

Madrid

2009

Informe

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

Informe

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

2009

Madrid

In Memoriam

Este libro esta dedicado a Mar Hernández Pastor, amiga y excelente profesional que ha trabajado la edición de este Informe de Salud, y que nos ha abandonado en el pasado mes de Julio después de una corta enfermedad. Gracias por tu amistad y descansa en paz.

Dirección General de Atención Primaria

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

Autores

Dirección

Patricia Flores Cerdán **Directora General de Atención Primaria**
Jenaro Astray Mochales **Subdirector de Promoción de la Salud y Prevención**

Coordinación General Técnica y redacción: Servicio de Informes de Salud y Estudios

M^a Felicitas Domínguez Berjón

Ricard Gènova Maleras

María D. Esteban Vasallo

Edición de textos

Mar Hernández Pastor

Apoyo informático

Luis Miguel Blanco Ancos

Autores por capítulos

Objetivos 1 y 2. Equidad y solidaridad

S° de Informes de Salud y Estudios: Ricard Gènova Maleras, María D. Esteban Vasallo, M^a Felicitas Domínguez Berjón, Gonzalo Rivas Costa. *S° de Análisis e Intervención en Salud Pública:* Ángel Rodríguez Laso.

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

S° de Informes de Salud y Estudios: Esther García García-Esquinas, Ricard Gènova Maleras, María D. Esteban Vasallo, M^a Felicitas Domínguez Berjón.

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

S° de Epidemiología: Iñaki Galán Labaca, José Luis Cantero Real, Concepción Izarra Pérez, Carlos Cevallos García, Fátima Cortés Fernández. *S° de Informes de Salud y Estudios:* M^a Felicitas Domínguez Berjón, Ricard Gènova Maleras, María D. Esteban Vasallo. *Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud:* Mar Garrido Pérez, Carmen Mendoza Rodríguez, Eladia Franco Vargas. *Agencia Anti-droga:* Ana Ruiz Bremón, Julio Pérez de la Paz.

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

S° de Informes de Salud y Estudios: María D. Esteban Vasallo, Ricard Gènova Maleras, M^a Felicitas Domínguez Berjón. *S° de Análisis e Intervención en Salud Pública:* Ángel Rodríguez Laso.

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

S° de Informes de Salud y Estudios: María D. Esteban Vasallo, María Rebollo Polo, M^a Felicitas Domínguez Berjón, Ricard Gènova Maleras. *S° de Epidemiología:* Ana M^a Gandarillas Grande. *S° de Análisis e Intervención en Salud Pública:* Ángel Rodríguez Laso.

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

S° de Epidemiología: María Ordobás Gavín, Luis García Comas, M^a Ángeles Gutiérrez Rodríguez, Soledad Cañellas Llabres, Inmaculada Roderio Garduño, Juan García Gutiérrez, Darío Ochoa Esteban, Alicia Estirado Gómez, Iñaki Galán Labaca, José Luis Cantero Real, Carlos Cevallos García, Fátima Cortés Fernández, Concepción Izarra Pérez, M^a Araceli Arce Arnáez, Ana M^a Gandarillas Grande. *S° de Informes de Salud y Estudios:* M^a Felicitas Domínguez Berjón, María D. Esteban Vasallo, Ricard Gènova Maleras. *S° de Prevención de la Enfermedad:* Domingo Iniesta Fornies, Dolores Barranco Ordoñez, Moisés Cameno Heras.

Objetivo 8. Reducir las enfermedades no transmisibles

S° de Informes de Salud y Estudios: Ricard Gènova Maleras, María D. Esteban Vasallo, Juan Manuel Sendra Gutiérrez, M^a Felicitas Domínguez Berjón. *S° de Epidemiología:* Iñaki Galán Labaca, Belén Zorrilla Torras, José Ignacio Cuadrado Gamarra, Elisa Gil Montalbán, Mercedes Martínez Cortés, Honorato Ortiz Marrón, Ana M^a Gandarillas Grande.

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

Sº de Informes de Salud y Estudios: Mª Felicitas Domínguez Berjón, Ricard Gènova Maleras, María D. Esteban Vasallo. *Sº de Epidemiología:* Iñaki Galán Labaca, José Luis Cantero Real, Belén Zorrilla Torras. *Sº de Promoción de la Salud:* Mª Luisa Lasheras Lozano, Mª Luisa Pires Alcalde.

Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro

Sº de Sanidad Ambiental: José Frutos García García, Enrique Cámara Díez, Laura López Carrasco, Patricia Cervigón Morales, Mª José Soto Zabalgoeazcoa, Pedro Javier Galache Ríos, Ana Patricia Bartolomé Asín, Pilar de Bernardo Alonso, Sara Boleas Ramón, Victoria de la Higuera Moyano, Mª Jesús Sánchez Moreno, Josefa Rubiño Rodríguez, Mercedes Butler Sierra, Pilar Benítez Jiménez, Oscar Sevilano Fernández. *Sº de Epidemiología:* Iñaki Galán Labaca, José Luis Cantero Real, Soledad Cañellas Llabres. *Sº de Salud Laboral:* Mª Carmen Álvarez Castillo, Mª Fernanda González Gómez, Mª Jesús Sagües Cifuentes, Manuel Martínez Vidal.

Objetivo 11. Una vida más sana

Sº de Epidemiología: Iñaki Galán Labaca. *Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud:* Fernando Fúster Lorán, Miguel Ángel Ribes Ripoll, Rocío Bardón Iglesias, Eloy Marino Hernando. *Sº de Informes de Salud y Estudios:* Juan Manuel Sendra Gutiérrez.

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

Agencia Antidroga: Ana Ruiz Bremón, Julio Pérez de la Paz. *Sº de Epidemiología:* Iñaki Galán Labaca, Lucía Díez Gañán.

Agradecimientos

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

- **Red de médicos centinelas de la Comunidad de Madrid**
- **Sanitarios que declaran al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria**
- **Servicio de Alertas en Salud Pública**
- **Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública**
- **Servicio de Epidemiología**
- **Servicio de Prevención de la Enfermedad**
- **Servicio de Promoción de la Salud**
- **Servicios de Salud Pública de Área**
- **Agencia Antidroga**
- **Dirección General de Ordenación e Inspección**
- **Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria**
- **Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid**

Madrid

2009

Informe

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



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid

El estado de salud de una población, así como la situación de los determinantes que influyen en ella, son elementos dinámicos en permanente evolución. Conocer su situación de forma detallada y actualizada es la mejor forma tanto de monitorizar los cambios que se producen en ellos como de detectar áreas de mayor vulnerabilidad que deban ser priorizadas.

Con el Informe de Salud 2009 se ponen a disposición de los profesionales y de la comunidad, de forma descriptiva y sintetizada, los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo de nuestra población, junto con los indicadores más relevantes en salud. Al igual que en las ediciones previas, se ha integrado información procedente tanto de las fuentes y los sistemas de vigilancia ya establecidos como de estudios específicos que se han realizado para analizar problemas de salud de importante repercusión como por ejemplo la diabetes, la enfermedad celíaca o la obesidad. En la presente edición se incorpora por primera vez información procedente de una fuente tan relevante como es la Encuesta Regional de Salud, que explora distintas dimensiones relacionadas con la salud y sus factores condicionantes.

La información compendiada en este volumen refleja la labor de cientos de profesionales de nuestra Comunidad Autónoma que trabajan diariamente para prevenir la enfermedad, promocionar la salud y ayudar a restablecerla lo antes posible cuando se ha perdido. Dicha información ha de convertirse en herramienta fundamental para la elaboración de los futuros Planes y Programas, cuyo objetivo será mejorar la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones en Salud Pública y Atención Primaria. Permitirá además priorizar las actividades a realizar en función de las necesidades detectadas, así como orientar la adecuada optimización de los recursos. Por otra parte, su análisis detallado permitirá identificar áreas susceptibles de ser investigadas de forma más profunda y más allá de lo eminentemente descriptivo.

Deseamos que este documento responda a las necesidades de información que lo motivan y cumpla sus objetivos de utilidad y servicio, así como que se convierta en un Informe dinámico en el que cada nueva edición suponga una mejora tanto en su elaboración como en su difusión gracias a la participación activa de todos los actores implicados en la mejora de la salud.

Patricia Flores Cerdán

Directora General de Atención Primaria

Índice

Listado de abreviaturas empleadas en el texto

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
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
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
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
ISCI	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

1. Introducción	17
1.1. Resumen	19
1.2. Metodología	31
1.2.1. Introducción	31
1.2.2. Fuentes de información	33
1.2.3. Indicadores	37
2. Objetivos 1 y 2. Equidad y solidaridad para la salud en la región europea de la OMS	49
2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid	51
2.1.1. Evolución de la población y estructura por edades	51
2.1.2. Migración	56
2.1.3. Fecundidad	57
2.2. Mortalidad y morbilidad	62
2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad	62
2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida	62
2.2.3. Mortalidad por causa	64
2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria	68
2.2.5. Morbilidad hospitalaria	73
2.2.6. Carga de enfermedad	75
2.2.7. Expectativas de salud	78
2.3. Encuesta de salud (ERSM2007)	82
2.3.1. Características sociodemográficas de la población	82
2.3.2. Salud general	85
2.3.3. Discapacidad	88
2.3.4. Cuidado de una persona dependiente	90
2.3.5. Utilización de servicios sanitarios	90
2.3.6. Opinión sobre la sanidad pública en la Comunidad de Madrid	96
2.3.7. Cobertura sanitaria	97
3. Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud	99
3.1. Indicadores generales al nacimiento	100
3.1.1. Peso al nacimiento	102
3.2. Mortalidad infantil	104
3.3. Mortalidad perinatal	106
3.4. Morbilidad en Atención Primaria	108
3.5. Morbilidad hospitalaria	110
3.6. Conclusiones y recomendaciones	112
4. Objetivo 4. La salud de los jóvenes	113
4.1. Mortalidad	114
4.2. Morbilidad	117
4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria	117
4.2.2. Morbilidad hospitalaria	119
4.3. Factores determinantes	122
4.3.1. Ejercicio físico	122
4.3.2. Alimentación	123
4.3.3. Sobrepeso y obesidad	126
4.3.4. Tabaco	127
4.3.5. Alcohol	129
4.3.6. Drogas de comercio ilegal	131
4.3.7. Sexualidad responsable	134

4.3.8.	Agregación de factores de riesgo	134
4.3.9.	Información sobre temas de salud	135
4.4.	Enfermedad celíaca	136
4.5.	Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)	138
4.6.	Conclusiones y recomendaciones	143
5.	Objetivo 5. Envejecer en buena salud	145
5.1.	Aspectos demográficos	146
5.2.	Mortalidad	150
5.3.	Morbilidad en Atención Primaria	152
5.4.	Morbilidad hospitalaria	154
5.5.	Encuesta de salud (ERSM2007)	157
5.5.1.	Dependencia	157
5.5.2.	Polifarmacia	157
5.5.3.	Limitación grave permanente en la vista	158
5.5.4.	Limitación grave permanente del oído	160
5.5.5.	Incontinencia urinaria	161
5.6.	Conclusiones y recomendaciones	162
6.	Objetivo 6. Mejorar la salud mental	163
6.1.	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	164
6.1.1.	Indicadores generales	164
6.1.2.	Mortalidad	165
6.1.3.	Morbilidad atendida en Atención Primaria	168
6.1.4.	Morbilidad hospitalaria	169
6.1.5.	Carga de enfermedad	171
6.1.6.	Salud mental según la encuesta de salud (ERSM2007)	173
6.2.	Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil.	
	Enfermedad de Alzheimer	178
6.3.	Conclusiones y recomendaciones	182
7.	Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles	183
7.1.	Enfermedades transmisibles	184
7.1.1.	Indicadores generales	184
7.1.2.	Mortalidad	185
7.1.3.	Enfermedades infecciosas en Atención Primaria	186
7.1.4.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas	188
7.1.5.	Carga de enfermedad por causas infecciosas	189
7.2.	Coberturas vacunales	190
7.2.1.	Coberturas de vacunación infantil de calendario	191
7.2.2.	Coberturas en campañas de vacunación	194
7.3.	Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes	197
7.3.1.	Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, parotiditis, rubéola y sarampión	197
7.3.2.	Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas, enfermedad invasiva por H. influenzae, enfermedad neumocócica invasora, enfermedad meningocócica y otras meningitis bacterianas	199
7.3.3.	Hepatitis víricas A, B y otras	204
7.3.4.	Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe, varicela y legionelosis	204
7.3.5.	Tuberculosis	207
7.3.6.	Antropozoonosis: brucelosis, leishmaniasis y rabia	210
7.3.7.	Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario	211

7.3.8.	Enfermedades de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis	215
7.3.9.	Infecciones causadas por VIH/SIDA	216
7.3.10.	Enfermedades importadas: fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, lepra y paludismo. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas	221
7.3.11.	Brotos de origen no alimentario	222
7.4.	Conclusiones y recomendaciones	224
8.	Objetivo 8. Enfermedades no transmisibles	225
8.1.	Áreas focales determinantes	226
8.1.1.	Factores de riesgo	226
8.1.2.	Prácticas preventivas	228
8.2.	Áreas focales de enfermedades no transmisibles	230
8.2.1.	Tumores	230
8.2.2.	Enfermedades del sistema circulatorio y diabetes mellitus	272
8.2.3.	Enfermedades del sistema respiratorio	294
8.2.4.	Enfermedades del sistema digestivo	302
8.2.5.	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	308
8.2.6.	Enfermedades del sistema genitourinario	312
8.2.7.	Enfermedades raras	314
8.3.	Conclusiones y recomendaciones	318
9.	Objetivo 9. Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y de accidentes	319
9.1.	Causas externas	321
9.1.1.	Indicadores generales	321
9.1.2.	Mortalidad por causas externas	321
9.1.3.	Accidentes autodeclarados	323
9.1.4.	Lesiones atendidas en Atención Primaria	324
9.1.5.	Morbilidad hospitalaria por causas externas	325
9.1.6.	Carga de enfermedad por causas externas	327
9.2.	Accidentes de tráfico	328
9.2.1.	Indicadores generales	328
9.2.2.	Mortalidad por accidentes de tráfico	328
9.2.3.	Morbilidad por accidentes de tráfico	330
9.2.4.	Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico	332
9.2.5.	Factores determinantes	332
9.3.	Suicidio y lesiones autoinfligidas	336
9.3.1.	Indicadores generales	336
9.3.2.	Mortalidad por suicidio	336
9.3.3.	Morbilidad por intentos de suicidio	338
9.3.4.	Carga de enfermedad por suicidio	339
9.4.	Violencia de pareja contra la mujer	340
9.5.	Conclusiones y recomendaciones	341
10.	Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro	343
10.1.	Medio ambiente y salud	344
10.1.1.	Vigilancia de la calidad del aire	346
10.1.2.	Vigilancia del polen atmosférico	349
10.1.3.	Vigilancia de esporas de hongos en la atmósfera	352
10.1.4.	Sistema de vigilancia de legionelosis	353
10.1.5.	Vigilancia de extremos térmicos y salud	355
10.1.6.	Vigilancia de la calidad de las aguas de consumo humano	357
10.1.7.	Vigilancia de la calidad de las aguas de las zonas de baño	358
10.1.8.	Vigilancia de productos químicos	358

10.2. La pérdida de salud de la población trabajadora madrileña por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	360
10.2.1. Las Enfermedades Profesionales	360
10.2.2. Siniestralidad Laboral	364
10.3. Conclusiones y recomendaciones	377
11. Objetivo 11. Una vida más sana	379
11.1. Estilos de vida y salud	380
11.2. Ejercicio físico en adultos	381
11.3. Alimentación	383
11.3.1. Consumo de alimentos	383
11.3.2. Alimentación fuera del hogar	386
11.3.3. Realización de dietas	386
11.4. Antropometría	388
11.4.1. Índice de masa corporal	388
11.4.2. Percepción del peso corporal y cuestiones relacionadas	390
11.5. Estrés	392
11.6. Conclusiones y recomendaciones	393
12. Objetivo 12. Reducción de los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco	395
12.1. Consumo de tabaco en adultos	396
12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad	396
12.1.2. Distribución por nivel de estudios y clase social	398
12.1.3. Proporción de abandono y fases de abandono	399
12.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco	400
12.2. Consumo de alcohol en adultos	402
12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas	406
12.3.1. Consumo de cannabis	406
12.3.2. Consumo de cocaína	406
12.3.3. Consumo de éxtasis	407
12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas	407
12.4. Repercusiones en la salud	409
12.4.1. Mortalidad atribuible al tabaquismo	409
12.4.2. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas	410
12.4.3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas	412
12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas	414
12.6. Conclusiones y recomendaciones	415
Índice de figuras y tablas	417

1.1. Resumen

Dinámica demográfica

La población de la Comunidad de Madrid asciende a 6.081.689 residentes a primero de enero de 2007. Un año antes había cruzado por primera vez el umbral de los seis millones (6.008.183). Según las previsiones oficiales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid el crecimiento demográfico tenderá a desacelerarse en los próximos años y las previsiones para el año 2017 son que la población superará los 6.775.000 habitantes.

La distribución por edades de la población de la Comunidad de Madrid tenderá a madurar en los próximos años. Por una parte, aumentará el número absoluto y la proporción de personas mayores sobre el total. Por otra, las entradas por nacimiento, tras algunos años de ligero incremento, volverán muy probablemente a reducirse, como consecuencia no tanto de la evolución prevista de la fecundidad, que seguirá en leve ascenso, como de una fuerte reducción del tamaño de las cohortes de mujeres en edades maternas.

El crecimiento reciente de la población de la Comunidad de Madrid se ha producido fundamentalmente por la gran aportación de la inmigración con destino a nuestra región, especialmente procedente del extranjero. A partir del cambio de siglo el número de residentes de nacionalidad extranjera empezó a aumentar de manera significativa. Las proyecciones oficiales apuntan a una atenuación de estos flujos migratorios. De acuerdo con el Padrón continuo de 2007, Ecuador (156.655 personas) sigue siendo la nacionalidad con mayor representación en la Comunidad de Madrid, pero la población rumana (147.035) se le acerca rápidamente. Por detrás quedan Marruecos (77.412), Colombia (71.807), Bolivia (50.167), Perú (49.674) y China (31.471).

El número de nacidos vivos de madre residente en la Comunidad de Madrid siguió aumentando en 2006, tras el leve freno observado el año anterior. La cifra de nuevos madrileños (71.941 nacidos) no se alcanzaba desde 1980. Buena parte del número de nacimientos habidos en 2006 se explica por el gran tamaño de las cohortes de mujeres que actualmente están en las edades de máxima fecundidad. El indicador sintético de fecundidad se situó en 2006 en 1,37 hijos por mujer, un valor no alcanzado desde 1988. Las mujeres madrileñas tienen sus hijos actualmente a una edad, en promedio, mucho más alta que la de la generación de sus madres. La edad media a la maternidad es de 31,9 años. El 10 por ciento del total de recién nacidos pasa a formar parte de una familia numerosa.

Mortalidad

La mortalidad general de la población de la Comunidad de Madrid ha seguido mejorando durante el año 2006. La principal contribución al aumento de la esperanza de vida sigue correspondiendo a la mejora de la mortalidad en las edades avanzadas. Las enfermedades del sistema circulatorio son las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, en tanto que la aportación de los tumores se reparte entre ese grupo de edad y el de los adultos. Son sobre todo las peores tasas en hombres tanto de tumores (50 a 69 años) como causas circulatorias (a partir de los 70) las que dejan la esperanza de vida al nacer de los madrileños en 78,87 años, frente a los 85,45 de las madrileñas.

El persistente descenso de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio hace que por primera vez en 2006 el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad se vea superado por el de los tumores. Entre los varones los tumores ya eran la primera causa de muerte desde años atrás. En las mujeres, las enfermedades circulatorias

siguen siendo la causa más importante de defunción. Una vez ajustadas por edad, los tumores pasan a ser la primera causa también en la población femenina, al igual que en los hombres y en el conjunto de ambos sexos reunidos.

Como en el año 2005, en 2006 también los tumores fueron la primera causa de muerte en las Áreas 3, 8, 9 y 10. En las restantes (1, 2, 4, 5, 6, 7 y 11) lo fueron las enfermedades del sistema circulatorio. La lista de causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2002-06 es semejante en todas las Áreas de Salud. Las enfermedades cerebrovasculares son la primera causa en todas las Áreas salvo en el Área 10 y el Área 11, donde lo es el cáncer de pulmón. Junto con estas dos, el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca, y los grupos de otras enfermedades del sistema respiratorio y otras enfermedades del corazón se encuentran entre las cinco primeras causas en todas las Áreas. Sólo en el Área 9, la EPOC aparece entre las enfermedades con mayor mortalidad.

Morbilidad

En 2007, 4.351.907 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 67% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria (TIS). El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. En la población adulta en todos los grupos de edad, la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es mayor que la de hombres. Esto también ocurre en los extranjeros, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2007 se han registrado en OMI-AP 16.614.740 episodios de consulta en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 2.558,0 episodios por 1.000 personas que constan en TIS. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 544,0 episodios por 1.000 personas. La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor frecuencia, seguida por el aparato locomotor. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 12,2% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y la infección intestinal inespecífica. Dentro de las patologías crónicas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus no insulino dependiente.

En el año 2007 en el CMBD se registraron 896.374 altas hospitalarias correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 145,1 por 1.000 habitantes. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo son en las mujeres superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con las edades fértiles) mientras que en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria, el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (33,71 por mil) siendo la siguiente causa en frecuencia los tumores (tasa de 17,25 por mil en hombres y 17,58 en mujeres). Las siguientes causas con tasas más elevadas en los hombres son las enfermedades digestivas (tasa 17,01 por mil), respiratorias (14,50 por mil) y circulatorias (13,63 por mil) y en las mujeres las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (tasa 17,39 por mil), digestivas (12,85 por mil) y circulatorias (11,99 por mil).

Carga de enfermedad y expectativas de salud

En el año 2006 en la Comunidad de Madrid se perdieron 601.831 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud (AVAD). El 52,4 por ciento corresponde a varones y el 47,6 por ciento a mujeres. Las enfermedades no transmisibles concentran casi el 90 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,5 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 4,7 de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (30,3 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (16,7 por ciento) y las circulatorias (11,0 por ciento). En conjunto, el 39,25 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 60,75 fueron años vividos en mala salud (AVD).

Una persona de 15 años de edad residente en Madrid puede esperar vivir en adelante, en promedio, 47,3 años en buena salud (un 69,8% de los 67,7 años que le quedan de vida), 16,3 años en salud regular y 4,1 en mala salud. A medida que avanza la edad, la esperanza de vida va disminuyendo y el peso de la salud regular y mala va proporcionalmente aumentando. A los 65 años, de los 20,7 que quedan como media por vivir sólo 8,8 lo serán en buena salud (un 42,6%). A los ochenta años, dos de cada tres años se vivirán en salud regular o mala. Este comportamiento (a mayor edad, peor indicador de salud) se verifica también en la esperanza de vida libre de discapacidad y en la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas.

Tanto los indicadores de carga de enfermedad como las expectativas de salud confirman que, a pesar de tener una esperanza de vida más alta –es decir, una mortalidad más favorable– las mujeres tienen un peor estado de salud que los hombres.

Encuesta de salud

En 2007 un 15% y un 59,6% de la población mayor de 15 años ha declarado que su estado de salud era muy bueno o bueno, respectivamente. Como en los indicadores citados anteriormente, también en la encuesta las mujeres refieren una peor salud a cualquier edad.

El problema de salud crónico diagnosticado más prevalente en la población general de 16 años o más es la hipertensión (13,9%) seguido por las artrosis, artritis y reumatismos (13,8%) y la alergia (12,8%). En menores de 35 años, la alergia (17,0%), los dolores de espalda (5,2%), las jaquecas y migrañas (3,9%) y el asma (3,6%) son los trastornos más frecuentes, mientras que en los de 65 y más años lo son la hipertensión arterial (43,0%), la artrosis (42,8%), el colesterol elevado (26,2%), los dolores de espalda (19,4%) y la diabetes (16,0%).

El 11,1% de la población mayor de 15 años dice tener alguna limitación grave permanente. La prevalencia es mayor entre las mujeres (12,8% frente a 9,3% en los hombres), aumenta con la edad, es mayor en trabajadores manuales y mayor en las personas de origen español.

Un 5,6% de la población general (7% entre las mujeres) declara ser el cuidador principal (solo o con ayuda) en el propio domicilio de una persona discapacitada o una persona mayor de 74 años que lo requiere.

El 88% de la población de 16 años ó más ha consultado al médico general o a la enfermera del primer nivel asistencial (público o privado) en el último año. Un 73,7% ha esperado menos de un día para ser vistos en Atención Primaria, y un 1,6% más de una semana. Un 11,6% de la población mayor de 15 años ha tenido que esperar más de 4 meses para ser visto por el especialista, y otro 14,7% entre 2 y 4 meses.

El 20,0% de las personas de más de 15 años ha utilizado los servicios de urgencias (tanto públicos como privados) en los últimos 12 meses. La utilización es mayor por las mujeres y se incrementa en las edades extremas. Han acudido más frecuentemente los trabajadores manuales. Los inmigrantes que llevan 5 ó más años viviendo en España han acudido con más frecuencia que las personas de origen español, pero los que llevan menos de 5 años lo han hecho con menor asiduidad.

Un 7,4% de la población mayor de 15 años opina que el funcionamiento del sistema sanitario madrileño es muy bueno y un 44,9% adicional que es bueno. No se aprecian patrones de valoración notablemente diferentes en los dos sexos. Las personas mayores de 64 años son las más satisfechas y las más descontentas las que tienen entre 45 y 64 años.

Un 78,8% de la población mayor de 15 años tiene cobertura exclusivamente pública, un 2,1% exclusivamente privada y un 19,0% mixta. La distribución del aseguramiento presenta diferencias significativas según edad, nivel socioeconómico, país de nacimiento y Área de Salud de referencia.

Salud infantil

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando en 2006, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Este aumento 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 y partos distócicos atendidos. La mortalidad infantil registrada en el año 2006 es de 3,04 por mil nacidos vivos. Las principales causas de defunción son las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Cuatro de cada cinco niños de 0 a 4 años acudió en 2007 a los centros de Atención Primaria, con un total de más de un millón y medio de episodios de enfermedad, de los cuales el 25,4% correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio (23,8% del total de altas a estas edades).

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.

También 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 inmuno-prevenibles como las campañas informativas sobre la forma de prevenir la transmisión, podrían repercutir directamente en la disminución de su incidencia.

La salud de los jóvenes

En el análisis de la morbimortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad

de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor.

La frecuencia de numerosos factores de riesgo asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque en numerosos indicadores se han realizado importantes progresos desde los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético evolucionan negativamente, especialmente en la población femenina.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años, seguido por el tabaco. Conviene llamar la atención sobre el reciente repunte de consumo de tabaco y alcohol que habrá que vigilar estrechamente. El descenso del consumo de drogas del comercio ilegal, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en 2007. Un porcentaje alto de los jóvenes manifiesta haber recibido información sobre las drogas, si bien este porcentaje es menor en los alumnos de los Ciclos Formativos de Grado Medio que en los alumnos de E.S.O.

Se ha estudiado de manera particular la situación de la Enfermedad Celíaca en población escolar de 6 a 18 años de la Comunidad de Madrid. La prevalencia total es de 1,27 por cada 100 es decir, 1 de cada 79 niños de nuestra Comunidad es celíaco. De ellos, se estima que el 65 por ciento no están diagnosticados. Por ello, es recomendable la búsqueda activa de casos en población de riesgo. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad, un mayor conocimiento de ésta y disponer en la actualidad de métodos de screening sencillos y accesibles llevará a un aumento en la de detección de casos en la población de riesgo, con consecuencias beneficiosas en la salud de esta población, incrementando su calidad y esperanza de vida.

La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2007 en un 14,7 por mil. El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España. Se constata un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos así como diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Se deben promover campañas informativas acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para las mujeres inmigrantes, adoptando distintos abordajes en materia de prevención que tengan en cuenta sus necesidades desde la diferencia de sus claves culturales. La Atención Primaria parece el nivel más adecuado para llegar a esta población por lo que se debería dotar con los suficientes recursos tanto materiales como humanos para llevar a cabo estos programas

La salud de los mayores

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 14,2% de la población mayor de 64 años, y diferencias importantes según las zonas consideradas.

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.449,4 por cien mil) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.189,3 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

Ocho de cada diez personas mayores de 64 años han sido atendidas al menos en una ocasión, en el año 2007, en Atención Primaria del sistema sanitario público. En 2007 se registraron 296.762 altas hospitalarias (tasa de 336,95 por mil habitantes) en este grupo de edad. Cuatro de cada cinco muertes se producen en mayores de 64 años.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las más frecuentes en Atención Primaria y son causas importantes de estancia hospitalaria si bien es a partir de los 84 años cuando ocupan el primer lugar como causa de morbilidad hospitalaria. Las enfermedades del aparato locomotor son las segundas en frecuencia en Atención Primaria en los mayores de 64 años. En los mayores de 84 años la incapacidad o minusvalía del aparato locomotor es la cuarta causa específica más frecuente.

Las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos son la primera causa de estancia hospitalaria en el grupo de 65 a 84 años de edad. Según los datos autorreferidos en la encuesta de salud 2007 un 9,3% de los mayores de 64 años tienen una limitación grave permanente en la vista y un 9,6% en el oído.

La dependencia o necesidad de ayuda para realizar actividades es mayor en las mujeres y aumenta con la edad. Los sistemas de asistencia sanitaria y social deben adaptarse a las necesidades que presentan los mayores, tanto desde el punto de vista preventivo como curativo y paliativo.

Salud mental

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

En Atención Primaria la patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en 2007. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con sustancias mientras que en mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Según la encuesta de salud (ERSM2007), la patología de mental es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. Se observaron diferencias en la presencia o riesgo de sufrir ansiedad o depresión, según país de nacimiento, nivel socioeconómico y estado civil. Esta información permite priorizar los programas para mejorar la salud mental en aquellos grupos que presenten un riesgo más elevado.

Enfermedades transmisibles

En 2007 las coberturas de vacunación infantil en los primeros meses de edad se mantienen en valores muy elevados (superiores al 90%), si bien a partir de los 15 meses la cobertura en algunas dosis está por debajo del 80%. 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 y deberá constituir en el futuro un apoyo al sistema asistencial para conseguir una alta calidad de los programas de vacunación. 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.

Las enfermedades infecciosas representaron en torno a un tercio de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007. Las tasas más elevadas se observaron en mujeres, en población española y especialmente en el grupo de edad de 1 a 4 años. Las infecciones más frecuentes fueron las localizadas en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda superior fue la primera causa de infección en todos los grupos de edad.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron el 1,6% de las altas hospitalarias registradas en 2007. Las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida. Las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran una tendencia ascendente en los últimos años por lo que es necesario revisar los programas de prevención que se están llevando a cabo.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública y es necesario seguir con el esfuerzo para prevenir y controlar esta enfermedad, adaptándose a los cambios epidemiológicos de los últimos años en los que aumenta el porcentaje de casos en inmigrantes.

Aunque la incidencia y la mortalidad por Sida muestren una tendencia descendente desde la introducción de las terapias combinadas con antirretrovirales de gran actividad, es fundamental favorecer y adaptar los programas de prevención y control de la infección por VIH/Sida. Junto a la importancia del mantenimiento de los programas de reducción de daño en los usuarios de drogas hay que considerar también que es necesario conseguir un diagnóstico precoz de la infección por VIH cuando se tienen o se han tenido conductas sexuales que impliquen un riesgo de transmisión del VIH.

Enfermedades no transmisibles

Los tumores son la primera causa de mortalidad y morbilidad hospitalaria –descartando la atención al parto, que no es propiamente una enfermedad, pero que ocupa el primer puesto como tasa de morbilidad hospitalaria- y la segunda en carga de enfermedad en la población madrileña. El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, el de colon y recto, y el de mama en mujeres son los tumores que causan mayor mortalidad.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad –con tendencia claramente descendente- la tercera en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de las muertes por este grupo de causas, las cardiopatías isquémicas representaron en 2006 el 40,6% en hombres y el 25,7% en mujeres, y las cerebrovasculares el 21,5% y el 24,5% respectivamente. El centro del municipio de Madrid (distritos Centro y Chamberí) y el de Navacarnero coinciden en presentar una mortalidad tanto isquémica como cerebrovascular significativamente mayor que el resto de la Comunidad.

La bronquitis y el enfisema (EPOC) motivaron el 31,1% en hombres y el 10,8% en mujeres de las muertes por enfermedades respiratorias -tercera causa de mortalidad en 2006 en la Comunidad de Madrid-. En la distribución espacial de la mortalidad por estas enfermedades destaca, tanto en hombres como en mujeres, un patrón de agregación de secciones con exceso de mortalidad en los Distritos del sur y este de la región. La morbilidad hospitalaria por EPOC corresponde sobre todo a varones con un incremento progresivo con la edad (a partir de los 45 años), mientras que en el conjunto de las enfermedades respiratorias junto a las edades avanzadas se añade el grupo de menores de cinco años.

Las causas digestivas específicas que ocasionaron una mayor mortalidad fueron la cirrosis (en 2006, 35,2% de las muertes por enfermedades digestivas en los hombres y 15,4% en mujeres) y la enfermedad vascular intestinal (10,8% en hombres y 17,7% en mujeres). Las enfermedades digestivas son una causa importante de morbilidad hospitalaria con un aumento progresivo con la edad y ligeramente más frecuente en hombres.

Los resultados del estudio PREDIMERC muestran que en la población adulta (30-74 años) de la Comunidad de Madrid la prevalencia de diabetes mellitus es moderada (8,1%) con una frecuencia elevada de enfermedad desconocida, sobre todo en varones. Se observa una prevalencia elevada de hipertensión arterial (29,3%), hipercolesterolemia (23,2% con valores de CoT ≥ 240 mg/dl y 54,2% con CoT ≥ 200 mg/dl), sobrepeso (41,5%), obesidad (21,7%), consumo de tabaco (28,4%), sedentarismo laboral/ocupación habitual (32,6%), personas inactivas (sedentarias) en el tiempo libre (85,5%), agrupación de 3 ó más factores de riesgo (32,5%), síndrome metabólico (24,6%) y riesgo cardiovascular alto (13,3%). En general, tanto la diabetes como el resto de factores de riesgo cardiovascular son más frecuentes en hombres que en mujeres y suelen aumentar con la edad en ambos sexos.

Algunos de estos factores de riesgo lo son también para otras enfermedades no transmisibles, como algunos tumores. Por ello es fundamental continuar y reforzar las labores de prevención primaria que se realizan desde el ámbito comunitario y asistencial.

El estudio de la presencia de los factores de riesgo individuales en los distintos grupos poblacionales así como de la distribución geográfica de la mortalidad para las distintas enfermedades permite desarrollar actividades de prevención dirigidas a grupos poblacionales o zonas geográficas con mayor riesgo. La detección precoz es posible en alguna de estas enfermedades como el cáncer de mama, de cérvix o de colon. Los programas deben establecerse y adaptarse en base a los conocimientos científicos y los datos epidemiológicos específicos, de manera que se persiga una mejora continua.

Causas Externas

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2006. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres.

Las lesiones representaron en 2007 algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria. Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres.

Las causas externas supusieron en 2007 el 5% de todas las altas hospitalarias. En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres, aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres.

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces. En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres se aprecia un patrón de agregación de mayor mortalidad en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navalcarnero, Aranjuez, Arganda, y Collado Villalba entre otros.

La morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico se concentra claramente en los varones jóvenes. En jóvenes la no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre y la utilización del casco en bicicleta continúa siendo extraordinariamente infrecuente.

Las tasas de mortalidad por suicidio son, en la Comunidad de Madrid en el año 2006, notablemente inferiores a las de España, si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones. Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas. En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio se aprecia mayor incidencia en el sur de la región.

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres.

La disponibilidad de datos fiables sobre violencia de pareja contra la mujer es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención, promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

Calidad Ambiental

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o estable, sin que en 2007 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. En cuanto a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM₁₀) y del dióxido de nitrógeno (NO₂) se han superado en varias ocasiones los límites respectivos, aunque hay que recordar que éstos se han ido reduciendo progresivamente en los últimos años.

Los niveles de concentración total de polen en 2007 han disminuido respecto a 2006, pese al aumento del tipo Cupresáceas. El contenido total de esporas de hongos en la atmósfera en 2007 fue también inferior al del año 2006.

Respecto al Sistema de Vigilancia de la legionelosis, el número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a finales de 2007 era de 3.635. Entre los casos de legionelosis notificados en 2006 y 2007 no se han detectado zonas de agregación espacial.

La realidad socioeconómica de la Comunidad de Madrid genera efectos negativos en el medio ambiente en general, y sobre la calidad del aire en particular, con un indudable impacto en salud. Es necesario reforzar los sistemas de vigilancia y monitorización tanto de los factores ambientales que puedan suponer un riesgo para la población, y especialmente de los grupos más vulnerables, como de los efectos en la salud que pueden estar produciendo. De esa forma será posible hacer un seguimiento efectivo de las medidas correctoras adoptadas.

Salud Laboral

Entre enero y noviembre de 2007 se comunicaron 1.094 partes de Enfermedad Profesional, siendo las patologías más frecuentes los trastornos osteomusculares, seguidas de las dermatitis. Los Accidentes de Trabajo con baja laboral ascendieron a 154.135 en 2007 y fueron más frecuentes en hombres, en población de origen español y entre asalariados del sector privado. Un 0,1% del total fueron mortales. Los diagnósticos más frecuentes fueron las dislocaciones, esguinces y torceduras (44,1%). El Sistema de Vigilancia de los Accidentes Biológicos en personal sanitario recogió 2.805 notificaciones.

La protección de la seguridad y la salud en el medio laboral es un derecho de todos los ciudadanos. Para garantizarlo es fundamental recoger de forma minuciosa toda la información posible sobre la pérdida de salud derivada de la actividad laboral, y utilizarla para orientar las estrategias preventivas necesarias para disminuir los riesgos para la salud generados por el trabajo, así como promocionar y mejorar la salud laboral.

Hábitos saludables

Cerca de la mitad de la población madrileña es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y cuatro de cada cinco personas no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Los hombres son más sedentarios en la actividad habitual y las mujeres en el tiempo libre. En relación con mediados de los años noventa, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación (aunque en los últimos cinco años se observa una estabilización), especialmente en las mujeres, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre. La falta de tiempo es el principal motivo aducido para justificar el bajo nivel de ejercicio físico realizado.

El consumo de alimentos sigue dibujando un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: una de cada cuatro personas (se incrementa al 44% en los jóvenes de 18 a 29 años) no ingiere fruta diariamente, mientras que el 43% consume dos o más raciones de cárnicos y derivados. Aproximadamente un tercio de la población adulta madrileña come frecuentemente fuera del hogar, especialmente los hombres jóvenes, lo que incrementa los riesgos asociados con una alimentación poco saludable. A los factores anteriores se añade que entre el 6 y el 11% de los madrileños, en función de la fuente de información analizada, realiza algún tipo de dieta para perder peso. Es preocupante constatar como esta práctica, más frecuente en mujeres, se realiza habitualmente sin ningún control médico y está basada en una publicidad con notable credibilidad dentro de la población.

La escasa actividad física y la mala alimentación tienen como consecuencia que entre el 41 y el 44% de la población adulta madrileña, según el SIVFRENT-A, tiene sobrepeso u obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo cerca de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, y creciente con la edad. Por el contrario, la presencia de un peso insuficiente es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, especialmente en las más jóvenes.

La percepción que tienen los ciudadanos sobre su peso corporal infraestima claramente el exceso de peso real detectado, lo que puede conducir a una falsa sensación de normalidad. A pesar de este hecho, los madrileños conocen de forma adecuada cuáles son las causas principales del sobrepeso y de la obesidad (alimentación inadecuada y ausencia de ejercicio físico), y cuáles sus consecuencias (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión). Además, cerca de un 40% expresa el deseo de perder peso, aunque la falta de motivación es el principal obstáculo para conseguirlo.

Tabaco, alcohol, drogas

Las tendencias más recientes del consumo de tabaco muestran una reducción positiva de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, queda mucho margen por mejorar ya que en la actualidad todavía una de cada tres personas de 18 a 64 años fuma habitualmente.

Además durante 2007 se ha observado por primera vez en esta década una estabilización en la tendencia, derivada principalmente de un paro en el descenso del consumo en la población más joven, así como de una estabilización de la tendencia ascendente del abandono del tabaquismo, que habrá que vigilar detenidamente a corto plazo.

El efecto del consumo de tabaco en nuestra región se traduce en 5.304 muertes en el año 2004, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos. Reflejando la evolución natural de la epidemia de consumo de tabaco, se observa en el 2004, comparando con la década de los noventa, un descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la población femenina se mantiene estable.

El consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. Se mantiene estable el consumo moderado pero desciende casi a la mitad el número de bebedores de riesgo teniendo en cuenta el consumo promedio de alcohol. En el caso de la ingesta excesiva en una misma ocasión la reducción es menor y sólo se observa en los hombres. En el 2007 la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 3,1% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 10,4%. Combinando ambos indicadores, el 11,6% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó la prevalencia más elevada seguido por la cocaína, ambas con valores ligeramente inferiores a los de 2005. Respecto a los datos sobre consumo problemático de drogas, se observa una tendencia estable en el número de urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (58,7%) y que provoca la urgencia (47,9%).

En los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en los dos últimos años se observa una tendencia al alza. En cuanto a las sustancias encontradas, los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2006; los antipsicóticos continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005; y respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. Con ambos indicadores, urgencias y fallecimientos, se observa un envejecimiento de la población afectada.

1.2. Metodología

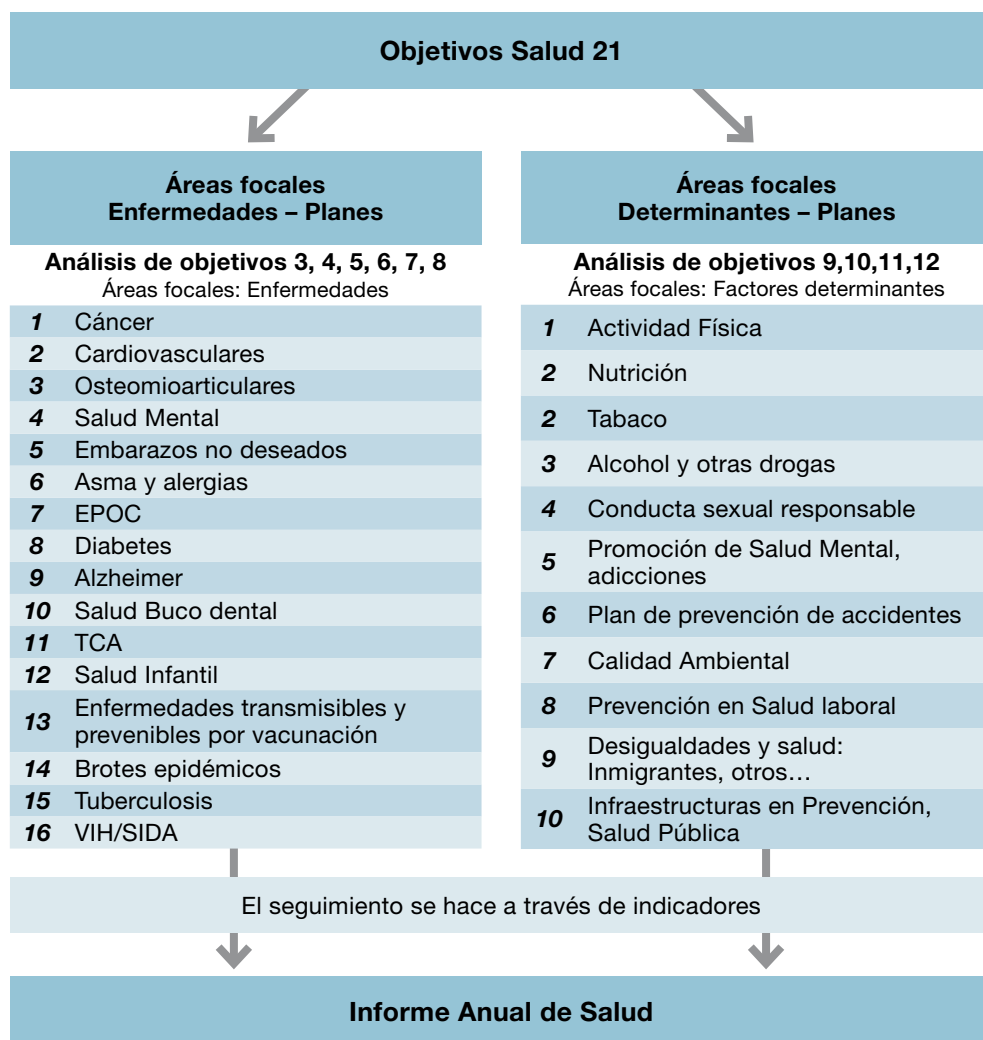
1.2.1. Introducción

El principal objetivo de este cuarto Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid es, como en las anteriores ediciones, aportar evidencia contrastada científicamente 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. No es misión del Informe realizar valoraciones de la información recabada. Por tanto se ha tratado de proporcionar únicamente la información relevante para cuantificar los principales problemas de salud que afectan a la población de la Comunidad, 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.

Para la elaboración de este Informe se ha utilizado la información publicada más reciente y se ha actualizado si se ha tenido la posibilidad de acceder a datos posteriores no publicados. Asimismo, se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de diversas fuentes. Todo ello se detalla a continuación en el subapartado denominado “Fuentes de información”.

Si bien la Comunidad de Madrid cuenta con fuentes de información sanitaria abundantes y de calidad contrastada, es aún necesario hacer un gran esfuerzo para conseguir datos adecuados no sólo para la determinación de prioridades sino para poner de manifiesto aquellos grupos de población con menor nivel de salud. La insuficiencia más destacable, en este sentido, se refiere a la morbilidad. En relación con las enfermedades transmisibles se dispone del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y de la Red de Médicos Centinela, fuentes extraordinariamente útiles para la vigilancia epidemiológica que se han utilizado ampliamente en este Informe. Por otro lado se cuenta con sistemas de información sobre la morbilidad atendida en hospitales, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos, que debe ser analizada con cierta precaución porque de él quedan fuera todas aquellas actuaciones que no precisan ingreso hospitalario, y porque la información suministrada informan del número de las altas hospitalarias anuales, no permitiendo diferenciar ingresos de reingresos. En relación con la morbilidad no hospitalaria, el presente Informe vuelve a recoger información sobre la morbilidad atendida en Atención Primaria, que por vez primera se incluyó en el Informe 2007. Es necesario continuar trabajando para aprovechar al máximo todas las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación y así mejorar el conocimiento sobre la salud de la población y sus determinantes.

El Informe se ha estructurado analizando los objetivos 1 a 12 de la estrategia Salud Siglo 21 promovida por la Organización Mundial de la Salud y asumida por las autoridades sanitarias españolas (Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid). En ella se hace referencia a áreas focales de enfermedades y/o a áreas focales de factores determinantes o de riesgo. El esquema de trabajo es el siguiente:



En las áreas focales de enfermedad se ha seguido de forma genérica el siguiente esquema:

- Análisis de la mortalidad con estudio más detallado del año 2006 (último año disponible en el momento de la publicación), de la tendencia desde 1975 a 2006, comparando con España, así como de la distribución geográfica según la zonificación sanitaria vigente al cierre del Informe (Decreto 187/1998, de 5 Noviembre). Se han analizado las diferencias de esperanza de vida entre los años 2001 y 2006 descomponiendo por edad y causa de muerte. En el análisis geográfico a nivel de Áreas de Salud se han agregado los últimos 5 años de mortalidad disponibles, con el fin de reducir la variabilidad de los estimadores utilizados.
- Análisis de la morbilidad, tanto relativa a la Atención Hospitalaria, como a Atención Primaria
- Análisis de la carga de enfermedad correspondiente a 2006.

1.2.2. Fuentes de información

Objetivos 1 y 2

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Padrón continuo: IECM.
- Proyecciones de Población (Actualización de proyecciones de la población de la Comunidad de Madrid 2002-2017 a fecha de referencia 2006): IECM.
- Movimiento Natural de la Población: IECM, 1975-2006.
- Estadística de Migraciones: IECM, 2007.
- Mortalidad: IECM, 2001-2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad on-line, 1980-2006
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Encuesta Regional de Salud de Madrid: 2001 y 2007.

Objetivo 3

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 1986-2006.
- Partos: IECM, 1986-2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Objetivo 4

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2007
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14 (4): 3-43.
- Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2007). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14 (4): 44-53.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar de Madrid. Año 2006. Comunidad de Madrid. Observatorio de Drogodependencias.

- Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Madrid, 2009.
- Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia enfermedad celíaca en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Madrid, 2009.

Objetivo 5

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM.
- Mortalidad: IECM, 2001-2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Encuesta Regional de Salud de Madrid: 2001 y 2007.

Objetivo 6

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad on-line, 1980-2006
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Encuesta Regional de Salud de Madrid: 2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Objetivo 7

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Vacunación infantil y en campañas: SISPAL, 2006-2007.
- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Vigilancia de la mortalidad on-line, 1980-2006
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2006-2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Temporada de gripe 2006-2007 en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2007; 13(3): 3-14.
- Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid, año 2006. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2007; 13(5): 3-25.

- Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2006-2007. Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(1): 3-26.
- Enfermedades de declaración obligatoria: Funcionamiento del Sistema de Vigilancia y situación general. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(3): 3-29.
- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(5): 3-26.
- Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en la Comunidad de Madrid. CMBD 1998-2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(6): 3-23.
- Legionelosis, año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(6): 24-34.
- Brotes epidémicos, Comunidad de Madrid, año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(8): 3-30.
- Informe de la enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(9): 3-33.
- Sarampión, rubéola y parotiditis. Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(11): 3-37.
- Tos ferina. Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14 (11): 38-49.
- Plan de erradicación de la poliomielitis, Comunidad de Madrid, 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(11): 50-59.
- Vigilancia de la infección por VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(12): 3-34.
- Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(12): 35-67.

Objetivo 8

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras, 1975-2006.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.
- PREvalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142500431466&language=es&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914017

Objetivo 9

Se han analizado de forma específica para este Informe datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: IECM, 2006.
- Mortalidad: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras, 1975-2006.
- Morbilidad en Atención Primaria: OMI-AP, 2007.
- Morbilidad hospitalaria: CMBD, 2007.
- Series estadísticas sobre accidentes y víctimas: <http://www.dgt.es> , 1994-2007.

Se incluyen mapas procedentes del Proyecto Medea.

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(4): 3-43.
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.
- Violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid, 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública.

Objetivo 10

Se han analizado datos procedentes de las siguientes fuentes:

- Sistema de Vigilancia de Contaminación Atmosférica.
- Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM).
- Sistema de Vigilancia de Legionelosis.
- Sistema de Vigilancia de Extremos Térmicos (ola de calor).
- Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).
- Aguas de baño.
- Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ).
- Partes Oficiales de Accidente de Trabajo con Baja (2007) y de Enfermedad Profesional (Enero- Noviembre 2007) de la Comunidad de Madrid suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo e Interior (CEPROSS).
- Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto en la Comunidad de Madrid (RETEA).
- Sistema de notificación de Accidentes Biológicos (NOTAB).

Objetivo 11

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.

- La alimentación en la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública nº 115; 2007.
- Estudio monográfico sobre “Publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas”. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.
- Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Objetivo 12

Se ha extraído información de los siguientes informes:

- Vigilancia del consumo de tabaco, exposición ambiental y mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2007; 13 (9): 2-50.
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2008; 14(7): 3-39.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2007. Plan Nacional de Drogas.
- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Año 2007. Agencia Antidroga.
- Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas durante el año 2007. Agencia Antidroga.

1.2.3. Indicadores

A continuación se expone la metodología que se ha seguido en el análisis de los datos que se han considerado específicamente para la elaboración del presente Informe. Si la información procede de informes previamente elaborados, es en ellos donde se podrá consultar la metodología empleada.

1.2.3.1. Mortalidad y esperanza de vida (Objetivos del 1 al 9)

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 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.

En las comparaciones de diferentes poblaciones, para eliminar el efecto de la edad se suele utilizar la técnica de la estandarización, bien directa o indirecta. La estandarización directa toma una misma población como estándar o referencia. En este Informe se ha considerado 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. El mismo procedimiento de estandarización con la población europea se ha utilizado para las tasas ajustadas truncadas, en las que sólo se consideran los grupos de edad de 35 a 64 años.

La estandarización indirecta toma como referencia común una serie de tasas específicas de mortalidad por edad, que son aplicadas a todas y cada de las distribuciones de población por edad de los distintos ámbitos a comparar. Se obtienen así las muertes esperadas que se comparan con las realmente observadas en cada población. El cociente de observadas y esperadas se denomina Índice o Razón de Mortalidad Estándar (IME o RME). En este Informe, para el cálculo de fallecidos esperados en las Áreas de Salud se han tomado como referencia las tasas específicas por edad y causa de la Comunidad de Madrid promedio del quinquenio 2002-2006, de manera que un valor superior a 100 indica una mortalidad en el Área mayor que la del conjunto de la Comunidad de Madrid y viceversa.

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).

Para los indicadores de mortalidad de la población española se ha utilizado como denominador las estimaciones intercensales y las proyecciones de población oficiales calculadas por el INE (http://www.ine.es/inebmenu/menu2_dem.htm#1b).

Mortalidad infantil y perinatal

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

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

Aquellos embarazos que no culminan con el alumbramiento de un nacido vivo concluyen en una muerte fetal o intrauterina. Si el feto muerto no presenta características de viabilidad, el caso consta en la estadística de abortos (bien espontáneos, bien inducidos). Si cumple esos requisitos, se incorpora a la estadística de muertes fetales tardías. El o los criterios de viabilidad varían según el país o el momento histórico, lo que dificulta las comparaciones entre poblaciones y la coherencia de las series temporales. La CIE-10 fija como criterios la duración de gestación (al menos 22 semanas completas), el peso (500 gramos o más) o la talla (25 centímetros o más desde la coronilla al talón). Teniendo en cuenta que en España sólo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muertes fetales tardías de más de 180 días de gestación (art. 45 de la Ley de Registro Civil de 8 junio de 1957), el INE y el IECM vienen empleando el criterio de considerar como muerte fetal tardía el feto muerto con seis o más meses de gestación. Como en el Boletín

Estadístico figuran las semanas de gestación, se incluyen todos los acontecimientos de 26 o más semanas y en caso de no conocer este dato, aquellos en los que su peso al nacer es de 500 o más gramos. En este Informe se ha mantenido este criterio de viabilidad

(<http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/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 ha utilizado 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 ha calculado con el agregado de los nacidos vivos y las muertes fetales tardías en el denominador.

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

Evolución temporal

En las figuras de la evolución anual (1975-2006) de las tasas ajustadas de mortalidad en la Comunidad de Madrid y España, junto a la serie de valores anuales se ha representado su tendencia suavizada (ajuste polinómico de orden 6). En cada caso se ha utilizado la escala más adecuada para obtener una mejor visualización de la tendencia, por lo que las distintas figuras no son directamente comparables entre sí.

Proyecto MEDEA

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

Los datos de fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad, perteneciente al Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM). Dado que un alto porcentaje de fallecidos en colectivos puede producir un patrón sesgado de exceso de mortalidad en áreas tan pequeñas, no se incluyeron en estos análisis. Por tanto en este estudio se han incluido nacidos vivos y fallecidos residentes en viviendas familiares, en la Comunidad de Madrid desde 1996 a 2003 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 95,6% de los registros, muy aproximada en el 2,7% y estimada en el 1,7%. Posteriormente a cada fallecimiento se le asignó el seccionado de 2001.

Para cada unidad geográfica se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) 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 19 grupos quinquenales) y sexo por las tasas específicas por los mismos grupos de edad y sexo de España de 2001.

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, se ha considerado un método estadístico bayesiano (en concreto el propuesto por Besag, York y Mollié) para la estimación del riesgo relativo de mortalidad de cada sección censal. 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.

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: <0,1; 0,1-0,2; 0,2-0,8; 0,8-0,9; >0,9. Las áreas de alta y baja probabilidad de exceso de riesgo se presentan mediante mapas utilizando una gama de colores con tonalidades de verdes para los riesgos relativos con baja probabilidad de ser superior a 100 (áreas con defecto de riesgo) y rojas para los riesgos relativos con alta probabilidad (áreas con exceso de riesgo), siendo el rango intermedio representado en color amarillo.

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

Este método permite descomponer las diferencias de esperanza de vida al nacer bien en el tiempo (evolución de la mortalidad de una población), bien en el espacio (diferencias entre dos poblaciones), bien por género (diferencia de esperanza de vida entre mujeres y hombres) producidas por las distintas tasas específicas de mortalidad por causa, sexo y edad. En tanto que la esperanza de vida es un indicador fácilmente comprensible e interpretable, esta técnica es un buen modo de expresar la participación de las distintas 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 3.1.

Para este Informe se ha calculado, en primer lugar, la contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios de la esperanza de vida para el periodo 2001-2006. Los resultados son comparables con los obtenidos en el Informe de Salud de 2004, donde se realizó la estimación, con la misma metodología, de los quinquenios 1990-1995 y 1995-2000, y del Informe de Salud 2007, en el que se estimó para el quinquenio 2000-2005. En segundo lugar, se ha calculado la descomposición de la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres para el año 2006.

1.2.3.2. Morbilidad en Atención Primaria (Objetivos del 1 al 9)

Se han analizado los episodios de atención primaria registrados en el programa informático OMI-AP, de la Comunidad de Madrid en el año 2006 y 2007. En estos años ya se había alcanzado una informatización completa en Atención Primaria.

La extracción de datos, anonimizada, ha utilizado la estrategia de seleccionar a las personas que han acudido a las consultas de Atención Primaria y que han generado algún apunte en OMI en los años 2006 y 2007. No se han incluido los episodios de actividades preventivas.

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. La edad se ha calculado a fecha 31 de diciembre de 2007.

Se ha efectuado un primer análisis considerando las personas que han acudido a atención primaria en el periodo 2006-2007. Para el cálculo de porcentajes estandarizados por edad se ha utilizado la población estándar europea definida por la OMS. Posteriormente se han analizado los episodios registrados. Se ha utilizado una clasificación en patología crónica basada en la de *The Family Medicine Research Centre, FMRC, University of Sidney*.

1.2.3.3. Morbilidad hospitalaria (Objetivos del 1 al 9)

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir del fichero de CMBD 2007 que incluye información tanto de hospitales públicos como privados. Se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-9-MC).

Para el cálculo de las tasas del año 2007 se ha utilizado como denominador la población a 1 de Julio de 2007 estimada a partir del padrón continuo publicado por el IECM.

(http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_1.htm).

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.

1.2.3.4. Carga de Enfermedad y expectativas de salud (Objetivos 1, 2, 6, 7, 8 y 9)

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.

En este Informe se ha estimado la Carga de Enfermedad para la población de la Comunidad de Madrid para el año 2006, 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 han obtenido 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 de 2006 estimadas por el IECM a partir del Padrón Continuo. Las defunciones del año 2006 por sexo, edad y causa de muerte proceden de una explotación del fichero de microdatos anonimizado de registros de mortalidad del mismo IECM. Las rúbricas de la CIE-10 han sido reagrupadas de acuerdo con la llamada Clasificación de Carga de Enfermedad (clasificación jerárquica, exhaustiva y excluyente, organizada en tres niveles: 3 grandes Grupos, 21 Categorías y algo más de un centenar de Subcategorías). Los códigos mal definidos se han reasignado 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 ha utilizado la información correspondiente a la estimación realizada por la OMS más reciente disponible (año 2004, revisada).

El primer componente de los AVAD, los AVP, se ha obtenido 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. La estimación se ha realizado utilizando la aplicación informática GesMor.

Los AVD se han obtenido 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 2006-. Se considera como punto de corte para fijar el uso de este segundo procedimiento que la razón AVD/AVP esté por encima de 10.

Expectativas de salud

Junto con los indicadores de carga de enfermedad, la otra gran familia de medidas sintéticas de salud de las poblaciones está constituida por las llamadas expectativas de salud. La esperanza de vida habitualmente utilizada sólo distingue entre estar vivo y estar muerto, de manera que una persona con demencia senil grave contribuye de la misma manera que un medallista olímpico

al número de años que se puede esperar vivir a partir de una edad. Sin embargo, no todo ese tiempo se vivirá en el mismo estado de salud. Las expectativas de salud determinan, a partir de información procedente de encuestas de salud, cuántos de esos años que fija la esperanza de vida se vivirán en cada distinto estado de salud.

La reciente realización de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 abre la posibilidad de calcular este tipo de indicadores sintéticos de salud para la población actual de la Comunidad de Madrid. Se han estimado tres de las expectativas de salud más comúnmente utilizadas: la esperanza de vida en buena y mala salud percibida, la esperanza de vida libre de y con discapacidad, y la esperanza de vida libre de y con enfermedades crónicas. Las fuentes de información han sido las tablas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid para el año 2007 y las prevalencias por edad y sexo de las distintas medidas de salud consideradas, obtenidas de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 (ERSM07). Se ha aplicado el método de Sullivan (Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971 Apr;86(4):347-54). La ERSM07 no tiene cuestionario infantil, por lo que las expectativas de salud se han estimado a partir de edades jóvenes (15 y más años), pero no para menores. Se ha asumido que las prevalencias estimadas para el grupo 16-19 son aplicables al grupo quinquenal de edades 15-19 de la tabla de mortalidad. Los resultados se expresan tanto en años vividos en los distintos estados de salud como en la proporción que estos suponen sobre la esperanza de vida total a cada edad considerada.

1.2.3.5. Encuesta Regional de Madrid 2007 (ERSM2007) (y 2001) (Objetivos 1, 2, 5, 6 y 7)

Diseño

La Encuesta Regional de Madrid 2007 es una encuesta de base poblacional por medio de entrevistas personales en el hogar a partir de un cuestionario estructurado.

La población de referencia es la de 16 años o más no institucionalizada residente en la Comunidad de Madrid (CM). Como aproximación a la población residente se ha utilizado la inscrita en el padrón de habitantes a fecha 1 de enero de 2007.

El esquema de muestreo que se ha utilizado es biétapico: las unidades de primera etapa son conglomerados constituidos por las secciones censales estratificadas por las 11 Áreas de Salud de la CM; las unidades de segunda etapa (unidades muestrales últimas) están constituidas por los individuos de 16 y más años residentes en las secciones censales seleccionadas en la primera etapa.

El tamaño muestral teórico inicial ha venido condicionado por la necesidad de obtener estimaciones en menores y mayores de 65 años en cada Área de Salud con un error de muestreo máximo aproximado del 6%, para un nivel de confianza del 95% y tomando como referencia un efecto de diseño en torno a 1,3. Estos condicionantes han determinado un tamaño igual en cada Área de salud de 818 individuos de menos de 65 años y 273 de 65 años o más (1.091 individuos por Área, 12.001 en total). Previendo dificultades en la captación de individuos se definió una muestra teórica de 12.491 individuos, con alrededor de 1.134 individuos en cada Área. Finalmente se ha obtenido información de 12.190 individuos.

Las unidades de primera etapa, las secciones censales, fueron seleccionadas con probabilidad proporcional a su tamaño poblacional y con el condicionante de que cada una proporcionara 10 individuos. La selección de los 10 individuos de cada sección fue por muestreo aleatorio simple, pero con la restricción de que la distribución de la muestra final obtenida en cada uno

de los 22 grupos de selección iniciales (11 Áreas de Salud por dos grupos de edad: menos de 65 años, 65 años ó más) fuera proporcional a la de la población en cada uno de esos grupos según sexo, grupos de edad decenales, y nacionalidad española o extranjera.

De cada elemento de la muestra se obtuvo del padrón a 1 de Septiembre de 2005 (últimos datos del padrón actualizados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid de los que se disponía al realizar el diseño muestral) su nombre y dirección completa, sexo, edad y nacionalidad.

Cuestionario

El cuestionario consta de 129 preguntas que se vienen a responder en unos 35 minutos, aunque este tiempo depende mucho de los problemas de salud que tenga el entrevistado.

En todos los casos fue administrado personalmente por el entrevistador en el domicilio del paciente.

Al cuestionario completo se puede acceder desde la página web de la CM (www.madrid.org) Sanidad/Profesional/Información técnica (Sistemas de información)/Encuesta de Salud 2007.

Las preguntas se organizan entorno a los siguientes bloques temáticos:

- 1) Estado de salud física y mental y calidad de vida,
- 2) Discapacidad,
- 3) Utilización y accesibilidad de los recursos sanitarios,
- 4) Factores de riesgo para la salud de origen ambiental,
- 5) Factores de riesgo para la salud de origen laboral y doméstico (tareas del hogar y cuidado de personas dependientes),
- 6) Factores de riesgo individuales,
- 7) Realización de actividades preventivas,
- 8) Aspectos sociodemográficos,
- 9) Deseo de participación en futuras encuestas de salud.

Realización de la encuesta

Se realizó un estudio piloto con 50 individuos de ambos sexos y distintas edades que vivían en varios municipios de la Comunidad Autónoma. No se detectaron problemas importantes ni en la realización de las entrevistas ni en la comprensión de las preguntas.

El trabajo de campo lo realizó una empresa de estudios de mercado entre marzo y julio y septiembre y octubre de 2007, con supervisión constante del personal de la extinta Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Los entrevistadores intentaban inicialmente localizar a los titulares en sus domicilios. Si el titular no podía ser entrevistado por cualquier motivo que no fuera la ausencia del domicilio, el entrevistador escogía uno de los 6 sustitutos de su misma sección censal, sexo, grupo de edad y nacionalidad española o extranjera que se habían seleccionado previamente del padrón. Si éste también fallaba elegía otro y así sucesivamente. Para sustituir a un titular por ausencia reiterada era necesario haber hecho 5 visitas en distintos horarios de dos días de la semana diferentes.

Este requerimiento de número de visitas se redujo a 2 en el caso de los suplentes para no incrementar excesivamente los desplazamientos de los entrevistadores a los domicilios. En caso de que una enfermedad o discapacidad o el desconocimiento del idioma impidieran responder a la persona seleccionada se permitía que un familiar o cuidador proporcionara la información, salvo en las preguntas de carácter subjetivo.

Al finalizar la entrevista se hacía entrega de una carta firmada por el Director General de Salud Pública en la que se agradecía la participación en el estudio y se ofrecían los recursos de los centros de salud y el Portal de Salud de la CM para despejar las dudas sobre la propia salud que pudieran haber surgido a los entrevistados.

La supervisión del trabajo de campo (sobre el terreno y telefónicamente) y la grabación de datos la ha realizado personal cualificado y formado para tal fin de la empresa de estudios de mercado y de la extinta Dirección General de Salud Pública y Alimentación. En total se ha supervisado telefónicamente el 28,8% de los cuestionarios.

Nivel socioeconómico e inmigración

Para construir la escala de nivel socioeconómico en el cuestionario se preguntaba por la situación laboral del entrevistado en el momento de la entrevista, lo que permitía clasificarlo como trabajador con o sin asalariados o con tareas de supervisión, o parado, jubilado, ama de casa, estudiante u otras posibilidades. Se preguntaba asimismo por la ocupación actual del entrevistado o la que había desempeñado anteriormente en el caso de parados, jubilados y amas de casa. Para transcribirla se tomaba como referencia la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994. Con estas dos informaciones se ha asignado al individuo a uno de los 6 niveles socioeconómicos establecidos por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria 2000; 25: 350-63). Se ha atribuido al encuestado el nivel asignado inicialmente cuando era la persona que aportaba más ingresos al hogar: en otro caso, se hacían las mismas preguntas respecto al sustentador principal y se atribuía al encuestado el nivel más alto de entre el suyo y el del sustentador principal.

La clasificación contiene cinco niveles ordenados y una categoría adicional para los que no pueden ser encuadrados en ninguno de los anteriores:

- Nivel I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 ó más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- Nivel II: Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos. Artistas y deportistas.
- Nivel III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- Nivel IV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados.
- Nivel V: Trabajadores no cualificados.
- Nivel X: No clasificables: Jubilado, pensionista, estudiante o ama de casa que nunca han trabajado y son sustentadores principales del hogar o no dicen la ocupación del sustentador principal.

En el informe se ha utilizado también en ocasiones la clasificación dicotómica de trabajadores no manuales (los que pertenecen a las categorías I, II ó III) y manuales (categorías IV ó V).

Respecto a la inmigración se ha indagado solicitando al entrevistado que mencionara el país donde nació y, en el caso de los extranjeros, el tiempo que llevaban viviendo en España. De esta manera, se ha clasificado a los individuos en:

- a) nacionales,
- b) inmigrantes no económicos (procedentes de los 15 países de la Unión Europea más ricos, Noruega, Suiza, EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón),
- c) inmigrantes económicos (resto de países) que llevan menos de 5 años viviendo en España,
- d) inmigrantes económicos que llevan 5 ó más años viviendo en España.

Se ha considerado 5 años como un tiempo suficiente como para poder integrarse adecuadamente en la sociedad receptora.

Análisis estadístico

Para el cálculo de estimadores poblacionales se ha tenido que asignar un coeficiente (peso, factor de elevación) a cada uno de los individuos que corresponde al número de personas de la población objetivo a las que representa. El efecto de estos pesos es corregir las desviaciones en la distribución por Área de Salud, sexo, grupo de edad y nacionalidad entre la muestra y la población debidas a que la selección muestral no se hizo de forma proporcional al peso poblacional de las distintas Áreas de Salud ni de los grupos de edad menores y mayores de 65 años. Además, permite corregir las desviaciones del padrón desde que se seleccionó la muestra (2005) hasta que se realizó el trabajo de campo (2007).

Debido a que la distribución por edad de los distintos niveles socioeconómicos no es homogénea, los resultados referidos a esta variable se presentan después de estandarizarla por la distribución por grupos de edad decenales (salvo el grupo de edad de 75 y más años). El nivel socioeconómico X cuenta con muy pocos efectivos, especialmente entre los hombres (35 hombres y 321 mujeres), por lo que los efectos de la estandarización son más discutibles. En cuanto a la inmigración, a la diferente distribución por edad se une un muy escaso número de efectivos en los grupos de edad más avanzados de los inmigrantes, lo que hacía la estandarización poco robusta o incluso imposible. Por ello se ha decidido limitar el análisis comparativo por origen a los individuos de menos de 55 años estandarizados por grupos de edad decenales. Además, hay que tener en cuenta que los inmigrantes no económicos cuentan con muy pocos efectivos en la encuesta (96 hombres y 88 mujeres de todas las edades), por lo que los efectos de la estandarización tampoco van a ser muy robustos.

La distribución por Áreas de Salud no se ha estandarizado por edad para poder ofrecer datos no alterados de la prevalencia de los problemas de salud y factores de riesgo en cada una de ellas.

Dado que se trata de una encuesta de diseño complejo, se ha utilizado un paquete estadístico que permite especificar las características del diseño (Stata versión 9.2).

En este Informe se han incluido algunas de las variables relacionadas con la salud más relevantes de las cuales no se tenía información a partir de otras fuentes de información. Los análisis se han llevado a cabo por separado para hombres y mujeres, considerando para la distribución según

los grupos de edad decenales, las Áreas de Salud de residencia, los niveles socioeconómicos y las distintas procedencias.

Como estadísticos se han utilizado las proporciones para las variables cualitativas y las medias, desviaciones estándar, medianas y percentiles para las cuantitativas. Se han obtenido los intervalos de confianza al 95% de proporciones y medias y los niveles de significación de las asociaciones estadísticas por medio de la corrección de Rao y Scott del test de chi cuadrado (prueba F) en el primer caso y modelos de regresión lineal en el segundo.

Se han comparado las variables comunes en la ERS2007 y la Encuesta de Salud de la CM 2001 (ESCM-01). La ESCM-01 no recogía información de Área de Salud de residencia ni origen geográfico del entrevistado.

1.2.3.6. Cobertura vacunal (Objetivo 7)

Las coberturas de vacunación infantil se han obtenido tradicionalmente mediante registro numérico (SIV), el cual tiene una serie de limitaciones que condicionan la explotación de los datos. La necesidad de un registro nominal informatizado, sentida desde hacía tiempo, se ha ido materializando en los últimos años. En el año 2006 se desarrolló una aplicación específica para el registro nominal de vacunas desde la extinta Dirección General de Salud Pública integrada en los sistemas de información de salud pública (SISPAL), y se comenzó la extracción de datos del programa OMI-AP instalado en los centros del Sistema Madrileño de Salud (SERMAS). El año 2007 ha sido el año de la implantación y puesta en marcha de la aplicación en el resto de los centros de vacunación que no pertenecen al SERMAS, si bien no se ha llegado al 100% de los centros, objetivo marcado para 2008.

Los datos de vacunación infantil de 2007, que constan en este informe, proceden todos del SIV, excepto neumococo y varicela que se ha extraído del registro nominal. Para la vacuna triple vírica se han analizado tanto los datos procedentes del registro numérico como del nominal. Con el registro numérico las coberturas se calculan sobre declaraciones de los centros autorizados para vacunación en la Comunidad de Madrid, de dosis puestas y esto puede producir en algunos casos la paradoja de que se dispongan de tasas de coberturas superiores al 100%. También es necesario señalar que este método puede provocar algunas distorsiones en el cálculo de la cobertura poblacional por Áreas de Salud, fundamentalmente de las Áreas del centro de Madrid, posiblemente motivadas por la técnica de declaración (una persona puede vivir en un Área de Salud y vacunarse en un centro perteneciente a otra Área). Este hecho se corrige al contabilizar las dosis por domicilio y no por centro de administración, hecho que sólo puede realizarse cuando se dispone de registros individualizados de vacunas.

Para las vacunas de campaña (gripe, neumococo y triple vírica) se trabaja con datos individualizados, utilizando dos sistemas de registro de dosis administradas dependiendo de si el centro dispone o no de registro en OMI-AP. La información procedente de los centros con OMI-AP se extrae directamente de los servidores de estos centros. Los centros que no disponen de la aplicación OMI-AP (residencias de ancianos, centros de vacunación privados, sociedades médicas etc.) utilizan directamente la aplicación de vacunas, incorporando en la misma los datos individualizados de los vacunados.

Para el cálculo de las coberturas del año 2007 se ha utilizado como denominador la población de 0 a 2 años según el registro de metabolopatías y para el resto de edades se ha utilizado el padrón continuo de 2006.

1.2.3.7. Salud laboral (Objetivo 10)

Han sido analizados los Accidentes de Trabajo con baja ocurridos en 2007 y las Enfermedades Profesionales notificadas de enero a noviembre de 2007. Fueron analizados todos los Partes Oficiales de Accidente de Trabajo con Baja (2007) y de Enfermedad Profesional (Enero-Noviembre 2007) de la Comunidad de Madrid, anonimizados y en formato electrónico, suministrados por la Subdirección General de Estadística del Ministerio de Trabajo e Interior, previa petición formal.

Las definiciones de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional se establecen en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. Así, Accidente de Trabajo es “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Nuestra normativa amplía la calificación de Accidente de Trabajo (AT) a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (accidentes *in itinere*), los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales o tareas encomendadas por el empresario, o algunas enfermedades padecidas con anterioridad al accidente que se agraven como consecuencia del mismo. Enfermedad Profesional es “aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Aunque de las definiciones anteriores se deduce que este derecho a la prestación se ciñe al trabajador asalariado que trabaja para otros (trabajador por cuenta ajena), en 2003 mediante el Real Decreto 1273/2003, se amplía 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.

Objetivos 1 y 2

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

2

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

1.- Para el año 2020, las diferencias actuales en las condiciones sanitarias entre los estados miembros de la región europea se deben reducir en al menos una tercera parte.

2.- Para el año 2020, las diferencias sanitarias entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos.

Estos objetivos se pueden alcanzar si:

- *Todos los países contribuyen a la reducción de las diferencias sanitarias a través de la solidaridad internacional, la ayuda mutua y el intercambio compartido de recursos, conocimientos, información y experiencias, estrategias que son fundamentales para el futuro de Europa;*
- *Todos los países elaboran un plan de desarrollo completo vinculado directamente a su política de salud para todos y a una perspectiva común de la salud para Europa;*
- *Se coordina el apoyo externo proporcionado por los países, agencias y organizaciones, se relaciona directamente con los planes de salud y desarrollo formulados por el país receptor;*
- *Las instituciones internacionales y los organismos financieros, junto con la OMS, coordinan sus acciones en el ámbito sanitario y parasanitario, con el fin de aumentar el volumen, la sinergia y la efectividad de la asistencia prestada a los países más desfavorecidos de la Región;*
- *Todos los países garantizan que las políticas socioeconómicas, medioambientales y comerciales no son perjudiciales para la salud de otros países, y que dichas políticas contribuyen en la medida de lo posible al desarrollo de los países más desfavorecidos;*
- *Las políticas públicas se evalúan en relación con su impacto sobre la equidad, toman en consideración las cuestiones de género y conceden mayor prioridad a los grupos más desfavorecidos en términos de ingresos, servicios y seguridad social;*
- *Las políticas, incluyendo las políticas fiscales, garantizan que el acceso a la educación y a otros servicios sociales no depende del nivel de ingresos;*
- *Las políticas y la legislación están dirigidas a la aplicación de las disposiciones de las Naciones Unidas sobre derechos humanos, incluidas las que conciernen a las mujeres y los niños, y los acuerdos y normas específicos sobre los derechos de las personas con discapacidades, los emigrantes y los refugiados;*
- *Todos los sectores de la sociedad asumen su cuota de responsabilidad a la hora de reducir las desigualdades sociales y económicas y de paliar sus consecuencias sobre la salud;*
- *Se encuentran disponibles los recursos públicos, privados y voluntarios para satisfacer las necesidades sociales y sanitarias de los grupos más vulnerables de la sociedad, y se proporciona acceso a una atención sanitaria adecuada, aceptable y sostenible a todas las personas que la necesitan.*

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 asciende a 6.081.689 residentes a primero de enero de 2007. Un año antes había cruzado por primera vez el umbral de los seis millones (6.008.183), y según las previsiones oficiales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid en el año 2017 la población superará los 6.775.000 habitantes (figura 2.1)

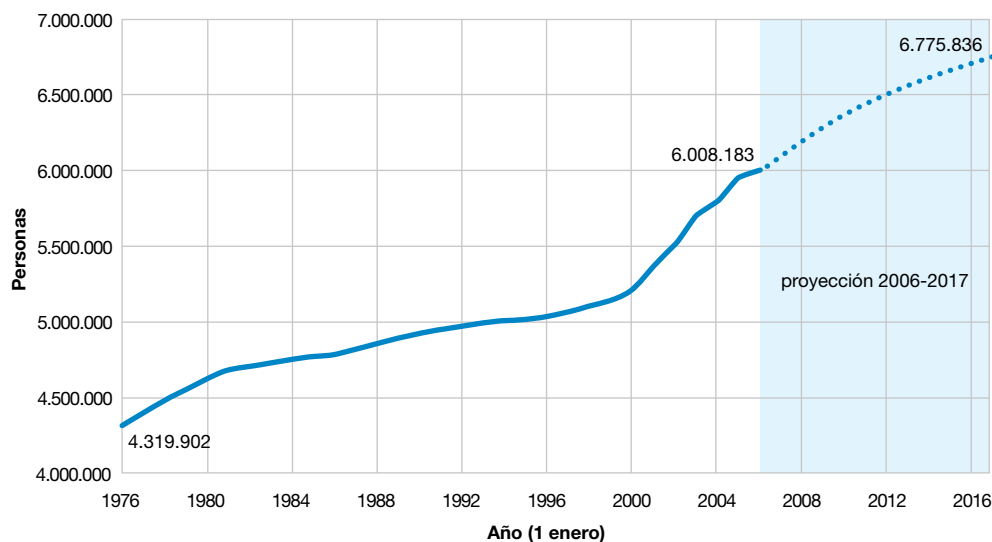


Figura 2.1. Comunidad de Madrid. Evolución de la población, 1976-2017.

Fuente: Padrón continuo y proyecciones 2006-2017, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

En el crecimiento demográfico reciente de la Comunidad de Madrid el componente migratorio ha jugado un papel preponderante. Sin embargo, las proyecciones vigentes auguran una disminución del peso relativo y absoluto de la inmigración como factor de aumento de la población madrileña, en tanto que el crecimiento natural (la diferencia entre nacimientos y defunciones) incrementará su participación en el crecimiento total (figura 2.2). En conjunto, dicho crecimiento tenderá a desacelerarse en los próximos años, según el Instituto de Estadística regional.

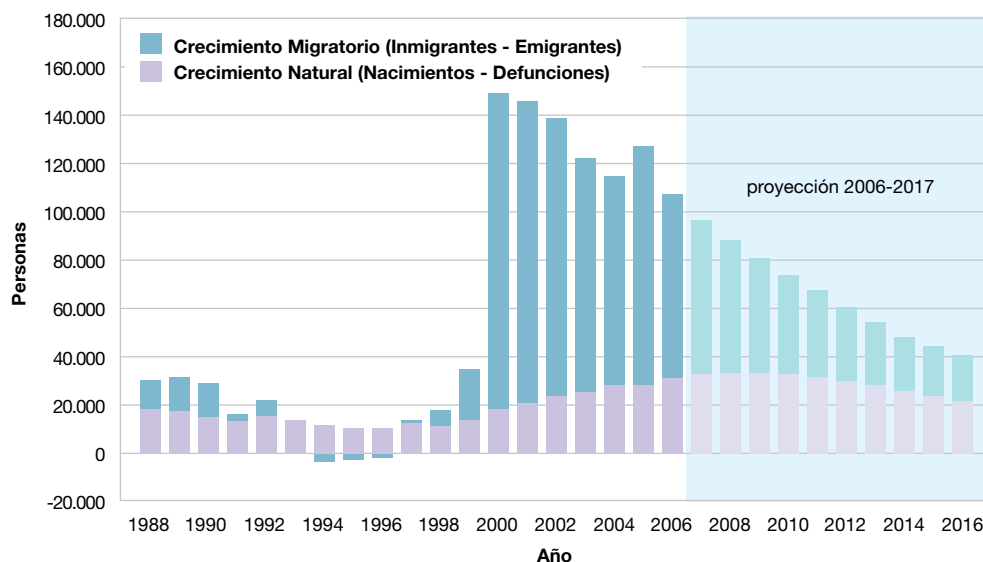


Figura 2.2. Comunidad de Madrid. Componentes del crecimiento demográfico, 1988-2017.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón continuo y Proyecciones 2006-2017, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

El aumento de la población no ha sido ni seguirá siendo igual en todas las Áreas de Salud. Algunas de ellas (Área 10, Área 3, y especialmente Área 6) crecerán a un ritmo mayor que el promedio de la Comunidad, mientras otras (Área 2, Área 4) lo harán por debajo, e incluso alguna (Área 7) se prevé que pierda residentes (figuras 2.3 y 2.4).

Figura 2.3. Comunidad de Madrid. Evolución de la población total 1996-2006 y proyección 2006-2017, por Áreas de Salud. Crecimiento relativo (base 100 en 1996).

Fuente: Padrón continuo y Proyecciones 2006-2017, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

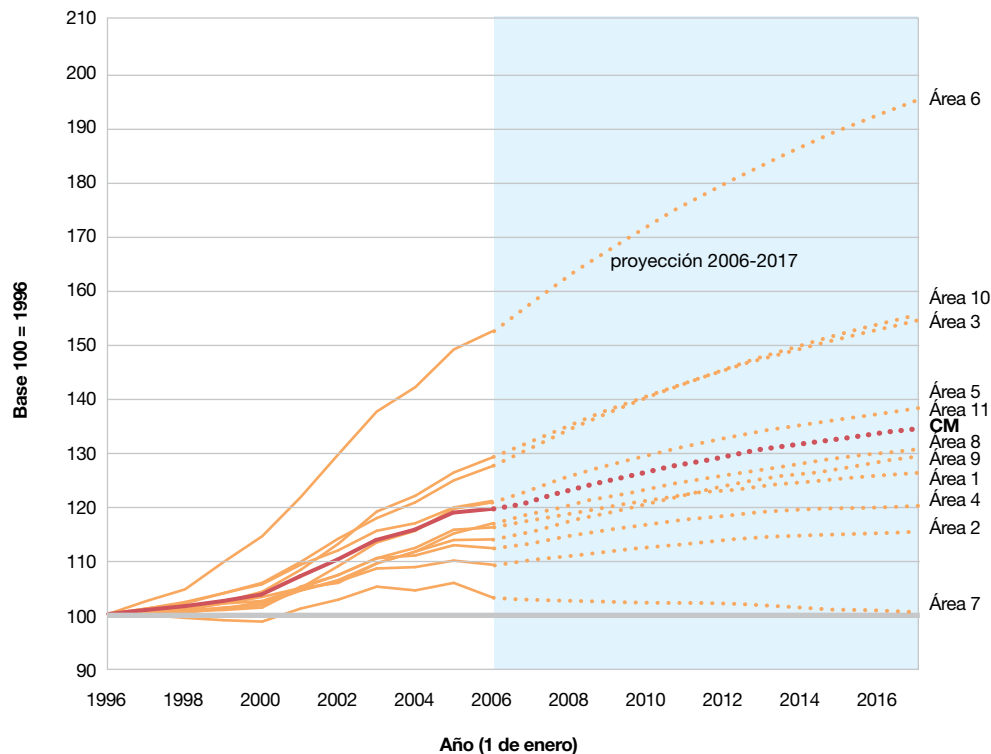
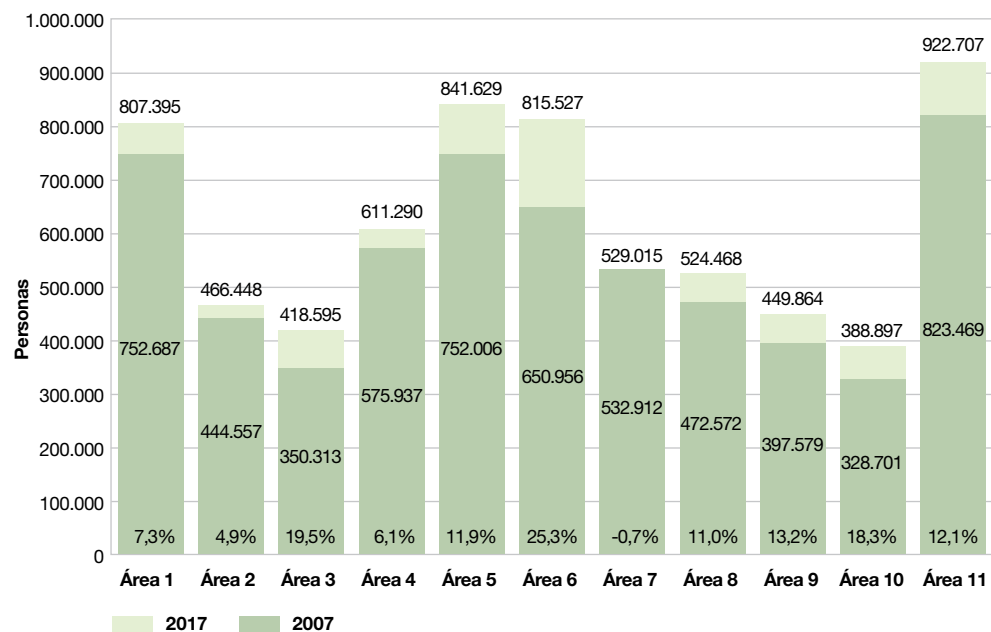


Figura 2.4. Comunidad de Madrid. Población en los años 2007 y 2017 y crecimiento relativo (en porcentaje) entre ambos años, por Áreas de Salud.

Fuente: Padrón continuo y Proyecciones 2006-2017, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La distribución por edades de la población de la Comunidad de Madrid tenderá a madurar en los próximos años. Por una parte, aumentará el número absoluto y la proporción de personas mayores sobre el total. Por otra, las entradas por nacimiento, tras algunos años de ligero incremento, volverán muy probablemente a reducirse, como consecuencia no tanto de la evolución prevista de la fecundidad, que seguirá en leve ascenso, como de una fuerte reducción del tamaño de las cohortes de mujeres en edades maternas. Como se puede apreciar en la figura 2.5, las edades con una mayor proporción de personas en 2007 (entre los 25 y 35 años) son las comprendidas en torno a la edad media a la maternidad, es decir, aquellas en las que las tasas de fecundidad por edad son más altas. Diez años más tarde, el corrimiento de las cohortes hace que el tramo más nutrido sea el centrado en torno a los 40 años de edad, cuando (véase la figura 2.12-b) la curva de fecundidad por edad dibuja ya un descenso notable. Así pues, un menor número de potenciales madres tiene como consecuencia un menor número de nacimientos, incluso aumentando el indicador de fecundidad, lo que se refleja en la base de la pirámide de 2017 por comparación con la de 2007 (figura 2.5).

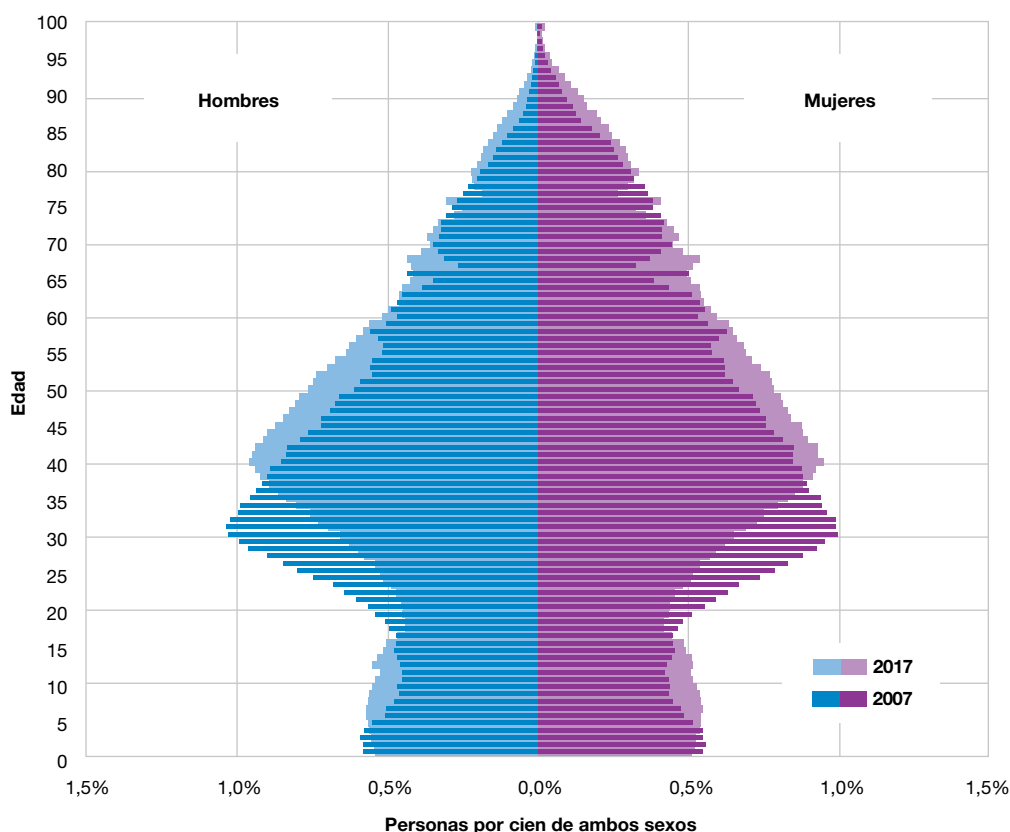


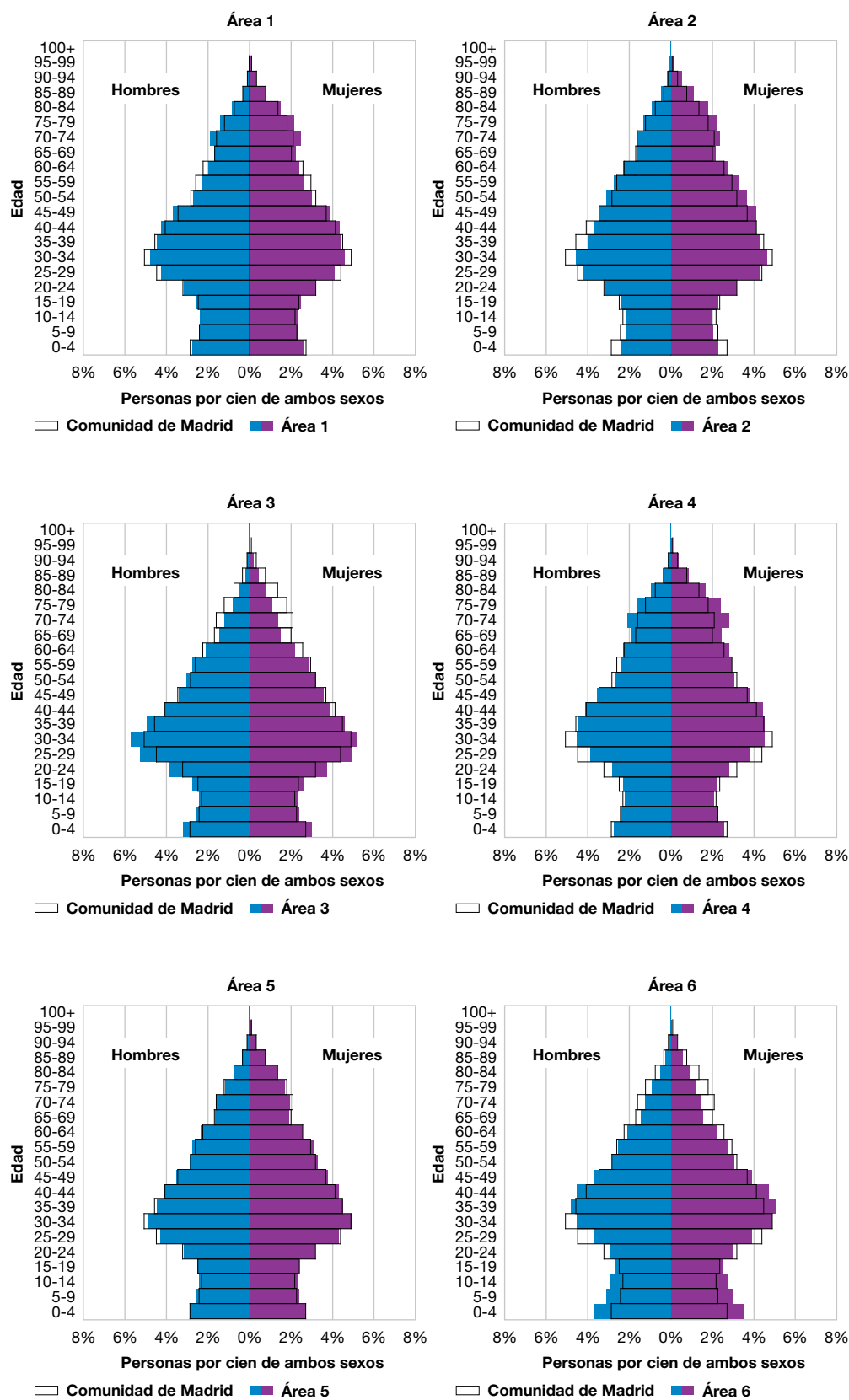
Figura 2.5. Comunidad de Madrid. Pirámides de población a 1 de enero de 2007 y de 2017.

Fuente: Padrón continuo y Proyecciones 2006-2017, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Por zonificación sanitaria y tomando como referencia el Índice de envejecimiento (razón entre la población de 65 y más años sobre la menor de 15), las Áreas 6, 9, 3, 10 y 8, son, en este orden, más jóvenes que el conjunto de la Comunidad de Madrid. El Área 7 es la más envejecida, seguida de la 4, 2, 11 y 1. El Área 5 cuenta con una distribución por edades virtualmente igual que el total de la región (figuras 2.6 y 2.7). Las diferencias en los indicadores de estructura se incrementan al estimarlos por Distritos o Zonas Básicas de Salud. En el capítulo 5 se comentarán los principales indicadores de estructura de la población.

Figura 2.6. Comunidad de Madrid. Pirámides de población por Áreas de Salud, a 1 de enero de 2007.

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



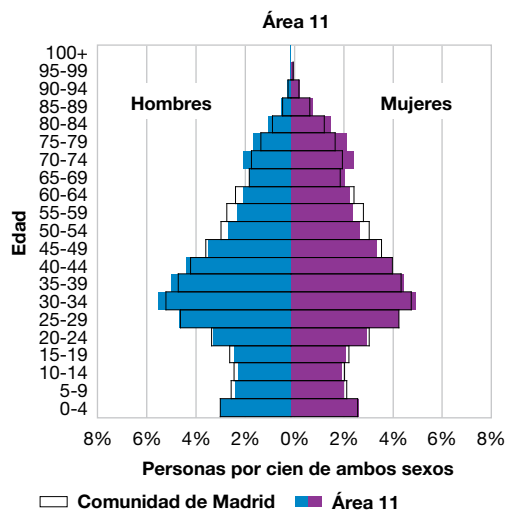
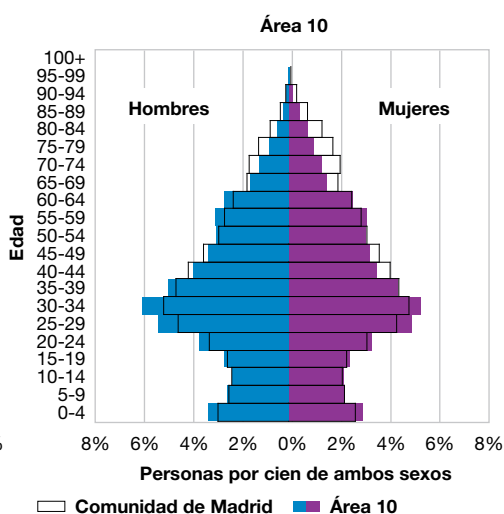
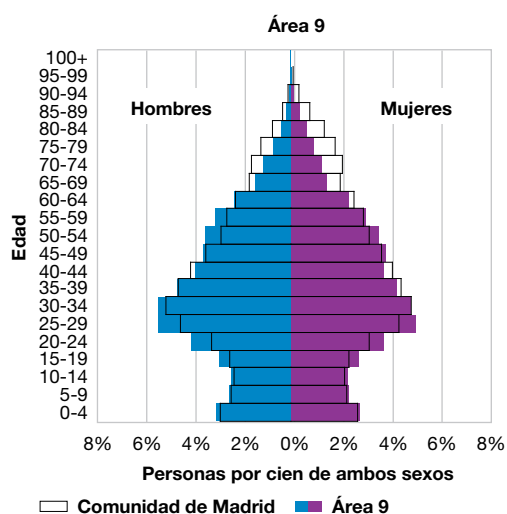
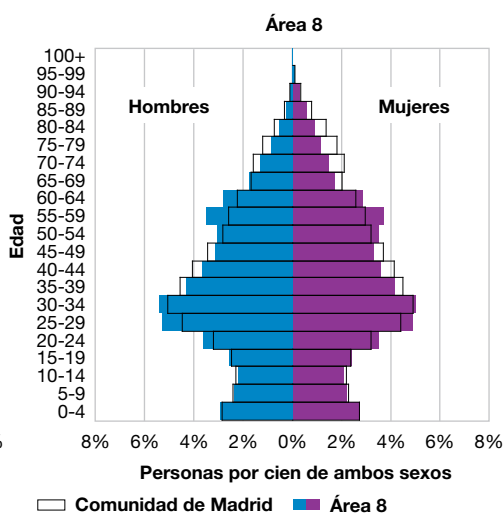
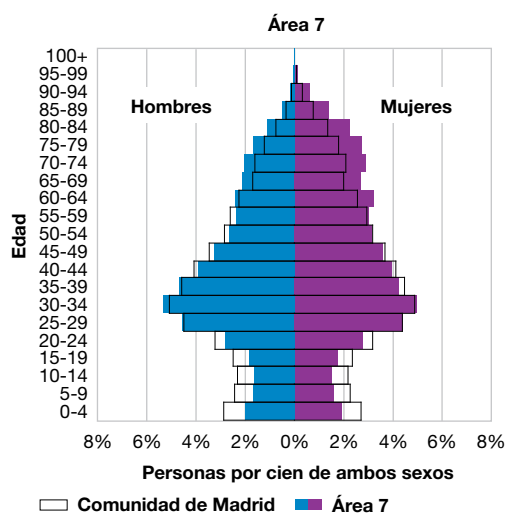
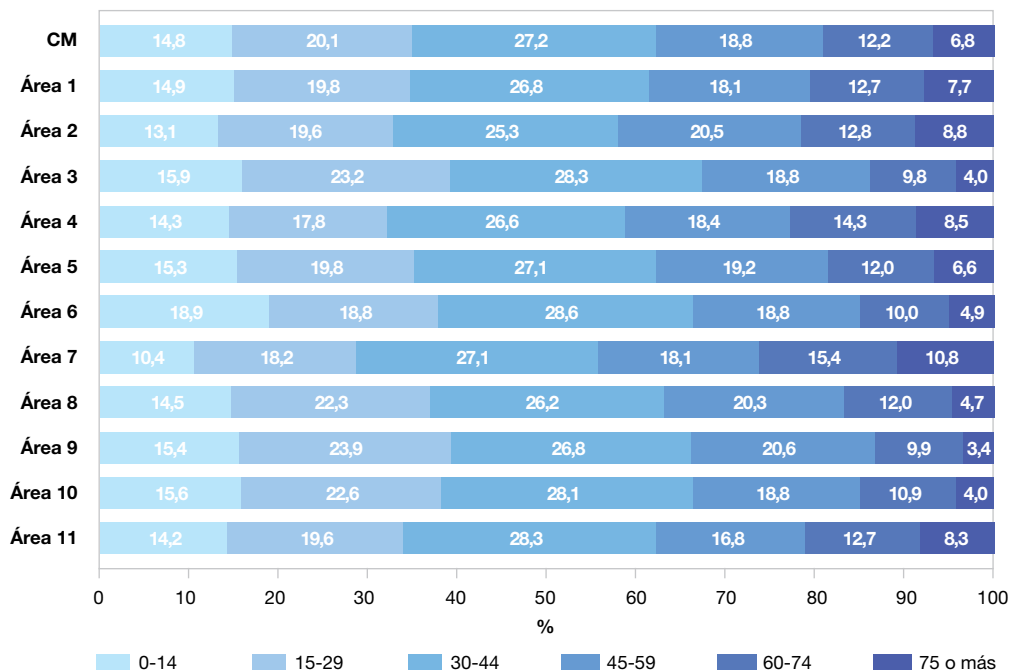


Figura 2.7. Comunidad de Madrid. Distribución de población por grandes grupos de edad, por Áreas de Salud, a 1 de enero de 2007.

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

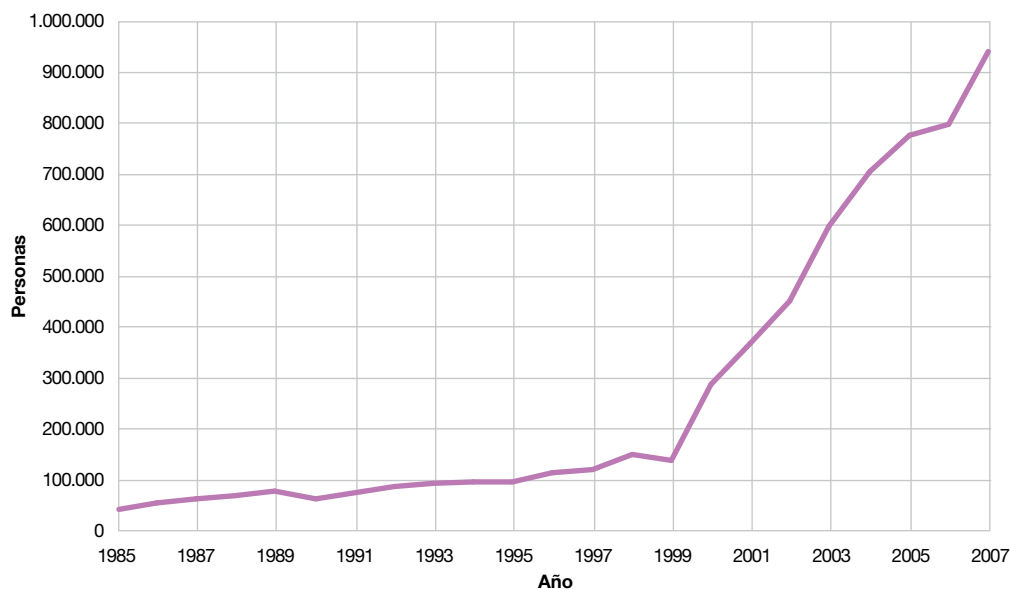


2.1.2. Migración

Se ha señalado anteriormente que el crecimiento reciente de la población de la Comunidad de Madrid se ha producido fundamentalmente por la gran aportación de la inmigración con destino a nuestra región, especialmente procedente del extranjero. En la figura 2.8 se aprecia cómo es a partir del cambio de siglo cuando el número de residentes de nacionalidad extranjera empieza a aumentar de manera significativa. Las proyecciones oficiales apuntan a una atenuación de estos flujos migratorios. Sin embargo, es bien conocido que la migración es el componente del cambio demográfico de más difícil pronóstico, por lo que se deberán seguir de cerca las cifras de altas y bajas padronales, y comprobar en qué medida se aproximan o alejan de las previsiones estadísticas.

Figura 2.8. Comunidad de Madrid. Evolución del número de residentes de nacionalidad extranjera. Años 1985 a 2007.

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



La matriz de flujos migratorios que incumben a la Comunidad de Madrid puede verse en la tabla 2.1. En conjunto, más de 600 mil migraciones tuvieron como origen o destino un municipio de nuestra Comunidad durante el año 2007. Buena parte de los cambios de residencia recogidos por el Padrón se producen, como se puede apreciar, dentro de la propia región (168.102). Como se vio en el Informe 2007, esto tiene gran repercusión en las pirámides de población de las Áreas, Distritos y Zonas Básicas de Salud, en la medida que la mayoría de estos cambios de domicilio tienen que ver con el ciclo de vida de los hogares y las familias (emancipación, emparejamiento, nuevos hijos, viudedad, pérdida de autonomía personal, etc.), y por tanto atañen, en cada caso, a tramos de edades muy concretos. En relación con las migraciones intercomunitarias, el balance con el resto de España es deficitario para Madrid: 115.451 personas salieron con destino a otra provincia española, 16.538 más de las 98.913 que entraron procedentes de otras CCAA. Finalmente, en cuanto a los movimientos desde y hacia otros países, el saldo sigue siendo fuertemente positivo (125.165 personas). Sin embargo, llama la atención que las salidas desde Madrid hacia el extranjero asciendan a más de 50 mil, cuando apenas un par de años antes eran menos de 10 mil.

		Destino			Total
		Comunidad de Madrid	Otras comunidades	Extranjero	
Origen	Comunidad de Madrid	168.102	115.451	54.443	337.996
	Otras comunidades	98.913	-	-	98.913
	Extranjero	179.608	-	-	179.608
	Total	446.623	115.451	54.443	616.517
Saldo migratorio con otras CCAA:		-16.538 (98.913-115.451)			
Saldo migratorio con el extranjero:		125.165 (179.608-54.443)			
Saldo migratorio total:		108.627 (446.623-337.996)			

Tabla 2.1. Comunidad de Madrid. Matriz de migraciones por origen y destino. Año 2007.

Fuente: Estadística del movimiento migratorio de la Comunidad de Madrid, 2007, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

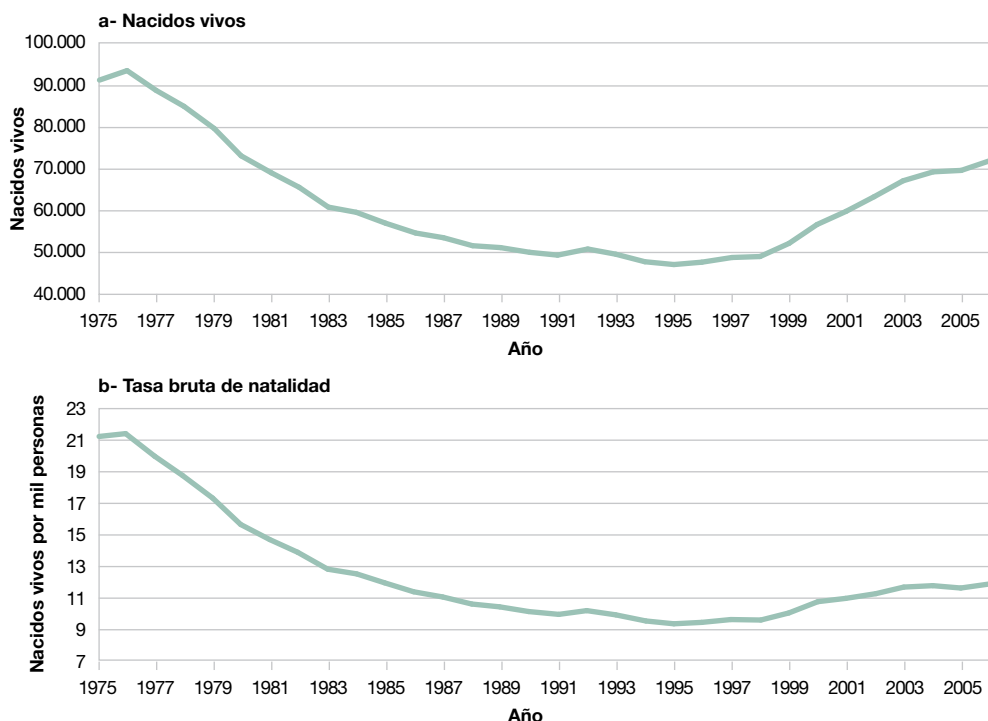
De acuerdo con el Padrón continuo de 2007, Ecuador (156.655 personas) sigue siendo la nacionalidad con mayor representación en la Comunidad de Madrid, pero la población rumana (147.035) se le acerca rápidamente. Por detrás quedan Marruecos (77.412), Colombia (71.807), Bolivia (50.167), Perú (49.674) y China (31.471).

2.1.3. Fecundidad

El número de nacidos vivos de madre residente en la Comunidad de Madrid siguió aumentando en 2006, tras el leve freno observado el año anterior. La cifra de nuevos madrileños (71.941 nacidos) no se alcanzaba desde 1980 (figura 2.9-a). La recuperación reciente de la Tasa Bruta de Natalidad no es tan vigorosa (figura 2.9-b), y en 2006 se iguala el valor registrado en 1985. Esto es así porque buena parte del número de nacimientos habidos en 2006 se explica por el gran tamaño de las cohortes de mujeres que actualmente están en las edades de máxima fecundidad (véase la pirámide de 2007 de la figura 2.5, donde las edades más numerosas están en el tramo 30-32 años). Dado que el número absoluto de nacimientos depende de dos factores (comportamiento reproductivo y cantidad de mujeres en edades fértiles), actualmente se dan las circunstancias para que con unas tasas no tan altas se produzca un mayor número de nacimientos. Esto no será así en un futuro no lejano, como se señaló al comentar las pirámides de 2007 y 2017 en el apartado 2.1.1.

Figura 2.9. Comunidad de Madrid. Evolución del número de nacidos vivos y de la Tasa Bruta de Natalidad. Años 1975 a 2006.

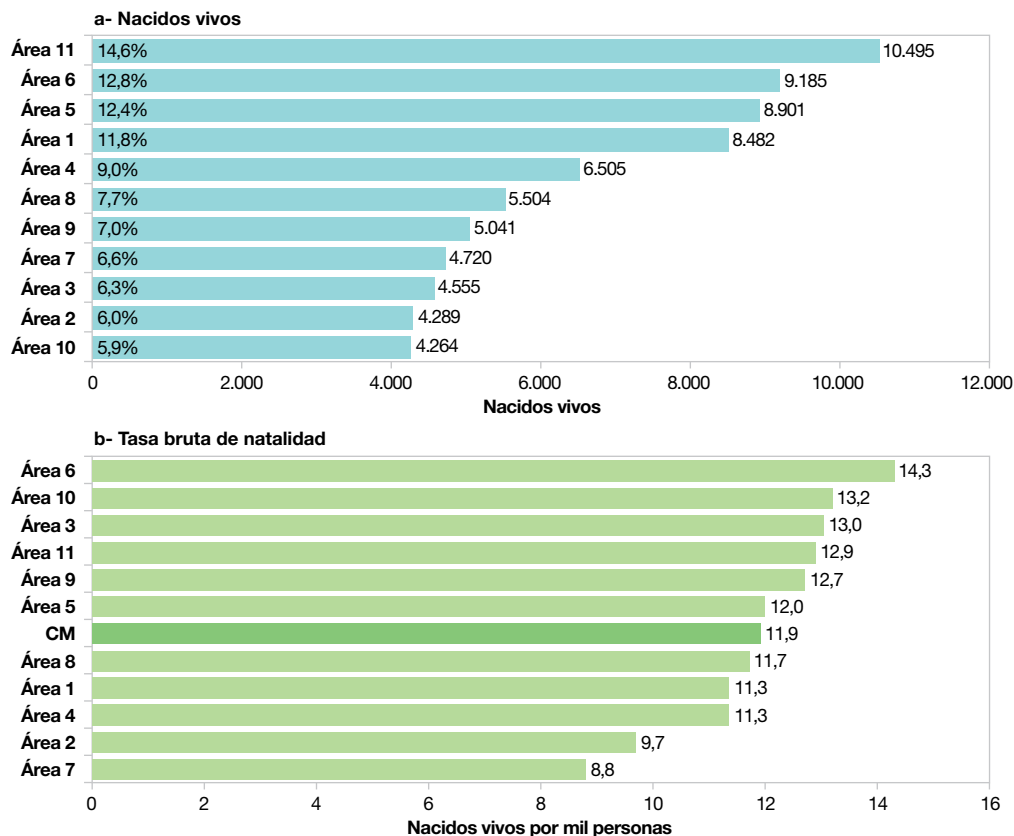
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Las Áreas 11 y 10 son las que cuentan, respectivamente, con más y menos nacimientos al año (figura 2.10-a). Al relativizar esas cifras en función del tamaño de la población de cada Área (Tasa Bruta de Natalidad) son las Áreas 6 y 7 las que presentan una mayor y menor natalidad, respectivamente (figura 2.10-b).

Figura 2.10. Comunidad de Madrid. Indicadores de natalidad por Áreas de Salud. Nacidos vivos (número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid) y Tasa Bruta de Natalidad. Año 2006.

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



El indicador sintético de fecundidad se situó en 2006 en 1,37 hijos por mujer, un valor no alcanzado desde 1988 (figura 2.11-a). En el alza de la fecundidad madrileña juegan un papel fundamental las mujeres de más de treinta años de edad y, especialmente en los más recientes, las de más de treinta y cinco. Junto a ellas, también las mujeres más jóvenes (menores de 25 años) ven aumentar sus tasas, en buena medida por el patrón reproductivo más temprano de las mujeres de nacionalidad no española (figura 2.11-b).

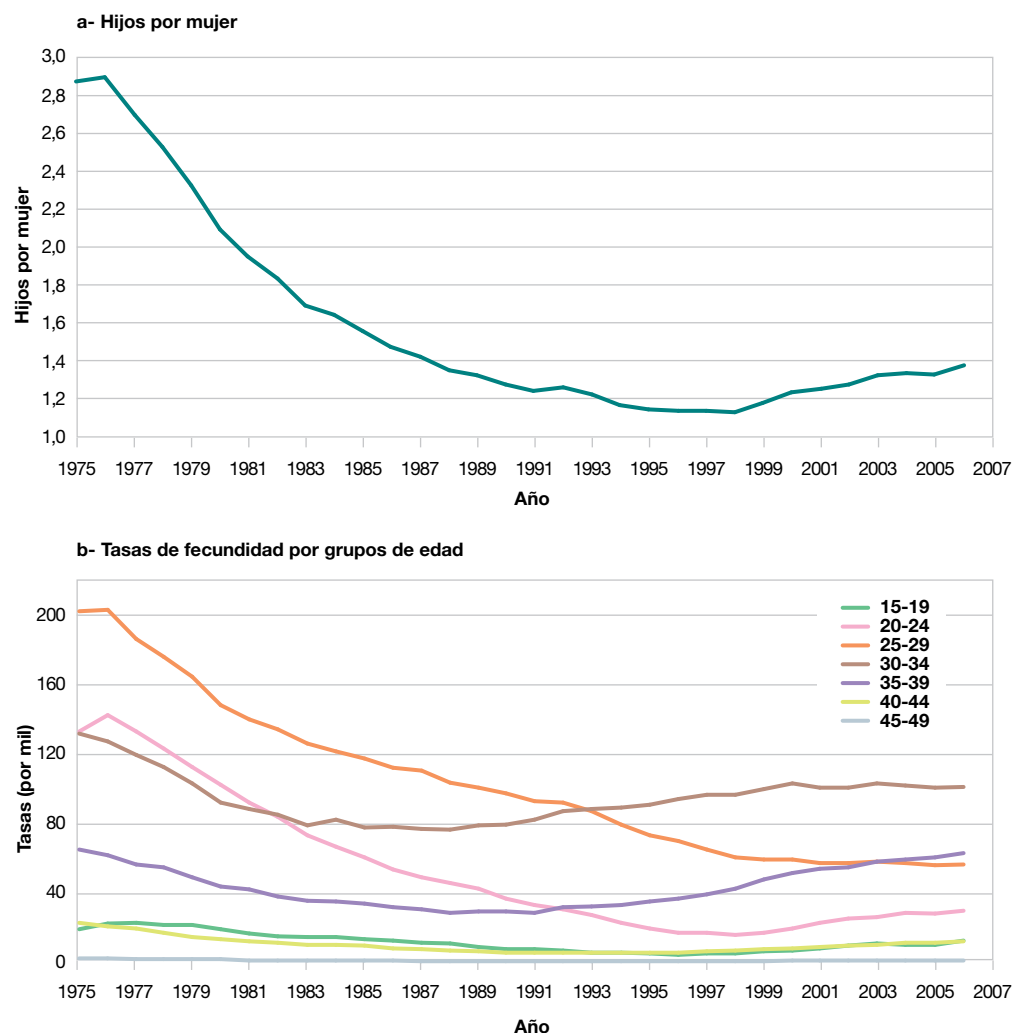


Figura 2.11. Comunidad de Madrid. Evolución del número medio de hijos por mujer y tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Años 1975 a 2006.

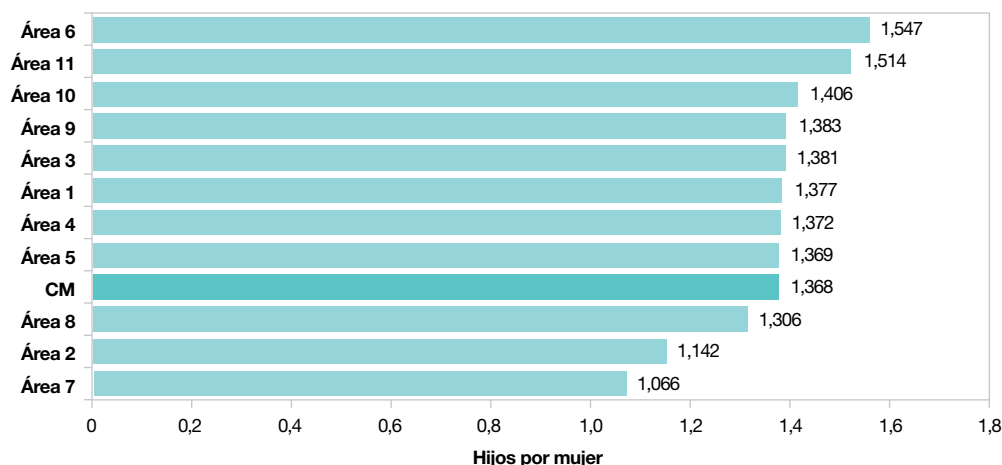
Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

El Área 6 sigue teniendo la fecundidad más alta de la Comunidad de Madrid (1,55 hijos por mujer), y el Área 7 la más baja (1,07). Las diferencias entre la mayoría de Áreas son, no obstante, muy pequeñas (siete de las once Áreas se mueven entre 1,3 y 1,4 hijos por mujer) (figura 2.12-a). Un índice sintético de fecundidad semejante no significa, sin embargo, igual patrón de fecundidad por edad. Las dos Áreas con menor número de hijos por mujer (Área 7 y Área 2) tienen una distribución por edades notablemente distinta, claramente más joven en el Área 7. En el otro extremo, también las dos Áreas con fecundidad más alta (Área 6 y Área 11) responden a patrones muy distintos: alta fecundidad en mujeres menores de 30 años y menores tasas que la media de la Comunidad de Madrid en el Área 11, y muy baja fecundidad en edades jóvenes y alta fecundidad a partir de los 30 años en el Área 6 (figura 2.12-b).

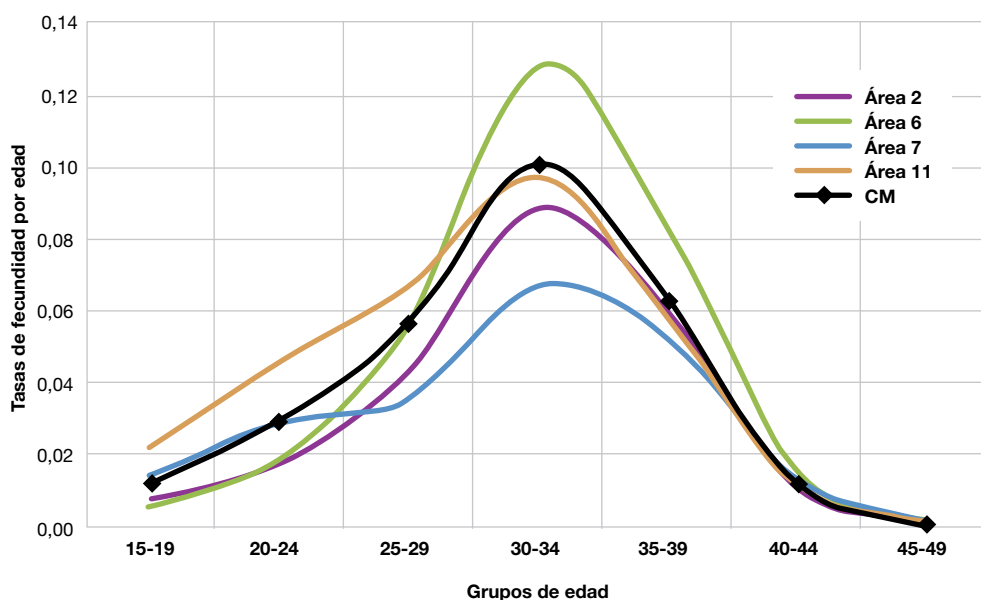
Figura 2.12. Comunidad de Madrid. Número medio de hijos por mujer y tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Áreas de Salud. Año 2006.

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

a- Hijos por mujer



b- Tasas de fecundidad por grupos de edad



Las mujeres madrileñas tienen sus hijos actualmente a una edad, en promedio, mucho más alta que la de la generación de sus madres. La edad media a la maternidad está por encima de los 31 años en todas las Áreas de Salud (figura 2.13-a). En el conjunto de la Comunidad de Madrid es de 31,9 años. La elevada edad registrada en el Área 6 (33,2 años) se debe a dos motivos: por un lado, en este Área los primeros hijos se empiezan a tener a una edad superior (31,6 años) que en otras (29,7 en el Área 3; 30,4 en el total de la Comunidad). Por otro, el Área 6 es la de mayor fecundidad y la de mayor proporción de nacimientos de número de orden alto (lógicamente, el segundo hijo se tiene a una edad mayor que el primero, el tercero a una mayor que el segundo, y así sucesivamente, y esto incide en la edad media a la maternidad). Mientras que en este Área, 14 de cada cien nacimientos pasan a formar parte de una familia numerosa (nacimiento del tercer hijo o posterior), en el Área 9 esa proporción no alcanza a 7 de cada cien, y es del 10 por ciento en el total de la Comunidad (figura 2.13-b).

a- Edad media a la maternidad

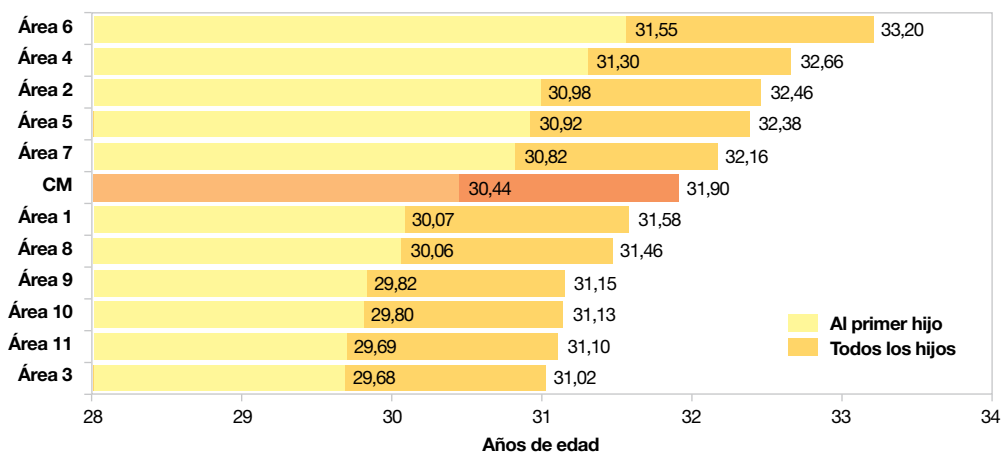
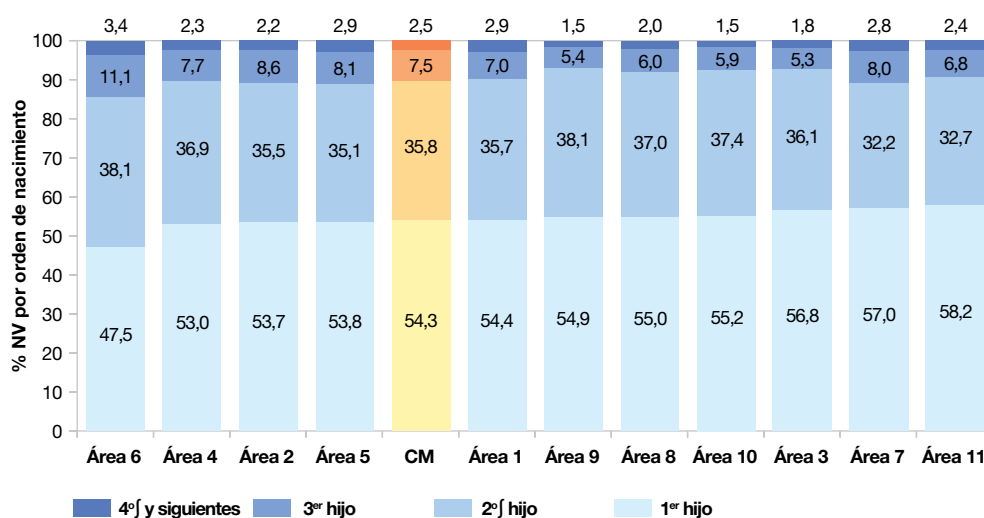


Figura 2.13. Comunidad de Madrid. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo) y proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Áreas de Salud. Año 2006.

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

b- Nacidos vivos por orden



2.2. Mortalidad y morbilidad

2.2.1. Indicadores de mortalidad y morbilidad

En la tabla 2.2 se resumen los principales indicadores de mortalidad y morbilidad de la Comunidad de Madrid, a la fecha más reciente en el momento de cierre del Informe.

Tabla 2.2. Indicadores generales de mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	20.272	19.607	39.879
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	692,3	629,1	659,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	382,0	164,4	270,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	638,8	346,8	470,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	698,4	389,5	528,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	12.972,7	16.004,9	14.536,7
Esperanza de vida al nacer, en años. CM 2006	78,87	85,45	82,34
Esperanza de vida a la edad 65, en años. CM 2006	18,37	22,65	20,82
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	1,69	0,93	1,32
Carga de Enfermedad			
Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	315.366	286.465	601.831
Años de Vida Perdidos. CM 2006	143.962	92.275	236.237
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	171.404	194.190	365.594

2.2.2. Mortalidad general y esperanza de vida

La mortalidad general de la población de la Comunidad de Madrid ha seguido mejorando durante el año 2006, como se aprecia tanto en la evolución de las tasas ajustadas de mortalidad (figura 2.14) como en la de la esperanza de vida (figura 2.15).

Figura 2.14. Mortalidad por todas las causas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

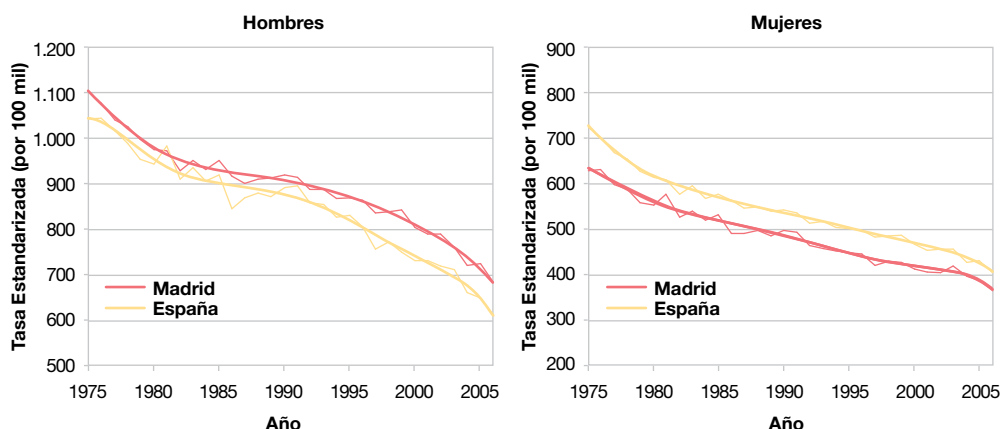
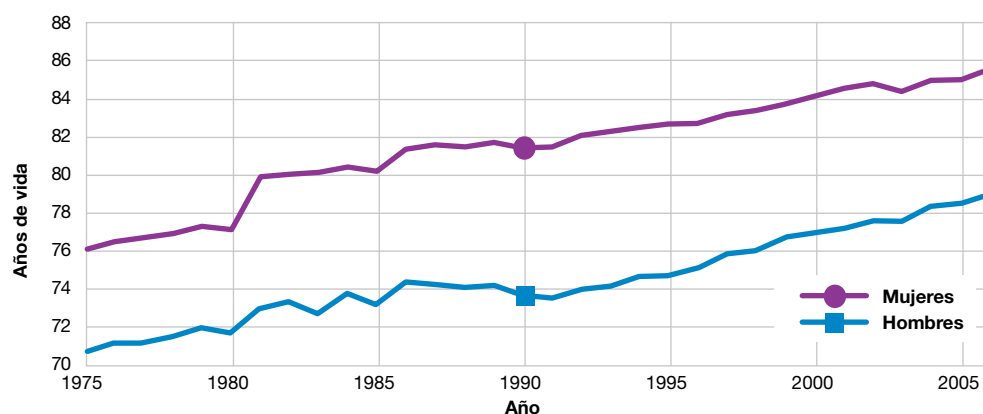


Figura 2.15. Esperanza de vida al nacer. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 1975-2006.

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



La principal contribución al aumento de la esperanza de vida sigue correspondiendo a la mejora de la mortalidad en las edades altas. En la figura 2.16-a se aprecia como es el grupo de 70 y más años de edad el que mayor cantidad de años de vida aporta al incremento de la expectativa de vida al nacer. Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también como son las enfermedades del sistema circulatorio las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, en tanto que la aportación de los tumores se reparte entre ese grupo de edad y el de los adultos. La disparidad de la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres (6,58 años en 2006 en favor de éstas) se explica igualmente por la mortalidad diferencial en adultos y ancianos (figura 2.16-b). Son sobre todo las peores tasas de tumores en hombres de 50 a 69 años y las peores tasas en varones por causas circulatorias a partir de los 70 las que dejan la esperanza de vida al nacer de los madrileños en 78,87 años, frente a los 85,45 de las madrileñas.

a- Cambios entre 2001 y 2006

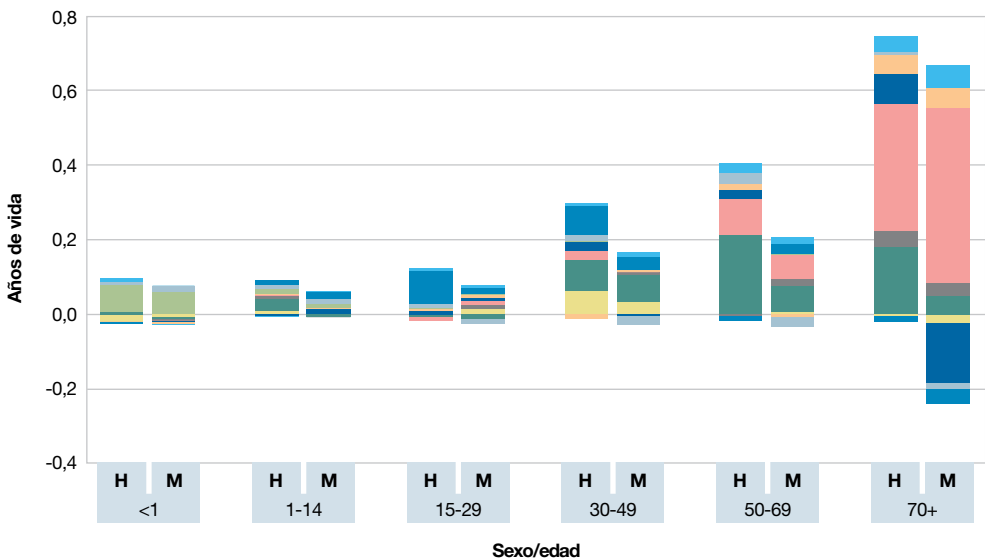
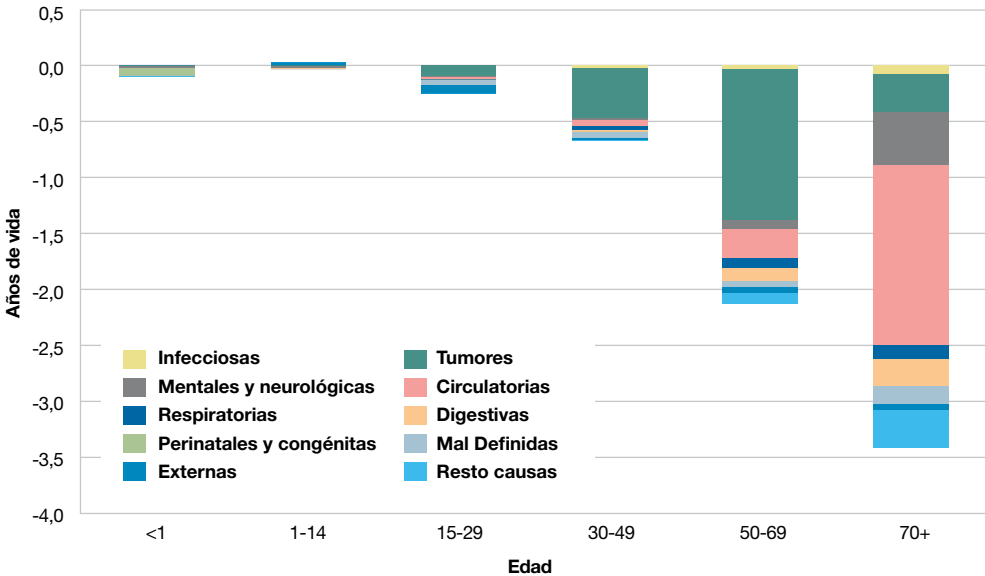


Figura 2.16. Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Cambio entre 2001 y 2006, por sexo y edad, y diferencia entre hombres y mujeres en 2006. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

b- Diferencia hombres-mujeres 2006



2.2.3. Mortalidad por causa

Los principales indicadores de mortalidad por causa de defunción en la Comunidad de Madrid en el año 2006 según grandes grupos de la CIE-10 se presentan en la tabla 2.3. El persistente descenso de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio hace que por primera vez el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores superen en 2006 a las del sistema circulatorio. Entre los varones los tumores ya eran la primera causa de muerte desde años atrás. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa más importante de defunción. Una vez ajustadas por edad, los tumores pasan a ser la primera causa también en la población femenina, al igual que en los hombres y en el conjunto de ambos sexos reunidos.

Al igual que en el año 2005, en 2006 también los tumores fueron la primera causa de muerte en las Áreas 3, 8, 9 y 10. En las restantes (1, 2, 4, 5, 6, 7 y 11) lo fueron las enfermedades del sistema circulatorio (tabla 2.4).

Tabla 2.3. Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional, tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad*. Comunidad de Madrid, 2006.

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

	Defunciones			Mortalidad proporcional		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	815	459	356	2,0%	2,3%	1,8%
II. Tumores	11.761	7.079	4.682	29,5%	34,9%	23,9%
III. Enfermedades de la sangre y de los órg. hematopoyéticos, y de la inmunidad	133	46	87	0,3%	0,2%	0,4%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	773	289	484	1,9%	1,4%	2,5%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	933	257	676	2,3%	1,3%	3,4%
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	1.497	571	926	3,8%	2,8%	4,7%
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	11.445	5.012	6.433	28,7%	24,7%	32,8%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	5.591	2.848	2.743	14,0%	14,0%	14,0%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	2.181	1.125	1.056	5,5%	5,5%	5,4%
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	121	38	83	0,3%	0,2%	0,4%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	277	89	188	0,7%	0,4%	1,0%
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	1.133	517	616	2,8%	2,6%	3,1%
XV. Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	104	62	42	0,3%	0,3%	0,2%
XVII. Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	103	61	42	0,3%	0,3%	0,2%
XVIII. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.615	903	712	4,0%	4,5%	3,6%
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1.397	916	481	3,5%	4,5%	2,5%
Todas las causas	39.879	20.272	19.607	100,0%	100,0%	100,0%

	Tasas Brutas (por 100 mil)			Tasas Estandarizadas* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	13,48	15,68	11,42	10,52	14,70	6,96
II. Tumores	194,56	241,76	150,22	153,85	225,96	103,34
III. Enfermedades de la sangre y de los órg. hematopoyéticos, y de la inmunidad	2,20	1,57	2,79	1,48	1,37	1,57
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,79	9,87	15,53	8,53	9,14	7,85
V. Trastornos mentales y del comportamiento	15,43	8,78	21,69	9,15	7,93	9,55
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	24,76	19,50	29,71	16,46	17,70	15,15
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	189,33	171,17	206,40	125,43	155,95	101,04
X. Enfermedades del sistema respiratorio	92,49	97,26	88,01	58,68	87,17	41,89
XI. Enfermedades del sistema digestivo	36,08	38,42	33,88	26,20	35,65	18,43
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	2,00	1,30	2,66	1,22	1,12	1,29
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4,58	3,04	6,03	2,82	2,67	2,84
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	18,74	17,66	19,76	11,78	15,91	9,35
XV. Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1,72	2,12	1,35	2,50	2,96	2,02
XVII. Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	1,70	2,08	1,35	1,99	2,44	1,53
XVIII. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	26,72	30,84	22,84	21,20	29,36	13,87
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	23,11	31,28	15,43	18,89	28,76	10,11
Todas las causas	659,71	692,31	629,08	470,69	638,79	346,78

* Método directo. Población estándar europea. OMS

Tabla 2.4. Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Áreas de Salud. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar*. Comunidad de Madrid, periodo 2002-2006.

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

	Defunciones										
	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Área 10	Área 11
Todas las causas	27.785	17.657	8.114	21.572	23.708	16.469	26.525	12.293	7.960	7.541	32.070
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	612	301	197	414	464	300	538	230	198	157	675
II. Tumores	7.981	4.858	2.417	6.277	6.831	4.541	7.212	3.672	2.497	2.449	8.923
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y de la inmunidad	83	64	28	59	67	53	96	33	23	19	112
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	513	353	201	435	528	385	551	338	166	185	751
V. Trastornos mentales y del comportamiento	556	486	175	518	600	459	648	436	192	281	853
VI. Enfermedades del sistema nervioso	971	633	276	744	833	610	886	525	332	298	1.149
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
VIII. Enfermedades del oído y apófisis mastoides	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	8.132	5.551	2.257	6.486	6.998	5.086	8.353	3.451	2.028	1.984	9.406
X. Enfermedades del sistema respiratorio	4.160	2.532	1.150	2.989	3.226	2.199	3.795	1.455	1.073	822	4.807
XI. Enfermedades del sistema digestivo	1.488	933	426	1.197	1.299	800	1.478	683	444	407	1.781
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	74	45	17	66	47	53	81	40	19	16	91
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	137	135	42	130	172	127	181	109	52	60	214
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	769	479	187	610	600	444	754	332	179	157	852
XV. Embarazo, parto y puerperio	1	0	1	2	3	2	0	0	0	0	1
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	76	37	34	44	60	76	54	45	31	46	84
XVII. Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	91	56	36	79	82	67	71	37	32	21	68
XVIII. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.084	604	247	807	921	634	994	387	293	338	1.220
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1.057	589	422	715	927	632	831	519	400	301	1.082

	Mortalidad proporcional (%)										
	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Área 10	Área 11
Todas las causas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,2	1,7	2,4	1,9	2,0	1,8	2,0	1,9	2,5	2,1	2,1
II. Tumores	28,7	27,5	29,8	29,1	28,8	27,6	27,2	29,9	31,4	32,5	27,8
III. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, inmun.	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas	1,8	2,0	2,5	2,0	2,2	2,3	2,1	2,7	2,1	2,5	2,3
V. Trastornos mentales y del comportamiento	2,0	2,8	2,2	2,4	2,5	2,8	2,4	3,5	2,4	3,7	2,7
VI. Enfermedades del sistema nervioso	3,5	3,6	3,4	3,4	3,7	3,7	3,3	4,3	4,2	4,0	3,6
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII. Enfermedades del oído y apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	29,3	31,4	27,8	30,1	29,5	30,9	31,5	28,1	25,5	26,3	29,3
X. Enfermedades del sistema respiratorio	15,0	14,3	14,2	13,9	13,6	13,4	14,3	11,8	13,5	10,9	15,0
XI. Enfermedades del sistema digestivo	5,4	5,3	5,3	5,5	5,5	4,9	5,6	5,6	5,6	5,4	5,6
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	0,5	0,8	0,5	0,6	0,7	0,8	0,7	0,9	0,7	0,8	0,7
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	2,8	2,7	2,3	2,8	2,5	2,7	2,8	2,7	2,2	2,1	2,7
XV. Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	0,5	0,2	0,4	0,4	0,6	0,3
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	3,9	3,4	3,0	3,7	3,9	3,8	3,7	3,1	3,7	4,5	3,8
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	3,8	3,3	5,2	3,3	3,9	3,8	3,1	4,2	5,0	4,0	3,4

Índice de Mortalidad Estándar *											
	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Área 10	Área 11
Todas las causas	1,05	0,95	1,06	0,98	0,99	(0,99)	0,97	(1,00)	(0,99)	1,03	1,05
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,16	0,86	(1,10)	(0,96)	(0,95)	0,82	1,09	0,87	(1,01)	(0,94)	1,13
II. Tumores	1,05	0,97	(1,03)	0,98	(0,99)	0,95	(0,99)	(1,00)	(0,98)	1,08	1,03
III. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, inmun.	(1,01)	(1,08)	(1,19)	(0,88)	(0,89)	(1,01)	(1,10)	(0,87)	(0,95)	(0,86)	(1,17)
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas	0,88	0,84	1,30	0,91	(1,01)	(1,08)	0,87	1,32	(1,06)	1,25	1,10
V. Trastornos mentales y del comportamiento	0,82	0,91	(1,02)	(0,95)	(0,96)	(1,08)	0,81	1,45	(1,15)	1,72	(1,06)
VI. Enfermedades del sistema nervioso	(1,02)	0,91	(1,06)	(0,94)	(1,02)	(1,03)	0,86	1,23	1,25	1,20	(1,03)
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	(4,60)	0,00	0,00	0,00	(3,36)
VIII. Enfermedades del oído y apófisis mastoides	0,00	(1,77)	(4,31)	0,00	0,00	(1,94)	(1,22)	(2,64)	(4,03)	0,00	0,00
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	1,03	0,97	1,07	(1,00)	(0,98)	(1,05)	0,98	(0,98)	0,94	(0,98)	1,02
X. Enfermedades del sistema respiratorio	1,12	0,92	1,18	(0,98)	0,96	0,97	0,92	0,89	(1,10)	0,89	1,10
XI. Enfermedades del sistema digestivo	(1,03)	0,93	(1,01)	(1,00)	(0,99)	0,88	(1,01)	(1,01)	(0,99)	(1,01)	1,07
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	(1,03)	(0,82)	(0,92)	(1,13)	0,72	(1,18)	(0,98)	(1,25)	(1,04)	(0,91)	(1,08)
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	0,77	(1,00)	(0,91)	(0,90)	(1,06)	(1,14)	(0,90)	1,38	(1,12)	1,36	(1,02)
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	1,09	0,91	(1,02)	(1,05)	(0,94)	(1,03)	(0,95)	(1,07)	(0,98)	(0,90)	(1,02)
XV. Embarazo, parto y puerperio	(0,82)	0,00	(1,65)	(2,13)	(2,48)	(1,88)	0,00	0,00	0,00	0,00	(0,74)
XVI. Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal	(1,12)	(0,96)	(0,91)	(0,82)	(0,84)	(1,01)	(1,27)	(1,00)	(0,75)	1,37	(1,06)
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,32	1,36	(1,06)	1,43	(1,17)	(1,01)	1,44	(0,85)	(0,84)	(0,68)	(0,86)
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	1,13	0,91	0,77	(1,03)	(1,02)	(0,96)	(1,05)	0,78	0,84	1,12	1,11
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,14	(0,98)	1,15	(0,97)	(1,04)	(0,92)	(1,01)	(0,98)	(0,96)	0,88	(1,05)

* Mortalidad estándar: Comunidad de Madrid, ambos sexos, promedio 2002-2006 para cada causa respectiva
Entre paréntesis, valores no significativos con IC 95%

Continuación Tabla 2.4.
Mortalidad (Grandes
grupos, CIE-10) por Áreas
de Salud. Número absoluto
de defunciones, mortalidad
proporcional e Índice de
Mortalidad Estándar*.
Comunidad de Madrid, periodo
2002-2006.

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

La lista de causas específicas (lista reducida, CIE-10) con mayor número de defunciones en el promedio 2002-06 es semejante en todas las Áreas de Salud (tabla 2.5). Las enfermedades cerebrovasculares son la primera causa en todas las Áreas salvo en el Área 10 y el Área 11, donde lo es el cáncer de pulmón. Junto con estas dos, el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca, y los grupos de otras enfermedades del sistema respiratorio y otras enfermedades del corazón se encuentran entre las cinco primeras causas en todas las Áreas. Sólo en el Área 9, la EPOC aparece entre las enfermedades con mayor mortalidad.

		Defunciones	Mortalidad proporcional	Índice de mortalidad estándar*
Área 1	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.911	6,9%	0,93
	2 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.712	6,2%	0,96
	3 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.614	5,8%	1,36
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.601	5,8%	1,30
	5 0180 - Tumor maligno, tráquea, bronquios y pulmón	1.600	5,8%	0,86
Área 2	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.305	7,4%	0,98
	2 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.176	6,7%	0,82
	3 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.021	5,8%	1,71
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	966	5,5%	0,94
	5 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	897	5,1%	0,82
Área 3	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	523	6,4%	1,65
	2 0550 - Infarto agudo de miocardio	472	5,8%	0,65
	3 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	463	5,7%	0,69
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	456	5,6%	1,07
	5 0580 - Otras enfermedades del corazón	333	4,1%	1,11
Área 4	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.465	6,8%	0,97
	2 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.446	6,7%	0,72
	3 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.286	6,0%	0,88
	4 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	1.182	5,5%	0,88
	5 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.090	5,1%	0,97
Área 5	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.676	7,1%	1,05
	2 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.455	6,1%	1,20
	3 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.258	5,3%	0,69
	4 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	1.228	5,2%	0,90
	5 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.227	5,2%	1,20
Área 6	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.136	6,9%	0,91
	2 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.101	6,7%	1,03
	3 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.017	6,2%	1,24
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	919	5,6%	0,86
	5 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	836	5,1%	1,14
Área 7	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	1.860	7,0%	1,21
	2 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.710	6,4%	1,07
	3 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.627	6,1%	2,32
	4 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.621	6,1%	0,87
	5 0180 - Tumor mal, tráquea, bronquios y pulmón	1.283	4,8%	1,00
Área 8	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	819	6,7%	1,00
	2 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	729	5,9%	1,11
	3 0570 - Insuficiencia cardíaca	615	5,0%	1,04
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	603	4,9%	0,98
	5 0550 - Infarto agudo de miocardio	582	4,7%	0,94
Área 9	1 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	574	7,2%	0,49
	2 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	510	6,4%	0,91
	3 0550 - Infarto agudo de miocardio	461	5,8%	0,59
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	413	5,2%	1,14
	5 0640 - Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	332	4,0%	1,40
Área 10	1 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	504	6,7%	0,87
	2 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	463	6,1%	0,91
	3 0550 - Infarto agudo de miocardio	417	5,5%	2,30
	4 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	311	4,1%	1,12
	5 0570 - Insuficiencia cardíaca	306	4,1%	0,84
Área 11	1 0590 - Enfermedades cerebrovasculares	2.268	7,1%	0,90
	2 0670 - Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.963	6,1%	1,27
	3 0550 - Infarto agudo de miocardio	1.937	6,0%	0,31
	4 0180 - Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	1.699	5,3%	1,10
	5 0570 - Insuficiencia cardíaca	1.665	5,2%	0,91

Tabla 2.5. Principales causas de defunción (lista reducida, CIE-10) por Áreas de Salud. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar*. Comunidad de Madrid, periodo 2002-2006.

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

* Mortalidad estándar: Comunidad de Madrid, ambos sexos, promedio 2002-06 para cada causa respectiva

2.2.4. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La Atención Primaria de salud es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario, así como el nivel asistencial en el que tienen lugar la mayoría de los contactos con el mismo. En 2007, el 99% de las consultas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid disponían de historia clínica informatizada, la cual permite obtener información precisa sobre la morbilidad atendida en este nivel asistencial.

2.2.4.1. Personas atendidas en Atención Primaria

En 2007, 4.351.907 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 67% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria (tabla 2.6). El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos de 65 a 84 años que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. Los porcentajes observados en mayores de 85 años podrían ser inferiores a los reales, por un exceso en el denominador de la población de estas edades, al existir un retraso en la eliminación de los fallecidos de la base de datos de tarjeta sanitaria, así como también quizás por un menor apunte de los episodios de esta población al recibir mayor atención domiciliaria o incluso por estar institucionalizados. En la población adulta en todos los grupos de edad, la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es mayor que la de hombres. Esto también ocurre en los extranjeros (tabla 2.7), los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

Tabla 2.6. Personas con historia activa en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: OMI-AP 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 años	146.384	7,6	83,8	137.783	5,7	82,9	284.167	6,5	83,4
5-14 años	208.269	10,8	69,3	196.550	8,1	68,9	404.819	9,3	69,1
15-34 años	533.356	27,5	54,7	661.629	27,4	67,3	1.194.985	27,5	61,0
35-64 años	743.274	38,4	57,5	954.224	39,5	69,5	1.697.498	39,0	63,7
65-84 años	278.689	14,4	81,0	395.159	16,4	84,3	673.848	15,5	82,9
85 y más años	26.698	1,4	73,0	69.892	2,9	74,6	96.590	2,2	74,2
Total	1.936.670	100,0	62,0	2.415.237	100,0	71,7	4.351.907	100,0	67,0

Tabla 2.7. Personas con historia activa en Atención Primaria, según nacionalidad y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados por edad *. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
Extranjeros	290.967	50,9	58,1	402.595	65,6	68,9	693.562	58,5	63,8
Espanoles	1.642.391	64,3	64,9	2.008.210	72,9	72,3	3.650.601	68,8	68,7
Desconocido	3.312			4.432			7.744		
Total	1.936.670	62,0	63,5	2.415.237	71,7	71,6	4.351.907	67,0	67,7

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

Por Áreas de Salud (tabla 2.8) se observa que el porcentaje de personas que han acudido a Atención Primaria es mayor en las Áreas 9 y 10, y los valores más bajos se observan en el Área 7. Estas diferencias, ya presentes en 2005, pueden estar motivadas por distintos factores, entre ellos la implantación de forma secuencial de la historia clínica informatizada, la variabilidad en el perfil de utilización de la misma por los profesionales sanitarios, y la proporción de población con cobertura sanitaria mixta. Esta misma distribución se observa al analizar tanto por sexo como por nacionalidad (tabla 2.9).

Área	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
1	244.790	65,9	67,6	302.171	76,1	76,1	546.961	71,2	72,0
2	122.447	58,0	59,4	168.959	67,8	67,3	291.406	63,3	63,6
3	127.377	63,6	65,6	147.358	72,7	73,3	274.735	68,2	69,5
4	180.217	62,6	63,3	232.988	73,1	71,7	413.205	68,1	67,6
5	225.234	60,7	62,2	285.148	70,4	70,5	510.382	65,8	66,5
6	191.912	59,7	61,2	243.895	69,3	69,7	435.807	64,7	65,6
7	142.278	45,9	47,2	192.144	54,8	53,8	334.422	50,6	50,6
8	156.313	64,4	66,2	185.865	74,6	74,8	342.178	69,6	70,5
9	151.014	73,0	75,2	174.477	83,6	84,1	325.491	78,3	79,7
10	121.304	68,8	70,8	139.128	78,4	78,9	260.432	73,6	74,8
11	273.784	64,2	65,8	343.104	74,6	74,3	616.888	69,6	70,1
CM	1.936.670	62,0	63,6	2.415.237	71,7	71,7	4.351.907	67,0	67,8

Tabla 2.8. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados por edad *. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Área	Extranjeros			Españoles		
	N	%	% *	N	%	% *
1	82.589	61,8	68,9	462.545	72,9	72,8
2	45.654	58,8	64,2	245.371	64,1	63,6
3	42.741	57,0	63,8	231.961	70,7	71,3
4	64.376	61,0	66,8	348.809	69,6	68,0
5	80.453	60,8	65,0	428.104	66,5	66,5
6	73.308	61,0	63,5	362.379	65,5	65,6
7	71.680	45,8	49,0	262.719	52,1	50,7
8	41.189	59,9	66,6	300.959	71,2	71,5
9	36.832	66,3	74,7	288.545	80,1	81,0
10	36.271	61,3	73,6	223.191	75,7	76,3
11	118.469	58,7	64,7	496.018	72,5	71,8
CM	693.562	58,5	63,8	3.650.601	68,8	68,7

Tabla 2.9. Personas con historia activa en Atención Primaria, según Área de salud y nacionalidad. Total, porcentajes brutos y estandarizados por edad *. Comunidad de Madrid, 2007.

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

*Estandarizado por método directo. Población estándar europea. OMS

2.2.4.2. Episodios de consulta en Atención Primaria

En 2007 se han registrado en OMI-AP 16.614.740 episodios de consulta en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 2.558,0 episodios por 1.000 personas que constan en tarjeta sanitaria (tabla 2.10). La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 544,0 episodios por 1.000 personas. Las mayores tasas se observaron en el grupo de 0 a 4 años y en los mayores de 65, y en todos los grupos de edad, exceptuando a los más pequeños, las mujeres tuvieron mayores tasas tanto de episodios totales como de patología crónica (figura 2.17). La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor frecuencia, seguida por la del aparato locomotor (figura 2.18). En cuanto a la patología crónica, ésta se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. Por Áreas de Salud (tabla 2.11) se observa como, al igual que sucedía con las personas atendidas, las tasas de episodios son más altas en las Áreas 9 y 10 y la más baja corresponde al Área 7.

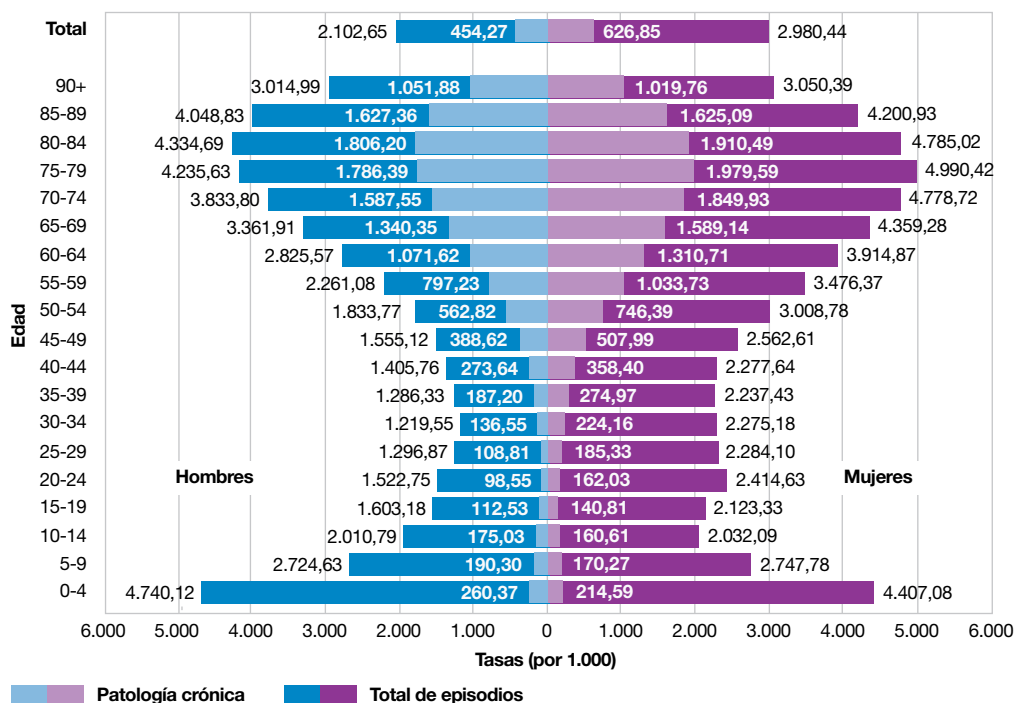
Tabla 2.10. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según sexo. Número, distribución porcentual y tasas totales por mil. Comunidad de Madrid 2007.

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

CIAP - 2	Hombres		Mujeres		Total		Tasa
	N	%	N	%	N	%	
Problemas generales, inespecíficos	550.251	8,4	684.631	6,8	1.234.882	7,4	190,1
Sangre, inmunidad	74.019	1,1	160.501	1,6	234.520	1,4	36,1
Aparato digestivo	747.376	11,4	986.648	9,8	1.734.024	10,4	267,0
Ojo y anejos	259.018	3,9	380.956	3,8	639.974	3,9	98,5
Aparato auditivo	240.777	3,7	297.065	3,0	537.842	3,2	82,8
Aparato circulatorio	510.385	7,8	715.810	7,1	1.226.195	7,4	188,8
Aparato locomotor	736.835	11,2	1.366.430	13,6	2.103.265	12,7	323,8
Sistema nervioso	159.299	2,4	321.158	3,2	480.457	2,9	74,0
Problemas psicológicos	232.170	3,5	408.652	4,1	640.822	3,9	98,7
Aparato respiratorio	1.672.318	25,4	2.070.595	20,6	3.742.913	22,5	576,3
Piel, faneras	639.967	9,7	854.836	8,5	1.494.803	9,0	230,1
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	407.879	6,2	619.784	6,2	1.027.663	6,2	158,2
Aparato urinario	126.160	1,9	307.877	3,1	434.037	2,6	66,8
Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	4.218	0,1	332.348	3,3	336.566	2,0	51,8
Aparato genital femenino y mamas	5.845	0,1	475.533	4,7	481.378	2,9	74,1
Aparato genital masculino y mamas	181.240	2,8	6.687	0,1	187.927	1,1	28,9
Problemas sociales	24.414	0,4	53.058	0,5	77.472	0,5	11,9
Total	6.572.171	100	10.042.569	100	16.614.740	100	2.558,0

Figura 2.17. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



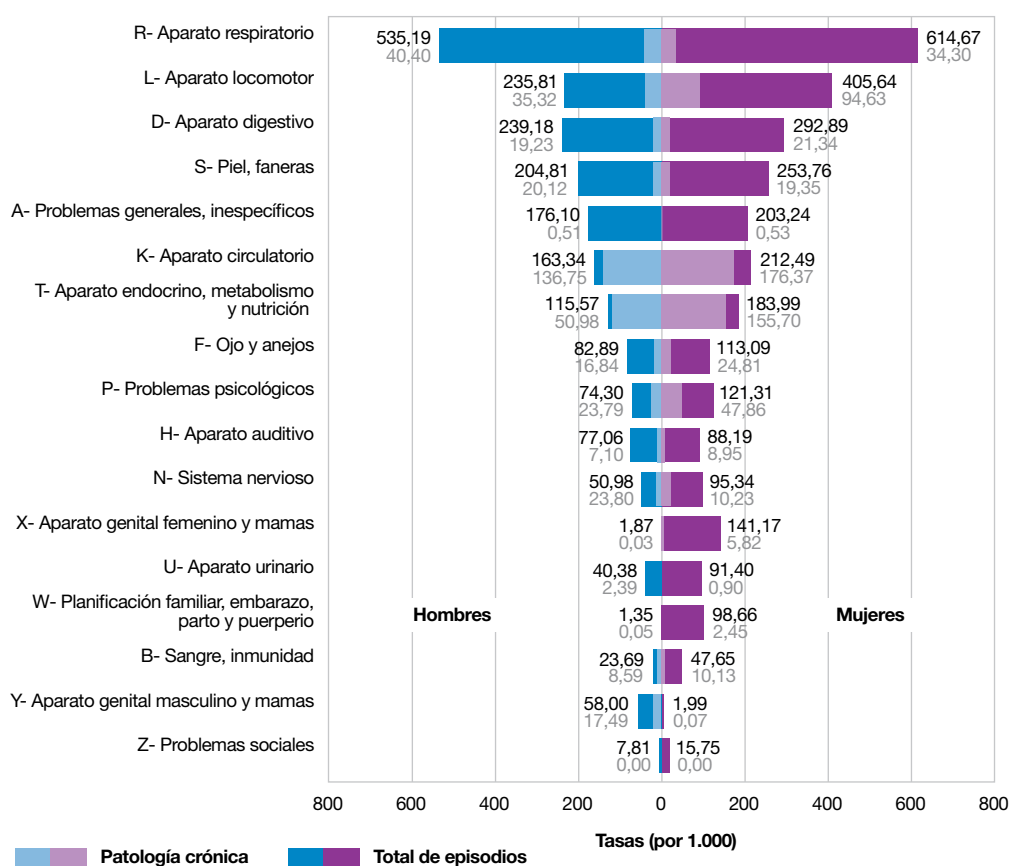


Figura 2.18. Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Tabla 2.11. Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Área de Salud. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Área										
CIAP - 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Problemas generales, inespecíficos	201,9	173,8	210,6	199,8	177,2	179,2	134,9	188,1	263,1	223,2	186,9
Sangre, inmunidad	39,1	30,8	35,9	39,0	36,3	29,3	30,7	32,1	41,1	39,9	41,7
Aparato digestivo	306,1	241,4	292,0	276,5	245,2	223,7	186,4	269,5	348,8	341,2	270,9
Ojo y anejos	117,6	90,6	97,0	101,0	87,7	86,6	73,8	99,0	122,3	117,7	103,1
Aparato auditivo	90,8	72,6	90,6	83,6	77,8	81,3	50,0	86,8	112,1	103,5	82,9
Aparato circulatorio	207,5	187,4	166,2	220,2	170,0	153,4	168,2	189,5	209,4	197,4	207,2
Aparato locomotor	362,3	297,0	343,8	317,8	297,2	265,8	245,2	339,1	410,0	397,6	347,1
Sistema nervioso	81,5	66,7	81,0	72,6	63,6	62,0	54,1	79,4	98,6	97,5	78,0
Problemas psicológicos	108,3	104,3	90,9	103,9	91,9	93,4	78,5	94,9	112,8	109,9	103,3
Aparato respiratorio	661,0	490,6	609,7	562,6	533,2	505,3	383,1	617,6	782,3	754,9	586,1
Piel, faneras	261,4	208,2	259,6	216,5	200,7	212,9	154,8	240,1	314,0	298,7	233,2
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	174,5	149,4	176,1	171,7	137,9	131,0	138,8	179,6	178,0	157,5	163,4
Aparato urinario	76,2	65,5	67,8	69,2	56,0	55,5	56,6	70,6	84,9	81,1	66,7
Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	57,2	47,3	67,3	43,8	42,9	48,5	30,0	48,8	85,4	79,1	49,6
Aparato genital femenino y mamas	87,4	80,5	83,2	67,9	56,1	64,5	53,6	74,1	107,6	98,6	72,3
Aparato genital masculino y mamas	32,9	29,9	28,0	31,0	25,7	25,9	22,2	29,8	32,5	31,8	30,9
Problemas sociales	13,8	9,5	15,6	13,1	10,7	8,9	9,6	19,0	12,9	10,3	10,5
Episodios correspondientes a patología crónica											
Tasa cruda	613,1	538,2	501,6	593,4	490,9	461,4	471,7	557,5	593,6	576,4	591,6
Tasa ajustada por edad	545,5	458,1	515,1	489,5	451,5	466,9	375,1	529,8	616,0	583,2	523,1
Total	2.879,7	2.345,4	2.715,5	2.590,3	2.310,0	2.227,1	1.870,4	2.657,9	3.315,8	3.139,7	2.633,7

El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior (tabla 2.12), que representó un 12,2% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y la infección intestinal inespecífica. Dentro de las patologías crónicas incluidas en seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en niños fue el asma, y en adultos fue la hipertensión arterial (tabla 2.13) seguida por los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus no insulínica.

Tabla 2.12. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: OMI-AP 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-Infección respiratoria aguda superior	2.031.214	12,2	1	312,7	1	279,9	1	343,2	
K86-Hipertensión no complicada	588.664	3,5	2	90,6	2	74,7	2	105,4	
D73-Infección intestinal inespecífica/ posible	410.329	2,5	3	63,2	3	61,5	3	64,8	
T93-Trastornos metabolismo lipídico	364.325	2,2	4	56,1	4	50,1	4	61,6	
L03-Signos/síntomas lumbares	252.973	1,5	5	38,9	8	32,2	7	45,2	
T90-Diabetes no insulínica	246.449	1,5	6	37,9	5	39,5	9	36,5	
R05-Tos	231.240	1,4	7	35,6	7	33,3	8	37,8	
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	223.691	1,3	8	34,4	6	33,5	11	35,3	
L99-Otra enfermedad del aparato locomotor	221.696	1,3	9	34,1	18	21,5	6	45,9	
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	198.508	1,2	10	30,6	48	9,4	5	50,2	
A03-Fiebre	188.087	1,1	11	29,0	9	30,9	20	27,1	
R97-Rinitis alérgica	187.203	1,1	12	28,8	12	26,3	14	31,1	
P01-Sensación ansiedad/tensión	162.702	1,0	20	25,0	31	13,8	10	35,5	
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	175.716	1,1	16	27,1	10	30,0	26	24,4	
H71-Otitis media/miringitis aguda	179.950	1,1	14	27,7	11	27,8	19	27,6	
Total	16.614.740	100		2.558,0		2.102,6		2.980,4	

Tabla 2.13. Episodios de patologías crónicas incluidas en protocolos de seguimiento en Atención Primaria, según grupo de edad y sexo. Número, distribución porcentual y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Hombres			Mujeres		
	N	%	Tasa	N	%	Tasa
0-14 años						
Asma (R96)	43.040	2,8	90,5	27.792	2,0	61,6
Obesidad (T82)	1.576	0,1	3,3	1.381	0,1	3,1
Total episodios	1.544.688			1.418.252		
15+ años						
Hipertensión arterial (K86 y K87)	267.084	5,3	100,8	390.653	4,5	133,9
Trastornos metabolismo lipídico (T93)	155.401	3,1	58,7	206.190	2,4	70,7
Diabetes no insulínica (T90)	122.692	2,4	46,3	122.616	1,4	42,0
Obesidad (T82)	42.470	0,8	16,0	77.589	0,9	26,6
Asma (R96)	35.076	0,7	13,2	65.574	0,8	22,5
Cardiopatía Isquémica (K74, K75 y K76)	47.565	0,9	18,0	21.330	0,2	7,3
Abuso del tabaco (P17)	30.747	0,6	11,6	23.165	0,3	7,9
BNCO (R79,R91 y R95)	38.520	0,8	14,5	12.509	0,1	4,3
Demencia (P70)	5.630	0,1	2,1	14.373	0,2	4,9
Insuficiencia Cardíaca (K77)	7.457	0,1	2,8	12.036	0,1	4,1
Abuso crónico del alcohol (P15)	14.111	0,3	5,3	2.523	0,0	0,9
Total episodios	5.027.483			8.624.317		

2.2.5. Morbilidad hospitalaria

En el año 2007 en el CMBD se registraron 962.822 altas hospitalarias, de las cuales 896.374 corresponden a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 145,1 por 1.000 habitantes. Estas últimas son las que se han considerado para la descripción de la morbilidad. El 49% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 33% en hospitales privados y el 18% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 57% del total de altas hospitalarias. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo (figura 2.19) muestran que las tasas en las mujeres son superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras que en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria (figura 2.20 y tabla 2.14) el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (33,71 por mil) siendo la siguiente causa en frecuencia los tumores (tasa de 17,25 por mil en hombres y 17,58 en mujeres). Las siguientes causas con tasas más elevadas en los hombres son las enfermedades digestivas (tasa 17,01 por mil), respiratorias (14,50 por mil) y circulatorias (13,63 por mil) y en las mujeres las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (tasa 17,39 por mil), digestivas (12,85 por mil) y circulatorias (11,99 por mil).

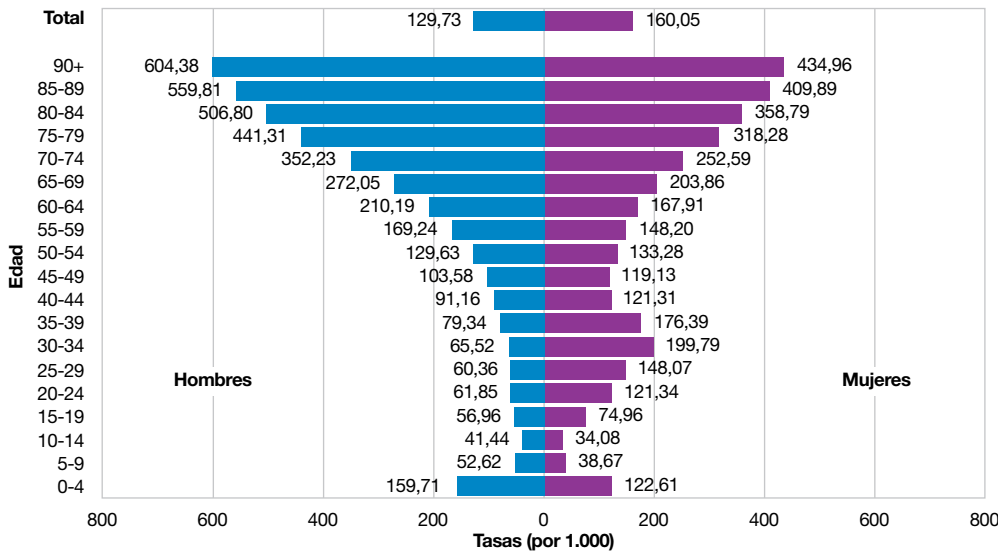


Figura 2.19. Morbilidad hospitalaria por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

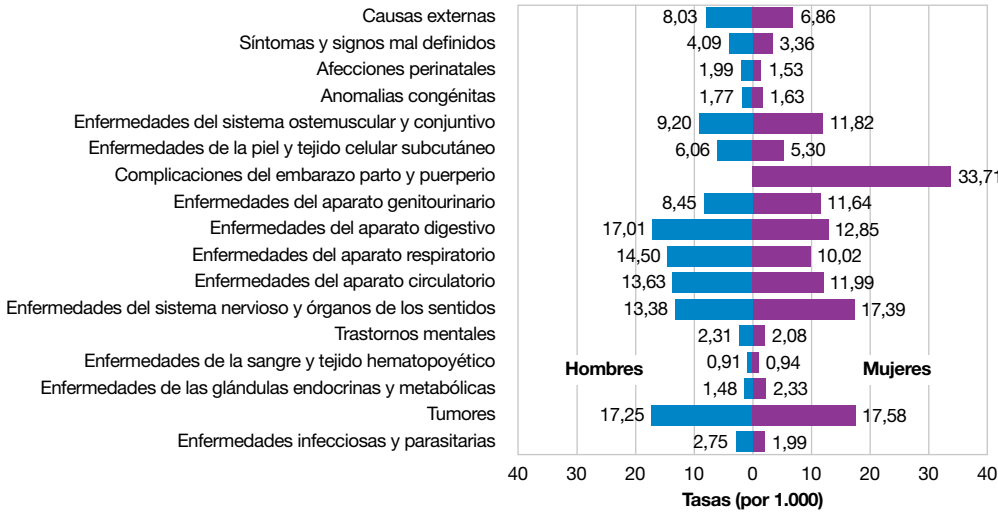


Figura 2.20. Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Tabla 2.14. Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Hombres	Edad							
CIE-9-MC	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	Total
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,6	6,4	3,2	2,6	2,0	1,1	2,1	2,1
02-Tumores	0,4	1,8	5,7	9,9	15,0	16,8	11,3	13,3
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo e inmunidad	0,4	1,3	2,0	1,0	1,3	1,0	1,4	1,1
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,3	1,2	1,5	0,4	0,5	0,9	1,3	0,7
05-Trastornos mentales	0,1	0,3	0,8	3,9	2,5	0,5	0,9	1,8
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,2	9,3	8,2	7,1	8,5	15,5	9,4	10,3
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,5	0,4	1,4	3,7	10,3	16,0	19,6	10,5
08-Enfermedades del aparato respiratorio	17,0	30,9	17,0	7,3	6,5	13,1	24,2	11,2
09-Enfermedades del aparato digestivo	5,5	8,8	14,4	14,0	15,9	11,2	8,7	13,1
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	4,4	12,9	12,5	8,2	5,3	6,1	6,5	6,5
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,8	1,8	3,5	11,4	5,4	2,1	1,5	4,7
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	1,4	3,4	11,1	10,1	4,4	1,4	7,1
14-Anomalías congénitas	7,4	11,2	7,4	1,1	0,5	0,2	0,1	1,4
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	39,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
16-Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	4,1	4,0	4,2	1,9	3,3	3,2	3,4	3,2
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,5	4,6	9,9	11,6	6,2	4,0	5,9	6,2
18-Códigos V	9,7	3,7	5,0	4,8	6,9	3,9	2,2	5,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Mujeres	Edad							
CIE-9-MC	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	Total
01-Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,8	7,2	4,2	0,8	0,9	0,9	1,9	1,2
02-Tumores	0,7	3,2	7,2	6,8	15,8	11,2	6,8	11,0
03-Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo e inmunidad	0,6	0,8	2,1	0,9	1,7	1,5	2,3	1,5
04-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,2	1,4	1,8	0,2	0,5	0,8	1,4	0,6
05-Trastornos mentales	0,1	0,3	1,8	1,3	1,8	0,8	0,8	1,3
06-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,4	10,9	10,5	3,8	8,9	22,5	9,8	10,9
07-Enfermedades del aparato circulatorio	0,3	0,6	0,8	1,2	5,8	13,9	24,8	7,5
08-Enfermedades del aparato respiratorio	15,2	34,6	19,8	2,6	3,2	7,6	18,1	6,3
09-Enfermedades del aparato digestivo	4,5	11,6	15,2	5,7	8,5	9,0	9,0	8,0
10-Enfermedades del aparato genito-urinario	3,9	3,4	2,9	5,5	11,0	5,1	4,8	7,3
11-Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0,3	0,0	1,0	58,2	16,0	0,0	0,1	21,1
12-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,8	2,7	4,0	3,2	4,4	2,5	1,6	3,3
13-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	1,8	4,1	2,8	10,2	10,8	2,0	7,4
14-Anomalías congénitas	7,1	7,3	6,6	1,0	0,7	0,3	0,1	1,0
15-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	41,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
16-Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	4,3	5,2	6,0	0,9	1,8	2,8	3,2	2,1
17-Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1,6	4,5	6,9	1,6	3,4	6,7	10,9	4,3
18-Códigos V	10,8	4,4	4,8	3,5	5,6	3,5	2,5	4,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

2.2.6. Carga de enfermedad

En el año 2006 en la Comunidad de Madrid se perdieron 601.831 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud (tabla 2.15). El 52,4 por ciento corresponde a varones y el 47,6 por ciento a mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.956 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años (tasas de 10.664 en 2002 y 10.265 en 2005). Las enfermedades no transmisibles concentran casi el 90 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,5 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 4,7 de las causas externas.

Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (30,3 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (16,7 por ciento) y las circulatorias (11,0 por ciento).

Grupos	AVAD			Tasa de AVAD (por 100.000 personas)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	601.831	315.366	286.465	9.956	10.770	9.191
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	33.047	16.252	16.795	547	555	539
Enfermedades no transmisibles	540.716	277.902	262.814	8.945	9.491	8.432
Accidentes y lesiones	28.067	21.211	6.856	464	724	220

Categorías	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Infecciosas y parasitarias	14.391	8.540	5.851	238	292	188
Infección respiratoria	6.278	3.293	2.985	104	112	96
Condiciones maternas	2.718	0	2.718	45	0	87
Condiciones perinatales	5.881	3.483	2.398	97	119	77
Deficiencias nutricionales	3.779	936	2.843	63	32	91
Tumores malignos	100.358	58.695	41.663	1.660	2.005	1.337
Otros tumores	2.741	1.559	1.183	45	53	38
Diabetes Mellitus	5.436	2.719	2.717	90	93	87
Enfermedades endocrinas y de la sangre	5.093	1.646	3.447	84	56	111
Neuropsiquiátricas	182.614	81.367	101.246	3.021	2.779	3.248
Enfermedades órganos de los sentidos	54.833	25.512	29.321	907	871	941
Enfermedades cardiovasculares	66.339	38.790	27.550	1.097	1.325	884
Enfermedades respiratorias	43.895	25.929	17.967	726	885	576
Enfermedades aparato digestivo	31.721	19.216	12.505	525	656	401
Enfermedades genitourinarias	6.414	4.100	2.313	106	140	74
Enfermedades de la piel	1.404	446	958	23	15	31
Enfermedades osteomuscular y tejido conectivo	29.555	12.084	17.471	489	413	561
Anomalías congénitas	5.619	3.613	2.005	93	123	64
Enfermedades orales	4.694	2.226	2.468	78	76	79
Accidentes no intencionales	21.827	16.480	5.347	361	563	172
Lesiones intencionales	6.240	4.731	1.509	103	162	48

Tabla 2.15. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por sexo y causa. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Continuación Tabla 2.15. Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por sexo y causa. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Grupos	Sobre el total de cada sexo			Sobre el total de cada causa	
	Total %	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
Total	100	100	100	52,4	47,6
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	5,5	5,2	5,9	49,2	50,8
Enfermedades no transmisibles	89,8	88,1	91,7	51,4	48,6
Accidentes y lesiones	4,7	6,7	2,4	75,6	24,4

Categorías	Total %	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
Infeciosas y parasitarias	2,4	2,7	2,0	59,3	40,7
Infección respiratoria	1,0	1,0	1,0	52,5	47,5
Condiciones maternas	0,5	0,0	0,9	0,0	100,0
Condiciones perinatales	1,0	1,1	0,8	59,2	40,8
Deficiencias nutricionales	0,6	0,3	1,0	24,8	75,2
Tumores malignos	16,7	18,6	14,5	58,5	41,5
Otros tumores	0,5	0,5	0,4	56,9	43,1
Diabetes Mellitus	0,9	0,9	0,9	50,0	50,0
Enfermedades endocrinas y de la sangre	0,8	0,5	1,2	32,3	67,7
Neuropsiquiátricas	30,3	25,8	35,3	44,6	55,4
Enfermedades órganos de los sentidos	9,1	8,1	10,2	46,5	53,5
Enfermedades cardiovasculares	11,0	12,3	9,6	58,5	41,5
Enfermedades respiratorias	7,3	8,2	6,3	59,1	40,9
Enfermedades aparato digestivo	5,3	6,1	4,4	60,6	39,4
Enfermedades genitourinarias	1,1	1,3	0,8	63,9	36,1
Enfermedades de la piel	0,2	0,1	0,3	31,8	68,2
Enfermedades osteomuscular y tejido conectivo	4,9	3,8	6,1	40,9	59,1
Anomalías congénitas	0,9	1,1	0,7	64,3	35,7
Enfermedades orales	0,8	0,7	0,9	47,4	52,6
Accidentes no intencionales	3,6	5,2	1,9	75,5	24,5
Lesiones intencionales	1,0	1,5	0,5	75,8	24,2

Como se aprecia en la figura 2.21, el peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 94,5 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 2006 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 39,25 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 60,75 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 45,6% AVD y 54,4% AVP en los hombres, y 32,2% AVP y 67,8% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores y, en general, también en otras poblaciones de condiciones demográficas y epidemiológicas semejantes a la madrileña, están en la línea de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

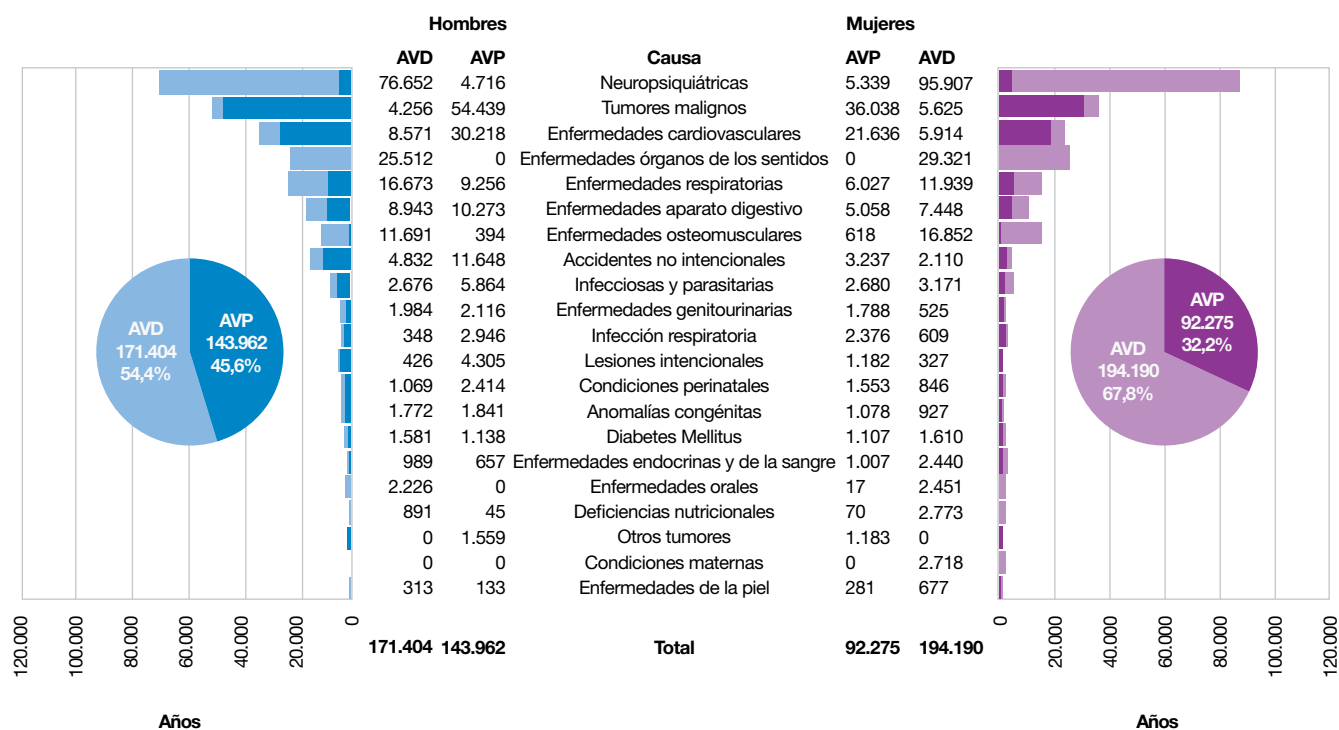


Figura 2.21. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, por sexo y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

2.2.7. Expectativas de salud

Junto con los indicadores de carga de enfermedad, la otra gran familia de medidas sintéticas de salud de las poblaciones está constituida por las llamadas expectativas de salud. La esperanza de vida habitualmente utilizada (la comentada en el apartado 2.1.4.2) sólo distingue entre estar vivo y estar muerto, de manera que una persona con demencia senil grave contribuye de la misma manera que un medallista olímpico al número de años que se puede esperar vivir a partir de una edad. Sin embargo, no todo ese tiempo se vivirá en el mismo estado de salud. Las expectativas de salud determinan, a partir de información procedente de encuestas de salud, cuántos de esos años que fija la esperanza de vida se vivirán en cada distinto estado de salud.

Se presentan en las figuras 2.22, 2.23 y 2.24 tres de las expectativas de salud más comúnmente utilizadas: respectivamente, la esperanza de vida en buena y mala salud percibida, la esperanza de vida libre de y con discapacidad, y la esperanza de vida libre de y con enfermedades crónicas. Se han estimado a partir de la tabla de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid para el año 2007 y de las medidas de salud por sexo y edad obtenidas de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007. Se muestran los resultados en años de vida y como proporción sobre la esperanza de vida total a cada edad. Dado que la encuesta no tiene cuestionario infantil, las expectativas de salud se pueden estimar a partir de edades jóvenes, pero no para menores.

Una persona residente en Madrid de 15 años de edad puede esperar vivir en adelante, en promedio, 47,3 años en buena salud (un 69,8% de los 67,7 años que le quedan de vida), 16,3 años en salud regular y 4,1 en mala salud (figura 2.22). A medida que avanza la edad, la esperanza de vida va disminuyendo y el peso de la salud regular y mala va proporcionalmente aumentando. A los 65 años, de los 20,7 que quedan como media por vivir sólo 8,8 lo serán en buena salud (un 42,6%). A los ochenta años, dos de cada tres años se vivirán en salud regular o mala. Este comportamiento (a mayor edad, peor indicador de salud) se verifica también en la esperanza de vida libre de discapacidad (figura 2.23) y en la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas (figura 2.24).

A cualquier edad, la proporción de años en salud mala o regular es siempre mayor en mujeres que en hombres. Como se ha apuntado al comentar los indicadores de carga de enfermedad, a pesar de tener una esperanza de vida más alta, las mujeres declaran tener un peor estado de salud autopercibido.

La autopercepción diferencial del estado de salud en función del sexo se confirma también en medidas más objetivas de salud, como la prevalencia de discapacidades o de enfermedades crónicas diagnosticadas. En ambos casos la proporción de años por vivir sin discapacidad o sin enfermedad crónica es, a cualquier edad, menor en mujeres que en hombres. Las elevadas expectativas de vida con enfermedad crónica desde edades jóvenes son el resultado de las altas prevalencias ya en esas edades de las alergias, los dolores de cabeza y migrañas, el dolor de espalda y el asma. Esto no es incompatible, como se aprecia al comparar sendas figuras, con declarar un buen estado de salud general.

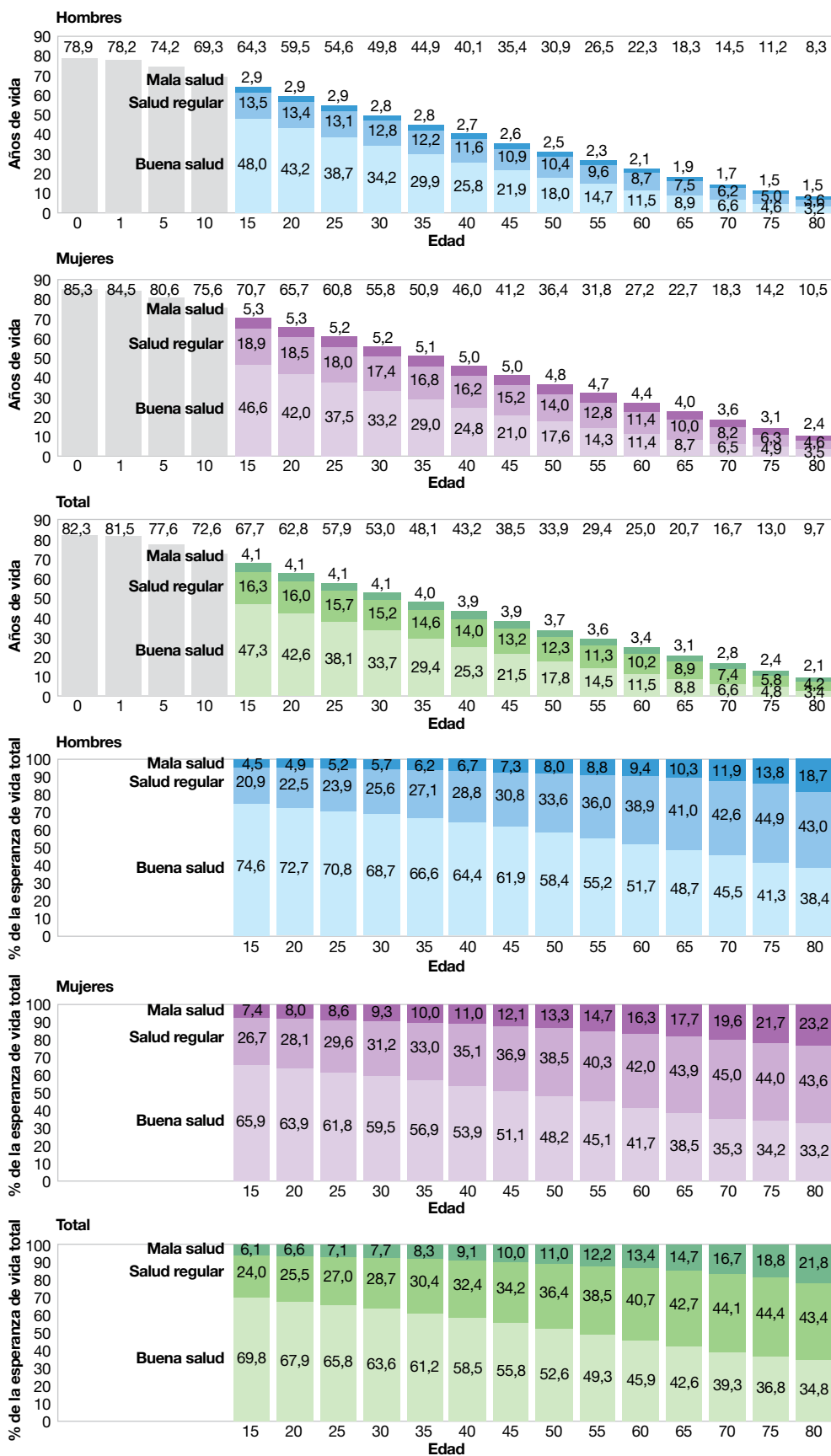
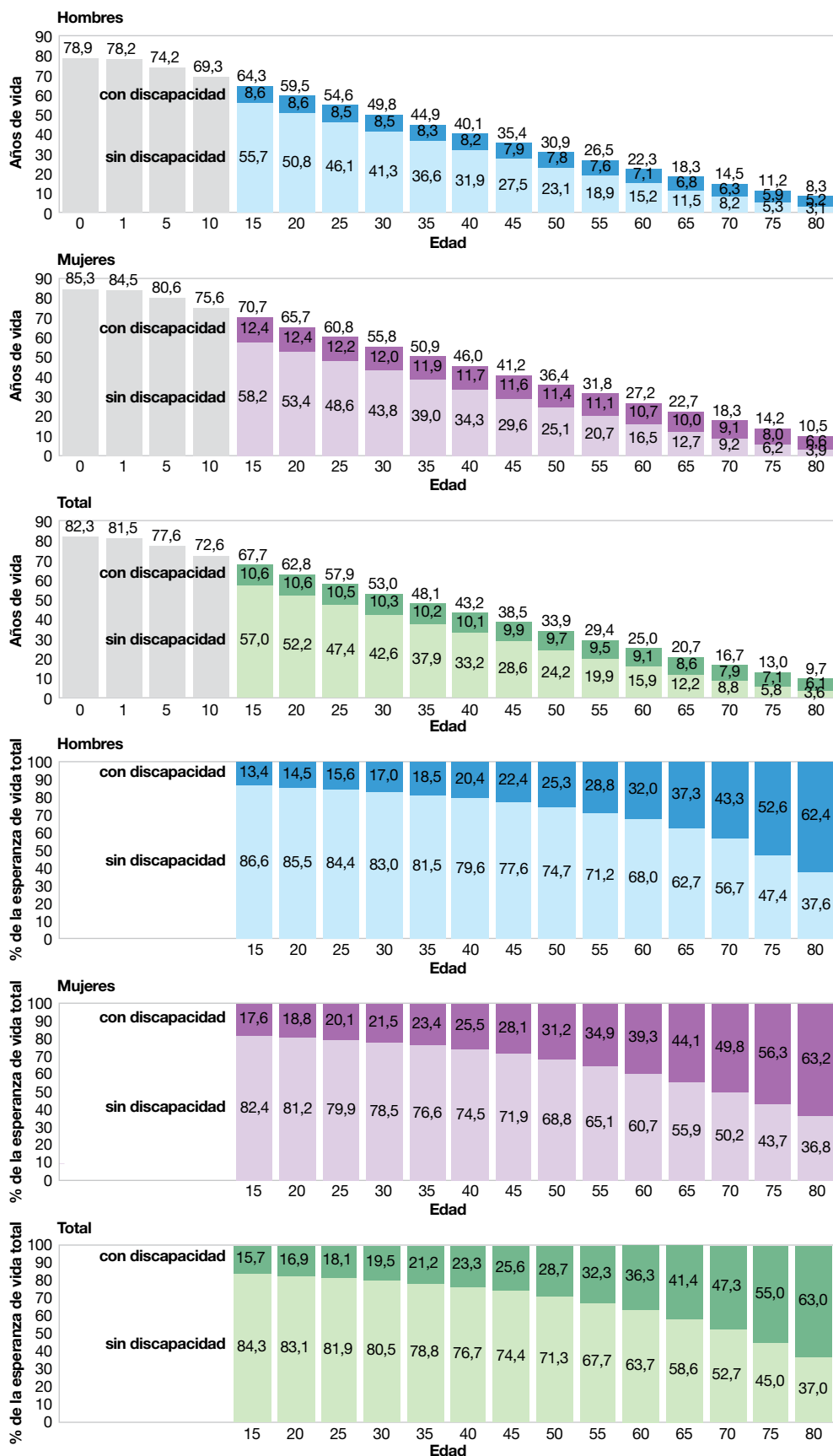


Figura 2.22. Esperanza de vida (en años de vida y en proporción sobre el total de la esperanza de vida) en buena, regular y mala salud percibida, por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Tablas de mortalidad de la Comunidad de Madrid, IECM, y Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 2.23. Esperanza de vida (en años de vida y en proporción sobre el total de la esperanza de vida) libre de y con discapacidad, por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Tablas de mortalidad de la Comunidad de Madrid, IECM, y Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



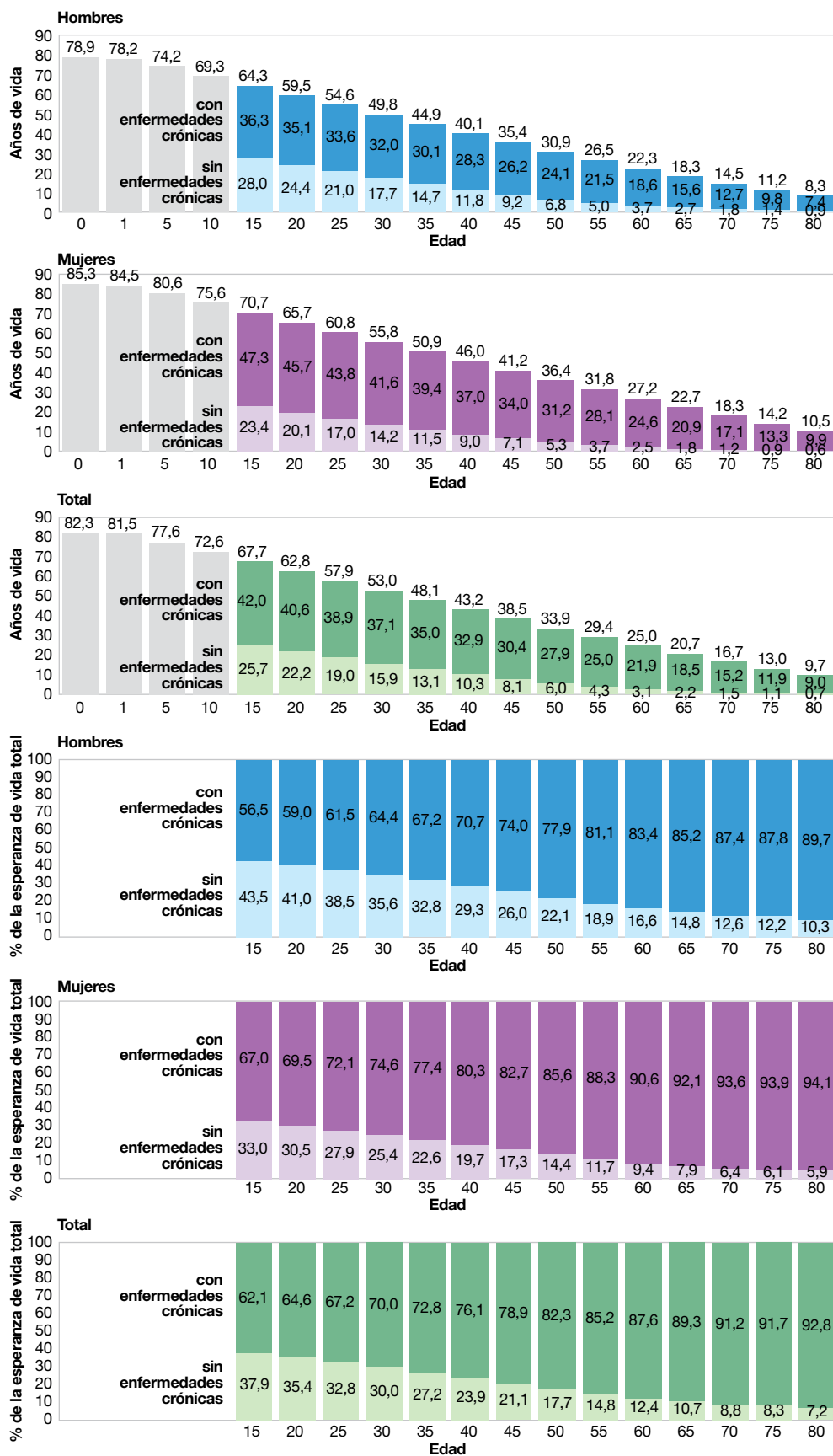


Figura 2.24. Esperanza de vida (en años de vida y en proporción sobre el total de la esperanza de vida) libre de y con enfermedades crónicas, por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Tablas de mortalidad de la Comunidad de Madrid, IECM, y Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

2.3. Encuesta de salud (ERSM2007)

2.3.1. Características sociodemográficas de la población

Debido a la utilización de pesos, la distribución por sexo y edad de la muestra es idéntica a la del padrón, que se ofrece en otros apartados del documento.

El nivel socioeconómico se ha estudiado mediante la clasificación del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Atención Primaria 2000), que agrupa a los individuos en cinco niveles ordenados de mayor a menor (I-V) (y una categoría adicional X para los que no pueden ser encuadrados en ninguno de los anteriores) en función de su ocupación laboral en el momento de la entrevista conforme a los epígrafes de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994, y siempre que el entrevistado sea el miembro del hogar que aporta más ingresos al mismo (en otro caso se atribuye al entrevistado el nivel socioeconómico más alto de entre los que contribuyen económicamente en el hogar). La distribución en la población de la CM según nivel socioeconómico por sexo y grupo de edad se representa en las figuras 2.25 y 2.26 (un 0,6% de los hombres y un 5,1% de las mujeres pertenecen a la categoría indeterminada). Las diferencias entre niveles socioeconómicos justifican su estandarización por edad en los análisis bivariados.

Figura 2.25 Distribución de la población de hombres y mujeres de 16 y más años según nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

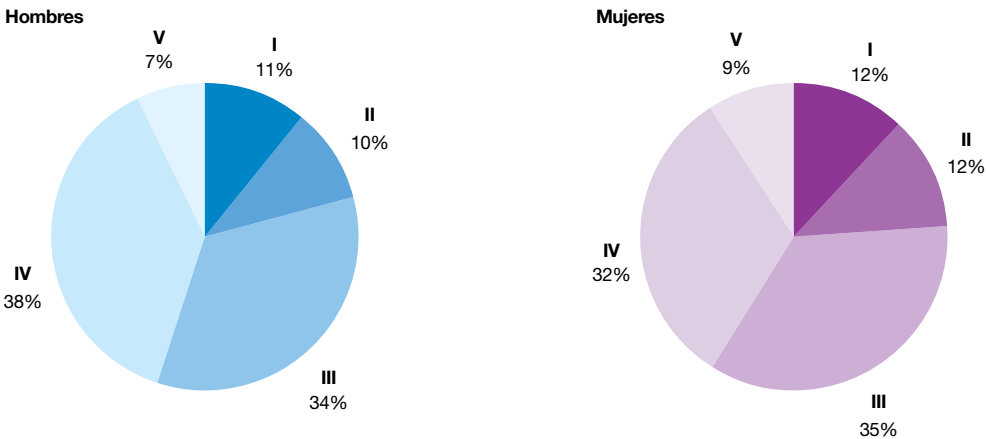
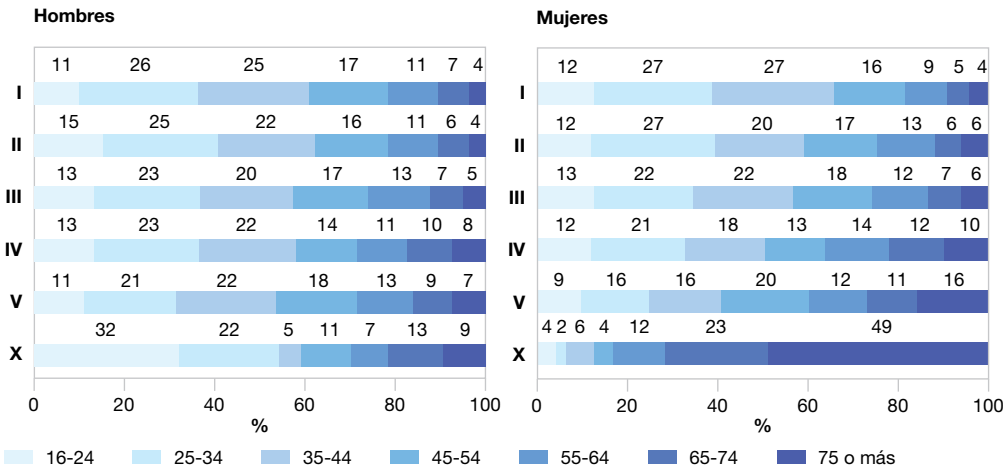


Figura 2.26. Distribución por grupos de edad de los distintos niveles socioeconómicos, en hombres y mujeres de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



En el cuestionario se solicitaba el país de nacimiento y, en el caso de los extranjeros, el tiempo que llevaban viviendo en España. De esta manera, se ha clasificado a los individuos en nacionales (nacidos en España), inmigrantes no económicos (procedentes de los 15 países de la Unión Europea más ricos, Noruega, Suiza, EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón), inmigrantes económicos (resto de países) con menos de 5 años de residencia en España o con 5 ó más años. El 83% de la población es autóctona, y dentro de la población nacida en el extranjero, el mayor porcentaje (10%) corresponde a inmigrantes económicos que llevan 5 años o más residiendo en España (figura 2.27). La población inmigrante se acumula fundamentalmente en los grupos de menor edad (figura 2.28) y en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos (figura 2.29). La diferente distribución por edades de los individuos según su país de nacimiento hace necesario estandarizar los datos y restringir el análisis a los menores de 55 años.

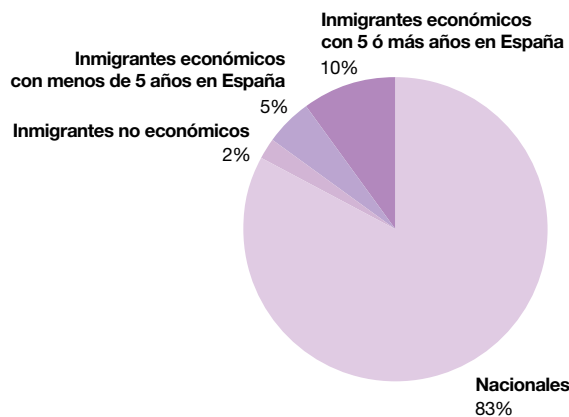


Figura 2.27. Distribución de la población de 16 y más años según país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

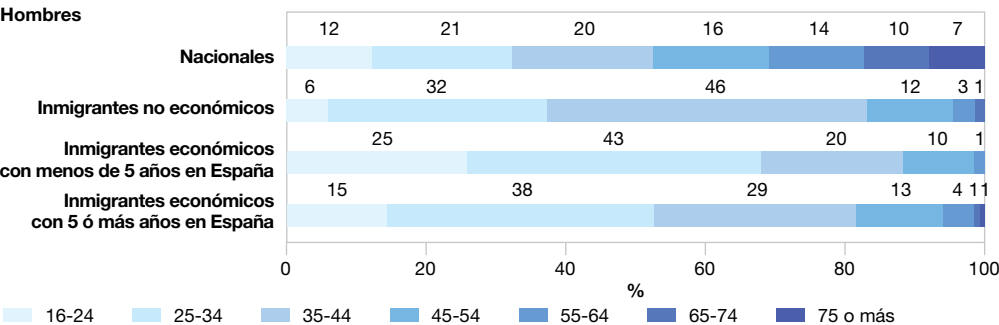
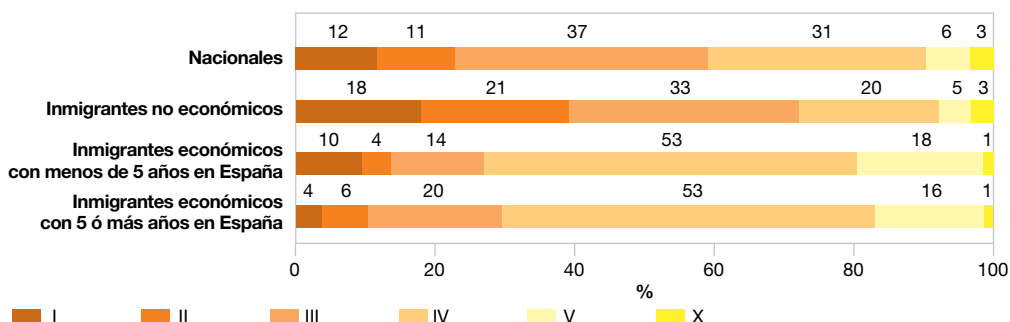


Figura 2.28. Distribución por grupos de edad de los individuos según país de nacimiento, en hombres y mujeres de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

Figura 2.29. Distribución del nivel socioeconómico por país de nacimiento en la población de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

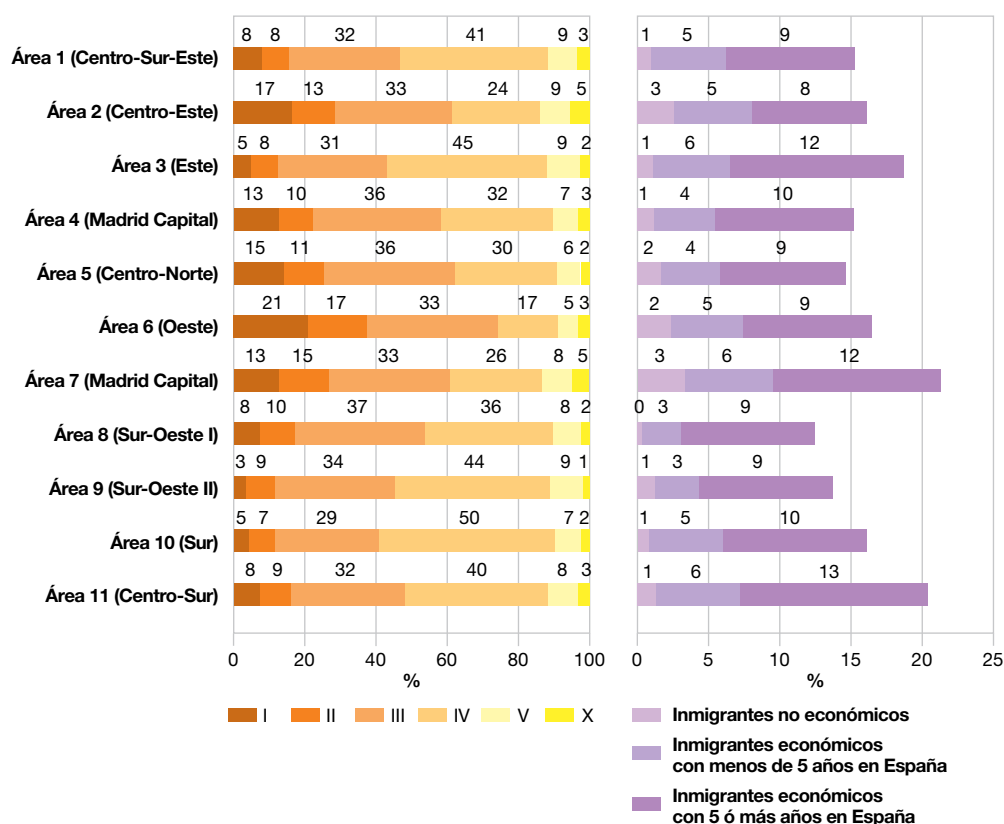
Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



Entre las distintas Áreas de Salud de referencia también se observan diferencias tanto en la distribución de su población en niveles socioeconómicos como en las características de su población inmigrante (figura 2.30). En este caso se ha preferido presentar la información sin estandarizar por edad para reflejar las cargas de enfermedad o utilización de servicios sanitarios que soporta cada Área.

Figura 2.30. Distribución por niveles socioeconómicos y por país de nacimiento en cada Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



2.3.2. Salud general

2.3.2.1. Percepción del estado de salud

En 2007 un 15% (IC95%: 14,3-15,7) y un 59,6% (IC95%: 58,7-60,5) de la población mayor de 15 años ha declarado que su estado de salud era muy bueno o bueno, respectivamente (figura 2.31). Las mujeres refieren una peor salud, ya desde edades más tempranas (figura 2.32), y también se observa un gradiente en el estado de salud percibido en función del nivel socioeconómico (figura 2.33). Por país de nacimiento, sólo es estadísticamente significativa una peor valoración de la salud en mujeres inmigrantes que llevan 5 ó más años en España ($p<0,001$).

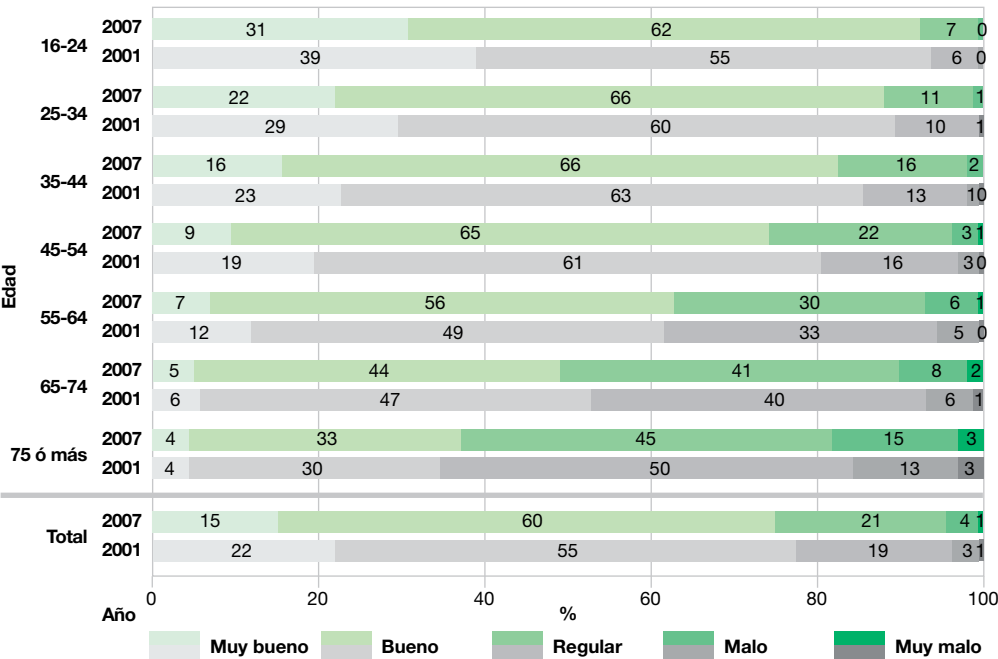


Figura 2.31. Percepción del propio estado de salud por grupos de edad en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

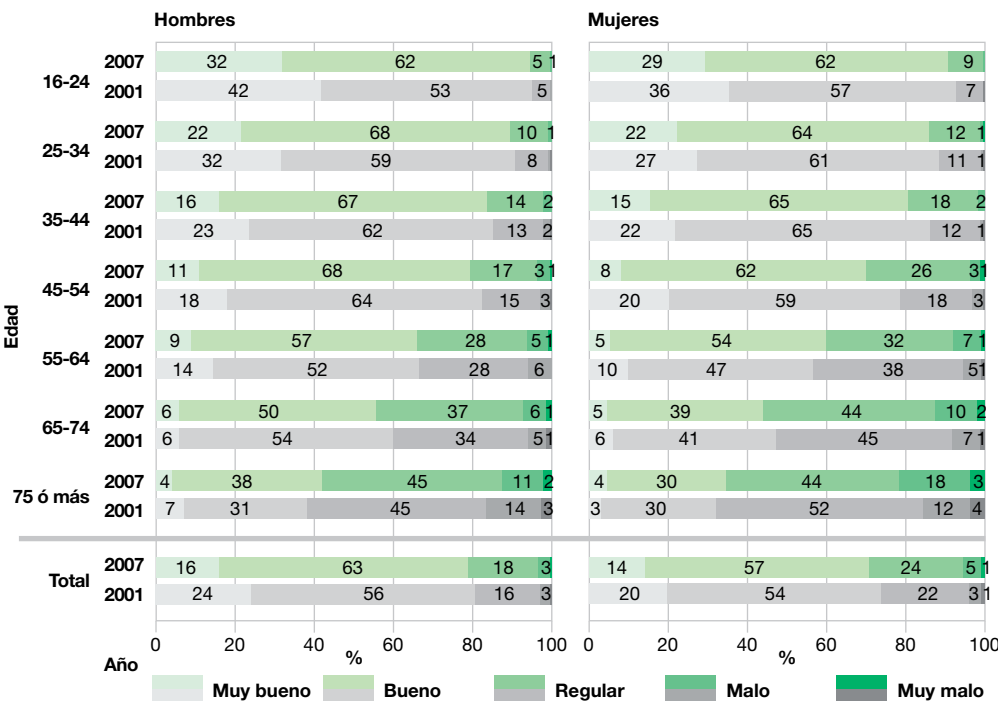
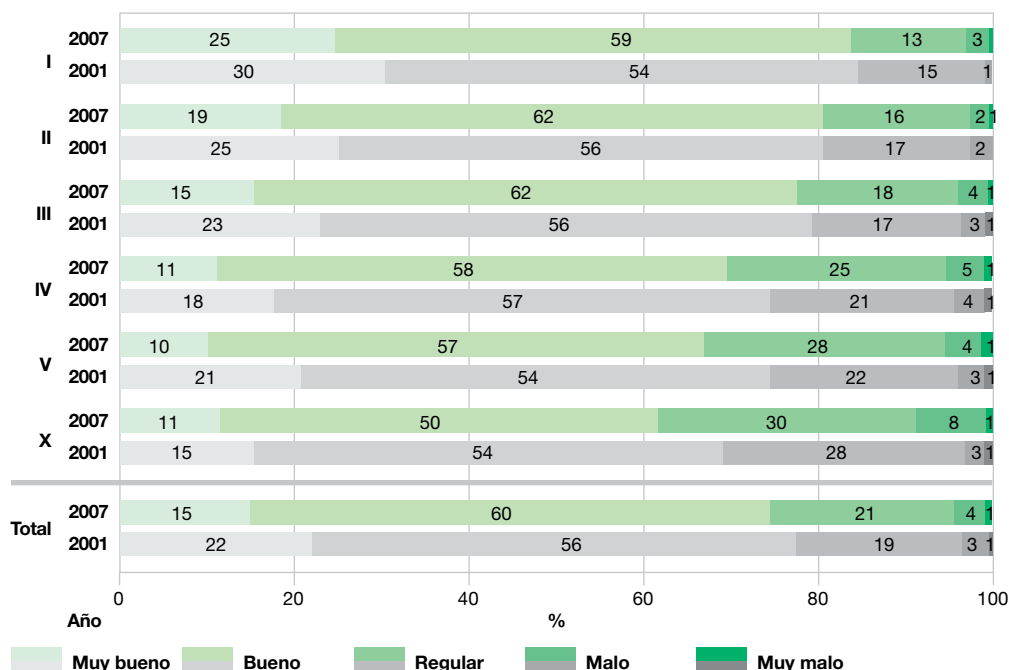


Figura 2.32. Percepción del propio estado de salud por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

Figura 2.33. Percepción del propio estado de salud por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



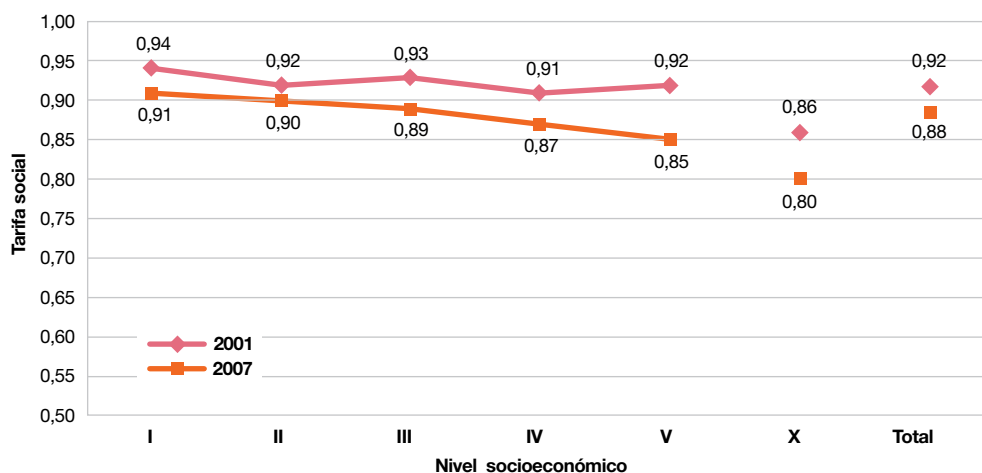
2.3.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

Se ha medido con la escala EuroQol-5D, con la que el propio individuo valora su estado en tres niveles de gravedad para cada una de cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión). De las 243 combinaciones posibles se ha obtenido una valoración social en estudios realizados en España en lo que se conoce como tarifa social de la escala. Las puntuaciones van de un máximo de 1, cuando no hay problemas en ninguna de las 5 dimensiones, hasta un mínimo de -0,08 en un individuo con la peor combinación posible.

Los datos que arroja esta medida resumen coinciden con los de la salud percibida: empeoramiento entre 2001 y 2007, peores resultados en mujeres desde edades muy tempranas y gradiente socioeconómico, más marcado en 2007 (figura 2.34.). Por procedencia, sólo es estadísticamente significativa la mayor calidad de vida de las mujeres inmigrantes con menos de 5 años de residencia en España ($p=0,006$).

Figura 2.34. Calidad de vida relacionada con la salud (tarifa social de EuroQol-5D) por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



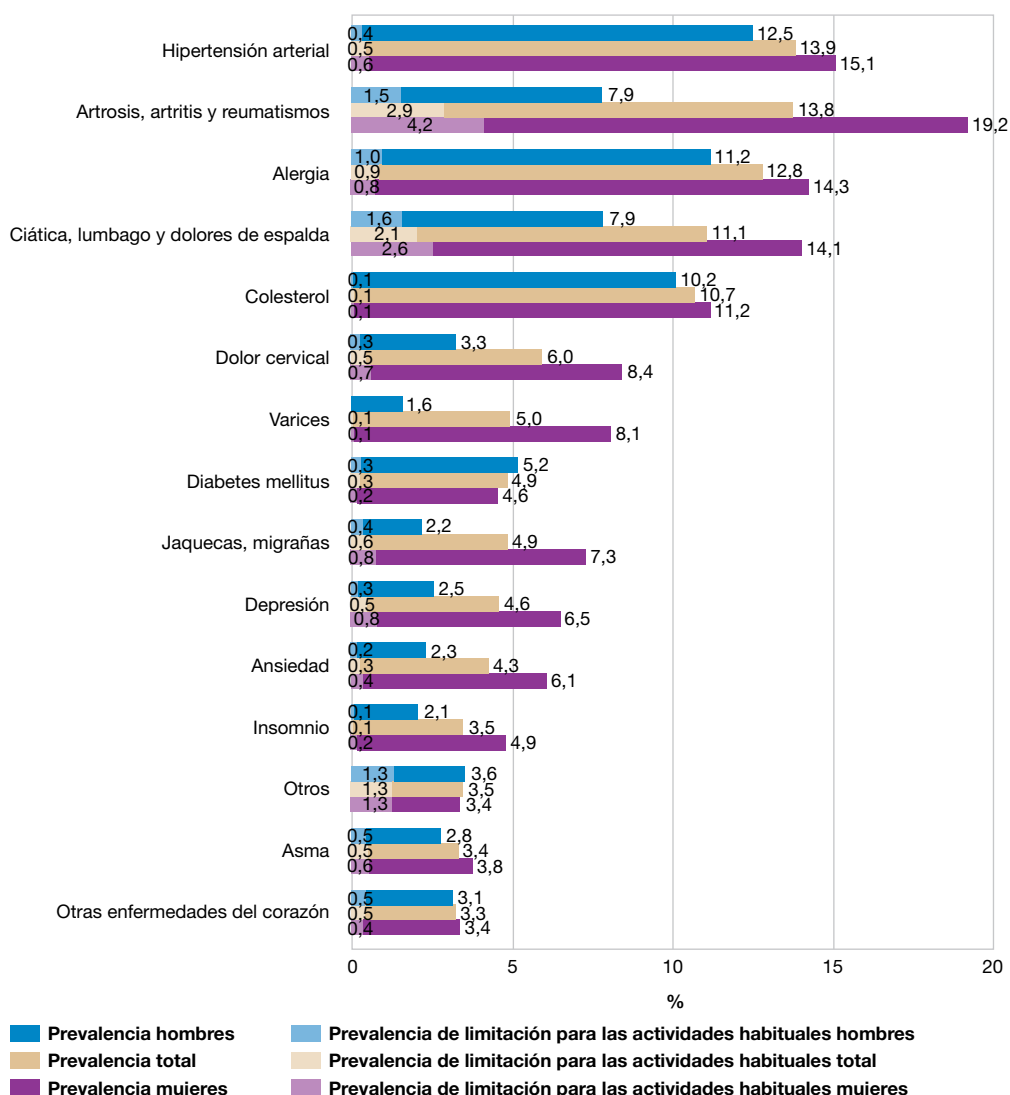
Hay que decir que diferencias de medias de unas centésimas, teniendo en cuenta el sistema de construcción de la escala y su marcada asimetría negativa, son más importantes a nivel práctico de lo que parecen. Una diferencia de 20 centésimas traducida al sistema de puntuación de la escala correspondería, por ejemplo, a tener un nivel moderado de dolor/malestar o ansiedad/depresión o a tener problemas en la realización de actividades cotidianas. En el caso de los hombres, un 21,7% de los de nivel socioeconómico I tienen esta puntuación o inferior, mientras que en el nivel V son un 39,4%. En el caso de las mujeres los porcentajes son 36,3 y 47,0 respectivamente.

2.3.2.3. Problemas de salud crónicos

El problema de salud crónico más prevalente en la población general de 16 años o más es la hipertensión (13,9%; IC95%: 13,3-14,4) seguido por las artrosis, artritis y reumatismos (13,8%; IC95%: 13,2-14,4) y la alergia (12,8%; IC95%: 12,3-13,4) (figura 2.35). Como cabría esperar, la prevalencia de las distintas patologías crónicas cambia al considerar la edad. Así, la alergia (17,0%; IC95%: 15,9-18), los dolores de espalda (5,2%; IC95%: 4,6-5,8), las jaquecas y migrañas (3,9%; IC95%: 3,4-2,5) y el asma (3,6%; IC95%: 3,0-4,1) pasan a ser los trastornos más frecuentes en el grupo de 16 a 34 años, mientras que en los de 65 y más años lo son la hipertensión arterial (43,0%; IC95%: 41,3-44,7), la artrosis (42,8%; IC95%: 41,0-44,5), el colesterol elevado (26,2%; IC95%: 24,7-27,8), los dolores de espalda (19,4%; IC95%: 18,1-20,8) y la diabetes (16,0%; IC95%: 14,8-17,2). En este grupo de edad aparece la depresión en el décimo puesto con una prevalencia del 9,5% (IC95%: 8,5-10,6). Las grandes causas de mortalidad como la cardiopatía isquémica o el EPOC sólo aparecen en el listado de los 10 primeros problemas crónicos de los hombres de 65 años y más, y no en los primeros puestos. En cuanto a las causas de limitación, en los menores de 35 años, la alergia ocupa la primera posición (1,4%; IC95%: 1,0-1,7%). En los mayores de 35 años el primer lugar es ocupado por las artrosis, artritis y reumatismos, seguidos por la ciática, el lumbago y los dolores de espalda. En los mayores de 64 años aparecen en la lista otras enfermedades del corazón (1,5%; IC95%: 1,1-2,0); el infarto de miocardio (1,4%; IC95%: 0,9-1,8); la embolia, trombosis o hemorragia cerebral (1,3%; 0,9-1,8); la bronquitis crónica/enfisema (1,2%; IC95%: 0,8-1,6) y las demencias (0,7%; IC95%: 0,4-1,0), mientras que desaparece la alergia, el asma, las cefaleas y cervicalgias. Por nivel socioeconómico, para algunas enfermedades como la artrosis y la diabetes se observaron prevalencias significativamente más altas en los trabajadores manuales. En cuanto al origen geográfico, la prevalencia de los trastornos es demasiado baja como para observar diferencias significativas, aunque sí se puede decir que los nacidos en España refieren con más frecuencia la depresión como causa de limitación comparado con los inmigrantes con 5 años ó más de estancia en España.

Figura 2.35. Problemas crónicos autorreferidos más frecuentes en la población total de 16 y más años y en hombres y mujeres, y limitación que producen en la realización de actividades habituales. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



2.3.3. Discapacidad

El 11,1% (IC95%: 10,6-11,7) de la población mayor de 15 años dice tener alguna limitación grave permanente en una lista de diez funciones (figura 2.36). La prevalencia es mayor entre las mujeres (12,8%; IC95%: 12,1-13,6 frente a 9,3%; IC95%: 8,6-10,0), aumenta con la edad ($p<0,001$), es mayor en trabajadores manuales (12% IC95%: 11,2-12,8) que en trabajadores no manuales (9,8%; IC95%: 9,1-10,5) y mayor en los individuos de origen español frente a cualquiera de los grupos de inmigrantes ($p<0,001$). Las limitaciones más frecuentes son las de movilidad (tabla 2.16) y su orden de frecuencia es similar en todos los grupos de edad, salvo en el de 16 a 34 años donde la segunda limitación más frecuente después de “para otros movimientos” (1,1%; IC95%: 0,8-1,4), es “para la vista” (0,8%; IC95%: 0,5-1,1). Casi todas las limitaciones son más prevalentes en los trabajadores manuales, aunque en muchos casos no se alcanza la significación estadística. Las prevalencias de limitaciones en inmigrantes que llevan 5 ó más años viviendo en España son inferiores a los de la población autóctona (tabla 2.17). Los que llevan menos de 5 años presentan un 0,2% (IC95%: 0,0-0,4) de prevalencia de limitaciones en la vista, el oído y otras limitaciones de movimientos.

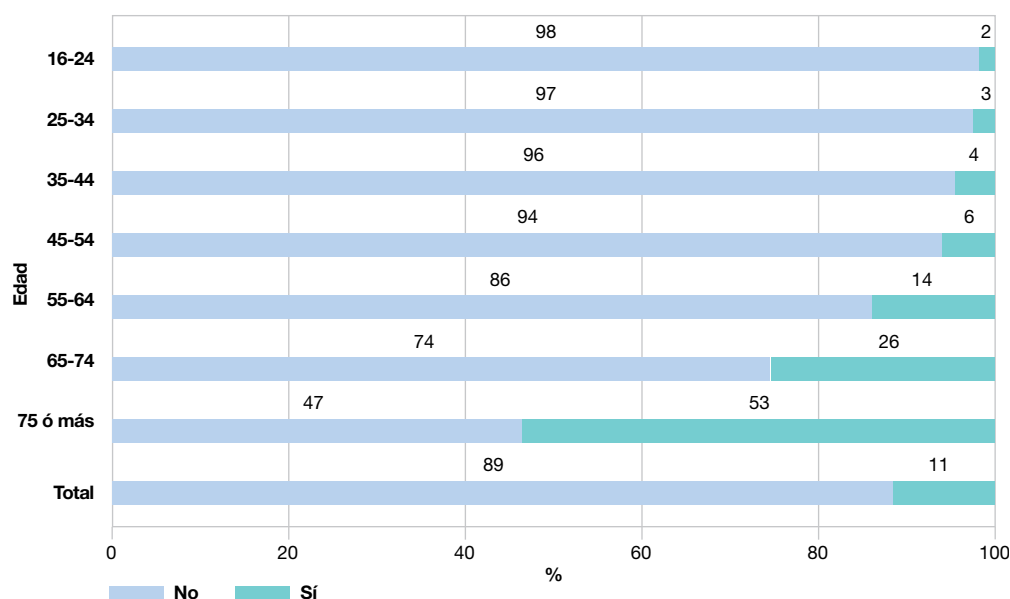


Figura 2.36. Existencia de alguna limitación grave permanente por grupos de edad en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

	%	IC 95%
Otras limitaciones de movimientos (correr 50m o subir 10 escalones)	7,2	(6,7-7,6)
Para caminar	4,2	(3,9-4,6)
Para salir de casa	3,2	(2,9-3,4)
En la vista	2,7	(2,3-3,0)
En el oído	2,5	(2,2-2,7)
En las actividades personales básicas	2,0	(1,8-2,2)
Para abrir o cerrar puertas o agacharse	1,7	(1,5-1,9)
Dependencia de un aparato	1,3	(1,1-1,5)
De comprensión	1,1	(1,0-1,3)
Para el habla	1,1	(1,0-1,3)

Tabla 2.16. Prevalencia de tipos de limitación en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

Nacidos en España	%	IC 95%	Inmigrantes económicos ≥5 años	%	IC 95%
Otras limitaciones de movimientos	2,1	(1,8-2,4)	En la vista	1,0	(0,3-1,6)
En la vista	1,3	(1,0-1,6)	Otras limitaciones de movimientos	0,9	(0,4-1,4)
Para salir de casa	1,2	(1,0-1,5)	Para caminar	0,7	(0,1-1,3)
Para caminar	1,1	(0,9-1,4)	En el oído	0,5	(0,0-1,0)
De comprensión	1,0	(0,7-1,2)	Dependencia de un aparato	0,2	(0-0,4)
Para el habla	1,0	(0,7-1,2)	Para salir de casa	0,1	(0-0,3)
En las actividades personales básicas	0,9	(0,7-1,1)	Para abrir o cerrar puertas o agacharse	0,1	(0-0,3)
En el oído	0,8	(0,6-1,0)	De comprensión	0,0	(0,0-0,0)
Para abrir o cerrar puertas o agacharse	0,7	(0,5-0,9)	Para el habla	0,0	(0,0-0,0)
Dependencia de un aparato	0,5	(0,3-0,7)	En las actividades personales básicas	0,0	(0,0-0,0)

Tabla 2.17. Prevalencia de tipos de limitación en la población de origen español y extranjera que lleva 5 años ó más viviendo en España, en personas de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

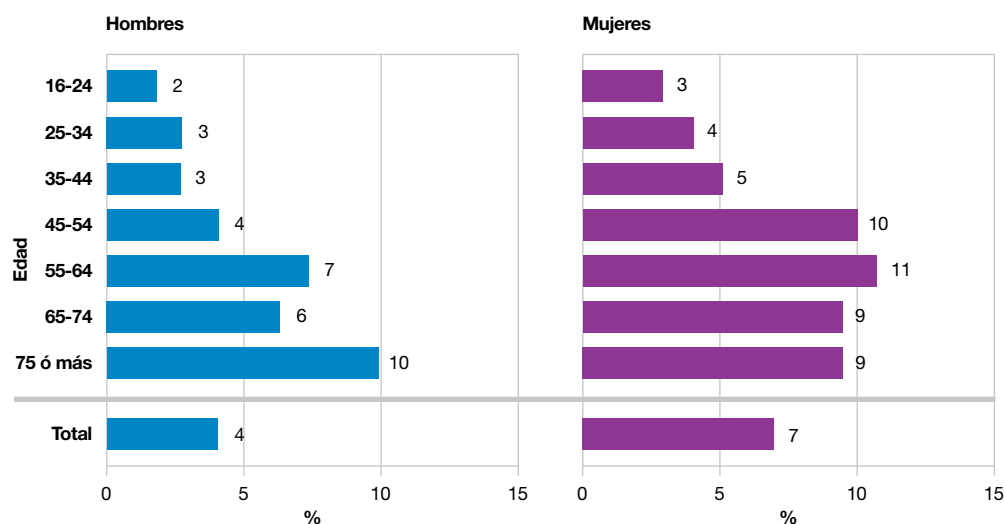
Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

2.3.4. Cuidado de una persona dependiente

Un 5,6% (IC95%: 5,2-5,9) de la población general declara ser el cuidador principal (solo o con ayuda) en el propio domicilio de una persona discapacitada o una persona mayor de 74 años que lo requiere. Las mujeres son cuidadoras con más frecuencia (7,0%; IC95%: 6,4-7,5 frente a 4,1%; IC95%: 3,6-4,5). Existen diferencias por edad para cada sexo ($p<0,001$, figura 2.37). No hay diferencias significativas por nivel socioeconómico. Hay más cuidadores informales entre los de origen español (4,7%; IC95%: 4,3-5,2) que entre los inmigrantes con 5 ó más años de estancia en España (2,3%; IC95%: 1,5-3,4).

Figura 2.37. Cuidadores informales por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



2.3.5. Utilización de servicios sanitarios

2.3.5.1. Frecuencia de uso de las consultas del primer nivel asistencial

El 88% de la población de 16 años ó más ha consultado al médico general o a la enfermera del primer nivel asistencial (público o privado) en el último año, observándose diferencias por grupo de edad ($p<0,001$) para cada sexo (figura 2.38), así como según nivel socioeconómico ($p<0,001$) y procedencia ($p<0,001$) (figuras 2.39 y 2.40)

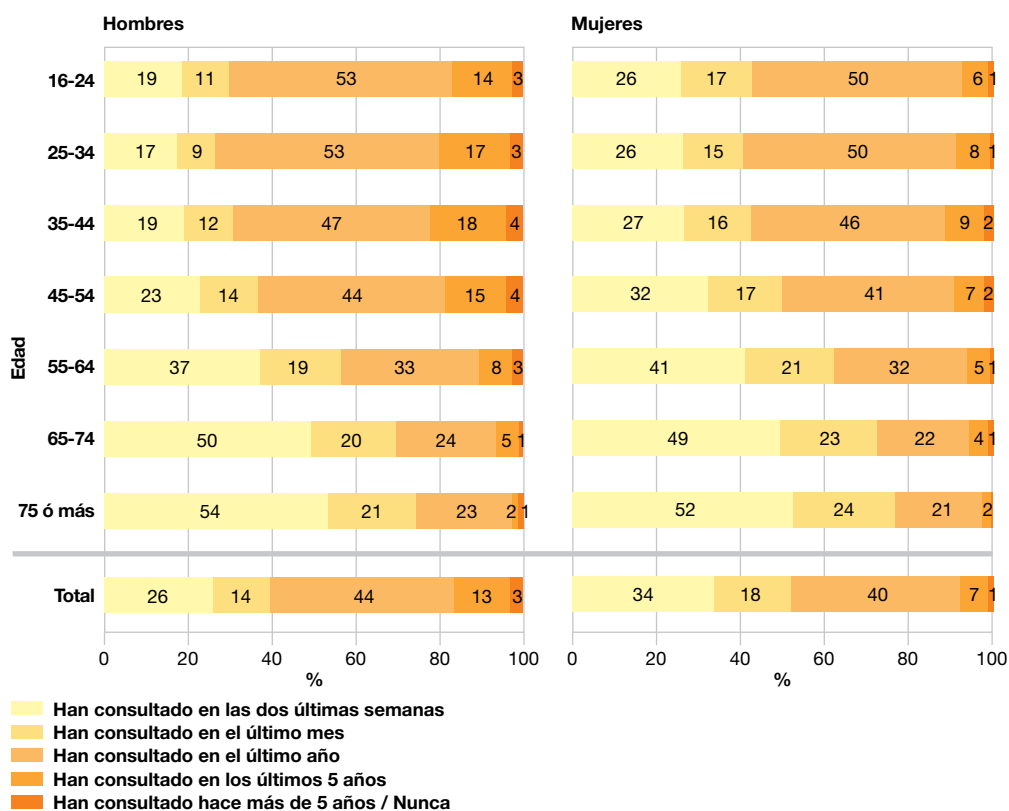


Figura 2.38. Frecuencia de uso del primer nivel asistencial por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

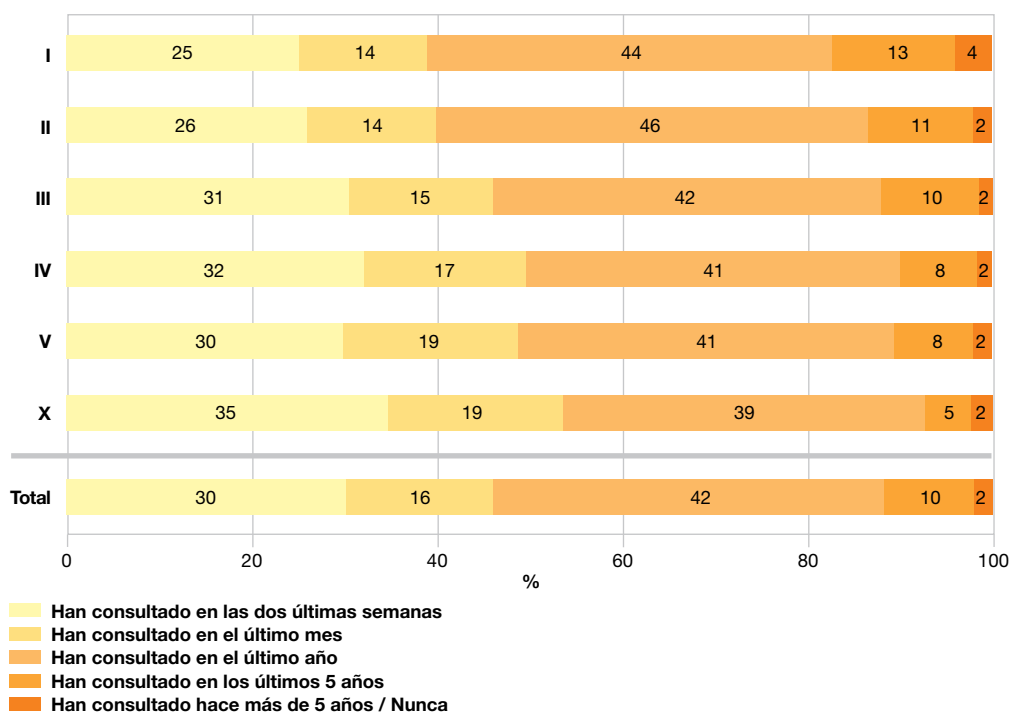
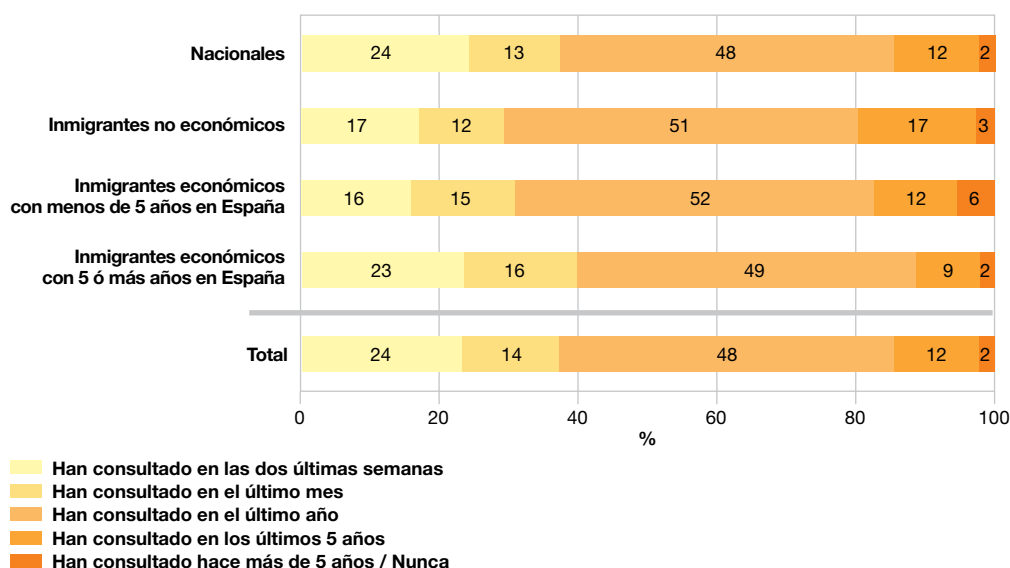


Figura 2.39. Frecuencia de uso del primer nivel asistencial por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

Figura 2.40. Frecuencia de uso del primer nivel asistencial por país de nacimiento en la población de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



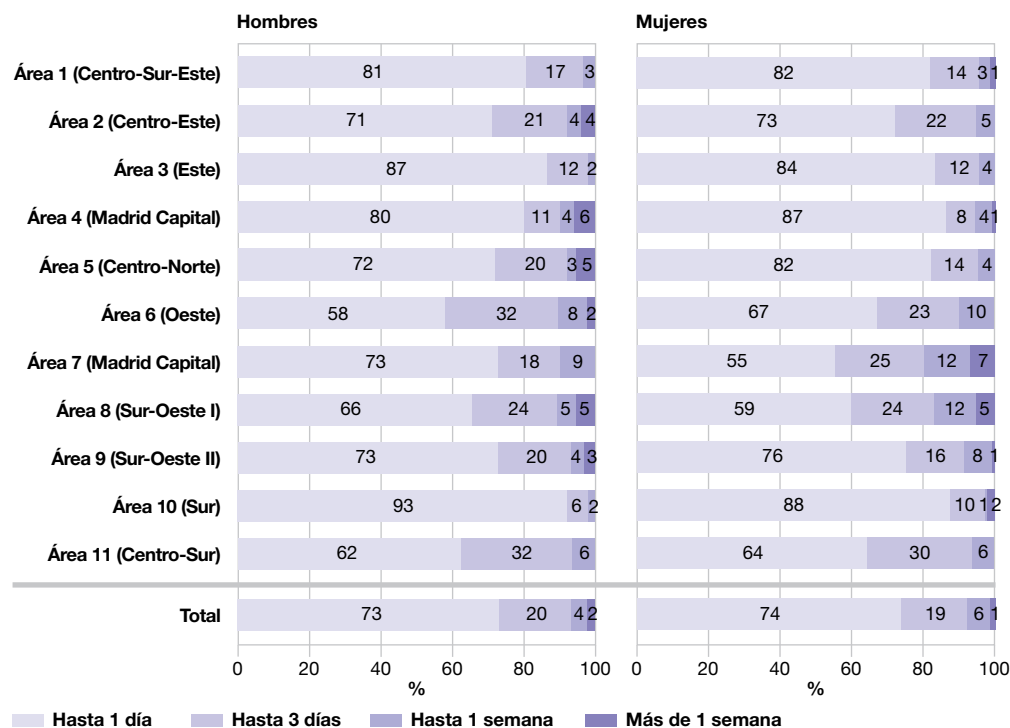
2.3.5.2. Tiempos de espera

Tiempo de espera desde la petición de cita hasta la consulta en Atención Primaria pública para diagnóstico o tratamiento.

Un 73,7% (IC95%: 71,3-75,9) han esperado menos de un día para ser vistos en Atención Primaria, un 19,3% (IC95%: 17,4-21,5) han esperado hasta 3 días, un 5,4% (IC95%: 4,3-6,6) han esperado hasta 1 semana y un 1,6% (IC95%: 1,1-2,3) más de una semana, con notables diferencias por Áreas de Salud, especialmente entre las mujeres ($p < 0,001$) (figura 2.41).

Figura 2.41. Tiempo de espera desde la petición de cita hasta la consulta en la Atención Primaria pública para diagnóstico o tratamiento por Área de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



Tiempo de espera desde que se produce la derivación al especialista del sistema sanitario público hasta que se es visitado por éste.

Un 11,6% (IC95%: 10,0-13,4) de la población mayor de 15 años ha tenido que esperar más de 4 meses para ser visto por el especialista (9,5% en 2001, IC95%: 6,8-12,9). Los que han tenido que esperar entre 2 y 4 meses son un 14,7% (IC95%: 12,9-16,7) adicional (12,1% en 2001, IC95%: 9,3-15,5). En las mujeres las diferencias por edad son significativas en 2007 ($p=0,010$; figura 2.42), así como las diferencias entre Áreas de Salud para hombres y mujeres ($p=0,007$, $p=0,016$; figura 2.43).

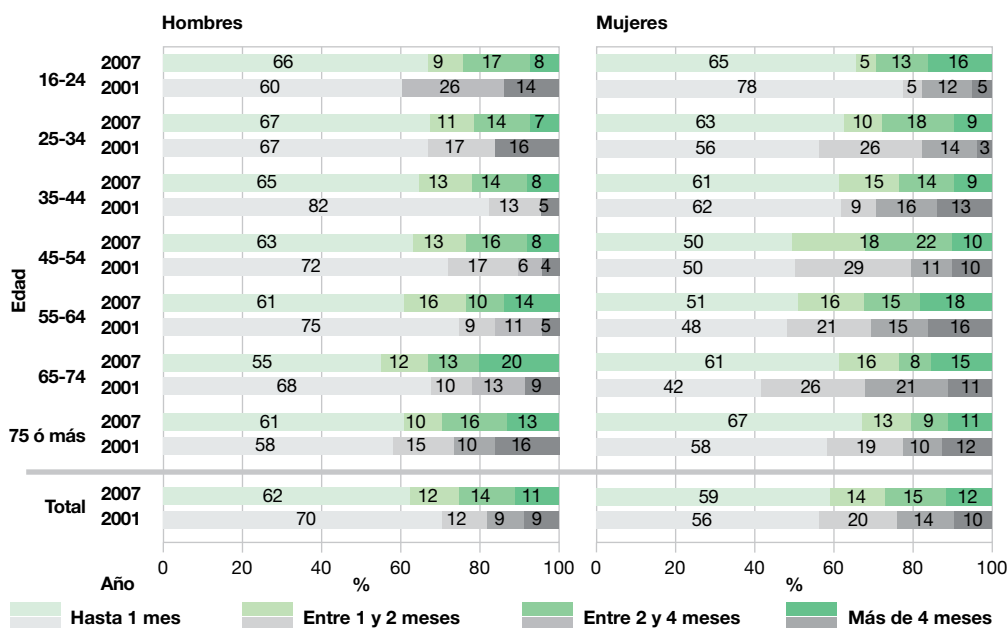


Figura 2.42. Tiempo de espera para ser visitado por el especialista del sistema sanitario público por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

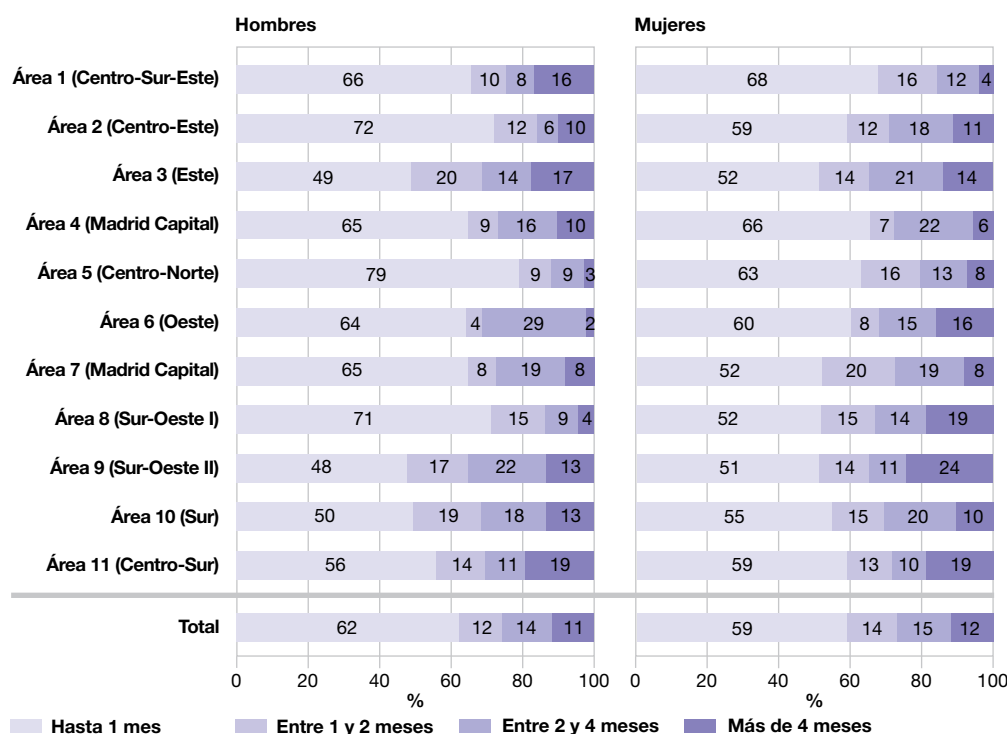


Figura 2.43. Tiempo de espera para ser visitado por el especialista del sistema sanitario público según Área de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

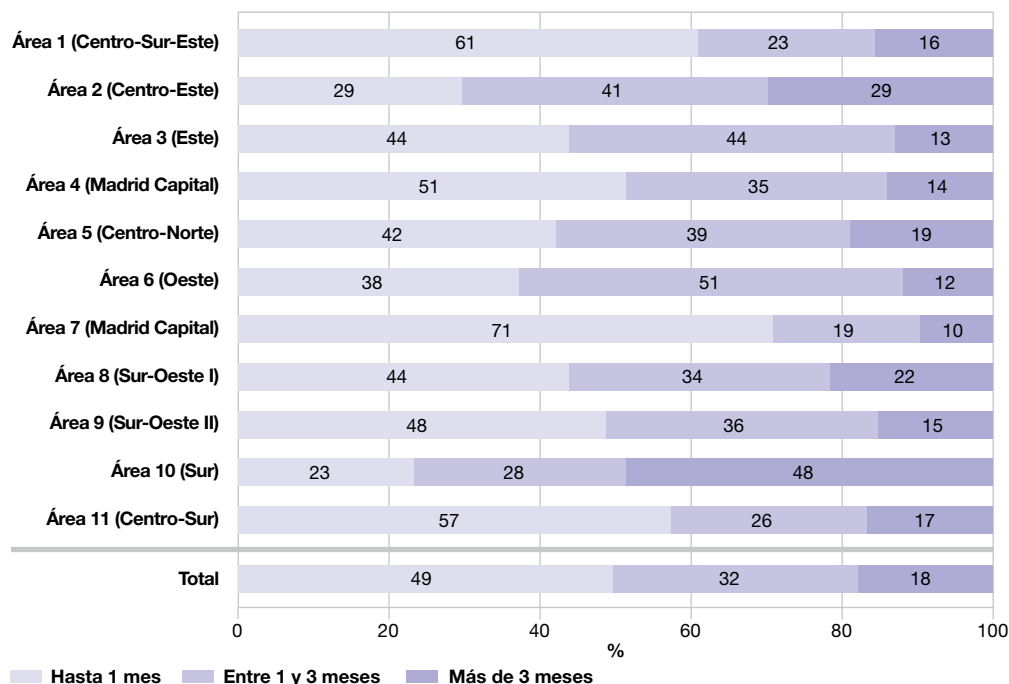
Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

Tiempo de espera hasta que se produce el ingreso programado en un hospital público

Un 49,5% (IC95%: 44,1-55) de la población general ha esperado menos de un mes para ser ingresado, un 32,5% (IC95%: 27,8-37,5) entre 1 y 3 meses y un 18% (IC95%: 14,4-22,3) más de ese tiempo. Hay que tener en cuenta que sólo hay 328 ingresos de estas características en la muestra. No se aprecian diferencias significativas por edad, aunque sí por Área de Salud ($p=0,026$; figura 2.44).

Figura 2.44. Tiempo de espera para ser ingresado de forma programada en un hospital público por Área de Salud en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

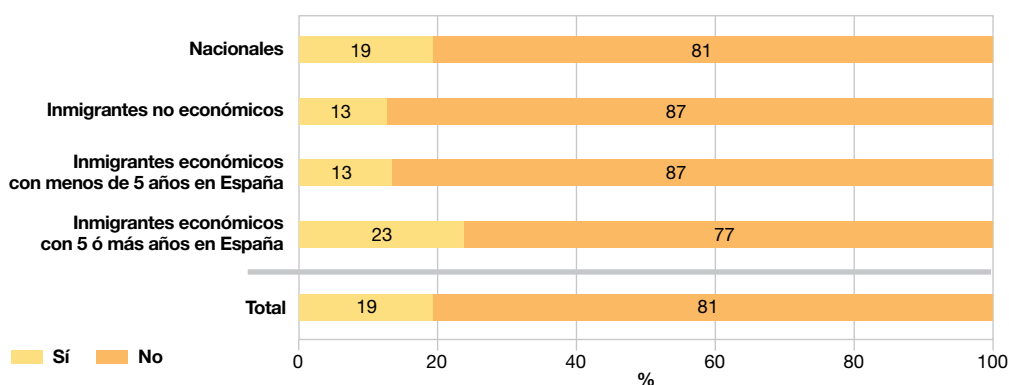


2.3.5.3. Frecuencia de utilización de los servicios de urgencias

El 20,0% (IC95%: 19,3-20,7) de las personas de más de 15 años ha utilizado los servicios de urgencias (tanto públicos como privados) en los últimos 12 meses. La utilización es mayor por las mujeres (21,3%; IC95%: 20,4-22,3) que por los hombres (18,5%; IC95%: 17,5-19,5) y se incrementa en las edades extremas de la muestra ($p<0,001$). Han acudido más frecuentemente los trabajadores manuales (21,8%; IC95%: 20,7-23,0, frente a 18,7%; IC95%: 17,8-19,6). Los inmigrantes que llevan 5 ó más años viviendo en España han acudido con mayor asiduidad que las personas de origen español, pero los que llevan menos de 5 años lo han hecho con menor asiduidad ($p<0,001$; figura 2.45).

Figura 2.45. Personas que han utilizado servicios de urgencias públicos o privados en el último año por país de nacimiento en la población de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



2.3.5.4. Consulta al dentista

Un 41,3% (IC95%: 40,4-42,2) de la población de 16 años ó más ha consultado al dentista en el último año, más frecuentemente las mujeres (45,2%; IC95%: 44,1-46,4) que los hombres (37,0%; IC95%: 35,9-38,2) y menos frecuentemente a partir de los 65 años ($p<0,001$). En 2001 consultó un 59,7% (IC95%: 58-61,4%). La utilización es más baja conforme disminuye el nivel socioeconómico ($p<0,001$; figura 2.46) y en los inmigrantes de cualquier procedencia o tiempo de estancia en España ($p<0,001$; figura 2.47).

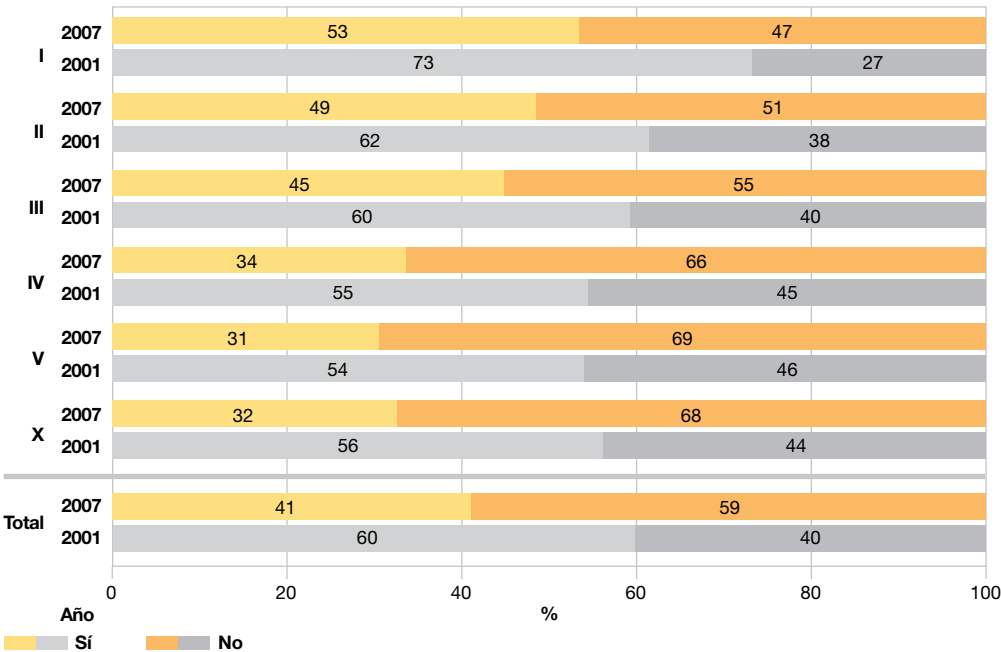


Figura 2.46. Consulta al dentista en el último año por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

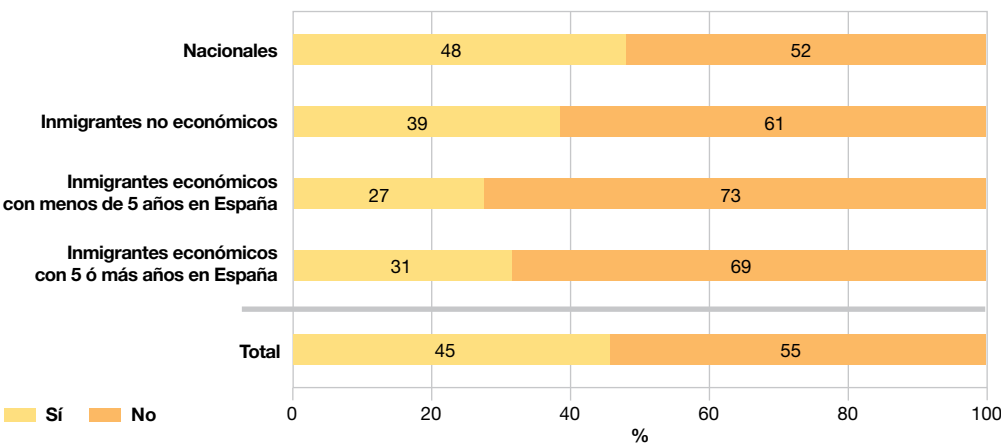


Figura 2.47. Consulta al dentista en el último año por procedencia en la población de entre 15 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

2.3.6. Opinión sobre la sanidad pública en la Comunidad de Madrid

Un 7,4% (IC95%: 6,9-7,9) de la población mayor de 15 años opina que el funcionamiento es muy bueno y un 44,9% (IC95%: 44,0-45,8) adicional que es bueno. No se aprecian patrones de valoración notablemente diferentes en los dos sexos. Las personas mayores de 64 años son las más satisfechas y las más descontentas las que tienen entre 45 y 64 años ($p<0,001$). También existen diferencias de valoración según Área de Salud ($p<0,001$; figura 2.48). La valoración es algo peor entre los trabajadores no manuales ($p=0,028$) y mejor entre los inmigrantes económicos ($p<0,001$; figura 2.49).

Figura 2.48. Opinión sobre el funcionamiento de la sanidad pública por Áreas de salud en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

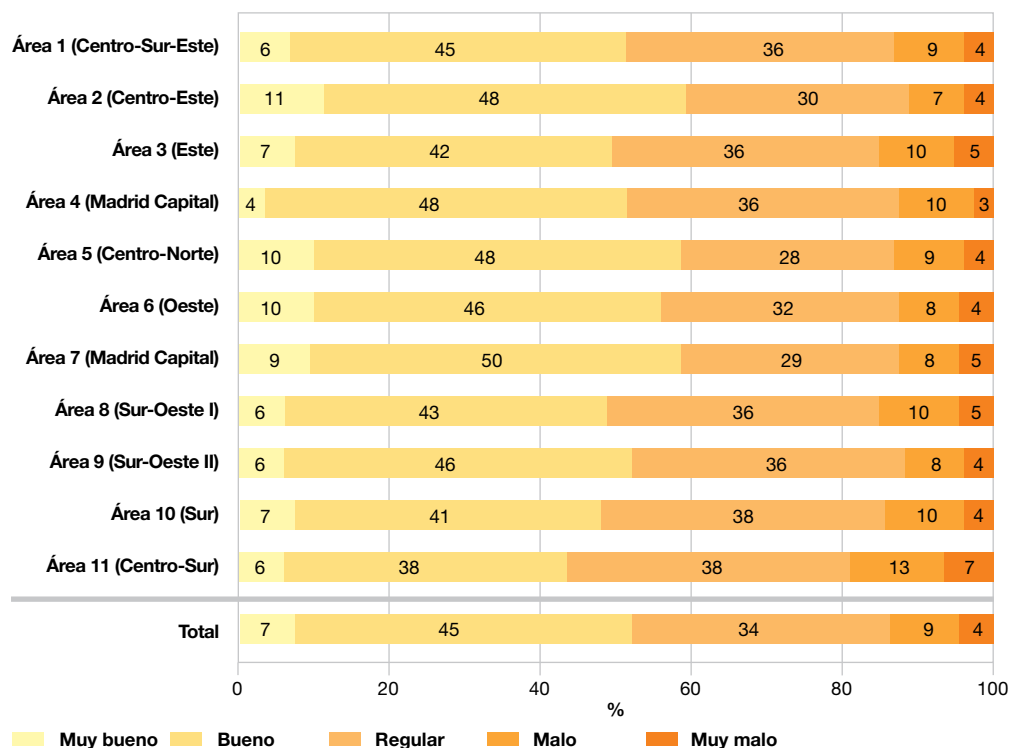
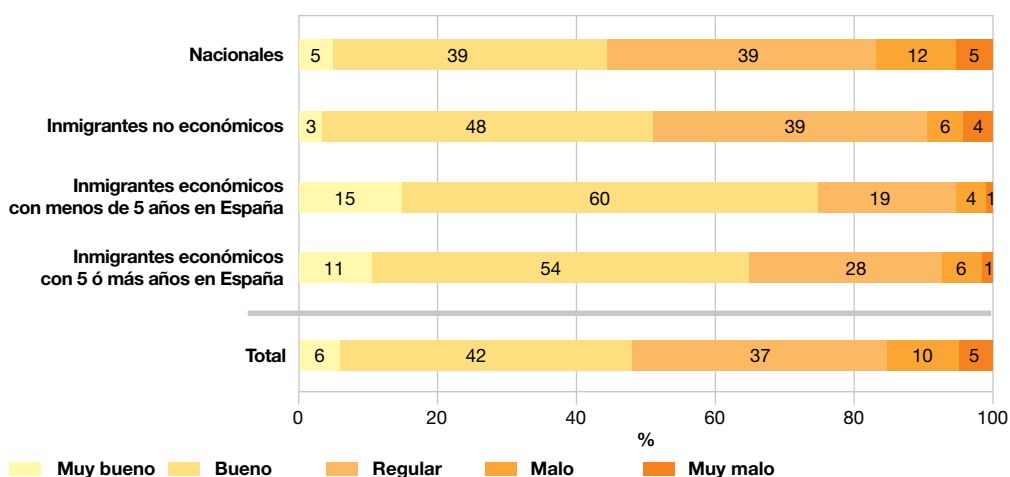


Figura 2.49. Opinión sobre el funcionamiento de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid por país de nacimiento en la población de entre 15 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



2.3.7. Cobertura sanitaria

Un 78,8% (IC95%: 77,9-79,7) de la población mayor de 15 años de la región tiene cobertura exclusivamente pública, un 2,1% (IC95%: 1,9-2,5) exclusivamente privada y un 19,0% (IC95%: 18,2-19,9) mixta. La distribución del aseguramiento presenta diferencias estadísticamente significativas según edad ($p<0,001$), nivel socioeconómico ($p<0,001$), país de nacimiento ($p<0,001$) y Área de Salud de referencia (figuras 2.50 a 2.53).

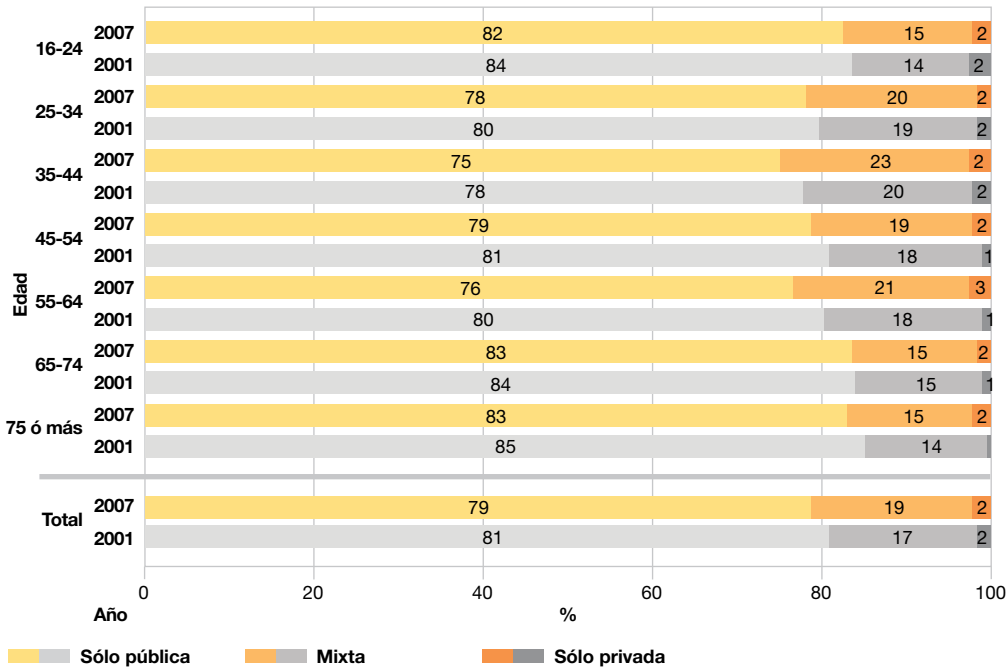


Figura 2.50. Cobertura sanitaria por grupos de edad en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

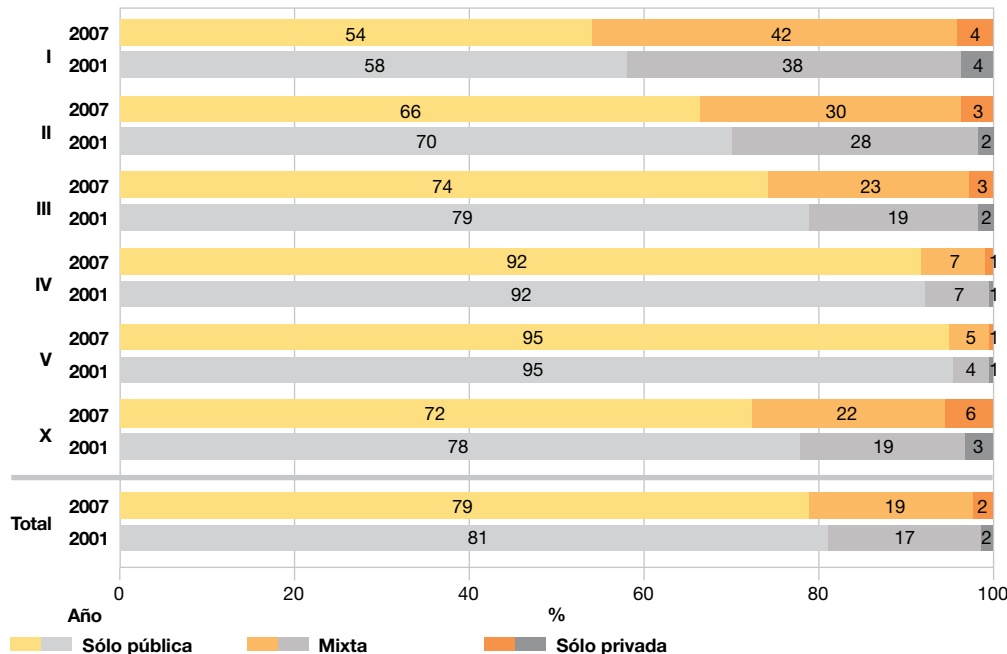


Figura 2.51. Cobertura sanitaria por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

Figura 2.52. Cobertura sanitaria por país de nacimiento en la población de entre 15 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

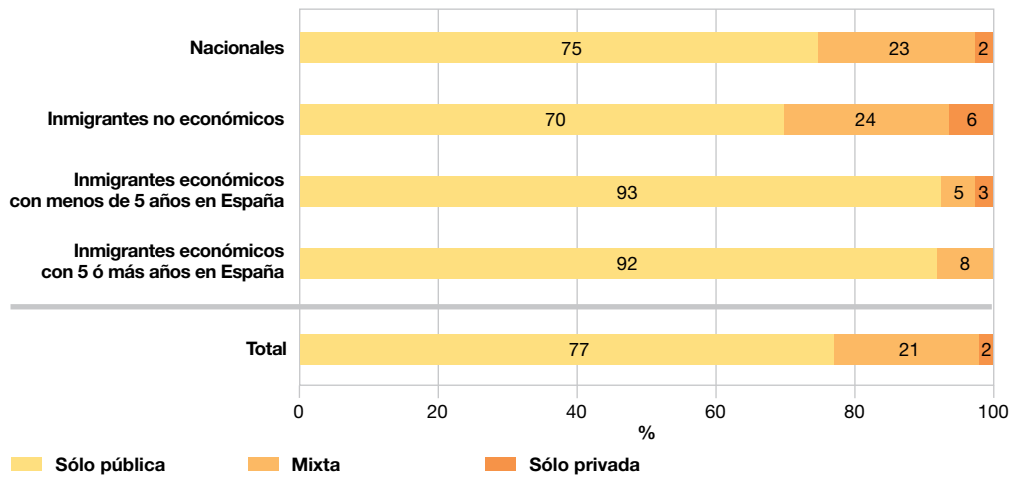
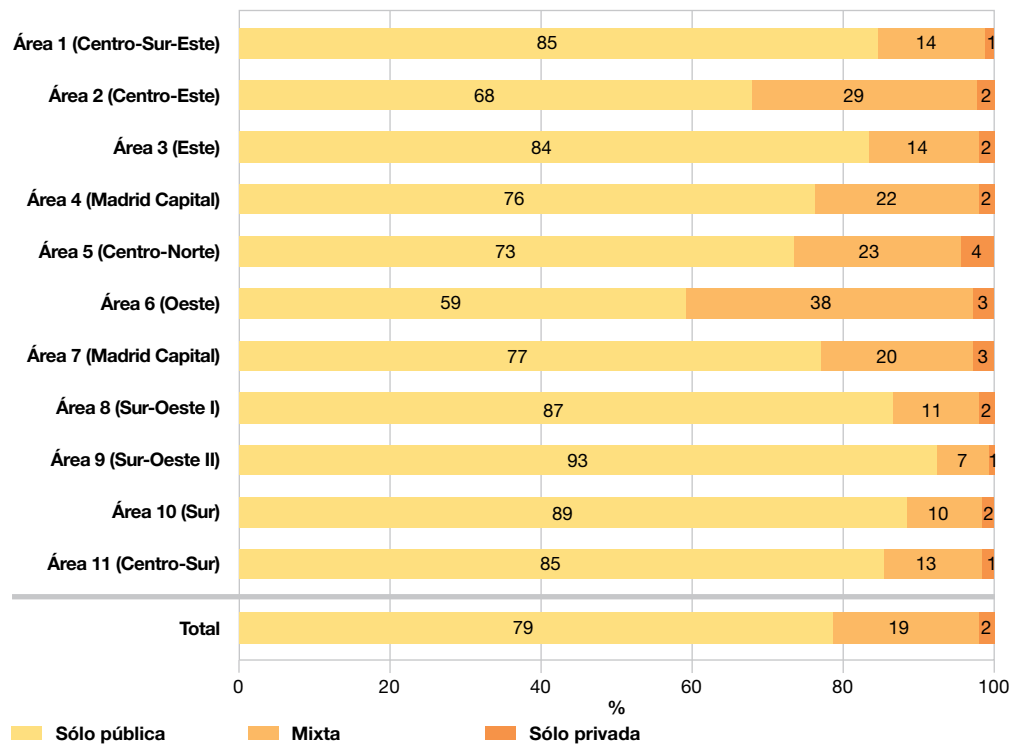


Figura 2.53. Cobertura sanitaria por Área de Salud de referencia. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



Objetivo 3

Iniciar la vida en buena salud

3

Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud

Para el año 2020, todos los recién nacidos, los lactantes y los niños en edad preescolar de la región deberán tener mayor nivel de salud, garantizando un comienzo sano de la vida.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los Estados Miembros invierten en el bienestar económico y social de los padres y las familias, y aplican políticas que fomenten el desarrollo de familias capaces de prestar apoyo, con unos hijos deseados y con unas buenas capacidades educativas por parte de los padres, con el fin de garantizar un inicio de la vida sano a todos los niños;*
- *Los Estados Miembros cuentan con políticas completas y con programas comunitarios locales con el fin de garantizar servicios adecuados de planificación familiar y de salud reproductiva;*
- *Se concede gran prioridad a la salud de las mujeres en las políticas nacionales y subnacionales;*
- *Los servicios integrados de atención primaria de salud incluyen una amplia red de servicios de planificación familiar, una atención de salud perinatal basada en las tecnologías esenciales, en la promoción de la salud infantil, en la prevención de las enfermedades infantiles –incluyendo la vacunación de, al menos, el 95% de los lactantes y niños pequeños–, y en el tratamiento adecuado de los niños enfermos;*
- *Las políticas públicas, los entornos sociales y los servicios sanitarios promueven y apoyan que las madres amamenten a sus hijos, de modo que, al menos, el 60% de los recién nacidos sean amamantados durante sus seis primeros meses de vida;*
- *Las actuaciones comunitarias respaldadas por instrumentos legales están dirigidas a la drástica reducción del número de niños objeto de abusos, agresiones, abandono o marginación;*
- *Los padres cuentan con los medios y las capacidades para educar y cuidar a sus hijos en un entorno social que proteja los derechos de la infancia;*
- *Las autoridades de la comunidad local proporcionan asistencia a las familias al garantizar un entorno seguro y educativo, así como unas instalaciones de atención a la infancia promotoras de la salud;*
- *Los sectores relacionados con la educación, la sanidad y el bienestar trabajan conjuntamente con el fin de proporcionar asistencia a los lactantes y a los niños en los momentos de crisis familiar;*
- *Se realizan esfuerzos para informar al público acerca de los avances en tecnología genética y de las opciones derivadas de dichos avances y sus implicaciones éticas.*

3.1. Indicadores generales al nacimiento

Atendiendo al periodo analizado (1986-2006), podemos observar un notable incremento del número de partos atendidos en la Comunidad de Madrid, fundamentalmente desde el año 1998 (figura 3.1). Al desglosar estas cifras en función de la nacionalidad de la madre, vemos que este crecimiento ocurre tanto para mujeres españolas como extranjeras. Sin embargo, en términos relativos, el aumento es significativamente mayor en el caso de mujeres de nacionalidad no española.

En las tablas 3.1 y 3.2 observamos las principales variables relacionadas con los embarazos y partos ocurridos en la Comunidad de Madrid (serie 1986-2006). En la primera se expone esta información de un modo global, mientras que en la segunda se presentan los datos desagregados por Área de Salud.

Sexo del recién nacido

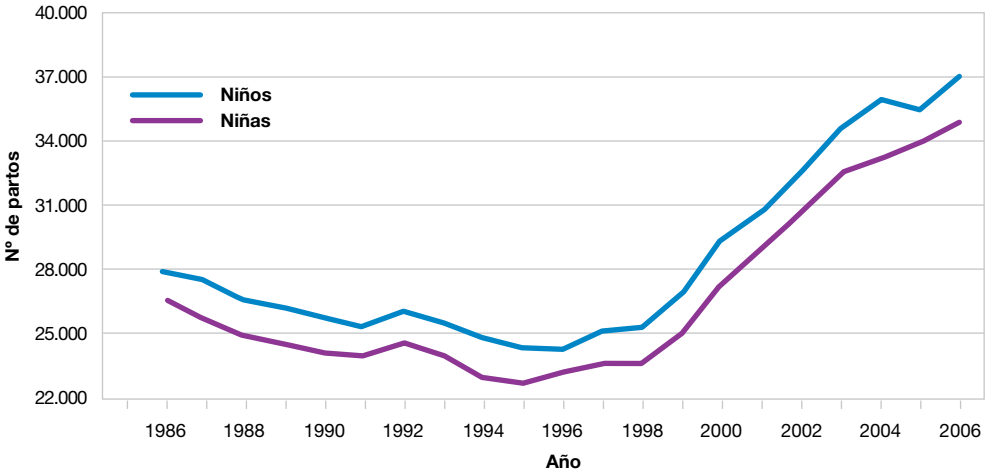
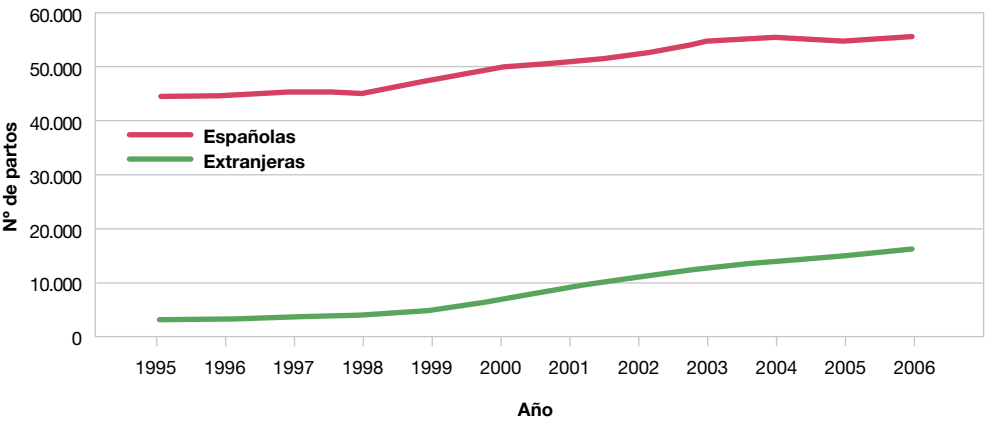


Figura 3.1. Evolución del nº de nacidos vivos según sexo, y del nº de partos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

Nacionalidad de la madre



% relativo de crecimiento de los partos por nacionalidad de la madre (respecto a 1995)

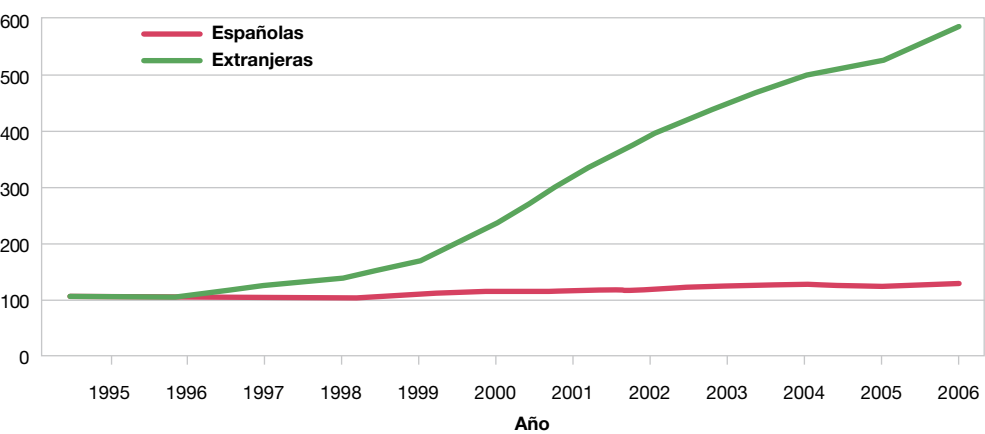


Tabla 3.1. Evolución y características de los partos: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

Evolución de las características de los partos (1986-2006)												
	Partos múltiples		Prematuridad (< 37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	N	%	≥ 40 años		< 20 años		N	Tasas por 1.000
1986	963	1,8	3.838	7,0	4.191	7,7	1.326	2,4	2.431	4,5	110	2,02
1987	975	1,8	3.956	7,4	4.630	8,7	1.184	2,2	2.254	4,2	97	1,82
1988	937	1,8	3.637	7,1	4.492	8,7	1.186	2,3	2.110	4,1	75	1,46
1989	922	1,8	4.094	8,0	4.668	9,2	1.061	2,1	1.796	3,5	57	1,12
1990	1.000	2,0	4.705	9,4	4.688	9,4	1.025	2,1	1.579	3,2	79	1,58
1991	1.010	2,0	5.543	11,2	5.205	10,6	985	2,0	1.503	3,0	45	0,91
1992	1.048	2,1	4.536	9,0	5.568	11,0	961	1,9	1.361	2,7	78	1,54
1993	1.066	2,2	3.053	6,2	5.097	10,3	945	1,9	1.181	2,4	77	1,56
1994	1.073	2,3	5.210	10,9	5.807	12,2	956	2,0	1.034	2,2	65	1,36
1995	1.137	2,4	2.841	6,0	6.149	13,1	976	2,1	895	1,9	66	1,40
1996	1.177	2,5	3.446	7,3	6.243	13,1	1.018	2,1	831	1,7	47	0,99
1997	1.271	2,6	3.446	7,1	6.319	13,0	1.112	2,3	852	1,7	61	1,25
1998	1.329	2,7	3.293	6,7	6.678	13,7	1.243	2,5	836	1,7	42	0,86
1999	1.568	3,0	3.658	7,0	7.003	13,5	1.388	2,7	955	1,8	49	0,94
2000	1.828	3,2	4.307	7,6	7.070	12,5	1.608	2,8	1.036	1,8	49	0,87
2001	2.048	3,4	4.537	7,6	7.688	12,9	1.871	3,1	1.191	2,0	45	0,75
2002	2.166	3,4	5.163	8,2	8.312	13,2	2.127	3,4	1.379	2,2	40	0,63
2003	2.478	3,7	5.694	8,5	8.062	12,0	2.342	3,5	1.541	2,3	48	0,72
2004	2.432	3,5	6.113	8,9	8.791	12,7	2.672	3,9	1.471	2,1	64	0,93
2005	2.467	3,6	5.804	8,4	8.524	12,3	2.849	4,1	1.476	2,1	76	1,10
2006	2.593	3,6	5.852	8,1	8.577	11,9	3.108	4,3	1.750	2,4	50	0,70

Tabla 3.2. Características de los partos por Área de Salud: Prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

Características de los partos por Áreas de Salud (1986-2006)										
	Prematuridad (37 semanas)		Partos distócicos		Edad de la madre				Mortalidad < 24 horas	
	N	%	N	%	≥ 40 años		< 20 años		N	Tasas por 1.000
1	9.810	7,22	16.252	11,96	3.709	2,73	4.294	3,16	142	1,05
2	6.225	7,43	10.253	12,23	2.599	3,10	1.181	1,41	113	1,35
3	7.195	10,64	6.863	10,15	1.337	1,98	2.099	3,10	101	1,49
4	7.918	7,50	13.392	12,68	3.323	3,15	2.473	2,34	118	1,12
5	10.498	7,62	16.570	12,03	4.216	3,06	2.948	2,14	153	1,11
6	9.304	7,87	12.900	10,92	4.110	3,48	1.541	1,30	120	1,02
7	6.703	7,38	11.621	12,79	3.204	3,53	2.463	2,71	145	1,60
8	7.121	8,61	9.006	10,89	1.913	2,31	1.848	2,23	71	0,86
9	8.613	10,54	9.324	11,41	1.402	1,72	1.856	2,27	34	0,42
10	4.852	8,29	6.236	10,66	1.115	1,91	1.690	2,89	47	0,80
11	10.649	7,54	17.154	12,15	3.689	2,61	4.638	3,29	166	1,18
NC	3.838	7,04	4.191	7,68	1.326	3,10	2.431	4,46	110	2,02

NC: No zonificados

3.1.1. Peso al nacimiento

Durante el periodo de estudio (1986-2006) se evidencia un ligero descenso del peso medio de los recién nacidos, oscilando los valores registrados entre un máximo de 3.272 gramos (1986) y un mínimo de 3.167 gramos (2001) (figura 3.2). Este descenso del peso medio al nacer ocurre fundamentalmente en hijos de madres españolas (figura 3.3).

En la tabla 3.3 se detallan, para el total de recién nacidos de la Comunidad de Madrid durante el periodo 1986-2006, los pesos medios y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. Los datos se presentan también desagregados por Área de Salud.

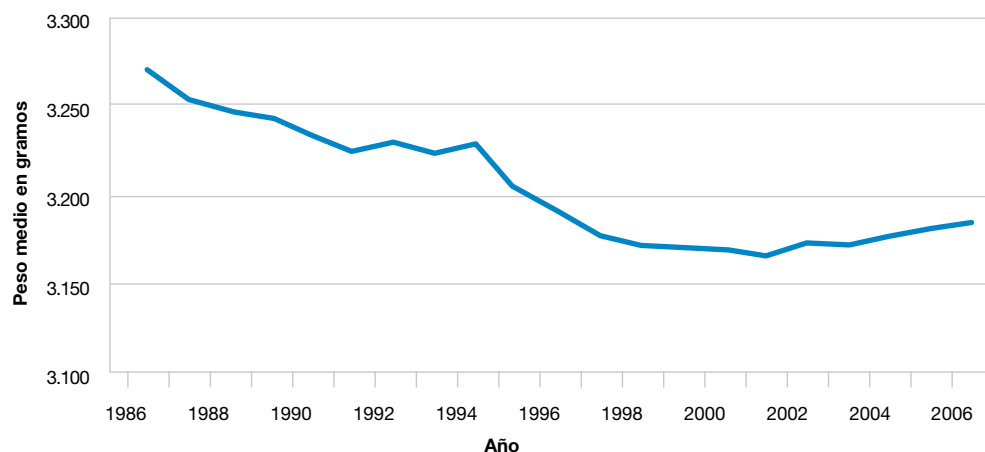
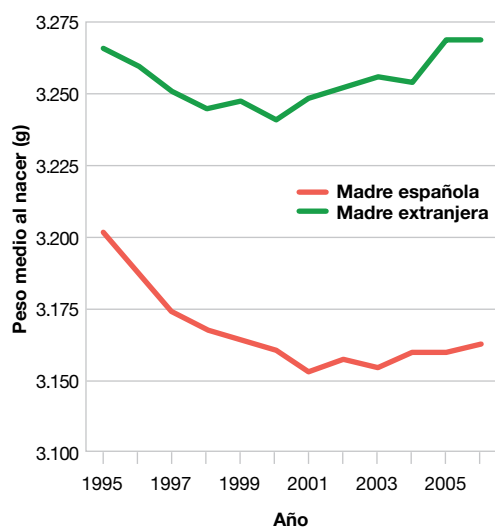


Figura 3.2. Evolución del peso medio al nacimiento. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

Evolución del peso medio



Evolución del porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer

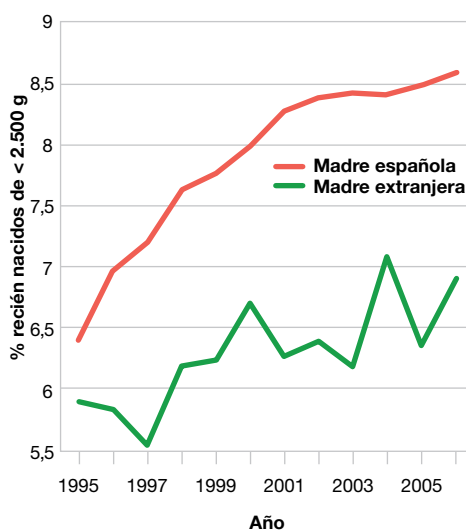


Figura 3.3. Peso al nacimiento: evolución del peso medio y del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

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

Áreas de salud	Nº de partos	Peso medio (gramos)	DE	Bajo peso al nacer			
				MBPN (<1.500)		BPN (<2.500)	
				N	%	N	%
1	129.603	3.207	505	700	0,5	8.970	6,9
2	80.474	3.215	500	452	0,5	5.182	6,2
3	58.939	3.177	516	407	0,6	4.882	8,3
4	101.478	3.199	499	566	0,5	6.945	6,6
5	130.343	3.194	497	753	0,5	8.785	6,4
6	111.053	3.203	497	627	0,5	7.511	6,4
7	86.331	3.213	506	504	0,6	5.778	6,4
8	74.813	3.205	505	420	0,5	5.152	6,2
9	74.292	3.176	506	453	0,6	5.853	7,2
10	54.882	3.192	504	330	0,6	3.871	6,6
11	134.939	3.198	506	740	0,5	9.582	6,8
NC				185		2.382	
Comunidad Madrid	1.037.147	3.185	503	6.137	0,5	74.893	6,5

Tabla 3.3. Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

NC: No zonificados

DE: Desviación estándar

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

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

3.2. Mortalidad infantil

El concepto de mortalidad infantil se refiere a las defunciones durante el primer año de vida. Este indicador se puede desagregar en diferentes componentes: mortalidad neonatal precoz (periodo que abarca desde el momento de nacimiento hasta los 6 días de vida cumplidos); mortalidad neonatal tardía (7-27 días cumplidos); y mortalidad postneonatal (28-364 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 conjunto, el total de muertes infantiles en el periodo 1986-2006 ha sido de 6.141, siendo el 56% de los fallecidos varones y el 44% mujeres.

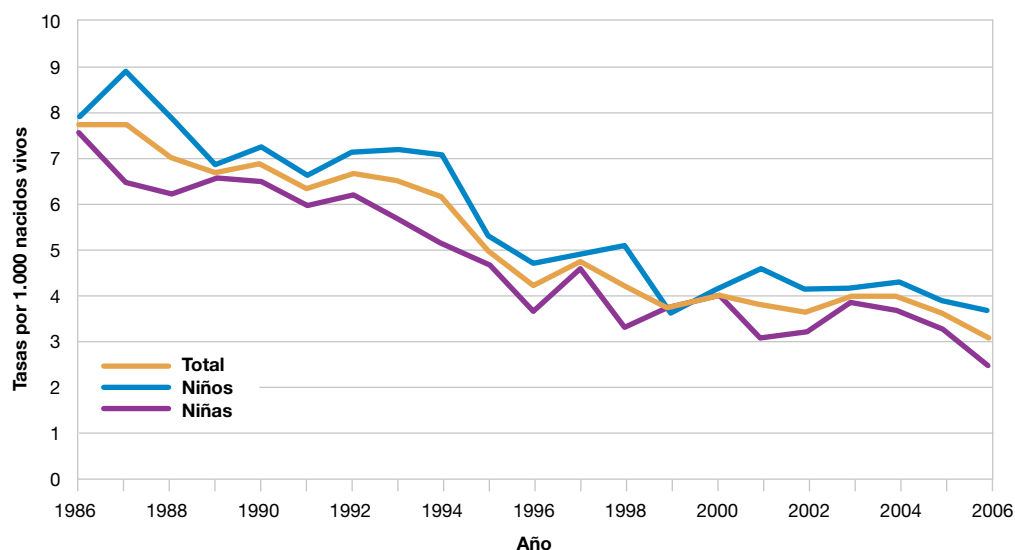
Si observamos las tasas de mortalidad infantil (figura 3.4), podremos apreciar el notable descenso experimentado por las mismas durante los años de estudio. Así, en dos décadas la mortalidad se ha reducido desde tasas que alcanzaban las 9 defunciones por cada 1.000 recién nacidos vivos, hasta tasas menores al 4 por 1.000. Al descomponer este indicador por sus principales componentes, observamos este mismo comportamiento (figuras 3.5. y 3.6).

Por sexos, en toda la serie estudiada se mantiene la proporción observada, siendo siempre más elevada la mortalidad en los varones. Este comportamiento diferenciado de las tasas para cada uno de los sexos se da también en los diferentes componentes de la mortalidad infantil.

Evolución de la mortalidad infantil

Figura 3.4. Evolución de la mortalidad infantil por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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



Evolución de la mortalidad neonatal

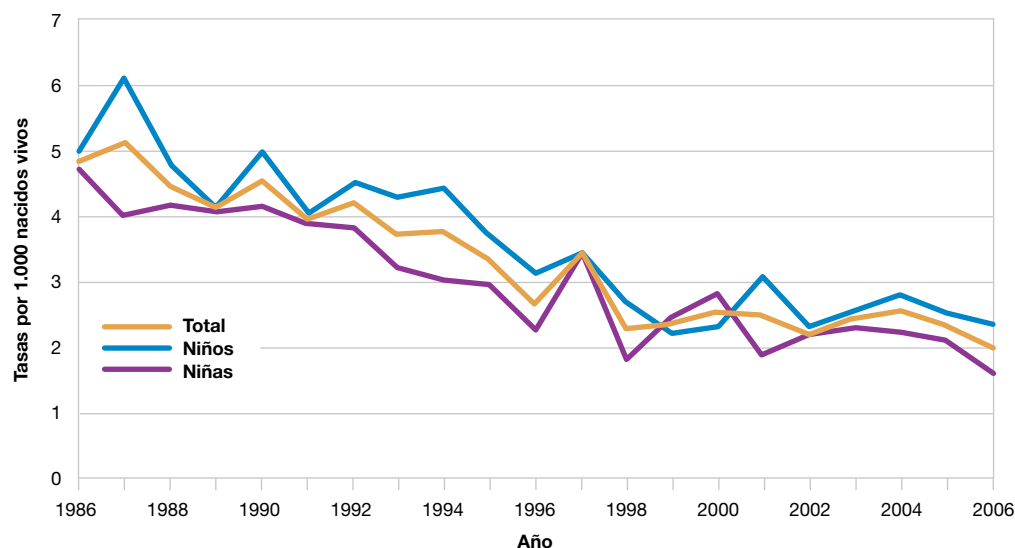
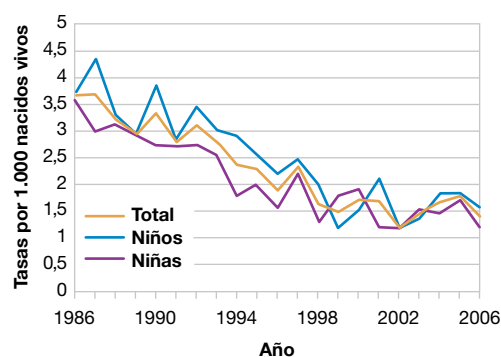


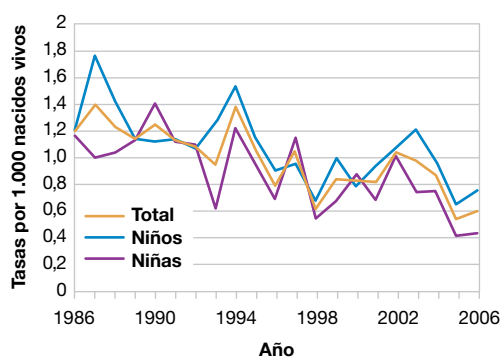
Figura 3.5. Evolución de la mortalidad neonatal por sexo: mortalidad neonatal precoz y mortalidad neonatal tardía. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

Evolución de la mortalidad neonatal precoz



Evolución de la mortalidad neonatal tardía



Evolución de la mortalidad postneonatal

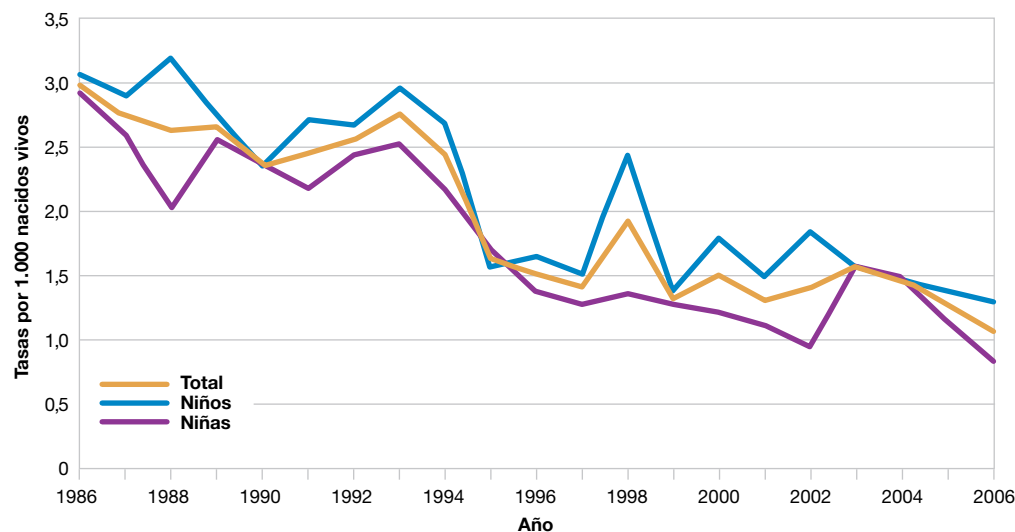


Figura 3.6. Evolución de la mortalidad postneonatal por sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2006.

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

3.3. Mortalidad perinatal

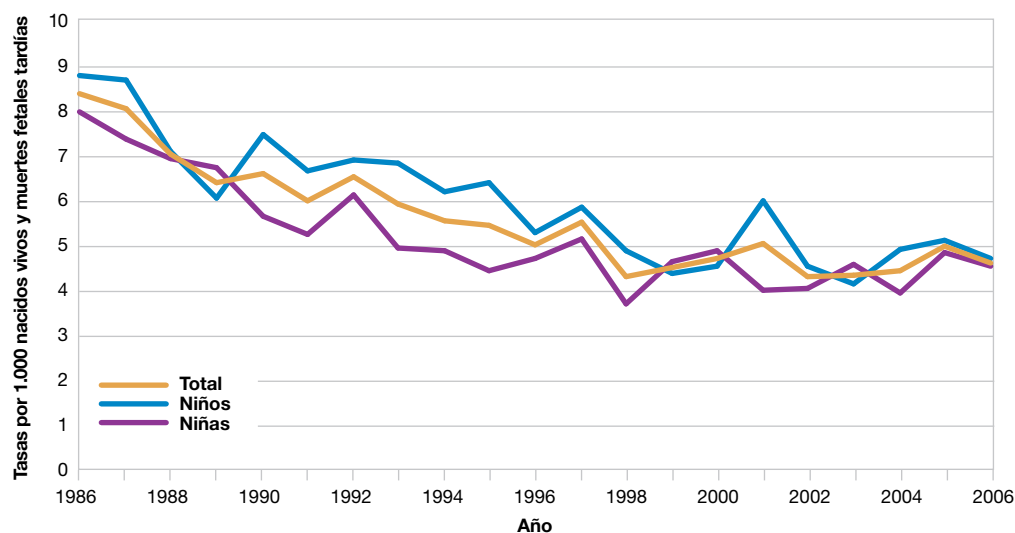
La mortalidad perinatal se define como el agregado de la mortalidad fetal tardía (tras la 22 semana de gestación) y la mortalidad neonatal precoz. La figura 3.7 muestra la evolución de las tasas de mortalidad perinatal durante el periodo 1986-2006.

En la tabla 3.4 podemos observar, para los años estudiados (1999-2006), las principales causas de mortalidad fetal tardía. Bajo la rúbrica 16 “ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal” quedan englobadas el 96% de las patologías causantes de muerte antes del nacimiento, fundamentalmente recogidas bajo los código 0822 (“complicaciones obstétricas”) y 0827 (“otras afecciones del periodo perinatal”). Así mismo en la tabla 3.5 podemos ver que las causas más prevalentes de mortalidad neonatal precoz están registradas bajo la misma rúbrica “ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal”.

Figura 3.7. Evolución de la mortalidad perinatal por sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2006

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

Evolución de la mortalidad perinatal



CIE-10	Número de defunciones
00-Desconocido	4
16-XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.514
0821 - Alteraciones asociadas a enfermedad de la madre	15
0822 - Complicaciones obstétricas	312
P021 - Otras formas de desprendimiento y hemorragia placentario	106
P025 - Otra compresión de cordón umbilical	102
Resto de causas P010-P039	103
0823 - Retraso crecimiento fetal, inmadurez, desnutrición	37
0824 - Traumatismo al nacimiento	1
0825 - Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer	127
0826 - Infección perinatal	4
0827 - Otras afecciones del periodo perinatal	1.018
P290 - Insuficiencia cardíaca neonatal	2
P291 - Disritmia cardíaca neonatal	72
P 503 - Hemorragia fetal hacia el otro gemelo	1
P508 - Otras pérdidas de sangre fetal	15
P550 - Incompatibilidad Rh del feto y del recién nacido	1
P610 - Trombocitopenia neonatal transitoria	1
P700 - Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional	2
P760 - Síndrome del tapón de meconio	1
P810 - Hipertermia del recién nacido inducida por condiciones ambientales	1
P832 - Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	11
P95 - Muerte fetal de causa no especificada	892
P964 - Terminación del embarazo, feto y recién nacido	2
P968 - Otras afecciones especificadas originadas en el periodo perinatal	1
P969 - Afección no especificada originada en el periodo perinatal	16
17-XVII. Malformaciones congénitas. Deformidades y anomalías cromosómicas	60
0830 - Malformaciones congénitas del sistema nervioso	4
0840 - Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	9
0851 - Anomalías cromosómicas	7
0852 - Otras malformaciones congénitas	40
Total	1.578

Tabla 3.4. Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2006.

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

CIE-10	Número de defunciones
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1
II. Tumores	3
IV. Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales	2
VI. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	4
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	3
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	626
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	240
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos.	3
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1
Total	885

Tabla 3.5. Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid. 1999-2006.

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

3.4. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2007 el 83,4% de los niños de 0 a 4 años de edad fueron atendidos en Atención Primaria en el sistema sanitario público (tabla 3.6), no observándose diferencias por sexo. Las principales causas de morbilidad atendida en Atención Primaria están relacionadas con patología aguda (fundamentalmente del aparato respiratorio), y en segundo lugar con consultas referidas a problemas generales e inespecíficos (figura 3.8). Los episodios de consulta más frecuentes se han relacionado fundamentalmente con síntomas y procesos infecciosos, correspondiendo un 25,4% a infecciones respiratorias agudas superiores (tabla 3.7).

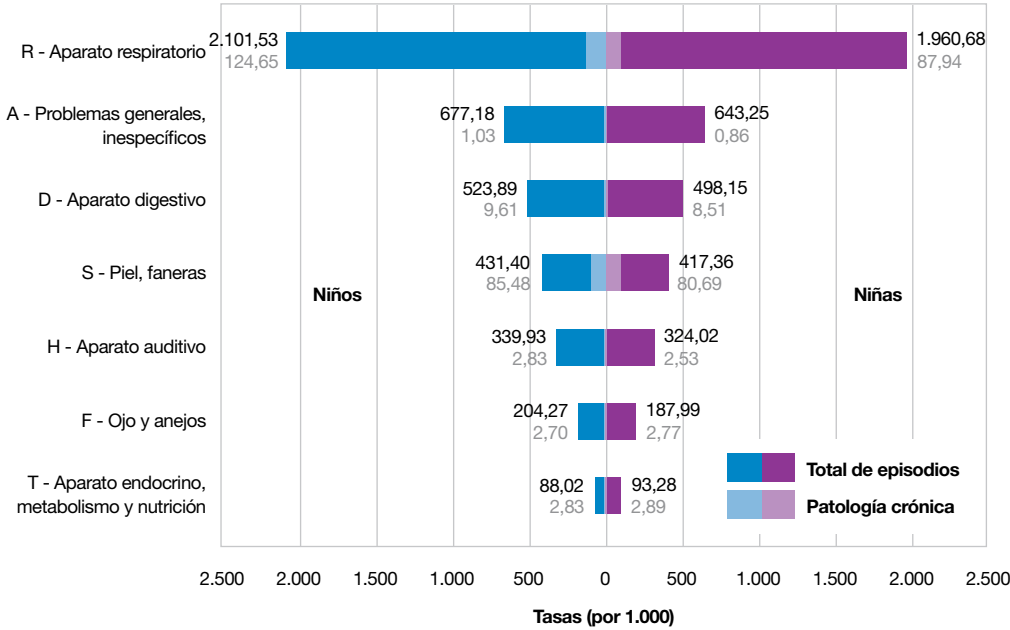
Tabla 3.6. Personas (% de población) de 0-4 años con historia activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Área	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	18.048	88,6	16.993	88,0	35.041	88,3
2	8.188	80,9	7.912	80,3	16.100	80,6
3	10.415	86,8	9.745	85,9	20.160	86,4
4	12.948	83,1	12.336	82,6	25.284	82,9
5	17.238	81,5	16.115	80,7	33.353	81,1
6	18.769	82,8	17.591	81,4	36.360	82,2
7	7.934	65,3	7.433	63,7	15.367	64,5
8	11.199	84,4	10.463	83,6	21.662	84,0
9	11.263	93,6	10.582	93,0	21.845	93,3
10	9.598	85,9	8.995	85,1	18.593	85,5
11	20.784	85,9	19.618	85,1	40.402	85,5
CM	146.384	83,8	137.783	82,9	284.167	83,4

Figura 3.8. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



	Total				Niños		Niñas	
	N	%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74 - Infección respiratoria aguda superior	396.387	25,4	1	1.162,7	1	1.164,2	1	1.161,1
A03 - Fiebre	86.087	5,5	2	252,5	3	256,6	2	248,2
H71 - Otitis media/miringitis aguda	85.357	5,5	3	250,4	2	260,6	3	239,6
D73 - Infección intestinal inespecífica	68.250	4,4	4	200,2	5	209,4	4	190,5
R78 - Bronquitis/bronquiolitis aguda	64.859	4,2	5	190,2	4	211,7	5	167,7
R05 - Tos	56.492	3,6	6	165,7	6	167,7	6	163,6
A97 - Sin enfermedad	45.711	2,9	7	134,1	7	136,4	7	131,7
R76 - Amigdalitis aguda	39.319	2,5	8	115,3	9	121,4	8	108,9
R77 - Laringitis/traqueítis aguda	38.665	2,5	9	113,4	8	123,7	9	102,6
R96 - Asma	31.324	2,0	10	91,9	10	108,0	13	74,9
R72 - Faringitis/amigdalitis estreptocócica	31.201	2,0	11	91,5	11	97,6	10	85,1
F71 - Conjuntivitis alérgica	28.747	1,8	12	84,3	12	89,2	12	79,2
A77 - Otras enfermedades virales no especificadas	28.588	1,8	13	83,9	13	84,3	11	83,4
S87 - Dermatitis/eccema atópico	22.092	1,4	14	64,8	14	66,7	15	62,8
S88 - Dermatitis de contacto/alérgica	21.695	1,4	15	63,6	15	62,4	14	64,9
Total	1.560.657	100,0		4.577,8		4.740,1		4.407,1

Tabla 3.7. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

3.5. Morbilidad hospitalaria

En el grupo de edad de 0-4 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, seguidas por las afecciones perinatales (tabla 3.8). En niños destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo la proporción mayor que en niñas (figura 3.9). Para el resto de causas no se observan diferencias por sexo en este grupo de edad.

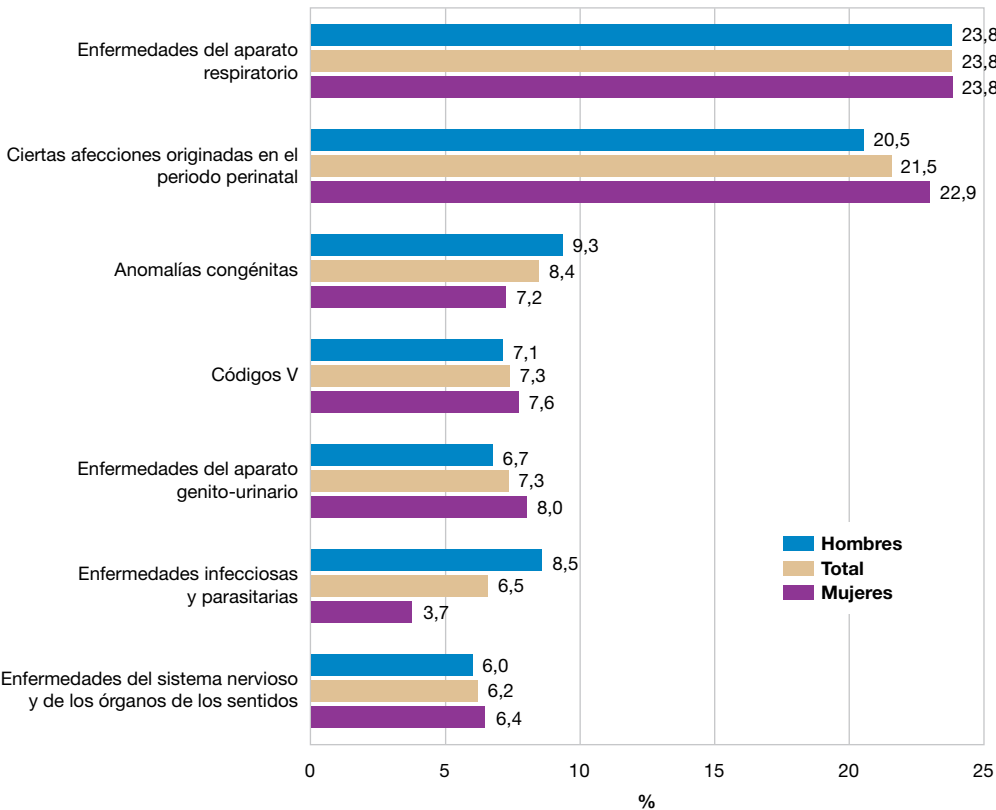
Tabla 3.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	N	Tasa
Total	50.107	147,33
Enfermedades del aparato respiratorio	11.918	35,04
Afecciones perinatales	10.782	31,70
Anomalías congénitas	4.210	12,38
Enfermedades del aparato digestivo	3.679	10,69
Códigos V	3.636	10,82
Enfermedades del aparato genitourinario	3.260	9,59
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.085	9,07

Figura 3.9. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

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



La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología vírica que afecta especialmente a los lactantes y niños menores de dos años, en los que puede provocar cuadros graves. A lo largo de 2007 se produjeron 2.512 altas hospitalarias por bronquiolitis, de las cuales 2.349 correspondieron a menores de un año de edad (93,5%) y en el 55,4% se identificó al virus respiratorio sincitial (VRS) como agente causal. Las bronquiolitis que requirieron ingreso fueron más frecuentes en los tres primeros meses de vida y entre los varones (figura 3.10.) y presentaron un claro incremento durante los meses de noviembre y diciembre (figura 3.11), a expensas fundamentalmente de las producidas por el VRS.

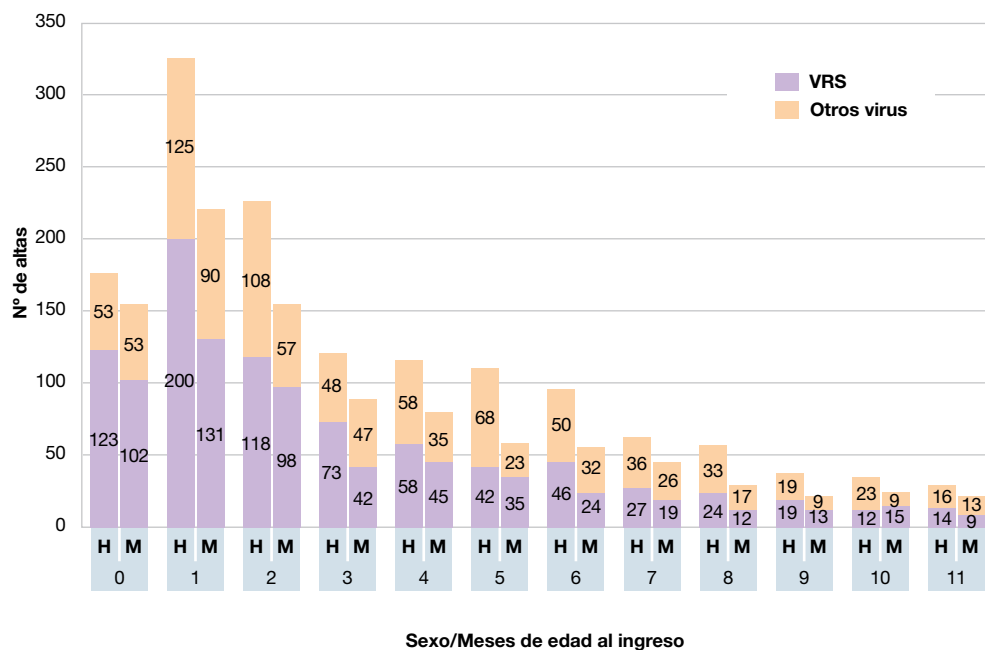


Figura 3.10. Altas hospitalarias por bronquiolitis en menores de un año según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid, 2007.

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

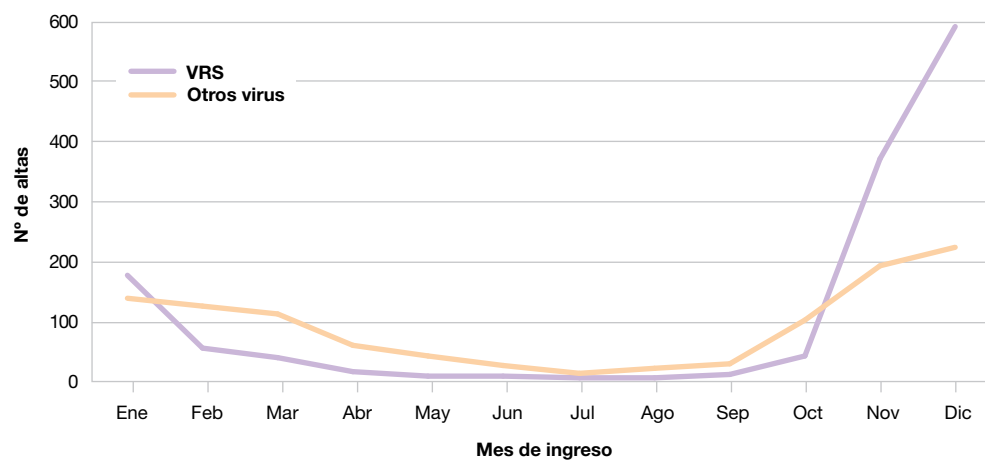


Figura 3.11. Altas hospitalarias por bronquiolitis en menores de un año, distribución mensual según etiología. Comunidad de Madrid, 2007.

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

3.6. Conclusiones y recomendaciones

Tras analizar los principales indicadores generales al nacimiento desde el año 1986 hasta el 2006, se observa en la Comunidad de Madrid un aumento del número de partos atendidos, fundamentalmente desde el año 1998. Este aumento 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 y partos distócicos atendidos. La tasa de mortalidad en las primeras 24 horas registrada en este año es la menor del periodo analizado.

La mortalidad infantil registrada en el año 2006 es de 3,04 por mil nacidos vivos, siendo ésta la menor tasa observada en la Comunidad de Madrid hasta la actualidad. Las principales causas siguen siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Cuatro de cada cinco niños de 0 a 4 años acudió en 2007 a los centros de Atención Primaria, con un total de más de un millón y medio de episodios de enfermedad, de los cuales el 25,4% correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda superior. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio, que supusieron el 23,8% sobre un total de 50.107 altas.

Los indicadores analizados son adecuados y contemplan la adecuada atención pregestacional, a lo largo del embarazo y durante los primeros años de vida.

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 deberán incorporar las innovaciones tecnológicas de probada utilidad, así como adecuarse a las características reales de nuestra población, tomando en consideración 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. Deberá garantizarse la máxima cobertura posible, incidiendo especialmente en alcanzar a la población más desfavorecida.

También deberán 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

Para el año 2020, los jóvenes de la región deberán disfrutar de un mayor nivel de salud y estar más capacitados para cumplir su función en la sociedad.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los Estados Miembros establecen medidas y estructuras adecuadas para proteger a los niños como miembros vulnerables de la sociedad, tal y como declaraba la Convención de las Naciones Unidas para los Derechos del Niño;*
- *Las políticas públicas garantizan la creación de entornos físicos, sociales y económicos seguros y capaces de proporcionar apoyo, haciendo que las decisiones más sanas sean las decisiones más fáciles;*
- *Todas las decisiones políticas del sector público se revisan con el fin de evaluar su impacto sobre la salud de los niños, los adolescentes y sus familias, así como sobre sus expectativas profesionales;*
- *Las políticas en materia de educación y empleo facilitan el acceso de los jóvenes a un nivel educativo óptimo y al mercado laboral;*
- *Los servicios sanitarios, educativos y sociales trabajan juntos con el fin de contrarrestar las causas del deterioro de la autoestima entre los jóvenes, de mejorar su capacidad para hacer frente a los acontecimientos difíciles de la vida y construir y mantener relaciones sociales, de responder a sus requisitos psicosociales y de llegar a los jóvenes marginados;*

La salud de los jóvenes debe de analizarse desde el punto de vista de la adquisición o prevalencia de hábitos que pueden tener una influencia en la salud. El impacto sobre los indicadores de morbilidad necesariamente es reducido en comparación con otras edades, si exceptuamos las causas externas y fundamentalmente los accidentes de tráfico.

4.1. Mortalidad

En el año 2006, las principales causas de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años son, como en años anteriores, los tumores y las causas externas (figura 4.1). Los primeros son preponderantes en las mujeres, y las segundas entre los varones (figura 4.2). Los tumores más frecuentes como causa de defunción son las leucemias y el cáncer de encéfalo. Entre las causas externas, destacan en estas edades los accidentes de tráfico.

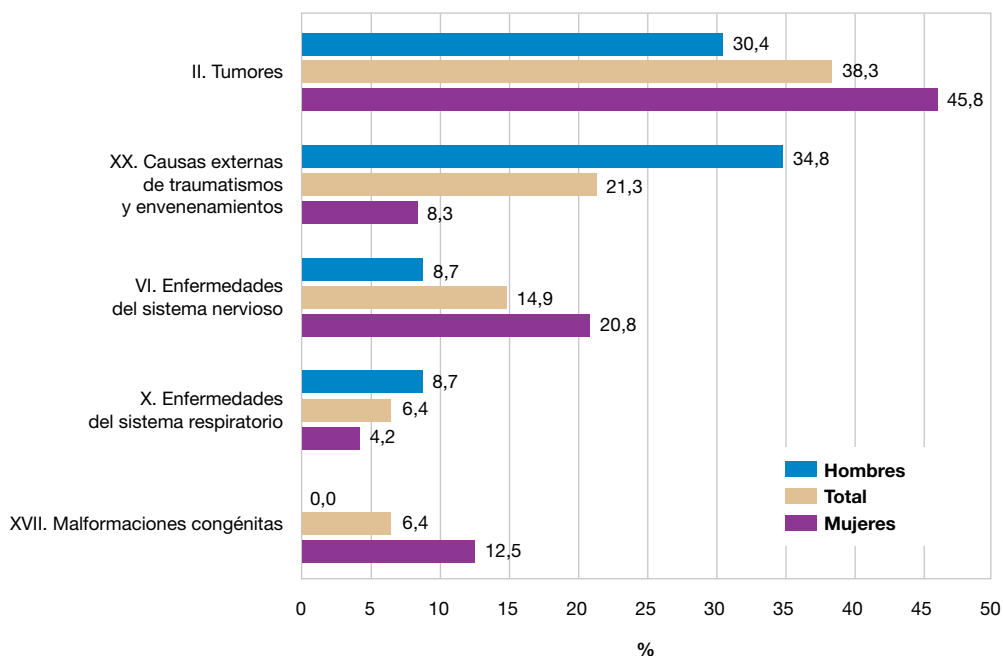


Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.

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

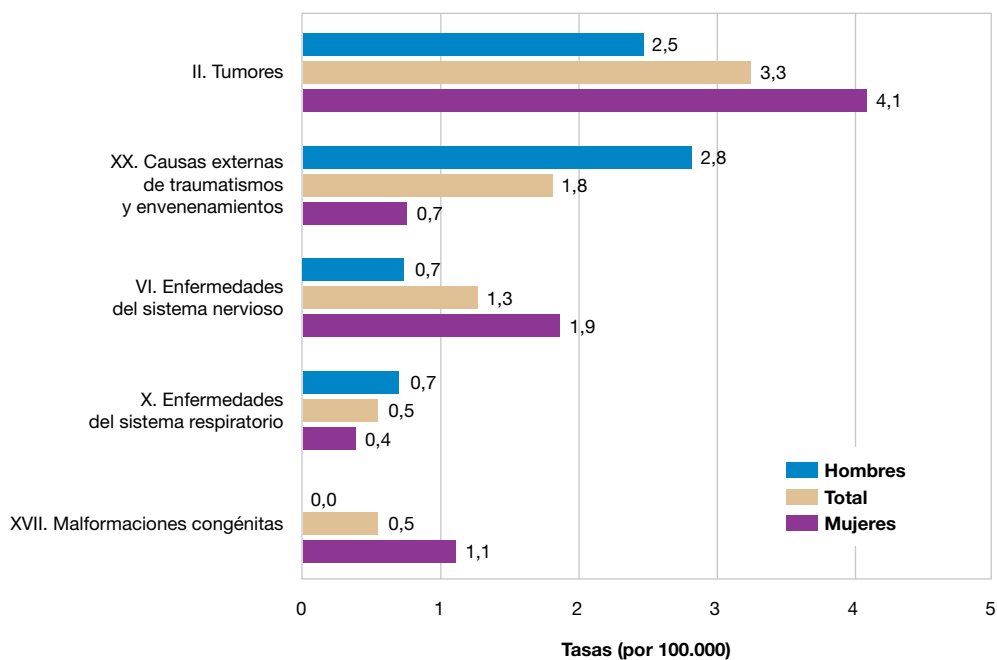


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.

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 y los tumores siguen siendo, ahora por este orden, las principales causas de defunción (figura 4.3). Las tasas de mortalidad son, en este grupo de edad, claramente mayores en hombres que en mujeres (especialmente en las causas externas, donde muere una mujer por cada cinco varones, con unas tasas respectivamente de 5,2 y 26,4 por cien mil) (figura 4.4). Los accidentes de tráfico, los suicidios y homicidios, y el grupo de otros accidentes son los más frecuentes dentro del conjunto de las causas externas. Junto a ellos, dentro de la lista reducida de causas de defunción, debe destacarse la presencia de una rúbrica inespecífica, el paro cardíaco, con un 10,2% del total de fallecimientos a esas edades.

Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.

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

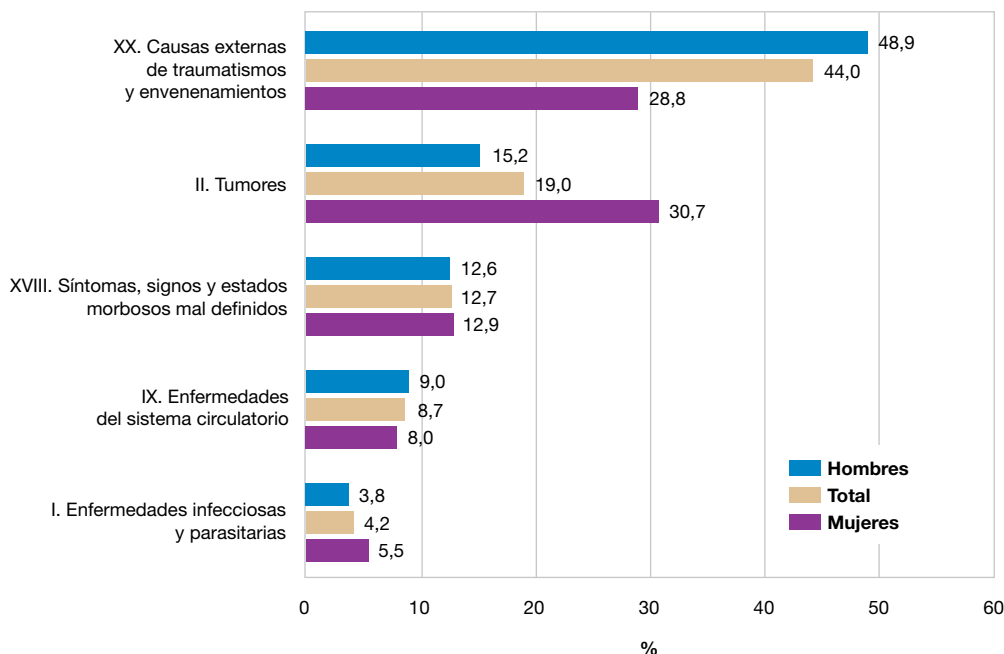
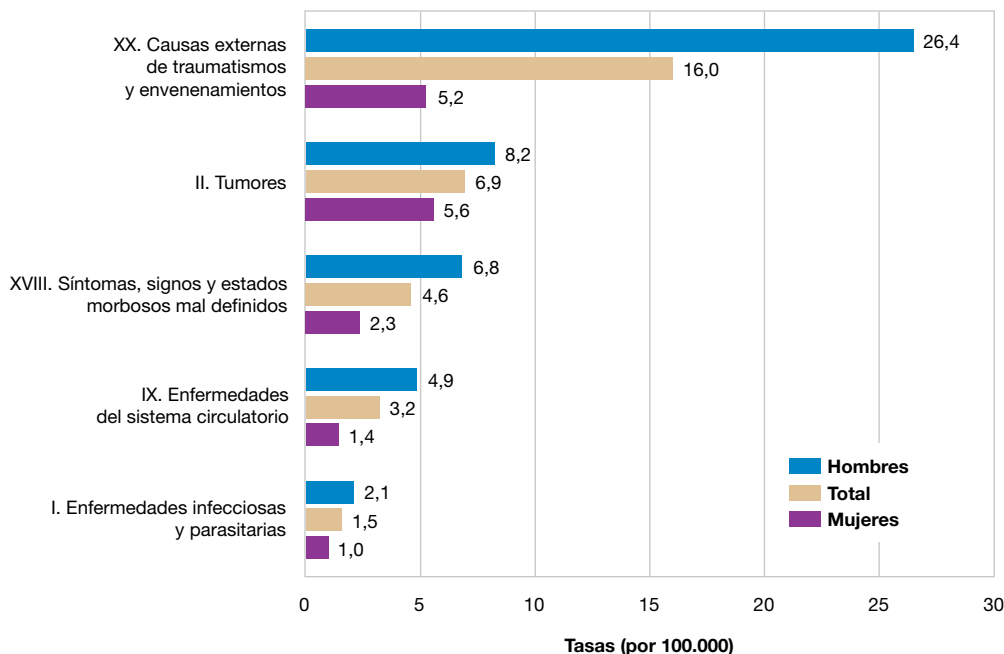


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.

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 el año 2007 en torno al 70% de la población de 5 a 14 años ha sido atendida en Atención Primaria (tabla 4.1) sin que se observen diferencias por sexo, pero sí por Áreas de Salud. En el grupo de edad de 15 a 34 años el porcentaje se mantiene entre las mujeres, mientras en los hombres disminuye por debajo del 60%, manteniéndose las diferencias según Área. El porcentaje de población extranjera, en ambos grupos de edad, que ha acudido a Atención Primaria ha sido menor que el de población española (tabla 4.2).

Área	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5-14 años						
1	27.841	75,6	26.130	74,6	53.971	75,1
2	12.132	64,9	11.267	64,2	23.399	64,5
3	14.236	71,9	13.167	71,5	27.403	71,7
4	18.121	67,1	16.934	66,3	35.055	66,7
5	25.528	67,6	24.133	67,3	49.661	67,4
6	25.779	65,2	24.723	65,3	50.502	65,3
7	11.063	49,7	10.641	50,0	21.704	49,9
8	15.852	70,8	14.911	71,2	30.763	71,0
9	16.639	83,2	15.657	82,6	32.296	82,9
10	13.167	76,7	12.458	76,3	25.625	76,5
11	27.911	71,1	26.529	70,7	54.440	70,9
CM	208.269	69,3	196.550	68,9	404.819	69,1
15-34 años						
1	65.737	58,4	80.276	72,0	146.013	65,2
2	33.372	51,0	44.206	63,0	77.578	57,2
3	38.825	57,5	46.148	70,2	84.973	63,8
4	44.103	53,7	56.439	67,6	100.542	60,7
5	60.410	53,7	76.951	66,1	137.361	60,0
6	48.049	51,1	63.580	63,5	111.629	57,5
7	38.112	38,8	48.999	48,9	87.111	43,9
8	46.391	57,6	54.604	70,9	100.995	64,1
9	47.864	67,4	55.863	81,7	103.727	74,4
10	36.676	62,1	42.377	74,1	79.053	68,0
11	73.817	55,7	92.186	69,5	166.003	62,6
CM	533.356	54,7	661.629	67,3	1.194.985	61,0

Tabla 4.1. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria, según grupo de edad, Área de Salud y sexo. Población de 5-34 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5-14 años						
Extranjeros	30.828	60,3	29.794	60,3	60.622	60,3
Españoles	176.972	70,9	166.380	70,6	343.352	70,8
Desconocido	469		376		845	
Total	208.269	69,3	196.550	68,9	404.819	69,1
15-34 años						
Extranjeros	122.854	47,7	177.573	65,2	300.427	56,7
Españoles	409.658	57,1	482.816	68,0	892.474	62,5
Desconocido	844		1.240		2.084	
Total	533.356	54,7	661.629	67,3	1.194.985	61,0

Tabla 4.2. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria, según grupo de edad, origen y sexo. Población de 5-34 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

En ambos grupos de edad la morbilidad atendida ha sido fundamentalmente aguda, y las patologías respiratorias han sido las más frecuentes, seguidas en el caso de los más pequeños por los problemas generales o inespecíficos y los problemas cutáneos, sin que se observen grandes diferencias por sexo (figura 4.5). En el grupo de 15 a 34 años a la patología respiratoria le siguen en frecuencia los problemas relacionados con los aparatos digestivo y locomotor, y en las mujeres aparecen entre los episodios más frecuentes los relativos a la planificación familiar, embarazo y parto y al aparato genital femenino y las mamas (figura 4.6). El 7,3% de los episodios de atención en pacientes de 5 a 14 años y el 8,4% en los de 15 a 34 años han correspondido a patología crónica.

El motivo de consulta más frecuente son las infecciones respiratorias agudas superiores, seguido en el grupo de 5 a 14 años por otros síntomas y diagnósticos relacionados con procesos infecciosos de vías respiratorias (tos, faringitis, fiebre, amigdalitis, otitis, etc.) (tabla 4.3). En los jóvenes de 15 a 34 años las infecciones intestinales inespecíficas aparecen como el segundo episodio de atención más frecuente. En el caso de las mujeres la contracepción oral, el embarazo y las cistitis ocupan el tercer, cuarto y quinto puestos, desplazando a las rinitis alérgicas, la sintomatología lumbar y las faringitis, que son las que ocupan esos puestos en los hombres (tabla 4.4).

Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 5-14 años, agrupada en grandes grupos de causas, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2007

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

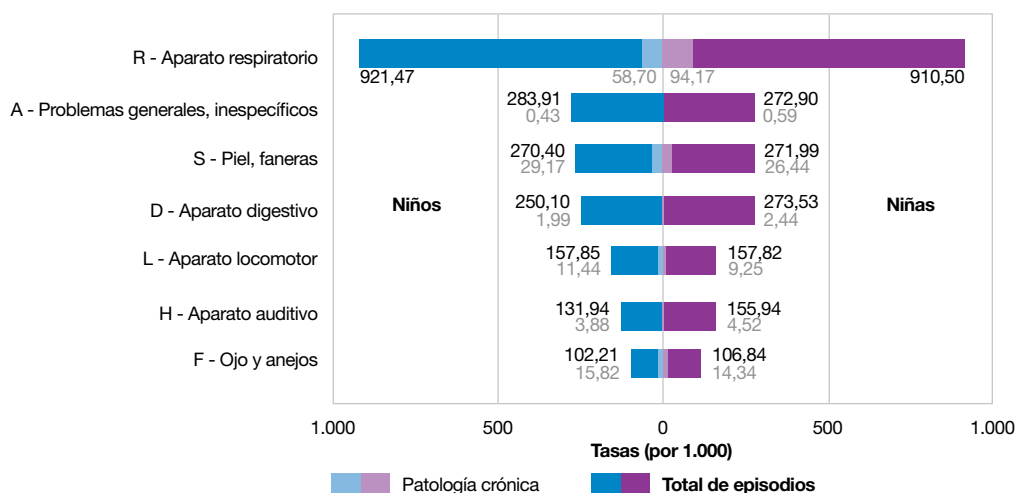
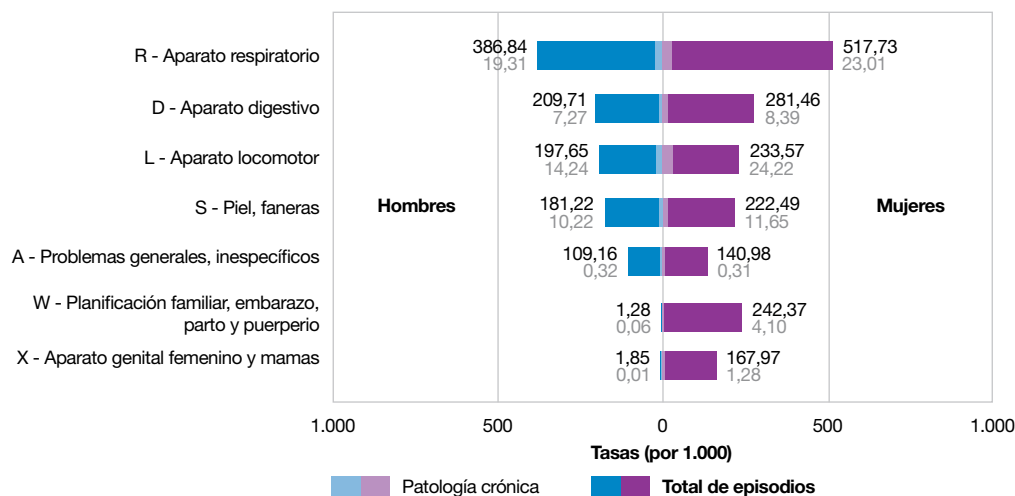


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, agrupada en grandes grupos de causas, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2007

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



	Total			Hombres		Mujeres		
	N	%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infección respiratoria aguda superior	250.821	17,9	1	428,0	1	412,9	1	444,0
R05-Tos	49.621	3,5	2	84,7	2	85,9	3	83,4
R72-Faringitis/amigdalitis estreptocócica	48.600	3,5	3	82,9	4	80,5	2	85,5
A03-Fiebre	46.640	3,3	4	79,6	3	82,2	5	76,9
R76-Amigdalitis aguda	44.335	3,2	5	75,7	6	72,4	4	79,1
H71-Otitis media/miringitis aguda	42.685	3,0	6	72,8	7	70,3	6	75,5
R96-Asma	39.508	2,8	7	67,4	5	80,4	10	53,8
D73-Infección intestinal inespecífica	37.821	2,7	8	64,5	8	64,8	7	64,2
A97-Sin enfermedad	33.759	2,4	9	57,6	9	58,3	9	56,9
D01-Dolor abdominal general/retortijones	32.445	2,3	10	55,4	10	48,1	8	63,0
A77-Otras enfermedades virales	23.611	1,7	11	40,3	12	38,6	11	42,0
R97-Rinitis alérgica	22.838	1,6	12	39,0	11	44,6	13	33,0
H01-Dolor de oído/oreja	17.453	1,2	13	29,8	20	24,3	12	35,5
S88-Dermatitis de contacto/alérgica	17.356	1,2	14	29,6	18	28,4	14	30,9
S16-Contusión/magulladura	17.303	1,2	15	29,5	13	33,2	17	25,7
Total	1.402.283	100		2.393,1		2.382,8		2.403,9

Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5-14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid 2007.

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

	Total			Hombres		Mujeres		
	N	%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infección respiratoria aguda superior	490.915	13,7	1	250,7	1	209,1	1	292,0
D73-Infección intestinal inespecífica	172.027	4,8	2	87,8	2	82,3	2	93,4
R97-Rinitis alérgica	75.961	2,1	3	38,8	3	36,0	6	41,6
W11-Contracepción oral, en la mujer	75.717	2,1	4	38,7	-		3	76,8
L03-Signos/síntomas lumbares	63.449	1,8	5	32,4	4	27,3	7	37,5
R72-Faringitis/amigdalitis estreptocócica	61.384	1,7	6	31,3	5	26,7	8	36,0
W78-Embarazo	57.001	1,6	7	29,1	-		4	57,8
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	51.035	1,4	8	26,1	73	3,9	5	48,0
L01-Signos/síntomas del cuello	50.546	1,4	9	25,8	12	16,4	9	35,1
R76-Amigdalitis aguda	49.241	1,4	10	25,1	6	21,6	12	28,7
P01-Sensación ansiedad/tensión	46.258	1,3	11	23,6	18	13,8	10	33,4
S18-Laceración/herida incisa	28.554	0,8	26	14,6	7	19,6	60	9,6
R96-Asma	38.742	1,1	14	19,8	8	18,1	18	21,4
R80-Gripe	33.655	0,9	16	17,2	9	17,8	32	16,6
S16-Contusión/magulladura	29.019	0,8	24	14,8	10	17,6	49	12,0
Total	3.572.989	100		1.824,6		1.362,2		2.283,5

Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid 2007.

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

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Según se puede observar en el primer capítulo del Informe, la población de 5 a 14 años es el grupo de edad con la menor tasa de morbilidad hospitalaria (42,03 por mil). Las principales causas son las respiratorias y las digestivas. En los varones también destacan por su frecuencia las enfermedades genitourinarias (tabla 4.5 y figura 4.7).

En el grupo de edad de 15-34 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyendo también el parto normal. En los hombres las causas más frecuentes de alta hospitalaria fueron las enfermedades digestivas y las causas externas (tabla 4.6 y figura 4.8).

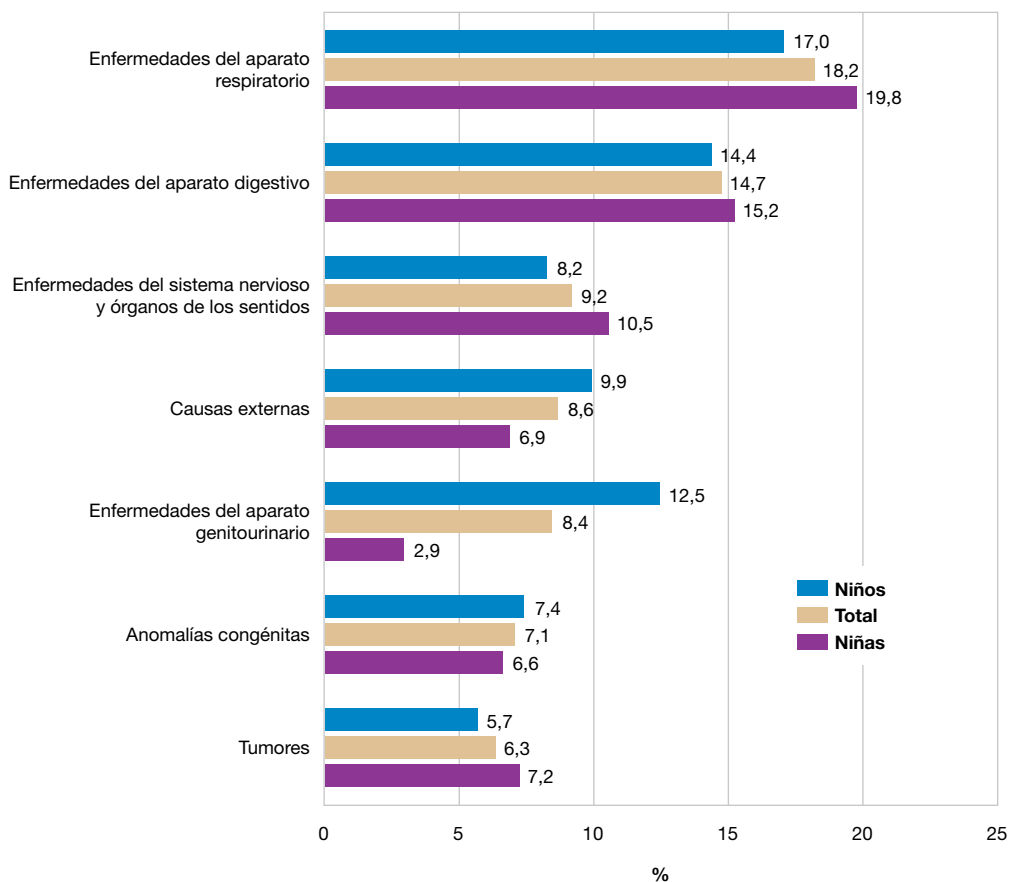
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	N	Tasa
Enfermedades del aparato respiratorio	4.356	7,64
Enfermedades del aparato digestivo	3.533	6,20
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	2.202	3,86
Causas externas	2.066	3,63
Enfermedades del aparato genitourinario	2.018	3,54
Anomalías congénitas	1.692	2,97
Tumores	1.520	2,67
Total	23.953	42,03

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

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



	N	Tasa
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	76.937	41,70
Enfermedades del aparato digestivo	15.494	8,40
Tumores	14.584	7,90
Enfermedades del aparato genitourinario	11.967	6,49
Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	10.655	5,77
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	9.967	5,40
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	9.067	4,91
Causas externas	8.697	4,71
Total	188.797	102,32

Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

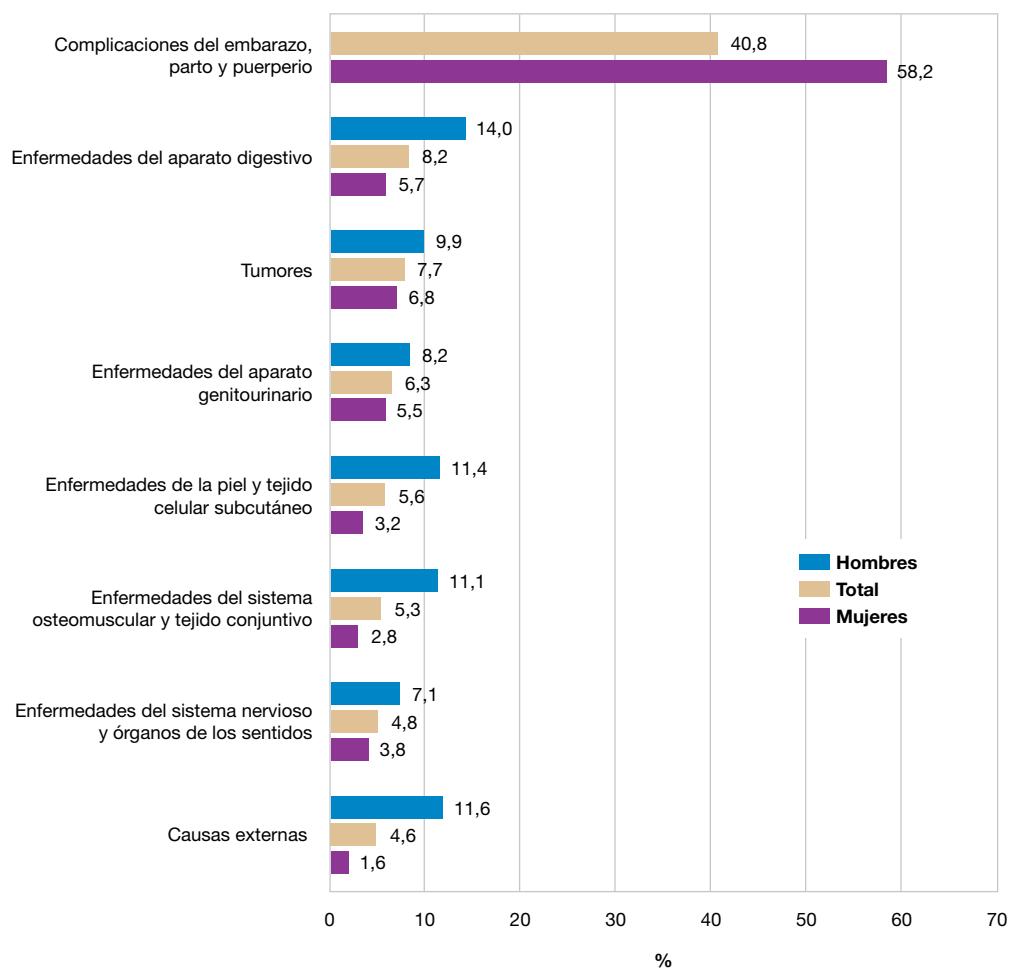


Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

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

4.3. Factores determinantes

En los jóvenes tiene gran interés el análisis de la prevalencia de hábitos que pueden tener una influencia en la salud tanto actual como futura. 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 2007 presentando también la evolución temporal de los mismos. Se agrupan en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales e información sobre temas de salud. Otros aspectos que también se recogen en el SIVFRENT-J como la accidentabilidad y la seguridad vial se presentan en el capítulo 9 de este Informe.

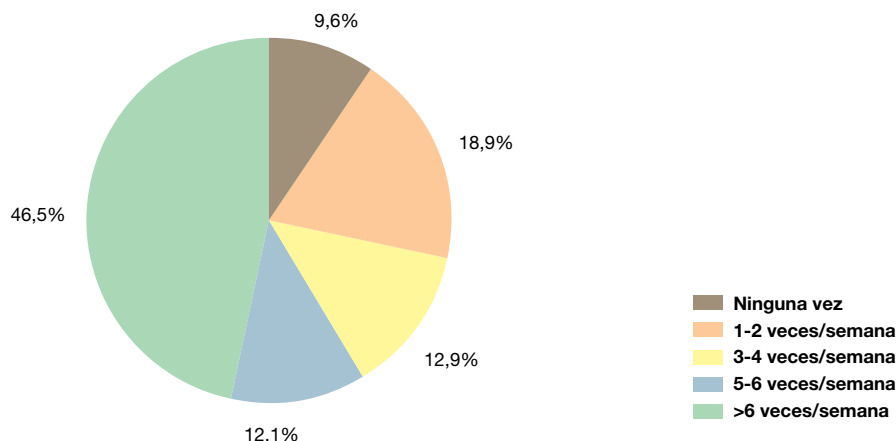
4.3.1. Ejercicio físico

Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas, la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 28,5%, destacando que un 9,6% no realizan ninguna vez estas actividades (figura 4.9). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 11,7% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 44,4% de las chicas.

Comparando la estimación promedio del 2006-2007 con la de 1996-1997, de 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 17,7% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Figura 4.9. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.

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

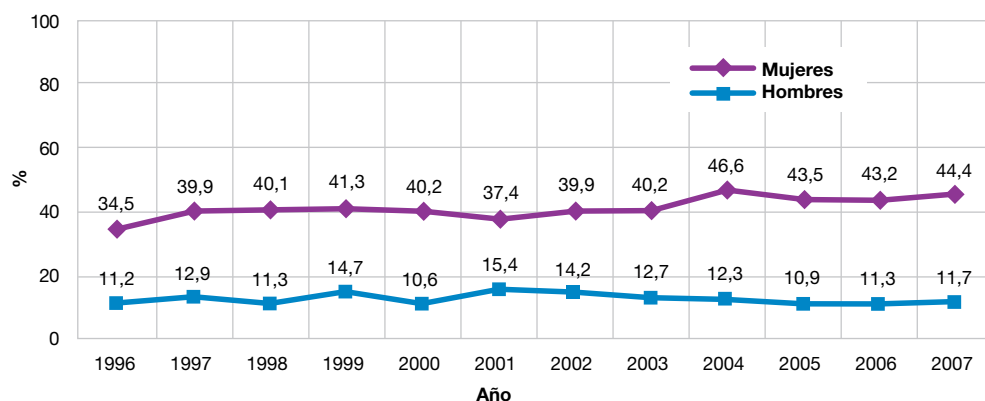


Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

4.3.2. Alimentación

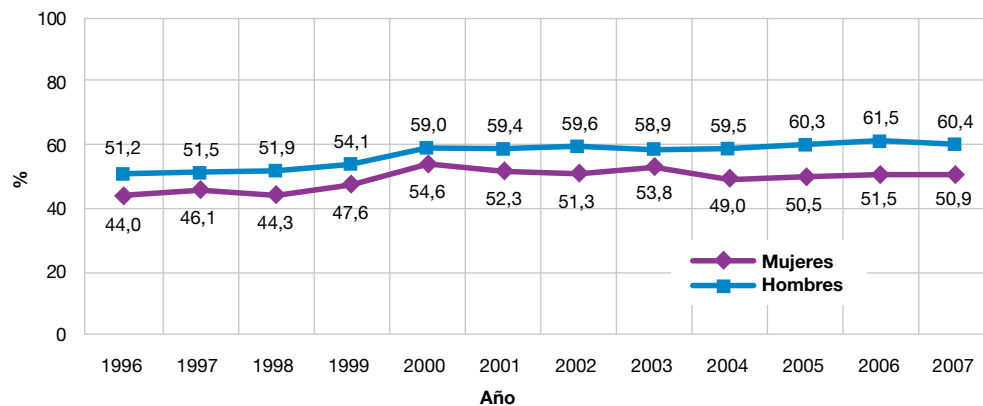
Como en años anteriores, se mantiene un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto de ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar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

Comparando el promedio 2006-2007 frente a 1996-1997 se observa un consumo de leche y derivados lácteos muy similar. Tampoco se observan grandes variaciones en el consumo de verduras y hortalizas si bien hay un aumento de la proporción de jóvenes que no consumen al menos 2 raciones de fruta al día, del 18,7% en los chicos y 13,7% en las chicas. Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, se observa que alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 53,6% de los chicos y el 41,1% de las chicas). Aún siendo muy elevada, la proporción de jóvenes que consumen 2 o más raciones diarias de productos cárnicos ha descendido ligeramente, un 10,7% en chicos y un 7,8% en chicas. En el consumo de galletas y bollería en los chicos se observa una disminución del 17,0% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas del 10,7%.

