

Madrid

Informe

2016

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, 2016



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Coordina: Subdirección General de Epidemiología

Edita: Dirección General de Salud Pública

Diseño y maquetación: Subdirección General de Epidemiología

Edición: Noviembre 2017

ISBN: 978-84-451-3676-8

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 2016. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2017.

Dirección General de Salud Pública

Subdirección General de Epidemiología

Juan Martínez Hernández
M^a José Esteban Niveiro

Director General de Salud Pública
Subdirectora General de Epidemiología

Autores/as

Dirección, coordinación, selección de indicadores y edición
Servicio de Informes de Salud y Estudios

M^a Felicitas Domínguez Berjón *Jefa de Servicio de Informes de Salud y Estudios*
María D. Esteban Vasallo *Técnica Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios*
Ricard Gènova Maleras *Técnico Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios*
Luis Velázquez Buendía *Técnico Superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios*

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

Luis Miguel Blanco Ancos (*Grupo Eidos consultoría informática*)
Daniel Moñino Zubia
David Fontecha Castrillo

Autores/as colaboradores/as

Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (objetivo 4, 8, 9, 10, 11 y 12): *S^o Epidemiología*: Jenaro Astray Mochales, Lucía Díez Gañán, Ana Gandarillas Grande, Honorato Ortiz Marrón, Virginia del Pino Valero. **Alimentación** (objetivo 11): *Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria*: Mar Carretero Gómez, Alicia Jiménez Manso, Mercedes Sotodosos Carpintero. **Tabaco, alcohol, drogas** (objetivo 12): *S^o Evaluación e Investigación en Adicciones*: M Ángeles Gutiérrez Rodríguez, Ana Ruiz Bremón

Interrupción Voluntaria del Embarazo (objetivo 4): *S^o Epidemiología*: Carlos Cevallos García, José Verdejo Ortes

Vigilancia de enfermedades transmisibles (objetivo 7): *S^o Epidemiología*: Carlos Cevallos García, Alicia Estirado Gómez, Luis García Comas, Esther Insua Marisquerena, Pello Latasa Zamalloa, Alba Nieto Julia, María Ordobás Gavín, Inmaculada Rodero Garduño, José Verdejo Ortes; *Área única de Salud Pública 1*: Elena Rodríguez Baena, Esther Córdoba Deorador; *Área única de Salud Pública 2*: Nelva Mata Pariente, Mercedes Belén Rumayor Zarzuelo; *Área única de Salud Pública 3*: Ángel Miguel Benito, Carmen Sanz Ortiz; *Área única de Salud Pública 4*: Dulce López-Gay Lucio-Villegas, Fernando Martín Martínez; *Área única de Salud Pública 5*: Dolores González Hernández, Susana Jiménez Bueno; *Área única de Salud Pública 6*: José Francisco Barbas del Buey, M^a José Domínguez Rodríguez, Antonio Jorge Orga Martínez; *Área única de Salud Pública 7*: José Antonio Taveira Jiménez; *Área única de Salud Pública 8*: Andrés Aragón Peña, Manuel José Velasco Rodríguez; *Área única de Salud Pública 9*: Natividad García Marín, Laura Moratilla Monzó; *Área única de Salud Pública 10*: M^a del Carmen Olmedo Lucerón, Ana Pérez Meixeira; *Área única de Salud Pública 11*: Elisa Gil Montalbán, Jesús Sánchez Díaz; *S^o Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud*: María de la Cruz Pérez, Cristina Escacena Sainz, Andrés Iriso Calle

Vacunas (objetivo 7): *S^o Prevención de la enfermedad*: Domingo Iniesta Fornies

Enfermedades poco frecuentes (objetivo 8): *S^o Informes de Salud y Estudios*: Ana Clara Zoni, Rosa Noguerales de la Obra

Violencia de género (objetivo 9): *S^o Epidemiología*: Ana Gandarillas Grande, María Ordobás Gavín, Myriam Pichiule Castañeda; *S^o Promoción de la Salud*: Luisa Lasheras Lozano, Marisa Pires Alcaide; *S^o Informes de Salud y Estudios*: Carmen García Riobobos

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

Salud laboral (objetivo 10): *Sº Salud Laboral*: José María Cisnal Gredilla, María Fernanda González Gómez, Piedad Hernando Briongos, Dolores Insausti Macarrón

Mapas Medea : *Sº Epidemiología*: Ana Gandarillas Grande

Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud:

Sº Informes de Salud y Estudios: Juan Manuel Sendra Gutiérrez

Agradecimientos

A los Subdirectores, Jefes de Servicio y profesionales de la Dirección General de Salud Pública por su apoyo en las distintas fases de la elaboración del Informe

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

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

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



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERIA DE SANIDAD

Listado de abreviaturas empleadas en el texto

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

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

Índice

Resumen

Metodología

1.1. Introducción

1.2. Fuentes de información

1.3. Indicadores

1.3.1. Mortalidad y esperanza de vida

1.3.2. Morbilidad en Atención Primaria

1.3.3. Morbilidad hospitalaria

1.3.4. Carga de Enfermedad

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

2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid

2.1.1 Evolución de la población y estructura por edades

2.1.2 Migración

2.1.3 Fecundidad

2.2. Mortalidad y morbilidad

2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad

2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida

2.2.3. Mortalidad por causa

2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria

2.2.5. Morbilidad hospitalaria

2.2.6. Carga de enfermedad

2.3. Estado de salud y discapacidad

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

3.1. Indicadores generales al nacimiento

3.1.1. Peso al nacimiento

3.2. Mortalidad infantil

3.3. Mortalidad perinatal

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

3.5. Morbilidad hospitalaria

3.6. Conclusiones

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

4.1. Mortalidad

4.2. Morbilidad

4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

4.3. Factores determinantes

4.3.1. Ejercicio físico

4.3.2. Alimentación

4.3.3. Sobrepeso y obesidad

4.3.4. Tabaco

4.3.5. Alcohol

4.3.6. Drogas de comercio ilegal

4.3.7. Sexualidad responsable

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

4.3.9. Información sobre temas de salud

4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

4.5. Conclusiones

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

5.1. Aspectos demográficos

5.2. Mortalidad

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

5.4. Morbilidad hospitalaria

5.5. Conclusiones

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

6.1.1. Indicadores generales

6.1.2. Mortalidad

6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria

6.1.4. Morbilidad hospitalaria

6.1.5. Carga de enfermedad

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

6.3. Conclusiones

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

7.1. Enfermedades transmisibles

7.1.1. Indicadores generales

7.1.2. Mortalidad

7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas

7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

7.2. Coberturas vacunales

7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles

7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas y otras meningitis bacterianas

7.3.3. Enfermedades de transmisión respiratoria

7.3.4. Tuberculosis

7.3.5. Enfermedades de transmisión zoonótica

7.3.6. Enfermedades transmitidas por vectores

7.3.7. Enfermedades de transmisión alimentaria y brotes de origen alimentario

7.3.8. Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

7.3.9. Infecciones causadas por VIH/sida

7.3.10. Enfermedades notificadas por sistemas especiales: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

7.3.11. Brotes de origen no alimentario

7.3.12. Brotes de especial interés

7.4. Conclusiones

Objetivo 8. Enfermedades no transmisibles

8.1. Determinantes

8.1.1 Factores de de riesgo

8.1.2 Prácticas preventivas

8.2. Enfermedades no transmisibles

8.2.1. Tumores

8.2.2. Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus

8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio

8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo

8.2.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario

8.2.7. Enfermedades poco frecuentes

8.3. Conclusiones

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

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

9.1.2. Mortalidad por causas externas

9.1.3. Accidentes autodeclarados

- 9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria
- 9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas
- 9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

9.2. Accidentes de tráfico

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

9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

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

9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

9.5. Conclusiones

Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro

10.1. Medio ambiente y salud

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

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

10.2.1. Enfermedades Profesionales

10.2.2. Accidentes de trabajo

10.3. Conclusiones

Objetivo 11. Una vida más sana

11.1. Estilos de vida y salud

11.2. Ejercicio físico en adultos

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

11.3.2. Factores relacionados con la seguridad alimentaria

11.3.3. Realización de dietas

11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

11.5. Conclusiones

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

12.1. Consumo de tabaco en adultos

12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad

12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

12.2. Consumo de alcohol en adultos

12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

12.3.1. Consumo de cannabis

12.3.2. Consumo de cocaína

12.3.3. Consumo de éxtasis

12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

12.4. Repercusiones en la salud

12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

12.6. Conclusiones

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

Anexo 1.1. Indicadores de Salud

Anexo 1.2. Indicadores Socioeconómicos

Índice de figuras y tablas

Documentos

Resumen

Dinámica demográfica

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios en relación con las tendencias que se habían registrado en los últimos lustros. Si entre 1980 y 2000 hubo una etapa de práctico estancamiento en el crecimiento demográfico, con el cambio de siglo se observó un acelerado aumento de la población, que se ha mantenido a lo largo de todo el decenio. Sin embargo, las últimas cifras padronales apuntan a un brusco frenazo de este crecimiento. El dato definitivo más reciente (1 de enero de 2016), arroja un total de 6.466.996 residentes en la Comunidad de Madrid, 30 mil más que en 2015. Desde 2012, cuando se alcanzaron los 6.498.560 habitantes, la pérdida de población había sido constante, pero aún es pronto para poder hablar de un cambio de tendencia.

La pirámide de población actual de la Comunidad de Madrid muestra el efecto de dinámicas demográficas no sólo recientes, sino en algún caso muy alejadas del momento presente. En la cima de la estructura por edades se aprecia el mayor peso de las mujeres ancianas, resultado de su más alta esperanza de vida, pero también de la mayor mortalidad masculina durante la Guerra Civil. Se aprecia asimismo el menor tamaño de las generaciones nacidas durante la contienda y la inmediata posguerra, así como la mayor natalidad del año 1940. Destaca en la pirámide madrileña el gran peso de los adultos jóvenes -que se van trasladando progresivamente a edades más maduras a medida que avanza el año de observación- y el fuerte descenso de la fecundidad experimentado desde 1975. A partir de finales de los años noventa vuelve a ensancharse, como resultado tanto de la natalidad de la creciente población extranjera que llega a vivir a Madrid, como del paso por el tramo de edades más fecundas de las generaciones muy llenas nacidas en los años sesenta y setenta del siglo XX. En los años más recientes (desde 2009) se puede observar un incipiente estrechamiento de la base de la pirámide, consecuencia del menor número de nacimientos registrados estos años.

En la evolución de la población madrileña las migraciones siempre han jugado un papel fundamental. Durante decenios, Madrid fue destino de gran cantidad de personas procedentes de otras provincias españolas. Posteriormente, durante los años ochenta y noventa del siglo XX, el crecimiento migratorio se redujo drásticamente. Desde inicios del siglo XXI se apreció un patrón marcado por una fuerte inmigración desde el extranjero que se refleja en el gran aumento de la población de nacionalidad no española residente en Madrid. Además, el balance con el resto de Comunidades Autónomas fue negativo durante muchos años. El saldo migratorio anual total ha llegado a estar por encima de los 100 mil nuevos residentes en Madrid durante varios años del primer decenio del nuevo siglo. Sin embargo, desde 2007 el saldo total tendió a reducirse, llegando a alcanzar saldos globales negativos en 2011, 2013 y 2014, fundamentalmente por las crecientes salidas hacia el extranjero. En 2015 el crecimiento migratorio total volvió a ser positivo en más de 38 mil personas.

La evolución reciente de la fecundidad de la Comunidad de Madrid refleja la sensibilidad de este fenómeno demográfico ante los cambios sociales y económicos. Los indicadores de natalidad y fecundidad, tras una década en la que siguieron una tendencia al aumento, vuelven a decrecer a partir de 2009. Es todavía pronto para anticipar la duración y magnitud de este descenso, pero es muy verosímil que persista en los próximos años. En relación con la evolución del número de nacimientos, el impacto de la crisis económica ha adelantado un comportamiento que todas las previsiones demográficas daban por seguro. Incluso en un contexto de bonanza económica, el efecto estructural de la llegada a las edades de mayor fecundidad de unas cohortes de mujeres de tamaño progresivamente menor (nacidas en los años ochenta y noventa, caracterizados por el fuerte descenso de la fecundidad) haría que la cifra de nacidos vivos decayera a partir de la segunda década del siglo XXI. En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (33,6 años en promedio) en comparación con la Edad Media a la Maternidad (EMM) de principios de los años ochenta (alrededor de 28 años).

Mortalidad

Las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años. Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar, pasando de 70,62 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 76,01 en mujeres en el año 1975 a 81,15 y 86,52 en 2015, respectivamente. Entre los años 2007 y 2015 el aumento de la esperanza de vida se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población adulta madura (de 50 y más años de edad), y especialmente de la anciana (70 y más). Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también cómo son las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores las que están detrás de la mayor parte de esa mejora

de la mortalidad de las personas mayores, mientras que las enfermedades mentales y neurológicas son las que más años de vida restan. A cualquier edad por encima de los 30 años, las ganancias de esperanza de vida entre 2010 y 2015 son mayores en hombres que en mujeres, lo que ha contribuido a reducir la diferencia entre ambos sexos.

Como ha ocurrido desde 2006, el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores para el conjunto de ambos sexos superan en 2015 a las del sistema circulatorio, debido sobre todo al continuado descenso de la mortalidad de estas últimas. Esto es así también en los varones. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa con mayor número de defunciones, pero una vez ajustada por edad, los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas.

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

Morbilidad

En 2015, 4.827.316 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 74,5% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria. El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos a partir de 70 años que han acudido a Atención Primaria supera el 90%. Para todos los grupos de edad entre los 15 y los 79 años la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es superior a la de hombres. Esto también ocurre en los nacidos fuera de España, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2015 se han registrado en AP-Madrid un total de 19.764.405 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.051,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 696,7 episodios por 1.000 personas. Las mayores tasas se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores, y en todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores entre las mujeres. La patología respiratoria es la que presenta una mayor tasa de episodios (578,7 por mil para ambos sexos, 528,2 en hombres y 625,4 en mujeres), seguida por la del aparato locomotor, de forma más marcada en las mujeres. En cuanto a la patología crónica, ésta se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 9,3% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y los trastornos del metabolismo lipídico. Dentro de las patologías crónicas seleccionadas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus.

En el año 2015 se registraron en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) 1.212.037 altas, de las cuales 1.106.986 corresponden a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 171,6 altas por 1.000 habitantes. Estas últimas son las que se han considerado para la descripción de la morbilidad hospitalaria. El 45,1% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 17,1% en hospitales privados y el 37,8% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 54,9% del total de altas hospitalarias. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo muestran en las edades de 15 a 54 años tasas superiores en las mujeres (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras en el resto de edades son mayores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria la patología relacionada con el sistema nervioso y órganos de los sentidos alcanzó la tasa más elevada (26,53 por mil) en ambos sexos. En las mujeres ésta es seguida por el embarazo, parto y puerperio (24,67 por mil) y los

tumores (20,08 por mil). Entre los hombres la segunda causa de alta hospitalaria son las enfermedades del aparato digestivo (20,23 por mil) seguidas por los tumores (20,21 por mil).

Carga de enfermedad

En el año 2015 en la Comunidad de Madrid se perdieron 579.750 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud, repartidos por igual entre hombres y mujeres (el 49,6 por ciento corresponde a los primeros y el 50,4 por ciento a las segundas). La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.649 por cien mil. Las enfermedades no transmisibles concentran el 91,8 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 4,7 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 3,4 por ciento de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (33,63 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (17,1 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,7), las circulatorias (8,2) y las respiratorias (7,6).

El peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 92,5 por ciento de la carga de enfermedad se debe a las consecuencias no mortales generadas por estas patologías. En los tumores, en cambio, nueve de cada diez años de vida perdidos en 2015 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 36,3 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 63,7 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 42,1% AVP y 57,9% AVD en los hombres, y 30,6% AVP y 69,4% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores y, en general, también en otras poblaciones de condiciones demográficas y epidemiológicas semejantes a la madrileña, corroboran la imagen general de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

En 2014, en la Comunidad de Madrid, el 21,8% de los hombres y el 28,3% de las mujeres mayores de 14 años referían un estado de salud regular, malo o muy malo en el último año, aumentando esta proporción a medida que se incrementa la edad y siendo siempre superior entre las mujeres respecto a los hombres de la misma edad. La proporción de población con mala salud percibida es también mayor entre las clases sociales más desfavorecidas, especialmente en las mujeres, en las que se aprecia un claro gradiente. En consonancia con lo anterior, las personas de más edad presentan más problemas de salud o enfermedad crónicas y las mujeres más que los hombres. Algo similar ocurre con la presencia de discapacidad.

Salud infantil

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando hasta 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Sin embargo en 2009 se inicia un descenso hasta 2013 y una estabilización posterior. Tanto el aumento como el descenso es, en términos relativos, mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples. Los partos prematuros aumentaron hasta 2008 y luego descendieron y se estabilizaron. Los partos distócicos aumentaron en los años noventa para descender posteriormente con oscilaciones. La mortalidad infantil registrada se mantiene por debajo de las 4 defunciones por cada mil nacidos vivos en los últimos años. Estos bajos niveles conseguidos hacen, no obstante, que pueda haber variaciones relativamente importantes en años contiguos.

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

El 92,0% de la población de 0 a 4 años acudió en 2015 a los centros de Atención Primaria. Un 21,4% de los episodios atendidos correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio.

Deben priorizarse las actividades destinadas a disminuir las enfermedades transmisibles que afectan al aparato respiratorio, que son las causantes de la mayor parte de la morbilidad en los más pequeños. En

Resumen 3/10

este aspecto tanto la vacunación en el caso de patologías inmunoprevenibles como las campañas informativas sobre la forma de prevenir la transmisión, podrían repercutir directamente en la disminución de su incidencia.

La salud de los jóvenes

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria cada año, en los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 34 años, se ha situado en torno al 72-74% y 62-67% respectivamente, habiendo aumentado éste último progresivamente (66,9% en 2015). Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15 a 34 años y la población extranjera acude menos en general, pero sobre todo en el grupo de 5 a 14 años.

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

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,4% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,5% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género se han postulado como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

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

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el 20,3% de los hombres y el 11,3% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2015 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 91,7%.

La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso. Un 29,6% de las chicas de 15 a 16 años realizaron en 2015, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 11,7% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24 horas, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 21,5% de los jóvenes entre 15 y 16 años eran fumadores habituales en 2015. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 el 72,2% en chicos y el 73,0% en chicas. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (4,7% en 2015), en los que el descenso desde 1996 ha sido del 85,1% en chicos y del 60,4% en chicas. El consumo de drogas ilegales en jóvenes durante la última década ha descendido o muestra una tendencia mantenida (cocaína y tranquilizantes sin receta).

La tasa de IVE en 2015 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 11,96 por mil, superior a la española en 2014: 10,46 por mil. El 50,9% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2015 eran extranjeras.

En las mujeres foráneas la tasa de IVE ha venido descendiendo de forma más o menos constante desde 2006 hasta 2015, mientras que en las mujeres autóctonas la tendencia se ha mantenido estable, con algunas variaciones, desde 2006. En las mujeres extranjeras es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 44,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

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

consumo entre los jóvenes de drogas, legales e ilegales, y de la promoción de una alimentación saludable.

La salud de los mayores

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con cerca del 17,1% de su población por encima de los 64 años, y diferencias importantes según las zonas geográficas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (85,4% del total) ocurridas en 2015 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (89,9%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (80,8%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.254,0 por cien mil en 2015) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.052,6 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña. Las causas específicas con más defunciones en la población de 65 y más años de edad son el cáncer de pulmón en hombres y "Otras enfermedades del aparato respiratorio" en mujeres, que desde 2011 supera a las enfermedades cerebrovasculares en las mismas.

En 2015 un 96,1% de la población madrileña de más de 64 años con derecho a asistencia sanitaria pública fue atendida en las consultas de Atención Primaria. La patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, constituye el motivo principal de consulta en Atención Primaria en hombres (hipertensión arterial no complicada especialmente), mientras que las patologías del aparato locomotor, sobre todo agudas, son la primera consulta en mujeres.

Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 53,9% en el periodo 2003-2015. Parte de ese aumento puede deberse al aumento de longevidad en ese periodo. Dada no obstante la magnitud del incremento, conviene profundizar en el estudio del mismo. La patología del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (incluye intervenciones por cataratas) fue la primera causa de alta hospitalaria en ambos sexos y la patología del aparato circulatorio en mujeres y los tumores en hombres fueron la segunda causa.

Salud mental

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, principalmente debido al componente de mala salud muy superior al correspondiente a la mortalidad, la cual se produce a edades elevadas, ocasionada mayoritariamente por los síndromes demenciales, cuyo exponente máximo es la enfermedad de Alzheimer.

La patología mental representa menos del 5% de los episodios atendidos en Atención Primaria durante 2015, siendo los trastornos por ansiedad, depresivos y problemas del sueño los más frecuentes. La hospitalización por trastornos mentales se produce sobre todo en las edades avanzadas de la vida y es superior en los hombres. En éstos las mayores tasas de morbilidad hospitalaria las presenta el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Enfermedades transmisibles

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

No obstante la importancia de estas enfermedades radica, más que en su impacto en términos de morbimortalidad, en el hecho de su posible prevención y control. En este sentido es importante la evaluación de las coberturas vacunales. En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros. El registro

Resumen 5/10

nominal de vacunaciones (en marcha desde 2006) es una oportunidad para mejorar no sólo la evaluación de las coberturas sino también para servir como instrumento para su mantenimiento y mejora constante.

La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo.

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

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

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, que parece haberse estabilizado en 2015. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2015 la proporción de extranjeros ha sido de 43,5%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2014 fue de 30,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,2 por 100.000 en mujeres. El 45,3% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2014 fue de 12,4 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 36,8 por 100.000 habitantes en foráneos. De aquellas infecciones con mecanismo de transmisión conocido, en la mayoría el VIH se adquirió mediante relaciones sexuales sin protección (95,5%), destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 25,1% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

En 2009 se inició un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. A raíz del mismo, además de la investigación epidemiológica, se pusieron en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. La investigación realizada ha descartado al perro como reservorio principal y ha permitido identificar a los lepóridos y, en concreto a la liebre y el conejo como nuevos reservorios silvestres responsables del brote. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Phlebotomus perniciosus*, en densidad elevada en las últimas campañas. Entre las medidas de control ambiental que se han revelado eficaces, además de la captura de lepóridos destacan la eliminación de vivares, el desbroce y limpieza de la zona, además de las desinsectaciones en parques y zonas afectadas.

A partir de la semana 30 del año 2016 se detectó un incremento de los casos de hepatitis A notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Este incremento afecta especialmente a hombres jóvenes. El principal antecedente de riesgo detectado en esta población es el contacto sexual (53%), habiendo sido en la mayoría con otros hombres (63%).

Enfermedades no transmisibles

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (en 2015, 129,7 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (93,2 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. La mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores. En 2015 los tumores compartían en hombres el segundo puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria con las enfermedades del aparato digestivo, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan también el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas suponen más de la mitad de las altas). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante desde mediados de los años noventa del pasado siglo. En mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en número de fallecimientos, después de más de dos décadas de aumento constante de su tasa de mortalidad, superior a la nacional. Geográficamente se observa un patrón de agregación de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en el sur del municipio de

Resumen 6/10

Madrid y en mujeres en la zona central. El cáncer de mama vuelve a ocupar el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2015, superando al cáncer de colon y recto. Este último presenta en ambos sexos la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer en 2015.

En 2015 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la segunda causa de mortalidad en ambos sexos –con tendencia claramente descendente–, la cuarta en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan en hombres y se sitúan en segundo lugar en mujeres (36,6% y 21,0% respectivamente), con tasa de mortalidad 2,5 veces superior en hombres. Se observa un patrón geográfico de mayor mortalidad por cardiopatía isquémica en la zona centro del municipio de Madrid. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar en mujeres y el segundo en hombres entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas estandarizadas superiores en hombres (22,0 por 100.000 habitantes, frente a 18,0 en mujeres, para 2015).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2015. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999, más marcada en hombres. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2015 la cuarta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad. La bronquitis y el enfisema pulmonar motivaron el 32,5% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid en 2015, y el 10,5% en mujeres, superadas en éstas por las neumonías, con un 24,8% de las defunciones. La morbilidad hospitalaria por esta causa se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años. El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 60 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y mujeres, ocasionando el 4,4% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más alta de altas hospitalarias en hombres y la cuarta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 30 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres.

Las enfermedades poco frecuentes (EPF) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. En el año 2014 fallecieron un total de 650 personas por EPF, con similar distribución por sexo y el 18,5% acontecieron en menores de 45 años. En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa mayor proporción de fallecidos por las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (41,54%). Durante el año 2015 se identificaron un total de 487.382 casos de EPF que corresponden a 402.115 personas (58,4% mujeres) residentes en la Comunidad de Madrid. En relación a la edad y el sexo, existe un predominio en las tasas de los hombres respecto a la de las mujeres hasta los 14 años de edad y de las tasas de las mujeres respecto a la de los hombres por encima de esta edad. Por grupo patológico de la CIE9-MC, para ambos sexos, en menores de 15 años la mayoría de las EPF se agruparon dentro de las anomalías congénitas, a partir de los 15 años predominaron las enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólico e inmunitario.

Causas Externas

La morbi-mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad debida a ellas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y adultas (15 a 59 años) y en los hombres; el aumento observado en los últimos años se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid hasta 2012; durante el periodo 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres. A partir de 2012 se observa un repunte en la mortalidad en ambos sexos. La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2015, especialmente en hombres.

El número de episodios motivados por lesiones atendidos en Atención Primaria ha disminuido en los últimos años (7% en el periodo 2012-2015). También han disminuido las tasas, de forma semejante en ambos sexos y casi todos los grupos de edad. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2003-2015 las tasas han aumentado un 47,6% en mujeres y un 30,1% en hombres.

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y adultas (15 a 59 años) y en los hombres, con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD). En 2015 los accidentes de tráfico supusieron el 21,7% de los años de vida perdidos por causas externas y el 12,9 % de los años vividos con discapacidad.

La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid experimentó una tendencia fuertemente descendente desde el inicio de siglo hasta el año 2012, fecha a partir de la cual se ha observado un cierto repunte, no registrado a nivel nacional. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres.

Las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descendieron durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010 tienden a estabilizarse, con un ligero aumento en hombres y ligero descenso en mujeres. Las lesiones más graves, con estancias de 4 o más días, mostraron un patrón evolutivo semejante al de las altas por accidentes de tráfico totales, pero con un descenso más pronunciado que se hace lento y titubeante a partir de 2010.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009 (52,4%), sin embargo a partir de esa fecha ha repuntado en ambos sexos, un 15% en total. Un 40,4% de los jóvenes declaró en 2015 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (6,4 por 100.000 para hombres y 2,6 para mujeres en 2015) y muy inferiores a las nacionales. Desde comienzos de este siglo las tasas para ambos sexos han descendido en la Comunidad de Madrid hasta 2012, habiendo repuntado después hasta alcanzar en 2015 valores semejantes a los iniciales antes del descenso. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2003 y 2016 las cifras anuales de víctimas mortales por violencia de género en España y en la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2014 en el 7,6 % de las mujeres madrileñas. La violencia psicológica sigue siendo el tipo de violencia más frecuente, y está presente siempre que se detecta otro tipo de violencia ya sea física o sexual. Las críticas, la desvalorización, el control y los insultos fueron las conductas identificadas con mayor frecuencia. Con independencia del tipo de violencia, estos comportamientos se inician desde el comienzo de las relaciones de pareja o de la convivencia y son un problema crónico, por lo que es necesario orientar a las mujeres a estar alerta ante la presencia de estos comportamientos, especialmente al inicio de sus relaciones. Las mujeres jóvenes de 18 a 24 años y las nacidas fuera de España se identifican como grupos prioritarios de intervención. La prevención primaria sigue siendo una de las prioridades y estratégicamente debe apoyarse en hacer visibles las causas, analizar críticamente las relaciones de género (atribuciones, roles y estereotipos) y fortalecer las acciones que promueven la equidad de género.

Calidad ambiental

Desde el año 2010, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) no superan sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. Sin embargo, el dióxido de nitrógeno (NO₂) y el ozono troposférico (O₃) siguen presentando problemas de cumplimiento de la legislación, y por tanto potenciales repercusiones en términos de salud. En el caso de las partículas en suspensión la situación es aceptable desde el punto de vista del cumplimiento de la legislación, aunque no si se consideran las recomendaciones de la OMS.

El número total de instalaciones de riesgo para transmisión de legionelosis localizadas y cartografiadas a final de 2015 era de 3.240. En lo que respecta a los casos de *Legionella*, durante ese año se produjeron dos episodios de agregación de casos, uno en una residencia de ancianos y otro en el municipio de Madrid. Las medidas adoptadas en ambos hicieron remitir la aparición de casos, pero no se pudieron identificar los focos de infección.

La temporada de vigilancia de la ola de calor de 2015 ha resultado excepcional por el elevado número de días de alerta. El número de fallecidos totales registrados en los 107 días que abarca la temporada fue de 11.706 frente a un total de esperados de 10.656, lo que supone un exceso de un 9,9%.

Salud laboral

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015, se han notificado al sistema CEPROSS 10.946 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. Hasta 2011 el 52,4% correspondían a hombres, sin embargo en los cuatro últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 53%. Entre las edades de 30 a 59 años de edad en los hombres, y de 25 a 54 en las mujeres, se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando en ambos casos más del 83% de los mismos para el periodo de estudio. Es mayor el número de partes emitidos entre las mujeres, excepto en el grupo de edad de más de 55 años, en que son más frecuentes en hombres. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo 2 correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados, y entre las mujeres también destacan las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Durante el año 2014 se produjeron 80.252 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid, lo que representa una tendencia descendente respecto a 2010, sobre todo en hombres. Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas con mayor población ocupada, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en construcción y en transporte y almacenamiento y, entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos. Los accidentes graves, muy graves y mortales que ocurrieron en jornada de trabajo han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, pero muestran un patrón más estable en mujeres.

Hábitos saludables

Dada su alta prevalencia, en 2015 el sedentarismo en la vida laboral (el 40,6% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (el 65,1% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. No obstante, se ha observado una tendencia descendente en los últimos años, especialmente de la inactividad física en el tiempo de ocio.

En 2015 la alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2 raciones/día de media). A lo largo de los últimos 20 años se ha observado un descenso del 14,9% en hombres y 2,0% en mujeres en el consumo excesivo de carne (dos o más raciones diarias). Respecto a las frutas y verduras, durante los dos últimos años estudiados (2014 y 2015) se ha incrementado notablemente el consumo deficitario de las mismas.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 47,2% de la población de 18 a 64 años de edad tenían sobrepeso u obesidad en 2015 (a partir del peso y talla autodeclarados). El sobrepeso en 2015 fue mucho más frecuente en hombres que en mujeres y tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron rápidamente a medida que aumentó la edad. Durante los últimos 20 años el sobrepeso u obesidad se ha incrementado un 25,2% en hombres y un 37,6% en mujeres.

Tabaco, alcohol, drogas

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco, más pronunciada en mujeres en los últimos años. En 2015 el 23,8% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudios bajo; sin embargo aquéllas desde 2013 y éstas desde 2011 han presentado también un descenso pronunciado en la tendencia. Nos hallamos no obstante lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo con oscilaciones hasta 2015 (3,3% de personas expuestas). La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de las leyes de 2005 y 2010, un 36,4% desde 2005; sin embargo esta exposición sigue siendo aún muy elevada (21,8% en 2015). La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra

esta exposición. Sin embargo la exposición no ha disminuido desde 2010 e incluso ha aumentado ligeramente en restaurantes. De los encuestados en 2015 el 5,2% en bares y cafeterías y el 3,4% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

Los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres para la mayoría de las sustancias. En 2013 el alcohol era la droga psicoactiva con mayor prevalencia en los indicadores de consumo experimental u ocasional (alguna vez en la vida), reciente (en el último año) y actual (en el último mes). Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaban con la edad y la frecuencia de consumo. El tabaco fue la sustancia que más se consumió a diario (29,9%) frente al alcohol (8,7%) o el cannabis (1,4%).

El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. El cannabis sigue siendo la droga más consumida en la Comunidad de Madrid, siendo la prevalencia de consumo en el último mes del 7,0%. La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis, siendo la prevalencia de consumo en el último mes del 1,1%. En relación con las encuestas previas la edad media de inicio al consumo se ha retrasado para la mayoría de las sustancias. Las prevalencias de consumo en la Comunidad de Madrid son ligeramente inferiores al conjunto del territorio nacional para la mayoría de las sustancias.

El perfil de paciente consumidor de sustancias psicoactivas que acude a los servicios de urgencias hospitalarios es el de un varón adulto joven policonsumidor. En cuanto a las sustancias consumidas, el alcohol (41,1%), las benzodiacepinas (36,3%) y la cocaína (34,9%) son las principales sustancias relacionadas con la urgencia, seguidas del cannabis (24,9%) y la heroína (5,6%), aunque hay que tener en cuenta que el alcohol sólo se recoge cuando se asocia al consumo de alguna de las otras sustancias. El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en 2015 en la Comunidad de Madrid ha sido inferior al registrado en los últimos años, mostrando una tendencia descendente en su evolución. Las principales sustancias detectadas son la cocaína (67,1%), la metadona (22,4%) y el cannabis (17,1%).

1. Metodología

1.1. Introducción

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

La estructura del Informe se basa en los objetivos estratégicos de la Oficina Regional para Europa de la OMS. El actual marco político se denomina Salud 2020 y establece que las políticas europeas en materia de salud deben sustentarse sobre cuatro pilares básicos: la inversión en la mejora de la salud de la población, a través de un enfoque de ciclo de vida y empoderamiento de las personas; abordar los principales retos en materia de enfermedades no transmisibles y transmisibles; el fortalecimiento de los sistemas sanitarios centrados en las personas, la capacidad de vigilancia y la respuesta de la salud pública frente a las emergencias; y la creación de comunidades resilientes y entornos de apoyo.

1.2. Fuentes de información

Para la descripción de la población y sus características básicas se utilizan datos del Padrón Continuo así como de proyecciones, procedentes tanto del Instituto de estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) como del Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos del Padrón Continuo sirven además para estimar las poblaciones a mitad de año utilizadas como denominadores para la elaboración de diversos indicadores.

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

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

Hasta el año 2010, una pequeña proporción de casos del fichero de mortalidad no tiene la variable de zonificación sanitaria correctamente codificada, por lo que han sido remitidos a una categoría residual ('no zonificados' o 'desconocido') en las tablas y figuras correspondientes, aunque sí se tienen en cuenta en los indicadores para el total de la Comunidad. A partir de 2011, la proporción de casos no zonificados es tan grande que imposibilita ofrecer indicadores de mortalidad según la división territorial sanitaria. La base de datos de mortalidad proporcionada por el IECM llega hasta el año 2014. Con el fin de ofrecer indicadores más actualizados, se ha recurrido a la base de datos de mortalidad del INE para obtener estimaciones para el año 2015, el más reciente disponible en el momento de cerrar esta edición del Informe.

En el caso de los indicadores de natalidad y fecundidad, los ficheros proporcionados por el IECM llegan hasta el año 2011, por lo que de 2012 en adelante las cifras publicadas han sido calculadas a partir de la base de datos del INE. Dado que esta no contiene información por zonificación sanitaria madrileña, en los años más recientes solo es posible ofrecer resultados para el conjunto de la Comunidad de Madrid.

Para los indicadores de morbilidad hospitalaria se utilizan datos procedentes de las altas hospitalarias tanto de hospitales públicos como privados (CMBD). Para los indicadores de morbilidad en Atención Primaria se utilizan datos de los episodios de enfermedades atendidas en los centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud y registradas en los sistemas informáticos (OMI-AP y AP-Madrid). Para estos indicadores se utilizan como denominadores la población que posee tarjeta individual sanitaria y que consta en CIBELES. Además, para causas específicas como los accidentes de tráfico o patologías de carácter laboral (accidentes laborales y enfermedades profesionales) se utilizan respectivamente las fuentes de información de la Dirección General de Tráfico (DGT) y del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

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

Para determinadas figuras en las que se presentan también datos de España, como por ej. la evolución de la mortalidad o de la incidencia de EDO, se ha utilizado la información proporcionada por el Centro Nacional de Epidemiología. También se han utilizado datos de encuestas de salud disponibles en la página web del INE, como la Encuesta Europea de Salud de 2014 y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008.

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

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

1.3. Indicadores

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

1.3.1. Mortalidad y esperanza de vida

Tasas de mortalidad

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

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

La estandarización indirecta toma como referencia común una serie de tasas específicas de mortalidad por edad, que son aplicadas a todas y cada una de las distribuciones de población por edad de los distintos ámbitos a comparar. Se obtienen así las muertes esperadas que se comparan con las realmente observadas en cada población. El cociente de observadas y esperadas se denomina Índice o Razón de

Metodología 2/6

Mortalidad Estándar (IME o RME). En este Informe, para el cálculo de fallecidos esperados en las Direcciones Asistenciales se han tomado como referencia las tasas específicas por edad y causa de la Comunidad de Madrid promedio del periodo seleccionado, de manera que un valor superior a 1 o 100 (según el factor de escala utilizado) indica un exceso de defunciones observadas en la DA en relación con las que tendría en el caso de tener las tasas de mortalidad del conjunto de la Comunidad de Madrid. A la inversa, un IME menor que 1 ó 100 indica unas condiciones reales de mortalidad mejores que las que tendría en el caso de tener las tasas de mortalidad de referencia.

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

Mortalidad infantil y perinatal

La tasa de mortalidad infantil (TMI) se calcula como cociente de las defunciones de menos de un año sobre el total de nacidos vivos (NV). Las tasas de mortalidad infantil utilizadas en este Informe se calculan en términos estrictamente transversales y para la población residente en la Comunidad de Madrid. De acuerdo con los criterios demográficos internacionales, "nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo" (CIE10, vol.2 <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>). Esto supone incluir los muertos al nacer y muertos en las primeras 24 horas de vida, que según el código civil español (art.30) no son considerados nacidos vivos a efectos legales.

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

Aquellos embarazos que no culminan con el alumbramiento de un nacido vivo concluyen en una muerte fetal o intrauterina. Si el feto muerto no presenta características de viabilidad, el caso consta en la estadística de abortos (bien espontáneos, bien inducidos). Si cumple esos requisitos, se incorpora a la estadística de muertes fetales tardías. El o los criterios de viabilidad varían según el país o el momento histórico, lo que dificulta las comparaciones entre poblaciones y la coherencia de las series temporales. La CIE-10 fija como criterios la duración de gestación (al menos 22 semanas completas), el peso (500 gramos o más) o la talla (25 centímetros o más desde la coronilla al talón) (CIE10, vol.2 <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>). Teniendo en cuenta que en España sólo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muertes fetales tardías de más de 180 días de gestación (art. 45 de la Ley de Registro Civil de 8 junio de 1957), el INE y el IECM vienen empleando el criterio de considerar como muerte fetal tardía el feto muerto con seis o más meses de gestación. Como en el Boletín Estadístico figuran las semanas de gestación, se incluyen todos los acontecimientos de 26 o más semanas y en caso de no conocer este dato, aquellos en los que su peso al nacer es de 500 o más gramos. En este Informe se ha mantenido este criterio de viabilidad (<http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/descarga/mnp03not.pdf>).

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

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

Evolución temporal

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

Proyecto MEDEA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La información necesaria para su cálculo incluye las tablas de mortalidad correspondientes a las dos referencias que se pretende comparar (por ejemplo, tablas de dos años distintos para analizar los cambios en la mortalidad en el tiempo, o tablas de hombres y mujeres para el mismo año para estudiar las diferencias por género) y la distribución de defunciones por causa, edad y sexo de esas mismas poblaciones. Se ha seguido el método de Arriaga (Arriaga E. Measuring and explaining the change in life expectancies. *Demography*, 1984;21(1):83-96) implementado en el programa Epidat 4.2. Para la medida de los cambios temporales se han estimado las variaciones de esperanza de vida entre cinco años (p.ej., 2010-2015).

1.3.2. Morbilidad en Atención Primaria

Se han analizado los episodios de atención registrados en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Inicialmente se utilizó el programa OMI-AP, sustituyéndose progresivamente el programa AP-Madrid en años posteriores, hasta su completa implantación en 2012. A partir del año 2007 se había alcanzado la informatización completa de este nivel asistencial.

La 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 CIAP. Se han utilizado las agrupaciones de los mismos en aparatos (A- problemas generales inespecíficos; B- sangre, inmunitarios; D- aparato digestivo; F- ojo y anejos; H- aparato auditivo; K- aparato circulatorio; L- aparato locomotor; N- sistema nervioso; P- problemas psicológicos; R- aparato respiratorio; S- piel, faneras; T- aparato endocrino, metabólico y nutrición; U- aparato urinario; W – planificación familiar, embarazo, parto y puerperio; X- aparato genital femenino y mamas; Y- aparato genital masculino y mamas; Z- problemas sociales). Así como también la agrupación en: signos y síntomas, infecciones, neoplasias, lesiones, anomalías congénitas y otros diagnósticos. Ocasionalmente aparecen episodios de atención de categorías específicas de un sexo asignados a personas del otro sexo. Estos episodios se han descartado del análisis.

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

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

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

1.3.3. Morbilidad hospitalaria

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir de los datos anuales del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBD), que incluye información de hospitales públicos y privados, tanto de hospitalización como de procedimientos registrados como cirugía mayor ambulatoria. Para su análisis se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-9-MC).

En el Objetivo 6 la agrupación de los diagnósticos de alta hospitalaria correspondientes a salud mental se ha hecho en función de sus códigos CIE-9 siguiendo la clasificación recogida en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association* en su última versión disponible (DSMIV-TR®). Se han excluido aquellos códigos incluidos en la clasificación que no identifican

el problema psiquiátrico sino el problema orgánico que lo podría estar causando, pero que al ser el que aparece como diagnóstico principal, sería el que habría motivado el ingreso (608.89, 625.8, 625.0, 607.84). En el grupo de “Trastornos relacionados con otras sustancias o desconocidas” se han incluido los códigos 292.

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

1.3.4. Carga de Enfermedad

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

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

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

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

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

Los AVD se obtienen de manera indirecta, aplicando a los AVP calculados directamente para la población madrileña la razón de AVD/AVP por causa, sexo y edad correspondiente a la región EURO-A de la OMS. En aquellas causas que tienen muy baja mortalidad pero alta discapacidad, en las que la razón AVD/AVP es muy volátil, el método seguido sugiere estimar los AVD aplicando la tasa de AVD de la población de referencia (EURO-A) a la población objeto de estudio –Comunidad de Madrid, año correspondiente-. Se considera como punto de corte para fijar el uso de este segundo procedimiento que la razón AVD/AVP esté por encima de 10.

Objetivo 1 y 2

2

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

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

2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid

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

2.2. Mortalidad y morbilidad

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

2.3. Estado de salud y discapacidad

2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid

2.1.1 Evolución de la población y estructura por edades

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios en relación con las tendencias que se habían registrado en los últimos lustros. Si entre 1980 y 2000 hubo una etapa de práctico estancamiento en el crecimiento demográfico, con el cambio de siglo se observó un acelerado aumento de la población, que se ha mantenido a lo largo de todo el decenio. Sin embargo, las últimas cifras padronales apuntan a un brusco frenazo de este crecimiento. El dato definitivo más reciente (1 de enero de 2016), arroja un total de 6.466.996 residentes en la Comunidad de Madrid, 30 mil más que en 2015. Desde 2012, cuando se alcanzaron los 6.498.560 habitantes, la pérdida de población había sido constante, pero aún es pronto para poder hablar de un cambio de tendencia.

La previsión que el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) realizó en 2007 muestra cómo se esperaba que evolucionara la población antes del inicio de la crisis económica, y su comparación con la situación actual y las proyecciones publicadas más recientemente permiten comprender y medir el impacto de esta crisis en la dinámica demográfica madrileña. La estimación del IECM apuntaba a un crecimiento sostenido hasta alcanzar una población total de 7.211.497 madrileños en 2017 (Figura 2.1a). Frente a ella, las sucesivas proyecciones a corto plazo publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) han ido cambiando su pronóstico, desde una tendencia claramente decreciente en la proyección aparecida en noviembre de 2013, con cerca de 6 millones de residentes en 2023, hasta una franca recuperación del crecimiento en la más reciente disponible (publicada en octubre de 2016), en la que la población madrileña alcanzaría los 6.764.674 residentes en 2031 (Figura 2.1b). Debe señalarse que la proyección del INE toma como población de referencia la del Censo de 2011 y sus posteriores actualizaciones, mientras que la del IECM se basa en el Padrón continuo, que es también la serie histórica representada con trazo continuo en ambas figuras. Esta es la razón del escalón que se aprecia en la Figura 2.1b.

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

Fuente: Padrón continuo (1976-2015) y proyecciones (2007-2017), IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

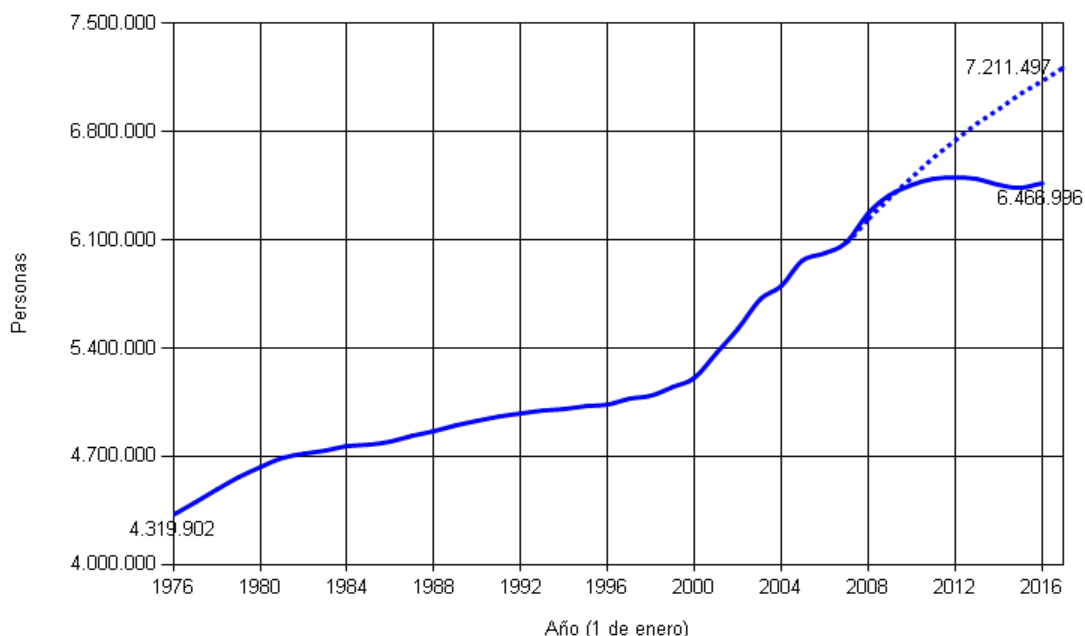
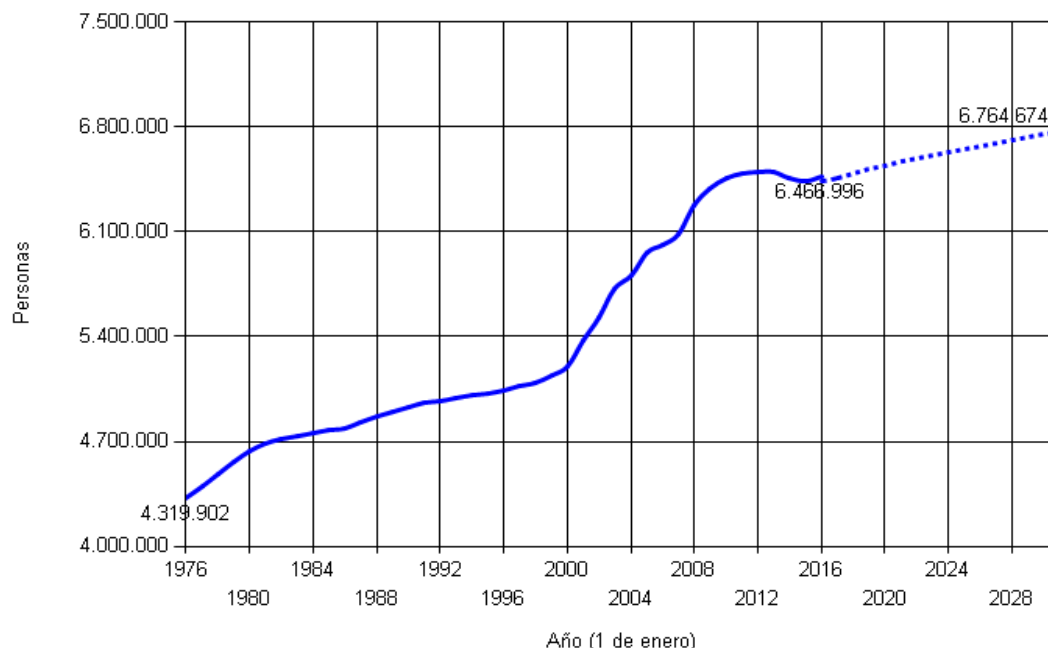


Figura 2.1b. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid, desde 1976.

Fuente: Padrón continuo (1976-2016) y proyecciones (2016-2031), INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La principal razón de la drástica reducción del crecimiento demográfico madrileño es la variación en el patrón migratorio que había regido en el último decenio. La disminución del saldo migratorio ya se contemplaba en la proyección del IECM, pero de un modo muy progresivo (Figura 2.2a). En la más reciente proyección del INE (2016-2031), se asume un saldo migratorio positivo y ligeramente creciente (Figura 2.2b). Por su parte, el crecimiento natural (diferencia entre nacimientos y defunciones) mantiene, en los quince años de proyección, la tendencia descendente iniciada en 2009. Este descenso es consecuencia tanto del aumento de las defunciones (resultado no del empeoramiento de las condiciones de mortalidad, sino del progresivo envejecimiento de la población madrileña) como de la disminución de los nacimientos, que a su vez es fruto en parte del cambio de modelo migratorio, pero también de causas estructurales –disminución de los efectivos de potenciales madres, al ir llegando a las edades fértiles cohortes de mujeres cada vez menos llenas, nacidas en los años de muy baja fecundidad-. Al final de la proyección, el crecimiento natural es prácticamente nulo.

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

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

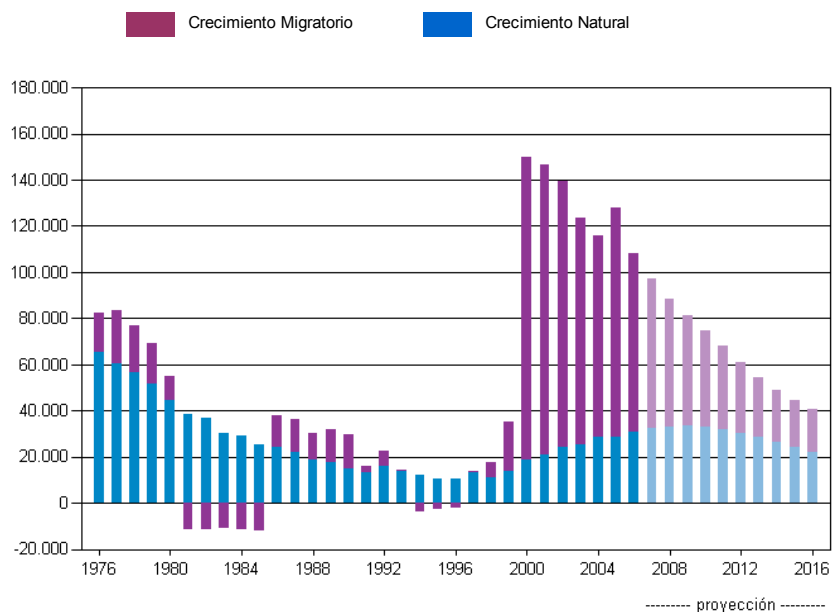
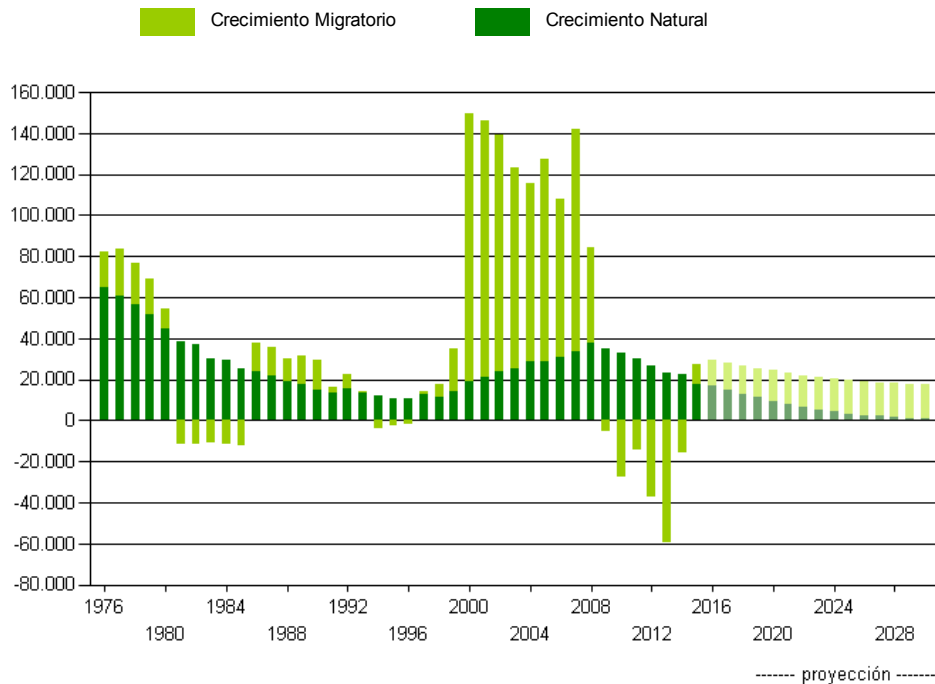


Figura 2.2b. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid, desde 1976.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón continuo y Proyecciones 2016-2031, INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La evolución de la población total presenta, como es de esperar, situaciones muy distintas según el ámbito territorial contemplado (Figura 2.3, Figura 2.4). Las Direcciones Asistenciales (DA) con mayor crecimiento relativo desde 1999 son la Noroeste y la Sur, que han aumentado por encima de un 44 por ciento el número de sus habitantes entre esa fecha y 2016. En el mismo periodo, la DA Centro aumentó en un 4,8 por ciento, y desde 2010 ha perdido población. Algunas zonas básicas de salud, como Leganés Norte, Virgen del Cortijo, Parque Loranca, Valdebernardo o Delicias-2 muestran, entre el primer y el último año disponible, muy altos crecimientos resultado de la creación de nuevos barrios, mientras que otros, como El Pardo, sufren la dinámica opuesta, con una importante disminución de habitantes.

Figura 2.3. Evolución anual de la población total, según sexo y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2016.

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

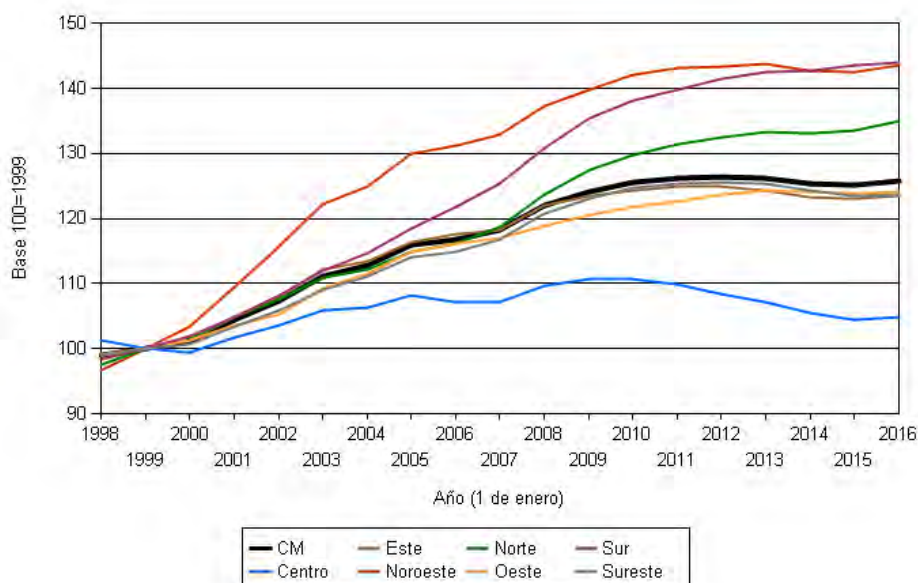
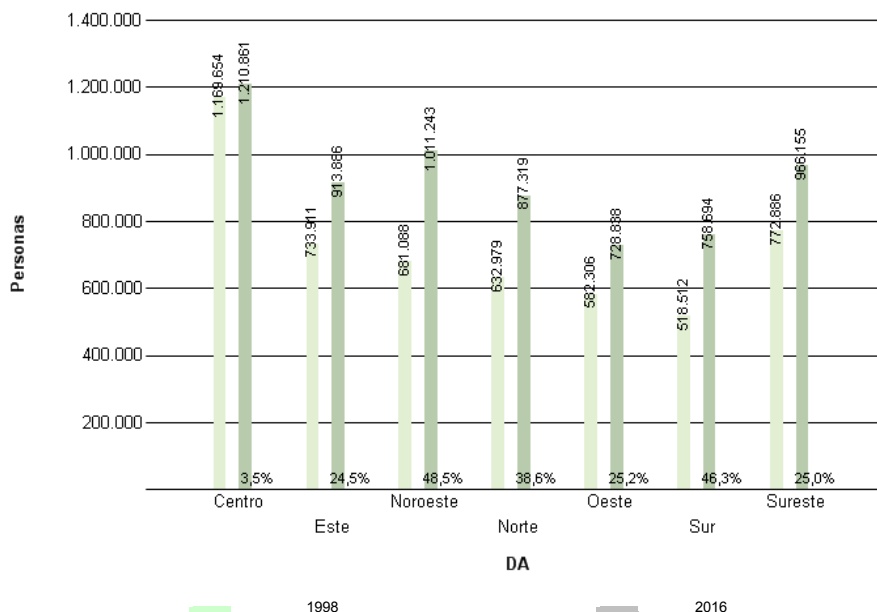


Figura 2.4. Población y crecimiento relativo (en porcentaje) entre 1998 y 2016, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.

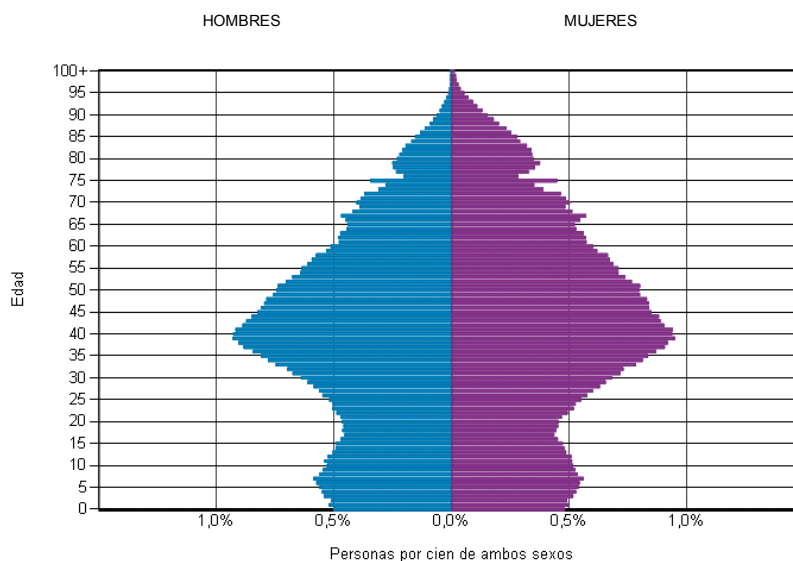
Fuente: Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La pirámide de población actual de la Comunidad de Madrid (Figura 2.5) muestra el efecto de dinámicas demográficas no sólo recientes, sino en algún caso muy alejadas del momento presente. En la cima de la estructura por edades se aprecia el mayor peso de las mujeres ancianas, resultado de su más alta esperanza de vida, pero también de la mayor mortalidad masculina durante la Guerra Civil. Se aprecia asimismo el menor tamaño de las generaciones nacidas durante la contienda y la inmediata posguerra, así como la mayor natalidad del año 1940. Destaca en la pirámide madrileña el gran peso de los adultos jóvenes –que se van trasladando progresivamente a edades más maduras a medida que avanza el año de observación- y el fuerte descenso de la fecundidad experimentado desde 1975. A partir de finales de los años noventa vuelve a ensancharse, como resultado tanto de la natalidad de la creciente población extranjera que llega a vivir a Madrid, como del paso por el tramo de edades más fértiles de las generaciones muy llenas nacidas en los años sesenta y setenta del siglo XX. En los años más recientes (desde 2009) se puede observar un incipiente estrechamiento de la base de la pirámide, consecuencia del menor número de nacimientos registrados estos años.

Figura 2.5. Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2016

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



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

Figura 2.6. Pirámides de población anual, total y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

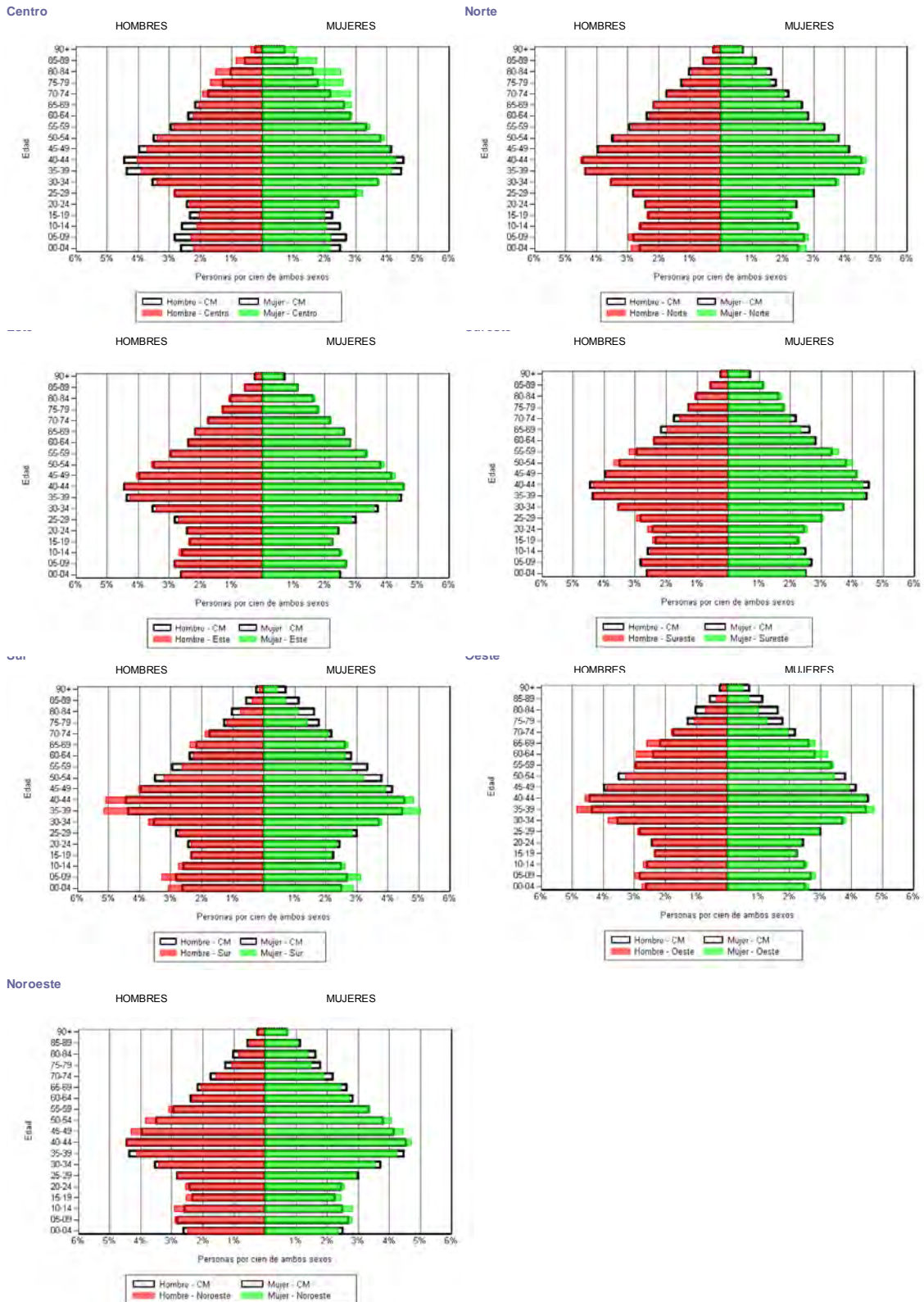


Figura 2.6. Pirámides de población anual, total y por Zona Básica de Salud y Comunidad de Madrid, 2016.

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

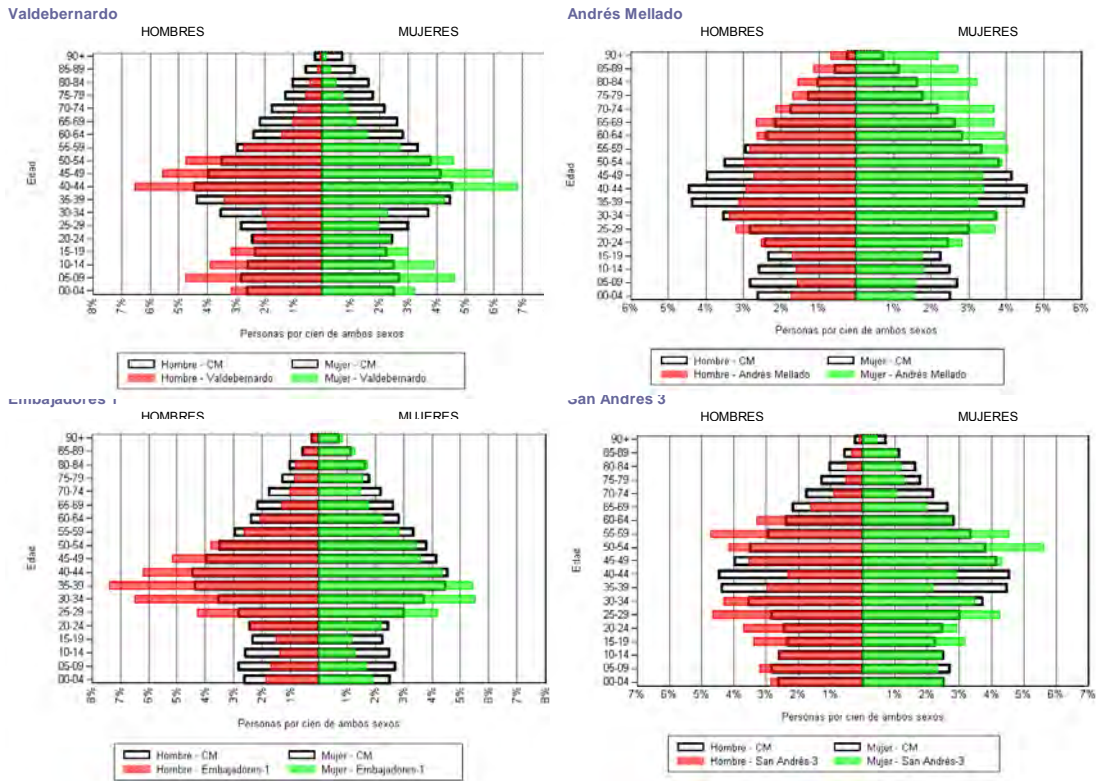


Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad, según sexo y Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

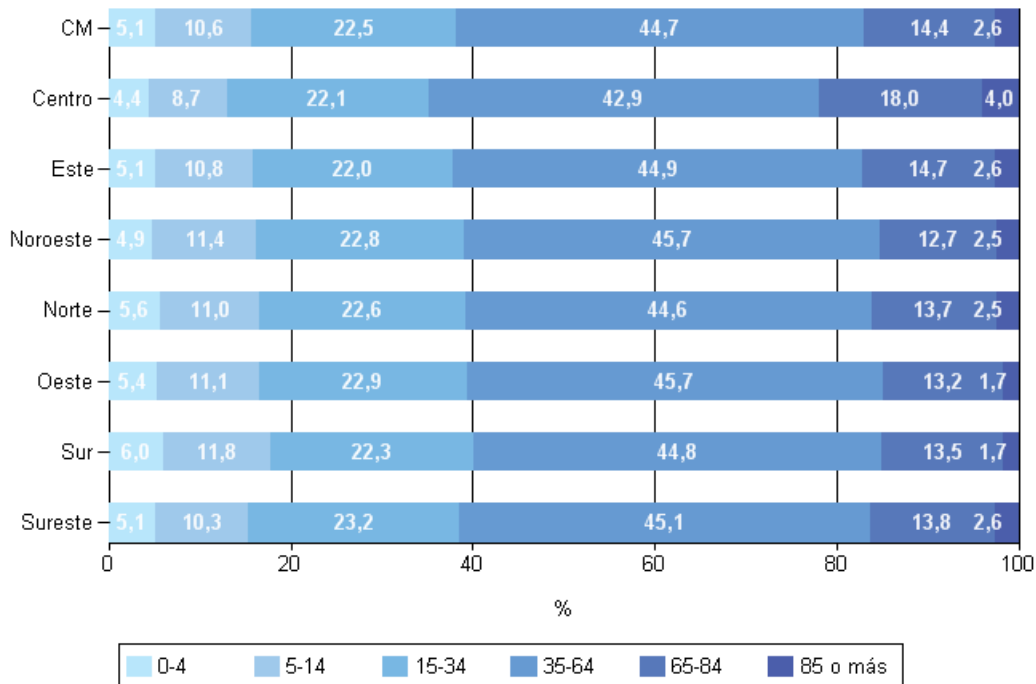
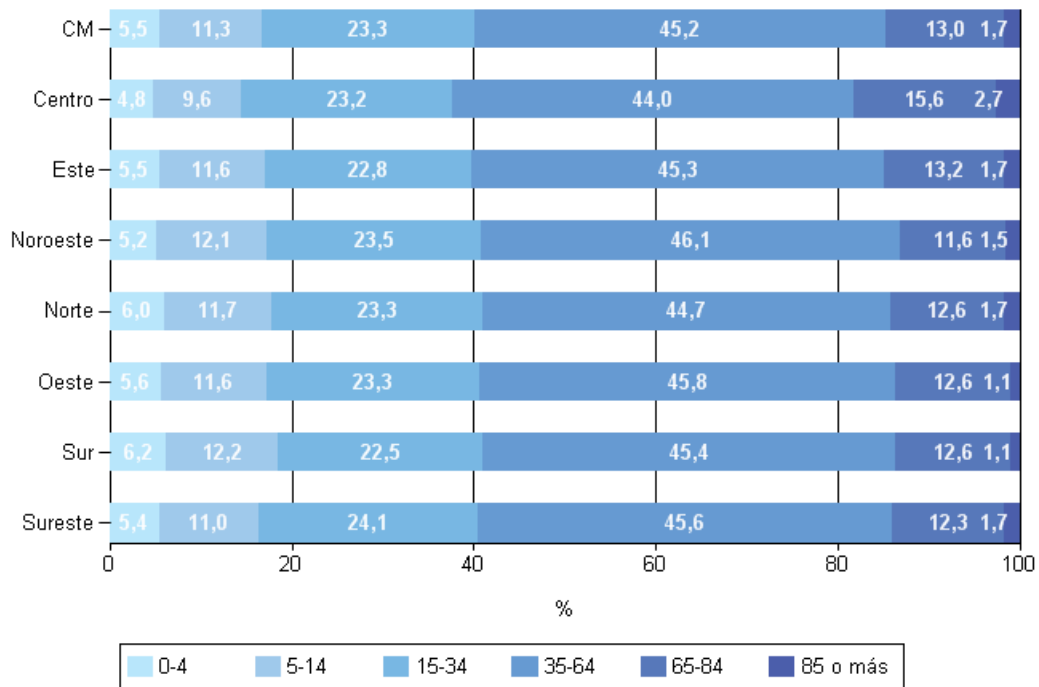


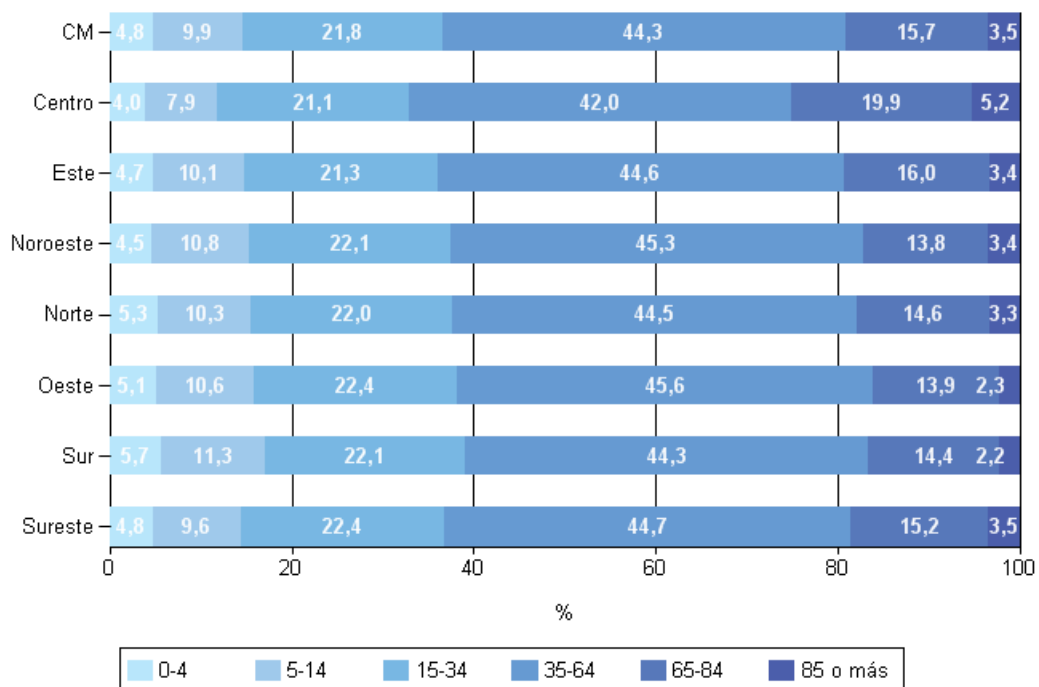
Figura 2.7 (continuación). Distribución anual de población por grandes grupos de edad, según sexo y Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

Hombres



Mujeres



2.1.2 Migración

En la evolución de la población madrileña las migraciones siempre han jugado un papel fundamental. Durante decenios, Madrid fue destino de gran cantidad de personas procedentes de otras provincias españolas. Posteriormente, durante los años ochenta y noventa del siglo XX, el crecimiento migratorio se redujo drásticamente. Las matrices de flujos migratorios anuales desde el año 2002 hasta el año 2015 (Tabla 2.1) reflejan la intensidad de los movimientos que tienen a Madrid como procedencia o destino. Es de destacar la importancia de los movimientos interiores (dentro de la propia Comunidad de Madrid) y de los procedentes del extranjero. Desde inicios del siglo XXI se aprecia un patrón marcado por una fuerte inmigración desde el extranjero que se refleja en el gran aumento de la población de nacionalidad no española residente en Madrid (Figura 2.8). Además, debe señalarse que el balance con el resto de Comunidades Autónomas ha sido negativo, de manera que durante muchos años han marchado más personas desde Madrid que las que llegan desde el resto de España. El saldo migratorio anual total ha llegado a estar por encima de los 100 mil nuevos residentes en Madrid durante varios años del primer decenio del nuevo siglo. Sin embargo, desde 2007 el saldo total tendió a reducirse, llegando a alcanzar saldos globales negativos en 2011, 2013 y 2014, fundamentalmente por las crecientes salidas hacia el extranjero. En 2015 el crecimiento migratorio total volvió a ser positivo en más de 38 mil personas. El número de residentes de nacionalidad extranjera disminuyó, por primera vez en muchos años, en 2011 (12 mil personas menos en relación con 2010, máximo histórico con 1.079.944 personas) (Figura 2.8), y desde entonces no ha dejado de decrecer hasta los 792.627 registrados a inicio de 2016. Debe señalarse, no obstante, que esta disminución no se debe únicamente a la marcha de personas con pasaporte extranjero, sino también a las crecientes adquisiciones de nacionalidad española registradas en los últimos años.

Tabla 2.1. Matriz de migraciones por origen y destino. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Origen		Destino			Total
		Comunidad de Madrid	Otras Comunidades	Extranjero	
Origen	Comunidad de Madrid	141.990	75.086	76.707	293.783
	Otras Comunidades	98.874	-	-	98.874
	Extranjero	91.074	-	-	91.074
	Total	331.938	75.086	76.707	483.731

Saldo migratorio con otras CCAA: 23.788 (98.874 - 75.086)

Saldo migratorio con el extranjero: 14.367 (91.074 - 76.707)

Saldo migratorio total: 38.155 (14.367 + 23.788)

Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera. Comunidad de Madrid, 1985-2016.

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

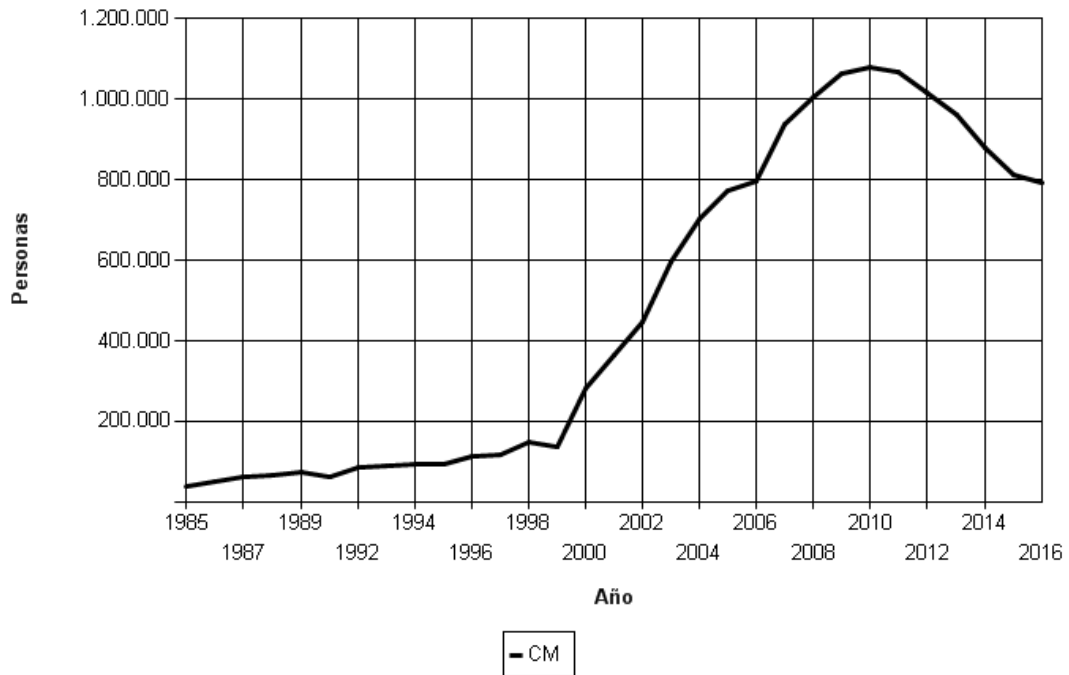
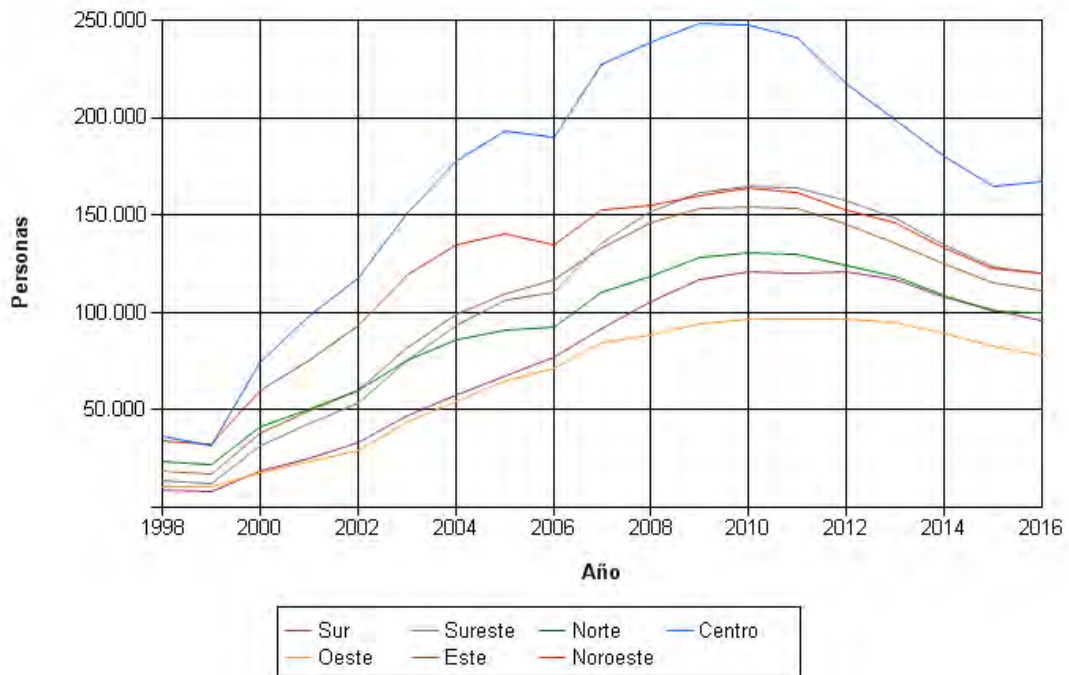


Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1998-2016.

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



2.1.3 Fecundidad

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

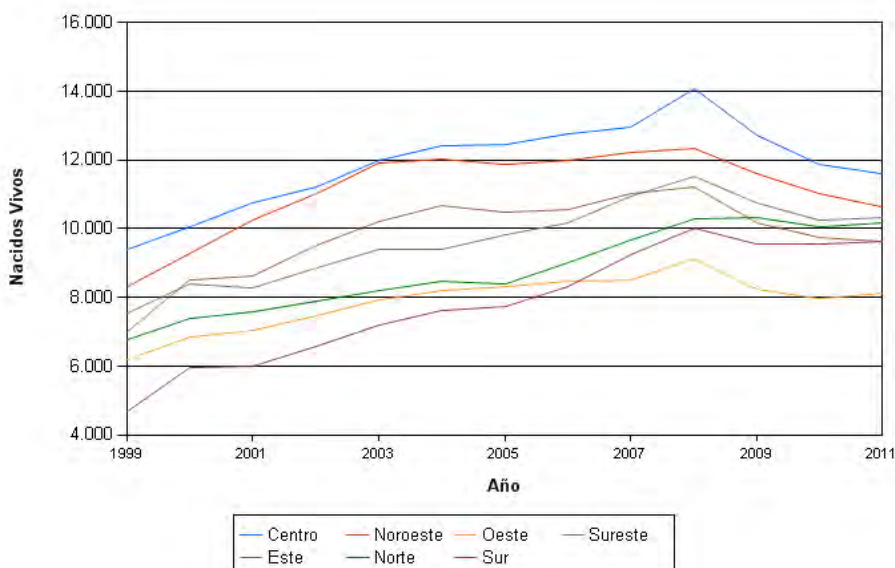
Figura 2.9. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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



Figura 2.9. Evolución anual del número de nacidos vivos por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1999-2011.

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



Este cambio de tendencia, acentuado y adelantado por la crisis económica, se aprecia en todas las Direcciones Asistenciales y se confirma no sólo en el número absoluto de nacimientos (Figura 2.10), sino también en la evolución de los principales indicadores de intensidad del fenómeno, como la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) (Figura 2.11 y Figura 2.12) y el Índice Sintético de Fecundidad (número Medio de Hijos por Mujer) (ISF) (Figura 2.13 y Figura 2.14). La Dirección Asistencial Sur es la que presenta una TBN más alta y un mayor ISF, frente a la DA Centro, la de indicadores más bajos.

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

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

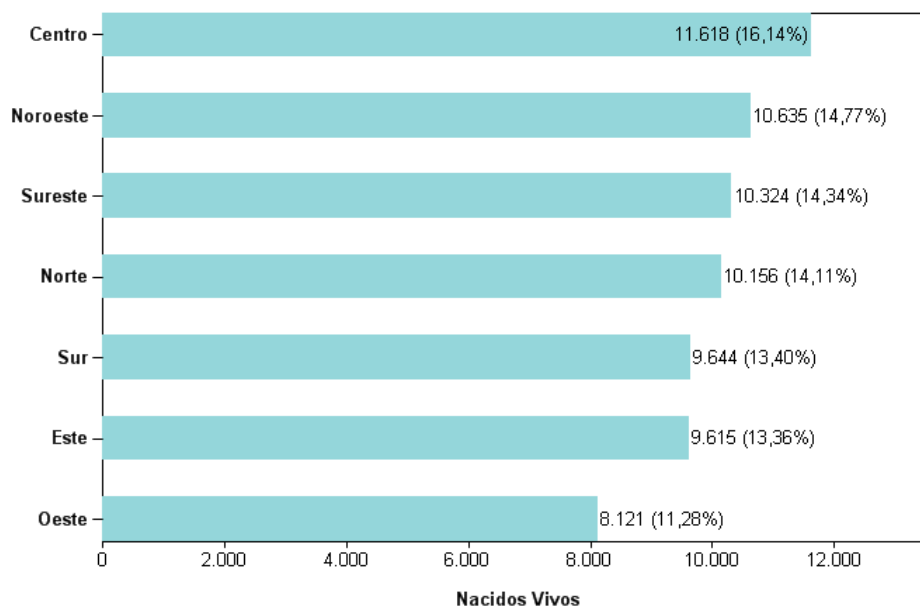


Figura 2.11. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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

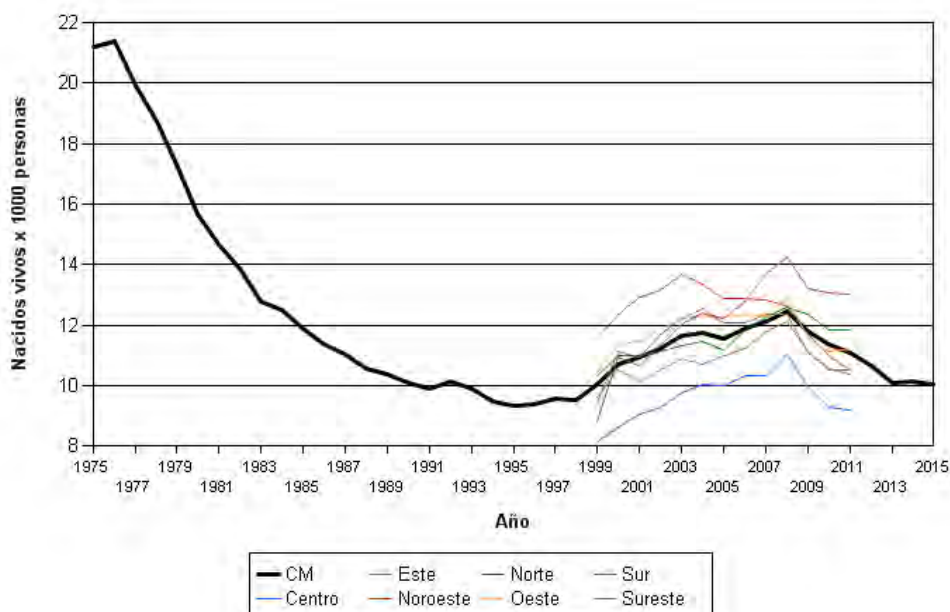


Figura 2.12. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid, 2011.

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

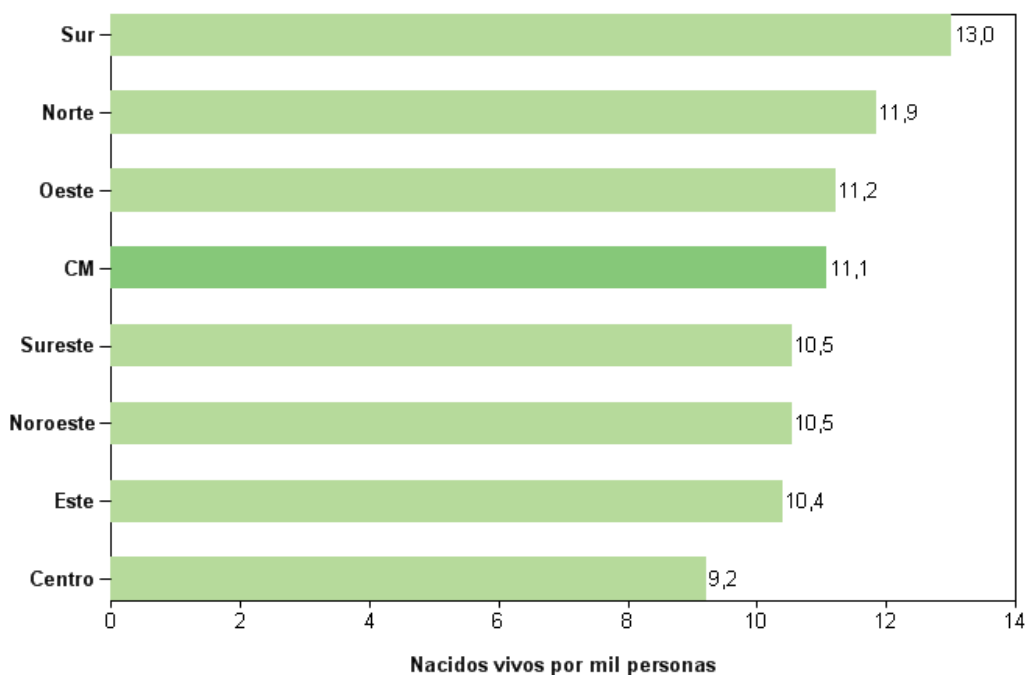


Figura 2.13. Evolución del número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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

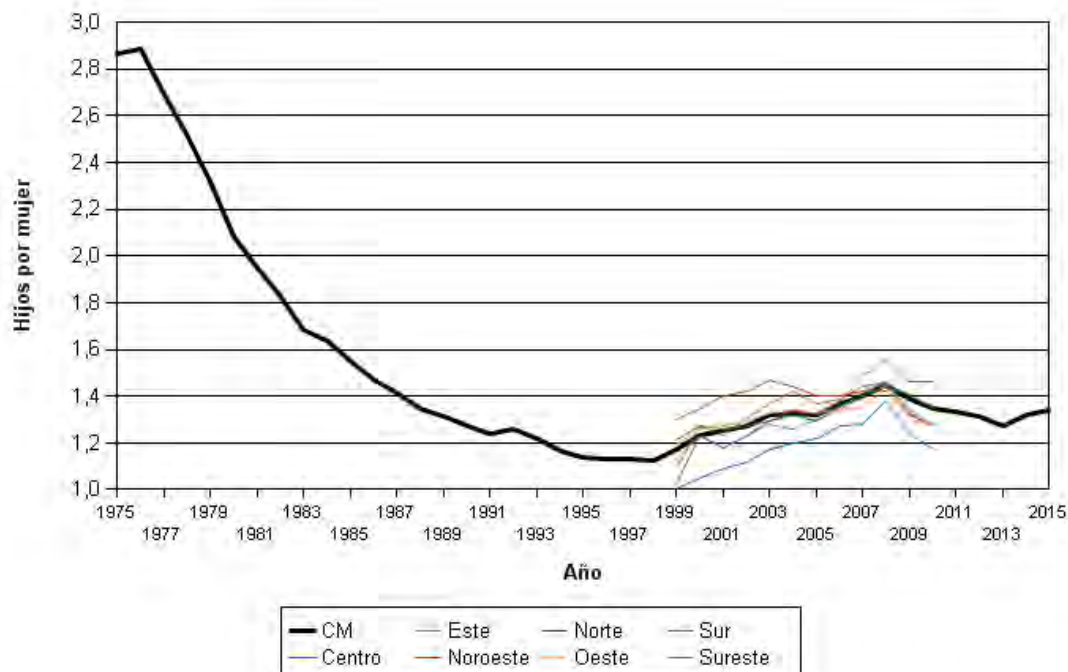
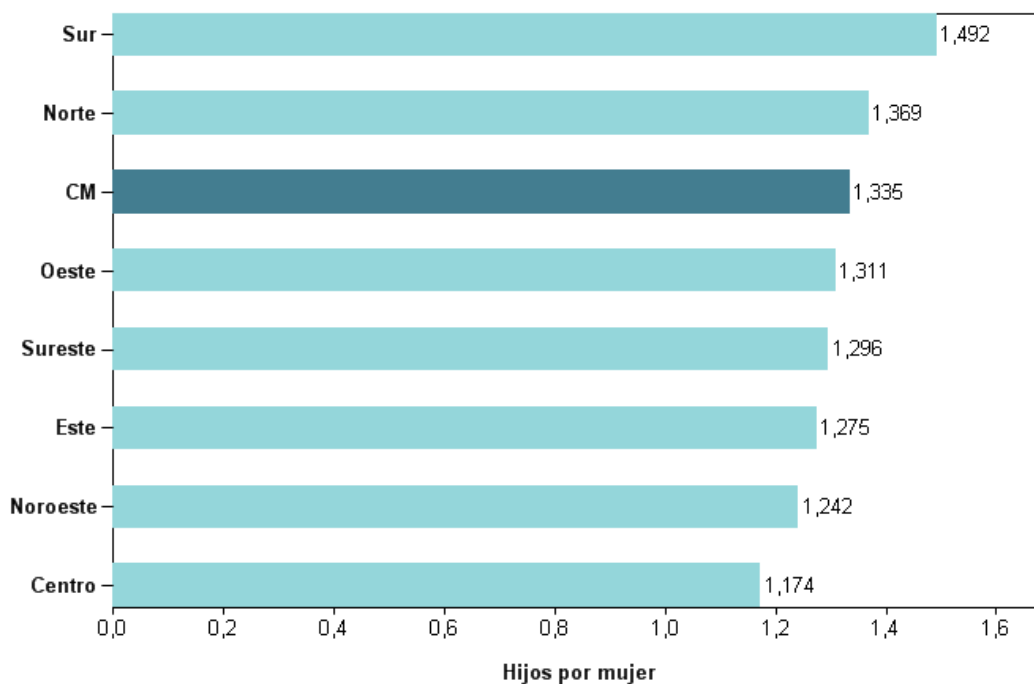


Figura 2.14. Número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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



En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (33,6 años en promedio) en comparación con la Edad Media a la Maternidad (EMM) de principios de los años ochenta (alrededor de 28 años). La tendencia al aumento de la EMM se atenuó entre 1999 y 2007, en buena medida por la creciente participación de las madres de nacionalidad no española, con un calendario de fecundidad más joven que las españolas. Sin embargo, en los últimos años (de 2009 en adelante) la EMM ha vuelto a crecer fuertemente (Figura 2.15). Esta tendencia es compartida por las poblaciones de todas las Direcciones Asistenciales. Las diferencias entre éstas tienden a mantenerse en el tiempo, con alrededor de 1,5 años de brecha entre la DA con mayor EMM -la Noroeste- y las de menor EMM -la Sur y la Oeste- (Figura 2.16). Como se aprecia en la Figura 2.17, el patrón de fecundidad por edad de las DA Sur y Oeste destacan por sus comparativamente más altas tasas en las edades menores de 30 años, mientras que la DA Noroeste sobresale por tener tasas más bajas en edades jóvenes y más altas en la mitad madura del espectro de edades reproductivas. Esta situación actual es el resultado de evoluciones dispares de los distintos grupos de edad. En el conjunto de la Comunidad de Madrid, las altas tasas de las edades 25-29 y 20-24 descendieron fuertemente desde mediados de los años setenta del siglo XX (Figura 2.18). En 1993 el grupo de edad 30-34 pasó a ser el de mayor fecundidad, y desde 2004 las mujeres de 35-39 años tienen en Madrid una fecundidad más alta que la del grupo 25-29. En la DA Oeste esto último no sucedió hasta 2010, y todavía no en la Sur -aunque es más que probable que ocurra en los próximos años-. Por el contrario, en la DA Noroeste las tasas del grupo 35-39 son mayores a las del 25-29 desde el año 2000 y ya en 2011 las tasas de mujeres entre 40 y 44 años son mayores que las del grupo de edad 20-24. A este tardío patrón de fecundidad contribuye tanto que la Noroeste es la DA donde las mujeres empiezan a tener sus hijos más tarde (Edad Media a la Maternidad al primer hijo 1,5 años mayor que en las DA Oeste o Sur) como también que en ella la proporción de hijos de alto número de orden (terceros y sucesivos hijos de las mujeres que han tenido hijos en el año de observación) es mayor que en cualquier otra DA, mientras que las DA Sur y Oeste son aquellas en la que dicha proporción es más baja (Figura 2.19).

Figura 2.15. Evolución de la edad media a la maternidad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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

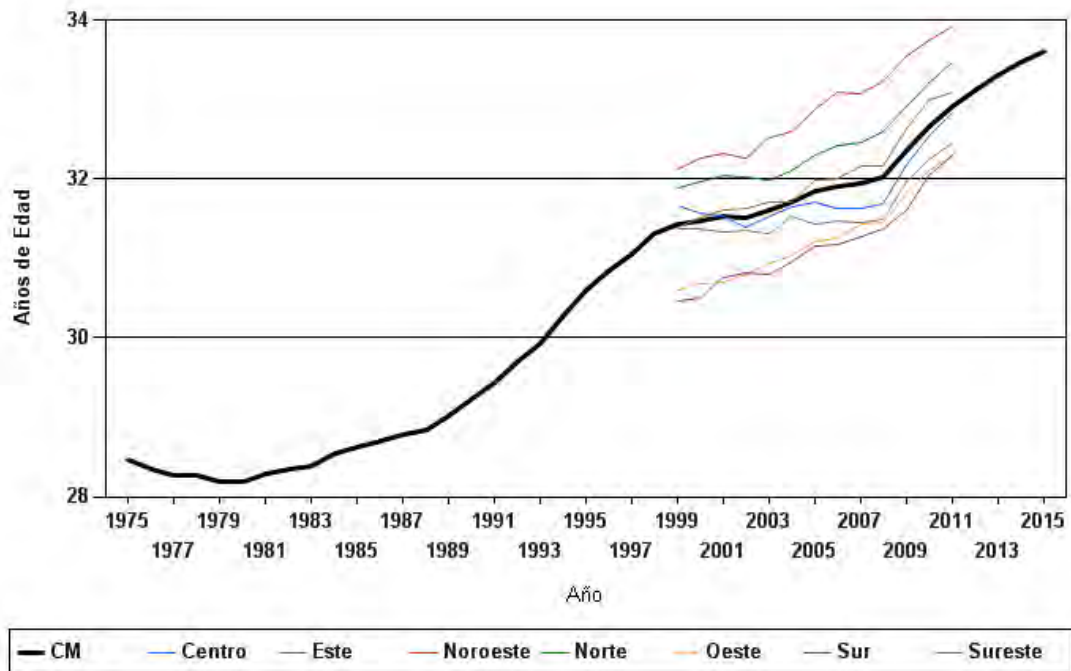


Figura 2.16. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo), por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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

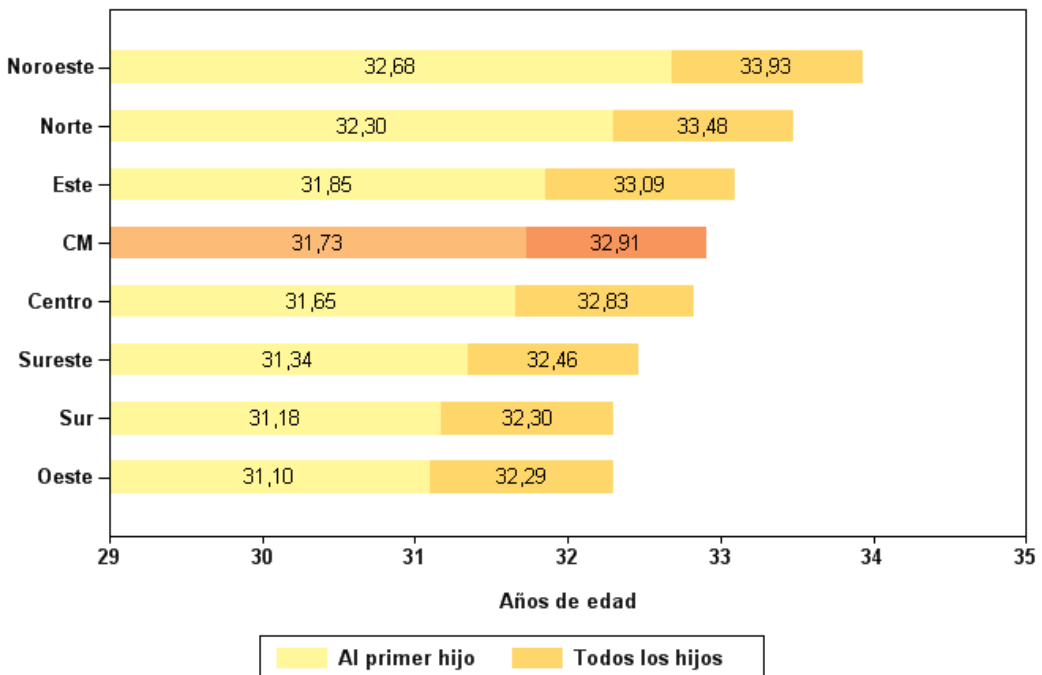


Figura 2.17. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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

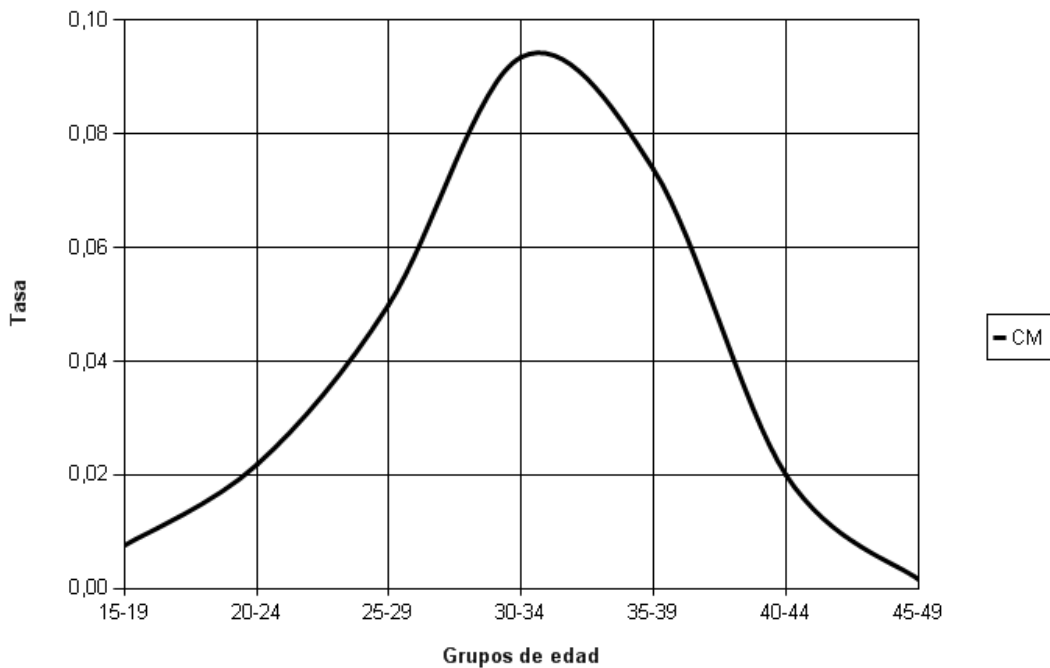


Figura 2.18. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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

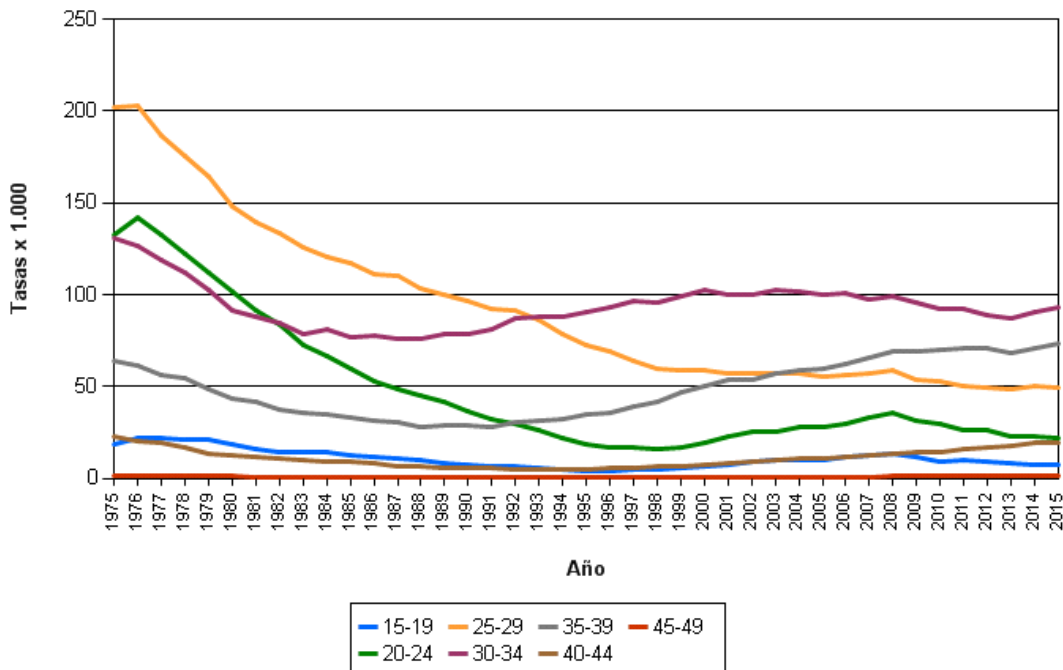
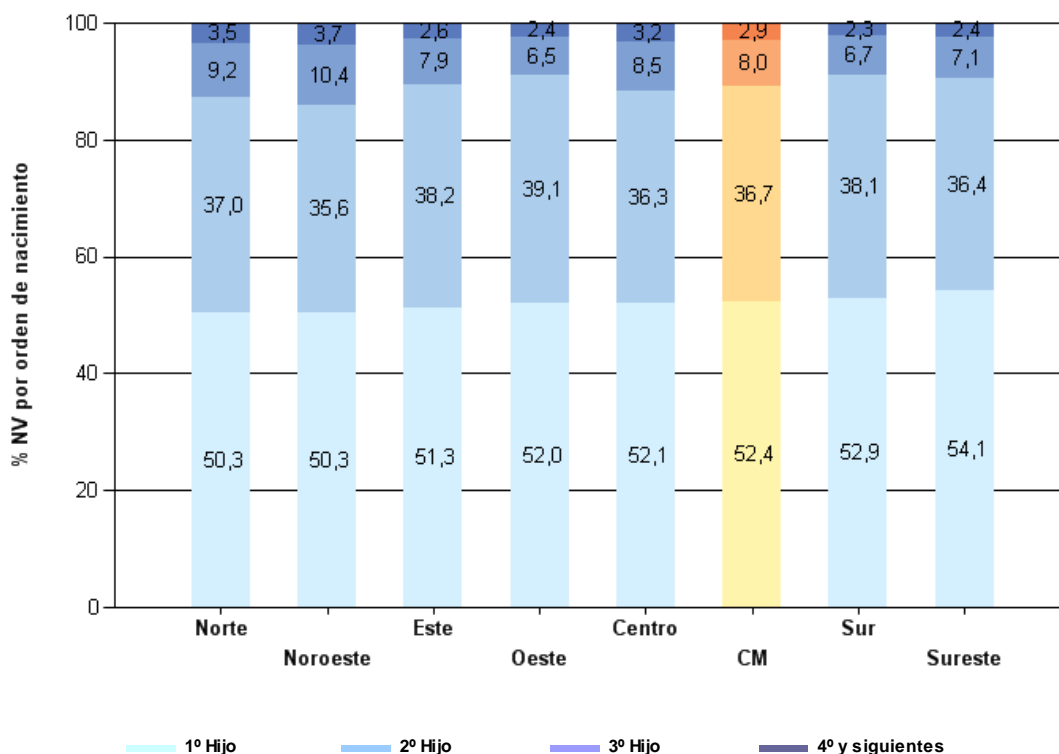


Figura 2.19. Proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2011.

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



2.2. Mortalidad y morbilidad

2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad

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

Tabla 2.2. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes	22.787	24.072	46.859
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil.	736,8	716,6	726,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil.	288,2	153,2	218,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil.	527,2	307,4	401,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	16.135,2	18.091,0	17.157,3
Esperanza de vida al nacer, en años. CM.	81,15	86,52	84,01
Esperanza de vida a la edad 65, en años. CM.	19,60	23,56	21,79
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. 2010-2015	0,61	0,16	0,35
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad	287.495	292.255	579.750
Años Vividos con Discapacidad	166.467	202.824	369.291
Años de Vida Perdidos	121.028	89.431	210.459

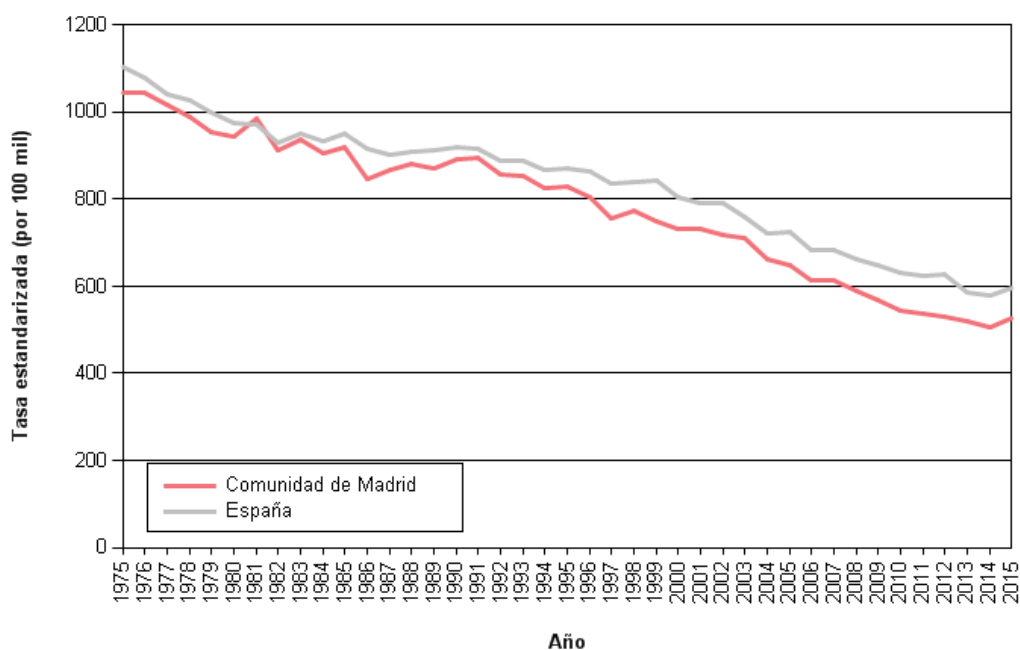
2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida

Una vez ajustadas por edad, las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años (Figura 2.20). La mejora es muy importante y constante, con la sola excepción de la segunda mitad de los años ochenta e inicios de los noventa, durante los cuales las tasas empeoraron entre los hombres y se mantuvieron estables entre las mujeres. A lo largo de todo el periodo la Comunidad de Madrid presenta una mortalidad general más favorable que en el conjunto de España.

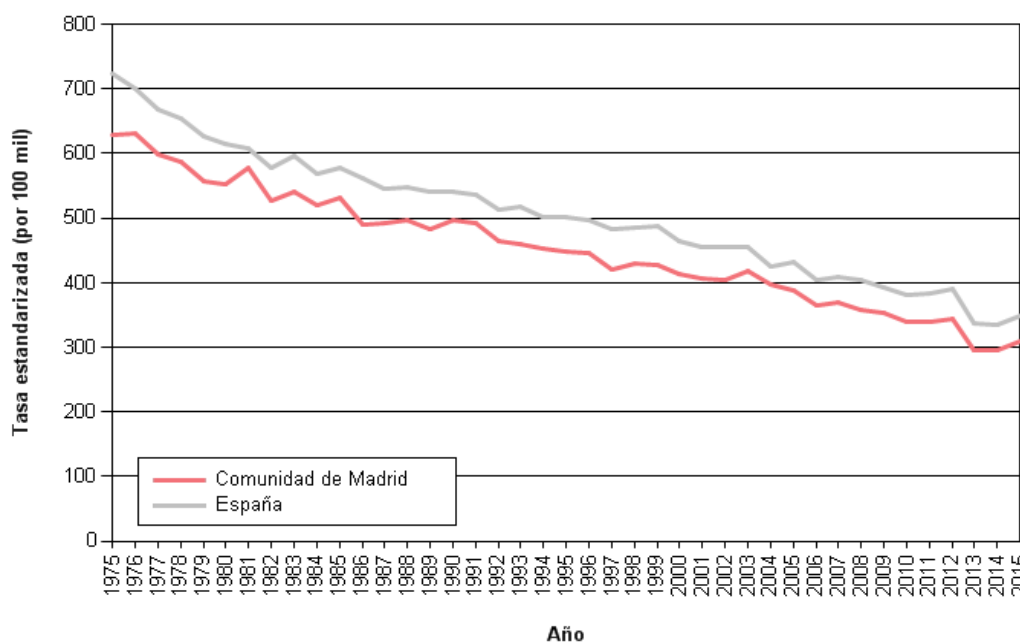
Figura 2.20. Mortalidad por todas las causas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar, tanto desde el nacimiento (Figura 2.21) como a los 65 años de edad (Figura 2.22), pasando de 70,62 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 76,01 en mujeres en el año 1975 a 81,15 y 86,52 en 2015, respectivamente. A la edad de 65 años en 2012 se puede esperar vivir todavía 19,6 años (hombres) o 23,56 (mujeres). Como en el caso de las tasas, la tendencia de mejora de la esperanza de vida ha sido persistente a lo largo de todo el periodo, salvo en la segunda mitad de los años ochenta e inicio de los noventa debido no sólo, pero sí en buena medida, al empeoramiento de la mortalidad de los adultos jóvenes –especialmente los hombres- fundamentalmente por causas asociadas a hábitos y estilos de vida (accidentes de tráfico, VIH-sida y abuso de drogas). De la ligera bajada de las cifras de 2015 respecto de 2014 no puede deducirse un cambio de tendencia, al igual que ocurrió en 2003, 2007 o 2012.

Figura 2.21. Esperanza de vida al nacer, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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

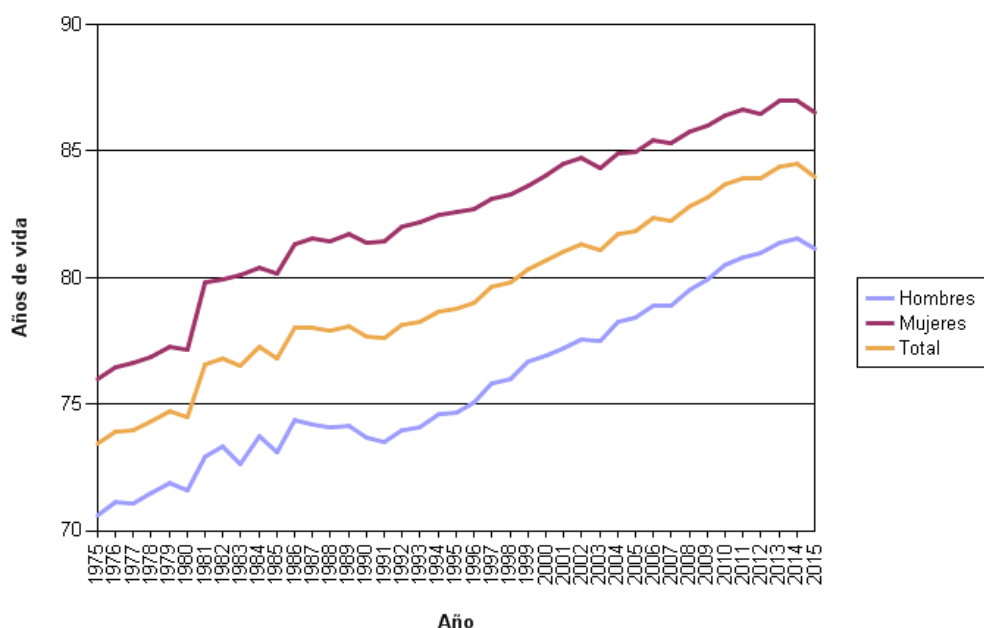
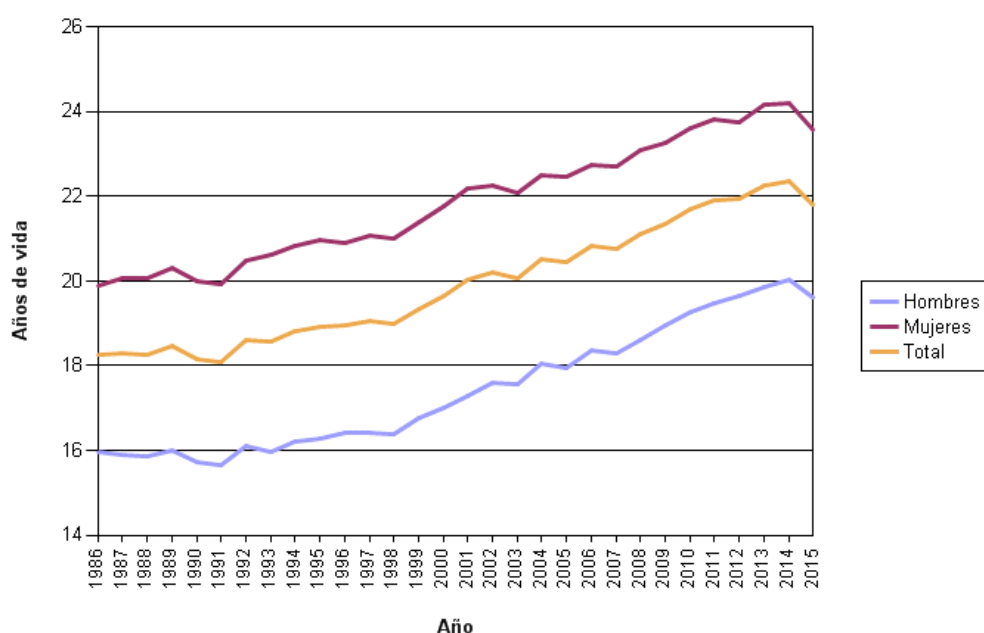


Figura 2.22. Esperanza de vida a los 65 años, según sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2015.

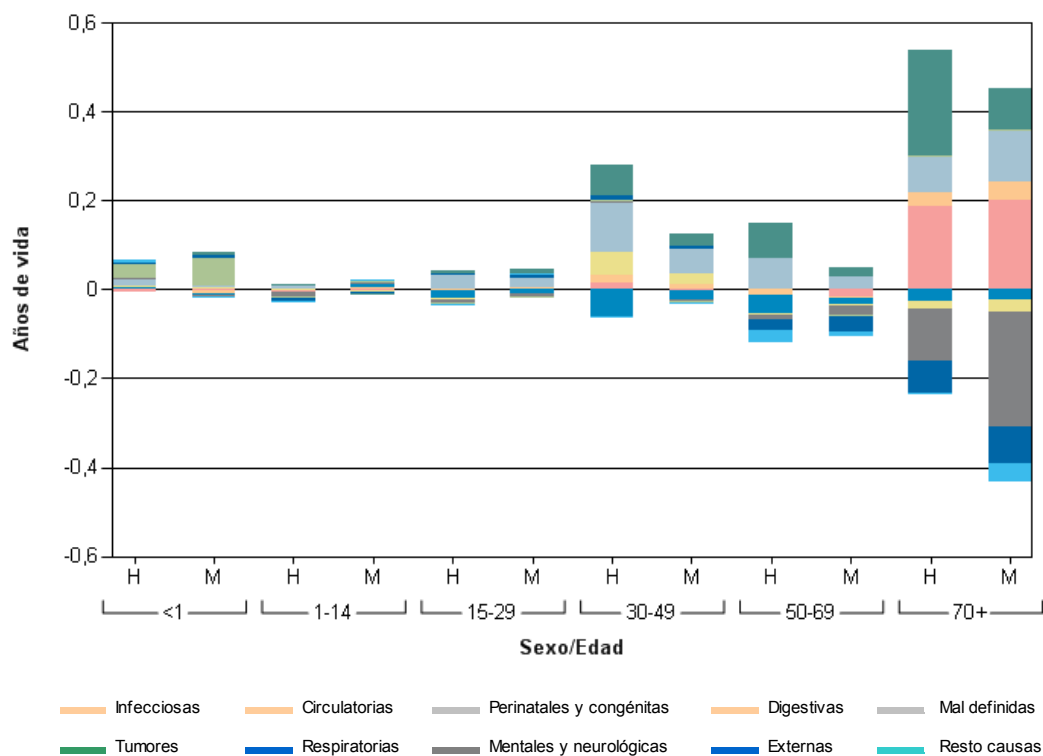
Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Entre los años 2010 y 2015 el aumento de la esperanza de vida ha sido menor que en otros quinquenios anteriores y se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población mayor (70 y más) [Figura 2.23](#). Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también cómo son las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, mientras que las enfermedades mentales y neurológicas son las que más años de vida restan.

Figura 2.23. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

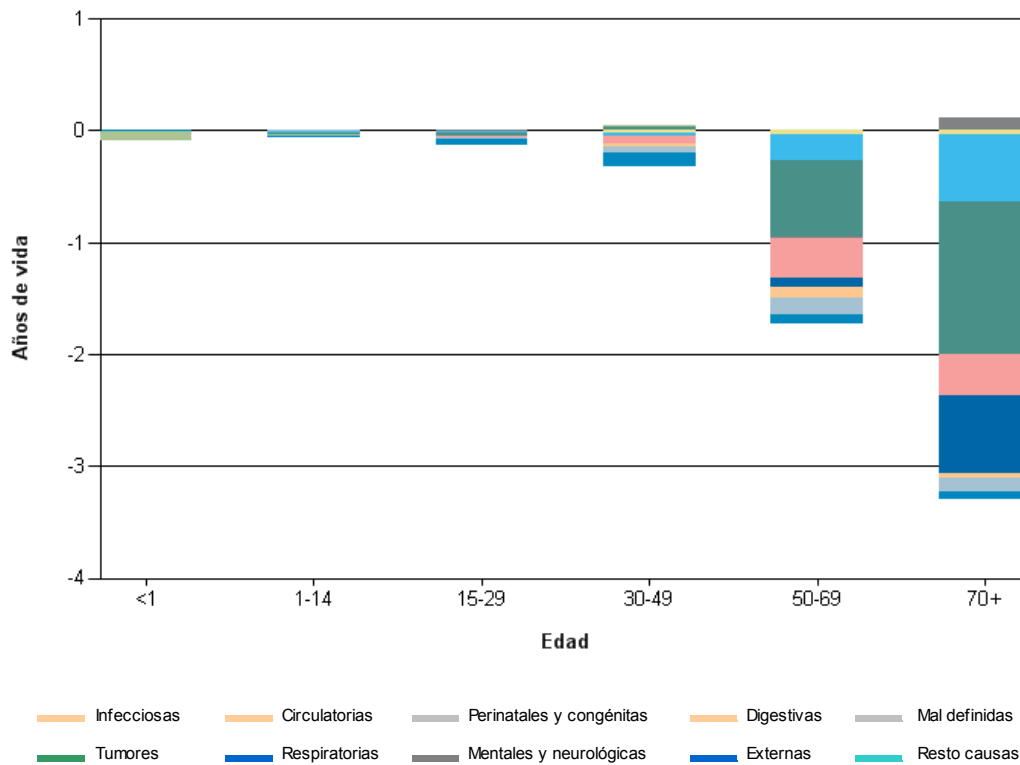
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



A cualquier edad por encima de los 30 años, las ganancias de esperanza de vida entre 2010 y 2015 son mayores en hombres que en mujeres, lo que ha contribuido a reducir la diferencia entre ambos sexos. Actualmente (2015) la disparidad de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres es de 5,37 años a favor de éstas, y se explica también fundamentalmente por la mortalidad diferencial en adultos y ancianos ([Figura 2.24](#)): 4,9 años son atribuibles a los mayores de 50 años de edad -de ellos 3,2 al grupo de 70 y más años-. Prácticamente todos los grandes grupos de causas muestran una peor mortalidad en hombres -salvo las neuropsiquiátricas, ligeramente favorables a aquellos-, pero son principalmente las peores tasas de tumores en hombres de 50 y más años las que más contribuyen a la brecha de supervivencia por sexo.

Figura 2.24. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Diferencia entre hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



2.2.3. Mortalidad por causa

Los principales indicadores de mortalidad por causa de defunción en la Comunidad de Madrid en el año 2015 según grandes grupos de la CIE-10 se presentan en la [Tabla 2.3](#) y [Tabla 2.4](#). Como ha ocurrido desde 2006, el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores para el conjunto de ambos sexos superan en 2015 a las del sistema circulatorio, debido al continuado descenso de la mortalidad de estas últimas. Esto es así también en los varones. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa con mayor número de defunciones, pero una vez ajustada por edad (método directo, población estándar europea OMS), los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas.

Tabla 2.3. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Número absoluto de defunciones y mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Defunciones			Mortalidad proporcional		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	952	464	488	2,0%	2,0%	2,0%
II. Tumores	12.781	7.420	5.361	27,3%	32,6%	22,3%
III. Sangre, inmunidad	191	92	99	0,4%	0,4%	0,4%
IV. Endocrinas	1.200	508	692	2,6%	2,2%	2,9%
V. Mentales	1.901	590	1.311	4,1%	2,6%	5,5%
VI. Sist. nervioso	2.548	912	1.636	5,4%	4,0%	6,8%
VII. Ojo	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
VIII. Oído	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
IX. Circulatorias	12.119	5.107	7.012	25,9%	22,4%	29,1%
X. Respiratorias	7.340	3.753	3.587	15,7%	16,5%	14,9%
XI. Digestivas	2.055	1.031	1.024	4,4%	4,5%	4,3%
XII. Piel	177	51	126	0,4%	0,2%	0,5%
XIII. Osteomusculares	413	114	299	0,9%	0,5%	1,2%
XIV. Genitourinarias	1.409	586	823	3,0%	2,6%	3,4%
XV. Maternas	2	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
XVI. Perinatales	102	63	39	0,2%	0,3%	0,2%
XVII. Congénitas	86	48	38	0,2%	0,2%	0,2%
XVIII. Mal definidas	2.155	1.216	939	4,6%	5,3%	3,9%
XX. Externas	1.428	832	596	3,1%	3,7%	2,5%
Todas las causas	46.859	22.787	24.072	100%	100%	100%

Tabla 2.4. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad*. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Tasas brutas (por 100 mil)			Tasas Estandar* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Infecciosas	14,76	15,00	14,53	8,46	11,10	6,34
II. Tumores	198,09	239,91	159,59	129,73	181,55	92,76
III. Sangre, inmunidad	2,96	2,97	2,95	1,70	2,25	1,26
IV. Endocrinas	18,60	16,43	20,60	9,39	11,18	8,05
V. Mentales	29,46	19,08	39,03	12,42	11,77	12,44
VI. Sist. nervioso	39,49	29,49	48,70	19,77	20,05	18,98
VII. Ojo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Oído	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IX. Circulatorias	187,83	165,12	208,74	93,23	113,40	76,71
X. Respiratorias	113,76	121,35	106,78	53,70	78,30	38,37
XI. Digestivas	31,85	33,34	30,48	18,18	24,74	12,78
XII. Piel	2,74	1,65	3,75	1,23	1,05	1,28
XIII. Osteomusculares	6,40	3,69	8,90	3,06	2,49	3,27
XIV. Genitourinarias	21,84	18,95	24,50	9,93	11,99	8,70
XV. Maternas	0,03	0,00	0,06	0,03	0,00	0,05
XVI. Perinatales	1,58	2,04	1,16	2,43	2,93	1,89
XVII. Congénitas	1,33	1,55	1,13	1,50	1,87	1,12
XVIII. Mal definidas	33,40	39,32	27,95	21,68	30,86	14,25
XX. Externas	22,13	26,90	17,74	14,93	21,62	9,16
Todas las causas	726,27	736,77	716,61	401,37	527,17	307,42

* Método directo. Población estándar europea. OMS

Estimada como promedio del quinquenio 2006-2010 –para aumentar la estabilidad de los indicadores-, en todas las Direcciones Asistenciales salvo en la Noroeste se cumple lo observado en el conjunto de la Comunidad de Madrid en relación con la mayor mortalidad de los tumores sobre las enfermedades del sistema circulatorio (Tabla 2.5 y Tabla 2.6). Las Direcciones Asistenciales Sur, Sureste y Noroeste presentan un Índice de Mortalidad Estándar (ajuste indirecto) por encima de 1 -peor mortalidad que la que tendrían si tuvieran las tasas del total de la Comunidad de Madrid-, a la inversa de lo que ocurre con las DA Centro, Este y Norte (en la DA Oeste el IME presenta una diferencia a su favor no significativa) (Tabla 2.7). En la misma tabla pueden apreciarse los IME de cada Dirección Asistencial por capítulos de la CIE-10.

Tabla 2.5. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

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

	Defunciones							
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	CM*
Todas las causas	54.679	27.425	30.551	24.297	16.316	17.596	30.754	204.336
I. Infecciosas	1.094	543	590	436	350	349	635	4.068
II. Tumores	15.850	8.190	8.367	7.286	5.201	5.511	9.039	59.986
III. Sangre, inmunidad	201	93	103	96	46	58	83	682
IV. Endocrinas	1.060	577	585	515	354	376	513	4.037
V. Mentales	1.173	497	694	485	424	470	557	4.357
VI. Sist. nervioso	2.127	1.063	1.269	958	702	760	1.191	8.164
VII. Ojo	2	2	1	2	0	0	0	7
VIII. Oído	3	0	1	1	1	0	0	6
IX. Circulatorias	15.792	7.584	8.807	6.942	4.257	4.529	8.547	57.216
X. Respiratorias	8.532	4.147	4.513	3.366	2.097	2.441	4.662	30.121
XI. Digestivas	2.744	1.401	1.614	1.256	832	900	1.607	10.487
XII. Piel	179	67	106	77	53	48	75	611
XIII. Osteomusculares	396	161	202	169	116	132	177	1.373
XIV. Genitourinarias	1.674	889	1.005	676	527	440	882	6.154
XV. Maternas	0	0	4	0	1	1	0	7
XVI. Perinatales	83	56	75	49	63	42	70	491
XVII. Congénitas	97	96	84	73	48	62	73	581
XVIII. Mal definidas	2.279	1.243	1.627	1.153	693	881	1.647	9.773
XX. Externas	1.393	816	904	757	551	596	996	6.215

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

Tabla 2.6. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

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

	Mortalidad (%)							
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	CM
Todas las causas	100	100	100	100	100	100	100	100
I. Infecciosas	2,0	2,0	1,9	1,8	2,1	2,0	2,1	2,0
II. Tumores	29,0	29,9	27,4	30,0	31,9	31,3	29,4	29,4
III. Sangre, inmunidad	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
IV. Endocrinas	1,9	2,1	1,9	2,1	2,2	2,1	1,7	2,0
V. Mentales	2,1	1,8	2,3	2,0	2,6	2,7	1,8	2,1
VI. Sist. nervioso	3,9	3,9	4,2	3,9	4,3	4,3	3,9	4,0
VII. Ojo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII. Oído	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Circulatorias	28,9	27,7	28,8	28,6	26,1	25,7	27,8	28,0
X. Respiratorias	15,6	15,1	14,8	13,9	12,9	13,9	15,2	14,7
XI. Digestivas	5,0	5,1	5,3	5,2	5,1	5,1	5,2	5,1
XII. Piel	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
XIII. Osteomusculares	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7
XIV. Genitourinarias	3,1	3,2	3,3	2,8	3,2	2,5	2,9	3,0
XV. Maternas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Perinatales	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2
XVII. Congénitas	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3
XVIII. Mal definidas	4,2	4,5	5,3	4,7	4,2	5,0	5,4	4,8
XX. Externas	2,5	3,0	3,0	3,1	3,4	3,4	3,2	3,0

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

Tabla 2.7. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

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

	Índice de Mortalidad Estándar **							CM
	Centro	Este	Noroeste	Norte	Oeste	Sur	Sureste	
Todas las causas	0,95	0,98	1,01	0,95	(0,99)	1,04	1,02	1,00
I. Infecciosas	(1,03)	(0,96)	(0,96)	0,85	(0,99)	(0,97)	(1,05)	1,00
II. Tumores	(0,99)	0,97	0,97	0,97	(1,01)	1,03	(1,01)	1,00
III. Sangre, inmunidad	(1,03)	(1,01)	(1,01)	(1,12)	(0,87)	(1,06)	(0,83)	1,00
IV. Endocrinas	0,90	(1,06)	(0,98)	(1,02)	1,16	1,19	0,87	1,00
V. Mentales	0,89	0,88	(1,04)	0,89	1,35	1,48	0,89	1,00
VI. Sist. nervioso	0,90	(0,96)	(1,05)	0,94	1,13	1,18	(1,00)	1,00
VII. Ojo	(0,93)	(2,20)	(0,93)	(2,29)	--	--	--	1,00
VIII. Oído	(2,15)	--	(1,07)	(1,29)	(1,68)	--	--	1,00
IX. Circulatorias	0,95	(0,98)	1,04	0,97	(0,98)	(1,01)	1,02	1,00
X. Respiratorias	0,96	(1,03)	(1,01)	0,89	0,94	1,06	1,06	1,00
XI. Digestivas	0,94	(0,97)	(1,04)	(0,95)	(0,97)	(1,03)	(1,04)	1,00
XII. Piel	(0,97)	(0,83)	(1,16)	(1,01)	(1,20)	(1,05)	(0,85)	1,00
XIII. Osteomusculares	(0,97)	(0,88)	(0,98)	(0,98)	(1,14)	1,27	(0,89)	1,00
XIV. Genitourinarias	0,91	1,09	1,09	0,88	1,17	(0,95)	(0,99)	1,00
XV. Maternas	--	--	3,75	--	(1,22)	(1,16)	--	1,00
XVI. Perinatales	(1,00)	(0,78)	(0,92)	(0,76)	(1,10)	0,69	(0,98)	1,00
XVII. Congénitas	(0,88)	(1,15)	(0,90)	(0,97)	0,74	(0,92)	(0,85)	1,00
XVIII. Mal definidas	0,90	0,92	1,11	0,93	0,8	(1,01)	1,15	1,00
XX. Externas	0,92	(0,94)	(0,96)	(0,96)	(0,93)	(1,00)	1,08	1,00

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

Las cinco causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2006-2010 coincide en todas las Direcciones Asistenciales (Tabla 2.8): Otras enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades cerebrovasculares, Tumor maligno de tráquea-bronquios-pulmón, Infarto agudo de miocardio e Insuficiencia cardíaca. Sin embargo, su orden varía: en las DA Centro, Este y Noroeste la principal causa son el grupo de Otras enfermedades del sistema respiratorio, mientras en las DA Sur y Oeste lo es el Cáncer de pulmón, y en las DA Norte y Sureste lo son las Enfermedades cerebrovasculares. Es significativo comprobar que al principio de la serie temporal que se puede consultar en la tabla 2.5 (promedio 1999-2003) en todas las DA la principal causa de muerte eran las Enfermedades cerebrovasculares y el Infarto agudo de miocardio era la segunda causa específica de defunción en seis de las siete DA, lo que muestra cómo la gran mejora en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se verifica en toda la región.

Tabla 2.8. Principales causas de defunción (lista reducida, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

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

		Defunciones	Mortalidad Proporcional	Índice de Mortalidad Estándar*
Centro	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	3.796	6,94%	(0,98)
Centro	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	3.581	6,55%	0,96
Centro	0550 - Infarto agudo de miocardio	3.063	5,6%	(0,99)
Centro	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	2.995	5,48%	(0,97)
Centro	0570 - Insuficiencia cardíaca	2.838	5,19%	0,91
Norte	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.494	6,15%	0,94
Norte	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.427	5,87%	0,87
Norte	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.405	5,78%	0,94
Norte	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.297	5,34%	(0,99)
Norte	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.288	5,3%	0,94
Este	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.830	6,67%	1,05
Este	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.669	6,09%	(0,98)
Este	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.580	5,76%	0,92
Este	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.492	5,44%	(0,99)
Este	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.341	4,89%	(0,98)
Sureste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	2.030	6,6%	1,09
Sureste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.939	6,3%	(1,02)
Sureste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.875	6,1%	1,05
Sureste	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.790	5,82%	1,19
Sureste	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.508	4,9%	0,93
Sur	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.123	6,38%	(1,01)
Sur	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.024	5,82%	(1,04)
Sur	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	1.018	5,79%	(1,03)
Sur	0550 - Infarto agudo de miocardio	980	5,57%	1,09
Sur	0570 - Insuficiencia cardíaca	679	3,86%	0,87
Oeste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.147	7,03%	1,06
Oeste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	977	5,99%	(1,02)
Oeste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	857	5,25%	0,89
Oeste	0550 - Infarto agudo de miocardio	775	4,75%	0,89
Oeste	0570 - Insuficiencia cardíaca	630	3,86%	0,83
Noroeste	0670 - Otras enf. del sistema respiratorio	2.058	6,74%	1,05
Noroeste	0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.907	6,24%	(1,01)
Noroeste	0570 - Insuficiencia cardíaca	1.751	5,73%	1,11
Noroeste	0550 - Infarto agudo de miocardio	1.710	5,6%	1,06
Noroeste	0180 - Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	1.649	5,4%	(0,97)

* Mortalidad estándar: Comunidad de Madrid, ambos sexos, promedio para el periodo seleccionado y para cada causa respectiva
Entre paréntesis, valores no significativos con IC 95%

2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario, así como el nivel asistencial en el que tienen lugar la mayoría de los contactos con el mismo. Desde 2006 la totalidad de las consultas de Atención Primaria disponen de historia clínica informatizada, la cual permite obtener información precisa sobre la morbilidad atendida en ese nivel asistencial.

2.2.4.1. Personas atendidas en Atención Primaria

En 2015, 4.827.316 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 74,5% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria (Tabla 2.9 y Tabla 2.10). El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos a partir de 70 años que han acudido a Atención Primaria supera el 90%. Para todos los grupos de edad entre los 15 y los 79 años la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es superior a la de hombres. Esto también ocurre en los nacidos fuera de España (Tabla 2.11 y Tabla 2.12), los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

Tabla 2.9. Personas con historia activa en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	% población	N	%	% población	N	%	% población
0-4	151.010	7,0	92,4	141.558	5,3	91,5	292.568	6,1	92,0
5-9	140.089	6,5	74,3	132.040	4,9	74,1	272.129	5,6	74,2
10-14	119.931	5,6	70,3	114.452	4,3	70,3	234.383	4,9	70,3
15-19	94.394	4,4	63,7	101.490	3,8	71,5	195.884	4,1	67,5
20-24	94.125	4,4	62,5	120.872	4,5	79,6	214.997	4,5	71,1
25-29	105.587	4,9	59,2	147.136	5,5	75,8	252.723	5,2	67,9
30-34	130.860	6,1	54,1	185.273	6,9	71,9	316.133	6,5	63,3
35-39	165.355	7,7	54,3	220.505	8,2	71,3	385.860	8,0	62,9
40-44	169.005	7,9	56,4	213.348	8,0	70,6	382.353	7,9	63,5
45-49	156.534	7,3	59,6	195.085	7,3	72,2	351.619	7,3	66,0
50-54	146.825	6,8	65,6	184.008	6,9	77,4	330.833	6,9	71,6
55-59	131.850	6,1	71,7	167.777	6,3	81,6	299.627	6,2	76,9
60-64	118.158	5,5	79,6	148.647	5,5	86,2	266.805	5,5	83,1
65-69	118.689	5,5	87,0	146.047	5,4	90,7	264.736	5,5	89,0
70-74	101.499	4,7	94,1	126.257	4,7	95,8	227.756	4,7	95,1
75-79	78.352	3,7	97,2	108.211	4,0	97,3	186.563	3,9	97,3
80-84	65.930	3,1	100,1	103.315	3,9	100,0	169.245	3,5	100,0
85-89	38.932	1,8	107,1	75.101	2,8	105,0	114.033	2,4	105,7
90+	18.240	0,9	103,5	50.829	1,9	102,7	69.069	1,4	102,9
Total	2.145.365	100,0	69,0	2.681.951	100,0	79,7	4.827.316	100,0	74,5

Tabla 2.10. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial (DA) y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid, 2015.

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

DA	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Centro	379.093	66,3	66,0	511.574	77,1	75,1	890.667	72,1	70,7
Norte	265.911	66,4	66,6	336.138	76,9	75,5	602.049	71,9	71,2
Este	312.114	68,6	68,7	388.376	79,4	78,0	700.490	74,2	73,5
Sureste	329.972	71,2	71,9	405.744	82,2	81,2	735.716	76,9	76,6
Sur	280.609	75,4	76,0	330.635	86,5	85,7	611.244	81,0	80,9
Oeste	266.634	74,5	75,2	317.719	85,8	85,0	584.353	80,2	80,2
Noroeste	311.032	63,7	64,5	391.765	73,8	72,8	702.797	68,9	68,7
CM	2.145.365	69,0	69,4	2.681.951	79,7	78,4	4.827.316	74,5	74,0

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

Tabla 2.11. Personas con historia activa en Atención Primaria, según país de nacimiento y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Nacidos en España	1.846.576	72,2	71,1	2.235.982	81,7	79,6	4.082.558	77,1	75,4
Nacidos fuera de España	298.143	54,1	60,2	445.350	70,7	72,1	743.493	62,9	66,6
No disponible	646			619			1.265		
Total	2.145.365	69,0	69,4	2.681.951	79,7	78,4	4.827.316	74,5	74,0

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

Tabla 2.12. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial (DA) y país de nacimiento. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid, 2015.

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

DA	Nacidos fuera de España			Nacidos en España		
	N	%	%*	N	%	%*
Centro	172.032	61,9	64,9	718.401	75,1	71,9
Norte	93.277	62,3	65,5	508.597	74,0	72,1
Este	102.421	61,2	65,1	597.923	76,9	75,1
Sureste	107.983	63,0	67,0	627.565	79,9	78,5
Sur	80.806	65,8	69,9	530.326	83,9	82,9
Oeste	68.384	67,5	71,2	515.863	82,2	81,4
Noroeste	118.590	62,0	66,5	583.883	70,5	69,1
CM	743.493	62,9	66,6	4.082.558	77,1	75,4

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

2.2.4.2. Episodios de consulta en Atención Primaria

En 2015 se han registrado en AP-Madrid un total de 19.764.405 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.051,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria (Tabla 2.13). Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres.

Tabla 2.13. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según sexo. Número, distribución porcentual y tasas totales por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

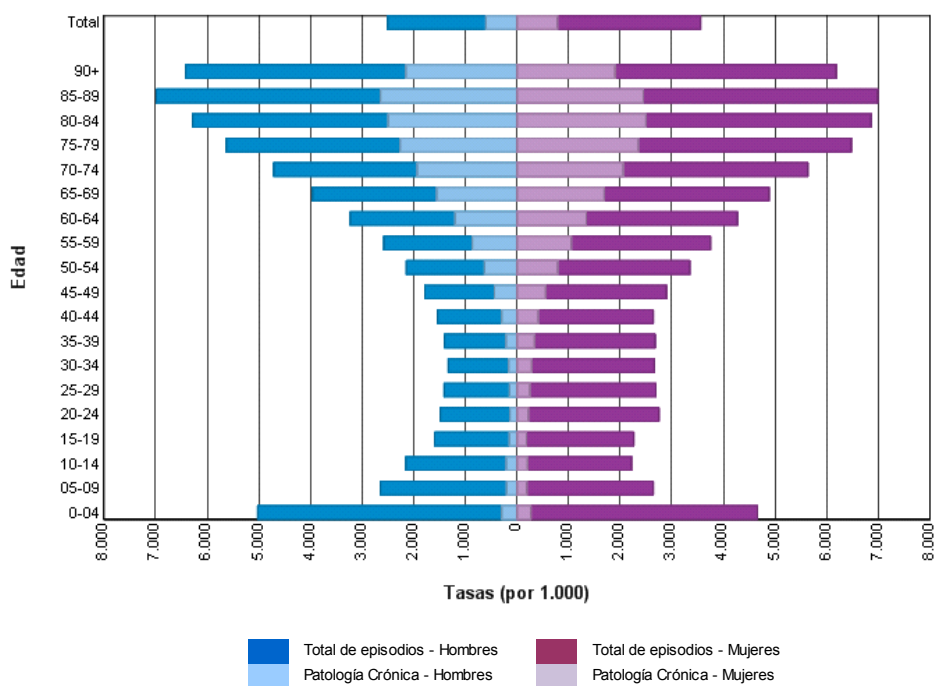
Fuente: AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

CIAP	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	Tasa	N	%	Tasa	N	%	Tasa
A-Problemas generales, inespecíficos	724.127	9,3	232,9	946.469	7,9	281,1	1.670.596	8,5	257,9
B-Sangre, inmunidad	118.280	1,5	38,0	216.126	1,8	64,2	334.406	1,7	51,6
D-Aparato digestivo	796.044	10,2	256,0	1.075.545	9,0	319,4	1.871.589	9,5	289,0
F-Ojo y ojos	324.331	4,2	104,3	466.372	3,9	138,5	790.703	4,0	122,1
H-Aparato auditivo	271.208	3,5	87,2	337.077	2,8	100,1	608.285	3,1	93,9
K-Aparato circulatorio	676.474	8,7	217,5	834.364	7,0	247,8	1.510.838	7,6	233,3
L-Aparato locomotor	864.442	11,1	278,0	1.604.653	13,4	476,6	2.469.095	12,5	381,2
N-Sistema nervioso	193.929	2,5	62,4	394.726	3,3	117,2	588.655	3,0	90,9
P-Problemas psicológicos	320.450	4,1	103,1	521.182	4,4	154,8	841.632	4,3	129,9
R-Aparato respiratorio	1.642.529	21,1	528,2	2.105.648	17,6	625,4	3.748.177	19,0	578,7
S-Piel, fñeras	822.981	10,6	264,7	1.122.610	9,4	333,4	1.945.591	9,8	300,4
T-Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	559.957	7,2	180,1	869.965	7,3	258,4	1.429.922	7,2	220,8
U-Aparato urinario	193.989	2,5	62,4	446.080	3,7	132,5	640.069	3,2	98,8
W-Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio				365.631	3,1	108,6	365.631	1,8	56,5
X-Aparato genital femenino y mamas				569.313	4,8	169,1	569.313	2,9	87,9
Y-Aparato genital masculino y mamas	238.448	3,1	76,7				238.448	1,2	36,8
Z-Problemas sociales	46.400	0,6	14,9	95.055	0,8	28,2	141.455	0,7	21,8
Total Episodios	7.793.589	100,0	2.506,3	11.970.816	100,0	3.555,2	19.764.405	100,0	3.051,6

La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 696,7 episodios por 1.000 personas. Las mayores tasas se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores, y en todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores entre las mujeres (Figura 2.25).

Figura 2.25. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



La patología respiratoria es la que presenta una mayor tasa de episodios (578,7 por mil para ambos sexos, 528,2 en hombres y 625,4 en mujeres), seguida por la del aparato locomotor, de forma más marcada en las mujeres (Figura 2.26). En cuanto a la patología crónica, ésta se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. Por Dirección Asistencial (Tabla 2.14) se observa cómo, al igual que sucede con las personas atendidas, las tasas de episodios son más bajas en la DA Noroeste y Norte y más elevadas en las DA Sur, Oeste y Sureste.

Figura 2.26. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

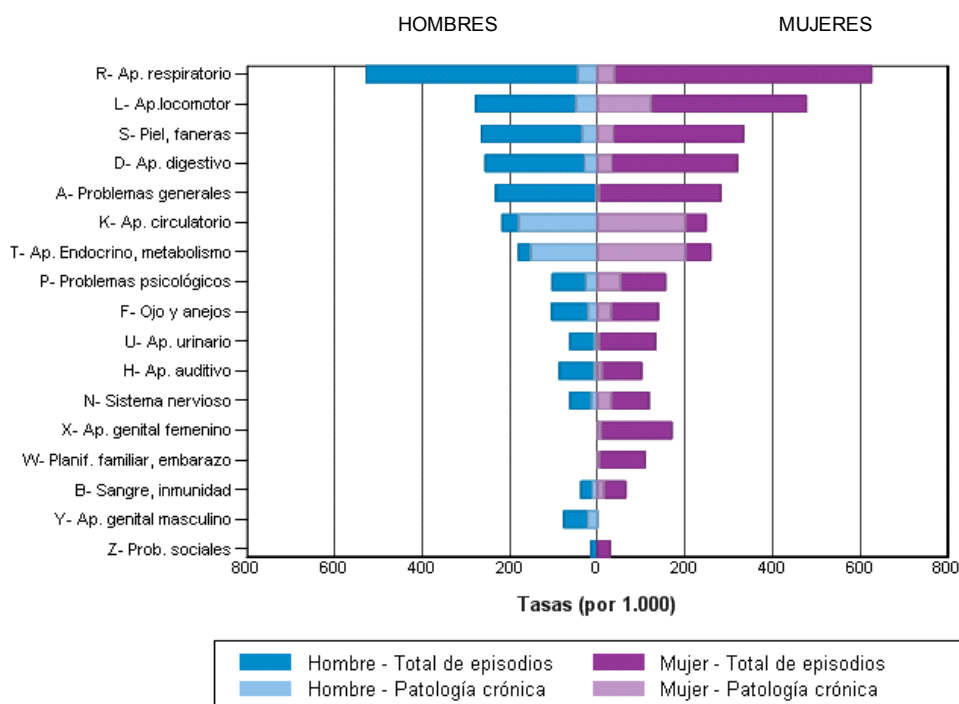


Tabla 2.14. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Dirección Asistencial (DA). Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP	DA						
	Centro	Norte	Este	Sureste	Sur	Oeste	Noroeste
A-Problemas generales, inespecíficos	262,2	252,6	265,3	261,7	263,0	274,0	231,6
B-Sangre, inmunidad	54,7	51,4	51,7	53,8	51,2	52,5	45,6
D-Aparato digestivo	283,2	264,3	283,9	309,2	332,9	323,7	244,6
F-Ojo y anejos	122,1	115,4	118,5	130,3	136,9	134,7	103,2
H-Aparato auditivo	84,5	86,1	97,2	101,5	110,1	107,7	79,8
K-Aparato circulatorio	256,5	213,6	233,3	241,0	244,2	248,8	194,8
L-Aparato locomotor	387,3	344,2	375,7	406,4	431,0	430,7	313,7
N-Sistema nervioso	90,3	80,3	87,6	96,9	106,7	106,5	74,9
P-Problemas psicológicos	135,2	121,5	127,1	133,7	134,2	138,8	120,2
R-Aparato respiratorio	537,6	536,7	585,7	623,1	692,3	656,8	475,0
S-Piel, faneras	281,3	270,2	291,8	325,2	355,2	344,7	260,8
T-Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	240,1	207,4	223,9	228,5	217,7	251,4	178,7
U-Aparato urinario	103,5	85,1	96,1	108,2	104,9	107,8	87,2
W-Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	49,6	53,0	56,5	60,5	73,4	65,0	45,1
X-Aparato genital femenino y mamas	86,9	74,5	85,6	98,9	102,1	98,1	74,2
Y-Aparato genital masculino y mamas	37,0	34,5	35,8	39,1	40,2	38,9	33,3
Z-Problemas sociales	24,7	22,0	23,7	19,0	17,8	24,4	20,3
Total	3.036,7	2.812,6	3.039,5	3.236,9	3.413,7	3.404,5	2.583,2

El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior (Tabla 2.15), que representó un 9,3% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y los trastornos del metabolismo lipídico. Dentro de las patologías crónicas seleccionadas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial (Tabla 2.16) seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus.

Tabla 2.15. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP	Orden	Total			Hombres			Mujeres		
		N	%	Tasa	Orden	N	Tasa	Orden	N	Tasa
R74-Infec respiratoria aguda superior	1	1.846.693	9,34%	285,1	1	779.578	250,7	1	1.067.115	316,9
K86-Hipertensión no complicada	2	654.725	3,31%	101,1	2	277.839	89,3	2	376.886	111,9
T93-Trastornos metabolismo lipídico	3	423.020	2,14%	65,3	3	186.696	60,0	3	236.324	70,2
D73-Infección intestinal inesp/posible	4	338.643	1,71%	52,3	5	151.167	48,6	5	187.476	55,7
T90-Diabetes no insulino dependiente	5	325.820	1,65%	50,3	4	172.169	55,4	9	153.651	45,6
U71-Cistitis/otras infec urinarias	6	272.327	1,38%	42,0	44	40.348	13,0	4	231.979	68,9
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	7	271.848	1,38%	42,0	6	120.102	38,6	10	151.746	45,1
L03-Sig/sin lumbares	8	261.924	1,33%	40,4	10	102.653	33,0	7	159.271	47,3
R97-Rinitis alérgica	9	251.145	1,27%	38,8	9	106.041	34,1	12	145.104	43,1
A97-Sin enfermedad	10	247.953	1,25%	38,3	8	114.668	36,9	13	133.285	39,6
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	11	227.228	1,15%	35,1	7	118.122	38,0	18	109.106	32,4
L99-Otr enf del aparato locomotor	12	220.312	1,11%	34,0	19	70.054	22,5	11	150.258	44,6
P01-Sensación ansiedad/tensión	13	219.102	1,11%	33,8	27	60.441	19,4	8	158.661	47,1
A13-Miedo al tratamiento	14	195.187	0,99%	30,1	20	68.826	22,1	14	126.361	37,5
T86-Hipotiroidismo/mixedema	15	191.736	0,97%	29,6	70	27.856	9,0	6	163.880	48,7
Total Episodios		19.764.405	100,0%	3.051,6		7.793.589	2.506,3		11.970.816	3.555,2

Tabla 2.16. Episodios de patologías crónicas seleccionadas incluidas en protocolos de seguimiento en Atención Primaria, según grupo de edad y sexo. Número, distribución porcentual y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	Tasa	N	%	Tasa	N	%	Tasa
	0-14 años								
Asma (R96)	33.285	2,0%	63,7	20.991	1,4%	42,3	54.276	0,6%	53,3
Obesidad (T82)	4.044	0,2%	7,7	3.281	0,2%	6,6	7.325	0,1%	7,2
Total episodios	1.686.086			1.552.815			3.238.901		
	15+ años								
Hipertensión arterial (K86 y K87)	314.632	5,2%	121,6	412.661	4,0%	143,7	727.293	2,5%	133,2
Trastornos metabolismo lipídico (T93)	185.331	3,0%	71,6	234.946	2,3%	81,8	420.277	1,4%	77,0
Diabetes no insulino dependiente (T90)	171.524	2,8%	66,3	152.984	1,5%	53,3	324.508	0,9%	59,5
Obesidad (T82)	41.212	0,7%	15,9	65.574	0,6%	22,8	106.786	0,4%	19,6
Asma (R96)	44.826	0,7%	17,3	83.099	0,8%	28,9	127.925	0,5%	23,4
Cardiopatía Isquémica (K74, K75 y K76)	63.955	1,0%	24,7	25.073	0,2%	8,7	89.028	0,2%	16,3
Abuso del tabaco (P17)	42.803	0,7%	16,5	38.129	0,4%	13,3	80.932	0,2%	14,8
BNCO (R79, R91 y R95)	49.009	0,8%	18,9	20.804	0,2%	7,2	69.813	0,1%	12,8
Demencia (P70)	9.496	0,2%	3,7	22.665	0,2%	7,9	32.161	0,1%	5,9
Insuficiencia cardíaca (K77)	11.305	0,2%	4,4	16.602	0,2%	5,8	27.907	0,1%	5,1
Abuso crónico del alcohol (P15)	11.836	0,2%	4,6	2.979	0,0%	1,0	14.815	0,0%	2,7
Total episodios	6.107.503			10.418.001			16.525.504		

2.2.5. Morbilidad hospitalaria

En el año 2015 se registraron en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) 1.212.037 altas, de las cuales 1.106.986 corresponden a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 171,6 altas por 1.000 habitantes. Estas últimas son las que se han considerado para la descripción de la morbilidad hospitalaria. El 45,1% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 17,1% en hospitales privados y el 37,8% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 54,9% del total de altas hospitalarias. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo (Figura 2.27) muestran en las edades de 15 a 54 años tasas superiores en las mujeres (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras en el resto de edades son mayores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria (Figura 2.28 y Tabla 2.17) la patología relacionada con el sistema nervioso y órganos de los sentidos alcanzó la tasa más elevada (26,53 por mil) en ambos sexos. En las mujeres ésta es seguida por el embarazo, parto y puerperio (24,67 por mil) y los tumores (20,08 por mil). Entre los hombres la segunda causa de alta hospitalaria son las enfermedades del aparato digestivo (20,23 por mil) seguidas por los tumores (20,21 por mil).

Figura 2.27. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

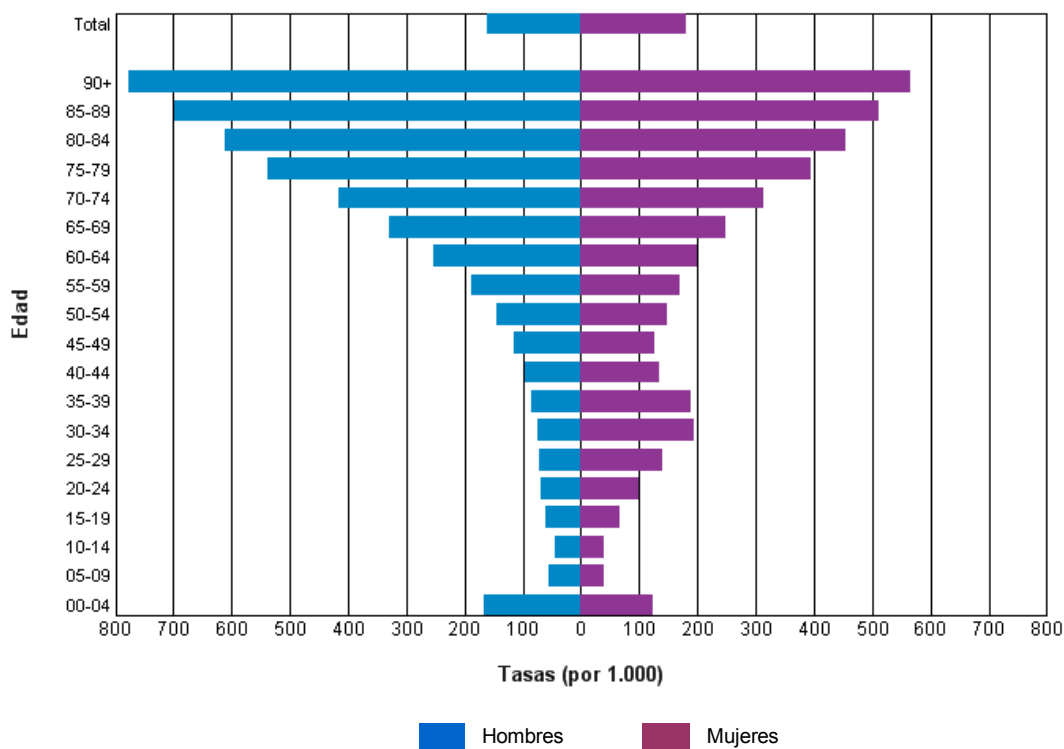


Figura 2.28. Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

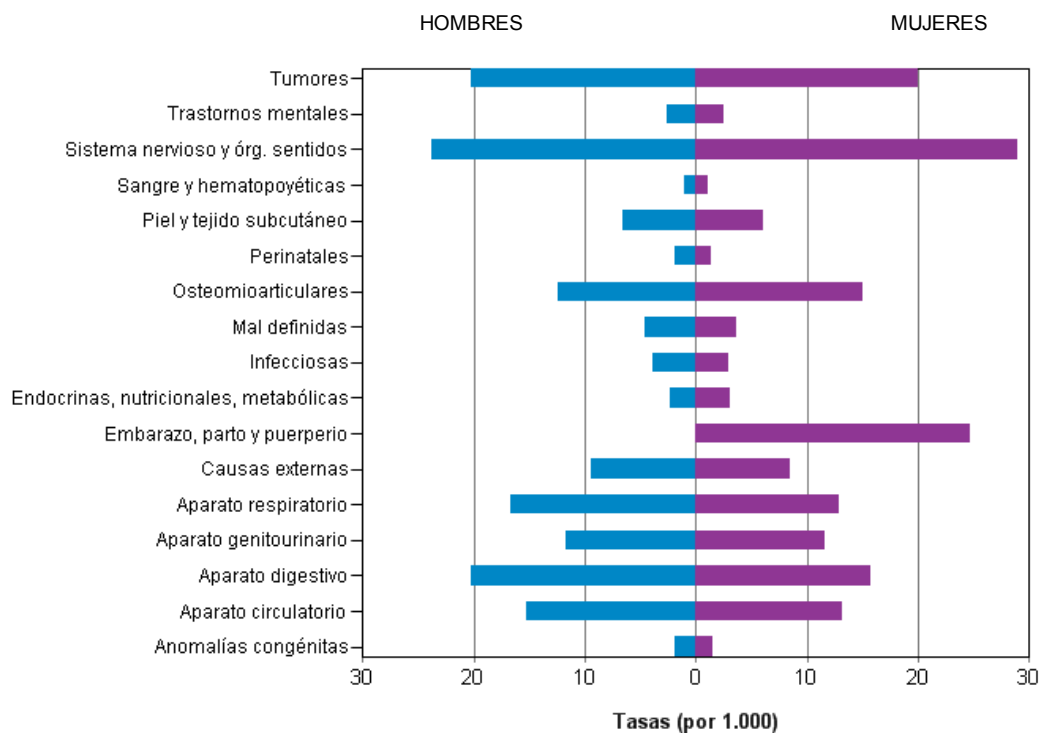


Tabla 2.17. Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Total

CIE-9-MC	Edad								Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+		
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,4	6,3	3,3	1,5	1,5	1,6	3,7	2,0	
02-Tumores	0,5	2,6	5,9	7,4	14,4	13,3	8,4	11,7	
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0,7	1,4	1,8	1,1	1,8	1,5	1,9	1,6	
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos	0,4	1,7	2,1	0,3	0,4	0,7	1,0	0,6	
05-Trastornos mentales	0,0	0,3	1,5	2,8	2,1	0,7	0,7	1,5	
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,2	11,0	11,2	6,4	11,9	25,3	15,2	15,5	
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,2	0,6	0,9	2,1	6,8	11,6	18,3	8,3	
08-Enfermedades del aparato respiratorio	21,5	32,3	15,6	4,8	4,6	8,8	19,4	8,6	
09-Enfermedades del aparato digestivo	3,6	8,3	15,4	9,9	12,2	9,6	7,7	10,5	
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	3,9	8,7	8,7	7,0	7,5	5,9	6,5	6,8	
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,0	0,0	0,2	32,3	8,1	0,0	0,0	7,5	
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,6	2,1	3,8	6,0	4,7	2,2	1,6	3,7	
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	1,5	3,9	6,9	10,9	8,0	2,5	8,0	
14-Anomalías congénitas	7,1	9,7	7,1	1,1	0,5	0,2	0,2	1,0	
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	42,8	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3,9	5,1	5,1	1,3	2,0	2,6	2,7	2,4	
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,6	5,0	8,4	5,0	4,8	5,0	8,0	5,2	
18-Códigos V	5,1	3,1	4,8	4,2	5,8	3,1	2,3	4,3	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	

Tabla 2.17 (continuación). Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Hombres

CIE-9-MC	Edad							Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,4	5,7	3,0	2,4	2,0	1,8	3,9	2,4
02-Tumores	0,5	2,1	5,3	8,0	13,4	15,6	11,4	12,5
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0,6	1,1	1,5	0,9	1,6	1,4	1,4	1,4
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,4	1,5	2,1	0,3	0,3	0,7	1,0	0,6
05-Trastornos mentales	0,1	0,3	1,0	4,3	2,4	0,5	0,6	1,6
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,0	10,6	10,2	9,1	12,0	21,2	14,4	14,8
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,7	1,0	3,2	8,7	12,8	16,7	9,5
08-Enfermedades del aparato respiratorio	21,9	31,5	15,0	7,5	5,8	10,5	21,4	10,3
09-Enfermedades del aparato digestivo	4,0	7,3	14,8	14,0	15,7	10,6	7,8	12,5
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	4,2	12,2	13,1	8,9	6,1	7,3	7,2	7,3
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular	0,6	1,9	3,2	10,5	5,1	2,1	1,4	4,0
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	1,3	3,3	13,3	11,4	4,9	1,7	7,7
14-Anomalías congénitas	7,4	11,6	7,9	1,3	0,4	0,2	0,2	1,2
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo	42,2	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3,8	4,3	4,2	1,7	2,6	3,0	2,8	2,8
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,6	4,8	9,2	10,5	6,3	4,2	5,9	5,9
18-Códigos V	4,8	2,6	5,0	4,1	6,0	3,2	2,0	4,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Mujeres

CIE-9-MC	Edad							Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,5	7,2	3,7	1,1	1,0	1,4	3,5	1,6
02-Tumores	0,5	3,4	6,8	7,1	15,1	10,9	6,5	11,1
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0,8	1,8	2,2	1,2	1,9	1,6	2,2	1,7
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,3	1,9	2,2	0,2	0,5	0,7	1,0	0,6
05-Trastornos mentales	0,0	0,3	2,2	2,0	1,9	0,8	0,8	1,4
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,5	11,6	12,6	5,1	11,7	29,3	15,7	16,0
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,1	0,5	0,9	1,5	5,2	10,4	19,2	7,3
08-Enfermedades del aparato respiratorio	21,0	33,6	16,4	3,4	3,7	7,1	18,1	7,1
09-Enfermedades del aparato digestivo	3,2	9,7	16,2	7,9	9,4	8,5	7,6	8,7
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	3,5	3,4	2,6	6,0	8,6	4,6	6,1	6,4
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,0	0,0	0,6	48,6	14,5	0,0	0,0	13,6
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular	0,6	2,3	4,5	3,8	4,4	2,4	1,7	3,3
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,1	1,9	4,7	3,6	10,5	11,0	3,0	8,3
14-Anomalías congénitas	6,8	6,9	6,1	1,0	0,6	0,3	0,2	0,8
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	43,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
16-Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	4,1	6,3	6,4	1,2	1,6	2,1	2,6	2,0
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,7	5,2	7,2	2,2	3,7	5,8	9,2	4,7
18-Códigos V	5,4	3,9	4,6	4,2	5,7	3,1	2,5	4,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

2.2.6. Carga de enfermedad

En el año 2015 en la Comunidad de Madrid se perdieron 579.750 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud, repartidos por igual entre hombres y mujeres (el 49,6 por ciento corresponde a los primeros y el 50,4 por ciento a las segundas). La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.649 por cien mil. Las enfermedades no transmisibles concentran el 91,8 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 4,7 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 3,4 por ciento de las causas externas.

Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (33,63 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (17,1% por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,7), las circulatorias (8,2) y las respiratorias (7,6).

Como se aprecia en la [Figura 2.29](#) y en la [Tabla 2.18](#), el peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 92,5 por ciento de la carga de enfermedad se debe a las consecuencias no mortales generadas por estas patologías. En los tumores, en cambio, nueve de cada diez años de vida perdidos en 2015 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 36,3 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 63,7 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 42,1% AVP y 57,9% AVD en los hombres, y 30,6% AVP y 69,4% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores y, en general, también en otras poblaciones de condiciones demográficas y epidemiológicas semejantes a la madrileña, corroboran la imagen general de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

Figura 2.29. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, según sexo y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

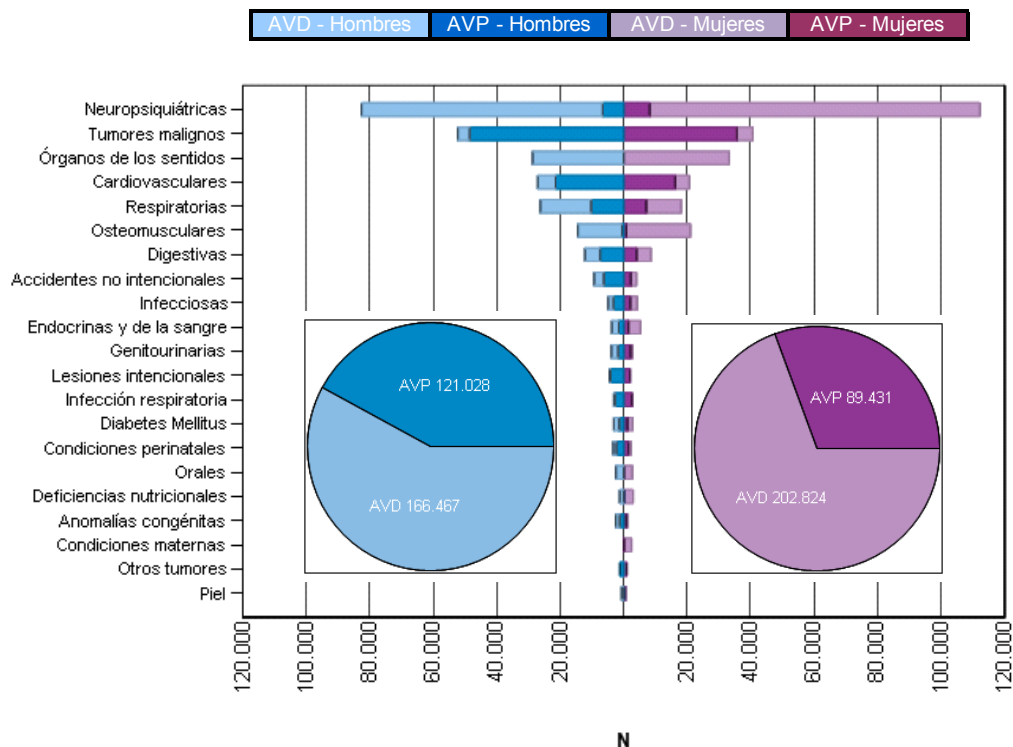


Tabla 2.18. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo y causa. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Grupos	AVAD			Tasa de AVAD (por 100.000 personas)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	287.495	292.255	579.750	9.884	9.429	9.649
Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	12.500	14.847	27.347	430	479	455
Enf. no transmisibles	261.164	271.171	532.335	8.979	8.749	8.860
Accidentes y lesiones	13.797	6.110	19.907	474	197	331
Categorías	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Infecciosas y parasitarias	4.839	4.234	9.074	166	137	151
Infección respiratoria	3.125	2.898	6.023	107	94	100
Condiciones maternas	0	2.501	2.501	0	81	42
Condiciones perinatales	3.307	2.262	5.569	114	73	93
Deficiencias nutricionales	1.228	2.953	4.181	42	95	70
Tumores malignos	52.298	40.676	92.974	1.798	1.312	1.547
Otros tumores	1.110	1.009	2.119	38	33	35
Diabetes Mellitus	3.132	2.759	5.891	108	89	98
Enfermedades endocrinas y de la sangre	3.763	5.275	9.038	129	170	150
Neuropsiquiátricas	82.617	112.294	194.911	2.840	3.623	3.244
Enfermedades órganos de los sentidos	28.701	33.211	61.913	987	1.072	1.030
Enfermedades cardiovasculares	27.098	20.687	47.786	932	667	795
Enfermedades respiratorias	26.261	18.065	44.326	903	583	738
Enfermedades aparato digestivo	12.236	8.582	20.817	421	277	346
Enfermedades genitourinarias	3.889	2.820	6.709	134	91	112
Enfermedades de la piel	696	950	1.645	24	31	27
Enfermedades osteomuscular y tejido conectivo	14.470	21.009	35.479	497	678	591
Anomalías congénitas	2.511	1.230	3.741	86	40	62
Enfermedades orales	2.415	2.732	5.147	83	88	86
Accidentes no intencionales	9.267	4.022	13.289	319	130	221
Lesiones intencionales	4.530	2.088	6.618	156	67	110

2.3. Estado de salud y discapacidad

En 2014, en la Comunidad de Madrid, el 21,8% de los hombres y el 28,3% de las mujeres mayores de 14 años referían un **estado de salud** regular, malo o muy malo en el último año, aumentando esta proporción a medida que se incrementa la edad y siendo siempre superior entre las mujeres respecto a los hombres de la misma edad ([Figura 2.30](#)). La proporción de población con mala salud percibida es también mayor entre las clases sociales más desfavorecidas, especialmente en las mujeres, en las que se aprecia un claro gradiente ([Figura 2.31](#)). En consonancia con lo anterior, las personas de más edad presentan más **problemas de salud o enfermedad crónicos** ([Figura 2.32](#)) y las mujeres más que los hombres. Algo similar ocurre con la presencia de **discapacidad** ([Figura 2.33](#)).

Figura 2.30. Estado de salud en los últimos 12 meses, autodeclarado, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

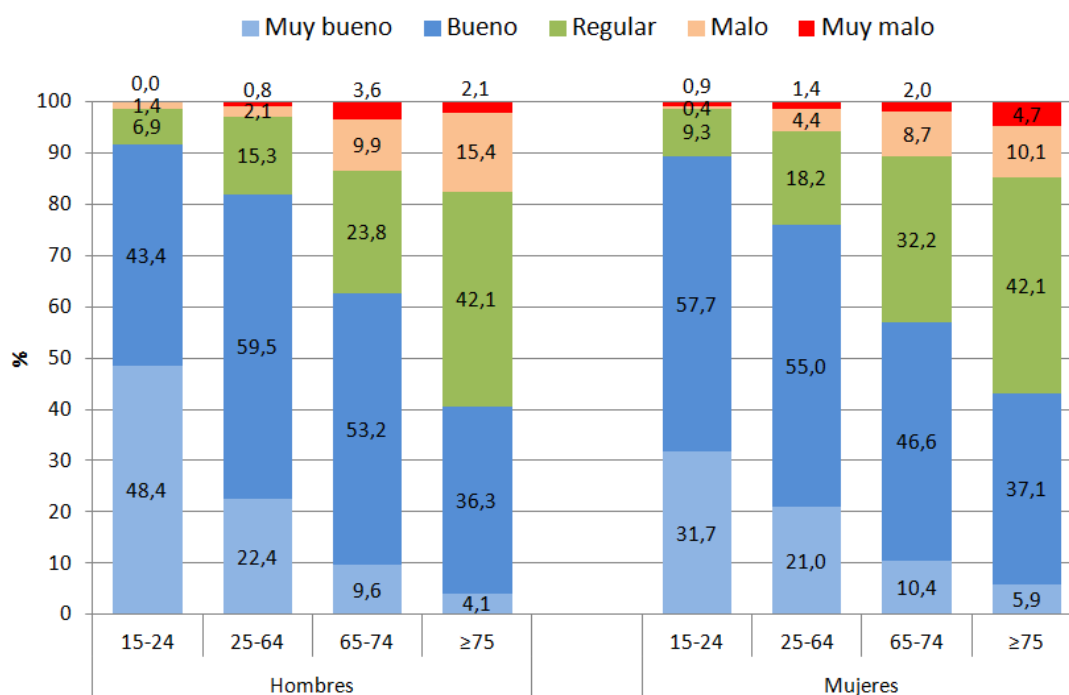
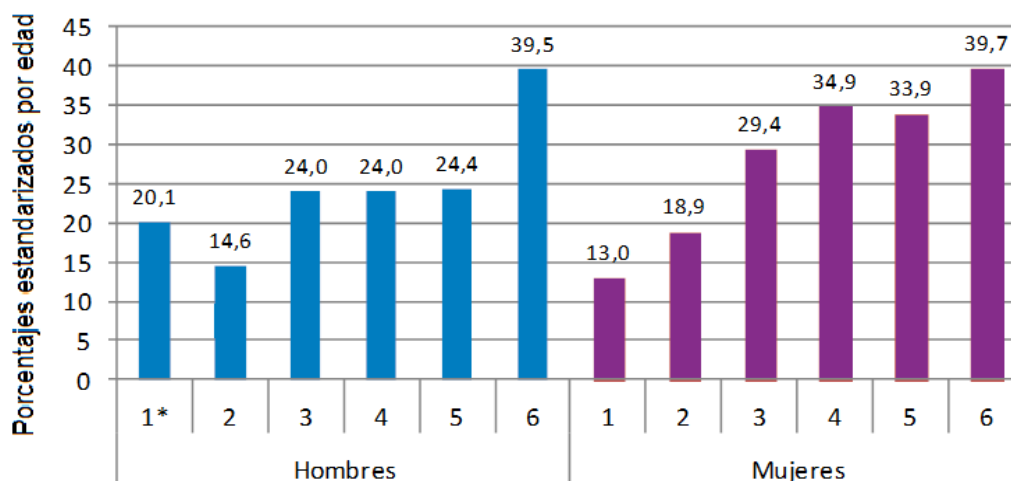


Figura 2.31. Personas que declaran un estado de salud regular, malo o muy malo en los últimos 12 meses, según sexo y clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



* Clase 1 la más favorecida

Figura 2.32. Porcentaje de personas con algún problema de salud o enfermedad crónicas en los últimos 6 meses, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

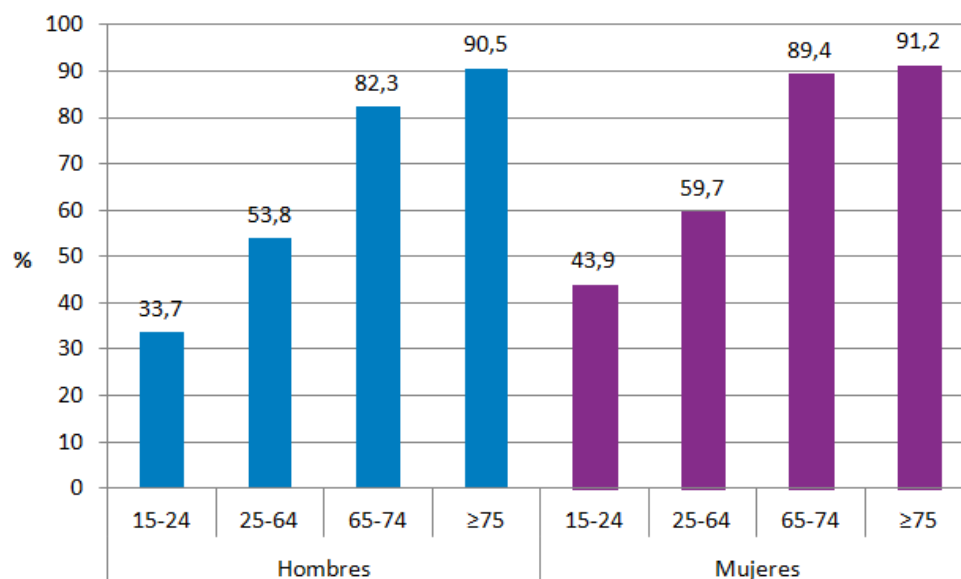
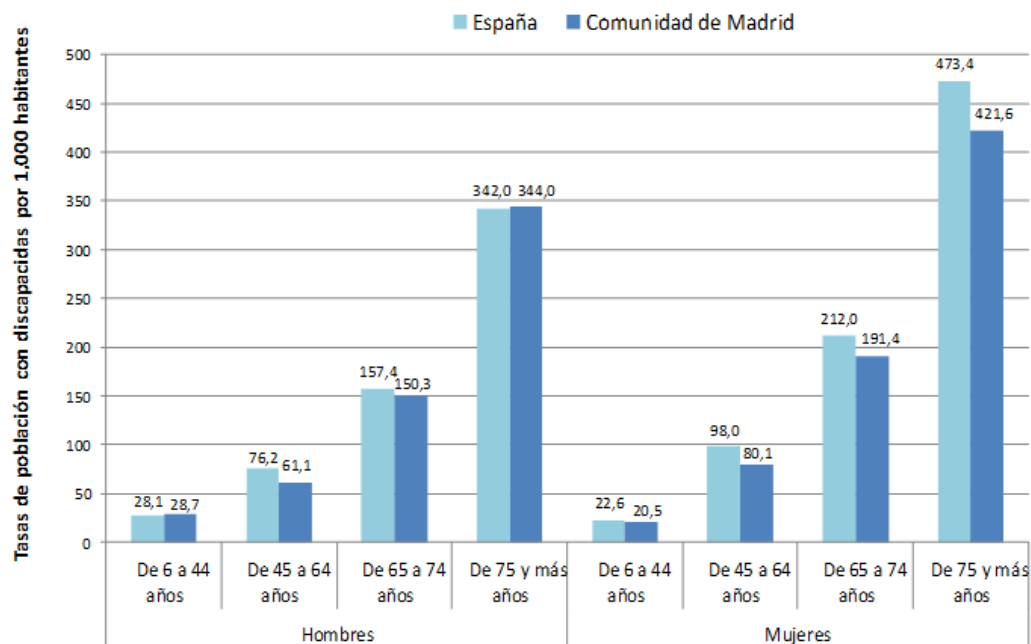


Figura 2.33. Personas con discapacidad según sexo y edad. Tasas por 1.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España, 2008.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia 2008 (INE). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Objetivo 3

Iniciar la vida en buena salud

3

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

3.1. Indicadores generales al nacimiento

3.1.1. Peso al nacimiento

3.2. Mortalidad infantil

3.3. Mortalidad perinatal

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

3.5. Morbilidad hospitalaria

3.6. Conclusiones

3.1. Indicadores generales al nacimiento

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un descenso hasta 2013 y una estabilización posterior (Figura 3.1). Esta evolución se aprecia de manera general tanto en el número de nacidos de madre española como en los de madre no española (Figura 3.2). En este sentido existe un diferente comportamiento entre los porcentajes de nacidos vivos de madre española, en las que se observa un crecimiento discreto en torno al 20-30% desde 1995, y el de madre extranjera, con un aumento muy notable hasta 2008, y una posterior tendencia descendente (Figura 3.3).

Figura 3.1. Evolución anual del número de nacidos vivos, según sexo. Comunidad de Madrid, 1998-2015.

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

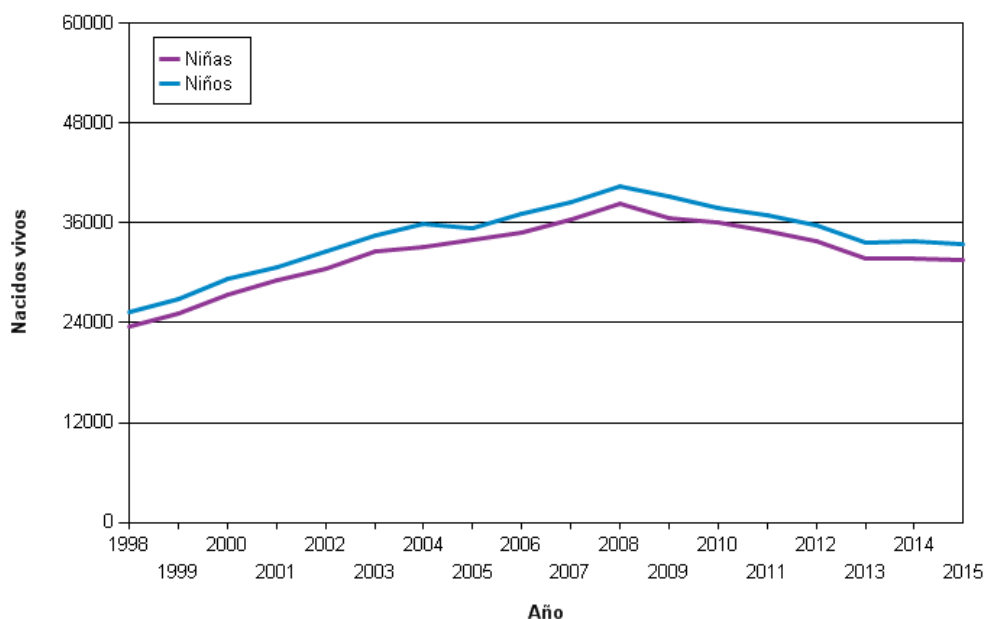


Figura 3.2. Evolución anual del número de nacidos vivos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1998-2015.

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

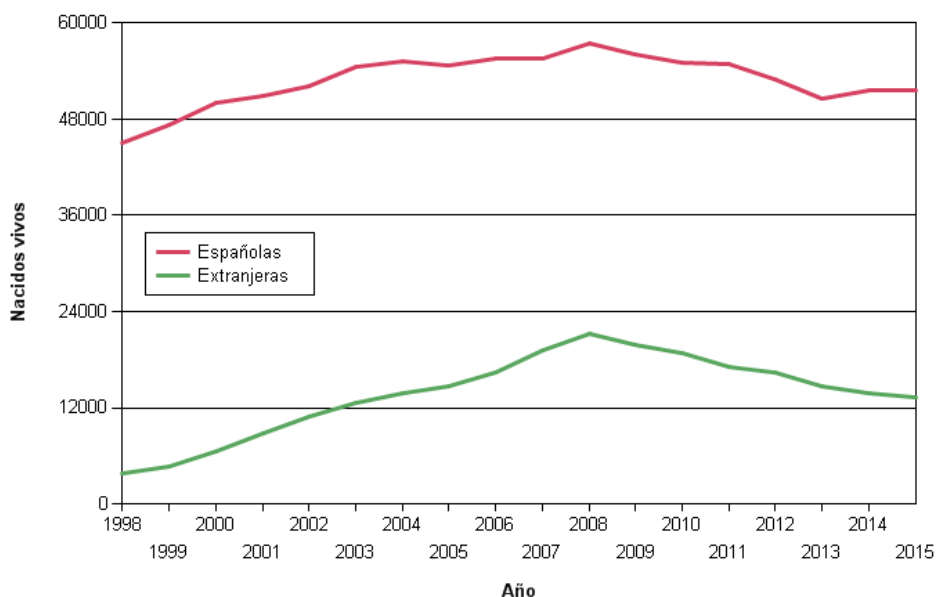
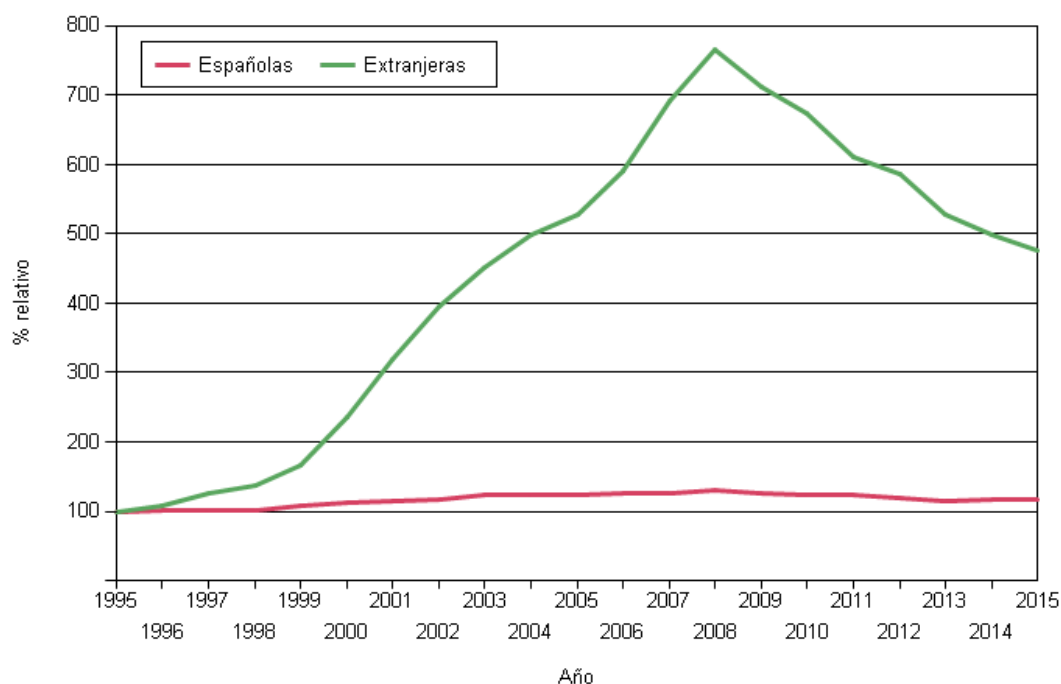


Figura 3.3. Porcentaje relativo de crecimiento anual de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995). Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



En la [Tabla 3.1](#) se observan las principales variables relacionadas con los embarazos y partos ocurridos en la Comunidad de Madrid, desde 1986. Se observa un aumento del porcentaje de nacidos vivos en partos múltiples y, en los años más recientes, una tendencia a la disminución y posterior estabilización de los porcentajes de nacidos vivos en partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. La proporción de nacidos vivos cuya madre tiene 40 o más años de edad se ha incrementado de manera muy importante desde principios de los años noventa hasta la actualidad. La maternidad por debajo de los 20 años tendió a reducirse entre 1986 y finales de siglo, aumentando luego hasta el año 2008 -en paralelo con la evolución de la proporción de nacimientos de madre no española-, para volver a disminuir en los años más recientes. En la [Tabla 3.2](#) se puede ver la información desagregada por Dirección Asistencial.

Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Nacidos Vivos (NV) en partos múltiples, prematuros, distócicos, por edad de la madre, y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2015.

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

	Evolución de las características de los partos											
	NV en partos múltiples		Prematuridad (NV < 37 semanas)		NV en partos distócicos		NV por edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	>= 40		<20		N	Tasas (x1.000)*
1986	963	1,8	3.065	5,6	4.191	7,7	1.326	2,4	2.431	4,5	110	2,02
1987	975	1,8	3.062	5,7	4.630	8,7	1.184	2,2	2.254	4,2	97	1,82
1988	937	1,8	2.726	5,3	4.492	8,7	1.186	2,3	2.110	4,1	75	1,46
1989	922	1,8	2.741	5,4	4.668	9,2	1.061	2,1	1.796	3,5	57	1,12
1990	1.000	2,0	2.747	5,5	4.688	9,4	1.025	2,1	1.579	3,2	79	1,58
1991	1.010	2,0	2.817	5,7	5.205	10,6	985	2,0	1.503	3,0	45	0,91
1992	1.048	2,1	2.784	5,5	5.568	11,0	961	1,9	1.361	2,7	78	1,54
1993	1.066	2,2	2.545	5,1	5.097	10,3	945	1,9	1.181	2,4	77	1,56
1994	1.073	2,3	3.190	6,7	5.807	12,2	956	2,0	1.034	2,2	65	1,36
1995	1.137	2,4	3.694	7,9	6.149	13,1	976	2,1	895	1,9	66	1,40
1996	1.172	2,5	3.551	7,5	6.243	13,1	1.018	2,1	831	1,7	47	0,99
1997	1.271	2,6	3.551	7,3	6.319	13,0	1.112	2,3	852	1,7	61	1,25
1998	1.329	2,7	3.406	7,0	6.678	13,7	1.243	2,5	836	1,7	42	0,86
1999	1.568	3,0	3.743	7,2	7.003	13,5	1.388	2,7	955	1,8	49	0,94
2000	1.828	3,2	4.406	7,8	7.070	12,5	1.608	2,8	1.036	1,8	49	0,87
2001	2.048	3,4	4.475	7,5	7.688	12,9	1.871	3,1	1.191	2,0	45	0,75
2002	2.166	3,4	5.061	8,0	8.312	13,2	2.127	3,4	1.379	2,2	40	0,63
2003	2.478	3,7	5.567	8,3	8.062	12,0	2.342	3,5	1.541	2,3	48	0,72
2004	2.432	3,5	5.884	8,5	8.791	12,7	2.672	3,9	1.471	2,1	64	0,93
2005	2.467	3,6	5.632	8,1	8.524	12,3	2.849	4,1	1.476	2,1	76	1,10
2006	2.593	3,6	4.932	6,9	8.577	11,9	3.108	4,3	1.750	2,4	50	0,70
2007	2.847	3,8	4.801	6,4	7.764	10,4	3.455	4,6	1.827	2,4	39	0,52
2008	2.928	3,7	4.964	6,3	8.367	10,6	3.788	4,8	1.982	2,5	37	0,47
2009	3.061	4,0	5.004	6,6	8.192	10,8	4.178	5,5	1.769	2,3	34	0,45
2010	2.966	4,0	4.817	6,5	7.859	10,7	4.313	5,8	1.385	1,9	41	0,56
2011	2.965	4,1	4.451	6,2	7.155	9,9	4.727	6,6	1.430	2,0	39	0,54
2012	3.046	4,4	4.361	6,3	7.450	10,7	5.183	7,5	1.257	1,8	89	1,28
2013	2.825	4,3	4.227	6,5	7.607	11,6	5.330	8,2	1.145	1,8	74	1,13
2014	3.041	4,6	4.375	6,7	7.941	12,1	5.839	8,9	1.076	1,6	79	1,21
2015	2.969	4,6	4.362	6,7	7.534	11,6	6.153	9,5	1.087	1,7	45	0,69

* Nacidos Vivos.

