

Madrid

Informe

2025

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



**Comunidad
de Madrid**

Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2025



Dirección General
de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD Dirección General de Salud Pública

Coordina: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No transmisibles

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Edita: Dirección General de Salud Pública

Diseño y maquetación: Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Edición: mayo 2025

ISSN: 3020-2531

Publicado en España – *Published in Spain*

Para citar datos o utilizar figuras 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. 2025. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2025.



Dirección General de Salud Pública

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Elena Andradás Aragonés **Directora General de Salud Pública**

María Araceli Arce Arnáez **Subdirectora General de Vigilancia en Salud Pública**

Autores/as

**Coordinación: Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No transmisibles.
Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros**

Domínguez Berjón, María Felicitas; Esteban Vasallo, María Dolores; Gènova Maleras, Ricard

Diseño web

Nieto Julia, Alba

Autores/as colaboradores/as

Alonso García, Marcos; Álvarez Rodríguez, María de la O; Álvarez Ruiz, Natalia; Aquino Rodríguez, Rosario; Aragón Peña, Andrés; Aragonés Sanz, Nuria; Astray Mochales, Jenaro; Ávila Arroyo, Sonia; Barbas del Buey, José Francisco; Bardón Iglesias, Rocío; Cañellas Llabrés, Soledad; Cenamor Largo, Noelia; Cevallos García, Carlos; Chalco Orrego, Juan Pablo; Chong Chong, Eduardo; Córdoba Deorador, Esther; De la Cruz Pérez, María; Díaz García, Luis Miguel; Díaz Salvador, Susana; Díez Gañán, Lucía; Domínguez Rodríguez, María José; Fernández Aguado, Carmen; Fernández Valenti, María Lucía; Fúster Lorán, Fernando; Gandarillas Grande, Ana María; García Comas, Luis; García García, Emilio; García Marín, Natividad; García Rodríguez, José; García Santos, Antonia; Gil Montalbán, Elisa; Gómez Herrador, Itziar; González Gómez, María Fernanda; González Herrera, Antonio; Guedeja-Marrón Peinado, Javier; Gullón Gutiérrez, Elena; Gutiérrez Moronta, Marina; Gutiérrez Rodríguez, María Ángeles; Hernando Briongos, María Piedad; Huerta Cofiño, Marta Elena; Humanes Navarro, Ana María; Iñigo Martínez, Jesús; Jiménez Bueno, Susana; Junco Bonet, Ana; Labrador Cañadas, María Vicenta; Lasheras Carbajo, María Dolores; Lozano Serrano, Carolina; Magaña Guzmán, Mirtha; Mañas Urbión, Julio; Martín Martínez, Fernando; Martínez Arce, Rodrigo; Mata Pariente, Nelva María; Medrano Perales, Paloma; Mendoza Gómez, María Ysabel; Miguel Benito, Ángel; Molina Olivas, Marta; Montero Morales, Laura; Mosquera Gonzalez, Margarita; Morey Montalvo, Mariel; Muñoz Manso, Francisco Javier; Navarro Blanco, Adela María; Navarro Fernández, María Ángeles; Nieto Juliá, Alba; Nunziata, Antonio; Oliva Íñiguez, Lourdes; Ordoñez Iriarte, José María; Ortiz Marrón, Honorato; Palomino López, María Teresa; Parra Blázquez, David; Pedroche Arévalo, Purificación; Pérez Abeledo, Marta; Pérez Alonso, Jesús Ángel; Pérez Meixeira, Ana María; Pichiule Castañeda, Myrian; Piedelobo Cózar, Marta; Pino Rosón, Candela; Portales Polo, Luis Fernando; Puebla Arias, Raquel; Ramírez Muñoz, María Elena; Revuelta Álvarez, Almudena; Roderio Garduño, Inmaculada; Rodríguez Baena, Elena; Roldán Castro, Miguel; Rumayor Zarzuelo, Mercedes; Salamanca Ávila, Clara; Sánchez Díaz, Jesús; Sánchez Gómez, Amaya; Sánchez Pérez, Emma; Sanz Moreno, Juan Carlos; Sanz Ortiz, Carmen; Sevilla Hernández, Clotilde; Sotodosos Carpintero, Mercedes; Soto Zabalgoceazcoa, María José; Tabarés Rodríguez, Beatriz; Tuya Bengochea, Zonmy; Valentín López, Beatriz; Vargas Gutiérrez, Erika; Vázquez Torres, María Carmen; Velasco Rodríguez, Manuel José; Zapirain Izaguirre, María

Colaboración informática

Blanco Ancos, Luis Miguel

Agradecimientos

A todos los profesionales que en su trabajo diario generan y ponen a disposición los datos que hacen posible la elaboración de la información que figura en este Informe:

- Profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Profesionales de apoyo tecnológico de la Consejería de Digitalización y de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Presentación

Uno de los principales objetivos que toda sociedad avanzada emprende en el marco de sus políticas públicas va dirigido a la mejora del estado de salud de la población, de su bienestar. Para prevenir las enfermedades, evitar la mortalidad prematura, promover hábitos saludables, corregir los factores de riesgo en los comportamientos individuales y colectivos y los del entorno y el medio ambiente es necesario contar con información de calidad sobre la situación de salud y sus determinantes. Para ello es necesario disponer de múltiples indicadores que permitan tomar decisiones e implementar las acciones y políticas oportunas.

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid es una síntesis de todo ese conocimiento y tiene en su esencia la vocación de ser útil tanto para profesionales de la salud del ámbito asistencial como de la investigación y de la gestión, así como para la población general. Se realiza por mandato de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid del año 2001, y es el resultado del esfuerzo de todos los profesionales de la salud pública que constituyen la Dirección General de Salud Pública.

La sociedad madrileña puede estar orgullosa de contar con una ya larga serie de Informes, inaugurada al poco de iniciado el siglo XXI. A través de ellos se refleja de manera exhaustiva y sistemática información sobre la evolución temporal de la situación de salud y sus determinantes, y constituyen, por tanto, una herramienta estratégica para organizar los recursos y dar así respuesta a las necesidades de la población.

Por todo ello, es con satisfacción que presento esta nueva edición del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, novena de la serie, correspondiente al año 2025, confiando en que, como los anteriores, sea de interés para quienes la consulten y de utilidad para seguir mejorando la salud y el bienestar de la población madrileña.

Elena Andradas Aragonés

Directora General de Salud Pública

Índice

Índice	5
Resumen	7
Introducción.....	19
Estado de salud	20
Indicadores generales	21
Mortalidad.....	21
Morbilidad	24
Esperanza de vida.....	30
Carga de enfermedad	33
Estado de salud percibido	34
Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años.....	36
Determinantes de la salud.....	42
Dinámica demográfica.....	44
Determinantes ligados al medio	48
Hábitos y estilos de vida.....	72
Hábitos y estilos de vida en jóvenes	73
Hábitos y estilos de vida en adultos	80
Hábitos y estilos de vida en mayores.....	89
Acciones preventivas	93
Enfermedades transmisibles	107
Enfermedades prevenibles por vacunación	109
Enfermedades de transmisión respiratoria	116
Enfermedades de transmisión zoonótica	129
Enfermedades transmitidas por vectores.....	129
Enfermedades de transmisión alimentaria	131
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral	134
Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	144
Brotos	149
Enfermedades no transmisibles	150
Tumores	151
Enfermedades cardiovasculares	191
Diabetes mellitus	204
Enfermedades respiratorias	209

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.....	224
Causas externas.....	228
Enfermedades raras.....	234
Salud mental	239
Indicadores generales de salud mental	240
Encuestas poblacionales.....	247
Suicidio	249
Salud laboral	253
Enfermedades profesionales.....	254
Accidentes de trabajo.....	258
Salud reproductiva y perinatal.....	264
Indicadores de nacimiento	265
Características de los partos.....	266
Mortalidad fetal tardía.....	267
Mortalidad infantil	268
Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)	271
Desigualdades sociales en salud	274
Estado de salud percibido	275
Salud mental.....	276
Hábitos y estilos de vida.....	277
Violencia de género.....	284
Metodología	288
Fuentes y sistemas de información.....	288

Resumen

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Es un mandato legal contenido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, artículo 55.2), y en el Decreto 245/2023, de 4 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, como una competencia de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2025 es el noveno informe de la serie iniciada en 2003. Mantiene un formato web interactivo y una versión en formato PDF. Permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos y exportar las figuras y tablas generadas.

El informe que se presenta actualiza los datos oficiales y cerrados de mortalidad y morbilidad hasta el último año o fecha disponibles, así como sus determinantes, presentando también las últimas encuestas poblacionales disponibles de la Comunidad de Madrid.

Esta información, con los principales indicadores, incluidos los determinantes de salud, tiene como objetivo dar a conocer a la población, profesionales y gestores sanitarios los datos necesarios que permitan evaluar la situación de salud de la Comunidad de Madrid, establecer las prioridades y poner en marcha las acciones de mejora.

1. La esperanza de vida al nacimiento para ambos sexos, en la Comunidad de Madrid, en el año 2023, fue la más alta de todas la regiones de la Unión Europea, según las cifras de Eurostat.
2. La expectativa media de vida al nacer en la Comunidad de Madrid ha alcanzado en 2023 los 82,98 años en hombres y los 87,65 en mujeres.
3. La mejora de la supervivencia de la población madrileña se produce sobre todo por la reducción de la mortalidad de las personas mayores de 70 años. El 69% de los años de esperanza de vida ganados entre 2018 y 2023 es atribuible a la población de 70 y más años de edad (97% en mujeres y 57% en hombres).
4. La población madrileña supera en el año 2024 los siete millones de habitantes (7.009.268) y sigue incrementando su índice de envejecimiento (136 personas de 65 y más años de edad por cada 100 de menos de 15). Uno de cada cinco residentes en la Comunidad de Madrid tiene 65 o más años de edad (1,3 millones).
5. En 2024 la presencia en la población madrileña de personas nacidas en el extranjero es del 23,8%. Un 16,0% de los residentes en la Comunidad de Madrid tienen nacionalidad extranjera.
6. El 74,6% de la población de entre 18 y 64 años y el 59,4% de la de 65 a 79 años consideran que su salud es buena o muy buena en 2024, siendo esta percepción positiva superior entre los hombres.

7. En 2024 el 56,5% de la población de 65 a 79 años tiene al menos un problema crónico de salud, el 10,5% refieren sufrir dolor persistente extremo o severo y la fragilidad afecta al 15,6%, especialmente a las mujeres de mayor edad (1 de cada 5 de 75 a 79 años).
8. Las dos principales causas de muerte en la población madrileña son los tumores y las enfermedades circulatorias. La gran mejora en estas segundas, mayor que la observada en tumores, ha hecho que desde 2021 el cáncer sea la principal causa de muerte en ambos sexos.
9. El cáncer de pulmón, históricamente el de mayor mortalidad en hombres, ha pasado a serlo también entre las mujeres desde el año 2021, superando al de mama. El cáncer de páncreas muestra una tendencia ascendente en ambos sexos.
10. El tabaquismo sigue siendo un problema de salud pública. Aunque el consumo ocasional o diario se va reduciendo tanto en hombres como en mujeres, todavía fuman uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres adultas. En jóvenes la disminución de consumo de tabaco es también muy importante.
11. El sobrepeso y la obesidad en adultos (18-64 años) se mantienen en valores muy elevados, y alcanza cifras aún superiores en mayores (65 a 79 años), siendo mayor la prevalencia en hombres. La tendencia al aumento se observa también en jóvenes, pero con prevalencias semejantes en ambos sexos.
12. La proporción de bebedores con consumo medio de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo es ligeramente superior en los hombres en todo el periodo analizado, descendiendo en 2024 en ambos sexos respecto a años previos. Entre los jóvenes el consumo de riesgo es mayor entre las chicas, y presenta también una tendencia descendente.
13. Algunas enfermedades de transmisión sexual, como la infección por *Chlamydia trachomatis*, el linfogranuloma venéreo y la infección gonocócica, mantienen una marcada tendencia ascendente.
14. La incidencia de infección VIH ha descendido tanto en hombres como en mujeres, pero aún siguen generándose nuevos casos, a veces con retraso diagnóstico, que podrían ser prevenidos. La tasa de incidencia es en 2024 de 9,5 por 100 mil, mucho mayor en hombres que en mujeres y relativamente estable desde 2020. La mortalidad por vih/sida se mantiene baja en ambos sexos.
15. Las óptimas coberturas de vacunación/inmunización en la población madrileña permiten controlar la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles, con hechos relevantes en los últimos años como el control de la pandemia por covid-19 o la introducción de la inmunización de lactantes con anticuerpo monoclonal frente a virus respiratorio sincitial. En 2024 destaca un brote poblacional de tosferina (ya resuelto) y el inicio de un brote de hepatitis A que afecta principalmente a hombres.
16. Enfermedades emergentes como la covid-19, el mpox (en ambas superado ya el pico de máxima incidencia) o las multirresistencias a antimicrobianos han cobrado una especial importancia en los últimos años, por lo que deben potenciarse los planes específicos frente a éstas y nuevas amenazas para la salud.
17. El número de días en alerta por calor ($> 36,5^{\circ}\text{C}$) han tendido a aumentar en los últimos años, por lo que las altas temperaturas se consolidan como nuevos riesgos ambientales.

La salud de la población de la Comunidad de Madrid sigue un patrón propio de países desarrollados.

A medida que un mayor número de personas llegan a una edad avanzada y que se modifican los patrones de vida y de consumo y las exposiciones ambientales, enfermedades no transmisibles como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos mentales y neurológicos y los tumores se han hecho más prevalentes. Sin embargo, la salud no es del todo previsible y las enfermedades transmisibles pueden alterar de forma muy relevante estos patrones, como demuestra la reciente pandemia de covid-19.

La estructura de edad de la población condiciona la forma de enfermar y de morir.

La población madrileña aumenta y es previsible que lo siga haciendo en los próximos años. Desde el inicio de siglo ha crecido en 1,64 millones de personas (un incremento del 30,5%). La pirámide actual se caracteriza por un alto nivel de supervivencia -mayor en las mujeres que en los hombres- y un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 35 y los 54 años de edad, consecuencia tanto de la alta natalidad de los años sesenta y setenta del siglo XX como del gran aporte de población procedente del extranjero ocurrida durante el primer decenio del siglo XXI (la proporción de personas no nacidas en España ha pasado del 8,6% en 2001 al 23,8% en 2024). Se advierte también el fuerte descenso del tamaño de las generaciones nacidas desde los años ochenta y noventa. Como consecuencia de esta dinámica de alta supervivencia y de baja fecundidad, el nivel de envejecimiento ha aumentado significativamente: si en 2001 el peso de las personas mayores era semejante al de las jóvenes, un cuarto de siglo más tarde el peso de la población de 65 o más años de edad es un tercio mayor que la de menores de 15.

La esperanza de vida de la población madrileña se recupera tras la pandemia a los niveles más altos de las regiones de Europa.

La esperanza de vida ha aumentado más de 12 años entre 1975 y 2023, hasta alcanzar actualmente los 82,98 en hombres y 87,65 en mujeres. A inicio de siglo, en 2001, los hombres podían esperar vivir 77,19 años y las mujeres 84,53.

En el año 2020 se pone en evidencia el gran impacto de la pandemia por covid-19 en la mortalidad, que afectó sobre todo a la población de más de cincuenta años de edad, y muy especialmente a la mayor de setenta: en un solo año, en relación con el 2019, las mujeres pierden casi 2,5 años de esperanza de vida, y los hombres más de 3. Las esperanzas de 2021 y 2022, pese a la recuperación, no alcanzan todavía los niveles registrados en 2019, antes de la pandemia. En 2023 parecen empezar a recuperarse los valores esperables de acuerdo con la tendencia previa a la pandemia.

El balance general en la mortalidad por el resto de causas es en conjunto claramente positivo, en términos de aumento de la supervivencia. Destaca la aportación positiva de los tumores en los hombres adultos y mayores, así como de las enfermedades del sistema circulatorio y de las causas respiratorias en mayores de ambos sexos.

El nivel de salud autopercibida varía según factores demográficos y socioeconómicos.

El 74,6% de la población de 18 a 64 años consideraba que su salud era 'buena' o 'muy buena' en 2024. Esta situación empeora con la edad, de modo que en la población de 65 a 79 años pasa a ser del 59,4%. Para todos los grupos de edad los valores son inferiores en las mujeres.

En mayores de 65 años, los indicadores de cronicidad, dependencia y fragilidad tienen bajas prevalencias, aumentan con la edad y permiten el desarrollo de actividades de promoción de salud y prevención a estas edades.

En 2024 algo más de la mitad de las personas de 65 a 79 años de edad tiene al menos un problema crónico de salud, con una proporción algo mayor en hombres (58,2%) que en mujeres (55,1%). Una de cada cuatro personas de entre 65 y 79 años refiere algún grado de limitación de la actividad (GALI), más en mujeres (29,1%) que en hombres (22,8%). El indicador de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) estima algún grado de dependencia en un 2,9%, mayor en las mujeres (3,4%) que en los hombres (2,2%) con un claro gradiente en función de la edad. En el indicador de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) los porcentajes de dependencia moderada, grave o total son del 10,5% para el total de la población de 65 a 79 años, 13,1% en mujeres y 7,4% en hombres. En cualquier grado de dependencia, desde ligera a moderada, grave y total los resultados son mucho mayores en las mujeres que en los hombres. Una de cada cinco mujeres y uno de cada ocho hombres de 75 a 79 años presenta alguna dependencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

El apoyo social en mayores de 65 años es elevado en nuestra sociedad y aumentó en los años de pandemia.

Un elevado porcentaje de la población mayor tiene un fuerte apoyo social: 56,7% de los hombres y 55,3% de las mujeres en el año 2024. La soledad no deseada “siempre o casi siempre” muestra una gran diferencia entre sexos con un 10,3% en mujeres y un 4,4% en hombres.

La prevención de la fragilidad y de la sarcopenia deben ser objetivos de salud pública.

El indicador de fragilidad se estima para 2024 en un 15,6% de la población de 65 a 79 años (12,0% en hombres y 18,5% en mujeres). La prevalencia aumenta con la edad, y es siempre superior en las mujeres, llegando a alcanzar el 21,7% en mujeres de 75 a 79 años.

Sigue disminuyendo la tasa de natalidad y aumentando la edad media de la madre al nacimiento del primer hijo.

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008 y a partir de 2009 se inicia un descenso mantenido. La tasa bruta de natalidad en 2023 es de 7,25 nacidos vivos por mil habitantes.

La edad media de la madre al nacimiento del primer hijo es de 32,7 años; presenta un crecimiento sostenido desde el inicio de los años ochenta y supera los 30 años a mediados de los noventa. El porcentaje de nacidos vivos de madres con edades a partir de los 40 años, que venía aumentando desde inicio de los años noventa, se acentúa a partir del año 2009, aunque parece estancarse en los años más recientes entorno al 12%. El porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años va disminuyendo hasta situarse por debajo del 2% en la última década.

Las tasas de mortalidad infantil se mantienen en valores mínimos.

La tasa de mortalidad infantil es muy baja (2,23 por mil nacidos vivos) y con tendencia descendente en las últimas décadas. En estos últimos años la mortalidad neonatal precoz (primera semana de vida) supone aproximadamente entre el 40 y el 50% del total de las muertes del primer año de vida.

Los tumores son la principal causa de muerte y la tercera causa de ingresos hospitalarios.

En 2023 han fallecido un total de 48.646 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 700,89 por 100 mil habitantes. La mayor causa de Años de Vida Perdidos (AVP) tanto en mujeres como en hombres fueron las muertes por tumores, por encima de las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del aparato respiratorio. Las causas infecciosas, en las que se incluye el covid-19, que en 2020 fueron la primera causa de AVP y la tercera en 2021, pasan a ser la séptima en 2023.

La principal causa de ingreso en los hospitales madrileños de población residente en nuestra Comunidad ha sido en 2023, las enfermedades del ojo y anexos (12,4% del total de altas) seguida de las digestivas (11,5%) y las neoplasias (11,4%).

Las mujeres consultan más en Atención Primaria que los hombres, hecho que se repite en las series anuales.

En 2024 se han registrado en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid) un total de casi 20 millones de episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 2.825,5 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres (3.276,8 y 2.334,9 en hombres).

Los motivos más frecuentes de consulta han sido los problemas de aparato respiratorio, seguidos por la patología del aparato digestivo, y el aparato locomotor en tercer lugar.

La configuración urbana de la Comunidad de Madrid favorece el impacto en la salud de la contaminación atmosférica y las temperaturas extremas.

En el año 2024 se han producido 162 superaciones del umbral de Ozono Troposférico (más de 180 µg/m³).

El verano de 2024 ha sido el sexto más cálido en España desde que hay registros. AEMET calificó agosto como mes extremadamente cálido en la Comunidad de Madrid, al igual que el año 2023. En la Comunidad de Madrid en 27 días se han superado los 36,5°C, y en 11 días los 38,5°C.

Los riesgos ambientales de enfermedades emergentes transmitidas por vectores condicionan una vigilancia entomológica y ambiental reforzada.

Se han producido en los últimos años problemas de salud relacionados con la prevalencia de vectores (flebotomos) como el brote de leishmaniasis en el suroeste de la Comunidad de Madrid. Se ha detectado la presencia de vectores potencialmente transmisores de arbovirus, que no estaban descritos en la Comunidad de Madrid como el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) y garrapatas (transmisor de virus hemorrágico de Crimea-Congo, etc.). El sistema de vigilancia de vectores transmisores de enfermedades permite proponer estrategias de control de vectores y potenciar actividades de educación sanitaria.

La epidemia de obesidad e inactividad física afecta a todas las edades.

En la Comunidad de Madrid en 2023 uno de cada cuatro escolares de 14 años tenía sobrepeso, y el 7,9% obesidad (9,5% en niños y 6,2% en niñas). El 9,8% tiene obesidad abdominal. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto general como abdominal, es mayor en niños que en niñas; y superior en aquellos que viven en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo.

Según datos autorreferidos de peso y talla, el 18,9% de las chicas y el 18,8% de los chicos de 15-16 años tienen sobrepeso u obesidad en 2024. En ambos sexos se observa una tendencia ascendente desde 1996, más pronunciada en mujeres.

El 47,9% de las chicas de 15-16 años no realiza al menos 3 días a la semana ejercicio físico intenso (siguiendo las recomendaciones de actividad física de la OMS), frente al 17,9% de los chicos.

En 2024, en adultos de 18 a 64 años, el sobrepeso u obesidad en hombres es del 54,9% y en mujeres del 36,7% y tiene una tendencia ascendente. En población de 65 a 79 años las cifras son superiores, 68,9% en hombres y 51,5% en mujeres, sin que se observe una clara tendencia. La inactividad física en tiempo libre (no realización de actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez), es del 78,0% en mujeres y del 63,3% en hombres de 18 a 64 años. En la población de 65 a 79 años el 30,3% de los hombres y el 26,0% de las mujeres son sedentarios en su actividad habitual.

La obesidad/sobrepeso aumenta con la edad y en general es más frecuente en hombres que en mujeres. Disminuye al aumentar el nivel educativo y por clase social se observa también un gradiente, con prevalencias de sobrepeso u obesidad más bajas a medida que aumenta el nivel socioeconómico, de forma más marcada entre las mujeres.

El consumo de sustancias psicoactivas continúa siendo un importante problema de salud, aunque las estimaciones de prevalencia son inferiores a las registradas a nivel nacional para la mayoría de las sustancias.

En 2024 las sustancias más consumidas, tanto legales como ilegales, entre la población de 15 a 64 años en la Comunidad de Madrid han sido por este orden: alcohol, tabaco, cánnabis, hipnosedantes, analgésicos opioides, los cigarrillos electrónicos y la cocaína. En general los hombres muestran prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres, excepto en el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides. El consumo de cigarrillos electrónicos ha aumentado en la mayoría de indicadores temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), siendo más frecuente en los más jóvenes (15 a 24 años).

Entre los 14 y los 18 años la sustancia psicoactiva más consumida es el alcohol, que junto a los hipnosedantes, la heroína y el tabaco tienen una media de edad de inicio del consumo más baja (14 años) que la de otras sustancias.

El alcohol (33,2%), la cocaína (26,3%), la heroína (17,0%) y el cánnabis (13,6%) son las principales sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento en los centros de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid. El 46,4% de los pacientes consumen más de una sustancia (media de 1,7 sustancias por paciente). El 2,6% han acudido para tratamiento de una adicción sin sustancia/comportamental, de ellos el 60,8% por juego patológico, el 17,7% por adicción a internet/móvil/dispositivos electrónicos y el 9,3% por adicción a los videojuegos.

El tabaquismo presenta una tendencia descendente, pero sigue representando un importante problema de salud y sigue estando más presente en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos.

El consumo de tabaco a los 15-16 años muestra una tendencia descendente y en el año 2024 son fumadores diarios el 2,6% de los chicos y el 3,1% de las chicas.

A pesar de la importante reducción del consumo de tabaco en los últimos años, todavía en 2024 son fumadores/as ocasionales o diarios un 19,1% de los hombres de 18 a 64 años y un 17,2% de las mujeres de esas edades. El patrón de mayor consumo se observa en el menor nivel educativo (25,0% de los hombres y 21,8% de las mujeres con menor nivel de estudios) y en las clases sociales más desfavorecidas (23,4% en hombres y 18,2% en mujeres), en el año 2024. La población de 65 a 79 años que fuma ocasional o diariamente supera el 12% en ambos sexos.

El consumo habitual de alcohol es mayor entre los hombres y entre personas de nivel socioeconómico más alto.

Los porcentajes de bebedores/as habituales en población de 18 a 64 de edad en 2024 son considerablemente más elevados en hombres (49,7%) que en mujeres (32,4%). Este porcentaje muestra un gradiente por clase social y nivel educativo, siendo mayor en personas con nivel socioeconómico más alto, tanto en hombres como en mujeres.

Los programas de cribado neonatal alcanzan a todos los recién nacidos. Los cribados poblacionales de prevención del cáncer atienden progresivamente a más personas.

En 2023 un total de 52.956 neonatos completaron el proceso de cribado de enfermedades endocrino-metabólicas. De ellos 383 fueron positivos (0,72% de los nacidos) a alguna de las 23 enfermedades cribadas y se derivaron para su confirmación a la Unidad Clínica de Referencia, siendo finalmente 72 casos los confirmados, todos ellos asintomáticos para la enfermedad en el momento del diagnóstico. La participación en el cribado de hipoacusia neonatal fue del 99,8% detectándose 1 caso cada 247 neonatos.

En 2024 se han alcanzado los porcentajes más altos de la serie de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) dentro del cribado poblacional de cáncer de colon a personas de 50-64 años de edad, con un 64,6% en hombres y un 57,8% en mujeres.

El porcentaje de mujeres con mamografía realizada en los últimos dos años en edades con indicación es del 84,2% en 2024, y el porcentaje de mujeres de 35 a 64 años que se habían realizado al menos una citología en los últimos 5 años alcanzó el 90,9%.

Tanto la inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial en lactantes como el calendario vacunal para toda la vida muestran unas coberturas altas que se reflejan en la baja incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Las coberturas en primovacunación infantil se aproximan al 100% y la de vacunación antigripal en ≥ 65 años llegó al 67,2% en la temporada 2024-2025.

En 2024 tanto la enfermedad meningocócica (EMI) como la enfermedad invasiva por neumococo (ENI) y por *Haemophilus influenzae* (EIHi) han aumentado su incidencia con respecto al año 2023, alcanzando tasas similares a las del período prepandémico. Se desarrolló un brote poblacional de tosferina durante el primer semestre del año, que ya había comenzado en los últimos meses del año 2023, alcanzándose en el 2024 la mayor incidencia de esta enfermedad en los últimos 20 años.

La incidencia de parotiditis se mantiene en tasas bajas desde la pandemia de covid-19. Respecto al sarampión, después de 4 años sin detectarse circulación del virus (sólo casos esporádicos importados), durante 2024 se detectaron pequeños brotes autóctonos. Varicela y herpes zóster aumentaron ligeramente su incidencia.

En la campaña 2023/2024 se implementó por primera vez en la Comunidad de Madrid la inmunización poblacional mediante la administración del anticuerpo monoclonal nirsevimab con el objetivo de prevenir la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Durante la temporada 2024/2025, comprendida entre la semana 40 de 2024 y la semana 14 de 2025, se identificaron un total de 4.910 casos confirmados de VRS en la Comunidad de Madrid, lo que representa una incidencia acumulada de 70,05 casos por cada 100.000 habitantes. El 68,7% de los casos requirió hospitalización y el 7,1% de los hospitalizados precisó de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por grupos de edad, la mayor proporción de pacientes hospitalizados correspondió al grupo de edad de 1 a 4 años, mientras los ingresos en UCI fueron predominantemente en el grupo de menores de un año.

La situación pandémica y las medidas de control implementadas han influido en la evolución de otras enfermedades respiratorias.

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote de SARS-CoV-2 (covid-19) como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS reconoció la situación generada como pandemia global, que se ha mantenido hasta el 5 de mayo de 2023 día en que la OMS declaró el final de la emergencia. En la Comunidad de Madrid durante este periodo se han confirmado 2.005.382 casos. Desde el 11 de mayo de 2020 hasta inicios de 2025 se han notificado un total de 2.039.531 casos confirmados de covid-19.

Hasta el segundo año de la pandemia por covid-19, las restricciones de movilidad y de contacto social, así como las medidas de prevención utilizadas en la pandemia, en especial el uso de mascarillas, modificaron la epidemiología de algunas enfermedades, especialmente las de transmisión respiratoria.

Tras el levantamiento de estas medidas, la incidencia de gripe aumentó en 2022. En 2024 los casos de gripe han disminuido un 24,8% con respecto al año anterior y la incidencia sigue manteniéndose en valores muy inferiores a los registrados en los años previos a la pandemia.

Durante el año 2024 se notificaron un total de 638 casos de tuberculosis en personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 9,10 casos por 100.000 habitantes, un 7,3% superior a la de 2023, recuperando valores similares a los previos a la pandemia.

La mayoría de los casos de enfermedades transmitidos por vectores son importados.

En 2024 para todas las enfermedades transmitidas por vectores de las que se han registrado casos (salvo en la enfermedad por virus Chikungunya) estos han alcanzado cifras superiores a las de 2023. Los casos han sido importados (infecciones que han tenido su origen fuera de España y diagnosticadas en personas con residencia –al menos temporal– en la Comunidad de Madrid) excepto en la mayor parte de los casos de leishmaniasis y fiebre exantemática mediterránea. Durante el año 2024 ha tenido lugar un aumento muy notable de casos de dengue a nivel mundial.

La incidencia de hepatitis A se está incrementado en los últimos meses, requiriendo ingreso hospitalario más de la mitad de los casos.

El 52,0% de los casos de hepatitis A notificados en 2023 eran hombres, y la edad media fue de 42,6 años. En los casos notificados en 2024 y primer trimestre de 2025 aumenta la proporción de hombres hasta superar el 80%, con una mediana de edad en torno a los 30 años, y requieren ingreso hospitalario más del 60%. La información clínica disponible a partir de la investigación

epidemiológica indica que la infección ha tenido lugar a través de un contagio en relaciones sexuales entre hombres en un porcentaje elevado de los casos.

Algunas enfermedades de transmisión sexual mantienen una marcada tendencia ascendente, mientras la infección por VIH/sida muestra una tendencia estable en los últimos años.

En 2024, según los datos disponibles, la infección por *Chlamydia trachomatis*, el linfogranuloma venéreo y la infección gonocócica vuelven a registrar incrementos importantes en sus tasas de incidencia. La sífilis y la hepatitis B aguda, sin embargo, presentan cifras similares a las del año anterior. Los casos de mpox, tras el brote de 2022, se mantienen en cifras bajas. La incidencia de infección VIH ha descendido tanto en hombres como en mujeres, pero aún siguen generándose nuevos casos, a veces con retraso diagnóstico, que podrían ser prevenidos. La tasa de incidencia es en 2024 de 9,5 por 100 mil, mucho mayor en hombres que en mujeres y relativamente estable desde 2020. La mortalidad por vih/sida se mantiene baja en ambos sexos.

La incidencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria es estable; la vigilancia y control de las resistencias antimicrobianas representa un reto de primer nivel.

En 2024 la prevalencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en pacientes ingresados es del 7,6% y del 4,5% en población institucionalizada.

El uso indebido y excesivo de los antimicrobianos es el principal factor que determina la aparición de patógenos farmacorresistentes. En la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) en el periodo de 2015 a 2024 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 18.613 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por estos microorganismos, de ellos 45,3% infecciones y 53,2% colonizaciones.

Los tumores que causan mayor mortalidad son, por orden de frecuencia: en hombres, pulmón, próstata, colon, y páncreas; y en mujeres, pulmón, mama, colon y páncreas.

La mortalidad por cáncer de páncreas muestra una tendencia ascendente y pasa a ocupar el cuarto puesto en mortalidad por cáncer en ambos sexos.

La mortalidad por cáncer de pulmón se mantiene por encima de la de mama en mujeres.

Los tumores suponen la primera causa de mortalidad, analizando los grandes grupos de enfermedad, con un total de 13.618 fallecimientos en 2023 (7.544 en hombres y 6.074 en mujeres).

El tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón es el cáncer que causa mayor mortalidad tanto en hombres (1.877 fallecidos, 24,9% del total por cáncer) como en mujeres (894 fallecidas, 14,7% del total por cáncer). En los hombres muestra una tendencia descendente en los últimos años, mientras que en las mujeres la tendencia es claramente ascendente.

En hombres, el cáncer de próstata con 667 defunciones (8,8%), el cáncer de colon con 645 fallecimientos (8,5%), y el cáncer de páncreas con 495 defunciones (6,6%) le siguen en frecuencia. En mujeres el tumor maligno de mama con 783 fallecimientos (12,9%), el de colon con 548 (9,0%) y el de páncreas con 529 fallecimientos (8,7%), se encuentran a continuación del de tráquea, bronquios y pulmón. Es especialmente significativo el persistente aumento de la mortalidad por cáncer de páncreas en ambos sexos.

La enfermedad cardiovascular, que hasta hace unos años era la principal causa de muerte, ha pasado a ser la segunda causa de defunción en la población madrileña.

En el año 2023 se produjeron 11.808 fallecimientos por enfermedades circulatorias. Dejando a un lado el grupo heterogéneo de “Otras enfermedades del corazón”, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte circulatoria en hombres (33,4%) seguida por la insuficiencia cardíaca (16,9%) y las enfermedades cerebrovasculares (16,7%). En mujeres la insuficiencia cardíaca ocupa el primer lugar (21,2%), las cerebrovasculares en segundo (20,2%) y la cardiopatía isquémica el tercero (18,0%). En el conjunto de las enfermedades del sistema circulatorio, y especialmente en las enfermedades cerebrovasculares y en la cardiopatía isquémica, la tendencia temporal ha sido de reducción importante y sostenida de la mortalidad.

La diabetes mellitus continúa representando una causa importante de morbilidad.

La mayor morbilidad hospitalaria se observa en hombres y sobre todo a partir de los 70 años. Tanto en hombres como en mujeres desde finales de los años ochenta se aprecia una tendencia descendente en la mortalidad por diabetes en la Comunidad de Madrid.

La incidencia anual de diabetes tipo 1 en menores de 15 años se sitúa en torno a 20 casos por 100 mil habitantes para niños y niñas. La menor incidencia se observa en el grupo de 0 a 4 años.

Uno de cada 20 residentes en la Comunidad de Madrid tiene una enfermedad rara.

A 1 de enero de 2023, constaban en el Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) 494.096 personas afectadas por alguna enfermedad rara, que son o han sido residentes en la Comunidad de Madrid. De ellas, 346.560 continuaban a esa fecha en seguimiento en nuestra Comunidad. Agrupando las enfermedades por capítulos destaca en primer lugar las anomalías congénitas en ambos sexos, seguido por el grupo de la patología endocrino-metabólica.

Se mantiene la tendencia estable de la mortalidad por causas externas.

Las causas externas han supuesto un total de 1.811 fallecimientos (1.026 hombres y 785 mujeres) y 44.258 años de vida perdidos en 2023. Entre ellas, 418 personas por suicidio, 279 hombres y 139 mujeres.

El suicidio sigue representando un problema y con mayor mortalidad en hombres.

En 2023 fallecieron 418 personas por suicidio, 279 hombres y 139 mujeres. Los años de vida perdidos por suicidio son claramente mayores en hombres y se concentran en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

La prevalencia de la violencia de pareja es elevada y afecta a una de cada siete mujeres en edad adulta.

En 2024, un 13,4% de mujeres de entre 18 y 64 años presentó un resultado positivo en el test de detección de violencia de pareja, dato similar al del año previo. Las más jóvenes (18 a 29 años) son las que presentaron porcentajes más altos. Se observa también una mayor prevalencia de violencia de pareja entre las nacidas fuera de España, las que tenían menor nivel educativo y las de clases sociales más desfavorecidas.

La patología mental representa una causa importante de morbilidad en todos los grupos de edad.

Los años de vida perdidos por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid se concentran en las edades más avanzadas.

La morbilidad hospitalaria por patología mental refleja tasas destacadas en mujeres adolescentes debidas a trastornos del comportamiento alimentario y del estado de ánimo. En Atención Primaria hasta los 14 años los episodios de atención más frecuentes de patología mental son los relacionados con trastornos del comportamiento y del sueño y los hiperactivos, entre los 15 y 74 años se relacionan con problemas del estado de ánimo (ansiedad, depresión) y la dependencia tabáquica, y a partir de esa edad son superados por los trastornos de memoria y la demencia.

Las encuestas poblacionales muestran peor salud mental en mujeres, un gradiente socioeconómico y una tendencia desfavorable.

En 2024, la prevalencia de malestar o distrés psicológico en la población juvenil fue del 45,2%. Esta prevalencia fue considerablemente mayor (1,7 veces mayor) en las chicas (56,2%) que en los chicos (33,8%).

La prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) entre la población de 18 a 64 años es superior en mujeres, duplicando en 2024 a la de los hombres (12,5%, frente al 6,2%). El mayor aumento se observa en mujeres entre 2020 y 2022, y desde 2023 parece haber una tendencia descendente, más marcada en hombres.

Se observa un gradiente socioeconómico claro en la prevalencia de depresión, con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral. Para cualquiera de estas variables, al igual que por país de nacimiento o edad, las prevalencias en mujeres son siempre mayores a las de los hombres.

Las interrupciones voluntarias del embarazo recuperan valores similares a los años pre pandémicos.

La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) es en 2023 de 13,47 por mil mujeres de 15 a 44 años, lo que supone un ligero incremento en relación con las cifras de años prepandémicos.

Del total de IVE notificadas el 46,9% correspondían a mujeres nacidas en España, entre las que la tasa se incrementa levemente, mientras entre las nacidas fuera de España la tasa parece repuntar (20,69 en 2023) tras el marcado descenso en 2020 (16,72).

Por grupos de edad la tasa más alta corresponde a las mujeres de 20 a 24 años, que en 2023 ha sido de 22,85 por mil mujeres, seguida por la de las mujeres de 25 a 29 años, con una tasa de 20,74 por mil mujeres.

La incidencia de enfermedades profesionales se mantiene por debajo de los niveles previos a la pandemia.

La incidencia de enfermedades profesionales comienza a bajar en 2016 y mantiene desde 2020 unas cifras bajas respecto a los años prepandémicos. El mayor número de enfermedades profesionales comunicadas en 2023 pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, que condicionan patologías traumatológicas.

Los accidentes de trabajo siguen siendo más frecuentes en hombres.

En 2022 se produjeron en la Comunidad de Madrid 91.942 accidentes de trabajo con baja (57.584 en hombres y 34.358 en mujeres). Esto representa una tasa de 23,62 accidentes de trabajo por 1.000 afiliados/as, la cual es superior a las de 2020 y 2021 pero inferior a la de 2019 (25,46).

Introducción

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Es un mandato legal contenido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, artículo 55.2), y en el Decreto 245/2023, de 4 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, como una competencia de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2025 da continuidad a la serie de informes iniciada en 2003 y ofrece información sintética y resumida del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid. Mantiene un formato web interactivo y una versión en formato PDF y permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos y exportar las figuras y tablas.

Siguiendo la línea editorial iniciada en años anteriores, esta nueva edición cuenta con un formato gráfico enmarcado en la web institucional de la Comunidad de Madrid, que permite una navegación más rápida a partir del índice. La presentación se basa en figuras y tablas con textos explicativos, intentando que la lectura pueda ser dirigida a través de enlaces a la búsqueda de información adicional. Además, se ofrecen las descargas de datos en abierto y en formato “responsive”, que permite ajustar el sitio web automáticamente al tamaño y disposición de los dispositivos de los usuarios. Asimismo, se han incorporado datos interactivos que posibilitan explorar en una sola imagen diversas enfermedades, por grupos de edad, sexo y anualidad.

El informe que se presenta actualiza los datos oficiales y cerrados de mortalidad y morbilidad hasta el último año o fecha disponible, así como sus determinantes, presentando también las últimas encuestas poblacionales de la Comunidad de Madrid disponibles. En el futuro se incorporarán nuevos indicadores, en función de la disponibilidad de nuevas fuentes de información y de la evolución de la situación de salud.

La información contenida en el presente informe tiene como principal objetivo dar a conocer a la población, profesionales y gestores sanitarios, los datos necesarios que contribuyan a analizar la situación de salud de la Comunidad de Madrid, establecer prioridades y poner en marcha acciones de mejora que redunden en una mejor salud para todos los madrileños.

Estado de salud

Indicadores generales

Mortalidad

Morbilidad

Morbilidad en Atención Primaria

Morbilidad atendida en urgencias

Morbilidad hospitalaria

Esperanza de vida

Carga de enfermedad

Estado de salud percibido

Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años

Problemas crónicos de salud

Indicadores de dependencia

Limitación de la actividad

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Apoyo social

Fragilidad

El estado de salud de una población depende de una variedad de factores interrelacionados, denominados de forma genérica “determinantes”, que interactúan entre sí y no pueden ser considerados de forma aislada. Una población, para ser saludable, requiere abordar múltiples aspectos, incluyendo tanto intervenciones a nivel individual como medidas de salud pública a nivel comunitario. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son fundamentales para mejorar el estado de salud general de una población. A continuación, se analizan los principales indicadores que permiten monitorizar el estado de salud de la población de Madrid.

Indicadores generales

En 2023 han fallecido un total de 48.646 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 700,9 por 100 mil habitantes. Ambos indicadores, al igual que el resto de los que aparecen en la tabla, están todavía afectados por la mortalidad pandémica por covid-19. En 2023 la esperanza de vida al nacer, con 87,65 años en las mujeres y los 82,98 años en los hombres, ha vuelto prácticamente a la tendencia previa a la pandemia.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de salud para la población de la Comunidad de Madrid, por sexo, para el último año disponible (ver el apartado Metodología para profundizar en la descripción de cada indicador y las respectivas fuentes de información utilizadas).

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombre	Mujer	Total
Número de muertes	23.442	25.204	48.646
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	705,62	696,55	700,89
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	259,45	141,04	198,26
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	836,06	518,37	647,72
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	17.139,56	18.406,67	17.805,37
Esperanza de vida al nacer, en años	82,98	87,65	85,50
Esperanza de vida a la edad 65, en años	20,92	24,57	22,96
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2018 - 2023)	0,896	0,381	0,643
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	383.453	306.452	689.905

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad

En 2023 los tumores fueron la principal causa de defunción en la población madrileña. Las mayores tasas brutas en los hombres y el conjunto de ambos sexos corresponden a los tumores, las enfermedades circulatorias y las enfermedades respiratorias. En las mujeres las enfermedades circulatorias ocupan el primer lugar, por encima de los tumores. Una vez ajustadas por edad (para superar el efecto de confusión que supone las diferencias de estructura por edades entre hombres y mujeres y entre distintos años) se aprecia que las principales causas de defunción en la población madrileña son, por este orden: los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio, y las enfermedades respiratorias, sin que varíe el orden en función del sexo. La mortalidad por coronavirus, que en el informe anterior se presentaba de modo diferenciado,

aparece ya aquí incorporada al capítulo de enfermedades infecciosas, una vez superada la fase pandémica.

En la tabla siguiente se observan la tasa bruta de mortalidad (número de fallecimientos entre población a riesgo por 100 mil habitantes) y la tasa ajustada de mortalidad (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población estándar publicada por Eurostat en 2013), por sexo y grandes grupos de causas.

Tasas brutas y ajustadas de mortalidad. Comunidad de Madrid, 2023

	Tasas brutas (por 100 mil)			Tasas ajustadas* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	24,97	26,61	23,46	22,76	32,08	16,96
II. Tumores	196,21	227,08	167,86	192,53	264,36	144,68
III. Sangre, inmunidad	3,40	2,86	3,90	3,05	3,42	2,74
IV. Endocrinas	14,88	13,00	16,61	13,32	15,58	11,56
V. Mentales	34,09	21,70	45,46	28,86	27,28	28,94
VI. Sist. nervioso	38,82	31,58	45,46	35,67	37,58	33,74
VII. Ojo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Oído	0,01	0,03	0,00	0,02	0,04	0,00
IX. Circulatorias	170,13	160,53	178,95	153,37	190,65	125,56
X. Respiratorias	98,90	104,33	93,91	88,79	128,38	65,57
XI. Digestivas	39,15	38,98	39,30	36,12	45,40	28,92
XII. Piel	4,14	2,98	5,20	3,66	3,62	3,53
XIII. Osteomusculares	7,75	5,21	10,09	6,86	6,33	7,06
XIV. Genitourinarias	26,37	22,15	30,23	22,93	27,63	20,28
XV. Maternas	0,01	0,00	0,03	0,01	0,00	0,03
XVI. Perinatales	0,89	1,02	0,77	1,22	1,31	1,12
XVII. Congénitas	1,35	1,51	1,22	1,49	1,73	1,35
XVIII. Mal definidas	13,73	15,17	12,41	12,71	17,24	9,09
XX. Externas	26,09	30,88	21,69	24,36	33,44	17,24
Todas las causas	700,89	705,62	696,55	647,72	836,06	518,37

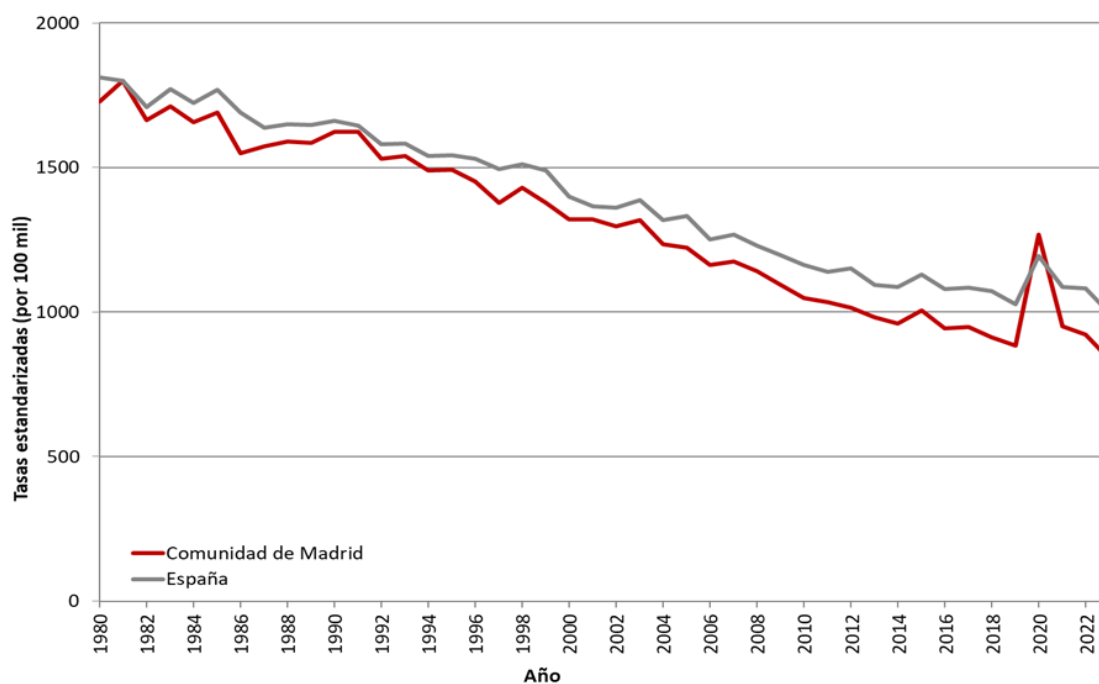
* Método directo. Población estándar Eurostat (2013)

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por todas las causas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Se analiza la serie histórica desde 1980.

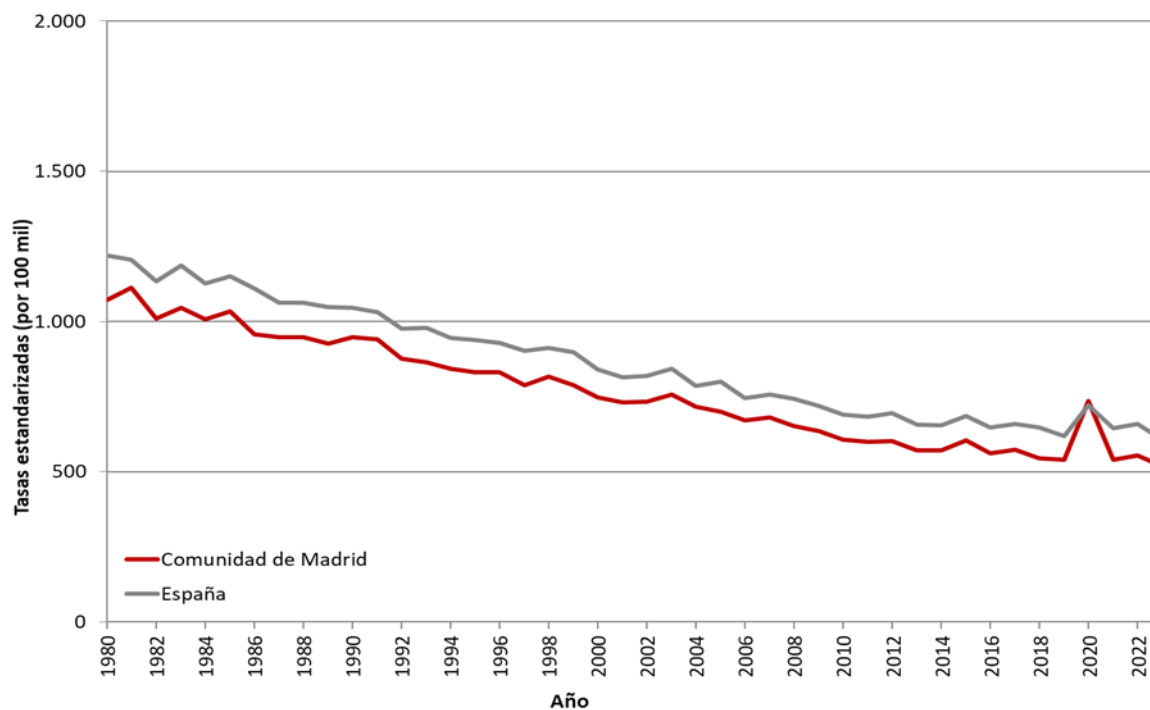
La mortalidad general (todas las causas reunidas) en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución claramente favorable tanto en los hombres como en las mujeres. En el año 2020 se aprecia el efecto en la mortalidad de la pandemia por covid-19. Salvo en ese año, las tasas madrileñas se encuentran siempre por debajo de las del total de España.

Evolución anual de la mortalidad en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad

Morbilidad en Atención Primaria

En 2024 se han registrado en la historia clínica electrónica de Atención Primaria AP-Madrid un total de 19.961.067 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 2.825,48 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres.

En la siguiente tabla se representa la morbilidad total en atención primaria de la Comunidad de Madrid, por sexo. Se ofrecen los episodios en orden de frecuencia y la tasa por 1.000 habitantes (nº de episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria).

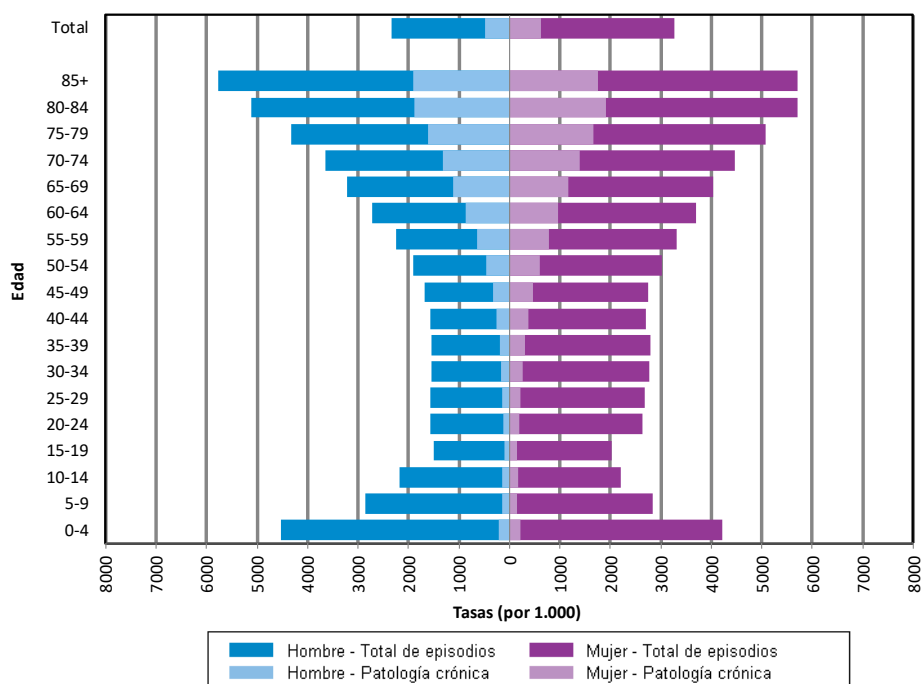
**Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria.
Comunidad de Madrid, 2024**

CIAP	Total				Hombres			Mujeres		
	Orden	N	%	Tasa	Orden	N	Tasa	Orden	N	Tasa
R74-Infecc. respiratoria aguda superior	1	1.308.077	6,6%	185,16	1	539.245	159,30	1	768.832	208,94
D19-Signos/síntomas de dientes y encías	2	499.450	2,5%	70,70	2	222.038	65,59	2	277.412	75,39
K86-Hipertensión no complicada	3	462.153	2,3%	65,42	3	209.571	61,91	4	252.582	68,64
T93-Trastornos metabolismo lipídico	4	440.775	2,2%	62,39	4	187.552	55,41	3	253.223	68,82
D73-Infección intestinal inespecífica/posible	5	316.917	1,6%	44,86	5	141.850	41,91	7	175.067	47,58
A97-Sin enfermedad	6	302.705	1,5%	42,85	7	136.388	40,29	9	166.317	45,20
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	7	276.245	1,4%	39,10	9	115.527	34,13	10	160.718	43,68
T91-Déficit vitamínico/nutricional	8	273.275	1,4%	38,68	13	86.756	25,63	6	186.519	50,69
A91-Resultados anormales pruebas no especificados	9	271.672	1,4%	38,45	8	128.833	38,06	13	142.839	38,82
R05-Tos	10	268.554	1,3%	38,01	10	113.267	33,46	12	155.287	42,20
L03-Signos/síntomas lumbares	11	267.324	1,3%	37,84	11	108.981	32,20	11	158.343	43,03
T90-Diabetes no insulino dependiente	12	253.602	1,3%	35,90	6	137.186	40,53	17	116.416	31,64
P01-Sensación ansiedad/tensión	13	245.879	1,2%	34,80	18	71.796	21,21	8	174.083	47,31
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	14	239.037	1,2%	33,84	50	35.326	10,44	5	203.711	55,36
L15-Signos/síntomas de la rodilla	15	196.066	1,0%	27,75	14	82.517	24,38	18	113.549	30,86
Total Episodios		19.961.067	100,0%	2.825,48		7.903.524	2.334,86		12.057.543	3.276,81

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las mayores tasas por patología crónica se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores. En todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores en las mujeres.

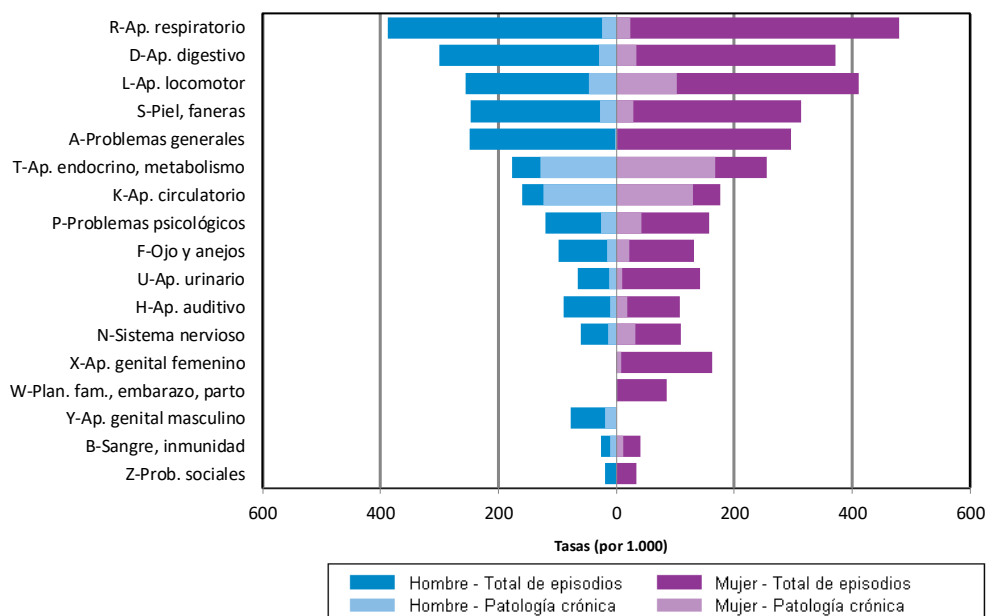
Morbilidad total y crónica atendida en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El capítulo de aparato respiratorio recupera el primer lugar, seguido por la patología del aparato digestivo, y el aparato locomotor en tercer lugar. Dentro de las patologías crónicas incluidas en el seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en la infancia es el asma, y en adultos la hipertensión arterial, los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus tipo 2.

Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria agrupada por capítulos. Comunidad de Madrid, 2024



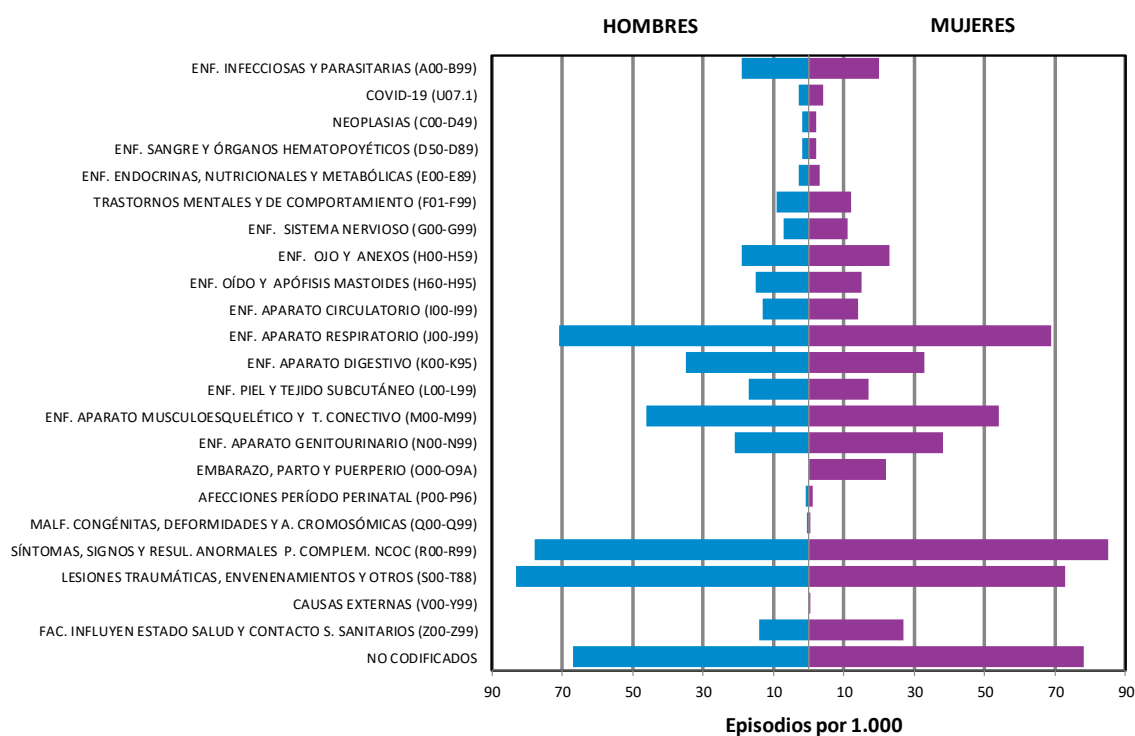
Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad atendida en urgencias

En el año 2023 se notificaron 3.880.993 episodios de atención en urgencias hospitalarias en 28 centros públicos de la Comunidad de Madrid. El 29,7% de la población acudió al menos una vez a urgencias de centros hospitalarios públicos y los que acudieron lo hicieron un promedio de 1,9 veces en ese año. El porcentaje de población que acudió a urgencias en al menos una ocasión fue más alto en los grupos de 0-4 años (56,8%) y los de 90 años o más (57,9%). Se observa una frecuentación elevada en mujeres de 20 a 39 años, que puede explicarse en parte por la atención relacionada con la reproducción.

El porcentaje global de ingreso en 2023 fue de 9,1% (con máximos del 38,5% en personas de 90 años o más). Este porcentaje, muy dependiente de la edad y del tipo de patología, está en torno a 30% en aquellos episodios cuyo diagnóstico principal es una patología del aparato circulatorio (capítulo 9 de la CIE10-ES), neoplásica (capítulo 2), embarazo, parto y puerperio (capítulo 15), de la sangre, hematopoyesis y del mecanismo inmunitario (capítulo 3) y enfermedades endocrinometabólicas (capítulo 4).

Morbilidad atendida en urgencias hospitalarias. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: ENARA. Elaboración: D.G. Salud Pública.



Más información:

Morbilidad atendida en Urgencias hospitalarias de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051306.pdf>

Morbilidad hospitalaria

La principal causa de ingreso en los hospitales de la Comunidad de Madrid en el año 2023 son las enfermedades del ojo y anexos con el 12,4% del total de las altas, la segunda causa son las enfermedades del aparato digestivo con el 11,5% y la tercera causa son las neoplasias con un 11,4% de todos los ingresos. La distribución por edad muestra que la primera y tercera causas de ingreso se producen en pacientes de mayor edad, estando la segunda causa más distribuida entre todas las edades. Las enfermedades del aparato respiratorio son especialmente relevantes entre la población infantil y también entre los más mayores, entre los que también destacan las enfermedades del aparato circulatorio.

En la siguiente tabla se presentan indicadores de morbilidad hospitalaria por capítulo de la CIE-10-ES y la distribución porcentual por grupos de edad.

**Morbilidad hospitalaria por causa y grupo de edad. Distribución porcentual
Comunidad de Madrid, 2023**

CAPÍTULOS CIE-10-ES	Edad							
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	Total
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	2,9	5,1	2,6	1,5	1,1	1,7	4,0	1,8
COVID-19 (U07.1) *	1,5	0,5	0,2	0,1	0,2	1,0	2,9	0,8
NEOPLASIAS (C00-D49)	0,5	2,0	4,4	6,0	13,5	13,5	8,6	11,4
ENF. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (D50-D89)	0,3	0,9	1,2	0,3	0,4	0,6	1,1	0,5
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	0,5	0,9	1,2	1,2	1,7	2,0	1,9	1,7
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO (F01-F99)	0,0	0,4	2,9	3,5	1,7	0,5	0,6	1,4
ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	0,9	5,1	5,8	2,2	5,0	3,6	2,4	3,9
ENF. OJO Y ANEXOS (H00-H59)	0,4	2,3	2,8	7,0	8,6	21,4	10,5	12,4
ENF. OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	0,8	7,8	3,8	0,5	0,6	0,4	0,1	0,7
ENF. APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	0,3	0,7	1,3	1,7	6,1	9,7	16,2	7,4
ENF. APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	19,9	36,1	17,4	6,5	5,0	8,0	18,9	8,7
ENF. APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	3,0	8,0	16,0	11,5	13,7	10,2	8,0	11,5
ENF. PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	0,7	2,0	3,3	5,3	4,4	2,3	1,6	3,4
ENF. APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO (M00-M99)	0,5	1,7	4,0	6,3	10,8	7,9	3,8	8,1
ENF. APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	4,3	6,6	9,7	8,5	8,4	6,8	7,4	7,7
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	0,0	0,0	0,1	20,6	5,4	0,0	0,0	4,7
AFECCIONES PERÍODO PERINATAL (P00-P96)	47,6	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y A. CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	7,8	9,1	6,6	1,0	0,4	0,1	0,0	0,8
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES P. COMPLEMENTARIAS, NCOC (R00-R99)	3,5	4,4	4,3	1,2	1,6	2,4	2,7	2,1
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS (S00-T88) / CAUSAS EXTERNAS (V00-Y99)	1,5	3,6	8,2	6,5	5,5	4,8	7,1	5,5
FAC. INFLUYEN ESTADO SALUD Y CONTACTO S. SANITARIOS (Z00-Z99)	3,1	2,6	3,9	8,4	5,4	2,8	1,9	4,4
TOTAL**	100	100	100	100	100	100	100	100

* Altas hospitalarias con el código U07.1 covid-19 en el diagnóstico principal

** Los totales no suman el 100% por altas sin diagnóstico correctamente codificado

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



**Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Distribución porcentual.
Comunidad de Madrid, 2023**

CAPITULOS CIE-10-ES	Total	Hombres	Mujeres
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	1,8	2,1	1,5
COVID-19 (U07.1)*	0,8	0,8	0,7
NEOPLASIAS (C00-D49)	11,4	11,9	11,0
ENF. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (D50-D89)	0,5	0,6	0,5
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	1,7	1,6	1,8
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO (F01-F99)	1,4	1,4	1,4
ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	3,9	3,5	4,2
ENF. OJO Y ANEXOS (H00-H59)	12,4	11,5	13,2
ENF. OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	0,7	0,7	0,6
ENF. APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	7,4	8,5	6,5
ENF. APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	8,7	9,7	7,8
ENF. APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	11,5	13,7	9,6
ENF. PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	3,4	3,7	3,2
ENF. APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO (M00-M99)	8,1	7,6	8,5
ENF. APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	7,7	8,1	7,4
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	4,7	0,0	8,6
AFECCIONES PERÍODO PERINATAL (P00-P96)	0,7	0,9	0,6
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y A. CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	0,8	0,9	0,7
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES P. COMPLEM. NCOC (R00-R99)	2,1	2,5	1,7
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS (S00-T88) / CAUSAS EXTERNAS (V00-Y99)	5,5	6,0	5,1
FAC. INFLUYEN ESTADO SALUD Y CONTACTO S. SANITARIOS (Z00-Z99)	4,4	3,8	5,0
TOTAL**	100	100	100

* Altas hospitalarias con el código U07.1 covid-19 en el diagnóstico principal

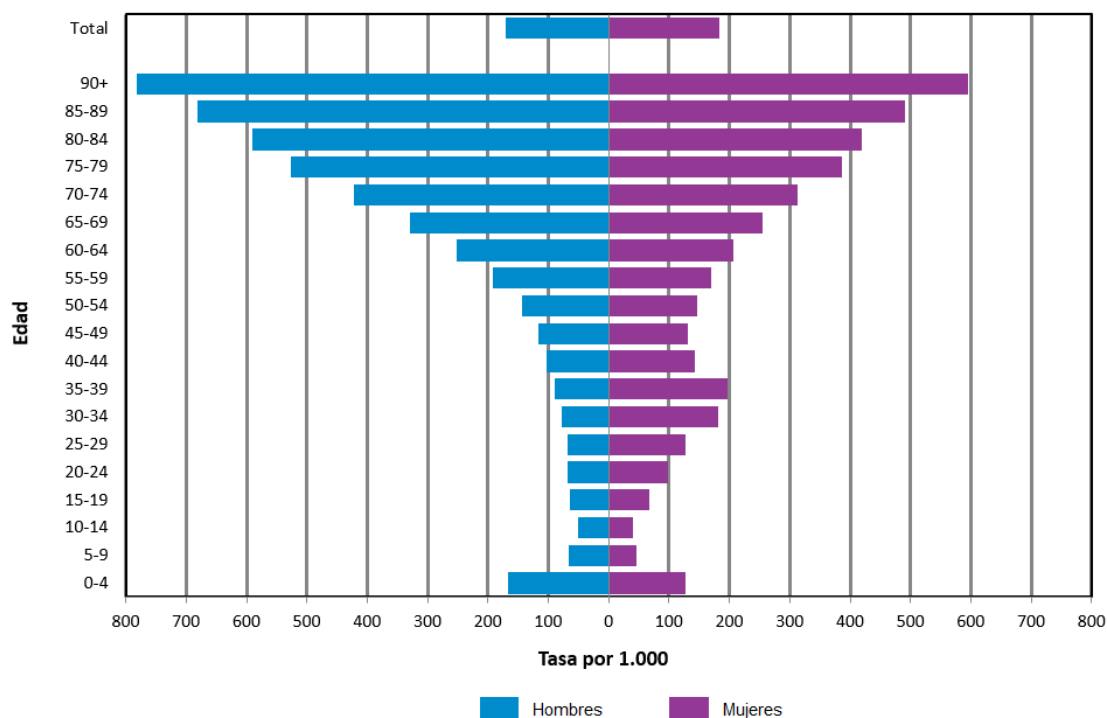
** Los totales no suman el 100% por altas sin diagnóstico correctamente codificado

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria aumenta fuertemente con la edad. En las edades fértiles se aprecia un incremento de la frecuentación en las mujeres, debido a la atención hospitalaria al parto. A medida que aumenta la edad las tasas van siendo progresivamente mayores en hombres que en mujeres.

En la siguiente figura se presenta la morbilidad hospitalaria por grupos quinquenales de edad en el eje vertical y las tasas por 1.000 habitantes en el eje horizontal.

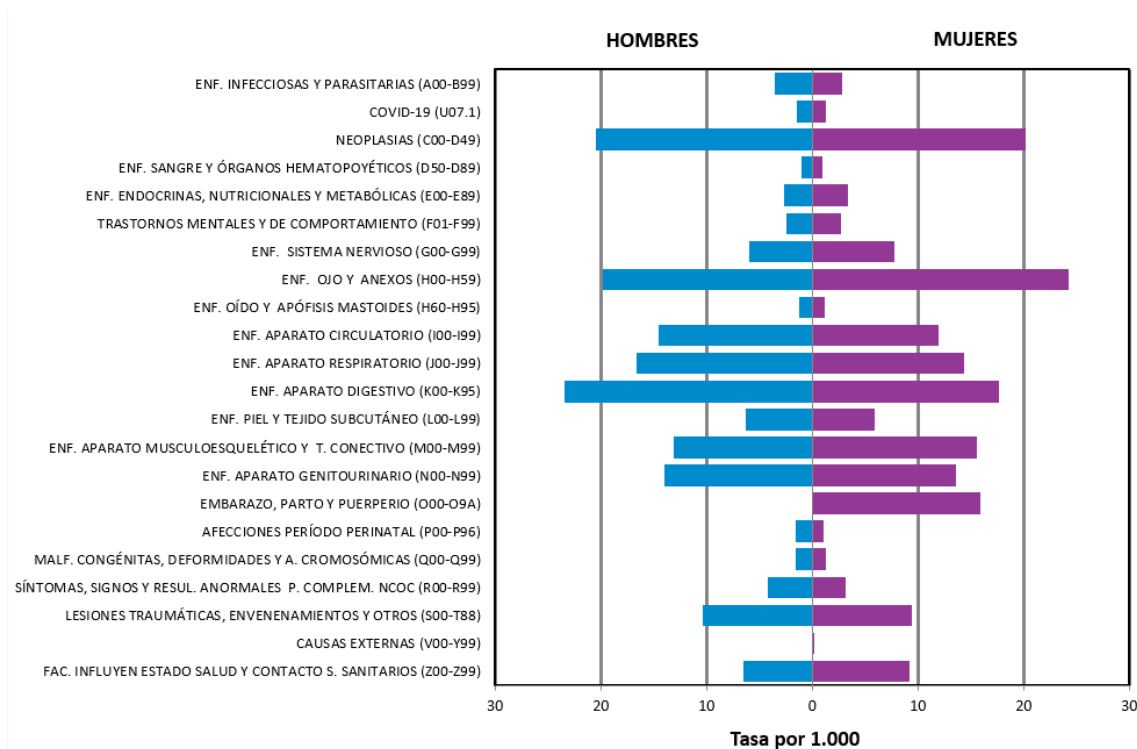
Morbilidad hospitalaria. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presentan las tasas de morbilidad hospitalaria según diagnóstico al alta y sexo por mil personas. En las causas de alta hospitalaria las enfermedades de ojos y anejos es el grupo que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, seguido por las neoplasias, superando ambos junto con las enfermedades del aparato digestivo al de embarazo, parto y puerperio, que venía siendo el más frecuente en los años previos a la pandemia por covid-19. En los hombres destacan las enfermedades digestivas y las neoplasias, seguidas por las enfermedades de ojos y anejos.

Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Comunidad de Madrid, 2023

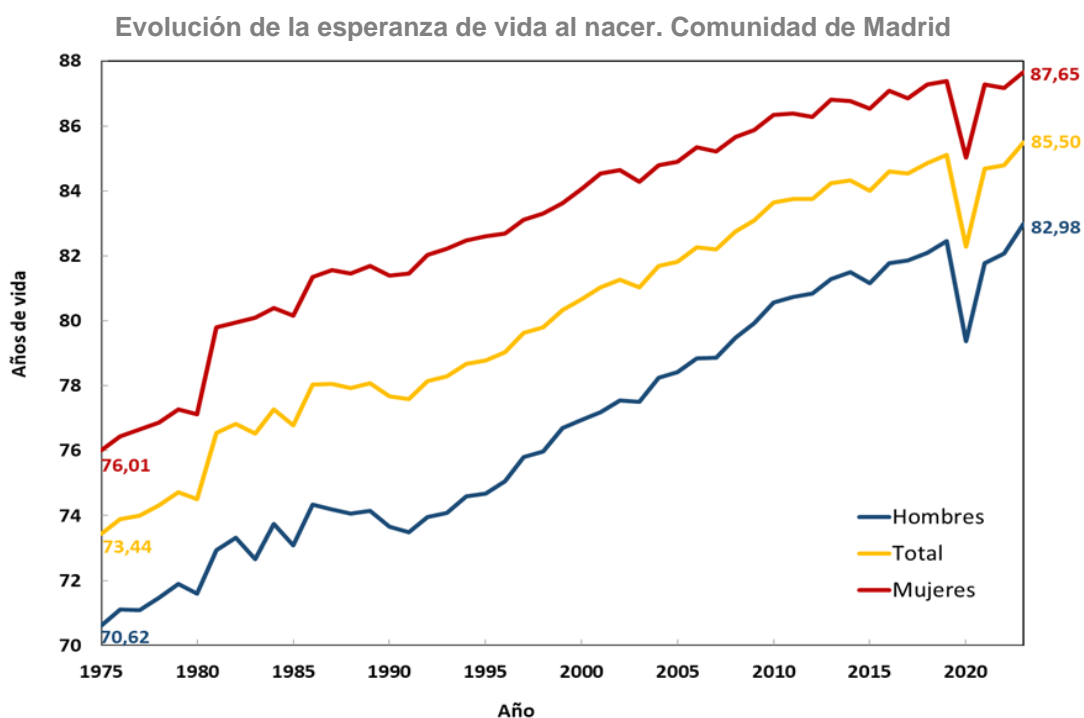


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Esperanza de vida

La esperanza de vida ha tendido a aumentar, tanto desde el nacimiento como a los 65 años de edad, pasando la primera de ellas de 70,62 años en hombres y 76,01 en mujeres en el año 1975 a 82,98 y 87,65 en 2023, respectivamente. En los últimos años la expectativa de vida ha mejorado más en los hombres que en las mujeres, de modo que la diferencia entre ambos sexos, que había llegado a ser de más de 8 años a inicios de los años noventa del siglo XX, se ha reducido progresivamente hasta encontrarse en la actualidad en 4,6 años en 2023. En términos relativos, la esperanza de vida a los 65 años crece más rápidamente que la esperanza de vida al nacer. En 2016, por primera vez, los hombres de 65 años de edad superaron los 20 de expectativa de vida, y los 24 en caso de las mujeres de esa edad. La tendencia de mejora 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 al efecto negativo, sobre todo en los hombres, de la mortalidad por accidentes de tráfico, VIH/sida y abuso de drogas. En el año 2020 se pone en evidencia el gran impacto de la pandemia por covid-19 en la mortalidad: en un solo año, en relación con el 2019, las mujeres pierden casi 2,5 años de esperanza de vida, y los hombres más de 3. Las esperanzas de 2021 y 2022, pese a la recuperación, no alcanzaban todavía los niveles registrados en 2019, antes de la pandemia. En 2023 parece haberse recuperado casi de modo completo la senda previa a la pandemia.

En la siguiente figura se puede ver la esperanza de vida al nacer (número medio de años que espera vivir un ciudadano que nazca en la Comunidad de Madrid) y su evolución desde 1975 a 2023, por sexo.

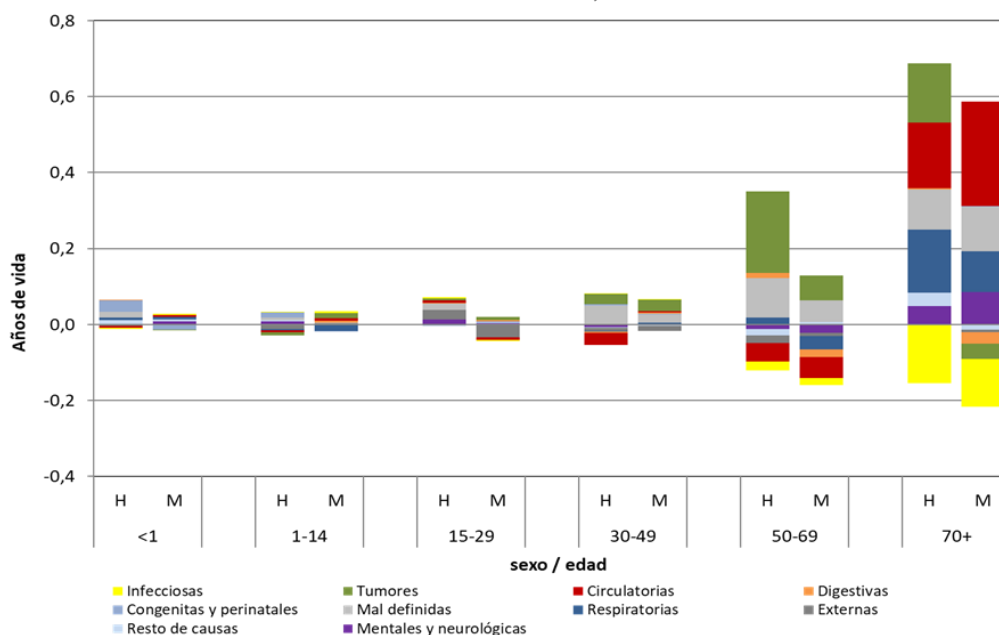


Fuente: Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Entre los años 2018 y 2023 las principales ganancias de esperanza de vida se producen por encima de los 50 años, y especialmente en el grupo de edad de 70 años y más. Los tumores y las enfermedades respiratorias en los hombres, y las enfermedades circulatorias en las mujeres, son las principales responsables de estas ganancias de esperanza de vida en este quinquenio. Las enfermedades infecciosas, entre las que se incluye el covid-19, restan años de supervivencia, principalmente entre el grupo de población de mayor edad. El aporte positivo de las causas mal definidas se relaciona con la mejora de la calidad del registro de mortalidad.

La siguiente figura representa la contribución de cada causa y grupo de edad al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023.

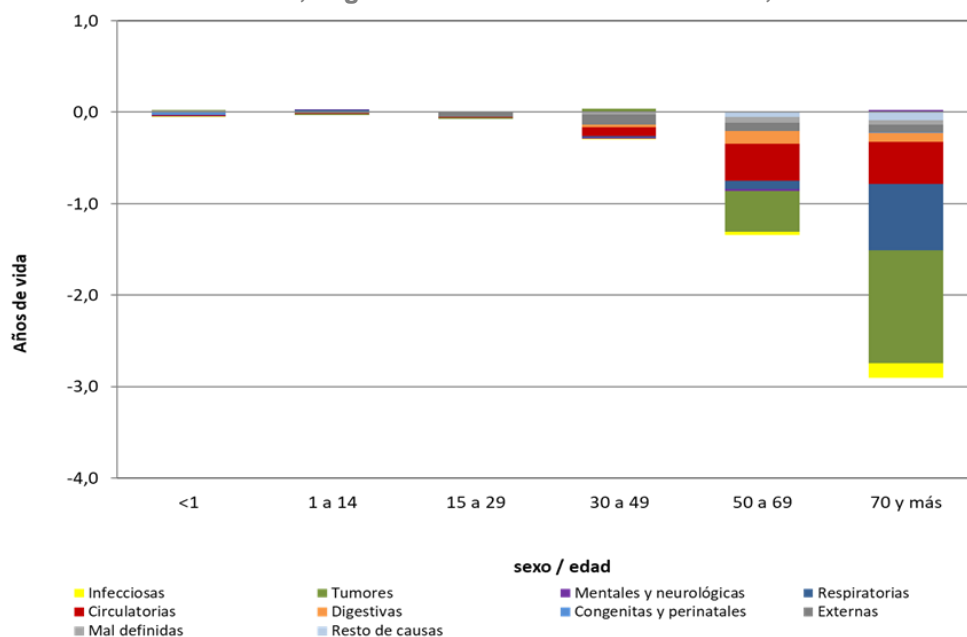
Contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por causas, según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE, Tablas de mortalidad, IECM.
Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La diferencia de esperanza de vida al nacer por sexo en 2023, 4,6 años mayor en mujeres que en hombres, se explica sobre todo por la mayor mortalidad en estos por encima de los 50 años de edad por tumores, enfermedades respiratorias y enfermedades circulatorias.

Contribución a la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres por causas, según edad. Comunidad de Madrid, 2023

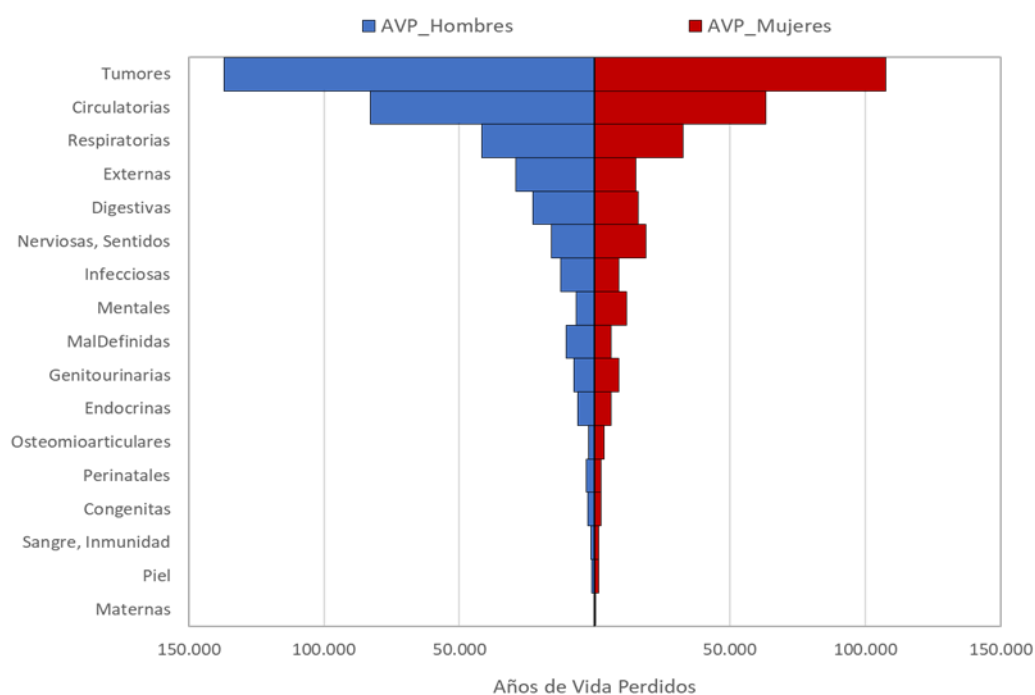


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE, Tablas de mortalidad, IECM.
Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Carga de enfermedad

En 2023, la mayor causa de Años de Vida Perdidos (AVP) tanto en mujeres como en hombres fueron las muertes por tumores, por encima de las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del aparato respiratorio. Las enfermedades infecciosas, dentro de las que se incluye la mortalidad por covid-19, descienden al séptimo lugar, desde la tercera posición que ocupaban en 2021 y la primera en 2020.

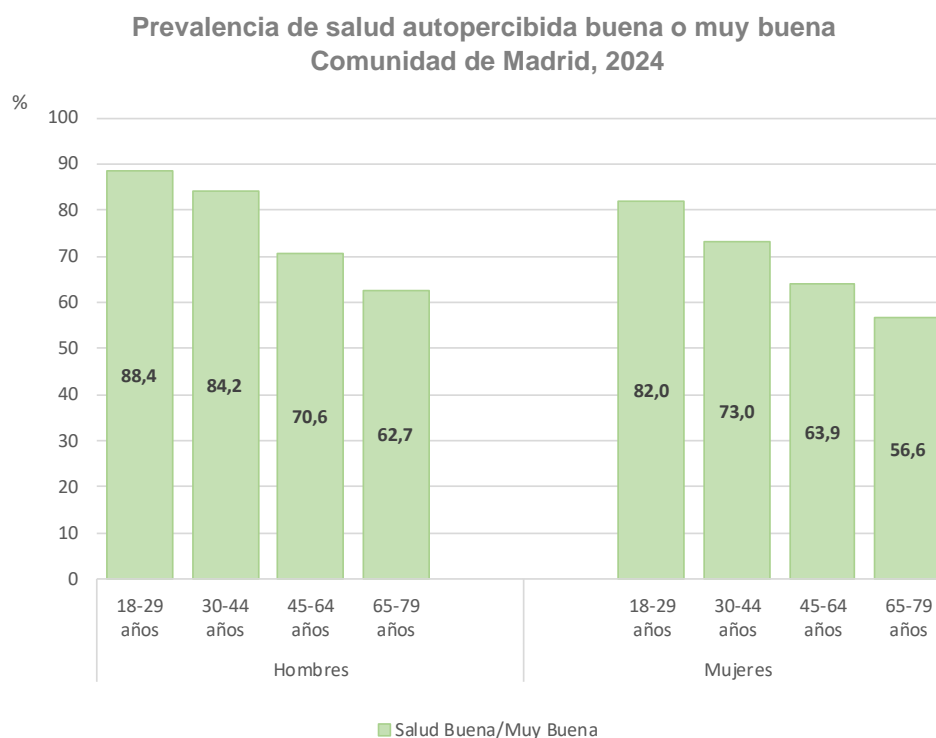
Años de Vida Perdidos (AVP) según causa de muerte y sexo
Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Estado de salud percibido

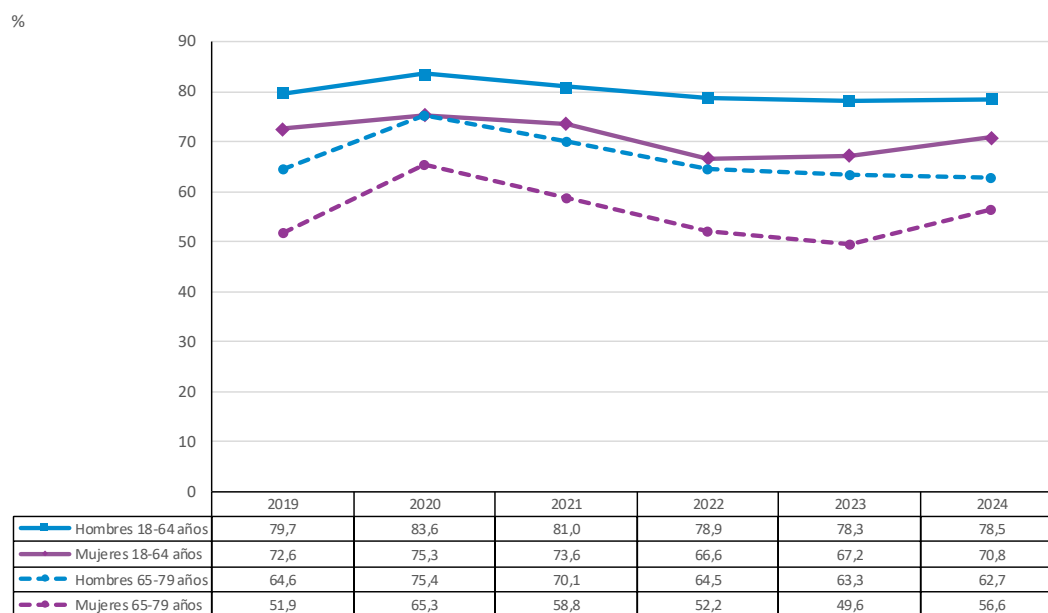
En 2024 el 74,6% de la población de entre 18 y 64 años refiere percibir su salud como buena o muy buena, siendo ese porcentaje superior en hombres (78,5% frente al 70,8% de las mujeres). En la población de 65 a 79 años son el 59,4% los que tiene esta percepción positiva de su salud, siendo ligeramente superior entre hombres (62,7% frente al 56,6% de las mujeres). Esta percepción positiva disminuye con la edad y es siempre superior entre los hombres en todos los grupos de edad, como puede verse en la siguiente figura.



Fuente: SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

En la siguiente figura se puede ver la evolución del indicador de percepción de salud buena o muy buena en población de 18 a 79 años desde el año previo al inicio de la pandemia, observando una mejora del indicador en el primer año pandémico, que puede ser consecuencia del contexto pandémico y un progresivo empeoramiento en los años siguientes que parece estar remitiendo en el caso de las mujeres.

Evolución de la prevalencia de salud autopercebida buena o muy buena en personas de 18 a 79 años. Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

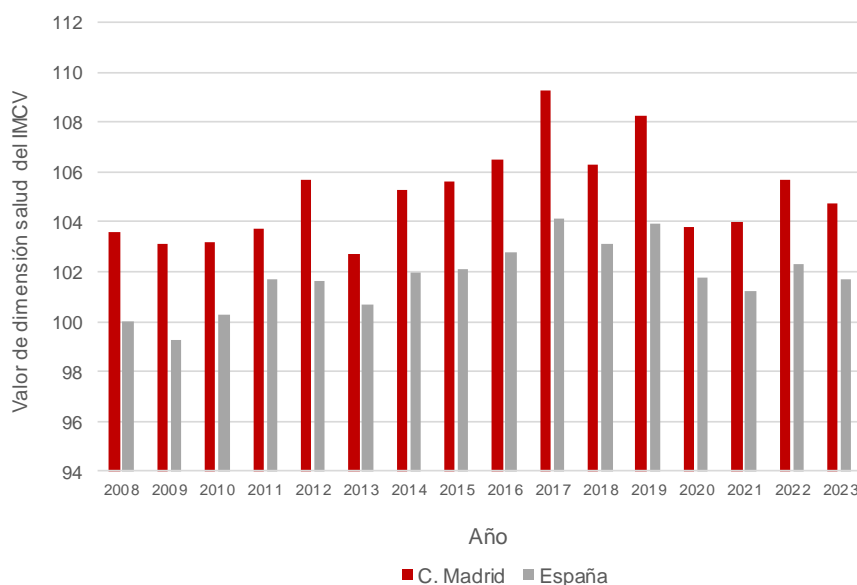
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Indicador multidimensional de calidad de vida

El Indicador multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) es un indicador compuesto de medición de calidad de vida que el INE presenta con carácter experimental, con el objetivo de culminar en un indicador multidimensional de calidad de vida estable dentro de la producción oficial de INE.

El IMCV, se compone de 9 dimensiones y una de ellas es la relativa a salud que contiene los siguientes indicadores: *esperanza de vida*, *esperanza de vida en buena salud*, *salud autopercebida*, *morbilidad crónica*, *limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses*, *acceso a cuidados sanitarios* y *determinantes en salud*. En la siguiente figura puede observarse la serie de este indicador desde 2008 a 2023 en el componente salud, en donde Madrid destaca respecto al total de España.

Evolución del indicador multidimensional de calidad de vida: dimensión de salud

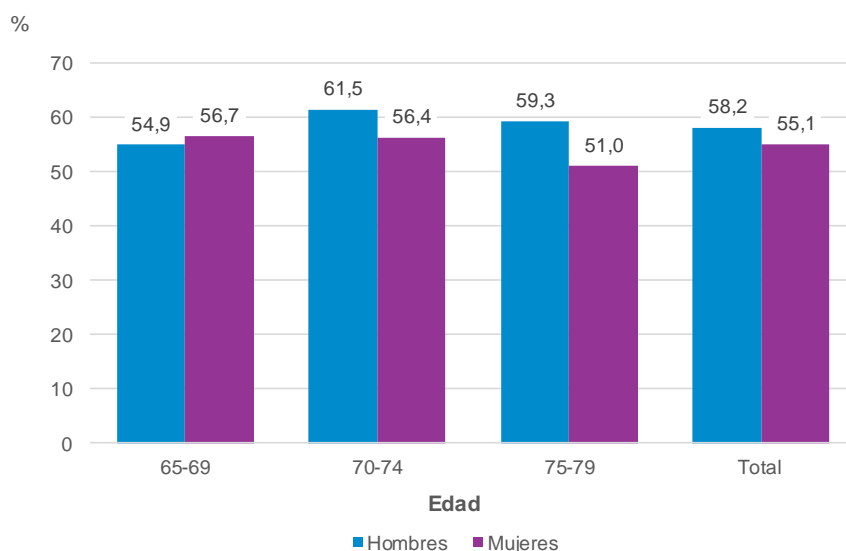


Fuente: Indicador multidimensional de calidad de vida: dimensión de salud (IMCV), INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años

Problemas crónicos de salud

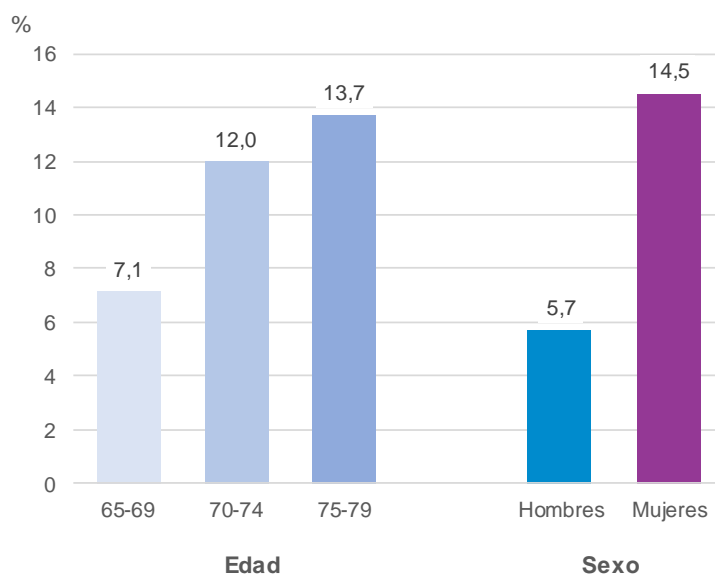
En 2024 un 56,5% de la población de 65 a 79 años tiene uno o más problemas crónicos de salud, el 58,2% de los hombres y el 55,1% de las mujeres.

Prevalencia de enfermedades crónicas (una o más) en personas de 65 a 79 años
Comunidad de Madrid, 2024

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

El dolor persistente en los mayores aumenta con la edad y es causa de trastornos como ansiedad, depresión, disminución de la movilidad, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, entre otros. El 10,5% de las personas de entre 65 y 79 años refieren sufrir dolor extremo o severo, siendo esta proporción marcadamente más elevada en las mujeres, en las que alcanza el 14,5%, casi el triple que entre los varones.

**Prevalencia de dolor persistente extremo o severo en personas de 65 a 79 años
Comunidad de Madrid, 2024**



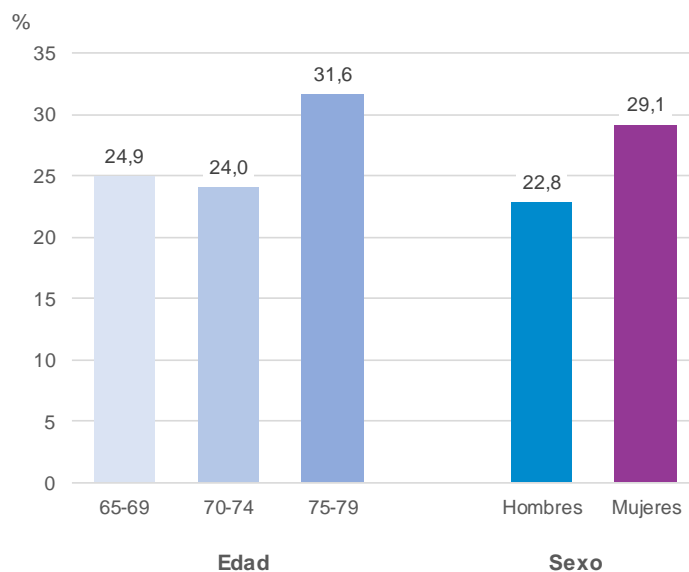
Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Indicadores de dependencia

Limitación de la actividad

El 26,3% de las personas de entre 65 y 79 años refiere en 2024 tener algún grado de limitación para la actividad (según el indicador GALI), lo que supone una de cada 4 personas de esas edades. La limitación es más frecuente entre las mujeres y en la población de entre 75 y 79 años.

Prevalencia de algún grado de limitación de la actividad en personas de 65 a 79 años Comunidad de Madrid, 2024

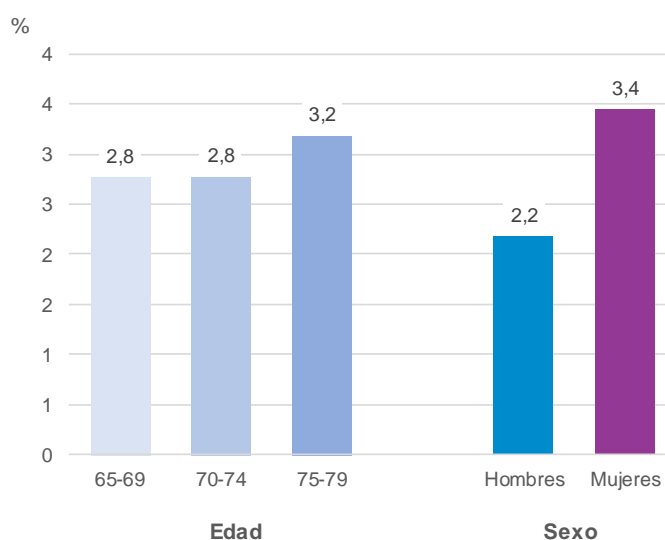


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Para las ABVD en 2024 se refiere dependencia moderada, grave o total, en un 2,9% de las personas de 65 a 79 años, es mayor en las mujeres (3,4%) que en los hombres (2,2%); también existe un gradiente por aumento de la edad, como puede verse en la figura siguiente

Prevalencia de dependencia para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024

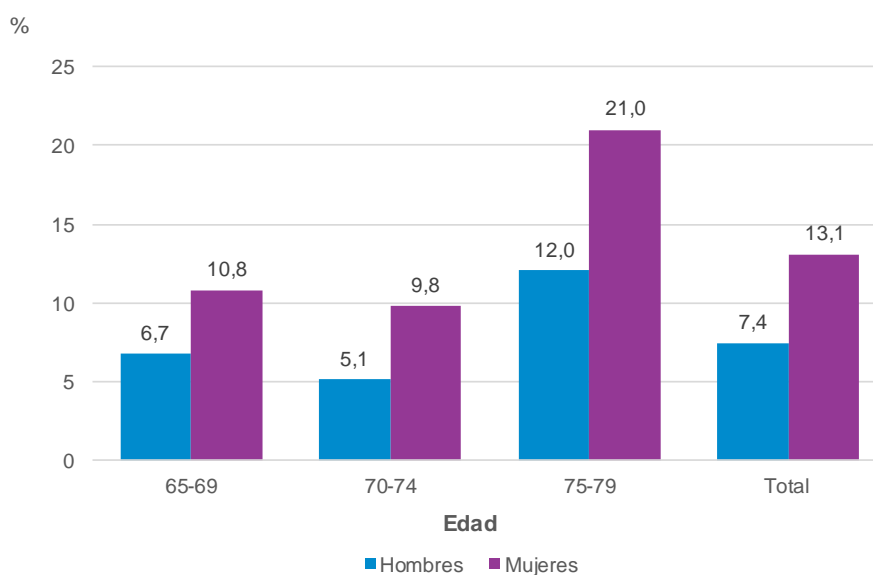


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Para las AIVD, los porcentajes de dependencia moderada, grave o total son del 10,5% para la población de 65 a 79 años, 13,1% en mujeres y 7,4% en hombres, alcanzando una proporción marcadamente más elevada a partir de los 75 años. En cualquier grado de dependencia, desde ligera a moderada, grave y total los resultados son mucho mayores en las mujeres que en los hombres.

Prevalencia de dependencia para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2024

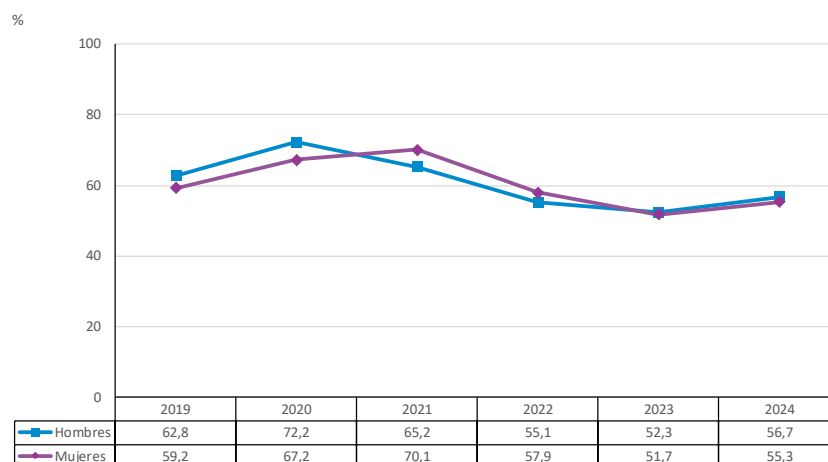


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Apoyo Social

La falta de apoyo social, entendido como presencia de recursos provenientes de otras personas, es uno de los factores de vulnerabilidad. La puntuación de la escala OSSLO-3 muestra que un alto porcentaje de personas de entre 65 y 79 años tienen un fuerte apoyo social, superando a la mitad de la población. Es llamativo el aumento de casi 10 puntos porcentuales en los años duros de la pandemia (2020 y 2021), en donde la población se sentía con un mayor apoyo social.