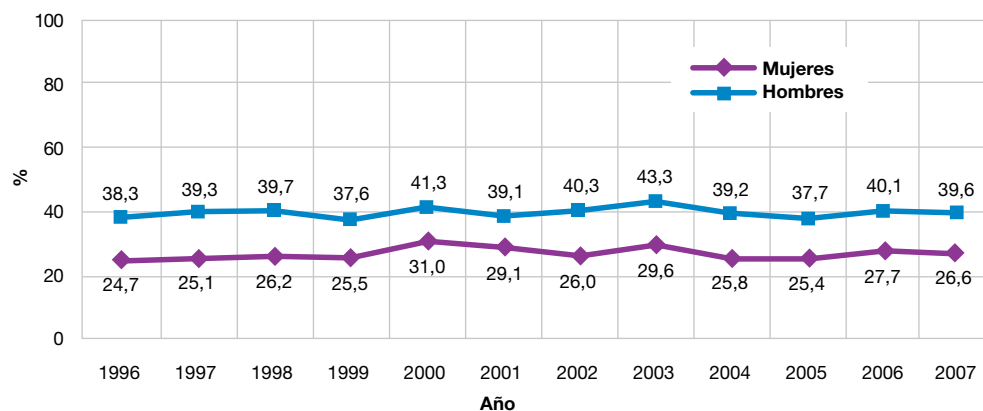
Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

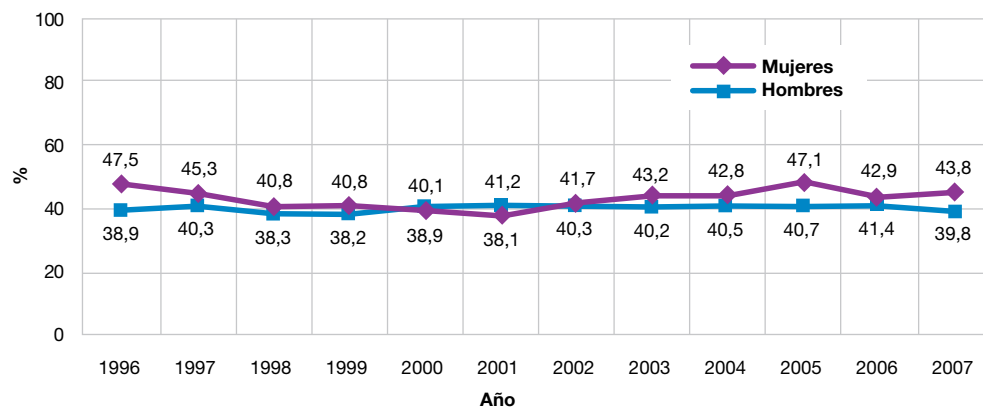
Consumo de menos de 2 raciones de fruta al día



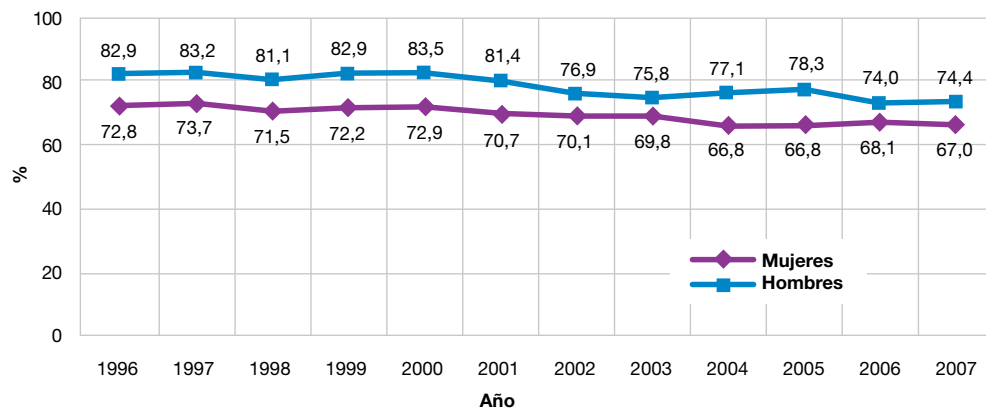
Consumo de menos de una ración de verdura al día



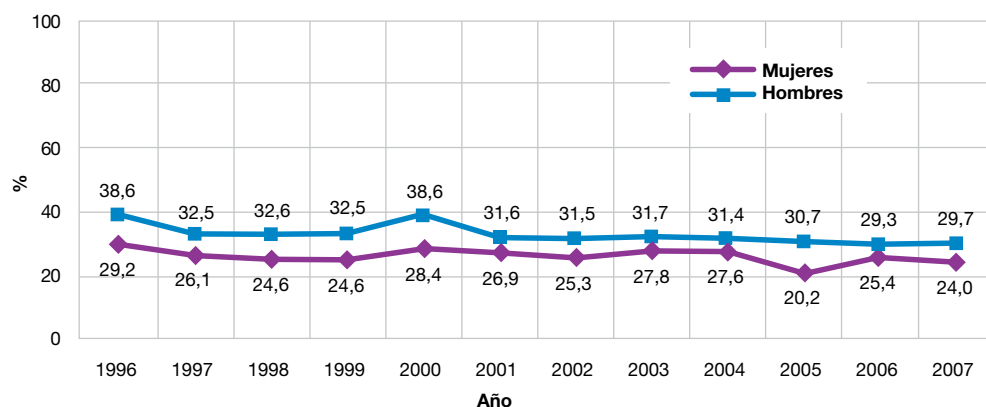
Consumo de menos de 3 raciones de leche y derivados al día



Consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos al día



Consumo de 2 ó más raciones de bollería al día

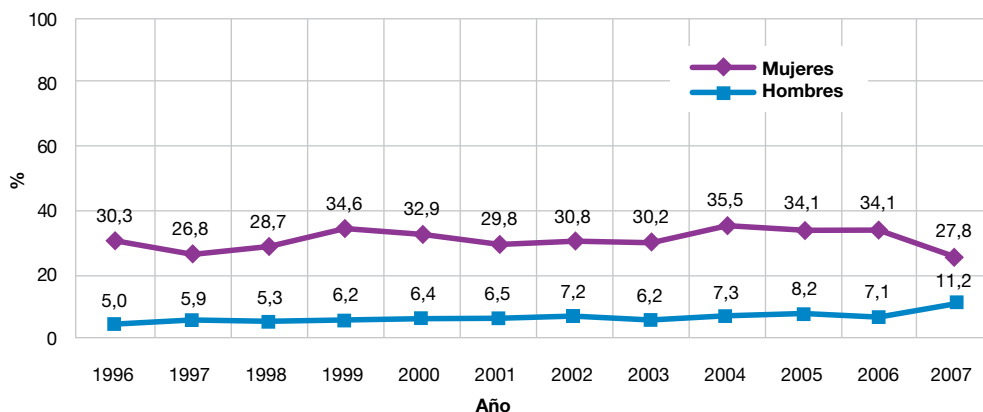


En los años 2006-2007 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de chicos que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 67,9%. En las chicas este incremento es del 8,4% (figura 4.12).

Desde 1999, el SIVFRENT-J incluye preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas encaminadas a evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses. En 2007 el 4,4% de los chicos y el 16,0% de las chicas ha respondido afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 3,4% del total de mujeres responde a dos y el 1,7% a los tres). Concretamente, durante el último año el 9,9% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 8,4% se han provocado vómitos para perder peso, y un 4,6% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

Figura 4.12. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

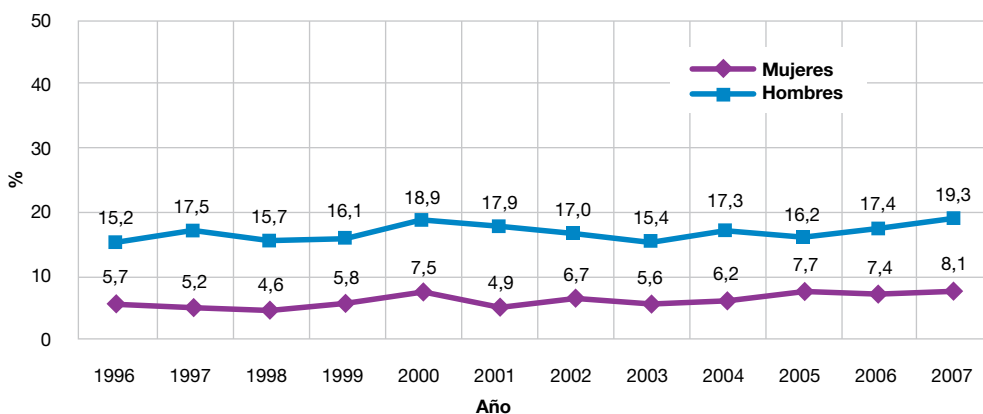


4.3.3. Sobrepeso y obesidad

Según los datos de peso y talla referidos por los entrevistados en el SIVFRENT-J, un 19,3% de los chicos y el 8,1% de las chicas tiene sobrepeso u obesidad (figura 4.13). Al comparar la frecuencia observada en 2006-2007 respecto a 1996-1997 se observa un incremento del 12,2% en los hombres, aumentando en las mujeres un 42,2%.

Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con sobrepeso u obesidad, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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



En 2008 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realizó un estudio para determinar la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Fue un estudio epidemiológico poblacional, de diseño transversal, observacional, multicéntrico realizado en 2.916 escolares, 51,08% niñas y 48,92% niños, de edades comprendidas entre los 6 y 18 años de 60 colegios de la Comunidad.

La existencia de sobrepeso y de obesidad se estimó a través del índice de masa corporal (IMC= peso Kg/ talla m²). Dado que el IMC varía con la edad y el sexo durante todo el período de crecimiento se ha utilizado para definir el sobrepeso y la obesidad los puntos de corte del estudio en-Kid (IMC ≥ al percentil 85: sobrepeso / IMC ≥ al percentil 97: obesidad) y se han referenciado a tablas nacionales (Curvas y Tablas de Crecimiento de la Fundación Faustino Orbegoza Izaguirre 2004).

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población escolar de 6 a 18 años de la Comunidad de Madrid es del 7,37% y del 10,73% respectivamente, sin diferencia significativa entre niños y niñas (tabla 4.7 y figura 4.14). Globalmente la sobrecarga ponderal, valorando conjuntamente el sobrepeso y obesidad, presentaba una prevalencia del 18,11%.

	N	%	IC *
Sobrepeso	313	10,73	9,61 – 11,86
Obesidad	215	7,37	6,42 – 8,32
Sobrepeso / Obesidad	528	18,11	16,71 – 19,50
Normopeso	2.388	81,89	80,50 – 83,29

* Intervalo de confianza al 95 %

Tabla 4.7. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares (6 a 18 años). Comunidad de Madrid, 2008.

Fuente: Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Subdirección de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

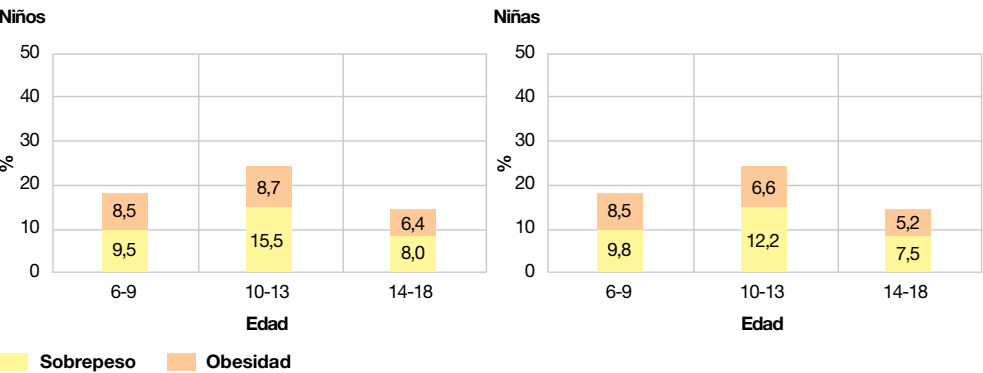


Figura 4.14. Prevalencia de sobrepeso y de obesidad en escolares (6 a 18 años) según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2008.

Fuente: Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Subdirección de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

4.3.4. Tabaco

Globalmente, de los jóvenes de 15 ó 16 años, el 32,3% fuma con mayor o menor asiduidad, un 54,7% no fuman, y el 13,0% son ex fumadores (figura 4.15). El 17,3% fuma diariamente, y el 8,4% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 25,7% de fumadores habituales. La proporción de jóvenes que fuma diariamente es superior en las mujeres (18,4%) que en los hombres (16,3%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 17,2% de los jóvenes de 16 años y 8,3% en los de 15 años. La prevalencia del consumo excesivo de tabaco, definido como un consumo superior a 10 cigarrillos al día, es del 4,6% en hombres y 3,9% en mujeres.

Si comparamos el promedio de consumo de los dos últimos años frente a los dos primeros, se observa una disminución porcentual del 41,0% en los chicos y del 46,4% en las chicas (figura 4.16). Sin embargo, conviene llamar la atención que durante el 2007 se ha producido, tanto en hombres como en mujeres, un incremento moderado respecto a los datos del 2006, cortándose el descenso que venía observándose desde los primeros años de estudio.

El 11,9% del total de entrevistados tienen permiso de los padres para fumar (figura 4.17), aumentando al 42,4% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen.

Figura 4.15. Consumo de tabaco en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.

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

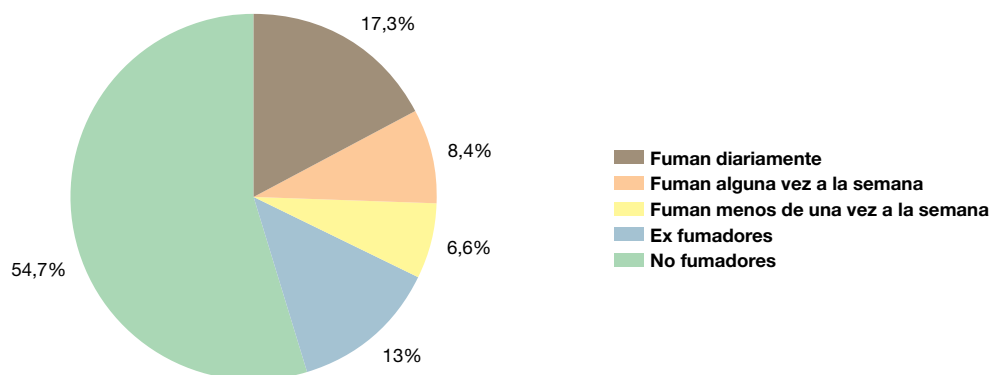


Figura 4.16. Evolución de la proporción de fumadores diarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

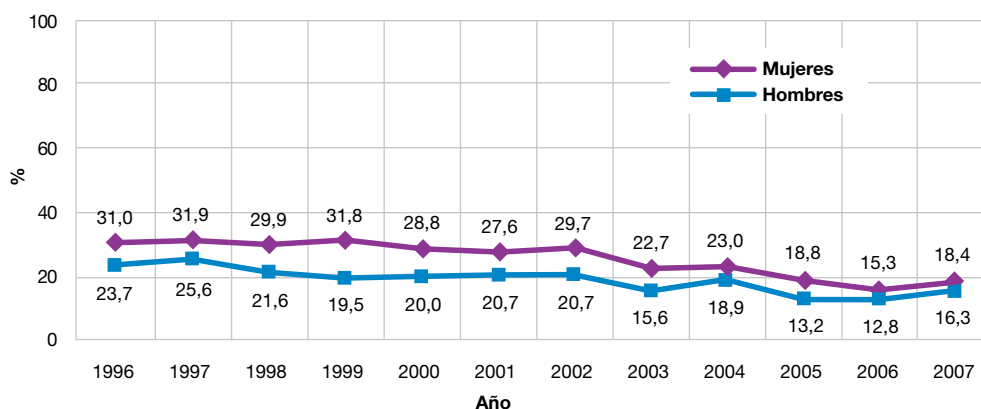
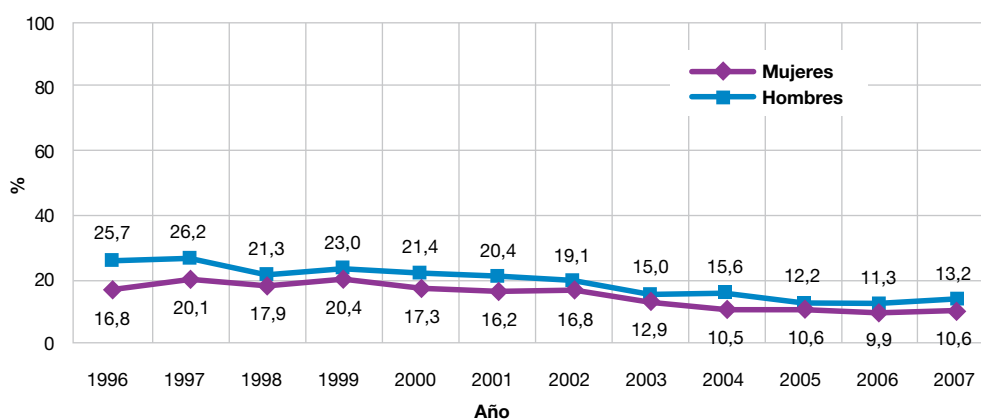


Figura 4.17. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con permiso de los padres para fumar, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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



4.3.5. Alcohol

Siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más respectivamente. Globalmente, el 11,6% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 50,5% como bebedores moderados, y el 37,9% como no bebedores (figura 4.18).

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 38,6% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días. Desde el 2003, año en el que se alcanzó la prevalencia más baja para el conjunto de indicadores de alcohol, se observa un ligero incremento de los bebedores de riesgo, así como la frecuencia de borracheras. Destaca este último año el incremento de los jóvenes que han viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol (23,4%) (figura 4.19).

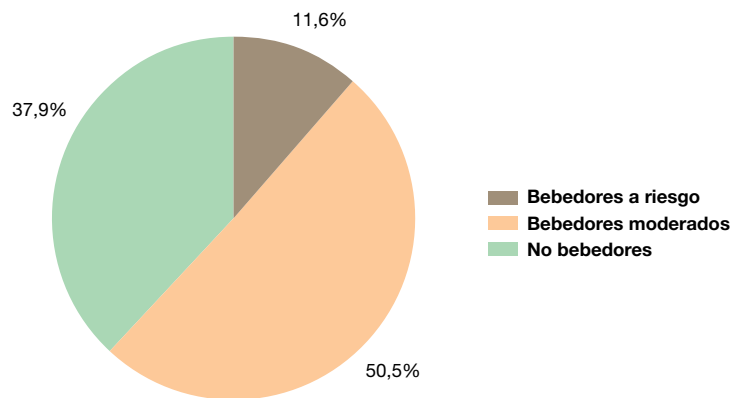


Figura 4.18. Consumo de alcohol* en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.

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

Bebedores a riesgo*

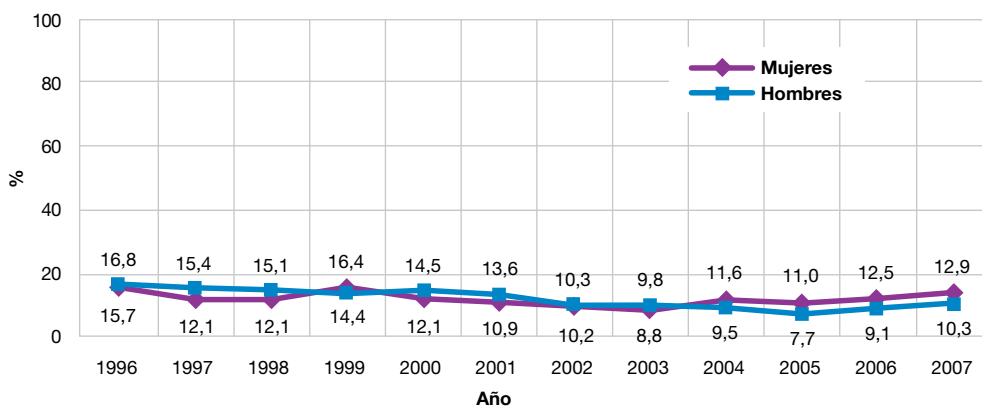


Figura 4.19. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

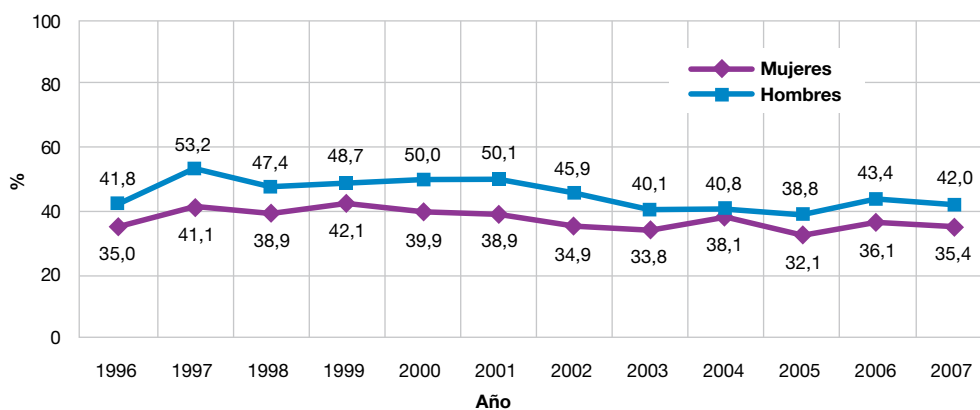
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

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

Figura 4.19. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

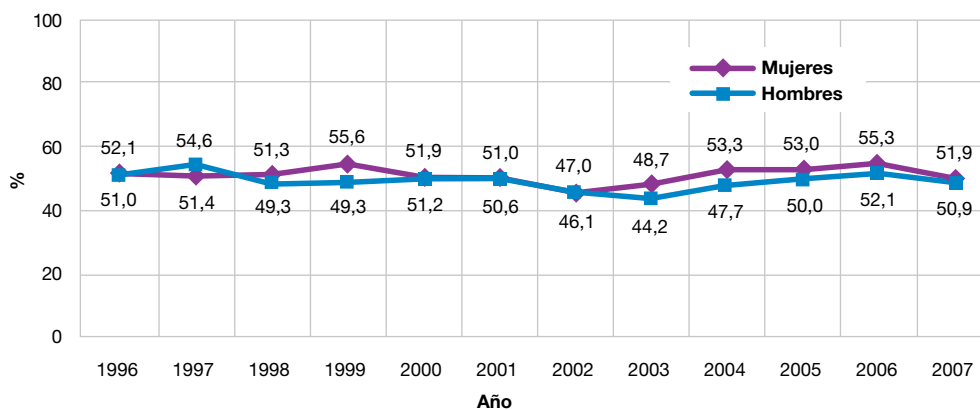
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

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

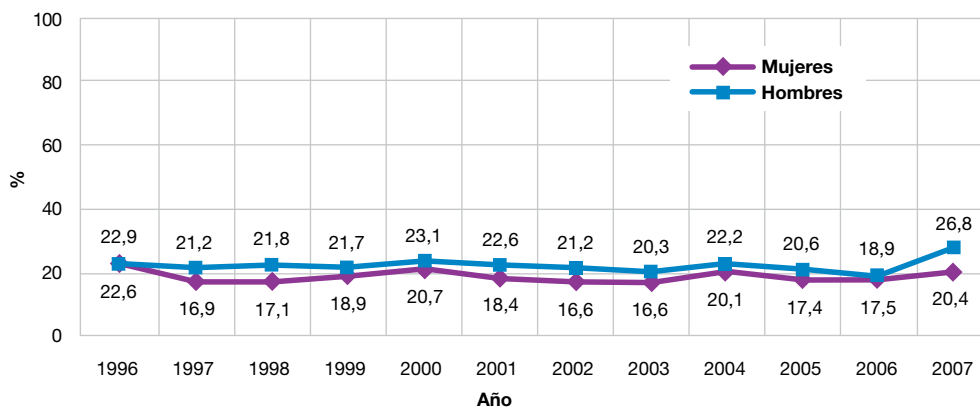


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

Borrachera en los últimos 12 meses



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



4.3.6. Drogas de comercio ilegal

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 23,7% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 16,5% en los últimos 30 días. De forma agregada, el 25,1% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 17,5% en los últimos 30 días.

Al 26,0% de los jóvenes les han ofrecido drogas en los últimos 12 meses, y a un 12,6% en los últimos 30 días.

El descenso del consumo de estas sustancias, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en este último año (figura 4.20).

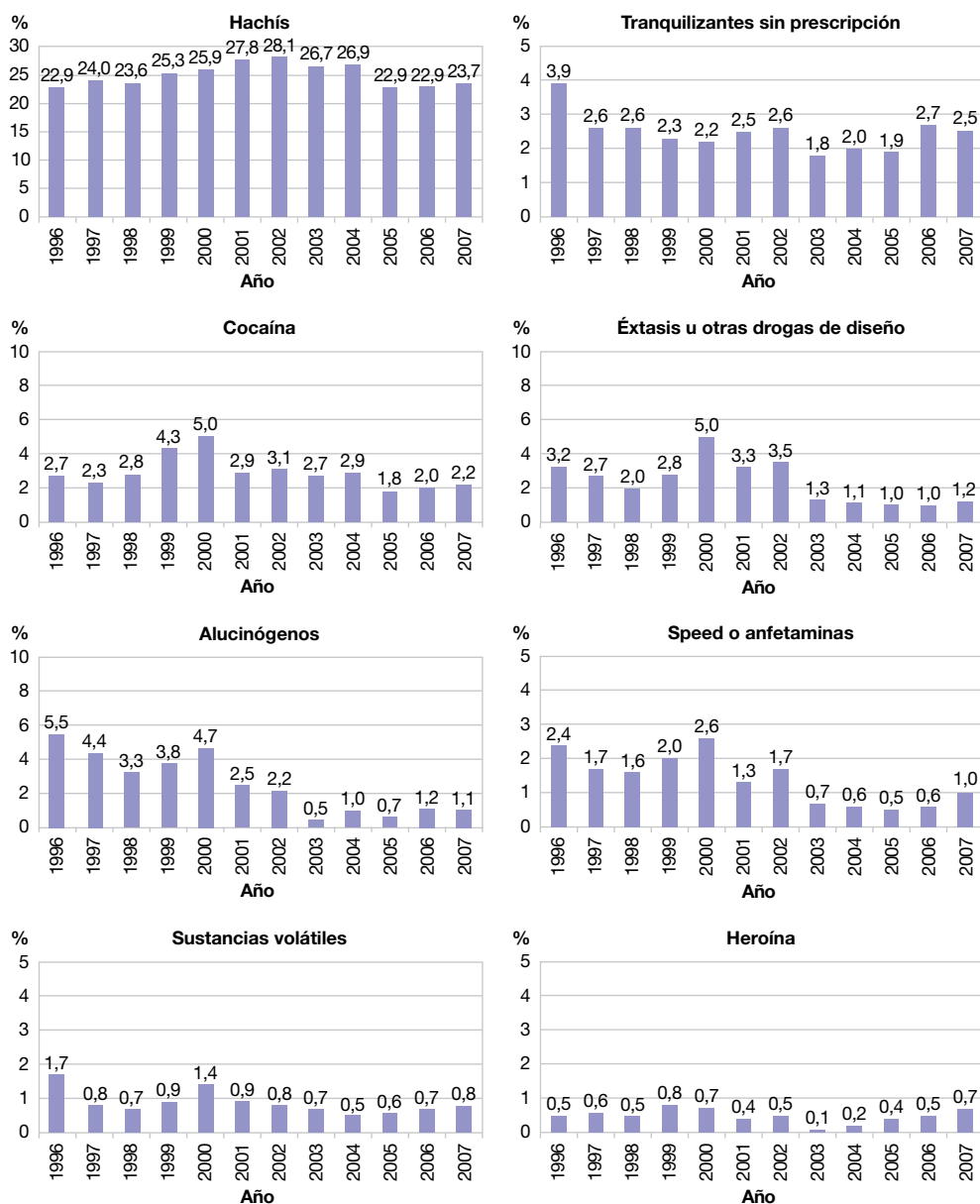


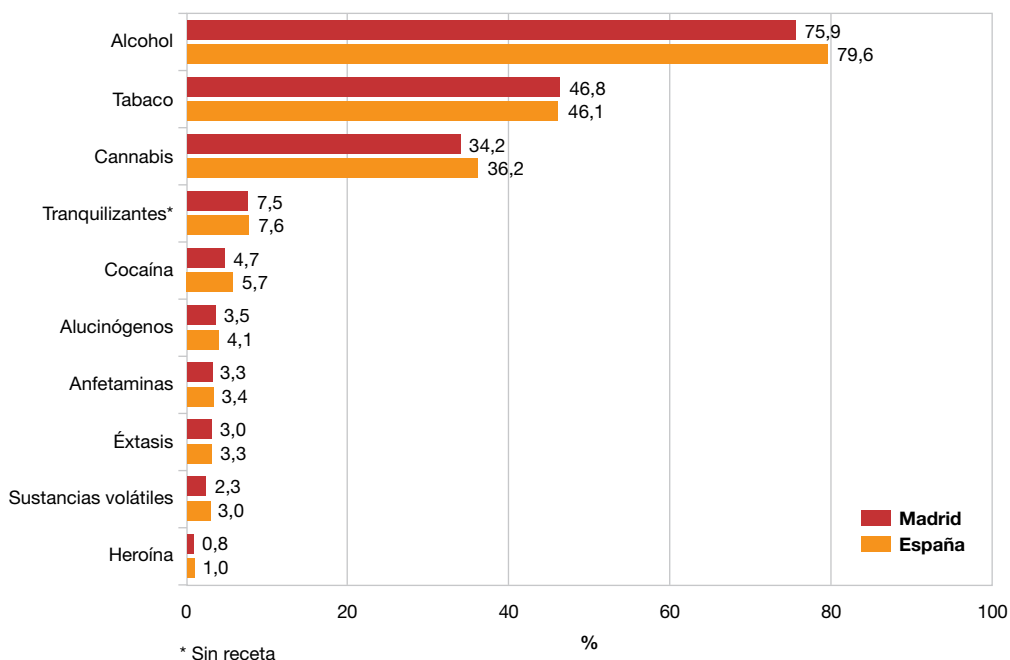
Figura 4.20. Evolución del consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 1996-2007.

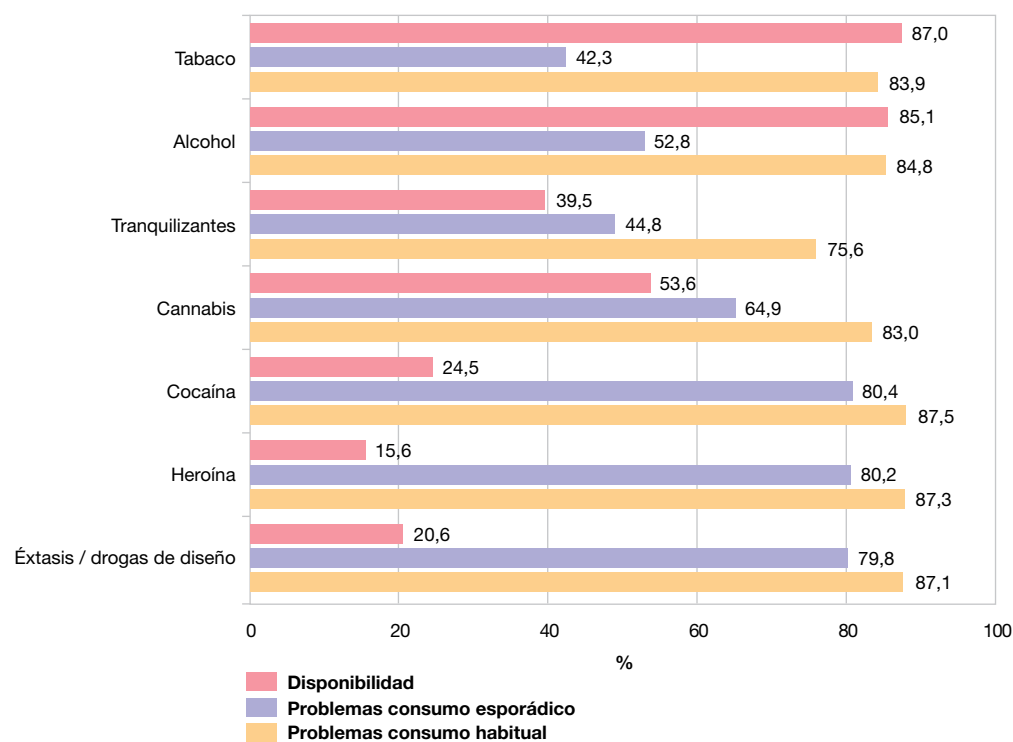
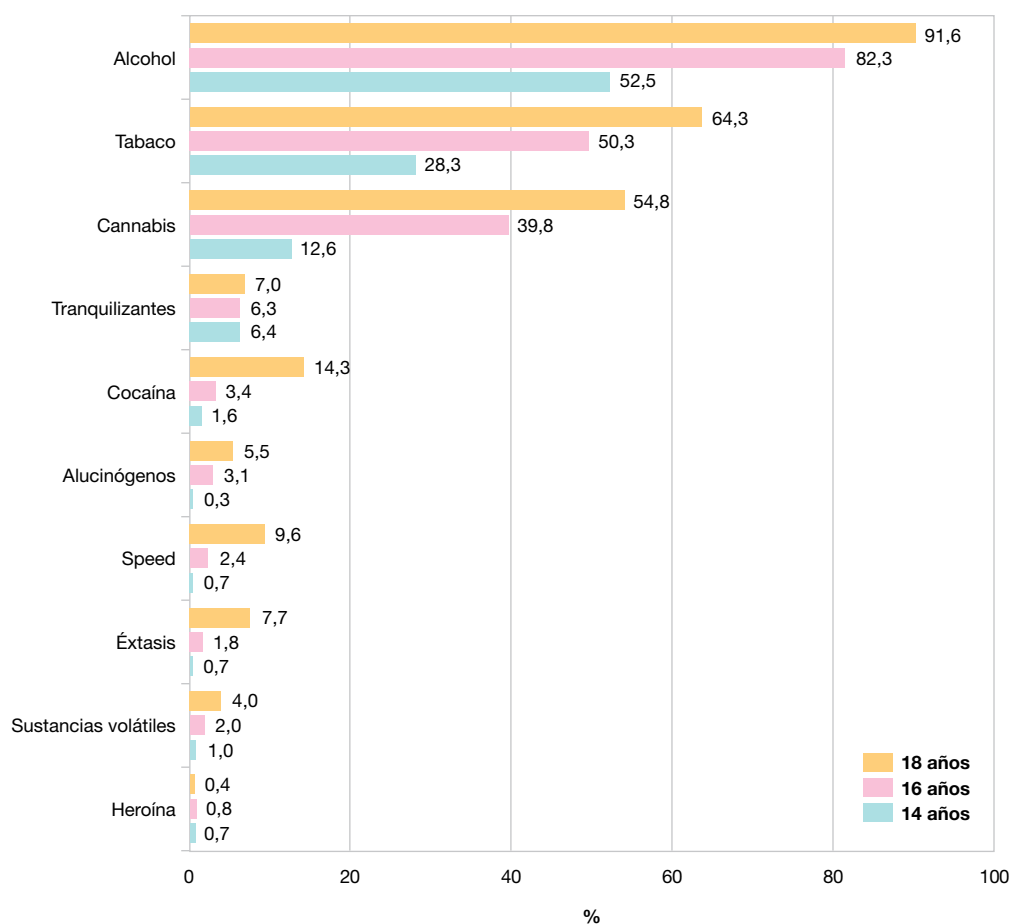
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

En 2006 se ha realizado una nueva Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar para la Comunidad Autónoma de Madrid. Como en encuestas previas la realización de la encuesta se ha guiado por la metodología establecida en el Proyecto Español de Encuestas Escolares sobre Drogas (PEEED). Según esta encuesta, exceptuando el tabaco, las prevalencias de consumo de las distintas sustancias en la Comunidad de Madrid están ligeramente por debajo de las de España en las tres frecuencias de consumo: alguna vez (figura 4.21), último año y últimos 30 días. En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad entre los 14 y los 18 años en todas las sustancias (figura 4.22), y en general, los jóvenes aprecian los problemas derivados del consumo habitual de las drogas (figura 4.23). Un 85,9% de los estudiantes de 14 a 18 años manifiesta estar perfecta o suficientemente informado en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Destaca que la información sobre las drogas que se hace en las aulas de Madrid varía según el tipo de enseñanza que se recibe. Así, mientras que el 79,7% de los alumnos de E.S.O. afirman haber recibido esta instrucción, para Ciclos Formativos de Grado Medio dicho porcentaje sólo llega al 42,8% de alumnos.

Figura 4.21. Prevalencias de consumo experimental de drogas en jóvenes (14-18 años). Comunidad de Madrid y España, 2006.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid, 2006. Elaboración: Agencia Antidroga.



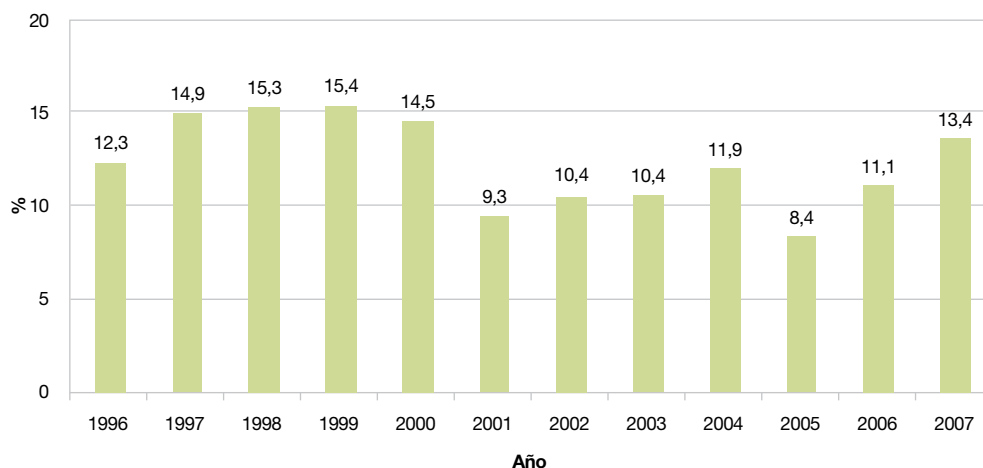


4.3.7. Sexualidad responsable

El 35,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Un 84,0% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 13,4% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. La estimación de este indicador en el año 2007 es la más alta desde el año 2001 (figura 4.24).

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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



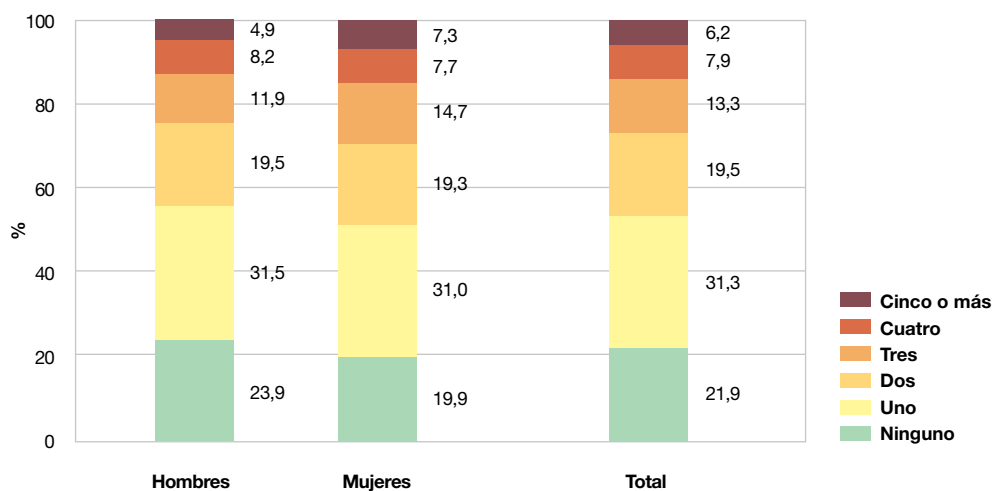
*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 78,1% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,5% de ellos tienen dos, el 13,3% tres, el 7,9% cuatro, y el 6,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (figura 4.25).

Figura 4.25. Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

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



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

4.3.9. Información sobre temas de salud

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 60,3% en el caso de los accidentes hasta el 19,9% sobre el consumo de alcohol.

Desde 1996, excepto para el SIDA, ha aumentado globalmente la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, en especial sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (figura 4.26).

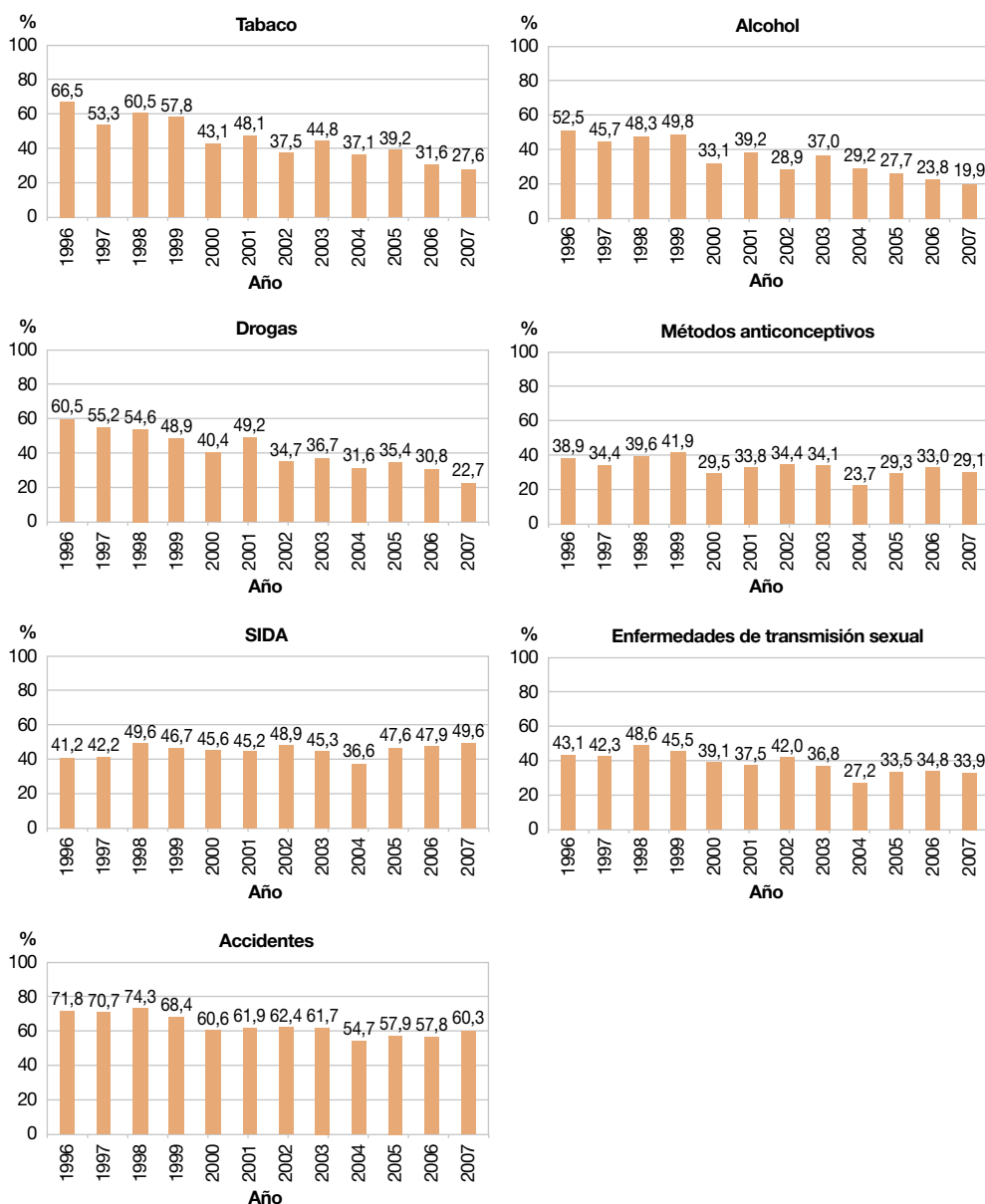


Figura 4.26. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

4.4. Enfermedad celíaca

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune, caracterizada por la inflamación de la mucosa, atrofia vellosa e hiperplasia de las criptas intestinales. Es el resultado de la activación de la respuesta inmunológica, en personas genéticamente susceptibles, frente a la exposición al gluten, proteína presente en cereales como el trigo, la cebada, el centeno y la avena. Afecta tanto a niños como a adultos.

Hasta hace poco tiempo la EC se consideraba un proceso casi exclusivo de la primera infancia con una presentación clínica típica y cuyo diagnóstico sólo era posible mediante biopsia intestinal. Desde la década de los 70, en la que comenzaron a desarrollarse nuevos métodos analíticos con los distintos anticuerpos relacionados con la EC, éstos cada vez tienen una mayor especificidad y sensibilidad. A partir de ese momento, el concepto, diagnóstico y conocimiento de la EC ha cambiado de forma radical. De la misma manera, la utilización de estos marcadores serológicos en estudios de screening ha cambiado el panorama epidemiológico de forma sustancial.

Se caracteriza por cursar de forma activa con la aparición de algún síntoma clásico (diarrea crónica, anorexia, distensión abdominal, pérdida de peso, vómitos, irritabilidad, letargia, crisis celíaca) o con mayor frecuencia en forma monosintomática, silente, latente ó potencial. Su detección es fundamental ya que los casos no diagnosticados presentan múltiples problemas de salud, disminución de la calidad de vida y un riesgo aumentado de enfermedades autoinmunes y enfermedades malignas.

En estudios poblacionales de screening de esta enfermedad se han utilizado distintos marcadores serológicos. Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana clase IgA se consideran, en la actualidad, los marcadores más útiles por su alta sensibilidad (95-98%) y especificidad (94-97%) por lo que existe un acuerdo generalizado entre la comunidad científica para utilizarlos como test de screening.

Debido a las distintas formas de presentación y a la gran variabilidad en la evolución clínica de la EC, la prevalencia en la población general es muy difícil de estimar.

Los datos publicados hasta el momento sugieren que la EC está ampliamente infradiagnosticada, solo 1 de cada 5-10 casos está diagnosticado. Así mismo, existe una evidencia científica creciente de que se trata de una enfermedad más común de lo que previamente se creía.

En España no hay datos fidedignos sobre la verdadera prevalencia de esta patología en la población general.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad ha llevado a cabo en 2008 un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de la EC en nuestro medio y así adaptar los recursos sanitarios y poder ofrecer un mejor servicio a los pacientes diagnosticados de esta enfermedad.

Se trata de un estudio epidemiológico, poblacional, de diseño transversal, observacional, multicéntrico y de ámbito autonómico para determinar la prevalencia de la EC en la población escolar de 6 a 18 años de la Comunidad de Madrid y conocer la relación entre celíacos diagnosticados y celíacos totales en esta población.

Mediante el screening serológico de 2.919 niños/as se han identificado 24 casos de enfermedad celíaca silente que se han confirmado mediante biopsia intestinal, lo que implica una prevalencia de enfermedad celíaca no reconocida de 0,86 por cada 100 sujetos (IC95%: 0,52-1,21). En la

población estudiada habían sido diagnosticados previamente al estudio, es decir conocían que eran celíacos, 13 niños. Considerando que se han diagnosticado 24 casos en el estudio, la prevalencia total (37 casos) de enfermedad celíaca en los escolares de 6 a 18 años en la Comunidad de Madrid es de 1,27 por cada 100 sujetos (IC95%: 0,86-1,68) (figura 4.27).

La relación entre EC diagnosticada y EC total es de 1:2,8, es decir, aproximadamente de cada 3 celíacos sólo 1 sabe que tiene la enfermedad. La relación entre EC diagnosticada y EC no diagnosticada de 1:1,8.

La edad media era superior en los celíacos detectados por estudio ($12,96 \pm 3,38$ años) que en los ya diagnosticados previamente ($10,21 \pm 3,66$ años).

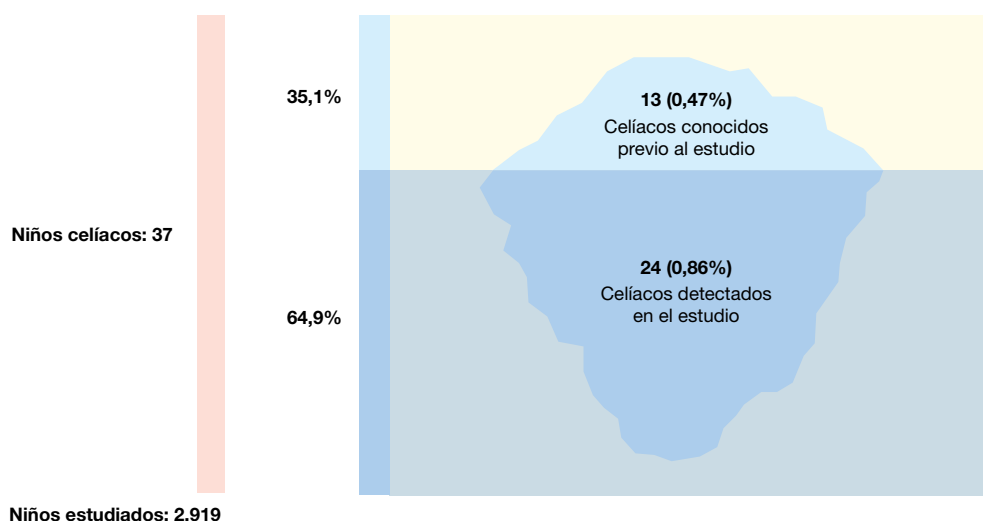


Figura 4.27. Efecto Iceberg: Relación celíacos conocidos/celíacos detectados. Población de 6 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2008.

Fuente: Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de enfermedad celíaca en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud. Subdirección General De Promoción De La Salud Y Prevención. Subdirección de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

Conclusiones

1. La prevalencia estimada de enfermedad celíaca silente en la población infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid es alta: 0,86 por cada 100 sujetos o, lo que es lo mismo, 1 de cada 116 niños padece la enfermedad y no lo sabe.
2. La prevalencia total (casos diagnosticados previamente al estudio y casos diagnosticados en el estudio) es de 1,27 por cada 100 es decir, 1 de cada 79 niños de nuestra Comunidad es celíaco.
3. En nuestro estudio encontramos una relación de celíacos diagnosticados y enfermedad celíaca total de 1:2,8 en este grupo de población. Este hecho es debido probablemente a la concienciación, sensibilización y difusión que existe en nuestra Comunidad. Aunque esta relación sea muy buena, ya que tenemos muchos celíacos diagnosticados, podemos estimar que en la población de entre 6 y 18 años (704.097) de la Comunidad de Madrid, 8.942 tienen EC y de éstos 6.055 no están diagnosticados.
4. Los celíacos conocidos previamente al estudio tienen edades significativamente menores que los detectados en él. Probablemente, esto es debido a que en la población de menor edad son más frecuentes la formas más sintomáticas, lo que implica un mayor número de diagnósticos y que durante la segunda infancia y la adolescencia son mucho más frecuentes las formas monosintomáticas y silentes; por otra parte, el ratio de diagnósticos actualmente es muy superior al de hace 10 ó 15 años.

4.5. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se despenalizó en España, a través de la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos:

- Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
- Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación.

La vigilancia epidemiológica de las IVE se realiza a partir del año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986), estando obligados a notificar todos los centros que realizan dichas IVE, sean públicos o privados.

De las 26.432 IVE notificadas que se realizaron en 2007 en la Comunidad de Madrid, el 83,3% (22.013) correspondieron a mujeres con residencia en nuestra Comunidad. A continuación se detalla la información referente a estas mujeres. No se incluye información de las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado una interrupción del embarazo fuera de la misma.

IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid

En el año 2007, se han notificado 22.013 IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2007 en un 14,7 por mil (tabla 4.8 y figura 4.28).

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. 1998-2007.

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

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Alcalá de Henares	6,45	7,66	5,81	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40
Alcobendas	5,84	6,49	7,22	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87
Alcorcón	5,77	6,29	7,01	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52
Fuenlabrada	6,54	7,03	6,91	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65
Getafe	4,23	5,60	5,46	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07
Leganés	6,54	6,85	7,22	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62
Madrid	8,43	10,11	10,32	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81
Móstoles	6,32	6,47	7,00	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19
Parla	5,81	6,84	5,87	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86
Torrejón de Ardoz	6,45	7,00	8,99	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90
Resto de la CM	5,69	6,88	6,08	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34
Total de la CM	7,25	8,53	8,49	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68

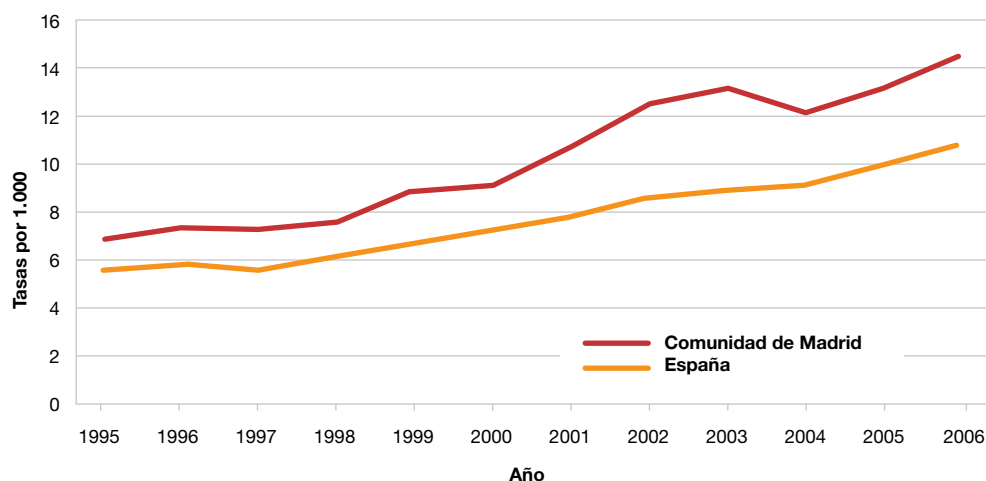


Figura 4.28. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid y España. 1995-2006.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España, siendo la tasa de 35,4 por mil mientras que para las españolas fue 8,2. En las tablas 4.9, 4.10 y 4.11 se presentan las características principales de las mujeres a las que se realizó una IVE, diferenciando por país de origen.

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	34	0,4	29	0,2	0	0,0	63	0,3
	15-19	1.264	14,4	1.185	9,1	8	7,1	2.457	11,2
	20-24	2.103	23,9	3.363	25,7	25	22,3	5.491	24,9
	25-29	1.863	21,2	3.734	28,5	29	25,9	5.626	25,6
	30-34	1.641	18,7	2.700	20,6	25	22,3	4.366	19,8
	35-39	1.297	14,7	1.578	12,0	20	17,9	2.895	13,2
	40-44	542	6,2	490	3,7	5	4,5	1.037	4,7
	45 o más	49	0,5	26	0,2	0	0,0	75	0,3
	No consta	2	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0
Convive en pareja	Si	3.465	39,4	7.383	56,3	47	42,0	10.895	49,5
	No	5.263	59,8	5.584	42,6	54	48,2	10.901	49,5
	No consta	67	0,8	139	1,1	11	9,8	217	1,0
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	69	0,8	274	2,1	0	0,0	343	1,6
	Primer grado	982	11,2	2.299	17,5	25	22,3	3.306	15,0
	Segundo grado	5.399	61,4	9.021	68,9	50	44,6	14.470	65,7
	Tercer grado	2.300	26,1	1.409	10,7	33	29,5	3.742	17,0
	Inclasificable	6	0,1	14	0,1	0	0,0	20	0,1
	No consta	39	0,4	89	0,7	4	3,6	132	0,6
Ingresos económicos propios	Si	6.192	70,4	9.978	76,1	86	76,8	16.256	73,8
	No	2.413	27,4	2.752	21,0	21	18,7	5.186	23,6
	Desconocido	190	2,2	376	2,9	5	4,5	571	2,6
Total		8.795	100	13.106	100	112	100	22.013	100

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Año 2007.

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

Tabla 4.10. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Año 2007.

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

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5.439	61,8	4.719	36,0	59	52,6	10.217	46,4
	1	1.717	19,5	4.075	31,1	28	25,0	5.820	26,5
	2	1.246	14,2	2.793	21,3	19	17,0	4.058	18,4
	3	297	3,4	979	7,5	5	4,5	1.281	5,8
	4 o más	96	1,1	540	4,1	1	0,9	637	2,9
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	155	4,6	202	2,4	0	0,0	357	3,0
	1	604	18,1	1.145	13,6	4	7,5	1.753	14,9
	2	509	15,2	1.019	12,2	11	20,7	1.539	13,0
	3	399	11,9	850	10,1	3	5,7	1.252	10,6
	4	306	9,1	742	8,9	9	17,0	1.057	9,0
	5	245	7,3	669	8,0	5	9,4	919	7,8
	6 o más	1.129	33,6	3.746	44,6	18	34,0	4.893	41,5
	No consta año	8	0,2	16	0,2	3	5,7	27	0,2
Total de las que tienen hijos vivos		3.355	100,0	8.389	100,0	53	100,0	11.797	100,0
Número de IVE previas	Ninguna	6.289	71,5	7.308	55,8	75	67,0	13.672	62,1
	1	1.854	21,1	3.962	30,2	24	21,4	5.840	26,5
	2	473	5,4	1.255	9,6	6	5,4	1.734	7,9
	3	121	1,3	358	2,7	5	4,5	484	2,2
	4 o más	58	0,7	223	1,7	2	1,7	283	1,3
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	189	7,5	572	9,9	0	0,0	761	9,1
	1	578	23,1	1.578	27,2	10	27,0	2.166	26,0
	2	409	16,3	1.002	17,3	3	8,1	1.414	16,9
	3	252	10,1	677	11,6	3	8,1	932	11,2
	4	238	9,5	501	8,7	4	10,8	743	8,9
	5	160	6,4	354	6,1	4	10,8	518	6,2
	6 o más años	665	26,5	1.072	18,5	11	29,8	1.748	21,0
	No consta año	16	0,6	42	0,7	2	5,4	60	0,7
Total		8.795	100	13.106	100	112	100	22.013	100

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Tipo de Centro	Público	45	0,5	54	0,4	29	25,9	128	0,6
	Privado	8.750	99,5	13.052	99,6	83	74,1	21.885	99,4
Financiación pública	No	6.996	79,5	10.032	76,5	70	62,5	17.098	77,7
	Si	1.799	20,5	3.074	23,5	42	37,5	4.915	22,3
Semanas de gestación	≤ 8 semanas (precoz)	5.940	67,5	7.863	60,0	71	63,4	13.874	63,0
	>8 y ≤ 15 semanas	2.268	25,8	4.451	34,0	29	25,9	6.748	30,7
	> 15 semanas (tardía)	587	6,7	792	6,0	12	10,7	1.391	6,3
Método de la intervención	Aspiración	7.528	85,6	11.026	84,1	62	55,4	18.616	84,6
	Dilatación	295	3,4	353	2,7	3	2,7	651	2,9
	Legrado	453	5,2	1.285	9,8	3	2,7	1.741	7,9
	RU-486	386	4,3	252	1,9	36	32,1	674	3,1
	Otros	133	1,5	190	1,5	8	7,1	331	1,5
Total		8.795	100	13.106	100	112	100	22.013	100

Tabla 4.11. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características de la intervención por país de origen. Año 2007.

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

El 98% de las mujeres, abortaron por peligro para la salud física o psíquica de la embarazada y para las 447 mujeres que lo hicieron por presunción o confirmación de graves taras fetales, la causa más común, fue el Síndrome de Down en 138 casos. Dos se realizaron por motivo de violación denunciada.

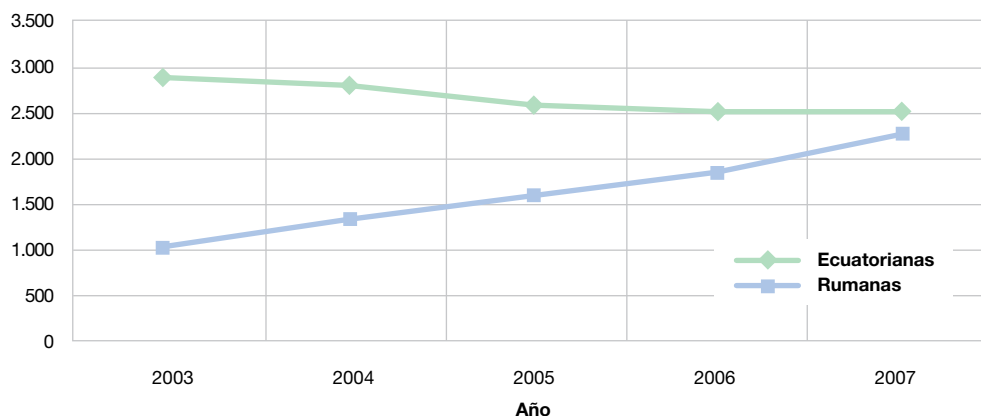
En los 2 años anteriores a la IVE, el 72,6% del total de las mujeres (en 2006 un 66,7%), no habían acudido a ningún servicio para el control de la anticoncepción (67,7% españolas y 76,1% extranjeras) y de las que sí lo habían hecho, un 18,6% fue a centros públicos (un 22,3% en 2006). Se constata pues un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos.

Población inmigrante

Desde el año 2003, en que se empieza a recoger la variable país de nacimiento, se pueden ver diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Podemos observar así los colectivos de mujeres inmigrantes más numerosos en nuestra comunidad: las procedentes de Ecuador y Rumanía. En ambos casos el número de mujeres en edad fértil procedentes tanto de Rumanía, como de Ecuador ha sufrido un incremento paulatino, pero el número de abortos tiene una tendencia al descenso mantenida en el caso de las mujeres procedentes de Ecuador, mientras que el número de mujeres rumanas a las que se realiza una IVE tiene un aumento también constante, llegando a duplicarse (figura 4.29).

Figura 4.29. Número de IVE en ecuatorianas y rumanas residentes en la Comunidad de Madrid. 2003-2007.

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



Destacan también dentro del grupo de mujeres que se han sometido a 4 o más IVE, las diferencias en los porcentajes que corresponden a cada una de estas dos poblaciones (en 2007, 0,3% en ecuatorianas y 6,8% en rumanas). Las mujeres rumanas representan el 10,2% del total de las mujeres del registro con residencia en la CM y sólo en un 40,8% era su primera IVE.

Un estudio realizado mediante encuestas a mujeres que abortaron en la Comunidad de Madrid arroja datos que refuerzan las diferencias existentes entre los colectivos de mujeres latinas y europeas del este: las razones que aducen todas las mujeres para no solicitar asesoramiento anticonceptivo son para un 50% no considerarlo un asunto prioritario, no saber donde acudir (30,8%) y tener dificultades, sobre todo de horarios, para acudir a dichos servicios. Para un 34,8% de las mujeres latinas la oposición de su pareja al uso del preservativo o la dificultad de negociar dicho uso, es uno de los principales problemas; sin embargo para un 46% de las mujeres del este, el asesoramiento anticonceptivo es innecesario dado que un 10% de las mismas confiesa que se puede recurrir al aborto.

4.6. Conclusiones y recomendaciones

En el análisis de la morbimortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor.

Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil en 2007 ponen de manifiesto que la frecuencia de numerosos factores de riesgo asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque en numerosos indicadores se han realizado importantes progresos desde los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético evolucionan negativamente, especialmente en la población femenina.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años, seguido por el tabaco. Conviene llamar la atención sobre el reciente repunte de consumo de tabaco y alcohol que habrá que vigilar estrechamente.

La tendencia del consumo de drogas de comercio ilegal, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en 2007. Un porcentaje alto de los jóvenes manifiesta haber recibido información sobre las drogas, si bien este porcentaje es menor en los alumnos de los Ciclos Formativos de Grado Medio que en los alumnos de E.S.O.

A partir del estudio sobre prevalencia de enfermedad celíaca se recomienda la búsqueda activa de casos en población de riesgo. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad, un mayor conocimiento de ésta y disponer en la actualidad de métodos de screening sencillos y accesibles llevará a un aumento en la detección de casos, con consecuencias beneficiosas en la salud de esta población, incrementando su calidad y esperanza de vida. Además se debe considerar cuidadosamente la relación coste/beneficio del screening de toda la población infantil tras un período suficiente de exposición al gluten dado que cumple todos los criterios de enfermedad susceptible de screening en la población: la alta prevalencia, la dificultad para el diagnóstico a partir de los síntomas o signos específicos, sus posibles complicaciones cuando no se diagnostica, la disponibilidad, sensibilidad y especificidad y bajo coste de los métodos de screening y la evidencia de que es una enfermedad “curable” con una dieta exenta de gluten.

La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2007 en un 14,7 por mil. El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España. Se constata un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos, así como diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Habría que promover campañas informativas acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para la población inmigrante, adoptando distintos abordajes en materia de prevención que tengan en cuenta sus necesidades desde la diferencia de sus claves culturales. La Atención Primaria parece el nivel más adecuado para llegar a esta población por lo que se debería dotar con los suficientes recursos tanto materiales como humanos para llevar a cabo estos programas.

Objetivo 5
Envejecer en buena salud

5

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

Para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y de desempeñar un papel socialmente activo.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los servicios sanitarios y sociales, a escala local, proporcionan asistencia a las personas mayores en sus vidas cotidianas de acuerdo con sus necesidades y perspectivas, llegando hasta ellas y contribuyendo a que sean más activas y tengan más capacidad de autoayuda.*
- *Todas las comunidades desarrollan programas que coordinan, monitorizan y evalúan los servicios disponibles para las personas mayores y garantizan que existen suficientes recursos disponibles para llevar a cabo esta tarea.*

5.1. Aspectos demográficos

La Comunidad de Madrid se cuenta entre las poblaciones con alta esperanza de vida y baja fecundidad, y por tanto entre aquellas que conocemos como envejecidas. Sin embargo, no es de las que presenta unos mayores indicadores de envejecimiento. La proporción de personas de 65 y más años de edad sobre el total de la población es en Madrid del 14,2% a primero de enero de 2007 (Padrón continuo), por debajo de la media del conjunto de España (16,7%) y mucho menor que la Comunidad Autónoma con mayor proporción (Castilla y León, 22,5%) y que la provincia más envejecida (Ourense, 28,4%). Por debajo de Madrid sólo se encuentran, en 2007, las Comunidades de Murcia (13,8%), Baleares (13,7%) y Canarias (12,4%).

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

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

las proyecciones del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, los nacimientos dejarán de aumentar dentro de no muchos años, fundamentalmente por un efecto de disminución del tamaño de la población de mujeres en edades fértiles (las potenciales madres) que no se verá en ningún caso compensado por el hipotético aumento de la fecundidad previsto en las estimaciones oficiales vigentes. Por ambos motivos, el indicador de envejecimiento tenderá a elevarse notablemente en el futuro. El intenso aporte migratorio de los últimos años, que es actualmente 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 que alcanzadas las edades de jubilación sigan viviendo en la Comunidad de Madrid.

Hay diferencias apreciables en el nivel de envejecimiento según la zonificación sanitaria. El Área 7 de Salud, que acoge buena parte de la almendra central del municipio de Madrid, es la más envejecida (Índice de Envejecimiento de 197,4%), seguida de las Áreas 2, 4 y 11. Las menos envejecidas son la 6 (56,0%), la 9 y la 3. En la tabla 5.1 se presentan los indicadores de estructura demográfica de la población mayor, desagregados por sexo, para el año 2007.

Estas diferencias se acrecientan al descender a los Distritos de Salud (figuras 5.2 a 5.5): el rango en el Índice de Envejecimiento va de 225,9% en el distrito de Chamberí (Área 7) a 31,1 % en el de Fuenlabrada (Área 9).

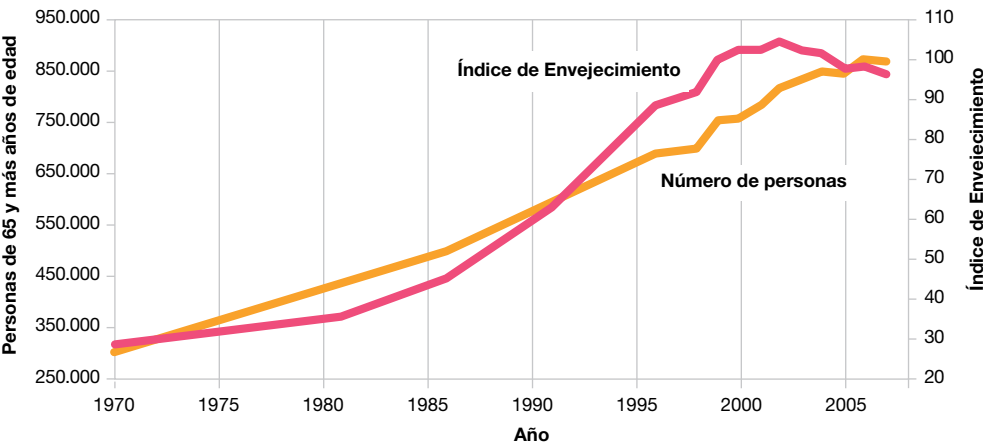


Figura 5.1. Evolución del número de personas de 65 y más años de edad y de la proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 1970 a 2007.

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

Área de Salud	% 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
1 Sur-Este	13,3	18,6	1,0	2,4	7,7	13,1	18,7	27,5	84,0	132,6
2 Centro-Norte	13,2	19,4	1,4	3,4	10,8	17,5	18,2	28,2	91,4	162,4
3 Este	8,4	10,7	0,6	1,3	6,8	12,1	11,1	14,5	51,6	69,1
4 Noroeste	14,9	20,3	1,1	2,5	7,2	12,4	21,5	30,5	96,7	153,6
5 Norte	11,6	15,6	1,0	2,3	8,5	14,9	16,1	22,2	71,7	108,0
6 Oeste	9,2	11,9	0,8	1,9	8,5	15,7	13,0	17,0	45,9	66,6
7 Centro-Oeste	16,5	24,2	1,6	4,2	9,9	17,4	22,9	36,4	144,6	252,7
8 Sur-Oeste I	9,7	12,2	0,7	1,9	7,5	15,3	12,8	16,6	64,2	87,8
9 Sur-Oeste II	7,7	9,8	0,5	1,1	5,9	11,3	10,0	13,0	48,7	64,9
10 Sur I	8,5	11,0	0,6	1,4	6,7	12,9	11,2	14,9	53,3	71,7
11 Sur II	13,6	19,5	1,1	2,6	8,2	13,5	19,1	29,0	90,4	144,3
CM	11,9	16,5	1,0	2,4	8,2	14,5	16,4	23,7	75,7	117,9

Tabla 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años de edad, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 5.2. Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

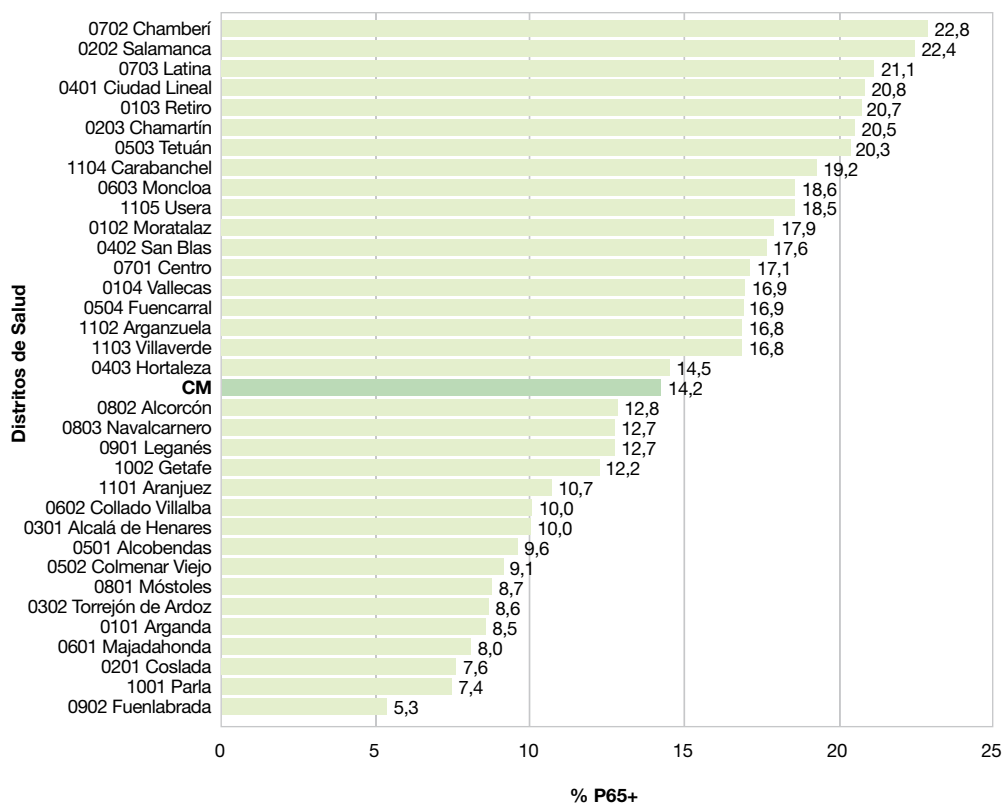
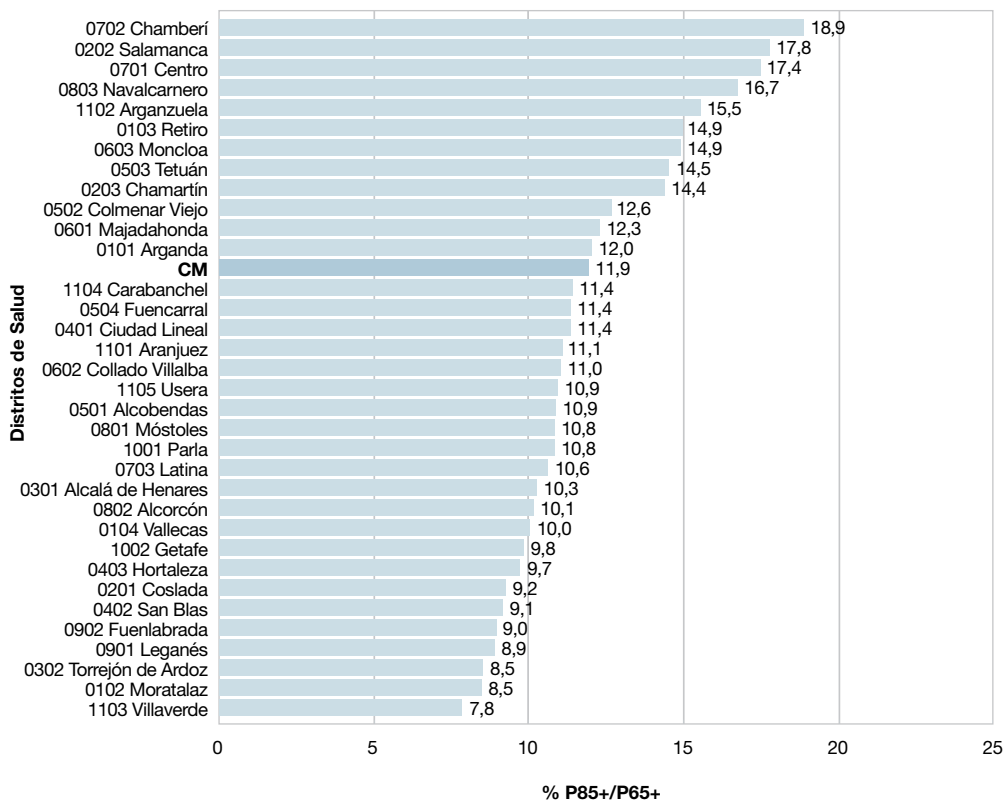


Figura 5.3. Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



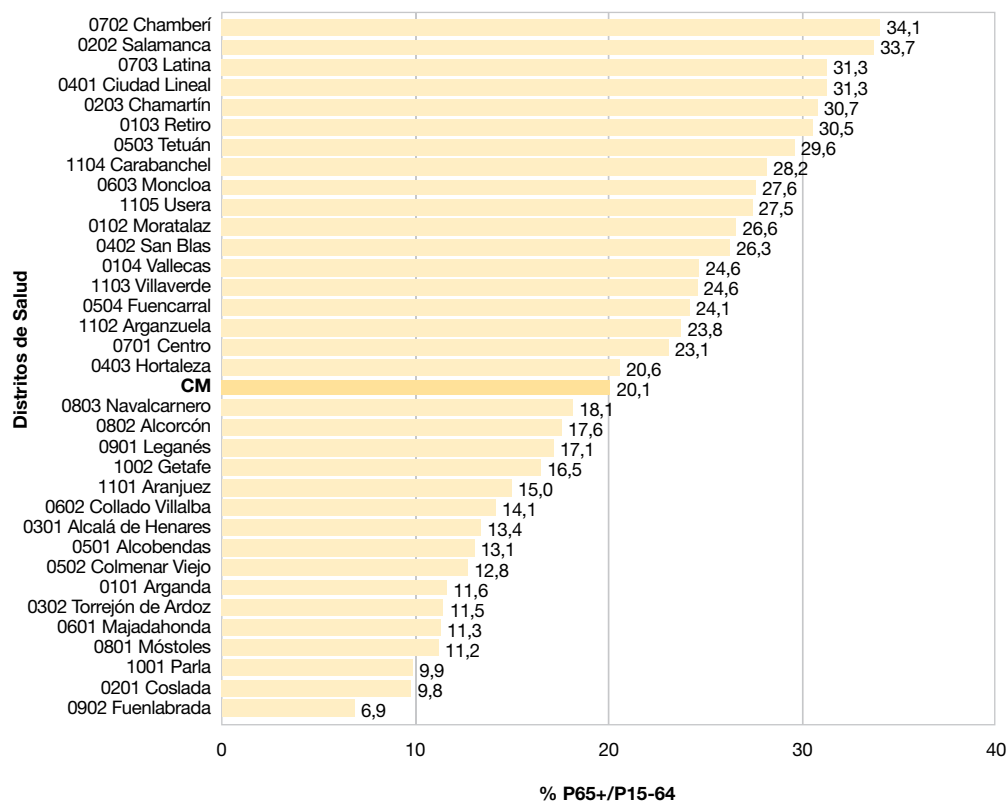


Figura 5.4. Índice de Dependencia de Mayores (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 15 a 64 años de edad), según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

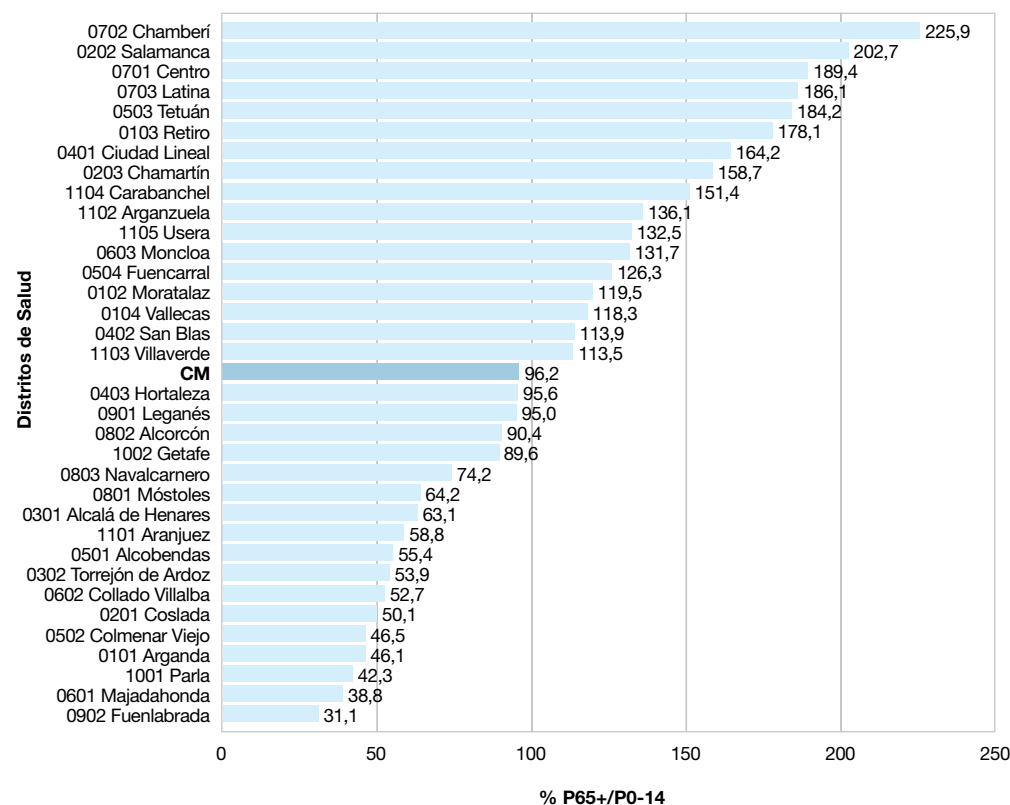


Figura 5.5. Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Padrón continuo a 1 de enero de 2007, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

5.2. Mortalidad

En la Comunidad de Madrid, cuatro de cada cinco muertes (80,9% del total) corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (87,9%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres. 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 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).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.449,4 por cien mil) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.189,3 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña. Les siguen, respectivamente, circulatorias (1.173,3), respiratorias (743,4) y digestivas (210,4) en los primeros, y tumores (660,1), respiratorias (509,3) y digestivas (182,1 por cien mil, como todas las anteriores) en las segundas, todo lo cual se ve reflejado en la distribución de la mortalidad proporcional de este gran grupo de edad (tabla 5.2 y figura 5.6).

Las principales causas específicas de defunción en la población de 65 y más años de edad son el cáncer de pulmón y el infarto agudo de miocardio en hombres, y las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardiaca en mujeres (tabla 5.3). El agregado de causas isquémicas cardíacas (infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón, suma de los códigos 55 y 56 de la lista reducida) es, tanto en hombres como en mujeres, la causa específica más frecuente.

Tabla 5.2. Indicadores de mortalidad en población de 65 y más años de edad, por sexo y gran grupo de causas de defunción (CIE-10). Comunidad de Madrid, 2006.

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

	Hombres			Mujeres		
	Defunciones*	%**	Tasa***	Defunciones*	%**	Tasa***
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	212	46,2	60,6	281	78,9	54,3
II. Tumores	5.071	71,6	1.449,4	3.414	72,9	660,1
III. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, inmunológicas	40	87,0	11,4	79	90,8	15,3
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas	248	85,8	70,9	457	94,4	88,4
V. Trastornos mentales y del comportamiento	245	95,3	70,0	669	99,0	129,4
VI. Enfermedades del sistema nervioso	469	82,1	134,0	861	93,0	166,5
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	-	-	-	-	-	-
VIII. Enfermedades del oído y apófisis mastoides	-	-	-	-	-	-
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	4.105	81,9	1.173,3	6.151	95,6	1.189,3
X. Enfermedades del sistema respiratorio	2.601	91,3	743,4	2.634	96,0	509,3
XI. Enfermedades del sistema digestivo	736	65,4	210,4	942	89,2	182,1
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	37	97,4	10,6	77	92,8	14,9
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	81	91,0	23,2	178	94,7	34,4
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	479	92,6	136,9	603	97,9	116,6
XV. Embarazo, parto y puerperio	-	-	-	-	-	-
XVI. Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal	-	-	-	-	-	-
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	9,8	1,7	11	26,2	2,1
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	410	45,4	117,2	554	77,8	107,1
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	297	32,4	84,9	330	68,6	63,8
Todas las causas	15.037	74,2	4.297,8	17.241	87,9	3.333,7

* Número de defunciones, año 2006

** 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

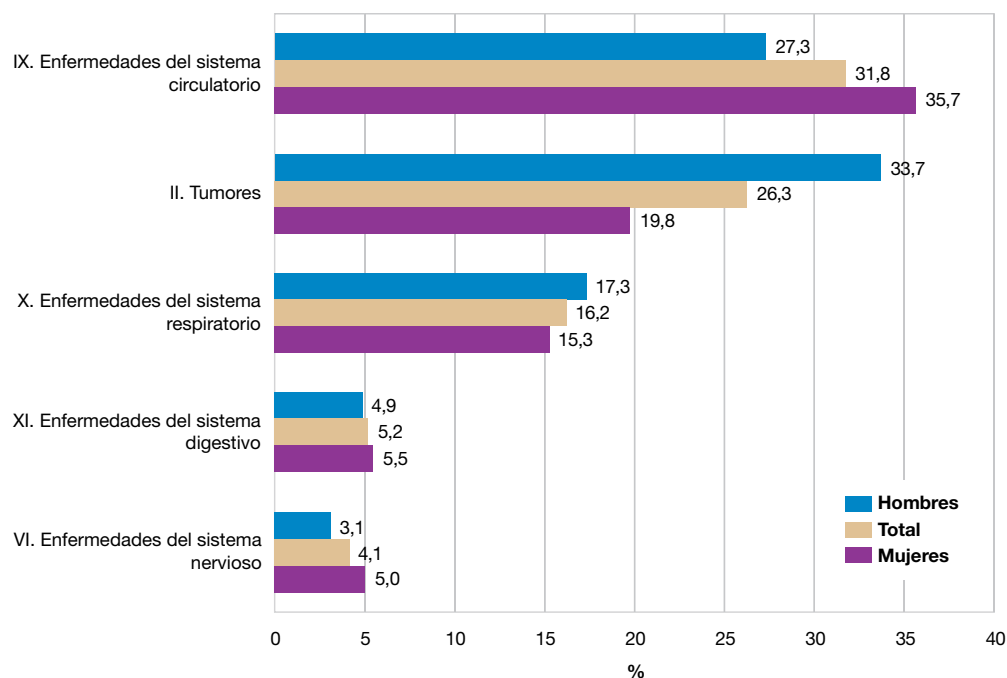


Figura 5.6. Principales causas de mortalidad (grandes grupos, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, por sexo. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2006.

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

Hombres		Tasa (por 100 mil)
0180-Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón		372,1
0550-Infarto agudo de miocardio		274,7
0670-Otras enfermedades del sistema respiratorio		268,1
0590-Enfermedades cerebrovasculares		259,5
0640-Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores		236,9
Mujeres		
0590-Enfermedades cerebrovasculares		287,7
0570-Insuficiencia cardíaca		266,8
0670- Otras enfermedades del sistema respiratorio		252,9
0550-Infarto agudo de miocardio		197,4
0580-Otras enfermedades del corazón		170,3
Total		
0590-Enfermedades cerebrovasculares		276,3
0670- Otras enfermedades del sistema respiratorio		259,0
0550-Infarto agudo de miocardio		228,6
0570-Insuficiencia cardíaca		226,9
0180-Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón		175,8

Tabla 5.3. Principales causas específicas de defunción (Lista Reducida, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, por sexo. Tasas de mortalidad (por 100 mil). Comunidad de Madrid, año 2006.

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

5.3. Morbilidad en Atención Primaria

Durante el año 2007 el 81,7% de las personas de 65 y más años con derecho a la asistencia en el sistema sanitario público han sido atendidos en Atención Primaria. Para los mayores de 84 años este porcentaje es algo menor, situándose en el 74,2% (tabla 5.4). Este porcentaje podría ser inferior al real si tenemos en cuenta el retardo existente para dar de baja en Tarjeta Individual Sanitaria a las personas que han fallecido y la mayor proporción de población institucionalizada en este grupo de edad. Los porcentajes son en general superiores en mujeres, y existe cierta variabilidad entre Áreas de Salud.

La morbilidad atendida se ha referido principalmente al aparato circulatorio, y dentro de éste a patología de carácter crónico (figura 5.7). El segundo lugar lo ocupan las patologías referidas al aparato locomotor, las cuales alcanzan tasas más elevadas en mujeres, tanto de forma global como al considerar las patologías de carácter crónico.

Los episodios de consulta más frecuentes en los dos grupos de edad han sido la hipertensión arterial no complicada y la infección respiratoria aguda superior (tablas 5. 5 y 5.6). Entre los 10 episodios más frecuentes, de forma diferencial por sexo, en los hombres aparecen la hipertrofia benigna de próstata y la EPOC, mientras en las mujeres de 65 a 84 años figuran las cistitis y la osteoporosis. En mayores de 84 años, la incapacidad o minusvalía del aparato locomotor viene a ocupar el cuarto puesto, reflejando los problemas de movilidad/autosuficiencia en este grupo de edad.

Tabla 5.4. Personas (% de población) mayores de 64 años con historia clínica activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Área	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
65-84 años						
1	37.657	83,6	54.856	87,8	92.513	86,0
2	19.237	77,4	30.896	80,8	50.133	79,4
3	13.255	78,0	16.588	81,3	29.843	79,8
4	33.844	86,7	48.917	89,6	82.761	88,4
5	32.473	81,3	45.067	85,1	77.540	83,5
6	23.436	84,1	31.721	88,3	55.157	86,5
7	27.751	64,4	43.362	68,2	71.113	66,7
8	19.248	82,1	23.769	85,7	43.017	84,1
9	14.183	87,4	17.511	90,4	31.694	89,1
10	12.979	86,5	16.062	88,8	29.041	87,8
11	44.626	84,8	66.410	88,4	111.036	86,9
CM	278.689	81,0	395.159	84,3	673.848	82,9
85 y más años						
1	3.293	75,3	8.260	77,4	11.553	76,8
2	2.467	76,1	6.899	79,6	9.366	78,7
3	1.078	67,4	2.701	70,6	3.779	69,6
4	3.009	88,0	7.371	86,3	10.380	86,8
5	3.160	70,6	7.978	71,6	11.138	71,3
6	2.519	74,2	7.467	75,7	9.986	75,3
7	3.050	61,0	8.550	63,4	11.600	62,7
8	1.869	73,2	4.876	74,2	6.745	73,9
9	1.001	76,2	2.672	80,0	3.673	79,0
10	1.064	74,7	2.770	77,5	3.834	76,7
11	4.188	72,8	10.348	74,1	14.536	73,8
CM	26.698	73,0	69.892	74,6	96.590	74,2

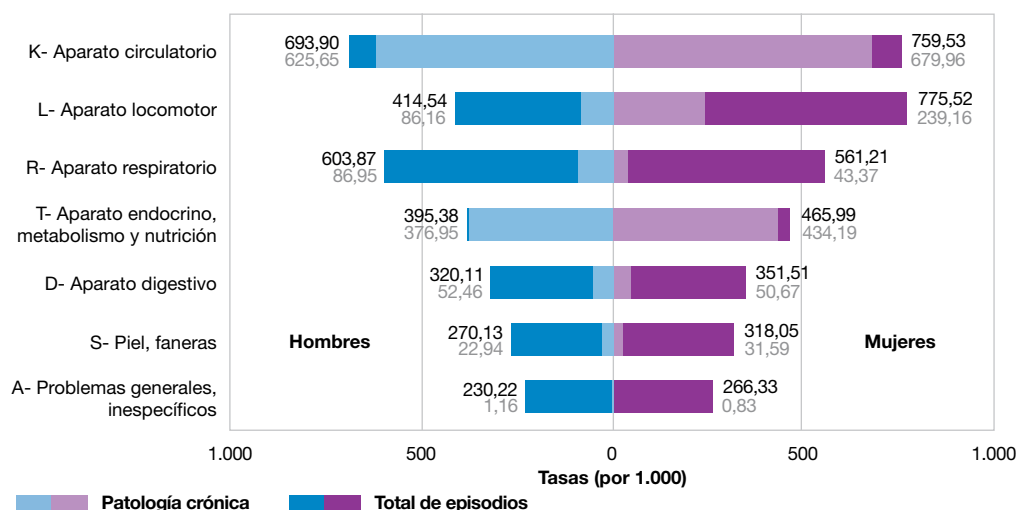


Figura 5.7. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 65 y más años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	N	Total			Hombres		Mujeres	
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
K86-Hipertensión no complicada	311.871	8,8	1	383,8	1	324,9	1	427,0
R74-Infección respiratoria aguda superior	260.313	7,4	2	320,3	2	304,8	2	331,7
T93-Trastornos metabolismo lipídico	146.996	4,2	3	180,9	4	150,7	3	203,1
T90-Diabetes no insulino dependiente	130.223	3,7	4	160,3	3	174,7	4	149,6
L99-Otras enfermedades del aparato locomotor	83.341	2,4	5	102,6	9	61,3	5	132,9
B85-Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas (CIAP-1)	56.302	1,6	6	69,3	6	77,6	9	63,2
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	51.568	1,5	7	63,5	24	28,9	6	88,8
L03-Signos/síntomas lumbares	50.968	1,4	8	62,7	11	54,9	8	68,5
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	49.226	1,4	9	60,6	8	61,9	12	59,6
F92-Catarata	44.276	1,3	10	54,5	12	46,8	11	60,1
K87-Hipertensión afectación órgano diana	43.047	1,2	11	53,0	10	58,9	17	48,6
T82-Obesidad	41.596	1,2	12	51,2	18	38,1	10	60,8
L95-Osteoporosis	40.387	1,1	13	49,7	149	5,0	7	82,5
Y85-Hipertrofia prostática benigna	28.727	0,8	23	35,4	5	83,2	-	-
R95-EPOC	27.612	0,8	24	34,0	7	66,0	94	10,4
Total	3.538.850	100		4.354,9		3.857,0		4.720,6

Tabla 5.5. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 -84 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	N	Total			Hombres		Mujeres	
		%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
K86-Hipertensión no complicada	42.442	8,7	1	326,0	1	268,2	1	348,4
R74-Infección respiratoria aguda superior	25.899	5,3	2	198,9	2	222,2	2	189,8
T90-Diabetes no insulino dependiente	15.934	3,3	3	122,4	3	124,2	4	121,6
L28-Incapacidad/minusvalía del aparato locomotor	15.555	3,2	4	119,5	4	84,4	3	133,1
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	10.741	2,2	5	82,5	11	54,7	5	93,3
T93-Trastornos metabolismo lipídico	9.377	1,9	6	72,0	10	56,7	6	77,9
L99-Otras enfermedades del aparato locomotor	9.075	1,9	7	69,7	13	50,9	7	77,0
K78-Fibrilación/aleteo auricular	8.797	1,8	8	67,6	6	73,3	9	65,3
U04-Incontinencia urinaria	8.609	1,8	9	66,1	19	41,3	8	75,8
K87-Hipertensión afectación órgano diana	8.085	1,7	10	62,1	9	61,8	10	62,2
R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda	7.618	1,6	11	58,5	8	69,0	12	54,4
R95-EPOC	3.859	0,8	29	29,6	7	73,2	72	12,6
Y85-Hipertrofia prostática benigna	2.810	0,6	45	21,6	5	76,7	-	0,0
P70-Demencia	7.048	1,4	12	54,1	20	39,1	11	60,0
A13-Miedo al tratamiento	6.559	1,3	13	50,4	16	49,5	13	50,7
Total	486.231	100		3.734,8		3.713,0		3.741,3

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, 2007.

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

5.4. Morbilidad hospitalaria

En las tablas 5.7 y 5.8 y las figuras 5.8 y 5.9 se pueden ver las principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años. La principal causa de alta hospitalaria durante el año 2007 han sido las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, suponiendo una tasa de 58,96 por 1.000. De los casos registrados en esta rúbrica, tienen un gran peso las operaciones de cataratas (38.852 operaciones de este tipo en 2007).

La segunda causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio. Dentro de éstas el 50,2% de las altas se agrupa bajo el epígrafe de “Otras enfermedades del aparato circulatorio” (código 69 de la lista reducida de la CIE-9 MC), entre las que aparecen como patologías más frecuentes la insuficiencia cardíaca (código 428 de la lista detallada de la CIE-9 MC) con un total de 11.818 altas, y las disrritmias cardíacas y alteraciones de la conducción (códigos 427 y 426) con 5.314 altas. Tras el grupo de “Otras enfermedades del aparato circulatorio” aparecen como más frecuentes la isquemia cardíaca, con 9.176 altas (3.397 correspondientes a infarto agudo de miocardio y 5.779 a “Otras enfermedades isquémicas del corazón” -códigos 64 y 65 de la lista reducida de la CIE-9 MC-), y las enfermedades cerebrovasculares (código 67) con 8.746 altas.

La tercera causa son los tumores, con mayor peso en los hombres (22.496 altas frente a 16.166 en mujeres). Los más frecuentes son los tumores malignos de piel (códigos 29 y 30) que han generado 7.121 altas, de las que 508 corresponden a melanomas. Las siguientes localizaciones específicas que han generado más altas son los tumores malignos de vejiga (código 37) con 3.387 altas (2.810 en hombres), los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón (código 27), que han generado 2.299 altas (1.985 en hombres), y los tumores malignos de colon (código 23) con 2.064 altas.

Tabla 5.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	N	Tasa (por 1.000)
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	51.642	58,64
Enfermedades del aparato circulatorio	48.530	55,10
Tumores	38.662	43,90
Enfermedades del aparato respiratorio	35.720	40,56
Enfermedades del aparato digestivo	29.388	33,37
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	19.566	22,22
Causas externas	17.797	20,21
Enfermedades del aparato genitourinario	16.537	18,78
Total	296.762	336,95

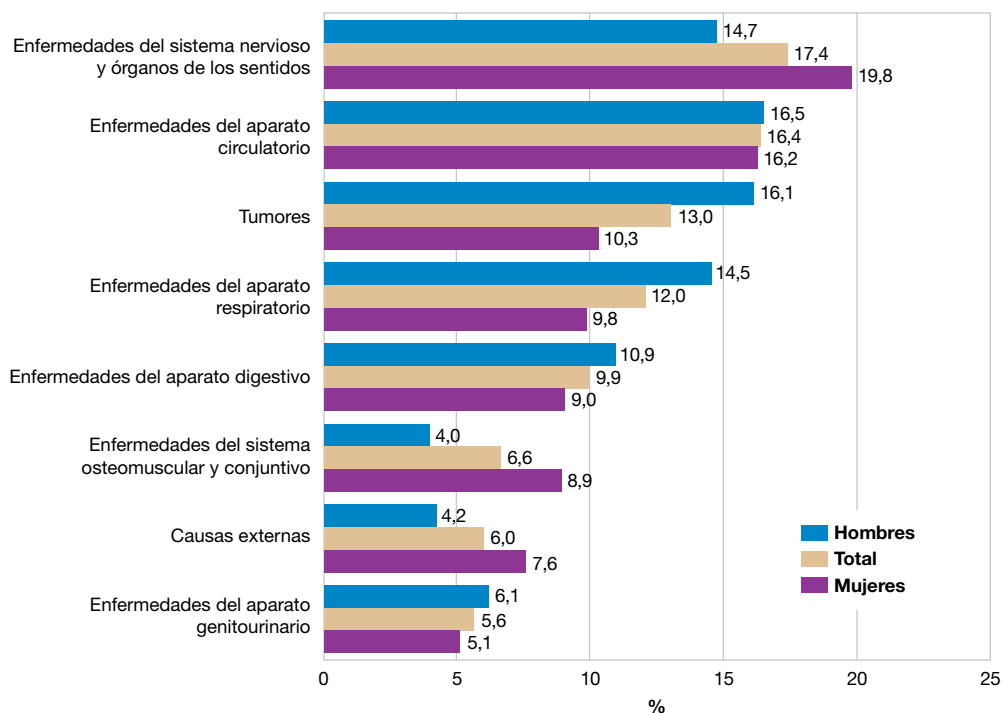


Figura 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Edad					
	65-74		75-84		85 y más	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	22.008	48,61	24.680	77,04	4.565	42,41
Tumores	18.892	41,73	15.619	48,76	4.292	39,87
Enfermedades del aparato circulatorio	15.712	34,70	21.025	65,63	11.793	109,56
Enfermedades del aparato digestivo	13.168	29,09	11.655	36,38	4.688	43,55
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	11.416	25,22	7.227	22,56	1.004	9,33
Enfermedades del aparato respiratorio	9.698	21,42	15.478	48,32	10.403	96,65
Enfermedades del aparato genitourinario	7.701	17,01	6.071	18,95	2.765	25,69
Causas externas	5.669	12,52	7.440	23,22	4.954	46,03
Total	121.012	267,29	124.413	388,37	51.337	476,95

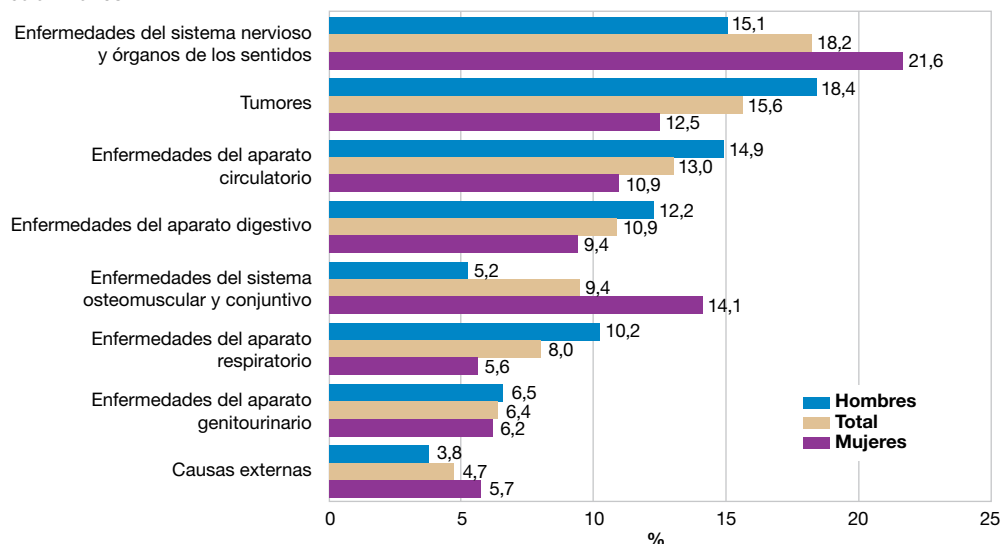
Tabla 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años según grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

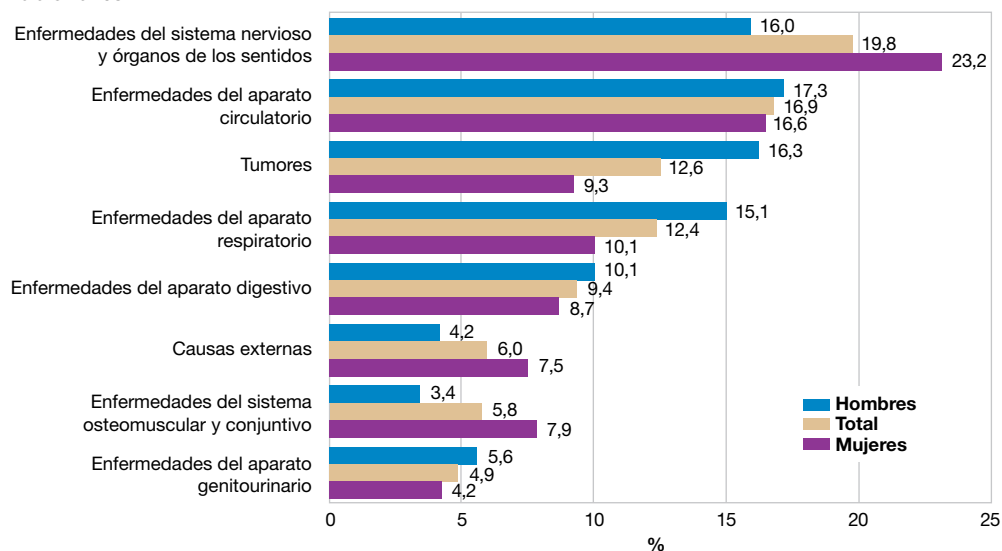
Figura 5.9. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

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

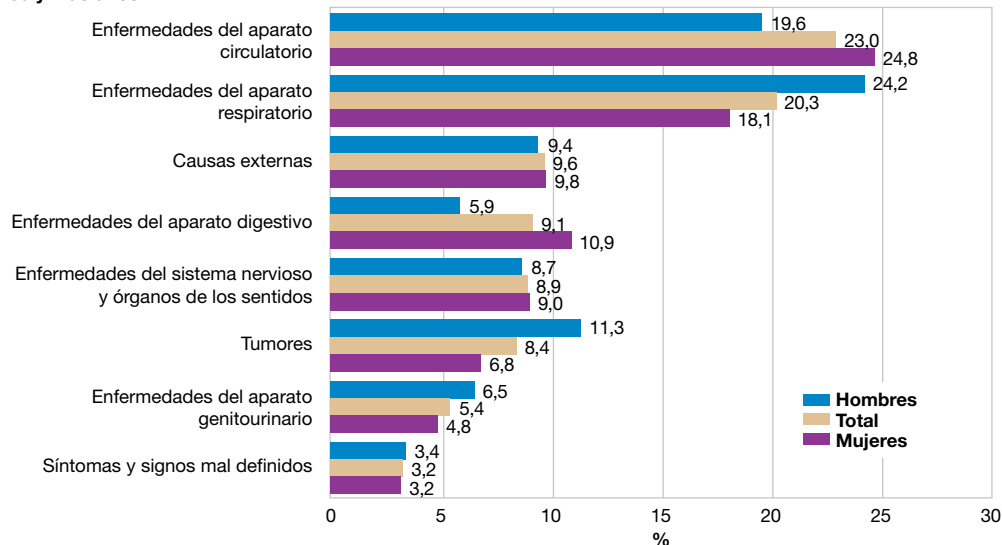
65 a 74 años



75 a 84 años



85 y más años



5.5. Encuesta de salud (ERSM2007)

El envejecimiento de la población conlleva un incremento tanto de la incidencia como de la prevalencia de los denominados síndromes geriátricos. La aparición de los mismos define a aquellos ancianos frágiles con mayores necesidades geriátricas, por lo que su prevención, valoración y tratamiento constituye actualmente el núcleo principal de la atención a este grupo etario. A través de la Encuesta Regional de Salud (ERSM2007) se ha explorado la prevalencia entre nuestra población de algunos de los principales síndromes geriátricos, como son la dependencia, la polifarmacia, las alteraciones sensoriales y la incontinencia urinaria.

5.5.1. Dependencia

La figura 5.10 demuestra las grandes diferencias en dependencia entre hombres y mujeres de 65 años o más. Por nivel socioeconómico, sólo se aprecia una mayor dependencia, estadísticamente significativa, en las trabajadoras manuales frente a las no manuales ($p<0,001$).

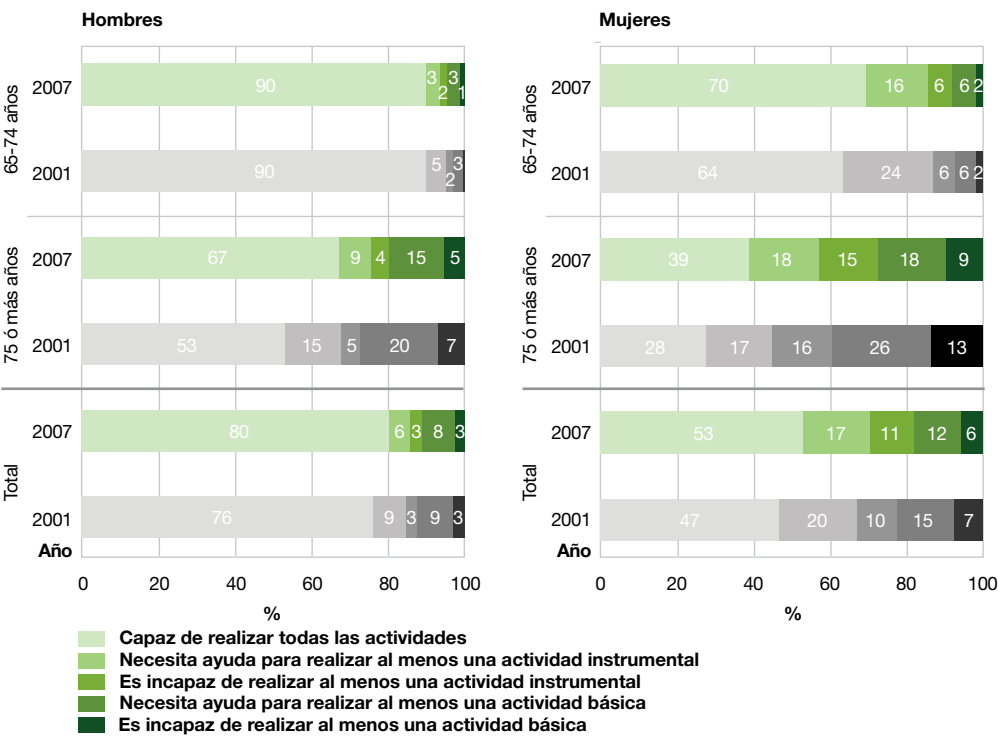


Figura 5.10. Grado de dependencia en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

5.5.2. Polifarmacia

Se ha definido polifarmacia como el consumo autodeclarado de 4 o más fármacos de forma habitual. Un 17% (IC95%: 15,6-18,3) de la población de 65 y más años en 2007 estaba en esta situación. En 2001 era un 9,6% (IC95%: 7,9-11,7). Los porcentajes por grupos de edad en hombres y mujeres se presentan en la figura 5.11. No se aprecian diferencias por nivel socioeconómico en ninguno de los dos. Las diferencias por Áreas de Salud no se explican enteramente por el mayor peso de los mayores de 74 años en sus poblaciones (figura 5.12).

Figura 5.11. Polifarmacia (4 ó más fármacos) en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.

Fuente: ERSM-2007 y ESCM-01.
Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

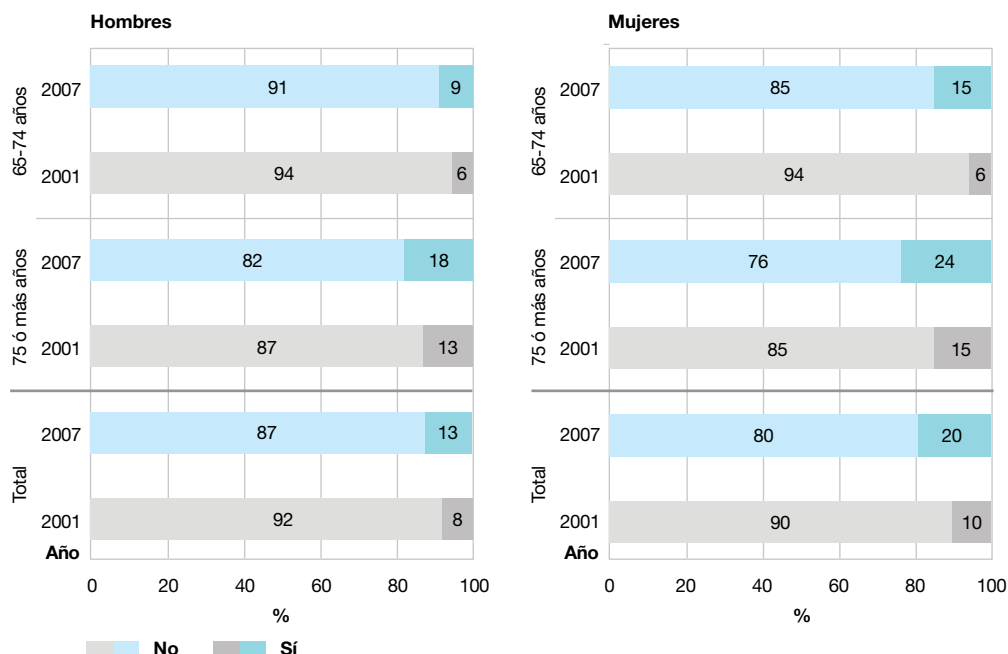
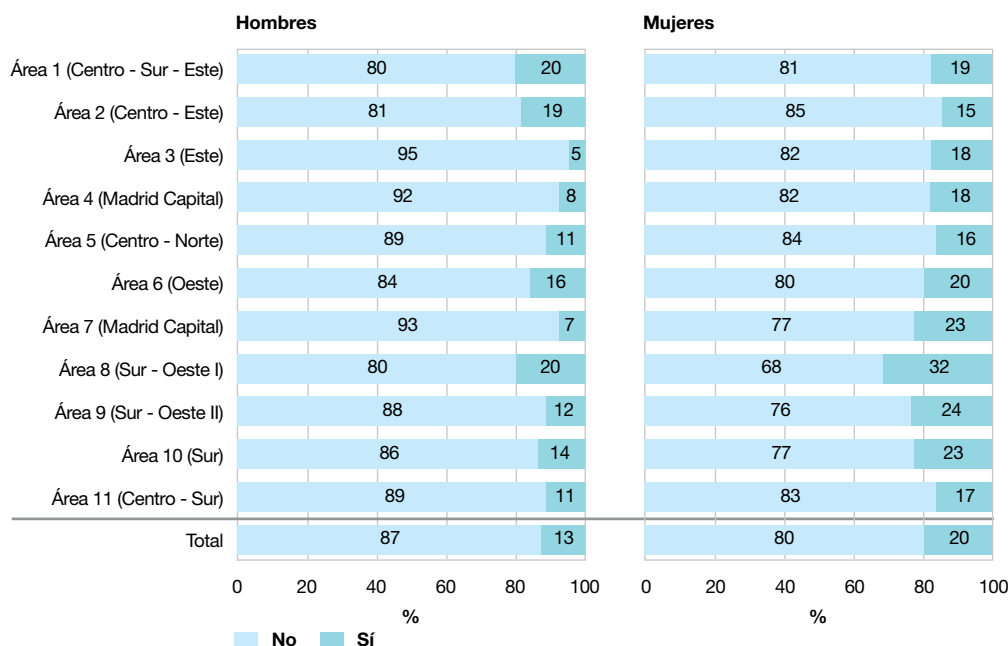


Figura 5.12. Polifarmacia (4 ó más fármacos) en mayores de 64 años por Áreas de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



5.5.3. Limitación grave permanente en la vista

Padecen una limitación grave permanente en la vista el 9,3% (IC95%: 8,2-10,6) de los mayores. En la figura 5.13 aparecen los porcentajes por grupos de edad en hombres y mujeres. Las diferencias entre Áreas de Salud no se explican sólo por sus distribuciones de edades (figura 5.14). Hay una desigualdad social en los hombres, en el sentido de que los mayores de niveles socioeconómicos más desfavorecidos tienen más frecuentemente limitación en la vista ($p=0,007$; figura 5.15).

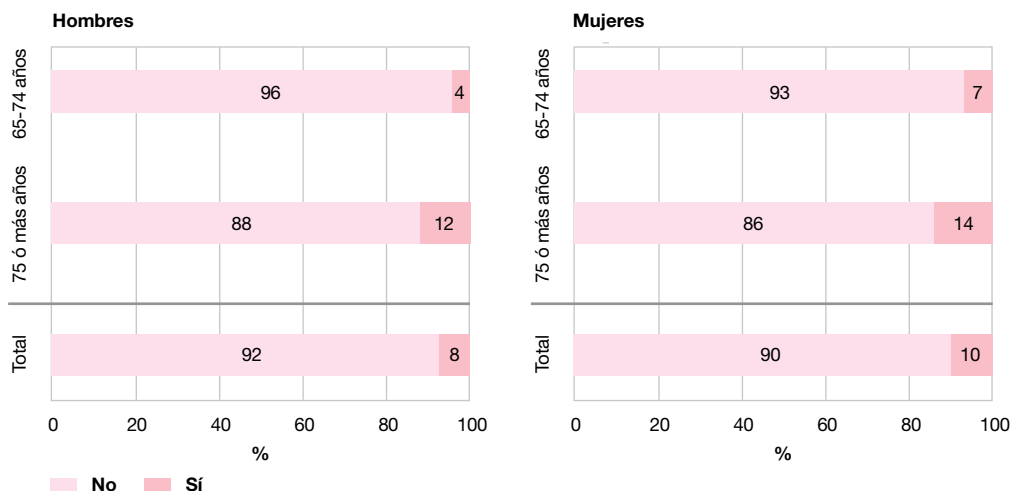


Figura 5.13. Limitación grave permanente en la vista en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



Figura 5.14. Limitación grave permanente en la vista en mayores de 64 años por Áreas de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

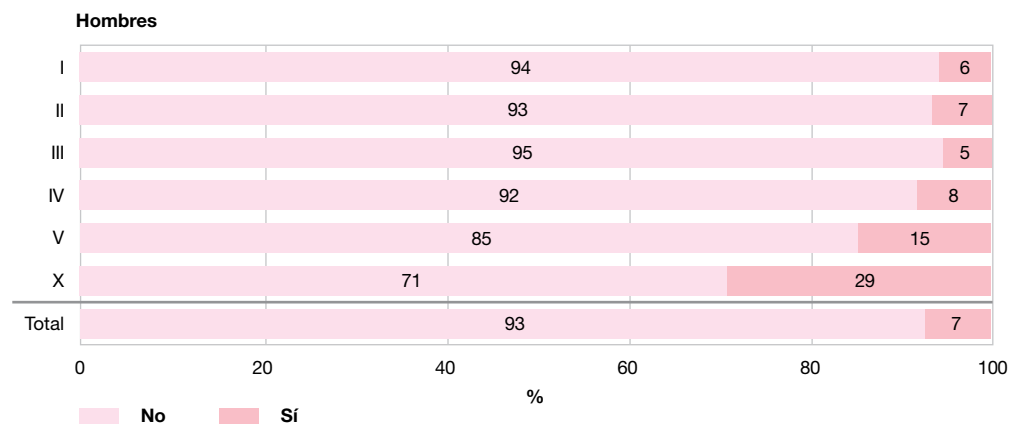


Figura 5.15. Limitación grave permanente en la vista en mayores de 64 años en hombres de distintos niveles socioeconómicos. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

5.5.4. Limitación grave permanente del oído

Un 9,6% (IC95%: 8,6-10,6) de los mayores de 64 años refiere una limitación grave permanente del oído, con diferencias notables por edad (figura 5.16). La distribución por Áreas de Salud (figura 5.17) recuerda a la de la limitación de la vista. En esta limitación no se advierten diferencias por nivel socioeconómico en ninguno de los dos sexos.

Figura 5.16. Limitación grave permanente en el oído en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

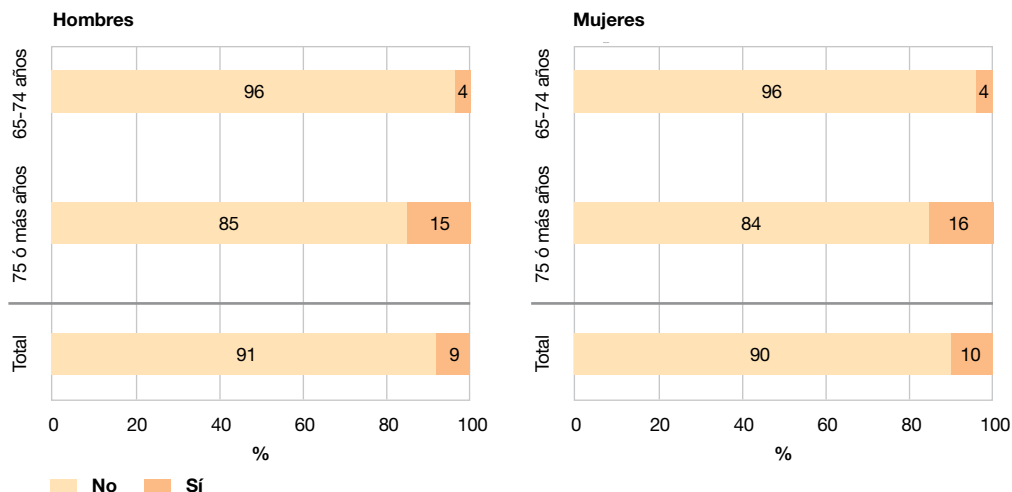
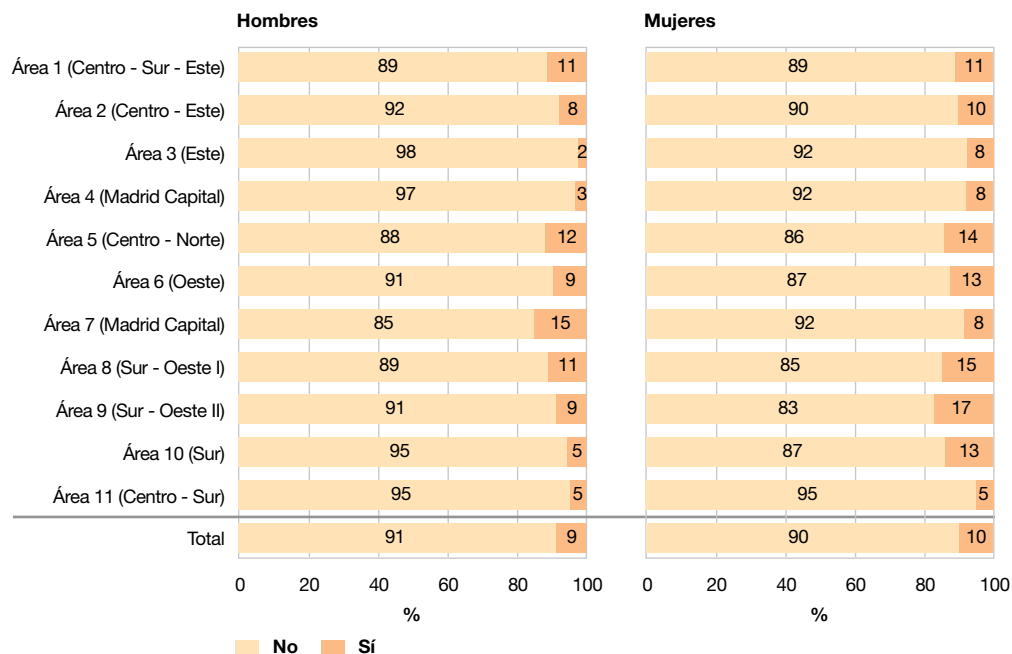


Figura 5.17. Limitación grave permanente en el oído en mayores de 64 años por Áreas de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.



5.5.5. Incontinencia urinaria

El 3,8% (IC95%: 3,2-4,5) de la población de 65 y más años ha declarado que padece incontinencia urinaria entre otros problemas crónicos diagnosticados por un médico. En la figura 5.18 se muestran las prevalencias por grupos de edad en hombres y en mujeres. Existe una diferencia estadísticamente significativa en las prevalencias de distintas Áreas de Salud sólo en el caso de las mujeres ($p=0,024$); la cual no está relacionada con los diferentes niveles de envejecimiento (figura 5.19). Aunque la prevalencia es más alta en los niveles socioeconómicos no manuales, las diferencias no son estadísticamente significativas.

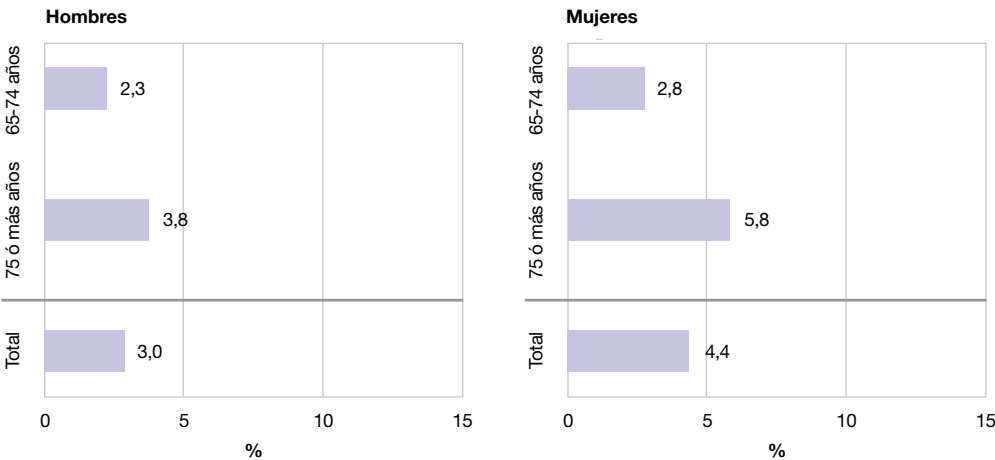


Figura 5.18. Incontinencia urinaria, declarada como problema de salud crónico, en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

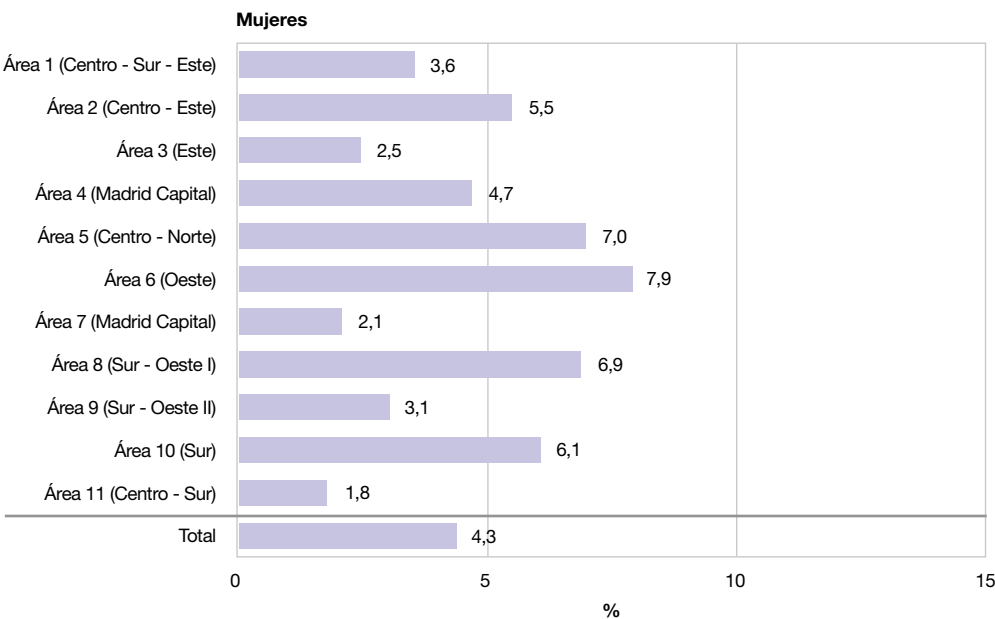


Figura 5.19. Incontinencia urinaria, declarada como problema de salud crónico, en mujeres mayores de 64 años por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública.

5.6. Conclusiones y recomendaciones

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 14,2% de la población mayor de 64 años, con diferencias importantes según las zonas consideradas.

Ocho de cada diez personas mayores de 64 años han sido atendidas al menos en una ocasión, en el año 2007, en Atención Primaria del sistema sanitario público. En 2007 se registraron 296.762 altas hospitalarias (tasa de 336,95 por mil habitantes) en este grupo de edad. Cuatro de cada cinco muertes se producen en mayores de 64 años.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las más frecuentes en Atención Primaria y son causas importantes de estancia hospitalaria, si bien es a partir de los 84 años cuando ocupan el primer lugar como causa de morbilidad hospitalaria. En las mujeres son la principal causa de defunción y en los hombres ocupan el segundo lugar después de los tumores.

Las enfermedades del aparato locomotor son las segundas en frecuencia en Atención Primaria en los mayores de 64 años. En los mayores de 84 años la incapacidad o minusvalía del aparato locomotor es la cuarta causa específica más frecuente.

Las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos son la primera causa de estancia hospitalaria en el grupo de 65 a 84 años de edad. Según los datos autorreferidos en la encuesta de salud un 9,3% de los mayores de 64 años tienen una limitación grave permanente en la vista y un 9,6% en el oído.

La dependencia o necesidad de ayuda para realizar actividades es mayor en las mujeres y aumenta con la edad.

Los sistemas de asistencia sanitaria y social deben adaptarse a las necesidades que presentan los mayores, tanto desde el punto de vista preventivo como curativo y paliativo.

Objetivo 6
Mejorar la salud mental

6

Objetivo 6. Mejorar la salud mental

Para el año 2020, se deberá mejorar el bienestar psicosocial de la población y ofrecer servicios completos mejores y más accesibles a las personas con problemas de salud mental.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de Salud Siglo 21 OMS):

- *Se presta más atención a la promoción y la protección de la salud mental a lo largo de toda la vida, en especial, a los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico;*
- *Los entornos de vida y trabajo se configuran para contribuir a que las personas de todas las edades cuenten con un sentido de coherencia vital, construyan y mantengan relaciones sociales y sean capaces de hacer frente a las situaciones y a los acontecimientos difíciles;*
- *Los profesionales sanitarios y de otros sectores relacionados con el cuidado de las personas reciben una buena formación en materia de detección precoz de los problemas de salud mental y de intervenciones adecuadas;*
- *Los servicios destinados a las personas con problemas de salud mental proporcionan una atención sanitaria de buena calidad, con una buena combinación de servicios de base comunitaria y servicios hospitalarios, prestando especial atención a las intervenciones en momentos de crisis, así como a las minorías y a los grupos más desfavorecidos;*
- *Los derechos humanos se respetan y se mejora la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, en especial, de las personas que padecen trastornos crónicos.*

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 (tablas 6.1 y 6.2).

Tabla 6.1. Indicadores generales de trastornos mentales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Trastornos mentales. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	257	676	933
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	8,8	21,7	15,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,8	0,6	0,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,9	9,5	9,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	14,1	14,0	14,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	230,5	207,4	218,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,054	0,102	0,085
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	81.691	101.404	183.095
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	4.924	5.431	10.355
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	76.767	95.973	172.740

* La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las enfermedades neuropsiquiátricas, por lo que incluye también las enfermedades del sistema nervioso.

Enfermedades del sistema nervioso. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	571	926	1.497
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	19,5	29,7	24,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,7	3,5	5,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	17,7	15,1	16,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	21,2	19,5	20,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.333,7	1.737,8	1.541,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	-0,004	-0,036	-0,019
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006 *	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006 *	-	-	-

* La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las enfermedades neuropsiquiátricas. Ver los resultados en la tabla 6.1 (trastornos mentales)

Tabla 6.2. Indicadores generales de enfermedades del sistema nervioso. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

6.1.2. Mortalidad

En 2006 hubo 933 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (257 en hombres y 676 en mujeres), con unas tasas brutas de 15,4, 8,8 y 21,7 muertes por cien mil personas respectivamente (tabla 6.1). La práctica totalidad de estos fallecimientos corresponden a personas mayores (98,1 % son personas de 65 y más años) y especialmente muy mayores: dos tercios del total, 65,8%, pertenecen al grupo de 85 y más años de edad.

Las casi mil quinientas muertes atribuidas a enfermedades del sistema nervioso en el año 2006 (tabla 6.2) tienen un reparto por edad similar al de los trastornos mentales, aunque menos concentrado en los muy ancianos (93% en mayores de 64 años, 52% del total en mayores de 84).

La evolución temporal de ambas causas (figuras 6.1 y 6.2) se encuentra vinculada entre sí, en tanto 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 una ralentización e incluso 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.

Esa reducción mantenida de las tasas de mortalidad por trastornos mentales se traduce en una pequeña ganancia en la esperanza de vida en el último quinquenio (2001-2006), más alta en las mujeres que en los hombres y concentrada en el grupo de personas mayores, puesto que es en esas edades, como se ha señalado anteriormente, donde se concentran las defunciones (y por tanto, la posibilidad de mejorar o empeorar la mortalidad por estas causas) (figura 6.3). En cambio, en el grupo de enfermedades del sistema nervioso la disminución de las tasas de mortalidad es más reciente y de menor intensidad, de modo que al comparar los años 2001 y 2006 esta disminución aún no se aprecia y el resultado del indicador arroja una leve merma de la expectativa de vida al nacer.

En la distribución espacial de la mortalidad por trastornos mentales, en hombres se aprecia un patrón de agregación de exceso de mortalidad en el sur de la Comunidad de Madrid y en mujeres tanto en el sur como en el este (figura 6.4).

Figura 6.1. Trastornos mentales. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

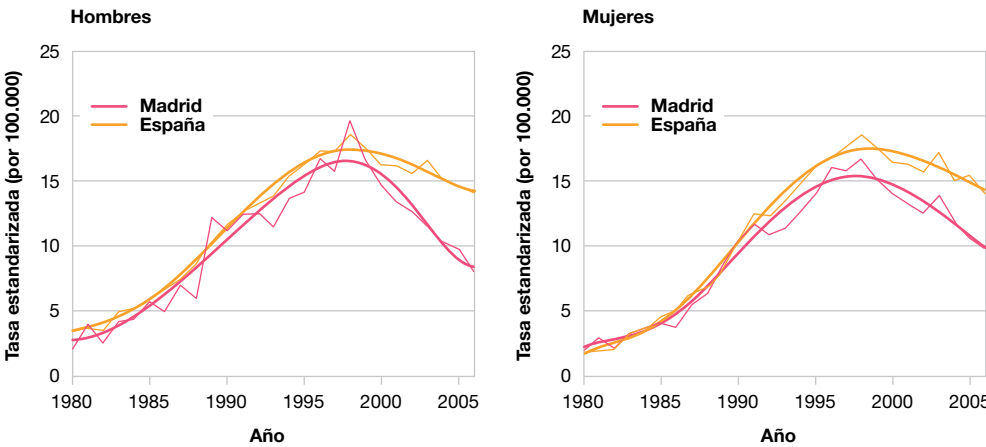


Figura 6.2. Enfermedades del sistema nervioso. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

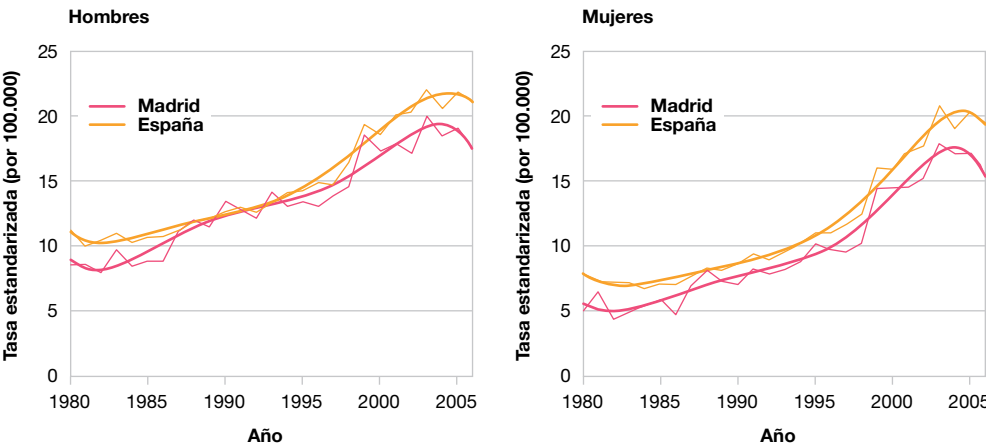
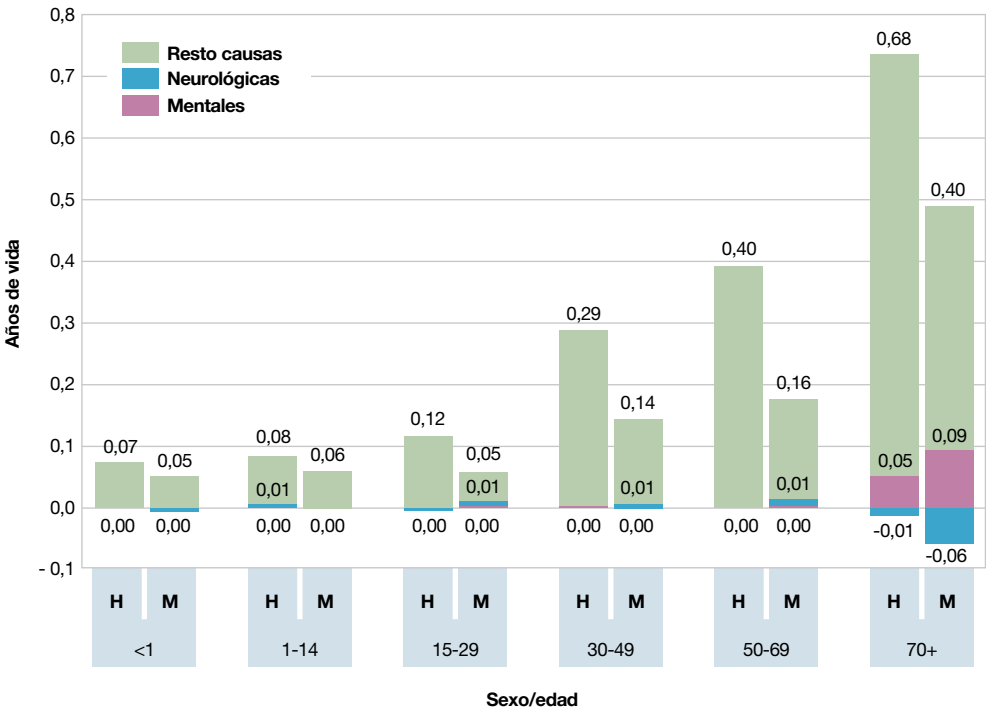


Figura 6.3. Contribución de los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

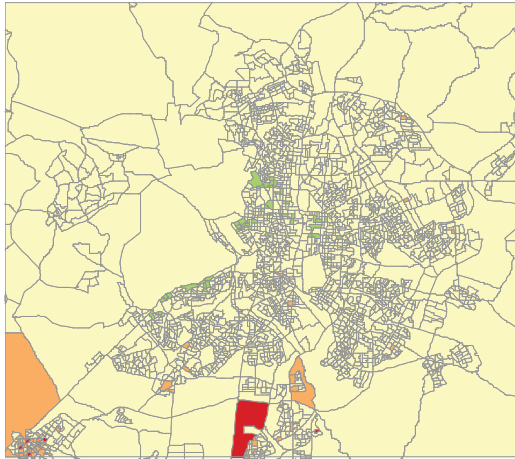
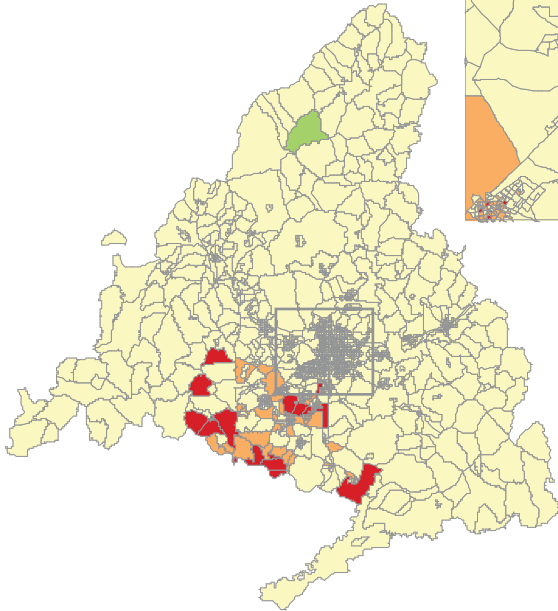
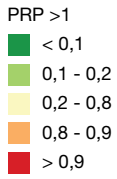
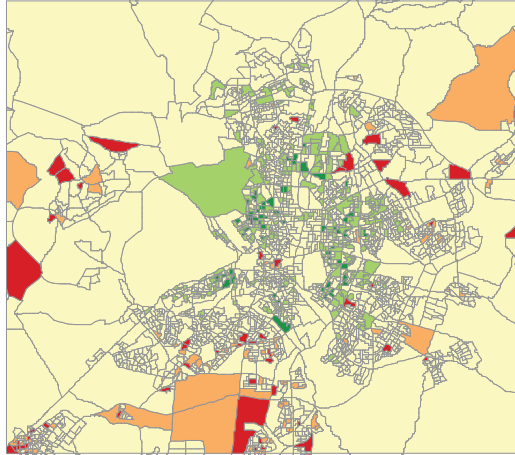
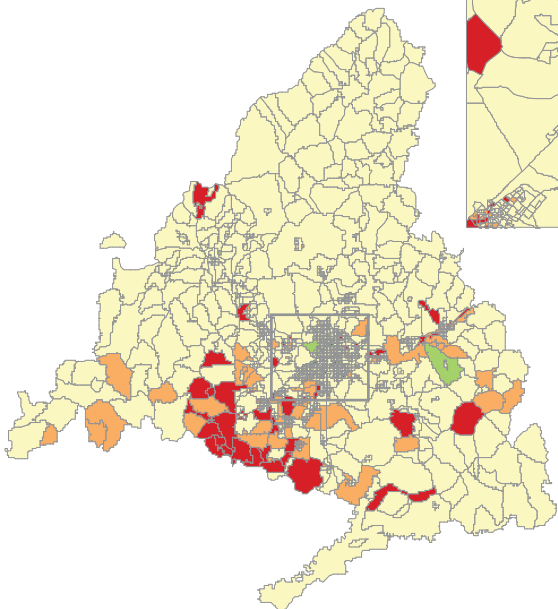
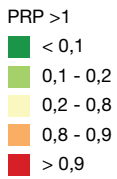


Figura 6.4. Mortalidad por trastornos mentales en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres



6.1.3. Morbilidad atendida en Atención Primaria

La patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007 (tablas 6.3 y 6.4). Las tasas más elevadas se observaron en mujeres y en población española, y se apreció una tendencia creciente con la edad (figura 6.5). Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño (figura 6.6).

Tabla 6.3. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y nacionalidad*. Número, porcentajes sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	221.033	3,6	73,7 (71,5)	232.170	3,5	74,3 (73,0)
Mujeres	390.380	4,2	120,3 (107,0)	408.652	4,1	121,3 (108,4)
Extranjeros	58.610	3,2	55,8 (63,2)	67.899	3,1	57,3 (65,9)
Espanoles	550.889	4,0	106,1 (96,1)	571.721	4,0	107,7 (97,8)
Total	611.413	3,9	97,9	640.822	3,9	98,7

* En algunos casos no está registrada la nacionalidad

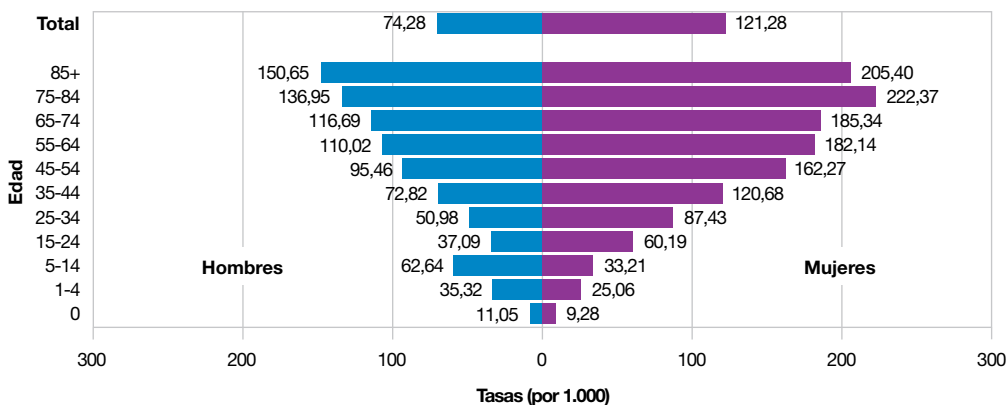
Tabla 6.4. Patología mental atendida en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

Área de Salud	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	77.639	3,8	102,9	83.225	3,8	108,3
2	44.989	4,5	98,9	47.990	4,4	104,3
3	33.836	3,4	94,0	36.663	3,3	90,9
4	58.303	4,0	97,4	63.009	4,0	103,9
5	67.488	4,1	89,9	71.317	4,0	91,9
6	62.095	4,2	95,2	62.872	4,2	93,4
7	50.006	4,5	88,6	51.802	4,2	78,5
8	46.404	3,7	94,9	46.652	3,6	94,9
9	45.960	3,5	112,0	46.869	3,4	112,8
10	39.849	3,7	117,2	38.886	3,5	109,9
11	84.844	4,0	97,6	91.537	3,9	103,3

Figura 6.5. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
< 1	Trastornos del sueño (P06) N=270	Problemas específicos del aprendizaje (P24) N=121	Problemas de conducta (P11) N=68	Sensación de irritabilidad/enojo (P04) N=30	Trastornos de la memoria (P20) N=24
1-4	Problemas específicos del aprendizaje (P24) N=2.392	Trastornos del sueño (P06) N=1.988	Signos/síntomas comportamiento niño (P22) N=871	Enuresis (P12) N=597	Problemas de conducta (P11) N=463
5-14	Niño hiperactivo, hiperactivo (P21, CIAP-1) N=5.539	Enuresis (P12) N=5.423	Signos/síntomas comportamiento niño (P22) N=4.087	Problemas específicos del aprendizaje (P24) N=3.853	Trastornos de la memoria (P20) N=1.986
15-34	Sensación ansiedad/tensión (P01) N=46.258	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=15.869	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=12.979	Abuso del tabaco (P17) N=10.268	Trastornos del sueño (P06) N=7.181
35-64	Sensación ansiedad/tensión (P01) N=91.312	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=67.132	Abuso del tabaco (P17) N=36.911	Trastornos del sueño (P06) N=32.488	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=26.487
65-84	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=32.593	Trastornos del sueño (P06) N=24.958	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=21.815	Trastornos de la memoria (P20) N=13.466	Demencia (P70) N=12.218
85+	Demencia (P70) N=7.048	Trastornos del sueño (P06) N=4.722	Depresión/trastornos depresivos (P76) N=4.208	Trastornos de la memoria (P20) N=2.579	Trastorno ansiedad/estado ansiedad (P74) N=2.430

*Entre paréntesis figura el código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios

Figura 6.6. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

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

6.1.4. Morbilidad hospitalaria

Las tasas de hospitalización más elevadas, por patología mental, se observan en torno a las edades medias de la vida, especialmente en hombres, y a partir de los 75 años (figura 6.7). Llama la atención la elevada tasa en mujeres de 15 a 19 años, a la que contribuyen de forma fundamental los trastornos de comportamiento alimenticio (31,2% de las altas por patología mental en ese grupo de edad), y la tasa en varones de 90 y más años (37,3% de las altas en este grupo corresponden a demencias). Las altas hospitalarias por patología mental se han agrupado utilizando la clasificación DSM-IV-TR®. En los hombres las mayores tasas fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con sustancias, mientras en las mujeres los trastornos del estado de ánimo superaron a la esquizofrenia (figura 6.8). En los menores de 15 años las mayores tasas corresponden a trastornos de inicio en la infancia o adolescencia. Entre los 15 y los 64 años alcanzan mayores tasas los diagnósticos correspondientes a trastornos relacionados con sustancias, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y los trastornos del estado de ánimo, persistiendo estos últimos con tasas elevadas a partir de los 65 años, junto con el grupo de los trastornos cognitivos (figura 6.9).

Figura 6.7. Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

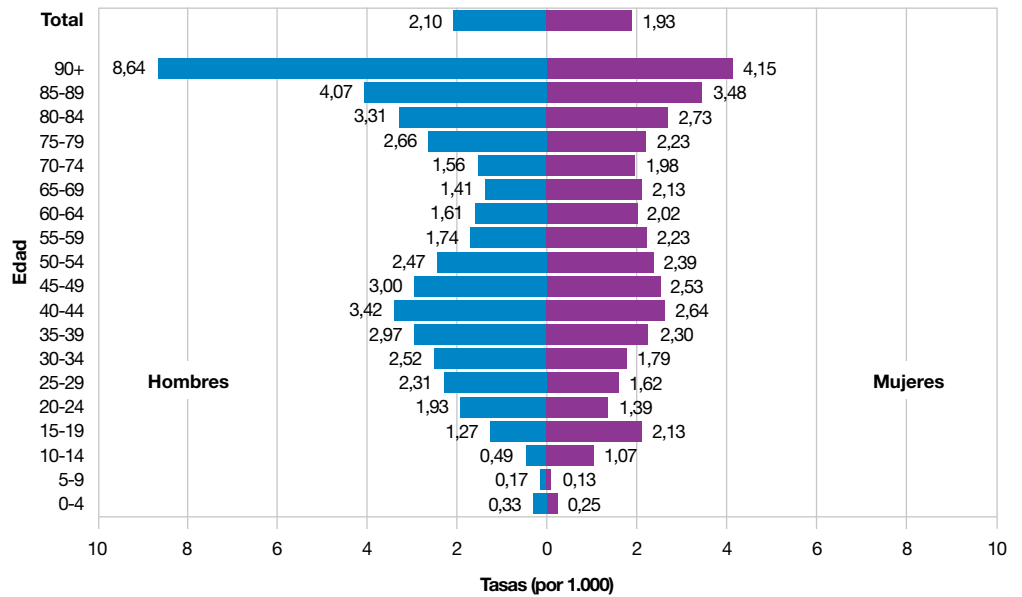
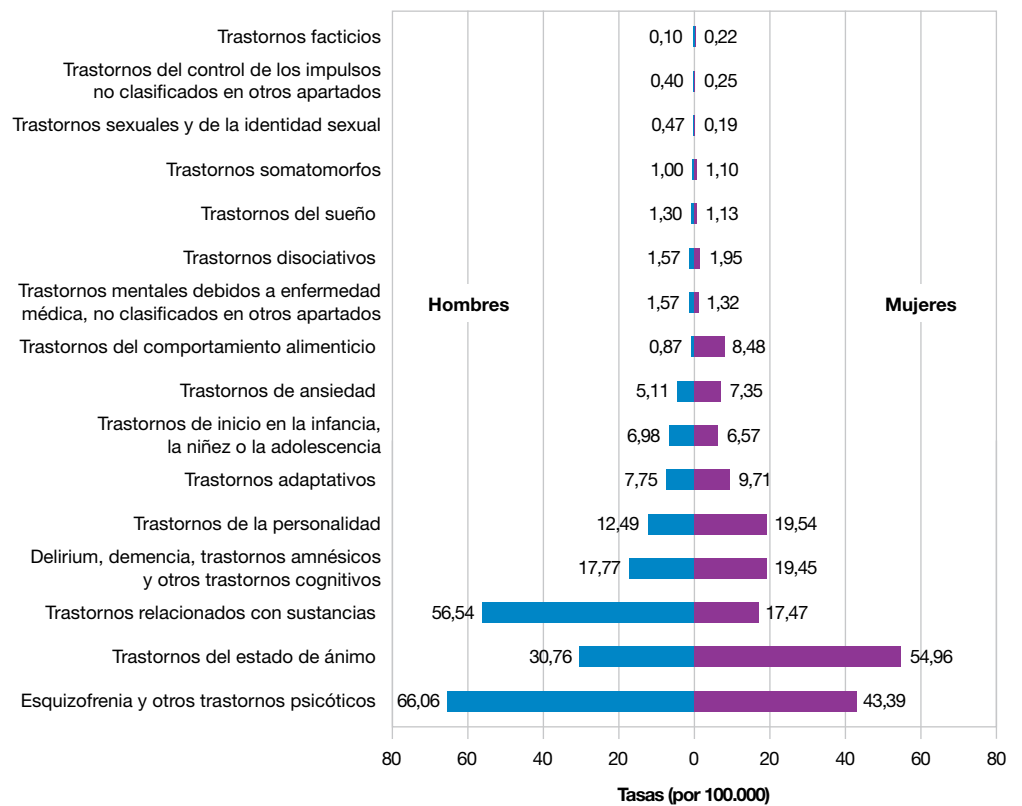
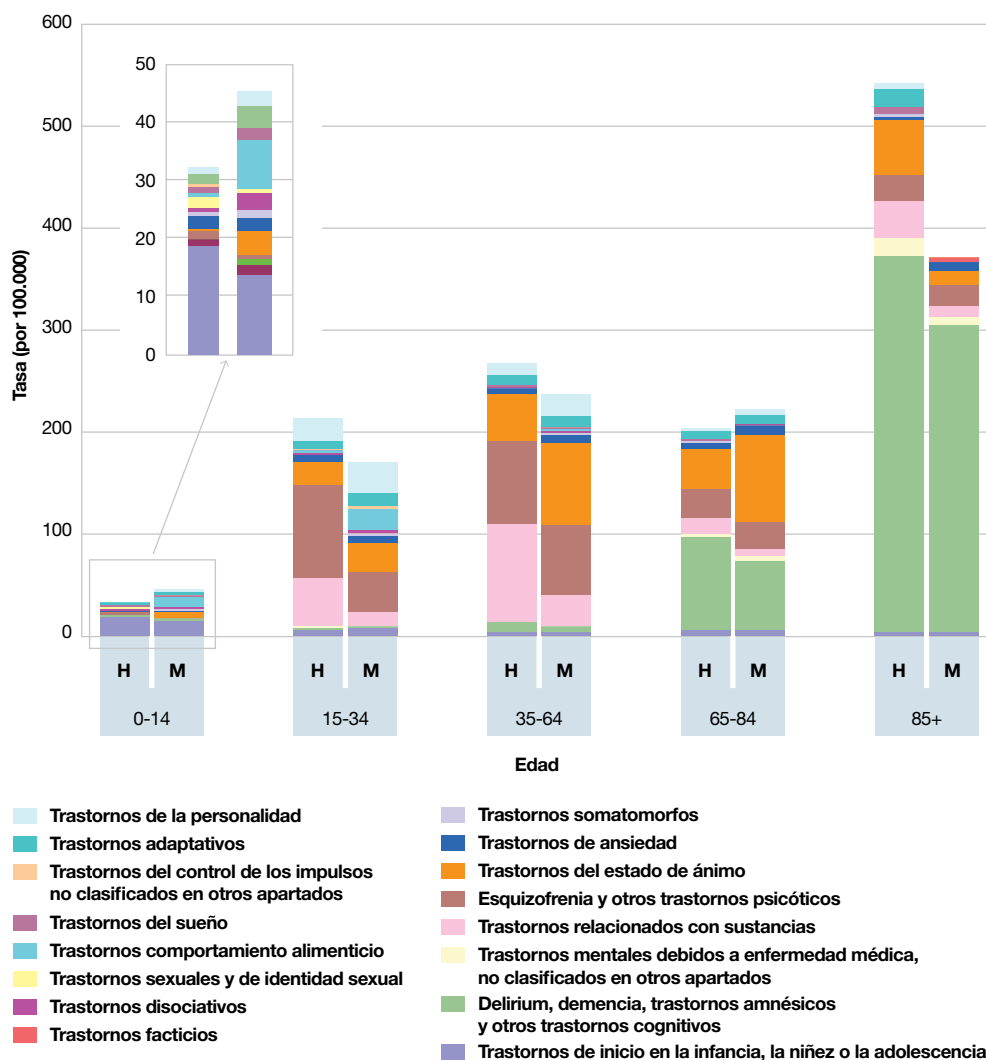


Figura 6.8. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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 capítulo 1, metodología) no permite disociar las causas mentales de las neurológicas del mismo modo que lo hace la CIE-10, por lo que se comentan de manera conjunta.

Como se apuntó en el capítulo 2, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. El componente de mala salud (años vividos con discapacidad) tiene un peso mucho mayor (94,3% de la carga total por estas causas) que el de la mortalidad (años de vida perdidos por muerte). Sólo a edades elevadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer, la mortalidad cobra cierta presencia en este indicador.

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

Figura 6.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

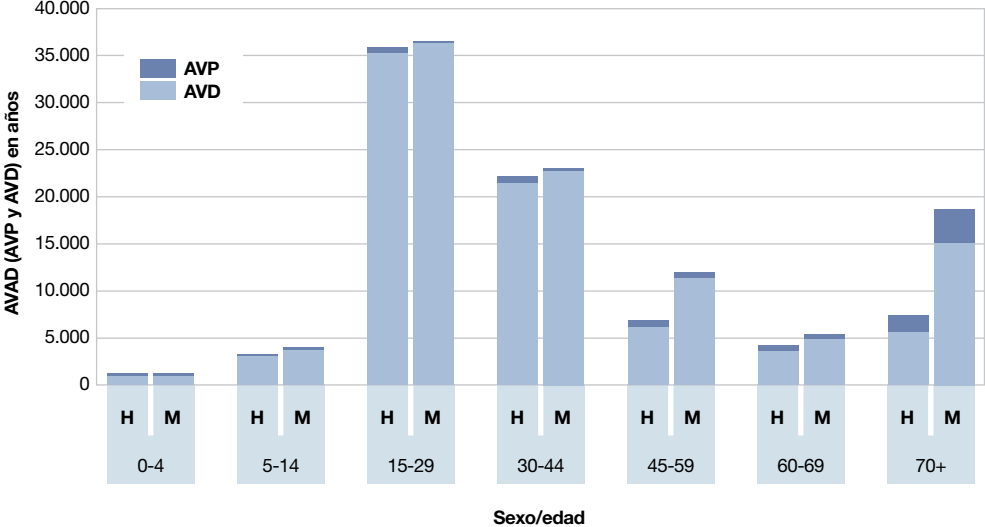


Figura 6.11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

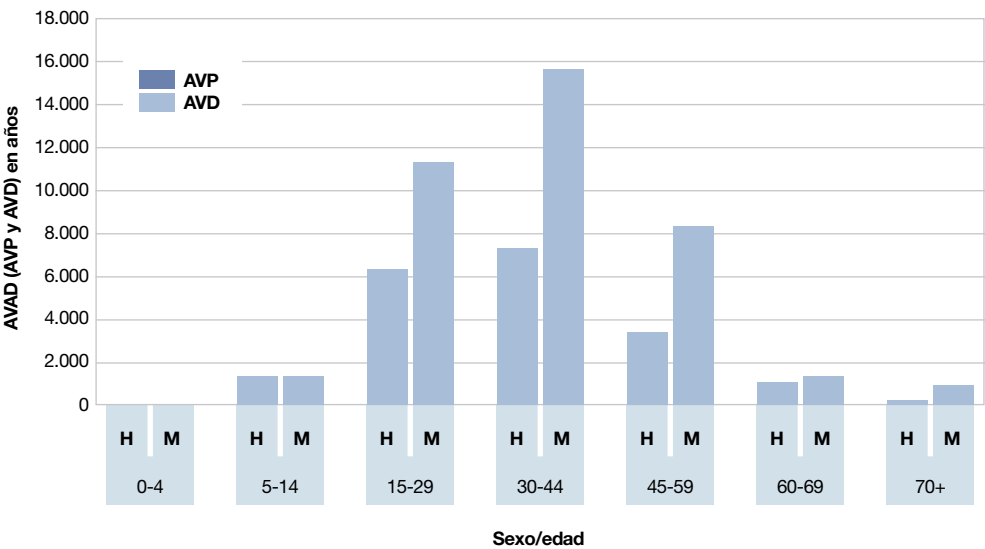
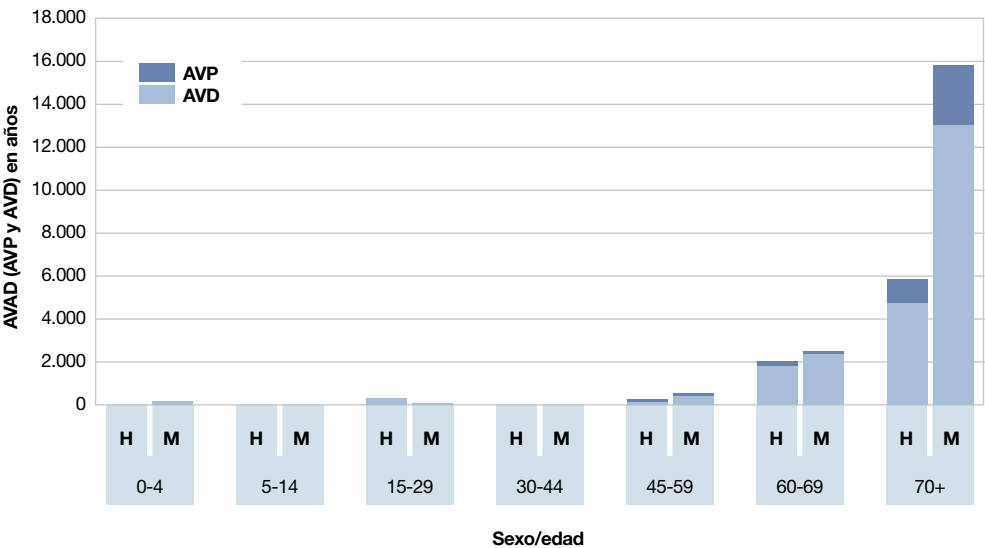


Figura 6.12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias y enfermedad de Alzheimer, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



6.1.6. Salud mental según la encuesta de salud (ERSM2007)

Con el objetivo de conocer la situación de la salud mental de la población de la Comunidad de Madrid, se han incorporado en la Encuesta Regional de Salud (ERSM2007) diversas preguntas que han permitido recabar información sobre patología mental diagnosticada, percepción del encuestado sobre su propio estado de ansiedad o depresión (EuroQol), y posible riesgo de padecer un trastorno mental no psicótico como ansiedad o depresión. Para detectar esta última situación se ha utilizado el General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) por ser un instrumento validado y utilizado habitualmente en población general.

El 9,68% de la población dijo haber sido diagnosticada de alguna patología mental, siendo este porcentaje más elevado en las mujeres (13,07% frente a 5,99%) y en la población de más edad. La patología más frecuente fue la depresión (4,59%) seguida por la ansiedad (4,26%). El porcentaje de población que refirió presentar sintomatología ansioso-depresiva alcanzó en 14,49%, siendo también mayores los porcentajes entre mujeres e incrementándose con la edad. La población en posible riesgo de sufrir patología mental no psicótica llegó al 25,15%, con una distribución por edad y sexo similar a las dos anteriores (tabla 6.5 y figura 6.13).

En cuanto al país de nacimiento (figura 6.14), el porcentaje de población diagnosticada de alguna patología mental una vez ajustado por edad fue superior entre población autóctona así como la proporción de población con sintomatología ansioso-depresiva, aunque en los grupos de edad más jóvenes el porcentaje de población inmigrante con sintomatología ansioso-depresiva supera al de la población autóctona. El riesgo de sufrir patología mental es superior entre población inmigrante para ambos sexos y para los grupos de edad por debajo de 55 años. El nivel socioeconómico (figura 6.15) supone un gradiente tanto en el diagnóstico de patología mental, como en la presencia de síntomas y en el riesgo de sufrir algún trastorno, alcanzando los porcentajes más elevados los grupos más desfavorecidos. Los convivientes en pareja presentaron menores porcentajes de patología diagnosticada y de sintomatología, mientras que los mayores porcentajes de población en riesgo fueron las viudas y los separados (figura 6.16).

	Sexo			Edad			
	Total	Hombres	Mujeres	16-29	30-44	45-64	65+
Diagnóstico de patología mental	9,68	5,99	13,07	3,45	6,85	12,66	18,50
Depresión	4,59	2,53	6,49	1,05	2,86	6,48	9,51
Ansiedad	4,26	2,31	6,05	1,95	3,36	6,16	5,90
Insomnio	3,50	2,06	4,83	0,65	1,71	4,80	8,61
Otra patología mental	1,16	1,29	1,04	0,60	1,29	1,22	1,56
Sintomatología ansioso-depresiva	14,49	9,13	19,43	6,98	11,56	18,39	23,69
Moderada	12,18	7,84	16,18	6,49	9,90	15,30	19,02
Importante	2,31	1,29	3,25	0,49	1,66	3,10	4,66
Riesgo de patología mental (GHQ-12)	25,15	18,92	30,85	20,94	23,63	26,48	31,79

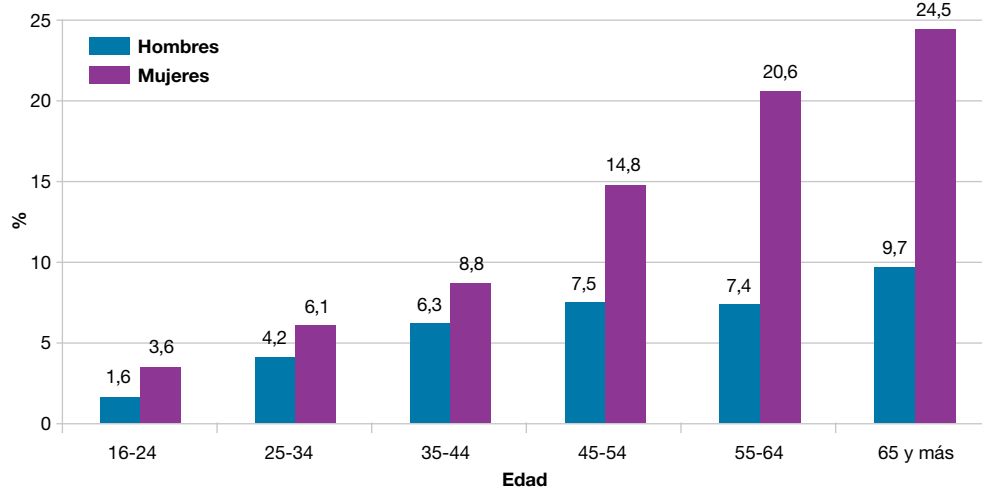
Tabla 6.5. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

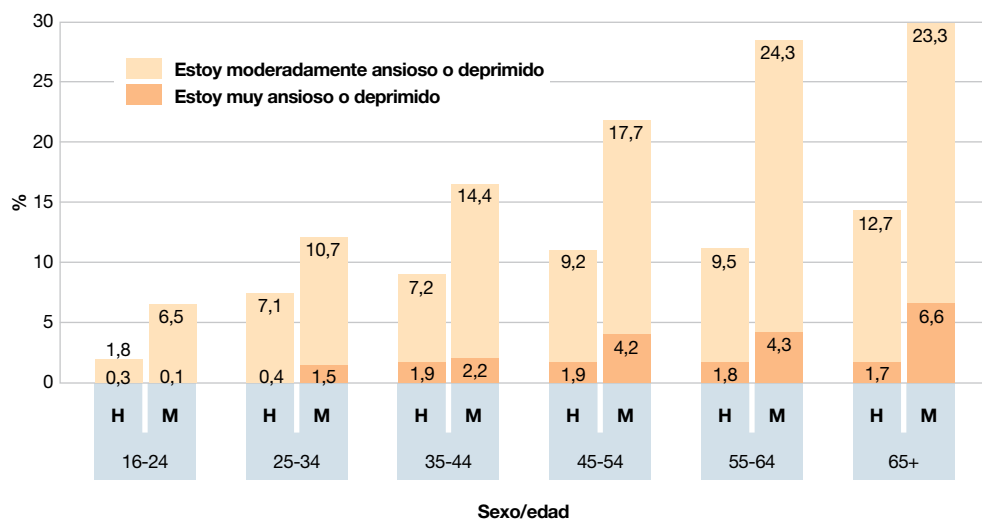
Figura 6.13. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

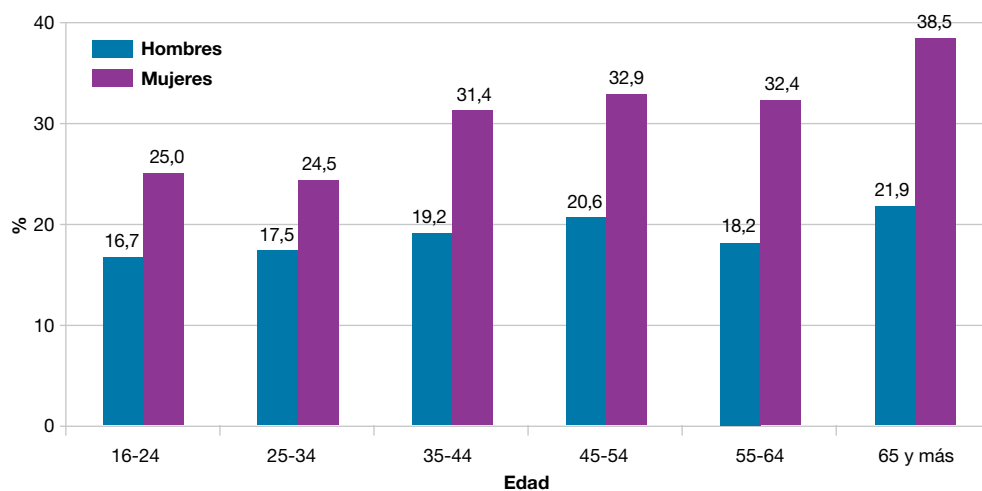
Patología mental diagnosticada



Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)



Patología mental diagnosticada

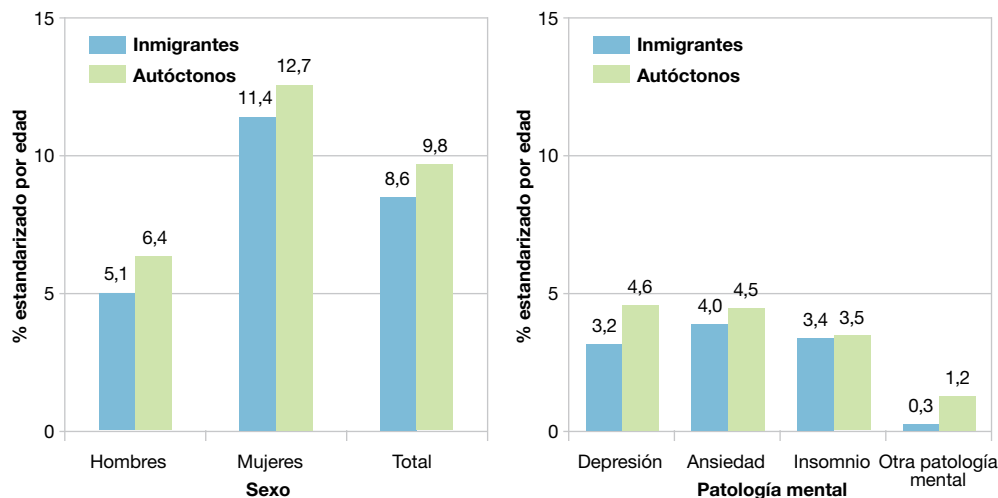
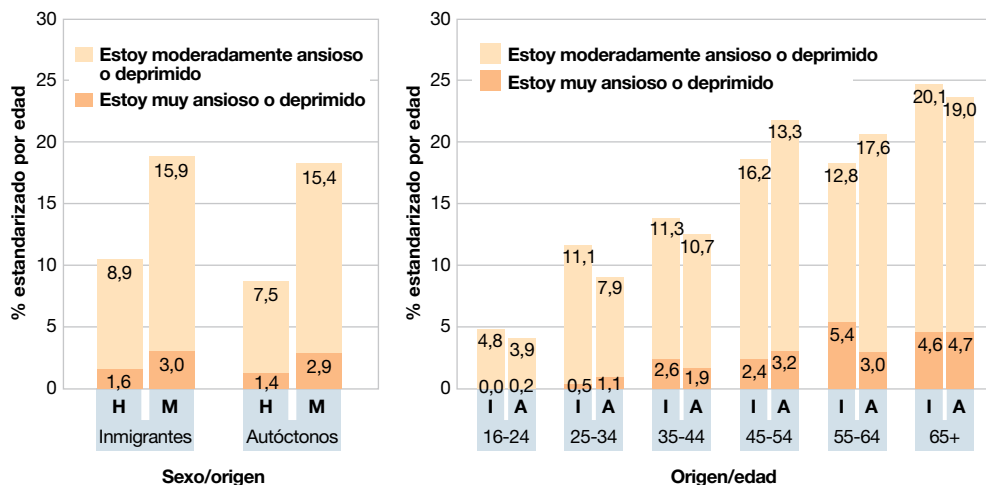


Figura 6.14. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)

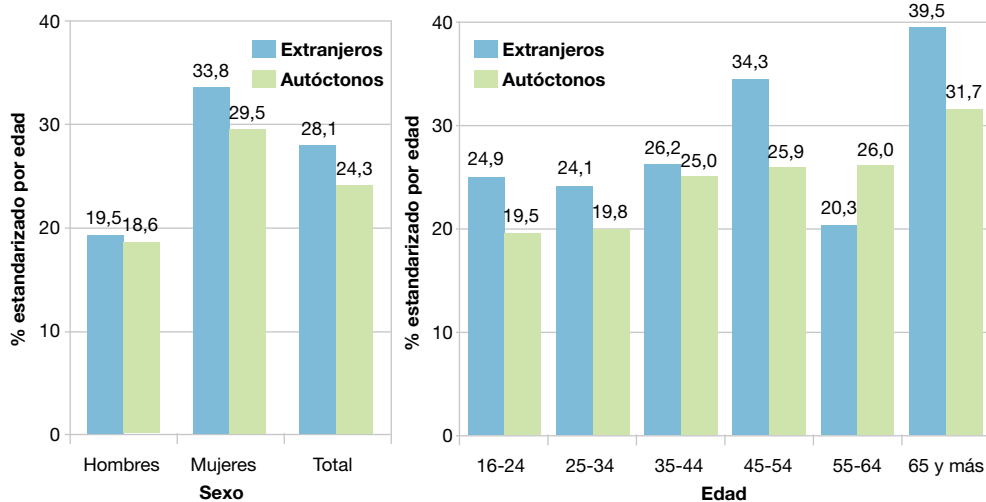
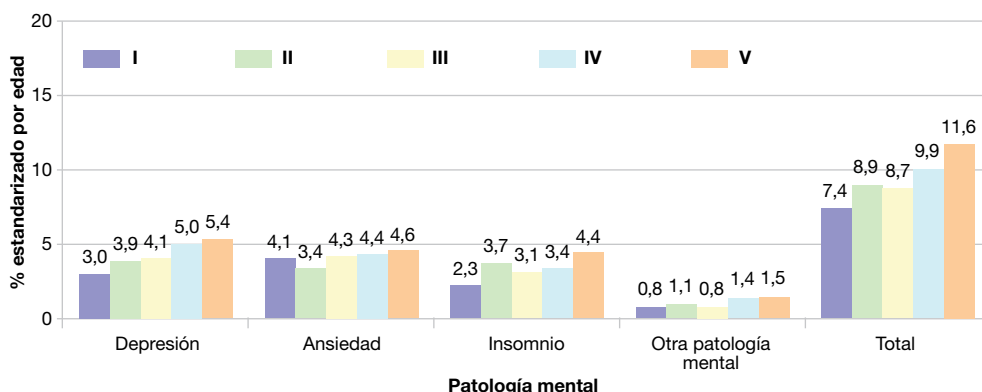
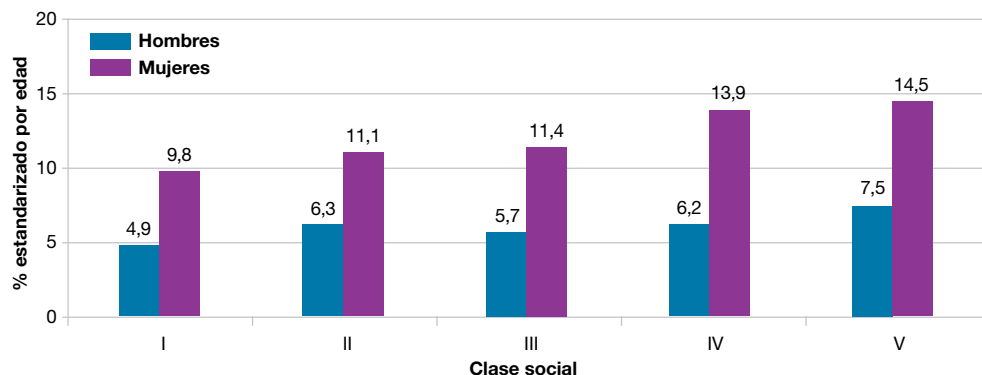


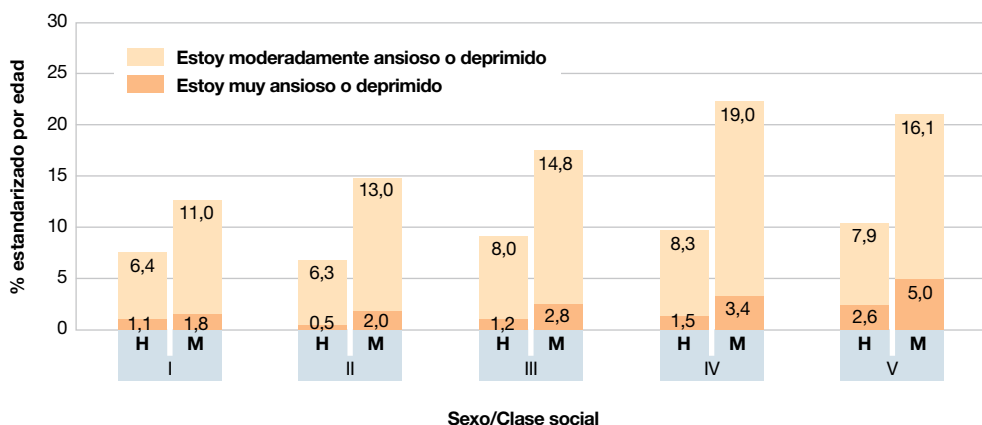
Figura 6.15. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y clase social. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

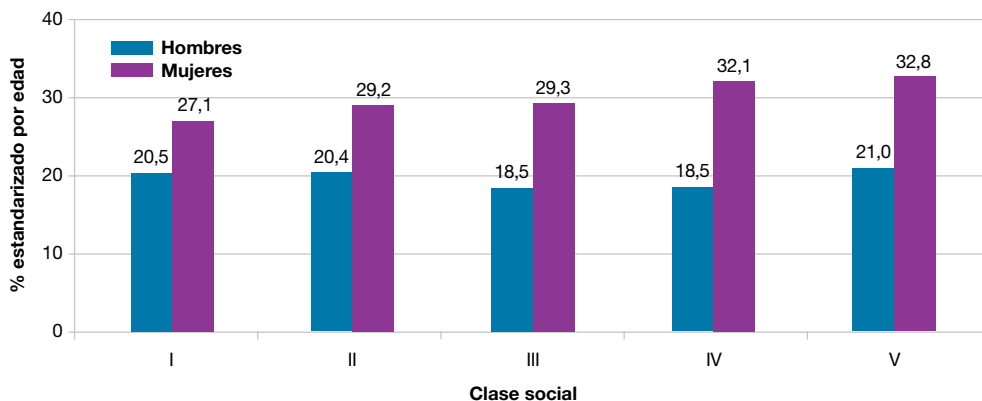
Patología mental diagnosticada



Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)



Patología mental diagnosticada

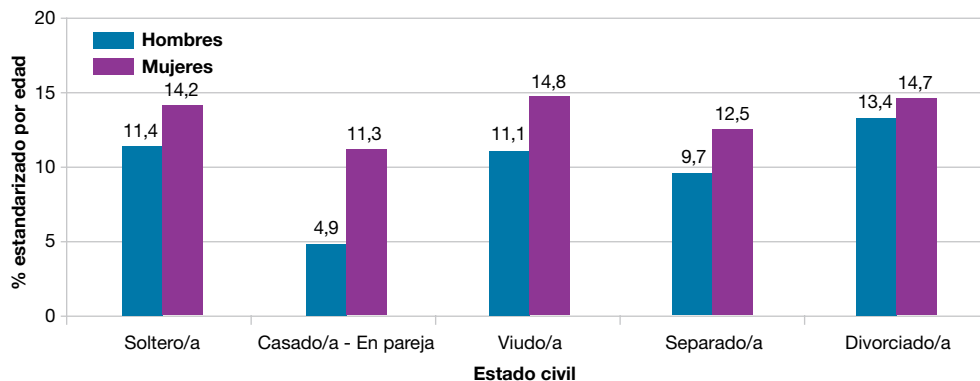
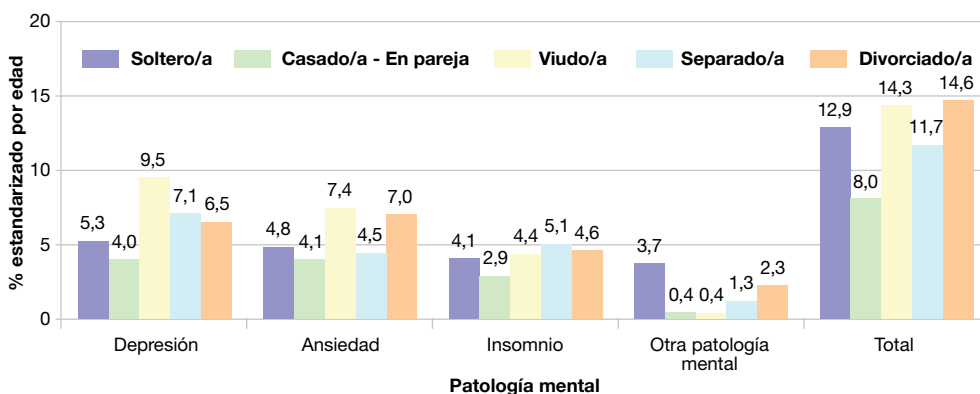
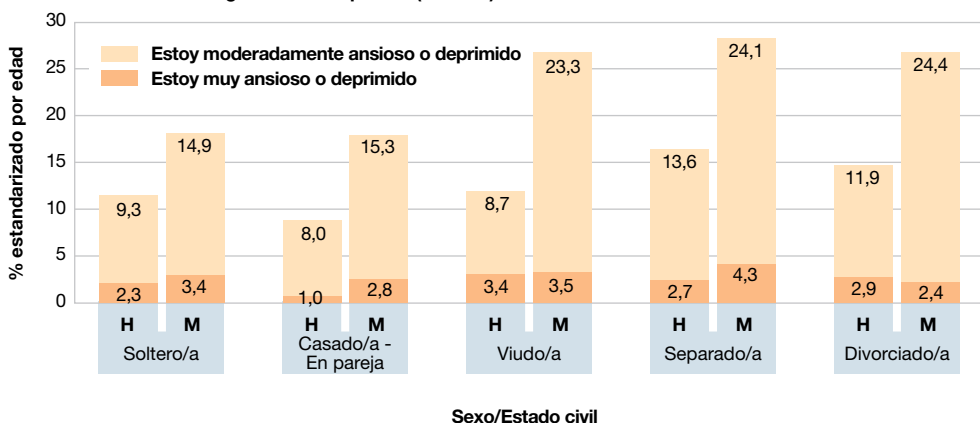


Figura 6.16. Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y estado civil. Comunidad de Madrid, 2007.