Tabla 3.2. Características de los partos por Dirección Asistencial (DA): Nacidos Vivos (NV) en partos prematuros, distócicos, por edad de la madre, y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1999-2011.

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

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

* Nacidos Vivos.

3.1.1. Peso al nacimiento

Desde mediados de los años ochenta se evidenció un descenso del peso medio de los recién nacidos en la Comunidad de Madrid (Figura 3.4). La leve recuperación del peso medio con el cambio de siglo se relaciona con el progresivo aumento de la proporción de nacidos vivos de madre no española, cuyo peso medio al nacer es más alto que el de los hijos de madre española (Figura 3.5). Por esta misma razón, a partir de 2008 se advierte un descenso en el peso medio al nacer, en consonancia con la disminución progresiva del número de nacimientos de madre no española registrado desde esa fecha. En la Figura 3.6 puede observarse el porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y la diferencia que existe entre madres españolas y de otra nacionalidad.

Figura 3.4. Evolución anual del peso medio al nacimiento, total y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 1986-2015.

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

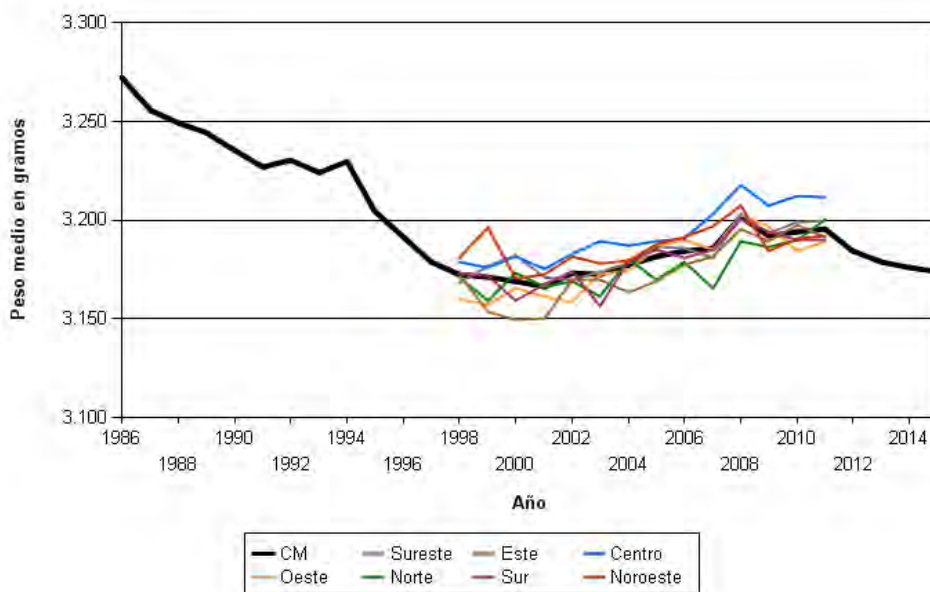


Figura 3.5. Evolución anual del peso medio al nacimiento según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

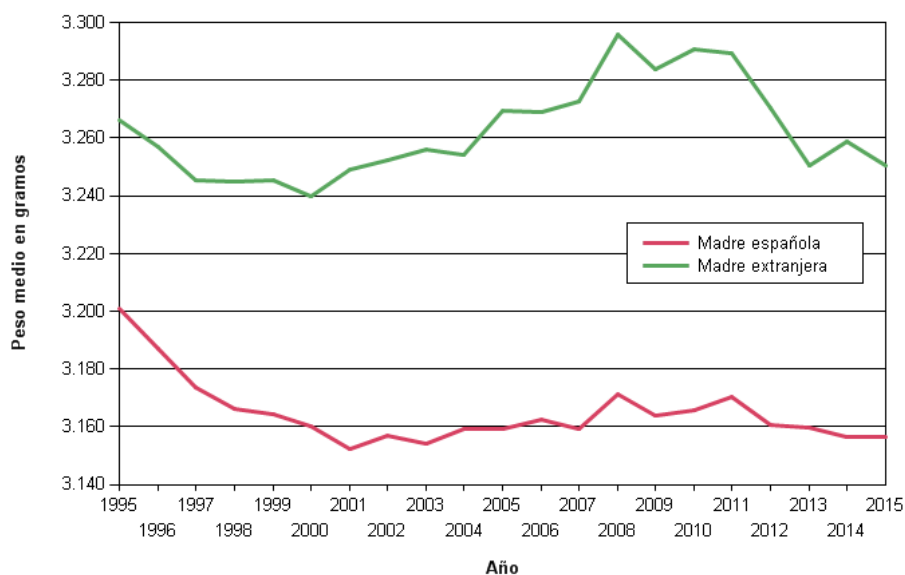
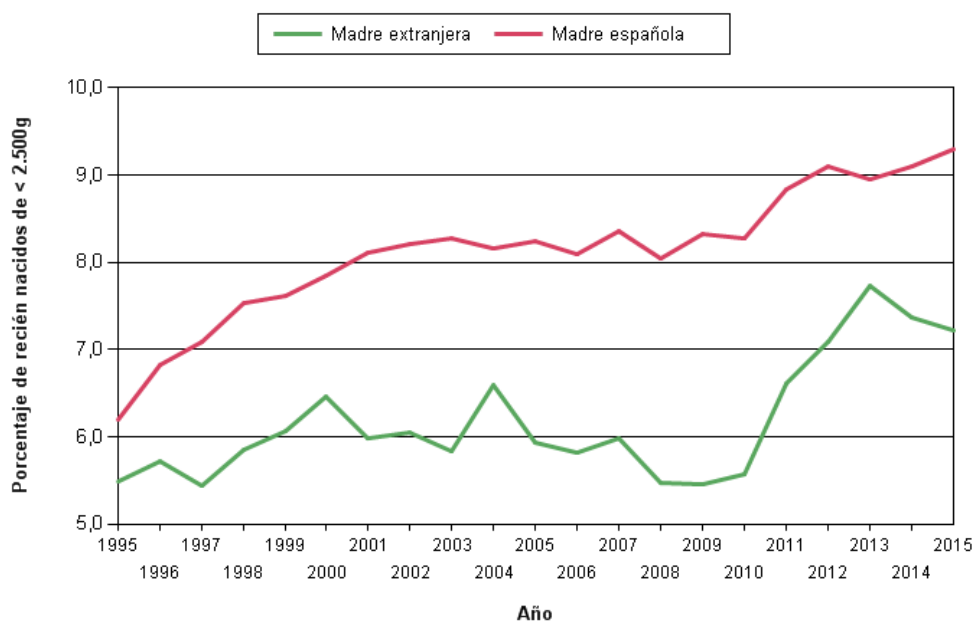


Figura 3.6. Peso al nacimiento: evolución anual del porcentaje de Nacidos Vivos con bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



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

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Dirección Asistencial (DA). Comunidad de Madrid, 1987-2011.

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

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

El total de la Comunidad de Madrid incluye los nacidos vivos con DA desconocida.

MBPN (<1.500): peso al nacer menor de 1.500 g.

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

3.2. Mortalidad infantil

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

En la **Figura 3.7** se puede apreciar los bajos valores alcanzados por las tasas de mortalidad infantil, con valores para el total de ambos sexos reunidos inferiores a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento (**Figura 3.8**). Los muy bajos niveles alcanzados explican la alta variabilidad que puede apreciarse en años sucesivos.

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

Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

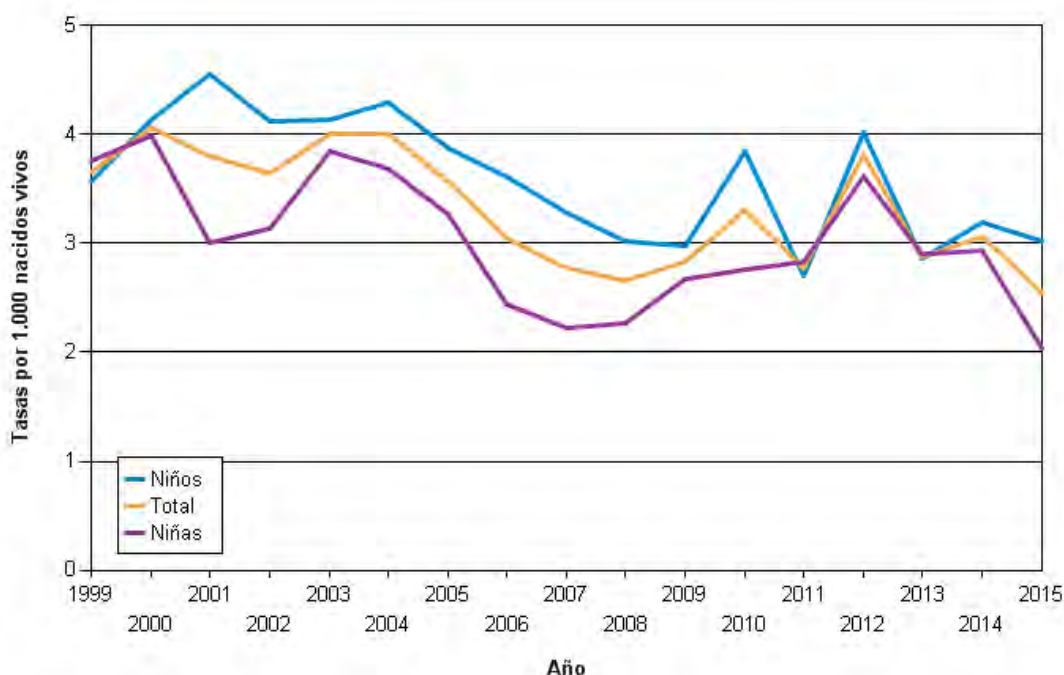
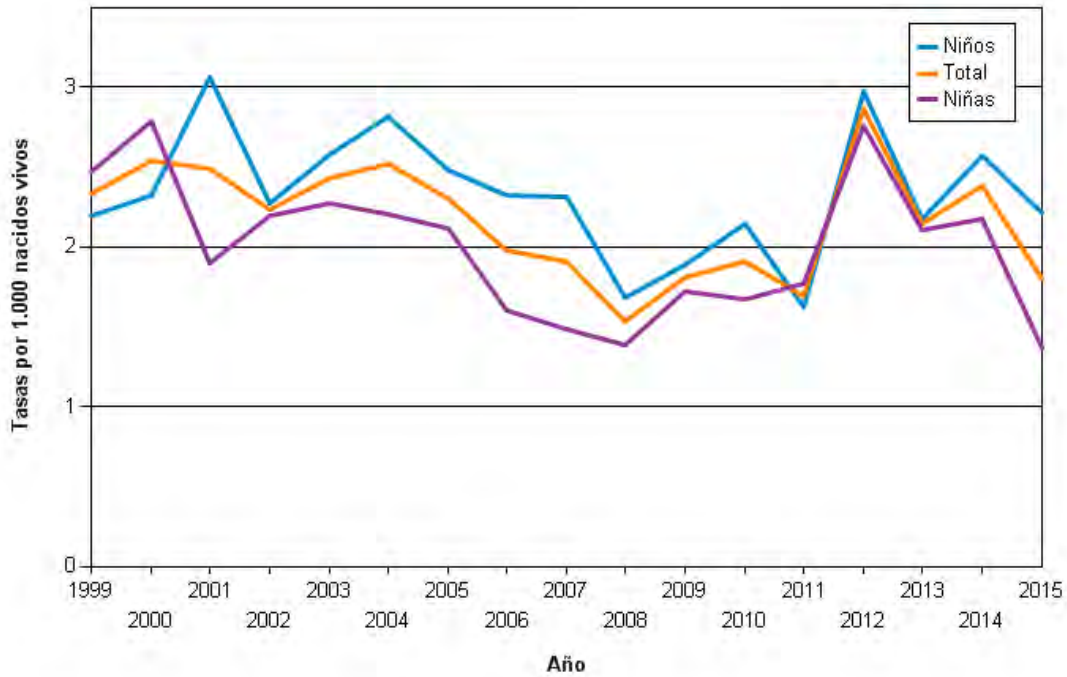


Figura 3.8. Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

Mortalidad neonatal



Mortalidad neonatal precoz

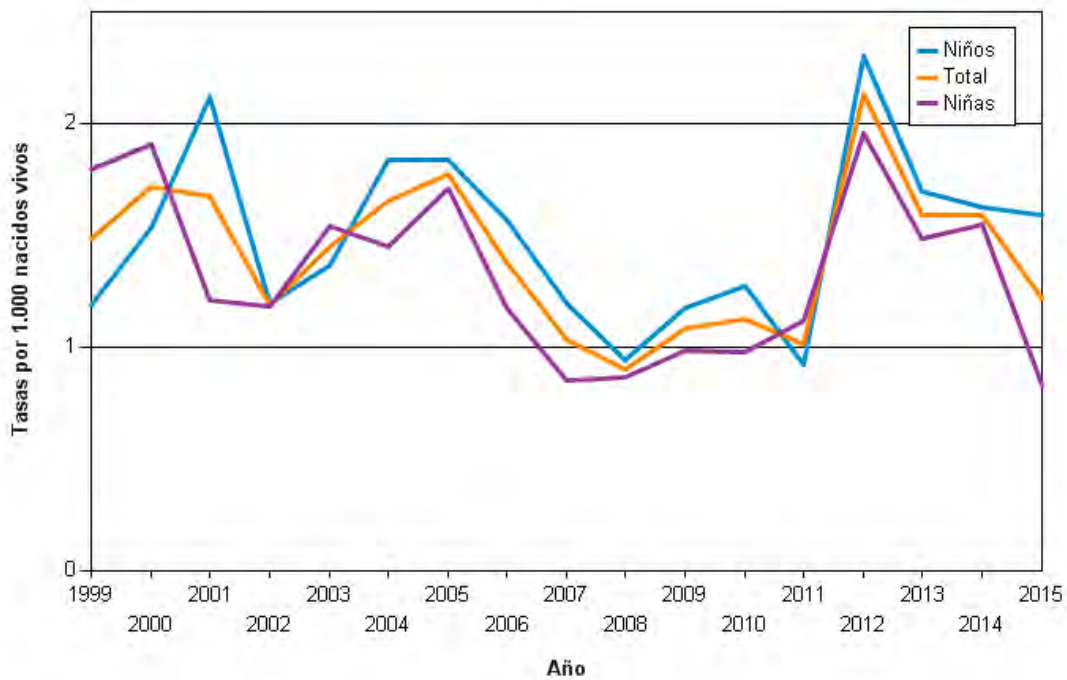
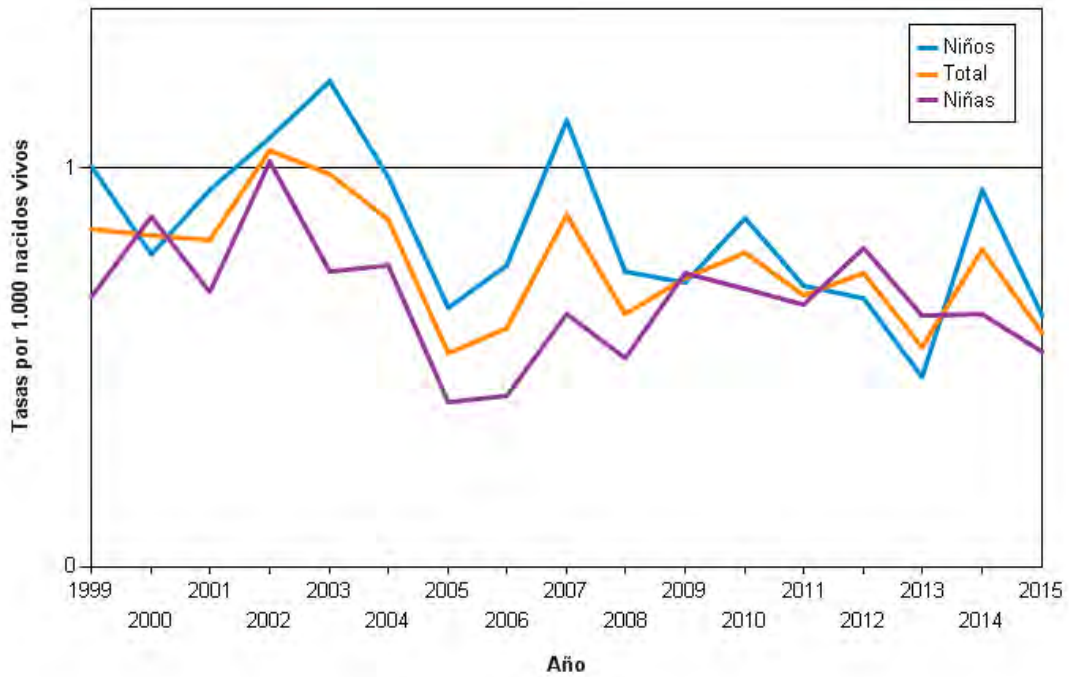


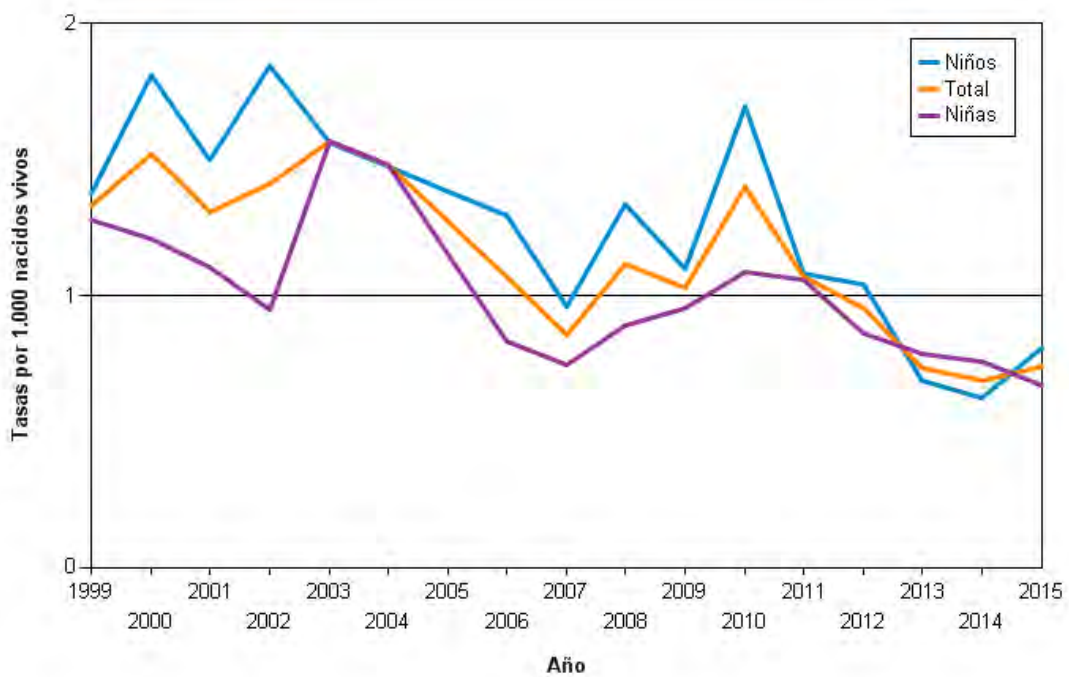
Figura 3.8 (continuación). Evolución anual de la mortalidad neonatal, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía y mortalidad postneonatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

Mortalidad neonatal tardía



Mortalidad postneonatal

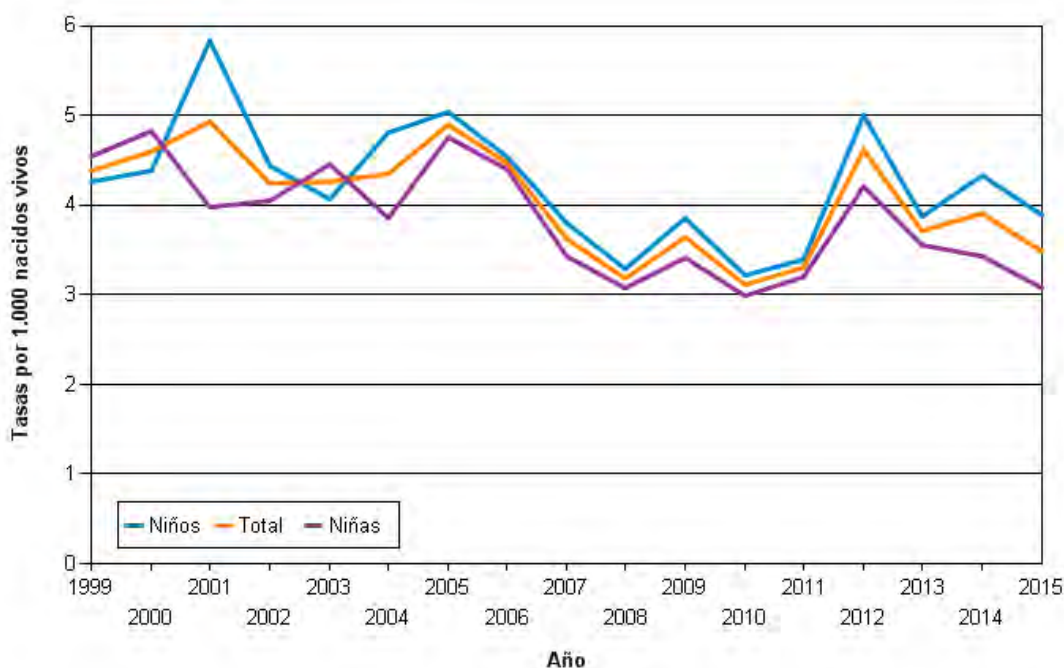


3.3. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal se define como el agregado de la mortalidad fetal tardía (tras la 22 semana de gestación) y la mortalidad neonatal precoz. La [Figura 3.9](#) muestra la evolución de las tasas de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos desde 1999.

Figura 3.9. Evolución anual de la mortalidad perinatal según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



En la [Tabla 3.4](#) se presentan muertes fetales tardías por causa de defunción. Dentro del Capítulo XVI "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) quedan englobadas más del 95% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los códigos 0827 ("otras afecciones del periodo perinatal") y 0822 ("complicaciones obstétricas") de la Lista Reducida de la CIE10. En la [Tabla 3.5](#) se puede apreciar que las causas más prevalentes de mortalidad neonatal precoz están registradas bajo la misma rúbrica "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal".

Tabla 3.4. Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1
0080 - Resto enf. infecciosas y parasit.	1
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	2.889
0821 - Alteraciones asociadas a enf. madre	33
0822 - Complicaciones obstétricas	649
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez, des	81
0824 - Traumatismo al nacimiento	2
0825 - Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer	169
0826 - Infección perinatal	11
0827 - Otras afecciones periodo perinatal	1.944
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	131
0830 - Malformaciones congénitas sist.nervioso	12
0840 - Malformaciones congénitas sist.circulat.	19
0851 - Anomalías cromosómicas	25
0852 - Otras malformaciones congenitas	75
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	1
0970 - Otros accidentes	1
Total	3.022

Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

CIE-10	Defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3
II. Tumores	5
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	1
IX Enfermedades del sistema circulatorio	5
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	6
XVI. Ciertas afec. originadas en periodo perinatal	1.249
XVII. Malformaciones cong., deform. anom. cromos.	311
XVIII. Síntomas, signos y est. morbosos mal defi.	4
XX. Causas externas de traumatismos y envenamient.	4
Total	1.588

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2015 el 92,0% de la población infantil entre 0 y 4 años de edad fue atendida en Atención Primaria en el sistema sanitario público (Tabla 3.6), observándose escasas diferencias por sexo. Por Dirección Asistencial los porcentajes de atención varían desde un 86,2% en la Dirección Asistencial Noroeste al 96,8% de la Dirección Asistencial Sur.

Tabla 3.6. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 0 a 4 años, según Dirección Asistencial (DA) y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

DA	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	23.558	90,0	22.552	89,1	46.110	89,6
Norte	19.893	89,8	18.622	90,1	38.515	89,9
Este	22.811	90,9	21.208	90,3	44.019	90,6
Sureste	22.795	96,2	21.572	94,5	44.367	95,4
Sur	22.120	97,8	20.401	95,9	42.521	96,8
Oeste	18.627	96,9	17.443	96,2	36.070	96,6
Noroeste	21.206	86,7	19.760	85,7	40.966	86,2
CM	151.010	92,4	141.558	91,5	292.568	92,0

Las principales causas de morbilidad atendida en Atención Primaria están relacionadas con patología aguda (fundamentalmente del aparato respiratorio), y en segundo lugar con consultas referidas a problemas generales e inespecíficos (Figura 3.10). Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 21,4% a infecciones respiratorias agudas superiores (Tabla 3.7).

Figura 3.10. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

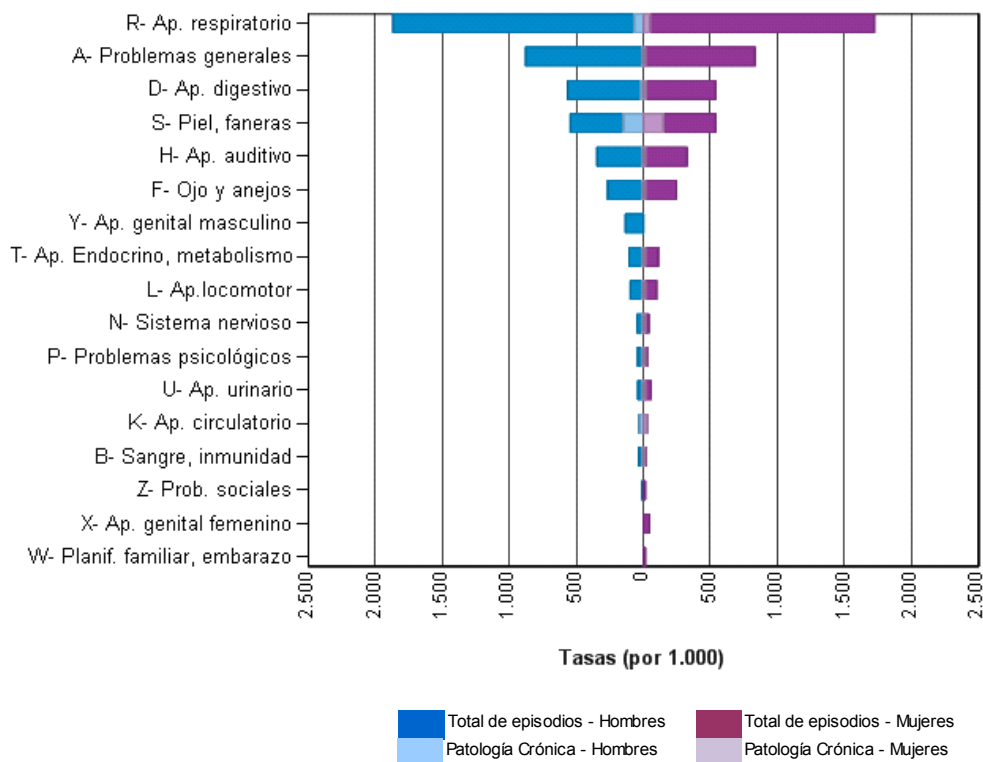


Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0 a 4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP - 2	Total				Niños				Niñas			
	N	%	Orden	Tasa	N	%	Orden	Tasa	N	%	Orden	Tasa
R74-Infec respiratoria aguda superior	329.903	21,4	1	1.036,9	170.333	20,8	1	1.042,5	159.570	22,1	1	1.031,0
A97-Sin enfermedad	96.844	6,3	2	304,4	50.215	6,1	2	307,3	46.629	6,5	2	301,3
A03-Fiebre	88.098	5,7	3	276,9	46.146	5,6	3	282,4	41.952	5,8	3	271,0
H71-Otitis media/miringitis aguda	80.849	5,2	4	254,1	43.823	5,3	4	268,2	37.026	5,1	4	239,2
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	68.589	4,5	5	215,6	39.458	4,8	5	241,5	29.131	4,0	5	188,2
D73-Infeción intestinal inesp/posible	57.737	3,7	6	181,5	31.166	3,8	6	190,7	26.571	3,7	6	171,7
R77-Laringitis/traqueítis aguda	41.856	2,7	7	131,6	23.644	2,9	7	144,7	18.212	2,5	8	117,7
S87-Dermatitis/eccema atópico	37.988	2,5	8	119,4	19.733	2,4	8	120,8	18.255	2,5	7	117,9
F71-Conjuntivitis alérgica	36.308	2,4	9	114,1	19.587	2,4	9	119,9	16.721	2,3	9	108,0
R05-Tos	31.876	2,1	10	100,2	16.604	2,0	10	101,6	15.272	2,1	10	98,7
R72-Faringitis/amigdalitis	28.770	1,9	11	90,4	15.780	1,9	11	96,6	12.990	1,8	11	83,9
A77-Otras enfermedades	21.937	1,4	12	68,9	11.480	1,4	12	70,3	10.457	1,5	12	67,6
F70-Conjuntivitis infecciosas	20.648	1,3	13	64,9	10.967	1,3	14	67,1	9.681	1,3	14	62,5
R76-Amigdalitis aguda	20.487	1,3	14	64,4	11.095	1,4	13	67,9	9.392	1,3	16	60,7
D10-Vómito	20.130	1,3	15	63,3	10.245	1,2	16	62,7	9.885	1,4	13	63,9
Total	1.541.320	100		4.844,3	820.343	100		5.020,6	720.977	100		4.658,1

3.5. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 0 a 4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 39,20 altas por mil habitantes de esa edad, seguidas por las afecciones perinatales (Tabla 3.8 y Figura 3.11).

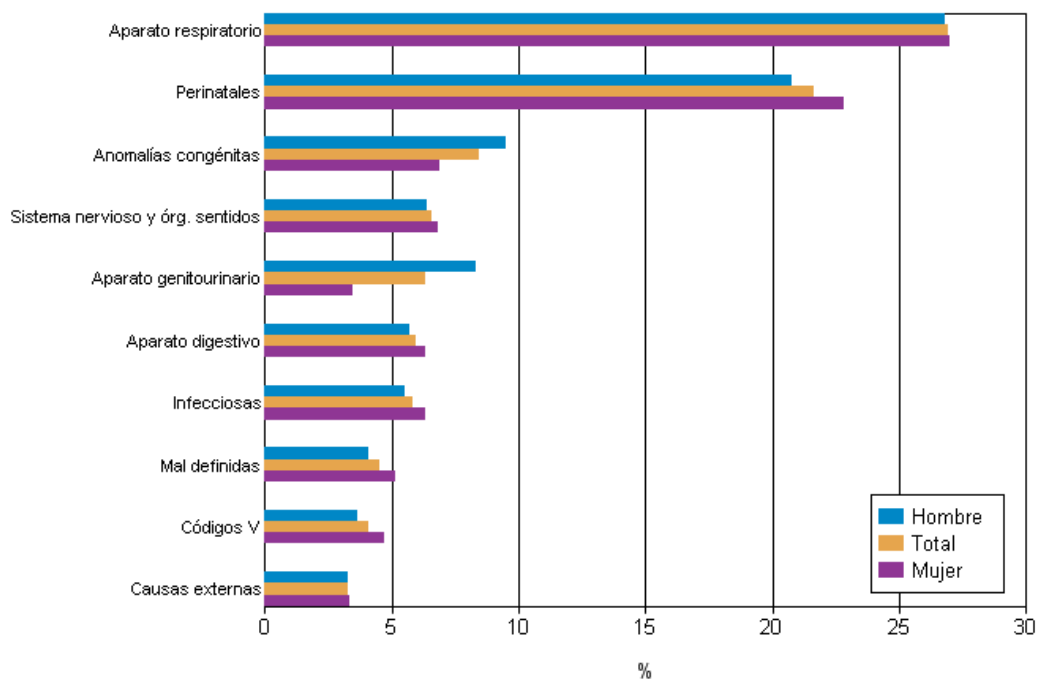
Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Total		Hombres		Mujeres	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Aparato respiratorio	13.098	39,20	7.639	44,58	5.459	33,53
Perinatales	10.524	31,49	5.912	34,50	4.612	28,33
Anomalías congénitas	4.103	12,28	2.711	15,82	1.392	8,55
Sistema nervioso y órg. sentidos	3.208	9,60	1.822	10,63	1.385	8,51
Aparato genitourinario	3.072	9,19	2.374	13,85	698	4,29
Aparato digestivo	2.901	8,68	1.622	9,46	1.279	7,86
Infecciosas	2.852	8,53	1.576	9,20	1.276	7,84
Mal definidas	2.201	6,59	1.164	6,79	1.037	6,37
Códigos V	1.995	5,97	1.042	6,08	953	5,85
Causas externas	1.605	4,80	926	5,40	679	4,17
Tumores	769	2,30	381	2,22	388	2,38
Piel y tejido subcutáneo	663	1,98	374	2,18	289	1,78
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	498	1,49	246	1,44	252	1,55
Sangre y hematopoyéticas	496	1,48	274	1,60	222	1,36
Osteomioarticulares	411	1,23	214	1,25	196	1,20
Aparato circulatorio	198	0,59	134	0,78	64	0,39
Trastornos mentales	82	0,25	54	0,32	28	0,17
Embarazo, parto y puerperio	2	0,01			2	0,01
Total	48.678	145,67	28.465	166,10	20.211	124,15

Figura 3.11. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

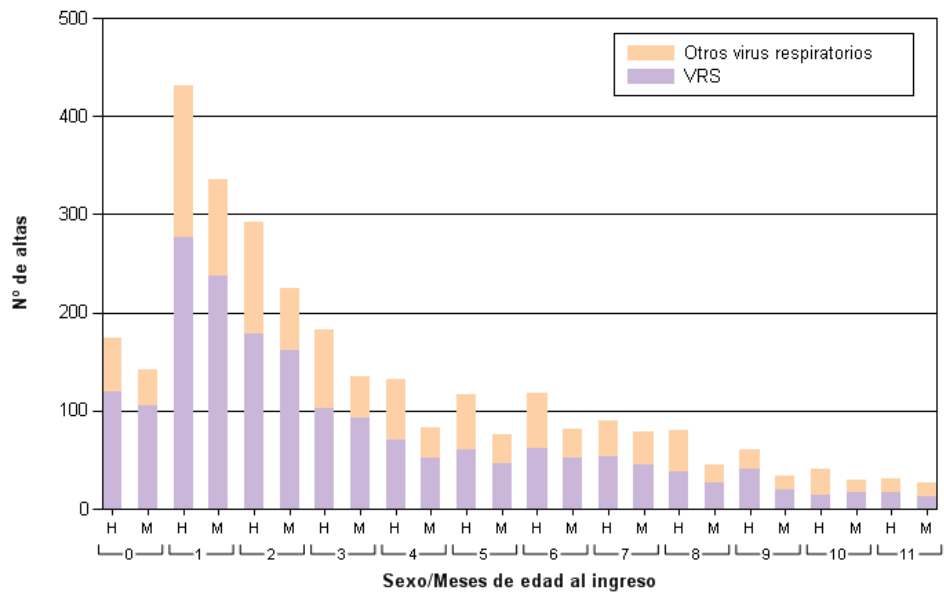
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología vírica que afecta especialmente a los lactantes y niños de menor edad, en los que puede provocar cuadros graves. A lo largo de 2015 se produjeron 3.034 ingresos hospitalarios por bronquiolitis en menores de un año de edad, de los cuales en un 62,4% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las bronquiolitis que requieren ingreso fueron más frecuentes en los cuatro primeros meses de vida y entre los varones (Figura 3.12) y presentaron un claro incremento durante los meses de noviembre y diciembre (Figura 3.13), a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

Figura 3.12. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid, 2015.

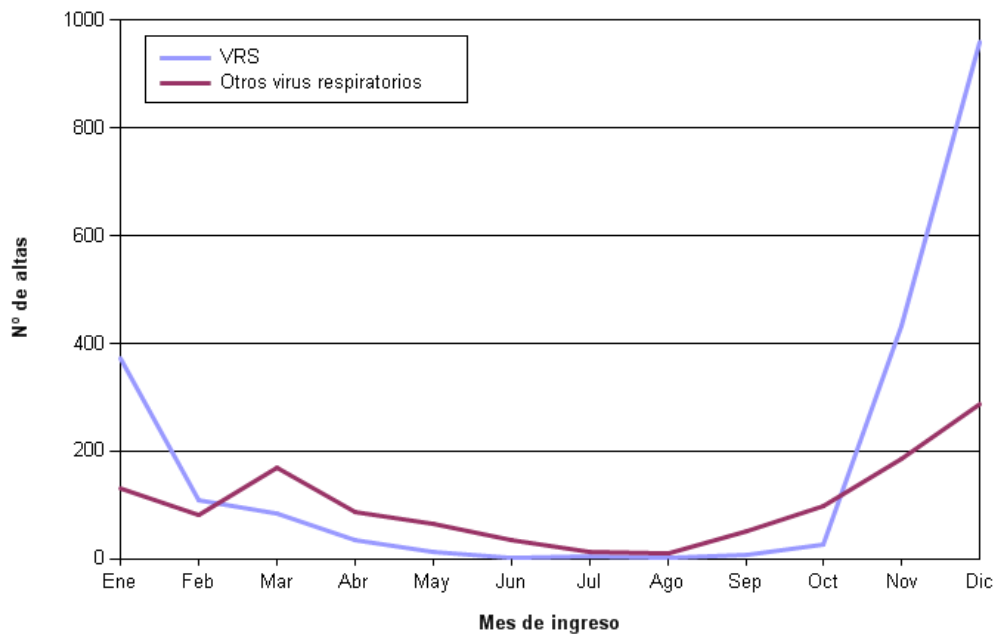
Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Datos provisionales hasta la incorporación de ingresos con fecha de alta en 2016

Figura 3.13. Bronquiolitis en menores de un año. Altas hospitalarias según mes y etiología. Comunidad de Madrid, 2015.

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



Datos provisionales hasta la incorporación de ingresos con fecha de alta en 2016

3.6. Conclusiones

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando hasta 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Sin embargo en 2009 se inicia un descenso hasta 2013 y una estabilización posterior. Tanto el aumento como el descenso es, en términos relativos, mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples. Los partos prematuros aumentaron hasta 2008 y luego descendieron y se estabilizaron. Los partos distócicos aumentaron en los años noventa para descender posteriormente con oscilaciones. La mortalidad infantil registrada se mantiene por debajo de las 4 defunciones por cada mil nacidos vivos en los últimos años. Estos bajos niveles conseguidos hacen, no obstante, que pueda haber variaciones relativamente importantes en años contiguos.

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

El 92,0% de la población de 0 a 4 años acudió en 2015 a los centros de Atención Primaria. Un 21,4% de los episodios atendidos correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio.

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

Objetivo 4

La salud de los jóvenes

4

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

4.1. Mortalidad

4.2. Morbilidad

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

4.3. Factores determinantes

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

4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

4.5. Conclusiones

4.1. Mortalidad

En el año 2015 los tumores continúan siendo la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años, a gran distancia con respecto de las demás causas. En segundo lugar se sitúan las enfermedades del sistema nervioso, y en tercero las causas externas. (Figura 4.1 y Figura 4.2).

Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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

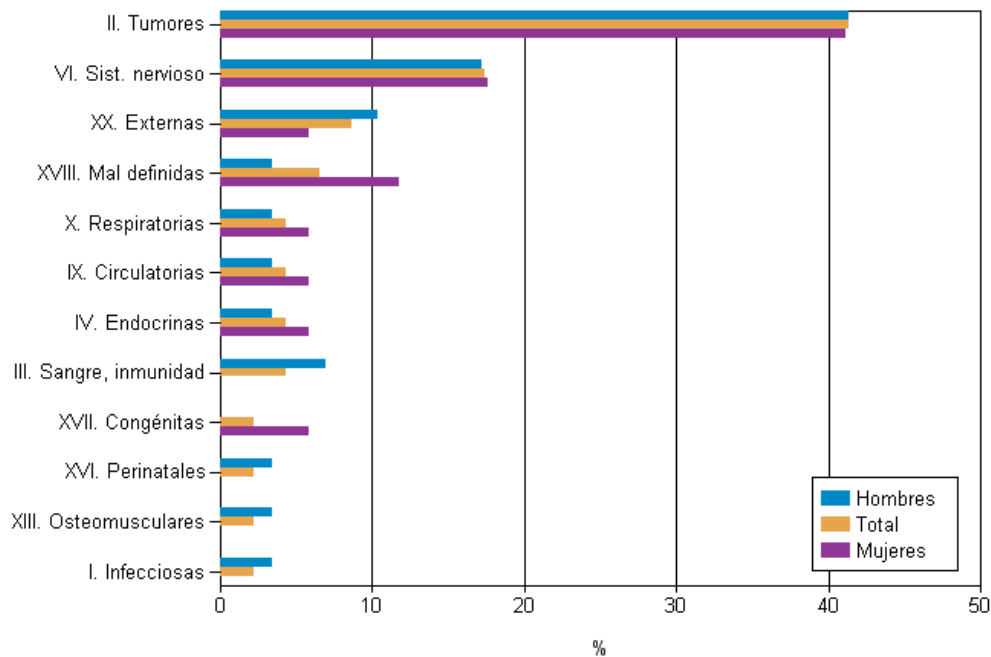
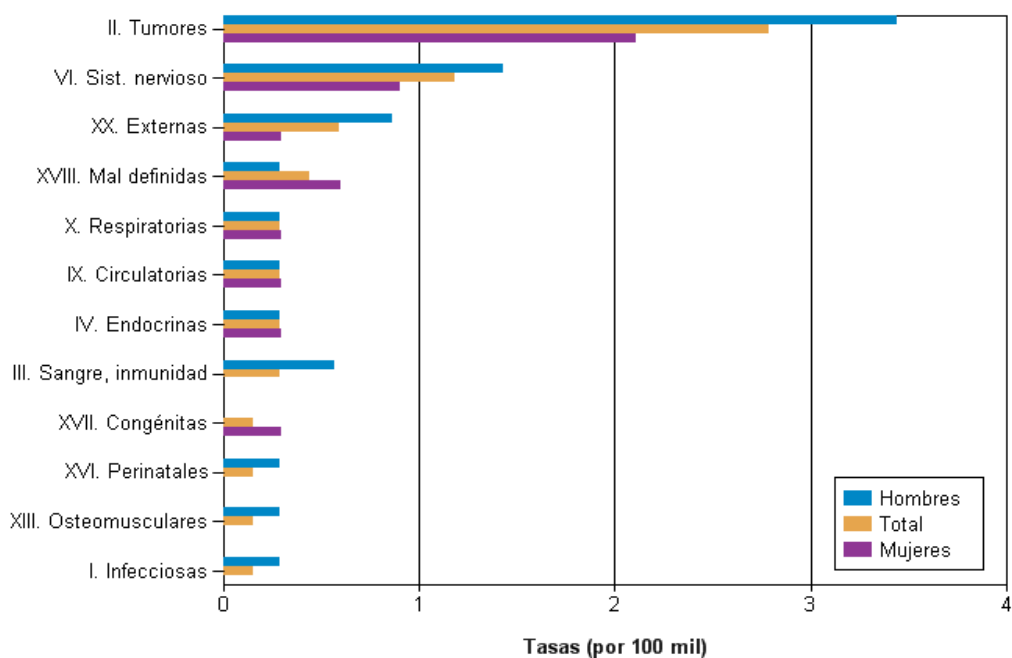


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



Entre los 15 y los 34 años las causas externas se mantienen en 2015 claramente como primera causa de mortalidad, como ya lo fueron en 2013 y 2014, por delante de los tumores, que continúan ocupando el segundo lugar, y las enfermedades mal definidas y circulatorias en tercer y cuarto puesto. De estos cuatro grupos sólo las causas externas tienen tasas mayores en hombres. Su importante aumento, además de por el incremento de la mortalidad por accidentes de tráfico, está relacionado con la mejora en el circuito de información de las muertes con intervención judicial, que hasta 2012 por retraso en su declaración acababan en una proporción considerable en el capítulo de causas mal definidas y a partir de 2013 se contabilizan mayoritariamente en el de externas. (Figura 4.3 y Figura 4.4).

Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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

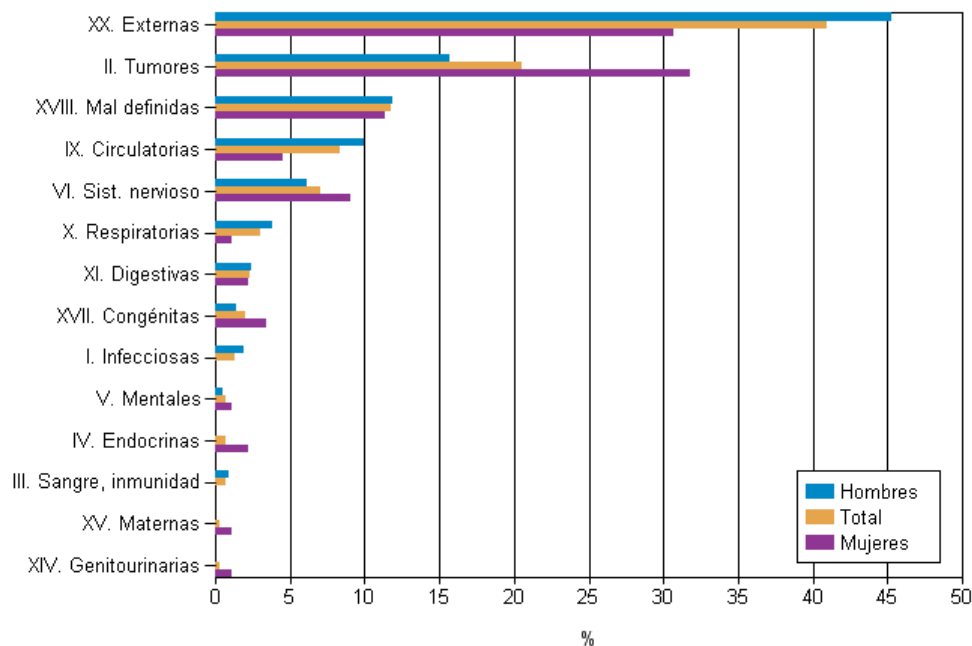
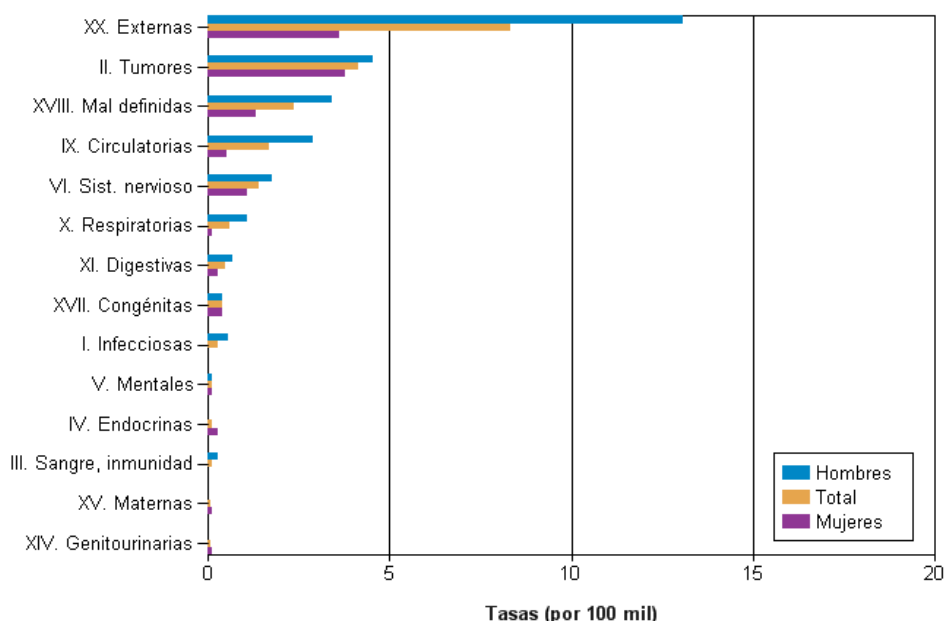


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



4.2. Morbilidad

4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

En 2015 el 72,3% de la población madrileña de 5 a 14 años ha sido atendida en las consultas de Atención Primaria, siendo las zonas correspondientes a las Direcciones de Área sur, oeste y sureste las que presentan mayores porcentajes (Tabla 4.1). En el grupo de 15 a 34 años de edad la población atendida es el 66,9%. Los mayores porcentajes corresponden a las mismas zonas que en 5 a 14 años, y en este grupo las mujeres han acudido más a las consultas: un 74,4% frente al 59,1% de los varones. En ambos grupos de edades el porcentaje se sitúa en el rango de años anteriores, en el grupo de 5 a 14 años en torno al 70-75%, y en el grupo de 15 a 34 años en el tramo habitual de 60-70%, si bien en esta edad ha venido aumentando progresivamente. La población extranjera acude menos a consulta en ambos grupos de edad, pero el efecto es más marcado en el grupo de 5 a 14 años de edad (Tabla 4.2).

Tabla 4.1. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5 - 14 años						
Centro	39.101	67,4	37.384	67,9	76.485	67,6
Este	38.594	71,3	36.749	71,5	75.343	71,4
Noroeste	38.914	64,6	37.140	64,2	76.054	64,4
Norte	32.406	69,9	30.636	69,3	63.042	69,6
Oeste	33.788	80,3	31.775	79,9	65.563	80,1
Sur	37.252	80,7	35.188	80,7	72.440	80,7
Sureste	39.965	76,5	37.620	76,4	77.585	76,5
CM	260.020	72,4	246.492	72,2	506.512	72,3
15 - 34 años						
Centro	72.860	56,3	100.960	71,7	173.820	64,4
Este	59.402	58,5	77.516	73,9	136.918	66,3
Noroeste	64.046	55,7	82.718	69,5	146.764	62,8
Norte	52.576	56,2	69.264	70,8	121.840	63,7
Oeste	54.078	63,6	68.197	80,4	122.275	72,0
Sur	54.319	64,9	69.764	81,6	124.083	73,4
Sureste	67.685	60,9	86.352	76,6	154.037	68,8
CM	424.966	59,1	554.771	74,4	979.737	66,9

Tabla 4.2. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria de 5 a 34 años, según grupo de edad, origen y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5 - 14 años						
Nacidos en España	241.892	74,3	228.109	74,2	470.001	74,2
Nacidos fuera de España	18.068	53,6	18.305	54,4	36.373	54,0
No disponible	60		78		138	
Total	260.020	72,4	246.492	72,2	506.512	72,3
15 - 34 años						
Nacidos en España	333.368	61,7	408.011	76,5	741.379	69,1
Nacidos fuera de España	91.407	51,2	146.593	69,1	238.000	60,9
No disponible	191		167		358	
Total	424.966	59,1	554.771	74,4	979.737	66,9

Los cuatro grupos de causas definidas más frecuentemente consultadas en el grupo de edad de 5 a 14 son: aparato respiratorio, piel y faneras, problemas generales y aparato digestivo (Figura 4.5). En el grupo de 15 a 34 años en los varones tras los problemas de aparato respiratorio y de piel y faneras, el tercer lugar lo ocupa el aparato locomotor seguido por el aparato digestivo, mientras en las mujeres el tercer lugar es ocupado por el aparato digestivo, seguido por los aspectos relacionados con la planificación familiar y el embarazo (Figura 4.6).

Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 5 a 14 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

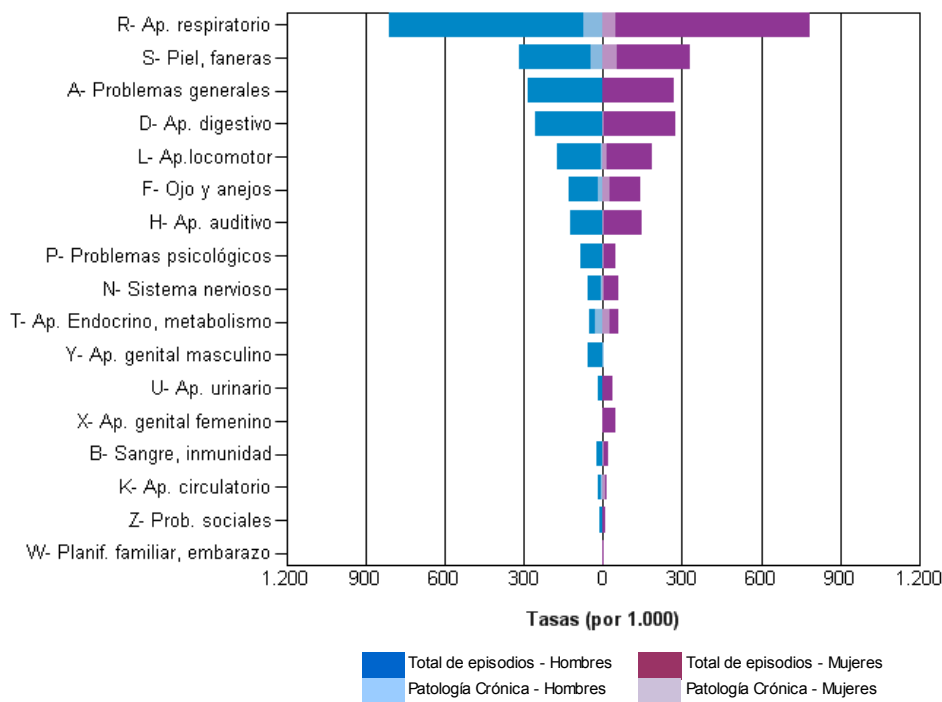
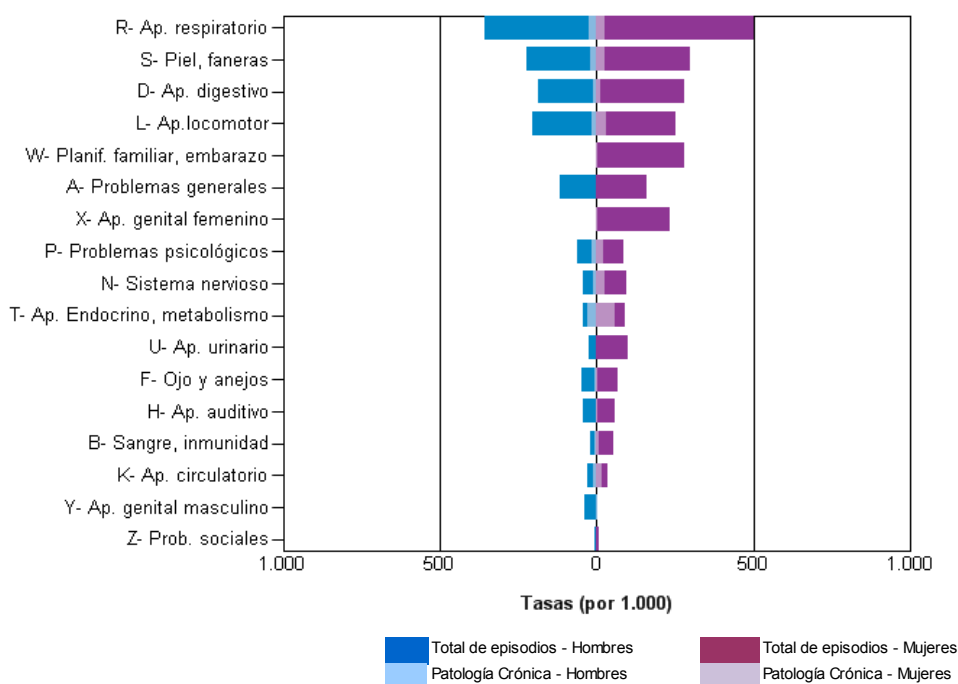


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 15 a 34 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



El motivo concreto de consulta más frecuente, con gran diferencia sobre los demás, es la infección respiratoria aguda superior. En el grupo de 5 a 14 años siguen a continuación enfermedades y síntomas relacionados con infecciones (faringitis, fiebre, infección intestinal, otitis). En el grupo de 15 a 34 años aparecen en los primeros puestos la infección intestinal y la rinitis alérgica en los hombres, así como la contracepción oral e infecciones urinarias en las mujeres (Tabla 4.3 y Tabla 4.4).

Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5 a 14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP - 2	N	Total		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infecc respiratoria aguda superior	246.145	14,5	1	351,4	1	342,5	1	360,9
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	60.691	3,6	2	86,7	2	84,2	2	89,3
A03-Fiebre	54.274	3,2	3	77,5	3	79,1	3	75,8
D73-Infección intestinal inesp/posible	44.728	2,6	4	63,9	5	65,2	4	62,4
H71-Otitis media/miringitis aguda	41.925	2,5	5	59,9	7	57,7	5	62,1
A97-Sin enfermedad	40.813	2,4	6	58,3	6	57,8	7	58,8
R05-Tos	39.400	2,3	7	56,3	8	57,2	8	55,2
R96-Asma	38.852	2,3	8	55,5	4	66,4	9	43,9
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	38.446	2,3	9	54,9	10	48,1	6	62,0
R97-Rinitis alérgica	33.447	2,0	10	47,8	9	52,7	10	42,5
A12-Alergia/reacciones alérgicas NE	29.637	1,7	11	42,3	11	47,7	15	36,6
R80-Gripe	27.827	1,6	12	39,7	12	40,5	13	38,9
S87-Dermatitis/eccema atópico	27.585	1,6	13	39,4	15	36,4	11	42,5
R76-Amigdalitis aguda	24.965	1,5	14	35,6	18	34,0	14	37,3
F71-Conjuntivitis alérgica	23.471	1,4	15	33,5	16	36,3	19	30,6
Total	1.697.581	100		2.423,7		2.410,0		2.438,1

Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15 a 34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP - 2	N	TOTAL		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infecc respiratoria aguda superior	303.767	10,2	1	207,4	1	163,8	1	249,5
D73-Infección intestinal inesp/posible	100.211	3,4	2	68,4	2	60,0	3	76,5
R97-Rinitis alérgica	71.506	2,4	3	48,8	3	43,2	6	54,3
W11-Contracepción oral, en la mujer	68.103	2,3	4	46,5			2	91,4
R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ	54.112	1,8	5	36,9	4	30,0	7	43,6
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	51.531	1,7	6	35,2	78	4,6	4	64,7
W78-Embarazo	46.876	1,6	7	32,0			5	62,9
P01-Sensación ansiedad/tensión	42.939	1,4	8	29,3	10	18,1	8	40,1
L03-Sig/sin lumbares	40.229	1,4	9	27,5	8	21,1	10	33,6
D01-Dolor abdominal gen/retortijones	38.429	1,3	10	26,2	15	16,2	9	35,9
R96-Asma	37.803	1,3	11	25,8	5	24,3	20	27,3
S96-Acné	35.235	1,2	12	24,1	9	18,8	15	29,1
L01-Sig/sin del cuello	34.097	1,1	13	23,3	16	15,1	11	31,1
S88-Dermatitis de contacto/alérgica	31.591	1,1	14	21,6	18	14,5	17	28,4
R76-Amigdalitis aguda	31.551	1,1	15	21,5	11	17,9	23	25,0
Total	2.978.300	100		2.033,7		1.436,0		2.610,4

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Durante 2015 en el grupo de edad de 5 a 14 años los dos motivos más frecuentes de alta hospitalaria los constituyen las patologías del aparato respiratorio y digestivo, con tasas anuales respectivas de 7,05 y 6,95 por 1.000 habitantes. En hombres se destacan en tercer lugar las enfermedades del aparato genitourinario y en las mujeres las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (Tabla 4.5 y Figura 4.7).

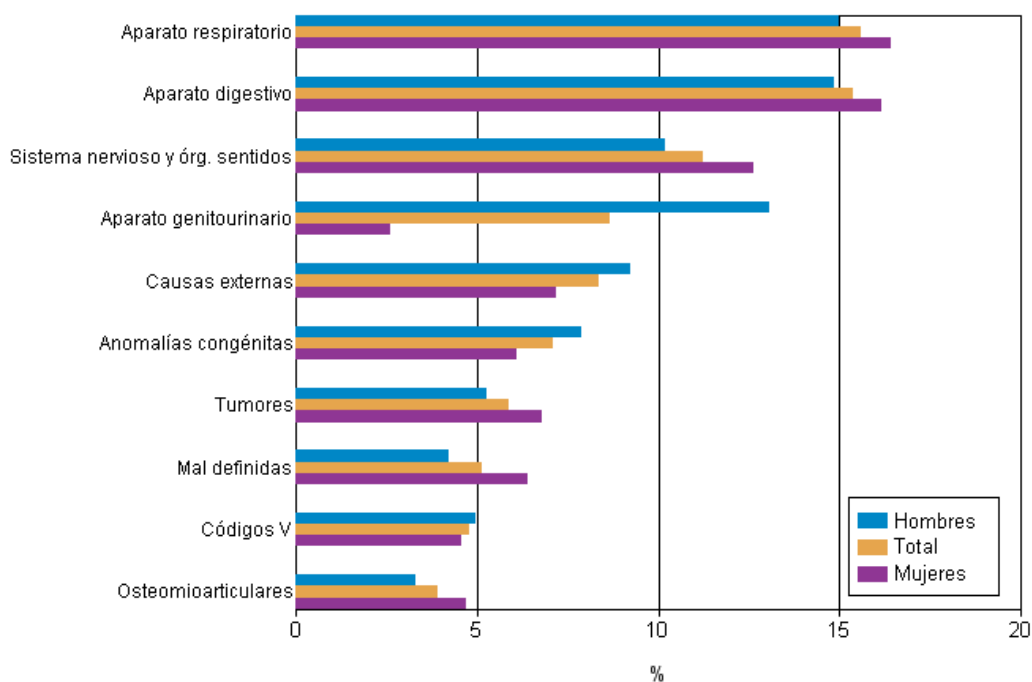
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Aparato respiratorio	2.670	7,66	2.121	6,39	4.793	7,05
Aparato digestivo	2.643	7,58	2.087	6,29	4.730	6,95
Sistema nervioso y órg. sentidos	1.820	5,22	1.632	4,92	3.452	5,08
Aparato genitourinario	2.329	6,68	338	1,02	2.667	3,92
Causas externas	1.648	4,73	927	2,79	2.575	3,79
Anomalías congénitas	1.402	4,02	785	2,37	2.187	3,22
Tumores	938	2,69	876	2,64	1.814	2,67
Mal definidas	752	2,16	828	2,50	1.581	2,32
Códigos V	882	2,53	591	1,78	1.473	2,17
Osteomioarticulares	593	1,70	608	1,83	1.201	1,77
Piel y tejido subcutáneo	567	1,63	587	1,77	1.154	1,70
Infecciosas	540	1,55	484	1,46	1.024	1,51
Sangre y hematopoyéticas	373	1,07	286	0,86	659	0,97
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	268	0,77	279	0,84	547	0,80
Trastornos mentales	173	0,50	286	0,86	459	0,67
Total	17.818	51,13	12.910	38,92	30.731	45,18

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En el grupo de 15 a 34 años de edad la inclusión del parto normal en el apartado complicaciones del embarazo, parto y puerperio hace que las tasas de alta por este motivo (33,04 altas por 1.000 habitantes) sean muy superiores a las de los demás grupos de enfermedades. En hombres las primeras causas de hospitalización son las enfermedades del aparato digestivo y las osteomioarticulares. En mujeres el segundo y tercer lugar lo ocupan las enfermedades digestivas y los tumores. (Tabla 4.6 y Figura 4.8).

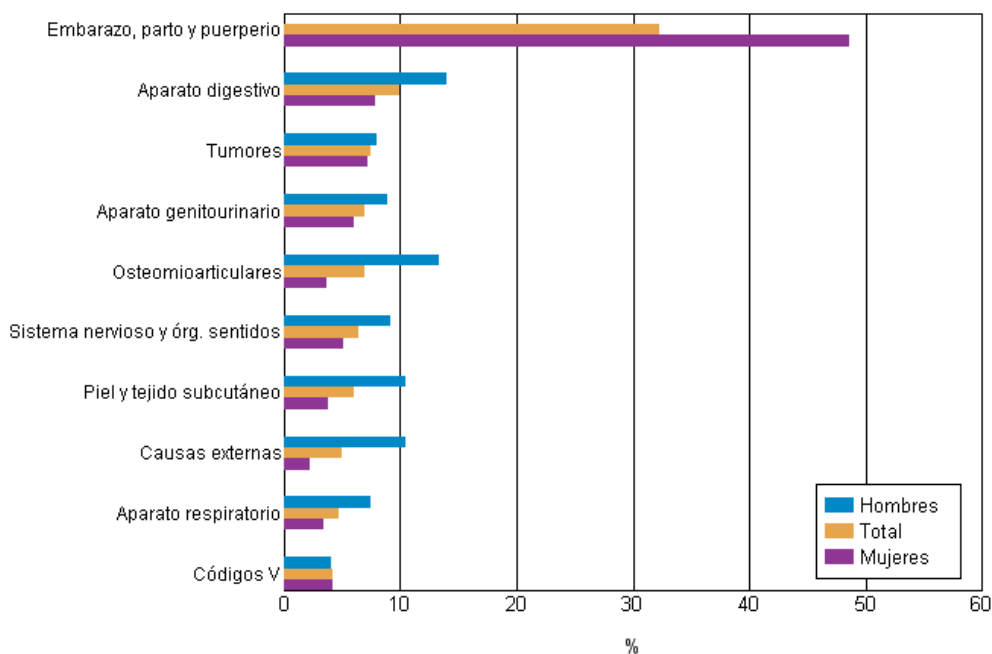
Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Embarazo, parto y puerperio	--	--	48.505	65,47	48.505	33,04
Aparato digestivo	7.048	9,69	7.879	10,63	14.930	10,17
Tumores	4.039	5,56	7.133	9,63	11.174	7,61
Aparato genitourinario	4.514	6,21	5.952	8,03	10.467	7,13
Osteomioarticulares	6.723	9,25	3.623	4,89	10.347	7,05
Sistema nervioso y órg. sentidos	4.604	6,33	5.074	6,85	9.684	6,60
Piel y tejido subcutáneo	5.301	7,29	3.774	5,09	9.078	6,18
Causas externas	5.306	7,30	2.172	2,93	7.479	5,09
Aparato respiratorio	3.783	5,20	3.357	4,53	7.141	4,86
Códigos V	2.046	2,81	4.216	5,69	6.266	4,27
Trastornos mentales	2.196	3,02	1.960	2,65	4.158	2,83
Aparato circulatorio	1.632	2,24	1.507	2,03	3.140	2,14
Infeciosas	1.213	1,67	1.055	1,42	2.268	1,55
Mal definidas	835	1,15	1.169	1,58	2.005	1,37
Anomalías congénitas	660	0,91	1.000	1,35	1.660	1,13
Total	50.499	69,46	99.808	134,72	150.333	102,41

Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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



4.3. Factores determinantes

En la Comunidad de Madrid el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (**SIVFRENT-J**), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones. Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en 4º de la ESO. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. A continuación se analizan diversos indicadores del año 2015 presentando también la evolución temporal de los mismos. Se agrupan en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales e información sobre temas de salud. Otros aspectos que también se recogen en el SIVFRENT-J como la accidentabilidad y la seguridad vial se presentan en el capítulo 9 de este Informe.

Por otro lado, en 2014 se ha realizado una nueva edición de la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanza secundarias en España (**ESTUDES**). En ella se recogen datos de consumo de alcohol y tabaco así como de drogas psicoactivas de consumo ilegal, entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

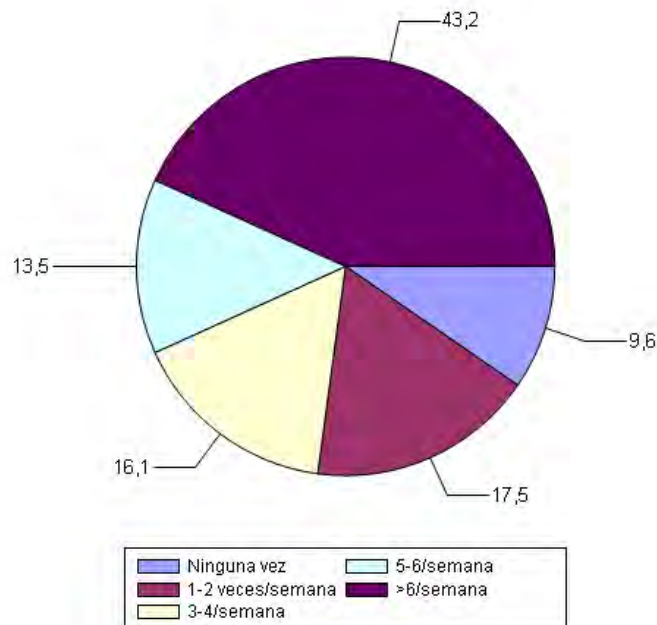
Dado que la obesidad es un problema de salud pública creciente que suele iniciarse en la infancia y que en la Consejería de Sanidad no se disponía de un sistema de vigilancia de la obesidad infantil y de sus factores de riesgo, en el año 2012 se inició el Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (**ELOIN**). Sus objetivos son estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 4 a 14 años de la Comunidad de Madrid, conocer su relación con factores sociodemográficos y de estilos de vida y estudiar su asociación con los riesgos cardiometabólicos y otros efectos en salud. Se trata de un estudio prospectivo de cohortes de base poblacional, en una muestra representativa obtenida a través de 30 pediatras de la red de médicos centinelas de la Comunidad de Madrid, con mediciones de inicio y seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años. Hasta la fecha se han emitido cuatro informes sobre diseño y resultados obtenidos.

4.3.1. Ejercicio físico

Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas, la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana fue en 2015 del 27,1%, destacando que un 9,6% no realizaron ninguna vez estas actividades (**Figura 4.9**). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,4% de los chicos no realizaban al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 41,5% de las chicas. Por el contrario, y como aspecto positivo, cabe destacar que casi tres cuartas partes de este grupo poblacional realiza al menos 3 actividades vigorosas a la semana.

Figura 4.9. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal, en jóvenes. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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

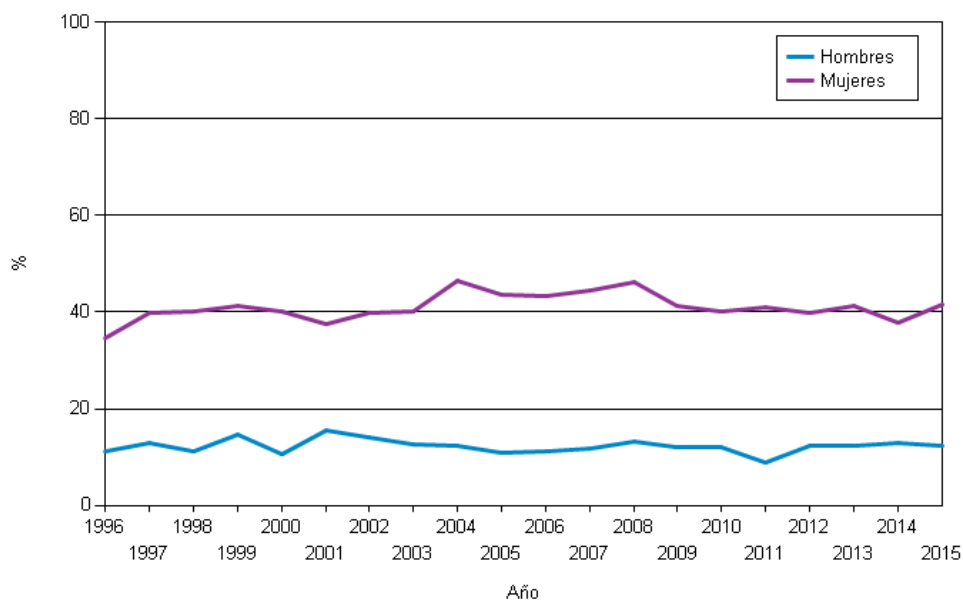


* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Comparando la estimación promedio del 2014-2015 con la de 1996-1997, en la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 4.10) se observa un incremento porcentual del 4,6% en los chicos y del 6,6% en las chicas.

Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



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

El último informe sobre actividad física disponible a partir del Estudio Longitudinal sobre Obesidad Infantil (ELOIN), revela que un 9,9% de los niños y niñas de 6 años de la Comunidad de Madrid realiza menos de una hora a la semana de ejercicio físico en horario escolar y un 30,7% menos de una hora a la semana de ejercicio físico fuera de horario escolar.

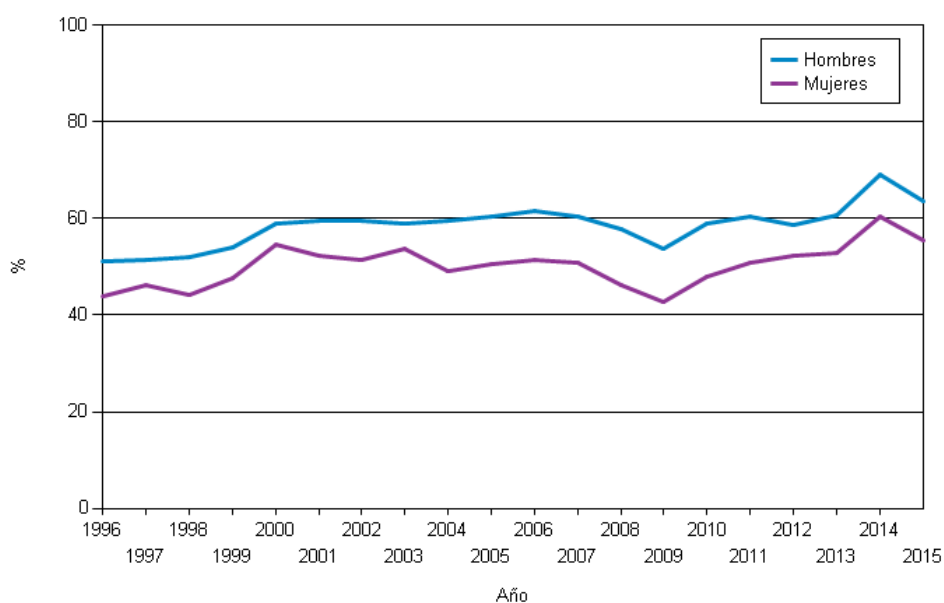
4.3.2. Alimentación

A pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje elevado de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas en una parte importante de esta población (Figura 4.11).

Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

Consumo de menos de dos raciones de fruta al día



Consumo de dos o más raciones de bollería al día

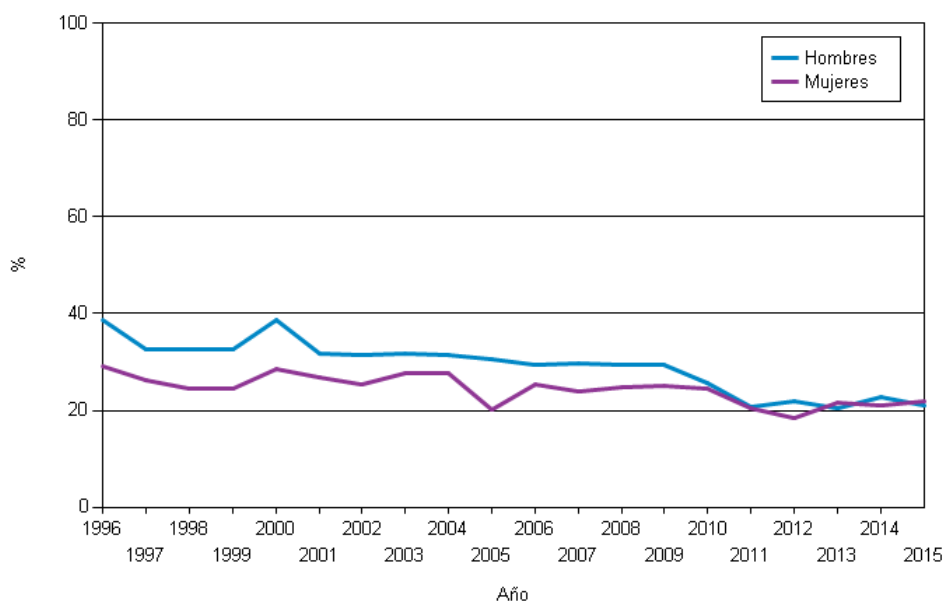
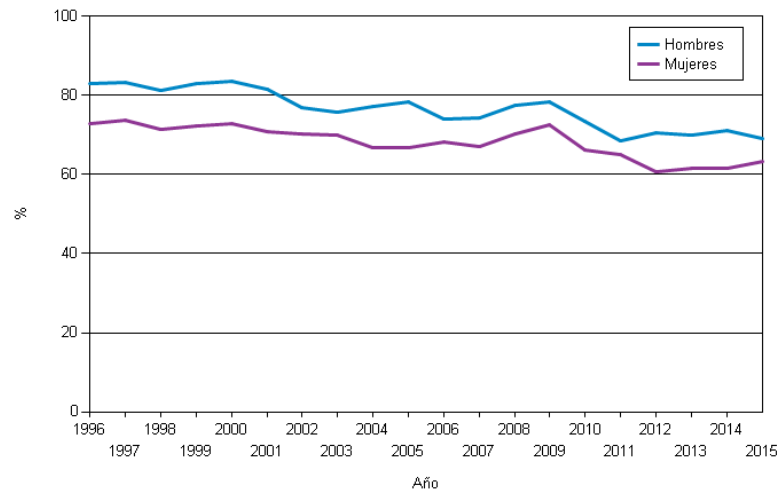


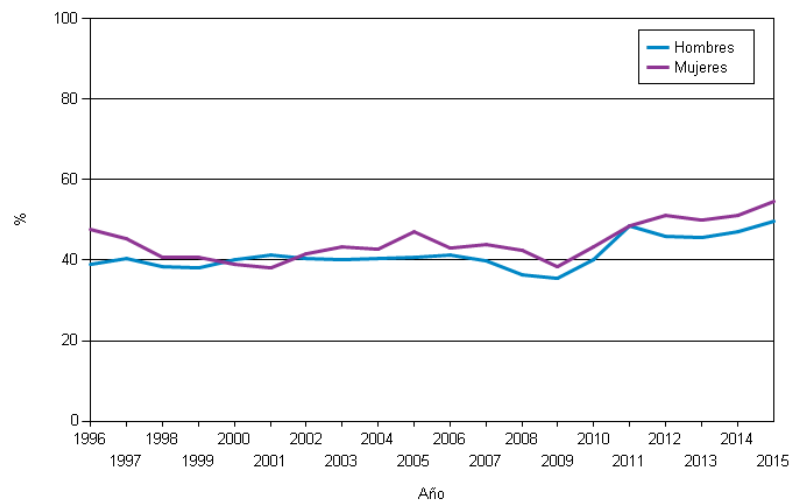
Figura 4.11 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

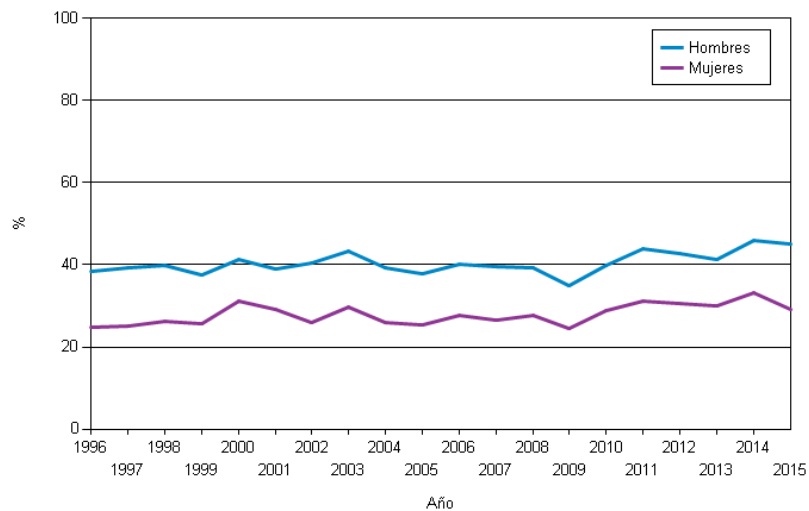
Consumo de dos o más raciones de productos cárnicos al día



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



Consumo de menos de una ración de verdura al día



Comparando con el promedio 1996-1997, en 2014-2015 se observa un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consume menos de 3 raciones al día de estos alimentos aumentó tanto en los chicos (aumento del 22,1%) como en las chicas (aumento del 13,9%).

El consumo de frutas y verduras sigue siendo superior en 2015 en las mujeres. Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 50,6% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 56,6% de los chicos y el 44,7% de las chicas).

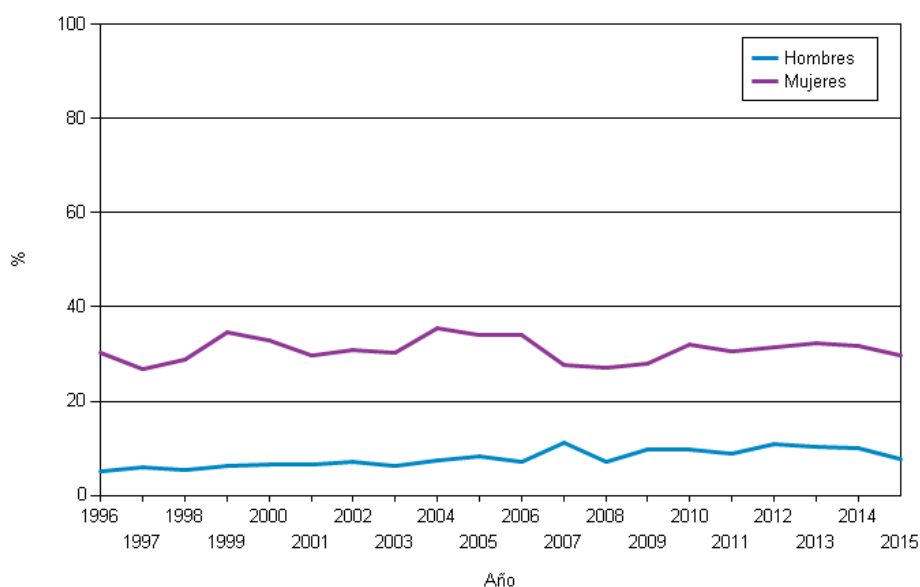
El consumo medio agrupado de carne y derivados es de 2,7 raciones diarias, superior en los chicos que en las chicas. Comparando el periodo 2014-2015 con 1996-1997, se observa un descenso del 15,5% en chicos y del 14,9% en chicas.

La proporción de jóvenes que consumen dos o más veces al día galletas y productos de bollería es de un 21,4%. En los chicos se observa una disminución del 38,4% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas una disminución del 22,6%

El 29,6% de los jóvenes afirmó en 2015 haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 18,8% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. En los años 2014-2015 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 61,5% en los chicos y un 7,4% en las chicas (Figura 4.12).

Figura 4.12. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



En relación con las conductas relacionadas con trastornos del comportamiento alimentario, en 2015 el 11,7% de las chicas en alguna ocasión durante el último año no ingirió ningún tipo de alimento en 24 horas, el 7,0% se provocó vómitos para perder peso, y un 4,6% utilizó diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin. El 3,3% de los chicos y el 16,7% de las chicas respondieron afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores.

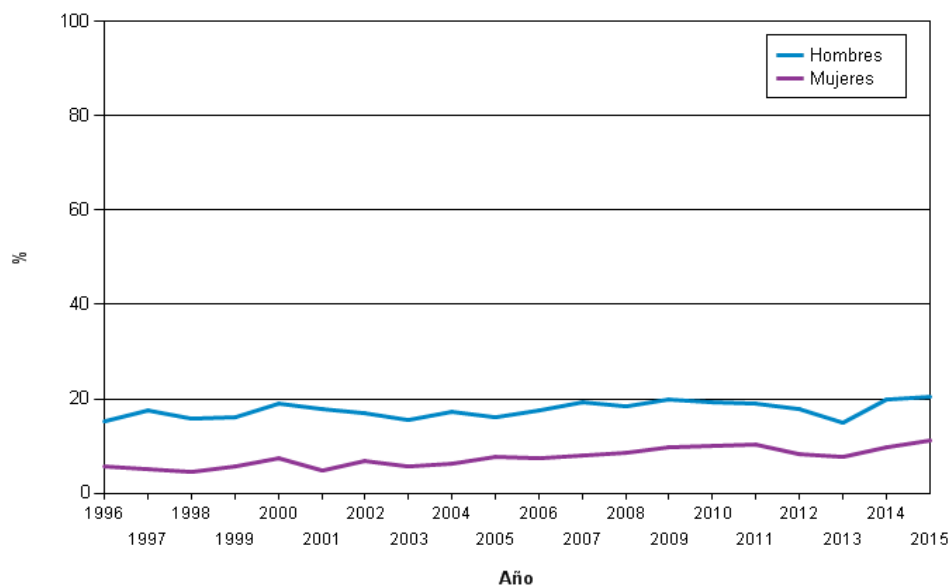
Por otro lado, de acuerdo con el último informe de resultados sobre hábitos alimentarios del estudio (ELOIN), correspondientes a 2014-2015, al menos el 25% de los/las niños/as de 6 años de la Comunidad de Madrid tenían ingestas superiores a las 2200 Kcal/persona/día, siendo la ingesta recomendada para esa edad 2000 Kcal/persona/día, situación de desequilibrio energético que podría estar favoreciendo el desarrollo de sobrepeso y obesidad en una parte considerable de esa población. Además, un alto porcentaje de la población infantil de 6 años consumía un número menor de raciones a las recomendadas de cereales, verduras, hortalizas y frutas frescas; por el contrario, era excesivo el consumo de embutidos y carnes rojas. Este desequilibrio también aparecía en la calidad de las grasas con un exceso de ácidos grasos saturados y bajo consumo de mono y polinsaturados.

4.3.3. Sobrepeso y obesidad

En 2015, tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), el 20,3% y 11,3% de los jóvenes tenían sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo la combinación de ambos 1,8 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Al comparar la frecuencia observada en 2013-2015 respecto a 1996-1997, la evolución de la prevalencia de sobrepeso u obesidad presenta un incremento del 91,7% en la mujeres y de un 23,2% en los hombres. (Figura 4.13).

Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



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

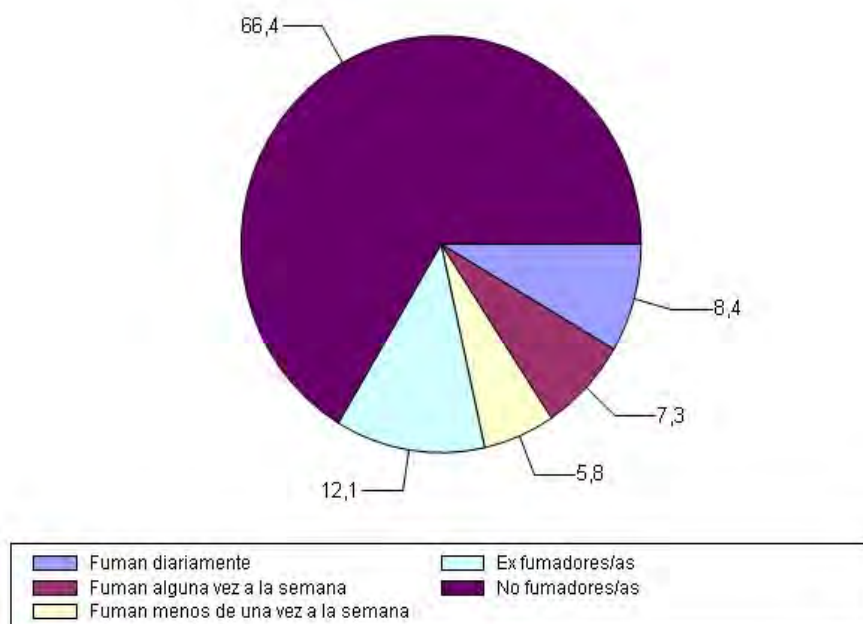
Por otra parte, de acuerdo con el informe sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil a partir del estudio (ELOIN), en 2014-2015 la población de 6 años de la Comunidad de Madrid tenía una prevalencia de sobrepeso de 17,1% y de obesidad de 10,6%. La prevalencia de obesidad a los 6 años fue 1,65 veces más elevada que la prevalencia en la población de 4 años (6,4%). En torno al 75% de los niños que estaban obesos a los 4 años permanecieron en el mismo estado a los 6 años de edad. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad infantil se asocian fuertemente al bajo nivel educativo y socioeconómico familiar.

4.3.4. Tabaco

La situación de consumo de tabaco en la población de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15 y 16 años) durante el año 2015 fue la siguiente: el 21,5% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 66,4% no fumaba, y el 12,1% eran exfumadores (Figura 4.14). Del total de jóvenes, el 8,4% fumaba diariamente, y el 7,3% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 15,7% de fumadores habituales.

Figura 4.14. Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2015.

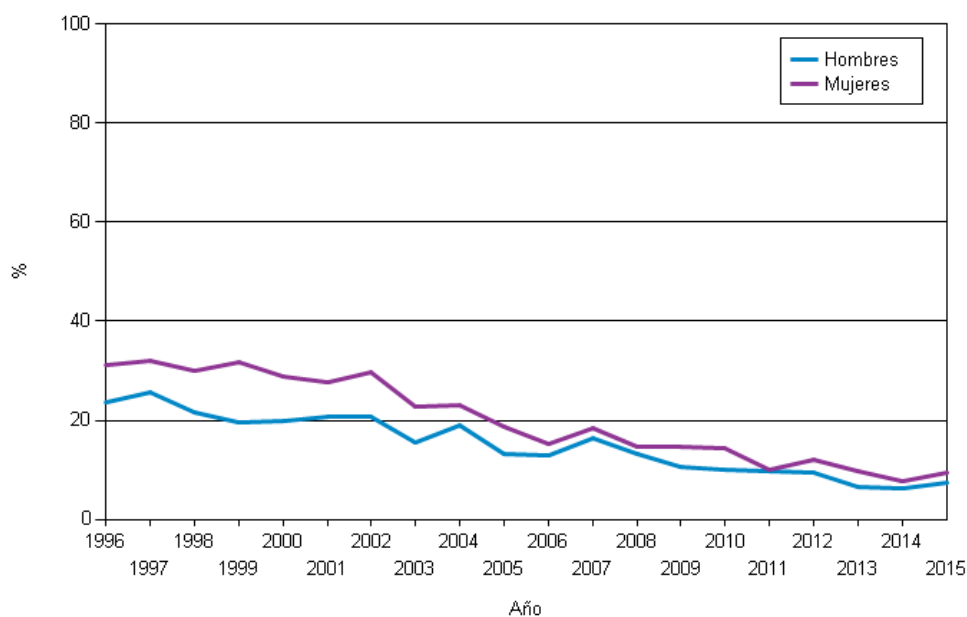
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de jóvenes que fumaban diariamente fue mayor en las mujeres (9,4%) que en los hombres (7,5%). Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores diarios es descendente desde 1996. Si comparamos el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2014/2015) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 72,2% en los chicos y del 73,0% en las chicas. (Figura 4.15).

Figura 4.15. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

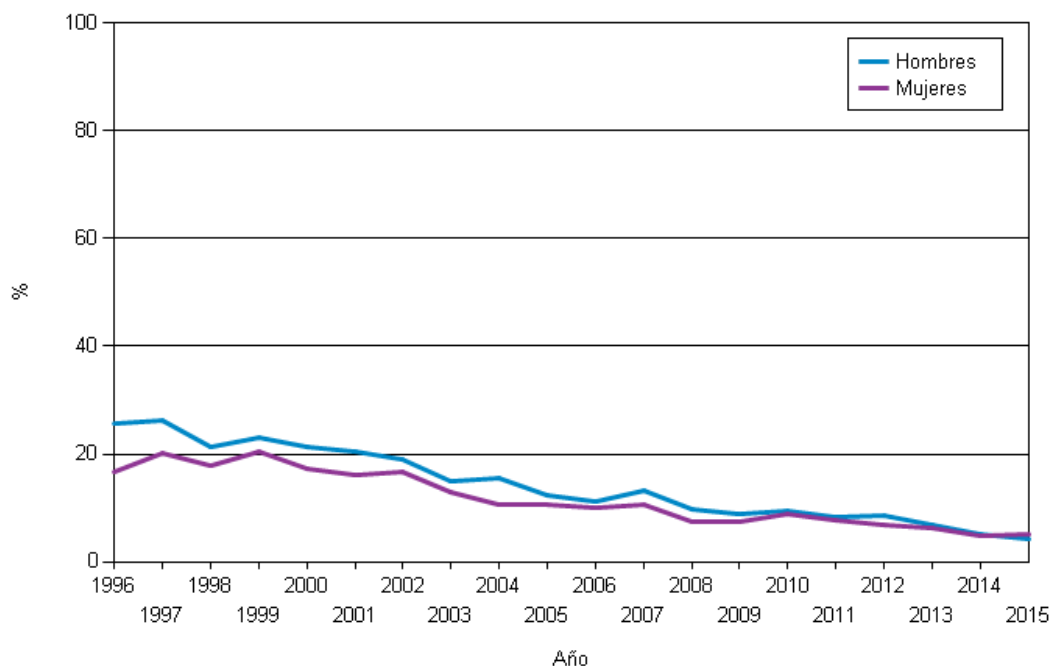
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



El 4,7% del total de entrevistados refirió tener permiso de los padres para fumar (Figura 4.16), aumentando al 30,8% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban.

Figura 4.16. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



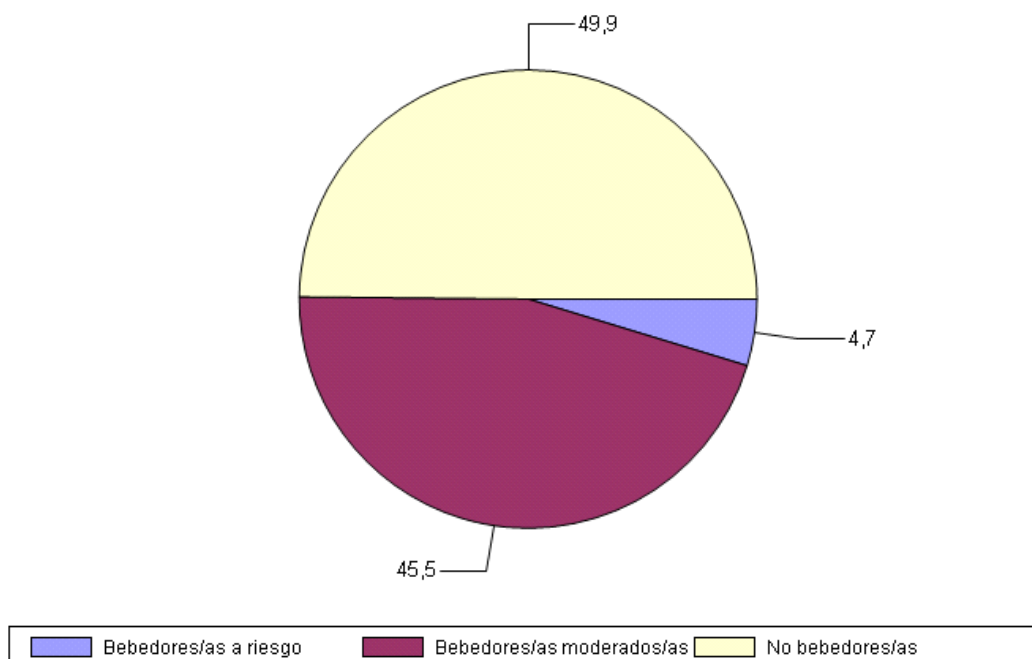
De acuerdo con la Encuesta sobre drogas a la población escolar ESTUDES 2014, la edad media de inicio al consumo de tabaco en 2016 ha sido de 13,9 años, ligeramente retrasada con respecto a años previos. El 70,6% de los estudiantes de enseñanzas secundarias madrileños de 14 a 18 años que fuma se ha planteado alguna vez dejar de fumar y un 39,4% lo ha intentado. El 43,9% de los estudiantes viven o comparten casa con personas fumadoras, el 55,5% ha visto fumar a profesores dentro del recinto escolar y el 69,5% ha visto fumar a otros alumnos dentro del recinto escolar. El 15,3% de los encuestados ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida.

4.3.5. Alcohol

Siguiendo el criterio de clasificación utilizado en la población adulta según la cantidad de consumo de alcohol, se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más, respectivamente. Globalmente, el 4,7% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 45,5% como bebedores moderados y el 49,9% como no bebedores (Figura 4.17).

Figura 4.17. Consumo de alcohol en jóvenes. Clasificación según cantidad de alcohol consumido*.
Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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



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

El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 33,3% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días (Figura 4.18).

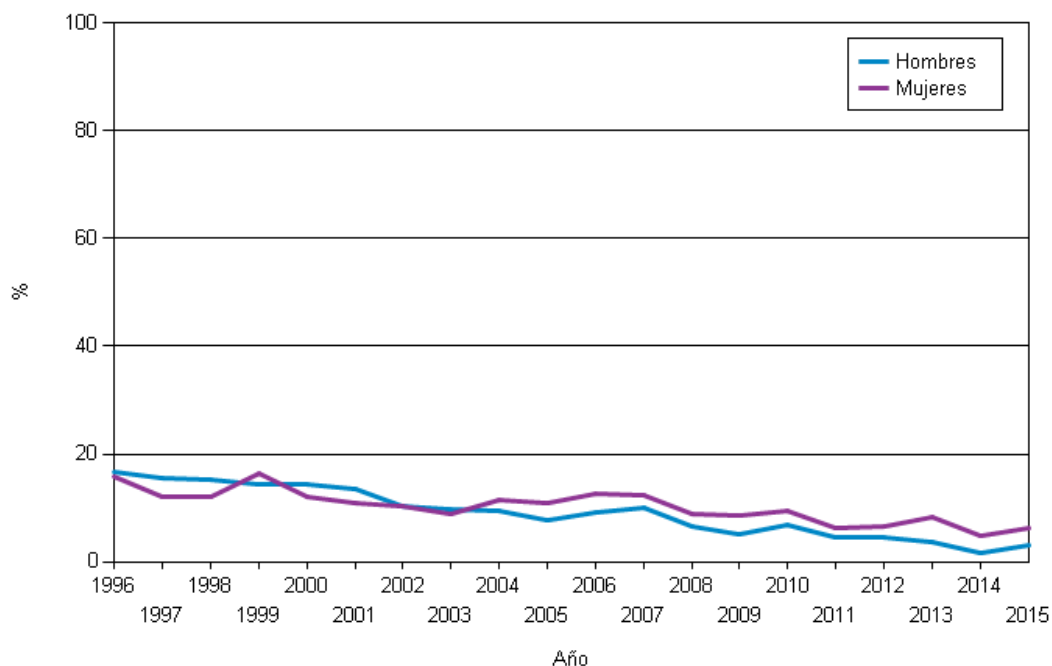
La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco (Figura 4.18). Comparando los dos últimos años (2014/2015) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 85,1% en los chicos y del 60,4% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes.

De acuerdo con la encuesta escolar a enseñanzas secundarias ESTUDES, en 2014 en la Comunidad de Madrid la edad media de inicio en el consumo de alcohol de jóvenes de 14 a 18 años fue de 13,9 años (13,8 en hombres y 14,0 en mujeres).

Figura 4.18. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

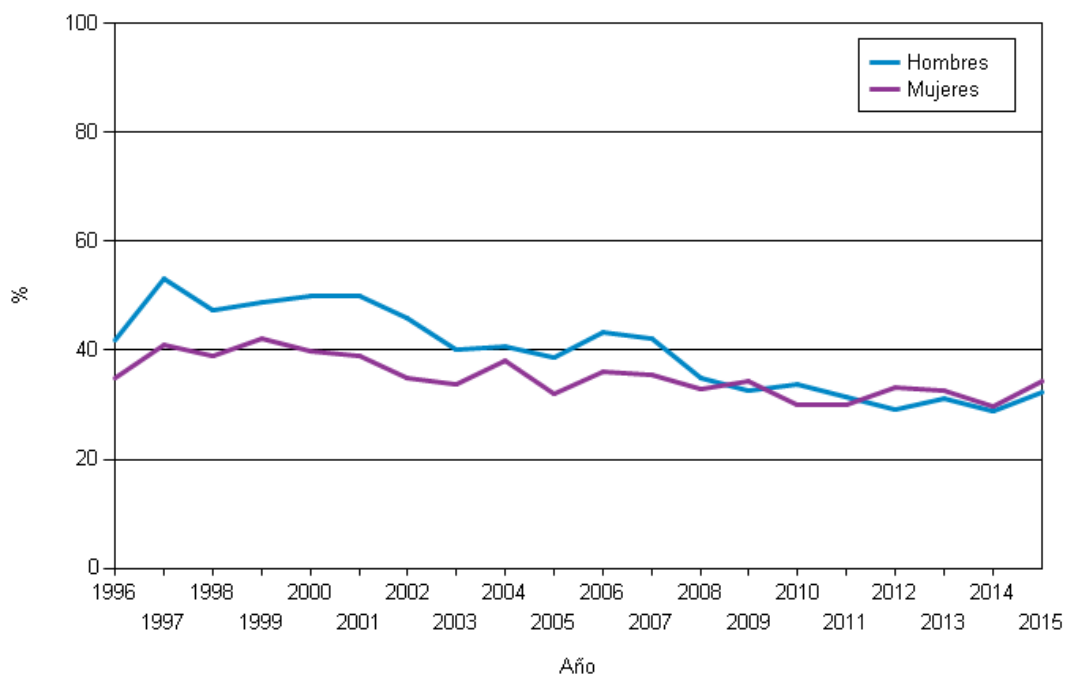
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Bebedores a riesgo*



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

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

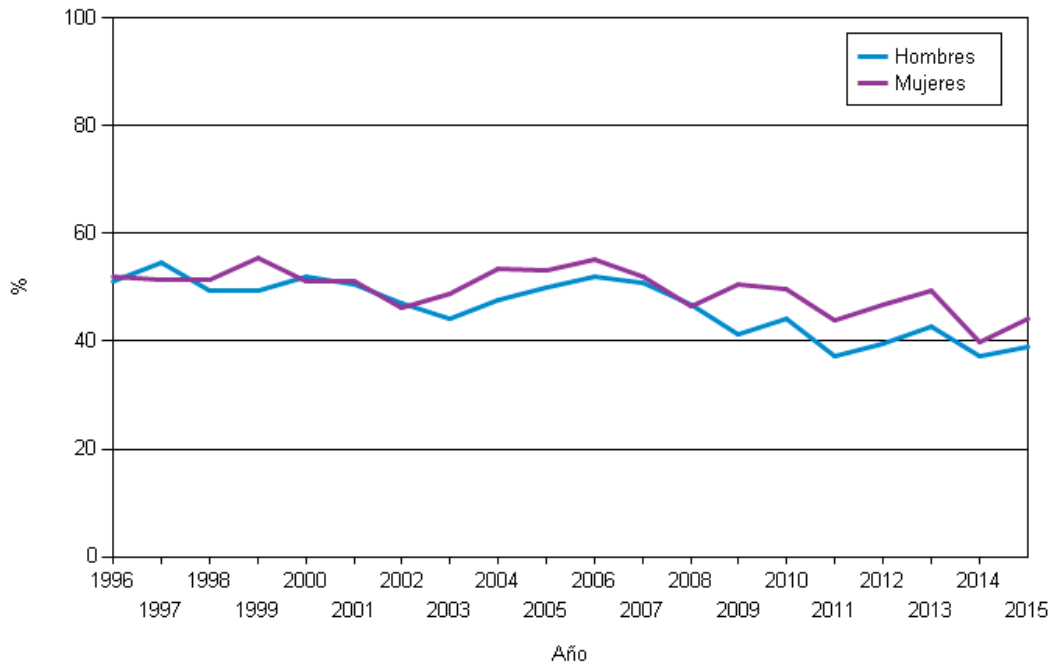


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

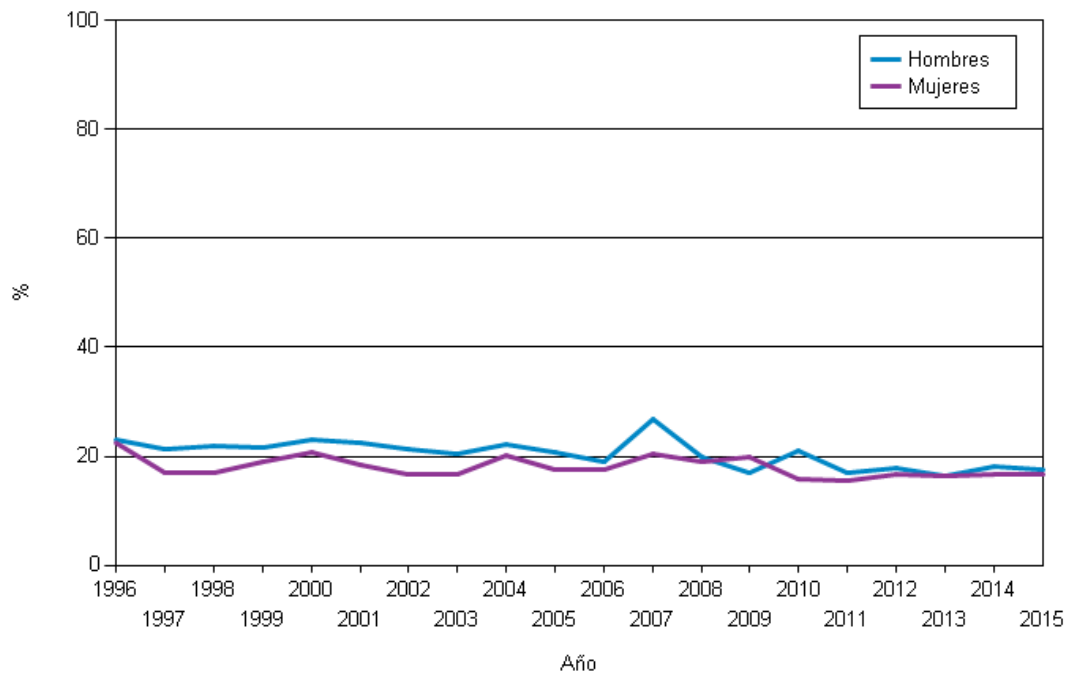
Figura 4.18 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en jóvenes en los últimos 30 días, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

Se han emborrachado en los últimos 12 meses



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



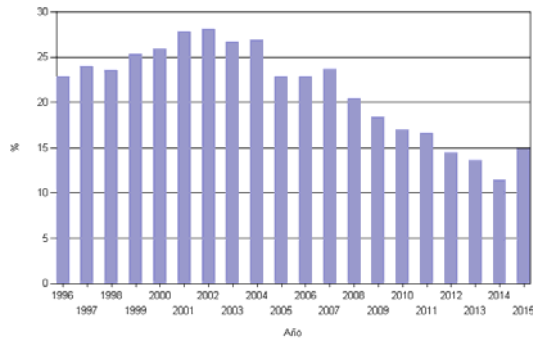
4.3.6. Drogas de comercio ilegal

Según el SIVFRENT-J la droga de comercio ilegal más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 14,9% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 9,1% en los últimos 30 días. Entre 1996/1997 y 2014/2015 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 9,2% en el caso de los tranquilizantes sin prescripción, hasta el 92,9% en el caso de los alucinógenos (Figura 4.19).

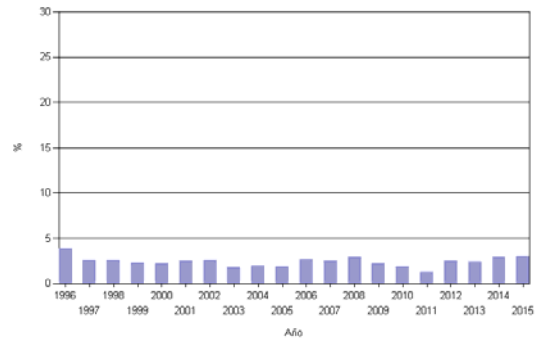
Figura 4.19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

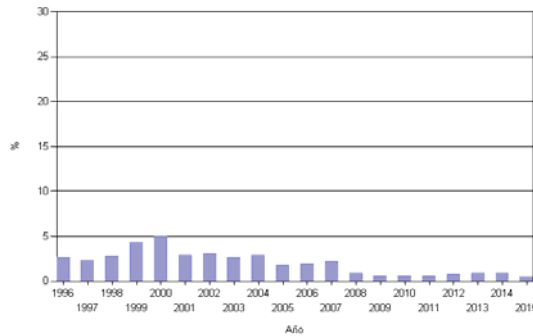
Hachís



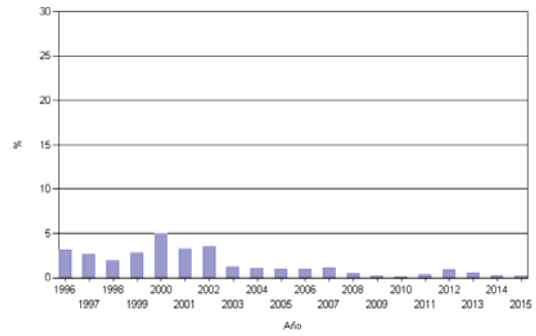
Tranquilizantes sin prescripción



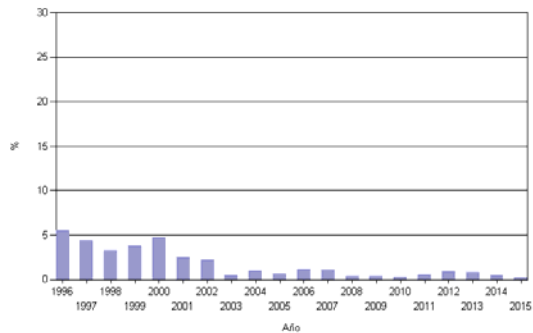
Cocaína



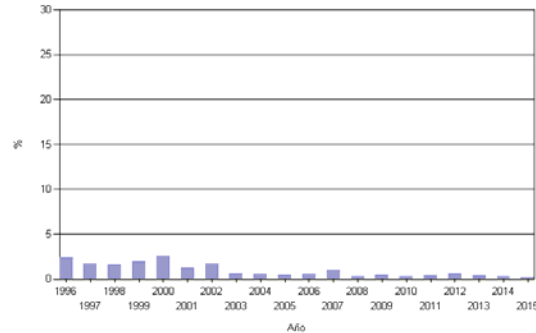
Extasis u otras drogas de diseño



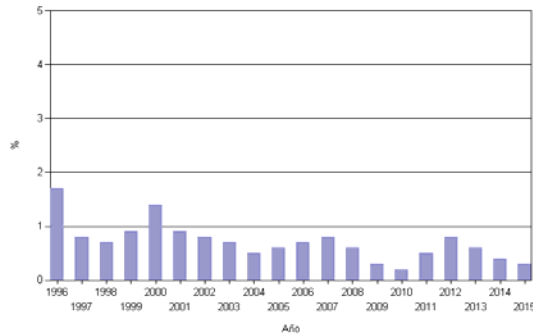
Alucinógenos



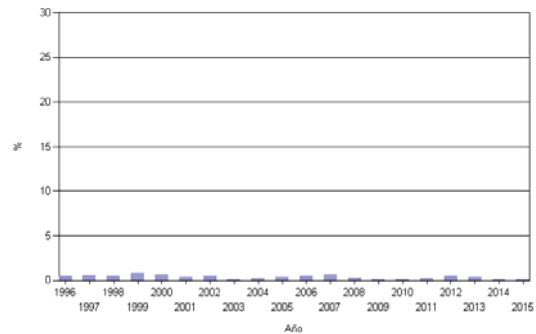
Speed o anfetaminas



Sustancias volátiles



Heroína



De acuerdo con la encuesta a escolares de enseñanza secundaria ESTUDES 2014 y según puede apreciarse en las figuras [Figura 4.20a](#) y [Figura 4.20b](#) el consumo de sustancias en los últimos treinta días (consumo actual) muestra un descenso generalizado respecto a 2012, salvo un ligero incremento para el cannabis. Se estima que el 3,7% de los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid presentan un consumo problemático de cannabis (4,6% en hombres y 2,8% en mujeres), medido mediante la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año.

Figura 4.20a. Prevalencias de consumo de drogas de mayor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

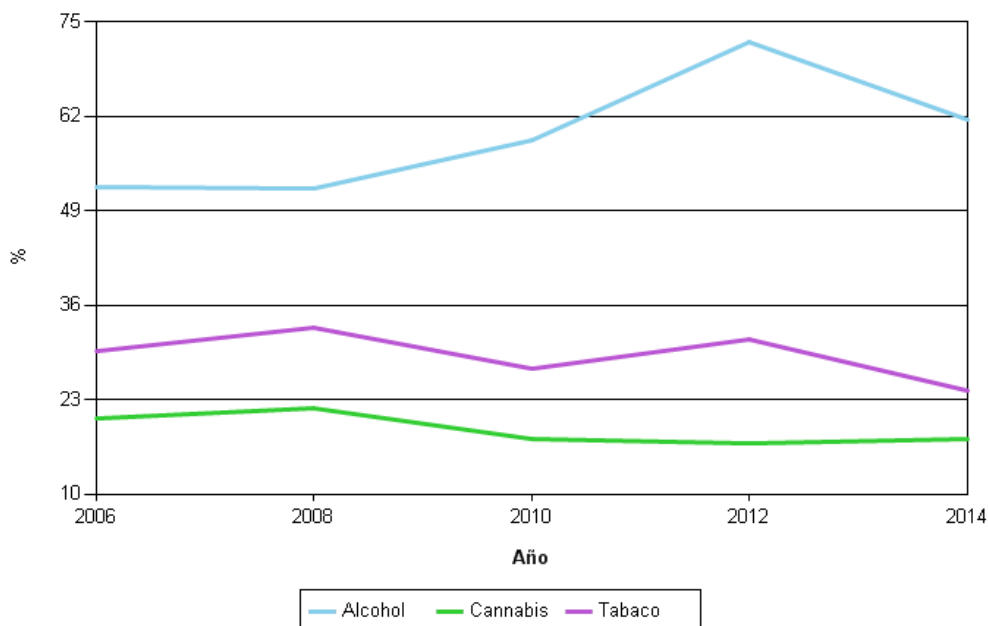
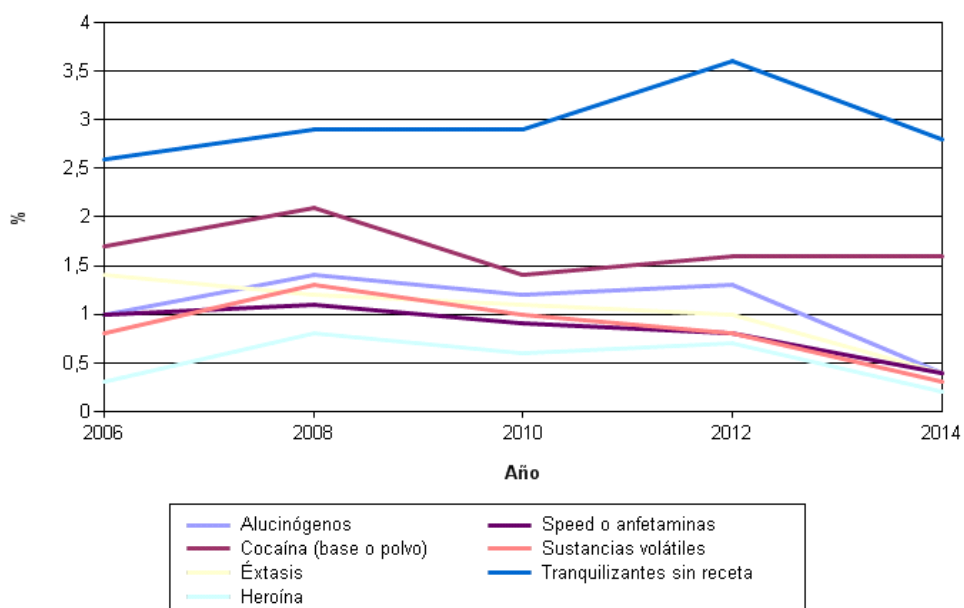


Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



El 18,7% de los jóvenes de 14-18 años se iniciaron en el consumo de alcohol en 2014, el 8,9% en el consumo de cannabis y el 7,0% en el consumo de tabaco (Tabla 4.7).

Tabla 4.7. Proporción de chicos y chicas que se inician en 2014 en el consumo de sustancias psicoactivas por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

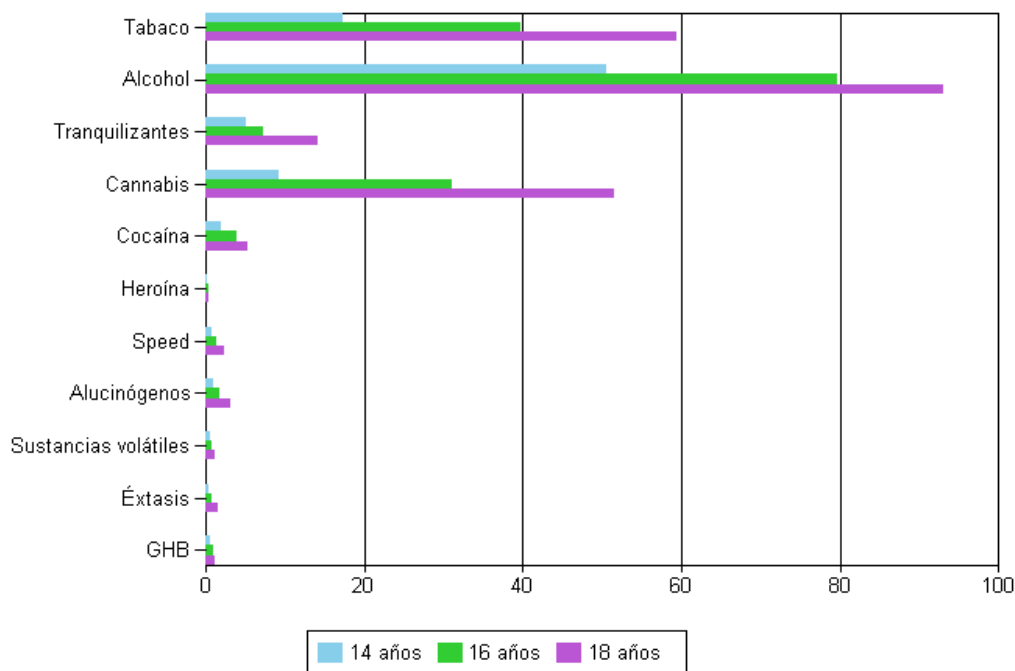
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar ESTUDES 2014, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

AÑO 2014	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	14 años (%)	15 años (%)	16 años (%)	17 años (%)	18 años (%)
Alcohol	18,7	16,8	20,7	24,9	25,8	18,2	10,8	10,1
Cannabis	8,9	9,3	8,6	5,1	7,6	11,6	11,0	7,6
Tabaco	7,0	5,9	8,2	7,2	8,1	7,8	6,1	3,5
Cocaína	1,4	1,7	1,0	0,6	1,1	1,9	1,3	2,6

La prevalencia de consumo de todas las sustancias aumenta con la edad, entre los 14 y los 18 años. El consumo de hipnosedantes aumenta especialmente entre los 16 y 18 años y el de cánnabis entre los 14 y 16 años (Figura 4.21).

Figura 4.21. Proporción de jóvenes consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



Un 75,3% de los estudiantes encuestados se siente suficiente o perfectamente informado en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Este porcentaje ha caído 4,1 puntos desde la anterior encuesta escolar del 2010 y 11,4 puntos de la encuesta realizada en 2008.

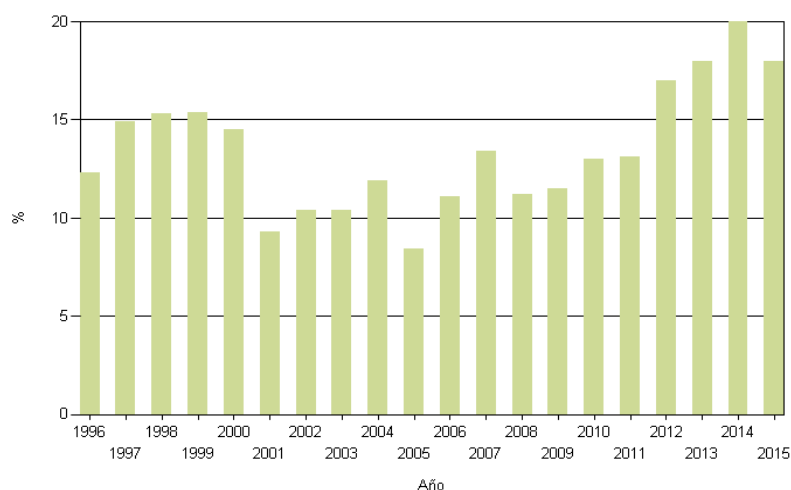
Las vías de información sobre drogas más habituales son, por este orden, las charlas o cursos, la madre, el padre y los medios de comunicación. Los profesores se sitúan en el quinto puesto.

4.3.7. Sexualidad responsable

El 27,9% de los jóvenes de 15-16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (28,6% los chicos y 27,3% las chicas). Un 77,7% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 18,0% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. En la evolución de este indicador se observó una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a empeorar desde 2006. Entre 1996/1997 y 2014/2015 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 43,8% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (Figura 4.22).

Figura 4.22. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



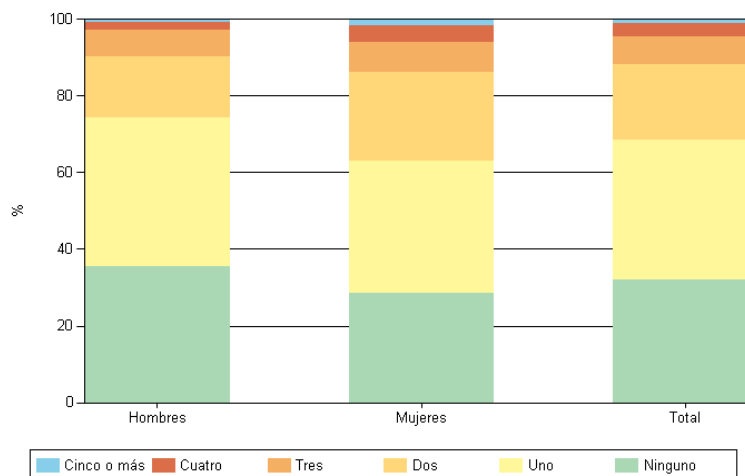
* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 67,9% del total de jóvenes de 15-16 años tienen algún factor de riesgo de los estudiados. El 19,6% de ellos tienen dos, el 7,2% tres, el 3,4% cuatro, y el 1,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es un poco más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 4.23).

Figura 4.23. Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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



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

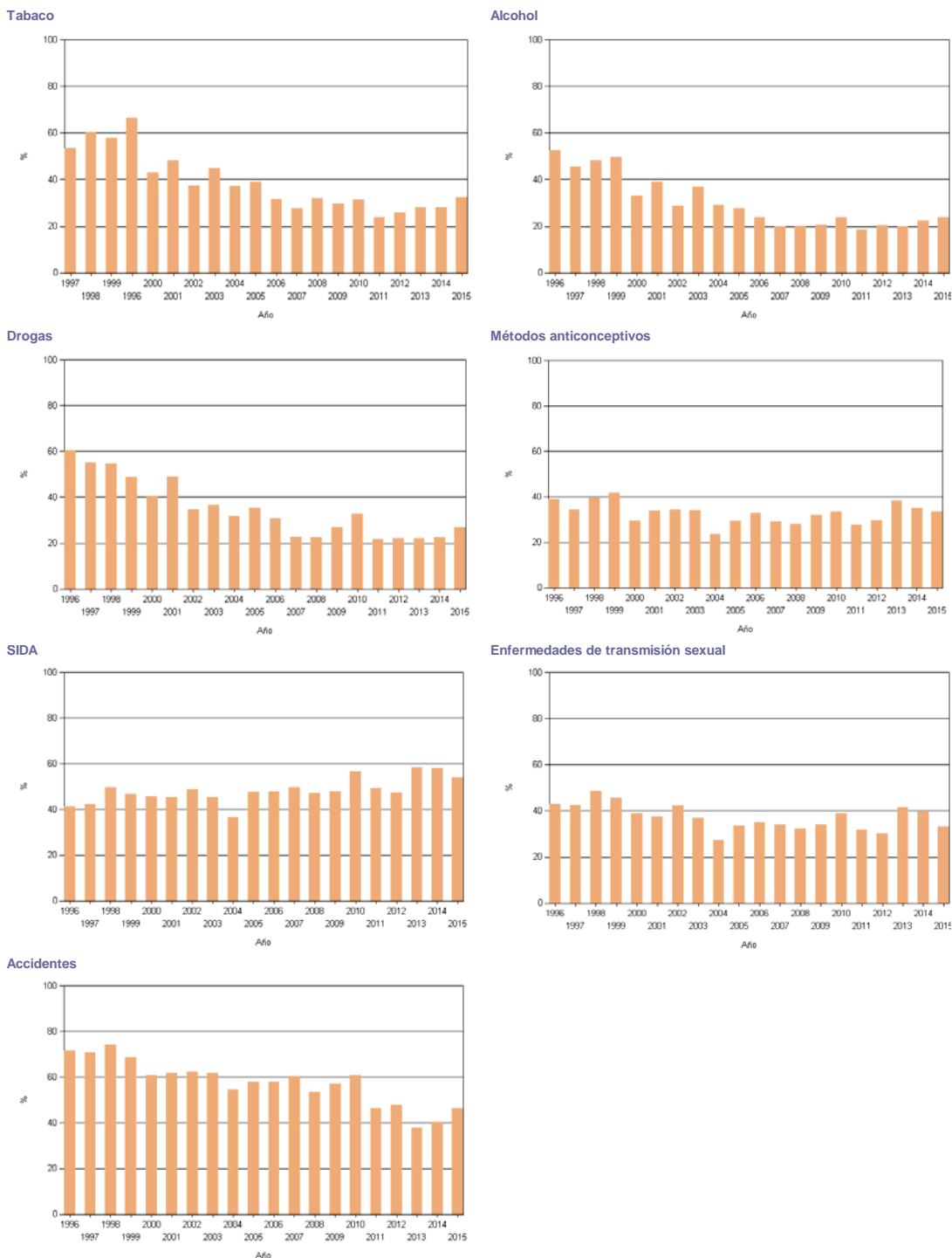
4.3.9. Información sobre temas de salud

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 23,9% en el caso del consumo de drogas de comercio ilegal hasta el 53,9% en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indicaron no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas de comercio ilegal (Figura 4.24).

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



4.4. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

De acuerdo con el Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015 se notificaron al Registro de la CM 19.023 interrupciones, un 18% menos que en 2012. De ellas, 16.089 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM).

La información que se detalla a continuación corresponde sólo a las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado la interrupción del embarazo en esta Comunidad.

La tasa de IVE en 2015 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 11,96 por mil. El 53,2% de las IVE fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. Para las nacidas en España la tasa fue de 7,87 por mil, mientras para las mujeres foráneas la tasa fue de 21,94 por mil. Hay que considerar que las tasas para las mujeres inmigrantes pueden estar sobreestimadas ya que algunas pueden no estar empadronadas. La media de edad fue de 29,4 ±7,1 años, el 0,3% (54 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (118 mujeres) más de 44 años. Un 9% tenían menos de 20 años.

La evolución de la tasa de IVE en la Comunidad de Madrid y España muestra una tendencia ascendente desde 2001 hasta 2008, presentando luego oscilaciones con una tendencia descendente en Madrid y con algun aumento puntual posterior en España (Figura 4.25). Madrid, Parla y Torrejón de Ardoz presentan por este orden las tasas más altas (Tabla 4.8).

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2015.

Fuente: Registro Regional de IVE y Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios

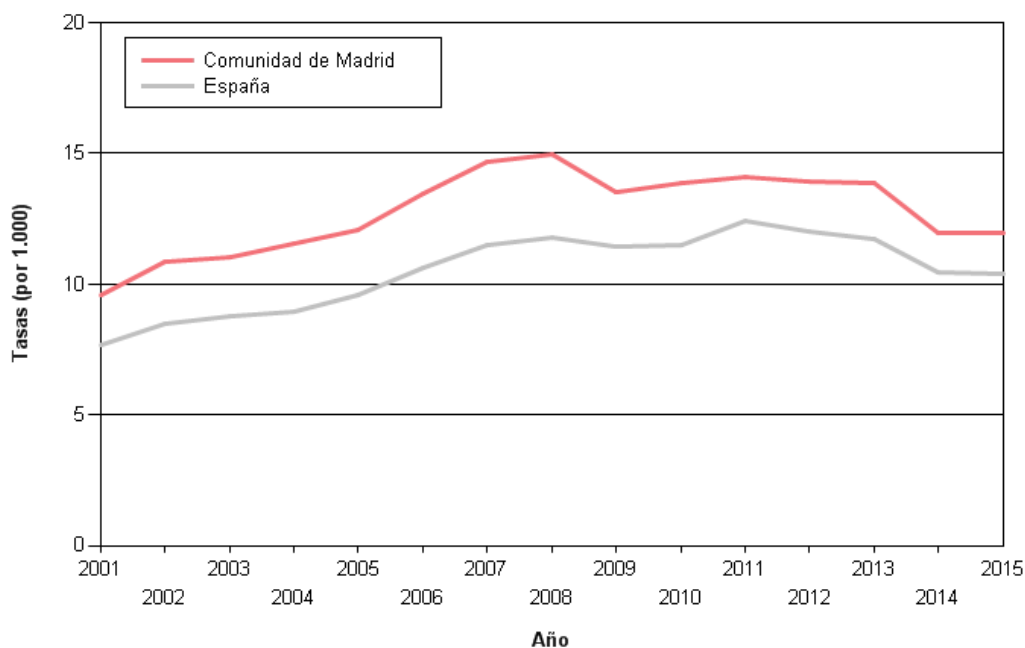


Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

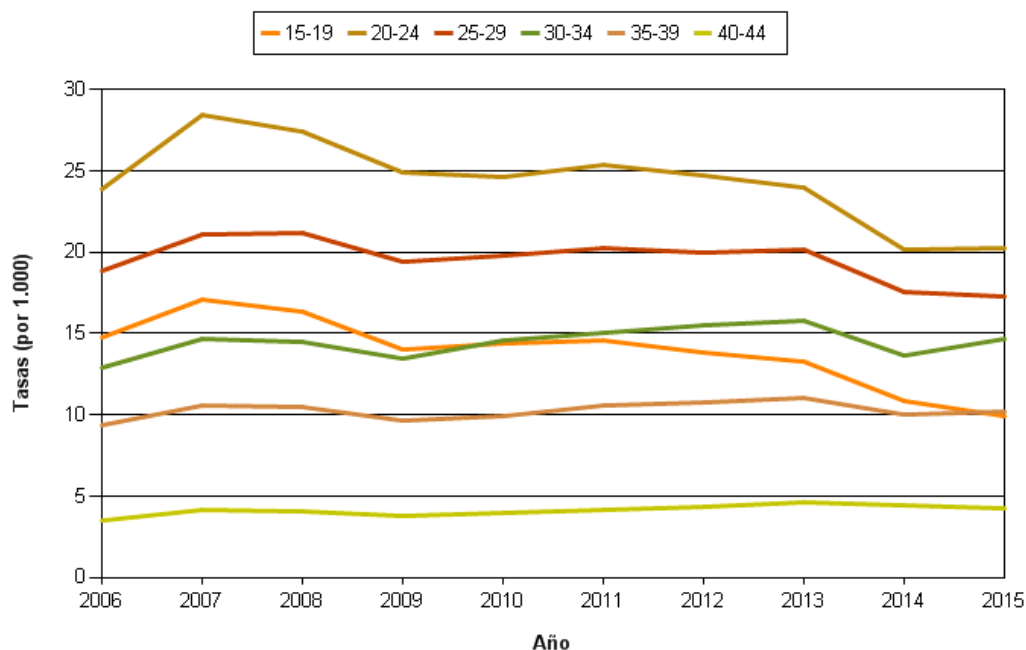
Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alcalá de Henares	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09
Alcobendas	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60
Alcorcón	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85
Fuenlabrada	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48
Getafe	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43
Leganés	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17
Madrid	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70
Móstoles	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71
Parla	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37
Torrejón de Ardoz	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65
Resto CM	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85
Total CM	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54	13,80	14,09	13,92	13,89	11,98	11,96

Si analizamos la evolución por edades, observamos que en los grupos más jóvenes la tendencia desde 2007 es claramente descendente, mientras que en los de más edad la tendencia es estable (Figura 4.26).

Figura 4.26. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años, por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2015.

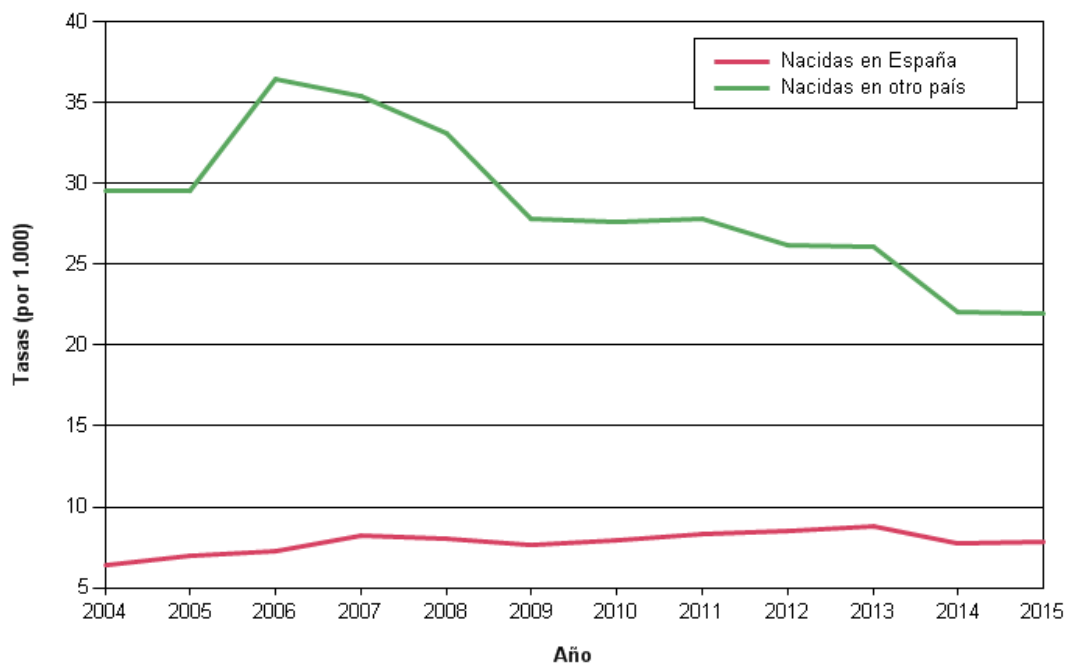
Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Si analizamos la evolución de las tasas por lugar de origen, observamos que en las mujeres foráneas la tasa ha venido descendiendo de forma más o menos constante desde 2006 hasta la actualidad. Para las mujeres autóctonas la tendencia se ha mantenido estable, con algunas variaciones, desde 2006 (Figura 4.27).

Figura 4.27. IVE en mujeres nacidas en España y otro país. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid, 2004-2015.

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



En la [Tabla 4.9](#) y [Tabla 4.10](#) se presentan las características principales de las mujeres a las que se realizó una IVE, diferenciando por país de origen. Puede destacarse, entre otros hechos, que en 2015 entre las mujeres foráneas había más mujeres con hijos que entre las nacidas en España (66,3% vs. 44,8%) y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (50,4% vs. 32,0%).

El 84,4% de las 16.089 mujeres a las que se les realizó una IVE en 2015 se acogió al primer supuesto de la vigente ley: "a petición de la mujer" (<15 semanas). El 3,7% de los abortos fueron motivados por anomalías fetales.

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid, 2015.

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

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Grupos de Edad	10-14	39	0,5	15	0,2	54	0,3
	15-19	711	9,4	680	7,9	1.391	8,6
	20-24	1.538	20,4	1.672	19,5	3.210	20,0
	25-29	1.529	20,3	1.888	22,1	3.417	21,2
	30-34	1.531	20,3	2.125	24,8	3.656	22,7
	35-39	1.473	19,6	1.537	18,0	3.010	18,7
	40-44	645	8,6	588	6,9	1.233	7,7
	45 o más	62	0,8	56	0,7	118	0,7
Convivencia	Sola	1.216	16,2	1.676	19,6	2.892	18,0
	En pareja	3.440	45,7	4.404	51,4	7.844	48,8
	Con familia	2.637	35,0	2.105	24,6	4.742	29,5
	Otras personas	229	3,0	368	4,3	597	3,7
	No Consta	6	0,1	8	0,1	14	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	34	0,5	47	0,5	81	0,5
	Primer grado	611	8,1	714	8,3	1.325	8,2
	ESO y equivalentes	2.403	31,9	3.213	37,5	5.616	34,9
	Bachiller/ciclos FP	2.259	30,0	3.518	41,1	5.777	35,9
	Universitaria	2.216	29,4	1.064	12,4	3.280	20,4
	Inclasificable	5	0,1	5	0,1	10	0,1
Ingresos económicos propios	Si	4.691	62,3	5.623	65,7	10.314	64,1
	No	2.837	37,7	2.938	34,3	5.775	35,9
Procedencia de los ingresos	Pareja	827	29,2	1.174	40,0	2.001	34,6
	Familiares	1.522	53,6	1.206	41,0	2.728	47,2
	Otros	415	14,6	482	16,4	897	15,5
	No consta	73	2,6	76	2,6	149	2,6
	Total (ingresos)	2.837	100,0	2.938	100,0	5.775	100,0

Tabla 4.10. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid, 2015.

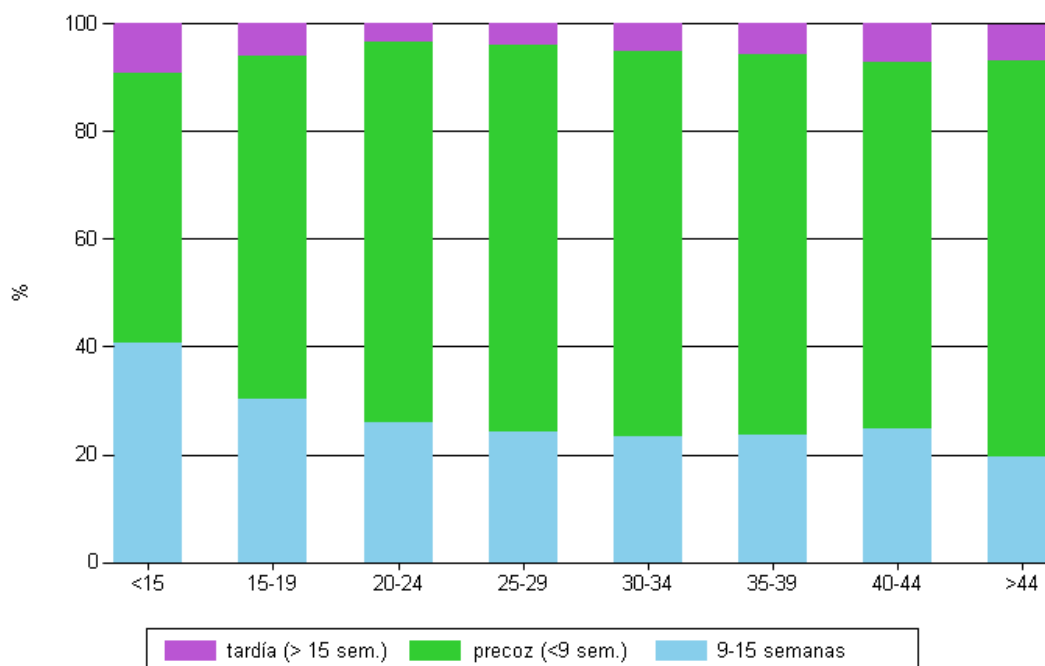
Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		N	%
		N	%	N	%		
Número de hijos vivos	1	1.697	22,5	2.671	31,2	4.368	27,1
	2	1.291	17,1	2.049	23,9	3.340	20,8
	3	294	3,9	699	8,2	993	6,2
	4 o más	101	1,3	254	3,0	355	2,2
	No hijos	4.145	55,1	2.888	33,7	7.033	43,7
Número de IVE previas	1	1.720	22,8	2.745	32,1	4.465	27,8
	2	473	6,3	1.049	12,3	1.522	9,5
	3	137	1,8	345	4,0	482	3,0
	4 o más	82	1,1	174	2,0	256	1,6
	Ninguna	5.116	68,0	4.248	49,6	9.364	58,2
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	1	424	17,6	783	18,2	1.207	17,9
	2	297	12,3	617	14,3	914	13,6
	3	226	9,4	507	11,8	733	10,9
	4	191	7,9	372	8,6	563	8,4
	En el mismo año	378	15,7	643	14,9	1.021	15,2
	Más de 5	738	30,6	1.068	24,8	1.806	26,9
Total		7.528		8.561		16.089	

El 70,2% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación (aborto precoz), cifra que va en aumento en los últimos años, y un 5% después de la semana 15 (aborto tardío) (Figura 4.28).

Figura 4.28. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, 2015.

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



El 44,2% de las mujeres obtuvo la información para acceder a la IVE fuera de circuitos sanitarios. Del total de mujeres el 44,2% recibió la información en un centro sanitario público.

Respecto a la financiación, el 71,8% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Sólo 5 casos del total de 16.089 fueron informados desde hospitales públicos, el resto de IVE se notificaron desde las 7 clínicas privadas autorizadas para esta práctica.

4.5. Conclusiones

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria cada año, en los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 34 años, se ha situado en torno al 72-74% y 62-67% respectivamente, habiendo aumentado éste último progresivamente (66,9% en 2015). Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15 a 34 años y la población extranjera acude menos en general, pero sobre todo en el grupo de 5 a 14 años.

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

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,4% de chicos de 15 a 16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 41,5% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género se han postulado como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

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

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el 20,3% de los hombres y el 11,3% de las mujeres de 15 a 16 años presentaron en 2015 sobrepeso u obesidad, habiendo aumentado tal porcentaje en mujeres desde 1996 un 91,7%.

La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso. Un 29,6% de las chicas de 15 a 16 años realizaron en 2015, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 11,7% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24 horas, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 21,5% de los jóvenes entre 15 y 16 años eran fumadores habituales en 2015. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido desde 1996 el 72,2% en chicos y el 73,0% en chicas. Igualmente ha descendido el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (4,7% en 2015), en los que el descenso desde 1996 ha sido del 85,1% en chicos y del 60,4% en chicas. El consumo de drogas ilegales en jóvenes durante la última década ha descendido o muestra una tendencia mantenida (cocaína y tranquilizantes sin receta).

La tasa de IVE en 2015 en mujeres madrileñas en edad fértil (15 a 44 años) fue de 11,96 por mil, superior a la española en 2014: 10,46 por mil. El 50,9% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2015 eran extranjeras. En las mujeres foráneas la tasa de IVE ha venido descendiendo de forma más o menos constante desde 2006 hasta 2015, mientras que en las mujeres autóctonas la tendencia se ha mantenido estable, con algunas variaciones, desde 2006. En las mujeres extranjeras es más frecuente la repetición de una IVE. Para el 44,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

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

Objetivo 5

Envejecer en buena salud

5

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

5.1. Aspectos demográficos

5.2. Mortalidad

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

5.4. Morbilidad hospitalaria

5.5. Conclusiones

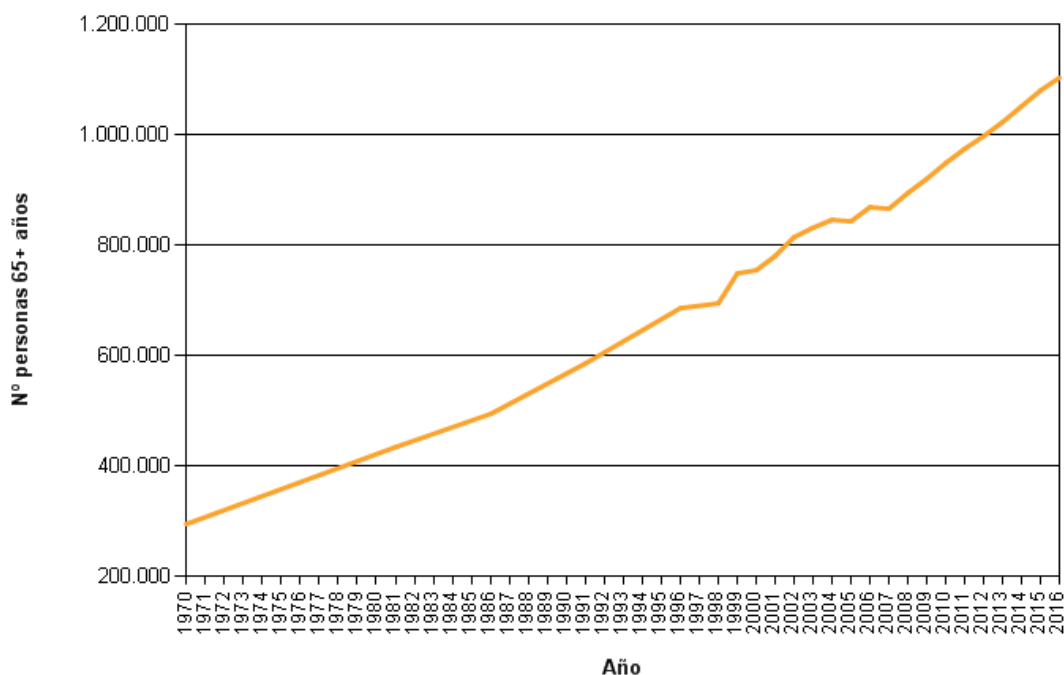
5.1. Aspectos demográficos

La Comunidad de Madrid se cuenta entre las poblaciones con alta esperanza de vida y baja fecundidad, y por tanto entre aquellas que conocemos como envejecidas. Sin embargo, no es de las que presenta unos mayores indicadores de envejecimiento entre las distintas Comunidades Autónomas. De acuerdo con las cifras del Padrón Continuo a primero de enero de 2016 la proporción de personas de 65 y más años de edad sobre el total de la población es en Madrid del 17,1%, por debajo de la media del conjunto de España (18,6%) y mucho menor que las Comunidades Autónomas con mayor proporción (Castilla y León y Asturias, con 24,4%) y que la provincia más envejecida (Ourense, 30,7%). Con menor proporción que Madrid sólo se encuentran, en 2016, las Comunidades de Andalucía (16,3%), Baleares (15,2%) y Murcia y Canarias (15,1%).

El número de personas de 65 y más años ha tendido a aumentar de manera significativa a lo largo del siglo XX, y especialmente desde 1970 (Figura 5.1). La relativa falta de regularidad en este incremento observada en la serie en los años 1996-2007 es debida a la entrada en este gran grupo de edad de las generaciones correspondientes a los años situados en torno a la Guerra Civil, cuyas variaciones en el tamaño de las cohortes de nacimientos afectan a la cifra global anual de personas de 65 y más años. Así, en los años siguientes la tendencia recobra su línea ascendente, a medida que se han ido incorporando a este grupo las generaciones nacidas a partir de mediados de los años cuarenta del siglo XX. En 2013 se cruzó el umbral del millón de personas de 65 y más años de edad.

Figura 5.1. Evolución del número de personas de 65 y más años de edad. Comunidad de Madrid, 1970-2016.

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

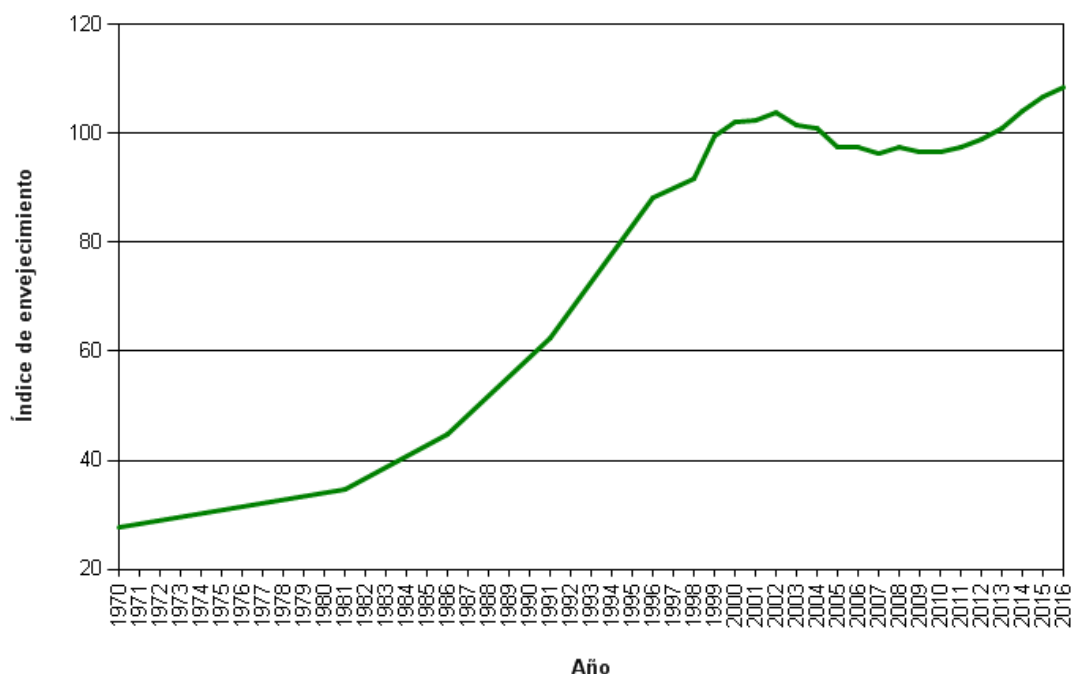


Esta misma razón explica, en parte, la evolución reciente del índice de Envejecimiento (proporción de personas de 65 y más años de edad sobre menores de 15) de la población madrileña (Figura 5.2). Sin embargo, en este indicador participa también de manera determinante la evolución de la fecundidad. De ahí que se produjera una inflexión al alza a partir de 1980, cuando el descenso del número de nacimientos se hizo más intenso, y también que hacia el cambio de siglo se atenúe la pendiente e incluso, en los años siguientes, el índice tienda a disminuir ligeramente. En este caso, es el aumento del número de nacimientos, proporcionalmente mayor al incremento de la cantidad de personas mayores, el que explica esta evolución. Como era de esperar, en los últimos años la llegada a esas edades de generaciones más llenas y con mayor nivel de supervivencia, así como la caída en los nacimientos desde 2009, han provocado un repunte del índice de envejecimiento. El intenso aporte migratorio a principios de este siglo, que fue un factor doblemente rejuvenecedor, o al menos atenuador del envejecimiento, de la sociedad madrileña por tratarse mayoritariamente de adultos jóvenes, y por traer consigo su potencial reproductivo, que se traduce en un aumento del número de nacimientos, podría acabar siendo a medio

plazo un factor de intensificación del envejecimiento, en la medida en que, alcanzadas las edades de jubilación, sigan residiendo en la Comunidad de Madrid.

Figura 5.2. Evolución de la proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad (índice de envejecimiento). Comunidad de Madrid, 1970-2016.

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



La población de mujeres presenta indicadores con mayor nivel de envejecimiento que los hombres. En 2016, el 19,2% de las mujeres tenía 65 o más años de edad, por un 14,7% de los hombres, y el Índice de envejecimiento de las primeras era de 130,6%, por un 87,6% en los segundos. Estas diferencias por sexo se aprecian también entre las distintas Direcciones Asistenciales, con variaciones notables entre ellas (Tabla 5.1). La Dirección Asistencial Centro es la más envejecida (Índice de Envejecimiento de 168,6% (Figura 5.3), con un 22,0% de la población con 65 o más años (Figura 5.4), y un índice de dependencia de mayores del 33,9% (Figura 5.5), siendo las DA Sur y Oeste las más jóvenes. La Dirección Asistencial con mayor nivel de sobre-envejecimiento (aquella donde el grupo de personas mayores está más envejecido) es también la Centro, donde 18,4 de cada 100 personas del grupo 65+ tienen 85 o más años de edad (Figura 5.6). Las diferencias en el grado de envejecimiento se incrementan al estimarlo por Zonas Básicas. En términos generales se aprecia un patrón de alto envejecimiento en las zonas rurales más alejadas de la corona metropolitana, y también en determinadas zonas urbanas del municipio de Madrid (Figura 5.7, Figura 5.8, Figura 5.9, Figura 5.10).

Tabla 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2016.

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

DA	%Población 65 y más		%Población 85 y más		%Población (P85+/P65+)		Índice de Dependencia de Mayores (P65+/P15-64)		Índice de Envejecimiento (P65+/P0-14)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Centro	18,3	25,1	2,7	5,2	14,6	20,7	27,2	39,9	126,4	212,3
Norte	14,3	18,0	1,7	3,3	11,6	18,5	21,0	27,0	80,5	115,6
Este	15,0	19,3	1,7	3,4	11,5	17,4	22,0	29,4	87,9	130,9
Sureste	14,0	18,6	1,7	3,5	12,4	18,6	20,1	27,8	85,5	129,5
Sur	13,7	16,6	1,1	2,2	7,7	13,4	20,1	25,1	74,0	97,9
Oeste	13,6	16,2	1,1	2,3	7,9	14,3	19,7	23,8	79,3	102,6
Noroeste	13,1	17,3	1,5	3,4	11,7	20,0	18,8	25,6	75,9	112,5
CM	14,7	19,2	1,7	3,5	11,6	18,2	21,5	29,0	87,6	130,6

Figura 5.3. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

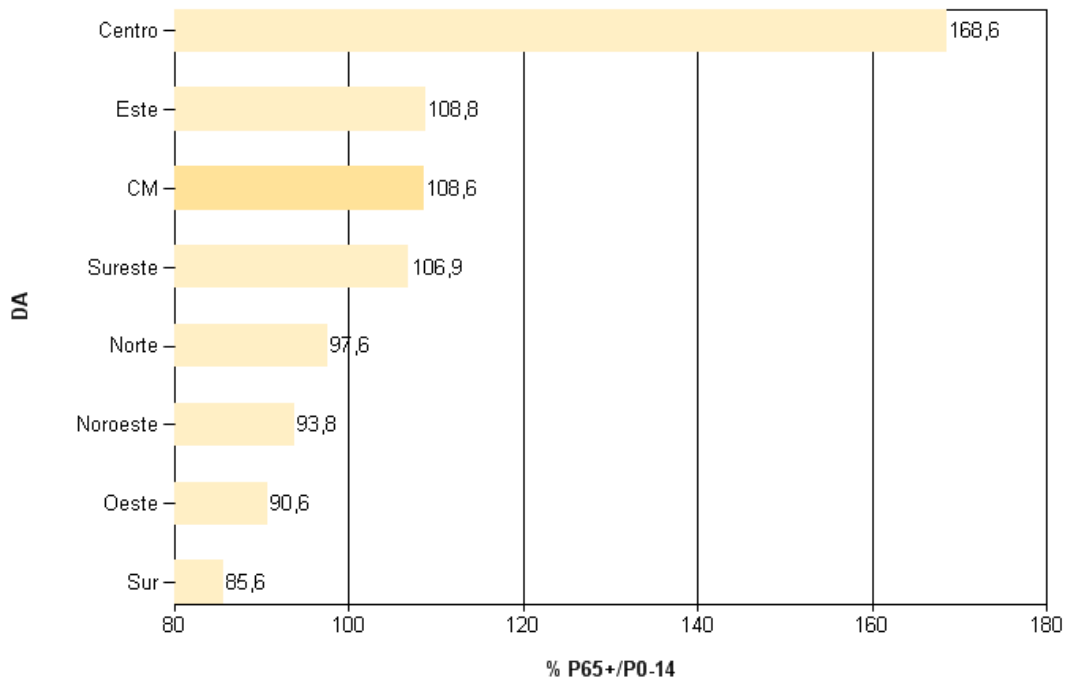


Figura 5.4. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

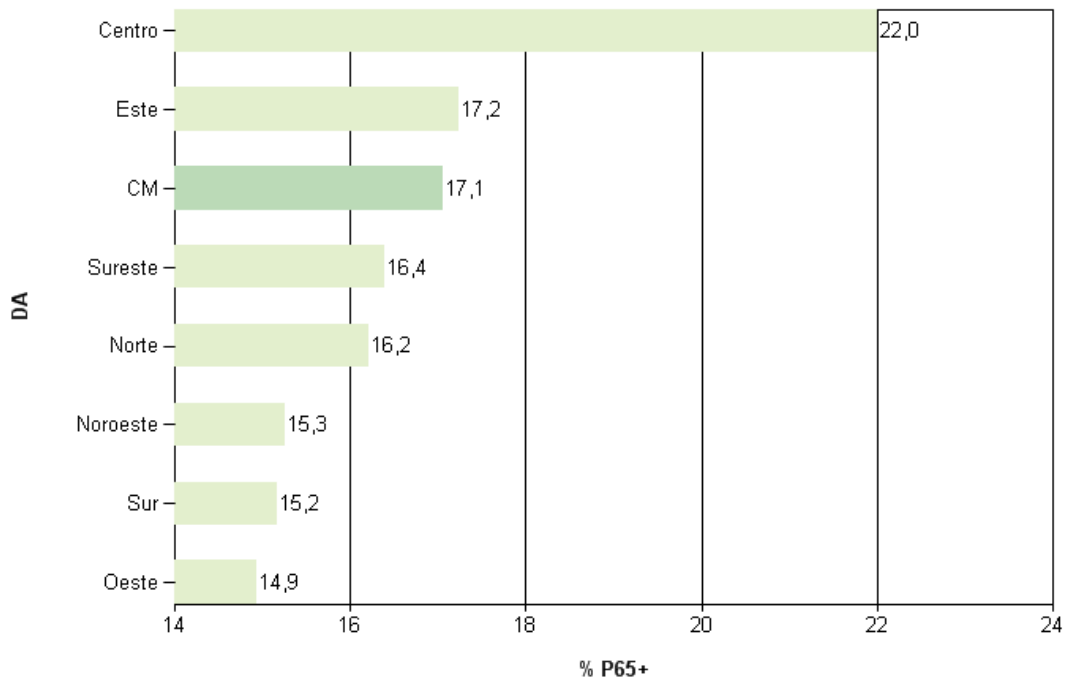


Figura 5.5. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

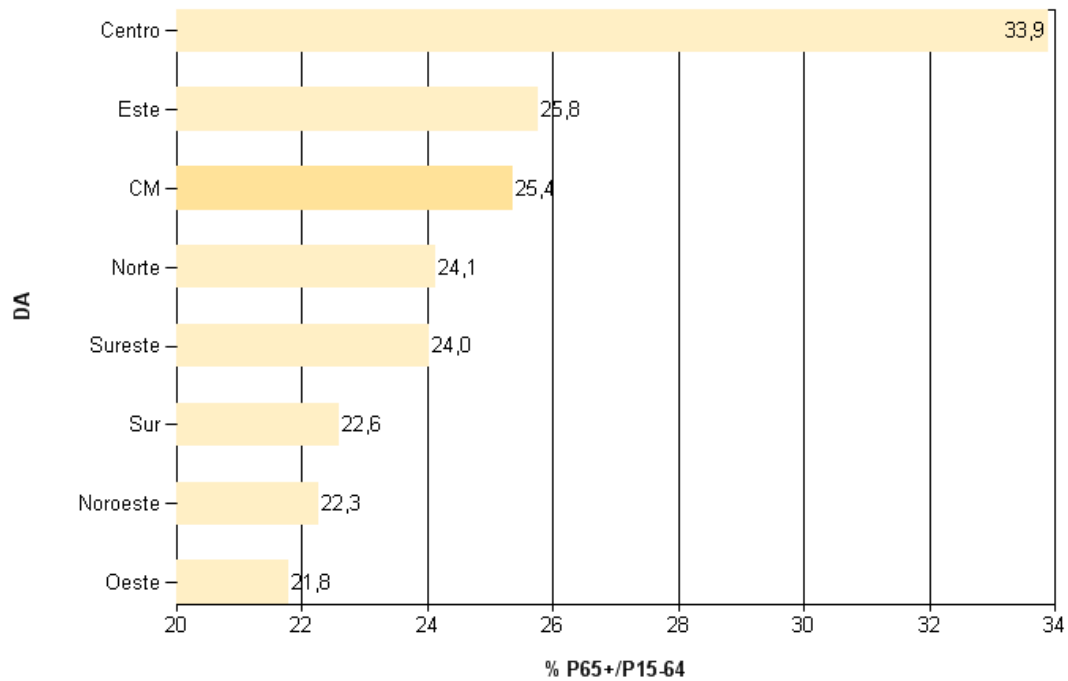


Figura 5.6. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid, 2016.

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

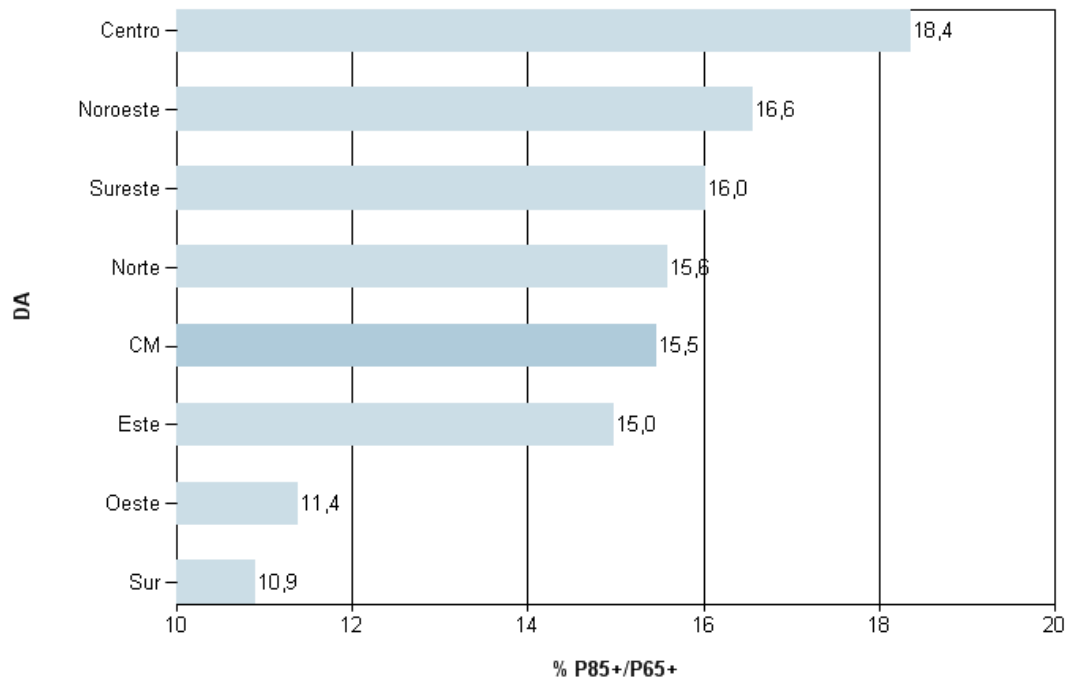


Figura 5.7. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre la población de 0 a 14 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2016.

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

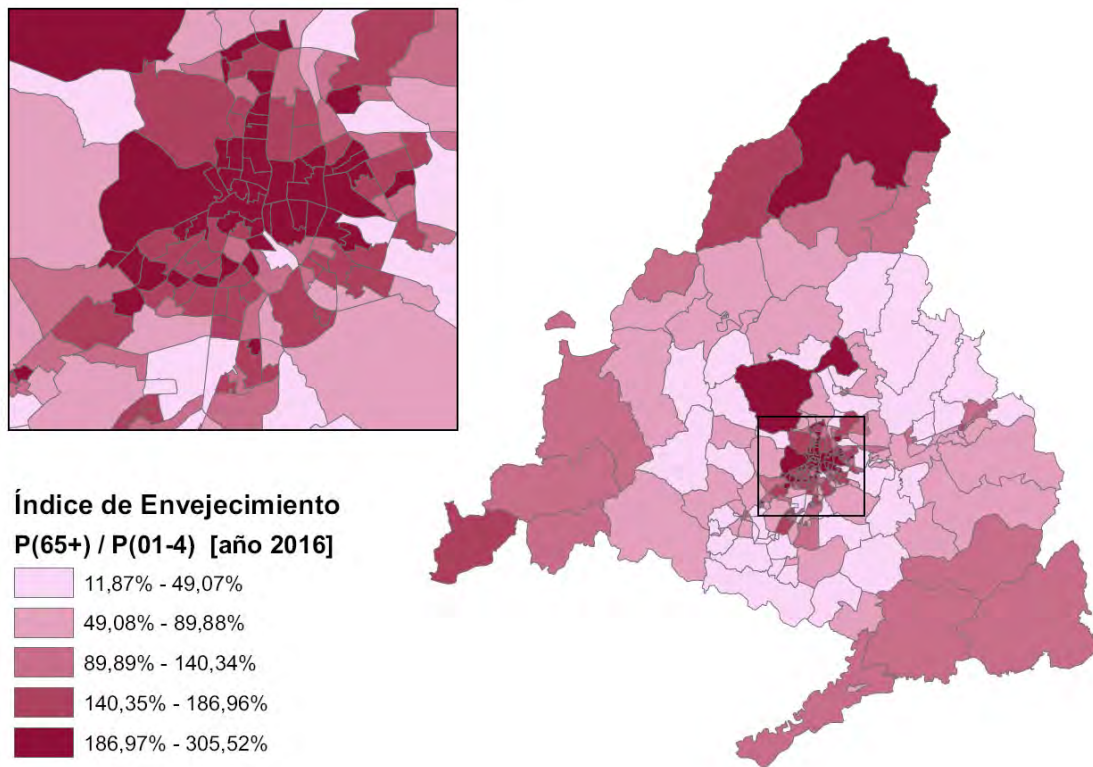


Figura 5.8. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2016.

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

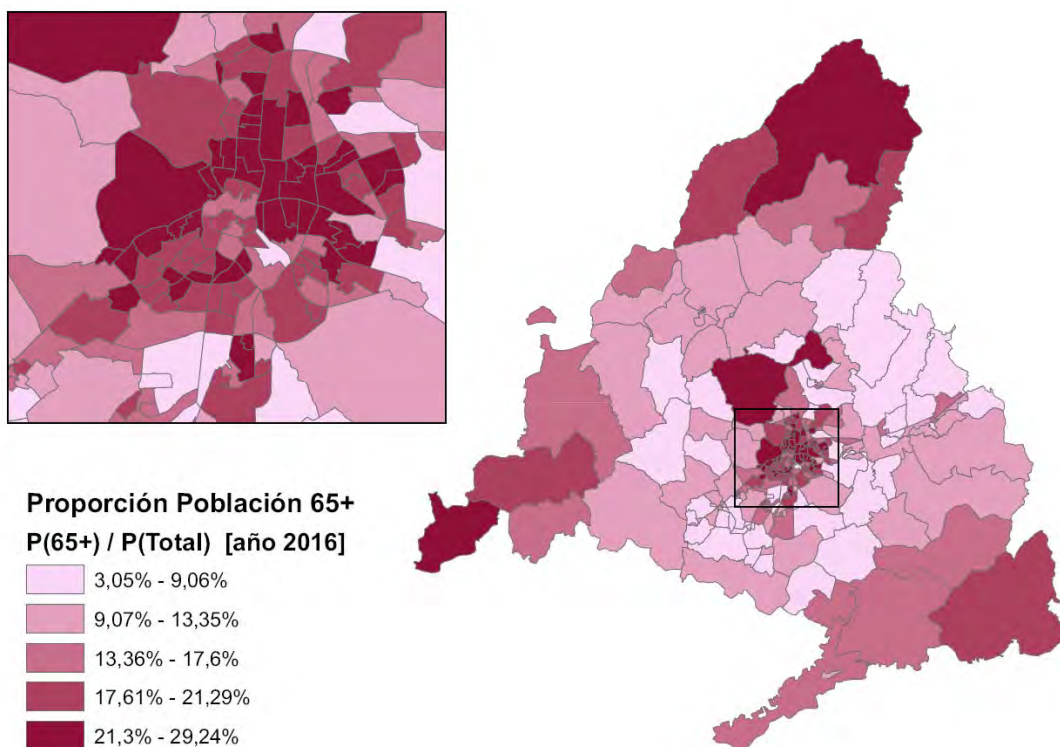


Figura 5.9. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2016.

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

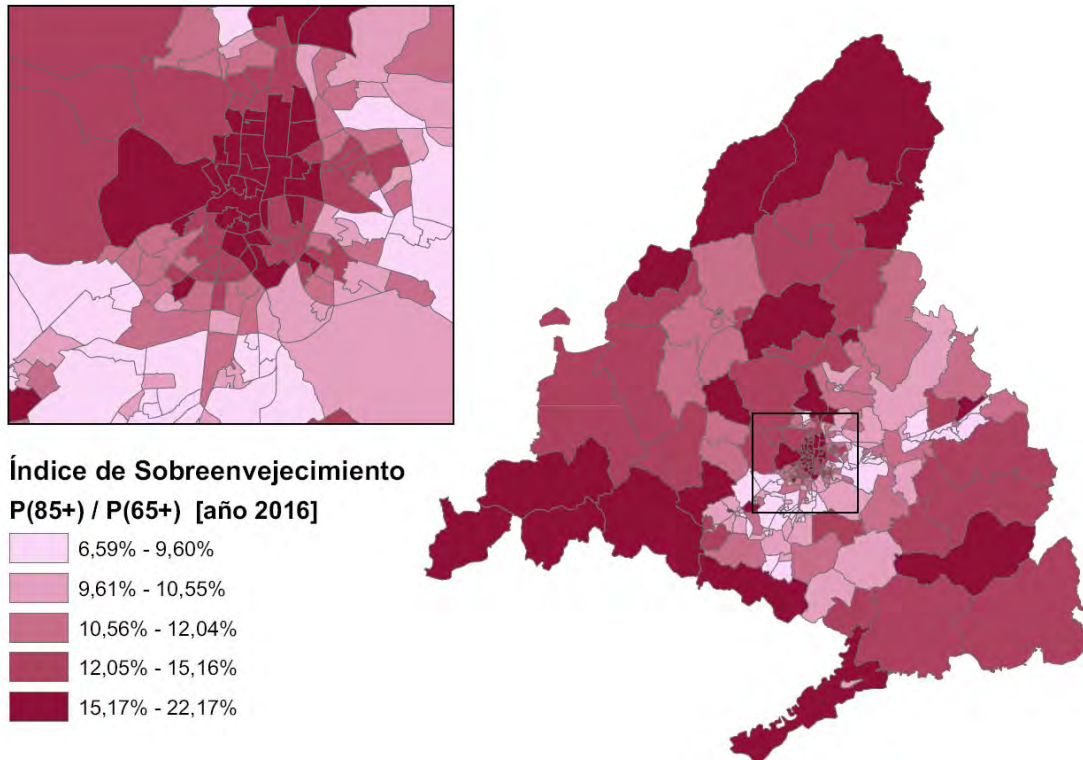
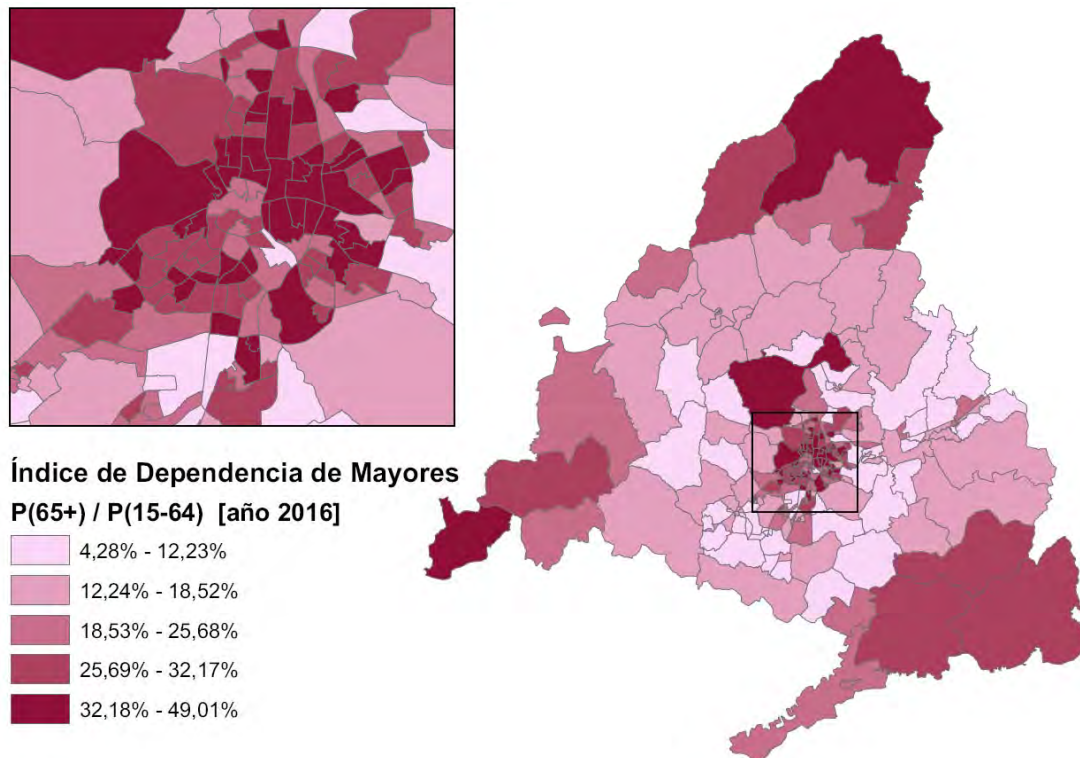


Figura 5.10. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2016.

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



5.2. Mortalidad

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (85,4% del total) ocurridas en 2015 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (89,8%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (80,8%). En términos generales, la concentración de defunciones por encima de los 65 años se cumple para casi todas las causas de defunción. Más allá de las salvedades propias de aquellas causas vinculadas por definición a edades más tempranas (afecciones del periodo perinatal, anomalías congénitas, causas maternas), sólo las causas externas (especialmente en hombres), las enfermedades infecciosas y las mal definidas (de nuevo especialmente entre los varones) tienen un peso relativo importante por debajo de los 65 años de edad (Tabla 5.2).

Tabla 5.2. Indicadores de mortalidad en población de 65 y más años de edad, según sexo y gran grupo de causas de defunción (CIE-10). Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIE-10	Hombres			Mujeres		
	Defunciones*	%**	Tasa***	Defunciones*	%**	Tasa***
I. Infecciosas	335	72,2	74,3	436	89,3	68,1
II. Tumores	5.655	76,2	1.254,0	3.998	74,6	624,3
III. Sangre, inmunidad	67	72,8	14,9	87	87,9	13,6
IV. Endocrinas	459	90,4	101,8	664	96,0	103,7
V. Mentales	578	98,0	128,2	1.303	99,4	203,5
VI. Sist. nervioso	788	86,4	174,7	1.548	94,6	241,7
VII. Ojo						
VIII. Oído						
IX. Circulatorias	4.374	85,7	969,9	6.741	96,1	1.052,6
X. Respiratorias	3.530	94,1	782,8	3.467	96,7	541,4
XI. Digestivas	757	73,4	167,9	938	91,6	146,5
XII. Piel	47	92,2	10,4	124	98,4	19,4
XIII. Osteomusculares	96	84,2	21,3	284	95,0	44,4
XIV. Genitourinarias	562	95,9	124,6	805	97,8	125,7
XV. Maternas						
XVI. Perinatales				1	2,6	0,2
XVII. Congénitas	10	20,8	2,2	11	29,0	1,7
XVIII. Mal definidas	751	61,8	166,5	757	80,6	118,2
XX. Externas	395	47,5	87,6	456	76,5	71,2
Todas las causas	18.404	80,8	4.081,0	21.620	89,8	3.376,0

* Número de defunciones

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

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

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.254,0 por cien mil, en 2015) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.052,6 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña (Tabla 5.2 y Figura 5.11). Las causas específicas con más defunciones en la población de 65 y más años de edad son el cáncer de pulmón en hombres y "Otras enfermedades del aparato respiratorio" en mujeres, superando desde 2011 a las enfermedades cerebrovasculares (Tabla 5.3). En el global de la población "Otras enfermedades del aparato respiratorio" constituye la primera causa específica de muerte. Esta categoría contiene numerosas rúbricas, incluidas el edema pulmonar y las neumonitis por aspiración, pero también códigos inespecíficos, lo que evidencia las dificultades para concretar la causa básica de defunción en personas mayores que padecen múltiples patologías.

Figura 5.11. Principales causas de mortalidad (grandes grupos, CIE-10) en personas de 65 y más años de edad, según sexo. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2015.

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

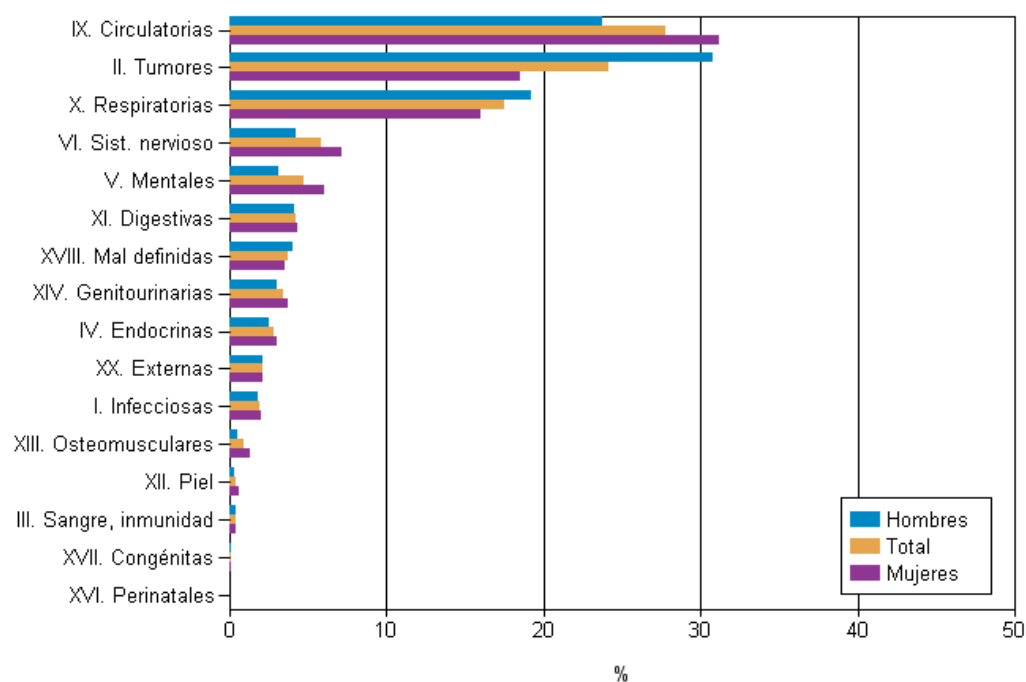


Tabla 5.3. Principales causas específicas de defunción (Lista Reducida, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, según sexo. Tasas de mortalidad por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Hombres	Tasa (por 100 mil)
Tumor mal. tráquea, bronquios y pulmón	312,2
Otras enf. del sistema respiratorio	304,9
Enfer.crónicas vías resp. inferiores	257,2
Enfermedades cerebrovasculares	195,4
Infarto agudo de miocardio	178,5

Mujeres	Tasa (por 100 mil)
Otras enf. del sistema respiratorio	297,6
Enfermedades cerebrovasculares	236,7
Insuficiencia cardíaca	214,6
Trast. mentales orgán. senil y presenil	200,0
Otras enfermedades del corazón	194,6

Total	Tasa (por 100 mil)
Otras enf. del sistema respiratorio	300,6
Enfermedades cerebrovasculares	219,6
Insuficiencia cardíaca	181,5
Otras enfermedades del corazón	178,3
Trast. mentales orgán. senil y presenil	168,3

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

Durante el año 2015 el 96,1% de la población mayor de 64 años con derecho a la asistencia en el sistema sanitario público ha sido atendida en Atención Primaria (Tabla 5.4). Estas cifras han venido incrementándose notablemente en los últimos años y en algunos casos llegan a superar el 100% al considerarse en el numerador todas las personas que han recibido algún apunte en su historia clínica a lo largo del año, independientemente de si se trata de población desplazada temporalmente en la Comunidad de Madrid o si causa baja en la base de Tarjeta Sanitaria en el año, factores que afectan frecuentemente a este grupo de edad. Los porcentajes tienden a ser superiores en las Direcciones Asistenciales Oeste, Sur y Este.

Tabla 5.4. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria mayores de 64 años, según Dirección Asistencial y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

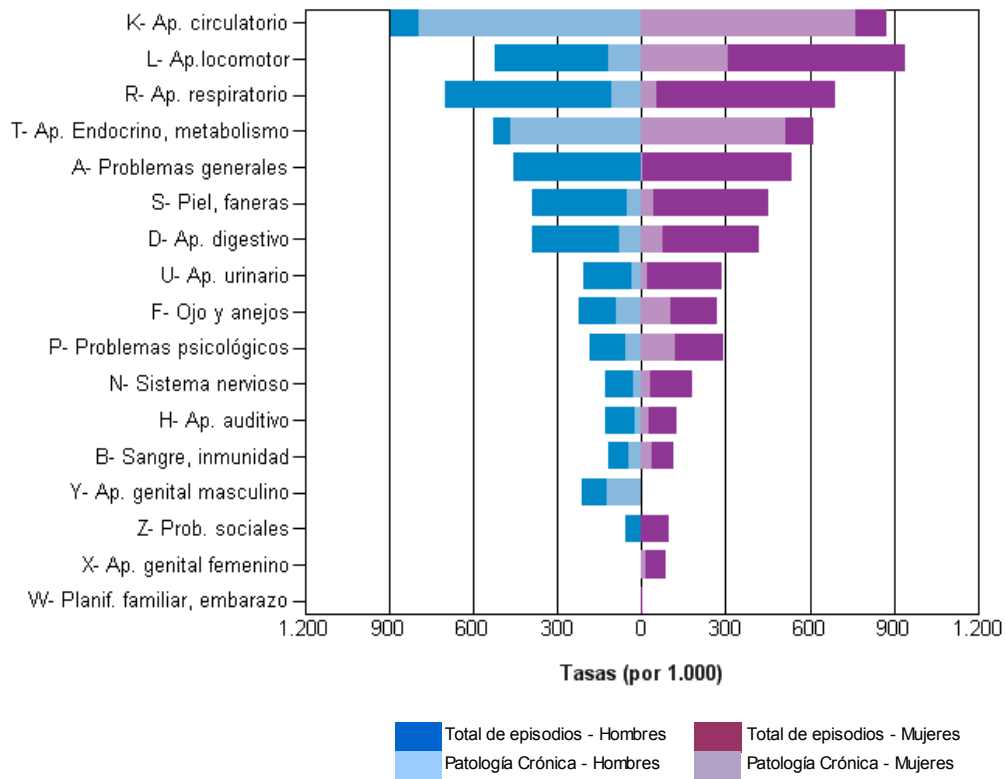
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro	90.894	91,6%	146.245	92,9%	237.139	92,4%
Este	61.993	95,4%	87.908	98,1%	149.901	97,0%
Noroeste	56.889	91,9%	85.554	95,2%	142.443	93,9%
Norte	53.280	93,0%	75.898	96,1%	129.178	94,8%
Oeste	47.764	100,0%	61.580	103,6%	109.344	102,0%
Sur	50.669	100,0%	65.661	102,7%	116.330	101,5%
Sureste	60.153	95,7%	86.914	97,6%	147.067	96,8%
CM	421.642	94,8%	609.760	97,1%	1.031.402	96,1%

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

Figura 5.12. Morbilidad atendida en Atención Primaria en personas de 65 y más años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En concordancia con lo anterior, los episodios de consulta más frecuentes en mayores de 64 años y en ambos sexos son la hipertensión no complicada y la infección respiratoria aguda superior, aunque en mayores de 85 años el código CIAP A13, que expresa la preocupación por la toma de medicamentos y la polimedicación, es la segunda consulta más frecuente (Tabla 5.5 y Tabla 5.6). La diabetes y los trastornos del metabolismo lipídico ocupan el tercer y cuarto puesto en la población de 65-84 años. En pacientes de 85 y más años el tercer puesto lo ocupan las infecciones respiratorias agudas, ocupando la diabetes el cuarto lugar (quinto en mujeres, superada por las infecciones urinarias).

Tabla 5.5. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 a 84 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP - 2	N	Total		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
K86-Hipertensión no complicada	356.045	7,3	1	396,5	1	360,9	1	423,9
R74-Infecç respiratoria aguda superior	302.398	6,2	2	336,8	2	314,8	2	353,7
T90-Diabetes no insulino dependiente	172.330	3,5	3	191,9	3	227,3	4	164,7
T93-Trastornos metabolismo lipídico	172.216	3,5	4	191,8	4	163,1	3	213,9
A13-Miedo al tratamiento	122.703	2,5	5	136,7	5	119,2	5	150,1
L99-Otr enf del aparato locomotor	91.438	1,9	6	101,8	11	65,2	6	130,1
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	84.333	1,7	7	93,9	6	105,2	10	85,3
U71-Cistitis/otras infecç urinarias	74.880	1,5	8	83,4	24	37,5	7	118,7
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	65.718	1,3	9	73,2	10	67,7	11	77,4
L03-Sig/sin lumbares	63.773	1,3	10	71,0	12	63,9	12	76,5
K78-Fibrilación/aleteo auricular	58.216	1,2	11	64,8	8	75,7	19	56,5
L86-Sínd lumb/torác con irrad dolor	56.476	1,2	12	62,9	18	45,9	13	76,0
T86-Hipotiroidismo/mixedema	56.297	1,2	13	62,7	54	21,3	8	94,6
L15-Sig/sin de la rodilla	51.896	1,1	14	57,8	19	45,6	14	67,2
F92-Catarata	50.699	1,0	15	56,5	17	49,8	17	61,6
Total	4.872.804	100		5.426,8		4.905,0		5.828,8

Tabla 5.6. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 85 y más años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

CIAP - 2	N	TOTAL		Hombres		Mujeres		
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
K86-Hipertensión no complicada	79.964	6,8	1	457,0	1	411,2	1	477,5
A13-Miedo al tratamiento	70.268	6,0	2	401,6	2	394,5	2	404,8
R74-Infecç respiratoria aguda superior	53.905	4,6	3	308,1	3	331,3	3	297,8
T90-Diabetes no insulino dependiente	34.448	2,9	4	196,9	4	220,4	5	186,4
U71-Cistitis/otras infecç urinarias	28.623	2,4	5	163,6	9	104,6	4	189,9
K78-Fibrilación/aleteo auricular	26.630	2,3	6	152,2	5	179,6	6	140,0
U04-Incontinencia urinaria	19.737	1,7	7	112,8	18	73,8	7	130,2
L99-Otr enf del aparato locomotor	18.932	1,6	8	108,2	15	81,1	8	120,3
T93-Trastornos metabolismo lipídico	18.568	1,6	9	106,1	10	92,3	9	112,3
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	18.417	1,6	10	105,3	7	110,4	12	103,0
L28-Incap/min del aparato locomotor	17.449	1,5	11	99,7	19	73,6	10	111,4
Z29-Otros problemas sociales	17.080	1,5	12	97,6	17	73,8	11	108,2
P70-Demencia	16.007	1,4	13	91,5	20	70,2	13	101,0
S18-Laceración/herida incisa	15.557	1,3	14	88,9	13	88,7	14	89,0
K87-Hipertensión afectación órg diana	13.767	1,2	15	78,7	12	89,3	16	73,9
Total	1.172.477	100		6.701,5		6.800,8		6.657,2

5.4. Morbilidad hospitalaria

En 2015 la tasa de altas hospitalarias en personas mayores de 64 años fue 414,83 por mil, siendo esta cifra creciente desde 2003, hecho atribuible, al menos en parte, al incremento en la longevidad de la población madrileña en ese periodo.

En la [Tabla 5.7](#) y [Tabla 5.8](#) y la [Figura 5.13](#) y [Figura 5.14](#) se pueden observar las principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de más de 64 años. Las cuatro primeras causas permanecen en orden invariable en el periodo 2003-2015. La principal causa de alta hospitalaria fueron las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, grupo que incluye las intervenciones de cataratas, las cuales presentan un importante peso en él.

La segunda causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio (tercera en hombres). Estas enfermedades son especialmente frecuentes en mayores de 84 años, en los que supone el segundo motivo de alta hospitalaria tras la patología del aparato respiratorio. Dentro de la patología del aparato circulatorio, más de la mitad (54,8%) se agrupa bajo el epígrafe de "Otras enfermedades del aparato circulatorio", siendo la insuficiencia cardíaca y las disritmias cardíacas las patologías más frecuentes en esa categoría, de la que suponen el 48,9% y el 17,9% respectivamente en 2015.

La tercera causa fueron los tumores, que ocupaban el segundo lugar en los hombres, siendo la categoría más frecuente la de "Otros tumores malignos de la piel" (11.358 altas), seguida por los tumores benignos (7.954 altas). Entre los tumores malignos, el segundo lugar tras las neoplasias de piel era ocupado en las mujeres por las neoplasias de mama y en los hombres por las de vejiga.

