamarra JI. Vigilancia de la diabetes mellitus (autodeclarada) y sus factores de riesgo asociados. Prevalencia actual y evolución en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(10): 39-70.

## Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH)

- Vigilancia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2000-2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(6): 23-42.
- Vigilancia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2008-2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(9): 38-58.

## Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Comunidad de Madrid, año 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(11):3-50.
- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(11): 3-66.
- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(11): 3-65.

## Enfermedades raras

- Gavrilá 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.

- 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.
- Zoni AC, Domínguez Berjón MF, Barceló E, Esteban Vasallo MD y Astray Mochales J. Enfermedades raras en la Comunidad de Madrid, 2010-2012. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2014.

## Enfermedad meningocócica

- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2010-2011. Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(1): 2-21.
- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2011-2012. Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(1): 2-23.
- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2012-2013. Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(8): 2-24.

## Enfermedad neumocócica

- 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.
- 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.
- Enfermedad neumocócica invasora Comunidad de Madrid, EDO 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(4): 3-25.
- Enfermedad neumocócica invasora Comunidad de Madrid, CMBD 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(4): 26-45.
- Enfermedad neumocócica invasora Comunidad de Madrid, EDO 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(3): 3-31.
- Enfermedad neumocócica invasora Comunidad de Madrid, EDO 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(3): 32-50.

## Gripe

- Informe monográfico: gripe pandémica (H1N1) 2009 en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16(2): 3-56.
- Vigilancia de gripe en la Comunidad de Madrid, temporada 2011-2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(12): 3-26.
- Vigilancia de gripe en la Comunidad de Madrid, temporada 2012-2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(6): 3-26.
- Vigilancia de gripe en la Comunidad de Madrid, temporada 2013-2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(6): 3-28.

## Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

- 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.
- Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(5): 27-38.
- Las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(3): 36-45.
- Las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(6): 29-37.

## Lesiones

- Velázquez Buendía L, Domínguez Berjón F, Esteban 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.
- DGT. Series estadísticas 1993-2012: Accidentes con víctimas, muertos computados a 30 días, heridos graves, heridos leves, heridos y víctimas.

## Meningitis

- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(2): 3-24.
- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(1): 3-23.

## Poliomielitis

- Plan Nacional de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda. Comunidad de Madrid, año 2010. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(7): 25-33.
- Plan Nacional de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda Comunidad de Madrid, año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(8): 24-37.
- Plan Nacional de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda Comunidad de Madrid, año 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(11): 68-77.
- Plan Nacional de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda Comunidad de Madrid, año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(8): 25-35.

## Red Médicos Centinela

- 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.
- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(12): 28-70.

## Rubéola

- 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.
- Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, años 2011-2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 9(3): 3-35.

## Sarampión

- 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.
- Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, años 2011-2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 9(3): 3-35.

## SIVFRENT-A

- 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.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A), año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(10): 2-38.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2012. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A), año 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(7): 3-37.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2013. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A), año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(7): 2-44.

## SIVFRENT-J

- 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.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J), año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(6): 3-43.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2012. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J), 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(5): 3-45.

- Pichiule M, Gandarillas A, Díez L, Sonogo M, Ordobás M. Vigilancia de violencia de pareja en adolescentes según el SIVFRENT-J 2011 Y 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(10): 3-22.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2013. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J), 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20 (4): 3-41.

## Trastornos del comportamiento alimentario

- Oliva L, Gandarillas A, Sonogo M, Díez-Gañán L, Ordobás M. Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(8): 3-23.

## Tuberculosis

- III encuesta de tuberculina de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17(9): 35-57.
- 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.
- Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, informe del año 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(9): 3-35.
- Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, informe del año 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(8): 3-33.

## VIH/SIDA

- 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.
- Cevallos C, Verdejo J, Izarra C, Fernández C, Martínez S. Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2011. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(7): 3-35.
- Cevallos C, Verdejo J, Izarra C, Fernández C, Martínez S. Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(9): 3-37.

## Violencia de pareja hacia las mujeres

- 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 de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
- Zorrilla B, Rodríguez J, Zuza I, Sonogo M, Pires M, Gandarillas A, Lasheras L, Rivas G, Lourido P, Romero I, Polo C, Anes A, Ordobás M. Violencia de pareja hacia las mujeres: Prevalencia, impacto en salud y utilización de los servicios de apoyo en la Comunidad de Madrid, 2009. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Documento Técnico de Salud Pública nº X012. Madrid 2011.

- Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la salud y Prevención. 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.
- Pichiule M, Gandarillas A, Díez L, Sonogo M, Ordobás M. Vigilancia de violencia de pareja en adolescentes según el SIVFRENT-J 2011 Y 2012. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013; 19(10): 3-22.
- Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Estudio cualitativo: Mujeres con VIH/sida que están sometidas a violencia de género. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2013.