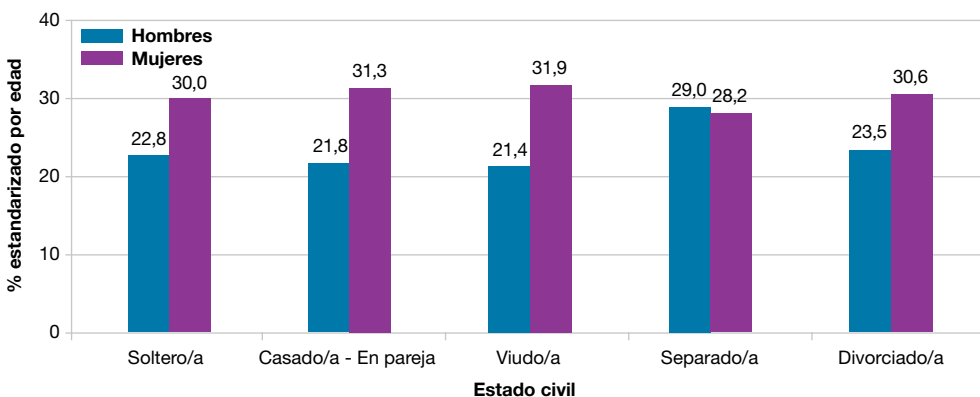
Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol)



Riesgo de morbilidad psiquiátrica (GHQ-12)



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

Como se ha comentado al inicio del capítulo, la práctica totalidad de las defunciones por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se producen a edades avanzadas. En el caso de los primeros esto es debido al abrumador peso de las demencias (trastornos mentales orgánicos, senil y presenil) que suponen el 96,7% del total de fallecimientos por este capítulo de la CIE-10. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, su peso sobre el conjunto del gran grupo de enfermedades del sistema nervioso es menor (45,5%), pero igualmente importante en número absoluto de casos. Es por ello que el valor de las tasas truncadas (que tiene en cuenta la mortalidad de la población de 35 a 64 años cumplidos de edad) es en ambos casos inapreciable (tabla 6.6), y que las curvas de evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por ambas causas específicas (figuras 6.17 y 6.18) y su contribución al cambio de la esperanza de vida (figuras 6.19) coinciden con las de los respectivos grandes grupos a los que pertenecen, y que han sido ya comentadas.

Respecto a la distribución espacial de la mortalidad por estas causas (figura 6.20 y 6.21) destaca la presencia de agregación de zonas de exceso de mortalidad por trastornos mentales orgánicos senil y presenil: en hombres en la parte sur de la Comunidad principalmente en los Distritos de Salud de Fuenlabrada, Getafe, Parla, Móstoles, Alcorcón, Leganés y Navalcarnero, y en mujeres en la zona sur y este con agregación en los Distritos de Navalcarnero, Parla, Móstoles, Leganés, Fuenlabrada, Coslada y Getafe entre otros.

Tabla 6.6. Indicadores generales de demencias. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Demencias. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	235	665	900
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	8,0	21,3	14,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,3	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,3	9,3	8,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	12,2	13,4	13,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,058	0,097	0,080
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	8.622	19.132	27.754
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	1.463	2.945	4.407
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	7.159	16.187	23.346

*La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las demencias y enfermedad de Alzheimer

Tabla 6.7. Indicadores generales de enfermedad de Alzheimer. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedad de Alzheimer. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	195	487	682
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,7	15,6	11,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,3	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,8	7,0	6,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	8,8	11,6	10,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	-0,008	-0,021	-0,016
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006*	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	-	-	-

* La carga de enfermedad se estima para el conjunto de las demencias y enfermedad de Alzheimer. Ver los resultados en la tabla 6.6 (demencias)

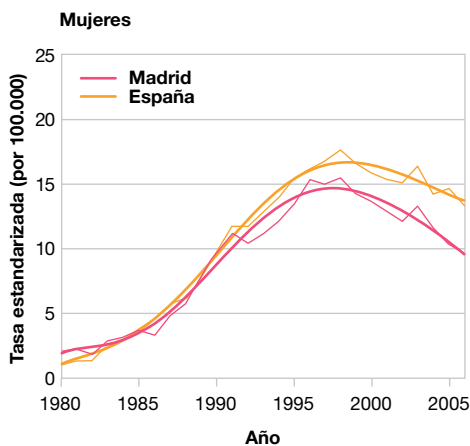
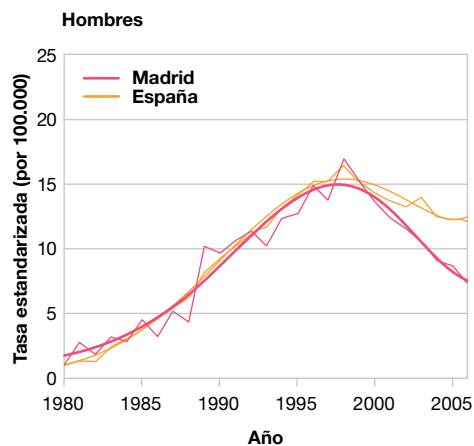


Figura 6.17. Demencias. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

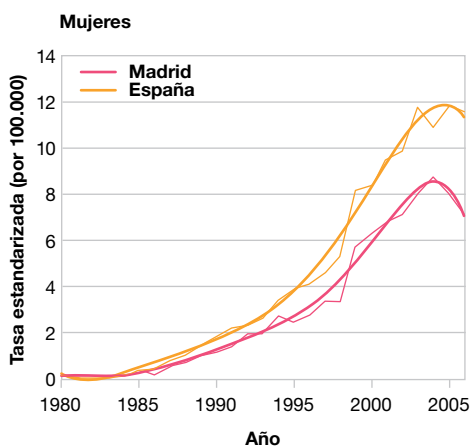
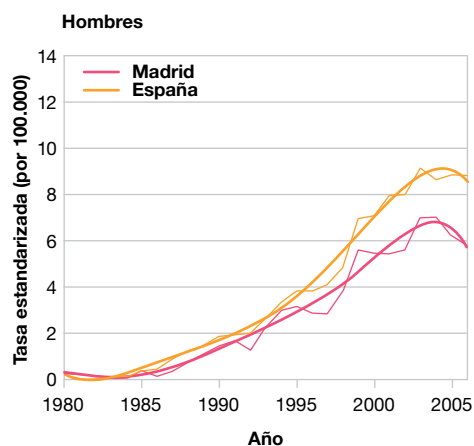


Figura 6.18. Enfermedad de Alzheimer. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

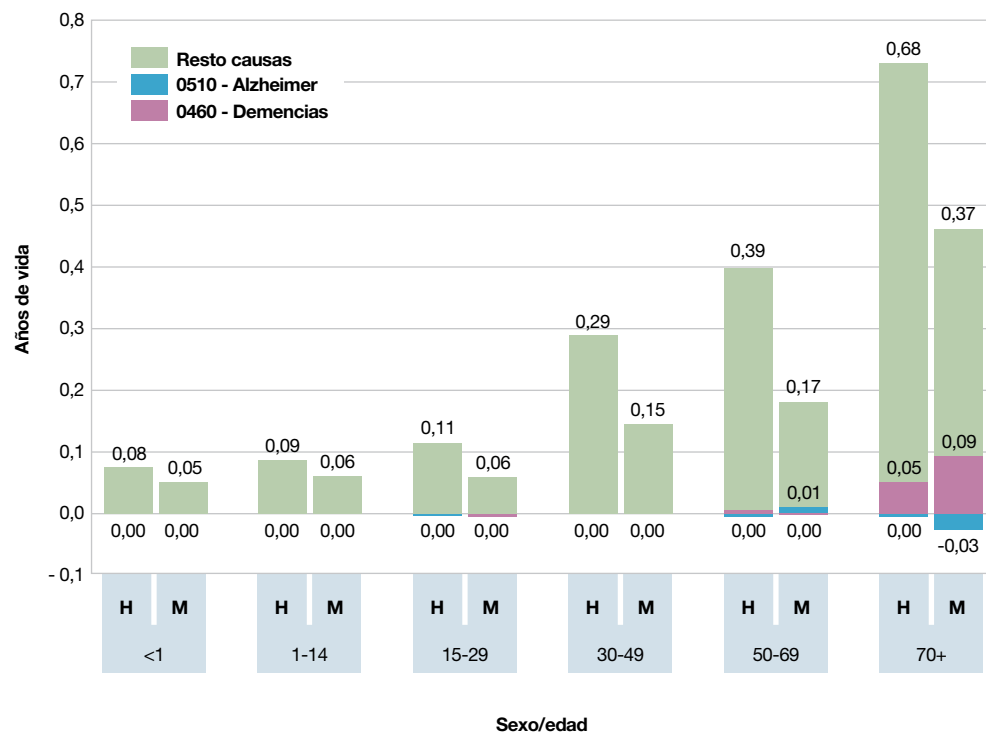


Figura 6.19. Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

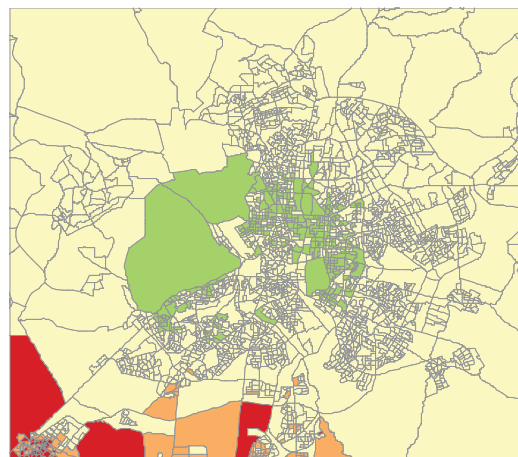
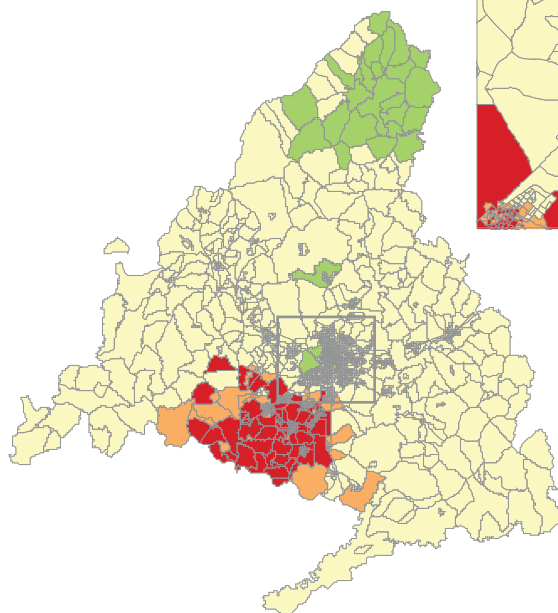
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 6.20. Mortalidad por trastornos mentales orgánicos, senil y presenil, en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Hombres

PRP >1

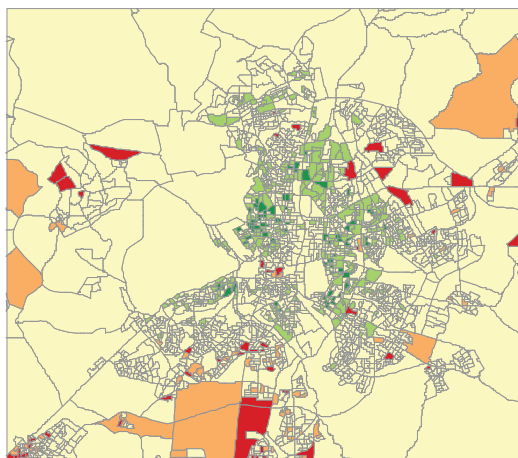
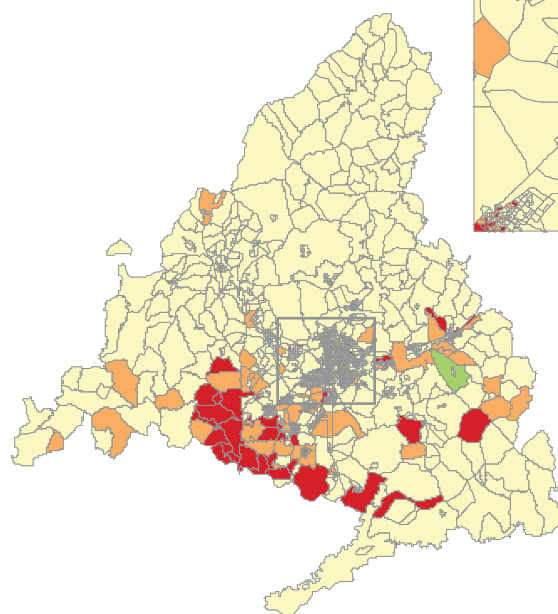
- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9



Mujeres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9



Hombres

PRP >1

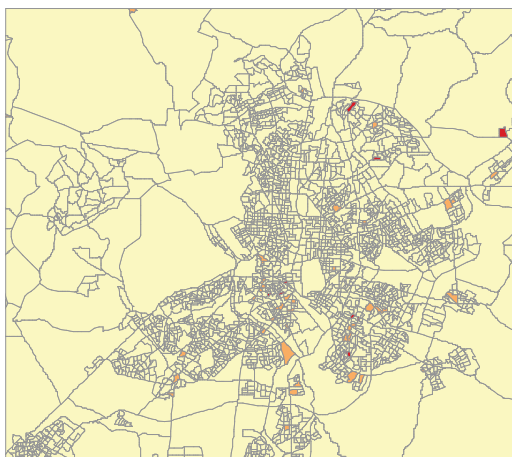
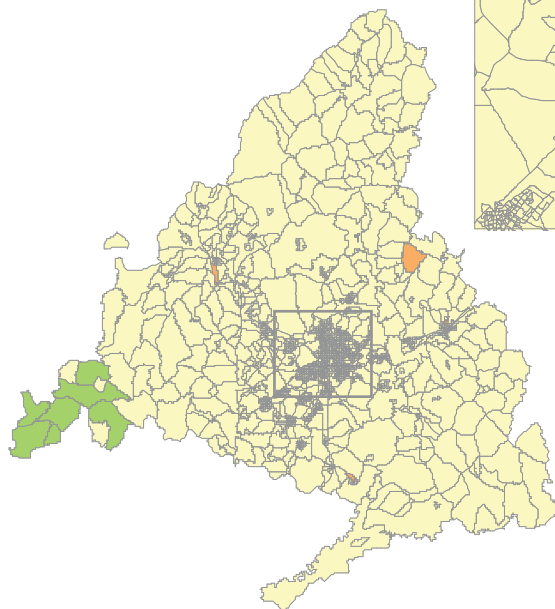
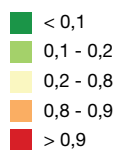
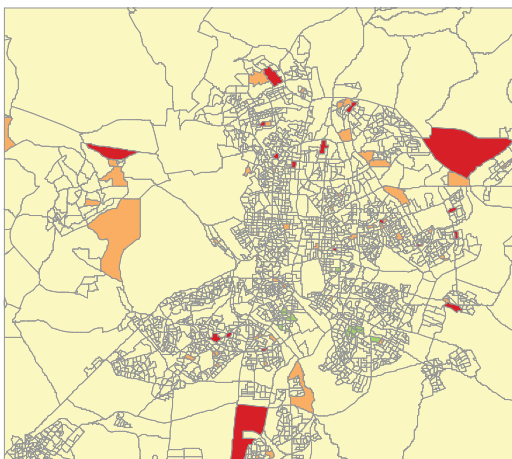
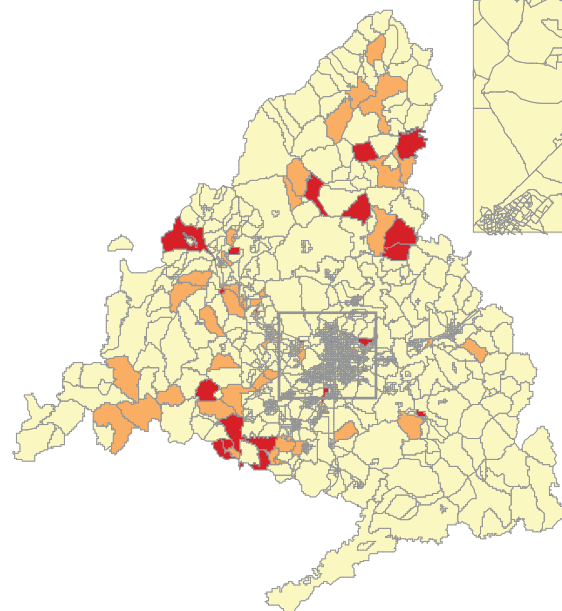
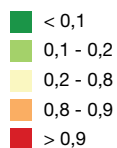


Figura 6.21. Mortalidad por enfermedad de Alzheimer en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

PRP >1



6.3. Conclusiones y recomendaciones

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

En Atención Primaria la patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en 2007. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Según la encuesta de salud, la patología mental es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. Se observaron diferencias en la presencia o riesgo de sufrir ansiedad o depresión, según país de nacimiento, nivel socioeconómico y estado civil. Esta información permite priorizar los programas para mejorar la salud mental en aquellos grupos que presenten un riesgo más elevado.

Objetivo 7
Reducir las enfermedades
transmisibles

7

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

Para el año 2020, se deberán reducir considerablemente los efectos adversos para la salud derivados de las enfermedades transmisibles a través de programas sistemáticos para la erradicación, eliminación o control de las enfermedades infecciosas consideradas importantes desde el punto de vista de la salud pública.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Se logra un 95% de cobertura para la población seleccionada en relación con las enfermedades que se pueden prevenir mediante inmunización y que son objeto de programas de eliminación o control;*
- *Se logra una inmunización infantil universal en relación con la rubéola, y se aplican estrategias de inmunización adecuadas a nivel local contra la hepatitis B, así como programas de vacunación contra el Haemophilus influenzae tipo b y la parotiditis, incluyendo la utilización de vacunas combinadas;*
- *Se establecen programas integrados y sensibles a las diferencias culturales para la prevención y el tratamiento del VIH/Sida y las enfermedades de transmisión sexual, que se centren en las personas consumidoras de drogas y otros grupos vulnerables;*
- *Se aplican las estrategias de prevención y control de las enfermedades acordadas a nivel internacional, tales como en el caso de la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas;*
- *Los agentes nacionales e internacionales implicados en las tareas de cooperación, incluidas las redes de institutos de salud pública y los centros colaboradores de la OMS, participan en un sistema de intercambio rápido de información para actuar sobre las epidemias, orientar las políticas y la colaboración internacional, y establecer recomendaciones en materia de viajes y comercio.*

7.1. Enfermedades transmisibles

7.1.1. Indicadores generales

Las enfermedades transmisibles no son una importante causa de muerte en los países industrializados. La tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles en el año 2006 fue en la Comunidad de Madrid de 14,7 casos por 100.000 varones y de 7,0 por 100.000 mujeres, bastante similares a las de España. Con respecto a la morbilidad hospitalaria, dos de cada 1.000 altas lo son por alguna de estas enfermedades (tabla 7.1). Su importancia radica, por tanto, 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.

Enfermedades infecciosas. 2006-2007. Comunidad de Madrid

	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	459	356	815
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	15,7	11,4	13,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	18,5	4,9	11,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	14,7	7,0	10,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	14,8	7,9	11,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	274,4	198,6	235,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,070	0,033	0,039
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	8.216	5.693	13.909
Años de Vida Perdidos. CM 2006	5.656	2.587	8.243
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	2.560	3.105	5.665

Tabla 7.1. Indicadores generales de enfermedades infecciosas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

7.1.2. Mortalidad

La mortalidad por enfermedades infecciosas presenta una evolución estable desde el año 2000, siendo similar a la de España en el caso de los varones e inferior a la de España en las mujeres (figura 7.1).

La variación en la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias entre 2001 y 2006 ha comportado un incremento de 0,033 años de esperanza de vida al nacer en mujeres y 0,07 en varones, principalmente concentrados en las edades adultas (figura 7.2).

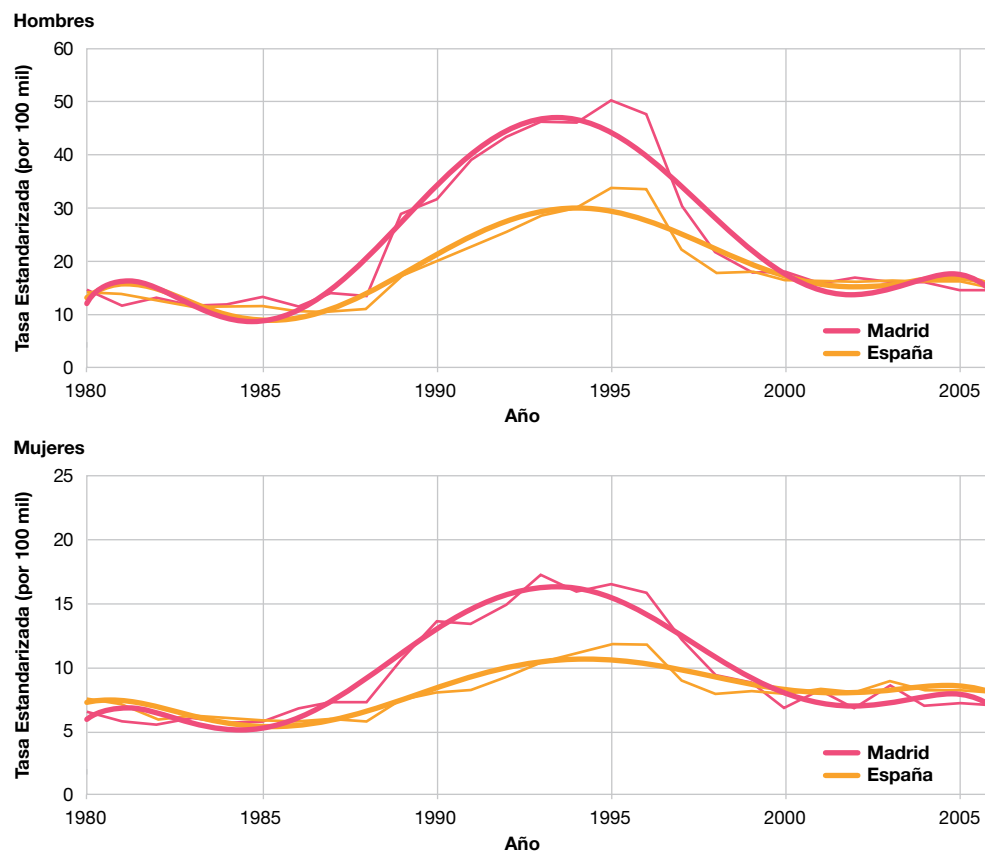
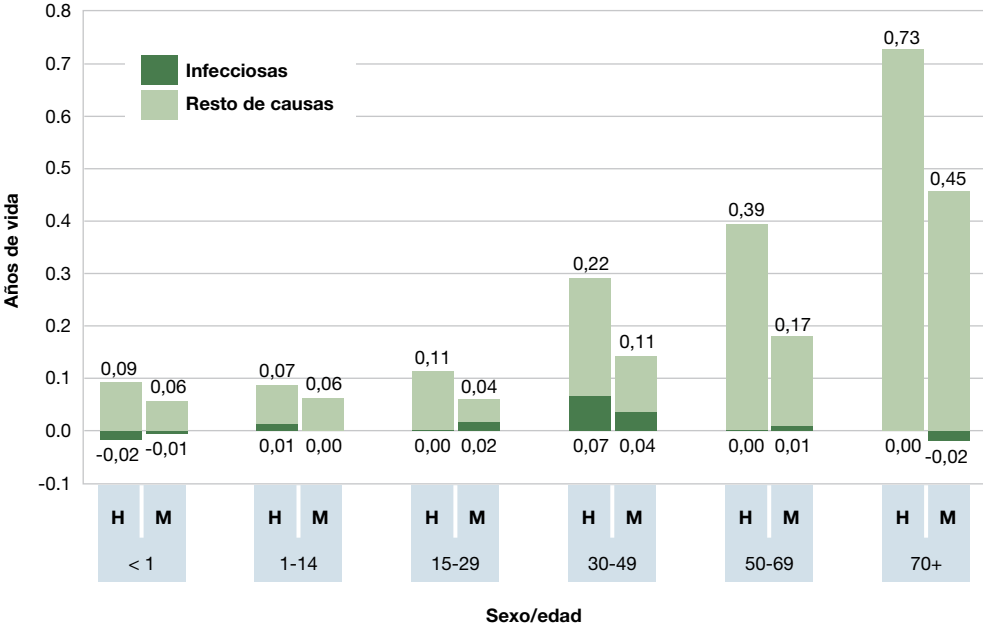


Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 7.2. Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

Las enfermedades infecciosas representaron el 27% de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007 (tablas 7.2 y 7.3). Las tasas más elevadas se observaron en mujeres, en población española y especialmente en el grupo de edad de 1 a 4 años (figura 7.3). Las infecciones más frecuentes fueron las localizadas en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda superior fue la primera causa de infección en todos los grupos de edad (figura 7.4).

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y nacionalidad *. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	1.824.367	29,5	608,3 (743,6)	1.977.599	30,1	632,7 (716,2)
Mujeres	2.361.046	25,3	727,5 (867,7)	2.617.548	26,1	776,8 (863,8)
Extranjeros	467.904	25,4	445,7 (670,5)	580.771	26,5	489,7 (630,2)
Españoles	3.704.962	27,2	713,3 (833,2)	4.005.225	27,8	754,5 (824,1)
Total	4.185.413	27,0	670,3	4.595.147	27,7	707,5

* En algunos casos no está registrada la nacionalidad

Tabla 7.3. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

Área de Salud	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	546.140	27,0	723,9	617.082	27,9	803,2
2	257.772	25,9	566,6	281.867	26,1	612,3
3	274.620	27,6	762,9	310.315	28,3	769,8
4	378.880	26,2	633,2	414.491	26,4	683,3
5	456.616	27,6	608,0	504.808	28,2	650,6
6	419.311	28,5	642,6	433.018	28,9	643,1
7	264.749	23,7	469,3	306.974	24,9	464,9
8	336.964	27,1	688,9	366.530	28,0	745,5
9	369.733	27,9	900,8	397.011	28,8	955,1
10	313.812	28,8	923,3	329.899	29,7	932,3
11	566.816	26,6	651,8	633.152	27,1	714,5

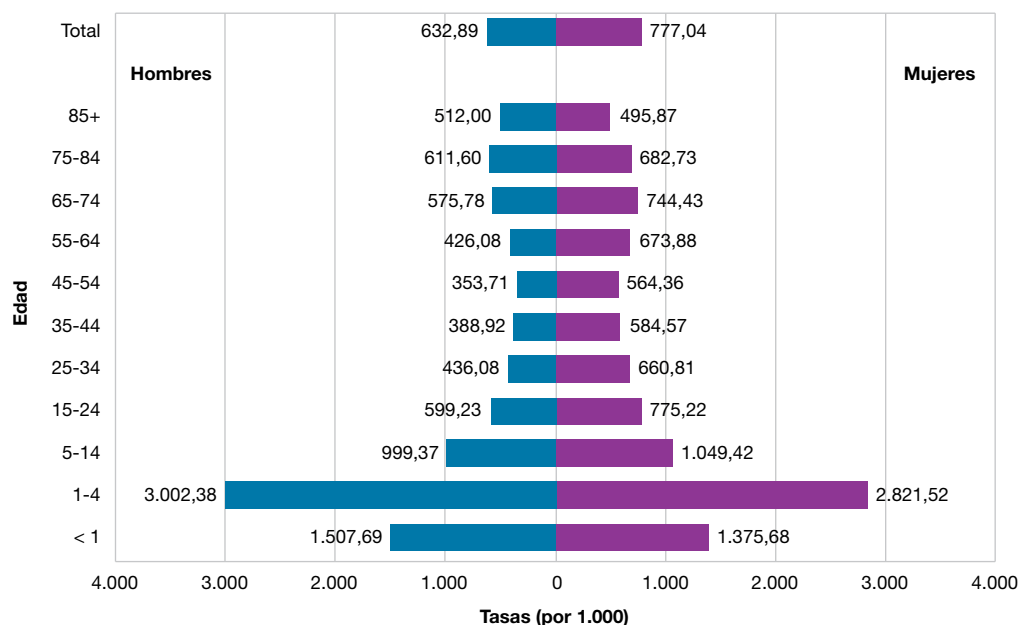


Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
< 1	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=47.950	Bronquitis/bronquiolitis aguda (R78) N=11.139	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=8.564	Conjuntivitis (F71) N=4.912	Otitis media/miringitis aguda (H71) N=4.868
1 - 4	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=348.437	Otitis media/miringitis aguda (H71) N=80.489	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=59.686	Bronquitis/bronquiolitis aguda (R78) N=53.720	Amigdalitis aguda (R76) N=38.672
5 - 14	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=250.821	Faringitis/amigdalitis estreptocócica (R72) N=48.600	Amigdalitis aguda (R76) N=44.335	Otitis media/miringitis aguda (H71) N=42.685	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=37.821
15 - 34	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=490.915	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=172.027	Faringitis/amigdalitis estreptocócica (R72) N=61.384	Cistitis/otras infecciones urinarias (U71) N=51.035	Amigdalitis aguda (R76) N=49.241
35 - 64	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=606.879	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=107.518	Cistitis/otras infecciones urinarias (U71) N=75.407	Bronquitis/bronquiolitis aguda (R78) N=62.400	Conjuntivitis (F71) N=38.849
65 - 84	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=260.313	Cistitis/otras infecciones urinarias (U71) N=51.568	Bronquitis/bronquiolitis aguda (R78) N=49.226	Conjuntivitis (F71) N=24.550	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=21.567
85+	Infección respiratoria aguda superior (R74) N=25.899	Cistitis/otras infecciones urinarias (U71) N=10.741	Bronquitis/bronquiolitis aguda (R78) N=7.618	Conjuntivitis (F71) N=3.235	Infección intestinal inespecífica/posible (D73) N=3.146

Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2007.

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

* Entre paréntesis figura el código CIAP-2 correspondiente. N= número de episodios

7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron el 1,6% de las altas hospitalarias registradas en 2007. Las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida (figura 7.5). Si consideramos las causas específicas (tabla 7.4) las enfermedades víricas seguidas de las septicemias son las más frecuentes. En las personas de 65 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. En 2007, la tasa de morbilidad hospitalaria por rotavirus en menores de un año de edad fue de 9,12 por mil y en niños de 1 a 4 años de 1,59 por mil (figura 7.6).

Figura 7.5. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

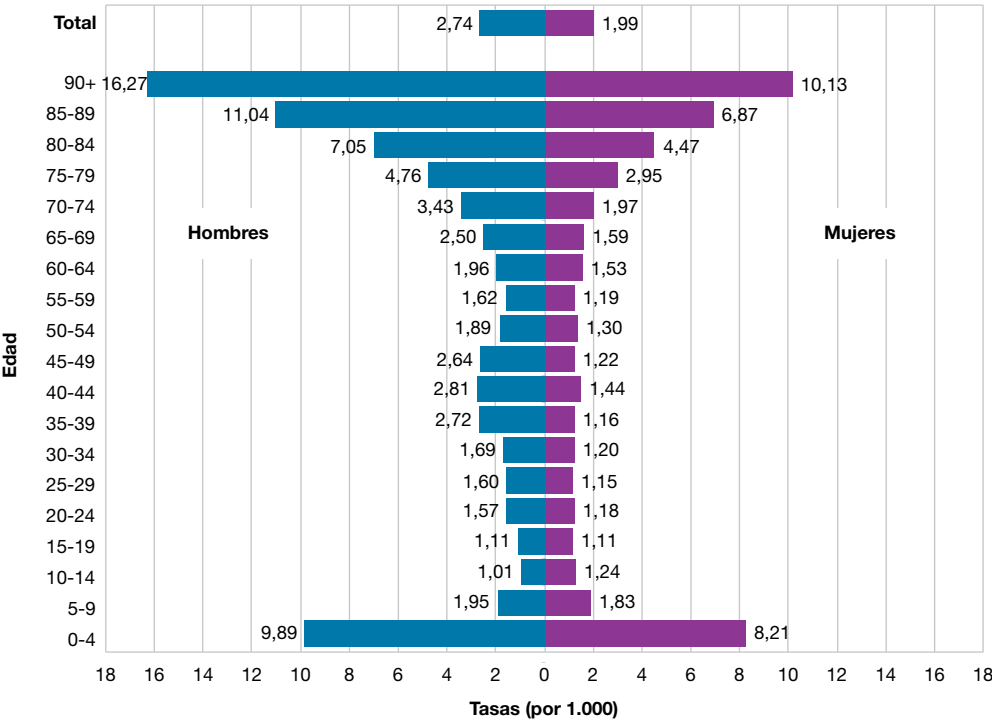


Tabla 7.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas (tres dígitos) más frecuentes de alta. N° de altas y porcentaje respecto al total de altas por enfermedades infecciosas y parasitarias. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Código CIE 9-MC	N	%	1ª causa más frecuente en los grupos de edad	2ª causa más frecuente en los grupos de edad
078 -Enfermedades debidas a virus y Clamidia	2.565	17,6	<1,5-14,15-24,25-34,45-54,55-64	65-74
038 -Septicemia	2.292	15,8	65-74,75-84,85+	55-64
008 -Infecciones intestinales por otros organismos	1.670	11,5	1-4	75-84,85+
070 -Hepatitis vírica	1.228	8,4		25-34,35-44
042 -Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [vih]	1.204	8,3	35-44	45-54
079 -Infección viral en otras enfermedades	719	4,9		<1
009.-Infecciones intestinales mal definidas	546	3,8		1-4
011.-Tbc pulmonar	535	3,7		
003 -Otras infecciones de salmonella	317	2,2		5-14
075.-Mononucleosis infecciosa	247	1,7		15-24
047.-Meningitis enterovírica	224	1,5		
053.-Herpes zoster	216	1,5		
Total	14.538	100		

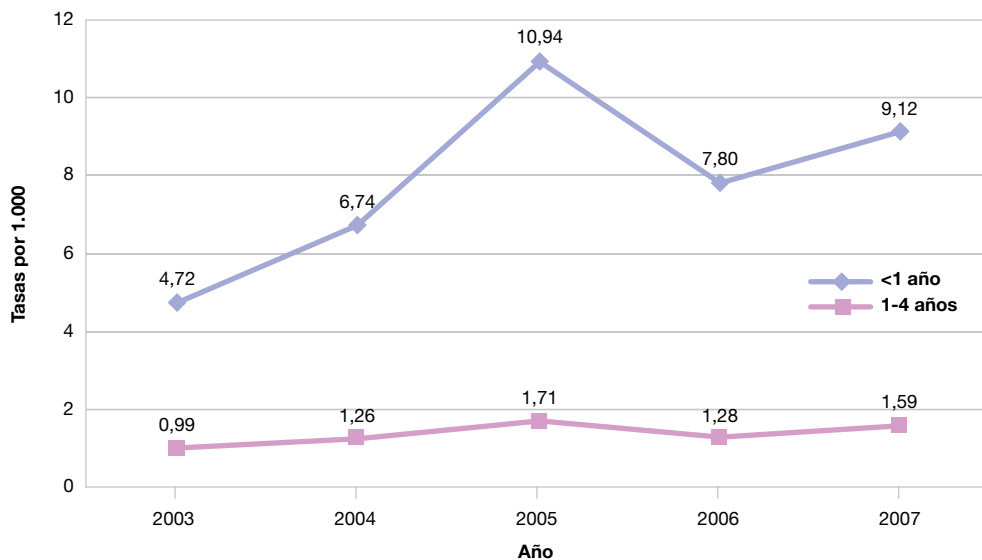


Figura 7.6. Morbilidad hospitalaria por rotavirus (CIE-9-MC: 008.61). Tasas por mil en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2007.

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 supone el 2,4% del total de los 600 mil años de vida ajustados por discapacidad perdidos en la población madrileña en el año 2006. Tiene especial relevancia en los varones adultos. Antes de los 30 años de edad el componente principal es la mala salud. A partir de esa edad el impacto de la mortalidad, en términos de años de vida perdidos, pasa a ser preponderante en el indicador (figura 7.7).

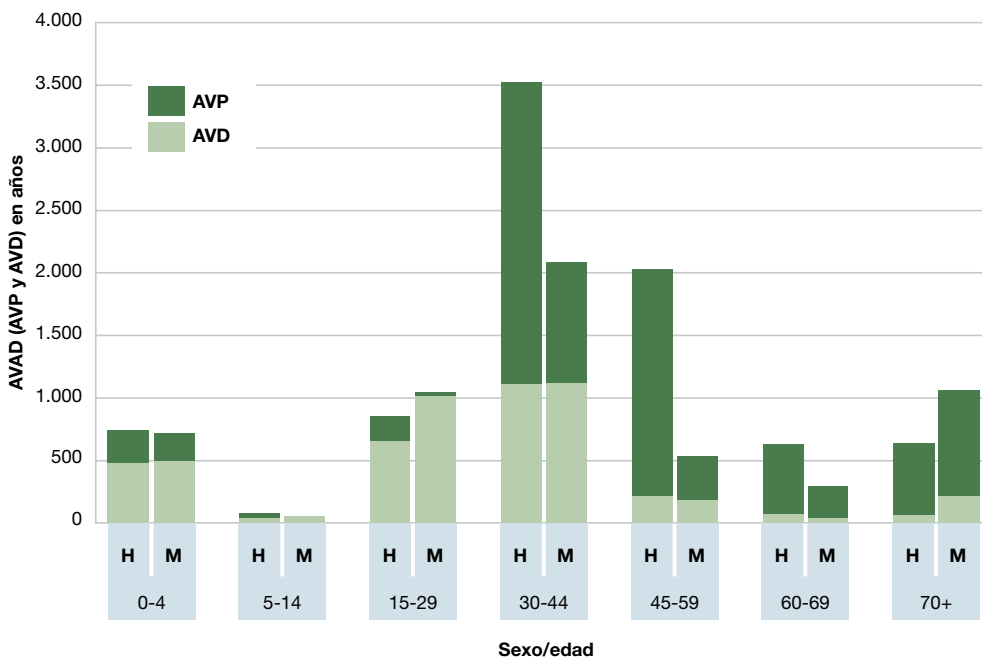


Figura 7.7. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades infecciosas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

7.2. Coberturas vacunales

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

En 2007 se ha implantado un protocolo de vacunación con triple vírica para niños alérgicos al huevo.

La vacuna triple vírica se cultiva en embrión de pollo. Los niños alérgicos al huevo eran vacunados con una vacuna triple vírica cultivada en células diploides humanas que desapareció del mercado en febrero de 2004; desde entonces se les administraba una vacuna, exenta de huevo, frente a sarampión-rubéola (quedando desprotegidos frente a parotiditis). Posteriormente la Dirección General de Salud Pública recomendó vacunar a todos los niños con alergia al huevo con vacuna tradicional. En mayo de 2007 se ha puesto en marcha un Protocolo de Vacunación con triple vírica en niños alérgicos al huevo que establece los criterios de derivación a los hospitales de referencia: los únicos niños que necesitan vacunarse en un hospital son los que han tenido reacciones cardiorrespiratorias graves tras la ingesta de huevo. Sólo los niños que hayan tenido una reacción anafiláctica con una dosis de triple vírica no deben ser vacunados con una segunda dosis.

Con la implantación del protocolo de vacunación en niños alérgicos al huevo se ha conseguido que estos niños se vacunen con vacuna triple vírica tradicional, si bien se observa que la derivación no cumple el protocolo establecido. Sólo el 8% tiene antecedentes de reacción cardiorrespiratoria previa. Las reacciones adversas registradas son mínimas y leves; tan sólo el 1% (2 niños) ha presentado reacción local y ningún niño ha presentado reacción adversa sistémica ni ha necesitado tratamiento médico.

7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

En la figura 7.8 se presentan los datos de cobertura de vacunación infantil de calendario en 2007. 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. Comparando las coberturas con el año 2006 se aprecia que en 2007 han sido más bajas en algunas de las vacunas, destacando la bajada en las dosis de los 15 meses, 18 meses y 4 años y de ellas la que alcanza una cobertura más baja es la varicela a los 15 meses (79,1%). En cambio para la vacuna Tda a los 14 años se ha observado un aumento respecto a 2006 (79,4% en 2007 y 73,2% en 2006). Las diferencias de coberturas por Áreas de Salud (figura 7.9) no puede determinarse si se debe a un peor registro o si realmente es menor por motivos de accesibilidad, sociales o culturales.

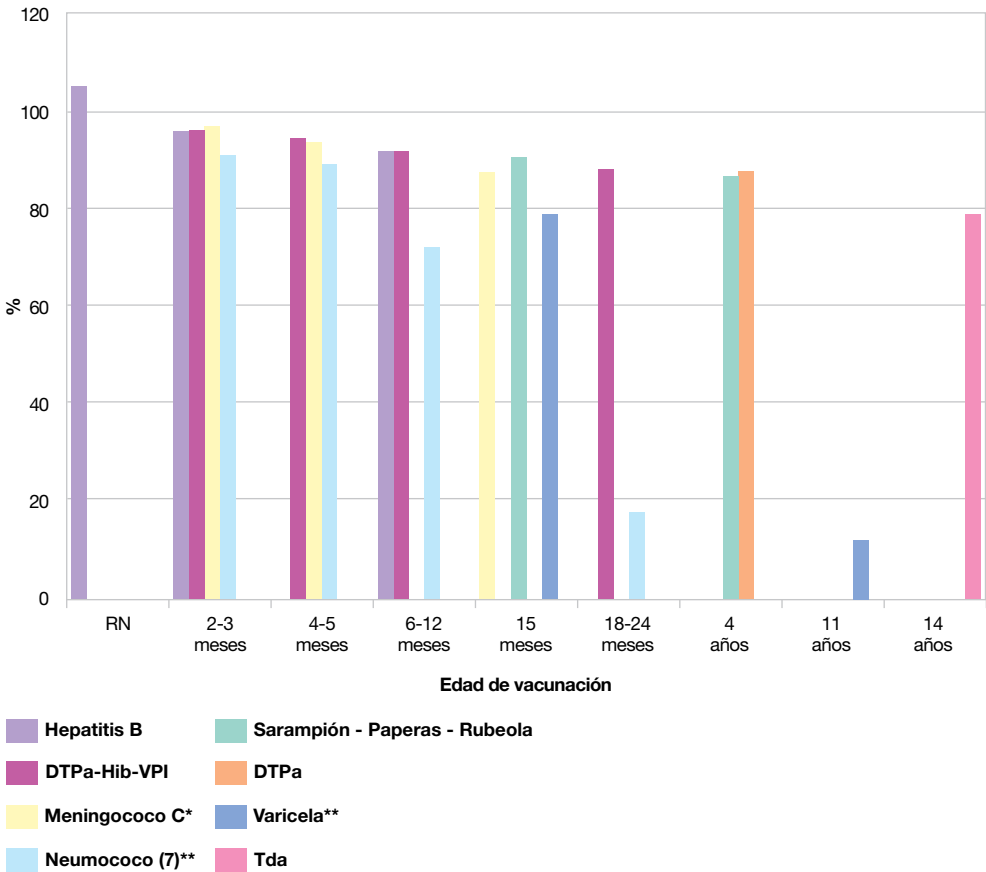


Figura 7.8. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2007.

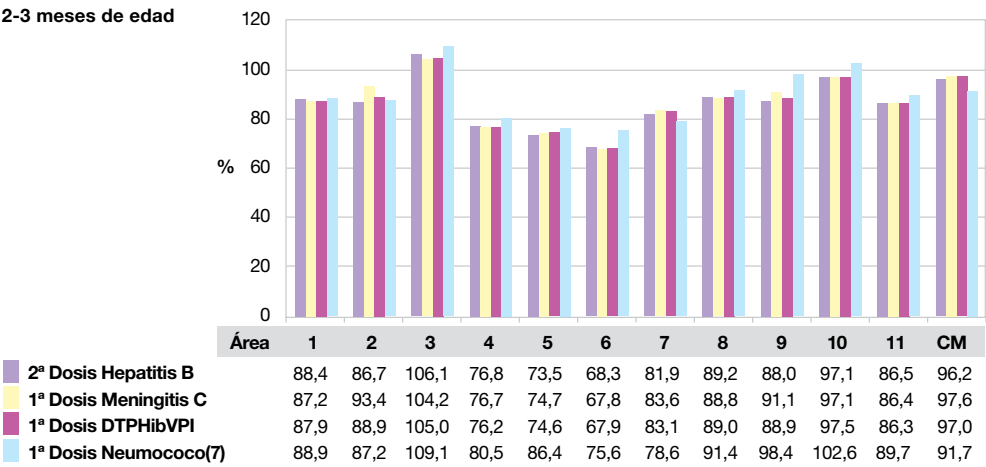
Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

* Tercera dosis de julio a diciembre por cambio de pauta
** Declaración nominal desde el 1 de noviembre de 2006

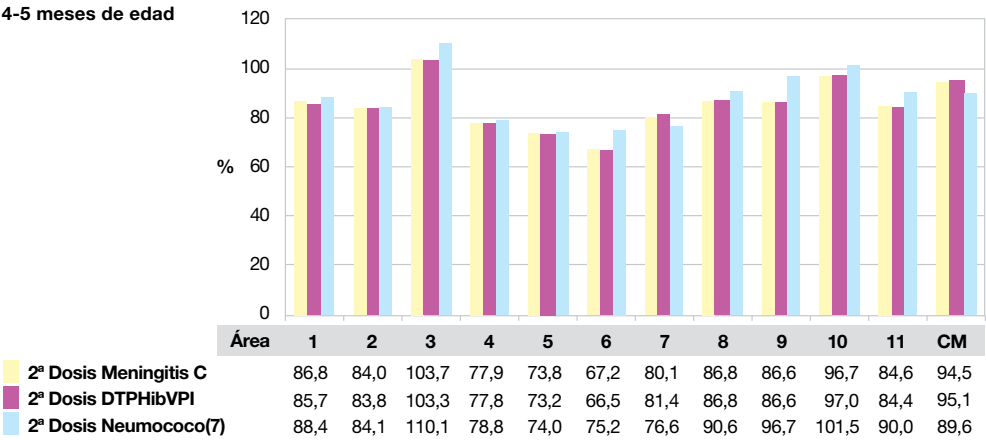
Figura 7.9. Cobertura de vacunación infantil de calendario por acto vacunal, por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad

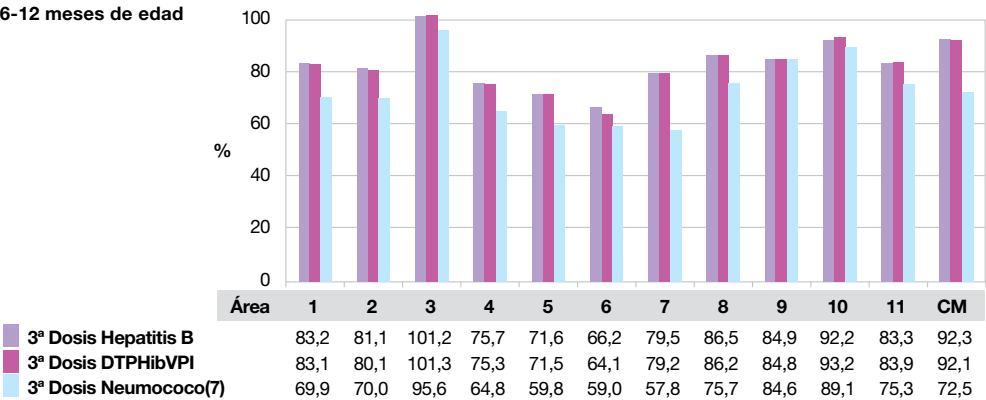
2-3 meses de edad



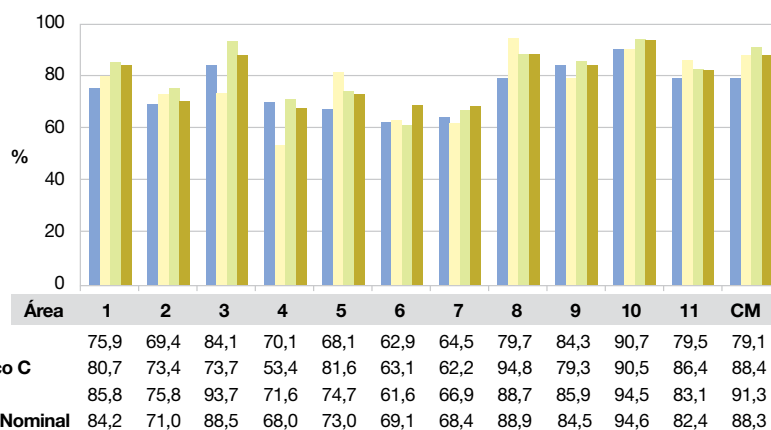
4-5 meses de edad



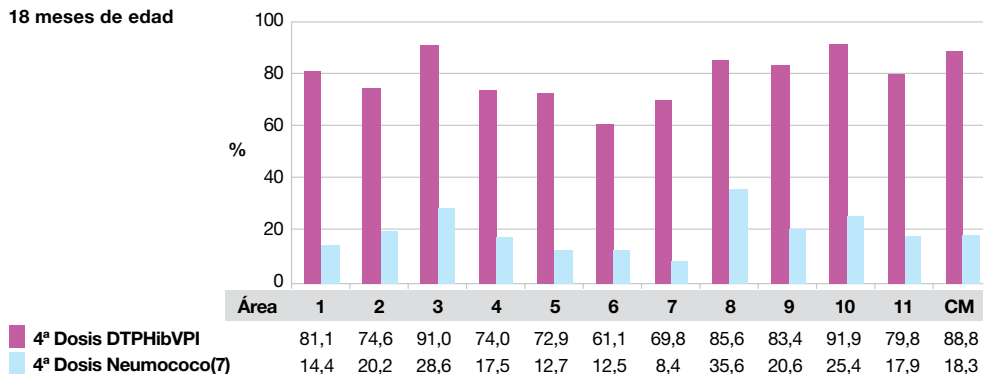
6-12 meses de edad



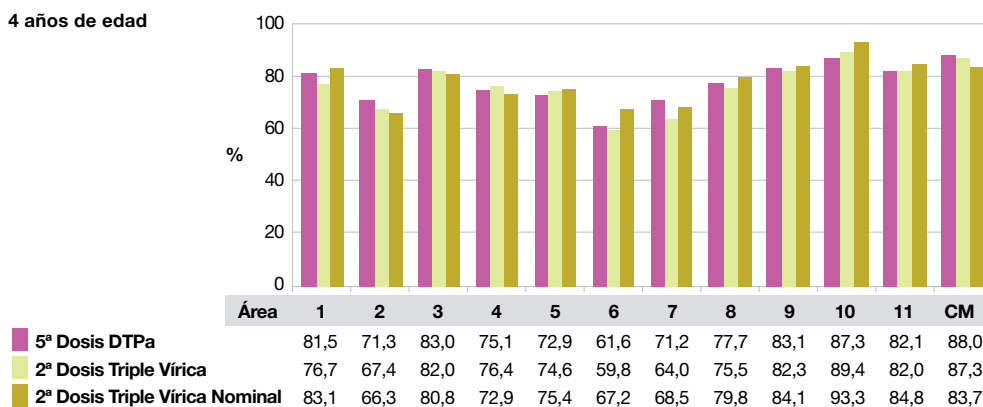
15 meses de edad



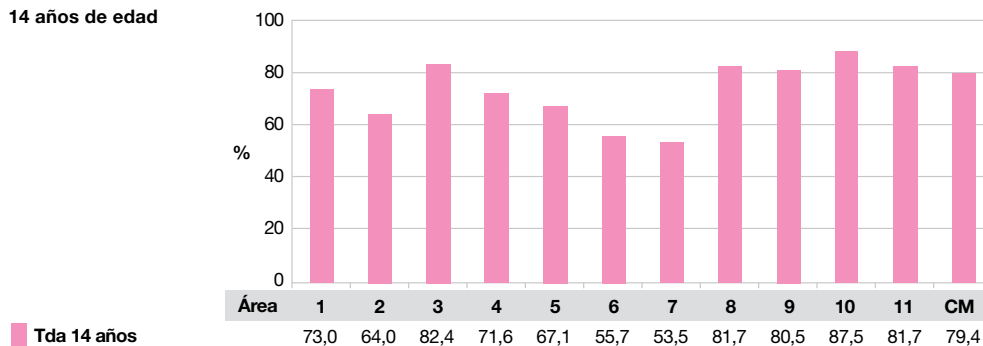
18 meses de edad



4 años de edad



14 años de edad



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 por edad tienen un mayor riesgo de tener complicaciones asociadas. Hasta el año 2005 la edad de vacunación en mayores estaba fijada a partir de los 65 años y en 2005 se amplió la vacunación a las personas mayores de 59 años. Desde el año 2003 en la campaña de vacunación antigripal se ha asociado la vacuna antineumocócica. Inicialmente fue dirigida a mayores de 75 años, en 2004 a mayores de 65 años y a partir de 2005 se ha ampliado la campaña a las personas de 60 ó más años. Para ambas enfermedades, por debajo de esas edades se recomienda la vacunación de personas incluidas en los grupos de riesgo.

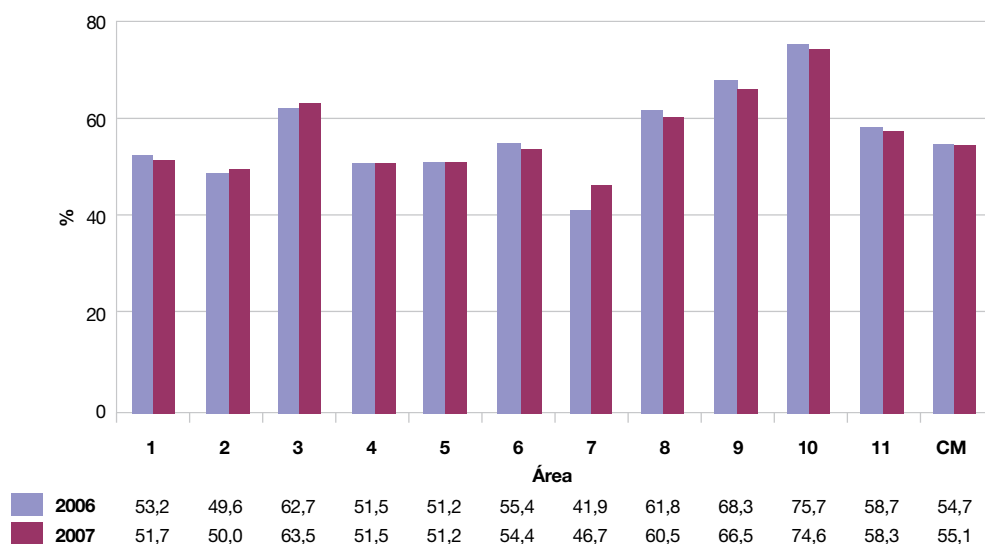
En 2007 la cobertura de vacunación antigripal en las personas de 60 ó más años ha sido de 55,1% (figura 7.10).

En la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 (ERSM-2007) se incluyó una pregunta relativa a la vacunación frente a la gripe en la campaña de 2006. Según los resultados de esta encuesta se vacunó un 51,7% (IC95%: 50,2-53,1) de la población total mayor de 15 años que reunía los criterios para vacunarse de la gripe disponibles en la encuesta, es decir, ser mayor de 60 años o padecer diabetes mellitus, asma, bronquitis crónica/enfisema, patologías cardíacas, patología cerebrovascular o enfermedades crónicas del riñón. No hay diferencias por sexo. La figura 7.11 muestra la cobertura vacunal por grupos de edad para hombres y mujeres. Los trabajadores manuales se han vacunado más frecuentemente que los no manuales (53,6%; IC95%: 51,5-55,6 frente a 50,2%; IC95%: 48,1-52,3; $p=0,025$). Los inmigrantes se han vacunado menos frecuentemente, pero las diferencias con los de origen español no alcanzan la significación estadística.

Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando que sólo es necesaria una dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2007, para las personas de 60 ó más años de edad, alcanzaría el 61,4% (figura 7.12).

Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en la población de 60 y más años, por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad.



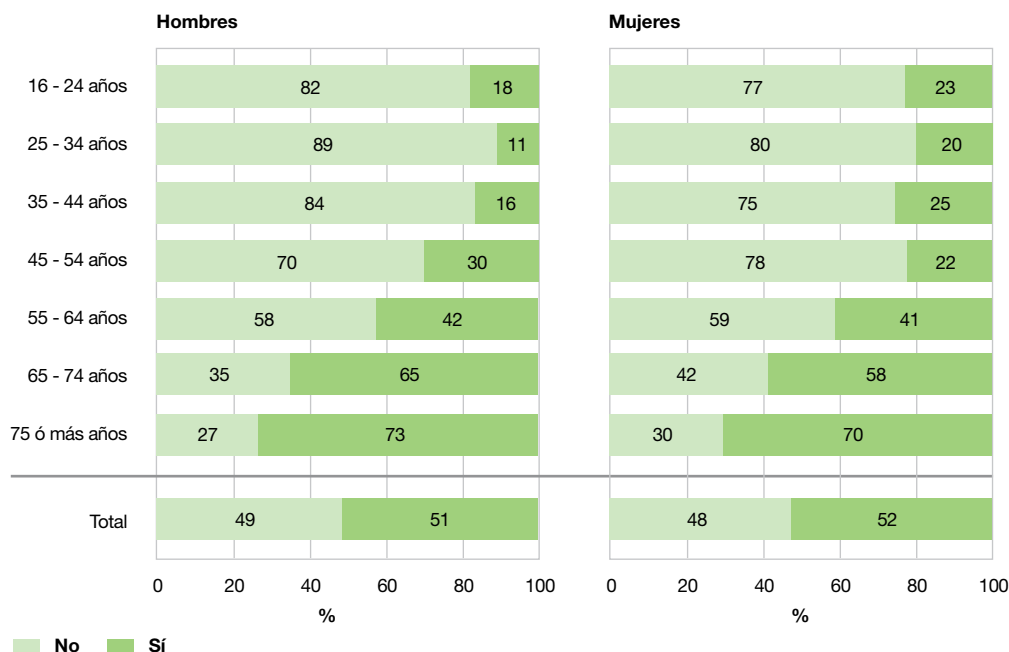


Figura 7.11. Cobertura de vacunación antigripal en la población de 16 y más años, por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: ERSM-2007. Elaboración: Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública

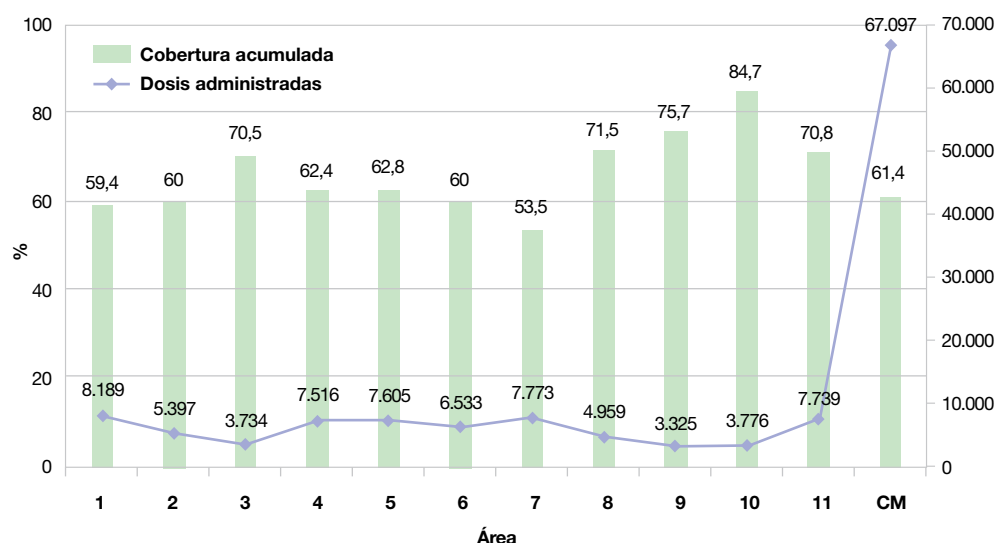


Figura 7.12. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años, y dosis de vacuna administradas, por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2003-2007.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

7.2.2.2. Parotiditis

La vacunación sistemática en España con la vacuna triple vírica se instauró en 1981, para los niños de 15 meses de edad. Desde entonces, la disminución de casos de parotiditis no ha sido tan marcada como en el caso del sarampión y la rubéola, y en 2006 se ha detectado una situación de brote epidémico en la Comunidad de Madrid, similar a la detectada en otras Comunidades Autónomas y en otros países europeos.

Esta situación probablemente se ha visto favorecida por múltiples factores. Por un lado se ha producido un aumento de la población susceptible debido a la existencia de personas no inmunizadas, porque no han pasado la enfermedad y/o no han sido vacunadas, generalmente adultos jóvenes. Además, la inmunidad frente a la parotiditis puede no ser completa y es posible padecer reinfecciones. Por otro lado, la vacuna contra la parotiditis no es totalmente efectiva: la

cepa Rubini es menos eficaz que la cepa Jeryl-Lynn, que tampoco alcanza una protección total y, además, circulan simultáneamente diferentes genotipos frente a los que los anticuerpos generados por la vacuna no confieren protección. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta en la mejora de las estrategias de salud pública para la vigilancia y control de la parotiditis.

En la Comunidad de Madrid en la primavera de 2007 se realizó una intervención poblacional para reforzar la inmunidad de los casos que no tuvieran documentada la administración de dos dosis de vacuna con la cepa Jeryl Lynn, Urabe o RIT 4385. Por ello se recomendó la vacunación en aquellos grupos de edad que habían recibido una sola dosis de vacuna o que habían recibido dos dosis pero una de ellas contenía la cepa Rubini frente a la parotiditis, de menor efectividad y que por ello se retiró del mercado español. Los grupos fueron los siguientes:

- Personas nacidas entre 1 de enero de 1995 y 31 de diciembre de 1998 (con edades entre 9 y 12 años en 2007).
- Personas nacidas entre 1 de enero de 1985 y 31 de diciembre de 1989 (con edades entre 22 y 19 años en 2007).

En total a lo largo de 2007 se han administrado 83.252 dosis a la cohorte de 9 a 12 años y 30.722 a la de 19 a 22.

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, parotiditis, rubéola y sarampión

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea en el año 2002. Las principales actuaciones que deben ser implantadas o mantenidas hasta que se formulen las estrategias de la post-certificación mundial, con el objetivo de reducir el riesgo potencial de transmisión de poliovirus salvaje en caso de una importación, son las siguientes:

1. Mantener altas coberturas en los programas de vacunación de rutina para prevenir la transmisión de poliovirus salvaje tras una importación y para prevenir la circulación de poliovirus derivados de la vacuna.

- Mantener coberturas superiores al 90% con tres dosis de vacuna de polio inactivada en menores de 1 año.

- Poner especial atención en medir la cobertura de vacunación en poblaciones de alto riesgo.

- Realizar acciones correctoras de vacunación en niños no vacunados o mal vacunados.

- Actuaciones en caso de viajeros residentes en España que se dirigen a un país endémico o recientemente endémico.

2. Mantener un sistema de vigilancia de alta calidad que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje o la circulación de poliovirus derivados de la vacuna.

- Mantener el Sistema de Vigilancia activa de la parálisis flácida aguda.

- Mantener el Sistema de Vigilancia de enterovirus en muestras clínicas.

3. Asegurar que existe una adecuada contención de poliovirus salvaje en los laboratorios.

En la Comunidad de Madrid en 2007 se han detectado 6 casos de **parálisis flácida aguda** en menores de 15 años (0,66 casos por 100.000). Tres de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia y otros 3 se detectaron en la revisión del CMBD. Todos se han clasificados como ‘descartados’ de polio.

En 2007 se ha notificado un caso de **tétanos** (no se notificaba ninguno desde 2002) y no se ha notificado ningún caso de **tétanos neonatal**. Tampoco se notificaron casos de **difteria**.

En 2007 entre las enfermedades prevenibles por inmunización, hay que destacar la situación de la **parotiditis** (tabla 7.5 y figura 7.13), cuya tasa de incidencia prácticamente se ha doblado con respecto a 2006 (año en el que ya se percibía un aumento claro de esta enfermedad) y que ha experimentado un aumento ligeramente mayor que el detectado en España. En 2007 se detectaron 29 brotes de parotiditis con 516 casos (21 brotes en centros escolares con 485 casos). El número de casos asociados fue 2,15 veces superior al observado en 2006. Se ha afectado tanto la población no vacunada como la población vacunada que había recibido una o dos dosis de vacuna. La mayor parte de los casos ha aparecido en población joven vacunada que no había recibido dos dosis de vacuna altamente inmunógena frente a parotiditis. Asimismo, cabe destacar la elevada proporción de casos que habían recibido dos dosis de vacuna que

probablemente incluían cepas altamente inmunógenas, lo que refleja que la efectividad de esta vacuna es limitada.

En 2007 se han notificados 9 casos de **rubéola** (figura 7.13). Afectó principalmente a niños no vacunados menores de 16 meses de edad y en mayores de 20 años sólo se produjo un caso. No se ha notificado ningún caso de **rubéola congénita**.

Se ha notificado un solo caso de **sarampión** en 2007, tras el brote de 2006 originado a partir de un caso importado del Reino Unido y en el que se notificaron 174 casos.

La incidencia de **tos ferina** (tabla 7.5 y figura 7.13) ha sido prácticamente el doble que en 2006 y que la observada a nivel nacional (razón de tasas: 2,2), pero ligeramente menor que la mediana del quinquenio 02-06. Aunque la incidencia más alta se observa en los niños menores de un año, cabe destacar el incremento en la incidencia en el grupo de 10 a 14 años, situación descrita en los últimos años en diversos países de nuestro entorno. Se notificaron 9 brotes de tos ferina con 44 casos, 5 en centros escolares (32 casos) y el resto familiares.

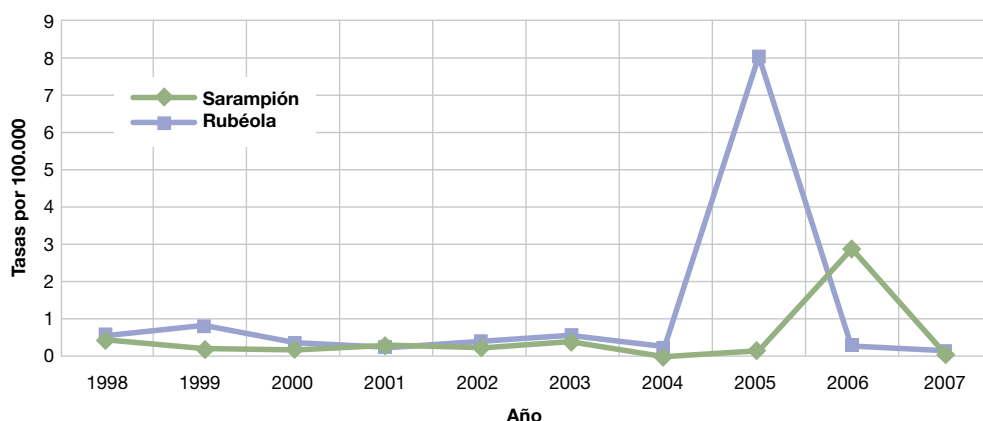
Tabla 7.5. Incidencia de parotiditis y tos ferina por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

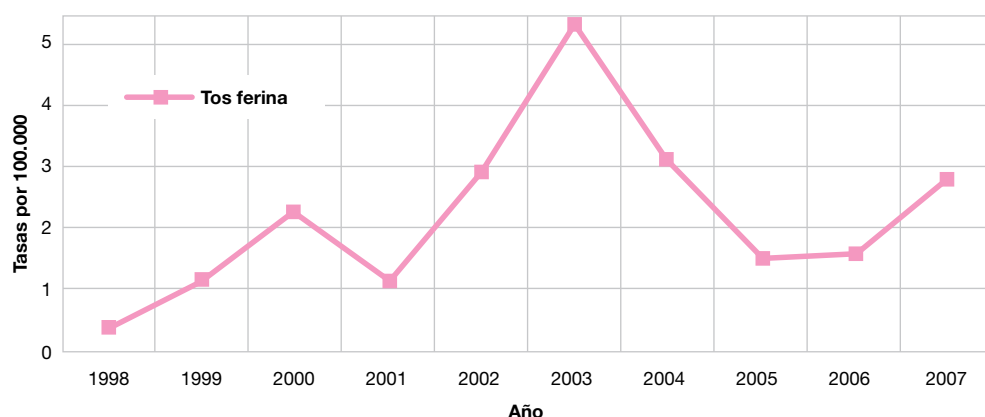
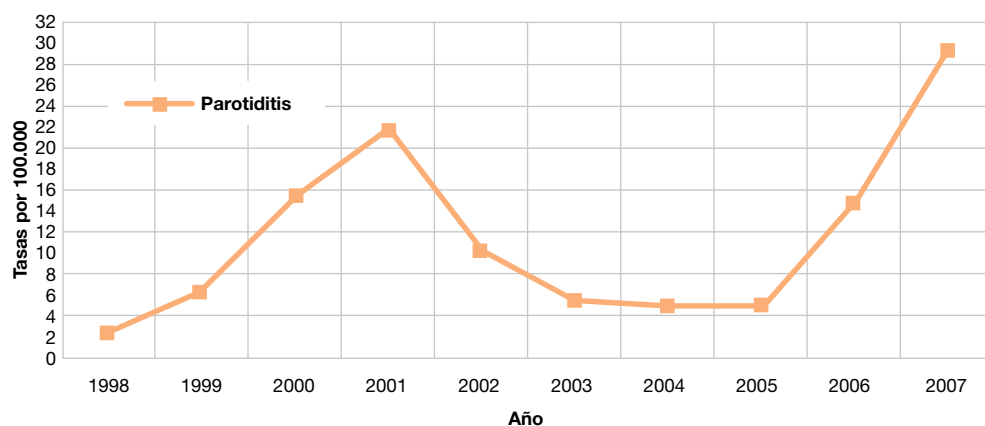
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Parotiditis		Tos ferina	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	62	8,2	3	2,7
Área 2	175	39,4	6	10,3
Área 3	109	31,1	41	73,8
Área 4	197	34,2	2	2,4
Área 5	267	35,5	6	5,2
Área 6	378	58,1	53	43,0
Área 7	196	36,8	4	7,2
Área 8	95	20,1	4	5,8
Área 9	115	28,9	2	3,3
Área 10	37	11,3	3	5,8
Área 11	151	18,3	19	16,2
CM	1.791	29,4	169	2,8
España	10.343	23,4	554	1,3

Figura 7.13. Evolución de la incidencia de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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





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

En el año 2007, la incidencia de meningitis vírica fue de 2,83 casos por 100.000 habitantes, lo que supone una importante disminución respecto al año anterior (tabla 7.6 y figura 7.14). En el año 2006 se observó una ligera onda epidémica, no sólo en la Comunidad de Madrid, sino también a nivel nacional. En el Laboratorio de Referencia de Enterovirus del Centro Nacional de Microbiología se identificaron como serotipos predominantes el echovirus 30 y el echovirus 6, ambos frecuentemente identificados en España.

En 2007 se han registrado 3 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, todos ellos adultos que evolucionaron favorablemente.

La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2006 (tablas 7.6 y 7.7) ha sido de las más bajas de los últimos años (1,60 casos por 100.000 habitantes), siendo especialmente baja la debida al serogrupo C (0,05). En la temporada actual no se han registrado casos en los menores de 25 años por este serogrupo (tabla 7.8) y además no se han observado fallecidos por esta causa. La evolución de la enfermedad por serogrupo C muestra una importante reducción de la incidencia y la mortalidad, tras la vacunación introducida a finales del año 2000 (tabla 7.9). Desde entonces hasta la temporada actual, en la Comunidad de Madrid se han presentado once fracasos vacunales confirmados y cinco probables. La mayoría de los fracasos vacunales

confirmados se han presentado en la temporada 2003-04, no habiéndose registrado fracasos vacunales en la temporada actual, lo que puede deberse a la mejora en la protección conferida por la vacuna con la nueva pauta vacunal introducida en noviembre de 2006.

En el año 2007 se han notificado 46 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*), lo que supone una incidencia de 0,8 por 100.000 (tabla 7.6). Se han registrado 5 fallecimientos por esta causa. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Listeria monocytogenes*.

En febrero de 2007 se introdujo como EDO la enfermedad neumocócica invasora y la incidencia registrada ha sido de 9,7 por 100.000 (tabla 7.6). Los grupos de edad con mayor incidencia fueron los menores de 5 años (32,9) y los mayores de 59 (17,4). La forma de presentación más frecuente fue la neumonía bacteriémica (48,5%), seguida de la bacteriemia sin foco (21,7%), meningitis (7,6%) y sepsis (7,1%). Las meningitis y sepsis fueron más frecuentes en menores de 1 año (43,7%) que en el resto de edades (figura 7.15). La letalidad global fue del 11,0%, y fue mayor en los grupos de mayor edad, en los casos con antecedentes patológicos y en determinadas formas clínicas (sepsis: 33,0%, meningitis: 15,6%, bacteriemia: 15,6%).

La incidencia por serotipos incluidos en la vacuna conjugada neumocócica 7-valente (VCN7) fue de 1,6 casos por 100.000 habitantes y de 7,0 casos para el resto de serotipos. Los serotipos incluidos en la VCN7 fueron responsables del 9% de los casos en el grupo diana para la vacunación sistemática (nacidos después de noviembre de 2004) y los incluidos en la vacuna polisacárida causaron el 81,8% de casos en mayores de 59 años. No se registró ningún caso por serotipo vacunal en niños vacunados con al menos una dosis de VCN7. Se observó una proporción considerable de casos en niños con vacunación incorrecta de VCN7 para su edad, así como de casos con indicación para recibir la vacuna polisacárida no vacunados, por lo que hay que recordar la importancia de un adecuado seguimiento de las indicaciones y calendarios vacunales (figura 7.16).

Para el periodo 1998-2007 utilizando la información del CMBD se han registrado 24.147 casos de enfermedad invasora por neumococo, con una incidencia media anual de 43,16 casos por 100.000 (tabla 7.10 y figura 7.17).

	Meningitis víricas		Enfermedad neumocócica invasora		Enfermedad meningocócica		Otras meningitis bacterianas	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	7	0,9	76	10,1	14	1,9	2	0,3
Área 2	7	1,6	33	7,4	9	2,0	2	0,4
Área 3	29	8,3	25	7,1	5	1,4	3	0,9
Área 4	6	1,0	93	16,1	13	2,3	3	0,5
Área 5	13	1,7	31	4,1	10	1,3	4	0,5
Área 6	21	3,2	57	8,8	9	1,4	6	0,9
Área 7	13	2,4	48	9,0	7	1,3	4	0,8
Área 8	25	5,3	51	10,8	5	1,1	5	1,1
Área 9	21	5,3	44	11,1	7	1,8	10	2,5
Área 10	3	0,9	26	7,9	6	1,8	0	0,0
Área 11	27	3,3	95	11,5	11	1,3	6	0,7
CM	172	2,8	590	9,7	96	1,6	46*	0,8*
España	ND		ND		830	1,9	ND	

* Se desconoce el área de residencia en 1 ó más casos. ND: no disponible

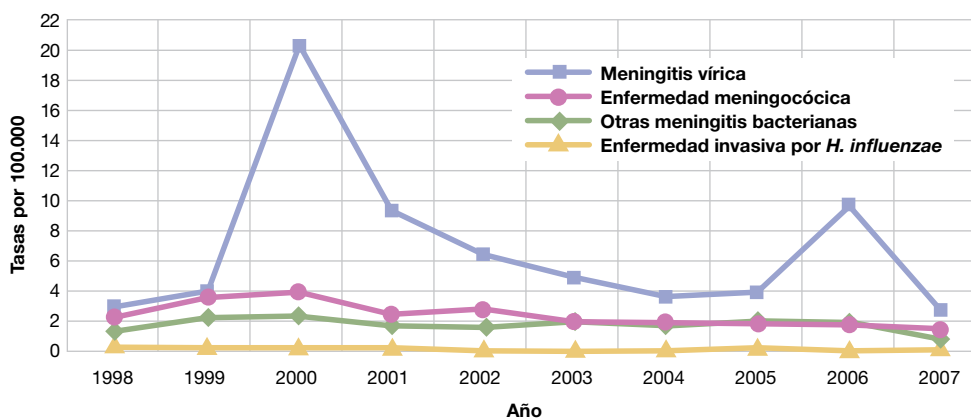


Tabla 7.6. Incidencia de meningitis víricas, enfermedad neumocócica invasora, enfermedad meningocócica y otras meningitis bacterianas por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

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

Figura 7.14. Evolución de la incidencia de enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por H. influenzae, otras meningitis bacterianas y meningitis víricas. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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

	Casos	Tasas por 100.000	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	66	1,10	8	12,1
Serogrupo C	3	0,05	0	0
Serogrupo Y	1	0,02	0	0
Sin serogrupar	7	0,12	0	0
Total confirmados	77	1,28	8	10,4
Sospechas clínicas	19	0,32	2	10,5
Total	96	1,60	10	10,4

Tabla 7.7. Incidencia y letalidad de enfermedad meningocócica por serogrupo. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07.

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

Edad	Serogrupo B		Serogrupo C		Sin grupar		Confirmados		Sospechas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	20	28,78	0	0	1	1,44	21	30,22	2	2,88
1-4	22	8,04	0	0	0	0	22	8,04	6	2,19
5-9	3	1,09	0	0	2	0,73	5	1,82	3	1,09
10-14	2	0,73	0	0	0	0	2	0,73	3	1,1
15-19	5	1,69	0	0	1	0,34	6	2,02	2	0,67
20-24	2	0,51	0	0	1	0,25	3	0,76	1	0,25
25-44	4	0,19	2	0,09	0	0	6	0,28	1	0,05
45-64	3	0,21	0	0	0	0	3	0,21	1	0,07
>64	5	0,58	1	0,12	2	0,23	9	1,04	0	0
Total	66	1,1	3	0,05	7	0,12	77	1,28	19	0,32

Tabla 7.8. Incidencia de enfermedad meningocócica según serogrupo y edad. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07.

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

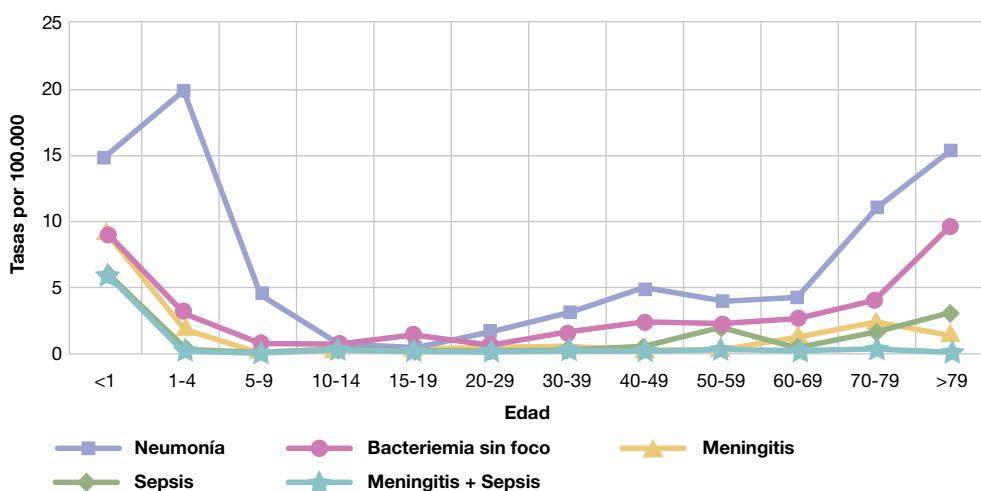
Tabla 7.9. Evolución de la incidencia de enfermedad meningocócica según serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2006-07.

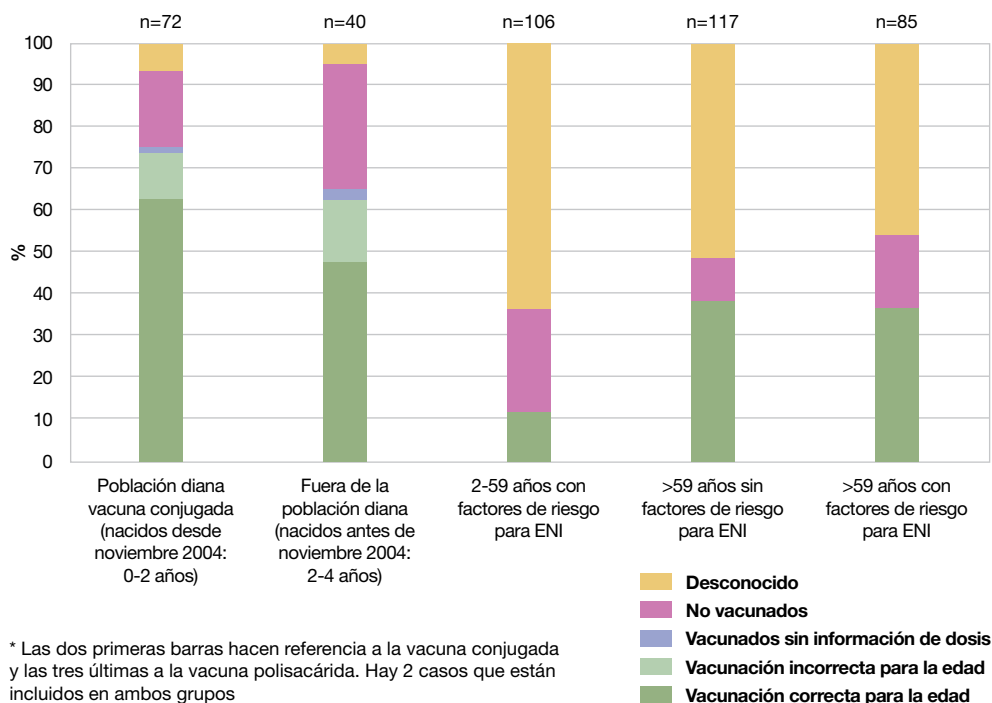
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Temporadas		Serogrupo					Sin Grapar	Total Confirmados	Sospechas clínicas	Total
		A	B	C	Y	W135				
1996-1997	Casos	0	49	118	0	0	7	174	98	272
	Tasas	-	0,98	2,35	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42
1997-1998	Casos	0	55	21	2	0	6	84	38	122
	Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	0,12	1,65	0,75	2,4
1998-1999	Casos	1	62	32	0	0	12	107	34	141
	Tasas	0,02	1,2	0,62	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74
1999-2000	Casos	0	68	64	2	0	7	141	66	207
	Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	0,13	2,71	1,27	3,98
2000-2001	Casos	0	58	41	1	0	3	103	43	146
	Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	0,06	1,92	0,8	2,72
2001-2002	Casos	1	59	53	1	1	11	126	33	159
	Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	0,2	2,28	0,6	2,88
2002-2003	Casos	0	48	23	1	2	13	87	17	104
	Tasas	-	0,84	0,4	0,02	0,03	0,23	1,52	0,3	1,82
2003-2004	Casos	1	52	32	1	4	8	98	20	118
	Tasas	0,02	0,9	0,55	0,02	0,07	0,14	1,69	0,34	2,03
2004-2005	Casos	0	67	16	2	1	4	90	15	105
	Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	0,07	1,55	0,26	1,81
2005-2006	Casos	0	45	12	2	0	8	67	24	91
	Tasas	-	0,75	0,2	0,03	-	0,13	1,12	0,4	1,51
2006-2007	Casos	0	66	3	1	0	7	77	19	96
	Tasas	-	1,1	0,05	0,02	-	0,12	1,28	0,32	1,6

Figura 7.15. Incidencia de enfermedad neumocócica invasora por forma de presentación clínica y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

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



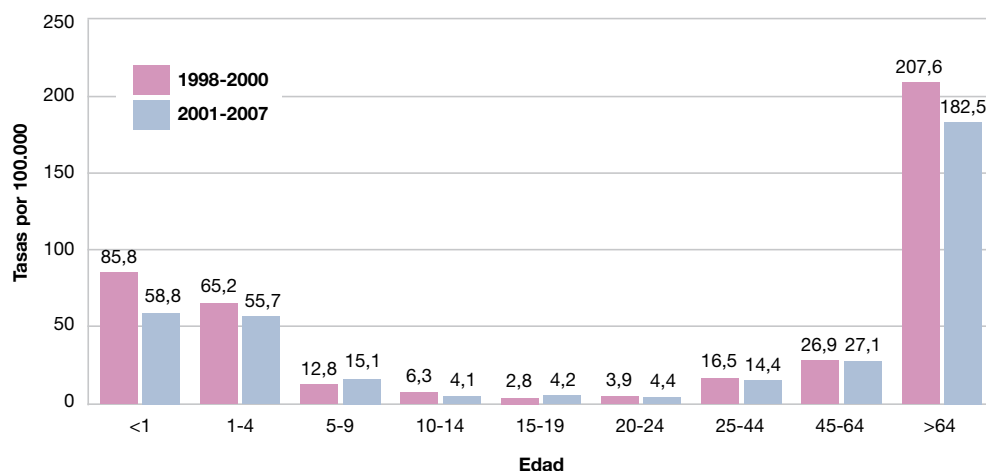


* Las dos primeras barras hacen referencia a la vacuna conjugada y las tres últimas a la vacuna polisacárida. Hay 2 casos que están incluidos en ambos grupos

	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

Tabla 7.10. Evolución de la incidencia de enfermedad neumocócica invasora según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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



Desde el año 2001 se dispone de la vacuna conjugada.

7.3.3. Hepatitis víricas A, B y otras

Se ha observado una leve disminución de **hepatitis A** con respecto a 2006, aunque con una incidencia muy similar a la de España. En cambio la **hepatitis B** y las **otras hepatitis víricas** han mostrado incidencias mayores que en 2006, mayores que en el quinquenio 2002-06 y mayores que en España (tabla 7.11 y figura 7.18).

En 2007 se notificaron 10 brotes de hepatitis A con 38 casos, 4 de ellos en escuelas infantiles (25 casos) y el resto en el ámbito familiar. Dos de los brotes familiares de hepatitis A presentaban antecedentes de viaje o de contacto con casos en países de alta endemia.

Tabla 7.11. Incidencia de hepatitis A, B y otras por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

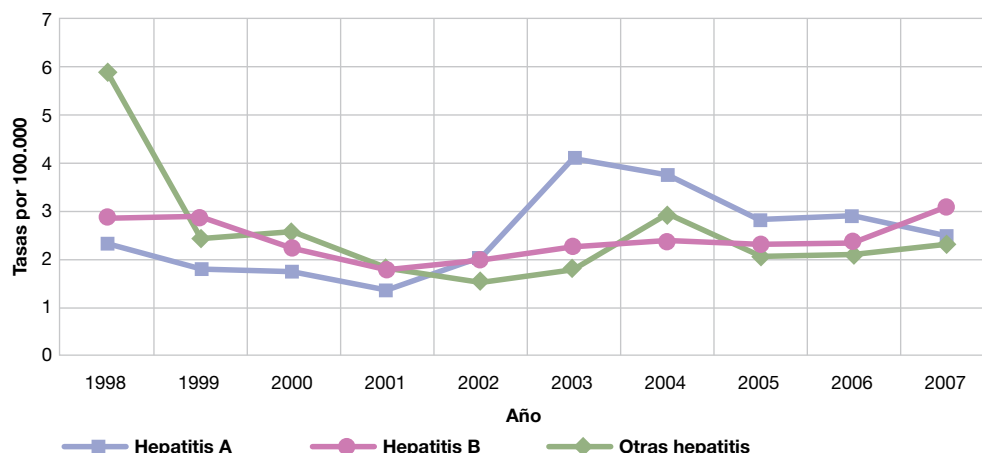
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2007					
	Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis víricas, otras	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	14	1,9	3	0,4	4	0,5
Área 2	11	2,5	17	3,8	6	1,3
Área 3	8	2,3	2	0,6	1	0,3
Área 4	6	1,0	7	1,2	1	0,2
Área 5	17	2,3	15	2,0	14	1,9
Área 6	30	4,6	18	2,8	14	2,2
Área 7	12	2,3	39	7,3	40	7,5
Área 8	10	2,1	19	4,0	12	2,5
Área 9	5	1,3	4	1,0	16	4,0
Área 10	10	3,0	8	2,4	4	1,2
Área 11	27	3,3	52	6,3	26	3,2
CM	150	2,5	186*	3,1*	138	2,3
España	1.002	2,3	931	2,1	698	1,6

* Se desconoce el área de residencia en 1 ó más casos

Figura 7.18. Evolución de la incidencia de hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis víricas. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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



7.3.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe, varicela y legionelosis

En la temporada 2006-07 se ha detectado actividad epidémica gripal, de nivel medio bajo, durante 6 semanas. El máximo epidémico correspondió a las semanas 5 y 6 de 2007. Se detectó circulación de virus AH3N2 similares a A/Wisconsin/67/2005 (tablas 7.12 y 7.13 y figuras 7.19 y 7.20).

La incidencia de **varicela** en 2007 ha sido menor que la detectada en 2006, un 50,5% menor que la mediana del quinquenio 2002-06 y similar a la incidencia de España (tabla 7.12 y figuras 7.21 y 7.22).

La **legionelosis** ha presentado una incidencia menor que la mediana del quinquenio anterior (en 2005 y 2006 se apreciaba una tendencia ascendente que desaparece en 2007) (figura 7.23). La incidencia ha sido menor que la observada en España, algo que ya ocurría en años anteriores (tabla 7.12). De los 58 casos de legionelosis notificados en 2007, seis se presentaron en el contexto de brotes epidémicos (dos brotes relacionados con hoteles y uno con un balneario, todos ellos fuera de la Comunidad de Madrid). En 2007 no se produjo ningún brote de legionelosis con el riesgo localizado en la Comunidad de Madrid. No se ha notificado ningún caso nosocomial.

	Gripe*		Varicela*		Legionelosis	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	6.283	834,7	2.304	306,1	6	0,8
Área 2	5.392	1.212,9	1.698	382,0	6	1,3
Área 3	5.552	1.584,9	1.239	353,7	7	2,0
Área 4	5.682	986,6	1.190	206,6	6	1,0
Área 5	9.275	1.233,4	2.567	341,4	1	0,1
Área 6	8.559	1.314,8	2.778	426,8	9	1,4
Área 7	9.750	1.829,6	1.416	265,7	6	1,1
Área 8	5.903	1.249,1	1.476	312,3	3	0,6
Área 9	4.755	1.196,0	1.907	479,7	4	1,0
Área 10	2.163	658,0	649	197,4	2	0,6
Área 11	9.983	1.212,3	2.771	336,5	8	1,0
CM	73.324**	1.205,7	20.002***	328,9	58	1,0
España	681.988	1.541,9	153.099	346,1	1.178	2,7

* Clasificación por área de notificador
** Se desconoce el área de notificación en 27 casos
*** Se desconoce el área de notificación en 7 casos

Tabla 7.12. Incidencia de gripe, varicela y legionelosis por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

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

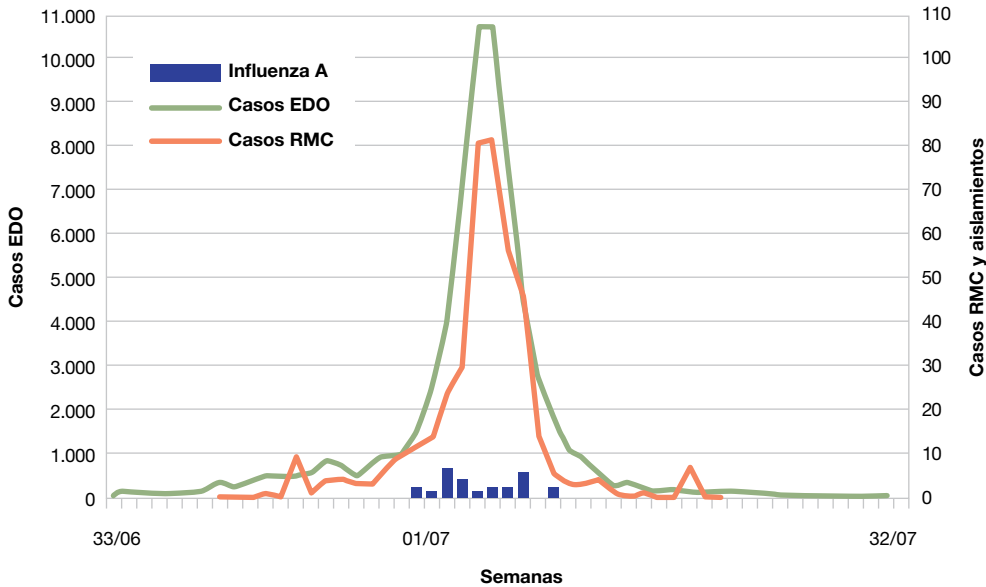


Figura 7.19. Incidencia semanal de gripe según notificaciones al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), a la Red de Médicos Centinelas (RMC) y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red de Médicos Centinelas. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Figura 7.20. Evolución de la incidencia semanal de gripe. N° de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 1997-98 a 2006-07.

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

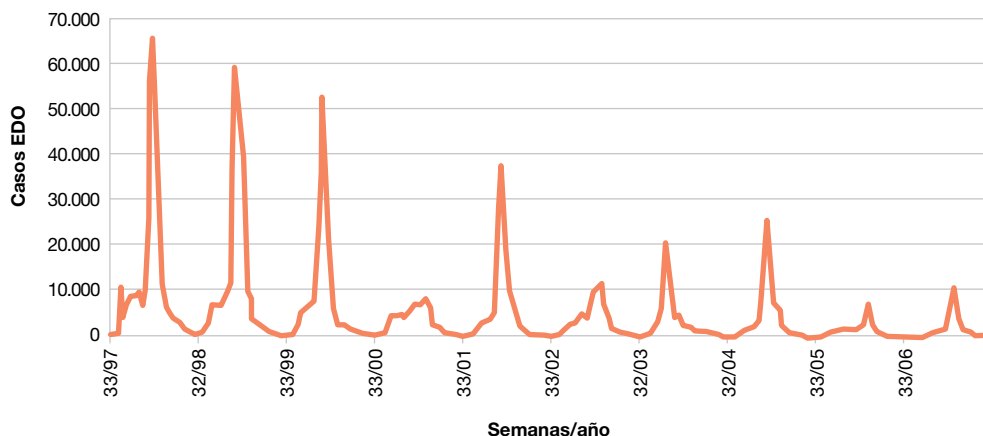


Tabla 7.13. Incidencia de gripe. N° de casos, tasas por 100 mil y pico máximo. Comunidad de Madrid, temporadas 2002-03 a 2006-07.

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

Temporada Epidemiológica	N° casos notificados	Incidencia en la temporada	Pico máximo (Incidencia semanal / semana-año)
2002-03	162.592	2.998,0	223,7 / 9-03
2003-04	162.574	2.842,7	367,7 / 47-03
2004-05	184.701	3.181,8	442,2 / 2-05
2005-06	60.862	1.020,5	116,9 / 10-06
2006-07	65.572	1.090,9	178,6 / 5 y 6-07

Figura 7.21. Evolución de la incidencia semanal de varicela. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2002-2007.

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

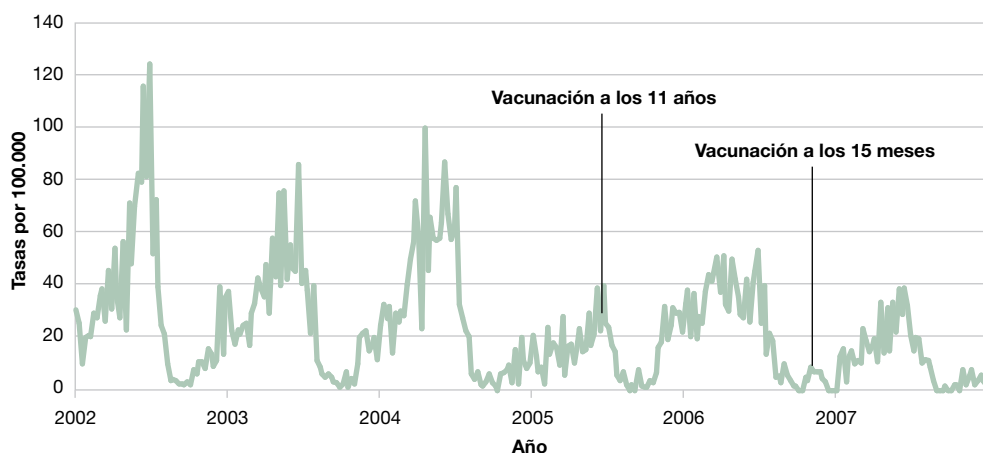
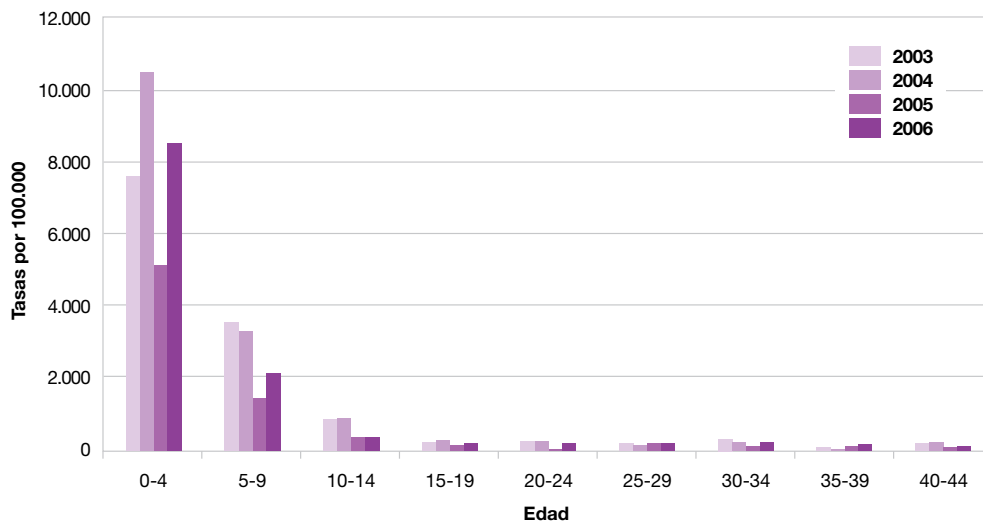


Figura 7.22. Incidencia anual de varicela por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2003-2006.

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



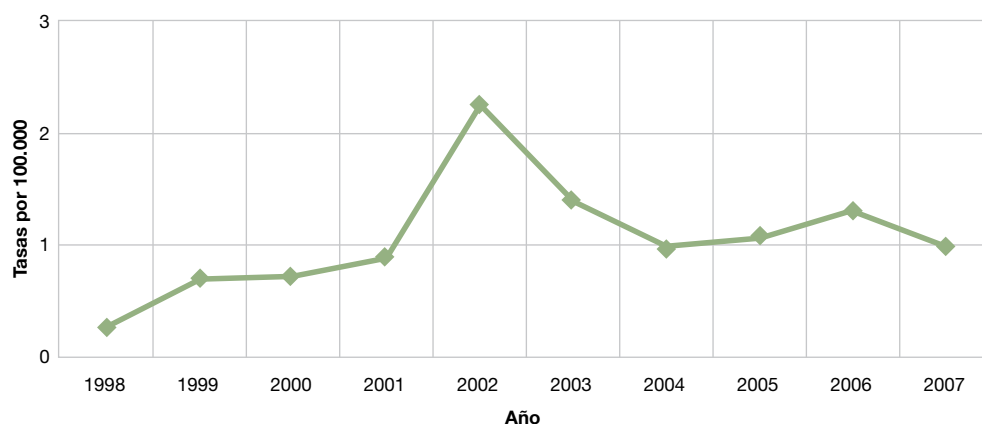


Figura 7.23. Evolución de la incidencia de legionelosis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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

7.3.5. Tuberculosis

Desde el año 1997 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid (figura 7.24). La incidencia anual de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido un 44% desde 1997. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva también han descendido desde 1997, un 39% y 44%, respectivamente.

En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva desde 1997, reduciéndose en un 52% hasta 2007. En mujeres esta disminución ha sido de un 29%. La incidencia en todo el periodo de estudio es siempre mayor en hombres que en mujeres. Este año la incidencia en hombres ha disminuido respecto a 2006 (16%), y ha aumentado en mujeres (4%). Este año por tanto disminuye a 1,5 la razón de incidencias, que en 2006 había sido de 1,8 (figura 7.25).

En cuanto a la distribución por edades (tabla 7.14), en todos los grupos desde 1997, se ha producido una disminución global de la incidencia salvo en los menores de 15 años. El mayor descenso global se ha producido en el grupo de 55 a 64 años, en el que la incidencia ha disminuido un 61%, seguido del grupo de 25 a 34 en el que la incidencia ha disminuido un 54%.

El grupo de edad mayor de 74 años, es el de mayor incidencia desde 1998, seguido del de 25 a 34 años a excepción únicamente de los años 2002, 2005 y 2006 en el que se invirtió el orden. La tasa de incidencia para este grupo de edad en 2007 ha sido de 26,4 casos por 100.000 seguido del grupo de 25 a 34 años con 24,3 casos por 100.000.

La evolución de la incidencia según Áreas y Distritos de Salud puede verse en la tabla 7.15. En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad, con un descenso sostenido desde el año 1994, salvo en 2003 cuando el municipio de Madrid se desmarca con un aumento de la incidencia de un 4% (figura 7.26).

Desde 1997 a 2006 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/SIDA ha disminuido del 27,7% a un 9,3%, y también de forma paralela se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas del 17,2% a un 3,9% en el mismo periodo. Sin embargo, en 2007 los casos de tuberculosis en pacientes con VIH aumenta un 16% y en usuarios de drogas disminuye un 26%. En los pacientes con alcoholismo la tendencia ha sido ligeramente ascendente desde 1996 hasta 2003, año en el que parece que la tendencia se invierte (figura 7.27).

La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1997 (5,8%). En el año 2007 la proporción de extranjeros ha sido de 47,7%. (figura 7.28).

Figura 7.24. Evolución de la incidencia de tuberculosis. Comunidad de Madrid, 1997-2007.

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

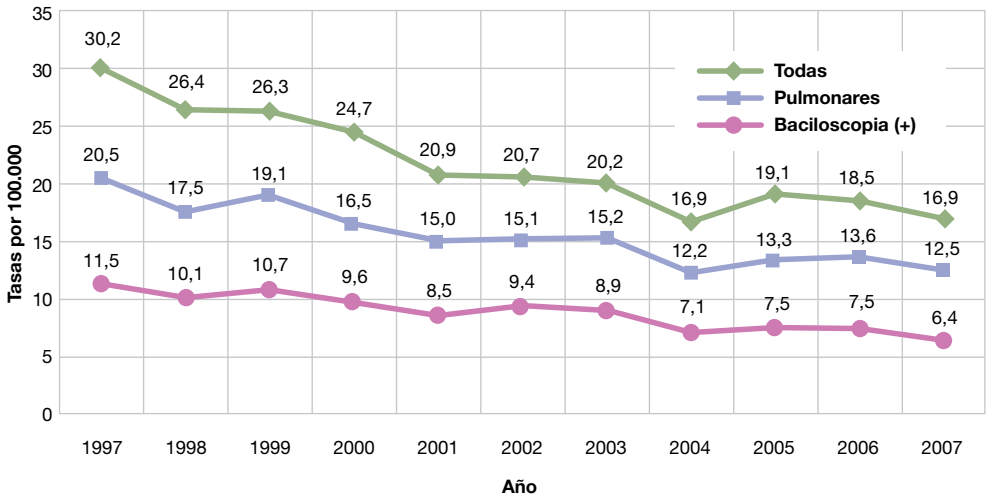


Figura 7.25. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según sexo. Comunidad de Madrid, 1997-2007.

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

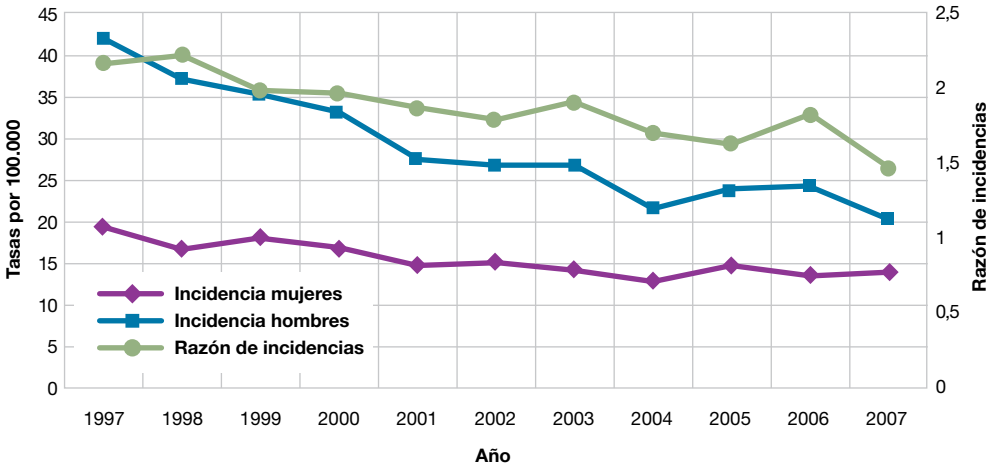


Tabla 7.14. Evolución de la incidencia de tuberculosis según edad. Comunidad de Madrid, 1997-2007.

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

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-4	11,9	15,0	14,1	15,0	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8
5-14	5,4	5,3	5,3	4,4	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7
15-24	18,9	16,8	15,0	14,7	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0
25-34	53,1	38,5	38,8	32,4	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3
35-44	38,9	34,7	35,4	34,1	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3
45-54	20,7	20,9	22,0	20,1	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0
55-64	24,8	23,0	19,5	19,9	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7
65-74	32,9	33,6	29,0	26,3	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0
75 y más	49,4	41,4	48,7	43,9	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4
Todas	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9

Área - Distrito de Salud		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Área 1	Sur-Este	35,5	25,3	22,9	22,5	22,4	21,6	24,1	19,2	23,3	19,6	18,9
1.1	Arganda	26,0	22,5	8,3	11,8	20,6	5,6	10,4	11,9	12,5	13,7	7,7
1.2	Moratalaz	27,9	22,5	19,1	20,4	24,5	22,4	17,6	17,4	22,9	13,5	24,2
1.3	Retiro	14,9	12,5	14,9	18,3	10,7	12,9	18,3	13,6	20,7	9,7	9,8
1.4	Vallecas	50,5	33,0	32,6	28,4	26,9	29,8	35,3	25,7	29,0	30,0	25,3
Área 2	Centro Norte	22,1	19,9	14,4	15,2	15,0	14,3	14,9	10,5	14,0	11,1	10,6
2.1	Coslada	19,2	24,0	18,4	16,8	10,8	17,6	16,9	10,0	13,8	13,0	8,8
2.2	Salamanca	26,8	25,4	14,8	12,0	23,7	14,4	14,2	14,8	12,6	7,4	13,9
2.3	Chamartín	19,2	10,4	10,4	16,3	10,5	10,8	13,4	6,4	15,6	12,9	8,5
Área 3	Este	28,2	22,2	18,9	21,1	19,6	20,9	19,6	16,4	17,9	16,9	20,0
3.1	Alcalá de Henares	28,2	21,6	21,0	19,4	17,3	17,1	18,5	15,2	17,7	12,6	17,3
3.2	Torrejón de Ardoz	28,2	23,6	14,6	24,8	24,5	28,7	21,9	18,7	17,4	25,0	25,6
Área 4	Noreste	30,2	23,7	23,5	21,9	21,1	15,9	15,3	16,5	15,7	12,2	13,4
4.1	Ciudad Lineal	28,1	22,9	15,0	22,9	20,4	19,0	12,6	17,5	18,3	10,2	15,3
4.2	San Blas	40,2	29,3	39,4	26,0	23,5	17,6	17,7	17,3	16,2	14,8	17,3
4.3	Hortaleza	25,8	20,1	23,0	17,8	19,1	10,3	16,3	14,7	12,3	12,6	8,4
Área 5	Norte	21,6	16,3	22,3	15,5	9,9	8,7	11,4	8,6	12,4	11,3	10,8
5.1	Alcobendas	14,0	13,5	15,5	10,0	8,2	9,8	7,0	6,0	9,1	7,4	10,4
5.2	Colmenar Viejo	15,3	12,5	16,7	20,9	4,2	6,2	4,9	7,6	6,5	13,4	5,3
5.3	Tetuán	32,5	20,7	31,8	12,6	22,6	11,2	20,4	11,6	14,0	17,6	19,5
5.4	Fuencarral	24,1	17,6	23,6	21,1	5,4	6,8	6,7	10,2	10,7	8,7	8,1
Área 6	Oeste	23,8	22,1	19,0	25,0	15,2	16,7	13,4	11,7	10,6	9,0	7,5
6.1	Majadahonda	22,4	14,0	16,2	20,7	13,2	13,8	10,6	9,4	11,7	6,1	7,6
6.2	Collado Villalba	23,7	34,0	26,6	28,1	18,5	20,1	14,3	14,7	10,9	11,1	9,1
6.3	Moncloa	26,5	19,6	13,7	27,5	13,8	17,1	18,2	11,2	7,6	12,0	4,3
Área 7	Centro-Oeste	34,0	37,1	35,4	34,8	29,5	33,6	26,8	22,8	24,9	26,4	20,5
7.1	Centro	54,9	67,4	58,2	65,7	40,7	53,9	38,0	28,9	29,6	42,0	34,0
7.2	Chamberí	27,2	23,1	23,1	25,1	27,1	24,7	17,0	17,2	21,0	14,1	14,5
7.3	Latina	27,0	30,9	31,7	25,4	25,3	28,0	26,5	22,4	23,4	24,5	16,6
Área 8	Sur-Oeste I	28,3	22,1	18,8	13,8	18,5	15,3	19,1	11,9	10,6	19,8	19,0
8.1	Móstoles	26,7	22,1	13,6	11,1	20,3	11,3	19,7	17,2	5,6	17,6	14,9
8.2	Alcorcón	18,8	13,2	19,5	11,9	15,0	18,0	16,2	7,7	9,8	21,9	24,6
8.3	Navalcarnero	27,9	19,2	15,7	3,5	19,4	11,1	17,0	6,2	9,3	20,2	18,5
Área 9	Sur-Oeste II	24,5	22,2	25,4	23,9	19,7	21,5	19,2	9,0	19,2	18,7	21,1
9.1	Leganés	21,4	22,0	25,5	23,8	19,0	24,7	17,0	6,7	16,0	22,5	19,7
9.2	Fuenlabrada	27,0	22,4	25,3	24,1	20,4	18,6	18,2	11,0	22,0	14,5	22,3
Área 10	Sur	33,7	21,7	28,5	16,1	18,1	17,9	16,7	13,6	15,7	19,1	17,3
10.1	Parla	38,7	26,4	27,4	17,9	15,4	20,6	24,7	14,4	12,3	23,4	20,1
10.2	Getafe	29,3	18,2	29,3	14,0	19,8	14,9	9,0	12,8	17,8	13,8	14,4
Área 11	Sur II	27,4	27,7	30,8	28,0	26,5	23,6	25,6	27,5	24,5	25,5	22,2
11.1	Aranjuez	15,7	18,9	22,0	19,9	14,7	21,4	21,7	22,3	13,1	16,4	12,2
11.2	Arganzuela	26,2	28,8	32,3	27,9	23,3	20,6	30,2	23,8	19,8	17,3	13,6
11.3	Villaverde	30,8	30,0	30,8	30,8	27,6	21,8	27,8	26,23	35,0	32,9	23,0
11.4	Carabanchel	24,3	25,7	28,5	29,8	31,7	28,5	20,2	28,71	26,4	28,8	30,0
11.5	Usera	37,8	34,3	40,5	27,3	30,0	18,4	30,9	35,52	26,6	30,3	28,5
Total		30,3	26,4	26,3	24,8	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9

Tabla 7.15. Evolución de la incidencia de tuberculosis por Áreas y Distritos de Salud. Comunidad de Madrid, 1997-2007.

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

Figura 7.26. Evolución de la incidencia de tuberculosis en el Municipio y la Comunidad de Madrid, 1997-2007.

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

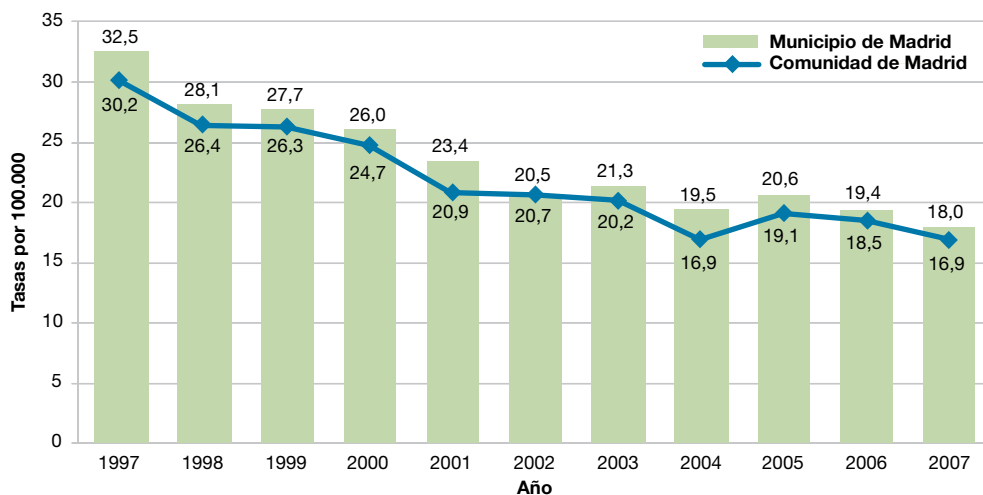


Figura 7.27. Evolución de la proporción de casos de tuberculosis con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1997-2007.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

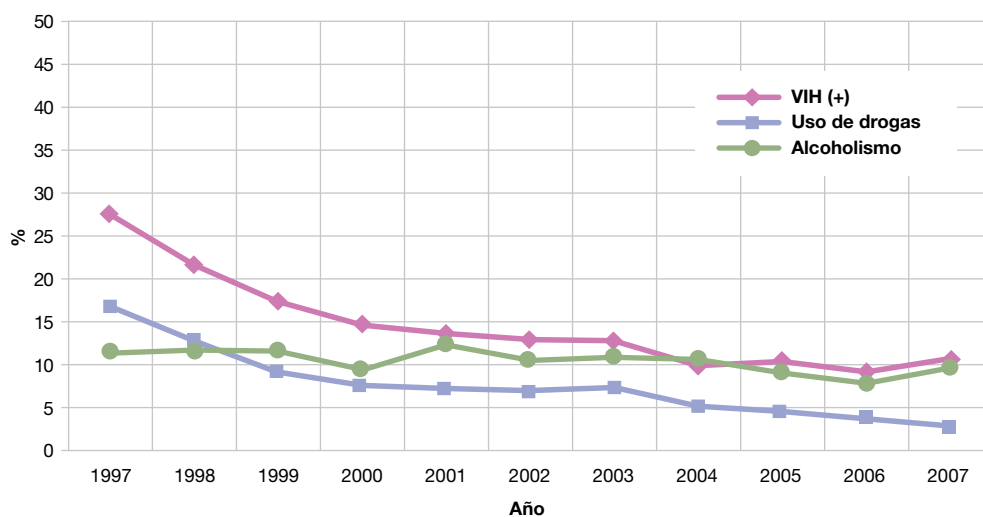
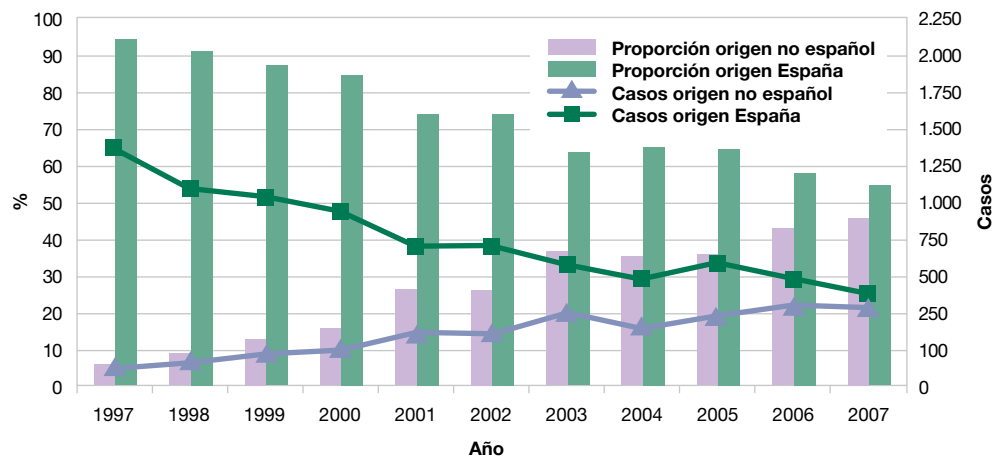


Figura 7.28. Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1997-2007.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.6. Antropozoonosis: brucelosis, leishmaniasis y rabia

No se ha notificado ningún caso de **rabia**. La **brucelosis** ha presentado un ligero aumento con respecto a 2006 en la CM pero ha descendido con respecto al quinquenio 2002-06. La **leishmaniasis** ha presentado un ligero descenso respecto a 2006 y con respecto a la mediana del quinquenio 02-06 (tabla 7.16 y figura 7.29).

	Brucelosis		Leishmaniasis	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	1	0,1	0	-
Área 2	0	-	1	0,2
Área 3	0	-	0	-
Área 4	1	0,2	1	0,2
Área 5	1	0,1	3	0,4
Área 6	1	0,2	2	0,3
Área 7	2	0,4	1	0,2
Área 8	0	-	1	0,2
Área 9	0	-	2	0,5
Área 10	1	0,3	1	0,3
Área 11	3	0,4	3	0,4
CM	10	0,2	15	0,2
España	263	0,6	ND	

ND: No disponible

Tabla 7.16. Incidencia de brucelosis y leishmaniasis por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

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

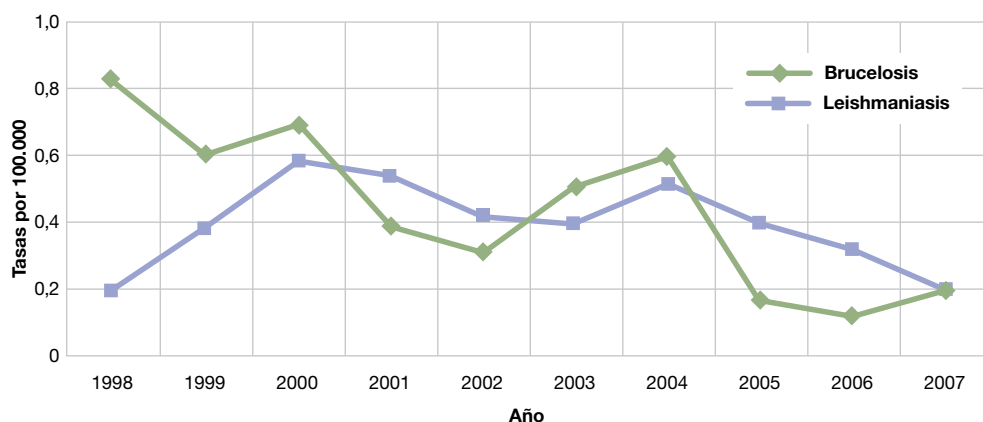


Figura 7.29. Evolución de la incidencia de brucelosis y leishmaniasis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

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

No se han notificado casos de **cólera**. En 2007 se notificaron 2 casos de **botulismo** y uno de **triquinosis**.

La **disentería** presenta una tendencia descendente mientras que la **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha aumentado ligeramente respecto a 2006 y con respecto a la mediana del quinquenio 02-06, siendo mayor que la observada en España (tabla 7.17 y figura 7.30).

El número de brotes de origen alimentario notificados en 2007 ha disminuido. Ha descendido el número de casos asociados a brotes en centros escolares y se observa un aumento en los casos asociados a brotes en restaurantes y similares (tabla 7.18 y figura 7.31).

El agente causal más frecuente con diferencia sigue siendo *Salmonella*, aunque también destacan otros agentes como *C. perfringens* y norovirus (tablas 7.19 y 7.20 y figura 7.32). Los brotes por *Salmonella* se han relacionado casi siempre con el consumo de huevos, mientras que los producidos por *C. perfringens* han ocurrido en menús que incluían carne como ingrediente importante. La sintomatología producida por *C. perfringens* habitualmente no es de gran intensidad y la curación suele ser rápida, pero el número de afectados en estos brotes acostumbra a ser muy elevado. En los últimos años se han producido varios brotes por este microorganismo y casi siempre han afectado a centros escolares. Se han relacionado con alimentos que contenían

carne, como cocido completo o ternera guisada, que habían sido elaborados parcialmente con antelación, enfiados de forma inadecuada y recalentados insuficientemente antes de su consumo. Por tanto, estos brotes podrían ser fácilmente evitados con una adecuada preparación y enfriamiento de los platos elaborados a gran escala que contienen carne, especialmente en comedores colectivos de más riesgo como colegios y residencias de personas mayores.

En general los factores contribuyentes más frecuentes en brotes familiares fueron deficiente refrigeración y consumo de alimentos crudos/poco cocinados, y en los brotes colectivos conservación inadecuada, manipulación incorrecta, limpieza insuficiente de utensilios y superficies y contaminación cruzada (tabla 7.21).

Tabla 7.17. Incidencia de disentería y fiebre tifoidea/paratifoidea por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

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

	Disentería		Fiebre tifoidea y paratifoidea	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	0	-	1	0,1
Área 2	1	0,2	2	0,4
Área 3	1	0,3	1	0,3
Área 4	5	0,9	1	0,2
Área 5	0	-	3	0,4
Área 6	3	0,5	1	0,2
Área 7	5	0,9	2	0,4
Área 8	0	-	2	0,4
Área 9	2	0,5	0	-
Área 10	0	-	1	0,3
Área 11	3	0,4	3	0,4
CM	20	0,3	17	0,3
España	219	0,5	75	0,2

Figura 7.30. Evolución de la incidencia de disentería y fiebre tifoidea/paratifoidea. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

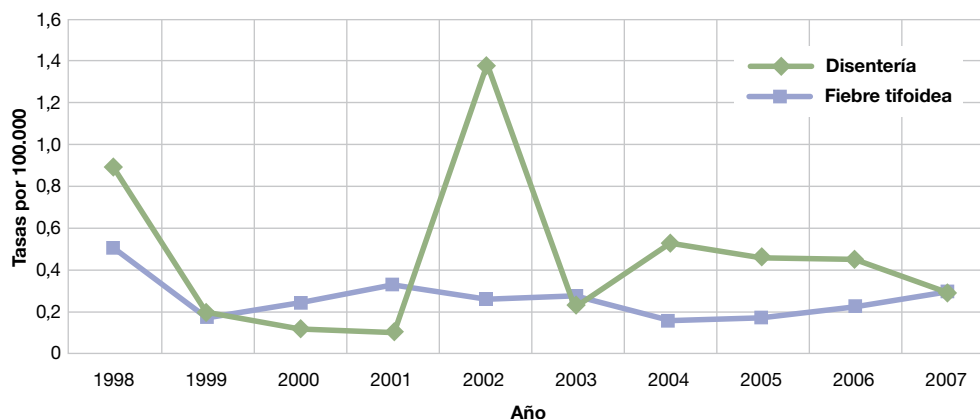


Tabla 7.18. Brotes de origen alimentario. Lugar de consumo del alimento. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Colegios y guarderías	13	16,8	729	49,2	2.555	45,1	5	10,2
Bares, restaurantes y similares	28	36,4	500	33,7	1.782	31,4	10	20,4
Domicilio	26	33,8	108	7,3	117	2,1	32	65,4
Residencias de ancianos	2	2,6	47	3,2	271	4,8	1	2
Otras residencias	2	2,6	43	2,9	185	3,3	0	0
Instituciones penitenciarias	1	1,3	39	2,6	700	12,3	0	0
Comedores de empresa	1	1,3	3	0,2	26	0,5	0	0
Otros lugares*	4	5,2	13	0,9	27	0,5	1	2
Total	77	100	1.482	100	5.663	100	49	100

* Incluye consumo en un centro cultural, en el campo (todos con elaboración del alimento en domicilios particulares) y en un kiosco temporal (feria municipal)

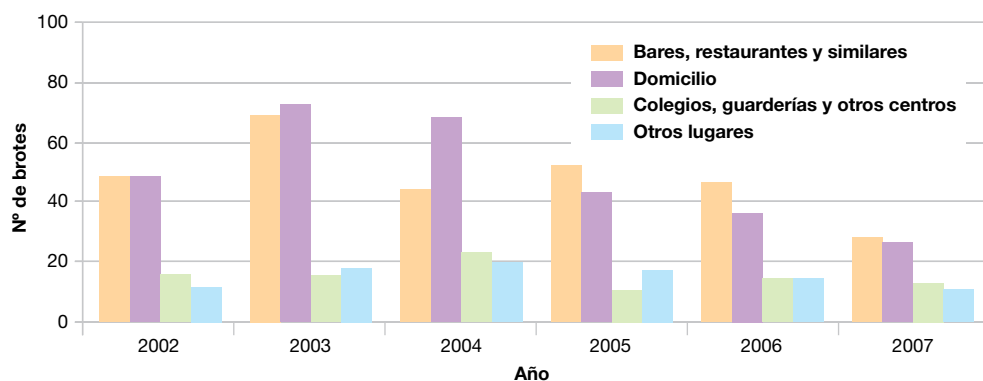
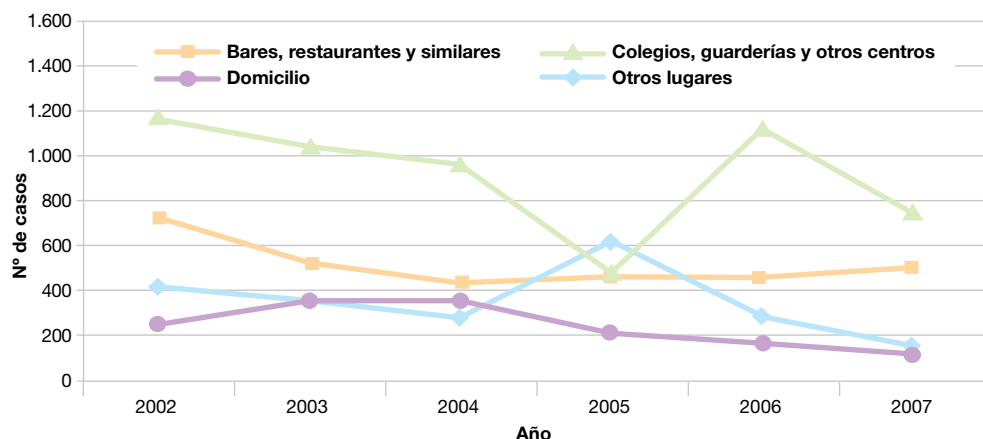


Figura 7.31. Evolución temporal de los brotes de origen alimentario según lugar de consumo. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2002-2007.

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



	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella</i>	25	63,9	180	16,9	288	6,8	42	95,5
Norovirus	3	7,7	244	23	1.190	28,4	0	0
<i>Clostridium perfringens</i>	3	7,7	457	43,2	2.189	52,2	0	0
<i>Staphylococcus</i>	2	5,1	55	5,2	141	3,3	0	0
<i>Campylobacter jejuni</i>	1	2,6	35	3,3	58	1,4	0	0
<i>Bacillus cereus</i>	1	2,6	36	3,4	227	5,4	0	0
<i>Trichinella</i>	1	2,6	2	0,2	2	0	0	0
<i>Shigella flexneri</i>	1	2,6	3	0,3	16	0,4	2	4,5
Histamina	1	2,6	3	0,3	3	0,1	0	0
Pescado rico en éster ceroso	1	2,6	44	4,2	82	2	0	0
Total	39	100	1.059	100	4.196	100	44	100

Tabla 7.19. Brotes de origen alimentario. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid, 2007.

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

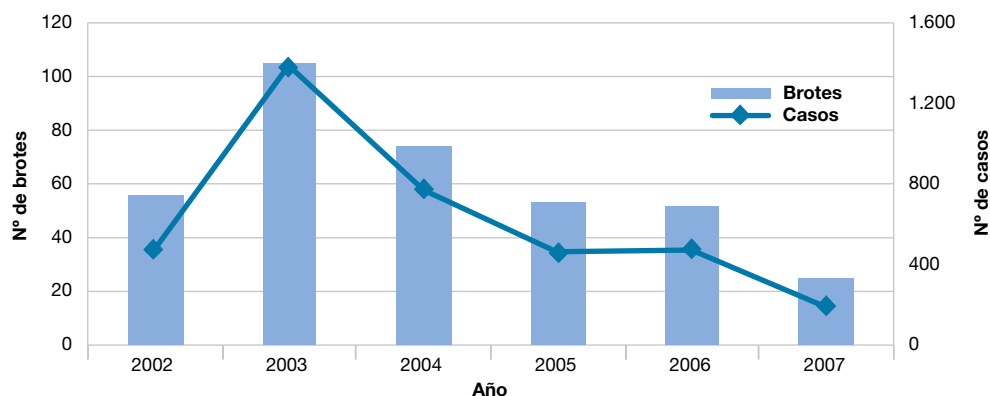


Figura 7.32. Evolución temporal de los brotes de origen alimentario confirmados por Salmonella. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2002-2007.

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

Tabla 7.20. Brotes de origen alimentario. Alimentos confirmados (epidemiológicamente y/o por laboratorio) y agente causal. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Alimento confirmado	Agente causal	Nº brotes
Pescados cocinados	<i>B. cereus</i> (Confirmado)	1
	Éster ceroso (Confirmado)	1
	Histamina (Confirmado)	1
Alimentos preparados con huevo cocinado	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	1
	Desconocido	1
Mariscos	Norovirus (Confirmado)	1
	Desconocido	1
Ensalada de legumbres	Toxina estafilocócica (Confirmado)	1
	Toxina bacteriana (Sospecha)	1
Cocido completo	<i>C. perfringens</i> (Confirmado)	2
Alimentos preparados con huevo crudo	<i>S. enteritidis</i> (Confirmado)	1
Carnes de ave	<i>C. perfringens</i> (Confirmado)	1
Otras carnes	<i>C. perfringens</i> (Sospecha)	1
Salsas	Desconocido	1
Arroz	Toxina estafilocócica (Confirmado)	1
Aperitivos variados	Norovirus (Confirmado)	1
Total		17

Tabla 7.21. Brotes de origen alimentario. Factores contribuyentes. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Familiar	Colectivo/ Mixto	Total	
	N	N	N	%*
Refrigeración/Enfriamiento inadecuado	16	28	44	57,1
Conservación a temperatura ambiente	9	10	19	24,7
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	7	8	15	19,5
Interrupción de la cadena del frío	0	3	3	3,9
Enfriamiento inadecuado después de la preparación	0	2	2	2,6
Desproporción alimentos en refrigeración/capacidad refrigeradora	0	4	4	5,2
Descongelación inadecuada	0	1	1	1,3
Cocinado/Calentamiento inadecuado	6	6	12	15,6
Cocinado insuficiente	5	3	8	10,4
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	1	3	4	5,2
Manipulación incorrecta	0	28	28	36,4
Prácticas incorrectas de manipulación	0	19	19	24,7
Contaminación cruzada	0	8	8	10,4
Desproporción elaboración nº comidas/capacidad de trabajo del local	0	1	1	1,3
Factores ambientales	0	13	13	16,9
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	0	13	13	16,9
Manipulador infectado (siempre que no sea afectado)	0	0	0	0
Productos crudos/contaminados	7	3	10	13,0
Ingredientes contaminados	1	1	2	2,6
Consumo de alimentos crudos	5	2	7	9,1
Utilización de restos de alimentos	1	0	1	1,3
Otros	0	2	2	2,5
Total de factores identificados	25	66	91	--

* Porcentaje respecto al total de brotes notificados

7.3.8. Enfermedades de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis

Las **enfermedades de transmisión sexual** siguen mostrando la tendencia ascendente ya detectada en años anteriores (tabla 7.22 y figura 7.33). Se ha notificado un caso de **sífilis congénita**.

	Infección gonocócica		Sífilis	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	5	0,7	6	0,8
Área 2	7	1,6	15	3,4
Área 3	2	0,6	4	1,1
Área 4	6	1,0	13	2,3
Área 5	27	3,6	32	4,3
Área 6	22	3,4	16	2,5
Área 7	37	6,9	75	14,1
Área 8	2	0,4	7	1,5
Área 9	18	4,5	33	8,3
Área 10	5	1,5	9	2,7
Área 11	28	3,4	68	8,3
CM	162*	2,7*	284*	4,7*
España	1.698	3,8	1.936	4,4

* Se desconoce el área de residencia en 1 ó más casos

Tabla 7.22. Incidencia de infección gonocócica y sífilis por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

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

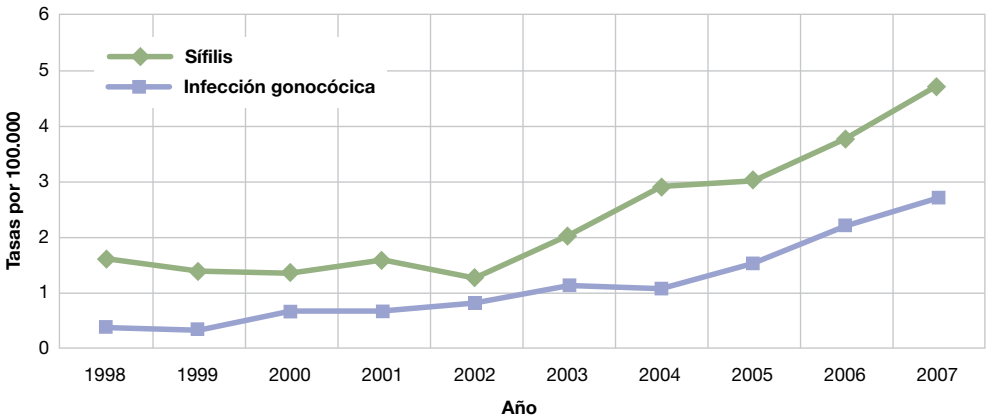


Figura 7.33. Evolución de la incidencia de infección gonocócica y sífilis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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

7.3.9. Infecciones causadas por VIH/SIDA

Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2007 se habían notificado 18.232 casos de Sida con residencia en la Comunidad de Madrid en el momento de su diagnóstico (tabla 7.23), el 60,4% de ellos sabemos que ha fallecido.

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia (TARGA) en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de Sida, se observa una disminución continua tanto de la incidencia de casos de Sida (figuras 7.34, 7.35 y 7.36) como de la mortalidad asociada a la infección por VIH (figura 7.37). Al analizar el patrón geográfico de la mortalidad (figura 7.38) se observa que se concentra principalmente en el municipio de Madrid y en concreto en los distritos Centro, Vallecas, Usera, Carabanchel, Villaverde y San Blas (tanto en hombres como en mujeres) y también en el distrito de Tetuán en los hombres y Arganzuela en las mujeres. Fuera del municipio de Madrid destaca por mayor mortalidad Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz en las mujeres.

Durante el quinquenio 1995-2000 la reducción de la mortalidad por VIH/SIDA fue una de las principales aportaciones al incremento de la esperanza de vida de la población madrileña. Esa disminución ha proseguido entre 2001 y 2006, pero a un ritmo mucho menor que en el lustro anterior, de manera que su contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer se cifra en 0,08 años en los varones y 0,04 en las mujeres, gracias de manera casi exclusiva a la evolución favorable de las tasas del grupo de edad 30-49 (figura 7.39).

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 7.40).

De los casos diagnosticados en 2007 (287), el 77,4% eran hombres y el 73,9% tenían entre 30 y 49 años al diagnóstico. Se ha diagnosticado un caso de sida pediátrico por transfusión sanguínea ocurrida fuera de España. Entre los adolescentes/adultos (13 años o más de edad), de los 222 hombres, el 33,3% se habían infectado por compartir jeringuillas al usar drogas inyectadas (UDI), el 16,2% (36 casos) se habían infectado por transmisión heterosexual (HTX) y el 33,3% a través de relaciones sexuales con otros hombres (HSH); de las 65 mujeres, el 41,5% eran UDI y el 53,8% (35 casos) HTX. El 50,9% se había diagnosticado de infección por VIH en los doce meses previos al diagnóstico de Sida y el 42,9% se había diagnosticado en el mismo momento de Sida y de infección por VIH (diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al diagnóstico de Sida) (figura 7.41).

En relación al país de origen, desde 2001 cuando se empieza a recoger esta variable, se observa que el 19,5% no eran originarios de España aunque residieran en la CM.

Las tasas de transmisión vertical (madre-hijo) de la infección por VIH (figura 7.42) han disminuido sobre todo, tras la introducción en 1998 de los antirretrovirales de alta eficacia en la profilaxis de esta vía de transmisión, situándose en el 2,4% para el periodo entre 2003 y 2007. En estos últimos 5 años, el 81,5% recibió profilaxis durante el embarazo y el 89,4% durante el periodo perinatal pero, el 1,2% no recibió ningún tipo de profilaxis. En el año 2007 se han notificado 92 niños nacidos de madre con infección por VIH, se sabe que 3 de ellos están infectados.

Desde 1998 no se ha notificado ninguna seroconversión por accidente en personal sanitario con material potencialmente contaminado por el VIH. Se estima que la tasa de seroconversión tras un accidente se sitúa en torno al 1 por mil.

Área de Salud											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Total	384	129	149	243	197	160	329	134	97	111	345
Grupo de edad											
<13	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
13-19	1	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0
20-29	29	13	23	17	20	22	48	16	11	17	34
30-39	161	56	64	105	79	66	139	52	50	56	155
40-49	142	37	48	100	72	42	93	43	22	29	117
50-59	28	15	10	12	22	21	36	14	11	5	18
60 y más	22	7	3	6	4	8	12	7	3	3	18
Categoría de transmisión **											
Hombres adolescentes/adultos											
UDI	201	34	43	115	72	37	66	34	22	45	149
HTX	43	14	30	32	23	33	29	21	26	17	40
HSH	52	46	21	37	44	51	133	21	21	12	63
TF/HD	0	1	0	0	1	0	2	1	1	1	1
Vertical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desc / otros	10	0	8	5	4	3	19	4	5	8	12
No consta	1	4	0	2	6	1	22	3	0	4	6
Subtotal	307	99	102	191	150	125	271	84	75	87	271
Mujeres adolescentes/adultas											
UDI	46	7	14	21	22	6	26	8	5	7	29
HTX	27	23	29	29	23	26	28	40	16	16	40
TF/HD	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0
Vertical	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Desconocida / Otros	1	0	1	0	1	1	2	0	0	1	1
No consta	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1
Subtotal	76	30	46	51	47	35	58	48	22	24	71
Casos pediátricos (≤ 12 años)											
TF/HD	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
Vertical	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Subtotal	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
Año de diagnóstico											
2002	69	32	29	62	36	28	69	18	25	30	70
2003	76	24	25	56	40	29	59	27	20	22	70
2004	72	22	26	57	49	40	59	29	17	13	67
2005	60	18	21	31	25	27	53	25	12	14	64
2006	59	19	26	22	33	28	52	14	13	12	34
2007	48	14	22	15	14	8	37	21	10	20	40
Incidencia (nº casos / 100.000 habitantes)											
2002	10,1	7,5	9,5	11,4	5,3	5,2	12,8	4,2	6,8	10,5	9,6
2006	7,9	4,3	7,4	3,8	4,5	4,4	9,6	3,0	3,3	3,8	4,2
País											
% de fuera de España	13,8	21,7	36,9	11,1	18,3	32,5	22,2	26,1	24,7	31,5	18,6

Tabla 7.23. Casos de sida por Área de Salud de residencia al diagnóstico de Sida. Comunidad de Madrid, 2002-2007*.

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

* Los datos de 2007 están incompletos por retraso en la notificación

** UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectadas

HTX: heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

Figura 7.34. Evolución de la incidencia de Sida según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2002-2006.

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

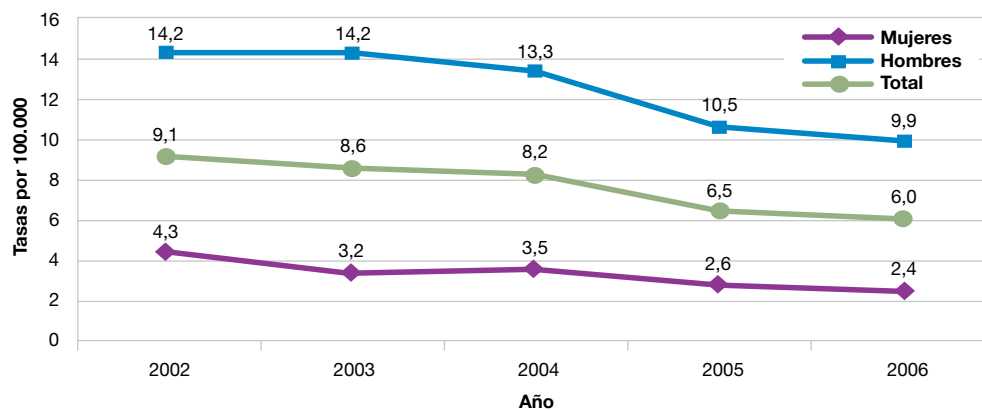


Figura 7.35. Evolución de la incidencia de Sida según grupo de edad al diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2002-2006.

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

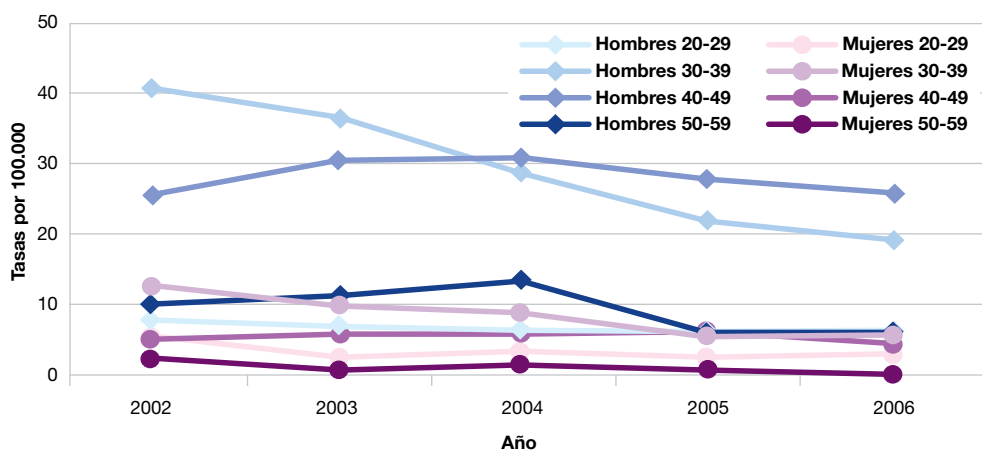


Figura 7.36. Evolución de la incidencia de Sida según grupo de transmisión y sexo. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2002-2006.

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

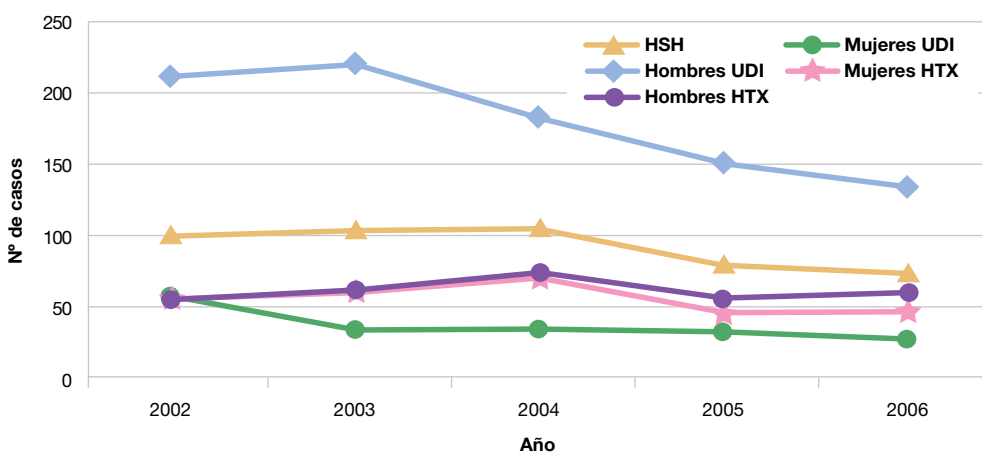
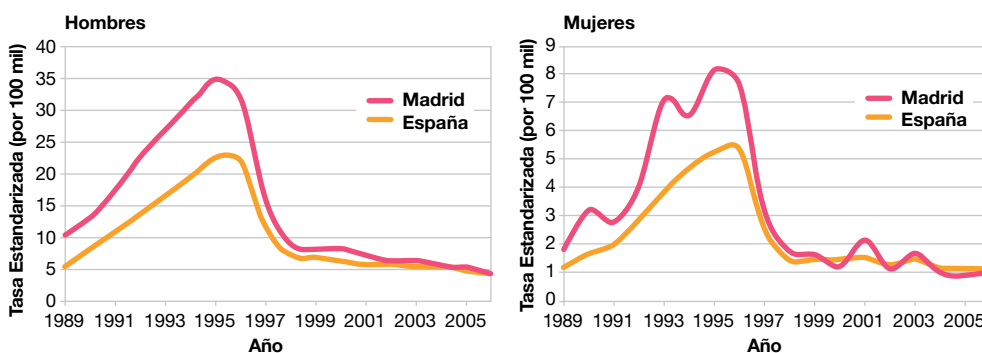


Figura 7.37. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9

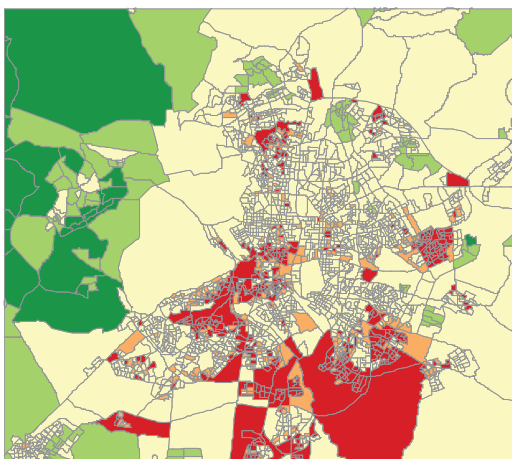
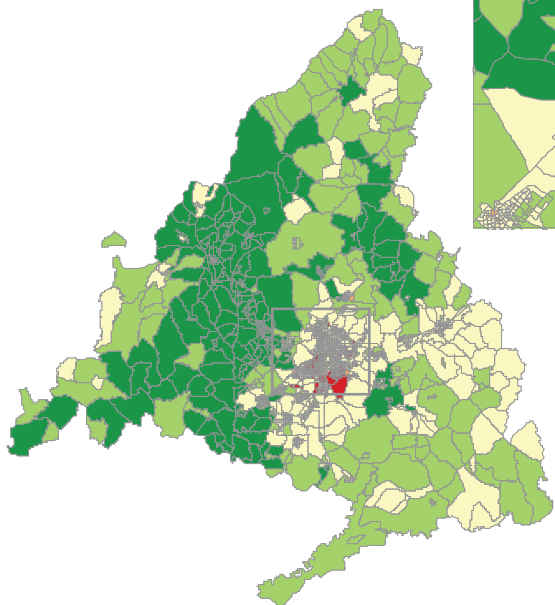


Figura 7.38. Mortalidad por sida en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9

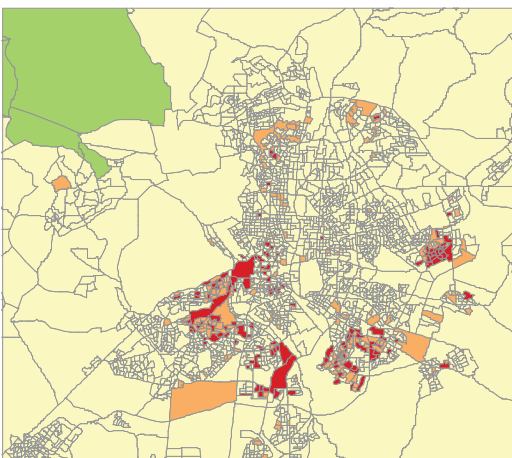
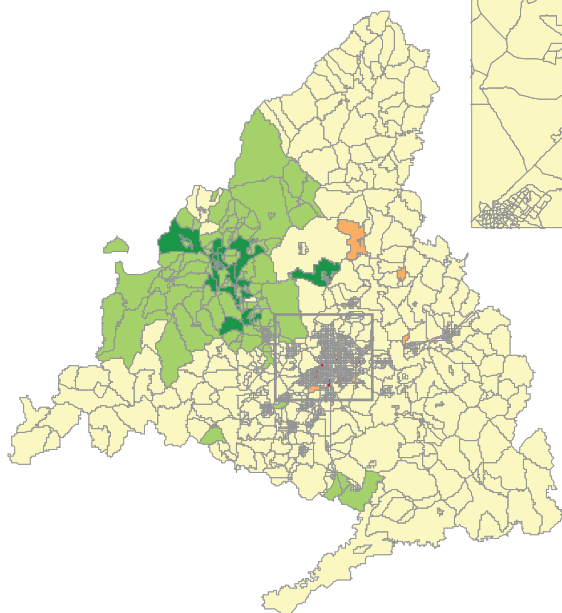


Figura 7.39. Contribución del Sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

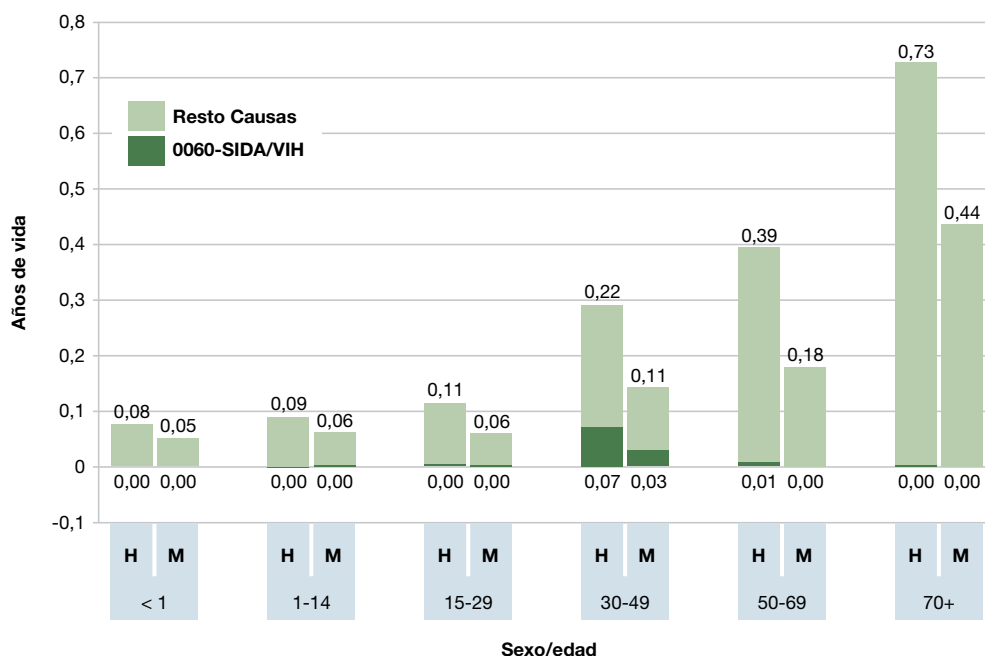


Figura 7.40. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por VIH/SIDA, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

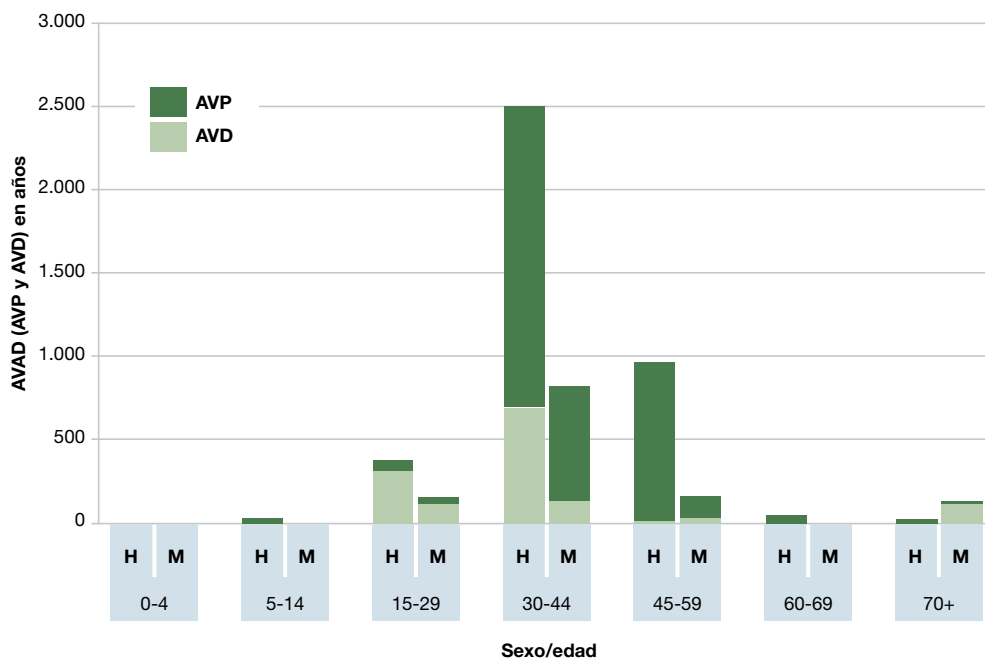
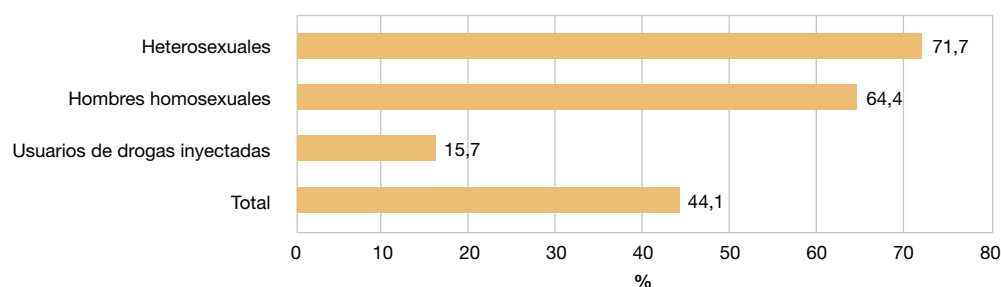


Figura 7.41. Casos de sida en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical. Porcentaje de casos con diagnóstico tardío de la infección por VIH (menos de 12 meses entre el diagnóstico de VIH y el de sida) por grupo de transmisión. Comunidad de Madrid, 2002-2007.

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



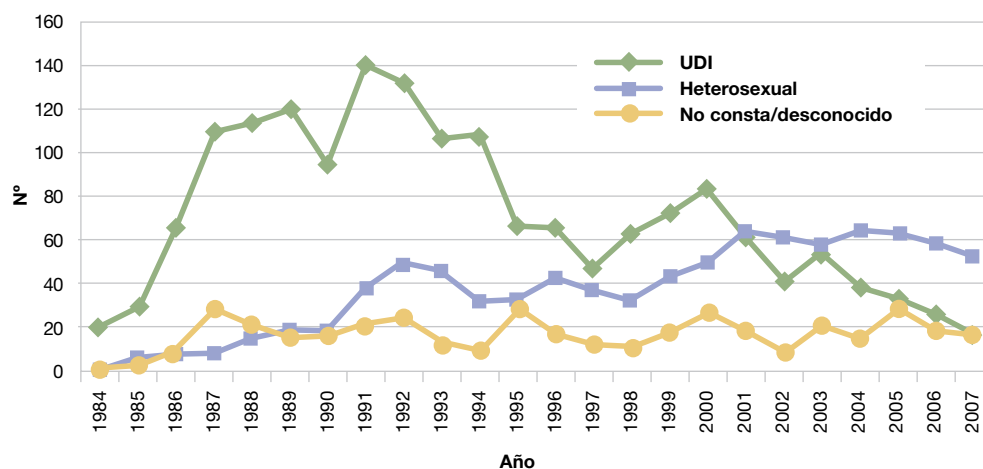


Figura 7.42. Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH según año de nacimiento y grupo de transmisión materna. Comunidad de Madrid, 1984-2007.

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

7.3.10. Enfermedades importadas: fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, lepra y paludismo. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas

No se han notificado casos de fiebre amarilla, peste ni tifus exantemático. Durante el año 2007 se notificó un caso de **lepra** en la Comunidad de Madrid.

El **paludismo** ha mostrado una disminución con respecto a 2006, y con respecto al quinquenio 2002-06, aunque la incidencia es claramente mayor que en España (tabla 7.24 y figura 7.43).

La **enfermedad de Creutzfeldt-Jakob** ha mantenido una incidencia similar a la de 2006 y a la del quinquenio 2002-06.

	Casos	Tasa
Área 1	3	0,4
Área 2	4	0,9
Área 3	14	4,0
Área 4	8	1,4
Área 5	6	0,8
Área 6	5	0,8
Área 7	5	0,9
Área 8	9	1,9
Área 9	32	8,0
Área 10	7	2,1
Área 11	20	2,4
CM	114*	1,9*
España	345	0,8

* Se desconoce el área de residencia en 1 ó más casos

Tabla 7.24. Incidencia de paludismo por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.

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

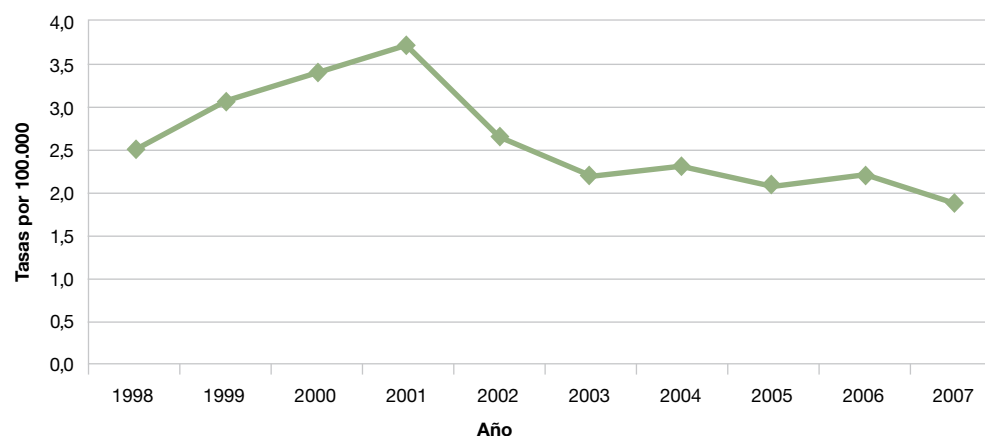


Figura 7.43. Evolución de la incidencia de paludismo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.

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

7.3.11. Brotes de origen no alimentario

En los años 2002 y 2006 se produjo un incremento en el número de brotes de gastroenteritis aguda no relacionados con alimentos. En ambos años estos incrementos observados en la Comunidad de Madrid correspondieron, sobre todo, a brotes ocurridos en residencias de personas mayores, la mayoría producidos por norovirus, y coincidieron con aumentos similares en gran parte de los países europeos. A partir del año 2002 se dispone en el Laboratorio Regional de Salud Pública de técnicas de detección en heces de antígeno de virus enteropatógenos (norovirus, rotavirus, astrovirus y adenovirus) mediante ELISA. Esta posibilidad ha contribuido también a potenciar la detección de brotes y su confirmación respecto a los años previos.

Tras el incremento inusual ocurrido en 2006, en el año 2007 el número de brotes ha vuelto a descender a valores similares a los del resto de años previos. Las residencias de personas mayores y otros centros geriátricos siguen siendo los colectivos más afectados (tabla 7.25). Las especiales cualidades de transmisión de los virus que producen gastroenteritis, particularmente los calicivirus, hacen que estos colectivos cerrados presenten un alto riesgo de diseminación si no se adoptan de forma rápida medidas suficientes de prevención y control: lavado frecuente de manos y utilización de guantes desechables por parte del personal auxiliar, utilización de bata y mascarilla para la limpieza de zonas o materiales muy contaminados por heces o vómitos, manipulación cuidadosa de ropas que puedan contener material biológico infeccioso y lavado mediante ciclos largos, estrictas medidas higiénicas en los manipuladores de alimentos y exclusión de personal sintomático hasta que transcurran 48 horas sin diarrea o vómitos, limitación del contacto de los enfermos con población susceptible y evitar la admisión de nuevos residentes hasta que el brote esté controlado.

La distribución temporal muestra cierta estacionalidad con predominio en otoño e invierno. Se ha confirmado el agente causal en 20 de 33 brotes notificados (60,6%). Norovirus ha sido el microorganismo confirmado en la mitad de los brotes.

Respecto a otros brotes de origen no alimentario (tabla 7.26), aparte de los ya referidos en los apartados de las enfermedades correspondientes, destaca en 2007 la notificación de 6 brotes de escabiosis, 3 de ellos en residencias de ancianos, 2 en el ámbito familiar y 1 en un centro de menores.

	2006						2007					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centros geriátricos	30	60	1.596	77,4	13	56,6	24	72,7	868	87,1	10	83,3
Centros hospitalarios	8	16	249	12,1	0	0	3	9,1	63	6,3	0	0
Centros escolares	4	8	136	6,6	3	13,0	3	9,1	58	5,8	2	16,7
Domicilios particulares	5	10	21	1,0	7	30,4	3	9,1	8	0,8	0	0
Otros colectivos	3	6	60	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	50	100	2.062	100	23	100	33	100	997	100	12	100

Tabla 7.25. Brotes de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

	Brotos		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parotiditis	29	44,6	516	67,9	7.656	76,2	0	0
Escabiosis	6	9,2	60	7,9	559	5,6	0	0
Tos ferina	9	13,8	44	5,8	215	2,1	0	0
Conjuntivitis	1	1,5	43	5,7	115	1,1	0	0
Hepatitis A	10	15,4	38	5,0	200	2,0	4	57,1
Neumonía	2	3,1	27	3,6	47	0,5	3	42,9
Dermatofitosis	3	4,6	12	1,6	56	0,6	0	0
Molusco contagioso	1	1,5	7	0,9	1.000	10,0	0	0
Enfermedad pie mano boca	2	3,1	6	0,8	130	1,3	0	0
Escarlatina	1	1,5	5	0,7	60	0,6	0	0
Rubéola	1	1,5	2	0,3	3	0	0	0
Total	65	100	760	100	10.041	100	7	100

Tabla 7.26. Brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid, 2007.

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

7.4. Conclusiones y recomendaciones

Al margen de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles frente a las que se vacuna de manera sistemática, la evaluación de las coberturas vacunales a nivel regional es el indicador preferente para determinar el nivel de vacunación de la población infanto-juvenil residente en la Comunidad de Madrid. En 2007 las coberturas de vacunación infantil en los primeros meses de edad se mantienen en valores muy elevados (superiores al 90%), si bien a partir de los 15 meses la cobertura en algunas dosis está por debajo del 80%. 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 y deberá constituir en el futuro un apoyo al sistema asistencial para conseguir una alta calidad de los programas de vacunación.

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.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran una tendencia ascendente en los últimos años por lo que es necesario revisar los programas de prevención que se están llevando a cabo.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública y es necesario seguir con el esfuerzo para prevenir y controlar esta enfermedad, adaptándose a los cambios epidemiológicos de los últimos años en los que aumenta el porcentaje de casos en inmigrantes.

Aunque la incidencia y la mortalidad por Sida muestren una tendencia descendente desde la introducción de las terapias combinadas con antirretrovirales de gran actividad, es fundamental favorecer y adaptar los programas de prevención y control de la infección por VIH/Sida. Junto a la importancia del mantenimiento de los programas de reducción de daño en los usuarios de drogas hay que considerar también que es necesario conseguir un diagnóstico precoz de la infección por VIH cuando se tienen o se han tenido conductas sexuales que impliquen un riesgo de transmisión del VIH.

La Comunidad de Madrid debe seguir adaptándose a los distintos planes establecidos a nivel nacional o internacional como son el Plan de erradicación de la poliomielitis, el Plan de eliminación del sarampión y del síndrome de rubéola congénita, el Plan de preparación para una pandemia de influenza, el Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España o el Plan nacional sobre el Sida.

Objetivo 8
Enfermedades no transmisibles

8

Objetivo 8. Enfermedades no transmisibles

Para el año 2020, la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura debidas a las principales enfermedades crónicas deberán reducirse al nivel más bajo posible en toda la región.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las políticas públicas en favor de la salud de todos los Estados Miembros se centran en la aplicación de las estrategias y de los principios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, contando con la plena participación de la comunidad;*
- *La prevención y el control de los factores comunes de riesgo de las enfermedades no transmisibles se convierten en parte integrante de la vida comunitaria, y se crea un amplio movimiento de ámbito europeo en favor de los estilos de vida sanos que implique a todos los países y organizaciones internacionales relevantes;*
- *Se cuenta con una gestión global de la enfermedad, que haga hincapié en los resultados sanitarios y en la calidad de la atención, tomando en consideración los derechos y los deseos de los pacientes;*
- *Los Estados Miembros desarrollan y aplican unas estrategias en materia de salud bucodental, incluyendo la prevención de las caries.*

8.1. Áreas focales determinantes

8.1.1. Factores de riesgo

En otros capítulos de este Informe, como el 11 y el 12 para la población adulta y el 4 para los jóvenes, se presenta información más detallada sobre distintos comportamientos relacionados con la salud. En este apartado 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 los 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 (incluye zumos) y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

En el año 2007, el 41,2% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 39,3% tiene uno, el 16,7% dos, el 2,7% tres, y el 0,1% cuatro (figura 8.1). Globalmente aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad ya que en el grupo más joven la frecuencia de agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un claro incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo algo más de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (figura 8.2).

Respecto a la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo (figura 8.3), en hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2006 y 2007 comparado con 1995-1996, del 21,8%; y en las mujeres, la prevalencia está bastante estabilizada.

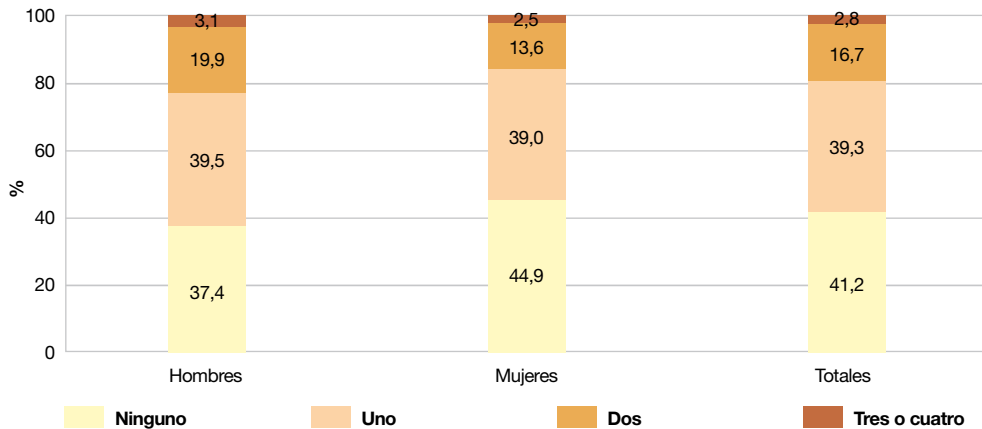


Figura 8.1. Agrupación de factores de riesgo* según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

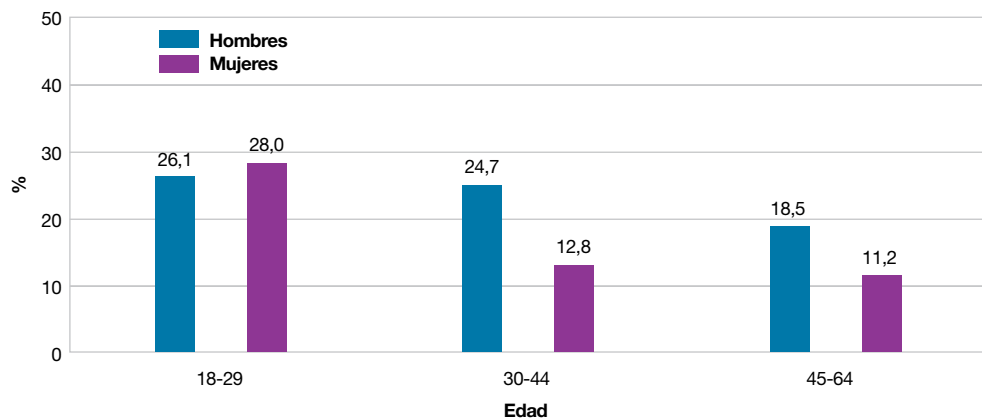


Figura 8.2. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según edad y sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

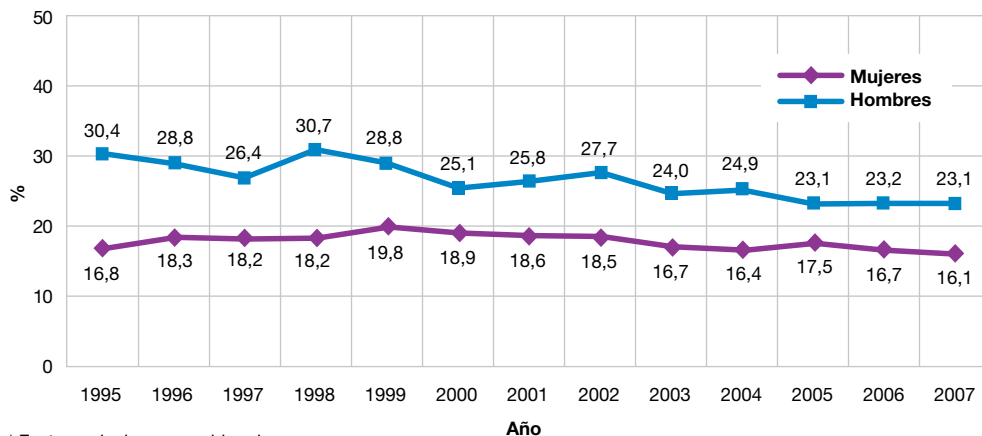


Figura 8.3. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo *, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

* Factores de riesgo considerados:

Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; consumo promedio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

8.1.2. Prácticas preventivas

En las tabla 8.1 y figuras 8.4, 8.5 y 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.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 11,8% no cumple alguna de estas recomendaciones.

Un 14,7% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 59,2% está tomando medicación, el 43,9% se controla el peso, un 58,5% ha reducido la ingesta de sal, y un 24,0% hace ejercicio físico. El 75,6% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 24,4% no realiza ninguna.

A un 16,3% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 27,7% toma medicamentos, el 53,1% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 23,2% practica ejercicio físico. El 64,6% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 35,4% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 9,1% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 7,8 de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos diez años de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías –en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 80,6% comparando el promedio del año 2006 y 2007 con el de 1995 y 1996 (figura 8.6).