Tabla 5.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Sistema nervioso y órg. sentidos	42.800	94,91	61.584	96,17	104.422	95,68
Aparato circulatorio	28.829	63,93	30.202	47,16	59.045	54,10
Tumores	31.885	70,70	23.299	36,38	55.201	50,58
Aparato respiratorio	26.422	58,59	23.709	37,02	50.137	45,94
Aparato digestivo	21.638	47,98	19.755	30,85	41.401	37,94
Osteomioarticulares	9.337	20,70	21.323	33,30	30.667	28,10
Aparato genitourinario	15.528	34,43	11.824	18,46	27.354	25,06
Causas externas	9.569	21,22	16.033	25,04	25.607	23,46
Códigos V	6.324	14,02	7.056	11,02	13.385	12,26
Mal definidas	6.417	14,23	5.364	8,38	11.785	10,80
Piel y tejido subcutáneo	4.254	9,43	5.285	8,25	9.543	8,74
Infecciosas	4.688	10,40	4.730	7,39	9.419	8,63
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	3.009	6,67	4.188	6,54	7.197	6,59
Sangre y hematopoyéticas	1.615	3,58	1.854	2,90	3.470	3,18
Trastornos mentales	1.128	2,50	1.923	3,00	3.051	2,80
Total	213.863	474,23	238.758	372,83	452.733	414,83

Tabla 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años según grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Grupos de edad					
	65-74 años		75-84 años		85 y más años	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Sistema nervioso y órg. sentidos	42.425	75,59	47.036	129,50	14.961	89,64
Tumores	26.649	47,48	20.322	55,95	8.230	49,31
Aparato digestivo	18.882	33,64	14.970	41,22	7.549	45,23
Aparato circulatorio	17.944	31,97	23.064	63,50	18.037	108,08
Osteomioarticulares	16.982	30,26	11.192	30,82	2.493	14,94
Aparato respiratorio	11.870	21,15	19.199	52,86	19.068	114,25
Aparato genitourinario	11.414	20,34	9.519	26,21	6.421	38,47
Causas externas	8.135	14,49	9.604	26,44	7.868	47,14
Códigos V	6.515	11,61	4.618	12,71	2.252	13,49
Piel y tejido subcutáneo	4.814	8,58	3.127	8,61	1.602	9,60
Mal definidas	4.730	8,43	4.391	12,09	2.664	15,96
Endocrinas, nutricionales, metabólicas	2.872	5,12	2.443	6,73	1.882	11,28
Infecciosas	2.422	4,32	3.399	9,36	3.598	21,56
Trastornos mentales	1.209	2,15	1.122	3,09	720	4,31
Sangre y hematopoyéticas	1.105	1,97	1.368	3,77	997	5,97
Total	178.498	318,03	175.696	483,75	98.539	590,43

Figura 5.13. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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

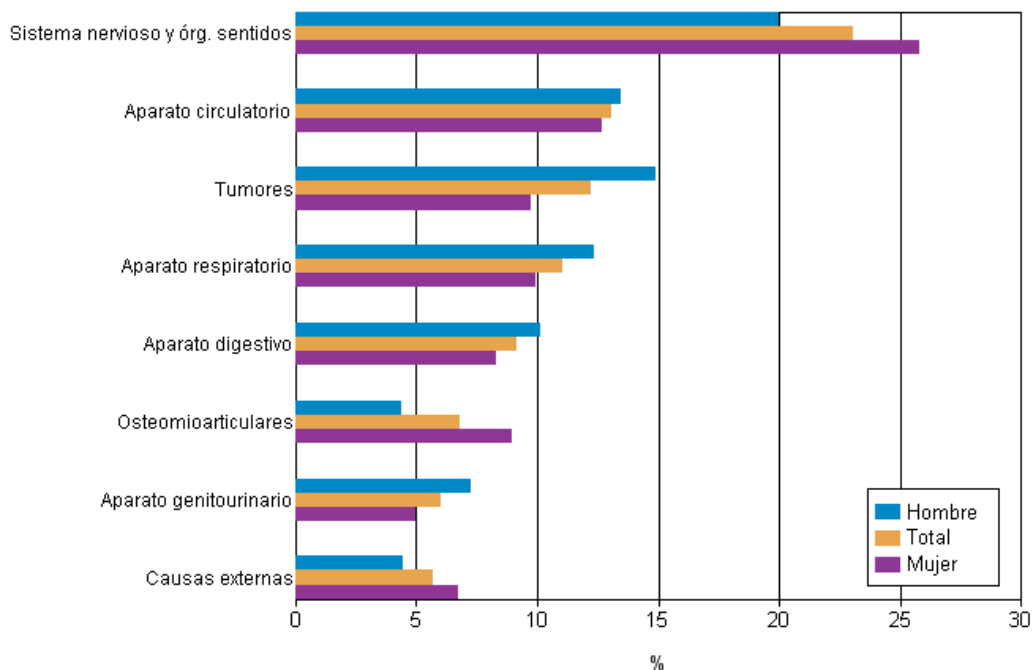
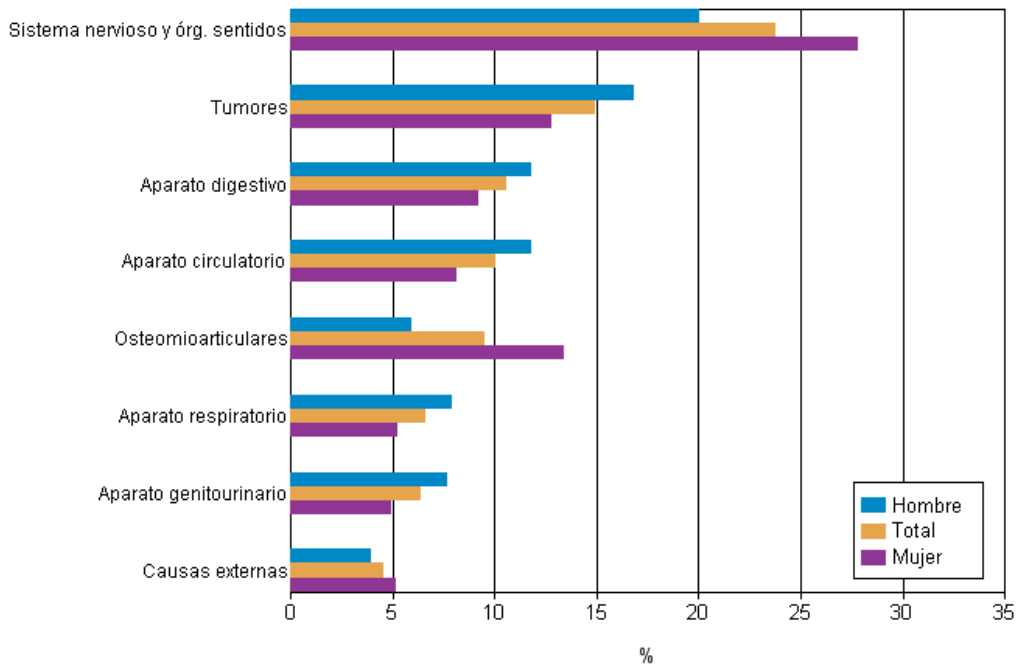


Figura 5.14. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2015.

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

65 a 74 años



75 a 84 años

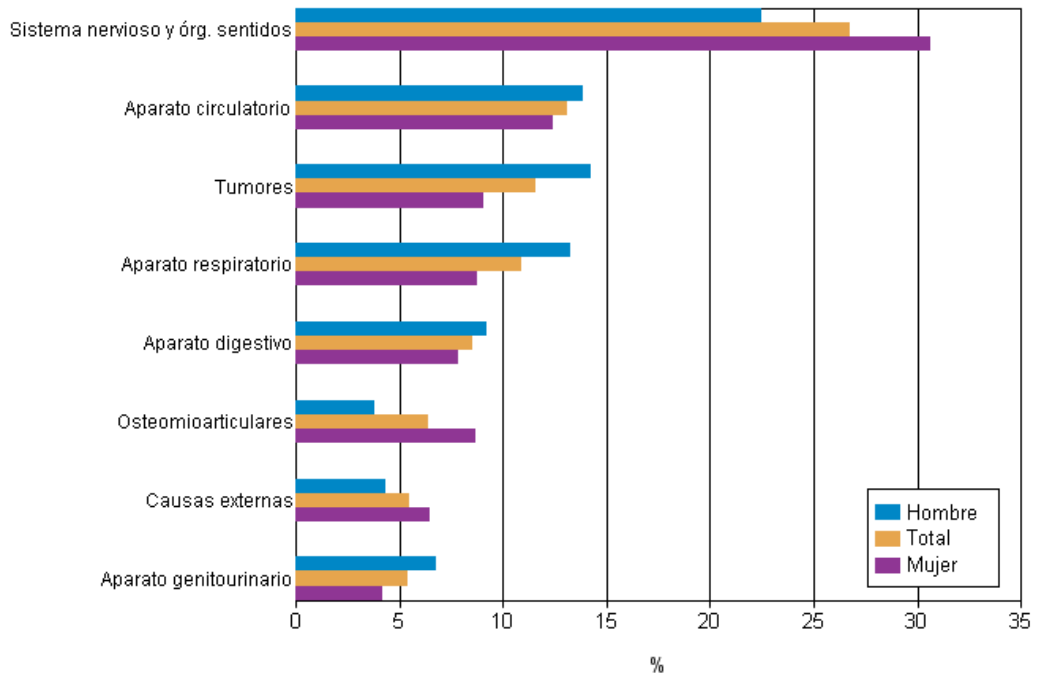
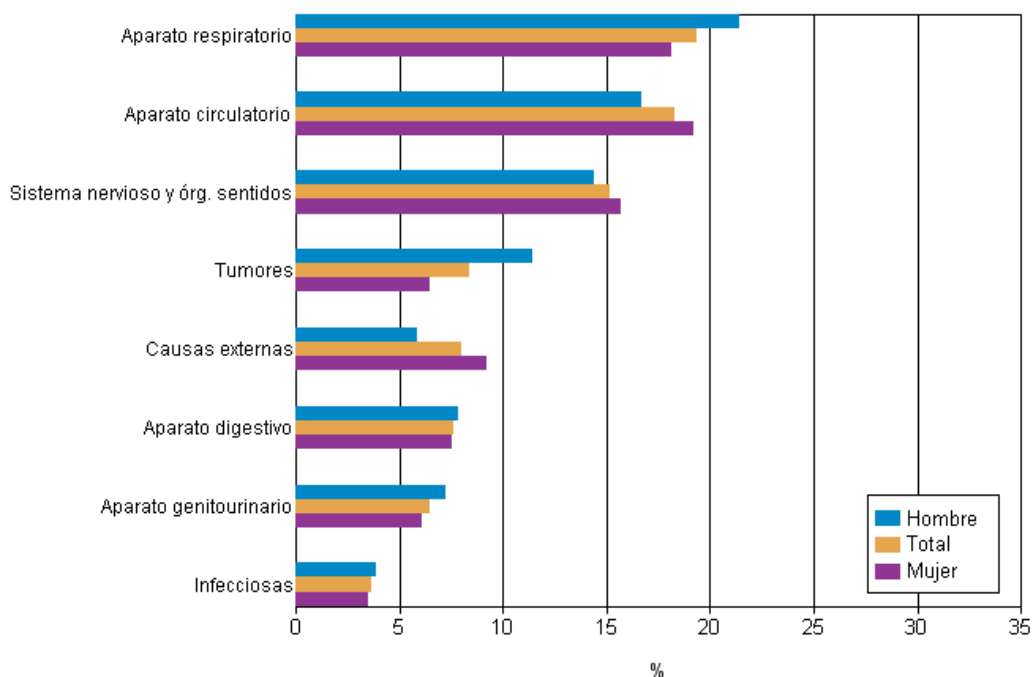


Figura 5.14 (continuación). Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.

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

85 y más años



5.5. Conclusiones

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con cerca el 17% de su población por encima de los 64 años en 2016, y diferencias importantes según las zonas geográficas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (85,4% del total) ocurridas en 2015 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (89,8%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (80,8%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.254,0 por cien mil en 2015) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.052,6 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

En 2015 un 96,1% de la población madrileña de más de 64 años con derecho a asistencia sanitaria pública fue atendida en las consultas de Atención Primaria. La patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, constituye el motivo principal de consulta en Atención Primaria en hombres (hipertensión arterial no complicada especialmente), mientras que las patologías del aparato locomotor, sobre todo agudas, son la primera consulta en mujeres.

Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 53,9% en el periodo 2003-2015. Parte de ese aumento puede deberse al aumento de longevidad en ese periodo. Dada no obstante la magnitud del incremento, conviene profundizar en el estudio del mismo. La patología del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (incluye intervenciones por cataratas) fue la primera causa de alta hospitalaria en ambos sexos y la patología del aparato circulatorio en mujeres y los tumores en hombres fueron la segunda causa.

Objetivo 6

Mejorar la salud mental

6

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

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

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

6.3. Conclusiones

6.1. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

6.1.1. Indicadores generales

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

Tabla 6.1. Trastornos mentales. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	590	1.311	1.901
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,1	39,0	29,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,8	0,5	0,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,8	12,4	12,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	263,6	259,1	261,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,08	-0,18	-0,13
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	82.617	112.294	194.911
Años Vividos con Discapacidad. CM.	76.040	104.098	180.137
Años de Vida Perdidos. CM.	6.578	8.196	14.773

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

Tabla 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema nervioso. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	912	1.636	2.548
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	29,5	48,7	39,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,3	5,0	6,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	20,1	19,0	19,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	2.383,9	2.898,1	2.652,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,06	-0,11	-0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	82.617	112.294	194.911
Años Vividos con Discapacidad. CM.	76.040	104.098	180.137
Años de Vida Perdidos. CM.	6.578	8.196	14.773

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

6.1.2. Mortalidad

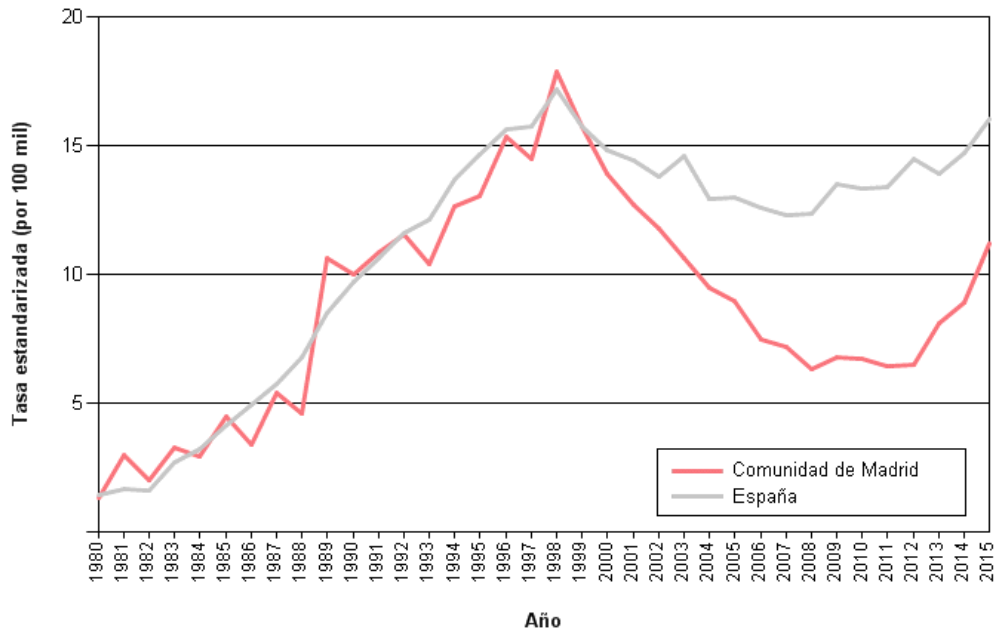
En el año 2015 hubo 1.901 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (590 en hombres y 1.311 en mujeres), con una tasa bruta de 29,5 muertes por cien mil personas (19,1 y 39,0 para hombres y mujeres respectivamente) (Tabla 6.1), lo que supone duplicar las cifras registradas en 2012, apenas tres años antes. La práctica totalidad de estos fallecimientos corresponden a la rúbrica Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil en personas mayores de 65 años, con especial representación de los mayores de 85 años. Por su parte, las muertes atribuidas a enfermedades del sistema nervioso en el año 2015 fueron 2.548 (Tabla 6.2), de las cuales dos de cada tres correspondían a mujeres. Su reparto por edad es similar al de los trastornos mentales, aunque menos concentrado en los muy ancianos.

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

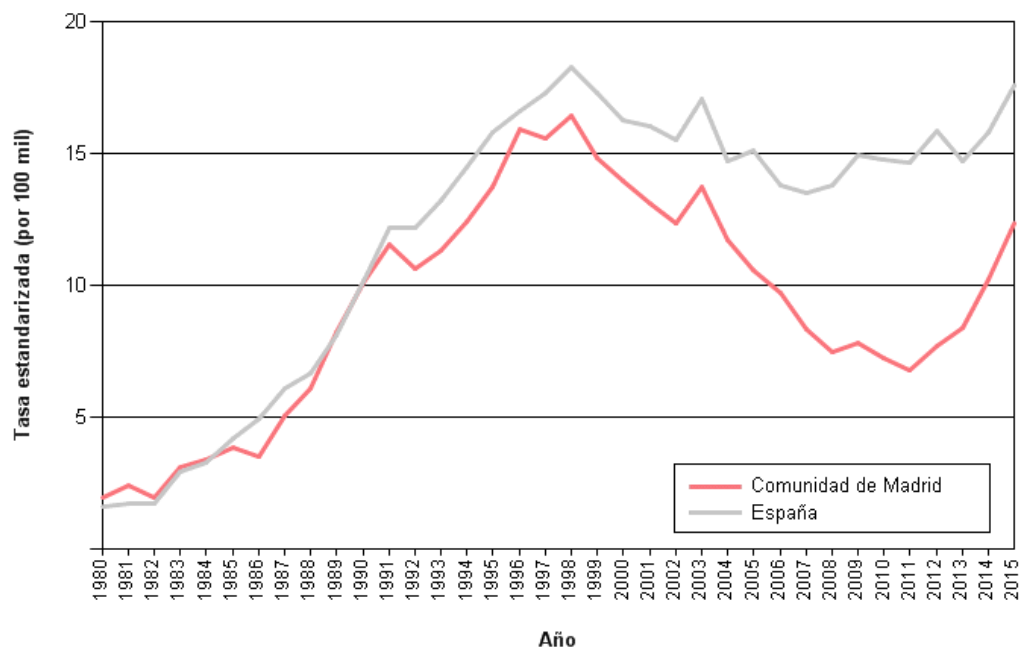
Figura 6.1. Trastornos mentales. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



Mujeres

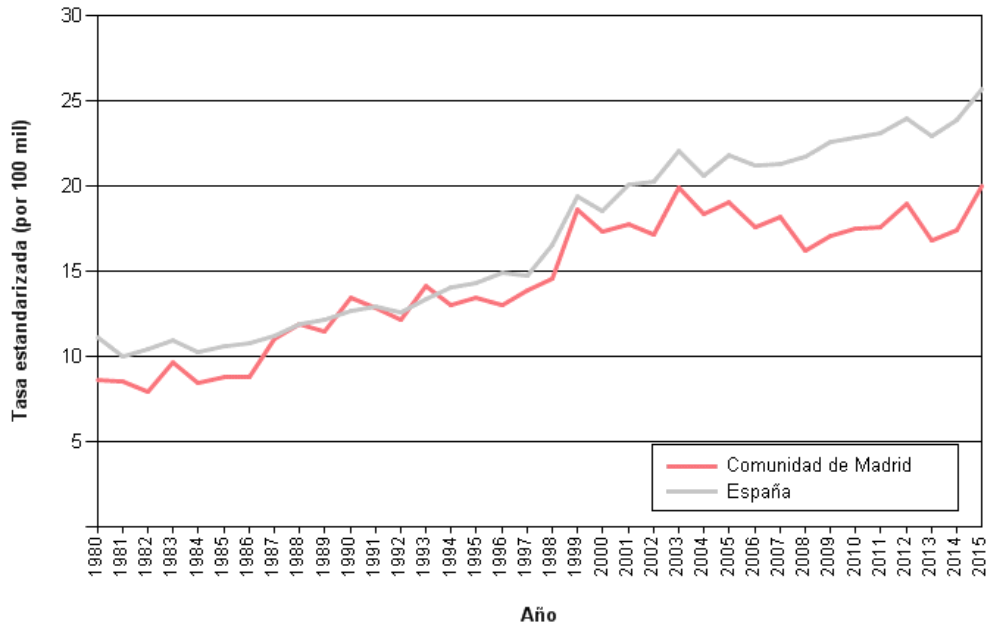


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

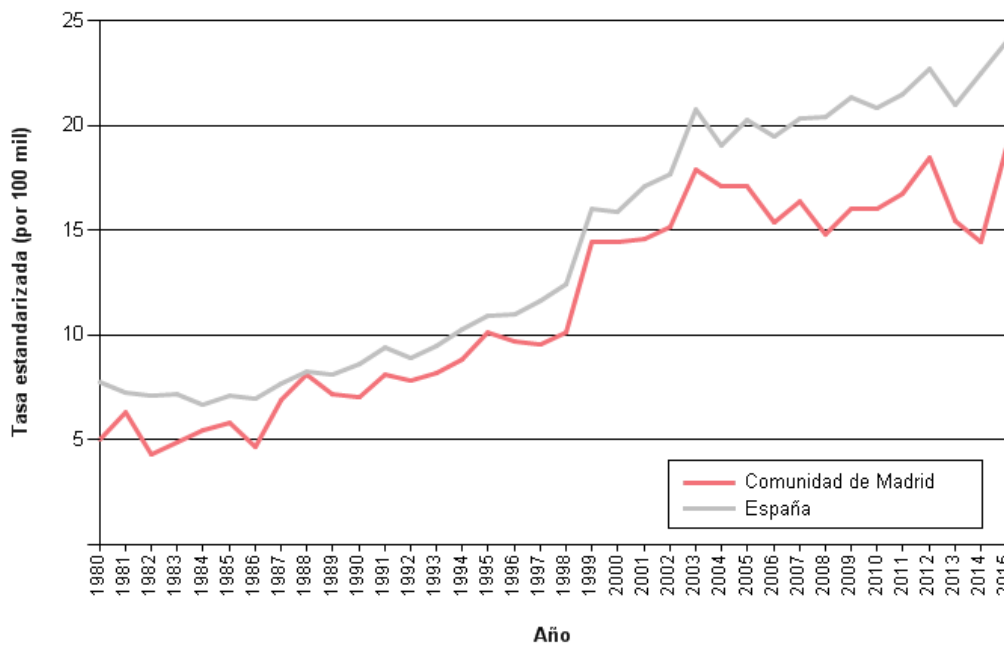
Figura 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



Mujeres

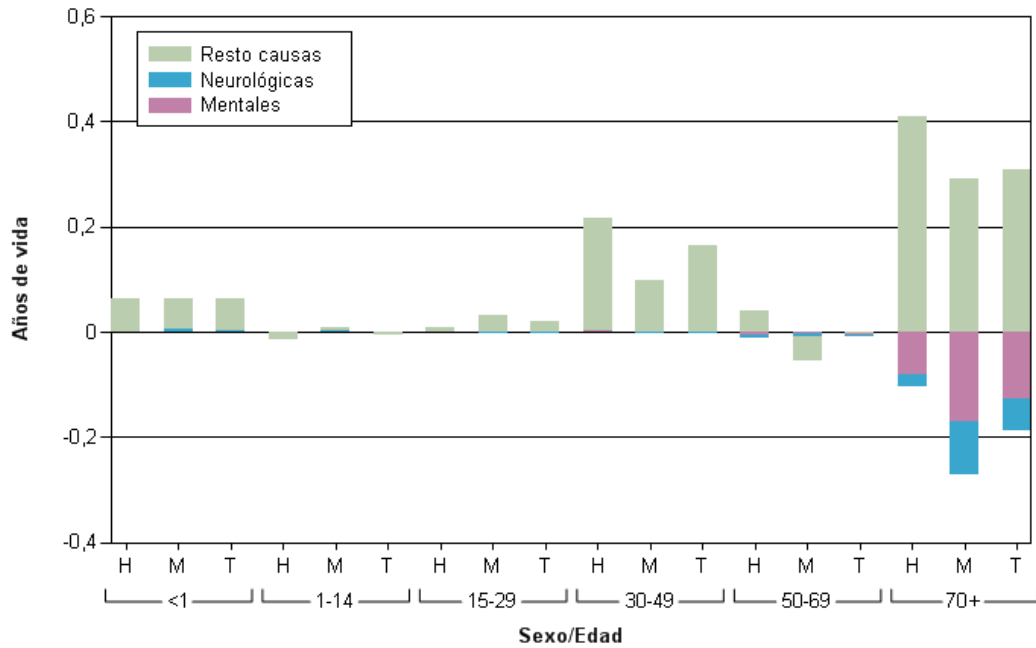


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

El reciente aumento de las tasas de mortalidad por trastornos mentales se traduce en una pérdida de la esperanza de vida en el último quinquenio (2010-2015), mayor en las mujeres que en los hombres y centrada en el grupo de personas mayores (Figura 6.3). En el grupo de enfermedades del sistema nervioso se aprecia también una contribución negativa a la evolución de la esperanza de vida en ese mismo periodo, aunque menor que el observado en las enfermedades mentales.

Figura 6.3. Contribución de los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

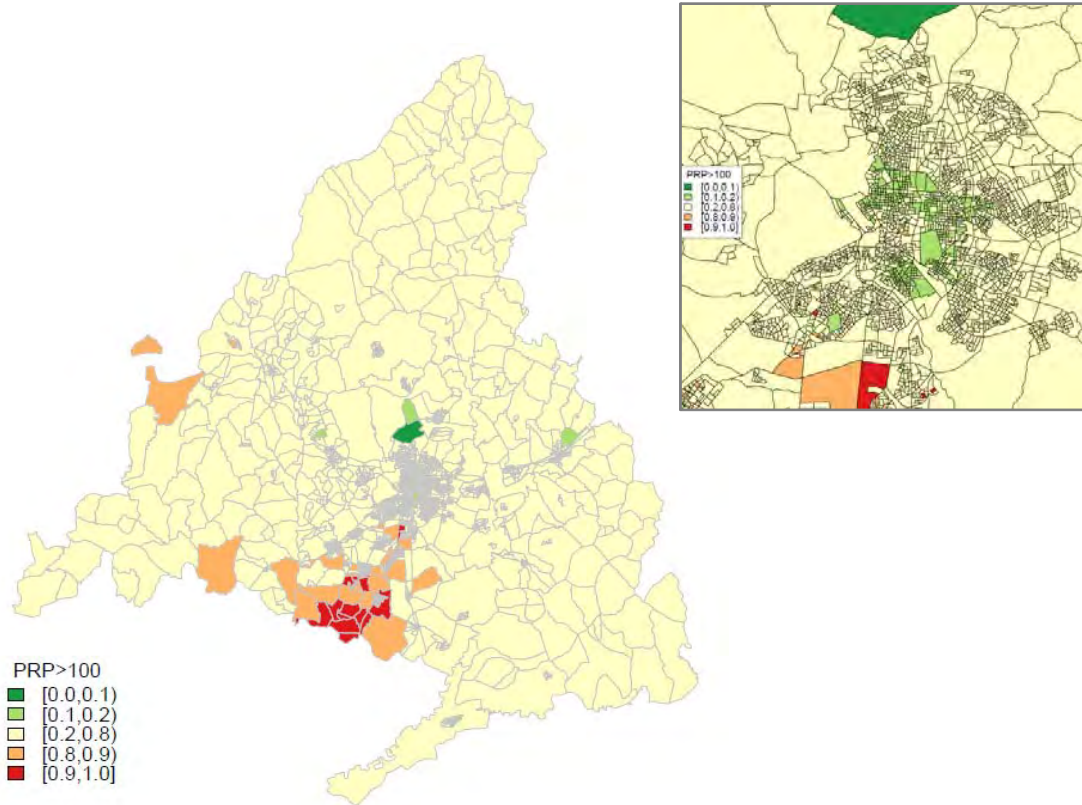


En cuanto a la distribución espacial de la mortalidad por estas causas (Figura 6.4) existen agregaciones de zonas con exceso de mortalidad por trastornos mentales orgánicos senil y presenil, dentro del municipio de Madrid en el distrito municipal de Villaverde, y fuera de Madrid en secciones censales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

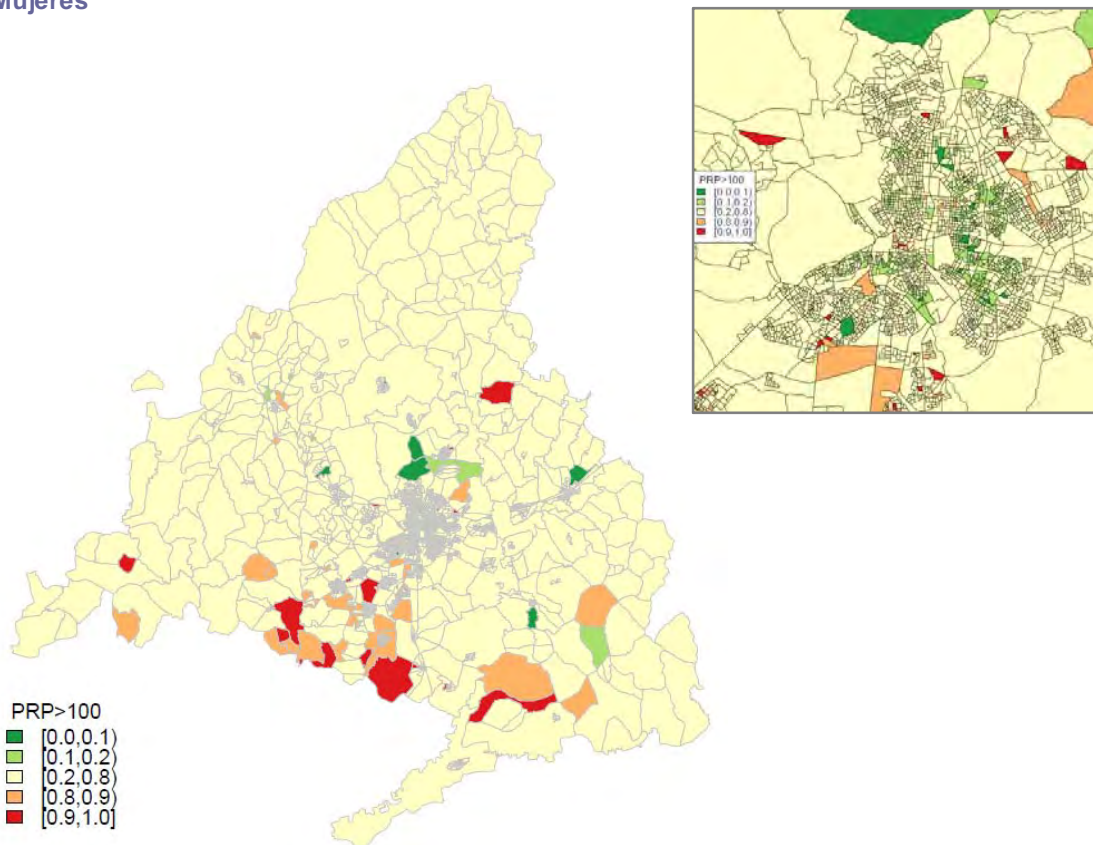
Figura 6.4. Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres



6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La patología mental representó un 4,3% de los episodios atendidos en Atención Primaria en 2015 (Tabla 6.3 y Tabla 6.4). Las tasas más elevadas se observaron en mujeres y en población nacida en España, y se apreció una tendencia creciente conforme aumenta la edad (Figura 6.5). Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con los trastornos de ansiedad, los depresivos y los relativos al sueño (Figura 6.6).

Tabla 6.3. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentajes sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2014 y 2015.

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

	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	356.872	4,5	115,6 (107,2)	320.450	4,1	103,1 (96,2)
Mujeres	642.052	5,2	191,8 (157,2)	521.182	4,4	154,8 (129,6)
Nacidos fuera de España	101.600	3,8	88,7 (95,6)	95.797	3,5	81,1 (83,6)
Nacidos en España	893.063	5,1	168,8 (141,5)	745.771	4,4	140,9 (121,2)
Total	998.924	4,9	155,2 (134,3)	841.632	4,3	129,9 (114,2)

Tabla 6.4. Patología mental atendida en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2014 y 2015.

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

DA	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	211.181	5,2	171,7 (136,7)	166.941	4,5	135,2 (111,4)
Norte	119.716	5,0	144,3 (124,9)	101.723	4,3	121,5 (106,8)
Este	148.587	5,0	158,8 (137,3)	119.988	4,2	127,1 (111,7)
Sureste	152.921	4,8	160,2 (140,0)	127.996	4,1	133,7 (118,3)
Sur	115.289	4,6	153,9 (140,6)	101.251	3,9	134,2 (123,2)
Oeste	117.332	4,7	161,4 (147,3)	101.151	4,1	138,8 (126,9)
Noroeste	133.898	5,3	132,6 (116,2)	122.582	4,7	120,2 (106,3)

Figura 6.5. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

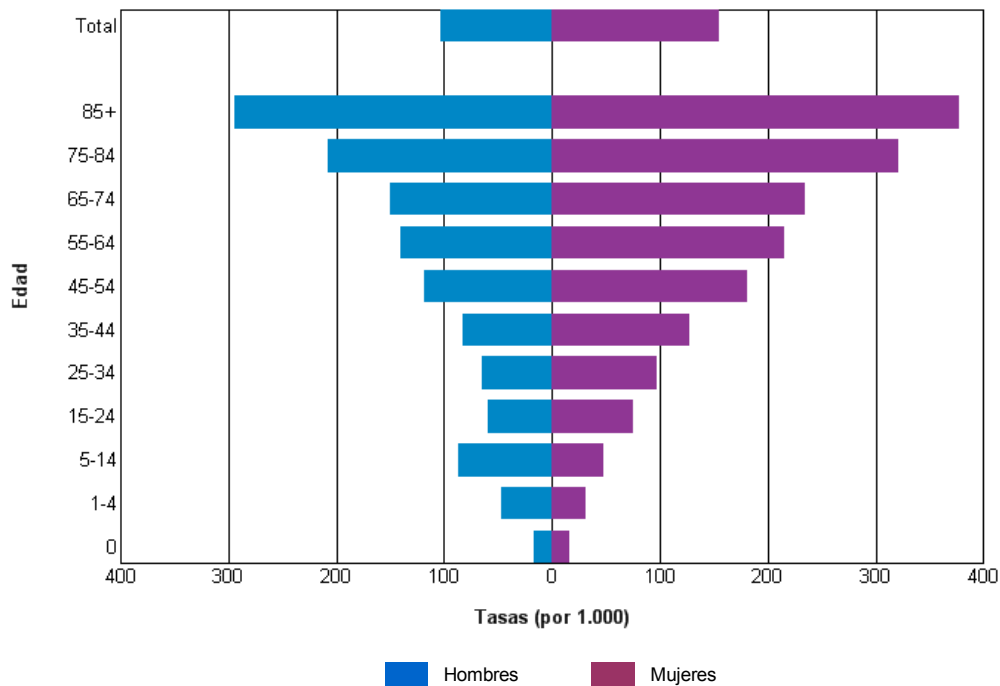


Figura 6.6. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	P06-Trastornos del sueño N=315	P11-Problemas de conducta N=255	P24-Probl específicos del aprendizaje N=145	P22-Sig/sin compor niño N=12	T06-Anorexia nerviosa / bulimia (CIAP-1) N=12
1-4	P24-Probl específicos del aprendizaje	P06-Trastornos del sueño N=2545	P11-Problemas de conducta N=1253	P22-Sig/sin compor niño N=1065	P10-Tartamudeo, disfemia, tics N=502
5-14	P22-Sig/sin compor niño N=9345	P20-Trastornos de la memoria N=8524	P21-Niño hiperactivo, hiperactivo (CIAP-1) N=6489	P24-Probl específicos del aprendizaje N=5982	P12-Enuresis N=5783
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=12093	P20-Trastornos de la memoria N=2689	P21-Niño hiperactivo, hiperactivo (CIAP-1) N=2679	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2664	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=2548
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=30846	P17-Abuso del tabaco N=7451	P76-Depresión/trastornos depresivos N=7352	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=6310	P06-Trastornos del sueño N=4771
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=50602	P76-Depresión/trastornos depresivos N=17145	P17-Abuso del tabaco N=14620	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=11895	P06-Trastornos del sueño N=10246
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=48128	P76-Depresión/trastornos depresivos N=24214	P17-Abuso del tabaco N=21867	P06-Trastornos del sueño N=15230	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=12169
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=33054	P76-Depresión/trastornos depresivos N=24803	P17-Abuso del tabaco N=20402	P06-Trastornos del sueño N=15725	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=8157
65-74	P01-Sensación ansiedad/tensión N=22376	P76-Depresión/trastornos depresivos N=22164	P06-Trastornos del sueño N=17767	P17-Abuso del tabaco N=10887	P20-Trastornos de la memoria N=9627
75-84	P76-Depresión/trastornos depresivos N=19797	P20-Trastornos de la memoria N=17763	P06-Trastornos del sueño N=16793	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14857	P70-Demencia N=12295
85+	P70-Demencia N=16007	P20-Trastornos de la memoria N=11600	P06-Trastornos del sueño N=9929	P76-Depresión/trastornos depresivos N=9116	P01-Sensación ansiedad/tensión N=5997

*Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

6.1.4. Morbilidad hospitalaria

Las tasas más elevadas de hospitalización por patología mental en 2015 se observan en las edades más avanzadas, siendo más pronunciadas para los hombres, seguidas de las edades medias de la vida (40-54 años) (Figura 6.7). Destacan las tasas que se aprecian en las mujeres entre 15 y 19 años, a la que contribuyen de forma fundamental los trastornos de comportamiento alimenticio, así como en las edades avanzadas la relativa a los síndromes demenciales y otros trastornos cognitivos. Agrupando las altas hospitalarias por patología mental según la clasificación DSM-IV-TR®, en los hombres las mayores tasas fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos por los desórdenes relacionados con el consumo de sustancias, mientras en las mujeres los trastornos del estado de ánimo ocuparon el primer lugar seguidos de los trastornos psicóticos (Figura 6.8). En los menores de 15 años las mayores tasas corresponden al grupo de desórdenes habitualmente diagnosticados en la infancia y adolescencia. Entre los 15 y los 64 años alcanzan las mayores tasas la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos por los desórdenes relacionados con sustancias en los hombres y por los trastornos del estado de ánimo en las mujeres. A partir de los 65 años las tasas más elevadas corresponden a los síndromes demenciales y otros trastornos cognitivos, y a los trastornos del estado de ánimo (Figura 6.9).

Figura 6.7. Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

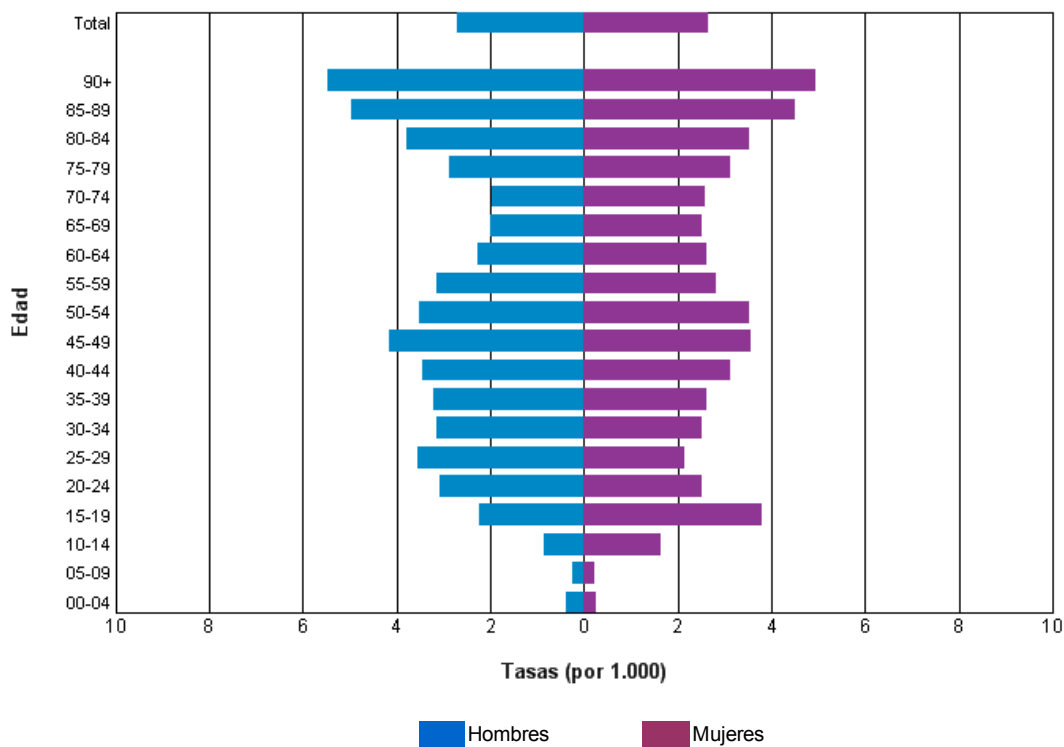


Figura 6.8. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

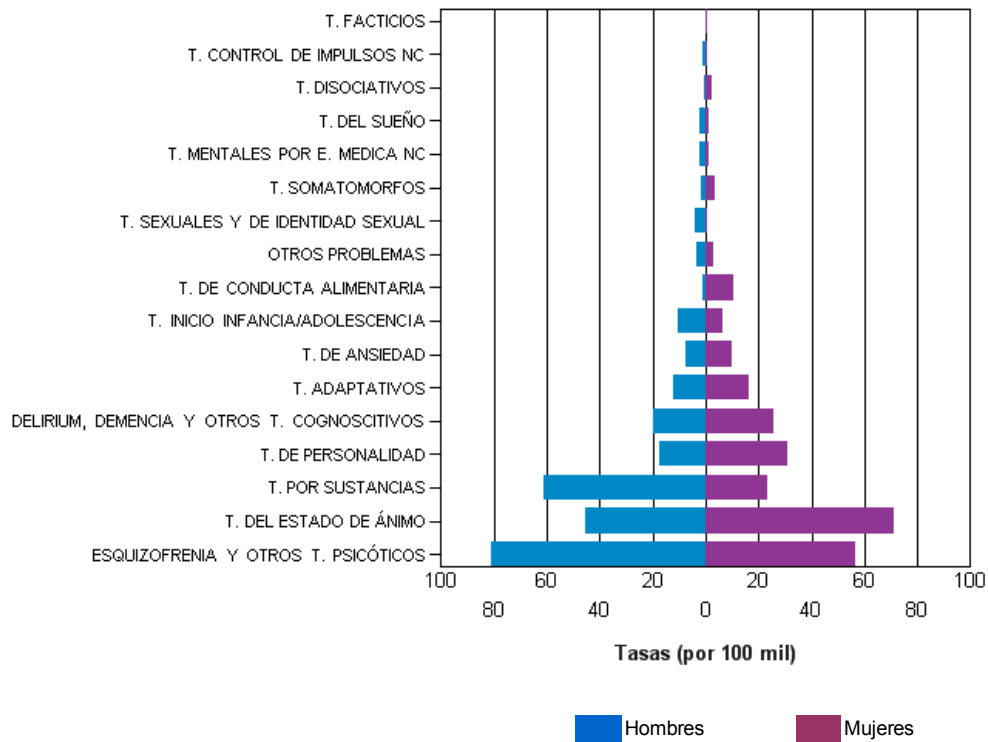
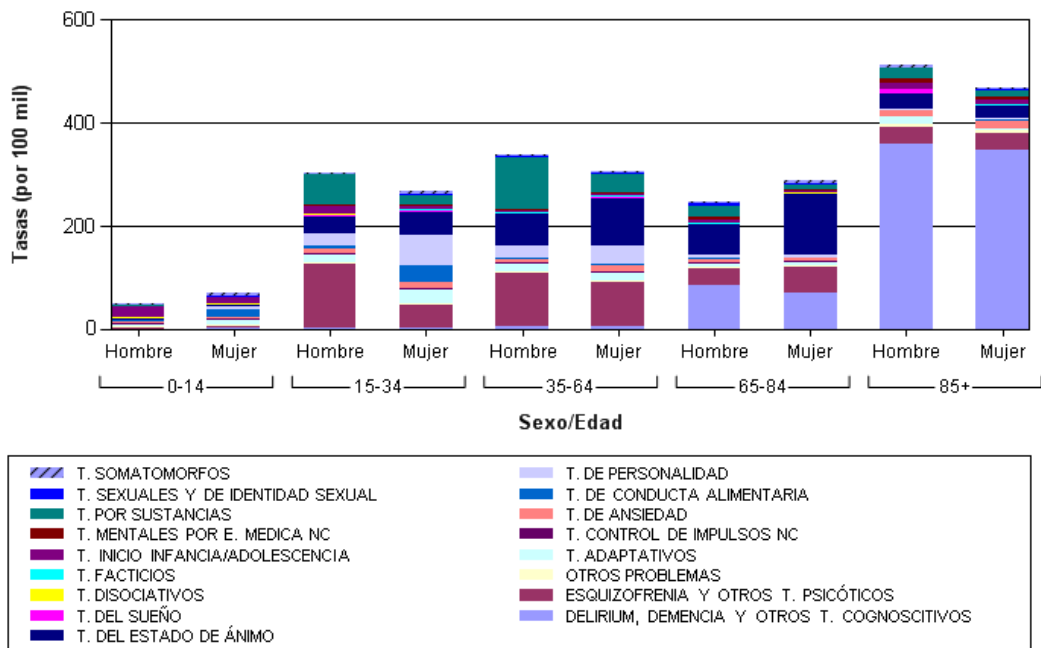


Figura 6.9. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



6.1.5. Carga de enfermedad

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

Como se apuntó en el capítulo 2, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. El componente de mala salud (años vividos con discapacidad) tiene un peso muy superior al correspondiente a la mortalidad (años de vida perdidos por defunción), especialmente en las edades jóvenes y medias de la vida. Sólo en edades avanzadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer la mortalidad cobra cierto protagonismo en este indicador.

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

La prevalencia de cuadros depresivos (Figura 6.13) es superior en las mujeres con respecto a los hombres en todos los tramos etarios y tipos de depresión considerados, especialmente en las mayores de 64 años para otros cuadros depresivos, con una prevalencia 3,6 veces más alta. En el trastorno depresivo mayor, por encima de los 24 años, la prevalencia en mujeres es aproximadamente el doble que en hombres.

Figura 6.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

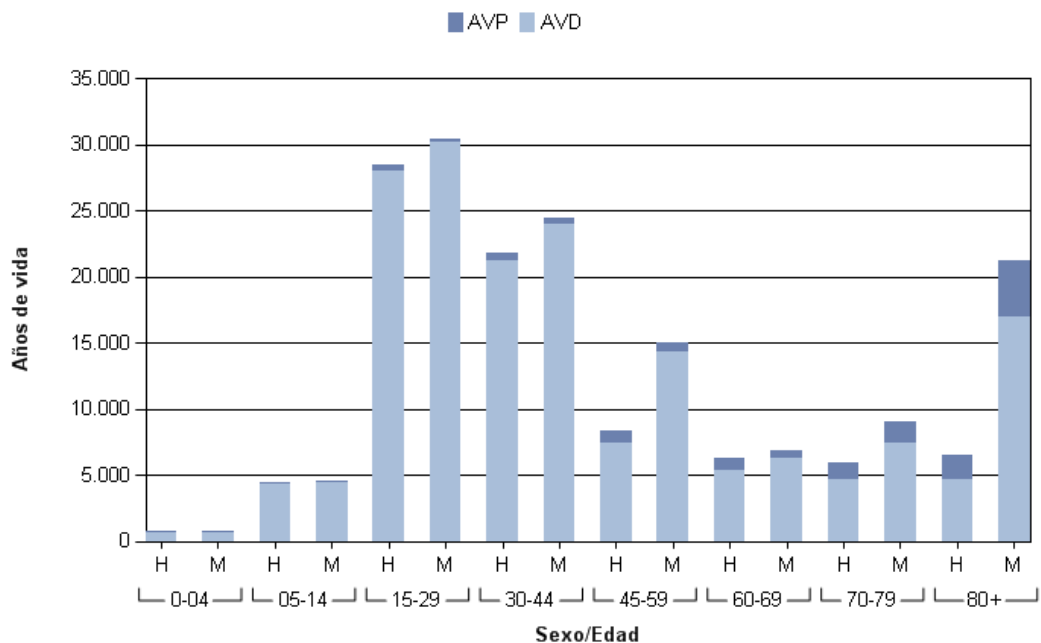


Figura 6.11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

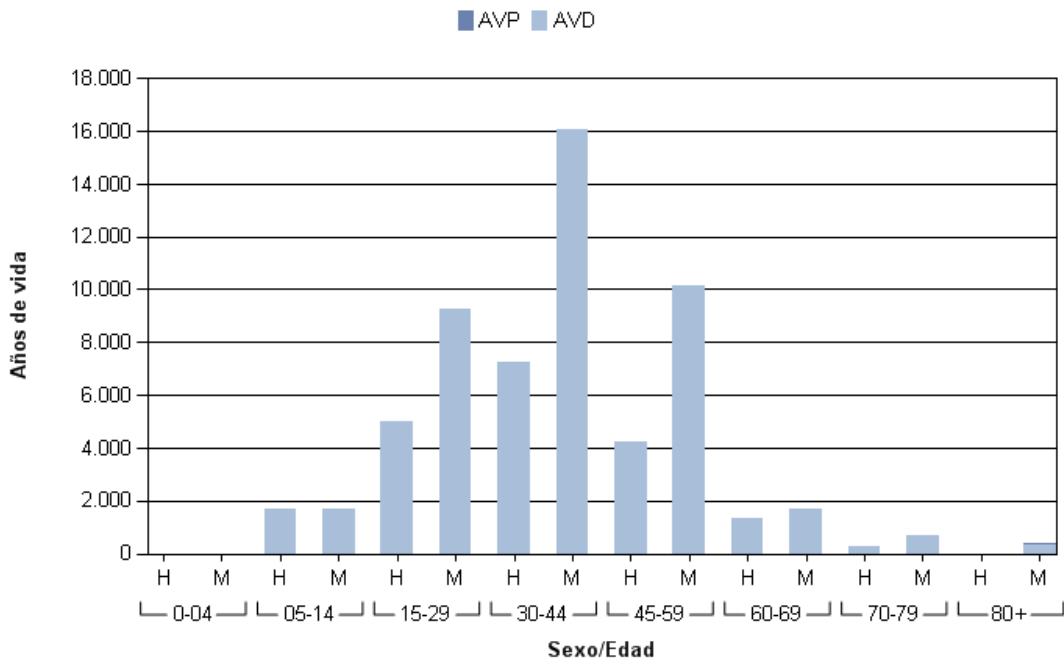


Figura 6.12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias y enfermedad de Alzheimer, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

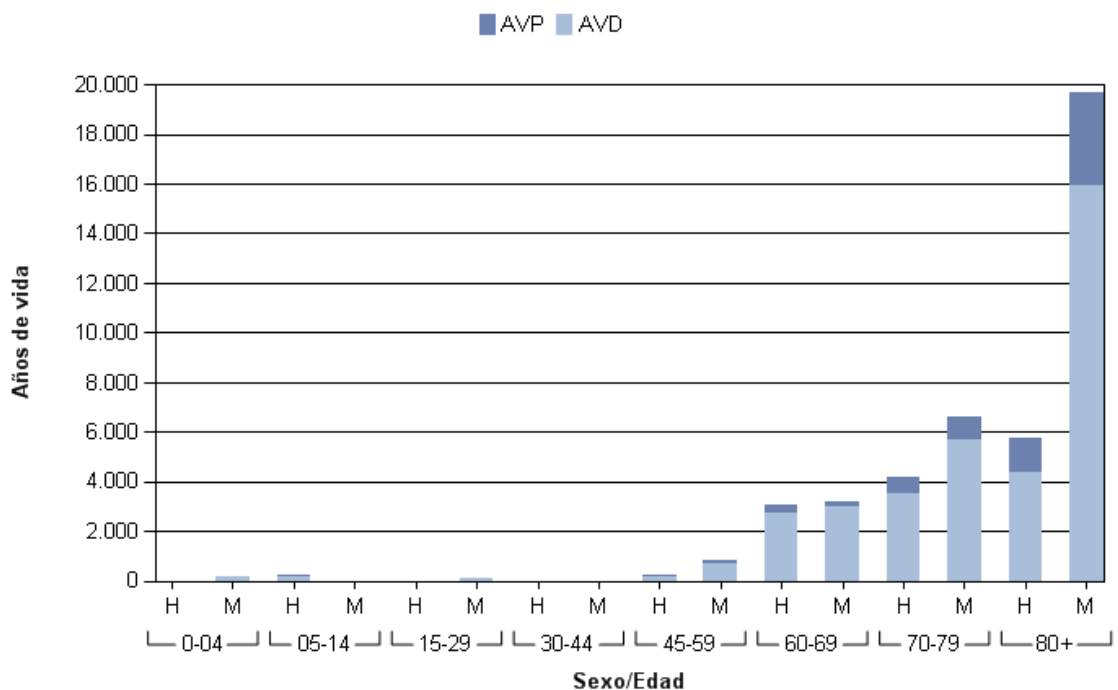
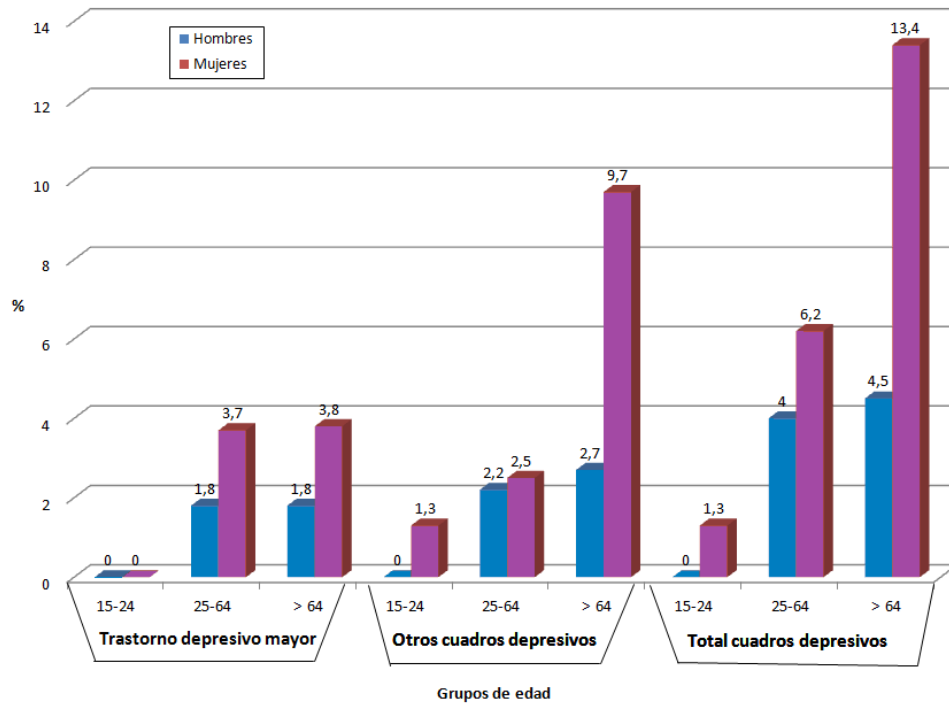


Figura 6.13. Prevalencia de cuadros depresivos (trastorno mayor y otros cuadros depresivos) según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios



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

Como se ha comentado al inicio del capítulo, la práctica totalidad de las defunciones por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se producen en edades avanzadas. En el caso de los primeros esto es debido al abrumador peso de las demencias (trastornos mentales orgánicos, senil y presenil) que suponen en 2015 más del 97,1% del total de fallecimientos por este capítulo de la CIE-10. Por otra parte la enfermedad de Alzheimer ostenta el mayor peso sobre el conjunto de enfermedades del sistema nervioso con un 55,3% en 2015. Es por ello que el valor de las tasas truncadas (que tienen en cuenta la mortalidad de la población de 35 a 64 años) es en ambos casos inapreciable (Tabla 6.6 y Tabla 6.7), y que las curvas de evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por ambas causas específicas (Figura 6.14 y Figura 6.15) y su contribución al cambio de esperanza de vida (Figura 6.16) coinciden con las de los respectivos grandes grupos a los que pertenecen. La contribución negativa de la enfermedad de Alzheimer y las demencias al cambio de la esperanza de vida en los mayores de 70 años es resultado del aumento de las tasas de mortalidad por estas causas observado en los últimos años, especialmente entre las segundas.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria en 2015, las altas por demencia alcanzaron una tasa de 3,8 por 100 mil habitantes, y de 4,6 en la enfermedad de Alzheimer. En ambas patologías las tasas fueron superiores entre las mujeres.

Tabla 6.6. Demencias. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Demencias. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	560	1.285	1.845
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	18,1	38,3	28,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,3	0,3	0,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,0	12,0	11,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	3,3	4,3	3,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,08	-0,17	-0,13
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.*	13.461	30.523	43.984
Años Vividos con Discapacidad. CM.*	11.035	25.556	36.591
Años de Vida Perdidos. CM.*	2.426	4.967	7.393

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para demencias y Alzheimer

Tabla 6.7. Enfermedad de Alzheimer. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

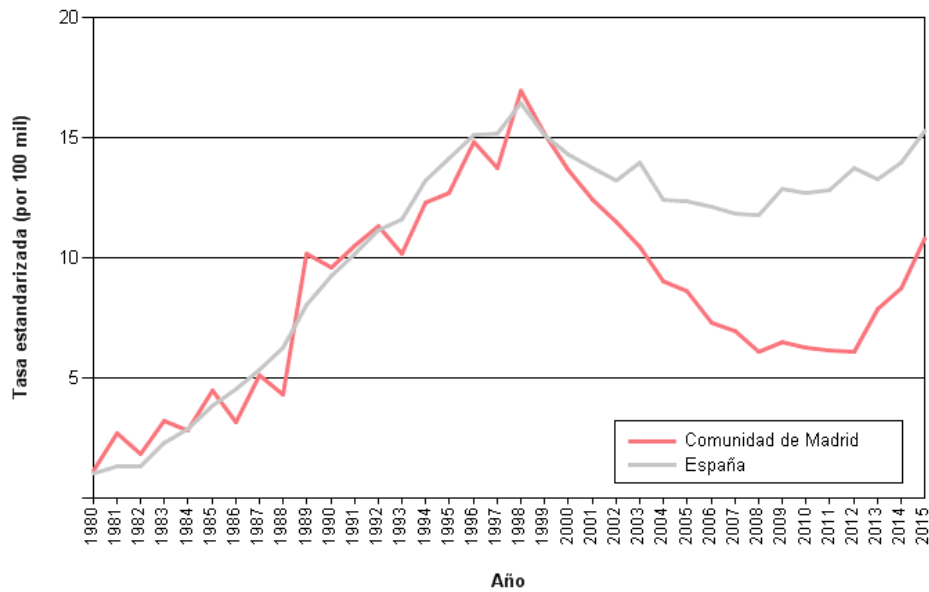
Enfermedad de Alzheimer. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	354	1.054	1.408
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,4	31,4	21,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	0,4	0,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,0	10,5	9,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	3,6	5,5	4,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,03	-0,11	-0,07
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.*	13.461	30.523	43.984
Años Vividos con Discapacidad. CM.*	11.035	25.556	36.591
Años de Vida Perdidos. CM.*	2.426	4.967	7.393

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para demencias y Alzheimer

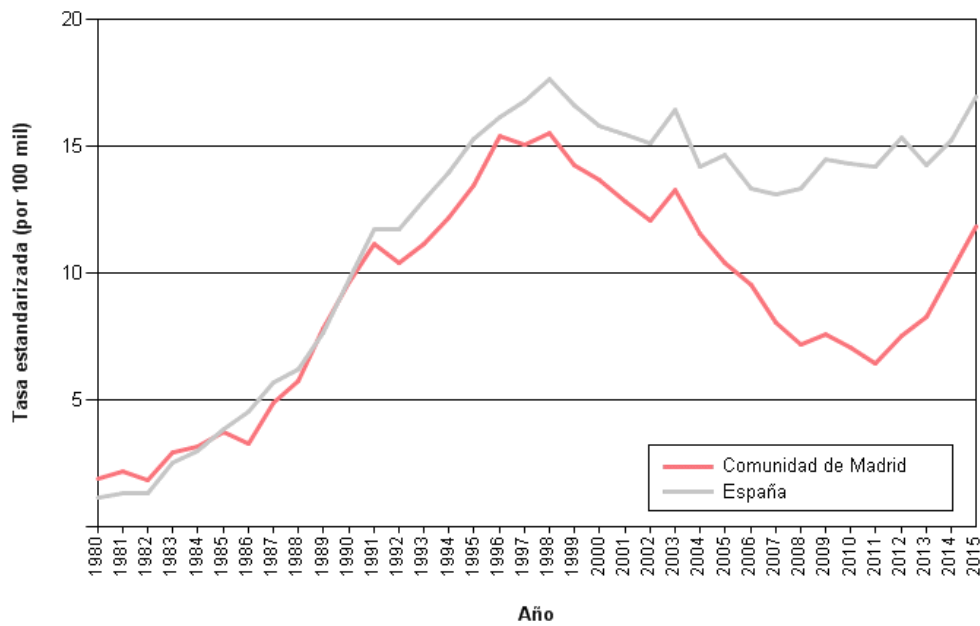
Figura 6.14. Demencias. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



Mujeres

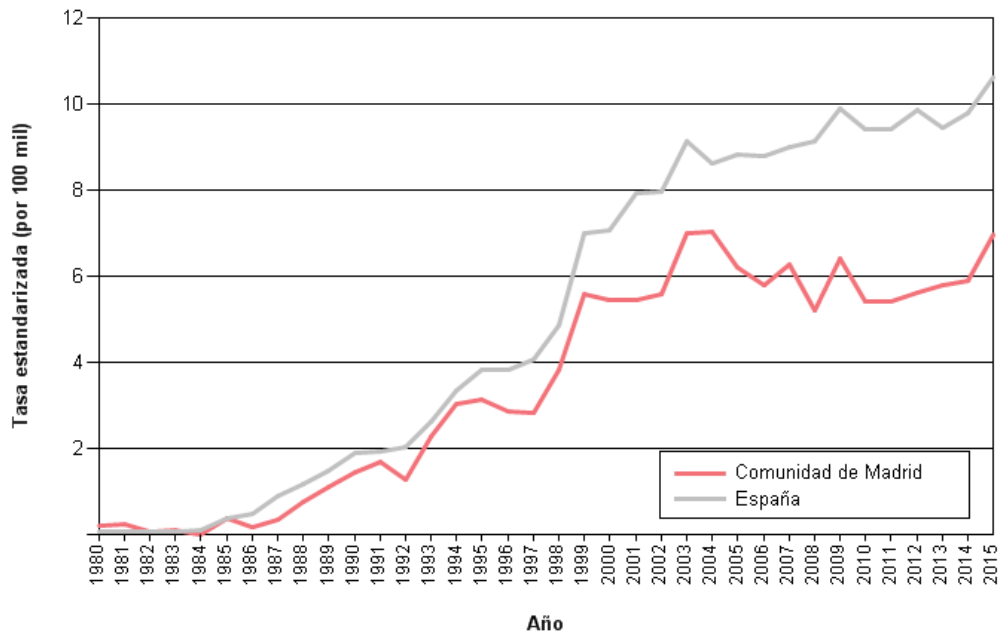


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

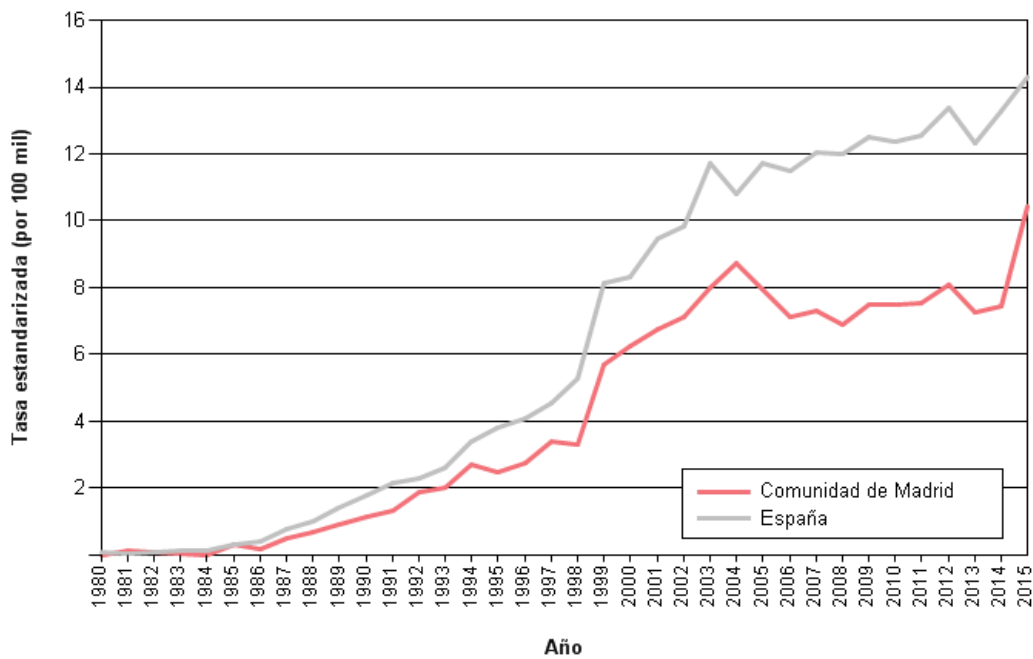
Figura 6.15. Enfermedad de Alzheimer. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



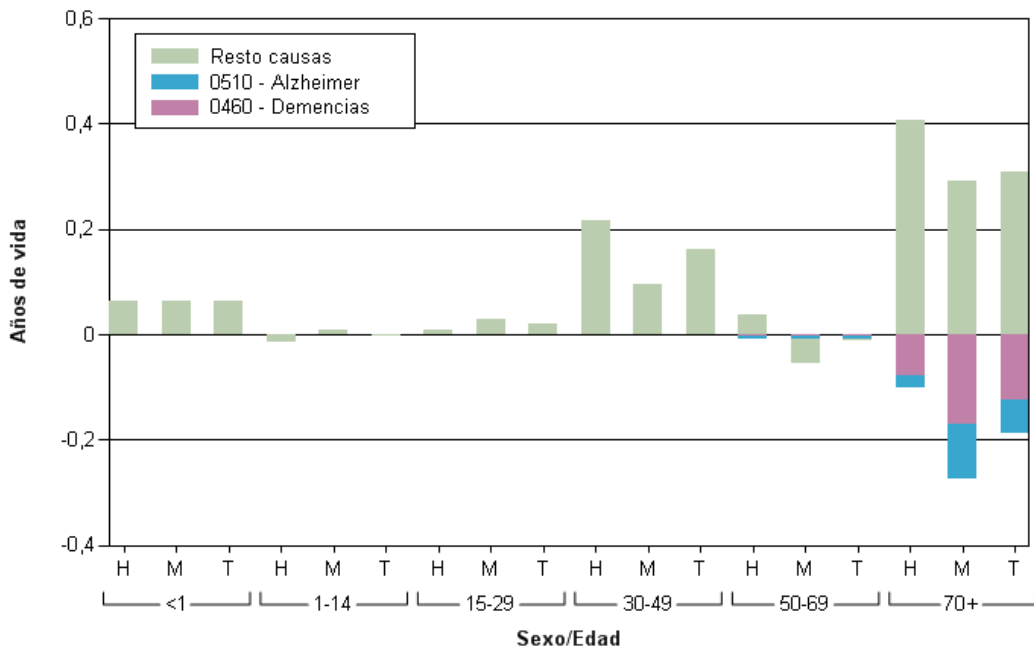
Mujeres



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

Figura 6.16. Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



6.3. Conclusiones

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, principalmente debido al componente de mala salud muy superior al correspondiente a la mortalidad, la cual se produce a edades elevadas, ocasionada mayoritariamente por los síndromes demenciales, cuyo exponente máximo es la enfermedad de Alzheimer.

La patología mental representa menos del 5% de los episodios atendidos en Atención Primaria durante 2015, siendo los trastornos por ansiedad, depresivos y problemas del sueño los más frecuentes. La hospitalización por trastornos mentales se produce sobre todo en las edades avanzadas de la vida y es superior en los hombres. En éstos las mayores tasas de morbilidad hospitalaria las presenta el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Objetivo 7

**Reducir las enfermedades
transmisibles**

7

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

7.1. Enfermedades transmisibles

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

7.2. Coberturas vacunales

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

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

- 7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles
- 7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas y otras meningitis bacterianas
- 7.3.3. Enfermedades de transmisión respiratoria
- 7.3.4. Tuberculosis
- 7.3.5. Enfermedades de transmisión zoonótica
- 7.3.6. Enfermedades transmitidas por vectores
- 7.3.7. Enfermedades de transmisión alimentaria y brotes de origen alimentario
- 7.3.8. Enfermedades de transmisión sexual y parenteral
- 7.3.9. Infecciones causadas por VIH/sida
- 7.3.10. Enfermedades notificadas por sistemas especiales: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)
- 7.3.11. Brotes de origen no alimentario
- 7.3.12. Brotes de especial interés

7.4. Conclusiones

7.1. Enfermedades transmisibles

7.1.1. Indicadores generales

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

Tabla 7.1. Enfermedades infecciosas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades infecciosas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	464	488	952
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,0	14,5	14,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,8	3,3	6,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,1	6,3	8,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	383,1	295,3	337,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,03	0,00	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.839	4.234	9.074
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.611	2.180	3.791
Años de Vida Perdidos. CM.	3.228	2.054	5.283

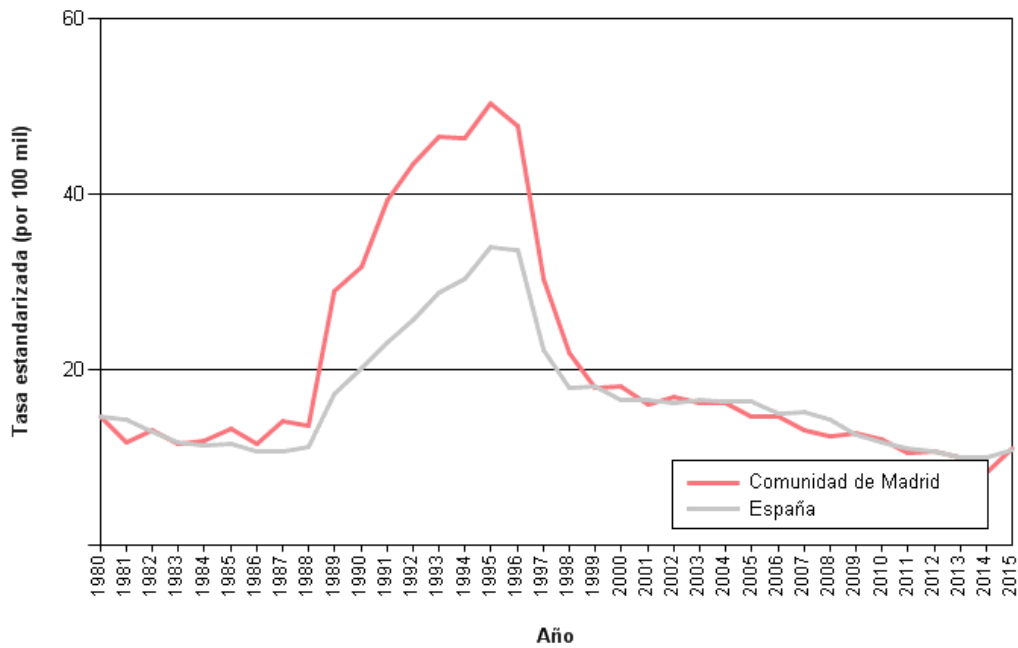
7.1.2. Mortalidad

La mortalidad por esta causa, superior en hombres que en mujeres, muestra en la Comunidad de Madrid una tendencia estable a lo largo de lo que se lleva de siglo XXI y con valores similares al conjunto de España ([Figura 7.1](#)). En los últimos años ha contribuido ligeramente al incremento de esperanza de vida ([Figura 7.2](#)).

Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



Mujeres

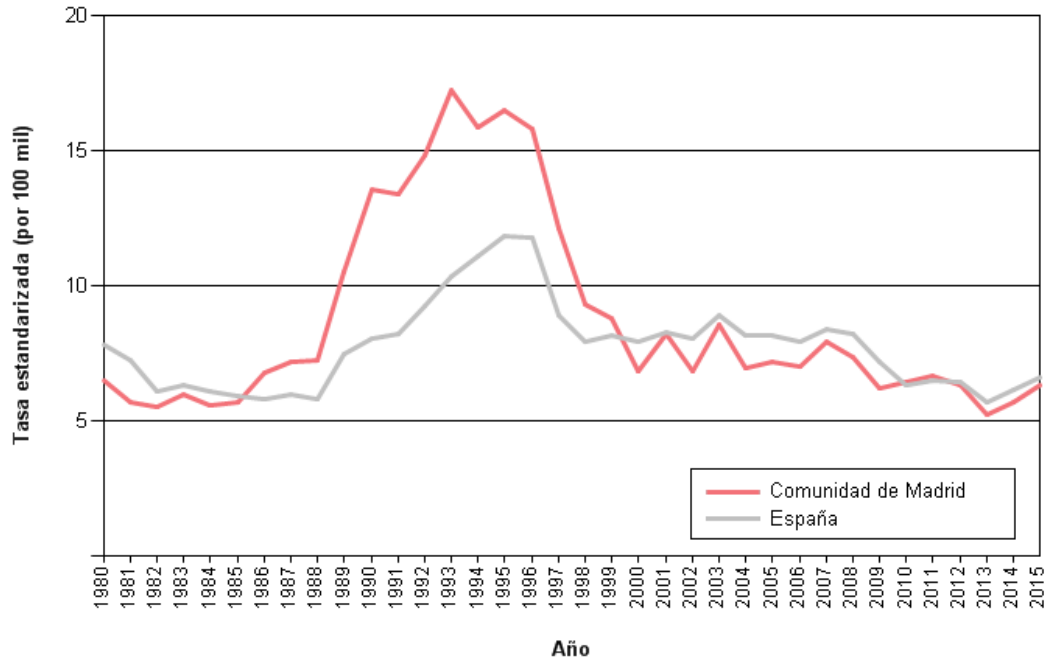
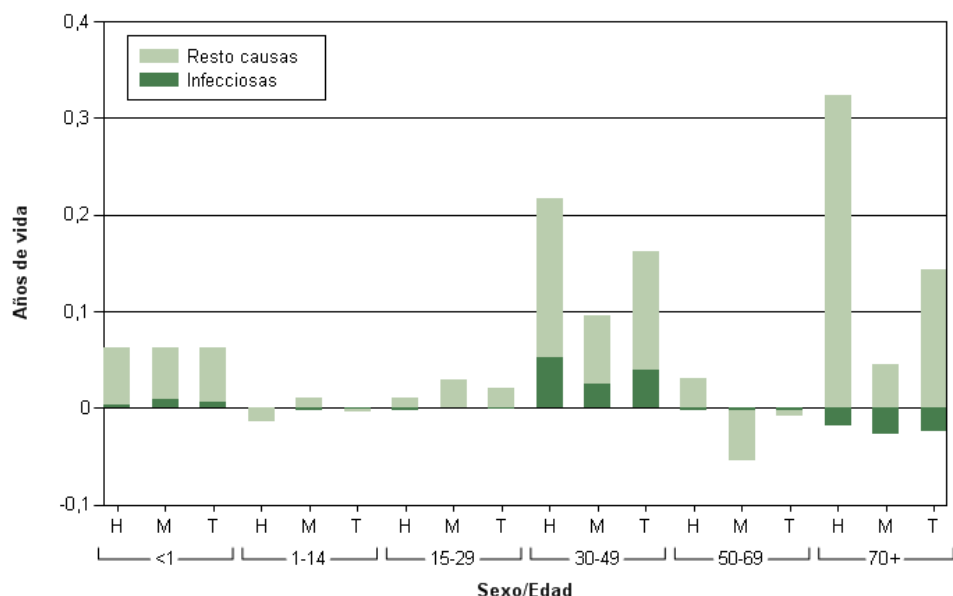


Figura 7.2. Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

Las enfermedades infecciosas representan aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Tabla 7.2 y Tabla 7.3). Las tasas más elevadas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años (Figura 7.3). Las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda es la primera causa de motivo de consulta por infección en todos los grupos de edad (Figura 7.4).

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014-2015.

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

	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	1.675.526	21,1	542,7 (594,7)	1.923.330	24,7	618,5 (685,5)
Mujeres	2.320.394	18,9	693,0 (741,4)	2.690.346	22,5	799,0 (858,6)
Nacidos fuera de España	489.613	18,2	427,3 (510,3)	562.604	20,6	476,1 (595,4)
Nacidos en España	3.479.210	20,0	657,7 (683,0)	4.050.435	23,8	765,0 (799,6)
Total	3.995.920	19,8	620,9 (670,9)	4.613.676	23,3	712,4 (775,4)

Tabla 7.3. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial (DA). Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014-2015.

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

DA	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	731.945	18,1	595,1 (652,2)	806.240	21,5	652,9 (722,9)
Norte	476.838	20,0	574,6 (614,2)	555.048	23,6	662,8 (713,5)
Este	604.354	20,2	646,1 (692,6)	689.769	24,0	730,4 (787,1)
Sureste	649.311	20,2	680,1 (739,6)	743.279	24,0	776,5 (851,7)
Sur	534.312	21,2	713,3 (750,5)	641.368	24,9	849,8 (898,8)
Oeste	490.791	19,6	675,1 (731,1)	569.609	23,0	781,8 (850,4)
Noroeste	508.369	20,1	503,4 (547,5)	608.363	23,1	596,7 (655,1)

Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

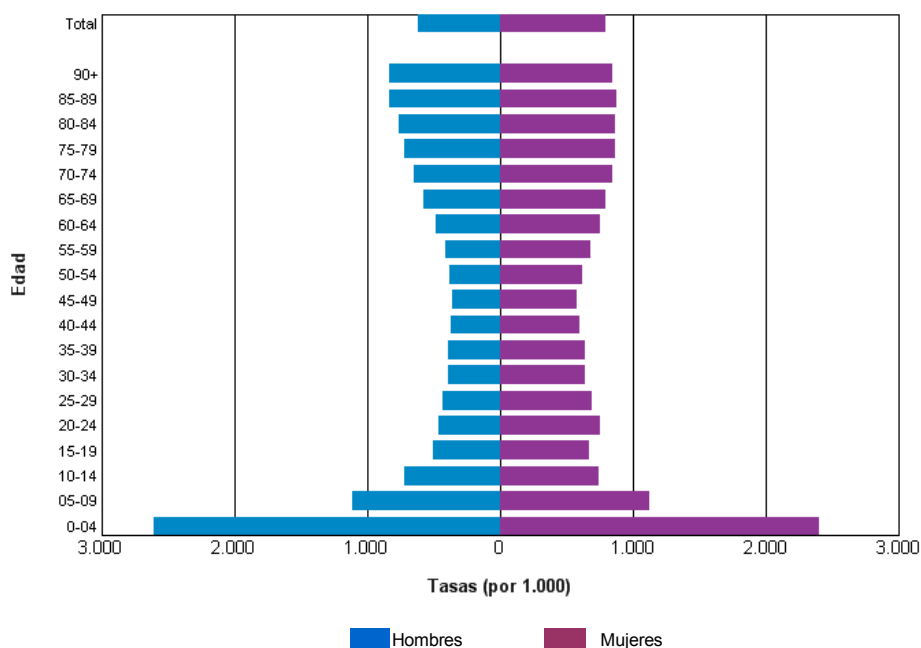


Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	R74-Infec respiratoria aguda superior N=44.245	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=10.987	F71-Conjuntivitis alérgica N=6.198	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=4.311	H71-Otitis media/miringitis aguda N=4.252
1-4	R74-Infec respiratoria aguda superior N=285.658	H71-Otitis media/miringitis aguda N=76.597	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=57.602	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=53.426	R77- Laringitis/traqueítis aguda N=38.589
5-14	R74-Infec respiratoria aguda superior N=246.145	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=60.691	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=44.728	H71-Otitis media/miringitis aguda N=41.925	R80-Gripe N=27.827
15-24	R74-Infec respiratoria aguda superior N=137.838	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=34.682	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=28.247	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=19.836	R76-Amigdalitis aguda N=16.463
25-34	R74-Infec respiratoria aguda superior N=165.929	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=65.529	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=31.695	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=25.865	R80-Gripe N=15.355
35-44	R74-Infec respiratoria aguda superior N=235.045	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=59.796	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=38.150	R80-Gripe N=27.321	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=23.646
45-54	R74-Infec respiratoria aguda superior N=195.721	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=35.708	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=31.048	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=26.711	R80-Gripe N=21.621
55-64	R74-Infec respiratoria aguda superior N=179.809	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=32.806	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=30.661	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=19.632	F71-Conjuntivitis alérgica N=16.625
65-74	R74-Infec respiratoria aguda superior N=177.416	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=36.842	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=33.879	F71-Conjuntivitis alérgica N=18.700	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=11.413
75-84	R74-Infec respiratoria aguda superior N=124.982	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=38.038	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=31.839	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.651	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=9.117
85+	R74-Infec respiratoria aguda superior N=53.905	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=28.623	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=18.417	F71-Conjuntivitis alérgica N=8.658	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=4.961

*Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas

Las tasas más altas de morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias se observan en las edades extremas de la vida, con un predominio de los hombres para casi todos los grupos de edad (Figura 7.5). Si consideramos las causas específicas, (Figura 7.6) las enfermedades víricas seguidas de las septicemias son las más frecuentes. En las personas de 55 y más años las septicemias son la primera causa infecciosa de alta hospitalaria. En los menores de 5 años las infecciones intestinales son la primera causa infecciosa de hospitalización. Respecto a la morbilidad hospitalaria por rotavirus (Figura 7.7), en niños de 1 a 4 años las tasas desde 2003 son inferiores a 2 por mil, y en menores de un año de edad las tasas son superiores a 4 por mil en todos los años excepto 2014, con mayores oscilaciones temporales.

Figura 7.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

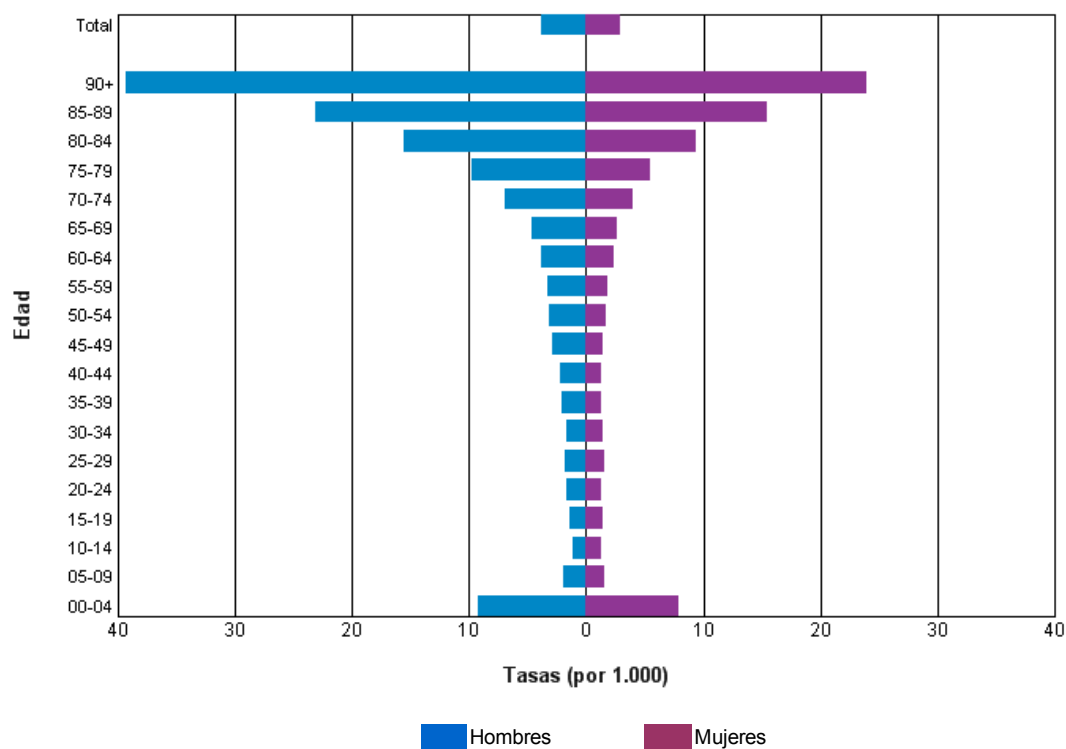


Figura 7.6. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas* más frecuentes de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2015.

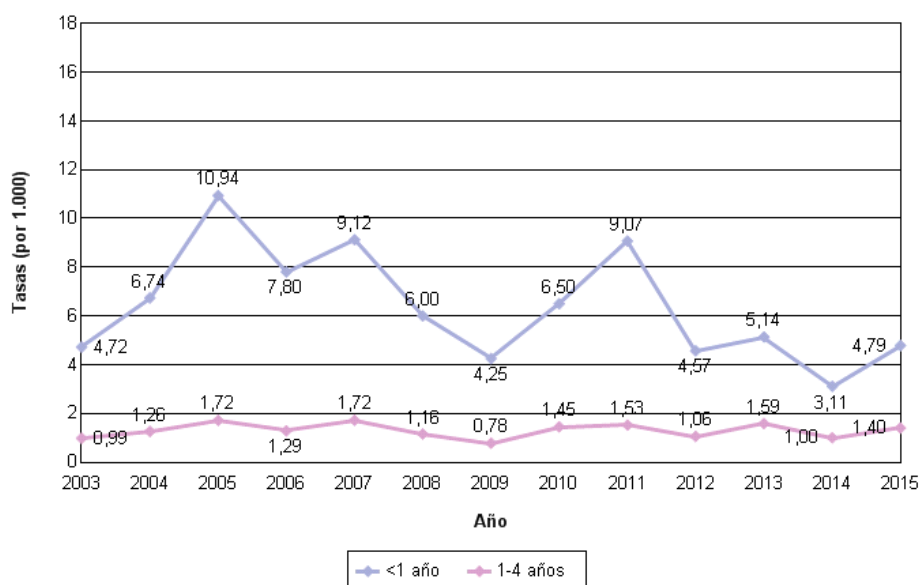
Fuente: CMBD. Elaboración: Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=381	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=315	033.-TOSFERINA N=250	038.-SEPTICEMIA N=132	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=104
1-4	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=476	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=213	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=163	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=102	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=99
5-14	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=252	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=151	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=128	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=108	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=92
15-24	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=270	075.-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA N=107	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=100	038.-SEPTICEMIA N=98	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=64
25-34	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=536	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=225	038.-SEPTICEMIA N=140	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=131	085.-LEISHMANIASIS N=114
35-44	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=615	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=576	070.-HEPATITIS VIRICA N=298	038.-SEPTICEMIA N=296	011.-TBC PULMONAR N=171
45-54	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=1.319	070.-HEPATITIS VIRICA N=628	038.-SEPTICEMIA N=541	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=427	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=191
55-64	038.-SEPTICEMIA N=886	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=511	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=397	070.-HEPATITIS VIRICA N=249	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=173
65-74	038.-SEPTICEMIA N=1.341	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=290	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=242 041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=130	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=212	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=146
75-84	038.-SEPTICEMIA N=2.345	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=306	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=130	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=110	070.-HEPATITIS VIRICA N=106
85+	038.-SEPTICEMIA N=2.925	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=288	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=67	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=51	112.-CANDIDIASIS N=51

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

Figura 7.7. Rotavirus. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CIE-9-MC: 008.61). Tasas por mil en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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

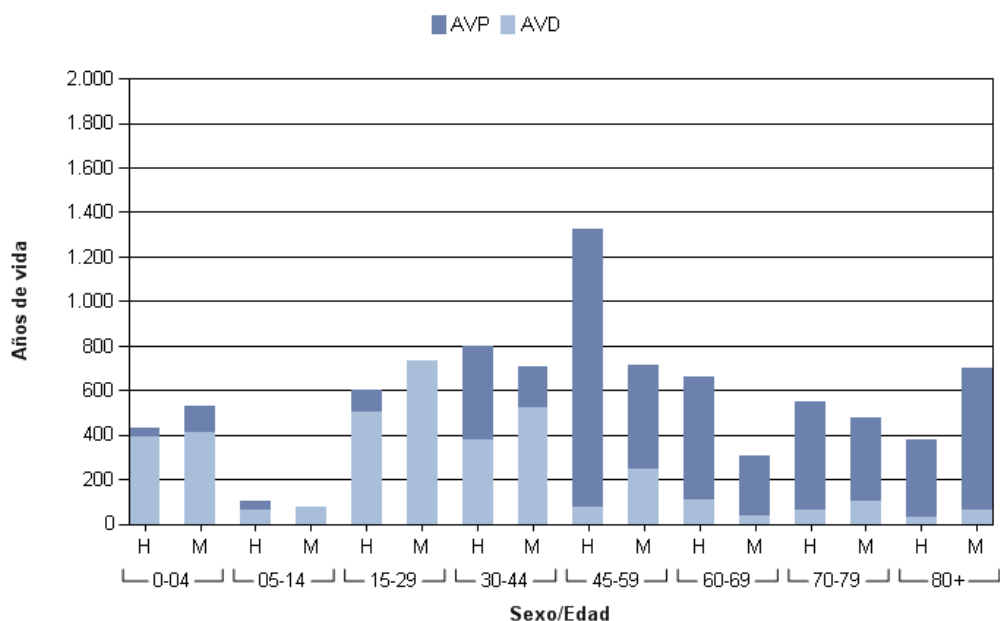


7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

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

Figura 7.8. Enfermedades infecciosas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.2. Coberturas vacunales

El programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles de la Comunidad de Madrid se desarrolla fundamentalmente mediante vacunaciones sistemáticas (calendario infantil y del adulto) y campañas especiales.

7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

En la [Figura 7.9](#) se presentan los datos de vacunación infantil de calendario. En años recientes se han incluido vacunas para nuevas enfermedades en el calendario de vacunación infantil, como la de la varicela en 2005 y frente al virus del papiloma humano en 2008. También se introdujo en 2006 la vacuna conjugada frente a neumococo (inicialmente la 7-valente y en 2010 la 13-valente), que fue excluida del calendario de vacunación infantil a partir de julio de 2012. Asimismo se han ido introduciendo ajustes en el número de dosis y edad de vacunación, como por ejemplo la primera dosis de vacuna triple vírica a los 12 meses desde 2011.

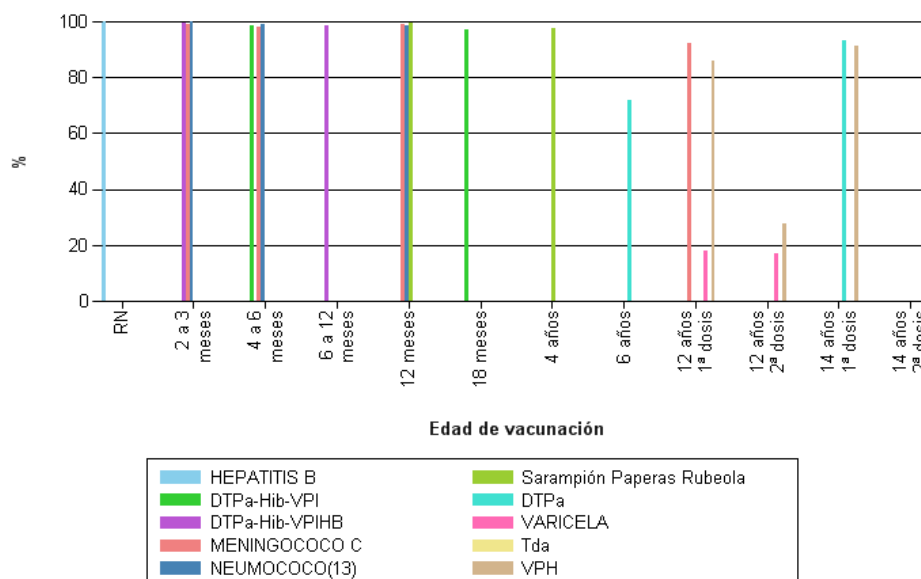
Durante el año 2013 con el objetivo de ir ajustando de forma progresiva el Calendario de Vacunación Infantil de la Comunidad de Madrid al Calendario Común de Vacunación Infantil del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobado el 21 de marzo de 2013, se introdujeron los siguientes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

A partir del 1 de enero de 2015 se introduce de nuevo la vacuna frente a la enfermedad neumocócica con vacuna conjugada 13 valente (a los 2, 4 y 12 meses de edad) y se baja la edad de administración de la vacuna frente al virus del papiloma humano para las niñas de 12 años de edad con pauta de 2 dosis. En diciembre de 2015 se retomó la vacunación frente a la varicela a los 15 meses y en 2016 se incorpora el recuerdo de los 4 años y el rescate de los no vacunados en el periodo 2013 y 2014. También durante 2015 y 2016 se han producido diversos ajustes en número de dosis y edad de vacunación con vacunas que contienen antígeno frente a tosferina debido a la limitada disponibilidad a nivel internacional.

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

Figura 7.9. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2015.

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



7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

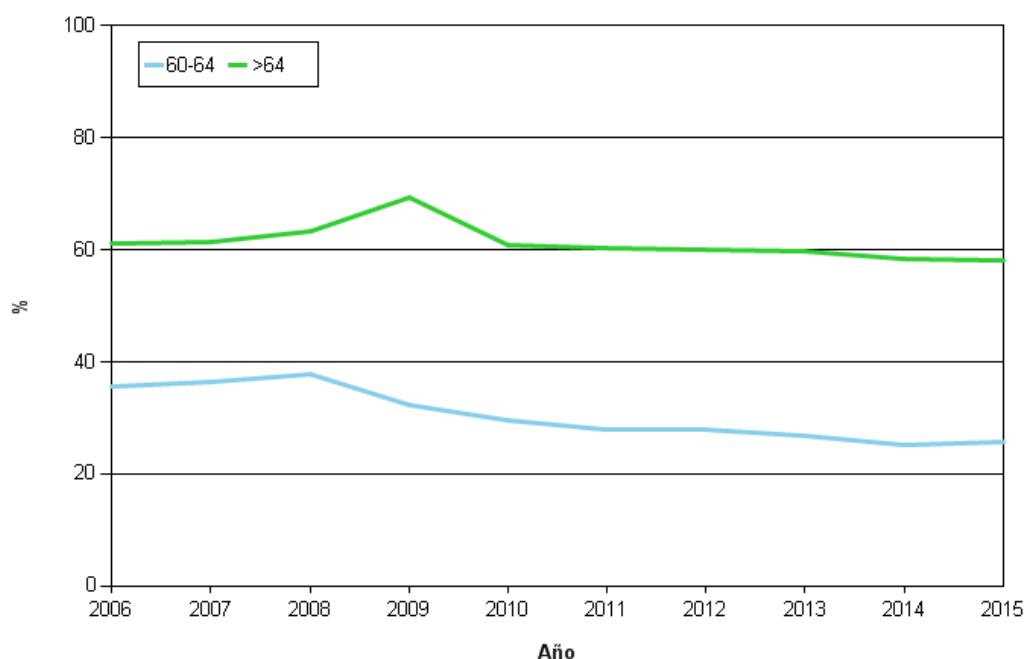
7.2.2.1. Gripe y neumococo

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

En la [Figura 7.10](#) se presenta la evolución anual de la cobertura de vacunación antigripal en mayores.

Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2015.

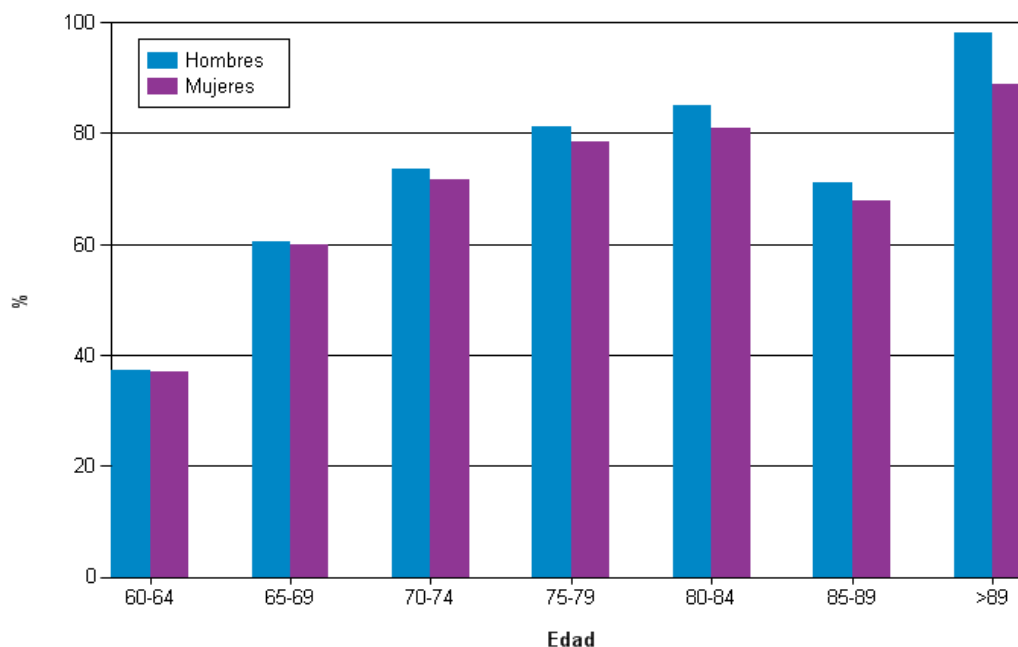
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando la vacunación con una sola dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2015 se muestra en la [Figura 7.11](#). A partir de los 65 años de edad las coberturas son superiores al 60%.

Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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



7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. En 2015 se produce un cambio importante en la normativa reguladora de las EDO con la publicación de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito local. La nueva normativa estatal amplía la lista de enfermedades a declarar, para incorporar enfermedades que deben de ser vigiladas en el marco de la Unión Europea.

7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles

Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis, tres Regiones han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea en el año 2002. En 2010 se produjo la primera reintroducción del virus de la polio en la Región Europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos. En octubre de 2013 se produjo en Siria un brote con 10 casos de polio por PSV1. Este hallazgo supone la primera detección del PSV1 en el país desde que se aisló por última vez en 1999. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2012 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) que mantienen algún área endémica, y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 223 casos en 2012. El poliovirus salvaje tipo 2 no se detecta desde 1999.

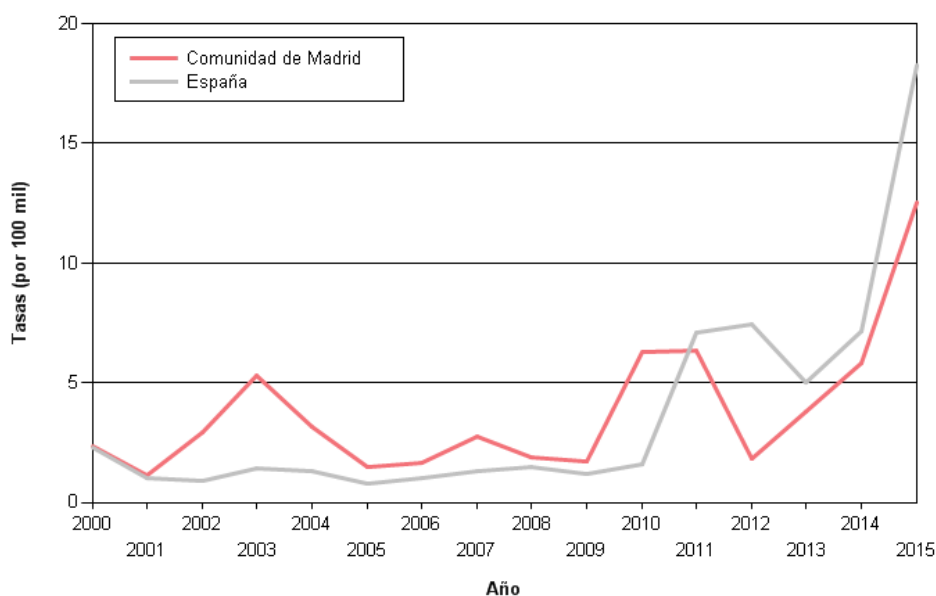
Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus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

En la Comunidad de Madrid el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda -PFA- detectó en 2015 una incidencia por debajo del 1 por 100.000 en menores de 15 años. En 2015 en España se notificaron al sistema de vigilancia 32 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 78,1%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

En el año 2015 se notificaron 807 casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid, 436 más que en 2014 (Figura 7.12). En 2015 el 69,1% de los casos se clasificaron como confirmados, el 7,4% como probables y el 23,5% restantes como sospechosos. El 48,3% de los casos eran hombres. La mediana de la edad fue de 3 años, con un rango de 0 meses a 76 años, siendo el 23,5% menores de 3 meses, el 10,3% entre 3 y 4 meses, el 6,4% entre 5 y 11 meses y el 59,3% población de un año en adelante. El estado vacunal era desconocido en el 16,2% de los casos, el 32,8% no estaban vacunados, el 15,4% habían recibido una dosis y el 51,7% habían recibido dos o más dosis de vacuna frente a la tos ferina. La mayoría de los casos menores de 3 años no habían recibido ninguna dosis. Durante el año 2015 se notificaron 49 brotes de tos ferina en la Comunidad de Madrid, con un total de 123 afectados, casi todos en el entorno familiar (95,1%).

Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

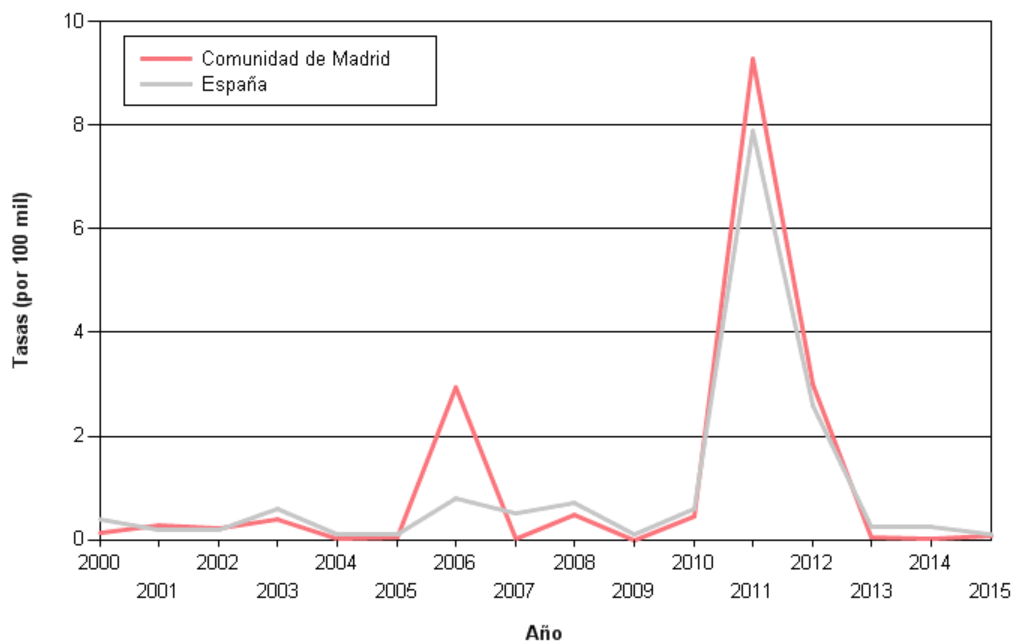
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Después del brote comunitario de sarampión que ocurrió en la región en el año 2006, y del incremento de casos (cercano a los 1.000) sucedido en los años 2011 y 2012, las tasas de incidencia desde 2013 han vuelto a situarse por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes (Figura 7.13), valor máximo que establece la OMS para el indicador de incidencia propuesto para monitorizar el progreso hacia la eliminación. En el año 2015 se notificaron 5 casos, 2 de ellos considerados importados, uno de los cuales dio lugar a dos casos familiares. Solo uno de los casos, un varón de 2 años, tenía una dosis de triple vírica, que no estaba documentada.

Figura 7.13. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

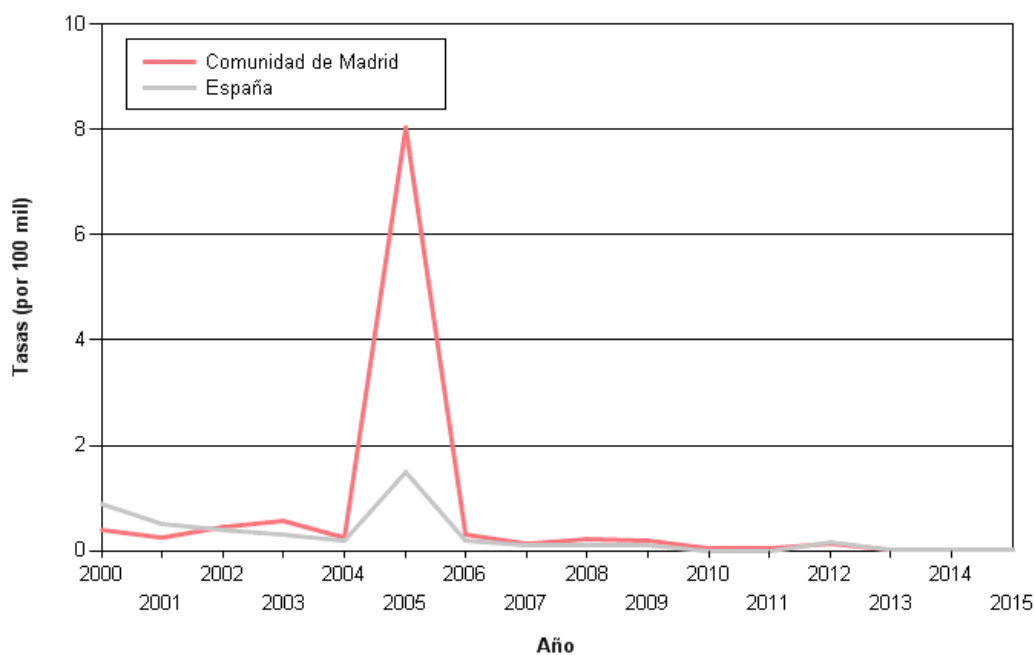
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2015 se han notificado 2 casos de rubéola, uno importado y otro autóctono secundario a él, y ambos sin vacunar, siendo la tasa de incidencia de 0,03 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.14).

Figura 7.14. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En la Comunidad de Madrid se llevan a cabo encuestas de seroprevalencia periódicas como parte integrante de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Estas encuestas son representativas de la población de la Comunidad de Madrid y permiten conocer el grado de inmunidad de la misma. En relación con el sarampión y la rubéola, son útiles para evaluar el grado de cumplimiento establecido por la OMS para alcanzar el objetivo de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región Europea en el año 2015. La IV Encuesta de Serovigilancia se llevó a cabo en los años 2008-2009. La seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión en la población de 2 a 60 años es 97,8% (IC95%: 97,3-98,2). La estimación puntual supera el 95% en los grupos menores de 16 y mayores de 30 años. El valor más bajo se observa en adultos jóvenes, grupo más afectado cuando entra un virus importado en nuestra Comunidad (Figura 7.15). El grupo de 16 a 20 años presenta una seroprevalencia de 94,5% (IC95%: 92,3-96,0) y el de 21 a 30 de 94,3% (IC95%: 92,1-96,0). La recomendación de la OMS de llevar a cabo actividades suplementarias de inmunización debe tener en cuenta a los adultos jóvenes de 16 a 30 años como grupo diana. En relación con la seroprevalencia de anticuerpos frente a rubéola, todos los grupos de edad superan el 95% recomendado por la OMS (Figura 7.16).

Figura 7.15. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

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

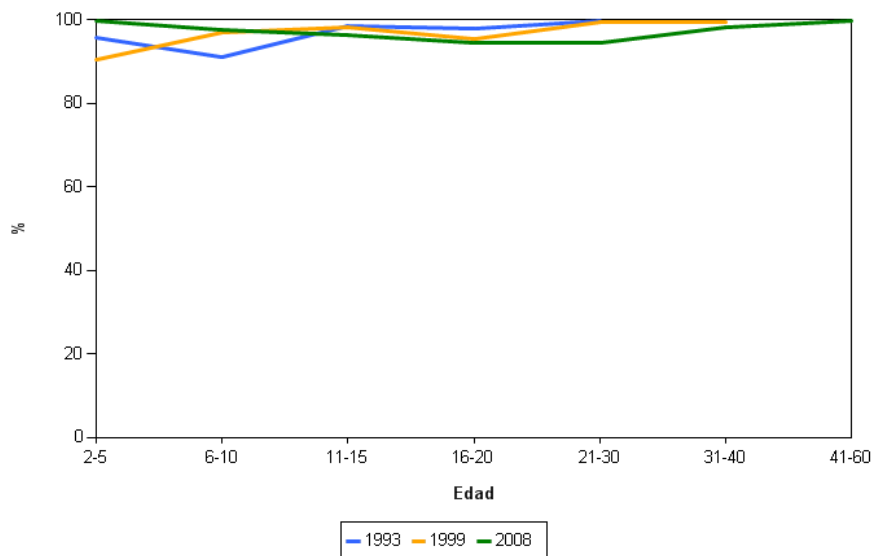
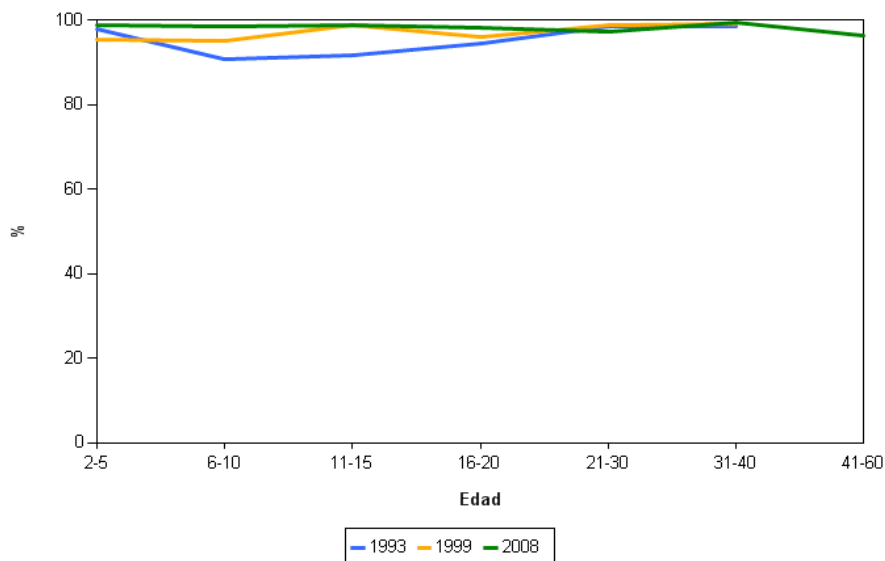


Figura 7.16. Rubéola. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

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



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

En el año 2015 se notificaron 514 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.17), 33 menos que en 2014 (tasa de incidencia de 7,99 casos por 100.000 habitantes). Los casos no presentan clara estacionalidad por fecha de inicio de síntomas, y muestran tres picos en los años 2006-07, 2007-08 y 2013-14. El 7% de los casos se clasificaron como confirmados, el 1% como probables y el 92% restantes como sospechosos. El 61,7% de los casos eran varones. El rango de edad fue de 0 a 95 años, con una mediana de 14 años; el 50,8 % eran menores de 15 años y el 24,5% de 24 a 44 años (Figura 7.18). En cuanto al estado vacunal, en un 6,5% se desconocía, el 4,4% no estaba vacunado y el 82,9% restante estaba vacunado (el 27,8% había recibido una dosis de vacuna, el 47,8% dos, el 3,6% tres o más y en el resto no se conocía el número de dosis recibidas). Se notificaron 4 brotes en 2015 con 9 afectados.

Figura 7.17. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

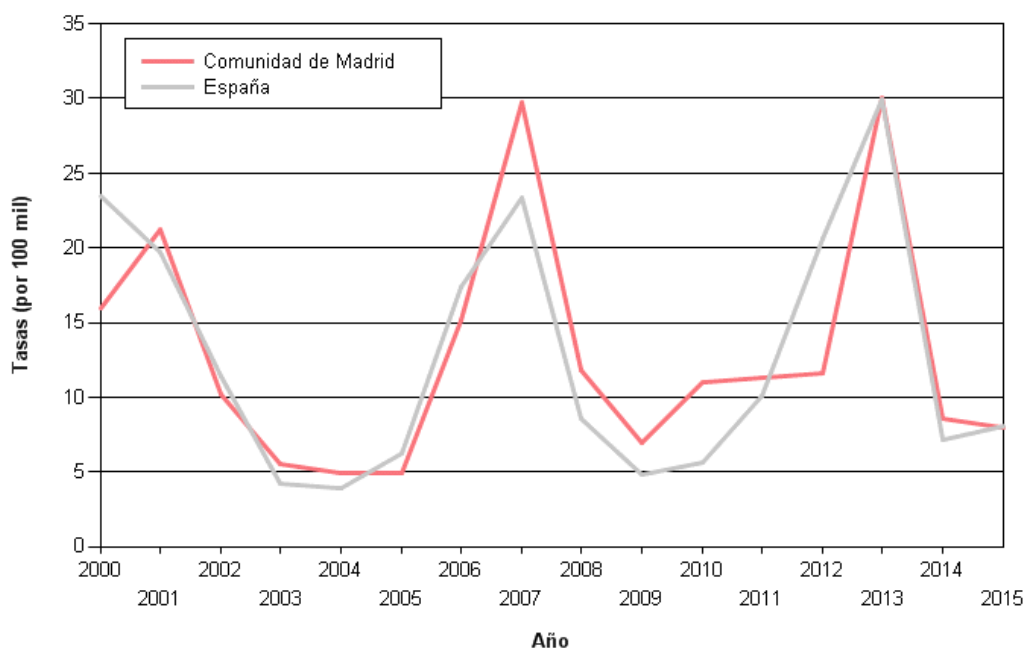
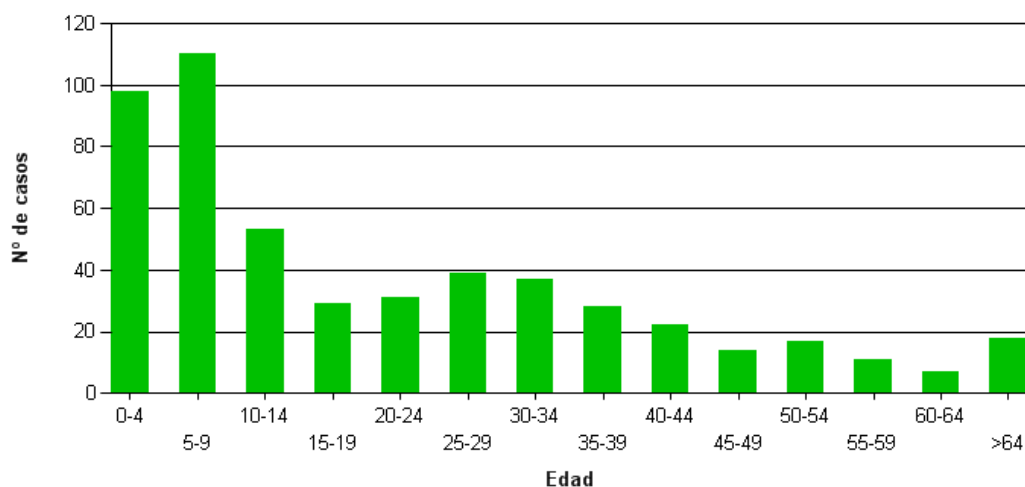


Figura 7.18. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

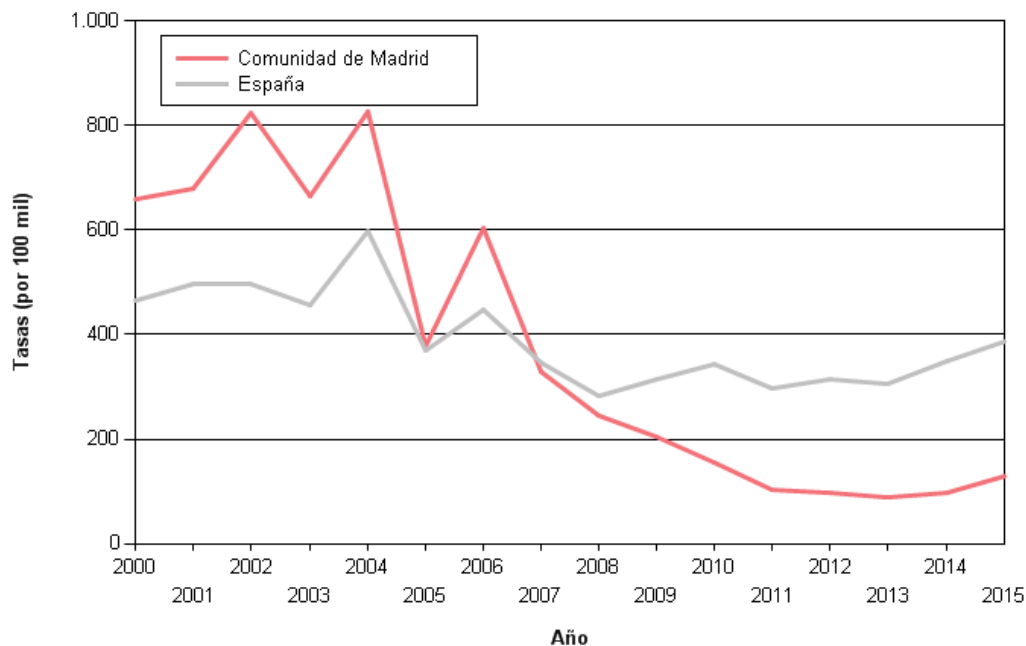
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Desde el año 2007 se observa un descenso mantenido en la incidencia de varicela en la Comunidad de Madrid (Figura 7.19), que parece haberse estabilizado desde 2011. Durante 2015 se notificaron 8.361 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 129,89 casos por 100.000 habitantes. Los brotes notificados fueron 23, con 252 afectados.

Figura 7.19. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En el año 2015 se han notificado en la Comunidad de Madrid 25 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. El 40,0% eran hombres, con una media de edad de 66,8 años. La presentación clínica fue sepsis en el 40,0%, neumonía en el 32,0%, meningitis en el 24,0% y hubo un caso de apendicitis. Fallecieron en 3 casos. La enfermedad invasiva por *H. influenzae* presenta desde hace años en la Comunidad de Madrid tasas en torno al 0,2 por 100.000 habitantes.

La incidencia de enfermedad meningocócica muestra una tendencia estable en los últimos años, y en 2015 la tasa fue de 0,73 por 100.000 habitantes (Figura 7.20), con 47 casos notificados. La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2014-2015 muestra las mayores tasas en los menores de un año, como es habitual. Esto se observó tanto para el serogrupo B, como para el global de los casos confirmados (Tabla 7.4).

Figura 7.20. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

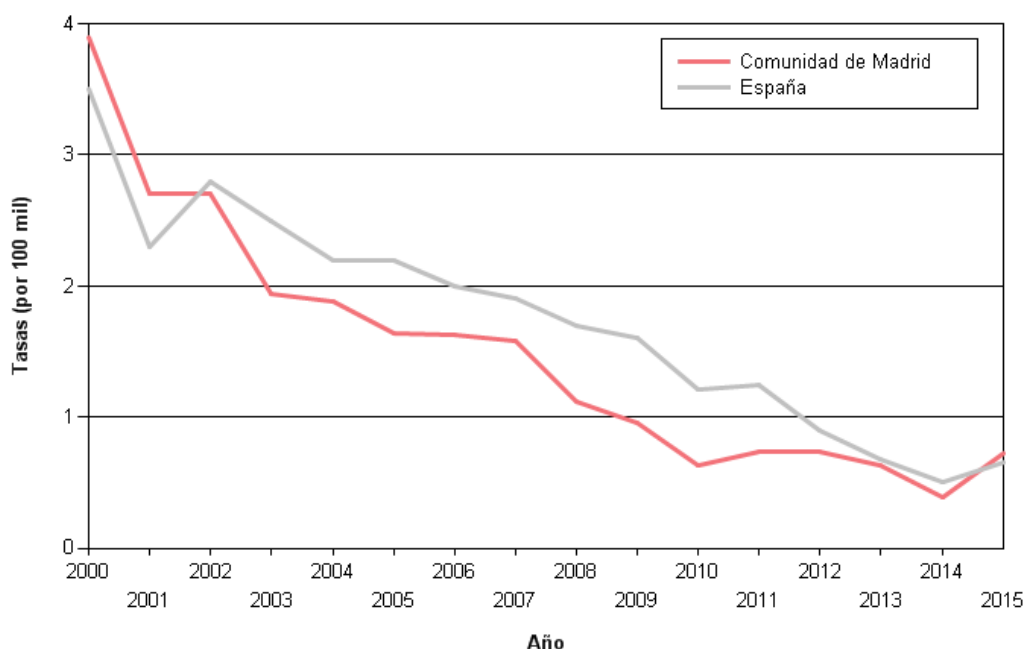


Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo y temporada. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2014-2015.

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

	Serogrupo B		Serogrupo C		Sin serogrupo		Confirmados*		Sospechas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	4	6,28	0	0,00	0	0,00	4	6,28	0	0,00
1 a 4	5	1,76	1	0,35	1	0,35	7	2,46	1	0,35
5 a 9	1	0,28	1	0,28	1	0,28	3	0,85	2	0,57
10 a 14	1	0,32	0	0,00	0	0,00	1	0,32	0	0,00
15 a 19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,70
20 a 24	2	0,62	1	0,31	2	0,62	5	1,54	0	0,00
25 a 44	2	0,10	4	0,19	2	0,10	8	0,38	0	0,00
45 a 64	2	0,12	1	0,06	2	0,12	5	0,30	0	0,00
>64	1	0,09	1	0,09	1	0,09	3	0,28	0	0,00
Total	18	0,28	9	0,14	9	0,14	36	0,56	5	0,08

*Se incluyen también los casos por serogrupo Y

Al comparar la incidencia de la temporada 2014-2015 con las temporadas previas (desde la temporada 1996-97), observamos que ha mostrado una de las incidencias más bajas de enfermedad meningocócica registradas. La evolución muestra una reducción paulatina de la incidencia, especialmente para el serogrupo C tras las campañas de vacunación, pero también para el serogrupo B en las últimas temporadas (Tabla 7.5). La letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2014-2015 ha sido de 12,8% para el global de casos (Tabla 7.6).

Tabla 7.5. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia según temporada epidemiológica y serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2014-2015.

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

	Serog. A	Serog. B	Serog. C	Serog. Y	Serog. W135	Serog. X	Sin grupar	Total Confirmados	Sosp. Clínicas	Total	Sosp. Clínicas,
1996- Casos	0	49	118	0	0	0	7	174	98	272	-
1997- Tasas	-	0,98	2,35	-	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42	-
1997- Casos	0	55	21	2	0	0	6	84	38	122	-
1998- Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	-	0,12	1,65	0,75	2,40	-
1998- Casos	1	62	32	0	0	0	12	107	34	141	-
1999- Tasas	0,02	1,20	0,62	-	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74	-
1999- Casos	0	68	64	2	0	0	7	141	66	207	-
2000- Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	-	0,13	2,71	1,27	3,98	-
2000- Casos	0	58	41	1	0	0	3	103	43	146	-
2001- Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	-	0,06	1,92	0,80	2,72	-
2001- Casos	1	59	53	1	1	0	11	126	33	159	-
2002- Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	-	0,20	2,28	0,60	2,88	-
2002- Casos	0	48	23	1	2	0	13	87	17	104	-
2003- Tasas	-	0,84	0,40	0,02	0,03	-	0,23	1,52	0,30	1,82	-
2003- Casos	1	52	32	1	4	0	8	98	20	118	-
2004- Tasas	0,02	0,90	0,55	0,02	0,07	-	0,14	1,69	0,34	2,03	-
2004- Casos	0	67	16	2	1	0	4	90	15	105	-
2005- Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	-	0,07	1,55	0,26	1,81	-
2005- Casos	0	45	12	2	0	0	8	67	24	91	-
2006- Tasas	-	0,75	0,20	0,03	-	-	0,13	1,12	0,40	1,51	-
2006- Casos	0	66	3	1	0	0	7	77	19	96	-
2007- Tasas	-	1,90	0,05	0,02	-	-	0,12	1,27	0,31	1,58	-
2007- Casos	1	42	9	1	0	0	11	64	14	78	-
2008- Tasas	0,02	0,67	0,14	0,02	-	-	0,18	1,02	0,22	1,24	-
2008- Casos	0	35	3	0	2	1	3	44	15	59	-
2009- Tasas	-	0,56	0,05	-	0,03	0,02	0,05	0,70	0,24	0,94	-
2009- Casos	2	21	8	1	3	0	9	44	10	54	-
2010- Tasas	0,03	0,33	0,13	0,02	0,05	-	0,14	0,69	0,16	0,85	-
2010- Casos	0	24	3	2	0	0	5	34	4	38	-
2011- Tasas	-	0,37	0,05	0,03	-	-	0,08	0,53	0,06	0,59	-
2011- Casos	0	29	5	0	1	0	9	44	7	51	-
2012- Tasas	-	0,45	0,08	-	0,02	-	0,14	0,68	0,11	0,79	-
2012- Casos	0	25	4	1	1	0	5	36	4	40	-
2013- Tasas	-	0,38	0,06	0,02	0,02	-	0,08	0,55	0,06	0,62	-
2013- Casos	-	17	0	2	-	-	7	26	-	33	7
2014- Tasas	-	0,26	-	0,03	-	-	0,11	0,40	-	0,51	0,11
2014- Casos	-	18	9	-	-	-	9	36	-	41	5
2015- Tasas	-	0,28	0,14	-	-	-	0,14	0,56	-	0,64	0,08

Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2014-2015.

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

	Serogrupo B	Serogrupo C	Total confirmados	Sospechas clínicas	Total
1996-1997	6,1	16,9	13,2	5,1	10,3
1997-1998	7,3	9,5	7,1	5,3	6,6
1998-1999	8,2	15,6	11,2	5,9	9,9
1999-2000	8,8	9,4	8,5	6,1	7,7
2000-2001	1,7	22,0	10,7	16,3	12,3
2001-2002	6,8	24,5	14,3	12,1	13,8
2002-2003	10,4	13,0	12,6	0,0	10,6
2003-2004	3,8	25,0	13,3	0,0	11,0
2004-2005	9,0	25,0	12,2	6,7	11,4
2005-2006	13,3	25,0	14,9	0,0	11,0
2006-2007	12,1	0,0	10,4	10,5	10,4
2007-2008	7,1	11,1	6,3	14,3	7,7
2008-2009	11,4	33,3	13,6	0,0	10,2
2009-2010	0,0	25,0	6,8	0,0	5,6
2010-2011	4,2	0,0	5,9	0,0	5,3
2011-2012	3,4	0,0	4,5	0,0	3,9
2012-2013	12,0	25,0	13,8	0,0	12,5
2013-2014	11,8	0,0	15,4	14,3	15,1
2014-2015	11,1	11,1	13,9	0,0	12,8

Analizando a partir del CMBD los casos de enfermedad invasora por neumococo (ENI) que requieren ingreso hospitalario, en el año 2015 la incidencia fue 30,50 casos por 100.000 habitantes (Tabla 7.7). La mayor incidencia se observa en los mayores de 64 años, 119,45 casos por 100.000, siendo en los menores de 1 año de 13,05 casos por 100.000). La neumonía fue la forma clínica predominante, con una incidencia de 25,88. La incidencia de septicemia fue de 3,79 y la meningitis neumocócica fue de 0,78. La letalidad global ha sido de un 7,8%, siendo superior en los mayores de 64 años (9,7%) y en los casos de septicemia (12,9%). La incidencia de la enfermedad en 2015 ha sido un 14,6% mayor que en 2014.

Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2015.

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

	Septicemia		Meningitis		Neumonía		Peritonitis		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1998	27	0,53	33	0,65	2.468	48,47	2	0,04	2.530	49,69
1999	19	0,37	36	0,70	2.189	42,54	4	0,08	2.248	43,69
2000	22	0,42	39	0,75	2.202	42,30	2	0,04	2.265	43,51
2001	20	0,37	37	0,69	2.136	39,76	2	0,04	2.195	40,86
2002	13	0,24	48	0,87	2.060	37,27	3	0,05	2.124	38,43
2003	22	0,38	55	0,96	2.193	38,35	3	0,05	2.273	39,75
2004	17	0,29	44	0,76	1.808	31,15	2	0,03	1.871	32,23
2005	32	0,54	52	0,87	2.463	41,30	3	0,05	2.550	42,76
2006	28	0,47	43	0,72	2.685	44,69	1	0,02	2.757	45,89
2007	53	0,87	45	0,74	3.232	53,14	4	0,07	3.334	54,82
2008	62	0,99	52	0,83	3.141	50,08	3	0,05	3.258	51,95
2009	71	1,11	52	0,81	3.573	55,94	2	0,03	3.698	57,90
2010	74	1,15	42	0,65	2.610	40,41	1	0,02	2.727	42,22
2011	73	1,12	32	0,49	1.694	26,10	2	0,03	1.801	27,75
2012	109	1,68	44	0,68	1.316	20,25	2	0,03	1.471	22,64
2013	124	1,91	31	0,48	1.193	18,37	0	0,00	1.348	20,75
2014	166	2,57	28	0,43	1.441	22,33	0	0,00	1.635	25,33
2015	244	3,79	50	0,78	1.666	25,88	3	0,05	1.963	30,50

La ENI se incluyó como EDO en la Comunidad de Madrid en febrero de 2007. En 2015 se registraron 546 casos (8,48 casos por 100.000). Al analizar la incidencia de las principales formas clínicas de presentación de la enfermedad por grupos de edad (Figura 7.21), se observa que la neumonía (con o sin sepsis) afecta fundamentalmente a los mayores de 59 años (10,36 casos por 100.000) y el grupo de menores de 1 año (6,29), la sepsis igualmente a los mayores de 59 años (5,18) y a los menores de 1 año (4,72), la bacteriemia sin foco muestra la mayor incidencia en los menores de 1 año (11,00) y en el grupo de edad de 1 a 4 años (6,21) y la meningitis (con o sin sepsis) afecta preferentemente a los menores de 1 año (6,29), a los de 1 a 4 años (3,29) y a los mayores de 59 años (2,06). El 61,5% de los casos presentaba algún antecedente patológico que podría considerarse un factor de riesgo para la enfermedad neumocócica (Tabla 7.8). La presencia de antecedentes patológicos fue similar entre hombres y mujeres (62,1% vs 60,9%) y aumentó con la edad. El 65,1% de los casos con antecedentes patológicos habían recibido vacunación antineumocócica: el 78,2% de ellos habían recibido la vacuna de polisacáridos capsulares de los 23 serotipos (VPN23), el 12,2% habían recibido vacuna conjugada y el 10,3% habían recibido ambas vacunas. La letalidad de los pacientes con antecedentes patológicos fue del 17,6%, siendo del 5,2% para los pacientes sin antecedentes patológicos.

La vacuna conjugada neumocócica 7-valente (VCN7) está disponible en España desde 2001 y en noviembre de 2006 se incluyó en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid, recomendándose en todos los niños nacidos a partir del 1 de noviembre de 2004. En junio de 2010 esta vacuna fue sustituida por la vacuna conjugada 13-valente (VCN13) y en julio de 2012 esta vacuna dejó de incluirse en la vacunación sistemática de la infancia, reintroduciéndose en la misma en enero de 2015. La vacuna polisacárida (VPN23), indicada desde 2001 para los grupos de riesgo, desde 2005 se recomienda a los mayores de 59 años, administrándose junto a la vacuna antigripal. En el año 2015, se disponía de información sobre el serotipo de neumococo causante de la enfermedad en el 86,8% de los casos (474). Se han identificado 50 serotipos diferentes. Los cinco serotipos más frecuentes fueron el 8 (22,2%), 3 (9,7%), 22F (5,3%), 9N (4,9%) y el 23B (4,2%). La proporción de casos con serotipos incluidos en la VCN7 fue del 5,7%, en la VCN13 fue del 15,2% y en la VPN23 del 64,8%.

Figura 7.21. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

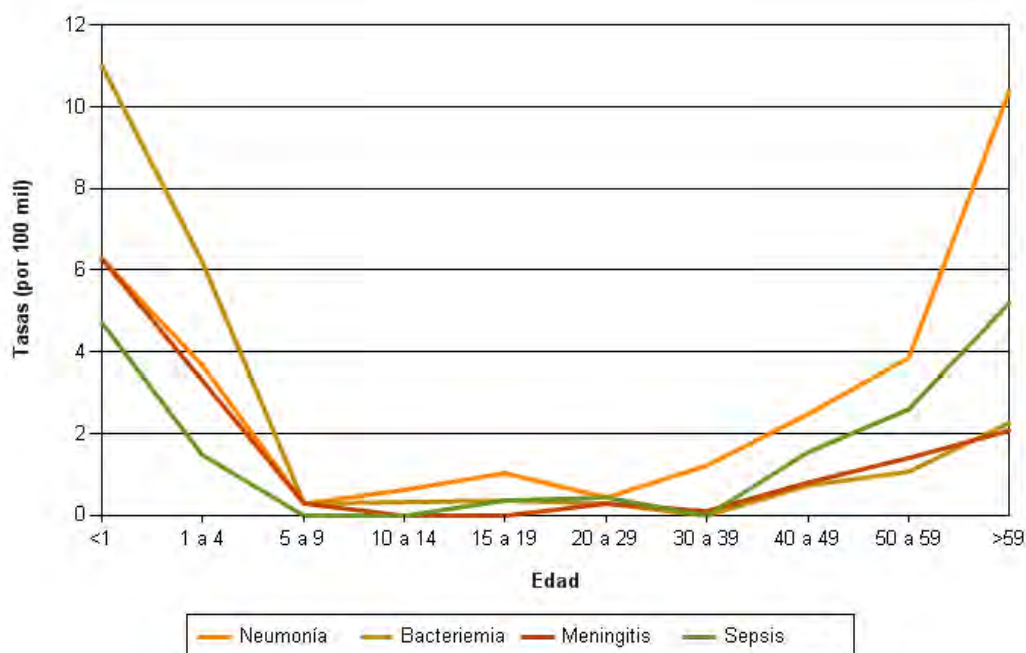


Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Antecedentes patológicos. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Casos	%
Cirugía craneal	4	1,2
DM	11	3,3
Esplenectomía	7	2,1
Fístula LCR	2	0,6
Inmunodeficiencia	71	21,1
Neoplasia	32	9,5
Patología cardíaca	58	17,3
Patología hepática	14	4,2
Patología renal	9	2,7
Patología respiratoria	71	21,1
Traumatismo craneal	3	0,9
Otros	54	16,1
Total	336	100,0

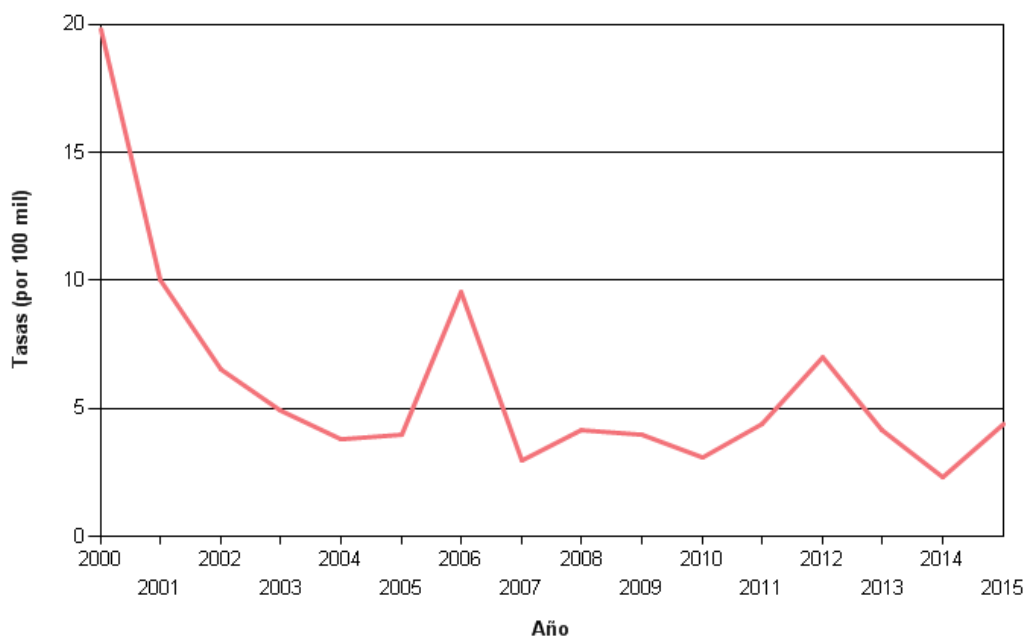
No se notificó ningún caso de difteria, poliomielitis, rubéola congénita, tétanos, ni tétanos neonatal en 2015.

7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas y otras meningitis bacterianas

En el año 2015 en la Comunidad de Madrid se han registrado 267 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia acumulada de 4,15 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.22). La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (50,9%), confirmándose el 49,1%. Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (36,7%), virus Varicela-zoster (5,6%), virus Herpes simple (3,4%), virus Echo (1,5%), y 0,4% de los siguientes virus: Citomegalovirus, virus JC, virus BK, VIH y virus Toscana. Esta enfermedad muestra un predominio masculino (61,8%), con una incidencia en varones de 5,34 casos por 100.000 habitantes y de 3,04 casos por 100.000 habitantes en mujeres. La edad media de presentación ha sido de 19 años, predominando la enfermedad en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de 1 a 4 años (24,85 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 5 a 9 años (15,82 casos por 100.000 habitantes) y el de menores de 1 año (7,41 casos por 100.000 habitantes). En 2015 se han registrado tres fallecimientos por esta causa (todos inmunodeprimidos). La letalidad fue por tanto del 1,12% y la mortalidad de 0,05 por 100.000 habitantes.

Figura 7.22. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2015.

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



En las meningitis bacterianas de otra etiología diferente de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* en los últimos años la incidencia está en torno al 1 por 100.000. En 2015, con la modificación de la normativa nacional publicada en marzo, la listeriosis deja de pertenecer a este grupo (en el que la *Listeria monocytogenes* venía siendo el patógeno más frecuente, responsable del 33,3% de los casos en 2013). En el año 2015 se han notificado 50 casos de otras meningitis bacterianas (62,0% de ellos confirmados), lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,78 por 100.000 habitantes. El 60% fueron hombres, y la media de edad fue de 36 años, presentándose la mayor incidencia en los menores de un año (3,26 casos por 100.000 habitantes). Se han registrado cinco fallecimientos por esta causa (letalidad del 10%, mortalidad de 0,08 casos por 100.000 habitantes).

7.3.3. Enfermedades de transmisión respiratoria

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela (Figura 7.23) y del sistema EDO (Figura 7.24). Desde la pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009, se inició además la vigilancia de casos graves de gripe. Durante el año 2015 la tasa de incidencia acumulada de gripe fue de 1.769,32 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Colmenar Viejo, Coslada y Torrejón de Ardoz, siendo la más baja la de Chamberí.

Figura 7.23. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 2006-07 a 2015-16.

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

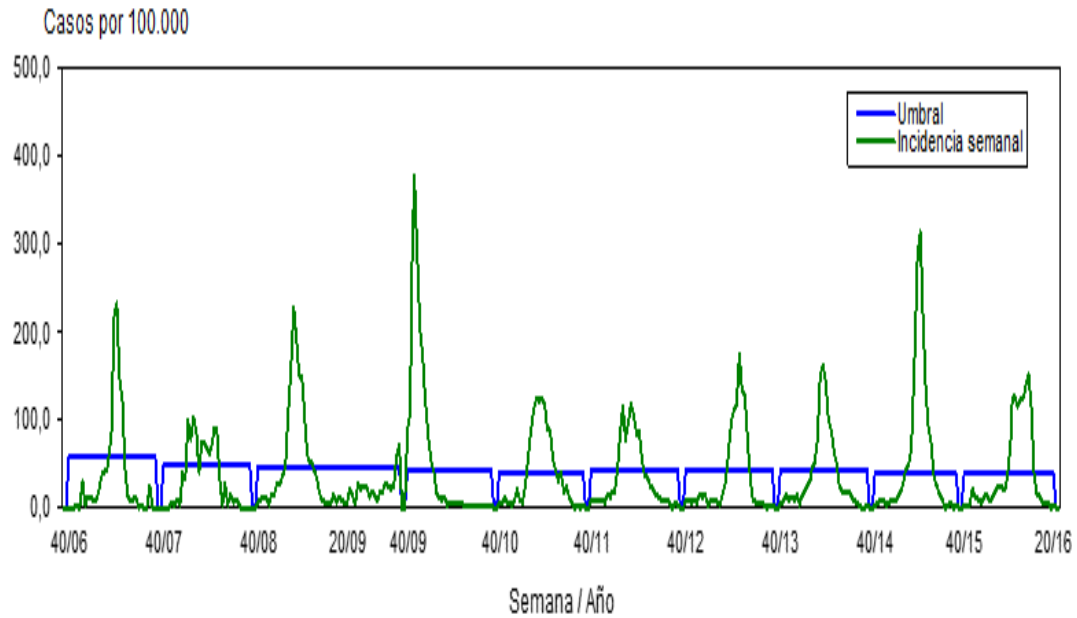
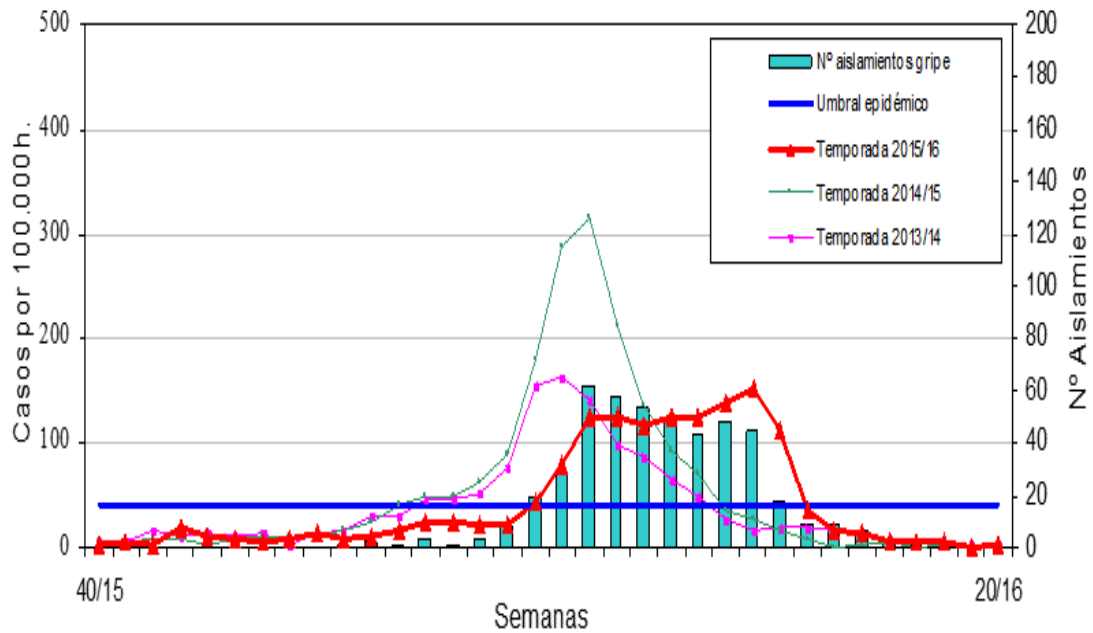


Figura 7.24. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2013-14 a 2015-16.

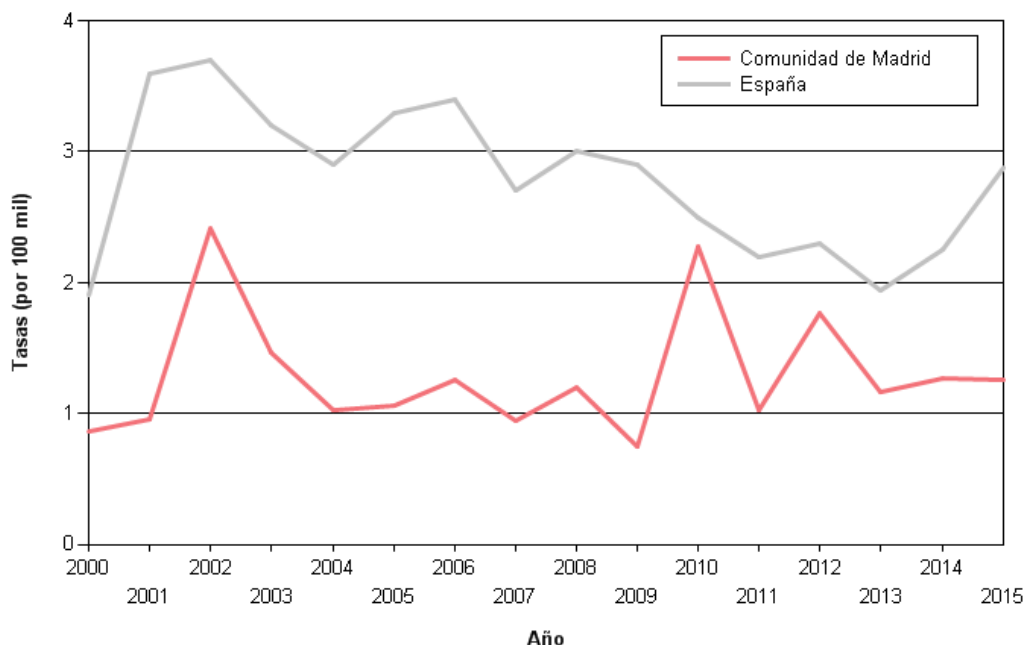
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2015 se notificaron 81 casos de legionelosis (Figura 7.25), un caso menos que en 2014. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,26 casos por 100.000 habitantes. El 61,7% de los casos se produjo en varones, y la edad media fue de 66,7 años. Se produjo el fallecimiento de 10 casos (5,3%), la mitad de ellos eran hombres y el 70% eran mayores de 69 años. El 98,8% de los casos se consideraron de ámbito comunitario, y en cuanto al modo de presentación, el 91,4% se clasificaron como esporádicos, siendo siete los casos asociados a brotes.

Figura 7.25. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En 2015 se notificó un caso de lepra en una mujer de 38 años de República de Paraguay (incidencia de 0,02 casos por 100.000 habitantes).

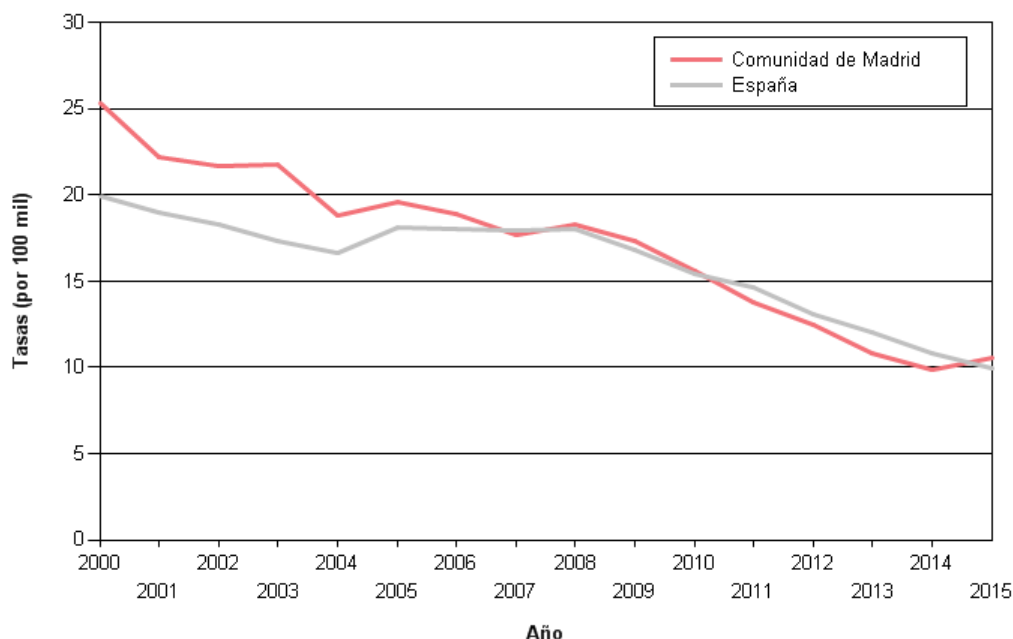
No se notificó ningún caso de síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) en 2015.

7.3.4. Tuberculosis

En la última década se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.26), que parece haberse estabilizado en 2015. Esta tendencia se observa así mismo en las tuberculosis pulmonares y en las formas bacilíferas (Figura 7.27).

Figura 7.26. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

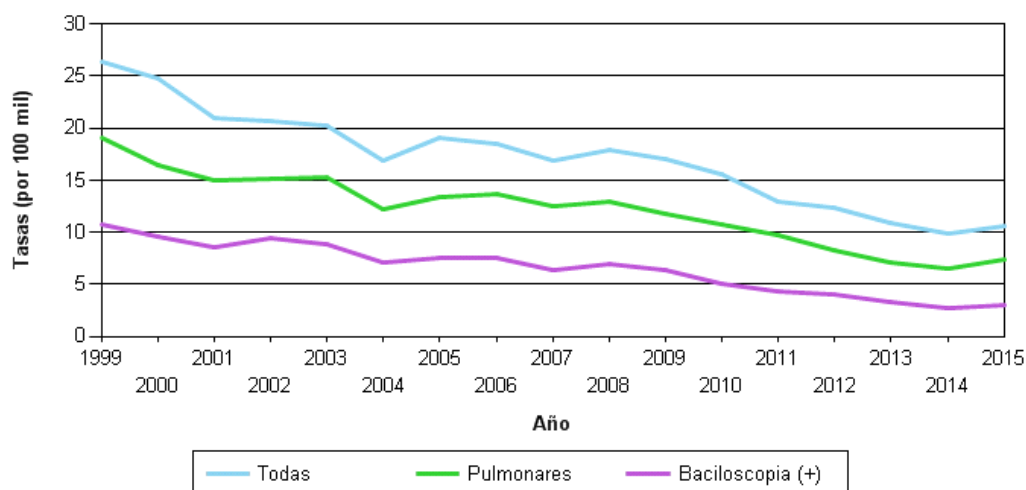


*Datos de 2015 provisionales

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

Figura 7.27. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

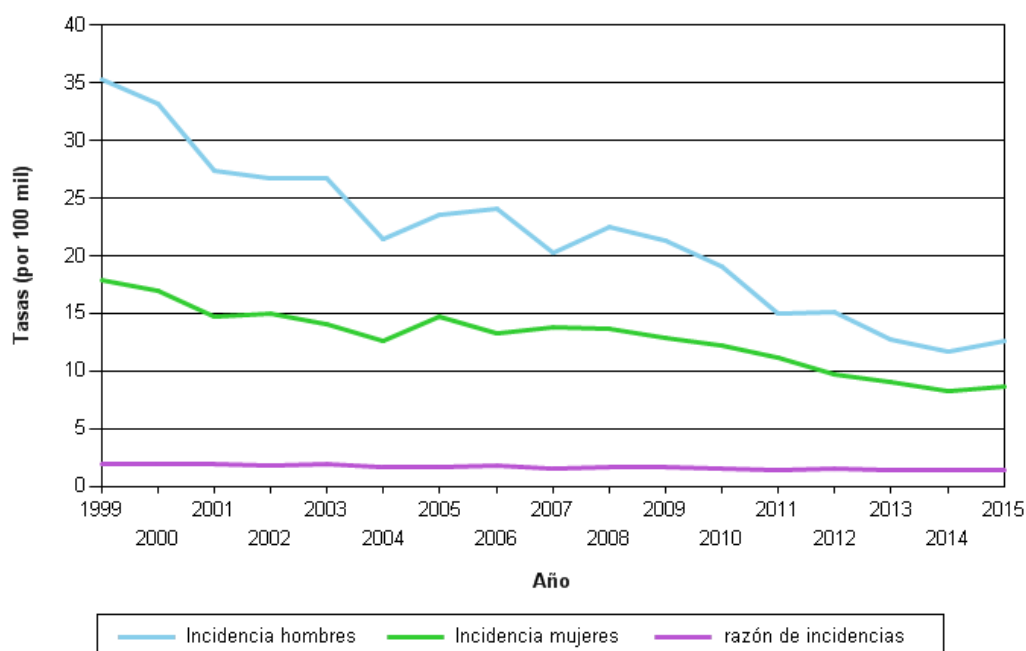


*Datos de 2015 provisionales

En todo el periodo de estudio la incidencia ha sido siempre mayor en hombres que en mujeres. Aunque la disminución de la incidencia ha sido progresiva en ambos sexos, la de los hombres presenta una pendiente más acentuada al partir de tasas más elevadas. En el año 2015 la razón de incidencias ha sido de 1,4 (Figura 7.28).

Figura 7.28. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual según sexo y de la razón de incidencias hombre/mujer. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



*Datos de 2015 provisionales

En cuanto a la distribución por edades (Tabla 7.9), desde 2002 se ha producido una disminución global de la incidencia en todos los grupos de edad, aunque en 2015 se ha producido un ligero incremento de la incidencia en los menores de 15 años.

Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

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

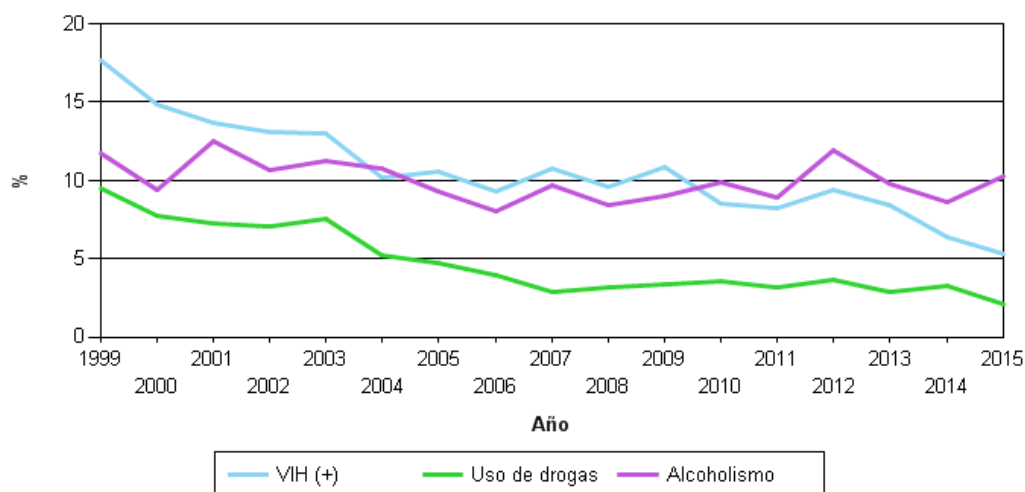
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-4	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8	12,4	11,3	8,8	9,8	7,9	6,9	4,0	12,2
5-14	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7	5,9	4,8	3,6	3,3	2,8	3,1	2,7	7,5
15-24	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0	22,2	19,2	15,1	13,9	13,1	9,5	9,2	8,6
25-34	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3	25,4	24,1	22,4	17,6	15,3	15,0	12,3	11,7
35-44	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3	21,6	19,9	19,1	15,6	14,4	11,6	12,4	11,8
45-54	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0	13,9	17,4	14,6	14,2	13,1	12,5	10,6	10,7
55-64	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7	12,0	12,1	9,2	10,0	11,1	7,9	8,6	8,0
65-74	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0	16,5	12,3	13,7	12,3	8,9	11,6	9,2	9,8
75 y más	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4	20,7	20,1	24,3	21,0	19,3	15,6	14,4	14,8
Total	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5	13,6	12,3	10,8	9,9	10,5

* Datos de 2015 provisionales

Desde 1999 a 2015 la proporción de casos de tuberculosis asociados a infección por VIH/sida ha disminuido, pasando del 17,7% del total de casos al 5,3% y de forma paralela también se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas, pasando del 9,5% al 2,1%. La proporción de casos asociados a alcoholismo ha oscilado a lo largo del periodo entre el 8,0% y el 11,9%, situándose en el 10,3% en 2015 (Figura 7.29).

Figura 7.29. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

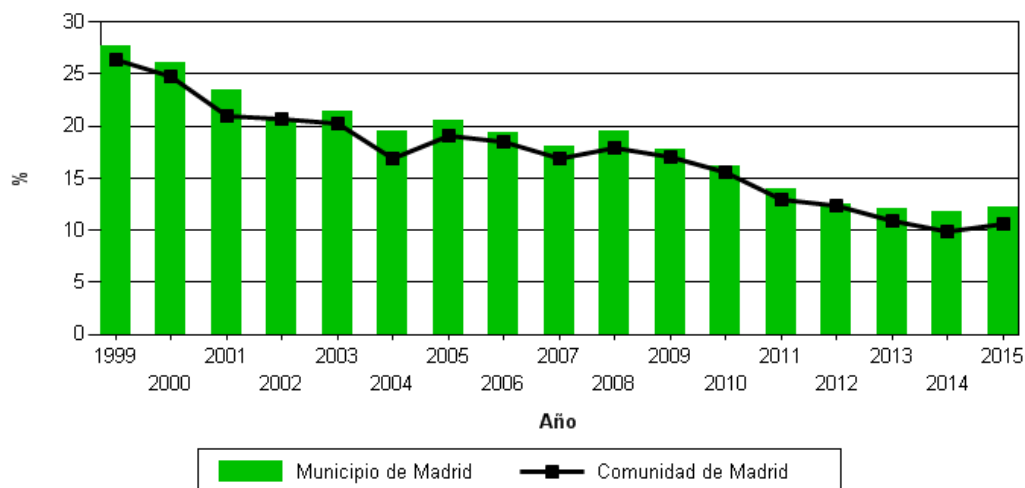


*Datos de 2015 provisionales

En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo al de la Comunidad (Figura 7.30).

Figura 7.30. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

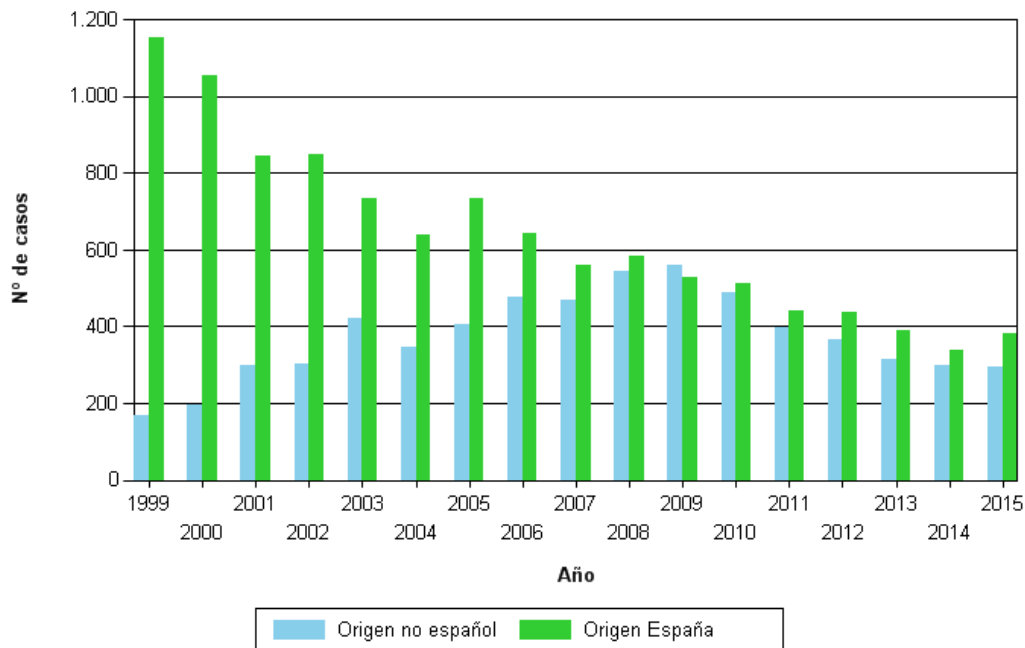


*Datos de 2015 provisionales

La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España ha experimentado un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir. En el año 2015 la proporción de extranjeros ha sido de 43,5% (Figura 7.31 y Figura 7.32).

Figura 7.31. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

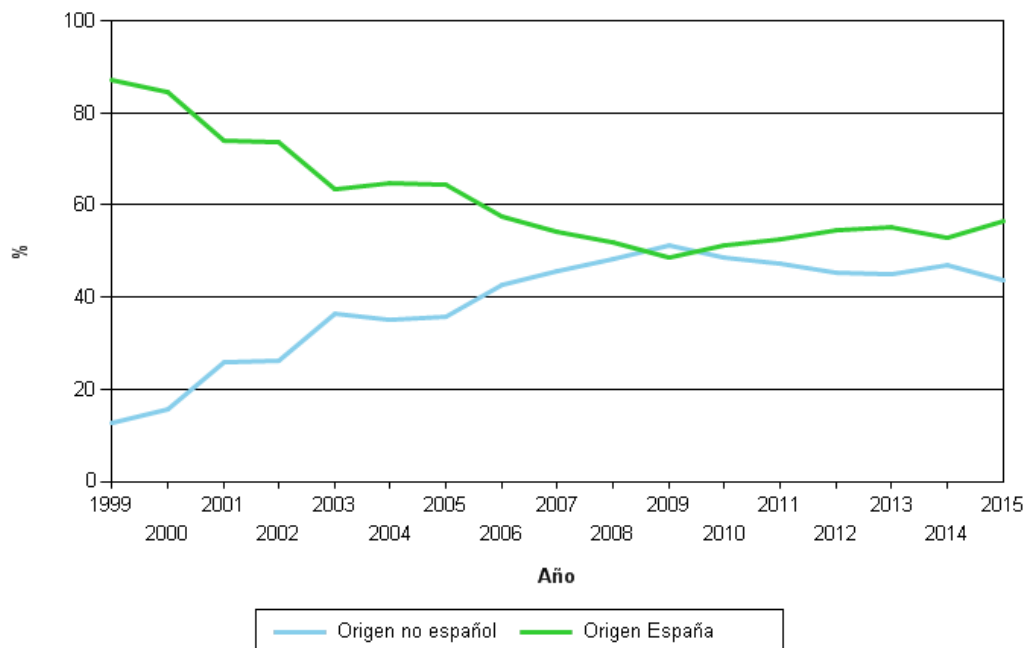
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



*Datos de 2015 provisionales

Figura 7.32. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



*Datos de 2015 provisionales

7.3.5. Enfermedades de transmisión zoonótica

Entre las antropozoonosis se notificaron en el año 2015 cuatro casos de brucelosis, igual que en 2014, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,06 casos por 100.000 habitantes. Los afectados fueron tres varones y una mujer españoles, con edades comprendidas entre los 34 y los 84 años. Todos los casos se presentaron de forma aislada y en ninguno se pudo establecer con certeza el origen del contagio.

En el año 2015 se notificaron 12 casos de fiebre Q, con una tasa de incidencia acumulada de 0,19 casos por 100.000 habitantes. El 58,3% eran hombres, con una edad media de 68,8 años, siendo el 83,3% de los casos mayores de 64 años. La mitad se clasificaron como confirmados.

Las hidatidosis notificadas en 2015 fueron 21, con una tasa de incidencia acumulada de 0,33 casos por 100.000 habitantes. El 66,7% de los casos fueron en mujeres, y la edad media era de 55,1 años. El 81,0% de los casos eran españoles.

En 2015 se notificó un caso de leptospirosis, así como un caso de toxoplasmosis congénita, siendo la incidencia acumulada de 0,02 casos por 100.000 habitantes en ambas enfermedades.

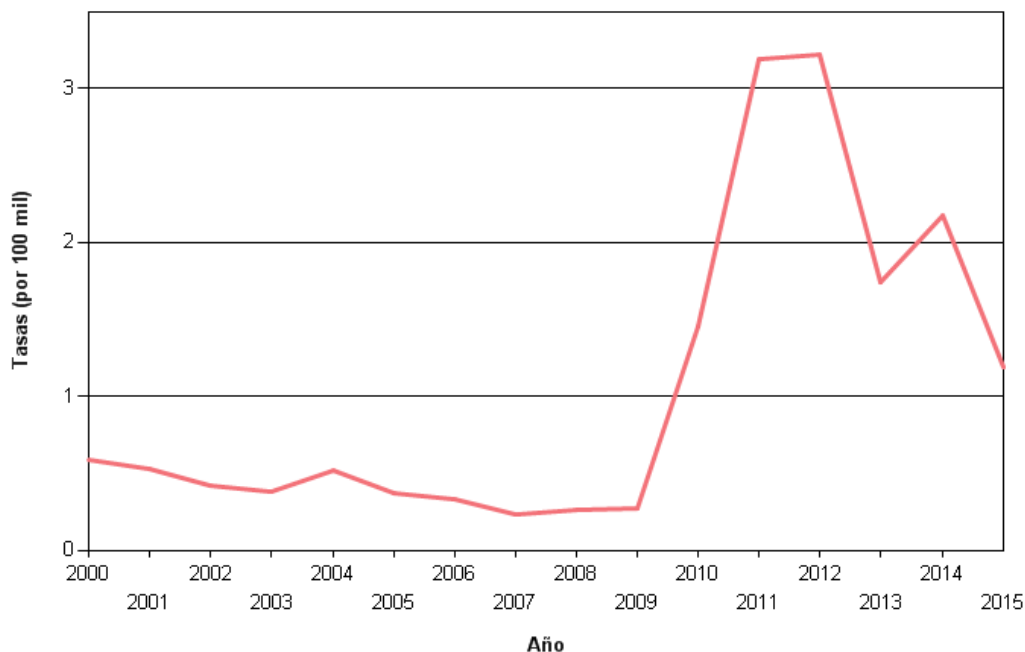
No se notificó ningún caso de carbunco, peste, rabia ni turalemia en 2015.

7.3.6. Enfermedades transmitidas por vectores

Durante el año 2015 se notificaron 79 casos de leishmaniasis (Figura 7.33), 57 menos que en 2014. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,23 casos por 100.000 habitantes. De estos, 44 (55,7%) se consideraron asociados al brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. Puede encontrarse información más detallada sobre este brote en el epígrafe '7.3.12. Brotes de especial interés', de este capítulo.

Figura 7.33. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2015.

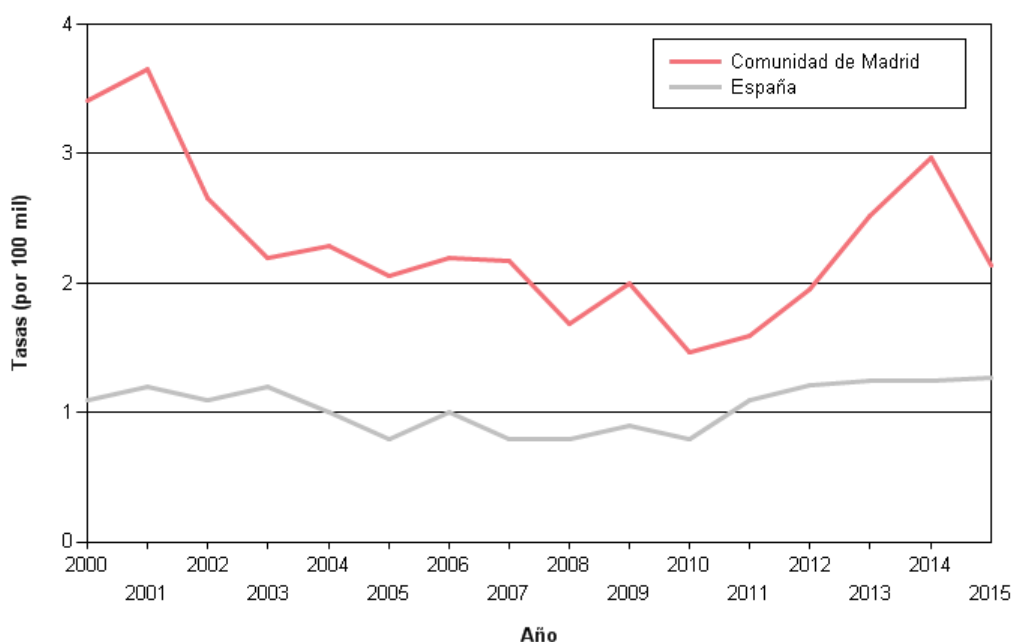
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Durante 2015 se notificaron 138 casos (tasa de 2,14 casos por 100.000 habitantes) de paludismo (Figura 7.34). El 64,5% de los casos eran hombres, y la media de edad era de 37,3 años. El 10,1% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 35,5% en el grupo de edad de 35 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 96,4% de los casos, de los cuales el 18,8% eran españoles, el 71,4% africanos (27,8% de casos de Guinea Ecuatorial y 15,8% de Nigeria) y el 10,0% de otros países de Europa, América y Asia. El 99,3% de los casos se clasificaron como confirmados, y la especie más frecuentemente aislada fue *Plasmodium falciparum* (87,9%). En el 87,7% de los casos (121) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 76,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 16,5% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, y el 4,1% había realizado viajes de turismo. En el 97,1% de los casos (134) constaba el lugar de contagio, siendo África (98,5%) y Guinea Ecuatorial (47,8%) el continente y país más frecuentemente registrados. En el 10,9% de los casos constaba la realización profilaxis antipalúdica.

Figura 7.34. Paludismo. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En el año 2015 se notificaron 58 casos de Dengue, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,90 casos por 100.000 habitantes. El 53,4% de los casos se produjo en mujeres, y el rango de edad osciló entre 9 y 71 años, con una media de 38 años. En todos los casos se disponía de información sobre el lugar al que habían viajado durante el periodo de incubación: el 50,0% a Latinoamérica, el 46,6% a Asia y el 3,4% a África.

Los casos de enfermedad por virus Chikungunya notificados en 2015 fueron 81, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 1,26 casos por 100.000 habitantes. El 77,8% de los casos se produjo en mujeres, y el rango de edad oscilaba entre los 2 y los 72 años, con una media de 39 años. El 17,3% de los casos eran españoles, el 34,6% de Colombia, el 18,5% de Ecuador, el 11,1% de Bolivia, el 14,8% procedía de otros países latinoamericanos, el 2,5% de otros países europeos y el 1,2% de África. Se clasificaron como confirmados el 80,2%. En todos los casos se disponía de información sobre el viaje realizado durante el periodo de incubación, 38,3% habían viajado a Colombia, 23,5% a Ecuador, 12,3% a Bolivia, 22,2% a otros países de Latinoamérica, 2,5% a Asia y 1,2% a África.

En el año 2015 se notificaron 22 casos de fiebre exantemática mediterránea, con una tasa de incidencia acumulada de 0,34 casos por 100.000 habitantes. El 59,1% de los casos se presentaron en mujeres, y la edad media fue de 49,5 años, con un rango entre los 8 y los 83 años. El 81,8% de los casos eran españoles, y el 90,9% se clasificaron como confirmados.

El hecho de que en la Comunidad de Madrid haya tres aeropuertos, con un gran tráfico internacional de pasajeros, y que nuestra región sea un centro neurálgico de la red de comunicaciones lleva aparejado un riesgo permanente de la llegada de agentes zoonóticos y patógenos desconocidos en España, muchos de los cuales son vehiculados por vectores que requieren de una estrecha vigilancia y la elaboración de planes de respuesta operativos para minimizar su impacto en la población. Esto hace necesario establecer un Sistema de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Emergentes, de manera que se pueda detectar cualquier alerta al respecto en nuestra región, así como dar una respuesta rápida y adecuada, realizando una prescriptiva evaluación del riesgo para cada caso y enfermedad, contando para ello con el necesario apoyo científico.

En este sentido, en 2016, la Comunidad de Madrid es pionera al haber establecido el Programa de Vigilancia Entomológica y Control Sanitario-Ambiental de Vectores Transmisores de Arbovirus (Dengue, Chikungunya y Zika), como medida preventiva de cara a una posible llegada del mosquito tigre (*Aedes albopictus*) a nuestro territorio, en vehículos procedentes de la costa mediterránea, donde se ha constatado su extensión. En el marco del sistema de vigilancia de este Programa se han establecido 37 puntos de muestreo. Las trampas se han situado en los puntos neurálgicos de las comunicaciones de la Comunidad de Madrid, con especial vigilancia en las carreteras (Nacional II, III y IV) y estaciones de autobuses y trenes, que enlazan con regiones donde ya está presente el mosquito tigre (zona de Levante) y puntos clave en el transporte de mercancías (Merca-Madrid y otras plataformas logísticas). Desde junio a septiembre de 2016 se han analizado 189 trampas dando todas ellas un resultado negativo. La actuación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid viene a completar el Plan del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante el cual se muestrean, del mismo modo, los aeropuertos de Torrejón y Barajas-Adolfo Suárez.

Como complemento a la vigilancia entomológica el Programa incluye un sistema de alerta ciudadana para que se pueda avisar a las autoridades ante la sospecha de la presencia de mosquitos tigre. Mediante la aplicación Mosquito Alert (www.mosquitoalert.com) los usuarios envían fotografías del insecto, que se analizan por expertos entomólogos (Consejo Superior de Investigaciones Científicas). Hasta la fecha tampoco se ha encontrado presencia del mosquito tigre en nuestra región por esta vía. Este Programa establece medidas de prevención de factores de riesgo frente al mosquito, tanto individuales como colectivos, y frente a sus picaduras mediante barreras físicas y el uso responsable de repelentes. También se ha desarrollado una estrategia de información y comunicación dirigida a la población general y a profesionales.

Por otra parte se han consensuado con el Ayuntamiento de Madrid, la Federación Madrileña de Municipios y las Asociaciones de Empresas de Control Vectorial, las medidas a aplicar: preventivas, de información y de control vectorial, en el caso de implantación del mosquito tigre en la Comunidad de Madrid.

El Comité de Gestión de este Programa está formado por las instituciones y organismos con capacidad para tomar las medidas necesarias para el control del mosquito tigre en el caso de que se detecte. Está formado por: Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Consejería de Medio Ambiente, Administración Local y Ordenación del Territorio, Federación Madrileña de Municipios, Ayuntamiento de Madrid, Red Municipal de Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, Facultad de Biología de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Veterinaria de Zaragoza, Asociaciones del Sector de Control Vectorial, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid. El Comité de Gestión está apoyado por un órgano científico de asesoramiento y apoyo en las medidas de actuación implantar, formado por entomólogos de reconocido prestigio y expertos en Sanidad Ambiental.

Ante todos estos riesgos, la salud ambiental trabaja a fin de establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas para salvaguardar a la población frente a la potencial exposición de ésta a los agentes ambientales.

7.3.7. Enfermedades de transmisión alimentaria y brotes de origen alimentario

En general la tendencia en los últimos años de la incidencia de enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica se puede considerar estable con tasas de incidencia de disentería, fiebre tifoidea y paratifoidea y triquinosis inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes.

En los años 2008 y 2009 se produjo un aumento en la incidencia de hepatitis A, motivado principalmente por la aparición de brotes en centros escolares, descendiendo posteriormente en los años siguientes ([Figura 7.35](#)). De los 68 casos de hepatitis A notificados en 2015 (tasa de incidencia acumulada de 1,06 casos por 100.000 habitantes), el 57,4% eran hombres, siendo la media de edad de 32 años. El 69,1% de

los casos eran españoles (Figura 7.36), el 14,7% de países de América del Sur, el 10,3% de Marruecos y el 2,9% de Rumanía. El 98,5% de los casos se clasificaron como confirmados por laboratorio. Los brotes notificados en 2015 fueron 5. A lo largo de 2016 se detectó un incremento de casos del que puede encontrarse información más detallada en el epígrafe '7.3.12. Brotes de especial interés', de este capítulo.

Figura 7.35. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

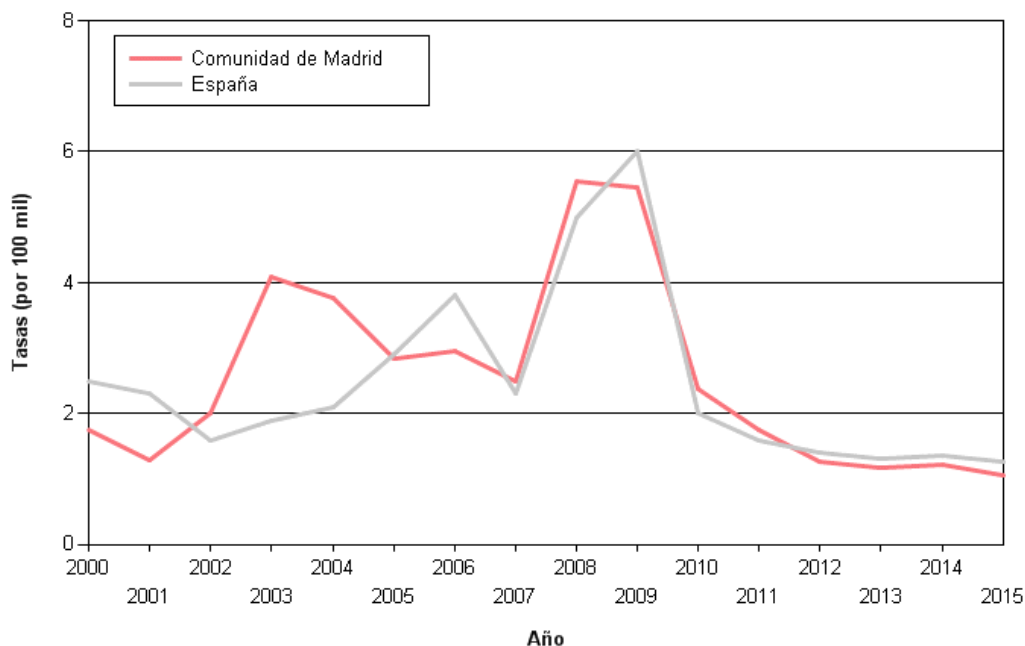
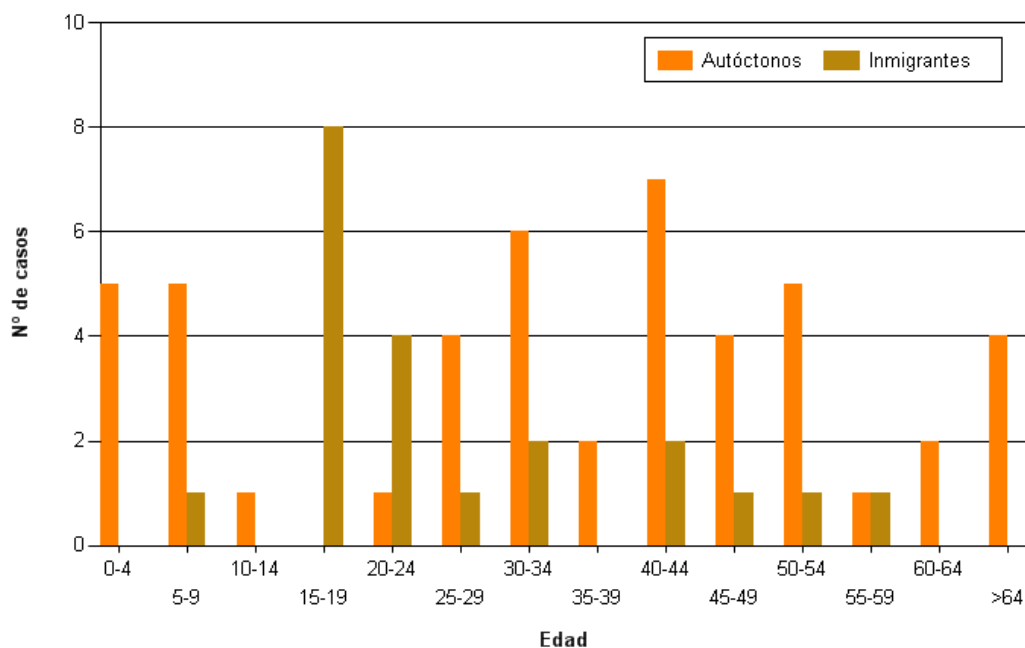


Figura 7.36. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid, 2015.

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



Los casos de campilobacteriosis notificados en 2015 fueron 857, con una incidencia de 13,31 casos por 100.000 habitantes. El 60,3% eran varones, siendo el 54,8% de los casos menores de 10 años. El 99,1% de los casos se confirmaron por microbiología. Se presentaron 5 brotes con 23 casos.

En 2015 se notificaron 46 casos de criptosporidiosis, con una incidencia de 0,71 casos por 100.000 habitantes. El 60,9% eran varones, siendo el 76,0% menores de 10 años. Todos los casos se confirmaron por microbiología.

La listeriosis, enfermedad que con anterioridad estaba incluida en el grupo de 'otras meningitis bacterianas', se empieza a vigilar desde 2015 de forma independiente. Los casos notificados fueron 22 (incidencia de 0,34 casos por 100.000 habitantes), la mitad de ellos varones y el 95,5% mayores de 25 años. Las formas clínicas de presentación fueron: bacteriemia (40,91%), meningitis (27,27%), bacteriemia y meningitis (9,09%) y desconocida (22,73%). El 22,8% de los casos presentaban factores de riesgo para la enfermedad.

Durante 2015 se notificaron 6 casos de *E. Coli* productora de toxina (incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes), todos niños españoles menores de 6 años (50% varones). Todos los casos se confirmaron por microbiología.

En cuanto a la fiebre tifoidea y paratifoidea en el año 2015 se notificaron 6 casos (incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes), el 66,7% en hombres, con una media de edad de 23,83 años. Cinco de los casos se confirmaron microbiológicamente, y tenían antecedente de viaje a países endémicos.

Respecto a la salmonelosis en 2015 se notificaron 925 casos, con una tasa de incidencia de 14,37 casos por 100.000 habitantes. El 50,4% eran hombres, siendo el 44,8% menores de 14 años y el 17,2% mayores de 60 años. Los brotes de salmonelosis notificados fueron 67, con 465 enfermos y 1.045 expuestos, siendo el 71,6% de origen familiar. Los casos de shigelosis notificados fueron 48, con una tasa de incidencia de 0,75 casos por 100.000 habitantes. El 81,3% se presentaron en hombres, con una media de edad de 31,8 años. En el 20,8% constaba el antecedente de viaje fuera de España. Se notificaron también 24 casos de yersiniosis, con una tasa de incidencia de 0,37 casos por 100.000 habitantes. El 66,7% eran hombres, con una media de edad de 17,0 años.

La incidencia de giardiasis en 2015 fue de 4,46 casos por 100.000, con 287 notificaciones. El 57,1% eran varones, y el 61,3% menores de 15 años. El 99,7% de los casos se confirmaron por microbiología. Los brotes notificados fueron 11.

En 2015 se notificó un caso de botulismo y no se notificó ningún caso de cólera ni de triquinosis.

En las ([Figura 7.37](#) y [Figura 7.38](#)) se puede observar la evolución de los brotes de origen alimentario desde el año 2001.

Figura 7.37. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

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

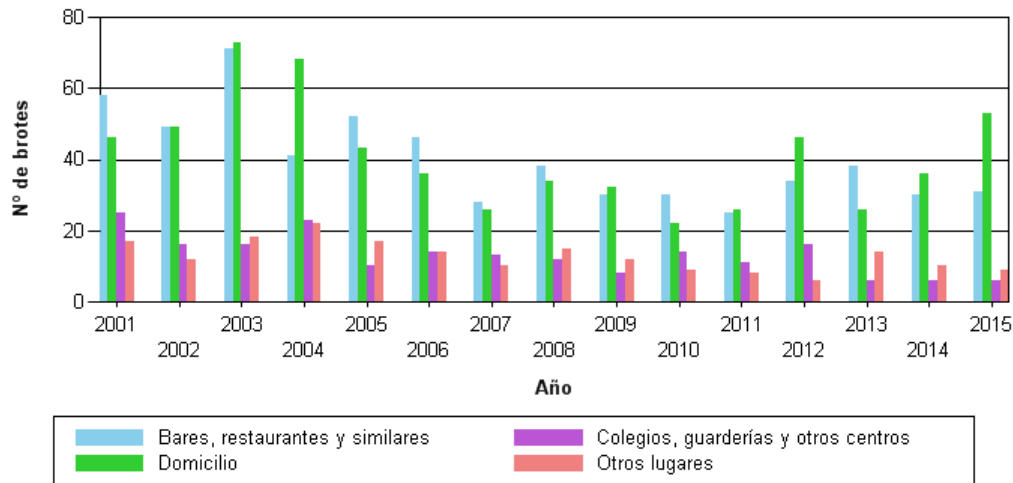
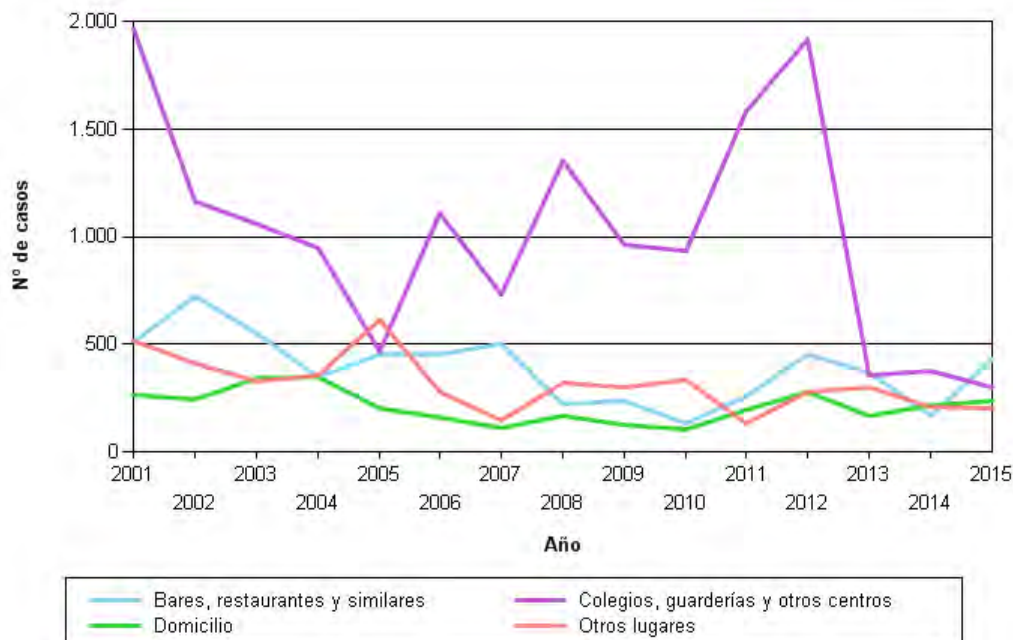


Figura 7.38. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

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



7.3.8. Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

La hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 2008, con un ligero repunte entre 2013 y 2014 (Figura 7.39). En el año 2015 se notificaron 43 casos de hepatitis B en la Comunidad de Madrid (Figura 7.40). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,67 casos por 100.000 habitantes. El 67,4% de los casos eran hombres, y el rango de edad oscilaba entre los 16 y los 67 años, con una media de 46 años. El 58% de los casos eran españoles. Todos se clasificaron como confirmados.

Figura 7.39. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

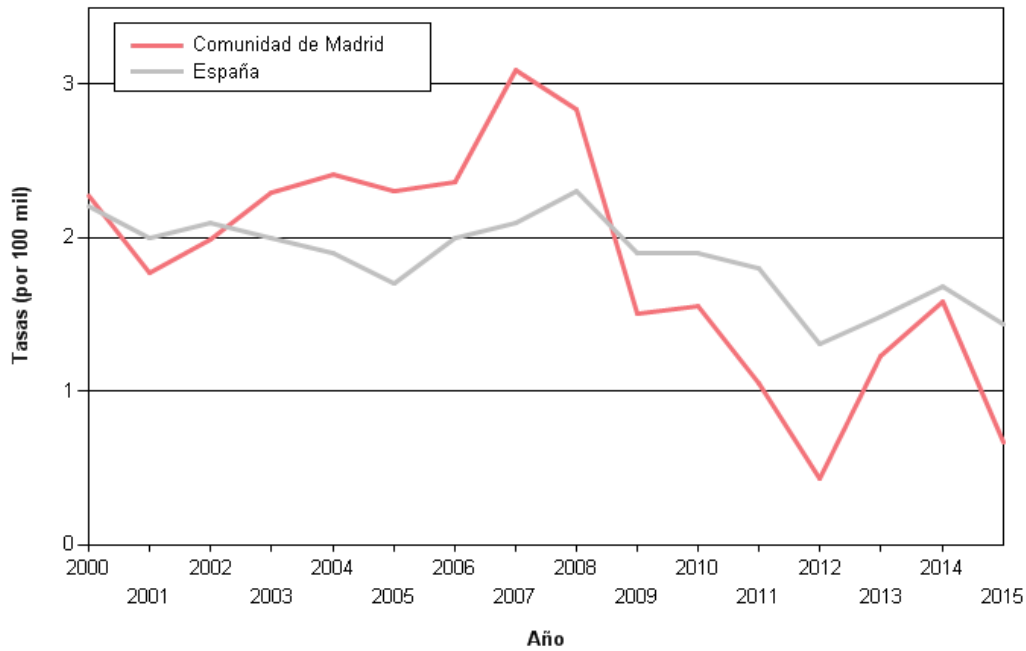
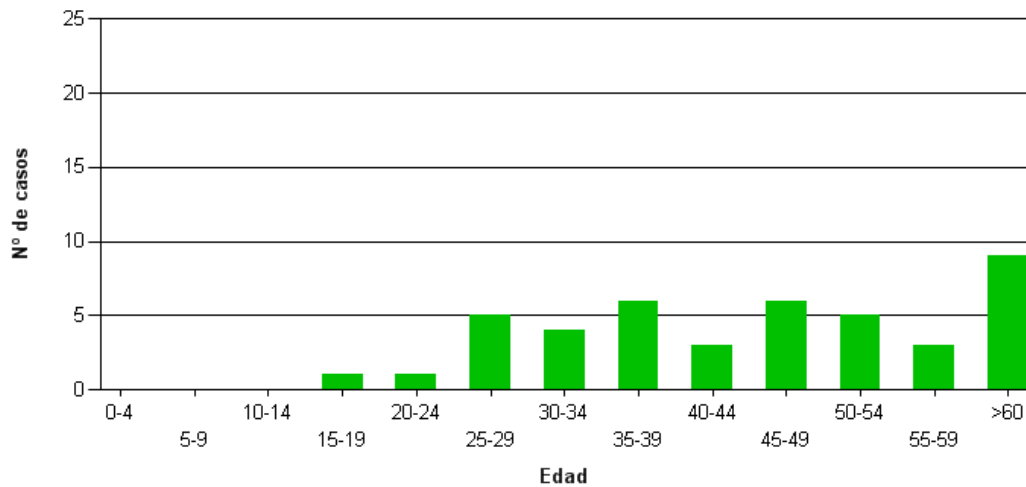


Figura 7.40. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

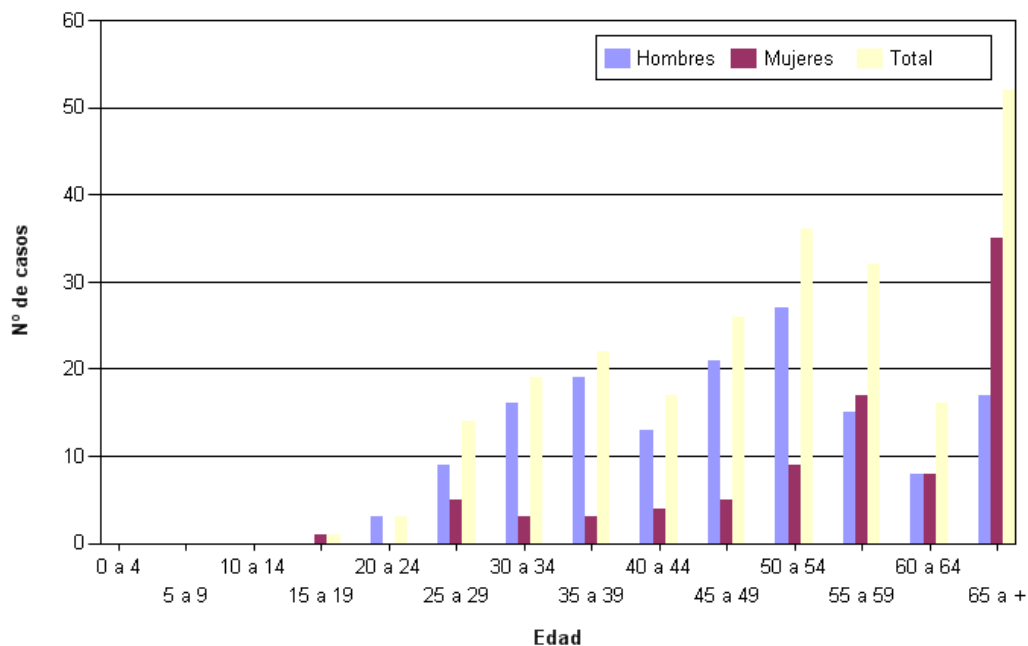
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Con la modificación de la normativa nacional publicada en marzo de 2015, en la que se amplía la lista de EDO, la hepatitis C deja de pertenecer al grupo de "otras hepatitis víricas" y se notifica como rúbrica específica, estableciéndose además cambios en la definición de caso con respecto a la utilizada previamente. En el año 2015 se notificaron 238 casos (Figura 7.41), con una tasa de incidencia acumulada de 3,70 casos por 100.000 habitantes. El 62,2% de los casos eran hombres, con un rango de edad entre los 17 y los 91 años (media de 52 años). El 80,7% eran españoles. El 80,3% de los casos se detectó por PCR, el 12,6% por seroconversión y el 11,3% por detección del antígeno Core.