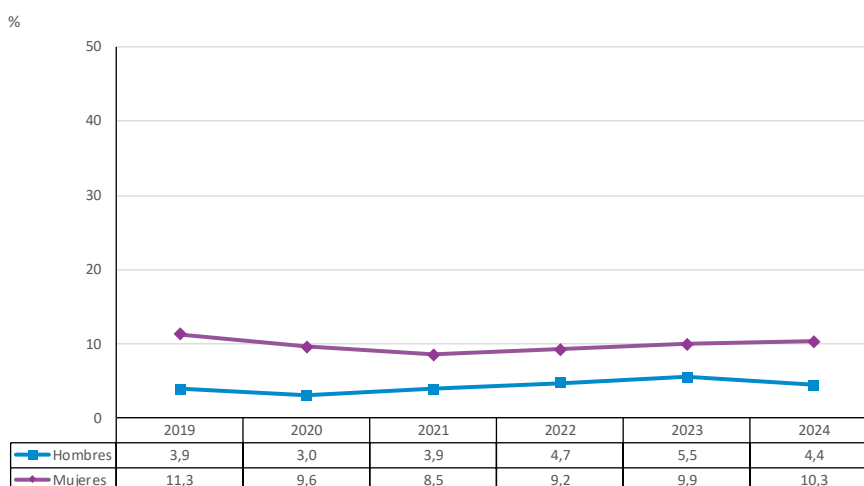
Evolución de la percepción de apoyo social fuerte en personas de 65 a 79 años, según la escala OSSLO-3. Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

El sentimiento de soledad no querida “siempre o casi siempre” afecta al 7,6% de la población de 65 a 79 años, siendo del 10,3% en mujeres y 4,4% en hombres. La gran diferencia entre hombres y mujeres se mantiene en el tiempo.

Evolución de la prevalencia del sentimiento de soledad siempre o casi siempre, en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid



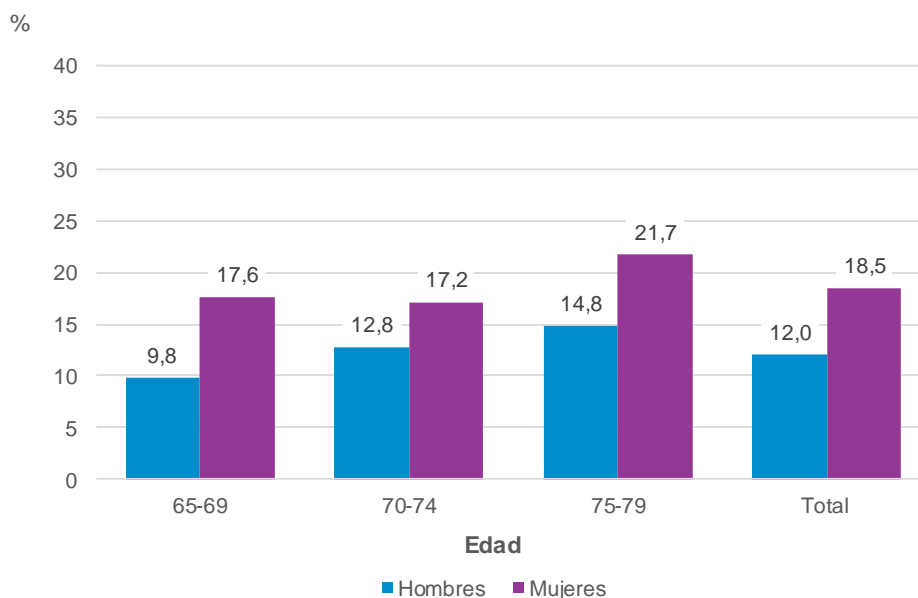
Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Fragilidad

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por pérdida de peso, cansancio, debilidad, marcha lenta y disminución de la actividad física. La sarcopenia, pérdida de la masa muscular, es característica de la fragilidad. La prevalencia de fragilidad se sitúa en el 15,6% entre la

población de 65 a 79 años en 2024, aumenta con la edad, y es superior en las mujeres, como puede verse en la figura siguiente.

**Prevalencia de fragilidad en personas de 65 a 79 años, según la escala Frail adaptada.
Comunidad de Madrid, 2024**



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Hábitos de salud, salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Año 2024. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/avance_resultados_sivfrent-m_2024.pdf

Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (I)

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051385.pdf>

Determinantes de la salud

Dinámica demográfica

Evolución de la población

Componentes del crecimiento demográfico

Pirámide de población

Determinantes ligados al medio

Calidad del aire

Contaminación atmosférica

Polen atmosférico

Temperaturas extremas

Olas de calor

Olas de frío

Vectores transmisores de enfermedades

Vigilancia de vectores y reservorios de Leishmaniasis

Vigilancia de vectores de arbovirus

Vigilancia de agentes zoonóticos en garrapatas

Vigilancia de riesgos zoonóticos

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre

Vigilancia de enfermedades (parásitos gastrointestinales) en animales domésticos

Vigilancia de la rabia

Calidad del agua

Agua de consumo humano

Agua de piscinas

Agua en zonas de baño

Vigilancia y control de Legionella

Alimentos

Riesgos químicos asociados a alimentos

Presencia de agentes zoonóticos en alimentos

Vigilancia de resistencias antimicrobianas de agentes zoonóticos alimentarios

Hábitos y estilos de vida en jóvenes

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Nutrición inadecuada

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Juego problemático de videojuegos y uso de pornografía

Hábitos y estilos de vida en adultos

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Nutrición inadecuada

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Repercusiones en la salud del consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones

Hábitos y estilos de vida en mayores

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Nutrición inadecuada

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Acciones preventivas

Coberturas de vacunación/inmunización

Indicadores de coberturas de vacunación en población infantil

Indicadores de coberturas de vacunación en población adolescente

Indicadores de coberturas de vacunación en población adulta

Programas de cribado neonatal

Programas de cribados de tumores

Cáncer de colon y recto

Cáncer de cérvix y mama

Los determinantes de la salud son aquellos factores o condicionantes de vida (sociales, económicos, políticos y ambientales), tanto de la persona como de su entorno, que influyen y afectan al estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

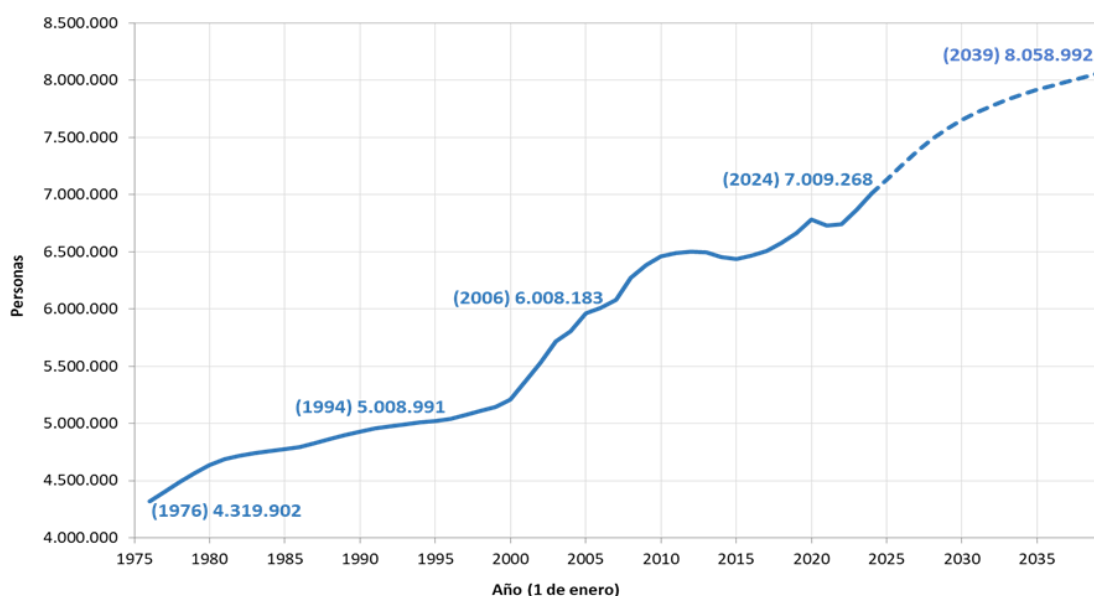
Dinámica demográfica

Evolución de la población

La evolución demográfica es al mismo tiempo causa y consecuencia del estado de salud de una población. Las tendencias en la natalidad, mortalidad y migración hacen variar el tamaño de las poblaciones al tiempo que moldean su estructura por edades y sexo, representada por la pirámide de población. La población madrileña actual es el resultado de la secular reducción de la mortalidad prematura, un patrón de baja fecundidad que dura ya más de tres décadas y un importante peso de la población extranjera de edades adultas llegada desde el inicio del siglo XXI. A ello hay que añadir los efectos de la crisis económica iniciada en 2008, y de la reciente pandemia por covid-19. En la figura puede observarse la evolución anual del número de habitantes desde 1976 hasta 2024 y la proyección de población desde 2025 a 2039 en la Comunidad de Madrid.

La serie temporal de población procedente del padrón continuo y de los censos anuales muestra a partir de 2010 una desaceleración del fuerte crecimiento registrado desde finales de los años noventa del siglo XX. La principal causa de este cambio de tendencia es la variación en el patrón migratorio que había regido en el anterior decenio, que tiene consecuencias no sólo en el estancamiento y posible disminución futura de la población adulta, sino también en la reducción de las nuevas cohortes de nacidos. Sin embargo, desde 2016 la población madrileña vuelve a crecer, y en 2017 se alcanzan por primera vez en la historia los 6,5 millones de residentes en la Comunidad de Madrid. En 2021 y 2022 se aprecia una disminución de población como consecuencia principalmente del efecto de la pandemia por covid-19: descenso del número de nacimientos, fuerte aumento de la mortalidad y crecimiento migratorio negativo. Las cifras oficiales de 2023 y 2024 -año en el que se alcanzan los 7 millones de habitantes- y la proyección más reciente disponible, publicada en octubre de 2024, auguran sin embargo una senda de crecimiento en el futuro próximo con mayor incremento poblacional que el previsto en estimaciones anteriores, superando en 2039 los 8 millones de personas.

Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid, desde 1976



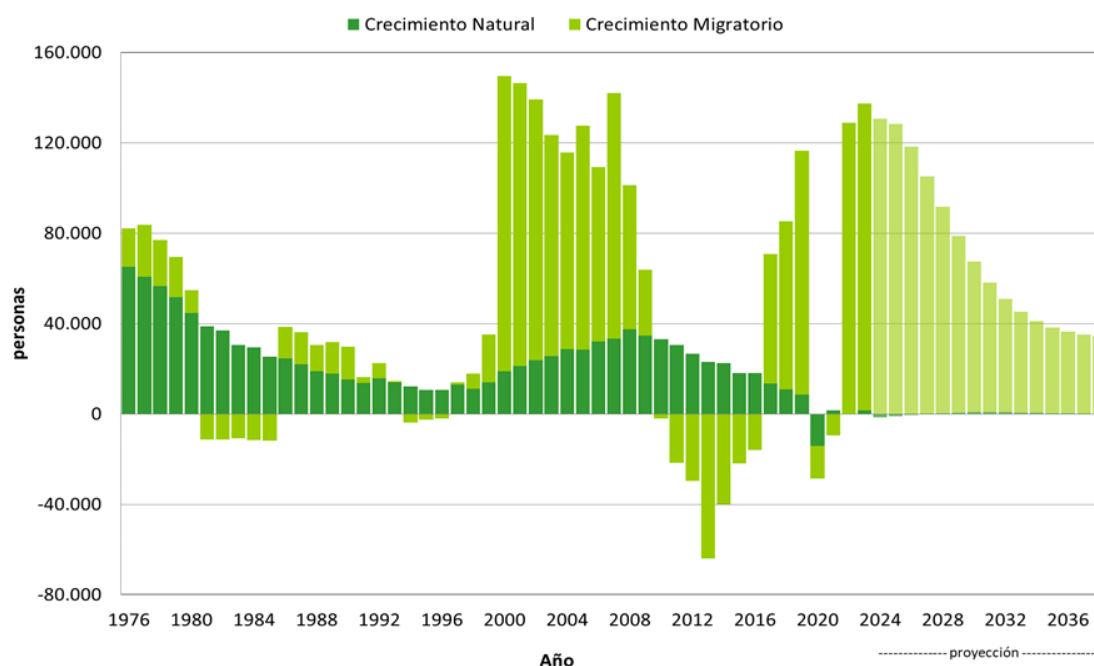
Fuente: Padrón Continuo, Censos Anuales y Proyecciones, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Componentes del crecimiento demográfico

En la figura siguiente se observa el crecimiento demográfico de la población de la Comunidad de Madrid desde 1976, con sus componentes: Crecimiento natural (nacimientos menos defunciones) en verde oscuro y el crecimiento migratorio (inmigrantes menos emigrantes) en verde más claro. Los datos a partir de 2024 son resultado de las proyecciones de población más recientes disponibles.

El cambio de dinámica tanto en el balance vegetativo (diferencia entre nacidos y fallecidos) como en el saldo migratorio (diferencia entre entradas y salidas por migración) se aprecia claramente en la siguiente figura. A lo largo del último cuarto del siglo XX el crecimiento natural se fue reduciendo hasta alcanzar mínimos históricos, acompañado de un escaso saldo migratorio. La primera década del siglo XXI presentó entradas masivas por inmigración -principalmente procedente de otros países- y un incremento positivo en el balance entre nacimientos y defunciones. Ambas tendencias se truncaron a partir de 2010, con saldos migratorios negativos y un descenso del crecimiento natural. Entre 2016 y 2019 la inmigración volvió a ser alta, pero la pandemia por covid-19 ha frenado bruscamente este crecimiento. El balance futuro aquí mostrado es resultado de la proyección más reciente disponible, publicada en octubre de 2024, y muestra una previsión de prácticamente nulo crecimiento natural y un saldo migratorio fuertemente positivo pero decreciente a medida que avanzan los años.

Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid, desde 1976



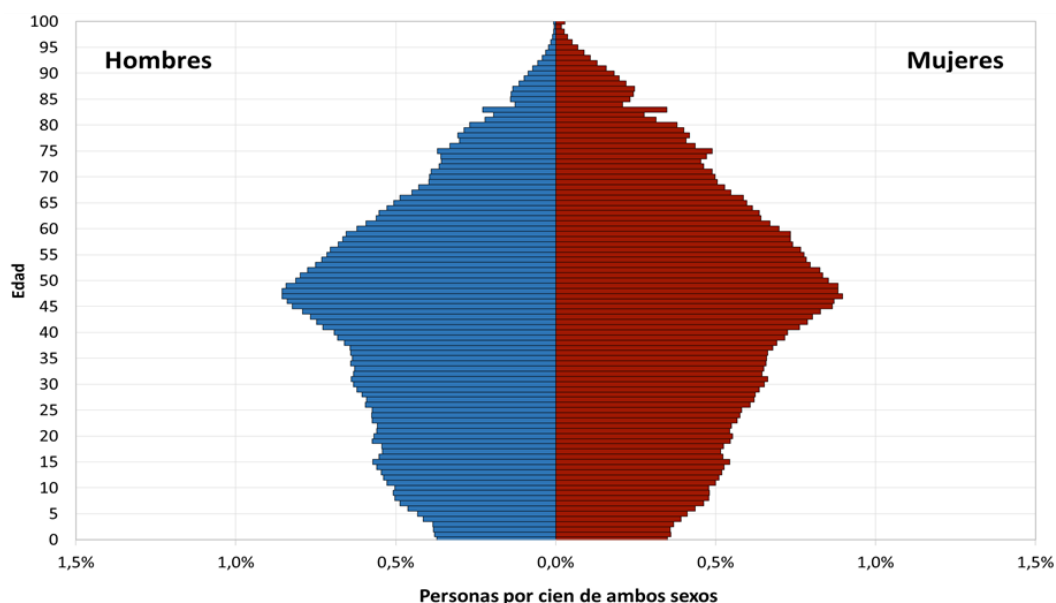
Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón Continuo, Censos Anuales y Proyecciones, INE.
Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Pirámide de población

La pirámide de población representa la estructura de la población por edad y sexo como porcentaje sobre la población total. Las mujeres se representan a la derecha y los hombres a la izquierda.

La pirámide actual de la población madrileña se caracteriza por un alto nivel de supervivencia - mayor en las mujeres que en los hombres- y un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 35 y los 59 años de edad. Se advierte también el fuerte descenso del tamaño de las generaciones nacidas en los años ochenta y noventa del siglo XX, y de nuevo en las generaciones nacidas después de 2010. El motivo de ello es no sólo el estancamiento e incluso reducción de la población extranjera (uno de cada cuatro nacidos vivos en la Comunidad de Madrid en los últimos años era hijo de madre no española, por lo que el peso de esta población sobre el total de la fecundidad madrileña era y aún es muy importante) sino también por un hecho demográfico estructural: el tamaño de las cohortes de mujeres en edades fértiles es ahora menor que años atrás, y continuará disminuyendo fuertemente en los próximos años, por lo que se puede asegurar sin temor a equivocarse que los nacimientos -y por tanto la base de la pirámide- continuarán reduciéndose en el futuro próximo. La crisis económica anticipó e intensificó un proceso que iba a producirse en cualquiera de los casos. El efecto negativo sobre la fecundidad de la pandemia por covid-19 se aprecia fundamentalmente en el menor tamaño de las cohortes más recientes, aunque el impacto en la población madrileña se distribuye por todas las edades (en las personas mayores principalmente como resultado de la mayor mortalidad y en las edades adultas por las consecuencias de la pandemia en los flujos migratorios).

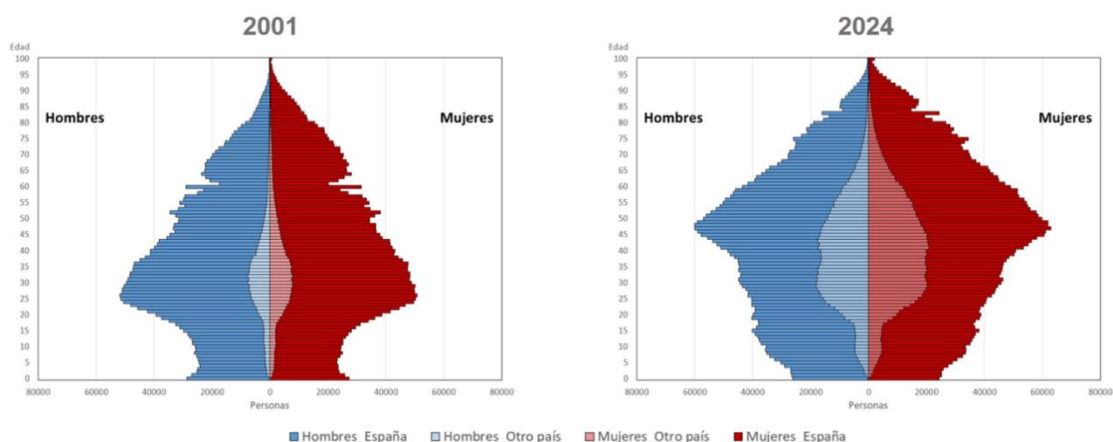
Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Censo Anual, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

A lo largo del primer cuarto del siglo XXI la proporción de población residente en la Comunidad de Madrid nacida en otros países (tonos claros en la figura) ha aumentado de manera muy importante. Los flujos migratorios desde el extranjero han sido, como se ha comentado, muy grandes desde el año 2000 hasta la actualidad, con las excepciones de los años inmediatamente posteriores a la crisis económica de 2008 y de los años 2020 y 2021 por los efectos de la pandemia. Las personas que llegan a Madrid desde otros países lo hacen para trabajar y estudiar, de modo que, como se aprecia en la figura, su presencia es significativa a partir de los 18 años y durante las edades jóvenes y adultas. En la medida en que permanezcan residiendo en la Comunidad de Madrid, la edad media de esta población irá aumentando con el tiempo, cobrando peso relativo también en el grupo de personas mayores.

Pirámides de población por lugar de nacimiento. Comunidad de Madrid



Fuente: Padrón continuo (2001) y Censo anual (2024), INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Determinantes ligados al medio

Los determinantes de la salud ligados al medio son aquellos factores o condicionantes de vida relacionados con condiciones medioambientales que influyen y afectan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Calidad del aire

Contaminación atmosférica

La contaminación atmosférica sigue siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en Europa. Afecta especialmente a los grupos más vulnerables como infancia, personas mayores y aquellas con enfermedades cardiovasculares, así como a la población socioeconómicamente más desfavorecida. Además, hay evidencias de que la contaminación del aire puede estar asociada con cambios en el sistema nervioso, como la demencia. Todo ello sustenta la relevancia que la calidad del aire tiene en la salud pública.

La Dirección General de Salud Pública (DGSP) participa en la actual Estrategia de Energía, Clima y Aire de la Comunidad de Madrid 2023-2030 (ECAM), como continuación del Plan Azul+, de la que deriva el Plan de Mejora de la Calidad del Aire. Sus objetivos están alineados con los de la ECAM y en concreto con el Objetivo Estratégico 5, cuyo propósito es conseguir la reducción de emisiones contaminantes para alcanzar objetivos de mejora de la calidad del aire.

Desde la DGSP se genera información dirigida al sistema asistencial, sanitario y sociosanitario y a la población general sobre superaciones de los niveles de los contaminantes atmosféricos con mayor impacto en nuestra región: ozono troposférico, dióxido de nitrógeno y partículas en suspensión. El actual marco legislativo, Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire, se verá modificado por la propuesta de Directiva relativa a la calidad del aire ambiente y a una atmósfera más limpia, que marca unos valores muy en sintonía con los últimos valores guía publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Se hace un seguimiento diario de los niveles de contaminantes atmosféricos procedentes de las dos redes de vigilancia ambiental (la autonómica y la del ayuntamiento de Madrid), difundiendo los datos de superaciones de valores umbral y de límites de protección para la salud mediante boletines informativos. Además, en ellos se identifica a los grupos vulnerables y se recogen recomendaciones sanitarias para proteger la salud ante la exposición.



Más información:

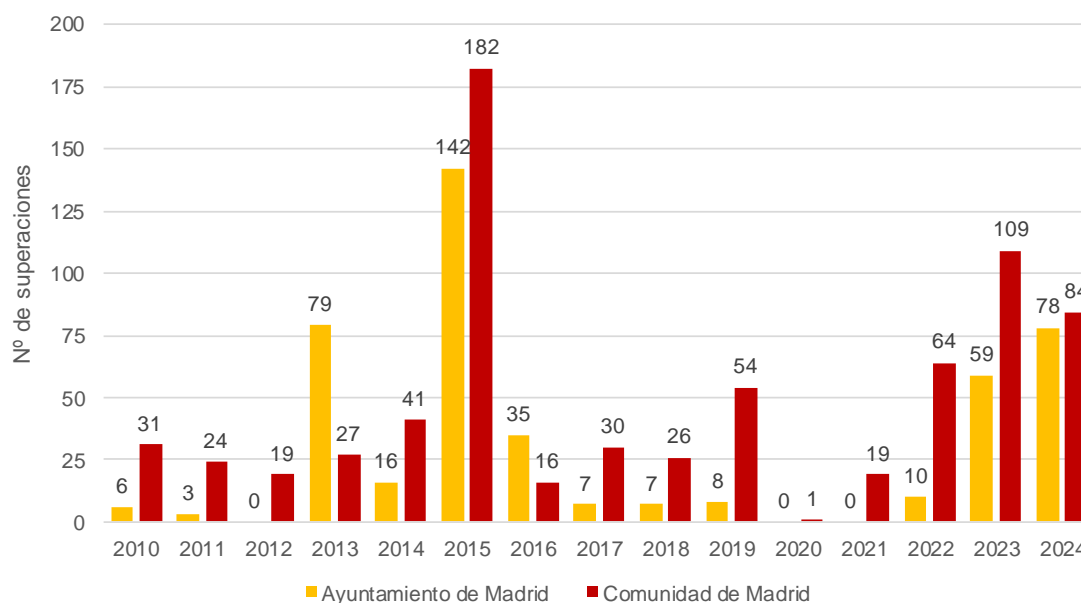
Calidad del aire y salud, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/calidad-aire-salud>

Indicadores de vigilancia de la contaminación atmosférica. Comunidad de Madrid

Contaminación atmosférica	2022	2023	2024
Superaciones del umbral o valor límite según normativa	75	168	162
Superaciones de ozono troposférico	74	168	162
Superaciones de dióxido de nitrógeno	1	0	0
Nº de días con aviso de intrusión de masa de aire africano	90	46	100

Fuente: Red de Vigilancia de calidad del aire de la Comunidad de Madrid y Sistema Integral de Calidad del Aire del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

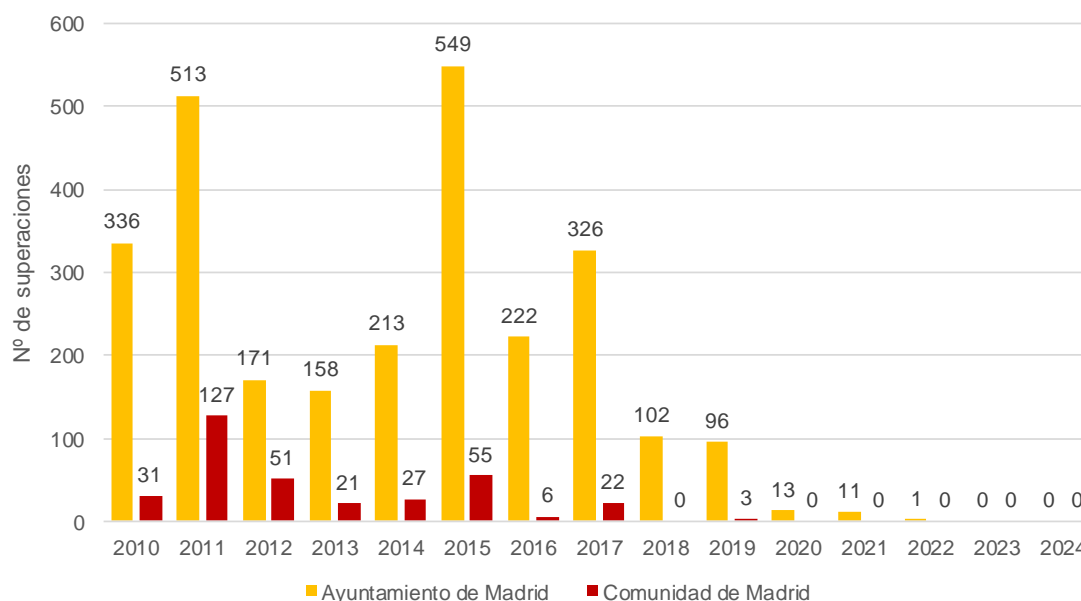
Superaciones de ozono troposférico



Superaciones de umbral de información de ozono troposférico O₃ (180µg/m³)

Fuente: Redes de Vigilancia de calidad del aire de la Comunidad de Madrid y Sistema Integral de Calidad del Aire del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Superaciones de dióxido de nitrógeno



Superaciones del valor límite horario de NO₂ (200 µg/m³)

Fuente: Red de Vigilancia de calidad del aire de la Comunidad de Madrid y Sistema Integral de Calidad del Aire del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Polen atmosférico

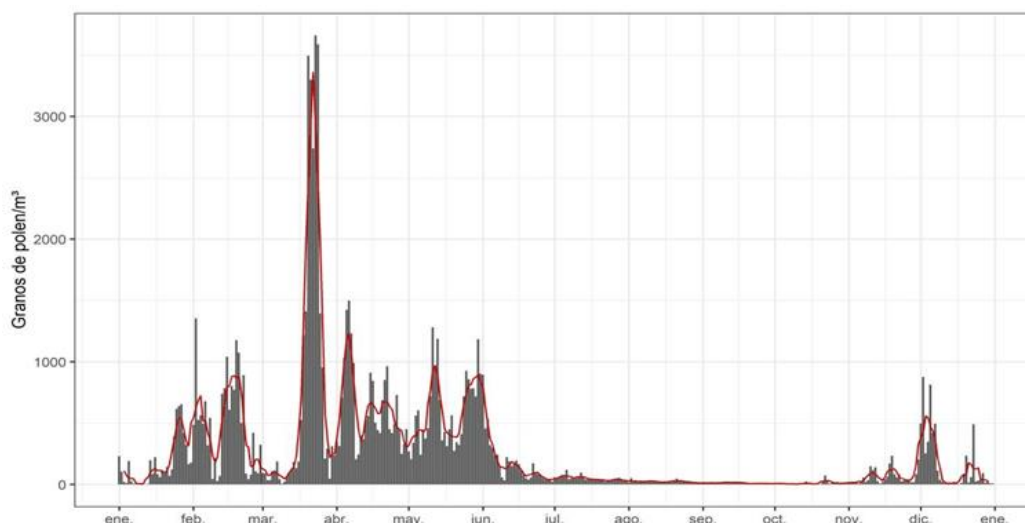
La prevalencia de las enfermedades alérgicas, y de la polinosis en concreto, muestra una tendencia creciente en la Comunidad de Madrid y en toda Europa. Por tanto, la repercusión de la alergia al polen justifica la necesidad de desarrollar sistemas de monitorización y seguimiento de los niveles de polen en el aire de los núcleos de población. La Consejería de Sanidad gestiona desde hace más de 30 años la Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (Red Palinocam). Se trata de una red de vigilancia que analiza, cuantifica y predice concentraciones de polen a lo largo del año. Los niveles de polen se vigilan muestreando el aire, de forma ininterrumpida, durante los 365 días del año. En 2024 la red dispuso de 10 captadores en diferentes puntos ubicados por toda la región (Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Coslada, Getafe, Las Rozas, Collado Villalba y 3 en Madrid).

Indicadores de vigilancia del polen atmosférico. Comunidad de Madrid

	2022	2023	2024
Muestras de aire analizadas	3.602	2.865	2.557
Días de aviso por predicción de superación del valor umbral	55	79	91

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

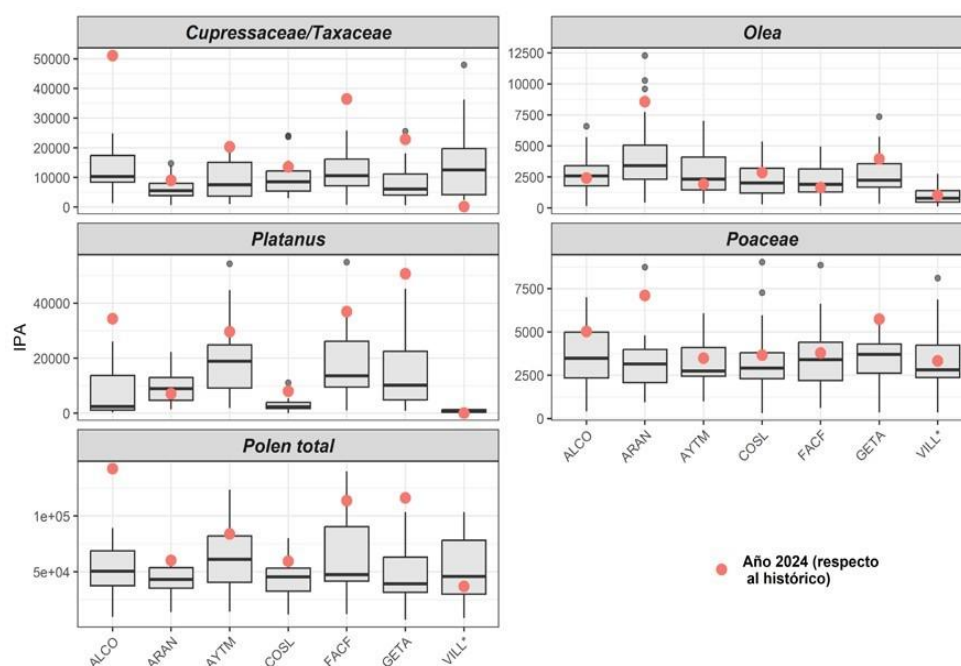
Evolución de las cantidades diarias de polen total. Comunidad de Madrid, 2024



Valores promedio de las concentraciones medias diarias (granos de polen/m³ de aire) del polen total en 2024 y línea de media móvil en rojo (media para 5 días), para el conjunto de estaciones de la red PALINOCAM

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Dirección Técnica Red Palinocam.

Comparativa de la cantidad de polen respecto a la distribución media en cada estación aerobiológica. Comunidad de Madrid, 2024



Comparativa de la cantidad de polen anual registrada para cada tipo polínico en el año 2024 (punto rojo), con respecto a la distribución de los datos anuales durante la serie histórica en cada estación aerobiológica de la Red PALINOCAM (diagrama de cajas, representado cada caja los datos de IPA entre los cuartiles 1 y 3, percentiles 25 y 75, respectivamente). La estación de Villalba marcada con un asterisco, no ha mantenido un muestreo uniforme a lo largo del año 2024 y, por lo tanto, no es representativa en el análisis.

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Dirección Técnica Red Palinocam.



Más información:

Polen y Salud: vigilancia e información <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/polen>

Informe técnico anual de situación Red Palinocam. Año 2024

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/pole/red_palinocam_informe_tecnico_anual_2024.pdf

Temperaturas extremas

Dentro del contexto actual de cambio climático, el incremento global de temperaturas y el inicio tardío y abrupto del invierno, la Comunidad de Madrid dispone de planes de vigilancia y control de los efectos de la exposición a extremos térmicos: olas de calor y de frío.

Olas de calor

Los objetivos principales del Plan de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor son: disminuir la morbilidad y especialmente la mortalidad asociada a las altas temperaturas y mejorar la información dirigida a la población general (consejos y medidas preventivas específicas) y a profesionales sanitarios y socios sanitarios.

Según la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el verano 2024 (periodo comprendido entre el 1 de junio y el 31 de agosto) ha tenido un carácter muy cálido, con una temperatura media en la España peninsular de 23,1°C, valor 1,0°C por encima de la media de esta estación (periodo de referencia 1991-2020). Ha sido el sexto verano más cálido desde el comienzo de la serie en 1961 y también el sexto verano más cálido del siglo XXI. De los diez veranos más cálidos de la serie, nueve pertenecen al siglo XXI. En la Comunidad de Madrid, en los meses de julio y agosto de 2024 se detectan anomalías positivas, siendo más elevadas en agosto, con lo que AEMET lo calificó como mes extremadamente cálido este año, al igual que el año 2023.

Según los registros del sistema de vigilancia ambiental de plan, del 1 de junio al 15 de septiembre se contabilizaron 27 días en los que la temperatura máxima observada registró valores por encima de 36,5°C (umbral de disparo de mortalidad en nuestra región), cifra muy similar al año anterior (26 días) y muy por debajo de la del 2022 (40 días). De estos días, durante 11 días se superó el segundo umbral de 38,5°C, cifra también similar a los 12 días de 2023 e inferior a los 18 días de 2022. La temperatura máxima más alta (40,5°C), calculada como el promedio de los observatorios de Barajas, Retiro, Cuatro Vientos y Getafe, se registró el día 24 de julio.

En la temporada de vigilancia del 1 de junio al 15 de septiembre de 2024 la mortalidad observada en la Comunidad de Madrid por todas las causas y edades supone una media de 115 muertes diarias, un total de 12.314, un 3,8% mayor a los 11.859 fallecimientos esperados según la mortalidad en los 5 años previos a 2020. Se aprecian 4 días con superación del límite máximo esperado, y tanto la correlación lineal como la asociación entre mortalidad diaria total y la temperatura máxima muestran asociación positiva estadísticamente significativa. Este efecto se aprecia de forma similar en el grupo de mayores de 75 años. El porcentaje de urgencias ingresadas es ligeramente superior en días con temperatura máxima superior a 36,5°C respecto a los días cuya temperatura máxima no alcanza este nivel.

Por tanto, el verano de 2024 muestra un efecto significativo de las altas temperaturas en la mortalidad diaria tanto para el total como para el grupo de mayores de 74 años, y se aprecia un leve incremento del porcentaje de urgencias atendidas en los días con temperaturas extremas.

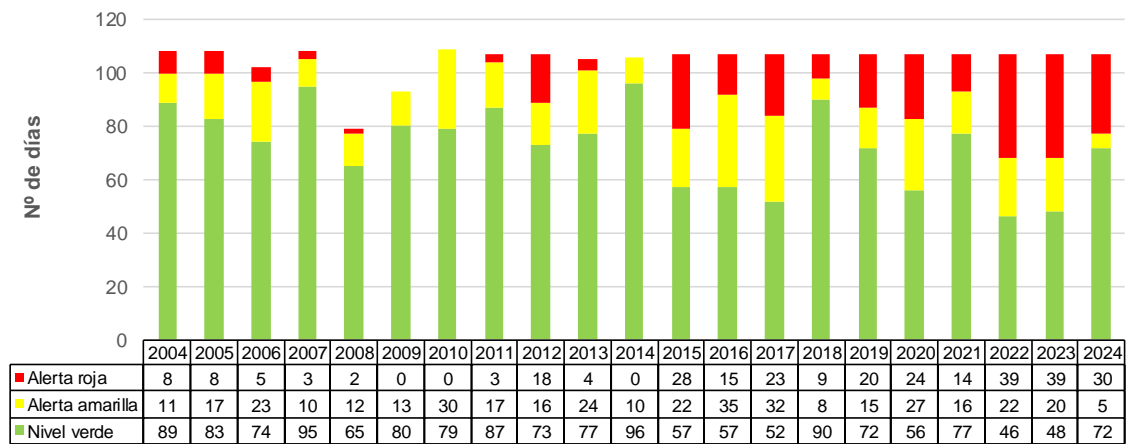
No obstante, a pesar de las altas temperaturas registradas, el impacto no supera el observado en años previos, como 2015 o 2022. Ello podría estar en relación con una progresiva adaptación de la población cada vez mejor informada, en el contexto de un más amplio Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas implementado desde 2023. Es aconsejable seguir evaluando y reforzando las medidas de vigilancia, concienciación y asistenciales.

Indicadores de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor
Comunidad de Madrid

	2024
Días de alerta por ola de calor	35
Días en alerta 1 (Precaución)	5
Días en alerta 2 (Alto Riesgo)	30
Días con Tª máxima registrada > a 36,5 °C y < a 38,5 °C	16
Días con Tª máxima registrada ≥ a 38,5 °C	11
Tª máxima registrada	40,5 °C
Índice de intensidad del exceso de calor (IOC)	46,3

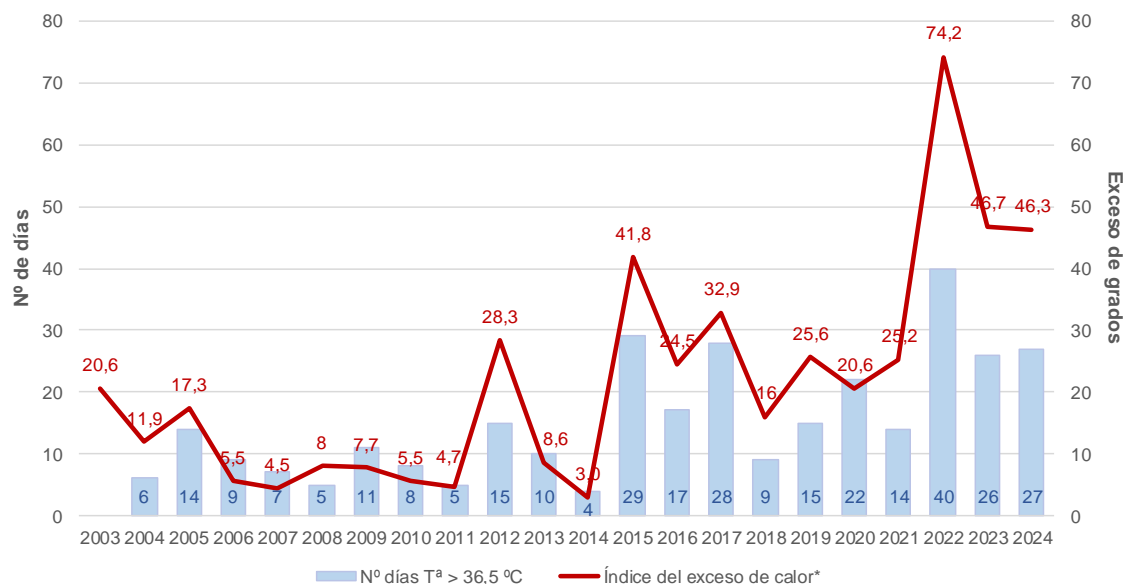
Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Evolución anual de días en alerta por ola de calor. Comunidad de Madrid



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y según los criterios establecidos en el sistema de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

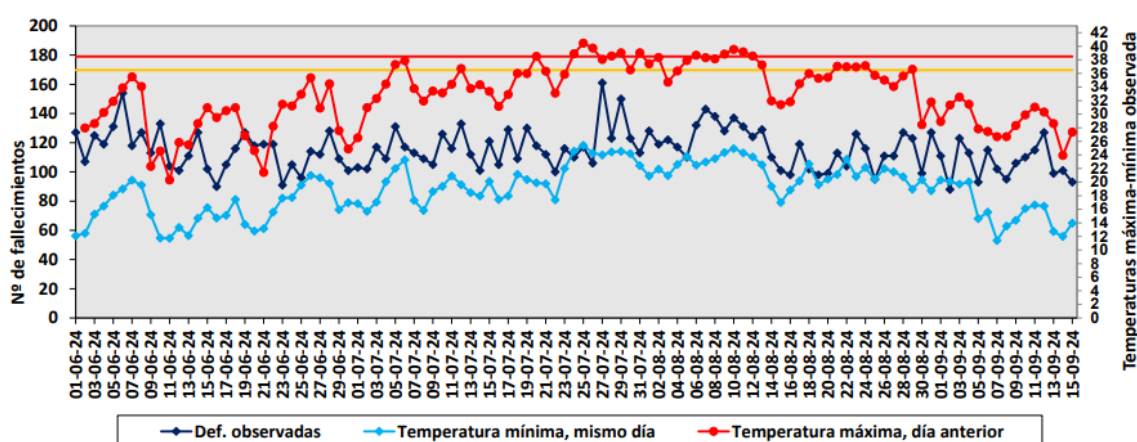
Evolución del número de días con superación del umbral 36,5°C e índice intensidad exceso calor*. Comunidad de Madrid



* El Índice de intensidad del exceso de calor (IOC) representa el exceso de grados centígrados por encima de la Tª umbral de 36,5°C a lo largo de todos los días de la campaña.

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Mortalidad total diaria observada, temperatura máxima observada del día anterior, y mínima del mismo día. Comunidad de Madrid, 2024



Tª máxima como media de las máximas registradas en las estaciones de Barajas, Retiro, Getafe y Cuatro Vientos. Líneas de temperatura en 36,5°C y 38,5°C.

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Indicadores de mortalidad diaria de 1 de junio a 15 de septiembre por todas las causas para toda la población. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Exceso fallecimientos* O/E (%)	-0,047	-1,7	-2,6	-2,4	12,1	-8,1	3,8
Exceso **(M+3DE)	0	0	25	38	308	-	38
Nº días superan nº fallecimientos (M+3DE)	0	0	5	3	19	1	4

* O: observados; E: esperados. Superan valor medio esperado diario de mortalidad respecto a cinco años previos

** Superan límites máximos de mortalidad esperada (valor medio + 3 desviaciones estándar –DE–)

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Calor y salud, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/calor-salud>

Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas. Vigilancia de los efectos del calor 2024. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2024.

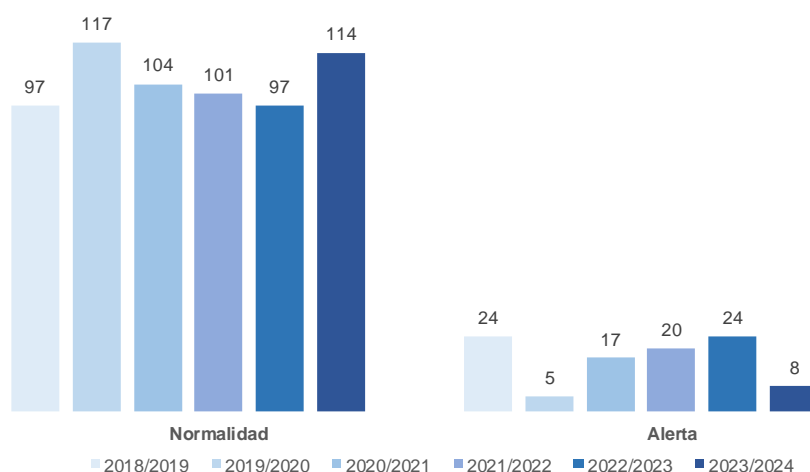
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_morbimortalidad_calor_temporada_2024.pdf

Olas de frío

El Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud de la Comunidad de Madrid está vigente desde el 1 de diciembre de cada año hasta el 31 de marzo del año siguiente y considera como temperatura umbral de disparo de mortalidad por frío los -2°C . A partir de la temporada 2024-2025, la temperatura umbral ha cambiado a $1,9^{\circ}\text{C}$ (por convergencia con el Plan Nacional de actuaciones preventivas por bajas temperaturas) y se establecieron nuevos criterios. Los objetivos de este Plan son: disminuir la morbilidad y especialmente la mortalidad asociada a las bajas temperaturas, mejorar la información dirigida a la población general (consejos y medidas preventivas específicas) e incrementar la información dirigida a profesionales sanitarios y sociosanitarios.

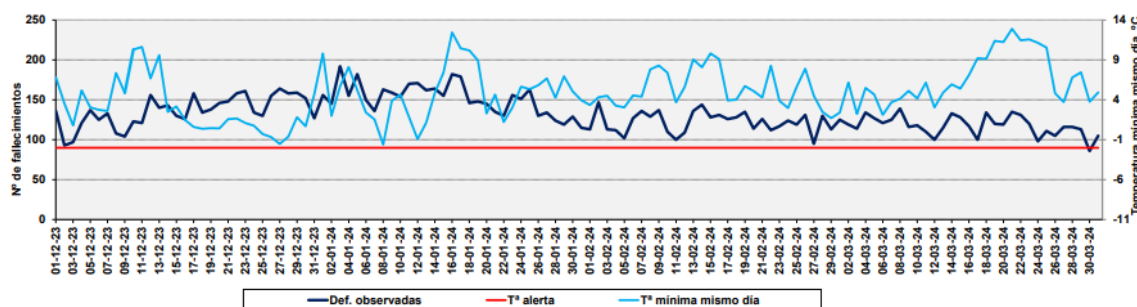
Según AEMET, el invierno 2023-2024 (período comprendido entre el 1 de diciembre de 2023 y el 28 de febrero de 2024) ha tenido carácter cálido, con una temperatura media en la España peninsular de $8,5^{\circ}\text{C}$, valor que queda $1,9^{\circ}\text{C}$ por encima de la media de esta estación (período de referencia 1991-2020). Ha sido, junto con el 2019-2020, el invierno más cálido desde el comienzo de la serie en 1961. En lo referido a la Comunidad de Madrid, durante el periodo de vigencia del plan no hubo ningún día en los que el promedio de las temperaturas mínimas registradas en los cuatro observatorios utilizados fuese inferior a -2°C , siendo el día con una temperatura mínima promedio más baja el 8 de enero con $-1,6^{\circ}\text{C}$.

Días en situación de normalidad y alerta por frío. Comunidad de Madrid



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y según los criterios establecidos en el Plan de vigilancia y control de los efectos del frío en salud. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud

Con circulación del virus de la gripe y de covid-19 en la temporada, y temperaturas que no han descendido de -2°C , se observa una asociación entre la temperatura mínima registrada durante los 2 y 10 días previos, la mortalidad diaria, las urgencias hospitalarias y los casos de enfermedad respiratoria.

Mortalidad total diaria observada, temperatura mínima observada del día anterior y temperatura de alerta (-2°C). Comunidad de Madrid, 2023-2024

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Indicadores de mortalidad diaria de 1 de diciembre a 31 de marzo por todas las causas para toda la población. Comunidad de Madrid

	2017/18	2018/19	2019/20 [^]	2020/21 ^{^^}	2021/22	2022/23	2023/24
Exceso fallecimientos* O/E (%)	2,4	-1,4	NA	1,0	-5,8	-1,1	-2,2
Exceso ^{**} (M+3DE)	13	0	NA	33	0	0	16
Nº días superan nº fallecimientos (M+3DE)	3	0	NA	4	0	0	2

* O: observados; E: esperados. Superan valor medio esperado diario de mortalidad respecto a cinco años previos

** Superan límites máximos de mortalidad esperada (valor medio + 3 desviaciones estándar –DE–)

[^]Temporada afectada por inicio de primera ola de covid-19

^{^^}Curva de mortalidad coincidente con incremento de casos covid-19 sin virus de la gripe circulante

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Temperaturas extremas <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/temperaturas-extremas>

Plan de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las olas de frío en la Comunidad de Madrid, 2023-2024

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_mortalidad_frio_temperatura_2023-2024.pdf

Vectores transmisores de enfermedades

Factores como la globalización, el cambio climático, el movimiento de personas y mercancías hacen que el riesgo de introducción y propagación de enfermedades sea cada vez mayor. Según los expertos, el 28% de las enfermedades emergentes se transmiten por vectores, principalmente artrópodos y aves. Por ello se ha establecido un sistema de vigilancia que detecte y dé una rápida respuesta, coordinando actuaciones y con el apoyo científico necesario.

Los objetivos de este sistema de vigilancia de vectores son los siguientes: prevenir enfermedades infecciosas en el hombre causadas por virus, bacterias, protozoos y parásitos, transmitidas a través de vectores; mantener las redes de vigilancia entomológica y control sanitario-ambiental de vectores con interés en salud pública en la Comunidad de Madrid; analizar los resultados de la vigilancia y proponer estrategias de control de vectores en coordinación con las administraciones/instituciones afectadas y/o con competencias en la materia; informar a ciudadanos y profesionales, y potenciar actividades de educación sanitaria.

Esta vigilancia se realiza con la participación de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el Instituto de Salud Carlos III (SCIII) y el Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria (VISAVET), mediante la recogida de muestras de vectores para determinar tanto la presencia como el porcentaje de positivos a las distintas enfermedades. Así se toman muestras de flebotomos, mosquito tigre, garrapatas y mosca negra.

A continuación, se detallan los principales resultados de las tareas realizadas en el ámbito de la sanidad ambiental en la vigilancia de la leishmaniosis, arbovirosis y enfermedades transmitidas por garrapatas.



Más información:

Vectores y plagas, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vectores-plagas>

Vigilancia de vectores y reservorios de leishmaniosis

La vigilancia se realiza tanto del vector (flebotomo) como de los reservorios (fauna silvestre y animales domésticos).

Los flebotomos actúan como vectores de la *Leishmania*, por lo que el muestreo se basa en la captura de flebotomos, análisis de infectividad y tipo de animal del que se alimentan, diferenciación por especies y cálculo de densidades, diferenciando la zona suroeste, donde se produjo hace unos años el brote de leishmaniosis (Fuenlabrada, Leganés, Getafe y Humanes de Madrid), y otras zonas de riesgo de la Comunidad de Madrid.

Vigilancia de vectores de leishmaniosis en la Comunidad de Madrid

Año	Flebotomos	Zona brote (suroeste)	Otras zonas de riesgo
2020	Nº trampas y vectores identificados	512 trampas y 7.604 flebotomos	570 trampas y 5.817 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	33,2%	23,4%
	Densidad 2020	78,9 fl/m ²	38,4 fl/m ²
2021	Nº trampas y vectores identificados	508 trampas y 6.463 flebotomos	663 trampas y 3.731 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	40,2%	32,1%
	Densidad 2021	81,9 fl/m ²	28,9 fl/m ²
2022	Nº trampas y vectores identificados	536 trampas y 7.361 flebotomos	794 trampas y 10.022 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	18,3%	18,5%
	Densidad 2022	40,6 fl/m ²	37,4 fl/m ²
2023	Nº trampas y vectores identificados	503 trampas y 6.059 flebotomos	845 trampas y 8.606 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	35,7%	24,1%
	Densidad 2023	68,9 fl/m ²	39,4 fl/m ²
2024	Nº trampas y vectores identificados	484 trampas y 6.613 flebotomos	835 trampas y 8.343 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	19,6%	9,8%
	Densidad 2024	42,9 fl/m ²	15,7 fl/m ²

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la zona suroeste se colocan trampas de luz en 4 puntos que se muestrean mensualmente, desde junio a septiembre. En 2024 se han detectado 17 *Phlebotomus perniciosus* positivos a *Leishmania infantum* de los 377 capturados (prevalencia del 4,5%). Estos análisis se llevan realizando desde 2012 y fue en 2013 donde se detectó una infectividad más elevada, un 6,6% (57 positivos de 864). Por otra parte, del análisis molecular de la sangre ingerida por esta especie, se demuestra que el conejo y la liebre son los animales de los que se alimentan con más frecuencia. En concreto de los análisis realizados desde 2012 a 2023, el 69,8% (280 de 401) de las sangres encontradas eran de conejo y el 22,7% (91 de 401) de liebre. En 2023, debido a la disminución del número de liebres en esta zona, se ha encontrado sangre de conejo en 9 *Phlebotomus perniciosus* y sangre de gato en 2. En 2024 no se dispone de información sobre la sangre de la que se han alimentado.

En relación al papel de los lepóridos como reservorio de *Leishmania infantum*, se realiza un muestreo específico en estos animales. En zonas de riesgo, diferentes a la zona suroeste donde hubo el brote de leishmaniasis, en 2024 se han capturado 59 conejos y 1 liebre, en el caso de los conejos 4 han sido positivos y 3 dudosos por serología, y en el caso de la liebre ha sido negativo.

Por otra parte, en la zona suroeste donde hubo el brote de leishmaniasis, desde 2011 a 2024 se han analizado, 2.515 conejos y 682 liebres. El porcentaje de lepóridos infectados en estos años es de 29,5% (201 de 682) para la liebre y de 17,7% (446 de 2.515) para el conejo.

Prevalencia de *Leishmania* en zona suroeste. Comunidad de Madrid

Año	Liebres positivos/totales (%)	Conejos positivos/totales (%)
2011	11/33 (33,3%)	3/22 (13,6%)
2012	37/142 (26,1%)	4/55 (7,3%)
2013	20/61 (32,8%)	40/156 (25,6%)
2014	32/106 (30,2%)	87/407 (21,4%)
2015	48/140 (34,3%)	27/279 (9,7%)
2016	20/68 (29,4%)	61/335 (18,2%)
2017	13/49 (26,5)	70/301(23,3%)
2018	12/33 (36,4%)	41/223(18,4%)
2019	7/19 (36,8%)	37/269(13,8%)
2020	0/9 (0,0%)	3/73(4,1%)
2021	0/9 (0,0%)	30/157(19,1%)
2022	1/11(9,1%)	17/98 (17,3)
2023	0/2 (0,0%)	6/58 (10,3%)
2024	0/0 (0,0%)	20/82 (24,4%)
TOTAL	201/ 682 (29,5%)	446/2.515 (17,7%)

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

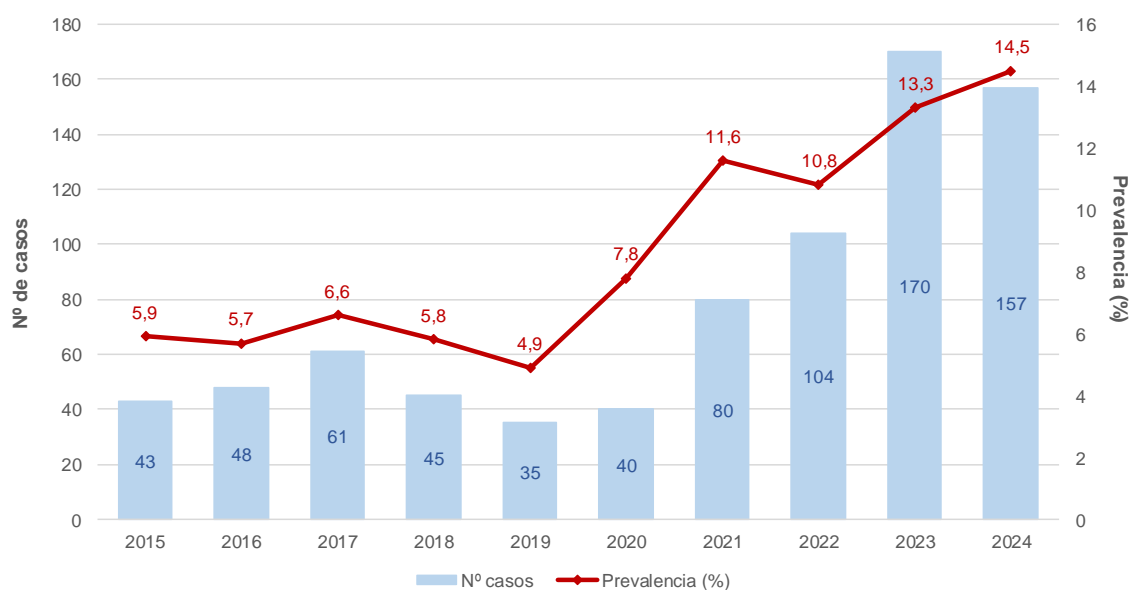
En relación al papel de animales domésticos (perros y gatos) como reservorios de leishmaniosis, la vigilancia se basa en el análisis de muestras de perros y gatos procedentes de los Centros de Protección Animal (CPA) colaboradores voluntarios durante todo el año, así como en 2 cortes (primavera y verano) efectuados en perros vagabundos en todos los CPA.

Vigilancia de leishmaniosis en Centros de Protección Animal de la Comunidad de Madrid

Año	Tipo de animal	Nº muestras	Positivas	Dudosas	Prevalencia
2020	Perros de adopción	527	55	42	10,4%
	Perros vagabundos	295	22	0	7,5%
	Gatos	12	3	0	25,0%
2021	Perros de adopción	701	80	54	11,4%
	Perros vagabundos	210	15	0	7,1%
	Gatos	63	13	0	20,6%
2022	Perros de adopción	963	104	68	10,8%
	Perros vagabundos	274	21	12	7,7%
	Gatos	64	15	1	23,4%
2023	Perros de adopción	1.275	170	114	13,3%
	Perros vagabundos	301	22	17	7,3%
	Gatos	74	2	4	2,7%
2024	Perros de adopción	1.084	157	89	14,5%
	Perros vagabundos	301	22	17	7,3%
	Gatos	53	*	*	*

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Prevalencia de leishmaniosis en perros de adopción Comunidad de Madrid



IFI punto de corte 1/160

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de vectores de arbovirus

El mosquito tigre (*Aedes albopictus*) es un mosquito invasor, procedente de Asia y presente en la costa mediterránea desde 2004, cuya importancia sanitaria se debe a su competencia en la transmisión de arbovirus (dengue, chikungunya y Zika).

En la Comunidad de Madrid se estableció en 2016 una Red de Vigilancia Entomológica del *Aedes albopictus*, en la cual se colocan trampas de oviposición en lugares identificados con probabilidad de detectar el mosquito: en la red de carreteras de entrada desde el Mediterráneo a nuestra región y en dos centros logísticos de distribución de mercancías. Los resultados de estos muestreos nos permiten proponer medidas de prevención y control en los municipios afectados, a los profesionales y a la población, para minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades.

En la siguiente tabla se pueden observar los resultados de los muestreos realizados en la Red de Vigilancia entomológica de 2018 a 2024.

Vigilancia de *Aedes albopictus* en la Comunidad de Madrid

Año	Puntos de muestreo	Trampas recogidas	Positivas	% Positivas
2024	24	405	0	0
2023	37	393	1	0,3
2022	37	298	1	0,3
2021	39	308	7	2,3
2020	34	278	0	0
2019	44	368	0	0
2018	47	311	0	0

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Por otra parte, en los municipios donde se ha detectado la presencia del mosquito tigre, se establece una vigilancia más exhaustiva para determinar la presencia y densidad del mosquito en las distintas zonas del municipio afectado, lo que permite conocer en qué zonas hay que aplicar medidas de control con mayor intensidad.

En 2018 se detectó la presencia del mosquito en Velilla de San Antonio y Rivas Vaciamadrid, en éste último no se estableció hasta 2020. Posteriormente, en 2021, aparecen ejemplares en otros dos municipios, Perales de Tajuña, donde su presencia es muy intermitente, y Aranjuez. En 2023 se confirmó la presencia del mosquito en los municipios de Villaviciosa de Odón y Villalbilla, y en el municipio de Madrid en el distrito de Ciudad Lineal. También se activó el protocolo de actuaciones tras la confirmación de un caso de dengue importado en Aranjuez.

Durante 2024, se ha confirmado la presencia de mosquito tigre en Getafe y se han notificado nuevos avistamientos en los municipios de Arganda del Rey, Majadahonda, Las Rozas de Madrid, Boadilla del Monte, Pozuelo de Alarcón y Arroyomolinos (éste último no confirmado). En estos nuevos municipios afectados, se colocaron trampas en 96 puntos de muestreo de oviposición y 9 puntos de muestreo de adultos, recogiendo 754 muestras de oviposición y 15 muestras de adultos, de las que 57 y 13, respectivamente, resultaron positivas, lo que representa una % de positivos de 7,56% y 86,67%, respectivamente.

Vigilancia de agentes zoonóticos en garrapatas

Las muestras de garrapatas se recogen principalmente en animales silvestres abatidos en actividades cinegéticas autorizadas en colaboración con la Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Agricultura y son remitidas a VISAVET para la identificación de especies y determinaciones analíticas de detección de los patógenos zoonóticos seleccionados en base a los resultados acumulados. A su vez se recogen muestras en los perros de los Centros de Protección Animal o son recogidas directamente de la vegetación en zonas con gran infestación de este parásito a demanda de los municipios u otras entidades. También llegan muestras de particulares.

Durante 2024 se han recogido muestras de 239 garrapatas, de las que se han analizado 182, procedentes de 4 cotos de caza, 4 descastes de jabalíes y conejos, 1 colonia felina, animales silvestres introducidos en el CRAS (Centro de Recuperación de Animales Silvestres) y GREFA (Grupo de Rehabilitación de la Fauna Autóctona y su Hábitat), y 1 en vegetación por una demanda. Estas garrapatas se agrupan en pooles por animal de procedencia y especie de garrapata, resultando 103 pooles. El 43,69% de estas garrapatas ha sido positivas a *Rickettsia* spp. y ninguna al virus de Crimea Congo, *Coxiella burnetti* ni *Borrelia* spp. En la siguiente tabla se pueden ver los resultados de los muestreos realizados desde 2017.

Resultados de las analíticas en garrapatas. Comunidad de Madrid

	Evolución de resultados de las analíticas en garrapatas (%)							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prevalencia de <i>Coxiella Burnetti</i>	2,7	0	0	0	0	0	0	0
Prevalencia de <i>Borrelia</i> spp	0	0	0	0	0	20	0	0
Prevalencia de <i>Rickettsia</i> spp	35	61,5	97,5	78,7	39	90,9	79,2	43,7
Prevalencia de virus Crimea-Congo	-	-	-	-	-	0	0	0

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de riesgos zoonóticos

Según organizaciones internacionales (FAO, OMS, OIE) algo más del 60% de los microorganismos que infectan a los humanos son agentes patógenos zoonóticos y así mismo el 75% de las enfermedades emergentes declaradas en los últimos 30 años son de origen animal. La creciente interacción de las personas con los animales propicia el aumento del riesgo de transmisión de determinados agentes patógenos. Estas premisas justifican el desarrollo de sistemas de vigilancia, prevención y control de zoonosis no alimentarias con el fin de evitar los riesgos asociados a las patologías asociadas a ellos.

La vigilancia y la toma de muestras se lleva a cabo en fauna silvestre y animales domésticos. Los resultados de esta vigilancia nos permiten proponer estrategias de control para estas enfermedades, así como Informar a ciudadanos y profesionales y potenciar actividades de educación sanitaria.



Más información:

Zoonosis no alimentarias, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/zoonosis-no-alimentarias>

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre

En las muestras recogidas tanto en actividades cinegéticas autorizadas como por el Centro de Recuperación de Animales Silvestres (CRAS) se investiga la presencia de tularemia, fiebre Q, virus del Nilo Occidental, psitacosis, hepatitis E, toxoplasmosis y otras parasitosis.

En 2024 se han recibido 401 muestras de 229 animales procedentes de 49 municipios. Destacan los positivos a leishmaniosis de rumiantes (7,1%), jabalíes (12,5%) y carnívoros (22,7%). También los positivos a toxoplasmosis en carnívoros.

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre. Comunidad de Madrid, 2024

Enfermedad	Técnica	Animales positivos / Animales analizados						
		Aves	Rumiantes	Jabalíes	Lepóridos	Carnívoros	Quirópteros	Roedor
Clamidiasis	PCR	0/2						
Fiebre Q	ELISA		2/33	1/17	4/27			
Hepatitis E	ELISA, PCR							
Leishmania	IFI		1/14	1/8		5/22	0/24	0/10
Lyme	PCR							
Parasitosis	TELEMAN		13/31	2/13		18/39		
Rabia	IFI, PCR						0/12	
Toxoplasma	ELISA		0/35	3/17		28/58		
Tularemia	CULTIVO							
West Nile	PCR	0/2						

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la siguiente tabla se muestra la evolución de los muestreos en los años 2018-2024

Evolución de la vigilancia de enfermedades en fauna silvestre. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Animales muestreados	169	100	360	283	213	140	229
Muestras obtenidas	247	299	604	1012	655	346	401
% muestras positivas	12,5%	6,4%	9,1%	10,1%	8,4%	11,0%	19,5%

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de enfermedades (parásitos gastrointestinales) en animales domésticos

Se monitoriza la prevalencia, así como los factores de riesgo asociados a parásitos gastrointestinales en animales de compañía para prevenir o limitar la aparición de riesgos para la salud de las personas.

Las muestras de animales domésticos proceden de los Centros de Protección Animal (CPA) distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. En relación al Sistema de vigilancia en perros susceptibles de adopción en 2024 se han procesado 659 muestras, resultando positivas a algún parásito 81 (12,3%). En la vigilancia en perros vagabundos se han procesado 94 muestras, de las cuales 12 (12,8%) han resultado positivas a parásitos gastrointestinales de naturaleza zoonótica.

También se han procesado 431 muestras de heces felinas procedentes de 5 Centros de Protección colaboradores, de las cuales 71 han resultado positivas a algún parásito (16,5%).

Vigilancia de la rabia

El objetivo de esta vigilancia es descartar la posible transmisión de rabia al hombre a través de animales domésticos o silvestres, mediante observaciones antirrábicas en animales agresores, o análisis de virus rábico en cadáveres.

El Sistema de Vigilancia y Control de la rabia aglutina las actuaciones incluidas en la vigilancia epidemiológica de la rabia en su vertiente animal y se compone de dos elementos diferenciados:

- Vigilancia de rabia en animales agresores mediante observación antirrábica.
- Vigilancia de rabia en fauna silvestre mediante análisis de virus rábico y *Lyssavirus*.

Vigilancia de rabia. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Notificaciones de agresiones	635	452	447	552	428	446
Observaciones realizadas	519	370	389	498	425	438
Análisis en fauna silvestre	8	2	17	21	28	12
Análisis en animales domésticos	2	2	1	1	4	5

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Todos los resultados de la vigilancia en los últimos 6 años han sido negativos.

Calidad del agua

Agua de consumo humano

La Dirección General de Salud Pública desarrolla el Programa Autonómico de Vigilancia Sanitaria, realizando inspecciones y análisis de agua a fin de detectar y minimizar cualquier problema de salud pública.

El agua distribuida a través de las zonas de abastecimiento del Canal de Isabel II y las zonas de abastecimiento municipales dispone de tratamientos adecuados y ofrece una buena calidad. De las 141 muestras analizadas, las correspondientes a estas zonas dieron resultado de agua apta para el consumo en un 100% (2 municipales fueron aptas, aunque se superó la turbidez), mientras que el agua analizada en abastecimientos privados resultó apta en un 91,48%, detectándose 7 muestras con alteraciones microbiológicas puntuales por ausencia de desinfectante residual (4,96%); 5 muestras con arsénico (3,54%), 1 con hierro (0,70%) y 1 con plomo en instalación interior (0,70%) por encima del valor paramétrico.



Más información:

Agua de consumo, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/agua-consumo>

Agua de piscinas

El 100% de las muestras tomadas en piscinas municipales climatizadas, parques acuáticos, piscinas terapéuticas, así como las de colegios, clubes y hoteles tuvieron resultados correctos. Los incumplimientos se detectaron en las piscinas municipales de verano (11%) y en vasos de hidromasaje (24%).

En total, de las 154 muestras de piscinas, sólo 10 han presentado alteraciones microbiológicas (6,49%), relacionadas con deficiencias en el sistema de desinfección, tomándose las medidas de control necesarias.



Más información:

Piscinas y parques acuáticos, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/piscinas-parques-acuaticos>

Agua en zonas de baño

En la Comunidad de Madrid tenemos 4 zonas de baño autorizadas con 5 puntos de muestreo. En las siguientes tablas se puede observar la clasificación de las mismas, en los últimos 5 años.

Calificaciones de zonas de baño. Comunidad de Madrid

ZONAS DE BAÑO (Punto muestreo)	2020	2021	2022	2023	2024
Las Presillas (Río Lozoya)	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
Los Villares (Río Tajo)	Excelente	Buena	Buena	Buena	Buena
El Muro (Embalse de San Juan)	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Virgen de la Nueva (Embalse de San Juan)	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Playa del Río Alberche	Suficiente	Buena	Buena	Buena	Insuficiente ¹

¹De las 10 muestras tomadas en esta zona de baño durante la temporada 2024, solo la muestra inicial, antes del inicio de la temporada, superó el límite establecido para Enterococos intestinales. No obstante, al considerarse para la clasificación anual la serie de datos con las tres temporadas anteriores, hay otra muestra en 2023, que excede este límite, con lo cual, la clasificación anual 2024 resulta "insuficiente", aunque el resto de muestras tuvieron resultado de "agua apta para el baño".

Fuente: Evaluación del Programa de Aguas recreativas de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.



Más información:

Zonas de baño, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/zonas-bano>

Vigilancia y control de Legionella

La *Legionella* es una bacteria ambiental capaz de sobrevivir en un intervalo amplio de condiciones físico-químicas, por lo que es necesario vigilar las instalaciones que con mayor frecuencia se pueden encontrar contaminadas con esta bacteria, torres de refrigeración y condensadores evaporativos, sistemas de agua caliente sanitaria (ACS), vasos de hidromasaje y sistemas de pulverización de agua ambiente, a fin de evitar o reducir al mínimo la aparición de brotes.

La evolución de las intervenciones realizadas estos últimos 5 años se refleja en la siguiente tabla.

Indicadores de vigilancia y control de *Legionella*. Comunidad de Madrid

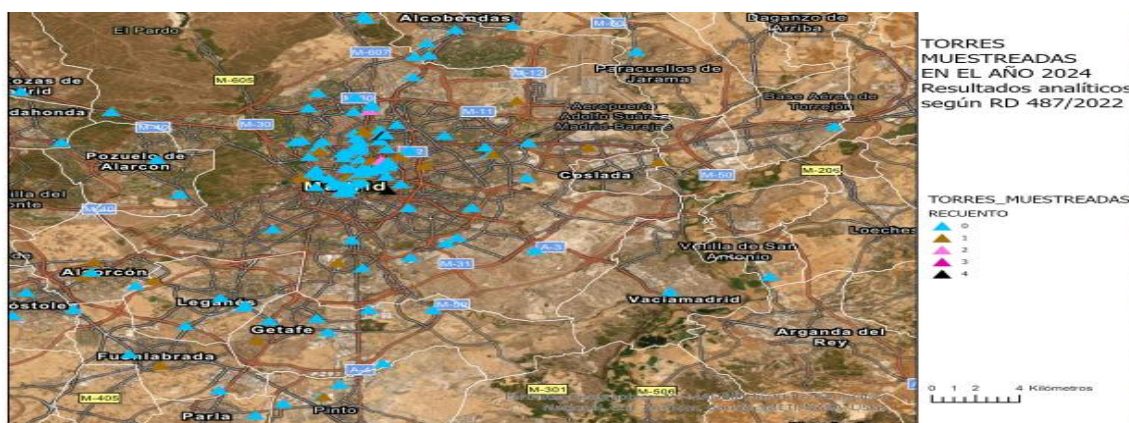
Inspecciones, controles documentales, muestras y auditorías	2020	2021	2022	2023	2024
Porcentaje muestras con presencia de <i>Legionella</i> en torres de refrigeración	15,13	11,06	15,02	20,28	22,00
Porcentaje de muestras con presencia de <i>Legionella</i> en agua caliente sanitaria		3,52	12,59	11,24	16,10

Fuente: Evaluación del Programa de prevención de *Legionella* de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.

La prevalencia de muestras que no se ajustan a la reglamentación en torres de refrigeración de la Comunidad de Madrid fue de 22,0% en 2024. Esta cifra ha aumentado con respecto a los años anteriores, aunque se encuentra en el límite inferior de la prevalencia del 22,7 (IC95% 11,4-30,4) estimada en diferentes estudios realizados en este tipo de instalaciones¹.

De igual forma, en las instalaciones de agua caliente sanitaria las muestras con presencia de *Legionella* han aumentado en relación con los resultados obtenidos en años anteriores, aunque las prevalencias continúan situándose en el rango del estudio anteriormente reseñado.

Torres muestreadas para *Legionella*. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Evaluación del Programa de prevención de *Legionella* de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.



Más información:

Legionella, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/legionela>

Alimentos

Riesgos químicos asociados a alimentos

Los plaguicidas, también conocidos como fitosanitarios, son productos empleados para el tratamiento y prevención de enfermedades y plagas en las plantas y en los cultivos. El uso de productos fitosanitarios en agricultura puede ser necesario para controlar las plagas que se desarrollan en los cultivos y que afectan tanto a la cantidad como a la calidad de los vegetales que se recolectan para abastecer a la población. Los efectos para la salud motivados por el consumo de alimentos con residuos de plaguicidas podrían ser: carcinogénicos, mutagénicos, sobre la reproducción, neurotóxicos e inmunosupresores.

¹ M Viñuela-Martínez, MA Redondo-Cadenas, C Alonso Calleja. Prevalencia de *Legionella* en instalaciones de suministro de agua en España: revisión sistemática y meta análisis. Publicación del Ministerio de Defensa Sandi. Mil. vol.78 no4 Madrid oct/dic.2022 Epub 26-Jun-2023

Los residuos de plaguicidas se investigan en vegetales, alimentos infantiles y alimentos de origen animal, en los que se comprueba la conformidad con los límites máximos normativos. A través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), los resultados se trasladan a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), para contribuir a la evaluación del grado de exposición de la población a estos residuos.

En la siguiente tabla puede verse la evolución de resultados del muestreo de plaguicidas de los últimos seis años. Hay que tener en cuenta que el número de plaguicidas analizados en cada muestra es muy alto, entre 100 y 200.

Resultados del muestreo de plaguicidas. Comunidad de Madrid

Año	Analizadas		Incumplen	
	N	%	N	%
2019	123	96,09	4	3,25
2020	47	100,00	0	0,00
2021	135	98,54	1	0,74
2022	87	97,75	0	0,00
2023	97	100,00	2	2,06
2024	97	100,00	1	1,03

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Los valores de incumplimiento son muy bajos, lo que es coherente con los datos globales a nivel europeo, por lo que la exposición de la población a residuos de plaguicidas a través del consumo de alimentos no supone una preocupación.



Más información:

Plaguicidas en alimentos vegetales ¿debemos preocuparnos?
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/plaguicidas-alimentos-vegetales-debemos-preocuparnos>

Presencia de agentes zoonóticos en alimentos

Los programas de vigilancia y control de peligros biológicos en alimentos permiten valorar la exposición de la población y adoptar medidas para prevenir y limitar los posibles daños a la salud humana. Para ello se muestrean diferentes grupos de alimentos, tanto para la verificación del cumplimiento de los criterios microbiológicos establecidos en la legislación como para mantener la vigilancia de determinados agentes zoonóticos. Los microorganismos y toxinas analizados en 2024 en función del tipo de alimento y del objetivo del muestreo incluyen: *Salmonella* spp, *Listeria*

monocytogenes, *Escherichia coli*, *E. coli* STEC, *E. coli* BLEES, *Cronobacter sakazakii*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, gérmenes aerobios y enterobacterias.

En la siguiente tabla se detallan las muestras tomadas en los años 2019 a 2024.

Muestreos de agentes zoonóticos en alimentos. Comunidad de Madrid

Año	Analizadas	Detectado	
	N	N	%
2019	747	25	3,35
2020	209	22	10,53
2021	683	36	5,27
2022	513	23	4,48
2023	442	21	4,75
2024	277	47	20,70

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Como actividades de verificación de criterios microbiológicos, durante 2024, dentro del grupo de carnes, huevos y derivados el muestreo se ha centrado en las carnes y se han tomado muestras de carne fresca de aves, canales de porcino y carne separada mecánicamente. Se han tomado 30 muestras de las 29 programadas, lo que supone una cobertura del 103,45%. En relación a los resultados insatisfactorios, ha habido 2 muestras incorrectas, concretamente para el criterio de higiene de proceso *E.coli*, lo que supone un porcentaje de incumplimiento del 6,67%.

Respecto al grupo de Alimentos Listos para el Consumo (ALC), forman parte del mismo aquellos alimentos destinados por el fabricante al consumo directo, sin necesidad de un cocinado ni de otro tratamiento de transformación capaz de eliminar o reducir a un nivel aceptable las bacterias patógenas. El conjunto del grupo alcanza en 2024 una cobertura del 102,05% (149 muestras analizadas de 146 programadas). Ha habido resultados insatisfactorios respecto a los parámetros estudiados en semillas germinadas (2 de las muestras, lo que supone un porcentaje de incumplimiento en estos productos del 16,67% y en todos los casos para el criterio de *Salmonella* spp) y en las muestras tomadas dentro del Plan de Control Coordinado de Listeria en ALC de la AESAN. Este Plan incluía en 2024 la toma de muestras de superficies y equipos en empresas que elaboran ALC, para comprobar la presencia de *Listeria monocytogenes*, con detección de la bacteria en un 30% de las muestras tomadas.

No obstante, señalar que globalmente el resultado para el grupo de ALC es favorable, como en años anteriores, ya que en este grupo hay varios muestreos que afectan a alimentos destinados a poblaciones vulnerables como son los alimentos infantiles y los que se elaboran en restauración social (colegios, guarderías, residencias de mayores), además de otros productos como alimentos elaborados con huevos en restauración comercial, además de los brotes de semillas germinadas y las frutas troceadas listas para el consumo.

Asimismo, en 2024 se han realizado tres muestreos que incluyen la vigilancia de agentes zoonóticos y agentes causantes de brotes: investigación de aminos biógenos en carne de pollo, muestreo relativo a la detección de *Salmonella* spp, *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus* en alimentos listos para el consumo (ALC) en establecimientos de restauración social y la vigilancia de *Salmonella* spp en huevos frescos tomados en comercio minorista. La cobertura ha sido del

91,25% ya que se han tomado 146 de las 160 muestras programadas. Ha habido 4 muestras con hallazgo de agente zoonótico, que ha sido *Salmonella* spp en todos los casos, lo que supone una proporción del 2,74%.

Por otra parte, en la tabla siguiente se detalla la evolución durante los últimos 6 años de los resultados de la vigilancia de agentes zoonóticos en alimentos de origen animal (carne fresca y huevos), que se vienen recogiendo en comercio minorista de alimentación de la Comunidad de Madrid en el marco de actividades que son llevadas a cabo a través de servicios externos. En el año 2024 se ha analizado *Escherichia coli* BLEAS y/o AmpC o carbapenemasas, y *Staphylococcus aureus* (SARM).

Muestreos de agentes zoonóticos en alimentos de origen animal recogidos en comercio minorista. Comunidad de Madrid

Año	Analizadas	Detectado	
	N	N	%
2019	375	146	38,93
2020	375	134	35,73
2021	--	--	---
2022	380	72	18,95
2023	380	85	22,36
2024	200	87	43,50

* En el año 2021 no se realizó el muestreo debido a la pandemia de covid-19.

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

En los mataderos de la Comunidad de Madrid se realizan controles ante y post mortem en los animales sacrificados para detectar animales afectados por enfermedades zoonóticas tales como tuberculosis, hidatidosis, cisticercosis y sarcosporidiosis, evitándose así su entrada en la cadena alimentaria.

Animales inspeccionados en mataderos y afectados por zoonosis. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nº de animales inspeccionados	27.679.221	26.375.927	24.850.721	25.523.611	25.470.637	26.601.786
Zoonosis matadero (nº animales)	10.378	7.891	10.758	16.440	11.888	6.433
% de animales afectados	0,04	0,03	0,04	0,06	0,05	0,02

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control Oficial de Mataderos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

La información sobre los agentes zoonóticos en alimentos se incorpora al *Annual EU One Health Zoonoses report* (<https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/8442>), el cual es elaborado conjuntamente por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y por el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC).

Vigilancia de resistencias antimicrobianas de agentes zoonóticos alimentarios

En la Comunidad de Madrid la vigilancia de la aparición de resistencias antimicrobianas en los patógenos zoonóticos y agentes comensales aislados en alimentos se lleva a cabo en tres ámbitos diferentes:

- Investigando las resistencias antimicrobianas que presentan *Salmonella* y *E. coli* detectados en los muestreos realizados de los subprogramas de verificación de criterios microbiológicos y de vigilancia de agentes zoonóticos.
- Efectuando muestreos en comercio minorista para detección específicamente de *E. coli* comensal productor de betalactamasas (BLEES) de acuerdo a la Decisión 2020/1729/UE, en base a las directrices de la Comisión Europea y coordinado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. En 2024 correspondió a carne de pollo y pavo.
- Investigando las resistencias antimicrobianas que presentan *Staphylococcus aureus* y *E. coli* detectados en los muestreos efectuados en el comercio minorista de alimentación de la Comunidad de Madrid. En 2024 en carne de pollo y pavo.



Más información:

Vigilancia de resistencias antimicrobianas en alimentos

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-resistencias-antimicrobianas-alimentos>

Hábitos y estilos de vida

Un porcentaje importante de las enfermedades que causan la mayor mortalidad en las sociedades desarrolladas, como cáncer y enfermedades cardiovasculares, se atribuyen a un conjunto de factores de riesgo modificables, bien metabólicos o asociados a hábitos de salud y/o ambientales, que están interrelacionados. Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades no transmisibles, es conveniente disponer de información muy precisa sobre sus factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. A continuación se presenta la información más actualizada correspondiente a conductas o estilos de vida como el sedentarismo, dieta desequilibrada, sobrepeso y la obesidad, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en la población de la Comunidad de Madrid desglosada en tres categorías de edad: jóvenes (15 y 16 años), adultos (18 a 64 años) y mayores (65 a 79 años).



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Hábitos y estilos de vida en jóvenes

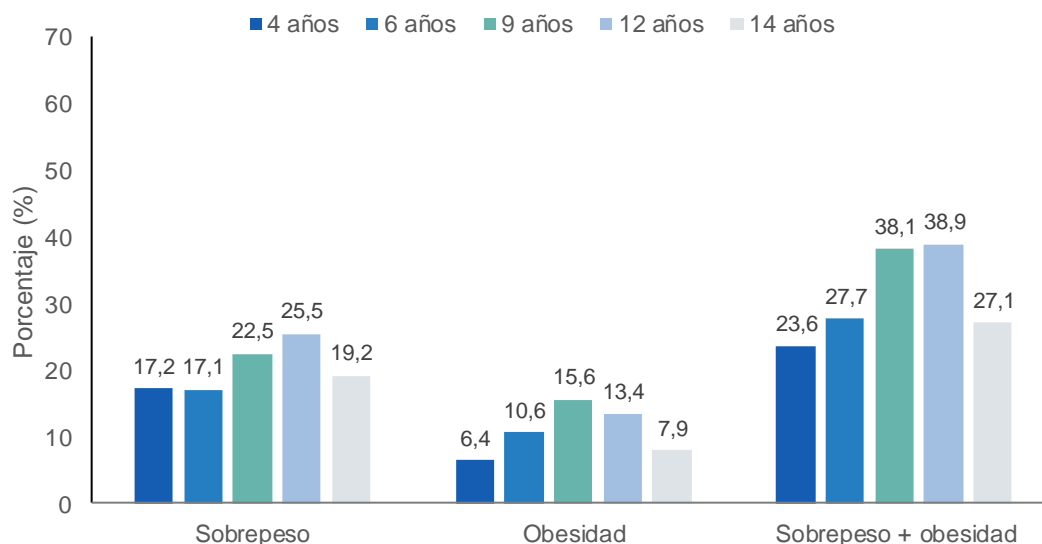
Sobrepeso u obesidad

Según criterios de la OMS-2007, la prevalencia de sobrepeso a los 14 años de edad fue de 19,2%, y de 7,9% de obesidad general, siendo esta última, superior en niños (9,5%), que en niñas (6,2%).

Según los datos del estudio longitudinal ELOIN, de los 4 a los 14 años, las prevalencias de obesidad general aumentaron de 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años y descendieron al 13,4% y 7,9% a los 12 y 14 años de edad, respectivamente. El sobrepeso aumentó de 17,2% a 25,5% de los 4 a los 12 años con un descenso a los 14 años (19,2%). La prevalencia de obesidad abdominal aumentó progresivamente desde los 4 años (7,8%) hasta los 12 años (16,5%), descendiendo al 9,8% a los 14 años de edad.

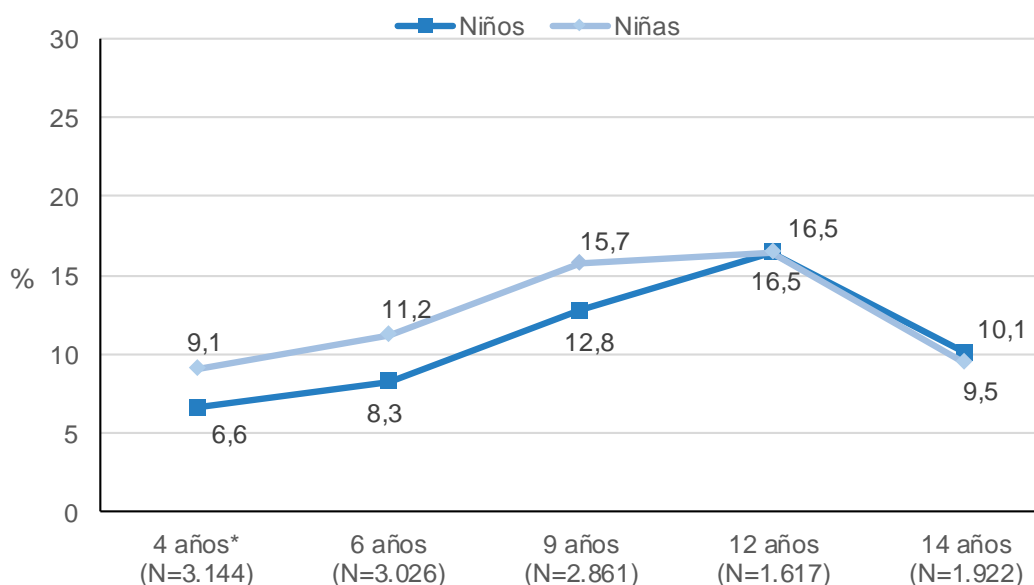
Se comprobó que la persistencia de la obesidad general era alta, de modo que el 50,0%, 45,1%, 42,3% y 49,7% de los niños/as que estaban en obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años respectivamente, permanecieron en obesidad a la edad de 14. De los que estaban con obesidad en algún momento desde los 4 a los 12 años, pasaron a normopeso a los 14 años entre el 9,5% (con obesidad a los 12 años) y el 20,8% (con obesidad a los 4 años). En el caso de la obesidad abdominal, la persistencia a los 4, 6, 9 y 12 años hasta los 14 años de edad fue de 33,6%, 46,6%, 46,3% y 48,7% respectivamente. Conviene señalar que los niños/as con sobrepeso, obesidad general y abdominal tenían una mayor prevalencia y riesgo de presentar presión arterial elevada, respecto a los niños/as en normopeso o sin obesidad abdominal.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Comunidad de Madrid, 2012-2023



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Prevalencia de obesidad abdominal infantil. Comunidad de Madrid, 2012-2023



*Estudio de los 4 años (años 2012-2013), 6 (2014-2015), 9 (2017-2018), 12 (2020-2021) y 14 años (2022-2023)

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto general como abdominal, resulta elevada en la población infantil, mayor en niños que en niñas; y superior en aquellos que viven en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo.

Prevalencia de obesidad a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022-2023

	n	Prevalencia (IC 95%)	OR (IC 95%)	p-valor
Total (N=3.074)	242	7,9 (6,9–8,9)		
Sexo (N=3.074)				
Niñas	94	6,2 (5,0–7,5)	1 (ref)	
Niños	148	9,5 (8,1–11,1)	1,6 (1,2–2,1)	<0,001
Nivel socioeconómico (N = 2.922)				
Alto	77	5,1 (4,0–6,3)	1 (ref)	
Medio	72	8,2 (6,4–10,2)	1,3 (0,9–1,8)	0,129
Bajo	76	14,6 (11,7–17,9)	2,4 (1,6–3,4)	<0,001
Nivel educativo de la madre (N = 2.858)				
Universitarios superiores	26	3,0 (1,9–4,3)	1 (ref)	
Universitarios técnicos	18	5,0 (3,0–7,7)	1,7 (0,9–3,1)	0,110
Secundarios 2º grado (Bachiller superior)	101	10,4 (8,5–12,4)	3,4 (2,2–5,3)	<0,001
Secundarios 1er grado (ESO o inferiores)	77	11,9 (9,5–14,7)	3,2 (2,0–5,2)	<0,001

OR: Odds Ratios estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico familiar y educativo de la madre. IC95%: Intervalo de confianza al 95%. Ref: Categoría de referencia

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

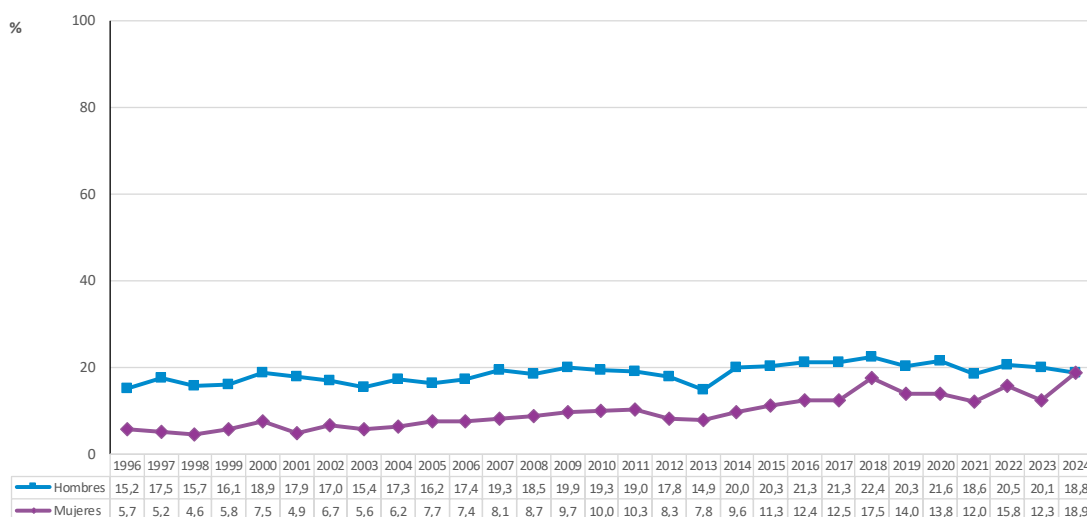


Más información:

Sobrepeso y obesidad en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2022–2023. Estudio ELOIN. Prevalencia a los 14 años de edad y su evolución a los 4, 6, 9, 12 y 14 años. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51227>

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de sobrepeso u obesidad en jóvenes de 15 a 16 años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los chicos que en las chicas en todo el periodo estudiado (1996-2022), igualándose en 2024. En ambos sexos se observó una tendencia ascendente desde 1996, más pronunciada en mujeres.

Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*
Comunidad de Madrid



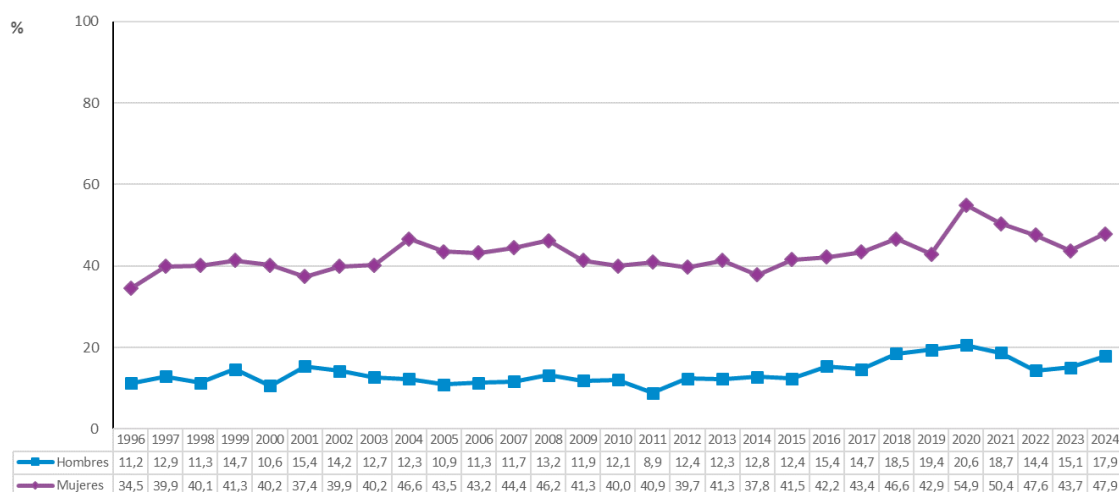
*Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de inactividad física en jóvenes de 15 a 16 años en la Comunidad de Madrid. Se observan grandes diferencias entre chicas y chicos, siendo la prevalencia de no realización de ejercicio físico intenso al menos 3 días a la semana mucho mayor en las chicas. En ambos sexos se observa un empeoramiento en los últimos años (aumento de prevalencia de no realización de ejercicio físico intenso al menos 3 días/semana).

Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 ó más días a la semana. Comunidad de Madrid



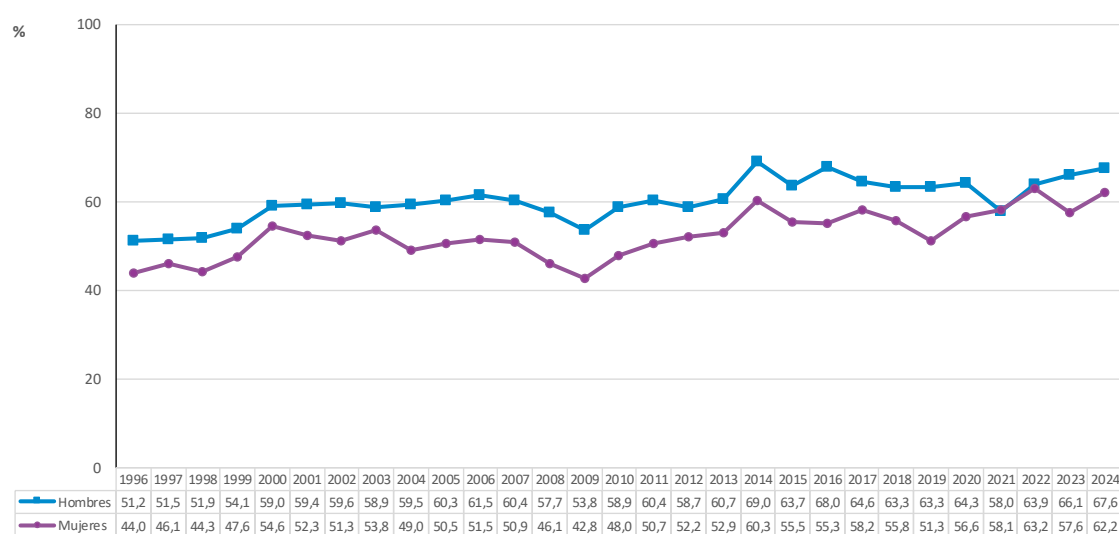
*Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de jóvenes de 15 y 16 años que consumen menos de 2 raciones de fruta al día en la Comunidad de Madrid. En 2024 alcanzan el 64,8% (67,6% de los chicos y 62,2% de las chicas). Respecto a la evolución reciente, la proporción en 2024 fue superior a la registrada en 2023 tanto en chicos como en chicas: aumento absoluto de un 1,5% en chicos y un 4,6% en chicas; aumento relativo del 2,3% en chicos y del 8,0% en chicas.

Evolución de la proporción de jóvenes con consumo < 2 raciones de fruta al día. Comunidad de Madrid

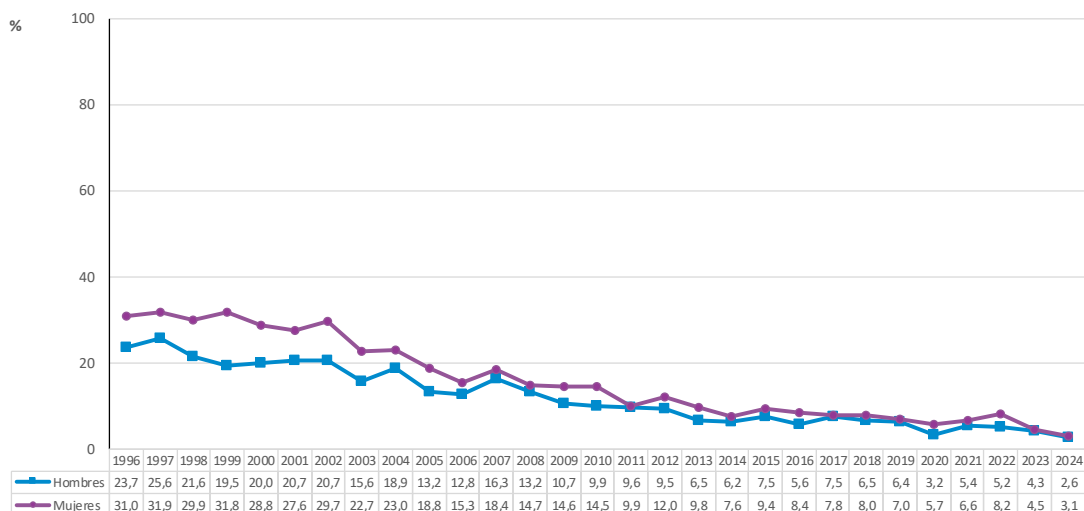


Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

Consumo de tabaco

La prevalencia de fumadores diarios fue mayor en las chicas que en los chicos en todo el periodo estudiado, y en ambos sexos se observó un descenso muy importante y continuado desde 1996.

Evolución de la prevalencia de jóvenes que fuman a diario. Comunidad de Madrid

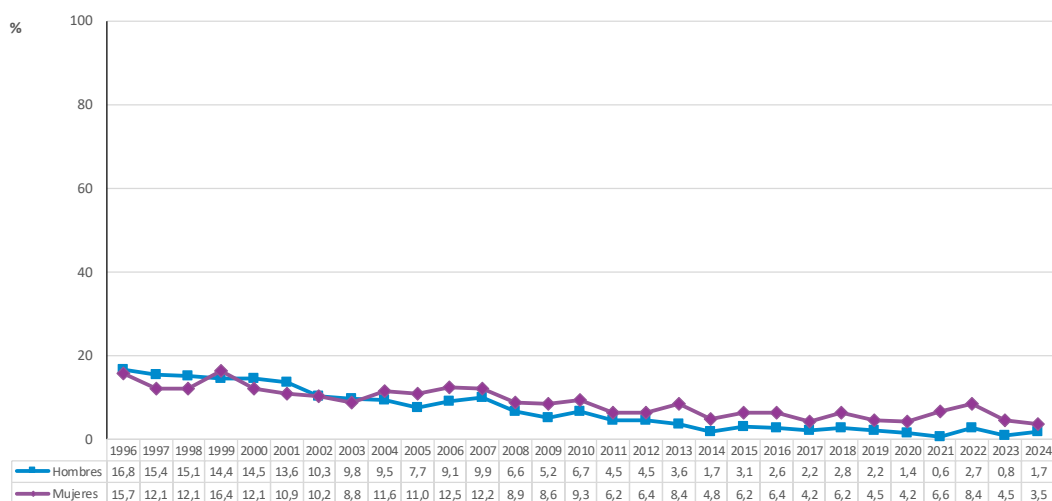


Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores a riesgo es mayor en las chicas que en los chicos, aunque en ambos sexos se observa un descenso muy importante y continuado desde 1996.

Evolución de la proporción de jóvenes bebedores de alcohol a riesgo* Comunidad de Madrid



*Bebedores a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2024. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/avance_resultados_sivfrent-j_2024.pdf

Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2022-2023.

<https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informesivfrent-j-2022-23.pdf>

Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo del tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo. Informe 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051283.pdf>

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Si consideramos además del tabaco y de alcohol, el consumo de otras sustancias psicoactivas, el alcohol, el tabaco, la heroína y los hipnosedantes son las que presentan una edad de inicio más precoz.

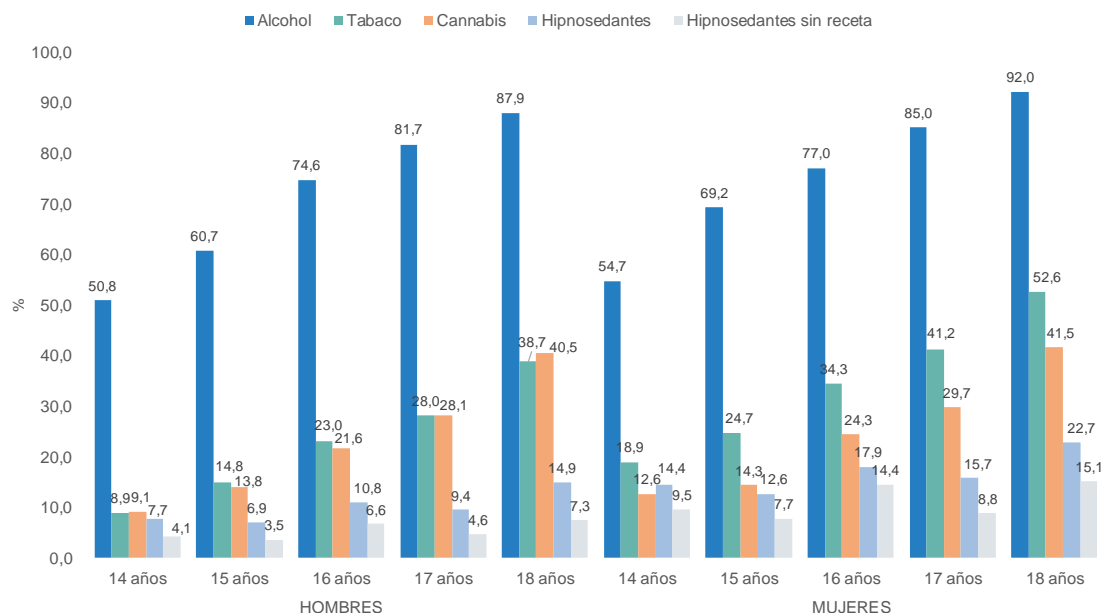
Media de edad de inicio al consumo de sustancias psicoactivas

	Comunidad de Madrid					España				
	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2021	2023	2023
Alcohol	13,7	13,7	13,5	13,9	13,9	14,1	14,1	14,0	14,0	13,9
Tabaco	13,2	13,2	13,8	13,9	13,9	14,2	14,1	14,1	14,1	14,1
Cannabis	14,5	14,6	14,7	14,9	14,9	15,0	15,0	14,9	14,9	14,9
Hipnosedantes			13,8	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1
Hipnosedantes sin receta	14,1	13,9	13,8	14,3	14,3	14,3	14,3	14,4	14,4	14,4
Cocaína	15,3	15,1	14,1	14,7	14,7	15,1	15,1	15,3	14,9	15,0
Alucinógenos	15,1	15,1	15,0	14,1	14,1	15,5	15,5	15,6	15,2	15,1
Anfetaminas	15,6	15,2	14,0	14,9	14,9	15,2	15,2	15,3	15,4	15,1
Éxtasis	15,3	14,8	14,4	13,9	13,9	15,7	15,7	15,4	15,5	15,4
Inhalables volátiles	13,6	13,5	12,0	14,2	14,2	14,6	14,6	14,9	15,3	15,3
Heroína	14,1	14,0	12,0	14,1	14,1	13,7	13,7	14,7	14,5	14,1

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad, entre los 14 y los 18 años, para la mayoría de las sustancias y en ambos sexos.

Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

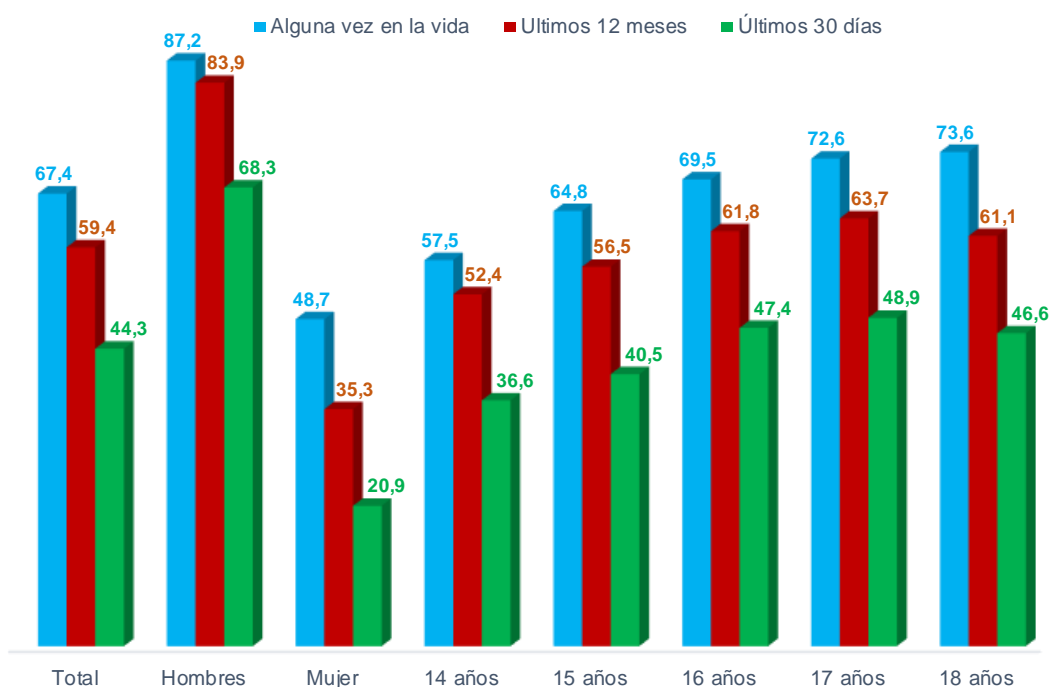
Juego problemático de videojuegos y uso de pornografía

Según la encuesta ESTUDES, la prevalencia de juego problemático de videojuegos siguiendo el criterio DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en alumnos/as de 14 a 18 años, ha sido del 5,1%. La prevalencia es muy superior en chicos que en chicas (8,0% vs 2,5%), presentando la mayor prevalencia los chicos de 18 años (9,9%).

En 2023, la encuesta incluyó por primera vez un módulo sobre pornografía. El 67,4% de los/las estudiantes de 14 a 18 años han usado o mirado pornografía alguna vez en la vida, el 59,4% alguna vez en el último año y el 44,3% en el último mes. Los porcentajes eran más bajos entre las chicas y aumentan con la edad.

La edad media de inicio de visualización de pornografía es de 12,7 años, más tardía en chicas que en chicos (13,2 años en chicas y 12,5 años en chicos).

Prevalencia de consumo de pornografía. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2023). Comunidad de Madrid

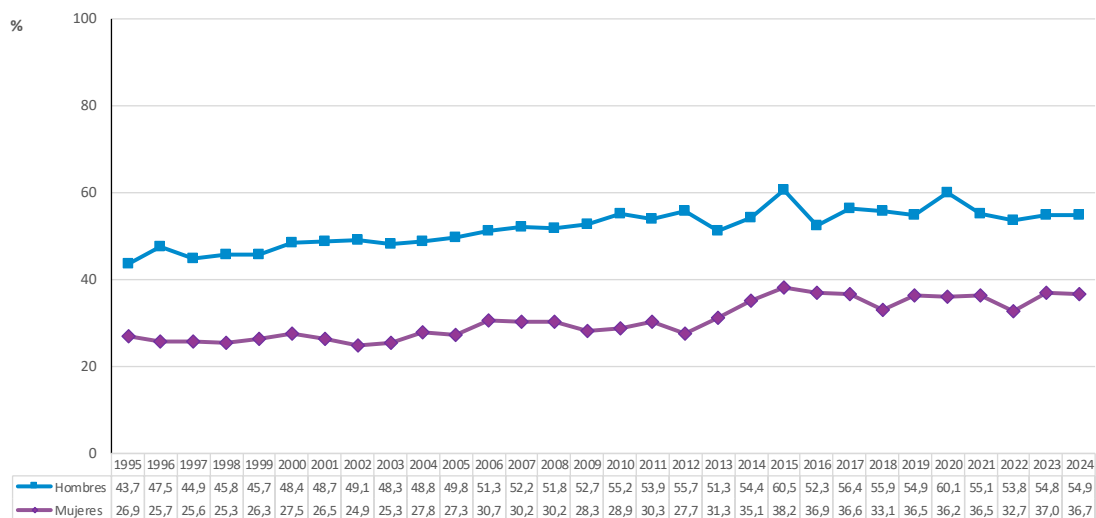
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051323.pdf>

Hábitos y estilos de vida en adultos

Sobrepeso u obesidad

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de sobrepeso u obesidad en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los hombres que en las mujeres en todo el periodo estudiado (1995-2024). En ambos sexos, se observa una tendencia ascendente desde 1995.

Evolución de la proporción de adultos con sobrepeso u obesidad* Comunidad de Madrid



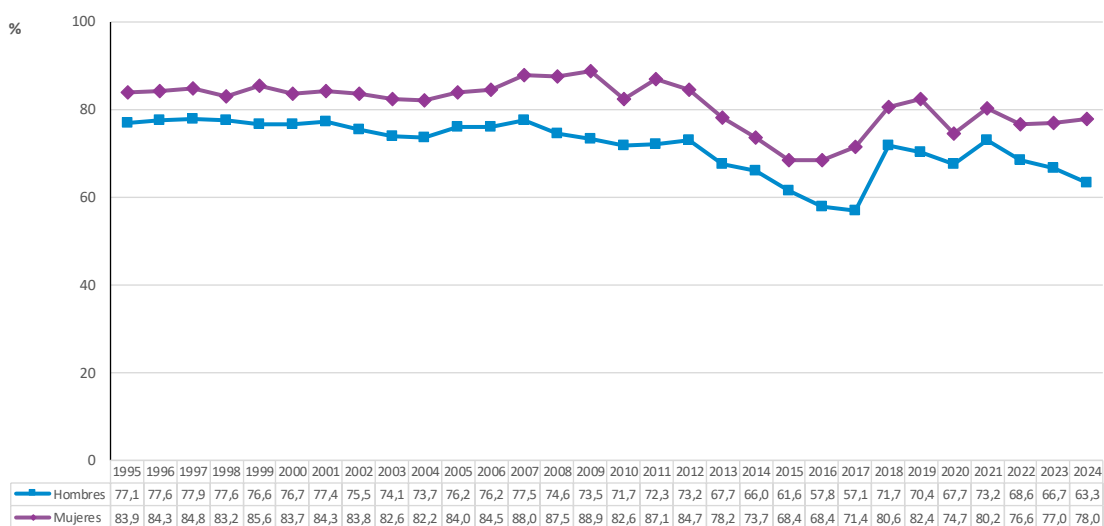
*Índice de Masa Corporal $\geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de inactividad física en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. La proporción de adultos no activos en el tiempo libre (no realización de actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez) es mayor en las mujeres que en los hombres, con cifras muy elevadas en ambos sexos.

Evolución de la proporción de adultos no activos en tiempo libre* Comunidad de Madrid



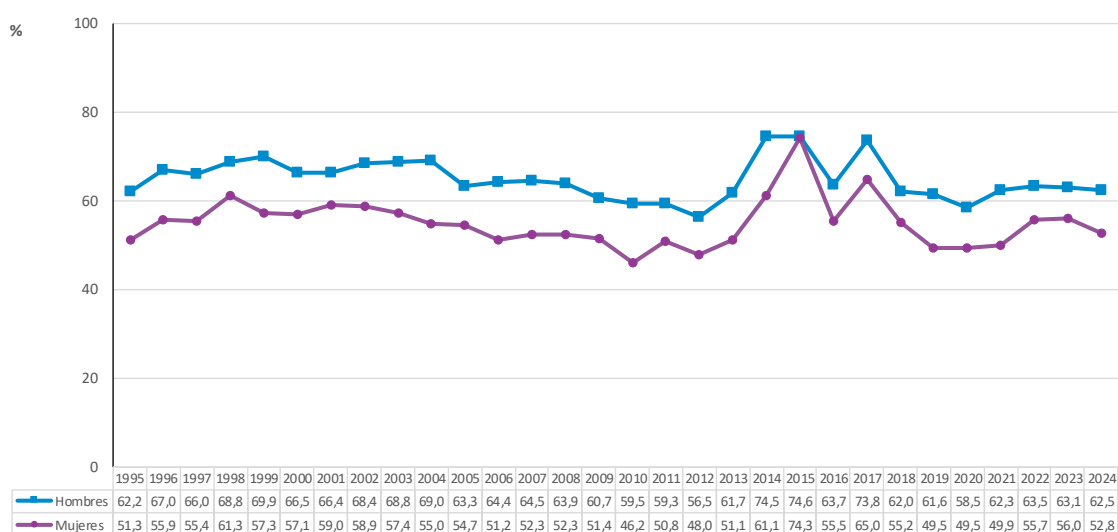
* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez.

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de personas de 18 a 64 años que en las últimas 24 horas han consumido menos de tres raciones de frutas o verduras. En 2024 seis de cada diez adultos de 18 a 64 años estaban por debajo de ese consumo, con peores datos para los hombres en todo el periodo analizado.

Evolución de la proporción de adultos con consumo <3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas. Comunidad de Madrid

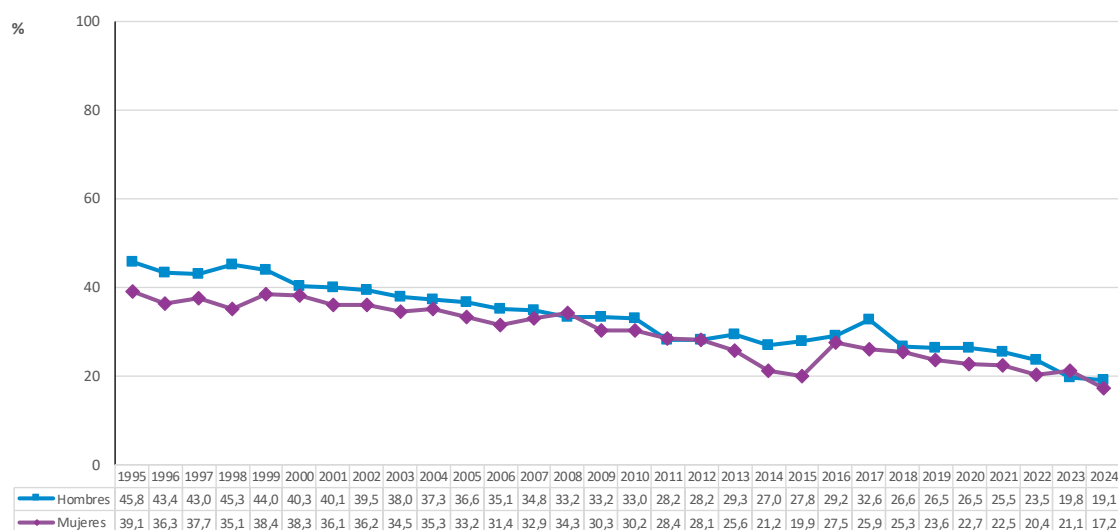


Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de tabaco

La prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres en todo el periodo estudiado (1995-2024) y en ambos sexos ha venido descendiendo, en hombres desde 1995 y en mujeres más claramente desde 2001.

Evolución de la prevalencia de adultos fumadores actuales*. Comunidad de Madrid



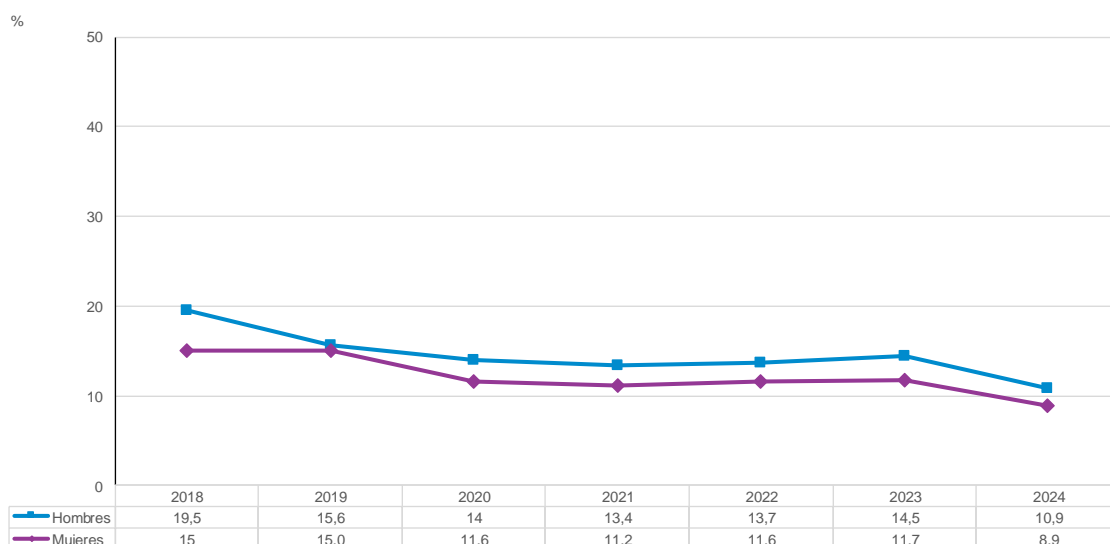
* Fumador ocasional o diario

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores con consumo medio de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo (>20g/día en hombres y >10g/día en mujeres) es ligeramente superior en los hombres en todo el periodo analizado, descendiendo en 2024 en ambos sexos respecto a años previos, en los que estaba estabilizada.

Evolución de la proporción de adultos con consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo*. Comunidad de Madrid



*Se considera consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo a consumo >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2024. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/avance_resultados_sivfrent-a_2024.pdf

Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2023.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sivfrent_a_2023.pdf

Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo del tabaco en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo. Informe 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051283.pdf>

Consumo de otras sustancias psicoactivas

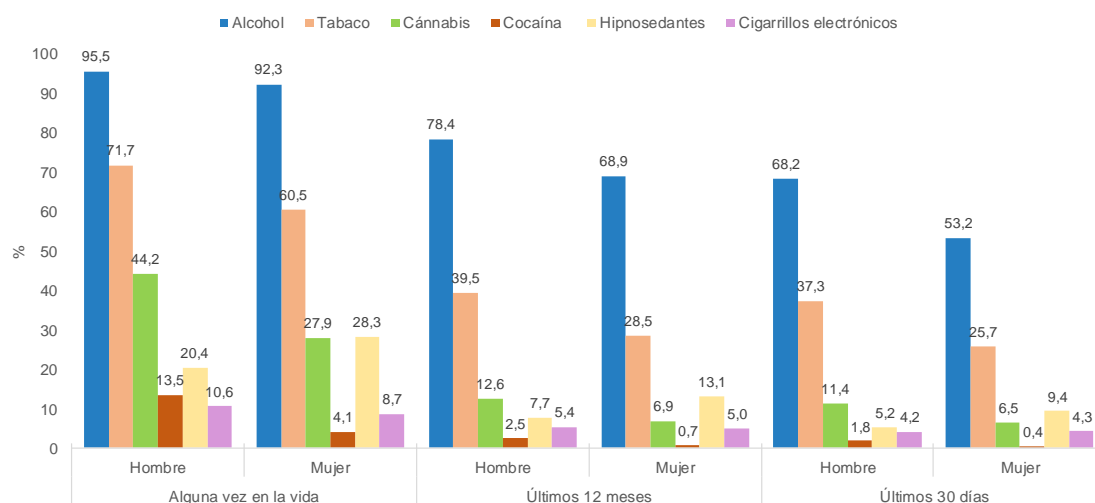
Si consideramos además del tabaco y de alcohol, el consumo de otras sustancias psicoactivas, en 2024 las sustancias más consumidas, tanto legales como ilegales, entre la población de 15 a 64 años en la Comunidad de Madrid son por este orden el alcohol, el tabaco, el cannabis, los hipnosedantes, los analgésicos opioides, los cigarrillos electrónicos y la cocaína.

Se presentan diferencias por sexo en el consumo de sustancias, mostrando en general los hombres prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres, excepto en el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides.

El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. Las sustancias psicoactivas que presentan una edad media de inicio al consumo más precoz son el tabaco y el alcohol (entre los 16 y 17 años), seguido del cannabis, inhalables volátiles, anfetaminas y heroína (entre los 18 y 19 años). Los cigarrillos electrónicos (29,3 años), los analgésicos opioides (33,6 años) y los hipnosedantes (con y sin receta) (34,4 años) son los que registran la edad media de inicio más retrasada. Las mujeres presentan una edad media de inicio más tardía que los hombres para todas las sustancias excepto para el consumo de hipnosedantes sin receta y heroína.

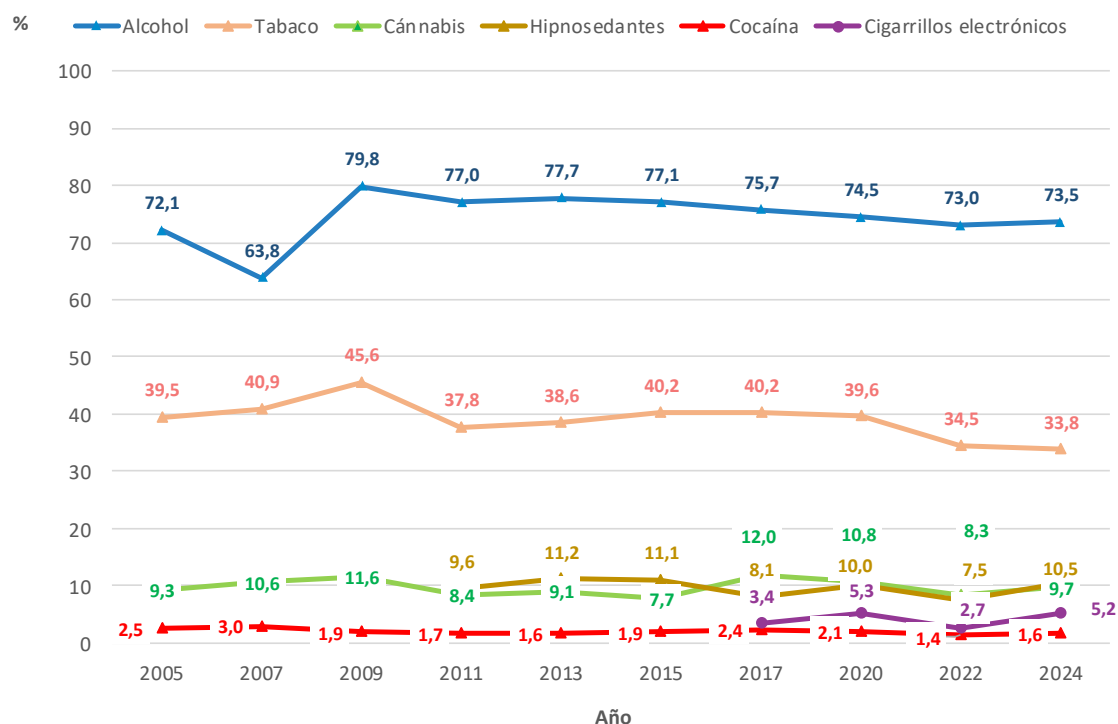
El cannabis es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida por la población adulta de la Comunidad de Madrid. El consumo de cigarrillos electrónicos ha aumentado en la mayoría de indicadores temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), con respecto al 2022, siendo más frecuente en los más jóvenes (15 a 24 años). La percepción de riesgo del consumo del alcohol, cannabis y cigarrillos electrónicos es relativamente baja.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Evolución de la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas. Comunidad de Madrid. Avance de Resultados Principales 2024

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051478.pdf>

Repercusiones en la salud del consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones

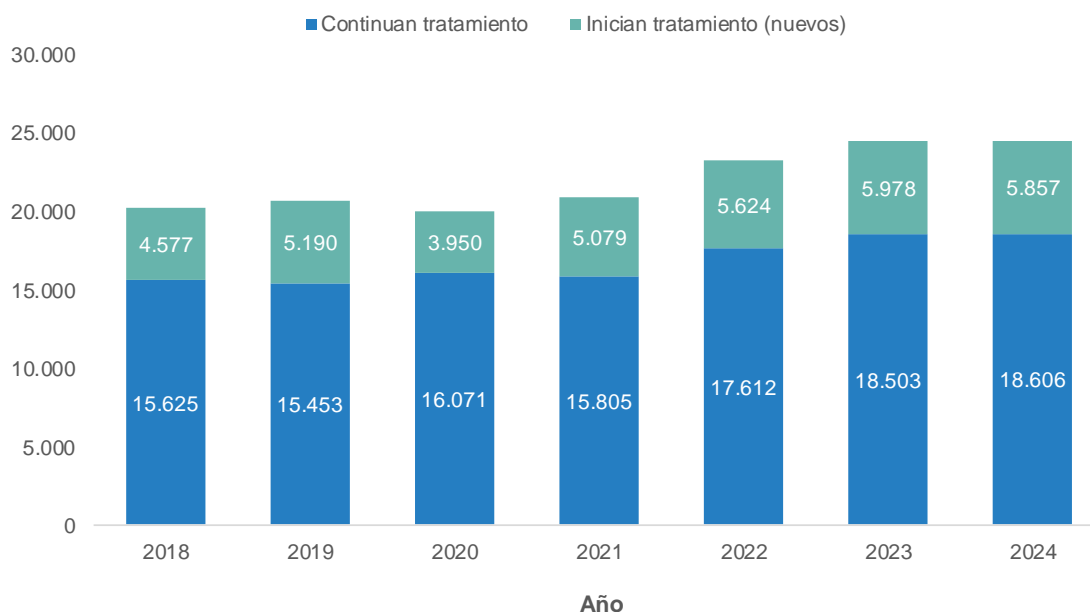
El alcohol (33,2%), la cocaína (26,3%), la heroína (17,0%) y el cánnabis (13,6%) son las principales sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento en los centros de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid en 2023. El 46,4% de los pacientes consumen más de una sustancia (media de 1,7 sustancias por paciente). El 2,6% han acudido para tratamiento de una adicción sin sustancia/comportamental, de ellos el 60,8% por juego patológico, el 17,7% por adicción a internet/móvil/dispositivos electrónicos y el 9,3% por adicción a los videojuegos.

Se presentan diferencias por sexo en las sustancias que motivan el tratamiento, con un mayor papel en las mujeres del alcohol, cánnabis y de hipnosedantes, y en los hombres de los estimulantes, opioides y adicciones sin sustancia/comportamentales.

El 76,7% de los pacientes en tratamiento en 2024 eran varones, la media de edad era de 43,2 años (43,1 en hombres y 43,8 en mujeres). El 58,6% estaban solteros, no superando el nivel de estudios primarios un 9,0%.

La edad media de inicio al consumo ha sido de 20,1 años, siendo más precoz en los hombres (19,9 años) que en las mujeres (20,9 años).

**Evolución del número de drogodependientes en tratamiento.
Comunidad de Madrid**



Fuente: Registro acumulativo de drogodependientes (RAD). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

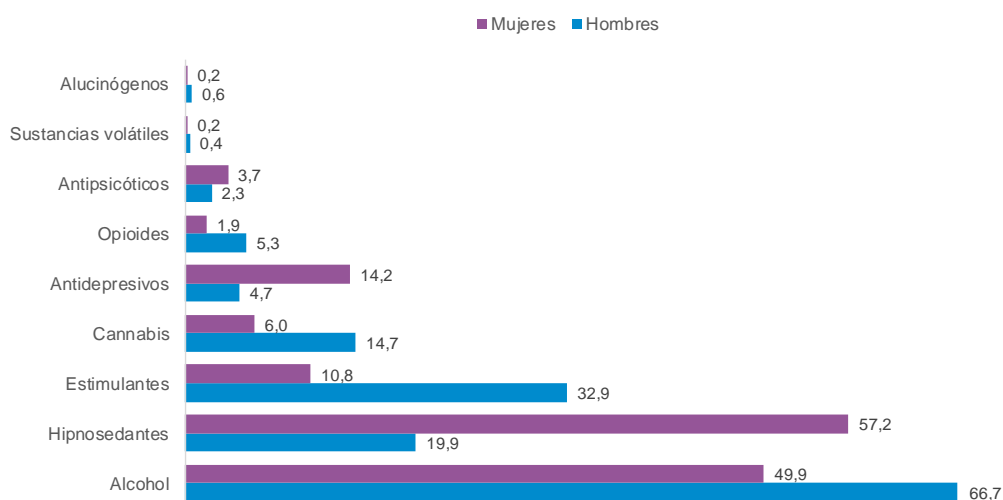
Registro acumulativo de drogodependientes (RAD). Admisiones a tratamiento por Consumo de sustancias psicoactivas. Informe 2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051463.pdf>

En el año 2023 la mayoría de los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas son hombres (63,6%) de mediana edad. El 75,8% de los pacientes presentaban un consumo habitual y un 10,3% requirió ingreso hospitalario, lo que señala la importancia de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. El 32,1% tenía antecedentes de patología psiquiátrica, lo que coincide con la frecuente asociación entre trastornos mentales y abuso de sustancias (patología dual). En el 33,3% de los episodios se registró más de una sustancia relacionada con la urgencia. El alcohol (60,6%) y las benzodiacepinas (32,4%) son las principales sustancias relacionadas con estos episodios de urgencias, siendo la cocaína la principal sustancia ilegal, seguida del cannabis. Un 16,0% de los episodios estaba relacionado con un intento autolítico (9,2% hombres y 27,8% mujeres).

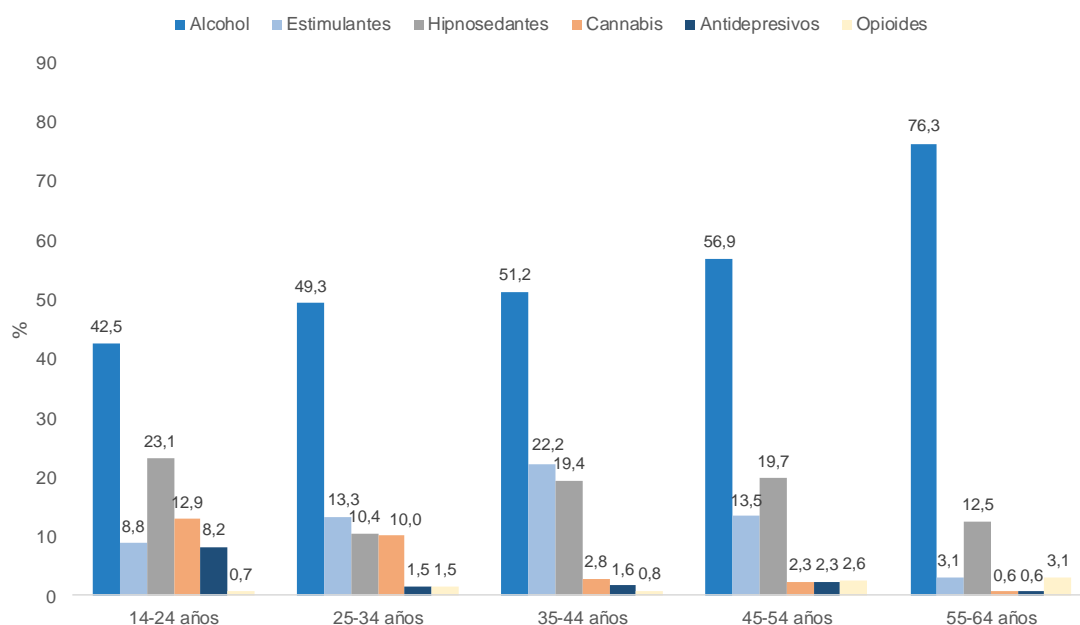
Se presentan diferencias por sexo en los patrones de consumo: los hombres presentan una mayor proporción que las mujeres de episodios relacionados con el alcohol, los estimulantes (fundamentalmente cocaína), cannabis y opioides mientras que las mujeres, presentan una mayor proporción de episodios relacionados con los hipnosedantes (benzodiacepinas), y antidepresivos respecto a los hombres.

Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.
Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, según edad Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.

Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051400.pdf>

Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2023

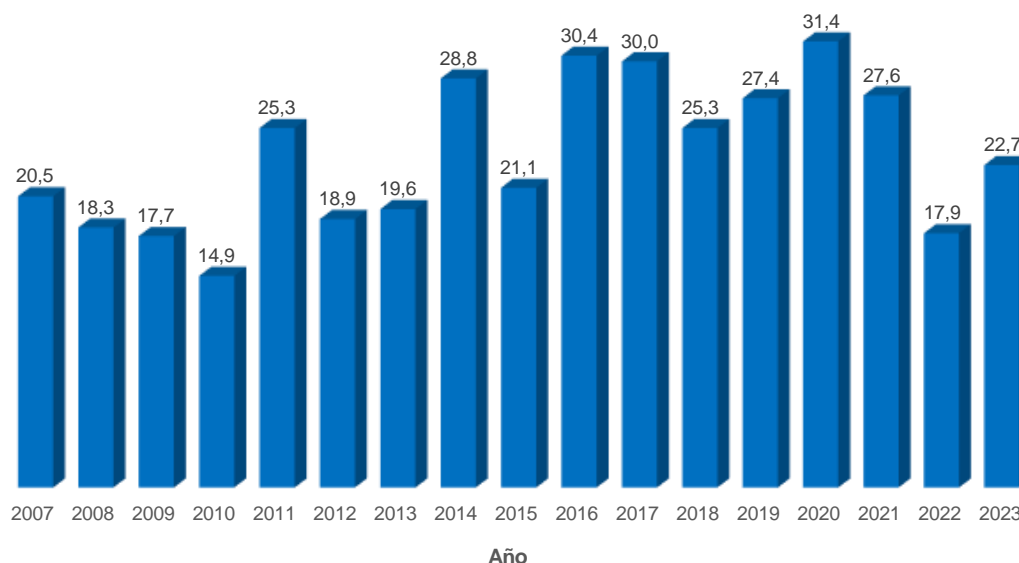
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051401.pdf>

Según los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el año 2023 se registraron 225 fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. El 76,0% de los fallecidos eran hombre y la edad media fue de 50,3 años (52,0 años las mujeres y 49,7 años los hombres). El 58,4% de los fallecidos eran solteros. En el 73,3% de los casos el fallecimiento se produjo en el domicilio, siendo esta circunstancia más frecuente en las mujeres (85,2% frente a 69,6%). En el 22,7% de los fallecidos se encontraron evidencias de suicidio, con diferencias por sexo (40,7% en mujeres y 17,0% en hombres).

El 77,3% de los fallecidos habían consumido más de una sustancia, con una media de 3,4 sustancias por persona. Los hipnosedantes han sido el principal grupo de sustancias psicoactivas detectadas (52,4% de los fallecidos, fundamentalmente benzodiacepinas), seguido por los estimulantes (44,9%, fundamentalmente cocaína), alcohol (40,0%), antidepresivos (34,2%), opioides (31,1%) y cannabis (27,6%). En un 11,1% de los casos se detectó solo alcohol. Se presentan diferencias por sexo y por edad en las sustancias detectadas. Las mujeres presentan un mayor porcentaje de hipnosedantes, antidepresivos y alcohol, y los hombres de estimulantes, cannabis y opioides. La proporción de fallecidos con evidencias de suicidio

presenta oscilaciones anuales con una tendencia global ascendente desde el año 2010 hasta el año 2020, donde se observa la mayor proporción de fallecidos con evidencias de suicidio (31,4%), coincidiendo con la pandemia de covid-19. En 2021 y 2022 se produce un descenso y vuelve a incrementarse en 2023 en casi 5 puntos porcentuales respecto a 2022.

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas con evidencia de suicidio Comunidad de Madrid



Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. Informe 2023

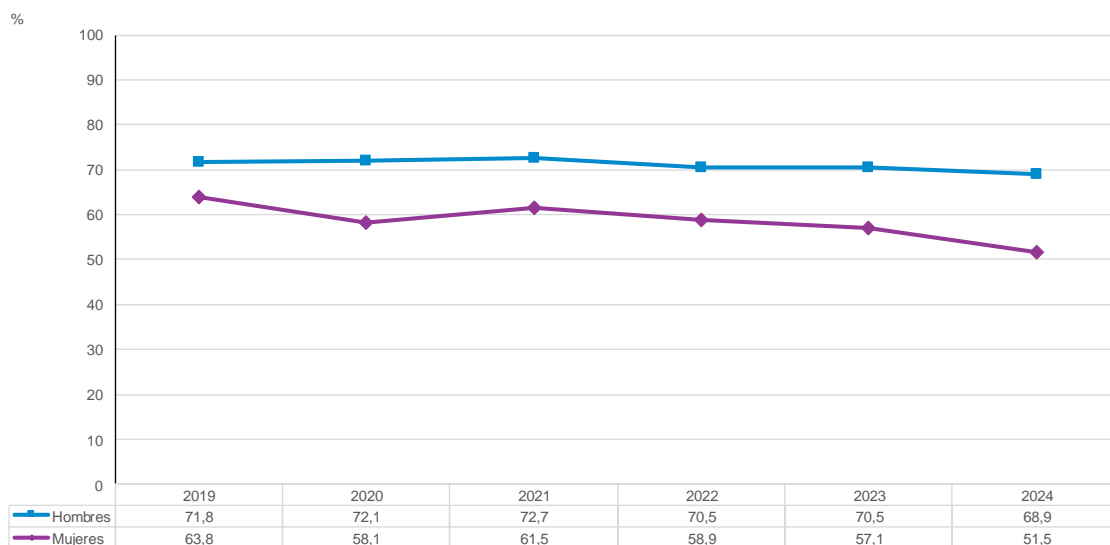
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051517.pdf>

Hábitos y estilos de vida en mayores

Sobrepeso u obesidad

El porcentaje total de personas con sobrepeso u obesidad en 2024 es alto (59,6%). Los hombres presentan un porcentaje considerablemente mayor (68,9%) que las mujeres (51,5%). A lo largo del periodo analizado los hombres han mantenido un porcentaje más alto de sobrepeso u obesidad que las mujeres. Se observa una tendencia relativamente estable en hombres y una tendencia descendente en mujeres.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) con sobrepeso u obesidad* Comunidad de Madrid



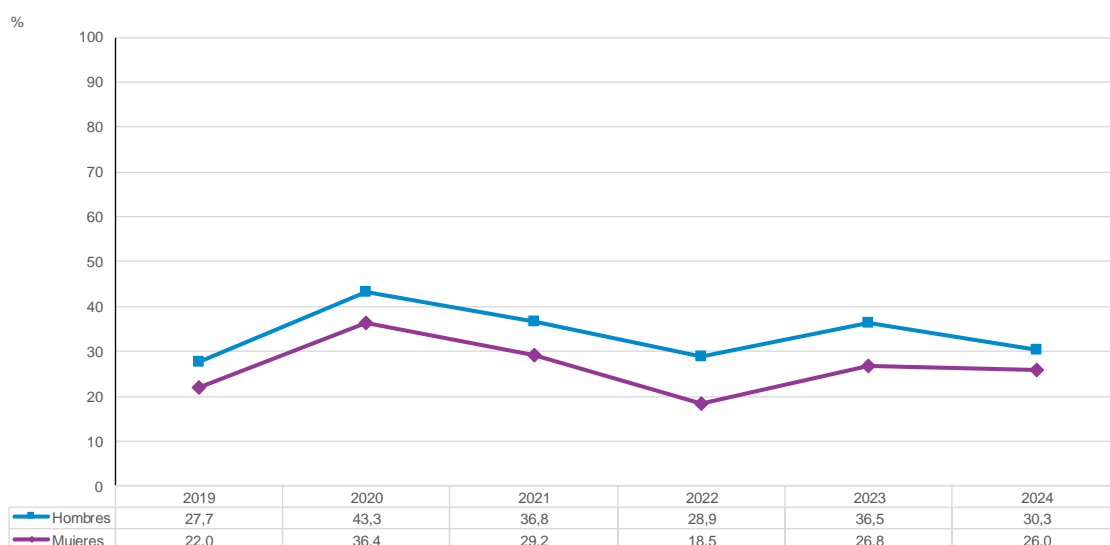
*Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

El sedentarismo en la actividad principal es frecuente en la población de 65 a 79 años, situándose en el 27,9% en 2024, con un porcentaje ligeramente superior en los hombres (30,3%) frente a las mujeres (26,0%). En el periodo analizado se observan proporciones superiores entre los hombres, sin una tendencia regular.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) sedentarios en actividad habitual Comunidad de Madrid

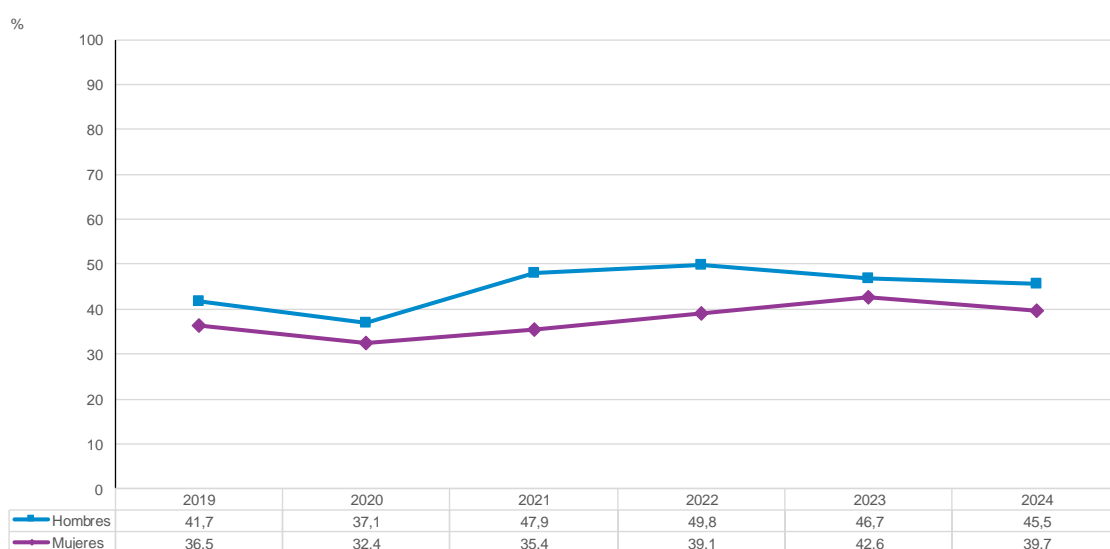


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

El porcentaje total de personas con un consumo insuficiente de frutas o verduras en 2024 es alto (42,4%). Los hombres muestran un porcentaje ligeramente superior (45,5%) al de las mujeres (39,7%). La evolución de este consumo entre 2019 y 2024 revela que los hombres han presentado un consumo más bajo de frutas o verduras que las mujeres. Se aprecia una tendencia irregular en ambos sexos, con variaciones a lo largo de los años.

Evolución del consumo <3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas en mayores (65-79 años). Comunidad de Madrid

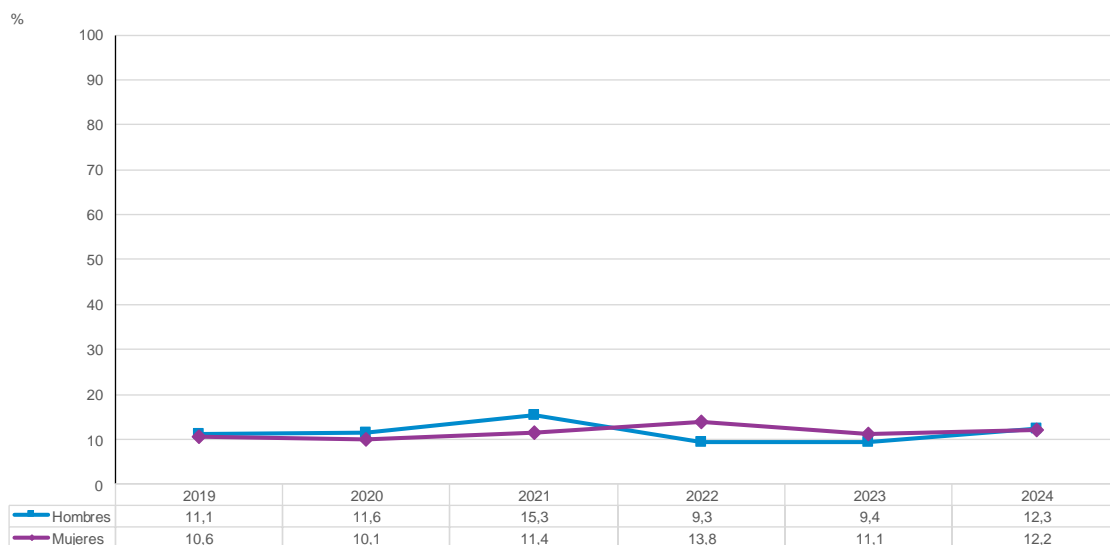


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de tabaco

El porcentaje total de fumadores/as de 65 a 79 años es considerable (12,2%), y similar en hombres (12,3%) y mujeres (12,2%). Entre 2019 y 2024 los porcentajes de fumadores/as actuales son similares entre hombres y mujeres, y no se aprecia una tendencia clara en la evolución de este indicador.

Evolución de fumadores/as ocasionales o diarios mayores (65-79 años). Comunidad de Madrid.

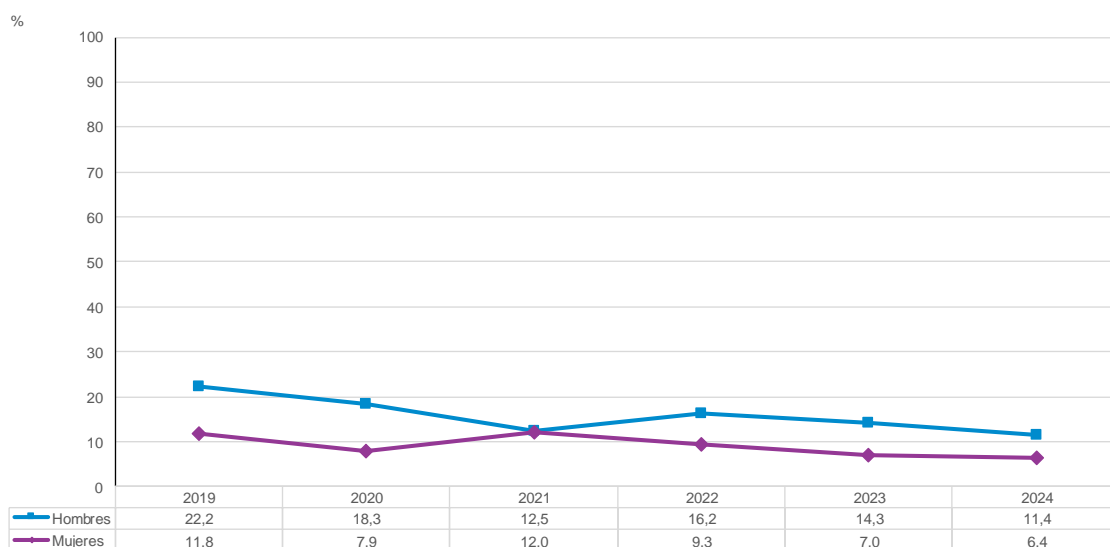


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Consumo de alcohol

El porcentaje de personas de 65 a 79 años cuyo consumo de alcohol supera los límites de bajo riesgo (> 20g/d hombres y > 10g/día mujeres) es de 8,7%. Los hombres presentan un porcentaje superior (11,4%) al de las mujeres (6,4%). La evolución hasta 2024 muestra que los hombres han mostrado porcentajes más altos y se observa una tendencia ligeramente descendente en ambos sexos.

Evolución de la proporción de mayores (65-79 años) con consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo*. Comunidad de Madrid



*Límites de bajo riesgo en consumo de alcohol: > 20g/d hombres y > 10g/día mujeres.

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

**Más información:**

Hábitos de salud, salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Año 2024. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/avance_resultados_sivfrent-m_2024.pdf

Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (I)

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051385.pdf>

Acciones preventivas

La Dirección General de Salud Pública es responsable de la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y actividades para la prevención de la aparición y detección precoz de enfermedades a nivel poblacional, en coordinación con la Dirección General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud, y otros centros asistenciales privados. La prevención poblacional consiste en acciones colectivas para proteger la salud, a iniciativa de las administraciones públicas, dirigidas a la población. Son medidas de salud pública que requieren de la coordinación con el nivel clínico asistencial y tienen impacto directo en la morbilidad y mortalidad, como las vacunaciones, los cribados neonatales y los cribados de cáncer.

Coberturas de vacunación/inmunización

Las vacunas son la medida más eficaz para prevenir gran parte de las enfermedades transmisibles en todas las edades. El objetivo final de los programas de vacunación es garantizar el control de las enfermedades inmunoprevenibles en la totalidad de la población residente en nuestro entorno. Es de gran trascendencia extender las políticas de vacunación a todos los grupos de población con el fin de reforzar su impacto en el control de enfermedades transmisibles. Disponemos de un calendario de vacunación para toda la vida, desde antes del nacimiento hasta la edad adulta, que se actualiza e incluye, en función de la evidencia científica disponible, vacunas frente a más de 15 enfermedades, que se administran en función del estado de salud de cada persona.

Asimismo, en la campaña 2023/2024 se implementó por primera vez en la Comunidad de Madrid la inmunización poblacional mediante la administración del anticuerpo monoclonal nirsevimab con el objetivo de prevenir la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por el VRS (virus respiratorio sincitial).

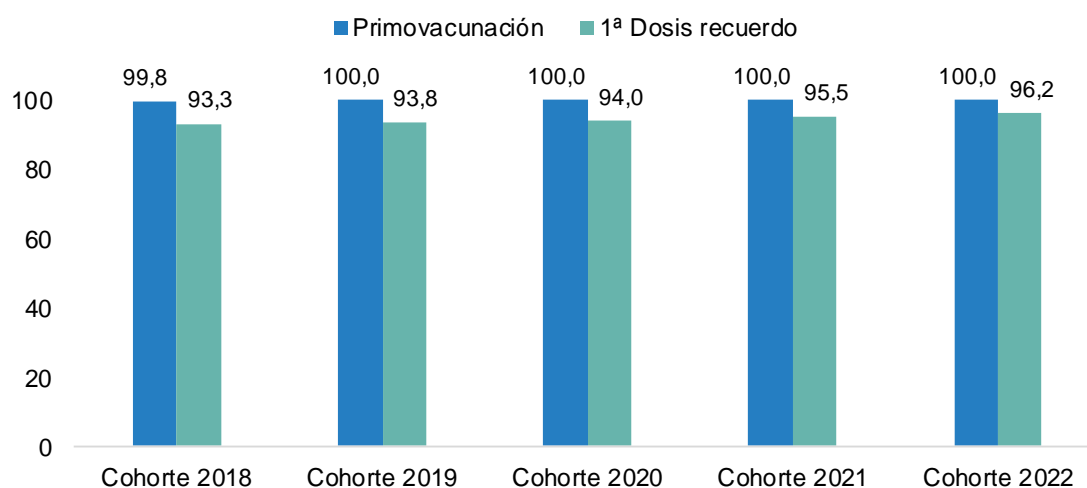
En las siguientes figuras se presentan los principales indicadores de coberturas vacunales/inmunización en la Comunidad de Madrid.

Indicadores de coberturas de vacunación en población infantil*Vacuna hexavalente*

Vacuna hexavalente (Hexa 2d): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna frente a poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B (HB).

Vacuna hexavalente (HEXA rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 3 dosis de vacuna frente a poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B (HB).

Coberturas de vacunación (%) con vacuna hexavalente (Poliomielitis, DTPa, HiB, Hepatitis B). Comunidad de Madrid



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

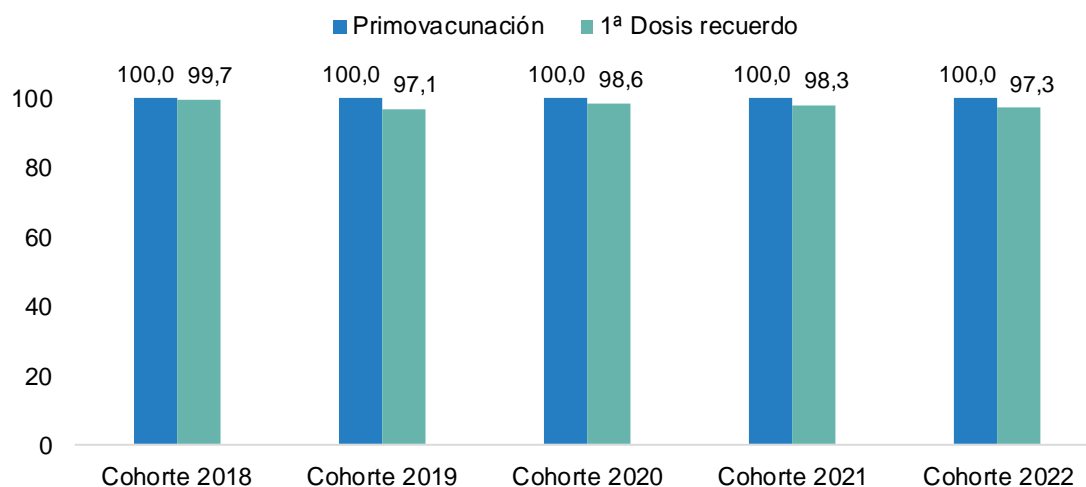
Vacuna frente a meningococo C

Vacuna frente a meningococo C (MenC 1d): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna MenC.

Meningococo C (MenC rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna que contiene MenC a partir de los 12 meses de edad.

En la siguiente figura pueden verse estos dos indicadores.

Cobertura de vacunación (%) frente a meningococo C Comunidad de Madrid



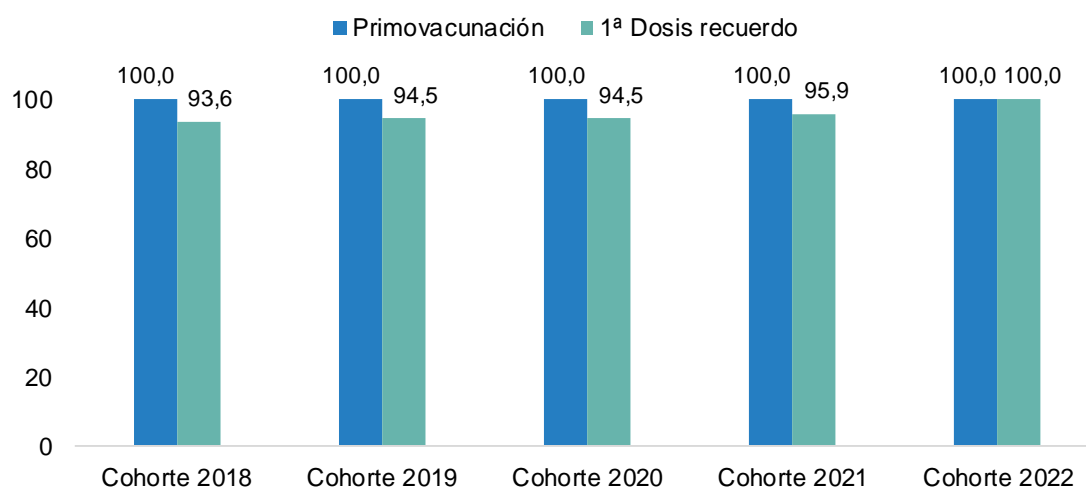
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

Vacuna frente a neumococo

Vacuna frente a neumococo (VNC 2d): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de VNC.

Neumococo (VCN rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 3 dosis de vacuna frente a neumococo (VNC).

Cobertura de vacunación (%) frente a neumococo Comunidad de Madrid



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

Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina

Difteria, tétanos y tosferina (dTpa 6a): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos una dosis de vacuna dTpa

**Coberturas de recuerdo (%) frente a difteria, tétanos y tosferina en población infantil.
Comunidad de Madrid**

Año	2019	2020	2021	2022	2023
DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA					
	Cohorte 2012	Cohorte 2013	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016
Dosis de recuerdo	93,0	90,0	89,8	93,4	95,4

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

Vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)

Primera dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna SRP.

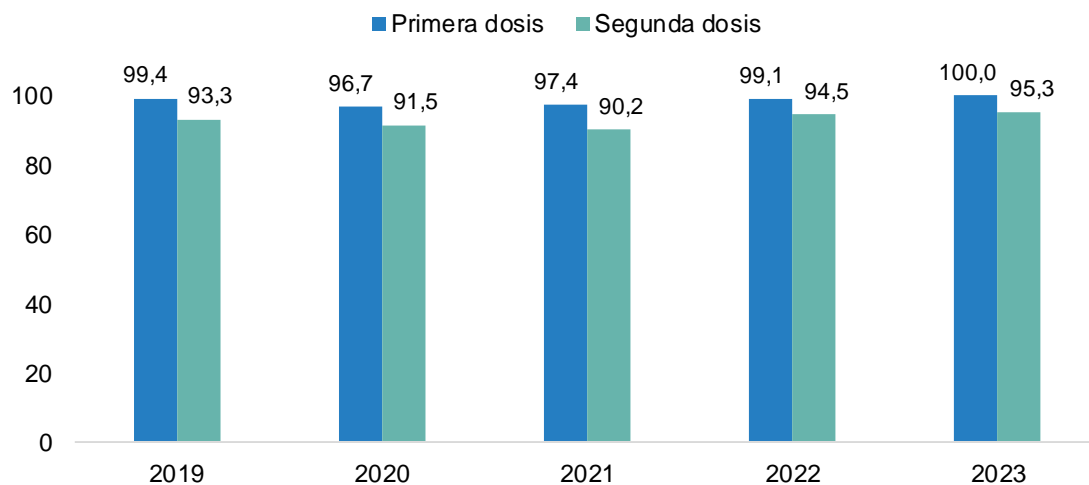
Segunda dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna que contenga SRP.

Cobertura de vacunación (%) frente a sarampión, rubéola y parotiditis. Comunidad de Madrid

Año	2019	2020	2021	2022	2023
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS					
	Cohorte 2012	Cohorte 2013	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016
Primera dosis	99,4	96,7	97,4	99,1	100,0
	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018
Segunda dosis	93,3	91,5	90,2	94,5	95,3

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

**Cobertura de vacunación (%) frente a sarampión, rubéola y parotiditis.
Comunidad de Madrid**



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

Vacunación frente a varicela (VVZ)

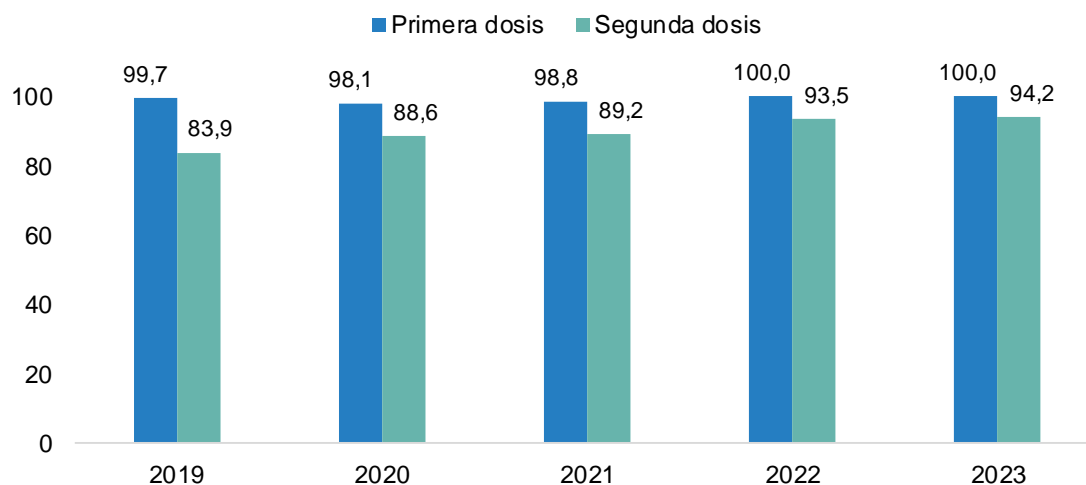
Primera dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna VVZ.
Segunda dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna que contenga VVZ.

Cobertura de vacunación (%) frente a varicela. Comunidad de Madrid

Año	2019	2020	2021	2022	2023
VARICELA					
Primera dosis	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019	Cohorte 2020
	99,7	98,1	98,8	100,0	100,0
Segunda dosis	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018
	83,9	88,6	89,2	93,5	94,2

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

Cobertura de vacunación (%) frente a varicela. Comunidad de Madrid



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

Inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS)

La campaña de inmunización frente a VRS en la temporada 2024-2025 en la Comunidad de Madrid se inició el 1 de octubre de 2024 y finalizó el 31 de marzo de 2025. La población diana fueron los lactantes menores de 6 meses al inicio de la temporada (nacidos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre de 2024) y los recién nacidos durante la temporada (nacidos desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de marzo de 2025). En las recomendaciones de inmunización también se incluyeron otros grupos de riesgo: los prematuros de menos de 35 semanas (inmunización antes de los 12 meses de edad) y a los menores de 24 meses con riesgo elevado de desarrollar enfermedad grave, tales como: cardiopatías congénitas, hemopatías malignas, displasia broncopulmonar y otras patologías de base con inmunodepresión grave.

Durante la campaña 2024-2025 se administraron un total de 44.732 dosis de nirsevimab.

En cuanto a la población infantil perteneciente a algún grupo de riesgo, en esta campaña se administraron 1.225 dosis de nirsevimab a 999 niños (dado que 226 niños al estar en su segunda temporada y tener un peso de ≥ 10 kg, recibieron doble dosis de beyfortus® 100 mg): 561 dosis a prematuros de menos de 35 semanas, 106 a menores con cardiopatía congénita, 44 con displasia broncopulmonar y 288 a menores con otras patologías de alto riesgo.

Coberturas de inmunización (%) frente a VRS en lactantes.
Comunidad de Madrid

Población	Inmunizaciones	Recién nacidos por mes de nacimiento	Cobertura
Nacidos abril-septiembre 2024	20.153	24.588	82%
Nacidos octubre 2024-marzo 2025	24.579	25.138	98%
Total	44.732	49.726	90%

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

Indicadores de coberturas de vacunación en población adolescente*Tétanos y difteria de baja carga*

Tétanos y difteria de baja carga (Td): Porcentaje de adolescentes que han recibido al menos una dosis de vacuna Td.

Meningococo ACWY

Meningococo ACWY (MenACWY): Porcentaje de adolescentes vacunados con al menos 1 dosis de vacuna MenACWY a partir de los 10 años de edad. Se presentan los datos a partir del 2020 ya que esta vacuna se introduce en junio de 2019.

Coberturas de vacunación (%) en adolescentes frente a tétanos-difteria y meningococo ACWY. Comunidad de Madrid

Año	2019	2020	2021	2022	2023
DOSIS DE RECUERDO EN ADOLESCENTES					
Tétanos y difteria	Cohorte 2004	Cohorte 2005	Cohorte 2006	Cohorte 2007	Cohorte 2008
	86,0	84,5	83,0	83,5	82,9
		Cohorte 2007	Cohorte 2008	Cohorte 2009	Cohorte 2010
Meningococo ACWY		88,6	90,1	91,7	91,7

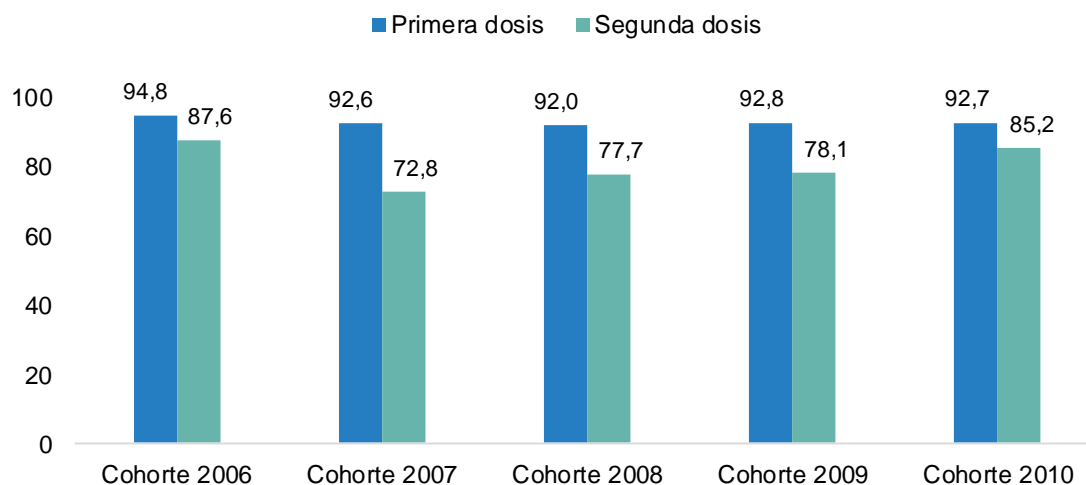
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

Virus del papiloma humano (VPH)

Primera dosis. Porcentaje de niñas vacunadas con al menos 1 dosis de VPH.

Segunda dosis. Porcentaje de niñas vacunadas con al menos 2 dosis de VPH.

Cobertura de vacunación (%) frente a VPH en mujeres. Comunidad de Madrid



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

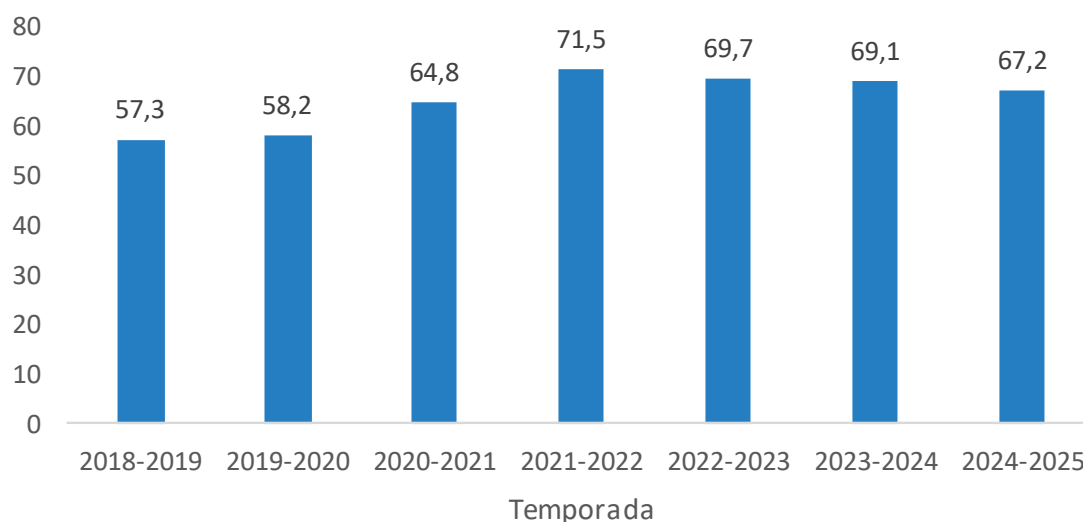
Indicadores de coberturas de vacunación en población adulta*Vacunación frente a la gripe y covid-19*

La campaña de vacunación conjunta frente a gripe y covid-19 con vacunas adaptadas a las variantes circulantes en la temporada 2024/25 se inició el 7 de octubre de 2024.

La vacunación frente a covid-19 se recomienda a los grupos de población que presentan un mayor riesgo de complicaciones o cuadros graves en caso de padecer la infección, así como al personal sanitario y sociosanitario, y al personal de servicios públicos esenciales. Hasta el 16 de marzo de 2025 se han inmunizado 814.098 personas con vacunas adaptadas a la variante circulante.

Vacunación frente a la gripe: Porcentaje de personas de 65 y más años que han recibido una dosis de vacuna frente a la gripe en la temporada estacional indicada.

Evolución de las coberturas (%) de vacunación frente a gripe en personas de 65 y más años. Comunidad de Madrid



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

Vacunación frente a neumococo y herpes zóster

Personas de 65 años. Porcentaje de personas de 65 años que han recibido una dosis de vacuna frente a neumococo.

Personas de 65 años. Porcentaje de personas de 65 años que han recibido una y dos dosis de vacuna frente a herpes zóster.

Personas de 80 años. Porcentaje de personas de 80 años que han recibido una y dos dosis de vacuna frente a herpes zóster.

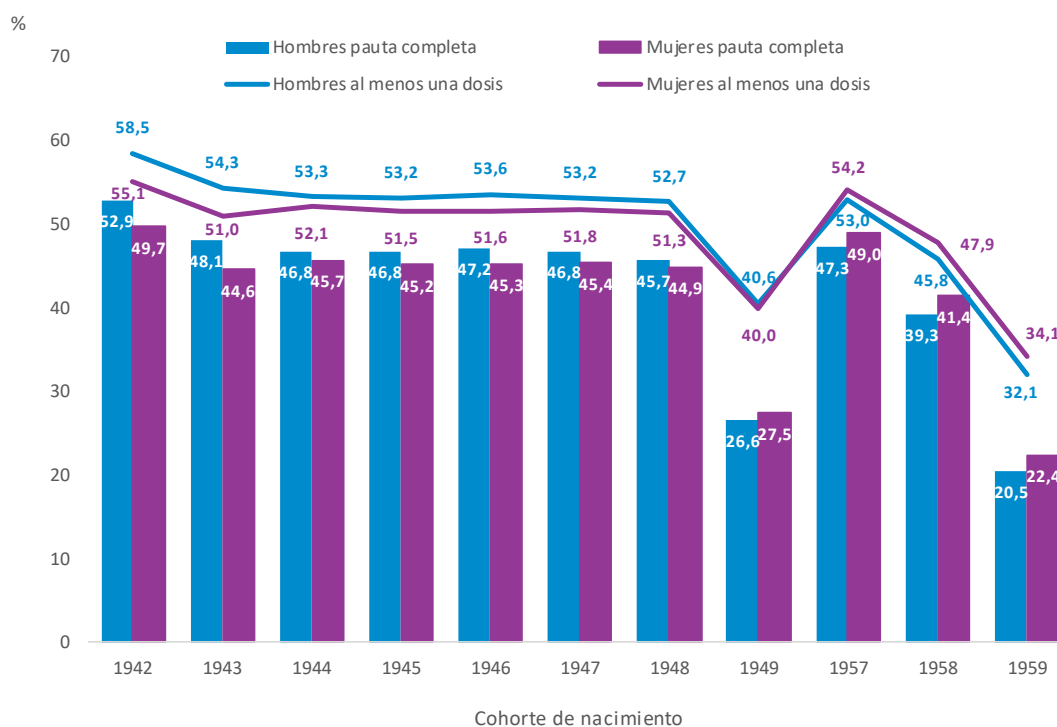
Cobertura de vacunación (%) frente a neumococo y herpes zóster. Comunidad de Madrid

Neumococo		
		Cohorte 1957
		51,2
Herpes zóster		
1ª dosis	Cohorte 1942	Cohorte 1957
	54,9	51,4
	2ª dosis	47,2

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

La Comunidad de Madrid, de acuerdo a las recomendaciones nacionales, incorporó en enero de 2022 la vacuna frente al herpes zóster a la población general de 65 y 80 años de edad (cohortes nacidas en 1957 y 1942 respectivamente). Incorporándose en 2023 y 2024 además las personas entre 75 y 79 años. En la siguiente figura se presentan las coberturas de vacunación por sexo y cohorte de nacimiento, observándose que las últimas cohortes que se han incorporado a la vacunación son las que muestran una menor cobertura (cohortes de nacidos en 1959 y 1949).

Cobertura de vacunación (%) frente a herpes zóster por sexo y cohorte de nacimiento Comunidad de Madrid



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



Más información:

Vacunas. Información para profesionales

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vacunas-informacion-profesionales>

Informe de resultados de programas de vacunación. Coberturas de vacunación. Año 2023. Comunidad de Madrid.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/informe_coberturas_de_vacunacion_cm_2019_2023.pdf

Informe de seguimiento de la vacunación frente a herpes zóster en la Comunidad de Madrid

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/informe_seguimiento_vacunacion_hz.pdf

Programas de cribado neonatal

Los programas de cribado neonatal son una actividad de salud pública dirigida a toda la población recién nacida, para la identificación presintomática de enfermedades graves, con el fin de tratar precozmente a toda la población infantil diagnosticada y, de esta forma, prevenir o minimizar minusvalías neurológicas, sensoriales, orgánicas, psíquicas o sus complicaciones, mejorando su pronóstico y su calidad de vida. El cribado neonatal se realiza en todas las maternidades de la Comunidad de Madrid -públicas y privadas-, y la coordinación se lleva a cabo desde la Dirección General de Salud Pública.

Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

El Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas tiene por objetivo la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 23 enfermedades seleccionadas, con la finalidad de reducir la morbilidad y las discapacidades asociadas a las mismas. Está dirigido a todos los recién nacidos (RN) en la Comunidad de Madrid, siendo en 2023 un total de 52.956 los que completaron el proceso de cribado. De ellos 383 fueron positivos (0,72% de los nacidos) y se derivaron para su confirmación a la Unidad Clínica de Referencia, siendo finalmente 72 casos los confirmados. Dos casos de enfermedades metabólicas presentaron síntomas previos al cribado a pesar de haberse detectado en la primera semana de vida. Cinco casos de fibrosis quística presentaron síntomas previos a la detección en el programa a pesar de haberse realizado la derivación a la Unidad Clínica, el diagnóstico y tratamiento en todos los casos, antes del mes de vida (uno de los casos fue un diagnóstico prenatal).

Las tasas de detección más elevadas son las correspondientes al hipotiroidismo congénito (1/2.407 RN), seguido por la fenilcetonuria e hiperfenilalaninurias y la anemia falciforme (1/3.782 y 1/3.530 RN respectivamente).

En la siguiente tabla se detallan los casos confirmados y la tasa de detección por enfermedad.

Casos confirmados y tasa de detección por enfermedad a partir del Programa de Cribado Neonatal. Comunidad de Madrid, 2023

Grupo de enfermedades	Casos confirmados (n)			Tasa detección
	Niñas	Niños	Total	(1:RN)
Enfermedades endocrinas				
•Hipotiroidismo congénito (HC)	11	11	22	1:2.407
•Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC)	0	1	1	1:52.956
Errores congénitos del metabolismo				
•Fenilcetonuria (PKU) e hiperfenilalaninemias	4	10	14	1:3.782
•Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD)	2	0	2	1:26.478
•Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD)	1	0	1	1:52.956
•Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD)	1	1	2	1:26.478
•Acidemia metilmalónica	1	0	1	1:52.956
•Deficiencia de B-Cetotialasa (KTD)	1	0	1	1:52.956
Otras enfermedades				
•Anemia Falciforme (Drepanocitosis)	7	8	15	1:3.530
•Fibrosis Quística (FQ)	7	6	13	1:4.073
TOTAL	35	37	72	1:735

Fuente: Programa de cribado neonatal de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Programas de Cribado Poblacional.

Cribado neonatal de hipoacusia

La hipoacusia neonatal constituye un importante problema de salud que repercute en el desarrollo del niño, alterando el aprendizaje del lenguaje oral, con las implicaciones que ello conlleva. El programa de cribado neonatal de hipoacusia se ofrece a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid y está orientado a la detección precoz de la pérdida auditiva, a su diagnóstico y tratamiento temprano y al seguimiento de los casos detectados, para optimizar el desarrollo social y la capacidad de comunicación.

La primera etapa del programa, la prueba de cribado de hipoacusia, se realiza en los 42 hospitales con servicio de maternidad de la Comunidad de Madrid (24 hospitales públicos y 18 hospitales privados). En 2023 la tasa de participación fue de 99,8%, y se ha diagnosticado de hipoacusia a un 4,0% de niños/as dentro del programa, lo que supone una tasa de detección de hipoacusia de 1 cada 247 niños/as por el cribado neonatal. En todos los casos diagnosticados que requerían tratamiento (invasivo o no) este se estableció dentro de los primeros seis meses de vida y permanecen en seguimiento.



Más información:

Cribado neonatal

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cribado-neonatal>

Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino metabólicas. Informe de evaluación anual 2023.

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051322.pdf>

Programa de cribado de hipoacusia en el recién nacido. Informe de evaluación anual 2023.

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051374.pdf>

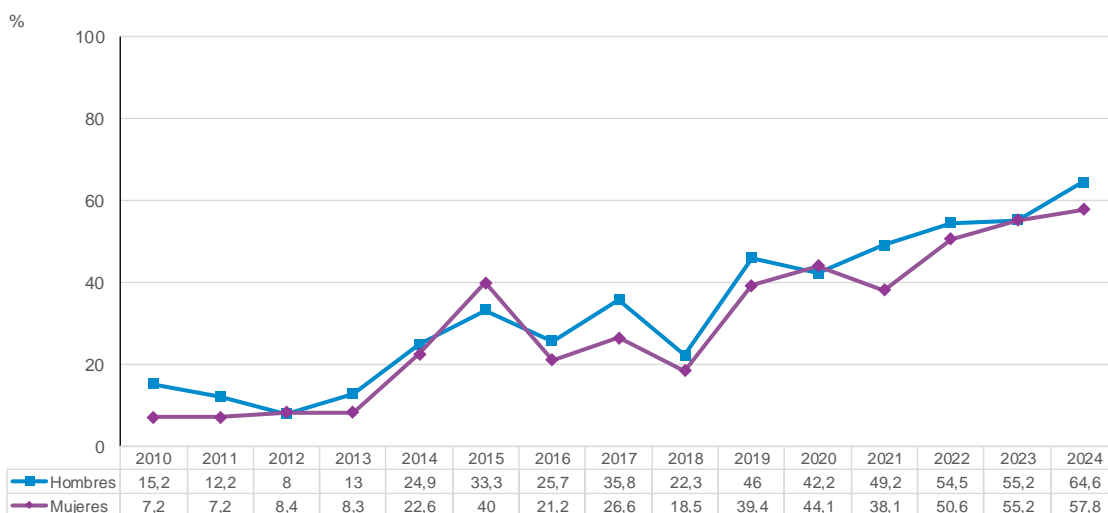
Programas de cribados de tumores

En la Comunidad de Madrid existen programas de cribado poblacional para la detección precoz de cáncer de colon y recto (PREVECOLON), cáncer de mama (DEPRECAM) y cáncer de cérvix uterino (CERVICAM).

Cáncer de colon y recto

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de sangre oculta en heces (SOH), se oferta por la cartera de servicios del SNS a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con una periodicidad de 2 años. En 2024 se han alcanzado los porcentajes más altos de la serie, superando el 55% en ambos sexos, y de forma más destacada en hombres.

Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces en los 2 últimos años o menos. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid



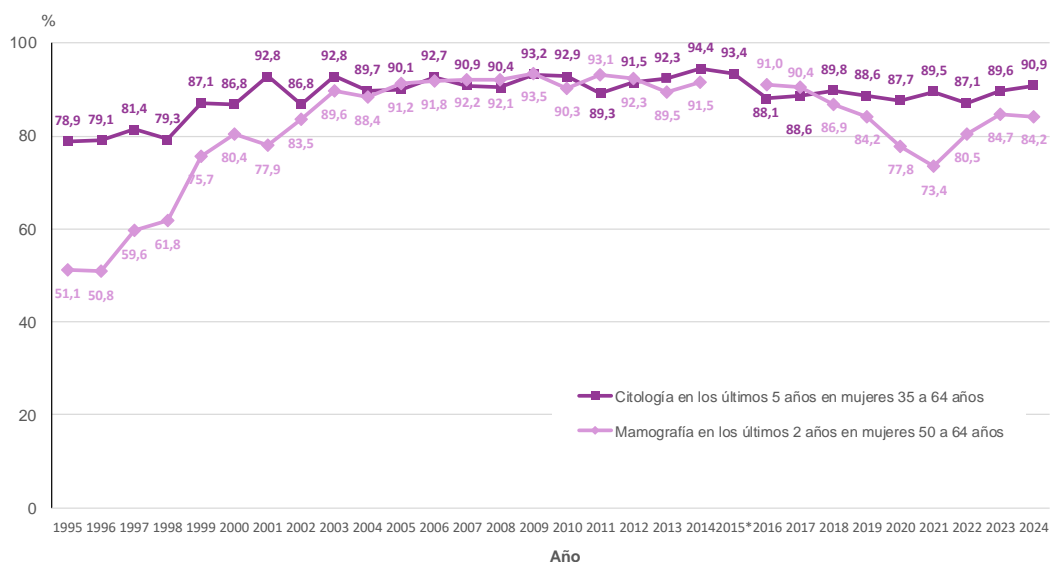
Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Cáncer de cérvix y mama

En cuanto al cribado de cáncer ginecológico en mujeres, las recomendaciones actuales indican la realización de cribado poblacional de cáncer de cérvix a través de: una citología vaginal, cada 3 años en mujeres entre 25 y 34 años; y la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) en las mujeres entre 35 y 65 años; si este es negativo se repetirá la prueba a los cinco años. Si es positivo, se realizará citología, que, si resulta negativa, indicará una nueva determinación de VPH-AR al año. En 2024 el porcentaje de mujeres de 35 a 64 años que se habían realizado al menos una citología en los últimos 5 años alcanzó el 90,9%.

Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años. El porcentaje de cumplimiento, tras sufrir un descenso en el periodo 2018-2021 ha vuelto a ascender a cifras cercanas al 85% en los dos últimos años.

Evolución de la realización de citologías y mamografías en mujeres en edades con indicación. Comunidad de Madrid



* Para el año 2015 no ofrece el valor para las mamografías por inconsistencias en el dato

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2024. Avance de resultados.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/avance_resultados_sivfrent-a_2024.pdf

Programa Prevecolon

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevecolon-prevencion-cancer-colon-recto>

Programa DEPRECAM

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/deteccion-precoz-cancer-mama>

Programa CERVICAM

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cervicam>

Enfermedades transmisibles

Enfermedades prevenibles por vacunación

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*
Enfermedad meningocócica invasiva
Enfermedad neumocócica invasiva
Herpes zóster
Varicela
Parálisis flácida aguda
Parotiditis
Sarampión
Tosferina

Enfermedades de transmisión respiratoria

Gripe
Legionelosis
Lepra
Tuberculosis
Virus respiratorio sincitial (VRS)
Covid-19
Vigilancia centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas

Enfermedades de transmisión zoonótica

Enfermedades transmitidas por vectores

Leishmaniasis

Enfermedades de transmisión alimentaria

Hepatitis A
Listeriosis
Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

Hepatitis B

Hepatitis C

Infección gonocócica

Infección por *Chlamydia trachomatis*

Mpox

Sífilis

Vih/sida

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas

Vigilancia de la infección de localización quirúrgica

Brotes

En estos últimos años es de destacar la aparición de dos enfermedades que han condicionado de forma importante la epidemiología de las enfermedades transmisibles: desde 2020 en adelante, la pandemia por covid-19, y la aparición en 2022 de una nueva enfermedad en nuestro medio conocida previamente como viruela del mono o “monkeypox” (en adelante “mpox”). Se expone a continuación un resumen agrupado por mecanismo de transmisión.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 2024 tanto la **enfermedad meningocócica (EMI)** como la enfermedad invasiva por neumococo (**ENI**) y por *Haemophilus influenzae* (**EIHi**) han aumentado su incidencia con respecto al año 2023, alcanzando tasas similares a las del período prepandémico. Se desarrolló un brote poblacional de **tosferina** durante el primer semestre del año, que ya había comenzado en los últimos meses del año 2023, alcanzándose en el 2024 la mayor incidencia de esta enfermedad en los últimos 20 años, con un pico máximo en el mes de abril. La incidencia de **parotiditis** se mantiene en tasas bajas desde la pandemia de covid-19. Respecto al **sarampión**, después de 4 años sin detectarse circulación del virus (sólo casos esporádicos importados), durante 2024 se detectaron pequeños brotes autóctonos.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria prevenibles por vacunación en la Comunidad de Madrid, de 2019 a 2024.

Enfermedades prevenibles por vacunación. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Difteria	2	1	0	0	0	0
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	61	18	11	47	52	72
Enfermedad meningocócica invasiva	56	33	3	11	36	53
Enfermedad neumocócica invasiva	701	241	212	438	622	703
Herpes Zoster	35.042	29.804	30.816	32.294	33.366	35.812
Parotiditis	1.875	501	132	227	317	263
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	2	5	5	1	4	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0
Sarampión	47	1	2	0	2	24
Tétanos	0	0	1	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0
Tosferina	228	72	16	14	194	1.349
Varicela	3.260	1.272	994	1.248	1.444	1.455

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

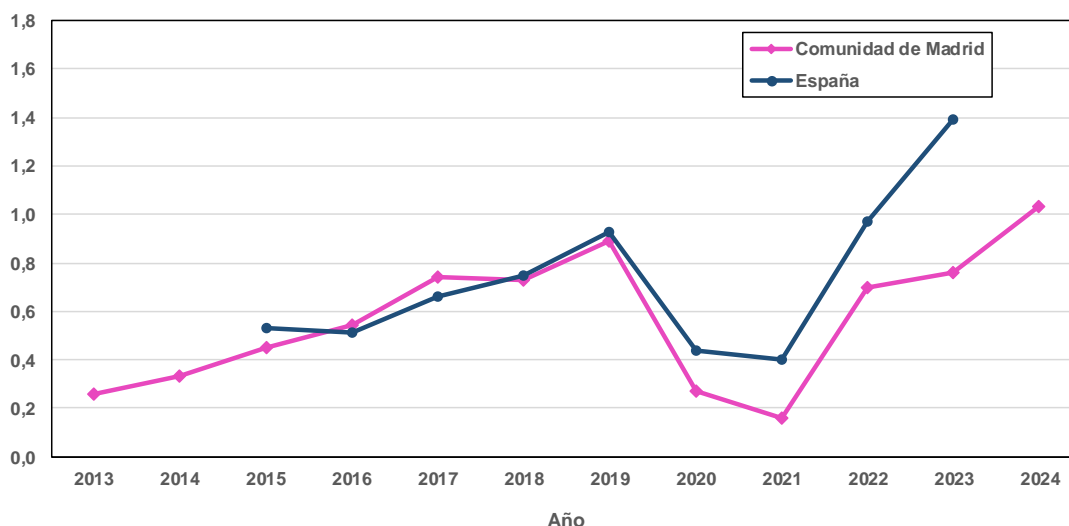
Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Durante el año 2024 se registraron en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 72 casos de enfermedad invasiva producida por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia de 1,03 casos por 100.000 habitantes, superior a las del periodo prepandémico. Se serogruparon 28 de los 72 casos (38,9%), detectándose únicamente un serogrupo b (en adulto no vacunado). Por edad, solo 4 casos eran menores de 5 años, (3 de ellos debidos a cepas no capsuladas y un caso causado por serogrupo a).

Evolución anual de la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

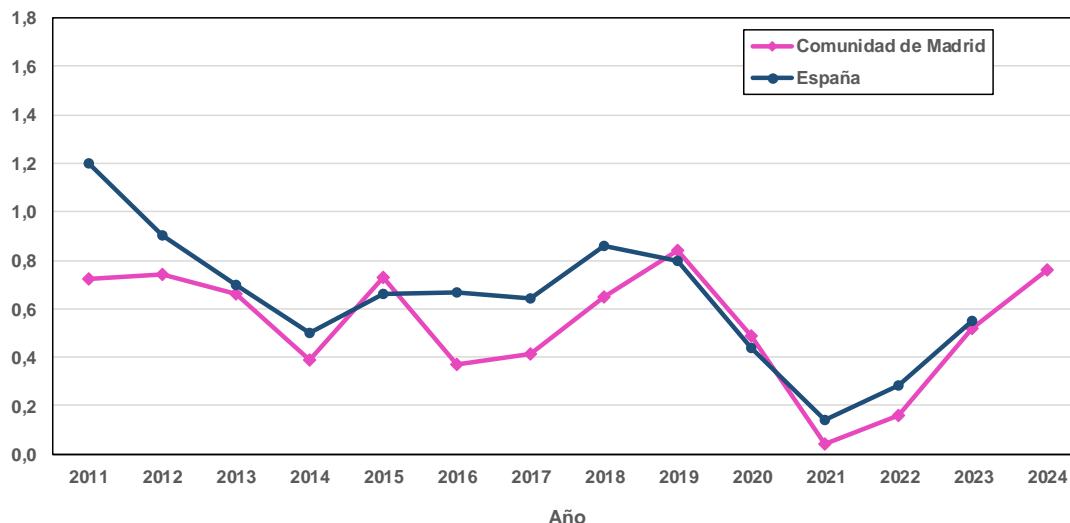
Enfermedad meningocócica invasiva

En el año 2024 se registraron 53 casos de enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, lo que supuso una tasa de incidencia de 0,76 casos por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la del año previo (0,52 casos por 100.000 habitantes). Se pudo determinar el serogrupo en 49 casos (93,5%), con un predominio del serogrupo B (29 casos), seguido de los serogrupos Y y W (10 y 8 casos respectivamente).

La pandemia de covid-19 y las medidas aplicadas para su contención llevaron consigo un marcado descenso en el número de casos de EMI durante las temporadas 2020/21 y 2021/22, alcanzándose las incidencias más bajas de toda la serie histórica, pero el ascenso en las dos últimas temporadas se va aproximando a los niveles de la etapa prepandémica.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad meningocócica invasiva

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

[Enfermedad meningocócica invasiva. Informe de las temporadas 2018/19-2022/23. Comunidad de Madrid](https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051519.pdf)
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051519.pdf>

Enfermedad neumocócica invasiva

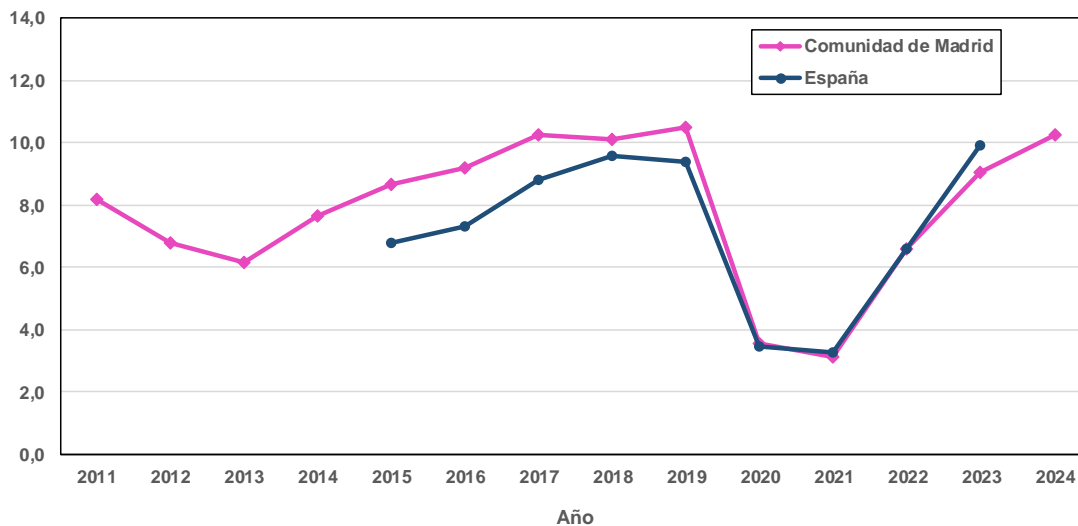
La vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) se inicia en 2007 en la Comunidad de Madrid al comenzar la administración de vacuna conjugada en el calendario sistemático. En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 703 casos de ENI, 81 casos más que en el año 2023. La tasa de incidencia pasó de 9,05 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 10,03 casos por 100.000 en 2024.

En 2024 se obtuvieron resultados de serotipado en el 91% de los casos (640 casos) y, al igual que en 2023, los serotipos 3 y 8 fueron los más frecuentes (100 y 96 casos respectivamente), seguidos del serotipo 22F y el 14 (40 casos cada uno) y el serotipo 4 (31 casos). Cabe destacar el ascenso en este último año de los serotipos 14 y 4, ambos contenidos en todas las vacunas conjugadas de neumococo que se han ido administrando desde su introducción en 2007.

En el periodo 2007-2023 se observó un descenso de la incidencia de ENI en los años 2020 y 2021 de pandemia covid-19, tras los cuales volvió a incrementarse. En este periodo los serotipos 8 y 3 fueron los más frecuentemente identificados, siendo responsables del 27,4% de los casos y con predominio en adultos. La neumonía bacteriémica (48,1% de los casos) y la sepsis (17,3%) fueron las formas clínicas principales de presentación y la letalidad, del 10,9%, se asociaba con la forma clínica de sepsis, edad avanzada, tener antecedentes patológicos previos e infección por una cepa con resistencia antibiótica. El 45,4% de los pacientes estaba vacunado.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

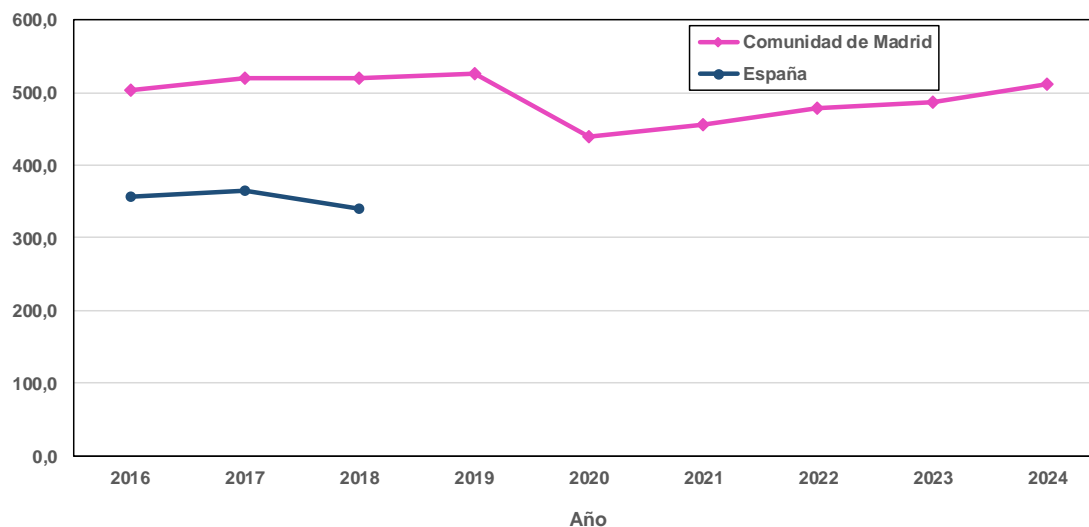
Enfermedad neumocócica invasiva en la Comunidad de Madrid. Evolución 2007-2023
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051490.pdf>

Herpes zóster

En el año 2024 se registraron 35.812 casos de herpes zóster en la Comunidad de Madrid, 2.446 casos más que en 2023. La incidencia acumulada pasó de 486,39 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 510,92 casos por 100.000 habitantes en 2024.

Evolución anual de la incidencia de herpes zóster

Tasa por 100 mil



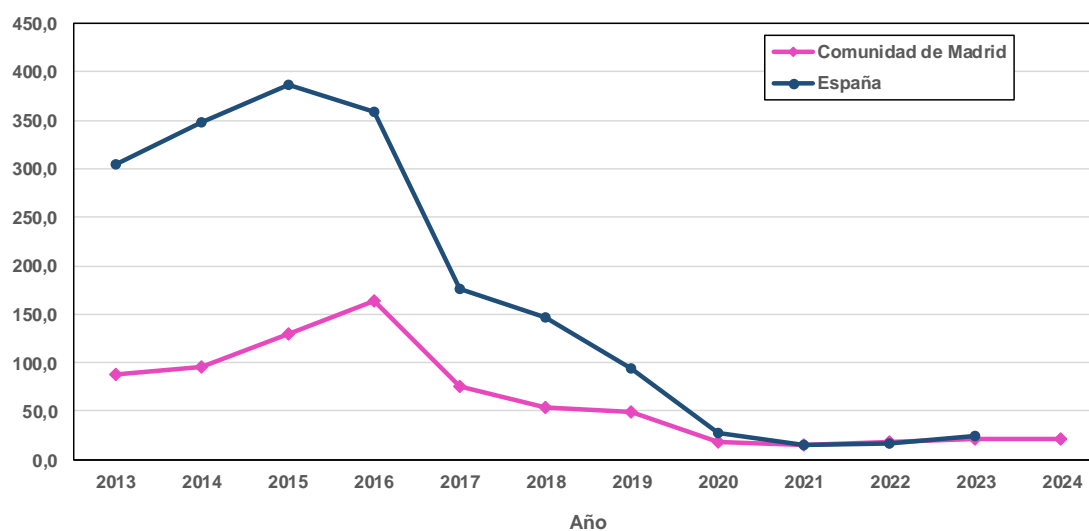
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Varicela

Durante el año 2024 se registraron 1.455 casos de varicela, 11 casos más que en 2023. La incidencia acumulada pasó de 21,05 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 20,76 casos por 100.000 en 2024.

Evolución anual de la incidencia de varicela

Tasa por 100 mil



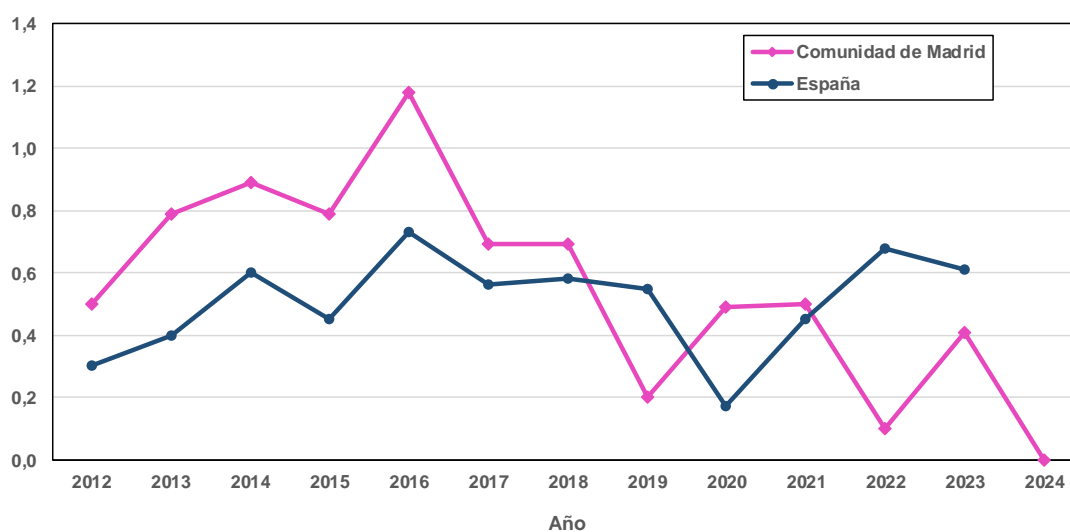
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Durante el año 2024 no se registraron casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid. En 2023 se registraron 4 casos, lo que representa una incidencia de 0,41 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Todos los casos (de edades 1, 5, 11 y 12 años) fueron registrados como “descartados” de polio y diagnosticados de Síndrome de Guillain-Barré, y estaban correctamente vacunados para su edad.

Evolución anual de la incidencia de parálisis flácida aguda (< 15 años)

Tasa por 100 mil



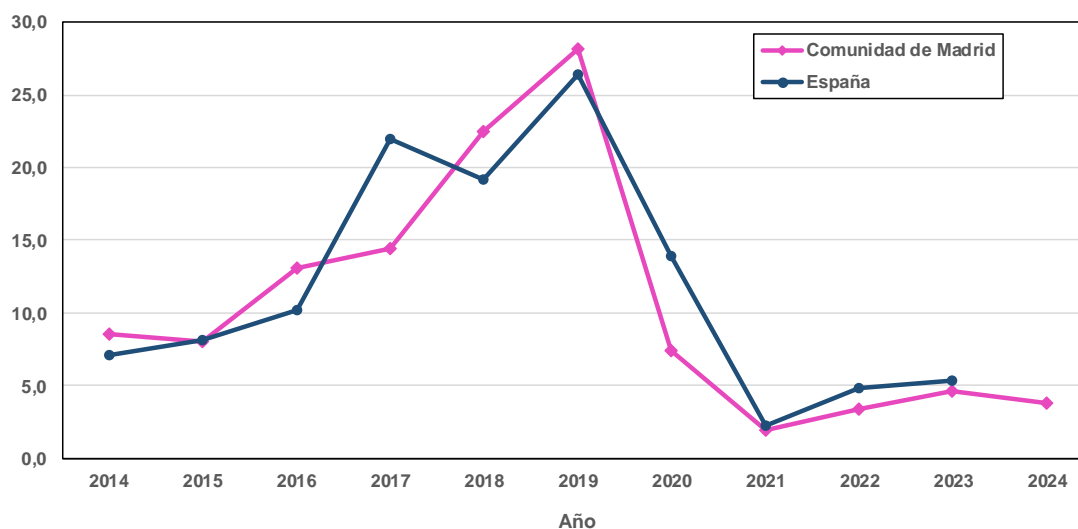
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Parotiditis

En el año 2024 se registraron 263 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid. La tasa de incidencia fue de 3,75 casos por 100.000 habitantes frente a los 4,62 casos por 100.000 del año anterior. La incidencia se mantiene en tasas bajas desde la pandemia de covid-19. Durante el año 2024 solo se detectaron 4 PCR positivas en más de 200 muestras analizadas para la detección del virus de la parotiditis, lo que nos indica que persiste la ausencia de circulación de este virus en la población. Los 4 casos positivos estaban asociados a diferentes viajes fuera de España.

Evolución anual de la incidencia de parotiditis

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Sarampión

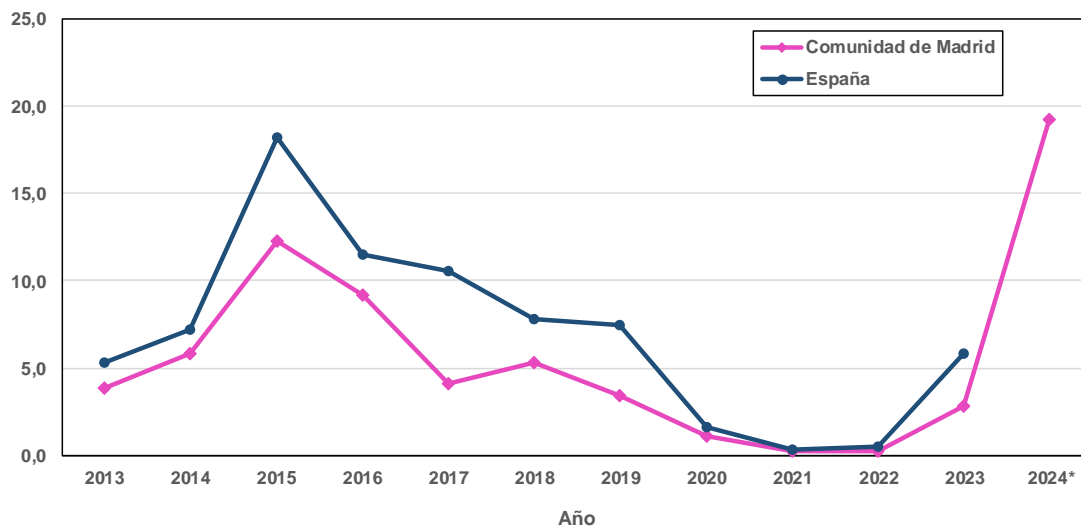
Después de 4 años sin detectarse circulación del virus (sólo casos esporádicos importados), durante 2024 se detectaron pequeños brotes autóctonos. De los 24 casos totales, 17 se produjeron entre mayo y junio en 3 agrupaciones distintas sin conexión aparente entre sí, dos de ellas en adultos jóvenes no vacunados y otra en una escuela infantil entre los niños más pequeños sin vacunar. La tasa de incidencia en 2024 es de 0,34 casos por 100.000 habitantes.

Tosferina

Se desarrolló un brote poblacional de tosferina durante el primer semestre del año 2024, que ya había comenzado en los últimos meses del año 2023, alcanzándose la mayor incidencia de esta enfermedad en los últimos 20 años, con un pico máximo en el mes de abril. El número total de casos de tosferina durante el año fue de 1.349, con una tasa de incidencia de 19,25 casos por 100.000 habitantes. Se hospitalizó el 7% de los casos (n=95), registrándose un fallecido entre ellos, de 3 meses de edad no vacunado. El 72,6% de los casos totales registrados del año 2024 fueron confirmados por microbiología.

Evolución anual de la incidencia de tosferina

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Enfermedades de transmisión respiratoria

En 2024 los casos de **gripe** han disminuido un 24,8% con respecto al año anterior. La tasa de incidencia de gripe por 100.000 habitantes en el 2024 sigue manteniéndose en valores muy inferiores a los registrados en los años previos a la pandemia. La incidencia de **legionelosis** ha disminuido en un 32% con respecto a 2023, y sigue siendo mayor en relación al periodo prepandémico. Los dos casos de **lepra** declarados por la Comunidad de Madrid del 2024 corresponden a casos importados. La **tuberculosis** ha aumentado su incidencia un 7,2% con respecto al 2023, alcanzando cifras similares a las del periodo prepandémico. Con motivo de la estrategia de inmunización poblacional con Nirsevimab, puesta en marcha en el 2023, la Comunidad de Madrid mantiene la vigilancia epidemiológica reforzada e individualizada de cada caso de infección por **VRS**. De todos los casos diagnosticados en 2024, 540 (11,2%) corresponden a población con indicación de inmunización.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión respiratoria en la Comunidad de Madrid, de 2019 a 2024.

Enfermedades de transmisión respiratoria. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Gripe	100.514	88.016	2.077	30.503	67.196	50.509
Legionelosis	89	68	111	164	176	120
Lepra	3	0	0	3	2	2
Virus respiratorio sincitial (VRS)	-	-	-	0	3.904	4.848
Tuberculosis	616	473	466	502	580	638

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

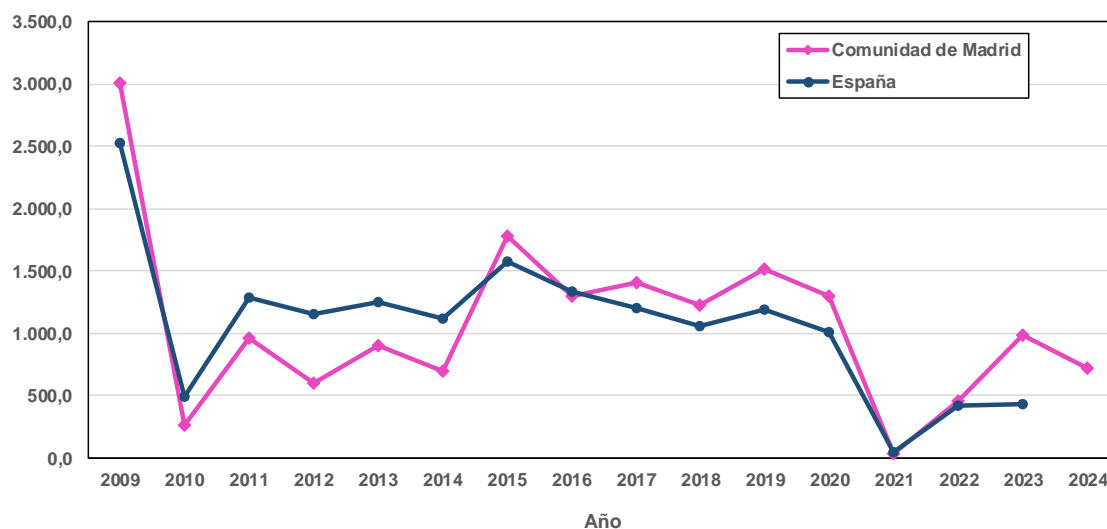
Gripe

En 2024 los casos de gripe han disminuido un 24,8% con respecto al año anterior. La tasa de incidencia de gripe por 100.000 habitantes en el 2024 fue de 720,6 casos por 100.000 habitantes, sigue manteniéndose en valores muy inferiores a los registrados en los años previos a la pandemia.