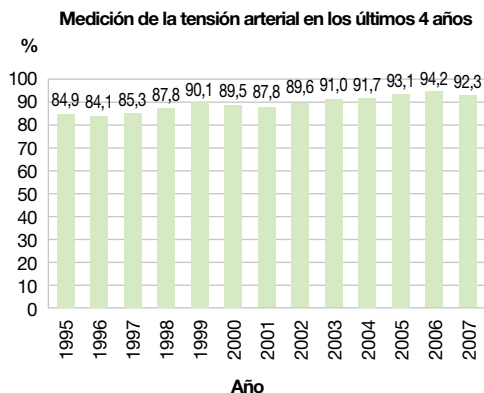
Tabla 8.1. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados según edad y sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	14,3 (±1,6)*	15,1 (±2,2)	13,5 (±2,1)	3,7 (±1,6)	10,9 (±2,2)	26,2 (±3,3)
Colesterol elevado	16,3 (±1,6)	16,8 (±2,3)	15,9 (2,2)	6,5 (±2,1)	12,6 (±2,4)	28,0 (±3,3)

* Intervalo de confianza al 95%

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

Población de 18 a 40 años:



Población mayor de 40 años:

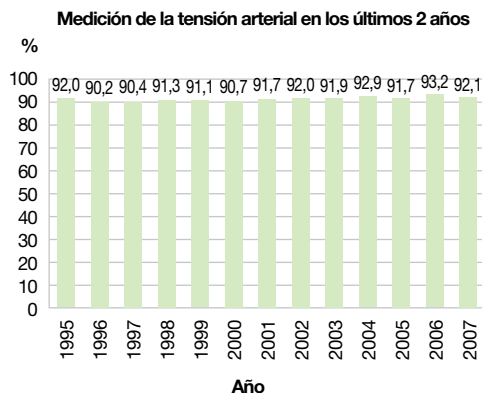
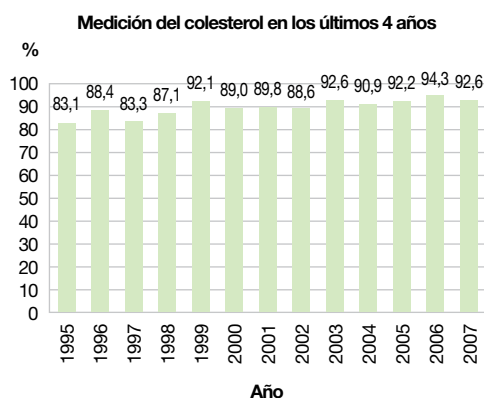


Figura 8.4. Evolución de la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

Hombres mayores de 34 años:



Mujeres mayores de 45 años:

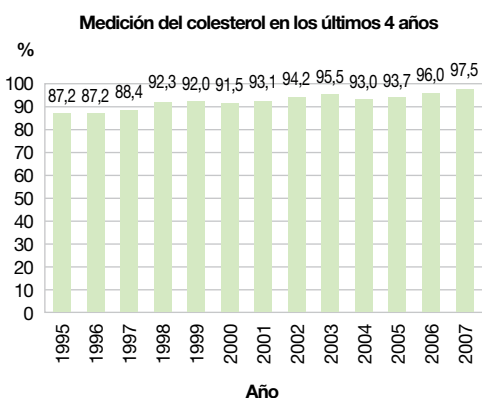
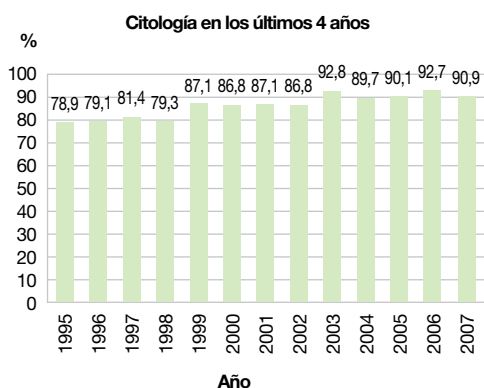


Figura 8.5. Evolución de la proporción de personas que se han realizado medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

Mujeres mayores de 34 años:



Mujeres mayores de 49 años:

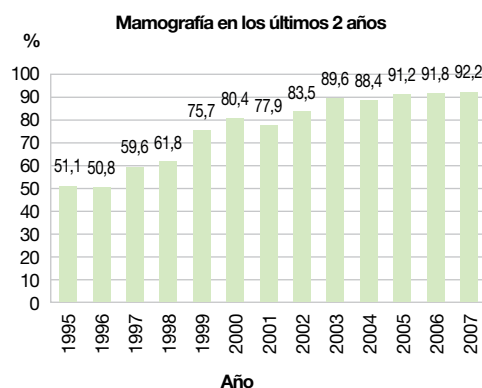


Figura 8.6. Evolución de la proporción de mujeres que se han realizado citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles

8.2.1. Tumores

Los tumores fueron la primera causa de mortalidad en la población madrileña en 2006. Por sexo, en los hombres fueron la primera causa de mortalidad y por primera vez también en las mujeres, desbancando a las enfermedades del sistema circulatorio. La mortalidad por tumores muestra una tendencia descendente en los últimos años similar a lo observado en España.

Los tumores fueron la primera causa de morbilidad hospitalaria en 2007, y estas tasas muestran un aumento progresivo con la edad, especialmente en los hombres.

Los tumores fueron la segunda causa de carga de enfermedad, destacando el componente de mortalidad sobre el de discapacidad. Los tumores que ocasionan más discapacidad son los de localización colorrectal, urogenital y mama en la mujer.

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es el tumor que causa mayor mortalidad en los hombres, si bien se observa una tendencia descendente en la última década. En las mujeres aunque la mortalidad por este tumor es mucho menor que en los hombres, sin embargo es el tercer tumor en frecuencia, muestra una tendencia ascendente y las tasas son superiores a las observadas en España. Respecto a la distribución geográfica, en los hombres se observa una mayor mortalidad en el municipio de Madrid en los Distritos de Salud de Vallecas, Centro, Usera y San Blas, así como también en Parla. En mujeres se observa un patrón de agregación de exceso de mortalidad en los Distritos del centro del municipio de Madrid (Salamanca, Chamartín, Retiro, Chamberí y Centro) así como en Majadahonda.

El cáncer de mama es el tumor que causa mayor mortalidad en las mujeres y muestra una tendencia descendente de forma similar a España. Se observa una agregación geográfica de exceso de mortalidad en las secciones censales de los Distritos del centro del municipio de Madrid: Centro, Salamanca, Retiro, Chamberí y Tetuán.

El cáncer de colon y recto es el segundo tumor en mortalidad, tanto en hombres como en mujeres. En la última década ha mostrado una tendencia estable si bien en los últimos años parece iniciar una ligera tendencia descendente, especialmente en mujeres y en la localización rectal. Respecto al patrón geográfico, sólo en los hombres se observan secciones censales con exceso de mortalidad y son diferentes para el cáncer de colon y el de recto.

La próstata es la tercera localización tumoral más frecuente en hombres, presenta una tendencia descendente y la carga de enfermedad afecta sobre todo a la población de 70 y más años.

El cáncer de páncreas y el melanoma maligno de la piel, como en España, destacan por su tendencia ascendente en los años analizados (desde 1975), si bien en los hombres parece apreciarse una estabilización e incluso un descenso en la Comunidad de Madrid en los años más recientes. Lo mismo ocurre con el cáncer de ovario, que después de un periodo de varios años con una tendencia ascendente en los últimos años muestra un descenso.

Indicadores generales de tumores

Tumores. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	7.079	4.682	11.761
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	241,8	150,2	194,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	161,0	95,0	127,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	225,9	103,3	153,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	234,7	106,8	162,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.719,2	1.756,3	1.738,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,516	0,178	0,331
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	60.254	42.846	103.100
Años de Vida Perdidos. CM 2006	55.998	37.221	93.218
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	4.256	5.625	9.881

Tabla 8.2. Indicadores generales de tumores. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por tumores

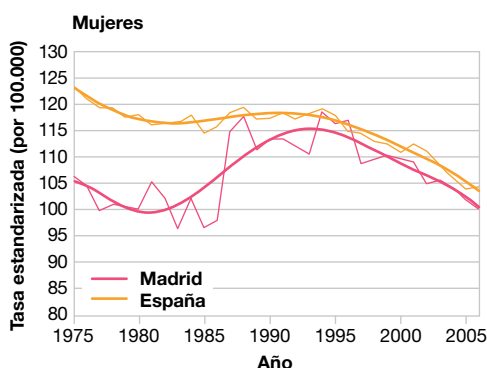
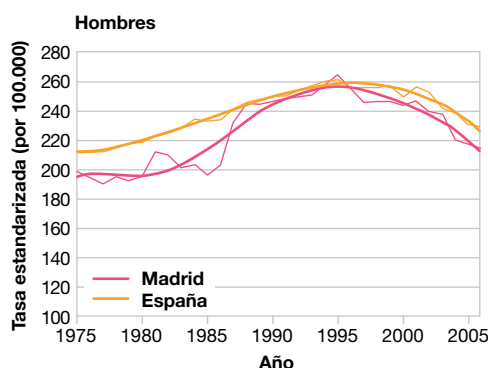
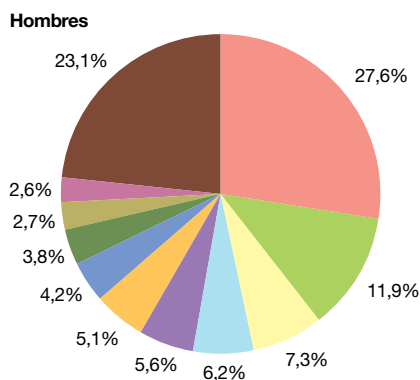
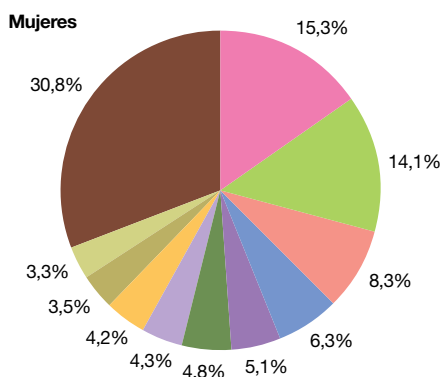


Figura 8.7. Tumores. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



- 018 - Tráquea, bronquios y pulmón
- 012 - 013 Colon y recto
- 028 - Próstata
- 031 - Vejiga
- 011 - Estómago
- 014 - Hígado
- 015 - Páncreas
- 036 - Tejido linfático
- 037 - Leucemia
- 009 - Orofaringeo
- Resto tumores



- 023 - Mama
- 012 - 013 Colon y recto
- 018 - Tráquea, bronquios y pulmón
- 015 - Páncreas
- 011 - Estómago
- 036 - Tejido linfático
- 026 - Ovario
- 014 - Hígado
- 037 - Leucemia
- 016 - Otros digestivos
- Resto tumores

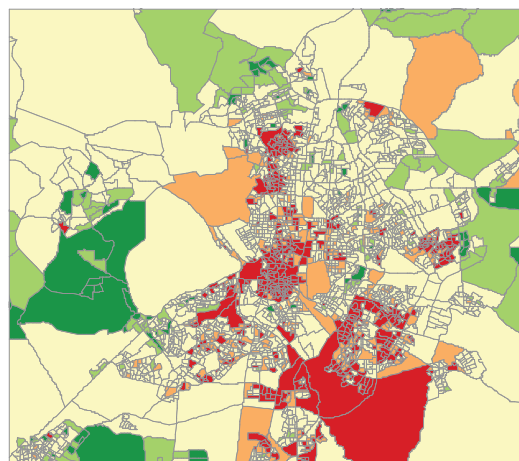
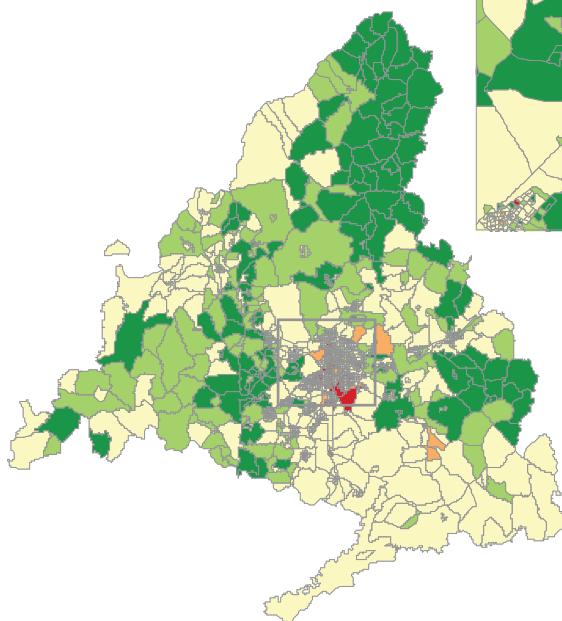
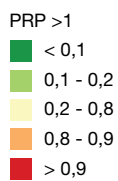
Figura 8.8. Tumores. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.

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

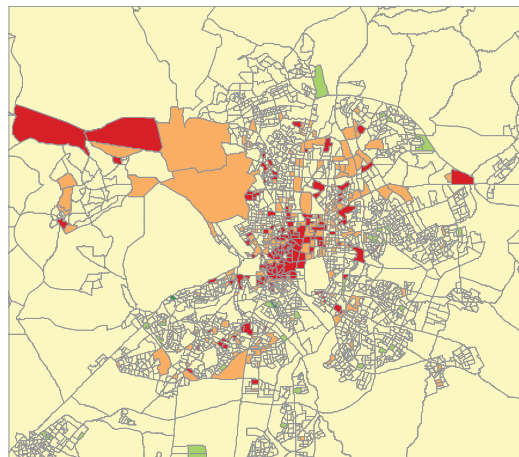
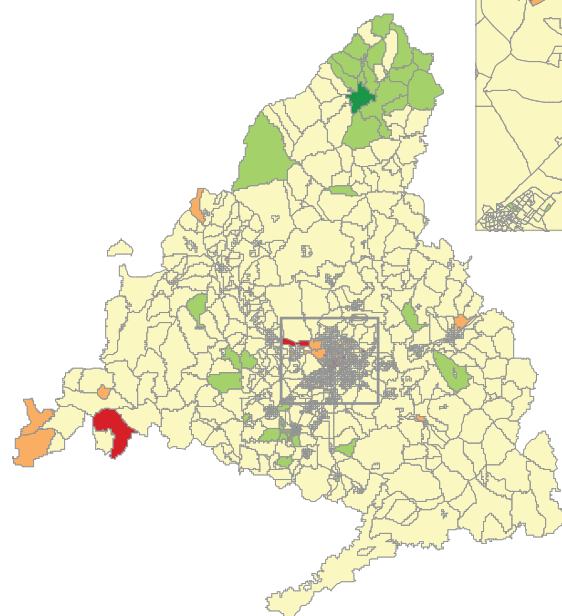
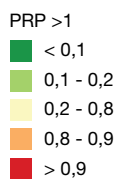
Figura 8.9. Mortalidad por tumores en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



Mujeres



Contribución de los tumores al cambio de la esperanza de vida

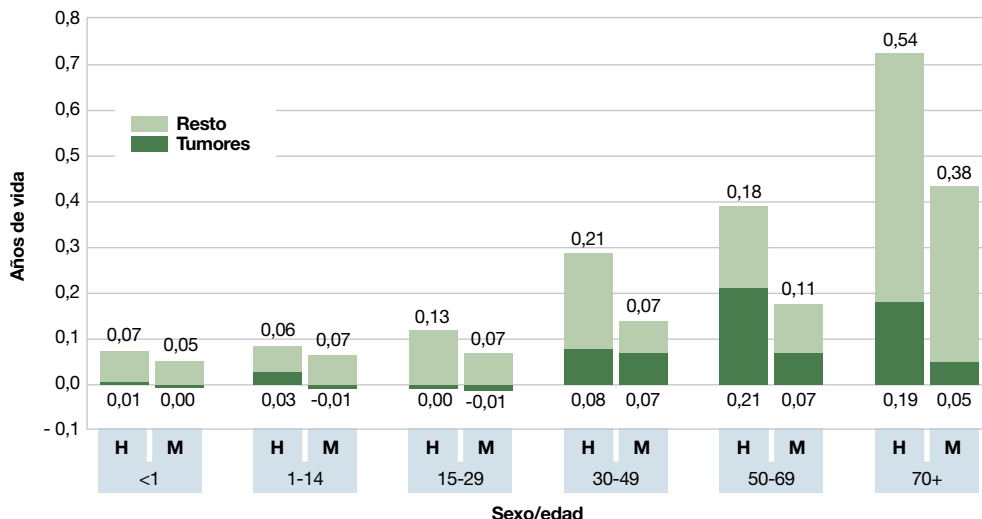


Figura 8.10. Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por tumores

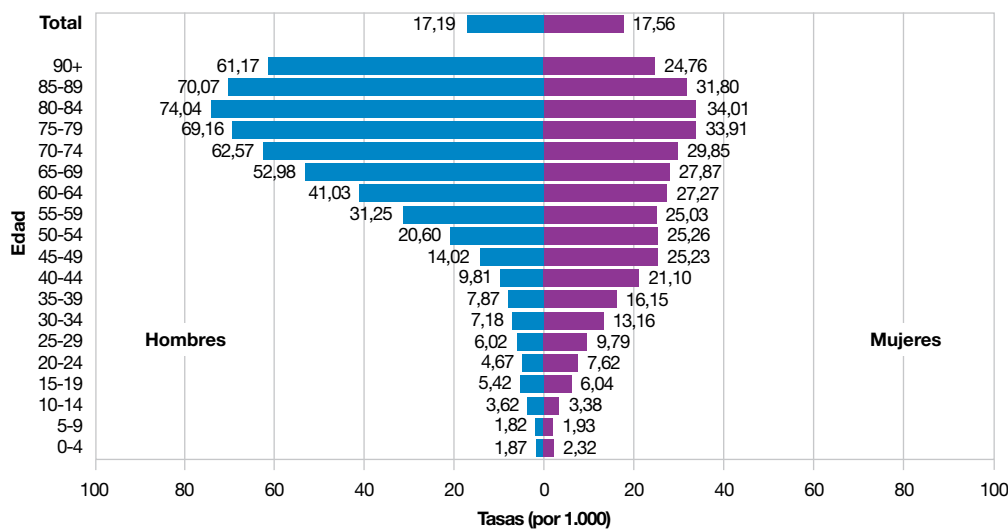


Figura 8.11. Morbilidad hospitalaria por tumores según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumores

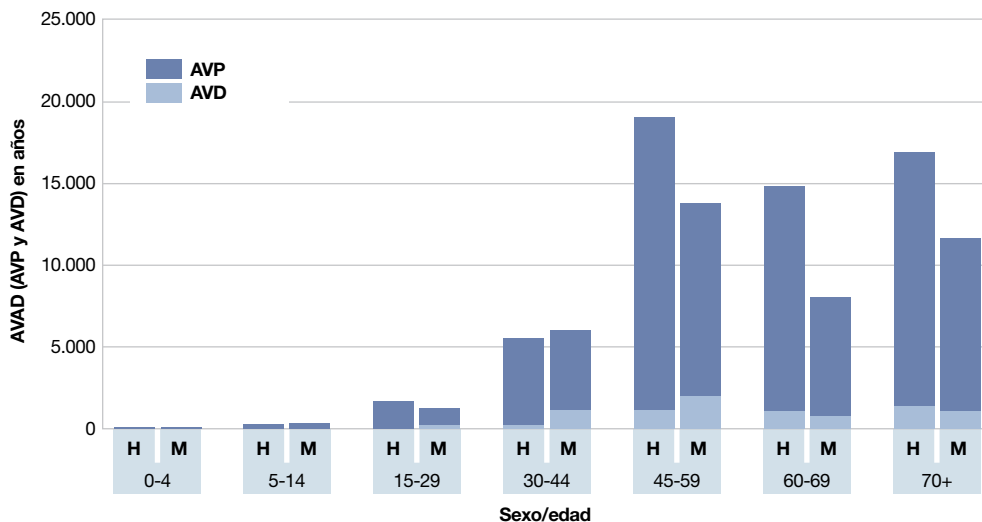


Figura 8.12. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumores, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.1. Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe

Indicadores generales de tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe

Tabla 8.3. Indicadores generales de tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

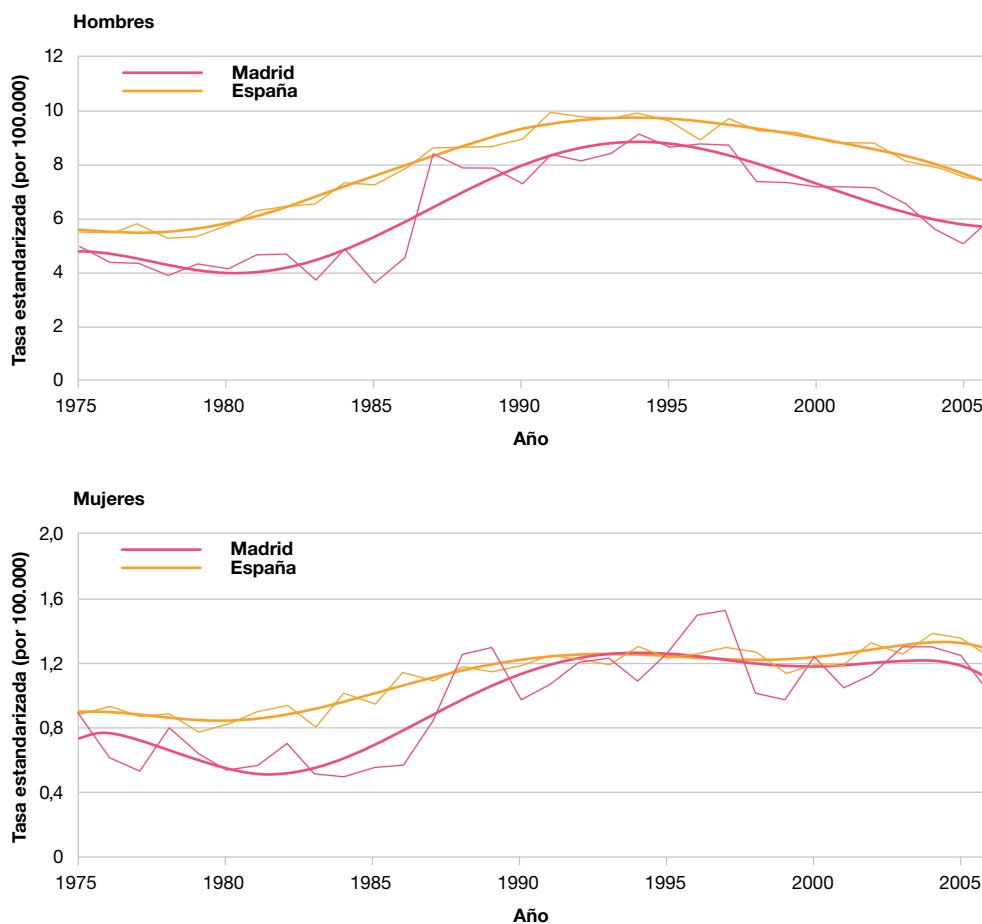
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	182	44	226
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,2	1,4	3,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	8,6	1,0	4,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,3	1,0	3,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	7,3	1,2	4,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	25,1	8,6	16,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,000	0,001	0,008
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.419	455	2.874
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.263	418	2.681
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	156	37	193

Mortalidad por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe

Figura 8.13. Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe

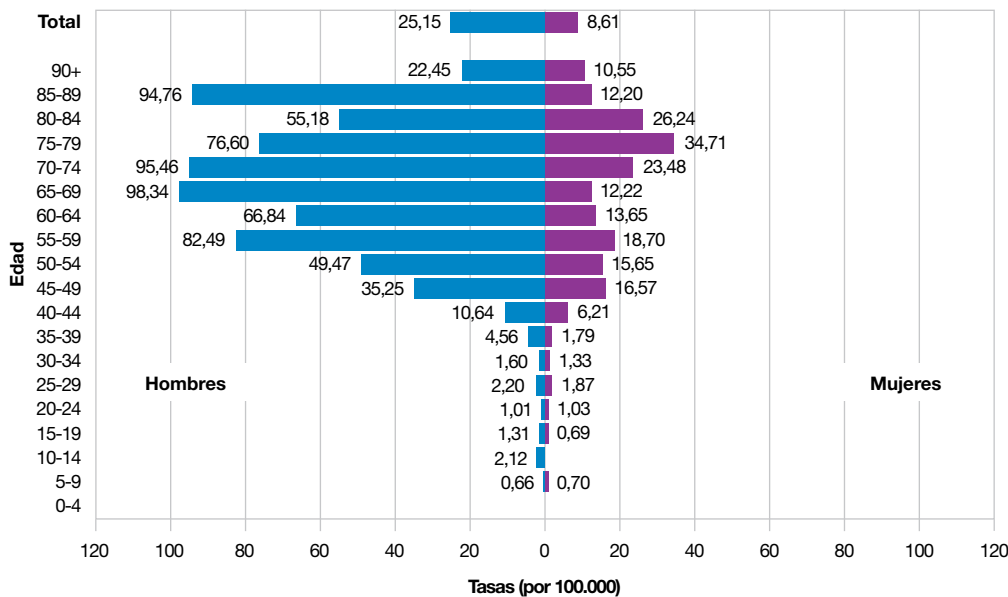


Figura 8.14. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe

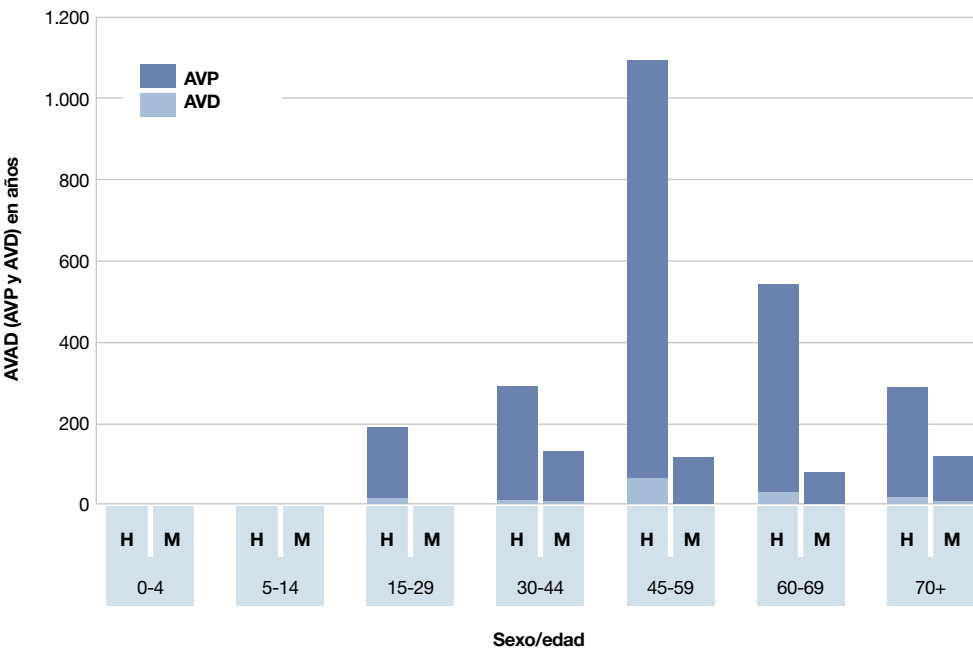


Figura 8.15. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.2. Tumor maligno del esófago

Indicadores generales de tumor maligno del esófago

Tabla 8.4. Indicadores generales de tumor maligno del esófago. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

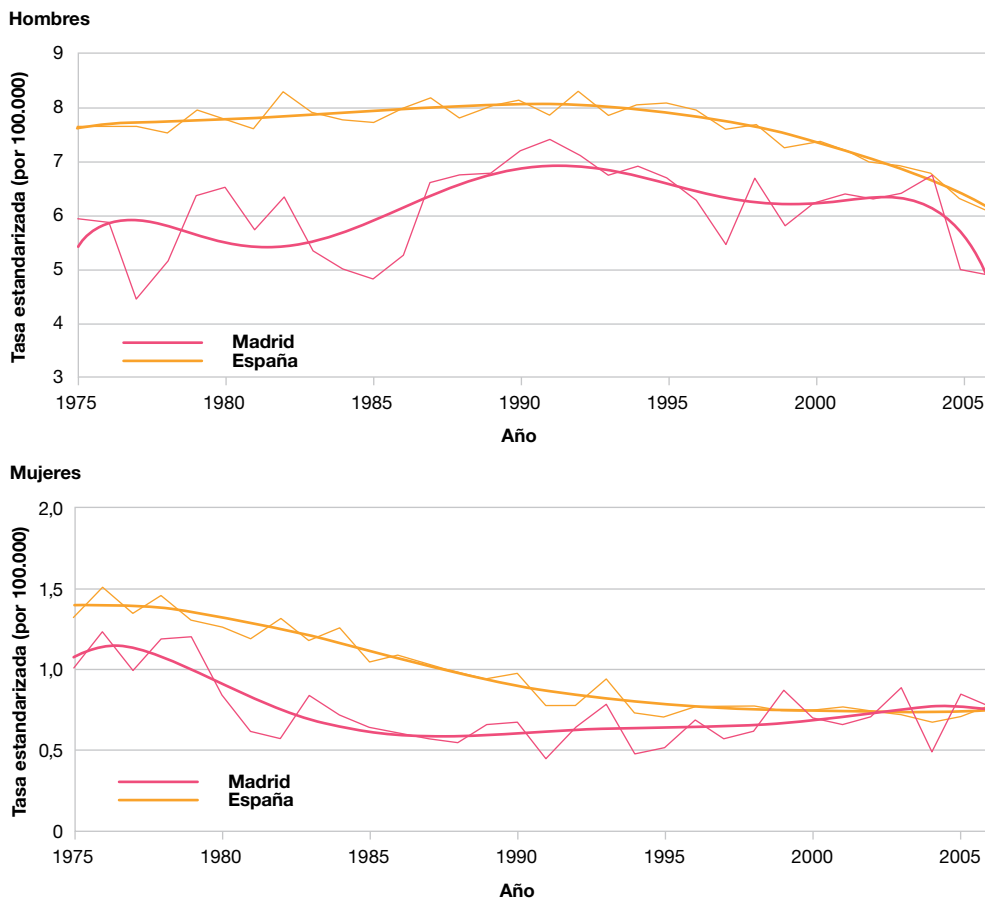
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del esófago. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	150	33	183
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,1	1,1	3,0
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,7	1,1	2,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,0	0,8	2,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	6,0	0,8	3,2
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	10,2	1,5	5,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,026	-0,003	0,012
Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006	1.439	287	1.727
Años de Vida Perdidos. CM 2006	1.398	280	1.678
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	41	7	49

Mortalidad por tumor maligno del esófago

Figura 8.16. Tumor maligno del esófago. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del esófago

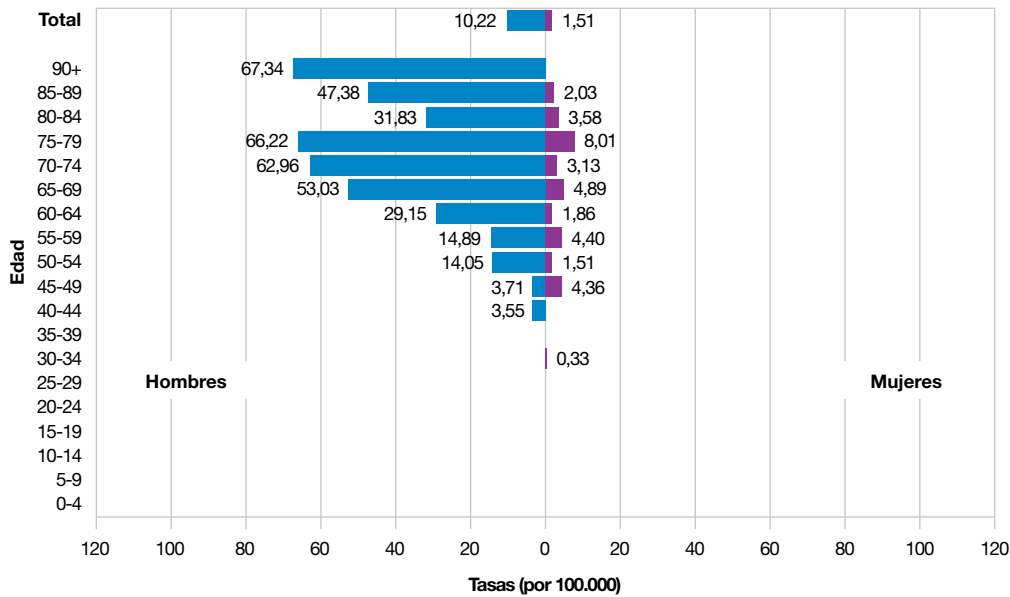


Figura 8.17. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del esófago según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del esófago

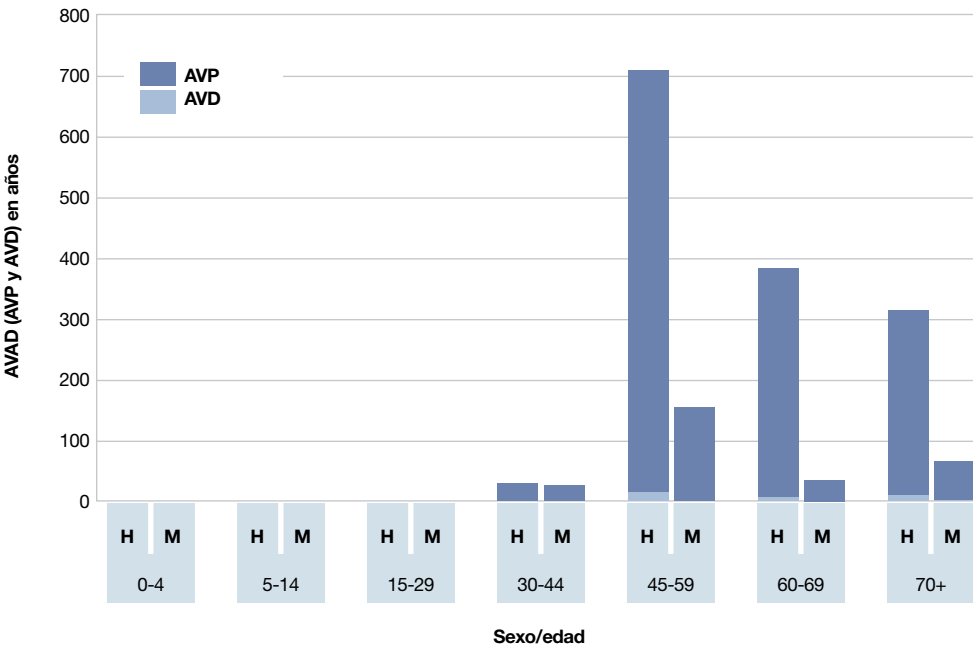


Figura 8.18. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del esófago, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.3. Tumor maligno del estómago

Indicadores generales de tumor maligno del estómago

Tabla 8.5. Indicadores generales de tumor maligno del estómago. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del estómago. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	397	238	635
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	13,6	7,6	10,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	8,6	3,6	6,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	12,6	4,9	8,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	13,0	5,5	8,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	27,4	14,5	20,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,051	0,050	0,049
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006	3.360	1.883	5.244
Años de Vida Perdidos. CM 2006	3.230	1.803	5.033
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	130	80	210

Mortalidad por tumor maligno del estómago

Figura 8.19. Tumor maligno del estómago. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

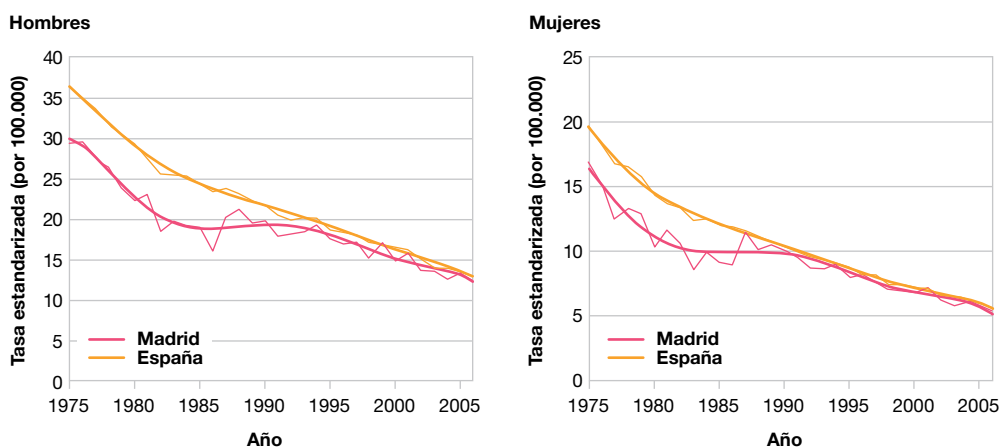
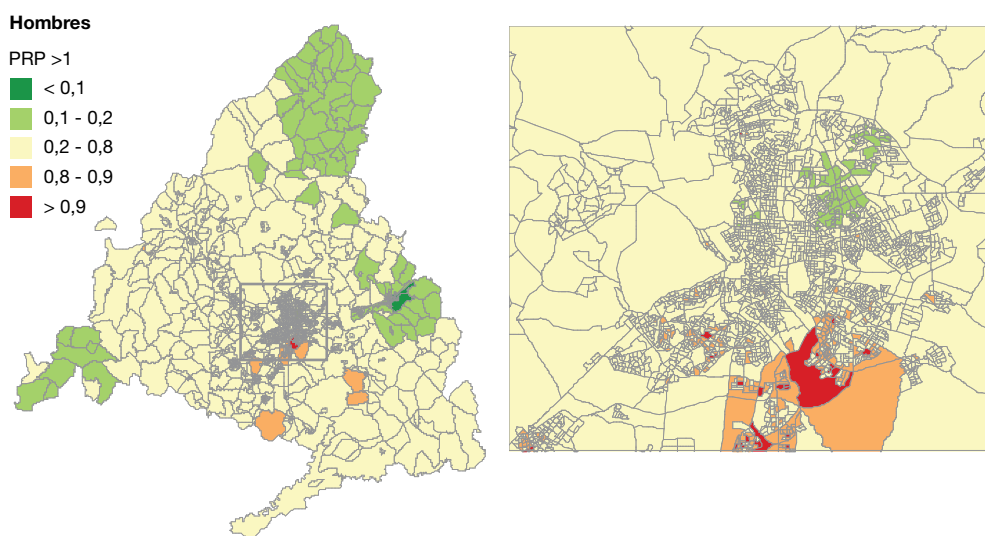


Figura 8.20. Mortalidad por tumor maligno del estómago en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del estómago

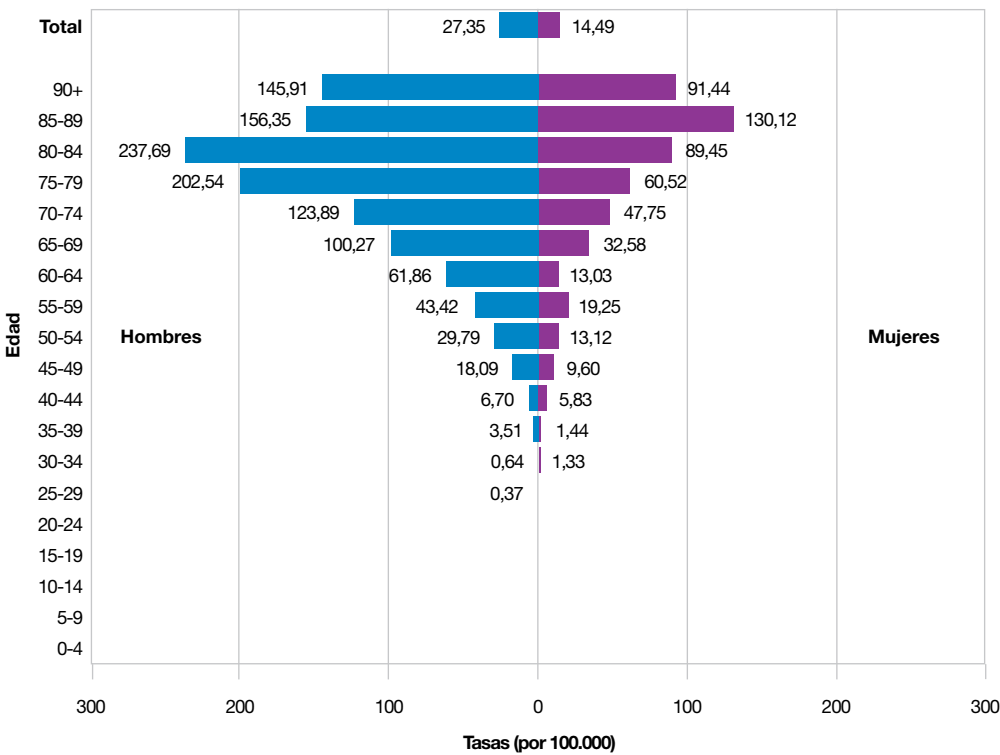


Figura 8.21. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del estómago según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del estómago

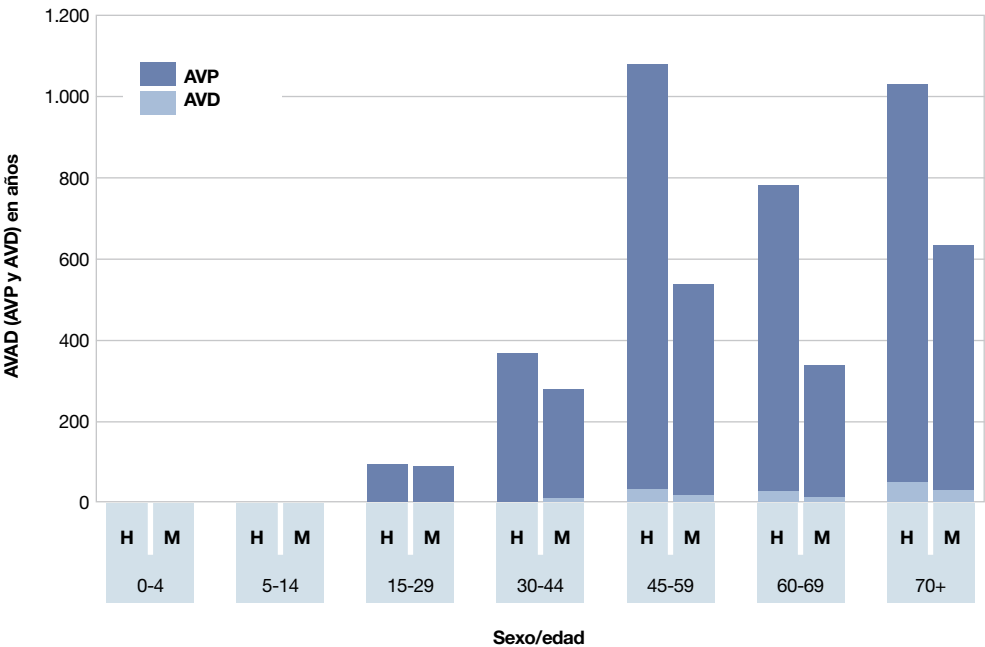


Figura 8.22. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del estómago, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.4. Tumor maligno del colon

Indicadores generales de tumor maligno del colon

Tabla 8.6. Indicadores generales de tumor maligno del colon. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del colon. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	627	515	1.142
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	21,4	16,5	18,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	10,4	6,8	8,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	19,7	10,2	14,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	20,2	10,6	14,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	54,2	41,7	47,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,037	0,007	0,025
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006*	6.792	5.165	11.957
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	5.670	4.221	9.890
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	1.122	944	2.066

* Carga de enfermedad estimada conjuntamente para colon y recto

Mortalidad por tumor maligno del colon

Figura 8.23. Tumor maligno del colon. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

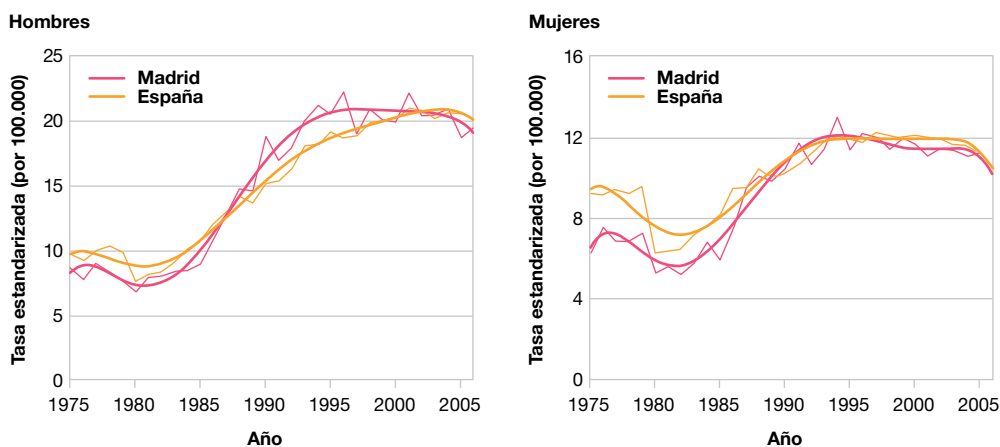
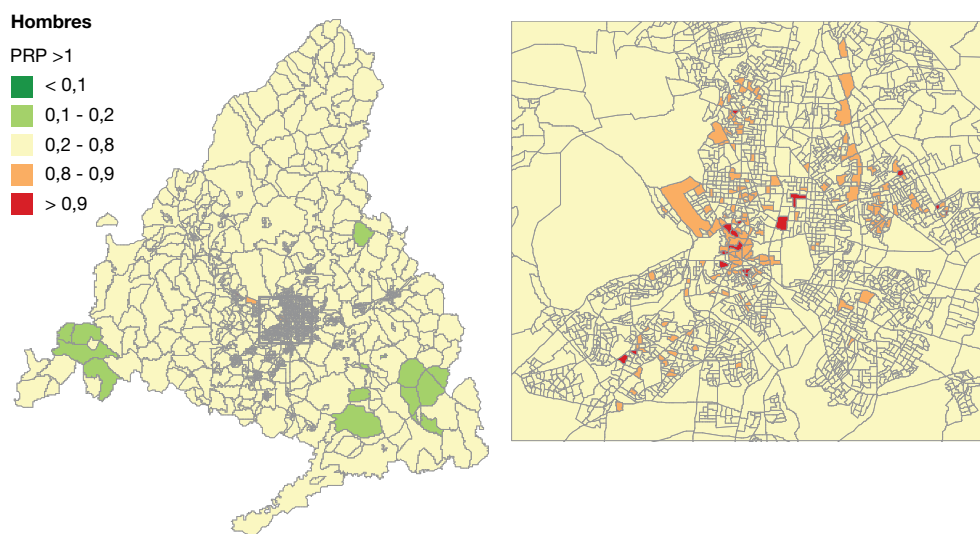


Figura 8.24. Mortalidad por tumor maligno del colon en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



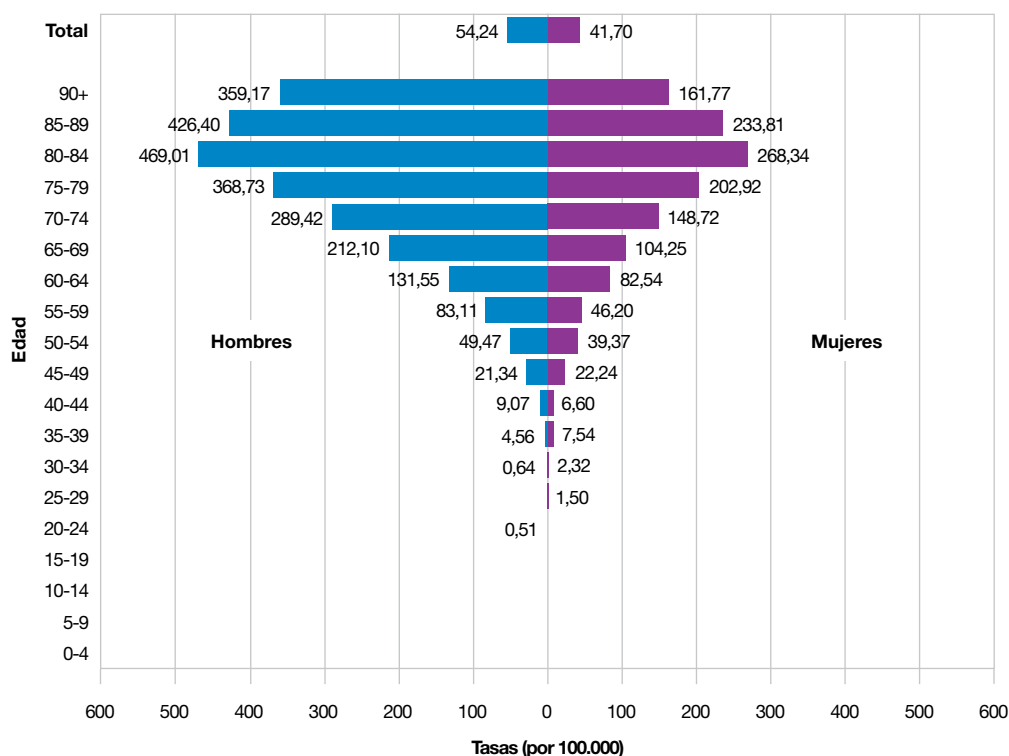


Figura 8.25. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del colon según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del colon y recto

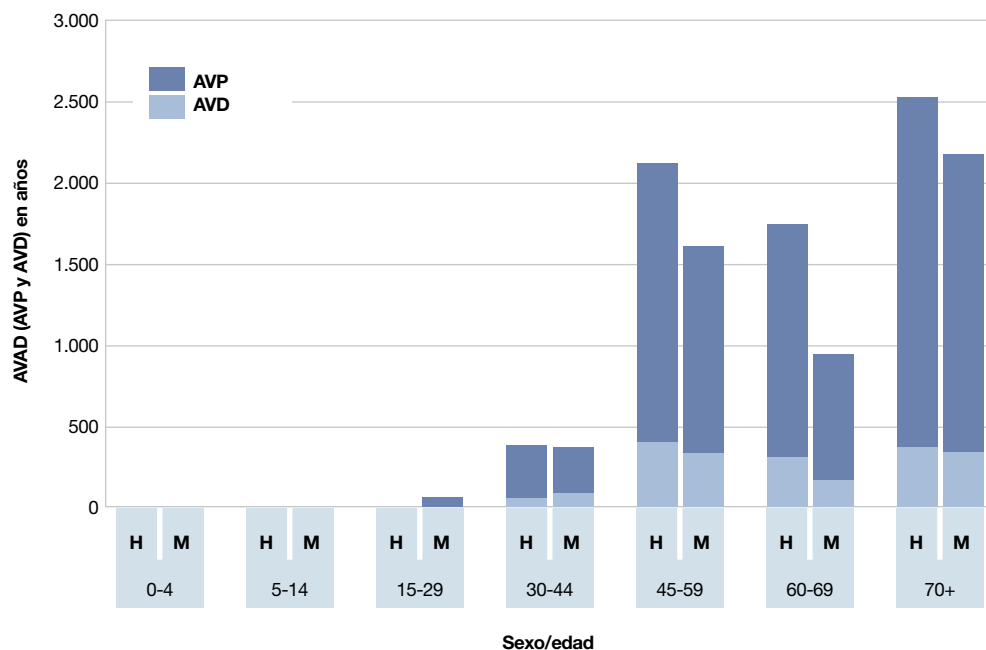


Figura 8.26. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del colon y recto, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.5. Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano

Indicadores generales de tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano

Tabla 8.7. Indicadores generales de tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

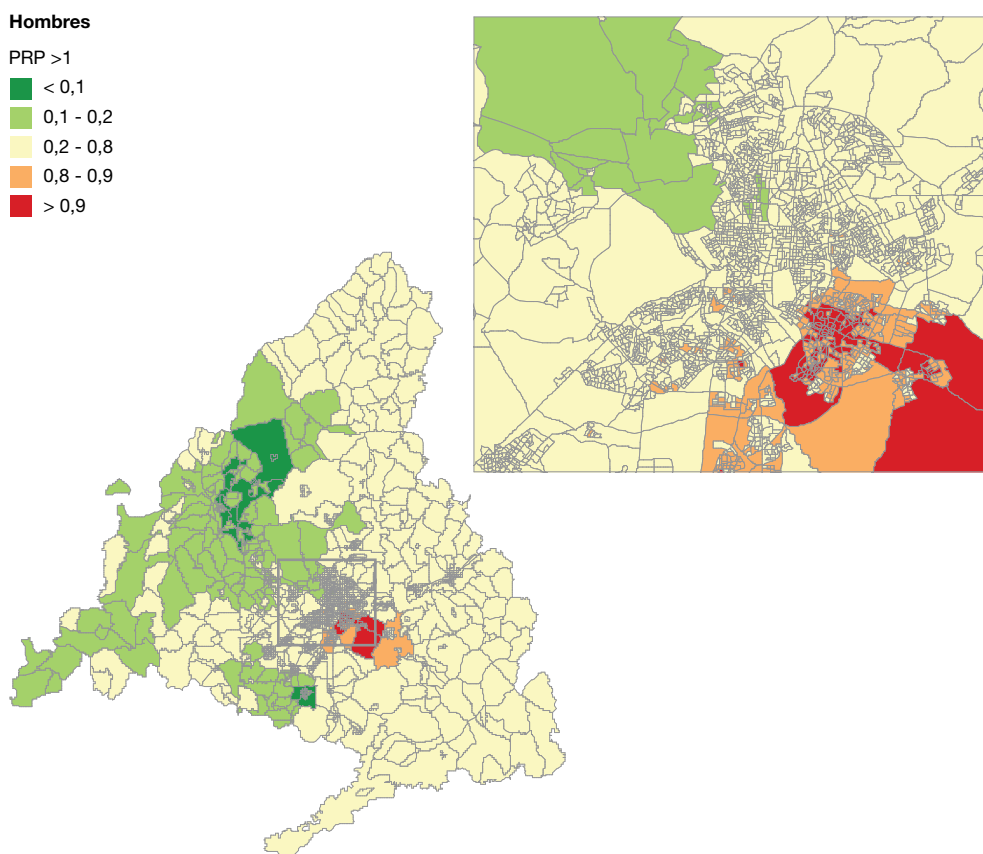
Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	842	660	1.502
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	28,8	21,2	24,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,3	1,7	3,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,8	3,0	4,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	7,1	3,1	4,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	37,2	25,4	31,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,010	-0,005	-0,009
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006*	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006*	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006*	-	-	-

*carga de enfermedad estimada para colon y recto (ver tumor maligno de colon)

Mortalidad por tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano

Figura 8.27. Mortalidad por tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



Hombres

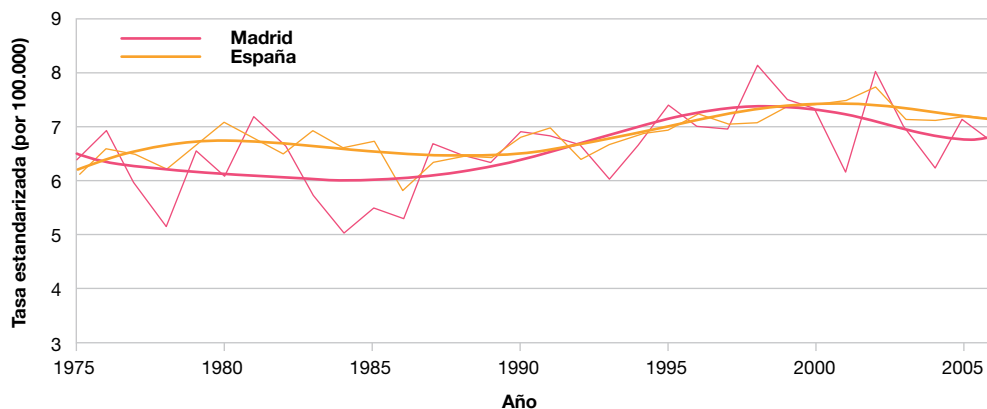
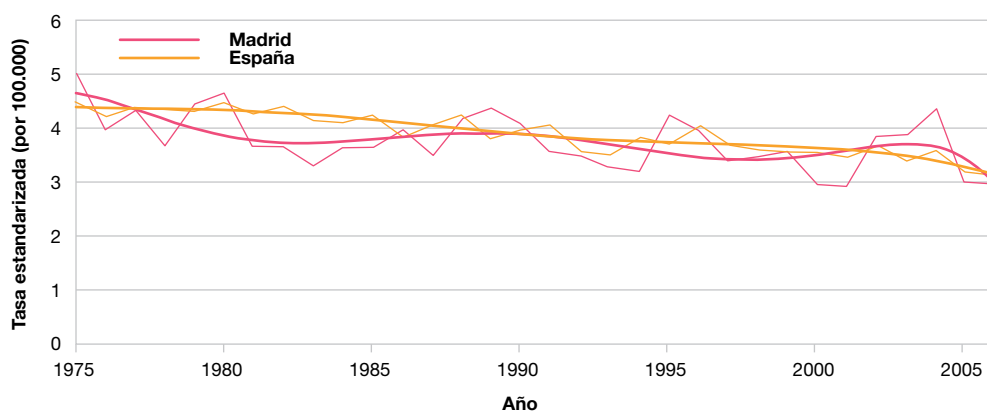


Figura 8.28. Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mujeres



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano

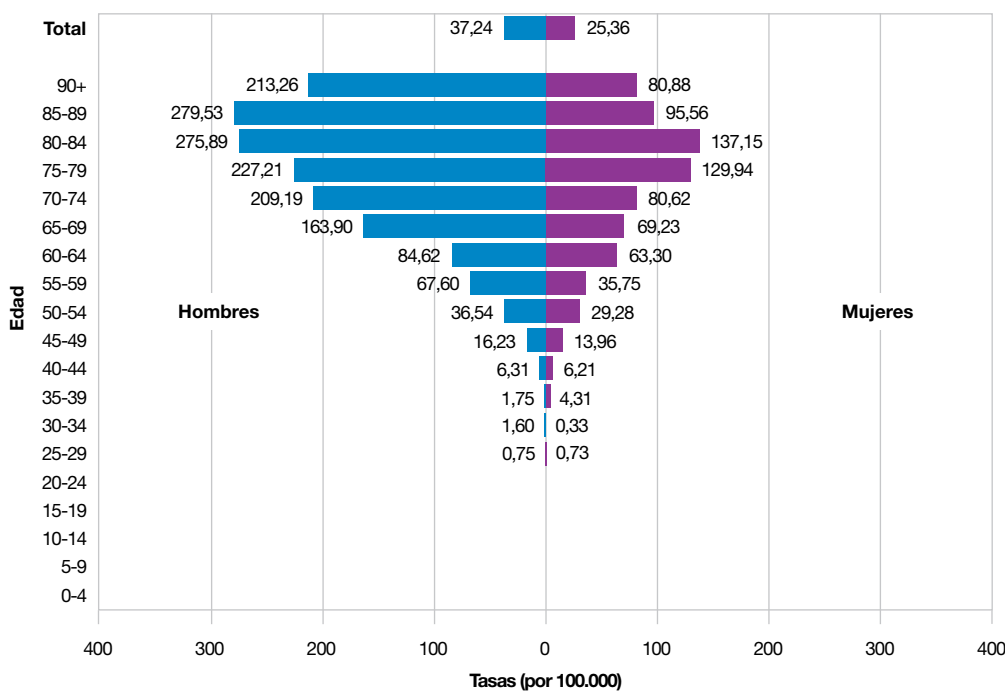


Figura 8.29. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

8.2.1.6. Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas

Indicadores generales de tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas

Tabla 8.8. Indicadores generales de tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

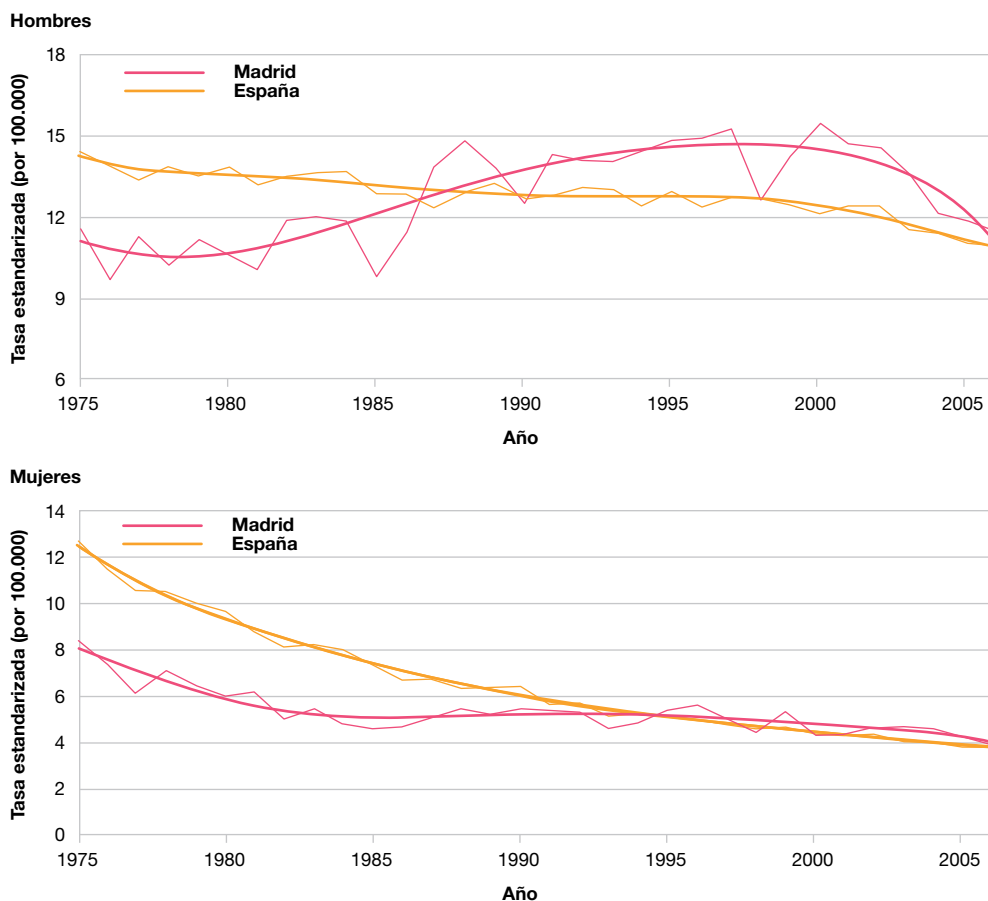
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	364	197	561
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	12,4	6,3	9,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	9,3	1,3	5,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	11,7	3,8	7,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	10,9	3,7	7,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	27,6	10,1	18,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,055	0,009	0,029
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006	3.129	1.246	4.375
Años de Vida Perdidos. CM 2006	3.073	1.220	4.294
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	55	26	81

Mortalidad por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas

Figura 8.30. Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas

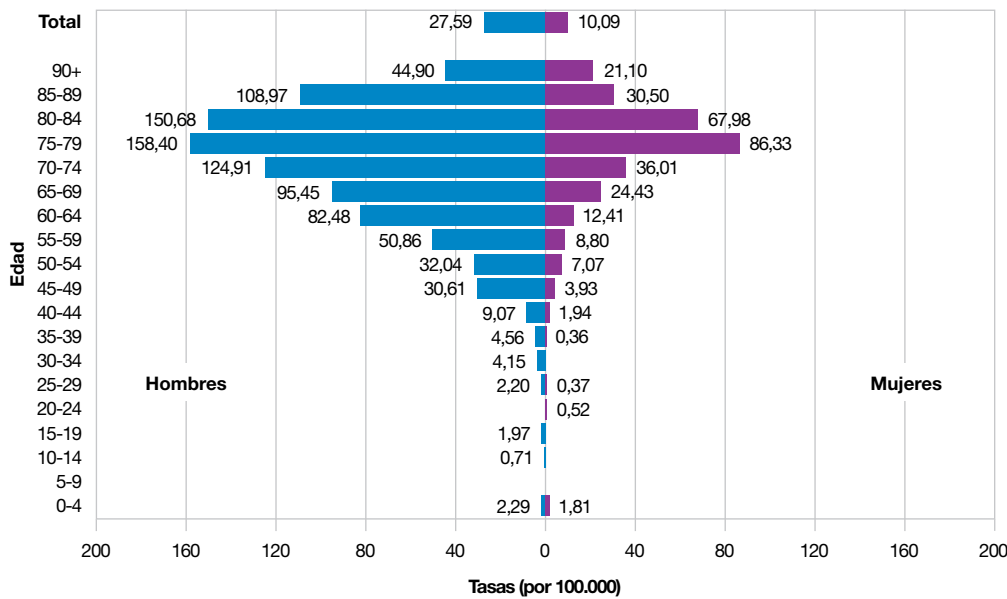


Figura 8.31. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas

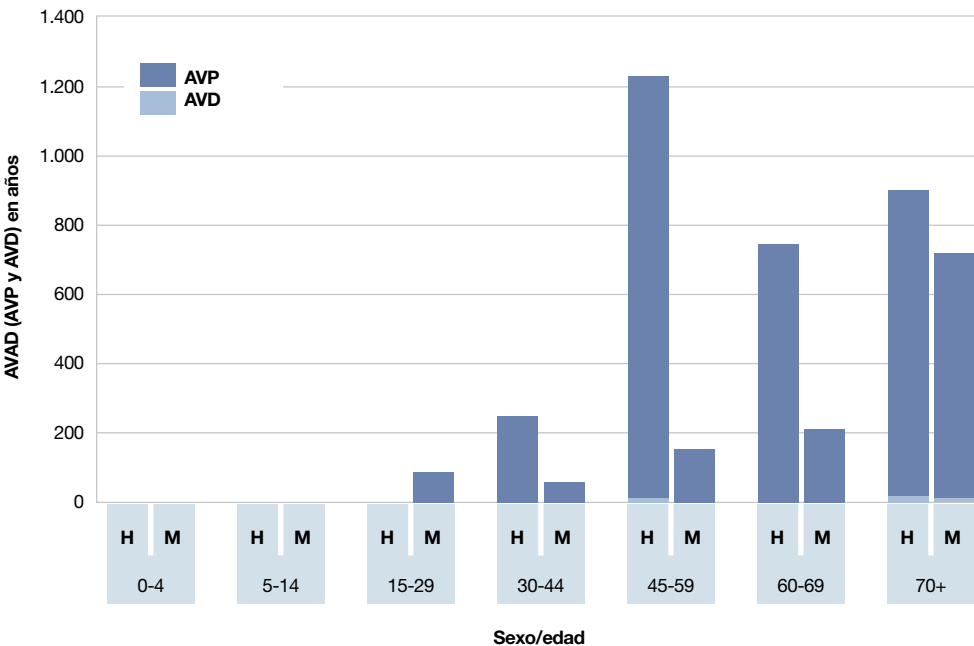


Figura 8.32. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.7. Tumor maligno del páncreas

Indicadores generales de tumor maligno del páncreas

Tabla 8.9. Indicadores generales de tumor maligno del páncreas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

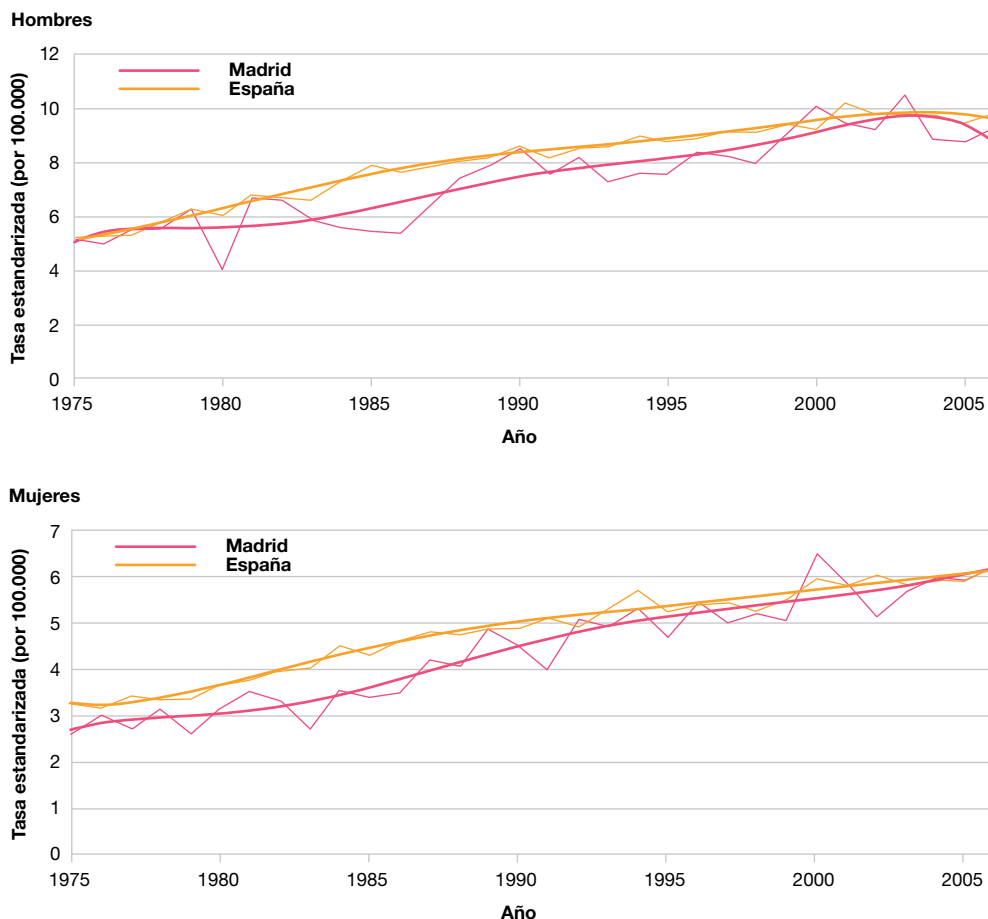
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del páncreas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	294	293	587
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	10,0	9,4	9,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,8	5,1	6,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	9,5	6,3	7,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	9,8	6,2	7,9
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	15,2	13,4	14,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,027	-0,014	-0,006
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006	2.600	2.221	4.821
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.531	2.165	4.696
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	69	56	125

Mortalidad por tumor maligno del páncreas

Figura 8.33. Tumor maligno del páncreas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del páncreas

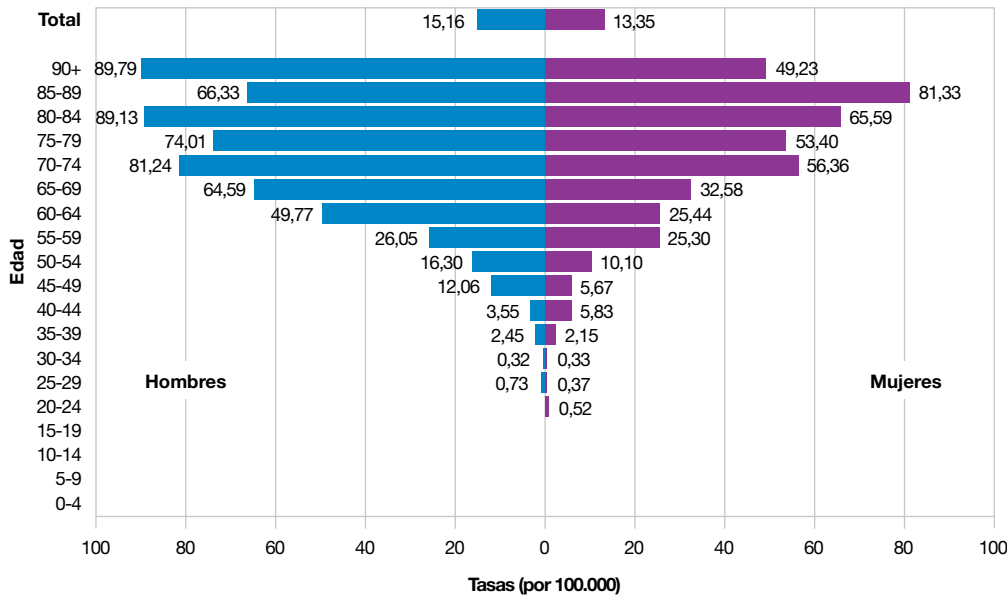


Figura 8.34. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del páncreas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del páncreas

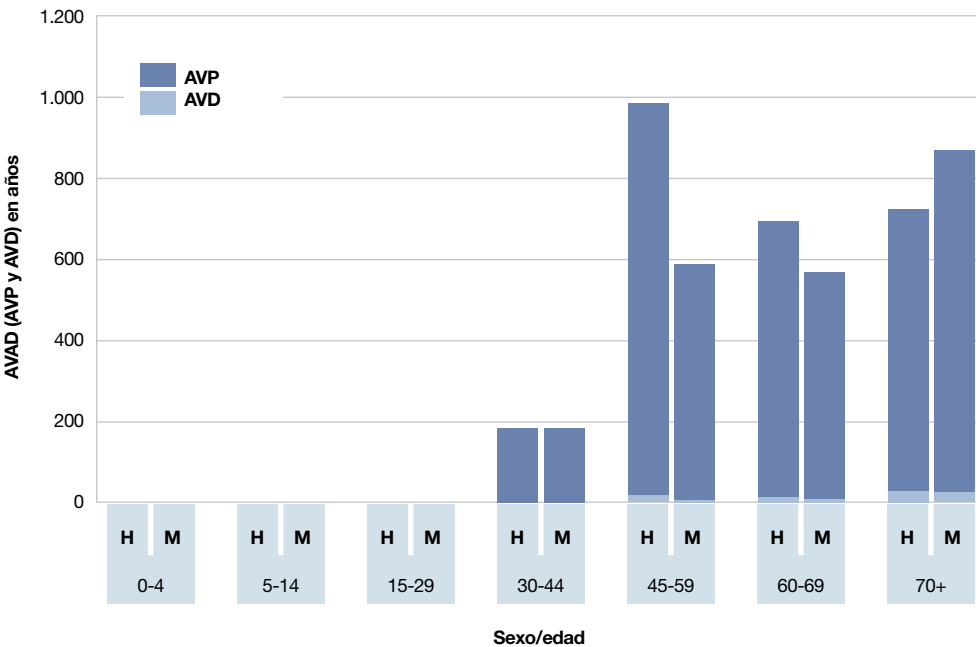


Figura 8.35. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del páncreas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.8. Tumor maligno de la laringe

Indicadores generales de tumor maligno de la laringe

Tabla 8.10. Indicadores generales de tumor maligno de la laringe. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

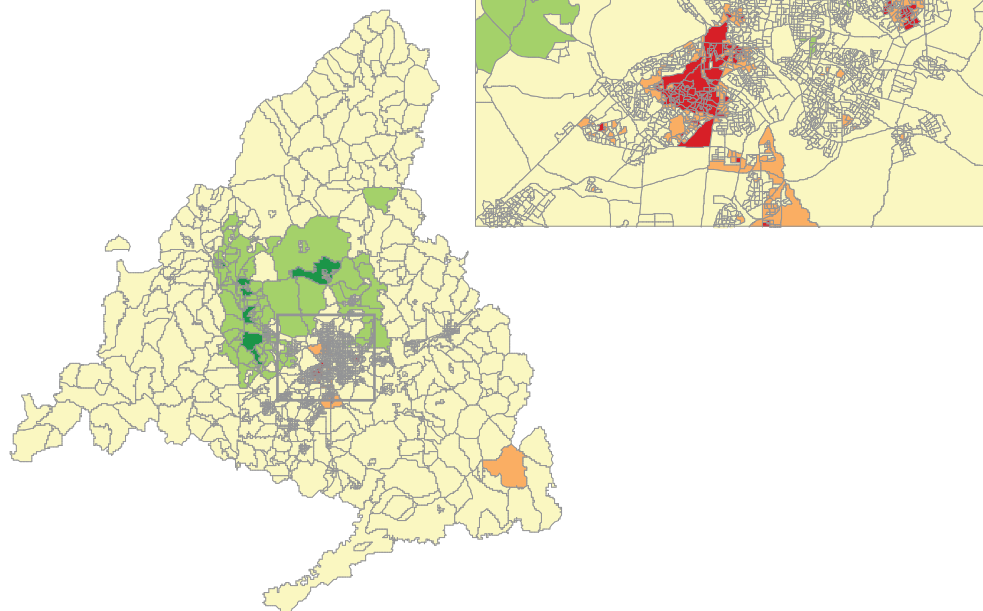
Tumor maligno de la laringe. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	152	8	160
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,2	0,3	2,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,0	0,4	2,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,1	0,2	2,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	5,9	0,2	2,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	22,9	1,98	12,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,012	-0,001	0,015
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006	1.605	107	1.713
Años de Vida Perdidos. CM 2006	1.502	100	1.602
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	103	8	111

Mortalidad por tumor maligno de la laringe

Figura 8.36. Mortalidad por tumor maligno de la laringe en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres
PRP >1
■ < 0,1
■ 0,1 - 0,2
■ 0,2 - 0,8
■ 0,8 - 0,9
■ > 0,9



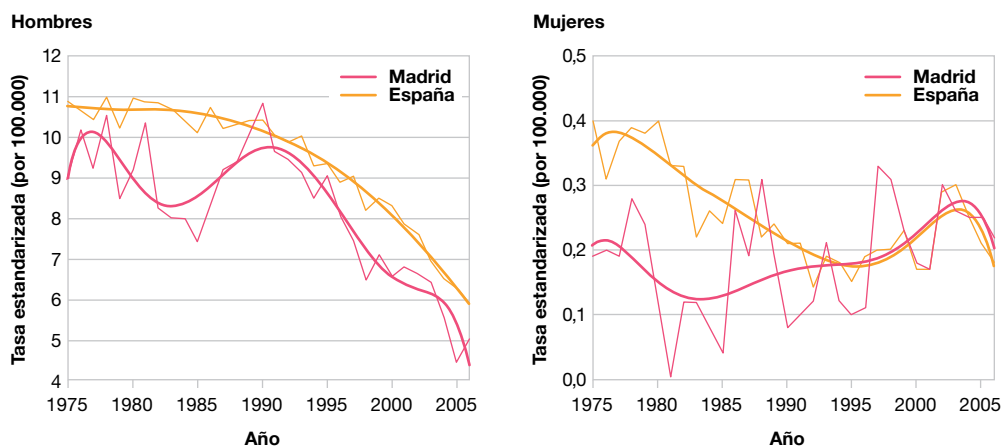


Figura 8.37. Tumor maligno de la laringe. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la laringe

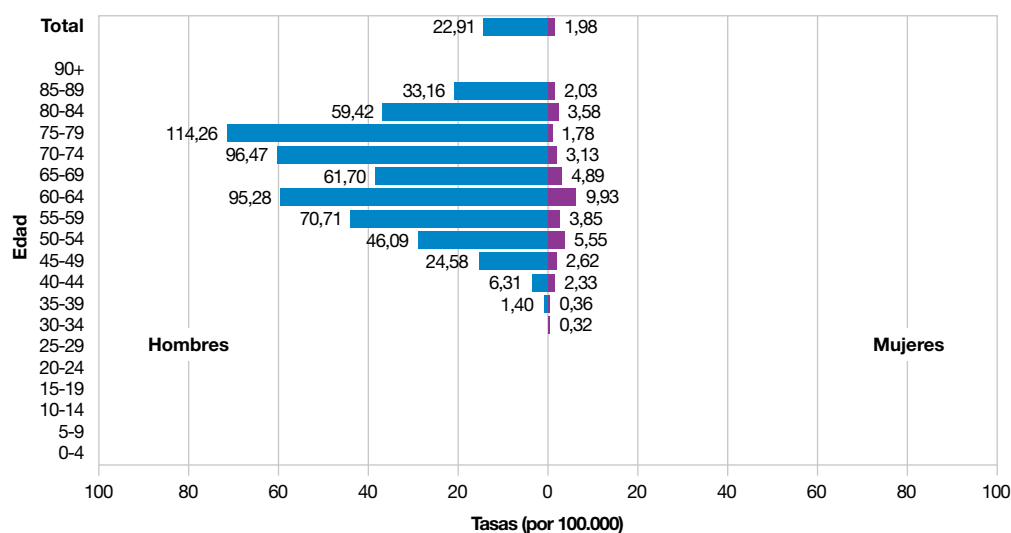


Figura 8.38. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la laringe según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno de la laringe

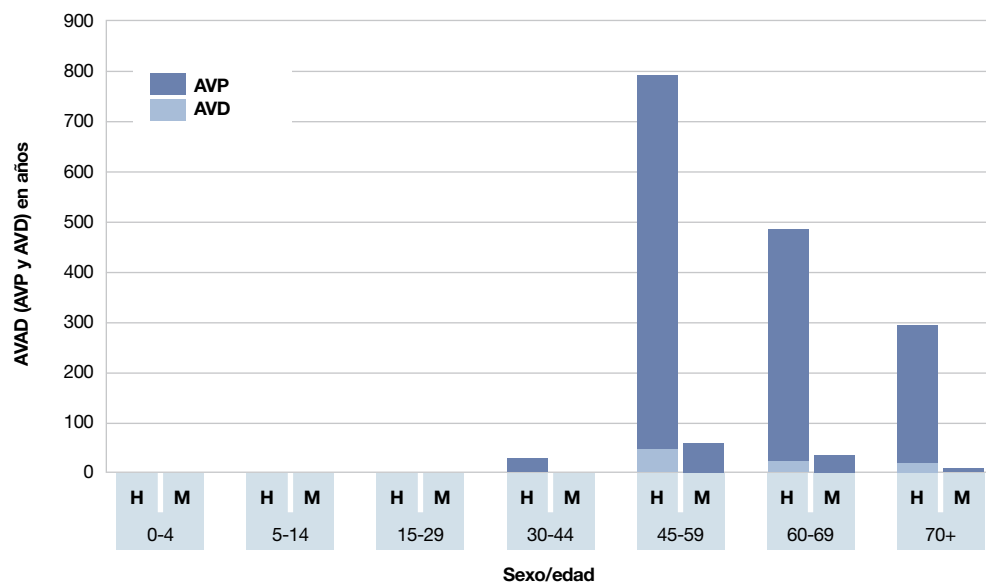


Figura 8.39. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la laringe, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.9. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón

Indicadores generales de tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón

Tabla 8.11. Indicadores generales de tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

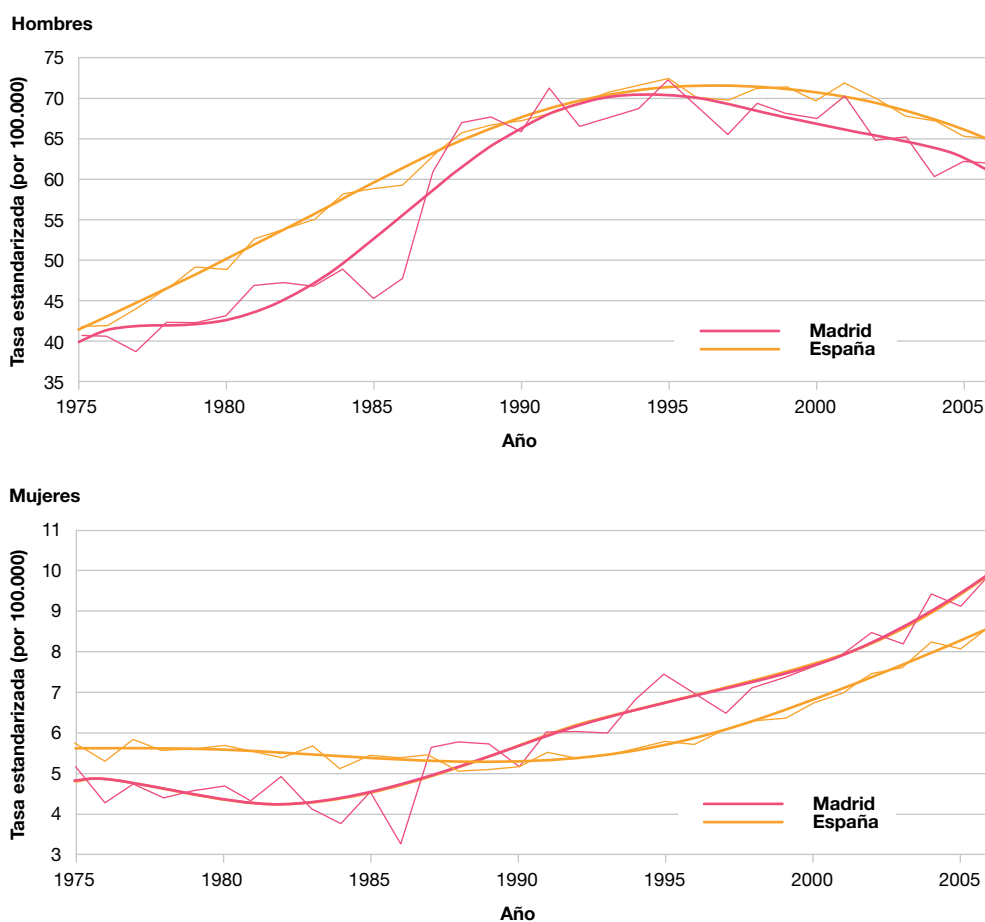
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	1.953	389	2.342
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	66,7	12,5	38,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	54,4	13,1	33,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	63,4	10,1	33,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	65,0	8,6	34,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	105,7	19,7	61,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,117	-0,055	0,023
Carga de Enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2006	17.573	4.321	21.894
Años de Vida Perdidos. CM 2006	17.066	4.203	21.270
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	507	117	624

Mortalidad por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón

Figura 8.40. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

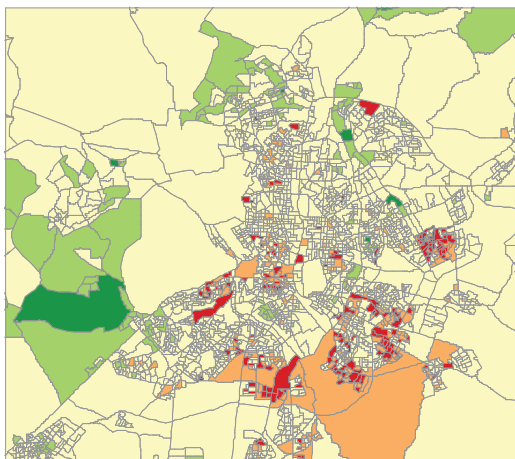
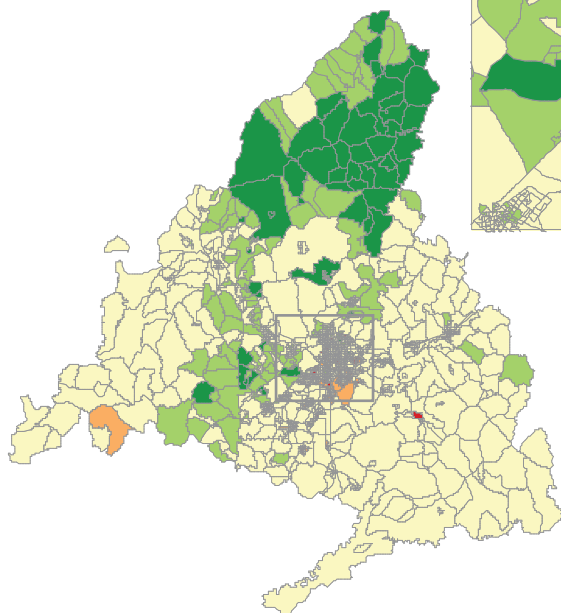
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9



Mujeres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9

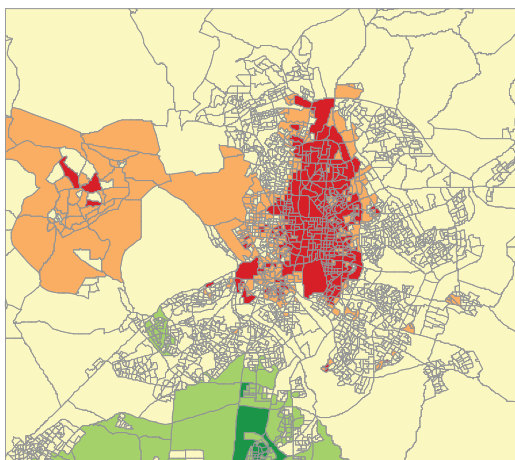
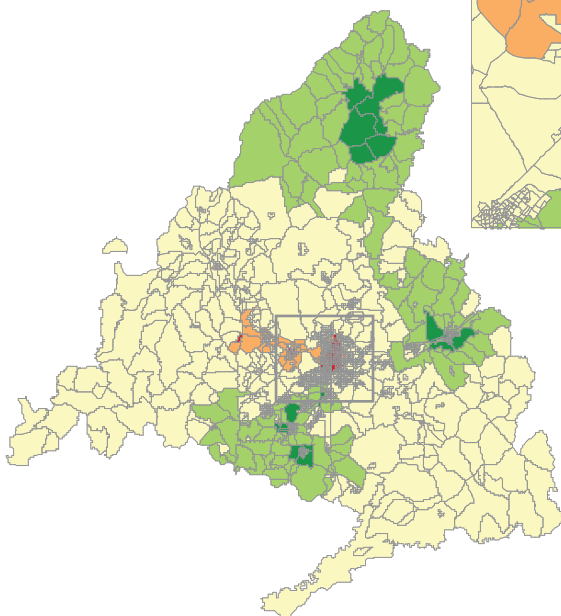


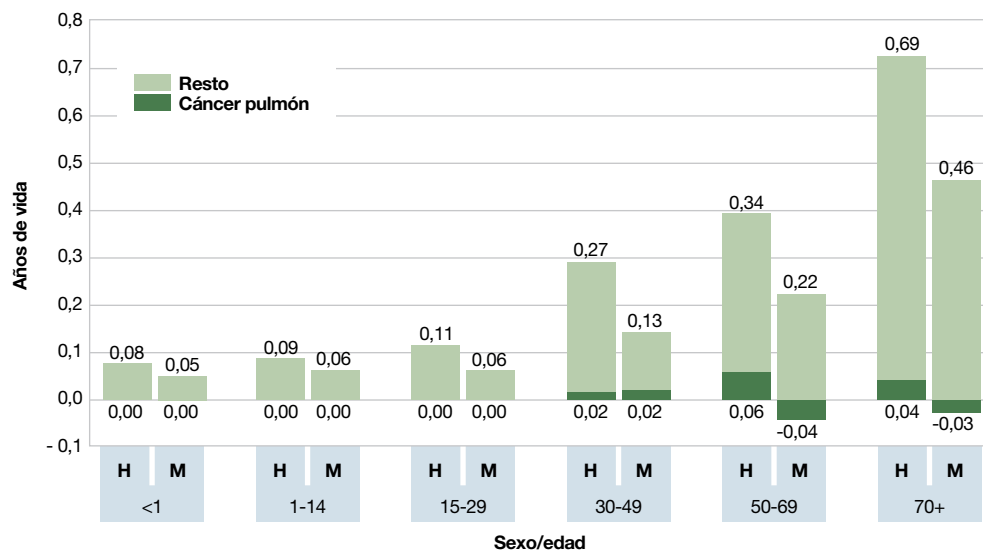
Figura 8.41. Mortalidad por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Contribución del tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón al cambio de la esperanza de vida

Figura 8.42. Contribución del tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

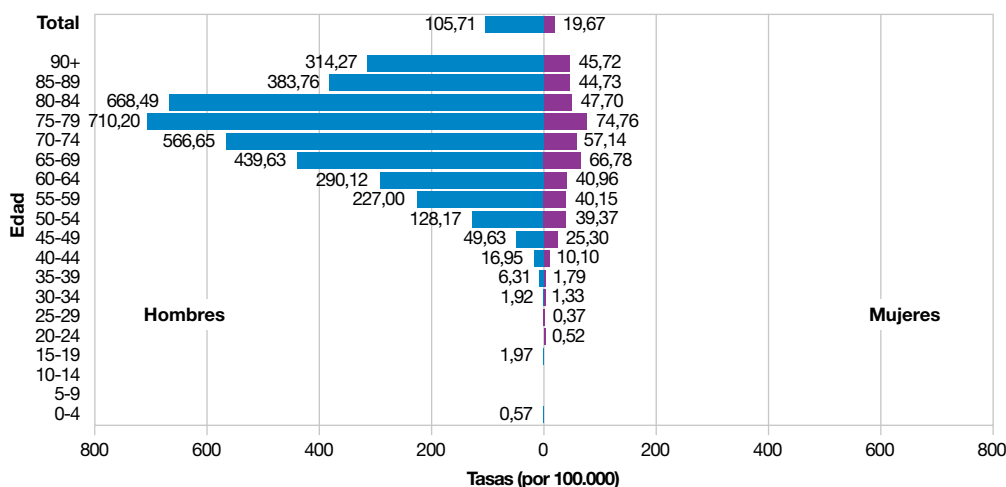
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón

Figura 8.43. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

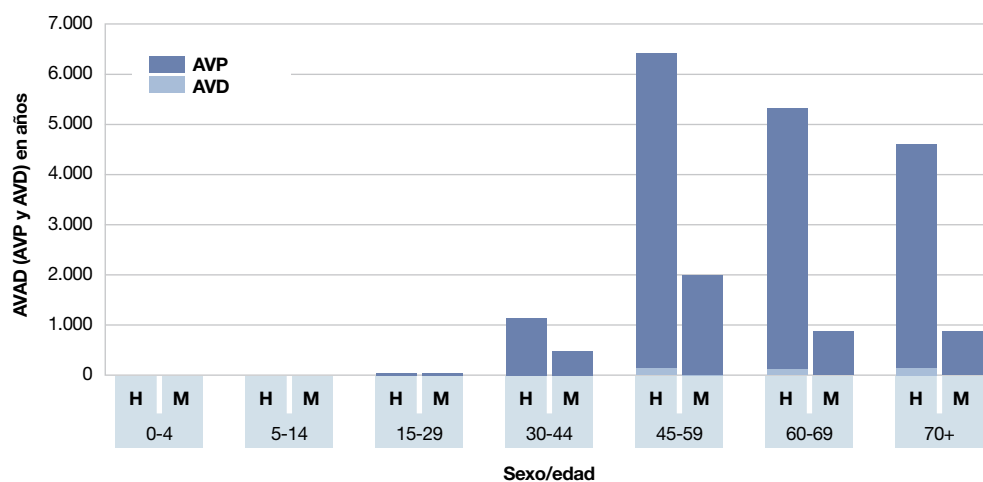
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Carga de enfermedad por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón

Figura 8.44. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.1.10. Melanoma maligno de la piel

Indicadores generales de melanoma maligno de la piel

Melanoma maligno de la piel. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	48	57	105
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	1,6	1,8	1,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	1,2	1,3	1,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	1,5	1,3	1,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	1,5	1,3	1,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	18,1	17,4	17,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,013	-0,005	0,003
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	840	810	1.650
Años de Vida Perdidos. CM 2006	794	737	1.531
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	46	73	119

Tabla 8.12. Indicadores generales de melanoma maligno de la piel. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por melanoma maligno de la piel

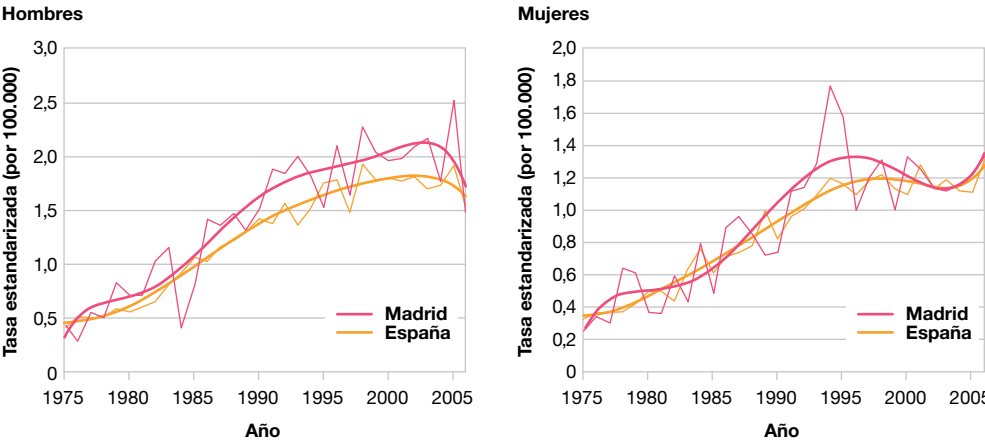


Figura 8.45. Melanoma maligno de la piel. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por melanoma maligno de la piel

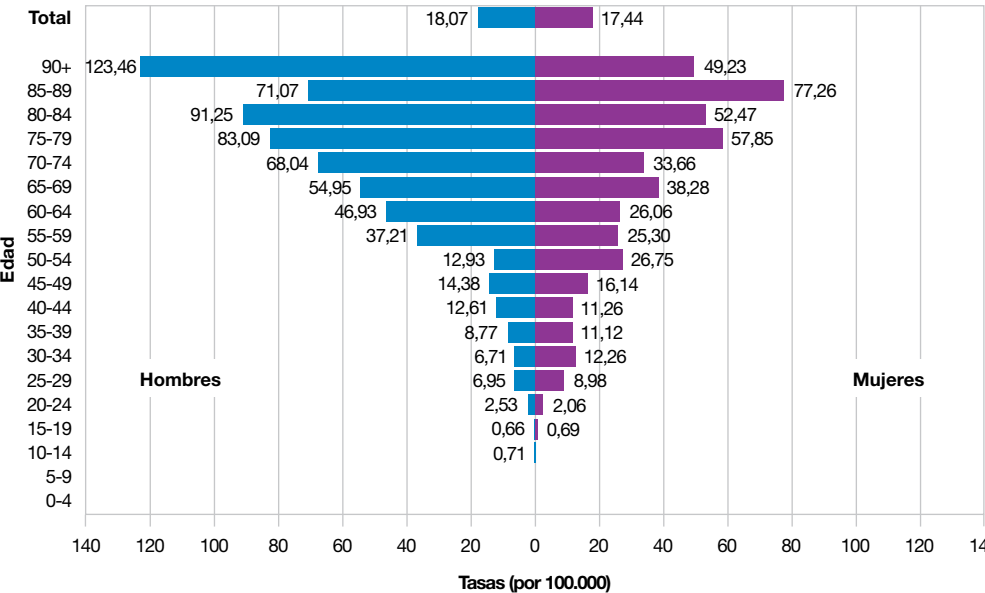


Figura 8.46. Morbilidad hospitalaria por melanoma maligno de la piel según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

8.2.1.11. Tumor maligno de la mama de la mujer

Indicadores generales de tumor maligno de la mama de la mujer

Tabla 8.13. Indicadores generales de tumor maligno de la mama de la mujer. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de la mama de la mujer. 2006-2007. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº de muertes. CM 2006	715
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	22,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	22,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	17,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	18,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	118,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,074
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	9.249
Años de Vida Perdidos. CM 2006	7.608
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	1.641

Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer

Figura 8.47. Tumor maligno de la mama de la mujer. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

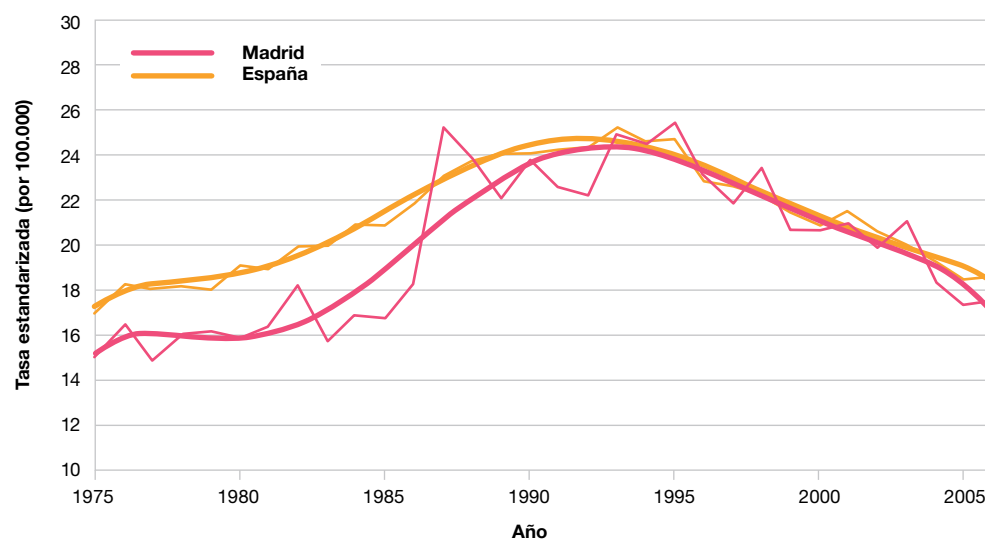
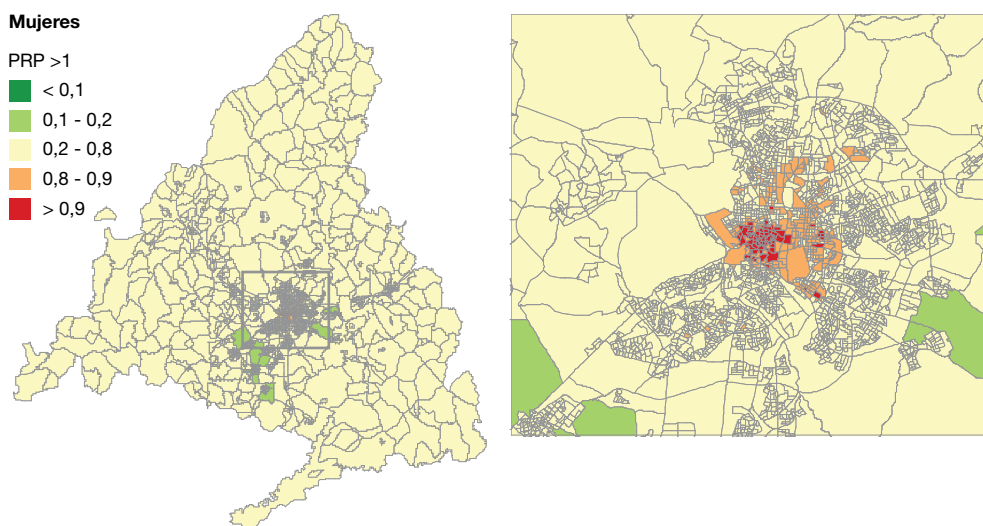


Figura 8.48. Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer en las secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



Contribución del tumor maligno de la mama de la mujer al cambio de la esperanza de vida

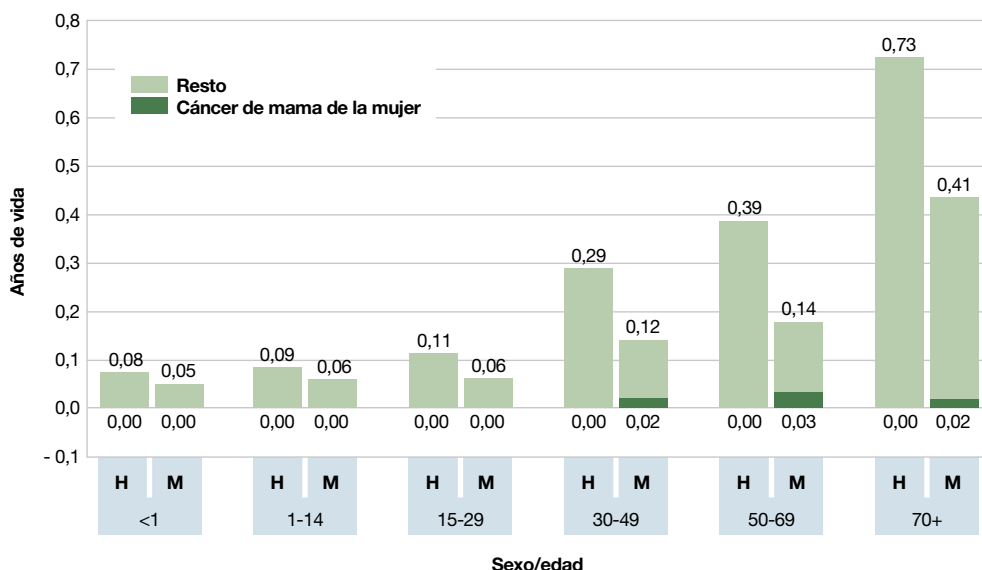


Figura 8.49. Contribución del tumor maligno de la mama de la mujer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la mama de la mujer

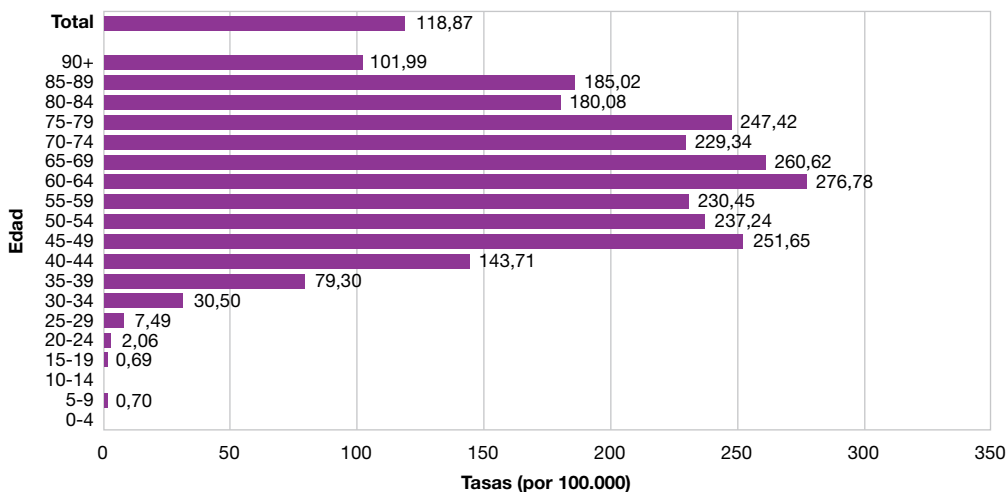


Figura 8.50. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la mama de la mujer según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno de la mama de la mujer

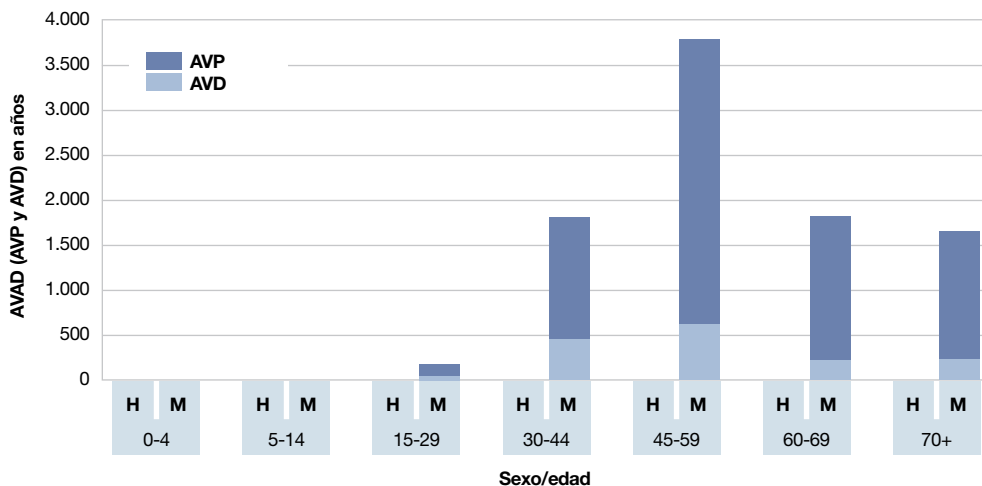


Figura 8.51. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la mama de la mujer, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.12. Tumor maligno del cuello del útero

Indicadores generales de tumor maligno del cuello del útero

Tabla 8.14. Indicadores generales de tumor maligno del cuello del útero. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

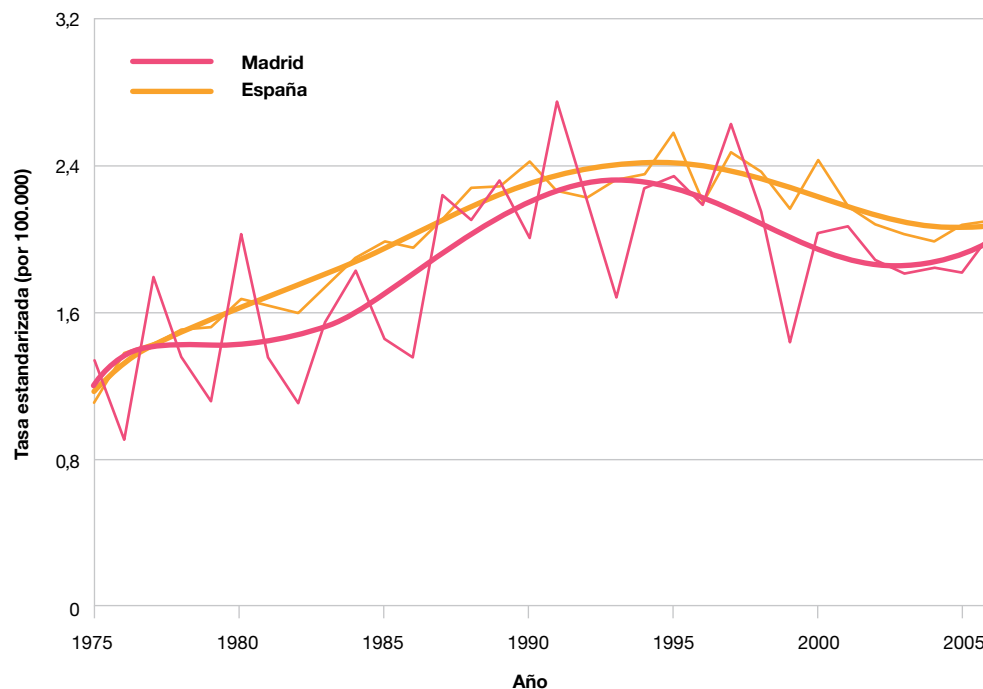
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del cuello del útero. 2006-2007. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº de muertes. CM 2006	76
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	2,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	2,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	2,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	11,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,001
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	1.417
Años de Vida Perdidos. CM 2006	1.085
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	333

Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

Figura 8.52. Tumor maligno del cuello del útero. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del cuello del útero

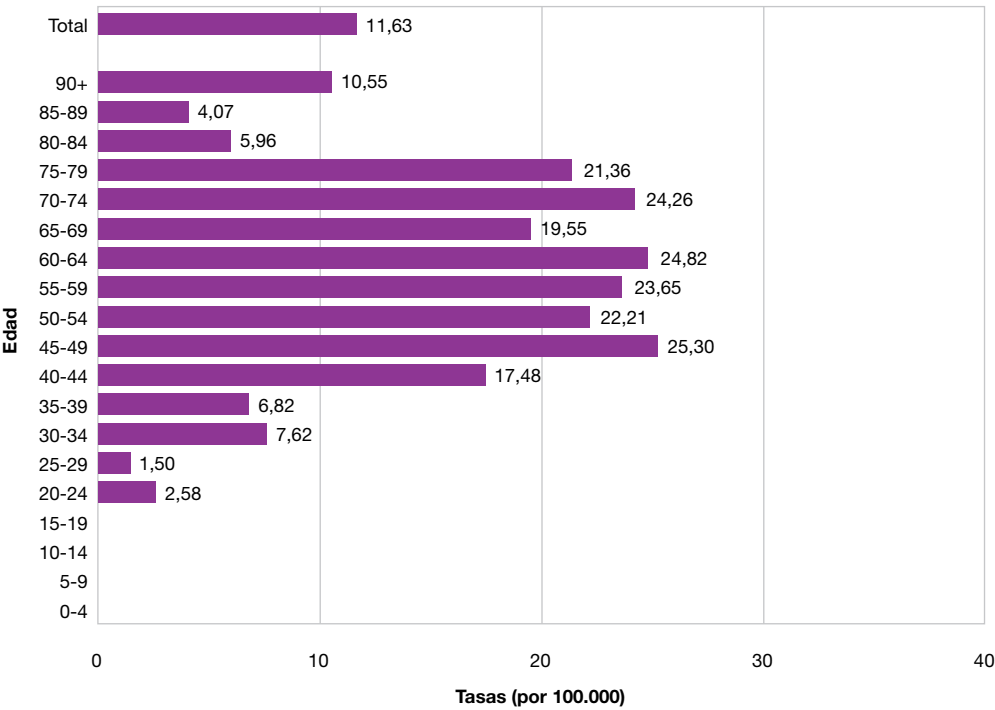


Figura 8.53. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del cuello del útero según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del cuello del útero

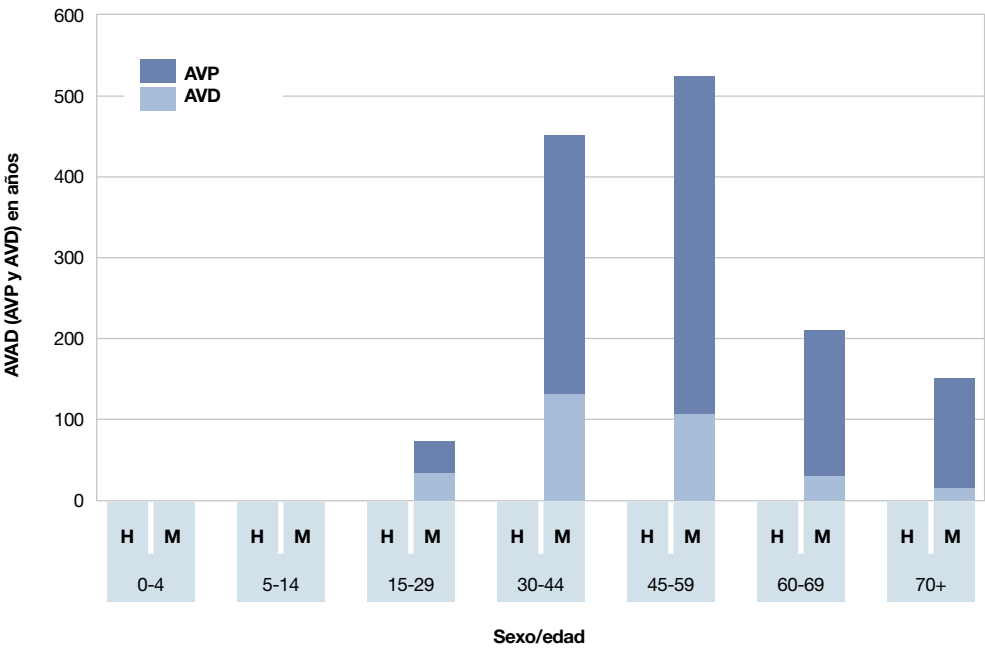


Figura 8.54. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del cuello del útero, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.13. Tumor maligno de otras partes del útero

Indicadores generales de tumor maligno de otras partes del útero

Tabla 8.15. Indicadores generales de tumor maligno de otras partes del útero. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

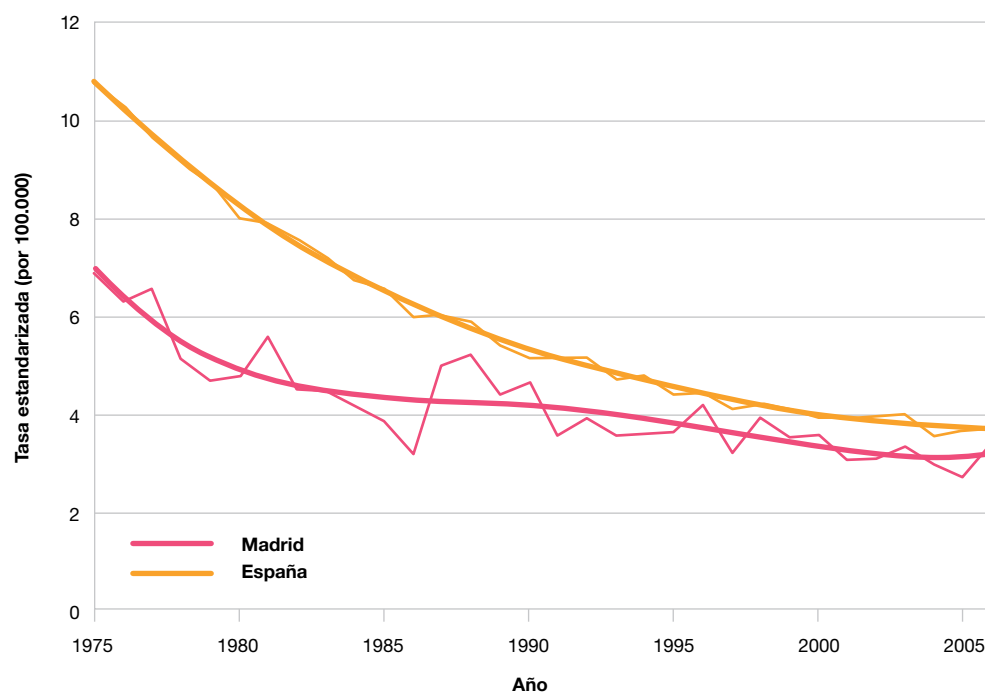
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de otras partes del útero. 2006-2007. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº de muertes. CM 2006	153
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,9
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	3,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	31,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	-0,012
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.293
Años de Vida Perdidos. CM 2006	1.227
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	1.066

Mortalidad por tumor maligno de otras partes del útero

Figura 8.55. Tumor maligno de otras partes del útero. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de otras partes del útero

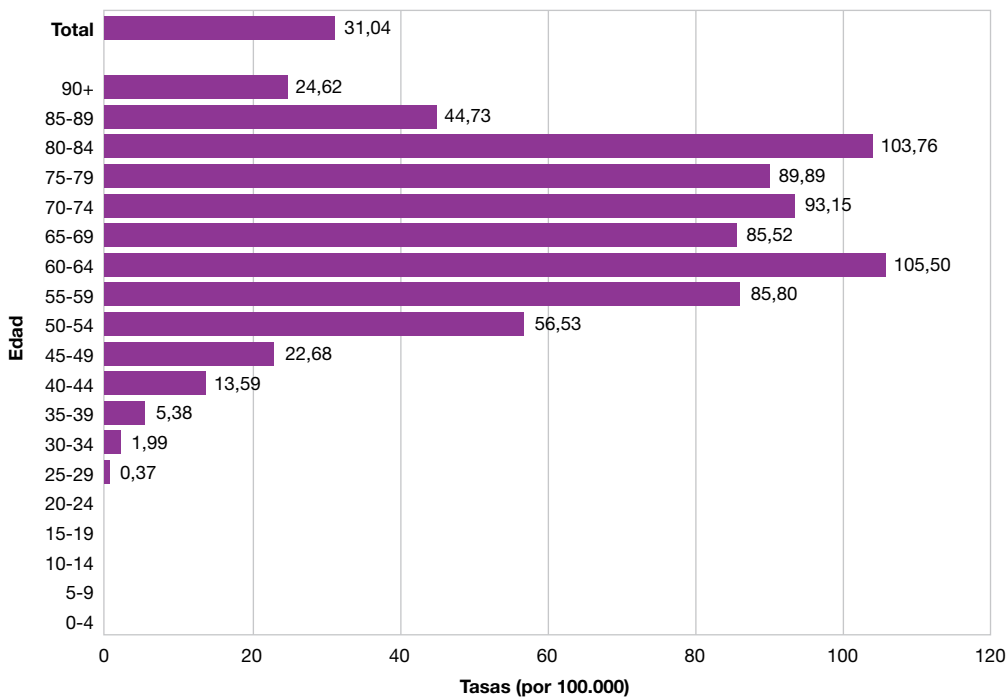


Figura 8.56. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de otras partes del útero según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno de otras partes del útero

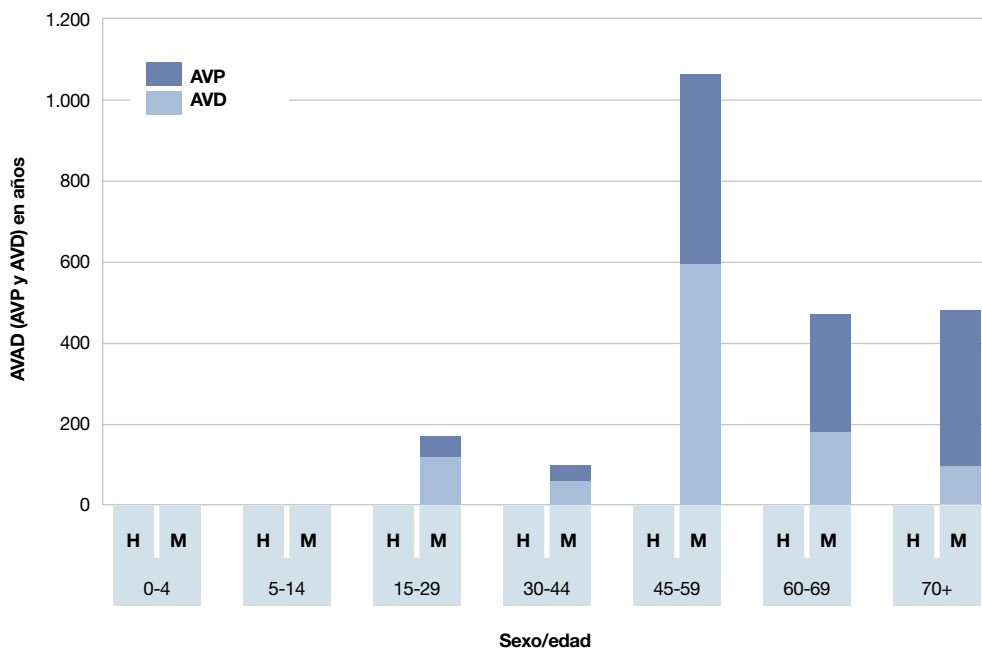


Figura 8.57. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de otras partes del útero, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.14. Tumor maligno del ovario

Indicadores generales de tumor maligno del ovario

Tabla 8.16. Indicadores generales de tumor maligno del ovario. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

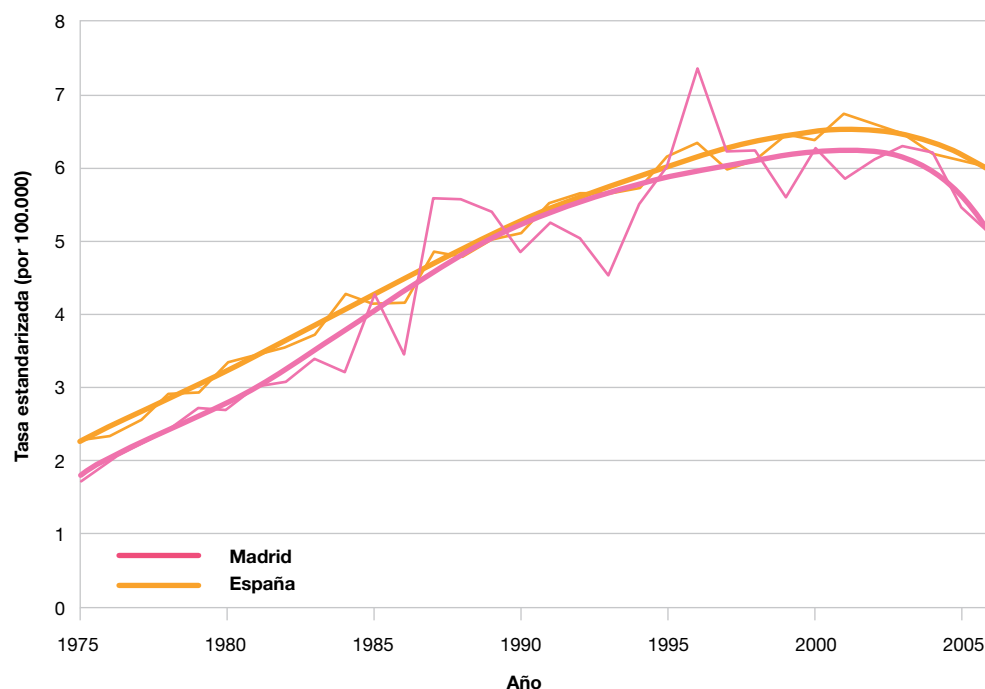
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del ovario. 2006-2007. Comunidad de Madrid	
	Mujeres
Nº de muertes. CM 2006	200
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	5,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	16,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,013
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.125
Años de Vida Perdidos. CM 2006	1.888
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	237

Mortalidad por tumor maligno del ovario

Figura 8.58. Tumor maligno del ovario. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del ovario

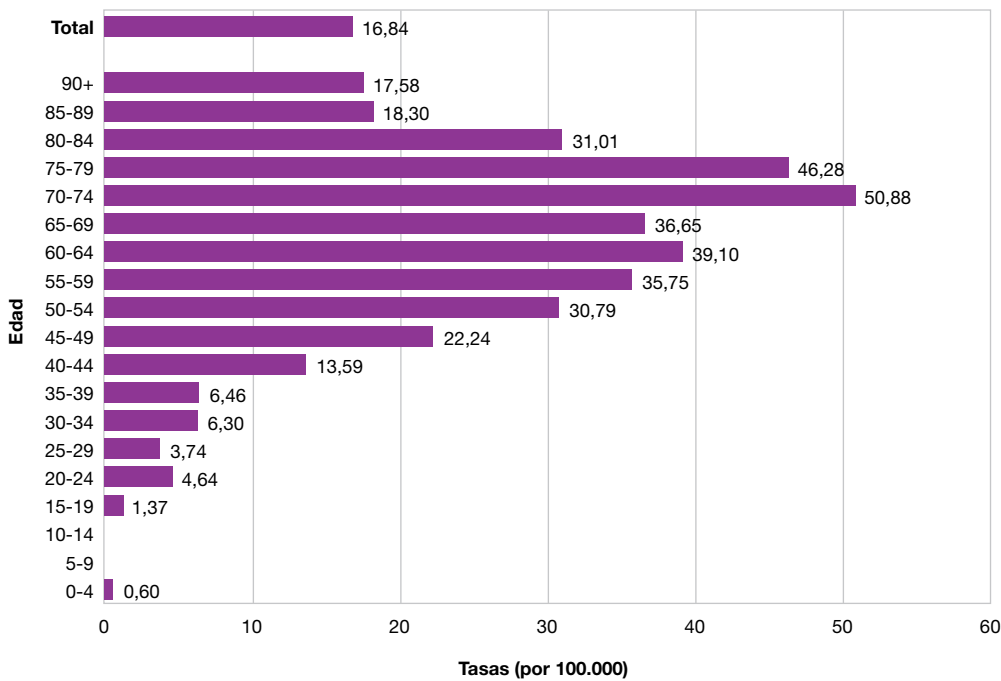


Figura 8.59. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del ovario según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del ovario

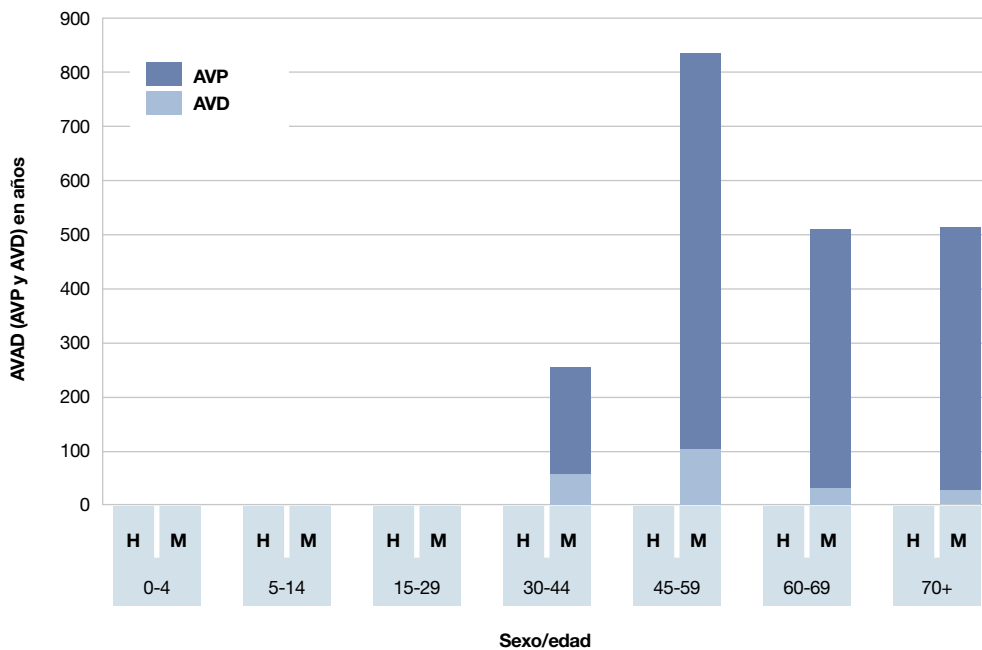


Figura 8.60. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del ovario, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.15. Tumor maligno de la próstata

Indicadores generales de tumor maligno de la próstata

Tabla 8.17. Indicadores generales de tumor maligno de la próstata. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

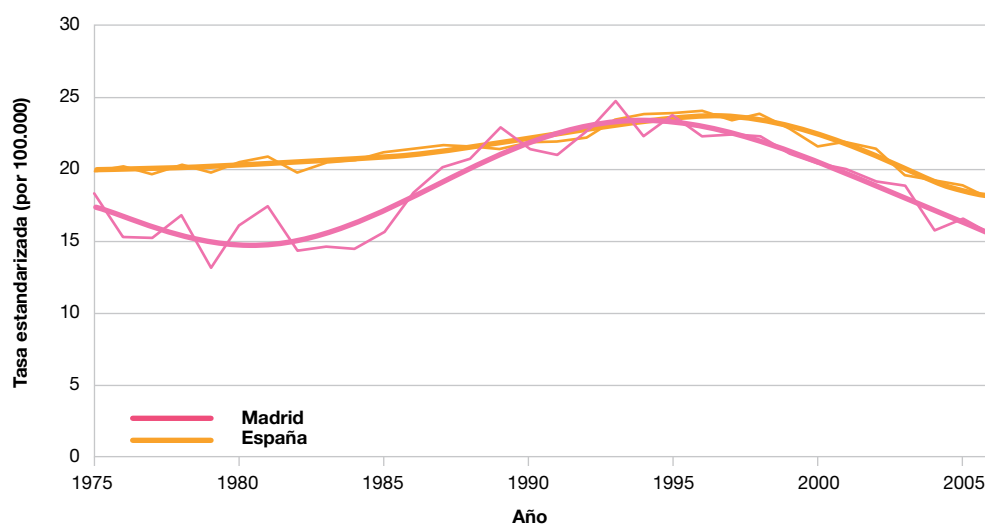
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de la próstata. 2006-2007. Comunidad de Madrid	
	Hombres
Nº de muertes. CM 2006	521
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	17,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	2,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	15,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	18,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	107,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,062
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.763
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.187
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	576

Mortalidad por tumor maligno de la próstata

Figura 8.61. Tumor maligno de la próstata. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

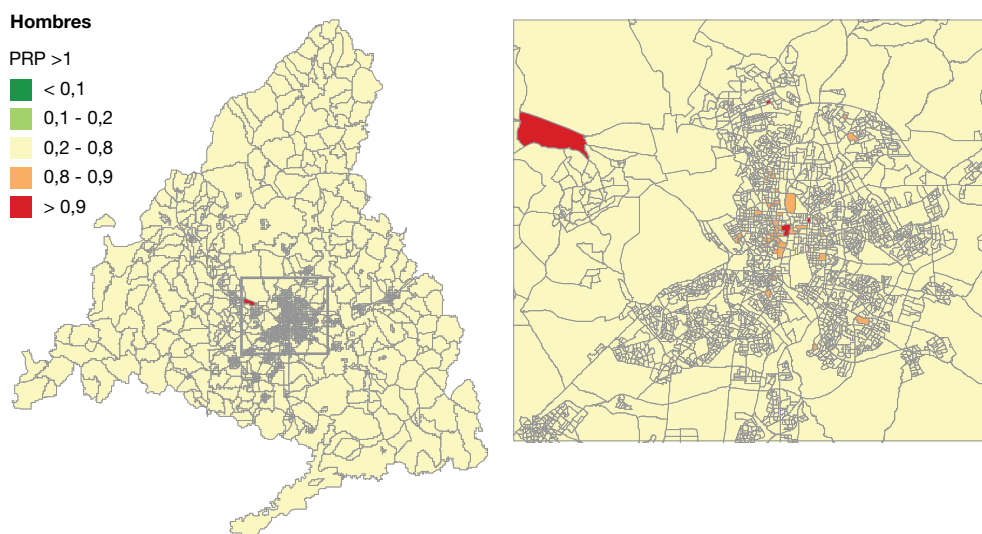
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la próstata

Figura 8.62. Mortalidad por tumor maligno de la próstata en las secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



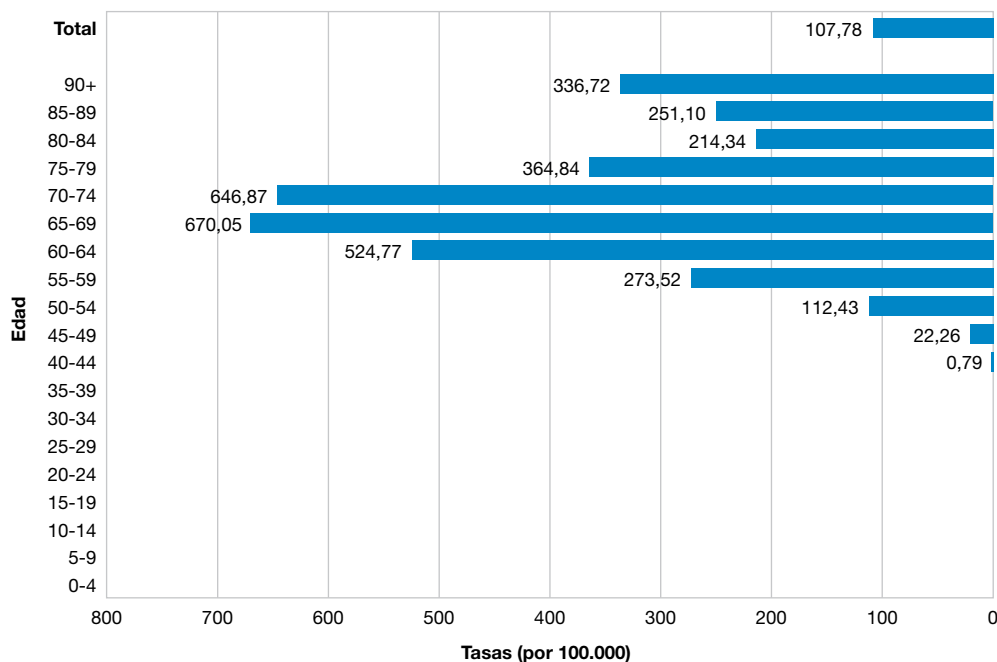


Figura 8.63. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la próstata según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno de la próstata

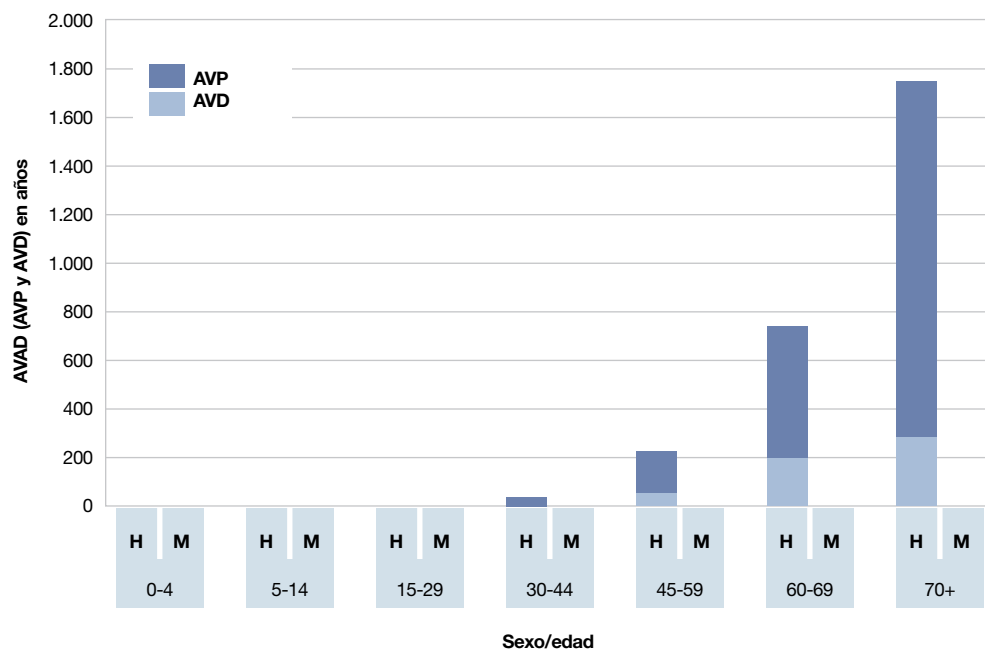


Figura 8.64. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la próstata, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.16. Tumor maligno de la vejiga

Indicadores generales de tumor maligno de la vejiga

Tabla 8.18. Indicadores generales de tumor maligno de la vejiga. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno de la vejiga. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	436	96	532
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	14,9	3,1	8,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,1	0,9	2,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	13,4	1,7	6,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	13,1	1,7	6,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	135,6	28,9	80,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,004	0,005	0,001
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	3.221	620	3.841
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.521	505	3.026
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	700	115	815

Mortalidad por tumor maligno de la vejiga

Figura 8.65. Tumor maligno de la vejiga. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

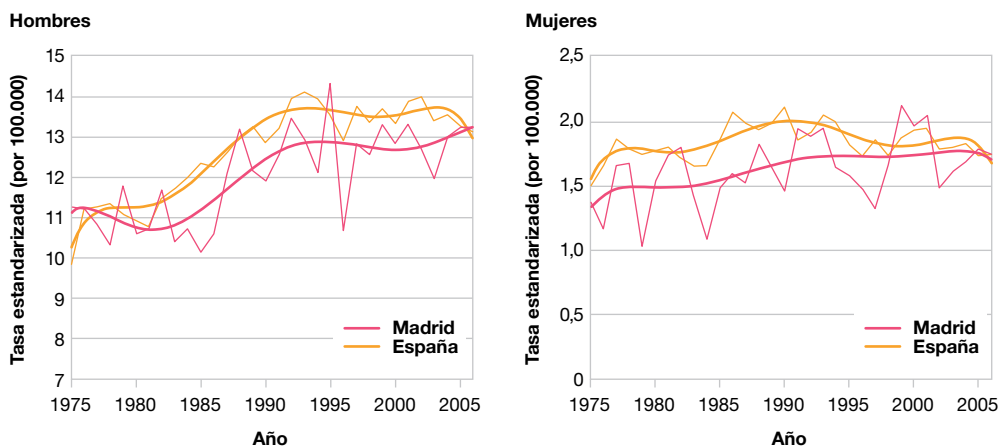
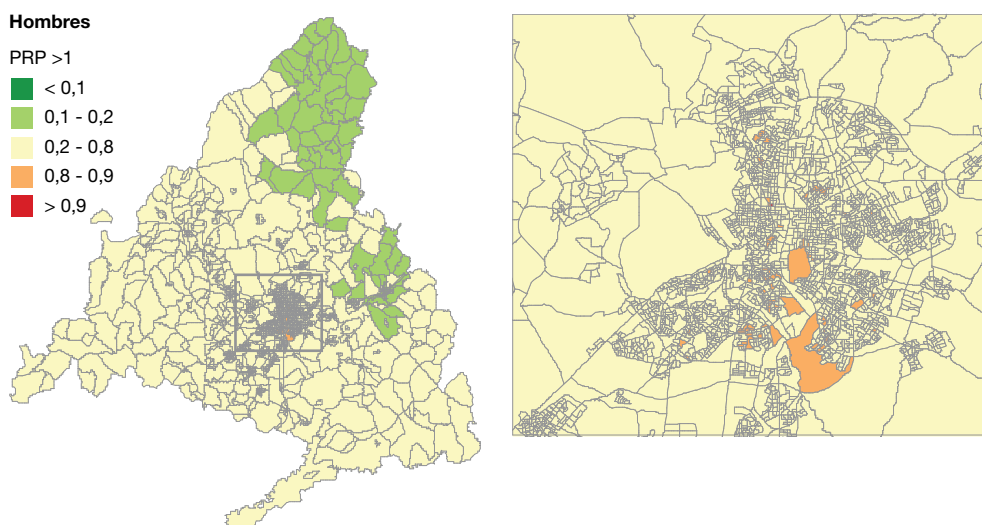


Figura 8.66. Mortalidad por tumor maligno de la vejiga en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la vejiga

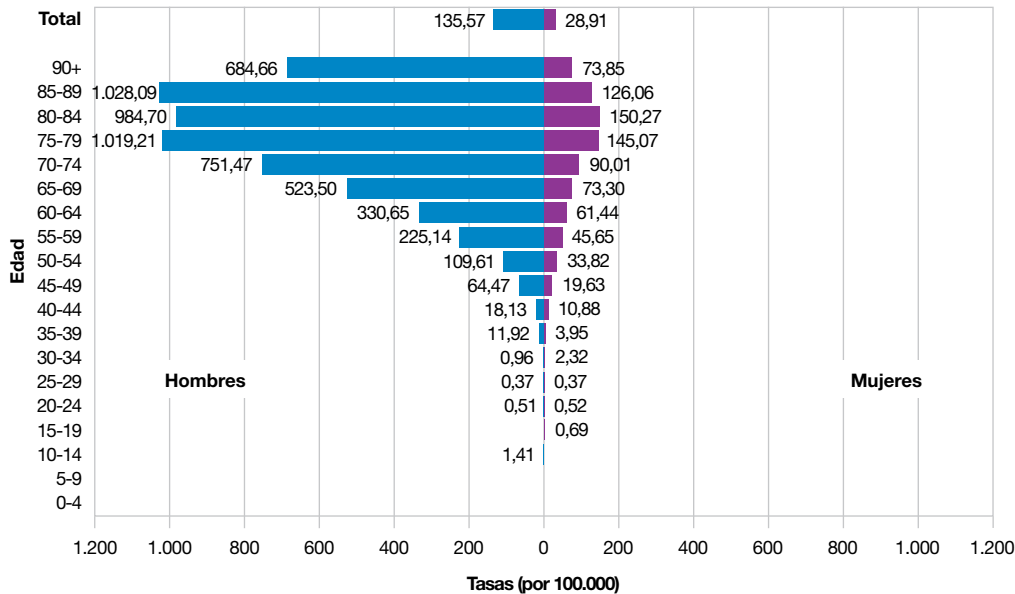


Figura 8.67. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la vejiga según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno de la vejiga

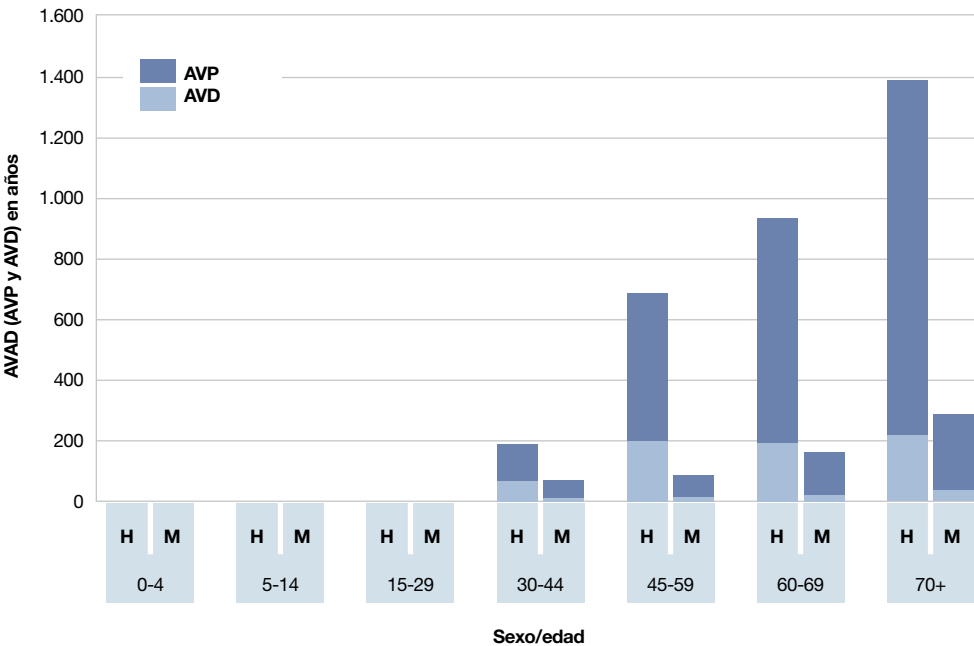


Figura 8.68. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la vejiga, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.17. Tumor maligno del encéfalo

Indicadores generales de tumor maligno del encéfalo

Tabla 8.19. Indicadores generales de tumor maligno del encéfalo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

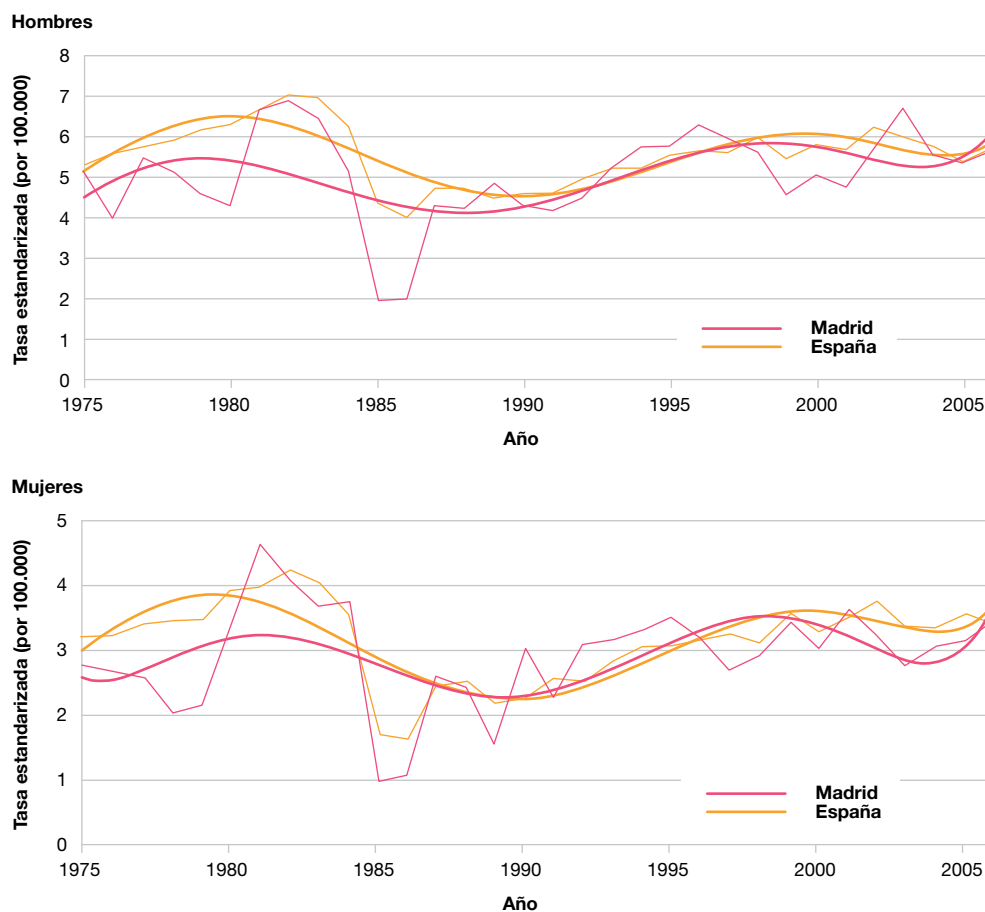
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Tumor maligno del encéfalo. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	176	145	321
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,0	4,7	5,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,4	4,3	5,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,7	3,8	4,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	5,7	3,7	4,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	14,8	9,6	12,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	-0,015	0,003	-0,010
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.593	1.836	4.429
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.529	1.789	4.317
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	64	47	111

Mortalidad por tumor maligno del encéfalo

Figura 8.69. Tumor maligno del encéfalo. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del encéfalo

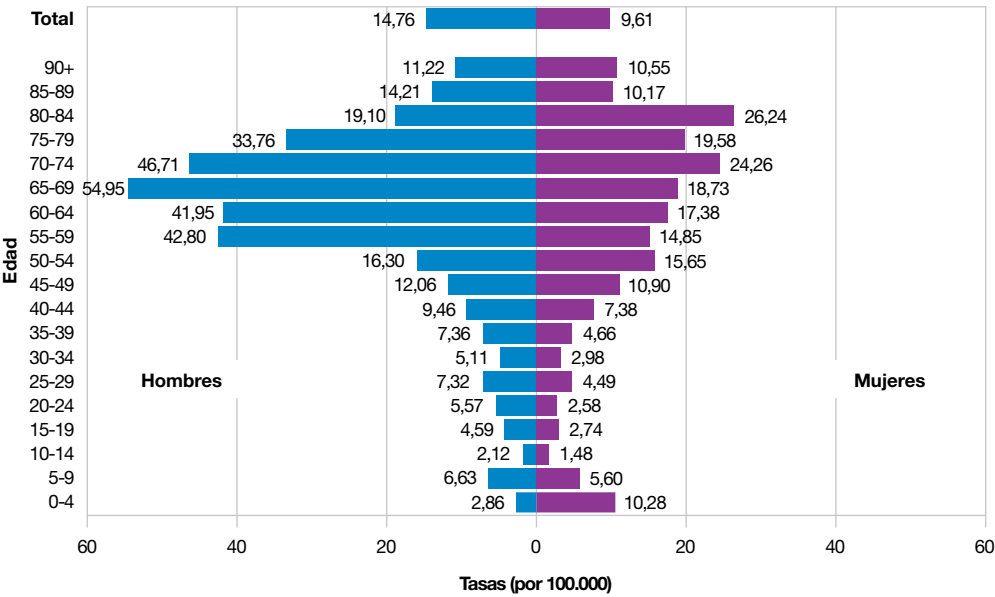


Figura 8.70. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del encéfalo según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por tumor maligno del encéfalo

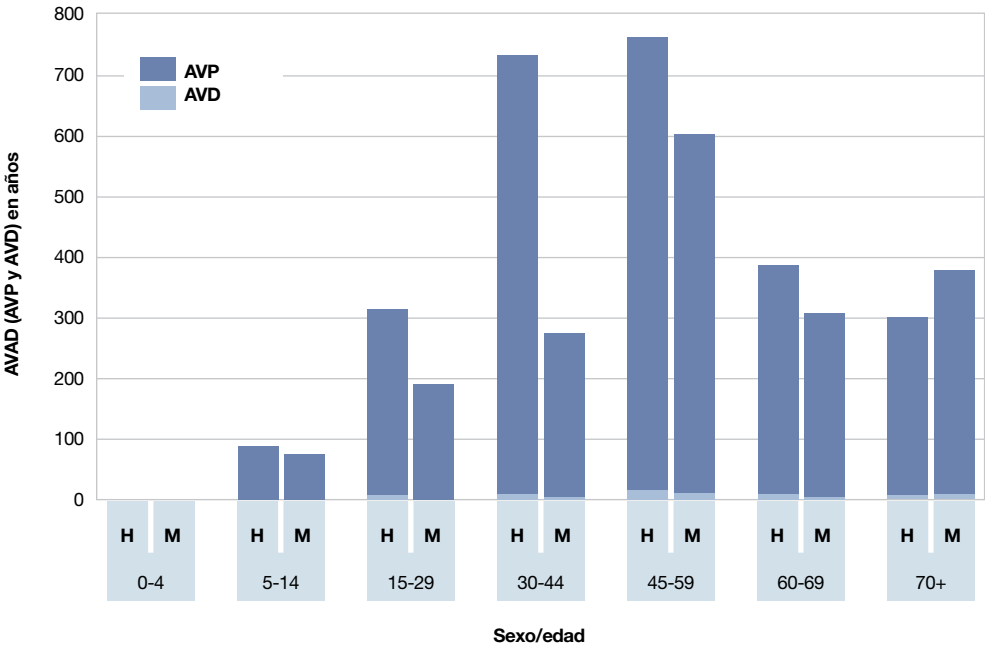


Figura 8.71. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del encéfalo, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.18. Leucemia

Indicadores generales de leucemia

Tabla 8.20. Indicadores generales de leucemia. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

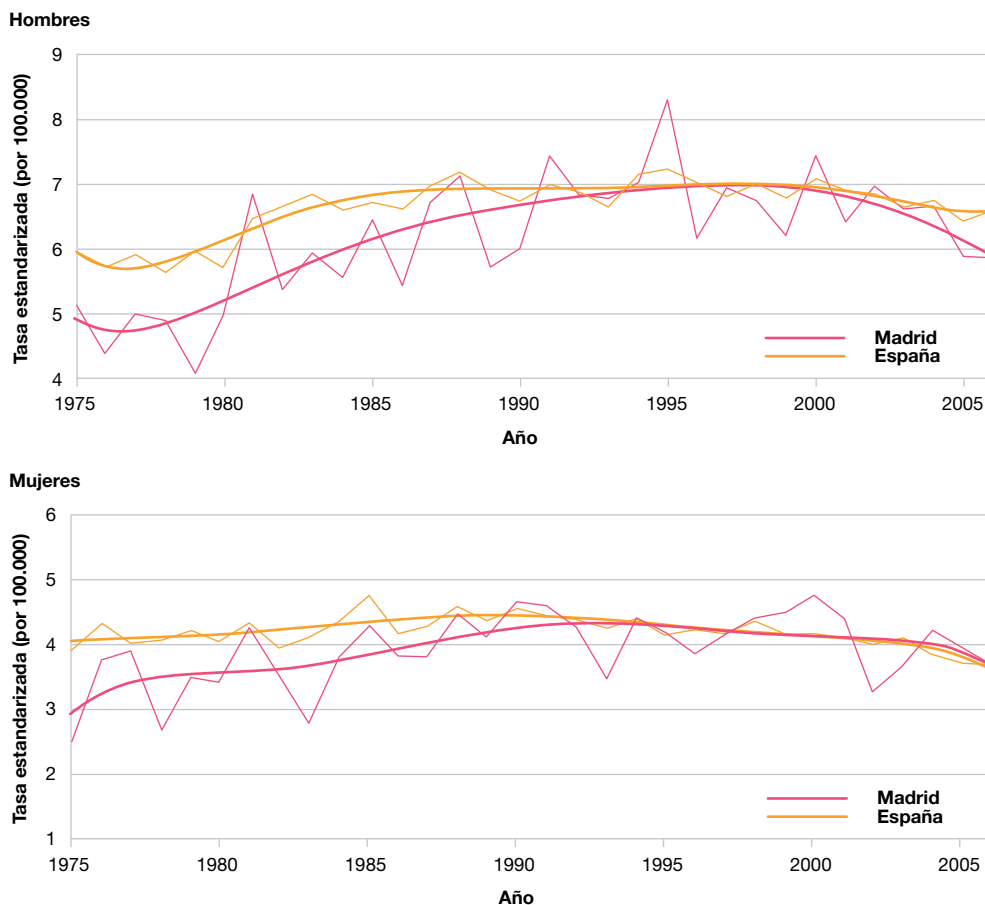
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Leucemia. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	188	165	353
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,4	5,3	5,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,1	2,3	3,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,0	3,7	4,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	6,6	3,6	5,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	21,1	14,0	17,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,009	0,010	0,008
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.198	1.702	3.899
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.109	1.629	3.738
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	88	73	161

Mortalidad por leucemia

Figura 8.72. Leucemia. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por leucemia

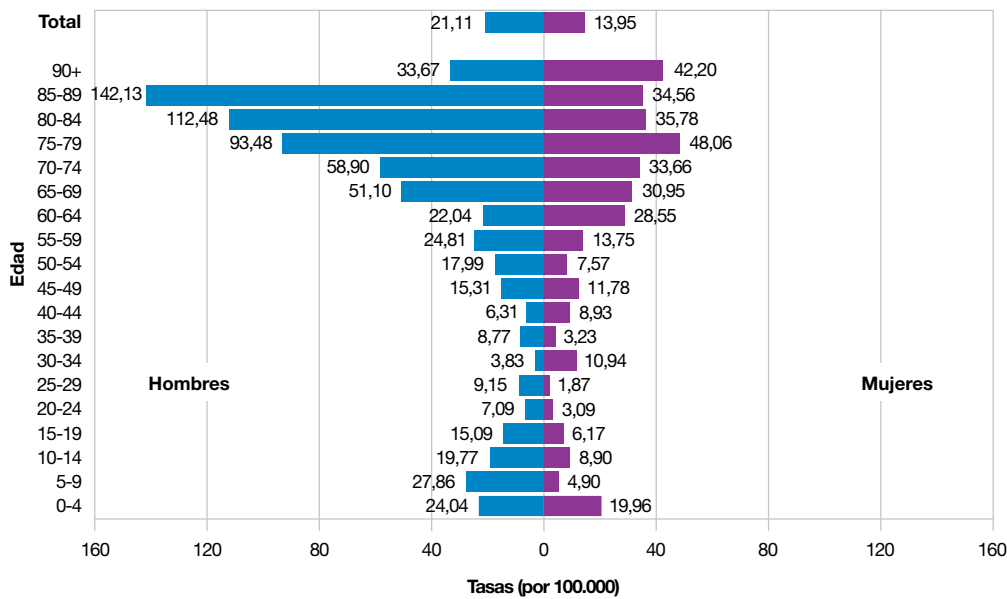


Figura 8.73. Morbilidad hospitalaria por leucemia según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por leucemia

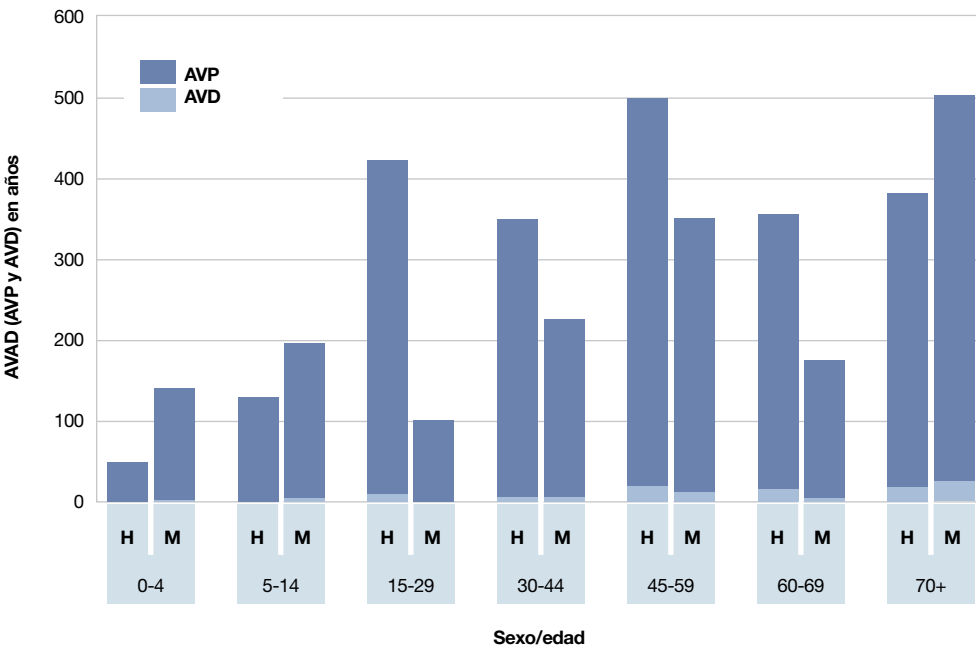


Figura 8.74. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por leucemia, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.1.19. Mieloma múltiple

Indicadores generales de mieloma múltiple

Tabla 8.21. Indicadores generales de mieloma múltiple. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

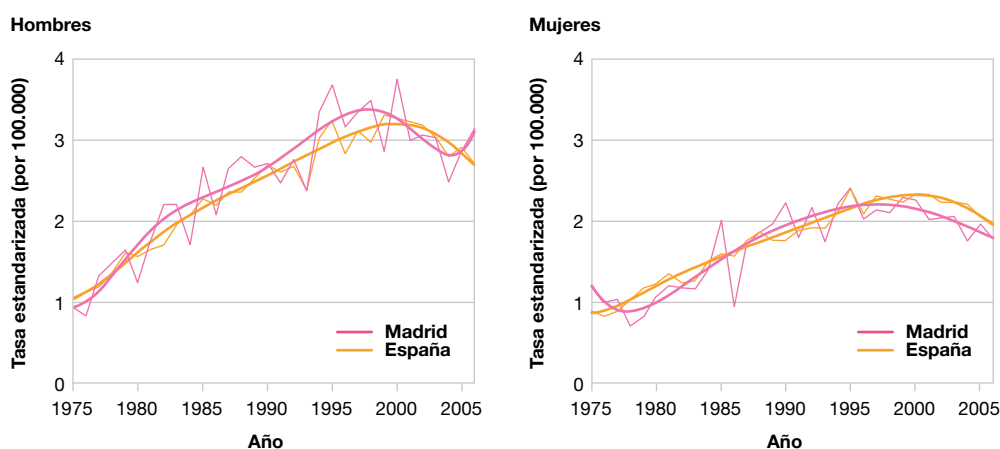
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mieloma múltiple. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	110	89	199
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,8	2,9	3,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,5	2,1	2,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,3	1,8	2,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	2,7	1,9	2,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	9,3	7,4	8,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,003	0,007	0,002
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	-	-	-

Mortalidad por mieloma múltiple

Figura 8.75. Mieloma múltiple. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

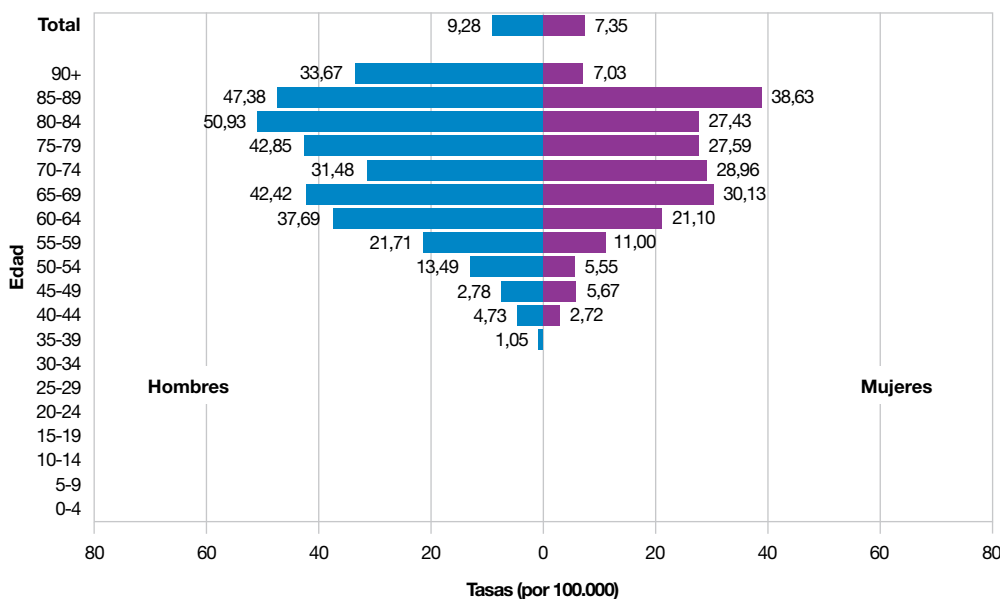
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por mieloma múltiple

Figura 8.76. Morbilidad hospitalaria por mieloma múltiple según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



8.2.1.20. Linfoma no Hodgkin

Indicadores generales de linfoma no Hodgkin

Linfoma no Hodgkin. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	143	122	265
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,9	3,9	4,4
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	1,5	0,6	1,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,6	2,6	3,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	4,6	2,9	3,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	21,8	15,6	18,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,001	0,022	0,006
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	-	-	-

Tabla 8.22. Indicadores generales de linfoma no Hodgkin. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por linfoma no Hodgkin

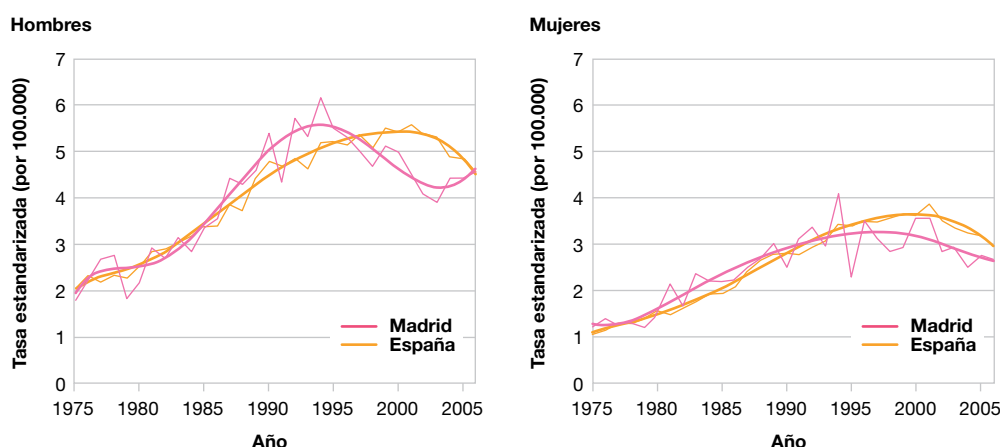


Figura 8.77. Linfoma no Hodgkin. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por linfoma no Hodgkin

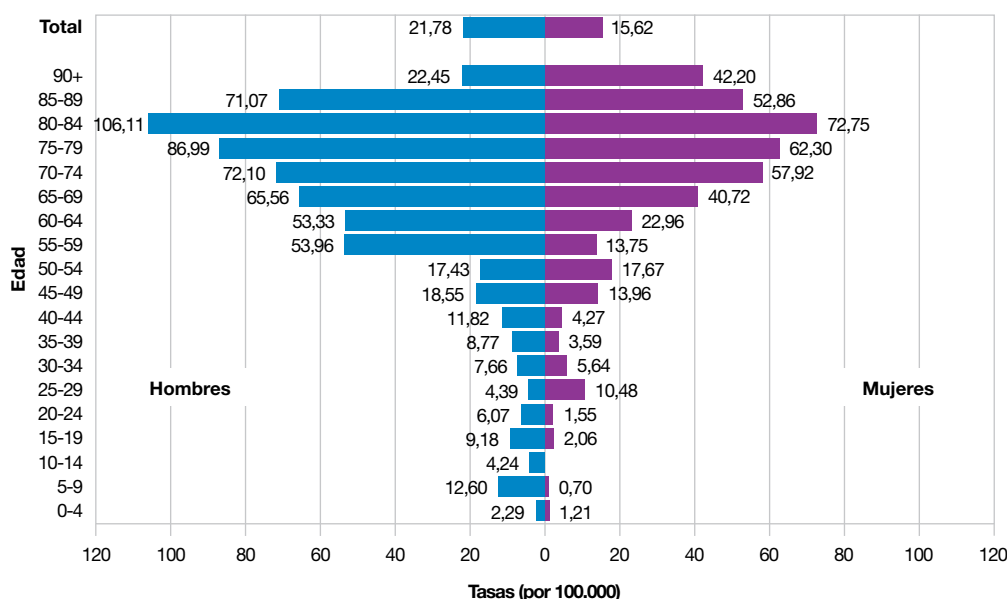


Figura 8.78. Morbilidad hospitalaria por linfoma no Hodgkin según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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 2006, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la segunda causa de mortalidad en la población madrileña tanto en mujeres como en hombres, después de los tumores. Esta causa de mortalidad muestra una tendencia descendente, más acusada en hombres que en mujeres, en los años analizados (desde 1975), similar a lo que ocurre en España.

La morbilidad hospitalaria aumenta de manera progresiva con la edad. Estas enfermedades representaron en 2006 la tercera causa de carga de enfermedad, con un componente importante de mortalidad aunque también ocasionan discapacidad destacando por ejemplo la producida por enfermedades cerebrovasculares en las edades medias de la vida.

Dentro de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, las isquémicas representaron en la Comunidad de Madrid en 2006 el 40,6% en hombres y el 25,7% en mujeres. En los hombres se observa una tendencia descendente en la mortalidad por cardiopatía isquémica desde hace décadas y en las mujeres, después de una tendencia estable iniciada a mediados de los 80, en los últimos 3 años ha disminuido la mortalidad por esta causa. En la mortalidad por cardiopatía isquémica en los hombres se observa un patrón geográfico claro con agregación de mortalidad en el centro del municipio de Madrid: Distritos Centro, Chamberí, Salamanca y Tetuán entre otros. En mujeres también destacan por mayor mortalidad los Distritos Centro y Chamberí y además secciones censales en el sureste de la región (Navalcarnero) y en el este (Collado Villalba).

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica muestra en hombres una afectación mayor y de comienzo en edades más tempranas. En la carga de enfermedad se observa que a partir de los 70 años es similar en hombres y mujeres, si bien antes de esa edad (a partir de los 30 años) corresponde fundamentalmente a los hombres.

Dentro de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades cerebrovasculares representaron en la Comunidad de Madrid en 2006 el 24,5% en mujeres y el 21,5% en hombres. En ambos la tendencia es descendente. En la distribución espacial de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres, destaca un patrón de agregación de secciones con exceso de riesgo en los Distritos Centro, Salamanca y Chamberí, y otra zona de agregación en Carabanchel y Usera; y fuera del municipio de Madrid destacan Navalcarnero por un lado y Arganda y Aranjuez por otro. En las mujeres, en el sureste de la región destaca la agregación de secciones con exceso de mortalidad en los Distritos de Arganda y Aranjuez así como en Coslada, y en el sur en Navalcarnero.

Indicadores generales de enfermedades del sistema circulatorio

Enfermedades del sistema circulatorio. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	5.012	6.433	11.445
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	171,2	206,4	189,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	72,0	21,0	45,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	155,9	101,0	125,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	192,2	126,9	157,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.358,9	1.198,2	1.276,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,448	0,551	0,522
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	38.790	27.550	66.339
Años de Vida Perdidos. CM 2006	30.218	21.636	51.854
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	8.571	5.914	14.486

Tabla 8.23. Indicadores generales de enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

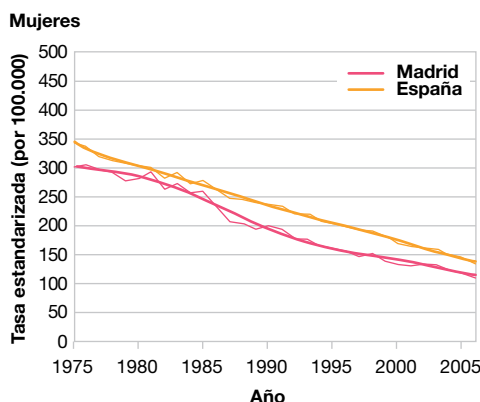
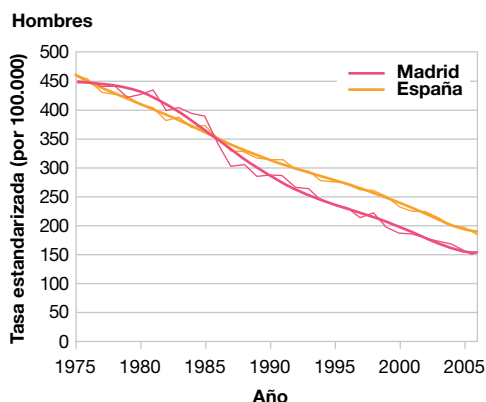
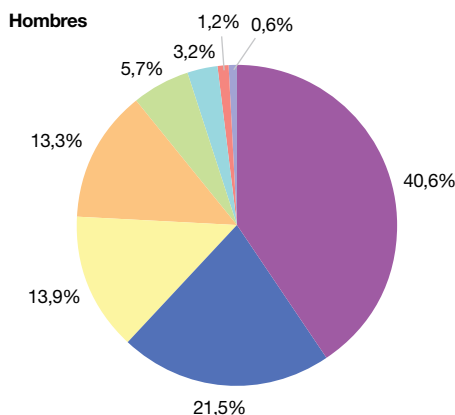
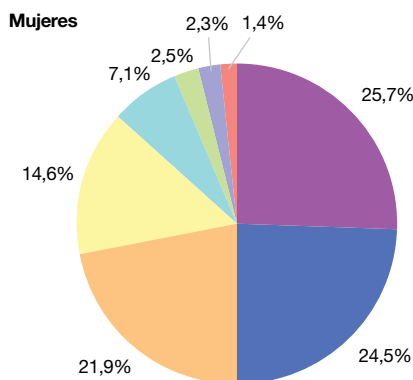


Figura 8.79. Enfermedades del sistema circulatorio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



- 055-056 Enfermedades isquémicas
- 059 Enfermedades cerebrovasculares
- 058 Otras enfermedades del corazón
- 057 Insuficiencia cardiaca
- 061 Otras enfermedades vasos sanguíneos
- 054 Enfermedades hipertensivas
- 060 Aterosclerosis
- 053 Enfermedades reumáticas



- 055-056 Enfermedades isquémicas
- 059 Enfermedades cerebrovasculares
- 057 Insuficiencia cardiaca
- 058 Otras enfermedades del corazón
- 054 Enfermedades hipertensivas
- 061 Otras enfermedades vasos sanguíneos
- 053 Enfermedades reumáticas
- 060 Aterosclerosis

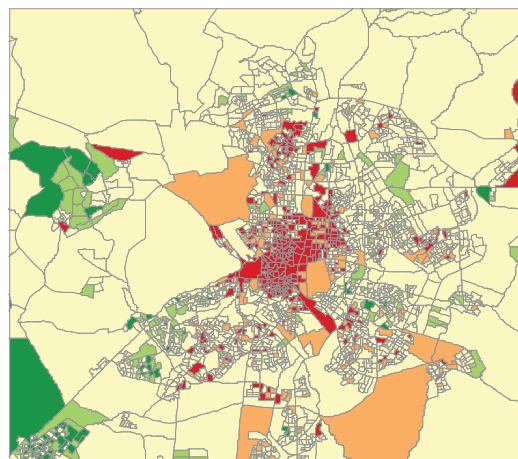
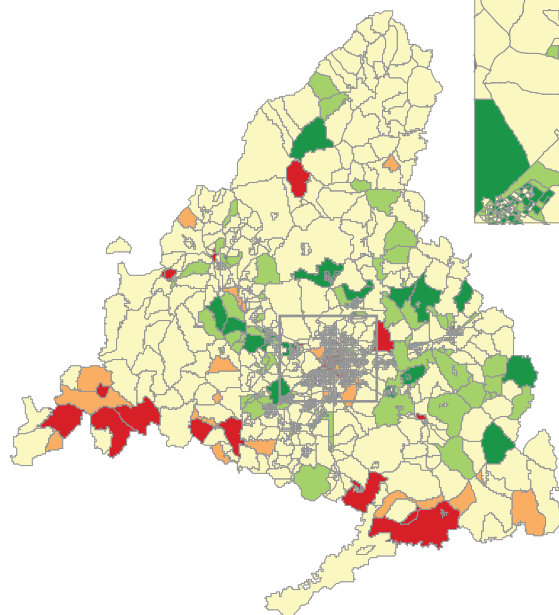
Figura 8.80. Enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.