Figura 7.41. Hepatitis C. Distribución según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En el año 2015 se notificaron 1.200 casos de infección gonocócica (Figura 7.42), siendo la tasa de incidencia acumulada de 18,64 casos por 100.000 habitantes. Se observó un claro predominio en hombres (88,3%). El 82,2% de los casos eran menores de 40 años (Figura 7.43). En el 94,2% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 62,0% eran españoles, el 21,8% latinoamericanos, el 5,1% de otros países europeos, el 3,0% africanos y el 0,75% norteamericanos. El 99,7% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

Figura 7.42. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

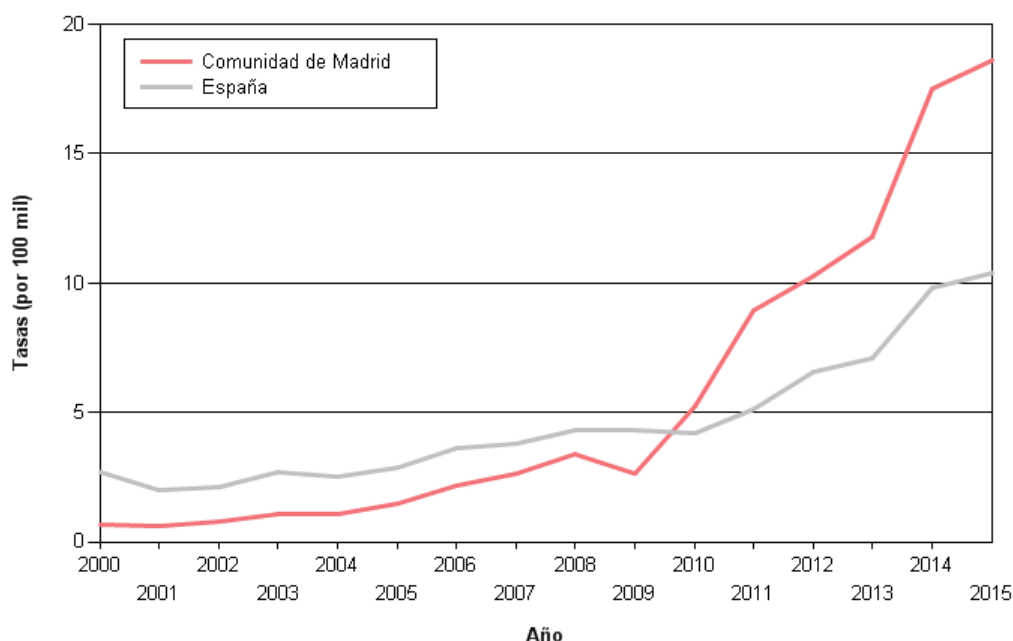
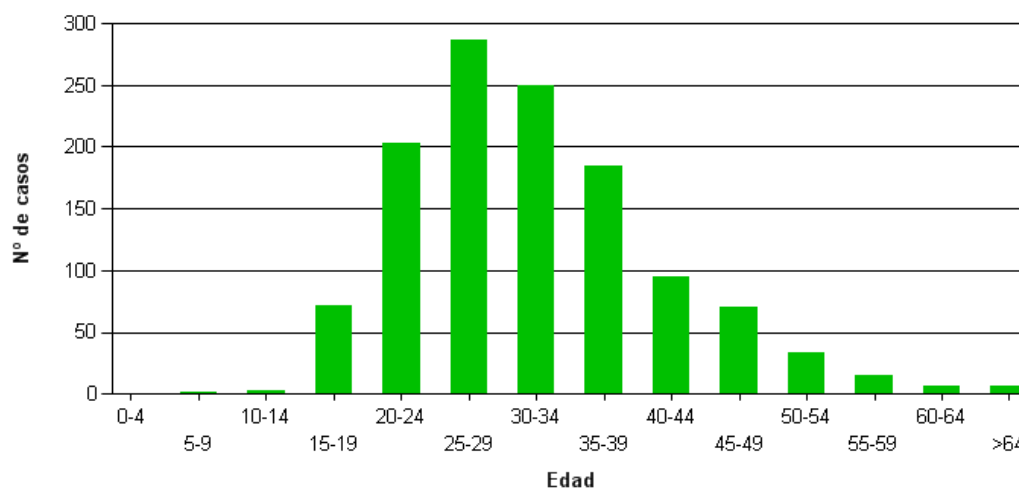


Figura 7.43. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En el año 2015 se notificaron 414 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido el linfogranuloma venéreo), con una incidencia de 6,43 casos por 100.000 habitantes. El 53,1% de los casos se observó en hombres, y el rango de edad variaba entre los 14 y los 65 años. (media de 29,6 años). Se disponía de información sobre el país de origen en el 99,0% de los casos, el 62,1% eran españoles, el 26,8% latinoamericanos, el 5,1% africanos, el 4,6% de otros países europeos y el 0,4% asiáticos. Todos se clasificaron como confirmados. En cuanto al linfogranuloma venéreo, en 2015 se notificaron 5 casos, todos ellos en hombres, con un rango de edad entre 31 y 56 años, lo que supuso una tasa de incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto a la sífilis (Figura 7.44), en 2015 (tras un cambio en la definición de caso en el protocolo de vigilancia que limita la comparación con años previos) se notificaron 431 casos, el 90,7% de ellos hombres y el 78,9% entre los 25 y los 50 años (Figura 7.45). La tasa de incidencia acumulada fue de 6,70 casos por 100.000 habitantes. Se dispone de información sobre el país de origen en el 96,1% de los casos, de los cuales el 62,0% eran españoles, el 22,7% latinoamericanos, el 6,0% de otros países europeos, el 3,5% africanos y el 2,7% asiáticos. El 99,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

Desde 2011 no se ha notificado ningún caso de sífilis congénita.

Figura 7.44. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

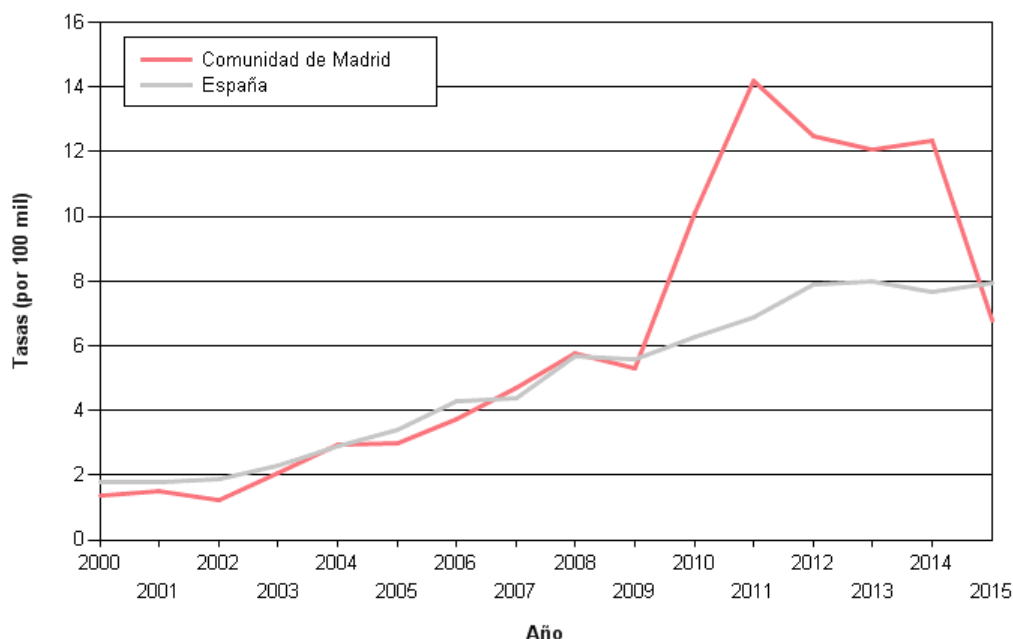
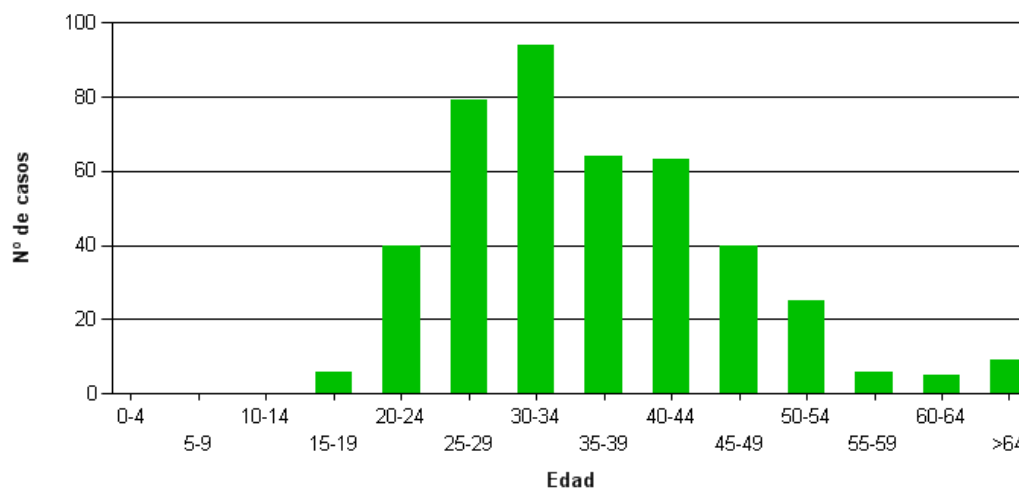


Figura 7.45. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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

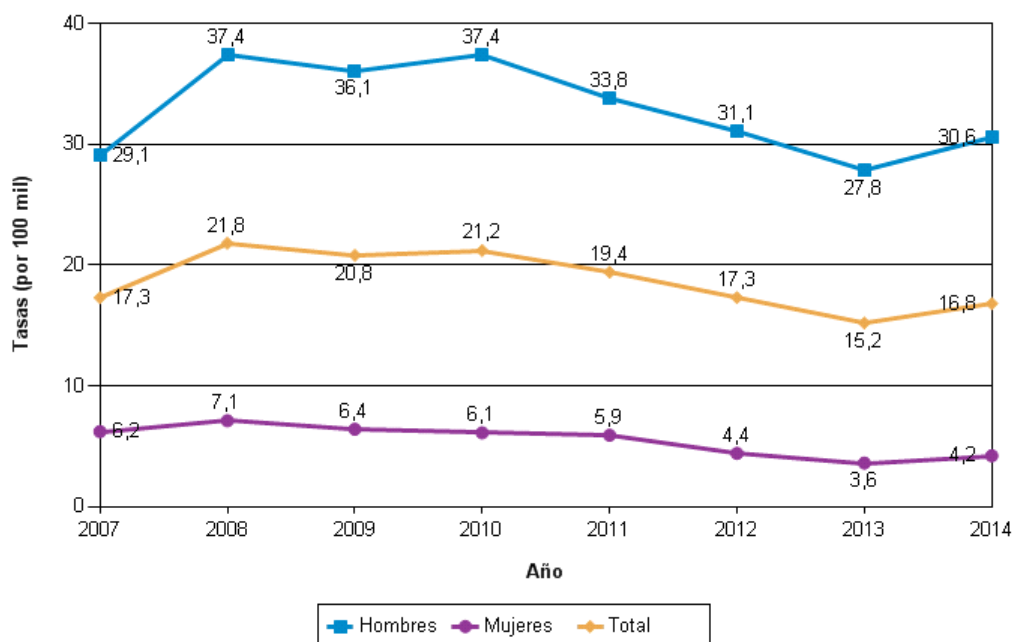


7.3.9. Infecciones causadas por VIH/sida

En el periodo 2007-2015 se han notificado 10.104 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid, un 2,9% de ellos sabemos que han fallecido. El 85,0% de los casos diagnosticados de VIH son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,6). La incidencia en 2014 fue de 30,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,2 por 100.000 en mujeres (Figura 7.46). El 45,3% habían nacido fuera de España. La incidencia en el año 2014 fue de 12,4 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 36,8 por 100.000 habitantes en foráneos (Figura 7.47). La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 96,6% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (Tabla 7.10).

Figura 7.46. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

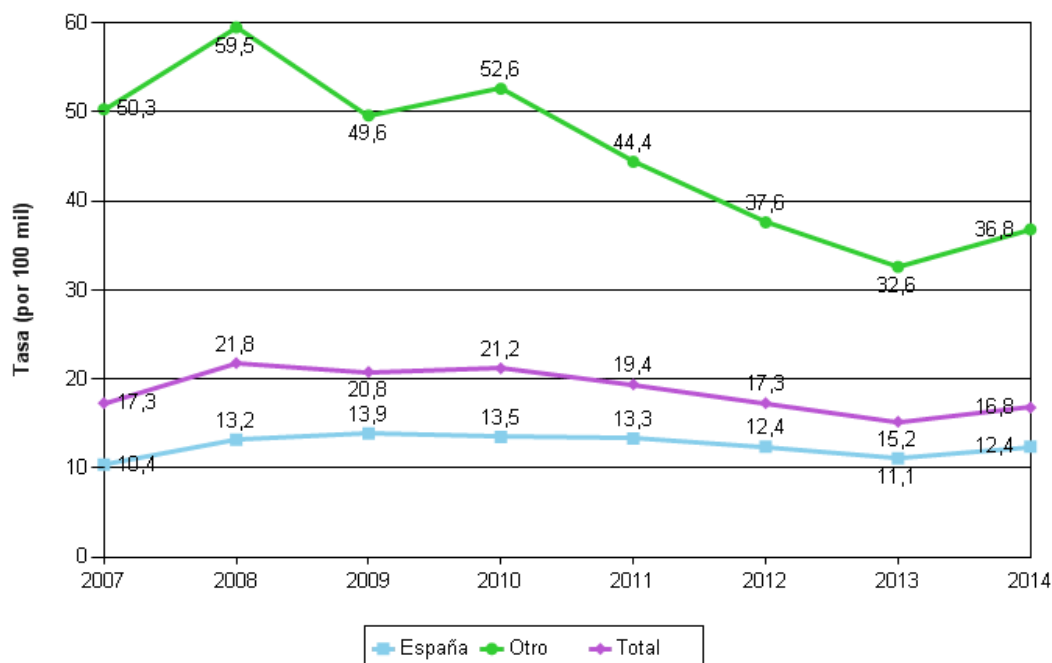
Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



*Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

Figura 7.47. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico de la infección VIH y país de nacimiento. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

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



*Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

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

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

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	209	4,0	98	2,7	56	12,3	13	1,2
HSH	4.156	78,5	2.548	69,9				
HTX	453	8,6	731	20,0	350	77,1	1.083	96,6
Otros	8	0,2	20	0,5	15	3,3	12	1,1
Desconocido/N.C.	459	8,7	251	6,9	33	7,3	12	1,1
Total	5.285	100	3.648	100	454	100	1.120	100

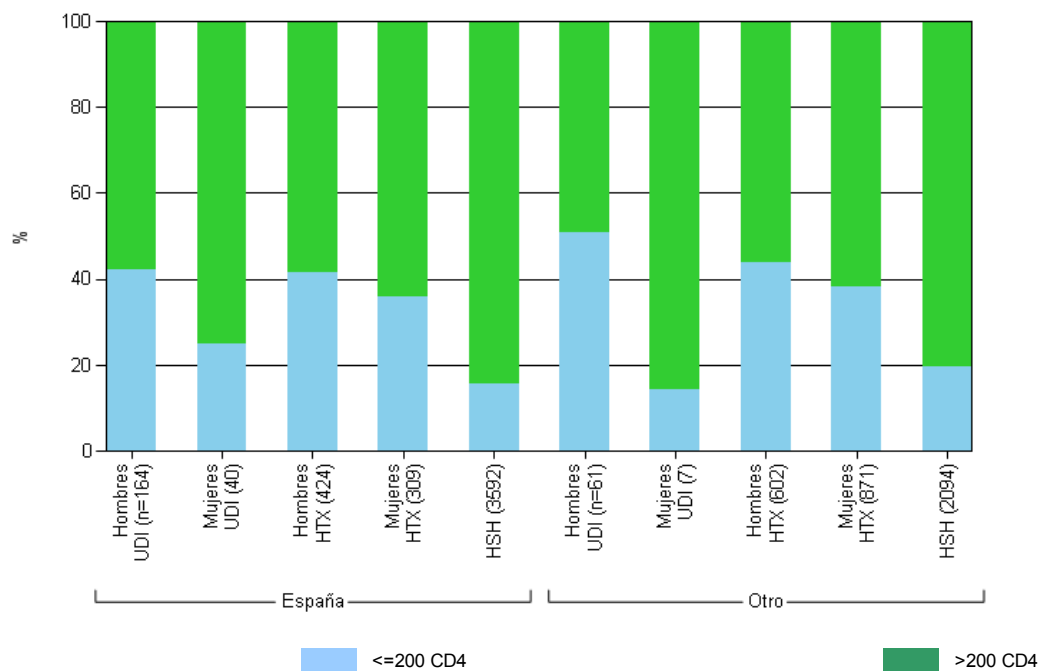
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta
 Datos provisionales a 28/02/2017

El 15,9% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 8.335 nuevos diagnósticos. La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/μl) se observó en el 25,1% de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 42,7% si consideramos 350 células/μl. El 61,5% presentaban menos de 500 células/μl. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres que en hombres, en foráneos que en nacidos en España, cuanto mayor es la edad al diagnóstico y también es alto cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas, siendo menor en HSH (Figura 7.48).

Figura 7.48. Infección VIH. Porcentaje de casos con “enfermedad avanzada de VIH” (<=200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, desde 2007.

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



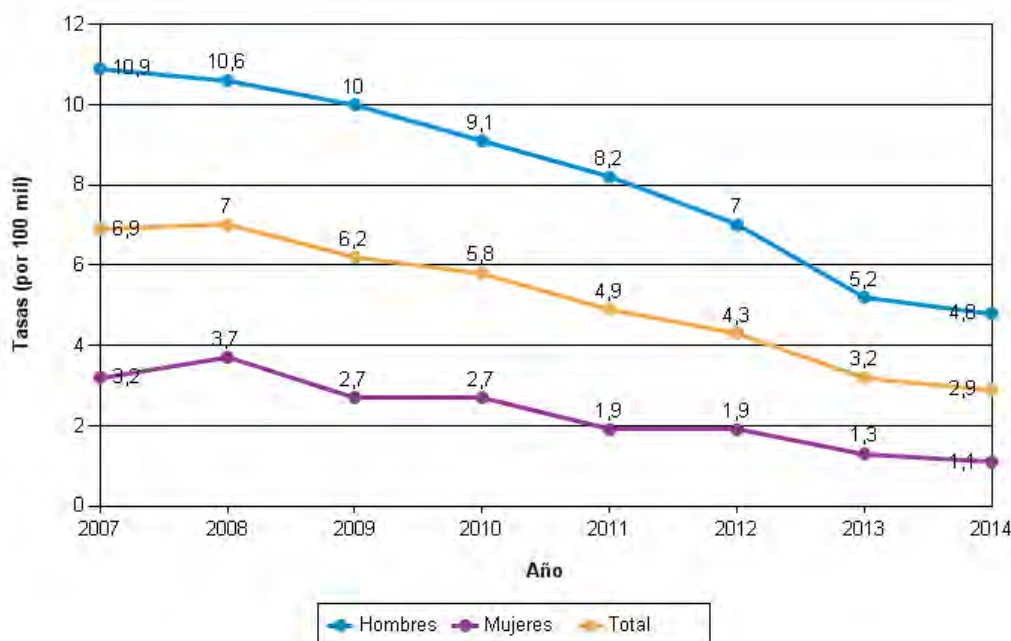
UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres
Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.
Datos provisionales a 28/02/2017.

Casos de sida

Desde el año 1982 se han notificado 22.695 casos de sida en la Comunidad de Madrid. En el periodo 2007-2015 el número de casos de sida notificados fue de 2.855 en nuestra comunidad. El 79,6% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue de 41,2 años (DE: 10,3). La incidencia en 2014 fue de 4,8 casos de sida por 100.000 en hombres y de 1,1 por 100.000 en mujeres (Figura 7.49). En la mayoría de los casos de sida la transmisión del VIH fue por vía sexual, si bien la transmisión en usuarios de drogas inyectadas (UDI) supone aproximadamente un 30% (Tabla 7.11).

Figura 7.49. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

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



* Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

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

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

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	589	41,1	53	6,9	173	50,3	10	3,2
HSH	579	40,4	400	51,9				
HTX	145	10,1	253	32,8	162	47,1	290	94,2
Otros	10	0,7	11	1,4	2	0,6	7	2,3
Desconocido/N.C.	109	7,6	54	7,0	7	2,0	1	0,3
Total	1.432	100	771	100	344	100	308	100

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta. Datos provisionales a 28/02/2017

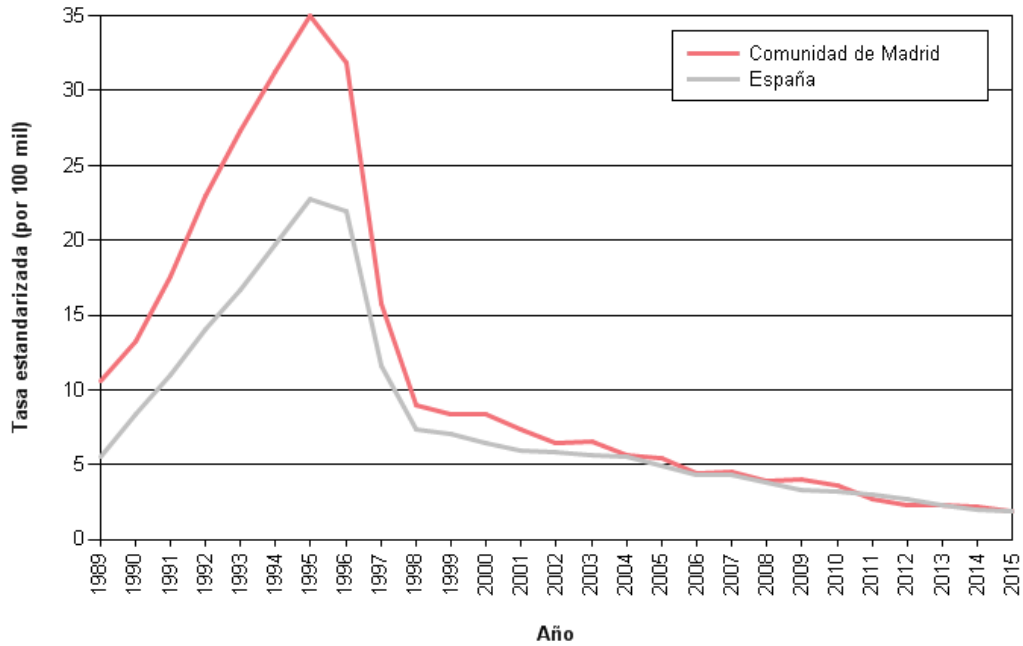
El 37,4% de los casos diagnosticados de sida en el periodo 2007-2015 habían nacido fuera de España. La incidencia (por 100.000 habitantes) ha disminuido en población foránea, de 20,7 a 8,3 en hombres y de 7,8 a 3,1 en mujeres, y en autóctonos de 8,7 a 2,6 en hombres y de 2,2 a 0,4 en mujeres.

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de sida, se observa una disminución continua en la mortalidad por sida (Figura 7.50). Al analizar el patrón geográfico de la mortalidad (Figura 7.51) se observa que se concentra principalmente en el municipio de Madrid y en concreto en los distritos Puente de Vallecas, San Blas, Centro, Usera, Villa de Vallecas, Villaverde, Carabanchel (tanto en hombres como en mujeres) y también en el distrito de Vicálvaro en hombres y Arganzuela en las mujeres. Fuera del municipio de Madrid destaca con mayor mortalidad en esta causa en hombres el municipio de Torrejón de Ardoz, y en mujeres, Parla y Alcalá de Henares.

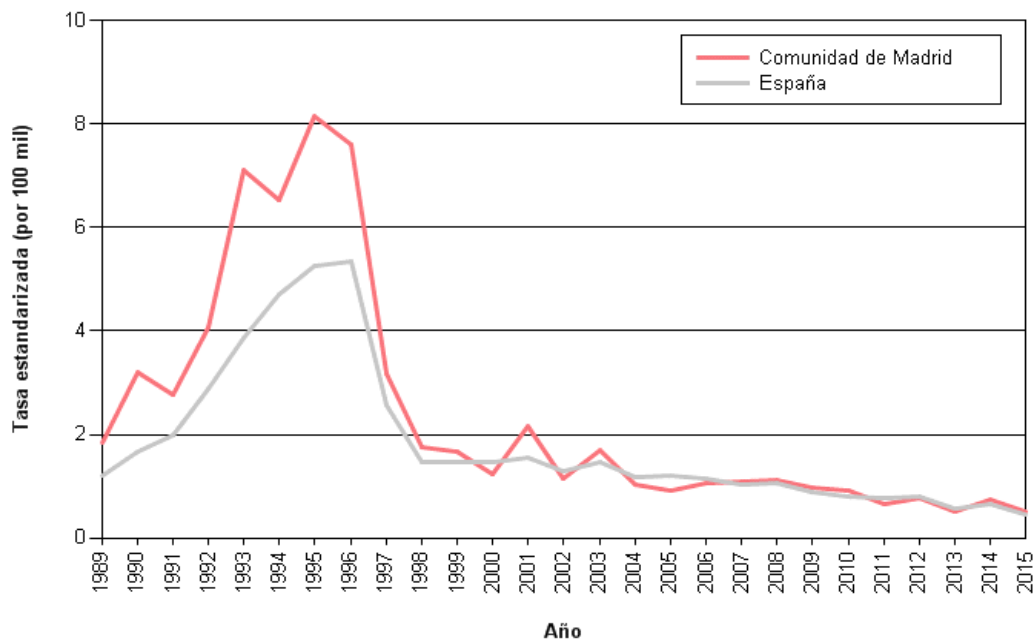
Figura 7.50. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2015.

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

Hombres



Mujeres

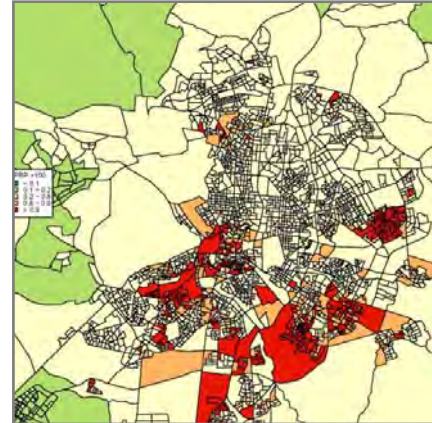
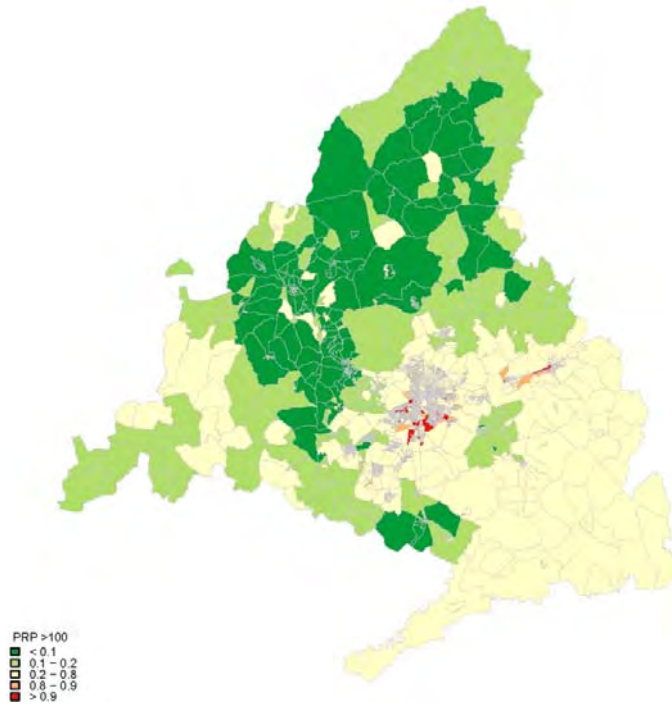


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

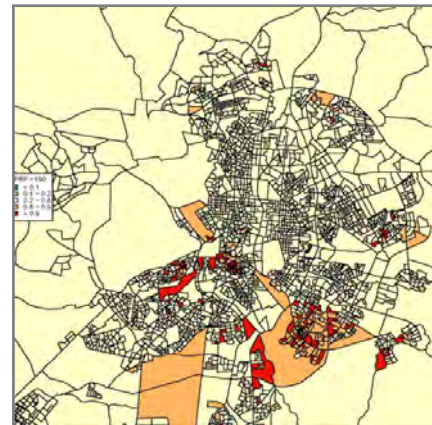
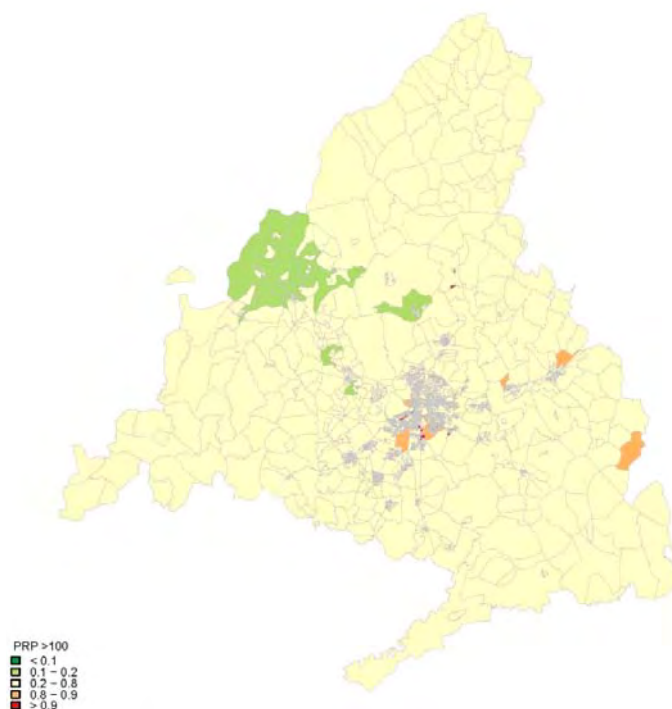
Figura 7.51. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid y España, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



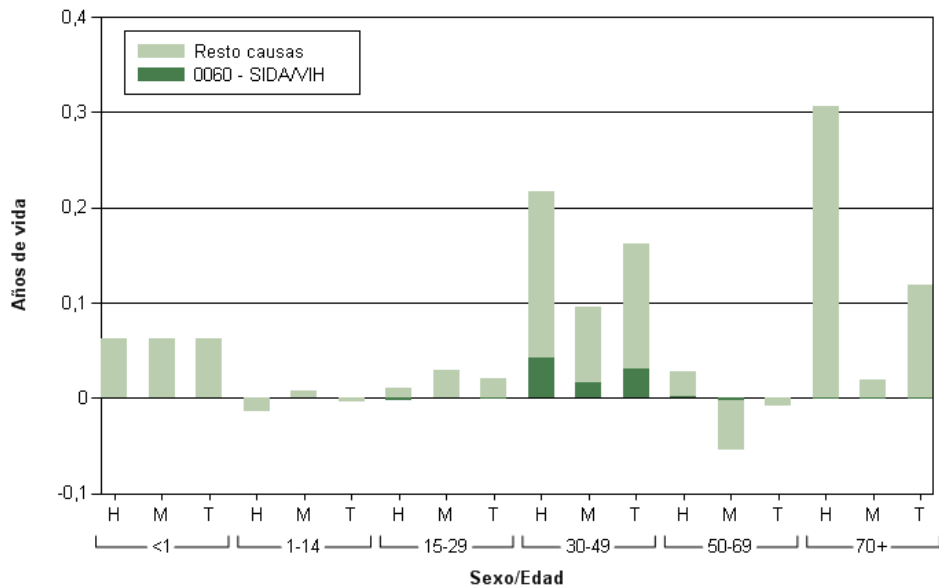
Mujeres



Después de la importante contribución al incremento de la esperanza de vida en el quinquenio 1995-2000, para el periodo 2010-2015 la contribución de esta causa al cambio de la esperanza de vida al nacer se produce principalmente por la evolución favorable de la mortalidad en los hombres de 30 a 49 años (Figura 7.52).

Figura 7.52. Contribución del sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

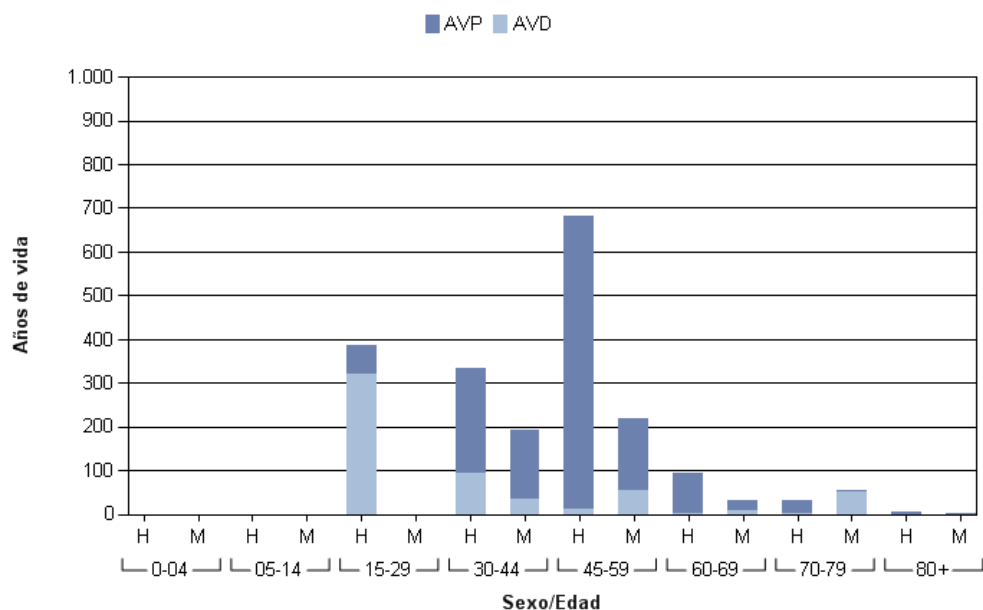
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La carga de enfermedad por VIH/sida tiene un peso importante sobre el total de la carga por enfermedades infecciosas, y en concreto en la de los varones de edades adultas. Pese al proceso de cronicación de la enfermedad, el impacto de la mortalidad en el indicador sigue siendo superior al de la discapacidad y mala salud (Figura 7.53).

Figura 7.53. Infección VIH/sida. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

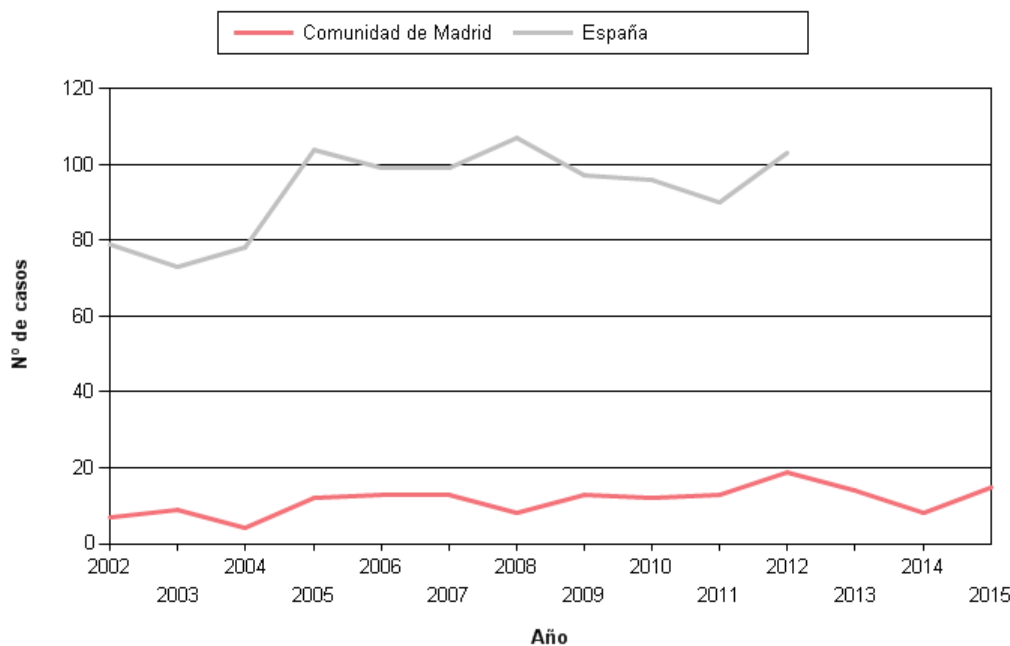


7.3.10. Enfermedades notificadas por sistemas especiales: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Se han notificado 15 casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) con inicio de síntomas en 2015 en residentes en la Comunidad de Madrid (Figura 7.54), lo que representa una incidencia de 0,23 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos se clasificaron como esporádicos menos uno, considerado ECJ familiar. El 53,3% de los afectados eran hombres, con una mediana de edad de 69 años.

Figura 7.54. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, 2002-2015.

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



7.3.11. Brotes de origen no alimentario

Dentro de los brotes de origen no alimentario notificados los que ocasionan mayor número de casos son los de gastroenteritis aguda (Tabla 7.12). La etiología más frecuente es norovirus y la mayor parte de los brotes ocurren en residencias de ancianos seguido de centros escolares.

Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número anual de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2011-2015.

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

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Acrodermatitis papulosa infantil			1	5						
Brucelosis	1	2								
Conjuntivitis	3	137	6	159	6	270	11	483	11	348
Dermatitis alérgica ambiental							1	22		
Dermatofitosis	2	4			1	16	1	2		
Enf. De mano, pie y boca	9	189	4	29	2	17	12	94	2	14
Enfermedad meningocócica			1	2						
Eritema infeccioso			8	179			1	24		
Escabiosis	2	32	5	78	4	45	6	71	6	35
Escarlatina	3	11	8	49	2	12	3	14	8	53
Fiebre de Pontiac	1	4								
Gastroenteritis no alimentarias	35	1.662	30	1.487	24	720	46	1.841	69	1.668
Gripe			2	8						
Hepatitis A	5	12	4	12	7	21	5	10	5	14
Hepatitis C	1	2								
Infección respiratoria aguda							1	31		
Legionelosis	1	11	2	67					2	7
Meningitis vírica	1	5	5	13	5	10			8	18
Molusco contagioso	1	5	2	9	1	3			1	3
Mononucleosis infecciosa			1	2					1	3
Neumonía							1	3		
Ornitosis	1	2								
Parotiditis	7	32	13	76	30	183	3	7	4	9
Psitacosis	2	5								
Rubéola			1	2						
Sarampión	4	796	2	4					1	3
Tos ferina	10	27	3	9	8	26	27	84	49	123
Tuberculosis							1	40	2	6
Varicela	3	52	5	84			18	158	23	252
TOTAL	90	2.999	103	2.274	90	1.323	137	2.884	192	2.556

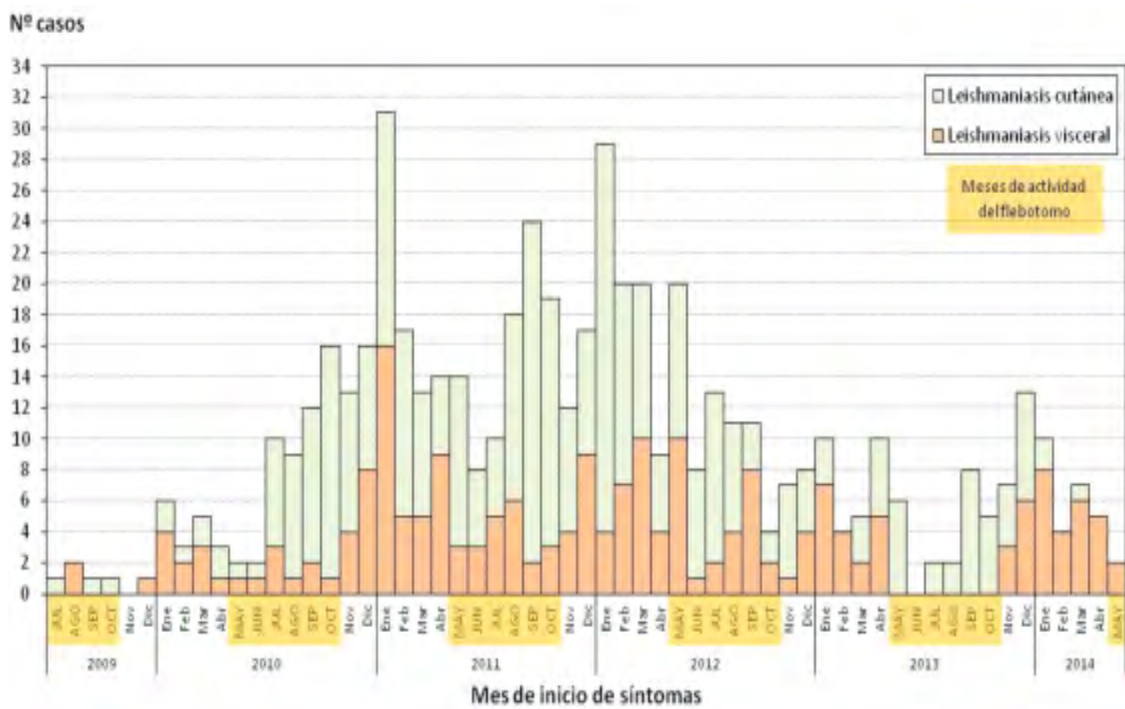
7.3.12. Brotes de especial interés

Brote de leishmaniasis

Desde el inicio del brote de leishmaniasis, en julio de 2009, hasta diciembre de 2015, se han notificado a la Red de Vigilancia Epidemiológica un total de 688 casos asociados a él: 6 casos en 2009, 97 casos en 2010, 197 casos en 2011, 160 casos en 2012, 91 casos en 2013, 94 casos en 2014 y 43 casos en 2015 (Figura 7.55). Los casos residían en cuatro municipios colindantes: Fuenlabrada (535 casos), Leganés (78 casos), Getafe (63 casos) y Humanes de Madrid (12 casos). El 59,2% eran hombres, la mediana de edad era de 48 años, con un rango que oscilaba entre 2 meses y 95 años, y el 83,1% eran españoles. El 38,1% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral, y un 32,0% precisó ingreso hospitalario. El 93,9% de los casos se clasificaron como confirmados, el 4,9% como probables y el 1,2% como sospechosos. En el 16,9% de los casos se identificó algún factor de riesgo intrínseco.

Figura 7.55. Leishmaniasis. Brote comunitario en municipios del suroeste de la Comunidad de Madrid. Curva epidémica pormes de inicio de síntomas según forma de presentación. Julio 2009- mayo 2014.

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



Se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector.

Vigilancia y control del reservorio

La investigación realizada ha descartado al perro como reservorio principal y ha permitido identificar a los lepóridos y, en concreto a la liebre y el conejo como nuevos reservorios silvestres responsables del brote. Esto ha sido posible gracias a los estudios de xenodiagnóstico realizados por el Instituto de Salud Carlos III. Desde 2010 hasta 2015 se ha muestreado un total de 5.186 perros en la zona del brote, siendo 158 animales positivos a Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), lo que supone una prevalencia del 3,05 % (2,6 - 3,5; IC 95%). Esta prevalencia es inferior para el mismo periodo en toda la región siendo del 6,06% (5,5 - 6,7; IC 95%), donde se han muestreado un total de 6.155 perros, de los que han resultado positivos 373.

En cuanto a la prevalencia en lepóridos realizada a través de la técnica de PCR, desde 2011 hasta 2015 se han obtenido los siguientes resultados:

- En liebres, de 455 animales muestreados, han sido 137 lo positivos, lo que supone una prevalencia del 30,1% (25,9 - 34,3; IC 95%).
- En conejos, de 910 animales muestreados, han sido positivos 161, lo que supone una prevalencia del 17,7% (15,2 - 20,2; IC 95%).

Entre las medidas de control ambiental realizadas, que son responsabilidad de la Consejería de Medio Ambiente, Administración Local y Ordenación del Territorio y los Ayuntamientos implicados, destaca la eliminación de liebres y conejos de la zona, habiéndose capturado cerca de 30.000 ejemplares solo en los dos últimos años.

Vigilancia y control del vector

En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Phlebotomus perniciosus*, y en densidad elevada en las últimas campañas. Entre 2011 y 2015 se han identificado más de 100.000 flebotomos,

siendo el porcentaje de *Phlebotomus perniciosus* detectado cercano al 60% en todos estos años. La densidad media estimada en la zona del brote entre 2012 y 2015 ha sido elevada, de 123 f/m². Hay que tener en cuenta que densidades superiores a 50 f/m² se consideran capaces de mantener el ciclo de infección. En cuanto a la tasa de infectividad entre 2012 y 2015 ha sido de un 3% (150 flebotomos infectados de 4.973 analizados). Porcentajes de infectividad superiores al 2% se consideran muy elevados (millones de flebotomos). En los análisis realizados entre 2011 y 2015 para ver de qué reservorio se alimentan los flebotomos, de un total de 271 muestras en el 92,9% (252 de 271) se ha obtenido sangre de liebre o de conejo, siendo la de éstos últimos la predominante (68,6%). Este hecho corrobora el papel determinante que están jugando estos reservorios silvestres en el brote.

Entre las medidas de control ambiental que se han revelado eficaces, además de la captura de lepidóridos destacan la eliminación de vivares, el desbroce y limpieza de la zona, además de las desinsectaciones en parques y zonas afectadas. Todas las acciones de vigilancia y control ambiental adoptadas están teniendo un reflejo en la disminución del número de casos. No obstante, el brote todavía permanece activo, por lo que no debe de disminuir la presión del conjunto de medidas adoptadas, tanto de vigilancia como de eliminación de lepidóridos y vivares, así como de destrucción del hábitat del flebotomo.

Brote de hepatitis A

A partir de la semana 30 el año 2016 se detectó un incremento de los casos de hepatitis A notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Este incremento afecta especialmente a hombres jóvenes. En menores de 15 años las diferencias por sexo son pequeñas. Entre los casos notificados hasta octubre de 2017, el 72% de los hombres mayores de 15 años afectados tienen entre 25 y 44 años. El principal antecedente de riesgo detectado en esta población es el contacto sexual (53%) entre los que la mayoría había sido con otros hombres (63%). El 43% requirió ingreso hospitalario con una mediana de estancia de 3 días.

7.4. Conclusiones

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

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

La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo.

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

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

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, que parece haberse estabilizado en 2015. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2015 la proporción de extranjeros ha sido de 43,5%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2014 fue de 30,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,2 por 100.000 en mujeres. El 45,3% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2014 fue de 12,4 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 36,8 por 100.000 habitantes en foráneos. De aquellas infecciones con mecanismo de transmisión conocido, en la mayoría el VIH se adquirió mediante relaciones sexuales sin protección (95,5%), destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 25,1% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

En 2009 se inició un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. A raíz del mismo, además de la investigación epidemiológica, se pusieron en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. La investigación realizada ha descartado al perro como reservorio principal y ha permitido identificar a los lepóridos y, en concreto a la liebre y el conejo como nuevos reservorios silvestres responsables del brote. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Phlebotomus perniciosus*, en densidad elevada en las últimas campañas. Entre las medidas de control ambiental que se han revelado eficaces, además de la captura de lepóridos destacan la eliminación de vivares, el desbroce y limpieza de la zona, además de las desinsectaciones en parques y zonas afectadas.

A partir de la semana 30 del año 2016 se detectó un incremento de los casos de hepatitis A notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Este incremento afecta especialmente a hombres jóvenes. El principal antecedente de riesgo detectado en esta población es el contacto sexual (53%), habiendo sido en la mayoría con otros hombres (63%).

Objetivo 8

Enfermedades no transmisibles

8

Objetivo 8. Enfermedades no transmisibles

8.1. Determinantes

- 8.1.1 Factores de riesgo
- 8.1.2 Prácticas preventivas

8.2. Enfermedades no transmisibles

- 8.2.1. Tumores
- 8.2.2. Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus
- 8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio
- 8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo
- 8.2.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- 8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario
- 8.2.7. Enfermedades poco frecuentes

8.3. Conclusiones

8.1. Determinantes

8.1.1. Factores de riesgo

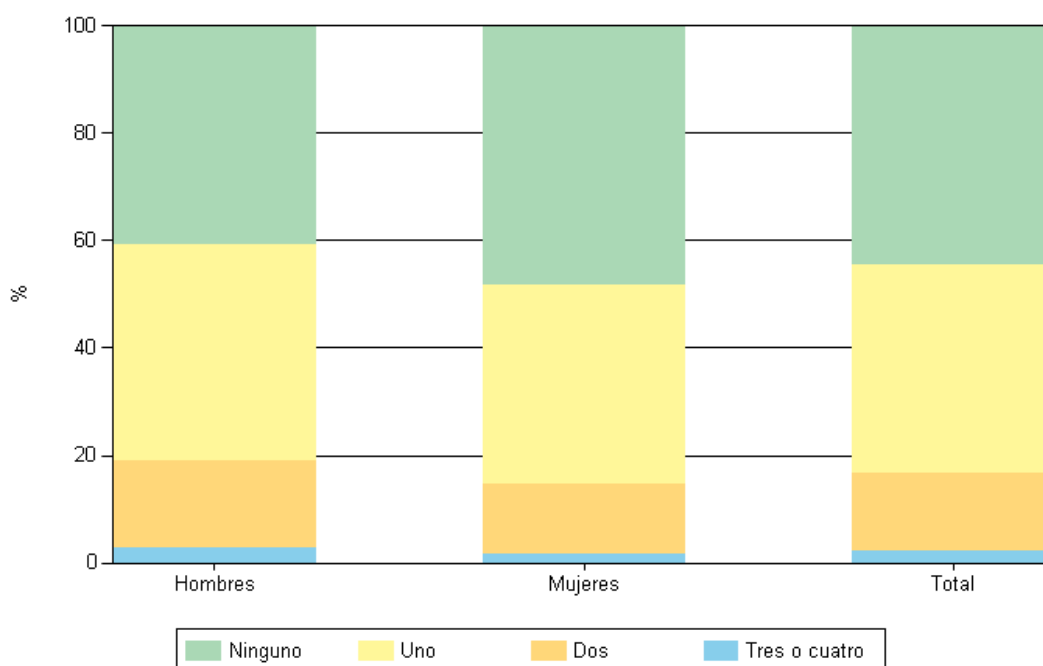
De la información facilitada por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), y con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se han considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se han seleccionado como indicadores: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluye un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METS en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se ha considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

En 2015 el 52,9% de los entrevistados (población de 18 a 64 años) no tiene ningún factor de riesgo, el 36,9% tiene uno, el 9,1% dos y el 1,0% tres o cuatro (Figura 8.1).

Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo es más frecuente en los hombres que en las mujeres, por grupos de edad en 2015 la prevalencia de 2 ó más factores de riesgo aumenta con la edad en los hombres y disminuye en las mujeres, siendo las prevalencias más elevadas en varones de 30 años y más. Es destacable el grupo de 18 a 29 años, entre quienes la presencia de dos o más factores de riesgo es 1,4 veces más frecuente en hombres que en mujeres. (Figura 8.2).

Figura 8.1. Agregación de factores de riesgo* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

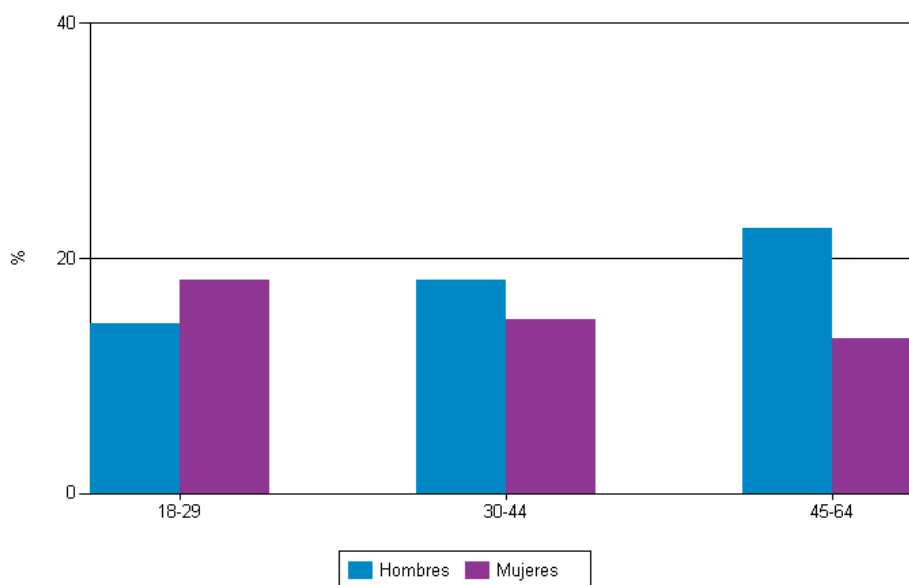
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



* Sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Figura 8.2. Proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

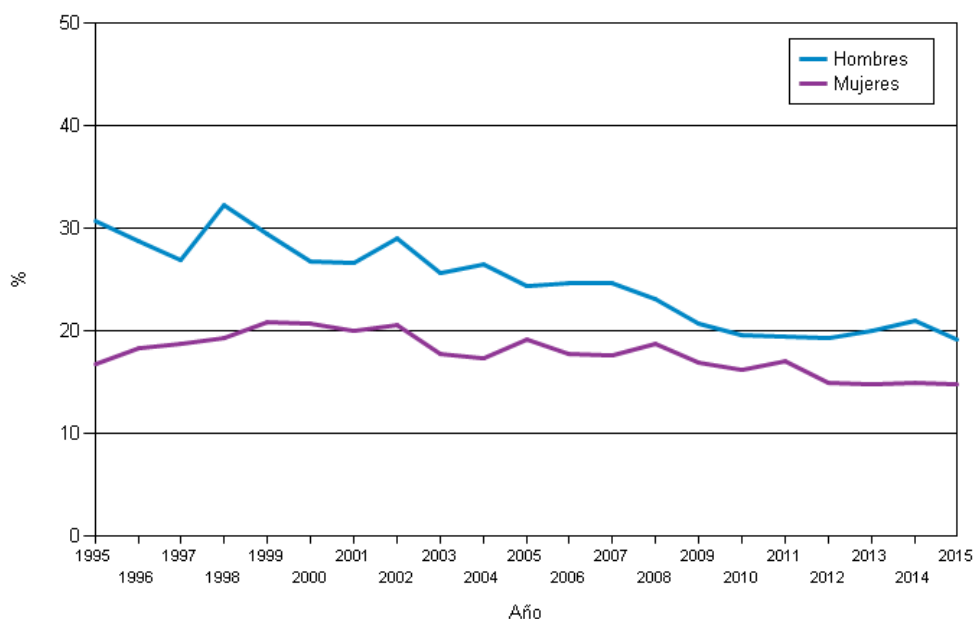


* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Por último, en la [Figura 8.3](#) se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es en general descendente, con una disminución porcentual durante 2014/2015 comparado con 1995/1996 del 28,2% en hombres y un ligero aumento del 3,9% en mujeres, igualándose las prevalencias durante el año 2015, a expensas de los grupos de edad mayores de 30 años.

Figura 8.3. Evolución de la proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



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

8.1.2. Prácticas preventivas

También de acuerdo con la información facilitada por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en la [Tabla 8.1](#) se puede observar la proporción de personas encuestadas que refieren tener la tensión arterial y el colesterol elevados según edad y sexo.

Tabla 8.1. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	13,3(11,9-14,7)	11,7(9,9-13,8)	14,8(12,8-16,9)	0,5(0,1-2,0)	6,2(4,7-8,1)	26,6(23,7-29,8)
Colesterol elevado	18,5(16,9-20,3)	20,3(17,9-23)	16,9(14,7-19,3)	3,2(1,8-5,9)	10,1(8,1-12,4)	32,9(29,6-36,3)

* Intervalo de confianza al 95%

Un 13,3% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 65,2% estaba tomando medicación, el 11,6% se controlaba el peso, un 38,2% había reducido la ingesta de sal, y un 9,7% hacía ejercicio físico. El 89,1% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 10,9% no realizaba ninguna. A un 18,5% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 39,9% tomaba medicamentos, el 62,4% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 9,8% practicaba ejercicio físico. El 85,6% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 14,4% no realizaba ninguna.

En la [Figura 8.4](#), [Figura 8.5](#) y [Figura 8.6](#) podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

En 2015 la gran mayoría refirió realizarse el control de la tensión arterial y del colesterol, aunque un 21,4% no cumplió alguna de estas recomendaciones. Un 9,1% de las mujeres de 25-34 años y un 2,7% de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 1,1% de las mujeres de 25-34 años y un 3,8% de las de 35 a 64 años se habían realizado la última citología hace cinco años o más. En cuanto a la mamografía, un 5,6% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía.

Figura 8.4. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

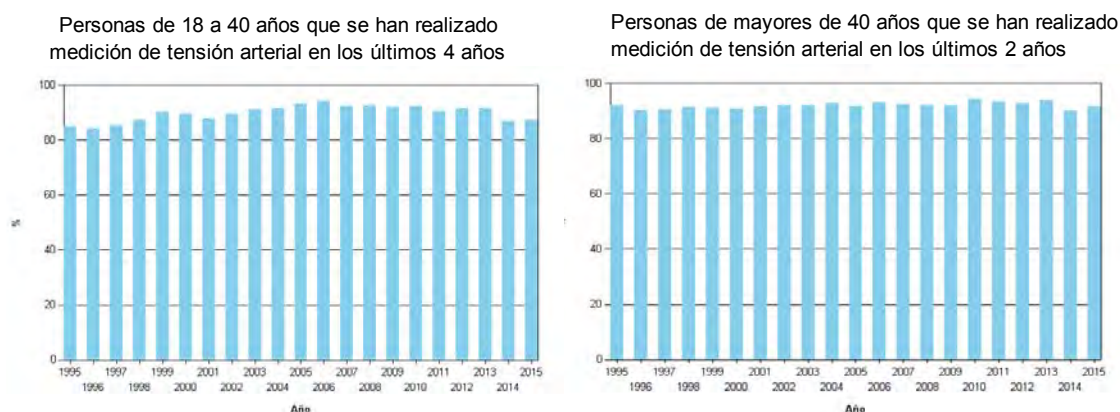


Figura 8.5. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

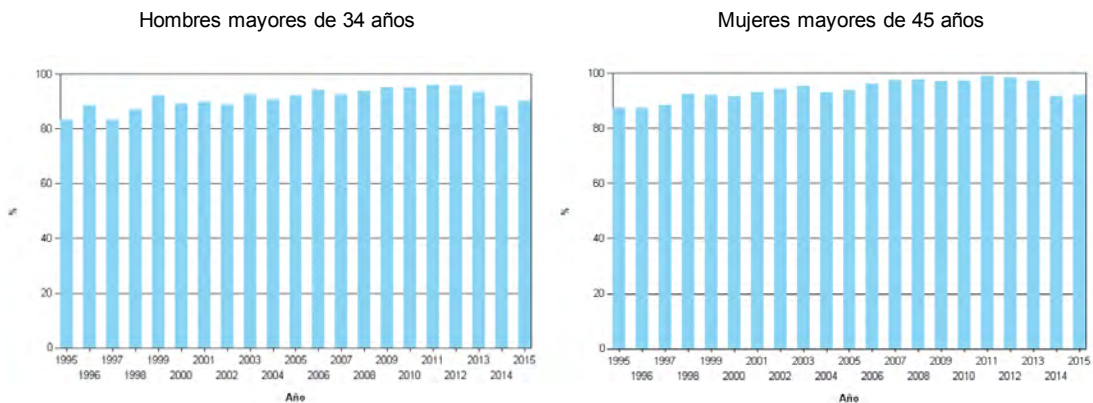


Figura 8.6. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado pruebas de diagnóstico precoz de cáncer. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

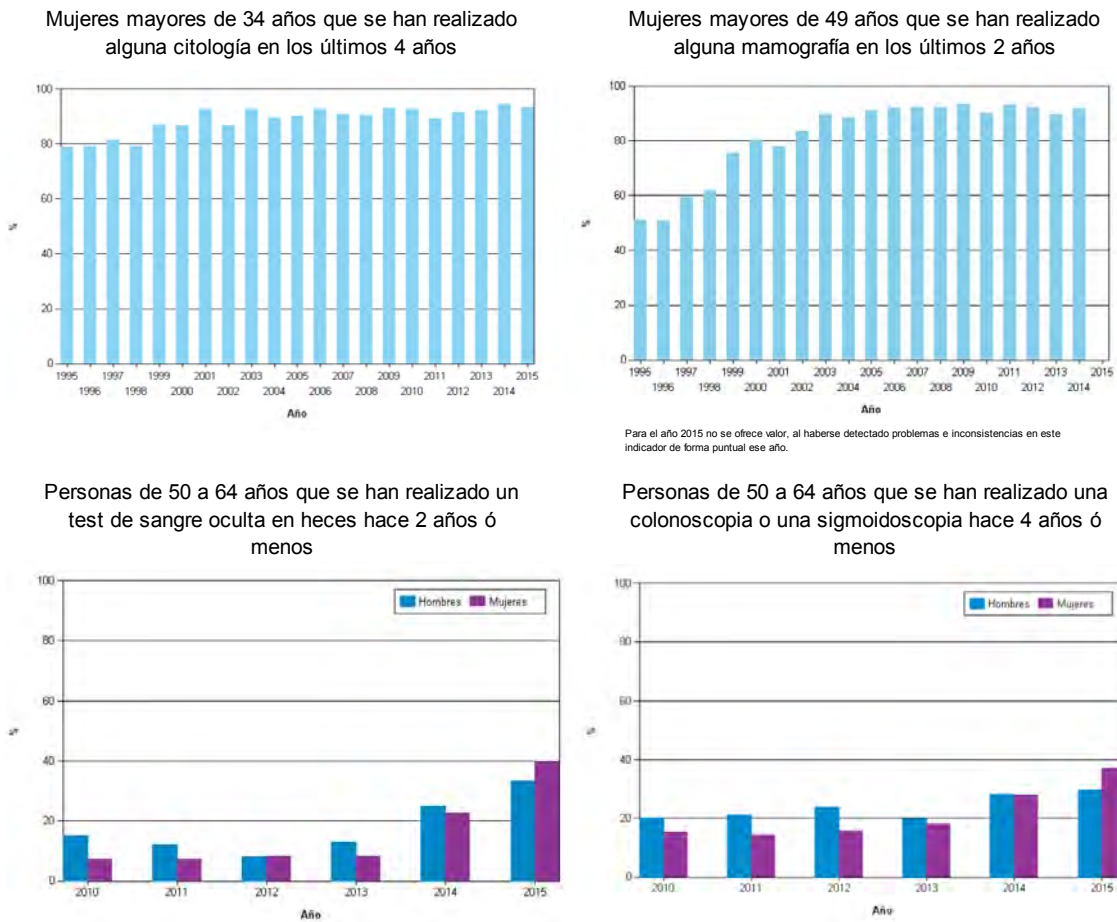
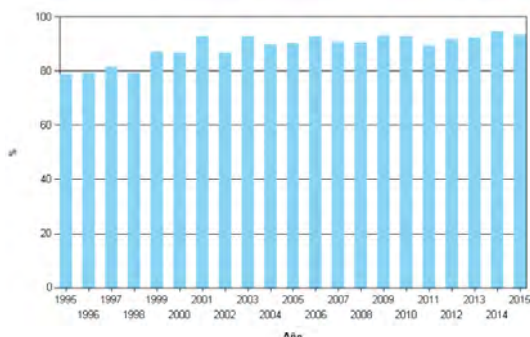


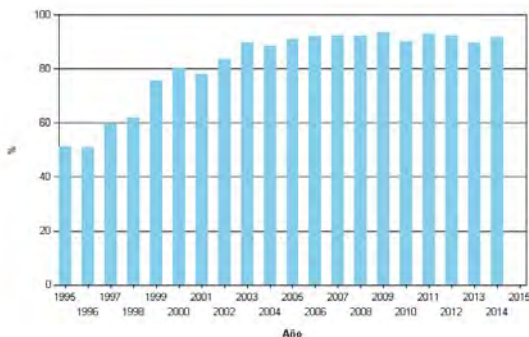
Figura 8.6. Evolución de la proporción de adultos que se han realizado pruebas de diagnóstico precoz de cáncer. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Mujeres mayores de 34 años que se han realizado alguna citología en los últimos 4 años

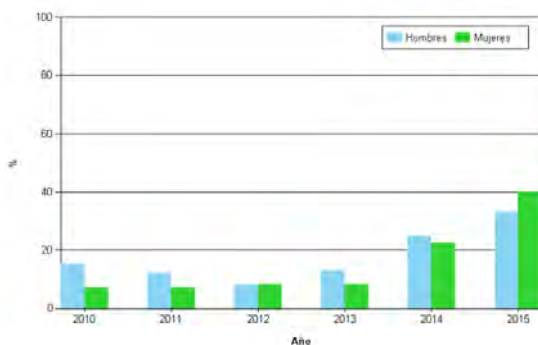


Mujeres mayores de 49 años que se han realizado alguna mamografía en los últimos 2 años

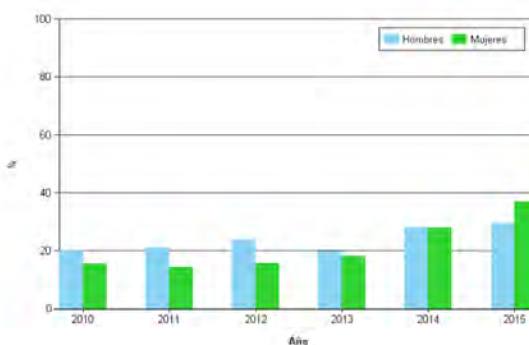


Para el año 2015 no se ofrece valor, al haberse detectado problemas e inconsistencias en este indicador de forma puntual ese año.

Personas de 50 a 64 años que se han realizado un test de sangre oculta en heces hace 2 años ó menos



Personas de 50 a 64 años que se han realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia hace 4 años ó menos



La mayoría de estos indicadores han mejorado a lo largo del periodo de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías (en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid) con un incremento del 77,6% comparando el promedio de los años 2013 y 2014 con el de 1995 y 1996. Por otro lado, desde 2010 se incluye en el SIVFRENT-A la proporción de personas a las que se había realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que se había realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. También estos indicadores han mostrado una mejoría desde 2010; si bien, en 2015 el 55,7% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 68,1% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca una colonoscopia o sigmoidoscopia (Figura 8.6).

8.2. Enfermedades no transmisibles

8.2.1. Tumores

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (en 2015, 129,7 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (93,2 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. No obstante, la mortalidad por tumores ha disminuido de forma casi constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores.

En 2015 los tumores compartían en hombres el segundo puesto, junto con las enfermedades del aparato digestivo, entre las causas de morbilidad hospitalaria, por detrás de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores también ocupaban el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo,

parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas suponen más de la mitad de las altas).

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma regular desde mediados de los años noventa del siglo XX. Geográficamente se observa un patrón de agregación de mortalidad en el sur de Madrid, distritos de Puente de Vallecas, Usera, Villa de Vallecas, Moratalaz, Vicálvaro, Villaverde y Carabanchel, y en los municipios de Parla, Fuenlabrada y Rivas-Vaciamadrid. En mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en tasas de mortalidad, después de más de dos décadas de aumento constante de las mismas, superiores a las nacionales. Respecto al valor medio de la Comunidad de Madrid, dentro del municipio de Madrid los distritos municipales con mayor mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres son Salamanca, Chamartín, Chamberí, Centro, Retiro, Tetuán, Arganzuela y Moncloa-Aravaca y fuera del municipio de Madrid destacan con mayor mortalidad los municipios de Pozuelo de Alarcón, Majadahonda y Las Rozas de Madrid.

A pesar de su tendencia descendente desde 1995 -igual que en España, que muestra tasas superiores-, el cáncer de mama sigue ocupando el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2015, superando al cáncer de colon y recto. La mortalidad por cáncer de mama es mayor en el municipio de Madrid que en el resto de la Comunidad, pero no se observa ningún patrón de agregación espacial.

El cáncer de colon y recto ocupa en ambos sexos el segundo lugar en mortalidad por cáncer en 2015. En la última década en hombres y en las dos últimas en mujeres se aprecia una tendencia ligeramente decreciente, de curso inestable, en el cáncer de colon. El cáncer de recto también desciende ligera e inestablemente en mujeres desde 1975, mientras que en hombres muestra desde la década de los noventa una tendencia hacia la estabilidad. Respecto al patrón geográfico, no se observan zonas con exceso de mortalidad significativo respecto de la media de la Comunidad de Madrid.

El tumor maligno de próstata se sitúa en tercer lugar como causa de muerte por cáncer en los hombres. Presenta una tendencia descendente desde 1995. No existen particularidades reseñables en cuanto a su distribución geográfica.

El cáncer de páncreas muestra una tendencia ascendente en mujeres desde 1975 y recientemente algo más estable en hombres, después de un curso ascendente también desde 1975. El melanoma maligno de piel se mantiene estable en hombres y mujeres desde finales de los años noventa. La mortalidad por cáncer de ovario muestra una tendencia ascendente hasta 1996, y una tendencia descendente desde entonces hasta la actualidad.

Tabla 8.2. Tumores. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

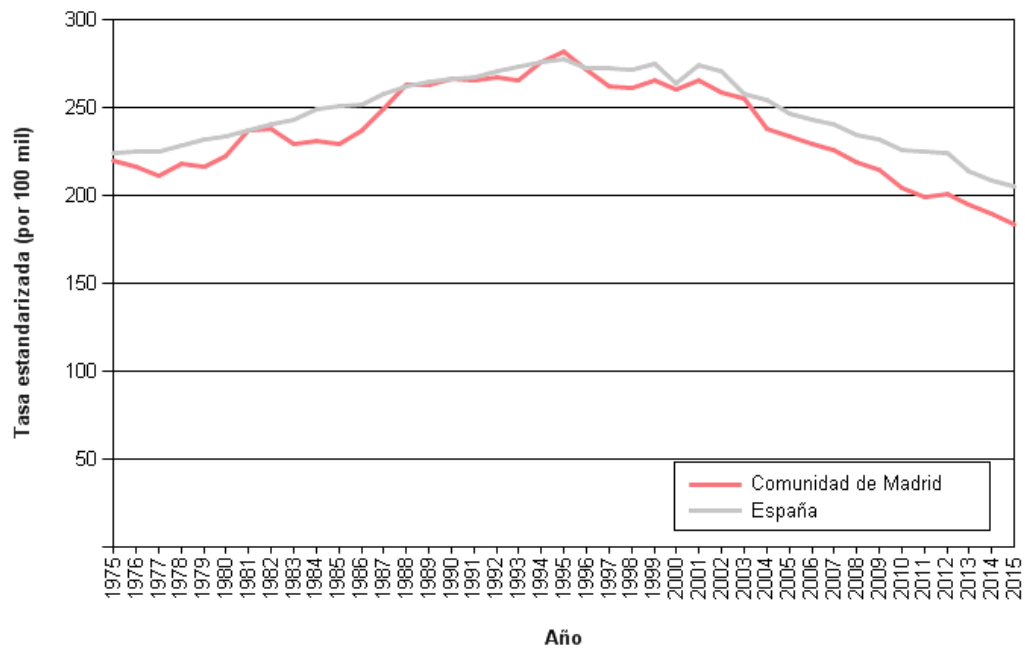
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumores. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	7.420	5.361	12.781
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	239,9	159,6	198,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	123,0	89,3	105,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	181,5	92,8	129,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	2.021,5	2.007,8	2.014,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,40	0,15	0,27
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	52.298	40.676	92.974
Años Vividos con Discapacidad. CM.	3.758	4.971	8.729
Años de Vida Perdidos. CM.	48.540	35.705	84.245

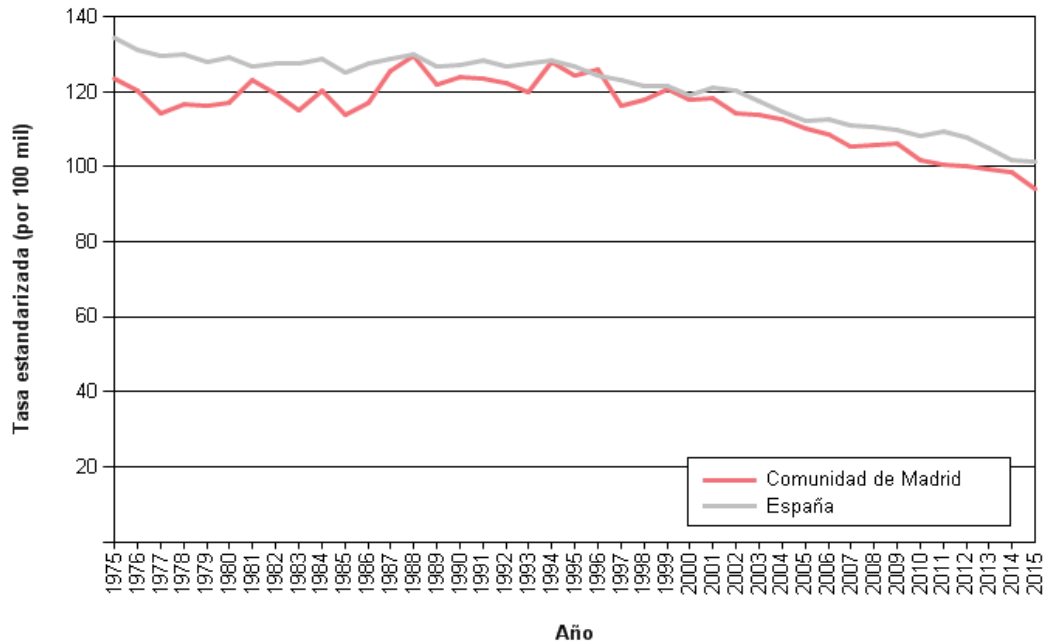
Figura 8.7. Tumores. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

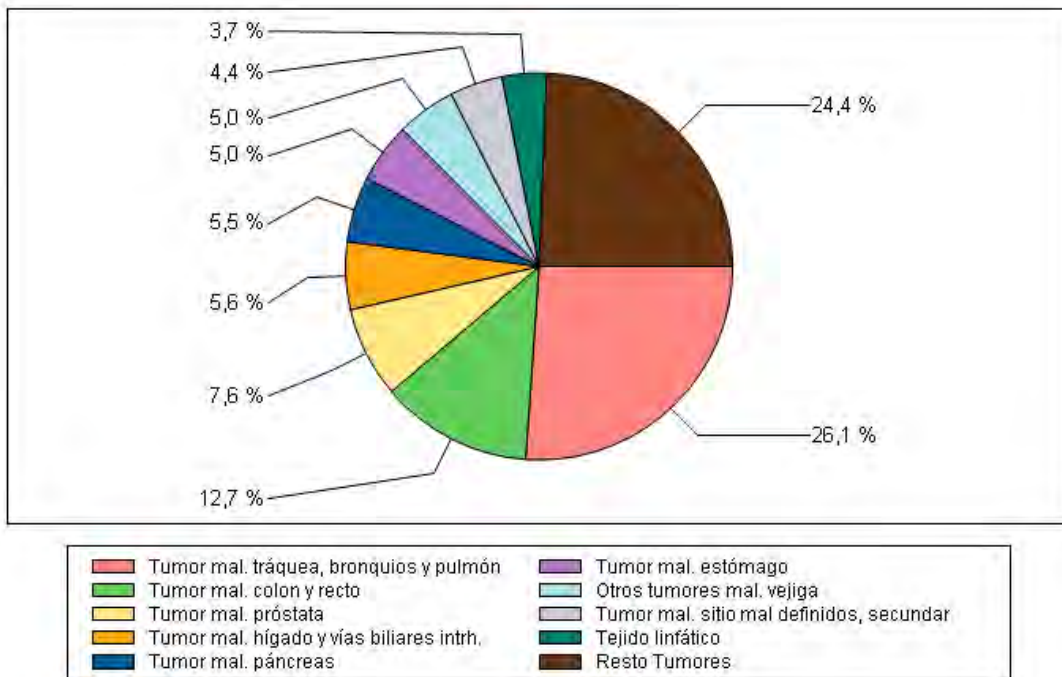


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.8. Tumores. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Hombres



Mujeres

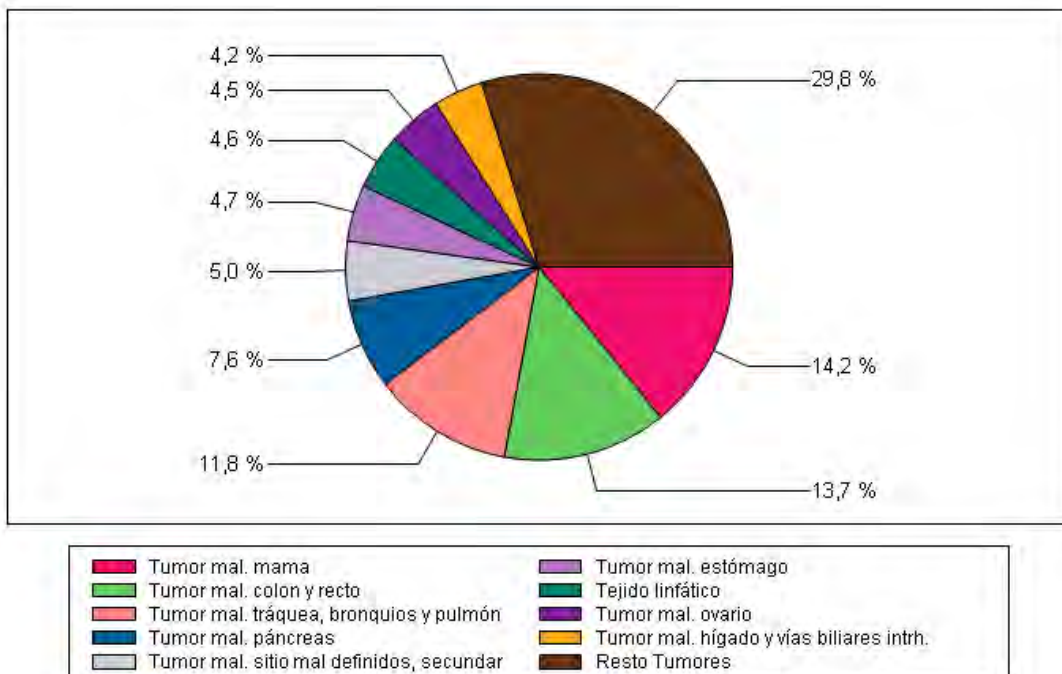
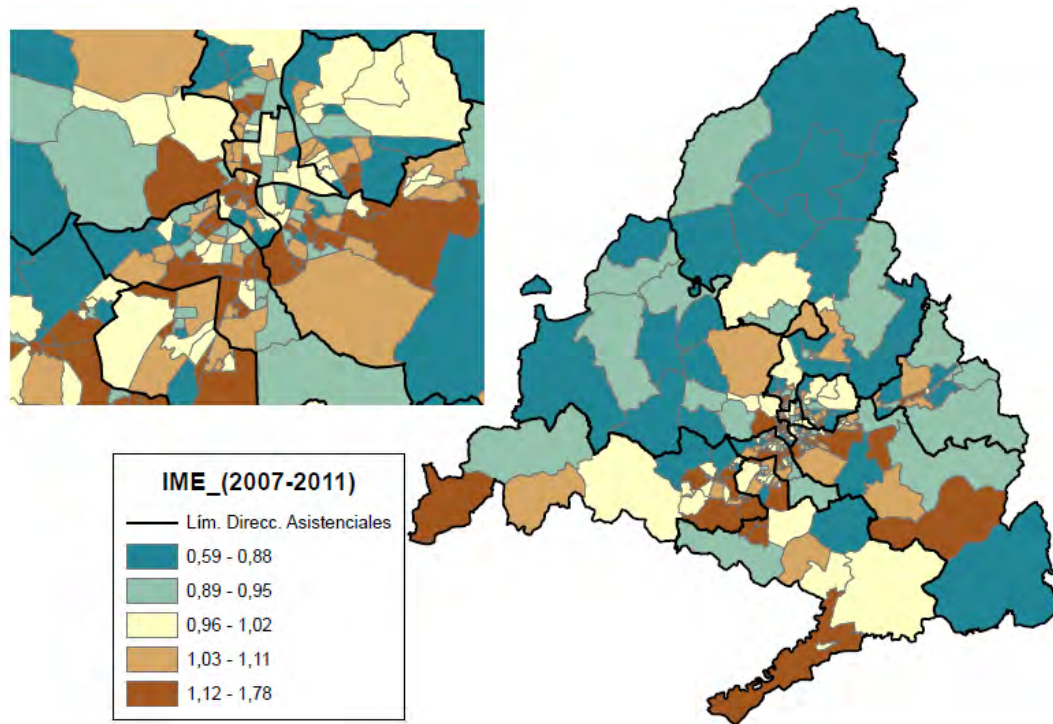


Figura 8.9. Mortalidad por tumores en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

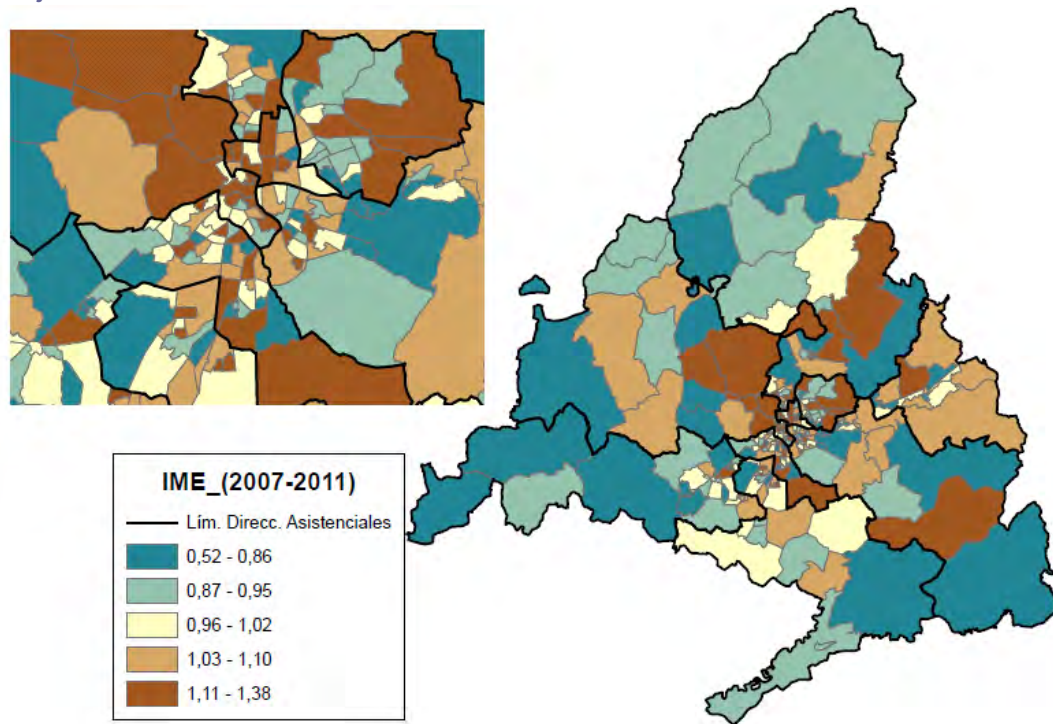


Figura 8.10. Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

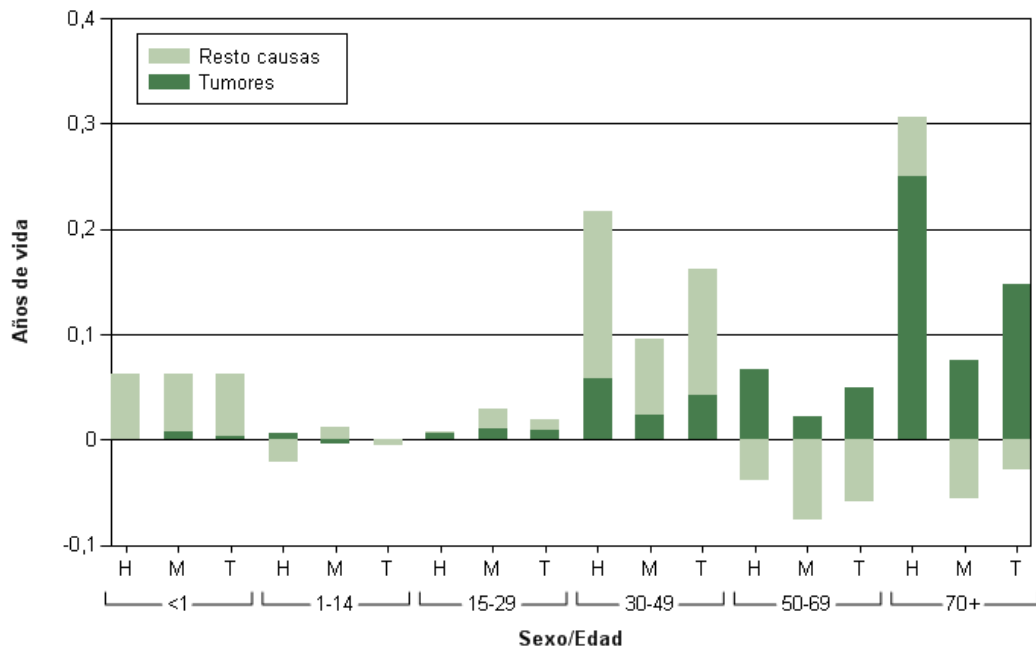


Figura 8.11. Tumores. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

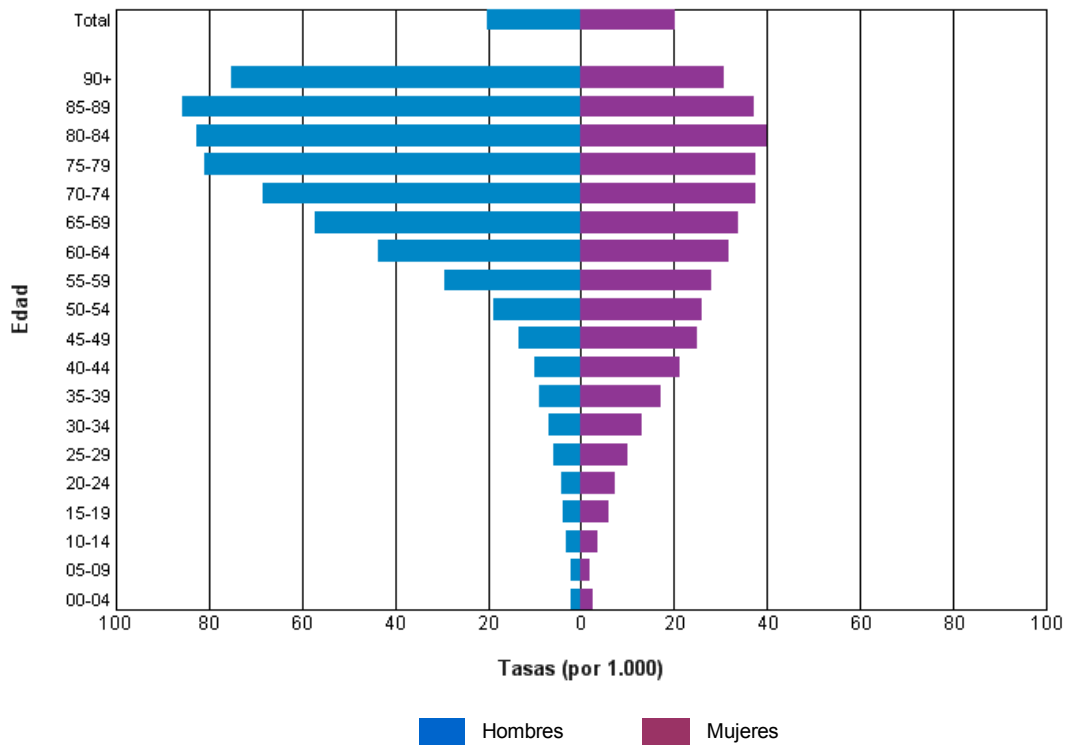
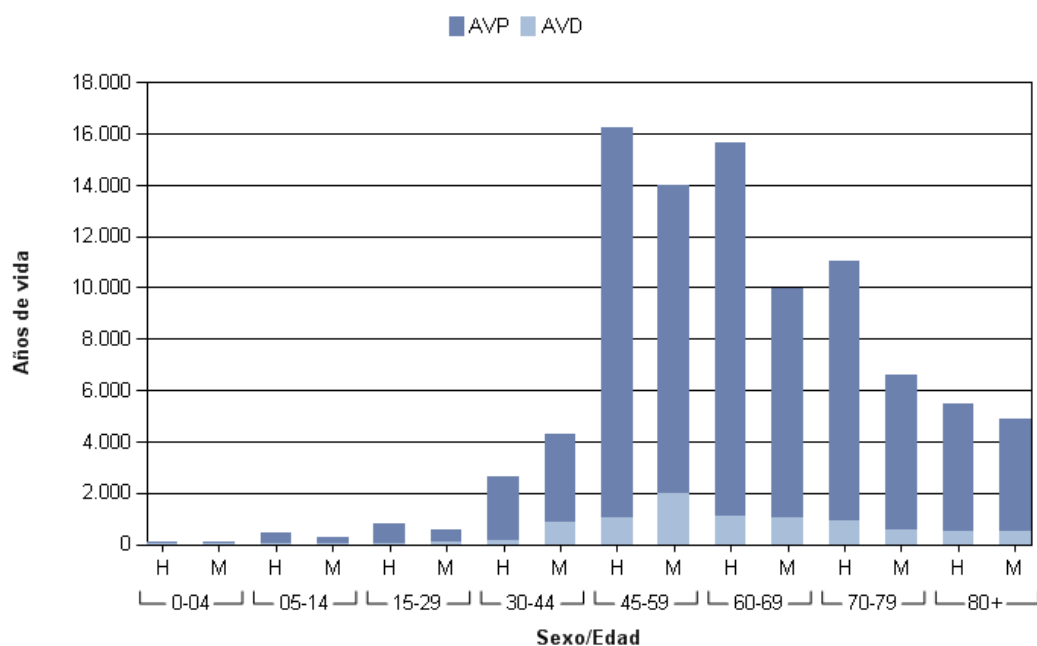


Figura 8.12. Tumores. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.1. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe

Tabla 8.3. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

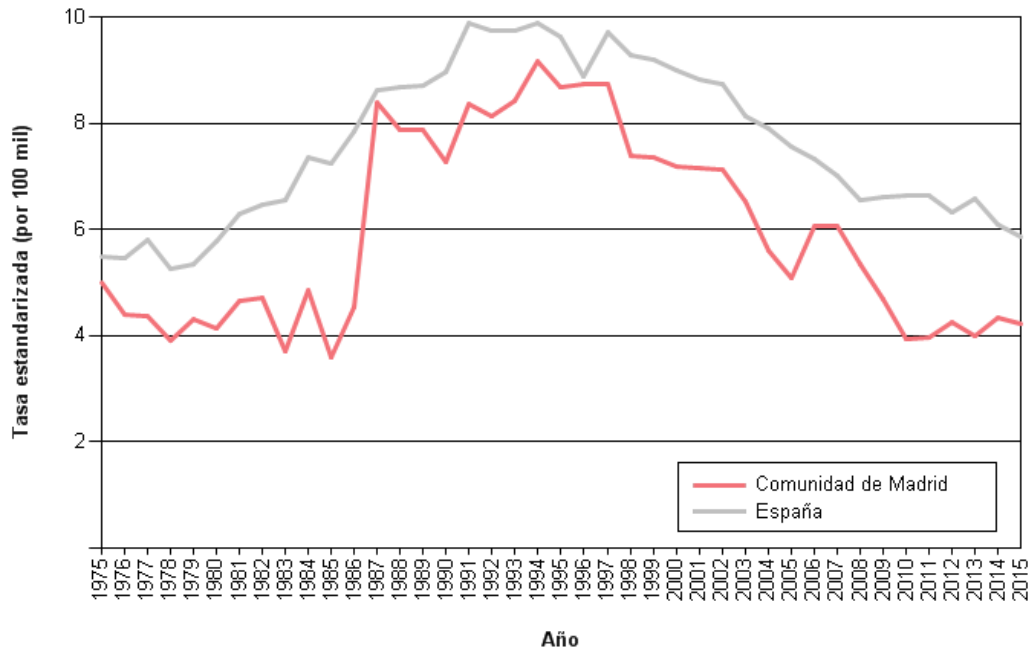
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	161	77	238
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,2	2,3	3,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,3	1,7	3,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,2	1,4	2,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	23,0	11,2	16,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,00	-0,00	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.556	700	2.256
Años Vividos con Discapacidad. CM.	101	67	167
Años de Vida Perdidos. CM.	1.456	633	2.089

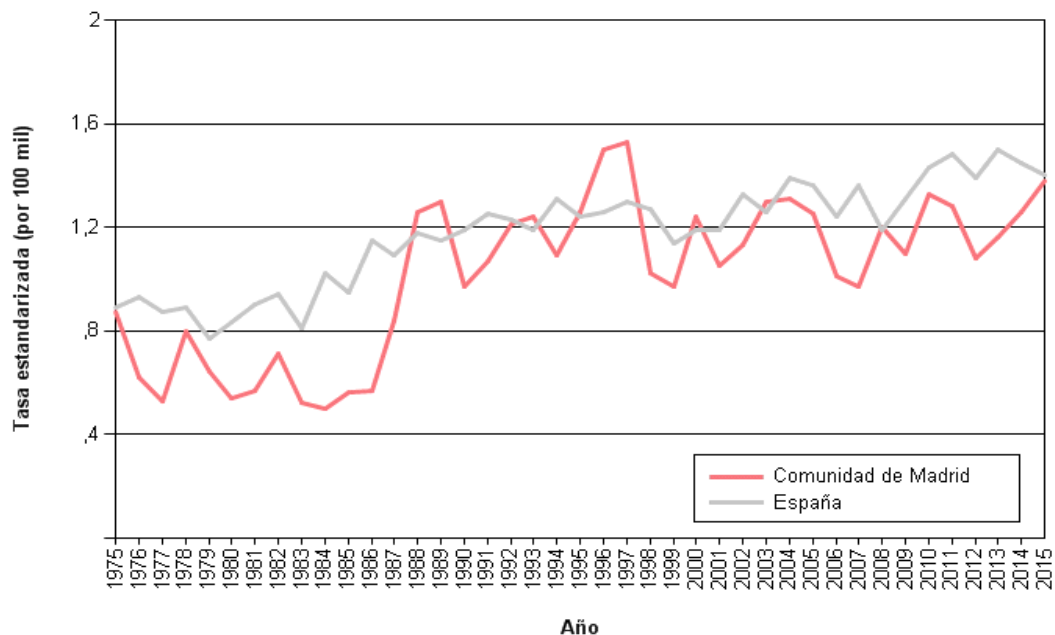
Figura 8.13. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.14. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

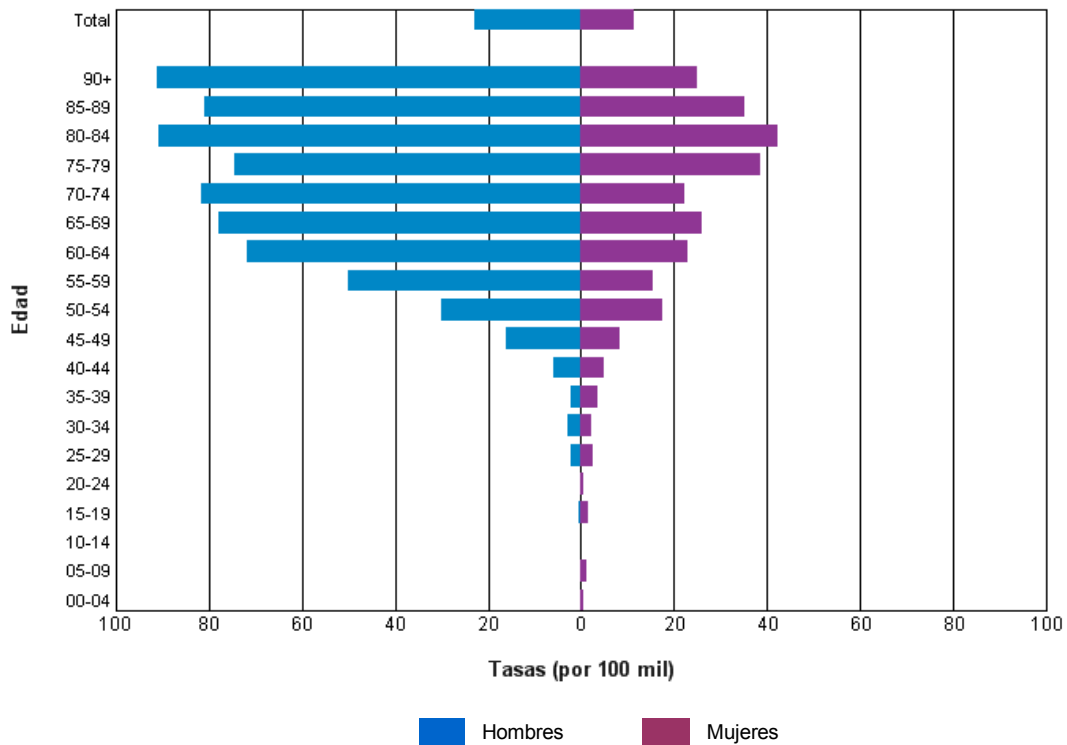
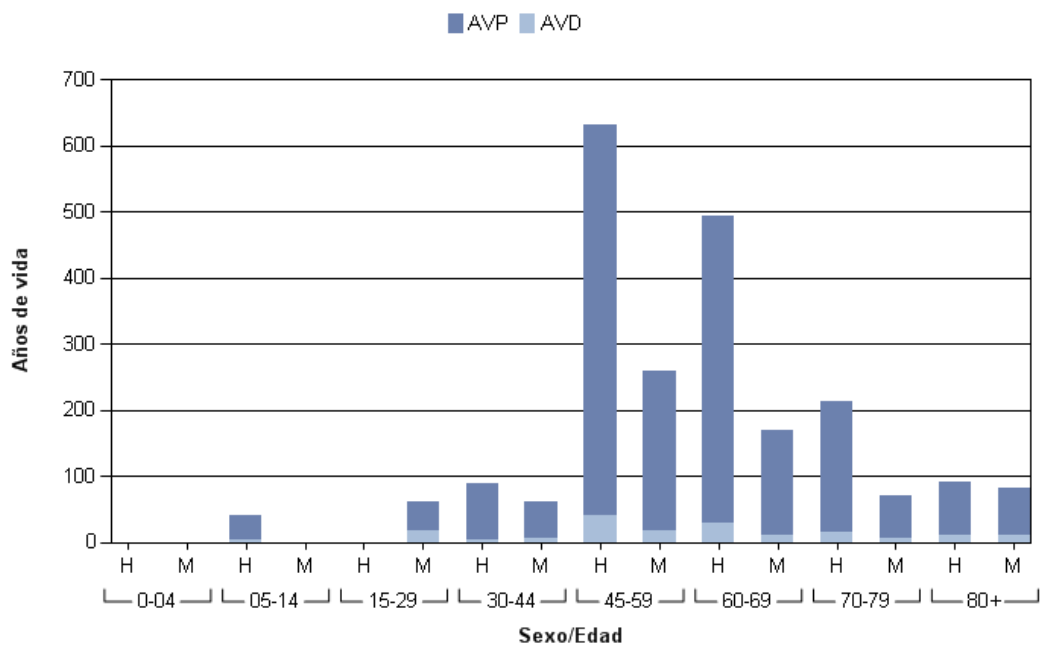


Figura 8.15. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.2. Tumor maligno de esófago

Tabla 8.4. Tumor maligno de esófago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

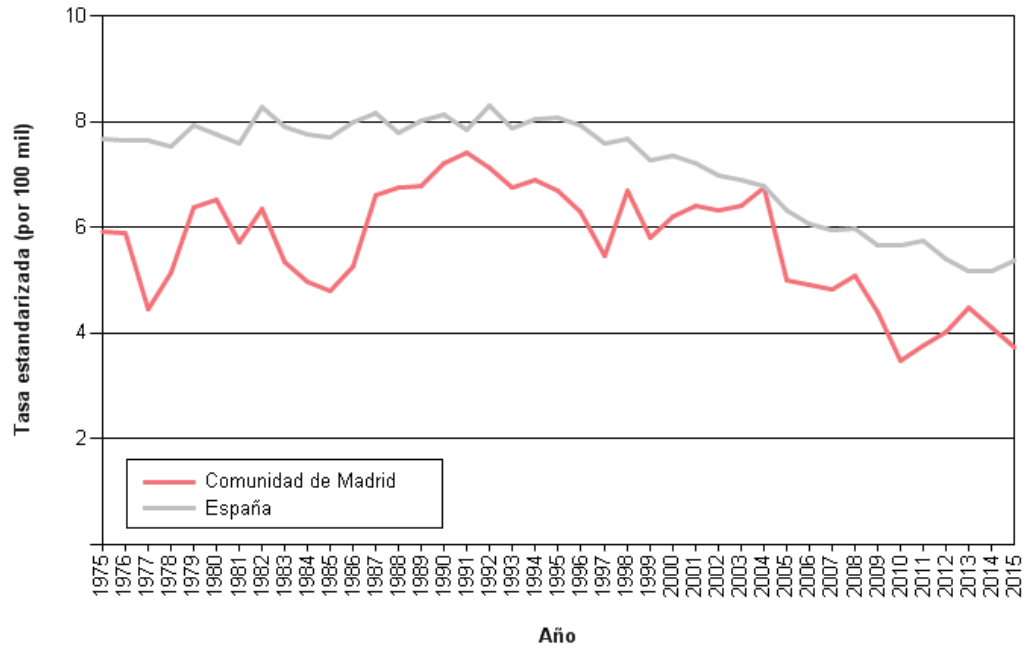
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del esófago. Comunidad de Madrid.			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	140	34	174
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,5	1,0	2,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,7	0,5	2,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,7	0,6	2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	11,3	2,0	6,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2010 - 2015)	-0,00	0,01	-
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.304	256	1.560
Años Vividos con Discapacidad. CM.	38	7	45
Años de Vida Perdidos. CM.	1.266	249	1.515

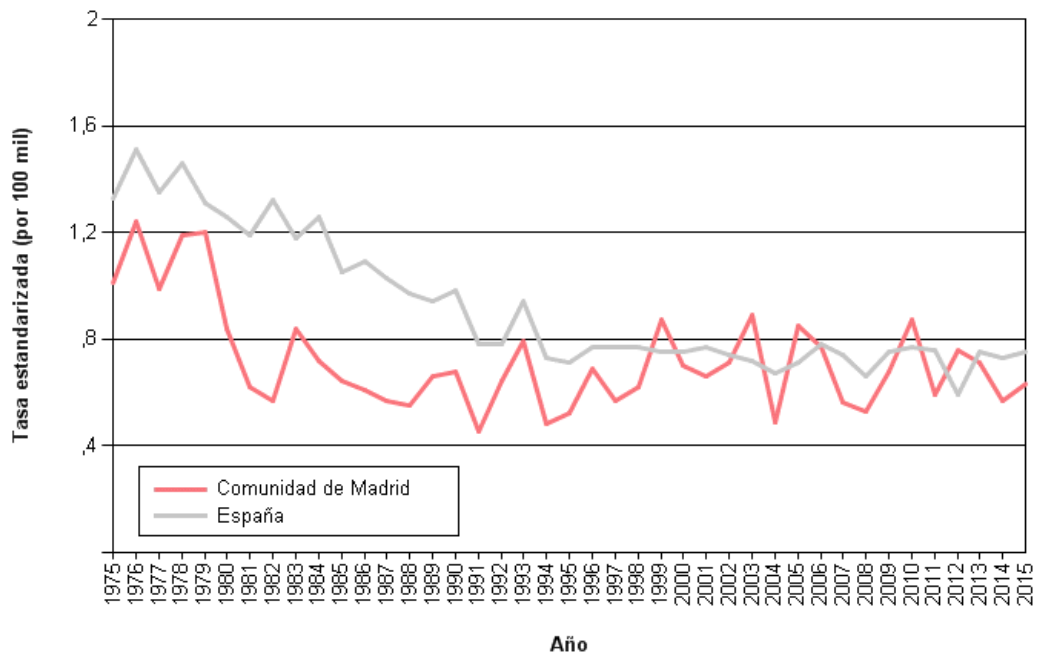
Figura 8.16. Tumor maligno de esófago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.16a. Tumor maligno de esófago. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

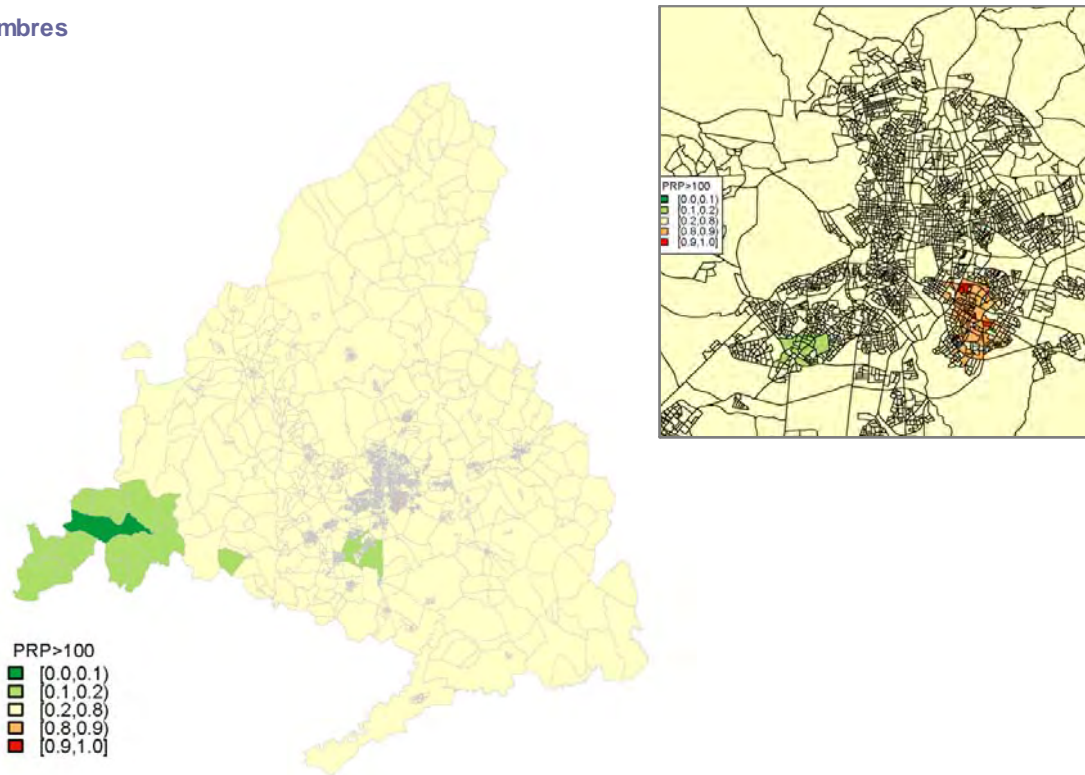


Figura 8.17. Tumor maligno de esófago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

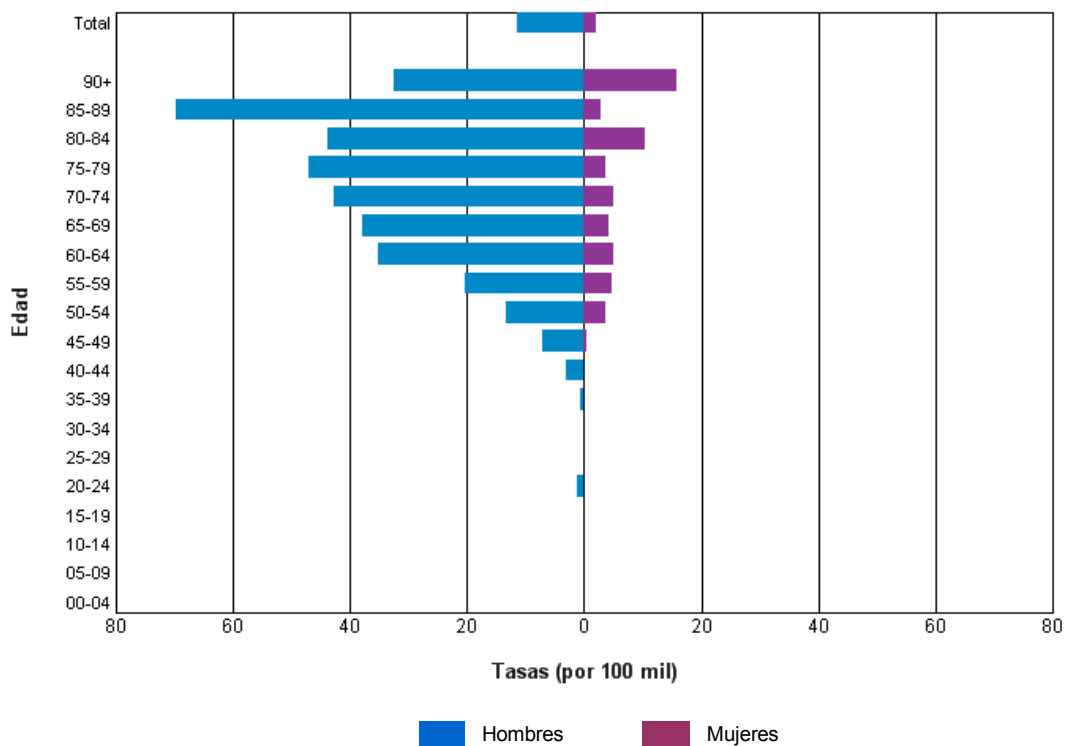
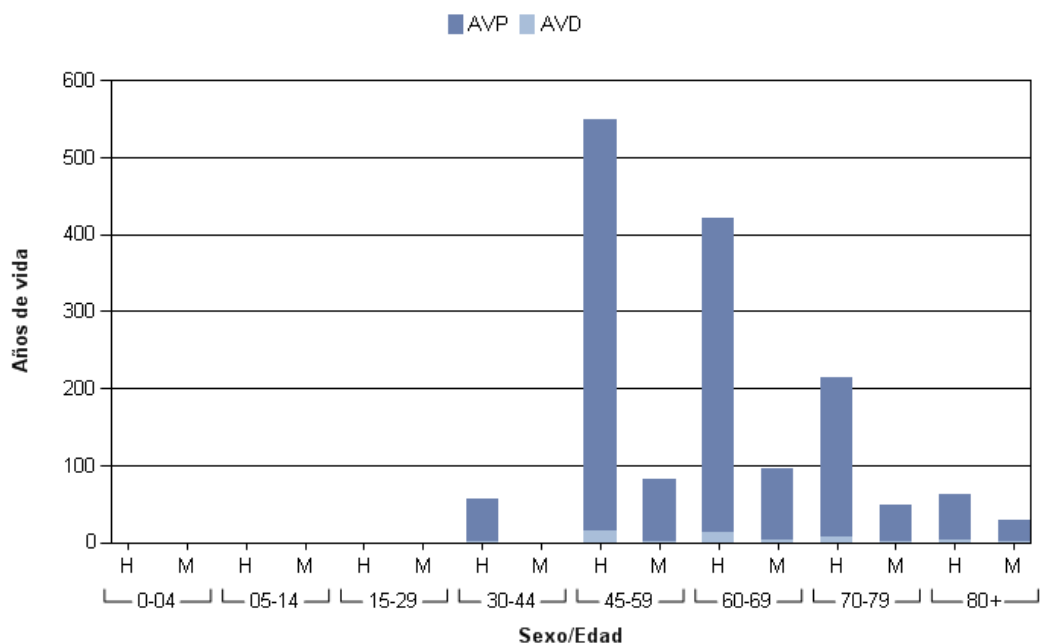


Figura 8.18. Tumor maligno de esófago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.3. Tumor maligno de estómago

Tabla 8.5. Tumor maligno de estómago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

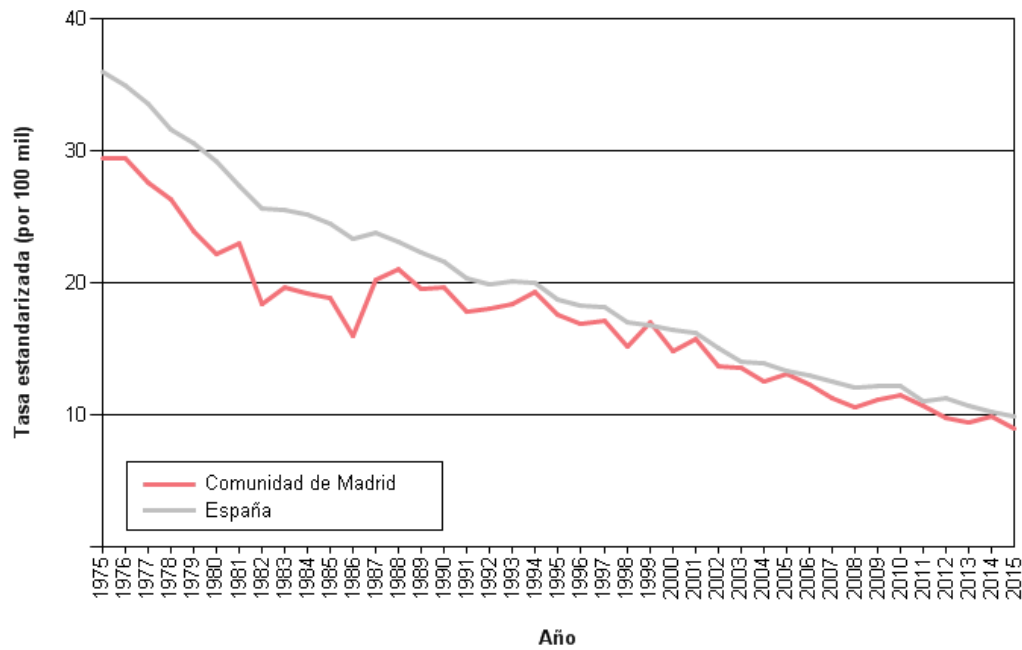
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del estómago. Comunidad de Madrid.			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	371	252	623
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,0	7,5	9,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,6	3,9	5,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,0	4,1	6,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	31,9	18,5	25,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,05	0,02	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.921	1.864	4.784
Años Vividos con Discapacidad. CM.	115	81	196
Años de Vida Perdidos. CM.	2.806	1.783	4.589

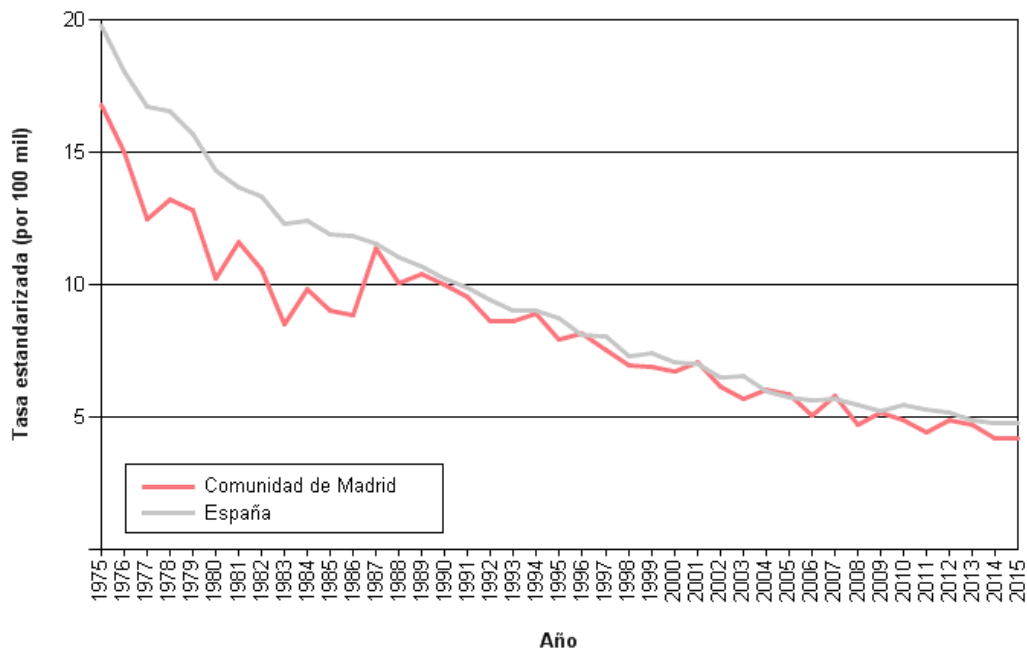
Figura 8.19. Tumor maligno de estómago. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

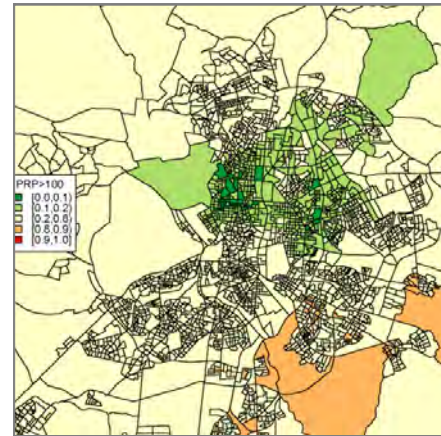
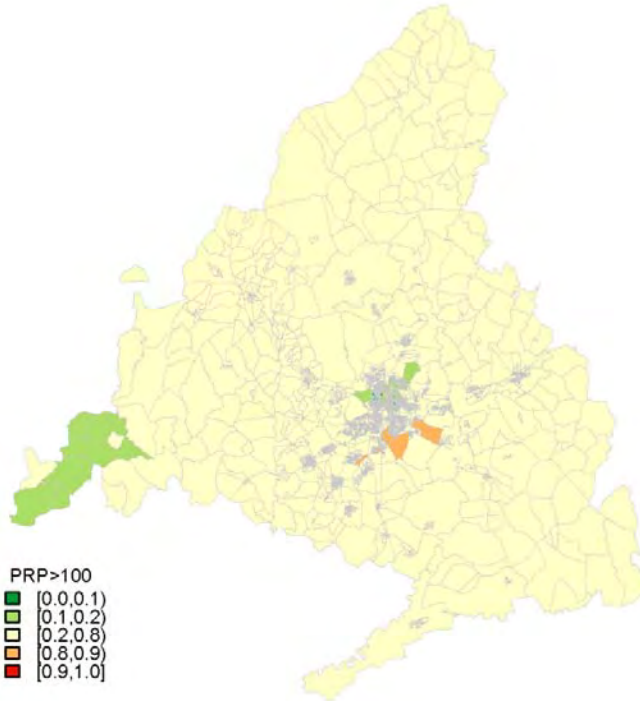


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.20. Tumor maligno de estómago. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

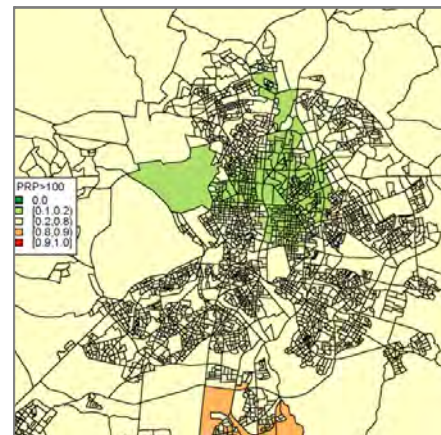
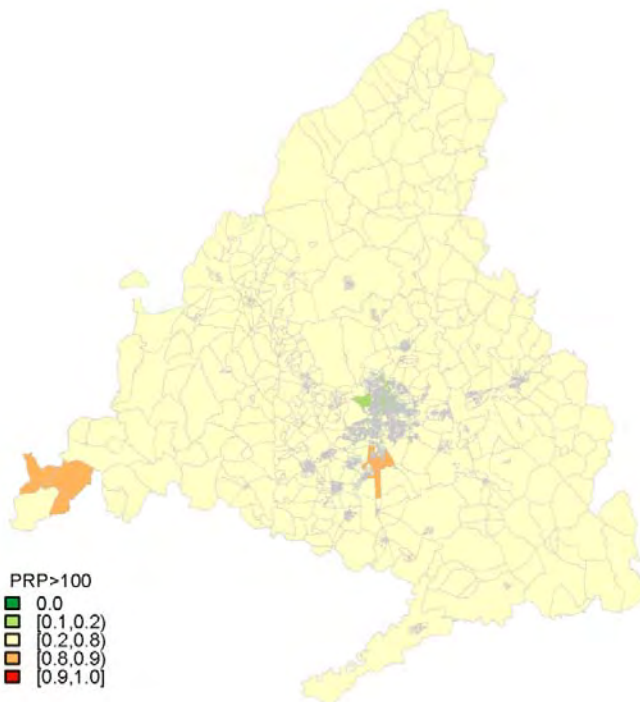


Figura 8.21. Tumor maligno de estómago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

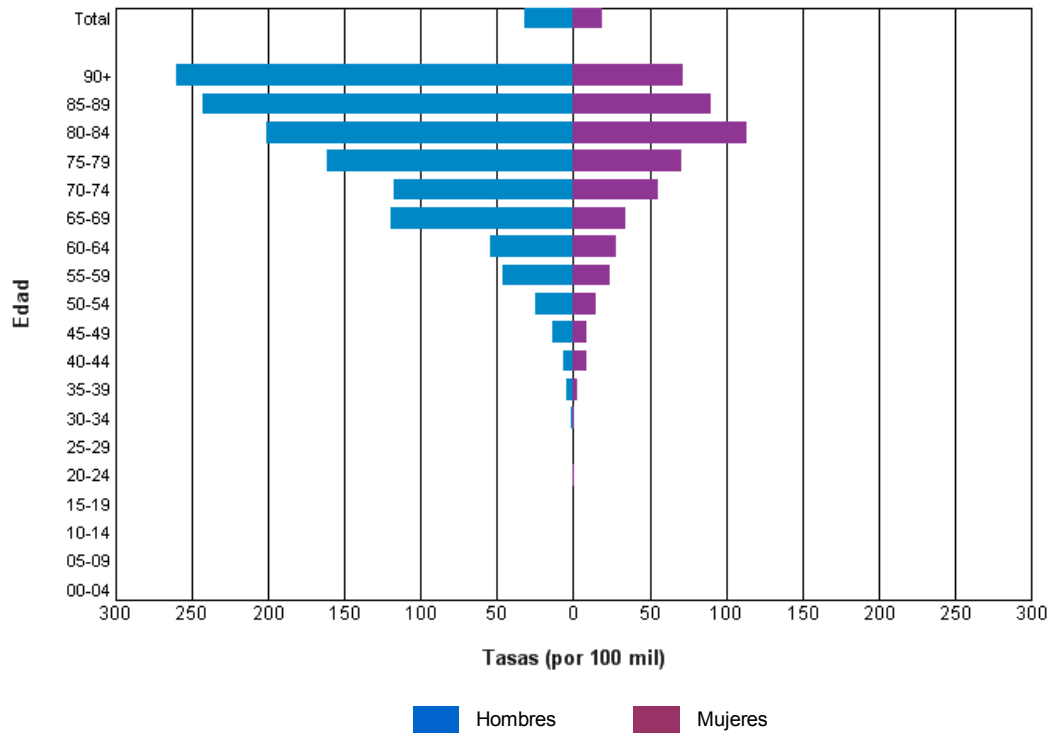
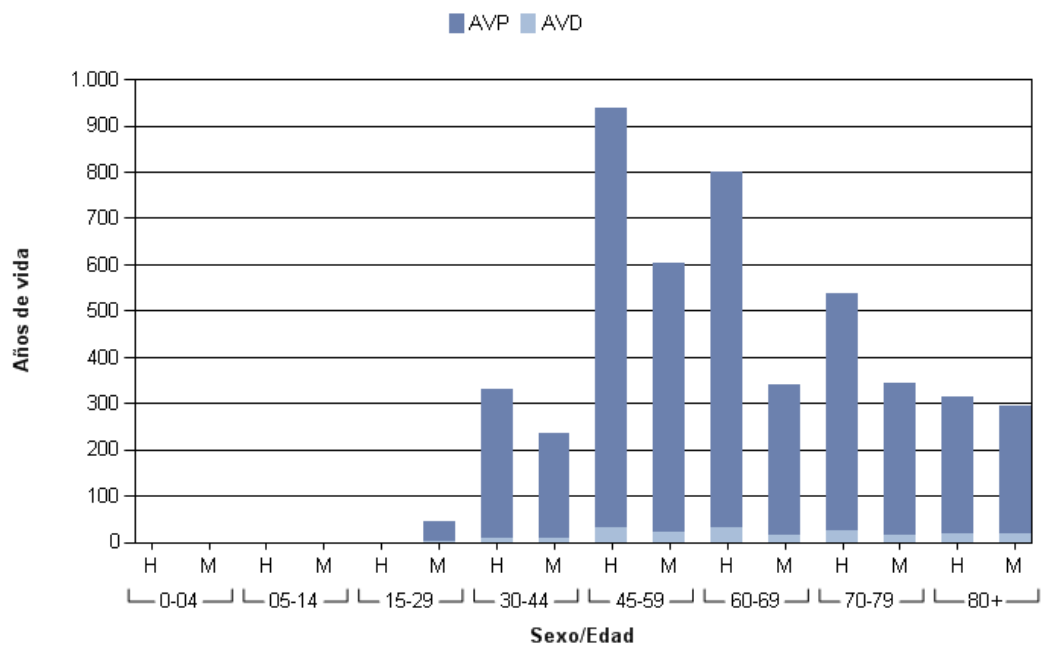


Figura 8.22. Tumor maligno de estómago. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.4. Tumor maligno de colon

Tabla 8.6. Tumor maligno de colon. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

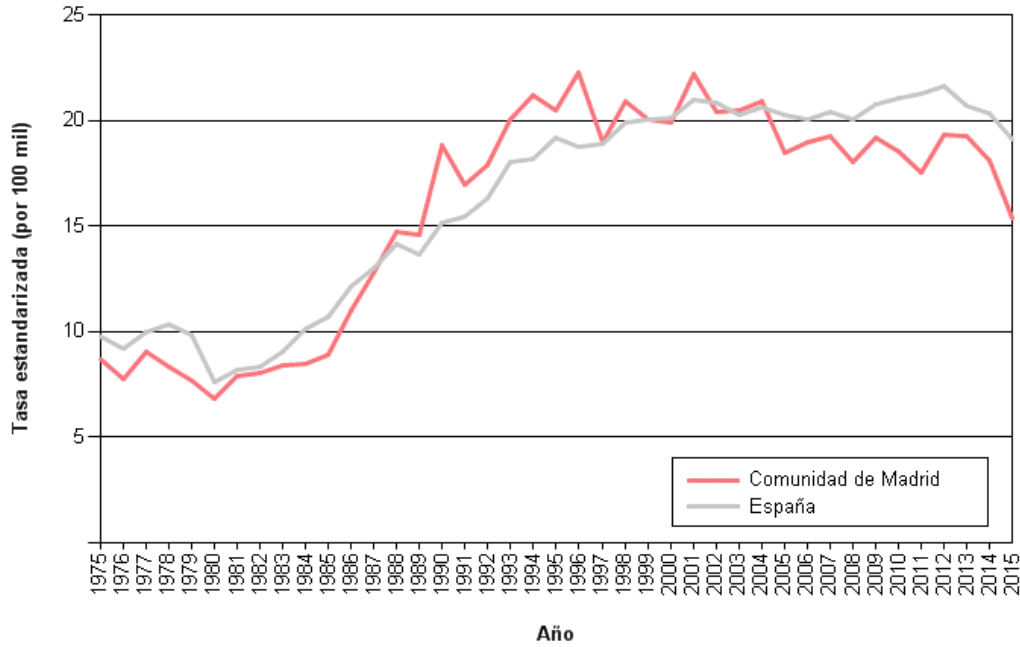
Tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	659	567	1.226
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	21,3	16,9	19,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,3	6,5	6,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,4	8,8	11,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	70,6	50,1	60,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,06	0,04	0,05
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	7.105	5.289	12.394
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.166	958	2.124
Años de Vida Perdidos. CM.	5.939	4.331	10.270

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para colon y recto

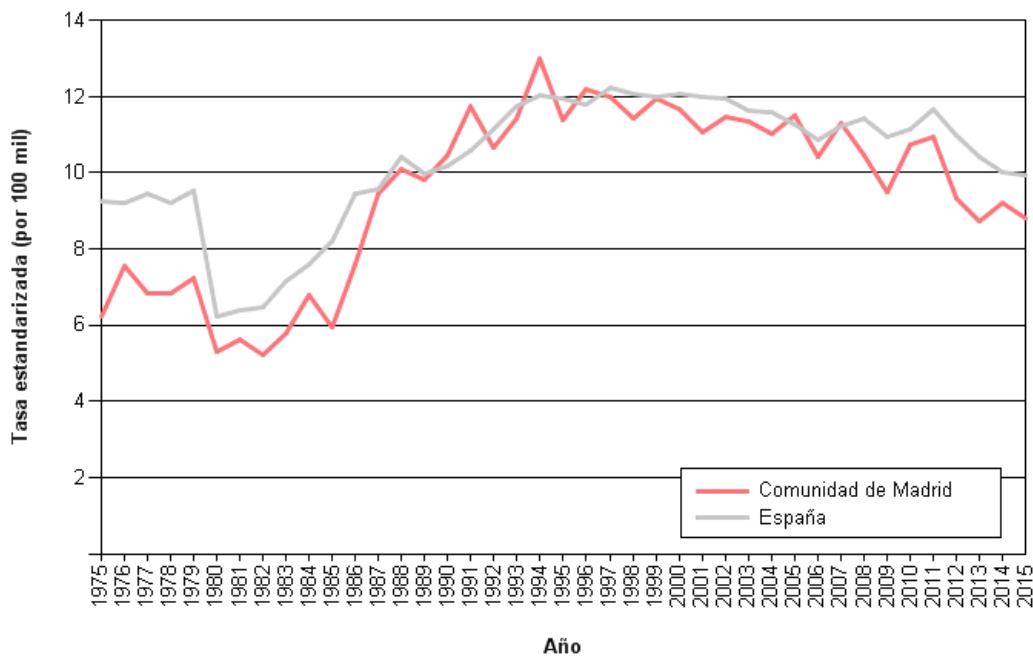
Figura 8.23. Tumor maligno de colon. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

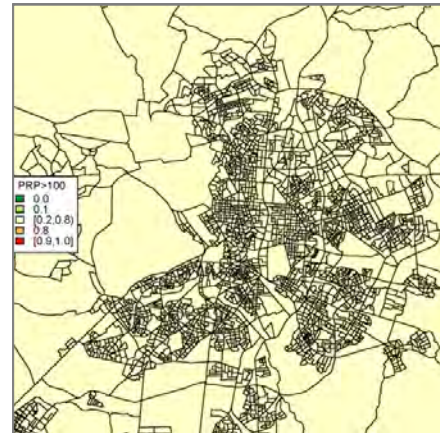
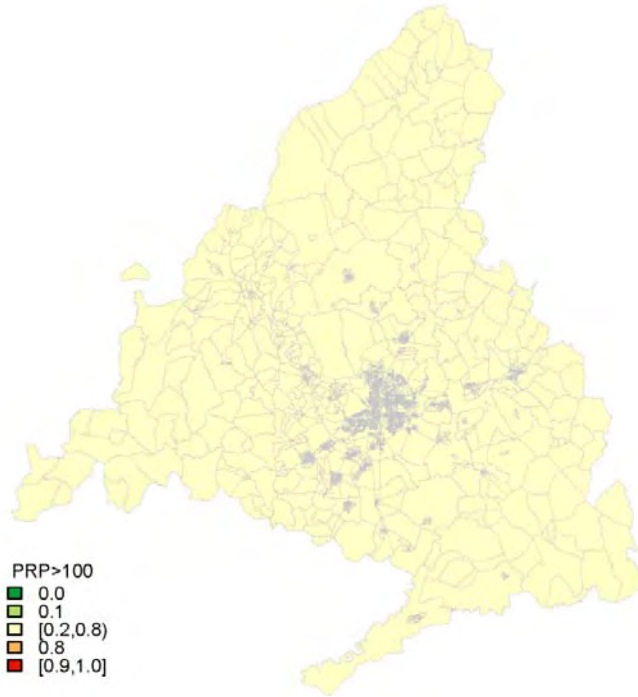


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.24. Tumor maligno de colon. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

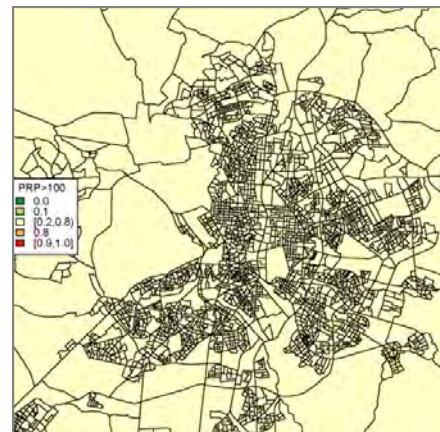
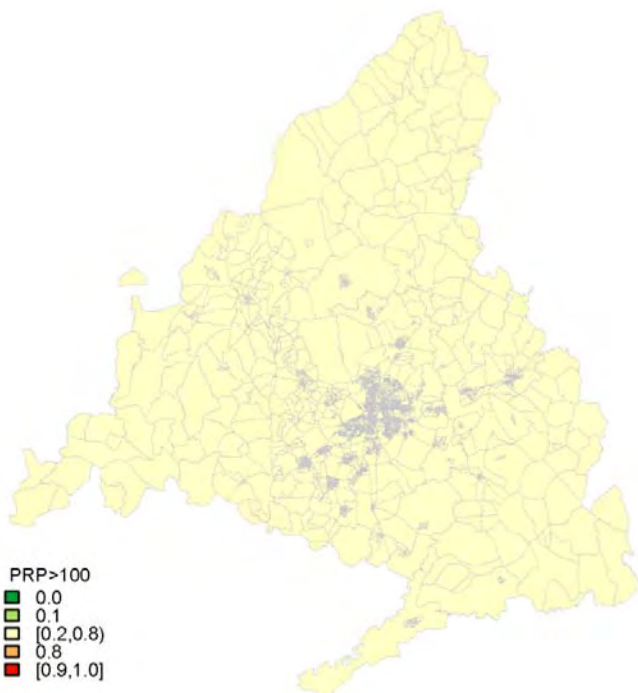


Figura 8.25. Tumor maligno de colon. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

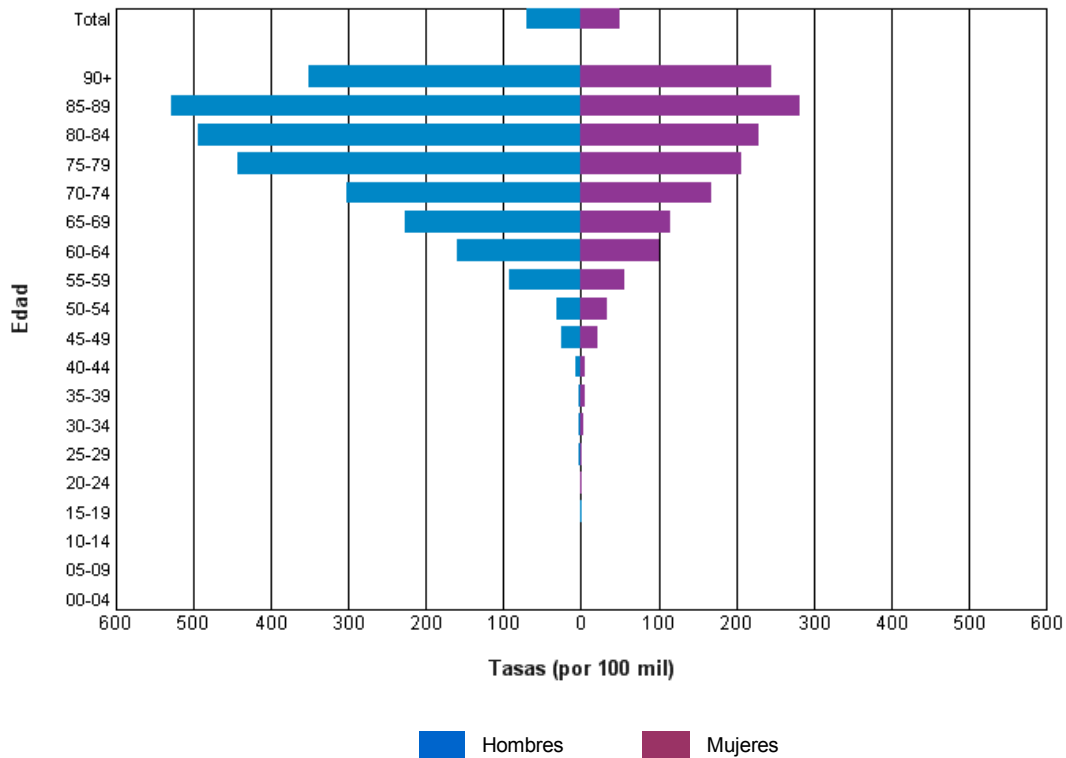
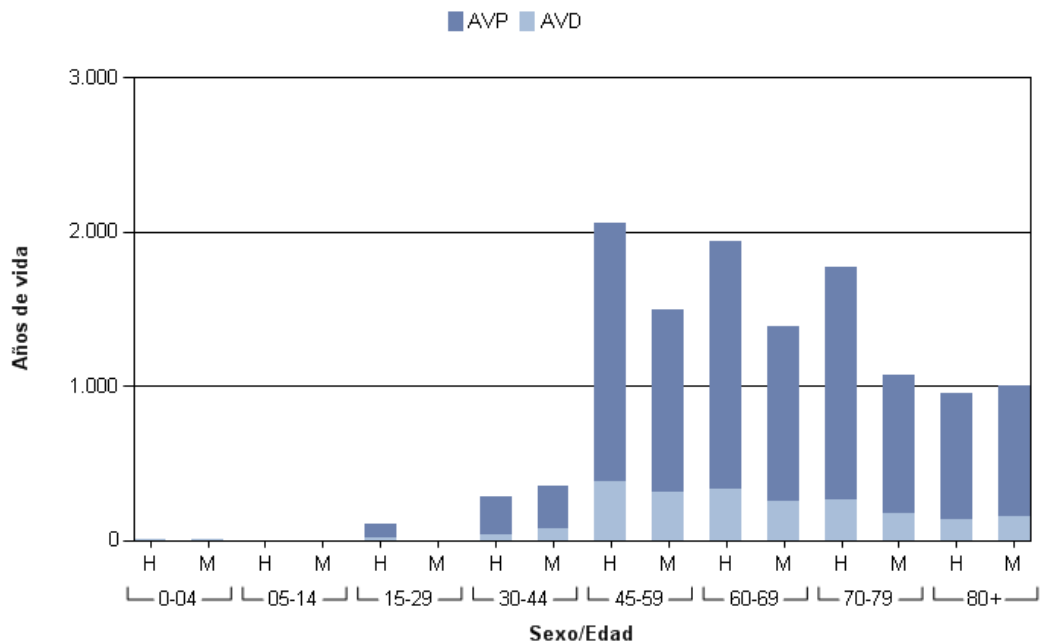


Figura 8.26. Tumor maligno de colon y recto. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.5. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano

Tabla 8.7. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	284	167	451
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,2	5,0	7,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,4	2,3	3,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,8	2,6	4,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	42,9	25,7	33,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,00	0,02	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	7.105	5.289	12.394
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.166	958	2.124
Años de Vida Perdidos. CM.	5.939	4.331	10.270

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para colon y recto

Figura 8.27. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

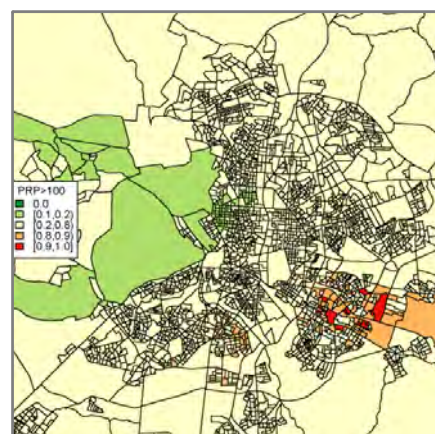
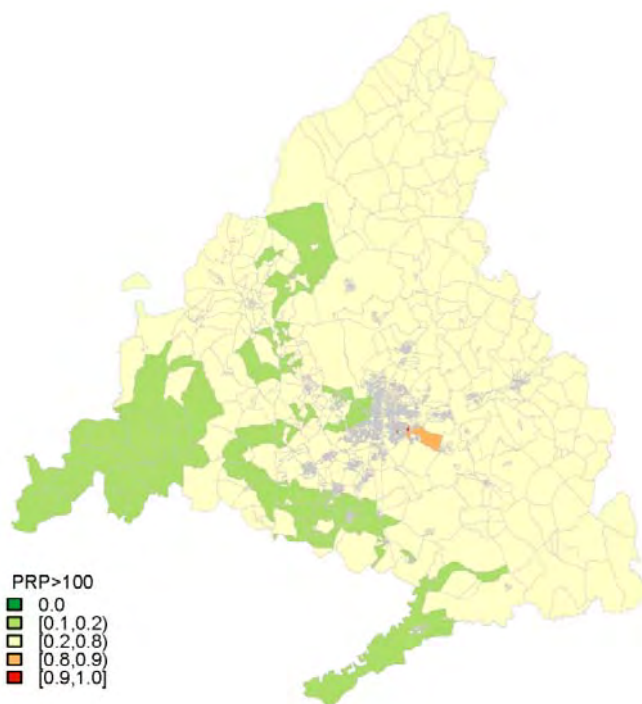
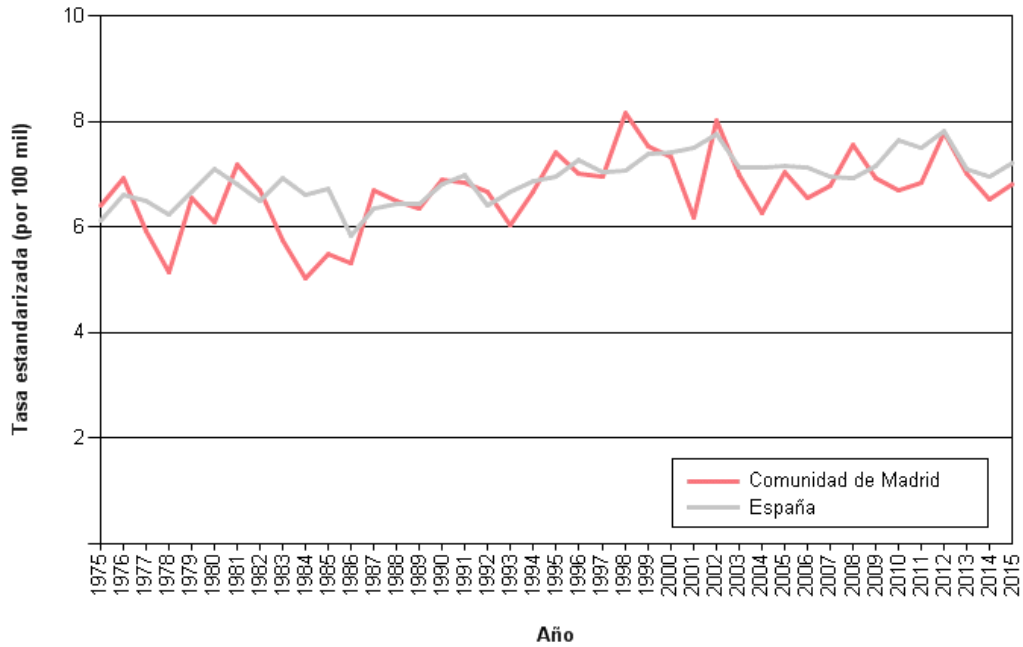


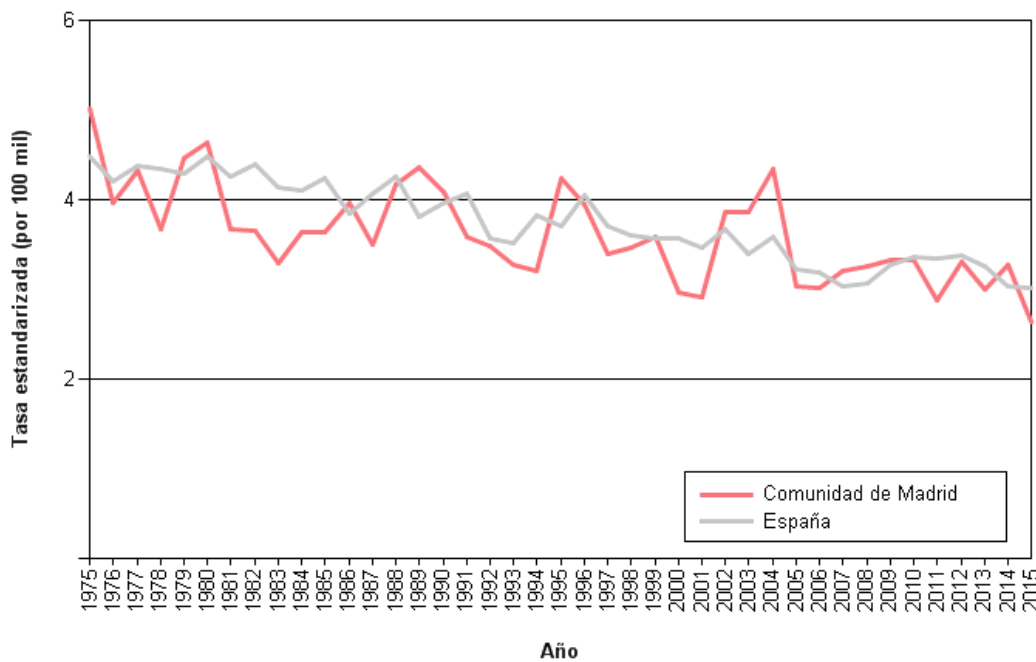
Figura 8.28. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y año. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



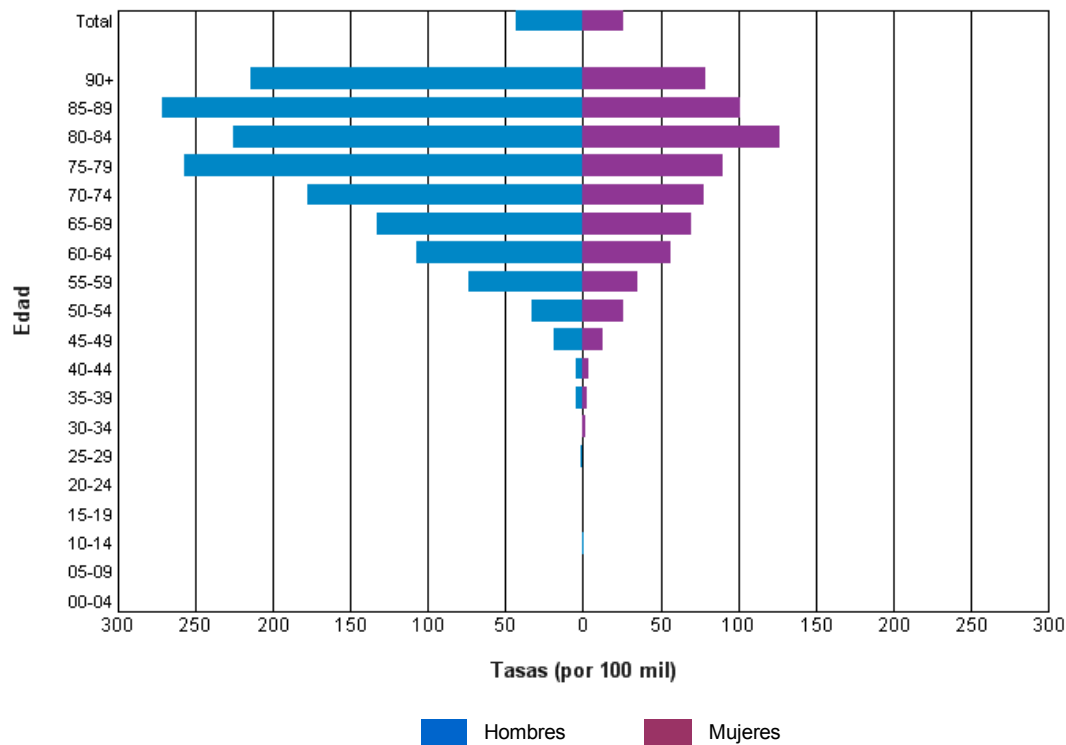
Mujeres



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

Figura 8.29. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



8.2.1.6. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas

Tabla 8.8. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

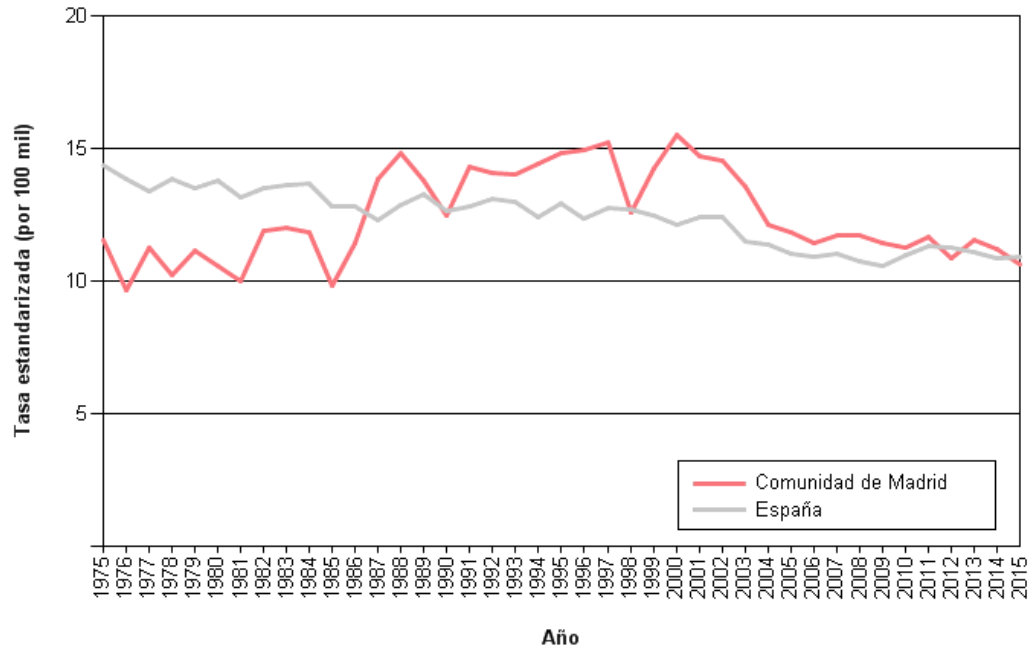
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	418	223	641
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,5	6,6	9,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,8	1,5	5,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,7	3,2	6,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	31,7	9,2	20,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,01	0,01	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.638	1.134	4.773
Años Vividos con Discapacidad. CM.	64	24	87
Años de Vida Perdidos. CM.	3.575	1.110	4.685

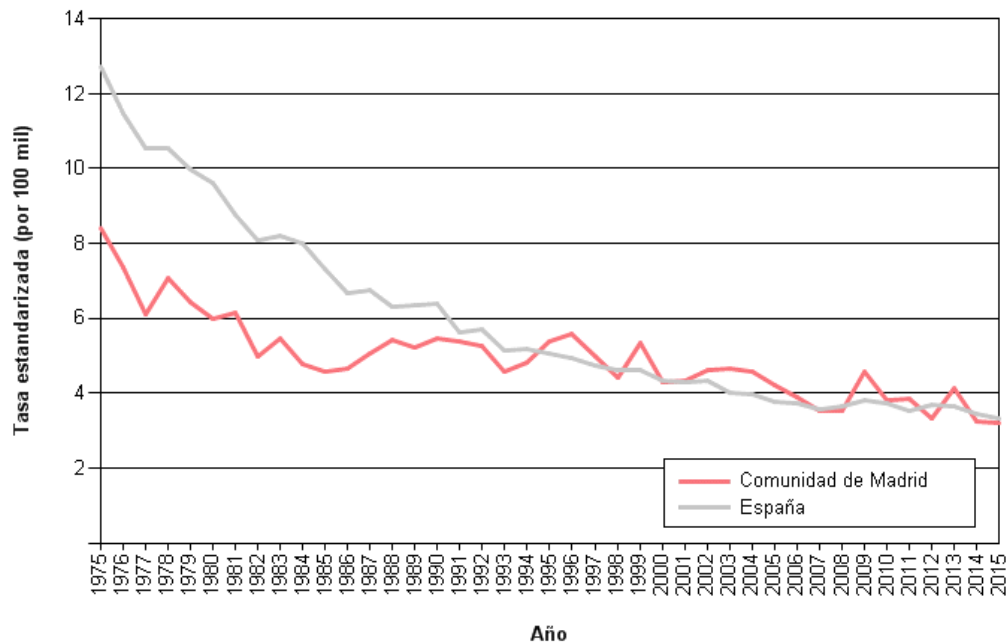
Figura 8.30. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.31. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

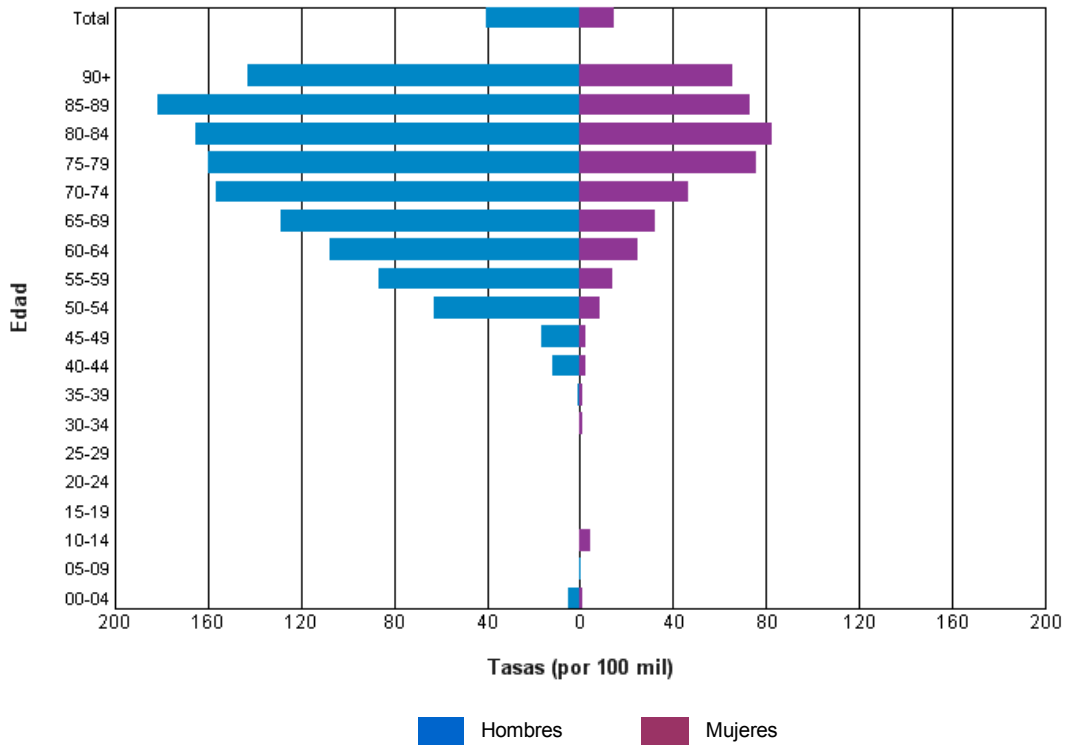
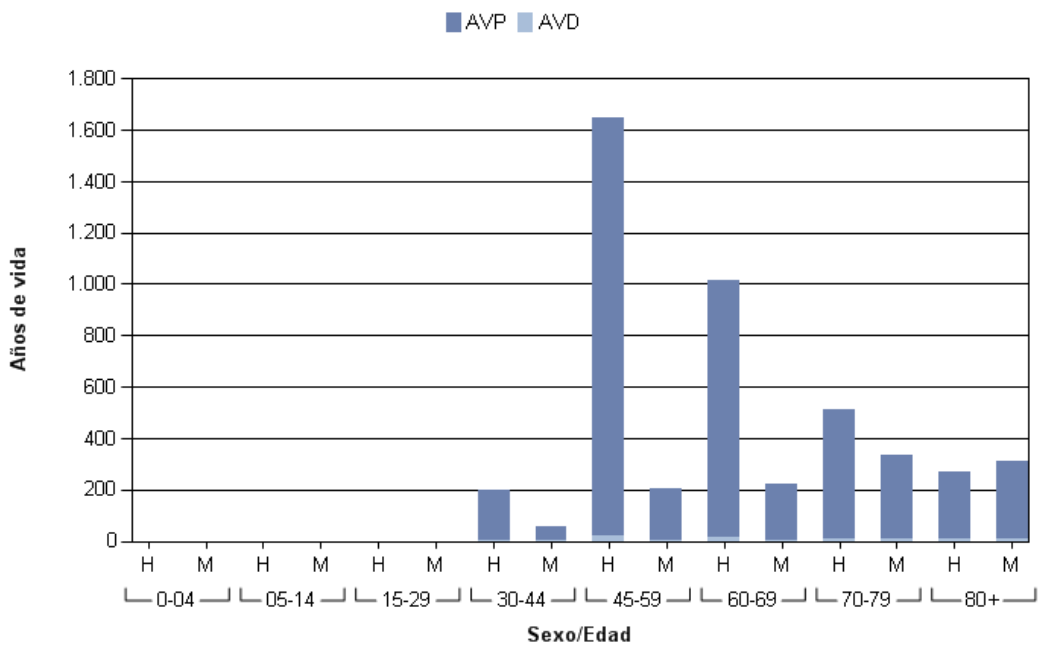


Figura 8.32. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.7. Tumor maligno de páncreas

Tabla 8.9. Tumor maligno de páncreas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

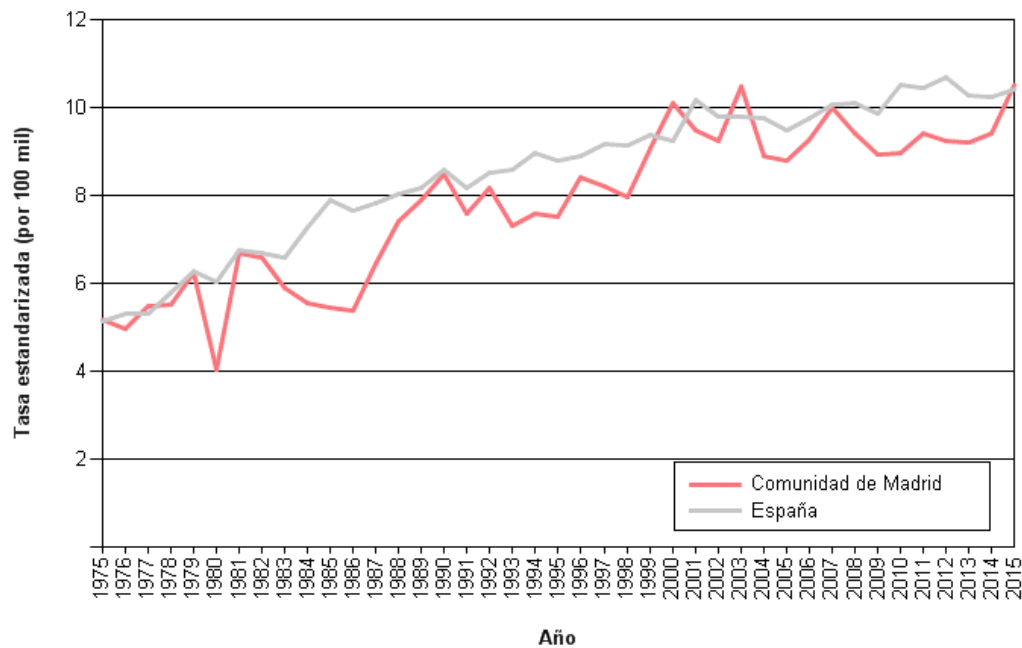
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	407	405	812
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,2	12,1	12,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,9	4,9	6,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,6	7,0	8,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	26,2	21,6	23,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,03	-0,00	-0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.547	2.782	6.329
Años Vividos con Discapacidad. CM.	95	71	167
Años de Vida Perdidos. CM.	3.451	2.711	6.162

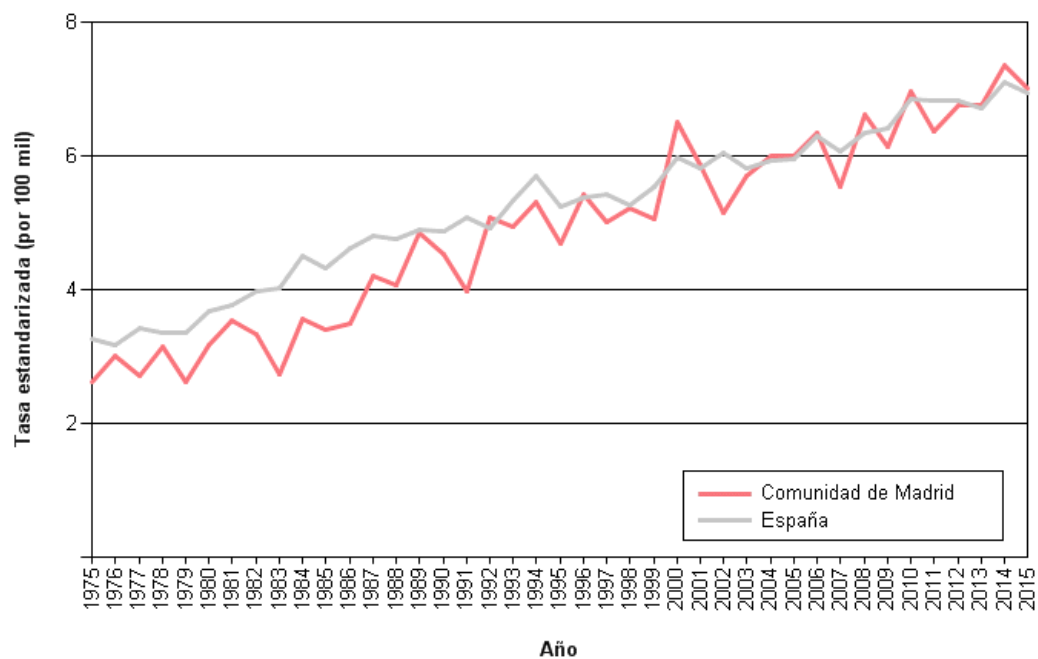
Figura 8.33. Tumor maligno de páncreas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.34. Tumor maligno de páncreas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

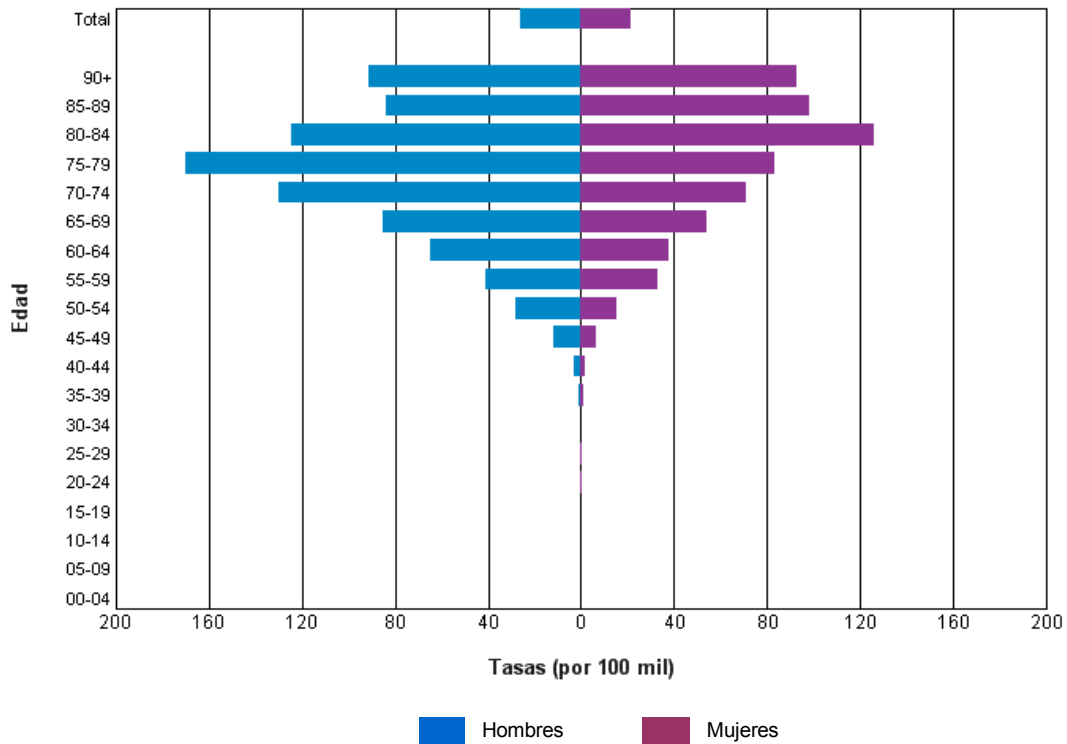
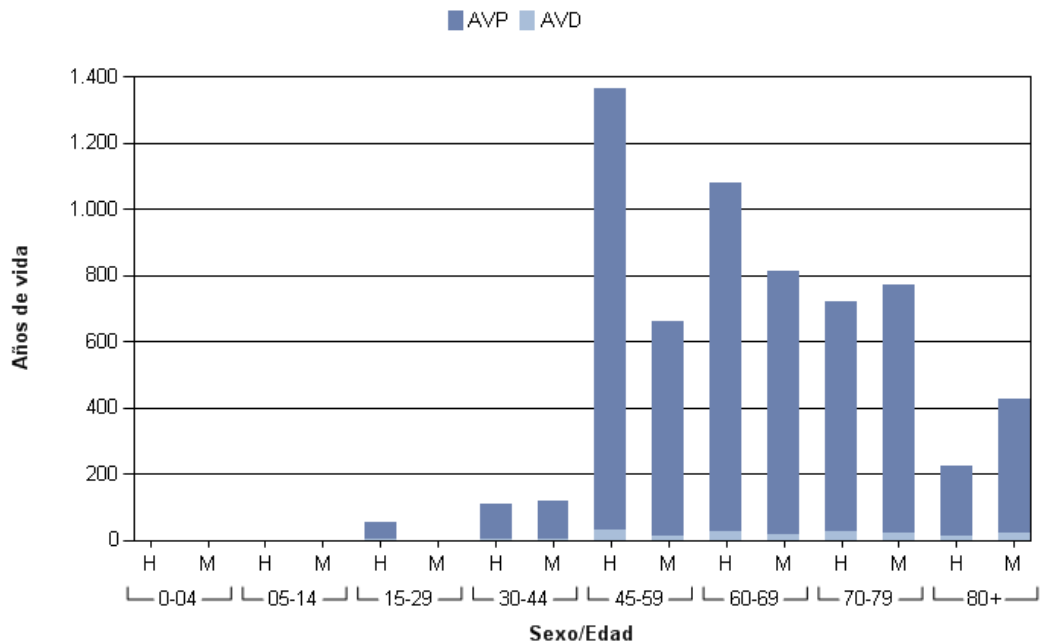


Figura 8.35. Tumor maligno de páncreas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.8. Tumor maligno de laringe

Tabla 8.10. Tumor maligno de laringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de laringe. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	104	7	111
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,4	0,2	1,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,2	0,3	1,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	0,2	1,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	21,4	1,5	11,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,02	0,00	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	855	88	943
Años Vividos con Discapacidad. CM.	57	6	63
Años de Vida Perdidos. CM.	798	82	880

Figura 8.36. Tumor maligno de laringe. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

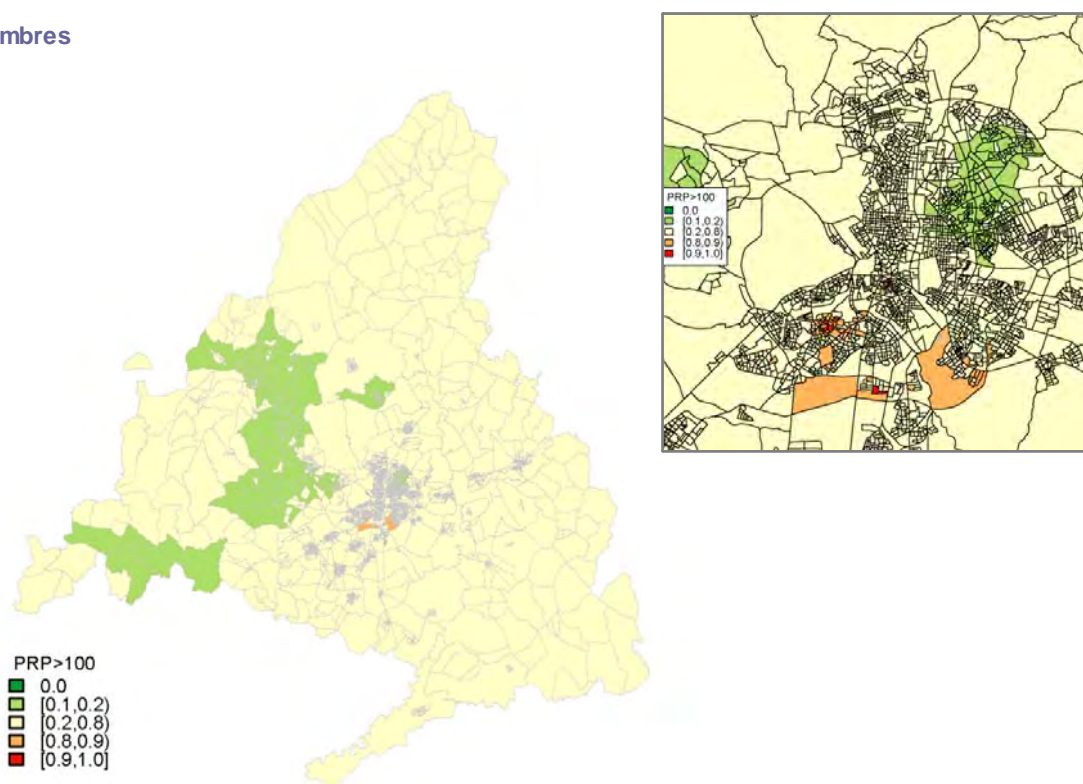
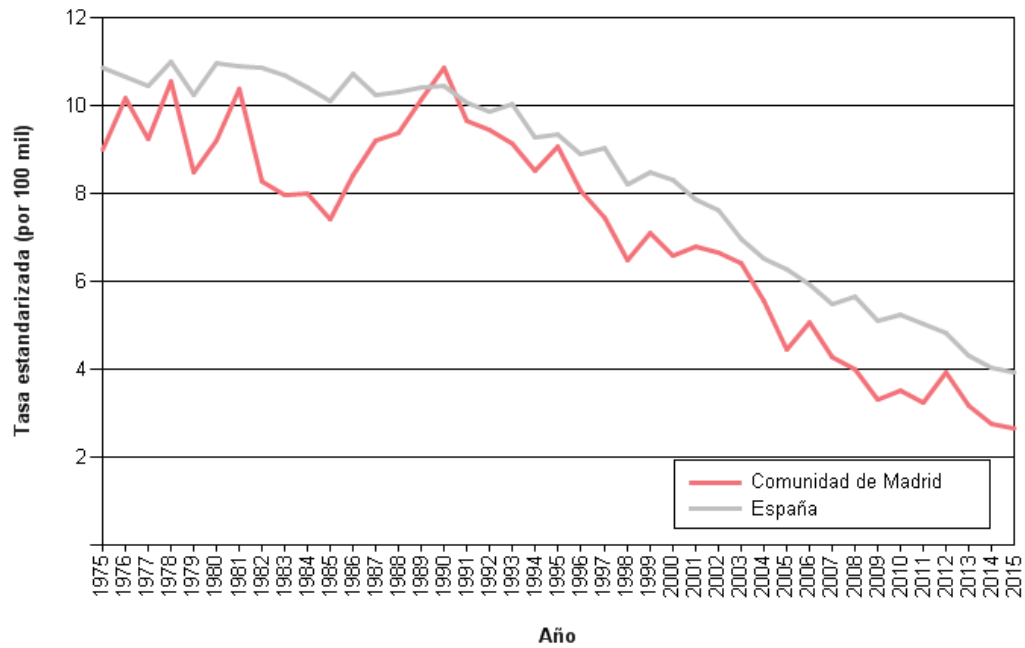


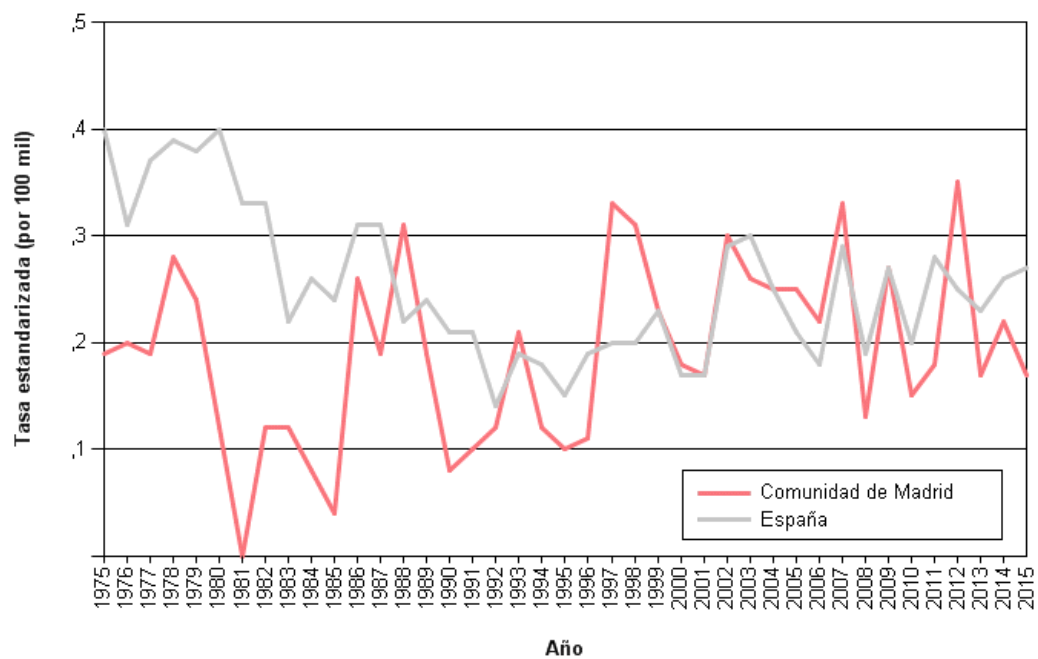
Figura 8.37. Tumor maligno de laringe. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.38. Tumor maligno de laringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

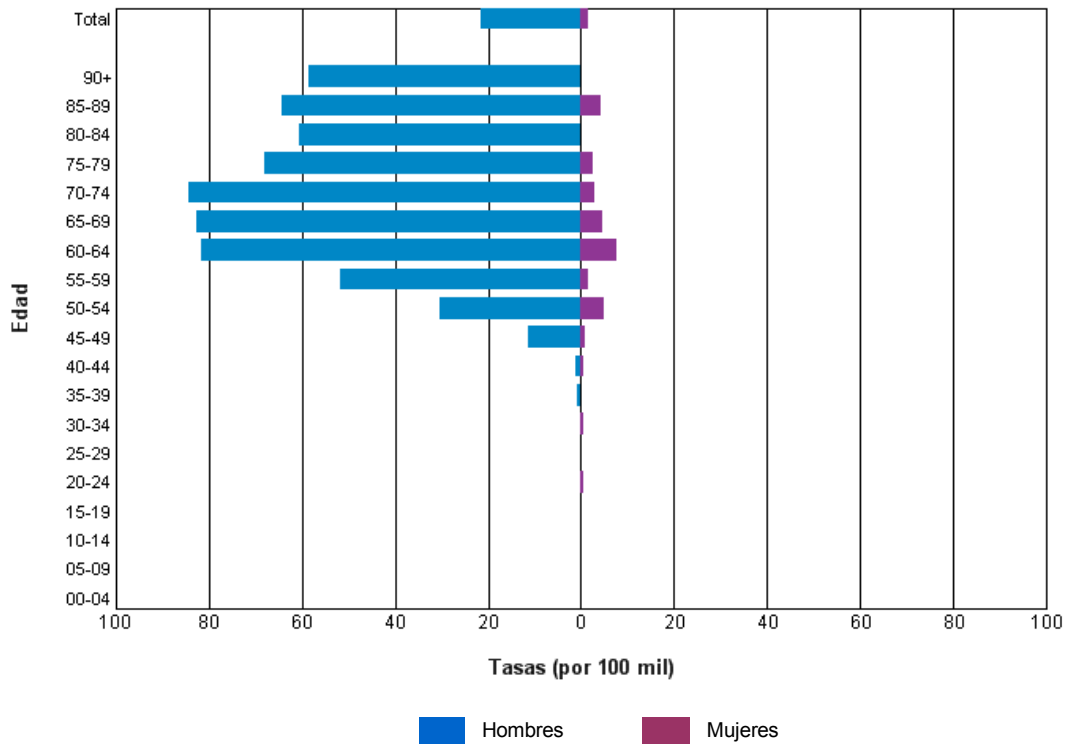
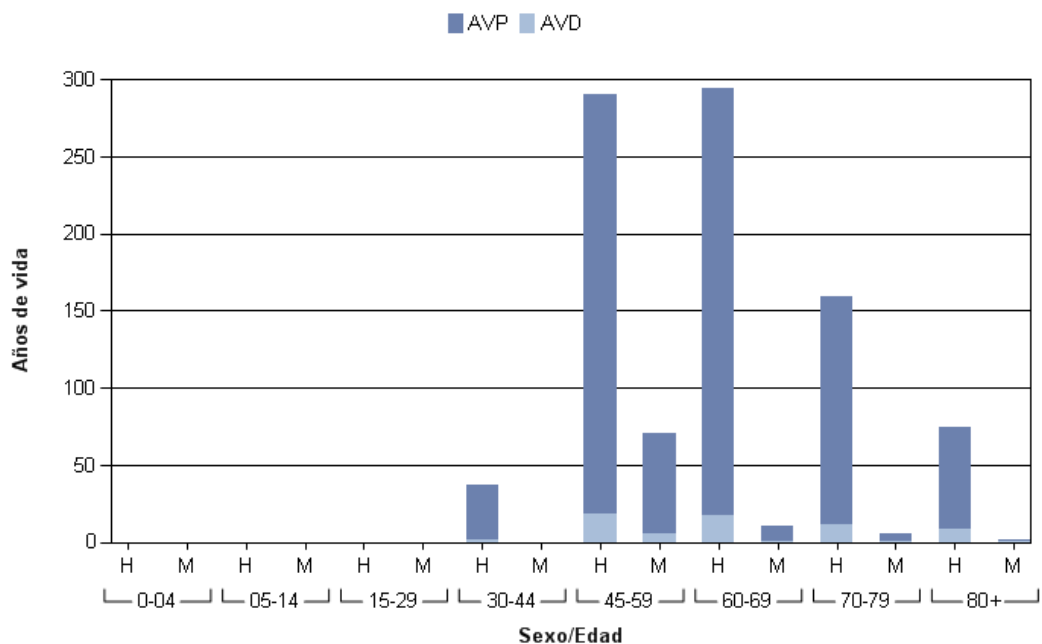


Figura 8.39. Tumor maligno de laringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.9. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

Tabla 8.11. Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

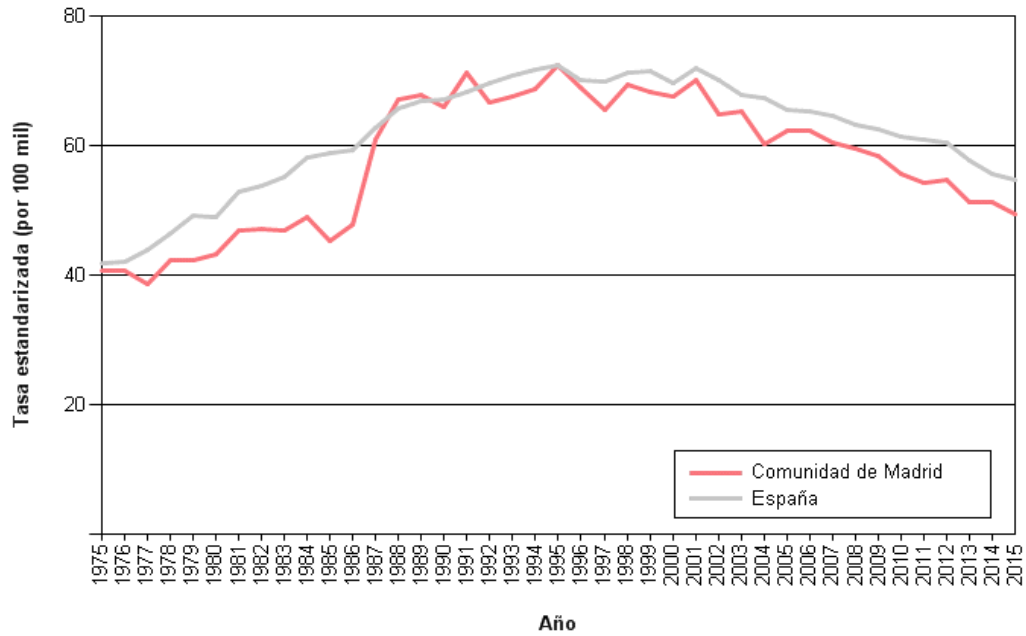
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de tráquea, de bronquios y de pulmón. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.937	630	2.567
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	62,6	18,8	39,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	37,9	18,3	27,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	49,6	13,3	28,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	109,4	35,9	71,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM. (2010 - 2015)	0,12	-0,04	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	15.293	6.241	21.533
Años Vividos con Discapacidad. CM.	461	171	632
Años de Vida Perdidos. CM.	14.832	6.069	20.901

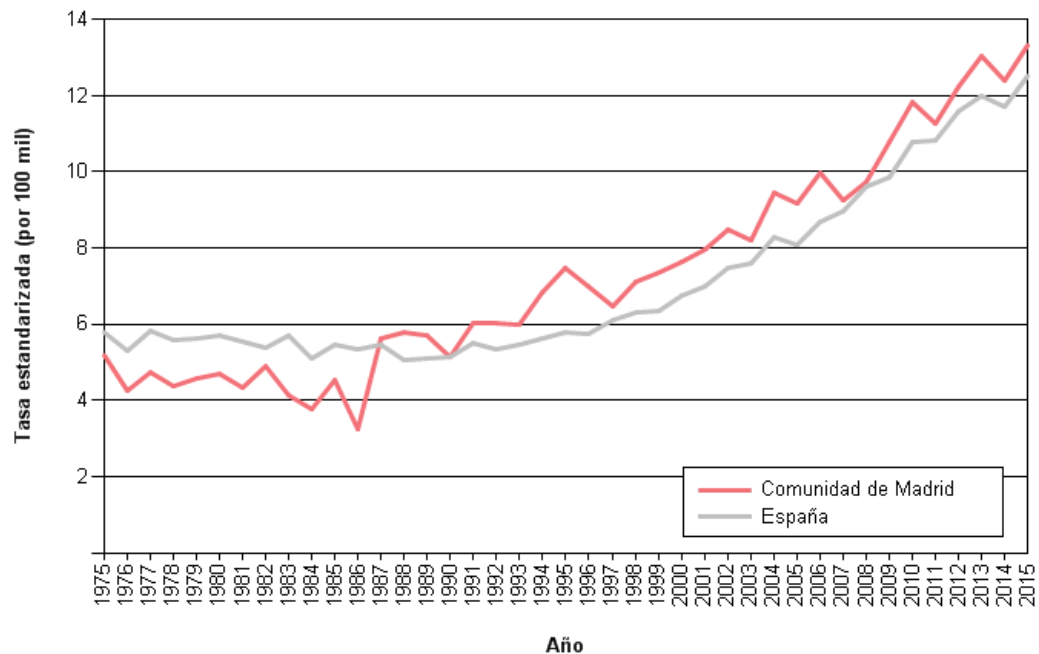
Figura 8.40. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

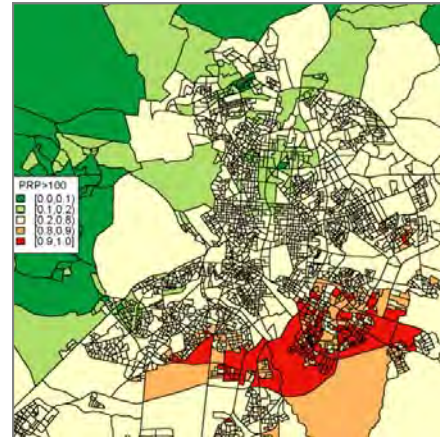
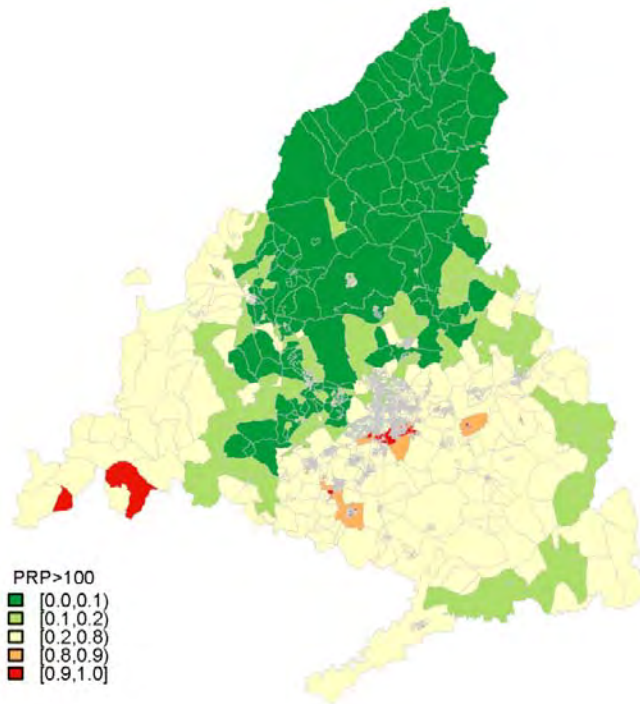


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

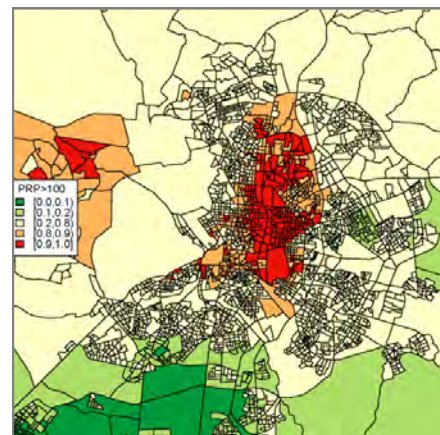
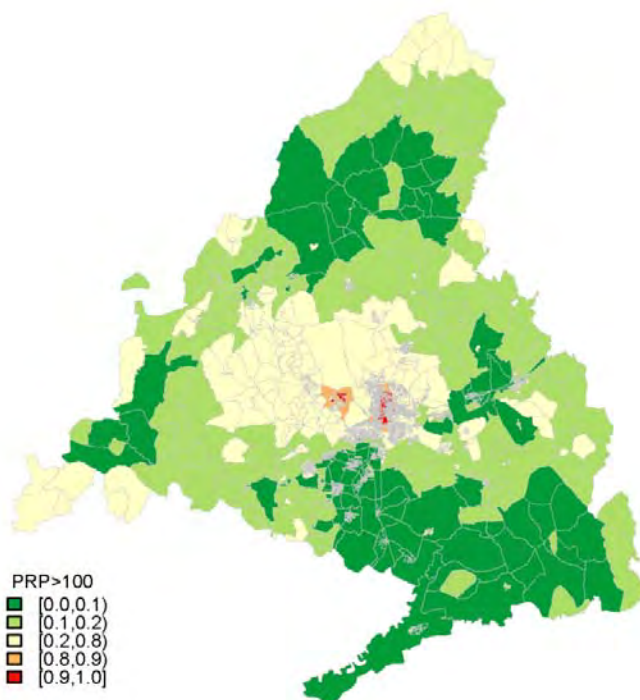