Durante el 2024 se han notificado 34 brotes de gripe (27 en el 2023), siendo un 85% (29) en residencias de personas mayores, 2 en centros de personas con discapacidad y 3 en otros centros sociosanitarios. Se han registrado un total de 250 casos con gripe, con un 41,3% de ingresos (103) y 4,4% de defunciones (11).

Evolución anual de la incidencia de gripe

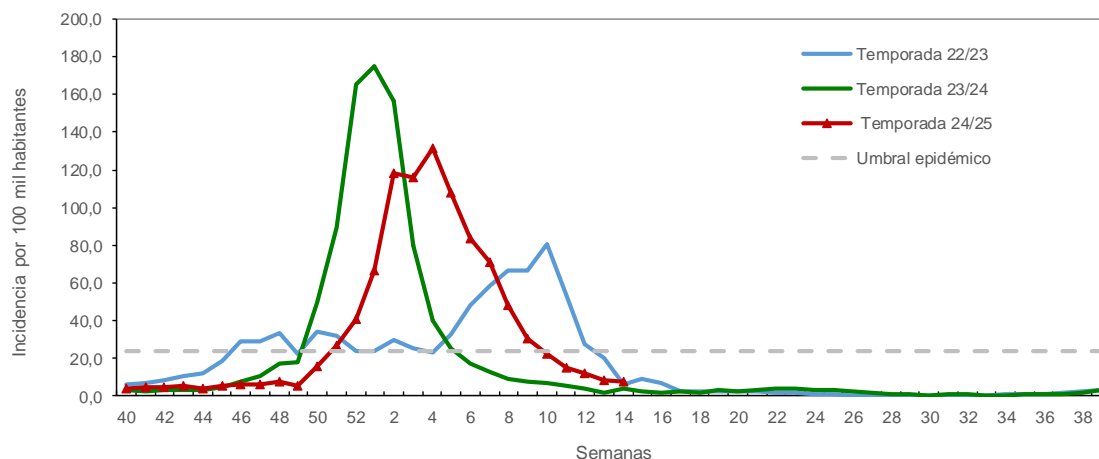
Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En la figura siguiente se muestran las curvas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de las tres últimas temporadas, junto con el umbral epidémico.

Evolución semanal de la incidencia de gripe. Comunidad de Madrid



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Gripe

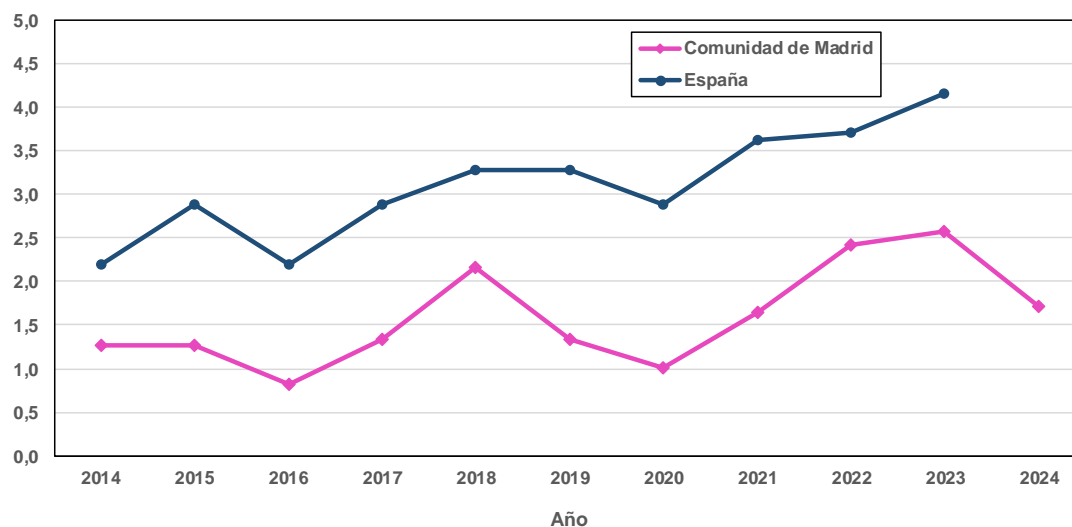
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/gripe>

Legionelosis

En el año 2024 se registraron un total de 120 casos de legionelosis en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 1,71 casos por 100.000 habitantes y un descenso del 32% respecto a 2023, año en el que se comunicaron un total de 176 casos con una tasa de incidencia de 2,57 casos por 100.000 habitantes. De estos 176 casos, 126 (71,6%) fueron hombres. La edad media de los casos fue de 65 años, con un rango comprendido entre los 24 y los 102 años. El 52,2% de los casos fueron mayores de 65 años. En el 95% de los casos la neumonía fue la forma de presentación.

Evolución anual de la incidencia de legionelosis

Tasa por 100 mil



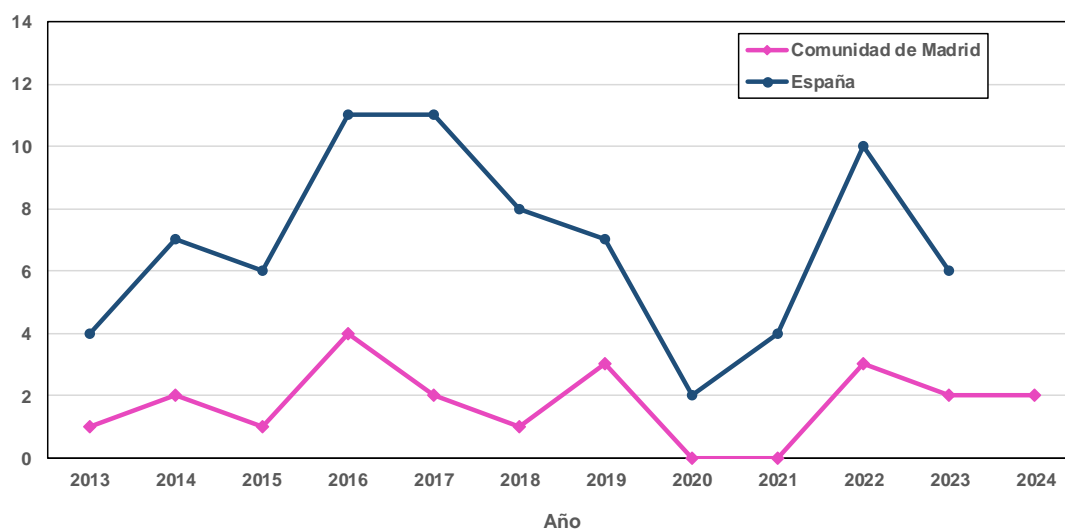
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Lepra

En 2024 se han declarado dos casos de lepra en la Comunidad de Madrid, ambos en personas originarias de países en los que se notifican casos todos los años, lo que supone una incidencia de 0,03 casos por 100.000 habitantes. En 2023 también fueron dos los casos notificados, tres en 2022 y ninguno en 2020 y 2021.

Evolución anual de la incidencia de lepra

Número de casos



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

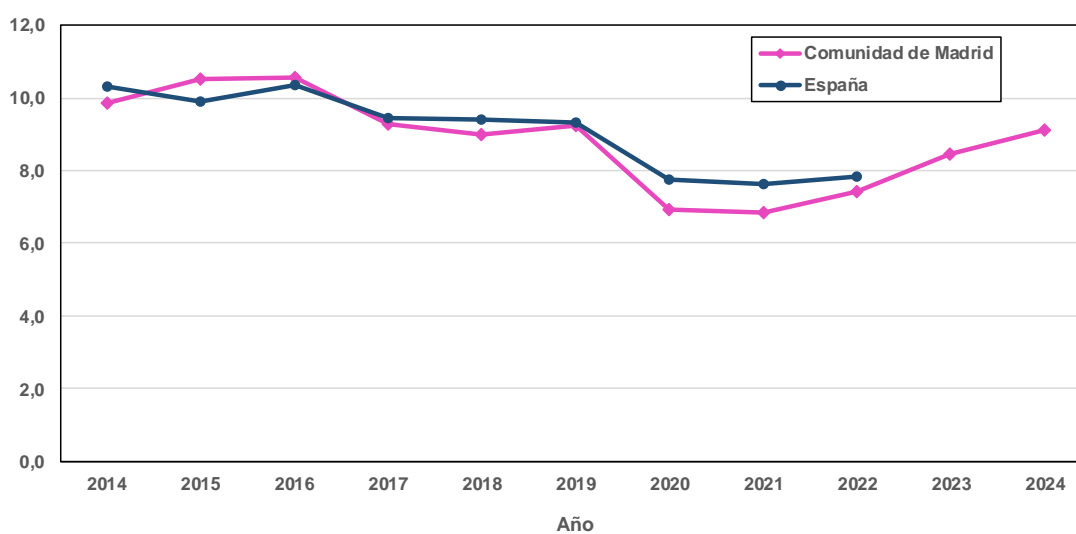
Tuberculosis

Durante el año 2024 se notificaron un total de 638 casos de tuberculosis en personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 9,10 casos por 100.000 habitantes, un 7,3% superior a la de 2023, recuperando valores similares a los previos a la pandemia. El 63,2% fueron personas nacidas en otros países (un 4,4% más que el año anterior).

La localización anatómica más frecuente sigue siendo la pulmonar, siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 7,4 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva de 2,5 casos por 100.000 habitantes.

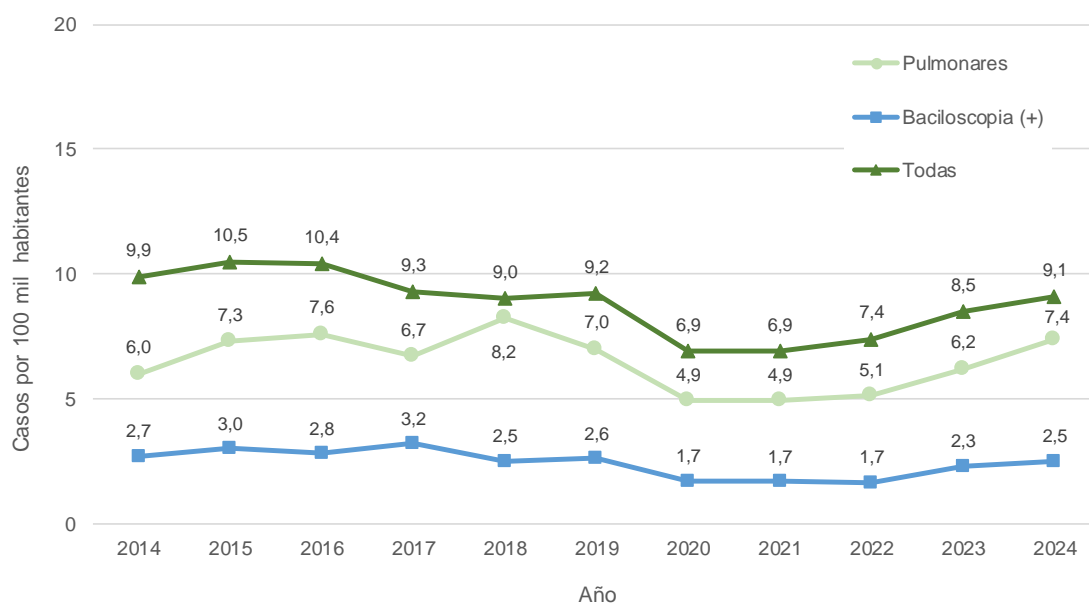
Evolución anual de la incidencia de tuberculosis

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Evolución anual de la incidencia de tuberculosis según localización Comunidad de Madrid



Fuente: Registro regional de casos de tuberculosis. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Tuberculosis

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tuberculosis>

Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051306.pdf>

Virus Respiratorio Sincitial

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es uno de los principales agentes etiológicos responsables de infecciones respiratorias agudas, particularmente en lactantes y niños pequeños. Posee la capacidad de afectar tanto a vías respiratorias superiores como inferiores. Se manifiesta típicamente en brotes estacionales. La relevancia epidemiológica del VRS radica en su capacidad para generar una elevada morbilidad, especialmente en la población pediátrica. Además, este virus también representa una carga significativa en la población adulta, especialmente en mayores de 65 años, personas con enfermedades pulmonares o cardíacas graves, y en individuos inmunodeprimidos, lo que implica importantes costes económicos y sanitarios.

En octubre de 2022 se autorizó en la Unión Europea, la comercialización de un anticuerpo monoclonal (nirsevimab) para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por VRS en neonatos y lactantes durante su primera temporada de exposición al virus. Dada la importante carga de enfermedad del VRS en lactantes y de la disponibilidad de un nuevo

producto para la prevención, se llevó a cabo una campaña de inmunización en base a una estrategia poblacional en la Comunidad de Madrid para la temporada 2023/2024, cuya implementación precisó de una vigilancia epidemiológica reforzada e individualizada de cada caso.

Durante la temporada 2024/2025, comprendida entre la semana 40 de 2024 y la semana 14 de 2025, se identificaron un total de 4.910 casos confirmados de VRS en la Comunidad de Madrid, lo que representa una incidencia acumulada de 70,05 casos por cada 100.000 habitantes. El 68,7% de los casos requirió hospitalización y el 7,1% de los hospitalizados precisó de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por grupos de edad, la mayor proporción de pacientes hospitalizados correspondió al grupo de edad de 1 a 4 años, mientras los ingresos en UCI fueron predominantemente en el grupo de menores de un año. El 97,9% de los pacientes presentó una evolución favorable sin secuelas. Solo el 1,7% de los casos resultó en fallecimiento debido al VRS, principalmente adultos mayores con comorbilidades.

Más información:



Virus respiratorio sincitial (VRS)

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/virus-respiratorio-sincitial-vrs>

Situación epidemiológica del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en la Comunidad de Madrid. Temporada 2023/2024 y evolución de las últimas 5 temporadas

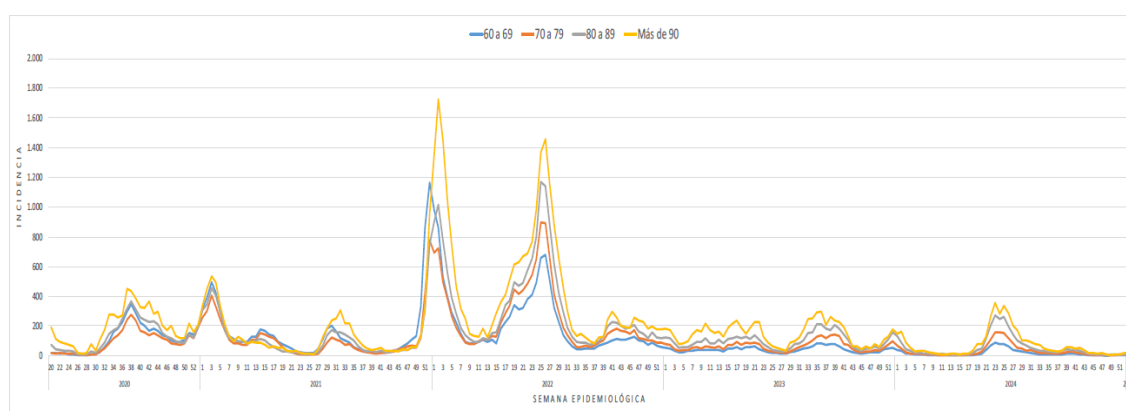
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

Covid-19

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote de SARS-CoV-2 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS reconoció la situación generada como pandemia global, que se ha mantenido hasta el 5 de mayo de 2023 en que la OMS declaró el final de la emergencia.

Desde el 11 de mayo de 2020 al 5 de enero de 2025 se han notificado un total de 2.039.531 casos confirmados de covid-19. De estos, el 57,9% fueron en mujeres. El total de casos confirmados en personas de 60 o más años ha sido de 483.099, lo que supone una incidencia acumulada de 29.442,5 casos por 100.000 habitantes. De estos, el 10,3% eran reinfecciones.

Evolución de la incidencia* de covid-19 en población de 60 años y más Comunidad de Madrid



* Tasas de incidencia por 100.000 habitantes

Fuente: Alertas. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En 2023 han fallecido por covid-19 un total de 909 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 700,9 por 100 mil habitantes.

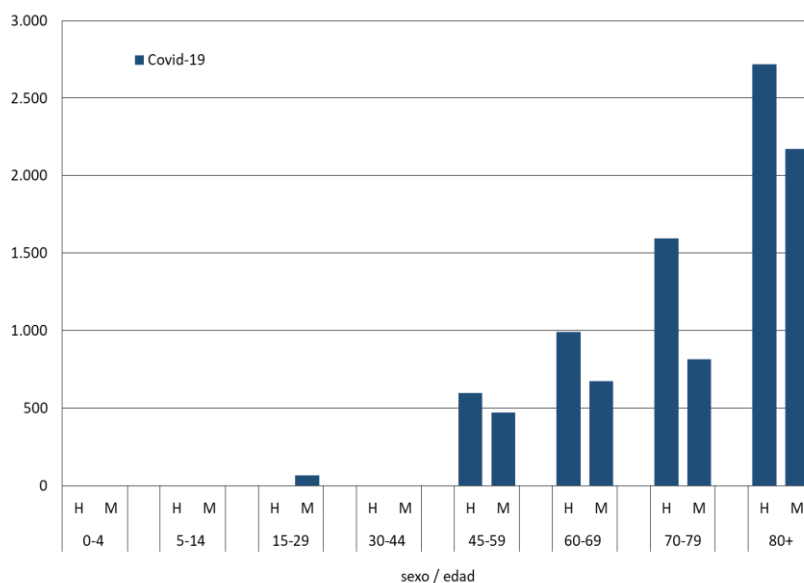
Covid-19. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	495	414	909
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	14,90	11,44	13,10
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,29	1,38	1,82
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	18,24	8,08	11,81
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	143,22	126,41	134,46
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,170	-0,131	-0,152
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	5.897	4.198	10.095

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para covid-19 en el año 2023. Los AVP por covid-19 en la Comunidad de Madrid en 2023 siguen siendo importantes, pero con una magnitud mucho menor que la registrada en los años anteriores. Son crecientes con la edad, a partir de los 45 años, y mayores en hombres que en mujeres.

Años de vida perdidos (AVP) por covid-19 Comunidad de Madrid, 2023

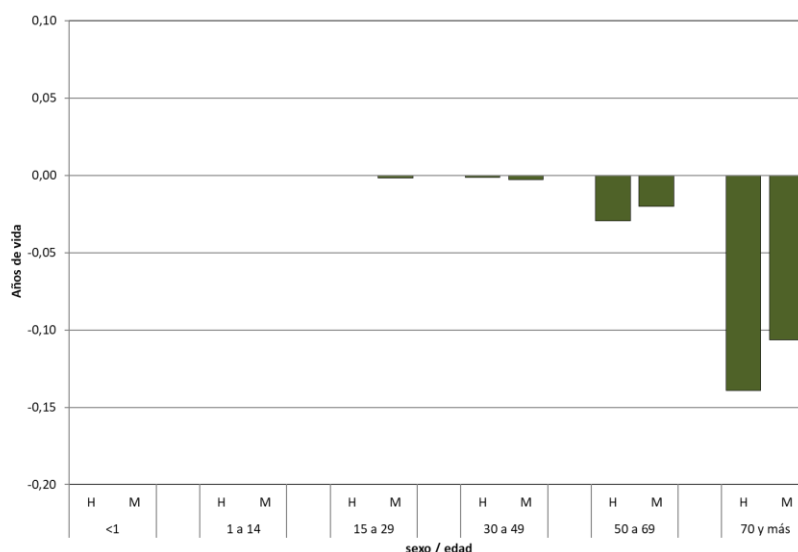


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el covid-19, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La progresiva reducción de las tasas de mortalidad por covid-19 ha hecho que las pérdidas de esperanza de vida por esta causa, muy importantes en la fase pandémica, se hayan ido reduciendo considerablemente. La contribución sigue siendo negativa, porque el año de referencia inicial (2018) no registró fallecimientos por esta causa. Las pérdidas son mayores en los hombres que en las mujeres y en ambos sexos son inapreciables antes de los 50 años de edad y se concentran mayoritariamente en las edades más avanzadas.

Contribución del covid-19 al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Coronavirus

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/coronavirus>

Vigilancia centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas

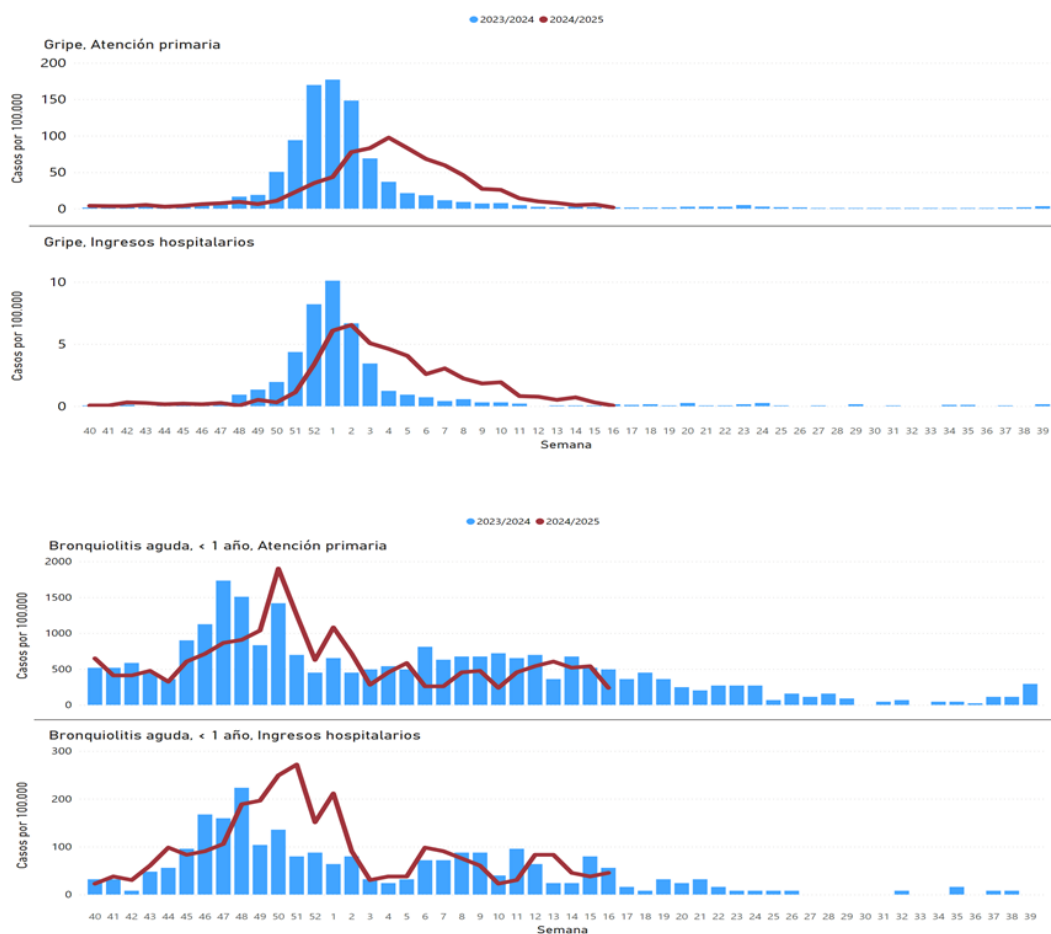
La vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas (IRA) tiene como finalidad la detección y monitorización de la incidencia y características epidemiológicas y microbiológicas de las IRA para poner en marcha la respuesta más apropiada lo antes posible si es necesario. En el momento actual se vigilan las infecciones por gripe, SARS-CoV-2 y VRS. Se recoge el número de episodios de Atención Primaria (AP) y de ingresos en Atención Hospitalaria (AH) registrados como IRA. La selección de los casos de IRA se lleva a cabo mediante la codificación CIAP-2 de AP y el diagnóstico al ingreso hospitalario. Además, una vez a la semana se recogen datos clínicos y vacunales y se toma una muestra respiratoria para la identificación de virus respiratorios. En la temporada 2024-2025 se ha vigilado el 10,0% y el 28,1% de la población en AP y AH respectivamente. Han participado 30 centros de salud y 4 hospitales públicos.

La incidencia de casos de IRA por 100.000 habitantes ascendió a 16.732,8 en AP y a 562,4 en AH entre las semanas 40 y 16 de la temporada 2024/2025. La incidencia de gripe alcanzó el valor más alto en la semana 4 (97,4) en AP y en la semana 2 en AH (6,5). Los niños menores de 15 años mostraron la incidencia más alta en AP y los mayores de 79 en AH. A lo largo de la temporada, la incidencia semanal de casos de infección por SARS-CoV-2 osciló entre 1,5 y 27,1 en AP y entre 0,1 y 1,1 en AH. La mayor incidencia se observó en mayores de 79 años en ambos ámbitos de atención sanitaria. La incidencia de casos menores de un año con sospecha de

bronquiolitis aguda alcanzó el valor máximo en la semana 50 en AP (1.900,6) y en la semana 51 en AH (271,8).

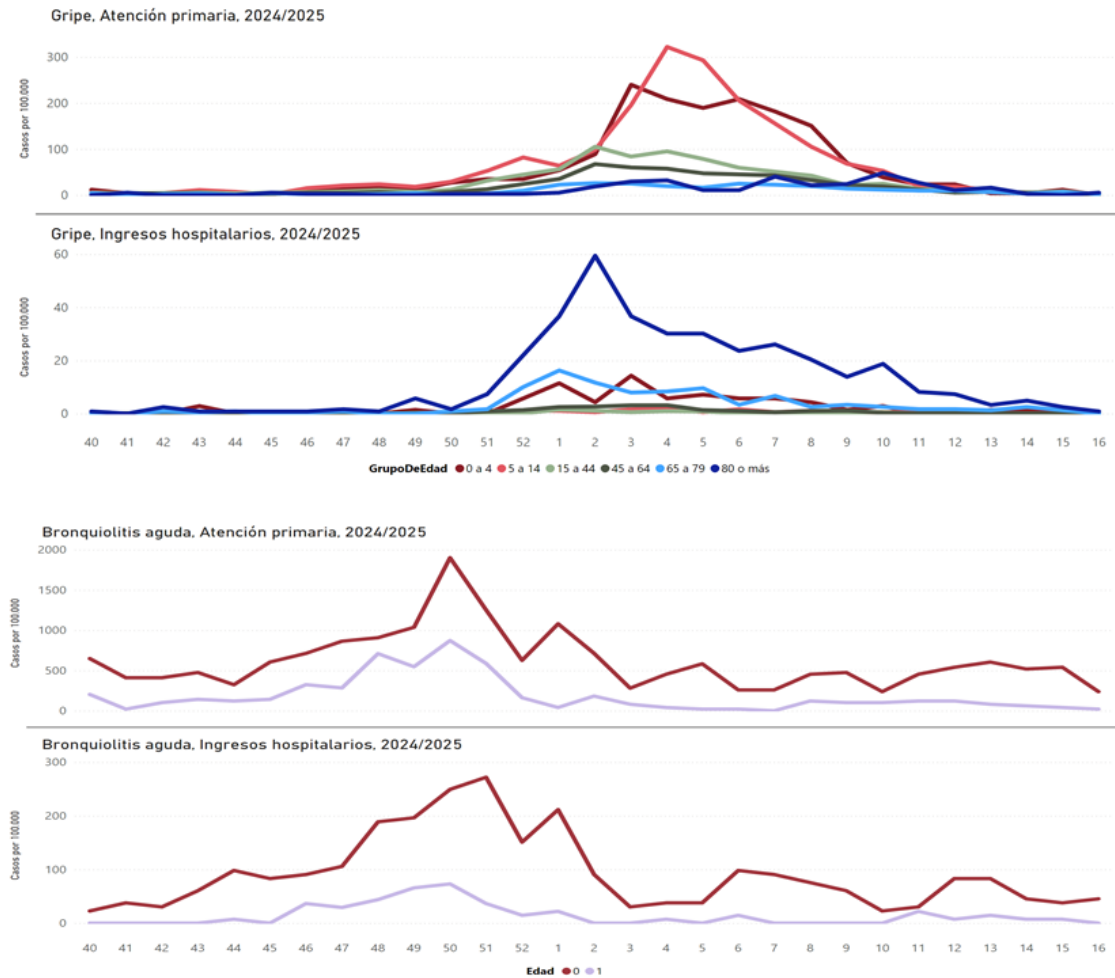
Se recogieron 1.396 muestras en AP y 1.736 en AH. En AP se confirmaron el 25,0%, 3,8% y 13,1% de las infecciones por gripe, SARS-CoV-2 y VRS en niños menores de un año. Estos porcentajes fueron 12,3%, 2,6% y 16,9% en AH. Se detectó el virus de la gripe tipo A en el 54,1% de las muestras de AP, con predominio de A(H1). La proporción de casos ingresados por gripe confirmada que estaban vacunados fue menor que la de los casos confirmados que no requirieron ingreso, lo que es indicativo del efecto protector de la vacunación frente a la enfermedad grave.

Incidencia semanal de casos de gripe y bronquiolitis aguda. Comunidad de Madrid



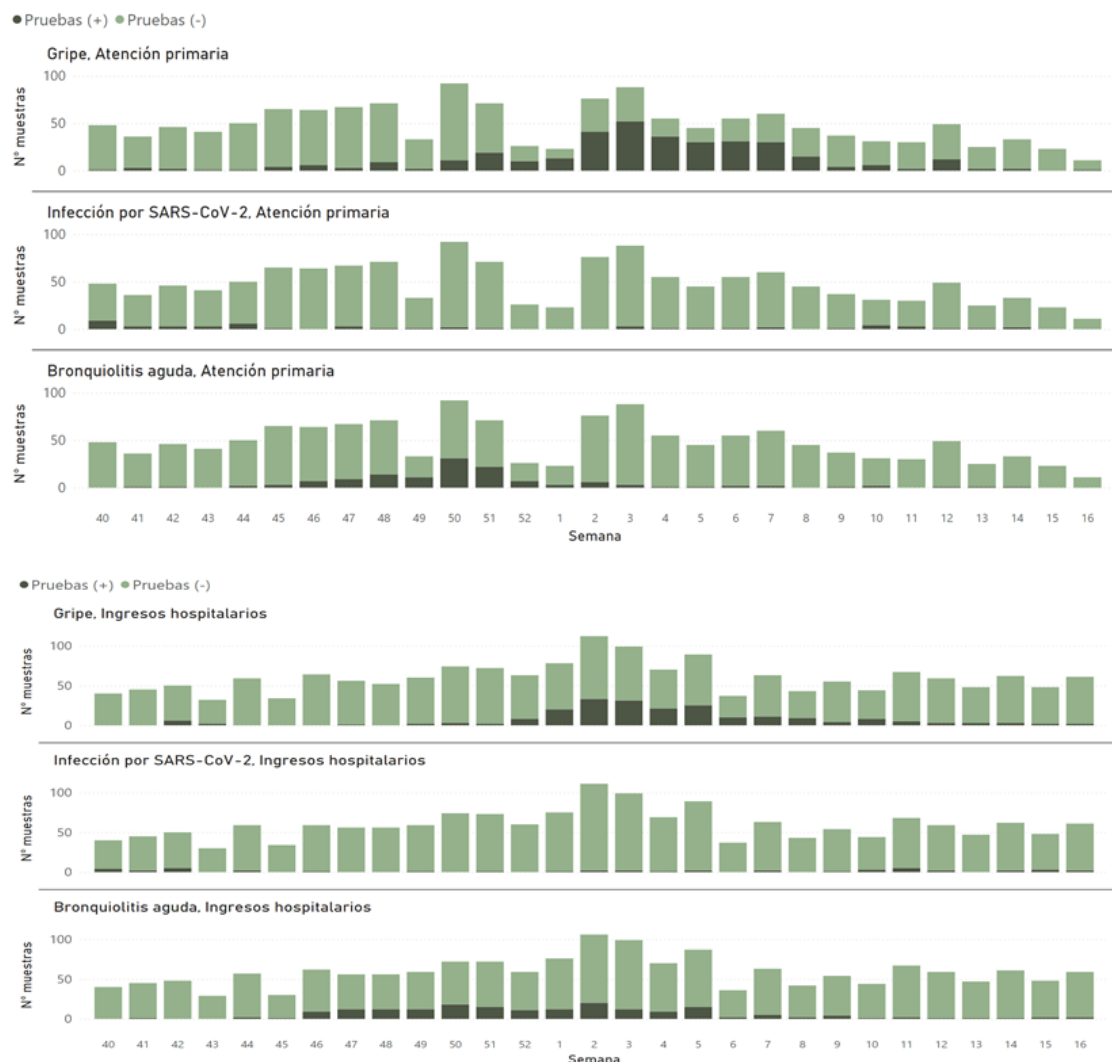
Fuente: SIVIRA_MAD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Incidencia de casos de gripe y bronquiolitis aguda por grupo de edad Comunidad de Madrid



Fuente: SIVIRA_MAD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Pruebas de detección viral en vigilancia centinela de infecciones respiratorias agudas Comunidad de Madrid, 2024/2025



Fuente: SIVIRA_MAD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Red de Vigilancia Centinela. Comunidad de Madrid
[Red de Vigilancia Centinela](#)

Enfermedades de transmisión zoonótica

Las enfermedades de transmisión zoonótica han mantenido una situación de baja incidencia como en años previos.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión zoonótica en la Comunidad de Madrid, de 2019 a 2024.

Enfermedades de transmisión zoonótica. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Brucelosis	2	0	5	3	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	24	13	27	38	11	16
Hidatidosis	5	18	25	11	10	10
Leptospirosis	2	2	2	2	0	1
Peste	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0
Toxoplasmosis congénita	0	0	0	0	0	0
Tularemia	0	0	0	1	0	2

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Zoonosis
[Zoonosis no alimentarias | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2024 para todas las enfermedades transmitidas por vectores de las que se han registrado casos estos han alcanzado cifras superiores a las de 2023 excepto para la enfermedad por virus Chikungunya. Excepto en la mayor parte de los casos de leishmaniasis y de fiebre exantemática mediterránea, para el resto de enfermedades los casos han sido importados (infecciones que han tenido su origen fuera de España y diagnosticadas en personas con residencia –al menos temporal- en la Comunidad de Madrid). Durante el año 2024 ha tenido lugar un aumento muy notable de casos de dengue a nivel mundial.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria transmitidas por vectores en la Comunidad de Madrid, de 2019 a 2024.

Enfermedades transmitidas por vectores. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dengue	86	29	13	124	129	236
Encefalitis transmitida por garrapatas	1	0	0	0	0	1
Enfermedad por virus Chikungunya	15	5	0	2	56	9
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0	0	0	0	0
Fiebre exantemática mediterránea	10	16	8	27	12	31
Fiebre hemorrágica vírica	0	0	0	0	0	0
Fiebre recurrente transmitida garrapatas	1	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	50	31	65	57	44	60
Paludismo	165	42	74	96	132	158
Enfermedad por virus Zika	4	0	1	3	0	2
Infección congénita por virus Zika	0	0	0	0	0	0

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid

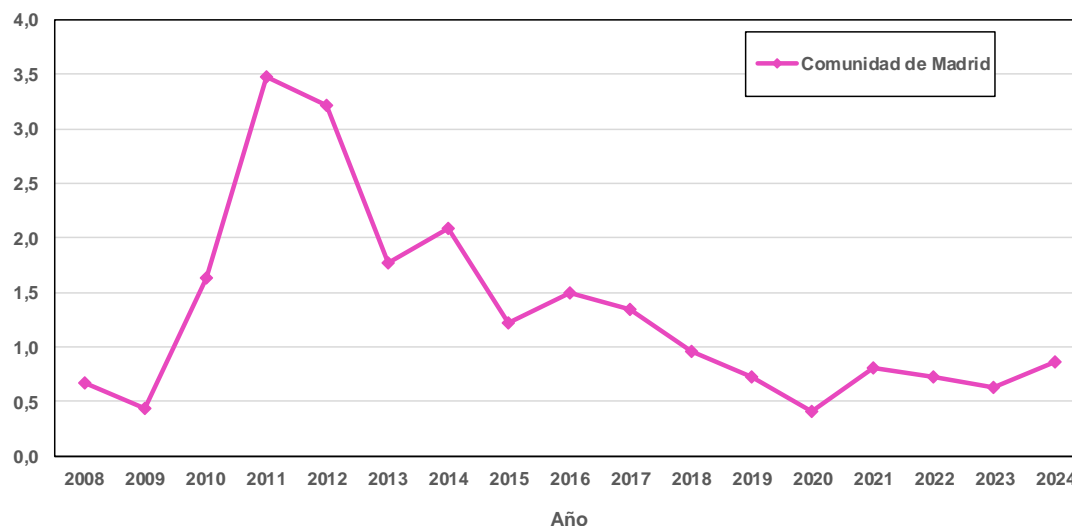
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

Leishmaniasis

Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 60 casos de leishmaniasis. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,86 casos por 100.000 habitantes.

Evolución anual de la incidencia de leishmaniasis

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Leishmaniasis

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/leishmaniasis>

Enfermedades de transmisión alimentaria

En 2024 se han producido incrementos en la incidencia en campilobacteriosis –siguiendo la tendencia iniciada en 2020-, en giardiasis –en este caso el aumento es constante desde 2021- y en hepatitis A –en la que se está produciendo un importante incremento asociado a la transmisión durante las relaciones sexuales. La incidencia de shigelosis ha aumentado ligeramente. La incidencia de criptosporidiosis y salmonelosis ha disminuido. En el resto de enfermedades de transmisión alimentaria en vigilancia, la incidencia se mantiene prácticamente constante.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión alimentaria en la Comunidad de Madrid, de 2019 a 2024.

Enfermedades de transmisión alimentaria. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Botulismo	1	0	4	1	4	0
Campilobacteriosis	2.832	2.104	2.535	3.135	4.830	6.124
Cólera	0	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	54	19	14	35	330	127
Escherichia coli productor toxina Shiga o Vero	8	4	6	30	73	68
Fiebre tifoidea y paratifoidea	10	2	3	9	5	8
Giardiasis	437	176	125	220	323	473
Hepatitis A	129	34	21	46	48	210
Listeriosis	89	43	58	81	49	51
Salmonelosis (excluidas fiebre tifoidea y paratifoidea)	1.051	609	772	983	1.532	1.348
Shigelosis	99	38	51	116	198	226
Triquinosis	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	123	67	78	90	152	148

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica

[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

Zoonosis alimentarias

[Zoonosis alimentarias | Comunidad de Madrid](#)

Hepatitis A

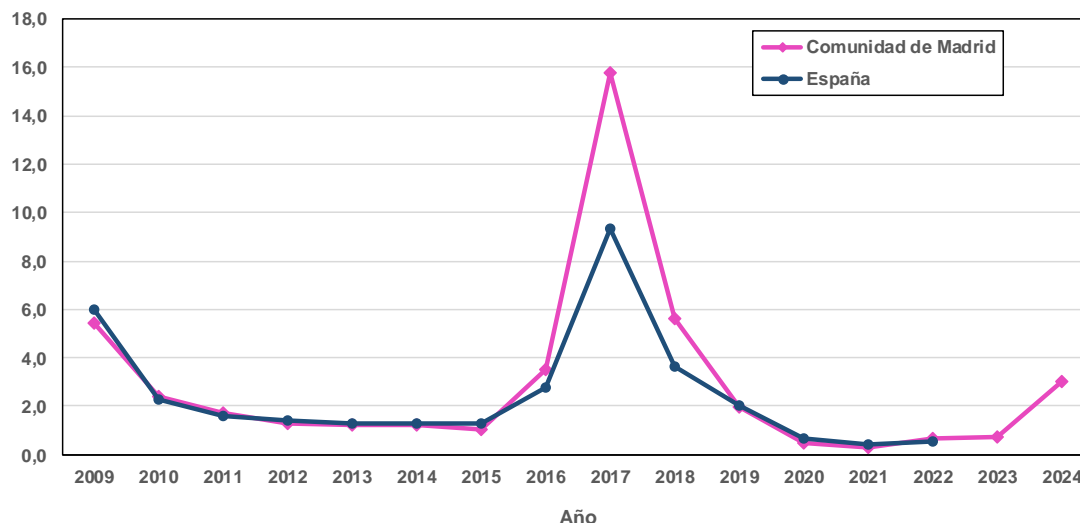
Durante el año 2023 se registraron 48 casos en la Comunidad de Madrid, 2 casos más que en el año 2022, llegando en 2024 los casos notificados a 210, con lo que la tasa de incidencia pasa de 0,7 a 3,0 casos por 100.000 habitantes.

El 52,0% de los casos notificados en 2023 eran hombres. La edad media fue de 42,6 años, con un rango que osciló entre 2 y 91 años. En los casos notificados en 2024 y primer trimestre de 2025 aumenta la proporción de hombres hasta superar el 80%, con una mediana de edad en torno a los 30 años, requieren ingreso hospitalario más del 60% de los casos. La información clínica disponible a partir de la investigación epidemiológica indica que la infección ha tenido lugar a través de un contagio en relaciones sexuales entre hombres en un porcentaje elevado de los casos.

En la siguiente figura se puede observar la evolución anual de las tasas por 100.000 habitantes de casos de hepatitis A.

Evolución anual de la incidencia de hepatitis A

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Hepatitis A

[Hepatitis A | Comunidad de Madrid](#)

Listeriosis

En 2024 se han notificado 51 casos de listeriosis, 2 más que los registrados en 2023, pasando la tasa de incidencia de 0,71 a 0,73 casos por 100.000 habitantes.



Más información:

Listeriosis

[Listeria: la zoonosis más grave en embarazadas, niños, mayores e inmunodeprimidos | Comunidad de Madrid](#)

Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

En el 2024 se han notificado 1.348 casos de salmonelosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 19,97 casos por 100.000 habitantes. En el 2023 se registraron 1.532 casos en la Comunidad de Madrid (549 casos más que en 2022), lo que representa una incidencia de 22,33 casos por 100.000 habitantes.



Más información:

Salmonelosis

[Salmonelosis: la zoonosis más común en brotes alimentarios | Comunidad de Madrid](#)

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

En 2024, la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo, y la infección gonocócica, vuelven a registrar incrementos importantes en sus tasas de incidencia tras la pandemia de covid-19. La sífilis, sin embargo, presenta cifras similares a las del año anterior, y se ha registrado solo un caso de sífilis congénita (4 en 2023 y 5 en 2022). Los casos de hepatitis B aguda en 2024 se mantienen muy similares a los de 2023.

En relación con el mpox (llamada anteriormente viruela del mono o monkeypox), desde el origen del brote en mayo de 2022 y durante 2023 y 2024, se han declarado casos de manera continuada, constatando que el virus causante de la enfermedad circula de forma sostenida y con un patrón de transmisión similar al inicial. En 2024 se han notificado casi el doble de casos que el año anterior, alcanzando una tasa de 3,28 casos por 100.000 habitantes.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión sexual y parenteral en la Comunidad de Madrid, de 2019 a 2024, como puede observarse el incremento de estas enfermedades en los últimos años es muy importante.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hepatitis B	29	14	14	39	26	27
Hepatitis C	611	369	463	559	519	522
Infección gonocócica	2.969	2.036	3.559	4.001	6.511	8.703
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> (excluido LGV)	3.370	2.354	3.215	4.086	5.815	6.974
Linfogranuloma venéreo (LGV)	254	249	210	347	635	669
Sífilis	1.145	987	1.377	1.766	2.053	2.043
Sífilis congénita	1	1	1	5	4	1
Mpox	-	-	-	2.500	116	230

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

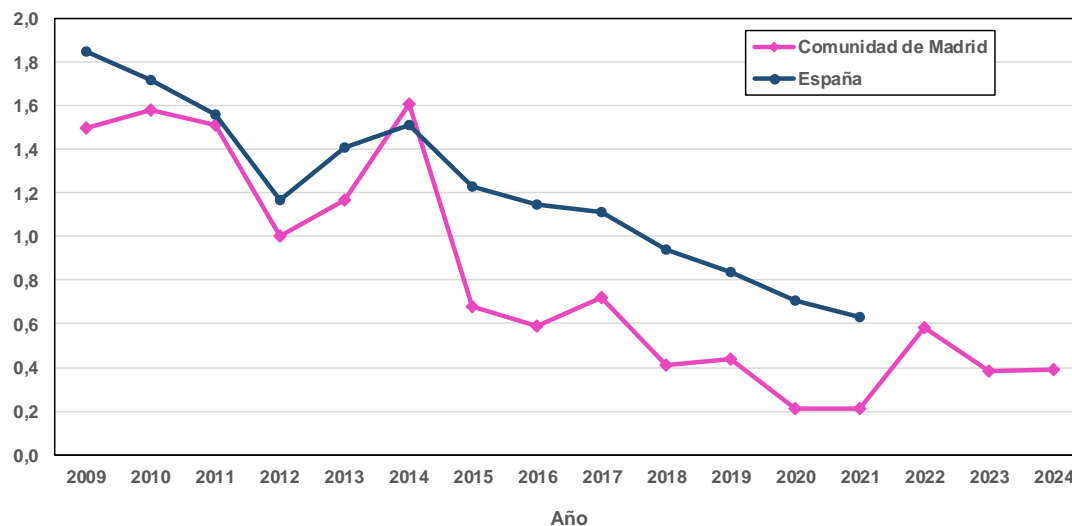
Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, 2023
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051456.pdf>

Hepatitis B

En el año 2024 se han registrado 27 casos de hepatitis B aguda en la Comunidad de Madrid, un caso más que en 2023. La incidencia fue de 0,39 casos por 100.000 habitantes.

Evolución anual de la incidencia de hepatitis B

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Hepatitis B

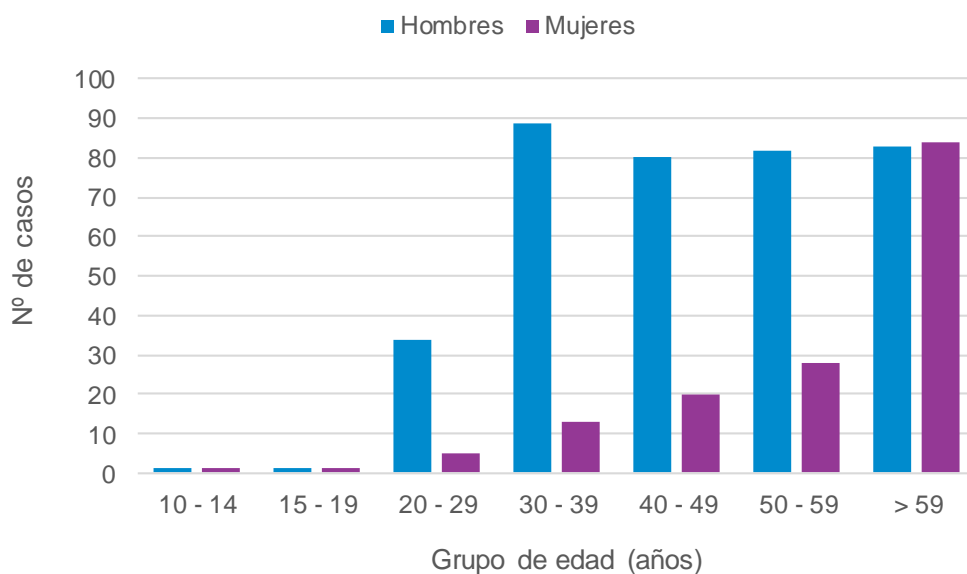
[Hepatitis B | Comunidad de Madrid](#)

Hepatitis C

En el año 2024 se registraron 522 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid, siendo la tasa de 7,44 casos por 100.000 habitantes. De todos los nuevos diagnósticos, se clasificaron como infección aguda el 33,52% (n=175). En el periodo 2016 al 2024 se han diagnosticado un total de 5.018 casos de hepatitis C.

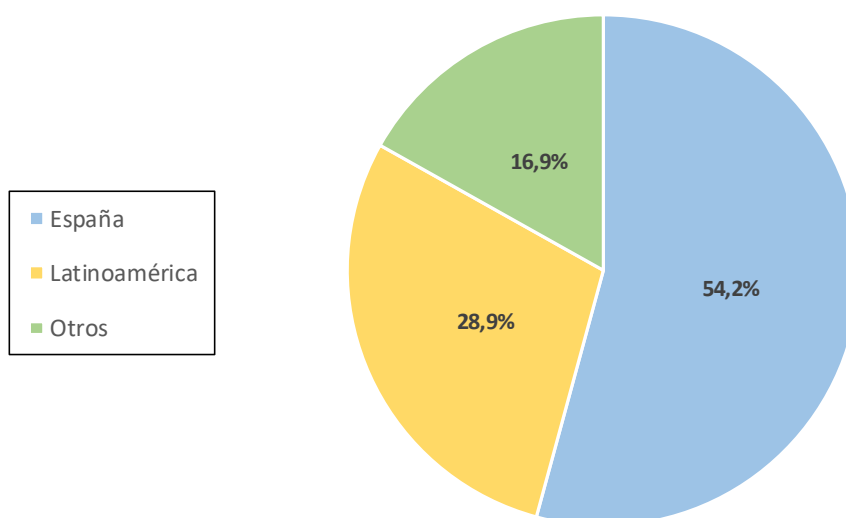
El 70,9% de los nuevos diagnósticos de 2024 se registró en hombres. La edad media fue de 50,9 años, con un rango que osciló entre 13 y 94 años. El 59,8% de los casos tenían edades comprendidas entre 30 y 59 años. Los pacientes mayores de 59 años representaron el 32,0%. En relación con el país de origen, el 54,2% eran personas nacidas en España (n=283), le siguen en frecuencia los países de Latinoamérica: 28,9% (n=151).

Hepatitis C. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Hepatitis C según origen. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

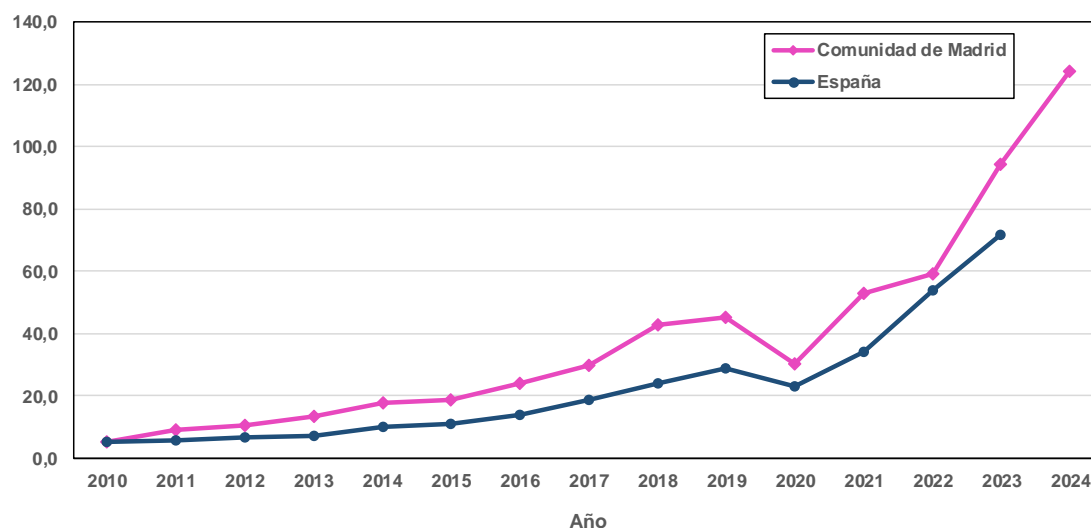
Hepatitis C
[Hepatitis C \(VHC\) | Comunidad de Madrid](#)

Infección gonocócica

Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 8.703 casos de infección gonocócica (tasa de incidencia acumulada de 124,16 casos por 100.000 habitantes).

Evolución anual de la incidencia de infección gonocócica

Tasa por 100 mil



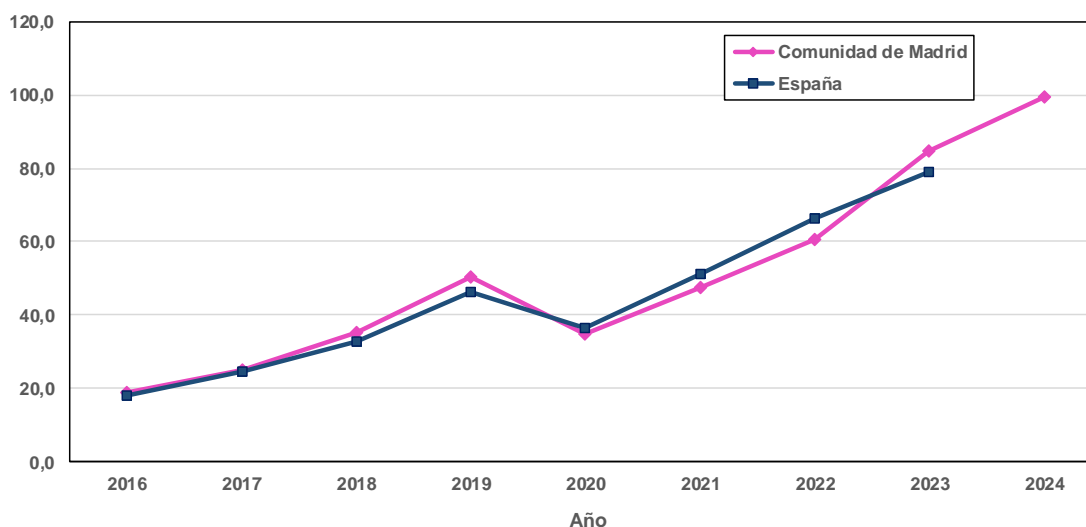
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 6.974 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), con una incidencia de 99,50 casos por 100.000 habitantes.

Evolución anual de la incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis*

Tasa por 100 mil



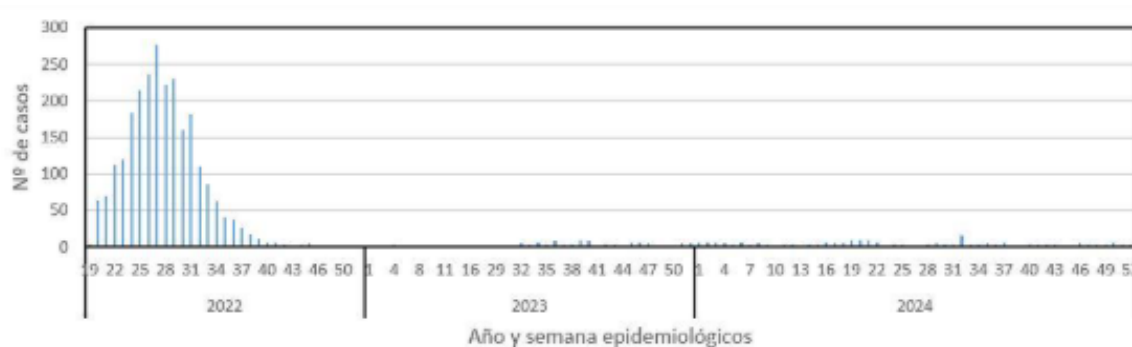
Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Mpox

Desde que se activó la alerta con el inicio del brote de mpox el 17 de mayo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2024, se notificaron en la Comunidad de Madrid 2.846 casos de mpox.

El brote alcanzó su punto más alto a principios de julio de 2022, disminuyendo desde entonces a pocos casos semanales, notificándose 116 casos en 2023 y 230 en 2024, lo que supone una tasa en la población general de 3,28 casos por 100.000 habitantes en 2024.

Curva epidémica de casos de mpox por fecha de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Mpox

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/mpox>

Situación epidemiológica de Mpox en la Comunidad de Madrid en 2022

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50939>

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2023. Comunidad de Madrid

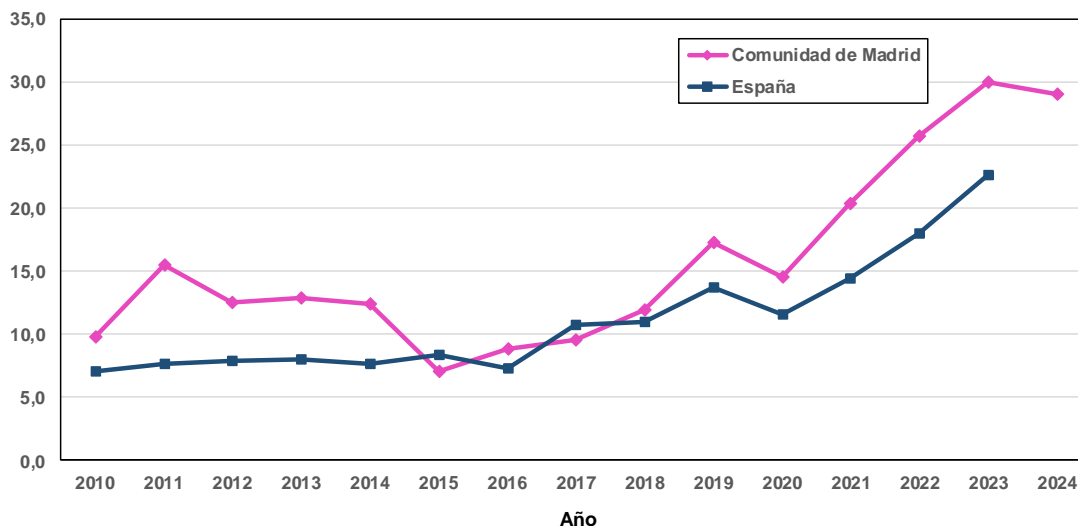
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051410.pdf>

Sífilis

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.043 casos de sífilis (primarias, secundarias y latentes precoces), con una tasa de incidencia acumulada de 29,15 casos por 100.000 habitantes. Se ha registrado 1 caso de sífilis congénita, relacionado con el control prenatal durante el embarazo.

Evolución anual de la incidencia de sífilis

Tasa por 100 mil



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

VIH/sida

Desde el año 2014 hasta 2024 se han diagnosticado 9.751 infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid, el 89,0% son hombres. La media de edad al diagnóstico es de 35 años. El 52,1% había nacido fuera de España.

Se observa una disminución progresiva de las infecciones por VIH diagnosticadas en la CM, con más de 1.000 casos diagnosticados cada año hasta 2017 y menos de 750 casos anuales desde el año 2020. Esta tendencia decreciente no se presenta en el periodo 2020-2024, años con cifras similares en el número de infecciones diagnosticadas. La incidencia disminuye hasta el año 2020 y se mantiene constante en el periodo 2020-2024.

En 2024 se diagnosticaron 665 nuevas infecciones por VIH, el 89,3% son hombres y el 67,8% habían nacido fuera de España. El principal mecanismo de transmisión del VIH es la vía sexual. El 71,4% de los hombres diagnosticados en 2024 adquirieron la infección mediante relaciones sexuales con otros hombres. El 80,3% de las mujeres diagnosticadas este año la vía de transmisión son las relaciones heterosexuales sin protección.

Respecto al retraso en el diagnóstico de la infección por VIH, en el periodo 2014-24 un 21,8% tenían menos de 200 linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico y por tanto presentaban enfermedad avanzada y un 40,2% presentaba menos de 350 linfocitos CD4+ (diagnóstico tardío). En el año 2024, el 22,8% de las infecciones diagnosticadas presentaban enfermedad avanzada y el 43,1% diagnóstico tardío. Las cifras de retraso diagnóstico son mayores según aumenta la edad de diagnóstico de VIH, en hombres heterosexuales y hombres usuarios de drogas inyectadas y en personas nacidas fuera de España.

El número de personas con VIH que desarrollan sida continúa disminuyendo, en los últimos años se diagnosticaron menos de 200 casos. Cada año fallecen alrededor de 200 personas con VIH.

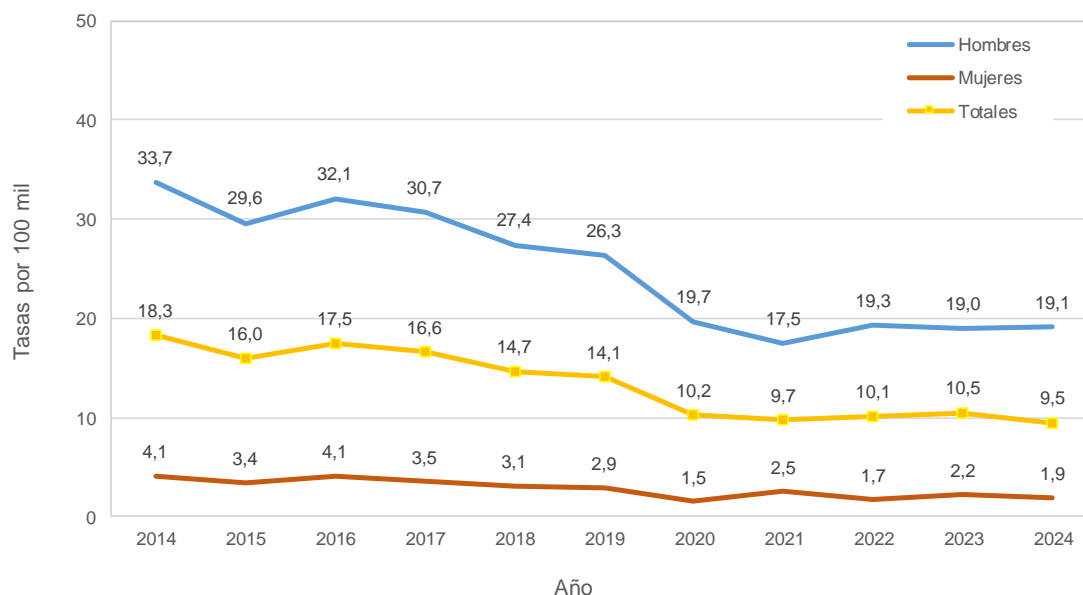
En la tabla y figura siguiente se observa la evolución del número y las tasas de infección por VIH por sexo en la Comunidad de Madrid de 2014 a 2024.

Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid

Año	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2014	1.045	88,3	139	11,7	1.184
2015	914	89,0	113	11,0	1.027
2016	996	87,9	137	12,1	1.133
2017	959	88,9	120	11,1	1.079
2018	861	88,9	108	11,1	969
2019	839	89,2	102	10,8	941
2020	639	92,2	54	7,8	693
2021	566	86,4	89	13,6	655
2022	624	91,1	61	8,9	685
2023	640	88,9	80	11,1	720
2024	594	89,3	71	10,7	665
Total	8.677	89,0	1.074	11,0	9.751

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Evolución anual de la incidencia de infección por VIH. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

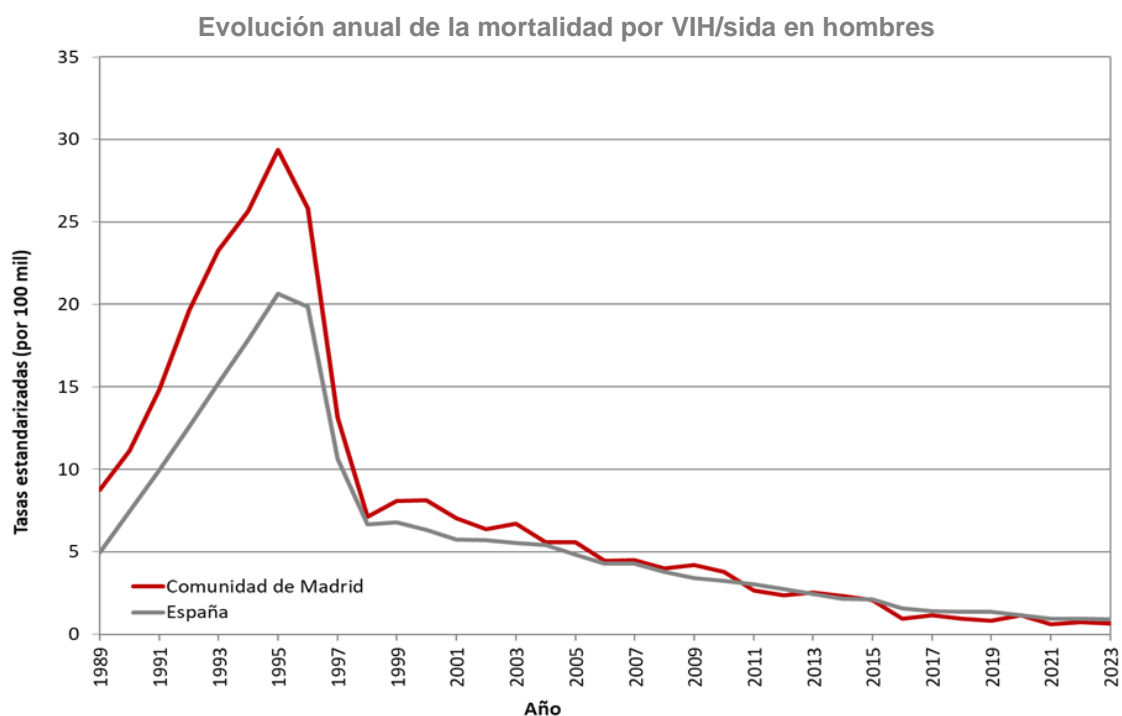
La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por la infección de VIH/sida en la población de la Comunidad de Madrid por sexo. En esta tabla, así como en las figuras que la siguen, se tienen en cuenta únicamente los casos con VIH/sida como causa básica de defunción según las estadísticas oficiales de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, es decir, las muertes *por* VIH/sida, pero no las de aquellas personas *con* VIH fallecidas por otras causas.

VIH/sida. Comunidad de Madrid, 2023

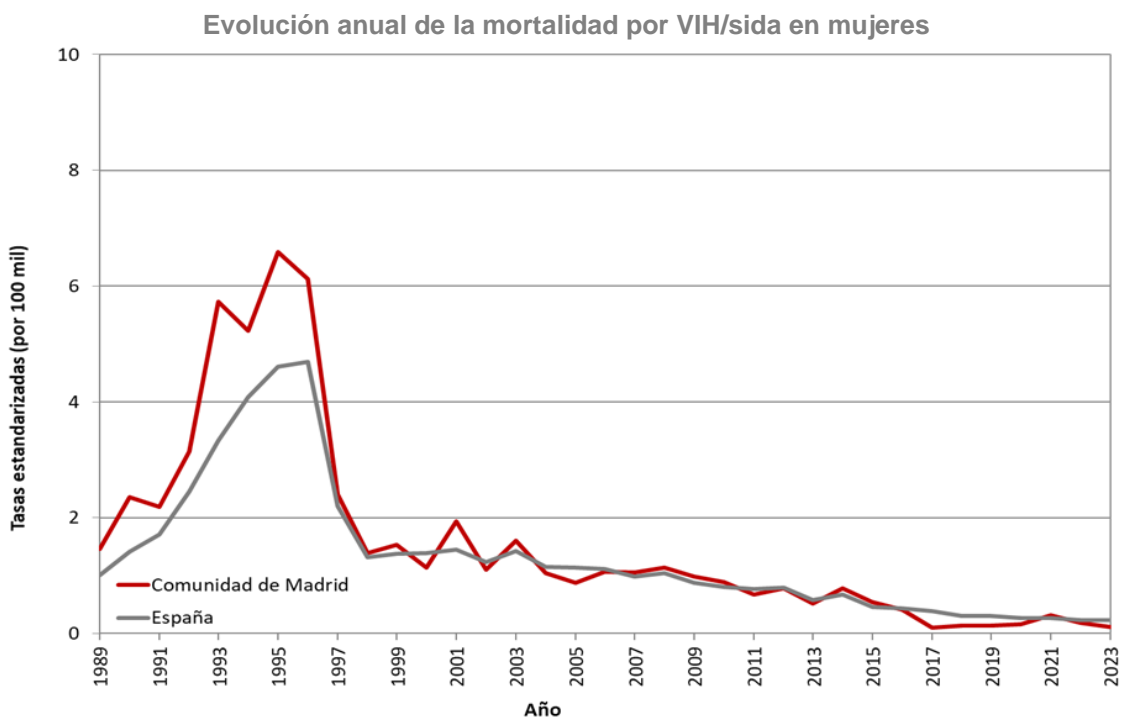
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	22	5	27
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	0,66	0,14	0,39
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,14	0,25	0,68
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	0,63	0,12	0,36
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	5,27	1,08	3,08
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,008	0,002	0,005
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	730	140	870

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tanto en hombres como en mujeres la ascendente mortalidad por VIH/sida fue frenada drásticamente en 1996-1997 con la administración de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia. Desde entonces las tasas han tendido a seguir disminuyendo de manera más suave.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

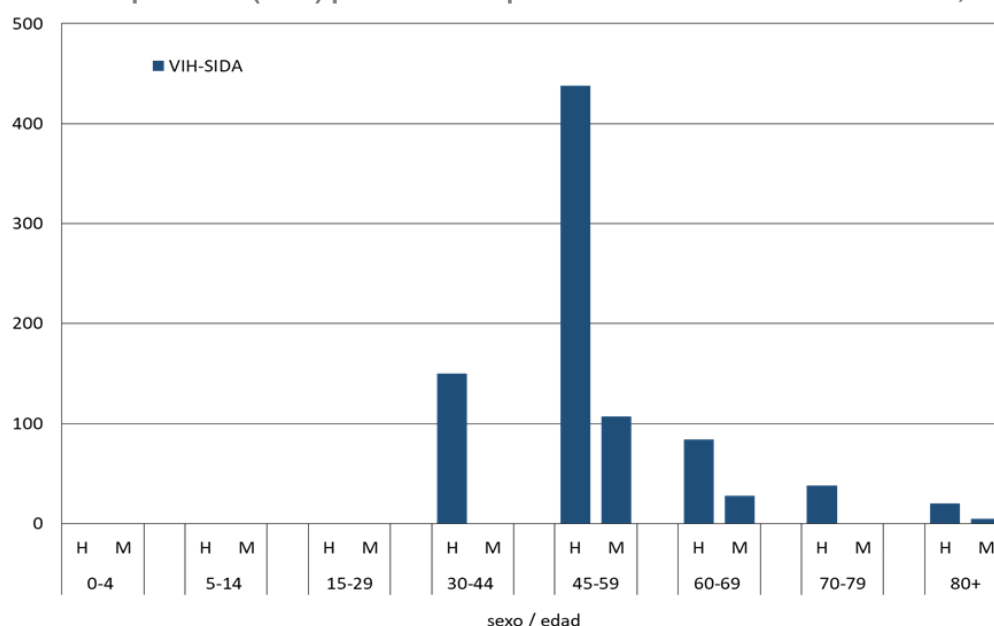


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el VIH/sida en el año 2023. Los AVP por VIH/sida

en la Comunidad de Madrid en 2023 no son muy cuantiosos. Son claramente mayores en hombres que en mujeres, y se concentran en las edades adultas maduras.

Años de vida perdidos (AVP) por infección por VIH/sida. Comunidad de Madrid, 2023

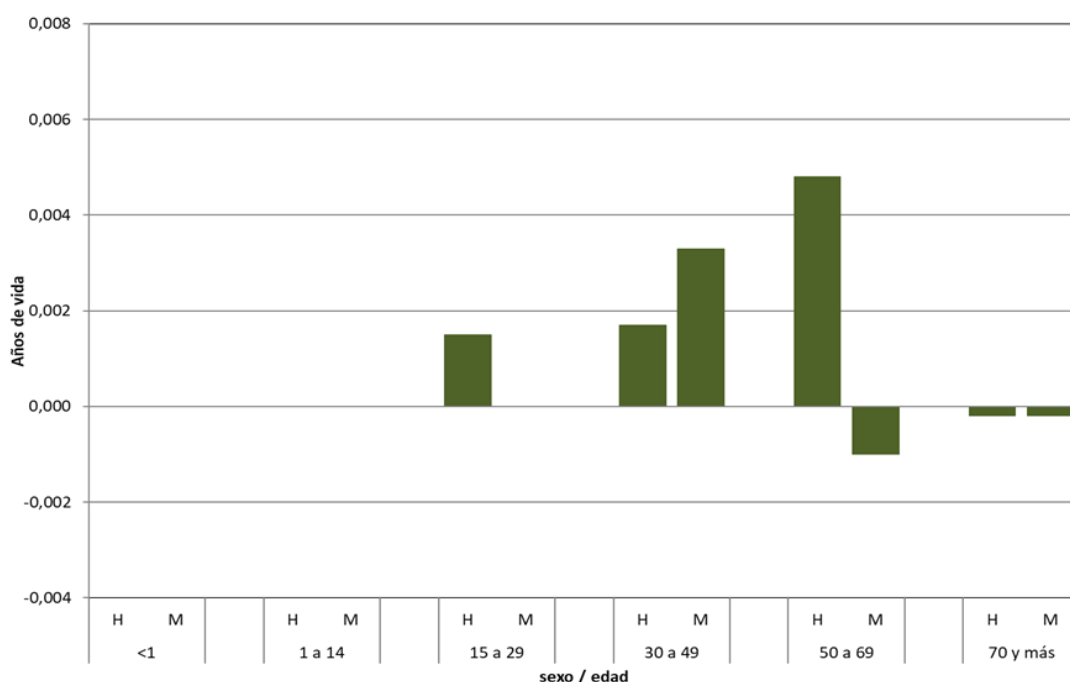


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el VIH/sida, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La estabilización de la evolución reciente de las tasas de mortalidad por VIH/sida ha hecho que las ganancias de esperanza de vida por esta causa, muy importantes en la segunda mitad de los años noventa, se hayan reducido considerablemente. La contribución sigue siendo ligeramente positiva y globalmente mayor en los hombres que en las mujeres. Estas ganancias se concentran entre los 30 y los 69 años de edad. En el quinquenio estudiado se aprecia también una leve pérdida de esperanza de vida por VIH/sida en las mujeres de 50 a 69 años.

Contribución de la infección por VIH/sida al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual>

Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2023
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051456.pdf>

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que los pacientes adquieren como consecuencia de la atención o los procedimientos recibidos en un centro asistencial. Estas infecciones son especialmente frecuentes en el ámbito hospitalario y representan un problema significativo de salud pública debido a su elevada morbilidad y mortalidad.

A lo largo de 2024 han participado en el estudio de prevalencia de IRAS en la Comunidad de Madrid 55 hospitales, con un total de 13.563 camas estudiadas y 10.557 pacientes revisados. El 7,63% de los pacientes presentaban alguna IRA en el momento del estudio, el 55,8% eran hombres y el 67,4% tenían 65 años o más. El 57,0% del total de pacientes estudiados presentaba al menos un factor de riesgo intrínseco, siendo los factores de riesgo más prevalentes la diabetes

(25,3%), las neoplasias (22,7%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, 17,9%). Entre los factores de riesgo extrínsecos los más frecuentes eran la presencia de cirugía previa (17,8%) y el catéter urinario (17,2%).

Durante 2023 y 2024 la Comunidad de Madrid ha participado con 9 centros en el estudio europeo HALT-4 (*Healthcare-associated infections and Antimicrobial use in European Long-term Care Facilities-4*), cuyo objetivo es analizar la prevalencia de IRAS y uso de antimicrobianos en la población residente en centros de larga estancia para personas mayores. La prevalencia de IRAS fue de 4,5%. Las infecciones más frecuentes fueron las gastrointestinales (34,3%), seguidas de las respiratorias sin incluir covid-19 (23,9%), del tracto urinario (22,4%) y de la piel (13,4%). El porcentaje de residentes en tratamiento con antimicrobianos fue del 3,0%. Los antimicrobianos más utilizados fueron los betalactámicos y las enterobacterias los microorganismos más prevalentes.

Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas

La OMS ha declarado que la resistencia a los antimicrobianos es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad. El uso indebido y excesivo de los antimicrobianos es el principal factor que determina la aparición de patógenos farmacorresistentes. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC.

Entre los años 2015 a 2024 se han notificado en la Comunidad de Madrid un total de 18.613 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por EPC. Se registraron 8.430 infecciones (45,3% del total) y 9.909 colonizaciones (53,2% del total). En 274 casos (1,5%) se desconocía el estado de portador. En 2023 y 2024 se observa un incremento de infecciones con respecto a años anteriores, en los que permanecen más estables los datos de infecciones y colonizaciones, predominando las colonizaciones.

Casos de infección y colonización por Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas Comunidad de Madrid

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Infectados	836	744	750	752	808	734	838	866	926	1.176
Colonizados	1.212	1.079	1.074	1.027	1.098	823	887	739	933	1.037
Desconocidos	44	23	24	28	41	35	28	23	14	14
Total	2.092	1.846	1.848	1.807	1.947	1.592	1.753	1.628	1.873	2.227

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Entre los casos notificados hasta 2024 el microorganismo aislado más frecuentemente es *Klebsiella pneumoniae*, con 12.918 aislamientos (69,4%), seguido por *Enterobacter cloacae* con 1.882 aislamientos (10,1%) y en tercer lugar *Escherichia coli*, con 1.328 casos aislados (7,1%).

Tipo de microorganismo. Comunidad de Madrid, 2015-2024

	Infectados	Colonizados	Desconocidos	Total
Klebsiella pneumoniae	6.038	6.681	199	12.918
Enterobacter cloacae	837	1.016	29	1.882
Escherichia coli	561	743	24	1.328
Klebsiella oxytoca y spp	348	481	12	841
Citrobacter freundii	222	405	3	630
Serratia marcescens	212	286	2	500
Enterobacter aerogenes, asburiae y spp	122	224	3	349
Proteus mirabilis	40	10	0	50
Morganella morganii	20	12	0	32
Citrobacter amalonaticus, koseri y spp	16	39	1	56
Otros	14	12	1	27
Total	8.430	9.909	274	18.613

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En los microorganismos aislados el tipo de carbapenemasa más frecuente es la OXA-48, confirmada en 8.503 casos (45,7%). Durante los últimos años se observa un incremento progresivo de KPC, que desde 2021 es el segundo tipo de resistencia más frecuente.

Tipo de carbapenemasa en casos incidentes. Comunidad de Madrid

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
OXA-48	1.237	985	766	931	776	548	622	696	947	995	8.503
VIM	256	233	284	250	210	126	181	195	204	227	2.166
KPC	67	60	76	105	183	112	192	207	324	444	1.770
NDM	6	11	3	12	5	11	5	35	98	170	356
Otro ¹	56	43	25	37	22	35	13	27	64	157	479
No tipado ²	470	514	694	472	751	760	740	468	236	234	5.339
Total	2.092	1.846	1.848	1.807	1.947	1.592	1.753	1.628	1.873	2.227	18.613

Otro¹: tipo de carbapenemasa declarada como otros y no especificada posteriormente o en un pequeño porcentaje corresponde a combinaciones de varios tipos de carbapenemasas (oxa-48+VIM; VIM+KPC...).

No tipado²: muestras no enviadas para su tipaje, o bien, muestras en las que el hospital conoce el tipo pero no se ha registrado en el sistema VIRAS.

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Vigilancia de la infección de localización quirúrgica

Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son un importante problema que pueden limitar los beneficios de las intervenciones quirúrgicas. En la Comunidad de Madrid, en el año 2006, se creó el Sistema de Vigilancia y Control de la infección hospitalaria según orden 1087/2006 dentro del marco de desarrollo de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Este sistema de vigilancia establece la obligatoriedad de notificar las ILQ para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid tanto públicos como privados. El sistema contempla la vigilancia de la ILQ de los pacientes sometidos a unos procedimientos quirúrgicos seleccionados obligatorios.

Los datos de los procedimientos vigilados en 2022 y 2023 proceden de 51 hospitales públicos y privados. Se han vigilado 24.281 procedimientos en 2022 y 23.178 en 2023.

Las infecciones de herida quirúrgica se clasifican en función de su localización en 3 categorías: superficiales, profundas y de órgano-espacio.

Infecciones de herida quirúrgica. Comunidad de Madrid

Localización de la infección	Año 2022	Año 2023
Superficial	268	218
Profunda	169	159
Órgano/espacio	439	410
Total	876	787

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Las infecciones más frecuentes en números absolutos son las relacionadas con cirugía de colon y cirugía de prótesis de cadera y de rodilla.

La incidencia global de infección de herida quirúrgica fue del 3,60% en 2022 y del 3,40% en 2023, aunque estos datos varían considerablemente según el tipo de intervención quirúrgica vigilada.

Infecciones de herida quirúrgica en los procedimientos de vigilancia obligatoria Comunidad de Madrid

	Año 2022			Año 2023		
	Nº intervenciones	Nº infecciones	Incidencia de infección (%)	Nº intervenciones	Nº infecciones	Incidencia de infección (%)
Prótesis de rodilla	6.405	86	1,34	6.597	89	1,35
Prótesis de cadera	6.025	92	1,53	5.958	130	2,18
Cirugía de colon	3.596	407	11,32	3.420	307	8,98
Bypass aortocoronario doble incisión	598	42	7,02	626	41	6,55
Bypass aortocoronario con incisión torácica solo	98	4	4,08	130	8	6,15

Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/infecciones-relacionadas-asistencia-sanitaria-iras>

Prevención y Control de las infecciones por EPC

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevencion-control-infecciones-epc>

Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen Estudio EPINE. Comunidad de Madrid, 2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051456.pdf>

Prevalencia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Uso de Antimicrobianos en los Centros Residenciales de Larga Estancia. Proyecto HALT4. Comunidad de Madrid 2024

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051474.pdf>

Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Enterobacterias productoras de Carbapenemasas. Comunidad de Madrid. Años 2014-2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051344.pdf>

Vigilancia de la infección de localización quirúrgica en la Comunidad de Madrid. Años 2022-2023

<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051353.pdf>

Brotos

A efectos de vigilancia, se considera brote epidémico la aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona. En 2024 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 421 brotes, con 9.572 casos asociados.

En la siguiente tabla se muestran los datos relativos a brotes ocurridos en la Comunidad de Madrid (excepto covid-19), en los años 2023 y 2024.

Brotos y casos asociados en la Comunidad de Madrid (excepto covid-19)

	Año 2023		Año 2024	
	Brotos	Casos	Brotos	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	85	2.118	95	1.397
Gastroenteritis aguda no alimentaria	103	3.077	151	6.530
Conjuntivitis	3	51	10	309
Enfermedad de mano, pie y boca	2	16	10	173
Eritema infeccioso	4	25	13	116
Escabiosis	59	453	56	608
Escarlatina	33	165	10	58
Gripe	38	449	17	177
Hepatitis A	3	10	11	25
Impétigo	2	12	1	11
Infección por virus respiratorio sincitial (VRS)	2	11	5	17
Infección vírica de vías altas	1	7	2	26
Legionelosis	2	6	2	4
Sarampión	0	0	5	21
Tosferina	4	21	4	19
Tuberculosis pulmonar	15	40	27	70
Varicela	7	39	2	11
Total	363	6.500	421	9.572

Fuente: Registro Regional de Brotes Epidémicos. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2023.
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051283.pdf>

Enfermedades no transmisibles

Tumores

- Tumor maligno de colon y recto
- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
- Tumor maligno de mama de la mujer
- Tumor maligno de cuello del útero
- Tumor maligno de otras partes del útero
- Tumor maligno de ovario
- Tumor maligno de próstata
- Tumor maligno de páncreas
- Cáncer en niños y adolescentes

Enfermedades cardiovasculares

- Cardiopatía isquémica
- Enfermedades cerebrovasculares

Diabetes mellitus

- Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años

Enfermedades respiratorias

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Asma

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Causas externas

Enfermedades raras

Algunos tumores -como el de pulmón, los de colon y recto, el de páncreas, el de mama o el de próstata-, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las demencias y la enfermedad de Alzheimer, las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores o la diabetes mellitus, se cuentan entre las principales causas de mortalidad en la Comunidad de Madrid. Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares son los problemas de salud que producen un mayor número de años de vida perdidos.

Para estas enfermedades se conocen múltiples factores de riesgo que son compartidos y modificables, destacando entre ellos el consumo de tabaco, la obesidad, la falta de ejercicio físico, la mala calidad de la dieta y nutrición, o los factores de riesgo ambientales y laborales. La alta prevalencia de exposición a estos factores de riesgo en las sociedades desarrolladas lleva a pensar que la carga de enfermedad por estas causas se mantendrá elevada en el futuro próximo.

La detección y seguimiento de problemas o determinantes de la salud de la población, mediante la recogida de datos, su integración, análisis e interpretación, y la utilización y difusión de esta información, entre quienes necesiten conocerla para desarrollar acciones orientadas a mejorar la salud, deben ser en la actualidad una máxima prioridad para las autoridades de Salud Pública, y de estas acciones depende la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

Tumores

Los tumores son la primera causa de mortalidad en hombres y en ambos sexos, con un total de 13.618 fallecimientos, 7.544 en hombres y 6.074 en mujeres. Las tasas de mortalidad ajustadas muestran que son 1,8 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumores en 2023 en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumores. Comunidad de Madrid, 2023

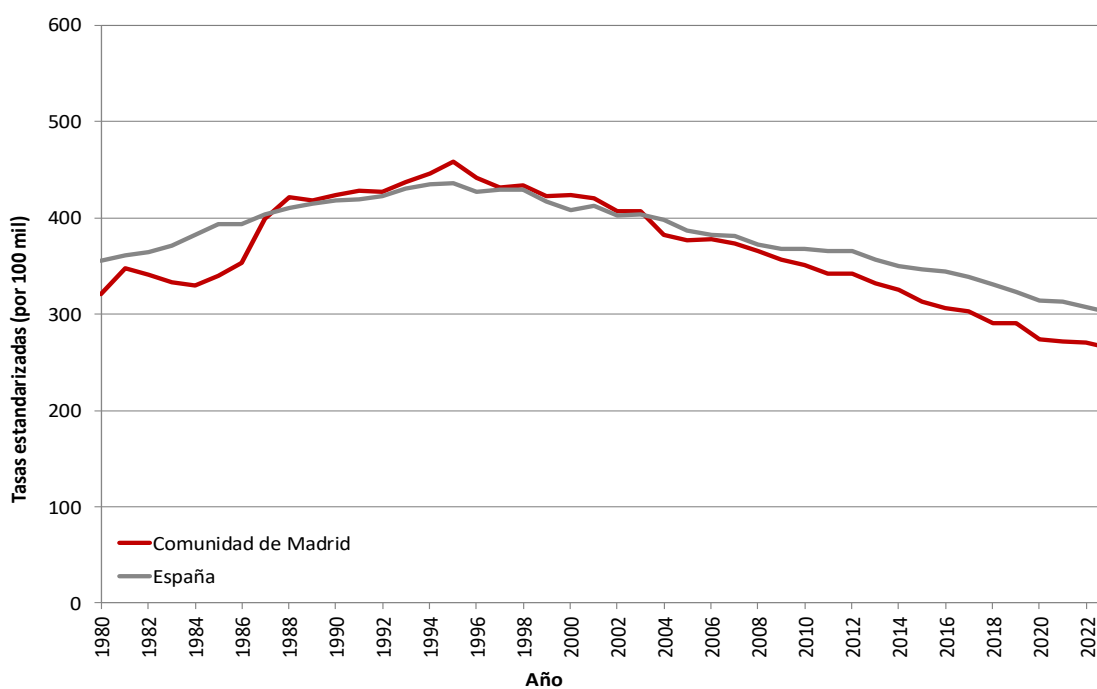
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	7.544	6.074	13.618
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	227,08	167,86	196,21
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	100,16	80,39	89,95
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	264,36	144,68	192,53
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	2.047,69	2.022,19	2.034,40
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,396	0,077	0,236
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	136.929	107.623	244.552

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por tumores (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

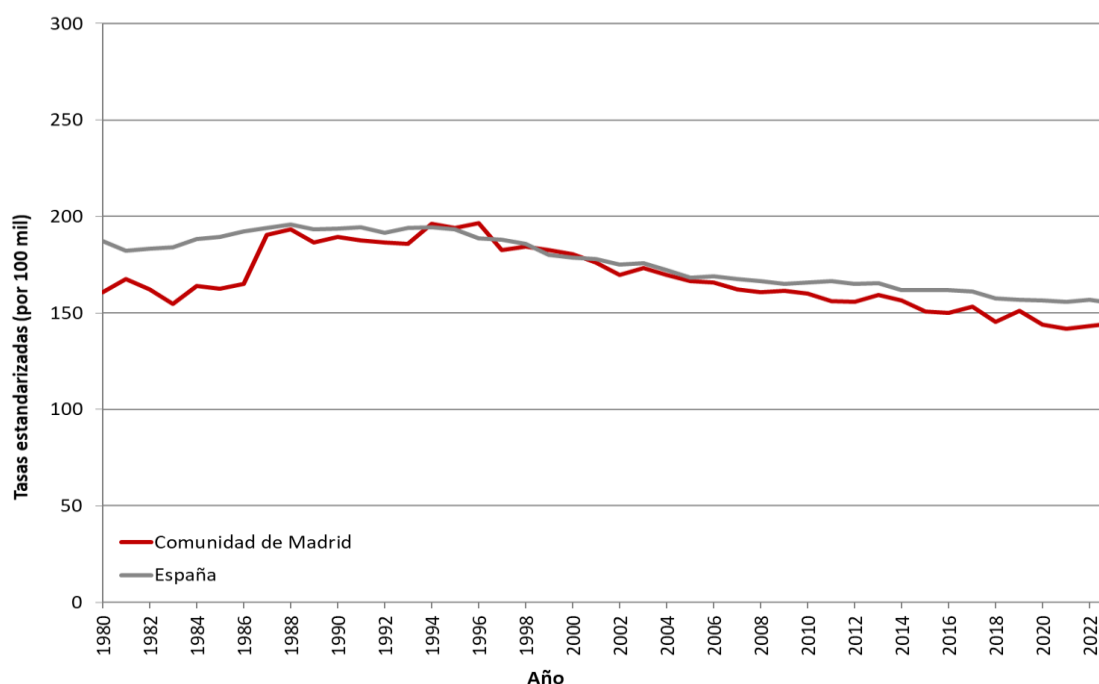
En ambos sexos, la mortalidad por tumores alcanzó su máximo a mediados de los años noventa del siglo pasado, y desde entonces las tasas ajustadas han tendido a descender.

Evolución anual de la mortalidad por tumores en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por tumores en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

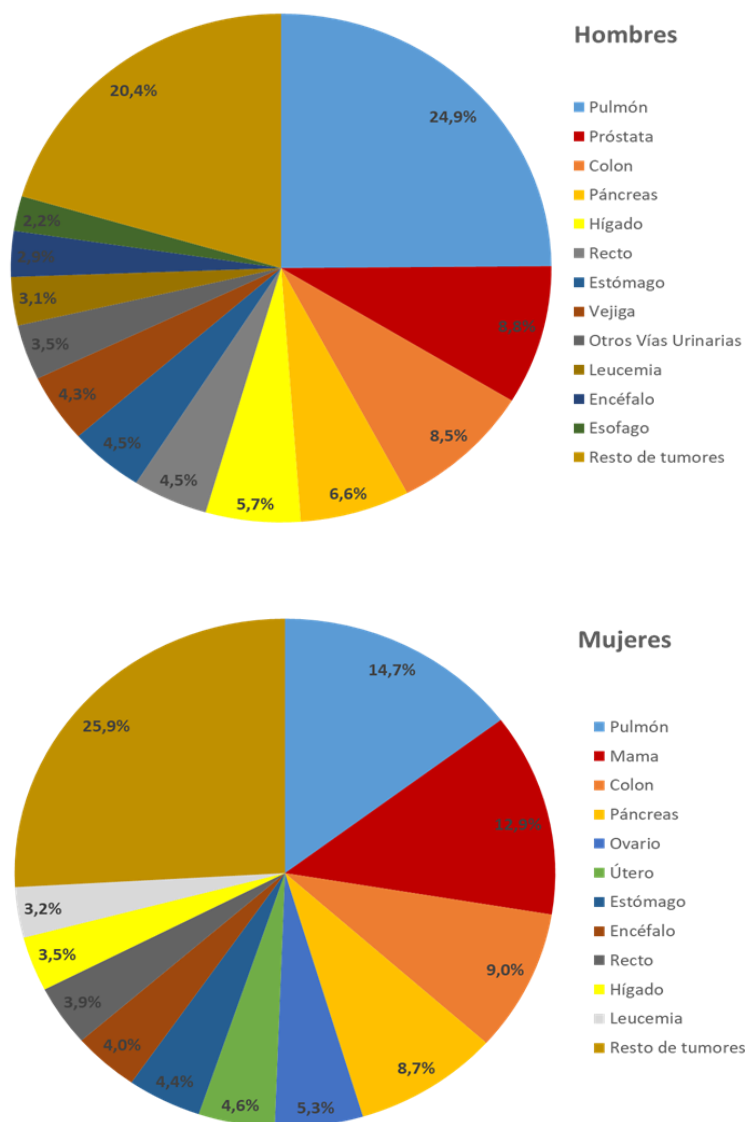
El tumor con mayor mortalidad es el de tráquea, bronquios y pulmón, 1.877 casos en hombres (24,9%, del total de tumores en varones), con tendencia descendente en los últimos años, y 894 casos en mujeres (14,7% del total de tumores en ese sexo), con una tendencia claramente ascendente en los últimos años. Es también destacable que, en las mujeres, desde 2021, el cáncer de pulmón sobrepasa al de mama, tradicionalmente el de mayor mortalidad en este sexo.

En hombres, el cáncer de próstata con 667 defunciones (8,8%), el cáncer de colon con 645 fallecimientos (8,5%), y el cáncer de páncreas con 495 defunciones (6,6%) le siguen en frecuencia.

En mujeres el tumor maligno de mama con 783 fallecimientos (12,9%), el de colon con 548 (9,0%) y el de páncreas con 529 fallecimientos (8,7%), se encuentran a continuación del de tráquea, bronquios y pulmón.

Llama la atención el comportamiento del tumor maligno de páncreas con una tendencia claramente ascendente en los últimos años y con tasas ajustadas por edad de 17,03 por 100 mil en hombres y de 12,80 por 100 mil en mujeres.

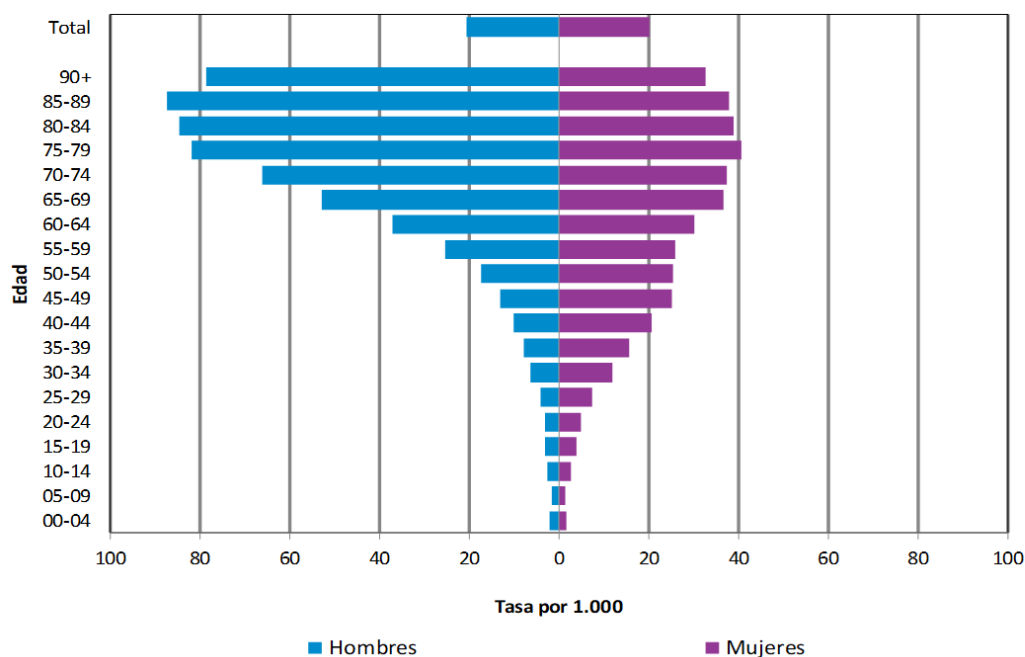
Mortalidad proporcional por tumores Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumores es mayor en mujeres que en hombres entre los diez y los sesenta años de edad, y crecientemente mayor en hombres que en mujeres a partir de esa edad.

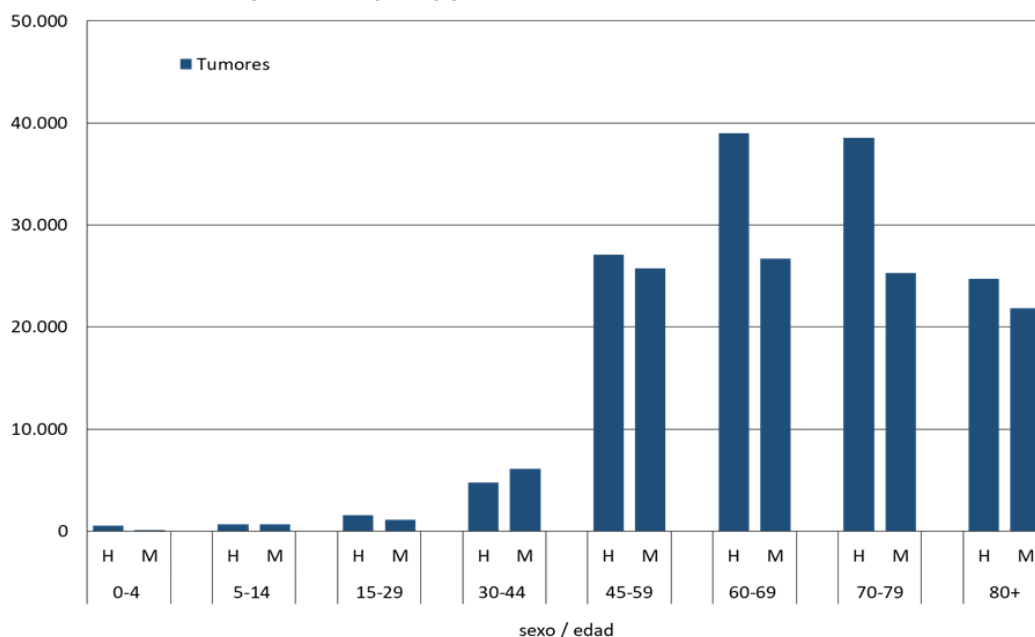
Morbilidad hospitalaria por tumores. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para los tumores en el año 2023. Los AVP tumores en la Comunidad de Madrid en 2023 son mayores en hombres que en mujeres y tienen un peso muy importante a partir de las edades medias (de 45 años de edad en adelante).

Años de vida perdidos (AVP) por tumores. Comunidad de Madrid, 2023

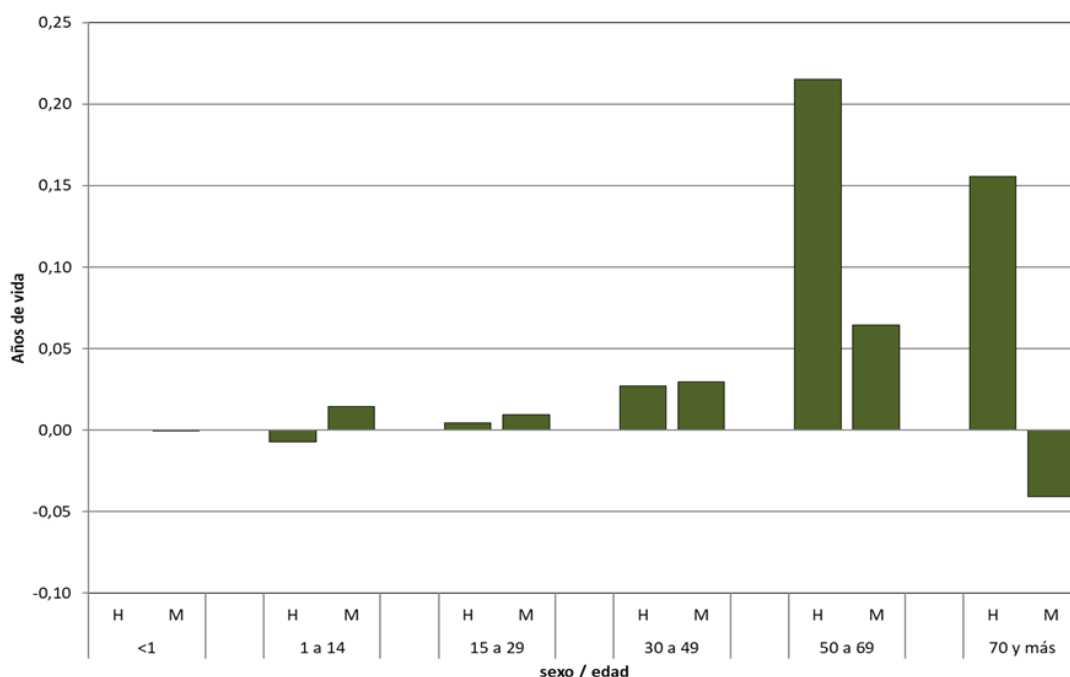


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura presenta la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los tumores, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por tumores ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida entre 2018 y 2023, mucho más en los hombres que en las mujeres. Por edad, esa mejora se concentra por encima de los 50 años. La mortalidad de las mujeres de 70 y más años de edad contribuyen negativamente a la esperanza de vida.