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

Figura 8.81. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

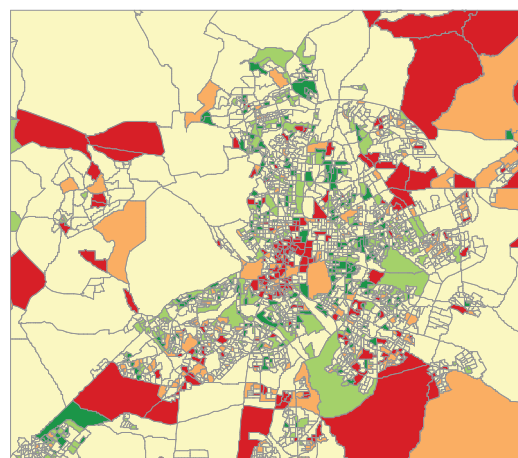
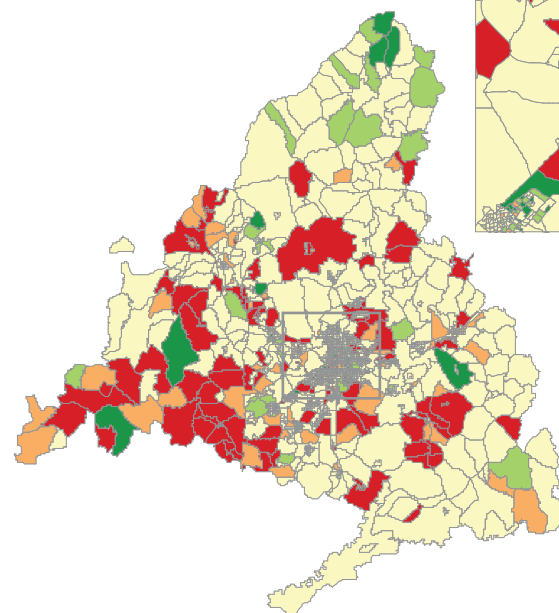
Hombres

PRP >1
 < 0,1
 0,1 - 0,2
 0,2 - 0,8
 0,8 - 0,9
 > 0,9



Mujeres

PRP >1
 < 0,1
 0,1 - 0,2
 0,2 - 0,8
 0,8 - 0,9
 > 0,9



8.2.2.1. Cardiopatía isquémica

Indicadores generales de cardiopatía isquémica

Tabla 8.24. Indicadores generales de cardiopatía isquémica. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

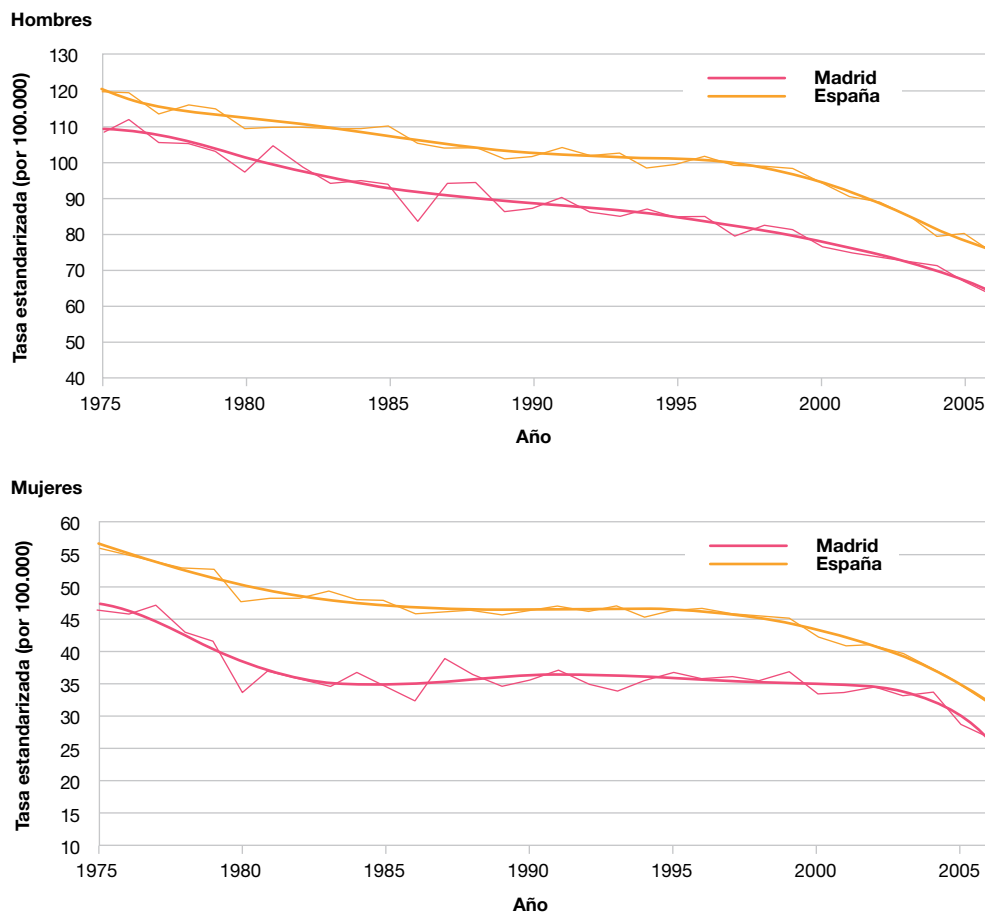
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cardiopatía isquémica. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	2.036	1.655	3.691
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	69,5	53,1	61,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	34,6	5,5	19,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	63,4	26,3	41,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	74,6	31,9	51,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	348,4	137,4	239,7
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,121	0,134	0,161
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	16.783	6.926	23.710
Años de Vida Perdidos. CM 2006	14.033	5.835	19.869
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	2.750	1.091	3.841

Mortalidad por cardiopatía isquémica

Figura 8.85. Cardiopatía isquémica. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

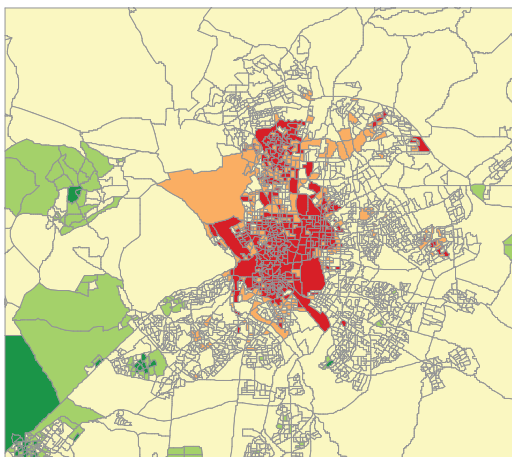
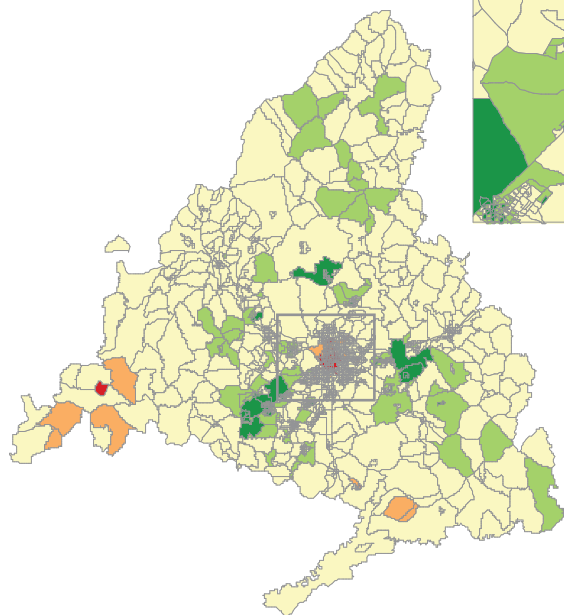
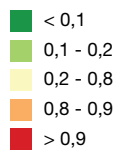
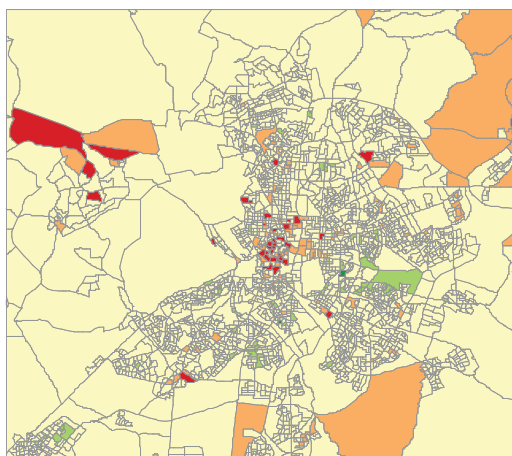
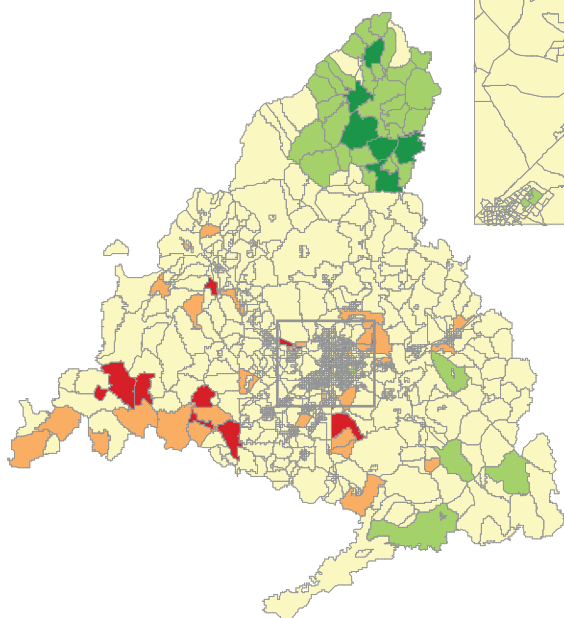
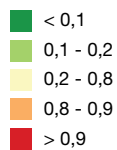


Figura 8.86. Mortalidad por cardiopatía isquémica en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

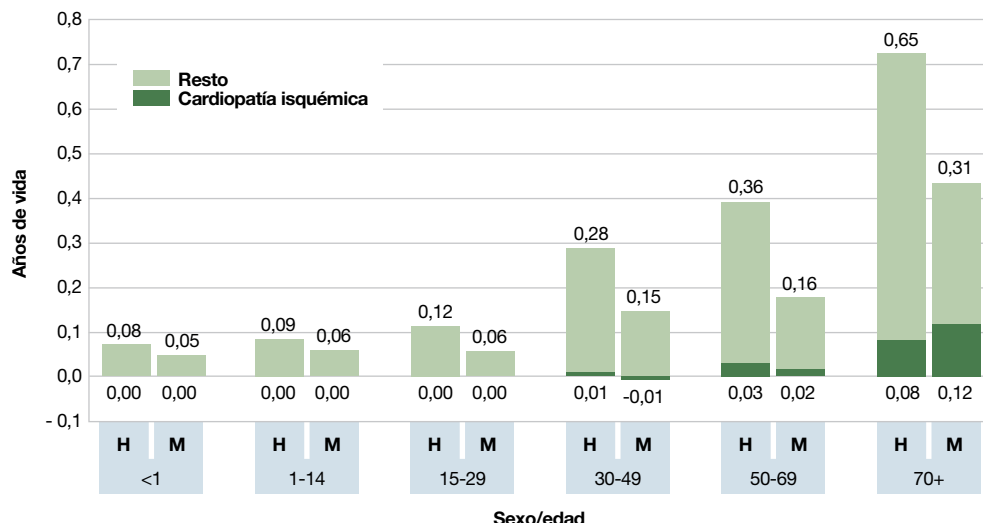
PRP >1



Contribución de la cardiopatía isquémica al cambio de la esperanza de vida

Figura 8.87. Contribución de la cardiopatía isquémica y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

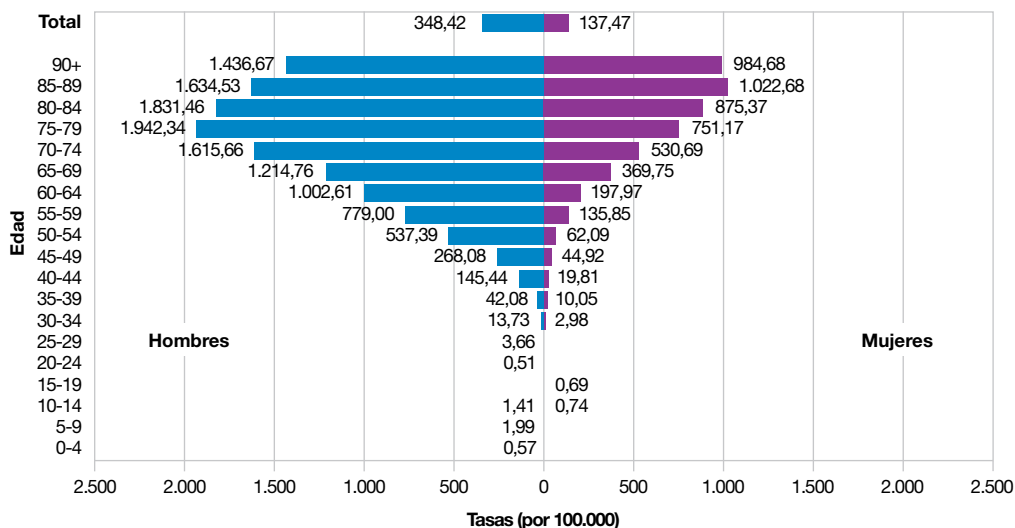
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica

Figura 8.88. Morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

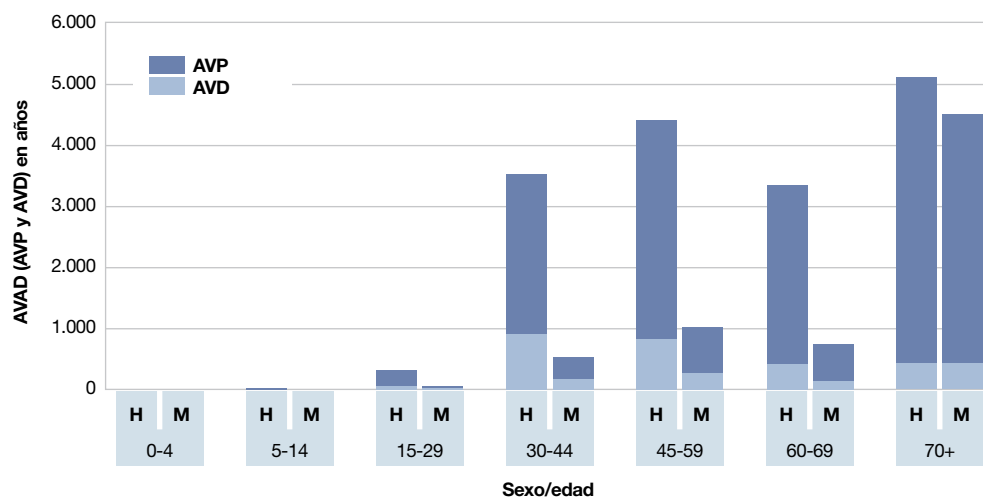
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Carga de enfermedad por cardiopatía isquémica

Figura 8.89. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cardiopatía isquémica, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.2.2. Enfermedades cerebrovasculares

Indicadores generales de enfermedades cerebrovasculares

Enfermedades cerebrovasculares. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	1.076	1.574	2.650
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	36,7	50,5	43,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	12,9	6,3	9,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	33,2	25,1	28,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	47,1	37,0	41,8
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	200,0	180,6	190,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,135	0,192	0,157
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	9.455	8.611	18.065
Años de Vida Perdidos. CM 2006	6.069	5.852	11.921
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	3.386	2.758	6.144

Tabla 8.25. Indicadores generales de enfermedades cerebrovasculares. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Hombres

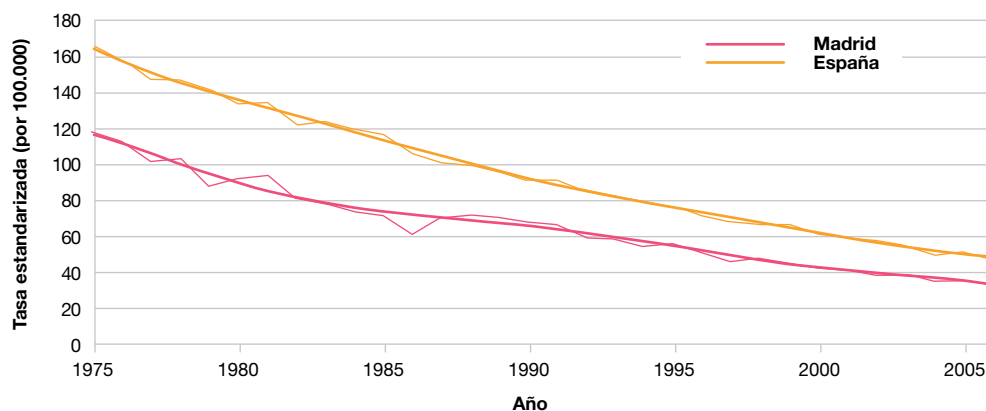


Figura 8.90. Enfermedades cerebrovasculares. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mujeres

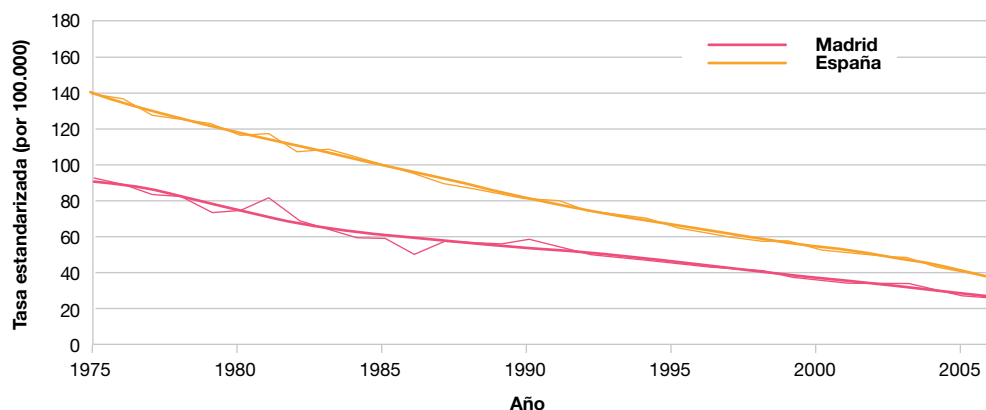
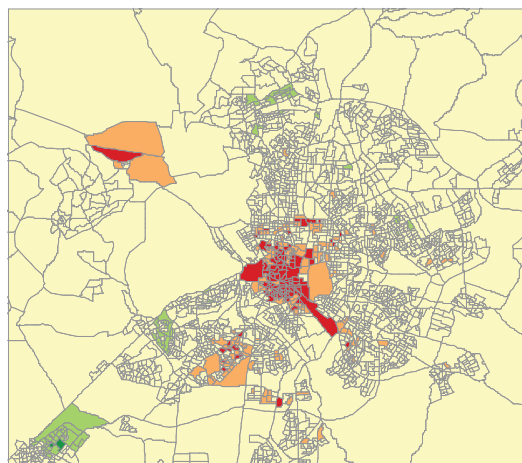
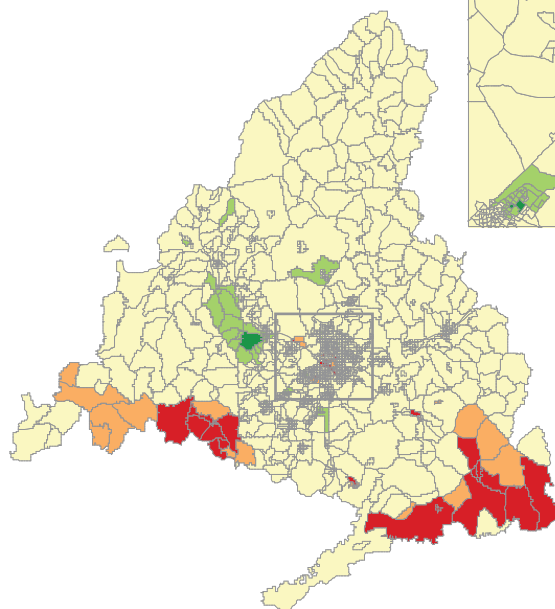
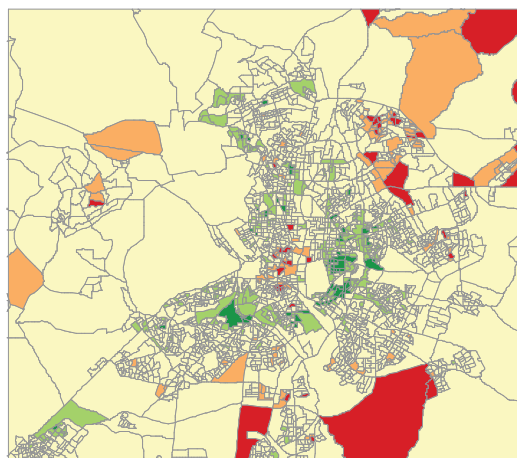
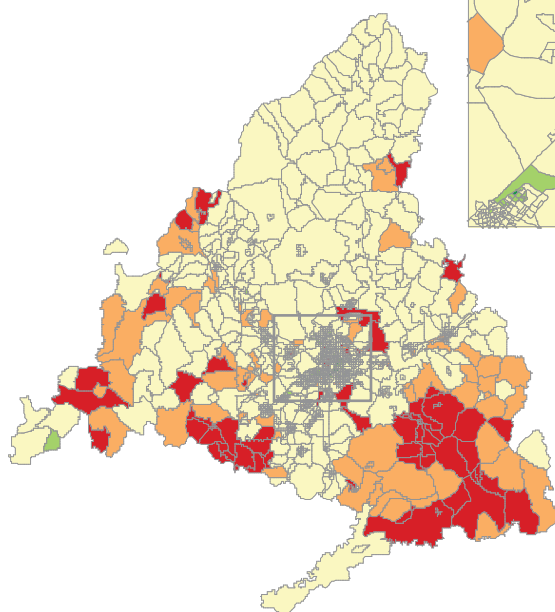


Figura 8.91. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Hombres
PRP >1
■ < 0,1
■ 0,1 - 0,2
■ 0,2 - 0,8
■ 0,8 - 0,9
■ > 0,9



Mujeres
PRP >1
■ < 0,1
■ 0,1 - 0,2
■ 0,2 - 0,8
■ 0,8 - 0,9
■ > 0,9



Contribución de las enfermedades cerebrovasculares al cambio de la esperanza de vida

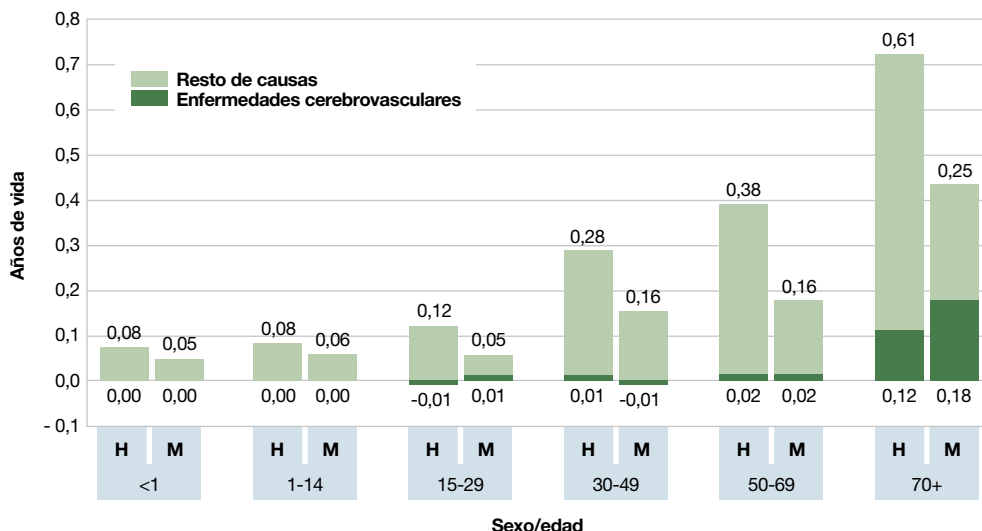


Figura 8.92. Contribución de las enfermedades cerebrovasculares y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares

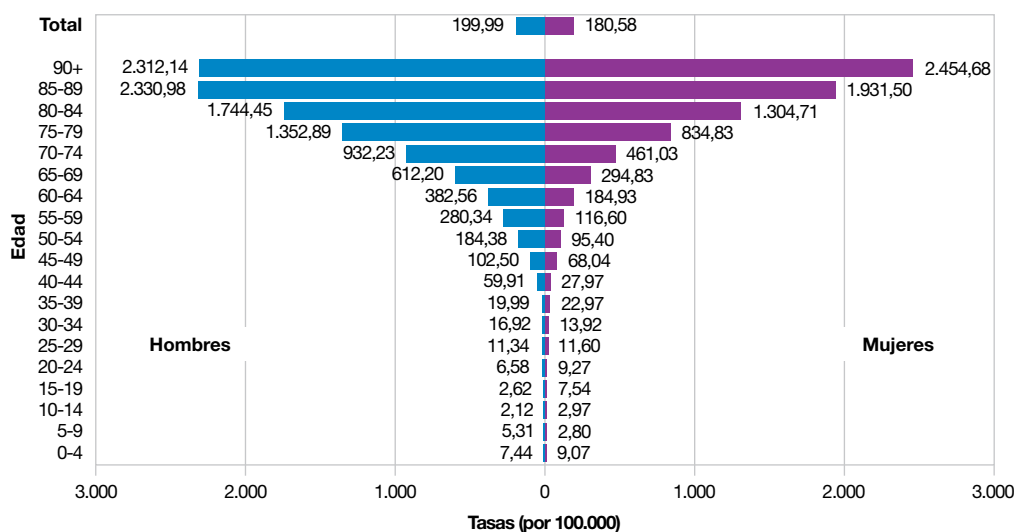


Figura 8.93. Morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por enfermedades cerebrovasculares

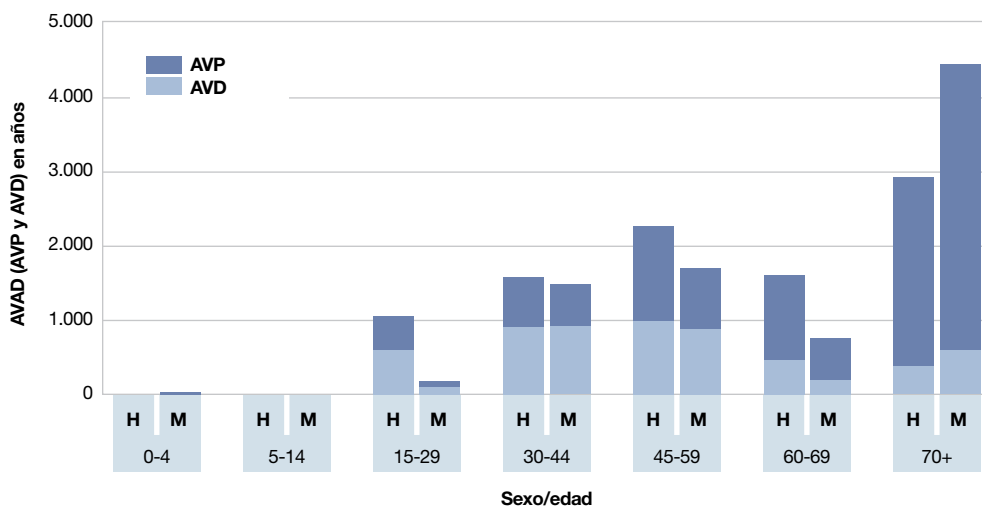


Figura 8.94. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades cerebrovasculares, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.2.3. Diabetes mellitus

Indicadores generales de diabetes mellitus

Tabla 8.26. Indicadores generales de diabetes mellitus. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

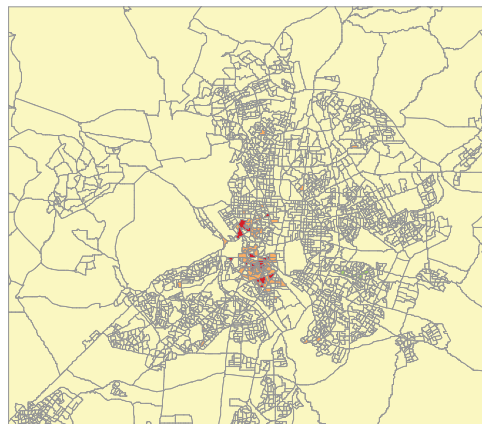
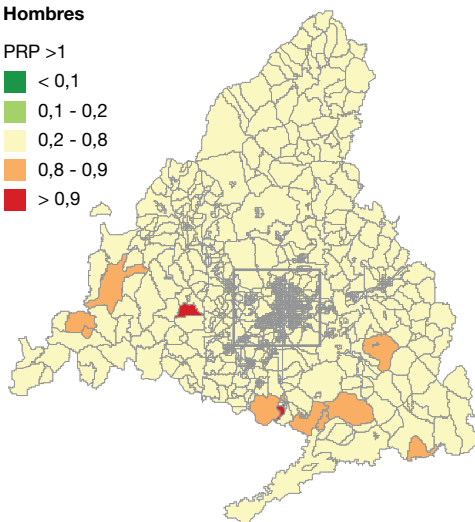
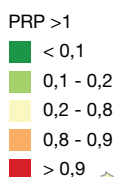
Diabetes. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	220	362	582
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,5	11,6	9,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	2,5	0,6	1,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	6,9	5,6	6,3
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	13,1	11,6	12,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	62,4	54,2	58,2
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,049	0,057	0,046
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	2.719	2.717	5.436
Años de Vida Perdidos. CM 2006	1.138	1.107	2.245
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	1.581	1.610	3.191

Mortalidad por diabetes mellitus

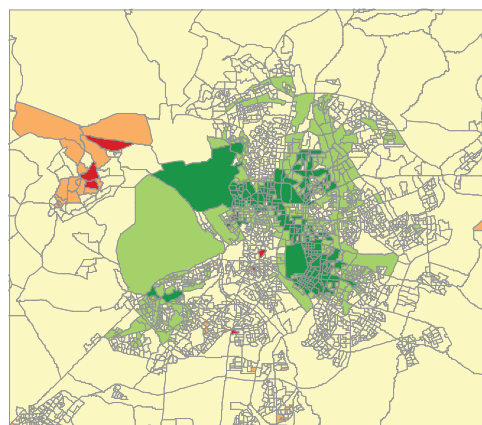
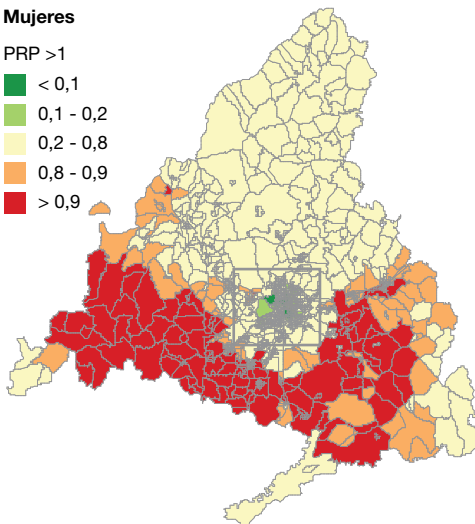
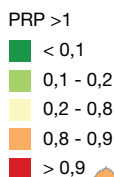
Figura 8.95. Mortalidad por diabetes mellitus en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

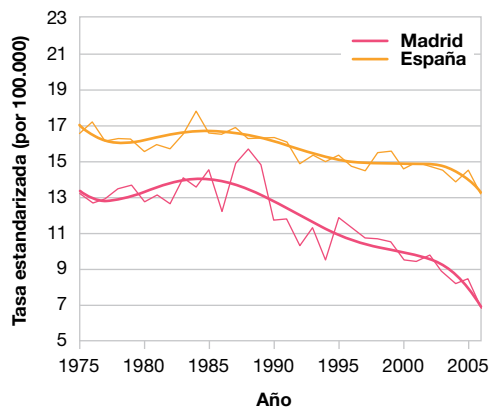
Hombres



Mujeres



Hombres



Mujeres

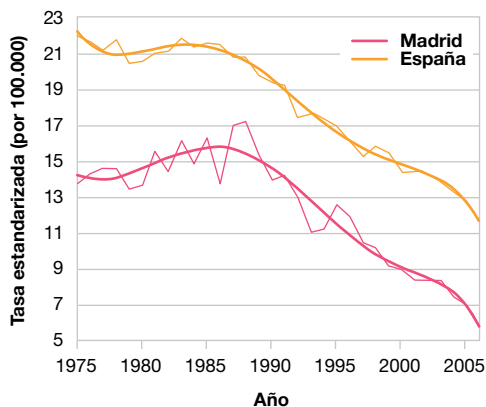


Figura 8.96. Diabetes mellitus. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por diabetes mellitus

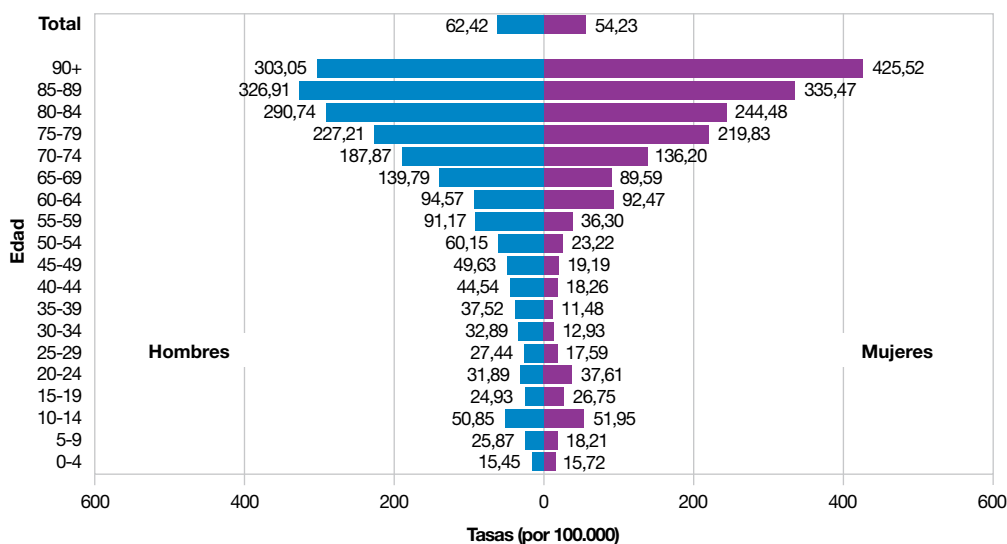


Figura 8.97. Morbilidad hospitalaria por diabetes mellitus según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por diabetes mellitus

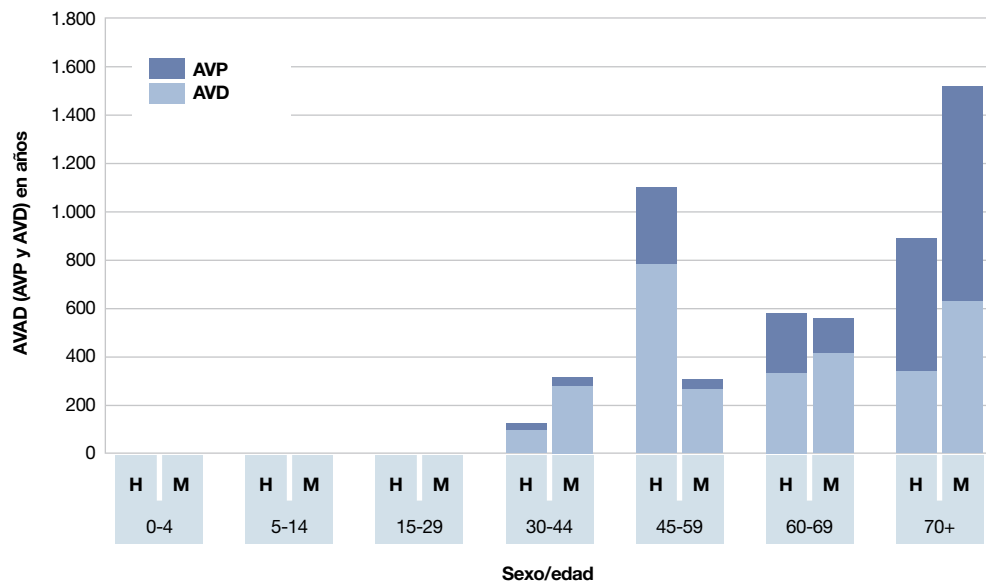


Figura 8.98. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Diabetes mellitus, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.2.3.1. PREvalencia de Diabetes MELLitus y Riesgo Cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC

La diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los mayores problemas de salud de todos los países desarrollados. Esta afirmación está fundamentada en su alta morbi-mortalidad, complicaciones, coste que generan y amplias posibilidades de prevención y control.

La diabetes, importante factor de riesgo de cardiopatía isquémica e ictus, es la enfermedad endocrina más frecuente en los países industrializados, y en los últimos años está experimentando un aumento relevante. Este aumento está muy relacionado con el envejecimiento de la población, la obesidad y los estilos de vida poco saludables, principalmente el sedentarismo y las dietas ricas en grasas saturadas.

Si bien en la Comunidad de Madrid hay información epidemiológica disponible acerca de los factores de riesgo cardiovascular a través de entrevistas telefónicas (SIVFRENT-A), se ha considerado necesario completar dicha información con medidas objetivas que permitan estimar las frecuencias reales. Para tal fin, en el año 2007 se ha realizado el estudio PREDIMERC que es la primera encuesta poblacional en la Comunidad de Madrid sobre prevalencia de diabetes y factores de riesgo cardiovascular.

En este apartado se presentan algunos de los primeros resultados procedentes del estudio PREDIMERC relativos a la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y de algunos de los principales factores de riesgo cardiovascular en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid. No se presentan aquí todos los factores de riesgo analizados en este estudio, en concreto no se incluye la actividad física ni la alimentación ni el consumo de tabaco, ya que el presente Informe incluye en otros capítulos (11 y 12) información relativa a estos aspectos, procedente de otras fuentes de información.

El estudio PREDIMERC es de tipo transversal de base poblacional referido a la Comunidad de Madrid. La población de referencia de 30-74 años representa aproximadamente 3.500.000 habitantes. Para el estudio se seleccionó una muestra representativa de dicha población de la tarjeta sanitaria.

Los individuos seleccionados que aceptaron participar, contestaron a una encuesta epidemiológica mediante entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI), que incluye consumo de tabaco, alcohol, actividad física, alimentación, antecedentes familiares y personales de enfermedades conocidas, así como la calidad de vida mediante el cuestionario SF-12. En su centro de salud se realizó la exploración y la extracción de sangre por personal de enfermería específicamente contratado y entrenado para el estudio. En la exploración física se tomó la tensión arterial, se midió la talla, el peso y los perímetros de cintura y cadera. En sangre se determinó la glucosa basal (GB), colesterol total (CoT), HDL colesterol (HDLc), LDL colesterol (LDLc), triglicéridos (TG), hemoglobina glucosilada (HbA1c), ácido úrico, creatinina, alanina transaminasa (ALT) y gamma glutamil transpeptidasa (GGT), y la albúmina en orina.

Fueron incluidas 2.268 personas entre 30-74 años de edad, 1.085 hombres (48,4%) y 1.183 mujeres (51,6%). La tasa de respuesta global al estudio completo fue del 56,4%, siendo ligeramente inferior en hombres (54,2%) que en mujeres (58,7%), y similar en todos los grupos de edad. La menor tasa de respuesta (52,6%) fue la del grupo más joven (30-39 años). El 13,6% de los hombres y 15,4% de las mujeres eran de nacionalidad extranjera. En cuanto al nivel de

estudios se observa una alta frecuencia con estudios universitario tanto en hombres (29,2%) como en mujeres (20,9%).

Prevalencia de diabetes

La prevalencia global de diabetes mellitus (DM), en población adulta es de 8,1%, siendo superior en hombres que en mujeres, 10,2% y 6% respectivamente (figura 8.99); aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar el 23,1% en el grupo de edad de 70 a 74 años. En todos los grupos de edad la frecuencia es superior en hombres que en mujeres. La prevalencia de DM conocida/diagnosticada es del 6,3% (7,4% en hombres y 5,2% en mujeres) y de DM desconocida no diagnosticada es de 1,8% (figura 8.99). El 22% (27,4% en hombres y 13,3% en mujeres) de las personas diabéticas desconocen que tienen diabetes. La diabetes desconocida aumenta con la edad en ambos sexos (figura 8.100). El grado de control en los diabéticos conocidos, considerando como control óptimo una HbA1c <7%, es del 54,4%, 51,4% en varones y 58,4% en mujeres.

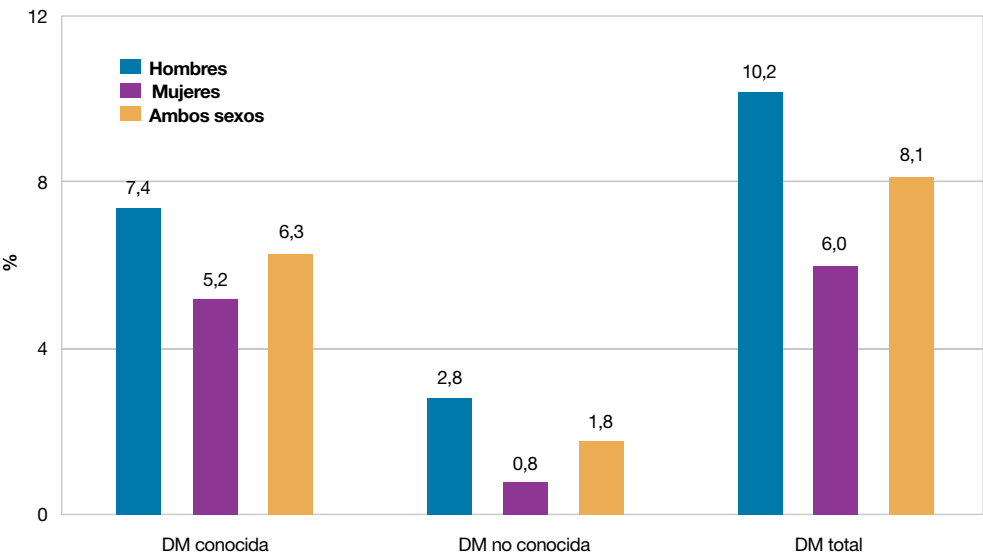


Figura 8.99. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus (DM) total, conocida y desconocida según sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

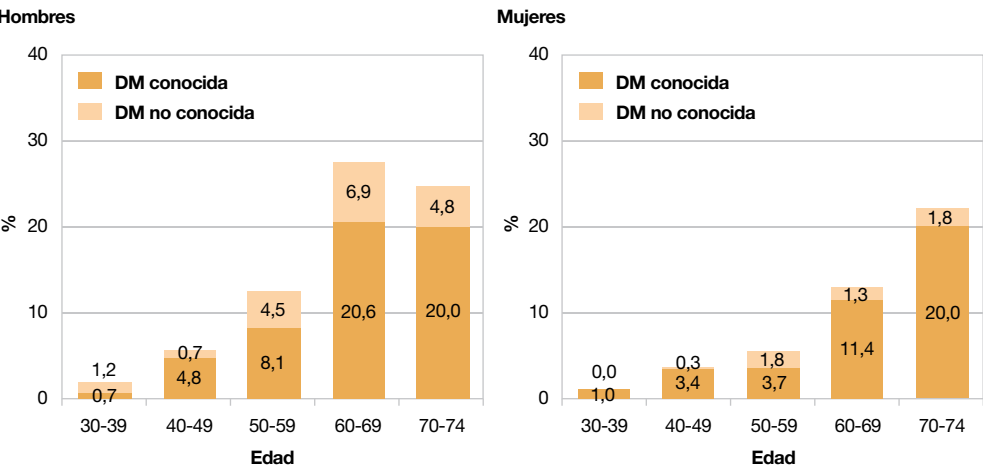


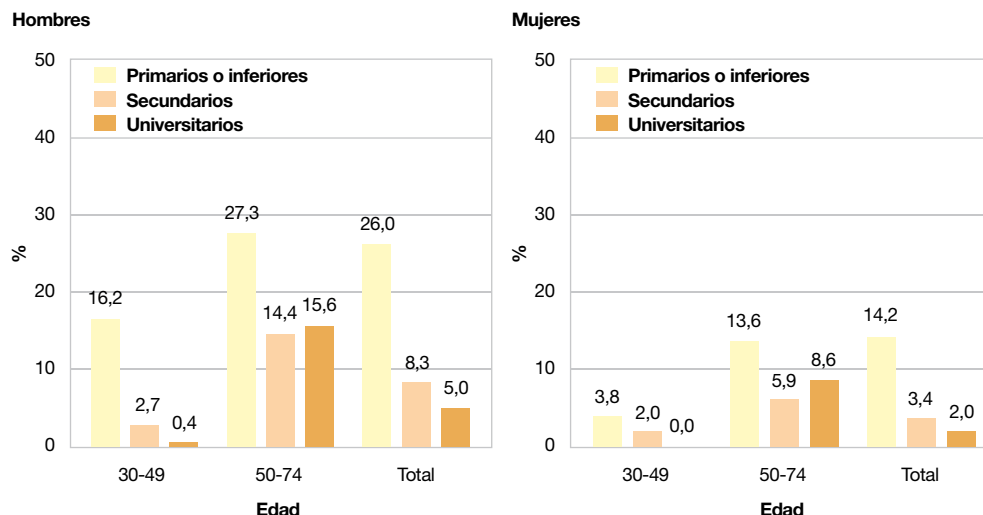
Figura 8.100. Prevalencia (%) de diabetes mellitus conocida y desconocida según grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

En cuanto a la distribución de la diabetes respecto al nivel de estudios, se puede observar en la figura 8.101 que la diabetes es más prevalente en la población con menor nivel de estudios tanto en hombres como en mujeres.

Figura 8.101. Prevalencia (%) de diabetes mellitus según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

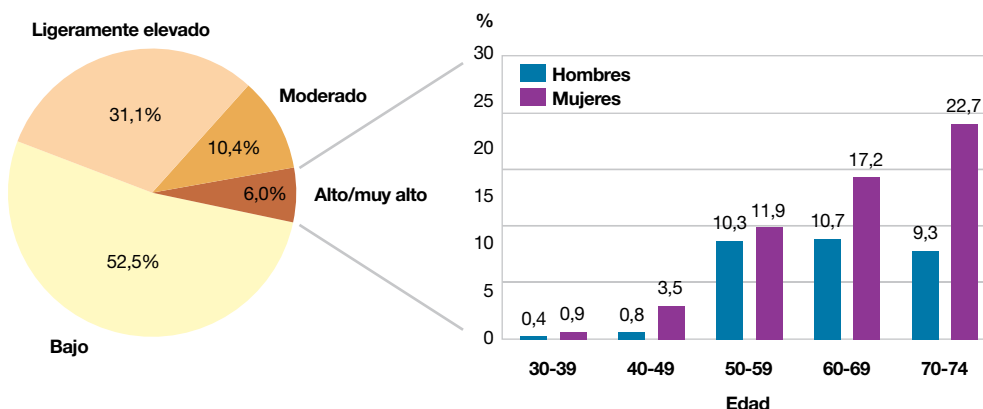
Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Respecto a la probabilidad de desarrollar diabetes, medida a través del cuestionario autocumplimentado FINDRISC, comprobamos que el 6% de la población adulta de la Comunidad de Madrid tiene un riesgo alto o muy alto de desarrollar diabetes tipo 2 en los próximos 10 años de vida (FINDRISC) (figura 8.102).

Figura 8.102. Riesgo de padecer diabetes y distribución del riesgo alto/muy alto (FINDRISC ≥ 15) por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Prevalencia de hipertensión arterial

El 29,3% de la población adulta de la Comunidad de Madrid es hipertensa, siendo mayor la frecuencia en hombres (35,1%) que en mujeres (23,9%) (figura 8.103). En general las cifras son superiores en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Aproximadamente tres de cada cuatro personas mayores de 60 años son hipertensas. La población con estudios primarios o inferiores presenta mayor prevalencia en ambos sexos (figura 8.104).

La HTA desconocida o no diagnosticada alcanza el 9,3% (13,2% en hombres y 5,6% en mujeres), aumenta con la edad en ambos sexos, siendo superior en hombres para cualquier grupo de edad (figura 8.103). En términos relativos, el nivel de subdiagnóstico de HTA es del 31,74%

(37,6% en hombres frente a 23,43% en mujeres). El grado de control (cifras de TA<140/90) en los hipertensos conocidos se sitúa en el 32,4%, siendo mayor en mujeres (41,7%) que en hombres (24%) (figura 8.105).

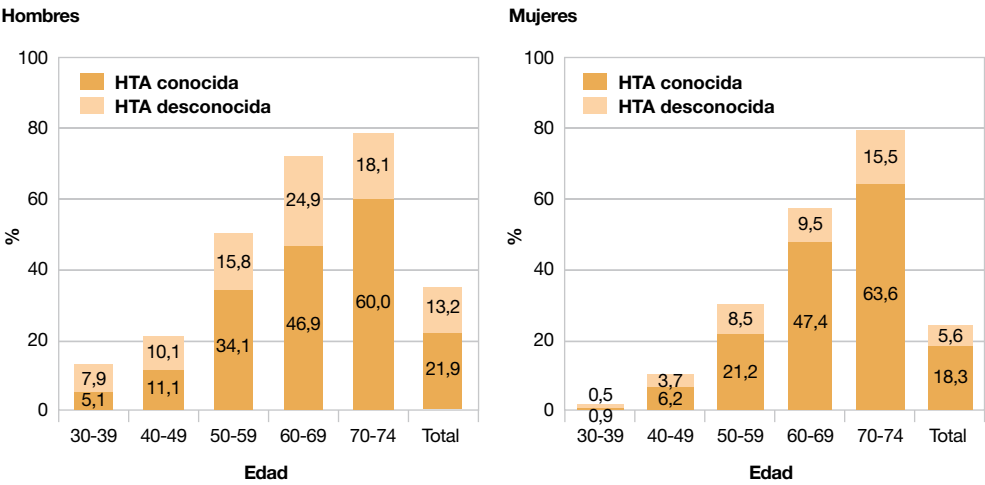


Figura 8.103. Prevalencia (%) de hipertensión arterial conocida y desconocida según grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

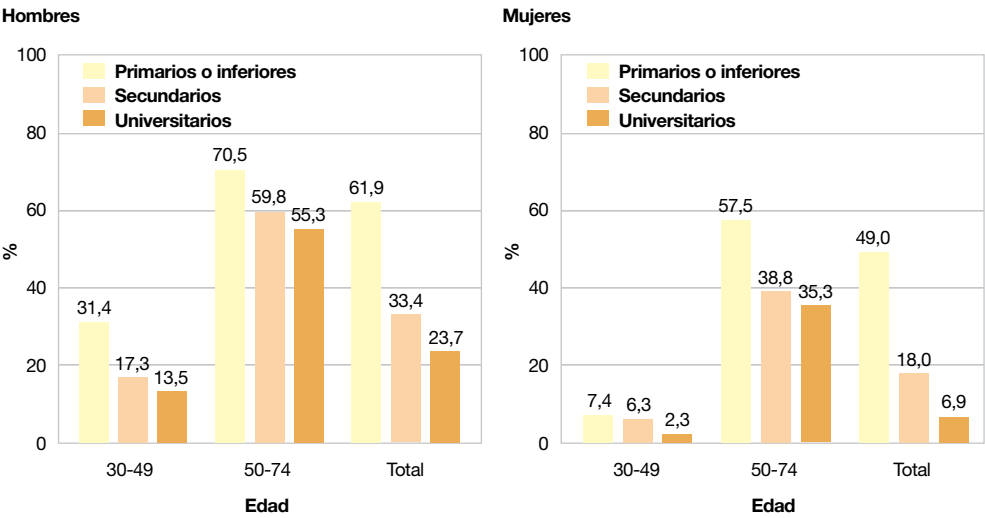


Figura 8.104. Prevalencia (%) de hipertensión arterial según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

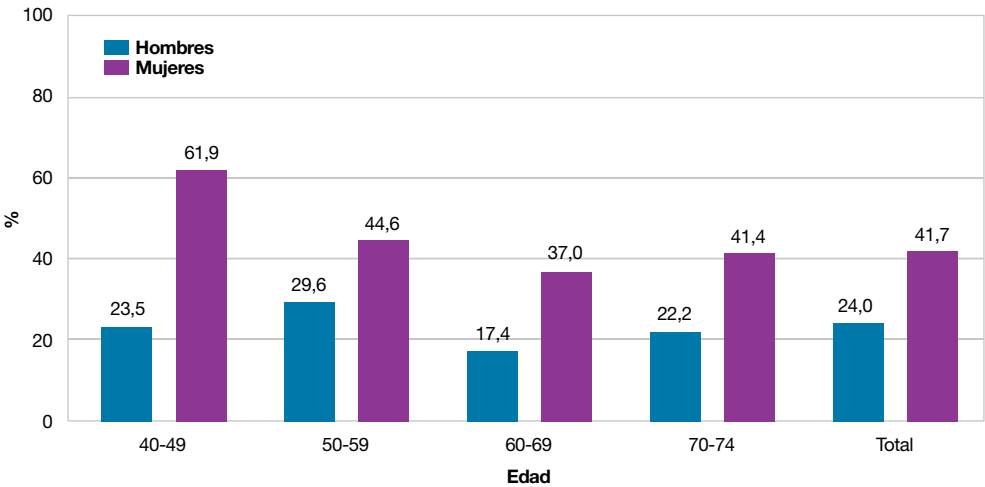


Figura 8.105. Prevalencia de HTA conocida controlada* por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

* HTA controlada: TAS < 140 y TAS < 90 mm Hg

Prevalencia de dislipemias

El 54,2% de la población adulta presenta valores de colesterol de riesgo (CoT ≥ 200 mg/dl), 55,7% de los hombres y 52,9% de las mujeres. La prevalencia de hipercolesterolemia (CoT ≥ 240 mg/dl) es del 23,2%, 24,2% en los hombres y 22,3% en las mujeres (figura 8.106). El 53,1% de las personas con hipercolesterolemia conocida presentaron cifras de buen control, siendo similares en ambos sexos (figura 8.107). La prevalencia de LDL colesterol de riesgo (LDLc ≥ 130 mg/dl), HDL colesterol de riesgo (HDLc < 40 mg/dl) y triglicéridos de riesgo (TG ≥ 150 mg/dl) es 17,3%, 13,6% y 17,3%, respectivamente (figuras 8.108 y 8.109).

Figura 8.106. Prevalencia (%) de hipercolesterolemia (CoT ≥ 240 mg/dl) conocida y desconocida según edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

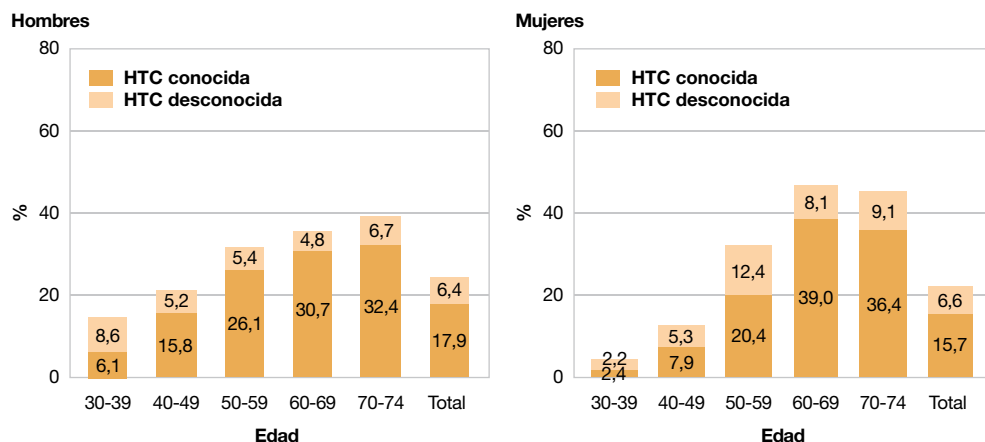
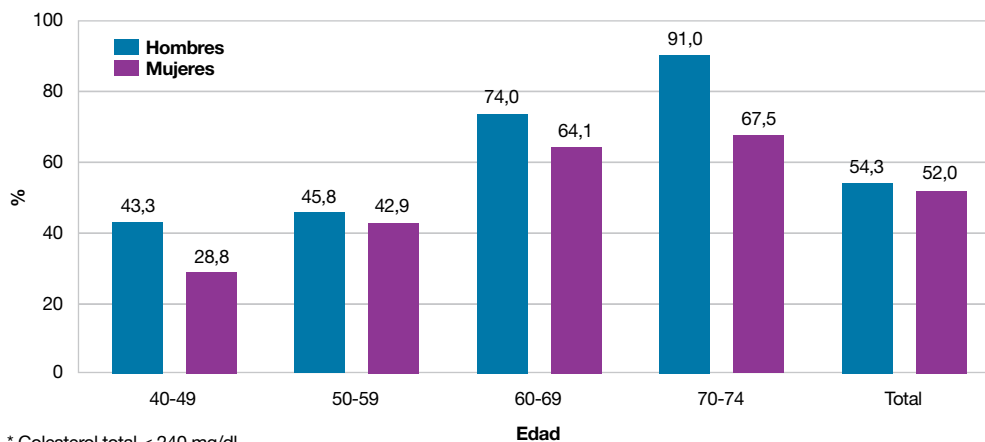


Figura 8.107. Prevalencia (%) de hipercolesterolemia conocida controlada*. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

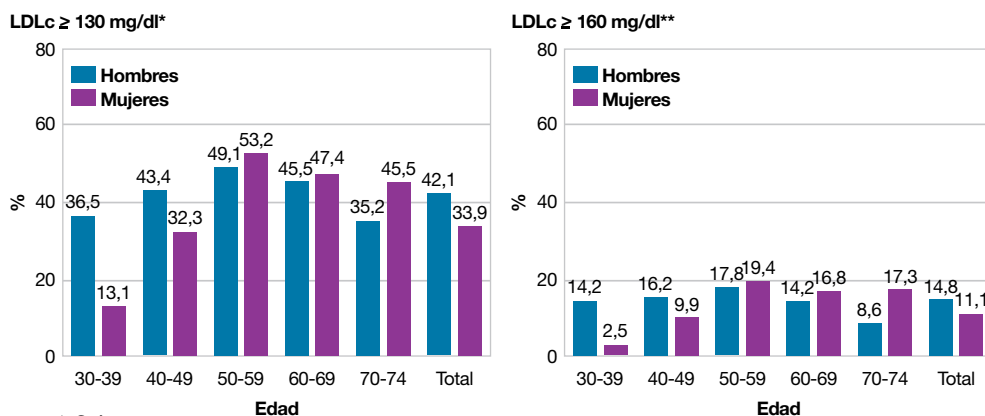
Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Colesterol total < 240 mg/dl

Figura 8.108. Prevalencia (%) de LDLc de riesgo por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

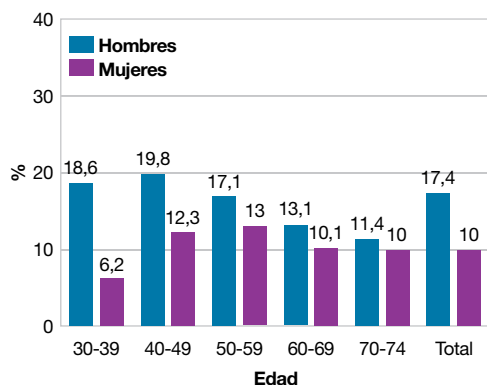
Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Guía europea

** ATP III

Hombres: HDLc < 40 mg/dl*
Mujeres: HDLc < 46 mg/dl**



* Guía europea
** ATP III

HDLc < 40 mg/dl**

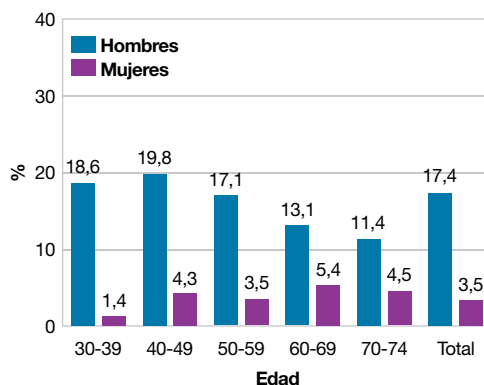


Figura 8.109. Prevalencia (%) de HDLc de riesgo por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

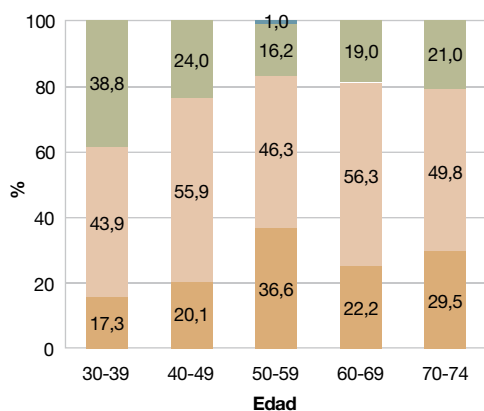
Prevalencia de obesidad y sobrepeso grado II

La prevalencia de obesidad en la población adulta de la Comunidad de Madrid es del 21,7%, siendo ligeramente más elevada en varones (23,6%) que en mujeres (19,8%) (figuras 8.110 y 8.111). La obesidad resulta mayor en los varones hasta los 49 años de edad y a partir de ahí se invierte siendo más frecuente en mujeres. En los hombres la obesidad aumenta ligeramente con la edad con un pico intermedio máximo en el grupo de edad de 50-59 años que alcanza un cifra de 36,3%. En las mujeres aumenta con la edad de forma lineal. El 41,5% de la población padece sobrepeso (50% de las mujeres y 34% de los hombres).

La prevalencia tanto de sobrepeso grado II como de obesidad en las mujeres es mayor en aquellas con estudios primarios o inferiores. En los hombres se observa este patrón solo en los menores de 50 años (figura 8.112).

La frecuencia de obesidad abdominal es del 23,9%, 22% en hombres y 25,6 en mujeres (figura 8.113).

Hombres



Obesos (IMC ≥ 30) Sobrepeso (IMC: 25-29,9)
Normopeso (IMC: 20-24,9) Bajo peso (IMC < 20)

Mujeres

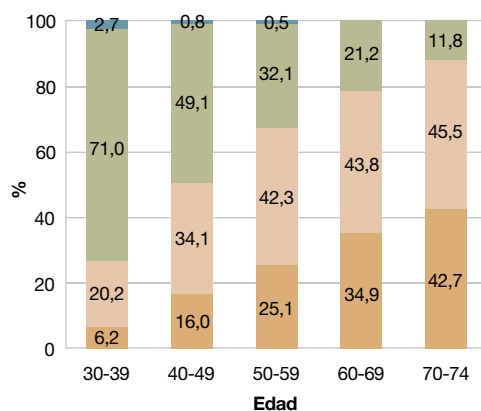


Figura 8.110. Distribución (%) del bajo peso, normopeso y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Figura 8.111. Prevalencia (%) de sobrepeso grado II y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

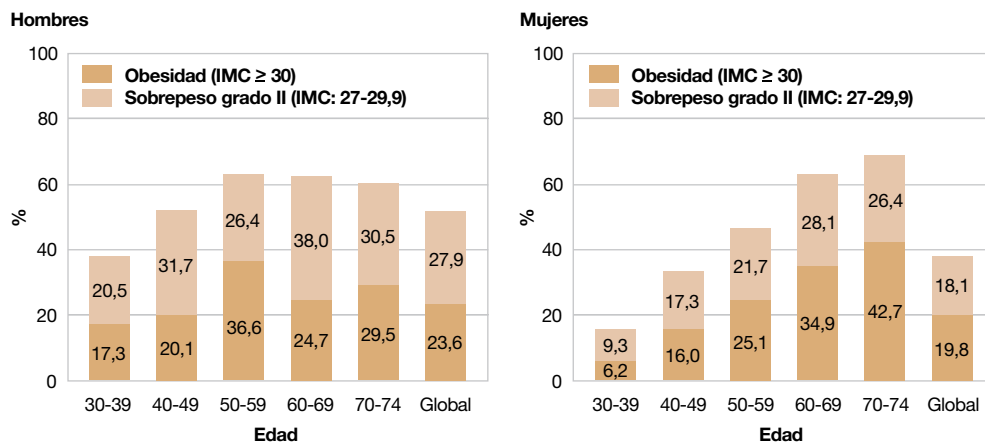


Figura 8.112. Prevalencia de obesidad según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

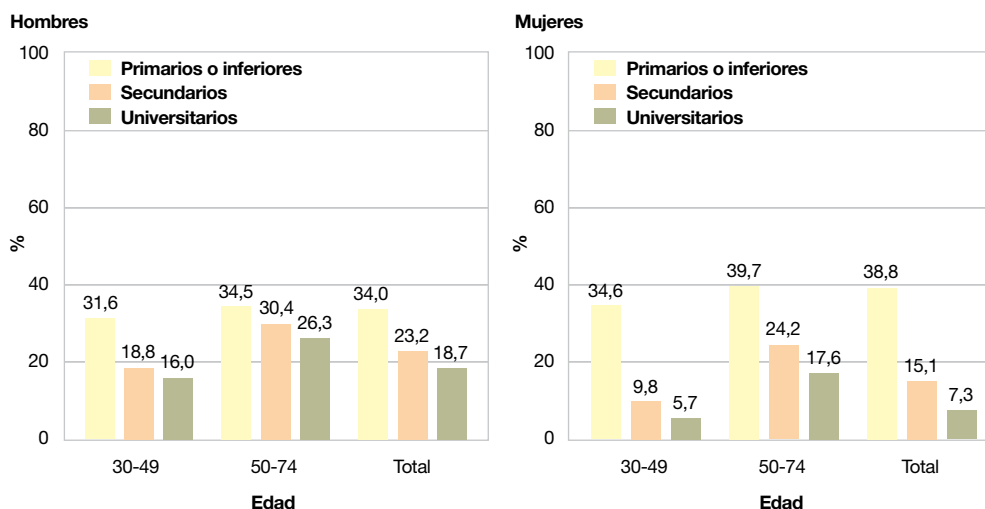
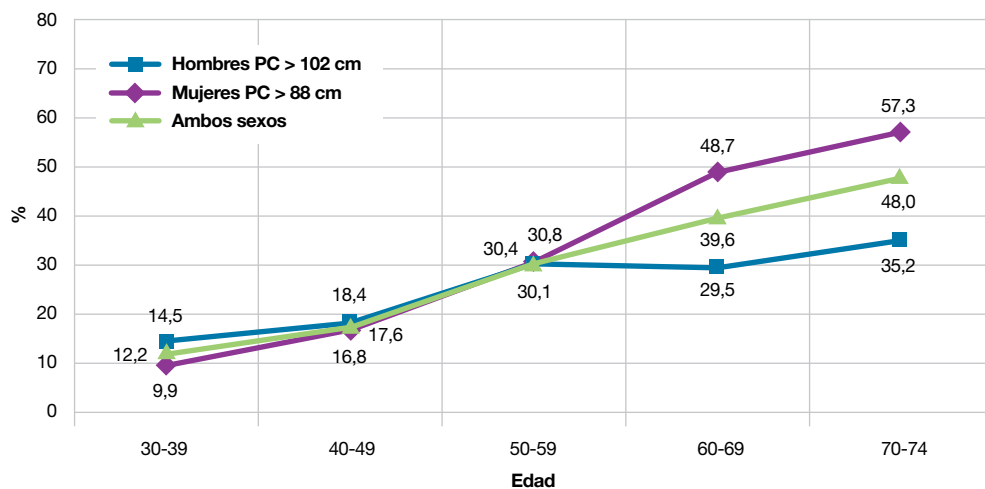


Figura 8.113. Prevalencia (%) de obesidad abdominal (perímetro cintura -PC- en cm) según edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Prevalencia de agregación de factores de riesgo y síndrome metabólico

El 13% de la población adulta no presenta ningún factor de riesgo cardiovascular, 10% de los hombres y 15,9% de las mujeres. Entre los hombres, el 28,1% tienen dos, el 21,9% tiene tres y el 17,1% cuatro o más. Entre las mujeres, el 29,9% tienen dos, el 17,2% tiene tres y el 9,2% cuatro o más. El 40,0% de los hombres y el 26,4% de las mujeres tienen tres o más factores de riesgo. A medida que la población es mayor la acumulación de factores es más frecuente (figura 8.114).

Aproximadamente una de cada 4 persona adultas presenta síndrome metabólico, siendo más prevalente en hombres (28,5%) que en mujeres (21%). La frecuencia del síndrome metabólico aumenta con la edad siendo superior al 50% en los mayores de 50 años (figura 8.115).

En cuanto al nivel educativo, el síndrome metabólico es más frecuente en la población con estudios primarios o inferiores en los jóvenes de ambos sexos y en las mujeres en todos los grupos de edad (figura 8.116).

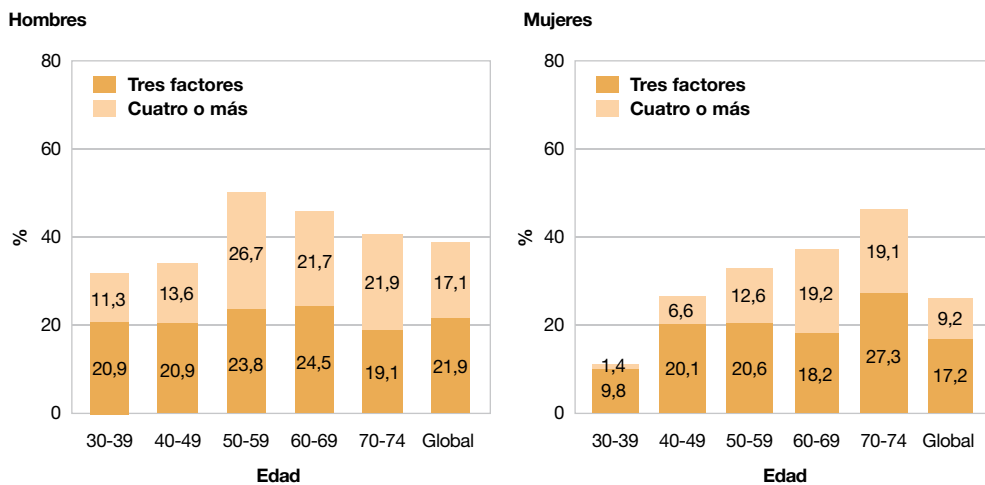


Figura 8.114. Prevalencia de tres y más factores de riesgo cardiovascular* por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

*Se incluyen diabetes, HTA, dislipemia (CT: ≥ 240 mg/dl), obesidad (IMC ≥ 30), sedentarismo (ninguna actividad en tiempo libre), dieta inadecuada (consumo de frutas y verduras ≤ 2 raciones diarias).

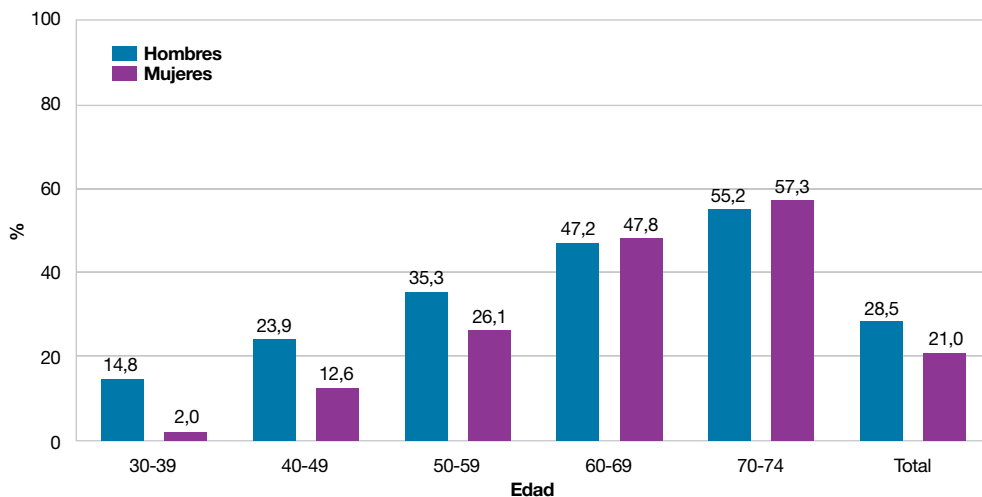


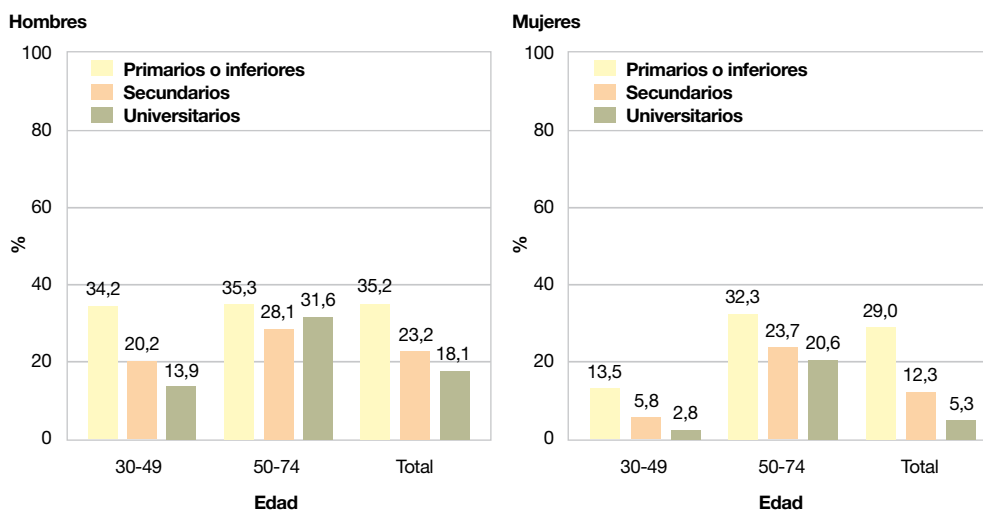
Figura 8.115. Prevalencia (%) de Síndrome Metabólico* por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

* Criterios ATP III: Tres o más de los siguientes: glucemia basal ≥ 100 mg/dl; obesidad abdominal; Triglicéridos ≥ 150 mg/dl; HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres. Hipertensión arterial (TA $\geq 130/85$ mmHg o tratamiento).

Figura 8.116. Prevalencia de Síndrome Metabólico* según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



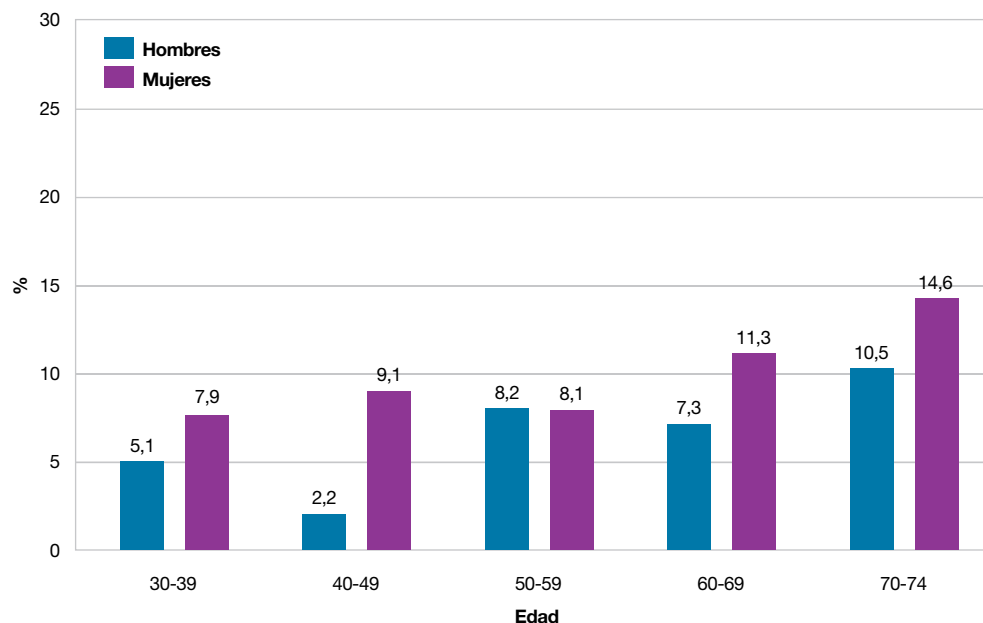
* Criterios ATP III: Tres o más de los siguientes: glucemia basal ≥ 100 mg/dl; obesidad abdominal; Triglicéridos ≥ 150 mg/dl; HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres. Hipertensión arterial (TA $\geq 130/85$ mmHg o tratamiento).

Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y riesgo cardiovascular

El 11,0% de la población adulta ha tenido alguna vez una enfermedad coronaria, 11,5% de los hombres y 10,5% de las mujeres. Las cifras aumentan con la edad, desde un 6,9% en el grupo de 30-39 años hasta el 23,8% en el grupo de 70-74 años. La prevalencia de angina de pecho, determinada mediante el cuestionario de Rose, es del 7,5% para el total de la población estudiada, siendo superior en mujeres que en hombres (figura 8.117). El 13,3% de la población de la Comunidad de Madrid tiene un riesgo cardiovascular alto, 19,3% de los hombres y 7,6% de las mujeres. Aumenta con la edad en ambos sexos (figura 8.118).

Figura 8.117. Prevalencia de angina de pecho, determinada a través del cuestionario de Rose, por edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



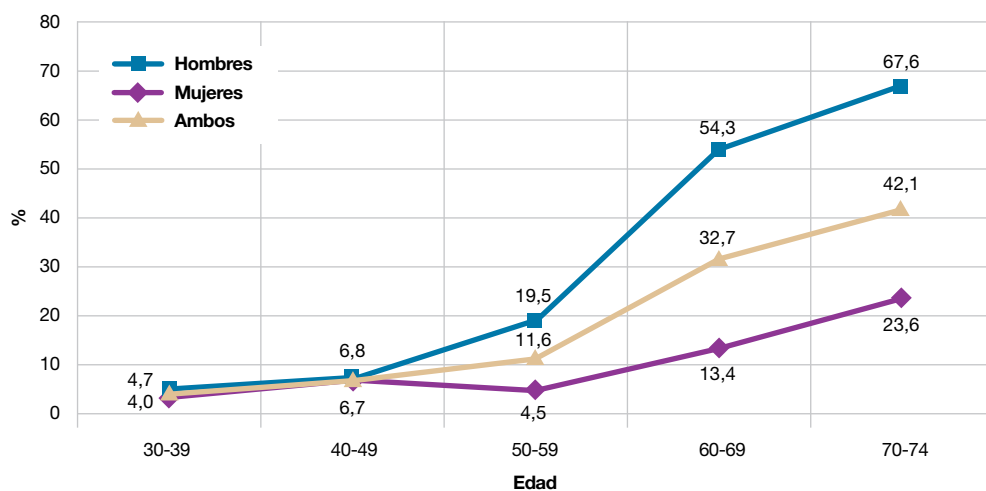


Figura 8.118. Prevalencia de riesgo cardiovascular alto* por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio PREDIMERC 2007.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.

* Riesgo cardiovascular alto: Pacientes con enfermedad coronaria, vascular periférica o cerebrovascular aterotrombótica o Score $\geq 5\%$ o valores muy elevados de un solo factor de riesgo (CoT ≥ 320 mg/dl), LDLc ≥ 240 mg/dl, TAI $\geq 180/110$ mmHg) o diabetes tipo 1 con microalbuminuria o diabetes tipo 2.

8.2.3. Enfermedades del sistema respiratorio

Las enfermedades del sistema respiratorio fueron la tercera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid en 2006. En torno al año 2000 la mortalidad por estas causas inició una tendencia ligeramente ascendente, superando a la media de España, si bien en los años más recientes en hombres las tasas han disminuido aunque siguen siendo superiores a las de España.

La morbilidad hospitalaria se concentra en las edades extremas de la vida: menores de 5 años y sobre todo en los de mayor edad (con un aumento progresivo a partir de los 65 años).

Las enfermedades respiratorias representaron en 2006 la quinta causa en carga de enfermedad, con un importante componente de discapacidad.

La bronquitis y enfisema motivaron el 31,1% de las muertes en hombres por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid, en 2006, y el 10,8% en mujeres. En la distribución espacial de la mortalidad por estas enfermedades destaca, tanto en hombres como en mujeres, un patrón de agregación de secciones con exceso de mortalidad en los Distritos del sur y este de la región: Fuenlabrada, Parla, Aranjuez, Getafe, Arganda. En los hombres además destaca Leganés y en el municipio de Madrid los Distritos de Vallecas, San Blas y Centro. La morbilidad hospitalaria corresponde sobre todo a varones con un incremento progresivo con la edad (a partir de los 45 años).

El asma ocasiona ingresos hospitalarios en las edades extremas de la vida: menores de 15 años (más en hombres que en mujeres) y en los mayores de 64 años (fundamentalmente mujeres). Esta enfermedad destaca por la discapacidad que produce (sobre todo en menores de 60 años y especialmente en el grupo de edad de 15 a 29 años).

Indicadores generales de enfermedades del sistema respiratorio

Enfermedades del sistema respiratorio. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	2.848	2.743	5.591
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	97,3	88,0	92,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	19,1	7,9	13,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	87,2	41,9	58,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	77,5	32,0	50,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.445,4	1.001,3	1.216,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,143	-0,147	0,012
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	28.995	20.736	49.731
Años de Vida Perdidos. CM 2006	12.202	8.404	20.605
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	16.794	12.332	29.126

Tabla 8.27. Indicadores generales de enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio

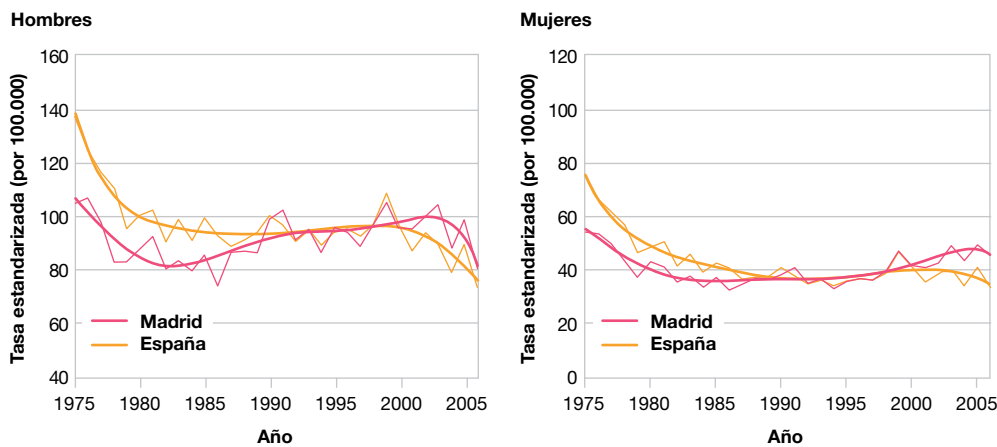


Figura 8.119. Enfermedades del sistema respiratorio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

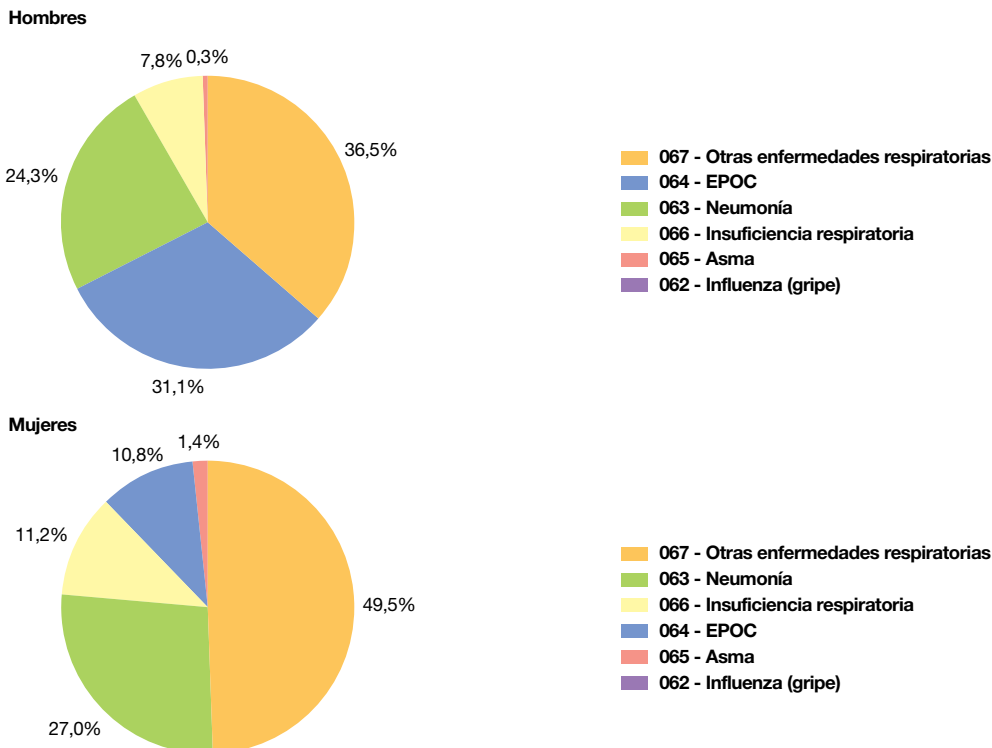
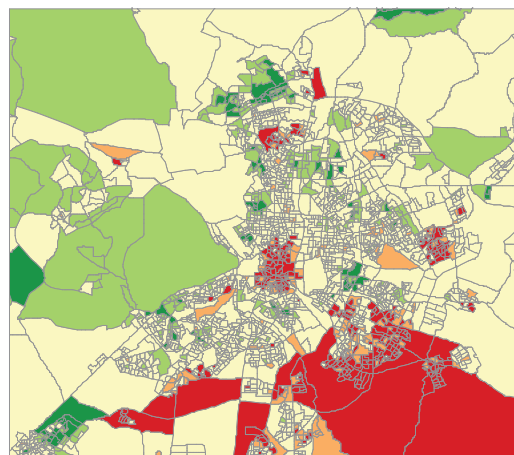
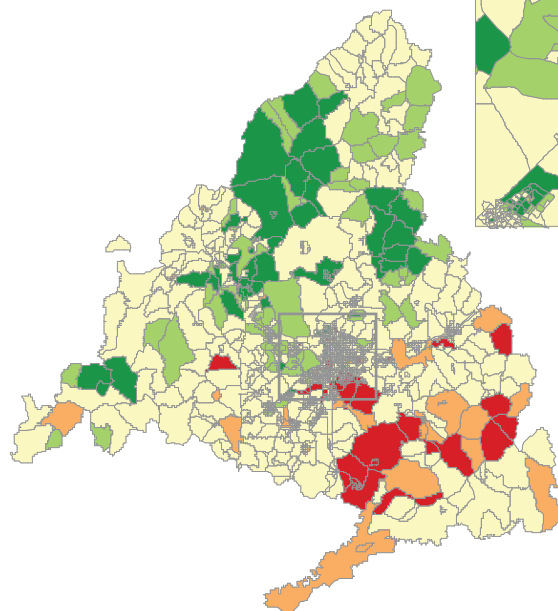
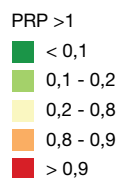


Figura 8.120. Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.

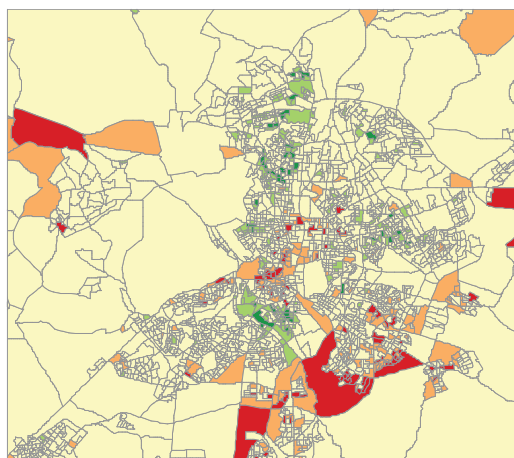
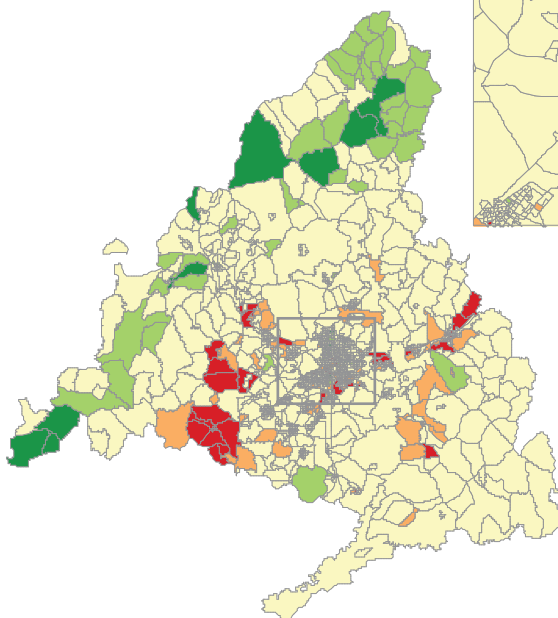
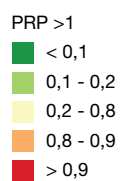
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 8.121. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Hombres



Mujeres



Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio al cambio de la esperanza de vida

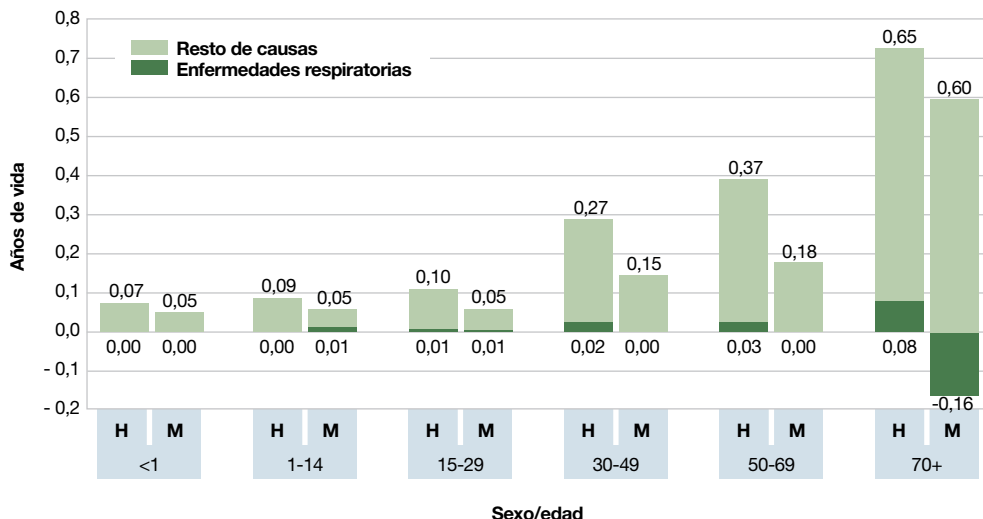


Figura 8.122. Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio

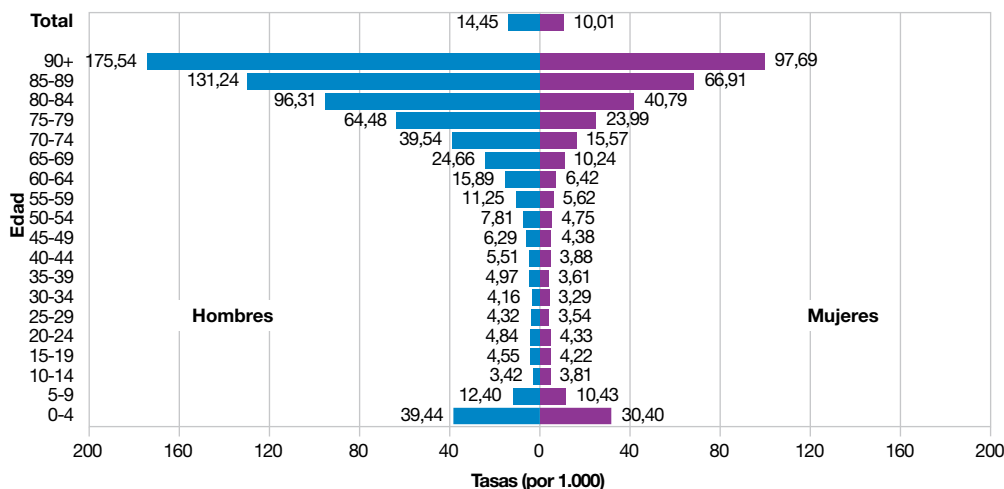


Figura 8.123. Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por enfermedades del sistema respiratorio

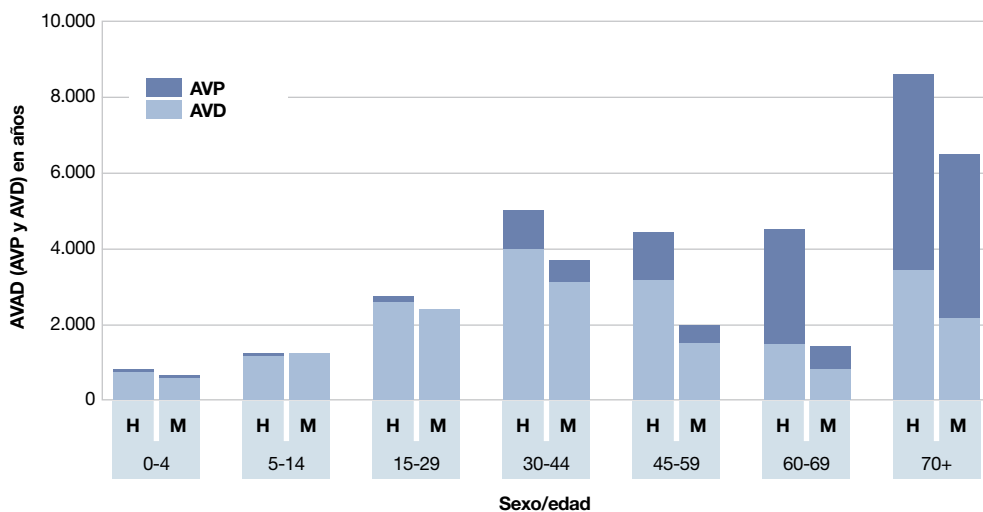


Figura 8.124. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades del sistema respiratorio, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.3.1. Bronquitis y enfisema

Indicadores generales de bronquitis y enfisema

Tabla 8.28. Indicadores generales de bronquitis y enfisema. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

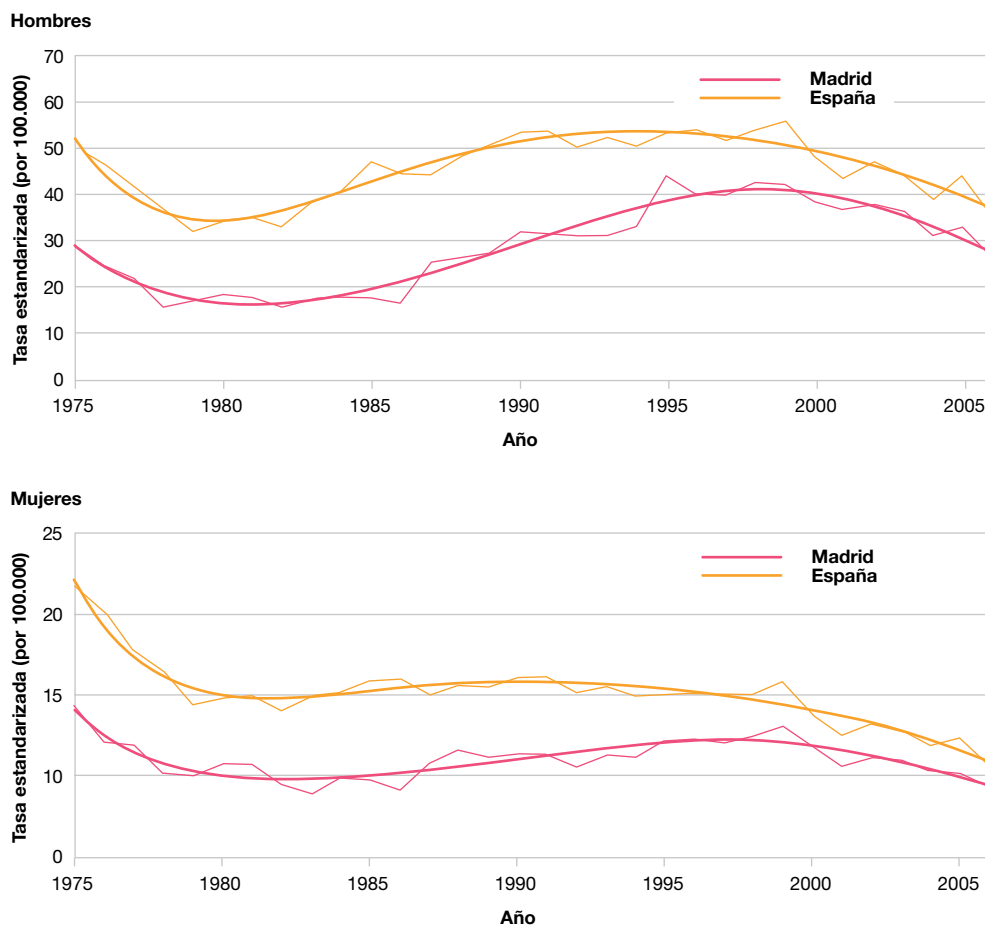
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Bronquitis y enfisema. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	887	297	1.184
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	30,3	9,5	19,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	4,7	1,2	2,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	26,6	4,7	12,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	35,2	5,8	17,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	263,3	55,2	156,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,126	0,023	0,089
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	9.010	2.600	11.611
Años de Vida Perdidos. CM 2006	4.269	1.275	5.544
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	4.742	1.325	6.067

Mortalidad por bronquitis y enfisema

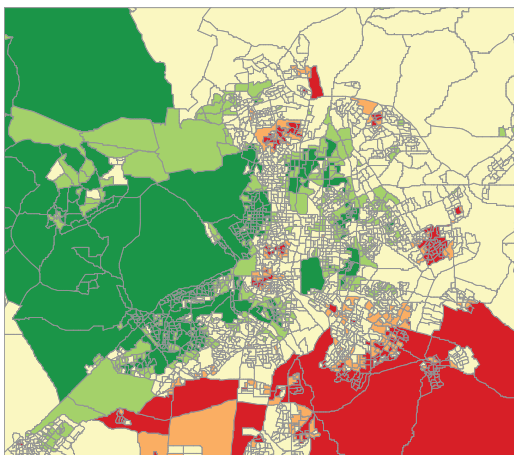
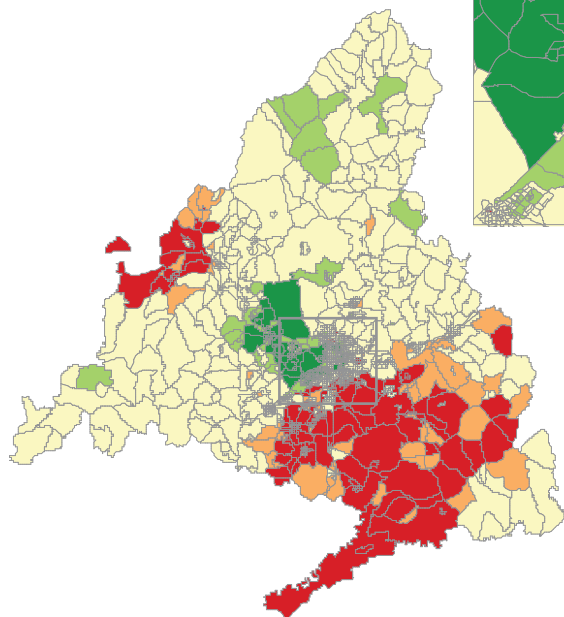
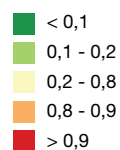
Figura 8.125. Bronquitis, enfisema y asma. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1



Mujeres

PRP >1

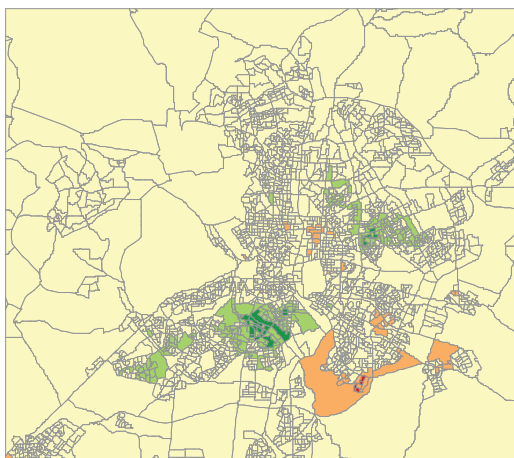
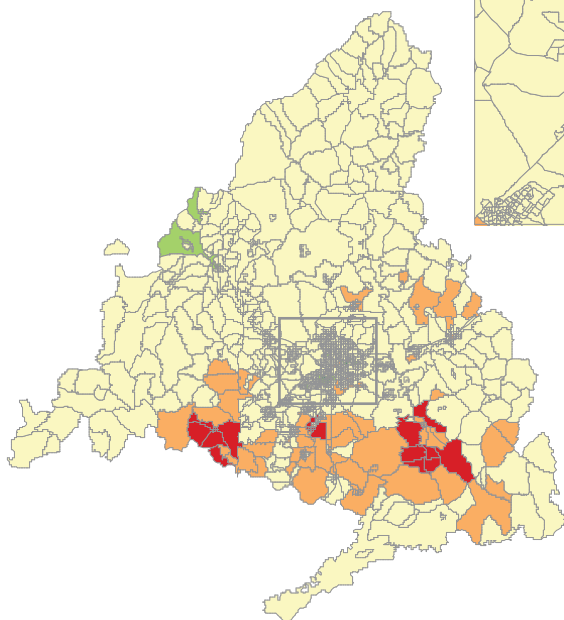
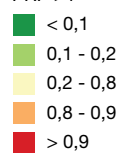


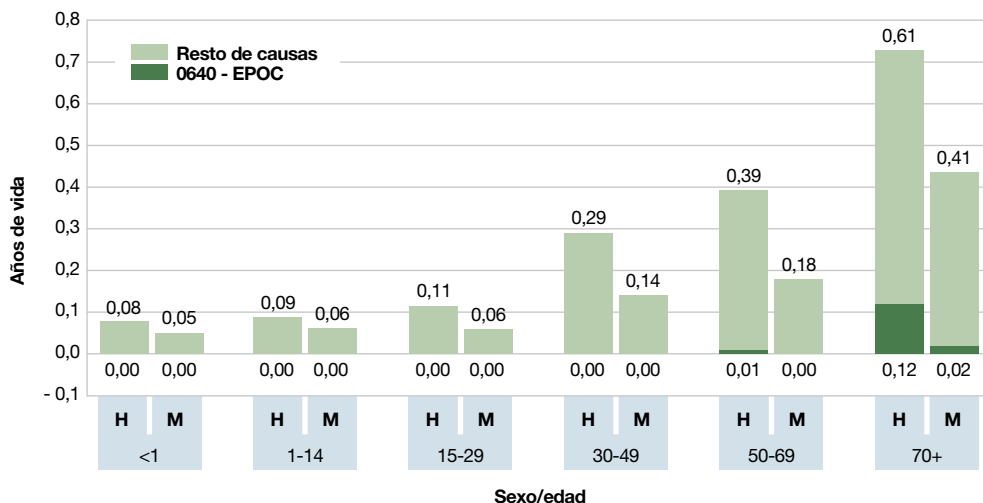
Figura 8.126. Mortalidad por bronquitis y enfisema en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Contribución bronquitis y enfisema al cambio de la esperanza de vida

Figura 8.127. Contribución de la bronquitis y enfisema y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

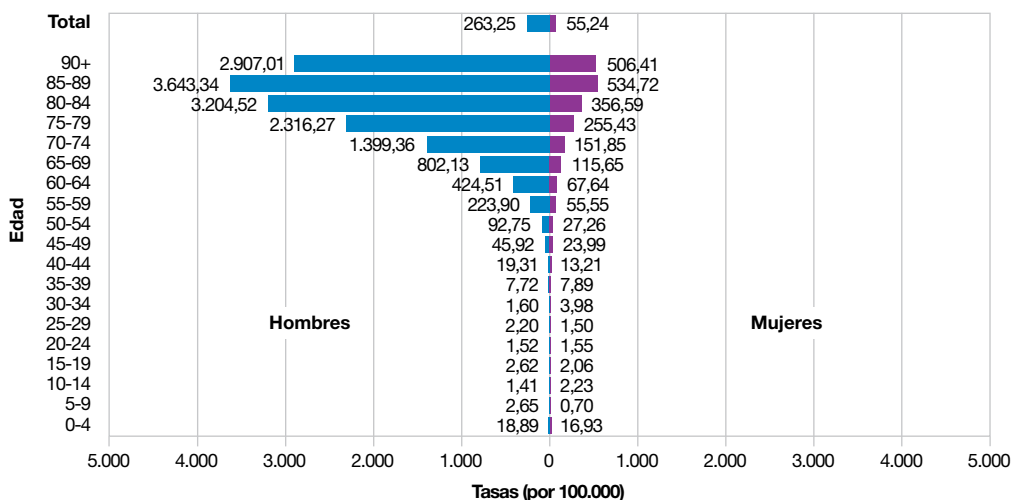
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por bronquitis y enfisema

Figura 8.128. Morbilidad hospitalaria por bronquitis y enfisema según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

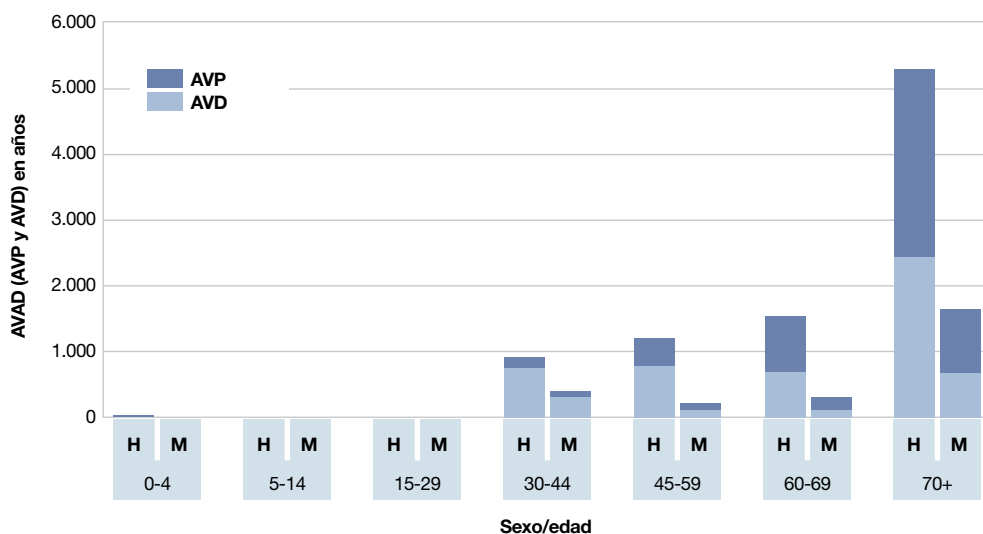
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Carga de enfermedad por bronquitis y enfisema

Figura 8.129. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por bronquitis y enfisema, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.3.2. Asma

Indicadores generales de asma

Asma. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	9	39	48
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,3	1,3	0,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,2	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,3	0,6	0,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	0,5	1,2	1,0
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	44,5	72,3	58,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,001	0,011	0,006
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	4.900	4.128	9.029
Años de Vida Perdidos. CM 2006	59	146	205
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	4.841	3.983	8.824

Tabla 8.29. Indicadores generales de asma. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por asma

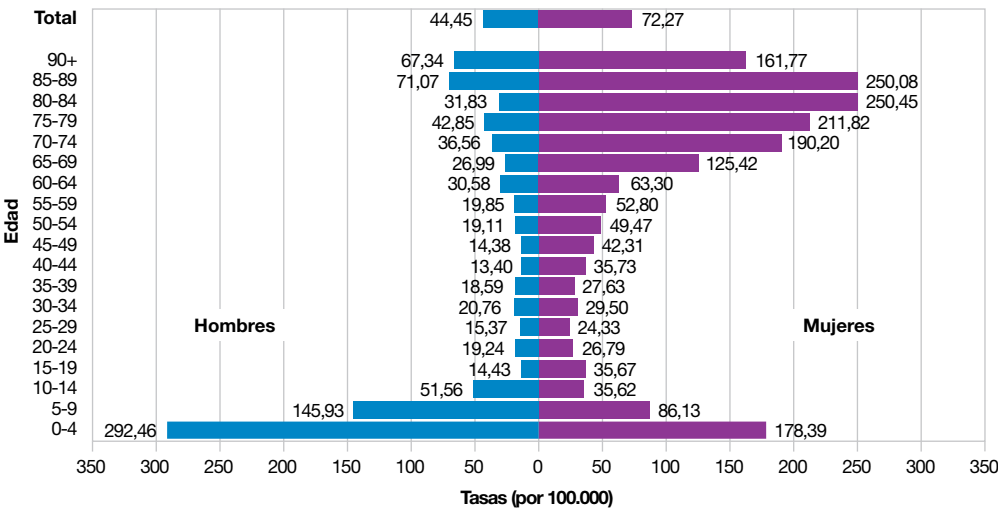


Figura 8.130. Morbilidad hospitalaria por asma según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por asma

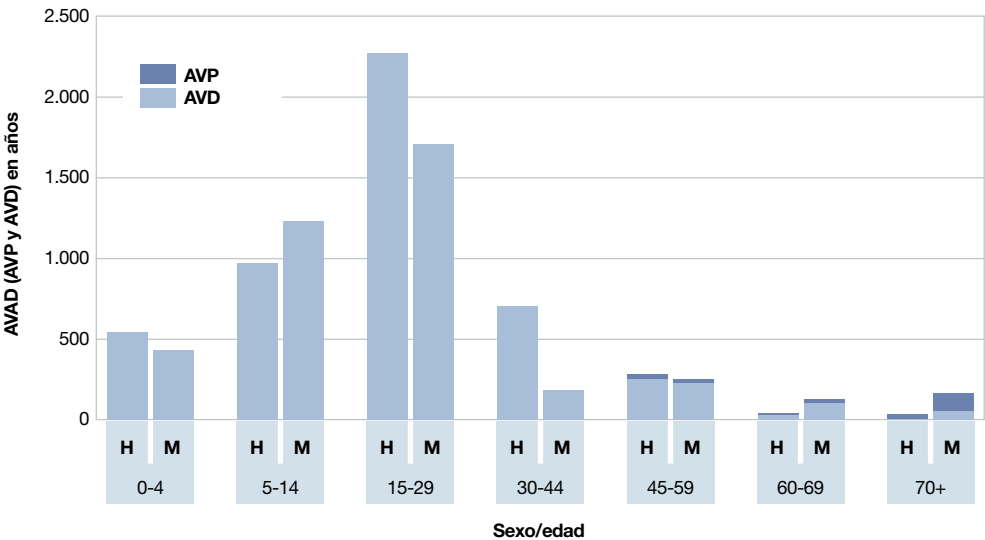


Figura 8.131. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por asma, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.4. Enfermedades del sistema digestivo

Las enfermedades del sistema digestivo, representan aproximadamente el 5% de las muertes. La mortalidad por estas causas muestra una tendencia descendente. Las causas digestivas específicas que ocasionaron una mayor mortalidad fueron la cirrosis (en 2006, 35,2% de las muertes por enfermedades digestivas en los hombres y 15,4% en mujeres) y la enfermedad vascular intestinal (10,8% en hombres y 17,7% en mujeres).

Las enfermedades digestivas son una causa importante de morbilidad hospitalaria con un aumento progresivo con la edad y ligeramente más frecuente en hombres. La carga de enfermedad que producen se debe tanto a la mortalidad como a la discapacidad que ocasionan.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado afectan sobre todo a varones. La mortalidad por estas causas muestra una tendencia descendente. En la distribución espacial destaca por una mayor mortalidad el municipio de Madrid. En los hombres, el Distrito Centro es el que destaca con mayor mortalidad mostrando un claro patrón de agregación de secciones con exceso, y otros Distritos en que se observa este patrón son: Vallecas, Carabanchel, Usera, Arganzuela, Tetuán y San Blas. En las mujeres los Distritos de Arganzuela y Centro destacan sobre los demás, mostrando un claro patrón de agregación de secciones con exceso. Otros Distritos en que se observa este patrón son: Usera, Vallecas, Tetuán, Carabanchel y San Blas.

Indicadores generales de enfermedades del sistema digestivo

Enfermedades del sistema digestivo. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	1.125	1.056	2.181
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	38,4	33,9	36,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	31,3	8,6	19,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	35,6	18,4	26,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	38,9	19,5	28,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	1.695,7	1.284,2	1.483,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,063	0,058	0,066
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	21.442	14.974	36.415
Años de Vida Perdidos. CM 2006	10.273	5.075	15.347
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	11.169	9.899	21.068

Tabla 8.30. Indicadores generales de enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo

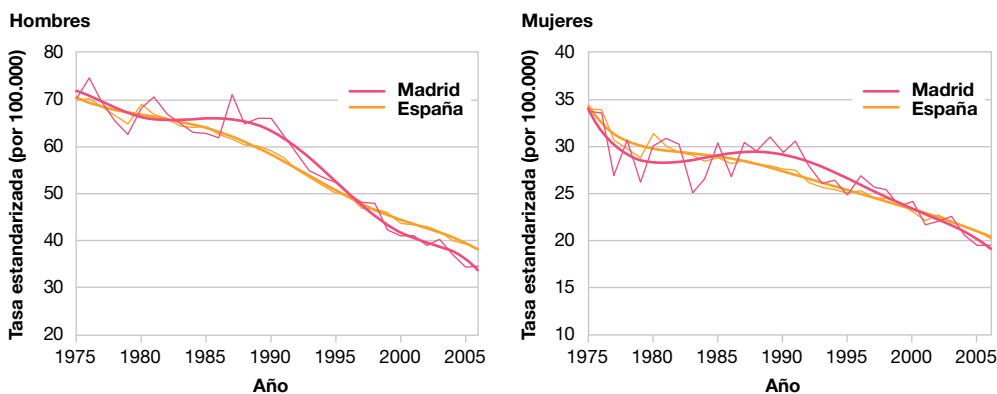


Figura 8.132. Enfermedades del sistema digestivo. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

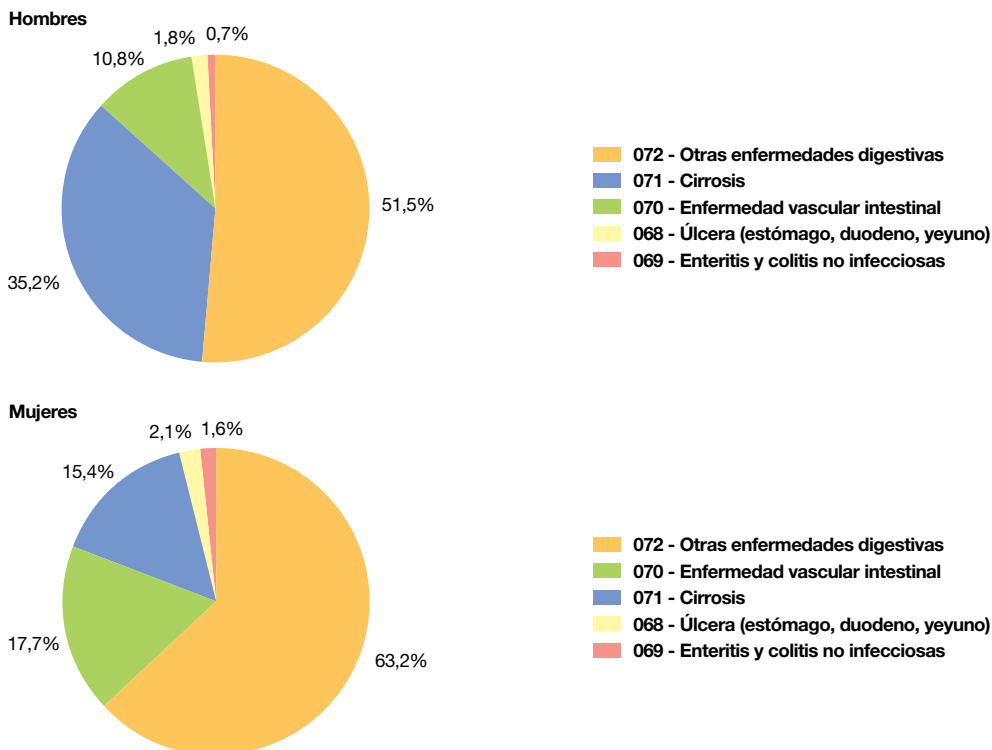


Figura 8.133. Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.

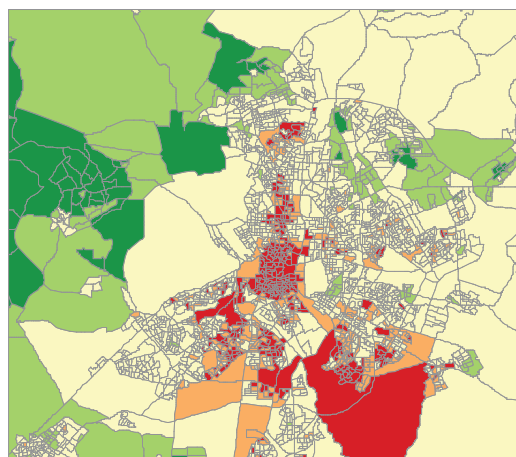
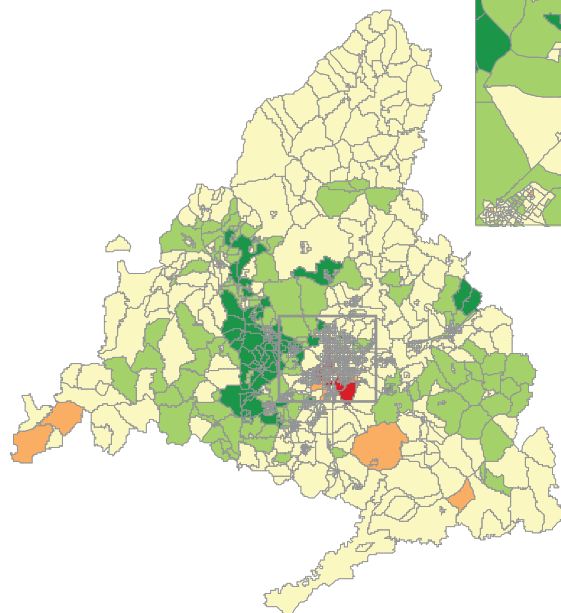
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 8.134. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Hombres

PRP >1

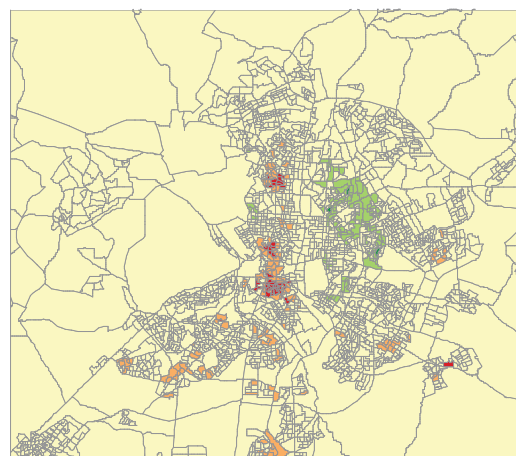
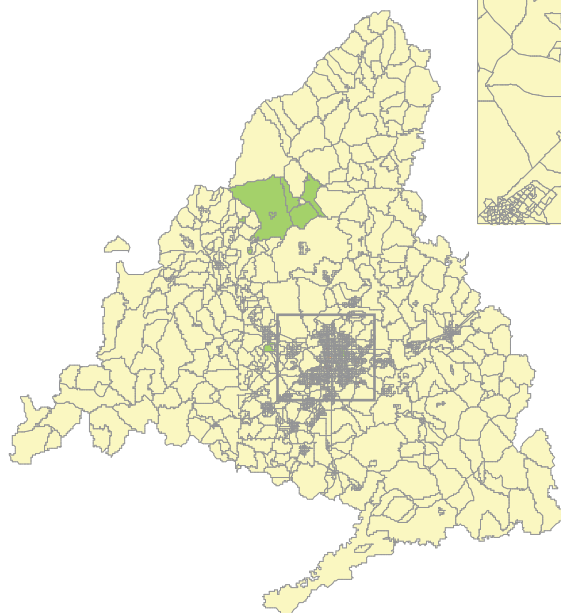
- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9



Mujeres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9



Contribución de las enfermedades del sistema digestivo al cambio de la esperanza de vida

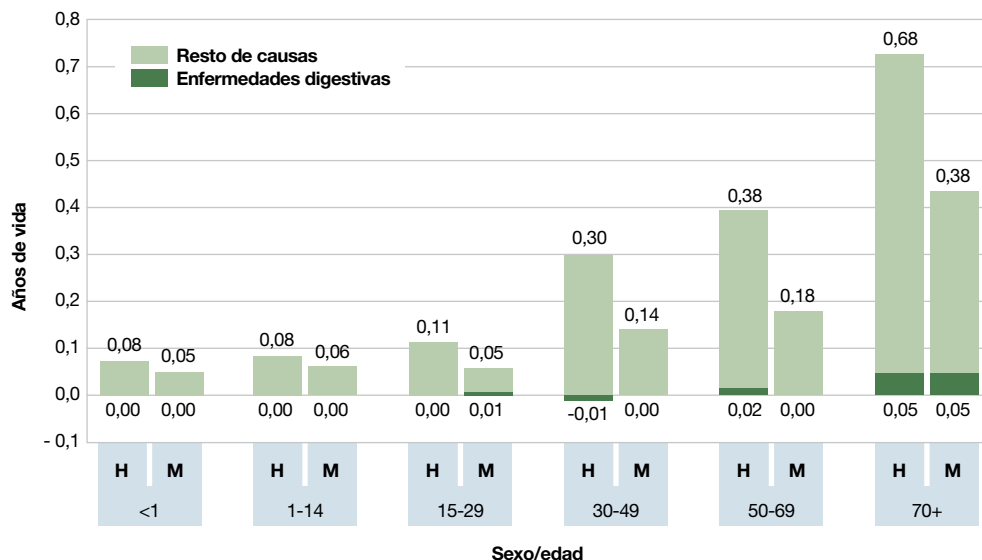


Figura 8.135. Contribución de las enfermedades del sistema digestivo y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema digestivo

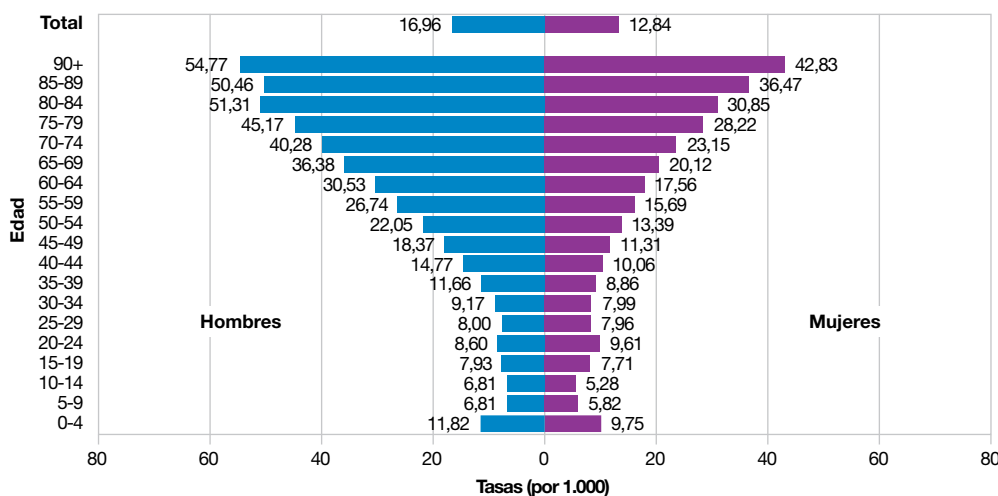


Figura 8.136. Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema digestivo según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por enfermedades del sistema digestivo

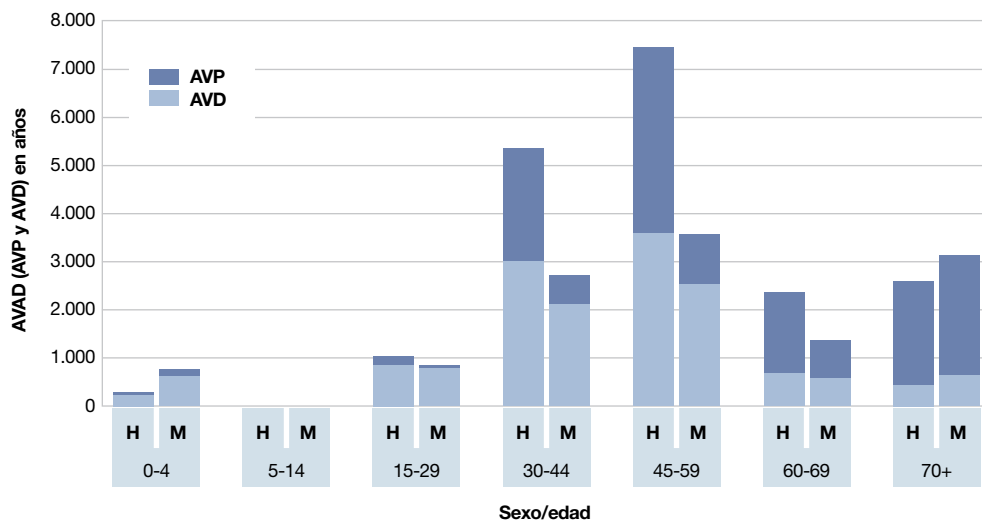


Figura 8.137. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades del sistema digestivo, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.4.1. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Indicadores generales de cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Tabla 8.31. Indicadores generales de cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

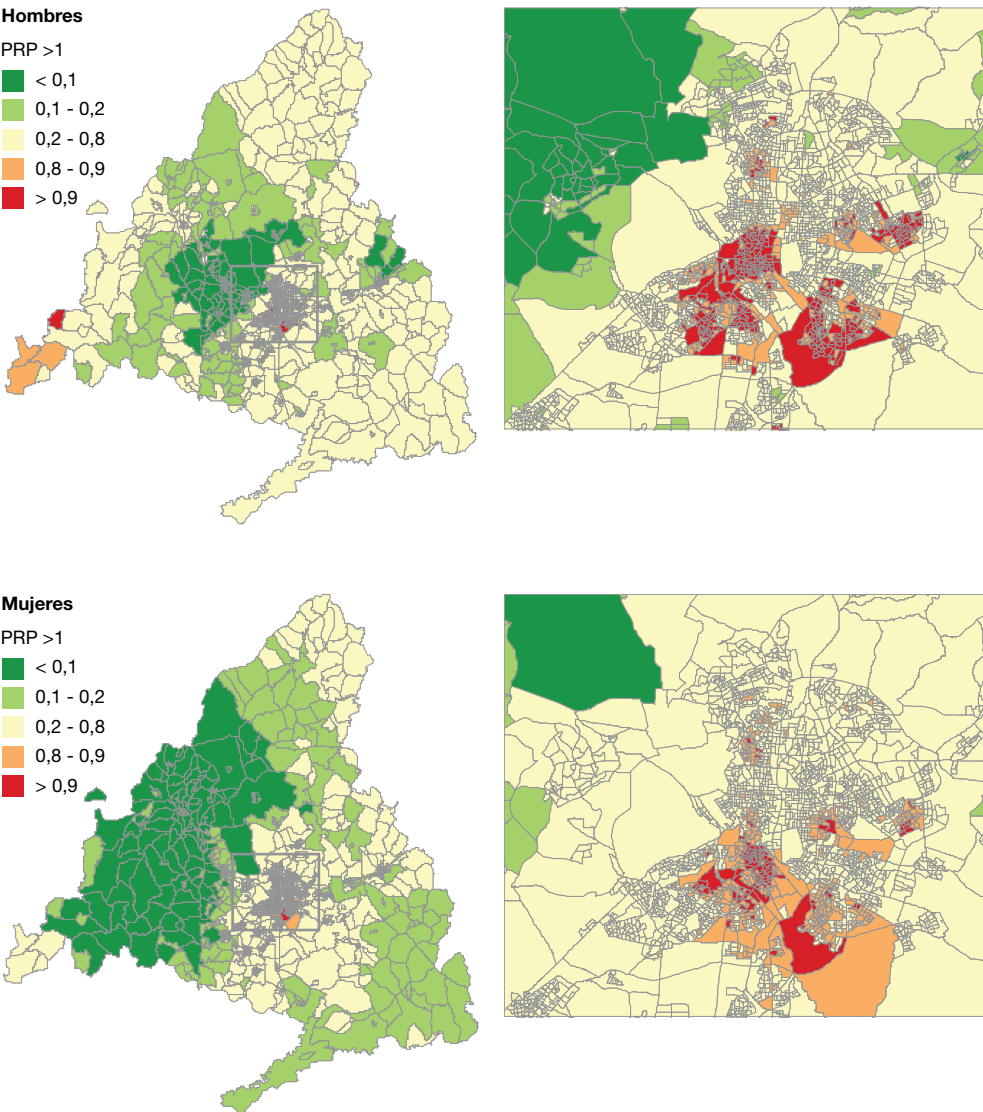
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	391	161	552
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	13,4	5,2	9,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	18,4	4,2	11,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	13,2	3,9	8,1
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	16,5	4,7	10,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	61,9	25,0	42,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,008	0,036	0,038
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	4.821	1.269	6.091
Años de Vida Perdidos. CM 2006	3.866	974	4.840
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	955	296	1.251

Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Figura 8.138. Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.



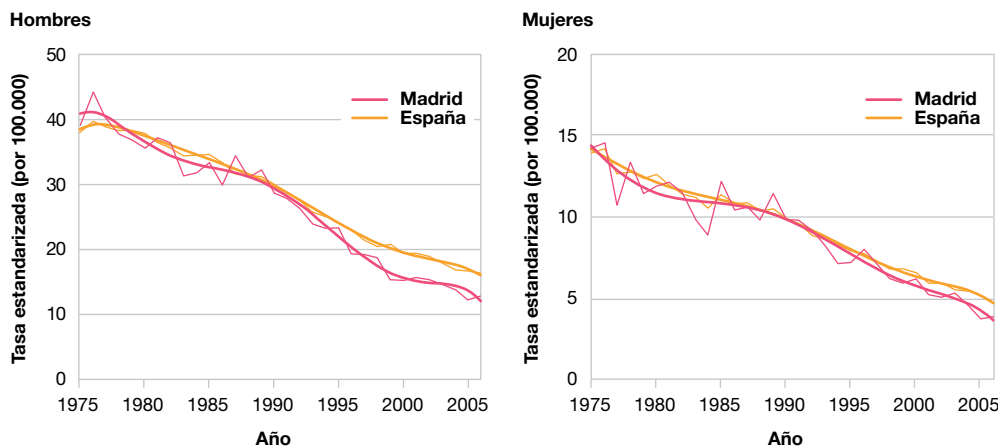


Figura 8.139. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasa de mortalidad estandarizada por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

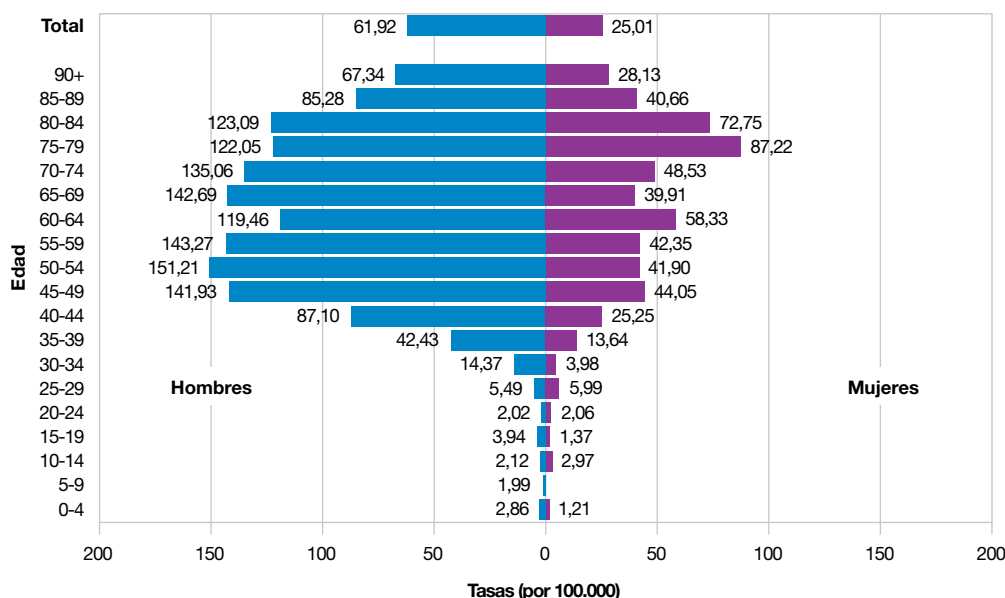


Figura 8.140. Morbilidad hospitalaria por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

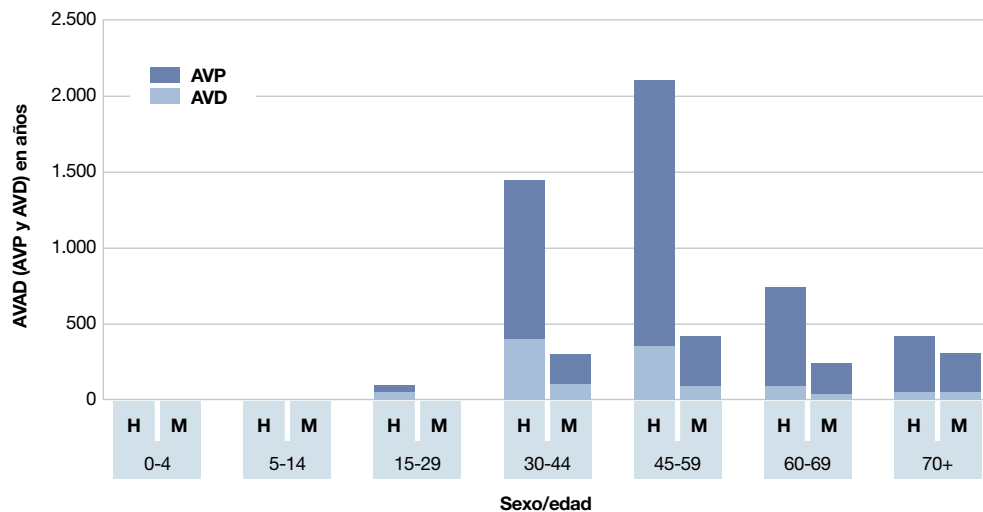


Figura 8.141. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

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 conjuntivo destacan por la discapacidad que originan. En 2006 en la Comunidad de Madrid fueron la séptima causa en carga de enfermedad, con repercusión sobre todo a partir de los 30 años. Estas enfermedades son más frecuentes en hombres que en mujeres.

Indicadores generales de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Tabla 8.32. Indicadores generales de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

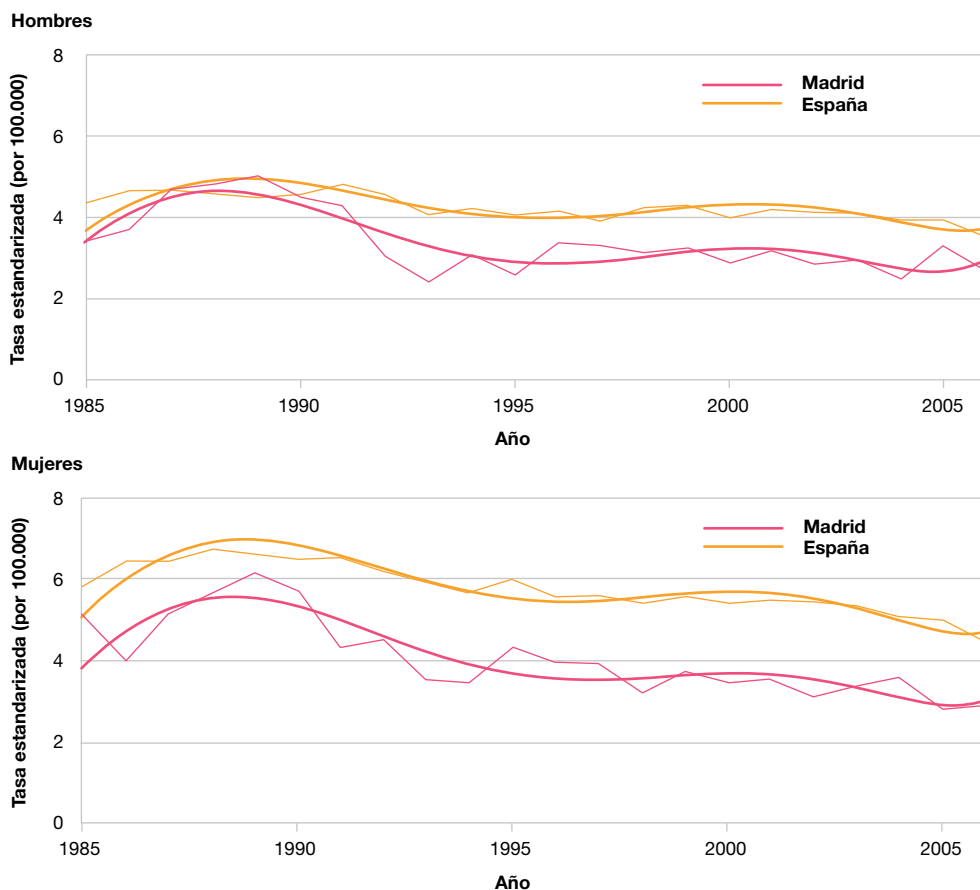
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	89	188	277
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	3,0	6,0	4,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,6	0,7	0,7
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	2,7	2,8	2,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	3,5	4,5	4,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	917,7	1.180,5	1.053,1
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,002	0,019	0,011
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	12.084	17.471	29.555
Años de Vida Perdidos. CM 2006	394	618	1012
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	11.691	16.852	28.543

Mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Figura 8.142. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1985-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

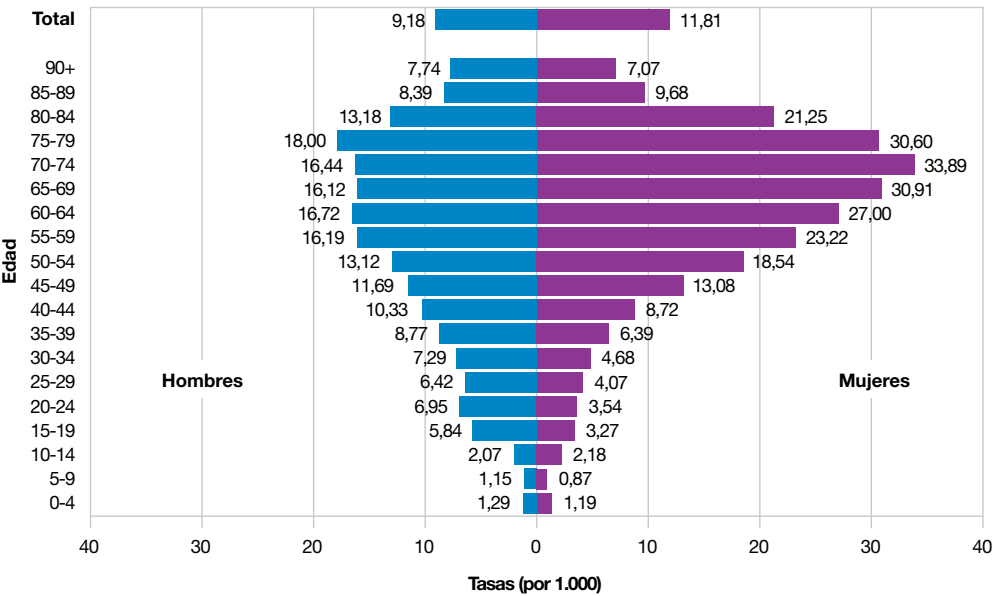


Figura 8.143. Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

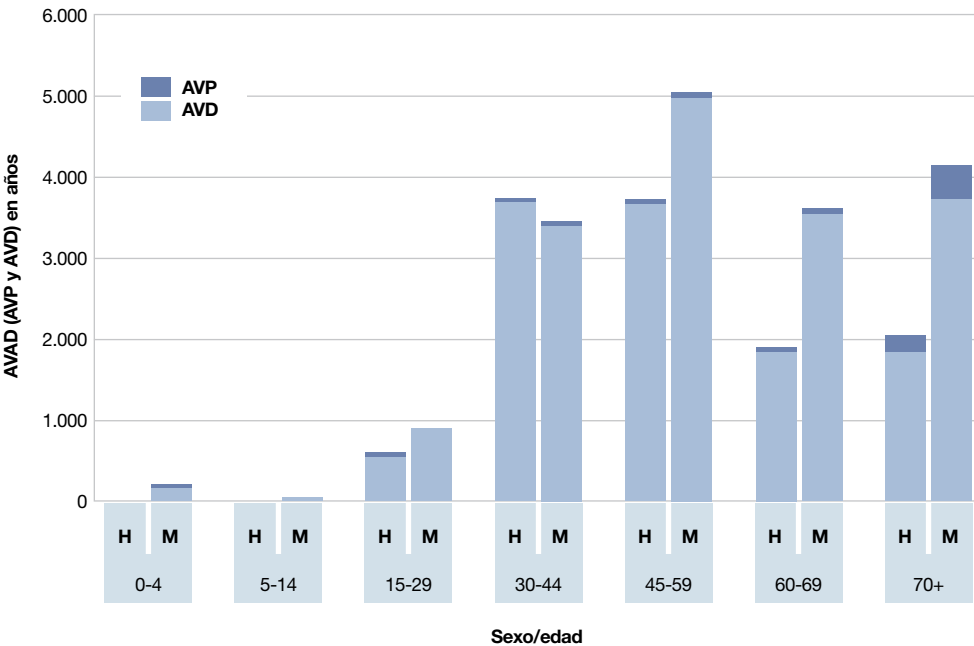


Figura 8.144. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.5.1. Artritis reumatoide y osteoartritis

Indicadores generales de artritis reumatoide y osteoartritis

Tabla 8.33. Indicadores generales de artritis reumatoide y osteoartritis. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

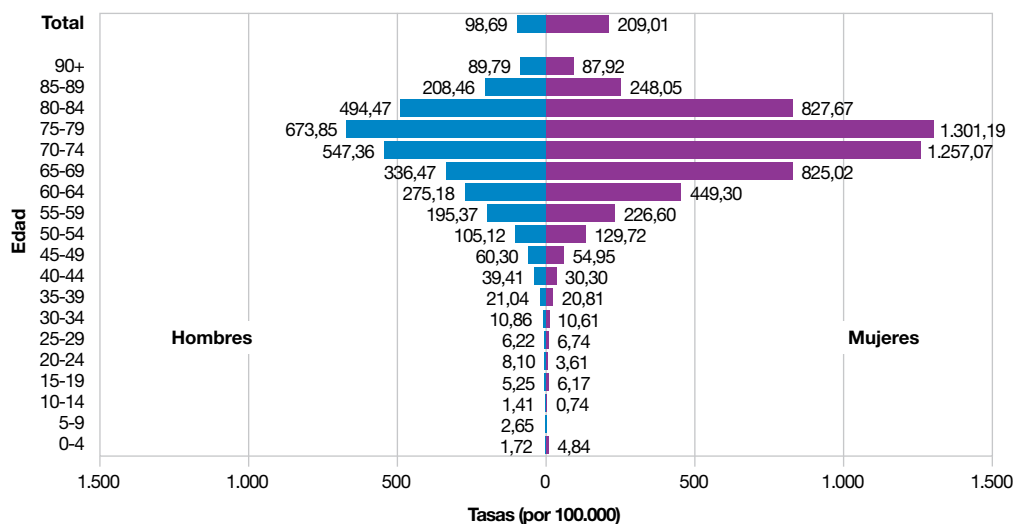
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Artritis reumatoide y osteoartritis. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	7	11	18
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,2	0,4	0,3
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,0	0,1	0,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,2	0,2	0,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	0,2	0,5	0,4
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	98,7	209,0	155,5
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,001	0,004	0,002
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	6.478	9.676	16.155
Años de Vida Perdidos. CM 2006	7	5	11
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	6.471	9.672	16.143

Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis

Figura 8.145. Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

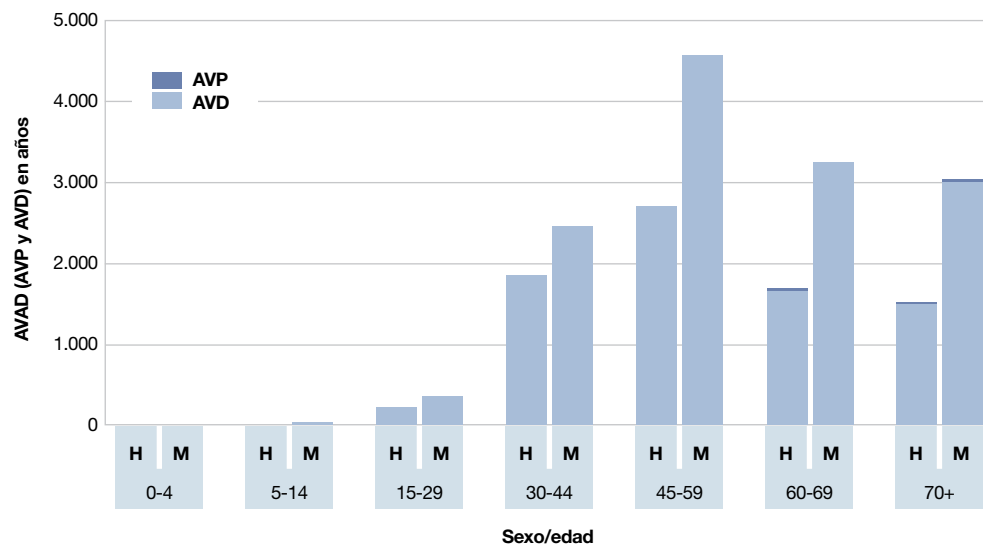
Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Carga de enfermedad por artritis reumatoide y osteoartritis

Figura 8.146. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por artritis reumatoide y osteoartritis, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



8.2.5.2. Osteoporosis y fracturas patológicas

Indicadores generales de osteoporosis y fracturas patológicas

Osteoporosis y fracturas patológicas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	46	125	171
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	1,6	4,0	2,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	0,0	0,0	0,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	1,3	1,7	1,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	2,1	2,7	2,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	9,0	24,4	17,0
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,003	0,007	0,005
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	-	-	-
Años de Vida Perdidos. CM 2006	-	-	-
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	-	-	-

Tabla 8.34. Indicadores generales de osteoporosis y fracturas patológicas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Morbilidad hospitalaria por osteoporosis y fracturas patológicas

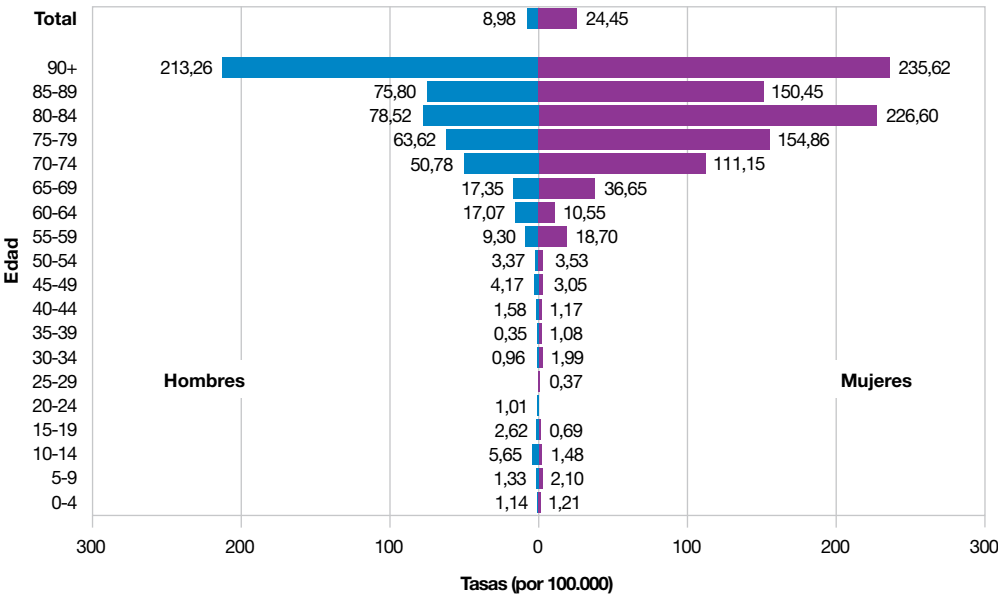


Figura 8.147. Morbilidad hospitalaria por osteoporosis y fracturas patológicas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

8.2.6. Enfermedades del sistema genitourinario

Indicadores generales de enfermedades del sistema genitourinario

Tabla 8.35. Indicadores generales de enfermedades del sistema genitourinario. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

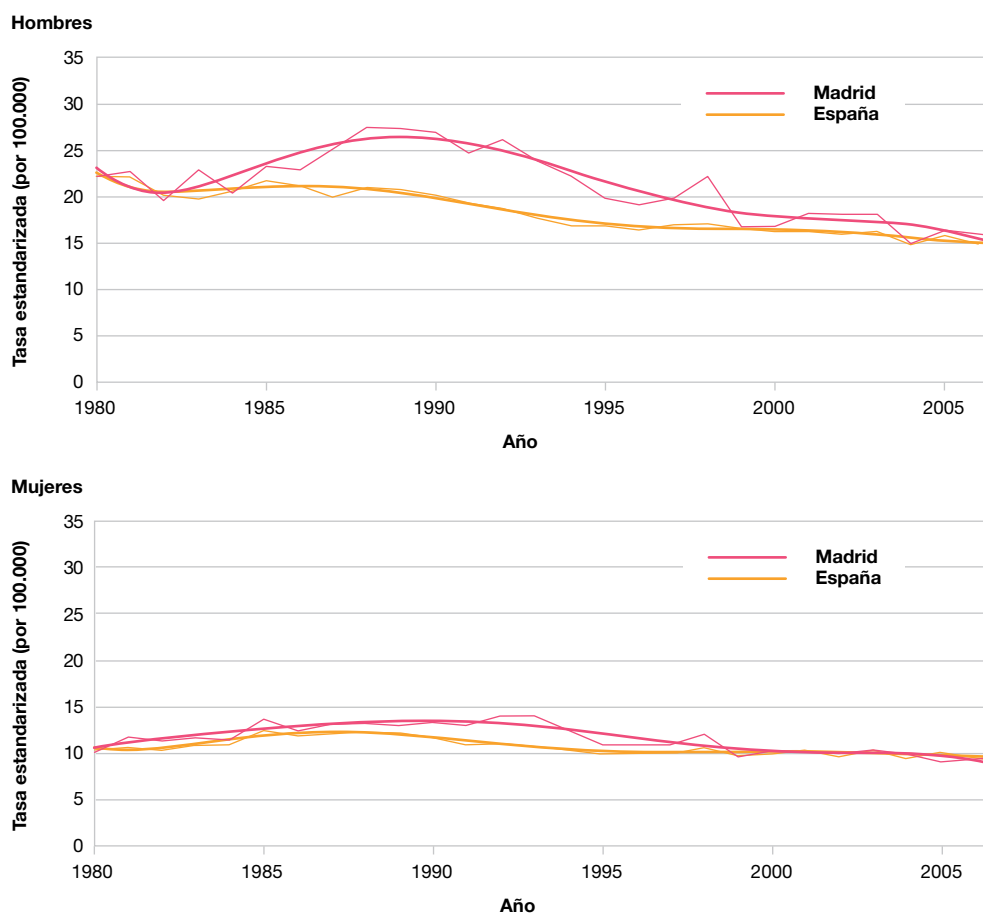
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades del sistema genitourinario. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	517	616	1.133
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	17,7	19,8	18,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	2,9	0,9	1,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	15,9	9,3	11,8
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	14,8	9,6	11,7
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	842,7	1.162,7	1.007,6
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,022	0,012	0,016
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	4.100	2.313	6.414
Años de Vida Perdidos. CM 2006	2.116	1.788	3.905
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	1.984	525	2.509

Mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario

Figura 8.148. Enfermedades del sistema genitourinario. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema genitourinario

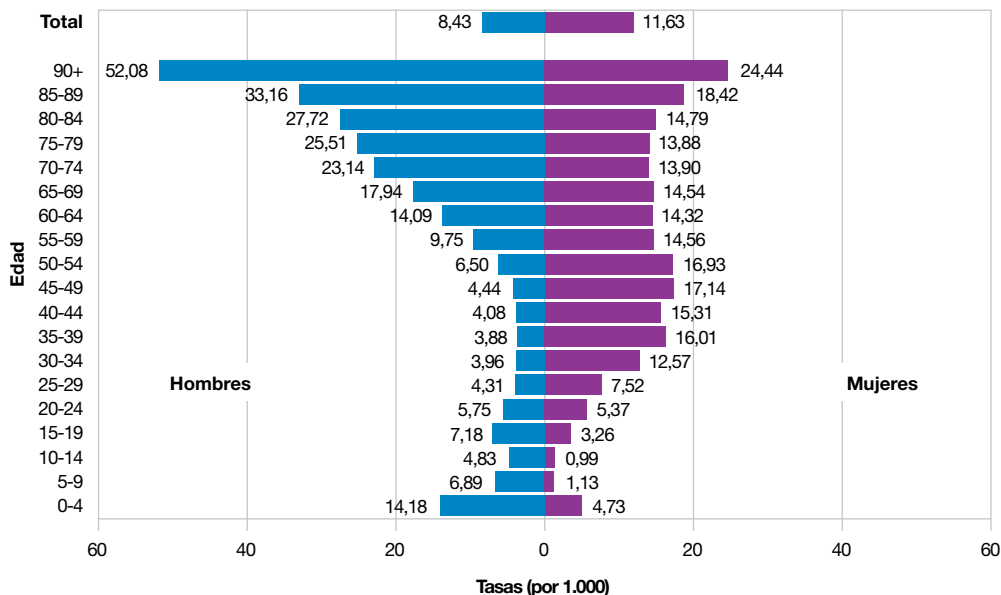


Figura 8.149. Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema genitourinario según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Carga de enfermedad por enfermedades del sistema genitourinario

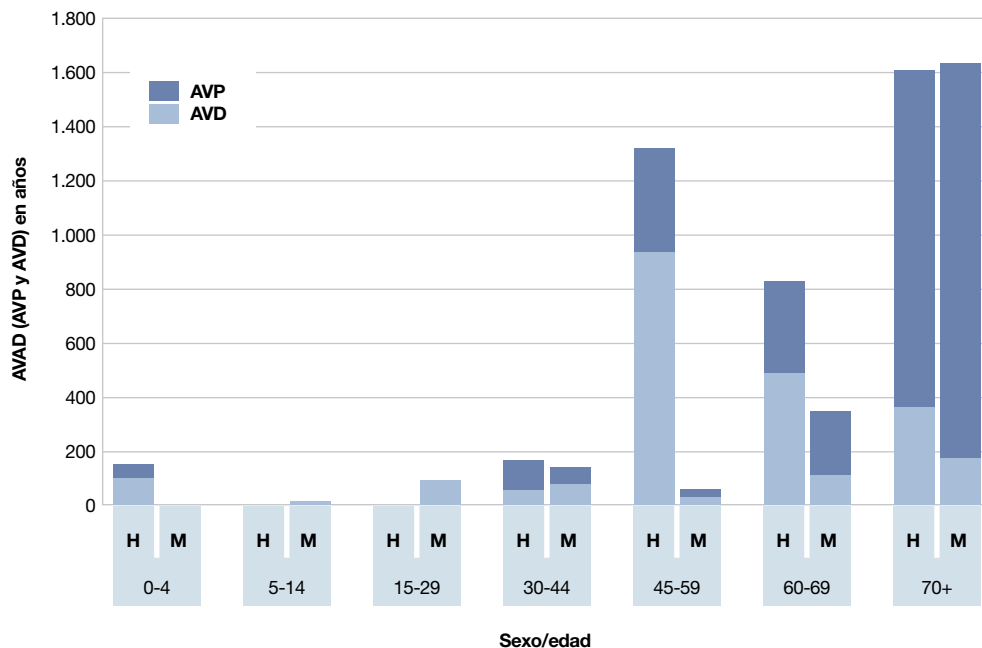


Figura 8.150. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades del sistema genitourinario, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

8.2.7. Enfermedades raras

Las enfermedades raras (ER) son definidas por la Unión Europea como aquellos procesos patológicos cuya prevalencia es menor a 5 casos por 10.000 habitantes en la comunidad. Se incluyen dentro del grupo de las enfermedades crónicas, presentando una elevada morbilidad y mortalidad prematuras, un alto grado de discapacidad y una merma significativa de la calidad de vida de las personas que las padecen.

Entre sus principales características se pueden destacar la importante carga social que conllevan, el alto coste económico que representan y su difícil diagnóstico e investigación al no estar incluidas en los programas habituales de detección, tratamiento y prevención, dado que las sufren un reducido número de personas. Sin embargo, consideradas globalmente se estima que afectan al 6-8% de la población europea y aproximadamente a tres millones de españoles.

8.2.7.1. Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras

Para este Informe se ha considerado el estudio de las 318 enfermedades, propuestas por la Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REpIER), que agrupa los 11 grandes grupos patológicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición - modificación clínica (CIE-9-MC). El análisis de este listado mediante el CMBD de la Comunidad de Madrid para el año 2007, restringido a los residentes en dicha Comunidad, indica que se han producido 11.550 altas hospitalarias por ER en los hospitales madrileños, lo cual representa el 1,3% sobre el total de altas de este año. Este porcentaje varía ampliamente en relación al grupo de enfermedad considerado. Aunque en la mayor parte de los mismos las ER representan menos de un 3% de las altas del grupo, llegando a ser inferiores al 1% en cuatro de ellos (complicaciones del embarazo, parto y puerperio, genitourinarias, respiratorias y circulatorias), es destacable la alta representación de las ER en el grupo de enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (34,3%) y en el de las enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas e inmunitarias (11,3%).

El grupo de edad con un mayor número de ER es el de 35-44 años de forma global, aunque para las mujeres es el de 25-34 años. Más del 55% de las ER recogidas están comprendidas entre los 25 y 64 años. La tasa de altas hospitalarias más elevada corresponde al grupo de 75-84 años para ambos sexos, y la menor se observa en la población infanto-juvenil (5-14 en mujeres y 15-24 en hombres). Los menores de 1 año tienen unas tasas poblacionales superiores a las de los siguientes grupos de edad, que sólo son superadas a partir de los 45 y 65 años en mujeres y hombres, respectivamente (figura 8.151). Las mujeres presentan unas tasas superiores a los hombres en las edades medias de la vida (entre los 15 y los 64 años), mientras éstos están por encima en la edad infantil y en la edad avanzada, especialmente a partir de los 75 años.

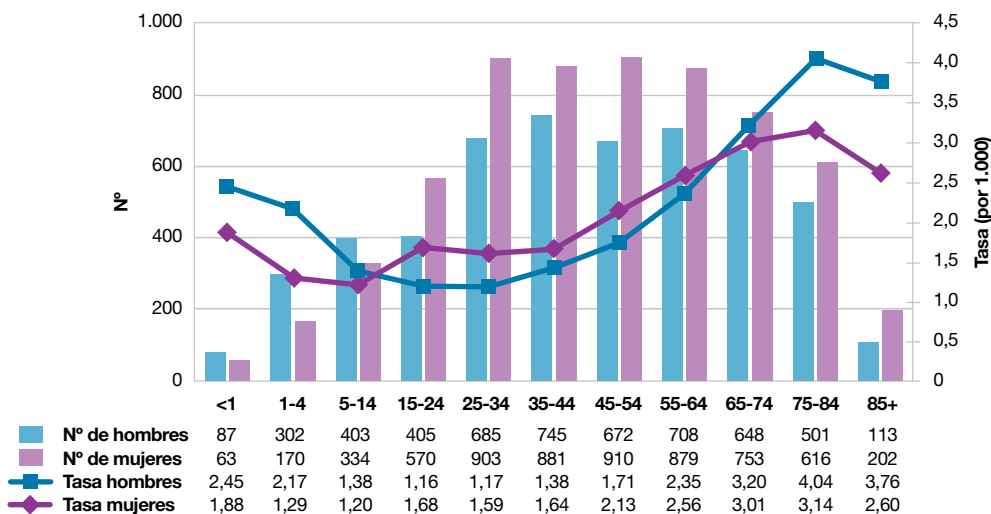


Figura 8.151. Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras según sexo y grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

El grupo de enfermedades con mayor número y tasa de altas hospitalarias es el de las enfermedades del aparato digestivo, seguido por las enfermedades de la sangre y las enfermedades del sistema nervioso, representando en conjunto más de la mitad de las altas totales. Destacan las mayores tasas poblacionales observadas en mujeres respecto a hombres en el grupo de enfermedades del sistema osteo-mioarticular y especialmente en los trastornos mentales (tabla 8.36 y figura 8.152).

Grupos patológicos	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad (75)	618	722	1.340
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (32)	980	973	1.953
Trastornos mentales (12)	36	255	291
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales (92)	825	967	1.792
Enfermedades del aparato circulatorio (23)	373	361	734
Enfermedades del aparato respiratorio (8)	152	112	264
Enfermedades del aparato digestivo (16)	1.356	1.420	2.776
Enfermedades del aparato genitourinario (14)	103	78	181
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (3)	0	37	37
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (15)	371	518	889
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo (28)	455	838	1.293
Total (318)	5.269	6.281	11.550

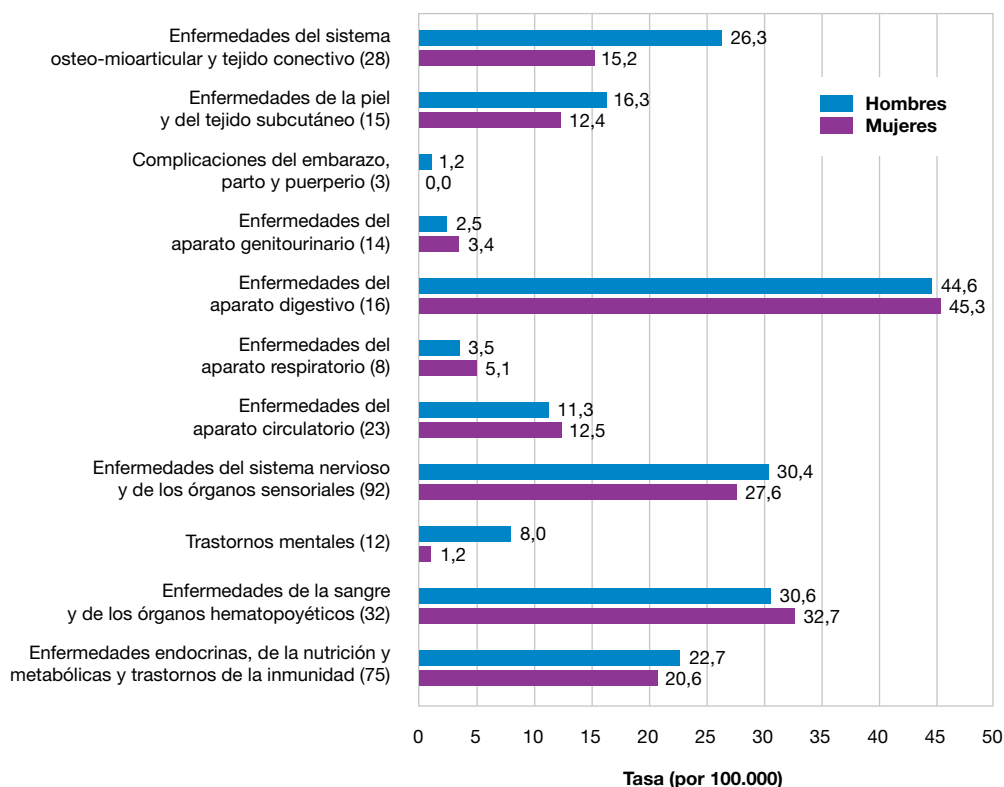
Entre paréntesis se refleja el número de enfermedades que se consideran en cada grupo de enfermedades

Tabla 8.36. Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras según sexo y gran grupo de causa. Número de altas. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Figura 8.152. Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras según sexo y gran grupo de causa. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



De forma individual las rúbricas de ER más frecuentemente registradas sobre el total de las altas son la gastritis atrófica (12,6%) y la agranulocitosis (9,7%), aunque existen importantes diferencias en función de la edad y el sexo. Es más frecuente la aparición de mucopolisacari-dosis en hombres dentro de la edad infantil (1-14 años) en relación con las mujeres, siendo en éstas la agranulocitosis la enfermedad más detectada en estos dos grupos de edad. Destaca la aparición de la anorexia nerviosa como segunda rúbrica más frecuente de ER en mujeres entre 5 y 14 años, y la primera entre mujeres de 15 a 34 años. Otra enfermedad muy frecuente hasta los 14 años es la trombocitopenia primaria, especialmente en mujeres. En los hombres adultos (15-64 años) la enfermedad más frecuente es la gastritis atrófica, seguida de la agranulocitosis, igual que en las mujeres entre los 35 y 64 años. En este último grupo la esclerosis múltiple constituye la tercera rúbrica más frecuente en ambos sexos. A partir de los 65 años predomina la agranulocitosis y la gastritis atrófica en este orden (tabla 8.37).

Hombres			
Edad	Enfermedad	N	Tasa
< 1	446.1-Síndrome agudo de nódulo linfático mucocutáneo febril (mcls)	12	33,8
	282.60-Enfermedad drepanocítica no especificada	8	22,5
	270.1-Fenilcetonuria (pku)	7	19,7
	288.0-Agranulocitosis	7	19,7
1-4	277.5-Mucopolisacaridosis	58	41,7
	288.0-Agranulocitosis	35	25,1
	287.3-Trombocitopenia primaria	32	23,0
5-14	288.0-Agranulocitosis	60	20,5
	277.5-Mucopolisacaridosis	53	18,1
	732.1-Osteocondrosis juvenil de cadera y pelvis	33	1,1
15-34	535.1-Gastritis atrófica	104	11,1
	288.0-Agranulocitosis	72	7,7
	555.2-Enteritis regional de intestino delgado con grueso	63	6,7
35-64	535.1-Gastritis atrófica	396	32,1
	288.0-Agranulocitosis	202	16,4
	340.-Esclerosis múltiple	81	6,6
> 64	288.0-Agranulocitosis	196	55,0
	535.1-Gastritis atrófica	117	32,8
	701.1-Queratoderma adquirido	62	17,4

Mujeres			
Edad	Enfermedad	N	Tasa
< 1	333.2-Mioclonus	11	32,8
	362.21-Fibroplasia retrocristalina	8	23,9
	287.3-Trombocitopenia primaria	5	14,9
	288.0-Agranulocitosis	46	34,9
1-4	345.10-Epilepsia convulsiva generalizada sin mención epilepsia incurable	21	15,9
	287.3-Trombocitopenia primaria	20	15,2
	288.0-Agranulocitosis	45	16,2
5-14	307.1-Anorexia nerviosa	37	13,3
	287.3-Trombocitopenia primaria	29	10,4
	307.1-Anorexia nerviosa	155	17,1
15-34	535.1-Gastritis atrófica	150	16,5
	710.0-Lupus eritematoso sistémico	121	13,3
	535.1-Gastritis atrófica	481	36,8
35-64	288.0-Agranulocitosis	218	16,7
	340.-Esclerosis múltiple	154	11,8
	288.0-Agranulocitosis	189	36,0
> 64	535.1-Gastritis atrófica	171	32,6
	446.5-Arteritis de células gigantes	88	16,8

Tabla 8.37. Enfermedades raras con mayor morbilidad hospitalaria, según sexo y grupo de edad. Número de altas y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

8.3. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados del estudio PREDIMERC muestran que en la población adulta (30-74 años) de la Comunidad de Madrid la prevalencia de diabetes mellitus es moderada (8,1%) con una frecuencia elevada de enfermedad desconocida, sobre todo en varones. El consumo de frutas y verduras es aceptable. Se observa una prevalencia elevada de hipertensión arterial (29,3%), hipercolesterolemia (23,2% con valores de CoT ≥ 240 mg/dl y 54,2% con CoT ≥ 200 mg/dl), sobrepeso (41,5%), obesidad (21,7%), consumo de tabaco (28,4%), sedentarismo laboral/ocupación habitual (32,6%), personas inactivas (sedentarias) en el tiempo libre (85,5%), agrupación de 3 ó más factores de riesgo (32,5%), síndrome metabólico (24,6%) y riesgo cardiovascular alto (13,3%). En general, tanto la diabetes como el resto de factores de riesgo cardiovascular son mas frecuentes en hombres que en mujeres y suelen aumentar con la edad en ambos sexos.

Algunos de estos factores de riesgo lo son también para otras enfermedades no transmisibles, como son algunos tumores. Por ello es fundamental continuar y reforzar las labores de prevención primaria que se realizan desde el ámbito comunitario y asistencial.

El estudio de la presencia de los factores de riesgo individuales en los distintos grupos poblacionales así como de la distribución geográfica de la mortalidad para las distintas enfermedades permite desarrollar actividades de prevención dirigidas a grupos poblacionales o zonas geográficas con mayor riesgo.

La detección precoz es posible en alguna de estas enfermedades como el cáncer de mama, de cérvix o de colon. Los programas deben establecerse y adaptarse en base a los conocimientos científicos y los datos epidemiológicos específicos, de manera que se persiga una mejora continua.

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

Para el año 2020, se deberá producir una reducción significativa y duradera de las lesiones, discapacidades y fallecimientos derivados de actos violentos y accidentes en la región.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las políticas públicas conceden una mayor prioridad a las cuestiones relativas a la cohesión social y a la seguridad en los entornos de vida y trabajo, y hacen frente a los principales determinantes de la violencia y los accidentes, prestando especial atención al consumo de alcohol;*
- *Todos los sectores cooperan en las actuaciones de prevención de los accidentes y la violencia siempre que sea posible, y proporcionan apoyo a la hora de tratar las consecuencias y los costes para las víctimas y sus familias, así como para la sociedad;*
- *Servicios de asistencia, atención sanitaria y rehabilitación, adecuados y sensibles a las cuestiones de género, resultan accesibles para todas las personas relacionadas con la violencia;*
- *Los países realizan y cooperan en trabajos de investigación acerca de las formas, determinantes y consecuencias de los actos violentos y accidentes, analizando su incidencia y desarrollando planes de actuación preventiva;*
- *Los países establecen unas políticas y unas directrices claras relativas a la seguridad vial e incluyen información sobre seguridad vial en los planes de estudios de los centros educativos.*

9.1. Causas externas

9.1.1. Indicadores generales

Las causas externas tienen un especial impacto en la mortalidad en las edades jóvenes y así son una causa importante de mortalidad prematura, tanto en hombres como en mujeres pero en mayor medida en los primeros. Son también una causa importante de discapacidad.

En 2006 la tasa ajustada de mortalidad en hombres fue de 28,8 por 100.000 habitantes y en mujeres de 10,1, ambas inferiores a las registradas en España (43,8 y 14,2 respectivamente) (tabla 9.1).

Causas externas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	916	481	1.397
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	31,3	15,4	23,1
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	29,9	7,9	18,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	28,8	10,1	18,9
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	43,8	14,2	28,6
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	800,1	685,2	740,9
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,149	0,065	0,132
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	21.211	6.856	28.067
Años de Vida Perdidos. CM 2006	15.953	4.419	20.372
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	5.259	2.437	7.696

Tabla 9.1. Indicadores generales de causas externas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.1.2. Mortalidad por causas externas

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres) (figura 9.1). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2006. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres: en 2006 la tasa de mortalidad estandarizada en Madrid es de 28,5 por cien mil en los primeros y 10,5 en las segundas.

En la distribución espacial de la mortalidad por causas externas (figura 9.2), en los hombres se observa un patrón de agregación de secciones censales con mayor mortalidad en el sureste de la región.

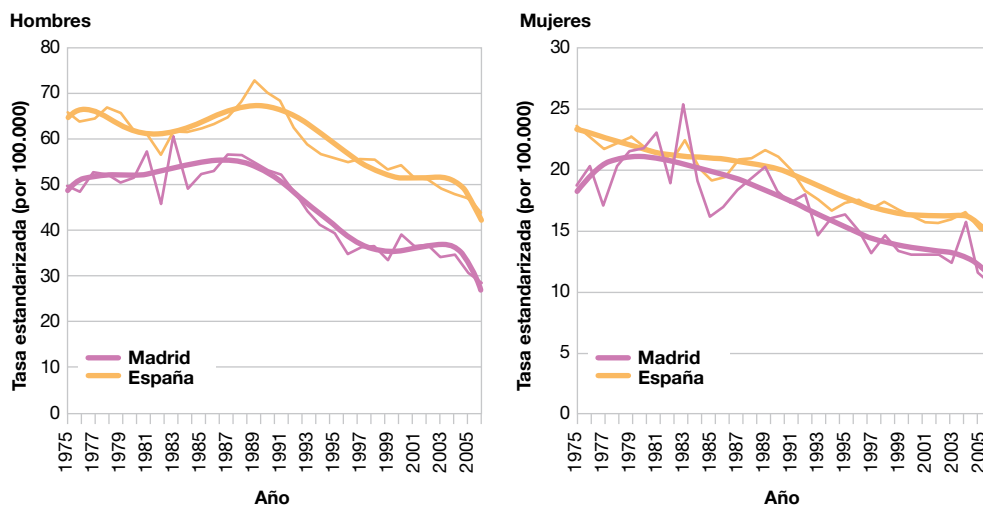


Figura 9.1. Causas externas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

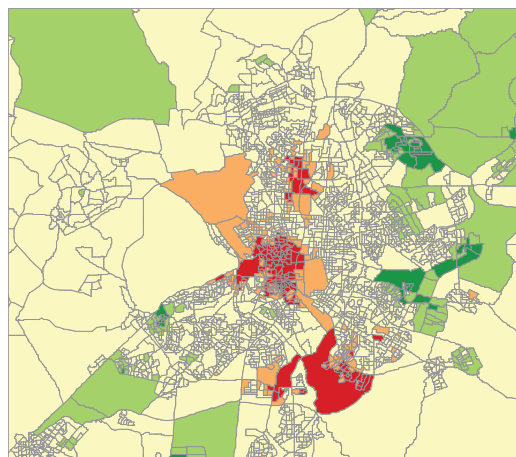
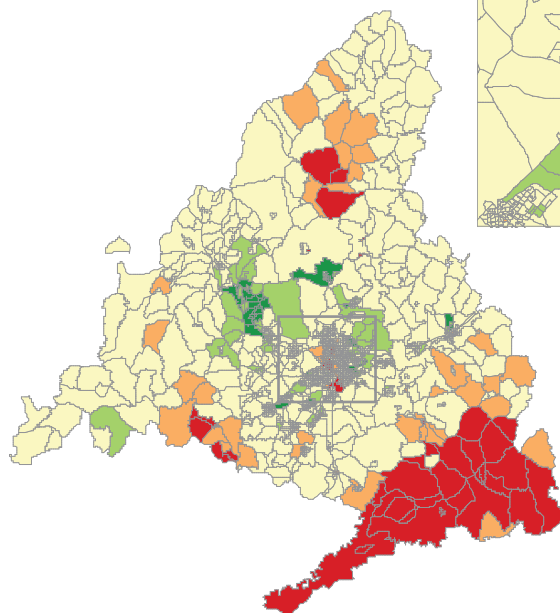
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 9.2. Mortalidad por causas externas en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

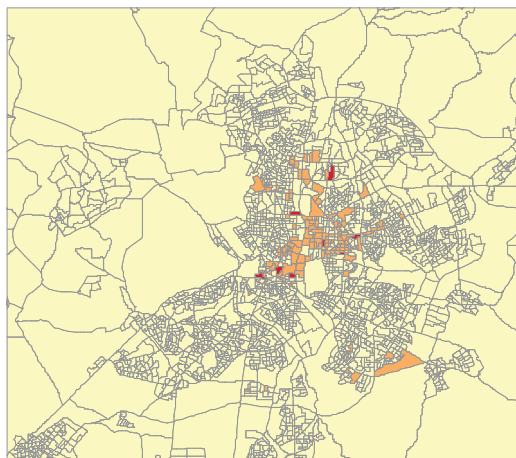
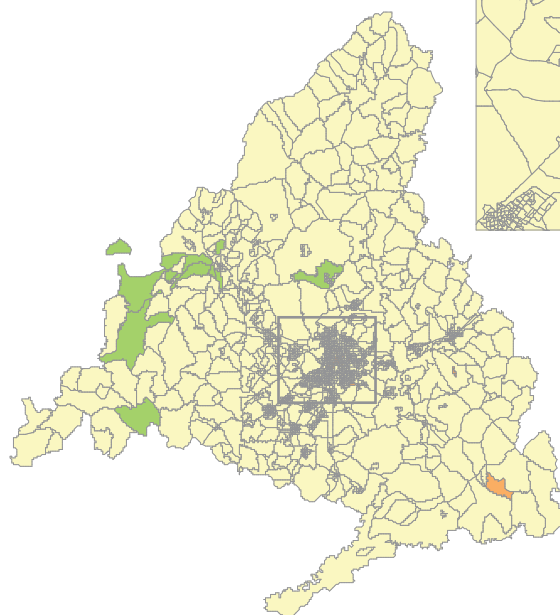
Hombres

- PRP > 1
- < 0,1
 - 0,1 - 0,2
 - 0,2 - 0,8
 - 0,8 - 0,9
 - > 0,9



Mujeres

- PRP > 1
- < 0,1
 - 0,1 - 0,2
 - 0,2 - 0,8
 - 0,8 - 0,9
 - > 0,9



9.1.2.1. Contribución de las causas externas a los cambios en la esperanza de vida

Entre 2001 y 2006 las causas externas de muerte han contribuido a aumentar la esperanza de vida de la población madrileña en 0,13 años (hombres) y 0,06 años (mujeres). Las principales mejoras se han producido entre los 30 y los 49 años de edad (figura 9.3). En cambio, entre las personas mayores los accidentes y lesiones restaron, aunque mínimamente, esperanza de vida.