Figura 8.42. Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

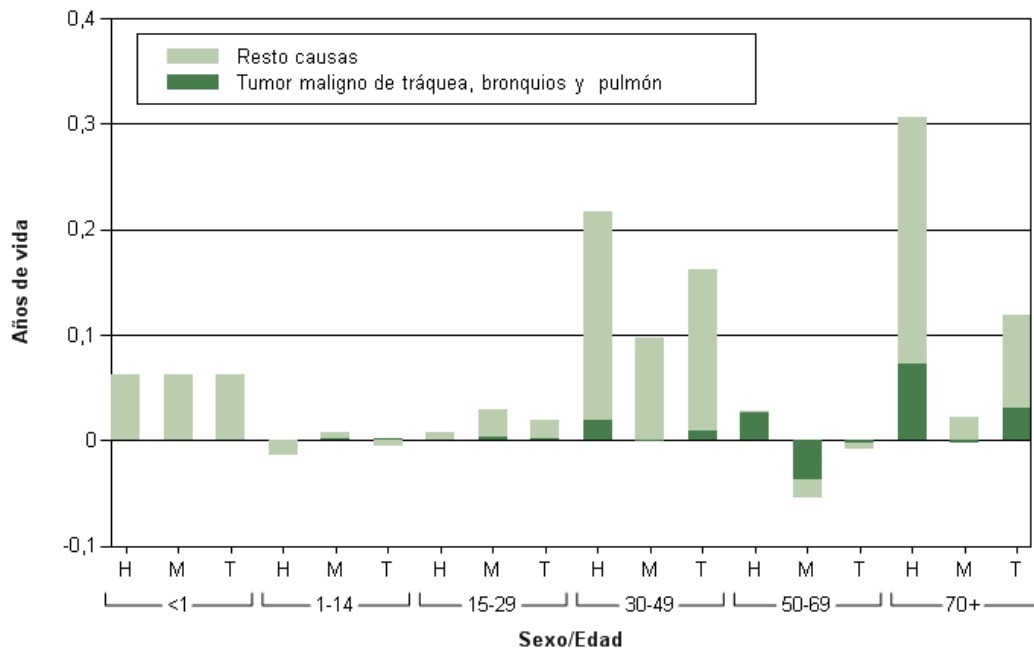


Figura 8.43. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

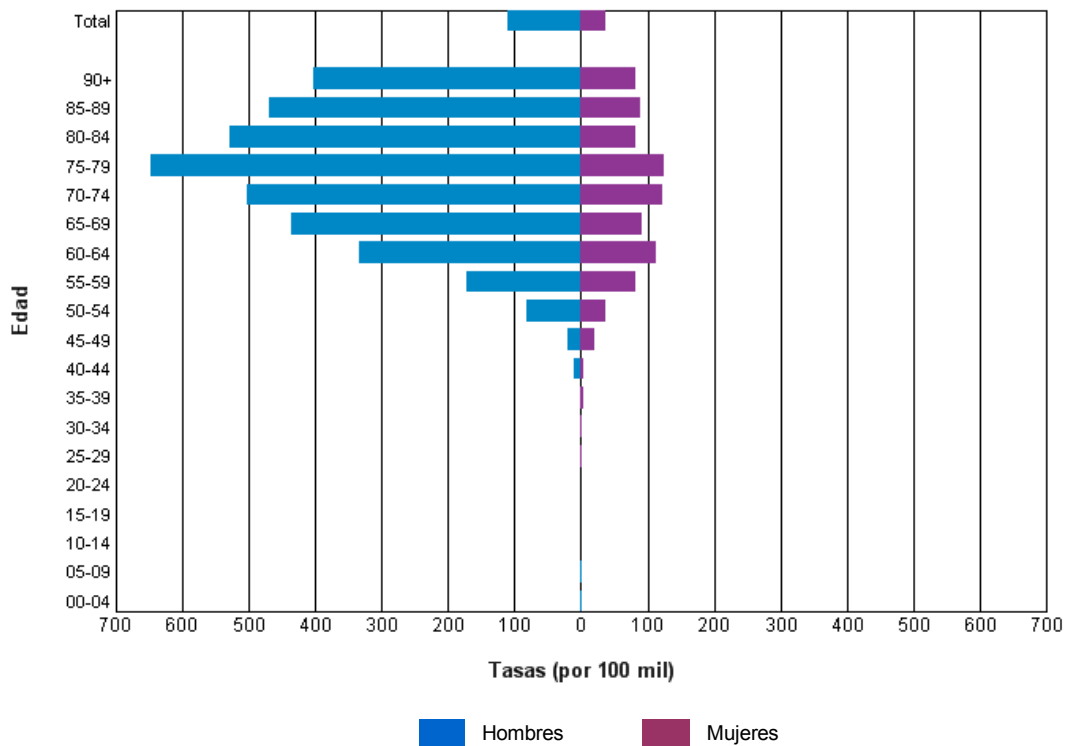
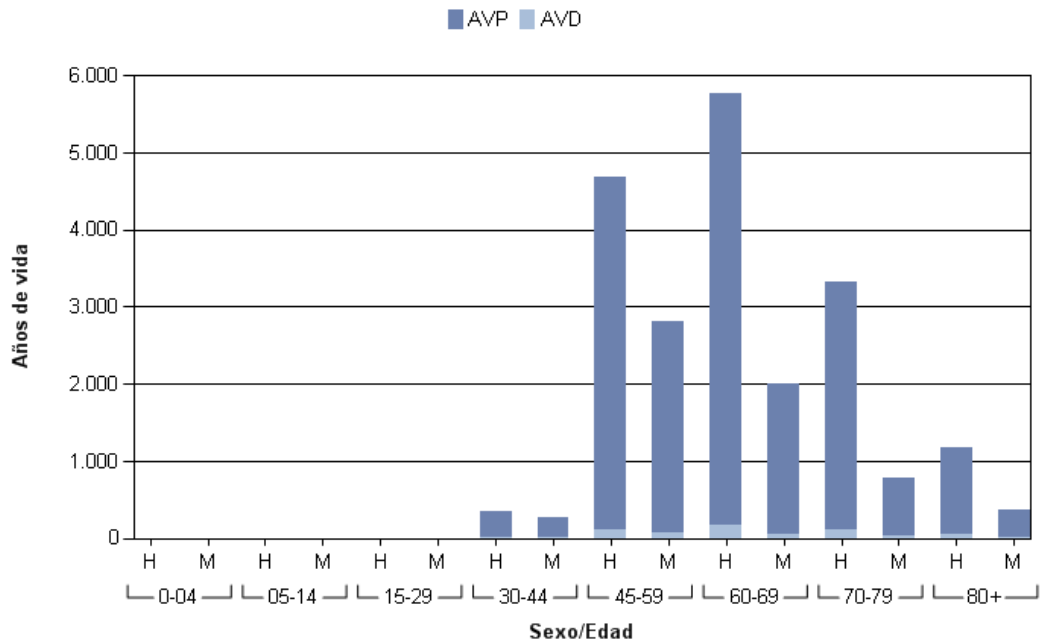


Figura 8.44. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.10. Melanoma maligno de piel

Tabla 8.12. Melanoma maligno de piel. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

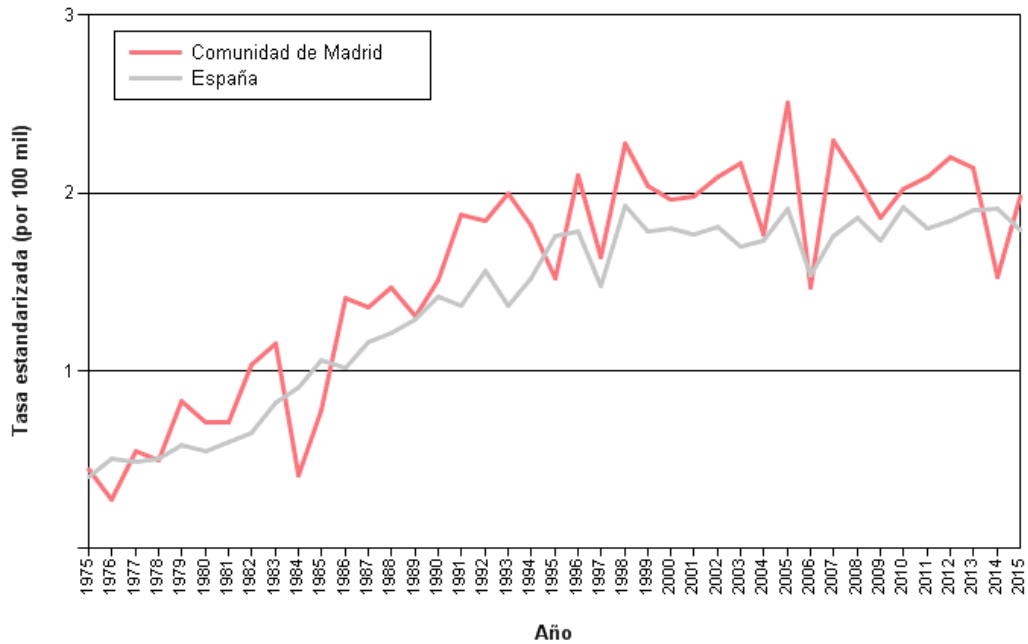
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Melanoma maligno de piel. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	81	75	156
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,6	2,2	2,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,4	1,6	1,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,0	1,4	1,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	26,6	24,3	25,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,00	-0,01	0,00

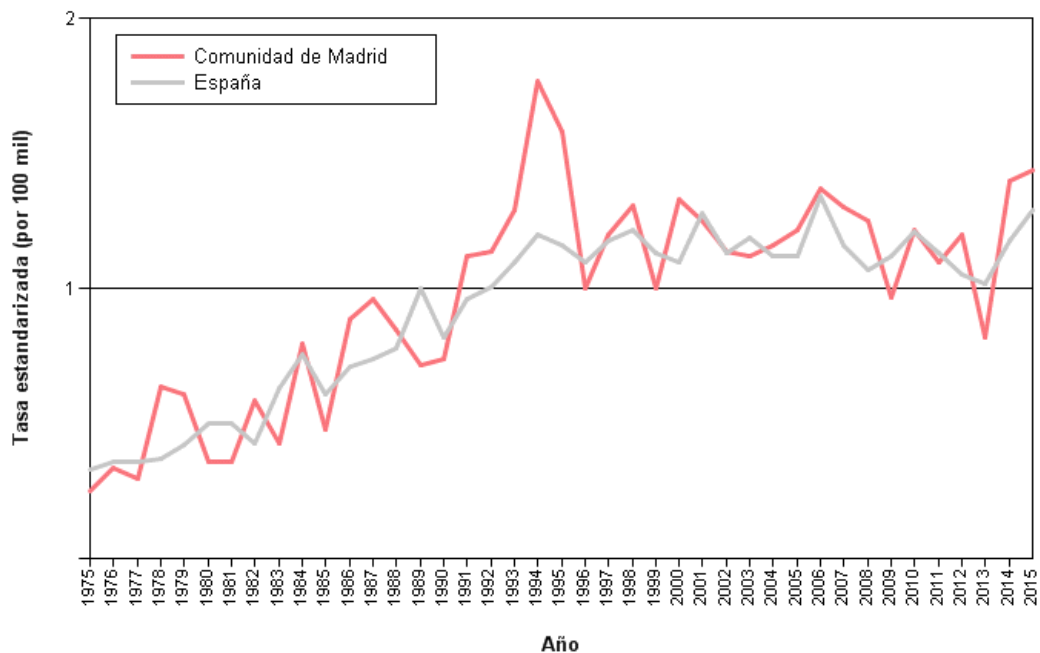
Figura 8.45. Melanoma maligno de piel. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



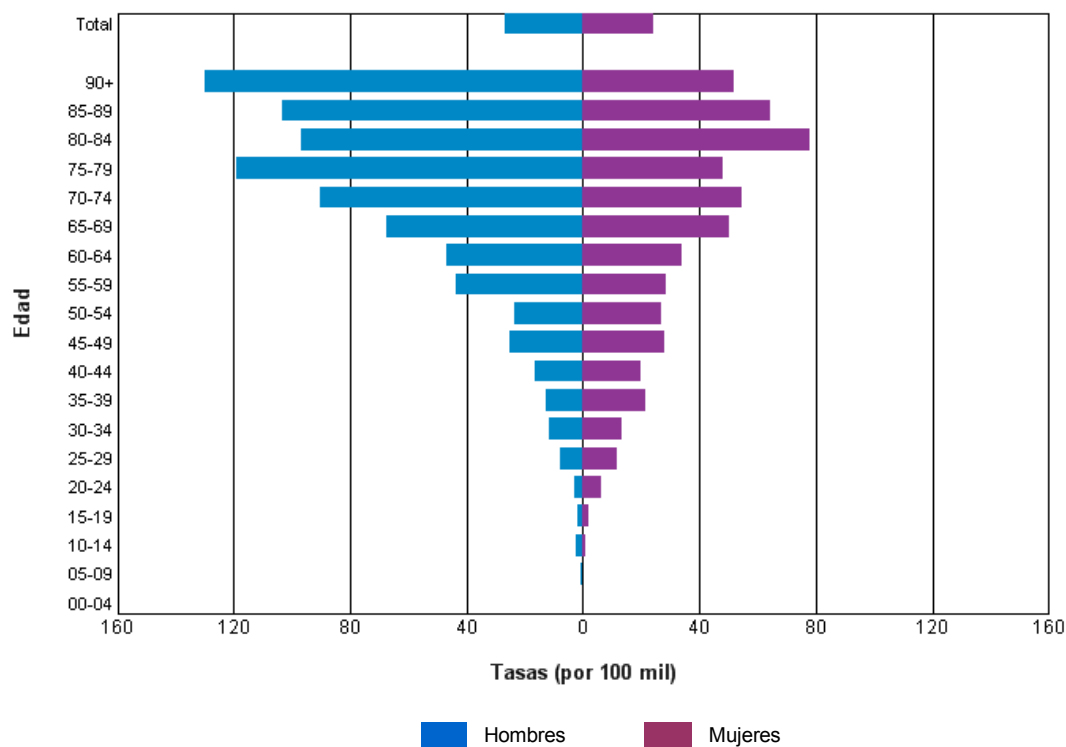
Mujeres



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

Figura 8.46. Melanoma maligno de piel. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



8.2.1.11. Tumor maligno de mama

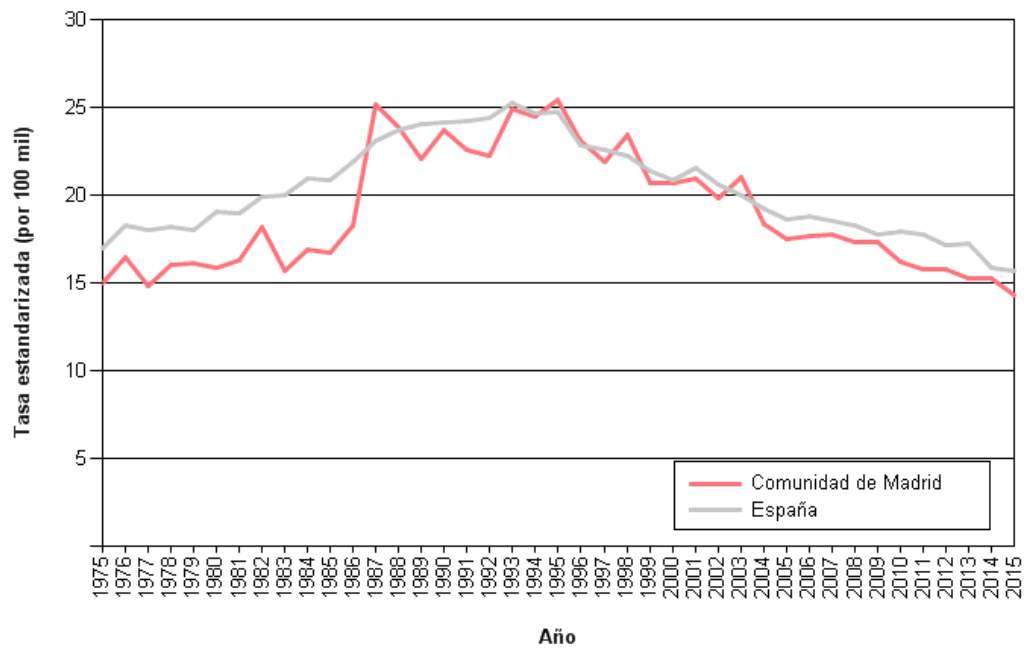
Tabla 8.13. Tumor maligno de mama de la mujer. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de mama de la mujer. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	761
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	22,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	17,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	14,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	162,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	8.557
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.478
Años de Vida Perdidos. CM.	7.079

Figura 8.47. Tumor maligno de mama de la mujer. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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



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

Figura 8.48. Tumor maligno de mama de la mujer. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

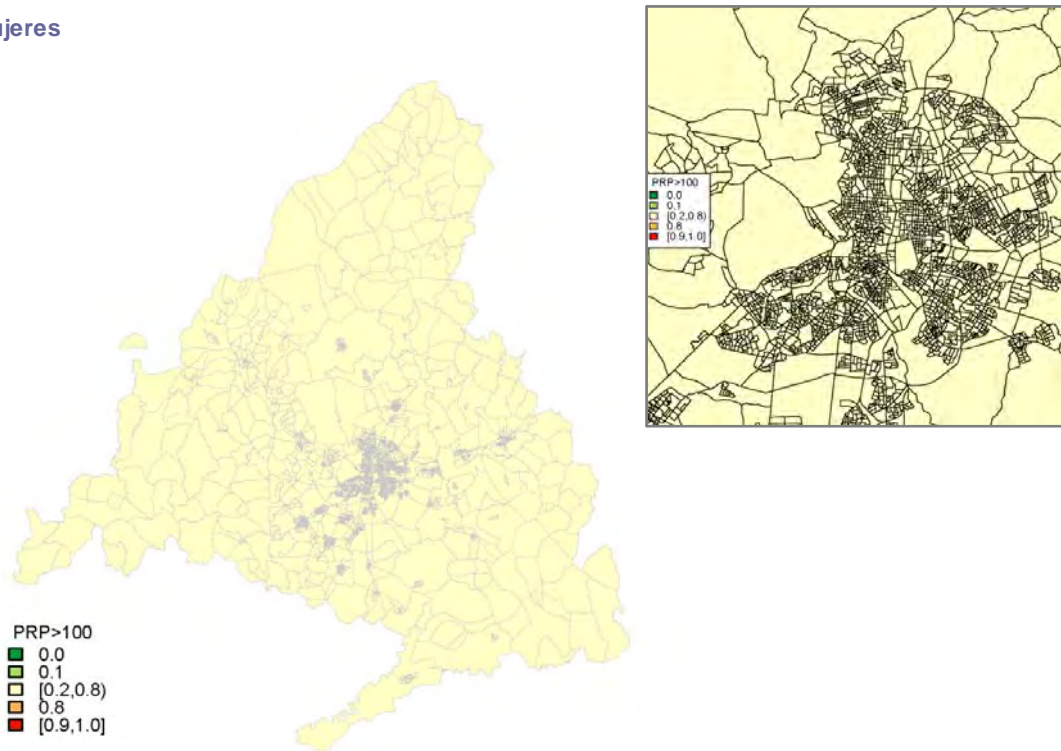


Figura 8.49. Contribución del tumor maligno de mama de la mujer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

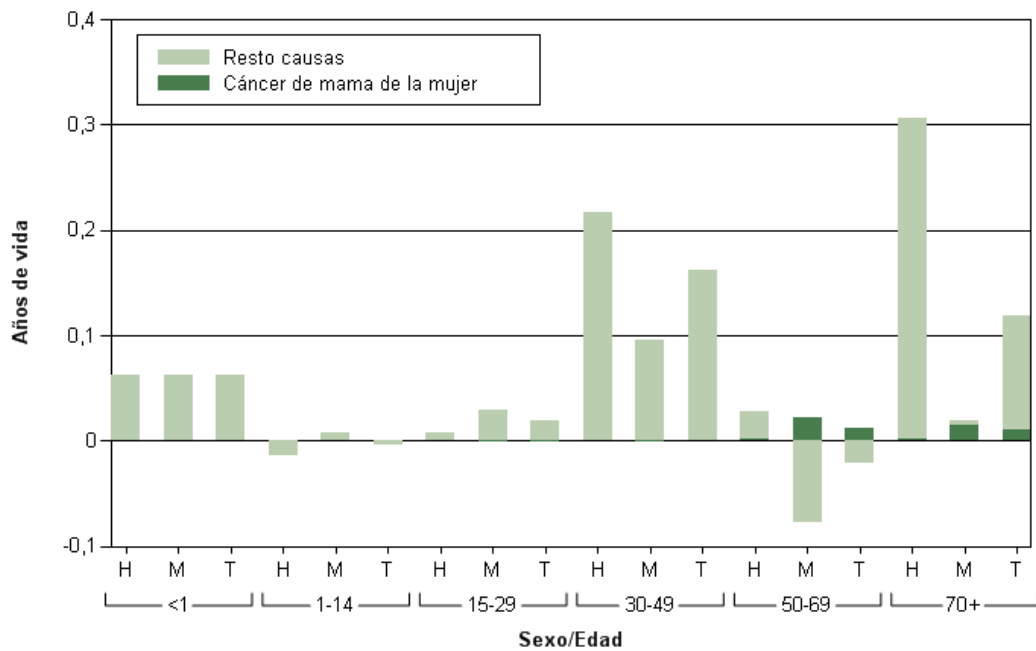


Figura 8.50. Tumor maligno de mama de la mujer. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

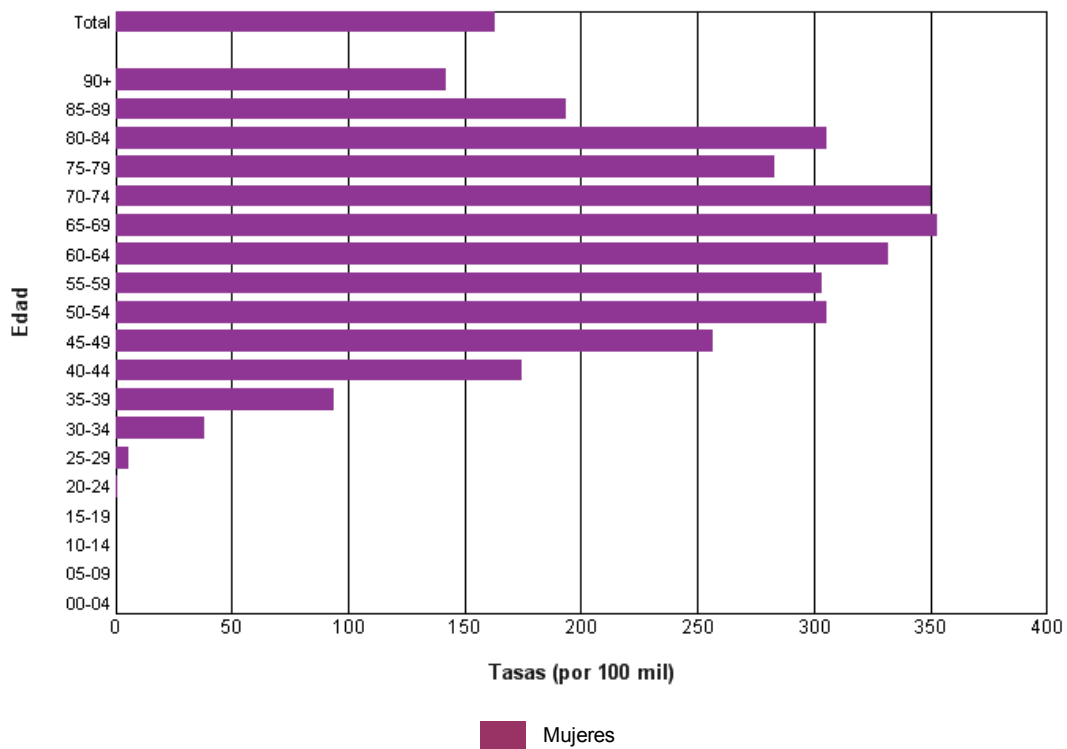
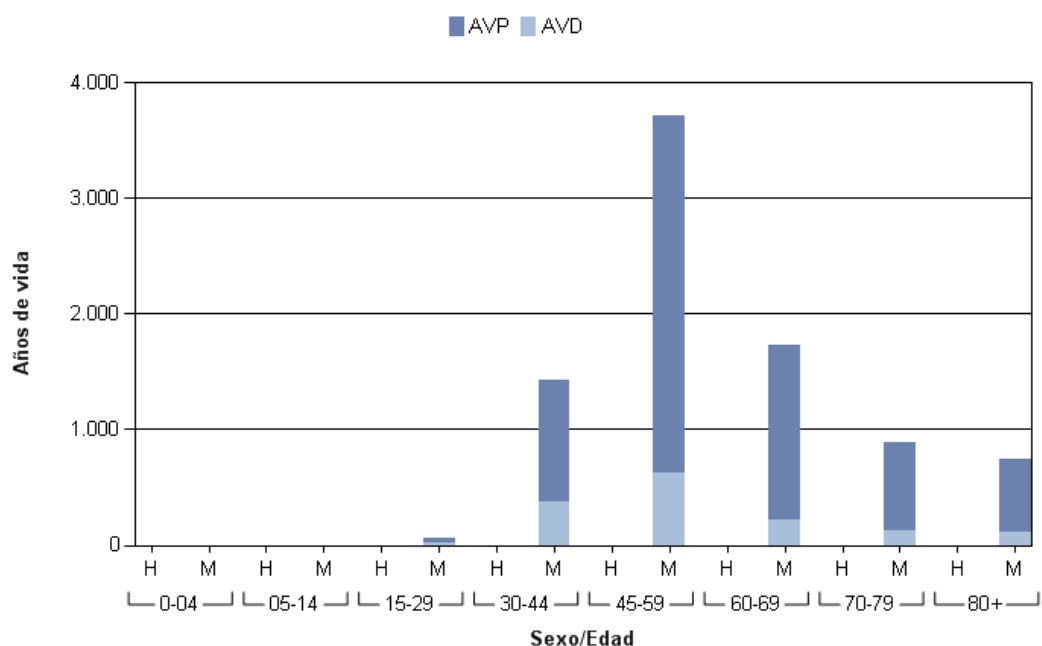


Figura 8.51. Tumor maligno de mama de la mujer. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.12. Tumor maligno del cuello del útero

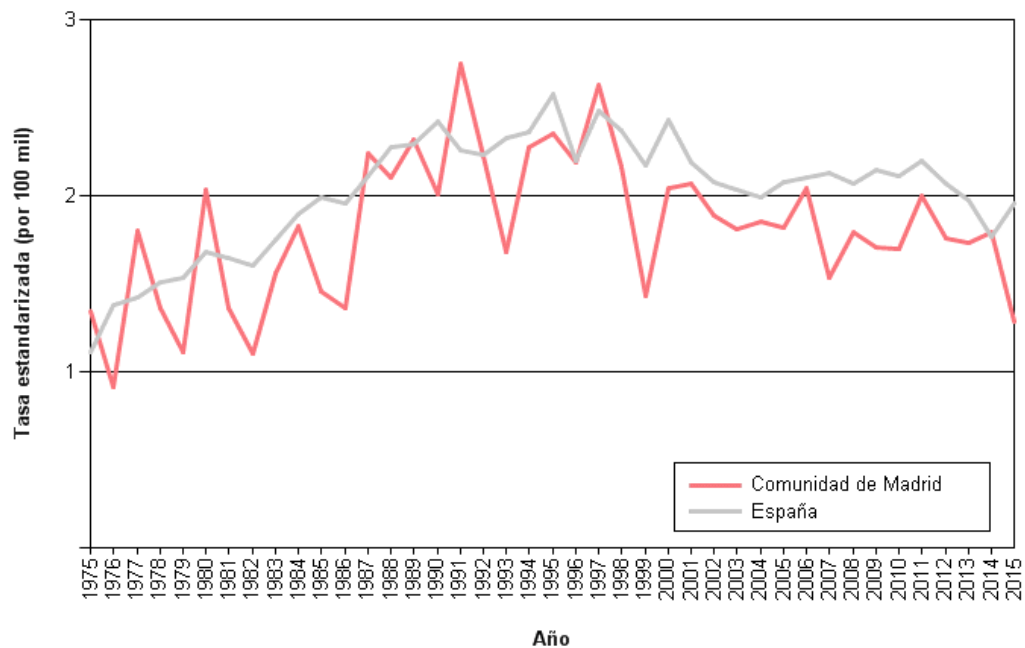
Tabla 8.14. Tumor maligno de cuello del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	65
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.003
Años Vividos con Discapacidad. CM.	243
Años de Vida Perdidos. CM.	760

Figura 8.52. Tumor maligno de cuello del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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



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

Figura 8.53. Tumor maligno de cuello del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

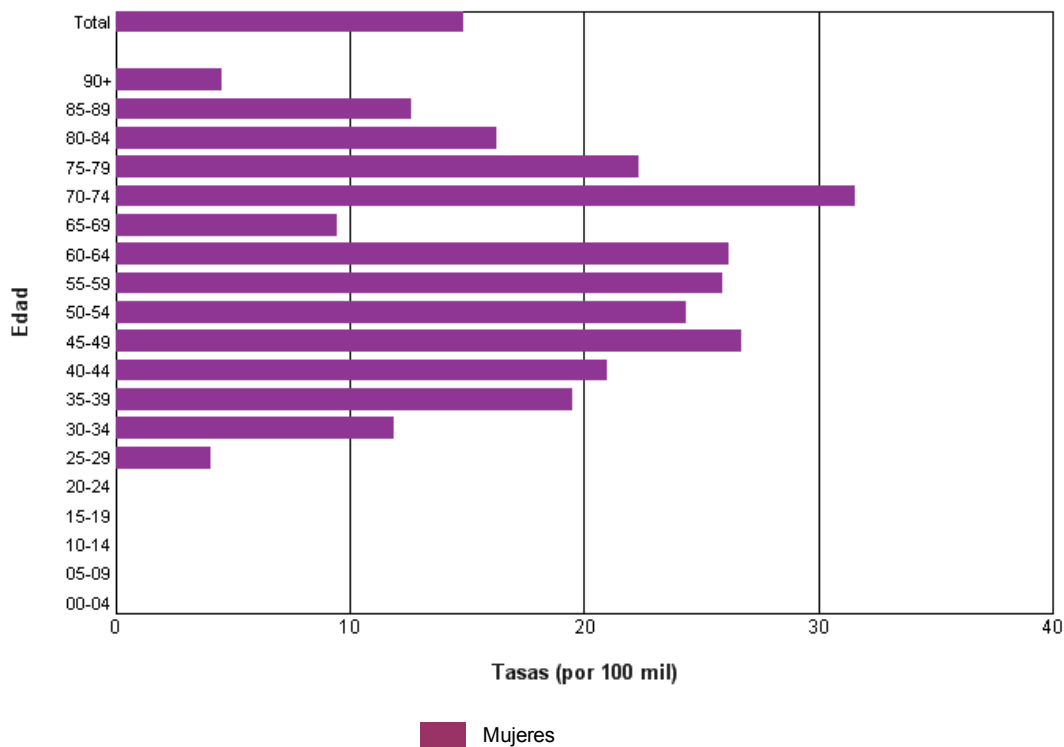
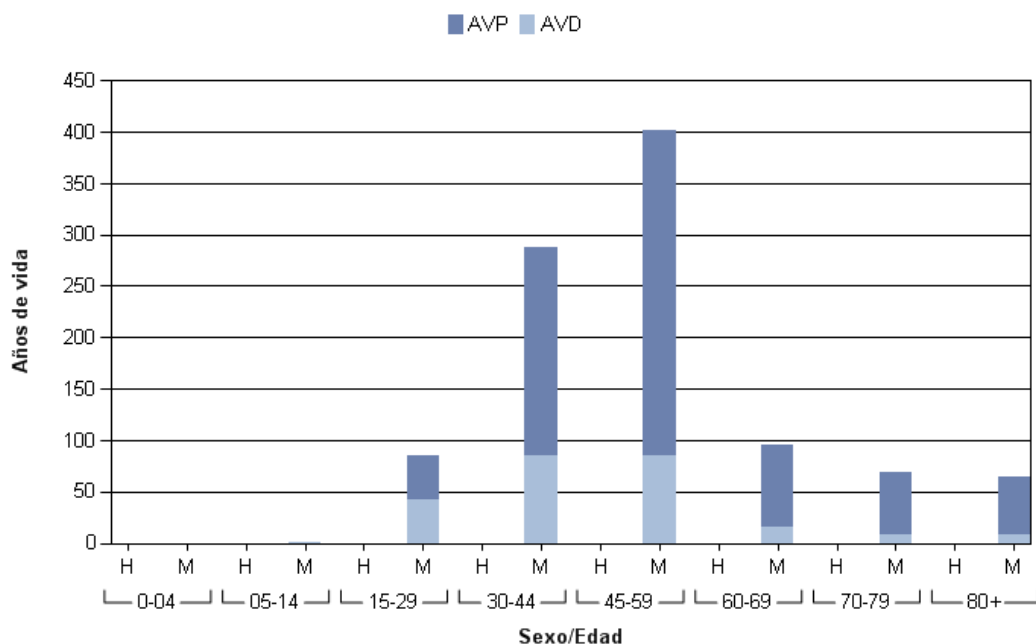


Figura 8.54. Tumor maligno de cuello del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.13. Tumor maligno de otras partes del útero

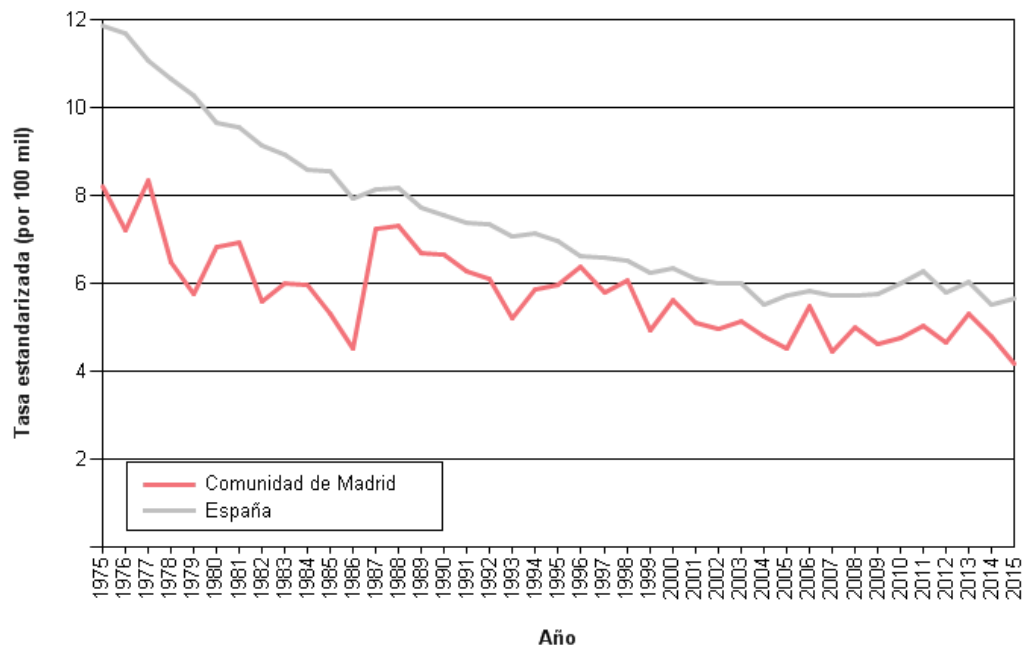
Tabla 8.15. Tumor maligno de otras partes del útero. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de otras partes del útero. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	161
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	29,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.169
Años Vividos con Discapacidad. CM.	964
Años de Vida Perdidos. CM.	1.205

Figura 8.55. Tumor maligno de otras partes del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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



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

Figura 8.56. Tumor maligno de otras partes del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

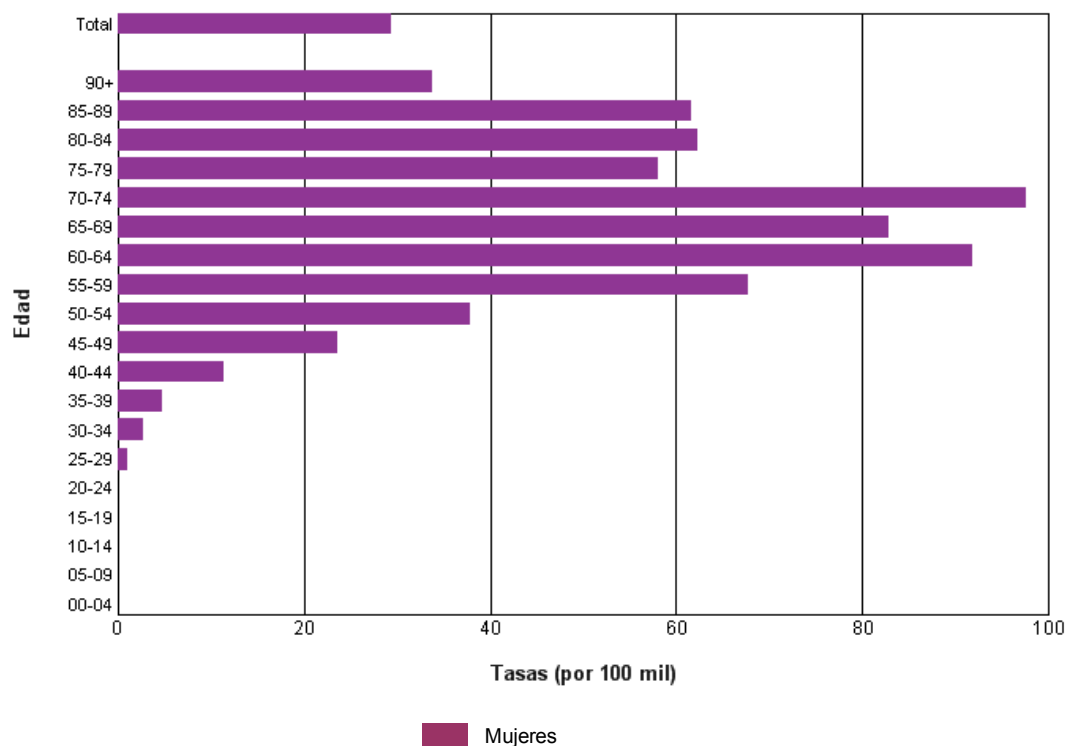
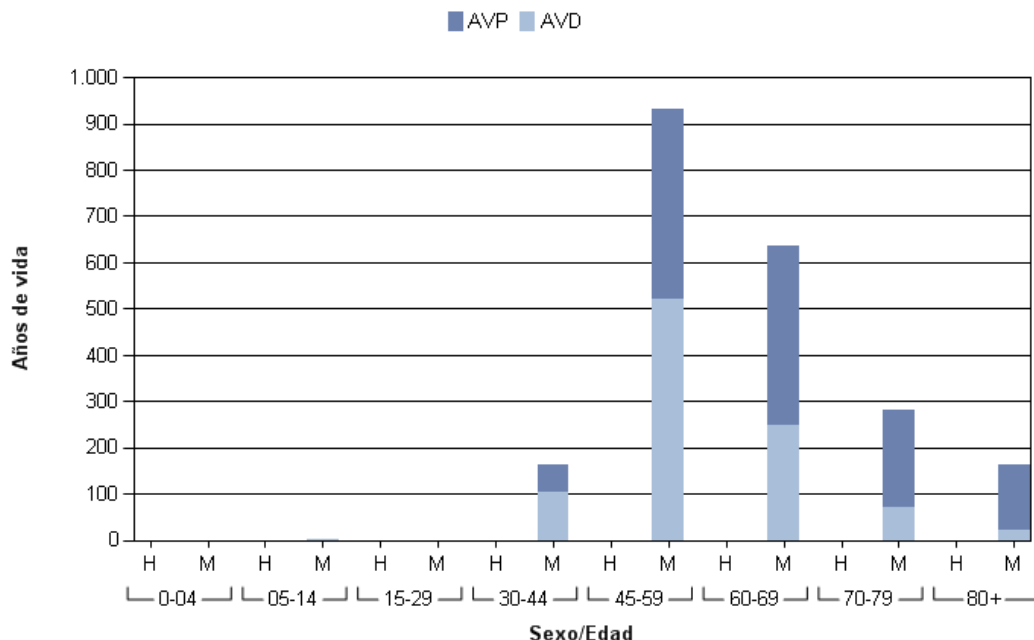


Figura 8.57. Tumor maligno de otras partes del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.14. Tumor maligno de ovario

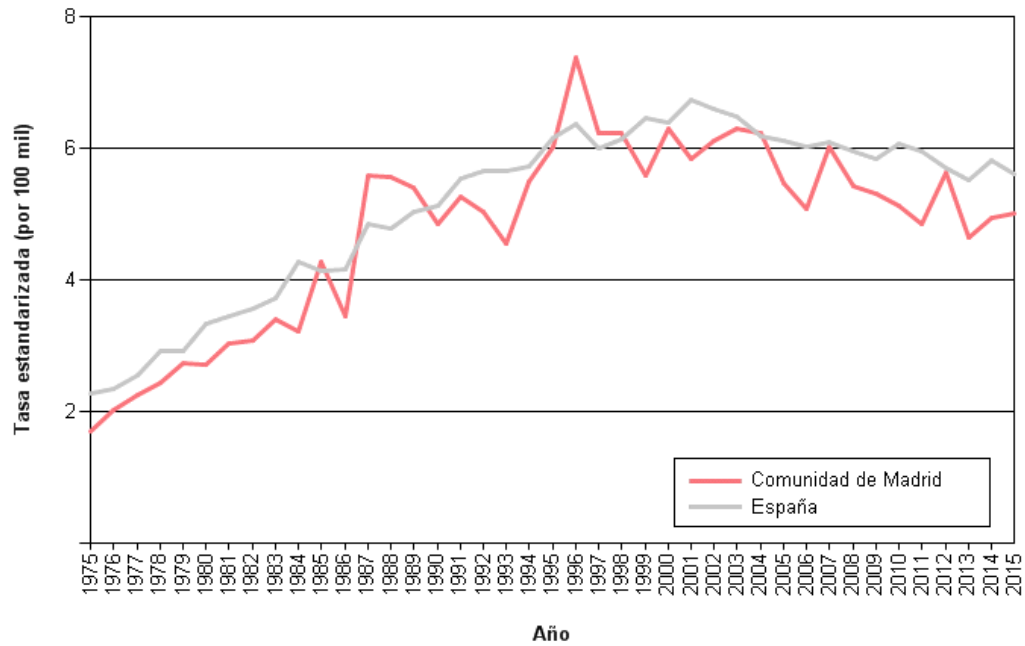
Tabla 8.16. Tumor maligno de ovario. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid.	
	Mujeres
Nº Muertes. CM.	242
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	23,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.425
Años Vividos con Discapacidad. CM.	266
Años de Vida Perdidos. CM.	2.159

Figura 8.58. Tumor maligno del ovario. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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



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

Figura 8.59. Tumor maligno de ovario. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

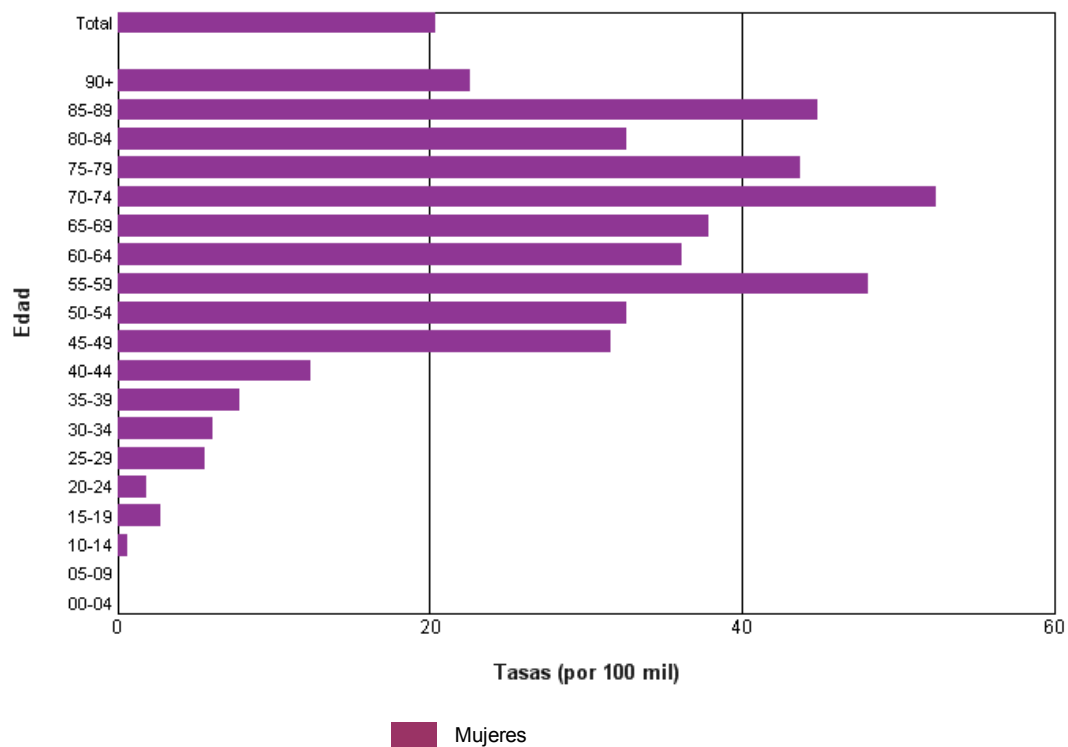
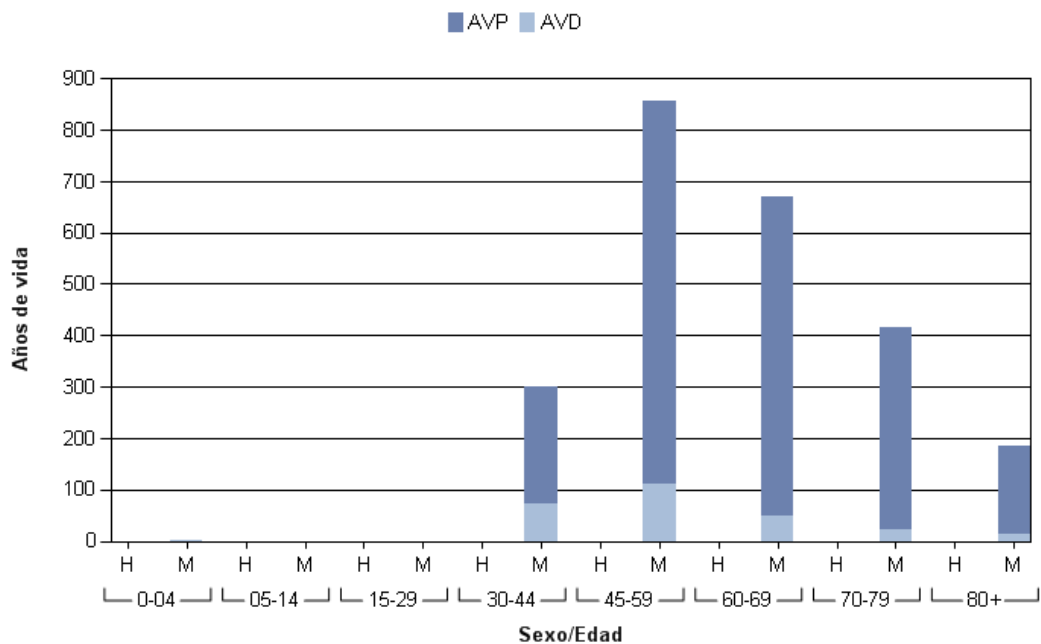


Figura 8.60. Tumor maligno de ovario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.15. Tumor maligno de próstata

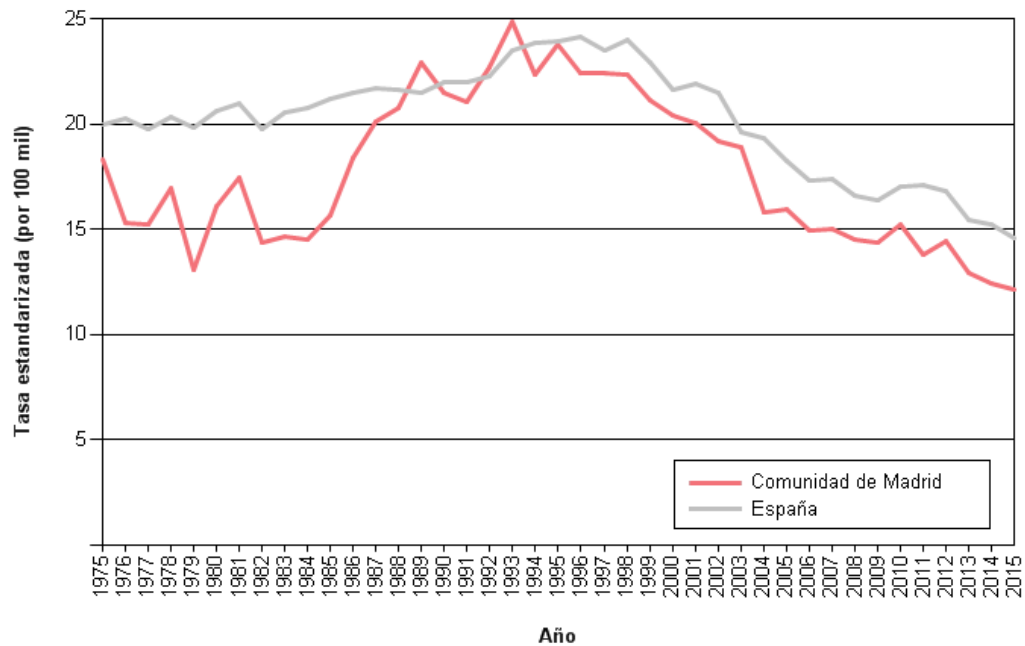
Tabla 8.17. Tumor maligno de próstata. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid	
	Hombres
Nº Muertes. CM.	564
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	18,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	113,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.883
Años Vividos con Discapacidad. CM.	602
Años de Vida Perdidos. CM.	2.281

Figura 8.61. Tumor maligno de próstata. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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



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

Figura 8.62. Tumor maligno de próstata. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

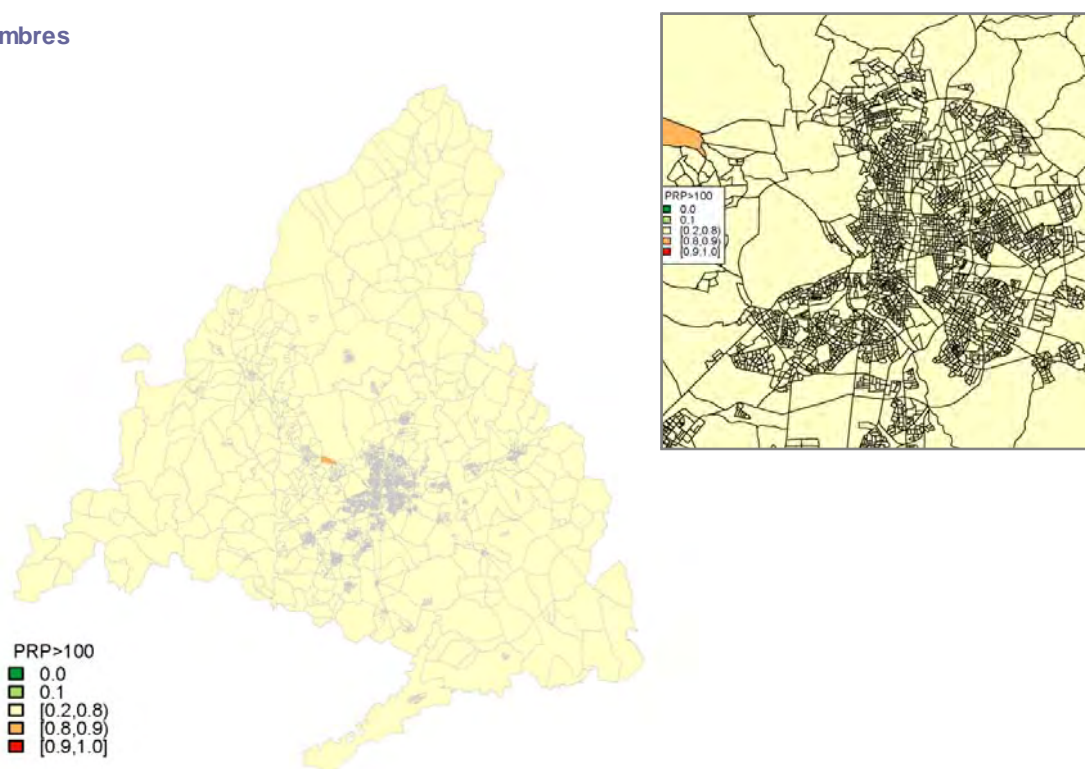


Figura 8.63. Tumor maligno de próstata. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

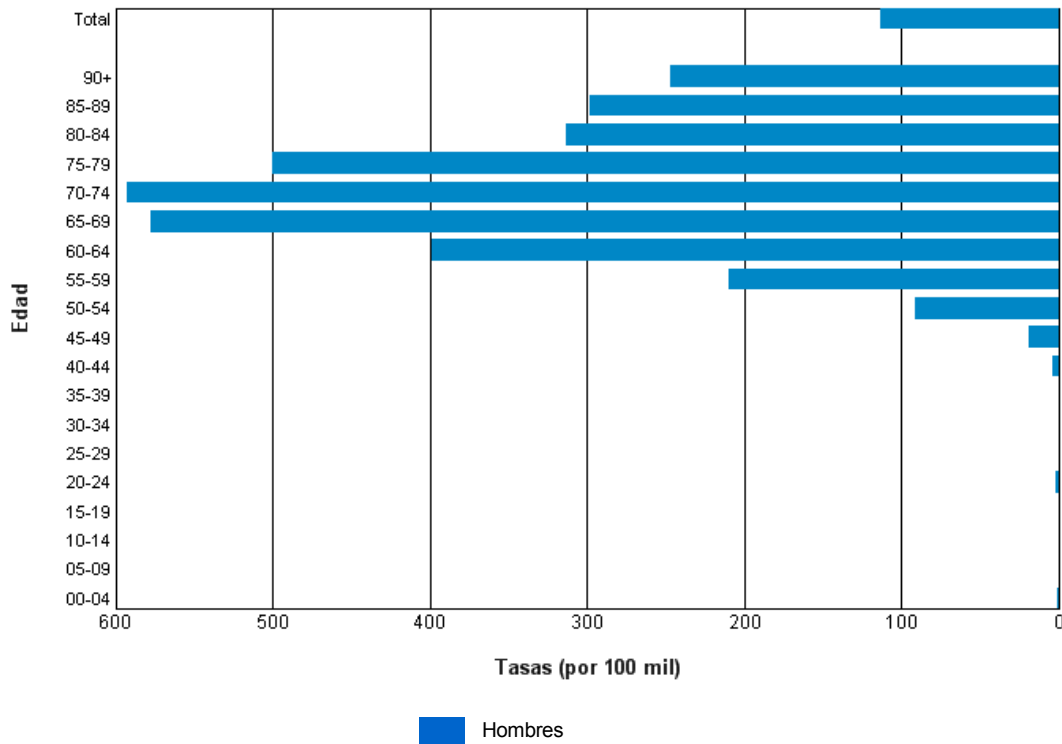
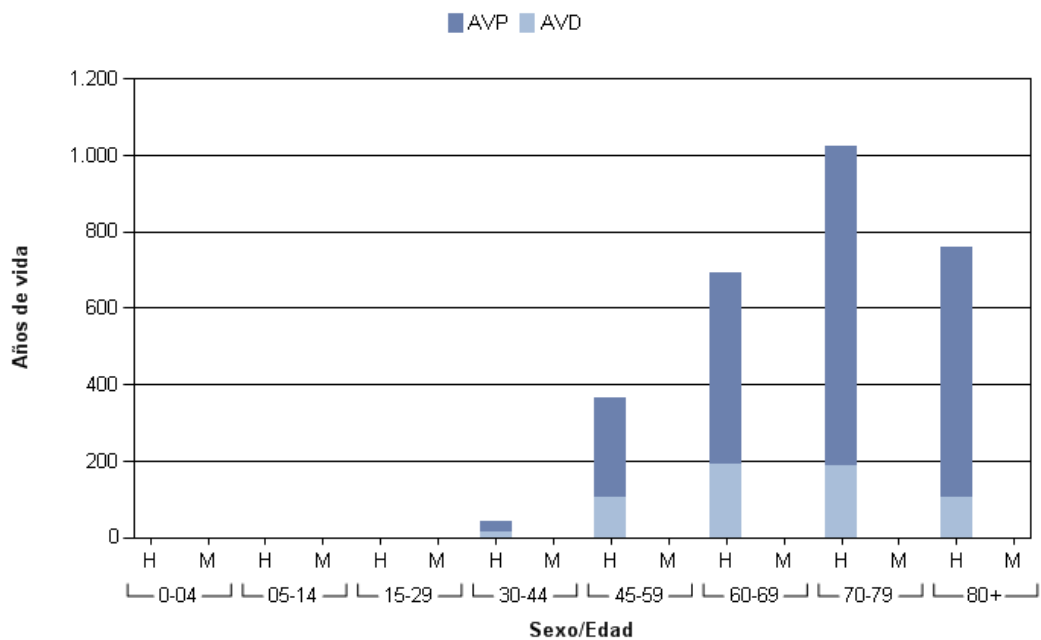


Figura 8.64. Tumor maligno de próstata. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.16. Tumor maligno de vejiga

Tabla 8.18. Tumor maligno de vejiga. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

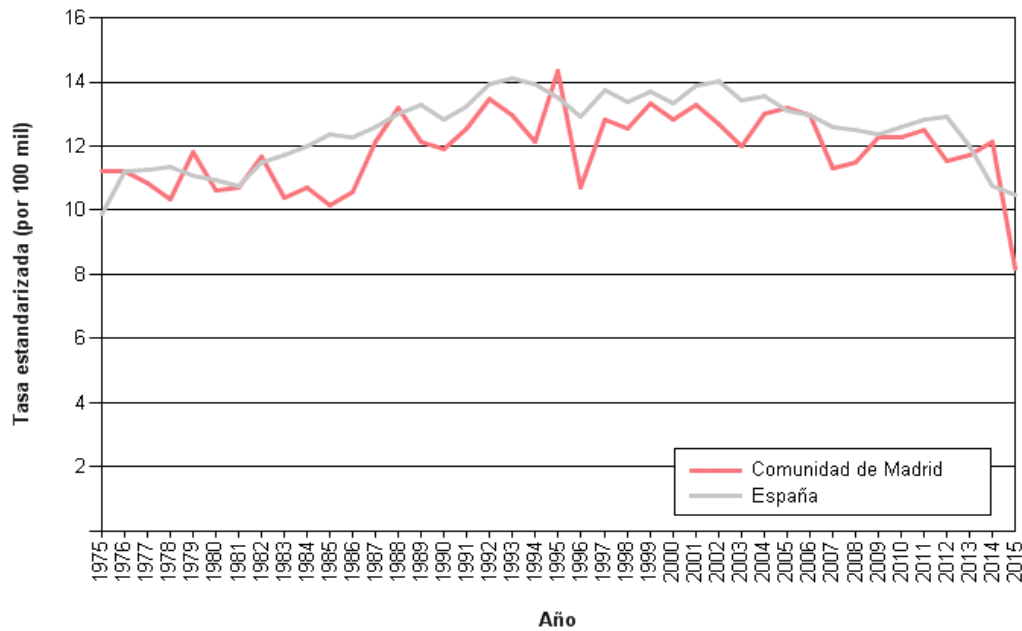
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de vejiga. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	368	100	468
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,9	3,0	7,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,3	0,8	1,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,2	1,4	4,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	195,2	43,6	116,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,08	0,01	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.109	576	2.684
Años Vividos con Discapacidad. CM.	425	104	529
Años de Vida Perdidos. CM.	1.684	472	2.155

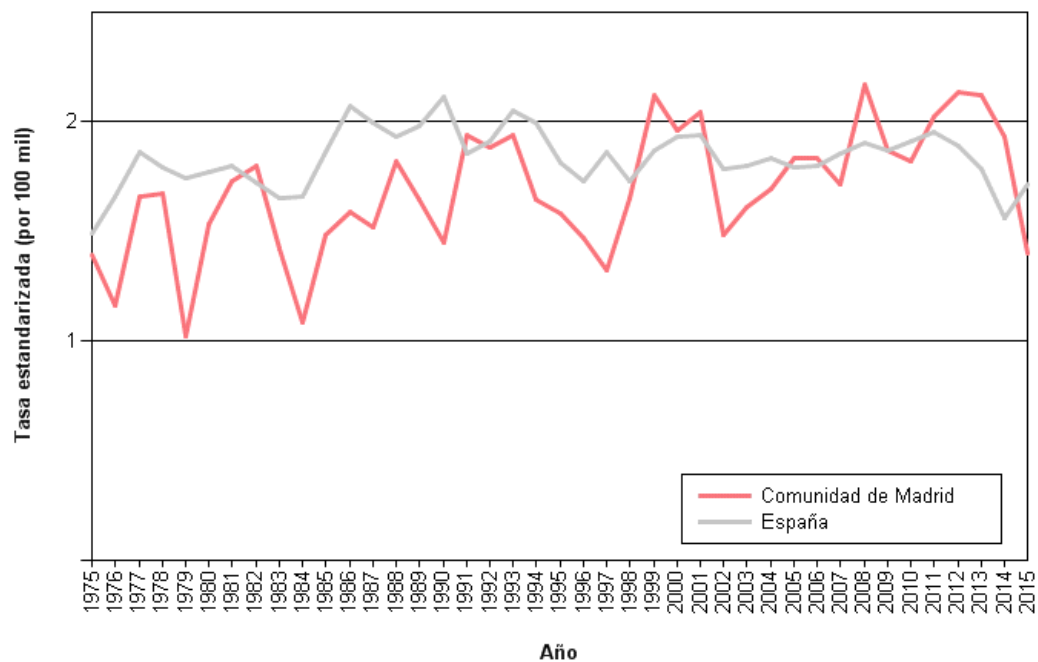
Figura 8.65. Tumor maligno de vejiga. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

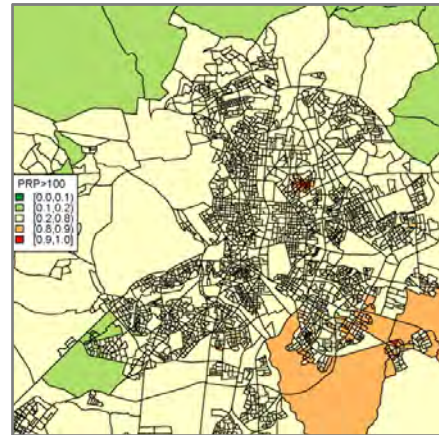
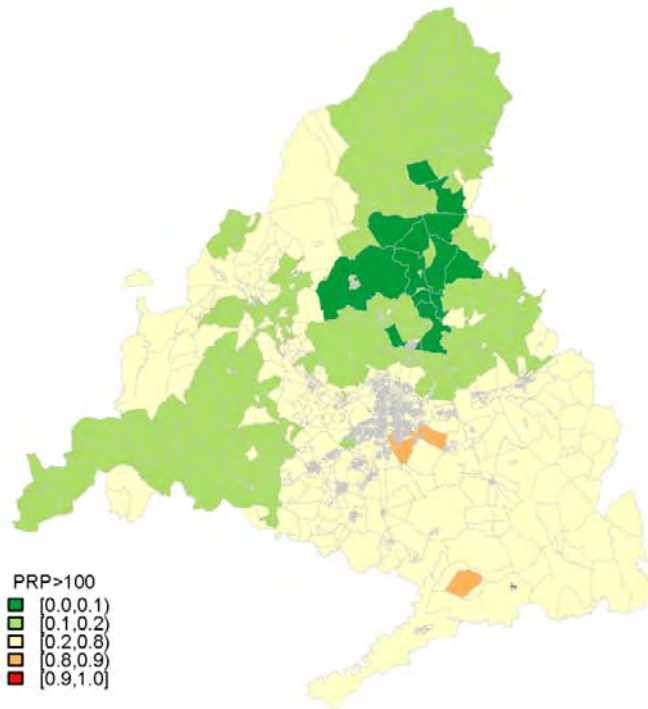


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.66. Tumor maligno de vejiga. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

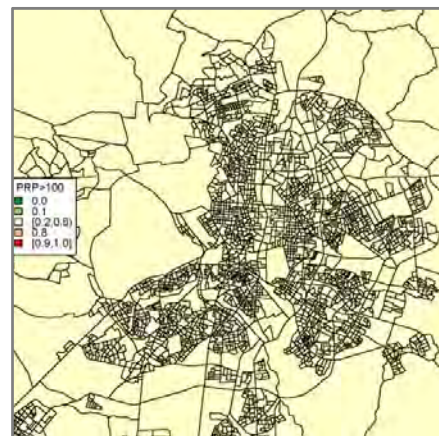
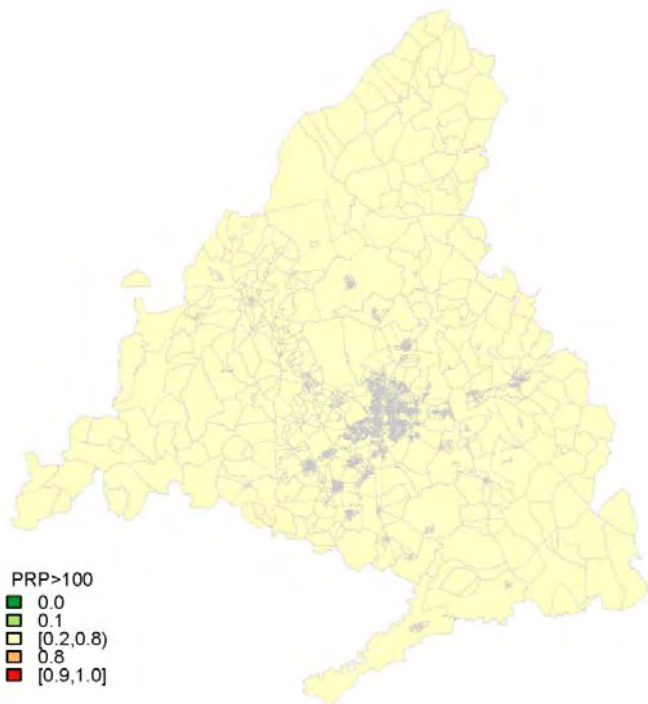


Figura 8.67. Tumor maligno de vejiga. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

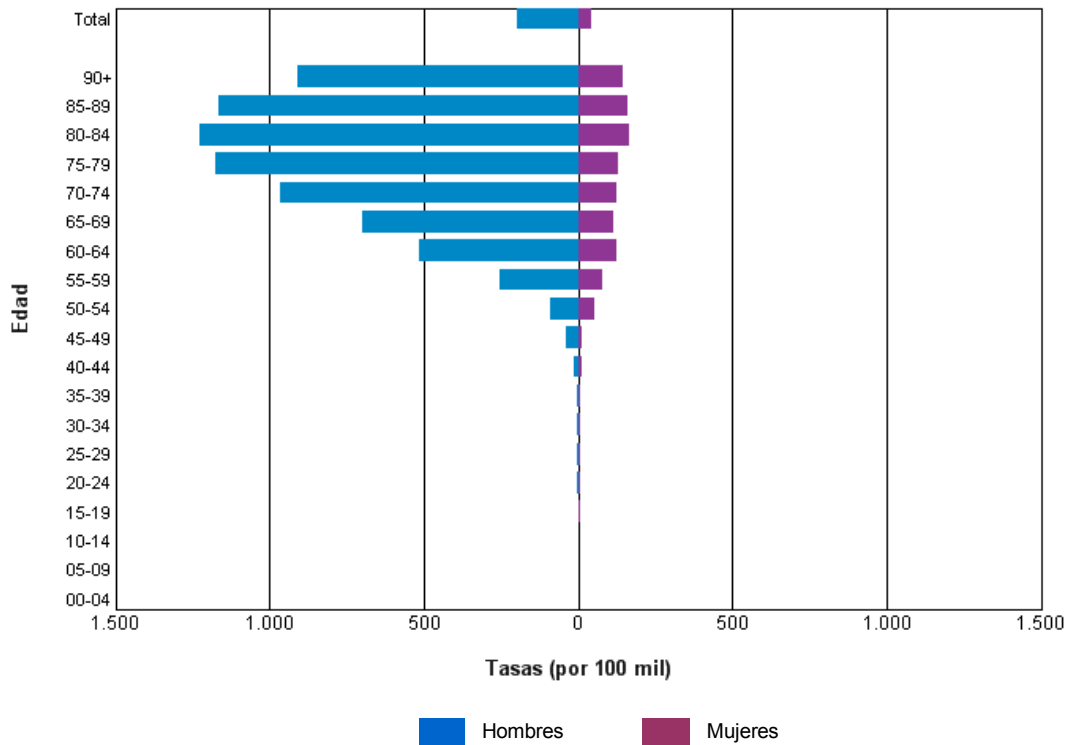
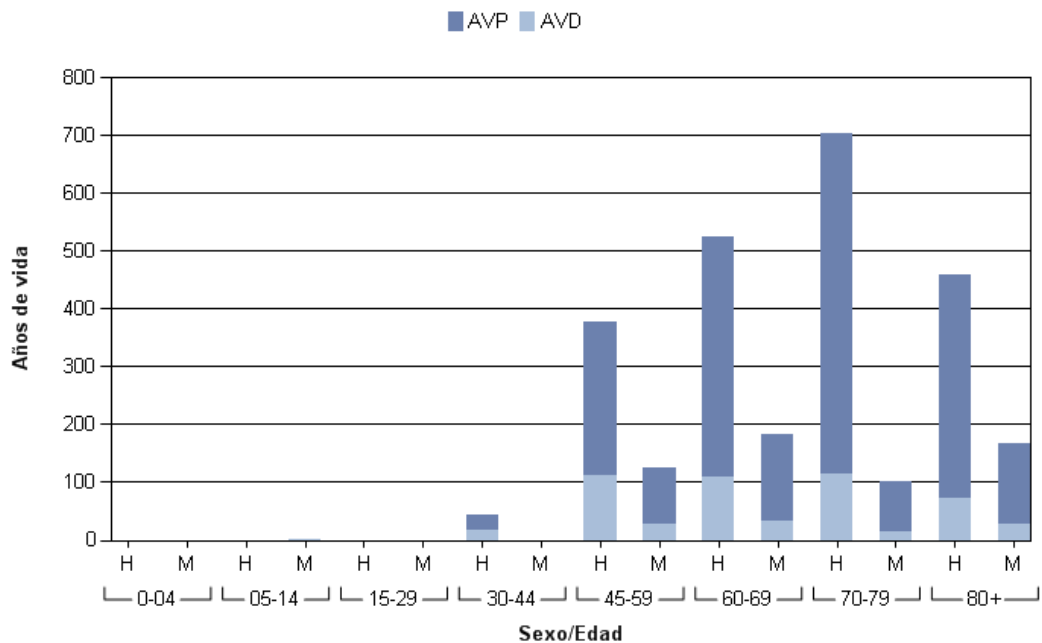


Figura 8.68. Tumor maligno de vejiga. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.17. Tumor maligno de encéfalo

Tabla 8.19. Tumor maligno de encéfalo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

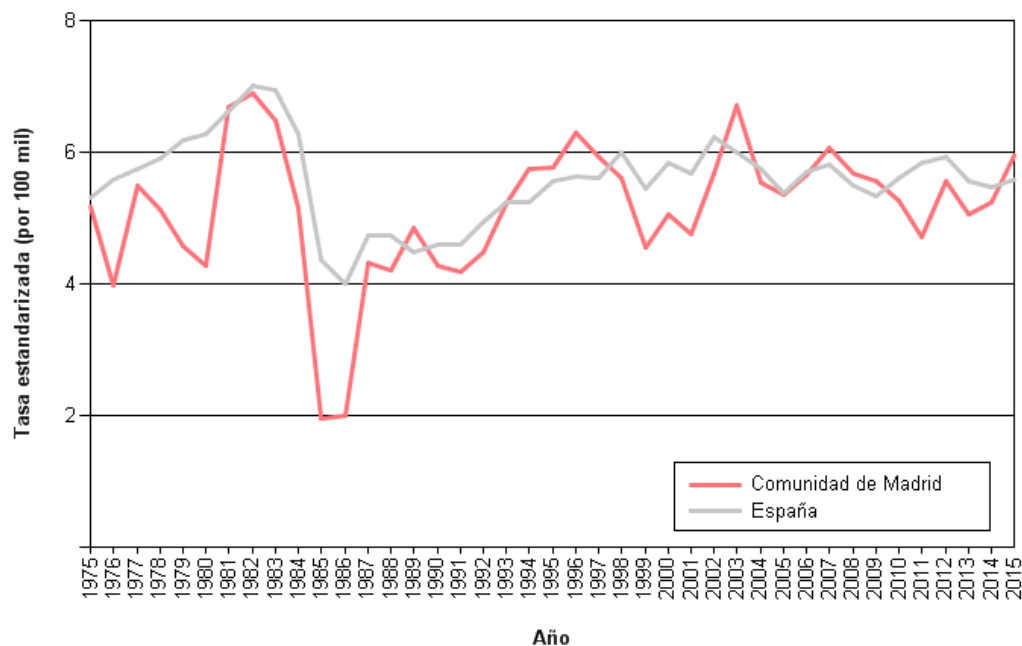
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de encéfalo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	215	143	358
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,0	4,3	5,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,5	3,6	5,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,0	3,2	4,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	21,8	15,2	18,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,01	0,01	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	2.908	1.700	4.608
Años Vividos con Discapacidad. CM.	73	43	117
Años de Vida Perdidos. CM.	2.835	1.656	4.491

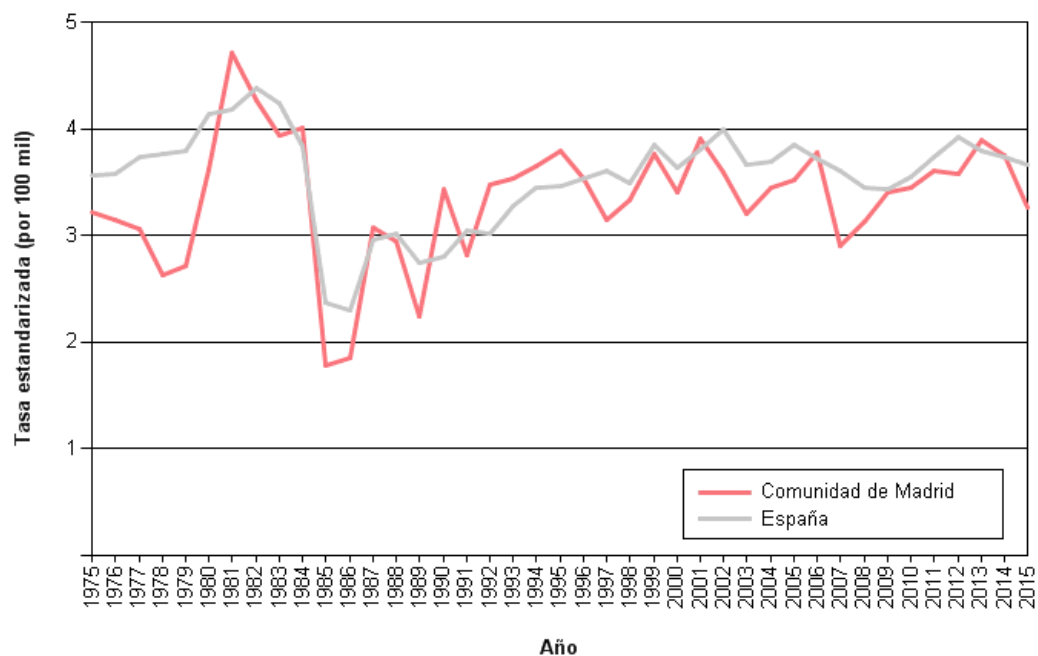
Figura 8.69. Tumor maligno de encéfalo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.70. Tumor maligno de encéfalo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

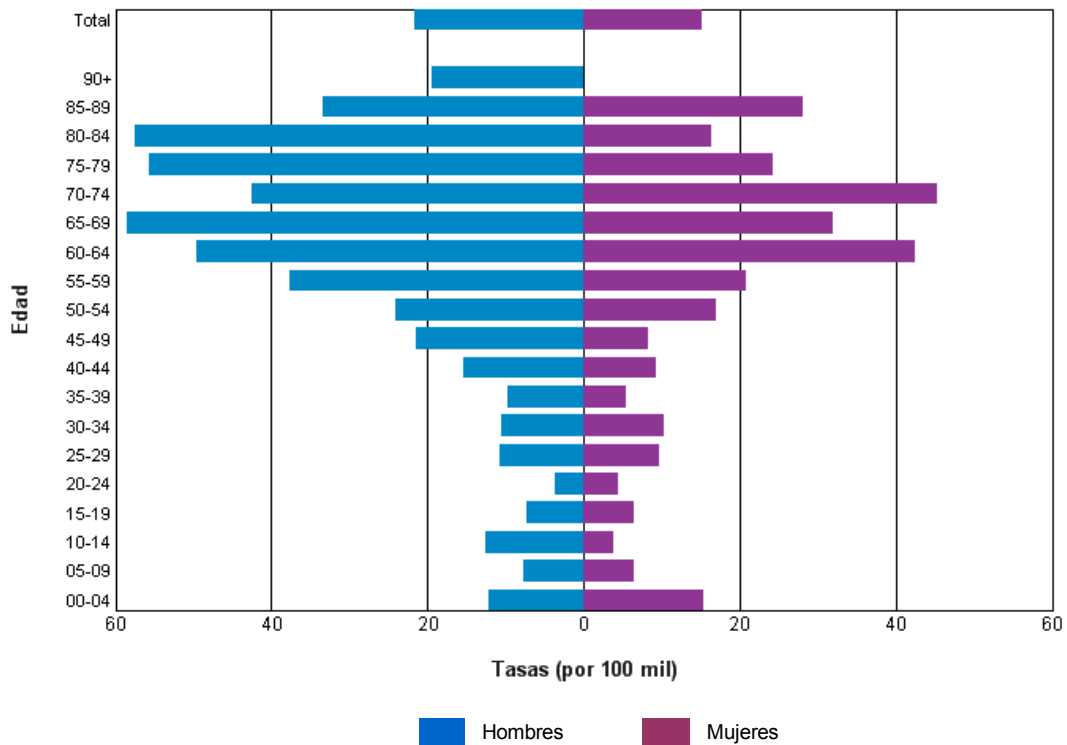
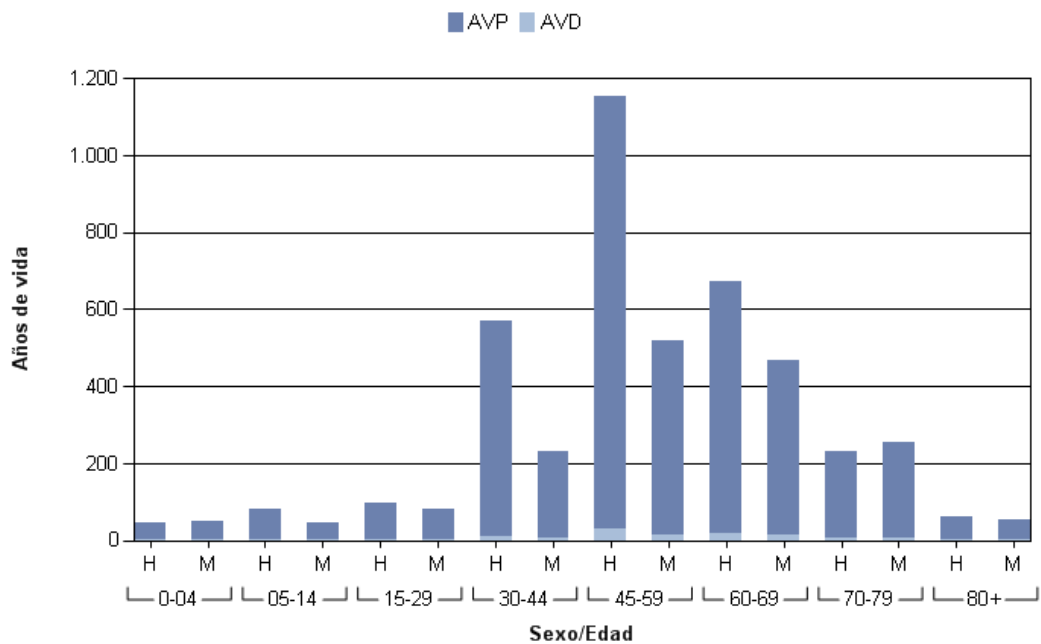


Figura 8.71. Tumor maligno de encéfalo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.18. Leucemia

Tabla 8.20. Leucemia. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

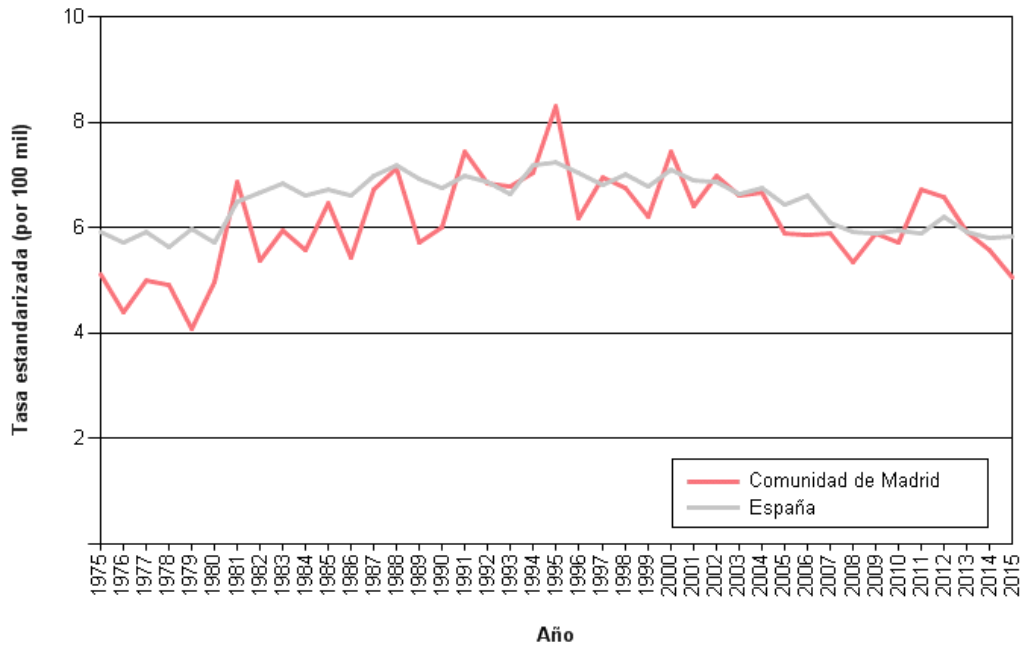
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Leucemia. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	215	204	419
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,0	6,1	6,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,2	2,0	2,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	5,1	3,5	4,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	20,7	15,7	18,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,02	0,01	0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.575	1.650	3.226
Años Vividos con Discapacidad. CM.	72	74	146
Años de Vida Perdidos. CM.	1.504	1.576	3.080

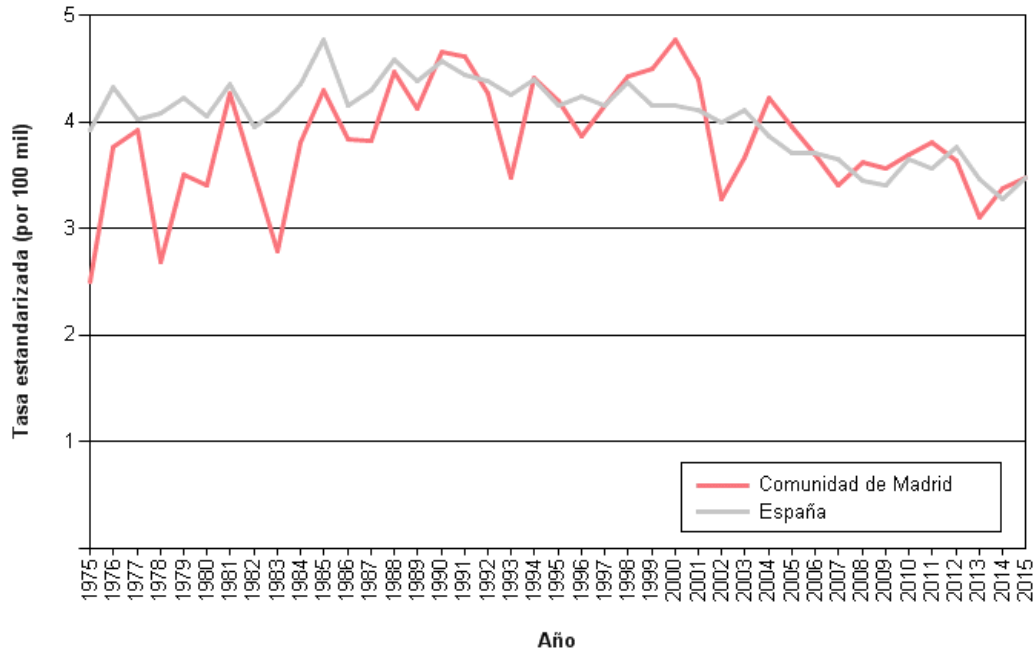
Figura 8.72. Leucemia. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.73. Leucemia. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

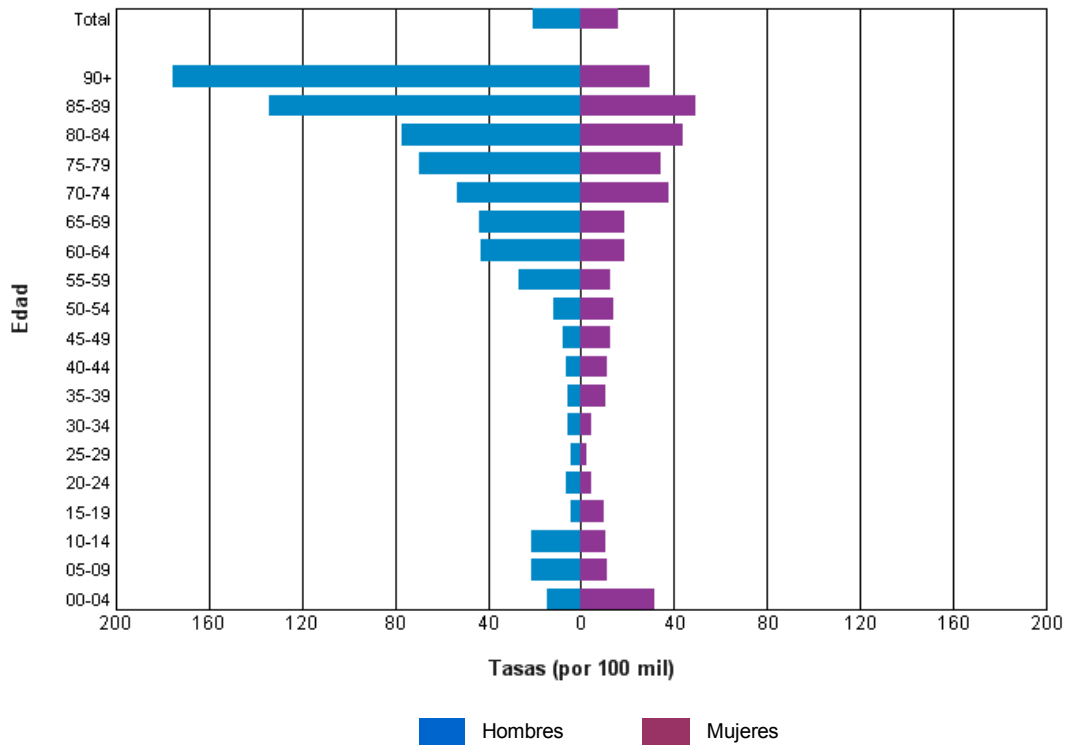
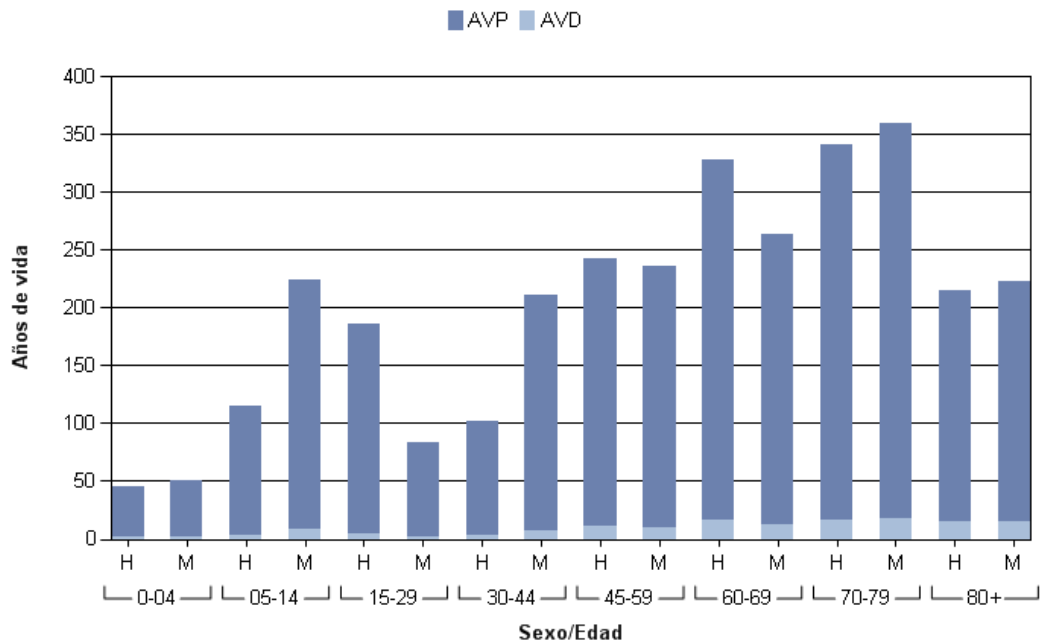


Figura 8.74. Leucemia. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.19. Mieloma múltiple

Tabla 8.21. Mieloma múltiple. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid, 2015.

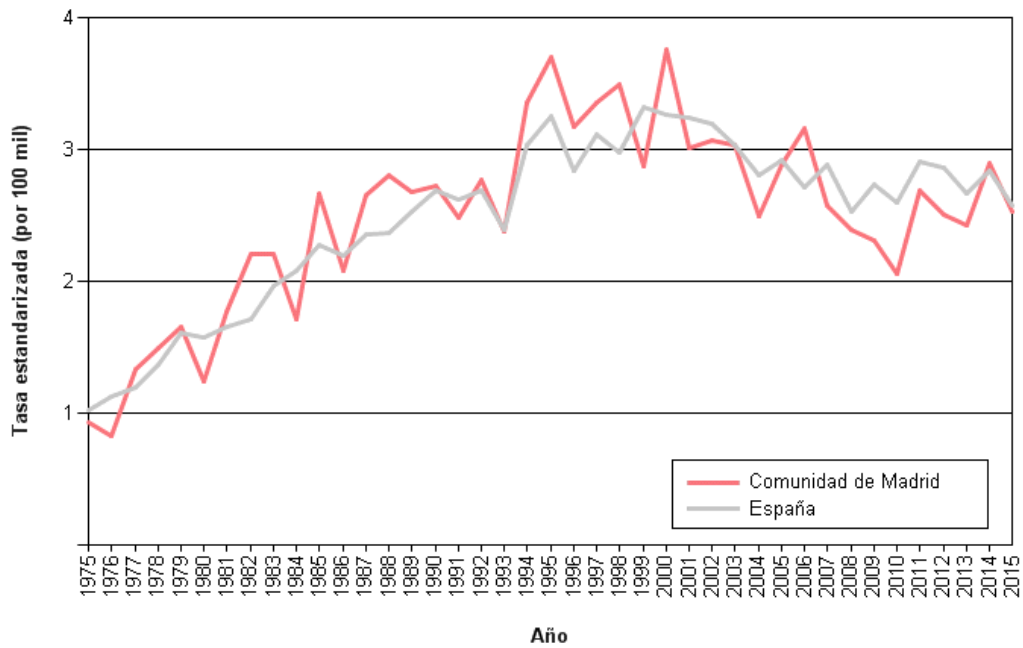
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mieloma múltiple. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	121	101	222
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,9	3	3,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,3	0,7	1,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,7	1,5	2,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	10,5	8,1	9,2

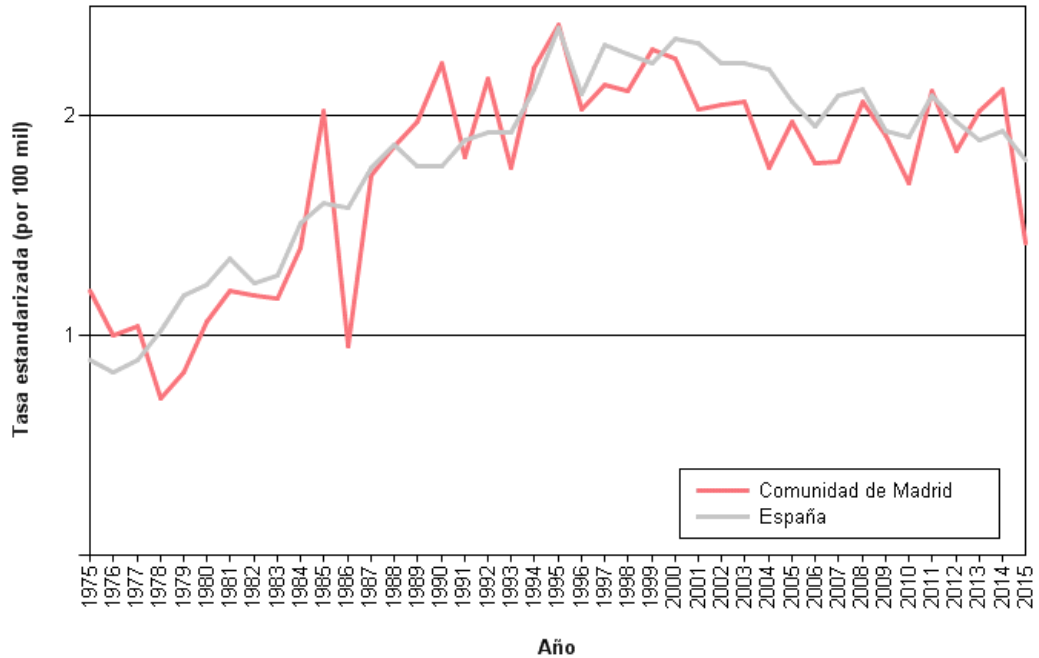
Figura 8.75. Mieloma múltiple. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



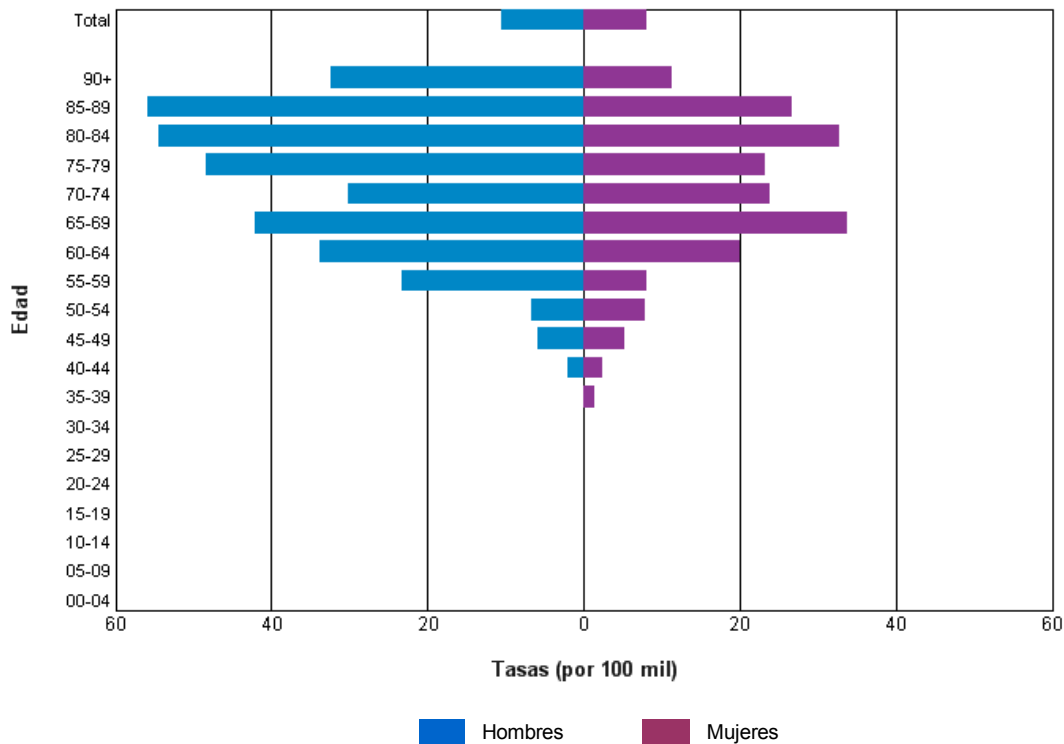
Mujeres



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

Figura 8.76. Mieloma múltiple. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



8.2.1.20. Linfoma no Hodgkin

Tabla 8.22. Linfoma no Hodgkin. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid, 2015.

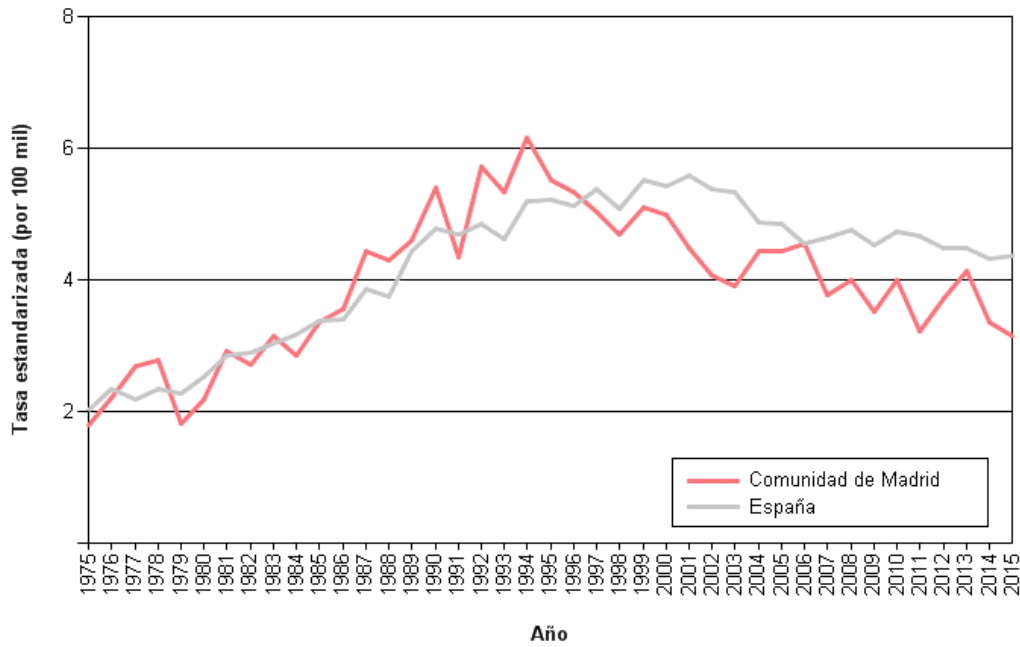
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Linfoma no Hodgkin. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	132	135	267
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,3	4,0	4,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,2	1,4	1,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,1	2,2	2,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	13,5	13,6	13,5

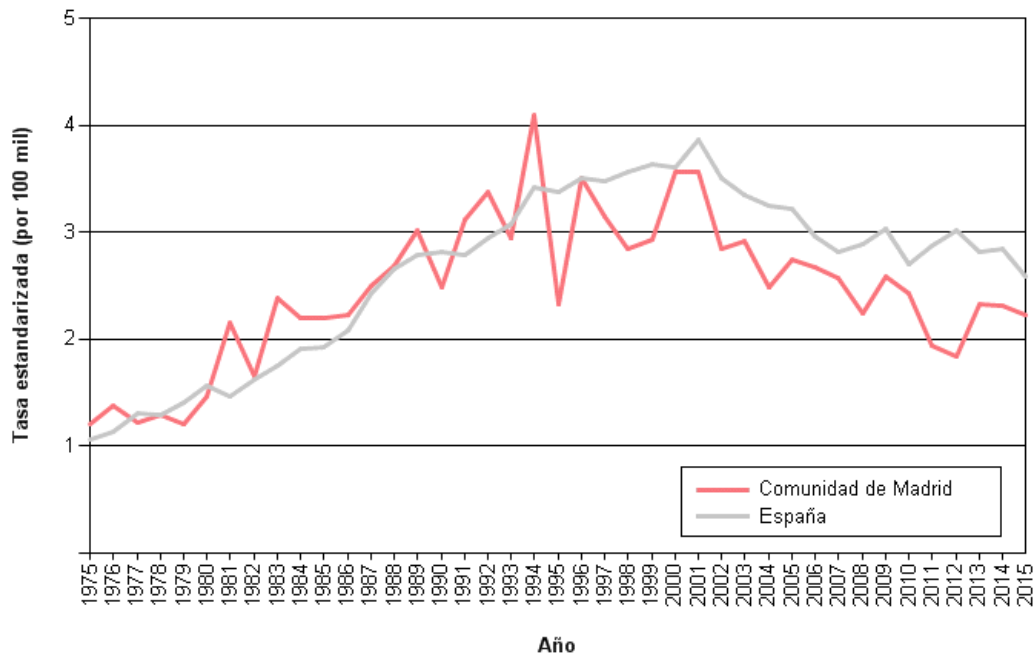
Figura 8.77. Linfoma no Hodgkin. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



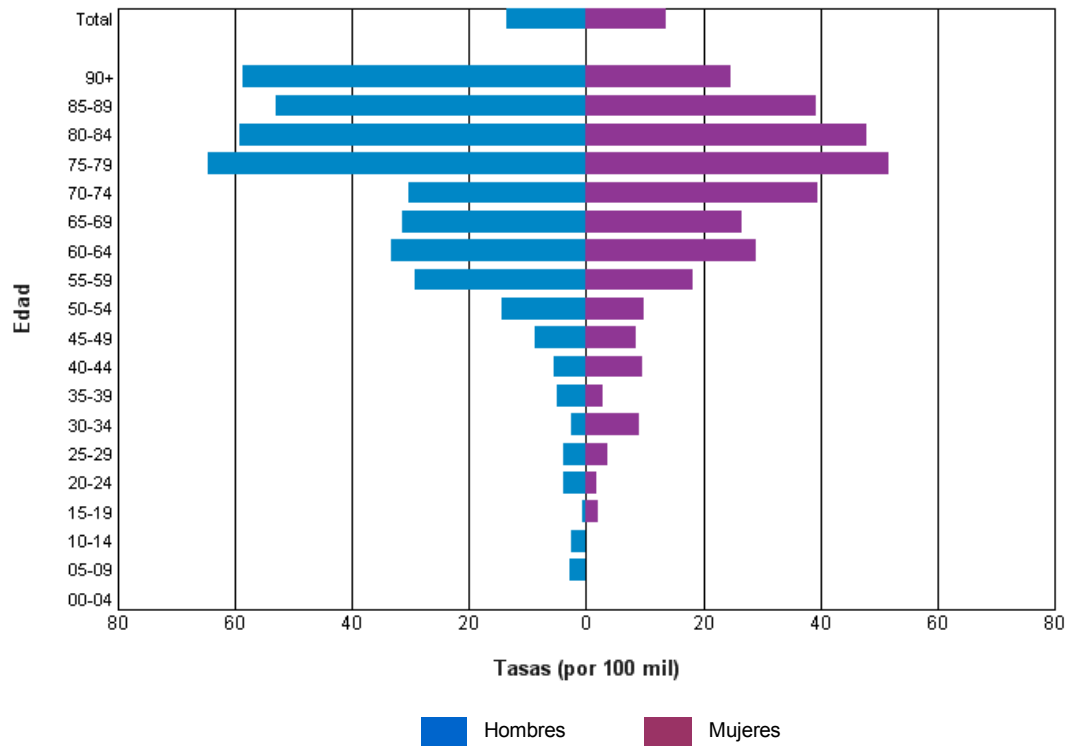
Mujeres



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

Figura 8.78. Linfoma no Hodgkin. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



8.2.2. Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus

En 2015 las enfermedades circulatorias fueron la segunda causa de muerte en ambos sexos, una vez ajustada por edad. Sus tasas de mortalidad continúan descendiendo no obstante desde hace varias décadas, al igual que en España, que muestra tasas superiores.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, estas enfermedades ocuparon en 2015 el quinto lugar en ambos sexos (excepción hecha en mujeres de embarazo, parto y puerperio), con una frecuentación que aumenta progresivamente con la edad.

En 2015 las enfermedades circulatorias representaron la cuarta causa en importancia en cuanto a carga de enfermedad, con un componente predominante de mortalidad.

Entre las enfermedades circulatorias las isquémicas son las que mayor mortalidad causan en hombres y se sitúan en segundo lugar en mujeres (36,6% y 21,0% respectivamente en 2015). En hombres la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica viene descendiendo desde 1975, primera fecha a que hace referencia este informe, y de forma más notable desde finales de los noventa; en mujeres este descenso se inicia a finales de los noventa; en ambos casos ocurre igualmente en España, que presenta tasas superiores. En cuanto a su distribución geográfica se observa un claro patrón de agregación de mortalidad en hombres en el municipio de Madrid: Distritos Centro, Chamberí, Salamanca, Chamartín, y Tetuán.

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica es casi tres veces superior en hombres y aumenta progresivamente con la edad en ambos sexos, comenzando antes en hombres. La carga de enfermedad en 2015, fundamentalmente de años de vida perdidos, se hace ya evidente en hombres en el grupo de edad 30-44 años, siendo después siempre superior en hombres hasta 80 y más años, donde predomina en mujeres.

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias en mujeres y el segundo en hombres. Sin embargo, una vez ajustadas por edad las tasas son superiores en hombres. Su tendencia en ambos sexos es fuertemente descendente desde 1975, al igual que en España, que muestra tasas superiores. No muestran ningún patrón claro de agregación espacial, con tasas similares en Madrid y el resto de la Comunidad. La morbilidad hospitalaria muestra un patrón claramente expansivo en las edades tardías.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, de alta prevalencia y elevado coste individual y social, asociada a una elevada morbilidad y mortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular la causa fundamental de su morbimortalidad. En un estudio que analiza la evolución de la prevalencia de diabetes mellitus autodeclarada y la presencia de factores de riesgo en personas con y sin diabetes de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid se describe que: en el periodo 2009-2010 el 3,9% se autodeclararon diabéticos y esta prevalencia se ha duplicado entre 1996-1997 y 2009-2010; así como que las personas con diabetes tienen mayor prevalencia de antecedentes familiares de diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad. De acuerdo con los resultados de la última encuesta del estudio Prevalencia de Diabetes Mellitus y Factores de Riesgo Cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid (PREDIMERC), en 2015 la prevalencia de diabetes mellitus (diagnosticada y no diagnosticada) en la Comunidad de Madrid se estimó en 9,3% de la población de 30 a 74 años de edad, el doble en hombres (12,3%) que mujeres (6,4%), y un 30% más de dicha población tenía un riesgo aumentado de padecer diabetes mellitus.

Tabla 8.23. Enfermedades del sistema circulatorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

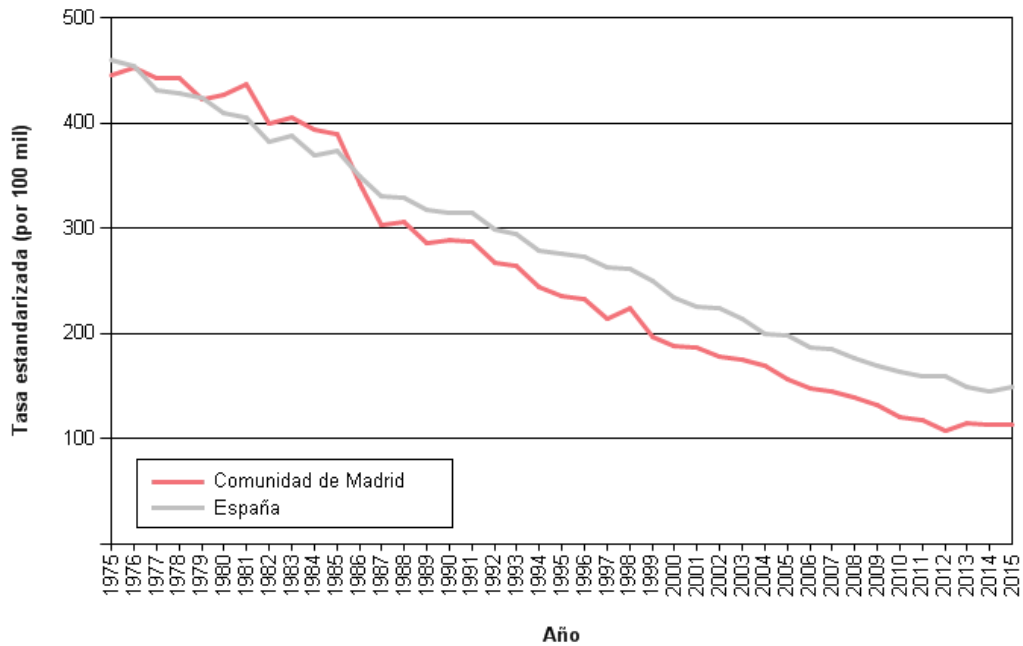
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	5.107	7.012	12.119
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	165,1	208,7	187,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	50,7	17,9	33,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	113,4	76,7	93,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.527,2	1.313,5	1.416,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,19	0,18	0,19
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	27.098	20.687	47.786
Años Vividos con Discapacidad. CM.	5.611	4.451	10.062
Años de Vida Perdidos. CM.	21.487	16.236	37.723

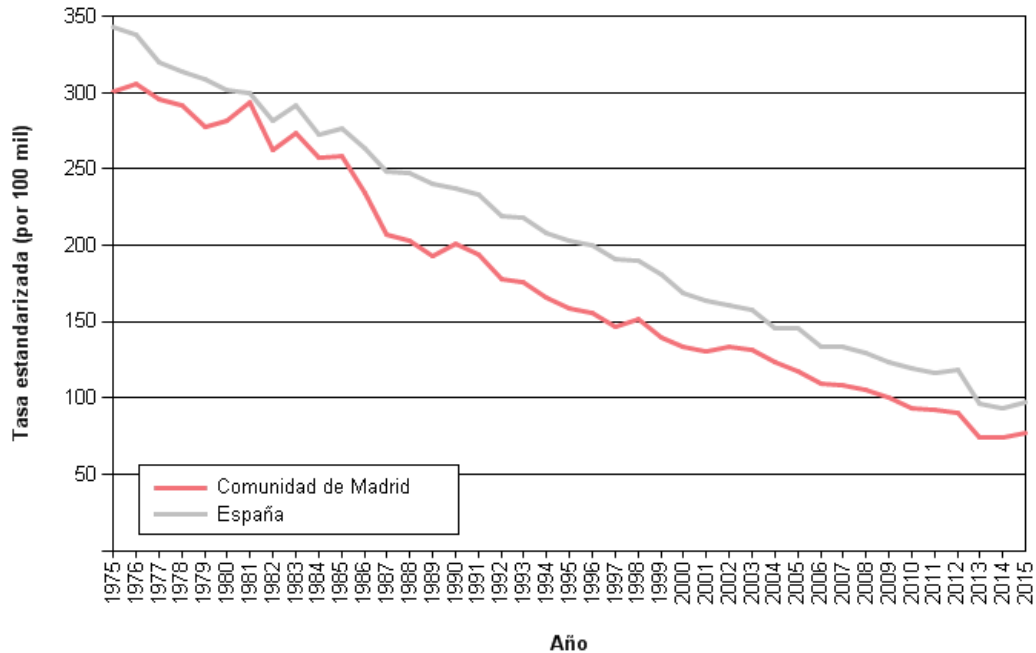
Figura 8.79. Enfermedades del sistema circulatorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

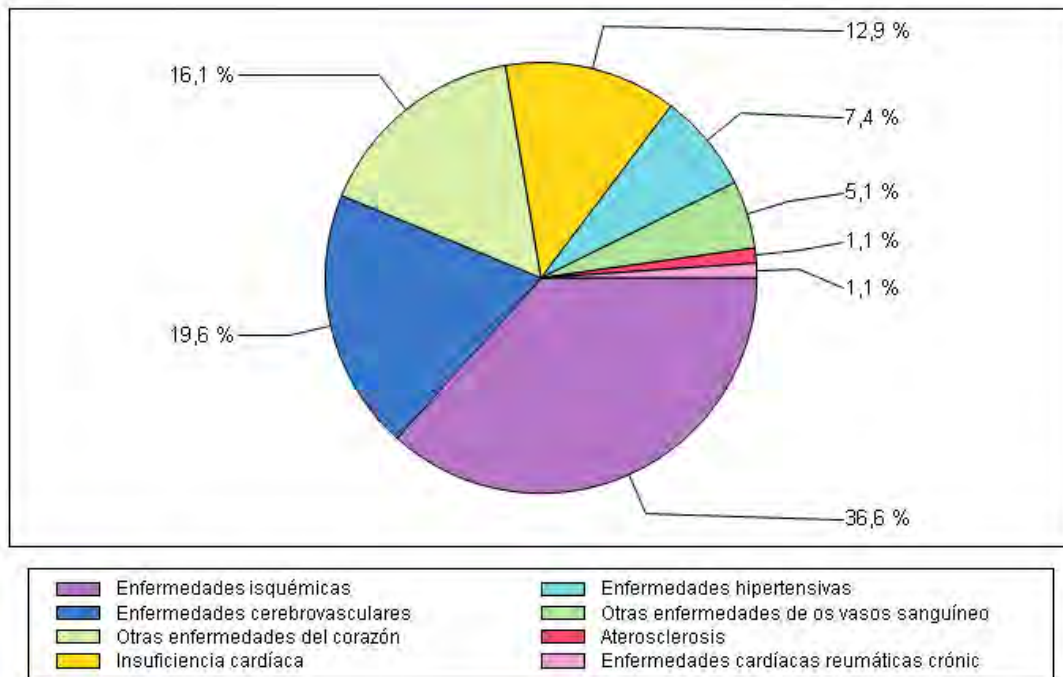


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.80. Enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Hombres



Mujeres

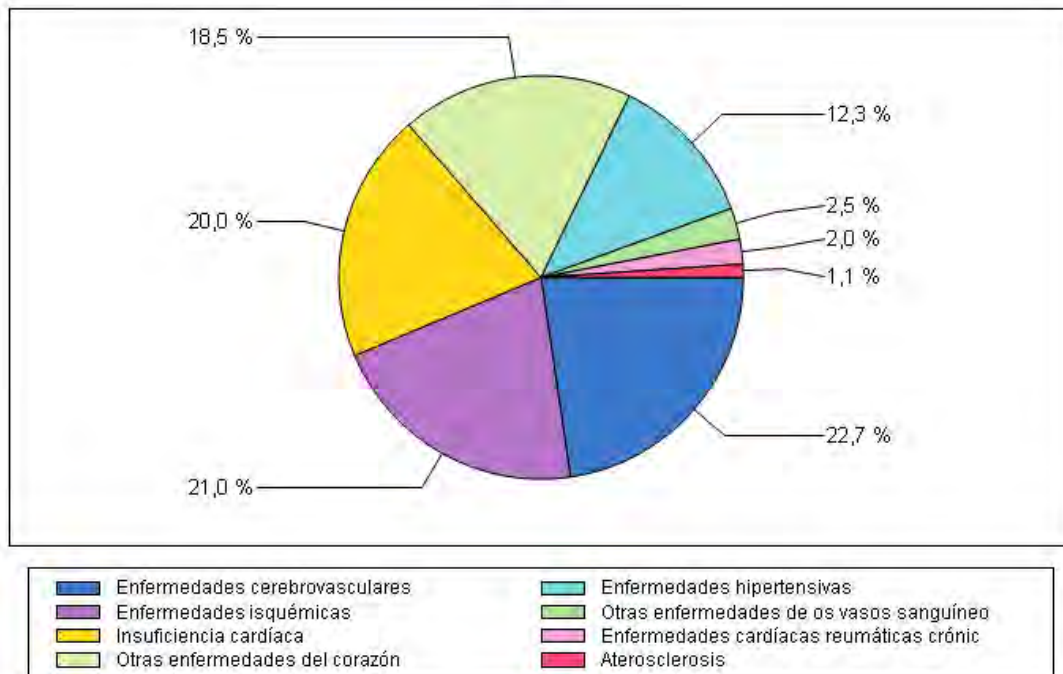
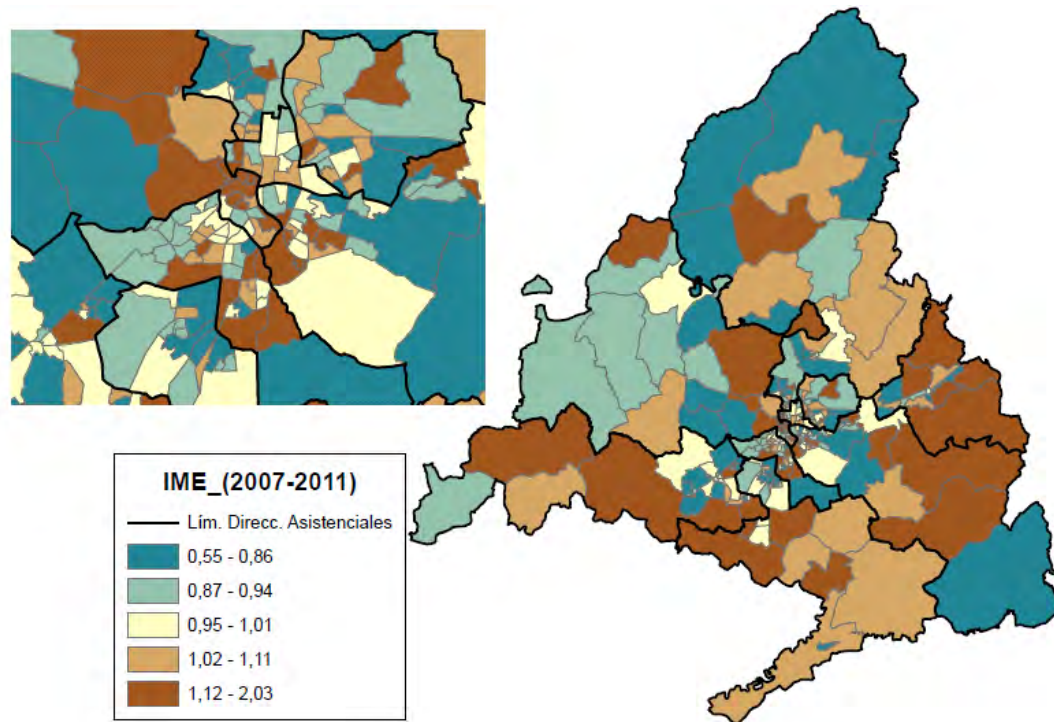


Figura 8.81. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

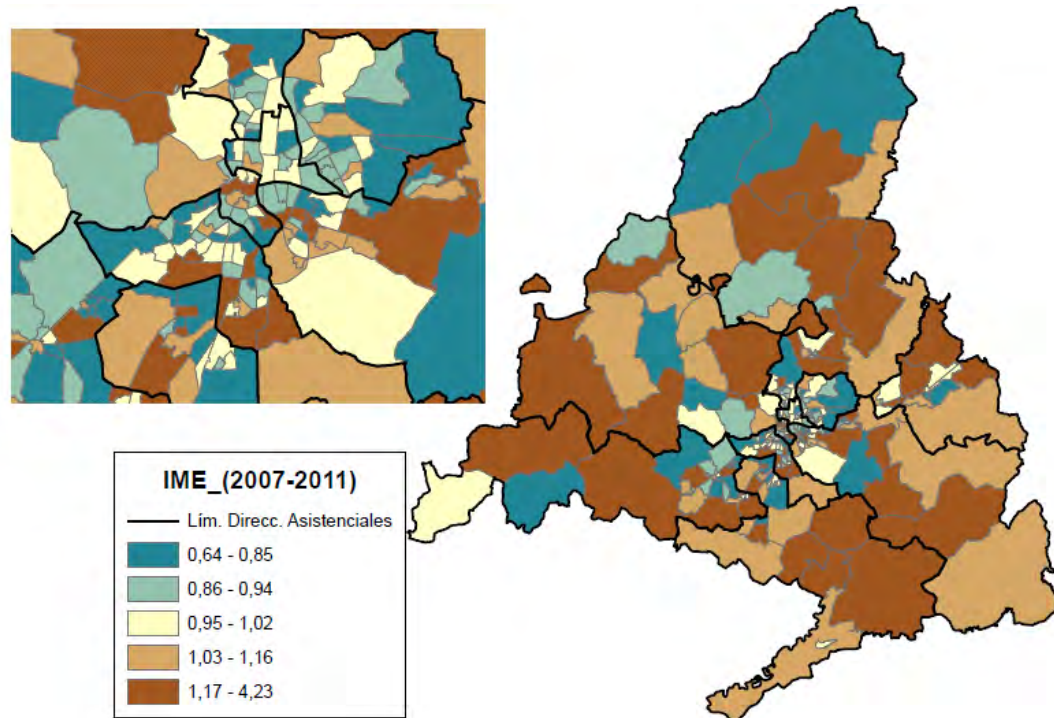


Figura 8.82. Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

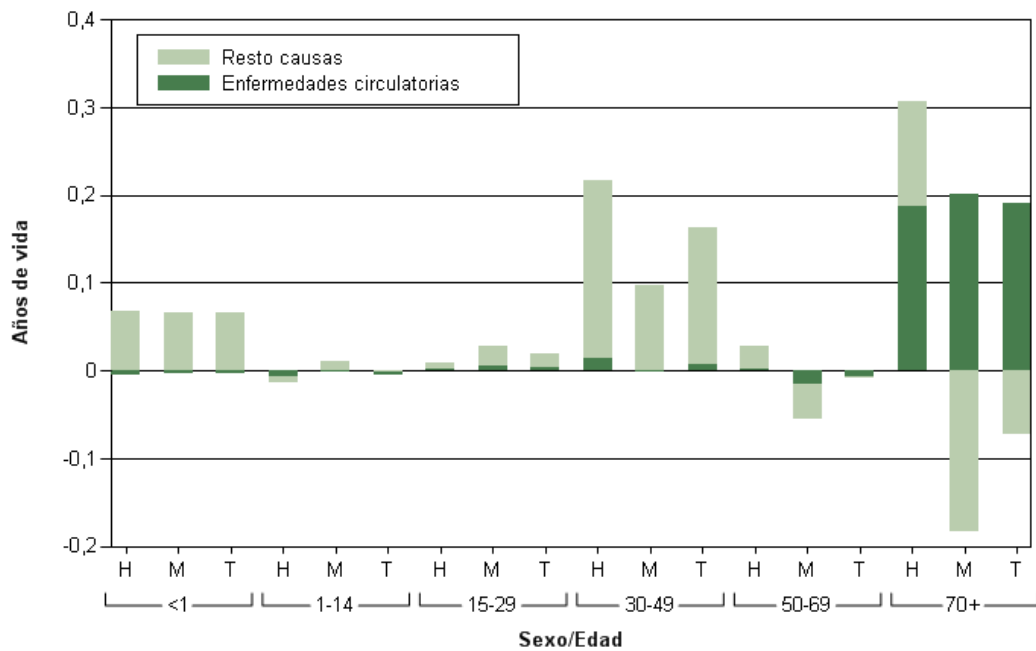


Figura 8.83. Enfermedades del sistema circulatorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

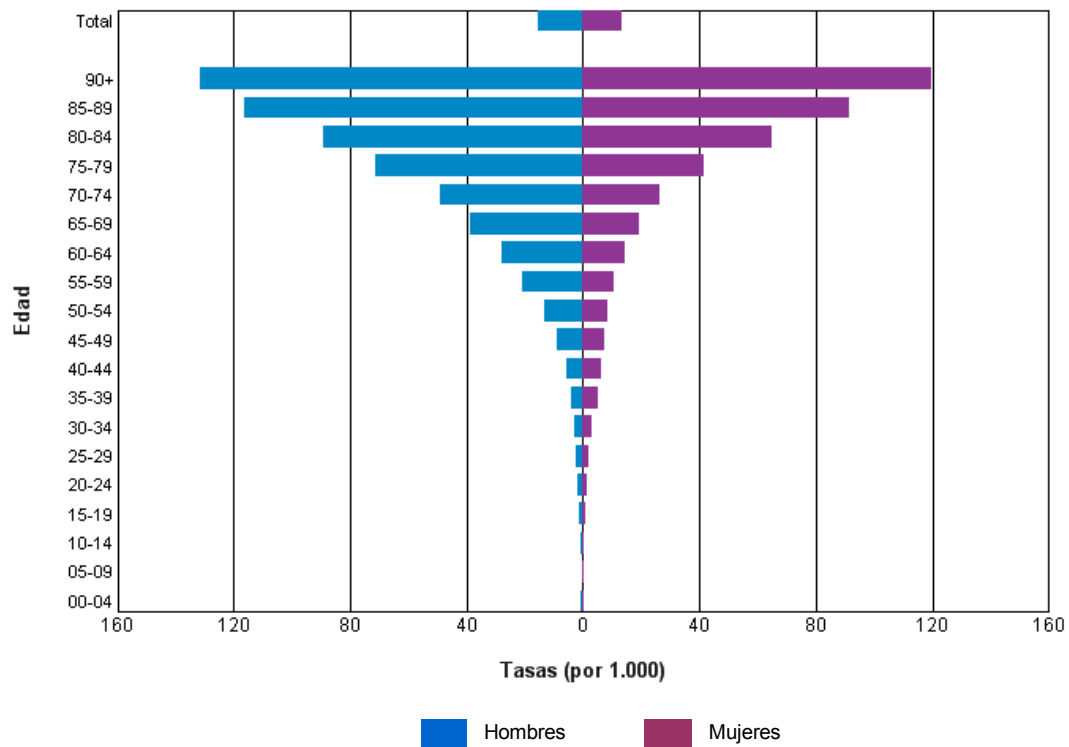
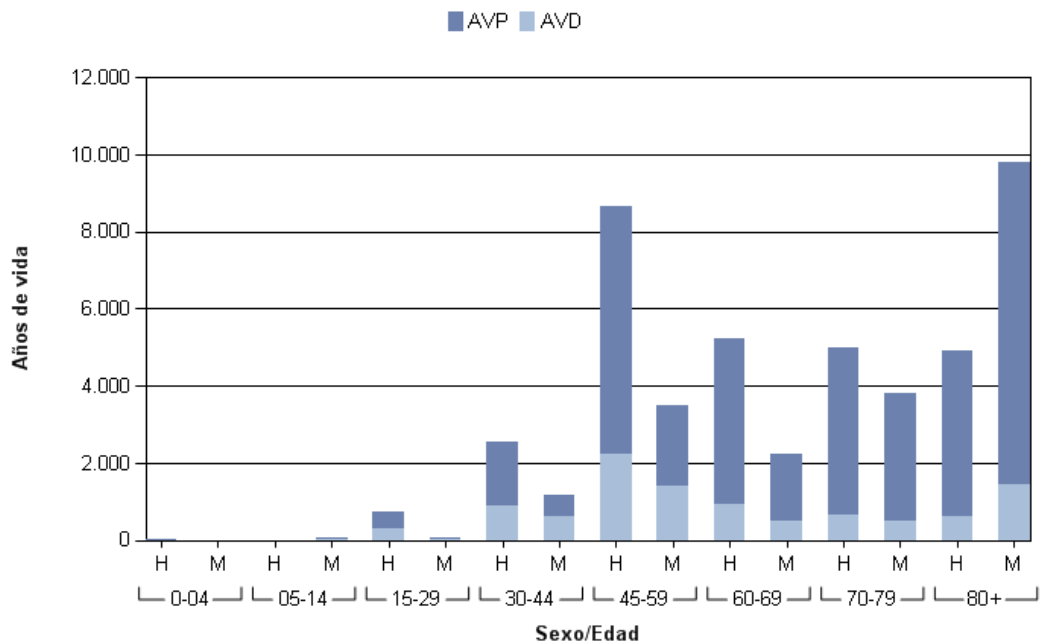


Figura 8.84. Enfermedades del sistema circulatorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.1. Cardiopatía isquémica

Tabla 8.24. Cardiopatía isquémica. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

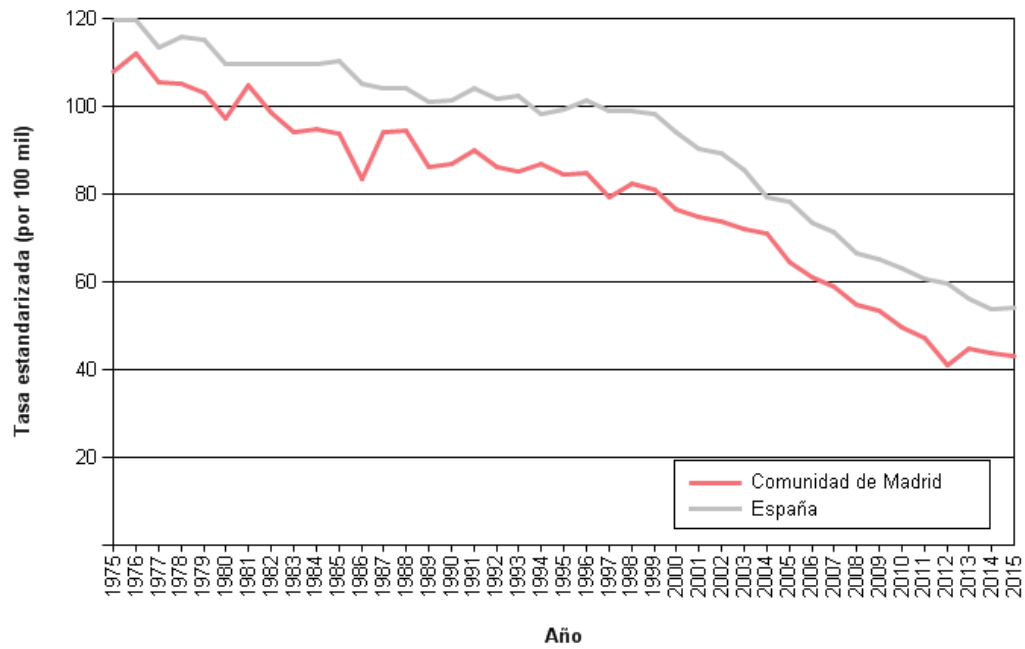
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.871	1.472	3.343
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	60,5	43,8	51,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	26,3	5,7	15,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	43,2	17,1	28,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	316,6	112,1	210,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,15	0,17	0,16
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.350	5.793	19.143
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.042	939	2.981
Años de Vida Perdidos. CM.	11.308	4.854	16.162

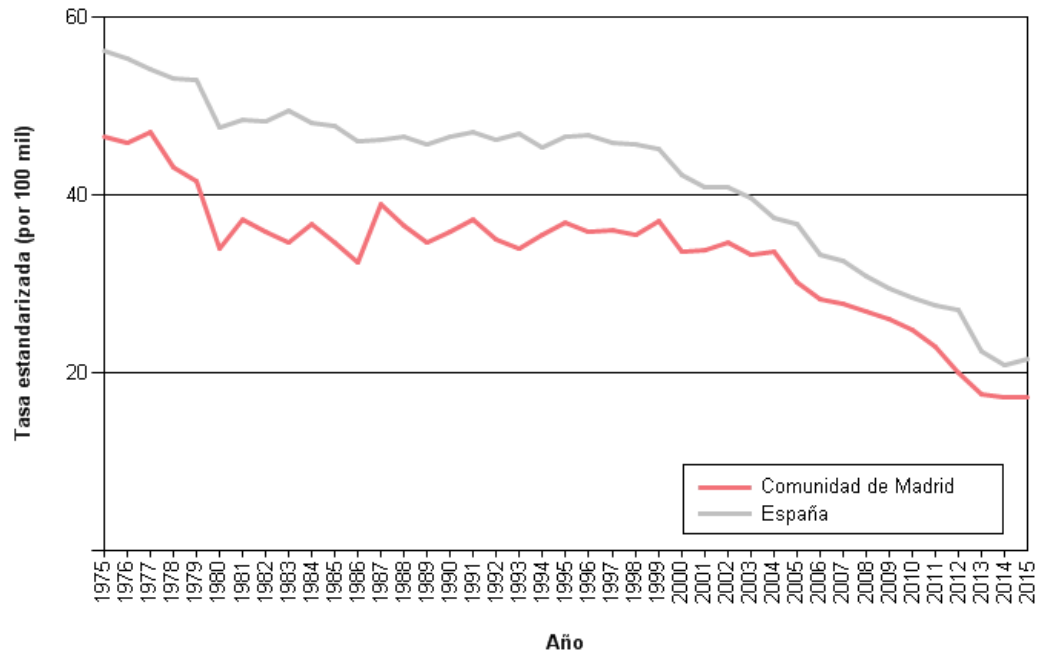
Figura 8.85. Cardiopatía isquémica. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

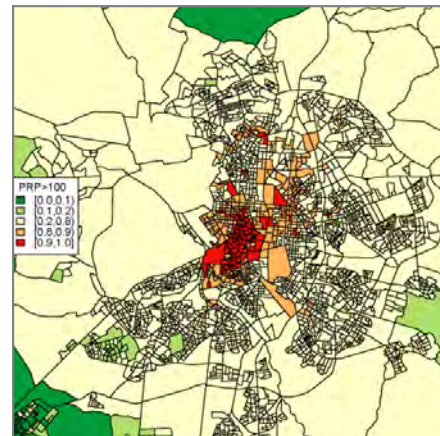
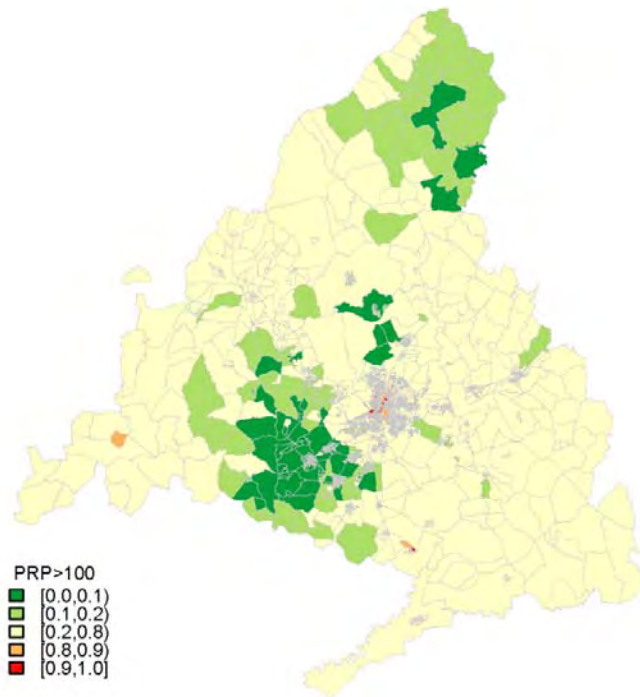


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

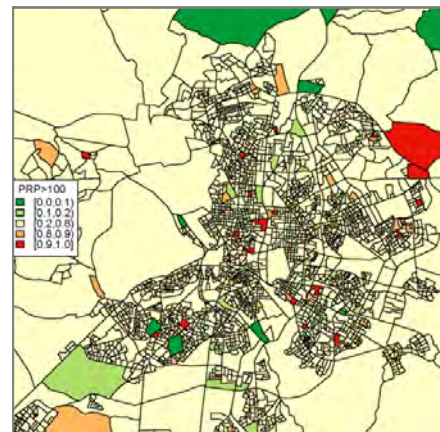
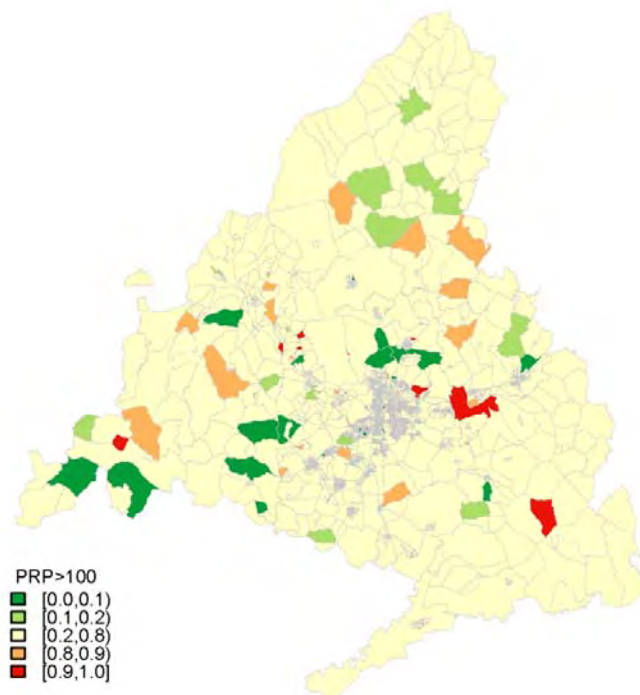


Figura 8.87. Contribución de la cardiopatía isquémica y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

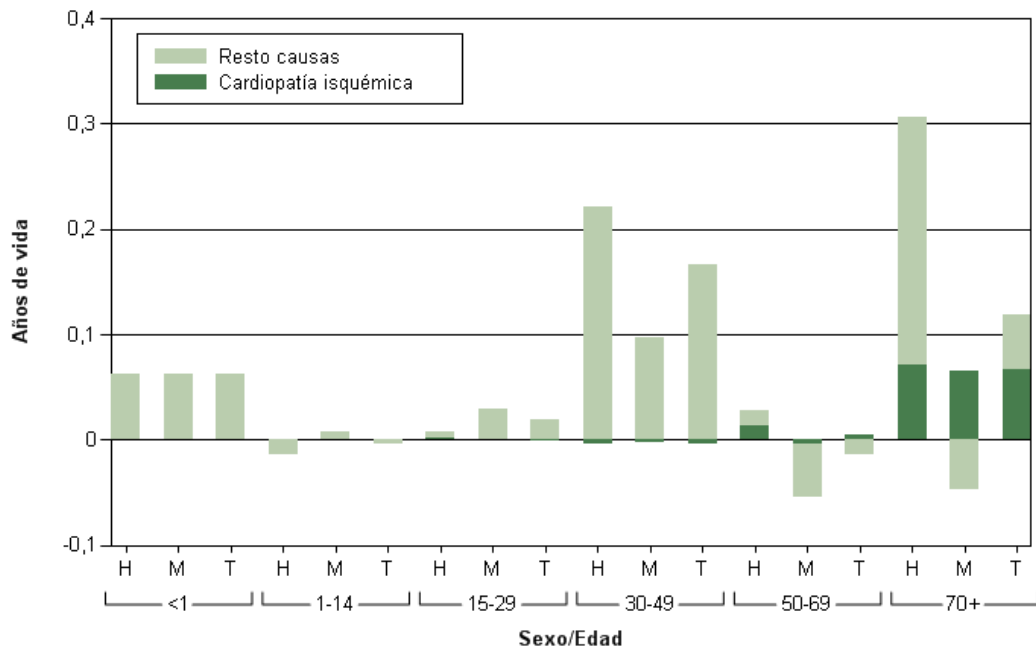


Figura 8.88. Cardiopatía isquémica. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

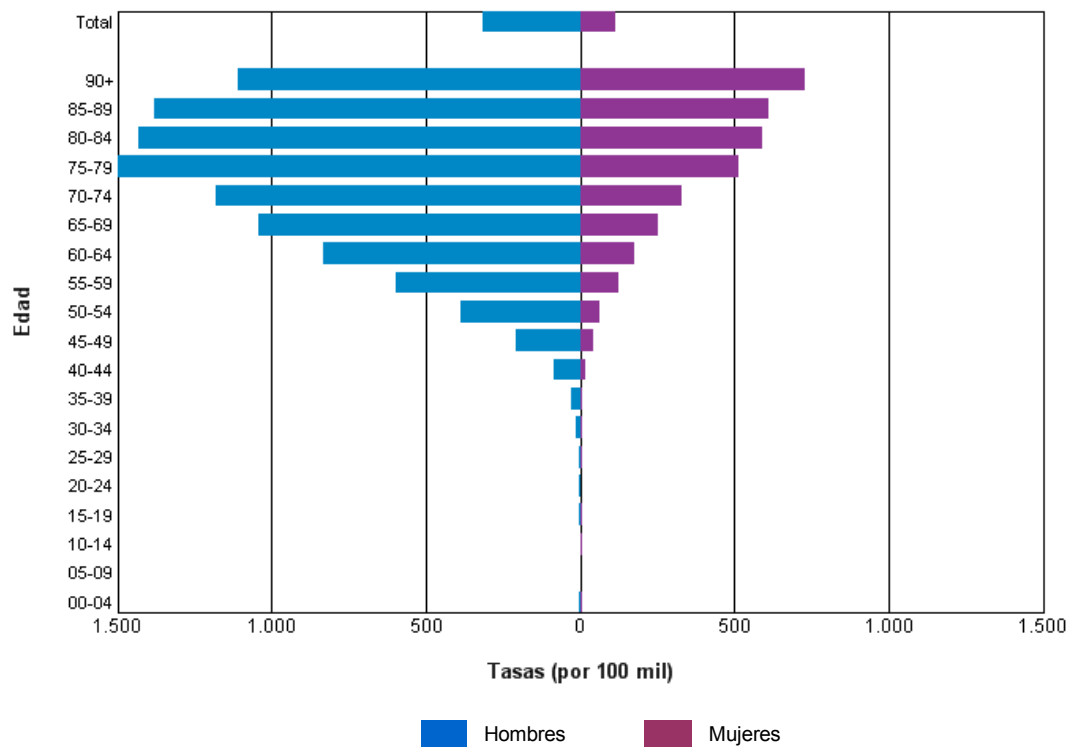
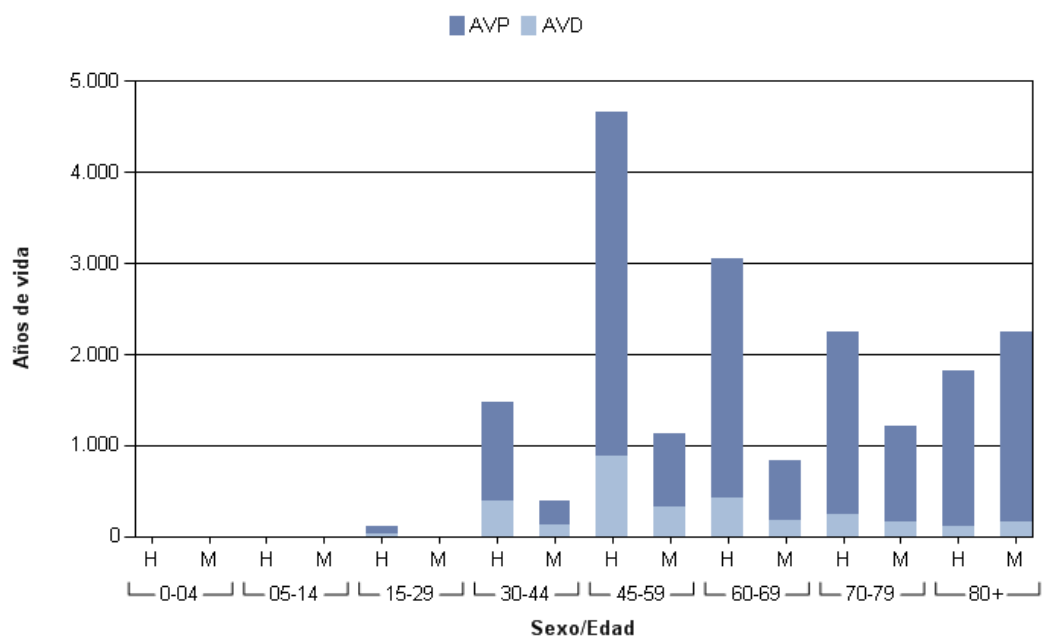


Figura 8.89. Cardiopatía isquémica. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.2. Enfermedades cerebrovasculares

Tabla 8.25. Enfermedades cerebrovasculares. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

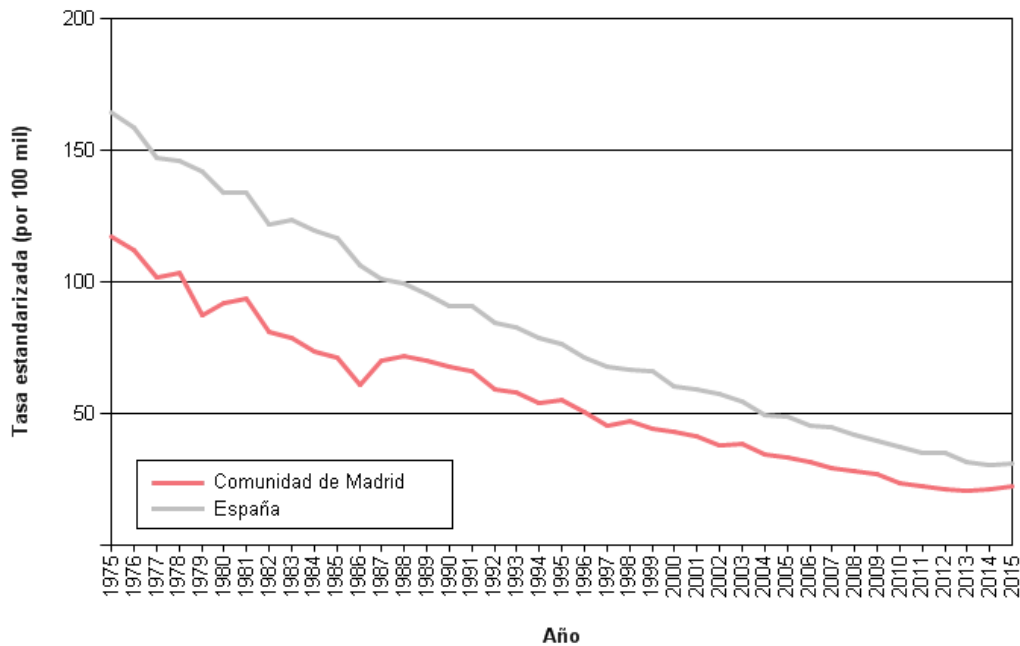
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades cerebrovasculares. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.001	1.590	2.591
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	32,4	47,3	40,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,0	5,0	6,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	22,0	18,0	19,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	227,2	203,4	214,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,04	0,07	0,05
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	7.109	7.036	14.145
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.281	2.037	4.318
Años de Vida Perdidos. CM.	4.828	4.999	9.827

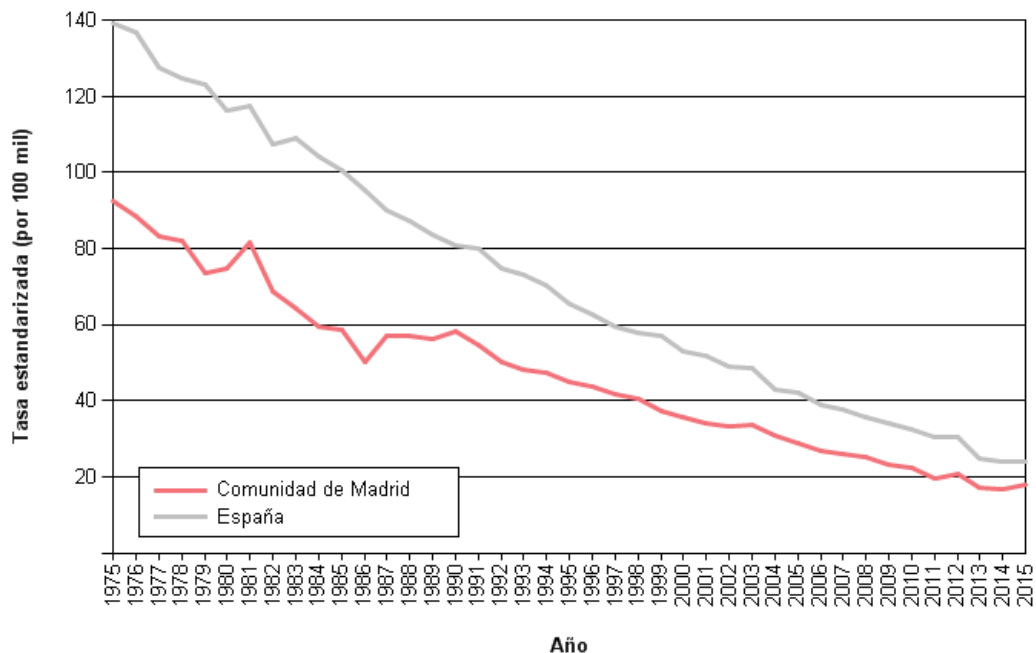
Figura 8.90. Enfermedades cerebrovasculares. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

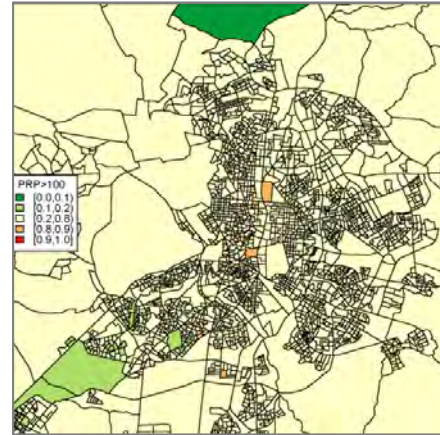
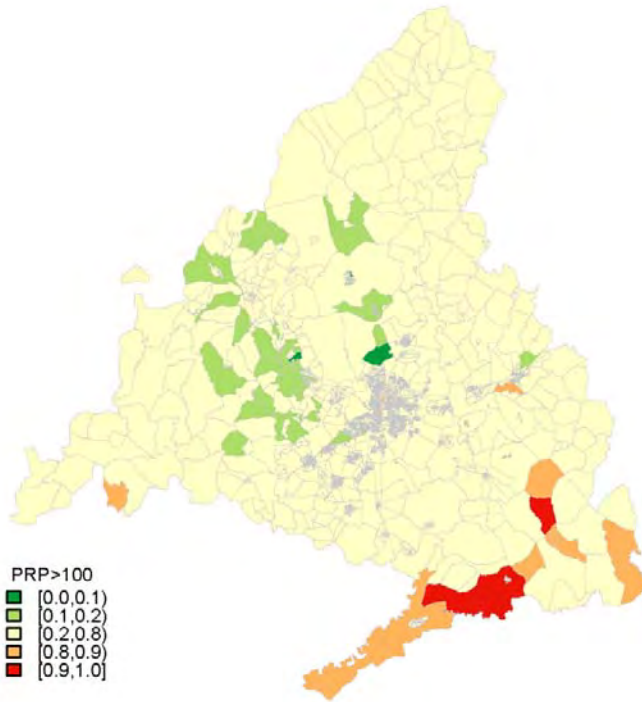


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

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

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

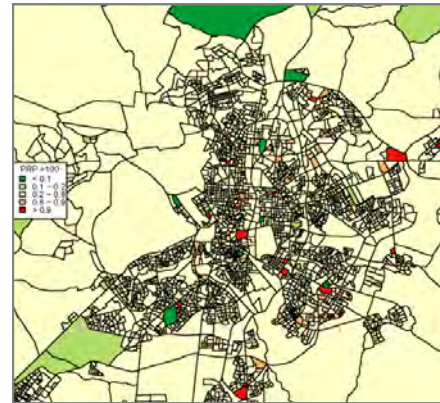
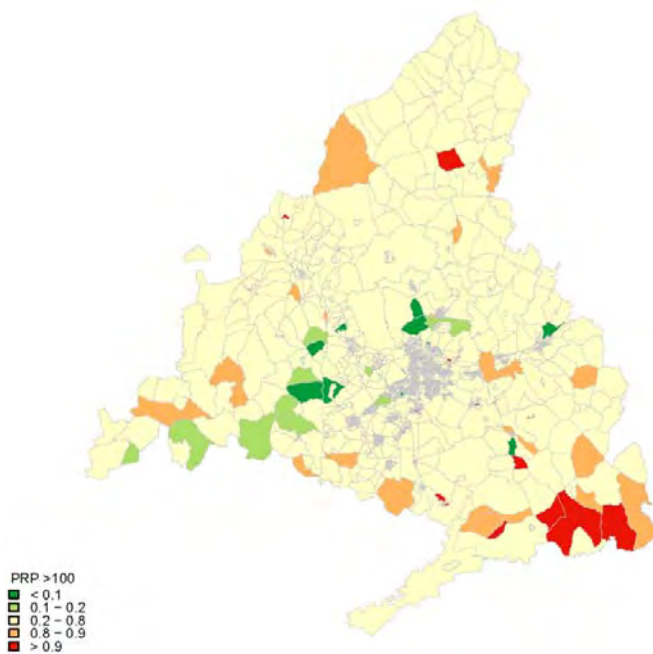


Figura 8.92. Contribución de las enfermedades cerebrovasculares y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

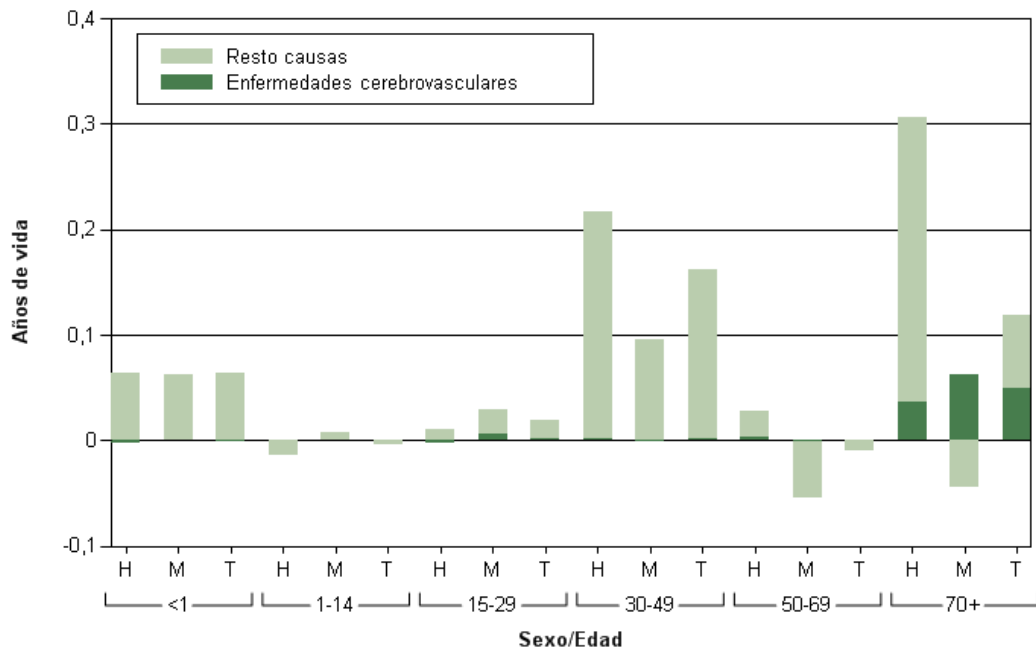


Figura 8.93. Enfermedades cerebrovasculares. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

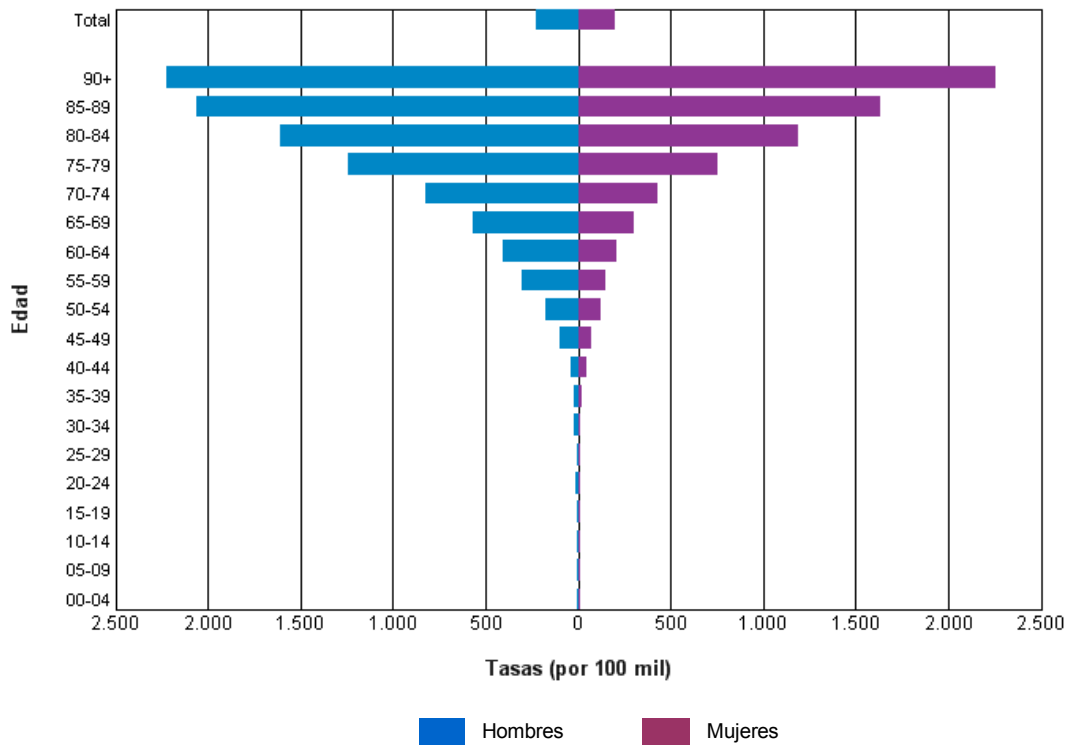
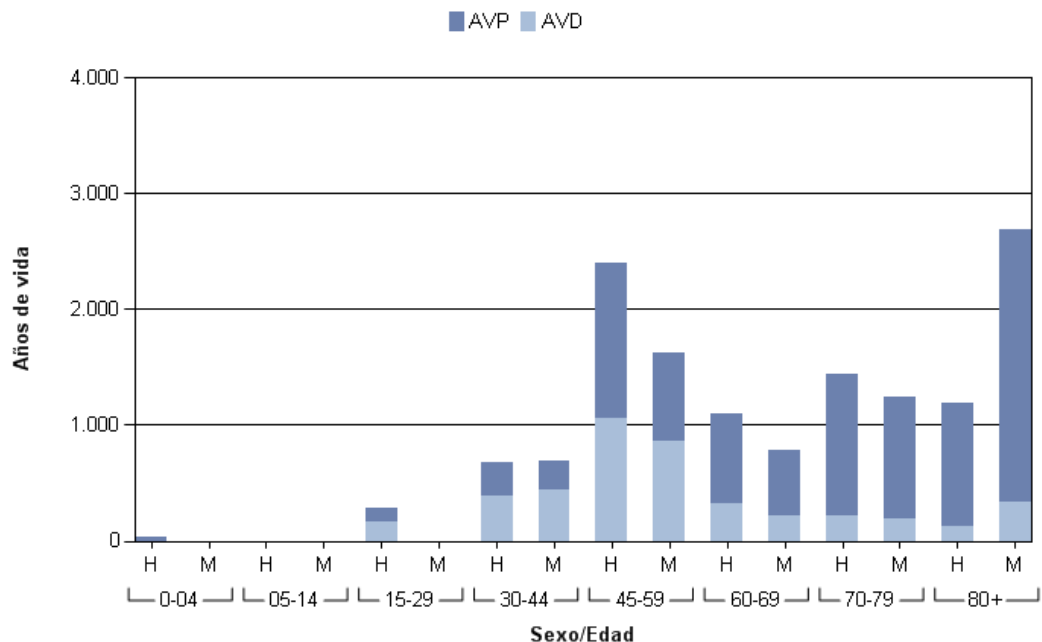


Figura 8.94. Enfermedades cerebrovasculares. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.3. Diabetes mellitus

Tabla 8.26. Diabetes mellitus. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

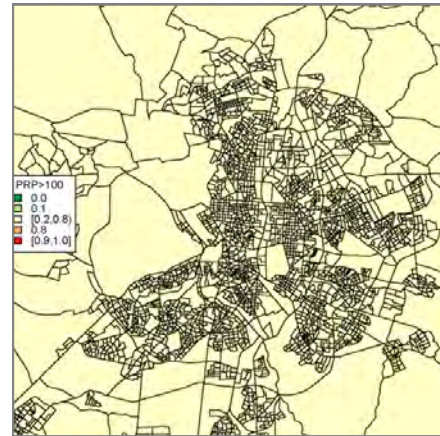
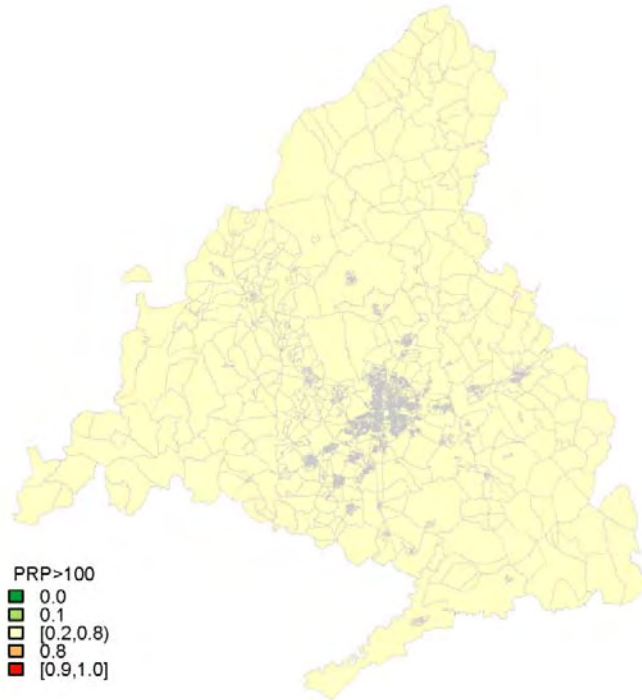
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Diabetes. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	356	425	781
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,5	12,7	12,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,6	0,5	1,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,7	4,6	5,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	112,9	71,7	91,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,02	0,01	-0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.132	2.759	5.891
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.704	1.568	3.273
Años de Vida Perdidos. CM.	1.428	1.191	2.618

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

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

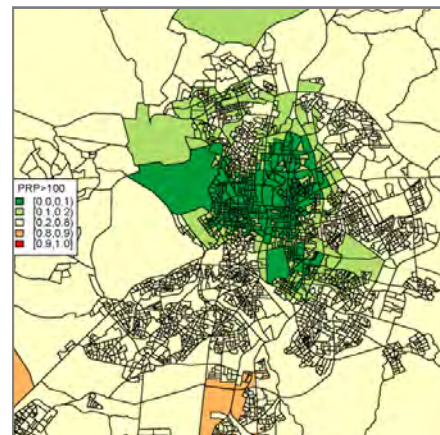
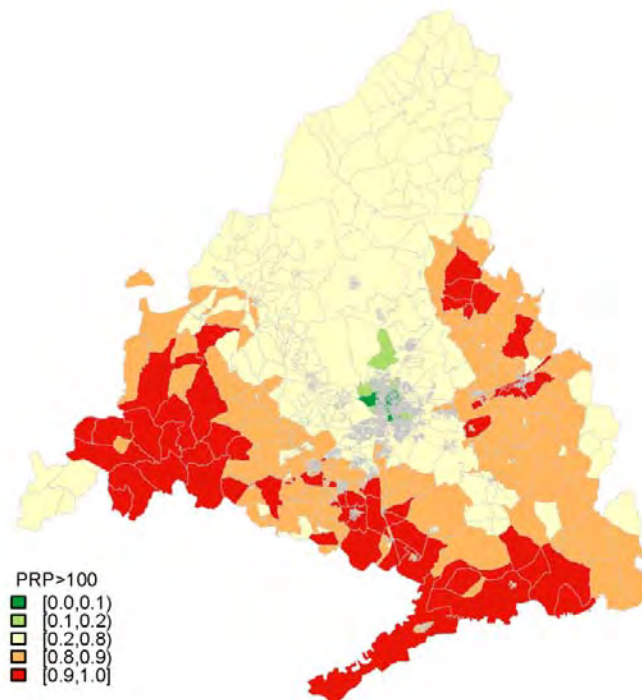
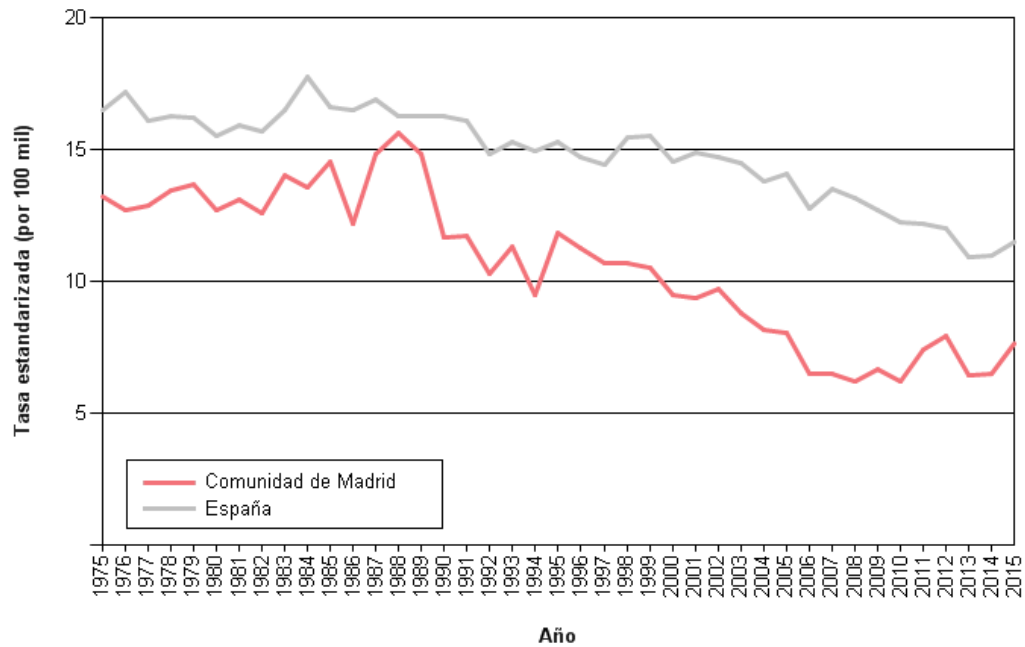


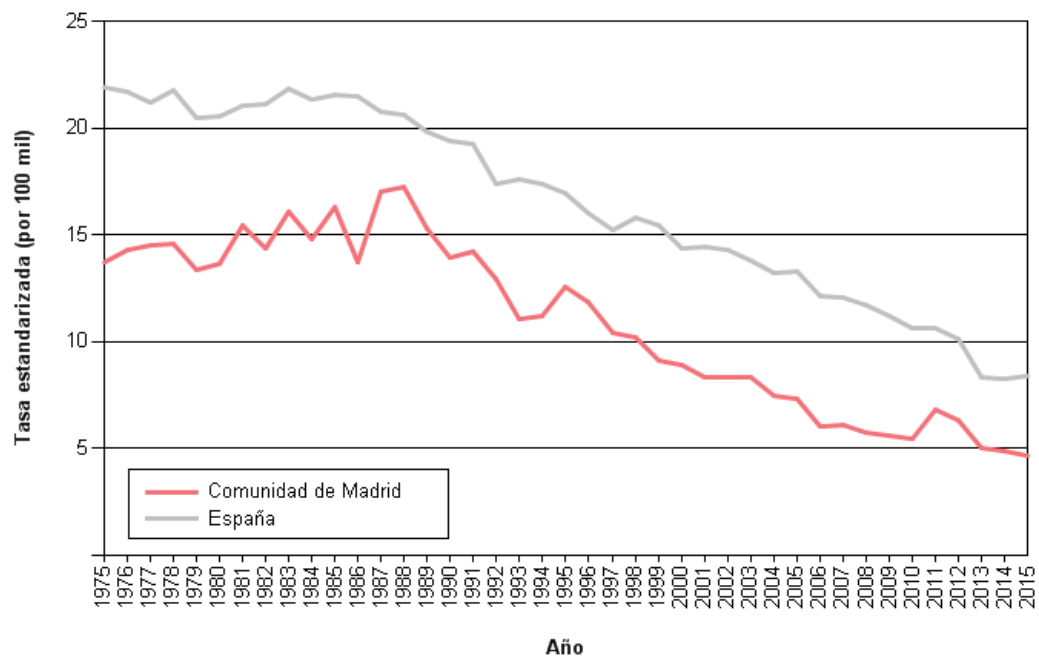
Figura 8.96. Diabetes mellitus. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.97. Diabetes mellitus. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

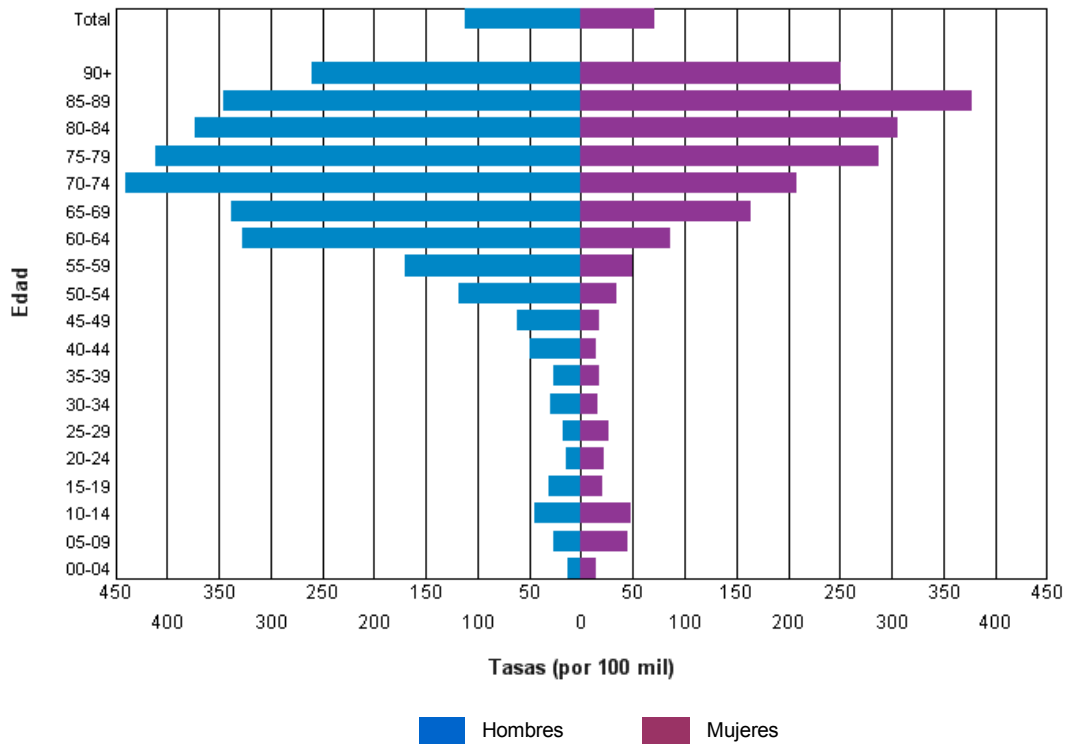
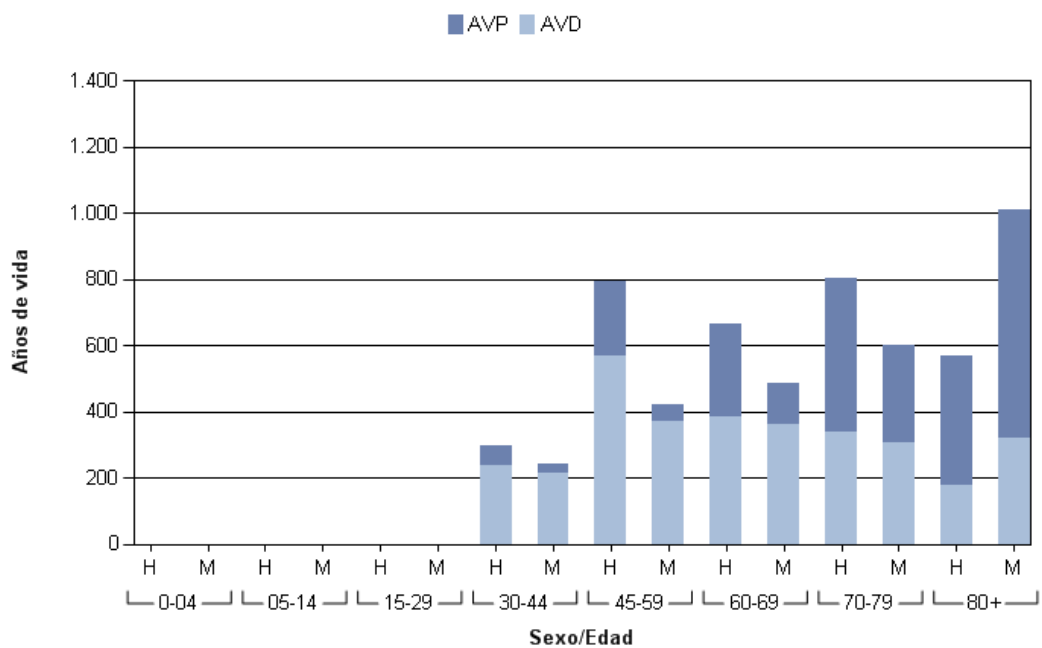


Figura 8.98. Diabetes mellitus. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2015. Con irregularidades anuales, se aprecia un patrón de evolución descendente en los últimos años, más marcado en hombres. La misma evolución se aprecia en España, que muestra tasas inferiores sobre todo en mujeres.

La morbilidad hospitalaria se concentra en los primeros años de la vida y sobre todo en edades tardías, con predominio del sexo masculino

Las enfermedades respiratorias representaron en 2015 la cuarta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un componente mayor de discapacidad que de mortalidad.

La bronquitis crónica y el enfisema pulmonar (enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores) motivaron el 32,5% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2015, y el 10,5% en mujeres, superadas en estas por las neumonías, con un 24,8% de las defunciones. La distribución espacial de la mortalidad por bronquitis crónica en hombres muestra mayor mortalidad fuera del municipio de Madrid que en la capital, sin un claro patrón de agregación espacial. La morbilidad hospitalaria se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años.

El asma ocasiona ingresos hospitalarios principalmente en menores de 15 años y en mujeres adultas por encima de los 60 años, aumentando progresivamente con la edad. Provoca una importante cantidad de años vividos con discapacidad en la población madrileña entre los 5 y 29 años.