**Contribución de los tumores al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2018-2023**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de colon y de recto

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de colon y de recto en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	645	548	1.193
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	19,41	15,14	17,19
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	7,26	4,59	5,88
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	22,80	12,29	16,47
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	62,10	45,88	53,64
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,050	-0,004	0,023
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	10.595	7.989	18.584

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

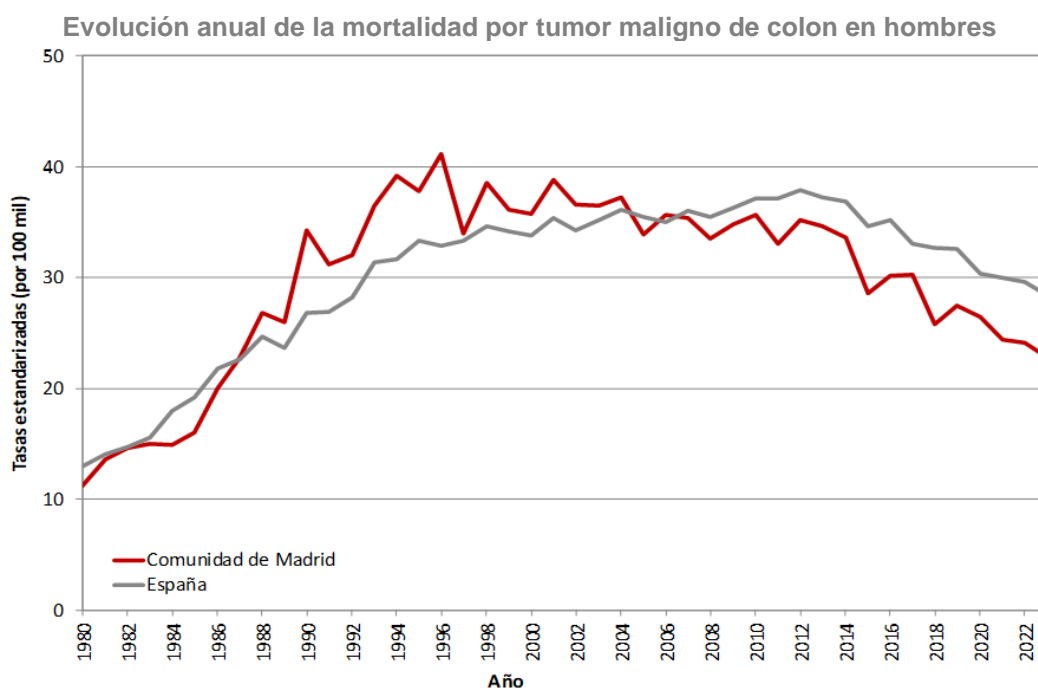
Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	340	235	575
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	10,23	6,49	8,28
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	4,44	2,64	3,51
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	11,90	5,31	8,04
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	31,73	20,37	25,80
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,016	0,003	-0,007
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	6.136	3.593	9.729

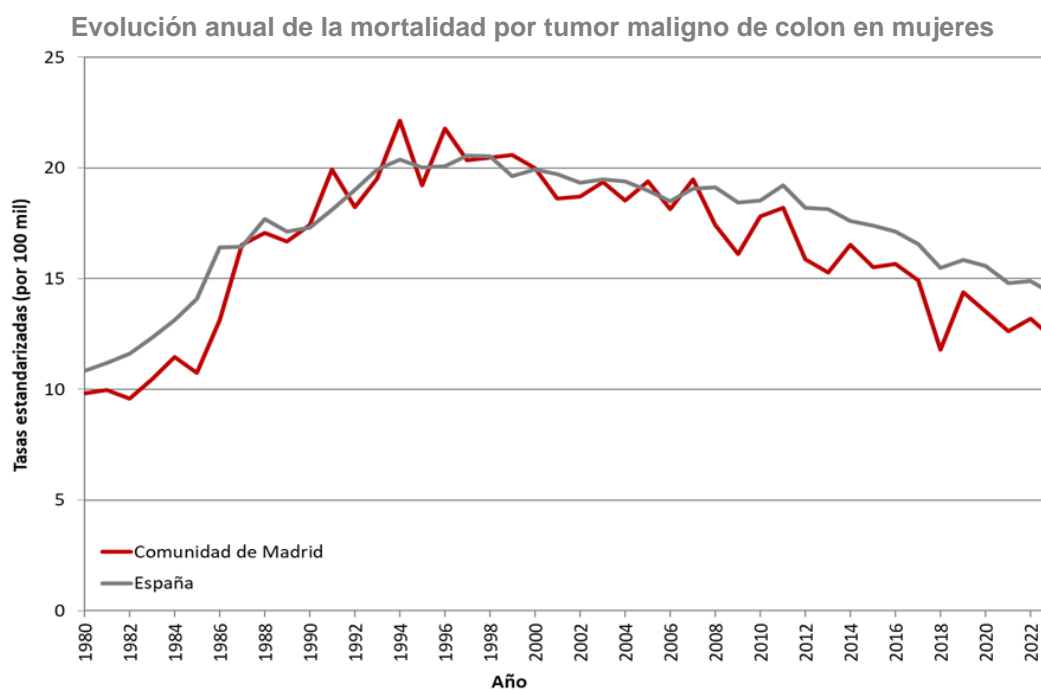
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad para los cánceres de colon y de recto (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tanto en hombres como en mujeres, tras años de empeoramiento, desde mediados de los años noventa las tasas de mortalidad por cáncer de colon en la Comunidad de Madrid han tendido a estabilizarse y posteriormente a descender de manera significativa.



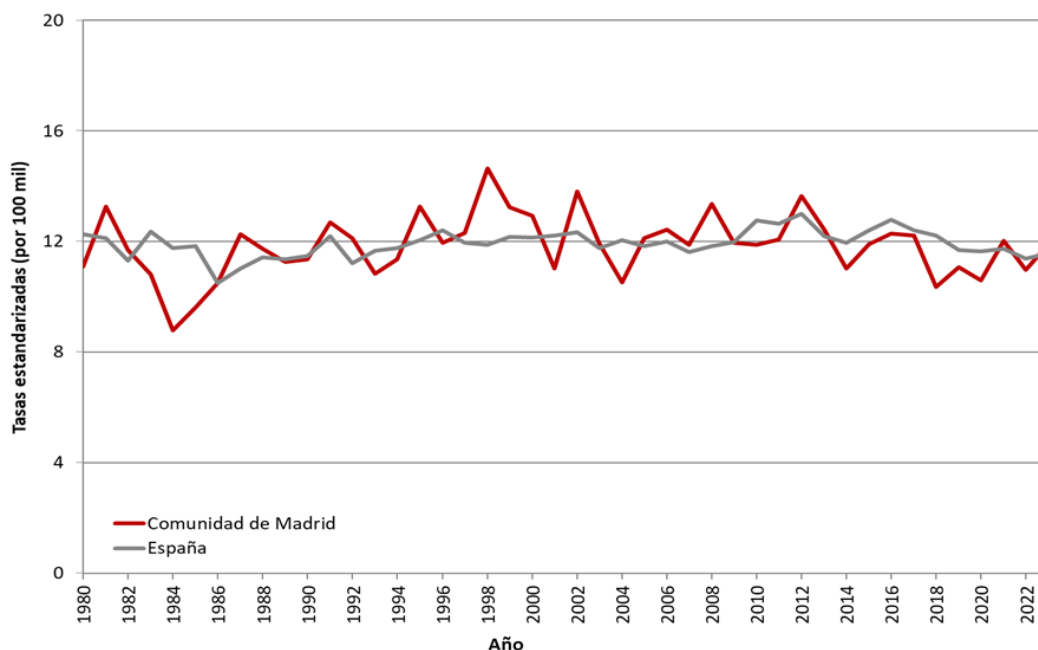
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de mortalidad por cáncer de recto en hombres en la Comunidad de Madrid muestran en los últimos años una tendencia relativamente estable.

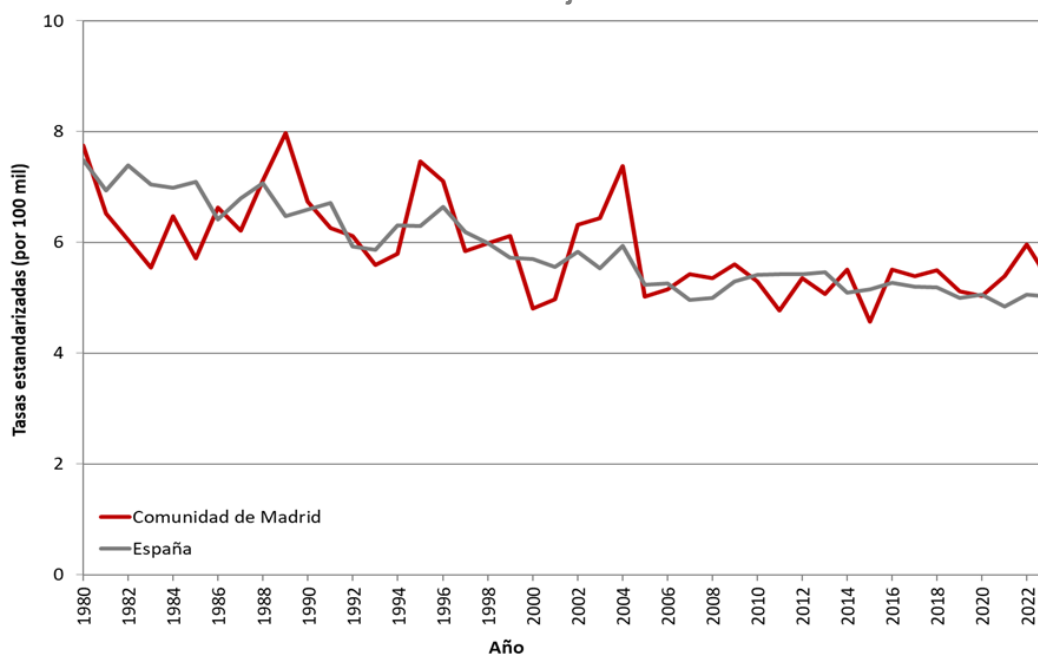
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de mortalidad por cáncer de recto en la Comunidad de Madrid han tendido a mejorar levemente en mujeres y se mantienen relativamente estables en los últimos años.

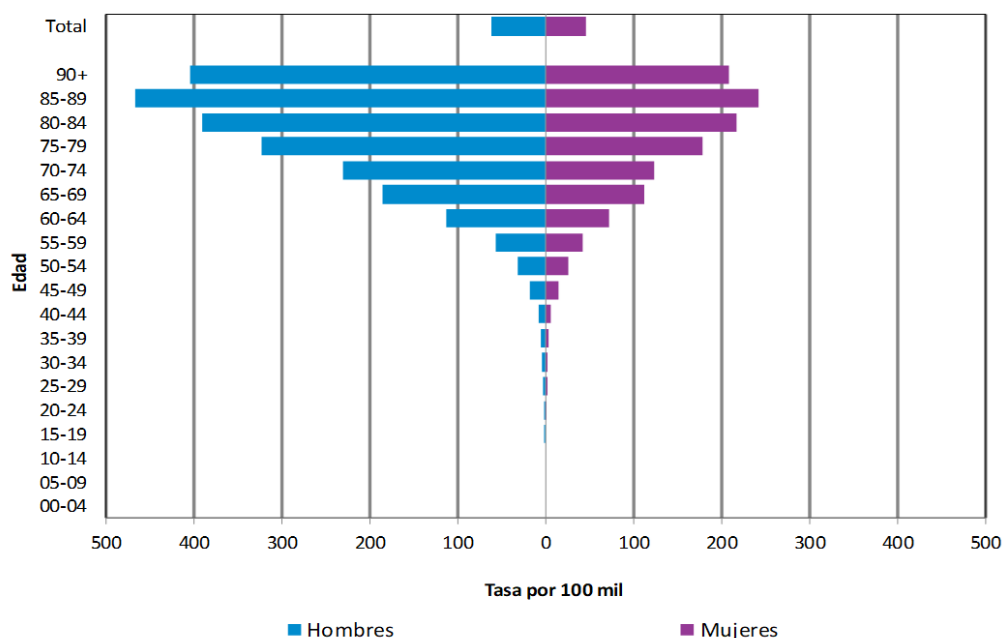
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de colon es mayor en hombres que en mujeres y creciente con la edad a partir de los cuarenta años. Las tasas específicas para cada grupo de edad y sexo son en general superiores a las del cáncer de recto, y de forma más marcada a partir de los 60 años.

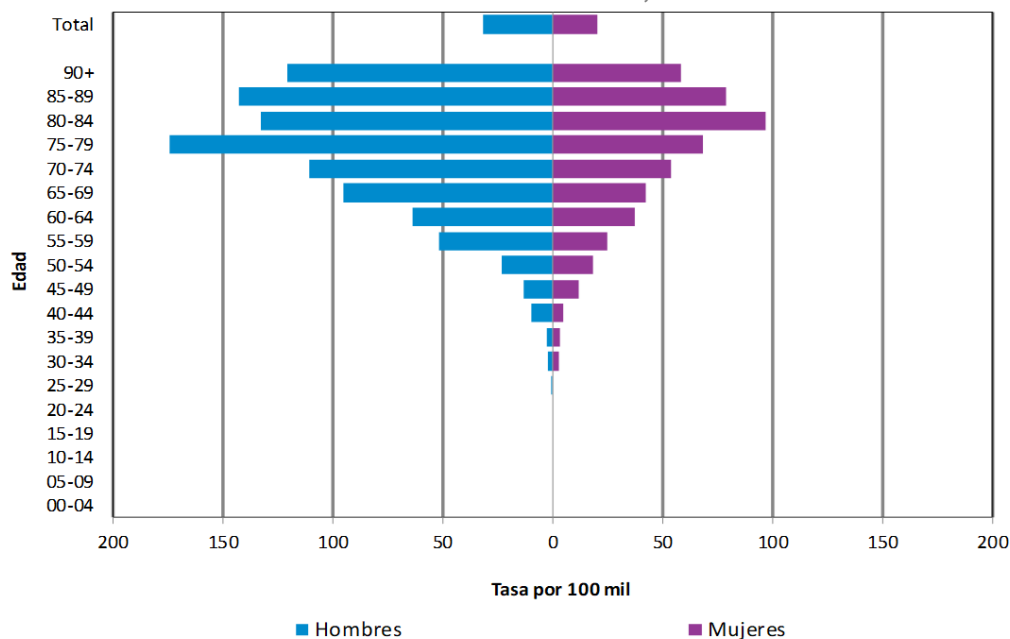
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de recto es mayor en hombres que en mujeres y creciente con la edad a partir de los cuarenta años.

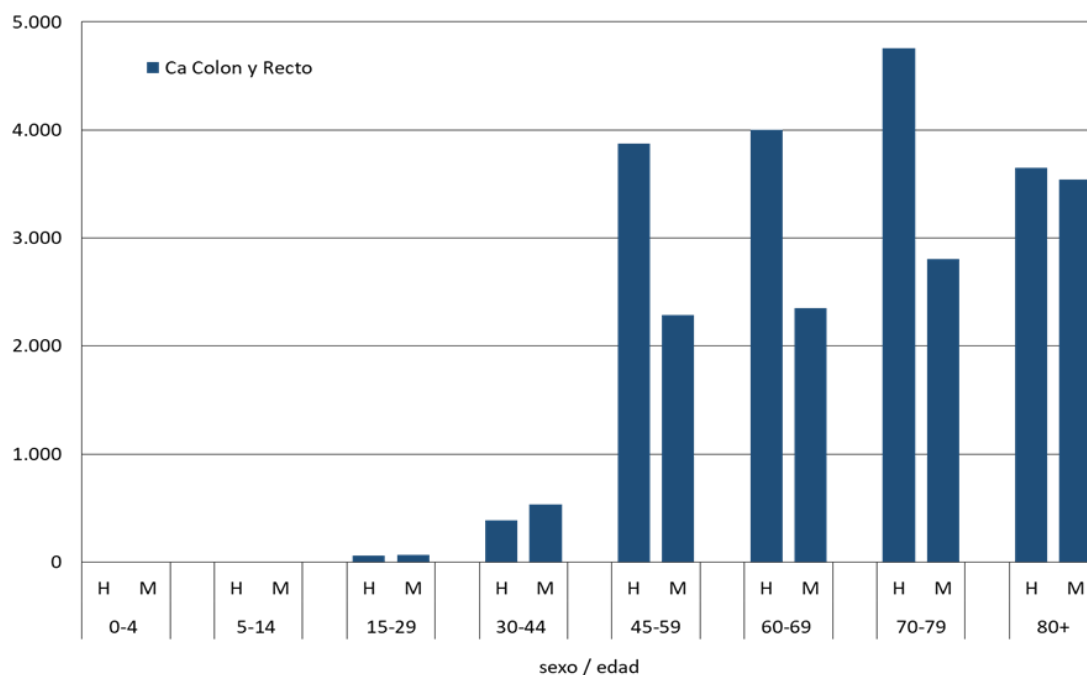
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para los cánceres de colon y de recto en el año 2023. Los AVP por tumores malignos de colon y de recto en la Comunidad de Madrid en 2023 son significativos a partir de los 45 años de edad, con mayor peso en hombres que en mujeres.

**Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de colon y de recto
Comunidad de Madrid, 2023**

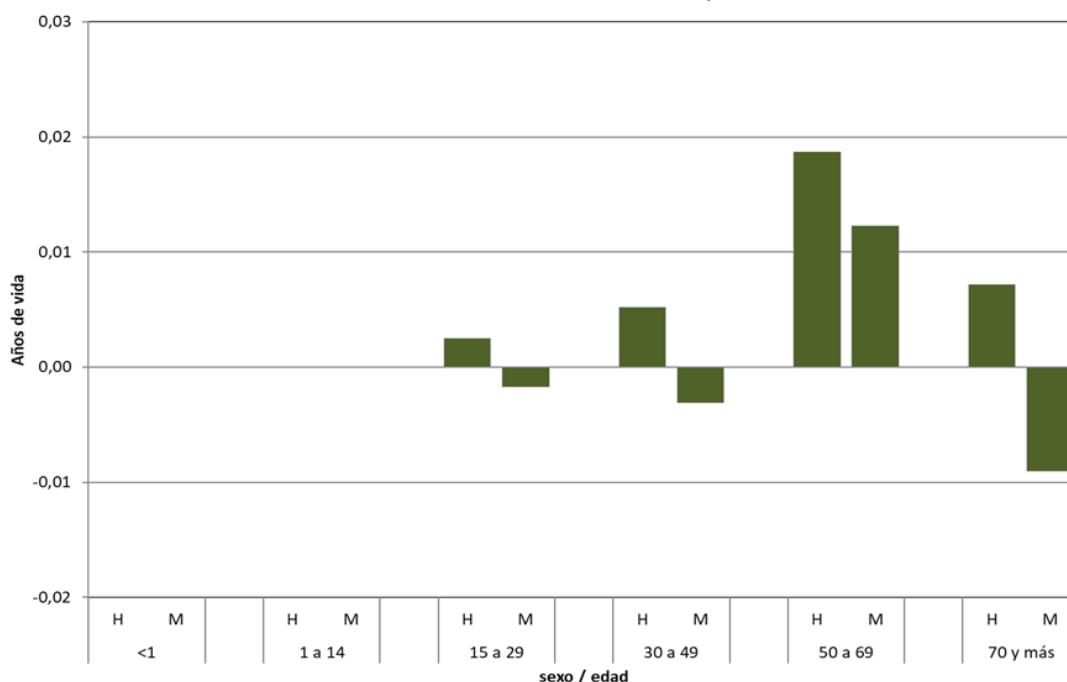


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los cánceres de colon y de recto, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución de los tumores de colon y recto al cambio en la esperanza de vida al nacer entre 2018 y 2023 es positiva tanto en mujeres como, especialmente, en hombres.

Contribución de los tumores malignos de colon y de recto al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Comunidad de Madrid, 2023

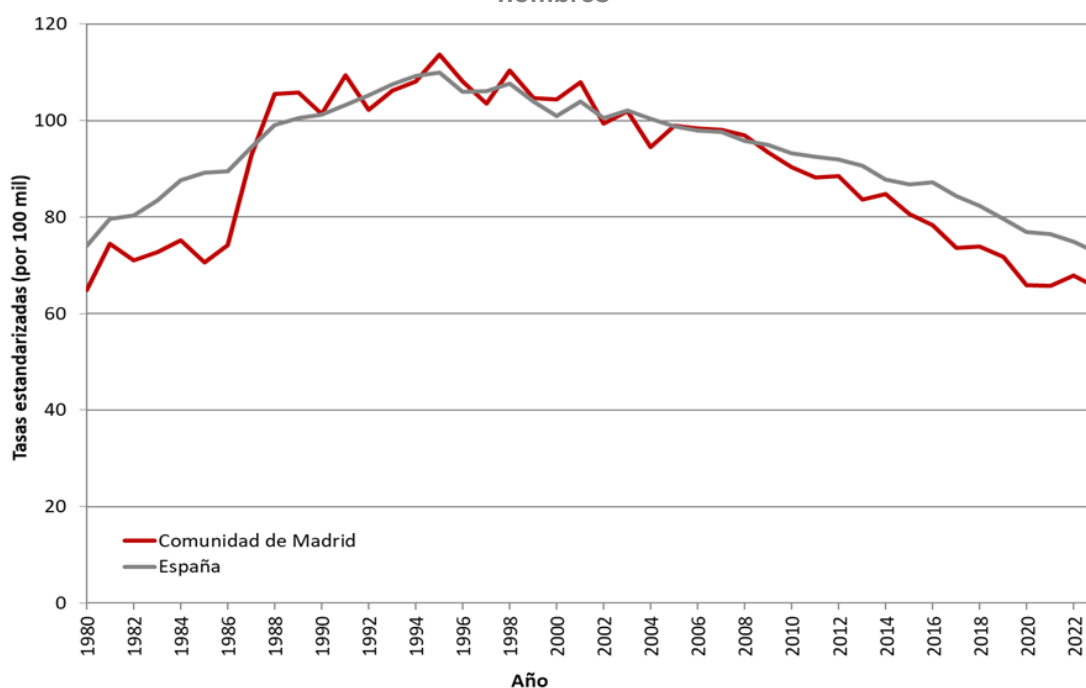
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.877	894	2.771
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	56,50	24,71	39,92
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	26,77	14,22	20,28
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	65,37	23,19	40,57
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	90,00	48,94	68,60
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,135	-0,043	0,047
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	35.442	18.113	53.555

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de pulmón (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución favorable en los hombres.

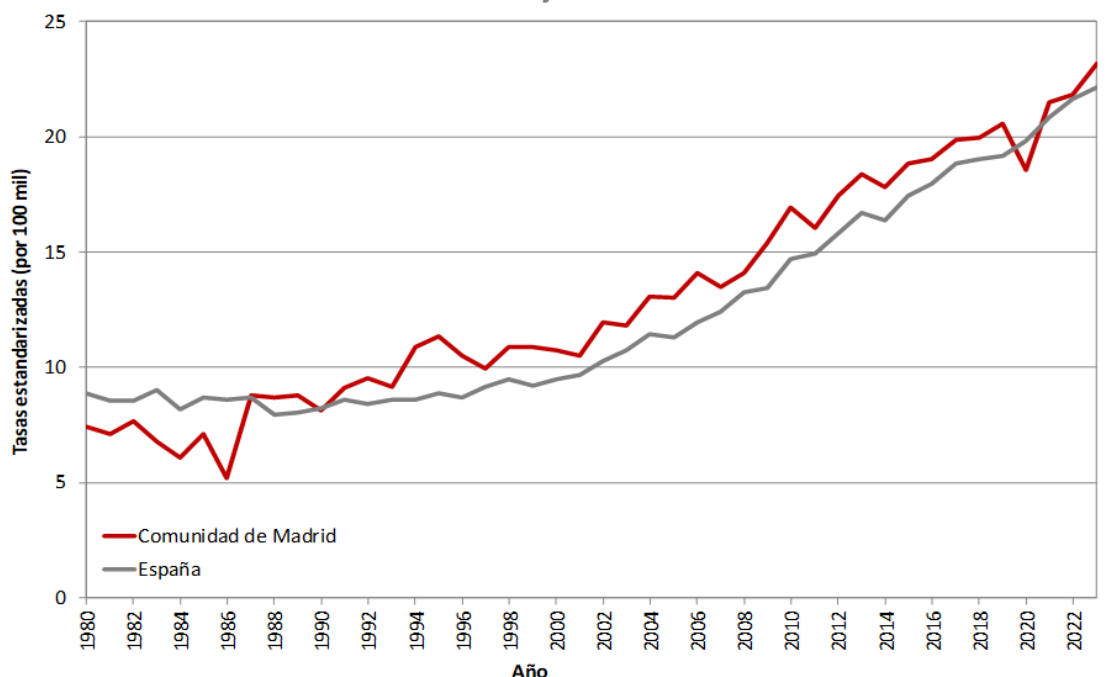
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución muy desfavorable en las mujeres, como consecuencia principalmente de aumento de la prevalencia del tabaquismo a partir de la década de los 70.

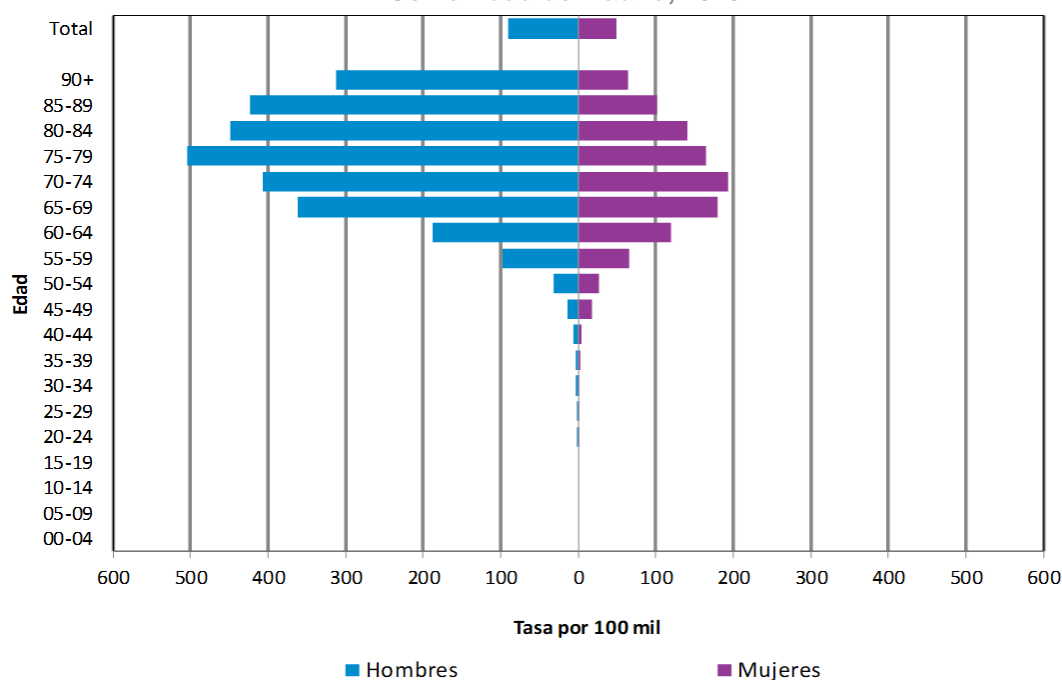
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid se concentra principalmente en los hombres a partir de los 55 años, con tasas mucho más altas que las de las mujeres.

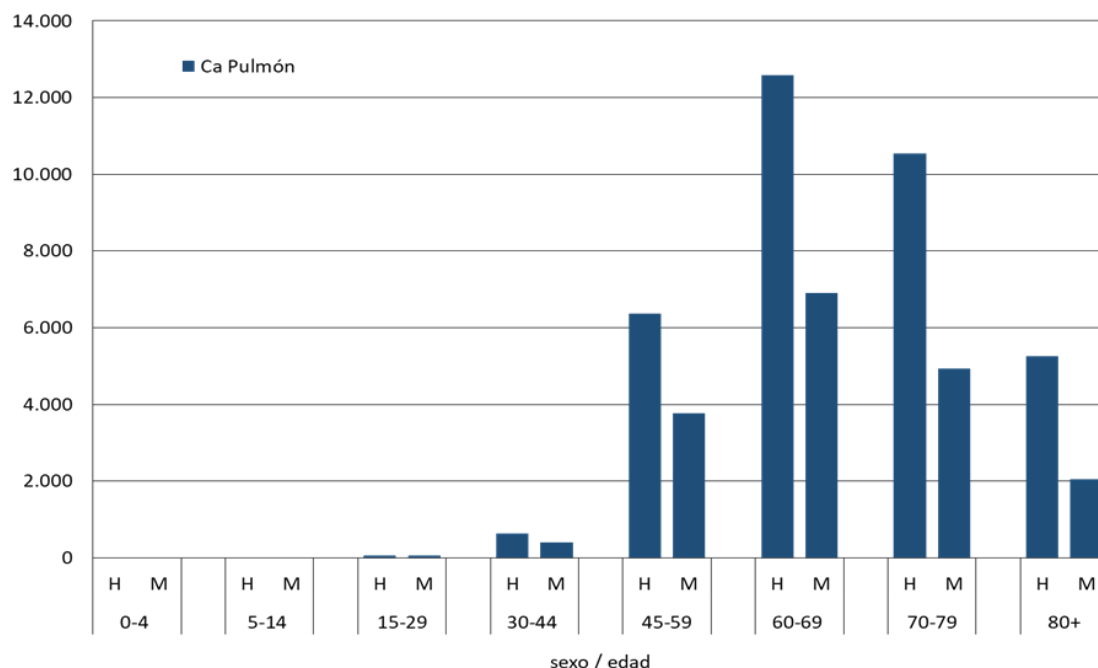
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de pulmón en el año 2023. Los AVP por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid en 2023 son mayores en hombres que en mujeres y en adultos maduros (45-69 años de edad) y personas mayores (70 y más años).

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Comunidad de Madrid, 2023

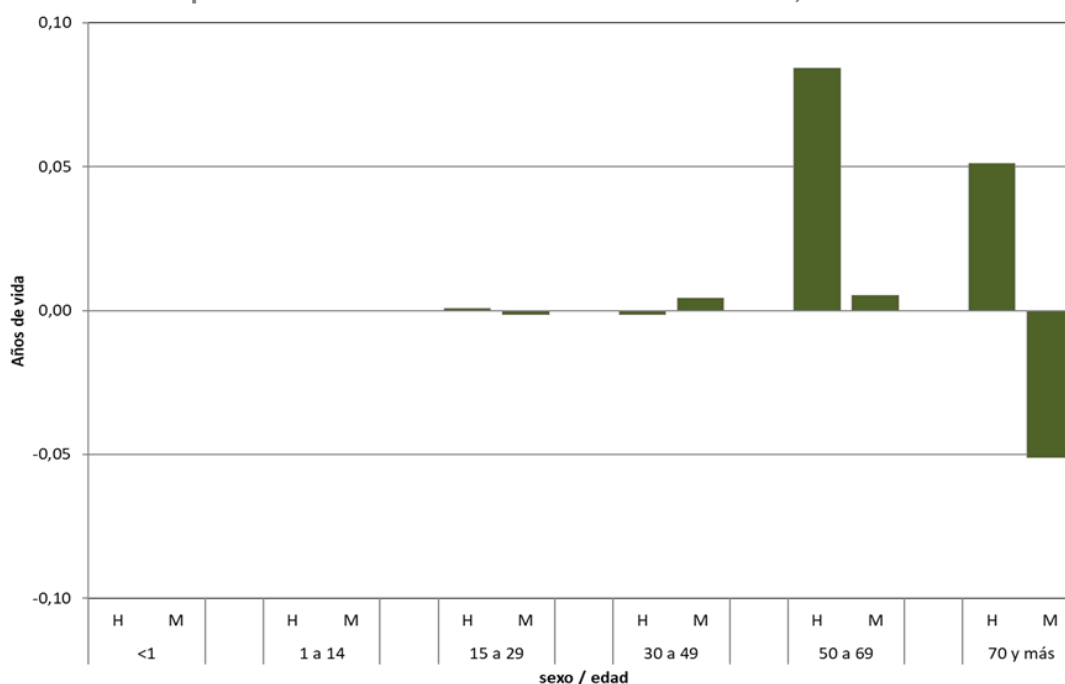


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de pulmón, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución del cáncer de pulmón al cambio en la esperanza de vida al nacer entre 2018 y 2023 es claramente positiva en hombres mayores de 50 años, pero negativa en las mujeres de las edades más avanzadas.

Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de mama de la mujer

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de mama de la mujer. Comunidad de Madrid, 2023

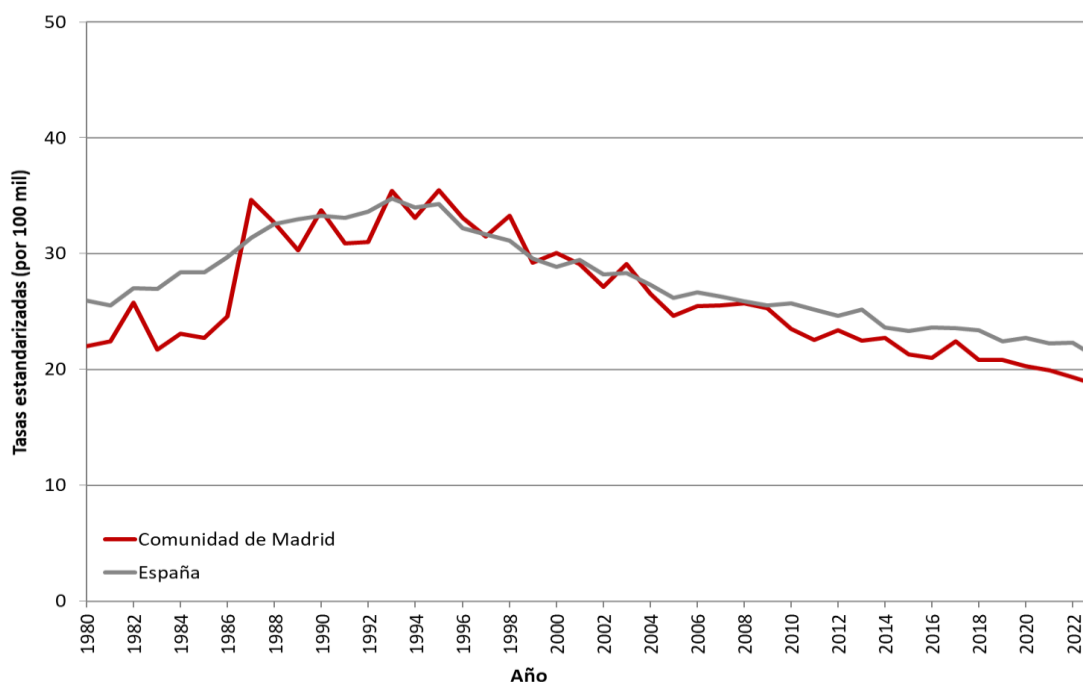
	Mujeres
Número de muertes	783
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	21,64
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	16,23
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	18,67
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	195,72
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,048
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	16.145

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid ha tendido a disminuir desde mediados de los años noventa del siglo XX.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat para mujeres de España y la Comunidad de Madrid).

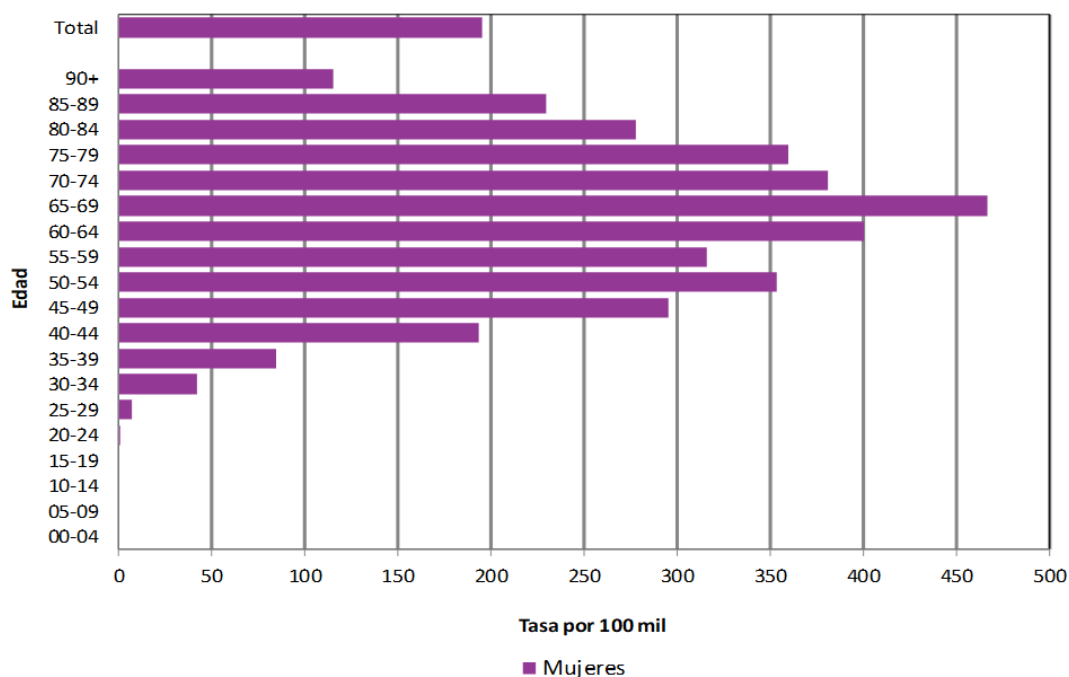
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid en 2023 se concentra principalmente entre los 45 y los 89 años de edad, alcanzando las tasas más elevadas entre los 60 y 79 años.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama Comunidad de Madrid, 2023

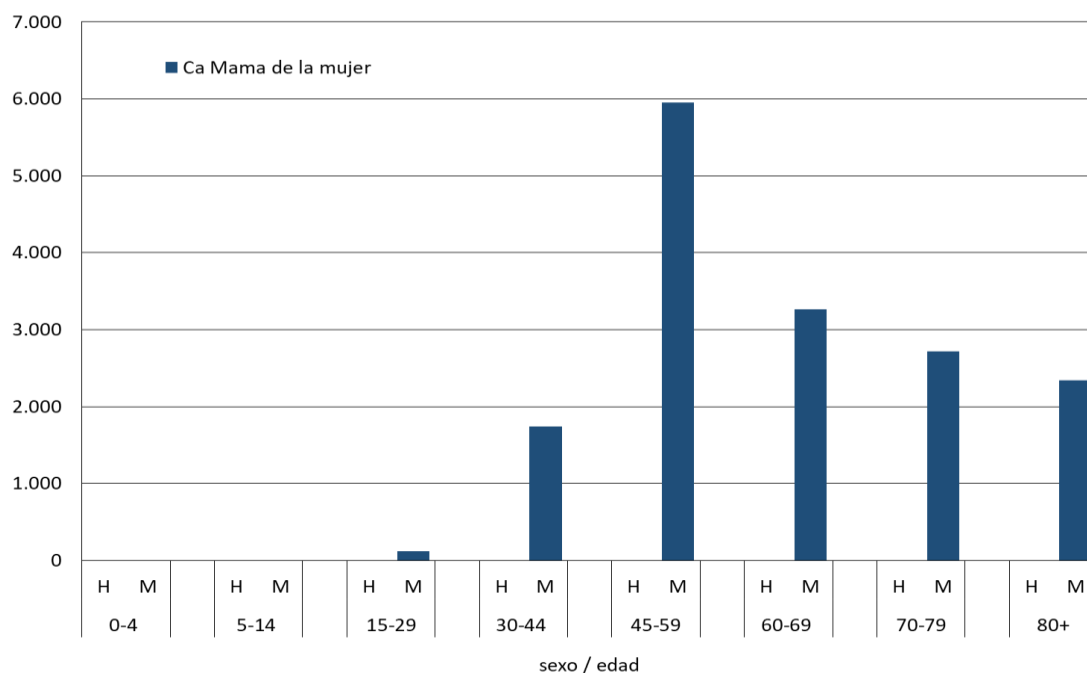


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de mama de la mujer en el año 2023.

Las pérdidas de años de vida son importantes a partir de los 30 años de edad, y especialmente entre las mujeres adultas maduras (45-59).

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de mama Comunidad de Madrid, 2023

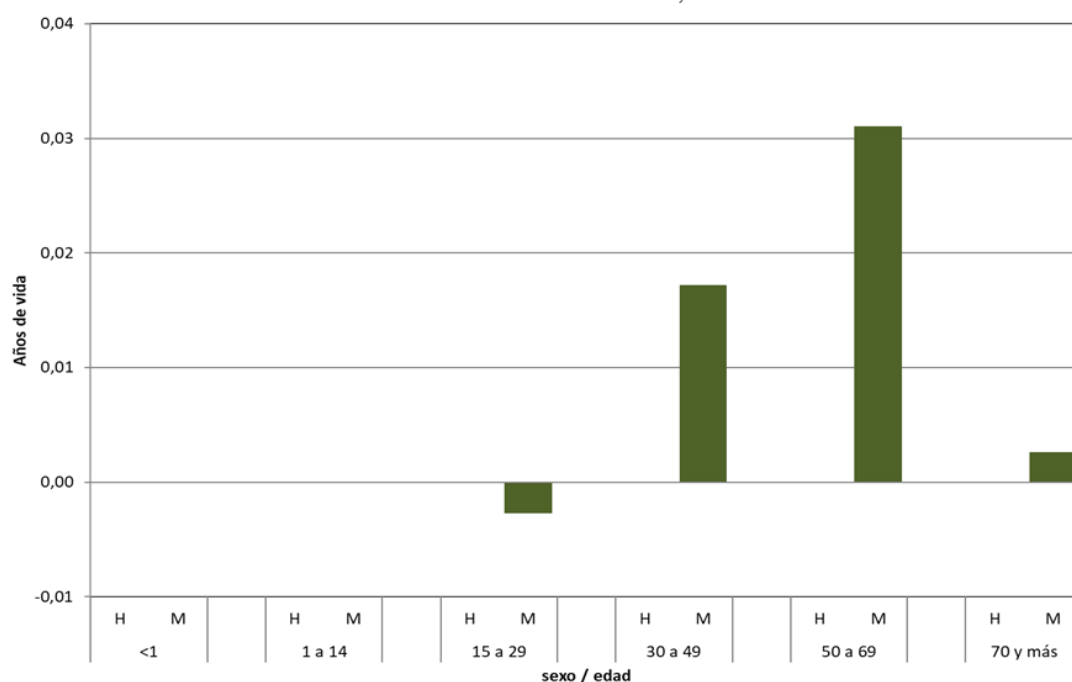


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de mama de la mujer, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres de entre 30 y 69 años.

Contribución del tumor maligno de mama de la mujer al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de cuello del útero

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de cuello del útero en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid, 2023

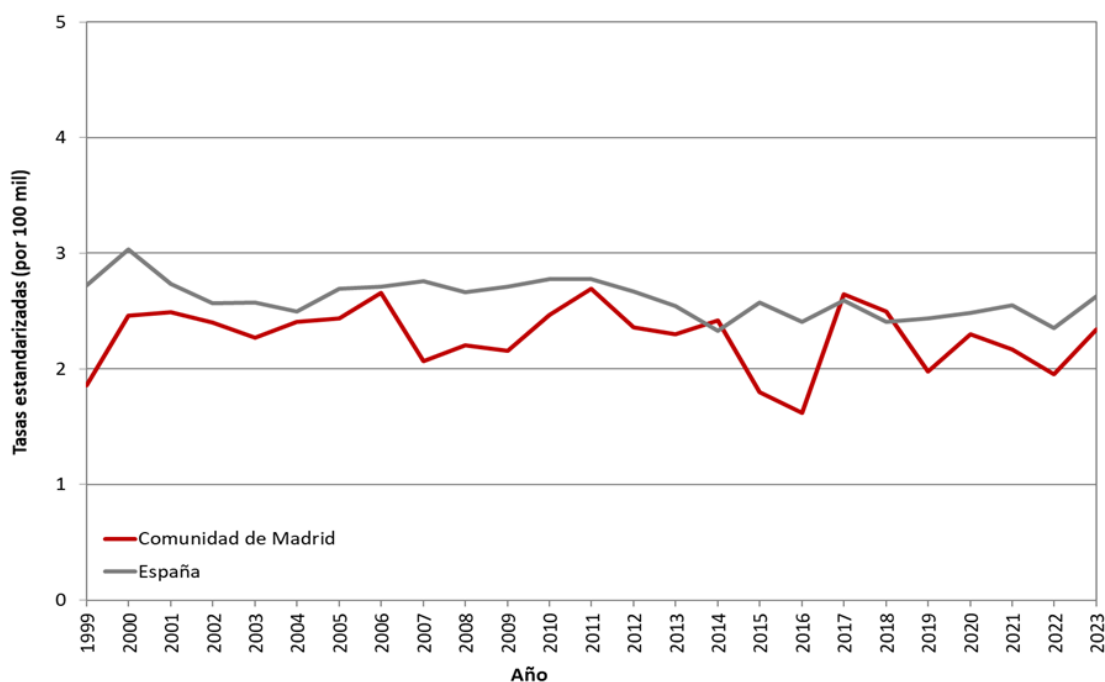
	Mujeres
Número de muertes	91
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	2,51
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,33
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	2,34
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	14,48
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,010
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.255

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de útero (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.

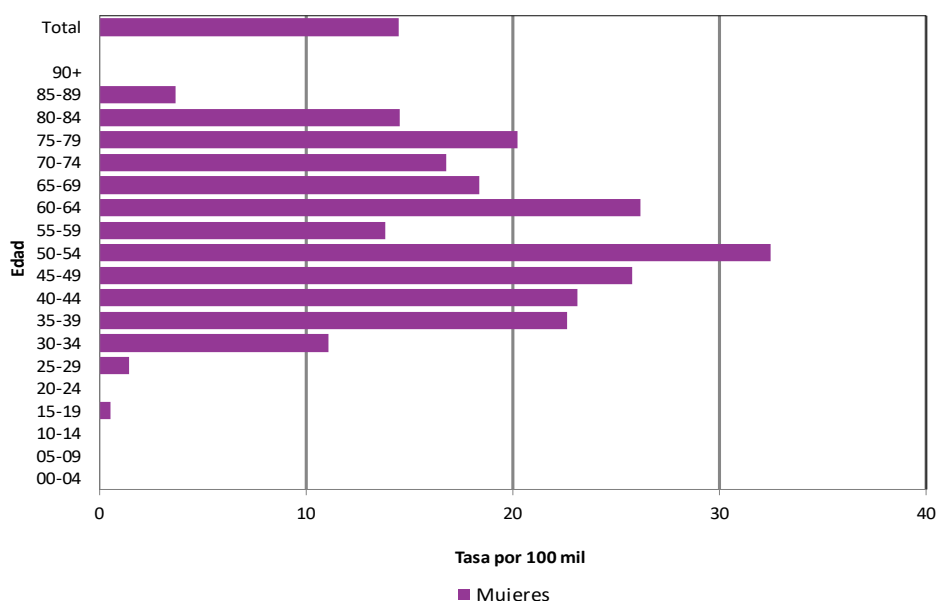
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de cuello del útero



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid se inicia a los 25 años y presenta un amplio rango de edades. Las tasas específicas por grupo de edad entre los 30 y los 84 años varían en el rango de 11,1-32,5 por 100 mil.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuello del útero Comunidad de Madrid, 2023

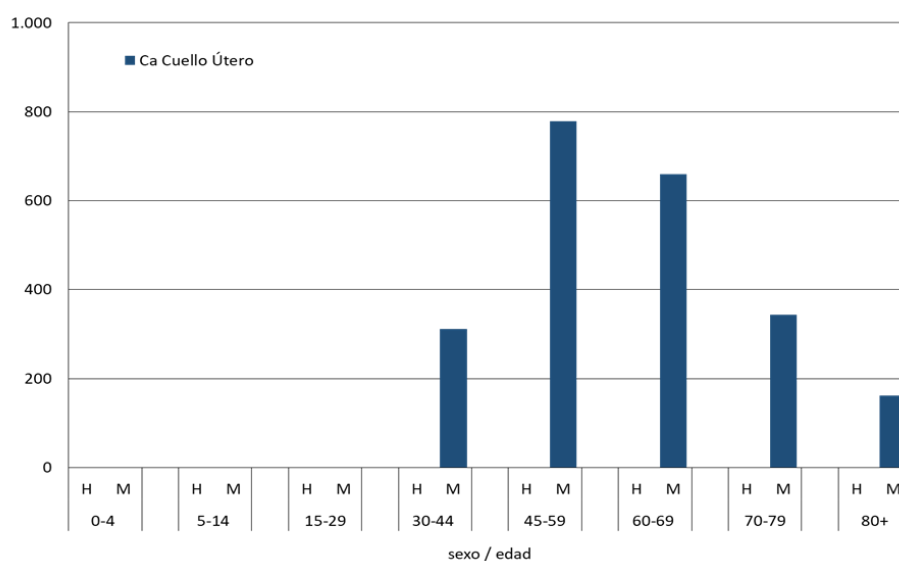


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de cuello de útero en el año 2023.

Los AVP por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid en 2023 se contabilizan a partir de los 30 años de edad, y especialmente entre los 45 y los 69.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid, 2023

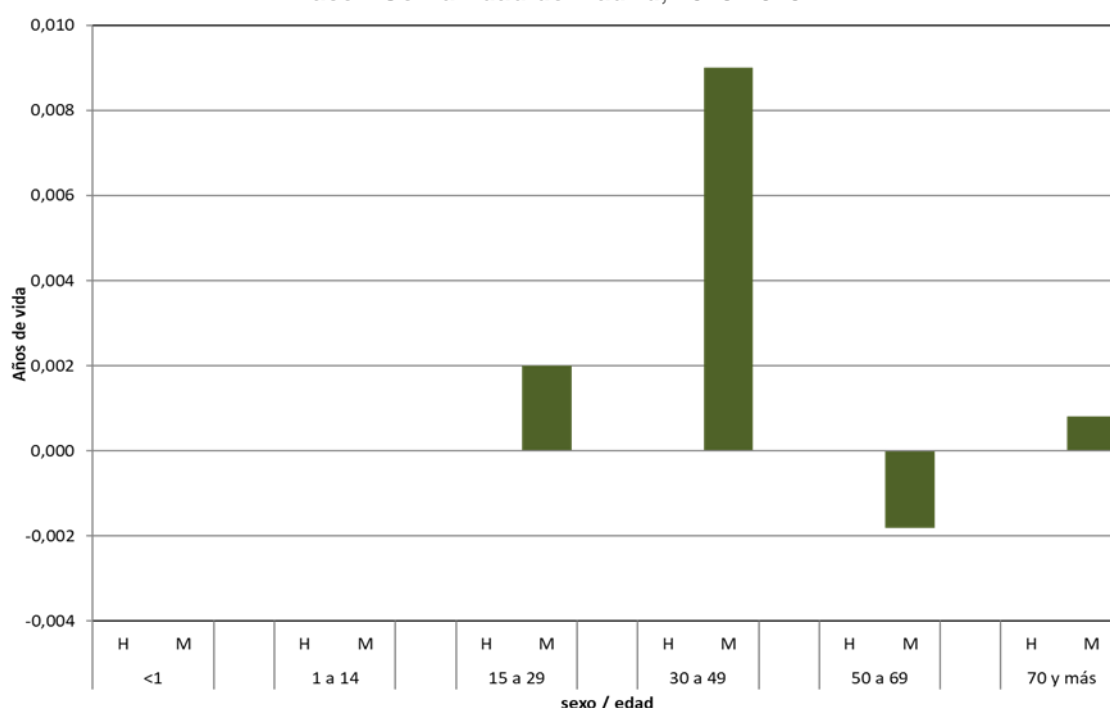


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de cuello de útero, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid ha tenido entre 2018 y 2023 una contribución globalmente positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 30 años, aunque con un comportamiento levemente negativo en el grupo de edad de 50-69 años.

Contribución del tumor maligno de cuello de útero al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero. Comunidad de Madrid, 2023

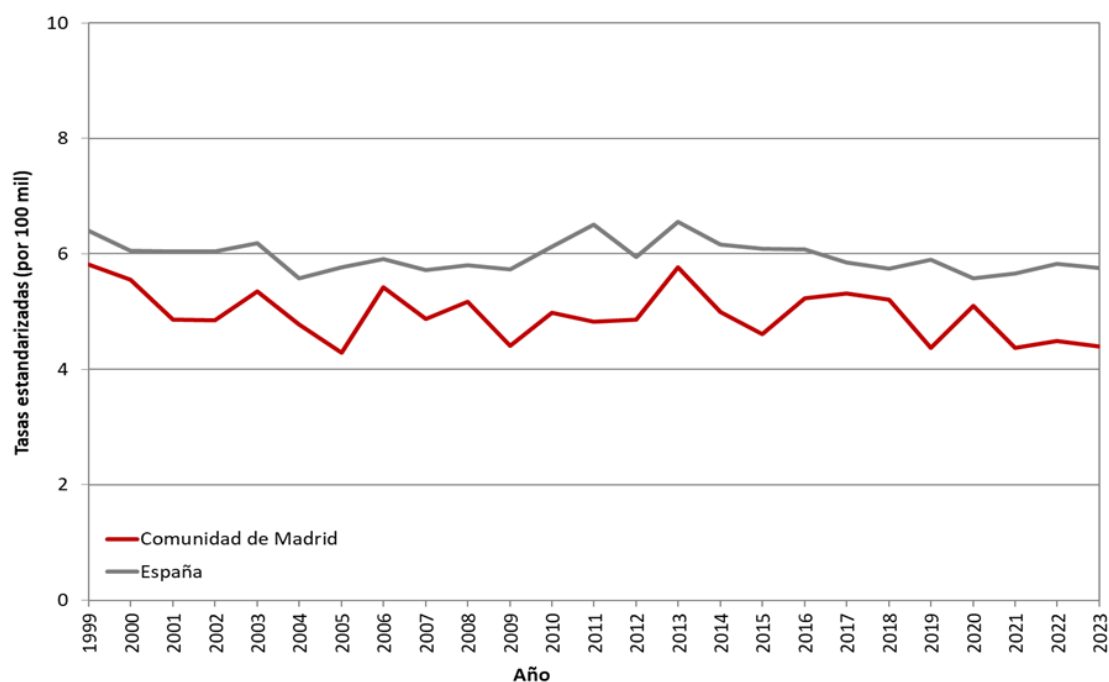
	Mujeres
Número de muertes	186
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	5,14
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,20
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	4,40
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	32,64
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,016
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	3.170

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuerpo y otras partes del útero (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

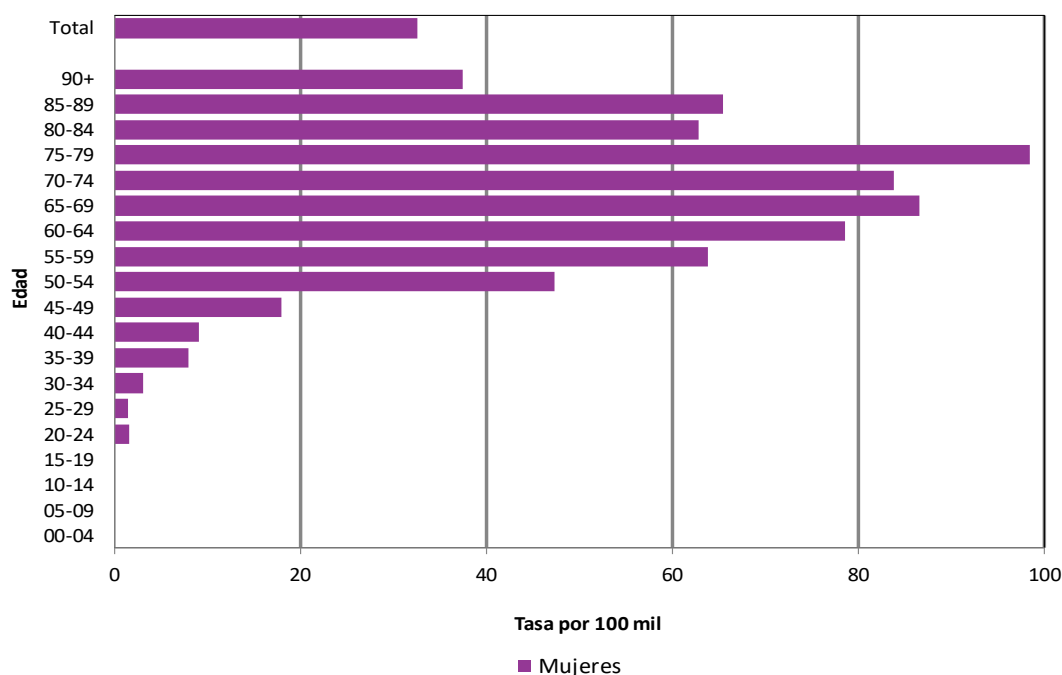
La mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

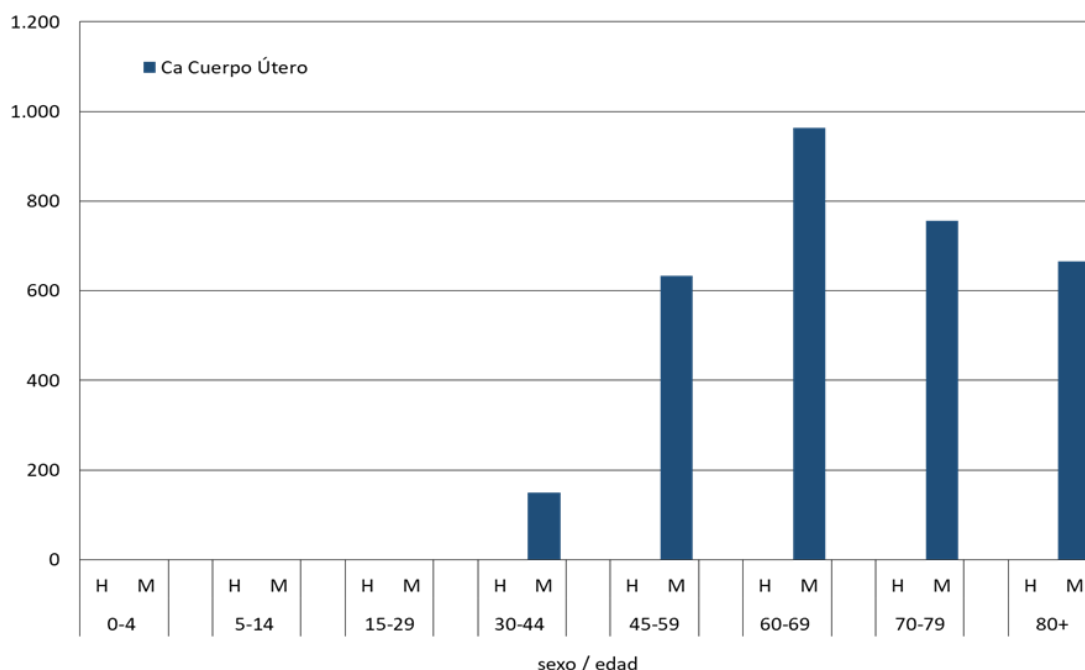
La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid tiene un calendario por edad algo más maduro que el del cuello de útero. Las tasas son relevantes a partir de los 50 años, y especialmente desde los 60.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero
Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de cuerpo y otras partes del útero en el año 2023. Los AVP por tumor maligno cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid en 2023 afectan a mujeres de 45 años de edad en adelante.

**Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero
Comunidad de Madrid, 2023**

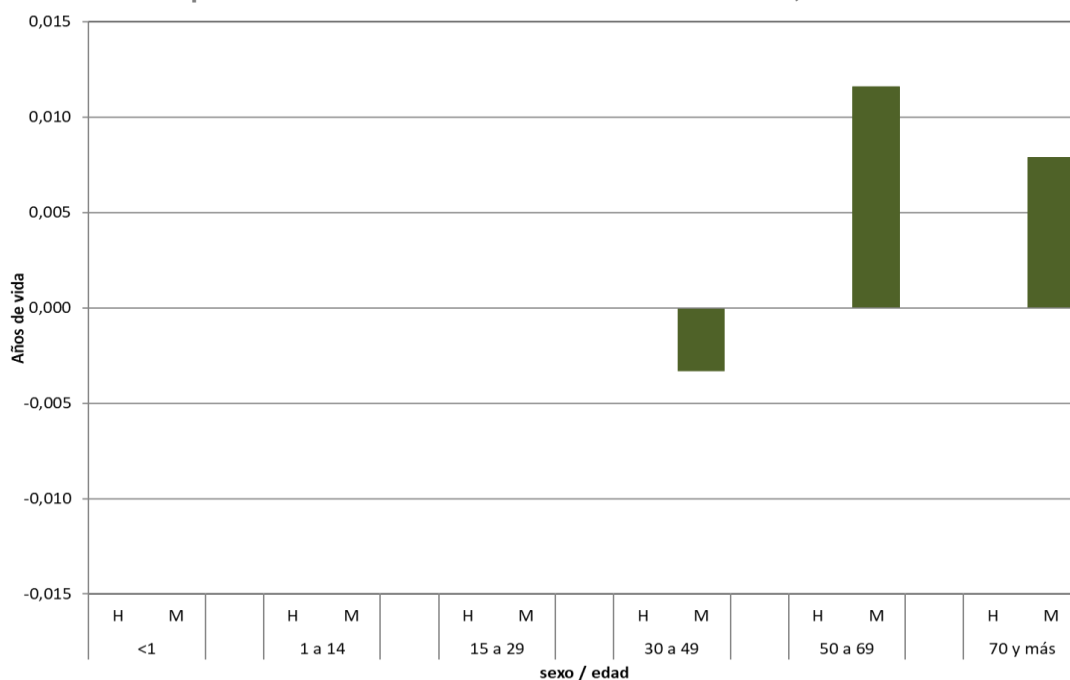


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa.

La mortalidad por tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución ligeramente positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 50 años, aunque con un comportamiento levemente negativo en el grupo de edad de 30-49 años.

Contribución del tumor maligno de cuerpo y otras partes del útero al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de ovario

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de ovario en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid.

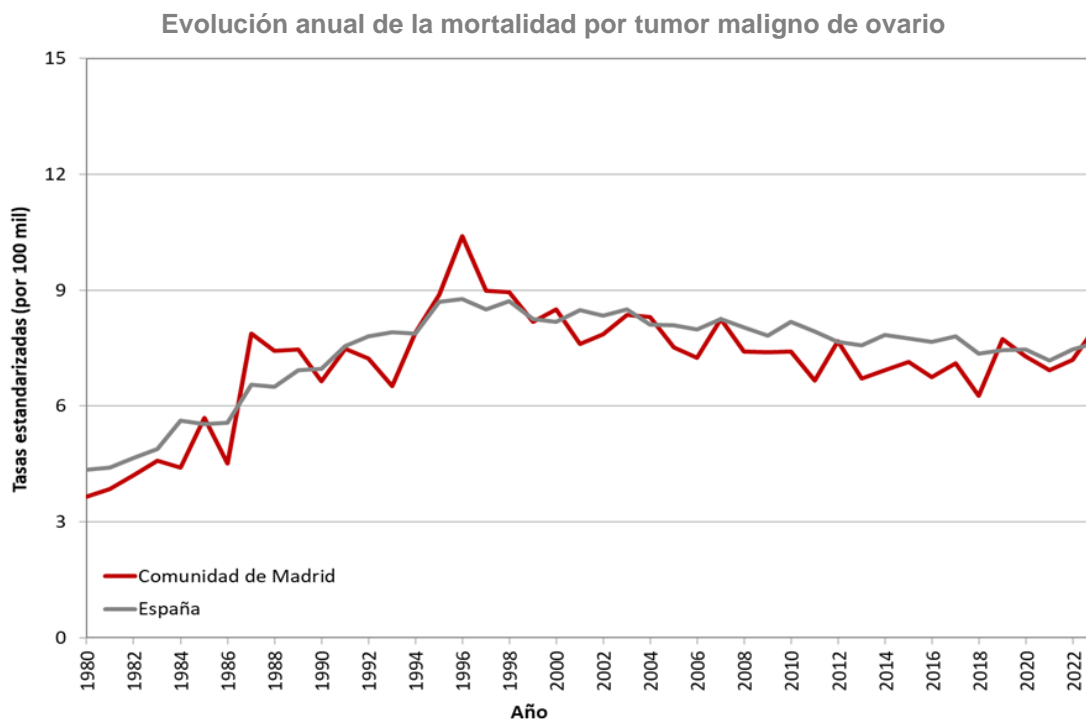
Tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid, 2023

	Mujeres
Número de muertes	320
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	8,84
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	6,79
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	8,08
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	23,35
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,033
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	6.850

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

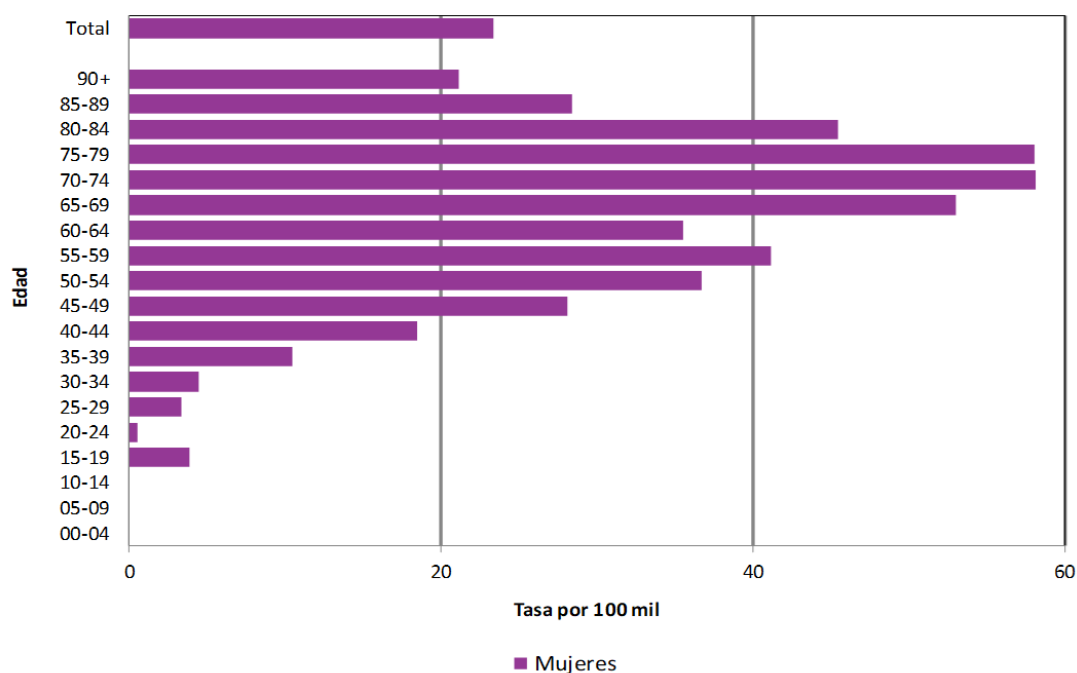
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de ovario (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tras un continuado empeoramiento desde 1980 hasta mediados de los años noventa, las tasas de mortalidad por cáncer de ovario se han estabilizado en los últimos años.



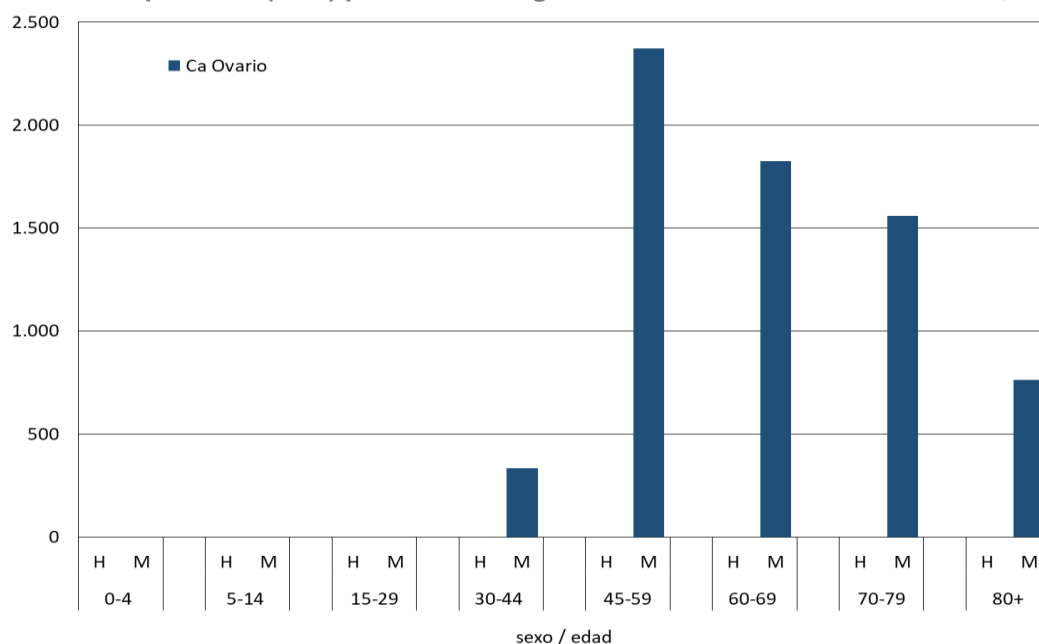
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la morbilidad hospitalaria por cáncer de ovario según grupos de edad. A diferencia de otros tumores ginecológicos, en los que los ingresos hospitalarios de menores de 20 años son virtualmente inexistentes, el cáncer de ovario sí presenta una cierta frecuentación hospitalaria en menores. Las tasas más altas se encuentran entre los 55 y los 84 años de edad.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de ovario en el año 2023. Los AVP por tumor maligno de ovario en la Comunidad de Madrid en 2023 tienen su máximo entre los 45 y los 59 años, pero son significativos también por encima de los 60 años de edad.

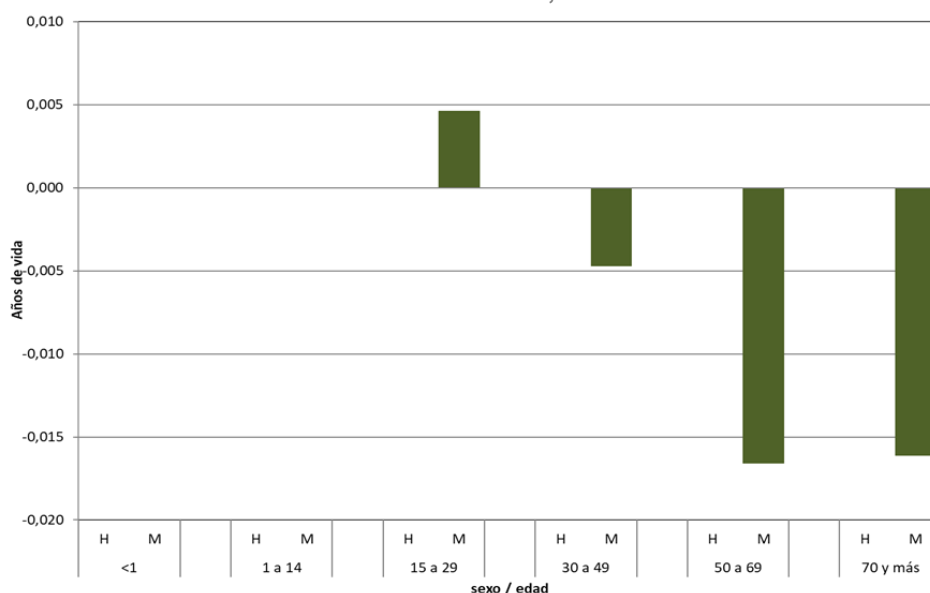
Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de ovario, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de ovario en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución globalmente negativa al cambio de la esperanza de vida en las mujeres, especialmente de los 50 años de edad en adelante.

**Contribución del tumor maligno de ovario al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2018-2023**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de próstata

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de próstata en la población de hombres de la Comunidad de Madrid.

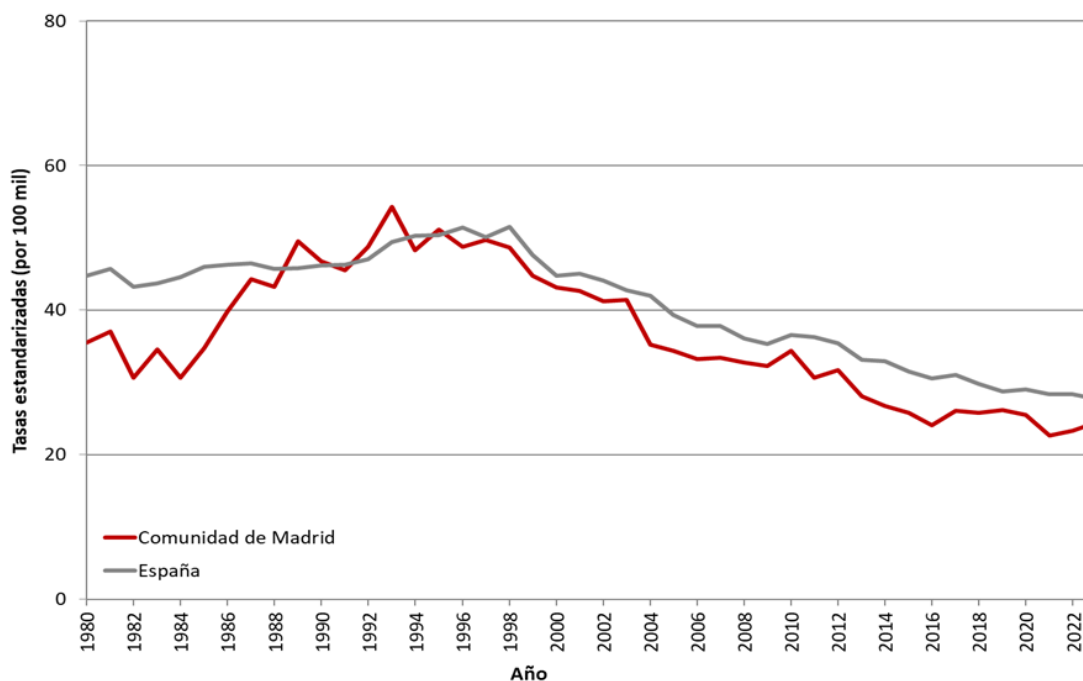
Tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres
Número de muertes	667
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	20,08
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,76
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	24,44
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	172,33
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,013
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	8.308

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

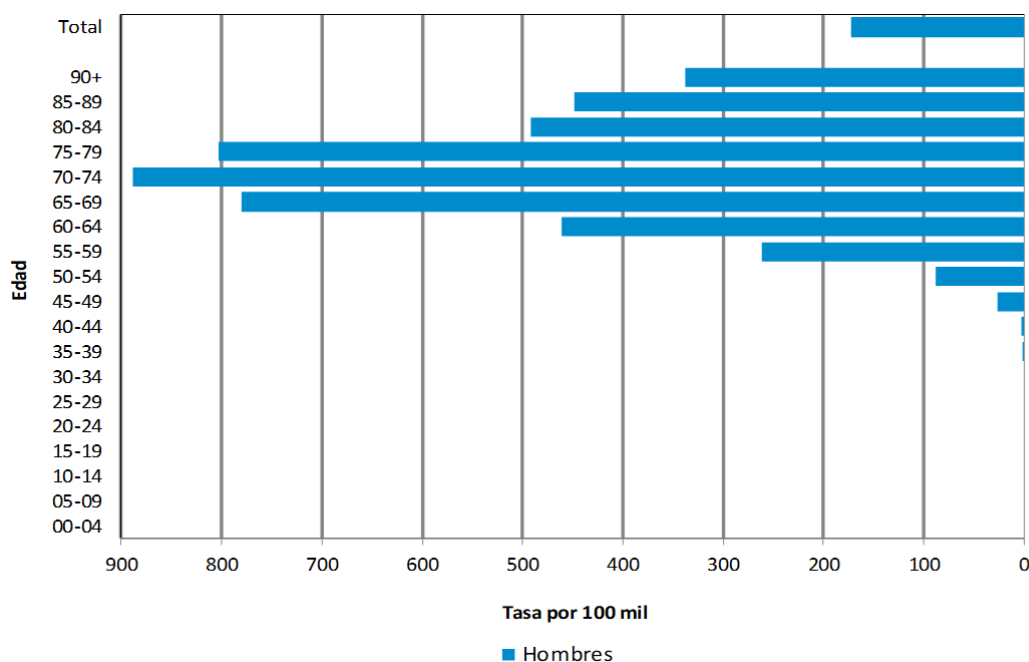
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres de España y la Comunidad de Madrid. La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid ha tenido una evolución muy favorable desde mediados de los años noventa.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de próstata



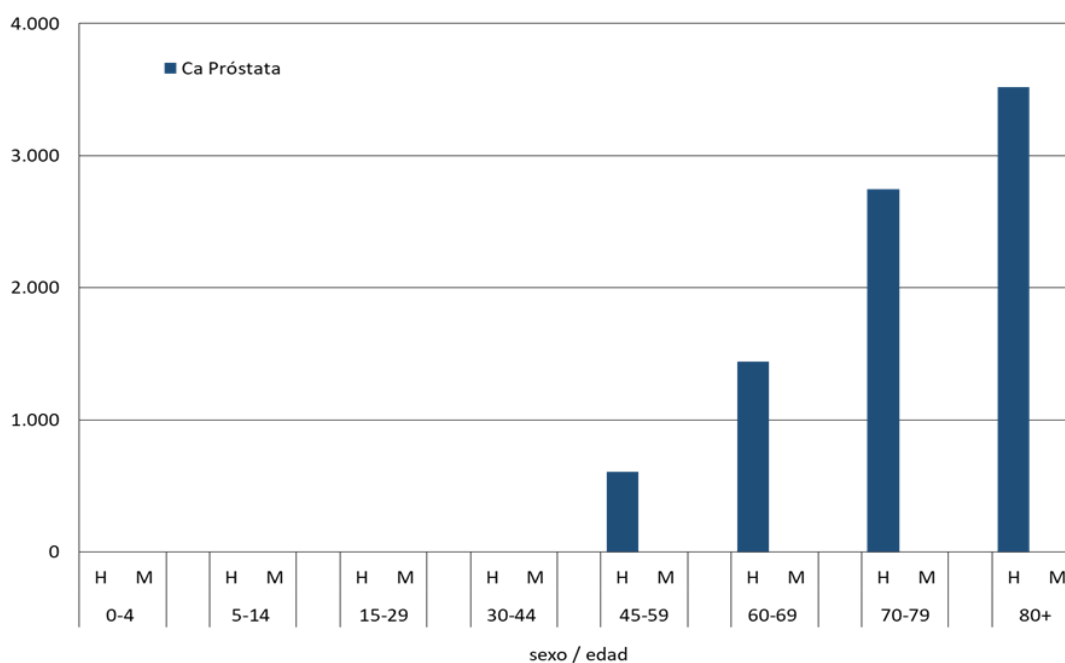
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de próstata afecta a los adultos maduros y es especialmente importante a partir de los 60 años de edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 65 a 79 años.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de próstata en el año 2023. Los AVP por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid en 2023 se inician a partir de los 45 años y tienen un peso importante y creciente hasta las edades más altas.

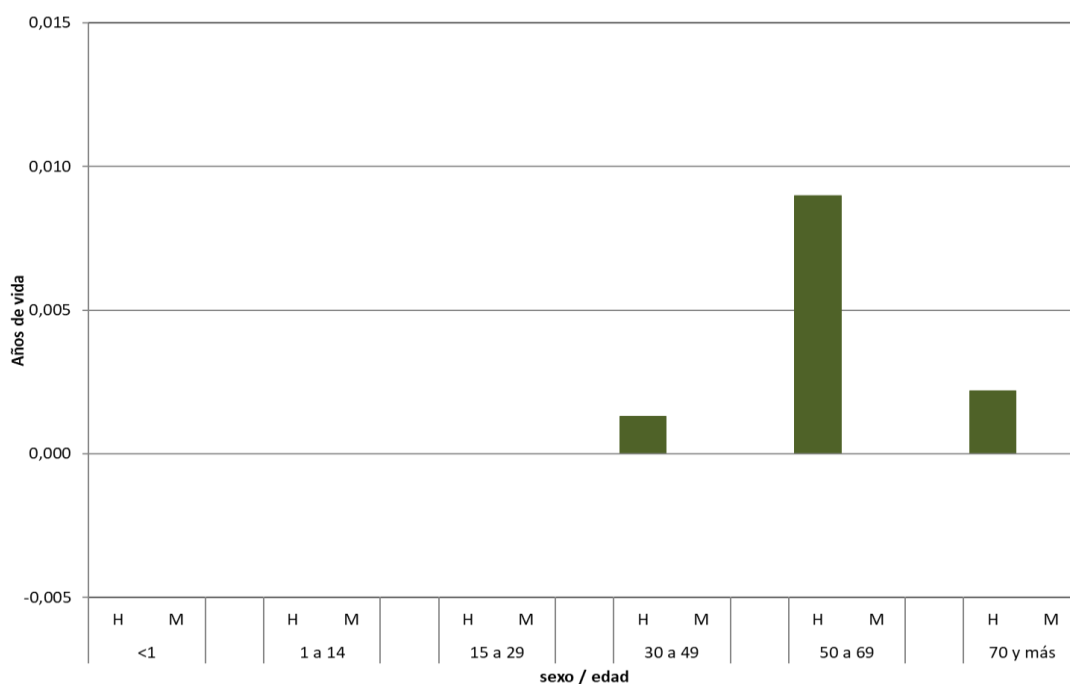
Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de próstata, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución positiva al cambio de la esperanza de vida concentrada en los hombres de 50 a 69 años.

Contribución del tumor maligno de próstata al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de páncreas

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cáncer de páncreas en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid, 2023

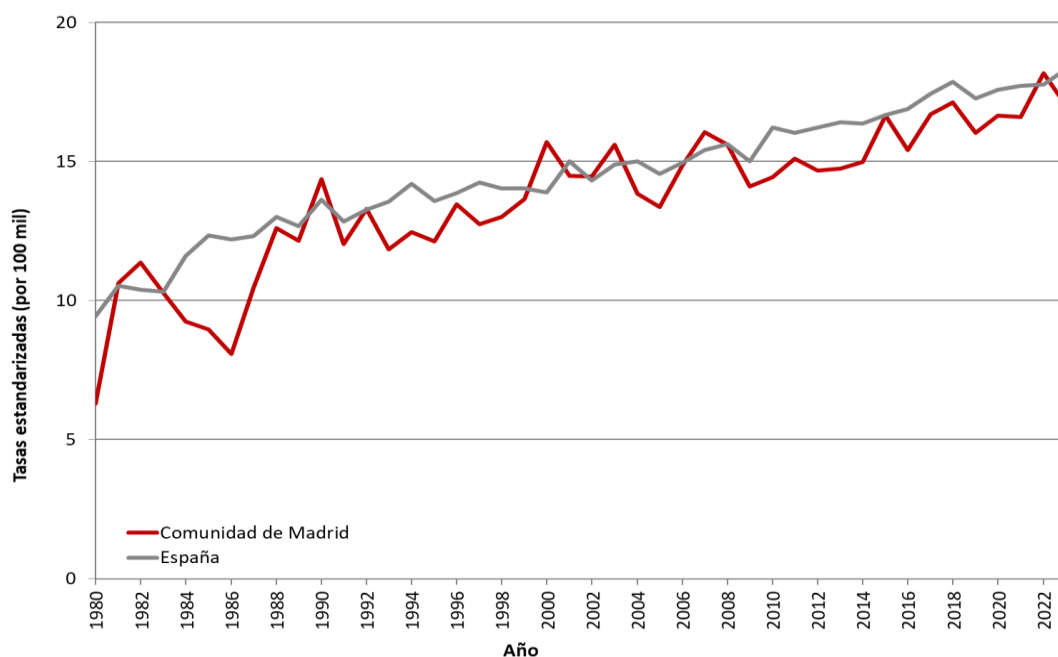
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	495	529	1.024
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	14,90	14,62	14,75
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	8,54	5,54	6,99
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	17,03	12,80	14,74
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	26,37	23,88	25,07
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,005	-0,015	-0,005
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	9.998	8.803	18.801

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de páncreas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

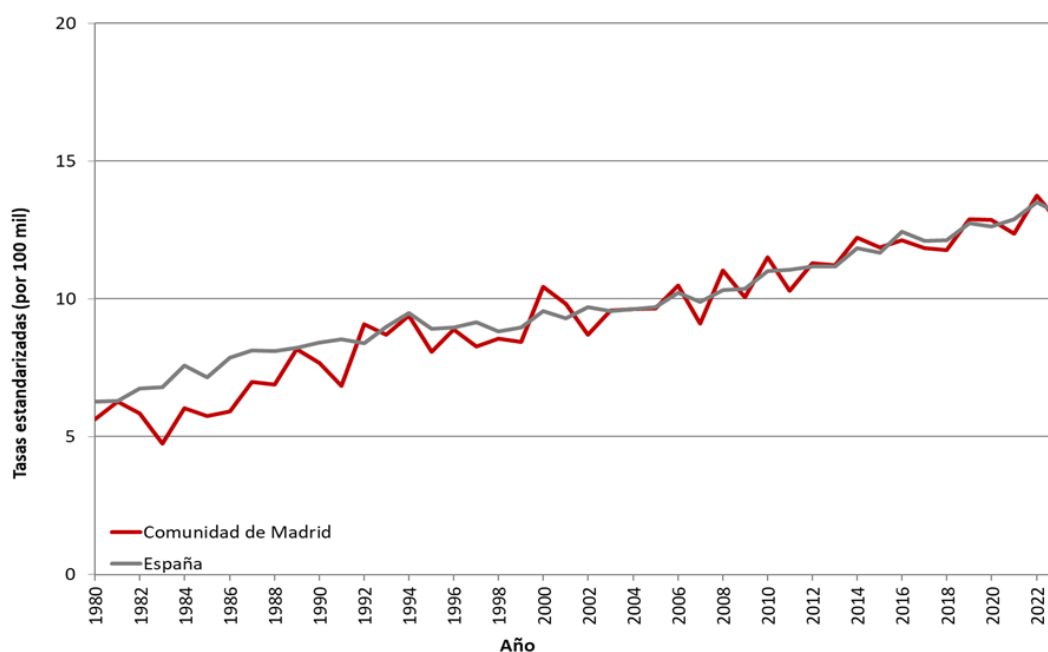
En ambos sexos, la mortalidad por cáncer de páncreas en hombres traza en la Comunidad de Madrid una evolución claramente ascendente en los últimos cuarenta años.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de páncreas en hombres



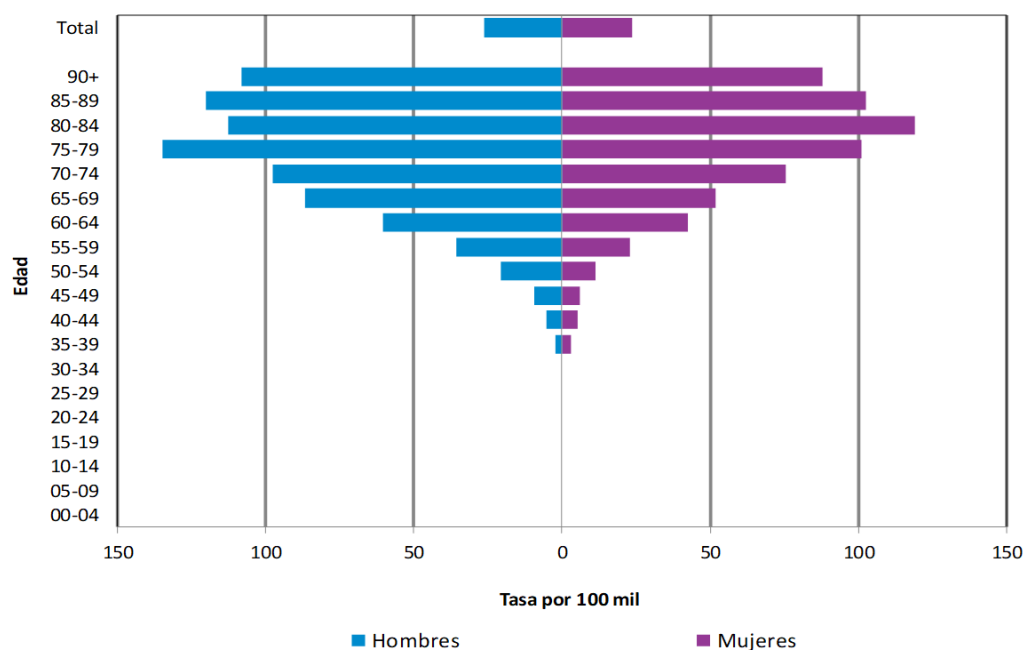
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de páncreas en mujeres



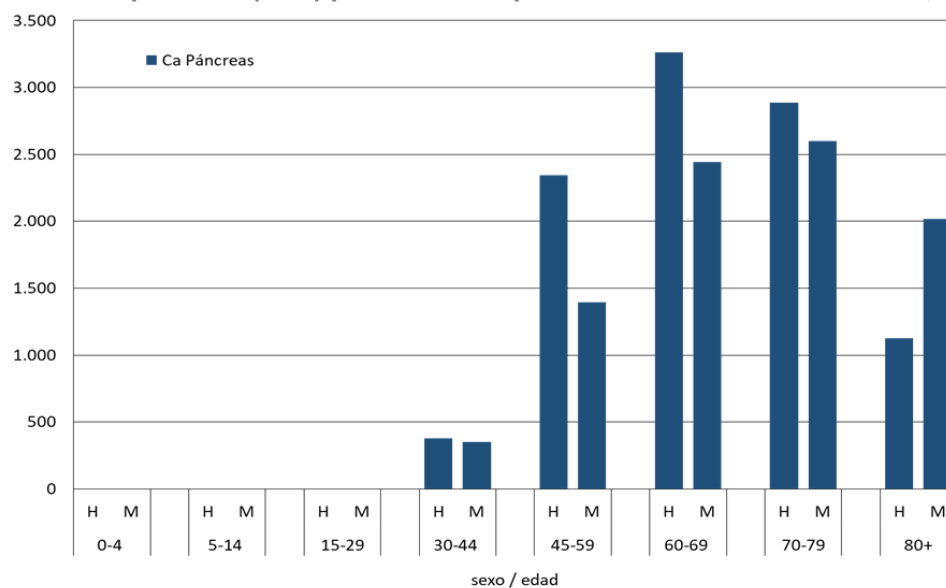
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por neoplasia maligna de páncreas afecta fundamentalmente a personas por encima de los 65 años.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de páncreas en el año 2023. Los AVP por cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid en 2023 se concentran por encima de los 45 años de edad, con una afectación más precoz en los hombres que en las mujeres.

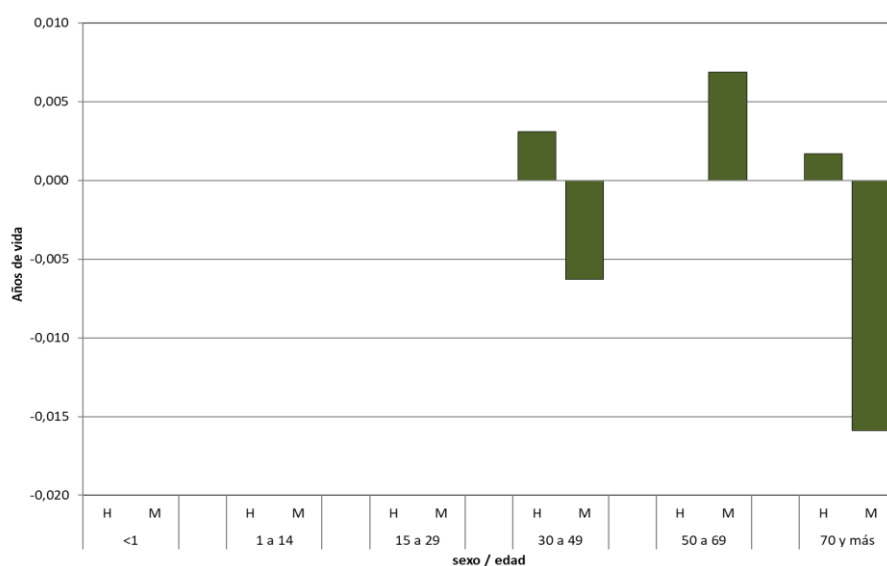
Años de vida perdidos (AVP) por cáncer de páncreas. Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de páncreas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por cáncer de páncreas ha contribuido, entre 2018 y 2023, de manera globalmente negativa al cambio de la esperanza de vida en las mujeres –especialmente en las de edades más avanzadas- y ligeramente positiva a la de los hombres

**Contribución del cáncer de páncreas al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2018-2023**

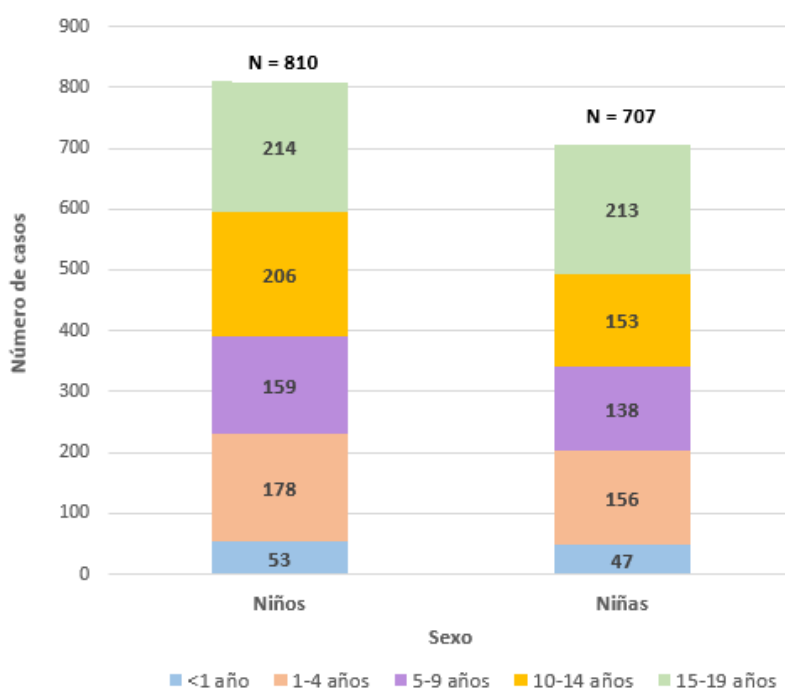


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Cáncer en niños y adolescentes

Entre los años 2015-2020 se registraron un total de 1.517 tumores en 7.970.277 personas-año considerando la población de 0 a 19 años. El 53,4% corresponden a varones (810) y el 46,6% a mujeres (707). El 71,9% de los casos (1.090) fue diagnosticado entre los 0-14 años de edad y el 28,1% (427) entre 15-19 años. En el siguiente gráfico se observa la distribución por edad y sexo.

Casos de cáncer entre los 0 y 19 años. Comunidad de Madrid, 2015-2020



Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

La tasa bruta de incidencia entre los 0 y los 19 años fue de 190,33 casos/millón (193,16 al ajustar por la población mundial). En los niños la incidencia fue superior que en las niñas: 198,28 frente a 181,98 casos/millón. El tipo tumoral más frecuente entre los niños fue el de las leucemias (44,31 casos/millón; N=181), mientras que entre las niñas fueron los tumores del sistema nervioso central (SNC, 50,71 casos/millón; N=197).

**Casos de cáncer entre los 0 y 19 años por sexo y grupo diagnóstico de la ICCC-3.
Comunidad de Madrid, 2015-2020**

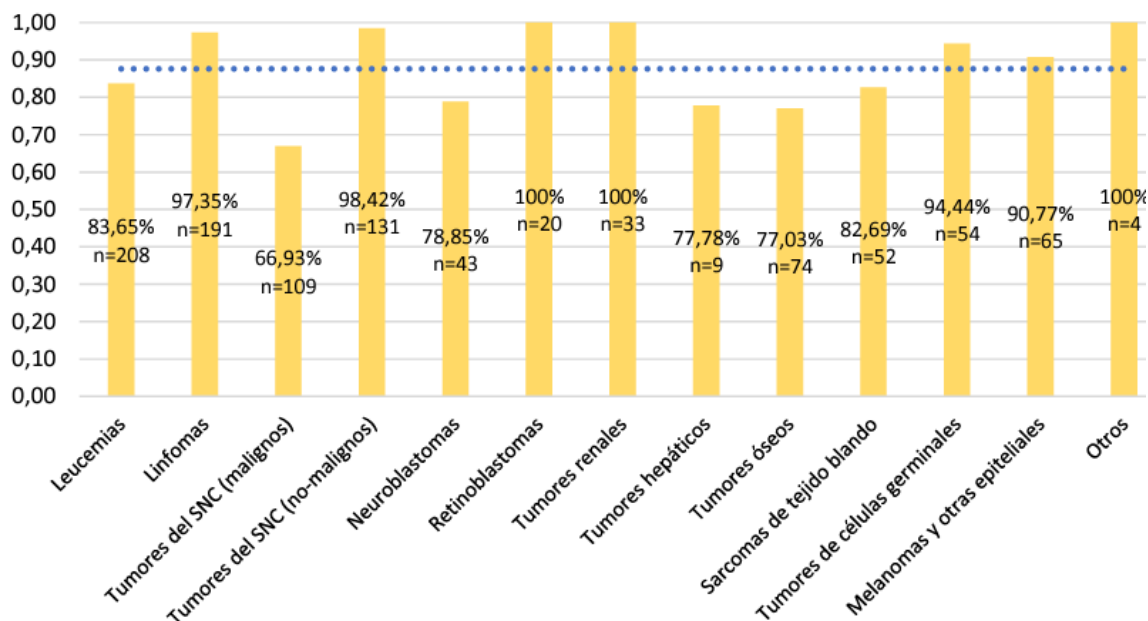
Grupo diagnóstico ICCC-3	Niños		Niñas		Ambos sexos		
	N	Tasa bruta	N	Tasa bruta	N	Tasa bruta	Tasa ajustada
I. Leucemias y enf. mieloproliferativas y mielodisplásicas	181	44,31	133	34,23	314	39,40	41,09
II. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	180	44,06	114	29,34	294	36,89	36,05
III. SNC y neoplasias intracraneales e intraespinales	171	41,86	197	50,71	368	46,17	46,12
IV. Neuroblastoma y otros tumores del SN periférico	42	10,28	25	6,43	67	8,41	10,14
V. Retinoblastoma	11	2,69	18	4,63	29	3,64	4,50
VI. Tumores renales	21	5,14	27	6,95	48	6,02	6,92
VII. Tumores hepáticos	10	2,45	8	2,06	18	2,26	2,37
VIII. Tumores malignos óseos	63	15,42	42	10,81	105	13,17	12,08
IX. Sarcomas de tejidos blandos y otros extraóseos	43	10,53	36	9,27	79	9,91	10,28
X. Tumores de células germinales, trofoblásticos y gonadales	46	11,26	38	9,78	84	10,54	10,55
XI. Otras neoplasias malignas epiteliales y melanomas malignos	38	9,30	62	15,96	100	12,55	11,76
XII. Otras y neoplasias malignas NE	-	-	4	1,03	4	0,50	0,47
Otros no clasificables	4	0,98	3	0,77	7	0,88	0,82
TOTAL	810	198,28	707	181,98	1.517	190,33	193,16

Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

Globalmente, la supervivencia tras un diagnóstico de un tumor en los niños y adolescentes que residen en la Comunidad de Madrid es muy alta. En el periodo 2015-2018 se estima que seis de cada siete personas entre 0-19 años con un diagnóstico de tumor maligno han sobrevivido al menos 5 años tras el diagnóstico, no existiendo grandes diferencias por sexo ni grupo de edad. La supervivencia de los pacientes con tumores malignos del SNC o con tumores diagnosticados en estadios avanzados es la más baja.

La supervivencia a 5 años de los pacientes con un diagnóstico de tumor maligno fue de 85,92% a los 5 años (83,41 – 88,08). No existieron diferencias en la supervivencia por sexo ni por periodo vital entre infancia (0-14 años) y adolescencia (15-19). Por grupos de edad, los de 10 a 14 años presentaron la peor supervivencia (77,89% a los 5 años; 71,3 – 83,15) seguidos de los menores a 1 año (84,13%; 72,51 – 91,13).

**Supervivencia a los 5 años para tumores en población de 0 a 19 años.
Comunidad de Madrid, 2015-2018**



Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.



Más información:

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-epidemiologica-cancer>

Incidencia de cáncer en niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid, 2015-2020

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_incidencia_cancer_infantil_2015-2018.pdf

Supervivencia de la población infantil y adolescente con cáncer de la Comunidad de Madrid, 2015-2018

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_supervivencia_cancer_infantil_2015-2018_0.pdf

Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular que hasta hace unos años era la principal causa de muerte, ha pasado a ser la segunda causa de defunción en hombres y en ambos sexos, con un total de 11.808 fallecimientos, 5.333 en hombres y 6.475 en mujeres. El infarto agudo de miocardio y las cardiopatías isquémicas de corazón son las principales causas de muerte, 33,4% en hombres y 18,0% en mujeres, seguidas de la insuficiencia cardiaca, 902 casos en hombres (16,9%) y 1.372 en mujeres (21,2%) y de las enfermedades cerebro vasculares, 888 muertes en hombres (16,7%) y 1.306 en mujeres (20,2%).