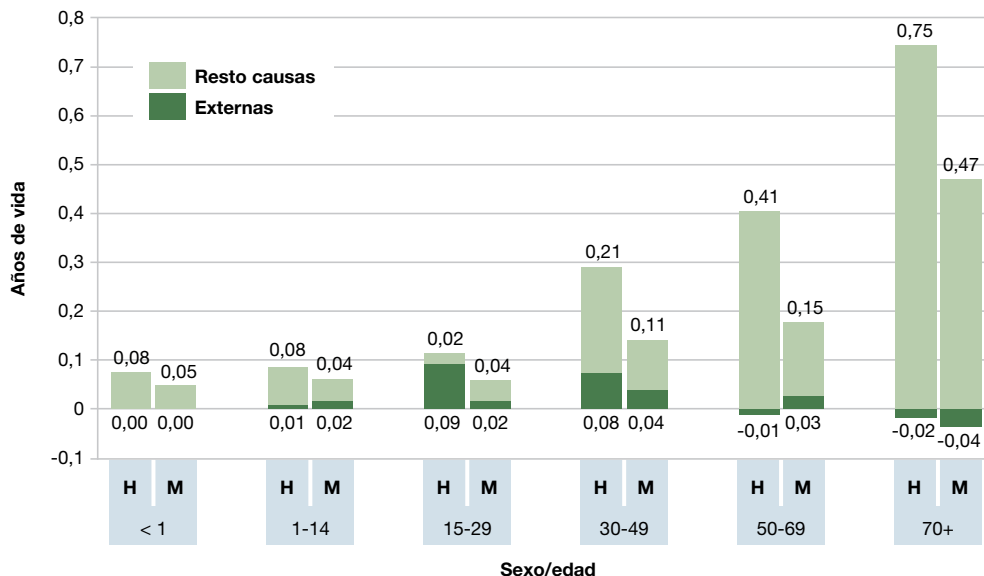


Figura 9.3. Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.1.3. Accidentes autodeclarados

9.1.3.1. Accidentes en jóvenes

En 2007, el 14,2% de los jóvenes entrevistados refirió haber tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo 2,3 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. En los chicos no se observan grandes variaciones de la frecuencia de accidentes a lo largo de la serie, mientras que en las chicas se han reducido un 27,9% (figura 9.4).

En los chicos, casi uno de cada dos accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 20,2 % en ambos) y en tercer lugar en la calle o zonas recreativas (19,1%). En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (25,3%) seguido de los accidentes en el centro de estudios (17,7%) y en moto (16,5%).

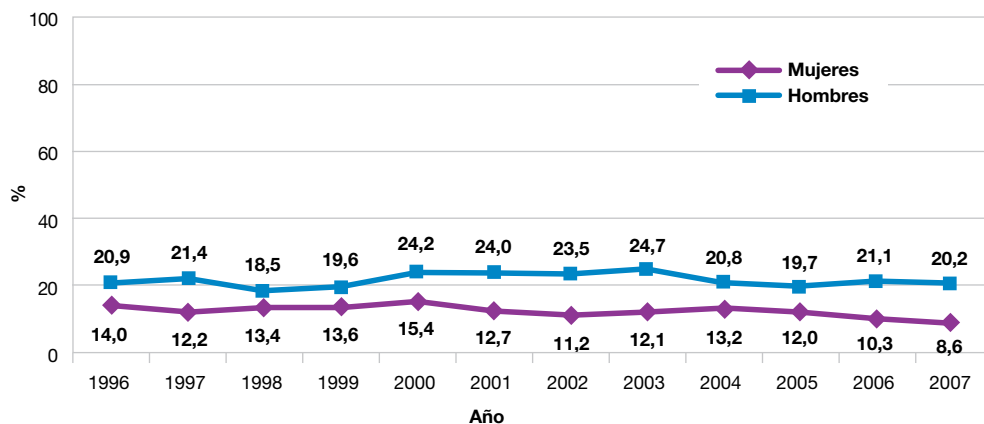


Figura 9.4. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

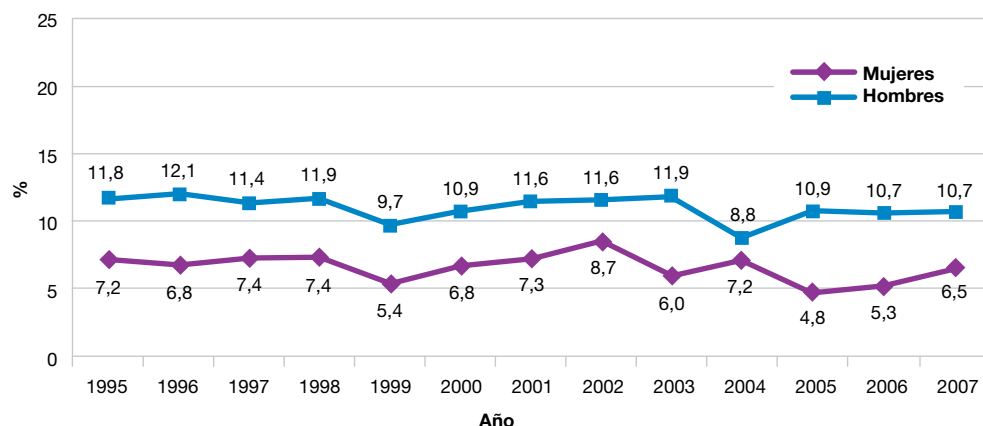
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

9.1.3.2. Accidentes en adultos

En 2007, un 8,6% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven. Se observa una moderada reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 10,5% en hombres y del 15,7% en mujeres durante el 2006-2007 respecto a 1995-1996 (figura 9.5).

Figura 9.5. Evolución de la proporción de adultos (18-64 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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



9.1.4. Lesiones atendidas en Atención Primaria

Las lesiones representaron algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en los años 2006 y 2007 (tablas 9.2 y 9.3). Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres (figura 9.6). Las lesiones más frecuentes fueron las localizadas en piel, y dentro de ellas las contusiones, seguidas por las heridas incisivas (figura 9.7).

Tabla 9.2. Lesiones atendidas en Atención Primaria, según sexo y nacionalidad*. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	309.666	5,0	103,3 (111,0)	314.937	4,8	100,8 (106,2)
Mujeres	352.650	3,8	108,7 (109,9)	364.977	3,6	108,3 (107,2)
Extranjeros	82.414	4,5	78,5 (92,7)	90.835	4,1	76,6 (86,5)
Espanoles	577.788	4,2	111,2 (114,6)	587.814	4,1	110,7 (111,6)
Total	662.316	4,3	106,1	679.914	4,1	104,7

* En algunos casos no está registrada la nacionalidad.

Tabla 9.3. Lesiones atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

Área de Salud	2006			2007		
	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	87.191	4,3	115,6	92.150	4,2	119,9
2	44.528	4,5	97,9	45.515	4,2	98,9
3	44.210	4,4	122,8	45.800	4,2	113,6
4	58.439	4,0	97,7	60.505	3,9	99,7
5	70.141	4,2	93,4	71.531	4,0	92,2
6	73.026	5,0	111,9	71.259	4,8	105,8
7	44.397	4,0	78,7	48.112	3,9	72,9
8	50.618	4,1	103,5	51.458	3,9	104,7
9	53.443	4,0	130,2	53.083	3,9	127,7
10	45.786	4,2	134,7	44.696	4,0	126,3
11	90.537	4,3	104,1	95.805	4,1	108,1

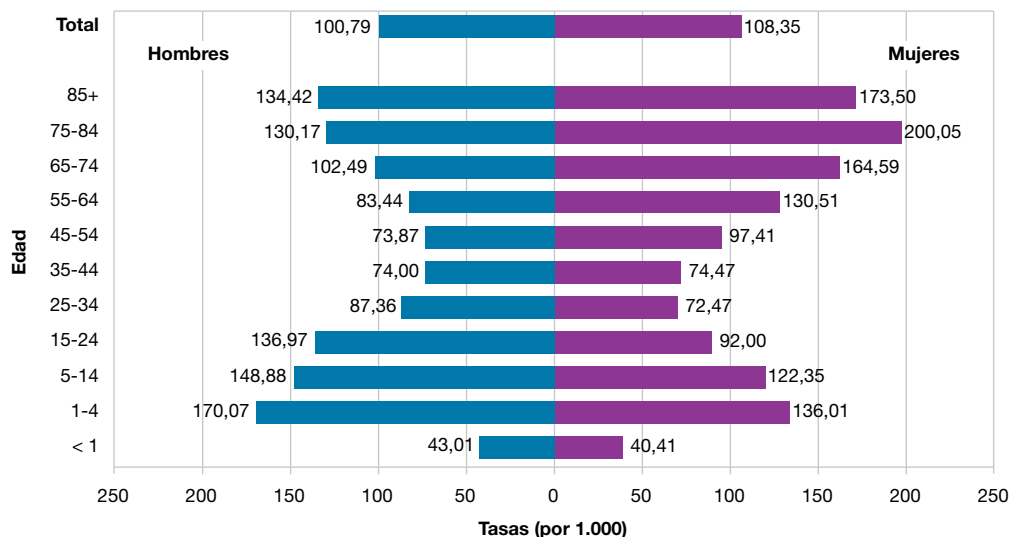


Figura 9.6. Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
< 1	Conmoción cerebral/contusión (N79) N=797	Otras fracturas (L76) N=331	Contusión/magulladura (S16) N=294	Efecto adverso medicación dosis correcta (A85) N=225	Picadura de insecto (S12) N=225
1-4	Laceración/herida incisa (S18) N=11.568	Picadura de insecto (S12) N=7.696	Contusión/magulladura (S16) N=5.752	Conmoción cerebral/contusión (N79) N=4.081	Efecto adverso medicación dosis correcta (A85) N=2.267
5-14	Contusión/magulladura (S16) N=17.303	Laceración/herida incisa (S18) N=15.234	Picadura de insecto (S12) N=9.970	Esguinces distensiones tobillo (L77) N=8.294	Esguinces y distensiones no especificados (L79) N=7.266
15-34	Contusión/magulladura (S16) N=29.019	Laceración/herida incisa (S18) N=28.554	Esguinces distensiones tobillo (L77) N=21.115	Esguinces y distensiones no especificados (L79) N=13.851	Traumatismo/lesión no especificada (A80) N=10.748
35-64	Laceración/herida incisa (S18) N=35.814	Contusión/magulladura (S16) N=30.893	Esguinces distensiones tobillo (L77) N=17.593	Efectos adversos factores físicos (A88) N=16.290	Picadura de insecto (S12) N=12.516
65-84	Contusión/magulladura (S16) N=21.477	Laceración/herida incisa (S18) N=19.998	Efectos adversos factores físicos (A88) N=12.221	Otras fracturas (L76) N=9.814	Efecto adverso medicación dosis correcta (A85) N=5.041
85+	Laceración/herida incisa (S18) N=4.955	Contusión/magulladura (S16) N=3.770	Fractura de fémur (L75) N=2.437	Otras fracturas (L76) N=1.866	Efectos adversos factores físicos (A88) N=1.862

Figura 9.7. Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2007.

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

* Entre paréntesis figura el código CIAP-2 correspondiente. N= número de episodios

9.1.5. Morbilidad hospitalaria por causas externas

En el año 2007 las causas externas representaron el 5,1% de todas las altas hospitalarias. De ellas las fracturas fueron las más frecuentes (43,7% del total de causas externas) seguidas de las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos (27,3%) (tabla 9.4).

En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres (8,00 por 100.000 y 6,85, respectivamente), aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres (figura 9.8).

Las caídas accidentales es el motivo desencadenante de la lesión más frecuente registrado en las altas hospitalarias por causas externas y en 2007 estuvo presente en 12.254 de estas altas. De ellas 7.155 correspondieron a personas de 65 o más años, y además a partir de los 65 años se observa un incremento progresivo en las tasas de morbilidad hospitalaria por caídas accidentales que es más acusado en las mujeres (figura 9.9).

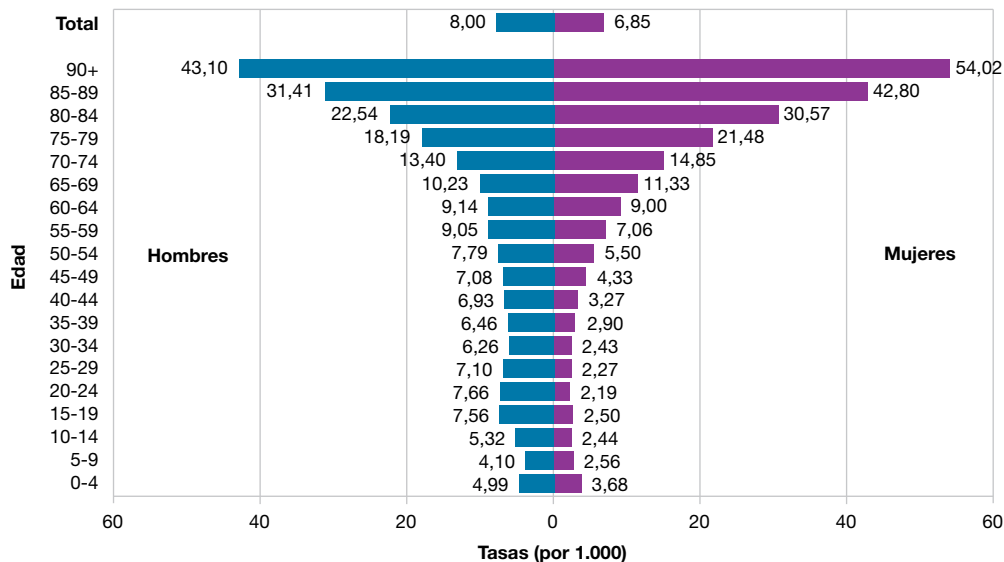
Tabla 9.4. Morbilidad hospitalaria por causas externas según sexo y edad. Porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Total		Hombres	Mujeres	<65 años	65 y más años
	N	%	%	%	%	%
Fractura (800-829)	19.990	43,7	39,4	48,3	38,1	52,5
Complicación de cuidados quirúrgicos y médicos (996-999)	12.494	27,3	26,5	28,2	24,4	31,8
Herida abierta (870-897)	2247	4,9	6,2	3,5	7,1	1,4
Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes (840-848)	2174	4,8	5,7	3,7	6,7	1,6
Luxación (830-839)	2071	4,5	5,5	3,5	6,4	1,6
Lesión intracraneana sin fractura de cráneo (850-854)	1392	3,0	3,6	2,4	2,9	3,3
Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas (960-979)	1053	2,3	2,0	2,7	3,0	1,2
Cuerpo extraño que entra por orificio (930-939)	764	1,7	1,9	1,5	2,1	0,9
Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis (860-869)	732	1,6	2,3	0,8	2,1	0,8
Contusión (920-924)	606	1,3	1,6	1,0	1,4	1,2
Otros efectos y efectos no especificados de causas externas (990-995)	565	1,2	1,0	1,5	0,8	1,9
Quemadura (940-949)	456	1,0	1,2	0,8	1,4	0,3
Complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas (958-959)	447	1,0	1,1	0,8	1,2	0,7
Efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas (980-989)	268	0,6	0,6	0,6	0,8	0,2
Lesión superficial (910-919)	131	0,3	0,4	0,2	0,4	0,1
Lesión de nervios y médula espinal (950-957)	130	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1
Efecto tardío de causa externas (905-909)	126	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1
Lesión de vasos sanguíneos (900-904)	78	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
Lesión por aplastamiento (925-929)	39	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total Causas Externas						
Nº de altas	45.763		23.957	21.806	27.993	17.800
% sobre total de altas	5,1%		6,2%	4,3%	4,7%	6,0%

Figura 9.8. Morbilidad hospitalaria por causas externas según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



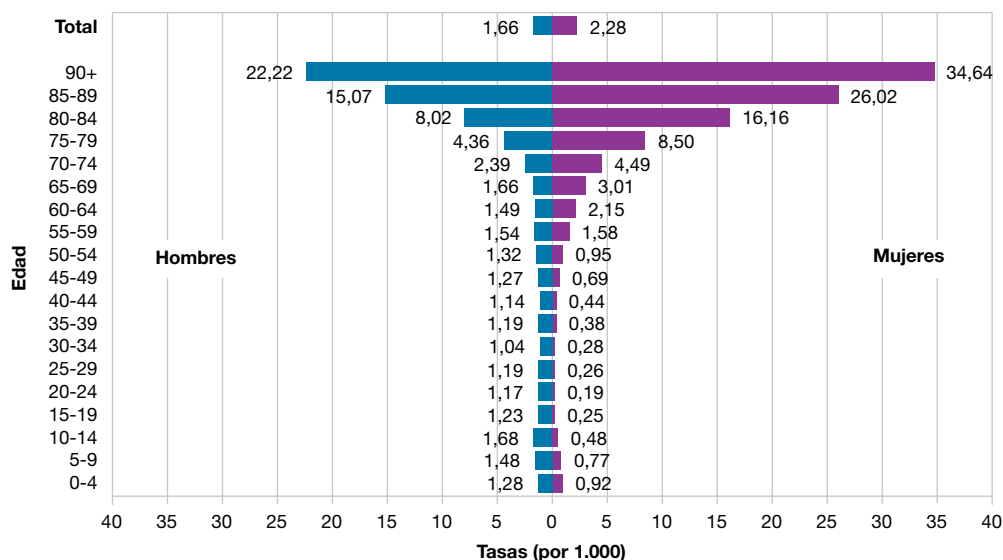


Figura 9.9. Morbilidad hospitalaria por causas externas consecuencia de caídas accidentales según edad y sexo. Tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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

9.1.6. Carga de enfermedad por causas externas

Como en años anteriores, la carga de enfermedad por causas externas se concentra en edades adultas jóvenes (15 a 44 años) y con mayor peso del componente de mortalidad (AVP) que del de discapacidad y mala salud (AVD) (figura 9.10). Los varones soportan una carga mucho mayor que las mujeres por estas causas.

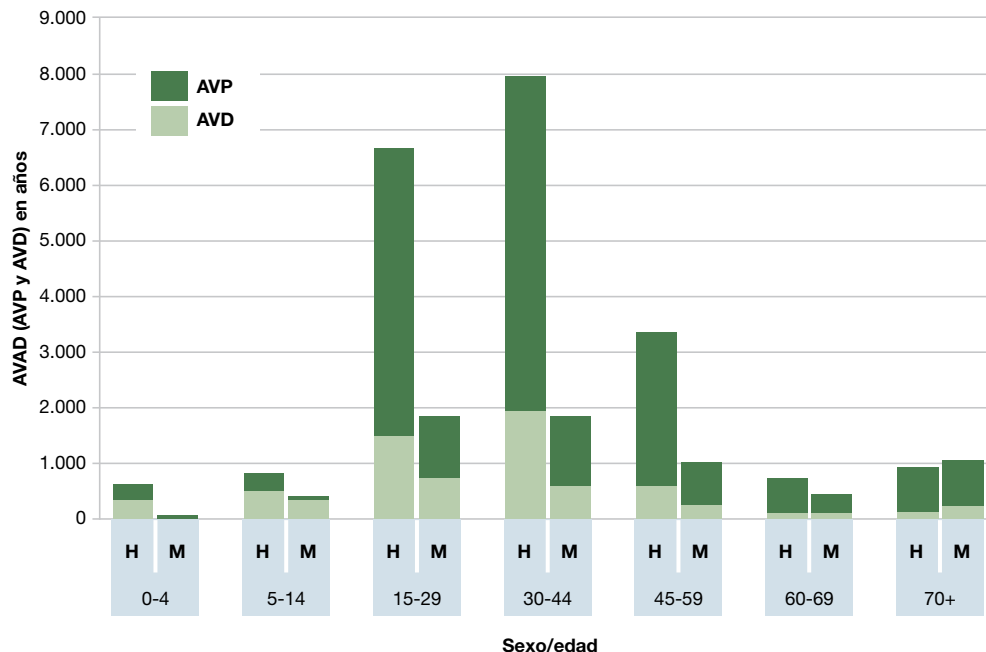


Figura 9.10. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por causas externas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.2. Accidentes de tráfico

9.2.1. Indicadores generales

La morbimortalidad por accidentes de tráfico es mayor en los hombres que en las mujeres. En 2006 en la Comunidad de Madrid, la tasa bruta de mortalidad en hombres fue de 7,6 por 100.000 y en mujeres de 2,0. Fueron causa de 9.354 años de vida perdidos y de 2.254 años vividos con discapacidad (tabla 9.5).

Tabla 9.5. Indicadores generales de accidentes de tráfico. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Accidentes de tráfico. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	224	63	287
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,6	2,0	4,7
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,0	2,1	4,5
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,0	2,0	4,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	13,2	3,5	8,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	52,9	17,8	34,8
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,073	0,059	0,086
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	9.127	2.481	11.607
Años de Vida Perdidos. CM 2006	7.524	1.830	9.354
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	1.603	651	2.254

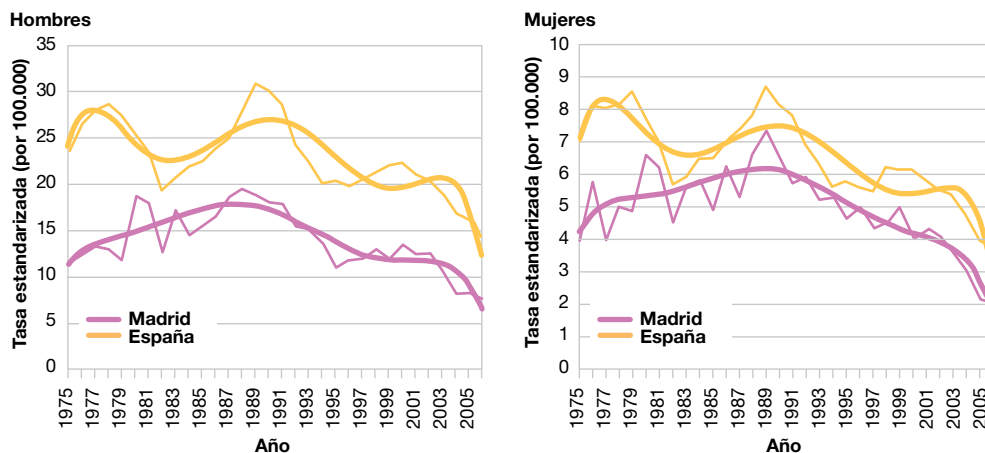
9.2.2. Mortalidad por accidentes de tráfico

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces (figura 9.11). Este descenso es especialmente significativo en los últimos años tanto en las mujeres como en los hombres. Estos últimos siguen teniendo una mortalidad por accidentes de tráfico alrededor de tres veces mayor que las mujeres. La Comunidad de Madrid presenta unas tasas ajustadas por edad (7,0 por cien mil en hombres, 2,0 en mujeres en el año 2006) más favorables que el conjunto de España (respectivamente, 13,2 y 3,5).

En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (figura 9.12) en hombres se aprecia mayor mortalidad fuera del municipio de Madrid que en éste. Se observa patrón de agregación en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navacarnero, Aranjuez, Arganda, y Collado Villalba entre otros. Dentro del municipio de Madrid destacan Tetuán y Centro. En las mujeres no se observan diferencias entre el municipio de Madrid y el resto de la Comunidad, y el distrito que muestra mayor mortalidad es Alcalá de Henares, sin observarse patrón de agregación de secciones con exceso.

Figura 9.11. Accidentes de tráfico. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9

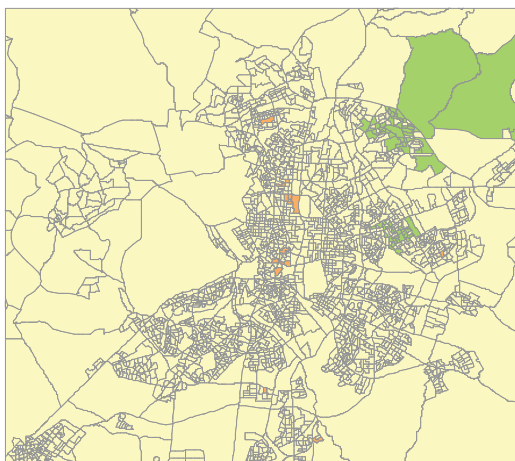
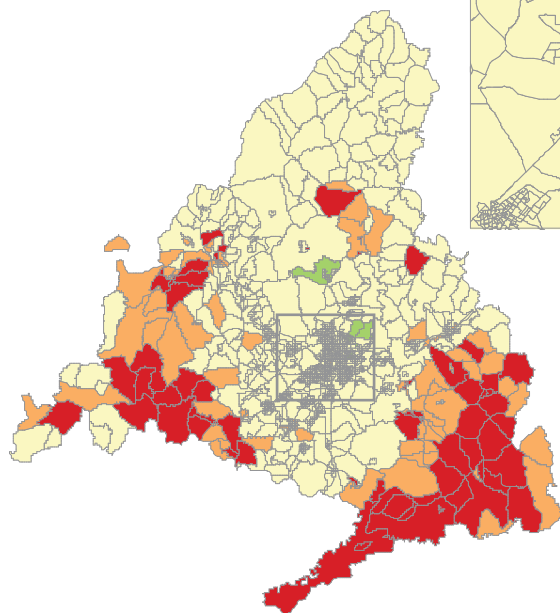


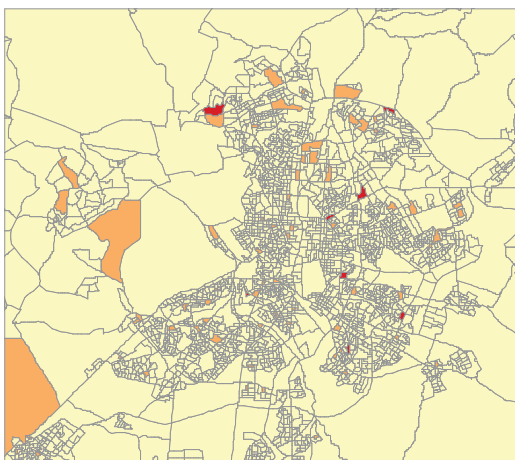
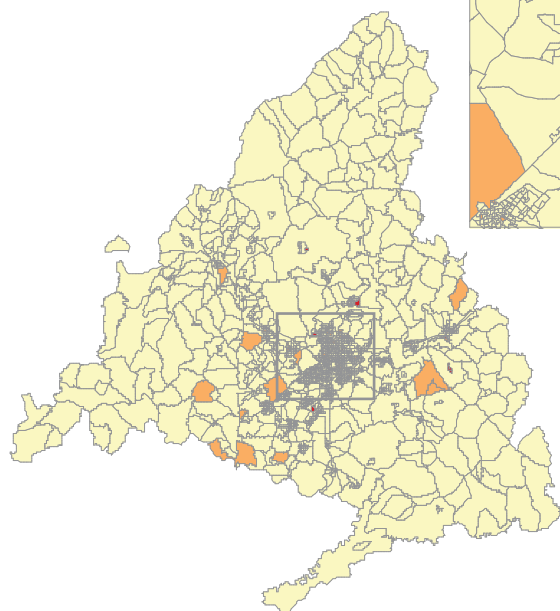
Figura 9.12. Mortalidad por accidentes de tráfico en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Mujeres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9

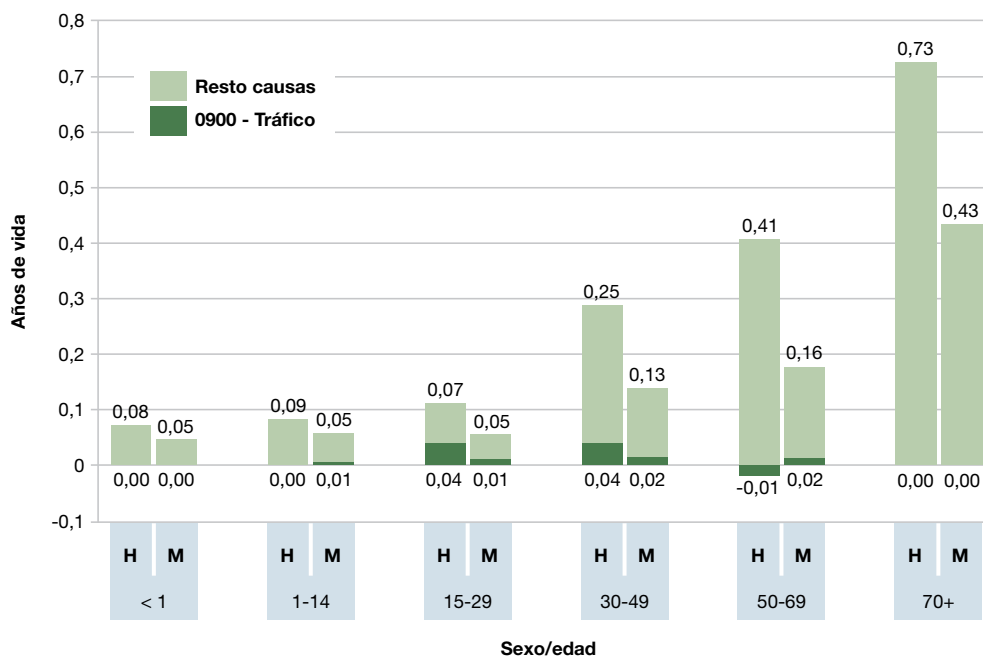


9.2.2.1. Contribución de los accidentes de tráfico a los cambios en la esperanza de vida

Durante el periodo 2001-2006 los accidentes de tráfico han contribuido positivamente al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña, particularmente los varones de las edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (figura 9.13).

Figura 9.13. Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.3. Morbilidad por accidentes de tráfico

En el año 2007, según los datos de la DGT, se produjeron en la Comunidad de Madrid, 15.461 accidentes de tráfico con un total de 21.154 víctimas. De 2003 a 2007 se observa un estancamiento en el número de muertos por accidentes de tráfico en la Comunidad de Madrid, si bien el número de accidentes y víctimas ha ascendido en los últimos dos años (figuras 9.14 y 9.15).

En 2007, dentro de las altas hospitalarias por causas externas en residentes en la Comunidad de Madrid, en 2.071 se hace referencia a los accidentes de tráfico. La morbilidad hospitalaria se concentra claramente en los varones jóvenes, en los cuales se observa un descenso progresivo a medida que aumenta la edad (figura 9.16).

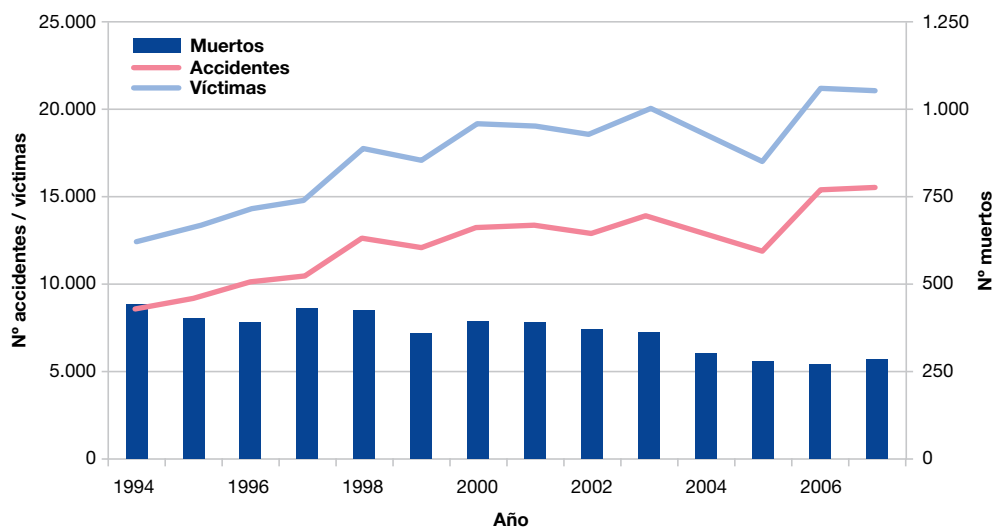


Figura 9.14. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, del total de víctimas y de muertos. Comunidad de Madrid, 1994-2007.

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

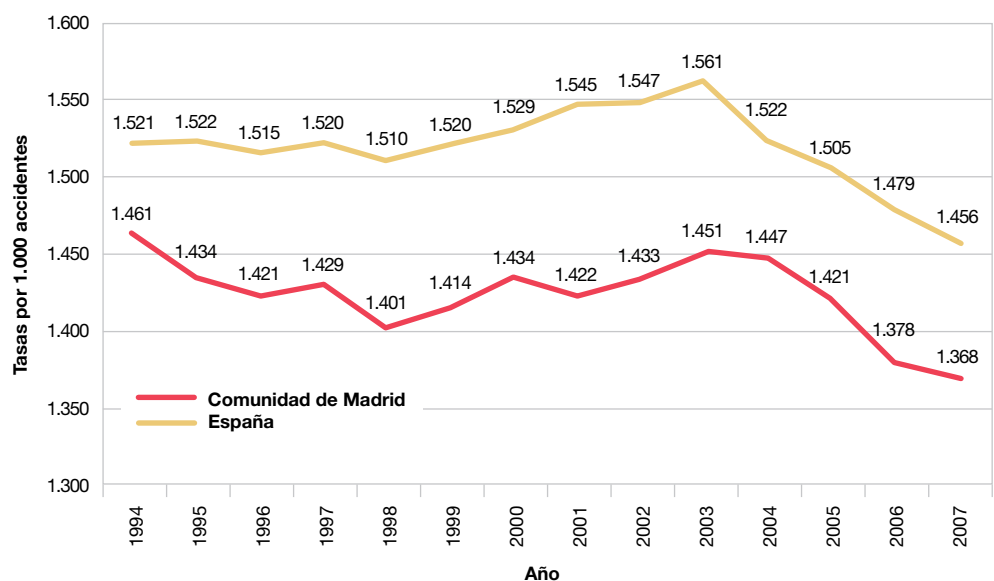


Figura 9.15. Evolución de la tasa de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2007.

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

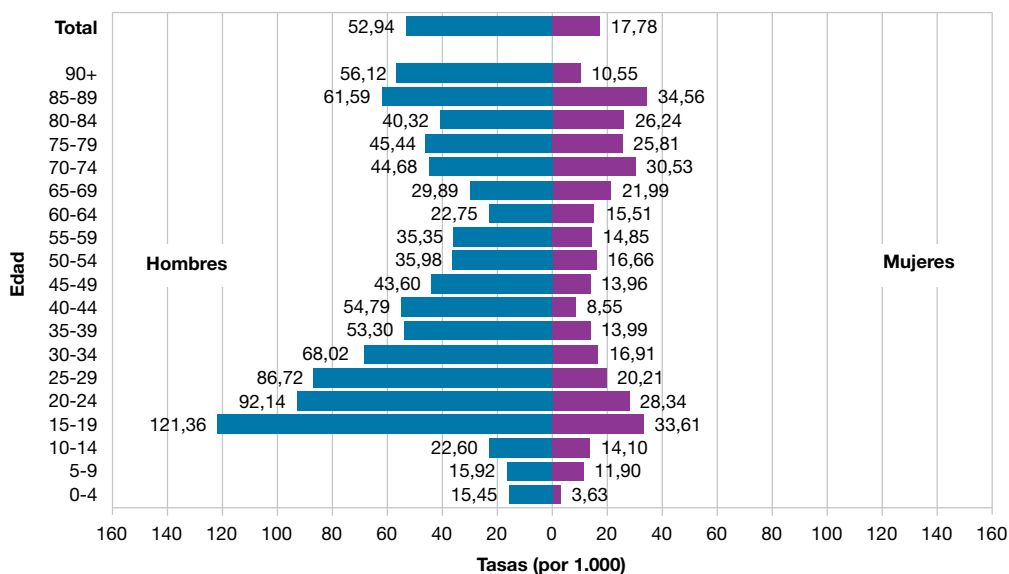


Figura 9.16. Morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

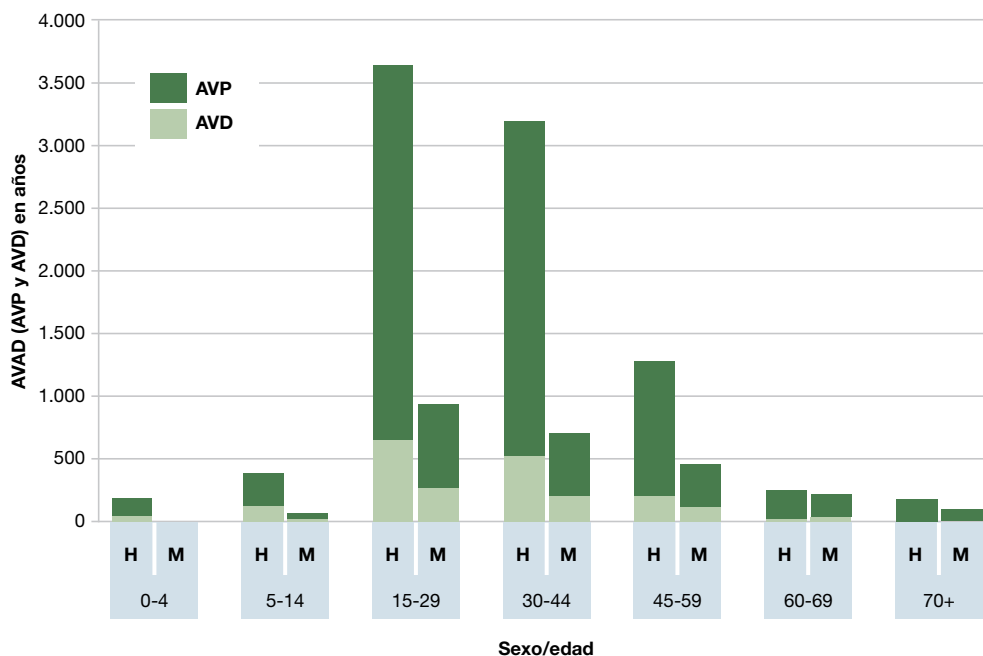
Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.2.4. Carga de enfermedad de los accidentes de tráfico

La carga de enfermedad por accidentes de tráfico (figura 9.17) sigue el patrón general del conjunto de las causas externas: notablemente mayor en varones que en mujeres, con mayor peso del componente de mortalidad que del de discapacidad, y especialmente concentrado en las edades adultas jóvenes (15 a 44 años cumplidos de edad).

Figura 9.17. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por accidentes de tráfico, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



9.2.5. Factores determinantes

9.2.5.1. Seguridad vial en jóvenes

En 2007, el 20,1% de los jóvenes entrevistados no utiliza siempre el cinturón de seguridad por ciudad (figura 9.18). Este porcentaje es del 13,6% en la circulación por carretera.

La no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre (figura 9.19). La utilización del casco en bicicleta continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 93,6% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente. El 2007 ha sido el año en que se han producido las prevalencias más bajas de toda la serie, con un rango de descenso del 33% al 50%.

No siempre cinturón de seguridad por ciudad

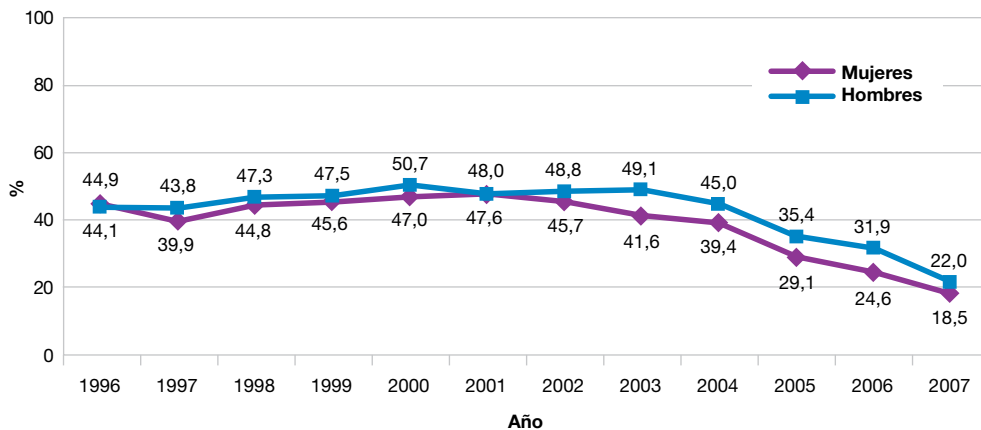


Figura 9.18. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad o por carretera, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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

No siempre cinturón de seguridad por carretera

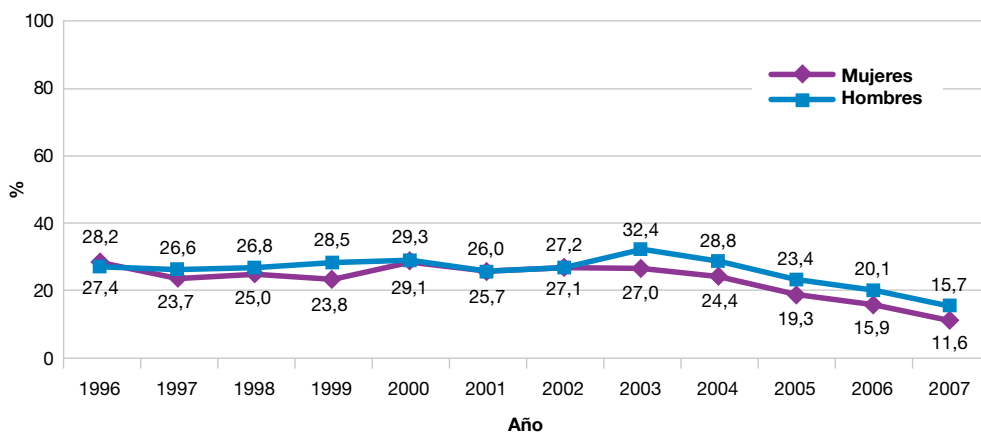
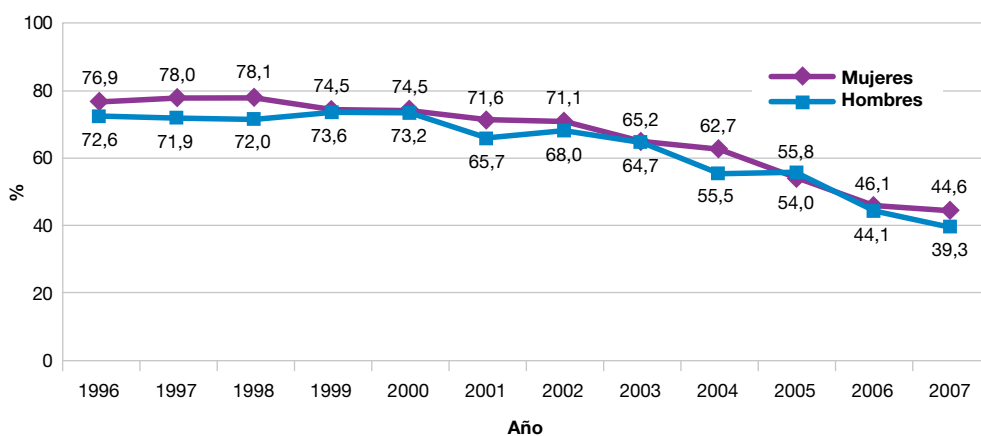


Figura 9.19. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

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



9.2.5.2. Seguridad vial en adultos

En 2007, un 4,8% del total de personas que viajan en coche no utiliza siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 0,7% en la conducción por carretera (figura 9.20).

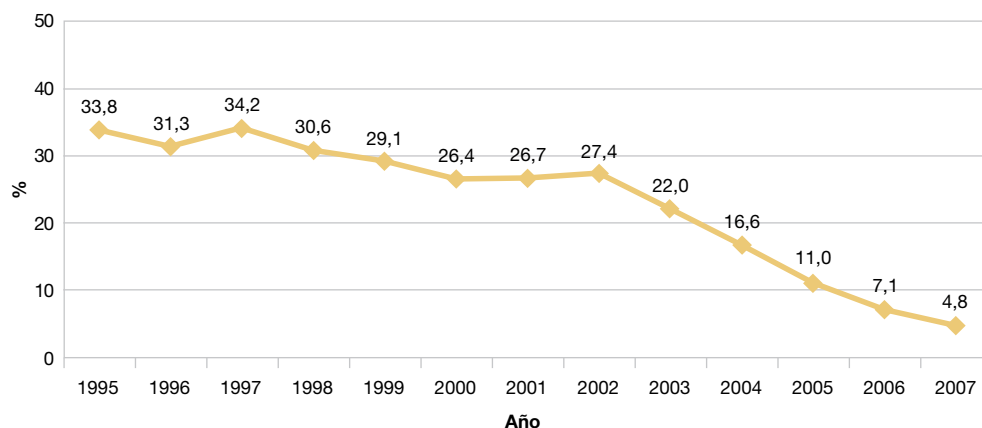
Un 7,4% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 3,4% no utiliza siempre el casco. El 4,5% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 1,1% de ellos (figura 9.21).

Debido a la gran variabilidad muestral, las estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en las figuras se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en estos trece años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2006-2007 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso en todas las ocasiones del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 81,7% y 79,5%. Asimismo, la disminución del no uso del casco en moto es del 82,4% y 89,6%.

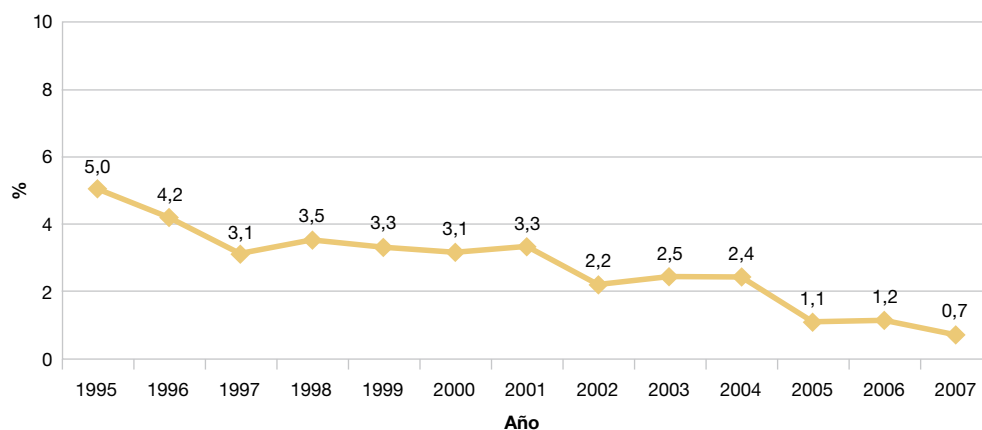
Figura 9.20. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

No utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad



No utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera



No utilizan siempre el casco en moto por ciudad

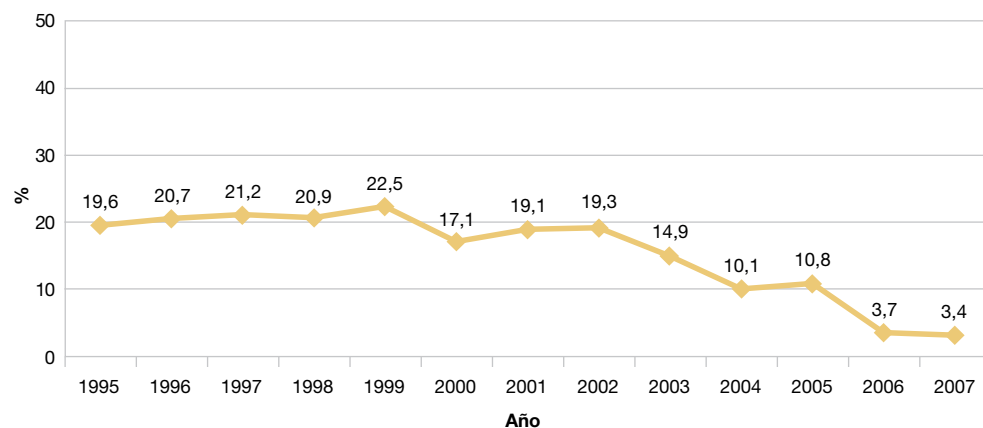
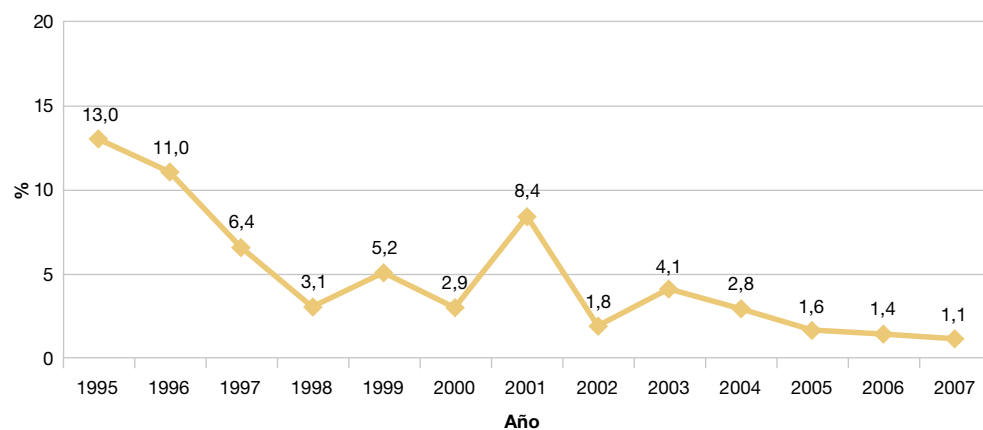


Figura 9.21. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

No utilizan siempre el casco en moto por carretera



9.3. Suicidio y lesiones autoinfligidas

9.3.1. Indicadores generales

El suicidio es una causa de muerte más frecuente en hombres que en mujeres, si bien los intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas ocasionan mayor morbilidad hospitalaria en las mujeres (17,3 altas por 100.000 en la Comunidad de Madrid en 2007 y 13,4 en hombres).

Tabla 9.6. Indicadores generales de suicidio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Suicidio y lesiones autoinfligidas. 2006-2007. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº de muertes. CM 2006	168	50	218
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,7	1,6	3,6
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	7,0	2,0	4,4
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM 2006	5,2	1,4	3,2
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. España 2006	9,9	2,7	6,1
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2007	13,4	17,3	15,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2001-2006	0,016	0,020	0,022
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM 2006	3.380	1.054	4.434
Años de Vida Perdidos. CM 2006	3.271	808	4.079
Años Vividos con Discapacidad. CM 2006	109	246	354

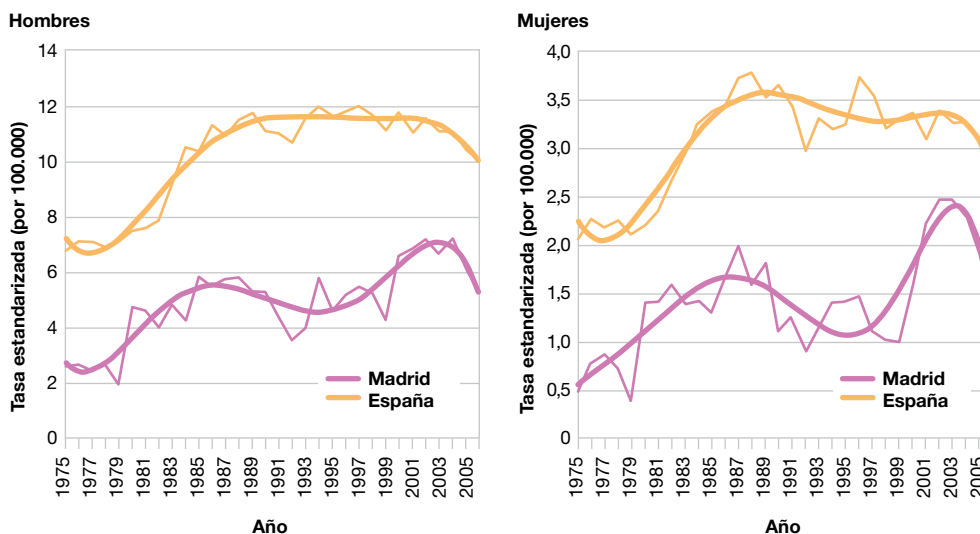
9.3.2. Mortalidad por suicidio

Las tasas de mortalidad por suicidio son, en la Comunidad de Madrid (tasas ajustadas por edad de 5,28 por cien mil en hombres y 1,36 en mujeres) en el año 2006, notablemente inferiores a las del total de España (respectivamente, 9,99 y 2,76), si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones (figura 9.22). Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas.

En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas (figura 9.23) en hombres se aprecia mayor mortalidad fuera del municipio de Madrid que en éste. Los distritos del sur y este de la región son los que muestran mayor mortalidad mostrando un patrón de agregación de secciones: Parla, Móstoles, Aranjuez, Fuenlabrada, entre otros. Dentro del municipio de Madrid destaca el distrito Centro. En las mujeres se aprecia ligero predominio de la mortalidad fuera del municipio de Madrid y los distritos del sur de la región son los que muestran mayor mortalidad: Fuenlabrada, Navacarnero, Móstoles y Leganés.

Figura 9.22. Suicidio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.

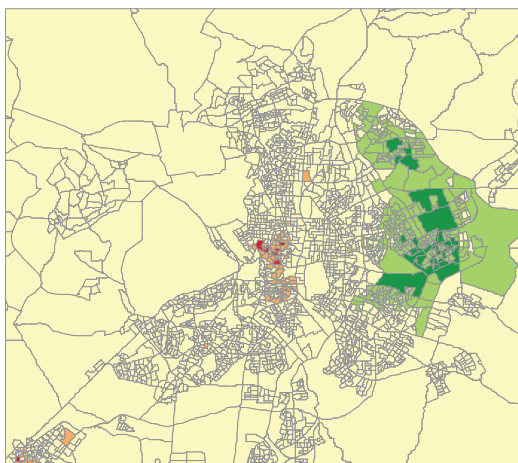
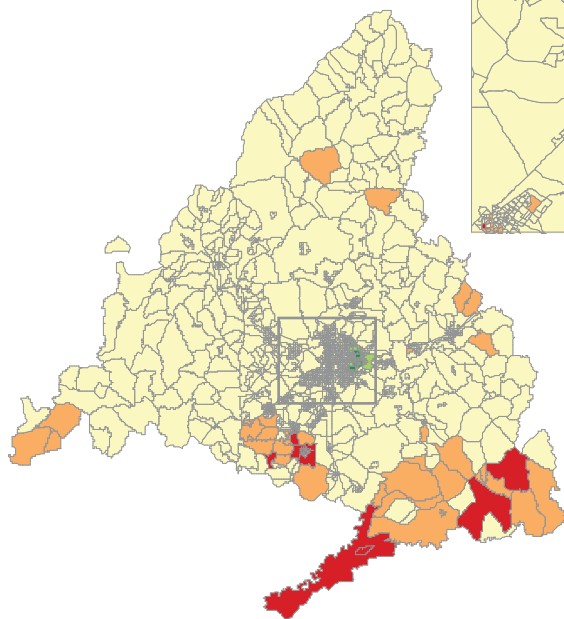
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



Hombres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9



Mujeres

PRP >1

- < 0,1
- 0,1 - 0,2
- 0,2 - 0,8
- 0,8 - 0,9
- > 0,9

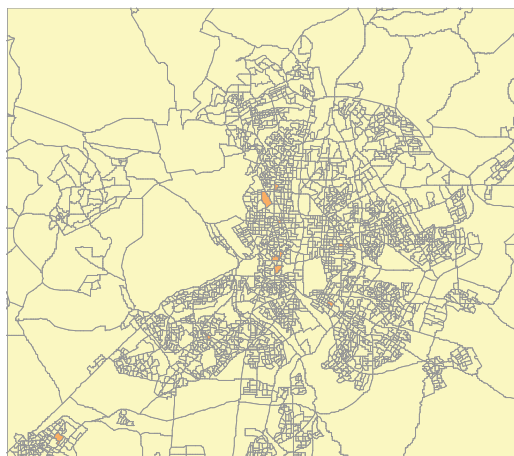
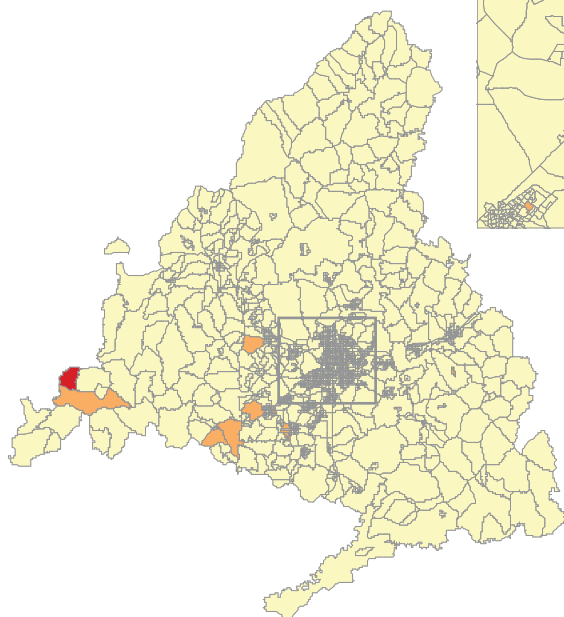


Figura 9.23. Mortalidad por suicidio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.

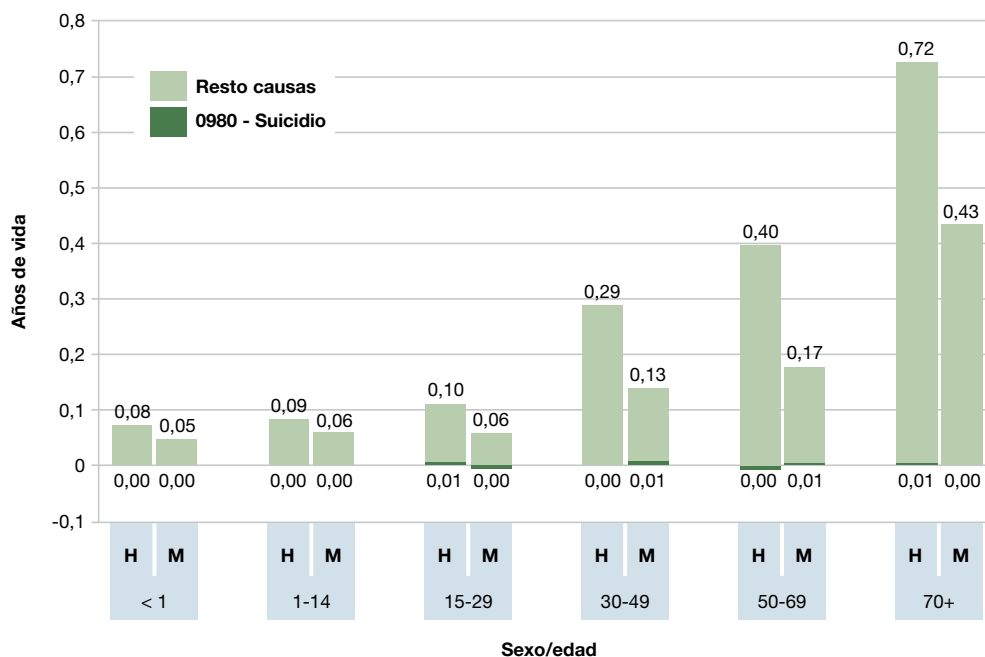
Fuente: Proyecto MEDEA.

9.3.2.1. Contribución del suicidio a los cambios en la esperanza de vida

En el periodo 2001-2006 el suicidio apenas ha contribuido al cambio en la esperanza de vida en las mujeres y hombres de la Comunidad de Madrid (figura 9.24).

Figura 9.24. Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

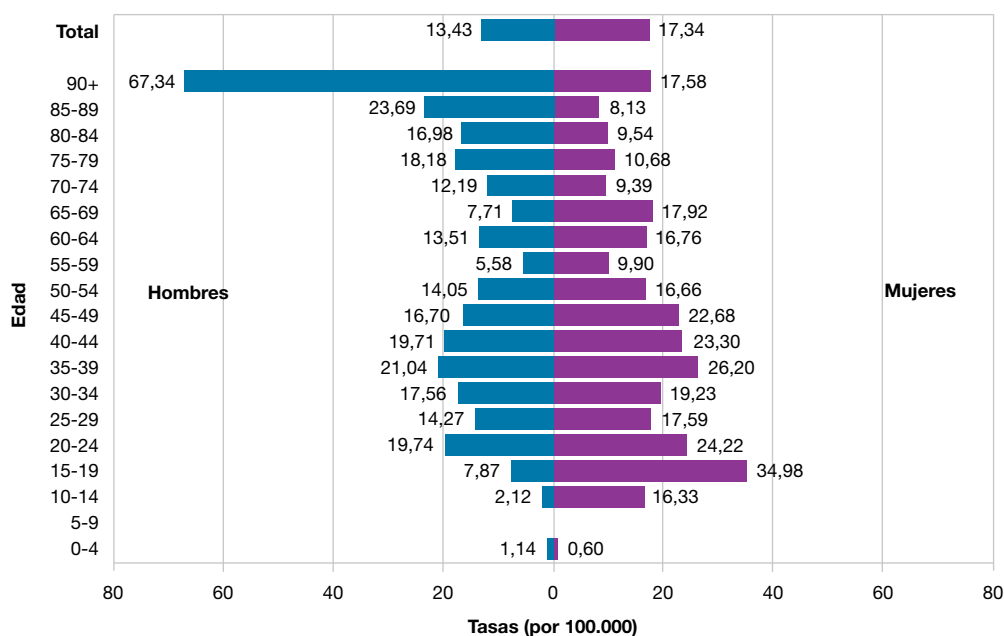


9.3.3. Morbilidad por intentos de suicidio

La tasa de morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (17,34 por 100.000 y 13,43 respectivamente) y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres (figura 9.25).

Figura 9.25. Morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.

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



9.3.4. Carga de enfermedad por suicidio

En la distribución por sexo y edad de la carga de enfermedad por suicidio en la Comunidad de Madrid se aprecia cómo el componente de mortalidad (años de vida perdidos) es mucho mayor que el componente de morbilidad que generan los intentos de suicidio que no concluyen con un fallecimiento (figura 9.26). Igualmente destaca el mayor peso de la carga por suicidio en varones frente a la soportada por las mujeres. Pese a que las mayores tasas de mortalidad se dan en personas de edades altas, al basarse este indicador en el concepto de años de vida perdidos es en la población de 15 a 59 años donde la carga de enfermedad destaca sobre cualquier otro grupo de edad.

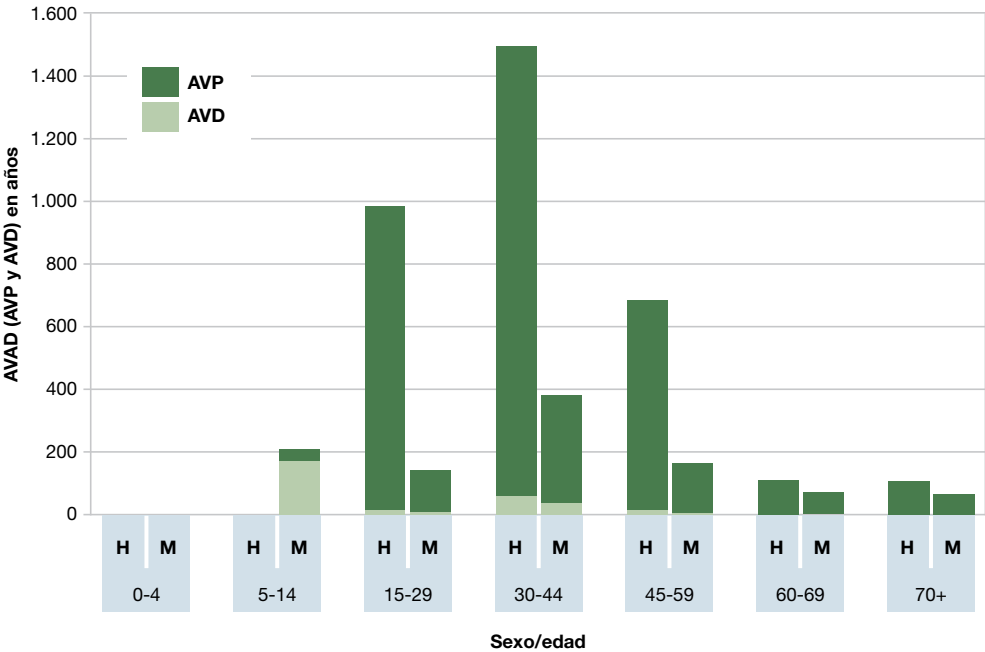


Figura 9.26. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por suicidio, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

9.4. Violencia de pareja contra la mujer

La disponibilidad de datos fiables es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención de violencia de pareja contra la mujer (VPM), promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

En el marco de las Acciones contra la Violencia que se están llevando a cabo desde la Consejería de Sanidad, se realizó un estudio transversal para caracterizar la VPM en la Comunidad de Madrid. En este estudio, de base poblacional, se incluyeron mujeres de 18 a 70 años y se utilizó el cuestionario de la “Enquete National sur la Violence envers la femme en France” (ENVEFF) para detectar violencia psicológica y sexual y el cuestionario CTS-1 para detectar violencia física.

Uno de los objetivos de este estudio fue establecer la magnitud y la gravedad del problema en la Comunidad de Madrid. El nivel de gravedad de la violencia de pareja se establece en función de la repetición de los hechos y de la acumulación de tipos de actos violentos siguiendo los criterios propuestos por Jaspard et al. (ENVEFF):

Violencia grave: la presencia de uno solo de los siguientes criterios:

- actos de violencia psicológica repetidos (más de 3 tipos de actos psicológicos, algunas veces el último año) o,
- uno de estos tipos de actos muchas veces o sistemáticamente o,
- un solo acto de violencia física o sexual en el último año.

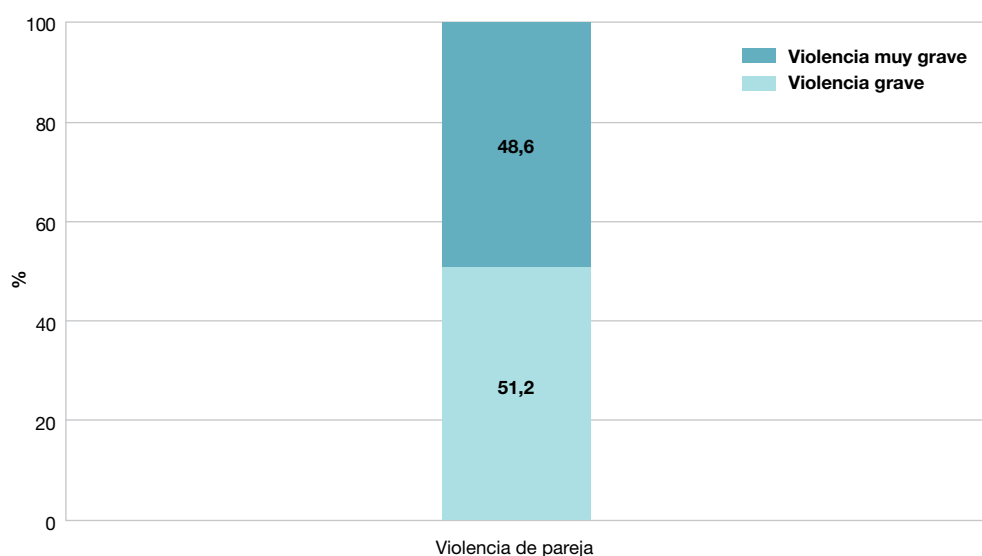
Violencia muy grave: cuando refieren dos o más de los criterios de violencia grave simultáneamente o actos de violencia física o sexual repetidos

La tasa de respuesta fue del 73% y el tamaño final de la muestra de 2.136 mujeres;

En la figura 9.27 se describe la prevalencia y gravedad de violencia de pareja en las mujeres adultas de la Comunidad de Madrid. De las aproximadamente 170.000 mujeres que sufren violencia de pareja, alrededor de 81.000 sufren violencia muy grave.

Figura 9.27. Gravedad* de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres, Comunidad de Madrid, 2004. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Promoción de la Salud.



* Gravedad basada en función de la repetición de los hechos y de la acumulación de tipos de actos violentos

9.5. Conclusiones y recomendaciones

La mortalidad por causas externas ha seguido una tendencia descendente desde finales de los años ochenta en los hombres (y desde años anteriores en mujeres). Las tasas ajustadas por edad muestran una menor incidencia en Madrid que en España en todo el periodo 1975-2006. Por sexo, estas causas afectan tres veces más a varones que a mujeres.

Las lesiones representaron algo más del 4% de los episodios atendidos en Atención Primaria. Las tasas más elevadas se observaron en las mujeres de los grupos de mayor edad, siendo entre los grupos más jóvenes superiores las tasas en hombres.

Las causas externas representaron el 5% de todas las altas hospitalarias. En general la tasa de morbilidad hospitalaria por causas externas es mayor en hombres que en mujeres, aunque al considerar también la edad se observa que a partir de los 65 años la incidencia es superior en las mujeres.

La mortalidad por accidentes de tráfico, que registró sus peores años entre finales de los años ochenta y principios de los noventa, ha tendido a disminuir desde entonces. En la distribución espacial de la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres se aprecia un patrón de agregación de mayor mortalidad en secciones que circundan la corona metropolitana: distritos de Navalcarnero, Aranjuez, Arganda, y Collado Villalba entre otros.

La morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico se concentra claramente en los varones jóvenes. En jóvenes la no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre y la utilización del casco en bicicleta continúa siendo extraordinariamente infrecuente.

Las tasas de mortalidad por suicidio son, en la Comunidad de Madrid en el año 2006, notablemente inferiores a las de España, si bien en los años recientes se puede apreciar una cierta aproximación de los valores entre ambas poblaciones. Las tasas específicas por edad son más altas en los varones de las edades más avanzadas. En la distribución espacial de la mortalidad por suicidio se aprecia mayor mortalidad en el sur de la región.

La morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres y por grupos de edad se observa que esto es así hasta los 70 años, edad a partir de la cual las tasas en hombres superan a las de las mujeres.

La disponibilidad de datos fiables sobre violencia de pareja contra la mujer es necesaria para guiar y sostener las políticas de prevención, promoción de salud y provisión de servicios sanitarios para su afrontamiento.

Objetivo 10

Un entorno físico sano
y seguro

10

10. Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro

Para el año 2015, las personas de la región deberán vivir en un medio ambiente físico más seguro, con un nivel de exposición a los contaminantes peligrosos para la salud inferior a los niveles acordados internacionalmente.

10.1. Medio ambiente y salud

La Sanidad Ambiental de la Comunidad de Madrid tiene como misión la protección de la población frente a los efectos adversos que pueden suponer para su salud los múltiples riesgos de origen ambiental. Las líneas y estrategias de la Unión Europea en este campo, tanto en sus objetivos como en los instrumentos adoptados para conseguirlos, son el marco de referencia en el que se desarrollan las actividades de la sanidad ambiental madrileña. Estas actividades se desarrollan fundamentalmente a través de programas concretos de vigilancia y/o intervención frente a los factores de riesgo más relevantes.

La estrecha relación existente entre medioambiente y salud es percibida de una forma cada vez más nítida. Así lo demuestran encuestas recientes en las que el 89% de la población europea manifiesta estar preocupada por el impacto potencial del medioambiente sobre su salud, dato coincidente con el obtenido para la Comunidad de Madrid en la Encuesta de Vigilancia de Riesgos de Enfermedades No transmisibles (SIVFRENT).

El catálogo de riesgos ambientales es sumamente variado: desde problemas de máxima actualidad, como el cambio climático por acúmulo de gases de efecto invernadero, pasando por la contaminación química, biológica y radiactiva del aire, agua, suelo y alimentos, y continuando con otros, como el adelgazamiento de la capa de ozono, la desertificación cada vez mayor de grandes extensiones de terreno, la acumulación de residuos tóxicos, la exposición a diferentes tipos de polen, a las radiaciones electromagnéticas naturales o artificiales, a animales (zoonosis) y vectores transmisores de patógenos, a viviendas o entornos insalubres, a olas de calor o de frío, al ruido etc. Aunque todos los grupos de población se ven potencialmente expuestos, la mayor vulnerabilidad recae en los niños, embarazadas, ancianos, enfermos crónicos y personas sin recursos.

Numerosos estudios europeos e informes internacionales han puesto de relieve la magnitud de los efectos asociados a factores medioambientales. Algunos datos procedentes de algunos de esos estudios pueden ayudar a percibir la manera en que tales factores influyen en nuestra salud:

- Se estima que alrededor del 20% de la incidencia total de enfermedades puede achacarse a factores ambientales. Anualmente cerca de 400.000 fallecimientos en la UE son atribuibles a la contaminación atmosférica. De ellos, aproximadamente 20.000 en España.
- En Europa, el asma no ha dejado de aumentar en los últimos 30 años. En la actualidad afecta a un niño de cada siete. El humo de tabaco, la contaminación atmosférica, el polen, son factores que contribuyen a esta situación.
- La exposición a sustancias químicas está en aumento: las dioxinas y otros contaminantes orgánicos persistentes (COPs), como los plaguicidas o los PCBs (bifenilos policlorados), pueden llegar a la población y especialmente a los grupos mas vulnerables, niños y ancianos.

- Constituye una importante fuente de preocupación la aparición de nuevas enfermedades infecciosas (gripe aviar) y la reemergencia de otras antiguas (hidatidosis, leishmaniasis) transmitidas por animales (zoonosis) y vectores, en parte asociados al cambio climático.

Para invertir esta tendencia la Comisión Europea puso en marcha en 2003 la Estrategia Europea de Medioambiente y Salud cuyo objetivo global es reducir las enfermedades que provocan en Europa los factores medioambientales. Esta estrategia ha recibido la denominación SCALE, acrónimo en inglés que apunta a los cinco elementos clave en los que descansa (*Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation*). Es decir, basada en la ciencia, orientada fundamentalmente a la infancia como población más vulnerable, fomentando la concienciación de la población, haciendo de la legislación europea un instrumento de acción y evaluando continuamente las medidas adoptadas.

La exposición a los riesgos medioambientales es responsable de buena parte de muchas enfermedades crónicas, incluyendo el 30% de las crisis asmáticas infantiles y el 10% de los trastornos del desarrollo neurológico en los niños. Por ello, la Estrategia Europea de Medioambiente y Salud asume estos dos problemas como prioritarios y prevé que durante el primer ciclo (hasta 2010) de los varios que contempla la estrategia, las actuaciones que se desarrollen estén centradas en los siguientes efectos en salud: enfermedades respiratorias, asma y alergias; trastornos del desarrollo neurológico; cáncer infantil y efectos de la perturbación endocrina.

Simultáneamente, durante la cuarta Conferencia Ministerial de Salud y Medioambiente celebrada en Budapest en Junio de 2004 se presentó y aprobó el plan CEHAPE (*Children's Environment and Health Action Plan for Europe*), es decir, el Plan infantil de Medioambiente y Salud en Europa, plan que los países participantes, entre los que se encuentra España, se comprometen a desarrollar mediante planes nacionales que contemplen los objetivos prioritarios fijados. Dichos objetivos se refieren a las siguientes áreas: Agua y saneamiento, Accidentes, Calidad del aire y de ambientes interiores, Riesgos físicos y químicos. De esa manera se produce una sintonía de objetivos (centrados en la protección de la salud de los niños) entre la Estrategia Europea de Medioambiente y Salud impulsada por la Comisión Europea y el plan CEHAPE de la región europea de la OMS.

Paralelamente, como complemento indispensable de los planes puestos en marcha, y para conseguir una precisa visualización de los efectos para la salud de los principales problemas medioambientales, así como para hacer un seguimiento efectivo de las medidas adoptadas para corregirlos, se viene desarrollando a nivel europeo el proyecto ENHIS (*European Environment and Health Information System*), uno de cuyos pilares ha sido la elaboración de un listado de INDICADORES cuidadosamente escogidos para cada una de las áreas prioritarias.

http://ec.europa.eu/health/my_environment/environmental_health/index_es.htm

En 2007, manteniendo la línea de continuidad establecida en documentos y líneas de trabajo aprobados con anterioridad, la Comisión Europea presentó el Libro Blanco “Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)” en cuya elaboración participó la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y en el que se destaca la necesidad de reforzar los sistemas de vigilancia, prestando especial atención, entre otros, a los aspectos sanitarios relacionados con el cambio climático y medidas de intervención frente a riesgos ambientales para la 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.

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO_2) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2007 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana (figura 10.1).

La situación, en lo que respecta a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM_{10}) y del dióxido de nitrógeno (NO_2), es menos halagüeña (figura 10.2 y tabla 10.1), no sólo por haberse superado los respectivos límites (diario y horario respectivamente) para protección de la salud humana en varias estaciones, sino también porque, dado que el límite establecido en la legislación va disminuyendo cada año, si no se produce una reducción de las emisiones de cada uno de estos contaminantes, es previsible un incremento en el número de superaciones en los próximos años.

Otro contaminante, éste de origen secundario al generarse a partir de otros contaminantes por efecto de la radiación solar es el ozono troposférico (O_3) (figuras 10.3 y 10.4 y tabla 10.2).

Su tendencia en el año 2007 fue muy similar al año 2006, con muy pocas superaciones del umbral de información a la población (media horaria=180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). El comportamiento de este contaminante, dependiente de la radiación solar, en los dos últimos años contrasta con el de los años anteriores en que se registraron valores mucho más elevados tanto en las concentraciones como en el número de superaciones del umbral de información, sobresaliendo el año 2003, que estuvo caracterizado por una intensa ola de calor. En ninguna zona se superó el nivel de alerta, establecido, desde 2004, como media horaria de 240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

SO₂, media anual de los valores medios diarios por Zona

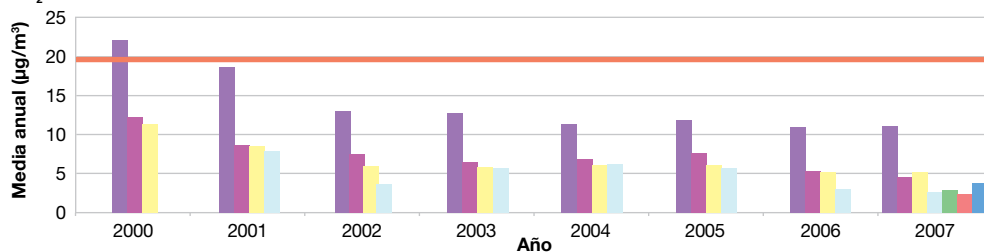
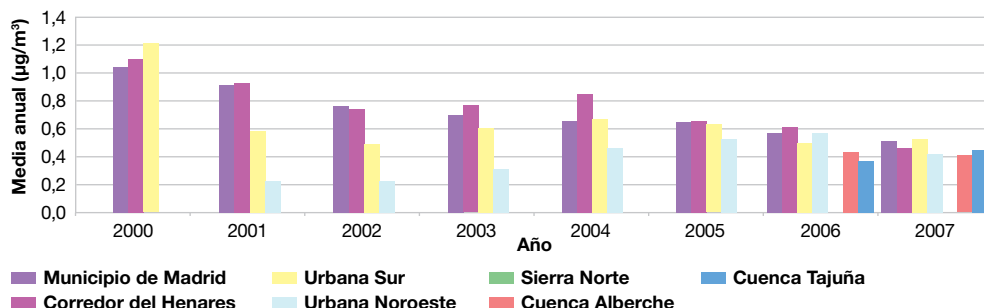


Figura 10.1. Evolución de la media anual de los valores medios diarios de SO₂ y CO por Zona. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

CO, media anual de los valores medios diarios por Zona



PM₁₀, N° medio de superaciones diarias por Zona

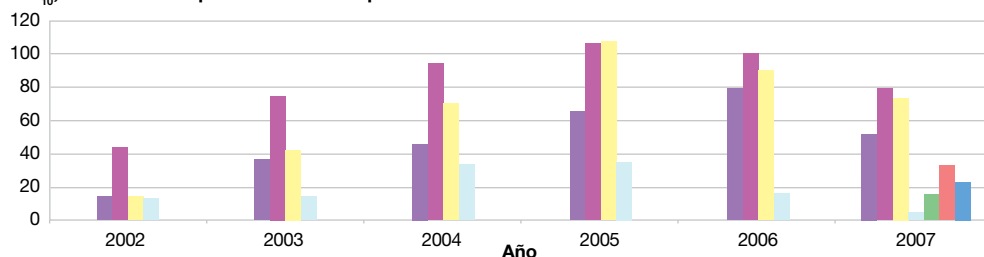
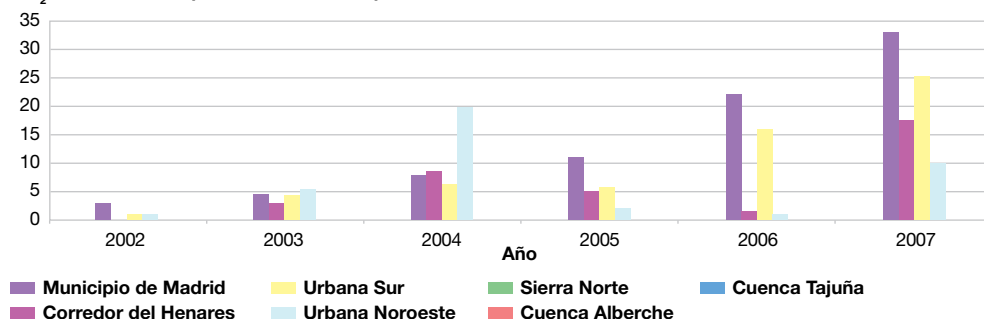


Figura 10.2. Evolución del número medio de superaciones de PM₁₀ y NO₂ por Zona. Comunidad de Madrid, 2002-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

NO₂, N° medio de superaciones horarias por Zona



	PM ₁₀ *						NO ₂ **					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de superaciones	564	1.568	2.017	2.739	2.957	2.452	11	53	157	211	511	930
Nº de estaciones afectadas	34	39	37	37	37	46	5	12	19	23	27	31
Nº medio de superaciones por estación	17	40	55	74	80	53	2	4	8	9	19	30
Nº máximo de superaciones por estación	100	136	169	147	181	125	7	16	26	49	135	179

Tabla 10.1. Superaciones de contaminantes PM₁₀ y NO₂. Comunidad de Madrid, 2002-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

* N° de superaciones del valor límite (65 µg/m³ en 2002, 60 µg/m³ en 2003, 55 µg/m³ en 2004, 50 µg/m³ en 2005, 2006 y 2007) como valor medio diario de PM₁₀. R.D. 1073/2002.

**N° de superaciones del valor límite (280 µg/m³ en 2002, 270 µg/m³ en 2003, 260 µg/m³ en 2004, 250 µg/m³ en 2005, 240 µg/m³ en 2006, 230 µg/m³ en 2007) como valor medio horario de NO₂. R.D. 1073/2002.

Figura 10.3. O₃, número medio de superaciones horarias por Zona. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

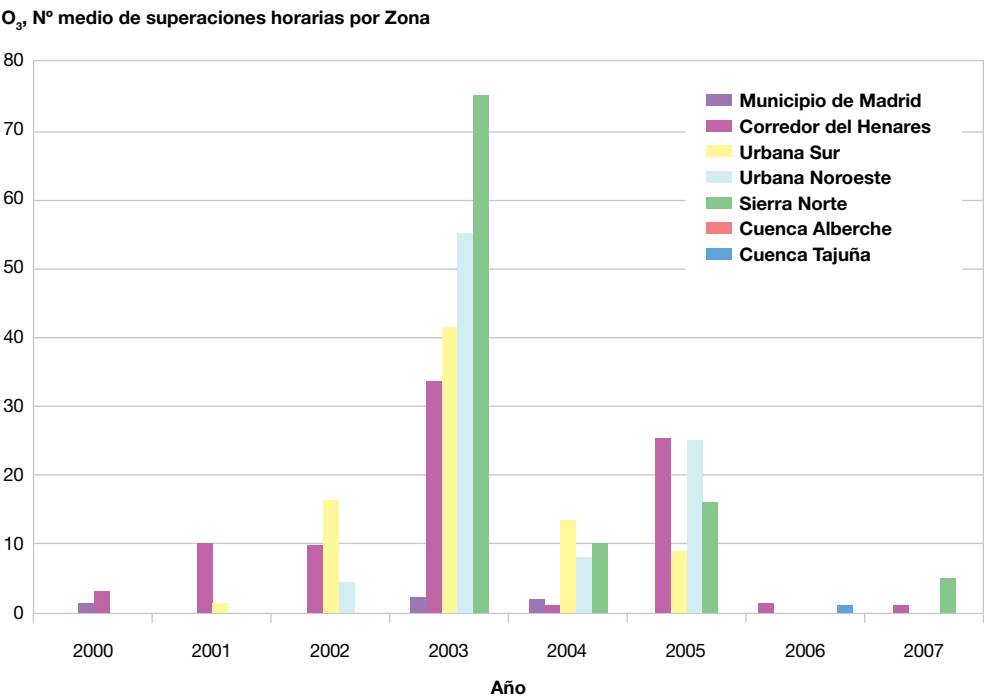


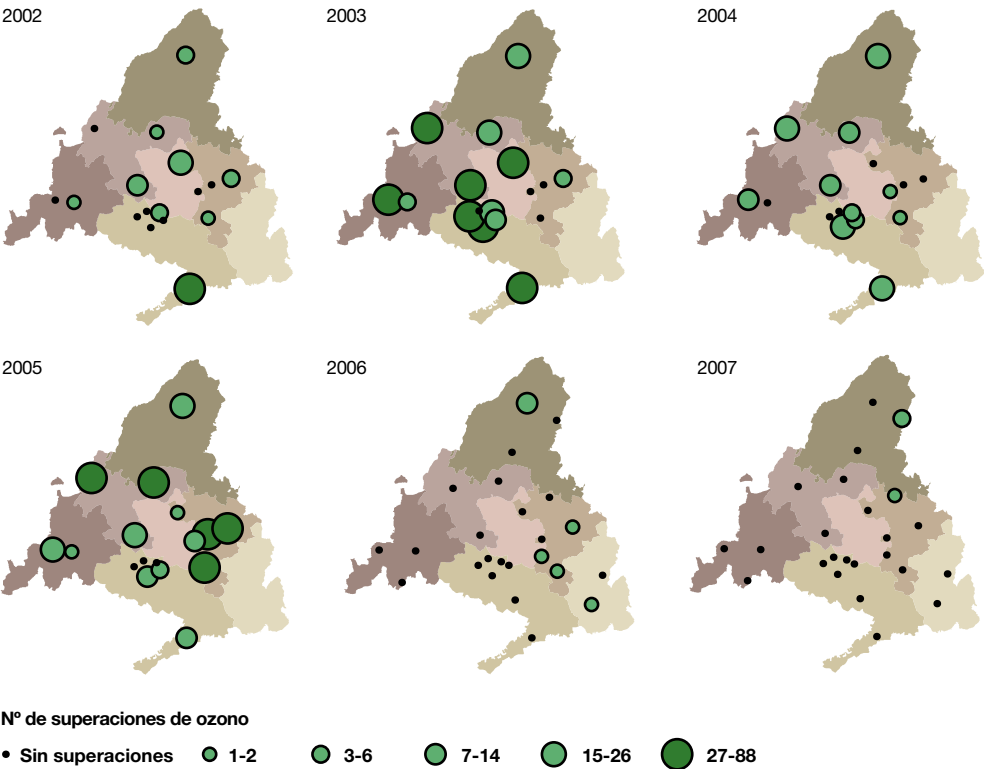
Tabla 10.2. Superaciones de ozono. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

	O ₃							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de superaciones	21	33	96	571	127	279	14	6
Nº de estaciones afectadas	11	5	9	24	13	14	5	2
Nº medio de superaciones por estación	2	7	11	24	10	20	3	3
Nº máximo de superaciones por estación	7	19	30	88	24	44	9	5

Figura 10.4. Evolución del número de superaciones de los valores límites horarios de protección para ozono, por estación. Comunidad de Madrid, periodo 2002-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



10.1.2. Vigilancia del polen atmosférico

El polen es un importante alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas, que se encuentra en el aire procedente de las plantas de polinización anemófila.

La Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (RED PALINOCAM) estaba constituida en 2007 por diez captadores de polen ubicados en puntos de la región estratégicos desde el punto de vista de población y fitogeográfico, bajo la Dirección Técnica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid. Su objetivo es conocer el contenido aerobiológico de la atmósfera en cada momento y predecir su evolución, difundiendo la información al Sistema Sanitario y a la población, especialmente a la alérgica.

Los niveles de concentración total de polen durante el año 2007 detectados en los captadores de la Red Palinocam aparecen en la tabla 10.3.

Recuentos totales 2007 (granos de polen/m³)	Cupresáceas	Plátano	Gramíneas	Olivo	Polen total
Alcalá de Henares	3.955	11.719	2.680	872	31.314
Alcobendas	6.984	216	823	149	11.297
Aranjuez	7.905	6.316	2.485	2.850	38.428
Coslada	8.511	892	2.596	455	21.900
Getafe	11.421	12.133	4.067	1.279	40.045
Leganés	7.980	6.471	3.814	1.662	29.507
Ciudad Universitaria	7.284	7.098	5.760	1.474	42.085
Barrio de Salamanca	9.867	7.756	6.298	2.016	42.065
Madrid Centro	1.261	1.897	2.733	720	13.358
Collado Villalba	3.732	42	908	129	8.827
Media Red 2007	6.890	5.454	3.216	1.161	27.883

Tabla 10.3. Recuentos de polen total y de cupresáceas, plátano, gramíneas y olivo recogidos en cada uno de los captadores de la Red Palinocam durante 2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que existe una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos en el tiempo: Cupresáceas/Taxáceas y Plátano, y la primavera, con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo.

En la figura 10.5 se presenta una comparativa de los recuentos de polen en los años 2005 a 2007. La evolución del polen total anual refleja un aumento del tipo polínico Cupresáceas y Olivo en los tres años; en el caso de las Gramíneas hubo un notable aumento en 2006, aunque los años 2005 y 2007 han sido muy similares. Los datos medios totales de polen de Plátano se mantienen estables a lo largo del periodo. En cuanto al polen total fue sin duda el año 2006 cuando más cantidad hubo de todos los tipos polínicos.

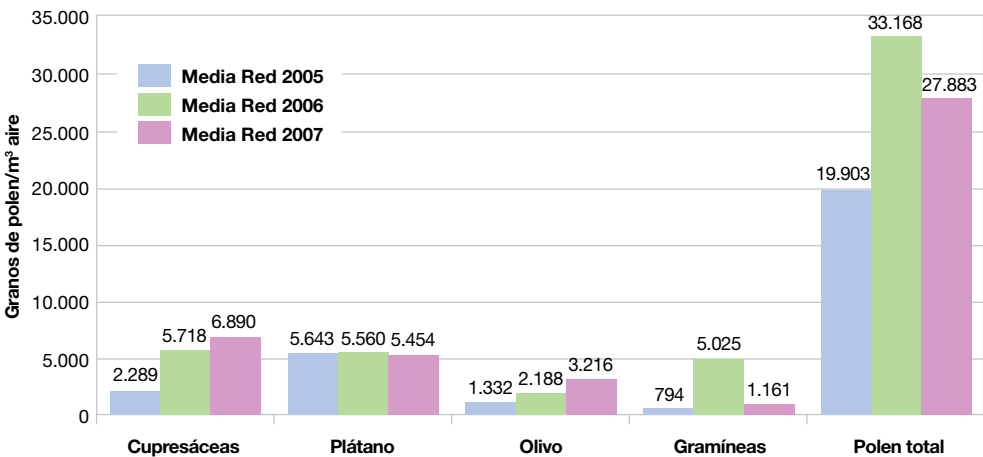


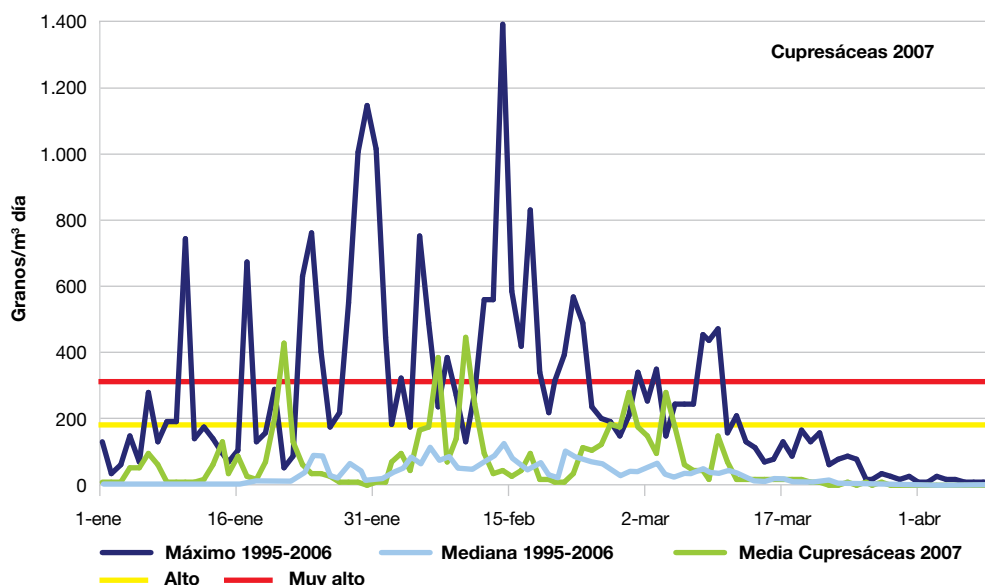
Figura 10.5. Recuentos de polen (granos/m³ aire). Comunidad de Madrid, 2005-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

Durante 2007 (figura 10.6) el periodo de polinización del tipo polínico Cupresáceas (que abarca diferentes géneros y especies de las familia Cupresáceas y Taxáceas), y a cuyo espectro polínico contribuye, principalmente en invierno, el polen de las arizónicas (*Cupressus arizonica* Gaernt.) comenzó la primera semana del mes de enero, finalizando a comienzos del mes de marzo. Los niveles fueron moderados, registrándose tres picos importantes con niveles muy altos y dos de niveles altos, aunque con concentraciones inferiores a las de la serie histórica de máximos 1995-2006. El resto del periodo los niveles estuvieron incluso por debajo de la mediana de la serie histórica 1995-2006.

Figura 10.6. Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.

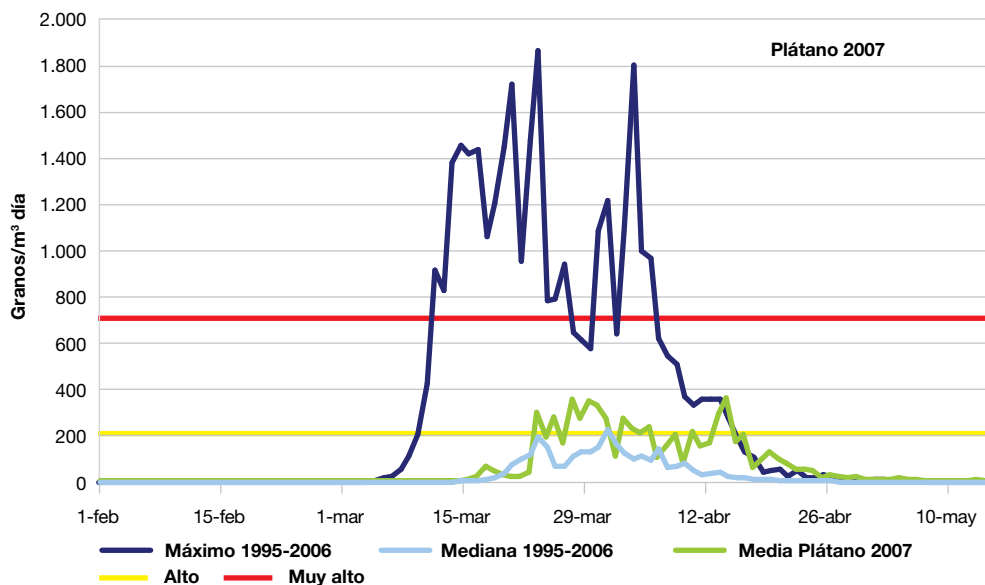
Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



Durante 2007, los niveles de Plátano fueron moderados (figura 10.7). El comienzo del periodo de polinización tuvo lugar a finales de marzo, y las concentraciones fueron bajas respecto al máximo histórico de la serie 1995-2006. La presencia de lluvias continuas durante dicho periodo prolongó el número de días de presencia de polen a bajas concentraciones.

Figura 10.7. Evolución de la concentración de polen de Plátano de sombra en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



El periodo de polinización del Olivo comenzó a mediados de mayo en 2007 (figura 10.8). Durante el periodo hubo dos picos de concentración más elevados en un intervalo de un mes, aunque de concentración inferior a la serie histórica de máximos correspondiente a 1995-2006. La duración fue más corta, con menor número de días de presencia de este tipo de polen respecto a los años anteriores.

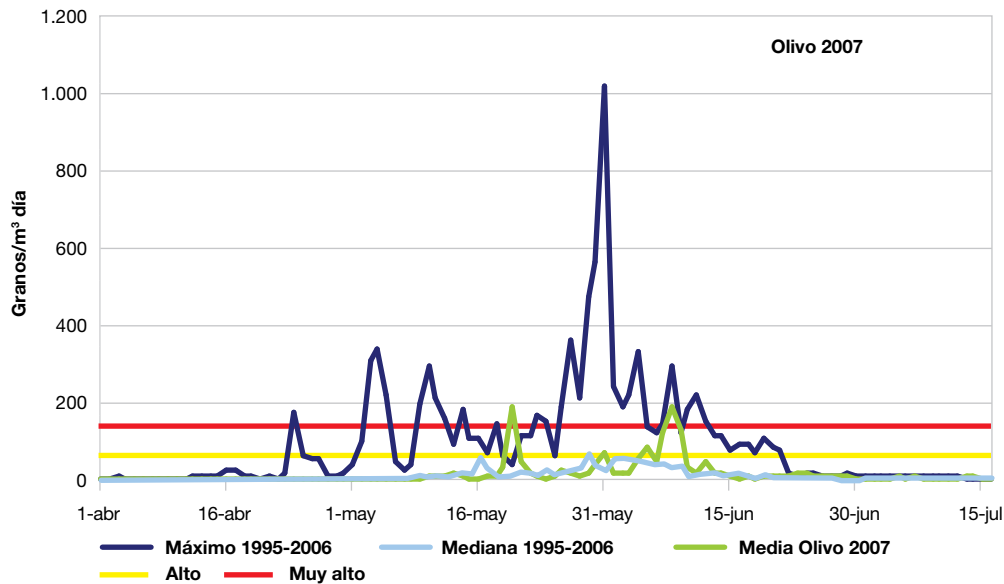


Figura 10.8. Evolución de la concentración de polen de Olivo en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

En cuanto a las Gramíneas se refiere, se produjo un aumento brusco al inicio del periodo de polinización (figura 10.9), en que se alcanzaron niveles muy altos de concentración en la segunda semana de mayo; sólo en dos ocasiones se alcanzaron niveles altos en ese mismo mes; durante el mes de junio las concentraciones fueron bajas, superándose únicamente en dos ocasiones los 50 granos por metro cúbico de aire.

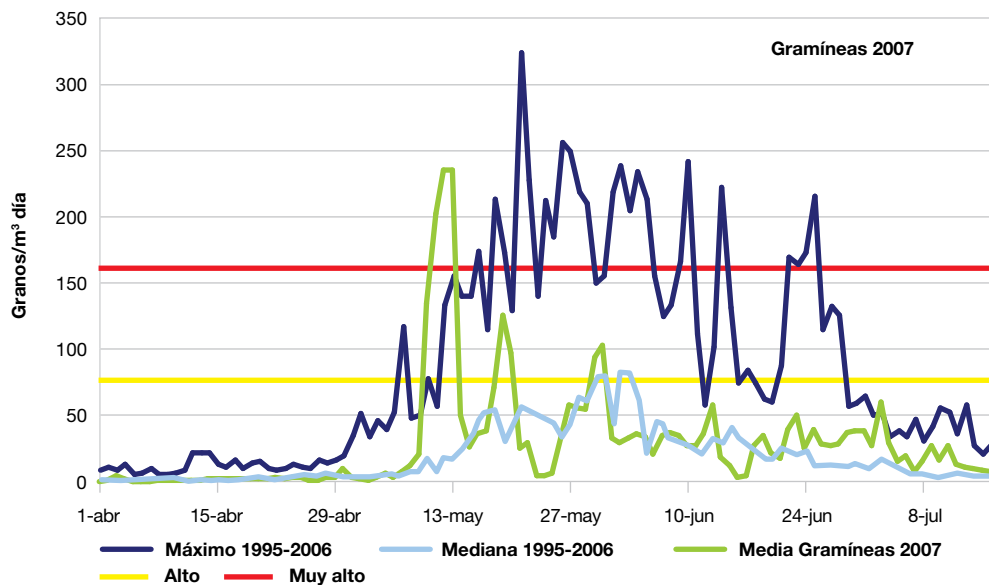


Figura 10.9. Evolución de la concentración de polen de Gramíneas en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

10.1.3. Vigilancia de esporas de hongos en la atmósfera

Las esporas fúngicas liberadas al aire por los hongos durante su ciclo reproductivo, son importantes alérgenos ambientales responsables de procesos alérgicos y crisis asmáticas.

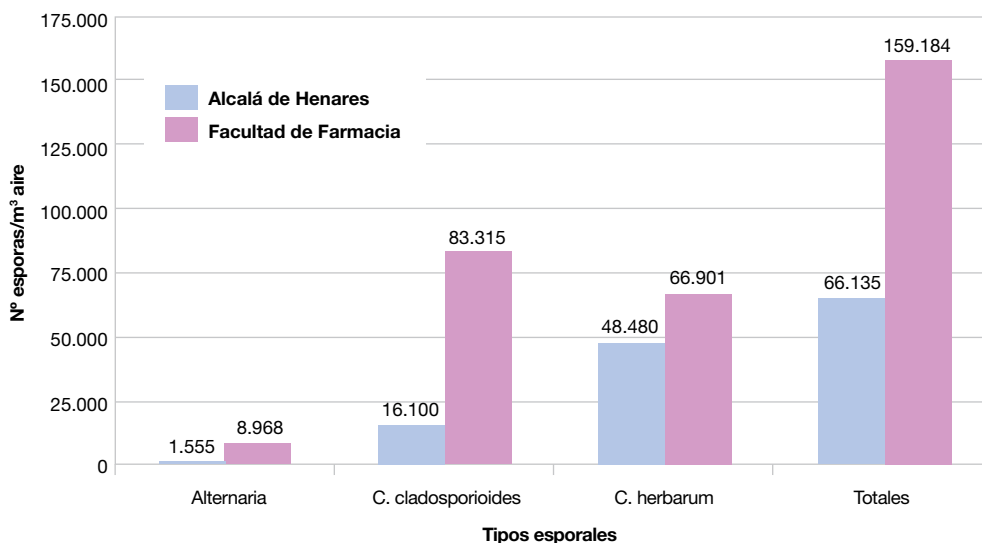
Las esporas de hongos presentes en el aire son muy numerosas, pudiendo estimarse un contenido medio diario de 10.000 a 20.000 esporas /m³. Pertenecen a diversas especies y los mismos tipos morfológicos se hallan en casi todas las localidades, ya que las esporas son ubicuas. Las esporas con un peso específico bajo pueden ser transportadas a largas distancias y a diferentes alturas.

En las muestras de polen recogidas en el captador de Alcalá de Henares se han hecho recuentos de esporas de *Cladosporium* y *Alternaria*. En el análisis de las muestras del captador de la Facultad de Farmacia se han identificado hasta 80 tipos esporales diferentes (figura 10.10).

Existen dos periodos de clara estacionalidad, más importantes en cuanto a presencia de esporas fúngicas: primavera y otoño. Durante el año 2007, la cantidad de esporas de los tres tipos (*Cladosporium cladosporioides*, *Cladosporium herbarum* y *Alternaria*) analizados en ambos captadores mostraron el mismo patrón de estacionalidad aunque las concentraciones totales en la Ciudad Universitaria de Madrid, donde está ubicado el captador, fueron más elevadas que en Alcalá de Henares. Los tres tipos esporales mencionados representan aproximadamente el 90% del total analizado.

Figura 10.10. Contenido esporal en Alcalá de Henares y Facultad de Farmacia. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



El contenido total de esporas en 2007 fue inferior al del año 2006, aunque similar a 2005 (figura 10.11). Cabe destacar, con respecto a otros años, un aumento de la concentración de *Alternaria* spp., cuya presencia atmosférica es más importante en los meses de primavera y verano, y de *Pleospora* spp., con concentraciones máximas en el mes de abril.

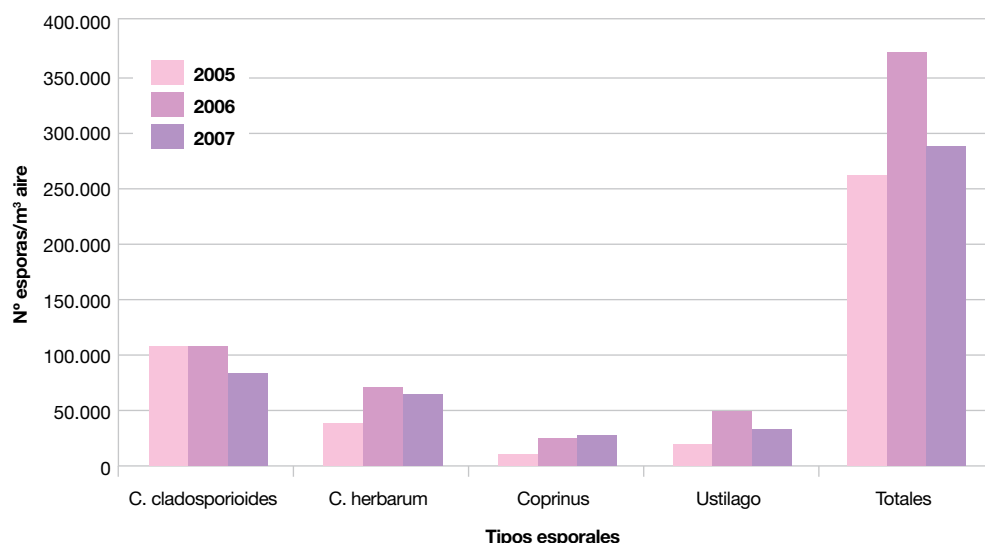


Figura 10.11. Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios en la Facultad de Farmacia. Comunidad de Madrid, 2005-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

10.1.4. Sistema de vigilancia de legionelosis

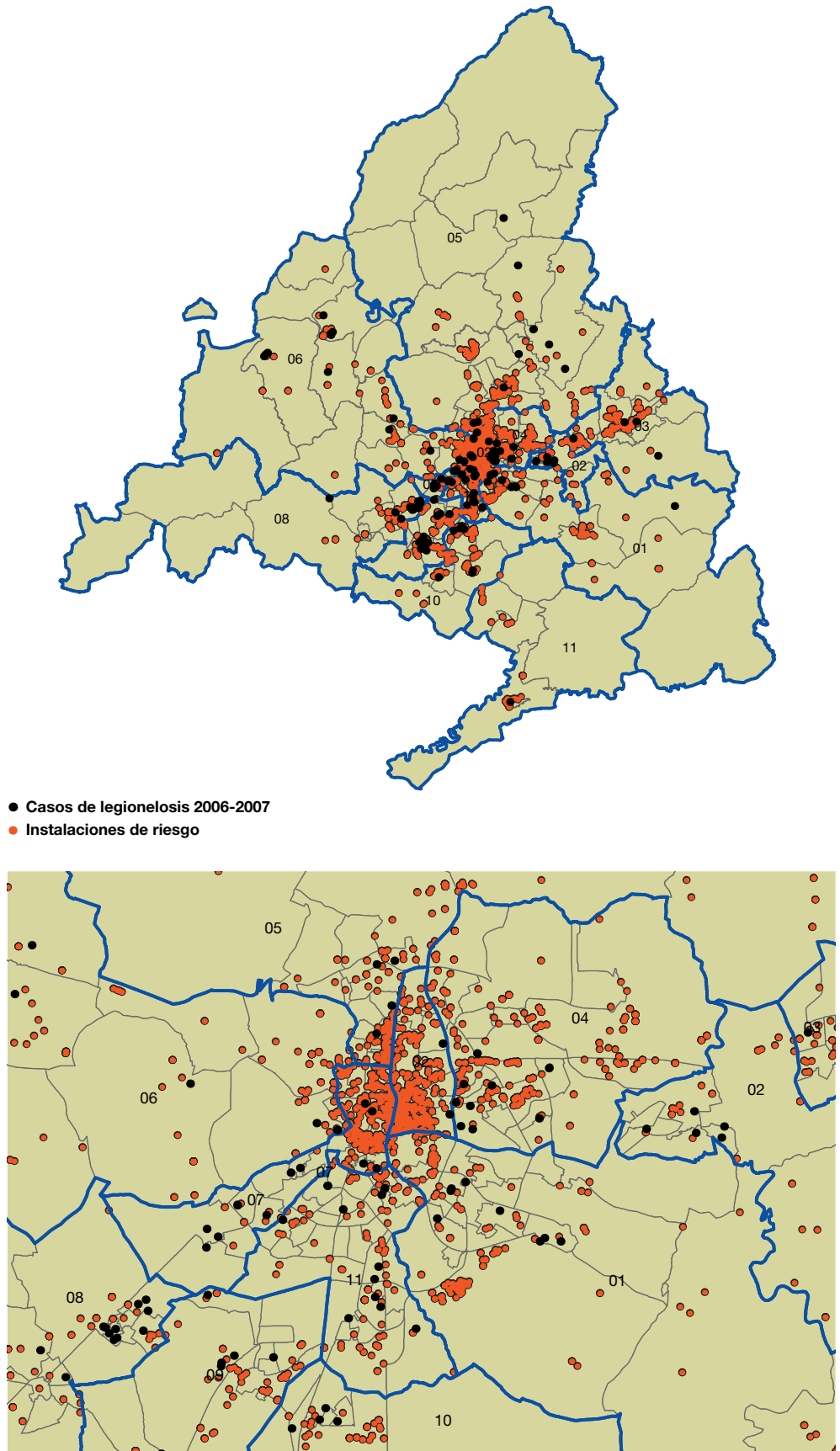
El Sistema de Vigilancia de la legionelosis tiene como objetivo detectar instalaciones de riesgo de proliferación de *Legionella* que puedan ser foco de la enfermedad. Para ello, es necesario conocer la distribución geográfica de todas las instalaciones de riesgo (torres de refrigeración y condensadores evaporativos) de la Comunidad de Madrid, así como de los casos esporádicos de legionelosis que son notificados a través de la *Red de Vigilancia Epidemiológica*, al efecto de establecer la relación espacial entre ambas informaciones mediante la utilización de una herramienta de análisis geográfico (Sistema de Información Geográfica).

El Sistema permite la consulta, en tiempo real, de la distribución geográfica de las torres de refrigeración y condensadores evaporativos correspondientes a las once Áreas de Salud así como la localización de los casos notificados de *Legionella*. El análisis conjunto de estos datos permite obtener información de aquellas instalaciones que se encuentran ubicadas en las cercanías del lugar de residencia de un caso esporádico, y por tanto, establecer un control exhaustivo de las mismas. Por otra parte, la representación cartográfica de los casos notificados de legionelosis permite detectar posibles agregaciones espaciotemporales y orientar las actuaciones de vigilancia y control sobre las instalaciones cercanas. La información espacial se actualiza trimestralmente y se distribuye a través de los visores cartográficos disponibles en la Web.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2007 era de 3.635. En lo que respecta a los casos, según criterio del Grupo de Trabajo Europeo para las infecciones de *Legionella* que recomienda trabajar con las notificaciones de los últimos dos años, aparecían cartografiados los casos esporádicos notificados de *Legionella* en los años 2006 y 2007 (figura 10.12). Respecto a la distribución espacial de los casos, no se ha detectado ninguna zona con agregación de puntos que permita hacer sospechar ausencia de aleatoriedad y consiguientemente presencia de una causa ambiental común a varios casos (figura 10.13).

Figura 10.12. Localización geográfica de los casos de legionelosis y de las instalaciones de riesgo. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.



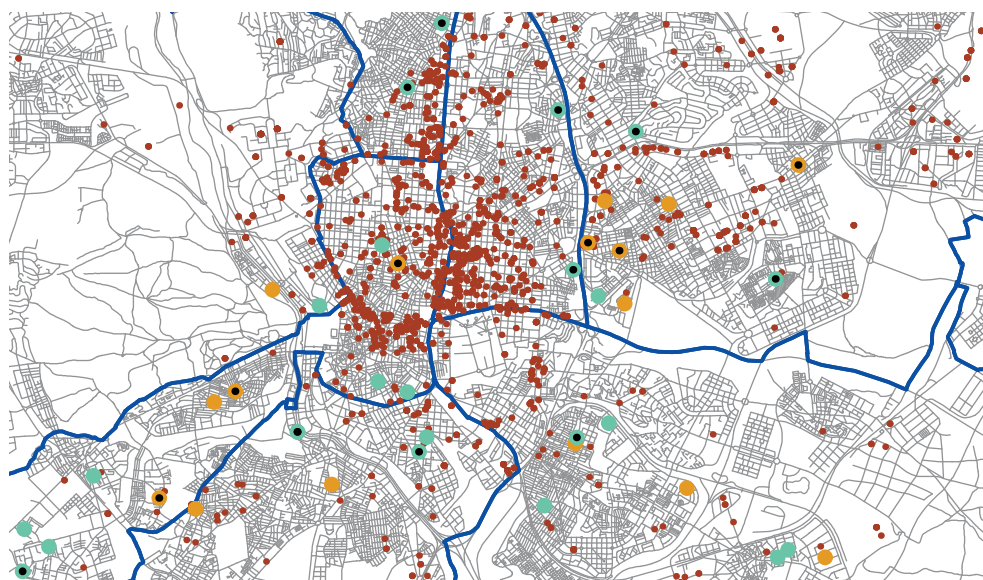


Figura 10.13. Detalle de la localización geográfica y algunas características de los casos de legionelosis y de las instalaciones de riesgo. Comunidad de Madrid, 2007-2008.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

Casos de legionelosis

Grupo de edad

- Mayores de 65 años

Año de declaración

- 2007
- 2008

● Instalaciones de riesgo

■ Áreas de Salud

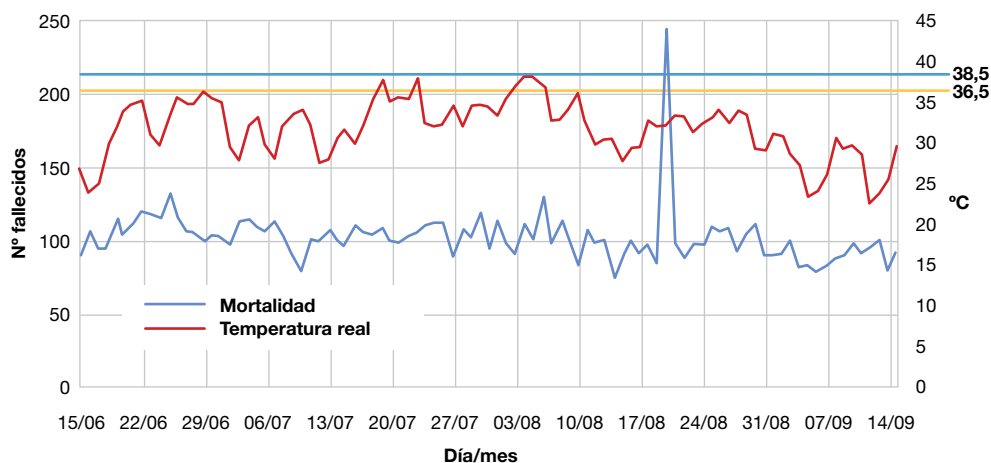
10.1.5. Vigilancia de extremos térmicos y salud

Está ampliamente demostrada la relación entre salud y temperatura: en la Comunidad de Madrid las tasas de mortalidad son más bajas en el intervalo de temperaturas entre 15,4 °C y 30,8°C, y aumentan cuando la temperatura sube por encima de 30,8°C y, más bruscamente, a partir de 36,5°C. Para minimizar el impacto en salud de las temperaturas extremas mediante medidas de prevención, la Consejería de Sanidad activa el *Plan de respuesta ante los riesgos derivados de las Olas de Calor*, en el que queda protocolizado el Sistema de Vigilancia de Extremos Térmicos (ola de calor) que, en función de las temperaturas reales y previstas, permite estimar el nivel de riesgo de ola de calor. Los niveles de riesgo, que son función no sólo de la intensidad, sino de la duración del episodio de alta temperatura, quedaron establecidos a partir del estudio de “Determinación de Niveles Umbrales en los Efectos de las Olas de Calor sobre la Mortalidad”, con los datos de temperaturas y mortalidad en la Comunidad de Madrid de años previos.

En la vigilancia de la mortalidad desde el 15 de junio al 15 de septiembre de 2008 (figura 10.14) se observa una distribución irregular propia de la serie, y en la mayoría de los días, en los márgenes esperados. Sólo el 20 de agosto el número de fallecidos superó ampliamente el umbral máximo como consecuencia del accidente aéreo ocurrido en Barajas ese día. No se observa que aumentos en la temperatura hayan ocasionado incrementos importantes de la mortalidad, incluso durante los días que se superaron los niveles de alerta de temperatura (19 y 23 de julio y la agrupación del 3 al 6 de agosto).

Figura 10.14. Relación entre la temperatura máxima y la mortalidad. Comunidad de Madrid, periodo del 15 de junio al 15 de septiembre del 2008.

Fuente: Registro de Declaración de Servicios de Empresas Funerarias (TANATOS) e Instituto de Meteorología.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



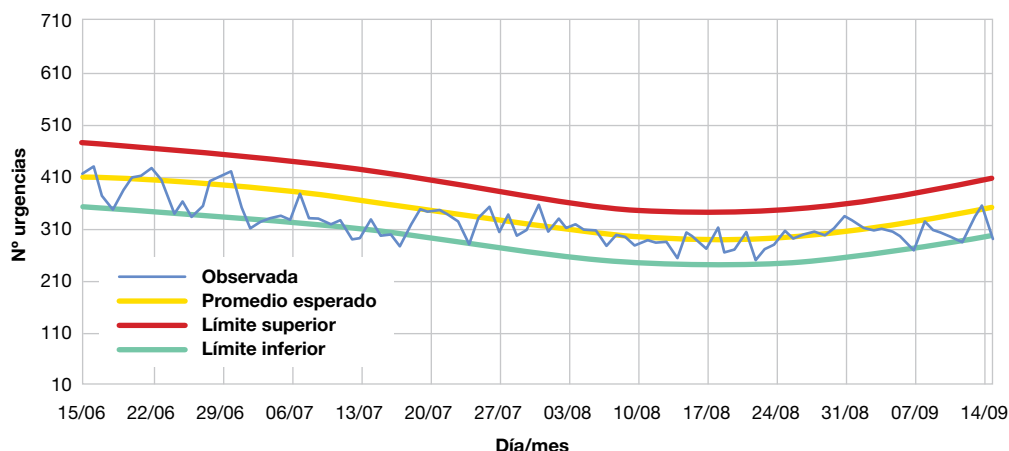
La monitorización de la morbilidad se realiza a través del seguimiento de la demanda sanitaria a urgencias hospitalarias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. A diferencia de la mortalidad, los indicadores de morbilidad guardan menor asociación con los efectos agudos de las olas de calor. Por otro lado, la irregularidad de la serie es mayor y es habitual que se produzcan con frecuencia saltos que superen los límites de seguridad esperados.

En la figura 10.15 se puede observar la dinámica de las urgencias para todas las edades durante el periodo estudiado, situándose por debajo de los márgenes previstos. No se observa relación aparente con la temperatura. Un patrón similar se observa en los mayores de 64 años donde tampoco se producen superaciones del umbral de seguridad.

Analizando los literales de los diagnósticos de urgencias, se registraron dos casos de “golpe de calor”, los días 21 de junio y 21 de julio.

Figura 10.15. Urgencias totales observadas y previstas (hospital Gregorio Marañón). Periodo del 15 de junio al 15 de septiembre del 2008.

Fuente: Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón.
Elaboración: 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 634 análisis en el transcurso del año 2007.

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 sistema de control de aguas sobre la Zona de Abastecimiento (ZA), considerando como tal el área geográfica definida en la que el agua de consumo proviene de una o varias captaciones y cuya calidad de las aguas distribuidas puede considerarse homogénea. Asimismo los gestores de los abastecimientos son los encargados del control de la calidad del agua que suministran.

En la Comunidad de Madrid existen 23 zonas de abastecimiento que son responsabilidad del Canal de Isabel II, que suministra agua al 95% de la población. El otro 5% de agua suministrada es responsabilidad de 41 municipios autónomos y 350 abastecimientos privados entre los que se encuentran urbanizaciones privadas y establecimientos de industria alimentaria.

En base a los controles efectuados por las empresas gestoras y los llevados a cabo por la Dirección General de 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 dependientes 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 (exceso de aluminio empleado como coagulante, presencia de amonio y nitritos como subproductos de la cloraminación).

Los tratamientos empleados en las Zonas de Abastecimiento de responsabilidad municipal se limitan generalmente a la cloración, si bien en su mayor parte el agua procede de pozos, por lo que no requieren, salvo excepciones, tratamientos complementarios. En algunos casos minoritarios, se han detectado alteraciones de los indicadores de contaminación microbiológica, de escasa trascendencia poblacional, debido a deficiencias en los sistemas de desinfección.

En los abastecimientos privados las aguas proceden de pozos y son utilizados para consumo y riego de zonas verdes. La calidad del agua distribuida depende fundamentalmente de los sistemas de tratamiento y desinfección empleados en cada caso. Los riesgos sanitarios derivados del consumo de estos suministros son de tipo microbiológico, de escasa entidad y asociados a deficiencias en la desinfección.

10.1.7. Vigilancia de la calidad de las aguas de las zonas de baño

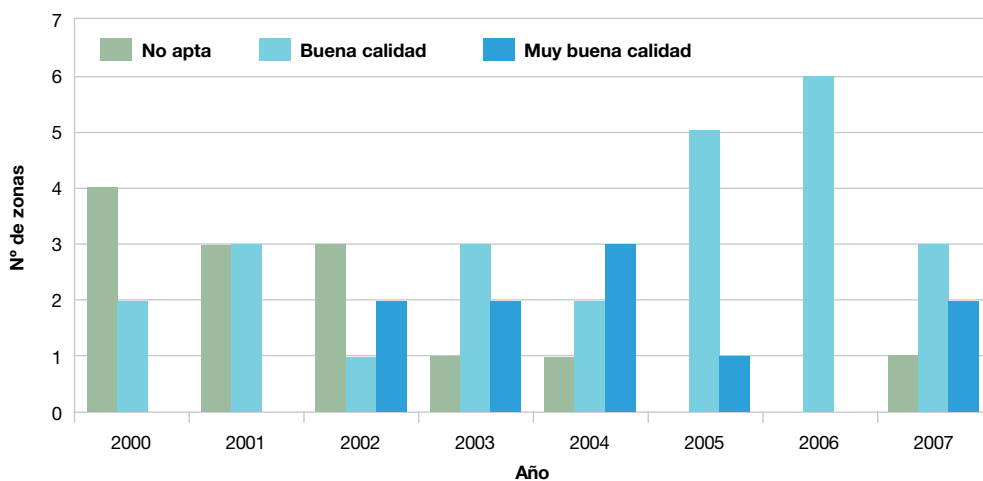
El uso del agua como actividad recreativa en entornos naturales es de indudable atractivo para la población e influye de forma positiva sobre la salud y el bienestar. No obstante, frente a estos beneficios, hay que contraponer los riesgos sanitarios asociados al baño por exposición a contaminantes del agua, accidentes, etc.

En la Comunidad de Madrid hay censadas seis zonas de baño naturales de las que anualmente, durante la temporada estival, se analiza tanto la calidad del agua como las dotaciones de que dispone cada una de ellas. En base a los resultados obtenidos se procede, al final de cada temporada, a la clasificación de dichas aguas, según los criterios establecidos por la normativa de la Unión Europea (R.D. 1341/2007 sobre gestión de la calidad de aguas de baño).

En la figura 10.16 se muestra la evolución de la calidad del agua de las zonas de baño de los últimos años, según los datos sobre “Calidad de las Aguas de Baño” remitidos a la Comisión Europea, en el que se constata la evolución positiva de la calidad sanitaria de las aguas de baño naturales

Figura 10.16. Evolución en la calidad de las aguas de baño. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

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 y Consumo y las Comunidades Autónomas que, en 2007, registró 37 alertas (figura 10.17).

La Comunidad de Madrid notificó 3 alertas de productos cuyos responsables de comercialización se encontraban ubicados en otras CCAA y recibió 34 notificaciones de alertas por productos comercializados en la Comunidad de Madrid. La mayoría de las alertas notificadas fueron de tipo III, que corresponde a infracción normativa, por tanto sin daños para la salud.

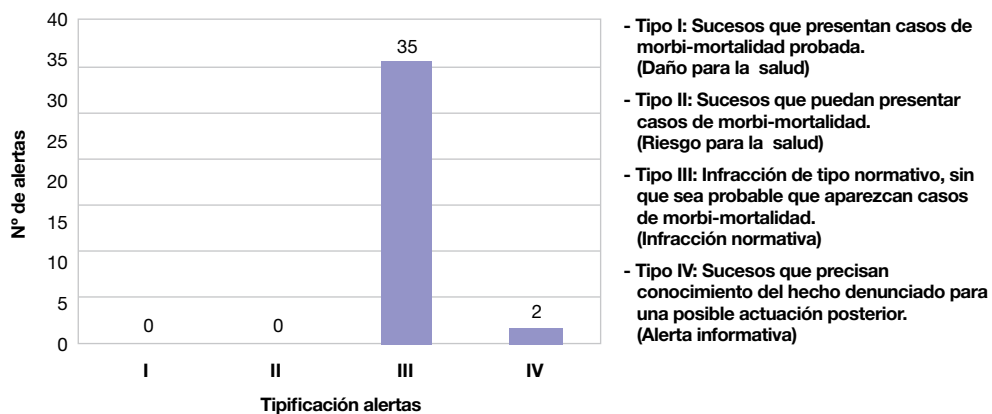


Figura 10.17. Tipificación de las alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

Durante 2007 son especialmente reseñables las actuaciones relacionadas con la puesta en el mercado para población general de un producto que contenía una concentración superior al 1% de hexafluorosilicato de magnesio, cuyo uso para población general se encuentra limitado por el Real Decreto 1406/1989 y normativa de desarrollo, y la Orden 14 de mayo de 1998, que impone limitación de uso a sustancias Carcinogénicas Mutagénicas y Tóxicas para la reproducción (CMR). Esta alerta implicó a varias Áreas de Salud Pública y las actuaciones permitieron retirar el producto sin que se produjesen casos o efectos en salud.

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

Según el *Panorama Laboral 2008: Balance del mercado de trabajo en 2007 en la Comunidad de Madrid*, publicado por la Dirección General de Empleo de la Consejería de Empleo y Mujer de nuestra comunidad autónoma, al analizar la evolución de los principales indicadores del mercado de trabajo en el año 2007, la Comunidad de Madrid se sitúa en una mejor situación comparada con la observada a nivel nacional, con una tasa de empleo de la población del 71,7%, y de la población femenina en concreto del 62,8% (ambos indicadores superan los objetivos de Lisboa y Estocolmo, 70% y 60% respectivamente). La población activa aumentó en 78.000 personas (un 2,5%), hasta llegar a los 3,28 millones, y lo hizo de manera semejante en hombres y mujeres, aunque éstas siguen teniendo un peso inferior (44,9%). El 57% de las personas incorporadas en el mercado laboral fueron extranjeras, alcanzando un peso relativo del 20,2%. Esta población constituyó el 47,9% de los nuevos empleados.

Durante 2007, el único sector en el que en términos absolutos creció el empleo fue el sector Servicios, donde se crearon el 92,7% de los nuevos puestos de trabajo.

La población de referencia: La población trabajadora afiliada a la Seguridad Social fue en la Comunidad de Madrid, durante el año 2007, de 3.005.300 personas. Las personas que estuvieron afiliadas con cobertura de contingencia profesional fueron 2.649.810.

En este apartado se abordarán, de forma sintética, algunos indicadores de la pérdida de salud derivada de la actividad laboral. Para ello han sido analizados los Accidentes de Trabajo con baja ocurridos en 2007 y las Enfermedades Profesionales notificadas de enero a noviembre de 2007.

10.2.1. Las Enfermedades Profesionales

10.2.1.1. Las Enfermedades Profesionales en la Comunidad de Madrid durante 2007

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 Trabajo y es desde donde se realiza el tratamiento informático de los partes remitiéndose posteriormente la información a las Comunidades Autónomas.

Actualmente, está disponible la información relativa a los partes comunicados entre los meses de enero a noviembre de 2007. Durante este periodo, se comunicaron 1.094 partes de Enfermedades Profesionales correspondientes a la Comunidad de Madrid, que representaron el 6,9% de las 15.821 comunicadas a nivel nacional.

De las 1.094 Enfermedades Profesionales notificadas se dispone de información completa en 961 (87,8%). Si consideramos aquellas que tiene además una confirmación que ha motivado el cierre del parte hay información en 523 (48%), en las que además se especifica el código de diagnóstico según la clasificación CIE-10.

Del total de Enfermedades Profesionales comunicadas en el periodo de estudio, 627 se dieron en trabajadores y 487 en trabajadoras y se observó un mayor número de partes comunicados en los grupos de edad de 30 a 44 años en las mujeres y de 35 a 49 años entre los hombres (figura 10.18).

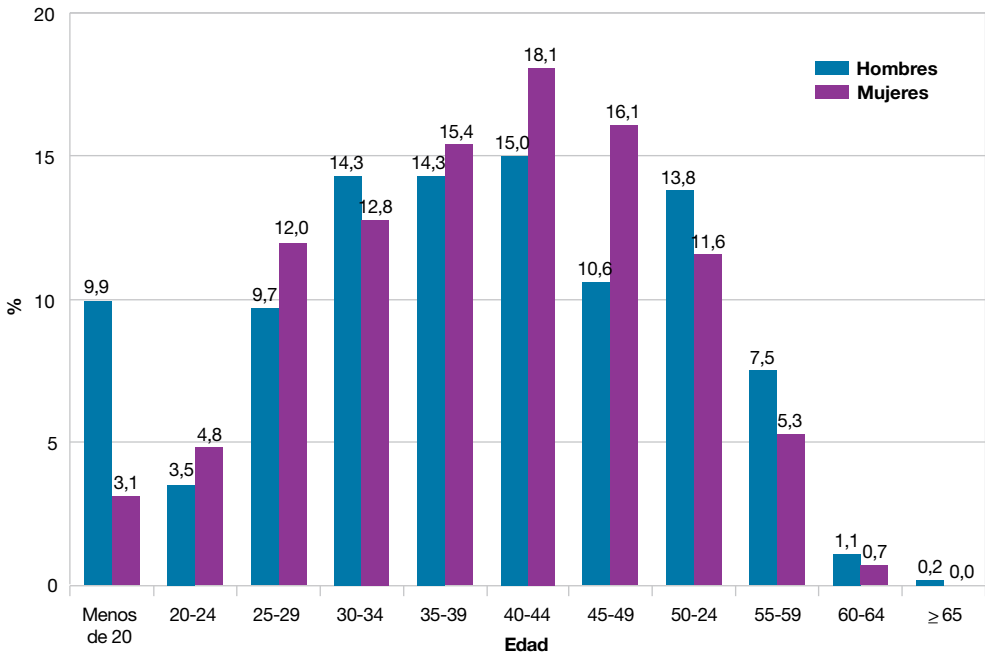


Figura 10.18. Enfermedades Profesionales. Partes Comunicados. Distribución Porcentual por edades y sexo. Comunidad de Madrid, enero a noviembre 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

En la tabla 10.4 se presenta la distribución de casos totales notificados, estratificados por sexo y ramas de actividad económica. Por nivel de actividad, el peso porcentual de la Enfermedad Profesional fue superior en los hombres sobre todo en las actividades como: Construcción; Fabricación de productos metálicos; Venta y reparación de vehículos; Venta de combustible y fabricación de otro material de transporte. Entre las mujeres destacaron actividades como Actividades sanitarias, veterinarias y de Servicios sociales; Otras actividades empresariales; Hostelería y Actividades diversas de servicios personales.

Tabla 10.4. Enfermedades Profesionales notificadas: distribución de casos según sexo y rama de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.

Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres	Mujeres	Total
Actividades anexas a los transportes. Agencias de viajes. Comunicaciones	4	3	7
Actividades asociativas	0	6	6
Actividades de saneamiento público	8	1	9
Actividades diversas de servicios personales	3	35	38
Actividades informáticas. Investigación y desarrollo	4	3	7
Actividades inmobiliarias	2	1	3
Actividades recreativas, culturales y deportivas	4	5	9
Actividades sanitarias y veterinarias. Servicios sociales	11	70	81
Administración Pública; Defensa; Seguridad Social; Otros Organismos extraterritoriales	12	23	35
Agricultura, ganadería, caza y servicio	19	7	26
Alquiler de maquinaria sin operario, de efectos personales y enseres domésticos	3	1	4
Captación, depuración y distribución de agua	1	0	1
Comercio al por mayor. Intermediarios del comercio	25	22	47
Comercio al por menor. Reparaciones domésticas	24	33	57
Construcción	126	6	132
Correos y telecomunicaciones	2	2	4
Edición, artes graficas y reproducción de soportes grabados	24	7	31
Educación	0	9	9
Extracción de minerales no metálicos ni energéticos	1	0	1
Fabricación de instrumentos medico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería	0	1	1
Fabricación de maquinaria y material eléctrico	9	4	13
Fabricación de muebles; otras industrias manufactureras	20	6	26
Fabricación de otro material de transporte	27	0	27
Fabricación de otros productos minerales no metálicos	3	2	5
Fabricación de productos de caucho y materias plásticas	13	1	14
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria	34	1	35
Fabricación de vehículos de motor, remolques	15	8	23
Fabricación material electrónico; aparatos de radio, televisión y Comunicaciones	1	3	4
Hogares que emplean personal doméstico	1	0	1
Hostelería	11	40	51
Industria de la confección y de la peletería	7	5	12
Industria de la construcción de maquinaria	24	2	26
Industria de la madera y del corcho. Cestería	4	0	4
Industria de productos alimenticios y bebidas	17	14	31
Industria del papel	1	6	7
Industria química	3	4	7
Industria textil	3	6	9
Metalurgia	7	2	9
Otras actividades empresariales	24	69	93
Preparación, curtido y acabado del cuero; fabricación de artículos de marroquinería y viaje; artículos de guarnicionería, talabartería y zapatería	0	2	2
Reciclaje	1	0	1
Seguros y planes de pensiones, excepto seguridad social obligatoria	0	2	2
Selvicultura, explotación forestal. Servicios relacionados con las mismas	2	0	2
Transporte aéreo y espacial	1	1	2
Transporte terrestre; transporte por tubería	11	0	11
Venta y reparación de vehículos; venta de combustible	33	2	35
Total	545	415	960

Como se observa en la tabla 10.5, las patologías más frecuentes fueron los trastornos osteomusculares (epicondilitis lateral, sinovitis crepitante crónica de la mano y de la muñeca, síndrome del túnel carpiano) seguidas de las dermatitis (dermatitis alérgica de contacto y dermatitis de contacto no especificada) tanto en trabajadores como en trabajadoras.

Diagnóstico CIE-10	Hombres	Mujeres	Total
Epicondilitis lateral	67	54	121
No especificado	49	61	110
Sinovitis crepitante crónica de la mano y de la muñeca	46	46	92
Dermatitis alérgica de contacto	34	23	57
Síndrome del túnel carpiano	10	32	42
Dermatitis de contacto, forma no especificada	19	13	32
Epicondilitis media	14	6	20
Asma	6	5	11
Otras bursitis del codo	5	2	7
Dermatitis de contacto por irritantes	2	3	5
Otras bursitis prerrotulianas	5	0	5
Inflamación respiratoria superior por inhalación gases, humos, vapores y sustancias químicas no clasificadas en otra parte	1	3	4
Urticaria por contacto	3	0	3
Hepatitis aguda tipo C	0	2	2
Otras lesiones del nervio mediano	2	0	2
Efectos del ruido sobre el oído interno	2	0	2
Artrosis secundaria de otras articulaciones	2	0	2
Varicela	0	1	1
Paludismo (malaria) no especificado	1	0	1
Otras rinitis alérgicas	1	0	1
Neumoconiosis debida al asbesto y a otras fibras minerales	1	0	1
Neumoconiosis debida a polvo de sílice	1	0	1
Neumonitis debida a hipersensibilidad al polvo orgánico	1	0	1
Total	272	251	523

Tabla 10.5. Enfermedades Profesionales notificadas y cerradas según sexo y patología. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.

Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

En la figura 10.19 se presenta la distribución de las Enfermedades Profesionales según los grupos de enfermedad, observándose que tanto entre las trabajadoras como entre los trabajadores, el grupo de agentes físicos es el que produjo una proporción mayor de enfermedades, en consonancia con la patología observada en la tabla 10.5, ya que en este grupo se incluyen, entre otras, los trastornos osteomusculares, las enfermedades por posturas forzadas y movimientos repetitivos, las hipoacusias, etc.

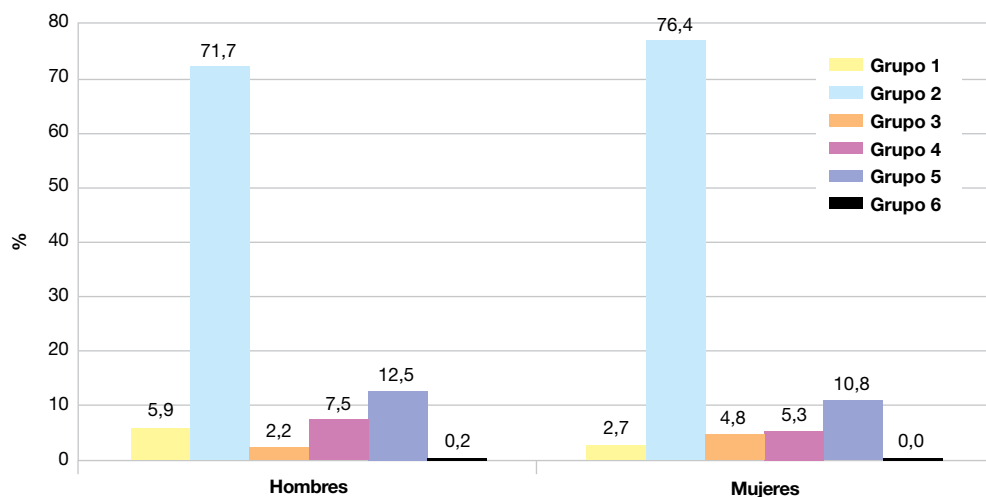


Figura 10.19. Enfermedades Profesionales. Partes comunicados. Distribución porcentual por grupos de enfermedad según sexo. Comunidad de Madrid, enero - noviembre 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.

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.

10.2.1.2. Programa para la vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto en la Comunidad de Madrid

Atendiendo a lo encomendado en la legislación vigente, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas diseñaron y consensuaron con las organizaciones empresariales y sindicales representativas un Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado expuestos a este material carcinógeno. En este marco, son las Administraciones Sanitarias las responsables de la Vigilancia de la Salud de los trabajadores que estuvieron expuestos a amianto cuando el trabajador que estuvo laboralmente expuesto se encuentre en situación de inactividad laboral (jubilación, desempleo) o cuando, siguiendo en activo, ya no trabaje en la empresa donde se produjo la exposición. En todos los demás casos serán los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales correspondientes los encargados de dicha vigilancia.

Para dar cumplimiento al Programa Integral en la Comunidad de Madrid se han realizado las siguientes actividades:

- Diseño y mantenimiento actualizado de un Registro de Trabajadores Expuestos a Amianto en la Comunidad de Madrid (RETEA). Según los datos recogidos al finalizar el año 2008, la cohorte está formada por 2.478 personas vivas con historia de exposición laboral a amianto que han cesado su actividad, 1.092 trabajadores en activo y 425 fallecidos.
- Elaboración y puesta en marcha de un Protocolo que permita realizar el seguimiento de la salud de los y las trabajadoras susceptibles de reconocimiento médico preventivo post-ocupacional en colaboración conjunta de Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada. Por parte del Servicio Madrileño de Salud, se han designado cuatro Unidades de Referencia, representadas por los Servicios de Neumología de los hospitales: la Paz, Carlos III, Doce de Octubre y Getafe, para proceder a estos reconocimientos preventivos.

10.2.2. Siniestralidad Laboral

10.2.2.1 Siniestralidad laboral en la Comunidad de Madrid durante 2007

Con el siguiente análisis, el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Comunidad de Madrid, aborda la siniestralidad laboral desde un enfoque epidemiológico que aporte algunos datos pormenorizados de interés en la planificación preventiva.

Debido a las dificultades para la obtención de los datos desagregados por sexo y actividad económica de la población afiliada con la contingencia profesional cubierta en nuestra Comunidad, para el cálculo de incidencias por actividad usaremos -con la limitación que ello conlleva- los datos relativos a la población afiliada en el Régimen General y en el Régimen Especial de la Minería del Carbón a 1 de enero de 2007, pues dicha población tiene cubierta la contingencia profesional, y es el único dato que se ha podido obtener con dicha desagregación. Para analizar las incidencias de los accidentes de la población autónoma, se han utilizado como denominadores los datos disponibles sobre dichos afiliados con las contingencias profesionales cubiertas a diciembre de 2007, único dato disponible: 51.559 trabajadores (37.432 hombres y 14.127 mujeres).

En los gráficos siguientes se observa que esta población tiene, en nuestro territorio, un predominio absoluto de numerosas ramas de Servicio, junto con Construcción, cuyo peso lo aporta la población masculina.

Durante 2007 se produjeron en la Comunidad de Madrid, un total de 154.135 Accidentes de Trabajo (AT) con baja laboral. En la tabla 10.6 se presenta la incidencia por régimen de afiliación.

Total

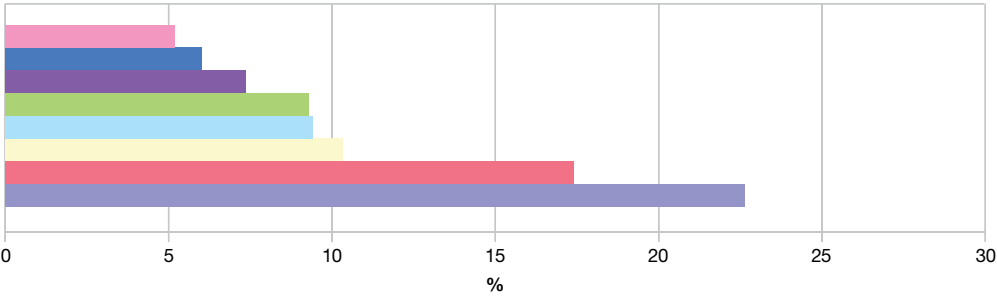
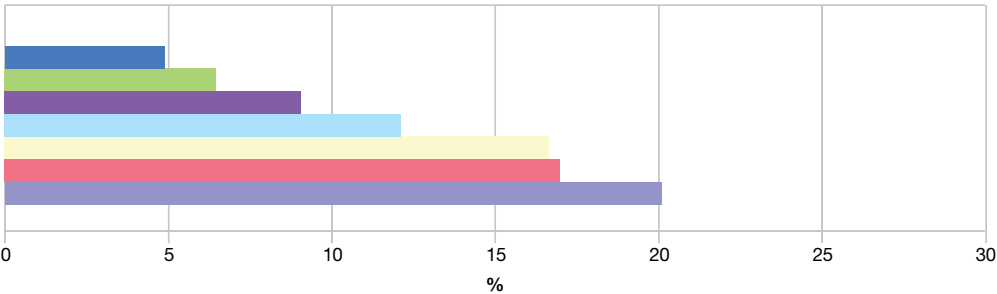


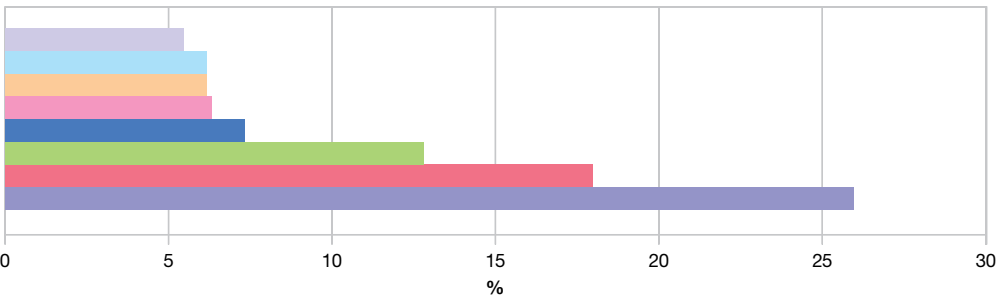
Figura 10.20. Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora, total y por sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres



Mujeres



- Hostelería
- Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria
- Transporte, almacenamiento y comunicaciones
- Industria manufacturera
- Construcción
- Comercio; reparación de vehículos de motor, motocicletas y ciclomotores y artículos personales y de uso doméstico
- Actividades inmobiliarias y de alquiler; servicios empresariales
- Actividades sanitarias y veterinarias, servicio social
- Educación
- Otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad; servicios personales

Índice de incidencia (por 100.000 afiliados/as*)	
General + Especial minería	5.903,10
Especial autónomos	1.728,12
Especial agrario	4.140,27
Especial trabajadores mar	4.705,37

* Afiliados con cobertura contingencias profesionales a diciembre de 2007

Tabla 10.6. Incidencias de Accidentes de Trabajo según sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Algunas características de estos AT ocurridos en la Comunidad de Madrid durante este periodo, fueron:

- Afectaron a 108.445 (70.4%) hombres y a 45.690 (29.6%) mujeres.
- La edad media fue de 35,84 años (DE:11,13) en los hombres, y de 37,14 (DE:11,19) en las mujeres.
- Según país de origen, aparte del origen español que aglutinó un 80,5% de los accidentes, fueron relevantes numéricamente los accidentes ocurridos entre trabajadores procedentes de Ecuador y Marruecos (hombres), y Ecuador y Colombia (mujeres).
- El 93,2% de los accidentes de hombres ocurrió entre asalariados del sector privado, perteneciendo también el 88,7% de las mujeres accidentadas a este sector.
- Entre los hombres. el 44% de los accidentes ocurrió en trabajadores con contrato temporal, y en las mujeres esta proporción fue del 35,2%.
- Un 13% de los hombres accidentados pertenecía a contratas o subcontratas. Las mujeres accidentadas de subcontratas ascienden al 8,6%.
- Un 2,8% del total de accidentados/as pertenecía a una Empresa de Trabajo Temporal.
- En el 34,9% de los accidentes no se había realizado evaluación de riesgos.
- En cuanto a la estructura preventiva que cubría a los accidentados, predomina el Servicio de Prevención Ajeno (60,7%).
- En cuanto al lugar específico del accidente, en el caso de los hombres, predominan las zonas industriales, obras de construcción, lugares públicos y lugares de actividad terciaria. Las mujeres se accidentaron mayoritariamente en lugares de actividad terciaria, lugares públicos, zonas industriales y centros sanitarios.
- El 6,7% de los accidentes en los hombres, y el 10,2% en las mujeres, fueron accidentes de tráfico.
- El movimiento y la manipulación de objetos fueron, con más frecuencia, las actividades específicas que realizaba el trabajador en el momento del accidente.
- Los mecanismos más frecuentes fueron los sobreesfuerzos físicos (34,6% en hombres y 39,2% en mujeres), seguidos de aplastamientos y choques contra objetos en movimiento.
- En cuanto a la gravedad, el 99,3% de los accidentes fueron calificados como leves. Los graves o muy graves representaron el 0,6%. Un 0,1% del total de accidentes fueron mortales -140 hombres y 11 mujeres-. Tanto en hombres como en mujeres, no se hallaron diferencias en la gravedad del accidente entre los hispanoparlantes y los que no lo eran.
- Se produjeron 32 accidentes mortales en trabajadores de contratas o subcontratas (31 hombres y 1 mujer). Esto constituye el 0,2% de los accidentes en estos trabajadores, el doble de lo hallado en el resto de trabajadores (0,1%), y esta diferencia es estadísticamente significativa.
- Los diagnósticos más frecuentes fueron las dislocaciones, esguinces y torceduras (44,1% en hombres y 56,3% en mujeres), seguidas de las lesiones superficiales (40,1% en hombres y 29,6% en mujeres).
- En 2.606 accidentes -2.112 hombres y 494 mujeres- (1,9% y 1,1% respectivamente), fue necesaria la hospitalización del trabajador.

- Un 82,2% de los accidentes de los hombres y un 73,5% de los de las mujeres ocurrieron en el centro habitual de trabajo. Los accidentes al ir o volver del trabajo (*in itinere*) representaron el 7,4% y 20,8% de los accidentes totales, respectivamente.
- Del total de los Accidentes de Trabajo con baja, 100.474 hombres y 36.189 mujeres se accidentaron en jornada de trabajo. La tasa global de incidencia fue de 4.547,40 AT en jornada de trabajo, con baja, por cada 100.000 afiliados.

Como complemento al análisis global, se realizó un análisis detallado de ciertos tipos de accidente, bien por su destacada frecuencia o por representar accidentes en los que su prevención pudiera ir más allá de las condiciones de trabajo de un puesto concreto. En este grupo de “causas especiales” se incluyeron: los accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves y muy graves, los sobreesfuerzos y las agresiones (tabla 10.7).

	Hombres		Mujeres		Valor p (Hombres-Mujeres)
	Nº AT	Tasa (por 100.000 trabajadores)	Nº AT	Tasa (por 100.000 trabajadoras)	
AT por accidente de tráfico	7.222	429,78	4.679	353,19	<0,001
AT por “ Infartos y derrames cerebrales”	114	6,78	5	0,38	<0,001
AT por sobreesfuerzos físicos	37.481	2.230,48	17.917	1.352,43	<0,001
AT por agresiones	1.599	95,16	600	45,29	<0,05

Tabla 10.7. Incidencia de Accidentes de Trabajo (AT) con causas especiales. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Además, como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad (tabla 10.8) se analizaron los siguientes factores:

- Si el accidente derivó en hospitalización.
- Si el accidente produjo, como lesión, amputaciones traumáticas.
- El número de jornadas no trabajadas debido al AT.
- La mortalidad y años potenciales de vida productiva perdidos.
- Los accidentes graves o mortales ocurridos en jornada de trabajo.

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Tasa (por 100.000 trabajadores)	Nº AT	Tasa (por 100.000 trabajadoras)
1º. AT que derivaron en hospitalización	2.112	125,68	494	37,29
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	213	12,68	14	1,06
3º. AT que resultaron en muerte	140	8,33	11	0,83
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	810	48,20	57	4,30

Tabla 10.8. Indicadores de la repercusión inmediata de los Accidentes de Trabajo (AT). Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

(En todas las variables, diferencia Hombres-Mujeres, con $p < 0,001$)

	Nº AT	Suma	Media	Valor p (Hombres-Mujeres)
5º. Jornadas no trabajadas por AT *				
Hombres	78.475	1.781.851 (días)	22,71 (días)	<0,001
Mujeres	34.045	839.048 (días)	24,65 (días)	
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos **				
Hombres	105	2.725 (años)	25,95 (años)	>0,05
Mujeres	10	243 (años)	24,30 (años)	

* Calculadas con exclusión de AT mortales

** Calculados sobre los AT mortales para un límite de edad productiva de 70 años

Finalmente, se presentan los indicadores calculados para aquellas actividades que concentran mayor número de accidentes en nuestro territorio, por sector (figuras 10.21 y 10.22) y rama de actividad.

Figura 10.21. Distribución de Accidentes de Trabajo según momento y por sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

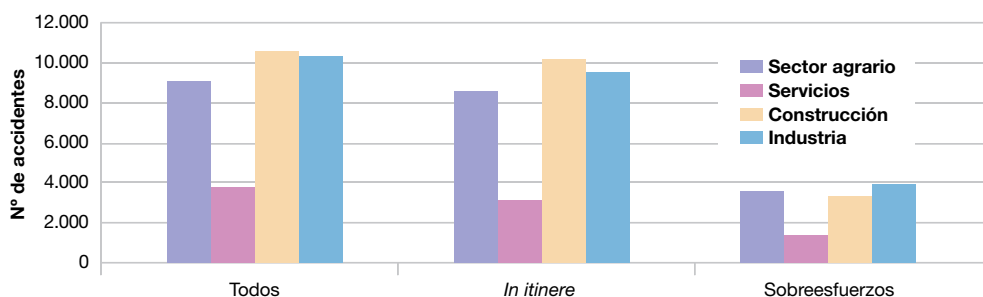
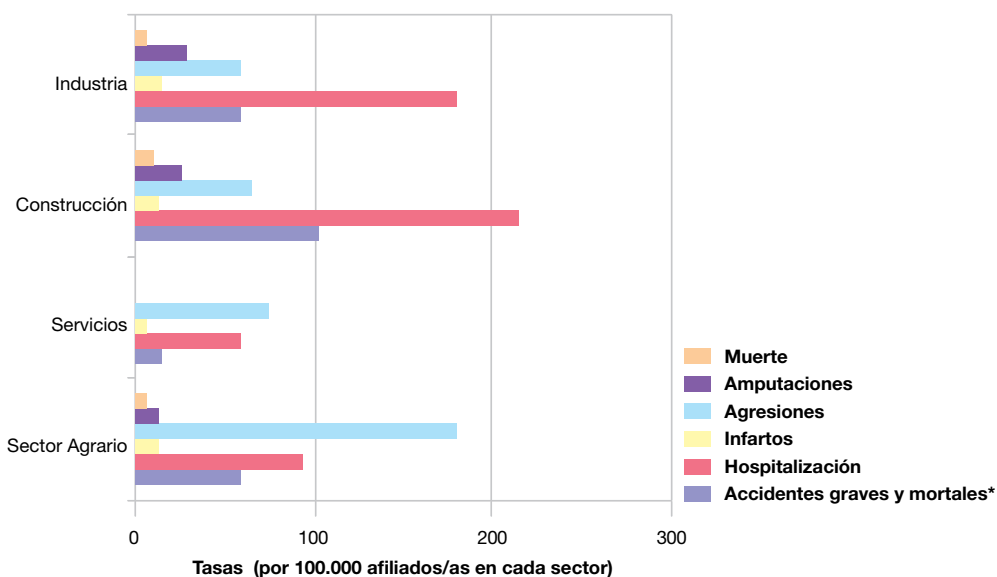


Figura 10.22. Algunos indicadores de Accidentes de Trabajo en los 4 sectores de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.

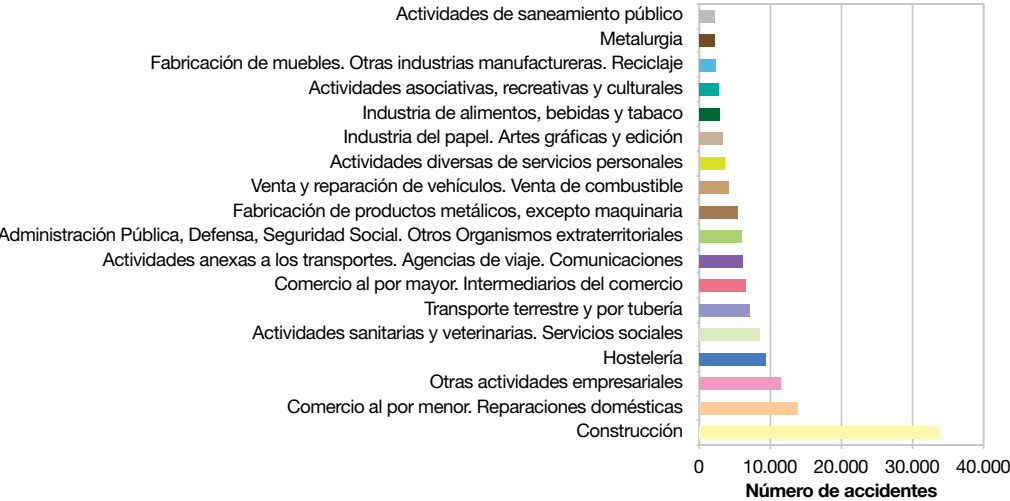
Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



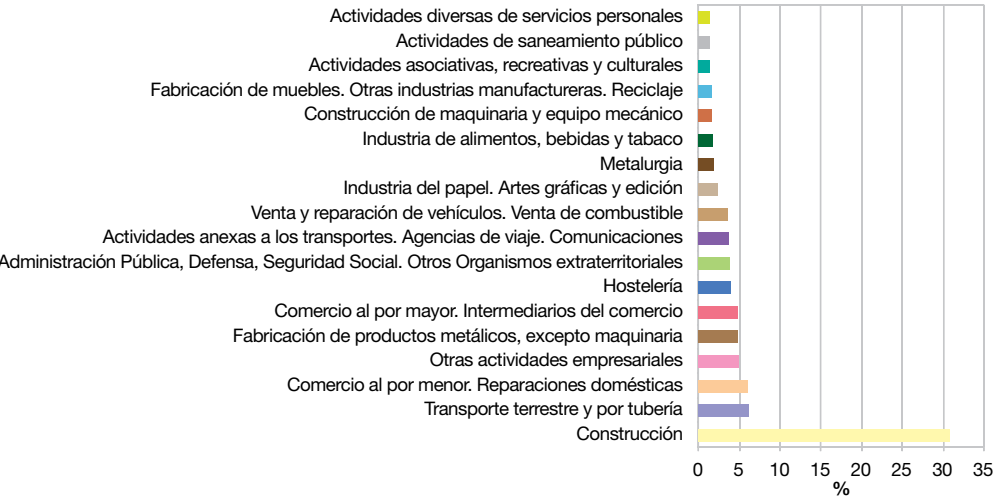
* En jornada de trabajo, es decir, excluyendo los *in itinere*

En la figura 10.23 se presentan las actividades que acumularon el 85% de los Accidentes de Trabajo con baja registrados en la población general y diferenciando en hombres y mujeres.

Total



Hombres



Mujeres



Figura 10.23. Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los Accidentes de Trabajo, total y distribución porcentual por sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

En la tabla 10.9 se muestran, separadamente para hombres y mujeres, las actividades con un mayor número de accidentes y que paralelamente aglutinaron más indicadores negativos.

Tabla 10.9. Accidentes de Trabajo totales, peso de algunas características, por rama. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres						
	Total Accidentes	% Sobre-esfuerzo	% Agresiones	% Accidentes CV* graves o mortales	% Hospitalización	% ATF**	% Trastorno psíquico
Construcción	33.329	31,14	0,62	0,08	2,01	3,14	0,08
Transporte terrestre	6.588	38,42	3,95	0,12	2,00	9,05	0,08
Comercio al por menor	6.500	37,05	1,02	0,09	1,43	6,89	0,03
Otras actividades empresariales	5.377	31,17	4,61	0,20	1,95	12,22	0,11
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria	5.159	33,05	0,58	0,04	1,92	3,39	0,06
Comercio al por mayor e intermediarios	5.125	39,65	0,62	0,06	2,05	7,59	0,00
Hostelería	4.159	24,00	1,95	0,12	1,83	11,76	0,05
Administración pública, defensa	4.068	37,64	6,88	0,20	0,86	12,00	0,00
Venta y reparación de vehículos de motor, venta de combustible	3.921	37,77	0,71	0,03	1,12	7,55	0,00
Actividades anexas a los transportes; agencias de viajes	2.433	41,27	1,15	0,08	1,77	7,60	0,04
Metalurgia	2.046	30,50	0,34	0,10	1,56	2,74	0,00
Edición, artes gráficas	1.992	40,46	0,55	0,15	1,81	5,62	0,05
Industria de productos alimenticios y bebidas	1.934	38,42	0,67	0,10	1,60	4,34	0,00
Industria de la construcción de maquinaria y equipo mecánico	1.835	38,09	0,54	0,05	1,36	4,52	0,00
Correos y telecomunicaciones	1.579	28,31	1,58	0,38	7,41	29,13	0,00
Fabricación de muebles; otras industrias manufactureras	1.574	39,39	0,51	0,00	2,03	3,43	0,00
Actividades de saneamiento público	1.508	36,27	0,99	0,07	1,39	5,11	0,07
Actividades de servicios personales: lavanderías, peluquerías	1.455	29,69	3,92	0,07	2,27	8,59	0,14
Actividades sanitarias y veterinarias	1.413	46,50	2,05	0,42	1,84	8,56	0,42
Industria de la madera y del corcho	1.380	38,77	0,43	0,00	2,25	2,46	0,00
Total actividades	108.445	34,56	14,75	0,11	1,95	6,66	0,06

Mujeres							
	Total Accidentes	% Sobre- esfuerzo	% Agresiones	% Accidentes CV* graves o mortales	% Hospita- lización	% ATF**	% Trastorno psíquico
Comercio al por menor	7.489	42,54	1,39	0,00	0,89	8,28	0,21
Actividades sanitarias y veterinarias	7.217	53,03	2,22	0,03	0,48	7,03	0,37
Otras actividades empresariales	6.034	33,64	1,44	0,00	0,85	11,60	0,00
Hostelería	5.155	31,04	0,89	0,00	0,62	4,13	0,08
Actividades servicios personales: lavanderías, peluquerías	2.107	42,81	1,28	0,00	0,85	0,00	0,09
Administración pública, defensa	1.949	35,15	1,44	0,05	0,97	10,72	0,00
Comercio al por mayor e intermediarios	1.509	35,79	0,46	0,00	1,59	19,42	0,07
Educación	1.262	30,59	1,11	0,00	1,11	12,20	0,16
Correos y telecomunicaciones	1.188	30,47	1,09	0,00	6,73	16,58	0,00
Actividades anexas a los transportes; agencias de viajes	984	39,43	1,22	0,00	1,93	11,48	0,00
Industria de productos alimenticios y bebidas	862	42,58	0,35	0,00	1,16	4,76	0,12
Actividades recreativas, culturales y deportivas	784	32,78	1,53	0,00	1,66	15,05	0,00
Construcción	654	28,44	0,61	0,15	2,45	21,87	0,15
Transporte aéreo y espacial	645	40,47	1,09	0,00	0,16	11,63	0,00
Actividades de saneamiento público	612	48,53	0,49	0,00	0,33	2,29	0,00
Edición, artes gráficas	607	41,02	0,49	0,00	1,32	12,36	0,00
Transporte terrestre	582	34,88	2,41	0,00	1,72	17,35	0,00
Industria Química	539	36,73	1,11	0,00	1,11	13,91	0,19
Actividades informáticas	524	22,14	1,34	0,00	0,95	33,21	0,00
Intermediación financiera	496	17,34	0,20	0,00	1,81	30,04	0,00
Total actividades	45.690	39,21	1,31	0,01	1,08	10,24	0,00

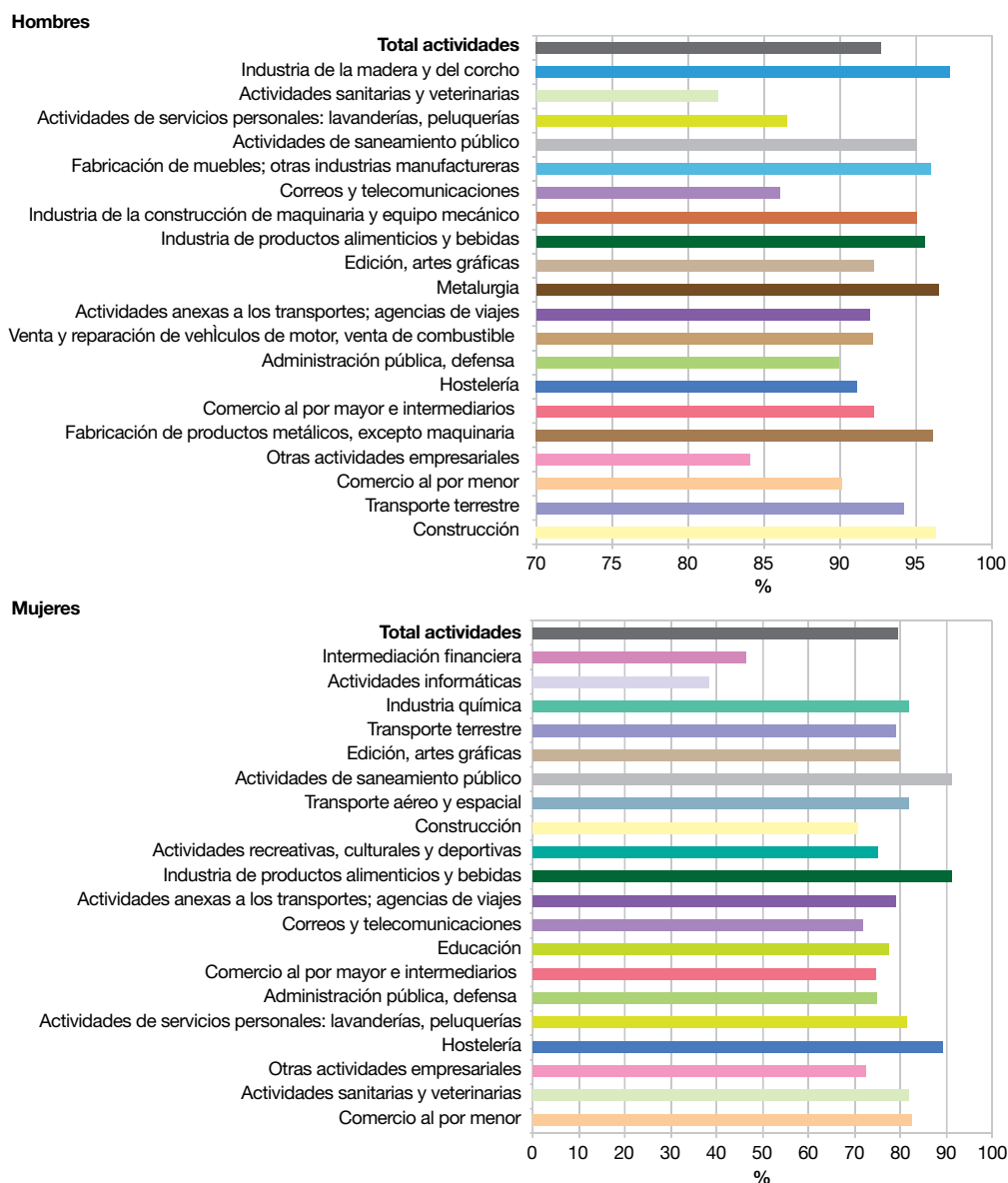
* CV: cardiovasculares

** ATF: accidentes de tráfico

Para conocer cómo se distribuyeron por ocupaciones los Accidentes de Trabajo que sucedieron durante la jornada laboral, es decir, excluyendo los *in itinere*, se seleccionaron también aquellas actividades con mayor siniestralidad registrada (figura 10.24).

Figura 10.24. Porcentajes de accidentes ocurridos durante el trabajo por actividades. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



Según estas ramas de actividad, y teniendo en cuenta aquellas con mayor población ocupada, se hallaron los mayores índices de incidencia de Accidentes de Trabajo en hombres en la industria manufacturera y en la construcción, y en mujeres en actividades sanitarias, veterinarias y sociales (tabla 10.10).

	Hombres			Mujeres		
	Afiliados RG y MC*	Nº Accidentes	Índice de Incidencia	Afiliadas RG y MC*	Nº Accidentes	Índice de Incidencia
Agricultura, ganadería, caza y selvicultura	5.911	989	16,73	1.977	234	11,84
Pesca	27	11	40,74	4	1	25,00
Industrias extractivas	1.837	294	16,00	457	29	6,35
Industria manufacturera	169.059	22.801	13,49	68.843	4.632	6,73
Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua	7.356	519	7,06	3.003	44	1,47
Construcción	232.405	32.956	14,18	28.297	645	2,28
Comercio; reparación de vehículos de motor, motocicletas y ciclomotores y arículos personales y de uso doméstico	237.046	15.461	6,52	202.718	9.264	4,57
Hostelería	68.314	4.128	6,04	82.605	5.129	6,21
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	126.446	11.679	9,24	59.631	3.397	5,70
Intermediación financiera	47.245	471	1,00	42.319	807	1,91
Actividades inmobiliarias y de alquiler; servicios empresariales	280.132	7.272	2,60	293.691	6.909	2,35
Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria	90.686	4.106	4,53	144.848	1.972	1,36
Educación	40.725	558	1,37	69.066	1.257	1,82
Actividades sanitarias y veterinarias, servicio social	14.977	1.406	9,39	60.889	7.213	11,85
Otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad; servicios personales	61.095	4.491	7,35	70.702	3.835	5,42
Hogares que emplean personal doméstico	11.212	180	1,61	2.648	153	5,78
Organismos extraterritoriales	594		0,00	621		0,00
No consta	293			168		0,00
Total	1.395.360	107.322	7,69	1.132.487	45.521	4,02

* Afiliados/as a enero de 2007.

Tabla 10.10. Índices de incidencia de Accidentes de Trabajo por ramas de actividad en población afiliada en el Régimen general (RG) y en el Régimen especial de la minería y el carbón (MC). Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.

Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Los accidentes mortales se distribuyeron también de manera diferenciada en hombres y mujeres, según actividades. En la tabla 10.11 se incluye el análisis de actividades con mayor frecuencia de AT mortales, el peso de cada rama sobre el total de accidentes mortales, el índice de incidencia por cada 100.000 afiliados, y el peso de los accidentes mortales por cada 1.000 Accidentes de Trabajo en cada rama. Para todos estos indicadores se han usado los datos de siniestralidad y de afiliación correspondientes a los y las afiliadas al Régimen General de la Seguridad Social y al Régimen Especial de la Minería del Carbón.

Tabla 10.11. Indicadores de Accidentes de Trabajo (AT) mortales en hombres afiliados en el Régimen general (RG) y en el Régimen especial de la minería y el carbón (MC). Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Hombres				
	Nº	% sobre accidentes mortales	Incidencia por 100.000 afiliados	Tasa por cada 1.000 AT en cada rama
Construcción	42	30	3,01	1,27
Transporte terrestre	17	12	1,22	2,62
Otras actividades empresariales	8	6	0,57	1,49
Correos y telecomunicaciones	7	5	0,50	4,46
Comercio al por menor	6	4	0,43	0,93
Administración pública, defensa	6	4	0,43	1,48
Comercio al por mayor e intermediarios	5	4	0,36	0,98
Industria de productos alimenticios y bebidas	4	3	0,29	2,07
Hostelería	4	3	0,29	0,97
Fabricación de maquinaria y material eléctrico	3	2	0,21	2,83
Actividades recreativas, culturales y deportivas	3	2	0,21	2,27
Extracción minerales no metálicos ni energéticos	2	1	0,14	12,12
Industria de la construcción de maquinaria y equipo mecánico	2	1	0,14	1,09
Transporte aéreo y espacial	2	1	0,14	1,68
Intermediación financiera	2	1	0,14	7,02
Seguros y planes de pensiones	2	1	0,14	15,63
Educación	2	1	0,14	3,58
Actividades de saneamiento público	2	1	0,14	1,33
Total	139	100	9,96	1,30

Mujeres				
	Nº	% sobre accidentes mortales	Incidencia por 100.000 afiliadas	Tasa por cada 1.000 AT en cada rama
Otras actividades empresariales	3	27,27	0,26	0,50
Hostelería	2	18,18	0,18	0,39
Administración pública, defensa	2	18,18	0,18	1,03
Fabricación de muebles; otras Industrias manufactureras	1	9,09	0,09	2,39
Reciclaje	1	9,09	0,09	18,18
Comercio al por menor	1	9,09	0,09	0,13
Actividades sanitarias y veterinarias	1	9,09	0,09	0,14
Total	11	100	0,97	0,24

La población trabajadora en régimen especial de autónomos: la gran desconocida.

Como se ha comentado en la introducción a este epígrafe, no todos los trabajadores por cuenta propia tienen cubiertas las contingencias profesionales, razón por la que no es posible conocer la verdadera magnitud de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales en este colectivo. La población autónoma a diciembre de 2007 afiliada con las contingencias profesionales cubiertas, ascendió a 51.559 -37.432 hombres y 14.127 mujeres- (esto supone sólo alrededor del 14% del total de población trabajadora en dicho régimen).

Se produjeron un total de 891 accidentes de trabajo con baja (tabla 10.12). Se produjeron 20 accidentes graves (18 hombres y 2 mujeres), uno muy grave y uno mortal (ambos en hombres).

Tabla 10.12. Accidentes de Trabajo (AT) en afiliados autónomos según sexo y sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

	Hombres	Mujeres	Total
Servicios	358	107	465
Industria	292	7	299
Construcción	107	7	114
Sector agrario	11	2	13
Total	768	123	891

En las tablas 10.13 y 10.14 se presenta, para afiliados autónomos, la incidencia por causas especiales y algunos indicadores de repercusión inmediata.

	Hombres		Mujeres		Valor p (Hombres- Mujeres)
	Nº AT	Incidencia (por 100.000 afiliados)*	Nº AT	Tasa (por 100.000 afiliadas)*	
AT por accidente de tráfico	69	184,33	21	148,65	<0,001
AT por “Infartos y derrames cerebrales”	0	0	0	0	
AT por sobreesfuerzos físicos	207	553,00	36	254,83	>0,05
AT por agresiones	11	29,39	3	21,24	>0,05

* Afiliados/as a diciembre de 2007 con contingencias cubiertas

Tabla 10.13. Incidencia de Accidentes de Trabajo (AT) con causas especiales en afiliados autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
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	34	90,83	5	35,39
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	9	240,04	0	0
3º. AT que resultaron en muerte	1	2,67	0	0
4º. AT graves+mortales en jornada de trabajo (excluidos in itinere)	20	53,43	2	14,16

* Afiliados/as a diciembre de 2007 con contingencias cubiertas

Tabla 10.14. Indicadores de la repercusión inmediata del Accidente de Trabajo (AT) en afiliados autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Las ramas en las que se ha dado mayor siniestralidad en la población autónoma fueron, en el año 2007 (tabla 10.15) entre los hombres, la construcción (el 46%); y en las mujeres, hostelería, comercio al por mayor, otras actividades empresariales y servicios personales (equivalentes al mismo porcentaje de accidentes), todas ellas del sector Servicios.

Hombres		
	Nº AT	%
Construcción	358	46,6
Transporte terrestre	105	13,7
Comercio al por menor	36	4,7
Hostelería	28	3,6
Comercio al por mayor e intermediarios	27	3,5
Industria de la madera y del corcho	22	2,9
Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria	21	2,7
Venta y reparación de vehículos de motor, venta de combustible	20	2,6
Otras actividades empresariales	19	2,5
Actividades recreativas, culturales y deportivas	18	2,3

Tabla 10.15. Ramas de actividad que acumulan el 85% de los Accidentes de Trabajo (AT) en afiliados autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CEPROSS, M.T.A.S.
Elaboración: Servicio de Salud Laboral.

Mujeres		
	Nº AT	%
Hostelería	22	17,9
Comercio al por mayor e intermediarios	14	11,4
Otras actividades empresariales	14	11,4
Actividades servicios personales: lavanderías, peluquerías	13	10,6
Comercio al por menor	12	9,8
Construcción	7	5,7
Actividades recreativas, culturales y deportivas	7	5,7
Transporte terrestre	5	4,1
Educación	5	4,1
Actividades auxiliares a la intermediación financiera	4	3,3
Venta y reparación de vehículos de motor, venta de combustible	3	2,4

10.2.2.2. Vigilancia de los Accidentes Biológicos en personal sanitario durante 2007

En cumplimiento con la “ORDEN 827/2005, de 11 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid”, se estableció un sistema de Notificación de Accidentes Biológicos desde los servicios de prevención de riesgos laborales del ámbito sanitario, principalmente público aunque también participan centros sanitarios de entidad privada.

Este sistema de vigilancia aporta información veraz y homogénea sobre cuáles son los factores que directa o indirectamente intervienen en el desencadenamiento del accidente con riesgo biológico, el más frecuente entre los trabajadores sanitarios y que también afecta, aunque con menor frecuencia, a trabajadores no sanitarios que trabajan en este medio.

Paralelamente desde la Consejería de Sanidad se llevó a cabo la implantación de dispositivos de bioseguridad dentro de la red pública asistencial para la prevención de este tipo de riesgos laborales.

Durante el año 2007 se realizaron 2.805 notificaciones de accidentes biológicos al sistema de vigilancia (NOTAB) de los que el 81,0% ocurrió en mujeres. La edad media del accidentado/a fue de 37,0 años y la antigüedad media del personal accidentado fue de 8 años y seis meses. Entre los accidentados, el 46,7% era personal de enfermería y respecto al turno de trabajo un 35,7% de los accidentes se produjeron en turno de mañana.