Tabla 8.27. Enfermedades del sistema respiratorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

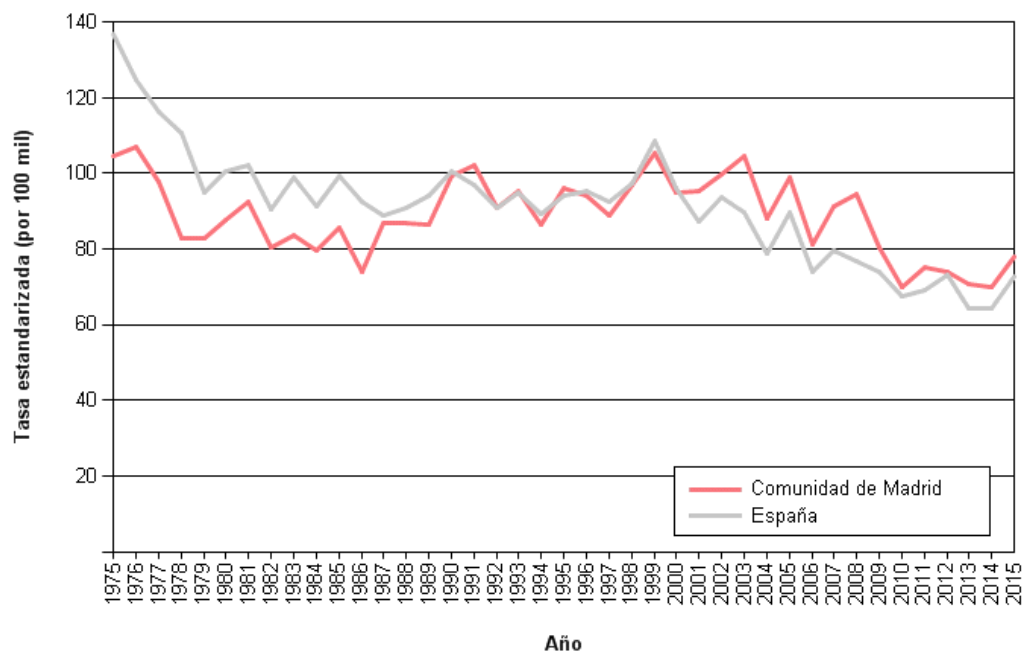
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema respiratorio. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	3.753	3.587	7.340
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	121,3	106,8	113,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,1	7,9	11,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	78,3	38,4	53,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.660,2	1.291,0	1.468,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,09	-0,11	-0,11
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	26.261	18.065	44.326
Años Vividos con Discapacidad. CM.	15.957	10.973	26.930
Años de Vida Perdidos. CM.	10.304	7.092	17.396

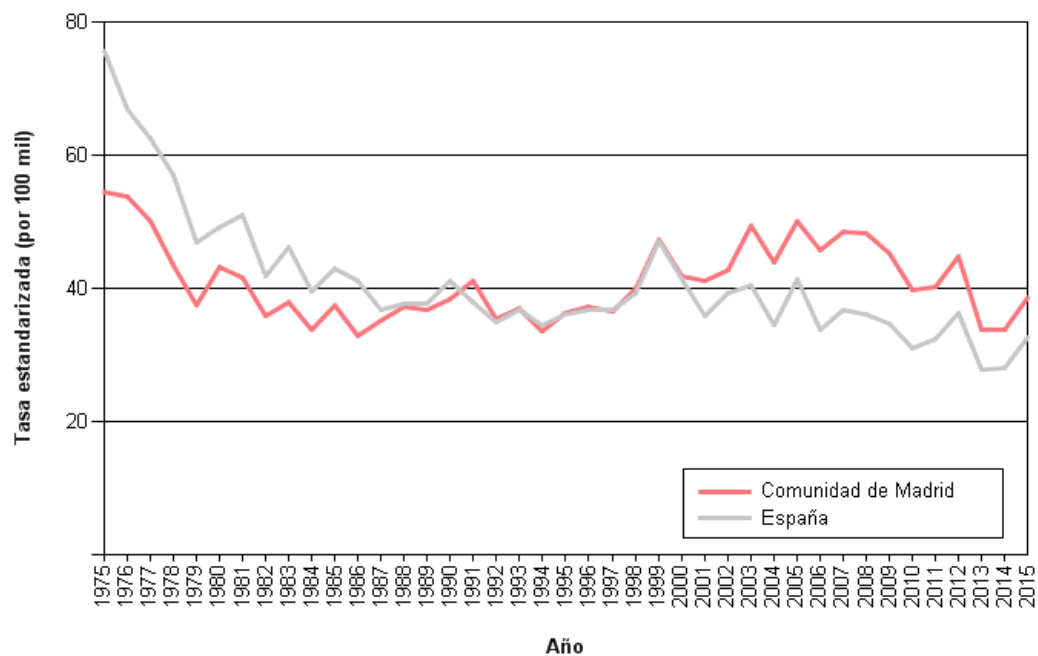
Figura 8.99. Enfermedades del sistema respiratorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

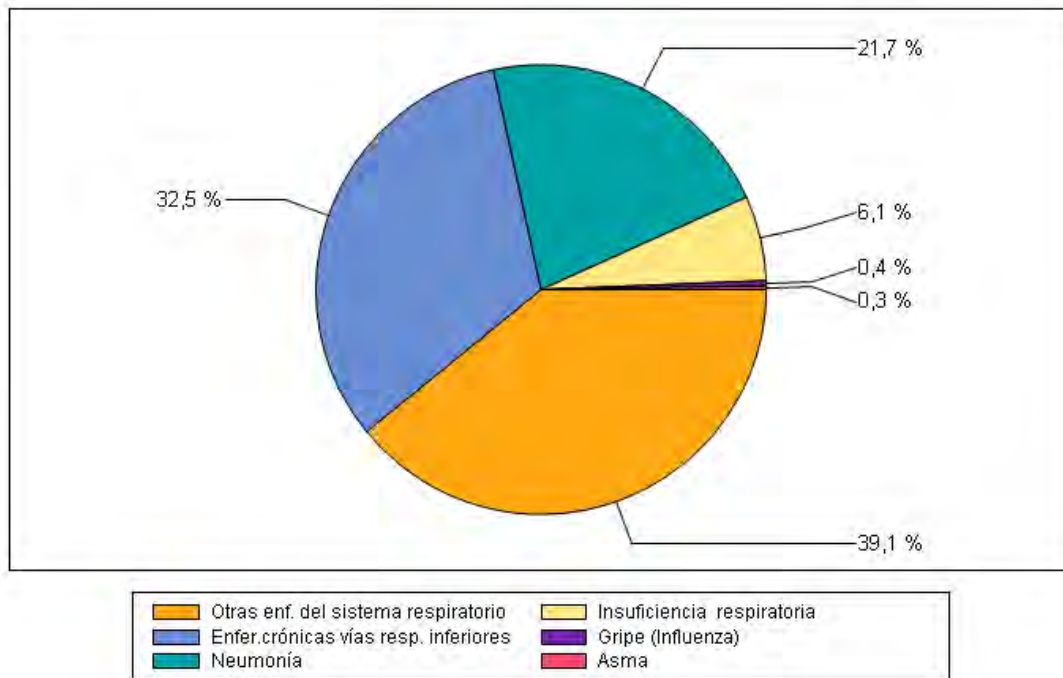


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE

Figura 8.100. Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Hombres



Mujeres

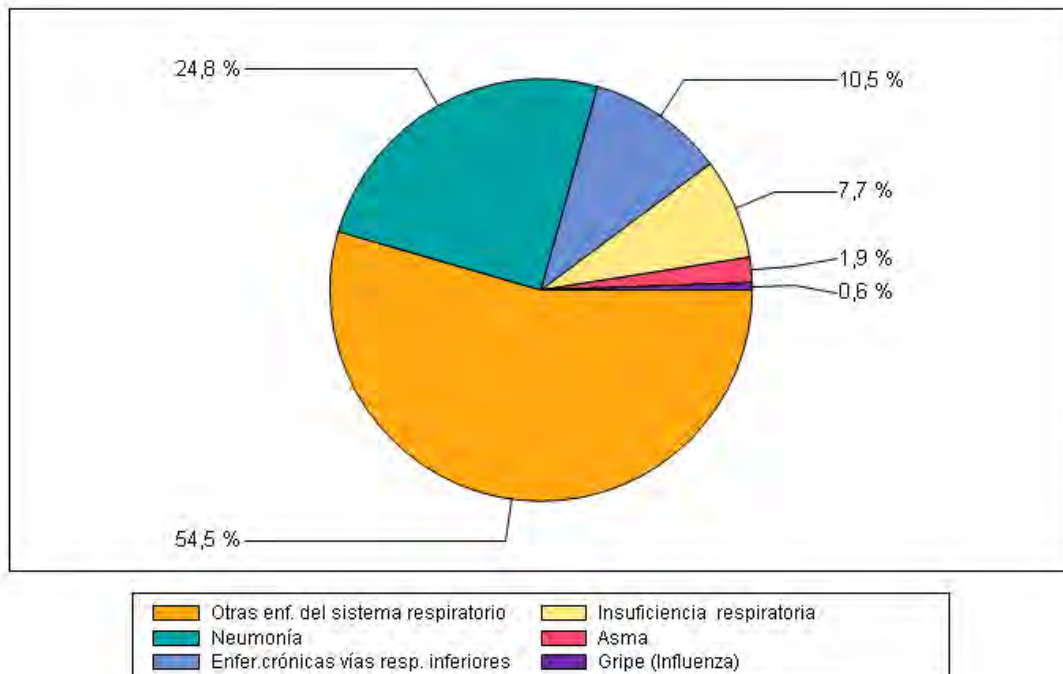
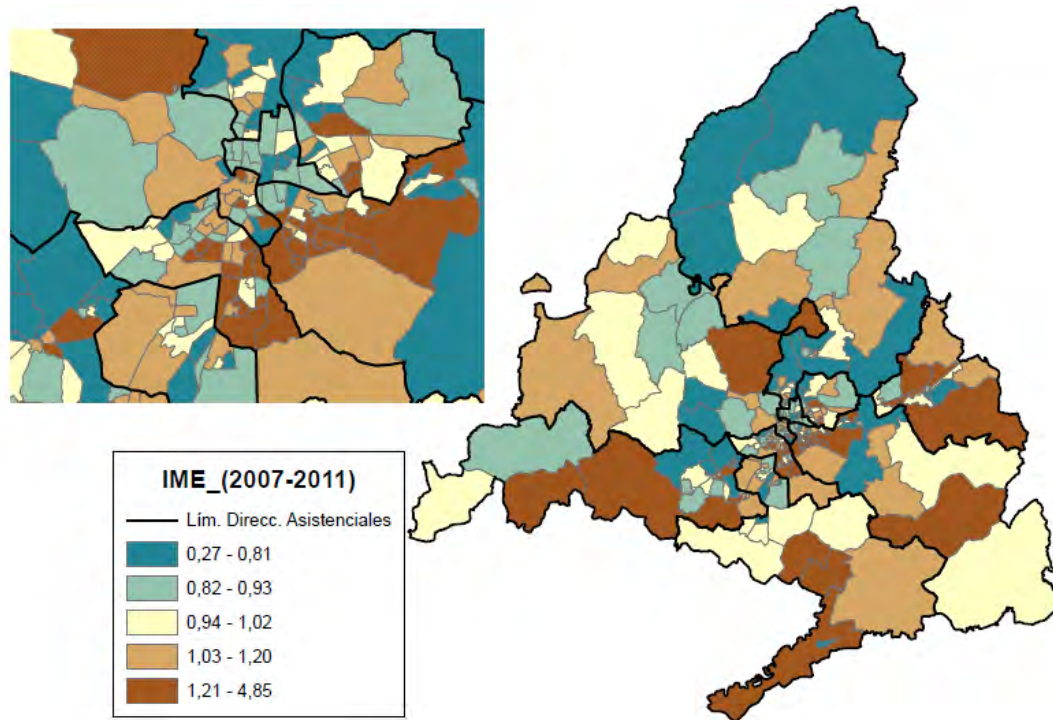


Figura 8.101. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

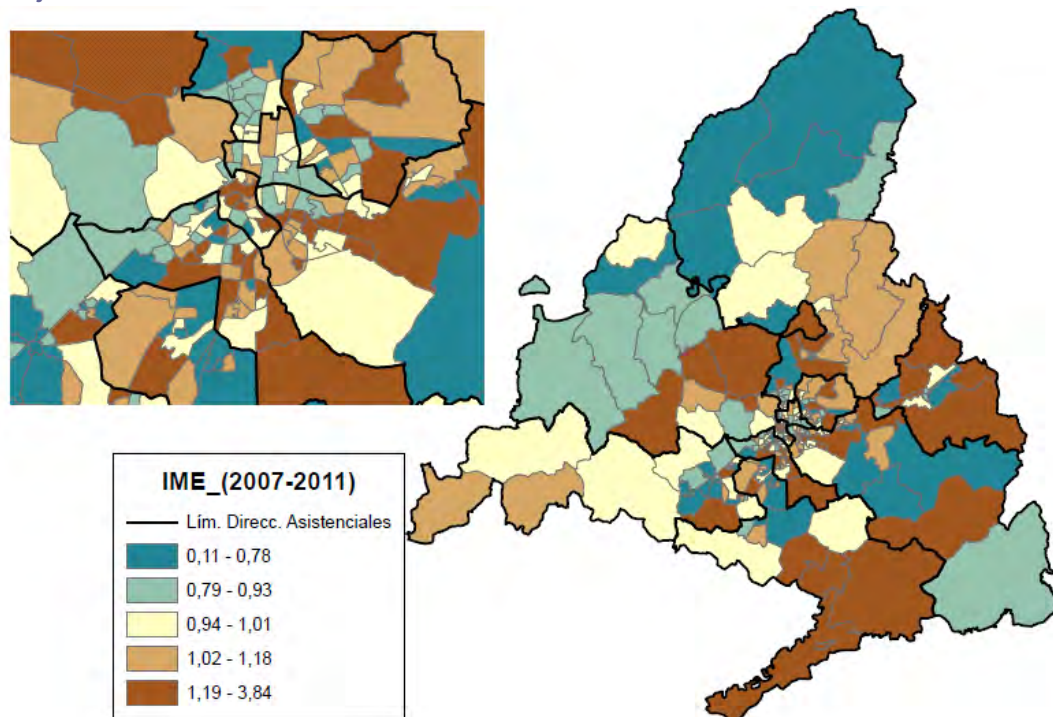


Figura 8.102. Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

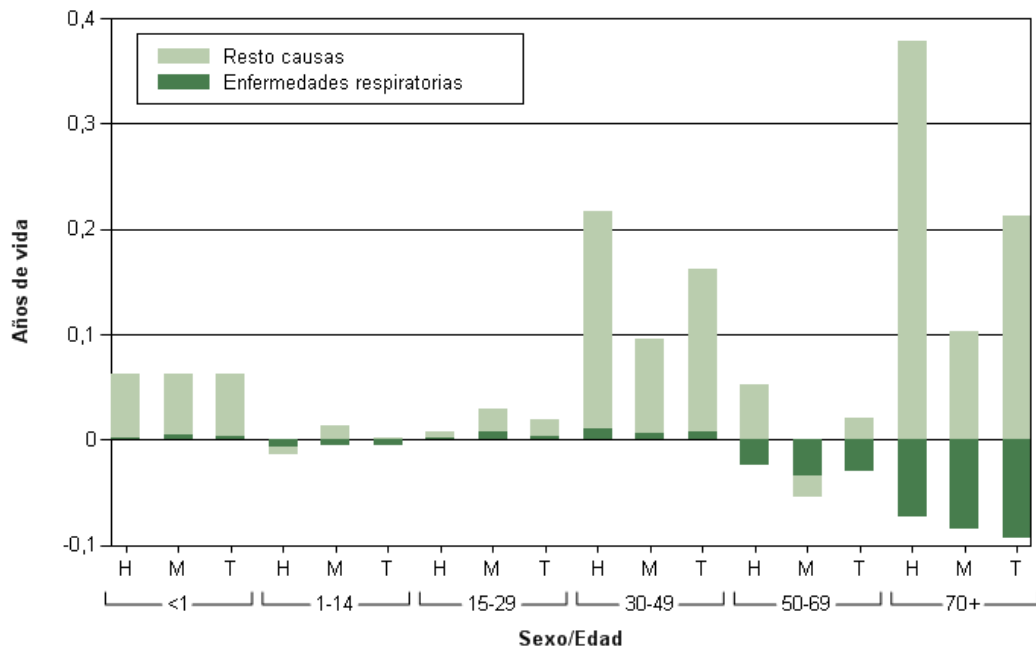


Figura 8.103. Enfermedades del sistema respiratorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

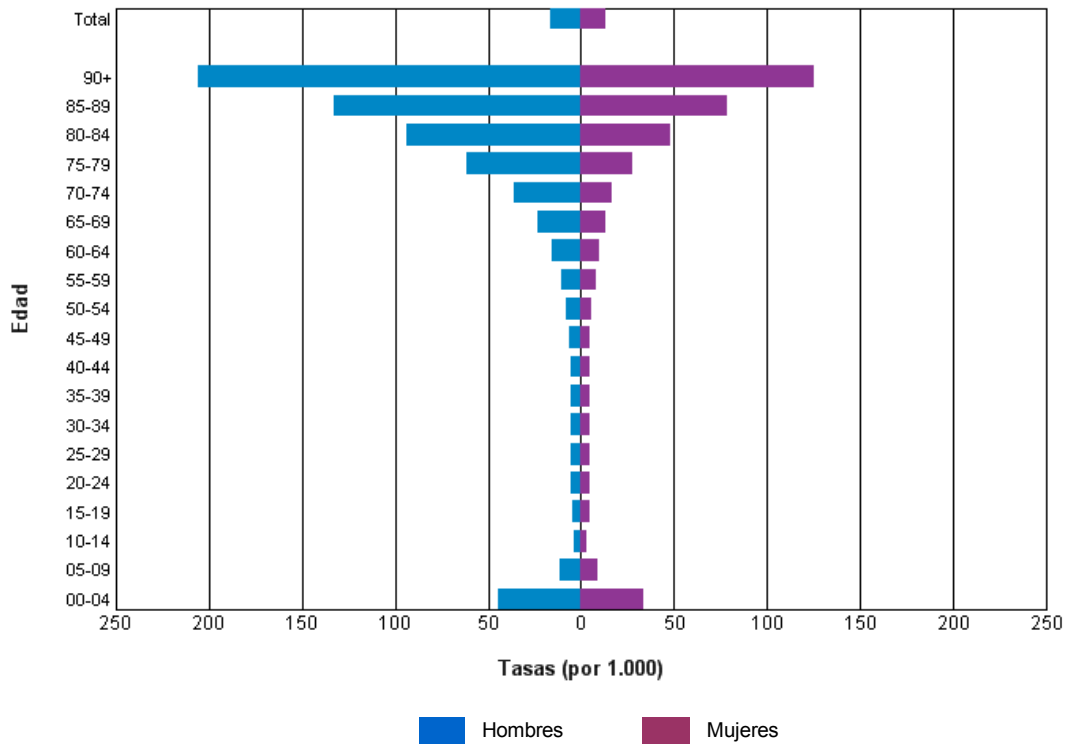
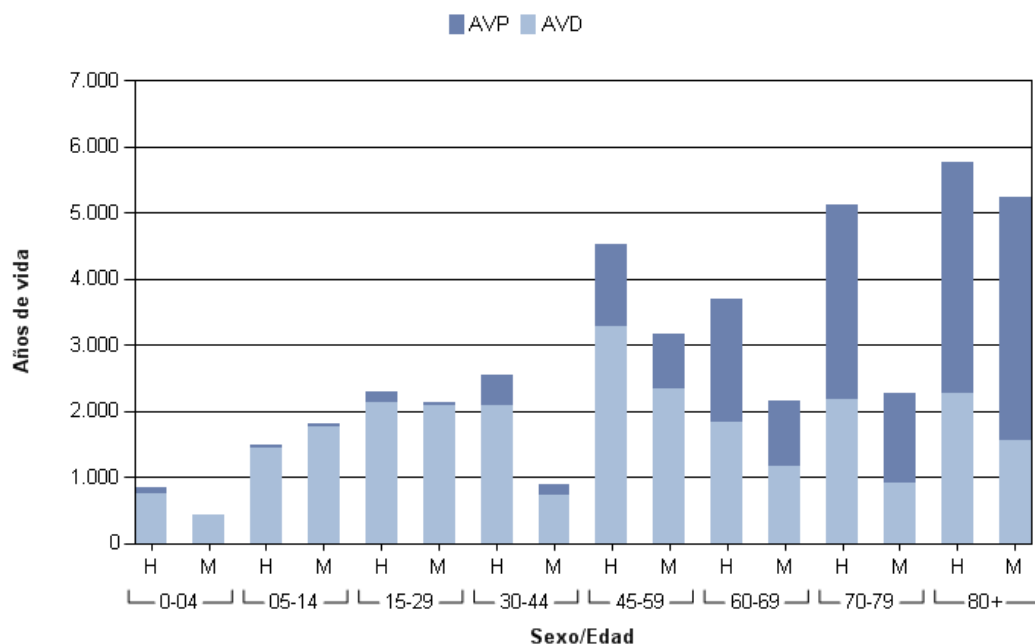


Figura 8.104. Enfermedades del sistema respiratorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3.1. Bronquitis y enfisema

Tabla 8.28. Bronquitis y enfisema. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

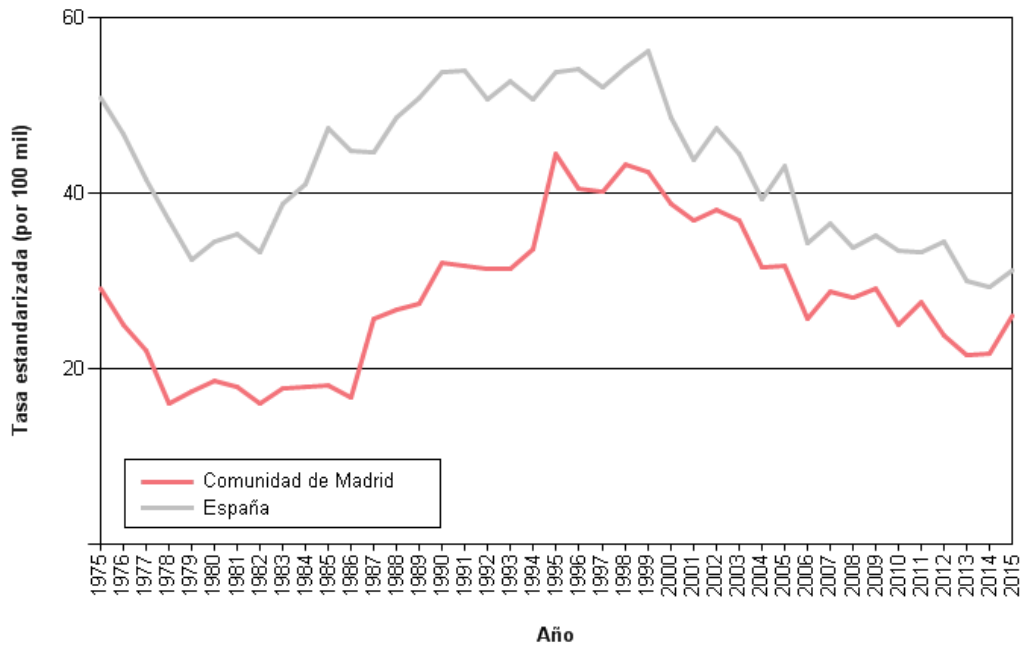
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Bronquitis y enfisema. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.219	376	1.595
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	39,4	11,2	24,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	4,2	1,8	3,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	25,8	4,7	12,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	269,8	72,2	167,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,00	-0,01	-0,01
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	10.542	3.772	14.314
Años Vividos con Discapacidad. CM.	5.088	1.771	6.859
Años de Vida Perdidos. CM.	5.453	2.001	7.455

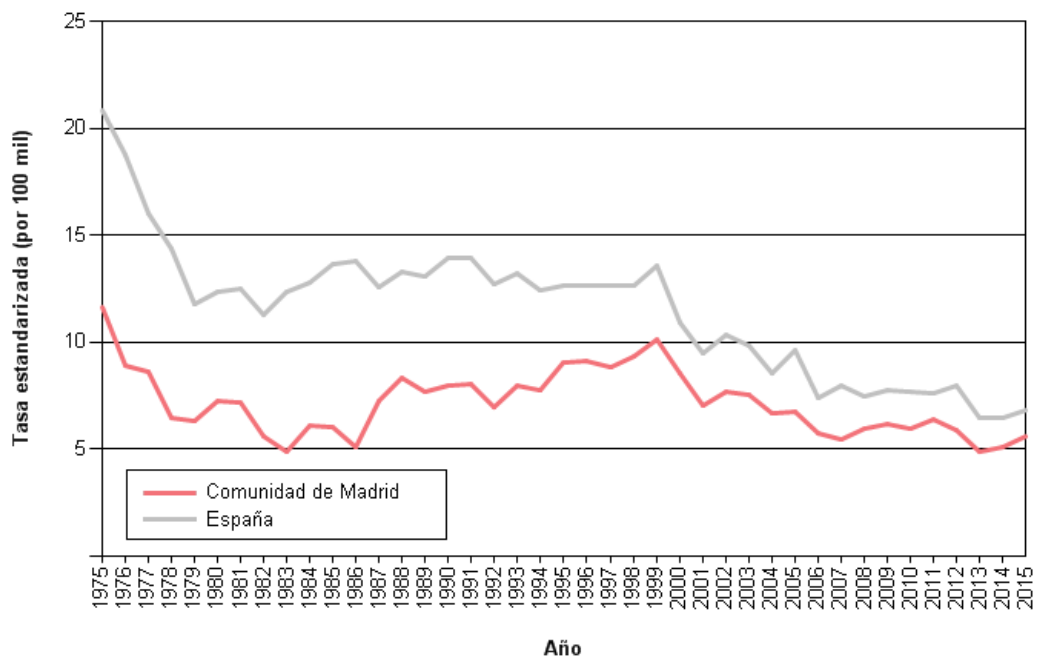
Figura 8.105. Bronquitis, enfisema y asma. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

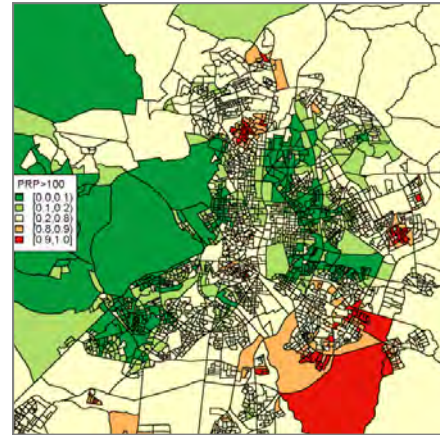
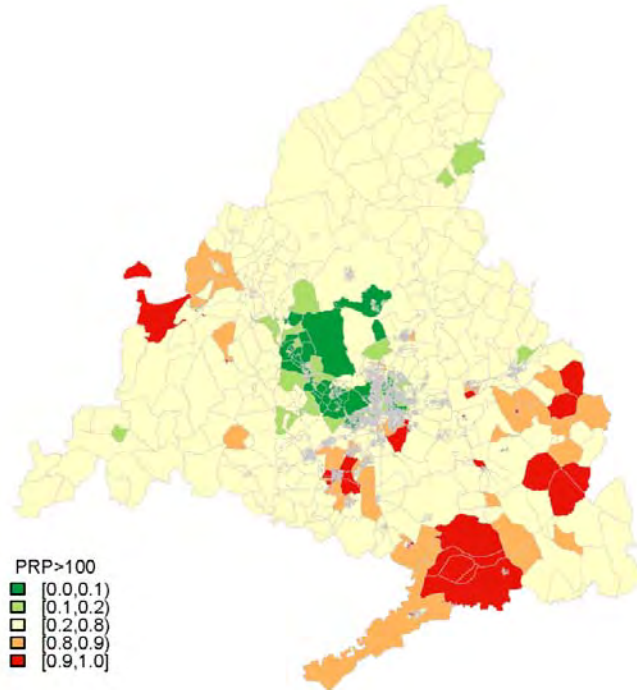


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.106. Bronquitis y enfisema. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

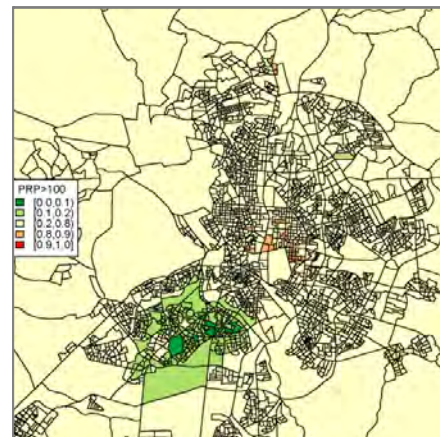
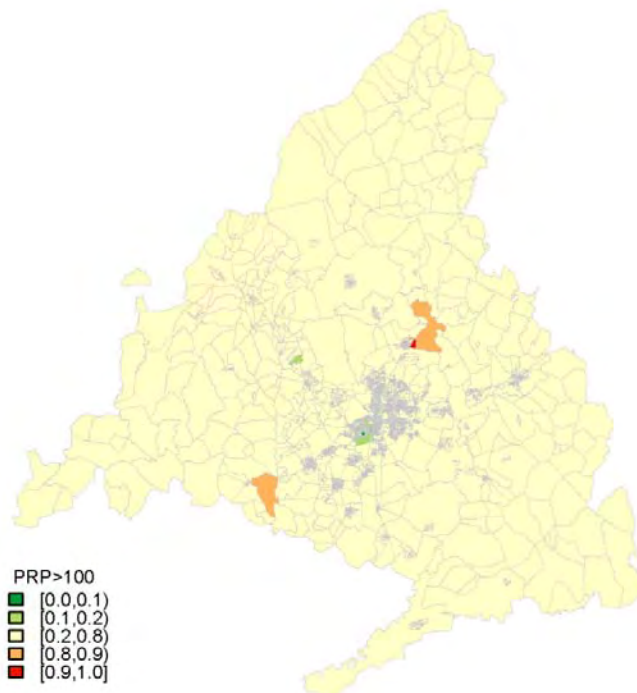


Figura 8.107. Contribución de la bronquitis y enfisema y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

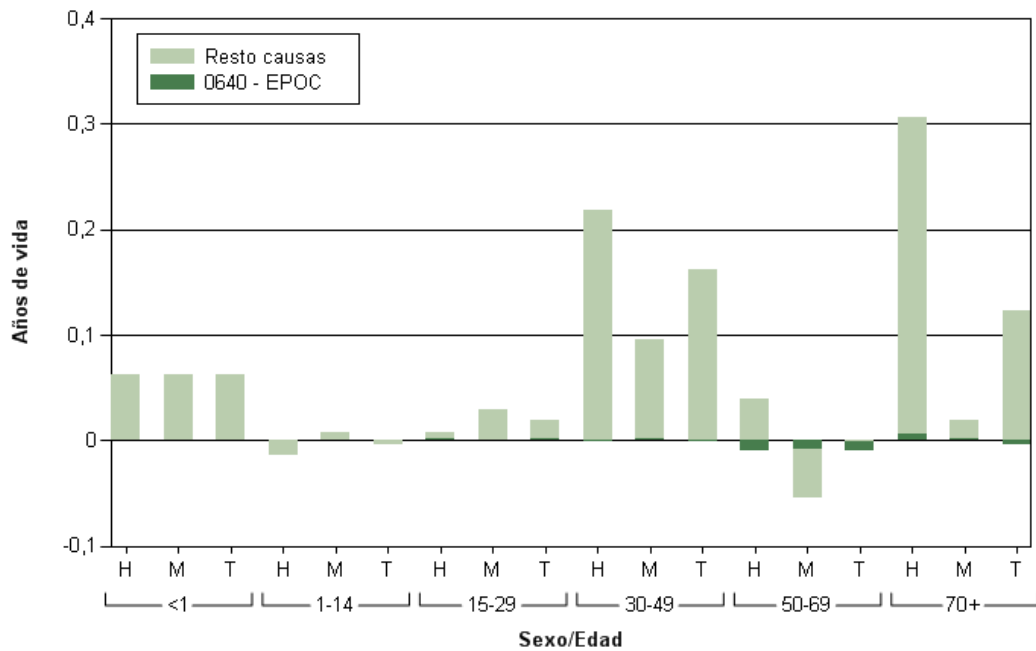


Figura 8.108. Bronquitis y enfisema. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

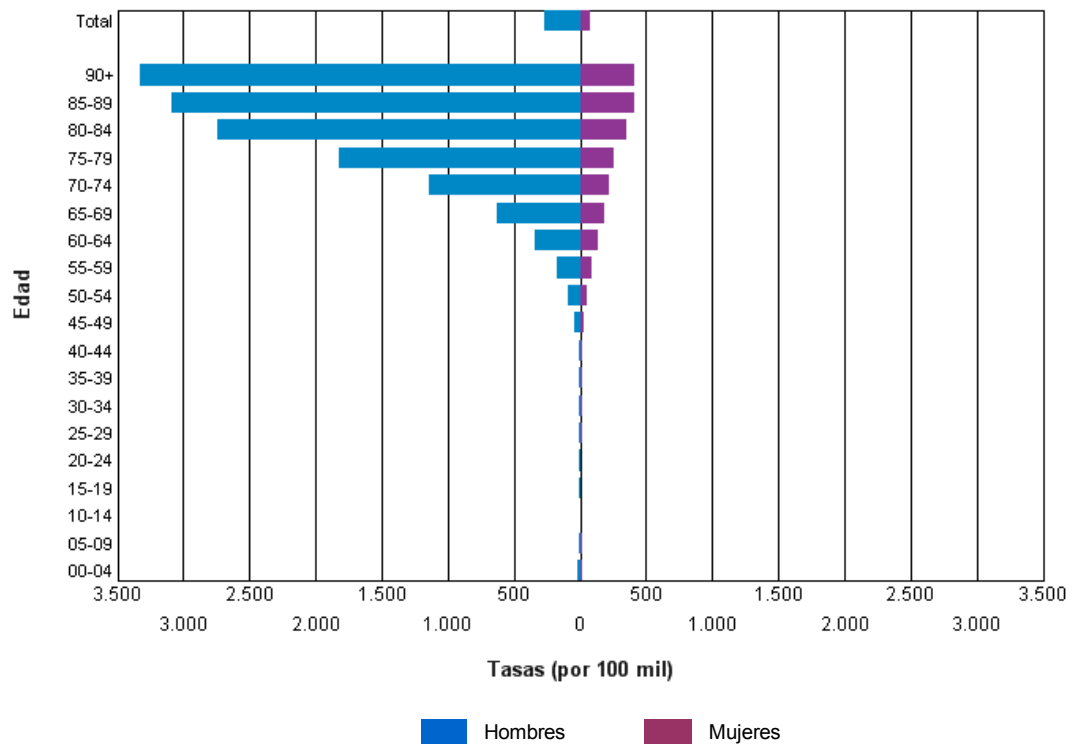
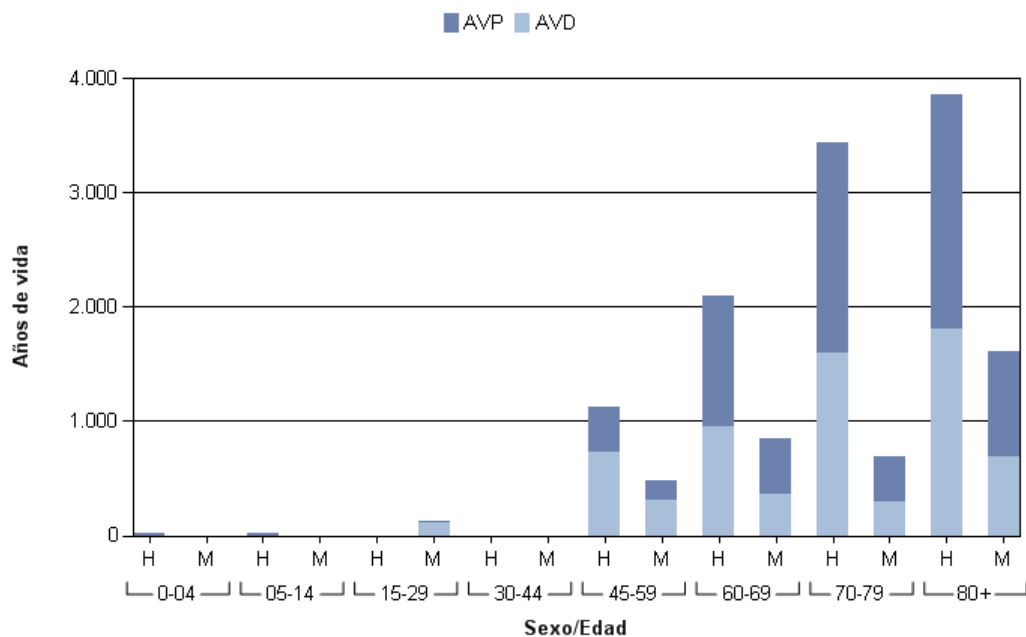


Figura 8.109. Bronquitis y enfisema. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3.2. Asma

Tabla 8.29. Asma. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Asma. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	10	69	79
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,3	2,1	1,2
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,2	0,5	0,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,2	0,9	0,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	47,8	91,1	70,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,00	0,00	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.712	4.346	9.058
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.636	4.040	8.676
Años de Vida Perdidos. CM.	75	306	381

Figura 8.110. Asma. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

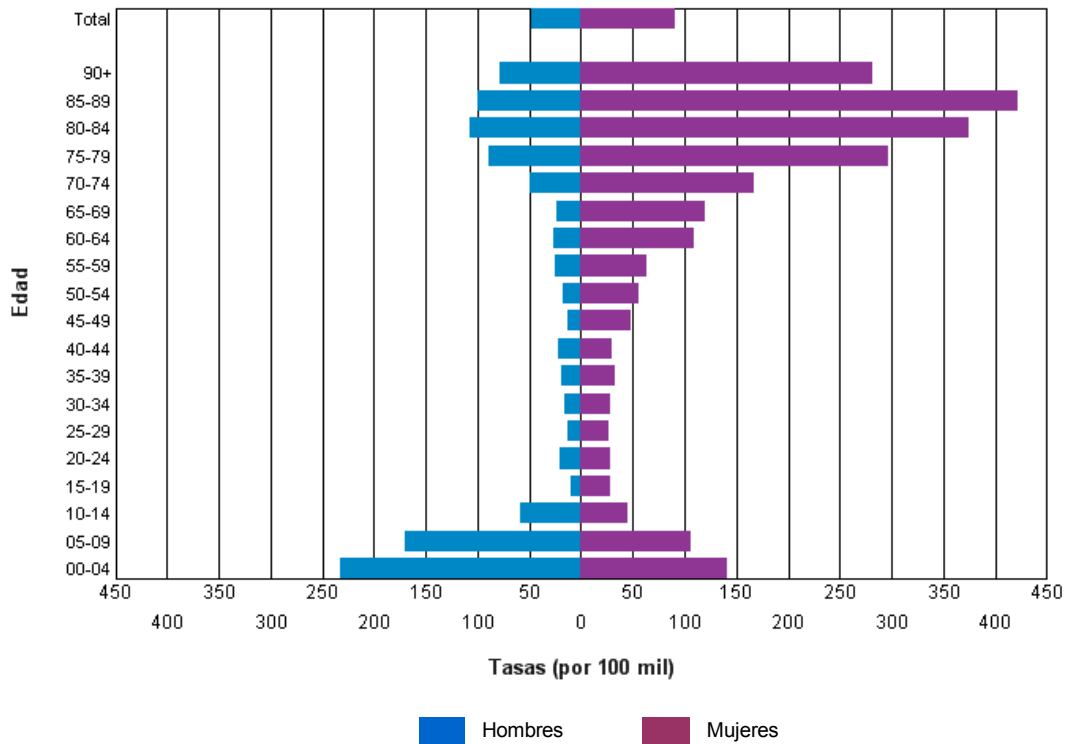
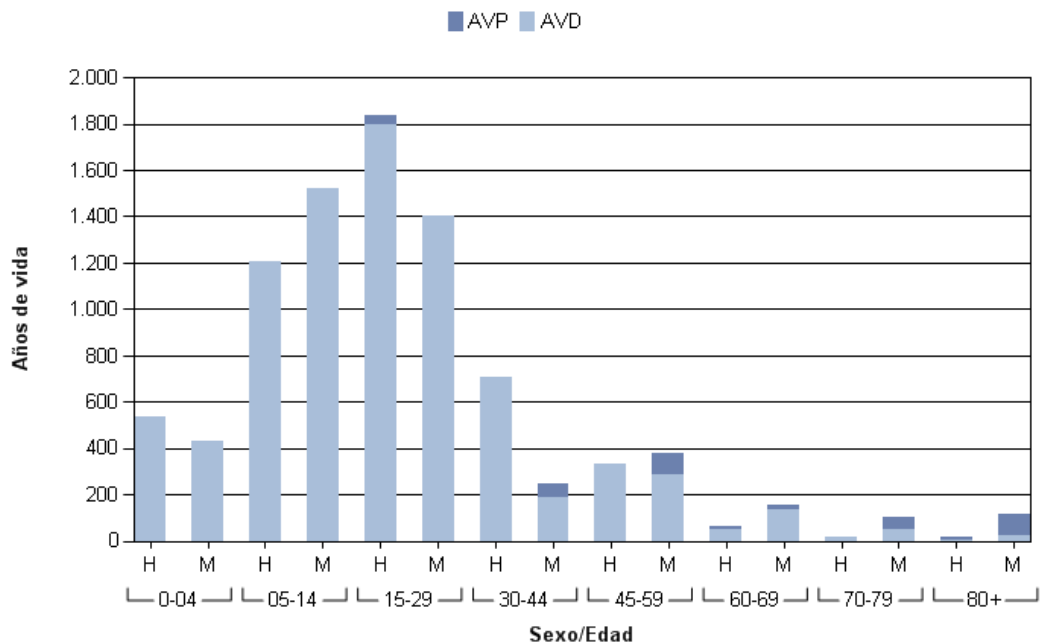


Figura 8.111. Asma. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo

Las enfermedades digestivas fueron en 2015 la quinta causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres, ocasionando el 4,4% de las muertes. Sus tasas de mortalidad muestran una tendencia descendente desde 1975 en hombres y desde principios de los noventa en mujeres.

Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más elevada de altas hospitalarias en hombres y la cuarta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 30 años. La carga de enfermedad que representan se reparte entre mortalidad y discapacidad y es especialmente alta en los hombres de 45 a 59 años.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres. Las tasas de mortalidad, muy superiores en hombres, muestran un descenso progresivo desde 1975 en ambos sexos y son inferiores a las del total de España. La distribución geográfica muestra en hombres mayores tasas en el municipio de Madrid, con un claro patrón de agregación en los Distritos Centro, Puente de Vallecas, San Blas, Usera, Villa de Vallecas y Carabanchel. La morbilidad hospitalaria, más de dos veces superior en hombres, se concentra por encima de los 40 años de edad.

Tabla 8.30. Enfermedades del sistema digestivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

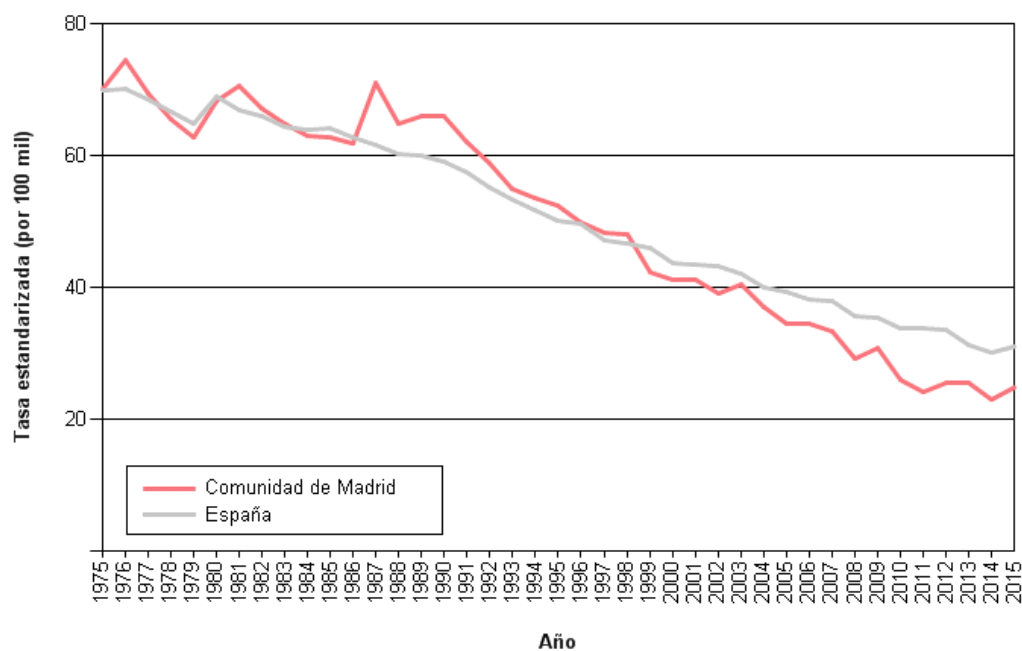
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema digestivo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	1.031	1.024	2.055
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	33,3	30,5	31,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	19,3	5,5	12,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,7	12,8	18,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	2.023,2	1.581,0	1.793,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,03	0,05	0,04
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	12.236	8.582	20.817
Años Vividos con Discapacidad. CM.	4.731	4.525	9.255
Años de Vida Perdidos. CM.	7.505	4.057	11.562

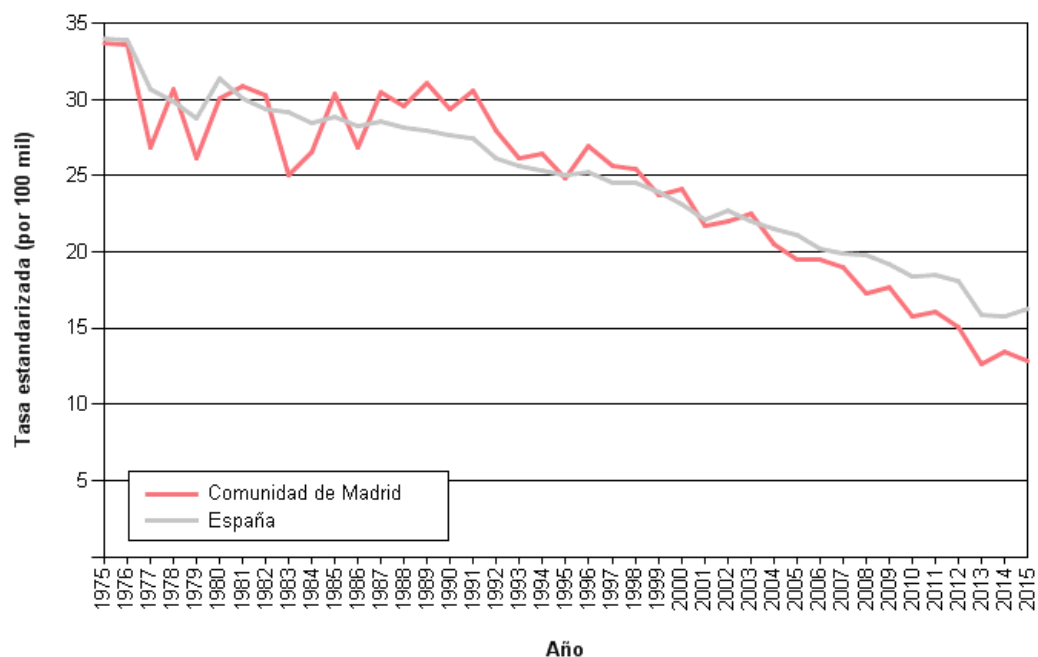
Figura 8.112. Enfermedades del sistema digestivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

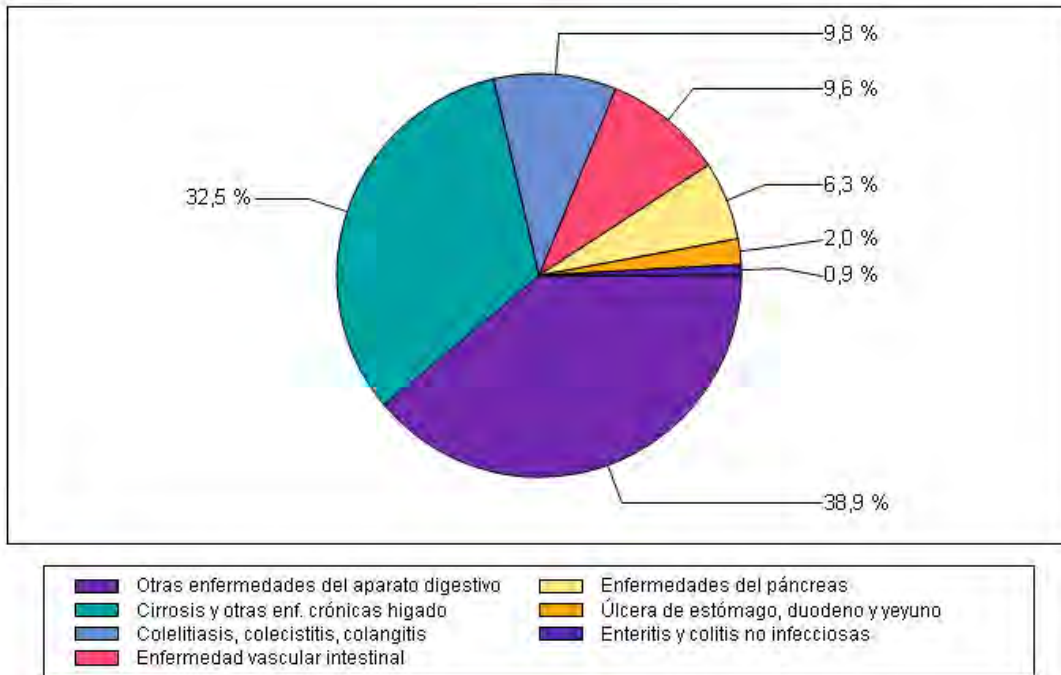


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 8.113. Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Hombres



Mujeres

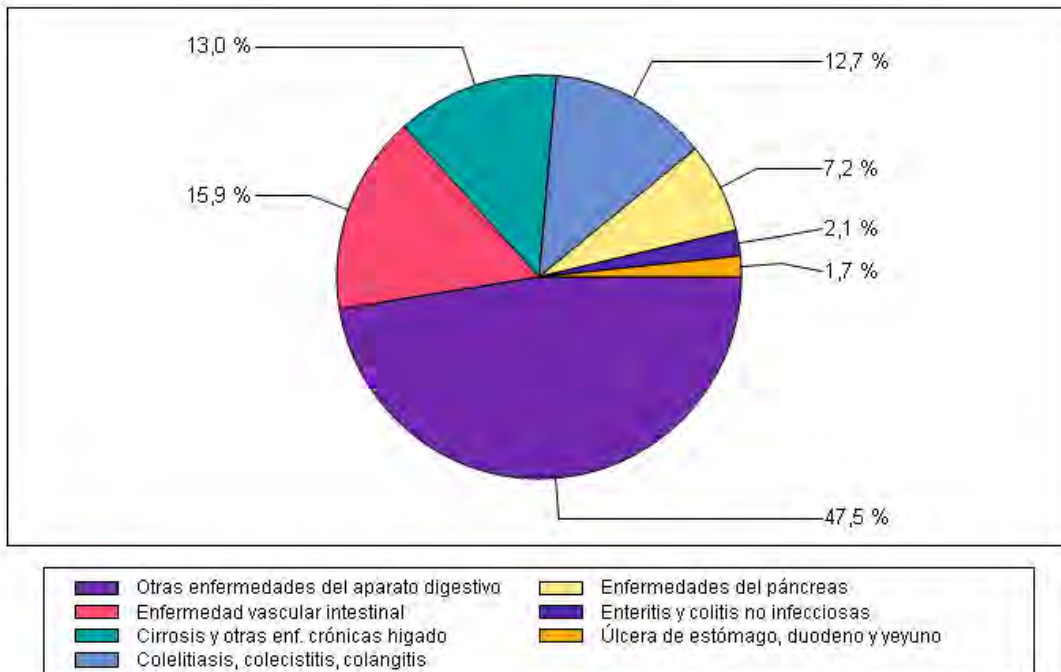
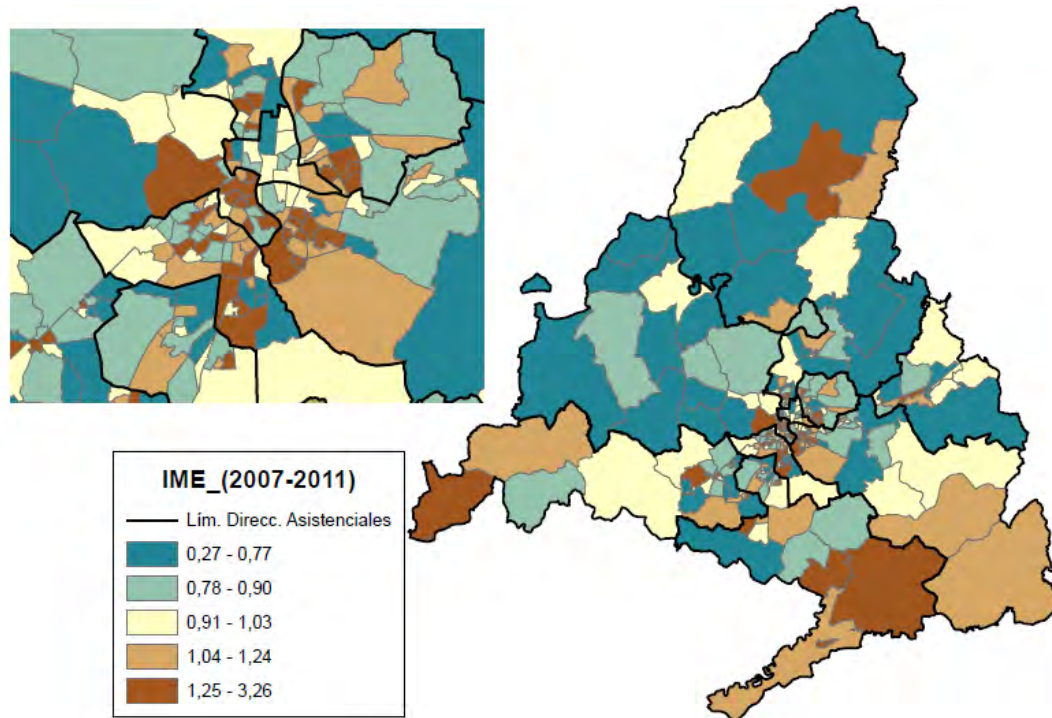


Figura 8.114. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



Mujeres

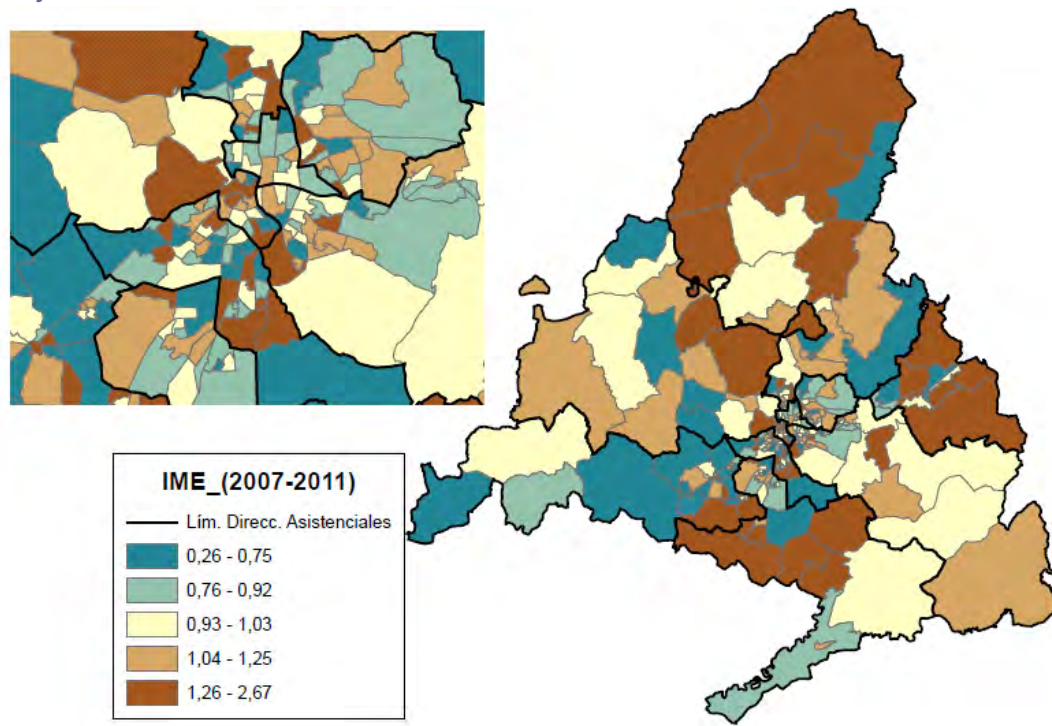


Figura 8.115. Contribución de las enfermedades del sistema digestivo y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

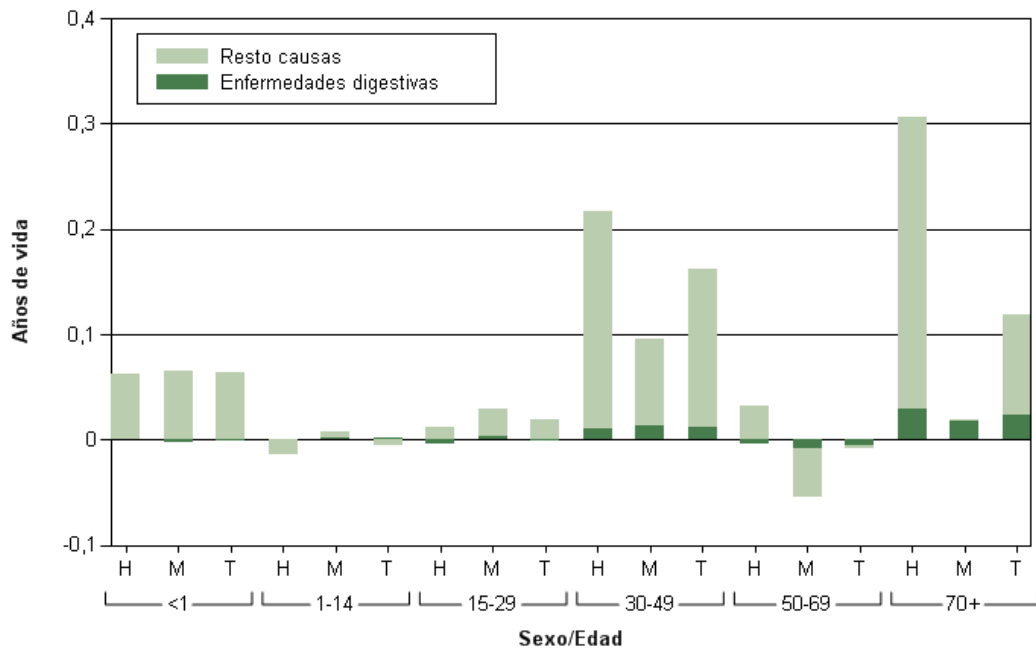


Figura 8.116. Enfermedades del sistema digestivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

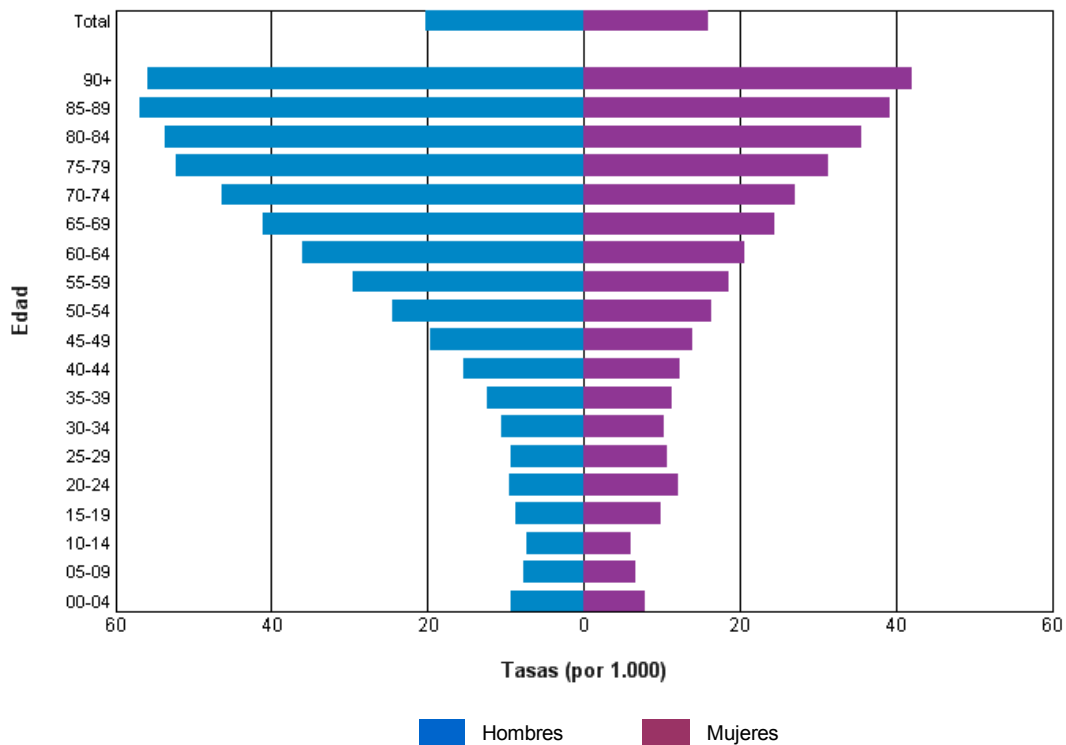
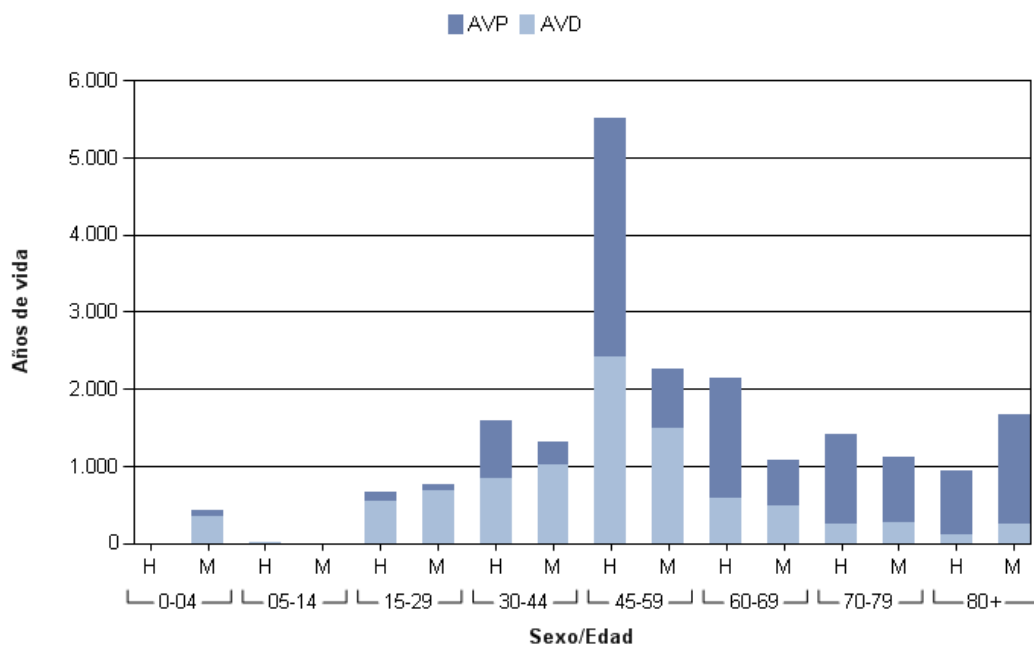


Figura 8.117. Enfermedades del sistema digestivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.4.1. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Tabla 8.31. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

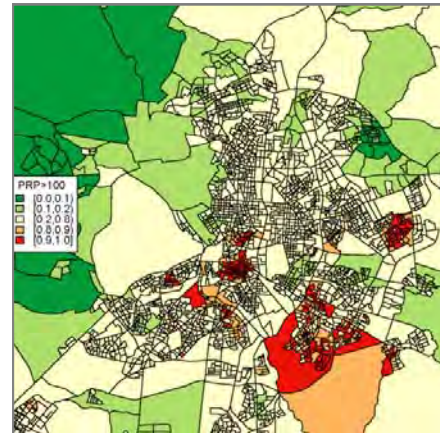
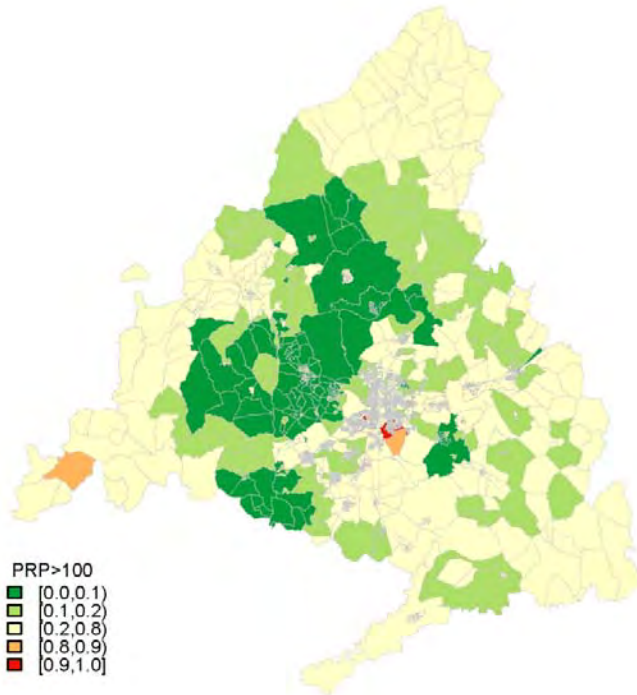
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	335	133	468
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,8	4,0	7,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,8	2,6	7,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	9,2	2,4	5,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	47,9	17,9	32,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,02	0,02	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.043	1.107	5.149
Años Vividos con Discapacidad. CM.	718	236	954
Años de Vida Perdidos. CM.	3.325	870	4.195

Figura 8.118. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

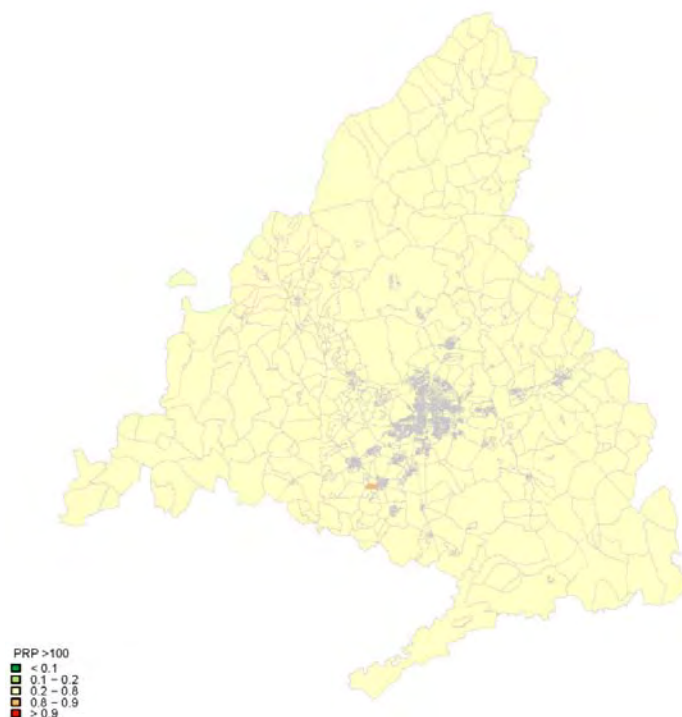
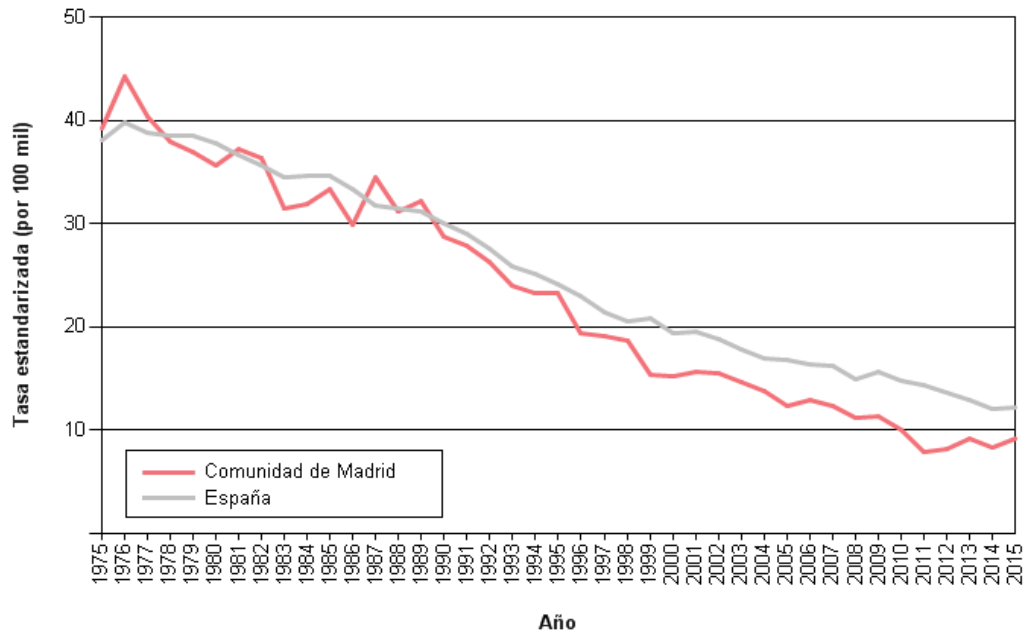


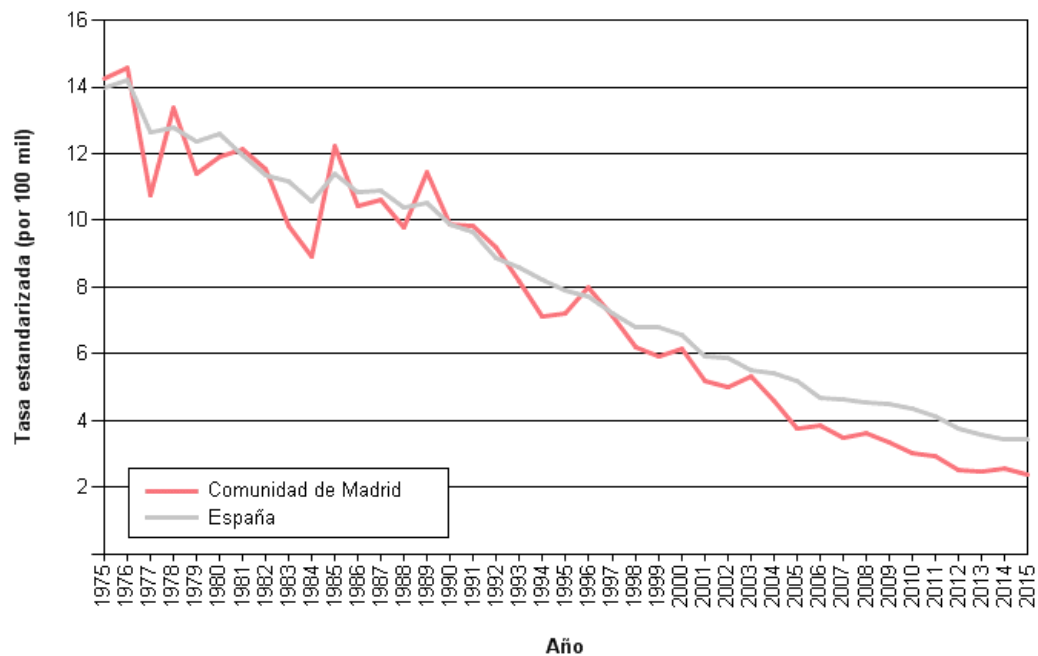
Figura 8.119. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.120. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

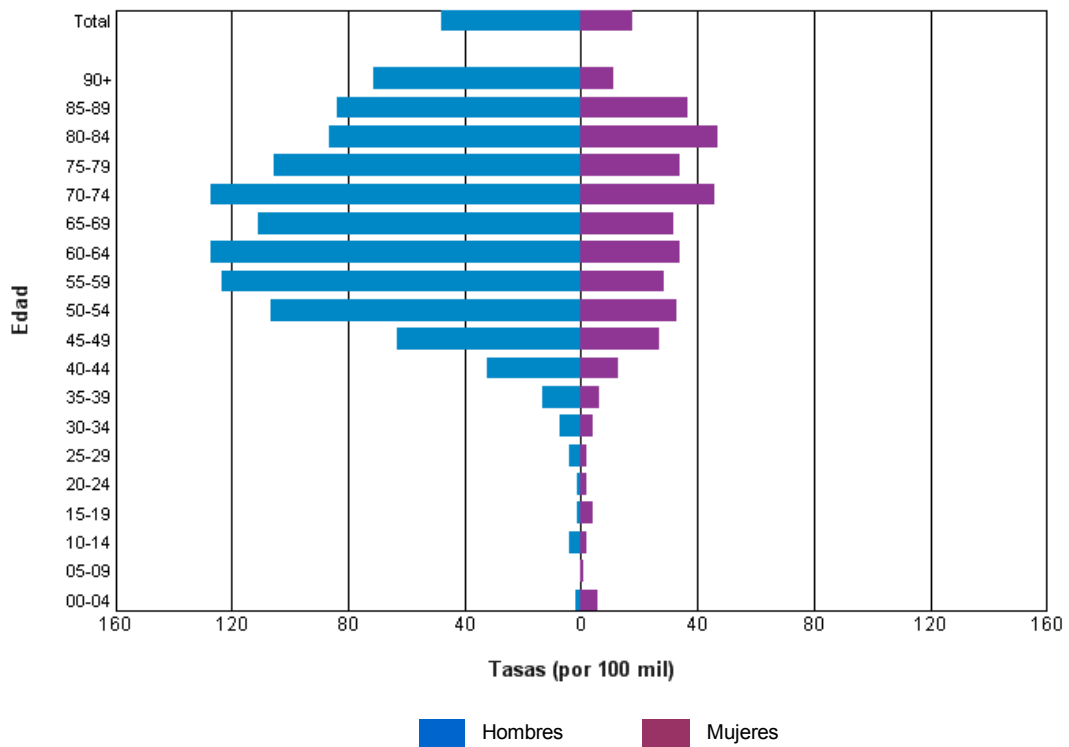
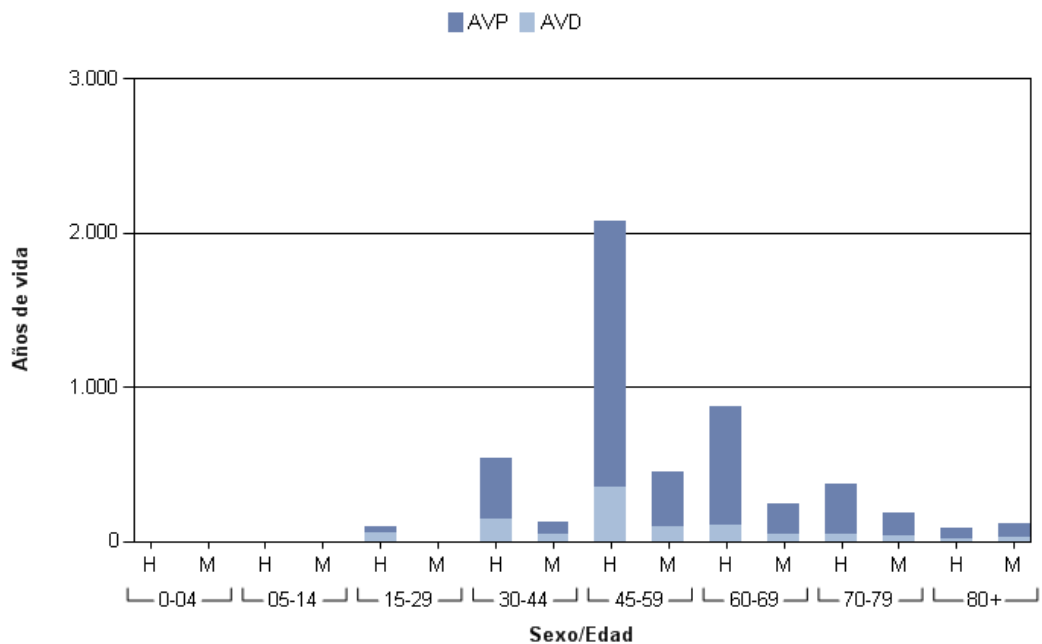


Figura 8.121. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo causan un gran número de años vividos con discapacidad, sobre todo por encima de los 30 años, sobre todo en mujeres, donde son más frecuentes. En 2015 fueron en las mujeres el cuarto grupo de enfermedades que registró mayor carga de enfermedad, y el sexto en los hombres.

Tabla 8.32. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

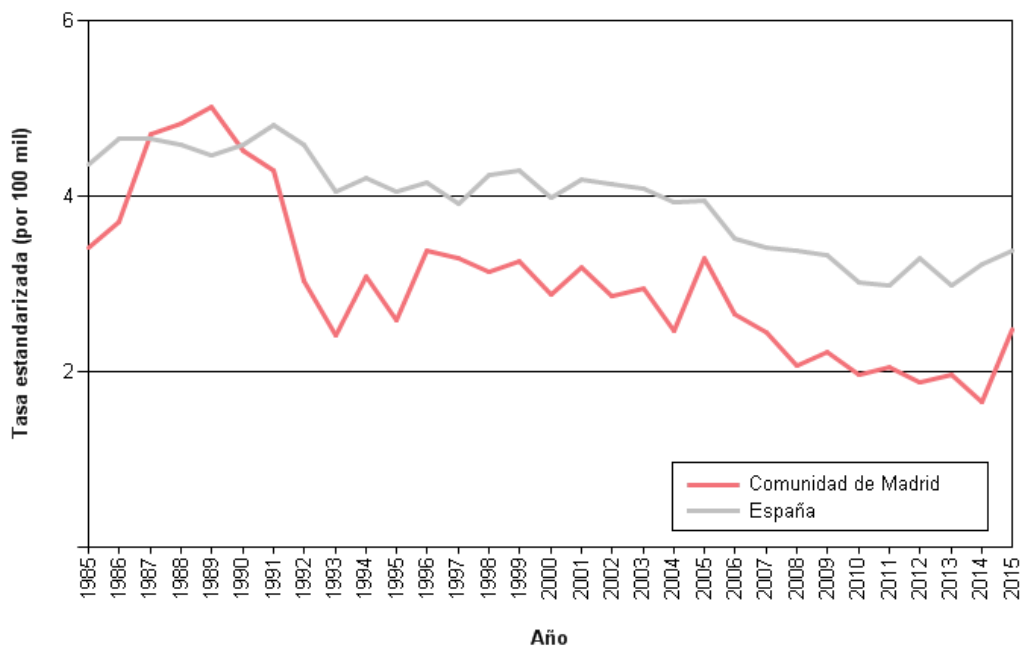
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	114	299	413
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,7	8,9	6,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,2	1,0	1,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	2,5	3,3	3,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.238,1	1.502,5	1.376,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,01	-0,02	-0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	14.470	21.009	35.479
Años Vividos con Discapacidad. CM.	13.921	20.140	34.061
Años de Vida Perdidos. CM.	549	869	1.418

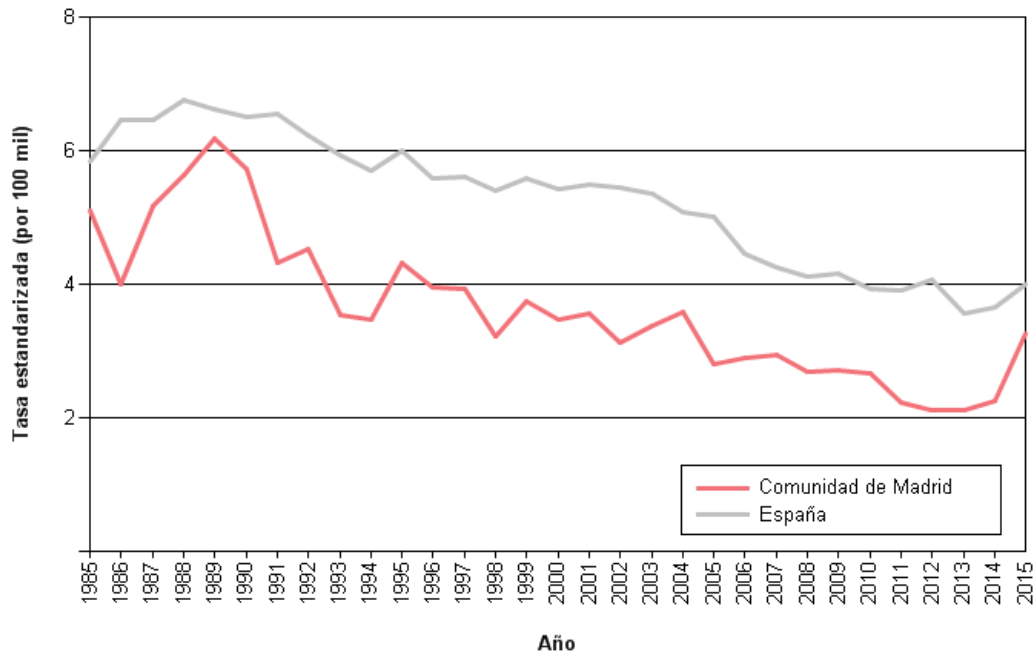
Figura 8.122. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1985-2015

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.123. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

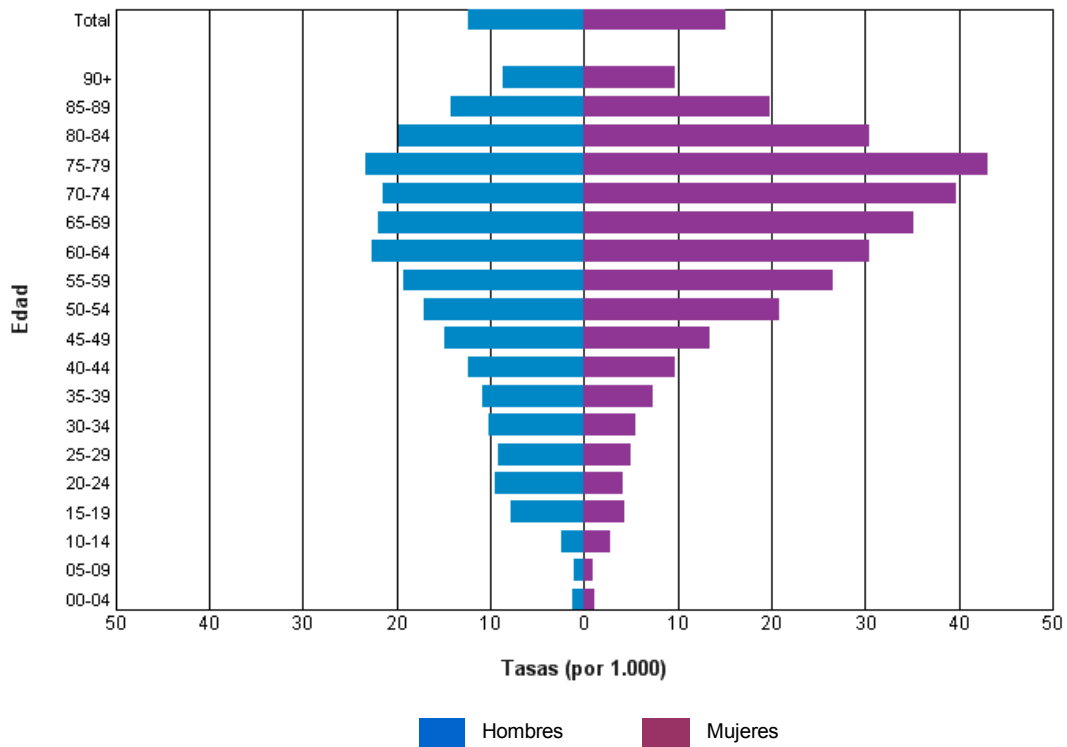
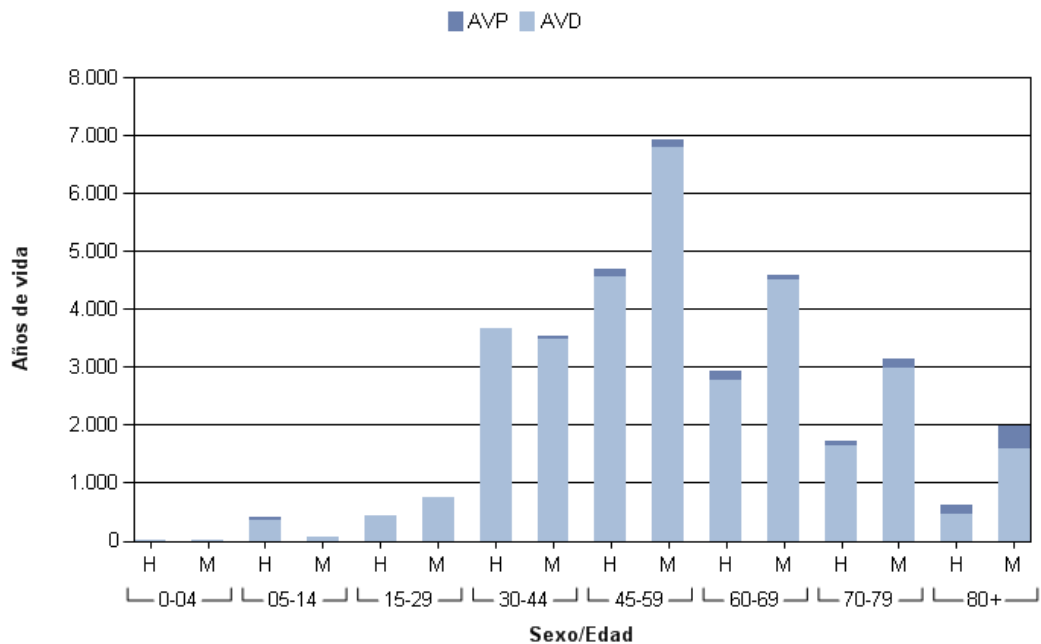


Figura 8.124. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5.1. Artritis reumatoide y osteoartritis

Tabla 8.33. Artritis reumatoide y osteoartritis. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Artritis reumatoide y osteoartritis. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	4	29	33
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,1	0,9	0,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,2	6,7	0,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,1	0,3	0,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	143,5	249,4	198,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,00	-0,00	-0,00
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	1.731	4.776	6.507
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.714	4.699	6.413
Años de Vida Perdidos. CM.	17	77	94

Figura 8.125. Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

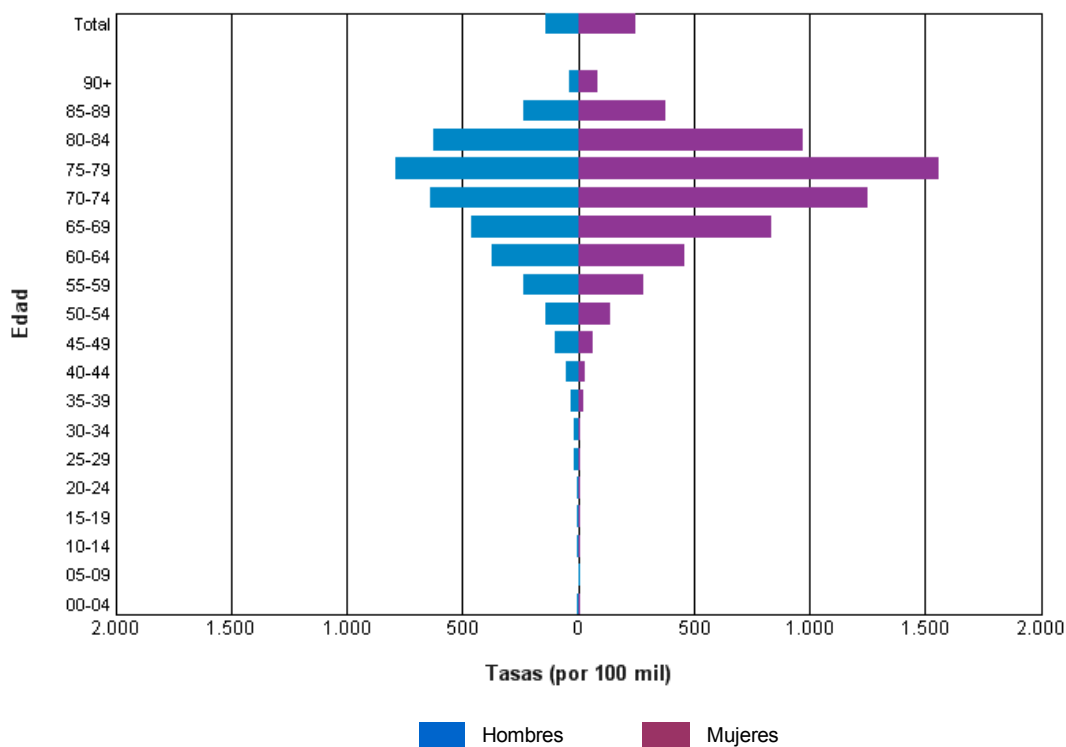
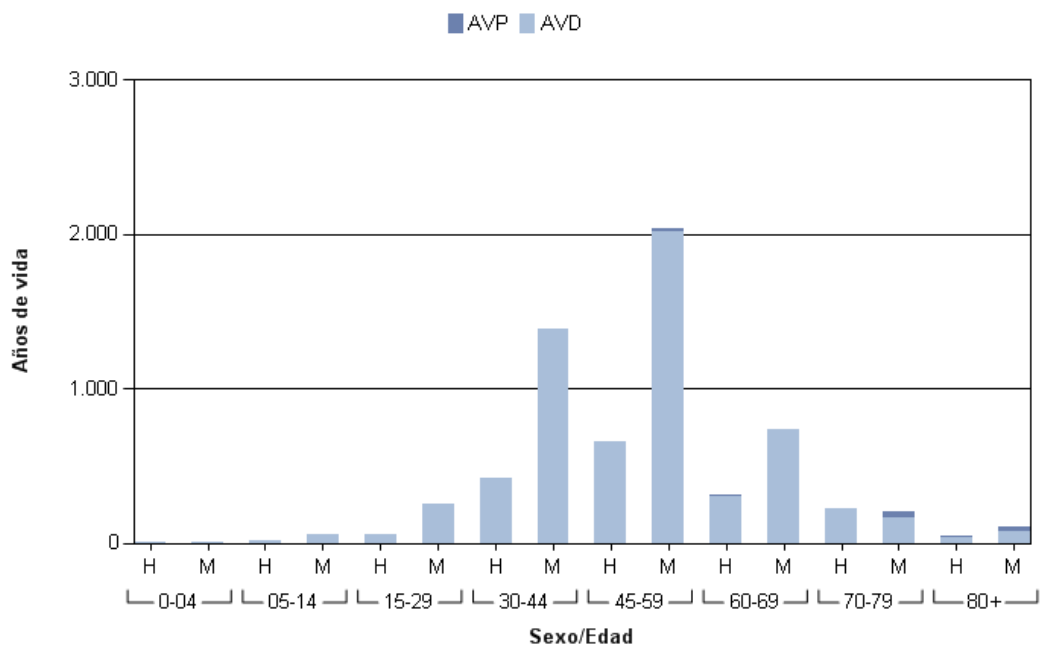


Figura 8.126. Artritis reumatoide y osteoartritis. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5.2. Osteoporosis y fracturas patológicas

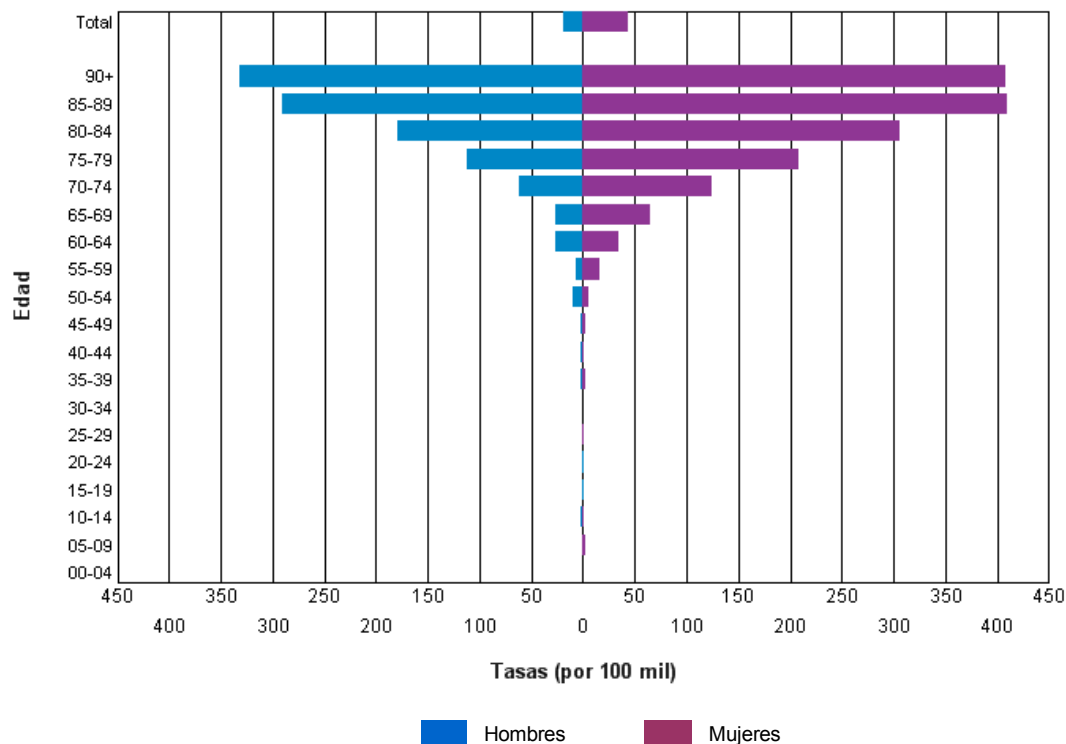
Tabla 8.34. Osteoporosis y fracturas patológicas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Osteoporosis y fracturas patológicas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	44	175	219
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,4	5,2	3,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	-	-	-
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	0,8	1,6	1,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	18,6	42,9	31,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,00	-0,01	0,00

Figura 8.127. Osteoporosis y fracturas patológicas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario

Las enfermedades del sistema genitourinario afectan de forma más destacada a los varones, en los que se incrementa la morbilidad hospitalaria a partir de los 50 años. Generan discapacidad entre varones de 45 a 69 años y mortalidad a partir de esa edad en ambos sexos.

Tabla 8.35. Enfermedades del sistema genitourinario. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema genitourinario. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	586	823	1.409
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	18,9	24,5	21,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	1,7	1,1	1,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	12,0	8,7	9,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	1.174,5	1.162,8	1.168,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,06	0,00	0,03
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.889	2.820	6.709
Años Vividos con Discapacidad. CM.	2.107	692	2.799
Años de Vida Perdidos. CM.	1.783	2.128	3.911

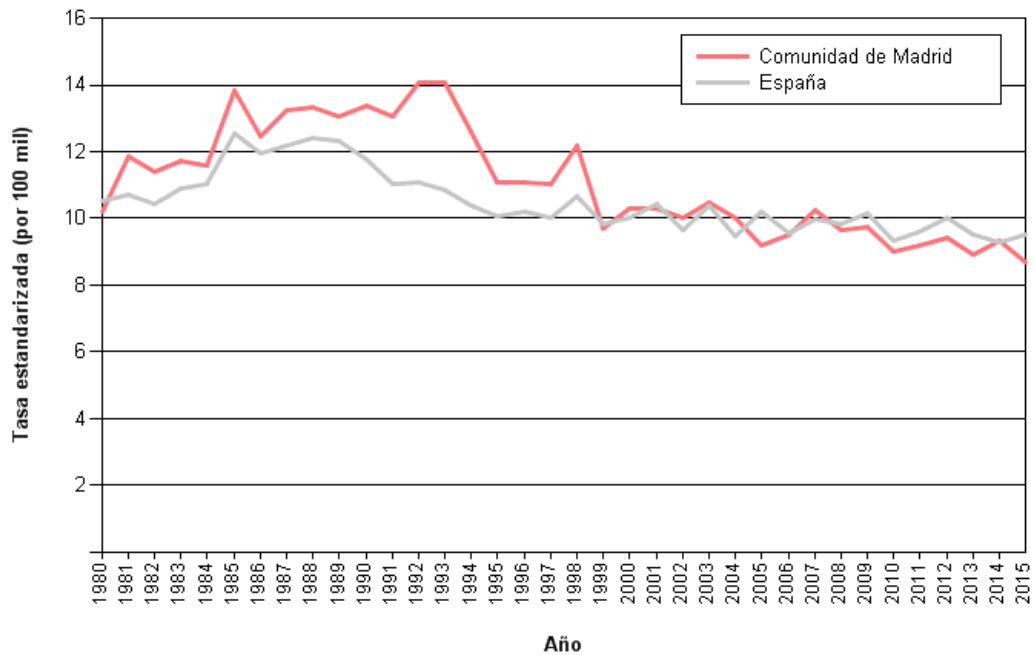
Figura 8.128. Enfermedades del sistema genitourinario. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Figura 8.129. Enfermedades del sistema genitourinario. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

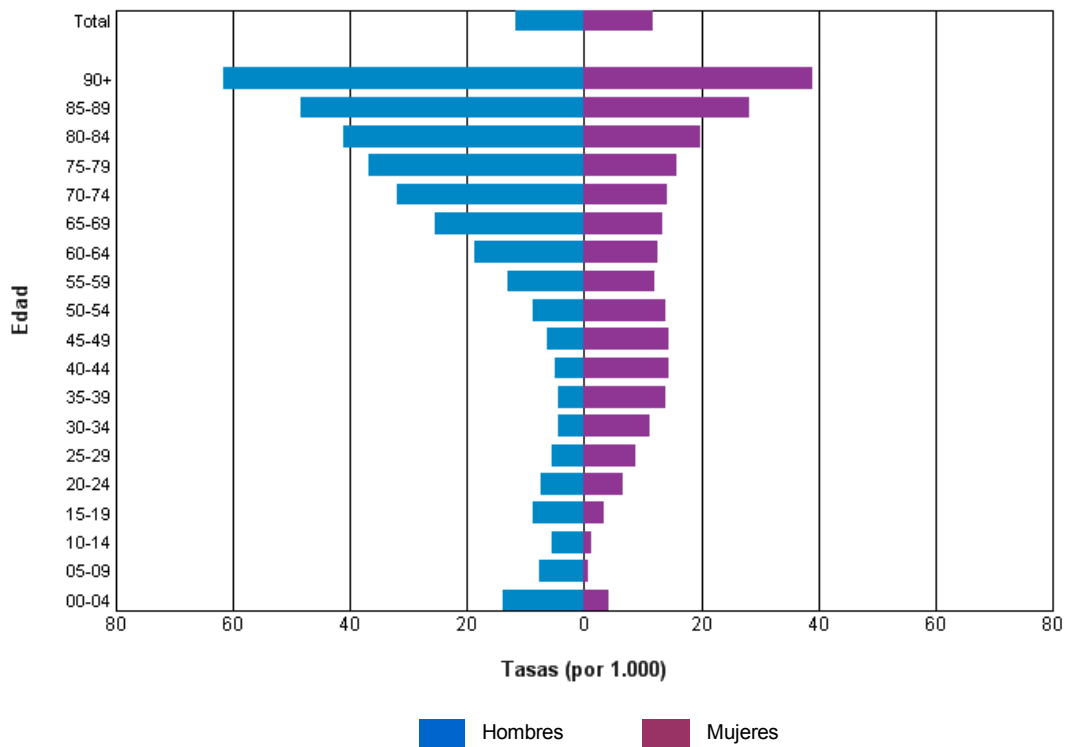
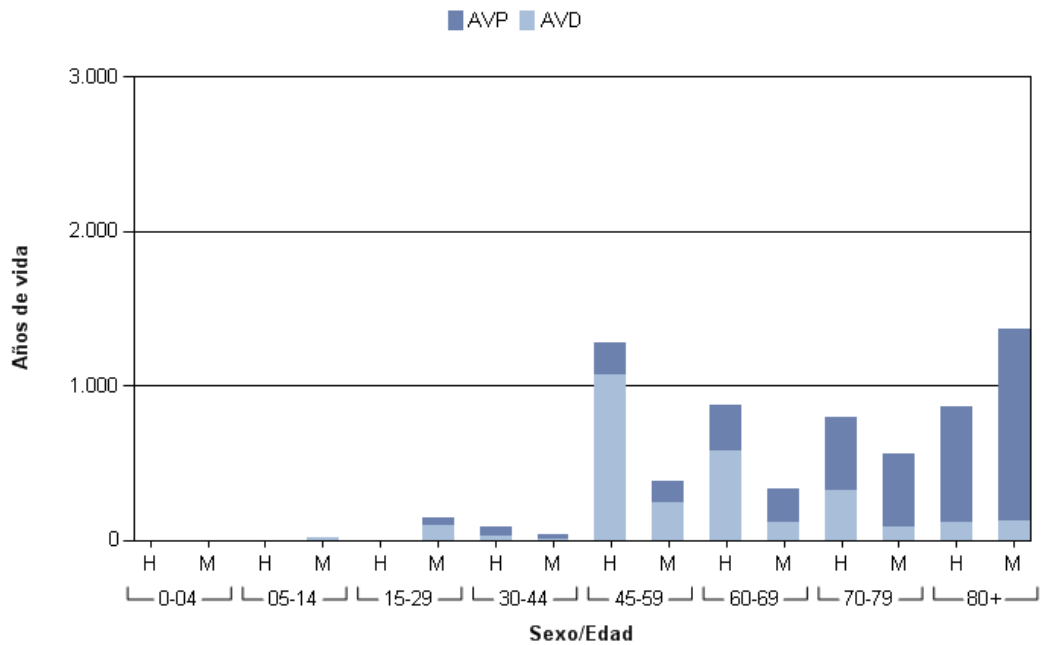


Figura 8.130. Enfermedades del sistema genitourinario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.7. Enfermedades poco frecuentes

Las Enfermedades Poco Frecuentes (EPF) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. La Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REpIER) añadió a la definición anterior que se acompañe al menos con una de las siguientes características: cronicidad, escaso conocimiento etiológico, falta de tratamiento curativo o de baja accesibilidad, importante carga de enfermedad o limitación en la calidad de vida.

Consideradas globalmente se estima que afectan a tres millones de españoles y al 6-8% de la población europea. Debido a su gran complejidad, baja frecuencia y dispersión de casos, presentan dificultades diagnósticas y de seguimiento; por lo que requieren de una clara coordinación para un abordaje integral y multidisciplinar, el avance en la investigación y el conocimiento sobre las mismas.

En el marco de la estrategia europea y estatal de las EPF, la Comunidad de Madrid creó el sistema de información de enfermedades poco frecuentes de la Comunidad de Madrid (SIERMA), con Orden de creación 571/2015, de 9 de junio, del Consejero de Sanidad. El SIERMA tiene como finalidad estudiar y analizar, desde el punto de vista epidemiológico, las EPF en la Comunidad de Madrid. El SIERMA ha sido utilizado como fuente de información para la elaboración de este informe.

No existe una lista totalmente consensuada de EPF a nivel internacional. Para este informe se ha considerado el listado de la Red Española de Registros para la Investigación de Enfermedades Raras (Grupo Spain-RDR) y también el listado de las enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Para el análisis de la morbilidad y la mortalidad por EPF se ha utilizado la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión - Modificación Clínica (CIE-9-MC) y 10ª Revisión (CIE-10) respectivamente.

8.2.7.1. Mortalidad por enfermedades poco frecuentes

En el año 2014 se identificaron un total de 650 muertes por enfermedades poco frecuentes, con similar distribución según sexo y el 18,5% acontecieron en menores de 45 años. La tasa bruta de mortalidad por EPF fue de 10,08 por 100.000 personas (9,63 en mujeres y 10,57 en hombres) (Tabla 8.36). Los grupos de edad con mayores tasas de mortalidad por alguna EPF son los menores de 1 año (70,7 por 100.000) y los mayores de 65 años (39,10 por 100.000). En general se observa un predominio en las tasas de mortalidad de los hombres respecto a la de las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en el de 1 a 14 años.

Tabla 8.36. Enfermedades poco frecuentes. Mortalidad según sexo y grupos de edad. Número de fallecidos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2014.

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

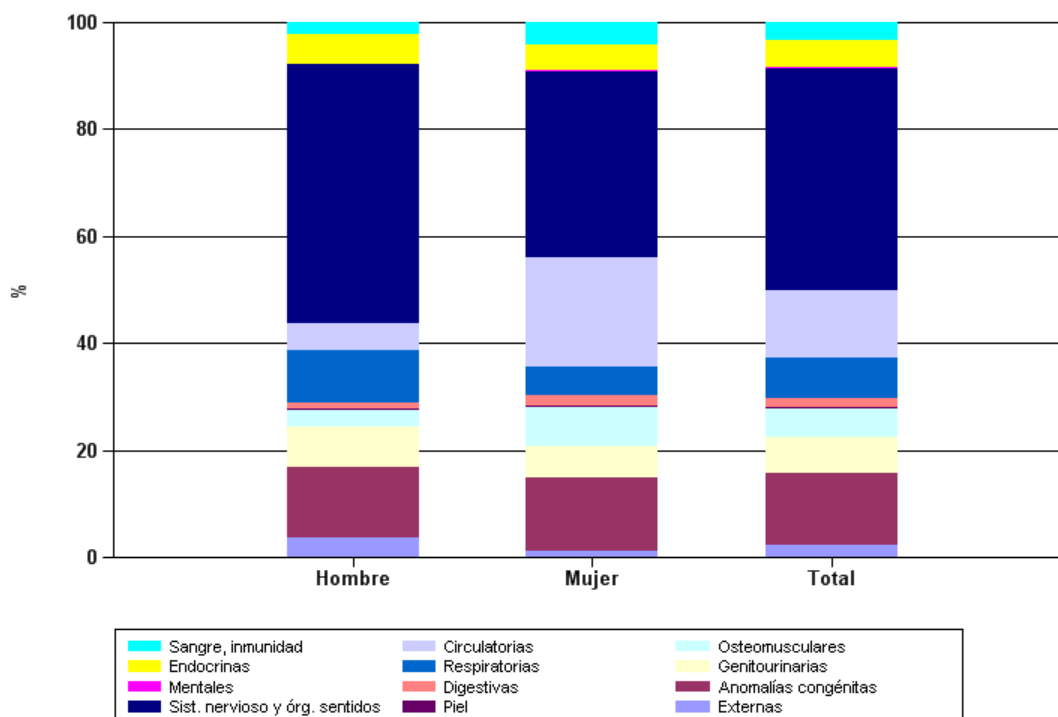
Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		N	Tasa
	N	Tasa	N	Tasa		
0	20	64,55	25	76,53	45	70,7
1-14	13	2,81	13	2,67	26	2,74
15-44	17	1,26	32	2,41	49	1,83
45-64	45	5,08	68	8,43	113	6,68
65+	228	36,38	189	42,98	417	39,1
Total	323	9,63	327	10,57	650	10,08

(*) Datos pendientes de consolidación

En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10 (Figura 8.131), para ambos sexos se observa mayor proporción de fallecidos por las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (41,54%) seguido de las malformaciones congénitas (13,38%). Al comparar la distribución porcentual en mujeres y hombres, destaca en las mujeres la mayor proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio y en los hombres por enfermedades respiratorias.

Figura 8.131. Enfermedades poco frecuentes. Mortalidad según sexo y gran grupo de causa. Comunidad de Madrid, 2014.

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



(*) Datos pendientes de consolidación

8.2.7.2. Morbilidad por enfermedades poco frecuentes

Durante el año 2015 se identificaron un total de 487.382 casos de EPF que corresponden a 402.115 personas (58,4% mujeres) residentes en la Comunidad de Madrid. En términos generales, en relación a la edad y el sexo (Tabla 8.37), se sigue una distribución creciente conforme aumenta la edad, con mayor número de personas en el grupo de mayores de 64 años, tanto en hombres como en mujeres. En hombres, la tasa de EPF muestra una distribución bimodal, con mayor afectación en los grupos de edad por encima de 64 años y en menores de 15 años. En mujeres se observa mayor afectación a partir de los 44 años. Se observa un predominio en las tasas de los hombres respecto a la de las mujeres hasta los 14 años de edad y de las tasas de las mujeres respecto a la de los hombres por encima de esta edad.

Tabla 8.37. Enfermedades poco frecuentes. Morbilidad según sexo y grupos de edad. Número de personas y tasas por 10.000. Comunidad de Madrid, 2015.

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

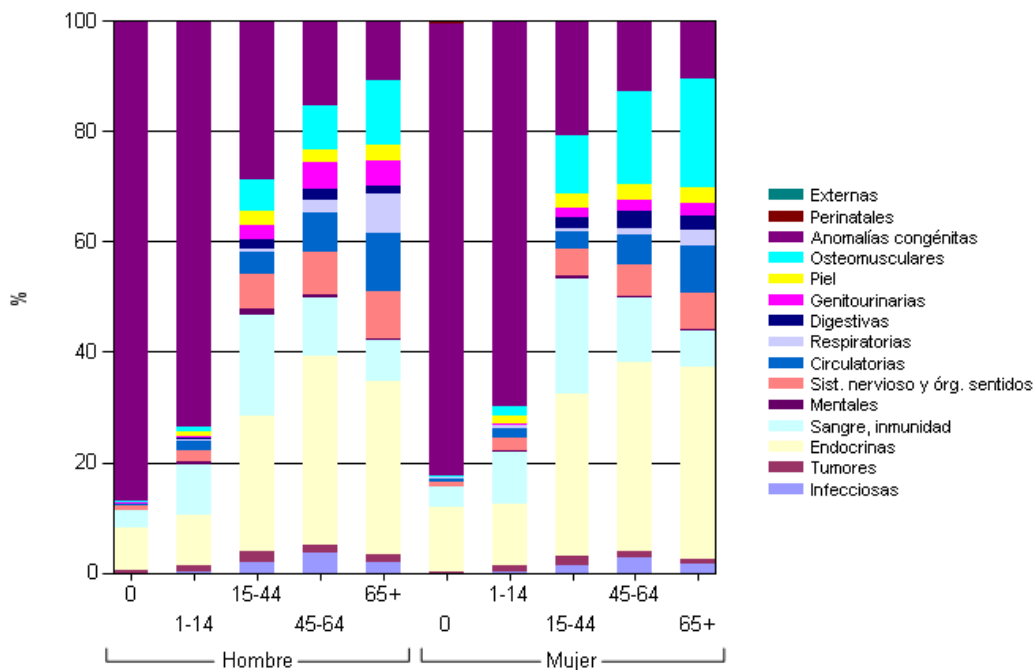
Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		N	Tasa
	N	Tasa	N	Tasa		
0	1.554	502,95	2.142	656,54	3.696	581,84
1-14	25.166	542,81	34.065	699,19	59.231	622,94
15-44	56.689	428,34	36.153	277,91	92.842	353,77
45-64	62.538	694,24	40.775	496,58	103.313	599,99
65+	88.764	1.386,08	54.269	1.203,4	143.033	1.310,6
Total	234.711	698,72	167.404	541,27	402.115	623,24

(*) Datos pendientes de consolidación

Por grupo patológico de la CIE 9-MC (Figura 8.132), para ambos sexos, en menores de 15 años la mayoría de las EPF se agruparon dentro de las anomalías congénitas; a partir de los 15 años, éstas disminuyen drásticamente y cobran mayor relevancia aquellas que se distribuyen en el grupo de las enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólico e inmunitario, seguidas de las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y de las del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, estas últimas más acentuadas a partir de los 65 años.

Figura 8.132. Enfermedades poco frecuentes. Morbilidad según sexo, grupo de edad y gran grupo de causa. Comunidad de Madrid, 2015.

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



(*) Datos pendientes de consolidación

(*) Una persona puede tener más de una enfermedad poco frecuente

8.3. Conclusiones

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (en 2015, 129,7 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (93,2 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. La mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores. En 2015 los tumores compartían en hombres el segundo puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria con las enfermedades del aparato digestivo, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan también el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas suponen más de la mitad de las altas). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante desde mediados de los años noventa del pasado siglo. En mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en número de fallecimientos, después de más de dos décadas de aumento constante de su tasa de mortalidad, superior a la nacional. Geográficamente se observa un patrón de agregación de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en el sur del municipio de Madrid y en mujeres en la zona central. El cáncer de mama vuelve a ocupar el primer puesto en porcentaje de muertes por cáncer en mujeres en 2015, superando al cáncer de colon y recto. Este último presenta en ambos sexos la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer en 2015.

En 2015 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la segunda causa de mortalidad en ambos sexos –con tendencia claramente descendente–, la cuarta en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan en hombres y se sitúan en segundo lugar en mujeres (36,6% y 21,0% respectivamente), con tasa de mortalidad 2,5 veces superior en hombres. Se observa un patrón geográfico de mayor mortalidad por cardiopatía isquémica en la zona centro del municipio de Madrid. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar en mujeres y el segundo en hombres entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas estandarizadas superiores en hombres (22,0 por 100.000 habitantes, frente a 18,0 en mujeres, para 2015).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2015. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999, más marcada en hombres. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2015 la cuarta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad. La bronquitis y el enfisema pulmonar motivaron el 32,5% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid en 2015, y el 10,5% en mujeres, superadas en éstas por las neumonías, con un 24,8% de las defunciones. La morbilidad hospitalaria por esta causa se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años. El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 60 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en hombres y mujeres, ocasionando el 4,4% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más alta de altas hospitalarias en hombres y la cuarta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 30 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres.

Las enfermedades poco frecuentes (EPF) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. En el año 2014 fallecieron un total de 650 personas por EPF, con similar distribución por sexo y el 18,5% acontecieron en menores de 45 años. En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa mayor proporción de fallecidos por las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (41,54%). Durante el año 2015 se identificaron un total de 487.382 casos de EPF que corresponden a 402.115 personas (58,4% mujeres) residentes en la Comunidad de Madrid. En relación a la edad y el sexo, existe un predominio en las tasas de los hombres respecto a la de las mujeres hasta los 14 años de edad y de las tasas de las mujeres respecto a la de los hombres por encima de esta edad. Por grupo patológico de la CIE9-MC, para ambos sexos, en menores de 15 años la mayoría de las EPF se agruparon dentro de las anomalías congénitas, a partir de los 15 años predominaron las enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólico e inmunitario.

Objetivo 9

Reducir las lesiones derivadas
de actos violentos y de accidentes

9

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

9.1. Causas externas

- 9.1.1. Indicadores generales
- 9.1.2. Mortalidad por causas externas
- 9.1.3. Accidentes autodeclarados
- 9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria
- 9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas
- 9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

9.2. Accidentes de tráfico

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

9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

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

9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

9.5. Conclusiones

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

Las causas externas tienen un especial impacto en las edades jóvenes y por ello son una causa importante de mortalidad prematura y discapacidad, especialmente en hombres. En 2015 la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 14,9 (21,6 en hombres y 9,2 en mujeres). El aumento observado en los últimos años en los indicadores de mortalidad y carga de enfermedad se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial que hasta 2012, por el retraso en su notificación, acababan ubicadas en el capítulo de causas mal definidas (Tabla 9.1).

Tabla 9.1. Causas externas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Causas externas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	832	596	1.428
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	26,9	17,7	22,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	24,0	7,4	15,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	21,6	9,2	14,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	946,3	848,9	895,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,14	-0,07	-0,10
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	13.797	6.110	19.907
Años Vividos con Discapacidad. CM.	3.433	1.965	5.397
Años de Vida Perdidos. CM.	10.364	4.145	14.509

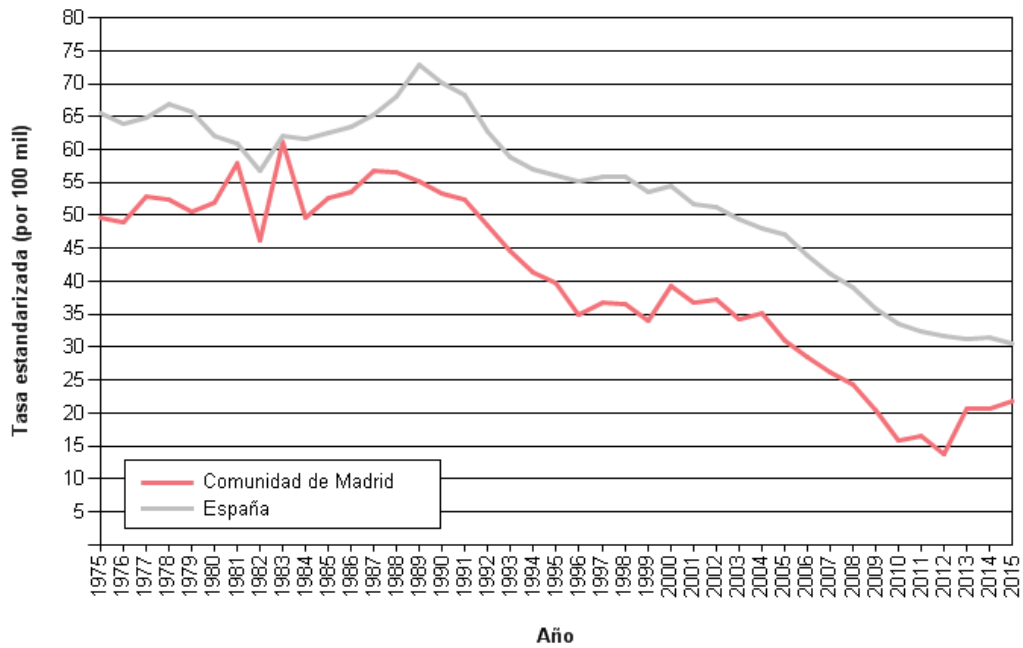
9.1.2. Mortalidad por causas externas

Tanto en hombres como en mujeres, la mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid muestra una evolución descendente desde hace 25 años. Desde 2013 se observa un ligero aumento respecto a previos y, si bien las tasas en la Comunidad de Madrid continúan siendo inferiores a la media nacional, ha disminuido la diferencia entre ambas (Figura 9.1).

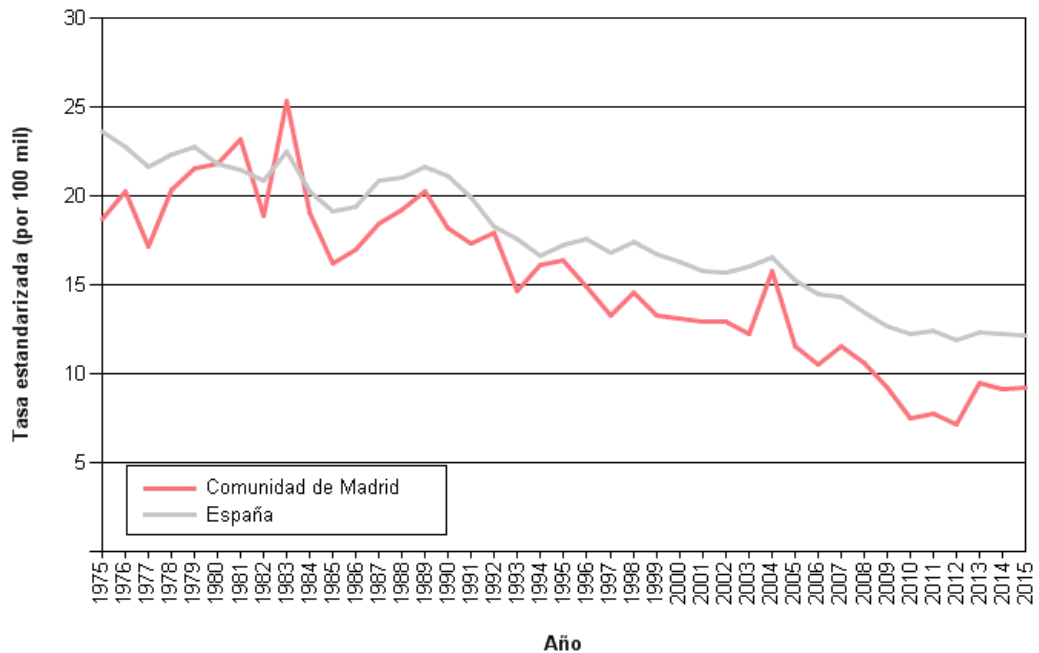
Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



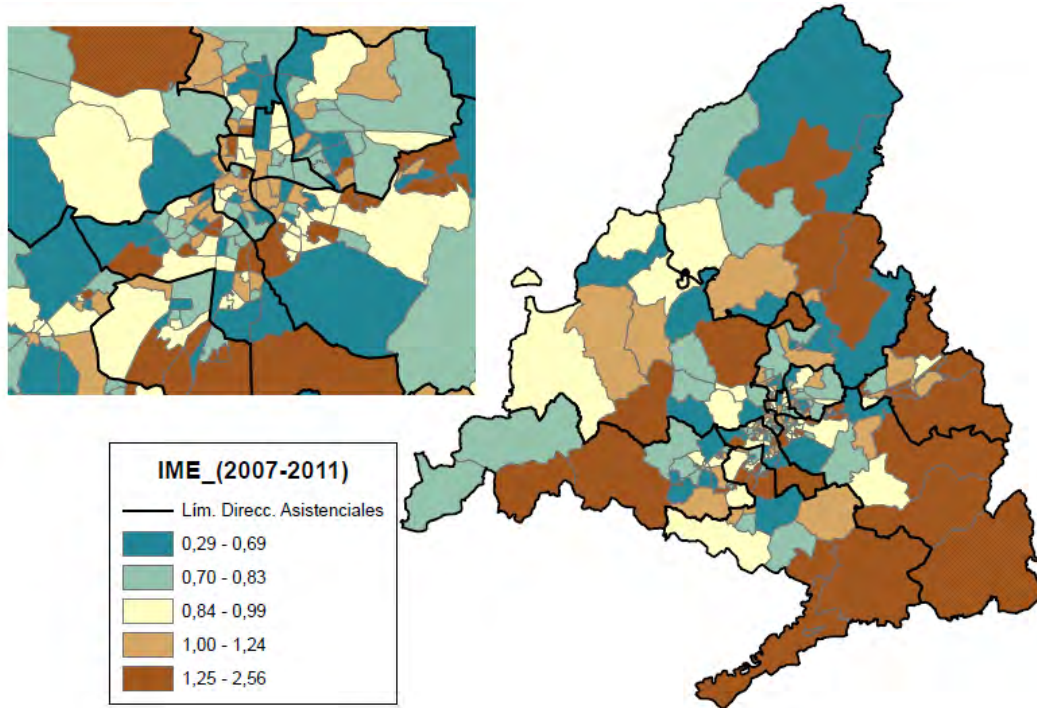
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE

La **Figura 9.2** muestra la mortalidad por causas externas 2007-2011, distribuida por secciones censales, para cada sexo, en la forma de quintiles de la Razón Estandarizada de Mortalidad. No se observa un patrón claro de agregación en la Comunidad de Madrid, siendo en hombres la zona sureste la que presenta la agregación mayor de secciones censales con alta mortalidad.

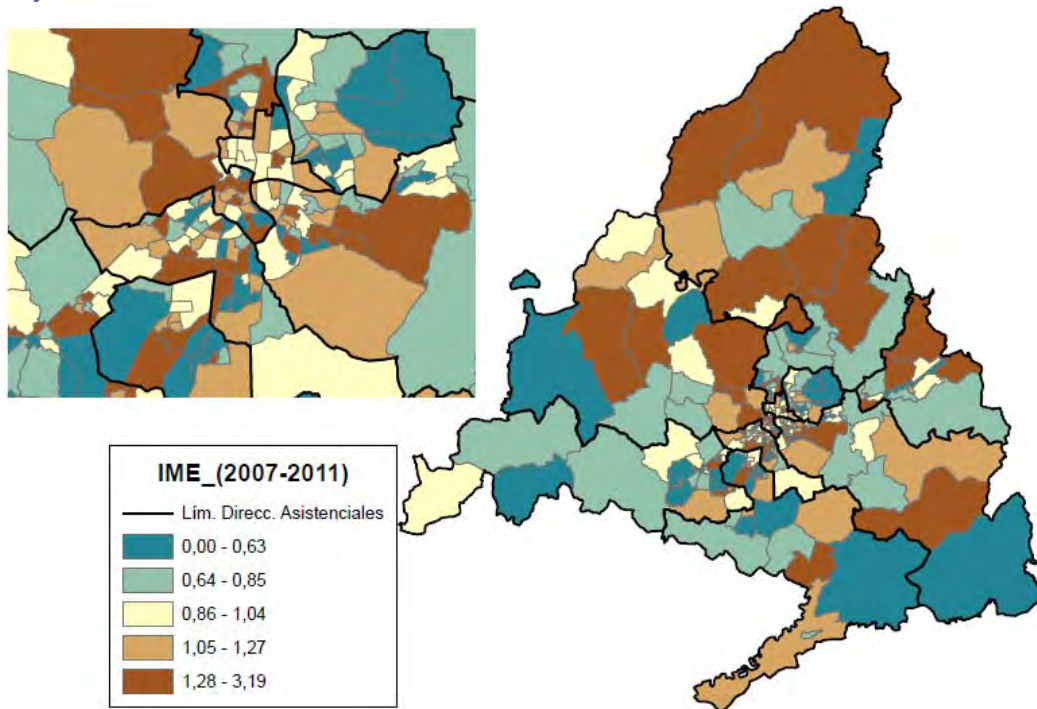
Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

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

Hombres



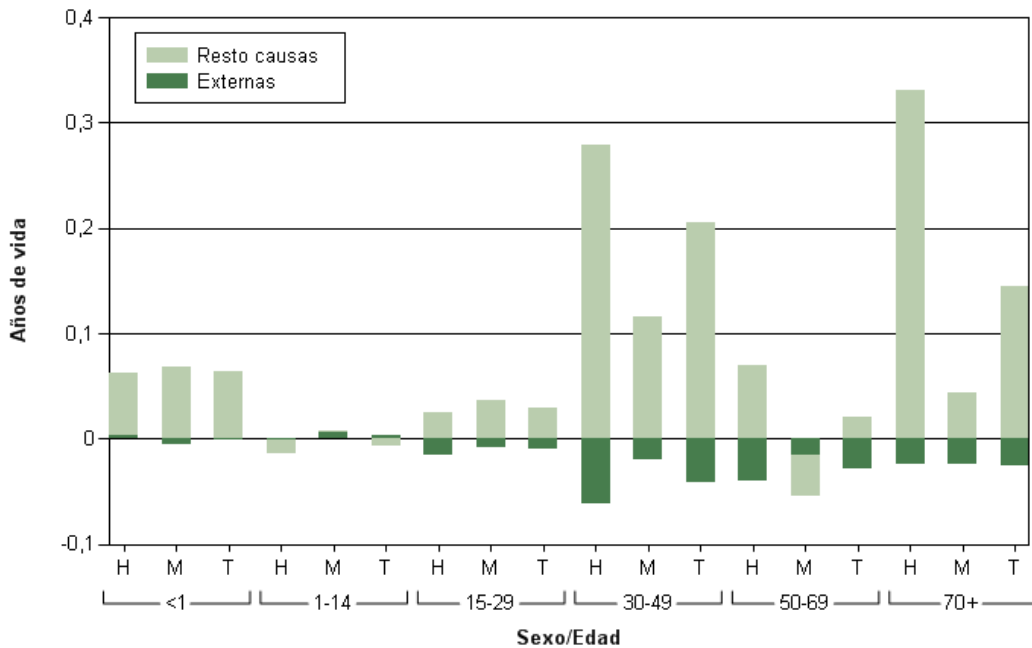
Mujeres



La mortalidad por causas externas ha contribuido negativamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2010 y 2015. Parte de este empeoramiento, no obstante, no es debido a un empeoramiento de la mortalidad, sino a una mejora de la certificación de la causa de muerte, de manera que se ha producido un trasvase de fallecimientos del grupo de causas mal definidas al capítulo de causas externas (que en 2010 estaba, por tanto, subestimado) (Figura 9.3).

Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1 Accidentes en jóvenes

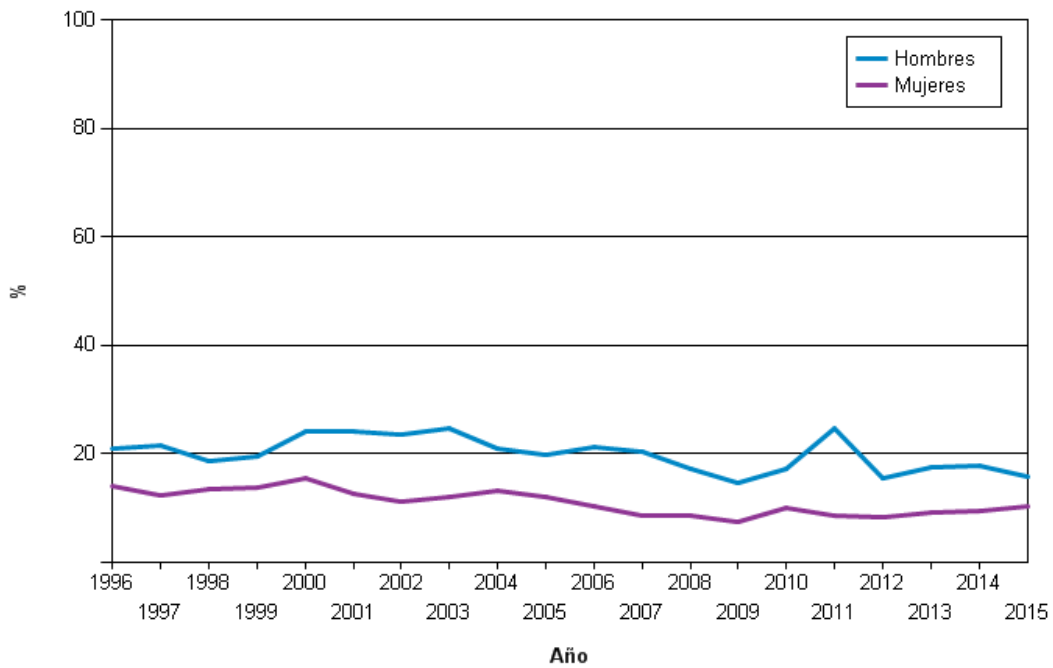
De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), el 13,0% de los jóvenes de 15 y 16 años entrevistados en 2015 tuvo en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación en los que se produjo el último accidente, en los chicos la situación/lugar más frecuente fue la casa (29,9%), seguido del centro deportivo (24,2%) y la calle (12,1%). En las mujeres, los accidentes se originaron fundamentalmente en casa (42,2%) seguido la calle (13,7%) y el centro deportivo (10,8%).

Desde 1996 la evolución de la frecuencia de accidentes muestra en ambos sexos, aunque más clara en las chicas, una tendencia predominantemente descendente hasta 2009, fecha en que la tendencia tiende a repuntar, especialmente en las chicas. El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2014/2015 fue del 20,8% en los chicos y del 25,2% en las chicas (Figura 9.4).

Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



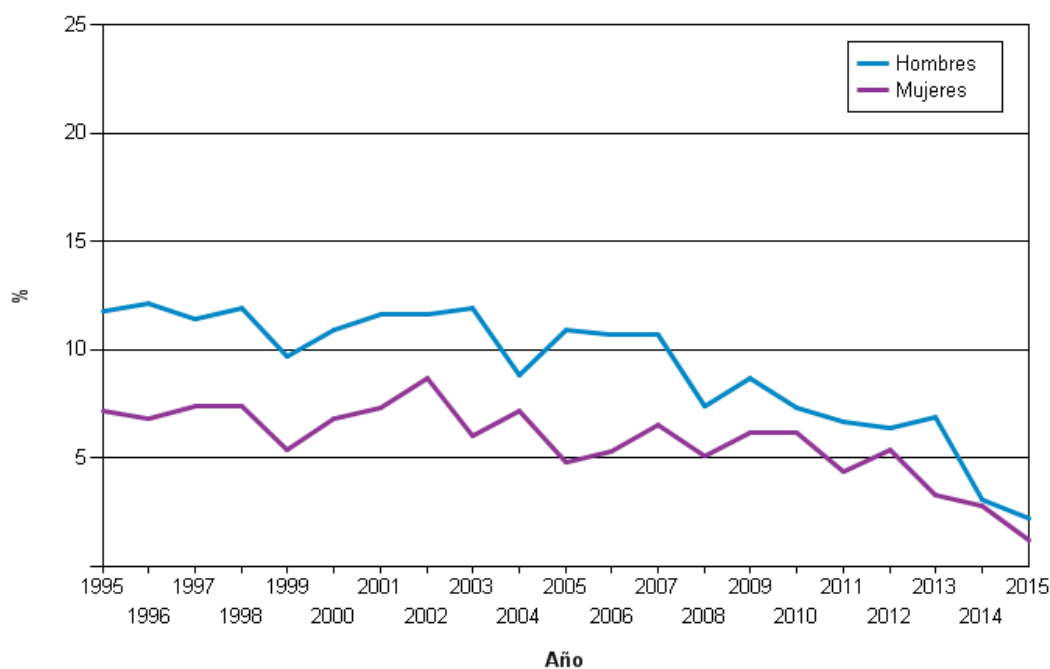
9.1.3.2. Accidentes en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A) en 2015 un 1,7% de los entrevistados tuvo algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia, que mantiene la tendencia descendente desde 2003, fue superior en hombres (2,2%) que mujeres (1,1%).

Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 78% en hombres y del 71% en mujeres durante el periodo 2014/2015 respecto a 1995/1996 (Figura 9.5).

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones atendidas en Atención Primaria representan en 2015 el 4,1% de todos los episodios atendidos (Tabla 9.2), con ligeras variaciones geográficas (tasas más altas en el sur de la región) (Tabla 9.3). La población nacida fuera de España presenta tasas inferiores a las de los españoles.

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014 y 2015.

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

	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	343.236	4,3	111,2 (112,9)	358.533	4,6	115,3 (117,2)
Mujeres	433.851	3,5	129,6 (119,0)	451.003	3,8	133,9 (123,8)
Nacidos fuera de España	96.670	3,6	84,4 (93,9)	104.348	3,8	88,3 (99,1)
Nacidos en España	675.516	3,9	127,7 (119,5)	705.032	4,1	133,2 (125,1)
Total	777.087	3,8	120,7 (116,8)	809.536	4,1	125,0 (121,2)

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial (DA). Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014 y 2015.

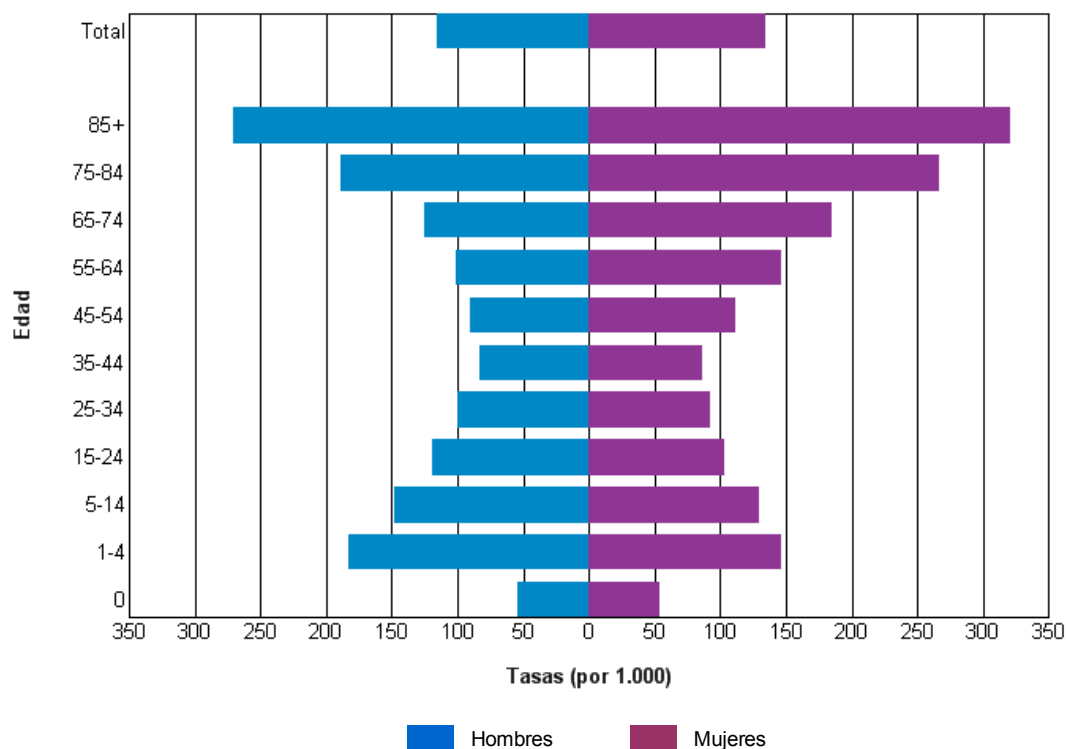
Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	150.870	3,7	122,7 (112,4)	148.256	4,0	120,1 (111,3)
Norte	91.258	3,8	110,0 (106,4)	98.096	4,2	117,1 (113,9)
Este	112.925	3,8	120,7 (116,2)	115.209	4,0	122,0 (117,5)
Sureste	123.454	3,8	129,3 (125,5)	129.398	4,2	135,2 (132,1)
Sur	95.339	3,8	127,3 (127,2)	101.292	3,9	134,2 (133,7)
Oeste	94.255	3,8	129,7 (129,6)	98.308	4,0	134,9 (134,3)
Noroeste	108.986	4,3	107,9 (105,2)	118.977	4,5	116,7 (113,5)

Si observamos la distribución por edades, vemos que las lesiones se acumulan en las edades extremas de la vida (Figura 9.6). Las mujeres presentan las mayores tasas por encima de los 64 años, siendo éstas sensiblemente superiores a las de los hombres. Éstos alcanzan mayores tasas que las mujeres hasta los 34 años, siendo inferiores a las mismas a partir de esta edad, a pesar de sufrir también un aumento posterior en las edades tardías de la vida.

Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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



La primera causa de morbilidad por accidentes en menores de un año son las conmociones cerebrales y contusiones. En el resto de edades son las heridas incisas seguidas en la mayoría de los grupos de edad por las contusiones (Figura 9.7).

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	N79-Conmoción cerebral/contusión N=812	L76-Otras fracturas N=341	S12-Picadura de insecto N=320	S16-Contusión/magulladura N=298	S18-Laceración/herida incisa N=203
1-4	S18-Laceración/herida incisa N=13374	S12-Picadura de insecto N=9473	S16-Contusión/magulladura N=5066	N79-Conmoción cerebral/contusión N=4782	S14-Quemaduras/escaldaduras N=2038
5-14	S18-Laceración/herida incisa N=21640	S16-Contusión/magulladura N=16451	S12-Picadura de insecto N=15523	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=10139	L79-Esguinces y distensiones NE N=7458
15-24	S18-Laceración/herida incisa N=12660	S16-Contusión/magulladura N=8495	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=8015	S12-Picadura de insecto N=5353	A88-Efectos adversos factores físicos N=4525
25-34	S18-Laceración/herida incisa N=14656	A88-Efectos adversos factores físicos N=8708	S16-Contusión/magulladura N=8247	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=7038	S12-Picadura de insecto N=6887
35-44	S18-Laceración/herida incisa N=19337	S16-Contusión/magulladura N=9988	S12-Picadura de insecto N=8994	A88-Efectos adversos factores físicos N=8756	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=7402
45-54	S18-Laceración/herida incisa N=17937	S16-Contusión/magulladura N=10025	S12-Picadura de insecto N=7938	A88-Efectos adversos factores físicos N=7570	L77-Esguinces distensiones del tobillo N=6145
55-64	S18-Laceración/herida incisa N=14420	S16-Contusión/magulladura N=9120	A88-Efectos adversos factores físicos N=7173	S12-Picadura de insecto N=6377	L76-Otras fracturas N=5265
65-74	S18-Laceración/herida incisa N=15090	S16-Contusión/magulladura N=9865	A88-Efectos adversos factores físicos N=7729	L76-Otras fracturas N=6035	S12-Picadura de insecto N=5062
75-84	S18-Laceración/herida incisa N=17786	S16-Contusión/magulladura N=11488	A88-Efectos adversos factores físicos N=9233	L76-Otras fracturas N=7583	L75-Fractura de fémur N=3645
85+	S18-Laceración/herida incisa N=15557	S16-Contusión/magulladura N=6914	L75-Fractura de fémur N=5424	A88-Efectos adversos factores físicos N=4854	L76-Otras fracturas N=4401

* Código CIAP correspondiente. N= número de episodios

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

El porcentaje de altas hospitalarias debidas a causas externas en 2015 fue 5,2%, ligeramente inferior al de años anteriores, en los que había experimentado un ligero ascenso (5,0 en 2011 y 5,9% en 2014). Las dos principales de ellas, mucho más frecuentes que las restantes, son las fracturas (40,7%) y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (34,0%) (Tabla 9.4).

Las tasas de altas hospitalarias por causas externas aumentan con la edad, y de forma notable en las últimas décadas de la vida. Globalmente son ligeramente superiores en hombres (9,46 altas por mil habitantes frente a 8,49 en mujeres en 2015), pero a partir de los 70 años son más frecuentes en mujeres. Durante el periodo 2003-2015 las tasas han aumentado un 47,6% en mujeres y un 30,1% en hombres (Figura 9.8).

Las caídas accidentales son el mecanismo de lesión más frecuente entre las causas externas. Son más frecuentes en personas añosas y en mujeres, en torno a 1,4 veces más frecuentes que en hombres (Figura 9.9). Durante el periodo 2003-2015 las tasas de altas por lesiones por caídas accidentales han aumentado un 89,1% en mujeres y un 87,4% en hombres.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fractura (800-829)	10.668	36,5	12.856	45,1	23.524	40,7
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	10.094	34,5	9.575	33,6	19.669	34,0
Herida abierta (870-897)	1.630	5,6	778	2,7	2.408	4,2
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	1.295	4,4	479	1,7	1.774	3,1
Luxación (830-839)	896	3,1	461	1,6	1.357	2,3
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	1.074	3,7	990	3,5	2.064	3,6
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	522	1,8	754	2,6	1.276	2,2
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	703	2,4	678	2,4	1.381	2,4
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	446	1,5	154	0,5	600	1,0
Contusión (920-924)	327	1,1	328	1,2	655	1,1
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	449	1,5	498	1,7	947	1,6
Quemadura (940-949)	254	0,9	202	0,7	456	0,8
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	350	1,2	360	1,3	710	1,2
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	147	0,5	110	0,4	257	0,4
Lesión superficial (910-919)	78	0,3	51	0,2	129	0,2
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	89	0,3	58	0,2	147	0,3
Efecto tardío de causa externas (905-909)	143	0,5	141	0,5	284	0,5
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	57	0,2	22	0,1	79	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	40	0,1	11	0,0	51	0,1
Total Causas Externas						
Nº de altas	29.262		28.506		57.768	

Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

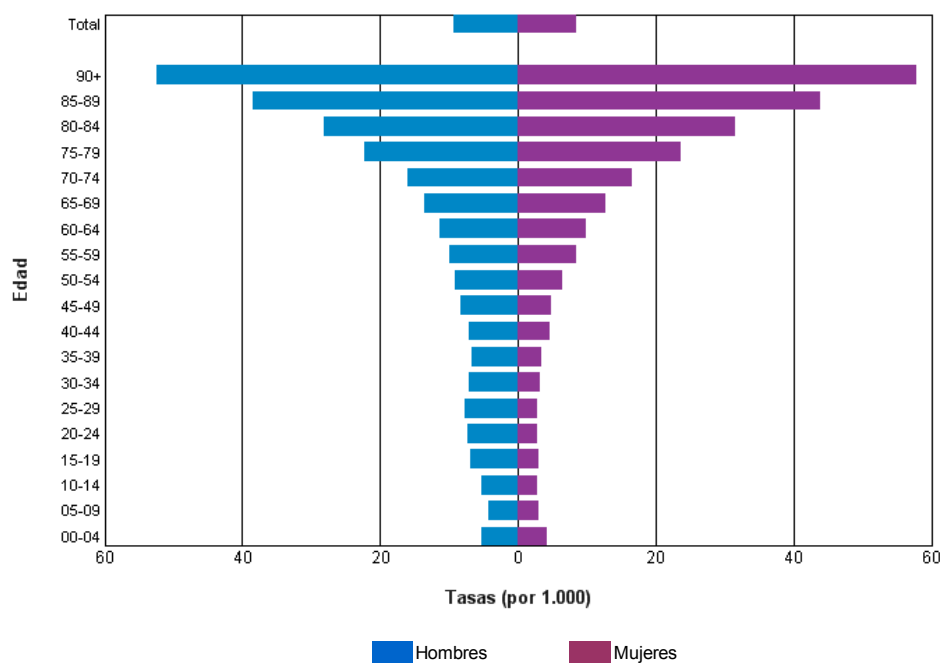
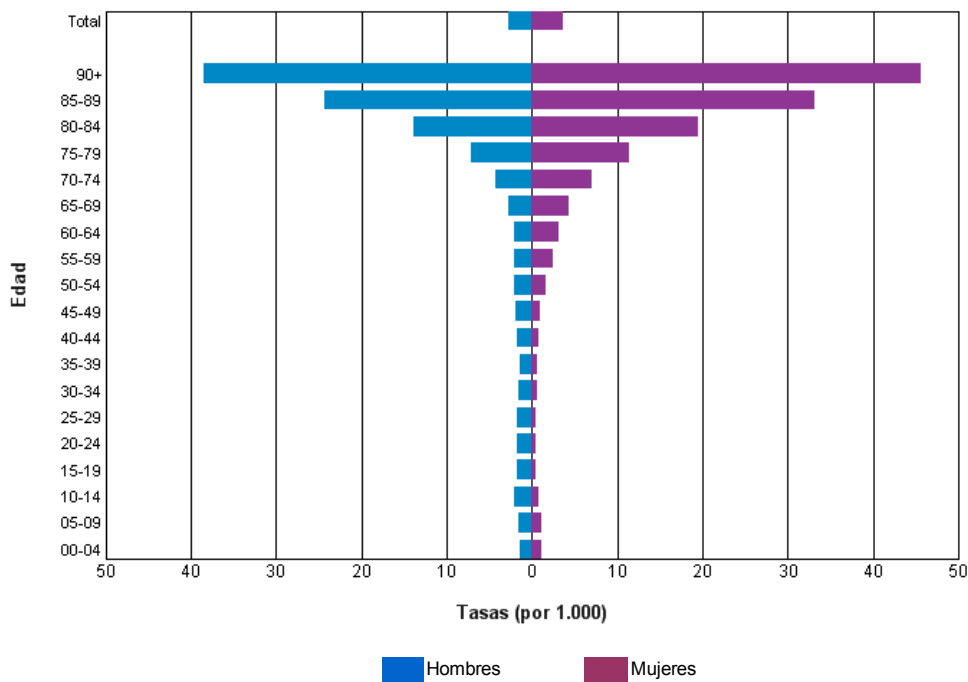


Figura 9.9. Causas externas consecuencia de caídas accidentales. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

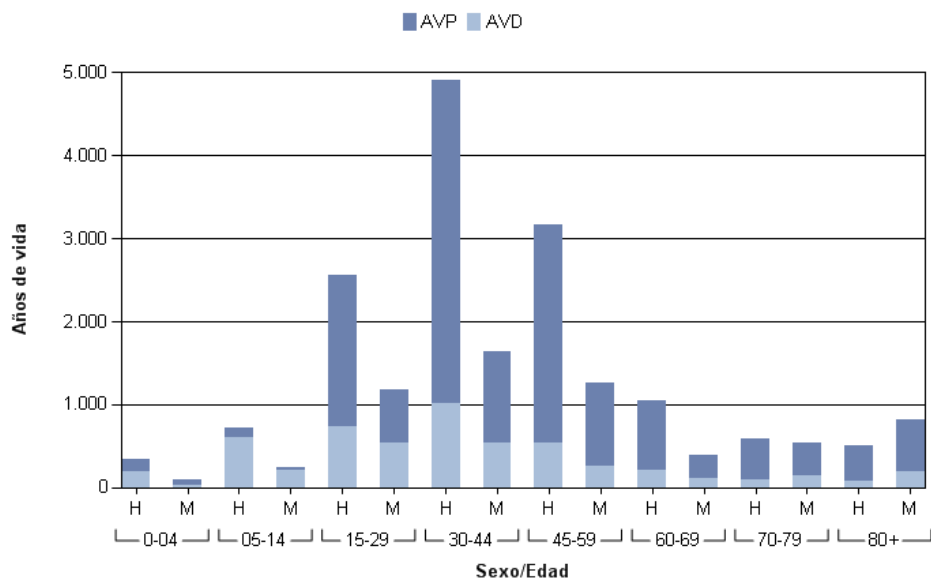


9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y adultas (15 a 59 años) y en los hombres, con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD) (Figura 9.10). El aumento observado en los últimos años se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial que hasta 2012, por el retraso en su notificación, acababan ubicadas en el capítulo de causas mal definidas.

Figura 9.10. Causas externas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2. Accidentes de tráfico

9.2.1. Indicadores generales

La morbi-mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid es alrededor de tres veces mayor en hombres que en mujeres. En 2015, la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes fue 3,5 en hombres y 1,0 en mujeres (Tabla 9.5).

Tabla 9.5. Accidentes de tráfico. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	118	46	164
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,8	1,4	2,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,4	1,0	2,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	3,5	1,0	2,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	59,1	16,4	36,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,03	-0,01	-0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	3.024	818	3.842
Años Vividos con Discapacidad. CM.	498	199	697
Años de Vida Perdidos. CM.	2.526	619	3.145

9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

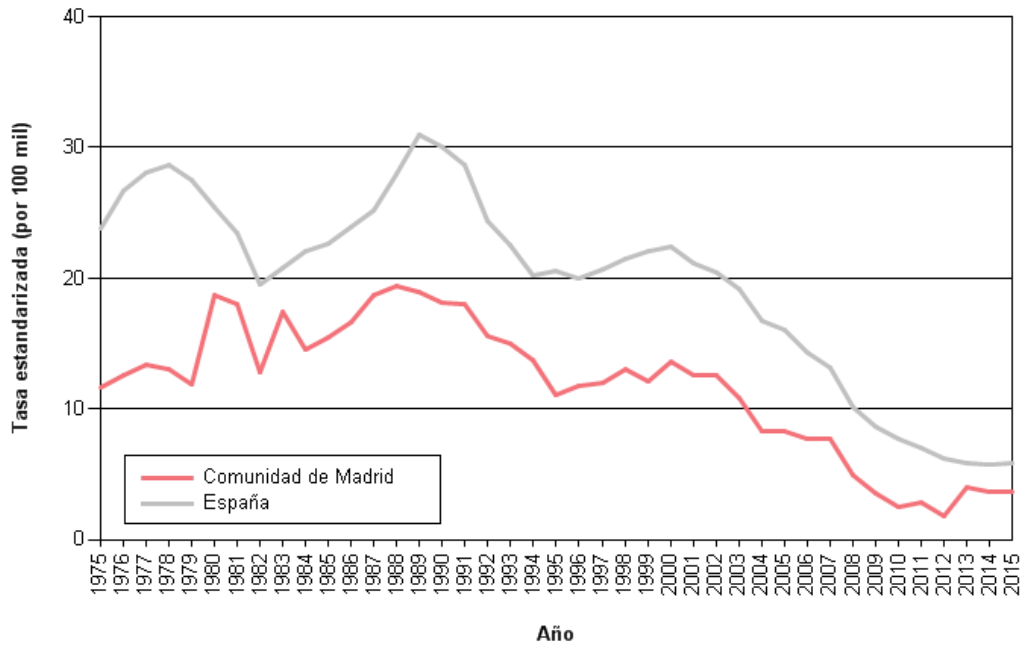
La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid experimentó una tendencia fuertemente descendente desde el inicio de siglo hasta el año 2012, fecha a partir de la cual se ha observado un cierto repunte, no registrado a nivel nacional (Figura 9.11). La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres.

Este importante descenso de las tasas de mortalidad hasta 2012 debe ponerse en relación, entre otros factores, con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT), de acuerdo con el objetivo señalado por El Libro Blanco del Transporte de la Comisión Europea (2001), de reducir un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico en el periodo 2001-2010.

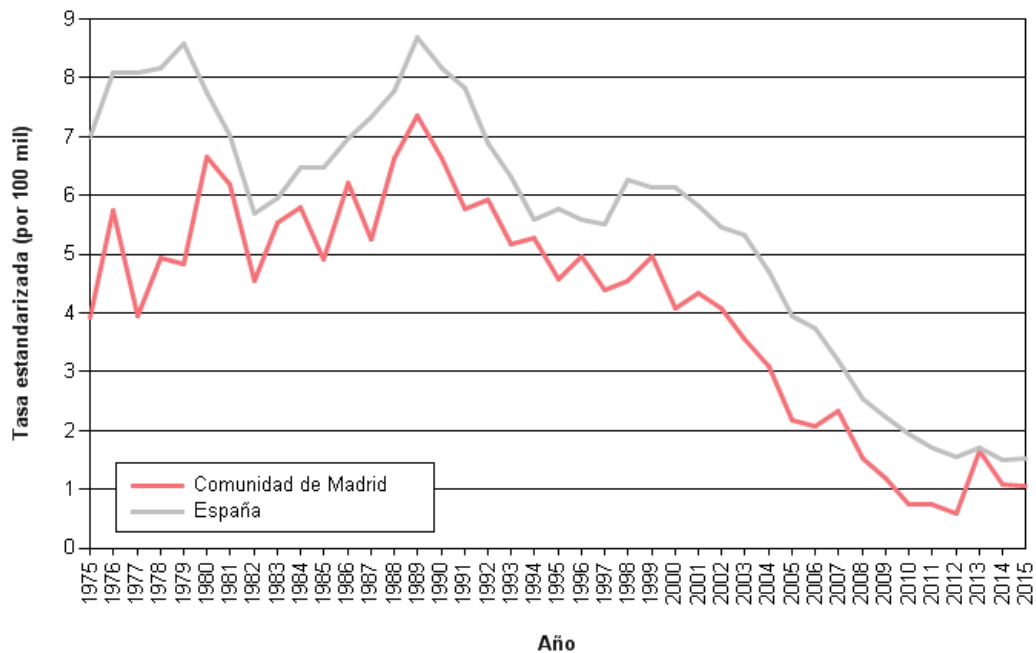
Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

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

Hombres



Mujeres



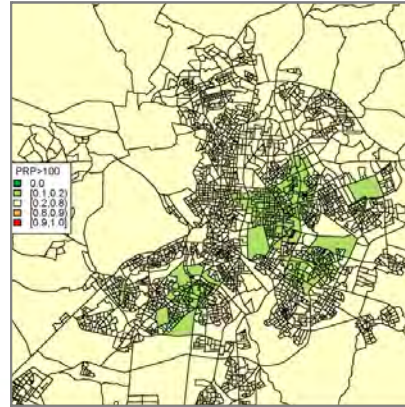
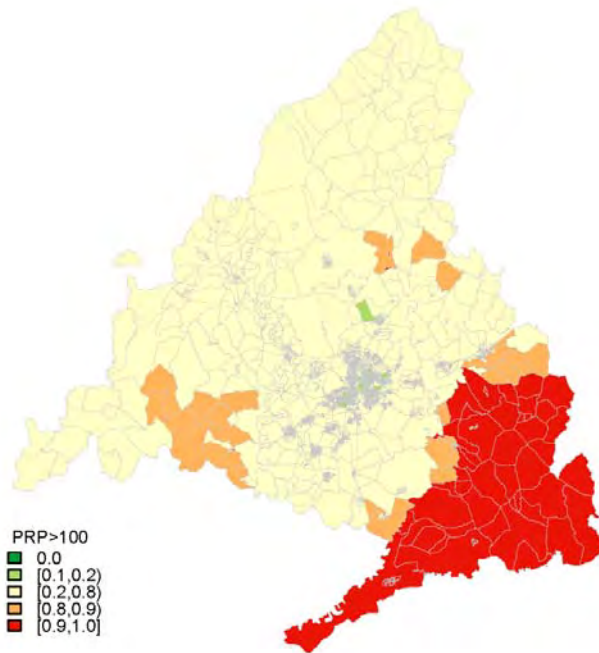
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

En la **Figura 9.12** podemos observar la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres en la Comunidad de Madrid. Llama la atención la concentración de exceso de mortalidad respecto al resto de la región que se observa en el sureste de ésta.

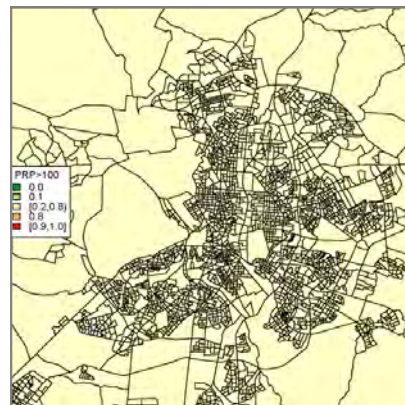
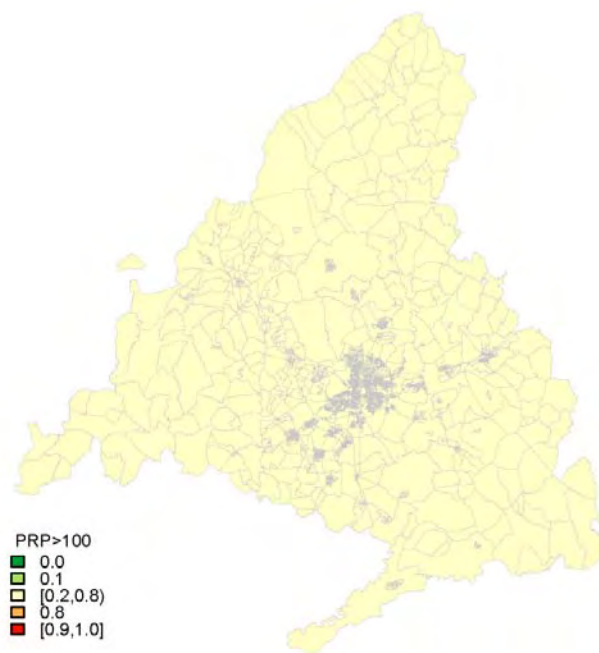
Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres

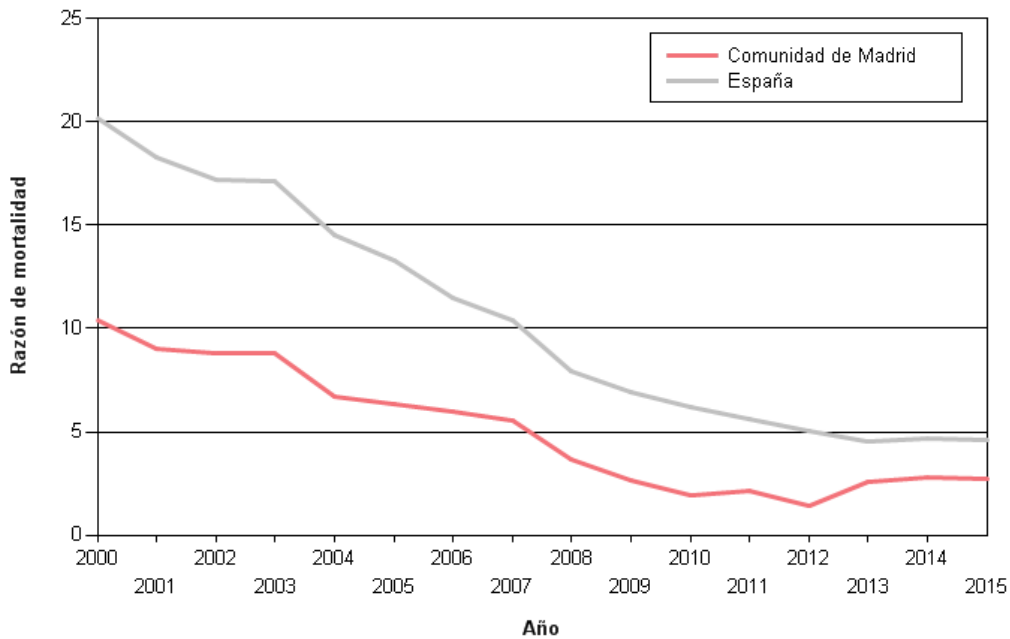


Un indicador tradicional alternativo a las tasas de mortalidad es la razón de mortalidad por 100.000 vehículos. La [Figura 9.13](#) presenta la evolución de dicha razón para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2000-2015. El descenso de un 72,6% del indicador en la Comunidad de Madrid, con un repunte a partir de 2012, va en consonancia con el descenso observado en las tasas. Según datos de la DGT, el parque de vehículos sufrió un importante incremento en este periodo (34,8 % en España), así como el número de conductores (23% en el periodo 2000-2015 según la misma fuente). Es importante por tanto, a la hora de estimar con mayor precisión el riesgo para las personas de fallecer en un accidente de tráfico, contar con indicadores que recojan estas variables.

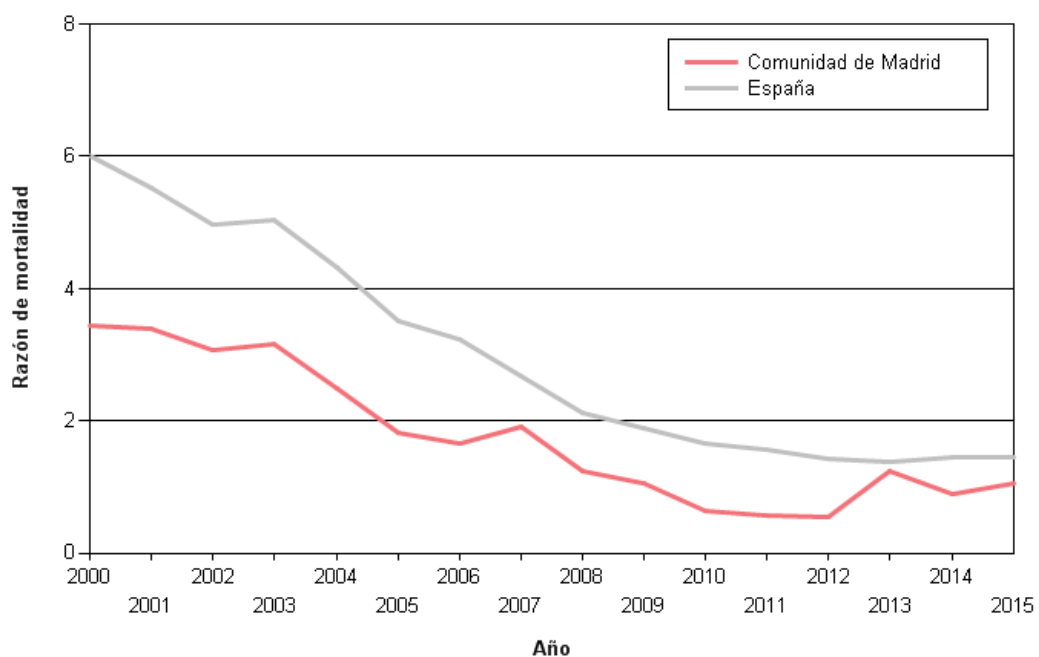
Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario Estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres

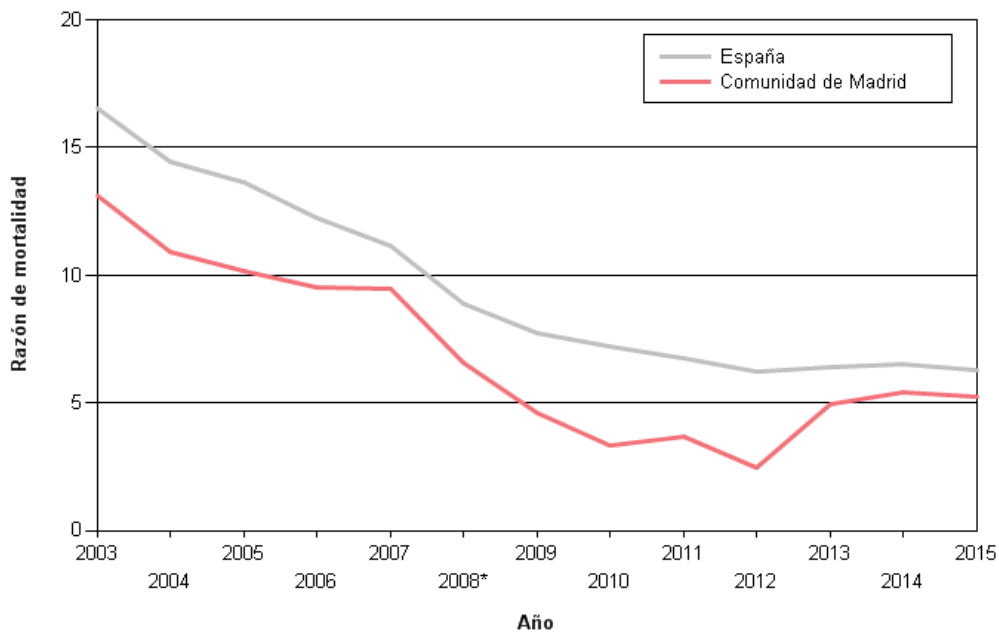


En línea con lo anterior, la [Figura 9.14](#) muestra la evolución de la razón de mortalidad por accidente de tráfico por 1.000 millones de vehículos-km recorridos, para la Comunidad de Madrid y España, durante el periodo 2003-2015. Se observa aquí también el mismo patrón descendente que en los indicadores anteriores. La diferencia entre España y la Comunidad de Madrid se ha reducido en los últimos años debido al repunte observado en ésta en 2012, no registrado a nivel nacional; dicha diferencia no es tan marcada como en las tasas de mortalidad, lo que parece traducir la mayor movilidad en general de los vehículos en el resto de España que en la Comunidad de Madrid, y por lo tanto la mayor exposición por esa causa a los accidentes de tráfico.

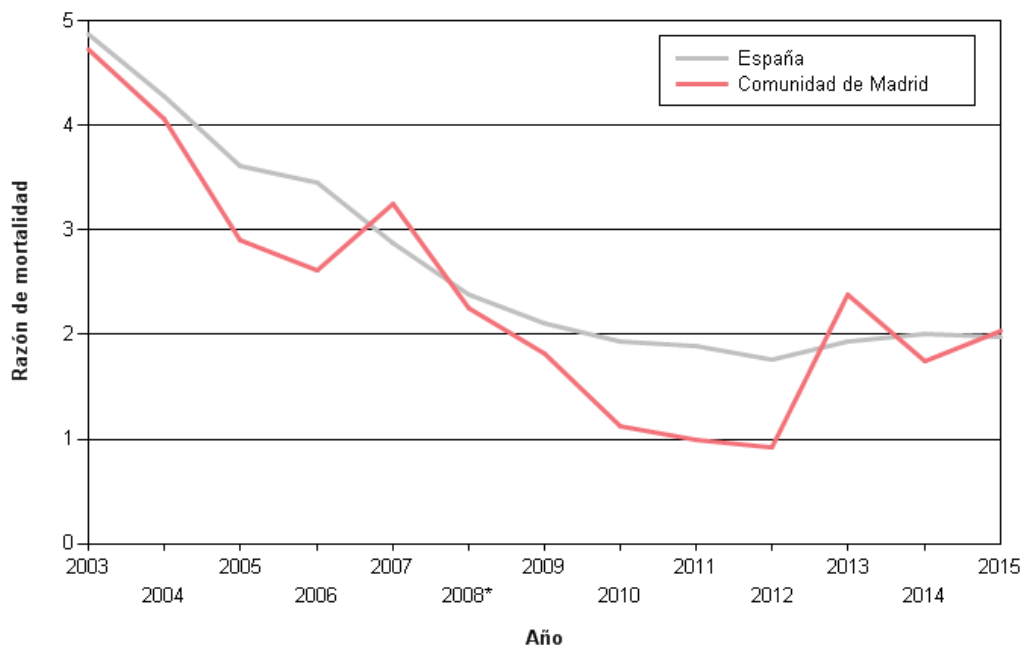
Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2015.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Anuario estadístico del Ministerio de Fomento. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres

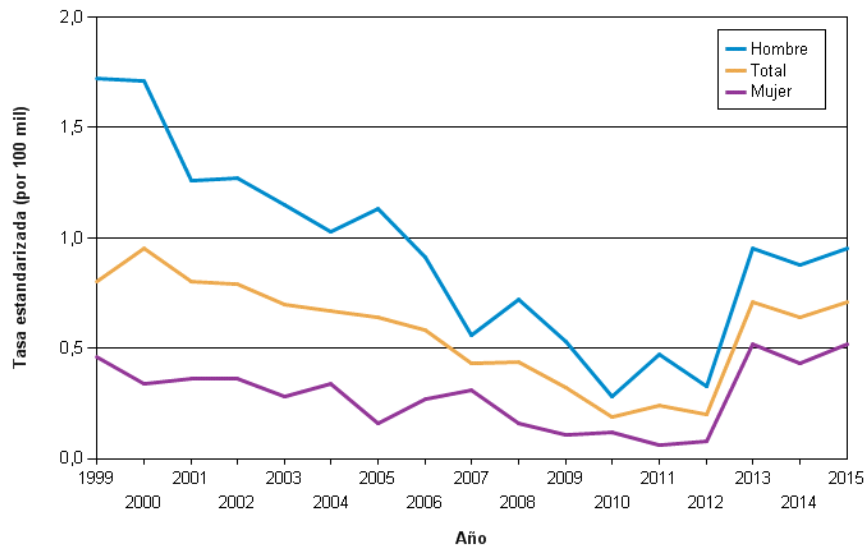


(*) Como consecuencia del inventario de carreteras a 31-XII-2008 este año no es comparable con el anterior.

La **Figura 9.15** muestra las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en peatones en la Comunidad de Madrid, durante el periodo 1999-2015. También este indicador presenta tasas superiores en hombres y ha seguido la misma evolución que los fallecidos por accidente de tráfico en general, tendencia descendente hasta 2012 y repunte posterior.

Figura 9.15. Accidentes de tráfico en peatones. Evolución de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



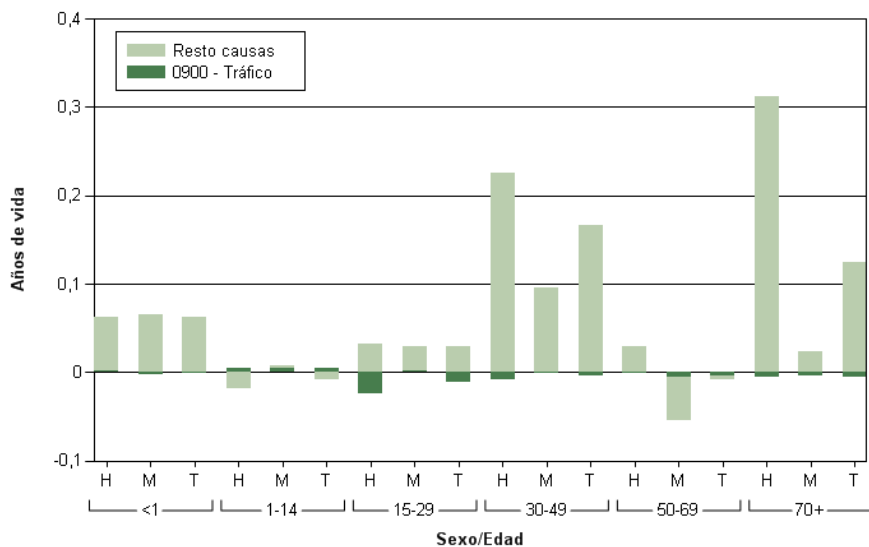
* Método directo. Población estándar europea. OMS

9.2.2.1. Contribución de los accidentes de tráfico a los cambios en la esperanza de vida

Durante el periodo 2010-2015 el aumento de la mortalidad por accidentes de tráfico, evidente a partir de 2012, ha contribuido negativamente al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña, sobre todo en términos proporcionales en el colectivo de 15-29 años y en términos generales en adultos varones (**Figura 9.16**).

Figura 9.16. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

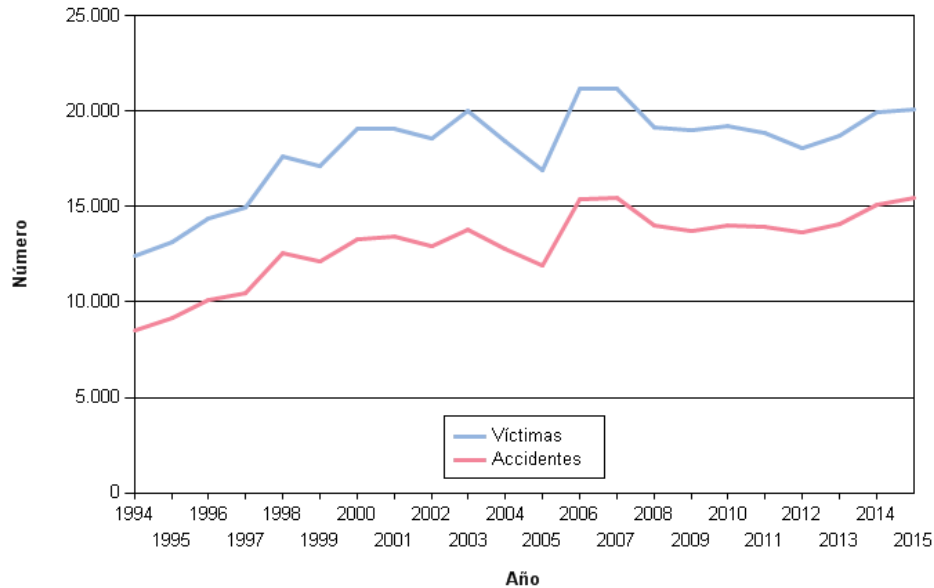


9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

La [Figura 9.17a](#) muestra la evolución desde 1994 de los accidentes y víctimas de accidente de tráfico en la Comunidad de Madrid, según los datos facilitados por la DGT ([Series estadísticas sobre accidentes y víctimas](#)).

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2015.

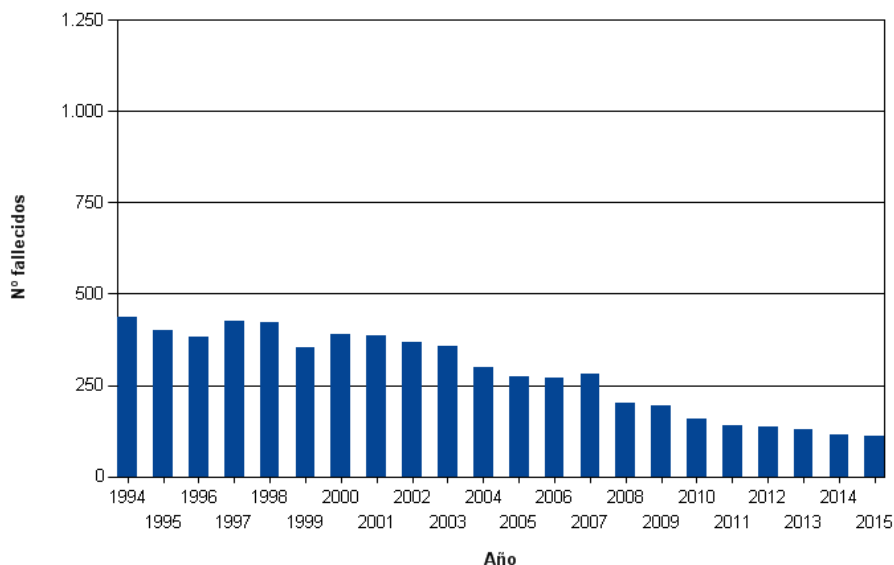
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Puede observarse cómo, derivado del aumento progresivo de la población, del parque de vehículos y del número de conductores en este período, ha venido incrementándose también el número absoluto de accidentes y víctimas hasta 2006, fecha en que se inicia una fase de descenso con intervalos estables y un nuevo repunte en los tres últimos años. Sin embargo, según puede apreciarse en la [Figura 9.17b](#), el número de víctimas mortales durante el mismo periodo, en consonancia con los datos de mortalidad ya vistos, ha mostrado una tendencia descendente hasta 2015..

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2015.

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

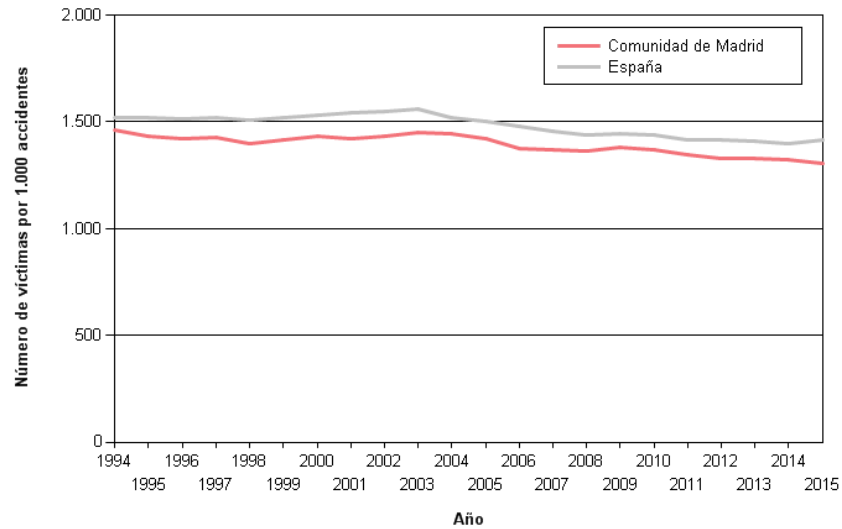


En 2006 la DGT implantó un nuevo sistema de recogida de información para el registro de accidentes que incrementó de manera artificial el número de éstos y de víctimas leves, lo que explica ese cambio abrupto de tendencia en el gráfico ese año.

En la [Figura 9.18](#) podemos apreciar la evolución descendente desde 2003 de la razón de víctimas de accidente de tráfico por mil accidentes, con valores algo superiores en España con respecto a la Comunidad de Madrid. Ello parece reflejar, en consonancia con la gráfica anterior, una disminución en general de la gravedad de los accidentes de tráfico.

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2015.

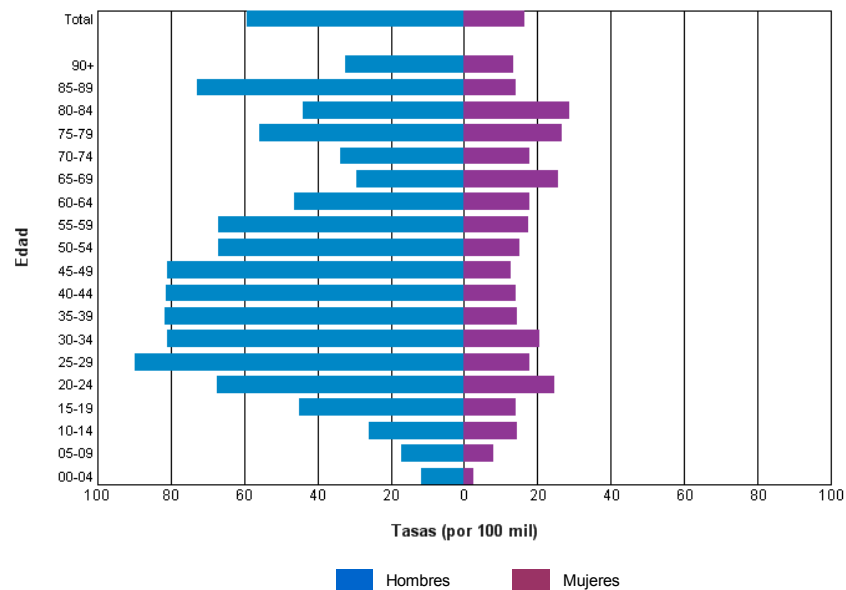
Fuente: DGT. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La [Figura 9.19](#) muestra la morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Se observa cómo, igual que ocurría con las tasas de mortalidad, la morbilidad en hombres es muy superior a la de mujeres (más del triple en 2015). La mayor morbilidad en 2015 se observa en hombres en el tramo de edad de 25 a 49 años. En las mujeres se observan las mayores tasas entre los 75 y los 84 años.

Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

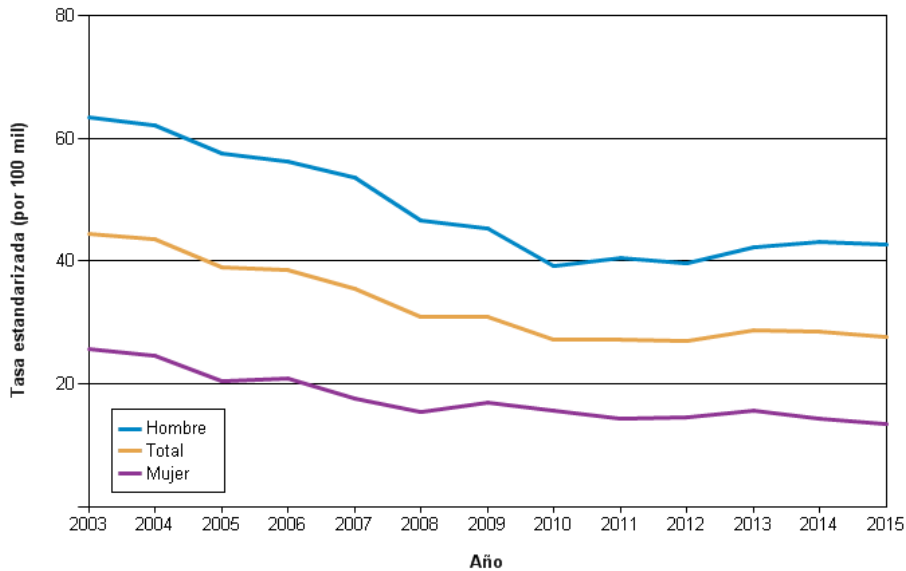
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



En la [Figura 9.20](#) podemos apreciar cómo las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descienden durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010, tienden a estabilizarse, con un ligero aumento en hombres y ligero descenso en mujeres.

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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

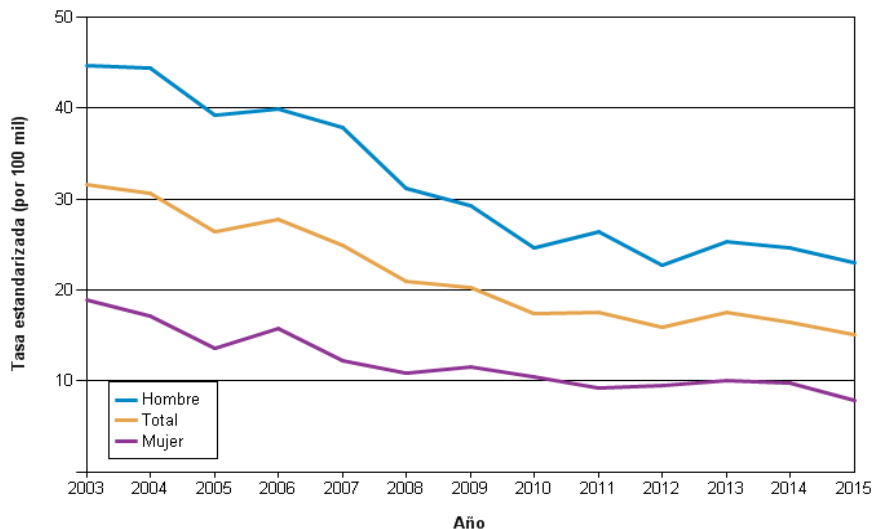


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Las altas hospitalarias de lesiones por accidente de tráfico, con estancia hospitalaria igual o superior a 4 días, permiten valorar las lesiones de cierta gravedad. La [Figura 9.21](#) muestra la evolución de tales tasas en ambos sexos. Puede apreciarse un patrón evolutivo semejante al de las altas por accidentes de tráfico totales, pero con un descenso más pronunciado que se hace lento y titubeante a partir de 2010.

Figura 9.21. Accidentes de tráfico con estancia hospitalaria de 4 días o más. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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

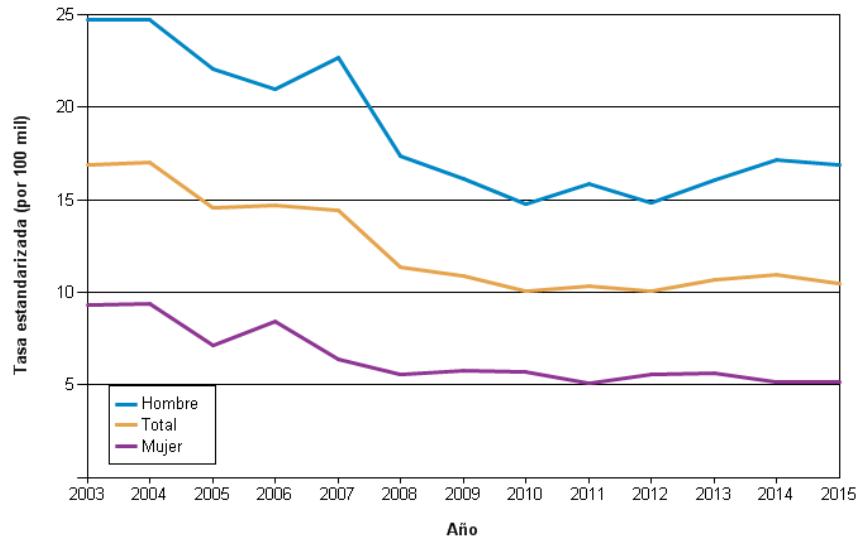


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Otro indicador referido a los casos graves es la tasa de altas hospitalarias por lesión por accidente de tráfico con una puntuación AIS (Abbreviated Injury Scale) máxima ≥ 3 ó ≥ 4 . AIS es un sistema de puntuación de la gravedad de cada lesión en una zona anatómica determinada, sobre una escala ordinal de 1 a 6. Fue creado en 1971 por la Association for the Advancement of Automobile Medicine y hoy su uso se haya ampliamente extendido en el mundo para la auditoría e investigación médica. La [Figura 9.22](#) muestra las tasas de altas hospitalarias con MAIS (AIS máximo) igual a 3 o mayor. Observamos un patrón semejante al de la morbilidad hospitalaria total, con descenso hasta 2010 y estabilidad en los años sucesivos.

Figura 9.22. Accidentes de tráfico con lesiones graves no fatales según MAIS igual o mayor que 3. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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

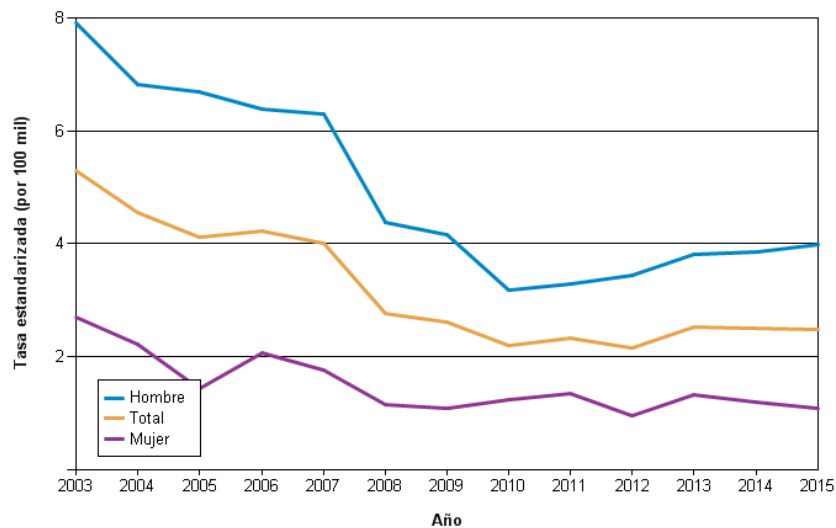


* Método directo. Población estándar europea. OMS

Patrones semejantes en la evolución de las tasas globales encontramos para otros dos indicadores de interés: las fracturas de hueso largo y los traumatismos craneoencefálicos ([Figura 9.23](#) y [Figura 9.24](#)).

Figura 9.23. Accidentes de tráfico con fractura de huesos largos. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

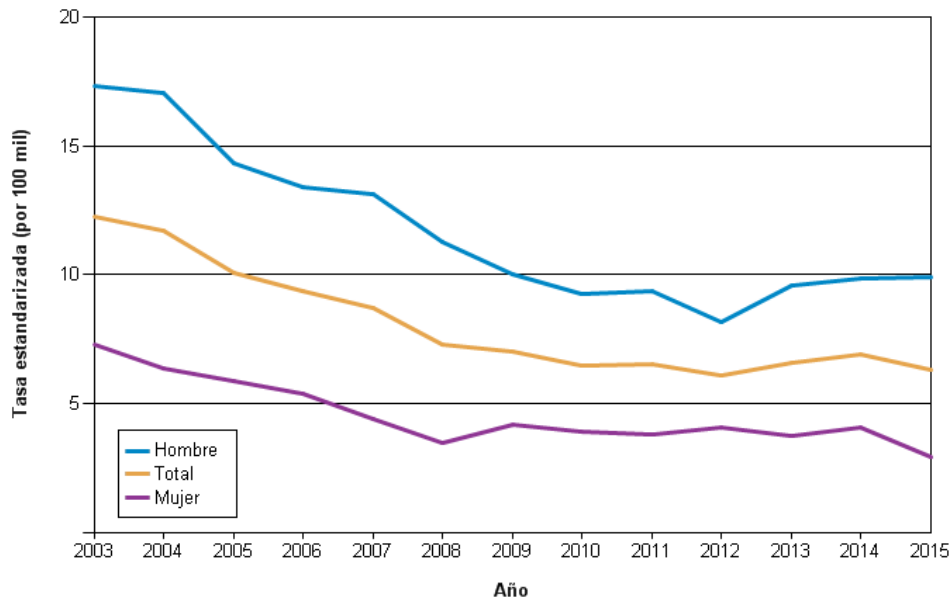
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



* Método directo. Población estándar europea. OMS

Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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



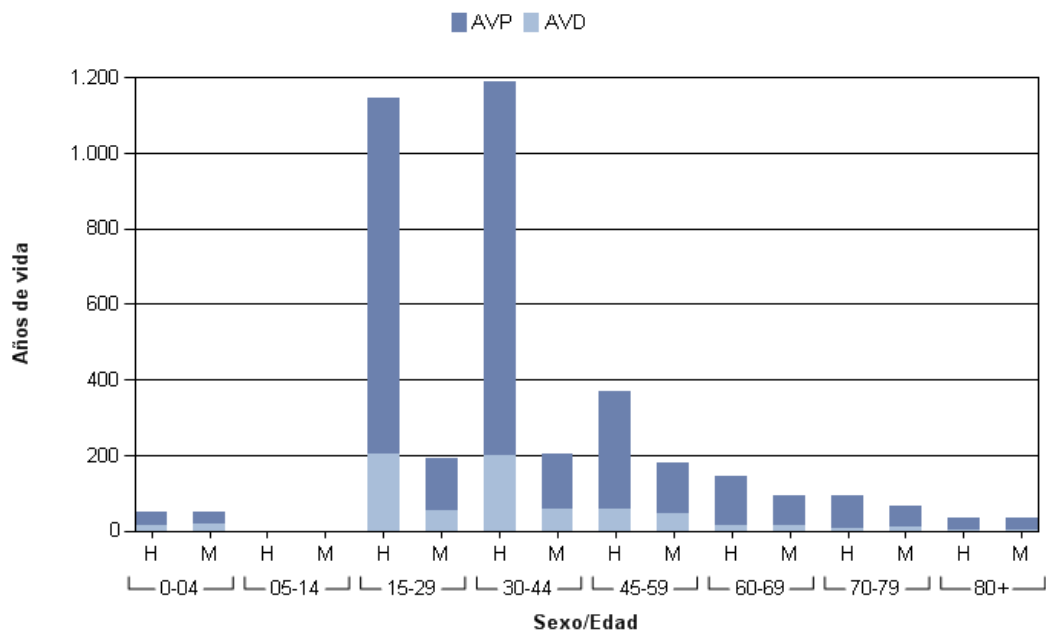
* Método directo. Población estándar europea. OMS

9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico muestra un patrón muy semejante al observado para el conjunto de las causas externas, con predominio de la carga en varones, mayor peso del componente de mortalidad que el de discapacidad, y concentrada especialmente en las edades adultas (15 a 59 años) (Figura 9.25).

Figura 9.25. Accidentes de tráfico. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.5. Factores determinantes

9.2.5.1 Seguridad vial en jóvenes

De acuerdo con los datos suministrados por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), en 2015 el 17,5% de los jóvenes de 15 y 16 años no utilizaba siempre el cinturón de seguridad por ciudad, cifra que supone un incremento respecto a los últimos tres años, y el 11,3% por carretera, que supone igualmente un aumento respecto a años anteriores (Figura 9.26a y Figura 9.26b).

Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

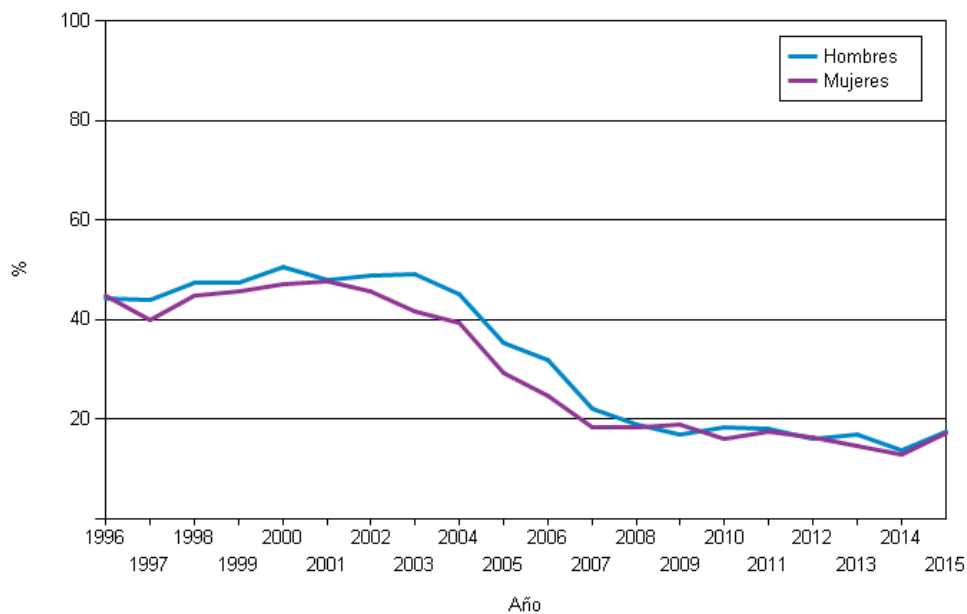
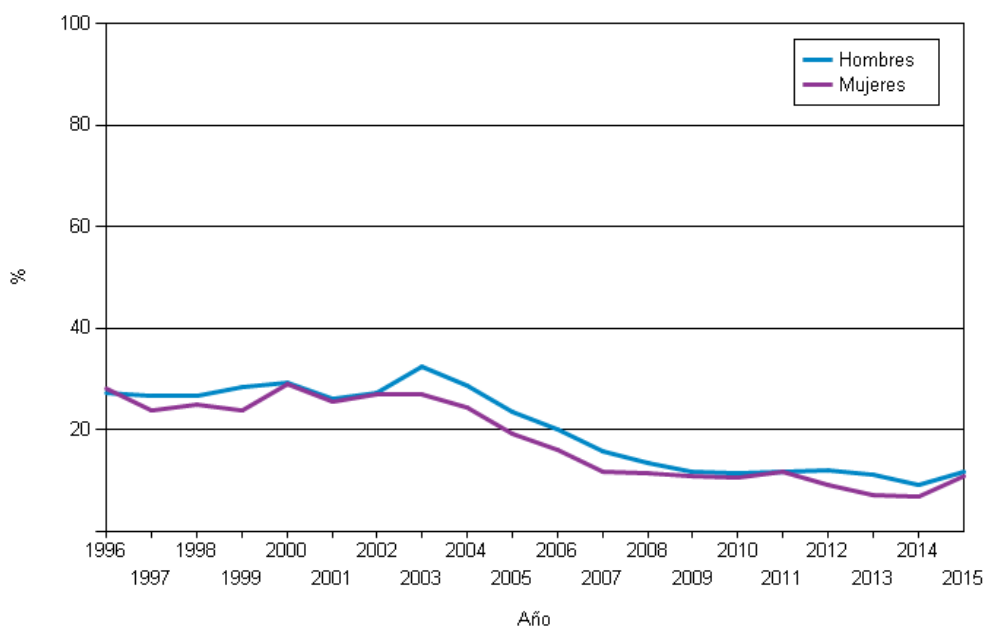


Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

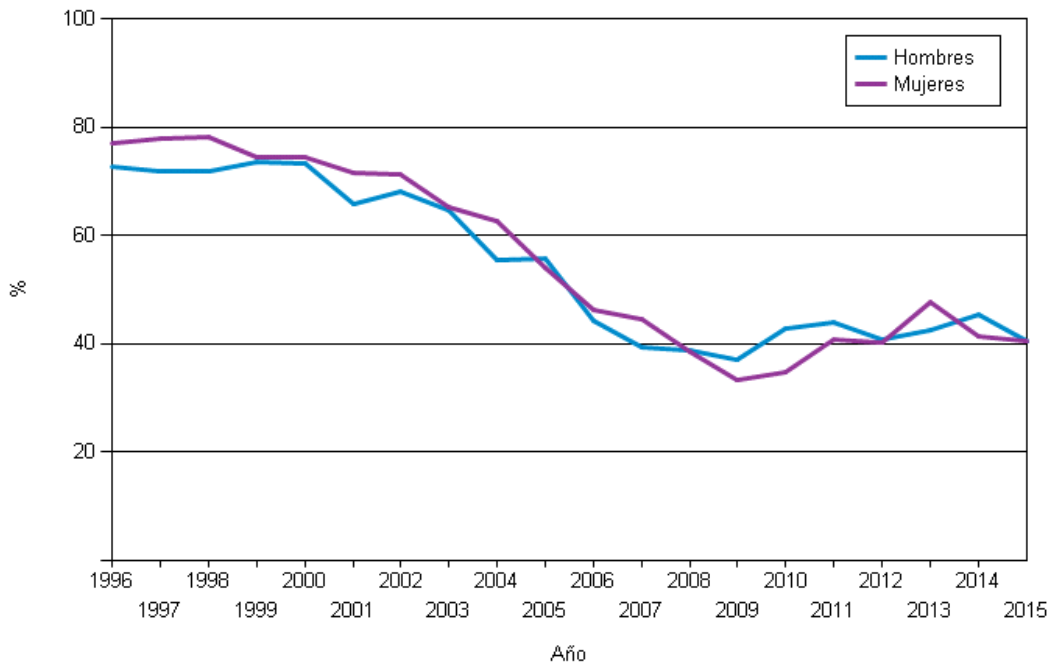


Aunque menor que en años anteriores, sigue siendo muy elevada la cifra de jóvenes que no utiliza el casco en moto, 40,4% en 2015 (Figura 9.27).

Como en años anteriores, la no utilización del casco en bicicleta sigue siendo la regla, 87,0% de los jóvenes reconocen no utilizarlo en 2015.

Figura 9.27. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



9.2.5.2. Seguridad vial en adultos

Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en 2015 un 2,8% de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 2,0% en la conducción por carretera.

Un 10,2% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 5,8% manifestó no haber utilizado siempre el casco. El 5,5% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y el 1,8% de ellos manifestó no haber utilizado el casco en alguna ocasión.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral, por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en la Figura 9.28a, Figura 9.28b, Figura 9.29a, Figura 9.29b se puede apreciar una tendencia general favorable.

Figura 9.28a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

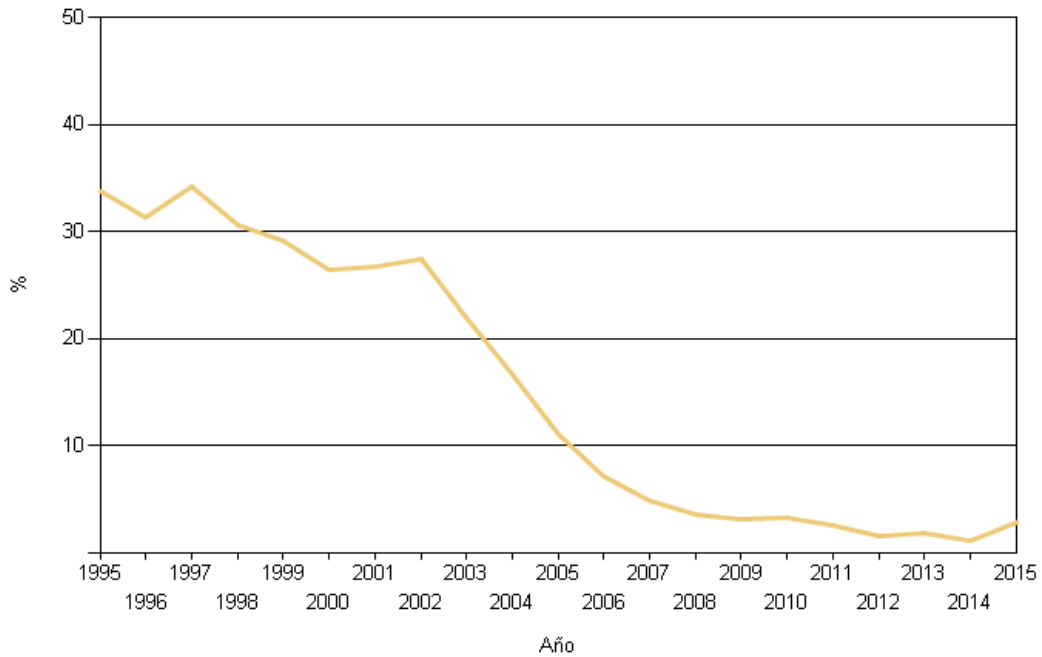


Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

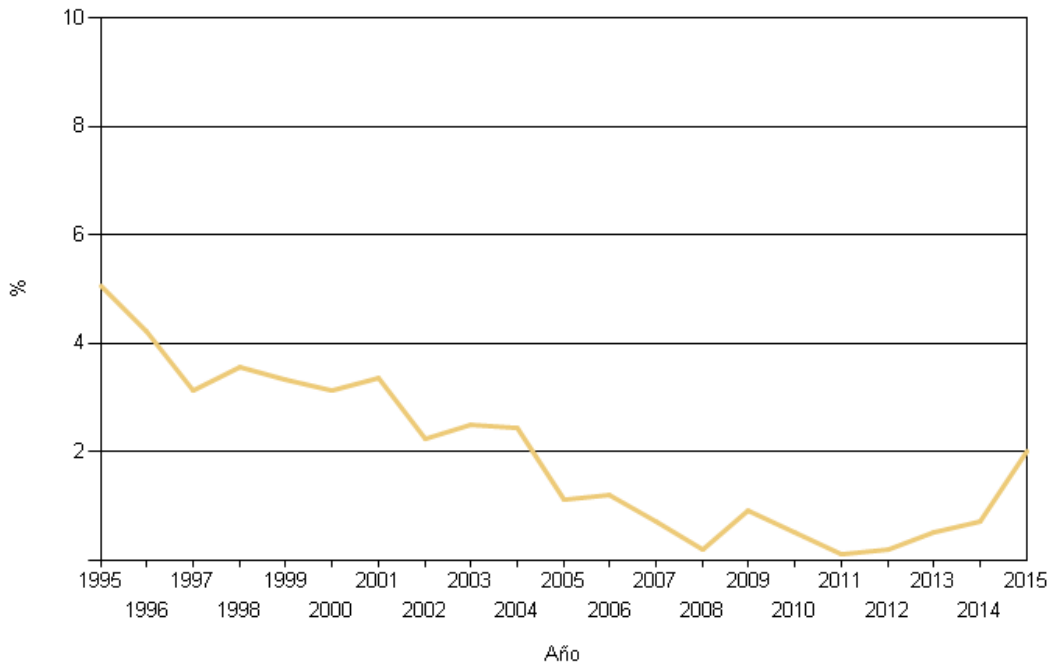


Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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

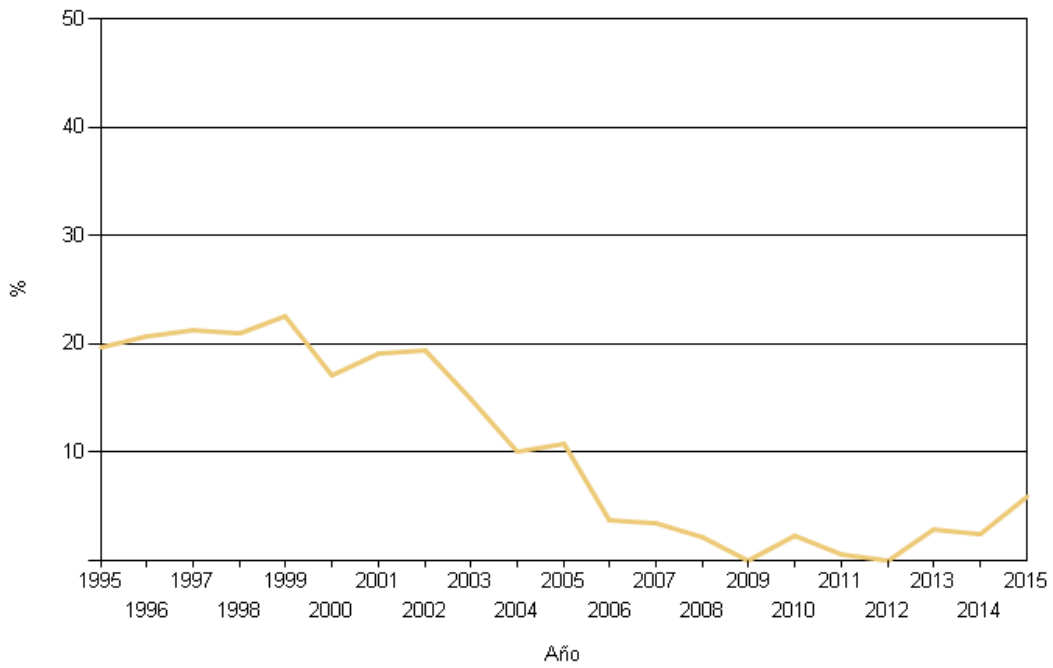
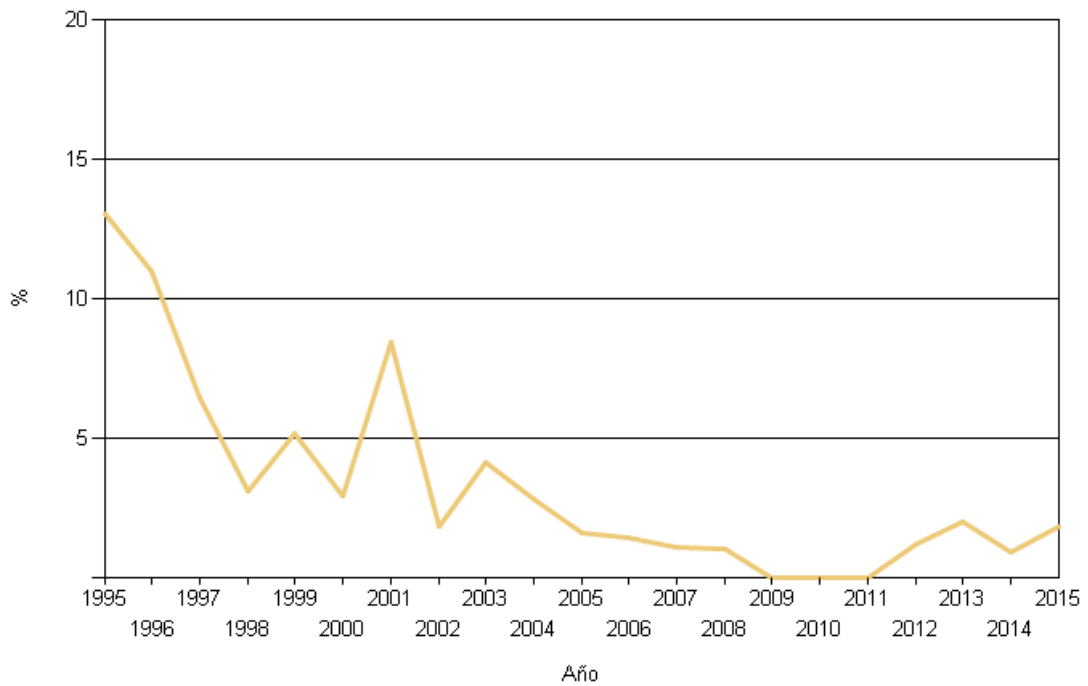


Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

9.3.1. Indicadores generales

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2015 de 4,4 por 100.000 habitantes, dos veces y media mayor en hombres (6,4) que en mujeres (2,6). La carga de enfermedad en este mismo año fue también notablemente superior en hombres. La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio fue, sin embargo, superior en mujeres (Tabla 9.6).