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid, 2023

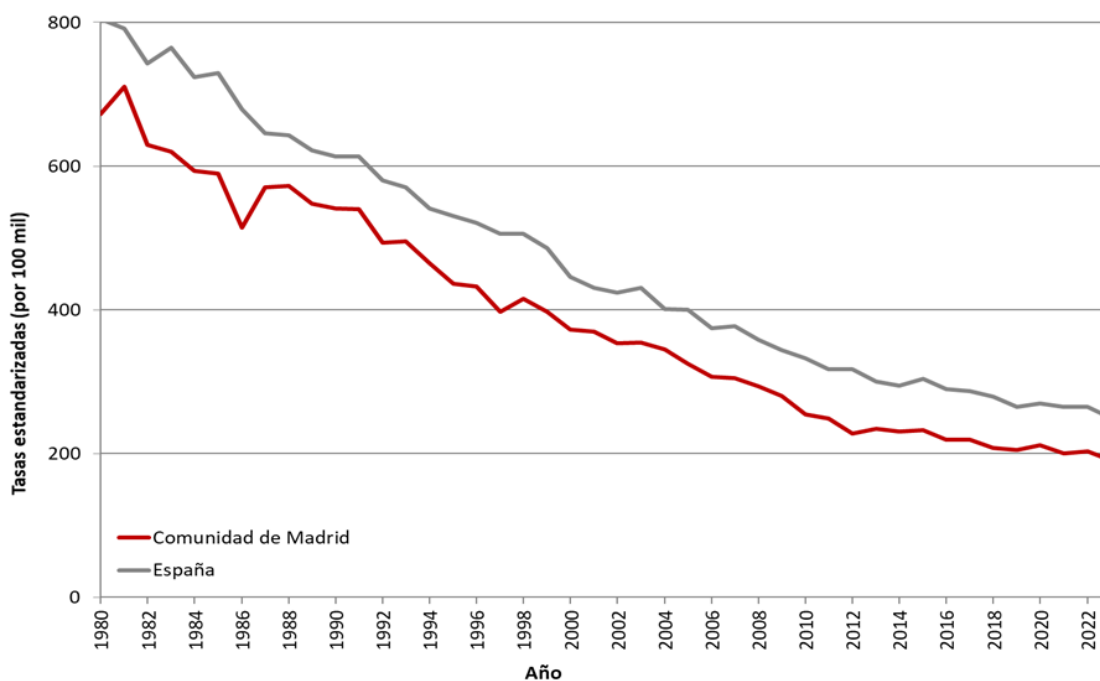
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	5.333	6.475	11.808
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	160,53	178,95	170,13
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	61,62	19,50	39,85
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	190,65	125,56	153,37
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.457,12	1.195,53	1.320,74
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,090	0,227	0,160
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	82.844	63.202	146.046

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

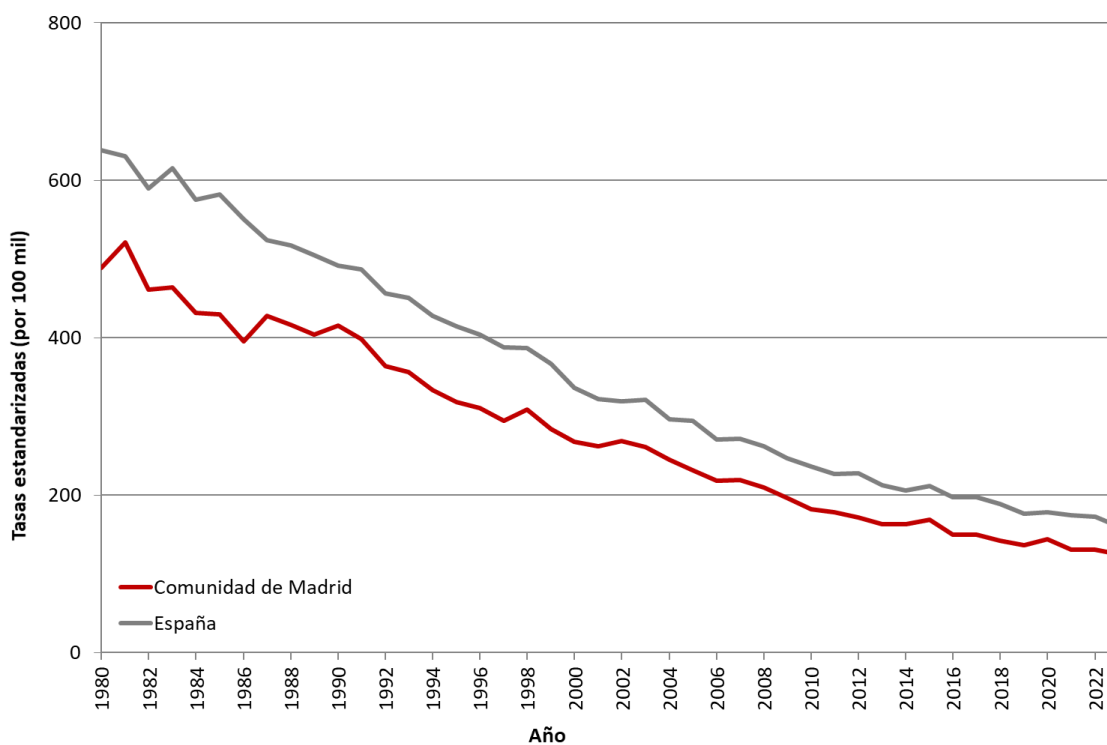
Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha sido fuertemente descendente en los últimos cuarenta años en la Comunidad de Madrid.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

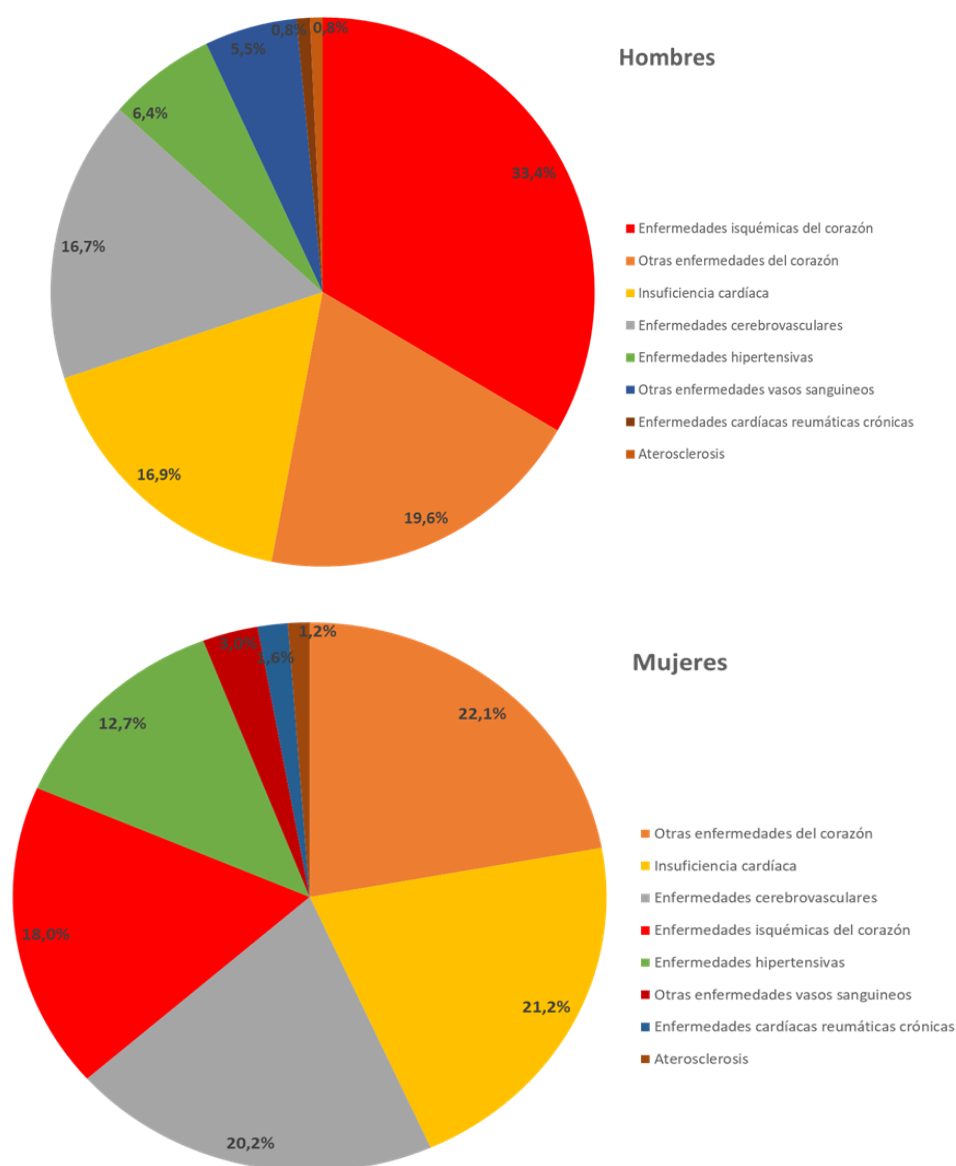
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte dentro de este grupo de enfermedades del sistema circulatorio en los hombres, suponiendo una tercera parte del total. En segundo lugar, aparece el grupo de otras enfermedades del corazón, seguido de la insuficiencia cardíaca y las enfermedades cerebrovasculares. En las mujeres el agregado de otras enfermedades del corazón ocupa el primer lugar, la insuficiencia cardíaca el segundo y las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica en tercera y cuarta posición, respectivamente.

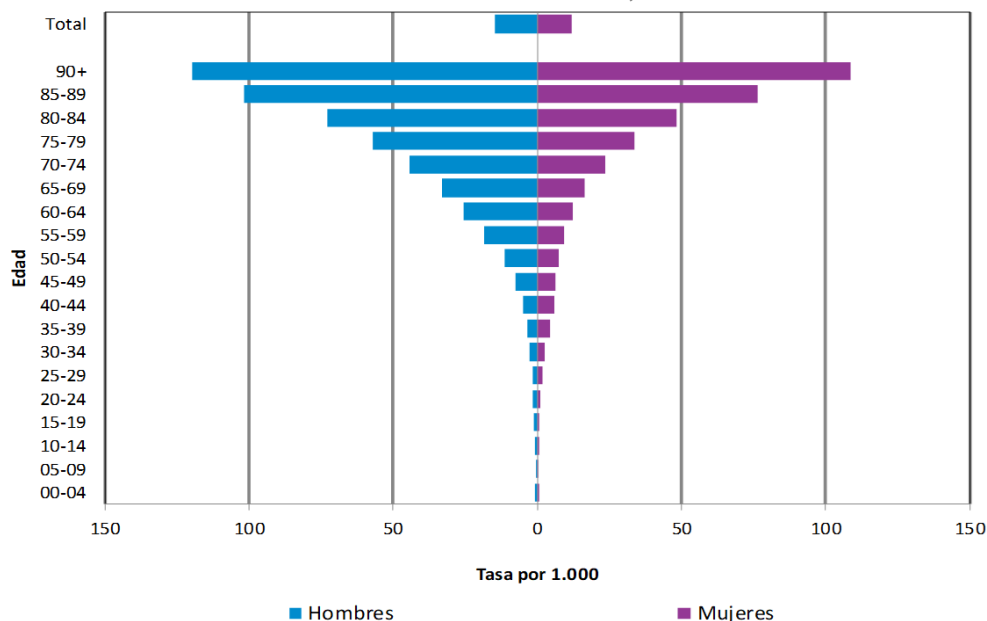
**Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio
Comunidad de Madrid, 2023**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio es mayor en hombres que en mujeres y crece aceleradamente con la edad.

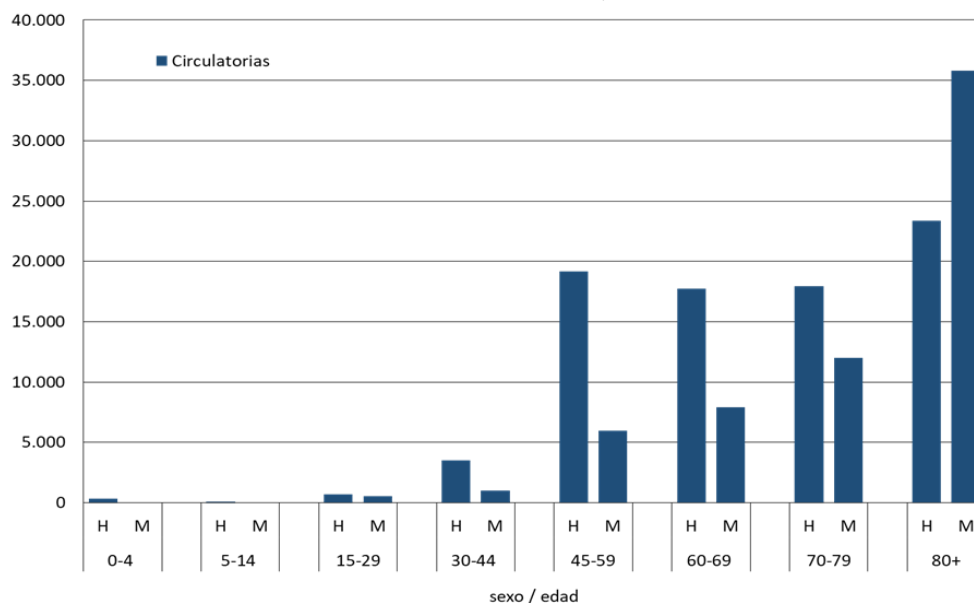
Morbilidad hospitalaria por enfermedades del aparato circulatorio. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema circulatorio en el año 2023. Los AVP por enfermedades del sistema circulatorio en la Comunidad de Madrid en 2023 son muy numerosos y aumentan con la edad. Son mayores en hombres que en mujeres antes de los 80 años de edad, y mayores en las mujeres de 80 o más años.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades del sistema circulatorio Comunidad de Madrid, 2023

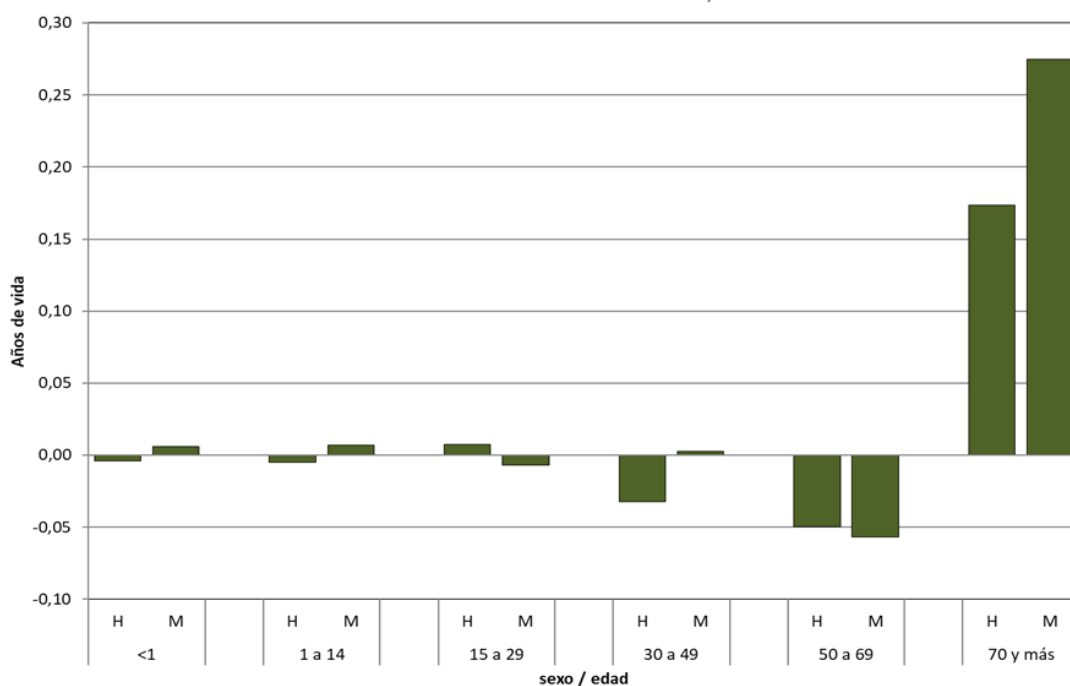


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades del sistema circulatorio, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por enfermedades del sistema circulatorio ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2018 y 2023. Por edad, esa mejora se concentra en las personas mayores de 70 años.

Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Cardiopatía isquémica

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cardiopatía isquémica en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

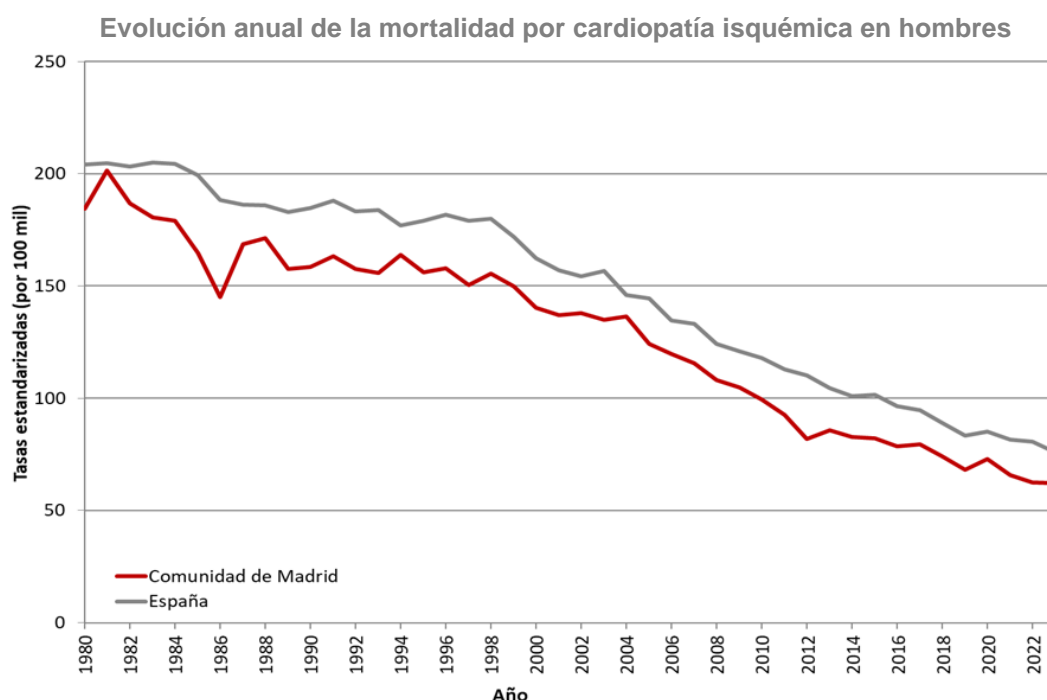
Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.782	1.166	2.948
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	53,64	32,22	42,47
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	29,33	5,85	17,20
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	62,17	23,88	39,67
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	293,39	93,11	188,98
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,104	0,098	0,101
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	31.747	13.393	45.140

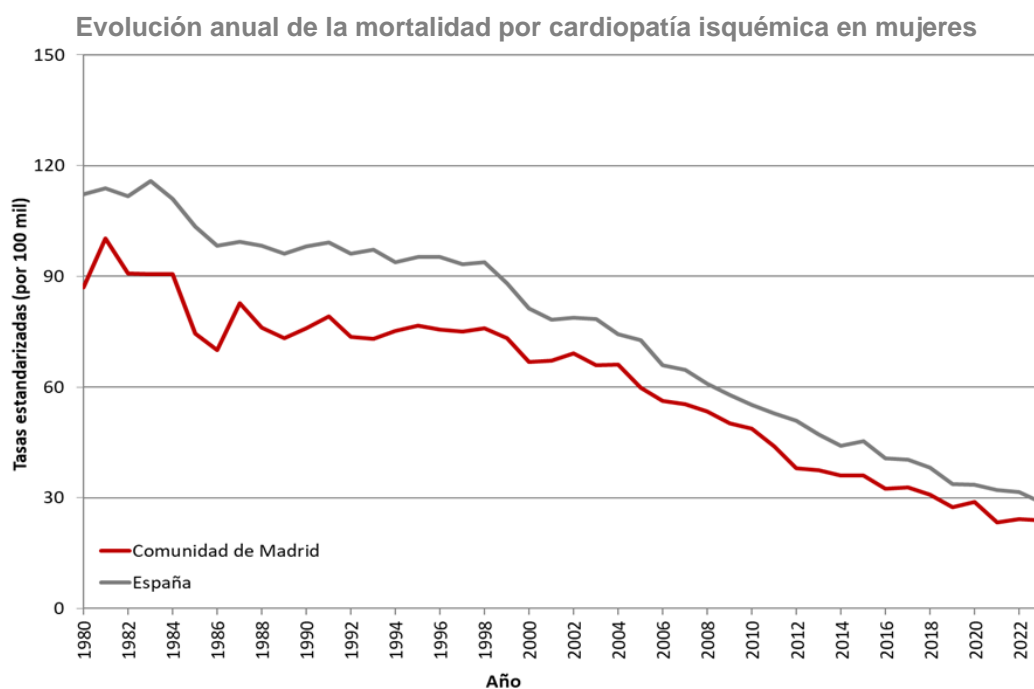
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cardiopatía isquémica (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica en la Comunidad de Madrid en hombres y en mujeres muestran una tendencia descendente desde 1980.

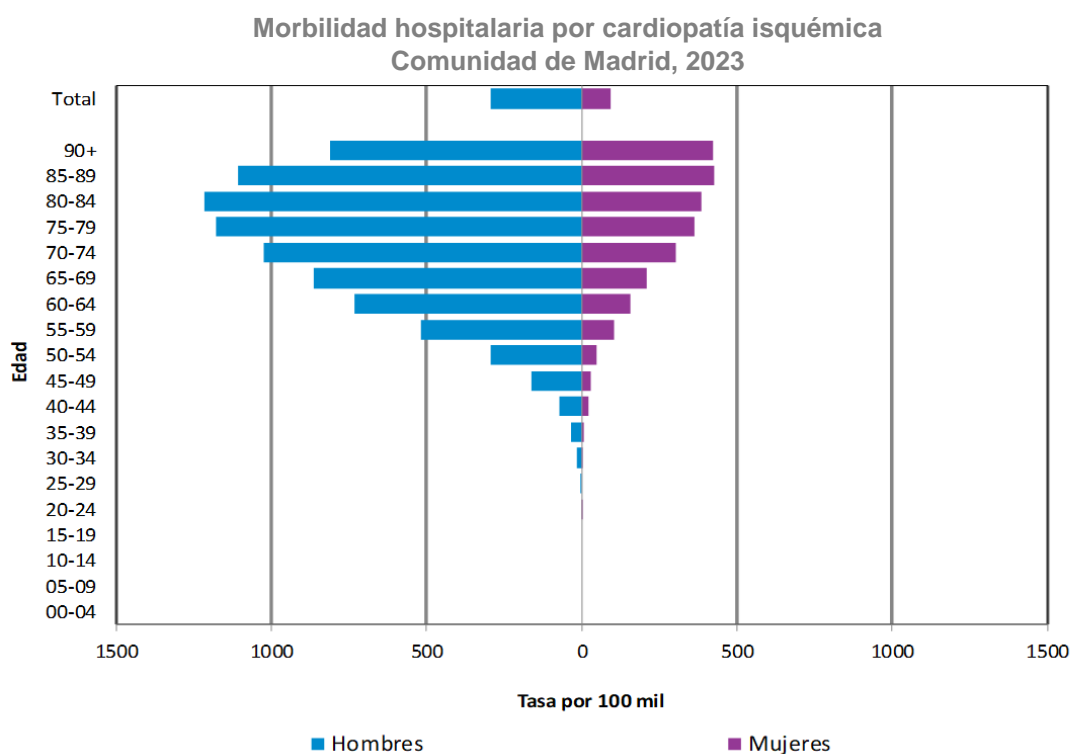


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica es claramente mayor en hombres que en mujeres y crece fuertemente con la edad a partir de los 40 años.

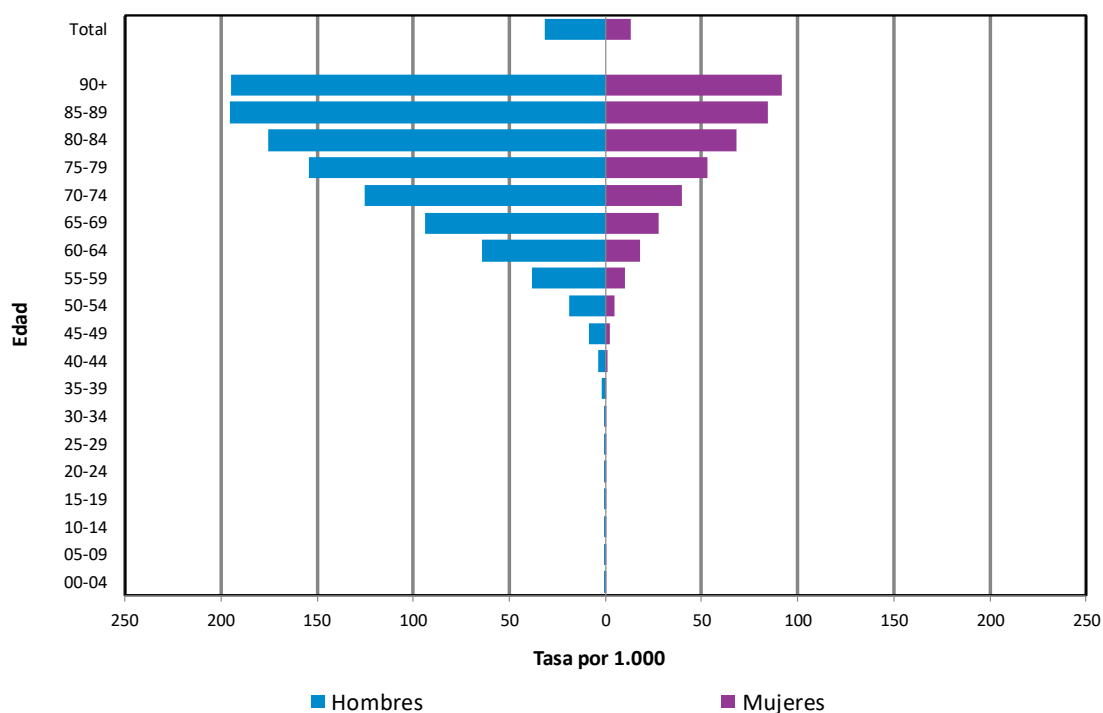


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad causada por los pacientes que están diagnosticados de cardiopatía isquémica, en los registros de Atención Primaria de la Comunidad

de Madrid. Las tasas de morbilidad por cardiopatía isquémica atendida en Atención Primaria son mayores en hombres que en mujeres, y crecen rápidamente a partir de los 50 años de edad.

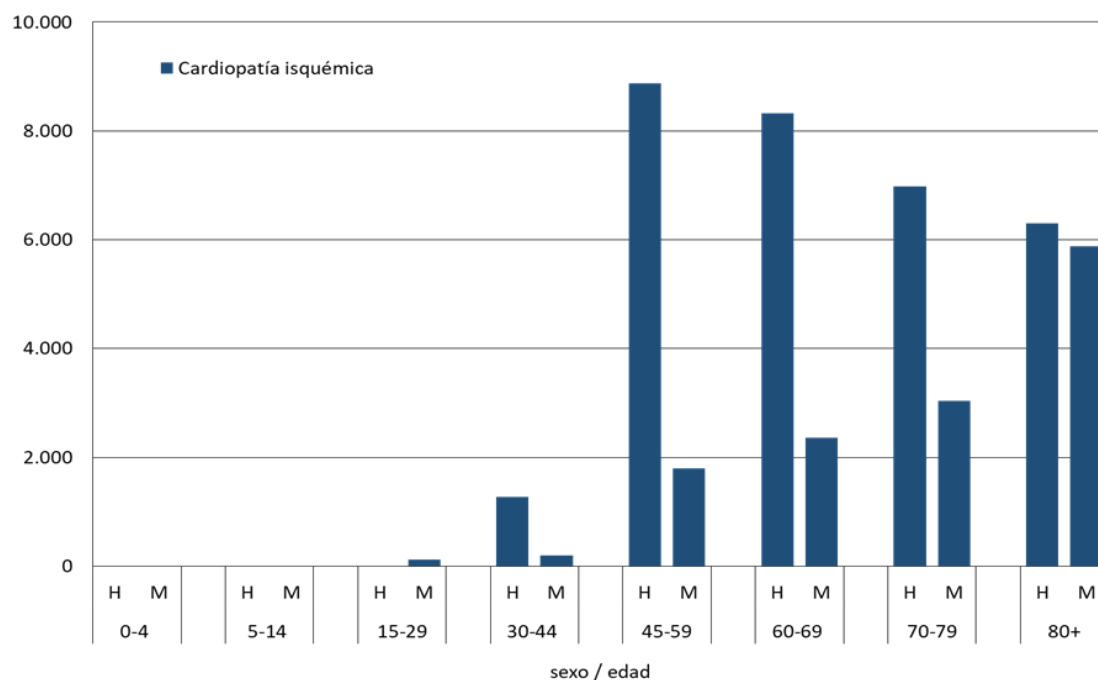
Morbilidad en Atención Primaria por cardiopatía isquémica Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la cardiopatía isquémica en el año 2023. Los AVP por cardiopatía isquémica en la Comunidad de Madrid en 2023 son muy cuantiosos, y mayores en hombres que en mujeres a cualquier edad.

Años de vida perdidos (AVP) por cardiopatía isquémica Comunidad de Madrid, 2023

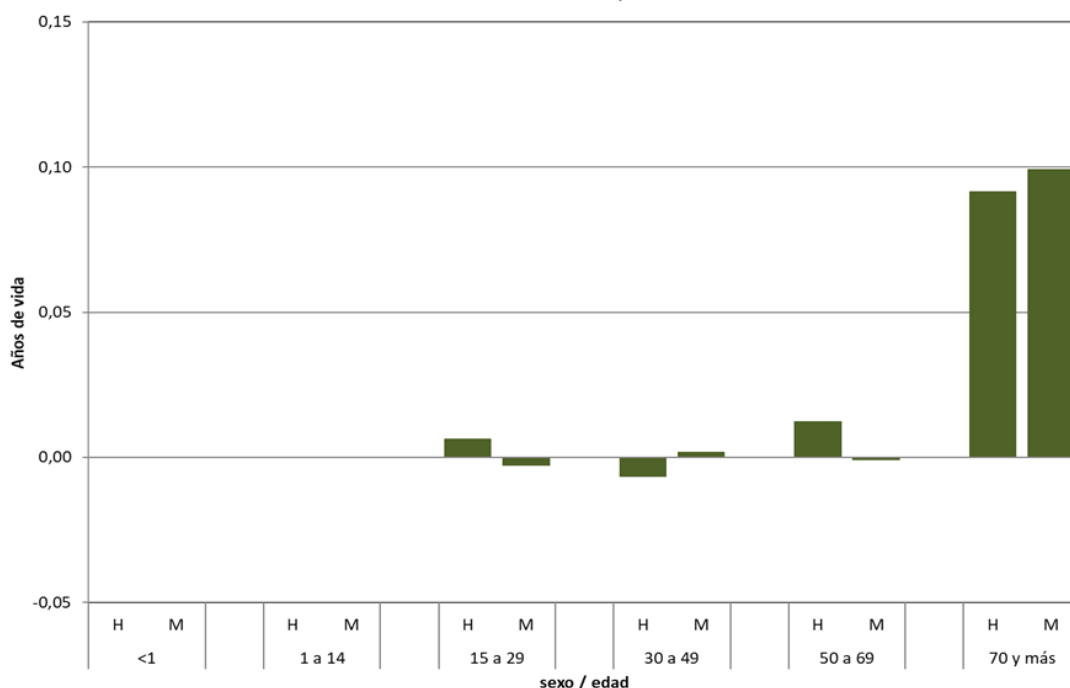


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la cardiopatía isquémica, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La cardiopatía isquémica ha contribuido globalmente de manera positiva al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023, más en mujeres que en hombres. En ambos sexos esa aportación se concentra en los mayores de 70 años.

Contribución de la cardiopatía isquémica al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades cerebrovasculares

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades cerebrovasculares. Comunidad de Madrid, 2023

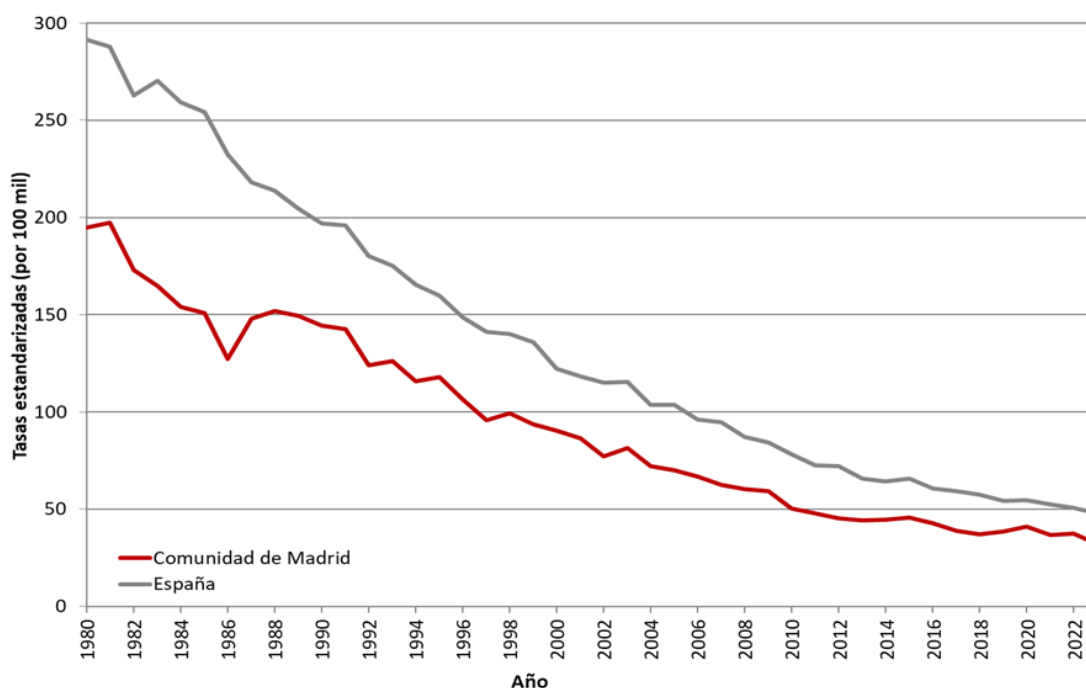
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	888	1.306	2.194
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	26,73	36,09	31,61
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	7,33	3,59	5,40
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	31,86	26,32	28,89
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	211,22	184,61	197,35
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,041	0,073	0,059
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	12.866	13.415	26.281

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

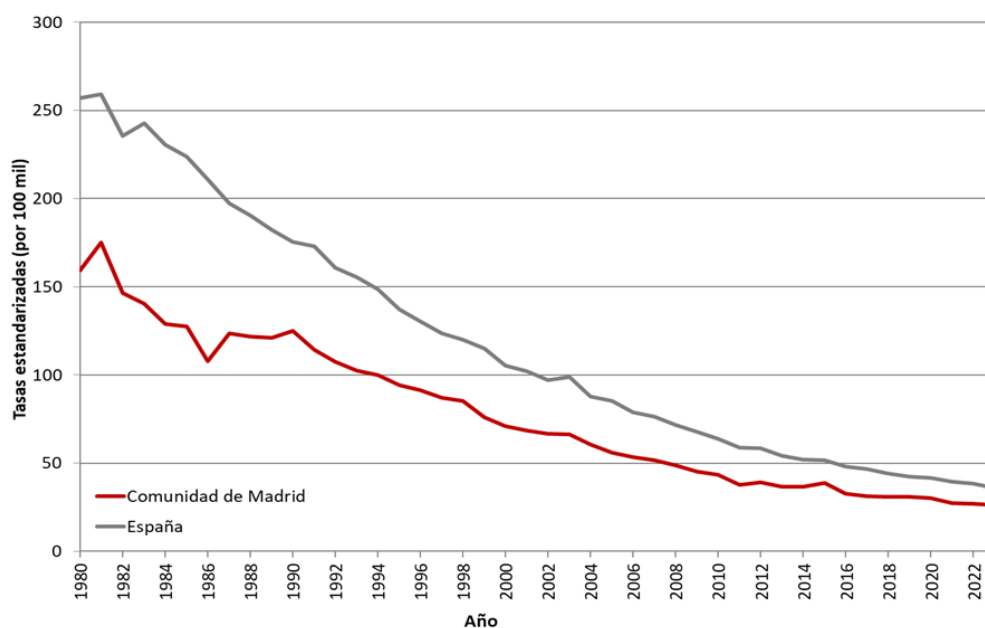
Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha sido fuertemente descendente en los últimos cuarenta años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres



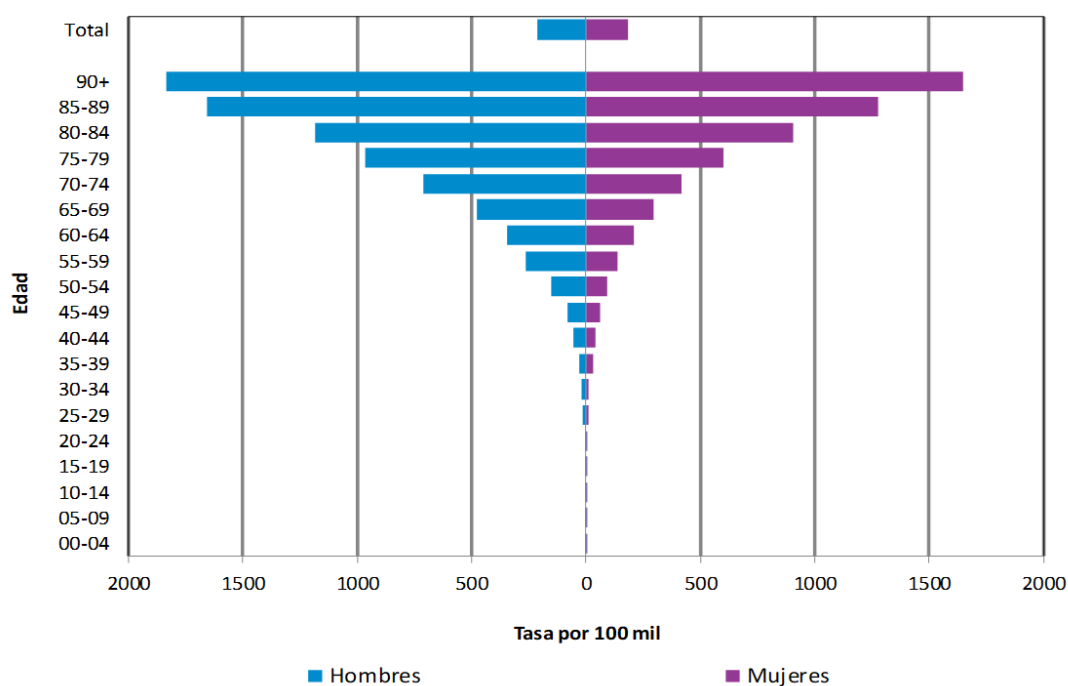
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria por enfermedad cerebrovascular es mayor en hombres que en mujeres y crece aceleradamente con la edad.

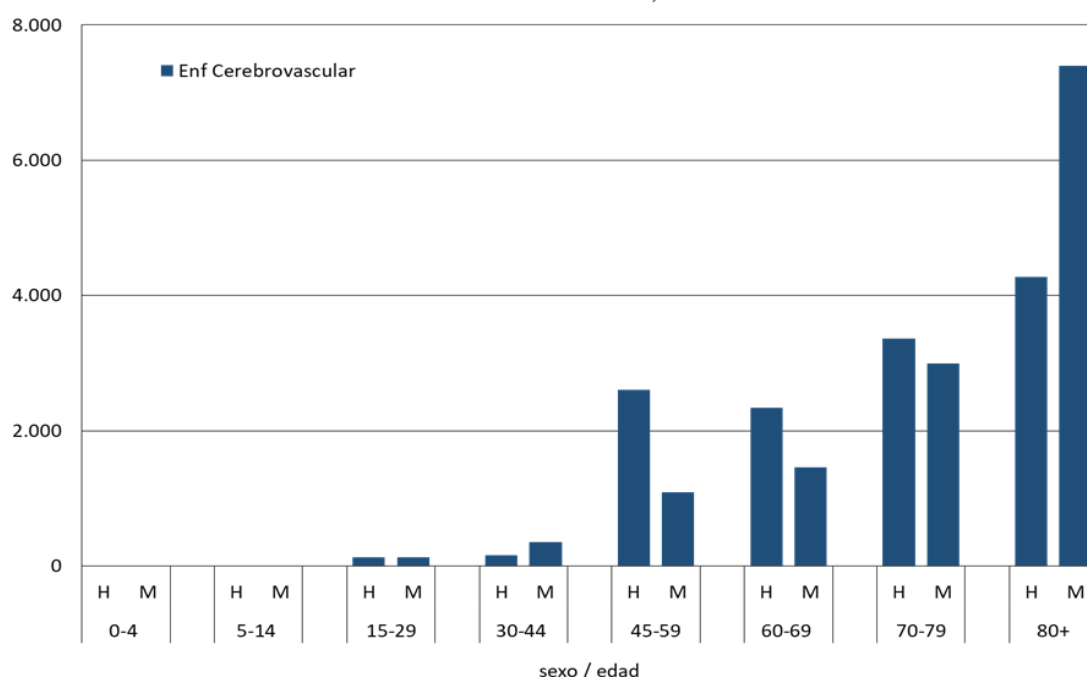
Morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares
Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades cerebrovasculares en el año 2023.

Los AVP por enfermedad cerebrovascular en la Comunidad de Madrid en 2023 tienen una presencia importante desde las edades adultas (45 en adelante). Antes de los 80 años el impacto es mayor en hombres que en mujeres. Por encima de esta edad las pérdidas son mayores en estas últimas.

**Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades cerebrovasculares
Comunidad de Madrid, 2023**

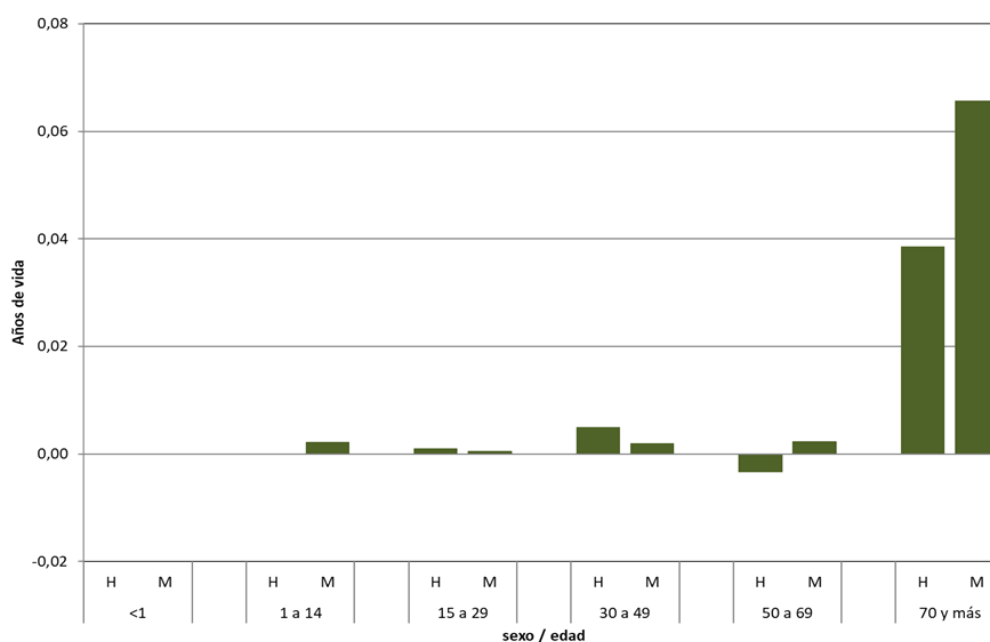


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades cerebrovasculares, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2018 y 2023. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas.

Contribución de las enfermedades cerebrovasculares al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Diabetes mellitus

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por diabetes mellitus en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

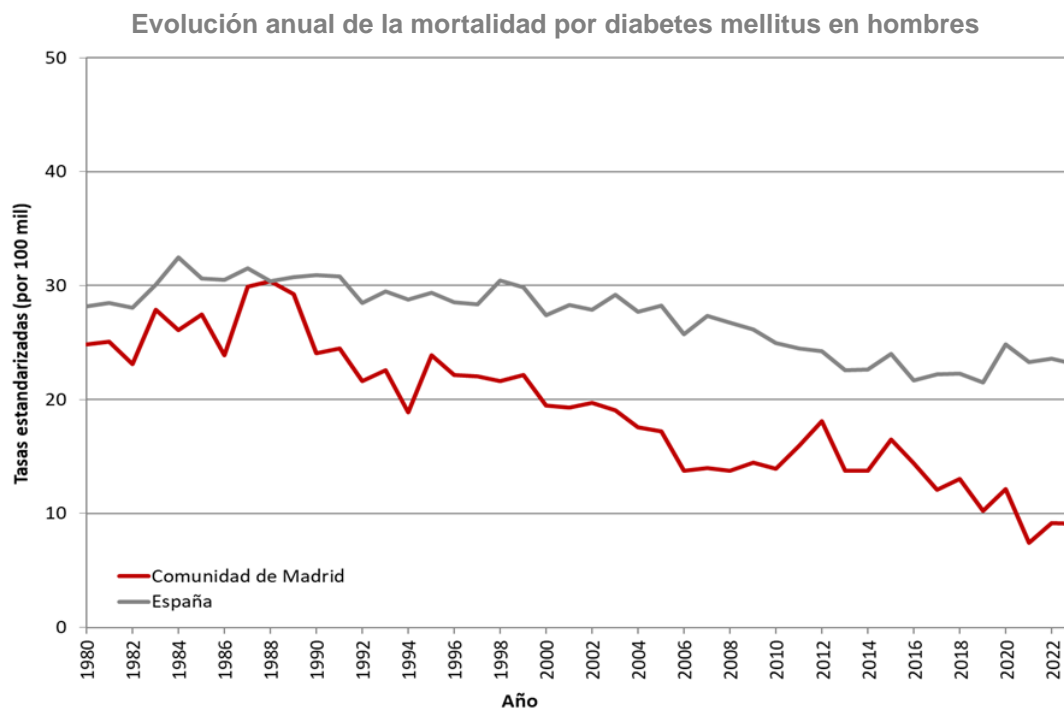
Diabetes mellitus. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	249	317	566
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	7,50	8,76	8,15
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,82	0,38	1,07
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	9,08	6,02	7,30
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	170,88	103,25	135,62
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,029	0,042	0,036
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	3.353	2.763	6.116

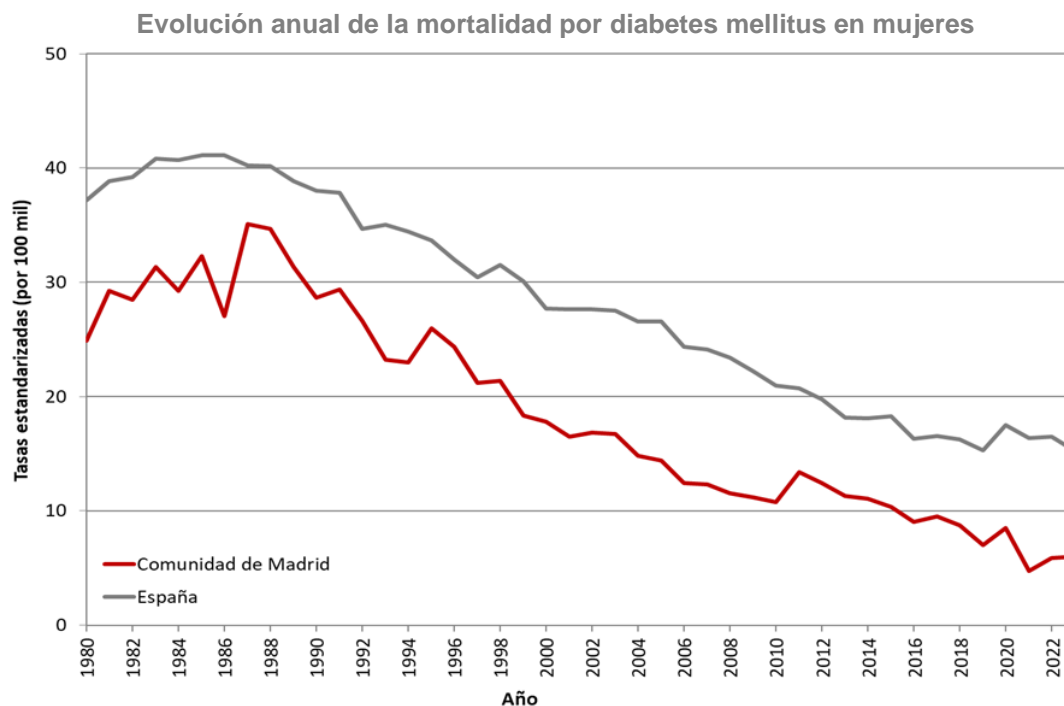
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por diabetes (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tanto en hombres como en mujeres desde finales de los años ochenta se aprecia una tendencia de mejora en la mortalidad por diabetes en la Comunidad de Madrid.



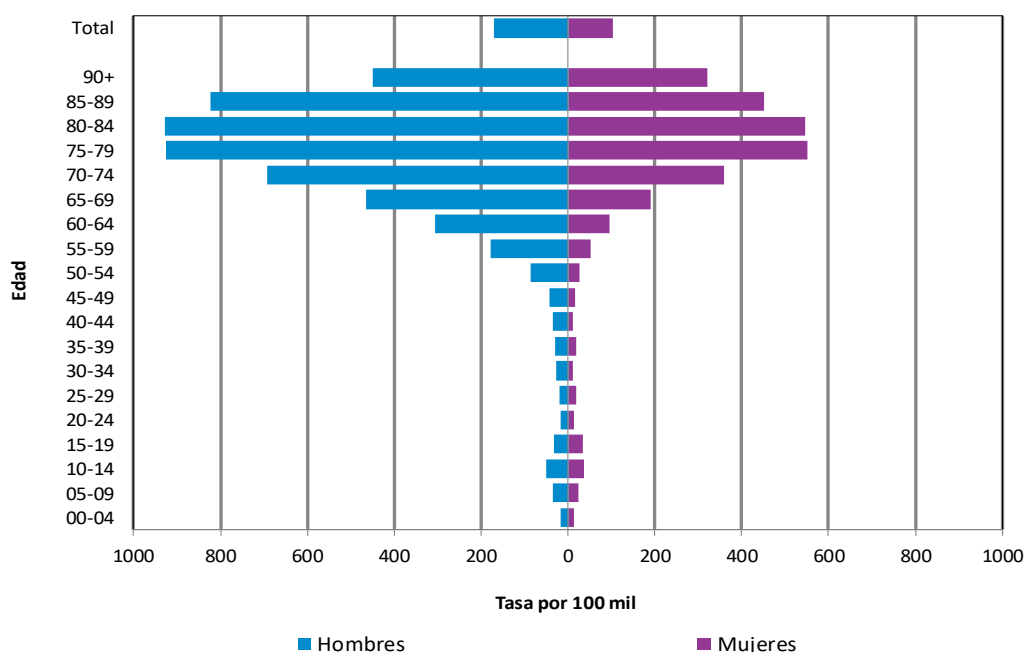
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por diabetes es mayor en hombres que en mujeres y aumenta fuertemente con la edad a partir de los 50 años, siendo superiores en 2023 a años previos. En la edad infantil el grupo de edad de 10-14 años es el que presenta tasas más elevadas.

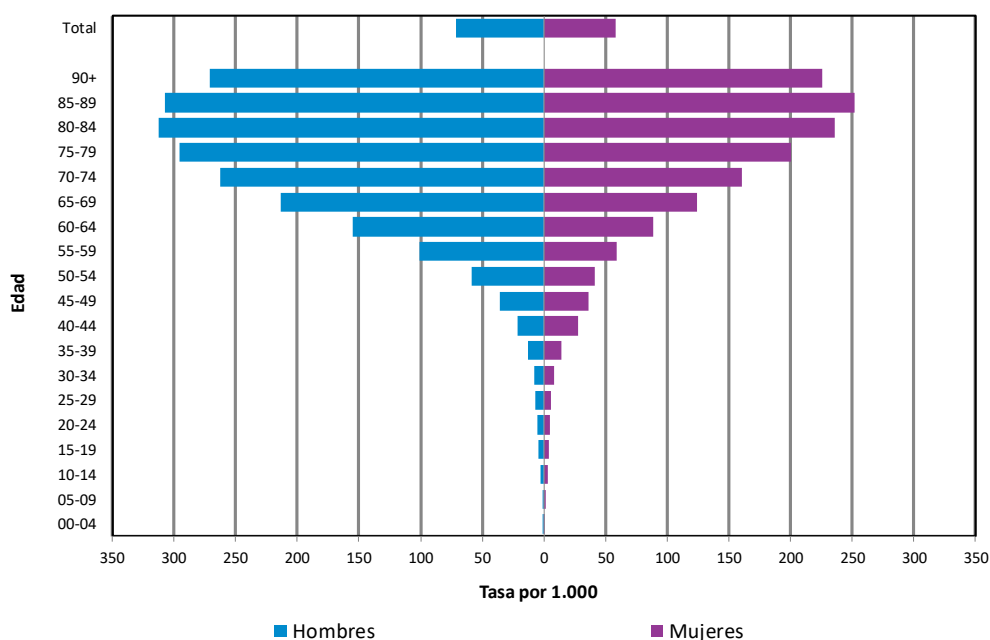
Morbilidad hospitalaria por diabetes mellitus. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad, causada por los pacientes que están diagnosticados de diabetes, en los registros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Las tasas de morbilidad por diabetes en Atención Primaria son mayores en hombres que en mujeres. Aquellos tienen una distribución por edad más joven.

Morbilidad en Atención Primaria por diabetes mellitus. Comunidad de Madrid, 2024

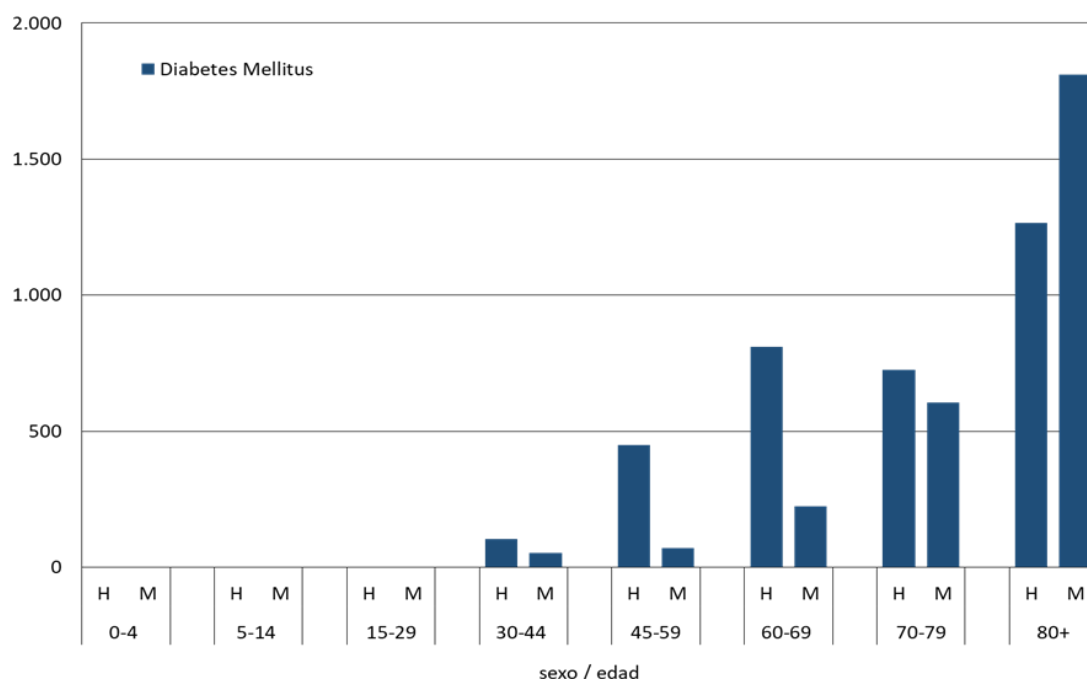


Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la diabetes mellitus en el año 2023.

Los AVP por diabetes en la Comunidad de Madrid en 2023 son relevantes a partir de los 45 años, con peso creciente a medida que aumenta la edad. Los hombres doblan a las mujeres antes de los 80 años de edad, y a partir de esta los AVP son mucho más cuantiosos en las mujeres.

**Años de vida perdidos (AVP) por diabetes mellitus
Comunidad de Madrid, 2023**

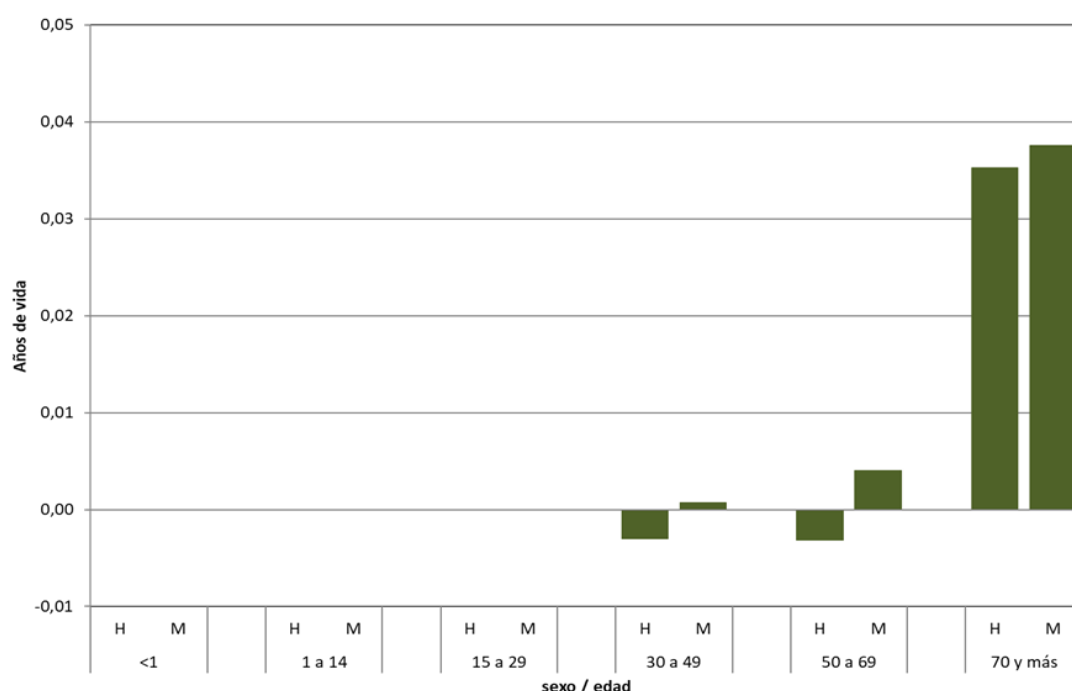


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por diabetes mellitus, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La reducción de la mortalidad por diabetes mellitus fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2018 y 2023. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas.

Contribución de la diabetes mellitus al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años

En la siguiente tabla se observa la incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente o tipo 1 (DM1) en la población menor de 15 años de edad, residente en la Comunidad de Madrid y su evolución por edad y sexo, relativa al periodo 2014-2023.

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1. Comunidad de Madrid, 2014-2023

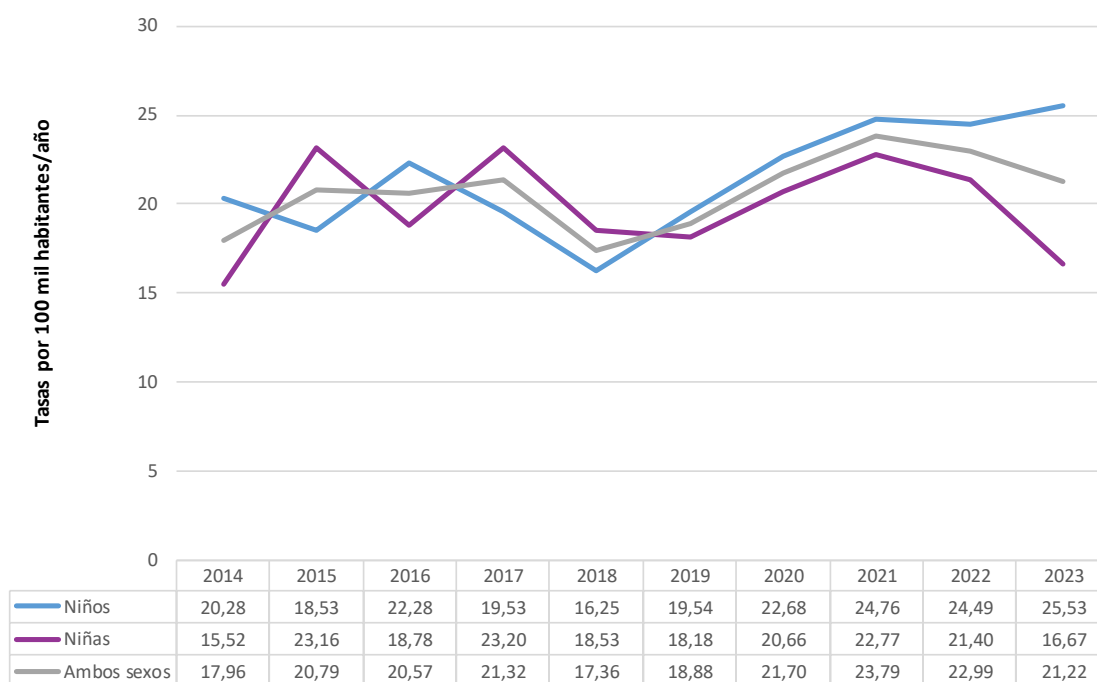
Grupo de edad	Niños		Niñas		Ambos sexos	
	Tasa*	IC95%**	Tasa	IC95%	Tasa	IC95%
0-4 años	12,37	(10,6-14,1)	13,25	(11,4-15,1)	12,80	(11,5-14,1)
5-9 años	20,88	(18,8-23,0)	23,44	(21,1-25,7)	22,13	(20,6-23,7)
10-14 años	29,73	(27,2-32,3)	22,18	(19,9-24,4)	26,05	(24,4-27,7)
Total	21,34	(20,1-22,6)	19,89	(18,6-21,1)	20,63	(19,7-21,5)

*Tasa de incidencia por 100.000 habitantes-año. **Intervalo de confianza del 95%

Fuente: Registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La figura siguiente presenta, para cada año, las tasas de incidencia por edad y sexo. La tasa de incidencia de diabetes mellitus de 0-14 años en 2014 fue de 17,96 casos por 100.000, mientras que en 2023 fue de 21,22 casos por 100.000 habitantes. La evolución de la incidencia a lo largo del periodo 2014-2023 se ha mantenido estable, con una incidencia media en torno a 20,63 casos por 100.000 habitantes-año, con ligeras variaciones y una incidencia menor en las niñas frente a los niños, sobre todo en los últimos 5 años.

Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años Comunidad de Madrid, 2014-2023



Fuente: Registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-epidemiologica-enfermedades-cardiovasculares-diabetes>

Diabetes <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/diabetes>

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la Comunidad de Madrid en la población menor de 15 años, 2014-2021 <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

Enfermedades respiratorias

Las enfermedades del sistema respiratorio suponen la tercera causa de mortalidad por capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el año 2023, por detrás de tumores y circulatorias. En total fallecieron por esta causa 6.864 personas en la Comunidad de Madrid (3.466 hombres y 3.398 mujeres). Las tasas de mortalidad ajustadas muestran que es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias en 2023 en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

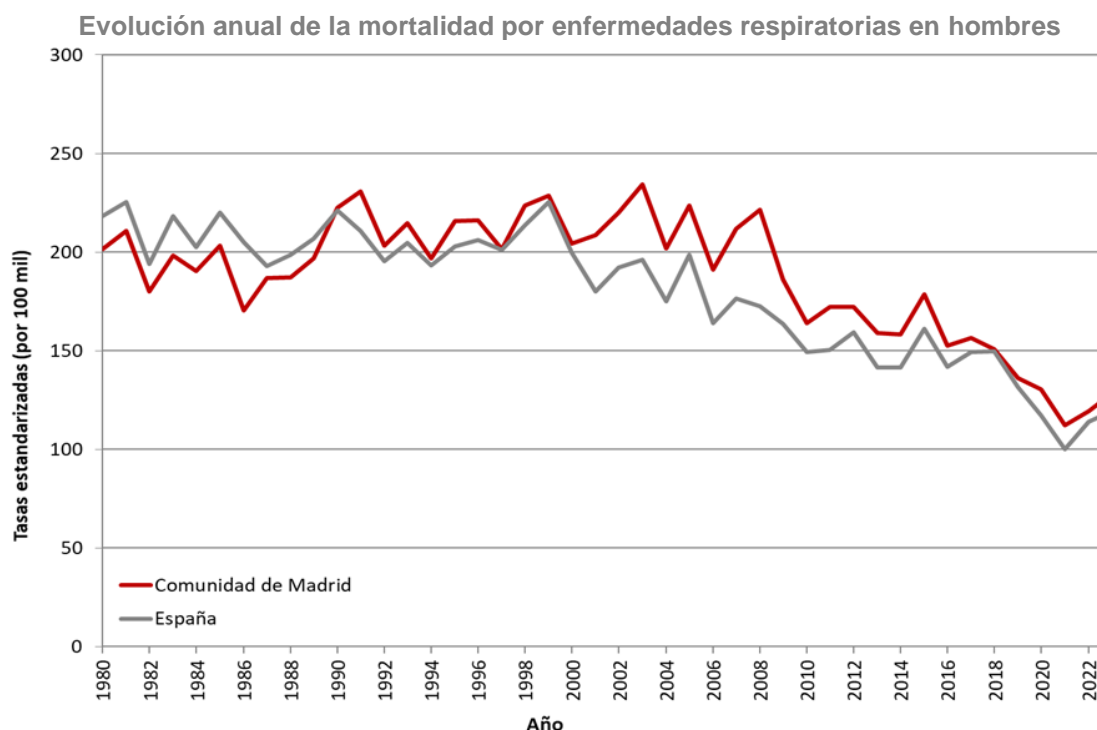
Enfermedades respiratorias. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	3.466	3.398	6.864
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	104,33	93,91	98,90
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	15,07	8,24	11,54
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	128,38	65,57	88,79
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.667,64	1.433,92	1.545,79
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,183	0,068	0,124
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	41.543	32.642	74.185

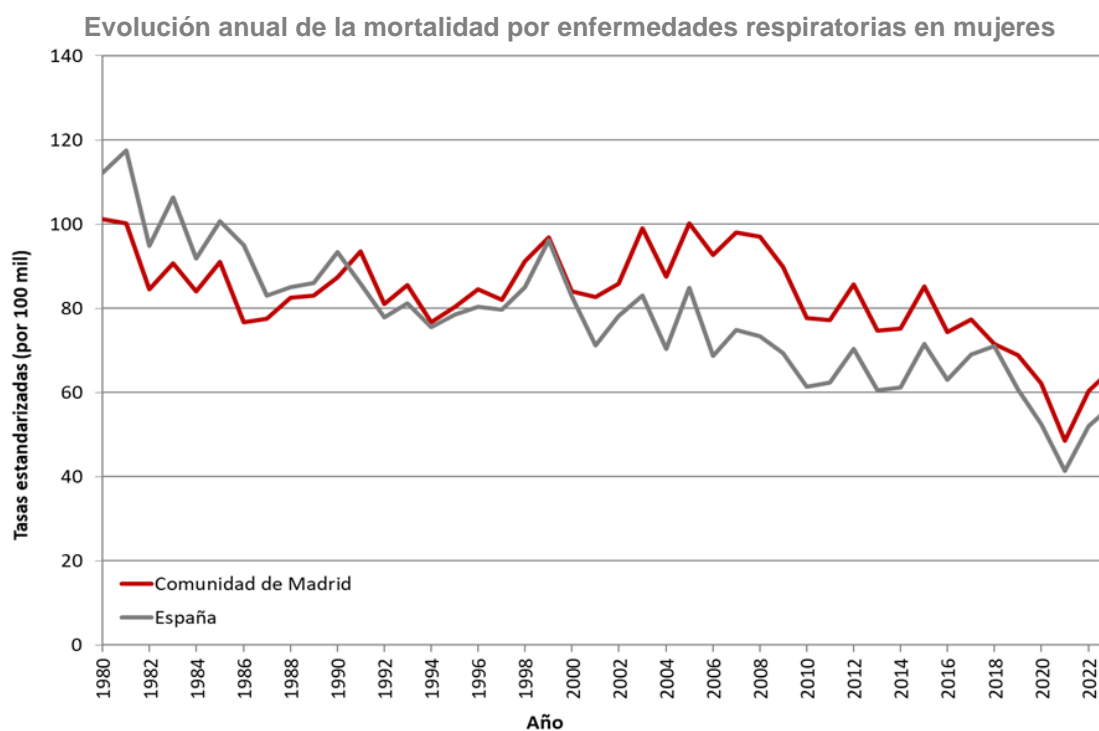
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades respiratorias (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

En ambos sexos, la mortalidad por enfermedades respiratorias se mantuvo relativamente estable desde 1980 hasta 2010, apreciándose un cierto descenso en el decenio más reciente hasta la actualidad.



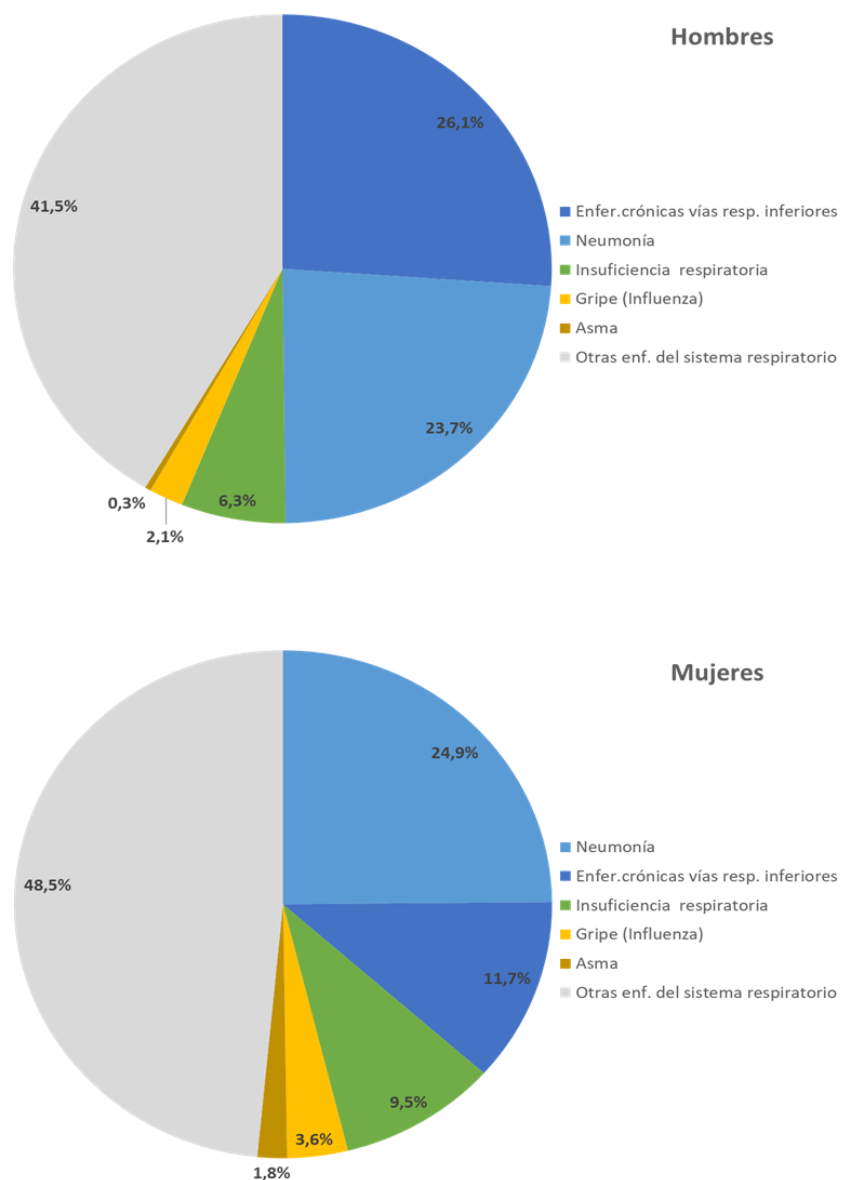
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Más allá del agregado de “otras enfermedades del sistema respiratorio”, que suponen cuatro de cada diez muertes en los hombres y casi la mitad en las mujeres, las principales causas de defunción por enfermedades respiratorias son las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores (EPOC) y la neumonía, tanto en hombres como, en orden inverso, en mujeres.

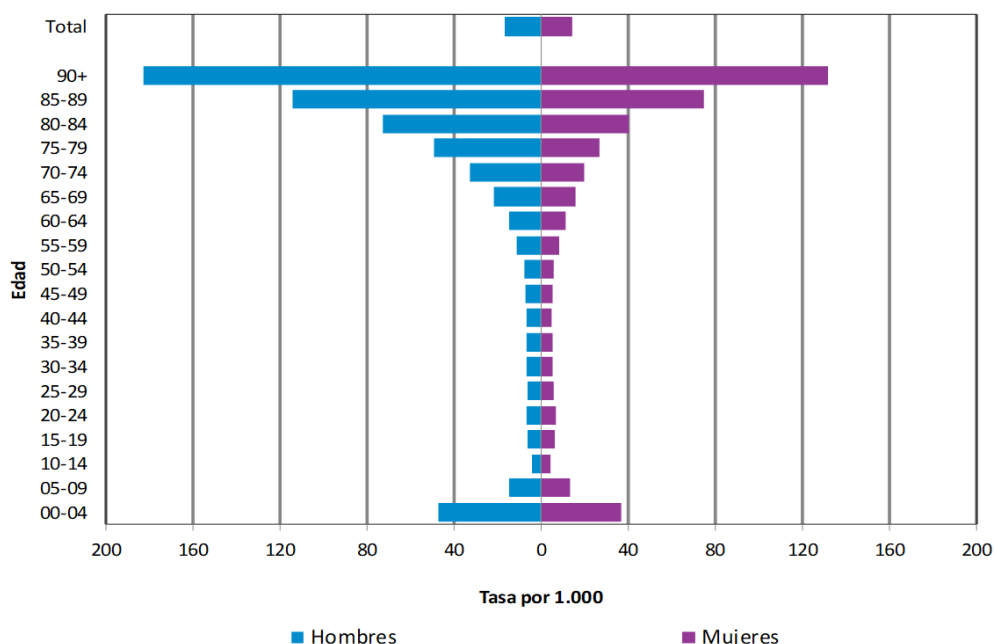
Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

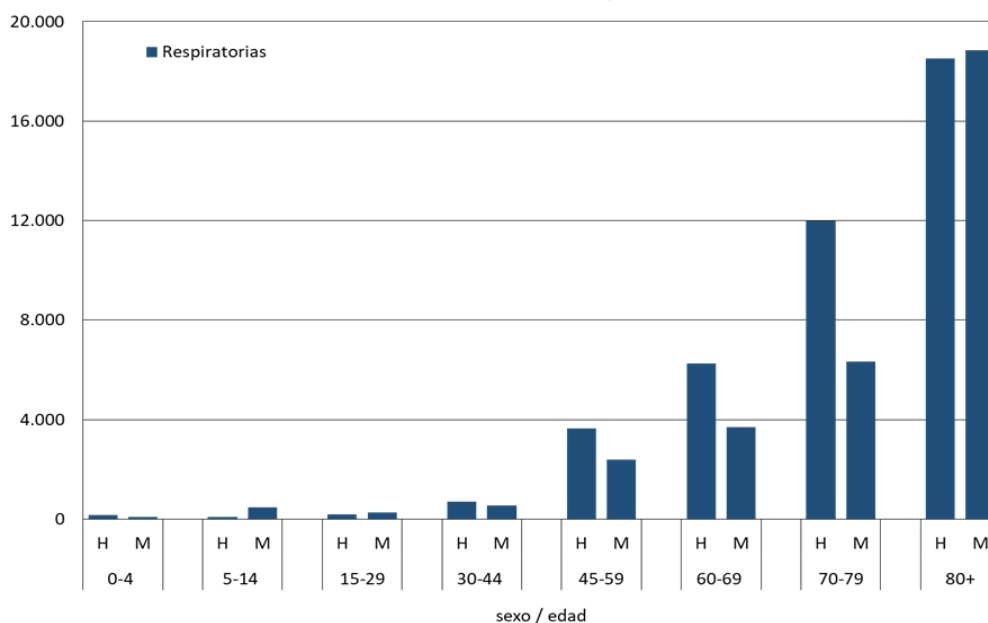
La morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio se concentra en los primeros años de la vida y sobre todo en edades tardías, con predominio del sexo masculino.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades respiratorias. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades respiratorias en el año 2023. Los AVP por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid en 2023 son mayores en hombres que en mujeres y crecen progresivamente con la edad.

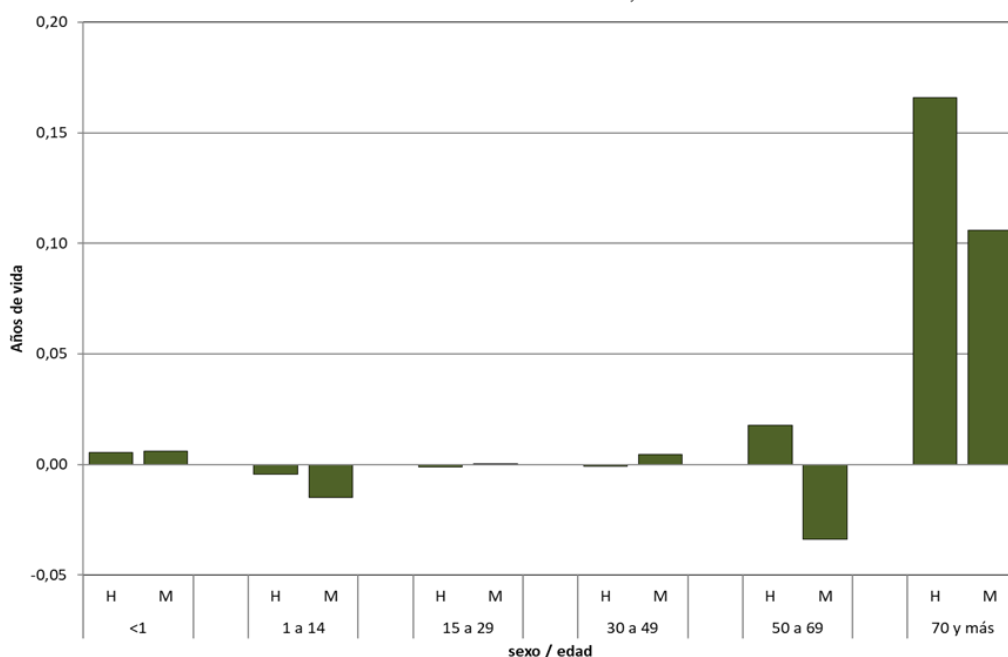
Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades respiratorias
Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades respiratorias, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por enfermedades respiratorias ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida entre 2018 y 2023, ligeramente más en mujeres que en hombres. Por edad, esa mejora se concentra en la población de más edad (por encima de los 70 años).

Contribución de las enfermedades respiratorias al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Comunidad de Madrid, 2023

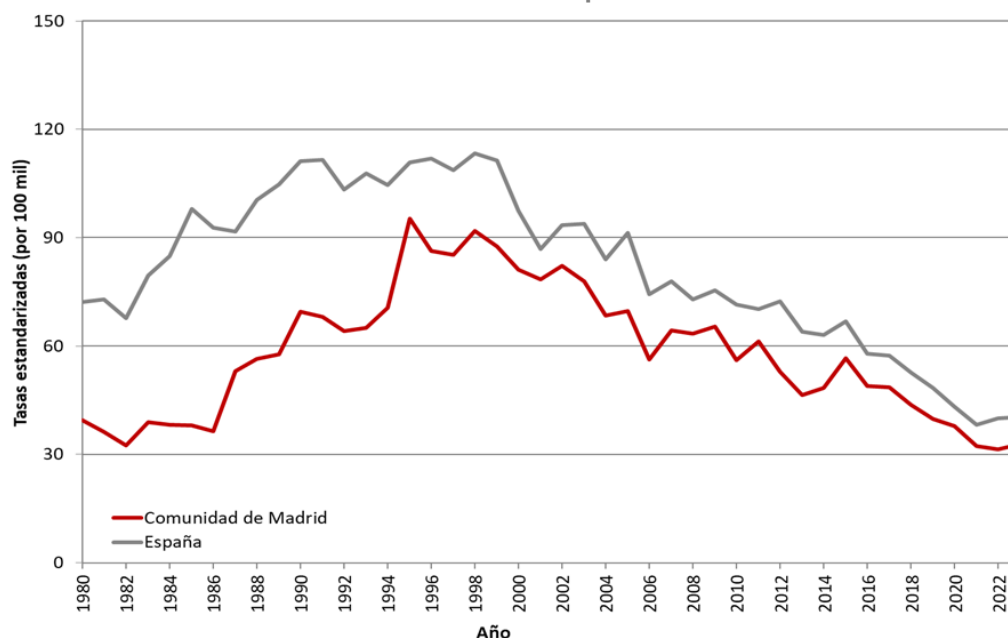
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	904	398	1.302
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	27,21	11,00	18,76
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	4,57	2,26	3,38
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	32,88	9,20	18,06
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	301,46	134,04	214,18
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,090	-0,027	0,031
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	12.117	5.526	17.643

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por EPOC (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tras un importante empeoramiento de las tasas entre mediados de los años ochenta y mediados de los noventa, la mortalidad por EPOC en hombres en la Comunidad de Madrid ha tendido a reducirse desde entonces.

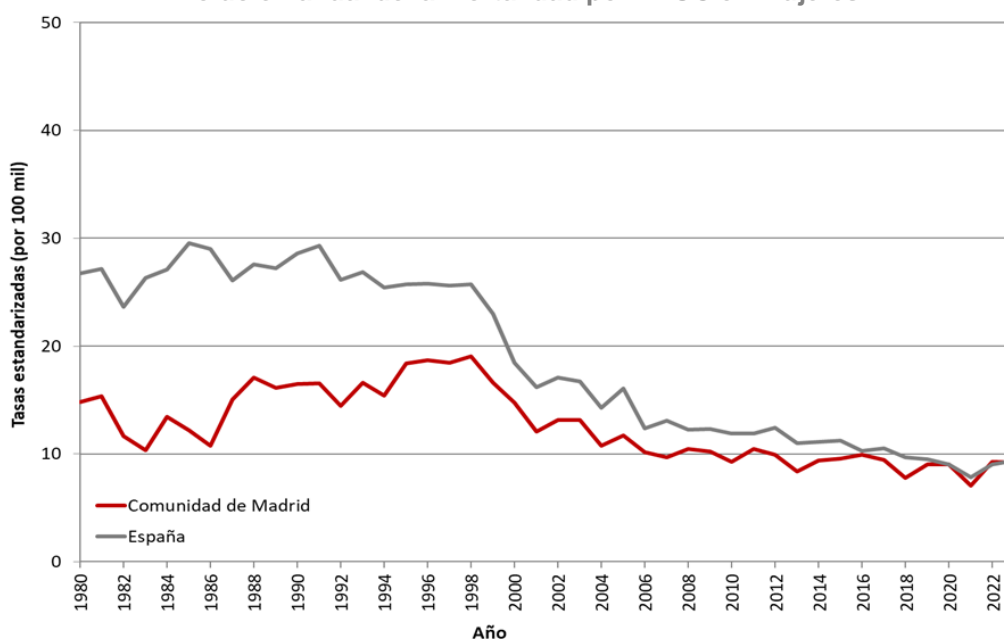
Evolución anual de la mortalidad por EPOC en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tras un empeoramiento de las tasas entre mediados de los años ochenta y finales de los noventa, la mortalidad por EPOC en mujeres en la Comunidad de Madrid ha presentado una tendencia descendente hasta mantenerse estable en los años más recientes.

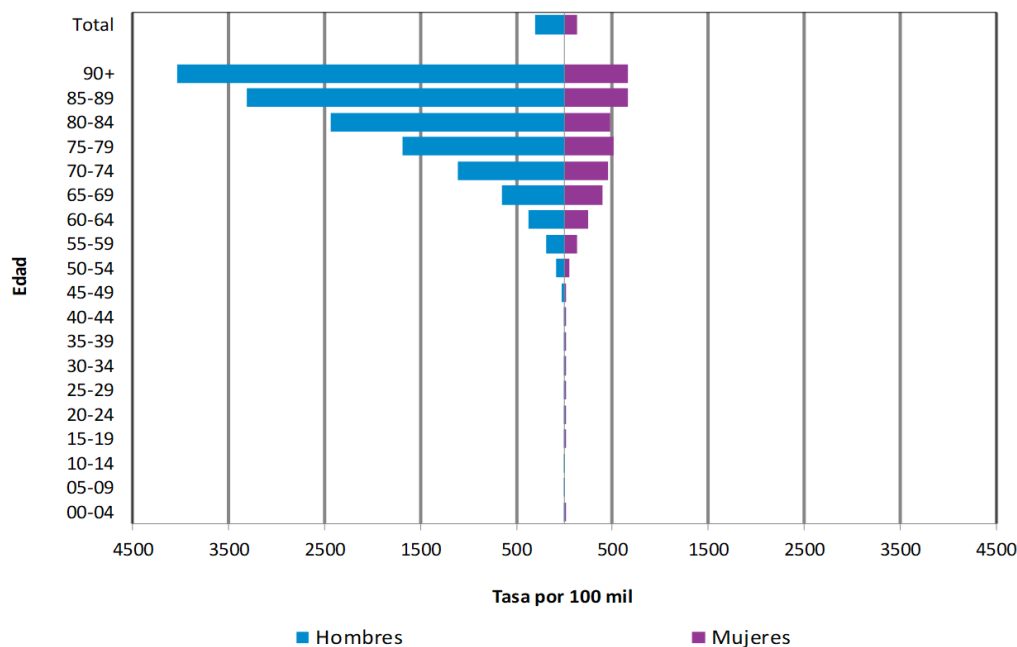
Evolución anual de la mortalidad por EPOC en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las altas hospitalarias por EPOC son claramente más frecuentes en hombres que en mujeres, y se incrementan de forma marcada con la edad, pese a haber disminuido respecto a años previos.

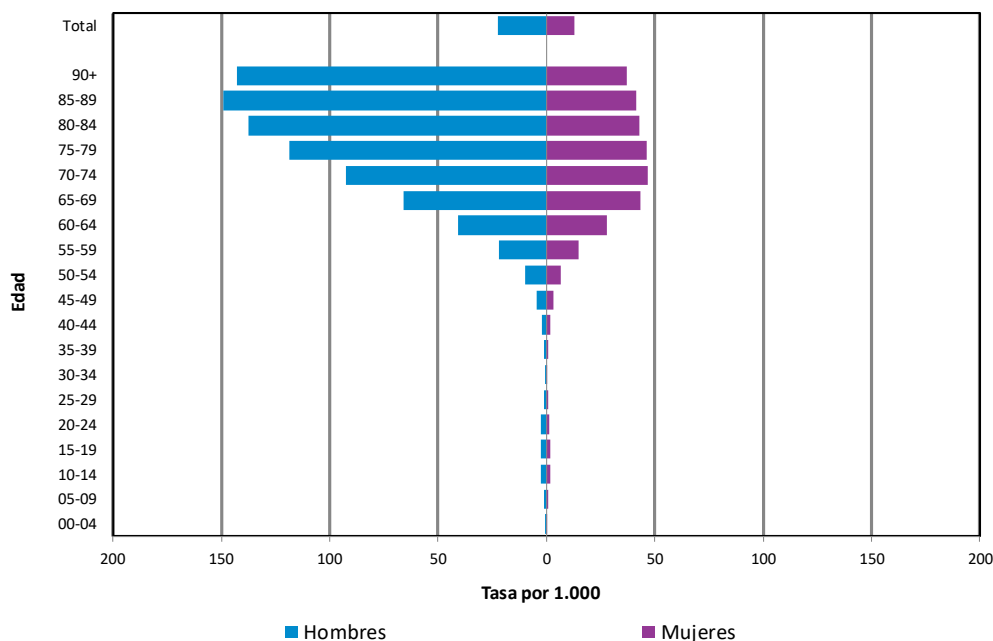
Morbilidad hospitalaria por EPOC. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad causada por los pacientes que están diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los registros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Como en la morbilidad hospitalaria, también la morbilidad por EPOC atendida en Atención Primaria es mayor en hombres que en mujeres y afecta a las edades más altas de la pirámide poblacional.

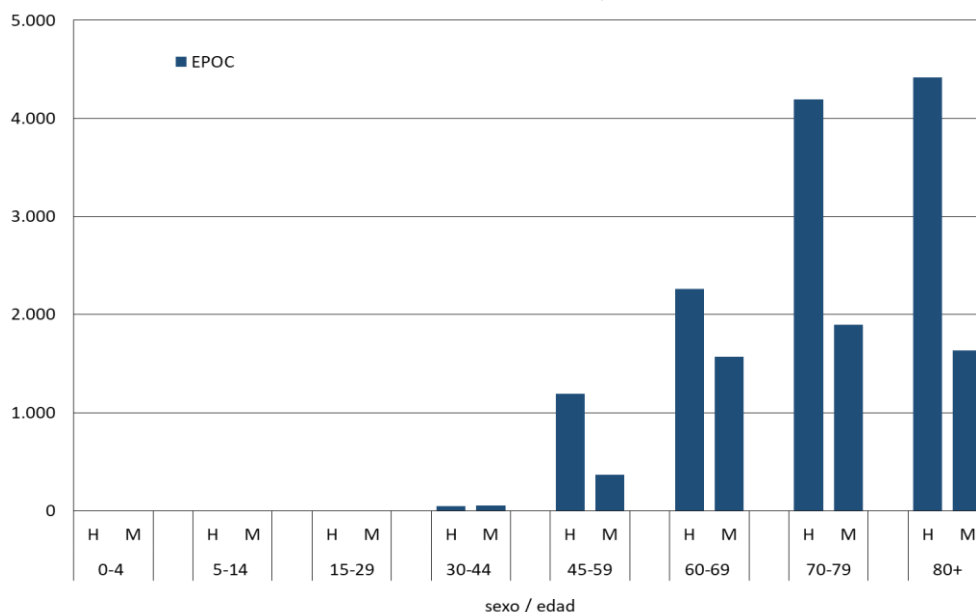
Morbilidad en Atención Primaria por EPOC. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el año 2023.

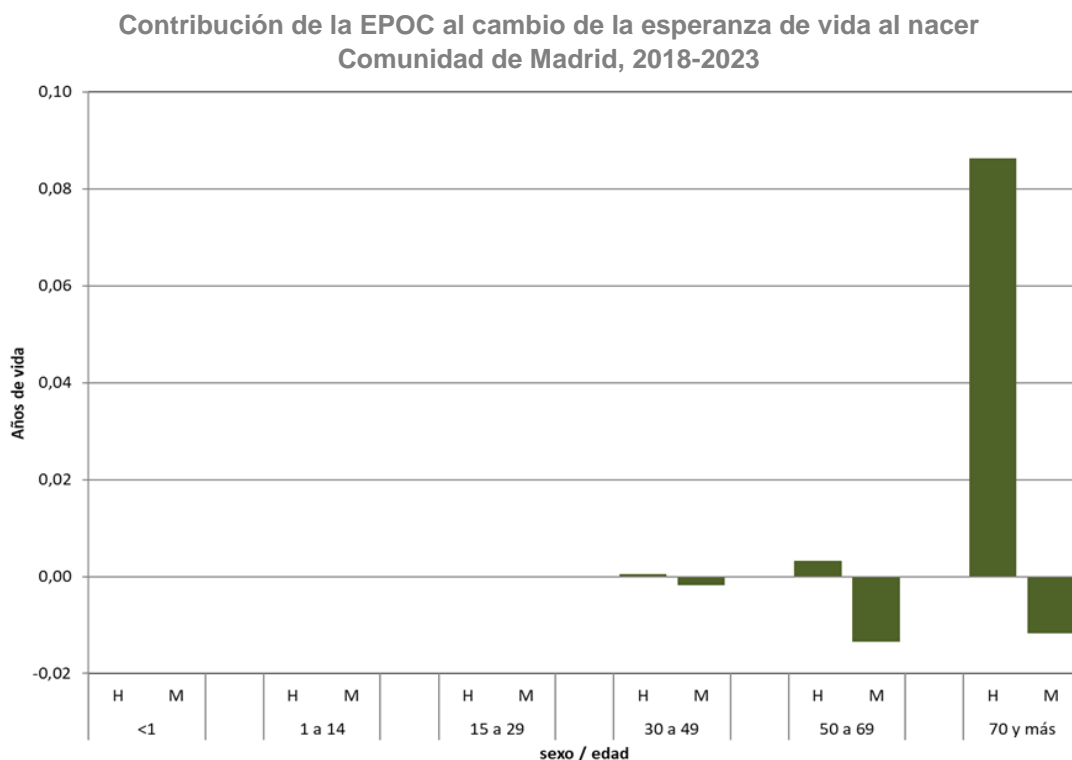
Los AVP por EPOC en la Comunidad de Madrid en 2023 son notablemente mayores en hombres que en mujeres, y aumentan en función de la edad.

Años de vida perdidos (AVP) por EPOC
Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La reducción de la mortalidad por EPOC fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población masculina madrileña entre 2018 y 2023. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas. En las mujeres la contribución fue levemente negativa.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Asma

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por asma en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

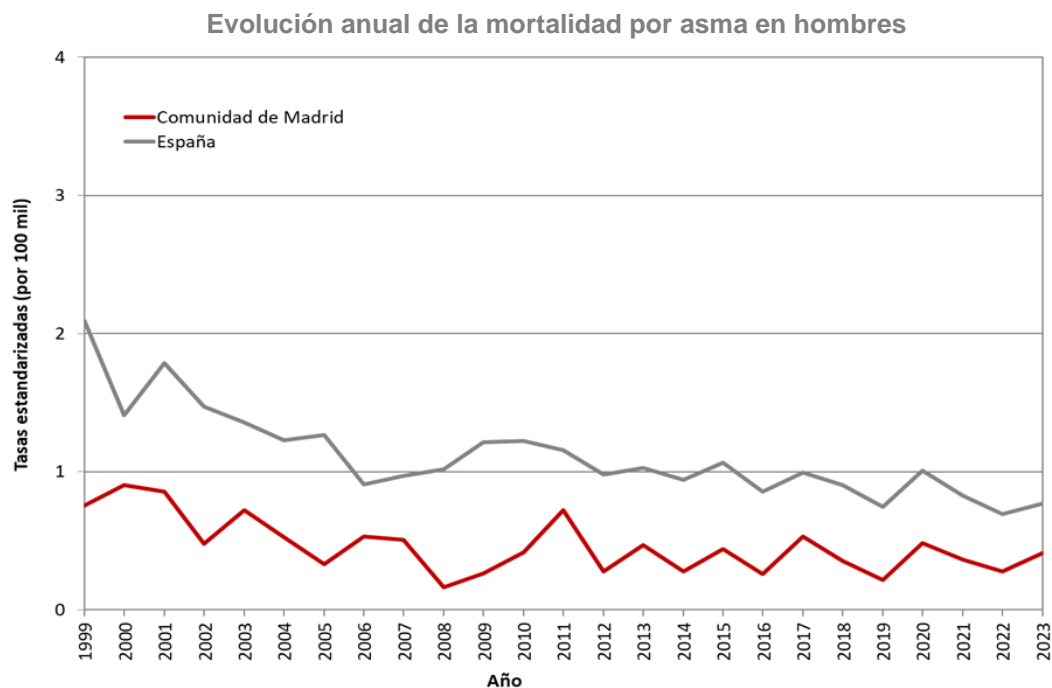
Asma. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	12	60	72
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	0,36	1,66	1,04
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	0,13	0,06	0,10
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	0,41	1,13	0,91
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	27,15	58,53	43,51
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,001	0,004	0,002
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	256	580	836

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

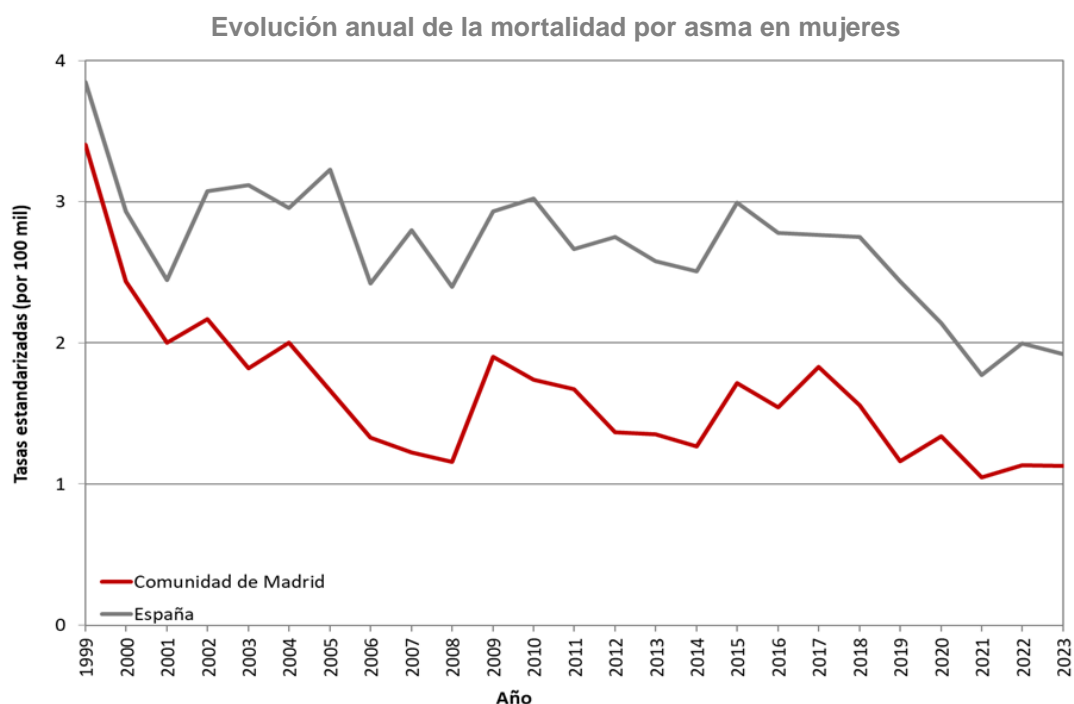
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por asma (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por asma en hombres en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

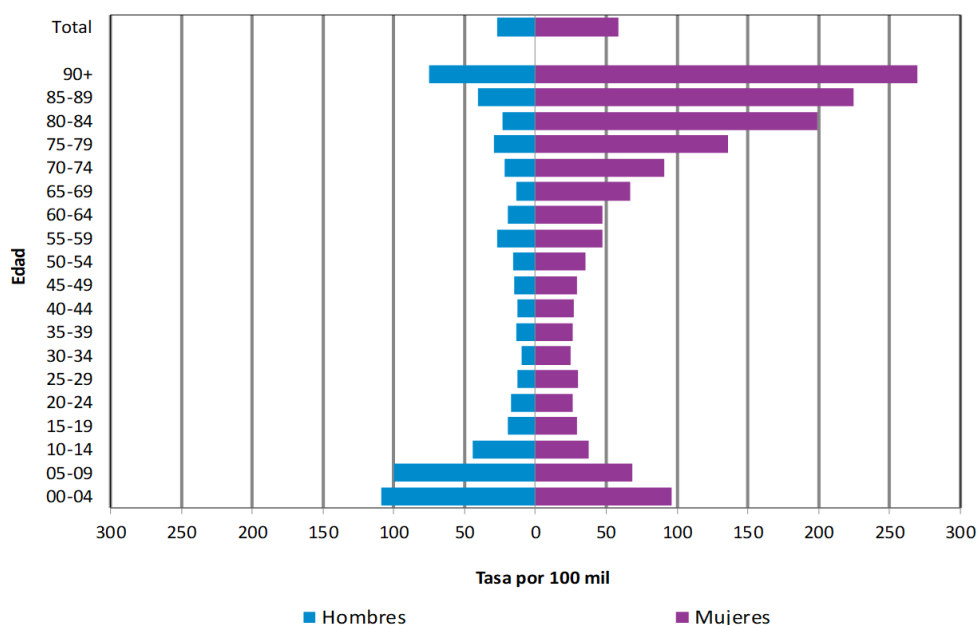
La mortalidad por asma en mujeres en la Comunidad de Madrid ha tendido a reducirse en los últimos años.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por asma en la Comunidad de Madrid en 2023 tiene un comportamiento bimodal, con máximos a edades muy jóvenes (menores de 10 años) y en edades muy avanzadas. En los menores las tasas son más elevadas en los varones, mientras que en el caso de los mayores se acentúan las diferencias por sexo, siendo mucho más altas las tasas entre las mujeres.

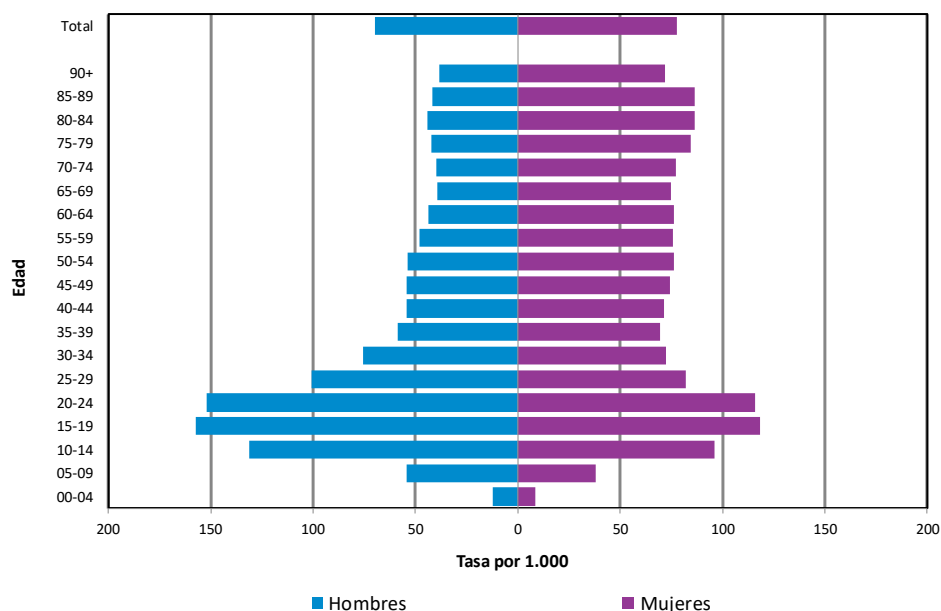
Morbilidad hospitalaria por asma. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

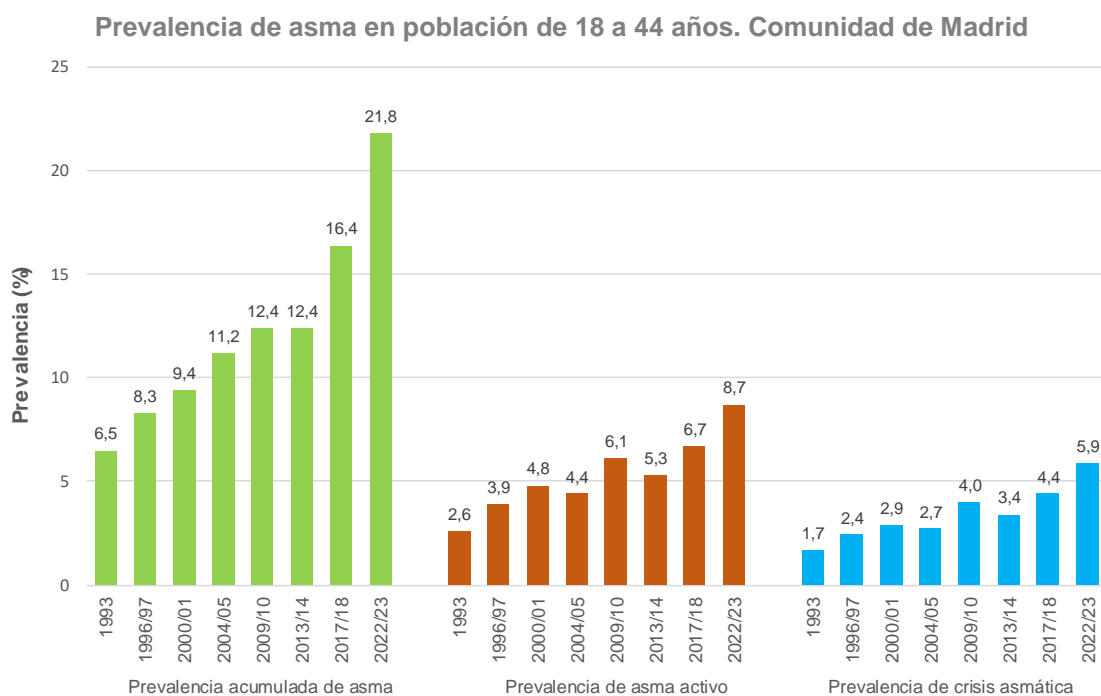
La siguiente figura representa la pirámide de las tasas de pacientes que están diagnosticados de asma en los registros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Las tasas más elevadas se observan para ambos sexos entre los 10 y los 24 años. A partir de los adultos jóvenes las tasas en mujeres son superiores a las de los hombres.

Morbilidad en Atención Primaria por asma. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la serie desde 1996 a 2023 del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No transmisibles para adultos (SIVFRENT-A), se observa un incremento de asma autopercebido con cifras que se duplican a lo largo de 27 años, y prevalencias actuales (2022-2023) de un 8,7% para asma activo en los últimos 12 meses, del 6,9% para crisis asmáticas y del 21,8% para la prevalencia de asma a lo largo de la vida. La presencia de asma se asocia con peor salud autopercebida.



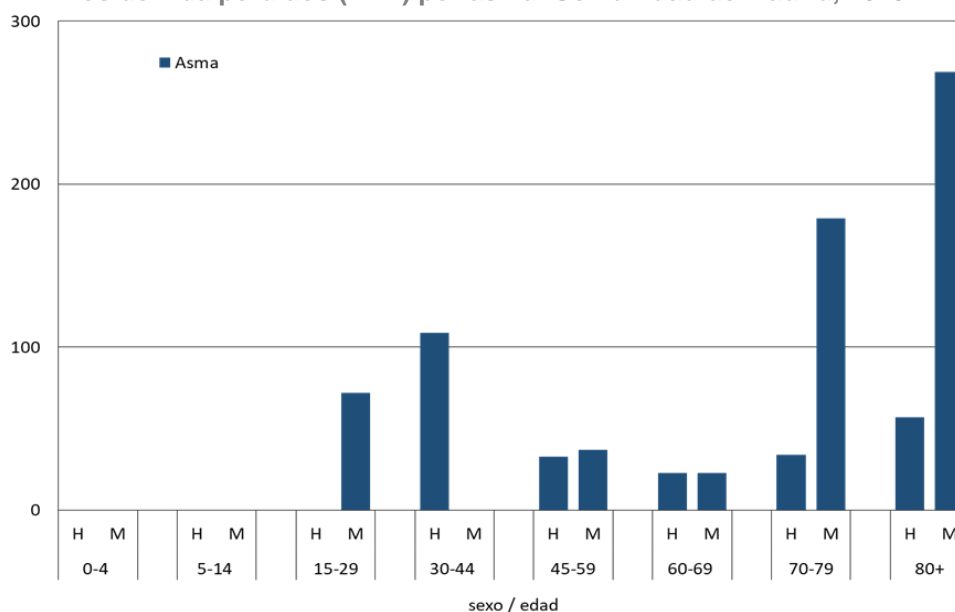
Prevalencia acumulada de asma: ¿Ha tenido alguna vez en su vida un ataque de asma o de bronquitis asmática? Prevalencia asma activo: ¿Ha tenido algún ataque de asma, toma o ha tomado alguna medicación para el asma de forma temporal en los últimos 12 meses? Prevalencia de crisis asmática: ¿Ha tenido algún ataque de asma en los últimos 12 meses?