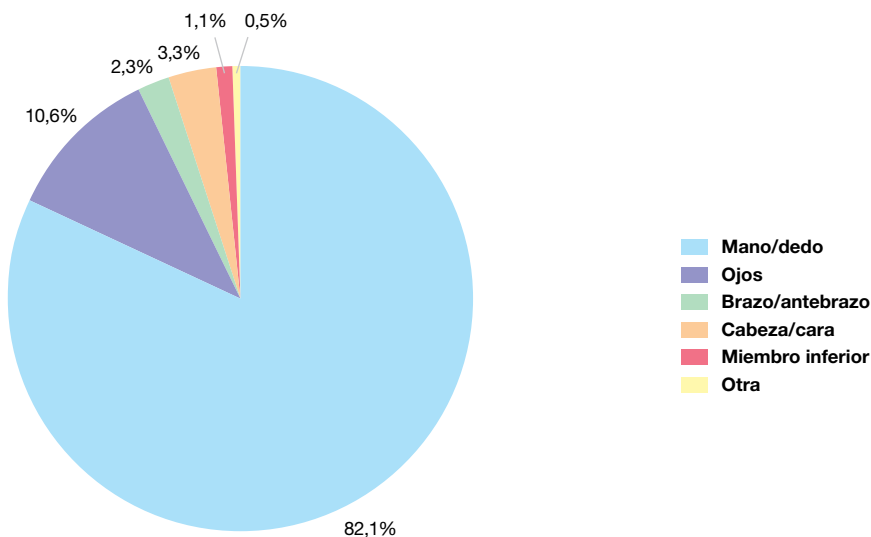
Según el tipo de lesión, el 73,6% correspondió a punciones y de éstas el 16,2% fueron cutáneo-mucosas. La localización más frecuente de la lesión se observó en la mano/dedo (82,1%) seguido de los ojos (10,6%) (figura 10.25).

A pesar de la implantación de materiales dotados de dispositivos de seguridad, en 576 (20,5%) accidentes del total notificado estuvo involucrado dicho material y en 82 (14,2%) de estos, el accidente se produjo por fallo en el dispositivo de seguridad.

Figura 10.25. Localización de los accidentes biológicos producidos en personal sanitario. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: NOTAB

Elaboración: Servicio de Salud Laboral.



10.3. Conclusiones y recomendaciones

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2007 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. En cuanto a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM₁₀) y del dióxido de nitrógeno (NO₂) se han superado en varias ocasiones los límites respectivos, aunque hay que recordar que éstos se han ido reduciendo progresivamente en los últimos años.

En cuanto al polen, los niveles de concentración total en 2007 han disminuido respecto a 2006, pese al aumento del tipo Cupresáceas. El contenido total de esporas de hongos en la atmósfera en 2007 fue también inferior al del año 2006.

Respecto al Sistema de Vigilancia de la legionelosis, el número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a finales de 2007 era de 3.635. Entre los casos de legionelosis notificados en 2006 y 2007 no se han detectado zonas de agregación espacial.

Entre enero y noviembre de 2007 se comunicaron 1.094 partes de Enfermedad Profesional, siendo las patologías más frecuentes los trastornos osteomusculares, seguidas de las dermatitis. Los Accidentes de Trabajo con baja laboral ascendieron a 154.135 en 2007 y fueron más frecuentes en hombres, en población de origen español y entre asalariados del sector privado. Un 0,1% del total fueron mortales. Los diagnósticos más frecuentes fueron las dislocaciones, esguinces y torceduras (44,1%). El Sistema de Vigilancia de los Accidentes Biológicos en personal sanitario recogió 2.805 notificaciones.

La realidad socioeconómica de la Comunidad de Madrid genera efectos negativos en el medio ambiente en general, y sobre la calidad del aire en particular, con un indudable impacto en salud. Es necesario reforzar los sistemas de vigilancia y monitorización tanto de los factores ambientales que puedan suponer un riesgo para la población, y especialmente de los grupos más vulnerables, como de los efectos en la salud que pueden estar produciendo. De esa forma será posible hacer un seguimiento efectivo de las medidas correctoras adoptadas.

La protección de la seguridad y la salud en el medio laboral es un derecho de todos los ciudadanos. Para garantizarlo es fundamental recoger de forma minuciosa toda la información posible sobre la pérdida de salud derivada de la actividad laboral, y utilizarla para orientar las estrategias preventivas necesarias para disminuir los riesgos para la salud generados por el trabajo, así como promocionar y mejorar la salud laboral.

Objetivo 11
Una vida más sana

11

Objetivo 11. Una vida más sana

Para el año 2015, todos los grupos de población deberán haber adoptado unos modelos de vida más sanos.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las políticas públicas en favor de la salud de todos los Estados Miembros se centran en la aplicación de las estrategias y de los principios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, contando con la plena participación de la comunidad;*
- *La prevención y el control de los factores comunes de riesgo de las enfermedades no transmisibles se convierten en parte integrante de la vida comunitaria, y se crea un amplio movimiento de ámbito europeo en favor de los estilos de vida sanos que implique a todos los países y organizaciones internacionales relevantes;*
- *Se cuenta con una gestión global de la enfermedad, que haga hincapié en los resultados sanitarios y en la calidad de la atención, tomando en consideración los derechos y los deseos de los pacientes.*

11.1. Estilos de vida y salud

Desde el punto de vista epidemiológico los estilos de vida relacionados con la salud son contemplados como el patrón de conductas, comportamientos o actitudes desarrollado por las personas, que en ocasiones es saludable y otras veces es nocivo para la salud. La característica fundamental del mismo es que es observable, convirtiéndose finalmente en hábitos, definidos por su persistencia a lo largo del tiempo. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables están relacionados con la génesis de gran número de enfermedades.

Los factores determinantes vinculados a los estilos de vida pueden ser específicos de una determinada etapa de la vida o de una región geográfica concreta, existiendo generalmente una alta vinculación con aspectos culturales y socioeconómicos. Una característica esencial es que estos factores tienden a relacionarse y asociarse entre sí por lo que sus efectos sobre la salud dependen de la interacción que finalmente se establezca entre ellos, por lo cual habitualmente su estudio es complejo.

Algunos de los estilos de vida que influyen más en el estado de salud de las poblaciones están relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol y el tabaco, la práctica de ejercicio físico, la conducta higiénica y alimentaria, la conducción de vehículos, la presencia de estrés o el comportamiento en relación con actividades de ocio y recreativas.

Aunque en los países desarrollados estos estilos de vida representan una elevada carga sanitaria por su influencia perjudicial para la salud, nos encontramos con la paradoja de que el mayor porcentaje de los recursos sanitarios se desvía hacia el campo asistencial en el intento de curar las enfermedades relacionadas con los mismos, en detrimento de la necesaria inversión destinada a los ámbitos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La información reflejada en este capítulo hace referencia al ejercicio físico y a la alimentación, relacionándose ambos con el peso corporal. Corresponde a la explotación de las bases de datos

del SIVFRENT-A de la Dirección General de Atención Primaria, del Panel de Consumo Alimentario (MARM) y del Barómetro de percepción de la alimentación y salud ambiental del Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud, y de los estudios monográficos “Publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas” y “Obesidad” elaborados por la Dirección General de Ordenación e Inspección.

11.2. Ejercicio físico en adultos

En 2007, según el SIVFRENT-A, el 42,8% de los entrevistados afirma estar sentado la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realiza una actividad sedentaria. Los hombres son en términos relativos un 25% más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 51,1% es inactivo (tabla 11.1).

En relación con la actividad física en tiempo libre, desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, se definen personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 82,9% de los entrevistados es considerado como no activo en el tiempo libre. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 88,1% son inactivos. Según este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres (tabla 11.1). En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es el footing, seguido del fútbol y las pesas/gimnasia con aparatos. En mujeres la más frecuente es la gimnasia de mantenimiento, seguida de la natación y las pesas/gimnasia con aparatos (tabla 11.2).

Si comparamos los promedios de 2006-2007 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se ha incrementado un 5,4% en hombres y un 15,2% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene muy estable (figura 11.1).

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral *	42,8 (±2,2)***	47,6 (±3,1)	38,1 (±3,0)	51,1 (±4,2)	44,0 (±3,5)	34,9 (±3,5)
No activos en tiempo libre **	82,9 (±1,6)	77,5 (±2,6)	88,0 (±2,0)	72,8 (±3,8)	85,2 (±2,5)	88,1 (±2,4)

* Estar sentado la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

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

*** Intervalo de confianza al 95%

Tabla 11.1. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Hombres		%	Mujeres		%
1. Footing		13,8	1. Gimnasia de mantenimiento		9,1
2. Fútbol		13,6	2. Natación		7,6
3. Pesas/Gimnasia con aparatos		10,8	3. Pesas/Gimnasia con aparatos		5,4
4. Bicicleta		10,6	4. Aerobic/Gim Jazz/Danza		4,2
5. Gimnasia de mantenimiento		5,6	5. Footing		3,6

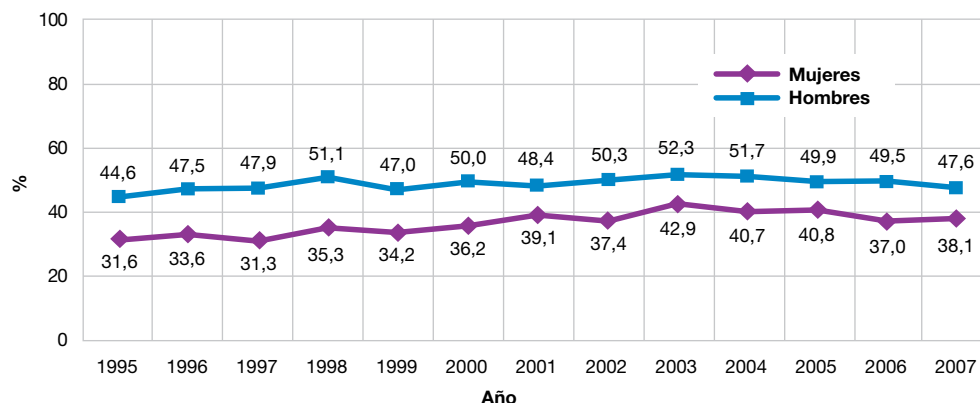
Tabla 11.2. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Figura 11.1. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

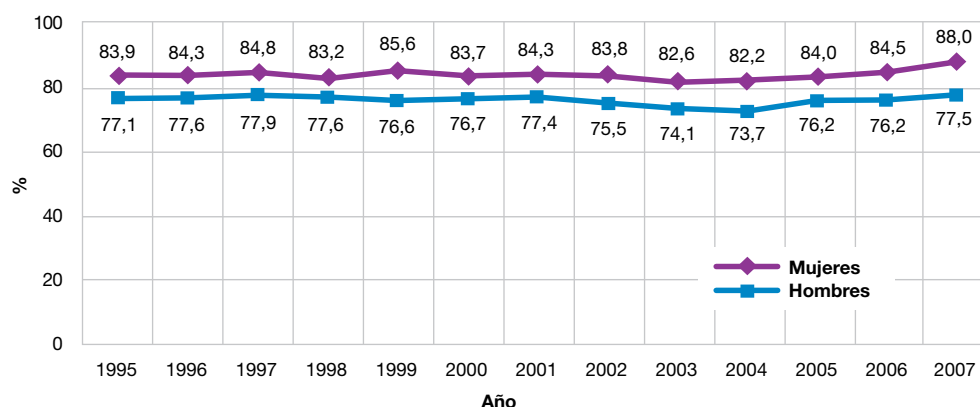
Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

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 al menos 3 veces/semana y 30 minutos cada vez

En relación con las razones que justifican el bajo nivel de ejercicio físico detectado en la población adulta (figura 11.2), según los resultados aportados por el estudio monográfico sobre obesidad realizado por el Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud, la falta de tiempo es el principal motivo aducido (66,7%). Le siguen la poca afinidad por este tipo de actividades: no les gusta hacer ejercicio (27,4%) o bien les da pereza, vaguería o dejadez (10,9%). Los impedimentos materiales por falta de instalaciones o de recursos económicos aparecen en pequeño porcentaje, lo que indica que es predominantemente una cuestión relacionada con el estilo de vida y la motivación personal. No se observan grandes diferencias por sexo, sin embargo la falta de tiempo va aumentando hasta los 45 años (79,9%) para disminuir posteriormente hasta el 40,5% en los mayores de 60 años. A los más jóvenes y a los mayores son a los que menos les gusta hacer ejercicio (31,1% y 36,9% respectivamente).

¿Por qué cree usted que en general la gente realiza poco ejercicio físico?

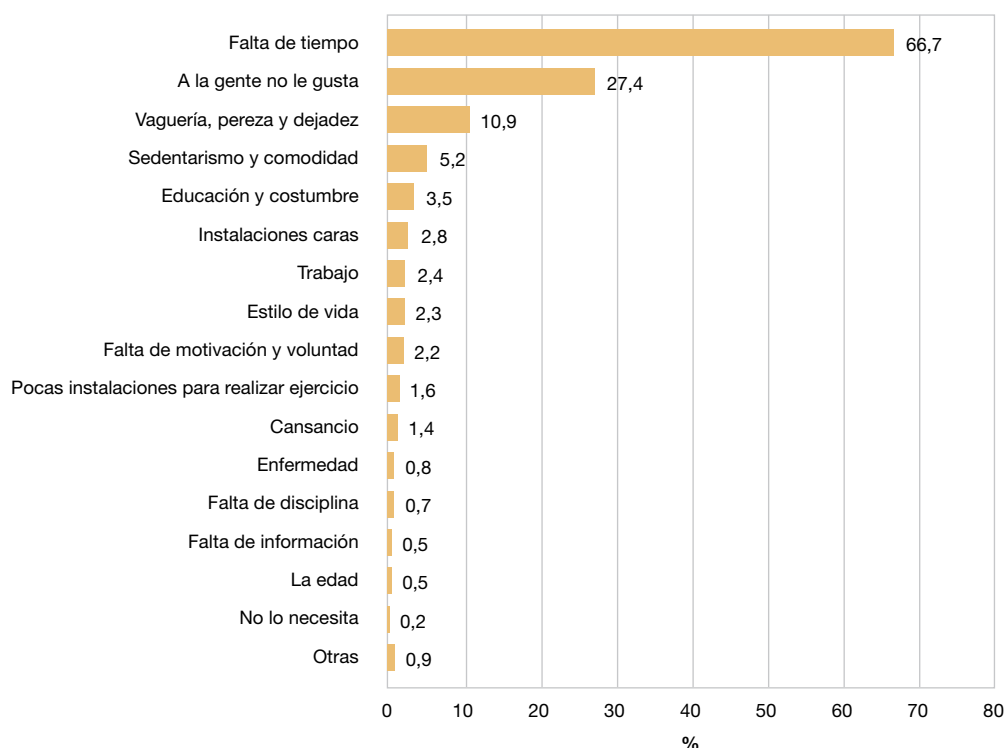


Figura 11.2. Autopercepción de las causas del bajo ejercicio físico en población adulta. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

La información procedente del SIVFRENT-A está basada en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente de 1,3 raciones/día, aunque el 13,4% no ingiere ninguna cantidad (tabla 11.3). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,1 raciones diarias y sólo el 6,7% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 36,6% en hombres y del 28,3% en mujeres. Desde 1995, año en el que se empiezan a recoger estos datos de forma anual con el SIVFRENT, se observa que la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 11,6% en hombres y un 14,4% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (figura 11.3). Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

La ingesta media de galletas, bollería y productos de pastelería es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 49,6% de las personas entrevistadas (tabla 11.3). El 9,9% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

La media de consumo de fruta fresca es de 1,2 raciones/día, que se incrementa a 1,4 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24h el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,5 raciones/día. El 6,5% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta (incluidos zumos), y el 51,6% (57,8% de hombres y el 45,5% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día (figura 11.3). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 66,3% no llega a consumir tres raciones al día.

La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido moderadamente en hombres y mujeres (7,1% y 10,5%), comparando los dos primeros años de la serie respecto a 2006 y 2007 (figura 11.3).

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta una ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 84,8%, han consumido algún alimento de este grupo (tabla 11.3). Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 49,6% de hombres frente al 36,1% de mujeres (figura 11.3). No se observan grandes variaciones en los trece años de estudio.

El 49,7% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad (tabla 11.3).

Tabla 11.3. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	86,6 (±1,5)*	85,6 (±2,2)	87,6 (±2,0)	79,8 (±3,4)	87,9 (±2,3)	90,4 (±2,2)
Leche y derivados	93,3 (±1,1)	92,4 (±1,7)	94,2 (±1,4)	90,4 (±2,5)	93,5 (±1,7)	95,4 (±1,6)
Dulces/ Bollería	49,6 (±2,2)	52,0 (±3,1)	47,2 (±3,1)	47,0 (±4,2)	51,6 (±3,5)	49,4 (±3,7)
Verdura	77,3 (±1,8)	74,0 (±2,7)	80,4 (±2,4)	68,7 (±3,9)	79,8 (±2,8)	81,1 (±2,9)
Legumbres	16,5 (±1,6)	17,6 (±2,4)	15,4 (±2,2)	13,1 (±2,9)	16,1 (±2,6)	19,5 (±2,9)
Arroz	14,9 (±1,6)	14,6 (±2,2)	15,2 (±2,2)	14,4 (±3,0)	16,5 (±2,6)	13,4 (±2,5)
Pasta	16,3 (±1,6)	18,4 (±2,4)	14,4 (±2,2)	23,9 (±3,6)	15,5 (±2,6)	11,4 (±2,4)
Carne	71,4 (±2,0)	76,5 (±2,6)	66,5 (±2,9)	75,2 (±3,6)	71,4 (±3,2)	68,5 (±3,4)
Carne y derivados	84,8 (±1,6)	88,1 (±2,0)	81,5 (±2,4)	87,6 (±2,8)	86,2 (±2,4)	81,0 (±2,9)
Huevos	26,8 (±1,9)	25,6 (±2,7)	27,9 (±2,7)	29,6 (±3,9)	25,4 (±3,1)	26,0 (±3,3)
Pescado	49,7 (±2,2)	47,7 (±3,1)	51,6 (±3,1)	39,8 (±4,1)	50,5 (±3,5)	56,4 (±3,7)
Fruta fresca	72,5 (±2,0)	68,2 (±2,9)	76,7 (±2,6)	56,3 (±4,2)	72,4 (±3,2)	85,3 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%

Consumo de menos de 2 raciones de lácteos

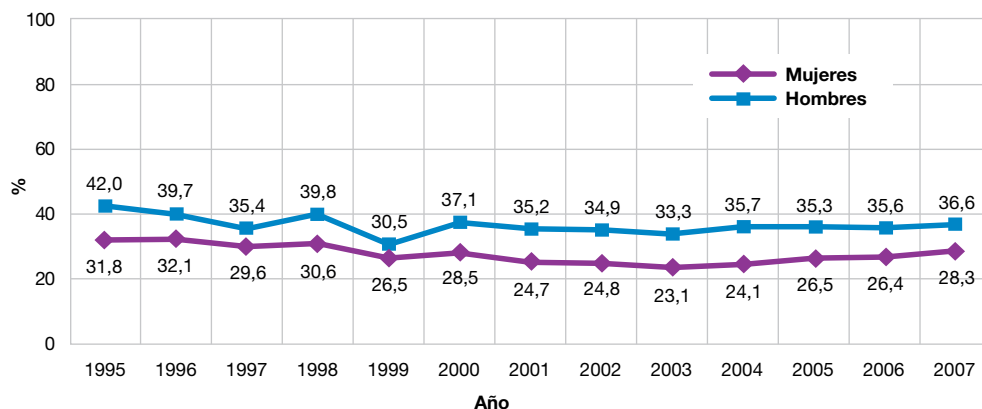
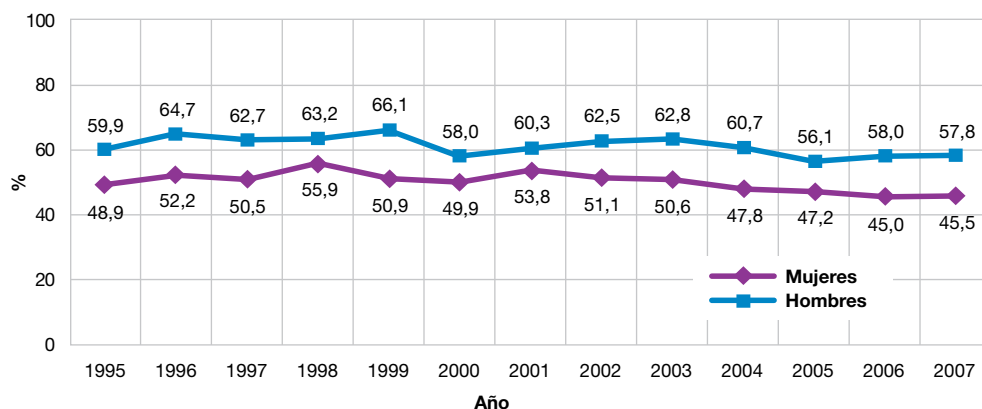


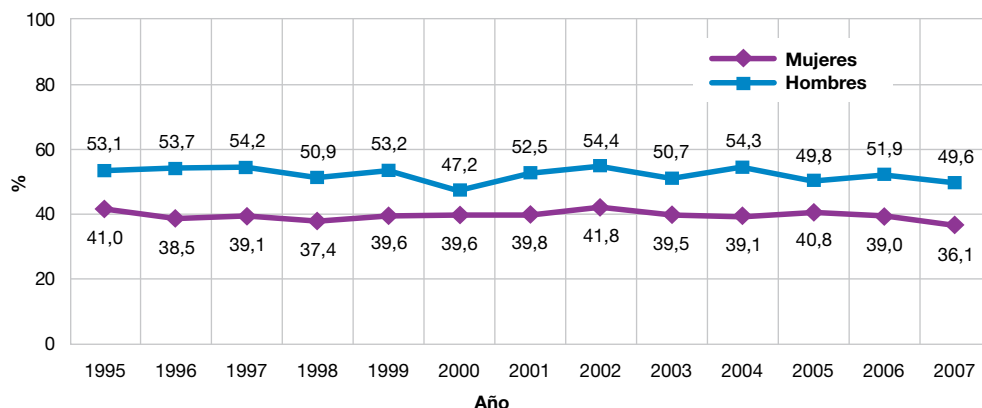
Figura 11.3. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) en población de 18-64 años, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

Consumo de menos de 3 raciones de fruta y verdura



Consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos



11.3.2. Alimentación fuera del hogar

Uno de los factores que más condiciona hoy en día nuestra alimentación es el cambio reciente en los estilos de vida, que se traduce en falta de tiempo para comprar alimentos, preparar los ingredientes y las recetas tradicionales, cocinar y comer en familia, cambios que se hacen mucho más patentes en las grandes ciudades.

Esta falta de tiempo para dedicarlo a las tareas de preparación de alimentos y comidas en familia hace que se recurra frecuentemente a las comidas fuera del hogar, lo que parece favorecer una alimentación más rica en grasa y menos saludable. Casi el 33% de los madrileños mayores de edad manifiesta en el año 2007 realizar alguna comida fuera del hogar. Además, las personas que se ven obligadas a comer fuera de casa, principalmente por motivos laborales y de estudios, lo hacen muy frecuentemente, una media de 3,3 veces por semana. El perfil típico es el de un hombre entre 18 y 30 años, ya que el porcentaje de hombres que comen frecuentemente fuera de casa es del 39,8% frente al 27,9% de las mujeres. Esta práctica disminuye a medida que aumenta la edad (desde 45,4% en los más jóvenes hasta 11,0% en los mayores de 60 años) y la frecuentación es medio punto superior en los hombres que en las mujeres (3,5 frente 3,0 veces por semana) (tabla 11.4).

Tabla 11.4. Práctica de alimentación fuera del hogar y frecuentación en función del sexo y el grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Barómetro de percepción de la alimentación y salud ambiental. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

	Acumulado 2007	Sexo		Edad			
		Hombres	Mujeres	18-30	31-45	46-60	Más de 60
Personas que realizan alguna comida fuera del hogar	32,9%	39,8%	27,9%	45,4%	41,9%	31,7%	11,0%
Número de veces que se realiza la comida fuera del hogar	3,3	3,5	3,0	3,2	3,4	3,3	2,3

11.3.3. Realización de dietas

Según información procedente del SIVFRENT-A un 16,2% de la población madrileña entre 18 y 64 años ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,9% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 2 veces más frecuente que en hombres (tabla 11.5).

Al comparar los promedios de 2006 y 2007 respecto a 1995 y 1996, se produce un moderado descenso en la realización de dietas para adelgazar en las mujeres (11,3%), mientras que en los hombres no se observan variaciones (figura 11.4).

Tabla 11.5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,2 (±1,6)*	12,9 (±2,1)	19,4 (±2,4)	15,2 (±3,0)	17,6 (±2,7)	15,5 (±2,7)
Dieta para adelgazar	10,9 (±1,4)	7,3 (±1,6)	14,4 (±2,2)	10,9 (±2,6)	12,5 (±2,3)	9,2 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

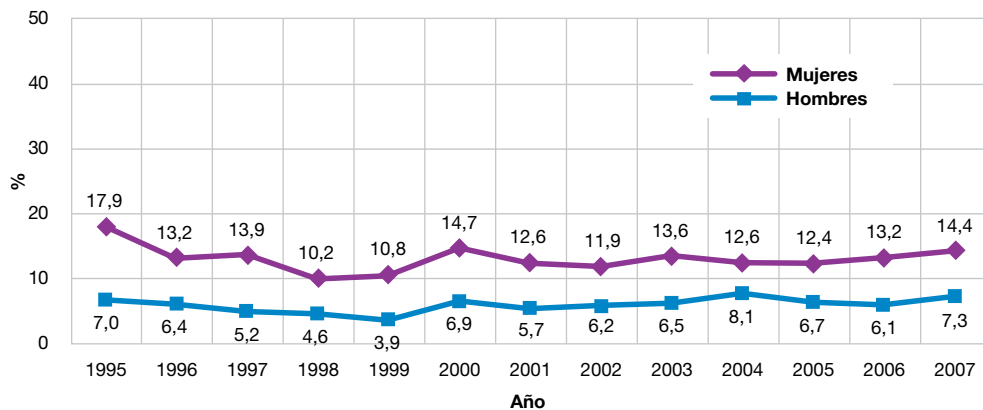


Figura 11.4. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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

Según el estudio monográfico sobre publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas, un 6% de los madrileños ha realizado en alguna ocasión algún tipo de dieta o ha seguido algún método para adelgazar sin control médico. Hay que considerar que el universo muestral de este estudio es más amplio que el del SIVFRENT-A, al contemplar a las personas mayores de 64 años, lo cual puede influir en la detección de una cifra menor en los resultados, ya que es precisamente la población de mayor edad la que realiza en menor medida estas dietas. También en este estudio se encuentra una mayor utilización por parte de las mujeres respecto a los hombres (6,6% vs 4,8%). Otro factor influyente es el estatus social de las personas, ya que se detecta un crecimiento de esta práctica a medida que aumenta el mismo (desde el 3,7% al 7,2%).

Respecto a los métodos empleados para adelgazar, el principal es beber mucha agua (88%), seguido del incremento de ejercicio (82%) y comer menos de lo habitual (74%) (figura 11.5). En comparación con los hombres las mujeres utilizan en mayor medida métodos que incluyen productos concretos para control del peso (52,9% frente al 37,5%) y especialmente pastillas, parches, etc. (38,2% frente al 6,3%).

¿Podría decirme si la dieta que usted siguió incluía alguno de estos aspectos?

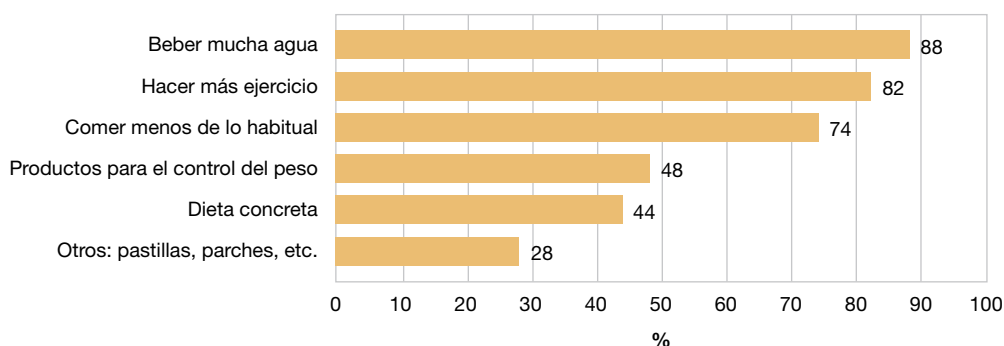


Figura 11.5. Métodos utilizados para perder peso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Un dato preocupante que refleja este estudio es la alta credibilidad que tienen los anuncios de dietas y productos adelgazantes en los medios de comunicación, ya que el 80% y el 50% de los madrileños considera mucho o bastante creíble la publicidad aparecida en prensa y revistas, y en radio e Internet, respectivamente. En contraposición con estos datos un 52% de los usuarios de estas dietas las consideran poco o nada eficaces, estando mucho más insatisfechas las mujeres que los hombres (64,7% vs 25%).

11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente entre el peso en kg y la talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados 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 11.5.

El 2,5% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres con una prevalencia del 4,5%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. Por otro lado, el 41,0% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,7% al sobrepeso de grado I, del 14,9% al sobrepeso de grado II, y del 8,4% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres, y se incrementan rápidamente a medida que aumenta la edad (tabla 11.6).

La tendencia (figura 11.6) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y de la obesidad del 32,7%, comparando los promedios de 2006 y 2007 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 19,1%.

Tabla 11.6. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

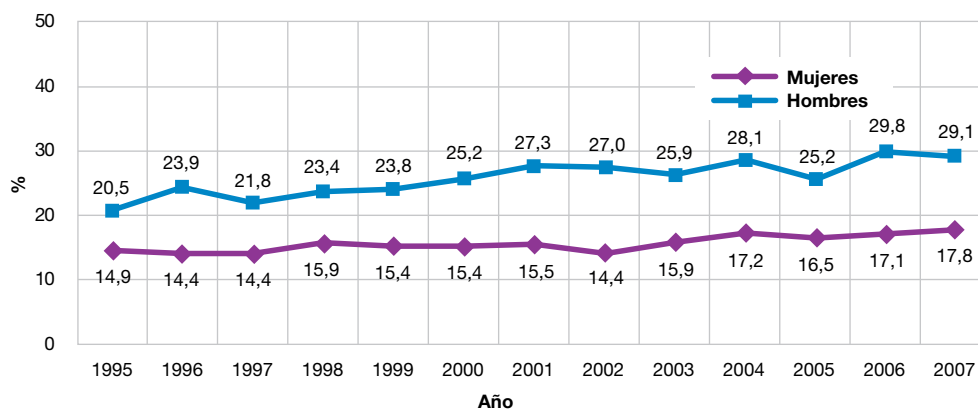
Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente **	2,5 (±0,7)*	0,5 (±0,4)	4,5 (±1,3)	6,7 (±2,1)	1,3 (±0,8)	0,7 (±0,6)
Sobrepeso grado I ***	17,7 (±1,7)	23,1 (±2,6)	12,5 (±2,1)	12,6 (±2,8)	17,6 (±2,7)	21,7 (±3,1)
Sobrepeso grado II ****	14,9 (±1,6)	19,6 (±2,5)	10,3 (±1,9)	8,6 (±2,4)	14,1 (±2,5)	20,7 (±3,0)
Obesidad *****	8,4 (±1,2)	9,5 (±1,8)	7,5 (±1,6)	3,7 (±1,6)	6,9 (±1,8)	13,8 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%
 ** Índice de Masa Corporal <18,5
 *** Índice de Masa Corporal 25-26,9
 **** Índice de Masa Corporal 27-29,9
 ***** Índice de Masa Corporal ≥30

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso de grado II u obesidad*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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



* Índice de masa corporal ≥ 27

El estudio monográfico sobre obesidad referido anteriormente nos ofrece también una valiosa información antropométrica complementaria a la descrita. El IMC medio obtenido para la población madrileña es de 24,6, dentro del rango de normopeso, aunque cercano al límite inferior del

sobrepeso (25). Según esta fuente el 54,2% de los madrileños se sitúa en el intervalo del normopeso, el 2,1% tienen un peso insuficiente, un 33,8% presenta sobrepeso y un 9,9% obesidad. Estos resultados son muy semejantes a los obtenidos por el SIVFRENT-A, observándose un ligero desplazamiento hacia una mayor obesidad, que puede reflejar la influencia de las personas por encima de los 64 años incluidas en el diseño muestral de este estudio.

Al igual que sucede con los datos del SIVFRENT-A se observan importantes diferencias al realizar un análisis desagregado por sexo. Las mujeres presentan un mayor grado de peso insuficiente, mientras que en los hombres son bastante superiores tanto el sobrepeso como la obesidad. Estos hechos se reflejan también en el IMC medio, dentro del rango de normopeso en las mujeres (23,7) y en el de sobrepeso en los hombres (25,5) (figura 11.7).

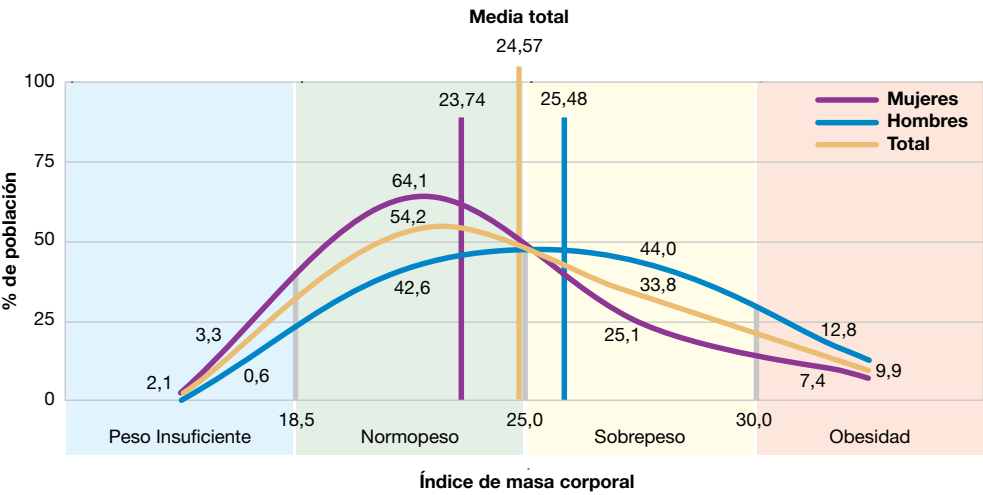


Figura 11.7. Distribución del Índice de Masa Corporal en función del sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

También se detectan en este estudio importantes diferencias en función de la edad, incrementándose el sobrepeso y la obesidad a medida que avanza ésta. Por encima de los 60 años más de la mitad de la población madrileña presenta sobrepeso y un 15% obesidad, permaneciendo únicamente un tercio en situación de normopeso. Por el contrario, aproximadamente un 77% de los jóvenes (18-30 años) se encuentra dentro del rango de peso normal y menos de un 20% presenta peso excesivo (figura 11.8).

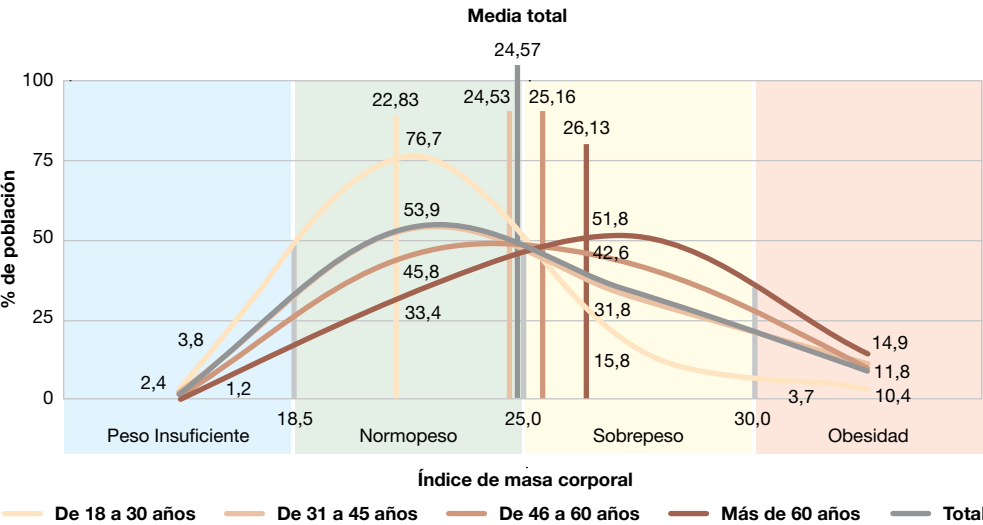


Figura 11.8. Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en función del grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Un análisis por sexo y edad de forma conjunta detecta que el mayor porcentaje de infrapeso se produce en las mujeres entre 18 y 30 años (7,3%) y entre 31 y 45 años (4,6%), mientras el mayor grado de obesidad se encuentra en los hombres entre 31 y 45 años (19,6%), presentando éstos IMC medios de sobrepeso por encima de los 30 años y de obesidad a partir de los 45 años.

11.4.2. Percepción del peso corporal y cuestiones relacionadas

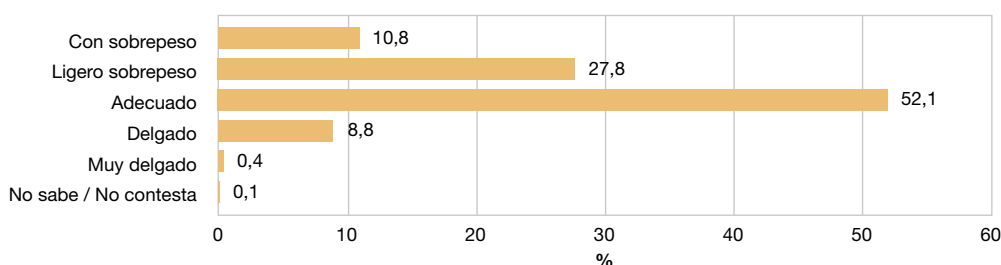
Según los resultados del estudio monográfico sobre obesidad más del 50% de los madrileños considera que su peso es el adecuado, un 27,8% considera que tiene ligero sobrepeso y un 10,8% que tiene sobrepeso (figura 11.9). Los hombres se consideran con mayor sobrepeso que las mujeres y a medida que aumenta la edad se incrementa la percepción de sobrepeso.

Analizando el IMC en función de la propia percepción del peso observamos una clara subestimación del exceso de peso. Así, un 21,6% de los que se considera con un peso adecuado tiene sobrepeso, y un 56,2% de los que cree encontrarse en una situación de sobrepeso presenta realmente obesidad.

Figura 11.9. Autopercepción del peso corporal. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿Cómo considera que es su peso?

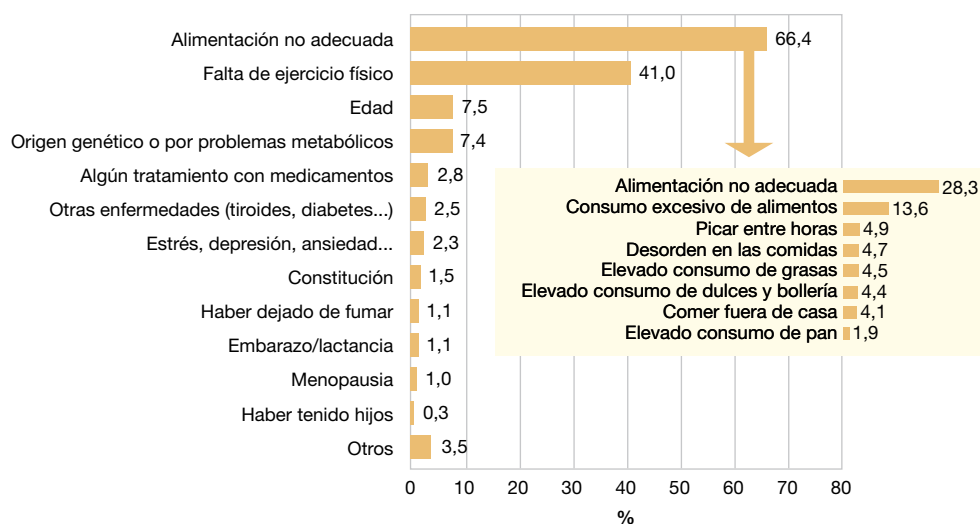


En relación con las posibles causas del sobrepeso, los madrileños apuntan como principal motivo la alimentación inadecuada (66,4%), constituida por el consumo excesivo de alimentos, el picar entre horas, el desorden de comidas, el elevado consumo de grasas, dulces y bollería, etc. y como segundo factor la falta de ejercicio físico (41,0%). El resto de los factores referidos son mucho más minoritarios (edad, alteraciones metabólicas,...) (figura 11.10).

Figura 11.10. Autopercepción de las causas de sobrepeso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿A qué cree que puede deberse su sobrepeso?



Otro aspecto interesante reflejado en este estudio es que un 37% de la población madrileña desea perder peso, principalmente por razones de salud o indicación médica o por razones estéticas (figura 11.11).

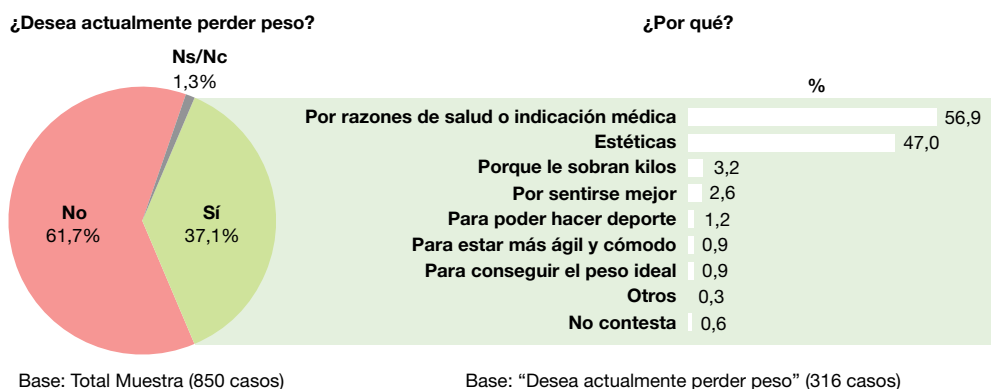


Figura 11.11. Deseos y razones para perder peso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Este deseo de perder peso guarda clara relación con el IMC en lo que se refiere a la cuantía y a las razones. Así, el 88% de los obesos desean perder 13 kg de media, principalmente por razones de salud y fijan su peso ideal en 78 kg, mientras que el 21% de los que presentan peso normal quieren perder 1,5 kg, aunque fundamentalmente por razones estéticas para alcanzar un peso idóneo de 62 kg (tabla 11.7).

IMC	Quiere perder peso (%)	Razón principal (%)	Kilos que desea perder (media)	Percepción de peso idóneo* (media)
Insuficiente	-	-	-	48,87
Normopeso	20,6	Estéticas 69,6	1,5	61,67
Sobrepeso	52,4	Por razones de salud o indicación médica 66,7	6,08	69,75
Obesidad	88,1	Por razones de salud o indicación médica 73,3	13,28	77,62

Tabla 11.7. Porcentaje de población que desea perder peso, razones, cuantía deseada y percepción del peso idóneo en función del Índice de Masa Corporal (IMC). Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Entre los principales motivos citados para explicar las dificultades que presenta la población madrileña para perder peso, se encuentra en primer lugar la falta de motivación e interés (37%), aunque este factor disminuye conforme aumenta el IMC, la dificultad para modificar la forma de comer (20%) y la pereza para realizar ejercicio físico (19%).

Una cuestión determinante del comportamiento de los ciudadanos es su conocimiento acerca de los problemas de salud ocasionados por el exceso de peso. Un 76% de los madrileños afirma conocer algún problema de salud derivado de esta situación, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial y niveles elevados de colesterol (figura 11.12). Este conocimiento aumenta en las personas que se desvían del peso normal, tanto por defecto como por exceso, y disminuye en los mayores de 60 años.

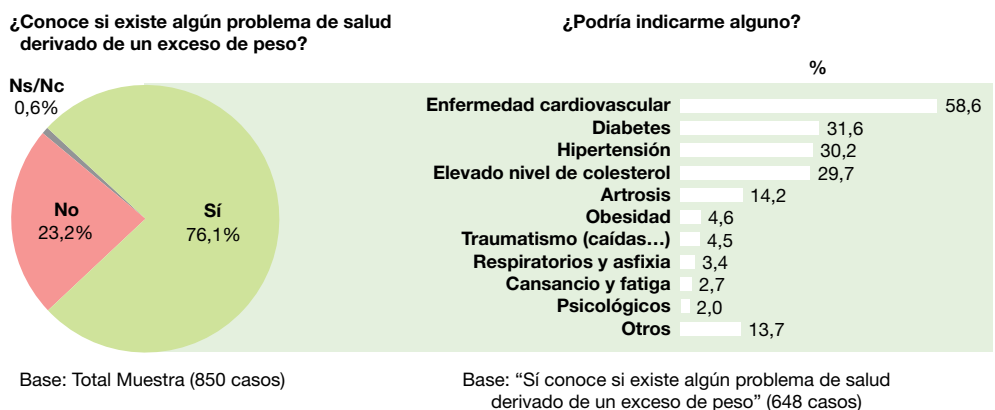


Figura 11.12. Nivel de conocimientos sobre los problemas de salud asociados con el sobrepeso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

11.5. Estrés

Un tema relevante de estudio cuando se plantea el objetivo de conseguir un modelo o estilo de vida más sano es la valoración del estrés al que se tienen que enfrentar las personas desde los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. Aunque existen diversas definiciones de estrés, quizás una de las más difundidas guarda relación con la reacción fisiológica, psicológica y de comportamiento puesta en marcha por el organismo, mediante varios mecanismos de defensa, cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante o demandante de una atención incrementada. A pesar de que el estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, cuando se sobrepasa la capacidad de los mecanismos de defensa para dar respuesta se pueden originar consecuencias importantes para la salud.

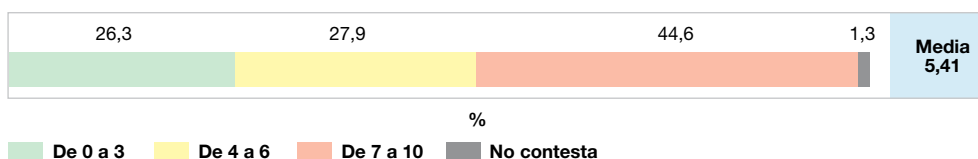
Un 44,6% de los madrileños, según los resultados recogidos en el estudio monográfico de obesidad, valoran su grado de estrés diario entre 7 y 10 en una escala de 0 a 10. La media obtenida es de 5,4 (figura 11.13).

Figura 11.13. Autopercepción del nivel de estrés. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿Considera que en su vida diaria tiene estrés?

Valórelo en una escala de 0 a 10, donde 0 es mínimo nivel de estrés y 10 máximo nivel de estrés



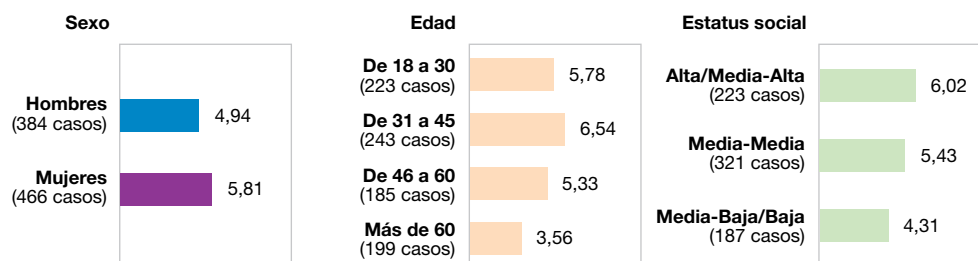
Es importante reflejar como el estrés afecta de forma diferente a la población madrileña, en función del sexo, la edad y el estatus social. Las mujeres presentan un nivel de estrés superior al de los hombres (5,8 vs 4,9), el grupo de edad con un mayor estrés es el de 31 a 45 años y el menor el de mayores de 60 años, y el grado de estrés aumenta a medida que el nivel de estatus de las personas se incrementa (figura 11.14).

Figura 11.14. Autopercepción del nivel de estrés en función del sexo, grupo de edad y estatus social. Valores medios. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿Considera que en su vida diaria tiene estrés?

Valórelo en una escala de 0 a 10, donde 0 es mínimo nivel de estrés y 10 máximo nivel de estrés



Otro análisis interesante es describir que tipología de estrés es la que más frecuentemente relata la población. En primer lugar nos encontramos con el estrés urbano, debido a factores como el ruido, los humos, la conducción,... que es valorado con una puntuación media de 5,9 sobre 10. A continuación se encuentra el laboral, caracterizado por el horario, el exceso de trabajo, el desempleo,... con 5,4 puntos, y finalmente el familiar (ritmo de vida, labores domésticas, compras,...) con 5,0 puntos. En los dos primeros más de la mitad de los madrileños refiere un grado de estrés superior a los 7 puntos (figura 11.15). La valoración de estas tres tipologías de estrés es siempre superior en las mujeres respecto a los hombres, especialmente la que se

refiere al ámbito familiar (5,6 vs 4,3). La población más joven entre 18 y 45 años se encuentra afectada principalmente por el estrés laboral, entre los 46 y 60 años por el urbano y por encima de esta edad por el familiar.

Dentro de los 3 tipos de estrés que a continuación le voy a señalar, valore del 0 al 10 el nivel de estrés que tiene de cada uno de ellos

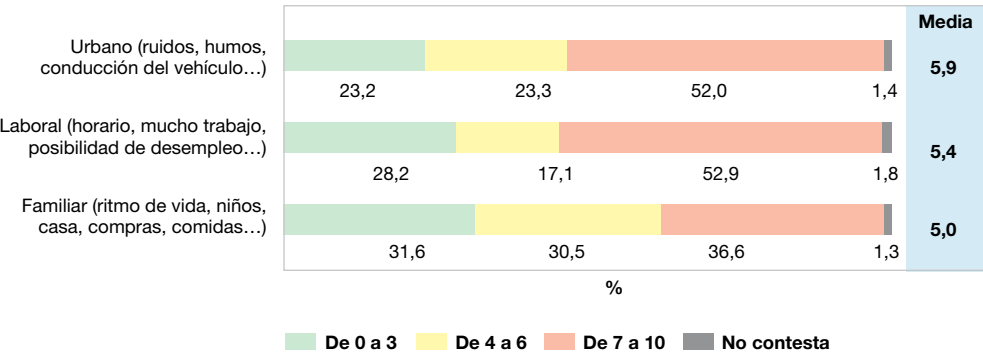


Figura 11.15. Autopercepción del nivel de estrés en función de la tipología del mismo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

11.6. Conclusiones y recomendaciones

Cerca de la mitad de la población madrileña es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y el 83% no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Los hombres son más sedentarios en la actividad habitual y las mujeres en el tiempo libre. Comparando con 1995, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación (aunque en los últimos cinco años se observa una estabilización), especialmente en las mujeres, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre. La falta de tiempo es el principal motivo aducido para justificar el bajo nivel de ejercicio físico realizado.

El consumo de alimentos sigue dibujando un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: una de cada cuatro personas (se incrementa al 44% en los jóvenes de 18 a 29 años) no ingiere fruta diariamente, mientras que el 43% consume dos o más raciones de cárnicos y derivados. Aproximadamente un tercio de la población adulta madrileña come frecuentemente fuera del hogar, especialmente los hombres jóvenes, lo que incrementa los riesgos asociados con una alimentación poco saludable. A los factores anteriores se añade que entre el 6 y el 11% de los madrileños, en función de la fuente de información analizada, realiza algún tipo de dieta para perder peso. Es preocupante constatar como esta práctica, más frecuente en mujeres, se realiza habitualmente sin ningún control médico y está basada en una publicidad con notable credibilidad dentro de la población.

La escasa actividad física y la mala alimentación tienen como consecuencia que entre el 41 y el 44% de la población adulta madrileña, según la fuente analizada, tiene sobrepeso u obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo cerca de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Este exceso de peso guarda una clara relación con el aumento de la edad, encontrándose más del 65% de los mayores de 60 años en esta situación. Además la tendencia es desfavorable, aumentando de forma conjunta el sobrepeso de grado II y la obesidad un 32,7% en los hombres y un 19,1% en las mujeres entre 1995 y 2007. Por el contrario, la presencia de un peso insuficiente es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, especialmente en las más jóvenes.

Mención aparte merece la percepción que tienen los ciudadanos sobre su peso corporal, que infraestima claramente el exceso de peso real detectado, lo que puede conducir a una falsa sensación de normalidad. A pesar de este hecho, los madrileños conocen de forma adecuada cuáles son las causas principales del sobrepeso y de la obesidad (alimentación inadecuada y ausencia de ejercicio físico), y cuáles sus consecuencias (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión,...). Además, cerca de un 40% expresa el deseo de perder peso, aunque la falta de motivación es el principal obstáculo para conseguirlo.

El nivel de estrés referido por la población adulta madrileña es considerable y se encuentra principalmente relacionado con los ámbitos urbano y laboral, lo que está estrechamente vinculado al estilo de vida predominante en las grandes ciudades.

Toda esta información debe utilizarse para formular y/o readaptar programas/actividades encaminados a que las opciones más saludables resulten más motivadoras.

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

Para el año 2015, deberían haberse reducido significativamente en todos los estados miembros los efectos negativos para la salud derivados del consumo de sustancias que producen dependencia como el tabaco, alcohol y psicotrópicos.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las estrategias educativas y de intervención están orientadas a la mejora de las capacidades vitales y del bienestar psicosocial de las personas, ayudándoles a controlar las situaciones vitales y a realizar elecciones sanas;*
- *Se aplican normas que limiten la exposición a ambientes con humo de tabaco y reduzcan las intoxicaciones por alcohol, incluyendo la conducción bajo los efectos del alcohol;*
- *Se aplican estrategias de contención del riesgo con el fin de reducir los daños derivados del consumo de drogas;*
- *Se aplican los convenios adoptados a nivel internacional en relación con las drogas ilegales y se desarrolla un convenio internacional sobre los productos del tabaco;*
- *Se establecen unas políticas fiscales y normativas para limitar la disponibilidad, la capacidad de acceso y la comercialización de productos del tabaco y de bebidas alcohólicas, en especial, con respecto a los jóvenes, y se prohíbe completamente la publicidad del tabaco en todos los países;*
- *Las estrategias de comunicación están destinadas a generar un respaldo público en relación con la reducción de los daños derivados de las sustancias adictivas.*

En el capítulo 4 de este Informe se pueden consultar más información correspondiente al consumo de tabaco, alcohol y drogas en jóvenes y este capítulo se centra fundamentalmente en el consumo en adultos.

12.1. Consumo de tabaco en adultos

12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad

Los datos de consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid durante el 2007 (figura 12.1) muestran que el 33,8% de la población de 18 a 64 años es fumador actual y un 31,3% fuma diariamente.

Globalmente, la proporción de **fumadores actuales** es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres, un 34,8% frente a un 32,9%. Sin embargo, cuando analizamos estas diferencias desagregadas por edad observamos que en el grupo de 18 a 24 años el consumo de tabaco en las mujeres es ligeramente superior al de los hombres, y se mantiene a un nivel similar entre ambos sexos hasta los 50-54 años, edad a partir de la cual las diferencias se invierten a favor de los hombres (figura 12.2).

La proporción de personas que realizan un **consumo de 20 o más cigarrillos/día**, es de un 10,4%, siendo superior en los hombres, un 12,2%, frente al 8,7% de las mujeres. Este indicador aumenta de forma progresiva hasta alcanzar un máximo entre los 35 y 39 años en hombres y

entre los 45 y 49 años en mujeres, para posteriormente volver a disminuir a medida que aumenta la edad (figura 12.3).

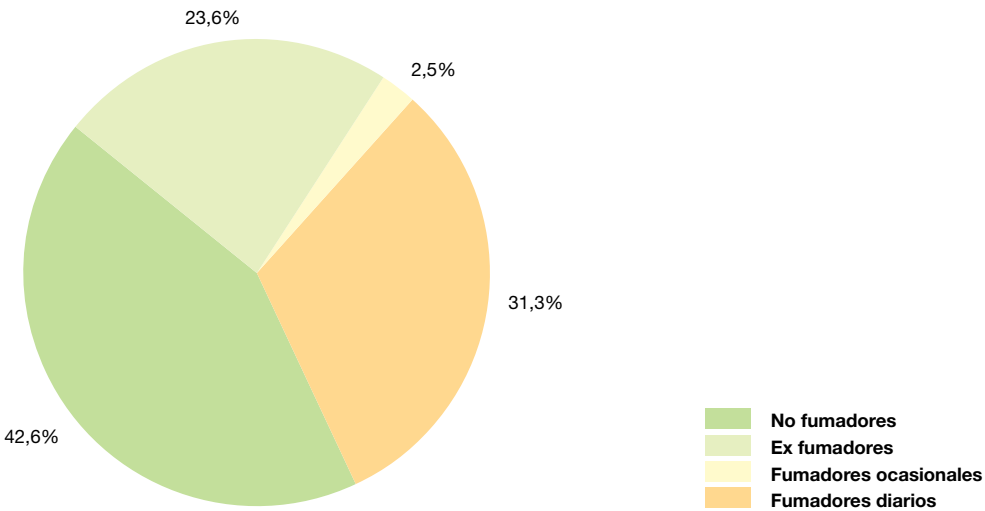


Figura 12.1. Consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

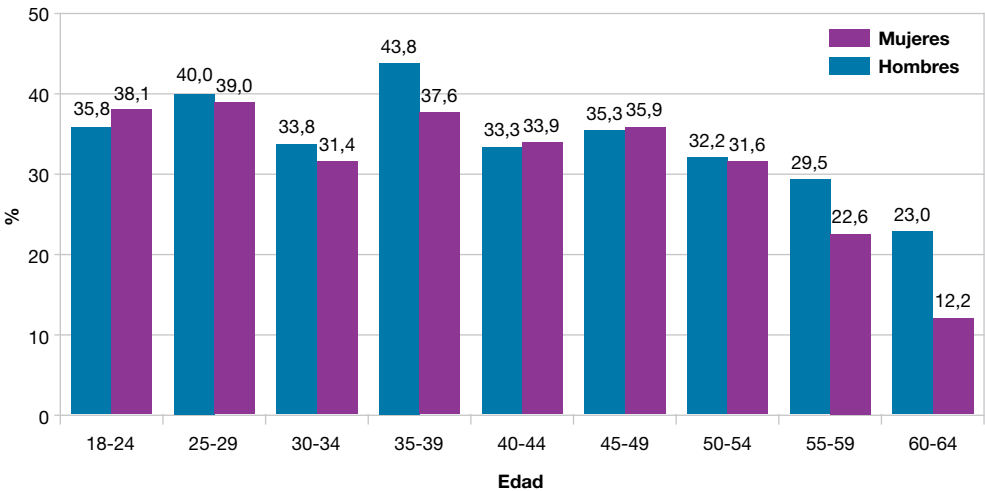


Figura 12.2. Proporción de fumadores actuales según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

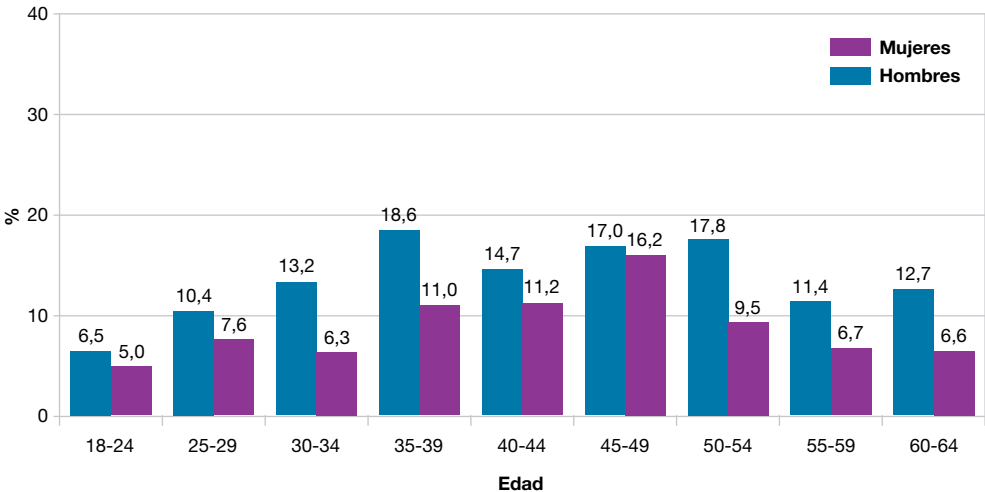


Figura 12.3. Proporción de fumadores ≥ 20 cigarrillos/día según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

12.1.2. Distribución por nivel de estudios y clase social

En relación al nivel de estudios (figura 12.4), en los hombres las prevalencias más altas se observan en las dos categorías con menor nivel educativo. En las mujeres, por el contrario, son las de menor nivel de estudios las que muestran la prevalencia más baja, siendo las categorías intermedias donde se observan las frecuencias más altas de consumo de tabaco.

Respecto a la clase social (figura 12.5), en los hombres, la población que mayor consumo de tabaco presenta es la de posición más desfavorecida (Clase V) (45,8%), disminuyendo el consumo a medida que la situación socioeconómica es más favorable. Si comparamos los extremos, la clase V tiene una prevalencia 1,6 veces superior frente a la clase I. En las mujeres se observa un patrón bastante homogéneo en todas las categorías de clase social, excepto en los dos extremos (clase V y I), donde se encuentran las proporciones más bajas de consumo de tabaco.

Figura 12.4. Proporción de fumadores actuales según sexo y nivel de estudios. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

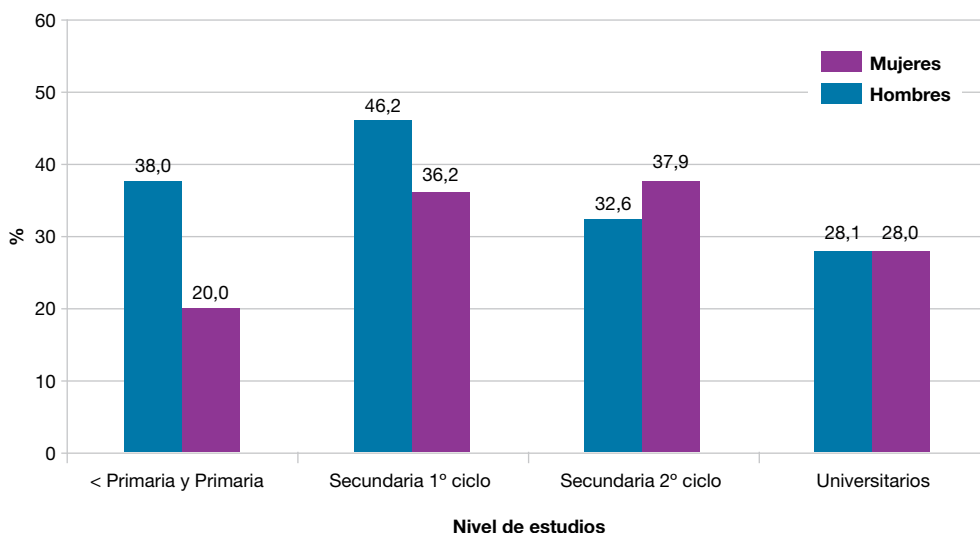
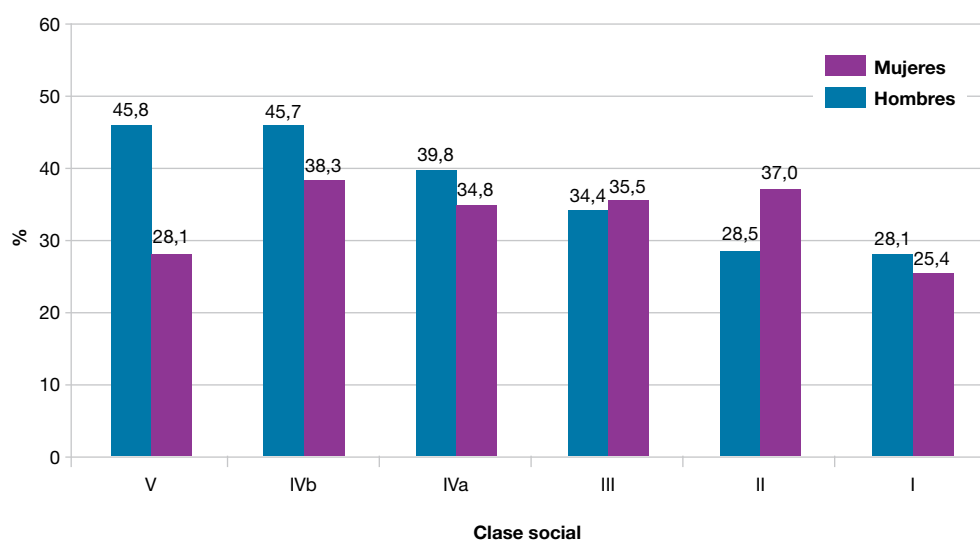


Figura 12.5. Proporción de fumadores actuales según sexo y clase social. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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



12.1.3. Proporción de abandono y fases de abandono

La proporción de abandono de consumo de tabaco (cociente entre el número de ex fumadores y la suma de fumadores actuales y ex fumadores) fue de 41,1% (44,3% en hombres y 37,5% en mujeres), con diferencias importantes según edad (figura 12.6).

Del total de fumadores diarios un 11,8% está pensando en dejar de fumar en el próximo mes (fase de preparación), un 15,6% en los próximos 6 meses (fase de contemplación), mientras que el 72,6% no se está planteando abandonar el consumo (figura 12.7).

El 49,8% de los fumadores diarios ha recibido alguna vez consejo médico para dejar de fumar. Esta proporción es superior en los hombres excepto para el grupo más joven (18-29 años), donde son las mujeres las que reciben consejo médico más frecuentemente (figura 12.8).

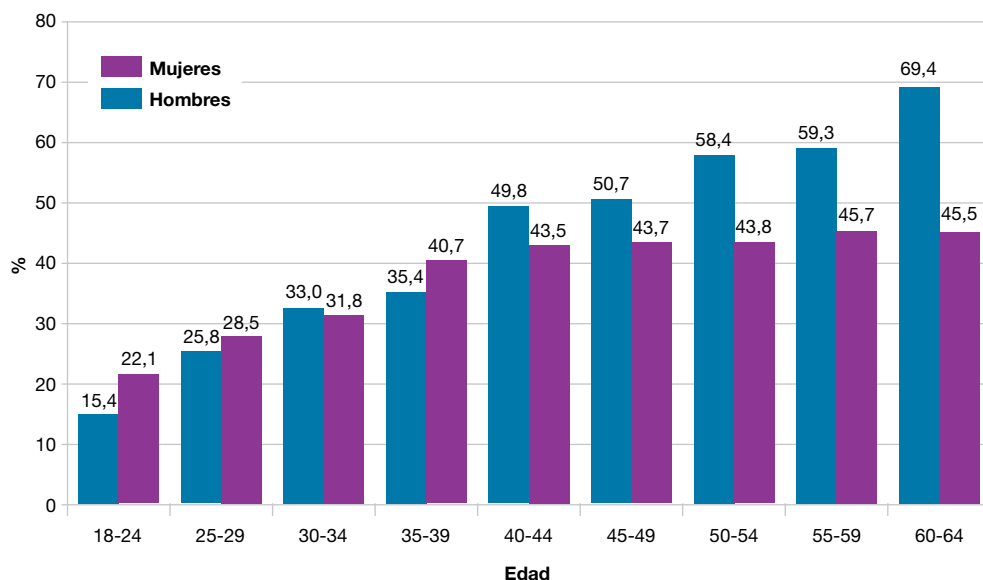


Figura 12.6. Proporción de abandono de consumo de tabaco según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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

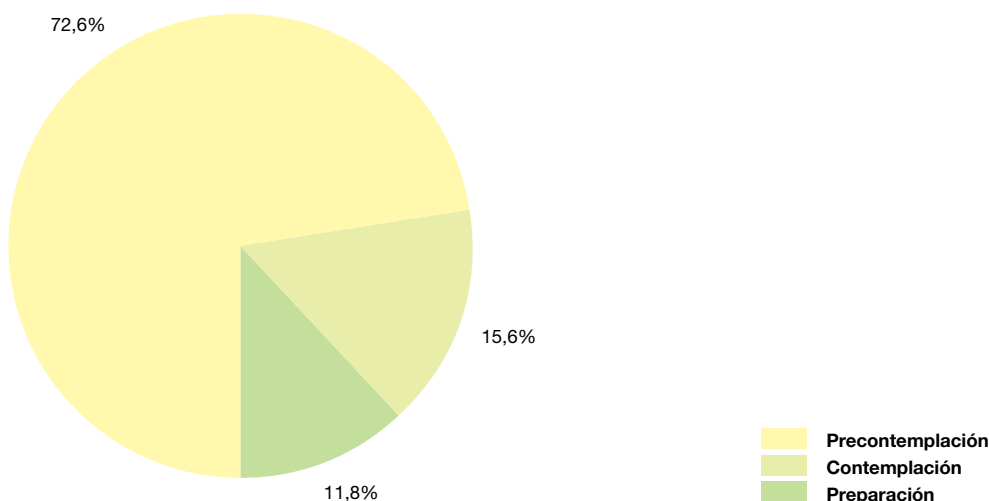
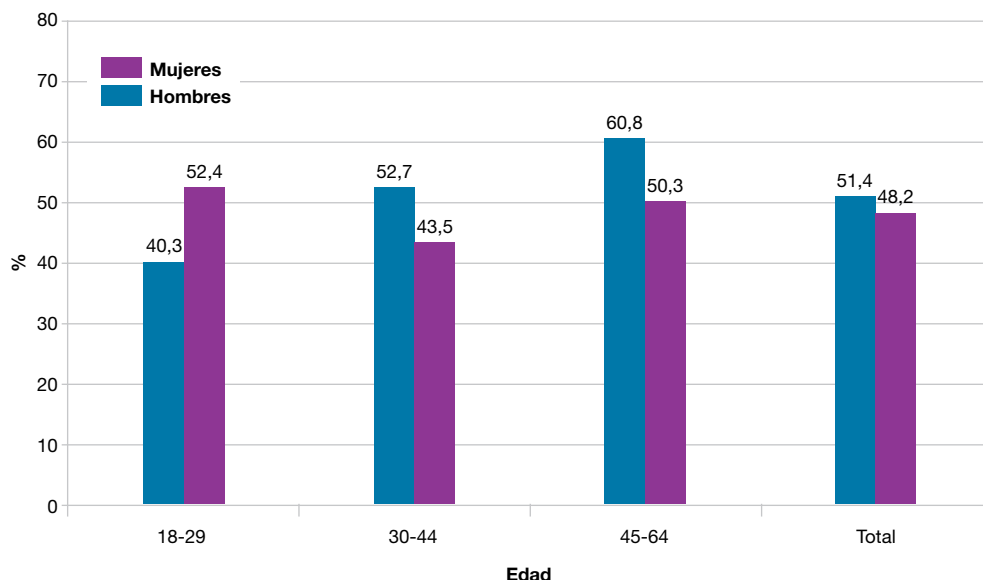


Figura 12.7. Fases de abandono de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

Figura 12.8. Consejo médico para dejar de fumar según sexo y edad. Fumadores diarios 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

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



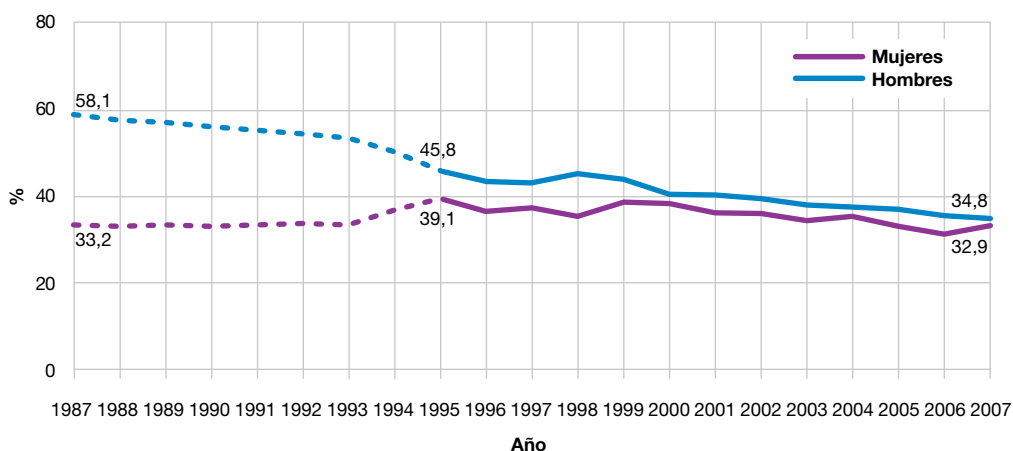
12.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

La prevalencia de tabaquismo en 2007 es un 24,2% inferior (disminución porcentual) respecto a la de 1987 y la disminución se ha producido de forma gradual. Sin embargo en este periodo la tendencia varía ampliamente según sexo (figura 12.9). En el año 2000 convergen ambas prevalencias y desde entonces las tendencias son similares.

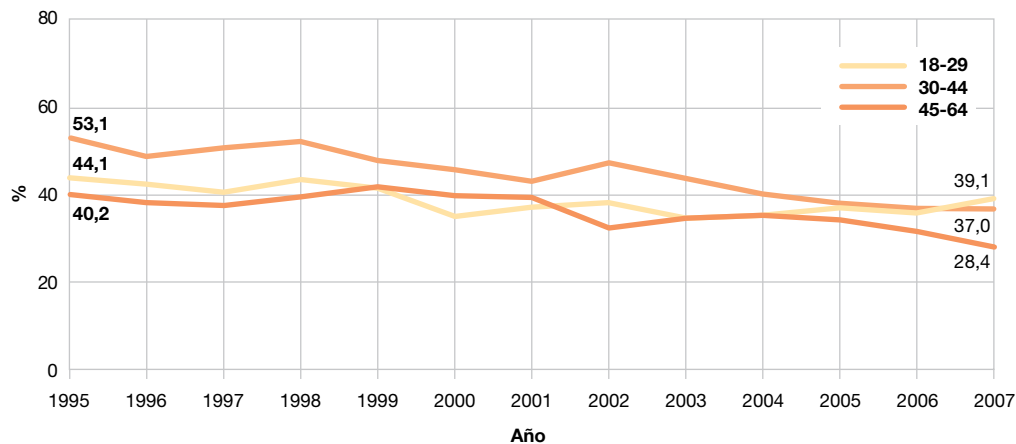
Al analizar la evolución por grupos de edad (figura 12.10), en hombres jóvenes (18-29 años) se observa que desde el año 2003 se ha producido una estabilización seguida de un ligero repunte en el último año. En las mujeres se produce un incremento en la prevalencia de consumo de tabaco del 40,8% en el grupo de 45-64 años, que corresponde a las cohortes con elevada prevalencia de consumo en la década de los ochenta; y en las más jóvenes se observa también una estabilización de la prevalencia en los últimos años.

Figura 12.9. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007.

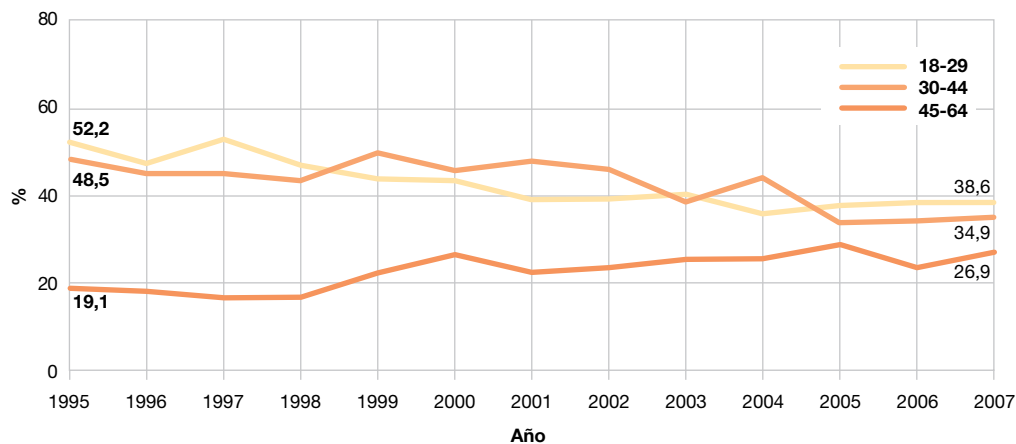
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Hombres



Mujeres



12.2. Consumo de alcohol en adultos

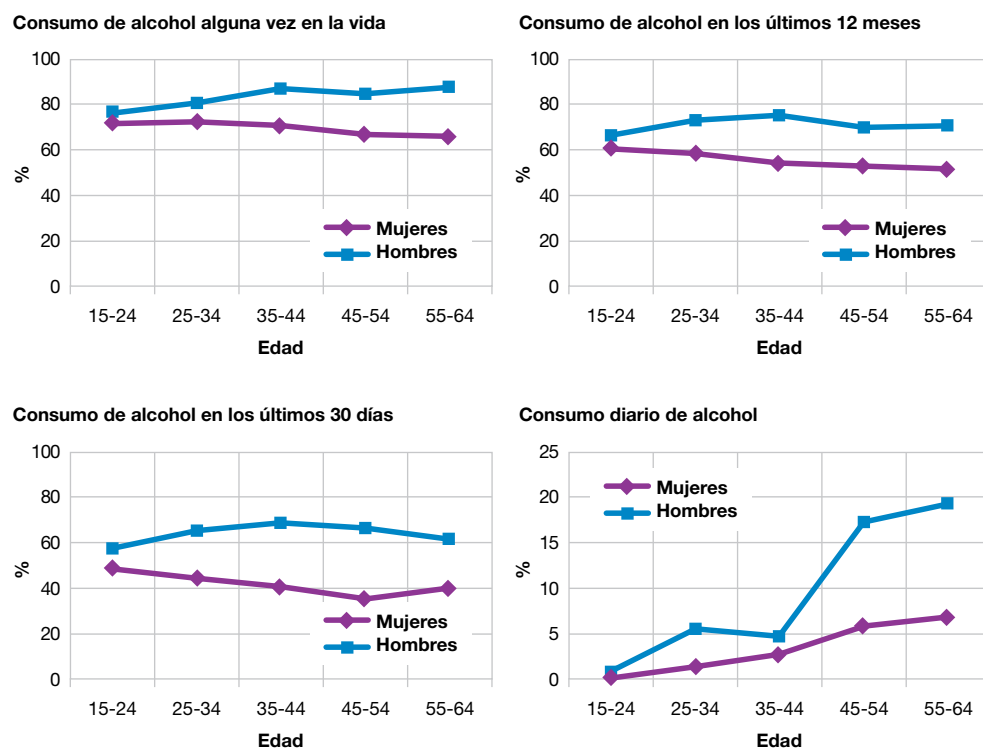
Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2007) el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 76,4% (en 2005: 92,4% y España 2007: 88%), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 63,8% de la muestra (en 2005: 72,1% y España 2007: 72,9%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 53% (en 2005: 62,9% y España 2007: 60%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 4,7% (en 2005: 13,1% y España 2007: 10,2%).

Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaron con la edad, y en los más jóvenes (15-24 años) no se observan diferencias por sexo en ninguna de las frecuencias de consumo (figura 12.11).

Un 21,7% de la población se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 27,5% de los hombres y el 16,3% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. El 25,6% de los menores de 18 años se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses (figura 12.12).

Figura 12.11. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.



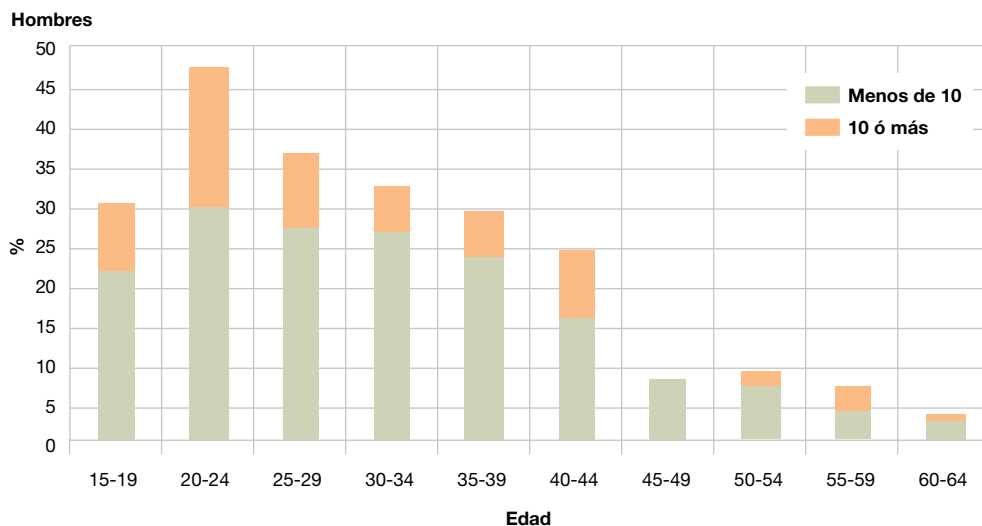
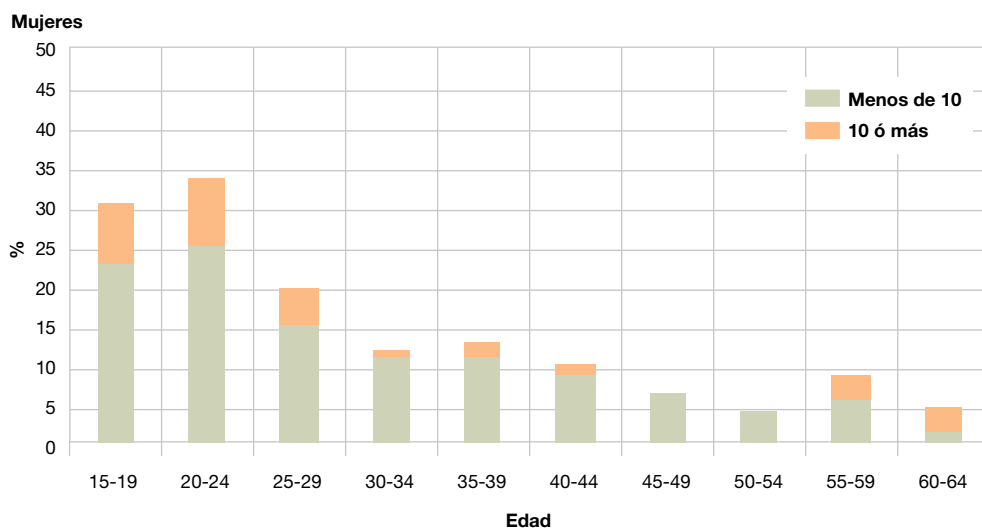


Figura 12.12. Prevalencias de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EADDES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.

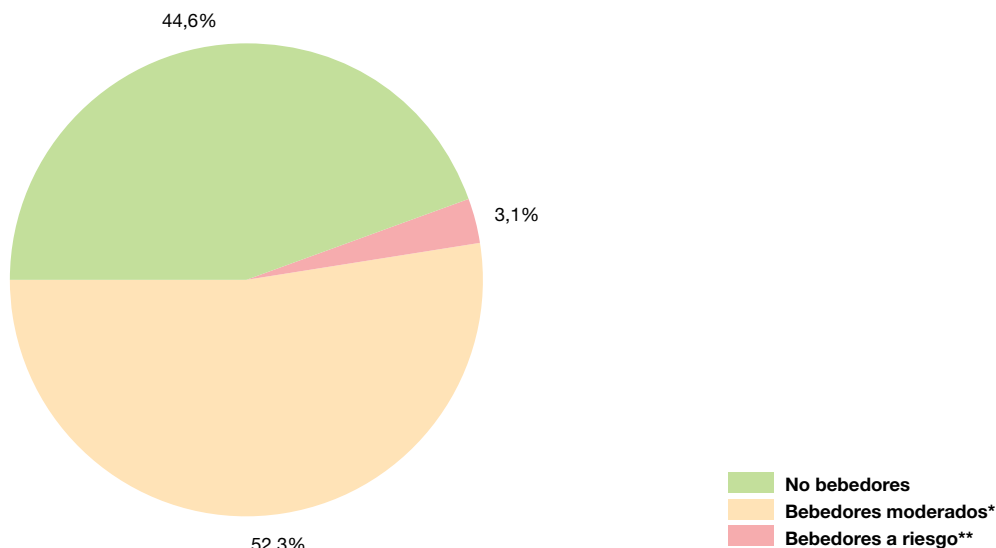


Según el SIVFRENT un 3,1% de la población de 18 a 64 años se clasifica como bebedora con consumos promedio de riesgo, un 52,3% como bebedora moderada y un 44,6% como no bebedora (figura 12.13). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,4 veces mayor que en mujeres.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución favorable, especialmente en los hombres (figura 12.14). La proporción de bebedores habituales se mantiene relativamente estable en ambos sexos. Sin embargo, la proporción de bebedores de riesgo según el volumen promedio ingerido disminuye en hombres y mujeres un 45,9% y 28,8% respectivamente, comparando los promedios 2005-2007 respecto a 1995-1996. El consumo excesivo en una misma ocasión sólo disminuye en hombres (un 19,1%). Por último, se reduce la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días.

Figura 12.13. Consumo de alcohol en la población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

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

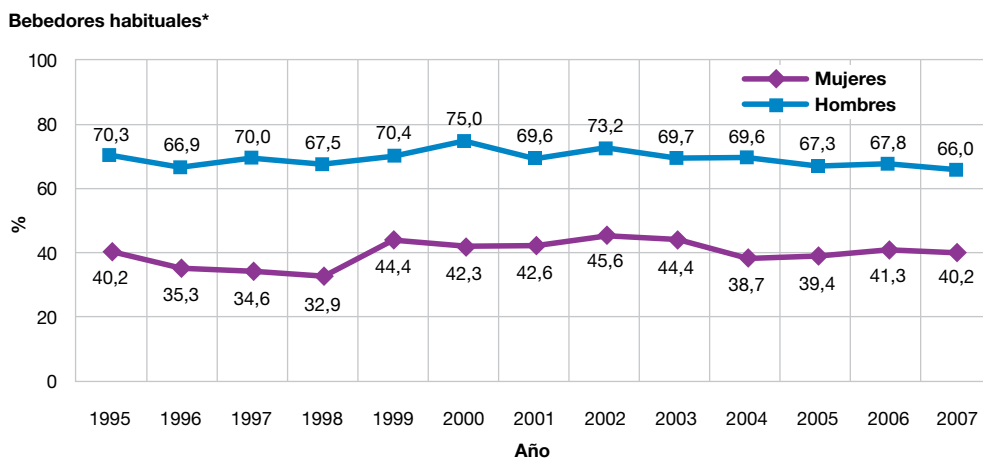


* Bebedores moderados: Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres

** Bebedores a riesgo: Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

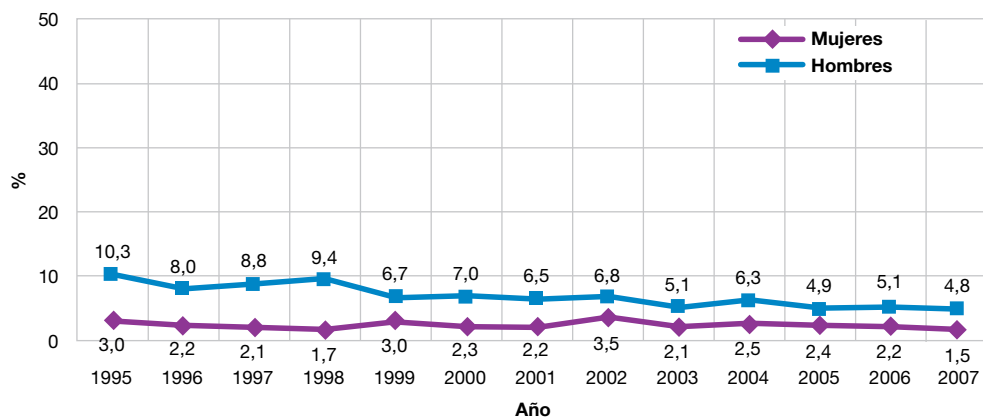
Figura 12.14. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18-64 años según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

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



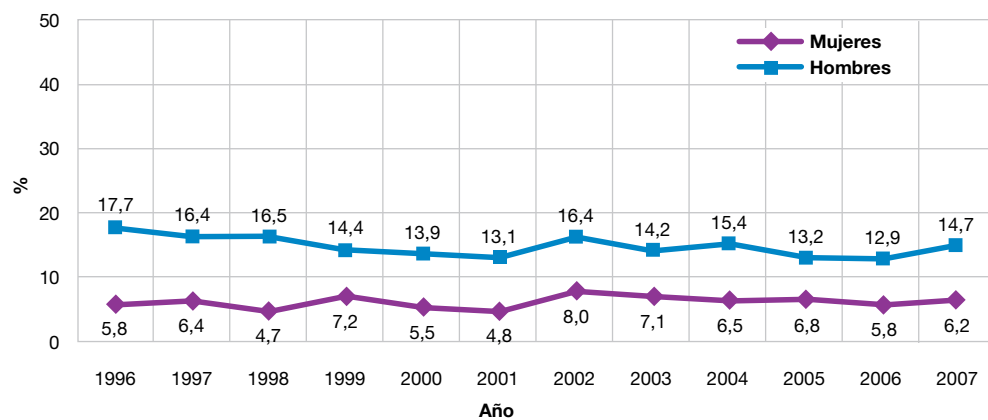
* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

Bebedores con consumo promedio de riesgo*



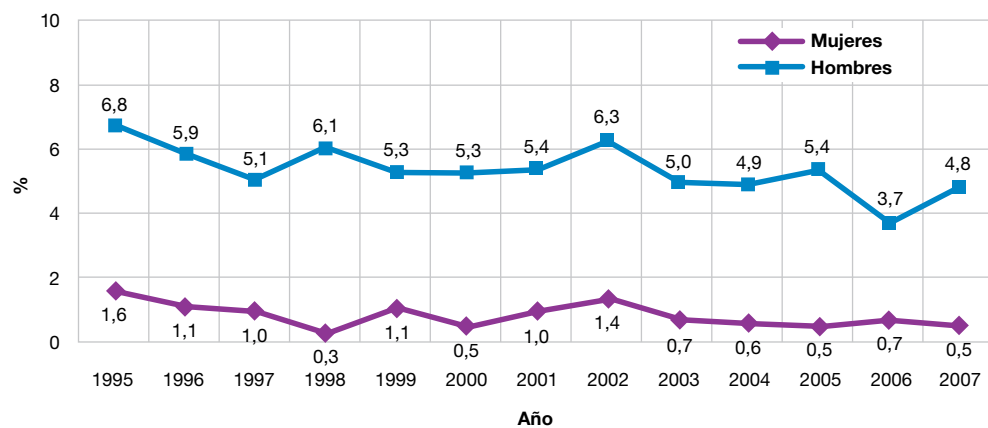
* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

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



* Consumo excesivo en una misma ocasión: Consumo de alcohol de 80 g/día o más en hombres y 60 g/día o más en mujeres a lo largo de una tarde o una noche

Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días



12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

El consumo de drogas de comercio ilegal es un fenómeno que se asocia a las edades más jóvenes y que según se ha observado en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2007) presenta diferencias significativas entre los más jóvenes (15-34 años) y los adultos (35-64). En los más jóvenes es más frecuente el consumo de cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y en los mayores el consumo de tranquilizantes y somníferos.

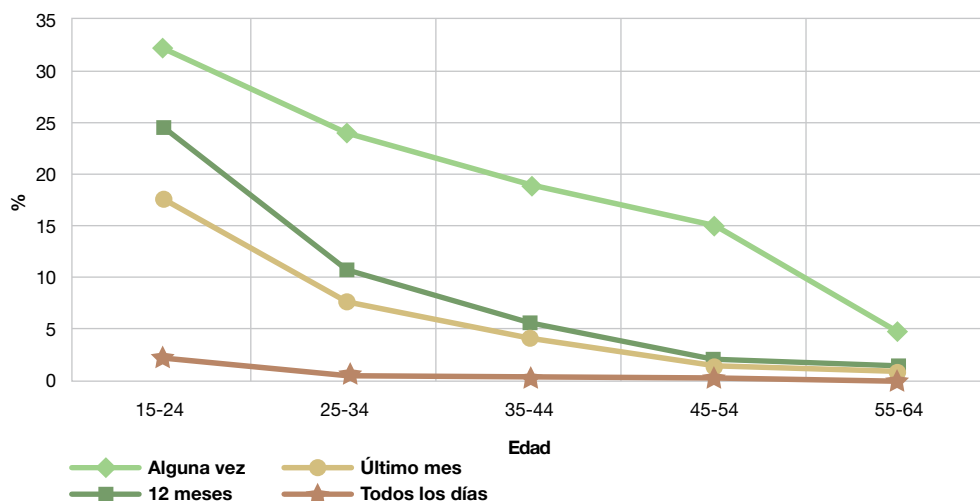
12.3.1. Consumo de cannabis

Como en años anteriores, el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid. El 21,2% afirmó haberla probado alguna vez, dato este que fue inferior al de 2005, que era del 28,5% (27,3% en España en 2007). Se ha reducido el consumo actual con respecto al año anterior y es ligeramente inferior al obtenido en España: la prevalencia de consumo en el último año fue del 10,6% (9,3% en 2005 y 10,1% España 2007), un 7,7% en el último mes (7,2% en 2005 y 7,1% España 2007), y el consumo de todos los días fue del 0,8% (1,5% en 2005 y 1,5% España 2007).

La prevalencia de consumo fue mayor en los hombres (25,9% alguna vez) que en las mujeres (16,8% alguna vez), tanto para el consumo reciente como para el actual. El mayor consumo se produce en los más jóvenes (figura 12.15).

Figura 12.15. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.



12.3.2. Consumo de cocaína

La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. También es el psicoestimulante cuyo consumo está más extendido en la población.

Un 6,8% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (en 2005: 7,2% y España 2007: 8,3%), el 3% la consumió en los últimos 12 meses (en 2005: 2,5% y España 2007: 3,1%) y el 1,7% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (en 2005: 1,6% y España 2007: 1,7%).

Consumen cocaína en mayor proporción los hombres que las mujeres, el 9% de los hombres la han probado frente al 4,7% de las mujeres. Y su consumo se concentró en los grupos etarios más jóvenes (el 8,9% de menores de 35 años la han consumido alguna vez frente al 4,5% de los de 35 y más años) (figura 12.16).

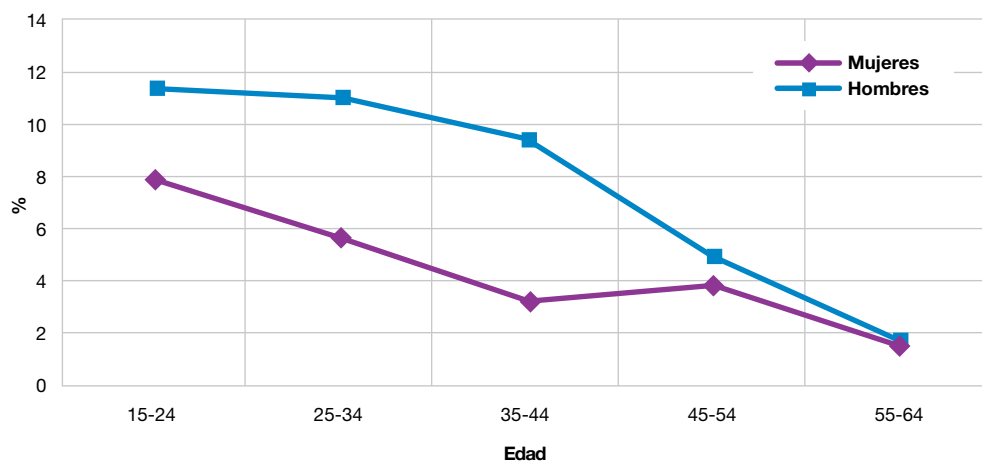


Figura 12.16. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.

12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis se redujo con respecto a 2005. La prevalencia fue del 3,1% para “alguna vez” (4,5% en 2005 y 4,3% en España 2007), y un 1,0% para el último año (1,1% en 2005 y 1,1% en España 2007) y 0,2% último mes (0,6% en el 2005 y 0,4% en España 2007).

El mayor consumo se da en los hombres: un 4,3% “alguna vez” frente al 2,1% de las mujeres. Por grupos de edad, la mayor prevalencia es en el grupo de edad de 15 a 24 años (figura 12.17).

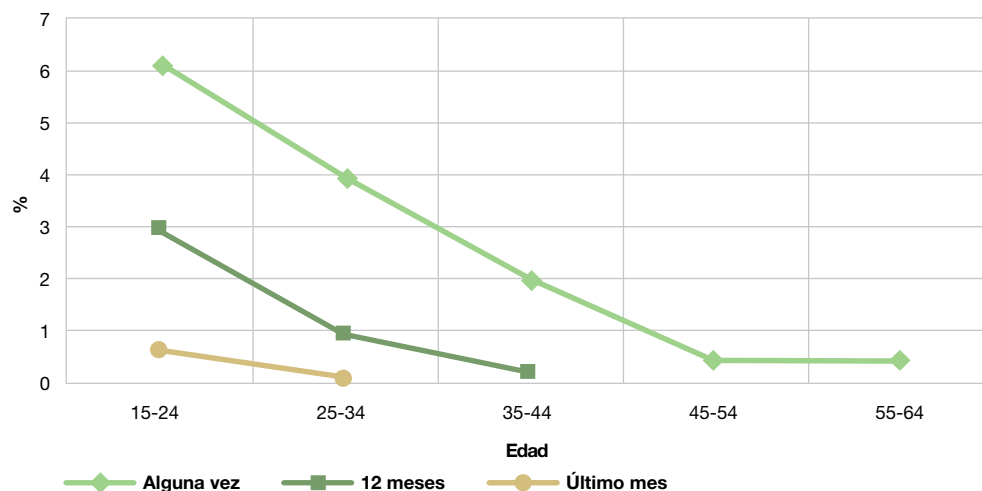


Figura 12.17. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.

12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

Con relación a la prevalencia de consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta en los últimos 12 meses, el 0,6% ha consumido tranquilizantes y 0,8% somníferos, cifras similares a las de 2005. Las prevalencias son mayores en las mujeres (0,8 y 0,9% respectivamente) que en los hombres (0,4 y 0,6%).

La prevalencia de consumo de anfetaminas para “alguna vez” es del 2,7%, prácticamente similar al 2005 (3,8% España 2007), un 0,9% en el último año (0,6% en 2005 y 0,9% España 2007) y un 0,2% en el último mes (0,4% en 2005 y 0,3% España 2007) (tabla 12.1). El mayor consumo se observa en los hombres con un 4,0% “alguna vez” frente al 1,4% de las mujeres.

La prevalencia para el consumo de alucinógenos “alguna vez” es del 2,8% (3,3% en 2005 y 3,8% España 2007), y de un 0,5% para el último año (0,6% España 2007) (tabla 12.1).

La prevalencia de consumo de heroína para “alguna vez”, es del 0,6% (1,0% en 2005 y 0,8% España 2007) (tabla 12.1). El consumo fue mayor en hombres (1,1% frente al 0,1% en las mujeres). El grupo de edad con mayor porcentaje es el de 35 a 44 con un 0,9%.

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 0,6% (0,8% en 2005 y 1,1% España 2007) para “alguna vez” (tabla 12.1). La prevalencia de consumo es superior en hombres (1,0% frente al 0,3%). El consumo es superior en el grupo de 25 a 34 años.

Tabla 12.1. Prevalencias de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2007.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	%	IC *	%	IC *	%	IC *
Anfetaminas	2,7	(±0,7)	0,9	(±0,4)	0,2	(±0,2)
Alucinógenos	2,8	(±0,7)	0,5	(±0,3)	0	(±0,0)
Heroína	0,6	(±0,3)	0	(±0,0)	0	(±0,0)
Inhalables	0,6	(±0,3)	0,1	(±0,1)	0	(±0,0)

* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.

12.4. Repercusiones en la salud

12.4.1. Mortalidad atribuible al tabaquismo

En el año 2004, el tabaco ocasionó 5.304 muertes en la Comunidad de Madrid, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años de edad ese año en nuestra región. El 87,5% de las muertes atribuibles al tabaquismo ocurrieron en varones (4.642) y el 12,5% en mujeres (662) (figura 12.18). Estas cifras suponen el 23,7% de todas las muertes ocurridas en varones (1 de cada 4 muertes) y el 3,4 % en mujeres (1 de cada 29). Según la edad, el 24,5% de los fallecimientos entre los 35 y 64 años fueron atribuidos al tabaco, reduciéndose al 11,4% en los mayores de 64 años.

Dos tercios de las muertes ourridas por el tabaco fueron muertes por cuatro causas: cáncer de pulmón (33,2%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (18,7%), cardiopatía isquémica (11,6%) y enfermedad cerebrovascular (5,7%). En los hombres, predominó el cáncer de pulmón (34,0% de las muertes atribuibles al tabaquismo), seguido de la EPOC (18,7%), la cardiopatía isquémica (11,5%) y, en cuarto lugar, la enfermedad cerebrovascular (5,4%). En las mujeres, se observó una distribución similar con un predominio de las muertes por cáncer de pulmón (27,5%), seguido de la EPOC (19,0%), la cardiopatía isquémica (12,5%) y la enfermedad cerebrovascular (8,3%). Además, es destacable que el 42,9% de las muertes por cardiopatía isquémica, el 39,1% de las muertes por cáncer de pulmón, el 38,8% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y el 6,6% de las muertes por EPOC ocurrieron entre los 35 y los 64 años de edad (figura 12.19).

Por primera vez se aprecia en 2004 en la Comunidad de Madrid una disminución en el número total de muertes atribuibles al consumo de tabaco y una disminución clara en la tasa cruda total de mortalidad atribuible al tabaquismo. En comparación con la estimación de 1998, se observan en la actualidad 479 muertes atribuibles al tabaquismo menos (figura 12.20). Sin embargo, este descenso es a expensas sólo de la disminución en el número de muertes atribuibles en los varones, con 646 muertes menos que las registradas en 1998, mientras que en las mujeres las muertes atribuibles al tabaquismo aumentaron en 2004 respecto a 1998 (167 muertes más). Este mismo fenómeno se ha observado en el conjunto de España y es consistente con la diferente evolución que ha experimentado la “epidemia de tabaquismo” en hombres y mujeres, tal y como se ha descrito previamente en el apartado de prevalencia de consumo.

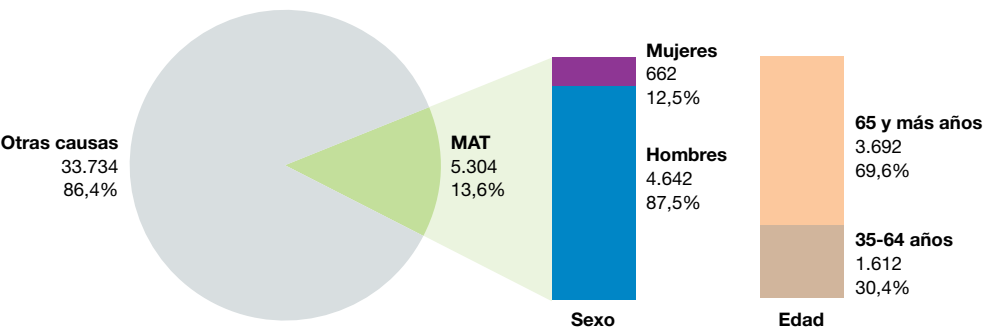


Figura 12.18. Muertes atribuibles al tabaquismo (MAT) según sexo y edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología.

Figura 12.19. Muertes atribuibles al tabaquismo por cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, según edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología.

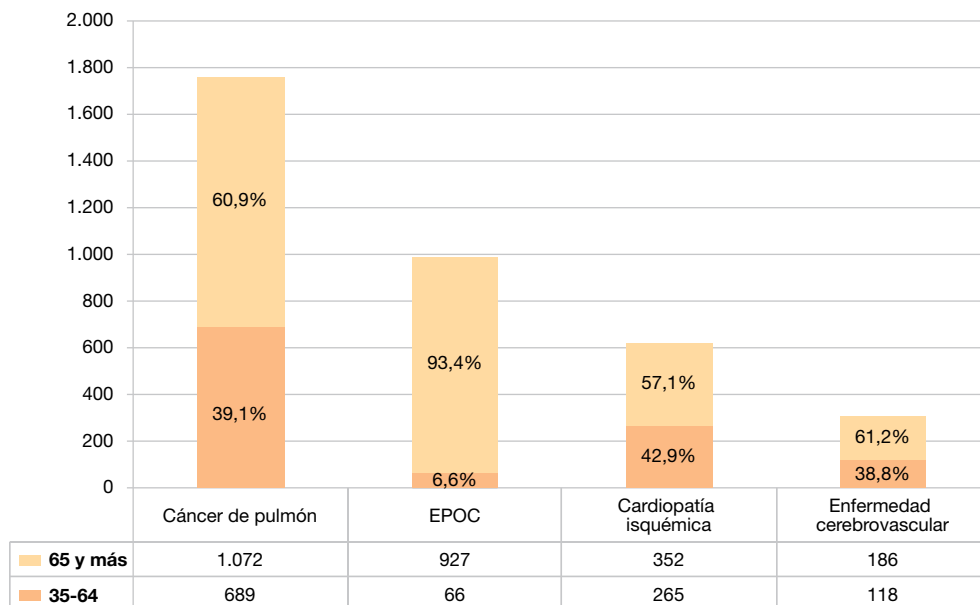
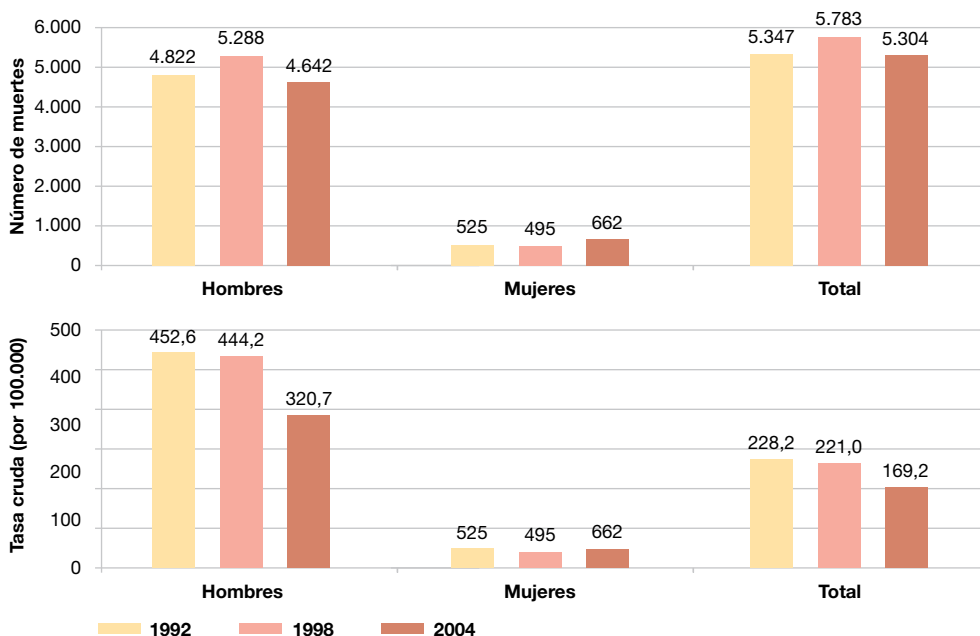


Figura 12.20. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaquismo según sexo. Comunidad de Madrid 1992, 1998 y 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología.



12.4.2. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid, la Agencia Antidroga elabora informes anuales sobre los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

La evolución del número de episodios muestra que tras un fuerte descenso en los años 90, la cifra se ha estabilizado posteriormente con ligeras oscilaciones y en los dos últimos años se observa una tendencia al alza en el número de fallecimientos (figura 12.21).

En la distribución por edad se observa con el paso de los años un desplazamiento de la curva hacia la derecha que refleja un aumento de edad en los fallecidos. El grupo de edad más frecuente se ha desplazado desde el de 26 a 35 años al de 36 a 45 años y el porcentaje de los mayores de 45 años es cada vez mayor (figura 12.22).

En cuanto a las sustancias encontradas (figura 12.23), los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2006, fundamentalmente por la bajada de la metadona ya que la heroína permanece en los mismos niveles del año anterior. Los hipnosedantes continúan la tendencia descendente, sobre todo por la disminución de las benzodiazepinas, invirtiendo así la tendencia ascendente observada en los últimos años. Hay que destacar que los antipsicóticos continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005. Respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. En cuanto al alcohol y los antidepresivos, se invierte la tendencia ascendente observada en los últimos años.

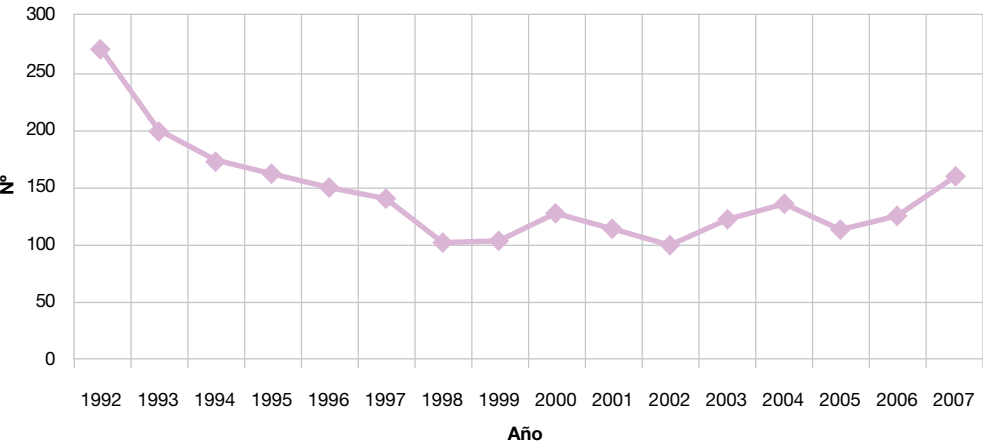


Figura 12.21. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 1992-2007.

Fuente: Instituto Anatómico Forense de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

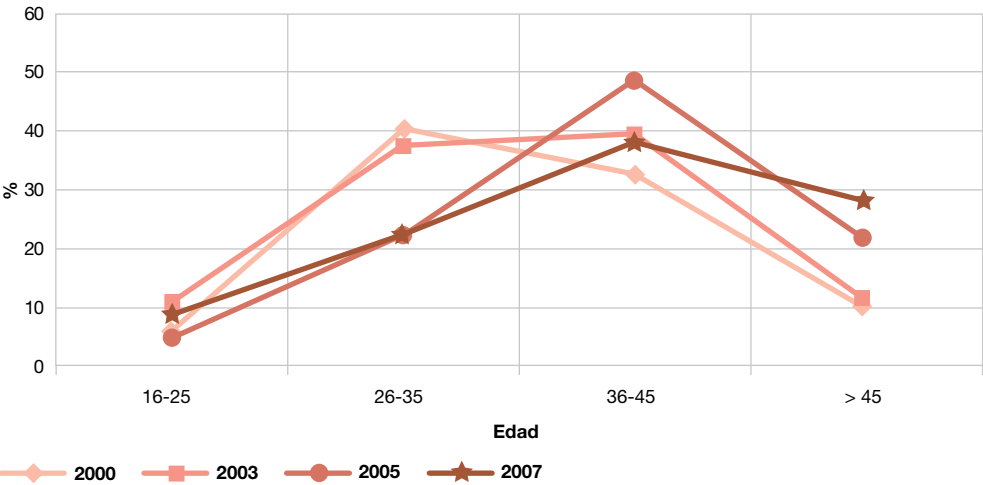
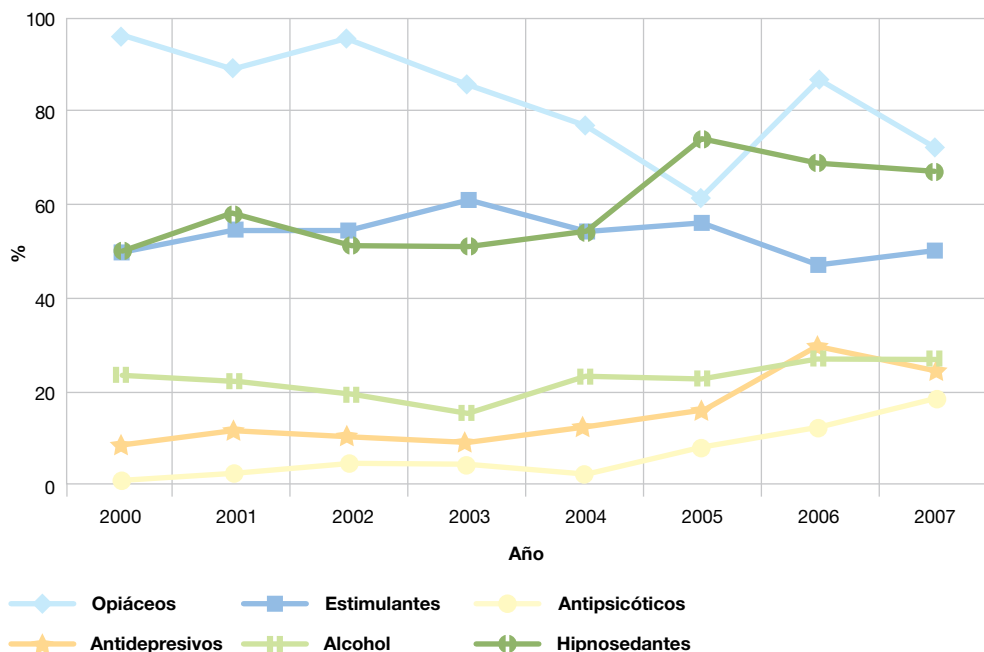


Figura 12.22. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

Fuente: Instituto Anatómico Forense de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

Figura 12.23. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

Fuente: Instituto Anatómico Forense de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



12.4.3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

En la Comunidad de Madrid existe desde el año 2000 un sistema de vigilancia que recoge datos de los episodios de urgencias ocurridos en trece grandes hospitales de la Comunidad de Madrid durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT). Según la información que aporta este sistema, los episodios de urgencia relacionados directamente con el consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia estable.

En la distribución por edad (figura 12.24), respecto a los años anteriores el año 2007 presenta el porcentaje más bajo de episodios de urgencias entre los más jóvenes y el más alto entre los de mayor edad, lo que apunta hacia un envejecimiento de esta población.

Respecto a los diagnósticos, y teniendo en cuenta que una persona puede tener más de un diagnóstico, en 2007 los más frecuentes fueron el grupo de traumatismos y envenenamientos (53,9%), los trastornos mentales y del comportamiento (46,3%) y las causas externas (31,8%). Dentro del grupo de traumatismos y envenenamientos son estos últimos los que tienen importancia, destacando los debidos a narcóticos y psicodislépticos (26,5%) y a hipnosedantes (4,8%); en un 16,3% la urgencia se debe al policonsumo (sin especificar las sustancias) o a una sustancia no especificada. Del grupo de trastornos mentales y del comportamiento, destacan los debidos al uso de sustancias psicoactivas (21,6%); y dentro de éstas, el policonsumo (8,1%) y las causadas por cocaína (5,9%) son las más frecuentes. De los trastornos mentales propiamente dichos destacan los trastornos de ansiedad (5,2%) y de la personalidad (4,6%).

En cuanto a las sustancias, tanto las de consumo habitual como las que provocan la urgencia (tabla 12.2), las más frecuentes son los estimulantes (en más del 50% de las personas), seguidos del cannabis, opioides e hipnosedantes. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (58,7%) y que provoca la urgencia (47,9%).

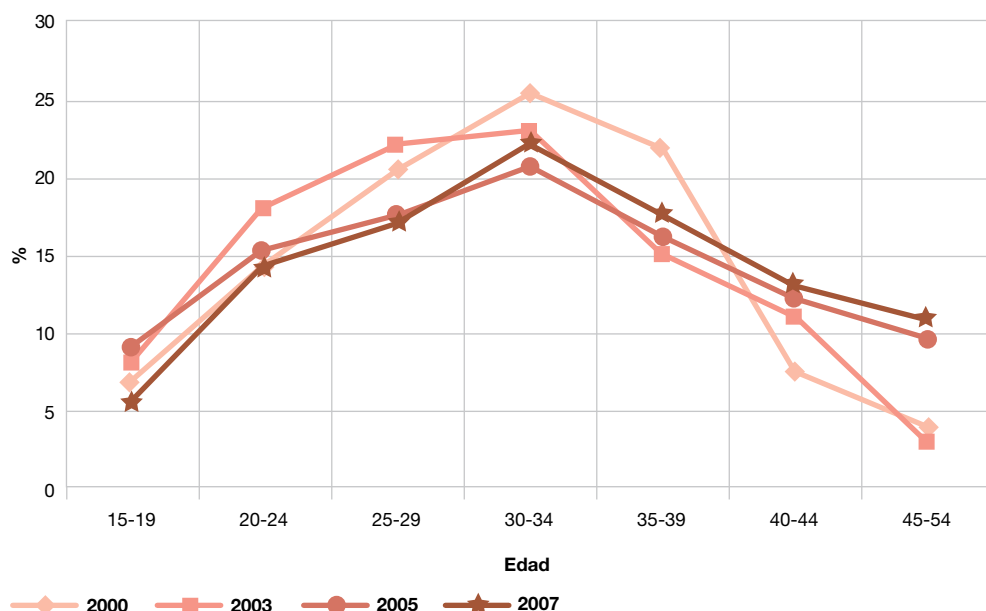


Figura 12.24. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2007.

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

Sustancia	Sustancia de consumo habitual	Sustancia que provoca la urgencia
	%	%
Opioides	29,6	17,7
Heroína	15,9	10,7
Metadona	10,8	4,5
Otros opioides	2,8	2,4
Estimulantes	66,2	53,2
Cocaína	58,7	47,9
Anfetaminas	3,1	1,9
MDMA y otras drogas de diseño	2,5	1,6
Otros estimulantes (excluidas cafeína y nicotina)	1,8	1,7
Hipnóticos y sedantes	26,3	15,7
Benzodiazepinas	21,0	14,1
Barbitúricos	0,1	-
Antipsicóticos	3,6	0,8
Hipnóticos no barbitúricos	0,5	0,3
Otros hipnosedantes	0,9	0,5
Alucinógenos	2,1	1,4
Sustancias volátiles	0,8	0,8
Cannabis	31,2	23,1
Antidepresivos	3,1	0,8

Tabla 12.2. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la sustancia que provoca la urgencia. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga; modificada presentación por Servicio de Informes de Salud y Estudios.

12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En la percepción del riesgo el consumo de heroína, cocaína, y éxtasis fueron consideradas las sustancias que más problemas podrían producir. El consumo de 5/6 copas día es el que es percibido como de menor riesgo (tabla 12.3).

Tabla 12.3. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.
Elaboración: Agencia Antidroga.

Bastantes y muchos problemas	Edad					Sexo	
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Hombres	Mujeres
Consumo tabaco diario	84,6	82,9	83,7	84,7	83,0	81,4	85,8
Consumo 5/6 copas día	50,7	50,6	56,1	53,4	60,3	47,0	59,4
Consumo 5/6 cañas día	89,1	91,0	91,2	90,9	94,6	88,6	93,3
Consumo hachís alguna vez	65,4	71,2	74,1	72,3	83,3	68,7	75,0
Consumo hachís habitualmente	80,0	86,7	89,9	86,8	94,2	84,3	88,9
Consumo tranquilizantes alguna vez	76,0	72,1	67,5	54,8	59,5	66,9	70,1
Consumo tranquilizantes habitualmente	85,7	88,2	87,0	76,7	82,6	85,4	85,5
Consumo éxtasis alguna vez	92,7	94,7	97,5	97,8	98,8	94,4	96,9
Consumo éxtasis habitualmente	98,2	97,5	98,8	99,6	99,2	98,3	98,5
Consumo cocaína alguna vez	92,1	93,6	97,1	97,8	98,8	93,9	96,3
Consumo cocaína habitualmente	99,0	98,0	98,4	100,0	98,8	98,3	98,9
Consumo heroína alguna vez	98,2	98,3	98,8	100,0	99,2	98,3	99,0
Consumo heroína habitualmente	99,8	99,1	99,2	100,0	99,6	99,4	99,5

Respecto a la disponibilidad percibida de las sustancias, las percibidas como más accesibles por la población (categoría “fácil o muy fácil”), continúan siendo el cannabis con un 46,6% (53,9% en el 2005) y la cocaína, que fue considerada la segunda sustancia con una “más fácil” accesibilidad; el 38,8% (39,5% en el 2005) de la población española consideró “muy fácil o relativamente fácil” conseguir dicha sustancia en el plazo de 24 horas. Los hombres consideraron más fácil conseguir todas las sustancias que las mujeres. En general la disponibilidad se considera menor para todas las sustancias que en España.

Preguntada la población sobre la importancia que da a las drogas ilegales en el lugar donde vive, se observa que se ha reducido la proporción de personas que consideraron las drogas ilegales un problema “muy importante” (45,5% en 2007 y 52,2% en 2005).

En cuanto a las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, las cinco más importantes a juicio de la población son coincidentes con el 2005 (aunque ha aumentado el porcentaje con respecto al año pasado) y con los resultados en España en el 2007. Son las siguientes:

- La “educación sobre las drogas en la escuela” (90,3%).
- El “tratamiento voluntario a los consumidores” (83,0%).
- Las “campañas publicitarias sobre el riesgo de las drogas” (81,7%).
- “Control policial y de aduanas” (81,6%).
- Las “leyes estrictas contra las drogas” (73,0%).

12.6. Conclusiones y recomendaciones

Las tendencias más recientes del consumo de tabaco muestran una reducción positiva de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, queda mucho margen por mejorar ya que en la actualidad todavía una de cada tres personas de 18 a 64 años fuma habitualmente. Además durante 2007 se ha observado por primera vez en esta década una estabilización en la tendencia, derivada principalmente de un paro en el descenso del consumo en la población más joven, así como de una estabilización de la tendencia ascendente del abandono del tabaquismo, que habrá que vigilar detenidamente a corto plazo.

El consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. Se mantiene estable el consumo moderado pero desciende casi a la mitad el número de bebedores de riesgo teniendo en cuenta el consumo promedio de alcohol. En el caso de la ingesta excesiva en una misma ocasión la reducción es menor y sólo se observa en los hombres. En el 2007 la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 3,1%, y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 10,4%. Combinando ambos indicadores, el 11,6% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó la prevalencia de consumo más elevada seguido por la cocaína, ambas con valores ligeramente inferiores a los de 2005.

El efecto del consumo de tabaco en nuestra región se traduce en 5.304 muertes en el año 2004, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos. Reflejando la evolución natural de la epidemia de consumo de tabaco, se observa en el 2004, comparando con la década de los noventa, un descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la población femenina se mantiene estable.

Respecto a los datos sobre consumo problemático de drogas, se observa una tendencia estable en el número de urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo habitual (58,7%) y que provoca la atención en urgencias (47,9%).

En los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en los dos últimos años se observa una tendencia al alza. En cuanto a las sustancias encontradas, los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2006; los antipsicóticos continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005; y respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. Con ambos indicadores, urgencias y fallecimientos, se observa un envejecimiento de la población afectada.

Índice de figuras y tablas

Figura 2.1.	Comunidad de Madrid. Evolución de la población, 1976-2017.	51
Figura 2.2.	Comunidad de Madrid. Componentes del crecimiento demográfico 1988-2017.	51
Figura 2.3	Comunidad de Madrid. Evolución de la población total 1996-2006 y proyección 2006-2017, por Áreas de Salud. Crecimiento relativo (base 100 en 1996).	52
Figura 2.4	Comunidad de Madrid. Población en los años 2007 y 2017 y crecimiento relativo (en porcentaje) entre ambos años, por Áreas de Salud.	52
Figura 2.5.	Comunidad de Madrid. Pirámides de población a 1 de enero de 2007 y de 2017.	53
Figura 2.6.	Comunidad de Madrid. Pirámides de población por Áreas de Salud, a 1 de enero de 2007.	54
Figura 2.7.	Comunidad de Madrid. Distribución de población por grandes grupos de edad, por Áreas de Salud, a 1 de enero de 2007.	56
Figura 2.8.	Comunidad de Madrid. Evolución del número de residentes de nacionalidad extranjera. Años 1985 a 2007.	56
Tabla 2.1.	Comunidad de Madrid. Matriz de migraciones por origen y destino. Año 2007.	57
Figura 2.9.	Comunidad de Madrid. Evolución del número de nacidos vivos y de la Tasa Bruta de Natalidad. Años 1975 a 2006.	58
Figura 2.10.	Comunidad de Madrid. Indicadores de natalidad por Áreas de Salud. Nacidos vivos (número absoluto y proporción sobre el total de la Comunidad de Madrid) y Tasa Bruta de Natalidad. Año 2006.	58
Figura 2.11.	Comunidad de Madrid. Evolución del número medio de hijos por mujer y tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Años 1975 a 2006.	59
Figura 2.12.	Comunidad de Madrid. Número medio de hijos por mujer y tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, por Áreas de Salud. Año 2006.	60
Figura 2.13.	Comunidad de Madrid. Edad media a la maternidad (total y al primer hijo) y proporción de nacidos vivos por orden de nacimiento, por Áreas de Salud. Año 2006.	61
Tabla 2.2.	Indicadores generales de mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	62
Figura 2.14.	Mortalidad por todas las causas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	62
Figura 2.15.	Esperanza de vida al nacer. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 1975-2006.	62
Figura 2.16.	Contribución de todas las causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Cambio entre 2001 y 2006, por sexo y edad, y diferencia entre hombres y mujeres en 2006. Comunidad de Madrid.	63
Tabla 2.3.	Indicadores de Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10). Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional, tasa bruta y tasa estandarizada de mortalidad. Comunidad de Madrid, 2006.	64
Tabla 2.4.	Mortalidad (Grandes grupos, CIE-10) por Áreas de Salud. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid, periodo 2002-2006.	65
Tabla 2.5.	Principales causas de defunción (lista reducida, CIE-10) por Áreas de Salud. Número absoluto de defunciones, mortalidad proporcional e Índice de Mortalidad Estándar. Comunidad de Madrid, periodo 2002-2006.	67
Tabla 2.6.	Personas con historia activa en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	68

Tabla 2.7.	Personas con historia activa en Atención Primaria, según nacionalidad y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	68
Tabla 2.8.	Personas con historia activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Total, porcentajes brutos y estandarizados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	69
Tabla 2.9.	Personas con historia activa en Atención Primaria, según Área de salud y nacionalidad. Total, porcentajes brutos y estandarizados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	69
Tabla 2.10.	Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según sexo. Número, distribución porcentual y tasas totales por mil. Comunidad de Madrid 2007.	70
Figura 2.17.	Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	70
Figura 2.18.	Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	71
Tabla 2.11.	Episodios de consulta en Atención Primaria, agrupados en grandes grupos, según Área de Salud. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	71
Tabla 2.12.	Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	72
Tabla 2.13.	Episodios de patologías crónicas incluidas en protocolos de seguimiento en Atención Primaria, según grupo de edad y sexo. Número, distribución porcentual y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	72
Figura 2.19.	Morbilidad hospitalaria por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	73
Figura 2.20.	Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	73
Tabla 2.14.	Morbilidad hospitalaria por causa, edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.	74
Tabla 2.15.	Carga de enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por sexo y causa. Comunidad de Madrid, 2006.	75
Figura 2.21.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, por sexo y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	77
Figura 2.22.	Esperanza de vida (en años de vida y en proporción sobre el total de la esperanza de vida) en buena, regular y mala salud percibida, por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	79
Figura 2.23.	Esperanza de vida (en años de vida y en proporción sobre el total de la esperanza de vida) libre de y con discapacidad, por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	80
Figura 2.24.	Esperanza de vida (en años de vida y en proporción sobre el total de la esperanza de vida) libre de y con enfermedades crónicas, por sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	81
Figura 2.25.	Distribución de la población de hombres y mujeres de 16 y más años según nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2007.	82
Figura 2.26.	Distribución por grupos de edad de los distintos niveles socioeconómicos, en hombres y mujeres de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.	82
Figura 2.27.	Distribución de la población de 16 y más años según país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007.	83
Figura 2.28.	Distribución por grupos de edad de los individuos según país de nacimiento, en hombres y mujeres de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.	83
Figura 2.29.	Distribución del nivel socioeconómico por país de nacimiento en la población de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	84

Figura 2.30.	Distribución por niveles socioeconómicos y por país de nacimiento en cada Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	84
Figura 2.31.	Percepción del propio estado de salud por grupos de edad en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	85
Figura 2.32.	Percepción del propio estado de salud por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	85
Figura 2.33.	Percepción del propio estado de salud por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	86
Figura 2.34.	Calidad de vida relacionada con la salud (tarifa social de EuroQol-5D) por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	86
Figura 2.35.	Problemas crónicos autorreferidos más frecuentes en la población total de 16 y más años y en hombres y mujeres, y limitación en la realización de actividades habituales que producen. Comunidad de Madrid, 2007.	88
Figura 2.36.	Existencia de alguna limitación grave permanente por grupos de edad en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.	89
Tabla 2.16.	Prevalencia de tipos de limitación en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.	89
Tabla 2.17.	Prevalencia de tipos de limitación en la población de origen español y extranjera que lleva 5 años ó más viviendo en España, en personas de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	89
Figura 2.37.	Cuidadores informales por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	90
Figura 2.38.	Frecuencia de uso del primer nivel asistencial por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	91
Figura 2.39.	Frecuencia de uso del primer nivel asistencial por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	91
Figura 2.40.	Frecuencia de uso del primer nivel asistencial por país de nacimiento en la población de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	92
Figura 2.41.	Tiempo de espera desde la petición de cita hasta la consulta en la Atención Primaria pública para diagnóstico o tratamiento por Área de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	92
Figura 2.42.	Tiempo de espera para ser visitado por el especialista del sistema sanitario público por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	93
Figura 2.43.	Tiempo de espera para ser visitado por el especialista del sistema sanitario público según Área de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	93
Figura 2.44.	Tiempo de espera para ser ingresado de forma programada en un hospital público por Área de Salud en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.	94
Figura 2.45.	Personas que han utilizado servicios de urgencias públicos o privados en el último año por país de nacimiento en la población de entre 16 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	94
Figura 2.46.	Consulta al dentista en el último año por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	95
Figura 2.47.	Consulta al dentista en el último año por procedencia en la población de entre 15 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	95
Figura 2.48.	Opinión sobre el funcionamiento de la sanidad pública por Áreas de Salud en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007.	96

Figura 2.49.	Opinión sobre el funcionamiento de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid por país de nacimiento en la población de entre 15 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	96
Figura 2.50.	Cobertura sanitaria por grupos de edad en la población de 16 y más años. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	97
Figura 2.51.	Cobertura sanitaria por nivel socioeconómico en la población de 16 y más años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	97
Figura 2.52.	Cobertura sanitaria por país de nacimiento en la población de entre 15 y 54 años. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	98
Figura 2.53.	Cobertura sanitaria por Área de Salud de referencia. Comunidad de Madrid, 2007.	98
Figura 3.1.	Evolución del nº de nacidos vivos según sexo, y del nº de partos según nacionalidad de la madre residente en la Comunidad de Madrid, 1986-2006.	101
Tabla 3.1.	Evolución y características de los partos: Partos múltiples, prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2006.	102
Tabla 3.2.	Características de los partos por Área de Salud: Prematuridad, distocias, edad de la madre y mortalidad en las primeras 24 horas. Comunidad de Madrid, 1986-2006.	102
Figura 3.2.	Evolución del peso medio al nacimiento Comunidad de Madrid. 1986-2006.	103
Figura 3.3.	Peso al nacimiento: evolución del peso medio y del porcentaje de RN de bajo peso al nacer (<2.500g), según nacionalidad de la madre. Comunidad de Madrid, 1995-2006.	103
Tabla 3.3.	Peso medio al nacimiento e indicadores de bajo peso al nacer por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 1986-2006.	103
Figura 3.4.	Evolución de la mortalidad infantil por sexo. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2006.	104
Figura 3.5.	Evolución de la mortalidad neonatal por sexo: mortalidad neonatal precoz y mortalidad neonatal tardía. Tasas por mil nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1986-2006.	105
Figura 3.6.	Evolución de la mortalidad postneonatal por sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2006.	105
Figura 3.7.	Evolución de la mortalidad perinatal por sexo. Comunidad de Madrid, 1986-2006	106
Tabla 3.4.	Muertes fetales tardías por grandes grupos de enfermedad y principales causas. Comunidad de Madrid, 1999-2006.	107
Tabla 3.5.	Mortalidad neonatal precoz (antes del 7º día de vida) por grandes grupos de enfermedad. Comunidad de Madrid. 1999-2006.	107
Tabla 3.6.	Personas (% de población) de 0-4 años con historia activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	108
Figura 3.8.	Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	108
Tabla 3.7.	Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 0-4 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	109
Tabla 3.8.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	110
Figura 3.9.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 0 a 4 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.	110
Figura 3.10.	Altas hospitalarias por bronquiolitis en menores de un año según sexo, edad y etiología. Comunidad de Madrid, 2007.	111
Figura 3.11.	Altas hospitalarias por bronquiolitis en menores de un año, distribución mensual según etiología. Comunidad de Madrid, 2007.	111

Figura 4.1.	Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.	115
Figura 4.2.	Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.	115
Figura 4.3.	Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.	116
Figura 4.4.	Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.	116
Tabla 4.1.	Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria, según grupo de edad, Área de Salud y sexo. Población de 5-34 años. Comunidad de Madrid, 2007.	117
Tabla 4.2.	Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria, según grupo de edad, origen y sexo. Población de 5-34 años. Comunidad de Madrid, 2007.	117
Figura 4.5.	Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 5-14 años, agrupada en grandes grupos de causas, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2007	118
Figura 4.6.	Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, agrupada en grandes grupos de causas, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2007	118
Tabla 4.3.	Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5-14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid 2007.	119
Tabla 4.4.	Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid 2007.	119
Tabla 4.5.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	120
Figura 4.7.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.	120
Tabla 4.6.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	121
Figura 4.8.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.	121
Figura 4.9.	Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso de forma semanal, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.	122
Figura 4.10.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	123
Figura 4.11.	Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	124
Figura 4.12.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	126
Figura 4.13.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con sobrepeso u obesidad, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	126
Tabla 4.7.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares (6 a 18 años). Comunidad de Madrid, 2008.	127
Figura 4.14.	Prevalencia de sobrepeso y de obesidad en escolares (6 a 18 años) según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2008.	127
Figura 4.15.	Consumo de tabaco en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.	128
Figura 4.16.	Evolución de la proporción de fumadores diarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	128

Figura 4.17.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con permiso de los padres para fumar, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	128
Figura 4.18.	Consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.	129
Figura 4.19.	Evolución del consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	129
Figura 4.20.	Evolución del consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 1996-2007.	131
Figura 4.21.	Prevalencias de consumo experimental de drogas en jóvenes (14-18 años). Comunidad de Madrid y España, 2006.	132
Figura 4.22.	Proporción de jóvenes (14-18 años) consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Comunidad de Madrid, 2006.	133
Figura 4.23.	Proporción de problemas percibidos y disponibilidad de diferentes drogas en jóvenes (14-18 años). Comunidad de Madrid, 2006.	133
Figura 4.24.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces en su última relación sexual. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	134
Figura 4.25.	Agrupación de factores de riesgo en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	134
Figura 4.26.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	135
Figura 4.27.	Efecto Iceberg: Relación celíacos conocidos/ celíacos detectados. Población de 6 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2008.	137
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. 1998-2007.	138
Figura 4.28.	IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid y España. 1995-2006.	139
Tabla 4.9.	IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Año 2007.	139
Tabla 4.10.	IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Año 2007.	140
Tabla 4.11.	IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características de la intervención por país de origen. Año 2007.	141
Figura 4.29.	Número de IVE en ecuatorianas y rumanas residentes en la Comunidad de Madrid. 2003-2007.	142
Figura 5.1.	Evolución del número de personas de 65 y más años de edad y de la proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 1970 a 2007.	147
Tabla 5.1.	Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años de edad, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	147
Figura 5.2.	Proporción de población de 65 y más años de edad sobre población total, según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	148
Figura 5.3.	Proporción de población de 85 y más años de edad sobre población de 65 y más años de edad, según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	148
Figura 5.4.	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 Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	149
Figura 5.5.	Índice de Envejecimiento (proporción de población de 65 y más años de edad sobre población de 0 a 14 años de edad), según Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	149
Tabla 5.2.	Indicadores de mortalidad en población de 65 y más años de edad, por sexo y gran grupo de causas de defunción (CIE-10). Comunidad de Madrid, 2006.	150

Figura 5.6.	Principales causas de mortalidad (grandes grupos, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, por sexo. Mortalidad proporcional. Comunidad de Madrid, 2006.	151
Tabla 5.3.	Principales causas específicas de defunción (Lista Reducida, CIE-10) en población de 65 y más años de edad, por sexo. Tasas de mortalidad (por 100 mil). Comunidad de Madrid, año 2006.	151
Tabla 5.4.	Personas (% de población) mayores de 64 años con historia clínica activa en Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	152
Figura 5.7.	Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 65 y más años, agrupada en grandes grupos, según sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	153
Tabla 5.5.	Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 -84 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	153
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, 2007.	153
Tabla 5.7.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	154
Figura 5.8.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.	155
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, 2007.	155
Figura 5.9.	Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.	156
Figura 5.10.	Grado de dependencia en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	157
Figura 5.11.	Polifarmacia (4 ó más fármacos) en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007 y 2001.	158
Figura 5.12.	Polifarmacia (4 ó más fármacos) en mayores de 64 años por Áreas de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	158
Figura 5.13.	Limitación grave permanente en la vista en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	159
Figura 5.14.	Limitación grave permanente en la vista en mayores de 64 años por Áreas de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	159
Figura 5.15.	Limitación grave permanente en la vista en mayores de 64 años en hombres de distintos niveles socioeconómicos. Resultados ajustados por edad. Comunidad de Madrid, 2007.	159
Figura 5.16.	Limitación grave permanente en el oído en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	160
Figura 5.17.	Limitación grave permanente en el oído en mayores de 64 años por Áreas de Salud en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	160
Figura 5.18.	Incontinencia urinaria, declarada como problema de salud crónico, en mayores de 64 años por grupos de edad en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	161
Figura 5.19.	Incontinencia urinaria, declarada como problema de salud crónico, en mujeres mayores de 64 años por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	161
Tabla 6.1.	Indicadores generales de trastornos mentales. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	164
Tabla 6.2.	Indicadores generales de enfermedades del sistema nervioso. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	165

Figura 6.1.	Trastornos mentales. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.	166
Figura 6.2.	Enfermedades del sistema nervioso. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.	166
Figura 6.3.	Contribución de los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	166
Figura 6.4.	Mortalidad por trastornos mentales en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	167
Tabla 6.3.	Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y nacionalidad. Número, porcentajes sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	168
Tabla 6.4.	Patología mental atendida en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	168
Figura 6.5.	Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	168
Figura 6.6.	Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.	169
Figura 6.7.	Morbilidad hospitalaria por patología mental según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	170
Figura 6.8.	Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSMS-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	170
Figura 6.9.	Morbilidad hospitalaria según edad y sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSMS-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	171
Figura 6.10.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	172
Figura 6.11.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por depresión unipolar, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	172
Figura 6.12.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias y enfermedad de Alzheimer, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	172
Tabla 6.5.	Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.	173
Figura 6.13.	Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.	174
Figura 6.14.	Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007.	175
Figura 6.15.	Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y clase social. Comunidad de Madrid, 2007.	176
Figura 6.16.	Porcentaje de población diagnosticada de patología mental, con presencia de sintomatología ansioso-depresiva (EuroQol) y en riesgo de sufrir patología mental (GHQ-12) por sexo y estado civil. Comunidad de Madrid, 2007.	177
Tabla 6.6.	Indicadores generales de demencias. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	178

Tabla 6.7.	Indicadores generales de enfermedad de Alzheimer. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	178
Figura 6.17.	Demencias. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.	179
Figura 6.18.	Enfermedad de Alzheimer. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.	179
Figura 6.19.	Contribución de las demencias, la enfermedad de Alzheimer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	179
Figura 6.20.	Mortalidad por trastornos mentales orgánicos, senil y presenil, en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	180
Figura 6.21.	Mortalidad por enfermedad de Alzheimer en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	181
Tabla 7.1.	Indicadores generales de enfermedades infecciosas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	185
Figura 7.1.	Enfermedades infecciosas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.	185
Figura 7.2.	Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	186
Tabla 7.2.	Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y nacionalidad. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	186
Tabla 7.3.	Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	186
Figura 7.3.	Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	187
Figura 7.4.	Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2007.	187
Figura 7.5.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	188
Tabla 7.4.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas (tres dígitos) más frecuentes de alta. Nº de altas y porcentaje respecto al total de altas por enfermedades infecciosas y parasitarias. Comunidad de Madrid, 2007.	188
Figura 7.6.	Morbilidad hospitalaria por rotavirus (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, 2003-2007.	189
Figura 7.7.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades infecciosas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	189
Figura 7.8.	Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2007.	191
Figura 7.9.	Cobertura de vacunación infantil de calendario por acto vacunal, por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.	192
Figura 7.10.	Cobertura de vacunación antigripal en la población de 60 y más años, por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	194

Figura 7.11.	Cobertura de vacunación antigripal en la población de 16 y más años, por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2006.	195
Figura 7.12.	Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años, y dosis de vacuna administradas, por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2003-2007.	195
Tabla 7.5.	Incidencia de parotiditis y tos ferina por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	198
Figura 7.13.	Evolución de la incidencia de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	198
Tabla 7.6.	Incidencia de meningitis víricas, enfermedad neumocócica invasora, enfermedad meningocócica y otras meningitis bacterianas por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	201
Figura 7.14.	Evolución de la incidencia de enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por H. influenzae, otras meningitis bacterianas y meningitis víricas. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	201
Tabla 7.7.	Incidencia y letalidad de enfermedad meningocócica por serogrupo. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07.	201
Tabla 7.8.	Incidencia de enfermedad meningocócica según serogrupo y edad. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07.	201
Tabla 7.9.	Evolución de la incidencia de enfermedad meningocócica según serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2006-07.	202
Figura 7.15.	Incidencia de enfermedad neumocócica invasora por forma de presentación clínica y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	202
Figura 7.16.	Estado vacunal de los casos de enfermedad neumocócica invasora (ENI) según edad y grupo de población diana vacunal al que pertenecen. Comunidad de Madrid, 2007.	203
Tabla 7.10.	Evolución de la incidencia de enfermedad neumocócica invasora según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	203
Figura 7.17.	Evolución de la incidencia de enfermedad invasiva por neumococo por grupos de edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	203
Tabla 7.11.	Incidencia de hepatitis A, B y otras por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	204
Figura 7.18.	Evolución de la incidencia de hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis víricas. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	204
Tabla 7.12.	Incidencia de gripe, varicela y legionelosis por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	205
Figura 7.19.	Incidencia semanal de gripe según notificaciones al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), a la Red de Médicos Centinelas (RMC) y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07.	205
Figura 7.20.	Evolución de la incidencia semanal de gripe. N° de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 1997-98 a 2006-07.	206
Tabla 7.13.	Incidencia de gripe. N° de casos, tasas por 100 mil y pico máximo. Comunidad de Madrid, temporadas 2002-03 a 2006-07.	206
Figura 7.21.	Evolución de la incidencia semanal de varicela. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2002-2007.	206
Figura 7.22.	Incidencia anual de varicela por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2003-2006.	206
Figura 7.23.	Evolución de la incidencia de legionelosis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	207
Figura 7.24.	Evolución de la incidencia de tuberculosis. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	208
Figura 7.25.	Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según sexo. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	208

Tabla 7.14.	Evolución de la incidencia de tuberculosis según edad. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	208
Tabla 7.15.	Evolución de la incidencia de tuberculosis por Áreas y Distritos de Salud. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	209
Figura 7.26.	Evolución de la incidencia de tuberculosis en el Municipio y la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	210
Figura 7.27.	Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	210
Figura 7.28.	Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1997-2007.	210
Tabla 7.16.	Incidencia de brucelosis y leishmaniasis por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	211
Figura 7.29.	Evolución de la incidencia de brucelosis y leishmaniasis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	211
Tabla 7.17.	Incidencia de disentería y fiebre tifoidea/paratifoidea por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	212
Figura 7.30.	Evolución de la incidencia de disentería y fiebre tifoidea/paratifoidea. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	212
Tabla 7.18.	Brotos de origen alimentario. Lugar de consumo del alimento. Comunidad de Madrid, 2007.	212
Figura 7.31.	Evolución temporal de los brotes de origen alimentario según lugar de consumo. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2002-2007.	213
Tabla 7.19.	Brotos de origen alimentario. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid, 2007.	213
Figura 7.32.	Evolución temporal de los brotes de origen alimentario confirmados por Salmonella. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2002-2007.	213
Tabla 7.20.	Brotos de origen alimentario. Alimentos confirmados (epidemiológicamente y/o por laboratorio) y agente causal. Comunidad de Madrid, 2007.	214
Tabla 7.21.	Brotos de origen alimentario. Factores contribuyentes. Comunidad de Madrid, 2007.	214
Tabla 7.22.	Incidencia de infección gonocócica y sífilis por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2007.	215
Figura 7.33.	Evolución de la incidencia de infección gonocócica y sífilis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	215
Tabla 7.23.	Casos de sida por Área de Salud de residencia al diagnóstico de sida. Comunidad de Madrid, 2002-2006.	217
Figura 7.34.	Evolución de la incidencia de Sida según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2002-2006.	218
Figura 7.35.	Evolución de la incidencia de Sida según grupo de edad al diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2002-2006.	218
Figura 7.36.	Evolución de la incidencia de Sida según grupo de transmisión y sexo. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2002-2006.	218
Figura 7.37.	Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2006.	218
Figura 7.38.	Mortalidad por Sida en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	219
Figura 7.39.	Contribución del Sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	220
Figura 7.40.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por VIH/SIDA, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	220

Figura 7.41.	Casos de sida en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical. Porcentaje de casos con diagnóstico tardío de la infección por VIH (menos de 12 meses entre el diagnóstico de VIH y el de sida) por grupo de transmisión. Comunidad de Madrid, 2002-2007.	220
Figura 7.42.	Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH según año de nacimiento y grupo de transmisión materna. Comunidad de Madrid, 1984-2007.	221
Tabla 7.24.	Incidencia de paludismo por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil . Comunidad de Madrid y España, 2007.	221
Figura 7.43.	Evolución de la incidencia de paludismo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2007.	221
Tabla 7.25.	Brotos de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	223
Tabla 7.26.	Brotos de origen no alimentario. Comunidad de Madrid, 2007.	223
Figura 8.1.	Agrupación de factores de riesgo según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	227
Figura 8.2.	Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según edad y sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	227
Figura 8.3.	Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	227
Tabla 8.1.	Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados según edad y sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	228
Figura 8.4.	Evolución de la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	229
Figura 8.5.	Evolución de la proporción de personas que se han realizado medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	229
Figura 8.6.	Evolución de la proporción de mujeres que se han realizado citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	229
Tabla 8.2.	Indicadores generales de tumores. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	231
Figura 8.7.	Tumores. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	231
Figura 8.8.	Tumores. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.	231
Figura 8.9.	Mortalidad por tumores en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	232
Figura 8.10.	Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	233
Figura 8.11.	Morbilidad hospitalaria por tumores según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	233
Figura 8.12.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumores, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	233
Tabla 8.3.	Indicadores generales de tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	234
Figura 8.13.	Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	234
Figura 8.14.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	235

Figura 8.15.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	235
Tabla 8.4.	Indicadores generales de tumor maligno del esófago. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	236
Figura 8.16.	Tumor maligno del esófago. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	236
Figura 8.17.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del esófago según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	237
Figura 8.18.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del esófago, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	237
Tabla 8.5.	Indicadores generales de tumor maligno del estómago. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	238
Figura 8.19.	Tumor maligno del estómago. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	238
Figura 8.20.	Mortalidad por tumor maligno del estómago en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	238
Figura 8.21.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del estómago según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	239
Figura 8.22.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del estómago, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	239
Tabla 8.6.	Indicadores generales de tumor maligno del colon. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	240
Figura 8.23.	Tumor maligno del colon. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	240
Figura 8.24.	Mortalidad por tumor maligno del colon en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	240
Figura 8.25.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del colon según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	241
Figura 8.26.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del colon y recto, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	241
Tabla 8.7.	Indicadores generales de tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	242
Figura 8.27.	Mortalidad por tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	242
Figura 8.28.	Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	243
Figura 8.29.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	243

Tabla 8.8.	Indicadores generales de tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	244
Figura 8.30.	Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	244
Figura 8.31.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	245
Figura 8.32.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	245
Tabla 8.9.	Indicadores generales de tumor maligno del páncreas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	246
Figura 8.33.	Tumor maligno del páncreas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	246
Figura 8.34.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del páncreas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	247
Figura 8.35.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del páncreas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	247
Tabla 8.10.	Indicadores generales de tumor maligno de la laringe. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	248
Figura 8.36.	Mortalidad por tumor maligno de la laringe en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	248
Figura 8.37.	Tumor maligno de la laringe. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	249
Figura 8.38.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la laringe según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	249
Figura 8.39.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la laringe, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	249
Tabla 8.11.	Indicadores generales de tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	250
Figura 8.40.	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	250
Figura 8.41.	Mortalidad por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	251
Figura 8.42.	Contribución del tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	252
Figura 8.43.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	252
Figura 8.44.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	252

Tabla 8.12.	Indicadores generales de melanoma maligno de la piel. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	253
Figura 8.45.	Melanoma maligno de la piel. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	253
Figura 8.46.	Morbilidad hospitalaria por melanoma maligno de la piel según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	253
Tabla 8.13.	Indicadores generales de tumor maligno de la mama de la mujer. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	254
Figura 8.47.	Tumor maligno de la mama de la mujer. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	254
Figura 8.48.	Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer en las secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	254
Figura 8.49.	Contribución del tumor maligno de la mama de la mujer y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	255
Figura 8.50.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la mama de la mujer según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	255
Figura 8.51.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la mama de la mujer, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	255
Tabla 8.14.	Indicadores generales de tumor maligno del cuello del útero. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	256
Figura 8.52.	Tumor maligno del cuello del útero. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	256
Figura 8.53.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del cuello del útero según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	257
Figura 8.54.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del cuello del útero, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	257
Tabla 8.15.	Indicadores generales de tumor maligno de otras partes del útero. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	258
Figura 8.55.	Tumor maligno de otras partes del útero. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	258
Figura 8.56.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de otras partes del útero según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	259
Figura 8.57.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de otras partes del útero, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	259
Tabla 8.16.	Indicadores generales de tumor maligno del ovario. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	260
Figura 8.58.	Tumor maligno del ovario. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	261
Figura 8.59.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del ovario según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	261
Figura 8.60.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del ovario, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	261

Tabla 8.17.	Indicadores generales de tumor maligno de la próstata. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	262
Figura 8.61.	Tumor maligno de la próstata. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	262
Figura 8.62.	Mortalidad por tumor maligno de la próstata en las secciones censales. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	262
Figura 8.63.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la próstata según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	263
Figura 8.64.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la próstata, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	263
Tabla 8.18.	Indicadores generales de tumor maligno de la vejiga. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	264
Figura 8.65.	Tumor maligno de la vejiga. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	264
Figura 8.66.	Mortalidad por tumor maligno de la vejiga en las secciones censales. Hombres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	264
Figura 8.67.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la vejiga según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	265
Figura 8.68.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno de la vejiga, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	265
Tabla 8.19.	Indicadores generales de tumor maligno del encéfalo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	266
Figura 8.69.	Tumor maligno del encéfalo. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	266
Figura 8.70.	Morbilidad hospitalaria por tumor maligno del encéfalo según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	267
Figura 8.71.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumor maligno del encéfalo, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	267
Tabla 8.20.	Indicadores generales de leucemia. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	268
Figura 8.72.	Leucemia. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	268
Figura 8.73.	Morbilidad hospitalaria por leucemia según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	269
Figura 8.74.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por leucemia, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	269
Tabla 8.21.	Indicadores generales de mieloma múltiple. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	270
Figura 8.75.	Mieloma múltiple. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	270
Figura 8.76.	Morbilidad hospitalaria por mieloma múltiple según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	270

Tabla 8.22.	Indicadores generales de linfoma no Hodgkin. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	271
Figura 8.77.	Linfoma no Hodgkin. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	271
Figura 8.78.	Morbilidad hospitalaria por linfoma no Hodgkin según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	271
Tabla 8.23.	Indicadores generales de enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	273
Figura 8.79.	Enfermedades del sistema circulatorio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	273
Figura 8.80.	Enfermedades del sistema circulatorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.	273
Figura 8.81.	Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	274
Figura 8.82.	Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	275
Figura 8.83.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	275
Figura 8.84.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades del sistema circulatorio, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	275
Tabla 8.24.	Indicadores generales de cardiopatía isquémica. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	276
Figura 8.85.	Cardiopatía isquémica. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	276
Figura 8.86.	Mortalidad por cardiopatía isquémica en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	277
Figura 8.87.	Contribución de la cardiopatía isquémica y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	278
Figura 8.88.	Morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	278
Figura 8.89.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cardiopatía isquémica, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	278
Tabla 8.25.	Indicadores generales de enfermedades cerebrovasculares. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	279
Figura 8.90.	Enfermedades cerebrovasculares. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	279
Figura 8.91.	Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	280
Figura 8.92.	Contribución de las enfermedades cerebrovasculares y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	281

Figura 8.93.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	281
Figura 8.94.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades cerebrovasculares, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	281
Tabla 8.26.	Indicadores generales de diabetes mellitus. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	282
Figura 8.95.	Mortalidad por diabetes mellitus en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	282
Figura 8.96.	Diabetes mellitus. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	283
Figura 8.97.	Morbilidad hospitalaria por diabetes mellitus según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	283
Figura 8.98.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Diabetes mellitus, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	283
Figura 8.99.	Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus (DM) total, conocida y desconocida según sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	285
Figura 8.100.	Prevalencia (%) de diabetes mellitus conocida y desconocida según grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	285
Figura 8.101.	Prevalencia (%) de diabetes mellitus según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	286
Figura 8.102.	Riesgo de padecer diabetes y distribución del riesgo alto/muy alto (FINDRISC ≥ 15) por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	286
Figura 8.103.	Prevalencia (%) de hipertensión arterial conocida y desconocida según grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	287
Figura 8.104.	Prevalencia (%) de hipertensión arterial según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	287
Figura 8.105.	Prevalencia de HTA conocida controlada por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	287
Figura 8.106.	Prevalencia (%) de hipercolesterolemia (CoT $>_{=}$ 240 mg/dl) conocida y desconocida según edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	288
Figura 8.107.	Prevalencia (%) de hipercolesterolemia conocida controlada. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	288
Figura 8.108.	Prevalencia (%) de LDLc de riesgo por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	288
Figura 8.109.	Prevalencia (%) de HDLc de riesgo por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	289
Figura 8.110.	Distribución (%) del bajo peso, normopeso y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	289
Figura 8.111.	Prevalencia (%) de sobrepeso grado II y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	290
Figura 8.112.	Prevalencia de obesidad según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	290
Figura 8.113.	Prevalencia (%) de obesidad abdominal (perímetro cintura en cm) según edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	290

Figura 8.114.	Prevalencia de tres y más factores de riesgo cardiovascular por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	291
Figura 8.115.	Prevalencia (%) de Síndrome Metabólico por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	291
Figura 8.116.	Prevalencia de Síndrome Metabólico según nivel educativo por grandes grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	292
Figura 8.117.	Prevalencia de angina de pecho, determinada a través del cuestionario de Rose, por edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	292
Figura 8.118.	Prevalencia de riesgo cardiovascular alto por grupos de edad y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.	293
Tabla 8.27.	Indicadores generales de enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	295
Figura 8.119.	Enfermedades del sistema respiratorio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	295
Figura 8.120.	Enfermedades del sistema respiratorio. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.	295
Figura 8.121.	Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	296
Figura 8.122.	Contribución de las enfermedades del sistema respiratorio y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	297
Figura 8.123.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	297
Figura 8.124.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades del sistema respiratorio, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	297
Tabla 8.28.	Indicadores generales de bronquitis y enfisema. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	298
Figura 8.125.	Bronquitis, enfisema y asma. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	299
Figura 8.126.	Mortalidad por bronquitis y enfisema en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	299
Figura 8.127.	Contribución de la bronquitis y enfisema y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	300
Figura 8.128.	Morbilidad hospitalaria por bronquitis y enfisema según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	300
Figura 8.129.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por bronquitis y enfisema, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	300
Tabla 8.29.	Indicadores generales de asma. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	301
Figura 8.130.	Morbilidad hospitalaria por asma según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	301
Figura 8.131.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por asma, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	301

Tabla 8.30.	Indicadores generales de enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	303
Figura 8.132.	Enfermedades del sistema digestivo. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	303
Figura 8.133.	Enfermedades del sistema digestivo. Mortalidad proporcional por principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2006.	303
Figura 8.134.	Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	304
Figura 8.135.	Contribución de las enfermedades del sistema digestivo y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	305
Figura 8.136.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema digestivo según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	305
Figura 8.137.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades del sistema digestivo, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	305
Tabla 8.31.	Indicadores generales de cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	306
Figura 8.138.	Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	306
Figura 8.139.	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	307
Figura 8.140.	Morbilidad hospitalaria por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	307
Figura 8.141.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	307
Tabla 8.32.	Indicadores generales de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	308
Figura 8.142.	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1985-2006.	308
Figura 8.143.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	309
Figura 8.144.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	309
Tabla 8.33.	Indicadores generales de artritis reumatoide y osteoartritis. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	310
Figura 8.145.	Morbilidad hospitalaria por artritis reumatoide y osteoartritis según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	310
Figura 8.146.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por artritis reumatoide y osteoartritis, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	310

Tabla 8.34.	Indicadores generales de osteoporosis y fracturas patológicas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	311
Figura 8.147.	Morbilidad hospitalaria por osteoporosis y fracturas patológicas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	311
Tabla 8.35.	Indicadores generales de enfermedades del sistema genitourinario. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	312
Figura 8.148.	Enfermedades del sistema genitourinario. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1980-2006.	312
Figura 8.149.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema genitourinario según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	313
Figura 8.150.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades del sistema genitourinario, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	313
Figura 8.151.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras según sexo y grupo de edad. Número de altas y tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	315
Tabla 8.36.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras según sexo y gran grupo de causa. Número de altas. Comunidad de Madrid, 2007.	315
Figura 8.152.	Morbilidad hospitalaria por enfermedades raras según sexo y gran grupo de causa. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	316
Tabla 8.37.	Enfermedades raras con mayor morbilidad hospitalaria, según sexo y grupo de edad. Número de altas y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	317
Tabla 9.1.	Indicadores generales de causas externas. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	321
Figura 9.1.	Causas externas. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	321
Figura 9.2.	Mortalidad por causas externas en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	322
Figura 9.3.	Contribución de las causas externas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	323
Figura 9.4.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	323
Figura 9.5.	Evolución de la proporción de adultos (18-64 años) que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	324
Tabla 9.2.	Lesiones atendidas en Atención Primaria, según sexo y nacionalidad. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	324
Tabla 9.3.	Lesiones atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	324
Figura 9.6.	Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	325
Figura 9.7.	Lesiones atendidas en Atención Primaria. Causas específicas más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2007.	325
Tabla 9.4.	Morbilidad hospitalaria por causas externas según sexo y edad. Porcentajes respecto el total de causas externas. Comunidad de Madrid, 2007.	326

Figura 9.8.	Morbilidad hospitalaria por causas externas según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	326
Figura 9.9.	Morbilidad hospitalaria por causas externas consecuencia de caídas accidentales según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.	327
Figura 9.10.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por causas externas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	327
Tabla 9.5.	Indicadores generales de accidentes de tráfico. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	328
Figura 9.11.	Accidentes de tráfico. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	328
Figura 9.12.	Mortalidad por accidentes de tráfico en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	329
Figura 9.13.	Contribución de los accidentes de tráfico y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	330
Figura 9.14.	Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, del total de víctimas y de muertos. Comunidad de Madrid, 1994-2007.	331
Figura 9.15.	Evolución de la tasa de víctimas de accidentes de tráfico por mil accidentes. Comunidad de Madrid y España, 1994-2007.	331
Figura 9.16.	Morbilidad hospitalaria por accidentes de tráfico según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	331
Figura 9.17.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por accidentes de tráfico, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	332
Figura 9.18.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad o por carretera, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	333
Figura 9.19.	Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no utilizan siempre el casco en moto, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.	333
Figura 9.20.	Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	334
Figura 9.21.	Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	335
Tabla 9.6.	Indicadores generales de suicidio. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2007.	336
Figura 9.22.	Suicidio. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1975-2006.	336
Figura 9.23.	Mortalidad por suicidio en las secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 1996-2003.	337
Figura 9.24.	Contribución del suicidio y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2001 y 2006, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.	338
Figura 9.25.	Morbilidad hospitalaria por intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas según edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007.	338
Figura 9.26.	Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por suicidio, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2006.	339
Figura 9.27.	Gravedad de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid.	340

Figura 10.1.	Evolución de la media anual de los valores medios diarios de SO ₂ y CO por Zona. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	347
Figura 10.2.	Evolución del número medio de superaciones de PM ₁₀ y NO ₂ por Zona. Comunidad de Madrid, 2002-2007.	347
Tabla 10.1.	Superaciones de contaminantes PM ₁₀ y NO ₂ . Comunidad de Madrid, 2002-2007.	347
Figura 10.3.	O ₃ , número medio de superaciones horarias por Zona. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	348
Tabla 10.2.	Superaciones de ozono. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	348
Figura 10.4.	Evolución del número de superaciones de los valores límites horarios de protección para ozono, por estación. Comunidad de Madrid, periodo 2002-2007.	348
Tabla 10.3.	Recuentos de polen total y de cupresáceas, plátano, gramíneas y olivo recogidos en cada uno de los captadores de la Red Palinocam durante 2007.	349
Figura 10.5.	Recuentos de polen (granos/m ³ aire). Comunidad de Madrid, 2005-2007.	349
Figura 10.6.	Evolución de la concentración de polen de Cupresáceas en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.	350
Figura 10.7.	Evolución de la concentración de polen de Plátano de sombra en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.	350
Figura 10.8.	Evolución de la concentración de polen de Olivo en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.	351
Figura 10.9.	Evolución de la concentración de polen de Gramíneas en 2007 frente al histórico 1995-2006. Comunidad de Madrid.	351
Figura 10.10.	Contenido esporal en Alcalá de Henares y Facultad de Farmacia. Comunidad de Madrid, 2007.	352
Figura 10.11.	Evolución anual de los tipos esporales mayoritarios en la Facultad de Farmacia. Comunidad de Madrid, 2005-2007.	353
Figura 10.12.	Localización geográfica de los casos de legionelosis y de las instalaciones de riesgo. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	354
Figura 10.13.	Detalle de la localización geográfica y algunas características de los casos de legionelosis y de las instalaciones de riesgo. Comunidad de Madrid, 2007-2008.	355
Figura 10.14.	Relación entre la temperatura máxima y la mortalidad. Comunidad de Madrid, periodo del 15 de junio al 15 de septiembre del 2008.	356
Figura 10.15.	Urgencias totales observadas y previstas (hospital Gregorio Marañón). Periodo del 15 de junio al 15 de septiembre del 2008.	356
Figura 10.16.	Evolución en la calidad de las aguas de baño. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	358
Figura 10.17.	Tipificación de las alertas por productos químicos. Comunidad de Madrid, 2007.	359
Figura 10.18.	Enfermedades Profesionales. Partes Comunicados. Distribución Porcentual por edades y sexo. Comunidad de Madrid, enero a noviembre 2007.	361
Tabla 10.4.	Enfermedades Profesionales notificadas: distribución de casos según sexo y rama de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.	362
Tabla 10.5.	Enfermedades Profesionales notificadas y cerradas según sexo y patología. Comunidad de Madrid, 2007.	363
Figura 10.19.	Enfermedades Profesionales. Partes comunicados. Distribución porcentual por grupos de enfermedad según sexo. Comunidad de Madrid, enero - noviembre 2007.	363
Figura 10.20.	Actividades económicas que concentran al 85% de la población trabajadora, total y por sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	365
Tabla 10.6.	Incidencias de Accidentes de Trabajo según sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.	365

Tabla 10.7.	Incidencia de Accidentes de Trabajo (AT) con causas especiales. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	367
Tabla 10.8.	Indicadores de la repercusión inmediata de los Accidentes de Trabajo (AT). Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	367
Figura 10.21.	Distribución de Accidentes de Trabajo según momento y por sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.	368
Figura 10.22.	Algunos indicadores de Accidentes de Trabajo en los 4 sectores de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.	368
Figura 10.23.	Ramas de actividad que aglutinan el 85% de los Accidentes de Trabajo, total y por sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	369
Tabla 10.9.	Accidentes de Trabajo totales, peso de algunas características, por rama. Hombres y mujeres . Comunidad de Madrid, 2007.	370
Figura 10.24.	Porcentajes de accidentes ocurridos durante el trabajo por actividades. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	372
Tabla 10.10.	Índices de incidencia de Accidentes de Trabajo por ramas de actividad en población afiliada en el Régimen general (RG) y en el Régimen especial de la minería y el carbón (MC). Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	373
Tabla 10.11.	Indicadores de Accidentes de Trabajo (AT) mortales en hombres afiliados en el Régimen general (RG) y en el Régimen especial de la minería y el carbón (MC). Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	374
Tabla 10.12.	Accidentes de Trabajo (AT) en afiliados autónomos según sexo y sector de actividad. Comunidad de Madrid, 2007.	374
Tabla 10.13.	Incidencia de Accidentes de Trabajo (AT) con causas especiales en afiliados autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	375
Tabla 10.14.	Indicadores de la repercusión inmediata del Accidente de Trabajo (AT) en afiliados autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	375
Tabla 10.15.	Ramas de actividad que acumulan el 85% de los Accidentes de Trabajo (AT) en afiliados autónomos. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2007.	375
Figura 10.25.	Localización de los accidentes biológicos producidos en personal sanitario. Comunidad de Madrid, 2007.	376
Tabla 11.1.	Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	381
Tabla 11.2.	Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	381
Figura 11.1.	Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	382
Figura 11.2.	Autopercepción de las causas del bajo ejercicio físico en población adulta. Comunidad de Madrid, 2007.	383
Tabla 11.3.	Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	384
Figura 11.3.	Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) en población de 18-64 años, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	385
Tabla 11.4.	Práctica de alimentación fuera del hogar y frecuentación en función del sexo y el grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.	386
Tabla 11.5.	Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	386
Figura 11.4.	Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	387
Figura 11.5.	Métodos utilizados para perder peso. Comunidad de Madrid, 2007.	387
Tabla 11.6.	Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	388
Figura 11.6.	Evolución de la proporción de personas con sobrepeso de grado II u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	388

Figura 11.7.	Distribución del Índice de Masa Corporal en función del sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	389
Figura 11.8.	Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en función del grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.	389
Figura 11.9.	Autopercepción del peso corporal. Comunidad de Madrid, 2007.	390
Figura 11.10.	Autopercepción de las causas de sobrepeso. Comunidad de Madrid, 2007.	390
Figura 11.11.	Deseos y razones para perder peso. Comunidad de Madrid, 2007.	391
Tabla 11.7.	Porcentaje de población que desea perder peso, razones, cuantía deseada y percepción del peso idóneo en función del Índice de Masa Corporal (IMC). Comunidad de Madrid, 2007.	391
Figura 11.12.	Nivel de conocimientos sobre los problemas de salud asociados con el sobrepeso. Comunidad de Madrid, 2007.	391
Figura 11.13.	Autopercepción del nivel de estrés. Comunidad de Madrid, 2007.	392
Figura 11.14.	Autopercepción del nivel de estrés en función del sexo, grupo de edad y estatus social. Valores medios. Comunidad de Madrid, 2007.	392
Figura 11.15.	Autopercepción del nivel de estrés en función de la tipología del mismo. Comunidad de Madrid, 2007.	393
Figura 12.1.	Consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	397
Figura 12.2.	Proporción de fumadores actuales según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	397
Figura 12.3.	Proporción de fumadores ≥ 20 cigarrillos/día según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	397
Figura 12.4.	Proporción de fumadores actuales según sexo y nivel de estudios. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	398
Figura 12.5.	Proporción de fumadores actuales según sexo y clase social. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	398
Figura 12.6.	Proporción de abandono de consumo de tabaco según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	399
Figura 12.7.	Fases de abandono de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	399
Figura 12.8.	Consejo médico para dejar de fumar según sexo y edad. Fumadores diarios 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.	400
Figura 12.9.	Evolución de la prevalencia de fumadores actuales según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007.	400
Figura 12.10.	Evolución de la proporción de fumadores actuales según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	401
Figura 12.11.	Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	402
Figura 12.12.	Prevalencias de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	403
Figura 12.13.	Consumo de alcohol en la población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.	404
Figura 12.14.	Evolución del consumo de alcohol en la población de 18-64 años según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.	404
Figura 12.15.	Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2007.	406
Figura 12.16.	Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.	407
Figura 12.17.	Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2007.	407
Tabla 12.1.	Prevalencias de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2007.	408
Figura 12.18.	Muertes atribuibles al tabaquismo (MAT) según sexo y edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.	409

Figura 12.19.	Muertes atribuibles al tabaquismo por cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, según edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.	410
Figura 12.20.	Evolución de la mortalidad atribuible al tabaquismo según sexo. Comunidad de Madrid 1992, 1998 y 2004.	410
Figura 12.21.	Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 1992-2007.	411
Figura 12.22.	Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	411
Figura 12.23.	Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	412
Figura 12.24.	Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2007.	413
Tabla 12.2.	Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la sustancia que provoca la urgencia. Comunidad de Madrid, 2007.	413
Tabla 12.3.	Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.	414

Autor

Dirección General de Atención Primaria

Editor

Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ISBN-13: 978-84-692-9763-6

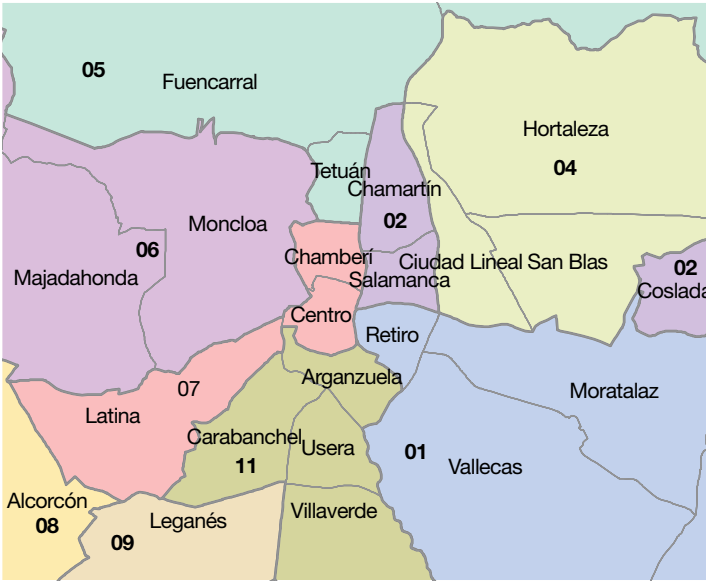
Nota

La documentación que figura en este informe puede ser reproducida o copiada. Se ruega se mencione la cita sugerida.

Cita Sugerida

Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2009.

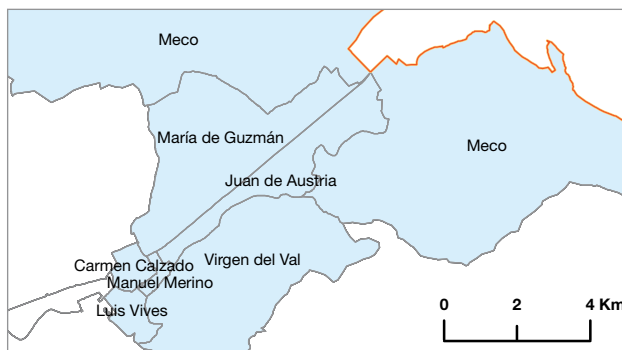
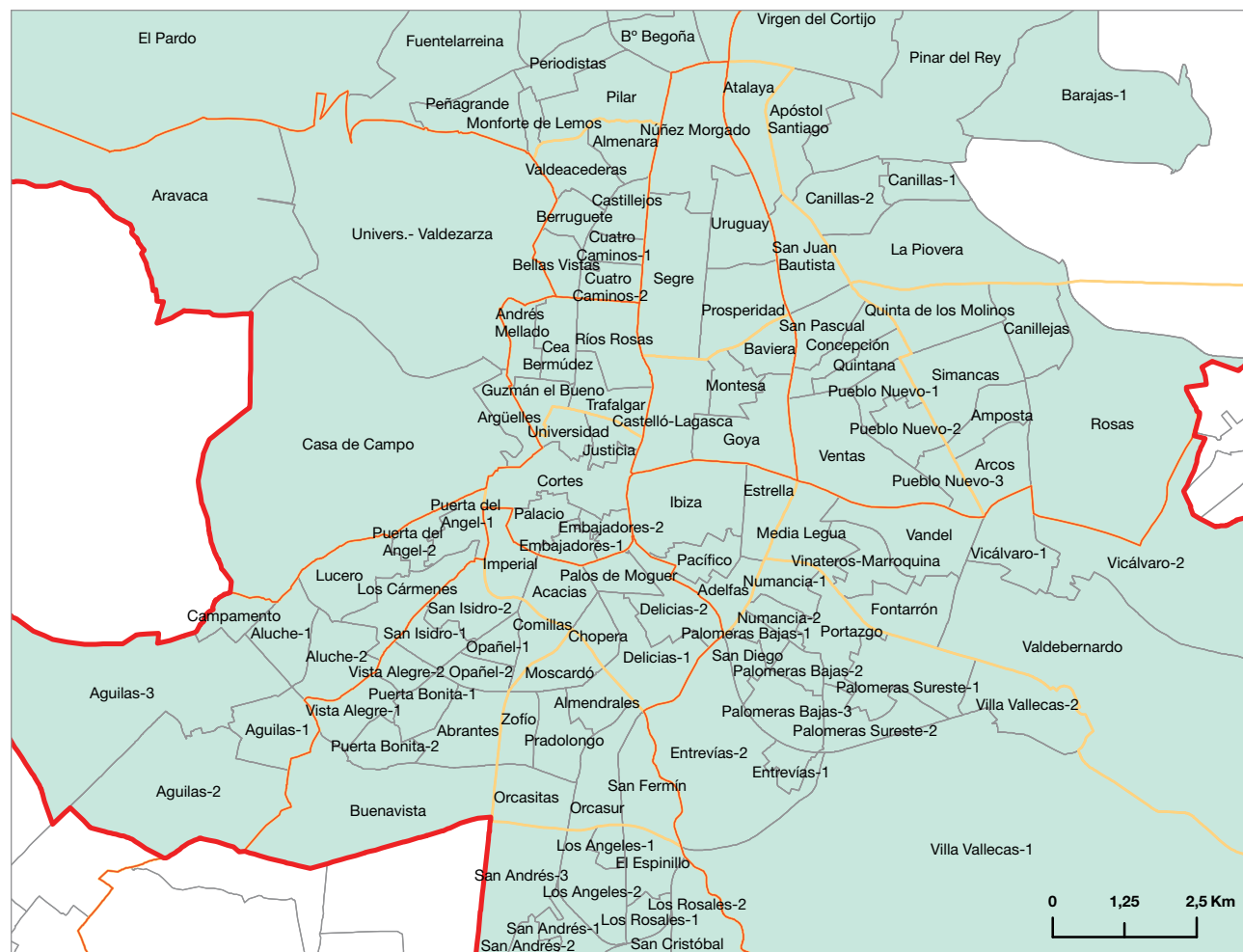
Comunidad de Madrid. Distritos de Salud



Comunidad de Madrid. Municipios y Distritos del municipio de Madrid



Comunidad de Madrid. Zonas Básicas de Salud (detalle)



Comunidad de Madrid. Zonificación sanitaria