Tabla 9.6. Suicidio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	225	102	327
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	7,3	3,0	5,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,0	4,0	6,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	6,4	2,6	4,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	14,0	20,7	17,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	-0,10	-0,06	-0,08
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.077	1.812	5.888
Años Vividos con Discapacidad. CM.	368	147	514
Años de Vida Perdidos. CM.	3.709	1.665	5.374

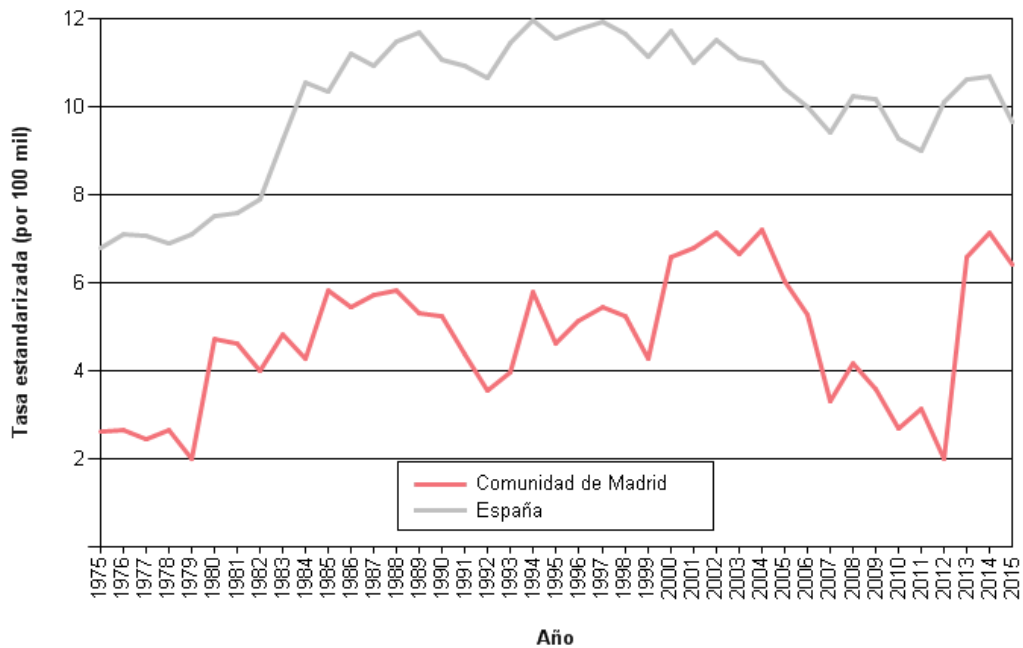
9.3.2. Mortalidad por suicidio

La tasa ajustada de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid fue en 2015 de 6,4 por 100.000 habitantes para hombres y 2,6 para mujeres. Desde 1975 se ha venido manteniendo este predominio en hombres (indicadores entre 3 y 4 veces más altos). Asimismo, durante este periodo las tasas para ambos sexos en España han sido habitualmente en torno al doble de las de la Comunidad de Madrid, aunque con importantes variaciones (Figura 9.30).

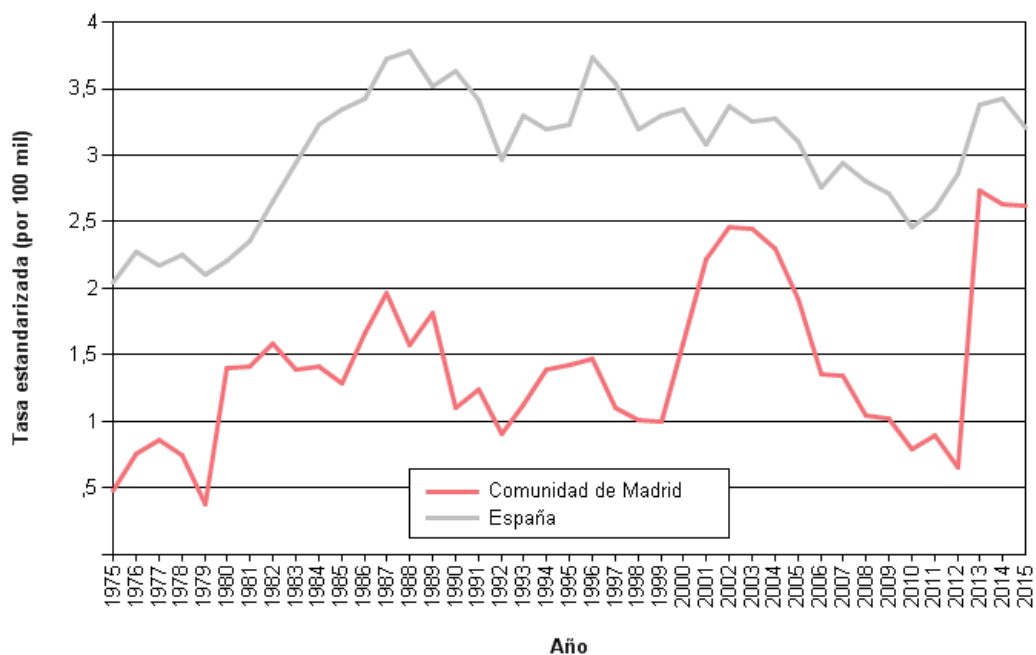
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



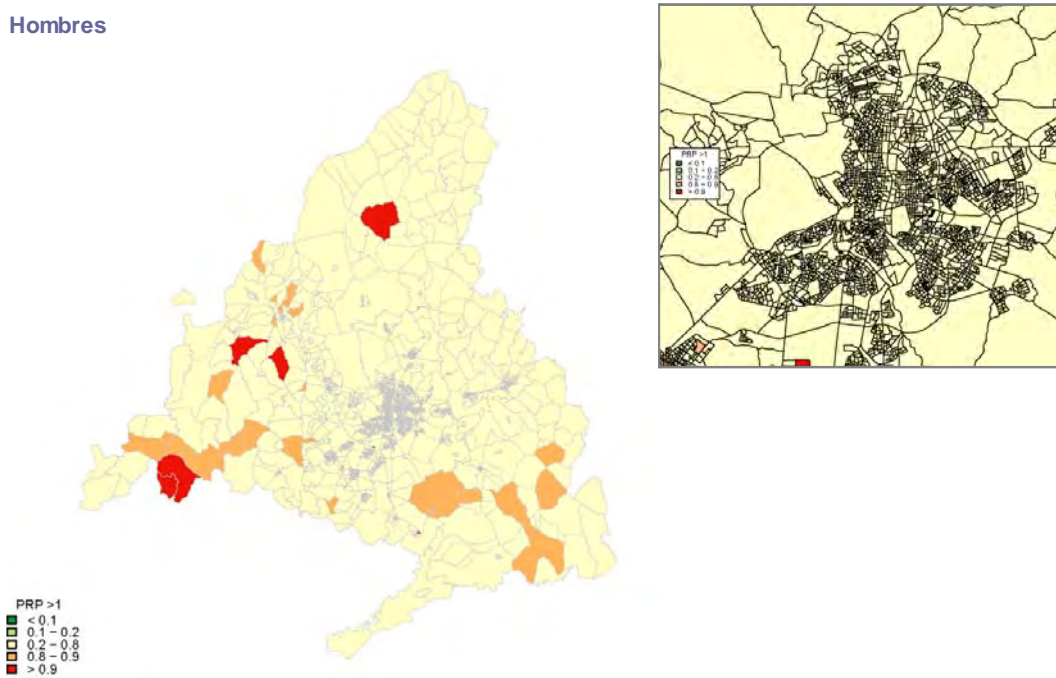
Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE. Desde 2013 ha mejorado la precisión en la asignación de causa de defunción en las muertes con Intervención Judicial

La **Figura 9.31** muestra la distribución espacial de suicidios en hombres. En ella se observa que las escasas zonas con exceso de mortalidad predominan fuera del municipio de Madrid, sin un patrón claro de agregación.

Figura 9.31. Suicidio. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres

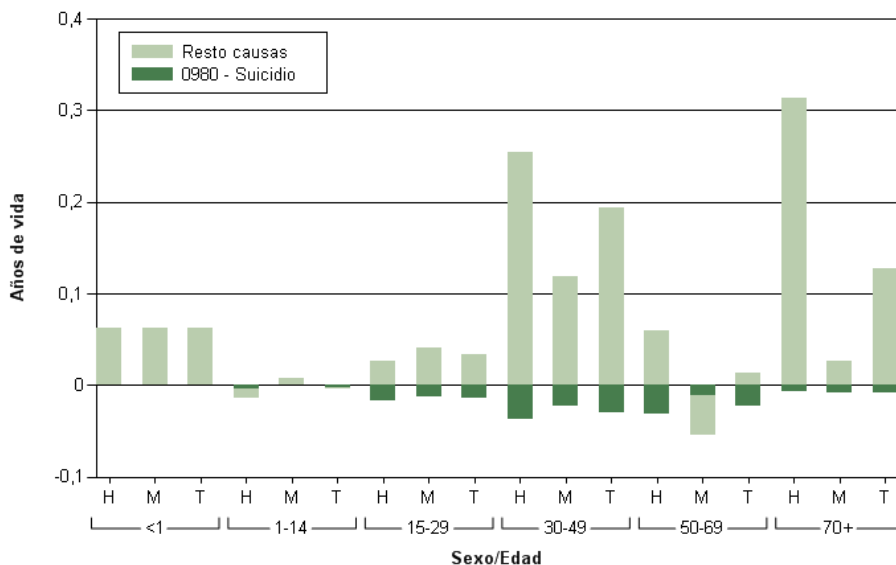


9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2010-2015 el aumento de la mortalidad por suicidio ha contribuido ligeramente al empeoramiento de la esperanza de vida (**Figura 9.32**).

Figura 9.32. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

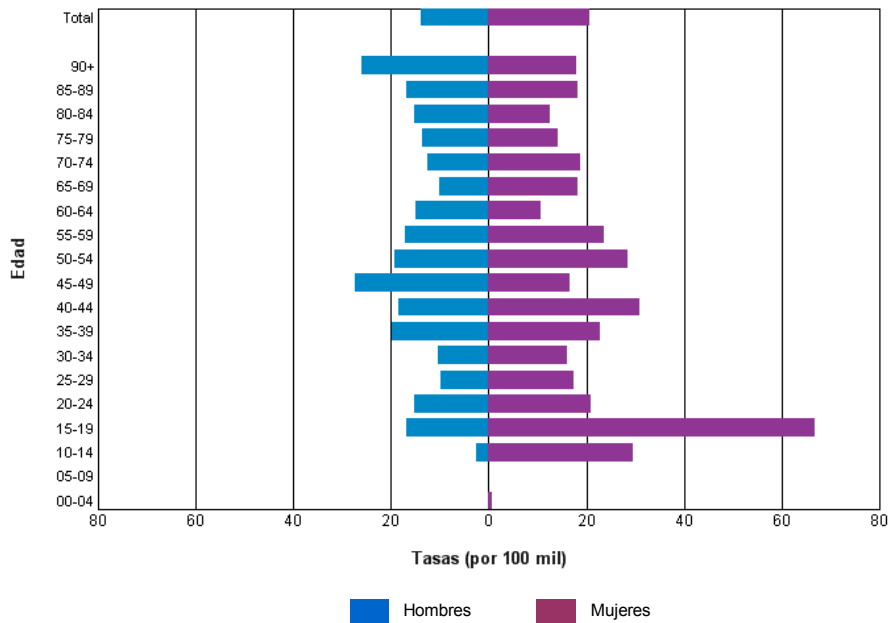


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio, que ha presentado una tendencia ascendente hasta 2014, muestra en 2015 un discreto descenso en ambos sexos. Las tasas globales son en 2015 más elevadas en las mujeres: 20,69 por 100 mil frente a 13,97 en hombres, y este predominio se da prácticamente en todas las edades (Figura 9.33).

Figura 9.33. Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

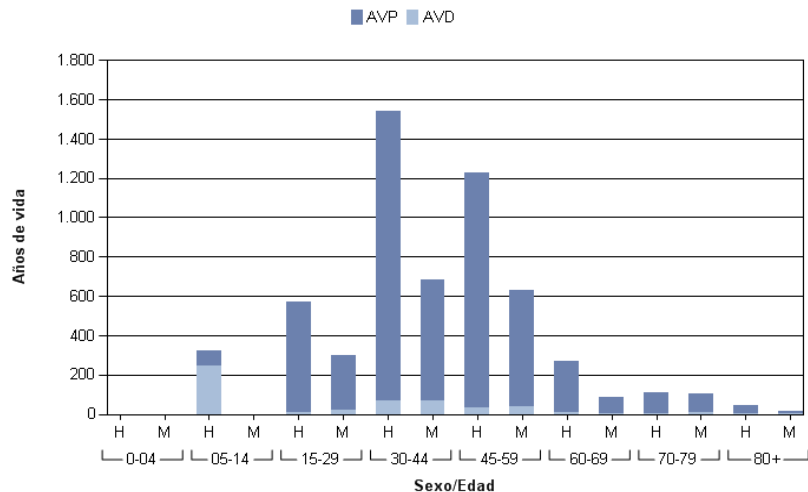


9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

La carga de enfermedad por suicidio se concentra en 2015 casi exclusivamente de los años de vida perdidos (debe considerarse que buena parte del componente no mortal acaba cuantificándose en la rúbrica de depresión). Solo entre los menores de 15 años los AVD son mayores que los APV, tanto en 2015 como en años anteriores. Las edades con mayor carga se encuentran entre los 15 y los 59 años, y es más alta en hombres que en mujeres (Figura 9.34).

Figura 9.34. Suicidio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



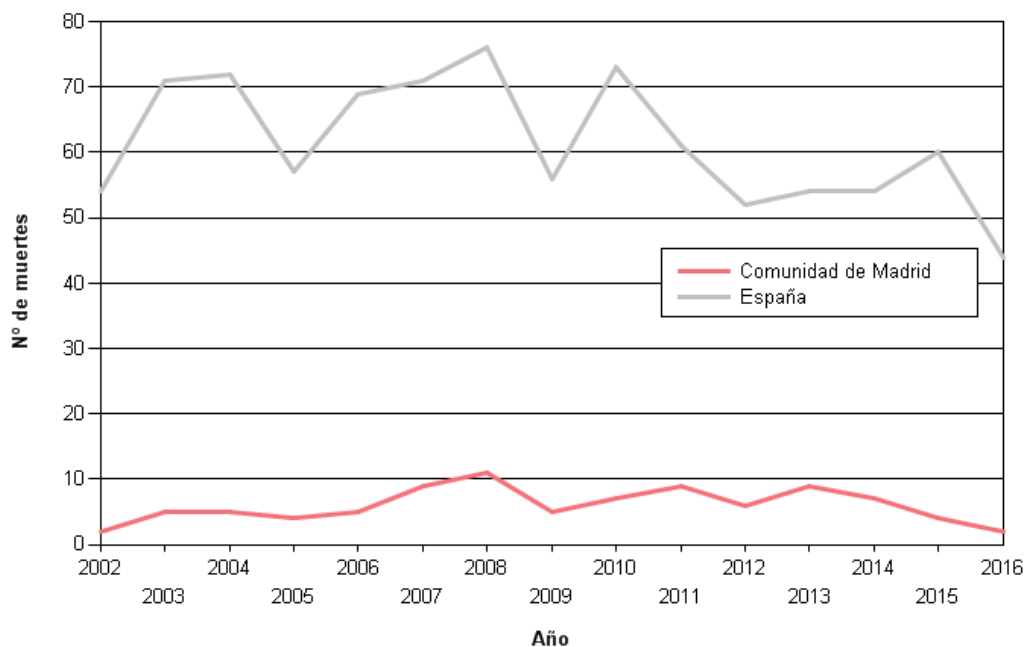
9.4. Violencia de pareja hacia la mujer

De acuerdo con la encuesta “Violencia contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea”, realizada en 2014 por la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales (FRA) (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf), cerca del 8% de las mujeres europeas entre 18 y 74 años de edad sufrieron violencia física y/o sexual de la pareja (actual o anterior) en los 12 meses previos a la consulta, y el 33% alguna vez en su vida desde los 15 años de edad. En el caso de España, los porcentajes fueron del 4% y del 22%, respectivamente.

Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf), entre 2003 y 2016, 870 mujeres han sido asesinadas en España por sus parejas o ex parejas, 88 (10,1%) de ellas en la Comunidad de Madrid. (Figura 9.35).

Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2016.

Fuente: Portal estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
<http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>



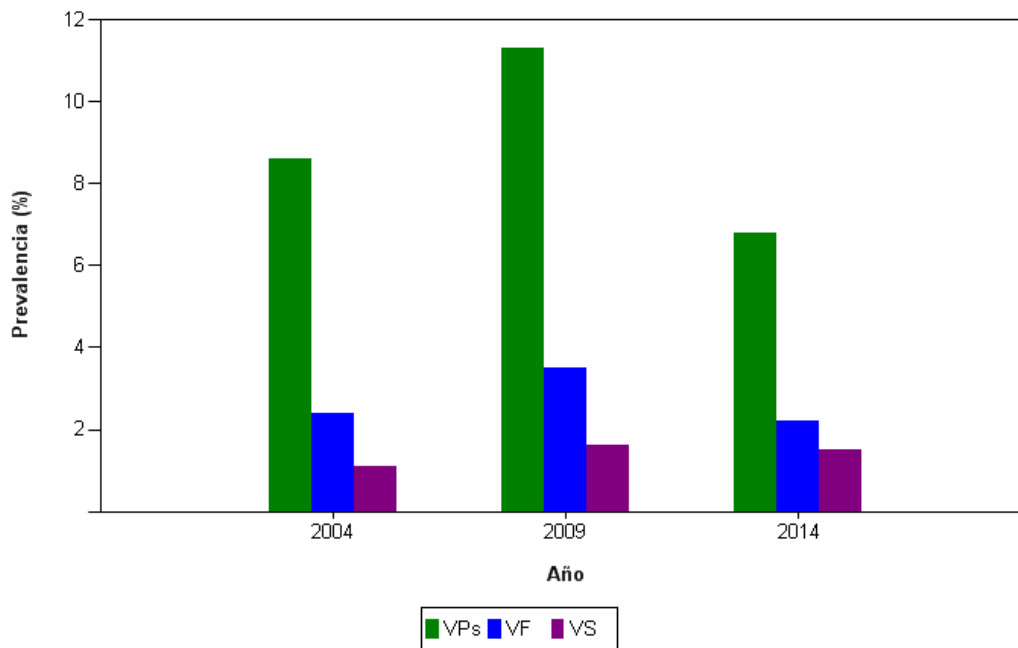
En la Comunidad de Madrid, en el marco de la Estrategia de Acciones de Salud frente a la Violencia de Género de la Consejería de Sanidad, se realiza la vigilancia epidemiológica de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM), a través de encuestas poblacionales específicas con periodicidad quinquenal.

Hasta ahora se han llevado a cabo tres encuestas telefónicas, la primera en el año 2004, la segunda en 2009 y la tercera en 2014 en mujeres de 18 a 70 años, residentes en la Comunidad de Madrid y con una relación de pareja o contactos con una expareja en los 12 meses previos. En todas ellas se utilizó el mismo cuestionario para detectar la VPM, con preguntas sobre violencia psicológica y sexual basadas en la “Encuesta nacional sobre la violencia hacia las mujeres en Francia” (ENVEFF), y preguntas sobre violencia física tomadas de la “Conflict Tactic Scale” (CTS) de Estados Unidos. También se recogió información sobre las características socio-demográficas de las mujeres, su situación de salud, el consumo de medicamentos, la utilización de servicios sanitarios y la utilización de recursos específicos para mujeres maltratadas. En la última encuesta se incluyó también un cuestionario de cribado de violencia (Woman Abuse Screening Tool ‘WAST’), se exploró el acoso y control a través del móvil y del correo electrónico y se realizó un cuestionario para valorar la salud mental de los hijos de las mujeres (Strenghts and Difficulties Questionnaire ‘SDQ’).

Los últimos datos disponibles derivan de la encuesta “Violencia de pareja hacia las mujeres” de 2014, en la que la tasa de respuesta fue del 60,5%, obteniéndose una muestra final de 2.992 mujeres. Se detectaron 228 casos de VPM, lo que corresponde a una prevalencia de 7,6%. Se evidencia una disminución del porcentaje de casos de VPM respecto de las encuestas previas, a expensas de la violencia psicológica (Figura 9.36). Esta disminución se ha producido en las mujeres nacidas en España, de mayor edad, que residen en el municipio de Madrid o en el área metropolitana así como entre las mujeres de mayor nivel educativo. De los tres tipos de violencia explorados (psicológica, física y sexual), la psicológica sigue siendo la más frecuente (6,8%) y está presente siempre que se detecta otro tipo de violencia ya sea física o sexual (en un 3% de los casos).

Figura 9.36. Evolución de la violencia psicológica, física y sexual Comunidad de Madrid, 2004, 2009 y 2014.

Fuente: Violencia de pareja hacia las mujeres. 3ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid 2014.



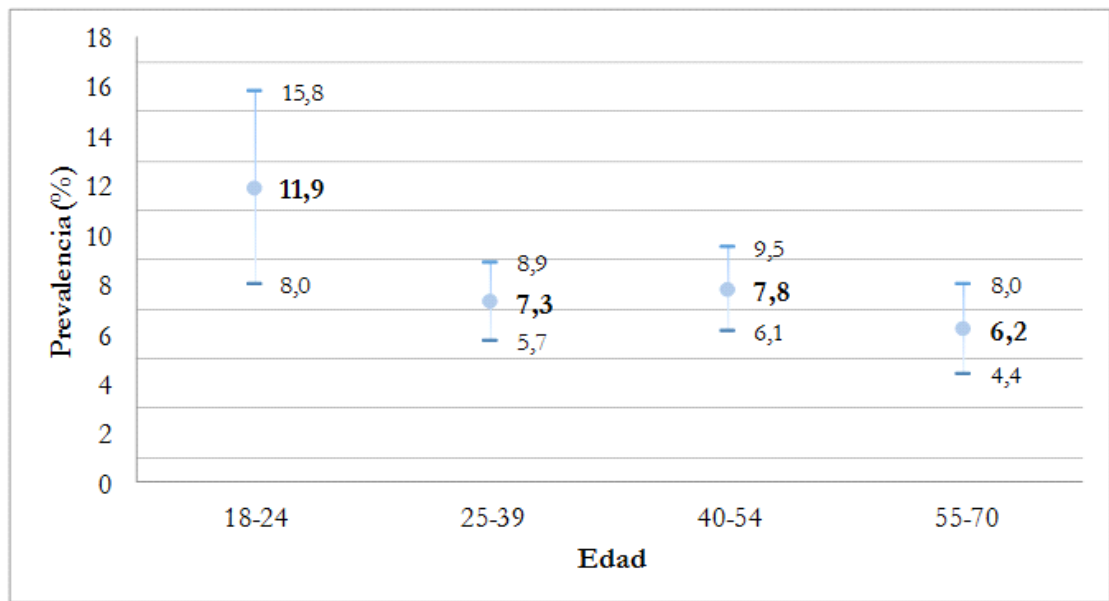
VPs (violencia psicológica), VF (violencia física), VS (violencia sexual)

Entre los factores asociados independientemente con la VPM, se encontraron algunas características sociodemográficas de las mujeres como: tener entre 18 y 24 años, residir en municipios de menos de 10.000 habitantes, haber nacido fuera de España, tener un bajo nivel educativo así como tener asignada una baja clase social. De las características sociodemográficas de las parejas se encontraron: haber nacido fuera de España, bajo nivel educativo, baja clase social y no trabajar. Otros factores asociados independientemente con la VPM fueron: que las conductas de violencia se realizasen por alguna expareja así como un bajo apoyo social percibido y baja resiliencia.

Según grupos de edad, la prevalencia de VPM más alta se encontró en el grupo de 18-24 años (Figura 9.37). En este grupo, las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos estuvieron presentes en el 62,5% de los casos.

Figura 9.37. Prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer según edad (IC 95%). Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: Encuesta Violencia de pareja hacia las mujeres, año 2014. Elaboración: Servicio de Epidemiología



En cuanto a los antecedentes de violencia, cerca del 8% de todas las mujeres encuestadas refirieron haber sido víctimas de violencia física y/o sexual antes de los 15 años. A las víctimas de violencia física se les preguntó por el perpetrador, siendo en el 71% alguien del entorno familiar, principalmente el padre, en el 15% un novio o pareja, y en el 14% otras personas de fuera del entorno familiar. Estos antecedentes fueron más frecuentes cuando la mujer cumplía con los criterios de caso de VPM, 23,9%, frente al 6,5% cuando no cumplía criterios.

Las consecuencias de la VPM sobre la salud son numerosas: las mujeres maltratadas tienen una mala salud autopercebida y mayor frecuencia de problemas crónicos, siendo la enfermedad cardiaca, depresión, ansiedad, úlcera gástrica, infección urinaria, enfermedad articular y patología ginecológica las que al ajustar por edad resultaron asociadas a violencia; asimismo es más frecuente encontrar limitación en sus actividades cotidianas, ya sea por problemas de salud físicos o mentales.

La salud mental de los hijos e hijas de las mujeres se estudió a través del cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ) en su versión en castellano para padres y madres. Se eligió de manera aleatoria a un hijo/hija de 4 a 16 años de las mujeres que cumplieron criterios de VPM así como a un grupo control (hijos/hijas de madres sin VPM) apareados por edad y sexo. Las puntuaciones obtenidas para los hijos e hijas de las mujeres que cumplieron criterios de VPM fueron peores en comparación con el grupo control (media de 10,42 y 7,35 respectivamente). Obtener un SDQ límite/anormal entre los hijos/hijas de las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM es cerca de 3 veces mayor al compararlo con los controles. En un análisis posterior se encontró que las hijas presentan además una asociación significativa con problemas de conducta y de inatención/hiperactividad en comparación con los hijos.

La mujer que no reconoce su situación de maltrato no está en condición de pedir ayuda. De las mujeres que sí perciben el maltrato, menos de la mitad (32%) busca ayuda en algún tipo de servicio. El resultado es que solamente el 11,2% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. Cuando lo hacen, los servicios a los que más frecuentemente acuden son los servicios sanitarios.

Además de las encuestas, en la Comunidad de Madrid, desde 2011, se cuenta con información epidemiológica obtenida a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, tanto el dirigido a población joven (SIVFRENT-J) como el dirigido a población adulta (SIVFRENT-A).

El SIVFRENT-J monitoriza, entre otros, la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS). En 2015, entre la población juvenil que tenía o había tenido alguna pareja durante el último año, un 2,7% de las chicas afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física (violencia física) y un 5,0% de las chicas, haber sufrido alguna agresión de tipo sexual (violencia sexual) por parte de su pareja o expareja.

Respecto al SIVFRENT-A, el módulo se dirige a las mujeres que durante los 12 meses previos a la fecha de la entrevista tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con alguna expareja. En 2015, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año, un 0,1% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 0,2% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo y el 1,8% que su pareja o expareja había tratado de controlar sus actividades diarias. En total, el 1,9% de las mujeres con pareja o expareja habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas en el último año.

9.5. Conclusiones

La morbi-mortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad debida a ellas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y adultas (15 a 59 años) y en los hombres; el aumento observado en los últimos años se debe en buena medida a la correcta clasificación como causa externa de defunciones con intervención judicial. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid hasta 2012; durante el periodo 2000-2012 descendió un 65,6% en hombres y un 48,0% en mujeres. A partir de 2012 se observa un repunte en la mortalidad en ambos sexos. La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2015, especialmente en hombres.

El número de episodios motivados por lesiones atendidos en Atención Primaria ha disminuido en los últimos años (7% en el periodo 2012-2015). También han disminuido las tasas, de forma semejante en ambos sexos y casi todos los grupos de edad. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2003-2015 las tasas han aumentado un 47,6% en mujeres y un 30,1% en hombres.

La carga de enfermedad por causas externas se concentra en 2015 en las edades jóvenes y adultas (15 a 59 años) y en los hombres, con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD). En 2015 los accidentes de tráfico supusieron el 21,7% de los años de vida perdidos por causas externas y el 12,9 % de los años vividos con discapacidad.

La mortalidad por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid experimentó una tendencia fuertemente descendente desde el inicio de siglo hasta el año 2012, fecha a partir de la cual se ha observado un cierto repunte, no registrado a nivel nacional. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres.

Las tasas de altas hospitalarias por accidentes de tráfico, igual que las tasas de mortalidad pero en menor medida, descendieron durante la primera década del siglo; sin embargo, a partir de 2010 tienden a estabilizarse, con un ligero aumento en hombres y ligero descenso en mujeres. Las lesiones más graves, con estancias de 4 o más días, mostraron un patrón evolutivo semejante al de las altas por accidentes de tráfico totales, pero con un descenso más pronunciado que se hace lento y titubeante a partir de 2010.

La no utilización por los jóvenes del casco en la moto ha venido disminuyendo notablemente en el periodo 2000-2009 (52,4%), sin embargo a partir de esa fecha ha repuntado en ambos sexos, un 15% en total. Un 40,4% de los jóvenes declaró en 2015 no utilizarlo.

Las tasas de suicidio en la Comunidad de Madrid durante las últimas décadas han sido 3-4 veces superiores en hombres (6,4 por 100.000 para hombres y 2,6 para mujeres en 2015) y muy inferiores a las nacionales. Desde comienzos de este siglo las tasas para ambos sexos han descendido en la Comunidad de Madrid hasta 2012, habiendo repuntado después hasta alcanzar en 2015 valores semejantes a los iniciales antes del descenso. Lo contrario ocurre con los intentos de suicidio, más frecuentes en mujeres y en aumento desde 2003 en ambos sexos.

Entre 2003 y 2016 las cifras anuales de víctimas mortales por violencia de género en España y en la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2014 en el 7,6 % de las mujeres madrileñas. La violencia psicológica sigue siendo el tipo de violencia más frecuente, y está presente siempre que se detecta otro tipo de violencia ya sea física o sexual. Las críticas, la desvalorización, el control y los insultos fueron las

conductas identificadas con mayor frecuencia. Con independencia del tipo de violencia, estos comportamientos se inician desde el comienzo de las relaciones de pareja o de la convivencia y son un problema crónico, por lo que es necesario orientar a las mujeres a estar alerta ante la presencia de estos comportamientos, especialmente al inicio de sus relaciones. Las mujeres jóvenes de 18 a 24 años y las nacidas fuera de España se identifican como grupos prioritarios de intervención. La prevención primaria sigue siendo una de las prioridades y estratégicamente debe apoyarse en hacer visibles las causas, analizar críticamente las relaciones de género (atribuciones, roles y estereotipos) y fortalecer las acciones que promueven la equidad de género.

Objetivo 10

**Un entorno físico sano y
seguro**

10

10. Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro

10.1. Medio ambiente y salud

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

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

- 10.2.1. Enfermedades Profesionales
- 10.2.2. Accidentes de trabajo

10.3. Conclusiones

10.1. Medio Ambiente y salud

10.1.1. Vigilancia de la calidad del Aire

Hay numerosas evidencias científicas acerca del daño a la salud ocasionado por la contaminación química de la atmósfera, incluso a niveles de exposición relativamente bajos, pero su cuantificación en términos de repercusión sobre la salud de la población no resulta sencilla. Entre otras razones, esto se debe a que, a menudo, la población está sometida simultáneamente a distintos contaminantes, y esta exposición puede ocurrir en diferentes lugares, provenir de varias fuentes y a través de múltiples rutas.

El Sistema de Vigilancia de la Contaminación Atmosférica viene analizando las concentraciones de los contaminantes atmosféricos en el territorio de la Comunidad de Madrid. Tiene por objetivo analizar sus efectos en la salud de la población, informar al sistema asistencial de las alertas debidas a las superaciones de los umbrales de información y/o alerta a la población y evaluar los efectos de las medidas correctoras de las emisiones ante episodios de contaminación atmosférica en la Comunidad de Madrid.

La información utilizada en este sistema de vigilancia procede de los datos sobre concentraciones de los contaminantes proporcionados por el Ayuntamiento de Madrid y la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio.

En la [Figura 10.1a](#), [Figura 10.1b](#) y [Figura 10.1c](#) pueden observarse los valores de los principales contaminantes. No se consideran dos contaminantes históricamente muy relevantes tanto por sus concentraciones como por su impacto en la salud (monóxido de carbono –CO y dióxido de azufre –SO₂) porque sus concentraciones en el aire de Madrid no presentan superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana.

En el año 2015 no se superaron los valores de referencia establecidos por la legislación vigente para las partículas en suspensión (PM₁₀ y PM_{2,5}) y tampoco para otros contaminantes como dióxido de azufre (SO₂), monóxido de carbono (CO) o benceno en ninguna de las estaciones de las redes de calidad del aire de Madrid (Comunidad y Ayuntamiento).

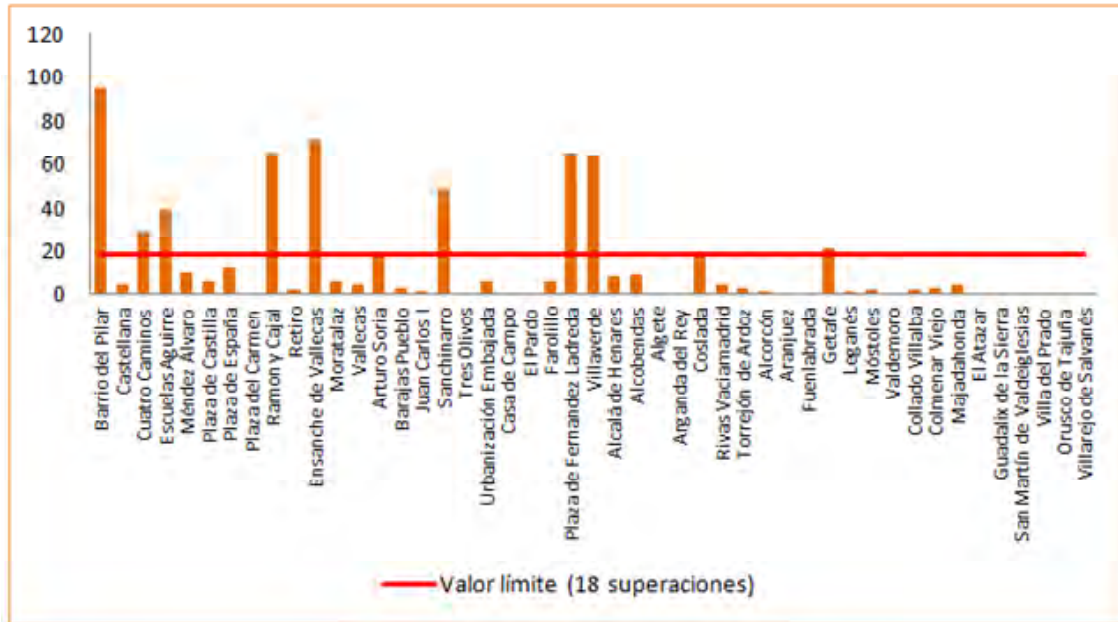
En lo que respecta a los estándares establecidos por la legislación para el dióxido de nitrógeno (NO₂), 16 de las 47 estaciones han superado la media anual de 40 µg/m³. A partir de estos datos, se estima que más del 44% de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid residen en zonas con niveles de NO₂ superiores al valor límite anual de protección de la salud humana -40 µg/m³ de media anual-. Esta población se concentra fundamentalmente en el municipio de Madrid y algunos municipios limítrofes como Coslada y Leganés. En cuanto al valor límite horario -200 µg/m³-, se ha superado más de 18 veces en nueve de las 47 estaciones que miden este gas, ocho de ellas en Madrid a las que se une la estación de Getafe. Estas superaciones se producen sobre todo en los meses invernales y preferentemente entre las 18 y 23 horas, con un pico secundario en torno a las 8-9 de la mañana (hora solar).

En lo relativo al ozono troposférico (O₃), se ha superado más de 25 días de promedio durante los últimos tres años (2013-2015) el valor objetivo para la protección de la salud humana en 26 de las 37 estaciones, distribuidas prácticamente por todo el territorio aunque con mayor frecuencia en zonas periurbanas y rurales. Las personas potencialmente afectadas por estos niveles son más del 65% de la población de la Comunidad de Madrid. Además, hay que señalar que en 32 estaciones que miden este contaminante se registró en 2015 algún valor horario superior a los 180 µg/m³ establecidos por la legislación como valor umbral de información a la población. Las superaciones se producen en periodo estival y entre las 13 y 21 horas (hora solar). En ningún punto de la Comunidad de Madrid se registraron valores por encima del umbral de alerta (240 µg/m³ como promedio en una hora).

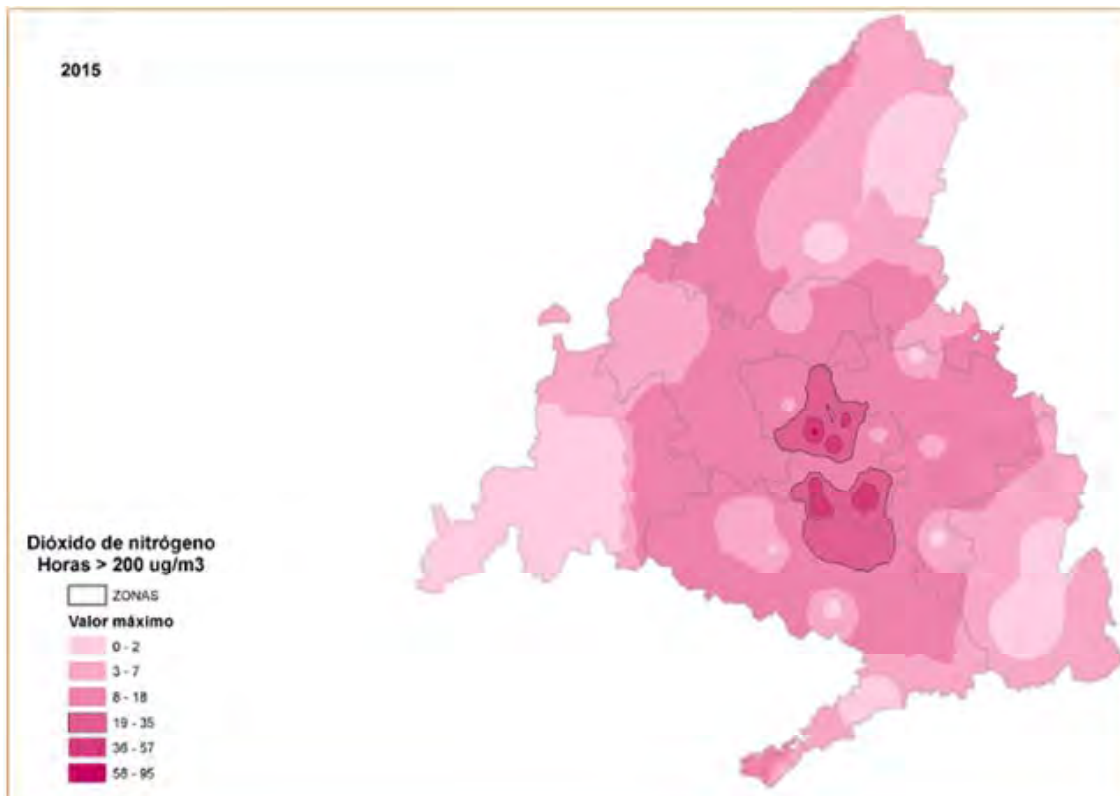
Figura 10.1a. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Distribución territorial. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid y del Sistema integral de vigilancia, predicción e información de la contaminación atmosférica de la ciudad de Madrid. Elaboración: Subdirección de Sanidad Ambiental.

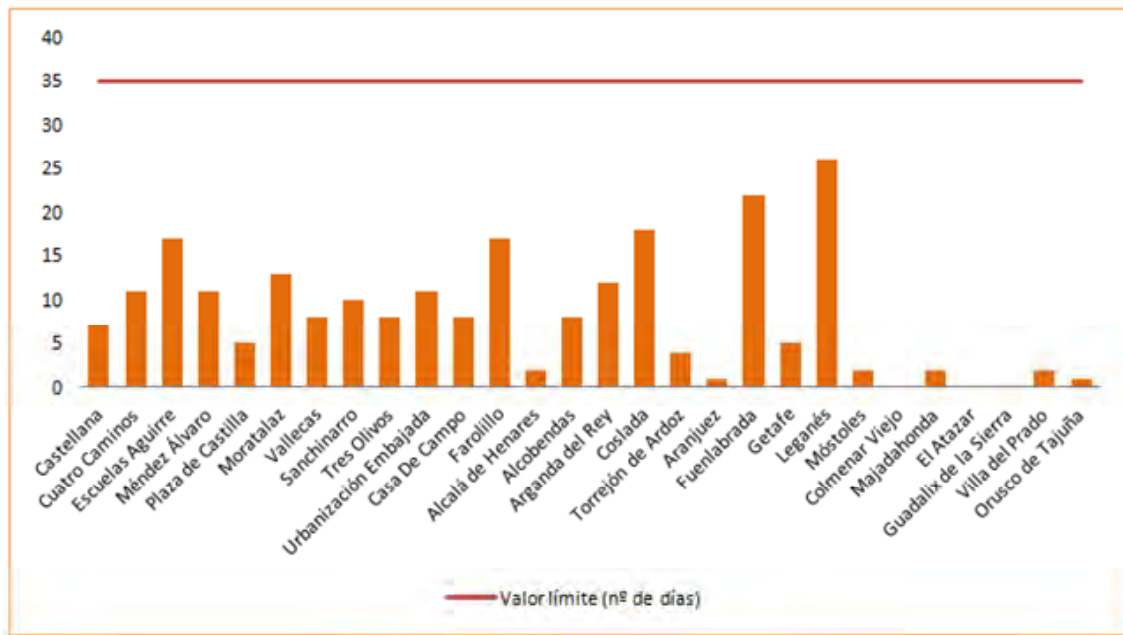
Dióxido de nitrógeno (NO₂). Número de horas con valores superiores a 200 µg/m³ en las estaciones de control, 2015



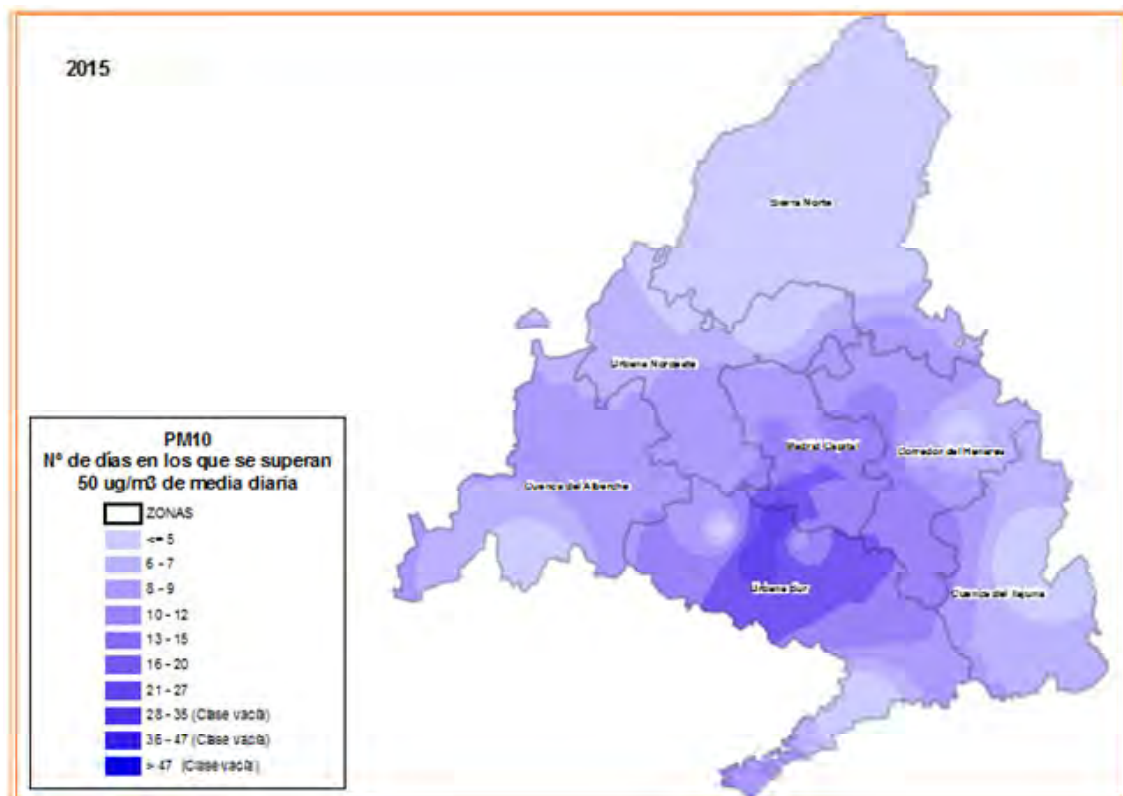
Dióxido de nitrógeno (NO₂). Distribución geográfica del número de horas con valores superiores a 200 µg/m³, 2015



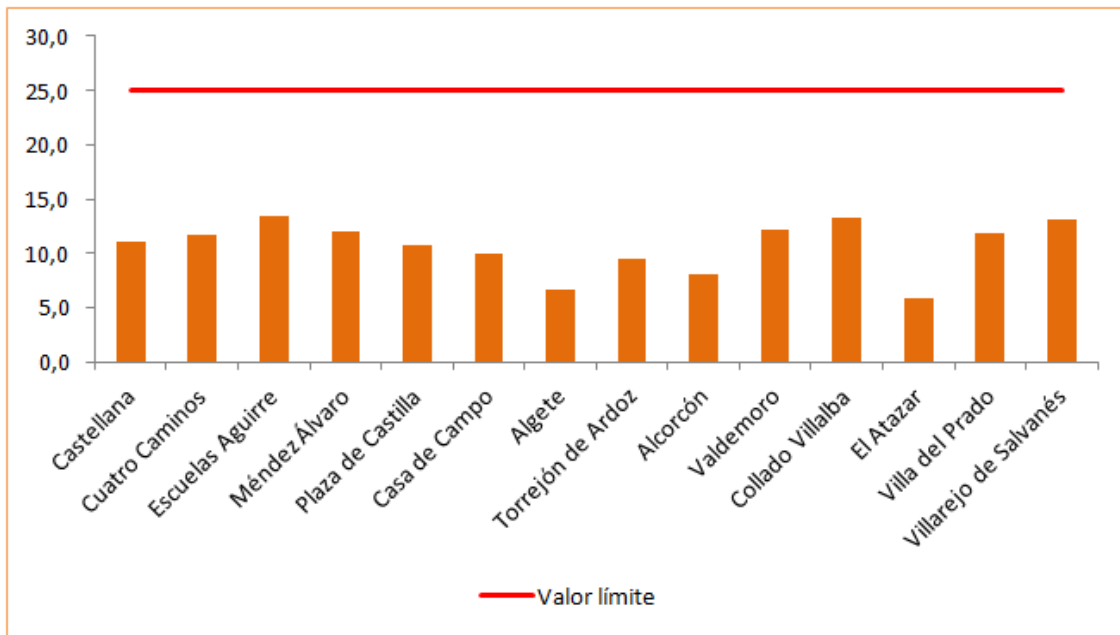
Partículas en suspensión PM10. Número de días con valores superiores a 50 µg/m³ en las estaciones de control, 2015.



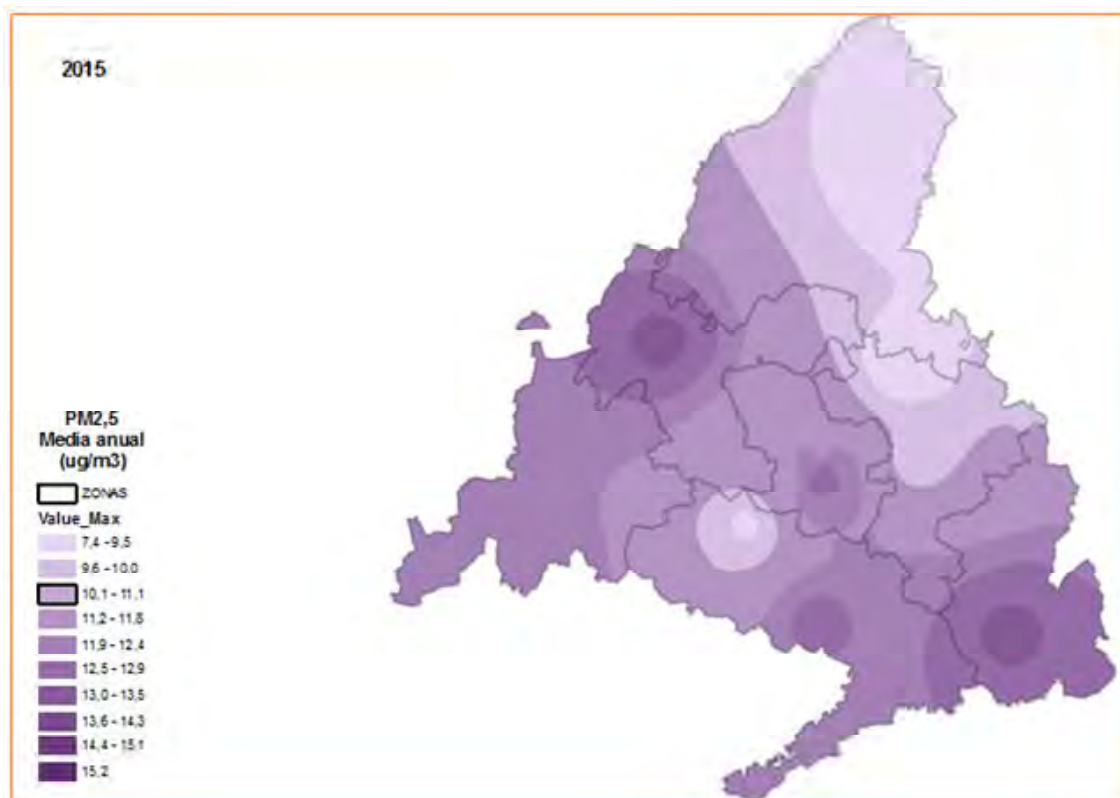
Partículas en suspensión PM10. Distribución geográfica del número de días con valores superiores a 50 µg/m³ en las estaciones de control, 2015



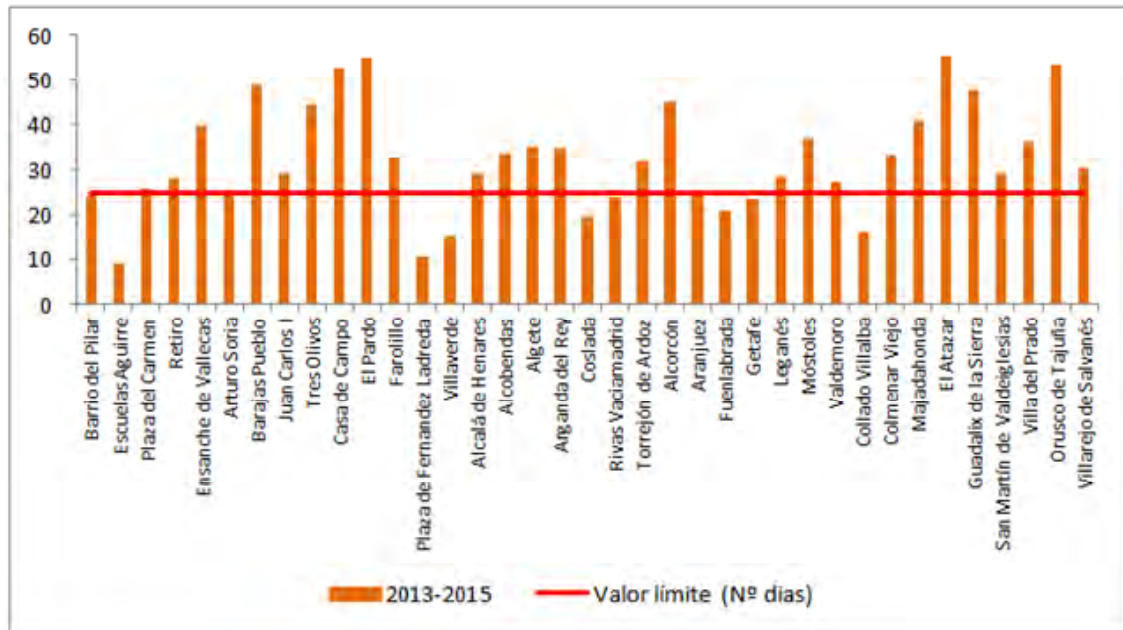
Partículas en suspensión PM2,5. Media anual en las estaciones de control ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), 2015.



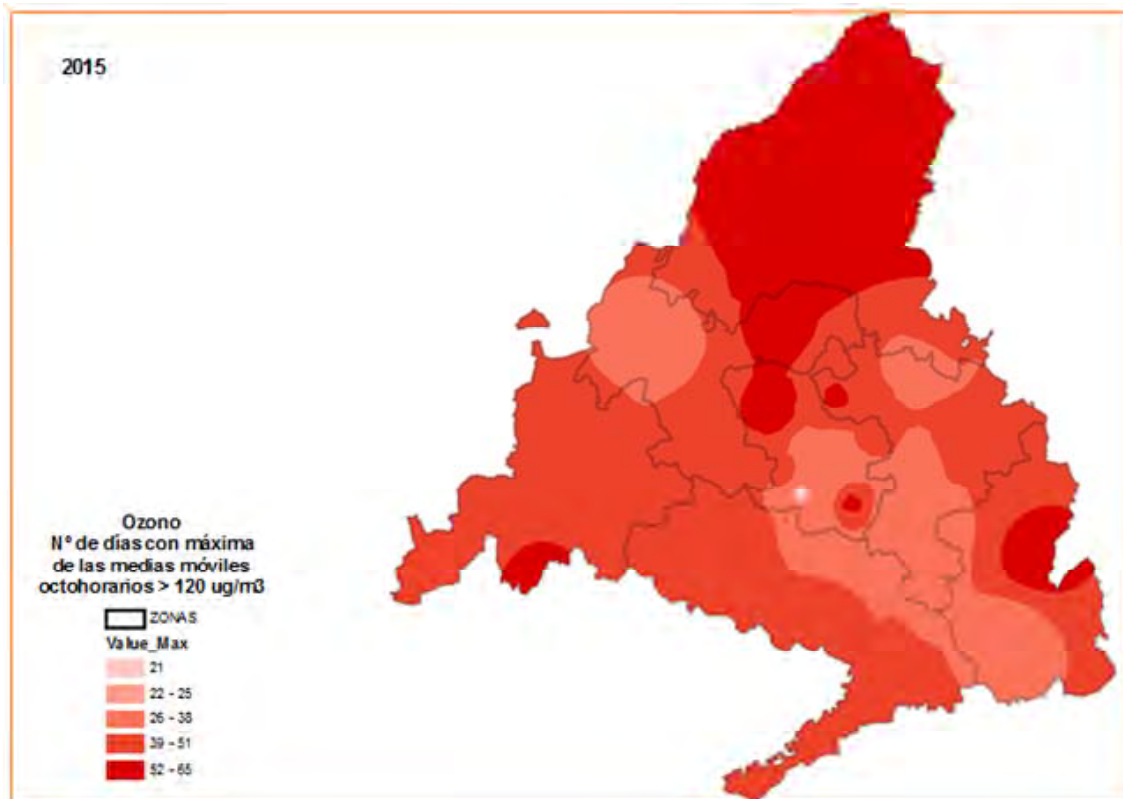
Partículas en suspensión PM2,5. Distribución geográfica de la media anual ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), 2015.



Ozono (O₃) troposférico. Número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m³ en las estaciones de control, 2013-2015.



Ozono (O₃) troposférico. Distribución geográfica del número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m³, 2015.



Ozono (O₃) troposférico. Promedio del número de días con valores medios octohorarios superiores a 120 µg/m³ por zona, 2010-2015.

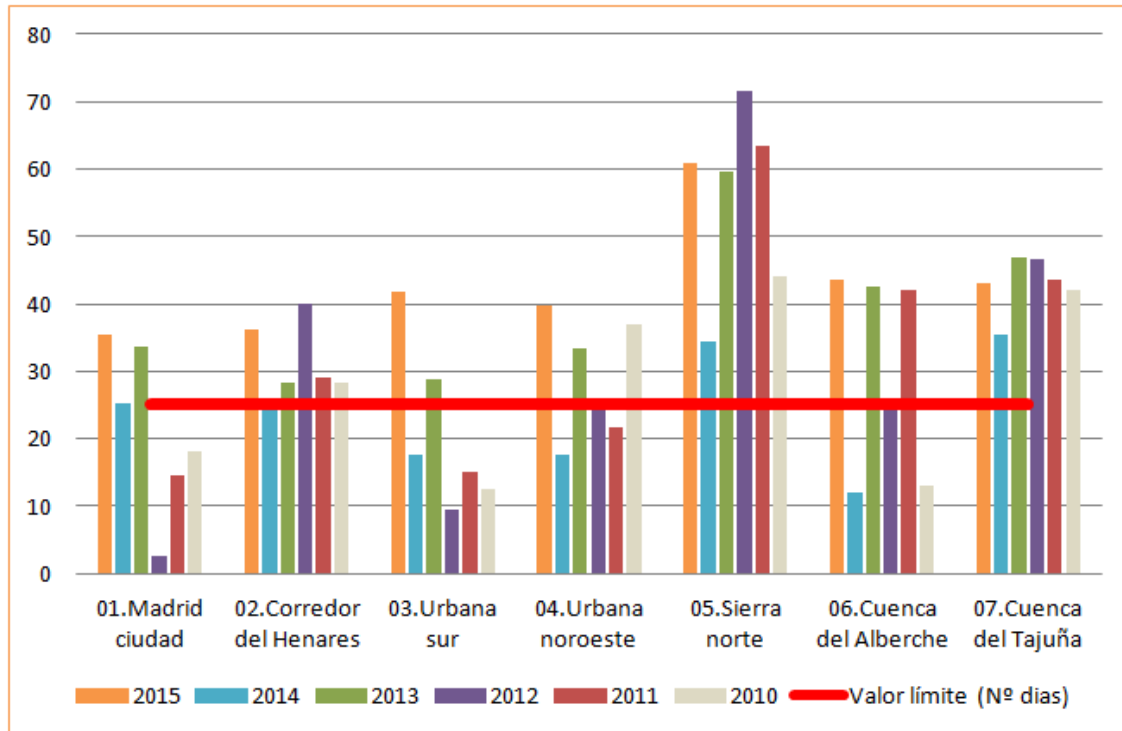
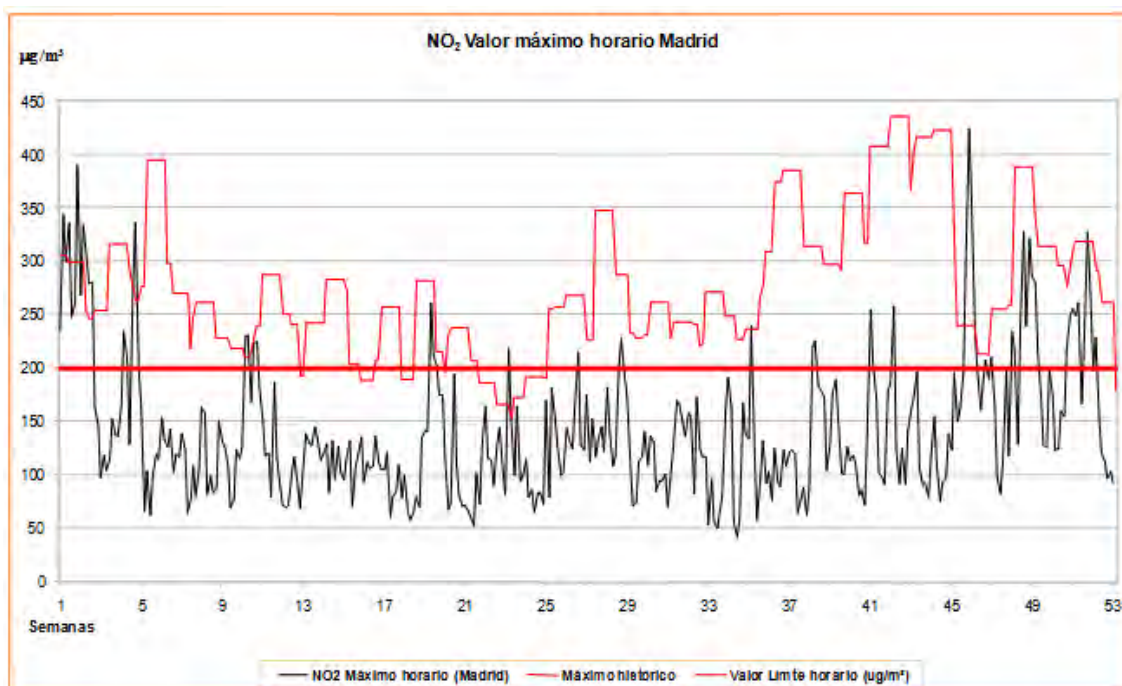


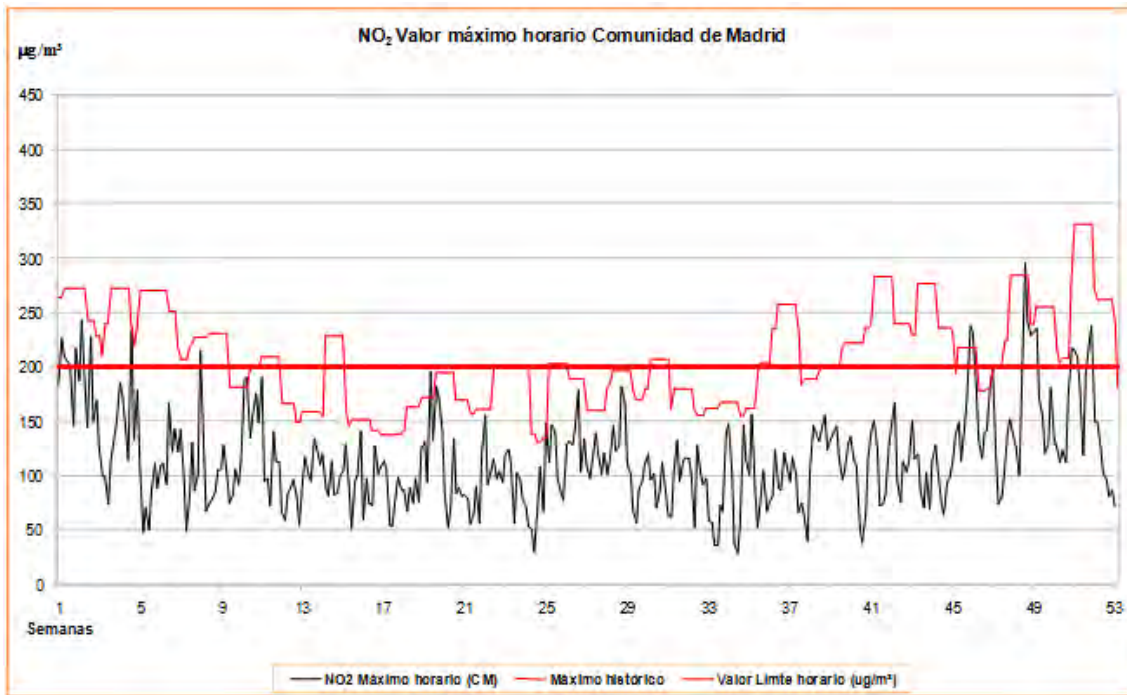
Figura 10.1b. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Distribución temporal. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid y del Sistema integral de vigilancia, predicción e información de la contaminación atmosférica de la ciudad de Madrid. Elaboración: Subdirección de Sanidad Ambiental.

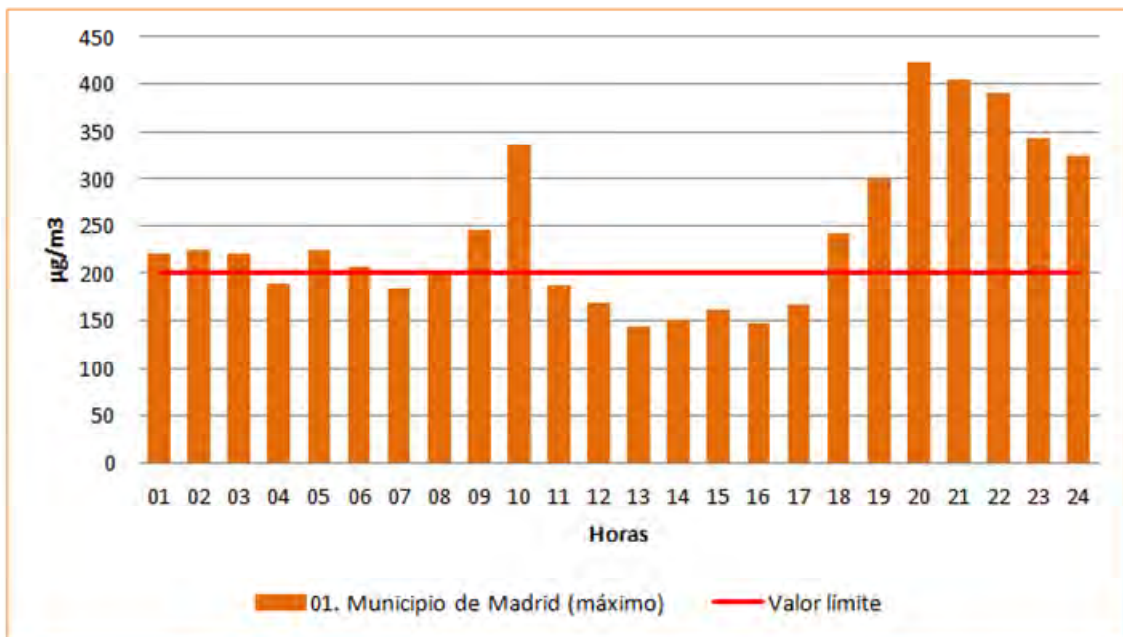
Dióxido de nitrógeno (NO₂). Valor máximo horario/día. Madrid, 2015.



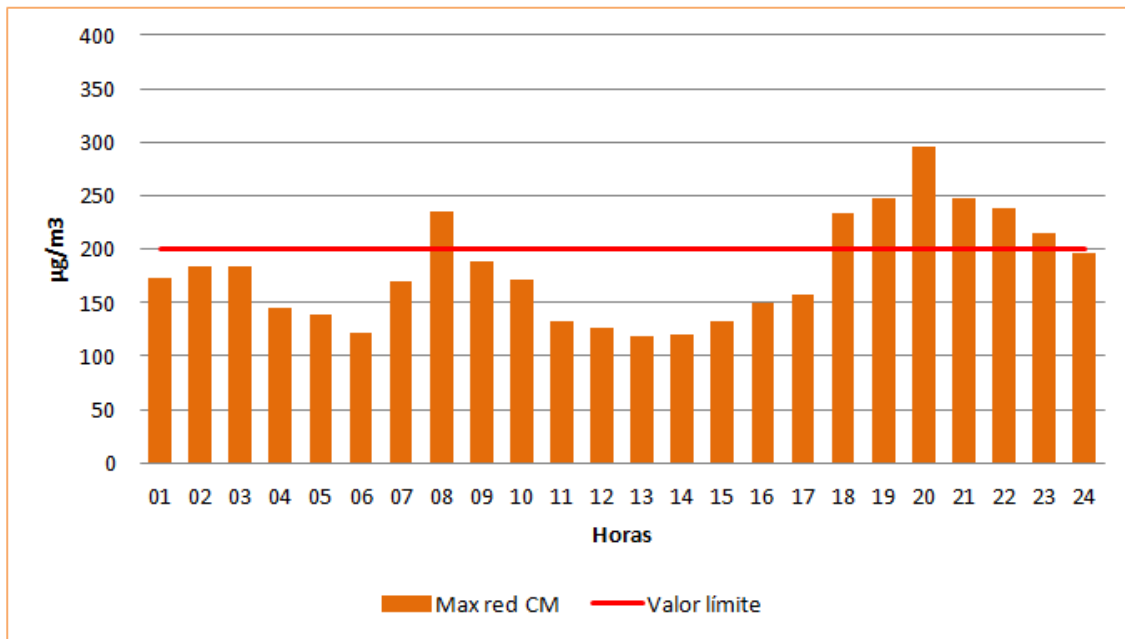
Dióxido de nitrógeno (NO₂). Valor máximo horario/día. Comunidad de Madrid, 2015.



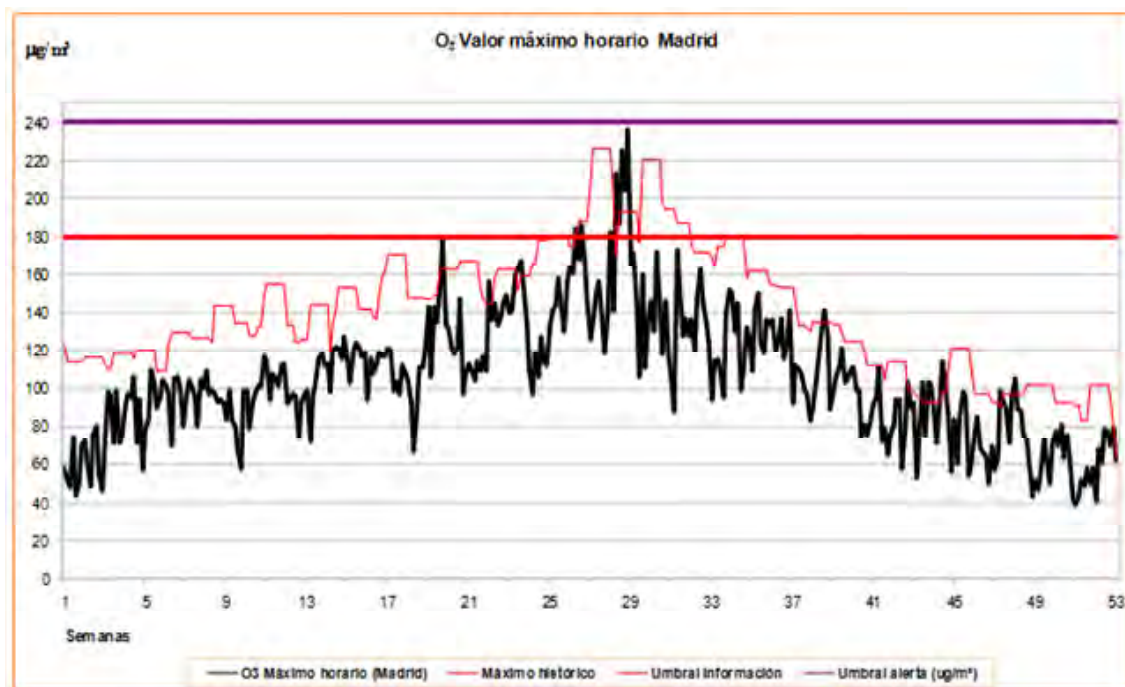
Dióxido de nitrógeno (NO₂). Valor máximo horario. Madrid, 2015.



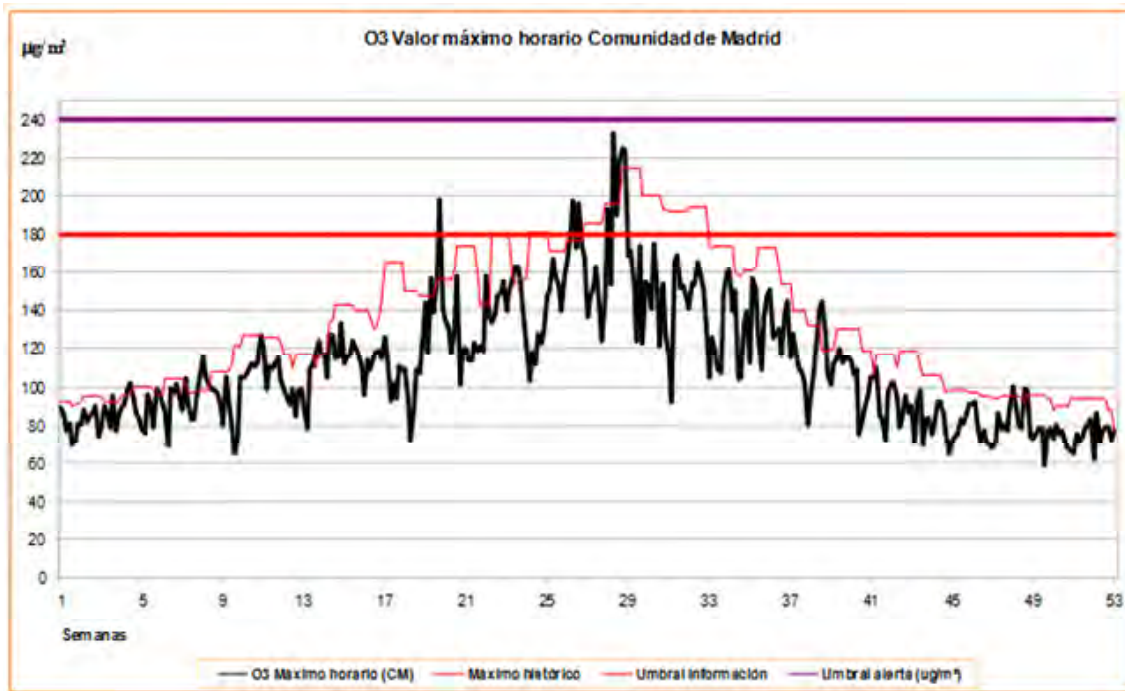
Dióxido de nitrógeno (NO₂). Valor máximo horario. Comunidad de Madrid, 2015.



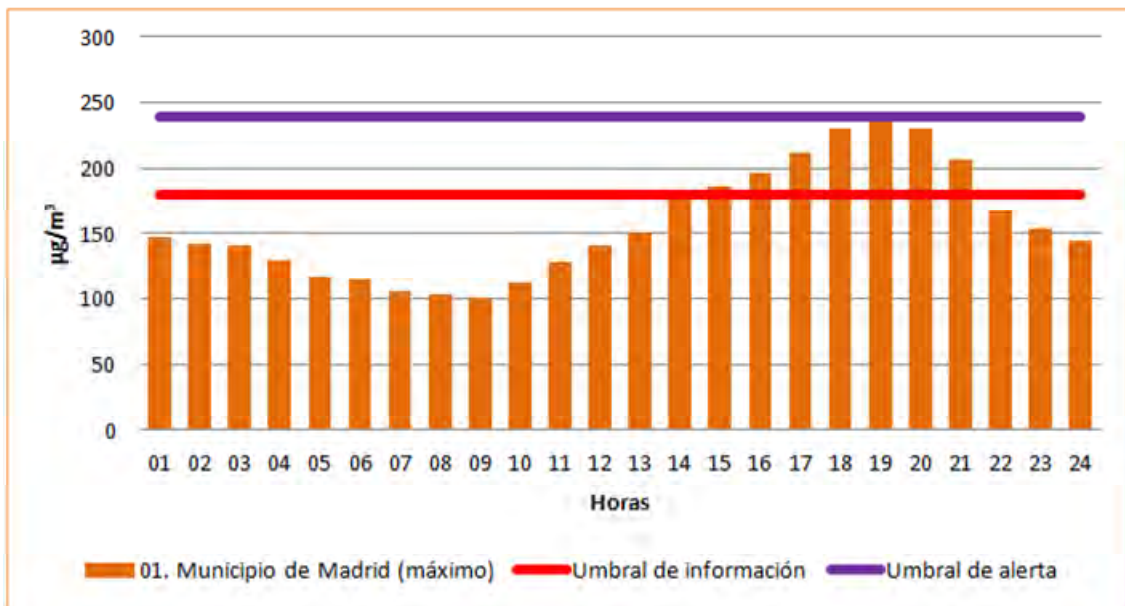
Ozono (O₃). Valor máximo horario/día. Madrid, 2015.



Ozono (O₃). Valor máximo horario/día. Comunidad de Madrid, 2015.



Ozono (O₃). Valor máximo horario. Madrid, 2015.



Ozono (O₃). Valor máximo horario. Comunidad de Madrid, 2015.

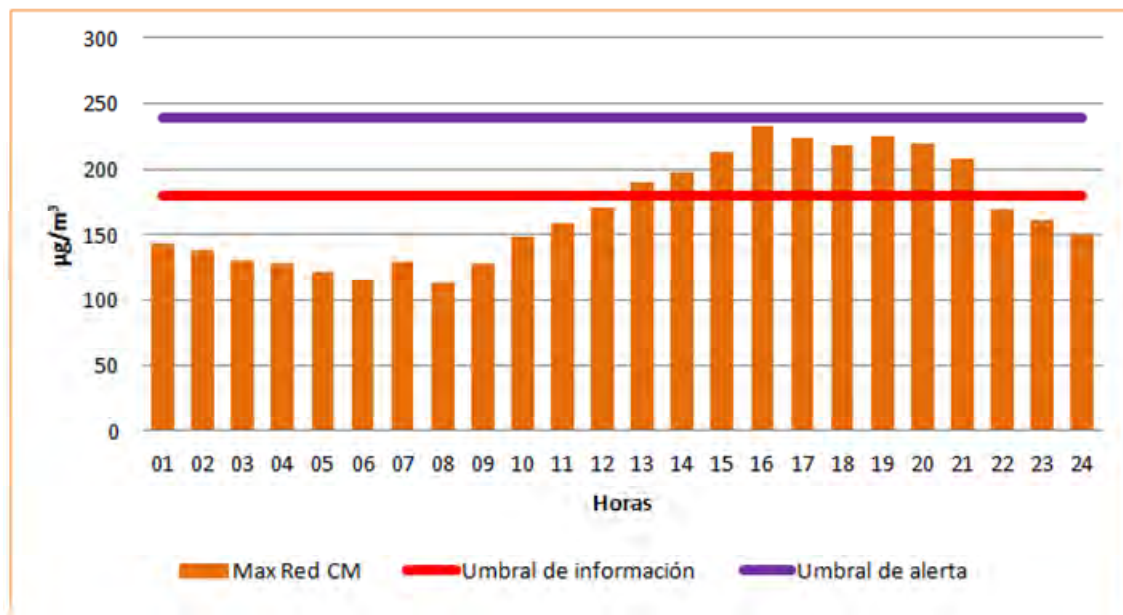


Figura 10.1c. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Población potencialmente expuesta. Comunidad de Madrid, 2015.

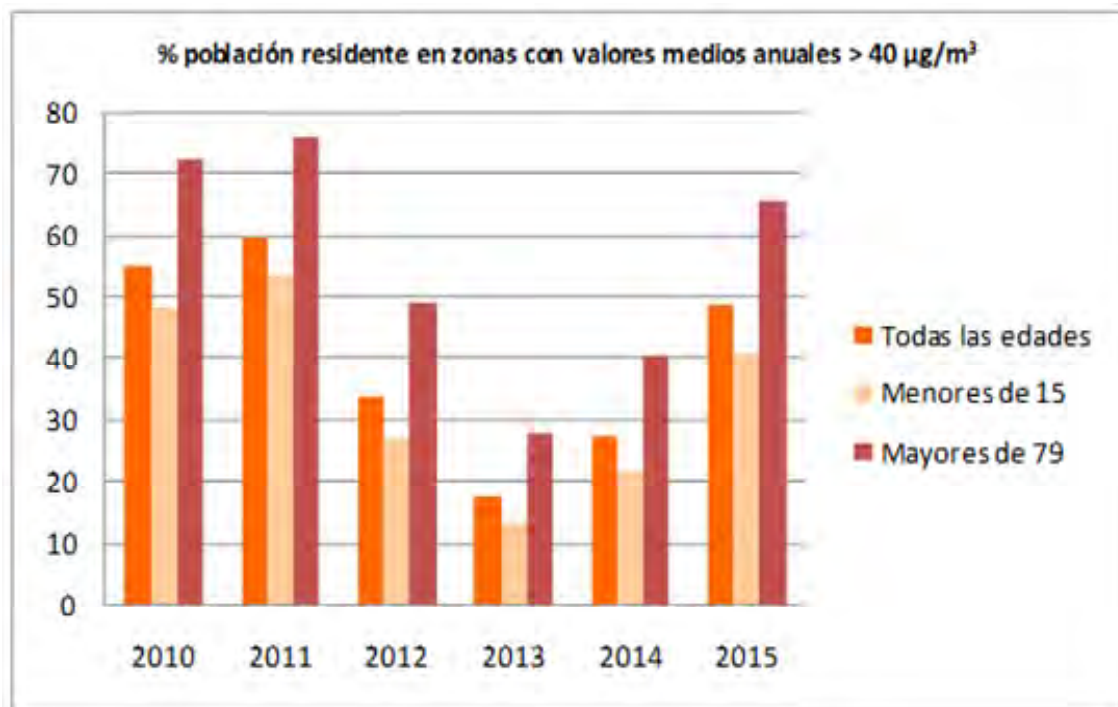
Fuente: Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid y del Sistema integral de vigilancia, predicción e información de la contaminación atmosférica de la ciudad de Madrid. Elaboración: Subdirección de Sanidad Ambiental.

Dióxido de nitrógeno (NO₂). Población residente en zonas con concentraciones de NO₂ superiores a los valores límite de protección de la salud humana (RD 102/2011). 2015.

Más de 18 veces al año con valores horarios superiores a 200 µg/m³			
	Pob.exp.	%	Total CM
Población total	2.049.860	31,8	6.436.996
Menores de 15	300.465	29,7	1.012.914
Mayores de 79	137.087	41,2	332.894

Valores superiores a 40 µg/m³ de media anual			
	Pob.exp.	%	Total CM
Población total	3.126.171	48,6	6.436.996
Menores de 15	414.451	40,9	1.012.914
Mayores de 79	218.594	65,7	332.894

Dióxido de nitrógeno (NO₂). Estimación de la población potencialmente expuesta. 2010-2015.



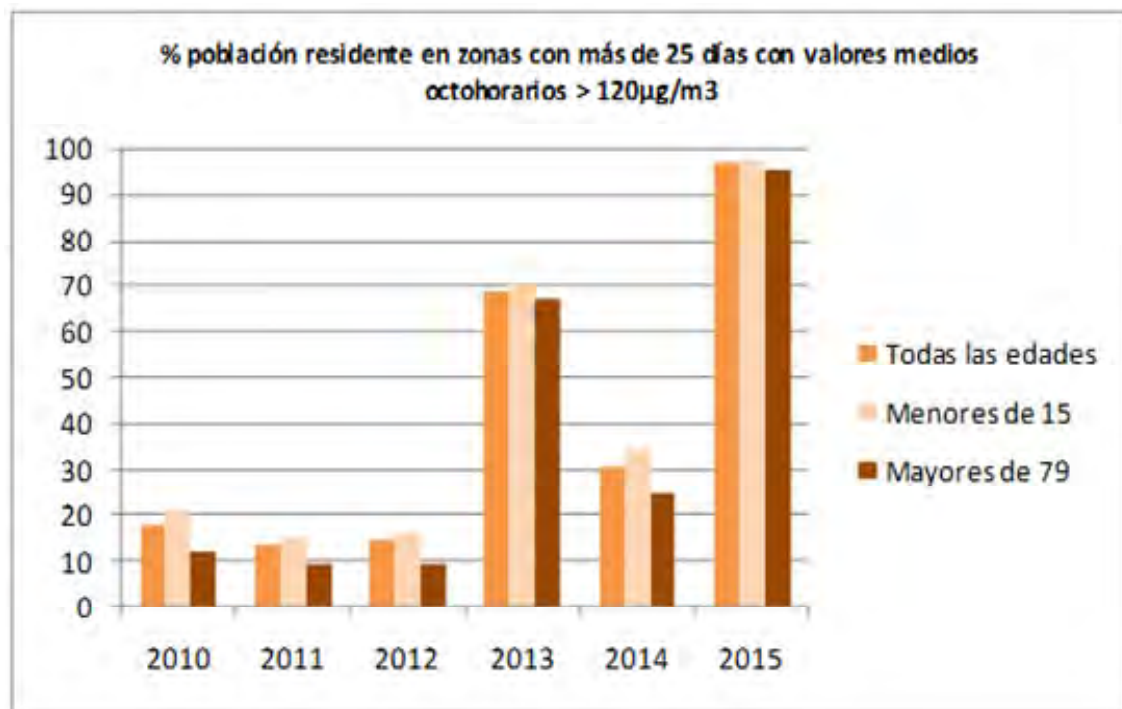
Ozono (O₃). Población residente en zonas con concentraciones de O₃ superiores a los valores límite de protección de la salud humana (RD 102/2011). 2015.

Porcentaje de población residente en zonas con concentraciones de ozono superiores a los valores límite de protección para la salud humana

Más de 25 días con valores medios octohorarios superiores a 120µg/m³ (promedio de los tres años)

	2013-2015
Todas las edades	65,4
Menores de 15	67,3
Mayores de 79	62,3

Ozono (O₃). Estimación de la población potencialmente expuesta. 2010-2015.



10.1.2. Vigilancia de niveles de polen atmosférico

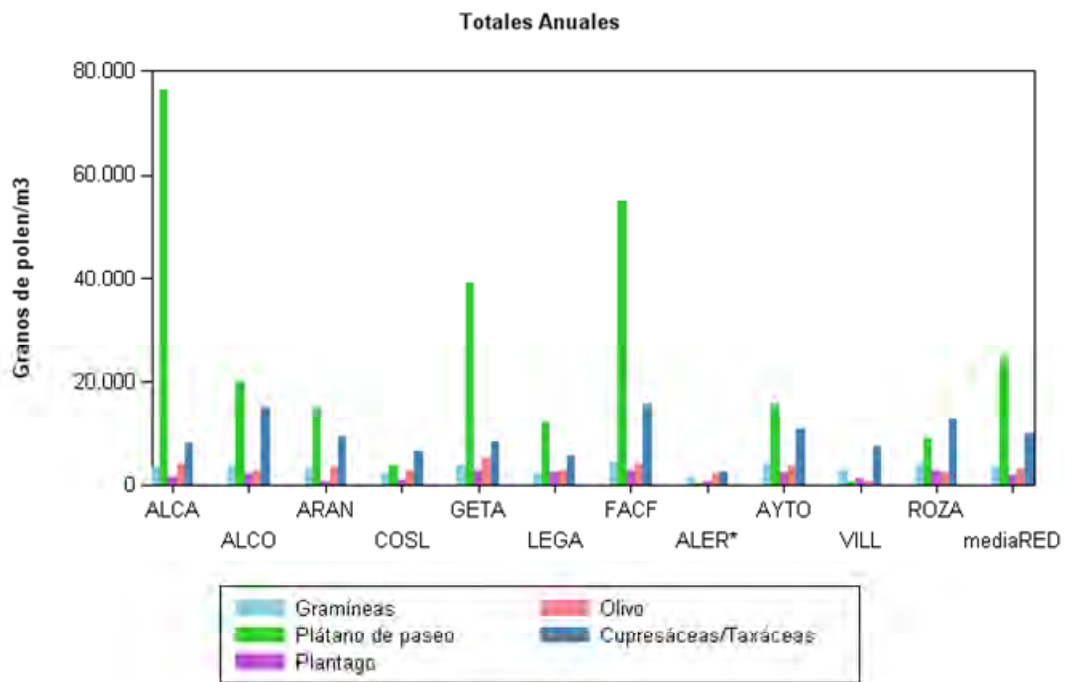
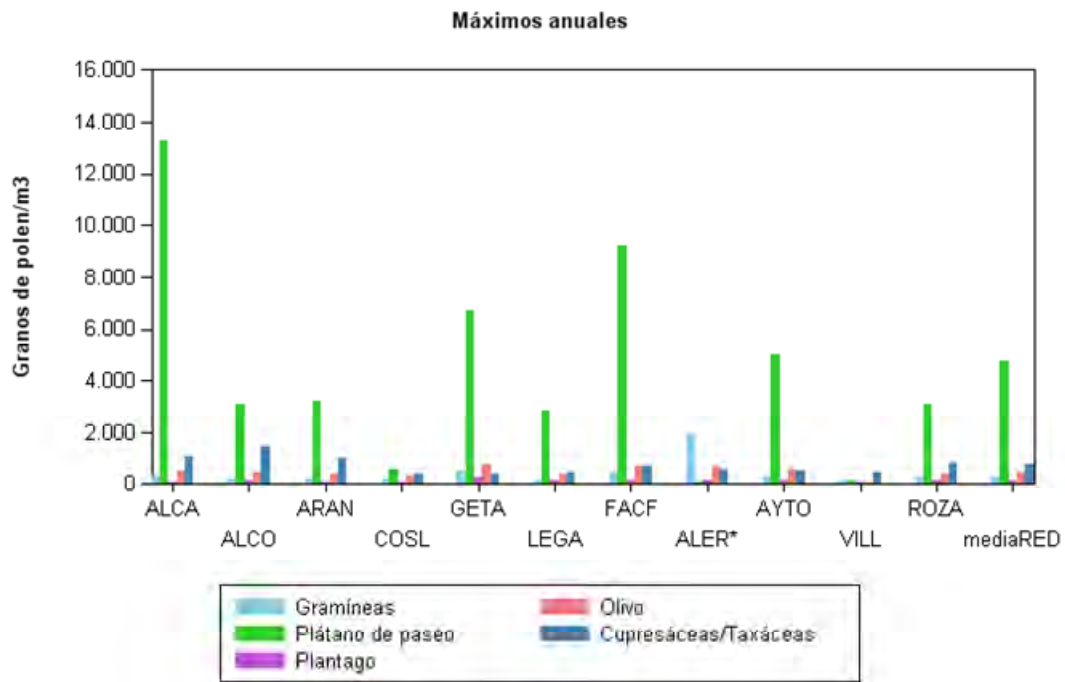
El polen es un importante alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas, que se encuentra en el aire para cumplir un papel biológico esencial en el ciclo reproductivo de las plantas.

La Red Palinológica de la Comunidad de Madrid, Red Palinocam, está constituida por once captadores en nuestra región, tras la incorporación en el año 2008 del último captador en Las Rozas. Su coordinación se realiza desde el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales y la Dirección Técnica se ejerce desde la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, analizando la evolución de los distintos tipos polínicos durante todo el año.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que se observa una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos Cupresáceas/Taxáceas y Plátano y la primavera con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo. Los datos en los diferentes captadores para los diferentes tipos polínicos en el año 2015 pueden observarse en la [Figura 10.2](#). La Comunidad de Madrid emite boletines diarios durante el primer semestre del año, boletines semanales durante todo el año y boletines diarios de predicción de niveles de polen en los periodos de polinización correspondientes a las especies más alérgicas en nuestra región. Todos ellos pueden consultarse en Internet (<http://www.madrid.org/polen>).

Figura 10.2. Recuentos de polen en los captadores de la Red PALINOCAM. Cupresáceas, plátano, plantago, olivo y gramíneas. Comunidad de Madrid, 2015

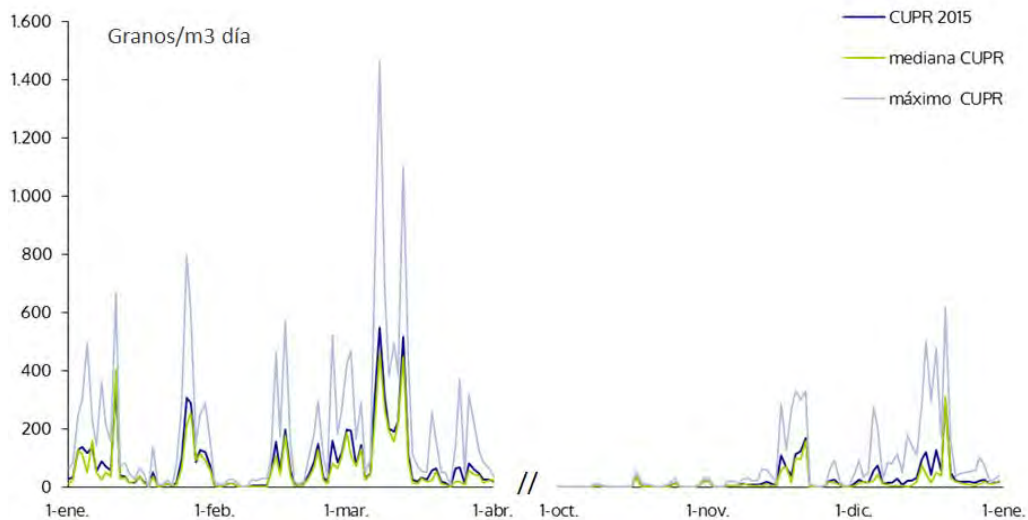
Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



La concentración total media de polen de Cupresáceas/Taxáceas en 2015 (Figura 10.3) fue de 10.007 granos/m³ de aire, siendo el máximo de polen total el del captador de la Facultad de Farmacia con 15.896 granos/m³, y el mínimo el de Leganés con 5.662 granos/m³. La concentración máxima diaria alcanzada fue de 1.467 granos/m³ en el captador de Alcobendas y la mínima de 408 en el captador de Getafe. La media de la red fue de 738 granos/m³. La concentración media diaria fue de 44 granos/m³ en el captador de la Facultad de Farmacia y de 16 en el captador de Leganés. La media de la red fue de 27 granos/m³.

Figura 10.3. Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas. Comunidad de Madrid, 2015.

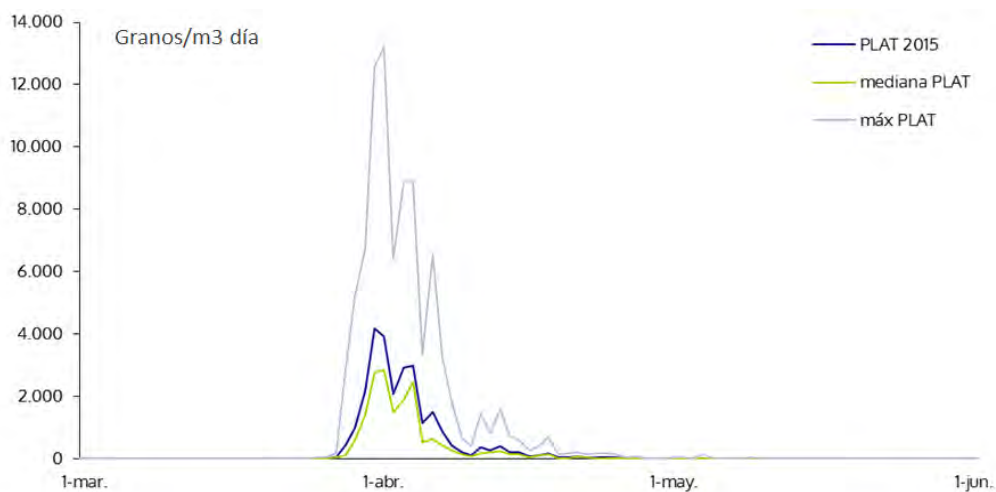
Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



La concentración total media de polen de Plátano de paseo (Figura 10.4) fue de 24.724 granos/m³ de aire, siendo el máximo de polen total el del captador de la Alcalá de Henares con 76.266 granos/m³, y el mínimo el de Collado Villalba con 753 granos/m³. La concentración máxima diaria alcanzada fue de 13.230 granos/m³ en el captador de Alcalá de Henares y la mínima de 169 en el captador de Collado Villalba. La media de la red fue de 4.016 granos/m³. La concentración media diaria fue de 209 granos/m³ en el captador de la Alcalá de Henares y de 2 en el captador de Collado Villalba. La media de la red fue de 63 granos/m³.

Figura 10.4. Evolución de la concentración de polen de Plátano. Comunidad de Madrid, 2015.

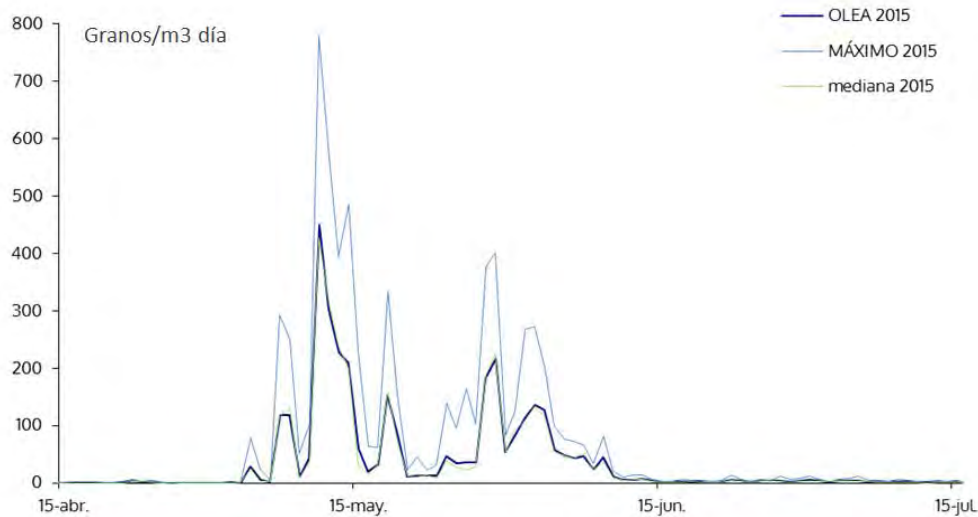
Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



La concentración total media de polen de olivo (*Olea europaea L.*) (Figura 10.5) fue de 3.339 granos/m³ de aire, siendo el máximo de polen total el del captador de Getafe con 5.396 granos/m³, y el mínimo el de Collado Villalba con 763 granos/m³. La concentración máxima diaria alcanzada fue de 778 granos/m³ en el captador de Getafe y de 117 en el captador de Collado Villalba. La media de la red fue de 463 granos/m³. La concentración media diaria fue de 15 granos/m³ en el captador de Getafe y de 2 en el captador de Collado Villalba. La media de la red fue de 63 granos/m³.

Figura 10.5. Evolución de la concentración de polen de Olivo. Comunidad de Madrid, 2015.

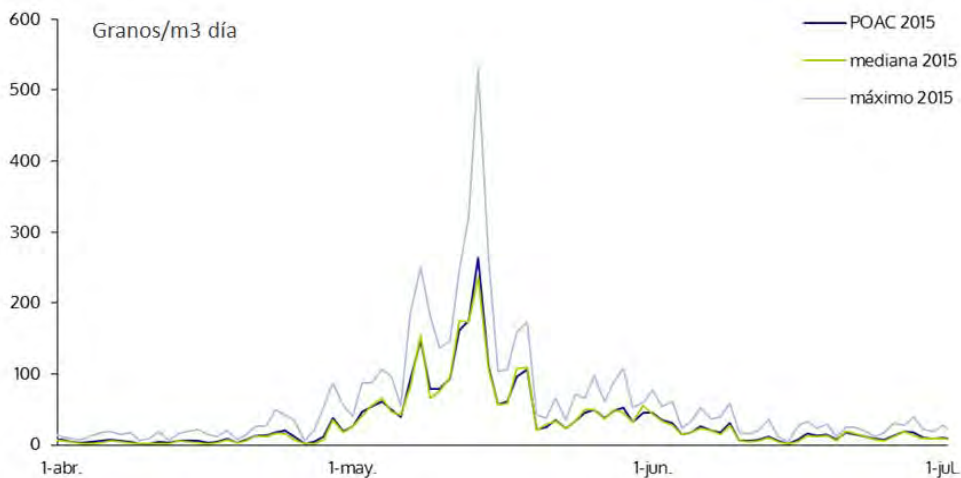
Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



La concentración total media de polen de gramíneas (Familia *Poaceae*) (Figura 10.6) fue de 3.466 granos/m³ de aire, siendo el máximo de polen total el del captador de Farmacia con 4.470 granos/m³, y el mínimo el de Leganés con 2.431 granos/m³. La concentración máxima diaria alcanzada fue de 529 granos/m³ en el captador de Getafe y de 145 en el captador de Leganés. La media de la red fue de 273 granos/m³. La concentración media diaria fue de 12 granos/m³ en el captador de Farmacia y Getafe y de 7 en el captador de Leganés. La media de la red fue de 10 granos/m³.

Figura 10.6. Evolución de la concentración de polen de Gramíneas. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.

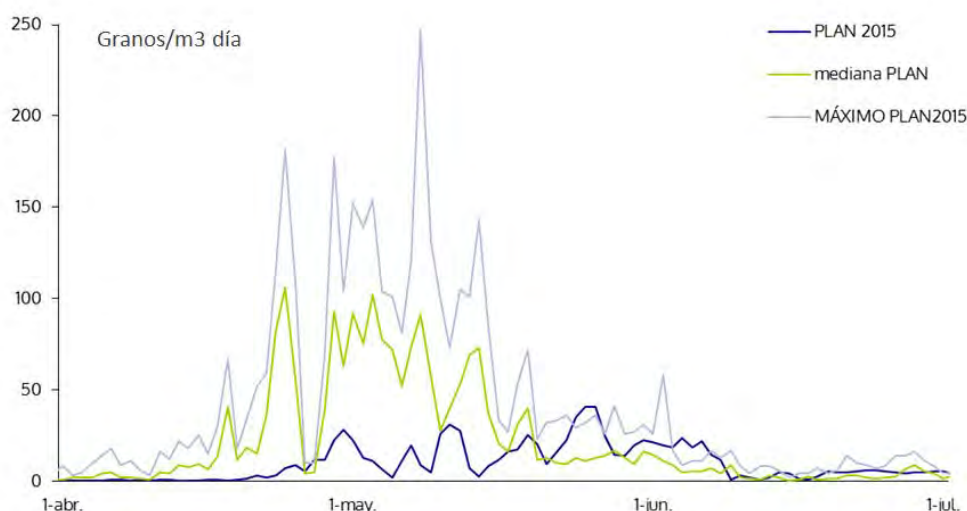


La concentración total media de polen de Plantago (*G^o Plantago*) (Figura 10.7) ha sido de 2.089 granos/m³ de aire, siendo el máximo de polen total el del captador de Farmacia con 2.936 granos/m³, y el

mínimo el de Aranjuez con 895 granos/m³. La concentración máxima diaria alcanzada fue de 247 granos/m³ en el captador de Getafe y de 68 en el captador de Collado Villalba. La media de la red fue de 138 granos/m³. La concentración media diaria más alta fue de 8 granos/m³ en varios captadores y el mínimo de 2 en el captador de Aranjuez. La media de la red fue de 6 granos/m³.

Figura 10.7. Evolución de la concentración de polen de Plantago. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



10.1.3. Vigilancia de esporas de hongos en la atmósfera

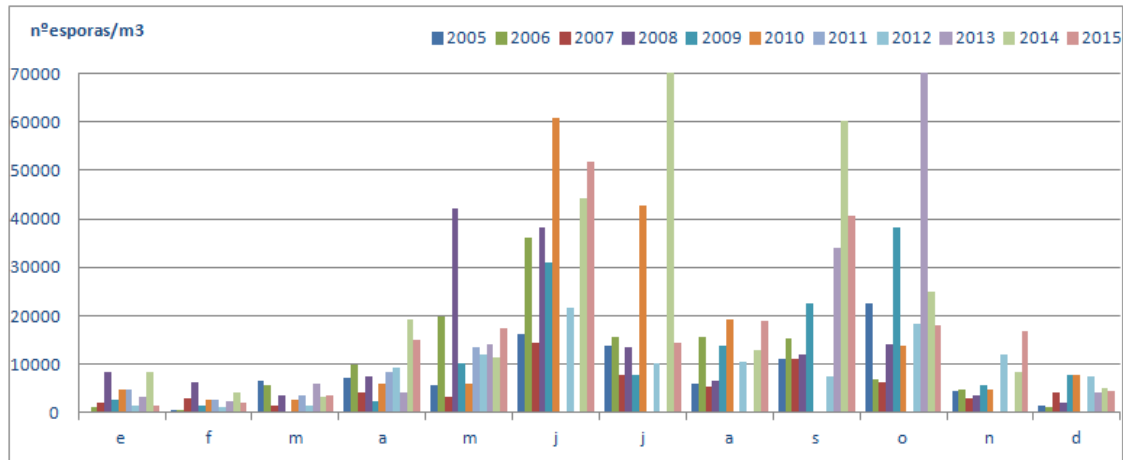
El reino de los hongos está ampliamente distribuido en la naturaleza. Su reproducción se realiza a través de esporas aerovagantes. Las esporas fúngicas, dado su pequeño tamaño, menor de 5 micras, se dispersan a través del aire, lo que confiere a los hongos una capacidad de colonización enorme y una gran ubicuidad. Las esporas fúngicas tienen un importante papel como alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas, que se encuentra en el aire para cumplir un papel biológico fundamental en el ciclo reproductivo de los hongos.

Las esporas de hongos presentes en el aire son muy numerosas, pertenecen a diversas especies y los mismos tipos morfológicos se hallan en casi todas las localidades, ya que son ubicuas. La composición del contenido atmosférico de esporas, a partir de los recuentos de las muestras aerobiológicas da una idea del contenido en ambientes interiores, lo que es de gran interés a la hora de la realización de estudios y análisis de estos ambientes.

Existe un Sistema de Vigilancia Centinela de Esporas en el que se realiza el análisis y lectura de las esporas fúngicas, en un único punto de la Red Palinocam de la región, el captador de Alcalá de Henares, donde se analizan las muestras aerobiológicas en el laboratorio municipal como punto de referencia para toda la región (Figura 10.8). Existen dos periodos de presencia de esporas fúngicas importantes, con una clara estacionalidad: primaveral y otoñal.

Figura 10.8. Evolución mensual y anual del contenido de esporas. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2015.

Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.

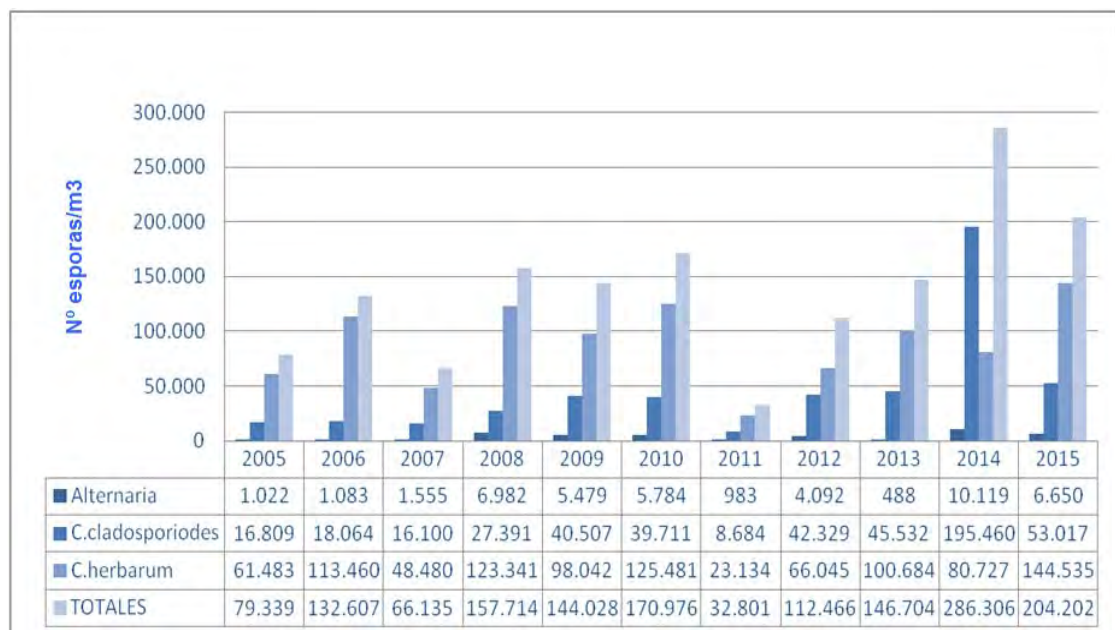


Este Sistema de Vigilancia aporta datos de tres tipos esporales (Figura 10.9) de gran presencia en el aire. Su presencia atmosférica es mayor, en número, que la de polen. Estos tres tipos esporales representan aproximadamente el 90% del total de tipos esporales detectados.

En el año 2015 el pico de concentración de *Alternaria* se produjo a finales de primavera, el 17 de junio con una concentración de 190 esporas/m³/día, y una concentración media anual de 18 esporas/m³/día; respecto a *Cladosporium cladosporioides* la máxima concentración fue en primavera, el 7 de mayo, con 6.868 esporas/m³/día y una concentración media de 145 esporas/m³/día. En el caso de *Cladosporium herbarum* el día pico fue a final de verano, el 1 de septiembre con 11.169 esporas/m³/día y una concentración media anual de 395 esporas/m³/día.

Figura 10.9. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2015.

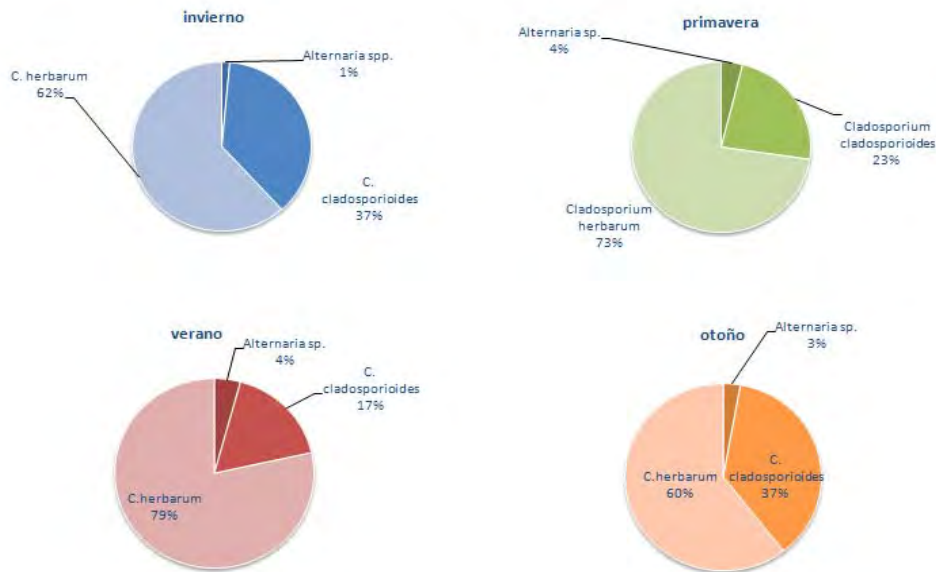
Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



En 2015 el contenido mayoritario a lo largo del año fue de *Cladosporium herbarum*, con un total de 144.535 esporas anuales, y predominio durante la primavera (73%) y el verano (79%), seguido de un porcentaje inferior de representación de *Cladosporium cladosporioides* con un total de 53.017 esporas anuales, con predominio otoño-invernal en que el porcentaje alcanza el 37% (Figura 10.10). *Alternaria* siempre es un tipo esporal minoritario en los recuentos, no alcanza el 4% y un total de 6.650 esporas totales, pero su importancia desde el punto de vista de salud pública es muy relevante por su repercusión en pacientes alérgicos y asmáticos, ya que es un alérgeno ambiental de gran importancia.

Figura 10.10. Distribución estacional de los 3 tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2015.

Fuente: Red Palinocam. Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



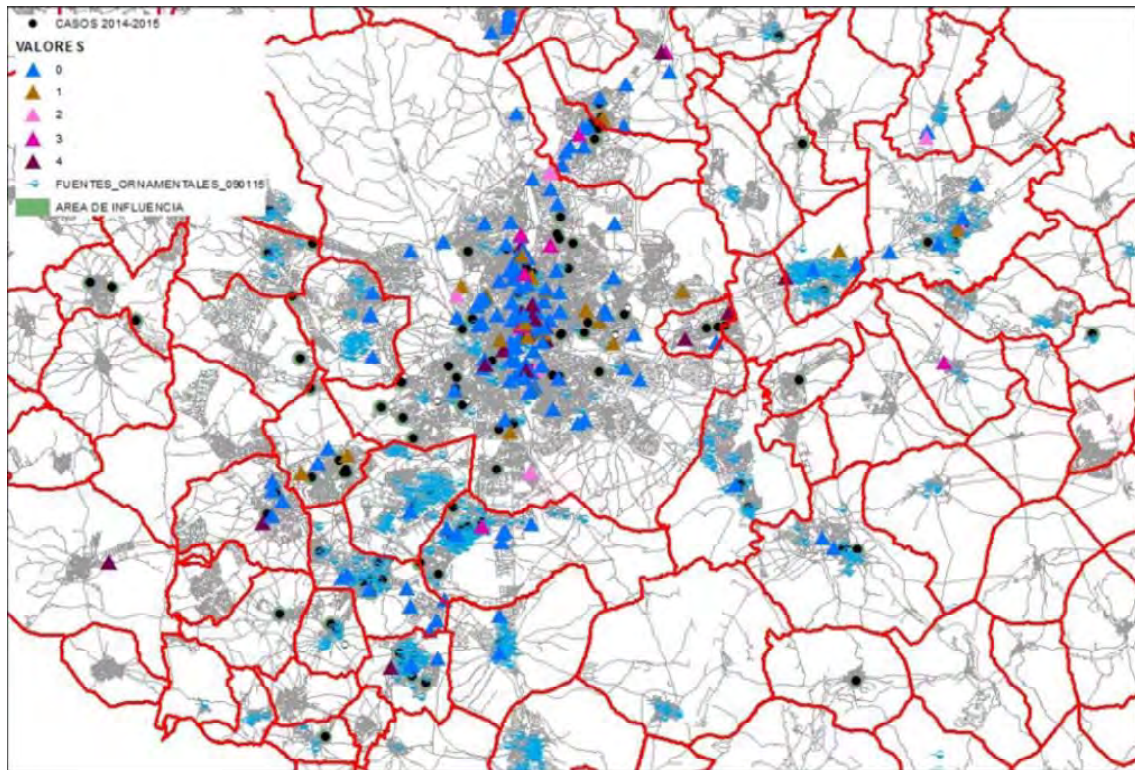
10.1.4. Sistema de vigilancia de legionelosis

El Sistema de Vigilancia de la legionelosis tiene como objetivo detectar instalaciones de riesgo de proliferación de *Legionella* que puedan ser foco de la enfermedad. Para ello, es necesario conocer la distribución geográfica de todas las instalaciones de riesgo (torres de refrigeración y condensadores evaporativos) de la Comunidad de Madrid, así como de los casos esporádicos de legionelosis que son notificados a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica, al efecto de establecer la relación espacial entre ambas informaciones mediante la utilización de una herramienta de análisis geográfico (Sistema de Información Geográfica).

El Sistema permite la consulta, en tiempo real, de la distribución geográfica de las instalaciones de riesgo para la legionelosis así como la localización de los casos notificados de *Legionella* (Figura 10.11). El análisis conjunto de estos datos permite obtener información de aquellas instalaciones que se encuentran ubicadas en las cercanías del lugar de residencia de un caso esporádico, y por tanto, establecer una vigilancia exhaustiva de las mismas. Periódicamente se actualizan las capas de información y se han ido incorporando al sistema espacial otras bases de datos de relevancia en la vigilancia de esta enfermedad como los resultados de muestreo anual de las torres de refrigeración. Por otra parte, la representación cartográfica de los casos esporádicos notificados de legionelosis permite detectar posibles agregaciones espaciotemporales y orientar las actuaciones de vigilancia y control sobre las instalaciones cercanas.

Figura 10.11. Vigilancia espacial de la legionelosis: torres de refrigeración muestreadas en 2015 y casos 2014-2015. Comunidad de Madrid.

Fuente: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.



El número total de torres de refrigeración localizadas y cartografiadas a final de 2015 era de 3.240, y el de fuentes ornamentales de 746. En lo que respecta a los casos de *Legionella*, en el año 2015 se notificaron 69 casos esporádicos (no asociados a brote) que también fueron objeto de análisis dentro del sistema de vigilancia espacial de esta enfermedad.

En el año 2015 se produjeron dos episodios de agregación de casos de legionelosis en la Comunidad de Madrid, uno en una residencia de ancianos y otro en el municipio de Madrid. En el primer caso, se realizó la investigación ambiental que conllevó la inspección del sistema de agua caliente sanitaria y la toma de muestras. Una vez adoptadas las medidas preventivas necesarias, no aparecieron nuevos casos.

En el caso del municipio de Madrid, las actuaciones llevadas a cabo en la investigación de esta agregación de casos pasaron por la inspección de distintas instalaciones de riesgo (torres de refrigeración, fuentes ornamentales, nebulizadores de alimentos frescos expuestos en supermercados) y la toma de muestras. Tras las actuaciones ambientales realizadas no aparecieron nuevos casos. Pese a detectarse *Legionella* en una serie de muestras ambientales, no se pudo identificar el foco de la infección.

10.1.5. Vigilancia de extremos térmicos y salud

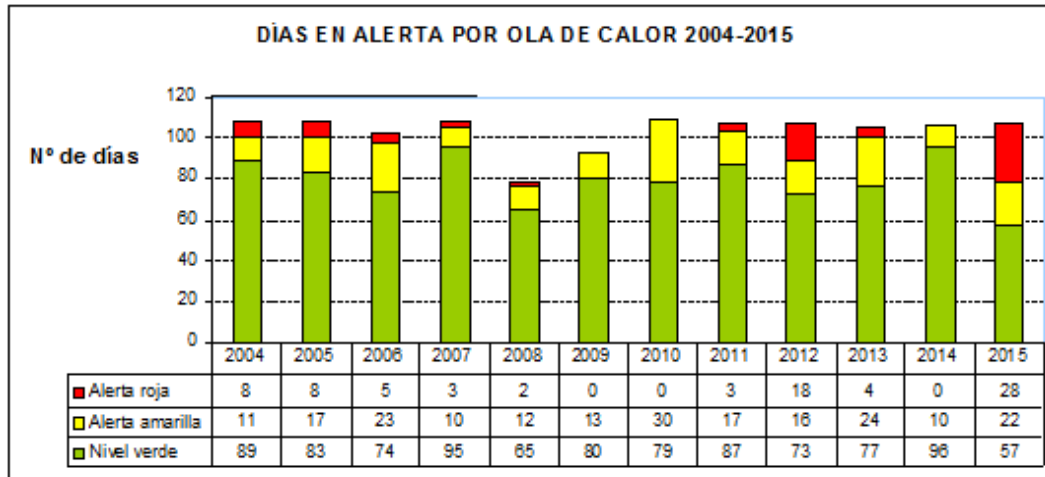
El Plan de respuesta ante los riesgos derivados de las olas de calor de la Comunidad de Madrid se puso en marcha en el verano de 2004, un año después de la intensa ola de calor que afectó a Europa Occidental provocando un significativo aumento de la mortalidad, sobre todo entre los mayores de 65 años. Al igual que en años anteriores, en 2015 estuvo activo desde el 1 de junio hasta el 15 de septiembre (Figura 10.12).

El Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud emite diariamente, de lunes a viernes, un boletín con el nivel de riesgo previsto por calor. Se definen tres niveles de riesgo:

- Nivel verde (Normalidad, sol verde): cuando la temperatura máxima prevista para el día en curso y los cuatro días siguientes no supera los 36,5°C.
- Nivel amarillo (Precaución, sol amarillo): cuando la temperatura máxima prevista para el día en curso o cualquiera de los cuatro días siguientes supera los 36,5°C pero no supera los 38,5°C. Se activa la alerta 1.
- Nivel rojo (Alto Riesgo, sol rojo): cuando la temperatura máxima prevista para el día en curso o cualquiera de los cuatro días siguientes supera los 38,5°C. O bien, cuando hay cuatro días consecutivos con temperatura superior a 36,5°C aunque no se superen los 38,5°C. Se activa la alerta 2.

Figura 10.12. Serie anual 2004-2015 del número de días en alerta por ola de calor por niveles de riesgo. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



El boletín de Información de Olas de Calor incluye cada día el Nivel de Riesgo/Alerta por calor. Se difunde al Servicio de Alertas en Salud Pública que lo traslada al sistema sanitario y sociosanitario, protección civil, municipios y resto de agentes que intervienen en el plan. En el verano de 2015 se elaboraron y difundieron 76 boletines. Para informar al ciudadano se actualiza diariamente el boletín en la página web www.madrid.org/calorysalud y para informar a los profesionales sanitarios de la Consejería de Sanidad se incluye y actualiza la imagen de un sol de diferente color (verde, amarillo o rojo, según el nivel de riesgo) en la página principal de Salud@, que enlaza con la página web. Además, mediante una aplicación informática (SOCA, Sistema Información Ola Calor) se difunde el nivel de riesgo/alerta previsto por calor a los usuarios registrados en el sistema. Estos reciben la información bien por correo electrónico (a elegir si diariamente o solo en caso de alerta por calor), bien por SMS (solo en caso de alerta), o por ambas modalidades. Por otra parte, por primera vez, en 2015 se amplió la difusión de los mensajes de alerta a través de la red social Twitter, enviando tweets desde los perfiles @ComunidadMadrid y @112cmadrid.

El número de fallecidos totales registrados en los 107 días que abarca la temporada de vigilancia de 2015 fue de 11.706 frente a un total de esperados de 10.656, lo que supone un exceso de un 9,9%. Como se muestra en la [Figura 10.13](#), desde el 29 de junio al 2 de agosto de forma sostenida todos los días superan el valor medio esperado de defunciones, a diferencia del resto de la temporada que muestra oscilaciones en torno a ese valor. Este perfil de la curva viene marcado por la mortalidad en el grupo de mayores de 74 años que supone el 70,64% del total de fallecidos registrados.

Figura 10.13. Mortalidad diaria, número total de fallecidos observados y esperados, en la temporada de vigilancia de la ola de calor. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Epidemiología.

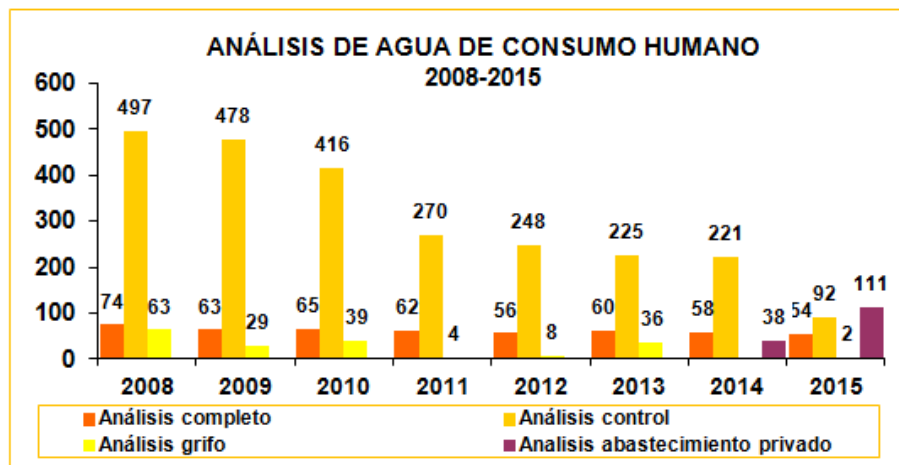


10.1.6. Vigilancia de la calidad de las aguas de consumo humano

La vigilancia de la calidad del agua suministrada a través de sistemas de abastecimiento requiere tanto la supervisión de las condiciones sanitarias de las estructuras implicadas en el abastecimiento (captación, depósitos, tratamientos, conducciones, etc.) como de la calidad de las aguas. La Dirección General de Salud Pública, a través de sus servicios territoriales, llevó a cabo su Programa Autonómico de Vigilancia Sanitaria, en cuyo marco se realizaron 576 análisis, en el transcurso de los años 2014 y 2015. En la [Figura 10.14](#) se puede ver los análisis realizados en los últimos años, distribuidos por tipo de análisis.

Figura 10.14. Número de análisis realizados para el control de agua de consumo humano, según tipo de análisis. Comunidad de Madrid, 2008-2015.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



La publicación del *RD 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano*, y la consecuente instauración del Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC), establece el control de las aguas sobre la zona de abastecimiento, considerando como tal el área geográfica definida en la que el agua de consumo proviene de una o varias captaciones, cuya calidad puede considerarse homogénea. Asimismo los gestores de los abastecimientos son los encargados del control de la calidad del agua que suministran.

En la Comunidad de Madrid el número de zonas de abastecimiento notificadas en SINAC asciende a un total de 59 de las cuales 27 zonas pertenecen al Canal de Isabel II y el resto se corresponden con abastecedores autónomos, ya sean de índole municipal o mixta (municipal y CYII Gestión SA) (19) o privado (13).

En base a los controles efectuados por las empresas gestoras y los llevados a cabo por la Dirección General de Salud Pública se puede concluir que:

- No se conoce la existencia de zonas habitadas sin aducción de agua potable. En el caso de existir se limitarían a pequeños grupos de población marginal.
- El agua distribuida a través de las zonas de abastecimiento del Canal de Isabel II dispone de tratamientos adecuados y ofrece generalmente una buena calidad, siendo las alteraciones más frecuentes las generadas por los propios tratamientos (presencia de amonio como subproducto de la cloraminación, exceso de aluminio empleado como coagulante).
- Los tratamientos empleados en las zonas de abastecimiento de responsabilidad municipal se limitan generalmente a la cloración, si bien en su mayor parte el agua procede de pozos, por lo que no requieren, salvo excepciones, tratamientos complementarios. En algunos casos minoritarios, se han detectado alteraciones de los indicadores de contaminación microbiológica, de escasa trascendencia poblacional, debido a deficiencias en los sistemas de desinfección.
- En los abastecimientos privados las aguas proceden de pozos y son utilizados para consumo y riego de zonas verdes. La calidad del agua distribuida depende fundamentalmente de los sistemas de tratamiento y desinfección empleados en cada caso. Los riesgos sanitarios derivados del consumo de estos suministros son de tipo químico y microbiológico, de escasa entidad y asociados a deficiencias en la desinfección.

10.1.7. Vigilancia de la calidad de las aguas de las zonas de baño

El uso del agua como actividad recreativa en entornos naturales es de indudable atractivo para la población e influye de forma positiva sobre la salud y el bienestar. No obstante, frente a estos beneficios, hay que contraponer los riesgos sanitarios asociados al baño por exposición a contaminantes del agua, accidentes, etc.

En España el *RD 1341/2007, de 11 de octubre, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño* transpone la Directiva europea y atribuye a la administración sanitaria de las Comunidades Autónomas las competencias de inspección, análisis y calificación de las aguas de baño. El objeto de la norma es reducir los riesgos para la salud relacionados con la posible contaminación microbiológica de las aguas de baño.

En la Comunidad de Madrid hay censadas cinco zonas de baño naturales, con seis puntos de muestreo ([Tabla 10.1](#)). Destaca la buena calidad de las aguas de baño en Madrid, con 4 zonas clasificadas como excelentes: Río Tajo, Río Lozoya y Embalse de San Juan, puntos de muestreo El Muro y Virgen de la Nueva y 2 como de calidad buena: Río Alberche y Río Manzanares. En la [Figura 10.15](#) se presenta la evolución de la calificación de las zonas de baño en los últimos años, y se puede observar la mejoría de la calidad de las aguas en la Comunidad de Madrid.

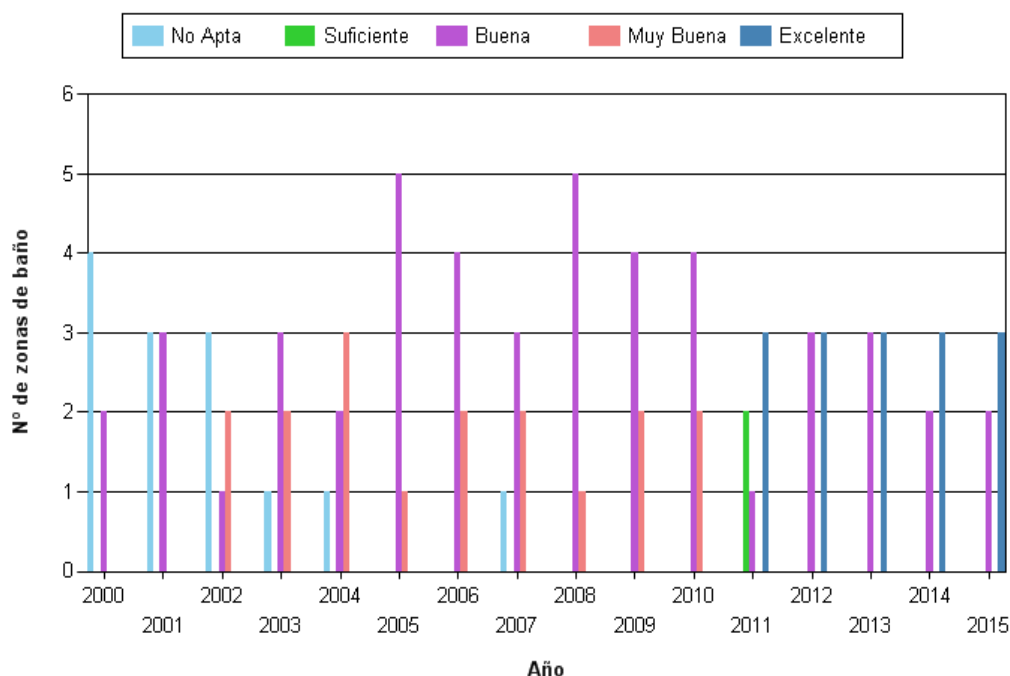
Tabla 10.1. Zonas de baño, con puntos de muestreo y municipios correspondientes. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

ZONA DE BAÑO	PUNTO MUESTREO	MUNICIPIO
Río Alberche	Playa del Alberche	Aldea del Fresno
Río Tajo	Los Villares	Estremera
Río Manzanares	La Charca Verde	Manzanares El Real
Río Lozoya	Las Presillas	Rascafría
Embalse San Juan	El Muro	San Martín de Valdeiglesias
	Virgen de la Nueva	San Martín de Valdeiglesias

Figura 10.15. Evolución de la calidad de las aguas de baño. Comunidad de Madrid, 2000-2015.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



10.1.8. Vigilancia de productos químicos

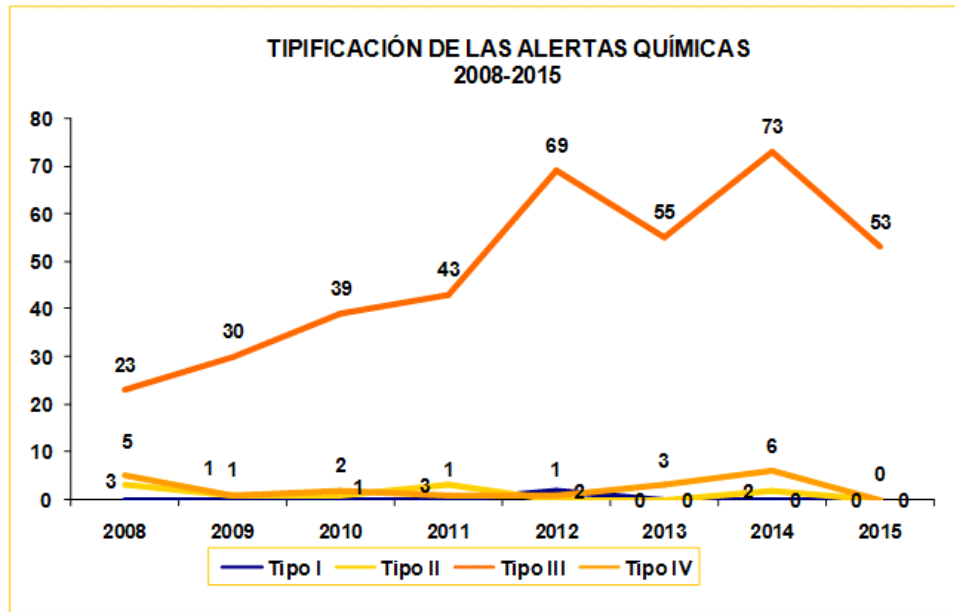
La vigilancia de los riesgos para la salud de los productos y sustancias químicas se realiza a través de la inspección y del Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ), establecido entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Comunidades Autónomas.

Las alertas están tipificadas como tipo I, II, III, IV, atendiendo a la urgencia en la actuación y al riesgo para la salud, correspondiéndose las de tipo I con las de mayor urgencia debido a la existencia de casos de morbilidad y mortalidad y las de tipo IV con las que solamente son de carácter informativo y no necesitan de actuación.

En los años 2014 y 2015 se registraron, respectivamente, 81 y 53 alertas. La evolución del número de alertas que se han producido en la Comunidad de Madrid puede verse en la [Figura 10.16](#).

Figura 10.16. Número de alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2008-2015.

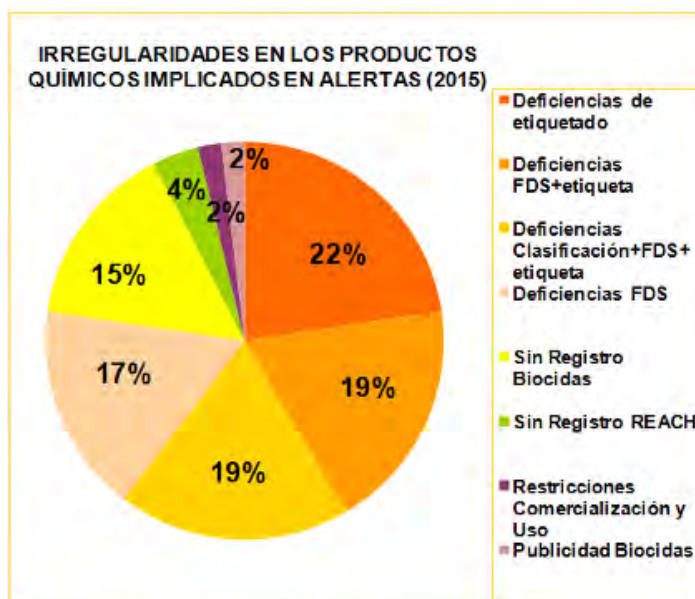
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



En cuanto a la clasificación de las irregularidades iniciales detectadas que determinan la activación de la alerta, predomina la comercialización de productos químicos con deficiencias en su etiquetado y/o en sus Fichas de datos de seguridad (FDS) y/o en su clasificación de peligrosidad. Así mismo siguen siendo motivo de alerta la presencia de biocidas con irregularidades en el Registro Oficial de Biocidas (ROB). Los porcentajes de incumplimientos se pueden consultar en la Figura 10.17. Destaca una alerta que afectó a un total de 11 empresas, tanto de la Comunidad de Madrid (4), como de otras CCAA (4) y de países de la UE (3), por comercialización de sustancias sin registro en la Agencia Europea de Productos Químicos: se inmovilizaron 800 kilos de producto y se iniciaron 2 expedientes sancionadores.

Figura 10.17. Porcentaje anual de irregularidades en productos químicos. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



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

10.2.1. Enfermedades profesionales

A partir de la entrada en vigor de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea un fichero de datos personales, la cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad se realiza por vía electrónica mediante la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales, Seguridad Social) que es responsabilidad de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (ESS) y es desde donde se realiza el tratamiento informático de los partes, remitiéndose posteriormente la información a las Comunidades Autónomas.

El sistema de notificación CEPROSS, por tanto, recaba información de las patologías sufridas por los trabajadores que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, por medio del parte electrónico de enfermedad profesional que elabora o tramita la entidad gestora o mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales del trabajador. Para ello, los servicios médicos de las empresas colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales deberán dar traslado, en el plazo de tres días hábiles, a la entidad gestora o a la mutua que corresponda, del diagnóstico de las enfermedades profesionales de sus trabajadores.

El sistema CEPROSS recoge datos identificativos del trabajador, de su situación laboral, de la empresa, datos médicos y datos de cierre del proceso. Así, con la incorporación de este sistema de notificación se ha conseguido identificar procesos de enfermedad profesional y no solo una mera enumeración de los partes de enfermedad profesional, ya que a la finalización del proceso se debe clasificar el parte abierto como enfermedad profesional, accidente de trabajo o enfermedad común y, por tanto, es posible comprobar si un diagnóstico inicial como enfermedad profesional ha sido correcto, o bien el proceso concluye como accidente de trabajo o enfermedad común, lo que permitirá obtener conclusiones que reflejen la realidad de los procesos de enfermedad profesional.

En la Comunidad de Madrid, el acceso a la aplicación CEPROSS se realiza desde el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Consejería de Empleo, Turismo y Cultura) quien, de forma periódica, facilita información con datos agrupados al Servicio de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad, en concreto, se dispone de información de los partes de enfermedad profesional comunicados desde el inicio del sistema (año 2007) hasta el 31 de diciembre de 2015, y de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos entre los años 2007 a 2015, si bien de los cerrados en 2015 no se dispone de la información de algunas de las variables del sistema, en concreto del diagnóstico de enfermedad profesional al cierre. Un parte comunicado es un expediente de enfermedad profesional que ha sido tramitado por la entidad gestora o colaboradora que asume la cobertura de contingencias profesionales con arreglo a la normativa vigente y ha supuesto la existencia de una visita del trabajador a un facultativo que diagnostica una enfermedad profesional catalogada en el cuadro de enfermedades profesionales recogido en el RD 1299/2006. Si cuando se realiza la comunicación existe baja laboral por incapacidad temporal el parte permanece en estado abierto y pasa a la situación de cerrado en el momento en que finalice la incapacidad temporal. Los partes se pueden cerrar por distintas causas: alta por curación y/o alta laboral, alta con propuesta de incapacidad permanente, alta con propuesta de cambio de trabajo, fallecimiento, lesiones permanentes no invalidantes, sin baja laboral, y otras causas. Se incluyen, asimismo, las situaciones de calificación del parte como accidente de trabajo o enfermedad común aún cuando el trabajador continúe de baja médica laboral.

A continuación se presentan los datos referentes a los partes de enfermedad profesional comunicados entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015, para finalizar con la información disponible de los partes de enfermedad profesional cerrados y ocurridos en el periodo 2007-2015.

10.2.1.1. Enfermedades profesionales. Partes comunicados

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015, se han notificado al sistema CEPROSS 10.946 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid.

En la [Figura 10.18](#) se observa que las distintas series anuales se comportan de forma similar en los distintos trimestres del año y llama la atención que en todas las series se produce una disminución de casos en el tercer trimestre correspondiente a los meses del periodo vacacional de verano. Respecto a la distribución por sexo y año de notificación ([Figura 10.19](#)) hasta 2011 la frecuencia en el periodo era de un

52,4% en hombres, sin embargo en los cuatro últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 53,0%, y si se consideran sólo esos cuatro últimos años es del 58,4%.

Figura 10.18. Enfermedades profesionales. Distribución mensual de partes comunicados. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

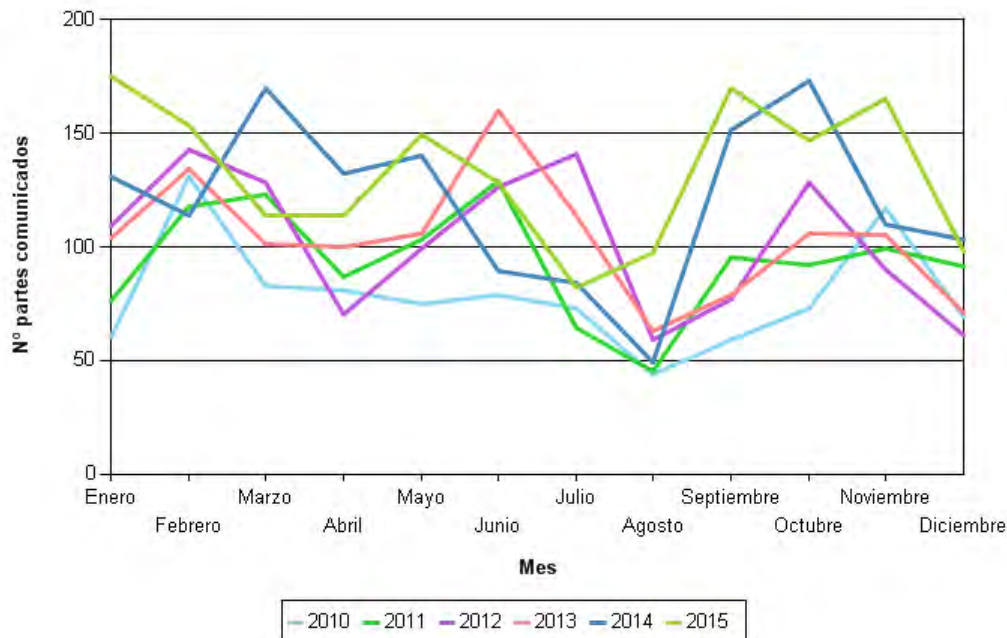
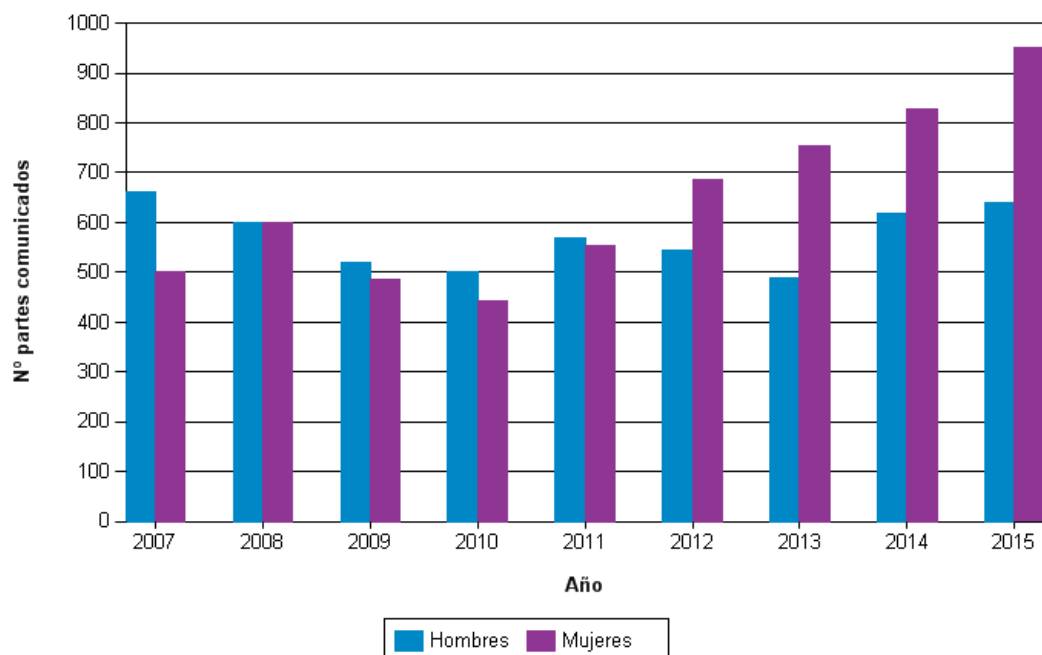


Figura 10.19. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

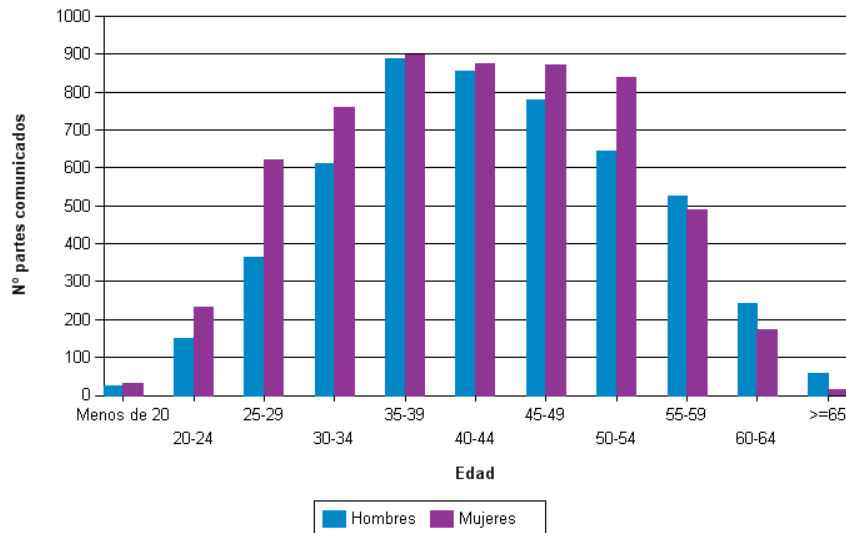
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Por grupos de edad y sexo (Figura 10.20), se observa que es mayor el número de partes emitidos entre las mujeres, excepto en el grupo de edad de más de 55 años, en que son más frecuentes en hombres. Entre las edades de 30 a 59 años de edad en los hombres, y de 25 a 54 en las mujeres, se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando en ambos casos más del 83% de los mismos para el periodo de estudio (83,6% y 83,9% respectivamente).

Figura 10.20. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

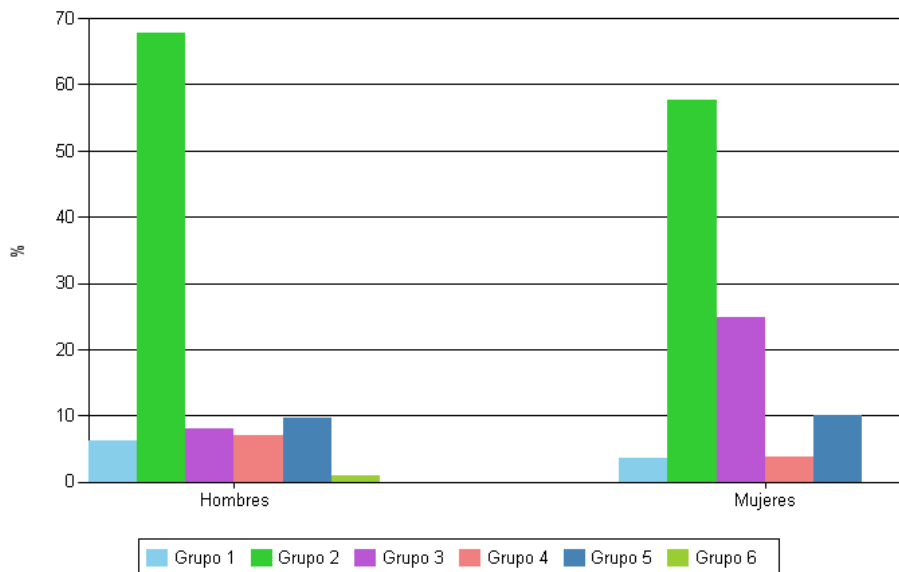
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Respecto a los grupos de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres, el grupo 2 correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos, es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados (Figura 10.21); entre las mujeres también destaca el porcentaje de partes de enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Figura 10.21. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según sexo y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

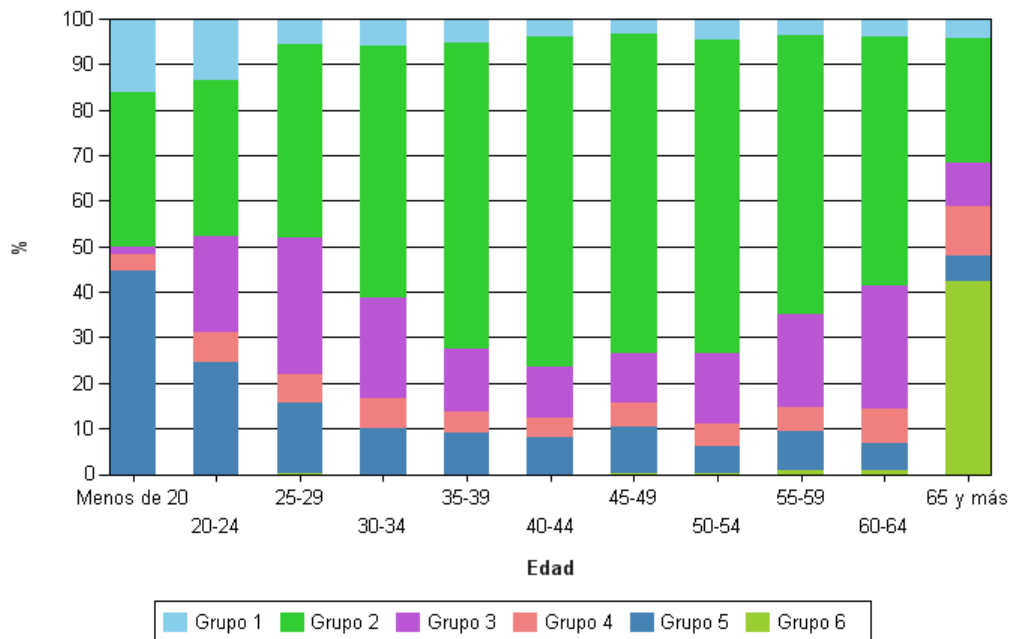


- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos.

Por grupos de edad (Figura 10.22), se observa que los distintos grupos de enfermedades afectan a todas las edades; las causadas por agentes físicos (grupo 2) son las más frecuentes en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de los más jóvenes, menores de 20 años, en que las más frecuentes son las enfermedades profesionales de la piel (grupo 5), y en el grupo de los mayores de 65 años, en el que las más frecuentes son las causadas por agentes carcinogénicos (grupo 6).

Figura 10.22. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según edad y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Analizando cada uno de los grupos de enfermedad según el agente y las enfermedades profesionales producidas (Tabla 10.2), destacan en el grupo 2 de enfermedades producidas por agentes físicos, aquellas provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos, específicamente las enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas; y las parálisis de los nervios debidos a la presión. En el grupo 3 de enfermedades producidas por agentes biológicos, destacan las enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado riesgo de infección. También destacan en el grupo 5 de enfermedades de la piel, aquellas producidas por sustancias de bajo peso molecular por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad.

Tabla 10.2. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados por grupo de enfermedad y agente. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Frecuencia (n=10.946)	Porcentaje
1. EP causada por agentes químicos	536	4,9
A. Metales	95	
E. Ácidos orgánicos	34	
F. Alcoholes y fenoles	56	
G. Aldehidos	37	
H. Alifáticos	39	
K. Aromáticos	28	
L. Cetonas	38	
M. Epóxidos	54	
Resto	155	
2. EP causada por agentes físicos. Total	6.830	64,2
A. Hipoacusia o sordera provocada por ruido	502	
B. Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas	117	
C. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enfs. bolsas serosas debida a la presión, celulitis subcutáneas	167	
D. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos; enfs. por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas	4.094	
F. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos: parálisis de los nervios debidos a la presión	1.574	
L. Nódulos de las cuerdas vocales a causa de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales	315	
Resto	61	
3. EP causadas por agentes biológicos. Total	1.860	17,0
A. Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado riesgo de infección	1.754	
B. Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos o cadáveres	58	
Resto	48	
4. EP causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados. Total	586	5,4
H. Sustancias de alto peso molecular (origen vegetal, animal, microorganismos y sust. enzimáticas)	286	
I. Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de madera, prod. farmacéuticos, sust. químico-plásticas, etc.)	202	
Resto	98	
5. EP. de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados. Total	1.083	9,9
A. Sust. bajo peso molecular por debajo de 1000 daltons en cualquier actividad	792	
B. Sust. alto peso molecular por encima de 1000 daltons en cualquier actividad	242	
Resto	49	
6. EP causadas por agentes carcinógenos	51	0,5

EP: enfermedades profesionales

10.2.1.2. Enfermedades profesionales. Partes cerrados

De los partes generados en la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015 a continuación se analiza la información de los partes cerrados a esa fecha (n=10.227) y que representan el 93,4% de los partes comunicados en el periodo 2007-2015. La distribución de los partes cerrados para cada año es la siguiente: 1.161 (100%) del año 2007, 1.201 (100%) del año 2008, 1005 (99,9%) del año 2009, 944 del año 2010 (100%), 1.122 (100%) del año 2011, 1229 del año 2012 (99,8%), 1.231 (99,0%) del año 2013, 1.428 del año 2014 (98,8%) y 906 (56,9%) del año 2015. El 53,0% de los partes cerrados corresponden a mujeres.

De los 10.227 partes comunicados y cerrados, el 90,9% se han clasificado como Enfermedad Profesional y los restantes como Accidente de Trabajo (4,0%), Enfermedad Común (5,1%), siendo desconocido este dato en un 0,1% (Figura 10.23).

Figura 10.23. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

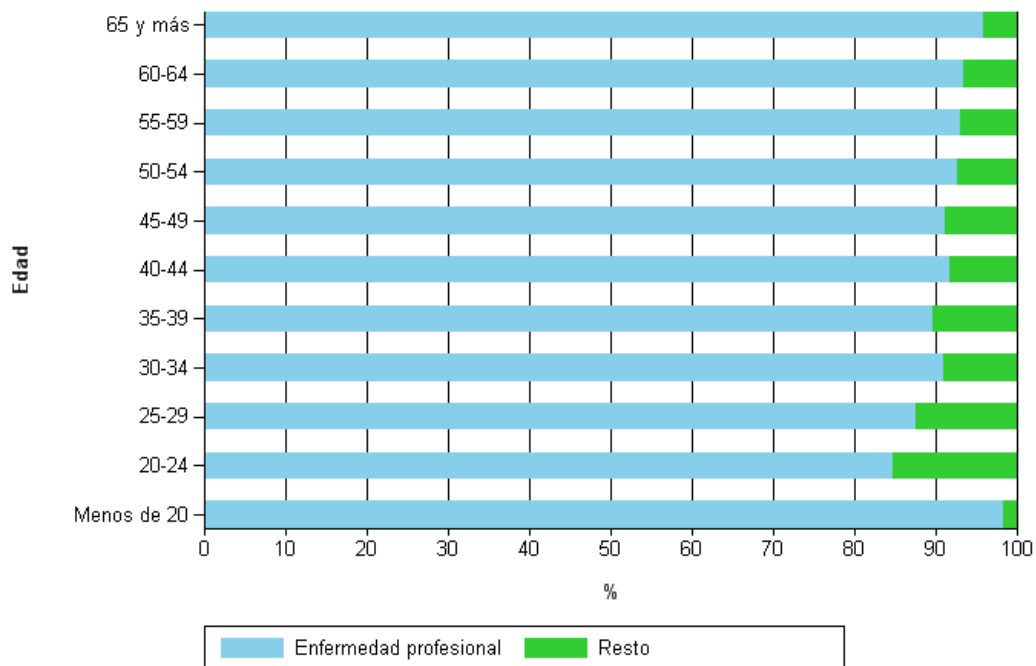
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la Figura 10.24 aparece representado, por grupos de edad, el porcentaje de los partes cerrados en el periodo de tiempo del estudio y aquellos que finalmente se han clasificado como enfermedad profesional frente al resto, no observándose diferencias importantes en los diferentes grupos de edad; entre los 20 y 29 años un 14,0% de los partes cerrados no se han clasificado como enfermedad profesional.

Figura 10.24. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados, según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la [Tabla 10.3](#) y en la [Figura 10.25](#), aparecen representadas las patologías más frecuentes clasificadas al cierre como enfermedad profesional ocurridas entre el año 2007 y el 2014 en ambos sexos. En general, los trastornos osteomusculares (especialmente las lesiones de codo) y las dermatitis son las patologías más frecuentes en los trabajadores de ambos sexos.

Tabla 10.3. Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Tabla 10.3 (continuación). Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

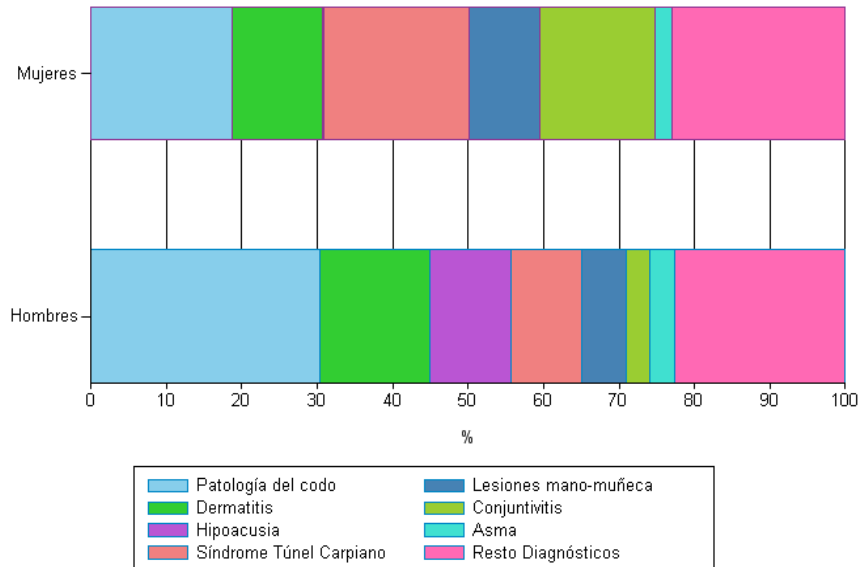
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Año	Hombres	Mujeres	
EPICONDILITIS LATERAL	2007	138	94	
	2008	130	104	
	2009	102	68	
	2010	95	48	
	2011	146	81	
	2012	141	80	
	2013	133	112	
	2014	175	111	
EPICONDILITIS MEDIAL	2007	27	11	
	2008	9	15	
	2009	20	12	
	2010	18	14	
	2011	25	23	
	2012	33	3	
	2013	23	12	
	2014	19	10	
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	2007	40	90	
	2008	42	89	
	2009	42	70	
	2010	40	108	
	2011	55	113	
	2012	53	127	
	2013	47	121	
	2014	65	108	
SINOVITIS /TENDOSINOVITIS MANO/ MUÑECA	2007	77	99	
	2008	35	64	
	2009	9	15	
	2010	10	11	
	2011	14	10	
	2012	7	13	
	2013	1	7	
	2014	3	5	
TENOSINOVITIS DE QUERVAIN	2007	3	9	
	2008	10	13	
	2009	7	17	
	2010	7	18	
	2011	8	32	
	2012	9	22	
	2013	19	36	
	2014	23	27	

Entre los trabajadores destacan la patología del codo, las dermatitis y la hipoacusia, y entre las trabajadoras son más frecuentes la patología del codo, el síndrome del túnel carpiano y lesiones de la mano/muñeca y las conjuntivitis.

Figura 10.25. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de las patologías (CIE-10) más frecuentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

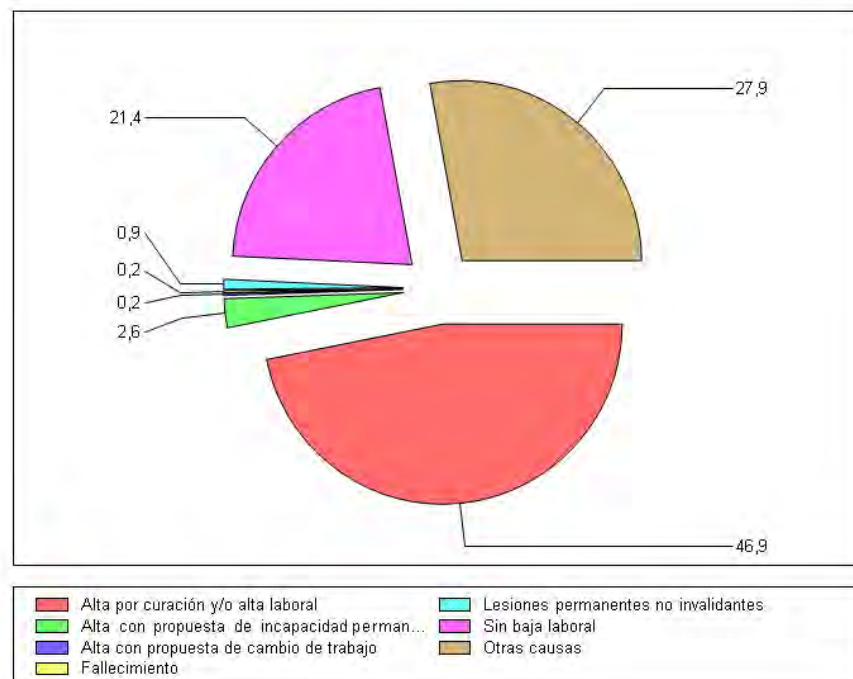
Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



En la [Figura 10.26](#) se observa como la causa más frecuente de cierre del parte de las enfermedades profesionales entre los años 2007 y 2015 ha sido el alta por curación y/o alta laboral, lo que ocurre en el 46,9% de los casos (44,1% en hombres y 49,3% en mujeres); en segundo lugar se encuentran el cierre por otras causas 27,9%, y en tercer lugar el cierre es sin baja laboral (21,4%).

Figura 10.26. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual según la causa de cierre del parte. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

Fuente: CEPROSS, ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



10.2.2. Accidentes de trabajo

Para conocer la pérdida de salud derivada de la actividad laboral por accidentes de trabajo, fueron analizados todos los partes oficiales de accidente de trabajo con baja de la Comunidad de Madrid correspondientes al año 2014 y a los años 2007-2013 (para analizar la secuencia temporal), anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

La definición de Accidente de Trabajo queda establecida en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (Artículo 156 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre): " 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.

Aunque inicialmente este derecho a la prestación se ceñía al trabajador asalariado (trabajador por cuenta ajena), en el año 2003, mediante el Real Decreto 1273/2003, fue ampliada la cobertura de las contingencias profesionales a trabajadores por cuenta propia o autónomos, de forma que estos trabajadores pueden, desde entonces, mejorar voluntariamente el ámbito de la acción protectora que les dispensa dicho régimen, incorporando la correspondiente a las contingencias profesionales. Posteriormente, La Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo establece la figura del trabajador económicamente dependiente, que es aquel que realiza una actividad económica o profesional de forma habitual para una persona física o jurídica de la que depende económicamente por percibir de ella, al menos, el 75 por ciento de sus ingresos. Los trabajadores autónomos económicamente dependientes incorporan obligatoriamente, dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social, la cobertura de la incapacidad temporal y de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

Por último, según lo dispuesto en el RD 1596/2011 de 4 de noviembre, a partir del año 2012 se extendió también la acción protectora por contingencias profesionales a las empleadas/os del hogar, incluyendo por tanto, los accidentes de trabajo.

10.2.2.1. Incidencia y características de los accidentes de trabajo

Para elaborar este informe, se ha considerado como población de referencia a la población trabajadora afiliada a la Seguridad Social con cobertura de contingencia profesional. Ésta fue, de media, durante el año 2014 en la Comunidad de Madrid, de 2.402.016 personas. De ellas, 80.952 eran autónomos (54.195 hombres y 26.757 mujeres), manteniéndose el número y porcentaje en relación al total de afiliación en unas cifras similares a las del año anterior.

En la [Figura 10.27](#) se observa que esta población trabajó predominantemente en numerosas actividades del sector Servicios y en Construcción (cuyo mayor peso lo aporta la población masculina). En dicha figura se representan las secciones de actividad que acumulan el 85% de la población trabajadora.

Figura 10.27. Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

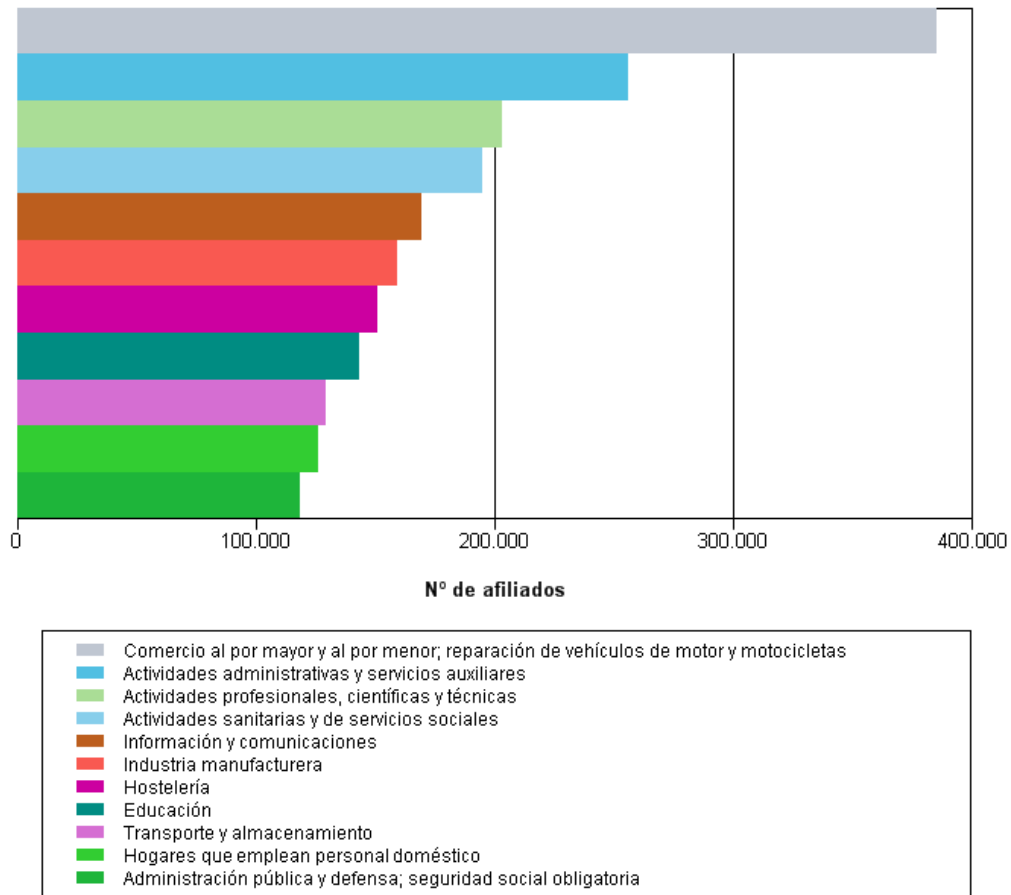
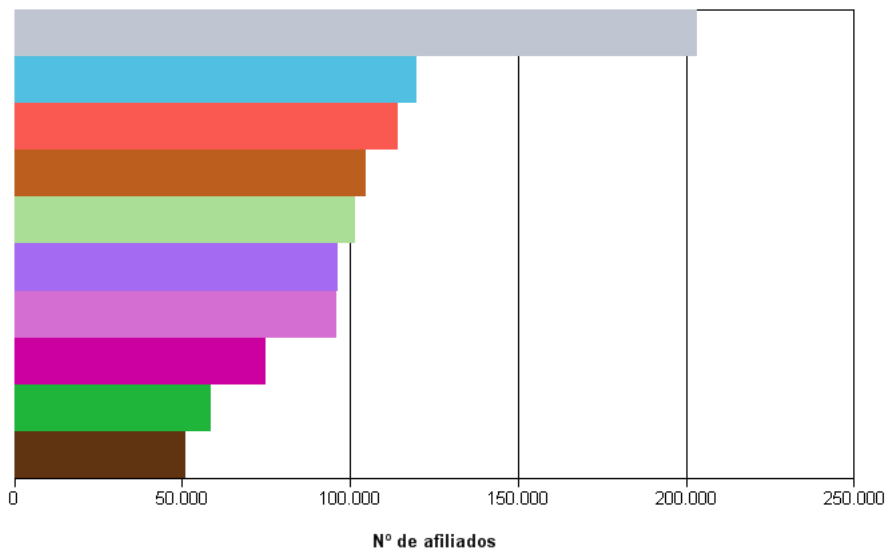


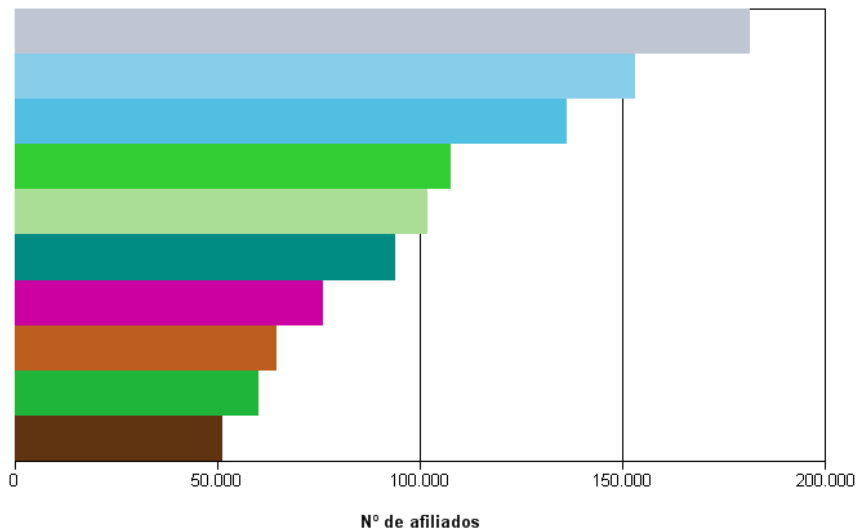
Figura 10.27 (continuación). Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.
 Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres



- Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas
- Actividades administrativas y servicios auxiliares
- Industria manufacturera
- Información y comunicaciones
- Actividades profesionales, científicas y técnicas
- Construcción
- Transporte y almacenamiento
- Hostelería
- Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria
- Actividades financieras y de seguros

Mujeres



- Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas
- Actividades sanitarias y de servicios sociales
- Actividades administrativas y servicios auxiliares
- Hogares que emplean personal domésticos
- Actividades profesionales, científicas y técnicas
- Educación
- Hostelería
- Información y comunicaciones
- Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria
- Actividades financieras y de seguros

Durante el año 2014 se produjeron 80.252 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid (48.079 hombres y 32.173 mujeres), que son los que analizaremos en este estudio. La incidencia por régimen de afiliación en el año 2014 se muestra en la [Figura 10.28](#).

Figura 10.28. Incidencia de accidentes de trabajo según régimen de afiliación. Tasas por 100 mil afiliados. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Algunas de las características de los accidentes de trabajo ocurridos en la Comunidad de Madrid en el periodo de estudio se muestran en la [Tabla 10.4](#). Del total de los accidentes de trabajo con baja, 42.322 hombres y 23.410 mujeres se accidentaron durante la jornada de trabajo (es decir, el accidente no se produjo *in itinere*). La tasa de incidencia fue de 27,37 accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo, por cada 1.000 afiliados. Se mantienen cifras semejantes a las observadas en los dos años anteriores, habiendo desaparecido la tendencia decreciente observada desde el año 2010 (en que se registró una tasa de 35,71).

Tabla 10.4. Accidentes de trabajo con baja. Características básicas según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

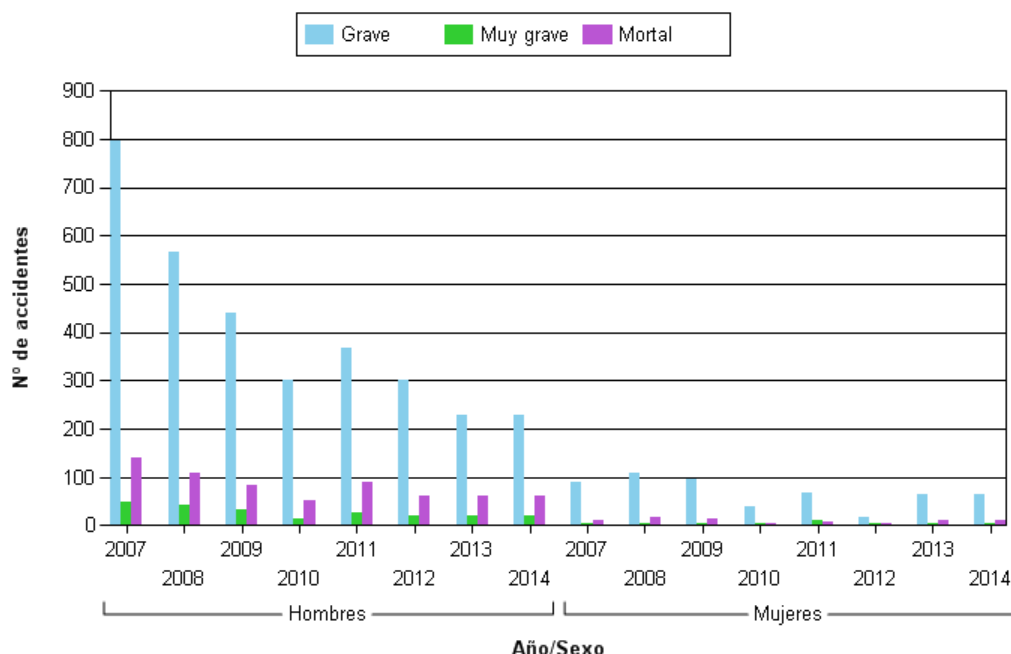
	Hombres	Mujeres
Nº de accidentes	48.079	32.173
Edad media de accidentados/as	39,95	42,63
Accidentados/as del sector privado (%)	83,1	77,4
Contratos temporales (%)	26,6	26,1
Accidentados/as de contrata o subcontrata (%)	8,2	10,9
Accidentados/as de ETT (%)	1,2	0,9
Sin evaluación de riesgos previa al accidente (%)	36,4	34,4
Prevención llevada sólo por SPA (%)	57,9	38,9
Accidente de tráfico (%)	11,4	13,7
Accidentes leves (%)	99,3	99,8
Accidentes mortales (Nº)	66	5
Acc. Mortales en contratas y subcontratas (Nº)	10	0
Hospitalización (Nº)	1.185	423
Accidentes en centro de trabajo (%)	76,5	67,5
Accidentes <i>in itinere</i> (%)	12,0	27,2
Lugar del accidente	zonas industriales, lugares públicos, lugares de actividad terciaria y obras de construcción	lugares públicos, actividad terciaria, centros sanitarios y zonas industriales
Actividad específica en el momento del AT	Movimiento y manipulación de objetos	
Mecanismo de accidente	Sobre esfuerzos, aplastamientos y choques	
Diagnóstico de la lesión	Dislocaciones, esguinces y torceduras, seguido de lesiones superficiales	

ETT: empresa de trabajo temporal; SPA: Servicio de prevención ajeno; AT: accidente de trabajo.

Los accidentes graves, muy graves y mortales que ocurrieron en jornada de trabajo han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, aunque no sigue el mismo patrón en las mujeres (Figura 10.29).

Figura 10.29. Accidentes de trabajo graves. Evolución del número según sexo, año y gravedad. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Además de las características anteriores, se estudió específicamente una serie de accidentes en los que, bien por la forma de producirse, bien por sus efectos para la salud, merecían, a nuestro juicio, un análisis más detallado. Entre éstos destacan algunos cuyas causas tienen un “perfil especial”: los accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves, muy graves y mortales, los sobreesfuerzos, y las agresiones. Los resultados se muestran en la Tabla 10.5. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas.

Tabla 10.5. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)
AT por accidente de tráfico	5.505	455,95	4.393	367,73
AT por infartos y derrames cerebrales	78	6,46	7	0,59
AT por sobreesfuerzos físicos	18.615	1.541,77	11.800	987,75
AT por agresiones	789	65,35	421	35,24

(En todas las variables, dif H-M, con $p < 0,005$)

Por otro lado, como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los siguientes factores (Tabla 10.6): si el accidente derivó en hospitalización; si el accidente produjo, como lesión, amputaciones traumáticas; si fue mortal; los accidentes graves o mortales ocurridos en jornada de trabajo; el número de jornadas no trabajadas debido al accidente de trabajo; y la mortalidad y años potenciales de vida productiva perdidos.

Tabla 10.6. Accidentes de trabajo. Indicadores de repercusión del accidente. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.185	98,15	423	35,41
2º AT que produjeron amputaciones traumáticas	78	6,46	11	0,92
3º AT que resultaron en muerte	66	5,47	5	0,42
4º AT graves + mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	253	20,95	31	2,59

(En todas las variables, dif H-M, con $p < 0,001$)

	Nº AT	Suma	Media	P
				Dif H - M
5º Jornadas no trabajadas por AT¹				
Hombres	2.258	463.096	171,74	
Mujeres	1.131	286.488	171,5	P>0,05
6º Años potenciales de vida productiva perdidos²				
Hombres	66	1.459	22,11	
Mujeres	5	143	28,6	P>0,05

(1) Calculadas con exclusión de AT mortales

(2) Calculados sobre los AT mortales para un límite de edad productiva de 70 años.

10.2.2.2. Accidentes de trabajo por sectores y secciones de actividad

A continuación se analizan los accidentes de trabajo según la actividad que desarrolla la empresa en que trabajaba la persona accidentada. La distribución de los accidentes según sector y momento en el que tuvieron lugar, a lo largo de los años 2009-2014, se refleja en la [Figura 10.30](#). La proporción de accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral (es decir, excluyendo los accidentes *in itinere*) en cada una de las actividades, para ambos sexos, queda reflejada en la [Tabla 10.7](#). Los accidentes *in itinere*, en términos generales, suponen un porcentaje mayor entre las mujeres que entre los hombres. Respecto a las actividades, son las financieras y de seguros aquellas en las que se registró una mayor proporción de estos AT *in itinere* en hombres, y las de suministro de energía, gas, etc, en las mujeres.

Figura 10.30. Accidentes de trabajo. Distribución según sector de actividad, año y momento del accidente. Comunidad de Madrid, 2009-2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

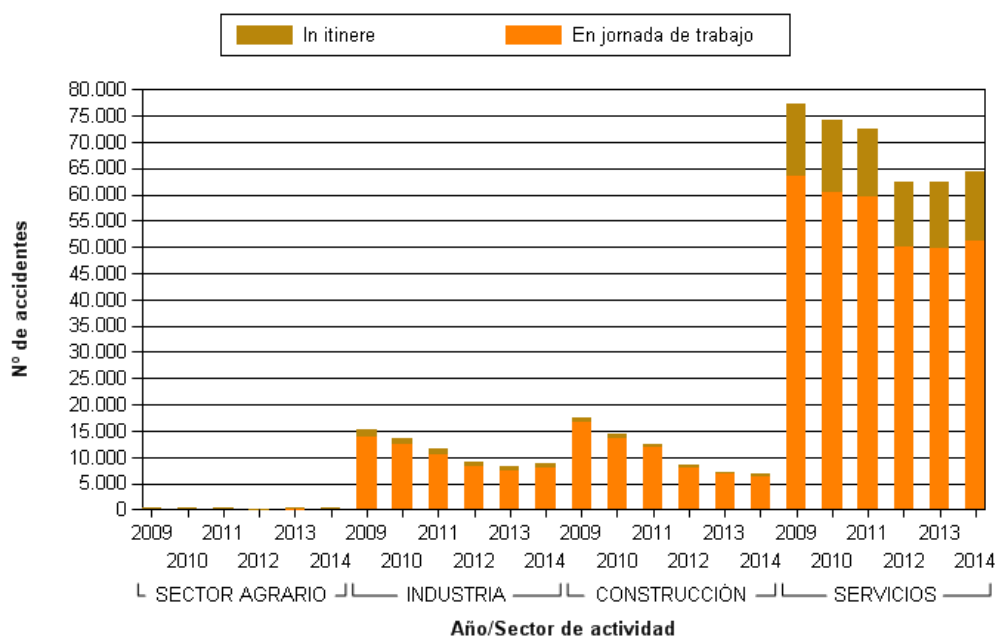


Tabla 10.7. Accidentes de trabajo. Porcentajes de accidentes ocurridos en jornada de trabajo según sección de actividad y sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería, caza, pesca	95,8%	82,4%
Industrias extractivas	97,1%	66,7%
Industria manufacturera	92,6%	75,7%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	88,9%	57,7%
Suministro de agua, saneamiento, gestión de residuos	94,8%	83,2%
Construcción	94,8%	53,2%
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	89,1%	72,1%
Transporte y almacenamiento	90,1%	79,8%
Hostelería	86,7%	86,0%
Información y comunicaciones	53,2%	36,9%
Actividades financieras y de seguros	42,0%	34,8%
Actividades inmobiliarias	85,0%	60,3%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	67,7%	45,9%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	83,7%	67,8%
Administración pública, defensa seguridad social	89,1%	73,4%
Educación	79,3%	71,5%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	80,6%	78,7%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	91,8%	78,5%
Otros servicios	85,6%	66,8%
Hogares que emplean personal doméstico	89,3%	73,5%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	72,0%	42,1%
Total	88,0%	72,8%

En la [Figura 10.31](#) se muestran las actividades que acumularon el 85% de los accidentes de trabajo con baja ocurridos durante el trabajo y registrados en la población general, por separado en hombres y mujeres.

Figura 10.31. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

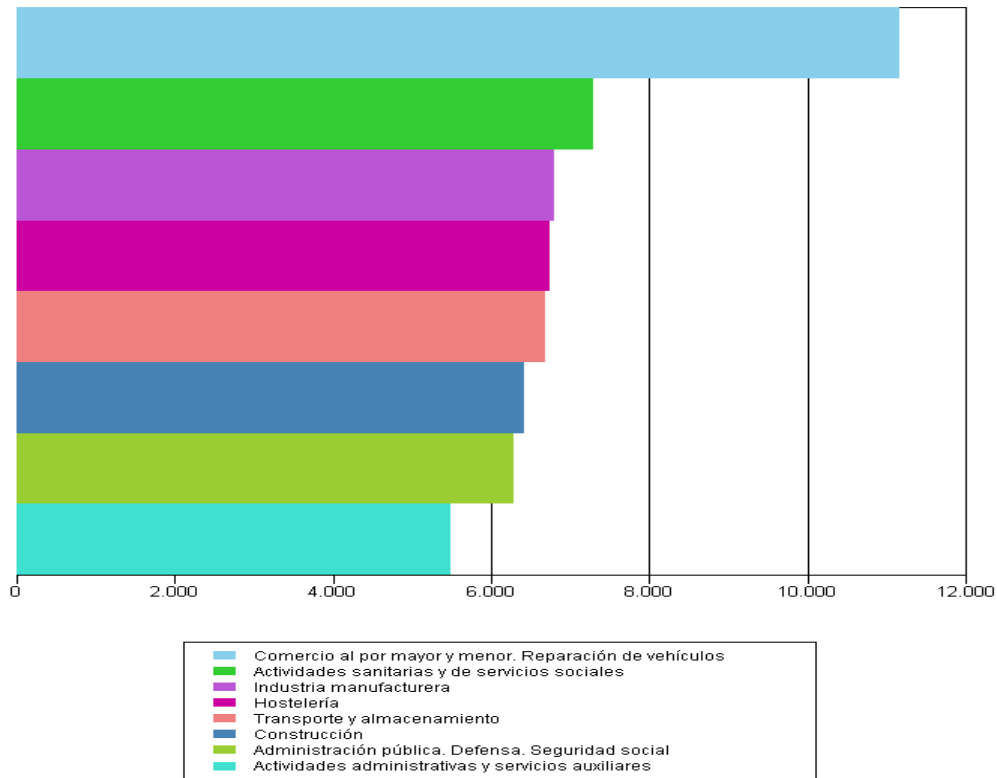
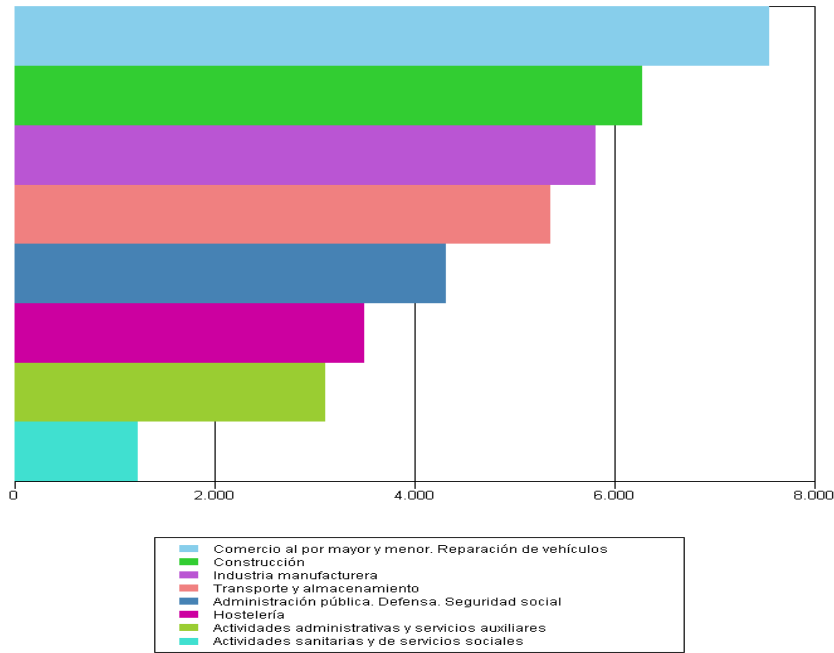


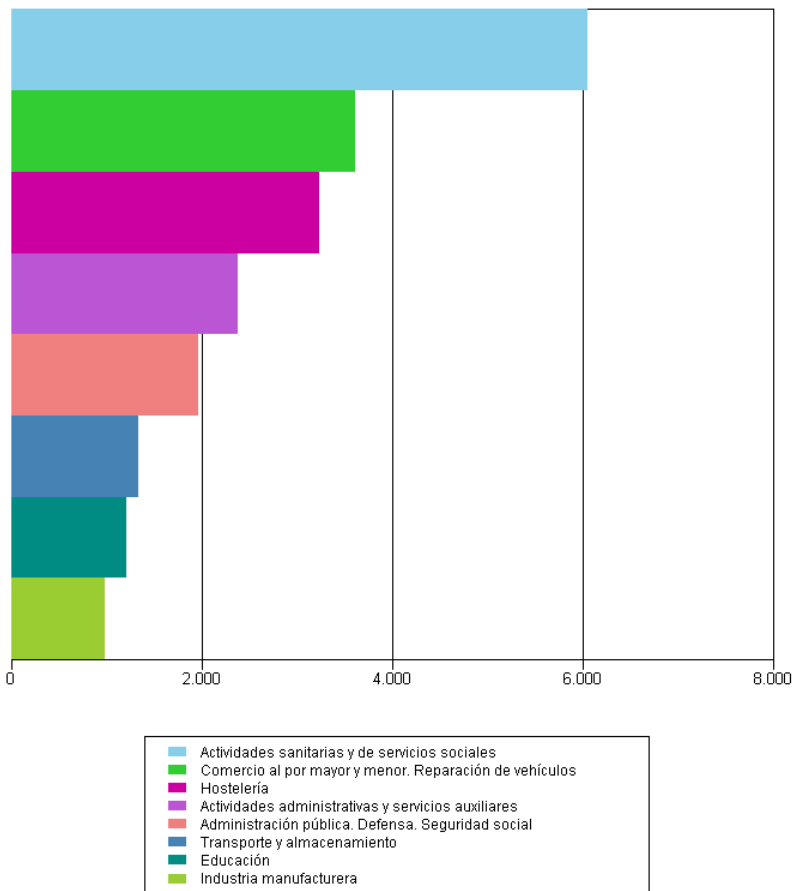
Figura 10.31 (continuación). Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Total y según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres



Mujeres



En la Comunidad de Madrid, en el año 2014, las actividades con un mayor número de accidentes de trabajo (tanto en jornada de trabajo como *in itinere*), y que paralelamente aglutinaron más indicadores negativos se muestran en la [Tabla 10.8](#). En ella se observan algunas formas de accidentes, que aparecen en mayor proporción: casi el 39% de los accidentes de trabajo se produjo por sobreesfuerzos (entre los hombres estos accidentes se produjeron en un mayor porcentaje en actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento; y entre las mujeres en industrias extractivas).

Tabla 10.8. Accidentes de trabajo. Número total y algunas características, por sección de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres

	Total accidentes	% Sobre esfuerzos	% agresión	% Acc CV grav o mort	% Hospitaliz	% acc tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	263	30,8%	3,8%	1,1%	1,9%	4,6%
Industrias extractivas	35	25,7%	2,9%		2,9%	2,9%
Industria manufacturera	6.276	39,1%	0,3%	0,7%	2,1%	5,9%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	63	28,6%			1,6%	14,3%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	944	45,8%	0,8%	0,6%	2,0%	5,4%
Construcción	6.623	36,6%	0,4%	0,8%	2,6%	5,7%
Comercio por mayor y menor, rep. vehículos	8.466	41,7%	0,9%	0,4%	2,4%	9,5%
Transporte y almacenamiento	5.947	43,3%	2,2%	0,9%	2,4%	14,7%
Hostelería	4.035	22,8%	1,0%	0,6%	2,3%	18,0%
Información y comunicaciones	1.059	24,2%	0,4%	1,2%	8,3%	39,7%
Actividades financieras y de seguros	319	21,3%	0,9%	2,5%	7,2%	45,1%
Actividades inmobiliarias	226	30,1%	2,7%		4,9%	17,7%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.042	28,4%	0,4%	1,6%	6,1%	27,2%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.717	36,9%	2,6%	0,4%	1,8%	13,5%
Administración pública, defensa seguridad social	4.854	46,3%	5,3%	0,5%	0,7%	9,1%
Educación	610	38,9%	1,0%	1,5%	3,4%	16,6%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.534	45,1%	3,0%	0,8%	1,9%	11,1%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1.082	50,8%	4,4%	1,0%	4,3%	5,9%
Otros servicios	706	41,8%	1,6%	0,6%	2,7%	12,6%
Hogares que emplean personal doméstico	253	32,0%	1,2%	1,6%	4,3%	7,5%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	25	20,0%			4,0%	20,0%
Total	48.079	38,7%	1,6%	0,7%	2,5%	11,4%

Tabla 10.8 (continuación). Accidentes de trabajo. Número total y algunas características, por sección de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

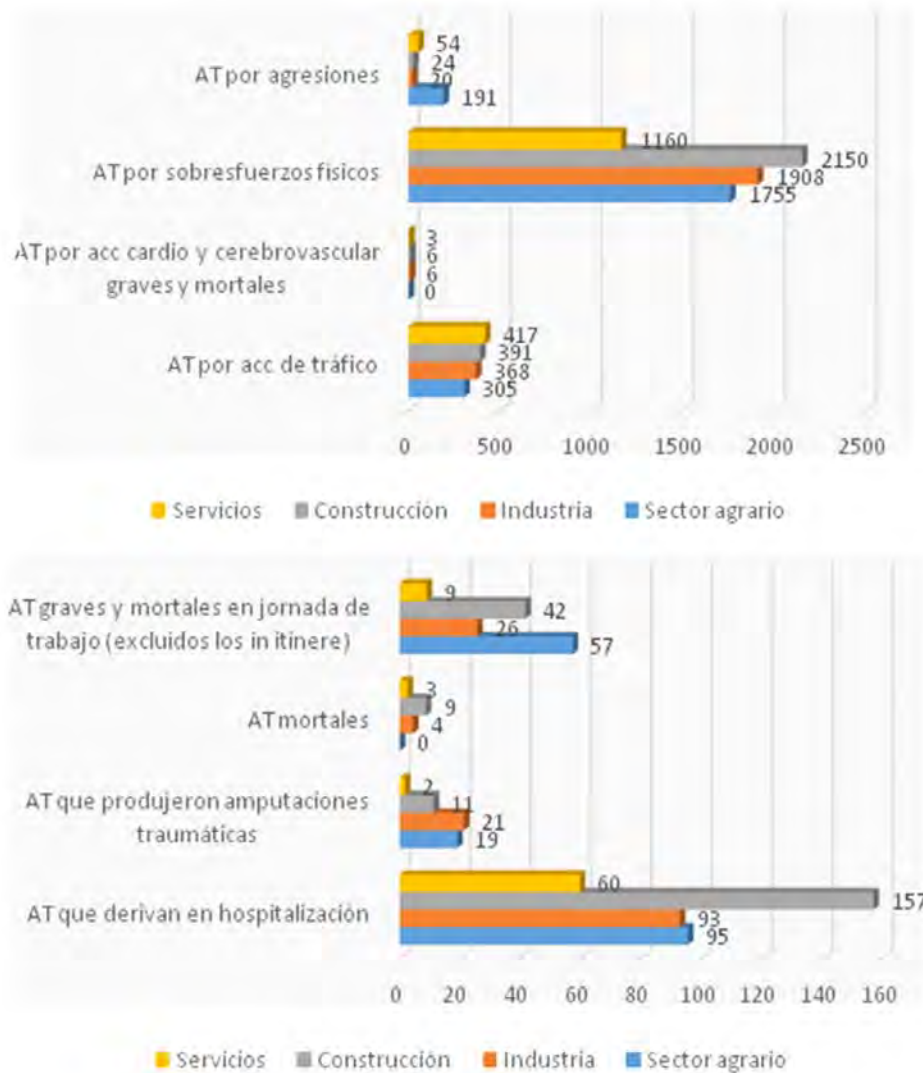
Mujeres

	Total accidentes	% Sobre esfuerzos	% agresión	% Acc CV grav o mort	% Hospitaliz	% acc tráfico
Agricultura, ganadería, caza, pesca	34	32,4%				11,8%
Industrias extractivas	15	53,3%				26,7%
Industria manufacturera	1.298	36,5%	0,6%	0,2%	1,3%	16,4%
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor, aire	26	23,1%				19,2%
Suministro agua, saneamiento, gestión de residuos	196	48,5%	0,5%		1,5%	11,2%
Construcción	250	22,0%	0,8%	0,8%	2,8%	29,6%
Comercio por mayor y menor, rep. vehículos	5.015	38,2%	0,6%	0,1%	1,5%	16,4%
Transporte y almacenamiento	1.672	41,9%	2,5%	0,2%	1,0%	14,5%
Hostelería	3.761	29,1%	0,2%	0,1%	1,2%	6,7%
Información y comunicaciones	781	17,3%	0,3%	0,1%	4,5%	40,2%
Actividades financieras y de seguros	656	17,2%	0,5%	0,3%	2,0%	31,9%
Actividades inmobiliarias	121	27,3%	0,8%	0,8%	2,5%	21,5%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.145	20,7%	1,0%	0,9%	2,2%	30,8%
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3.514	35,7%	1,2%	0,1%	1,0%	14,1%
Administración pública, defensa seguridad social	2.684	37,0%	1,3%	0,2%	0,6%	9,1%
Educación	1.689	31,3%	1,6%	0,4%	1,2%	14,7%
Actividades sanitarias y de servicios sociales	7.688	46,7%	2,5%	0,1%	0,9%	8,1%
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	483	48,9%	1,7%		0,8%	12,6%
Otros servicios	756	34,8%	0,9%	0,1%	2,0%	17,3%
Hogares que emplean personal doméstico	370	13,5%	1,4%	1,1%	6,8%	11,9%
Organizaciones y otros organismos extraterritoriales	19	31,6%				21,1%
Total	32.173	36,7%	1,3%	0,2%	1,3%	13,7%

Para analizar la incidencia de los accidentes según sectores, se han utilizado los datos de afiliación por sectores (de todos los regímenes), obteniendo las tasas por cada 100.000 afiliados/as que se reflejan en la [Figura 10.32](#), lo que permite realizar una aproximación de lo que ocurre en cada uno de ellos.