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

En cuanto a la población infantil, según datos del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN) la prevalencia de asma en menores de entre 11 y 13 años se situaba en el 7,5% en los años 2021-2022, siendo significativamente superior entre los niños, 9,3% frente a 5,8% en las niñas. También se detectaron diferencias por nivel socioeconómico, siendo la prevalencia del 11,3% para el nivel socioeconómico bajo, 8,3% para el medio y 6,4% para el alto.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el asma en el año 2023. Los AVP por asma en la Comunidad de Madrid en 2023 son poco numerosos y relativamente erráticos, dadas las bajas tasas de mortalidad por esta causa. Son mayores en mujeres –especialmente de edades avanzadas- que en hombres.

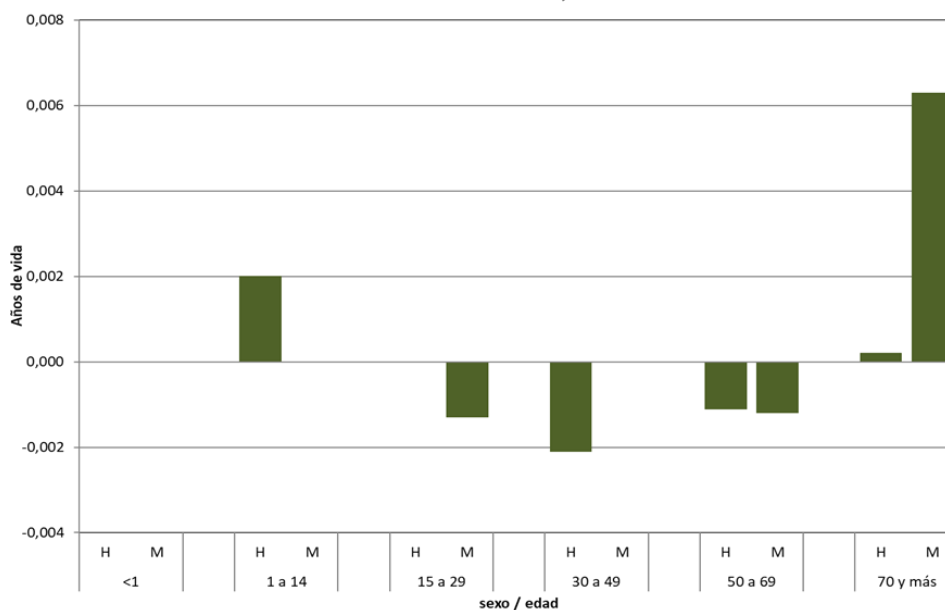
Años de vida perdidos (AVP) por asma. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por asma, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La contribución del asma al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2018 y 2023 es muy pequeña. El aporte positivo se concentra en mujeres de edades altas.

Contribución del asma al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2018-2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Asma

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/asma>

Vigilancia del asma y la rinitis alérgica en la Comunidad de Madrid. Prevalencia y evolución anual del asma autopercebido y estudio descriptivo semanal de datos asistenciales, 2023

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051474.pdf>

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
Comunidad de Madrid, 2023

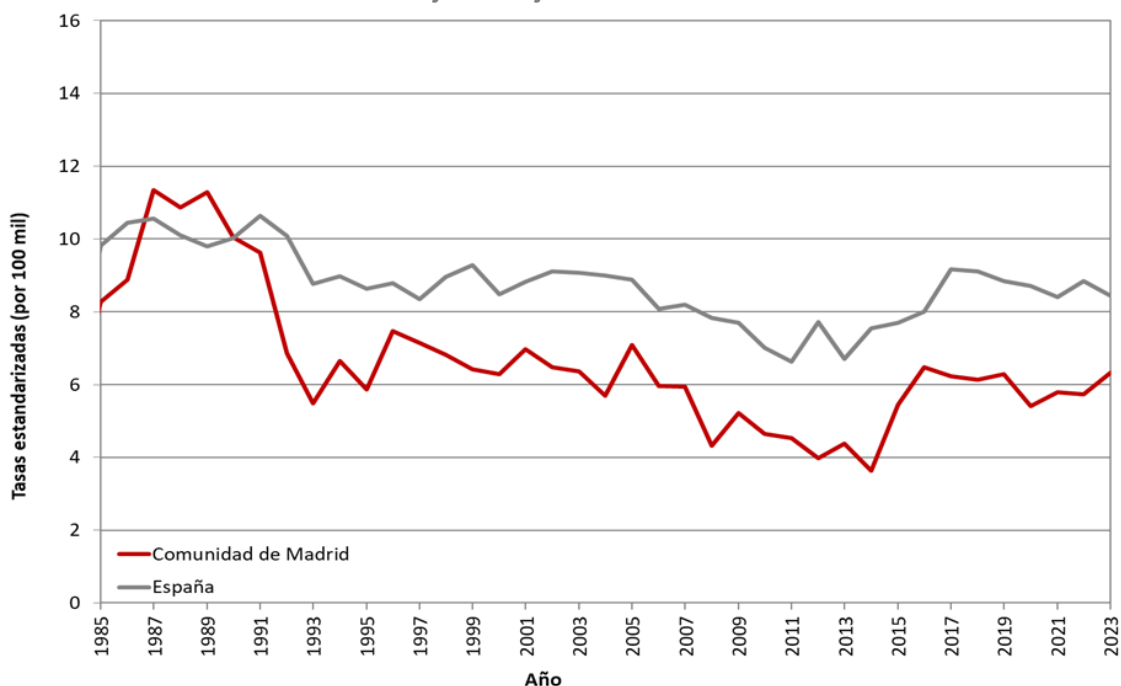
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	173	365	538
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	5,21	10,09	7,75
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,28	0,31	0,78
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	6,33	7,06	6,86
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.308,09	1.555,52	1.437,08
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,003	-0,012	-0,007
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.287	3.395	5.682

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

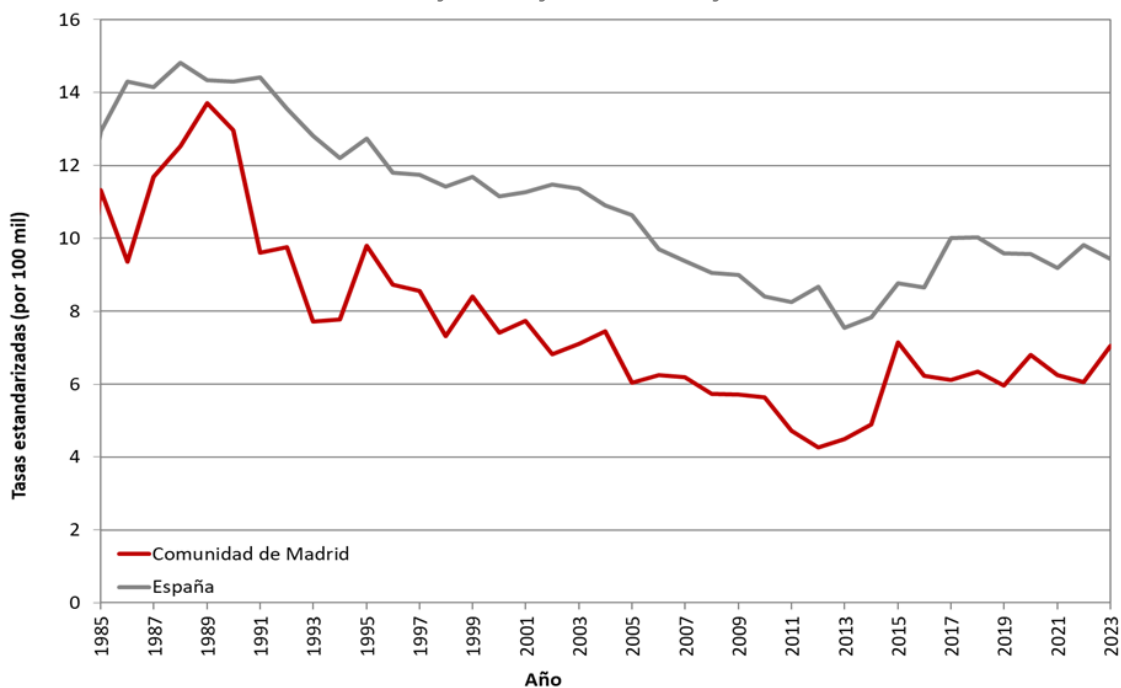
Tanto en hombres como en mujeres, desde la segunda mitad de los años ochenta, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres presentan una tendencia suavemente descendente, frenada en los últimos años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

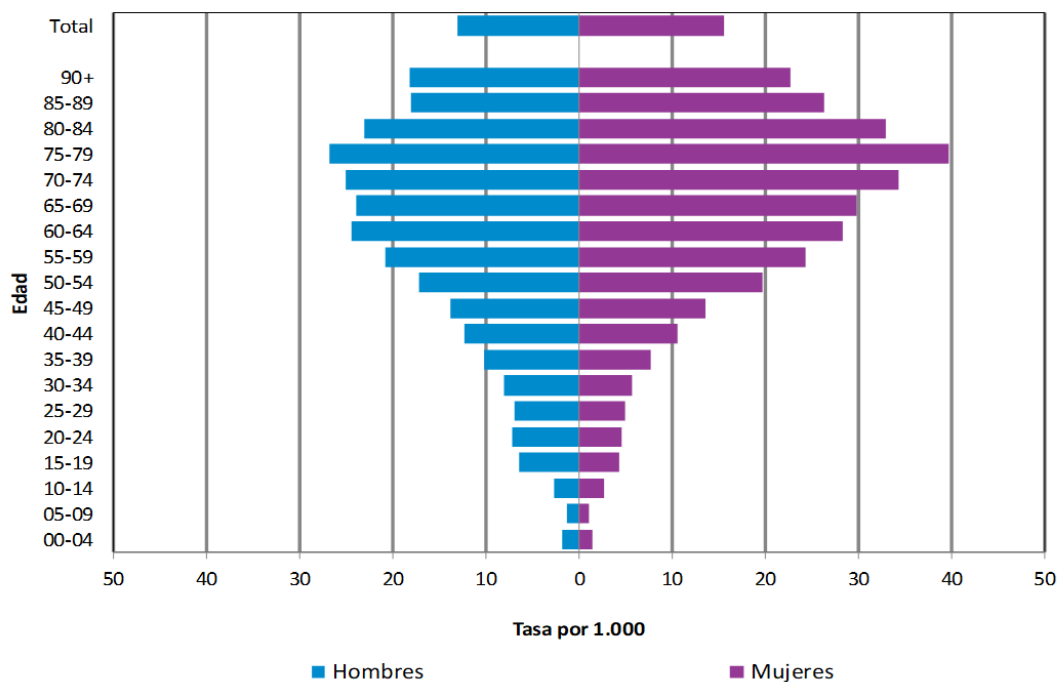
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo afecta principalmente a personas mayores, y es en conjunto más alta en mujeres que en hombres, aunque entre los menores de 45 años las tasas son mayores en estos últimos.

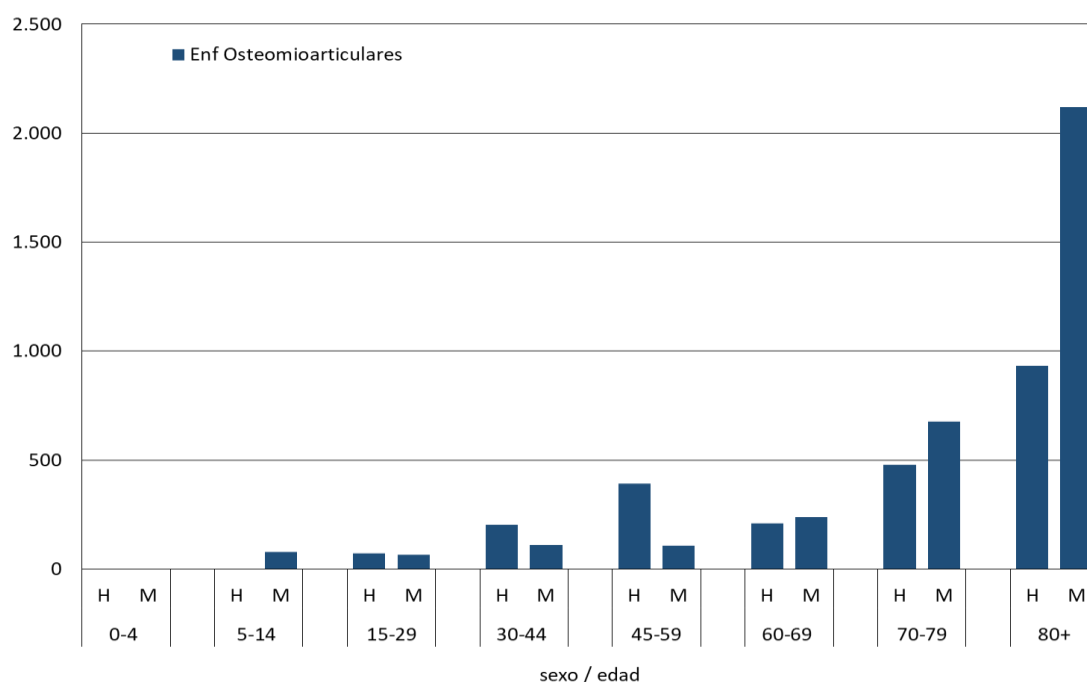
Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en el año 2023. Los AVP por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en la Comunidad de Madrid en 2023 aumentan con la edad a partir de los 45 años, siendo especialmente cuantiosos en las mujeres de más de 70.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid, 2023

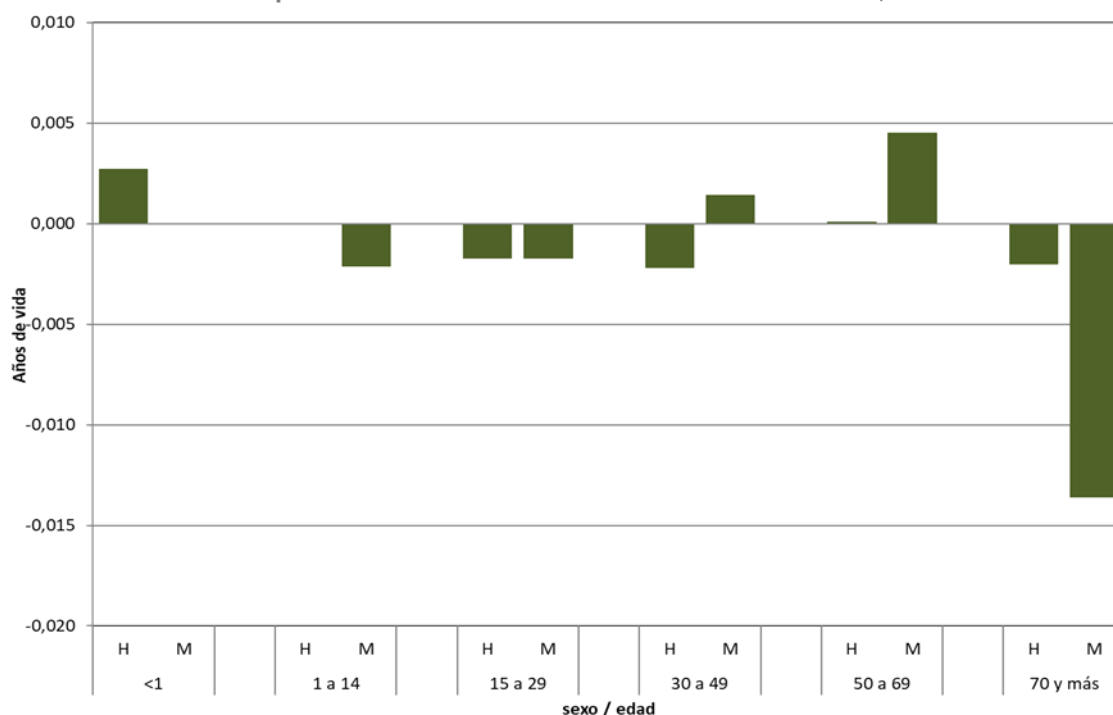


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo contribuyeron de modo ligeramente negativo al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023, concentrando las pérdidas en las mujeres de edades avanzadas

Contribución de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Causas externas

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por causas externas en la población de la Comunidad de Madrid, por sexo.

Causas externas. Comunidad de Madrid, 2023

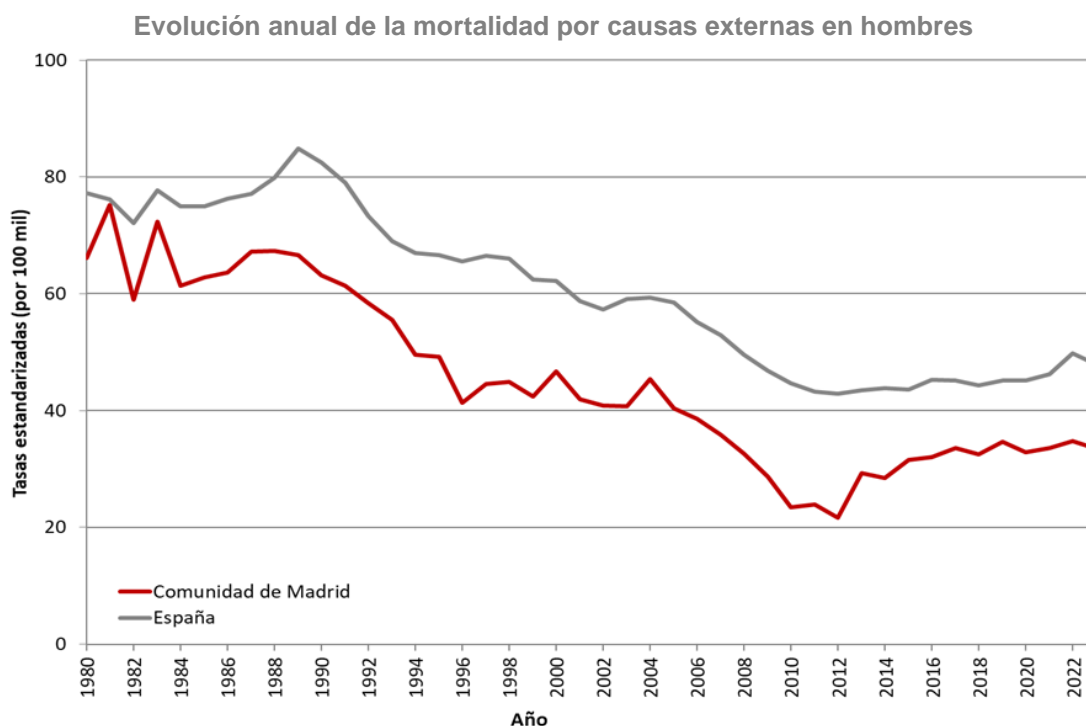
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.026	785	1.811
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	30,88	21,69	26,09
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	25,56	8,43	16,71
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	33,44	17,24	24,36
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil*	1.036,16	943,87	988,04
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,019	-0,061	-0,041
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	29.069	15.189	44.258

* Capítulo XIX, lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

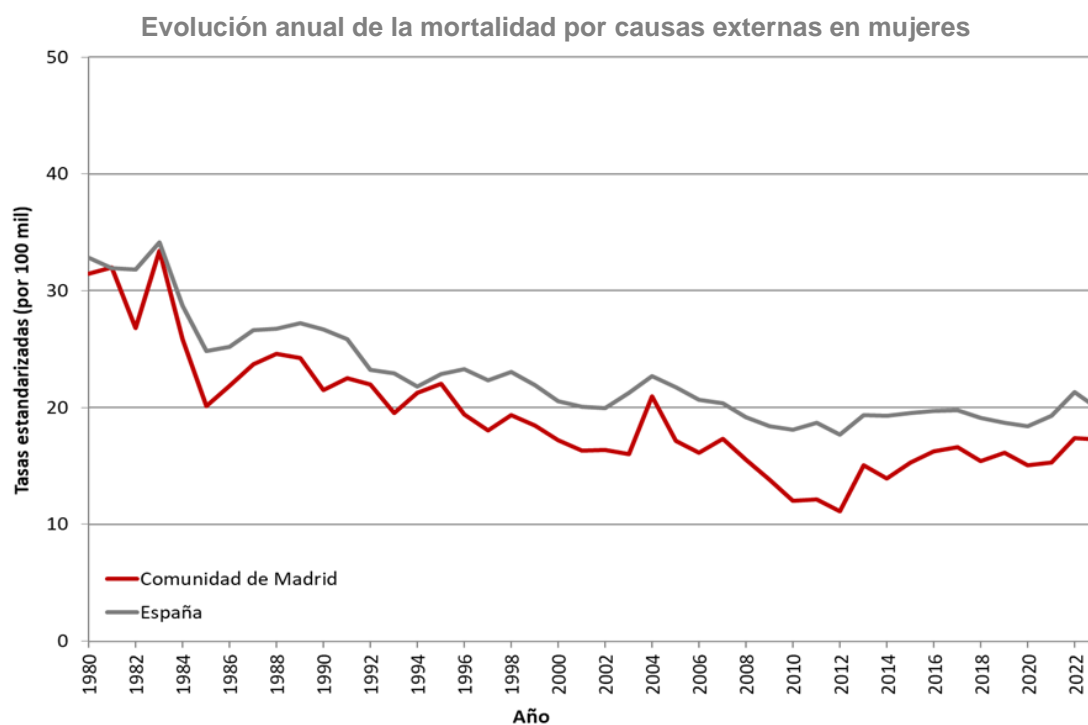
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por causas externas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

En ambos sexos, la mortalidad por causas externas en hombres traza en la Comunidad de Madrid una evolución descendente desde hace veinticinco años. Desde 2013 se ha observado un ligero aumento respecto a los años previos, que se debe principalmente a una mejora del circuito de información de los certificados judiciales de defunción.

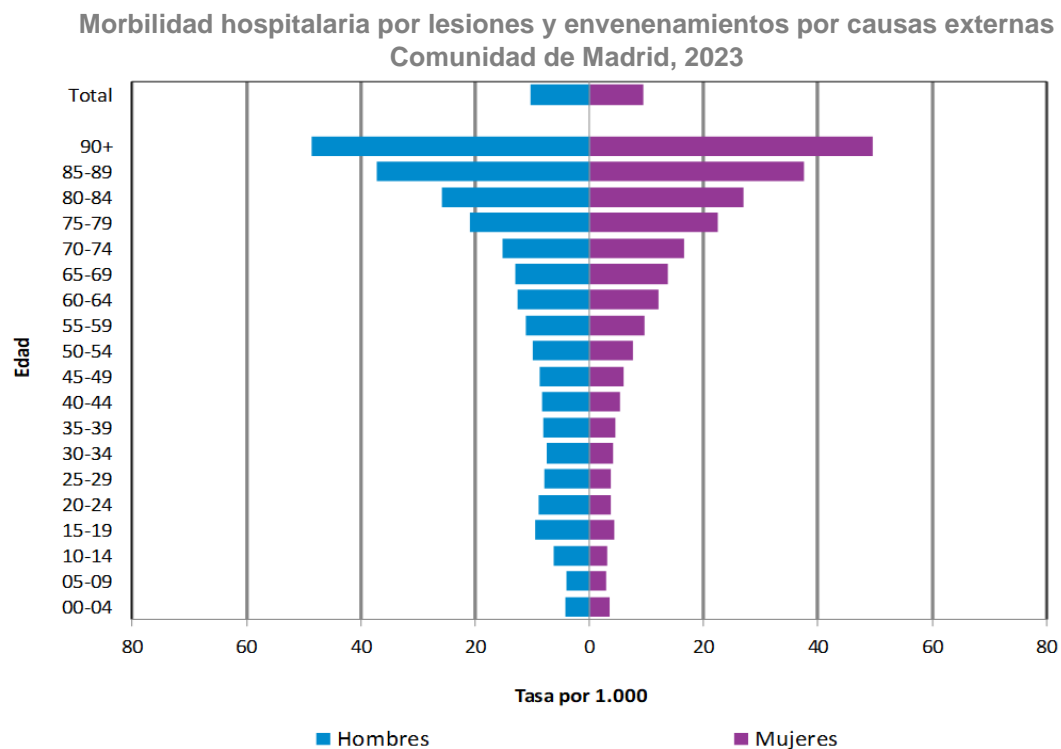


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

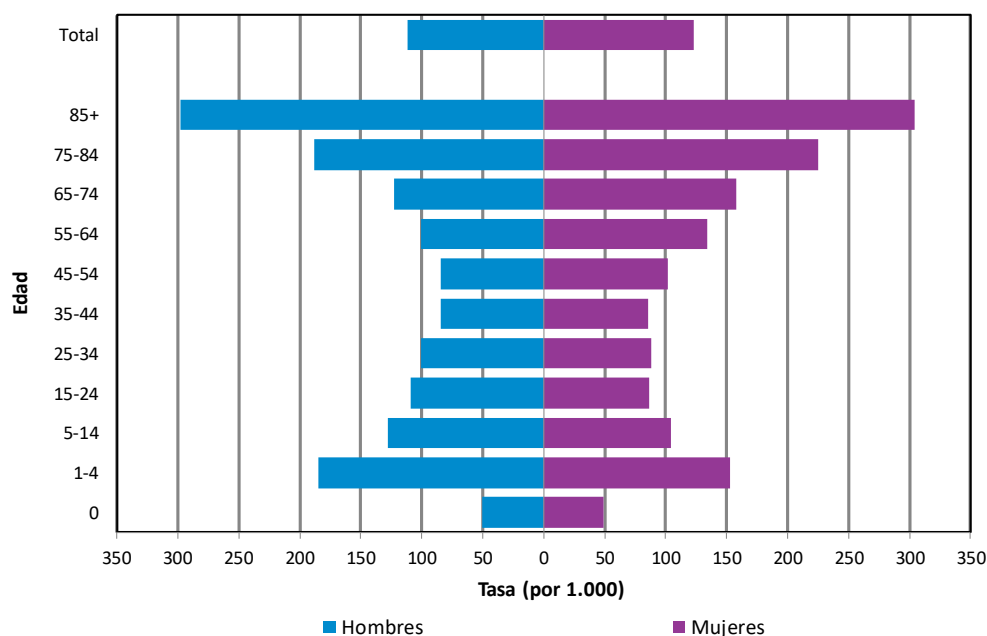
La morbilidad hospitalaria por lesiones traumáticas y envenenamientos por causas externas está fuertemente asociada a la edad y es, en conjunto, mayor en hombres que en mujeres.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El perfil por edad de las lesiones atendidas en Atención Primaria presenta un patrón bimodal, con un primer máximo entre los 1 y 4 años y otro en las personas de edades más elevadas. A partir de los 35 años las tasas son mayores en las mujeres.

Lesiones atendidas en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la figura siguiente se presentan las lesiones más frecuentes atendidas en Atención Primaria por edad y número de orden. Se expresa en cada casilla la enfermedad y código CIAP-2 con un mismo color y el número de episodios con algún apunte en el año 2024. Los esguinces o distensiones de tobillo aparecen entre las 5 lesiones más frecuentes entre los 5 y los 44 años tanto en hombres como en mujeres, así como las picaduras de insectos en varones hasta los 14 años y en mujeres casi en todos los grupos de edad hasta los 64 años. En los hombres de entre 65 y 84 años aparecen los problemas con prótesis como quinta causa más frecuente de atención dentro de esta categoría de lesiones, y en las mujeres a partir de los 65 años aparecen las fracturas entre las causas más frecuentes, y en concreto las fracturas de fémur en mayores de 84 años.

Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes.
Comunidad de Madrid, 2024

Grupo de edad		Orden				
		1	2	3	4	5
HOMBRES	0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=319	A87.01-Reacción a inmunización N=157	S16-Contusión/magulladura N=105	S12-Picadura de insecto N=96	A80-Traumatismo/lesión NE N=67
	01-04	A80-Traumatismo/lesión NE N=3.903	S12-Picadura de insecto N=3.149	N79-Conmoción cerebral/contusión N=2.081	S16-Contusión/magulladura N=1.892	S18-Laceración/herida incisa N=1.825
	05-14	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.590	S16-Contusión/magulladura N=7.188	S12-Picadura de insecto N=5.114	S18-Laceración/herida incisa N=3.911	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.267
	15-24	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.236	S16-Contusión/magulladura N=5.349	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=4.851	S18-Laceración/herida incisa N=4.605	L80-Luxación y subluxación N=1.824
	25-34	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.564	S18-Laceración/herida incisa N=4.842	S16-Contusión/magulladura N=4.286	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.566	S19-Otras lesiones de la piel N=2.064
	35-44	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.604	S18-Laceración/herida incisa N=5.068	S16-Contusión/magulladura N=3.966	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=2.522	S19-Otras lesiones de la piel N=2.424
	45-54	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.914	S18-Laceración/herida incisa N=5.787	S16-Contusión/magulladura N=4.262	S19-Otras lesiones de la piel N=3.248	L96-Lesión aguda interna de la rodilla N=2.587
	55-64	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.124	S18-Laceración/herida incisa N=5.172	S19-Otras lesiones de la piel N=3.640	S16-Contusión/magulladura N=3.397	L76-Otras fracturas N=2.442
	65-74	A80-Traumatismo/lesión NE N=5.993	S18-Laceración/herida incisa N=3.987	S19-Otras lesiones de la piel N=3.446	S16-Contusión/magulladura N=2.460	A89-Efectos adversos prótesis N=1.902
	75-84	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.023	S18-Laceración/herida incisa N=4.066	S19-Otras lesiones de la piel N=3.197	S16-Contusión/magulladura N=2.566	A89-Efectos adversos prótesis N=2.093
	85+	A80-Traumatismo/lesión NE N=4.729	S18-Laceración/herida incisa N=2.583	N79-Conmoción cerebral/contusión N=1.817	S19-Otras lesiones de la piel N=1.505	S16-Contusión/magulladura N=1.498
Grupo de edad		Orden				
		1	2	3	4	5
MUJERES	0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=277	A87.01-Reacción a inmunización N=154	S16-Contusión/magulladura N=112	S12-Picadura de insecto N=78	S19-Otras lesiones de la piel N=74
	01-04	S12-Picadura de insecto N=3.062	A80-Traumatismo/lesión NE N=2.290	N79-Conmoción cerebral/contusión N=1.584	S16-Contusión/magulladura N=1.452	S18-Laceración/herida incisa N=1.180
	05-14	S16-Contusión/magulladura N=5.314	S12-Picadura de insecto N=5.276	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=4.204	A80-Traumatismo/lesión NE N=4.176	S18-Laceración/herida incisa N=2.256
	15-24	S16-Contusión/magulladura N=3.976	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.873	A80-Traumatismo/lesión NE N=3.728	S12-Picadura de insecto N=2.752	S18-Laceración/herida incisa N=2.574
	25-34	A80-Traumatismo/lesión NE N=4.873	S16-Contusión/magulladura N=4.047	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.832	S18-Laceración/herida incisa N=3.288	S12-Picadura de insecto N=3.106
	35-44	A80-Traumatismo/lesión NE N=5.444	S16-Contusión/magulladura N=4.370	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=3.931	S18-Laceración/herida incisa N=3.888	S19-Otras lesiones de la piel N=3.610
	45-54	A80-Traumatismo/lesión NE N=6.695	S16-Contusión/magulladura N=5.884	S18-Laceración/herida incisa N=5.054	S19-Otras lesiones de la piel N=5.032	S12-Picadura de insecto N=4.557
	55-64	S16-Contusión/magulladura N=6.031	A80-Traumatismo/lesión NE N=5.995	S19-Otras lesiones de la piel N=4.983	S18-Laceración/herida incisa N=4.594	S12-Picadura de insecto N=4.505
	65-74	A80-Traumatismo/lesión NE N=5.496	S16-Contusión/magulladura N=4.924	S19-Otras lesiones de la piel N=4.833	L76-Otras fracturas N=4.570	S18-Laceración/herida incisa N=3.744
	75-84	A80-Traumatismo/lesión NE N=7.198	L76-Otras fracturas N=5.726	S16-Contusión/magulladura N=5.454	S19-Otras lesiones de la piel N=4.417	S18-Laceración/herida incisa N=4.186
	85+	A80-Traumatismo/lesión NE N=8.799	S18-Laceración/herida incisa N=4.608	L75-Fractura de fémur N=4.053	S16-Contusión/magulladura N=3.713	L76-Otras fracturas N=3.589

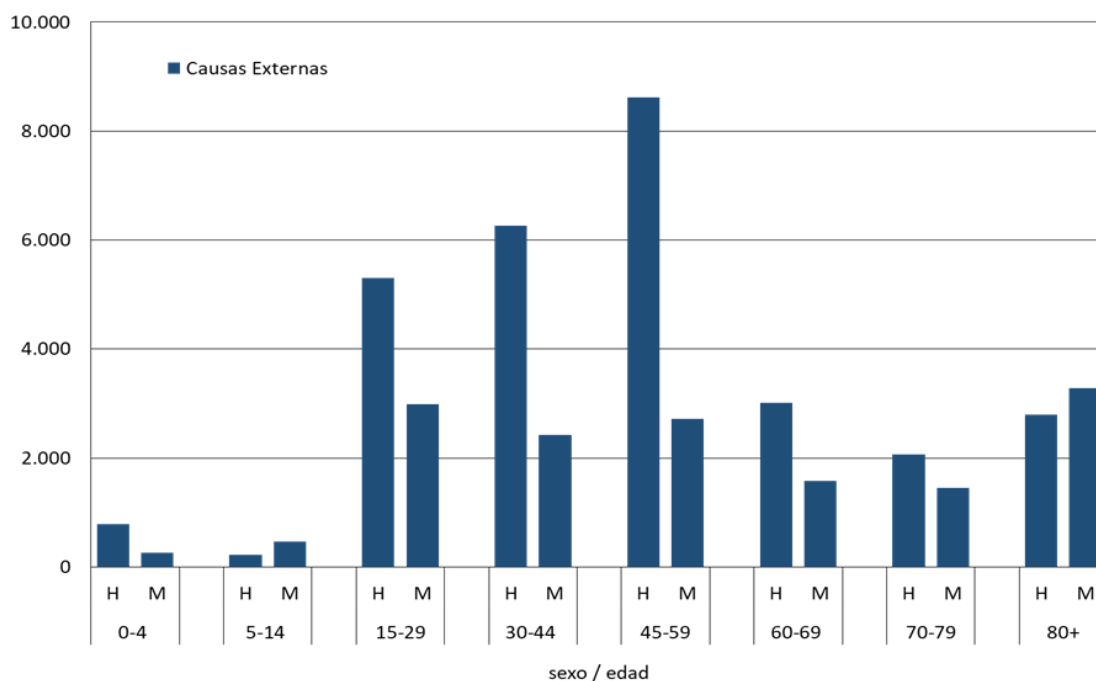
*Código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios.

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las causas externas en el año 2023. Los AVP por causas externas en la Comunidad de Madrid en 2023 son claramente mayores en hombres que en mujeres y se concentra en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

Años de vida perdidos (AVP) por causas externas
Comunidad de Madrid, 2023

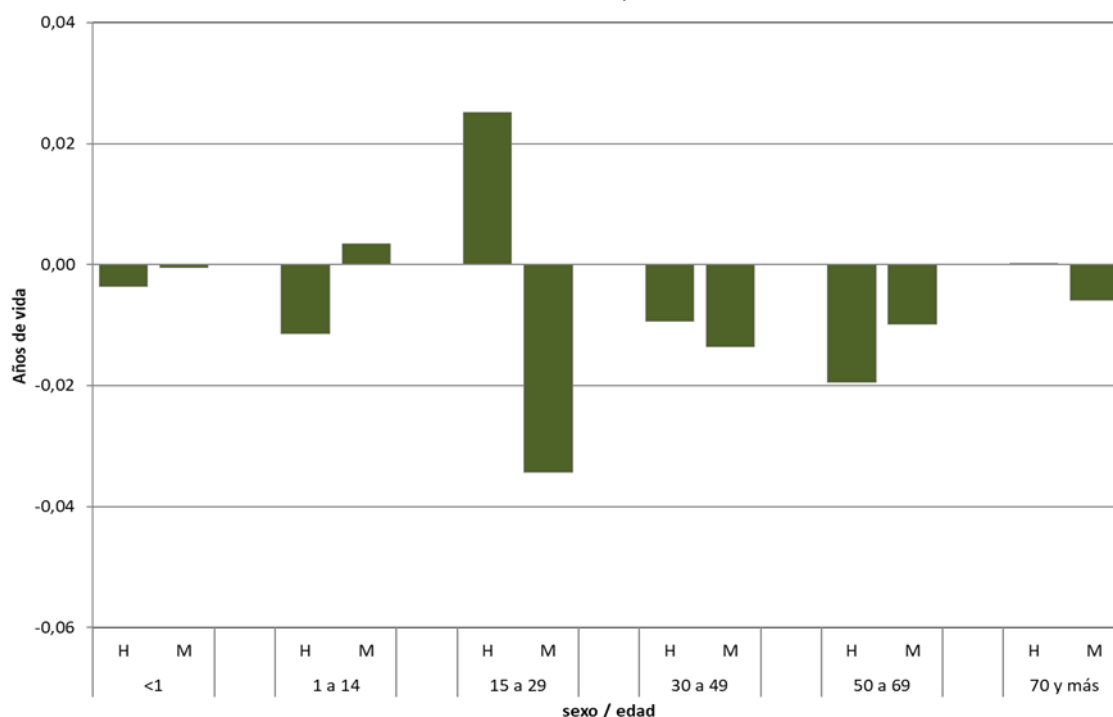


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las causas externas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por causas externas ha contribuido globalmente de manera negativa al cambio de la esperanza de vida, entre 2018 y 2023, salvo en varones jóvenes. Este empeoramiento, no obstante, es resultado más de una mejora en el proceso de tratamiento de la información judicial propio de todas las muertes por causas externas que de un aumento real de las tasas de mortalidad.

Contribución de las causas externas al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades raras

Las enfermedades raras son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia y su elevada morbilidad y mortalidad prematura. El Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) tiene como finalidad estudiar y analizar, desde el punto de vista epidemiológico, las enfermedades raras en la Comunidad de Madrid.

Con los datos actualizados a 1 de enero de 2023, constan en SIERMA 494.096 personas afectadas por alguna enfermedad rara, que son o han sido residentes en la Comunidad de Madrid. De ellas, 346.560 continuaban a esa fecha en seguimiento en nuestra Comunidad. Dado que una persona puede tener más de una enfermedad rara, esto se corresponde con 443.605 casos, lo que representa una prevalencia estimada en la Comunidad de Madrid de 657,2 casos por 10 mil habitantes (616,7 en hombres y 694,3 en mujeres). En el análisis por sexo y edad se observa que las prevalencias más altas corresponden a los mayores de 64 años, con tasas bastante similares en hombres (1.211,4 por 10 mil habitantes) y mujeres (1.183,9 por 10 mil). En la población infantil son más prevalentes en hombres, mientras que en la edad adulta (15-39 y 40-64 años) son más prevalentes en mujeres.

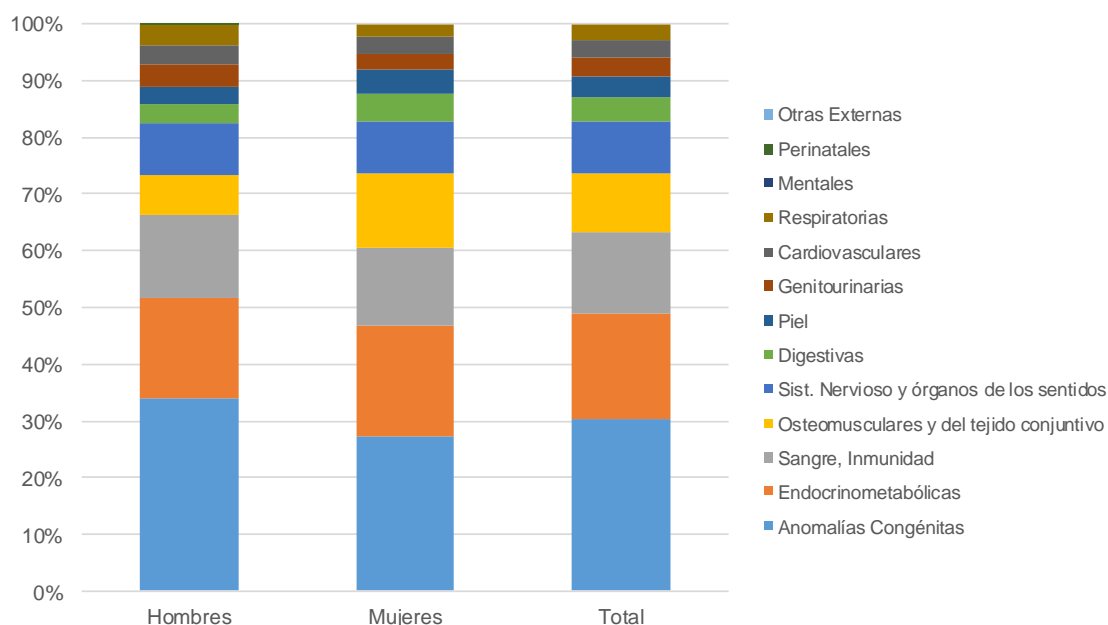
Enfermedades raras. Prevalencia 1 enero de 2023. Comunidad de Madrid

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
0 años	1.310	508,0	982	406,7	2.292	459,0
1-14 años	3.328	746,6	27.060	603,0	62.388	676,7
15-39 años	38.343	389,5	45.277	452,6	83.620	421,3
40-64 años	62.139	503,4	85.389	645,4	147.528	576,9
65 y más años	62.080	1.211,4	85.697	1.183,9	147.777	1.195,3
Total	199.200	616,7	244.405	694,3	443.605	657,2

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Con respecto a la morbilidad agrupada por capítulos de la CIE-10-ES que puede observarse en la figura siguiente, destacan el grupo de anomalías congénitas en ambos sexos (30,3%, 33,9% en hombres y 27,4% en mujeres), seguido por el grupo de patología endocrino-metabólica (18,6%, 17,7% en hombres y 19,3% en mujeres) y el grupo de patología hematológica y de la inmunidad (14,4%, 14,9% en hombres y 14,0% en mujeres). Existe una proporción mayor en mujeres que en hombres en el grupo de enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo (6,8% en hombres y 13,0% en mujeres).

Enfermedades raras. Morbilidad proporcional por capítulos de la CIE-10-ES de 2023. Comunidad de Madrid, a 1 de enero de 2023



Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

De los 14.111 casos de enfermedades comunicadas al Registro Estatal de Enfermedades Raras (ReeR) detectados desde el 1 de enero de 2010 hasta el 1 de enero de 2022, 10.202 están vivos y registrados como residentes en la Comunidad de Madrid a final de periodo. La Cirrosis Biliar

Primaria (15,8% de los casos), la Retinosis Pigmentaria (10,1%), la Distrofia Miotónica de Steinert (8,8%), la Hemofilia A (6,8%), la tetralogía de Fallot (6,5%) y la Fibrosis Quística (5,7%) representan el 53,6% de todos los casos.

Las principales diferencias por sexo se encuentran en la Hemofilia A (Razón Hombres:Mujeres, 24,7:1), la Cirrosis Biliar Primaria (0,1:1), el Síndrome de X Frágil (4,2:1), la Enfermedad de Niemann-Pick (2,3:1) y la Enfermedad de Gaucher (1,9:1).

Casos de enfermedades ReeR* vivos a 1 de enero de 2022. Comunidad de Madrid

Enfermedad	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N	Razón H:M
Artrogriposis Múltiple Congénita	23 (53,5)	20 (46,5)	43	1,2:1
Artrogriposis Múltiple Congénita Distal	24 (61,5)	15 (38,5)	39	1,6:1
Ataxia de Friedreich	79 (55,2)	64 (44,8)	143	1,2:1
Atrofia muscular espinal proximal	45 (52,3)	41 (47,7)	86	1,1:1
Cirrosis Biliar Primaria	137 (8,5)	1.471 (91,5)	1.608	0,1:1
Complejo Esclerosis Tuberosa	200 (50,8)	194 (49,2)	394	1,0:1
Displasia Renal	301 (58,1)	217 (41,9)	518	1,4:1
Distrofia miotónica de Steinert	430 (47,9)	468 (52,1)	898	0,9:1
Enfermedad de Fabry	33 (44,0)	42 (56,0)	75	0,8:1
Enfermedad de Gaucher	23 (65,7)	12 (34,3)	35	1,9:1
Enfermedad de Huntington	120 (40,7)	175 (59,3)	295	0,7:1
Enfermedad de Niemann-Pick	9 (69,2)	4 (30,8)	13	2,3:1
Enfermedad de Rendu-Osler	118 (41,4)	167 (58,6)	285	0,7:1
Enfermedad de Wilson	142 (56,6)	109 (43,4)	251	1,3:1
Esclerosis lateral amiotrófica	251 (56,8)	191 (43,2)	442	1,3:1
Fenilcetonuria	145 (47,1)	163 (52,9)	308	0,9:1
Fibrosis quística	285 (49,4)	292 (50,6)	577	1,0:1
Hemofilia A	667 (96,1)	27 (3,9)	694	24,7:1
Hipotiroidismo Congénito	118 (46,3)	137 (53,7)	255	0,9:1
Osteogénesis imperfecta	145 (43,9)	185 (56,1)	330	0,8:1
Retinosis Pigmentaria y Retinosis Pigmentaria Sindrómicas	462 (44,9)	567 (55,1)	1.029	0,8:1
Síndrome de Angelman	35 (43,8)	45 (56,3)	80	0,8:1
Síndrome de Beckwith-Wiedemann	42 (51,2)	40 (48,8)	82	1,1:1
Síndrome de Goodpasture	49 (38,0)	80 (62,0)	129	0,6:1
Síndrome de Marfan	243 (50,9)	234 (49,1)	477	1,0:1
Síndrome de Prader-Willi	71 (50,7)	69 (49,3)	140	1,0:1
Síndrome de Williams	83 (58,5)	59 (41,5)	142	1,4:1
Síndrome de X frágil	137 (80,6)	33 (19,4)	170	4,2:1
Tetralogía de Fallot	359 (54,1)	305 (45,9)	664	1,2:1
Total	4.776	5.426	10.202	0,9:1

* Enfermedades comunicadas al Registro Estatal de Enfermedades Raras

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de prevalencia por 10 mil habitantes a 1 de enero de 2022 se muestran en la siguiente tabla. La Cirrosis Biliar Primaria es la enfermedad con mayor prevalencia entre las 29 enfermedades ReeR, con 2,38 casos por 10 mil (0,42 en hombres y 4,18 en mujeres), seguida por la Retinosis Pigmentaria con 1,52 casos por 10 mil (1,43 en hombres y 1,61 en mujeres) y por la Distrofia Miotónica de Steinert con 1,33 casos por 10 mil (1,33 tanto en hombres como en mujeres).

Prevalencia de enfermedades ReeR*. Comunidad de Madrid, 1 de enero de 2022

Enfermedad	Prevalencias (intervalo confianza al 95%)		
	Hombres	Mujeres	Total
Artrogriposis Múltiple Congénita	0,07 (0,05-0,11)	0,06 (0,04-0,09)	0,06 (0,05-0,09)
Artrogriposis Múltiple Congénita Distal	0,07 (0,05-0,11)	0,04 (0,03-0,07)	0,06 (0,04-0,08)
Ataxia de Friedreich	0,24 (0,20-0,30)	0,18 (0,14-0,23)	0,21 (0,18-0,25)
Atrofia muscular espinal proximal	0,14 (0,10-0,19)	0,12 (0,09-0,16)	0,13 (0,10-0,16)
Cirrosis Biliar Primaria	0,42 (0,36-0,50)	4,18 (3,97-4,40)	2,38 (2,27-2,50)
Complejo Esclerosis Tuberosa	0,62 (0,54-0,71)	0,55 (0,48-0,63)	0,58 (0,53-0,64)
Displasia Renal	0,93 (0,83-1,04)	0,62 (0,54-0,70)	0,77 (0,70-0,84)
Distrofia miotónica de Steinert	1,33 (1,21-1,46)	1,33 (1,21-1,46)	1,33 (1,25-1,42)
Enfermedad de Fabry	0,10 (0,07-0,14)	0,12 (0,09-0,16)	0,11 (0,09-0,14)
Enfermedad de Gaucher	0,07 (0,05-0,11)	0,03 (0,02-0,06)	0,05 (0,04-0,07)
Enfermedad de Huntington	0,37 (0,31-0,44)	0,50 (0,43-0,58)	0,44 (0,39-0,49)
Enfermedad de Niemann-Pick	0,03 (0,01-0,05)	0,01 (0,00-0,03)	0,02 (0,01-0,03)
Enfermedad de Rendu-Osler	0,37 (0,31-0,44)	0,47 (0,41-0,55)	0,42 (0,38-0,47)
Enfermedad de Wilson	0,44 (0,37-0,52)	0,31 (0,26-0,37)	0,37 (0,33-0,42)
Esclerosis lateral amiotrófica	0,78 (0,69-0,88)	0,54 (0,47-0,63)	0,65 (0,60-0,72)
Fenilcetonuria	0,45 (0,38-0,53)	0,46 (0,4-0,54)	0,46 (0,41-0,51)
Fibrosis quística	0,88 (0,79-0,99)	0,83 (0,74-0,93)	0,85 (0,79-0,93)
Hemofilia A	2,06 (1,91-2,23)	0,08 (0,05-0,11)	1,03 (0,95-1,11)
Hipotiroidismo Congénito	0,37 (0,31-0,44)	0,39 (0,33-0,46)	0,38 (0,33-0,43)
Osteogénesis imperfecta	0,45 (0,38-0,53)	0,53 (0,46-0,61)	0,49 (0,44-0,54)
Retinosis Pigmentaria y Retinosis Pigmentaria Sindrómicas	1,43 (1,31-1,57)	1,61 (1,48-1,75)	1,52 (1,43-1,62)
Síndrome de Angelman	0,11 (0,08-0,15)	0,13 (0,10-0,17)	0,12 (0,10-0,15)
Síndrome de Beckwith-Wiedemann	0,13 (0,10-0,18)	0,11 (0,08-0,15)	0,12 (0,10-0,15)
Síndrome de Goodpasture	0,15 (0,11-0,20)	0,23 (0,18-0,28)	0,19 (0,16-0,23)
Síndrome de Marfan	0,75 (0,66-0,85)	0,66 (0,58-0,76)	0,71 (0,65-0,77)
Síndrome de Prader-Willi	0,22 (0,17-0,28)	0,2 (0,15-0,25)	0,21 (0,18-0,24)
Síndrome de Williams	0,26 (0,21-0,32)	0,17 (0,13-0,22)	0,21 (0,18-0,25)
Síndrome de X frágil	0,42 (0,36-0,50)	0,09 (0,07-0,13)	0,25 (0,22-0,29)
Tetralogía de Fallot	1,11 (1,00-1,23)	0,87 (0,77-0,97)	0,98 (0,91-1,06)

*Enfermedades comunicadas al Registro Estatal de Enfermedades Raras

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/sistema-informacion-enfermedades-raras-comunidad-madrid-sierma>

Situación de las enfermedades poco frecuentes en la Comunidad de Madrid. Informe SIERMA 2024
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informesierma_2024.pdf

Salud mental

Indicadores generales de salud mental

Mortalidad

Morbilidad en atención hospitalaria

Morbilidad en atención primaria

Años de vida perdidos (AVP)

Contribución al cambio de esperanza de vida al nacer

Encuestas poblacionales

Adolescentes: distrés psicológico (GHQ-12)

Población adulta y mayor: sintomatología depresiva (PHQ-8)

Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. A continuación, se presentan los principales indicadores de las patologías mentales en la mortalidad y la morbilidad hospitalaria y en atención primaria.

Indicadores generales de salud mental

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbimortalidad por trastornos mentales en la población de la Comunidad de Madrid, según sexo.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	721	1.645	2.366
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	21,70	45,46	34,09
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,35	0,63	0,98
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	27,28	28,94	28,86
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	244,45	265,72	255,54
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	0,004	0,036	0,021
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	6.937	11.796	18.733

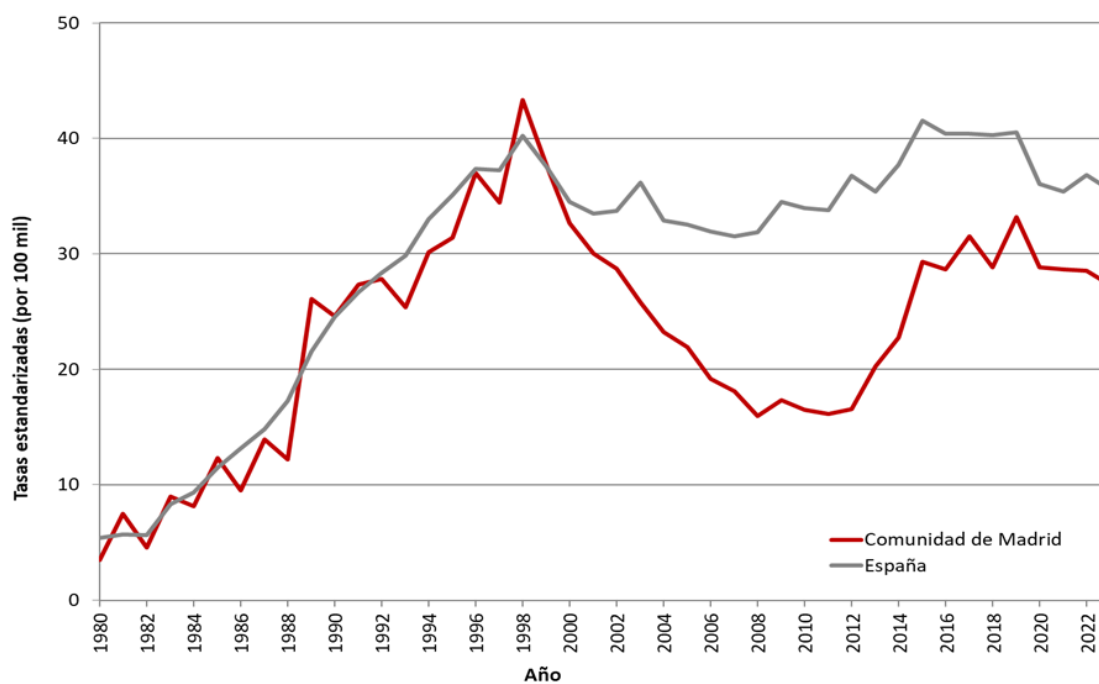
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por trastornos mentales (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Se analiza la serie histórica desde 1980.

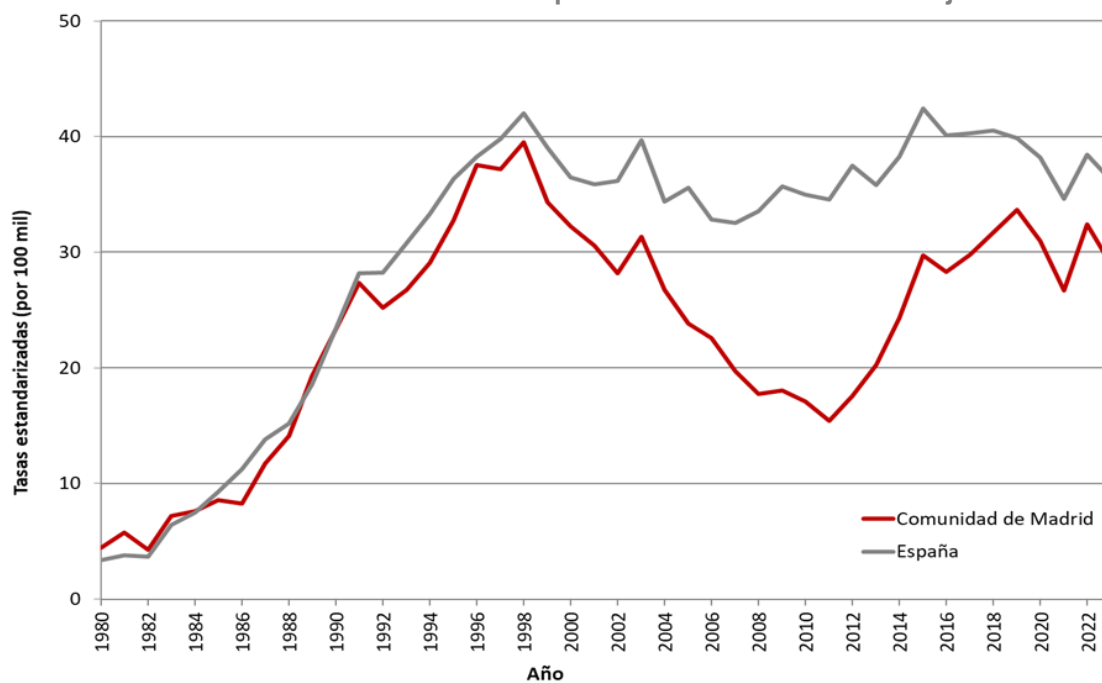
Tanto en hombres como en mujeres, tras un ascenso de la mortalidad por trastornos mentales desde 1980, con el cambio de siglo las tasas han tendido a disminuir, más en la Comunidad de Madrid que en el conjunto de España. En los últimos años, tras un progresivo aumento, parece manifestarse una cierta tendencia a la estabilidad de las tasas.

Evolución anual de la mortalidad por trastornos mentales en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por trastornos mentales en mujeres

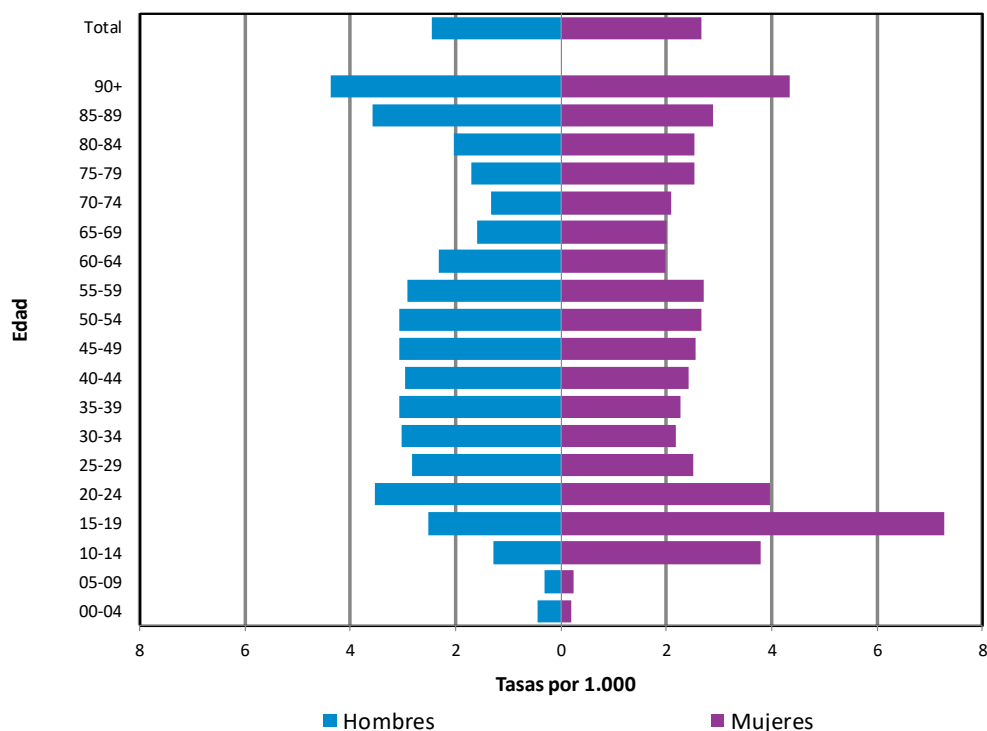


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad en atención hospitalaria

La morbilidad por patología mental que requiere hospitalización se distribuye de manera relativamente regular a lo largo de todas las edades a partir de los 15 años, con tasas muy destacadas en las mujeres adolescentes (a expensas de trastornos del comportamiento alimentario, del estado de ánimo y del comportamiento) y en los hombres de más de 84 años.

Morbilidad hospitalaria por patología mental. Comunidad de Madrid, 2023

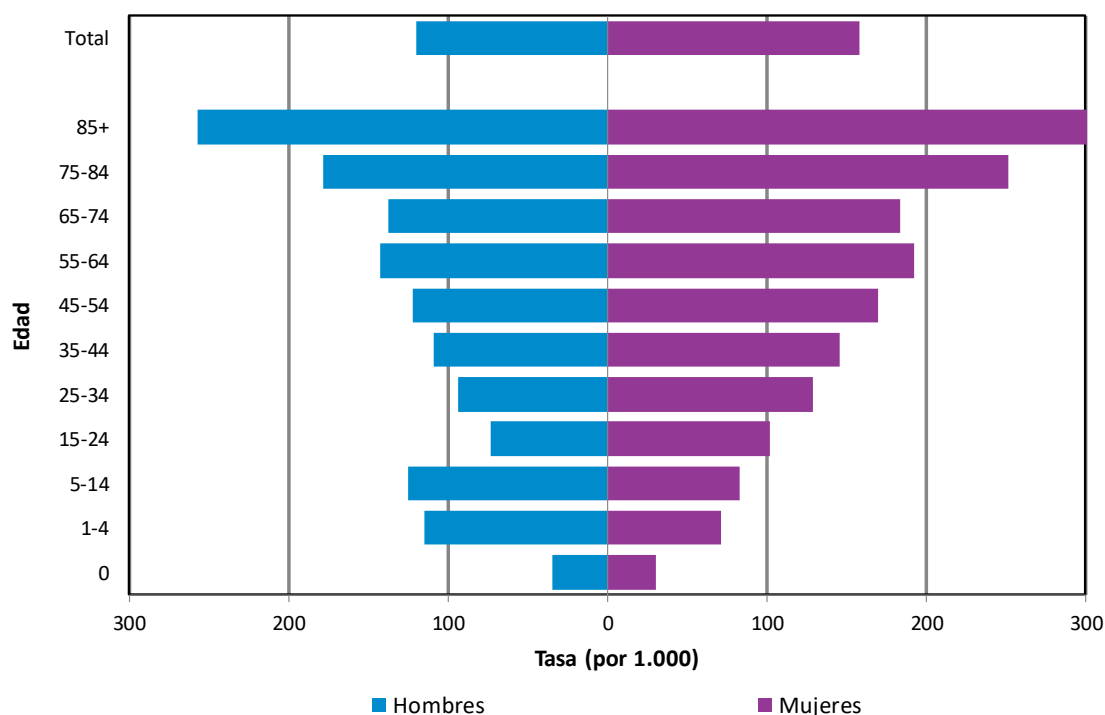


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad en atención primaria

Las tasas de morbilidad atendida en Atención Primaria crecen con la edad y son mayores en mujeres que en hombres en edades superiores a los 14 años.

Patología mental atendida en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, 2024



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la figura se presentan las patologías mentales más frecuentes atendidas en atención primaria por sexo y edad. Se expresa en cada casilla de la cuadrícula la enfermedad y código CIAP, con un mismo color, y el número de episodios con algún apunte en el año 2024. En Atención Primaria hasta los 14 años los episodios de atención más frecuentes de patología mental son los relacionados con trastornos del comportamiento y del sueño y los hiperactivos, entre los 15 y 74 años se relacionan con problemas del estado de ánimo (ansiedad, depresión) y la dependencia tabáquica, y a partir de esa edad son superados por los trastornos de memoria y la demencia.

**Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes
Comunidad de Madrid, 2024**

Grupo de edad		Orden				
		1	2	3	4	5
HOMBRES	0	P04-Sens/sent de irritabilid/enojo N=456	P06-Trastornos del sueño N=171	P24-Probl específicos del aprendizaje N=104	P22-Sig/sin compor niño N=32	P11-Problemas de conducta N=27
	1-4	P22-Sig/sin compor niño N=3.521	P24-Probl específicos del aprendizaje N=2.748	P06-Trastornos del sueño N=2.341	P99-Otros problemas psicológicos/mentales N=1.409	P04-Sens/sent de irritabilid/enojo N=571
	5-14	P81-Trastornos hipercinéticos N=11.032	P22-Sig/sin compor niño N=8.252	P24-Probl específicos del aprendizaje N=6.336	P99-Otros problemas psicológicos/mentales N=4.179	P12-Enuresis N=3.392
	15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=5.741	P81-Trastornos hipercinéticos N=4.507	P06-Trastornos del sueño N=1.903	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.807	P17-Abuso del tabaco N=1.659
	25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=12.669	P17-Abuso del tabaco N=6.320	P06-Trastornos del sueño N=3.777	P76-Depresión/trastornos depresivos N=3.685	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=1.983
	35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=15.773	P17-Abuso del tabaco N=12.372	P06-Trastornos del sueño N=7.158	P76-Depresión/trastornos depresivos N=4.621	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=2.376
	45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=17.626	P17-Abuso del tabaco N=17.591	P06-Trastornos del sueño N=12.110	P76-Depresión/trastornos depresivos N=6.546	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=3.550
	55-64	P17-Abuso del tabaco N=16.655	P06-Trastornos del sueño N=12.596	P01-Sensación ansiedad/tensión N=11.284	P76-Depresión/trastornos depresivos N=6.285	P15-Abuso crónico de alcohol N=4.084
	65-74	P06-Trastornos del sueño N=9.594	P17-Abuso del tabaco N=8.386	P01-Sensación ansiedad/tensión N=4.008	P20-Trastornos de la memoria N=3.303	P76-Depresión/trastornos depresivos N=3.286
	75-84	P06-Trastornos del sueño N=7.273	P20-Trastornos de la memoria N=6.378	P70-Demencia N=6.356	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2.952	P01-Sensación ansiedad/tensión N=2.506
85+	P70-Demencia N=5.851	P20-Trastornos de la memoria N=3.560	P06-Trastornos del sueño N=3.018	P76-Depresión/trastornos depresivos N=1.255	P01-Sensación ansiedad/tensión N=909	
Grupo de edad		Orden				
		1	2	3	4	5
MUJERES	0	P04-Sens/sent de irritabilid/enojo N=393	P06-Trastornos del sueño N=113	P24-Probl específicos del aprendizaje N=81	P22-Sig/sin compor niño N=25	P11-Problemas de conducta N=23
	1-4	P06-Trastornos del sueño N=1.911	P22-Sig/sin compor niño N=1.659	P24-Probl específicos del aprendizaje N=1.421	P04-Sens/sent de irritabilid/enojo N=514	P99-Otros problemas psicológicos/mentales N=488
	5-14	P81-Trastornos hipercinéticos N=4.823	P22-Sig/sin compor niño N=4.706	P24-Probl específicos del aprendizaje N=4.456	P06-Trastornos del sueño N=2.292	P01-Sensación ansiedad/tensión N=2.122
	15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=13.498	P76-Depresión/trastornos depresivos N=3.863	P81-Trastornos hipercinéticos N=2.626	P06-Trastornos del sueño N=2.098	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=1.900
	25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=27.059	P76-Depresión/trastornos depresivos N=7.377	P17-Abuso del tabaco N=5.135	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=4.136	P06-Trastornos del sueño N=3.344
	35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=35.034	P17-Abuso del tabaco N=10.403	P76-Depresión/trastornos depresivos N=10.267	P06-Trastornos del sueño N=6.135	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=5.028
	45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=40.015	P17-Abuso del tabaco N=16.719	P76-Depresión/trastornos depresivos N=15.577	P06-Trastornos del sueño N=12.317	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=5.654
	55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=28.273	P17-Abuso del tabaco N=18.649	P76-Depresión/trastornos depresivos N=16.118	P06-Trastornos del sueño N=13.763	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=3.962
	65-74	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14.146	P06-Trastornos del sueño N=11.900	P76-Depresión/trastornos depresivos N=11.677	P17-Abuso del tabaco N=10.236	P20-Trastornos de la memoria N=5.702
	75-84	P76-Depresión/trastornos depresivos N=11.389	P20-Trastornos de la memoria N=11.267	P06-Trastornos del sueño N=11.051	P70-Demencia N=10.559	P01-Sensación ansiedad/tensión N=10.113
85+	P70-Demencia N=14.188	P20-Trastornos de la memoria N=7.913	P06-Trastornos del sueño N=6.067	P76-Depresión/trastornos depresivos N=4.860	P01-Sensación ansiedad/tensión N=3.829	

*Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

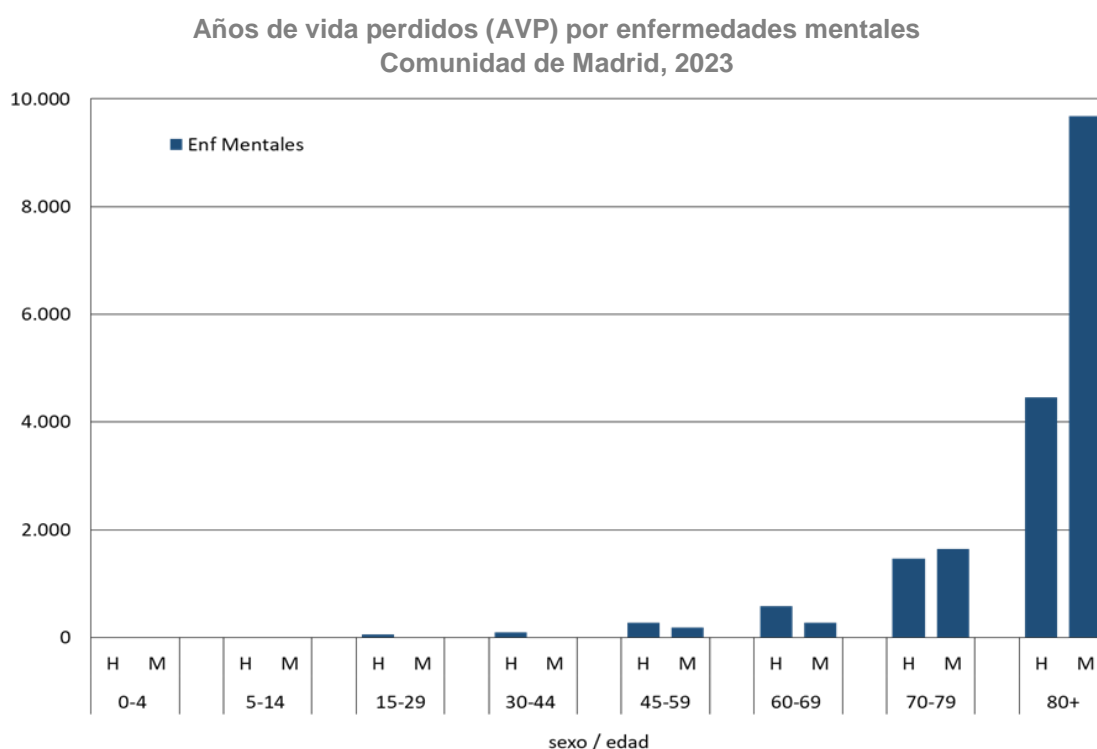
Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Años de vida perdidos (AVP)

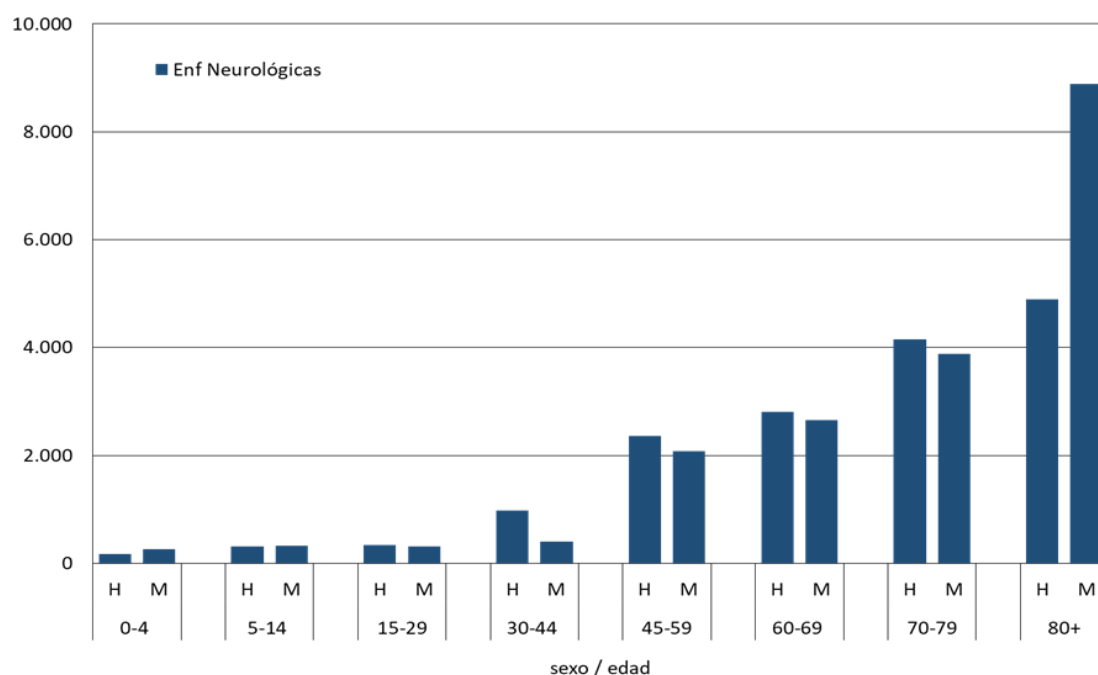
En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades mentales en el año 2023.

Los AVP por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid en 2023 se concentran en las edades más avanzadas, especialmente en las enfermedades mentales. Antes de los 70 años –de los 80 años en las neurológicas- los AVP de los hombres superan a los de las mujeres. Por encima de los 80 años las pérdidas son mucho mayores en estas últimas.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades neurológicas Comunidad de Madrid, 2023



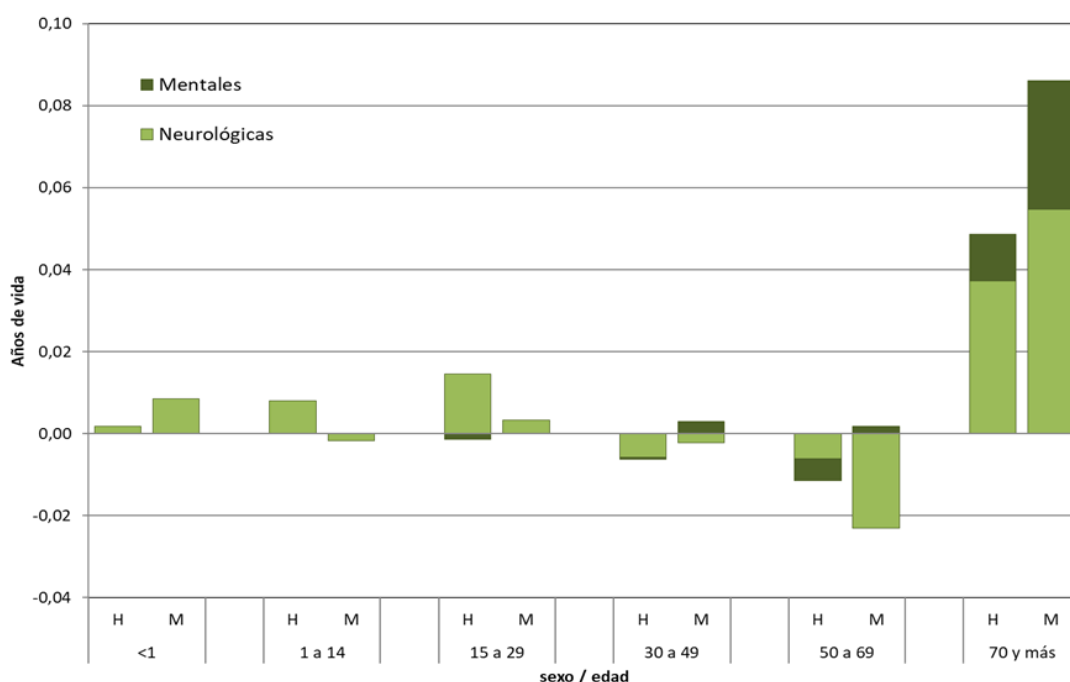
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Contribución al cambio de esperanza de vida al nacer

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por estas causas.

La contribución de las enfermedades mentales y neurológicas al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid ha sido globalmente positiva en el quinquenio 2018-2023 y se concentra por encima de los 70 años de edad. Por debajo de esta edad se producen leves pérdidas o ganancias de expectativa de vida por estas causas, según el grupo etario, sin un patrón claro.

Contribución de las enfermedades mentales y neurológicas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2018-2023



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

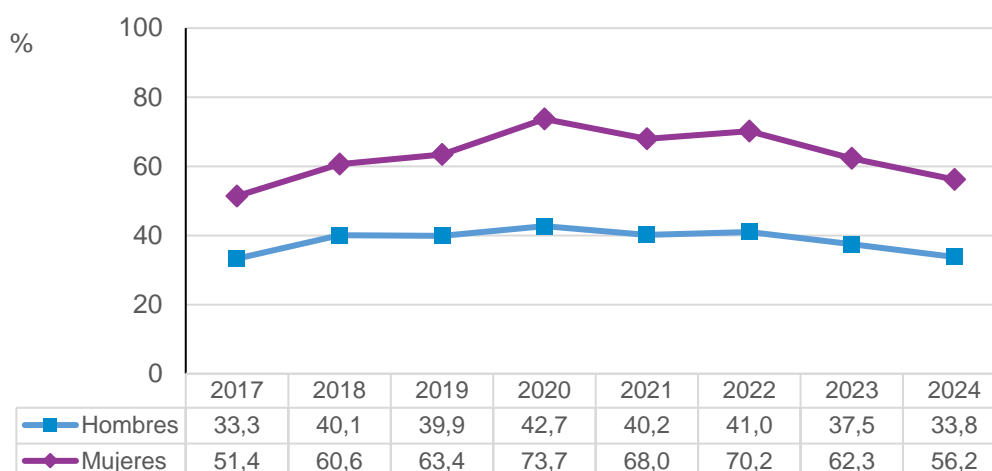
Encuestas poblacionales

Adolescentes: distrés psicológico (GHQ-12)

La detección temprana de problemas psicológicos o de un estado de mala salud mental es un asunto de gran importancia desde el punto de vista diagnóstico y más aún desde el punto de vista de la intervención. El GHQ-12 es un instrumento de cribado que se emplea para diferenciar entre malestar y salud psicológicos (no permite establecer un diagnóstico clínico ni valorar trastornos crónicos).

En la siguiente figura se muestra la prevalencia de distrés psicológico en adolescentes de 4º de ESO, mayoritariamente de 15 y 16 años con una puntuación en la escala binaria del GHQ-12, de 3 o más de 3 puntos. En 2024, la prevalencia de malestar o distrés psicológico en la población juvenil fue 45,2%. Esta prevalencia fue considerablemente mayor (1,7 veces mayor) en las chicas (56,2%) que en los chicos (33,8%).

Evolución de malestar psicológico (GHQ-12 ≥ 3) en población de 4º de ESO, 15 a 16 años. Comunidad de Madrid



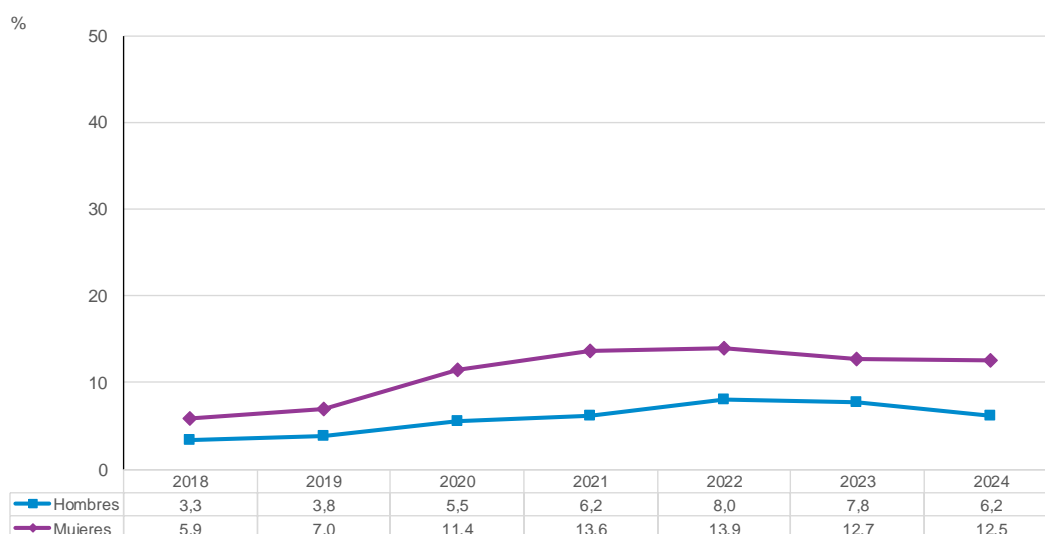
Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Es destacable el empeoramiento registrado en este indicador en 2020 particularmente en las chicas, aunque también en los chicos, posiblemente relacionado con la pandemia por covid-19 y los factores asociados. En 2023 parece haberse iniciado una tendencia descendente.

Población adulta y mayor: sintomatología depresiva (PHQ-8)

La prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) entre la población de 18 a 64 años es superior en mujeres, duplicando en 2024 a la de los hombres (12,5%, frente al 6,2%). En cuanto a la tendencia temporal, como se aprecia en la figura el mayor aumento se observa en mujeres entre 2020 y 2022, y desde 2023 parece haber una tendencia descendente, más marcada en hombres.

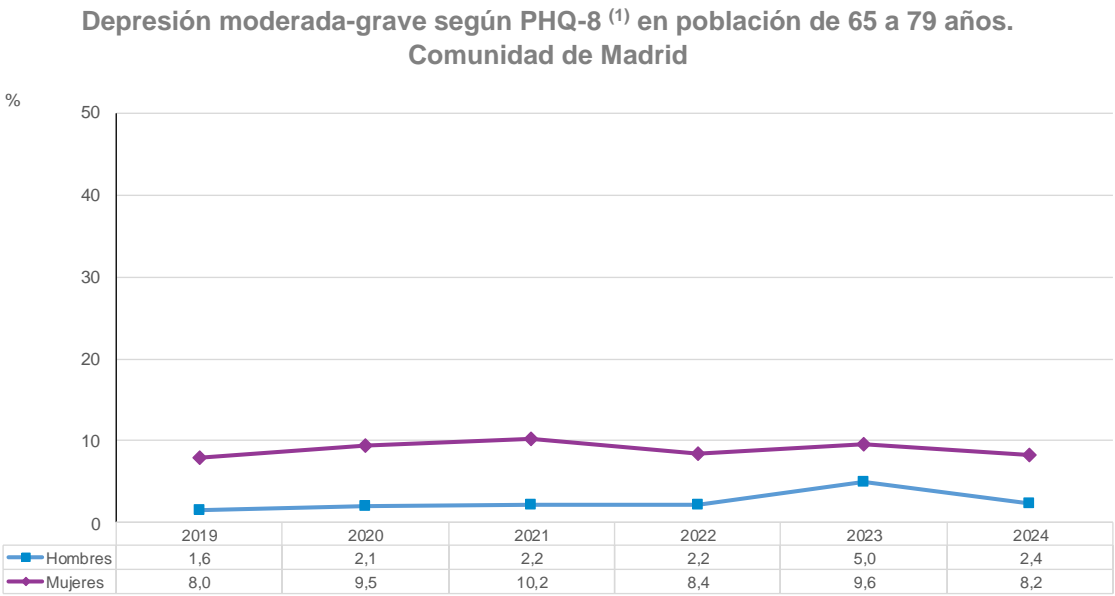
Depresión moderada-grave según PHQ-8 ⁽¹⁾ en población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid



(1) Puntos de corte de depresión: ≥ 10 (moderada + moderadamente severa + severa)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La prevalencia de depresión (PHQ-8 ≥ 10) en mujeres de entre 65 y 79 años triplica en 2024 a la de los varones, alcanzando el 8,2% de la población femenina de esa edad, frente al 2,4% en hombres. Esas prevalencias son discretamente más bajas que las detectadas en 2023.



(1) Puntos de corte de depresión: ≥ 10 (moderada + moderadamente severa +severa)

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Suicidio

La siguiente tabla resume los principales indicadores de mortalidad por suicidio en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Suicidio. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	279	139	418
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	8,40	3,84	6,02
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	10,83	4,59	7,61
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	8,36	3,67	5,80
Contribución al cambio de la esperanza de vida, en años (2018-2023)	-0,015	-0,019	-0,017
Carga de enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	10.250	5.102	15.352

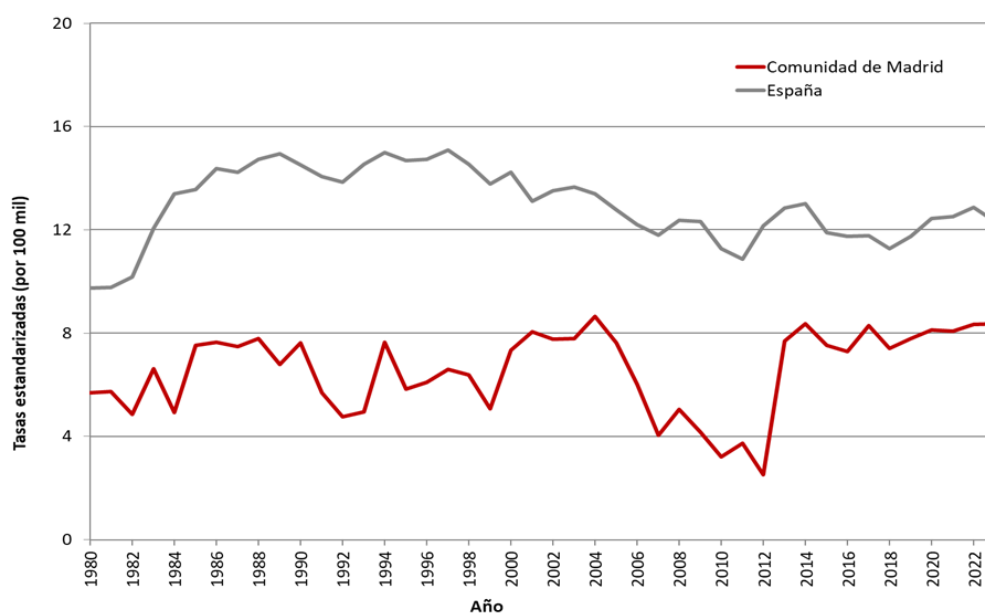
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

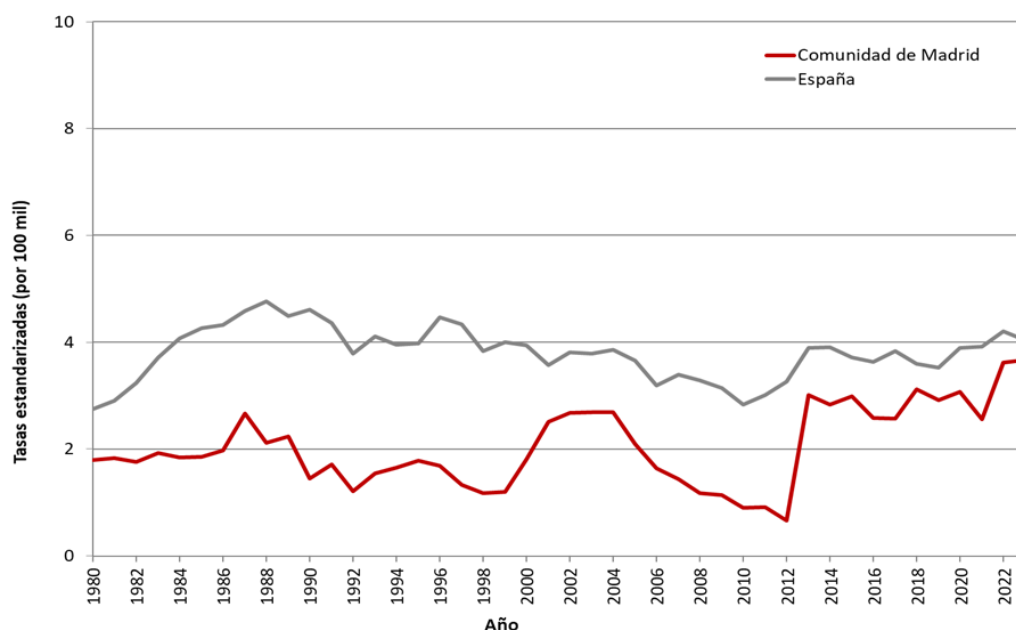
En ambos sexos, la mortalidad por suicidio en hombres sigue en la Comunidad de Madrid una evolución ligeramente ascendente, más evidente en las mujeres que en los hombres. Tanto el descenso observado entre el año 2005 y el año 2012 como el brusco incremento en 2013 no son reales, sino que tienen que ver con la mejora de la calidad de las notificaciones judiciales en este último año tras la degradación de los previos.

Evolución anual de la mortalidad por suicidio en hombres



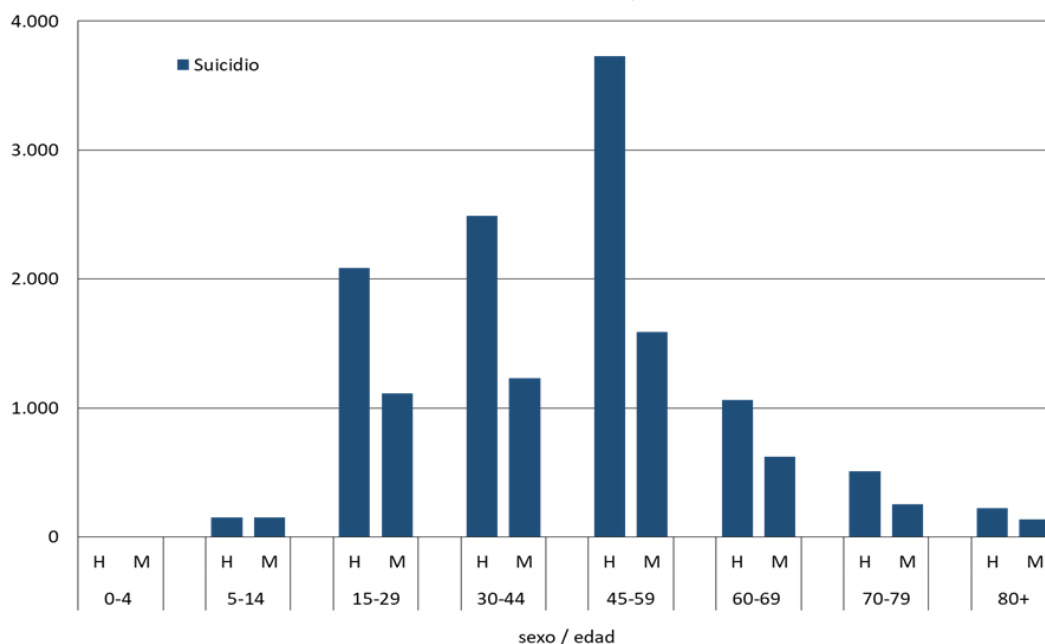
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por suicidio en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el suicidio en el año 2023. Los AVP por suicidio en la Comunidad de Madrid en 2023 son claramente mayores en hombres que en mujeres y se concentran en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

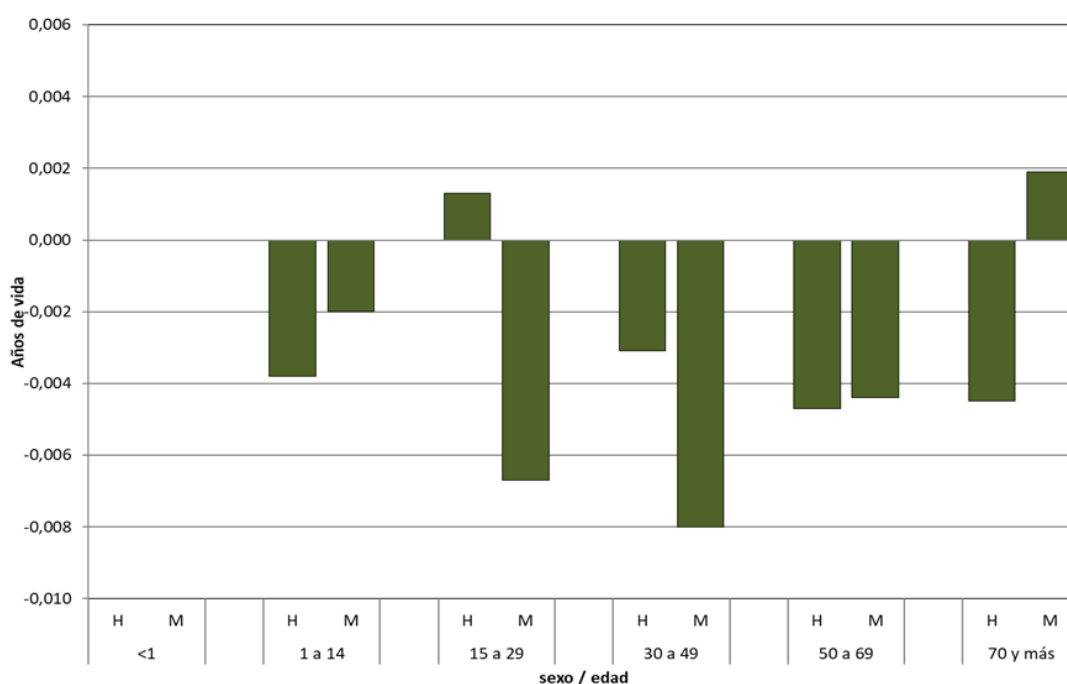
Años de vida perdidos (AVP) por suicidio
Comunidad de Madrid, 2023

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución de la mortalidad por suicidio al cambio de la esperanza de vida al nacer, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2018-2023. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esta causa.

La mortalidad global por suicidio ha contribuido al cambio de la esperanza de vida, entre 2018 y 2023 de manera ligeramente negativa en ambos sexos prácticamente en todas las edades, salvo en los hombres de 15 a 29 años y las mujeres de 70 y más.

**Contribución del suicidio al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2018-2023**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Salud laboral

Enfermedades profesionales

Accidentes de trabajo

La vigilancia epidemiológica de las repercusiones en salud derivadas de la exposición a riesgos y daños derivados del trabajo en la Comunidad de Madrid permite aportar información para la prevención de riesgos laborales y la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo.

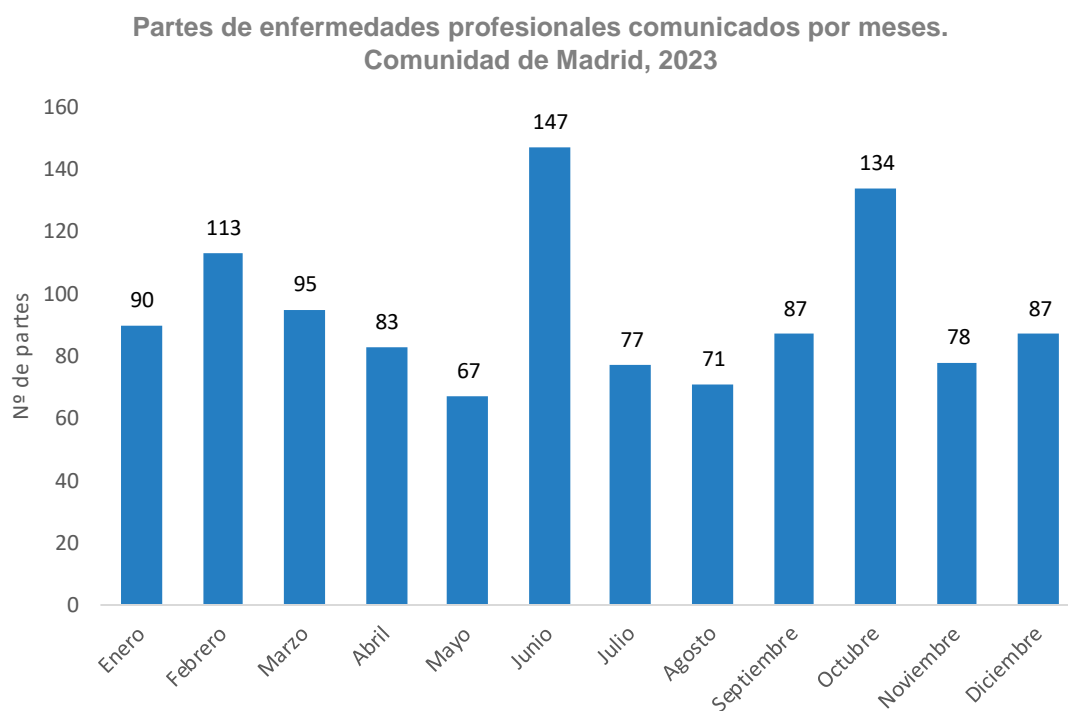
A continuación, se muestran los últimos datos básicos consolidados sobre las lesiones y patologías derivadas del trabajo en la Comunidad de Madrid. Para el cálculo de tasas, se considera la afiliación a la Seguridad Social, de la población total y de forma desagregada por sexo.

Enfermedades profesionales

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 157 establece como enfermedad profesional “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”. Y el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro -y posteriores modificaciones-, establece un listado (Anexo I) en que se enumeran una serie de enfermedades clasificadas en seis grupos -según agentes- y establece (aunque no de modo exhaustivo) las actividades laborales en las que se sabe que se ha podido producir la exposición a los mismos. Este Real Decreto incorpora un segundo anexo en el que están reflejadas otras de las que se considera que aún no se ha podido demostrar su relación directa con diferentes agentes, pero se prevé que acabarán pasando al Anexo I cuando haya evidencia y consenso suficiente.

En la Comunidad de Madrid, durante el año 2023 fue comunicado un total de 1.124 partes de enfermedad profesional (EP), de los cuales 620 correspondían a mujeres (54,9%), y 509 a hombres (45,1%), recuperándose las proporciones previas a la pandemia por covid-19, aunque se mantienen las cifras muy por debajo a lo comunicado en años anteriores (suponiendo el 70,1% del año 2019). Del total de partes comunicados, el 60,9% conllevó baja laboral.

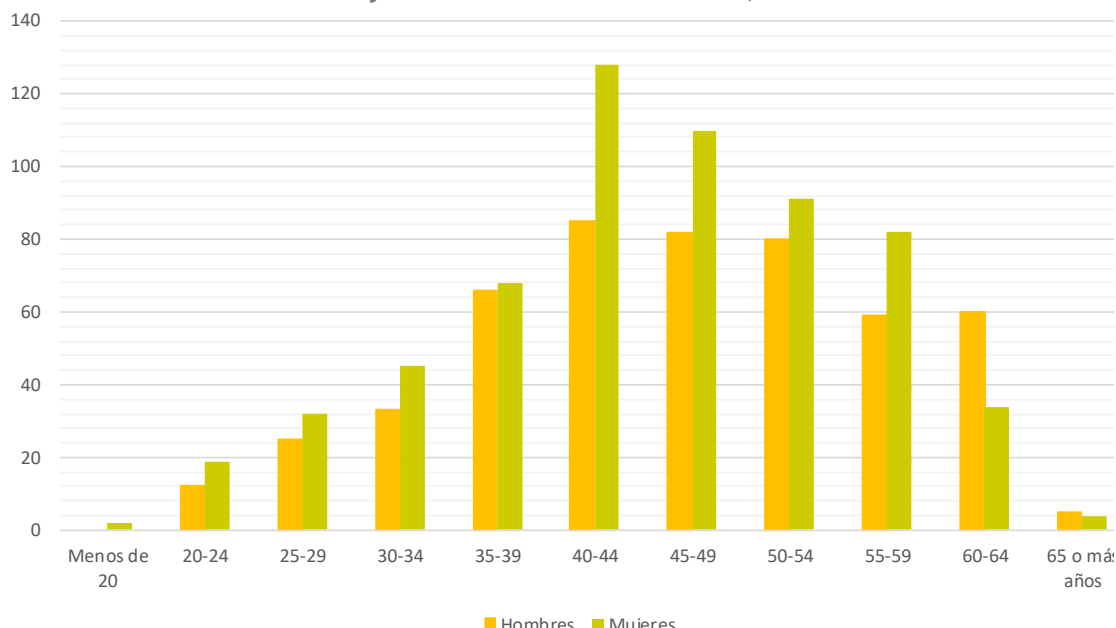
En la figura siguiente puede observarse la distribución mensual del número de partes de EP comunicados durante 2023, con descenso de comunicaciones durante los periodos vacacionales.



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

La media de edad fue de 45,39 años. El número de partes correspondientes a mujeres es mayor en todos los grupos de edad salvo en el grupo de 60 a 64 años y el de mayores de 65 años, observándose un cambio en el perfil de la distribución por sexo respecto a lo observado en el año 2022.

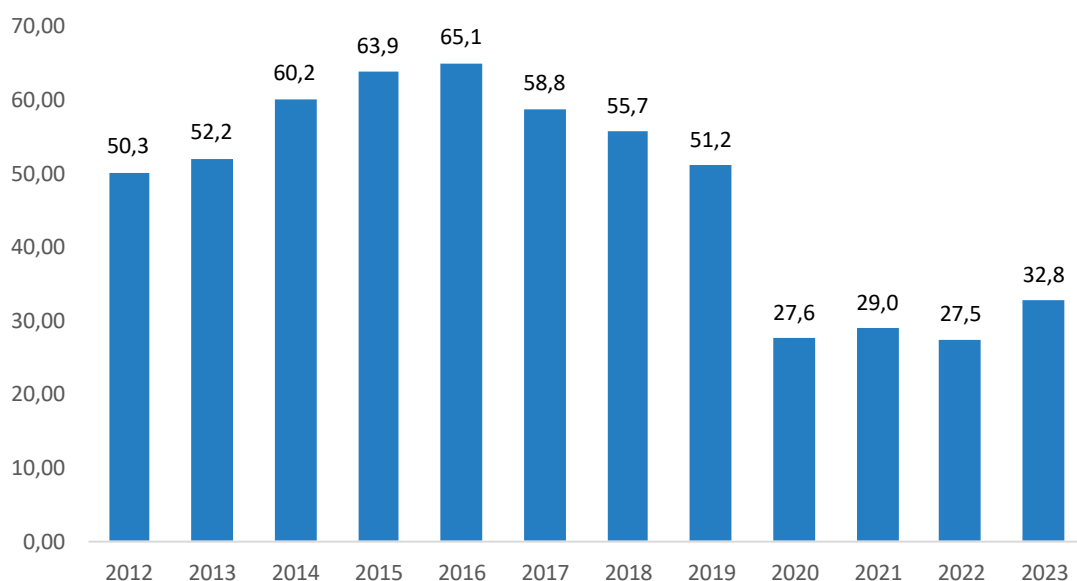
Distribución de los partes de enfermedades profesionales comunicados por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2023



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En cuanto a la evolución temporal del índice de incidencia de EP comunicadas, en 2023 se mantienen cifras semejantes a las observadas desde el año 2020, lejos de años previos a la pandemia por covid-19.

Evolución anual del índice de incidencia de enfermedades profesionales comunicadas por 100.000 afiliados/as. Comunidad de Madrid



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Por sectores de actividad de las empresas en las que trabajaban las personas afectadas, se observa un mayor porcentaje en el sector servicios, que es también el que asume mayor afiliación. Sin embargo, en relación al número de afiliados/as en cada sector, se objetiva que en la industria el índice de incidencia es el triple al hallado en el sector servicios.

Enfermedades profesionales por sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2023

	Frecuencia	Porcentaje	Afiliados/as	Incidencia por 100.000 afiliados/as
Agrario	4	0,4	6.582	60,8
Industria	209	18,6	225.724	92,6
Construcción	84	7,5	211.003	39,8
Servicios	827	73,6	2.980.827	27,7
Total	1.124	100	3.424.135	32,8

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

La distribución de EP comunicadas en el año 2023, según el listado publicado en el Real Decreto 1299/2006, se muestra en la tabla siguiente. El mayor número de EP comunicadas pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, siendo este grupo el que tiene también una mayor incidencia por cada 100.000 afiliados/as.

Enfermedades profesionales (EP) comunicadas según el RD 1299/2006 por tipo de agente. Comunidad de Madrid, 2023

	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº EP	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº EP	Incidencia por 100.000 afiliadas	Nº EP	Incidencia por 100.000 afiliados/as
EP causadas por agentes químicos	29	1,63	31	1,88	60	1,75
EP causadas por agentes físicos	353	19,89	366	22,19	719	21,00
EP causadas por agentes biológicos	45	2,54	136	8,24	181	5,29
EP causadas por inhalación de otras sustancias y agentes (*)	47	2,65	18	1,09	65	1,90
EP de la piel causadas por otras sustancias y agentes (*)	28	1,58	66	4,00	94	2,75
EP causadas por agentes carcinógenos	5	0,28	0	0,00	5	0,15
Total	507	28,57	617	37,4	1.124	32,83

(*) No comprendidos en otros apartados

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En la distribución de las EP por patologías, se observó en 2023 que la epicondilitis (homo y bilateral) constituyen más de la quinta parte de las EP comunicadas, seguidas de la afectación del túnel carpiano y de dermatitis alérgicas y por contacto. Se recogieron 14 tumores de bronquio/pulmón.

Enfermedades profesionales comunicadas agrupadas por patología. Comunidad de Madrid, 2023

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Epicondilitis	251	22,3
Síndrome del túnel carpiano	209	18,6
Dermatitis alérgica y de contacto	123	10,9
Conjuntivitis	109	9,7
Tenosinovitis de Quervain	63	5,6
Otras patologías de apto locomotor	48	4,3
Dedo en gatillo	43	3,8
Alteraciones del aparato fonador	37	3,3
Escabiosis	32	2,8
Patologías del hombro	26	2,3
Neumopatía por inhalación de agentes	23	2,0
Asma	20	1,8
Hipoacusia	15	1,3
Cáncer de bronquio y pulmón	14	1,3
Otras patologías de la mano	11	1,0
Patologías de rodilla	8	0,7
Asbestosis de pulmón y pleura	8	0,7
Resto	84	7,5
Total	1124	100

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

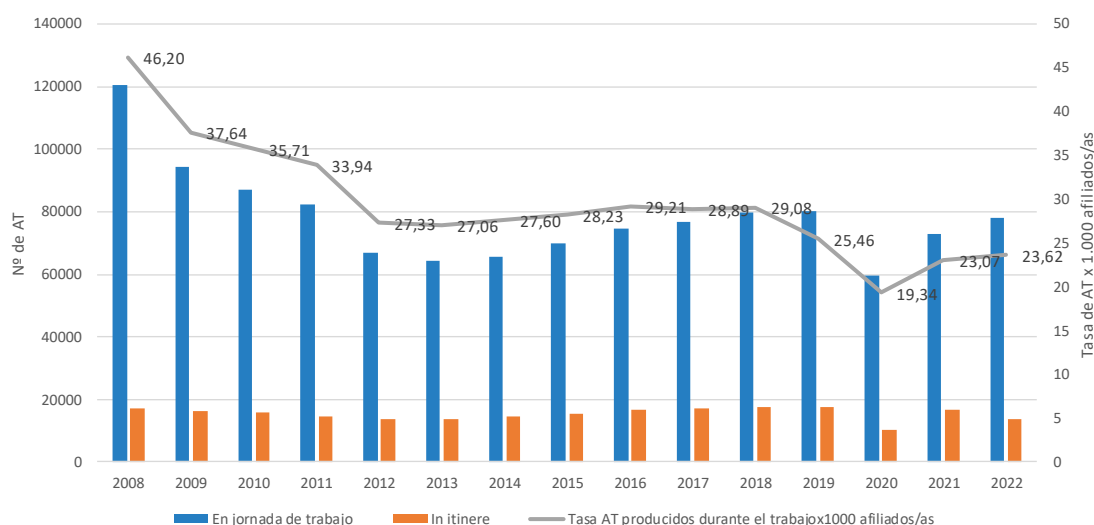
Accidentes de trabajo

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo. 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; los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa; los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo; las enfermedades, no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo; las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el

trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente; así como las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes.

Los últimos datos consolidados de Accidentes de Trabajo (AT) con baja disponibles en el momento de realizar el presente informe corresponden al año 2022. Durante este periodo se produjeron en la Comunidad de Madrid 91.942 AT, de los que 57.584 correspondieron a hombres y 34.358 a mujeres (62,6% y 37,4% respectivamente). La tasa de incidencia fue de 23,62 AT con baja en jornada de trabajo (ATJT), por cada 1.000 afiliados (con tendencia muy levemente ascendente, pero sin alcanzar las cifras de los previos a la pandemia).

Evolución anual de los accidentes de trabajo (AT) según momento del accidente, y tasas de AT durante el trabajo x 1000 afiliados/as. Comunidad de Madrid



Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En la tabla siguiente se muestra la incidencia de algunos AT seleccionados por la forma de producirse o por sus efectos en salud. Se trata de los AT por accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves, muy graves y mortales (G, MG y M), los sobreesfuerzos físicos y las agresiones.

Tasas de accidentes de trabajo (AT) por determinadas causas. Comunidad de Madrid, 2022

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
AT por accidente de tráfico	8.059	469,2	4.505	283,89
AT por infartos y derrames cerebrales graves, muy graves y mortales	66	3,8	12	0,76
AT por sobreesfuerzos físicos	18.088	1.053,1	8.461	533,18
AT por agresiones	711	41,4	515	32,45

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los factores que se muestran en las tablas siguientes.

Indicadores de la repercusión de los accidentes de trabajo. Comunidad de Madrid, 2022

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.371	79,82	1.650	103,98
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	81	4,72	5	0,32
3º. AT que resultaron en muerte	89	5,18	10	0,63
4º. AT graves y mortales en jornada de trabajo (excluidos <i>in itinere</i>)	356	20,73	56	3,53

	Nº AT	Suma	Media
5º. Días de baja laboral ¹			
Hombres	56.588	1.871.388,0	33,07
Mujeres	33.754	1.069.804,0	31,69
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos ²			
Hombres	89	1.904,0	21,39
Mujeres	10	261,0	26,10

¹ Sin considerar los AT mortales

² Calculados sobre los AT mortales para un límite de edad productiva de 70 años

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas que ocupan a mayor cantidad de población, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en el sector de la construcción seguida de la industria manufacturera; y, entre las mujeres, en actividades sanitarias y de servicios sociales y transporte y almacenamiento.

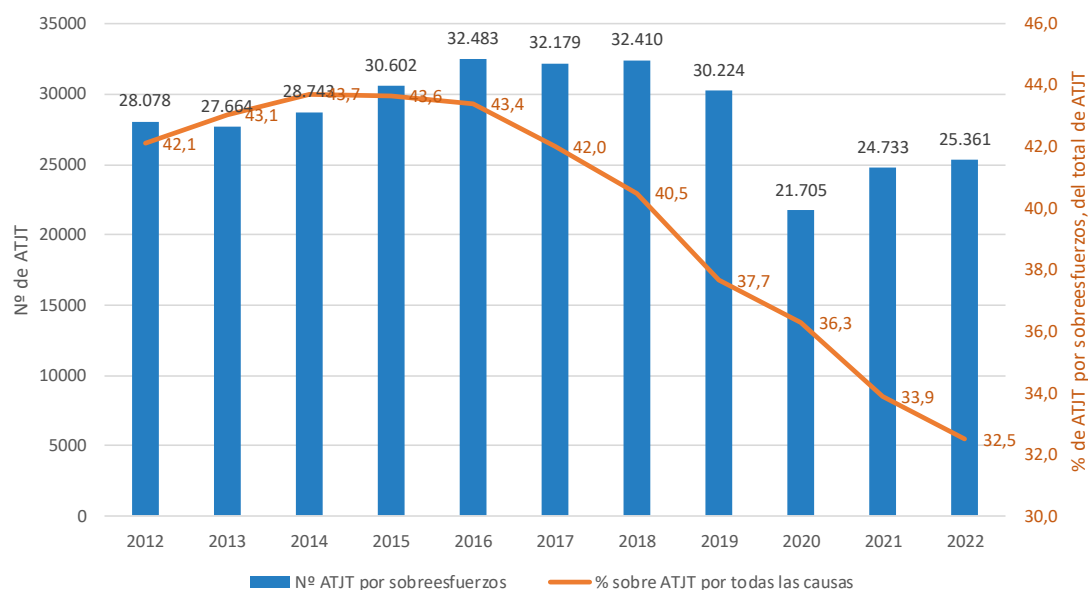
incidencia de AT en actividades que ocupan más población. Comunidad de Madrid, 2022

	Hombres			Mujeres		
	Afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Afiliadas	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	270.165	8.485	3.140,7	233.145	4.189	1.796,7
Actividades administrativas y servicios auxiliares	171.650	7.217	4.204,5	181.049	5.388	2.976,0
Actividades administrativas y servicios auxiliares	165.031	1.213	735,0	163.139	916	561,5
Información y comunicaciones	174.752	804	460,1	97.732	433	443,1
Actividades sanitarias y de servicios sociales	61.080	2.290	3.749,2	210.063	11.421	5.436,9
Hostelería	105.346	4.883	4.635,2	107.662	4.052	3.763,6
Construcción	172.680	12.654	7.328,0	28.151	237	841,9
Educación	70.823	570	804,8	129.330	1.520	1.175,3
Transporte y almacenamiento	146.881	6.920	4.711,3	48.949	1.692	3.456,7
Industria manufacturera	131.477	6.622	5.036,6	55.685	1.202	2.158,6
Actividades financieras y de seguros	59.715	172	288,0	61.656	269	436,3

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Los AT por sobreesfuerzos constituyeron más de la cuarta parte del total de los AT (28,9%) casi cuatro puntos por debajo de lo observado en 2020. Considerando sólo los accidentes de trabajo con baja ocurridos en jornada de trabajo (ATJT) a causa de sobreesfuerzos, (es decir, excluyendo aquellos ocurridos *"in itinere"*), el nº de estos accidentes permanece inferior a los años previos a la caída del 2020, y su peso porcentual sobre los ATJT por todas las causas continúa la tendencia descendente iniciada en 2015. Dada la importante presencia de este tipo de accidentes, se muestra por separado en la siguiente figura la evolución de estos accidentes durante la jornada laboral, y el peso en relación con el total de AT durante el trabajo.

Evolución anual de los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos ocurridos durante la jornada de trabajo. Comunidad de Madrid



ATJT: AT ocurridos durante la jornada de trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Accidentes de trabajo mortales: Se produjeron 99 accidentes de carácter mortal (19 más que el año anterior, y 40 más que en 2020): 89 en hombres y 10 en mujeres. De ellos 77 se produjeron durante la jornada de trabajo; 14 hombres y 8 mujeres fallecieron por AT ocurrido *in itinere*.

En 2022, casi el 30% de las personas muertas por AT estaban trabajando en el sector de la construcción.

Accidentes de trabajo mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones de actividad. Comunidad de Madrid, 2022

Hombres

	Nº AT	% sobre ATJT mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	ATJT mortales por cada 1.000 ATJT / sección
Construcción	21	28,00	12,16	1,74
Actividades administrativas y servicios auxiliares	11	14,67	6,41	1,76
Transporte y almacenamiento	8	10,67	5,45	1,28
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	6	8,00	2,22	0,80
Actividades profesionales, científicas y técnicas	6	8,00	3,64	6,48
Industria manufacturera	5	6,67	3,80	0,82
Hostelería	5	6,67	4,75	1,17
Información y comunicaciones	4	5,33	2,29	6,87
Educación	3	4,00	4,24	6,82
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	2	2,67	12,97	2,14
Administración pública, defensa seg social	2	2,67	3,71	1,05
Industrias extractivas	1	1,33	85,03	37,04
Otros servicios	1	1,33	2,81	1,69
Total	75	100	4,37	1,45

Mujeres

	Nº AT	% sobre ATJT mortales	Incidencia por 100.000 afiliadas	ATJT mortales por cada 1.000 ATJT / sección
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2	100,00	1,23	4,44
Total	2	100	1,23	4,44

ATJT: AT ocurridos durante la jornada de trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.



Más información:

Salud laboral

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-laboral>

Cuadernos de Salud Laboral 2023

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51408>

Salud reproductiva y perinatal

Indicadores de nacimiento

Características de los partos

Mortalidad fetal tardía

Mortalidad infantil

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

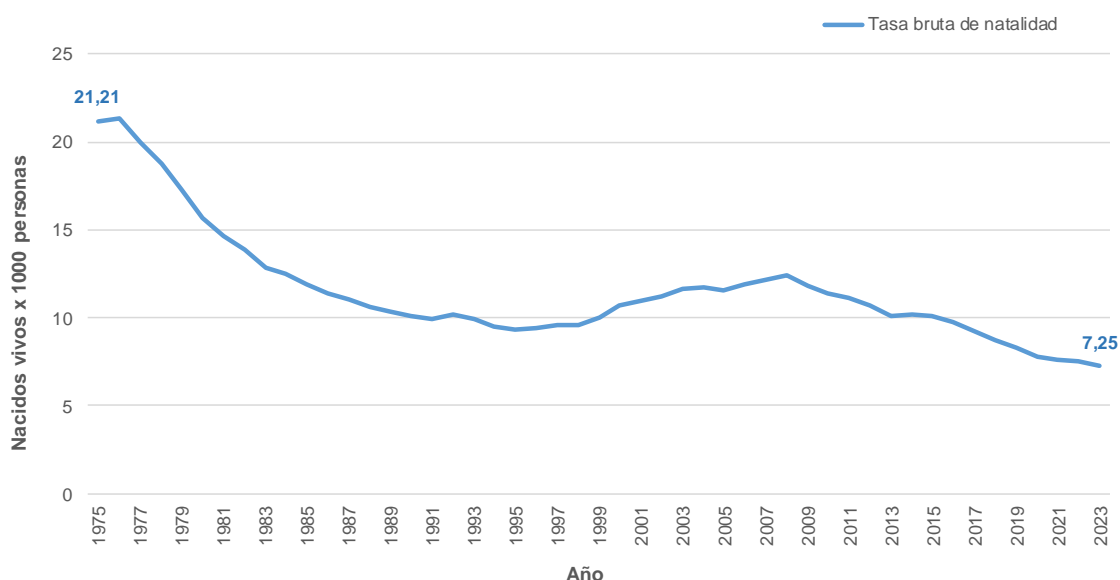
La vigilancia de la salud perinatal y reproductiva con la monitorización de algunos indicadores constituyen un elemento clave para conocer el nivel de salud de una población, así como para evaluar el impacto de la implementación de políticas y programas sanitarios.

A continuación, se muestran los últimos datos para indicadores seleccionados relativos a partos y nacimientos, mortalidad infantil e interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid.

Indicadores de nacimiento

Tras el prolongado descenso de la natalidad iniciado a mediados de los años setenta, el número de nacidos vivos y la Tasa de Natalidad aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un nuevo decrecimiento que persiste hasta la actualidad.

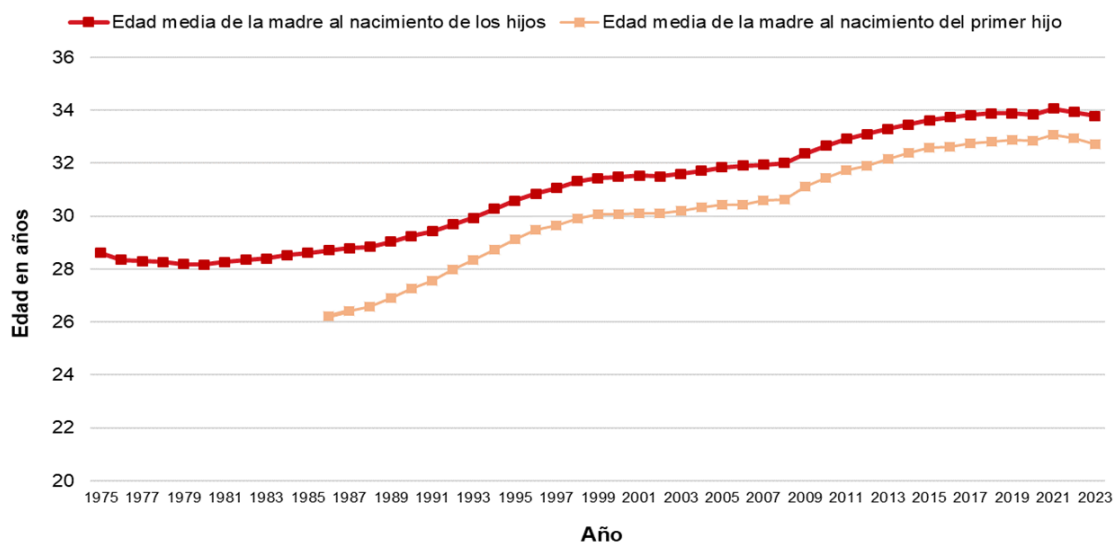
Evolución de la natalidad. Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La edad media de la madre al nacimiento de los hijos presenta un crecimiento sostenido desde el inicio de los años ochenta, y supera los 30 años a mediados de los noventa, incluso en las primíparas. Solo en los años más recientes parece advertirse un leve descenso de estos indicadores.

Evolución de la edad media a la maternidad. Comunidad de Madrid

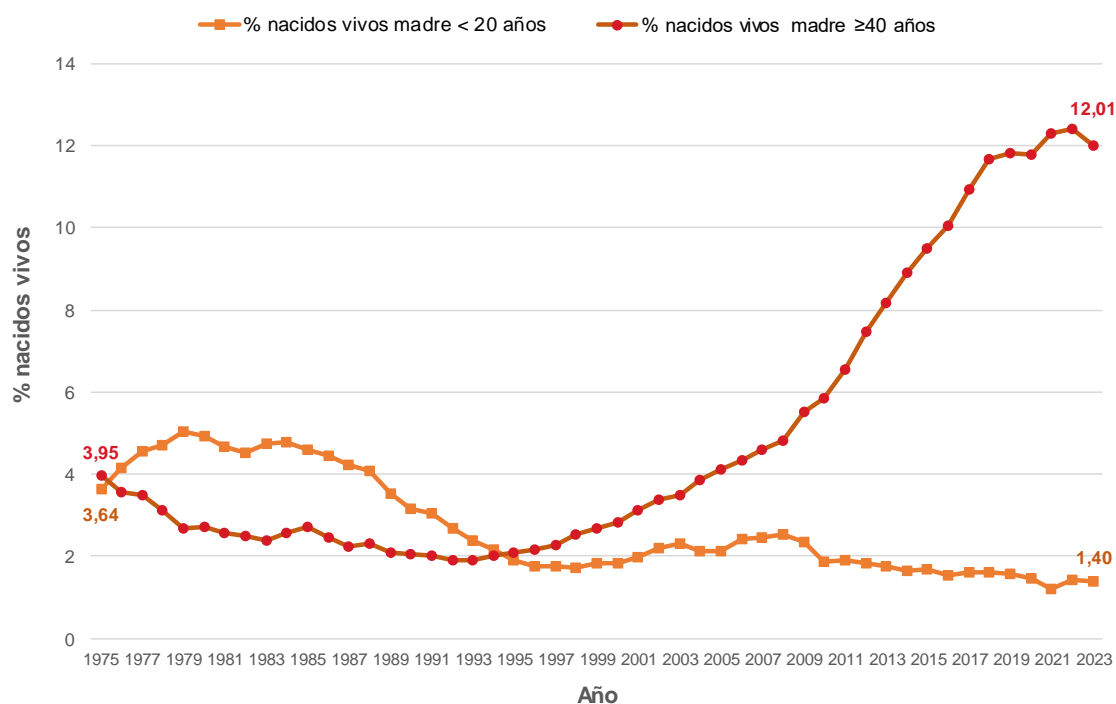


Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Características de los partos

El porcentaje de nacidos vivos de madres con edades a partir de los 40 años, que venía aumentando desde los años noventa, parece acentuarse a partir del año 2009, salvo un estancamiento entre los años 2018-2020, alcanzando cifras superiores al 10%. De forma especular, el porcentaje de nacidos vivos de madres hasta los 20 años va disminuyendo hasta situarse por debajo del 2% en la última década.

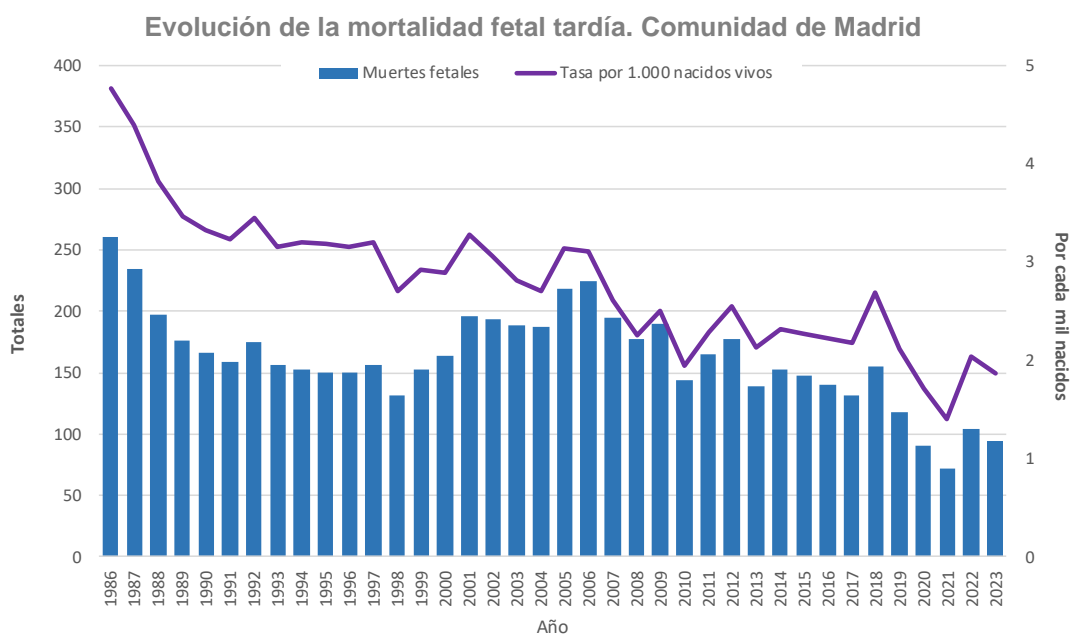
Evolución del porcentaje de nacidos vivos de madre < 20 años y ≥40 años Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad fetal tardía

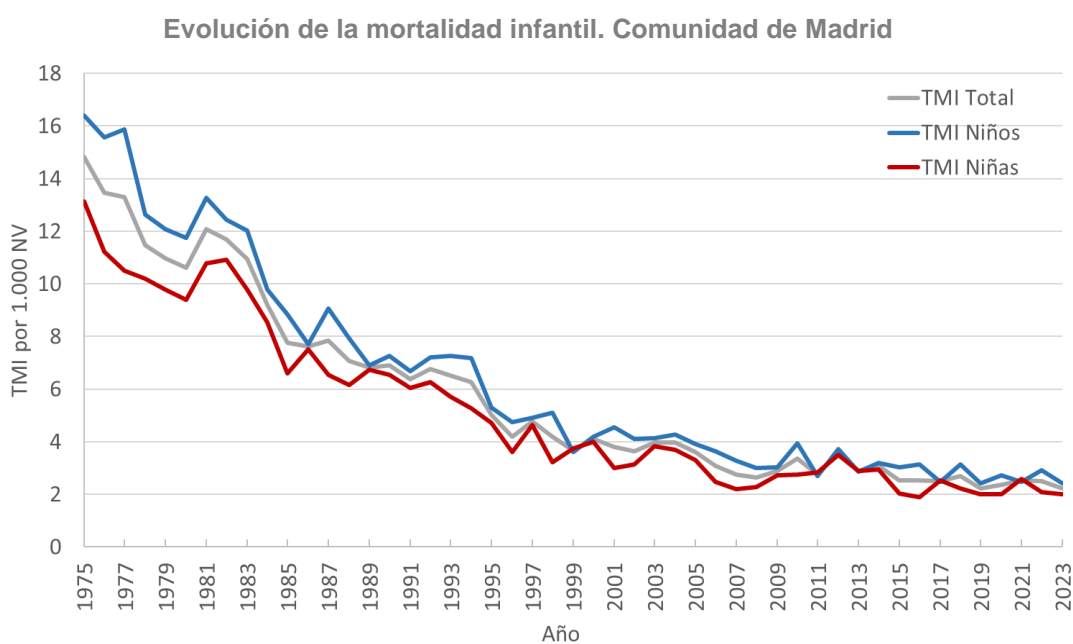
Las muertes fetales tardías son las producidas antes de nacer de un producto de la concepción viable (seis o más meses de gestación). En la Comunidad de Madrid desde 2013 solo se han superado los 2,5 casos por cada mil nacidos vivos en 2018.



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad infantil

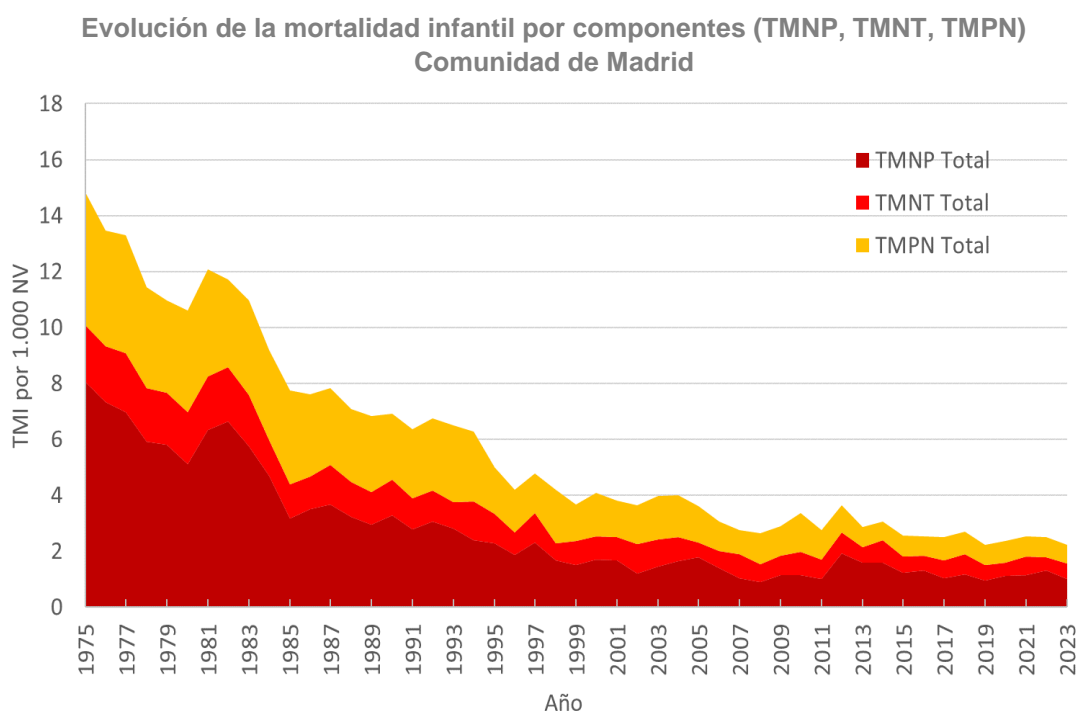
La tasa de mortalidad infantil (muertes de menores de un año de edad por mil nacidos vivos) ha alcanzado valores extraordinariamente bajos en la Comunidad de Madrid, tras una evolución descendente a lo largo de las últimas décadas.



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

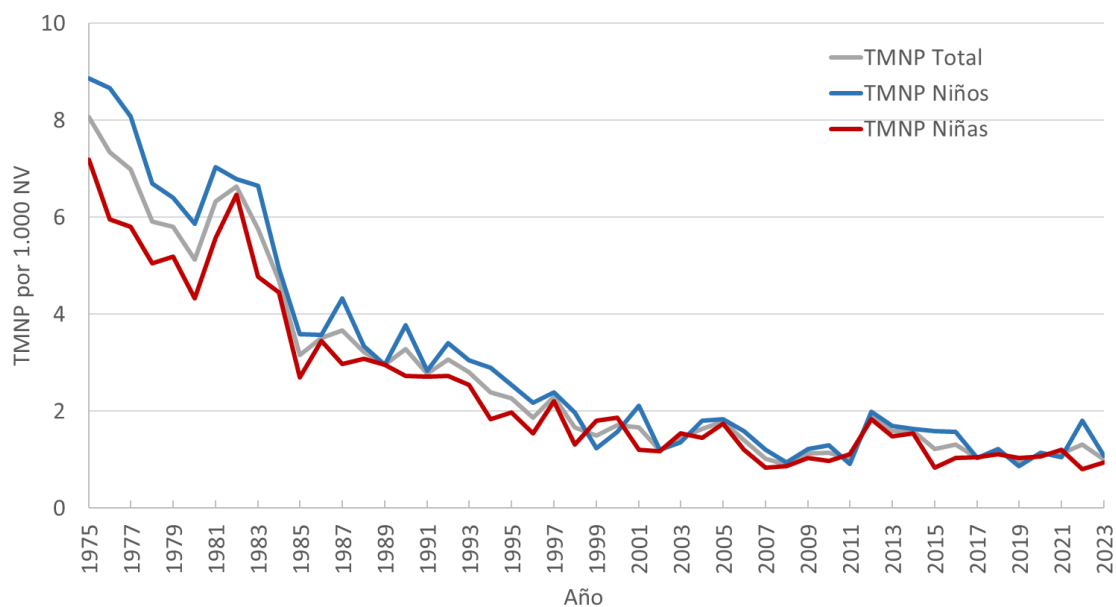
La mortalidad infantil suele desagregarse en tres componentes diferenciados. La tasa de mortalidad neonatal precoz o temprana (TMNP) cubre la primera semana de vida (días 0-6). La tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNT) cubre desde la semana segunda a cuarta (días 7-27). Y la tasa de mortalidad postneonatal (TMPN) cubre desde el día 28 hasta el 364 cumplido. A pesar de suponer un periodo de solo una semana de observación (frente a las tres semanas de la tardía y los once meses de la postneonatal), en estos últimos años la mortalidad neonatal precoz supone aproximadamente entre el 40 y el 50 por ciento del total de las muertes del primer año de vida.

La evolución de estas tres tasas se puede apreciar en las siguientes figuras:



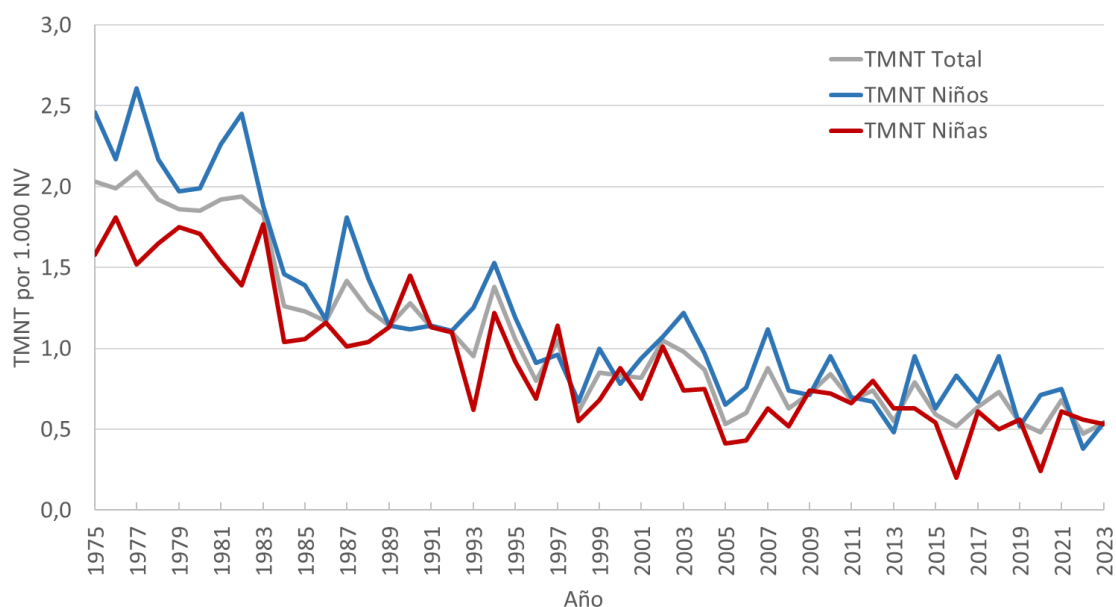
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución de la mortalidad neonatal precoz. Comunidad de Madrid



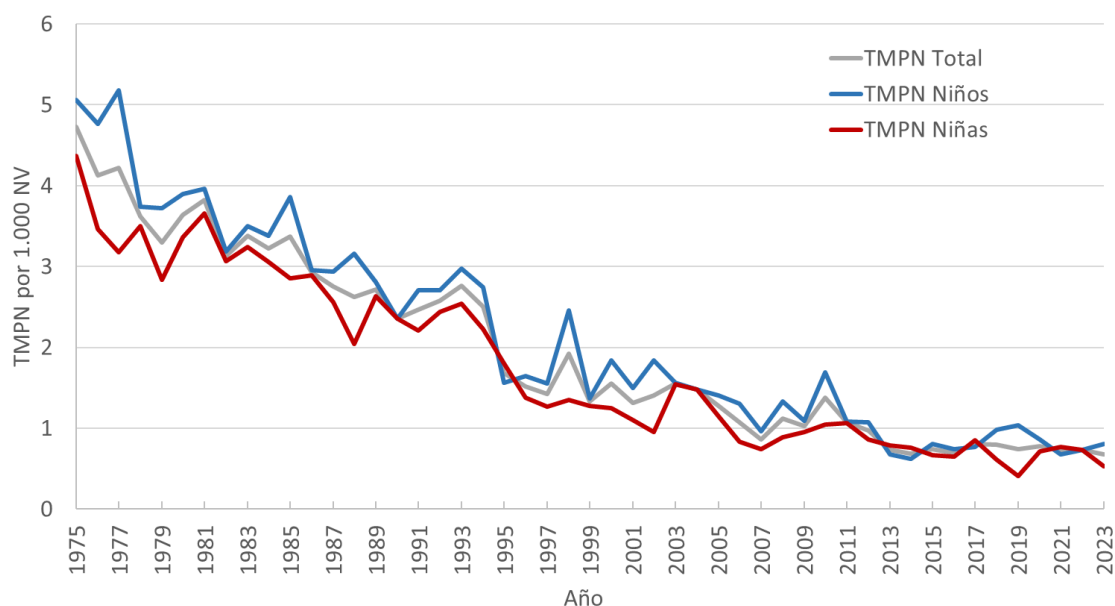
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución de la mortalidad neonatal tardía. Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución de la mortalidad postneonatal. Comunidad de Madrid

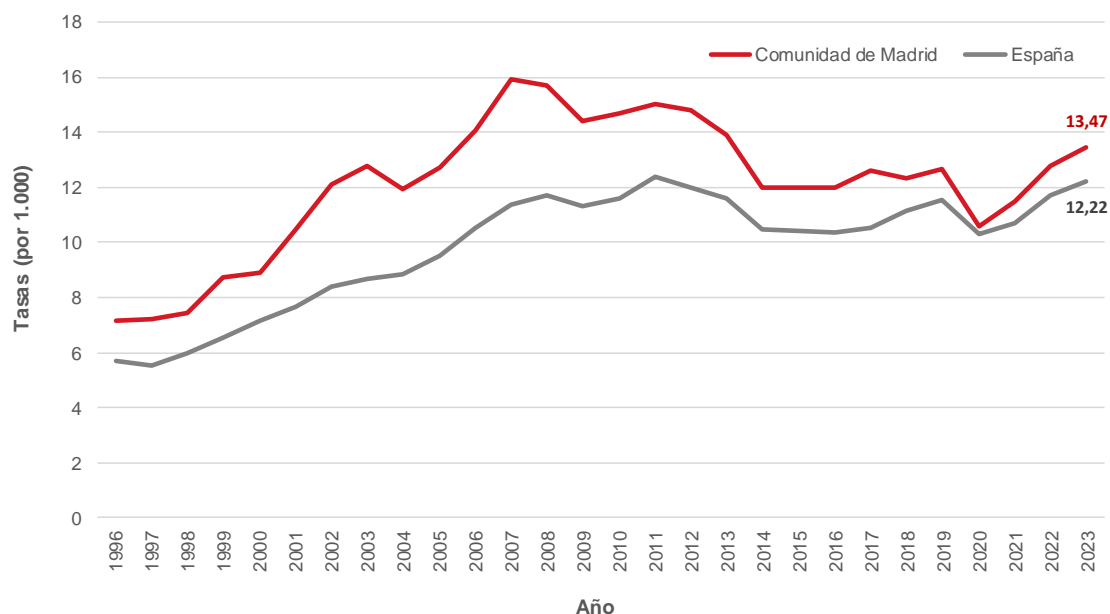


Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

En 2023 se notificaron en la Comunidad de Madrid 20.574 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), y de ellas, 17.795 correspondieron a mujeres con residencia en la región. Las tasas alcanzan su máximo en los años 2007-2008, y tienen una fase de estabilización entre 2014 y 2019, descendiendo de forma importante en 2020 a 10,57 IVE por mil mujeres de 15 a 44 años para luego subir hasta 2023 (13,47).

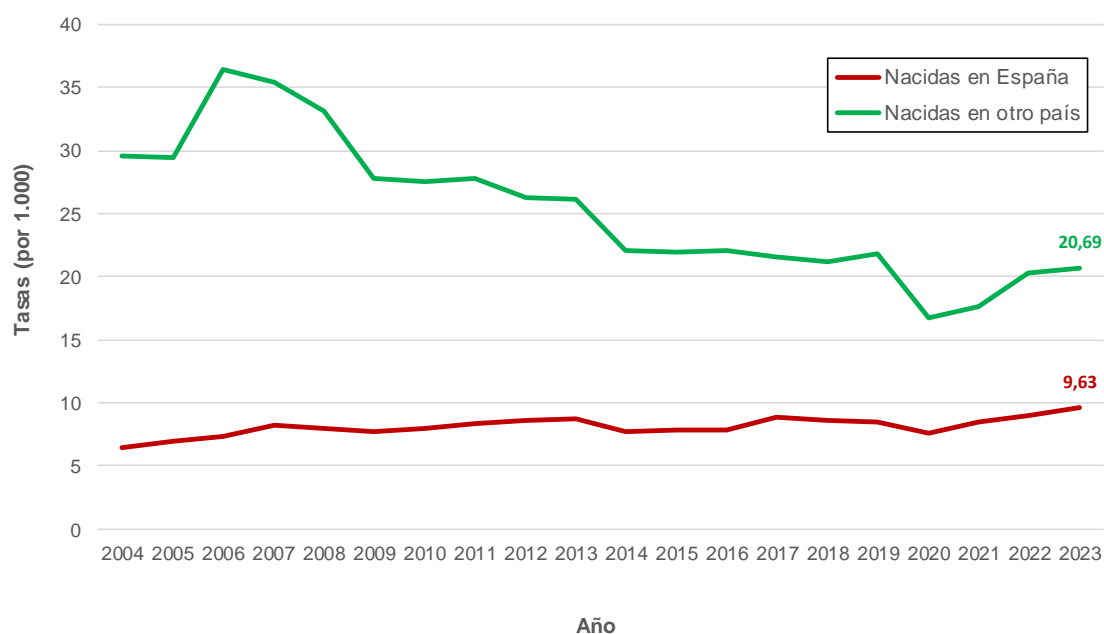
Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de 15 a 44 años



Fuente: Registro Regional de IVE y Ministerio de Sanidad. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Del total de IVE notificadas el 46,9% correspondían a mujeres nacidas en España, entre las que la tasa se incrementa levemente, mientras entre las nacidas fuera de España la tasa parece repuntar (20,69 en 2023) tras el marcado descenso en 2020 (16,72).

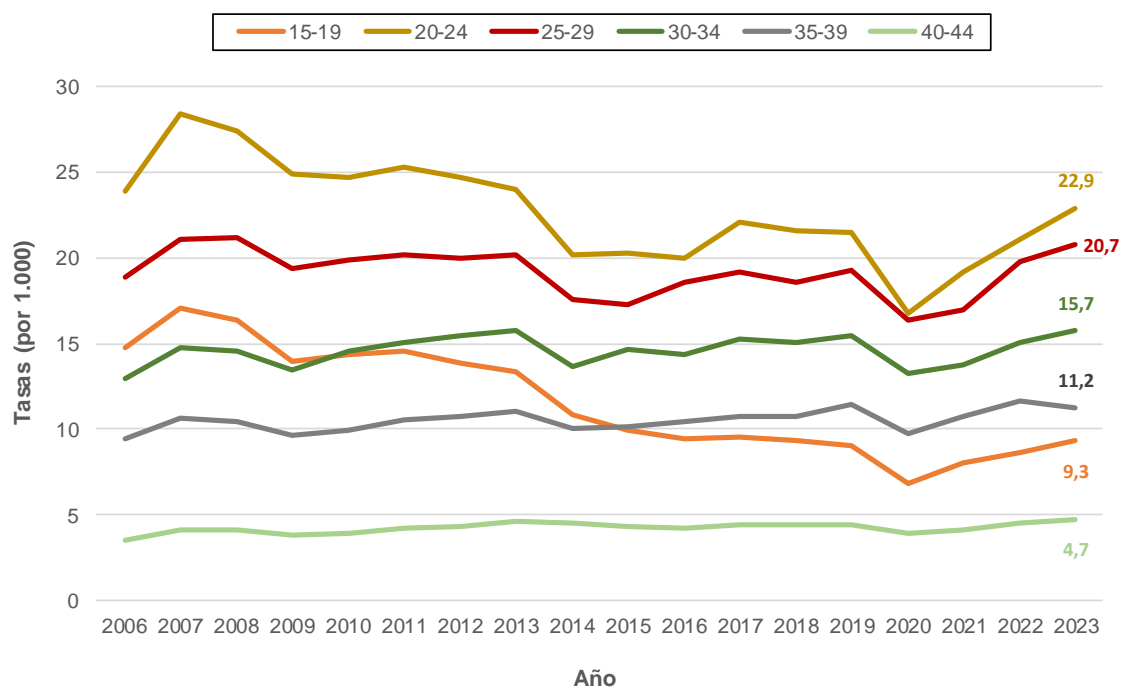
Evolución de las IVE en mujeres de 15 a 44 años, según origen. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Programa de vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual.

Por grupos de edad la tasa más alta corresponde a las mujeres de 20 a 24 años, que en 2023 ha sido de 22,85 por mil mujeres, seguida por la de las mujeres de 25 a 29 años, con una tasa de 20,74 por mil mujeres.

Evolución de las IVE en mujeres de 15 a 44 años, según edad. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Programa de vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual.



Más información:

Vigilancia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-interrupciones-voluntarias-embarazo-ive>

Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2023
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051344.pdf>

Desigualdades sociales en salud

Estado de salud percibido

Salud mental

Depresión

Hábitos y estilos de vida

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Nutrición inadecuada

Tabaco

Alcohol

Violencia de género

Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer

Víctimas mortales por violencia de género

El concepto desigualdad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. La mayor parte de las desigualdades en salud entre las personas se deben a sus determinantes socioeconómicos. La detección y monitorización de las desigualdades en salud son imprescindibles para orientar las acciones encaminadas a su reducción.

Con esta finalidad se presentan a continuación los últimos datos disponibles para indicadores seleccionados relativos a estado de salud y salud mental, hábitos y estilos de vida, y violencia de pareja contra las mujeres en la Comunidad de Madrid, en función de características demográficas y socioeconómicas.

Estado de salud percibido

La percepción positiva de salud (buena o muy buena) empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, en los nacidos/as en otros países respecto a los nacidos en España, en personas desempleadas o con trabajo no remunerado respecto a las que tienen trabajo remunerado, y desciende de forma escalonada desde la clase social menos a más desfavorecida. En todas las categorías consideradas, la percepción positiva de salud es menor en las mujeres que en los hombres.

Percepción de salud “buena y muy buena”. Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	190	84,4 (79,1-88,6)	169	82,0 (76,2-86,7)	359	83,3 (79,5-86,5)
30-44	294	84,2 (80,0-87,7)	252	73,0 (68,1-77,5)	546	78,7 (75,5-81,5)
45-64	295	70,6 (66,0-74,8)	289	63,9 (59,4-68,2)	584	67,1 (63,9-70,2)
País nacimiento						
España	639	80,1 (77,2-82,7)	553	74,5 (71,3-77,5)	1.192	77,4 (75,3-79,4)
Otros países	140	72,2 (65,4-78,0)	157	60,2 (54,1-65,9)	297	65,3 (60,8-69,5)
Nivel educativo						
Superior	393	86,9 (83,5-89,7)	394	77,0 (73,1-80,4)	787	81,6 (79,1-83,9)
Intermedio	276	73,2 (68,5-77,4)	232	65,7 (60,6-70,5)	508	69,6 (66,2-72,8)
Básico e inferior	109	68,1 (60,5-74,9)	79	59,4 (50,9-67,4)	188	64,2 (58,5-69,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	690	79,6 (76,8-82,1)	587	72,6 (69,5-75,6)	1.277	76,2 (74,2-78,2)
Desempleo	31	64,6 (50,3-76,7)	46	62,2 (50,6-72,5)	77	63,1 (54,2-71,2)
Otros	58	75,3 (64,6-83,6)	77	63,6 (54,7-71,7)	135	68,2 (61,4-74,3)
Clase social **						
I-II	326	86,5 (82,6-89,6)	303	79,1 (74,8-82,9)	629	82,8 (79,9-85,3)
III	146	76,4 (69,9-81,9)	202	75,4 (69,9-80,2)	348	75,8 (71,7-79,5)
IV-V	270	70,9 (66,1-75,2)	169	55,0 (49,5-60,5)	439	63,8 (60,2-67,3)
Total	779	78,5 (75,9-80,9)	710	70,8 (67,9-73,5)	1.489	74,6 (72,7-76,5)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Salud mental

Prevalencia de síntomas de depresión

La prevalencia de depresión de forma global fue de un 9,3%, más elevada en las mujeres que en los hombres (12,5% y 6,2%, respectivamente).

Para cualquier variable de las contempladas en la tabla siguiente, los porcentajes de las mujeres son sensiblemente superiores a los de los hombres. Se observa un gradiente socioeconómico claro, con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral.

Prevalencia de depresión mayor ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	22	9,8 (6,5-14,4)	29	14,3 (10,1-19,9)	51	11,9 (9,2-15,4)
30-44	22	6,3 (4,2-9,4)	43	12,5 (9,4-16,5)	65	9,4 (7,4-11,8)
45-64	17	4,1 (2,6-6,5)	52	11,7 (9,0-15,0)	69	8,0 (6,4-10,0)
País nacimiento						
España	46	5,8 (4,3-7,6)	91	12,4 (10,2-15,0)	137	8,9 (7,6-10,5)
Otros países	15	7,8 (4,8-12,6)	33	12,8 (9,3-17,5)	48	10,7 (8,1-13,9)
Nivel educativo						
Superior	16	3,6 (2,2-5,7)	50	9,8 (7,5-12,7)	66	6,9 (5,5-8,7)
Intermedio	32	8,5 (6,0-11,7)	53	15,2 (11,8-19,4)	85	11,7 (9,6-14,3)
Básico e inferior	12	7,5 (4,3-12,7)	21	15,8 (10,5-23,0)	33	11,3 (8,1-15,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	47	5,4 (4,1-7,2)	87	10,9 (8,9-13,3)	134	8,1 (6,8-9,5)
Desempleo	6	12,5 (5,7-25,2)	20	27,0 (18,1-38,3)	26	21,3 (14,9-29,5)
Otros	8	10,4 (5,3-19,5)	17	14,2 (9,0-21,6)	25	12,7 (8,7-18,1)
Clase social **						
I-II	16	4,3 (2,6-6,9)	37	9,7 (7,1-13,1)	53	7,0 (5,4-9,1)
III	13	6,8 (4,0-11,3)	29	10,9 (7,7-15,3)	42	9,2 (6,9-12,2)
IV-V	29	7,6 (5,3-10,7)	54	17,7 (13,8-22,4)	83	12,1 (9,9-14,8)
Total	61	6,2 (4,8-7,8)	124	12,5 (10,6-14,7)	185	9,3 (8,1-10,7)

⁽¹⁾ Puntuación en el cuestionario PHQ-8 mayor o igual a diez puntos

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Hábitos y estilos de vida

Sobrepeso u obesidad

La obesidad/sobrepeso aumenta con la edad y en general es más frecuente en hombres que en mujeres en todas las categorías observadas. Disminuye al aumentar el nivel educativo y por clase social se observa también un gradiente, con prevalencias de sobrepeso u obesidad más bajas a medida que aumenta el nivel socioeconómico, de forma más marcada entre las mujeres.

Prevalencia de sobrepeso/obesidad ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	75	33,8 (27,8-40,3)	49	24,5 (19,0-31,0)	124	29,4 (25,2-33,9)
30-44	185	53,0 (47,8-58,2)	122	36,1 (31,1-41,4)	307	44,7 (41,1-48,4)
45-64	282	67,6 (63,0-71,9)	188	42,6 (38,1-47,3)	470	54,8 (51,5-58,0)
País nacimiento						
España	431	54,1 (50,8-57,5)	240	33,2 (29,9-36,7)	671	44,2 (41,8-46,6)
Otros países	111	57,8 (50,7-64,6)	119	46,5 (40,5-52,6)	230	51,3 (46,7-55,9)
Nivel educativo						
Superior	228	50,6 (46,0-55,1)	142	28,0 (24,3-32,1)	370	38,6 (35,7-41,7)
Intermedio	209	55,9 (50,9-60,7)	154	44,9 (39,7-50,2)	363	50,6 (47,0-54,2)
Básico e inferior	105	65,6 (57,9-72,6)	62	50,0 (41,3-58,7)	167	58,8 (53,0-64,4)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	488	56,5 (53,2-59,7)	280	35,6 (32,3-39,0)	768	46,5 (44,2-48,9)
Desempleo	28	59,6 (45,1-72,6)	30	41,1 (30,4-52,7)	58	48,3 (39,5-57,2)
Otros	26	33,8 (24,2-44,9)	49	40,8 (32,5-49,7)	75	38,1 (31,6-45,0)
Clase social **						
I-II	197	52,3 (47,3-57,2)	91	23,9 (19,9-28,4)	288	38,0 (34,7-41,4)
III	98	51,0 (44,0-58,0)	105	40,1 (34,3-46,1)	203	44,7 (40,2-49,3)
IV-V	236	62,8 (57,8-67,4)	152	51,9 (46,2-57,5)	388	58,0 (54,3-61,6)
Total	542	54,9 (51,9-57,8)	359	36,7 (33,7-39,7)	901	45,8 (43,7-47,9)

⁽¹⁾ IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

El sedentarismo en la actividad habitual muestra un gradiente por clase social, siendo mucho mayor en las clases sociales más favorecidas y en la población con mayor nivel educativo. Es también más elevado entre la población autóctona y, en general, en los hombres en la mayoría de los subgrupos analizados.

**Prevalencia de sedentarismo en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	128	57,1 (50,5-63,5)	109	52,9 (46,1-59,6)	237	55,1 (50,4-59,7)
30-44	187	53,9 (48,6-59,1)	173	50,1 (44,9-55,4)	360	52,0 (48,3-55,7)
45-64	220	52,5 (47,7-57,3)	226	50,0 (45,4-54,6)	446	51,2 (47,9-54,5)
País nacimiento						
España	467	58,4 (55,0-61,8)	420	56,6 (53,0-60,1)	887	57,6 (55,1-60,0)
Otros países	68	35,6 (29,1-42,7)	88	33,7 (28,2-39,7)	156	34,5 (30,3-39,0)
Nivel educativo						
Superior	324	72,0 (67,7-76,0)	327	63,9 (59,6-67,9)	651	67,7 (64,6-70,6)
Intermedio	164	43,5 (38,6-48,6)	144	40,8 (35,8-46,0)	308	42,2 (38,7-45,8)
Básico e inferior	47	29,4 (22,8-36,9)	33	24,8 (18,2-32,9)	80	27,3 (22,5-32,7)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	470	54,1 (50,8-57,5)	421	52,1 (48,7-55,5)	891	53,2 (50,8-55,5)
Desempleo	18	39,1 (26,2-53,8)	24	32,4 (22,7-43,9)	42	35,0 (27,0-43,9)
Otros	47	61,8 (50,7-71,9)	63	52,1 (43,3-60,7)	110	55,8 (49,0-62,5)
Clase social **						
I-II	271	72,1 (67,3-76,4)	230	60,1 (55,0-64,9)	501	66,0 (62,6-69,3)
III	130	67,7 (60,8-74,0)	192	71,6 (65,9-76,7)	322	70,0 (65,6-74,0)
IV-V	106	28,0 (23,7-32,7)	51	16,6 (12,9-21,2)	157	22,9 (19,9-26,2)
Total	535	54,0 (50,9-57,1)	508	50,6 (47,6-53,7)	1.043	52,3 (50,1-54,5)

⁽¹⁾ Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La prevalencia de inactividad física en tiempo libre es 70,7%, más elevada en mujeres (78,0%) que en los hombres (63,3%), persistiendo esta diferencia en los diferentes subgrupos analizados. El gradiente por clase social es el inverso al observado para el sedentarismo en la actividad habitual, con mayor prevalencia de inactividad en el tiempo libre entre las clases sociales más desfavorecidas y en la población con menor nivel educativo.

Prevalencia de inactividad física en tiempo libre ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	111	49,3 (43,0-55,7)	140	68,0 (61,3-74,0)	251	58,2 (53,7-62,7)
30-44	219	62,8 (57,5-67,7)	275	79,7 (75,1-83,6)	494	71,2 (67,8-74,4)
45-64	299	71,4 (66,8-75,5)	367	81,2 (77,3-84,5)	666	76,5 (73,5-79,2)
País nacimiento						
España	489	61,2 (57,8-64,5)	570	76,8 (73,7-79,7)	1.059	68,7 (66,4-70,9)
Otros países	140	72,2 (65,5-78,0)	212	81,2 (76,0-85,5)	352	77,4 (73,3-81,0)
Nivel educativo						
Superior	291	64,4 (59,9-68,7)	385	75,2 (71,3-78,7)	676	70,1 (67,2-72,9)
Intermedio	223	59,0 (54,1-63,7)	281	79,6 (75,1-83,5)	504	68,9 (65,6-72,1)
Básico e inferior	113	70,6 (63,1-77,2)	112	84,2 (77,0-89,5)	225	76,8 (71,6-81,3)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	564	65,0 (61,8-68,0)	621	76,9 (73,8-79,6)	1.185	70,7 (68,5-72,8)
Desempleo	26	54,2 (40,1-67,6)	62	83,8 (73,5-90,6)	88	72,1 (63,5-79,4)
Otros	39	50,6 (39,8-61,5)	99	81,8 (73,9-87,7)	138	69,7 (63,1-75,6)
Clase social **						
I-II	236	62,6 (57,6-67,3)	283	73,9 (69,3-78,0)	519	68,3 (64,9-71,5)
III	114	59,4 (52,3-66,1)	208	77,6 (72,3-82,2)	322	70,0 (65,7-74,0)
IV-V	258	67,7 (62,9-72,2)	257	83,7 (79,2-87,4)	515	74,9 (71,5-77,9)
Total	629	63,3 (60,3-66,2)	782	78,0 (75,3-80,4)	1.411	70,7 (68,7-72,6)

⁽¹⁾ No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición inadecuada

El deficiente consumo de frutas y/o verduras (menos de tres raciones en las últimas 24 horas) afecta al 57,7% de la población de 18 a 64 años, con peores datos entre la población de menor edad, la nacida fuera de España, la de nivel socioeconómico más desfavorecido y en general para los hombres en todos los subgrupos.

Consumo menor de tres raciones de frutas y/o verduras en las últimas 24 horas Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	157	69,8 (63,5-75,4)	122	59,2 (52,3-65,8)	279	64,7 (60,1-69,1)
30-44	212	60,7 (55,5-65,8)	193	55,9 (50,6-61,1)	405	58,4 (54,6-62,0)
45-64	252	60,1 (55,4-64,7)	215	47,6 (43,0-52,2)	467	53,6 (50,3-56,9)
País nacimiento						
España	482	60,3 (56,9-63,7)	386	52,0 (48,4-55,6)	868	56,3 (53,8-58,8)
Otros países	139	71,6 (64,9-77,6)	144	55,2 (49,1-61,1)	283	62,2 (57,7-66,5)
Nivel educativo						
Superior	258	57,1 (52,5-61,6)	248	48,4 (44,1-52,8)	506	52,5 (49,3-55,6)
Intermedio	247	65,3 (60,4-70,0)	202	57,2 (52,0-62,3)	449	61,4 (57,8-64,9)
Básico e inferior	113	70,6 (63,1-77,2)	77	57,9 (49,3-66,0)	190	64,8 (59,2-70,1)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	542	62,4 (59,2-65,6)	414	51,2 (47,8-54,7)	956	57,0 (54,7-59,4)
Desempleo	36	75,0 (60,9-85,2)	43	58,1 (46,6-68,8)	79	64,8 (55,9-72,7)
Otros	43	55,8 (44,6-66,5)	73	60,3 (51,3-68,7)	116	58,6 (51,6-65,3)
Clase social **						
I-II	221	58,6 (53,6-63,5)	177	46,2 (41,3-51,3)	398	52,4 (48,8-55,9)
III	115	59,9 (52,8-66,6)	149	55,6 (49,6-61,4)	264	57,4 (52,8-61,8)
IV-V	255	66,9 (62,0-71,5)	180	58,6 (53,1-64,0)	435	63,2 (59,6-66,7)
Total	621	62,5 (59,5-65,5)	530	52,8 (49,7-55,9)	1.151	57,7 (55,5-59,8)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Tabaco

En la tabla siguiente se muestran las prevalencias del indicador “fumadores/as ocasionales o diarios”. El patrón de mayor consumo se observa en el menor nivel educativo, en la categoría de situación laboral de desempleo y entre los hombres de clases sociales más desfavorecidas.

**Prevalencia de fumadoras/es diarios /ocasionales ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	47	20,9 (16,1-26,7)	26	12,6 (8,7-17,9)	73	16,9 (13,7-20,8)
30-44	77	22,1 (18,0-26,7)	65	18,8 (15,1-23,3)	142	20,5 (17,6-23,6)
45-64	66	15,8 (12,6-19,6)	82	18,1 (14,9-22,0)	148	17,0 (14,6-19,6)
País nacimiento						
España	152	19,0 (16,4-21,9)	140	18,9 (16,2-21,8)	292	18,9 (17,1-21,0)
Otros países	38	19,6 (14,6-25,7)	33	12,6 (9,1-17,3)	71	15,6 (12,6-19,2)
Nivel educativo						
Superior	71	15,7 (12,7-19,3)	79	15,4 (12,6-18,8)	150	15,6 (13,4-18,0)
Intermedio	78	20,6 (16,8-25,0)	65	18,4 (14,7-22,8)	143	19,6 (16,8-22,6)
Básico e inferior	40	25,0 (18,9-32,3)	29	21,8 (15,6-29,6)	69	23,5 (19,0-28,8)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	166	19,1 (16,7-21,9)	139	17,2 (14,8-20,0)	305	18,2 (16,4-20,1)
Desempleo	15	31,3 (19,8-45,6)	18	24,3 (15,9-35,4)	33	27,0 (19,9-35,6)
Otros	9	11,7 (6,2-21,0)	16	13,2 (8,3-20,5)	25	12,6 (8,7-18,0)
Clase social **						
I-II	63	16,7 (13,3-20,8)	66	17,2 (13,8-21,3)	129	17,0 (14,5-19,8)
III	36	18,8 (13,9-24,9)	51	19,0 (14,8-24,2)	87	18,9 (15,6-22,7)
IV-V	89	23,4 (19,4-27,9)	56	18,2 (14,3-23,0)	145	21,1 (18,2-24,3)
Total	190	19,1 (16,8-21,7)	173	17,2 (15,0-19,7)	363	18,2 (16,6-19,9)

⁽¹⁾ Fumador ocasional: ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, fuma, pero no diariamente

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Alcohol

Los porcentajes de bebedores/as habituales para cualquier variable son considerablemente más elevados en hombres que en mujeres. Este porcentaje muestra un gradiente por clase social y nivel educativo, siendo mayor en personas con nivel socioeconómico más alto, tanto en hombres como en mujeres.

Prevalencia de bebedores/as habituales ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	102	45,3 (38,9-51,9)	66	32,0 (26,0-38,7)	168	39,0 (34,5-43,6)
30-44	169	48,4 (43,2-53,7)	101	29,3 (24,7-34,3)	270	38,9 (35,4-42,5)
45-64	223	53,2 (48,4-58,0)	158	35,0 (30,7-39,5)	381	43,7 (40,5-47,0)
País nacimiento						
España	417	52,2 (48,7-55,6)	269	36,3 (32,9-39,8)	686	44,5 (42,1-47,0)
Otros países	77	39,7 (33,0-46,7)	56	21,5 (16,9-26,9)	133	29,2 (25,3-33,6)
Nivel educativo						
Superior	252	55,8 (51,1-60,3)	190	37,1 (33,0-41,4)	442	45,9 (42,8-49,0)
Intermedio	169	44,7 (39,8-49,8)	98	27,8 (23,3-32,7)	267	36,5 (33,1-40,1)
Básico e inferior	72	45,0 (37,4-52,8)	35	26,3 (19,5-34,5)	107	36,5 (31,2-42,2)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	446	51,4 (48,1-54,7)	265	32,8 (29,6-36,1)	711	42,4 (40,1-44,8)
Desempleo	21	43,8 (30,5-57,9)	28	37,8 (27,5-49,4)	49	40,2 (31,8-49,1)
Otros	27	35,1 (25,3-46,3)	32	26,4 (19,3-35,0)	59	29,8 (23,8-36,5)
Clase social **						
I-II	216	57,3 (52,2-62,2)	156	40,7 (35,9-45,7)	372	48,9 (45,4-52,5)
III	98	51,0 (44,0-58,1)	90	33,6 (28,2-39,5)	188	40,9 (36,5-45,4)
IV-V	165	43,3 (38,4-48,4)	68	22,1 (17,8-27,2)	233	33,9 (30,4-37,5)
Total	494	49,7 (46,6-52,9)	325	32,4 (29,6-35,4)	819	41,0 (38,9-43,2)

⁽¹⁾ Se considera bebedores/as habituales si han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La población adulta con un consumo de alcohol que supera lo que se considera bajo riesgo se sitúa en el 9,9% en 2024, con prevalencias más elevadas en las clases sociales más favorecidas y en la población con mayor nivel de estudios, observándose un claro gradiente en el caso de las mujeres.

**Prevalencia de consumo de alcohol por encima de los límites de bajo riesgo ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid, 2024**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	23	10,3 (6,9-15,0)	22	10,7 (7,1-15,7)	45	10,5 (7,9-13,7)
30-44	39	11,2 (8,3-14,9)	27	7,8 (5,4-11,2)	66	9,5 (7,6-11,9)
45-64	46	11,1 (8,4-14,5)	40	8,9 (6,6-11,9)	86	9,9 (8,1-12,1)
País nacimiento						
España	90	11,3 (9,3-13,7)	73	9,9 (7,9-12,2)	163	10,6 (9,2-12,3)
Otros países	18	9,3 (5,9-14,3)	16	6,1 (3,8-9,8)	34	7,5 (5,4-10,3)
Nivel educativo						
Superior	52	11,5 (8,9-14,8)	53	10,4 (8,0-13,3)	105	10,9 (9,1-13,0)
Intermedio	40	10,7 (7,9-14,2)	28	8,0 (5,5-11,3)	68	9,4 (7,4-11,7)
Básico e inferior	16	10,0 (6,2-15,7)	7	5,3 (2,5-10,6)	23	7,8 (5,3-11,5)
Situación laboral						
Trabajo remunerado	105	12,1 (10,1-14,5)	69	8,6 (6,8-10,7)	174	10,4 (9,0-12,0)
Desempleo	2	4,3 (1,1-15,5)	11	14,9 (8,4-24,9)	13	10,7 (6,3-17,6)
Otros	1	1,3 (0,2-8,9)	9	7,4 (3,9-13,7)	10	5,1 (2,8-9,2)
Clase social **						
I-II	50	13,3 (10,2-17,1)	45	11,8 (8,9-15,4)	95	12,5 (10,3-15,1)
III	16	8,4 (5,2-13,3)	25	9,4 (6,4-13,5)	41	9,0 (6,7-12,0)
IV-V	41	10,8 (8,0-14,3)	16	5,2 (3,2-8,3)	57	8,3 (6,5-10,6)
Total	108	10,9 (9,1-13,0)	89	8,9 (7,3-10,8)	197	9,9 (8,7-11,3)

⁽¹⁾ Se considera consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo a consumo >20g/día en hombres y >10g/día en mujeres

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Mortalidad y desigualdades socioeconómicas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/mortalidad-desigualdades-socioeconomicas>

III Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015 <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50460>

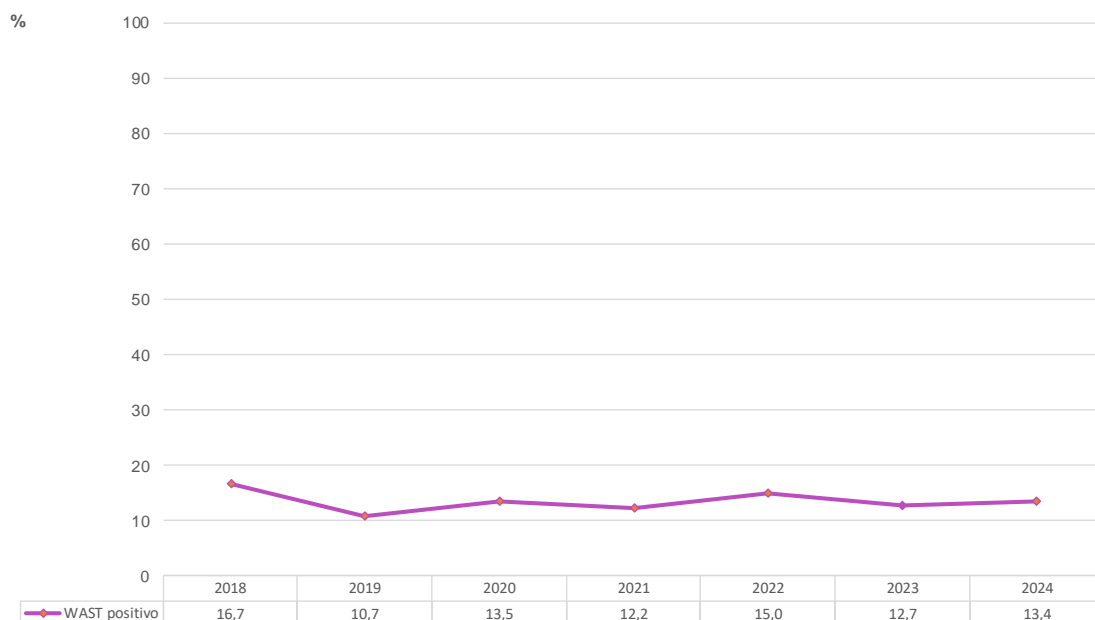
Violencia de género

Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer

Desde el año 2004 la Comunidad de Madrid viene estudiando este fenómeno mediante encuestas específicas que se realizan con una periodicidad quinquenal. La mejora del conocimiento del tema es el primer paso para sentar las bases en las políticas e intervención sanitarias y no sanitarias.

En 2024, un 13,4% de mujeres de entre 18 y 64 años presentó un resultado positivo en el test de detección de violencia de pareja, dato similar al del año previo.

Evolución de la prevalencia de violencia de pareja contra la mujer ⁽¹⁾
Comunidad de Madrid



⁽¹⁾ Mujeres de 18 a 64 años con test de detección de violencia según la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* –WAST (mucho/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de conflictos)

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Las mujeres jóvenes (18 a 29 años) son las que presentaron porcentajes más altos. Se observa también una mayor prevalencia de violencia de pareja entre las nacidas fuera de España, las que tenían menor nivel educativo y las de clases sociales más desfavorecidas.

Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2024

	n	Mujeres % IC (95%) *
Edad		
18-29	20	14,4 (9,5-21,3)
30-44	35	12,6 (9,2-17,1)
45-64	47	13,6 (10,3-17,6)
País Nacimiento		
España	68	11,8 (9,4-14,7)
Otros países	34	18,4 (13,4-24,7)
Nivel educativo		
Superior	44	10,9 (8,2-14,4)
Intermedio	42	16,3 (12,3-21,4)
Básico e inferior	16	16,0 (10,1-24,5)
Situación Laboral		
Trabajo remunerado	86	13,7 (11,2-16,6)
Desempleo	5	10,4 (4,4-22,8)
Otros	11	13,1 (7,4-22,1)
Clase social **		
I-II	38	12,2 (9,0-16,4)
III	25	11,6 (7,9-16,6)
IV-V	37	17,3 (12,8-23,0)
Totales	102	13,4 (11,1-16,0)

⁽¹⁾ Mujeres con test de detección de violencia según la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (muchacha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de conflictos)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

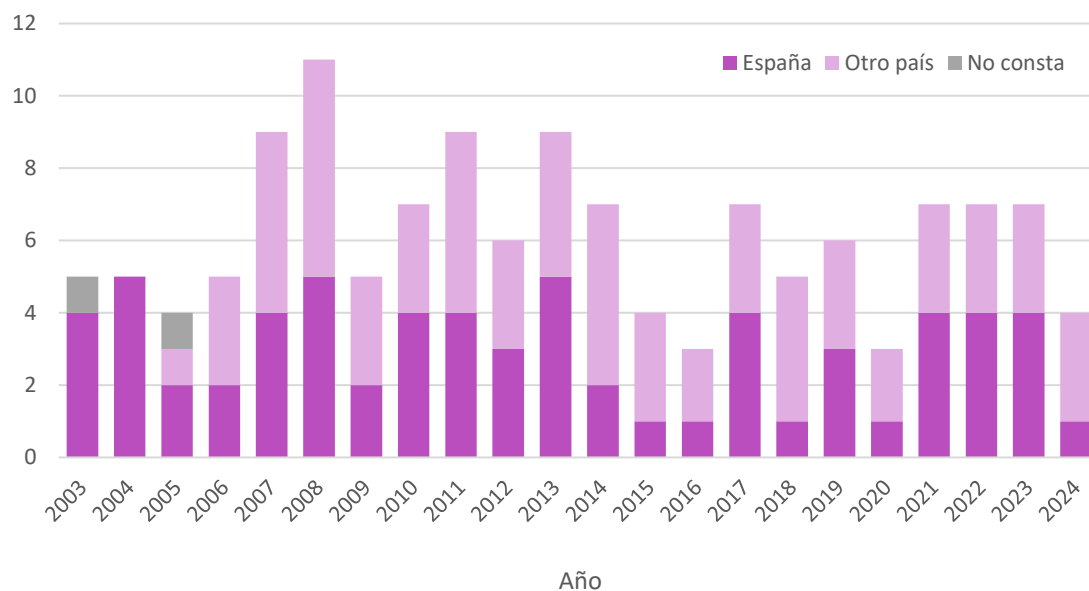
** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Víctimas mortales de violencia de género

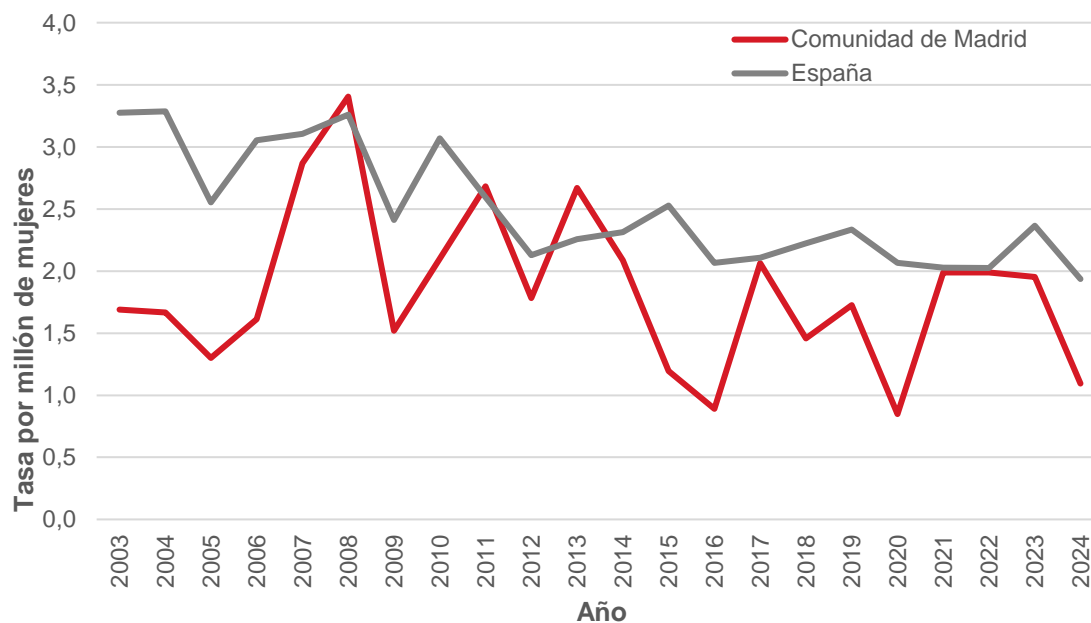
El Portal estadístico de la 'Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género' <https://estadisticasviolenciagenero.igualdad.gob.es/> permite extraer datos oficiales sobre indicadores predefinidos de Violencia de género como "Víctimas mortales, llamadas y denuncias por violencia de Género". En las siguientes figuras pueden observarse los datos relativos a víctimas mortales.

Evolución anual del número de mujeres víctimas mortales de violencia de género según origen. Comunidad de Madrid



Fuente: Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de mujeres víctimas mortales de violencia de género Comunidad de Madrid y España



Fuente: Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Violencia de pareja contra las mujeres

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/violencia-pareja-mujeres#>

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50583>

Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50970>

Metodología

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo de nuestra población, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Para su elaboración se utilizan una gran variedad de fuentes y sistemas de información. Y así para la descripción de la población y sus características básicas se utilizan datos del Padrón continuo y los Censos anuales, así como de proyecciones, procedentes tanto del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) como del Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos del Padrón Continuo y los Censos anuales sirven además para estimar las poblaciones a mitad de año utilizadas como denominadores para la elaboración de diversos indicadores.

Los datos del Movimiento Natural de la Población del IECM y el INE se utilizan para la elaboración de indicadores de mortalidad.

Para los indicadores de morbilidad hospitalaria se utilizan datos procedentes de las altas hospitalarias tanto de hospitales públicos como privados (RAE-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 (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 las patologías de carácter laboral (accidentes laborales y enfermedades profesionales) se utilizan las fuentes de información del Ministerio de Trabajo y Economía social.

También se ha incorporado información procedente de diversos sistemas de vigilancia, registros y encuestas poblacionales, así como de estudios específicos.

Fuentes y sistemas de información

Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas de nacimientos y defunciones son responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) y a nivel autonómico participa el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM).

Estadística de defunciones

Recoge los fallecimientos anuales de las personas residentes en la Comunidad de Madrid. Los datos se recogen en el denominado Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción. Este documento lo cumplimenta el médico que certifica la defunción, en la parte relativa a los datos personales y las causas del fallecimiento. El Registro Civil en el que se inscribe la defunción, cumplimenta los datos relativos a la inscripción y el declarante o los familiares los datos relativos a la residencia, nacionalidad y profesión del fallecido. En el caso de defunciones que ocurren en circunstancias especiales y en las que interviene un juzgado, la información la cumplimenta el juzgado.

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 el grupo de edad de 35 a 64 años que es una medida de la mortalidad prematura.

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 bien indirecta. La estandarización directa toma una misma población como estándar o referencia. En este Informe se considera como población de referencia la población estándar definida por Eurostat 2013. 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.

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). A partir del año 2022, siguiendo el cambio de paradigma propuesto por el INE, se toman como poblaciones de referencia para el cálculo de las personas-año las procedentes de la Estadística Continua de Población, que se abastece de los Censos Anuales.

La esperanza de vida, y más concretamente la esperanza de vida al nacer, es el indicador que mejor resume el impacto de la mortalidad en una población. La esperanza de vida estima el número promedio de años que una persona puede esperar vivir a partir de una edad determinada de acuerdo con las condiciones de mortalidad observadas en una población, calculadas a partir de las tasas específicas de mortalidad por edad. En este Informe se utilizan las Tablas de Mortalidad de la Población de la Comunidad de Madrid publicadas por el IECM.

El indicador de contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer descompone las diferencias de esperanza de vida al nacer entre dos referencias de tiempo producidas por las distintas tasas específicas de mortalidad por causa, sexo y edad registradas en la población residente en la Comunidad de Madrid. 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 4.2. 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 evolución de la mortalidad global de una población.

Los estudios de Carga de Enfermedad tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto mortal y discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones. Por razones técnicas, para este Informe solo ha sido posible estimar el componente de mortalidad de la carga de enfermedad (los Años de Vida Perdidos por muerte, AVP). Los AVP tienen significación por sí mismos, además de ser el componente de medida de mortalidad prematura del indicador sintético de Carga de Enfermedad (los AVAD). Este indicador se calcula por edad, sexo y causa. Se estima como diferencia entre la edad de fallecimiento y la esperanza de vida estimada a esa edad según la tabla de mortalidad de referencia propuesta en el Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (GBD2019).

Estadística de nacimientos

Recoge los nacimientos ocurridos en la Comunidad de Madrid cada año y sus características. Los Registros Civiles son la fuente primaria de información, que se recoge a partir del Boletín Estadístico de Parto. Estos boletines se cumplimentan en el momento de inscribir el hecho demográfico en el Registro Civil, por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el encargado del Registro Civil.

Morbilidad atendida***Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD***

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir de los datos anuales del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (RAE-CMBD), que incluye información de hospitales públicos y privados, tanto de hospitalización como de procedimientos registrados como cirugía mayor ambulatoria. Se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-10-ES). Para el análisis de morbilidad atendida en urgencias hospitalarias se han considerado a partir de ENARA los episodios de urgencias y las patologías que los producen (codificación CIE-10) de 28 centros públicos.

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 y siguiendo su misma metodología de interpolación. (http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_1.htm). A partir del año 2022, siguiendo el cambio de paradigma propuesto por el INE, se toman como poblaciones de referencia para el cálculo de las personas-año las procedentes de la Estadística Continua de Población, que se abastece de los Censos Anuales.

Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

Mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 14 a 64 años relacionados con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

En la Comunidad de Madrid se recogen los episodios de urgencias registrados en siete hospitales durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA).

Historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid)

Se han analizado los episodios de atención registrados en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP-Madrid). La estrategia utilizada para la extracción de datos 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 Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). 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 en cuya historia 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.

Registros poblacionales

Enfermedades de Declaración Obligatoria

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Su finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población.

La lista de enfermedades que son de declaración obligatoria y las modalidades de notificación están regulada a nivel estatal y autonómico. Se deben notificar los nuevos casos diagnosticados durante la semana epidemiológica en curso, que se inicia en lunes y finaliza en domingo.

El sistema se basa en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, y los datos recogidos en los formularios de notificación están protegidos por la normativa de protección de datos. La información generada se incorpora a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Más información: [Enfermedades de declaración obligatoria \(EDO\) | Comunidad de Madrid](#)

Alertas y Brotes Epidémicos

El Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos es uno de los sistemas de información que integra la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Tiene como finalidad la detección precoz de algunas enfermedades o situaciones que por sus características suponen un riesgo para la salud y en las que es necesario intervenir con rapidez para evitar la difusión del problema al resto de la población. Fue creado mediante el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre y desarrollado en la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad.

Más información: [Alertas y Brotes Epidémicos | Comunidad de Madrid](#)

Registro regional de sida/VIH

Desde el inicio de la epidemia en 1981 se registran mediante notificación/captación todos los casos de VIH de la Comunidad de Madrid. En agosto de 2010 se publicó la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. En virtud de esta orden se crea un Registro Regional de casos de infección por VIH con/sin sida.

La información se obtiene por notificación/captación procedente de los centros que atienden a pacientes infectados por VIH. La información de este Registro se incorpora al Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH (SINIVIH) del Centro Nacional de Epidemiología.

Las tasas de incidencia de infecciones por VIH y de casos de sida se calculan a partir de las notificaciones incorporadas al Registro Regional de sida/VIH de infecciones por VIH y casos de sida, respectivamente, según año de diagnóstico y el número de personas-año correspondiente, estimado como población media residente en la Comunidad de Madrid.

Más información: [VIH \(Virus de la Inmunodeficiencia Humana\) ITS \(Infecciones de Transmisión Sexual\) | Comunidad de Madrid](#)

Registro regional de casos de tuberculosis

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis está implantado en Salud Pública desde el año 1994. Las fuentes de información que utiliza son: las declaraciones EDO de los profesionales sanitarios, la búsqueda activa en los laboratorios de microbiología y la revisión de otras fuentes (RAE-CMBD, registro de SIDA, instituciones penitenciarias, etc).

Más información: [Tuberculosis | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid (SIVIRA-MAD)

En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública puso en marcha la vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas a finales de 2020 a través de este sistema. En el año 2023, la “Estrategia para la integración de covid-19 en la vigilancia y control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la Comunidad de Madrid” estableció la vigilancia mediante este sistema de la gripe, covid-19 y virus respiratorio sincitial (VRS).

Se basa en la captación de síndromes clínicos compatibles a través del sistema sanitario y en la selección sistemática de una muestra de pacientes para la recogida de datos clínicos, epidemiológicos, vacunales y microbiológicos. Abarca los niveles de Atención Primaria y Hospitalaria y se mantiene activa durante todos los meses del año, con la finalidad de detectar en cualquier momento tanto el incremento de incidencia de los casos leves, como el de los casos más graves que requieren ingreso hospitalario.

Más información: [Red de Vigilancia Centinela | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS)

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC.

Los datos proceden del sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), en el módulo de multirresistencias. Estos datos son introducidos por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del hospital. Aquellos datos procedentes de centros que no disponen del programa VIRAS o de estudios de brotes en residencias son registrados en el sistema por el Programa de IRAS del Área de vigilancia y control de enfermedades transmisibles de la Comunidad de Madrid.

Más información: [Prevención y Control de las infecciones por EPC | Comunidad de Madrid](#)
[Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria \(IRAS\) | Comunidad de Madrid](#)

Registro acumulativo de drogodependientes (RAD)

Recoge la información epidemiológica sobre los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en los centros de la red de atención a drogodependientes. Contiene datos individualizados desde el año 1987.

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Cribado neonatal

El Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas tiene por objetivo la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 23 enfermedades seleccionadas, con la finalidad de reducir la morbilidad y las discapacidades asociadas a las mismas. Está dirigido a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid. La fuente de información es el Sistema de Registro de Cribado Neonatal (RECRINE) del Laboratorio de Cribado Neonatal de la Comunidad de Madrid.

El programa de Cribado Neonatal de Hipoacusia está orientado a la detección precoz de los recién nacidos con pérdida auditiva, a su diagnóstico y tratamiento temprano y al seguimiento de

los casos detectados para, mediante la intervención adecuada, optimizar el desarrollo social y la capacidad de comunicación de éstos. Este programa se ofrece a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid permitiendo, en los casos positivos, una intervención integral temprana adecuada. La fuente de información es el Sistema de Información del Programa de cribado neonatal de hipoacusia (SISPAL-HAC).

Más información: [Cribado neonatal | Comunidad de Madrid](#)

Registro de vacunas

El registro nominal de vacunaciones se creó en 2006. En él se incorporan automáticamente las vacunas registradas en centros de Atención Primaria del SERMAS, el Registro Unificado de Vacunas (RUV) y los centros de vacunación del Ayuntamiento de Madrid, y recoge también el registro manual desde otros centros de vacunación, fundamentalmente del sector privado.

Los indicadores de cobertura pretenden conocer el estado vacunal de la población en lo que se refiere al calendario de vacunaciones. Las coberturas para vacunación infantil se calculan por cohortes de nacimiento, las definiciones corresponden a las consensuadas a nivel nacional por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y acordadas por la Comisión de Salud Pública en octubre de 2017.

Más información: [Vacunas | Comunidad de Madrid](#)

Registro poblacional de cáncer de la Comunidad de Madrid

La vigilancia del cáncer es una pieza más de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública. La vigilancia del cáncer incluye el desarrollo de un registro de base poblacional, que recoja, revise y analice información de forma sistemática y continuada en el tiempo sobre los nuevos diagnósticos de cáncer realizados en la totalidad de personas que residen en la región.

Un registro de cáncer de base poblacional permite conocer la incidencia del cáncer en una región tanto globalmente como por subgrupos de edad, sexo, o tipo de tumor y estudiar diferencias en la incidencia en grupos vulnerables de población.

El Registro Poblacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia (RECAM-i) está constituido por los casos con menos de 20 años de edad en el momento del diagnóstico. El Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid es parte de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), y de la Red Europea de Registros de Cáncer (ENCR), y sigue sus recomendaciones con el objetivo de que sus resultados sean comparables con los de otros registros españoles y europeos.

Más información: [Vigilancia Epidemiológica del Cáncer | Comunidad de Madrid](#)

Registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente

En la Comunidad de Madrid, coordinado por la Dirección General de Salud Pública, se dispone desde 1997, del registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, que tiene el objetivo de vigilar su evolución y sus características epidemiológicas. Sus fuentes de información son las unidades de endocrinología pediátrica de todos los hospitales públicos y privados, que notifican nominalmente los casos. Como fuente secundaria de captación de casos se utiliza la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP-Madrid) y el RAE-CMBD.

El registro aplica los criterios establecidos en el estudio *Diabetes Epidemiology Research* Internacional en cuanto a definición de caso y grupos de edad. Se considera caso para ser incluido en el registro, a las personas menores de 15 años cuyo diagnóstico haya sido establecido, en tratamiento con insulina diaria y que resida en la Comunidad de Madrid en el momento de la primera administración de insulina. Se excluyen los casos de otros tipos

específicos de diabetes mellitus (MODY, por enfermedades endocrinas, infecciosas o diabetes tipo 2).

Más información: [Diabetes | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)

El Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) integra datos de enfermedad poco frecuente procedentes de varias fuentes de información sanitarias: el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias de centros públicos y privados (RAE-CMBD), la historia clínica electrónica de atención primaria, el registro de mortalidad, el Registro Madrileño de Enfermos Renales (REMER), la notificación de consumo de los medicamentos huérfanos (Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios), los datos del programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, el registro de pacientes del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER) del ISCIII, la notificación de los profesionales de casos de registros clínicos y la notificación a través del formulario de Enfermedades Poco Frecuentes en la historia clínica electrónica de hospitales. Se excluyen las enfermedades oncológicas raras, las infecciones agudas raras, las enfermedades relacionadas con el embarazo o el puerperio y los envenenamientos raros.

El SIERMA participa en el registro estatal de enfermedades raras (ReeR), incorporando anualmente los casos confirmados de las enfermedades seleccionadas por consenso entre las Comunidades Autónomas.

Más información: [Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid \(SIERMA\) | Comunidad de Madrid](#)

CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social)

El sistema CEPROSS (aplicación informática para la Comunicación de Enfermedad Profesional, Seguridad Social) recoge información relacionada con enfermedades sufridas por los trabajadores e incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Este sistema de nutre de las comunicaciones realizadas por las entidades gestoras y colaboradoras con la Seguridad Social.

Se dispone de información relativa a las personas afectadas (sexo, edad, nacionalidad), a su perfil laboral (ocupación, actividad económica), a su enfermedad (código CIE10, descriptivo, código EP RD 1299/2006), a su situación laboral (si existe baja, duración de la misma, si hay recaída, etc.) y, si ha sido cerrado el parte, el motivo del cierre y la calificación de la enfermedad.

Más información: [Salud laboral | Comunidad de Madrid](#)

Registro de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

El seguimiento de las IVE se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica tal y como establece la Orden de 16 de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones.

Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el profesional sanitario responsable de la intervención comunica los datos según protocolo normalizado. En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública, es la responsable de la consolidación y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad. Esta vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

Más información: [Vigilancia de las interrupciones voluntarias del embarazo \(IVE\) | Comunidad de Madrid](#)

Encuestas poblacionales

SIVFRENT-J

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J) se puso en marcha en 1996 y se basa en la realización de encuestas autoadministradas en aula escolar, a una muestra anual de 2.000 personas representativa de la población escolar de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15-16 años) de la Comunidad de Madrid.

Mide la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la población joven.

La clasificación del estado ponderal (sobrepeso, obesidad) se realiza a partir del peso y talla corporales referidos por la persona encuestada, con el cálculo del IMC como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m^2). Se emplean los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al (Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. BMJ 2000; 320:1-6).

Se ha considerado ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Se ha considerado nutrición inadecuada el consumo de menos de dos raciones de fruta al día.

Se ha considerado bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol ≥ 50 cc en los chicos y ≥ 30 cc en las chicas.

En salud mental se ha empleado el instrumento de cribado GHQ-12 para la detección de problemas psicológicos. Se considera malestar o estrés psicológico una puntuación de 3 o más puntos.

Más información: [Factores de riesgo de enfermedad | Comunidad de Madrid](#)

SIVFRENT-A

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población adulta (SIVFRENT-A) se puso en marcha en 1995 y se basa en la realización de encuestas telefónicas a una muestra anual de 2.000 personas, con recogida de datos mensual, representativa de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

Mide la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la población adulta.

La clasificación del estado ponderal (sobrepeso, obesidad) se realiza a partir del peso y talla corporales referidos por la persona encuestada, con el cálculo del IMC como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m^2). Se ha considerado sobrepeso un Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/ m^2 .

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs (*Metabolic Equivalent of Task* o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs. Se han considerado personas no activas a aquellas que no realizan actividades moderadas/intensas/muy intensas al menos 3 veces por semana durante al menos 30 minutos cada vez.

Se ha considerado nutrición inadecuada el consumo de menos de tres raciones de frutas o verduras al día. Para la detección de malestar psicológico se consideró una puntuación de 3 o más puntos.

Como indicador del consumo de alcohol se ha considerado la proporción de adultos con consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo (>20g/día en hombres y >10g/día en mujeres).

En salud mental se ha empleado la clasificación de depresión mayor utilizando PHQ 8. Para obtener la prevalencia de depresión moderada-grave se consideró la obtención de una respuesta afirmativa presente más de la mitad de los días en “tener poco interés o placer en hacer las cosas” o “sentirse desanimado/a o sin esperanza”, es decir, ánimo depresivo, anhedonia y al menos 5 ítems más del cuestionario presentes más de la mitad de los días.

En la detección de violencia de pareja contra la mujer se ha utilizado el test de detección de violencia según la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* –WAST- (muchacha/alguna tensión en las relaciones de pareja y mucha/alguna dificultad en la resolución de conflictos).

Variables sociodemográficas utilizadas: país de nacimiento (España/otros países), nivel de estudios (el más elevado alcanzado: universitarios/secundarios/primarios o sin estudios), situación laboral (trabajo remunerado/desempleo/otros) y clase social (se utiliza la propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología, clasificando en tres estratos (I-II -más favorecida-, III, IV-V -menos favorecida-).

Más información: [Factores de riesgo de enfermedad | Comunidad de Madrid](#)

SIVFRENT-M

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población mayor (SIVFRENT-M) se puso en marcha en 2018, con una muestra anual de 1.000 personas, representativa de la población general de la Comunidad de Madrid de 65 a 79 años no institucionalizada. El cuestionario se compone de un núcleo estable de preguntas comparables al sistema dirigido a adultos (SIVFRENT-A) y de un apartado específico para este grupo de edad.

La clasificación del estado ponderal (sobrepeso, obesidad) se realiza a partir del peso y talla corporales referidos por la persona encuestada, con el cálculo del IMC como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m²). Se ha considerado sobrepeso un Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².

Se ha considerado nutrición inadecuada el consumo de menos de tres raciones de frutas o verduras al día.

Como indicador del consumo de alcohol se ha considerado la proporción de mayores con consumo medio por encima de los límites de bajo riesgo (>20g/día en hombres y >10g/día en mujeres).

Como indicadores de dependencia se han considerados la limitación para la actividad según el indicador GALI, la limitación para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD), el apoyo social y sentimiento de soledad no deseada y la fragilidad.

En salud mental se ha empleado la clasificación de depresión mayor utilizando PHQ 8. Para obtener la prevalencia de depresión moderada-grave se consideró la obtención de una respuesta afirmativa presente más de la mitad de los días en “tener poco interés o placer en hacer las cosas” o “sentirse desanimado/a o sin esperanza”, es decir, ánimo depresivo, anhedonia y al menos 5 ítems más del cuestionario presentes más de la mitad de los días.

Más información: [Factores de riesgo de enfermedad | Comunidad de Madrid](#)

Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES)

Encuesta bienal dirigida a los estudiantes de secundaria y Formación Profesional de 14-18 años, realizada desde 1994. Su ámbito es estatal y sigue un muestreo por conglomerados bietápico, en el que se selecciona aleatoriamente en primer lugar el centro educativo y en segundo lugar el aula. Se analizan los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid.

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES)

Encuesta bienal sobre el uso de drogas dirigida a la población general de 15-64 años, realizada desde 1995. La información se obtiene mediante entrevista personal en los hogares, con cuestionario auto administrado con papel y lápiz para las preguntas sobre consumo de drogas. Su ámbito es estatal y sigue un muestreo trietápico, seleccionando en primer lugar la sección censal, en segundo lugar la vivienda y en tercer lugar el individuo dentro de cada hogar. Se analizan los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid.

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Vigilancia ambiental**Redes de vigilancia de calidad el aire de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid**

Mide los niveles de concentración de los principales contaminantes atmosféricos y los pone a disposición del público, así como de las distintas autoridades competentes. La Red de Calidad del Aire de la Comunidad de Madrid está compuesta actualmente por veinticuatro estaciones fijas de medida, distribuidas en seis zonas homogéneas del territorio de la Región:

- 3 en zonas urbanas o aglomeraciones: Corredor del Henares, Urbana Sur y Urbana Noroeste.
- 3 en zonas rurales: Cuenca del Tajuña, Cuenca del Alberche y Sierra Norte.

Además, hay una séptima zona gestionada por el Ayuntamiento de Madrid, que dispone de una red propia compuesta por estaciones repartidas por el municipio de Madrid.

Los datos obtenidos en la Red permiten establecer las líneas de actuación y, en su caso, diseñar medidas para alcanzar los objetivos definidos en los instrumentos de planificación regional.

Más información: [Calidad del Aire | Comunidad de Madrid](#)

Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM)

Es una red de vigilancia que analiza, cuantifica y predice concentraciones de polen a lo largo del año. Los niveles de polen se vigilan mediante muestreo ininterrumpido del aire los 365 días del año. Dispone de 11 captadores en diferentes puntos ubicados por toda la región (Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Coslada, Getafe, Leganés, Las Rozas, Collado Villalba y Madrid).

Desde la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid se ejerce la dirección científico-técnica y desde la Dirección General de Salud Pública se coordina la red. También se hace el análisis y lectura de muestras de tres tipos esporales de gran presencia en el aire y cuya evolución estacional es útil desde el punto de vista de Salud Pública puesto que, junto con el polen, son causantes de alergias y asma en la población.

Más información: [Polen | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de Información de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental (SEGA) y SAHAWEB

La información sobre determinantes medioambientales en salud, alimentos seguros, resistencias antibióticas, enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores procede de los resultados obtenidos de la actividad de la Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental y registrados en los sistemas propios de información donde se integran todos los procesos y resultados vinculados a la inspección en Salud Pública.

ORALIMS

Es la base de datos del Laboratorio Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid donde se graban los resultados de las muestras de alimentos y aguas, entre otras. La actividad prioritaria del Laboratorio Regional de Salud Pública es la realización de ensayos microbiológicos y fisicoquímicos de muestras de aguas y alimentos, así como el análisis de muestras clínicas para los Planes y Programas de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, que tienen como finalidad dirigir y formular las líneas de trabajo necesarias para que las intervenciones sanitarias mejoren la salud y calidad de vida de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Más información: [Laboratorio Regional de Salud Pública | Comunidad de Madrid](#)

Sistemas de información nacionales

- Sistema de información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC)

Más información: [SINAC - Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo \(sanidad.gob.es\)](#)

- Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño (NÁYADE)

Más información: [Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño \(sanidad.gob.es\)](#)

- Sistema de Información Nacional de alertas alimentarias y de materiales en contacto con alimentos (ALCON)

Más información: [Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición](#)

Otras fuentes/estudios**ELOIN**

Se trata de un estudio de cohorte prospectivo de base poblacional, constituido por una cohorte basal representativa de la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid, con seguimiento hasta los 14 años, con estudios (cortes transversales) a los 4, 6, 9, 12 y 14 años y con análisis de sangre a los 9 y 14 años. Es un estudio de vigilancia epidemiológica llevado a cabo en colaboración con la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.

La exploración física de peso, talla, cintura abdominal, y tensión arterial se realiza de manera estandarizada. El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de los valores medios de peso y talla con la fórmula: peso (kg)/talla (m²). La clasificación del estado ponderal a partir del IMC se realizó a partir de los criterios de la OMS. Se utilizó el percentil ≥90 como punto de corte para definir la obesidad abdominal de acuerdo a las recomendaciones de la *International Diabetes Federation*.

Más información: [Nutrición, alimentación y obesidad: vigilancia epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad

Mantiene un sistema de información disponible online en el que se recogen, entre otros, el recuento de víctimas mortales por violencia de género incluyendo datos sociodemográficos de

las víctimas y los presuntos agresores. Las cifras se refieren a mujeres víctimas mortales a manos de sus parejas o exparejas, en los términos del artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Los datos de 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que se basaba en la información facilitada por los medios de comunicación. Los datos a partir de marzo de 2006 proceden de la propia Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer.

Más información: <https://estadisticasviolenciagenero.igualdad.gob.es/>

Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador importante del impacto social y sanitario del uso nocivo de sustancias psicoactivas. Se trata de un registro específico de mortalidad que recopila información anual, desde 1983, sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

La información sobre muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas se recoge de fuentes forenses y toxicológicas. Este indicador forma parte del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) y se gestiona en el marco del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Desde 2017 se incluyen todos los fallecidos sin límite de edad (previamente se limitaba a 10-64 años) y a partir de 2019 todos los que presentan alcohol, aunque sea la única sustancia detectada (previamente solo se incluían aquellos casos en los que el alcohol se asociaba a otras drogas).

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Ministerio de Trabajo y Economía Social

El parte de accidente de trabajo con baja se debe cumplimentar obligatoriamente en aquellos accidentes de trabajo o recaídas, sufridos por trabajadores afiliados a la Seguridad Social con las contingencias profesionales cubiertas, que conlleven la ausencia del lugar de trabajo del trabajador accidentado de al menos un día, salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente, o se haya producido el fallecimiento de la víctima. La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoria e íntegramente a través de la aplicación Delt@.

El Ministerio de Trabajo y Economía Social facilita a la Dirección General de Salud Pública, de forma anonimizada, los registros de esta aplicación correspondientes al ejercicio anterior. Aportan diferentes variables relativas a la persona accidentada (sexo, edad, nacionalidad), a aspectos laborales (tipo de contrato, antigüedad, ocupación, régimen de afiliación), a la empresa contratante (actividad, organización preventiva, nº de trabajadores, etc.) y al accidente en sí (tipo, lugar, momento, agente, desviación, día de la semana, fecha, hora, diagnóstico, gravedad...).

Más información: [Salud laboral | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo

El sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MoMo) fue desarrollado en 2004, en el marco del «Plan de acciones preventivas contra los efectos de las temperaturas excesivas», coordinado por el Ministerio de Sanidad, para reducir el impacto sobre la salud de la población como consecuencia del exceso de temperatura. El objetivo de MoMo es identificar las desviaciones de mortalidad diaria observada con respecto a la esperada según las series históricas de mortalidad, y permite estimar de forma indirecta el impacto de cualquier evento de importancia en Salud Pública.

Utiliza las defunciones diarias por todas las causas de los últimos diez años, sin incluir aquellas del año 2020 (por su comportamiento debido a la pandemia de covid-19). Esta serie se obtiene de los datos consolidados del INE, hasta la fecha en la que están disponibles, y a partir de entonces del Ministerio de Justicia que proporciona defunciones diarias por todas las causas procedentes de los registros civiles informatizados.

El número de eventos diarios esperados se calcula en función de los observados durante los 5 años previos a la pandemia por covid-19 (2015-2019) mediante modelos de regresión de Poisson ajustando por tendencia y estacionalidad. Se obtiene un valor medio de fallecimientos esperados cada día y valores extremos: límite superior y límite inferior (± 3 Desviaciones Estándar).

Más información:

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_morbimortalidad_calor_temporada_2024.pdf

Agencia Estatal de Meteorología (AEMET)

La Agencia Estatal de Meteorología actualmente está adscrita al Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico a través de la Secretaría de Estado de Medio Ambiente.

El objeto de AEMET, según el artículo 1.3 del Real Decreto 186/2008, de 8 de febrero por el que se aprueba su Estatuto, es el desarrollo, implantación, y prestación de los servicios meteorológicos de competencia del Estado y el apoyo al ejercicio de otras políticas públicas y actividades privadas, contribuyendo a la seguridad de personas y bienes, y al bienestar y desarrollo sostenible de la sociedad española.

Más información:

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_morbimortalidad_calor_temporada_2024.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) – Sección estadística experimental

Esta sección del INE recoge proyectos en desarrollo que cuentan con aspectos innovadores pero que aún no han alcanzado la suficiente madurez en cuanto a fiabilidad, estabilidad o calidad de los datos como para incluirlos dentro de su estadística oficial. Se está trabajando en la elaboración del Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV), construido a partir de los indicadores de calidad del INE (fundamentalmente obtenidos de encuestas poblacionales), y que debe permitir establecer comparaciones territoriales. La calidad de vida se desglosa en 9 dimensiones entre las que figura la dimensión salud, para la cual se han elegido 8 indicadores: esperanza de vida al nacer, salud autopercebida, morbilidad crónica, personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses, necesidades no satisfechas de cuidados médicos, índice de masa corporal, fumadores diarios y ejercicio físico regular y sedentarismo en el tiempo libre.

Más información:

https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental_ind_multi_calidad_vida.htm

Padrón continuo de población

El Padrón Municipal es un registro administrativo donde constan los vecinos residentes por municipio. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponde a los respectivos Ayuntamientos, quienes deben remitir al INE las variaciones mensuales que se producen en los datos de sus padrones municipales. La Estadística del Padrón continuo se elabora a partir de la explotación exhaustiva de las variables básicas que contienen los ficheros padronales disponibles en el INE. Se utilizan los datos de la población residente en la Comunidad de Madrid a mitad de año.

Más información:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990

Estadística continua de población

A partir de la publicación de los Censos de Población y Viviendas 2021 se produce un cambio de paradigma en las estadísticas demográficas, que pasan a basarse en la explotación de registros administrativos, lo que permite proporcionar resultados anuales. Estos Censos Anuales alimentan la Estadística continua de población, que sustituye a partir del año 2022 al Padrón continuo como fuente para las poblaciones de referencia para la determinación de los denominadores necesarios para el cálculo de indicadores demográficos y sanitarios.

Tarjeta Sanitaria Individual (Cibeles)

Es la base de datos de personas con derecho a la asistencia sanitaria pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Más información: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria>