Figura 10.32. Accidentes de trabajo. Tasas de determinados tipos de accidentes por 100 mil afiliados de cada sector. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



* En jornada de trabajo, es decir, excluyendo los accidentes in itinere.

Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas con mayor población ocupada, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en construcción y en transporte y almacenamiento y, entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos (Tabla 10.9).

Tabla 10.9. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados con cobertura de contingencias profesionales, por sección de actividad que ocupan más población y según sexo, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	HOMBRES			MUJERES		
	Afiliados	Nº acc.	Incidencia (por 100.000 af)	Afiliadas	Nº acc.	Incidencia (por 100.000 af)
Comercio por mayor menor, rep. vehículos	203.350	8.466	4.163,26	181.465	5.015	2.763,62
Activ. administrativas y servicios auxiliares	120.009	3.717	3.097,27	136.136	3.514	2.581,24
Industria manufacturera	114.342	6.276	5.488,79	45.117	1.298	2.876,96
Información y comunicaciones	104.670	1.059	1.011,75	64.816	781	1.204,95
Activ. profesionales, científicas y técnicas	101.356	1.042	1.028,06	101.972	1.145	1.122,86
Construcción	96.294	6.623	6.877,89	19.128	250	1.306,98
Transporte y almacenamiento	96.011	5.947	6.194,11	33.409	1.672	5.004,64
Hostelería	74.990	4.035	5.380,70	76.219	3.761	4.934,47
Administración pública, defensa seg. social	58.624	4.854	8.279,85	60.114	2.684	4.464,85
Actividades financieras y de seguros	51.019	319	625,26	51.420	656	1.275,77
Educación	48.987	610	1.245,23	94.059	1.689	1.795,68
Activ. Sanitarias y de servicios sociales	41.807	1.534	3.669,23	153.010	7.688	5.024,51
Hogares que emplean personal doméstico	18.608	253	1.359,67	107.511	370	344,15

Los accidentes mortales se distribuyeron también de manera diferenciada en hombres y mujeres, según actividades. A continuación se presenta (Tabla 10.10) el análisis de actividades con mayor frecuencia de accidentes de trabajo mortales ocurridos durante el trabajo, es decir, excluyendo los *in itinere*: el peso de los accidentes de trabajo mortales de cada sección sobre el total de accidentes de trabajo mortales, el índice de incidencia por cada 100.000 afiliados de cada sección, y el peso de accidentes de trabajo mortales por cada 1.000 accidentes de trabajo ocurridos durante el trabajo en cada sección.

Tabla 10.10. Accidentes de trabajo (AT) mortales ocurridos durante el trabajo, por sección de actividad. Distribución porcentual, tasas por 100.000 afiliados y proporciones por 1.000 accidentes. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres

	N	% sobre accidentes mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	AT mortales por cada 1000 AT en cada sección
Transporte y almacenamiento	10	22,22	10,42	1,87
Construcción	8	17,78	8,31	1,27
Industria manufacturera	5	11,11	4,37	0,86
Comercio por mayor y menor, rep. vehículos	5	11,11	2,46	0,66
Actividades profesionales, científicas y técnicas	4	8,89	3,95	5,67
Actividades sanitarias y de servicios sociales	3	6,67	7,18	2,43
Hostelería	2	4,44	2,67	0,57
Actividades administrativas y servicios auxiliares	2	4,44	1,67	0,64
Administración pública, defensa seg. social	2	4,44	3,41	0,46
Suminist. agua, saneamiento, gestión de residuos	1	2,22	8,79	1,12
Activid. artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	2,22	4,80	1,01
Otros servicios	1	2,22	4,05	1,66
Hogares que emplean personal doméstico	1	2,22	5,37	4,42
Total	45	100	3,73	1,06

Mujeres

	N	% sobre accidentes mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	AT mortales por cada 1000 AT en cada sección
Transporte y almacenamiento	1	33,33	2,99	0,75
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1	33,33	0,98	1,9
Educación	1	33,33	1,06	0,83
Total	3	100	0,25	0,13

10.2.2.3. Accidentes de trabajo en población trabajadora en régimen especial de autónomos

Puesto que no todos los trabajadores por cuenta propia tienen cubiertas las contingencias profesionales, sabemos que no es posible conocer la verdadera magnitud de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales en este colectivo, ya que sólo son notificados los accidentes que sufre este grupo con contingencia cubierta. Sin embargo, y precisamente por esta falta de información, es necesario continuar incidiendo en la mejora del conocimiento de los accidentes acaecidos en este grupo. En este apartado hemos extraído los accidentes de la población autónoma con contingencia profesional cubierta del conjunto de la población accidentada, analizada globalmente en las páginas anteriores.

Para el análisis consideramos a aquellos trabajadores del Régimen Especial de Autónomos y a aquellos del Régimen Especial Agrario por cuenta propia. En los datos de afiliación, desde enero de 2008, ambos grupos integran el Régimen Especial de Autónomos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18/2007 de 4 de julio. Los afiliados a la Seguridad Social del Sistema Especial de Trabajadores Agrarios en situación de inactividad, desde 2014 no son considerados para los denominadores, debido a que no cotizan en dichos periodos a la Seguridad Social por contingencias profesionales al no estar expuestos al riesgo.

La población de trabajadores/as autónomos/as con contingencia cubierta en el año 2014 se ha calculado obteniendo la media de los 12 meses, y ascendió a 80.952 (54.195 hombres y 26.757 mujeres, cifra que supone alrededor del 33,05% del total de población trabajadora en dicho régimen). Esta cifra apenas creció con respecto al 2013, manteniéndose una diferencia positiva en afiliación respecto al año 2010 del 29,3%.

En este grupo de población se produjo un total de 1.213 accidentes de trabajo con baja (1.005 se produjeron en hombres y 208 en mujeres). La distribución de estos accidentes de trabajo por sectores de actividad y sexo, se muestra en la [Tabla 10.11](#). Se registraron ocho accidentes graves, uno muy grave y uno mortal (en un hombre).

Tabla 10.11. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes por sector de actividad y según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Año 2014	
	Hombres	Mujeres
SECTOR AGRARIO	16	1
INDUSTRIA	120	8
CONSTRUCCIÓN	315	6
SERVICIOS	554	193
Total	1.005	208

En la [Tabla 10.12](#) y [Tabla 10.13](#) se presenta el análisis de los accidentes por causas o efectos especiales, llamando la atención la incidencia de accidentes por sobreesfuerzos, al igual que en años anteriores. Las diferencias halladas entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas. El 1,1% de los AT de hombres y el 1,0% de los AT de mujeres se produjo *in itinere*.

Tabla 10.12. Accidentes de trabajo (AT) en autónomos. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)(*)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)(*)
AT por accidente de tráfico	134	247,26	36	134,54
AT por infartos y derrames cerebrales	1	1,85	0	0
AT por sobreesfuerzos físicos	334	616,29	60	224,24
AT por agresiones	7	12,92	4	14,95

(*) Afiliados con contingencias profesionales cubiertas.

Tabla 10.13. Accidentes de trabajo en autónomos. Indicadores de la repercusión inmediata del accidente según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)(*)	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliadas)(*)
1º. AT que derivaron en hospitalización	36	66,43	6	22,42
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	6	11,07	1	3,74
3º. AT que resultaron en muerte	1	1,85	0	0
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo ⁽¹⁾	10	18,45	0	0

(*) Afiliados con contingencias profesionales cubiertas. ⁽¹⁾ Excluidos los AT *in itinere*.

Las secciones en las que se ha dado mayor siniestralidad en la población autónoma fueron, en el año 2014 (Tabla 10.14): entre los hombres autónomos, la construcción y el transporte y almacenamiento, sumando entre ambas secciones casi el 50% de todos los accidentes; y en las mujeres, el comercio al por menor, hostelería y otros servicios (equivalentes al 47,1% de los accidentes), todas ellas actividades del sector Servicios.

Tabla 10.14. Secciones de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo en trabajadores autónomos. Comunidad de Madrid, 2014.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres

	Frecuencia	Porcentaje
Construcción	315	31,3
Transporte y almacenamiento	185	18,4
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos	140	13,9
Industria manufacturera	119	11,8
Hostelería	61	6,1
Actividades administrativas y servicios auxiliares	48	4,8

Mujeres

	Frecuencia	Porcentaje
Comercio por mayor y menor, rep. vehículos	47	22,6
Hostelería	26	12,5
Otros servicios	25	12,0
Educación	20	9,6
Actividades administrativas y servicios auxiliares	18	8,7
Actividades profesionales, científicas y técnicas	15	7,2
Actividades sanitarias y de servicios sociales	12	5,8
Transporte y almacenamiento	11	5,3
Act. Artísticas, recreativas y de entretenimiento	8	3,8

Evolución temporal de los accidentes de trabajo en los autónomos

En la Tabla 10.15 se muestran los accidentes de trabajo ocurridos en este colectivo en cada uno de los años del periodo 2007-2014.

Tabla 10.15. Accidentes de trabajo en población trabajadora autónoma. Número de accidentes según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

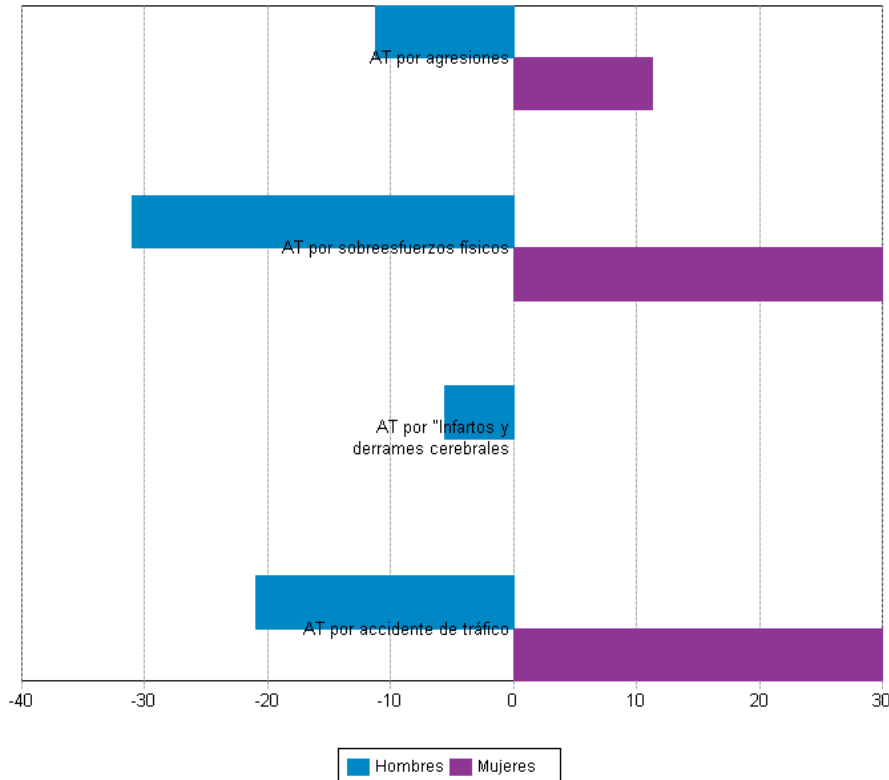
Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres	Mujeres	Total
Año 2007	768	123	891
Año 2008	1.013	166	1.179
Año 2009	1.019	180	1.199
Año 2010	982	177	1.159
Año 2011	1.206	228	1.434
Año 2012	1.046	199	1.245
Año 2013	1.101	188	1.289
Año 2014	1.005	208	1.213

En relación al año 2013, los trabajadores autónomos sufrieron un aumento en el índice de incidencia de determinados tipos de accidentes de trabajo, mientras que en mujeres dichos índices se vieron reducidos (Figura 10.33): ha aumentado especialmente el índice de incidencia de accidentes de trabajo por accidente de tráfico en los hombres, y se ha visto reducido ligeramente, entre otros, el de accidentes de trabajo por sobreesfuerzos en las mujeres autónomas.

Figura 10.33. Accidentes de trabajo (AT) en población trabajadora autónoma. Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid, 2014 frente a 2013.

Fuente: ESS. Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



10.2.2.4. Accidentes de trabajo. Conclusiones

Frente al año 2013, la media de personas afiliadas con cobertura de contingencias profesionales ha crecido ligeramente. No obstante, la población autónoma afiliada con esta contingencia cubierta, es semejante a la del año anterior.

En números absolutos ha aumentado ligeramente la frecuencia de accidentes de trabajo con baja en la Comunidad de Madrid, quedando la tasa de accidentes de trabajo producidos en jornada de trabajo (es decir, excluyendo los ocurridos *in itinere*) en una cifra similar a la observada el año anterior: parece quedar estabilizada la tasa, dando fin, por ahora, a la tendencia descendente que venía observándose en los últimos años.

10.3. Conclusiones

Desde el año 2010, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) no superan sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. Sin embargo, el dióxido de nitrógeno (NO₂) y el ozono troposférico (O₃) siguen presentando problemas de cumplimiento de la legislación, y por tanto potenciales repercusiones en términos de salud. En el caso de las partículas en suspensión la situación es aceptable desde el punto de vista del cumplimiento de la legislación, aunque no si se consideran las recomendaciones de la OMS.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2015 era de 3.240. En lo que respecta a los casos de *Legionella*, durante ese año se produjeron dos episodios de agregación de casos, uno en una residencia de ancianos y otro en el municipio de Madrid. Las medidas adoptadas en ambos hicieron remitir la aparición de casos, pero no se pudieron identificar los focos de infección.

La temporada de vigilancia de la ola de calor de 2015 ha resultado excepcional por el elevado número de días de alerta. El número de fallecidos totales registrados en los 107 días que abarca la temporada fue de 11.706 frente a un total de esperados de 10.656, lo que supone un exceso de un 9,9%.

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015, se han notificado al sistema CEPROSS 10.946 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. Hasta 2011 el 52,4% correspondían a hombres, sin embargo en los cuatro últimos años se ha producido un incremento en las mujeres, lo que hace que el porcentaje durante todo el periodo estudiado sea en éstas del 53%. Entre las edades de 30 a 59 años de edad en los hombres, y de 25 a 54 en las mujeres, se produce el mayor porcentaje de partes, acumulando en ambos casos más del 83% de los mismos para el periodo de estudio. Es mayor el número de partes emitidos entre las mujeres, excepto en el grupo de edad de más de 55 años, en que son más frecuentes en hombres. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo 2 correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados, y entre las mujeres también destacan las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Durante el año 2014 se produjeron 80.252 accidentes de trabajo con baja correspondientes a trabajadores afiliados en Madrid, lo que representa una tendencia descendente respecto a 2010, sobre todo en hombres. Agrupando las secciones de actividad, y considerando aquellas con mayor población ocupada, se observaron los mayores índices de incidencia de accidentes de trabajo, entre los hombres, en construcción y en transporte y almacenamiento y, entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos. Los accidentes graves, muy graves y mortales que ocurrieron en jornada de trabajo han sufrido una variación decreciente desde el año 2007 en el caso de los hombres, pero muestran un patrón más estable en mujeres.

Objetivo 11

Una vida más sana

11

Objetivo 11. Una vida más sana

11.1. Estilos de vida y salud

11.2. Ejercicio físico en adultos

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

11.3.2. Factores relacionados con la seguridad e higiene alimentaria

11.3.3. Realización de dietas

11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

11.5. Conclusiones

11.1. Estilos de vida y salud

Los estilos de vida con repercusión en el ámbito de la salud se refieren al conjunto de actitudes y hábitos de conducta que desarrollan las personas, condicionados social y culturalmente en gran medida, con influencia evidente positiva o negativa en su salud. El consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco u otras drogas ilegales, la práctica de ejercicio físico y la alimentación figuran como ejemplos paradigmáticos en nuestra sociedad.

La influencia de los estilos de vida sobre la salud ha sido estudiada para un importante número de enfermedades, y en la actualidad sabemos que muchas de ellas, entre las que figuran algunas de gran prevalencia en nuestro entorno y que constituyen una parte notable de la carga total de enfermedad de la sociedad, tienen como componente fundamental de su etiología estilos de vida insanos.

Por ello, la investigación acerca de la formación e impacto en la salud de estos estilos de vida, así como de su prevención y modificación en el caso de hábitos no saludables, o de su promoción cuando se trate de estilos de vida saludables, constituye una prioridad sanitaria. Como lo es también la creación de programas específicos de actuación dirigidos a prevenir, modificar o promover tales estilos de vida.

En este capítulo abordaremos la práctica de ejercicio físico y la alimentación, siendo tratados en el capítulo siguiente el consumo de sustancias tóxicas. A este respecto una fuente de información fundamental en nuestro ámbito es el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), desarrollado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

11.2. Ejercicio físico en adultos

De acuerdo con la información suministrada por la última encuesta disponible (2015) del SIVFRENT-A, el 40,5% de los hombres entrevistados y el 40,6% de las mujeres afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria.

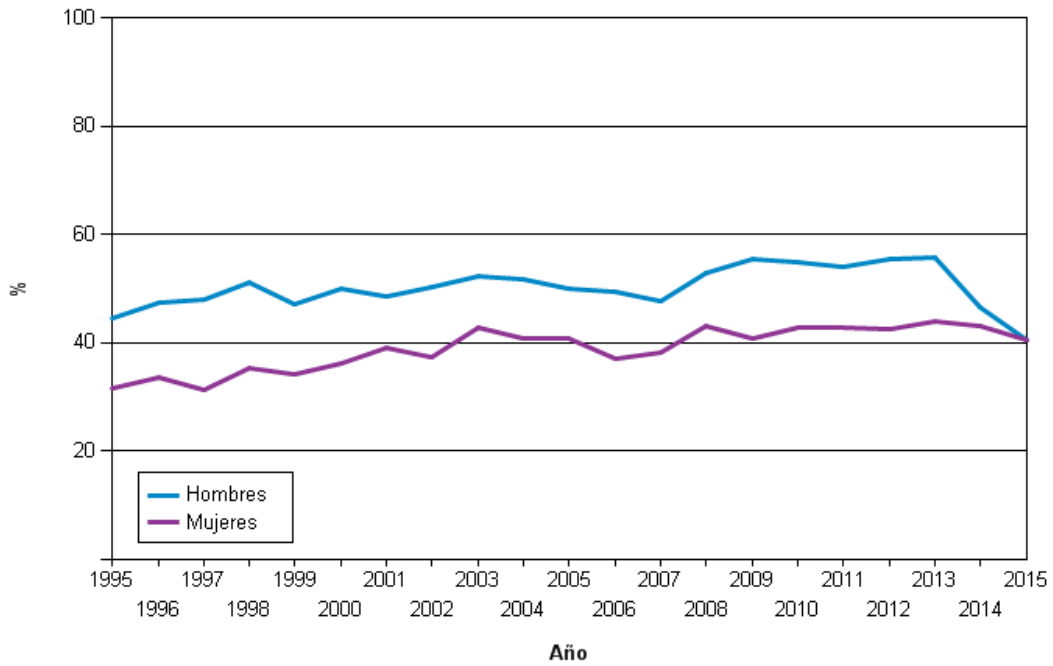
En relación con la actividad física en tiempo libre, desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, se han definido como personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición el 61,6% de los hombres entrevistados y el 68,4% de las mujeres son considerados como no activos en el tiempo libre.

Si comparamos el promedio de 2014/2015 frente al de 1995/1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral disminuyó un 5,0% en hombres y aumentó un 28,2% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 17,4% en los varones y un 15,5% en las mujeres.(Figura 11.1).

Figura 11.1. Evolución de la proporción de personas no activas* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

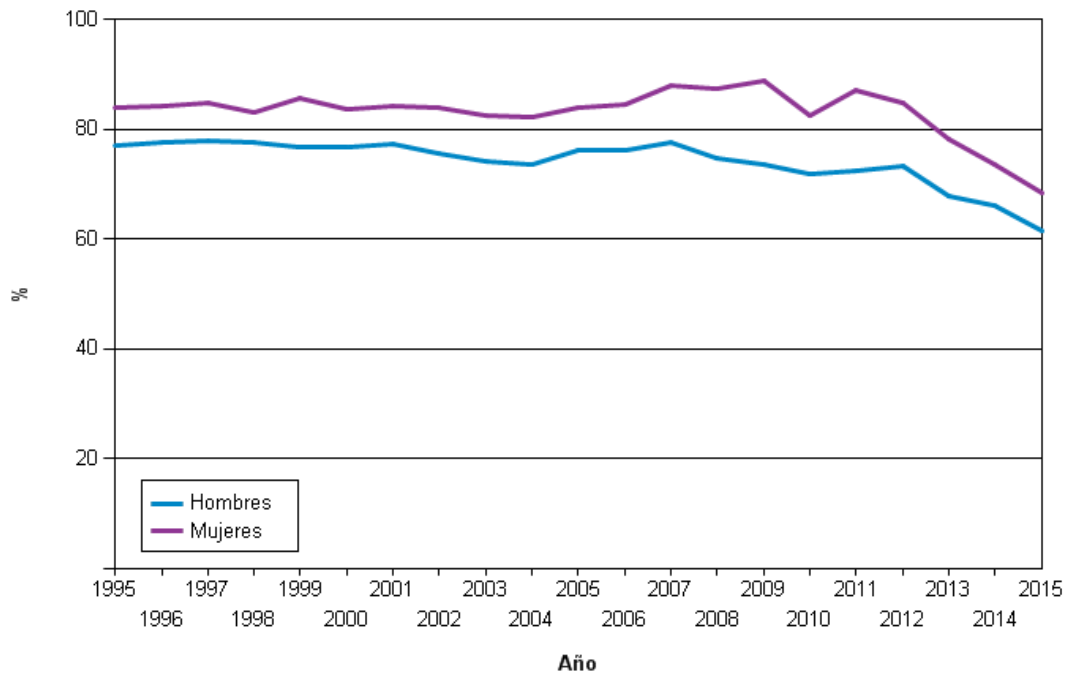
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Personas no activas* en la actividad habitual/laboral



* Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

Personas no activas* en tiempo libre



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

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

La información de este apartado suministrada por el SIVFRENT-A se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

La mayoría de los entrevistados, el 84,5%, habían consumido algún alimento del grupo de productos cárnicos (Tabla 11.1). Es de destacar la gran proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 46,9% de hombres frente al 39,6% de mujeres (Figura 11.2).

En 2015 el 20,8% de las personas entrevistadas no consumió ninguna cantidad de leche en las últimas 24h. Al incluir los derivados lácteos la cifra se redujo al 8,8%. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos fue de un 43,1% en hombres y del 40,8 en mujeres, lo que supone una disminución respecto al año anterior, pero dentro de cifras elevadas si comparamos con toda la serie estudiada (Figura 11.2).

Durante las últimas 24 horas el 79,6% de hombres y el 74,3% de mujeres no alcanzó a consumir tres raciones/día de fruta y verdura, lo que representa un nuevo incremento, semejante al año anterior, respecto a años anteriores y en relación con toda la serie estudiada (Figura 11.2).

El 42,1% de los entrevistados había consumido algún alimento del grupo de galletas, bollería y productos de pastelería (Tabla 11.1).

El 37,0% había consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) en las últimas 24h (Tabla 11.1).

Tabla 11.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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

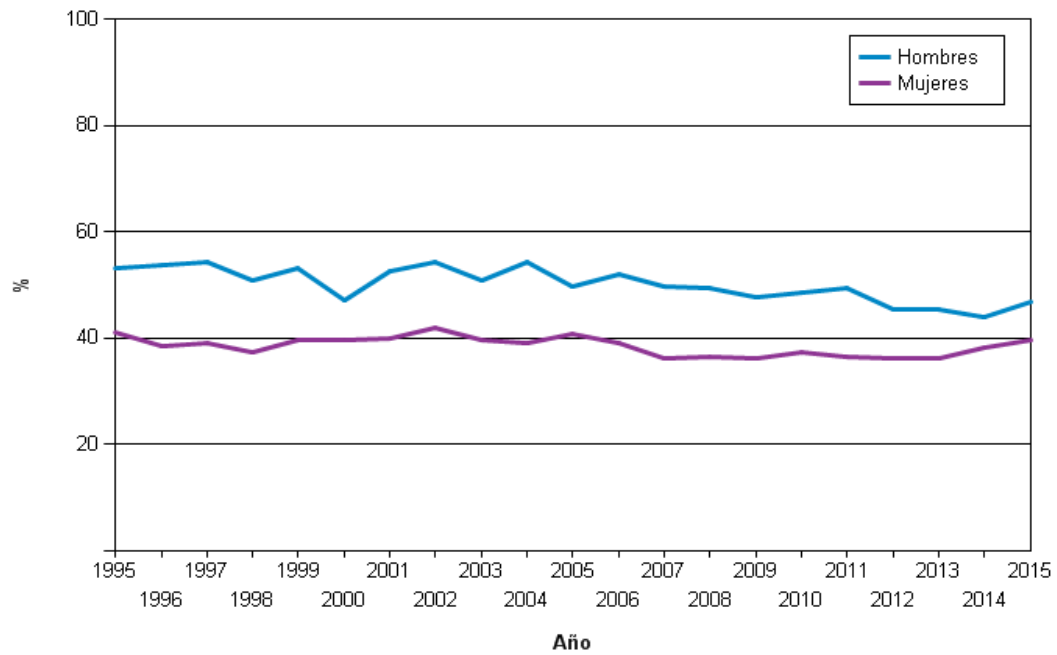
	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	79,2(77,4-80,9)	82,0(79,4-84,3)	76,5(73,8-79,0)	76,6 (72,2-80,4)	79,5(76,5-82,1)	80,2(77,3-82,8)
Leche y derivados	91,2(89,9-92,4)	91,1(89,2-92,8)	91,3(89,4-92,8)	90,8(87,5-93,3)	90,8(88,6-92,6)	91,9(89,8-93,6)
Dulces/ Bollería	42,1(40,0-44,3)	38,0(35,0-41,0)	46,1(43,1-49,1)	51,6(46,7-56,5)	45,3(41,9-48,8)	34,2(31,0-37,5)
Verdura	75,7(73,8-77,6)	76,7(73,9-79,2)	74,8(72,1-77,4)	68,6(63,8-73,0)	77,0(73,9-79,8)	78,1(75,1-80,8)
Legumbres	17,5(15,9-19,2)	17,9(15,7-20,4)	17,0(14,8-19,4)	13,7(10,7-17,5)	17,2(14,7-20,0)	19,5(16,9-22,4)
Arroz	17,9(16,3-19,6)	17,3(15,1-19,8)	18,5(16,2-21,0)	19,5(15,8-23,7)	17,3(14,8-20,1)	17,8(15,3-20,6)
Pasta	20,5(18,8-22,3)	21,1(18,6-23,8)	19,9(17,6-22,5)	22,4(18,6-26,8)	21,0(18,4-24,0)	19,0(16,5-21,9)
Carne	74,4(72,4-76,2)	75,7(72,9-78,2)	73,2(70,4-75,8)	80,3(76,1-83,9)	74,7(71,6-77,6)	71,1(67,9-74,1)
Carne y derivados	84,5(82,9-86,0)	86,0(83,7-88,1)	83,1(80,7-85,3)	88,3(84,7-91,1)	85,6(82,9-87,8)	81,7(78,8-84,2)
Huevos	28,6(26,7-30,6)	34,0(31,1-37,0)	23,4(20,9-26,1)	25,4(21,4-29,9)	31,6(28,5-34,9)	27,0(24,0-30,1)
Pescado	38,2(36,1-40,4)	37,0(34,0-40,0)	39,5(36,5-42,5)	31,7(27,3-36,4)	37,2(33,9-40,6)	42,5(39,1-45,9)
Fruta fresca	66,8(64,8-68,8)	58,1(55,0-61,2)	75,1(72,4-77,7)	65,8(61,1-70,3)	64,0(60,7-67,2)	70,1(66,9-73,2)

* Intervalo de confianza al 95%

Figura 11.2. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos



Consumo de menos de 2 raciones de lácteos

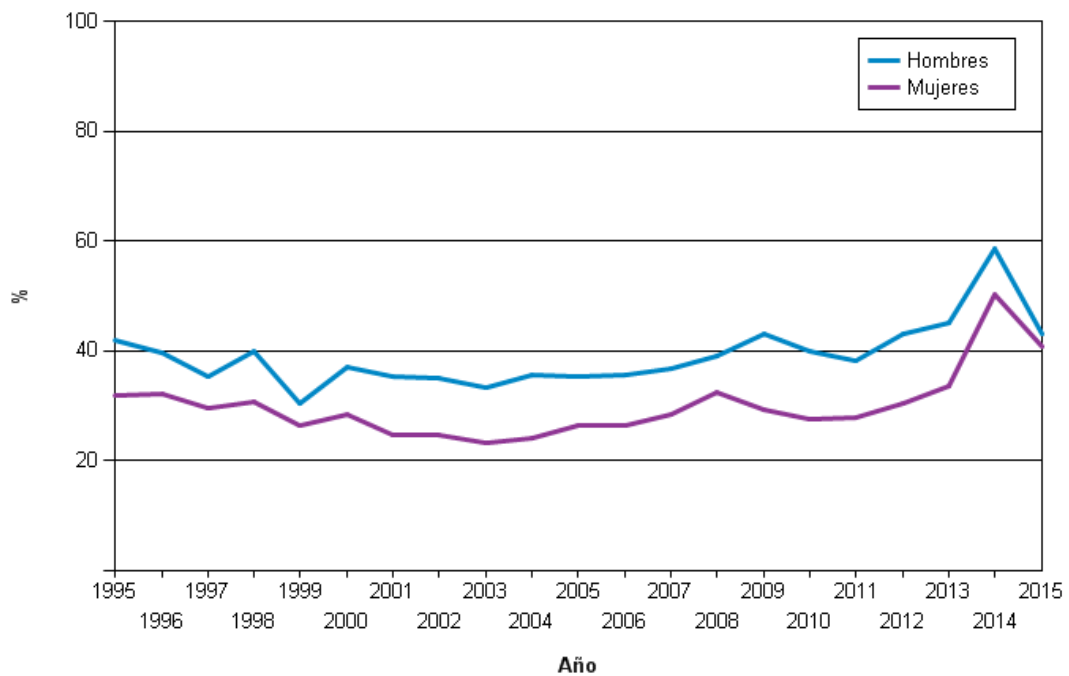
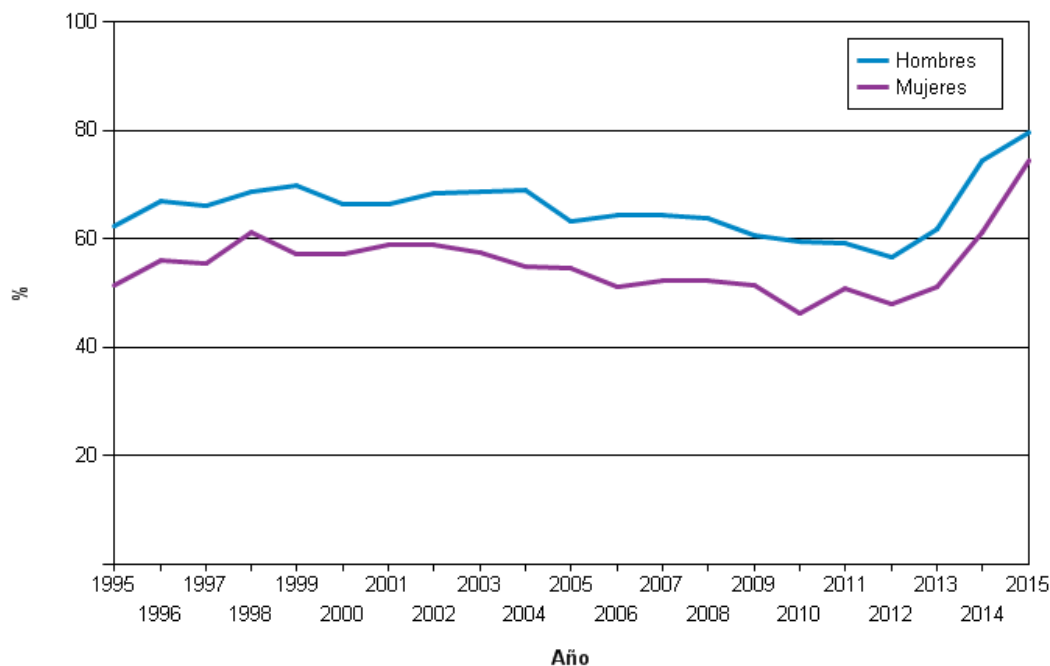


Figura 11.2 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Consumo de menos de 3 raciones de fruta y verdura



11.3.2. Factores relacionados con la seguridad e higiene alimentaria

Los riesgos biológicos constituyen una de las principales causas de enfermedad de origen alimentario. La evaluación de la exposición de la población incluye el muestreo y análisis de distintos productos para la investigación de microorganismos para los que están establecidos mediante norma legal criterios de seguridad alimentaria, como *Salmonella*, *Listeria monocytogenes*, Enteroxina estafilocócica, *Escherichia coli*, *Enterobacter sakazakii*, *Triquinella* spp e histamina. Es importante destacar que la inexistencia de criterios microbiológicos mediante norma legal no significa que no haya otros gérmenes patógenos que puedan representar un riesgo para la salud pública, para los que deben establecerse medidas de vigilancia y de prevención en los establecimientos alimentarios. Tal es el caso de especies del género *Campylobacter*, *E. coli* o157:H7, *Yersinia* entre otros. A su vez la creciente amenaza de la resistencia a los antimicrobianos de los agentes bacterianos, que pueden ser transmitidas a través de los alimentos, nos insta a realizar una vigilancia continua de la misma.

Los alimentos pueden constituir el vehículo de una serie de sustancias químicas que pueden incidir en la salud después de una sola exposición o, más frecuentemente, tras una exposición prolongada. Estas sustancias químicas provienen bien de una presencia no deseada, pero técnicamente inevitable (contaminantes agrícolas, medioambientales y de procesado de alimentos) o bien se adicionan de forma intencionada con fines tecnológicos a lo largo de la cadena de producción (residuos de plaguicidas y de medicamentos veterinarios, aditivos).

Referente al empleo de aditivos alimentarios, se sigue detectando el empleo de los conservantes sulfitos en algunos alimentos que no pueden llevarlos conforme a la normativa, como la carne fresca (Figura 11.3).

El análisis de residuos de plaguicidas se centra en los alimentos de mayor consumo en nuestra Comunidad, e incluyen las categorías que pueden tener un mayor grado de preocupación desde el punto de vista toxicológico, como organoclorados, organofosforados, carbamatos, triazoles y piretroides; en alimentos infantiles, además se buscan plaguicidas no autorizados por su especial toxicidad (Figura 11.4).

Figura 11.3. Evolución de la tasa de incumplimiento de sulfitos en carne. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria.

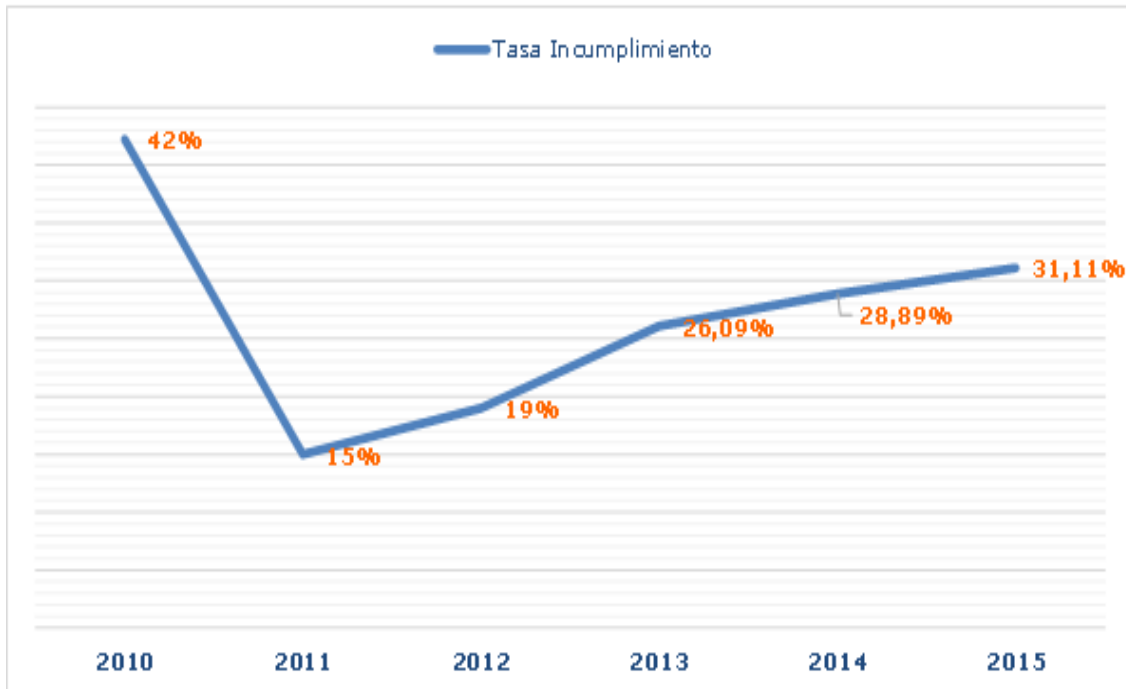
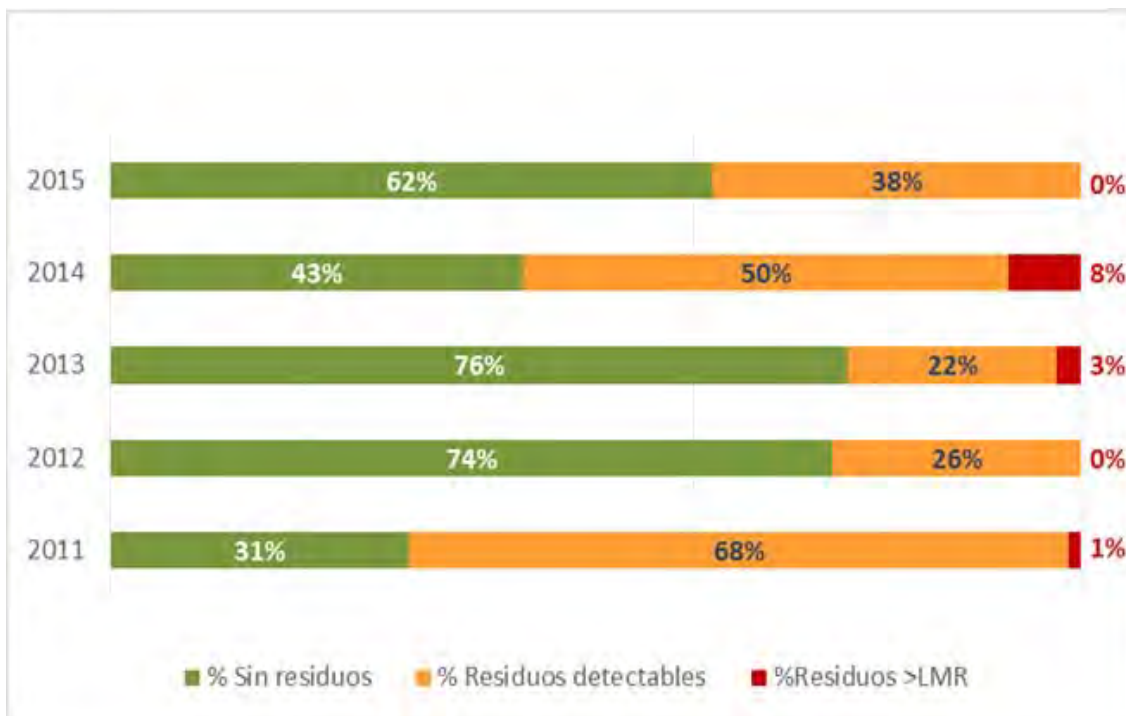


Figura 11.4. Porcentaje de muestras con residuos detectables, sin residuos y con residuos superiores al Límite Máximo de Residuos (LMR) en vegetales. Comunidad de Madrid, 2011-2015.

Fuente: Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria.



11.3.3. Realización de dietas

Según el SIVFRENT-A en 2015 un 12,1% de la población madrileña entre 18 y 64 años había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 5,7% había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 2,9 veces mayor que la de hombres (Tabla 11.2).

Tabla 11.2. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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

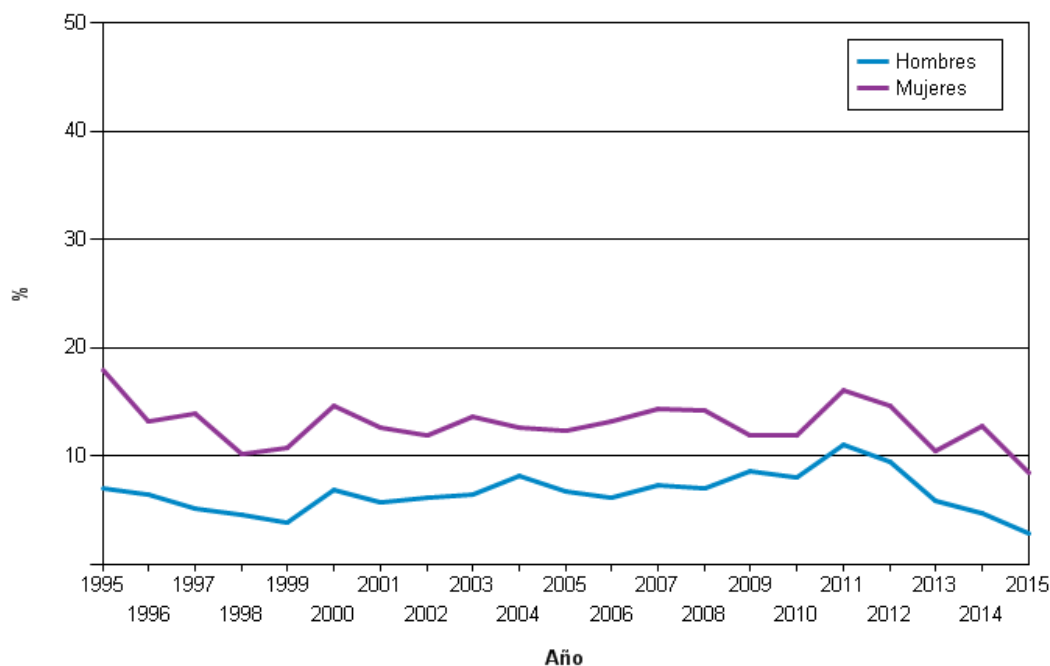
	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	12,1(10,7-13,5)	8,8(7,2-10,7)	15,4(13,3-17,7)	7,0(4,9-9,9)	9,2(7,4-11,4)	17,4(14,9-20,2)
Dieta para adelgazar	5,7(4,8-6,8)	2,9(2,1-4,1)	8,5(6,9-10,3)	5,0(3,2-7,6)	5,9(4,4-7,7)	6,0(4,5-7,8)

* Intervalo de confianza al 95%

Entre los periodos 1995/1996 y 2014/2015 se apreció una disminución en la proporción de personas que realizaron alguna dieta para adelgazar del 43,2% en hombres y 31,6% en mujeres (Figura 11.5).

Figura 11.5. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente entre el peso y la talla, expresado en kg/m^2 , ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad. En el SIVFRENT-A se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en el pie de la Tabla 11.3.

Tabla 11.3. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente **	1,5(1,1-2,2)	0,2(0,1-0,8)	2,8(1,9-4,0)	5,0(3,3-7,6)	1,0(0,5-2,0)	0,3(0,1-1,0)
Normopeso ***	50,1(48,1-52,1)	39,9(37,1-42,8)	59,8(57,0-62,6)	75,1(70,6-79,1)	58,3(54,9-61,5)	29,1(26,1-32,3)
Sobrepeso grado I ****	25,4(23,6-27,3)	32,3(29,4-35,3)	18,8(16,6-21,3)	13,6(10,6-17,3)	23,0(20,3-26,1)	33,8(30,6-37,2)
Sobrepeso grado II *****	16,6(15,1-18,3)	20,4(18,0-23,0)	13,0(11,1-15,1)	4,3(2,7-6,8)	13,6(11,4-16,1)	25,9(23,0-29,1)
Obesidad *****	6,4(5,4-7,5)	7,2(5,7-9,0)	5,6(4,3-7,2)	2,0(1,0-4,0)	4,1(2,9-5,7)	10,9(8,9-13,2)

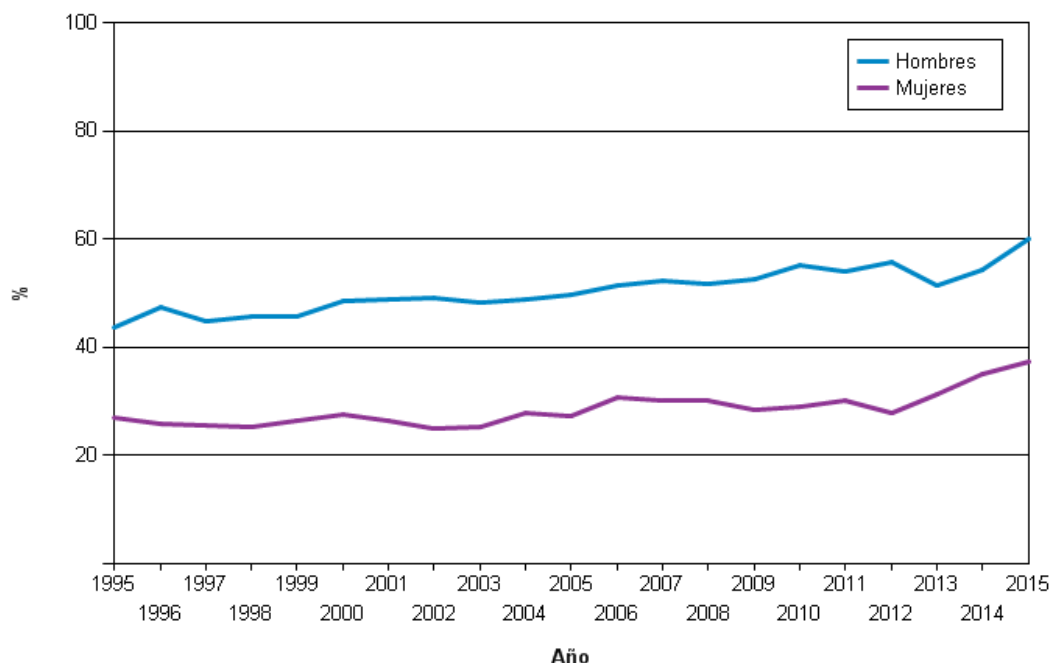
- * Intervalo de confianza al 95%
- ** Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m²
- *** Normopeso: IMC ≥ 18,5 y < 25 kg/m²
- **** Sobrepeso grado I: IMC ≥ 25 y < 27 kg/m²
- ***** Sobrepeso grado II: IMC ≥ 27 y < 30 kg/m²
- ***** Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m²

El 1,5% de la población estudiada en 2015 presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 2,8%, frente al 0,2% en los hombres, y principalmente en el grupo de edad más joven (18 a 29 años). Por otro lado, el 47,2% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 25,4% al sobrepeso de grado I, del 16,6% al sobrepeso de grado II, y del 6,4% a la obesidad. El sobrepeso fue mucho más frecuente en hombres que mujeres, y ambos, sobrepeso y obesidad, se incrementaron rápidamente a medida que aumentó la edad.

La tendencia (Figura 11.6) describe un incremento del sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) al comparar los promedios de 2014 y 2015 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento fue del 37,6% y en los hombres del 25,2%.

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

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



* Índice de Masa Corporal = 25 o más kg/m²

11.5. Conclusiones

Dada su alta prevalencia, en 2015 el sedentarismo en la vida laboral (el 40,6% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (el 65,1% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. No obstante, se ha observado una tendencia descendente en los últimos años, especialmente de la inactividad física en el tiempo de ocio.

El control higiénico de los alimentos sigue en nuestro ámbito territorial las recomendaciones internacionales que se aplican a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción al consumo, implicando a todos los sectores en la responsabilidad del control alimentario. Esto contribuye a disminuir los riesgos microbiológicos y fisicoquímicos derivados de la alimentación, y de esta forma prevenir las enfermedades relacionadas.

En 2015 la alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2 raciones/día de media). A lo largo de los últimos 20 años se ha observado un descenso del 14,9% en hombres y 2,0% en mujeres en el consumo excesivo de carne (dos o más raciones diarias). Respecto a las frutas y verduras, durante los dos últimos años estudiados (2014 y 2015) se ha incrementado notablemente el consumo deficitario de las mismas.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 47,2% de la población de 18 a 64 años de edad tenían sobrepeso u obesidad en 2015 (a partir del peso y talla autodeclarados). El sobrepeso en 2015 fue mucho más frecuente en hombres que en mujeres y tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron rápidamente a medida que aumentó la edad. Durante los últimos 20 años el sobrepeso u obesidad se ha incrementado un 25,2% en hombres y un 37,6% en mujeres.

Objetivo 12

**Reducción de los daños
derivados del alcohol, las drogas
y el tabaco**

12

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

12.1. Consumo de tabaco en adultos

- 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad
- 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco
- 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

12.2. Consumo de alcohol en adultos

12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

- 12.3.1. Consumo de cannabis
- 12.3.2. Consumo de cocaína
- 12.3.3. Consumo de éxtasis
- 12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

12.4. Repercusiones en la salud

- 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas
- 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

12.6. Conclusiones

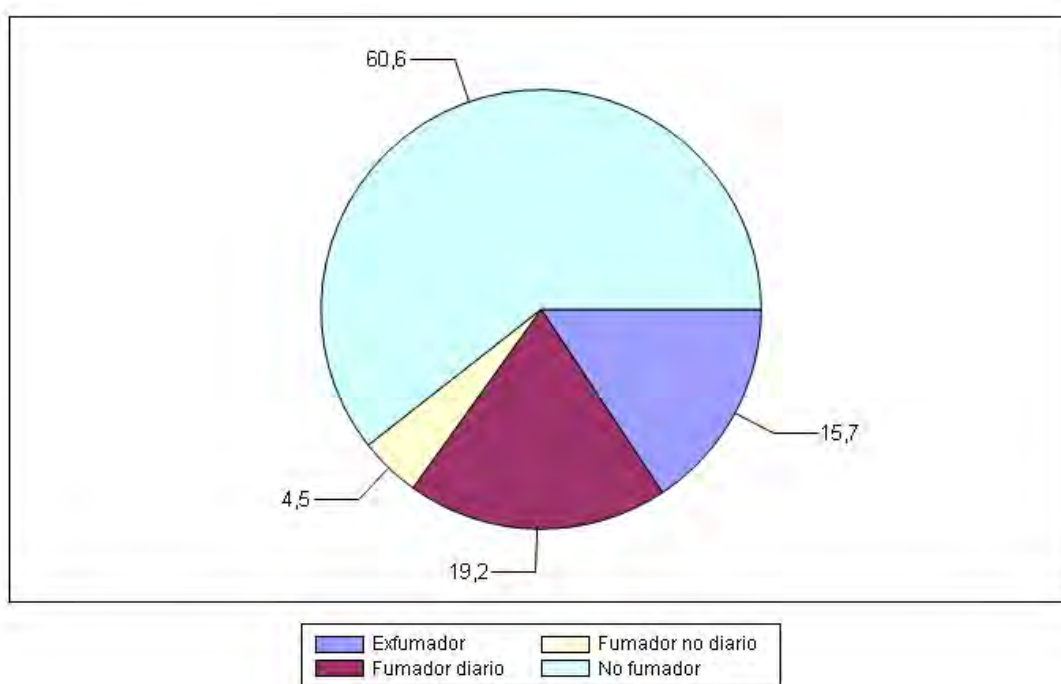
12.1 Consumo de tabaco en adultos

12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad

De acuerdo con el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en el año 2015 el 23,8% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 19,2% diarios y un 4,6% ocasionales) (Figura 12.1), lo que representa una disminución del 0,8% respecto al año anterior; el 62,5% no fumaban y el 15,6% eran exfumadores.

Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Como ya ocurrió en 2013 y 2014, las diferencias entre hombres y mujeres, que habían llegado a ser prácticamente nulas en años anteriores, aumentaron aún más en 2015 a favor de los hombres, con una prevalencia de consumo habitual de 27,8% frente a 19,9% las mujeres.

La prevalencia de fumadores en 2015 fue semejante en los diferentes grupos de edad. Sin embargo en hombres el grupo con menor prevalencia fue el de 18-29 (20,8%) y en mujeres el de 45-64 (15,9%).

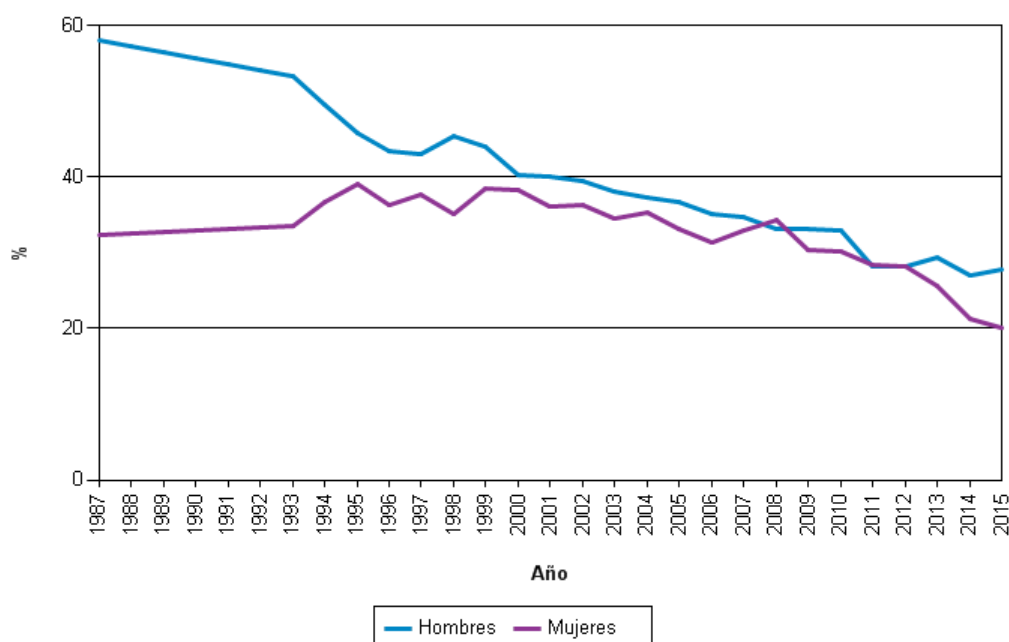
12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (1995/1996), el descenso de fumadores fue del 38,5% en los hombres y del 45,4% en las mujeres (Figura 12.2). Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo, se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que ha venido aumentando también desde 1995/1996.

En los hombres (Figura 12.2), se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, que continúa en la actualidad. En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres y mayor en los últimos tres años.

Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2015.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A, 1995-2015. Servicio de Epidemiología.

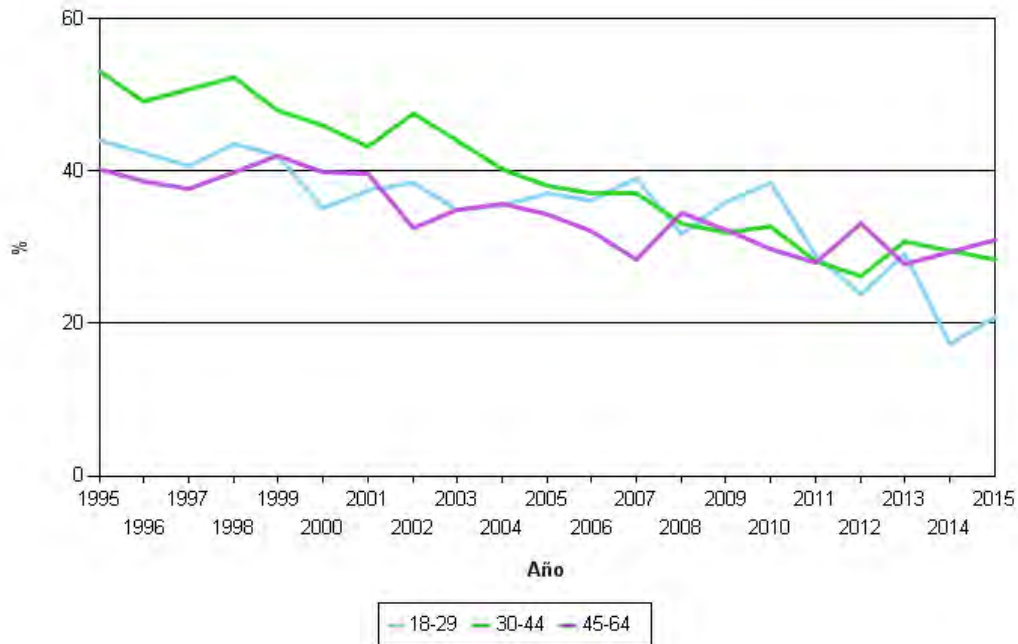


Por edad, en los hombres el descenso fue bastante constante en todos los grupos de edad (Figura 12.3). En las mujeres la disminución de la prevalencia fue también bastante constante en las jóvenes y en las edades intermedias, mientras que en las de 45 a 64 años se registró un aumento sostenido hasta 2012, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990, y un descenso a partir de esa fecha, muy pronunciado en los últimos dos años. Los hombres y mujeres con mayor nivel de estudios son los que presentan el mayor descenso de consumo de tabaco, mientras las mujeres con el menor nivel educativo presentan una tendencia ascendente en la prevalencia de tabaquismo hasta 2011 y un brusco descenso desde ese año. En el menor nivel educativo los hombres, aunque presentan un descenso absoluto entre 1995 y 2015, éste es inferior al presentado en los niveles socioeconómicos superiores. (Figura 12.4).

Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Hombres



Mujeres

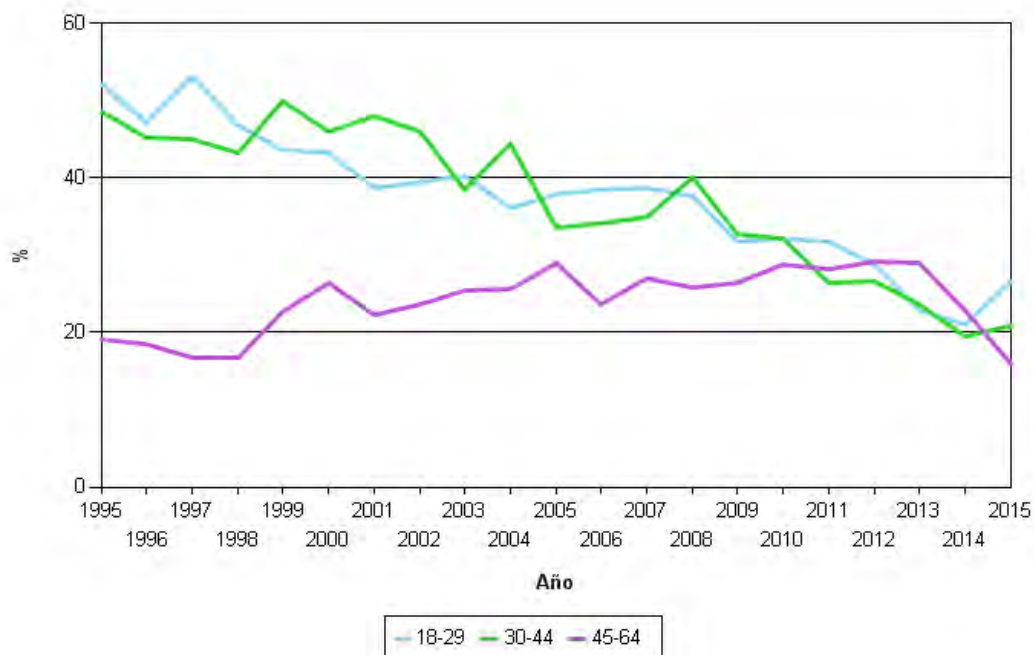
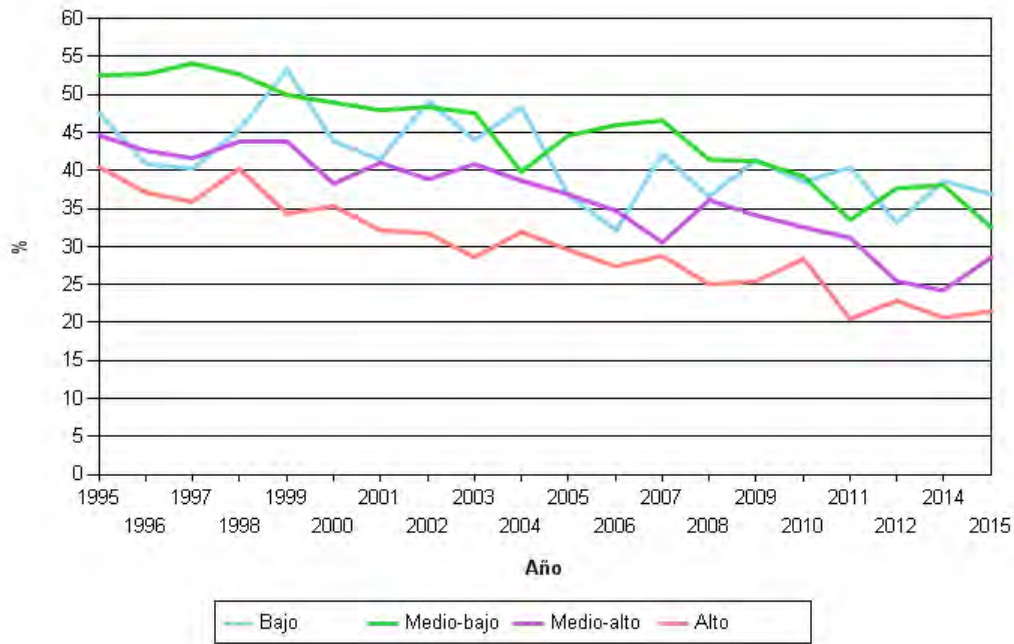


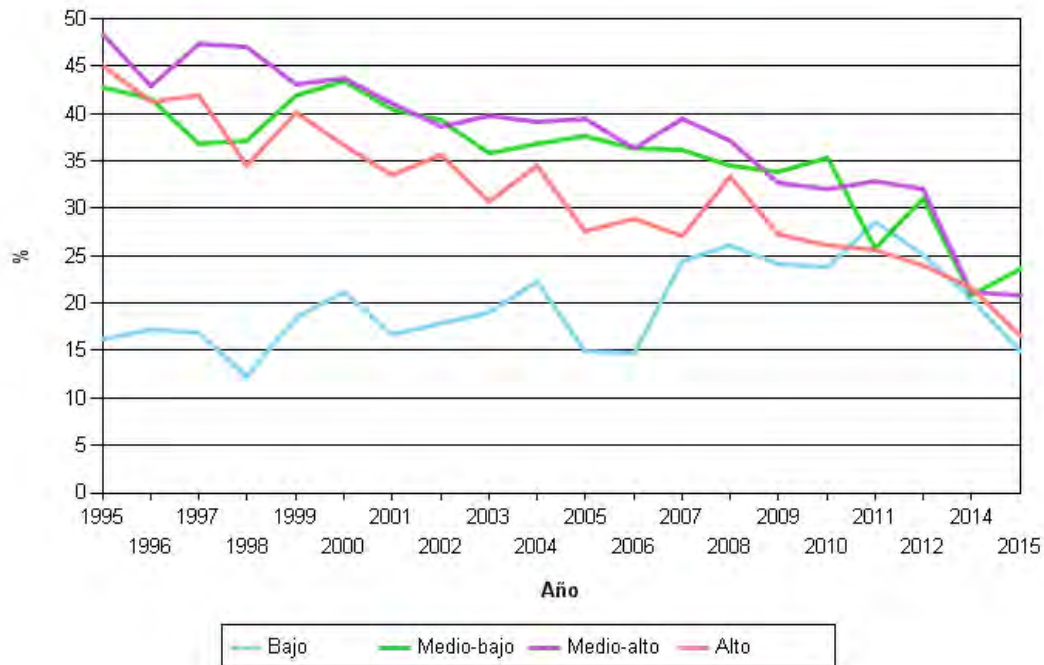
Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Hombres



Mujeres



12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

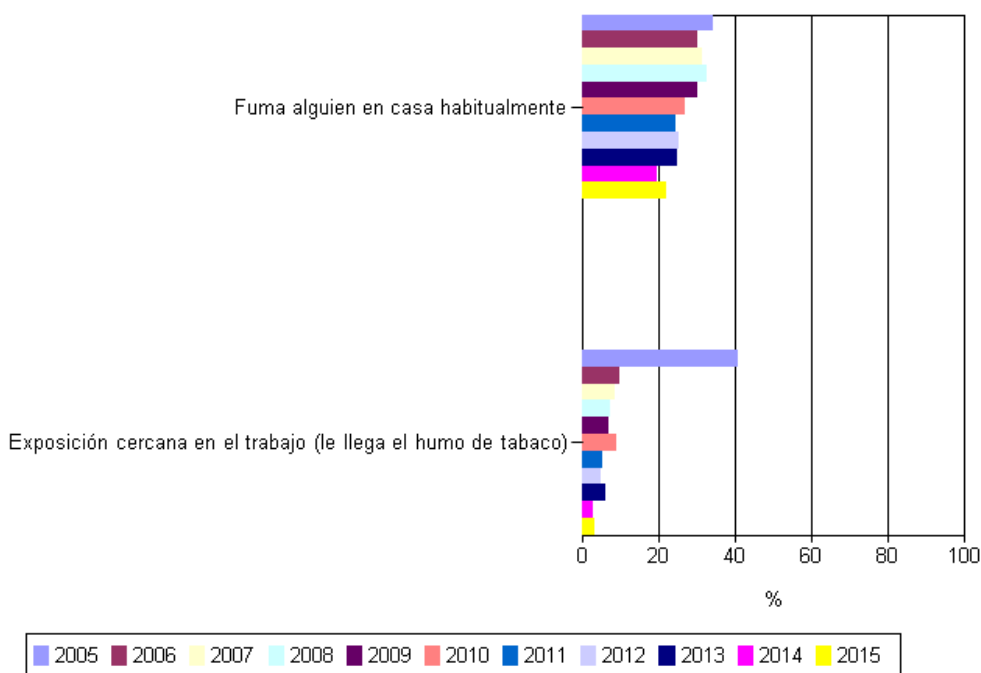
La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid, a través del SIVFRENT, desde el año 2006.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 34,3% de los encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), situándose en 2015 en el 21,8% (Figura 12.5).

En relación con la exposición en el entorno laboral, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados estaban expuestas al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 hasta el 9,8%, tras la aplicación de la Ley. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registró un nuevo descenso (5,1%), situándose en 2015 en el 3,3% (Figura 12.5).

Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2015. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2015. Servicio de Epidemiología.

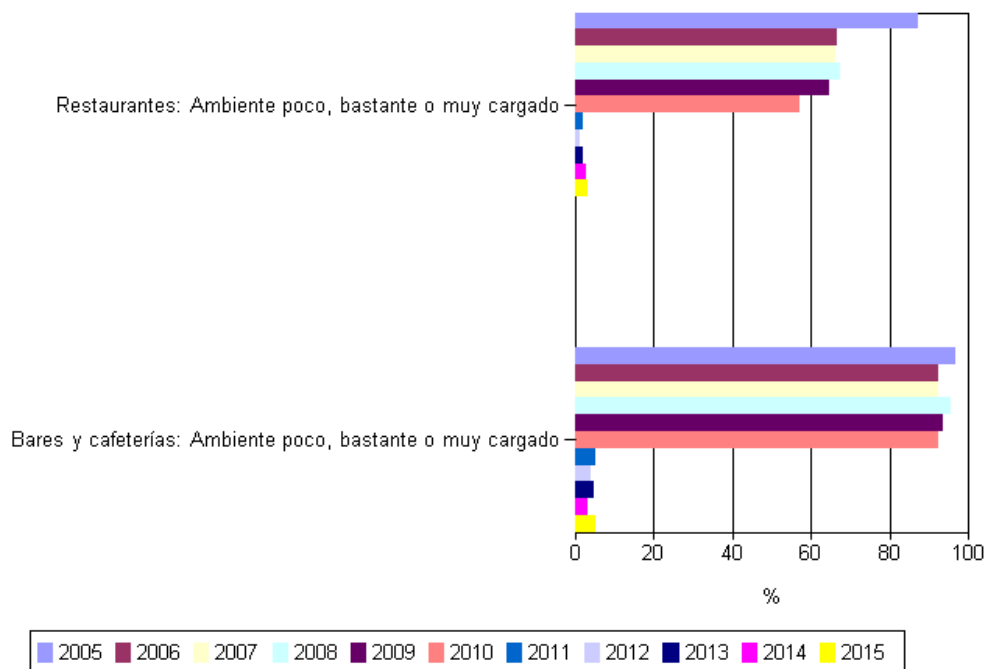


En cuanto a la exposición pasiva en bares y restaurantes, antes de la introducción de la Ley 28/2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado (poco, bastante o muy cargado, siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado). Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010. Tras la introducción de la Ley 42/2010, esta exposición disminuyó drásticamente hasta el 5,2% en 2011. Cifra que se mantiene en 2015, tras haber descendido en años anteriores. (Figura 12.6).

Un patrón similar muestran los restaurantes, sólo que en ellos el descenso fue mayor tras la aplicación en 2006 de la Ley 28/2005. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010, la exposición descendió de modo muy contundente hasta el 2,0%. En 2015 la cifra de quienes describieron el ambiente como algo cargado subió hasta 3,4%. (Figura 12.6).

Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2015. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2015. Servicio de Epidemiología.



12.2. Consumo de alcohol en adultos

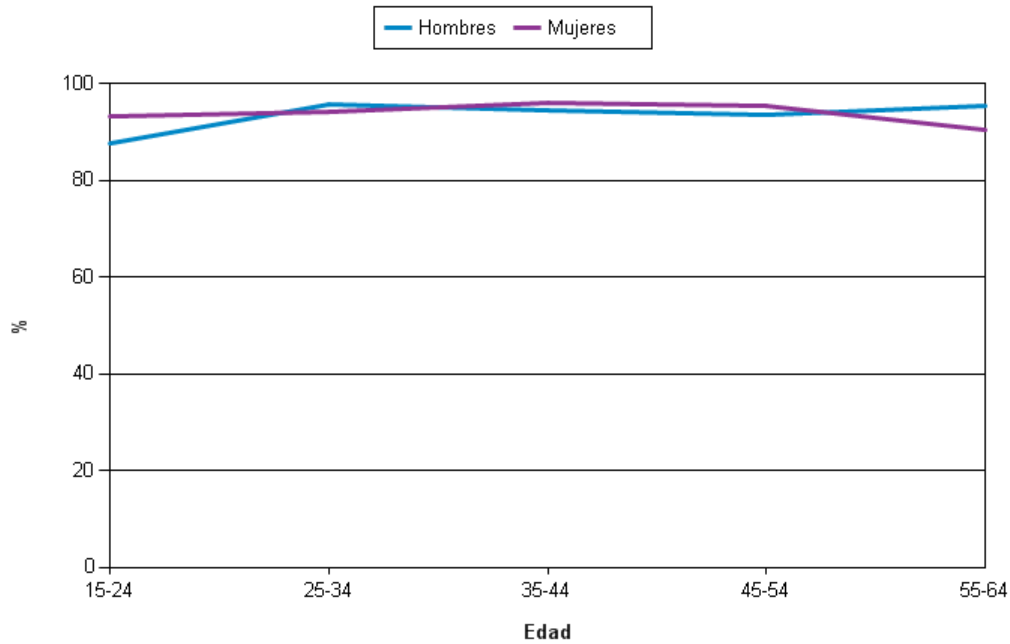
Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) correspondiente a 2013 el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población en ese año. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 93,9% (en 2011: 90,1% y España en 2013: 93,1%), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 77,7% de la muestra (en 2011: 77,0% y España en 2013: 78,3%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 65,6% (en 2011: 63,7% y España: 64,4%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 8,3% (en 2011: 6,3% y España en 2013: 9,8%).

El consumo diario de alcohol aumenta con la edad, así como las diferencias de consumo entre hombres y mujeres, a favor de aquéllos, siendo el grupo de 55 a 64 años el que mayor diferencia de consumo presenta(Figura 12.7).

Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

Alguna vez en la vida



En los últimos 12 meses

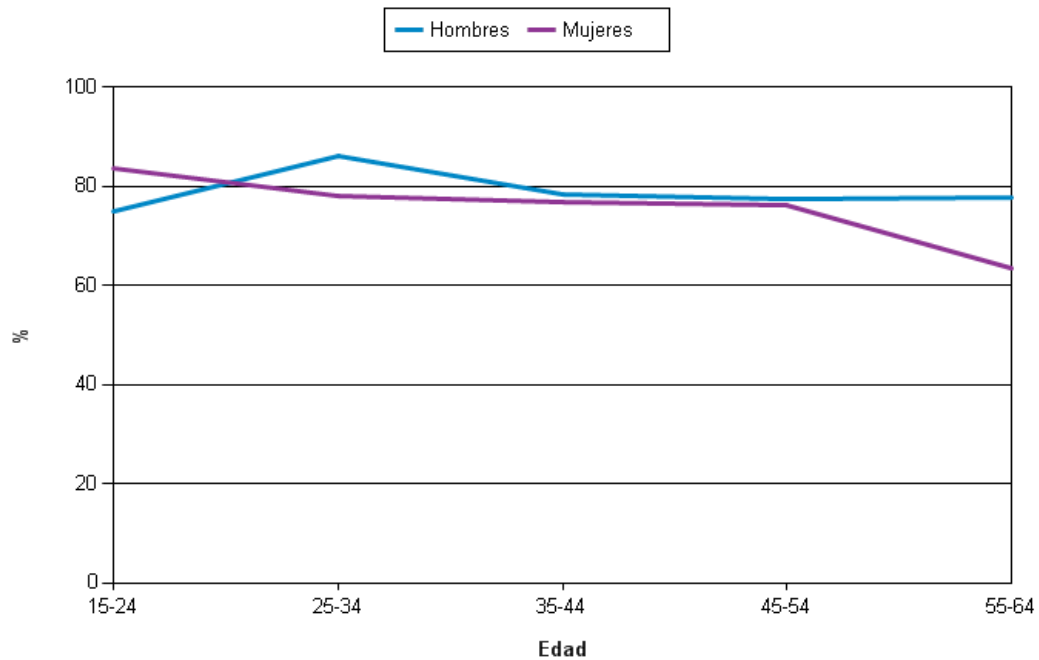
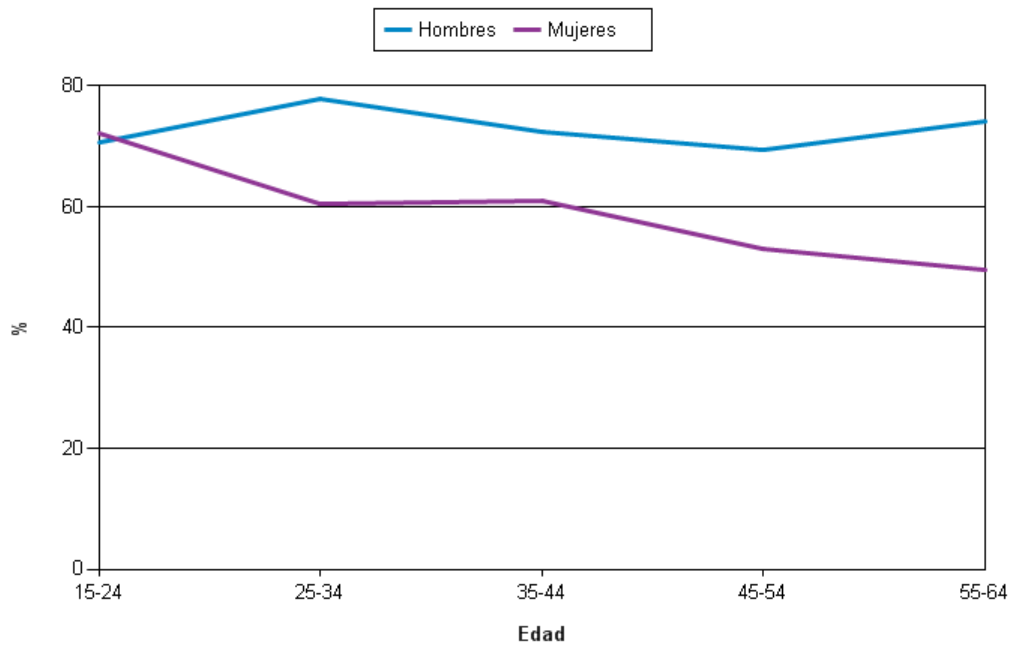


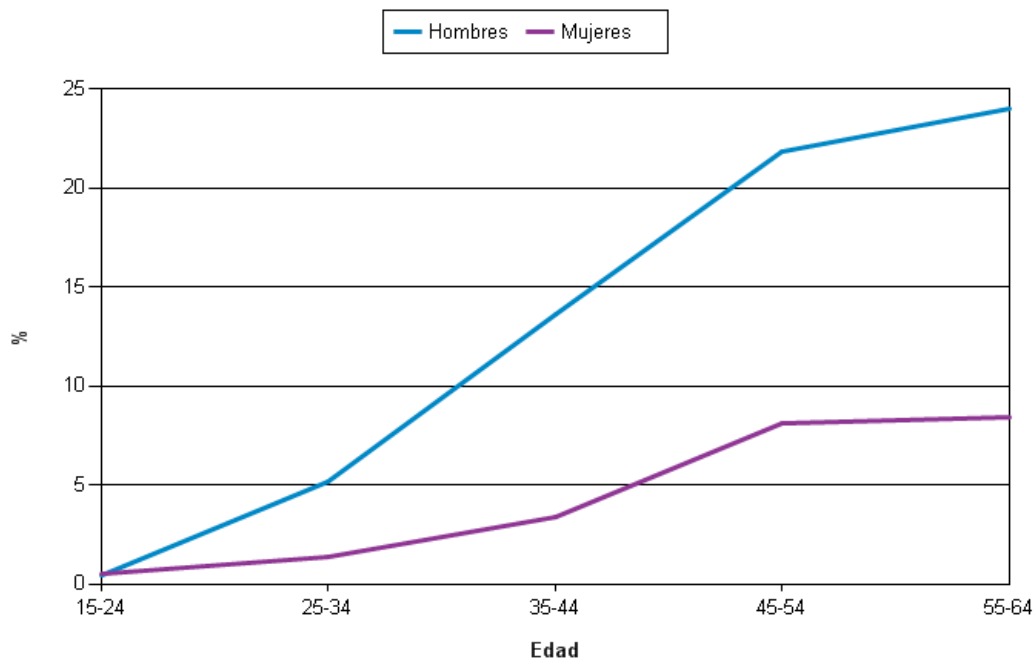
Figura 12.7 (continuación). Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

En los últimos 30 días



A diario

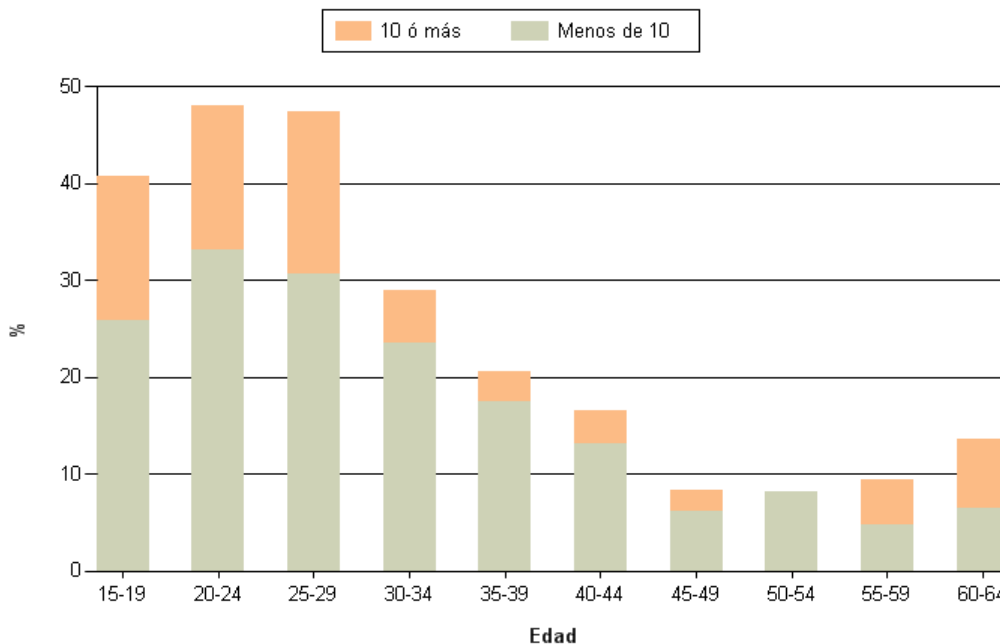


Un 17,0% se había emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 23,3% de los hombres y el 10,9% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. En torno al 15% de los jóvenes entre 15 y 29 años de edad se emborrachó 10 o más veces en los últimos 12 meses. (Figura 12.8).

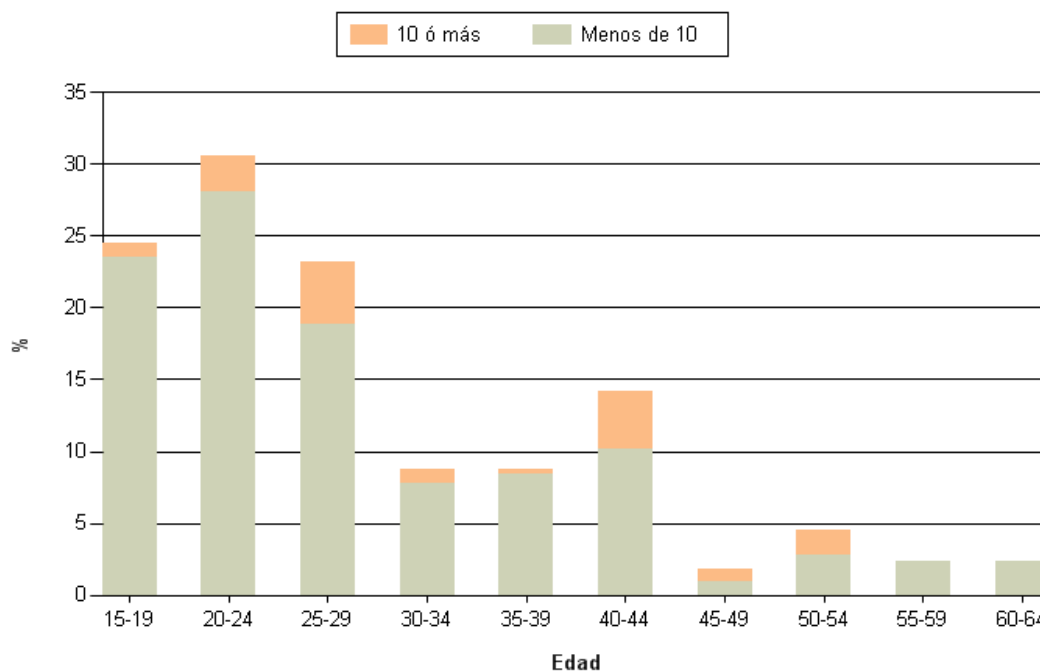
Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

Hombres



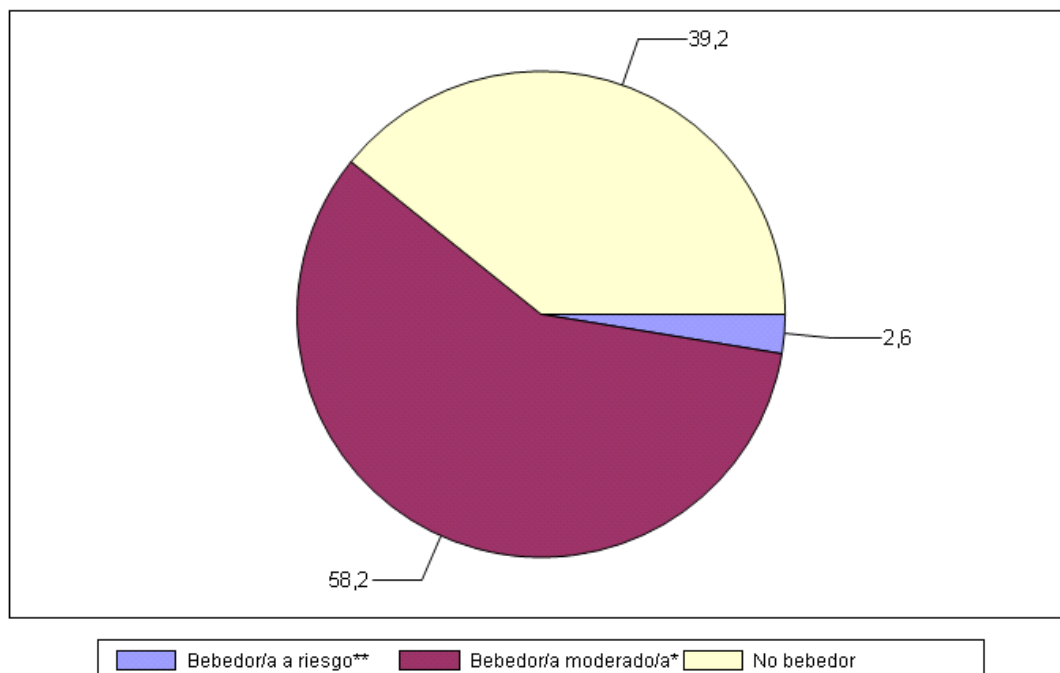
Mujeres



Según el SIVFRENT-A en 2015, un 2,6% de la población fue clasificada como bebedor a riesgo, un 39,2% como bebedores moderados y un 58,2% como no bebedores (Figura 12.9). La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calcula a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se considera bebedor/a moderado/a a aquella persona cuyo consumo diario es de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a a riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

Figura 12.9. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



* Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres.

** Consumo de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres.

El 3,5% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres) (Tabla 12.1). Este consumo fue 1,5 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 2,3 veces más frecuente en el grupo de 18 a 29 años en comparación con el de 45 a 64 años.

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue del 5,8% (5,9% de los hombres y 5,8% de las mujeres). La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, con casi uno de cada diez, debido, como se ha descrito anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica; la respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test indican presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 7,1% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (8,1% de los hombres y 5,1% de las mujeres).

Por último, un 0,9% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento se observó especialmente en los hombres, con un 1,4% frente al 0,5% de las mujeres, sin grandes variaciones en las distintas edades.

Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales (a)	38,4(36,4-40,4)	52,7(49,6-55,9)	24,7(22,1-27,4)	32,2 (27,9-36,8)	42,5(39,2-45,8)	37,4(34,3-40,7)
Bebedores con consumo promedio de riesgo (b)	2,6(2,0-3,4)	2,3(1,6-3,5)	2,8(2,0-4,0)	3,0(1,7-5,2)	2,0(1,2-3,2)	3,0(2,0-4,0)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (c)	3,5(2,7-4,6)	4,2(3,0-5,0)	2,8(1,8-4,3)	6,6(4,2-10,3)	2,8(1,7-4,4)	2,9(1,9-4,6)
Consumo de riesgo global (d)	5,8(4,4-7,6)	5,9(4,4-7,8)	5,8(4,7-7,1)	9,6(6,6-13,7)	4,7(3,3-6,7)	5,3(3,8-7,3)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,1(5,5-9,2)	8,1(6,0-10,8)	5,1(3,0-8,7)	8,5(4,8-14,8)	5,6(3,6-8,6)	8,3(5,7-12,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (e)	0,9(0,6-1,5)	1,4(0,8-2,4)	0,5(0,2-1,2)	1,0(0,4-2,6)	0,7(0,3-1,7)	1,1(0,6-2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

(b) Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c)

(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

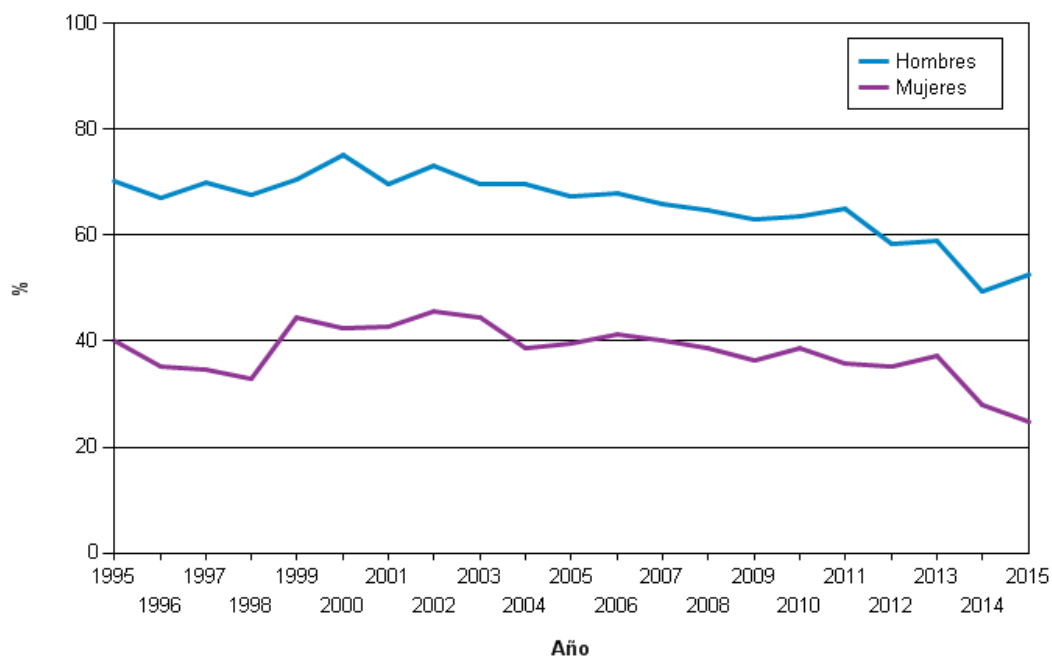
La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2014/2015 (Figura 12.10). En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 25,6% en hombres y un 29,9% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres un 75,8% y un 19,2% en mujeres.

Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión disminuyó en hombres un 62,3% y un 47,5% en mujeres. Por último, la proporción de personas que habían conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (Figura 12.10) se redujo en hombres (un 66,6%) y mujeres (61,5%), aunque como se ha señalado anteriormente, en términos absolutos, este comportamiento se observa especialmente en los hombres. En las mujeres, la frecuencia media de esta conducta en el periodo 1995-2015 fue 0,79%, habiendo superado el 1,0% tan sólo en cuatro ocasiones en estos veinte años.

Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

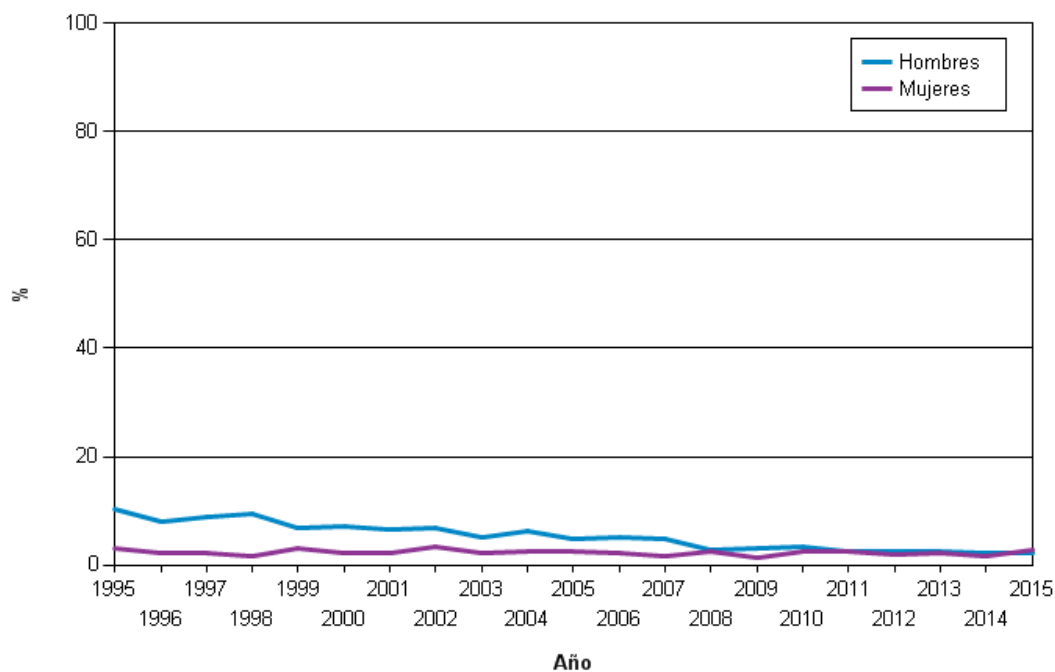
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

Bebedores habituales*



* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

Bebedores con consumo promedio de riesgo*

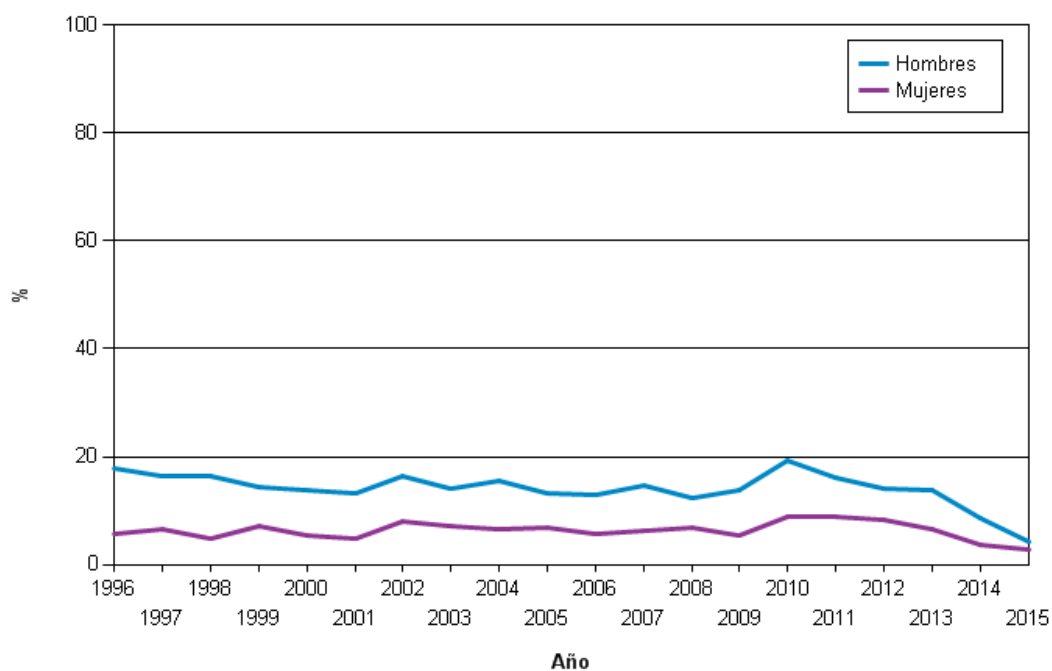


* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

Figura 12.10 (continuación). Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

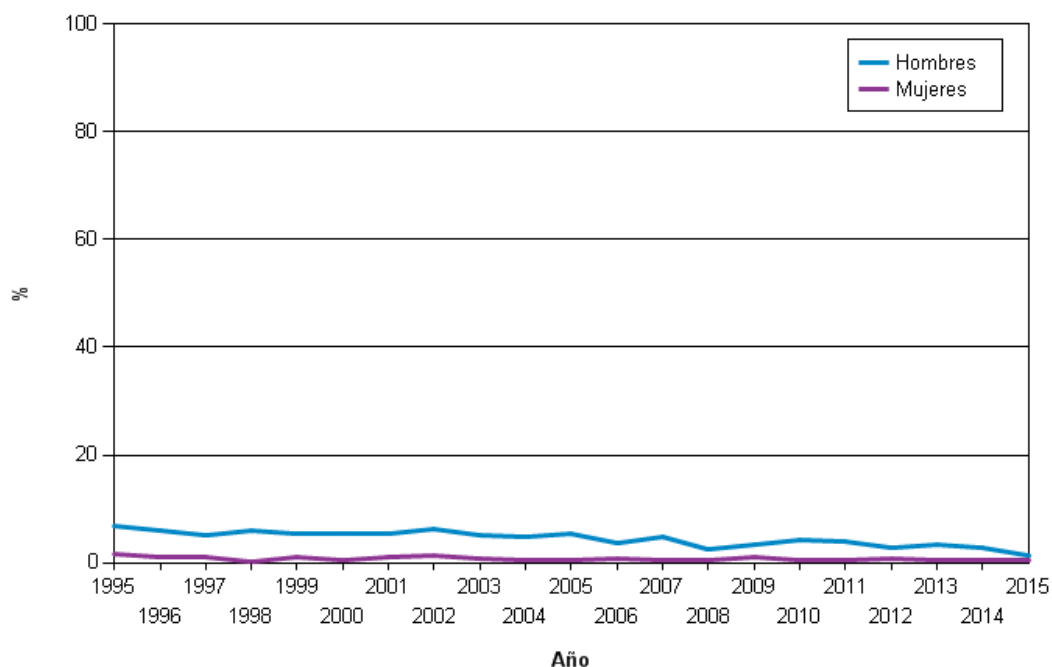
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

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



* Consumo excesivo en una misma ocasión: Consumo de alcohol de 80 g/día o más en hombres y 60 g/día o más en mujeres a lo largo de una tarde

Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días



12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

El consumo de drogas de comercio ilegal es un fenómeno que se asocia a las edades más jóvenes y que según se observa en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) presenta diferencias significativas entre los más jóvenes (15 a 34 años) y los adultos (35 a 64). La prevalencia de consumo en el último año es mayor en el grupo de edad de 15 a 34 años para todas las sustancias, excepto para la cocaína (valores similares en ambos grupos de edad) y para los hipnosedantes sin receta (mayor prevalencia en 35-64 años).

12.3.1. Consumo de cannabis

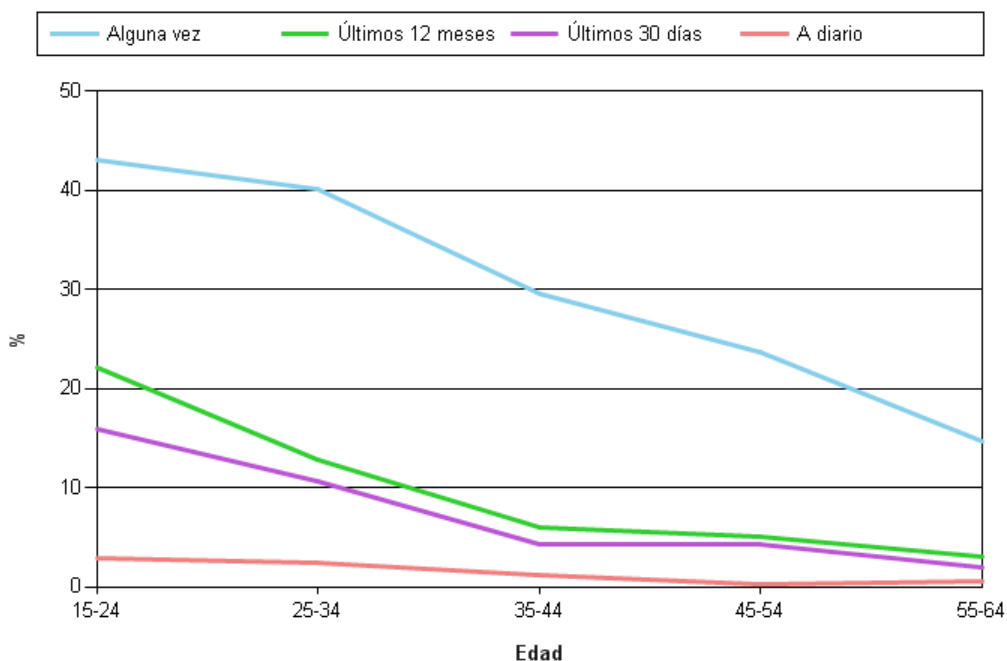
Como en años anteriores el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, presentando un aumento respecto a la encuesta del año 2011. El 30,1% afirmó haberla probado alguna vez, cifra ésta superior a la de 2011, que fue 24,4% (30,4% en España en 2013). La prevalencia de consumo en el último año fue del 9,1% (8,4% en 2011 y 9,2% en España en 2013), un 7,0% en el último mes (5,5% en 2011 y 6,6% en España en 2013), y el consumo de todos los días fue del 1,4% (0,8% en 2011 y 1,9% en España en 2013).

La prevalencia fue mayor en los hombres para todas las frecuencias de consumo. Los hombres menores de 25 años presentaron un consumo de cannabis en el último año de más del doble que las mujeres (31,9% vs 12,0%), no detectándose consumo de esta sustancia en las mujeres mayores de 54 años.

La prevalencia de consumo según grupos de edad fue mayor en los más jóvenes (Figura 12.11).

Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



12.3.2. Consumo de cocaína

La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. También es el psicoestimulante cuyo consumo está más extendido en la población.

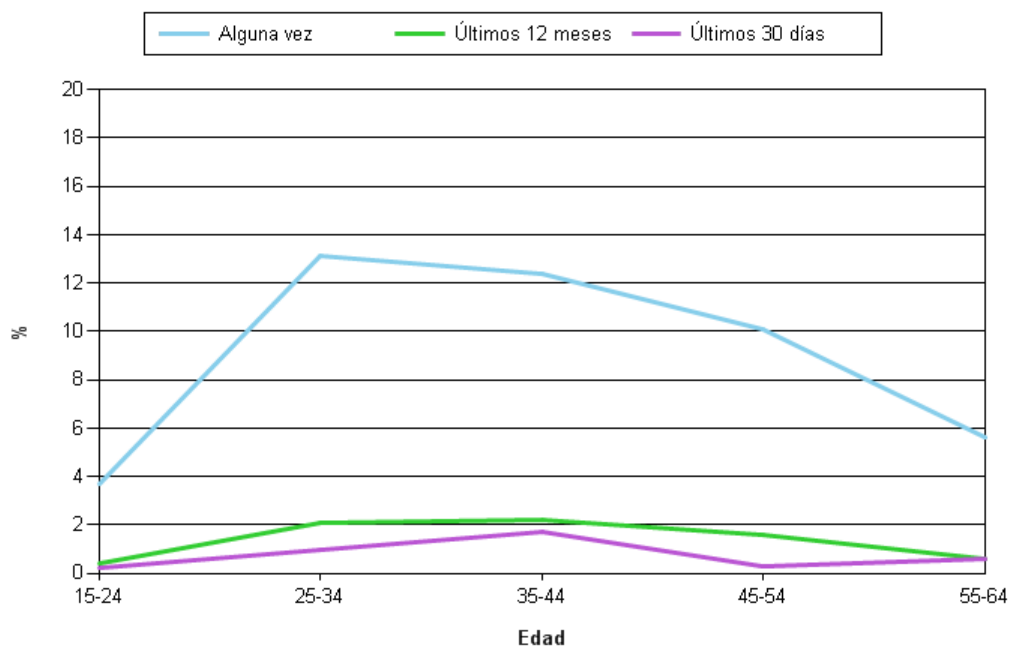
En 2013 el consumo experimental y el consumo actual (en el último mes) han aumentado respecto a la encuesta de 2011, pero el consumo reciente (en el último año) muestra los valores más bajos desde 2001. Un 9,8% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (6,8% en 2011 y 10,3% en España en 2013), el 1,6% la consumió en los últimos doce meses (1,7% en 2011 y 2,2% en España en 2013) y el 1,1% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (0,7% en 2011 y 1% en España en 2013).

El consumo de cocaína es superior en hombres para los tres indicadores de consumo, especialmente para el consumo ocasional o experimental.

Por grupos de edad, la prevalencia de consumo es menor en el grupo de 15 a 24 años. El consumo experimental u ocasional de cocaína es mayor en el grupo de 25-34 años, mientras que el consumo actual (en el último mes) y el consumo reciente (en el último año) son superiores en los de 35-44 años (Figura 12.12).

Figura 12.12. Consumo de cocaína según edad. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

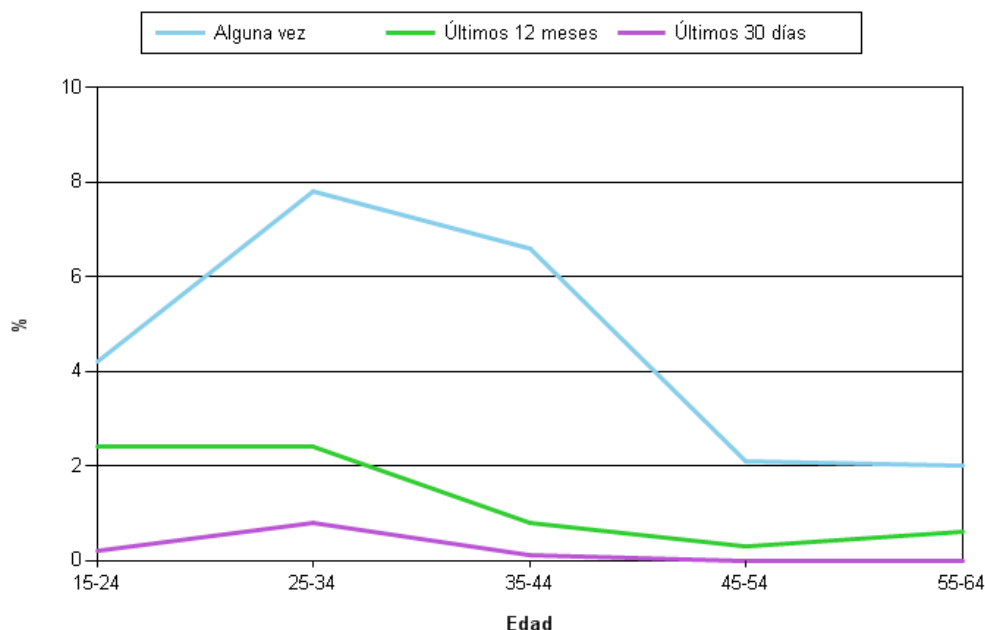


12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis disminuyó con respecto a 2009. La prevalencia fue de 3,7% para “alguna vez” (5,4% en 2009), 1,0% para el último año (0,8% en 2009 y 0,7% en España 2011) y 0,4% en el último mes (0,3 % en 2009). El mayor consumo se da en los hombres: un 5,0% “alguna vez” frente al 2,5% de las mujeres. Por grupos de edad, la mayor prevalencia es en el grupo de 25 a 34 años (Figura 12.13).

Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

La prevalencia de consumo de hipnosedantes sin prescripción médica alguna vez en la vida fue del 2,4%, en el último año del 1,2% y en el último mes de 0,6% (Tabla 12.2). La prevalencia de consumo en el último año ha sido igual a la registrada a nivel nacional (1,2%). Las mujeres presentan un menor consumo de estas sustancias que los hombres, tanto en el último año como en el último mes, con una proporción similar de consumo alguna vez en la vida .

La prevalencia de consumo de anfetaminas para “alguna vez” es de 2,2% (2,4% en 2011 y 3,8% en España en 2013), un 0,5% en el último año (0,4% en el 2011 y 0,6% en España en 2013) y un 0,2% en el último mes (0,2% en 2011 y 0,3% en España en 2013). Los hombres presentan un mayor consumo experimental y en el último año que las mujeres.

La prevalencia para el consumo de alucinógenos “alguna vez” es de 3,4% (2,1% en 2011 y 3,8% en España en 2013), y de un 0,2% para el último año (0,3% en 2011 y 0,3% en España en 2013).

La prevalencia de consumo de heroína para “alguna vez” es de 0,8% (0,2% en 2011 y 0,7% en España en 2013), siendo prácticamente de “0” el resultado de la prevalencia para los otros periodos de tiempo considerados en este estudio. La prevalencia en hombres es superior que en mujeres para el consumo experimental y el actual. El consumo reciente (en el último año) es mayor en los más jóvenes (0,2% en el grupo de edad de 15-24 años).

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 0,7% para “alguna vez” (1,0% en el 2011) y 0,2% tanto para el último año como los últimos treinta días (0,2% y 0% en 2011, respectivamente). El consumo de estas sustancias es mayor en los hombres y en los sujetos de menor edad.

Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
	%	%	%
Hipnosedantes sin receta	2,4	1,2	0,6
Anfetaminas	2,2	0,5	0,2
Alucinógenos	3,4	0,2	0,0
Heroína	0,8	0,2	0,0
Inhalables	0,7	0,2	0,2

12.4. Repercusiones en la salud

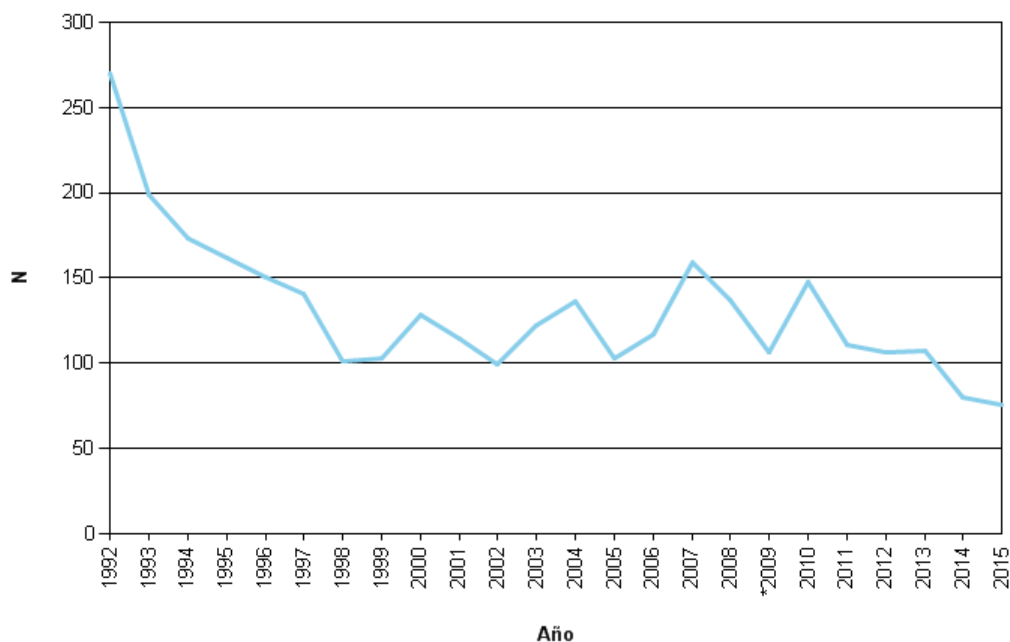
12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid (Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas), la Subdirección General de Actuación en Adicciones elabora informes anuales sobre los fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

La evolución del número de episodios muestra que tras un fuerte descenso en los años 90, la cifra se ha estabilizado posteriormente con oscilaciones hasta 2013 y ha vuelto a descender en 2014 y 2015 (Figura 12.14).

Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2015.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

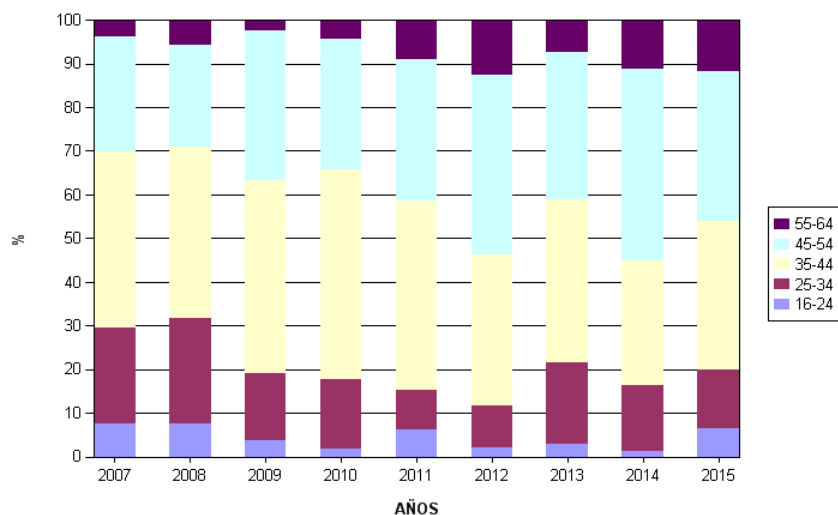


* Infradeclaración en el 2º trimestre

En la distribución por edad se observa con el paso de los años un aumento de la edad de los fallecidos. Los grupos de 35-44 y 45-54 años son los que aportan mayor proporción de fallecidos al total en los últimos años (34,2% cada uno en 2015) (Figura 12.15).

Figura 12.15. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

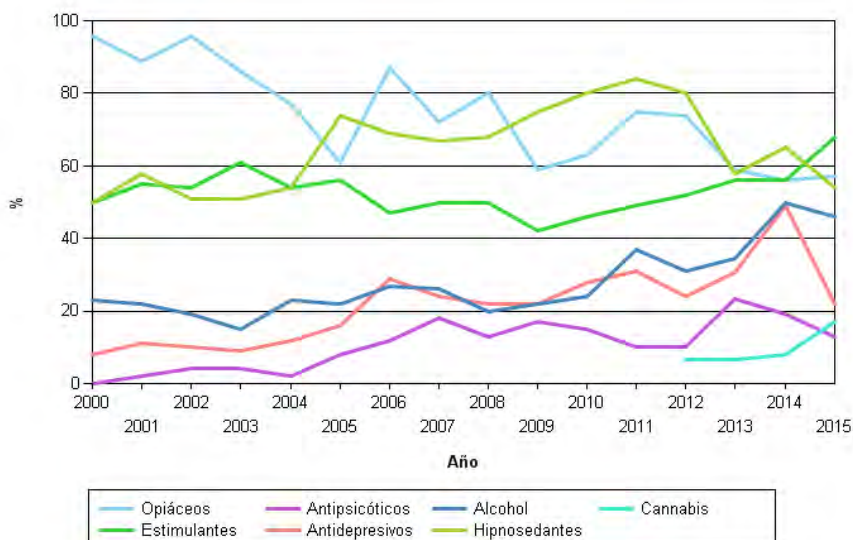


En cuanto a las sustancias encontradas (Figura 12.16), a pesar de las oscilaciones anuales existentes se pueden observar ciertas tendencias. Los fallecimientos con presencia de opiáceos han disminuido desde el año 2000 hasta 2015; en cambio han mostrado una tendencia ascendente los fallecimientos con presencia de antidepresivos, antipsicóticos o alcohol. Los hipnosedantes, después de una fase de aumento han mostrado una tendencia descendente desde 2001, y los estimulantes (cocaína fundamentalmente) después de una fase de ligero descenso hasta 2009 han mostrado una tendencia ascendente desde entonces hasta 2015.

Se detecta una media de 3,4 sustancias por persona. Las principales sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos fueron la cocaína (67,1%), la metadona (22,4%) y el cannabis (17,1%). En casi la mitad de los fallecidos se detecta consumo de alcohol asociado al de otras sustancias.

Figura 12.16. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Distribución de las sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, 2000-2015.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

El indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas se puso en marcha en 1987 formando parte de un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas para monitorizar la evolución y características del consumo problemático de drogas psicoactivas.

Desde el año 2000 existe un sistema de vigilancia (Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas) que recoge datos de los episodios de urgencias ocurridos en trece grandes hospitales de la Comunidad de Madrid durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT).

En la Comunidad de Madrid en el año 2010 se produjeron dos importantes novedades en el sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas:

- Se rediseñó la muestra de hospitales atendiendo a los cambios en el mapa sanitario y teniendo en cuenta el aumento progresivo del número de centros hospitalarios. En función del número de urgencias atendidas y criterios demográficos se seleccionaron siete hospitales que atienden a cerca de la mitad de las urgencias de toda la Comunidad y casi las dos terceras partes de las relacionadas con el consumo de drogas.

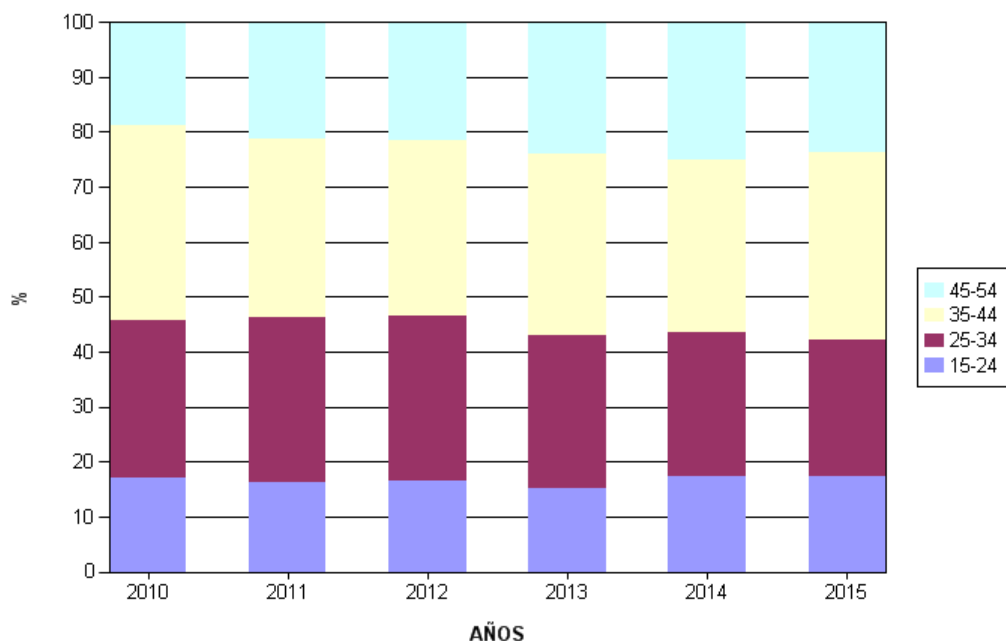
- Se recogieron por primera vez las urgencias por consumo de drogas atendidas en el ámbito extrahospitalario.

Según la información que aporta este sistema, los episodios de urgencia relacionados directamente con el consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia estable.

En la distribución por edad (Figura 12.17), se observa desde 2010 un comportamiento relativamente estable de los distintos grupos de edad, con cierta tendencia al envejecimiento, siendo el grupo de 35-44 años el que aporta un porcentaje mayor de casos al total.

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.



En cuanto a las sustancias consumidas, el alcohol (41,1%), las benzodiazepinas (36,3%) y la cocaína (34,9%) son las principales sustancias relacionadas con la urgencia, seguidas del cannabis (24,9%) y la heroína (5,6%), aunque hay que tener en cuenta que el alcohol sólo se recoge cuando se asocia al consumo de alguna de las otras sustancias. Se observan diferencias por sexo para las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias, con una mayor proporción de hipnosedantes y antidepresivos en las mujeres y del resto de sustancias en los hombres (Tabla 12.3).

Tabla 12.3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Distribución de las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias, según sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
OPIOIDES	49	10,2	10	3,5
Heroína	37	7,7	6	2,1
Metadona	5	1,0	1	0,4
Otros opioides	10	2,1	3	1,1
ESTIMULANTES	202	42,2	71	25,0
Cocaína	196	40,9	70	24,6
Anfetaminas	11	2,3	3	1,1
MDMA y otras drogas de diseño	8	1,7	1	0,4
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	139	29,0	154	54,2
Benzodiazepinas	130	27,1	147	51,8
Antipsicóticos	11	2,3	10	3,5
Otros hipnosedantes	2	0,4	3	1,1
ALUCINÓGENOS	4	0,8	1	0,4
SUSTANCIAS VOLÁTILES	3	0,6	3	1,1
CANNABIS	144	30,1	46	16,2
ANTIDEPRESIVOS	10	2,1	28	9,9
ALCOHOL	211	44,1	102	35,9

Un sujeto puede haber consumido más de una droga del mismo grupo.

Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios relacionados con el consumo de sustancias (479 en hombres y 284 en mujeres).

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En relación con la percepción del riesgo, en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2013 (EDADES) heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y GHB fueron consideradas las sustancias cuyo consumo más problemas podrían producir (casi el 100% de los encuestados las consideraron peligrosas). El consumo de 5/6 cañas/copas el fin de semana es percibido como de menor riesgo, seguido de consumo de hachís o tranquilizantes alguna vez (Tabla 12.4).

Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES). Comunidad de Madrid. Elaboración: Subdirección General de Actuación en Adicciones.

Bastante y muchos problemas	Sexo			Edad				
	Total	Hombres	Mujeres	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Consumo tabaco diario	77,2	75,5	78,9	79,1	74,5	78,3	74,2	82,5
Consumo 5/6 cañas/copas día	82,8	79,9	85,5	83,8	81,1	82,4	82,7	85,1
Consumo 5/6 cañas/copas el fin de semana	47,3	42,9	51,6	44,7	43,9	46,4	48,1	55,1
Consumo de hachís alguna vez	63,6	60,1	67,0	53,0	57,7	63,3	67,6	76,7
Consumo de hachís habitualmente	80,3	76,6	83,9	74,4	75,9	80,9	82,4	88,1
Consumo tranquilizantes alguna vez	68,2	68,6	67,9	70,3	70,7	67,2	66,7	66,9
Consumo tranquilizantes habitualmente	82,5	82,7	82,3	84,2	87,0	81,2	79,9	80,7
Consumo éxtasis alguna vez	97,1	96,0	98,2	95,5	95,9	97,7	98,2	97,7
Consumo éxtasis habitualmente	99,1	99,0	99,3	97,9	99,2	99,4	99,7	99,0
Consumo cocaína alguna vez	95,7	94,7	96,7	93,3	94,7	96,1	96,6	97,4
Consumo cocaína habitualmente	99,2	98,9	99,5	98,7	99,0	99,3	99,3	99,4
Consumo heroína alguna vez	98,7	98,4	98,9	96,7	97,8	99,4	99,3	99,4
Consumo heroína habitualmente	99,7	99,7	99,6	99,3	99,3	99,8	100,0	100,0
Consumir alucinógenos alguna vez	96,2	95,3	97,1	94,4	95,1	96,0	97,5	97,7
Consumir GHB alguna vez	98,8	98,6	99,0	96,7	98,1	99,2	99,7	99,4
Consumir GHB habitualmente	99,7	99,5	99,8	98,8	99,7	99,7	100,0	100,0

12.6. Conclusiones

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco, más pronunciada en mujeres en los últimos años. En 2015 el 23,8% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudios bajo; sin embargo aquéllas desde 2013 y éstas desde 2011 han presentado también un descenso pronunciado en la tendencia. Nos hallamos no obstante lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo con oscilaciones hasta 2015 (3,3% de personas expuestas). La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de las leyes de 2005 y 2010, un 36,4% desde 2005; sin embargo esta exposición sigue siendo aún muy elevada (21,8% en 2015). La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición. Sin embargo la exposición no ha disminuido desde 2010 e incluso ha aumentado ligeramente en restaurantes. De los encuestados en 2015 el 5,2% en bares y cafeterías y el 3,4% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

Los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres para la mayoría de las sustancias. En 2013 el alcohol era la droga psicoactiva con mayor prevalencia en los indicadores de consumo experimental u ocasional (alguna vez en la vida), reciente (en el último año) y actual (en el último mes). Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaban con la edad y la frecuencia de consumo. El tabaco fue la sustancia que más se consumió a diario (29,9%) frente al alcohol (8,7%) o el cannabis (1,4%). El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. El cannabis sigue siendo la droga más consumida en la Comunidad de Madrid, siendo la prevalencia de consumo en el último mes del 7,0%. La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis, siendo la prevalencia de consumo en el último mes del 1,1%. En relación con las encuestas previas la edad media de inicio al consumo se ha retrasado para la mayoría de las sustancias. Las prevalencias de consumo en la Comunidad de Madrid son ligeramente inferiores al conjunto del territorio nacional para la mayoría de las sustancias.

El perfil de paciente consumidor de sustancias psicoactivas que acude a los servicios de urgencias hospitalarios es el de un varón adulto joven policonsumidor. En cuanto a las sustancias consumidas, el alcohol (41,1%), las benzodiacepinas (36,3%) y la cocaína (34,9%) son las principales sustancias relacionadas con la urgencia, seguidas del cannabis (24,9%) y la heroína (5,6%), aunque hay que tener en cuenta que el alcohol sólo se recoge cuando se asocia al consumo de alguna de las otras sustancias. El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en 2015 en la Comunidad de Madrid ha sido inferior al registrado en los últimos años, mostrando una tendencia descendente en su evolución. Las principales sustancias detectadas son la cocaína (67,1%), la metadona (22,4%) y el cannabis (17,1%).

Anexo 1

Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud

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

La economía española entró en recesión en el último trimestre de 2008, prolongándose esta situación en años sucesivos.

La crisis económica tiene efectos adversos sobre los determinantes de la salud y las desigualdades en salud. Hay distintos grupos de población que son más vulnerables a estos efectos como las personas de clases sociales desfavorecidas, las minorías étnicas, las madres solteras y sus hijos, la infancia y la juventud y las personas mayores.

Para entender el efecto de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud, y poder actuar en consecuencia, se requiere vigilar de forma sistemática los indicadores de salud y de los determinantes de la salud.

En base a la propuesta de Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud que se incluyen en el Informe SESPAS 2014 (Glòria Perez, et al. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (supl 1): 124-31), y a la disponibilidad de la información, se han seleccionado una serie de indicadores para la Comunidad de Madrid, que se presentan a continuación agrupados en dos categorías: indicadores de salud e indicadores socioeconómicos.

Anexo 1.1. Indicadores de Salud

Salud mental

Salud reproductiva

Factores de riesgo

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades transmisibles

Anexo 1.2. Indicadores Socioeconómicos

Mercado laboral (paro)

Políticas macroeconómicas y desigualdad de renta y pobreza

Recursos materiales (ingresos y situación económica)

Índice de privación (Censo 2011)

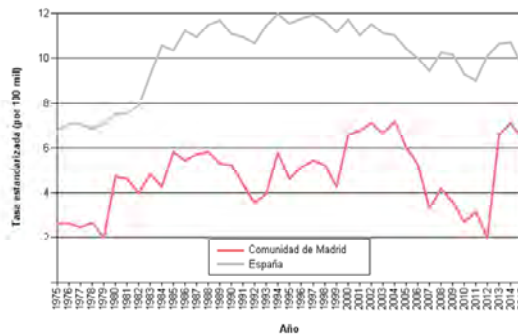
Anexo 1.1. Indicadores de Salud

Salud mental

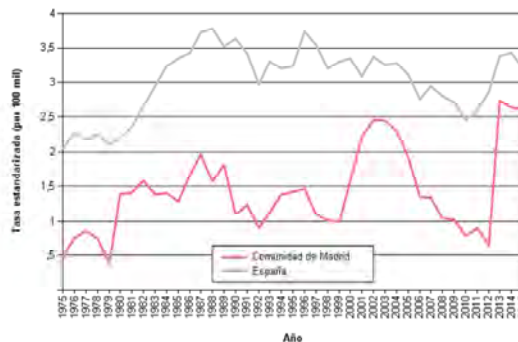
Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE. Desde 2013 ha mejorado la precisión en la asignación de causa de defunción en las muertes con intervención Judicial.

Salud reproductiva

Figura 2.18. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1975-2015.

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

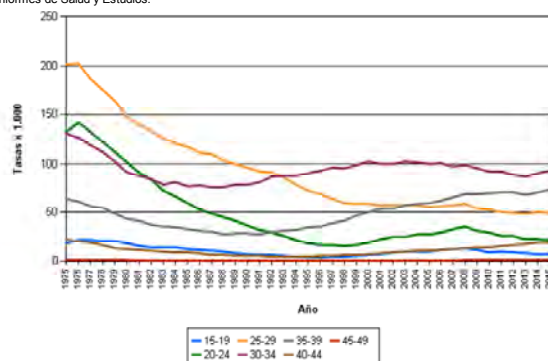


Figura 3.7. Evolución anual de la mortalidad infantil según sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

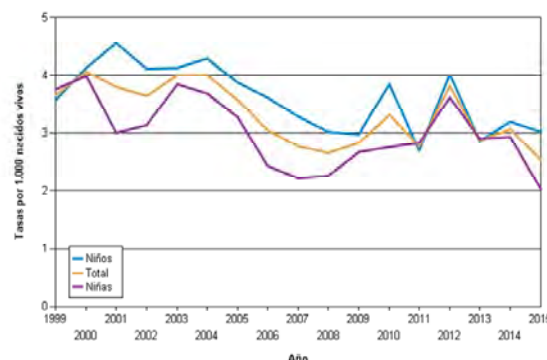


Figura A1.1. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Evolución anual de la morbilidad hospitalaria (CMBD) según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

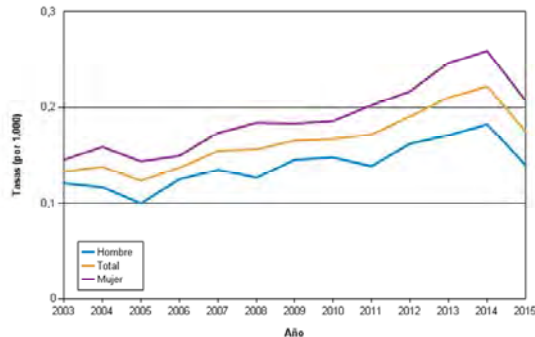
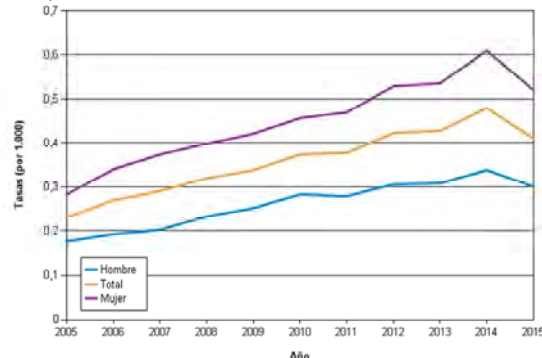


Figura A1.2. Suicidio/intento de suicidio (Cód. P77). Evolución anual de la morbilidad en atención primaria según sexo. Comunidad de Madrid, 2005-2015.

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



Factores de riesgo

Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes (consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos al día), según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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

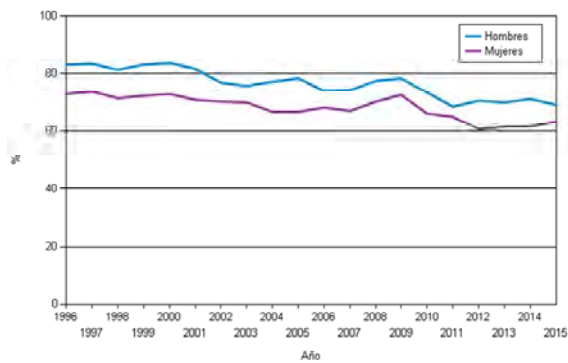


Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol (bebedores habituales) en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIMFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

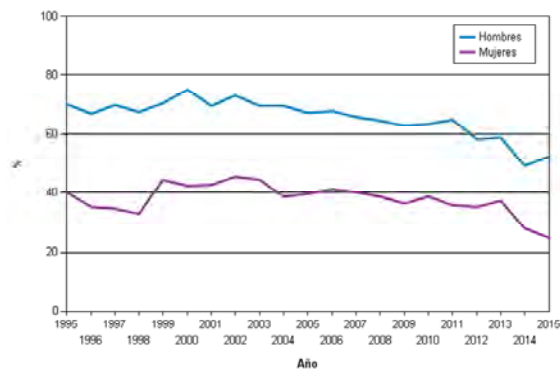


Figura A1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2013. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

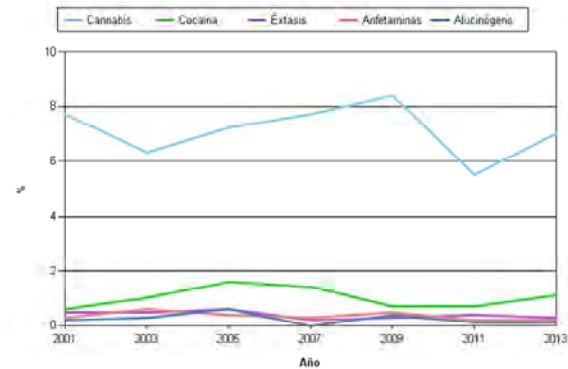


Figura A1.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2013.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2007, 2009, 2011 y 2013. Agencia Antidroga.

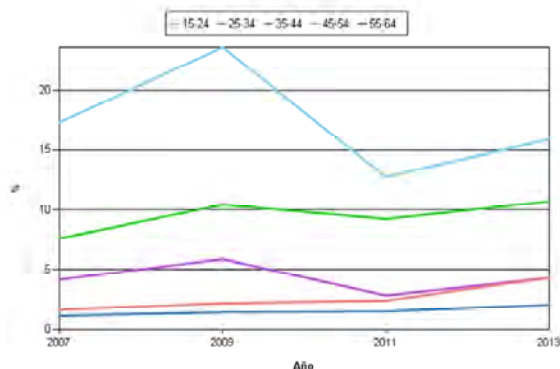
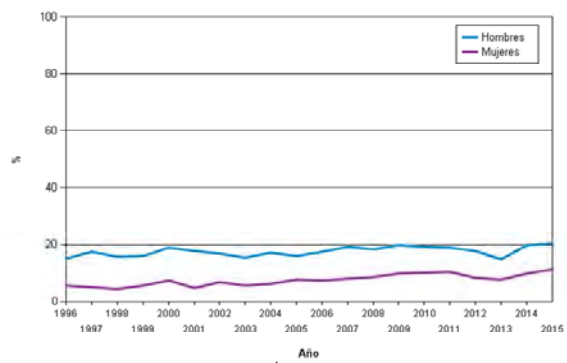


Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

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



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

Figura A1.3. Evolución de la mortalidad por causas relacionadas con el alcohol. Cirrosis y otras enfermedades del hígado. Comunidad de Madrid, 1999-2014.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

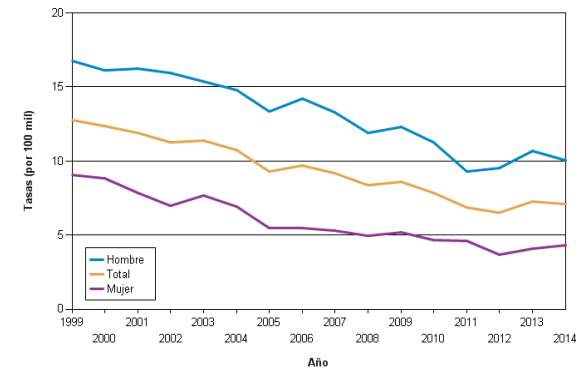
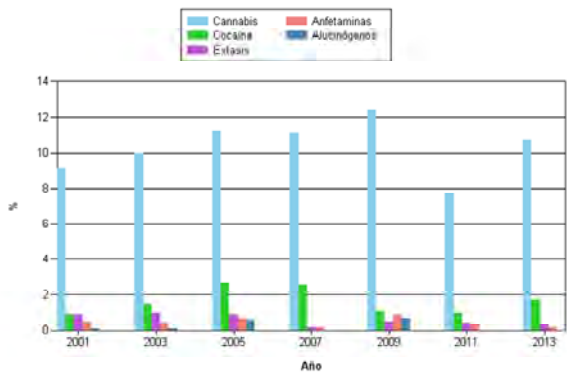


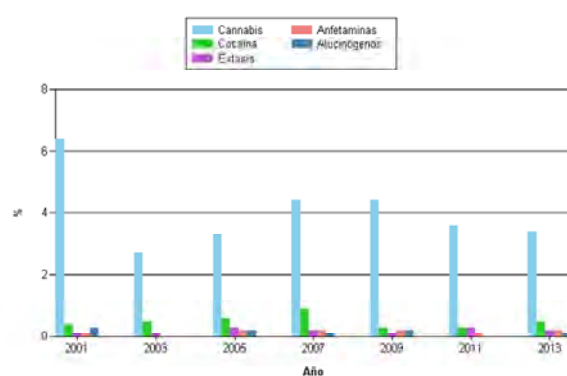
Figura A1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días según sexo. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2013. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres



Factores de riesgo (continuación)

Figura A1.7. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid, 2005-2013.

Fuente: Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas 2005, 2007, 2009, 2011 y 2013. Agencia Antidroga. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

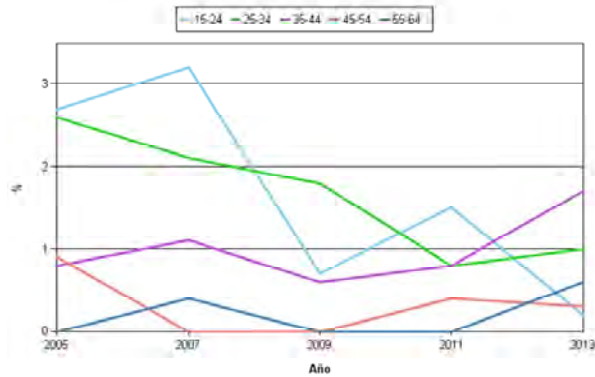
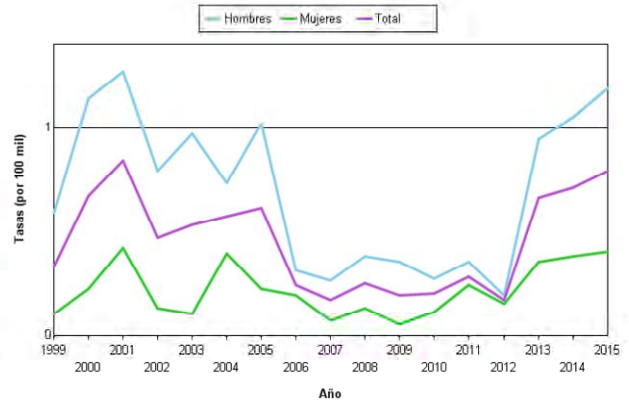


Figura A1.8. Evolución de la mortalidad por sobredosis. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



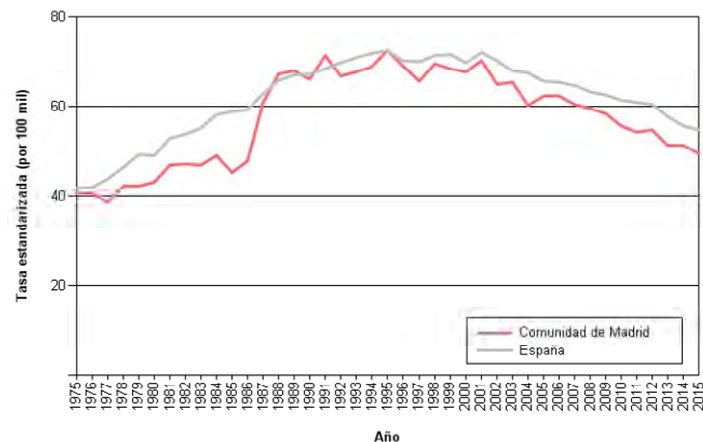
Desde 2013 ha mejorado la precisión en la asignación de causa de defunción en las muertes con Intervención Judicial.

Enfermedades no transmisibles

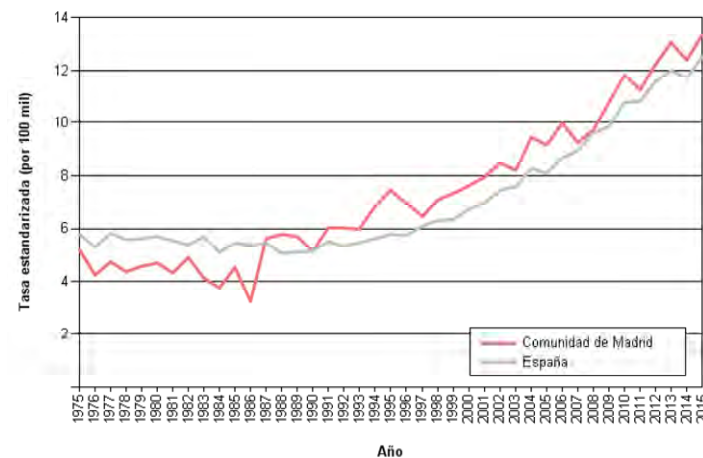
Figura 8.40. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

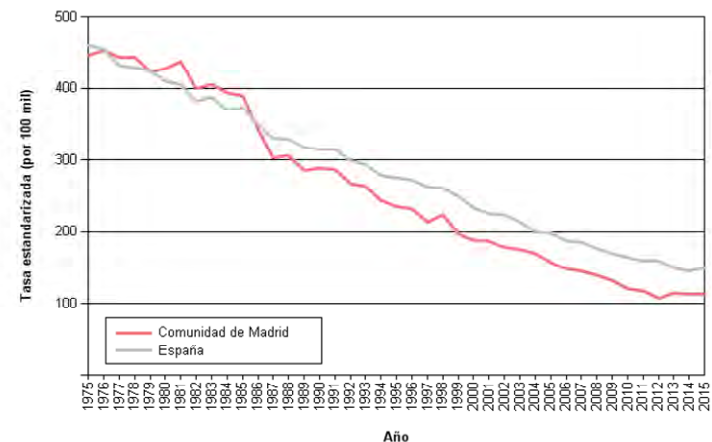


Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

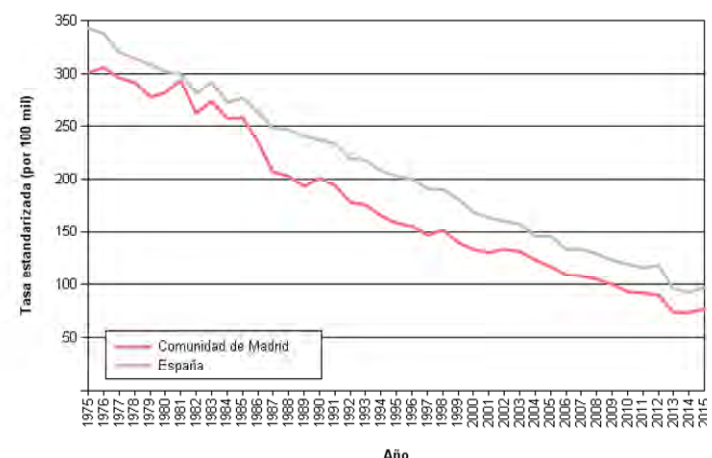
Figura 8.79. Enfermedades del sistema circulatorio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres

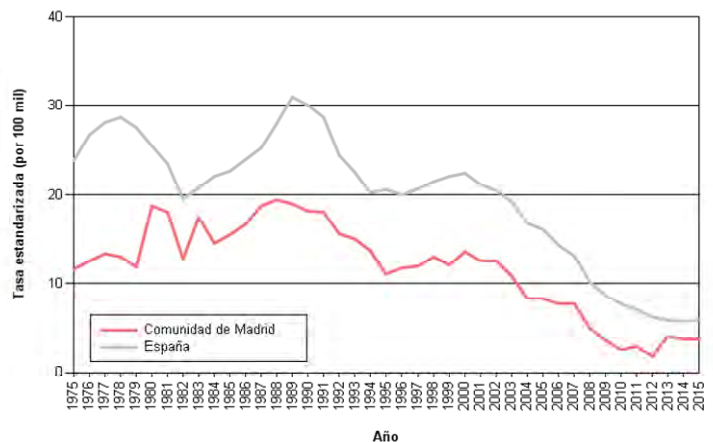


Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

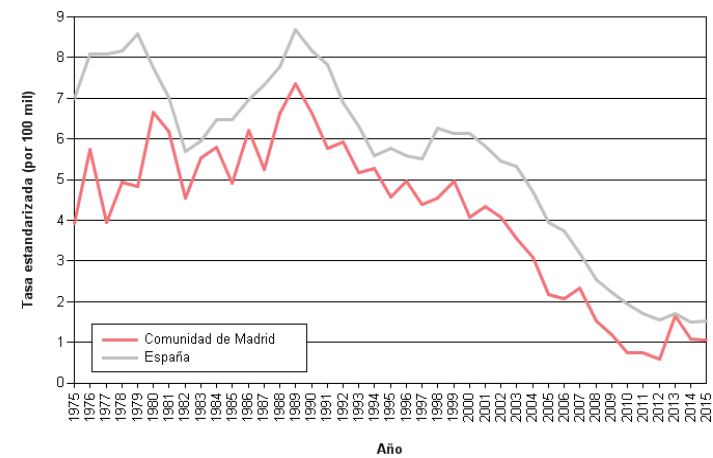
Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2015.

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

Hombres



Mujeres



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

Enfermedades transmisibles

Figura A1.9. Número de brotes de enfermedades inmunoprevenibles. Comunidad de Madrid, 2009-2015.

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

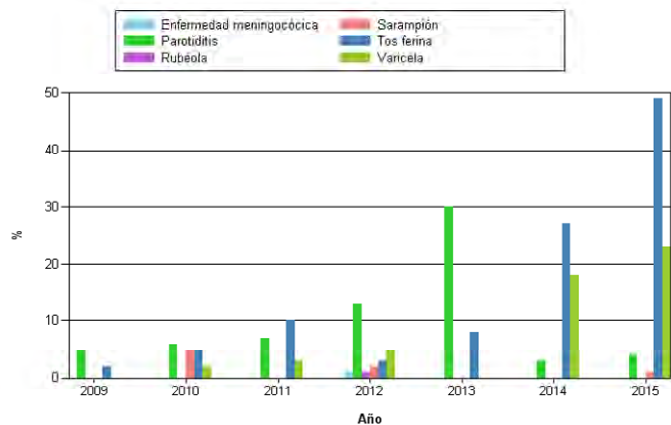


Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

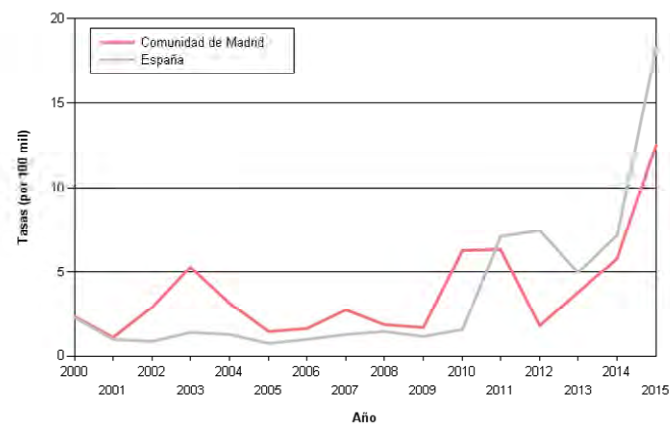


Figura 7.13. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

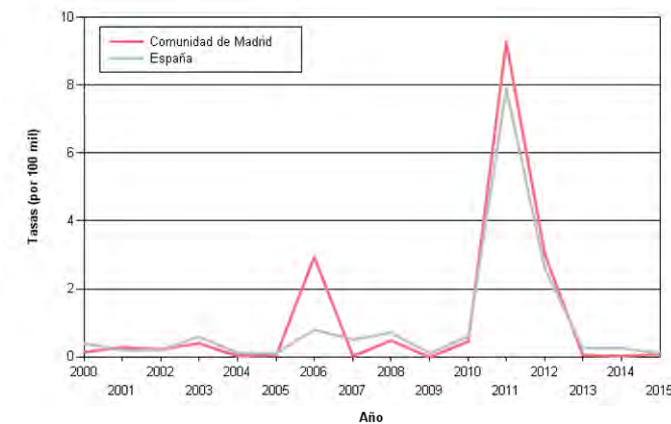


Figura 7.14. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

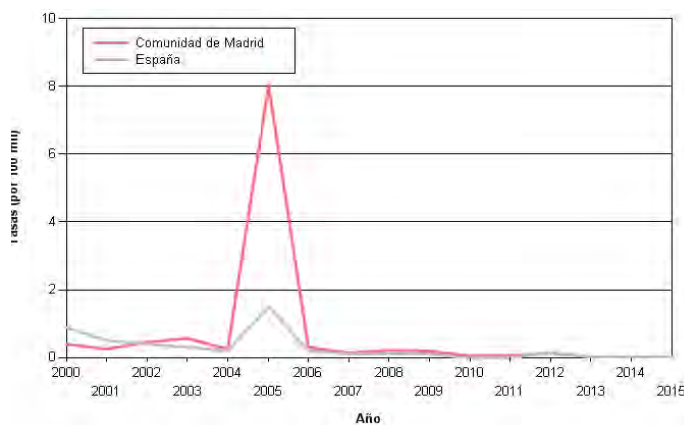


Figura 7.17. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

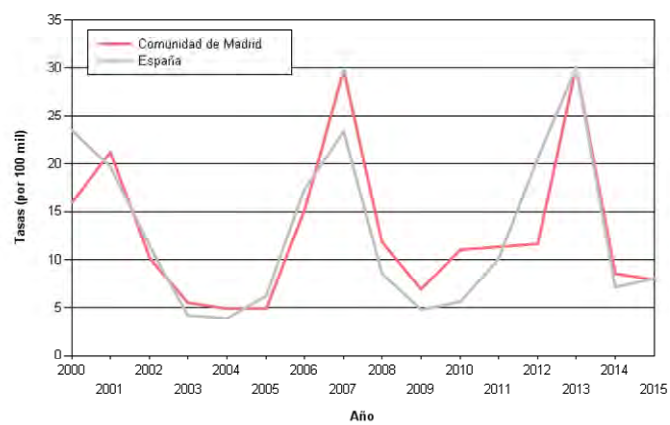
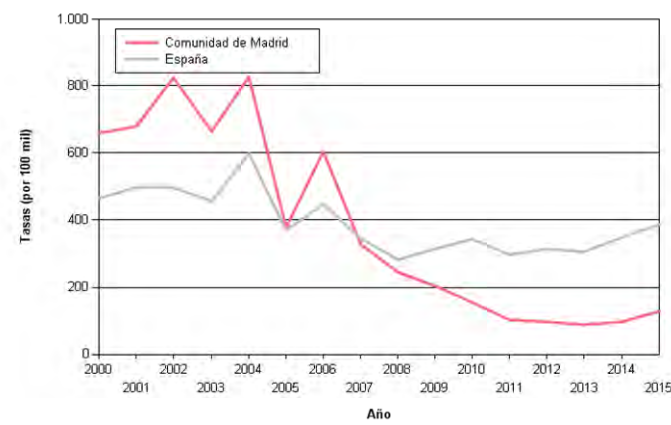


Figura 7.19. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

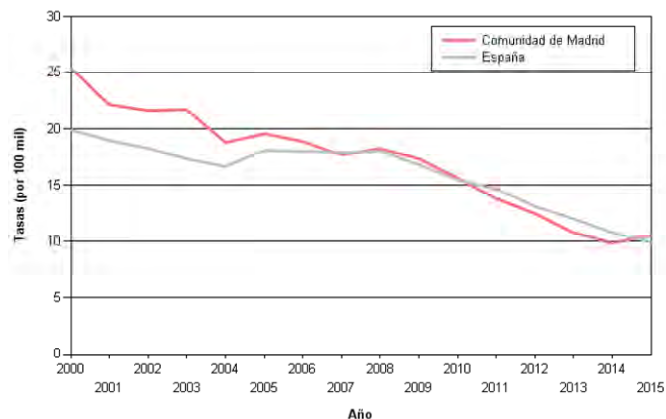
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Enfermedades transmisibles (continuación)

Figura 7.26. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



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

Figura 7.29. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

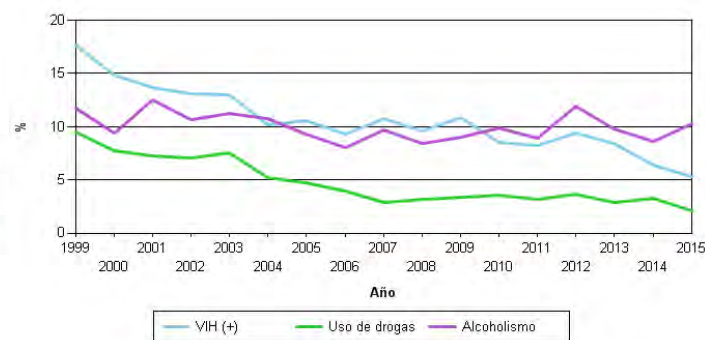


Figura 7.42. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

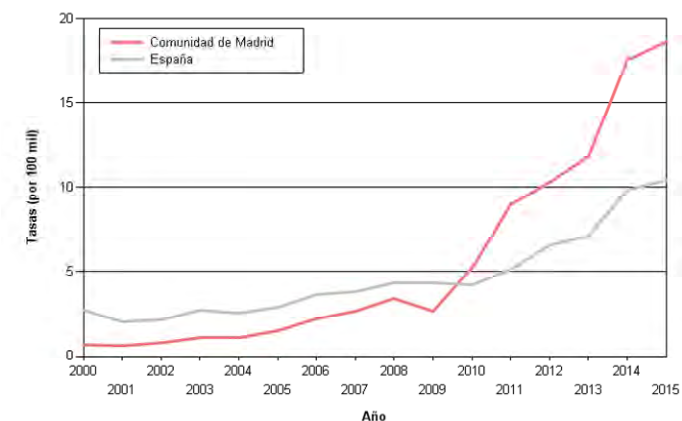


Figura 7.44. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

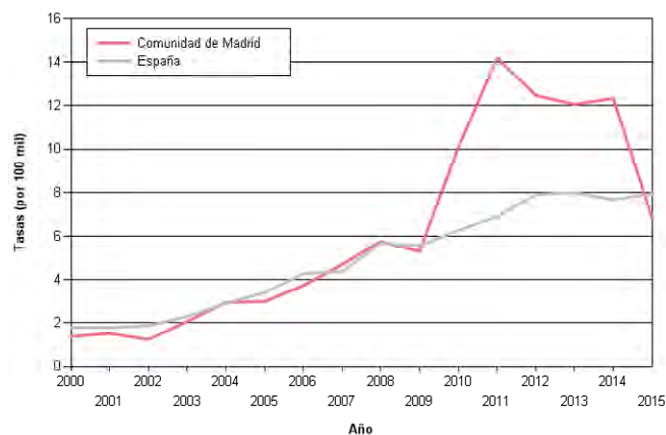
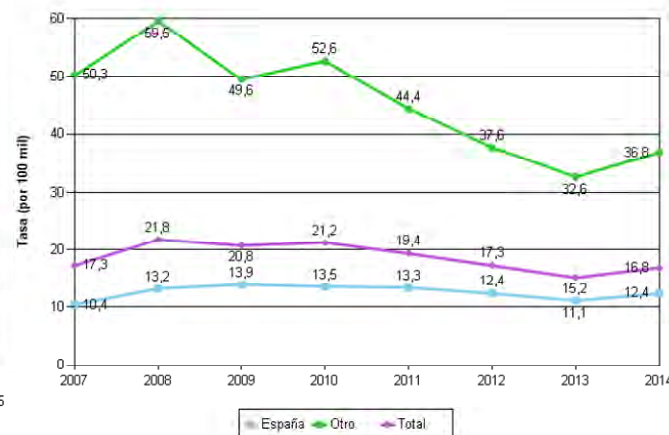


Figura 7.47. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

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



* Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

Anexo 1.2. Indicadores Socioeconómicos

Mercado laboral (paro)

Figura A2.1. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según sexo. Comunidad de Madrid y España, 2002-2015.

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

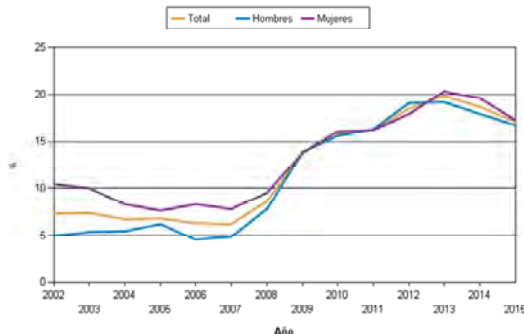


Figura A2.3. Paro en población activa según nivel de formación. Comunidad de Madrid y España, 2015

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

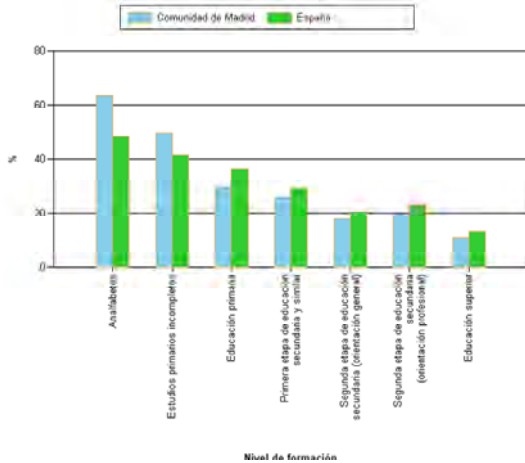


Figura A2.2. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2002-2015.

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

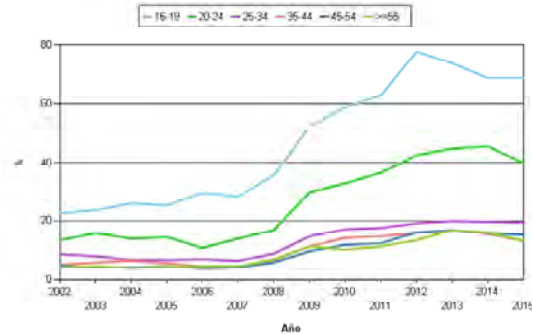
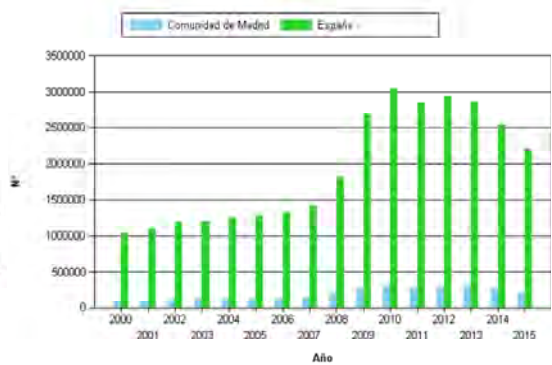


Figura A2.4. Beneficiarios de prestaciones por desempleo (media anual). Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

Fuente: Prestaciones por desempleo (PRD-13). Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Políticas macroeconómicas y desigualdad de renta y pobreza

Figura A2.5. PIB per cápita. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

Fuente: Contabilidad Regional de España. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

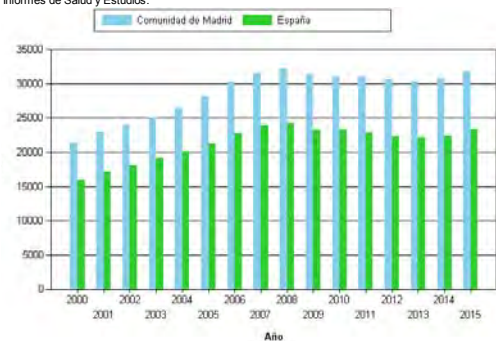


Figura A2.6. Renta disponible bruta de los hogares per cápita. Comunidad de Madrid y España, 2010-2013.

Fuente: Contabilidad Regional de España. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

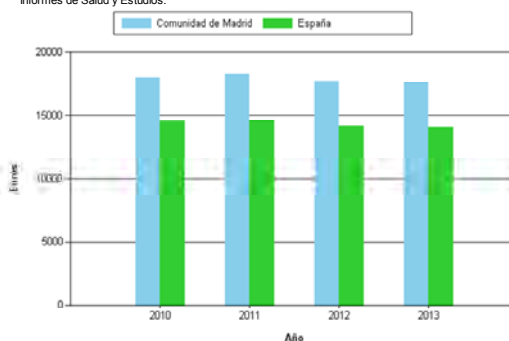


Figura A2.7. Personas con dificultades para llegar a fin de mes. Comunidad de Madrid y España, 2004-2015.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

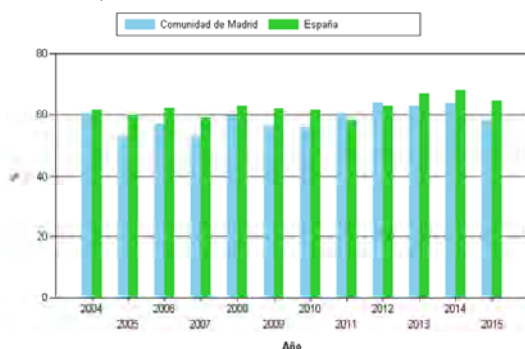
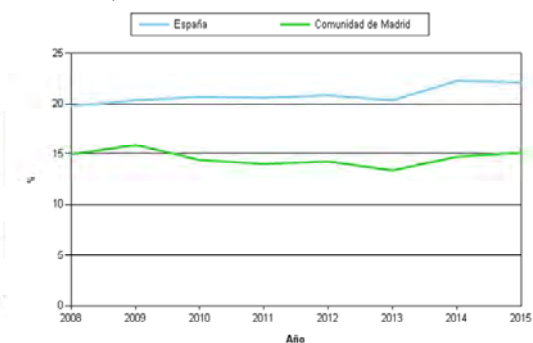


Figura A2.8. Tasa de riesgo de pobreza. Comunidad de Madrid y España, 2008-2015.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Recursos materiales (ingresos y situación económica)

Figura A2.9. Personas con retraso en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid y España, 2004-2015.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

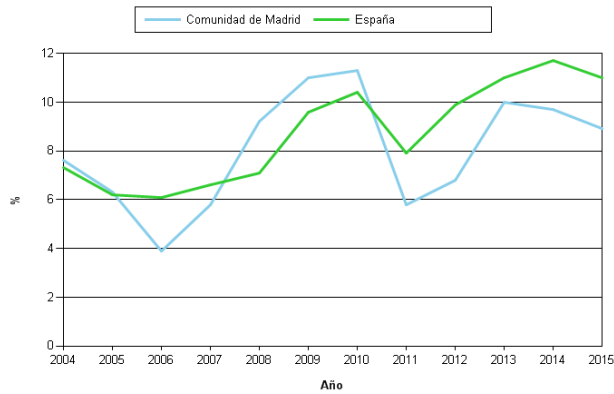


Figura A2.10. Personas con incapacidad para afrontar gastos imprevistos. Comunidad de Madrid y España, 2004-2015.

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

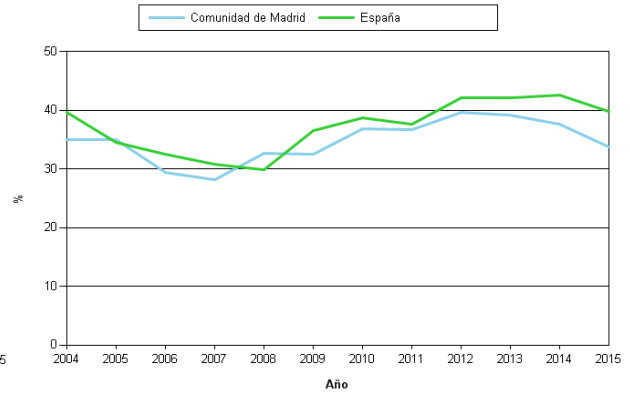
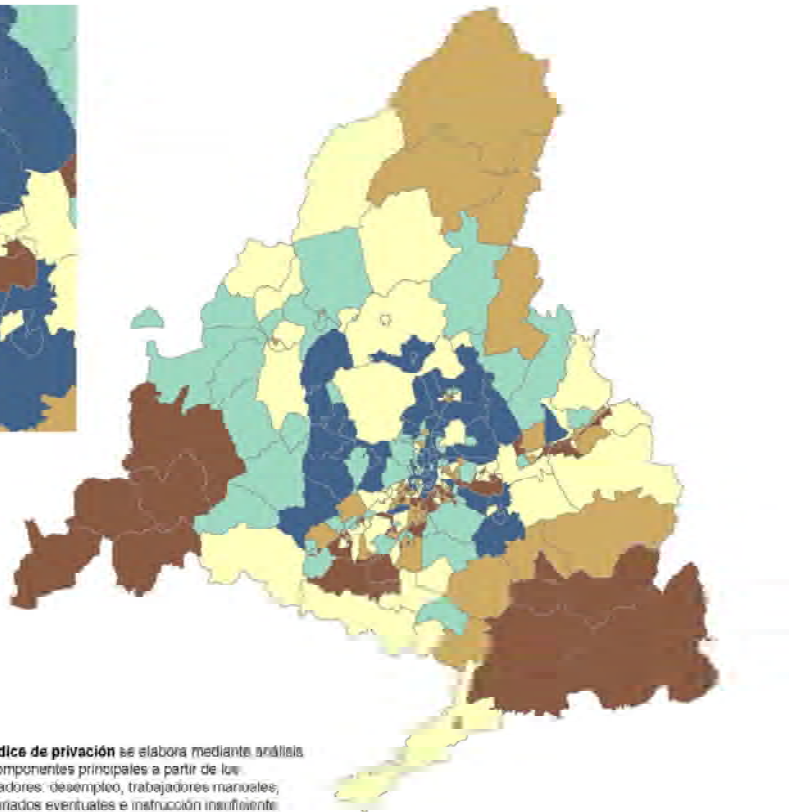
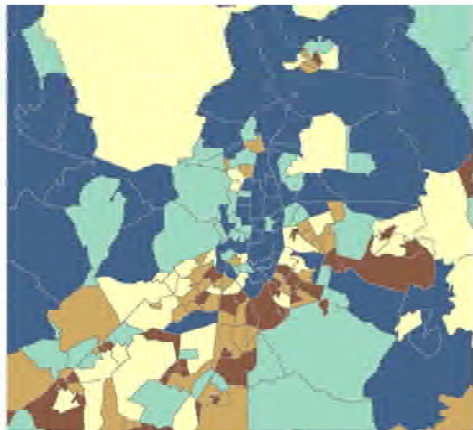


Figura A2.11. Índice de Privación por Zonas Básicas de Salud. Comunidad de Madrid, 2011.

Fuente: Censo 2011. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Índice de figuras y tablas

- Figura 2.1a. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid, desde 1976.
- Figura 2.1b. Evolución anual de la población. Comunidad de Madrid, desde 1976.
- Figura 2.2a. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid, desde 1976.
- Figura 2.2b. Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid, desde 1976.
- Figura 2.3. Evolución anual de la población total, según sexo y por Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid. Base 100 = 1999.
- Figura 2.4. Población y crecimiento relativo (en porcentaje) entre dos años, por Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.5. Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.6. Pirámides de población anual, total, por Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.7. Distribución anual de población por grandes grupos de edad, según sexo, Dirección Asistencial y Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.1. Matriz de migraciones por origen y destino. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.8. Evolución anual del número de residentes de nacionalidad extranjera. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.9. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.10. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Nacidos vivos: número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid.
- Figura 2.11. Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.12. Indicadores de natalidad por Dirección Asistencial. Tasa Bruta de Natalidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.13. Evolución del número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.14. Número medio de hijos por mujer, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.15. Evolución de la edad media a la maternidad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.16. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo), por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.17. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.18. Evolución de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.19. Proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid.
- Tabla 2.2. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.
- Figura 2.20. Mortalidad por todas las causas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.
- Figura 2.21. Esperanza de vida al nacer, según sexo. Comunidad de Madrid, desde 1975.

Figura 2.22. Esperanza de vida a los 65 años, según sexo. Comunidad de Madrid, desde 1986.

Figura 2.23. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 2.24. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Diferencia entre hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 2.4. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad*. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.5. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.6. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.7. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Dirección Asistencial. Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.8. Principales causas de defunción (lista reducida, CIE-10) por Dirección Asistencial. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.9. Personas con historia activa en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.10. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.11. Personas con historia activa en Atención Primaria, según país de nacimiento y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.12. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Dirección Asistencial y país de nacimiento. Total, porcentajes brutos y estandarizados según edad *. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.13. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según sexo. Número, distribución porcentual y tasas totales por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.25. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.26. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.14. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Dirección Asistencial. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.15. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.16. Episodios de patologías crónicas seleccionadas incluidas en protocolos de seguimiento en Atención Primaria, según grupo de edad y sexo. Número, distribución porcentual y tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.27. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 2.28. Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.17. Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid.

Figura 2.29. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, según sexo y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 2.18. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo y causa. Comunidad de Madrid.

Figura 2.30. Estado de salud en los últimos 12 meses, autodeclarado, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2014.

Figura 2.31. Personas que declaran un estado de salud regular, malo o muy malo en los últimos 12 meses, según sexo y clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Comunidad de Madrid, 2014.

Figura 2.32. Porcentaje de personas con algún problema de salud o enfermedad crónicas en los últimos 6 meses, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2014.

Figura 2.33. Personas con discapacidad según sexo y edad. Tasas por 1.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España, 2008.

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

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

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

Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Nacidos Vivos en partos múltiples, prematuros, distócicos, por edad de la madre, y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, desde 1986.

Tabla 3.2. Características de los partos por Dirección Asistencial: Nacidos Vivos en partos prematuros, distócicos, por edad de la madre, y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 4.20a. Prevalencias de consumo de drogas de mayor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

Figura 4.20b. Prevalencias de consumo de drogas de menor consumo en jóvenes en los últimos 30 días. Población de 14 a 18 años. Comunidad de Madrid 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

Tabla 4.7. Proporción de chicos y chicas que se inician en 2014 en el consumo de sustancias psicoactivas por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

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

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

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

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

Figura 4.25. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid y España, 2001-2015.

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. Comunidad de Madrid, desde 2001.

Figura 4.26. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años, por grupos de edad. Comunidad de Madrid, desde 2006.

Figura 4.27. IVE en mujeres nacidas en España y otro país. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid, desde 2004.

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Comunidad de Madrid.

Tabla 4.10. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Comunidad de Madrid.

Figura 4.28. IVE. Distribución según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 6.13. Prevalencia de cuadros depresivos (trastorno mayor y otros cuadros depresivos) según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2014.

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

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

Figura 6.14. Demencias. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1980.

Figura 6.15. Enfermedad de Alzheimer. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1980.

Figura 6.16. Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 7.13. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.14. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.15. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Figura 7.16. Rubéola. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Figura 7.17. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.18. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.19. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.20. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo y temporada. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 7.5. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia según temporada epidemiológica y serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2014-2015.

Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2014-2015.

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

Figura 7.21. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Antecedentes patológicos. Comunidad de Madrid.

Figura 7.22. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 2000.

Figura 7.23. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 2006-07 a 2015-16.

Figura 7.24. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2013-14 a 2015-16.

Figura 7.25. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.26. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.27. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura 7.28. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual según sexo y de la razón de incidencias hombre/mujer. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 1999.

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

Figura 7.29. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura 7.30. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura 7.31. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura 7.32. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura 7.33. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 2000.

Figura 7.34. Paludismo. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.35. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.36. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid.

Figura 7.37. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, desde 2001.

Figura 7.38. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, desde 2001.

Figura 7.39. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.40. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.41. Hepatitis C. Distribución según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

Figura 7.42. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.43. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.44. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura 7.45. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.46. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 2007.

Figura 7.47. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico de la infección VIH y país de nacimiento. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 2007.

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

Figura 7.48. Infección VIH. Porcentaje de casos con “enfermedad avanzada de VIH” (≤ 200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, desde 2007.

Figura 7.49. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, desde 2007.

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

Figura 7.50. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, desde 1989.

Figura 7.51. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 7.52. Contribución del sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 7.53. Infección VIH/sida. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 7.54. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, desde 2002.

Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número anual de brotes y de casos. Comunidad de Madrid

Figura 7.55. Leishmaniasis. Brote comunitario en municipios del suroeste de la Comunidad de Madrid. Curva epidémica por mes de inicio de síntomas según forma de presentación. Julio 2009-mayo 2014.

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

Figura 8.2. Proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

Figura 8.3. Evolución de la proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, desde 1995.

Tabla 8.1. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

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

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

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

Tabla 8.2. Tumores. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

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

Figura 8.10. Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

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

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

Tabla 8.3. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

Figura 8.15. Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.4. Tumor maligno de esófago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.16a. Tumor maligno de esófago. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.17. Tumor maligno de esófago. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.5. Tumor maligno de estómago. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.20. Tumor maligno de estómago. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

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

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

Tabla 8.6. Tumor maligno de colon. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.24. Tumor maligno de colon. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

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

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

Tabla 8.7. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid.

Figura 8.27. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

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

Figura 8.29. Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.8. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.31. Tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.9. Tumor maligno de páncreas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.34. Tumor maligno de páncreas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.10. Tumor maligno de laringe. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.36. Tumor maligno de laringe. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

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

Figura 8.38. Tumor maligno de laringe. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.11. Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

Figura 8.44. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.12. Melanoma maligno de piel. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.46. Melanoma maligno de piel. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.13. Tumor maligno de mama de la mujer. Indicadores generales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.47. Tumor maligno de mama de la mujer. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 8.48. Tumor maligno de mama de la mujer. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

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

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

Figura 8.51. Tumor maligno de mama de la mujer. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.52. Tumor maligno de cuello del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

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

Figura 8.54. Tumor maligno de cuello del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.55. Tumor maligno de otras partes del útero. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 8.56. Tumor maligno de otras partes del útero. Morbilidad hospitalaria según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.57. Tumor maligno de otras partes del útero. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.58. Tumor maligno del ovario. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

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

Figura 8.60. Tumor maligno de ovario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.61. Tumor maligno de próstata. Evolución anual de la mortalidad. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 8.62. Tumor maligno de próstata. Mortalidad por secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

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

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

Tabla 8.18. Tumor maligno de vejiga. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.66. Tumor maligno de vejiga. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid.

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

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

Tabla 8.19. Tumor maligno de encéfalo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.70. Tumor maligno de encéfalo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.20. Leucemia. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.73. Leucemia. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.21. Mieloma múltiple. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.76. Mieloma múltiple. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.22. Linfoma no Hodgkin. Indicadores generales según sexo. Mortalidad y morbilidad. Comunidad de Madrid.

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

Figura 8.78. Linfoma no Hodgkin. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.23. Enfermedades del sistema circulatorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

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

Figura 8.84. Enfermedades del sistema circulatorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.24. Cardiopatía isquémica. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.85. Cardiopatía isquémica. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

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

Figura 8.87. Contribución de la cardiopatía isquémica y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.88. Cardiopatía isquémica. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.25. Enfermedades cerebrovasculares. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

Figura 8.92. Contribución de las enfermedades cerebrovasculares y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.93. Enfermedades cerebrovasculares. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.26. Diabetes mellitus. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

Figura 8.97. Diabetes mellitus. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

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

Tabla 8.27. Enfermedades del sistema respiratorio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

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

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

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

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

Figura 8.103. Enfermedades del sistema respiratorio. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.104. Enfermedades del sistema respiratorio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.28. Bronquitis y enfisema. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.105. Bronquitis, enfisema y asma. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 8.106. Bronquitis y enfisema. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.107. Contribución de la bronquitis y enfisema y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.108. Bronquitis y enfisema. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.109. Bronquitis y enfisema. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.29. Asma. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.110. Asma. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.111. Asma. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.30. Enfermedades del sistema digestivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.112. Enfermedades del sistema digestivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 8.113. Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones según sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 8.114. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

Figura 8.115. Contribución de las enfermedades del sistema digestivo y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.116. Enfermedades del sistema digestivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.117. Enfermedades del sistema digestivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.31. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.118. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 8.119. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 8.120. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.121. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.32. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.122. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1985

Figura 8.123. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.124. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.33. Artritis reumatoide y osteoartritis. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.125. Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.126. Artritis reumatoide y osteoartritis. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.34. Osteoporosis y fracturas patológicas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad y contribución a la esperanza de vida. Comunidad de Madrid.

Figura 8.127. Osteoporosis y fracturas patológicas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 8.35. Enfermedades del sistema genitourinario. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 8.128. Enfermedades del sistema genitourinario. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1980.

Figura 8.129. Enfermedades del sistema genitourinario. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 8.130. Enfermedades del sistema genitourinario. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 8.36. Enfermedades poco frecuentes. Mortalidad según sexo y grupos de edad. Número de fallecidos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2014.

Figura 8.131. Enfermedades poco frecuentes. Mortalidad según sexo y gran grupo de causa. Comunidad de Madrid, 2014.

Tabla 8.37. Enfermedades poco frecuentes. Morbilidad según sexo y grupos de edad. Número de personas y tasas por 10.000. Comunidad de Madrid, 2015.

Figura 8.132. Enfermedades poco frecuentes. Morbilidad según sexo, grupo de edad y gran grupo de causa. Comunidad de Madrid, 2015.

Tabla 9.1. Causas externas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.1. Causas externas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las Zonas Básicas de Salud. Hombres y mujeres. Índice de Mortalidad Estándar, periodo 2007-2011. Comunidad de Madrid.

Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid.

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid.

Tabla 9.4. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según causa y sexo. Número de altas y porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid.

Figura 9.8. Causas externas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 9.9. Causas externas consecuencia de caídas accidentales. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid.

Figura 9.10. Causas externas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Tabla 9.5. Accidentes de tráfico. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 9.12. Accidentes de tráfico. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Figura 9.13. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 100 mil vehículos. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

Figura 9.14. Accidentes de tráfico. Evolución de la razón de mortalidad por 1.000 millones de vehículos-km recorridos. Comunidad de Madrid y España, 2003-2015.

Figura 9.15. Accidentes de tráfico en peatones. Evolución de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

Figura 9.16. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.17a. Evolución anual del número de accidentes de tráfico con víctimas y del total de víctimas. Comunidad de Madrid, 1994-2015.

Figura 9.17b. Evolución anual del número de fallecidos en accidentes de tráfico. Comunidad de Madrid, 1994-2015.

Figura 9.18. Evolución del número de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2015.

Figura 9.19. Accidentes de tráfico. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.

Figura 9.20. Accidentes de tráfico. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

Figura 9.21. Accidentes de tráfico con estancia hospitalaria de 4 días o más. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

Figura 9.22. Accidentes de tráfico con lesiones graves no fatales según MAIS igual o mayor que 3. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

Figura 9.23. Accidentes de tráfico con fractura de huesos largos. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

Figura 9.24. Accidentes de tráfico con traumatismo craneal. Evolución de la morbilidad hospitalaria según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

Figura 9.25. Accidentes de tráfico. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Figura 9.26a. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

Figura 9.26b. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

Figura 9.27. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2015.

Figura 9.28a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 9.28b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 9.29a. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 9.29b. Evolución de la proporción de adultos que no utilizan siempre el casco en moto por carretera. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Tabla 9.6. Suicidio. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid.

Figura 9.30. Suicidio. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, desde 1975.

Figura 9.31. Suicidio. Mortalidad por secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

- Figura 9.32. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid.
- Figura 9.33. Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid.
- Figura 9.34. Suicidio. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.
- Figura 9.35. Evolución del número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja. Comunidad de Madrid y España, 2002-2016.
- Figura 9.36. Evolución de la violencia psicológica, física y sexual Comunidad de Madrid, 2004, 2009 y 2014.
- Figura 9.37. Prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer según edad (IC 95%). Comunidad de Madrid, 2014.
- Figura 10.1a. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Distribución territorial. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.1b. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Distribución temporal. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.1c. Mediciones anuales de contaminantes atmosféricos en las estaciones de control, por contaminante y año. Población potencialmente expuesta. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.2. Recuentos de polen en los captadores de la Red PALINOCAM.
- Figura 10.3. Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas. Comunidad de Madrid
- Figura 10.4. Evolución de la concentración de polen de Plátano. Comunidad de Madrid
- Figura 10.5. Evolución de la concentración de polen de Olivo. Comunidad de Madrid
- Figura 10.6. Evolución de la concentración de polen de Gramíneas. Comunidad de Madrid
- Figura 10.7. Evolución de la concentración de polen de Plantago. Comunidad de Madrid
- Figura 10.8. Evolución mensual y anual del contenido de esporas. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2015.
- Figura 10.9. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares, 2005-2015.
- Figura 10.10. Distribución estacional de los 3 tipos esporales mayoritarios. Captador de Alcalá de Henares
- Figura 10.11. Vigilancia espacial de la legionelosis: torres de refrigeración muestreadas en 2015 y casos 2014-2015. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.12. Serie anual 2004-2015 del número de días en alerta por ola de calor por niveles de riesgo. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.13. Mortalidad diaria, número total de fallecidos observados y esperados, en la temporada de vigilancia de la ola de calor. Comunidad de Madrid, 2015.
- Figura 10.14. Número de análisis realizados para el control de agua de consumo humano, según tipo de análisis. Comunidad de Madrid, 2008-2015.
- Tabla 10.1. Zonas de baño, con puntos de muestreo y municipios correspondientes. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.15. Evolución de la calidad de las aguas de baño. Comunidad de Madrid, 2000-2015.
- Figura 10.16. Número de alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2008-2015.
- Figura 10.17. Porcentaje anual de irregularidades en productos químicos. Comunidad de Madrid.

- Figura 10.18. Enfermedades profesionales. Distribución mensual de partes comunicados. Comunidad de Madrid
- Figura 10.19. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Figura 10.20. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Figura 10.21. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según sexo y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Figura 10.22. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de partes comunicados según edad y grupo de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Tabla 10.2. Enfermedades profesionales. Distribución de partes comunicados por grupo de enfermedad y agente. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Figura 10.23. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Figura 10.24. Enfermedades profesionales. Clasificación final de los partes cerrados, según edad. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Tabla 10.3. Enfermedades profesionales notificadas y cerradas. Distribución según patología, año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.
- Figura 10.25. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual de las patologías (CIE-10) más frecuentes según sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.
- Figura 10.26. Enfermedades profesionales. Distribución porcentual según la causa de cierre del parte. Comunidad de Madrid, 2007-2015.
- Figura 10.27. Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora. Número de afiliados con contingencia profesional cubierta. Total y según sexo. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.28. Incidencia de accidentes de trabajo según régimen de afiliación. Tasas por 100 mil afiliados. Comunidad de Madrid, 2007-2012.
- Tabla 10.4. Accidentes de trabajo con baja. Características básicas según sexo. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.29. Accidentes de trabajo graves. Evolución del número según sexo, año y gravedad. Comunidad de Madrid, 2007-2014.
- Tabla 10.5. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid.
- Tabla 10.6. Accidentes de trabajo. Indicadores de repercusión del accidente. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.30. Accidentes de trabajo (AT). Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid.
- Figura 10.30. Accidentes de trabajo. Distribución según sector de actividad, año y momento del accidente. Comunidad de Madrid, 2009-2014.
- Tabla 10.7. Accidentes de trabajo. Porcentajes de accidentes ocurridos en jornada de trabajo según sección de actividad y sexo. Comunidad de Madrid.
- Figura 10.31. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo ocurridos en jornada de trabajo. Total y según sexo. Comunidad de Madrid.
- Tabla 10.8. Accidentes de trabajo. Número total y algunas características, por sección de actividad. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

Figura 10.32. Accidentes de trabajo. Tasas de determinados tipos de accidentes por 100 mil afiliados de cada sector. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.9. Accidentes de trabajo. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados con cobertura de contingencias profesionales, por sección de actividad que ocupan más población y según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.10. Accidentes de trabajo mortales ocurridos durante el trabajo, por sección de actividad. Distribución porcentual, tasas por 100.000 afiliados y proporciones por 1.000 accidentes. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.11. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes por sector de actividad y según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.12. Accidentes de trabajo en autónomos. Número de accidentes y tasas por 100 mil afiliados para determinados accidentes según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.13. Accidentes de trabajo en autónomos. Indicadores de la repercusión inmediata del accidente según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.14. Secciones de actividad que aglutinan el 85% de los accidentes de trabajo en trabajadores autónomos. Comunidad de Madrid.

Tabla 10.15. Accidentes de trabajo en población trabajadora autónoma. Número de accidentes según año y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

Figura 10.33. Accidentes de trabajo (AT) en población trabajadora autónoma. Variación de la incidencia (tasas por cada 100 mil afiliados). Comunidad de Madrid.

Figura 11.1. Evolución de la proporción de personas no activas* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Tabla 11.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 11.2. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 11.3. Evolución de la tasa de incumplimiento de sulfitos en carne. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Figura 11.4. Porcentaje de muestras con residuos detectables, sin residuos y con residuos superiores al Límite Máximo de Residuos (LMR) en vegetales. Comunidad de Madrid, 2011-2015.

Tabla 11.2. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

Figura 11.5. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Tabla 11.3. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2015.

Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2015. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2015. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.

Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

Figura 12.9. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid.

Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 12.12. Consumo de cocaína según edad. Comunidad de Madrid.

Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid.

Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, de diferentes drogas. Comunidad de Madrid.

Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, desde 1992.

Figura 12.15. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, desde 2007.

Figura 12.16. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Distribución de las sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, desde 2000.

Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, desde 2010.

Tabla 12.3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Distribución de las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias, según sexo. Comunidad de Madrid.

Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid.

Figura A1.1. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CMBD) según sexo. Comunidad de Madrid, desde 2003.

Figura A1.2. Suicidio/Intento de suicidio (Cód. P77). Evolución anual de la morbilidad en atención primaria según sexo. Comunidad de Madrid, desde 2005.

Figura A1.3. Evolución de la mortalidad por causas relacionadas con el alcohol. Cirrosis y otras enfermedades del hígado. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura A1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días. Comunidad de Madrid desde 2001.

Figura A1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de principales drogas ilegales en los últimos 30 días según sexo. Comunidad de Madrid, desde 2001.

Figura A1.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid, desde 2007.

Figura A1.7. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días según edad. Comunidad de Madrid. 2005.

Figura A1.8. Evolución de la mortalidad por sobredosis. Comunidad de Madrid, desde 1999.

Figura A1.9. Número de brotes de enfermedades inmunoprevenibles. Comunidad de Madrid, desde 2009.

Figura A2.1. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según sexo. Comunidad de Madrid y España, desde 2002.

Figura A2.2. Paro en población activa como media de los cuatro cuatrimestres anteriores según grupo de edad. Comunidad de Madrid, desde 2002.

Figura A2.3. Paro en población activa según nivel de formación y sexo. Comunidad de Madrid y España. 2015

Figura A2.4. Beneficiarios de prestaciones por desempleo (media anual en miles). Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura A2.5. PIB per cápita. Comunidad de Madrid y España, desde 2000.

Figura A2.6. Renta disponible bruta de los hogares per cápita. Comunidad de Madrid y España, desde 2010.

Figura A2.7. Personas con dificultades para llegar a fin de mes. Comunidad de Madrid y España, desde 2004.

Figura A2.8. Tasa de riesgo de pobreza. Comunidad de Madrid y España, desde 2008.

Figura A2.9. Personas con retraso en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid y España, desde 2004.

Figura A2.10. Personas con incapacidad para afrontar gastos imprevistos. Comunidad de Madrid y España, desde 2004.

Figura A2.11. Índice de Privación por zonas básicas de salud. Comunidad de Madrid, 2011.



Documentos

Actividad física

- Hábitos alimentarios, dieta y actividad física en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN. Resultados del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil, (ELOIN). 2012-2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(2): 5-31.
- Hábitos alimentarios, dieta y actividad física en la población de 6 años de la Comunidad de Madrid. Resultados del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil, (ELOIN). 2014-2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(9): 5-31.

Alcohol y drogas

- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en la Comunidad de Madrid. Año 2013. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2015.
- Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Comunidad de Madrid, año 2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2016.
- Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2015. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2016.
- Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2015. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2016.

Alimentación

- Hábitos alimentarios, dieta y actividad física en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN. Resultados del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil, (ELOIN). 2012-2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(2): 5-31.
- Hábitos alimentarios, dieta y actividad física en la población de 6 años de la Comunidad de Madrid. Resultados del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil, (ELOIN). 2014-2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(9): 5-31.

Brotos epidémicos

- Leishmaniasis en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio; junio de 2014. Documento Técnico de Salud Pública.
- Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(12): 37-61.
- Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(12): 5-22.
- Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(12): 5-23.

Diabetes

- Gallego Berciano P, López-Gay Lucio-Villegas D, Ortiz Marrón H, Gil Montalbán E, Cuadrado Gamarra JI. Vigilancia de la diabetes mellitus (autodeclarada) y sus factores de riesgo asociados. Prevalencia actual y evolución en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18(10): 39-70.

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(10): 4-67.
- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(11): 5-68.
- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(10): 5-78.

Enfermedad meningocócica

- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2013-2014. Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(1): 5-30.
- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2014-2015. Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(2): 24-44.

Enfermedad neumocócica

- Enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid, año 2014. Sistema de Vigilancia de EDO. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(5): 5-37.
- Enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid, año 2014. CMBD. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(5): 38-54.
- Enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid, año 2015. Sistema de Vigilancia de EDO. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(6): 5-33.
- Enfermedad neumocócica en la Comunidad de Madrid, año 2015. CMBD. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(6): 34-48.

Gripe

- Vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid, temporada 2014-2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(4): 5-32.
- Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid, temporada 2015-2016. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(1): 5-29.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

- Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(2): 32-42.
- Informe sobre las Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(1): 30-38.

Lesiones

- DGT. Series estadísticas 1993-2015: Accidentes con víctimas, muertos computados a 30 días, heridos graves, heridos leves, heridos y víctimas.

Meningitis

- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(3): 5-31.
- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(4): 5-24.

Obesidad

- Diseño del estudio ELOIN y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(10): 68-91.
- Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 6 años de la Comunidad de Madrid, 2014-2015. Resultados del estudio transversal de los 6 años de edad del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (Estudio ELOIN). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(2): 5-23.

Poliomielitis

- Plan Nacional de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda. Comunidad de Madrid, año 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(9): 32-41.

Red Médicos Centinela

- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, años 2012 y 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(11): 3-50.

Rubéola

- Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(11): 51-77.
- Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(8): 41-55.

Sarampión

- Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(11): 51-77.
- Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(8): 41-55.

SIVFRENT-A

- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A), año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(10): 5-48.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2015. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A), 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(11): 5-50.

SIVFRENT-J

- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J), 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(6): 5-55.
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2015. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J), 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(5): 5-52.

Tos ferina

- Tos Ferina en la Comunidad de Madrid, año 2014. Sistema de Vigilancia de EDO, Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos, CMBD. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015;21(7): 5-24.
- Tos Ferina en la Comunidad de Madrid, año 2015. Sistema de Vigilancia de EDO, Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos, CMBD. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016;22(7): 5-24.

Tuberculosis

- Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, informe del año 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(9): 3-37.
- Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, informe del año 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(8): 5-40.

VIH/SIDA

- Cevallos C, Verdejo J, Izarra C, Ruano MT, Martínez S. Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2014; 20(12): 3-36.
- Cevallos C, Verdejo J, Izarra C, Ruano MT. Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; 21(9): 15-51.
- Vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2015. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 22(8): 5-40.

Violencia de pareja hacia las mujeres

- Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M, Zorrilla B, Pires M, Lasheras, Anes A, Lourido P, Romero I, Polo C. Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Documento Técnico de Salud Pública D138, Madrid 2014.

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid de 2016, continúa con la serie iniciada años atrás. Se trata de un compendio de datos e indicadores sobre mortalidad, morbilidad y factores determinantes de la salud, distribuidos en capítulos que abarcan grupos de enfermedades y etapas de la vida fundamentales para la salud.

Las fuentes de información utilizadas han sido numerosas y diversas, en consonancia con una visión multifacética de la salud, habitualmente registros previamente existentes y también informes y estudios específicos sobre aspectos determinados de la salud, como la violencia de género.

El Informe de Salud 2016 mantiene la doble configuración iniciada en el Informe 2012, con una versión en formato PDF descargable y una versión en formato interactivo que permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos, establecer criterios de consulta y exportar las figuras y tablas generadas en diversos formatos.



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD