

Madrid

2004

Informe

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

Informe

2004

Madrid

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

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Dirección del Documento

Director General de Salud Pública y Alimentación

Agustín Rivero Cuadrado

Coordinador de Servicios de Salud Pública

Félix Robledo Muga

Subdirector General de Desarrollo Organizativo

Angel Guirao García

Subdirector de Salud Pública

José Jover Ibarra

Subdirector General de Epidemiología, Prevención, Promoción de la Salud y Sanidad Ambiental

Francisco Marqués Marqués

Coordinadora de áreas

María José Esteban Niveiro

Secretario General del Instituto de Salud Pública de Madrid

Francisco Orozco González

Autores

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

Jenaro Astray Mochales

Ricard Génova Maleras

Edición de textos

Pilar Antón López

Autores y colaboradores por Capítulos

Objetivos 1 y 2. Equidad y Solidaridad

Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras, Nicole Aernny Perreten, Inés Palanca Sanchez, Marisa Martínez Blanco, Milagros Ramasco Gutiérrez, Emiliano Arangüez.

Objetivo 3. Iniciar la Vida en Buena Salud

Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras, Manuela Arranz, Moisés Cameno; Grupo Biomadrid: Centro Nacional de Epidemiología: Nuria Aragonés, Marina Pollán, Beatriz Pérez y Gonzalo López-Abente. Comunidad de Madrid: Jenaro Astray, Margot Cisneros, José Frutos, Mercedes Martínez, Andrés Iriso, Concha de Paz, Elisa Gil, Amparo de Santos y Ana Pérez Meixeira; Hospital Ramón y Cajal: José Miguel García; CSIC: M^a José González y Mario Fernández.

Objetivo 4. La Salud de los Jóvenes

Iñaki Galán Labaca, Belén Zorrilla Torras, Lucía Díaz Gañán, Dulce Lopez-Gay, Concha Izarra Pérez, Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras, Carlos Martínez Cepa.

Objetivo 5. Envejecer en Buena Salud

Enrique Cámara Díez, Ana Gandarillas Grande, Ángela Rincón Carcavilla, Belén Zorrilla Torras, Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras.

Objetivo 6. Mejorar la Salud Mental

Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras, Ana Gandarillas Grande, Ana Rosa Sepúlveda García, Pedro Arias.

Objetivo 7. Reducir las Enfermedades Transmisibles

Rosa Ramírez Fernández, María Ordobás Gavín, Ángeles Gutiérrez Rodríguez, Luis García Comas, Napoleón Pérez Farinós, Cristina García Fernández, Inmaculada Rodero Garduño, Soledad Cañellas Llabrés, Juan García Gutiérrez, Moisés Cameno, Dolores Barranco, Domingo Iniesta, Dulce Lopez-Gay, Concha Izarra Pérez; Red de vigilancia epidemiológica de Áreas: Esther Córdoba de Orador, Elena Rodríguez Baena, Felicitas Domínguez Berjun, Antonio Moreno Civantos, Piedad Hernando, Angel Miguel Benito, M^a del Carmen Sanz Ortiz, Rosa de los Ríos Martín, Fernando Martín Martínez, Cristina Hidalgo Fernández, Mariana Jiménez Maldonado, M^a Dolores Las Heras, José Francisco Barbas Buey, M^a del Carmen Álvarez Castillo, José Antonio Taveira, Ana Pérez Meixeira, Araceli Arce, M^a Luisa Cabello, M^a Jesús Fernández; Prevención áreas: Margarita García Vaquero, Consuelo Febrel Bordejé, M^a Jesús Gascón Sancho, M^a Angeles Tebar Betagon, Pilar Gómez Rodríguez, José Mariano de León Lozano, José Ignacio Cuadrado, Amelia Fernández Peinado, Alfredo Miranda Montero, Carlos Martínez Cepa, Vicenta Ilusar Granel.

Objetivo 8. Reducir las Enfermedades No Transmisibles

Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras, Rosa Ramírez Fernández, Belén Zorrilla Torras, Ana Gandarillas Grande, Iñaki Galán Labaca, Ana Robustillo, José Luis Cantero Real, Lucía Díaz Gañán, Ángela Rincón Carlavilla, Consuelo Morant Ginestar, Alicia Estirado, Ignacio Vera López.

Objetivo 9. Reducir las Lesiones Derivadas de Actos Violentos y de Accidentes

Jenaro Astray Mochales, Ricard Génova Maleras, Belén Zorrilla Torras, Iñaki Galán Labaca, Marisa Pires, Consuelo Morant Ginestar, Víctor Ramírez de Molina, María Luisa Lasheras Lozano, Edith Pérez, Ramón Aguirre.

Objetivo 10. Un Entorno Físico Sano y Seguro

Enrique Cámara Díez, José Frutos García, Isabel Abad Sanz, Antonio Avello de Miguel, Patricia Cervigón Morales, Laura López Carrasco, M^a José Soto Zabalgoeazcoa, Elena Boldo Pascua, Manuel Martínez Vidal, Marta Zimmermann Verdejo, M^a Fernanda González Gómez, M^a Jesús Sagües Cifuentes.

Objetivo 11. Una Vida más Sana

José Antonio Pinto Fontanillo, Belén Zorrilla Torras, Ana Gandarillas Grande, Iñaki Galán Labaca, Ana Robustillo Rodela.

Objetivo 12. Reducir los Daños Derivados del Alcohol, las Drogas y el Tabaco

Luis Velázquez Buendía, Iñaki Galán Labaca, Emma Sánchez Pérez, Silvia Iñigo Nuñez, Mar Carretero Gómez.

Nota

La documentación que figura en este informe puede ser reproducida o copiada. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid ruega se mencione la cita sugerida.

Cita sugerida

Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2004. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid 2005.

Madrid

2004

Informe

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



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

 Comunidad de Madrid



Instituto de Salud Pública

 Comunidad de Madrid

Listado de abreviaturas empleadas en el texto:

APHEIS	Air Pollution and Health European Information System
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVD	Años Vividos con Discapacidad o mala salud
AVP	Años de Vida Perdidos por muerte prematura
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios
CO	Monóxido de nitrógeno
DMID	Diabetes Mellitus Insulino Dependientes
E(0)	Esperanza de Vida al Nacer
EMECAS	Estudio multicéntrico de la contaminación atmosférica en salud
ENS 2003	Encuesta Nacional de Salud, año 2003.
ENT	Enfermedades No Transmisibles
FR	Factor de riesgo
ICI	Intervalo de Confianza (Límite Inferior)
ICS	Intervalo de Confianza (Límite Superior)
IECM	Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISF	Índice Sintético de Fecundidad
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LNH	Linfoma No Hodgkin
METS	Equivalente metabólico. Un MET equivale al número de calorías que un cuerpo consume mientras está en reposo.
NO₂	Dióxido de Nitrógeno
O₃	Ozono
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PM_{2,5}	Partículas en suspensión mayores de 2,5 micras de diámetro
PM₁₀	Partículas en suspensión mayores de 10 micras de diámetro
SMR	Razón Estandarizada de Mortalidad (Standardized Mortality Ratio)
VPM	Violencia de Pareja hacia las Mujeres

Índice

Presentación	11
1. Introducción	15
Notas metodológicas	19
Resumen	29
2. Objetivos 1 y 2. Equidad y solidaridad para la salud en la región europea de la OMS	47
2.1. Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid	50
2.2. Mortalidad General	58
2.3. Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida	66
2.4. Morbilidad hospitalaria	71
2.5. Carga de enfermedad	75
2.6. La salud percibida	80
2.7. La salud de los inmigrantes	83
2.8. Plan operativo (objetivos e indicadores)	85
3. Objetivo 3. Iniciar la vida en buena salud	87
3.1. Mortalidad infantil	89
3.2. Morbilidad hospitalaria	92
3.3. Prevención de enfermedades metabólicas	93
3.4. Monitorización de biomarcadores	94
3.5. Plan operativo (objetivos e indicadores)	95
4. Objetivo 4. La salud de los jóvenes	97
4.1. Morbilidad y mortalidad en jóvenes	99
4.2. Análisis de factores determinantes en jóvenes	100
4.2.1. Ejercicio físico en jóvenes	100
4.2.2. Hábitos alimentarios y estado nutricional	101
4.2.3. Consumo de tabaco	108
4.2.4. Consumo de alcohol	110
4.2.5. Información sobre temas de salud	114
4.2.6. Agregación de factores de riesgo en jóvenes	115
4.2.7. Evolución de indicadores en jóvenes	116
4.2.8. Sexualidad responsable	117
4.3. Análisis de áreas focales	119
4.3.1. Interrupciones voluntarias del embarazo	119
4.4. Plan operativo (objetivos e indicadores)	128
5. Objetivo 5. Envejecer en buena salud	129
5.1. Necesidades socio-sanitarias de las personas mayores en la Comunidad de Madrid	130
5.1.1. Aspectos demográficos	131
5.1.2. Mortalidad	132
5.1.3. Morbilidad hospitalaria	133
5.1.4. Estado de salud en la población mayor de 65 años	134
5.1.5. Discapacidades	135
5.1.6. Utilización de recursos sanitarios y sociales	136
5.2. Áreas focales: Demencias	138
5.2.1. Mortalidad y Carga de Enfermedad	138

5.2.2. Morbilidad hospitalaria	142
5.3. Plan operativo (objetivos e indicadores)	142
6. Objetivo 6. Mejorar la salud mental	143
6.1. Morbilidad	144
6.2. Mortalidad por enfermedades mentales	146
6.3. Contribución de las enfermedades mentales a los cambios en la esperanza de vida	148
6.4. Carga de enfermedad de las enfermedades mentales	149
6.5. Áreas focales específicas: trastornos del comportamiento alimentario	149
6.5.1. Ingresos hospitalarios por TCA	149
6.5.2. Conductas relacionadas con los TCA en población juvenil	150
6.5.3. Conductas relacionadas con los TCA en población adulta	154
6.5.4. Percepción de la imagen corporal	156
6.6. Plan operativo (objetivos e indicadores)	157
7. Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles	159
7.1. Enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación	160
7.1.1. Coberturas vacunales en calendario	160
7.1.2. Cobertura de vacunación de gripe	165
7.1.3. Cobertura de vacunación de Neumococo	166
7.1.4. Incidencia de enfermedades incluidas en calendario vacunal	166
7.2. Enfermedades de declaración obligatoria	167
7.3. Enfermedades objeto de vigilancia especial	169
7.3.1. Gripe	169
7.3.2. Sarampión	171
7.3.3. Rubéola	172
7.3.4. Legionelosis	172
7.3.5. Meningitis	172
7.3.6. Hepatitis A	175
7.4. Brotes	176
7.4.1. Brotes de origen alimentario	176
7.4.2. Brotes de origen no alimentario	176
7.5. Tuberculosis	177
7.6. VIH/SIDA	182
7.7. Plan operativo (objetivos e indicadores)	187
8. Objetivo 8. Reducir las enfermedades no transmisibles	189
8.1. Áreas focales determinantes	190
8.1.1. Factores de riesgo	190
8.1.2. Prácticas preventivas	192
8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles	196
8.2.1. Tumores	196
8.2.2. Cáncer de pulmón	206
8.2.3. Cáncer de mama en mujeres	210
8.2.4. Cáncer de estómago	213
8.2.5. Cáncer de colon y recto	216
8.2.6. Cáncer de vejiga	222
8.2.7. Cáncer de páncreas	225
8.2.8. Tumores emergentes	228
8.2.9. Tumores infantiles	234
8.2.10. Enfermedades cardiovasculares	235
8.2.11. Diabetes	242

8.2.12. Enfermedades respiratorias	247
8.2.13. Asma	251
8.2.14. Enfermedades osteomioarticulares	257
8.3. Plan operativo (objetivos e indicadores)	259
9. Objetivo 9. Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y de accidentes	261
9.1. Causas externas	262
9.1.1. Mortalidad por causas externas	262
9.1.2. Morbilidad hospitalaria	269
9.2. Violencia de género	271
9.2.1. La atención por parte del sistema sanitario	274
9.3. Factores determinantes: indicadores	275
9.3.1. Accidentes en jóvenes	275
9.3.2. Accidentes en adultos	277
9.4. Plan operativo (objetivos e indicadores)	280
10. Objetivo 10. Un entorno físico sano y seguro	281
10.1. Factores determinantes ambientales	282
10.1.1. Calidad del aire	282
10.1.2. Efectos en la salud de la contaminación atmosférica	286
10.1.3. Calidad de las aguas de consumo humano	287
10.1.4. Calidad de las aguas de las zonas de baño	290
10.1.5. Efectos en la salud derivados de las olas de calor	291
10.1.6. Sistema de información de extremos térmicos. Verano 2004	292
10.1.7. Contaminación biótica: Polen atmosférico	297
10.1.8. Legionelosis	299
10.2. Factores determinantes en el entorno de trabajo: Salud laboral y enfermedades profesionales	301
10.2.1. Incidencia por ramas de actividad	303
10.2.2. Riesgo por actividad	305
10.2.3. Enfermedades profesionales de origen infeccioso	308
10.3. Plan operativo (objetivos e indicadores)	310
11. Objetivo 11. Una vida más sana	311
11.1. Ejercicio físico en adultos	312
11.1.1. Frecuencia y grupos de riesgo	312
11.2. Perfil nutricional	314
11.2.1. Hábitos alimentarios y estado nutricional de la población adulta	314
11.2.2. Dietas	318
11.2.3. Antropometría	319
11.3. Alimentos sanos y seguros	320
11.3.1. Riesgos biológicos	320
11.3.2. Riesgos químicos	321
11.3.3. Medicamentos veterinarios	323
11.3.4. Otros riesgos químicos	324
11.4. Plan operativo (objetivos e indicadores)	325
12. Objetivo 12. Reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco	327
12.1. Consumo de tabaco en adultos	328
12.2. Consumo de alcohol en adultos	338
12.3. Consumo de drogas de comercio ilegal	342
12.4. Plan operativo (objetivos e indicadores)	345

La orientación de las políticas de salud de las Administraciones Sanitarias, especialmente en lo que se refiere a la selección, priorización y ajuste de objetivos, debe fundamentarse ante todo y en primer lugar, en un sólido conocimiento de los indicadores de salud.

Asimismo, resulta evidente que la creciente interconexión de las sociedades a nivel mundial, imponen la necesidad adicional de que dichas acciones estén integradas y apoyadas en estrategias supranacionales ampliamente aceptadas, como es la estrategia de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, conocida como “Estrategia de Salud para el Siglo XXI, OMS”.

*Como es natural, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid ha hecho suyos esos planteamientos, que se ponen claramente de manifiesto en la elaboración del **Informe del Estado de Salud de la Población 2004**, que tiene ahora en sus manos.*

Este documento describe y cuantifica la carga de enfermedad que soporta nuestra región, de forma diferenciada por ámbitos geográficos y con los necesarios matices debidos a la estructura demográfica propia de cada área. Además, hemos pretendido que este trabajo sea todavía más ambicioso en sus objetivos, para lo cual hemos abordado también el análisis de los factores de riesgo que subyacen tras cada enfermedad.

Gracias al esfuerzo desarrollado por los técnicos del área de Salud Pública el resultado ha estado a la altura de esas expectativas tan exigentes, por lo que sin duda este Informe está llamado a ser una de nuestras herramientas más efectivas, para continuar avanzando en la mejora de la equidad en la provisión y acceso a los servicios sanitarios.

Asimismo, este trabajo contribuirá al diseño de acciones más efectivas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, unas medidas de amplio alcance y con enorme potencial para mejorar los indicadores de salud a largo plazo.

En todo caso y para finalizar, estoy convencido de que con las claves que nos revela este informe y con nuestra determinación para llevar a cabo todas las iniciativas que sean necesarias, las futuras ediciones de este documento reflejarán de forma sensible e inequívoca una mejora continuada del estado de salud general y, en un sentido más amplio, del bienestar que ya disfrutamos todos los madrileños.

Manuel Lamela Fernández

Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid

*El primer Informe sobre el Estado de Salud de la Población editado en el año 2004 ha constituido uno de los grandes hitos de la sanidad madrileña, realizando un análisis descriptivo de la situación de salud de la Comunidad de Madrid. Esta línea de trabajo está sustentada en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que en su artículo 55.2 establece como una de las funciones en materia de Salud Pública la realización del **Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid**.*

La orientación descriptiva que se le ha dado al primer informe ha servido para priorizar una serie de planes integrales, dirigidos a la prevención de las principales enfermedades y factores de riesgo. Este enfoque se ha modificado en este segundo informe, orientándolo hacia una evaluación del estado de salud de la población madrileña teniendo como guía la estrategia de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud “Estrategia de Salud para el Siglo XXI, OMS”.

El formato actual analiza desde el punto de vista de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI, los 12 primeros objetivos diagnósticos, utilizando para ello los últimos datos oficiales disponibles, analizando los indicadores de morbilidad y mortalidad de cada Área diagnóstica, así como los factores determinantes de estos procesos. Se incluyen en este nuevo informe áreas no tratadas en el anterior, como son la evaluación de la equidad y desigualdad, el fenómeno de la emigración, la salud infantil, la salud de los jóvenes, la salud de los mayores y los accidentes. El análisis de la carga de enfermedad de Madrid, pionero a nivel estatal, integra al análisis de mortalidad con la carga, que supone para el sistema sanitario la discapacidad que produce cada enfermedad, como nuevo elemento en la priorización de acciones en salud pública.

El conocimiento y el análisis de estos indicadores, con toda seguridad, está llamado a ser un instrumento imprescindible para mejorar la capacidad de respuesta de nuestro sistema sanitario, al poner de manifiesto las necesidades de nuestra región en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Por estos motivos el documento que tiene en sus manos reviste una importancia excepcional, auténticamente estratégica, de cuya continuidad y mejora progresiva dependerá, en buena medida, nuestro éxito para conseguir un mejor estado de salud para todos los madrileños.

Agustín Rivero Cuadrado

Director General de Salud Pública y Alimentación

Introducción

1

Introducción

La experiencia acumulada desde la década de los 80 a la hora de formular las políticas “Salud para Todos”, de evaluar y realizar un seguimiento de su aplicación, y de aplicar los mecanismos de retroalimentación en relación con la información procedente de los países, señalan la necesidad de que los objetivos regionales sean realistas y factibles sin ser normativos. Al mismo tiempo, dichos objetivos deben suponer un reto y una inspiración, “una combinación entre las realidades de hoy y los sueños del mañana”.

Por regla general, los niveles de resultados indicados en los objetivos hacen referencia a la Región Europea de la OMS en su conjunto. Sin embargo, no se debe considerar que los objetivos son igualmente aplicables a todos los países de la Región (salvo en lo que se refiere a los objetivos para la erradicación y la eliminación de determinadas enfermedades, por ejemplo). En algunos casos, diversos países pueden haber alcanzado ya el nivel de objetivos previsto, por lo que dicho objetivo ya no constituirá un reto para ellos; en otros, puede ser demasiado ambicioso para otros países y podrá no ser realista o factible de forma inmediata.

Los objetivos recomendados no son una lista de carácter prescriptivo: su propósito es de servir de inspiración para que los países formulen sus propios objetivos nacionales. En la medida en que la formulación de los objetivos debe tomar en consideración las diversas situaciones sanitarias y otros factores existentes en las diferentes partes de la Región, se debe fomentar, cuando sea necesario, que los países ajusten y apliquen los objetivos y las políticas en función de sus propias circunstancias.

A la hora de seleccionar los indicadores con el fin de realizar un seguimiento de los progresos hacia la consecución de los objetivos regionales, se ha puesto el énfasis en garantizar la máxima continuidad posible con los anteriores indicadores “Salud para Todos”. La mayoría de los indicadores están basados en estadísticas sanitarias recogidas sistemáticamente o en otros datos disponibles a nivel nacional e internacional.

El objetivo de este documento no es otro que intentar que se produzca un acercamiento entre los problemas priorizados de salud y las actividades a desarrollar para conseguir los objetivos planteados. Para ello se recurre a la técnica de enfrentar y visualizar lo que hacemos desde el punto de vista operativo, en el contexto de las recomendaciones en políticas de Salud Internacional.

Se relacionan textualmente los objetivos de salud 21 y las recomendaciones internacionales de la Región Europea de la OMS para conseguirlo, así como el listado de planes operativos en los que se trabaja de forma tradicional en la Salud Pública en Madrid.

Para realizar este informe se han seleccionado los objetivos diagnósticos de Salud 21 en salud pública, del 1 al 12, integrando en la evaluación del objetivo, las Áreas focales de enfermedades, los indicadores de salud y la evaluación de los procesos determinantes o factores de riesgo. El trabajo ha integrado también la estructura temática de “Healthy people”: <http://www.healthypeople.gov>.

Esquema de trabajo



Notas metodológicas

El principal objetivo de este segundo Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid es aportar elementos, principalmente cuantitativos, 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.

Siguiendo este criterio, entendemos que no es misión de este informe proporcionar valoraciones de la información aportada sino algunos elementos, esperamos que suficientes, para la determinación de prioridades.

Por tanto se ha tratado de aportar 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: por un lado la cuantificación de la población afectada y por otro la factibilidad de las intervenciones a la luz de las evidencias científicas existentes.

No resulta fácil la armonización de ambos criterios, ya que en algunos casos la población afectada es reducida pero sin embargo se dispone de medidas de intervención extraordinariamente eficaces que, previsiblemente, permitirán reducir, e incluso eliminar en algunos casos, la enfermedad a corto plazo. El paradigma de esta aparente contradicción viene representado por la Poliomiélitis o la Difteria, enfermedades prácticamente ausentes de nuestra Comunidad desde hace algunos años, pero sobre las que es necesario seguir interviniendo para evitar su reintroducción, en un caso, y lograr su erradicación en el otro.

En términos generales la afectación de la población por la mayoría de las enfermedades transmisibles es reducida pero como contrapartida se dispone de medidas de intervención de eficiencia contrastada en términos de reducción de muerte, discapacidad y sufrimiento. Por ello se ha dedicado todo un capítulo del informe a la descripción de este grupo de padecimientos.

La información se ha estructurado analizando de los objetivos 1 a 12 en el marco de la estrategia Salud Siglo 21.

http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm

Para la elaboración de la información se han considerado los siguientes aspectos:

- Se ha utilizado la información publicada y actualizada disponible.
- Se ha actualizado toda la información a la fecha más reciente. Así la Mortalidad se ha trabajado al año 2002 (último oficial consolidado disponible y publicado por el INE). Para los datos referidos a morbilidad, se ha utilizado el CMBD de 2004. Para otras informaciones como encuestas de percepción de salud se han seguido las últimas de las que se dispone información: Encuesta de salud de Madrid, 2001, Encuesta Nacional de Salud 2003 Ministerio de Sanidad y Consumo, SIVFRENT 2004.

- Se ha elaborado la información que no se encontraba disponible en publicaciones, siguiendo un guión diagnóstico para cada uno de los objetivos de salud. Se han establecido Áreas de enfermedad y áreas de factores determinantes o factores de riesgo que se analizan en cada uno de los apartados. En las Áreas focales de enfermedad se ha seguido de forma genérica el siguiente esquema :
 - Posición de Madrid respecto a España y otras provincias.
 - Tendencia desde 1975 hasta el último dato de mortalidad disponible (2002)
 - Carga de enfermedad
 - Contribución de la Mortalidad a la esperanza de vida.
 - Morbilidad

Si bien la Comunidad de Madrid cuenta con fuentes de información sanitaria abundantes y de calidad contrastada, aún es necesario hacer un gran esfuerzo para conseguir datos adecuados no solo para la determinación de prioridades sino para poner de manifiesto aquellos grupos de población de menor nivel de salud.

La insuficiencia mas destacable en lo que se refiere a los sistemas de información sanitaria, es la que se refiere a la morbilidad. En relación con enfermedades transmisibles contamos con la información suministrada por el Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y por 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 dos sistemas de información sobre la morbilidad atendida en hospitales, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y el Conjunto Mínimo Básico de Datos, ambos proporcionan información sobre la morbilidad atendida en hospitales, quedando por tanto fuera de su ámbito todas aquellas patologías que no precisan ingreso hospitalario. La información suministrada por ambos sistemas debe ser analizada con cierta precaución ya que ambos informan del número de ingresos hospitalarios anuales no permitiendo distinguir los ingresos de los reingresos a causa del proceso patológico.

No obstante es necesario desarrollar nuevos sistemas de información sanitaria que integren otras fuentes de información como las encuestas de opinión o las de condiciones de trabajo que permitirían conocer la evolución de los factores más relevantes que integran las condiciones de trabajo. Por otro lado, es preciso acometer la reforma de algunos de los ya existentes (estadísticas de mortalidad, morbilidad atendida en hospitales, etc.) de forma que sea posible aproximarse al conocimiento de la magnitud de la morbilidad laboral al incorporar variables como la actividad económica.

Se ha incluido un capítulo preliminar en el que se pretende ofrecer un resumen de los hechos más significativos de los que aparecen reflejados en el Informe. Con el fin de facilitar la lectura y eventual enlace con el documento extenso se ha conservado la numeración, de esta manera se puede acudir fácilmente a la explicación algo más

extensa que se presenta en cada uno de los apartados del Informe sin necesidad de entorpecer la lectura con continuas referencias a gráficos y tablas.

El principal criterio para la redacción de este apartado ha sido resumir de la forma más concisa posible aquellos resultados que han parecido más sobresalientes en relación con el establecimiento de objetivos para mejorar el estado de salud de la población de la Comunidad.

Métodos de cálculo utilizados

1. Tasas crudas, específicas y ajustadas

La incidencia o mortalidad observada en una determinada población se calcula dividiendo el número de casos producidos en un año determinado por la población a riesgo (población a mitad de periodo).

Las tasas específicas por edad son las tasas observadas en un determinado grupo de edad. En las comparaciones regionales y nacionales, para eliminar el efecto de la edad se suelen utilizar tasas ajustadas o estandarizadas, tomando una misma población como estándar o referencia. En este informe se ha considerado como población de referencia la población estándar europea. Las tasas ajustadas se calculan aplicando a cada grupo de edad de dicha población estándar la tasa específica observada para ese grupo de edad en la población de estudio (ya sea el conjunto de España, una provincia o una Comunidad Autónoma). Las tasas ajustadas eliminan las diferencias en la incidencia y mortalidad por cáncer debidas a la distribución etaria de la población, por lo que permiten comparar el impacto del cáncer en poblaciones diferentes.

El mismo procedimiento de estandarización con la población europea es utilizado para las tasas ajustadas truncadas, en las que sólo se consideran los grupos de edad de 36 a 64. En este rango de edad la calidad de la certificación diagnóstica suele ser mayor, respecto a grupos de edades más avanzadas.

2. Suavización de la tendencia

En los gráficos de las tendencias de las tasas ajustadas de mortalidad en Madrid y España, con objeto de poder visualizar fácilmente el patrón de tendencia y permitir identificar, se ha procedido a ‘suavizar’ la línea de tendencia empleando una función que utiliza ajustes lineales locales robustos (lowess) [Venables, 1999]. Se han utilizado también escalas logarítmicas en aquellos casos en que la consistencia de los datos lo hacía posible.

3. Representación gráfica de la mortalidad y la incidencia

En estos mapas se utilizan siempre tasas ajustadas con la población estándar europea (ver apartado 1) con objeto de poder comparar la frecuencia en zonas con diferente distribución etaria de la población. Para la mortalidad, se presentan los datos por CCAA. No obstante, se ha decidido proporcionar también mapas provinciales, ya que la representación por Comunidades Autónomas tiende a oscurecer el patrón geográfico observable en aquellas CCAA muy grandes con una distribución geográfica heterogé-

nea. Para cada CCAA y provincia, se presenta la “Razón de Tasas Ajustadas” tomando como referencia la tasa ajustada nacional, indicador también conocido como “Índice Comparativo de Mortalidad”.

4. Análisis del CMBD: tasas de altas hospitalarias crudas

Se han utilizado, para la tabulación de las altas por localización, correspondientes a la CIE-9, puesto que para la codificación de los diagnósticos en el CMBD se usa la CIE9 Modificación clínica (MC).

Tras depurar la base de datos, se han seleccionado para el análisis aquellos episodios de ingreso en los que constaba un código correspondiente como primer diagnóstico.

Se ha calculado el número acumulado de altas por sexo para cada enfermedad o grupo de enfermedades. Se han calculado también tasas de altas crudas para Madrid, tomando como población de referencia la población a mitad de periodo

5. Carga de enfermedad

Los estudios de Carga de Enfermedad tienen como objetivo estimar las consecuencias no mortales de las enfermedades y lesiones 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 patologías y dolencias.

En este Informe se ha estimado la Carga de Enfermedad para la población de la Comunidad de Madrid para el año 2002, 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). 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 corresponden a la estimación realizada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) con fecha 1 de julio de 2002 y las defunciones del año 2002 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 Región Europea de muy baja mortalidad

(EURO-A) definida por la Organización Mundial de la Salud, a la que pertenece la Comunidad de Madrid. Esta región presenta el patrón epidemiológico con mayores semejanzas al de la población madrileña.

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 $K=1$. 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 -Madrid 2002-. Se considera como punto de corte para fijar el uso de este segundo procedimiento que la razón AVD/AVP esté por encima de 10.

6. Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios de la esperanza de vida

Este método permite descomponer las ganancias (o pérdidas) de esperanza de vida al nacer producidas por las mejoras (o empeoramientos) de las tasas de mortalidad de las distintas causas de defunción. En tanto que la esperanza de vida es un indicador fácilmente comprensible incluso por los no expertos, este indicador es un buen modo de expresar el impacto de las distintas enfermedades en la mortalidad global de una población.

La información necesaria para su cálculo incluye las tablas de mortalidad correspondientes a los dos extremos temporales para el periodo a estudiar (p.ej., tablas de los años 1995 y 2000 para analizar la segunda mitad de los años noventa) y la distribución de defunciones por causa, edad y sexo de esos mismos años. Se ha utilizado 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 3.0.

La estimación de este indicador no se suele realizar para periodos muy cortos (como un año) en los que el cambio total de la esperanza de vida es necesariamente muy pequeño. Para este informe se ha calculado la contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios de la esperanza de vida para periodos de 5 años: 1990-1995, y 1995-2000.

La información que se presenta procede de las siguientes fuentes:

Objetivo 1 y 2:

Se han elaborado de forma específica para este trabajo la información procedente de las siguientes fuentes:

- Morbilidad: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2004.-Madrid.
- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.
- Encuesta nacional de Salud 2003.
- Encuesta de salud de los madrileños 2001.
- Padrón Continuo, Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM).
- Proyecciones de Población (Actualización de proyecciones de la población de la Comunidad de Madrid 2002-2017 a fecha de referencia 2003) (IECM).
- Movimiento Natural de la Población, (IECM).
- Estadística de Migraciones (IECM).

Objetivo 3:

Se han elaborado de forma específica para este trabajo la información procedente de las siguientes fuentes:

- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.
- Datos preliminares de Proyecto Biomarcadores - Biomadrid. (Fis: PI-04777).

Objetivo 4:

Se han elaborado de forma específica para este trabajo la información procedente de las siguientes fuentes:

- Morbilidad: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2004.- Madrid.
- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.

Se ha extractado o resumido la información procedente de:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004; 10 (12).
- Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, año 2004. Volumen 3 Marzo 2005.
- Interrupciones voluntarias de embarazo realizadas en la Comunidad de Madrid, año 2004. Volumen 3 Marzo 2005.

Objetivo 5:

Se ha extractado, resumido y actualizado la información procedente de:

- Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. Documento técnico de salud pública nº 90. Cámara Diez, Enrique. Instituto de Salud Pública.

- Demencias (trastornos mentales orgánicos senil y presenil y enfermedad de alzheimer).

Se han elaborado de forma específica para este trabajo la información procedente de las siguientes fuentes:

- Morbilidad: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2004.-Madrid.
- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.

Objetivo 6:

Se ha elaborado de forma específica para este trabajo la información procedente de las siguientes fuentes:

- Morbilidad: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2004.-Madrid.
- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.
- Trastornos del comportamiento alimentario: Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas. A. Gandarillas, A.R. Sepúlveda.
- Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario: A. Gandarillas, A.R. Sepúlveda.

Objetivo 7:

Elaborado a partir de los datos internos del programa de Enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación y Metabopatías:

- Enfermedades de declaración obligatoria.
- Gripe.
- Sarampión.
- Rubéola.
- Legionelosis.
- Meningitis.
- Hepatitis A.

Objetivo 8:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (12).
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (6).
- Morbilidad: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2004.-Madrid.
- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.

Objetivo 9:

- Morbilidad: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2004.-Madrid.
- Mortalidad: INE, último año consolidado 2002.
- Violencia de género: elaborado por el Servicio de Promoción de Salud a partir de:
 - 1.- Coker AL, Smith PH, Mckeown RE, King MJ. Frequency And Correlates Of Intimate Partner Violence By Type: Physical, Sexual And Psychological Battering. Am J Public Health 2000; 90(4): 553-559.
 - 2.- Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates And Relative Risk Of Hospital Admission Among Women in Violent Intimate Partner Relationships. Am J Public Health 2000; 90(9): 1416-1420.
 - 3.- World Report On Violence And Health. World Health Organization. Geneve 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm
 - 4.- La Violencia Contra Las Mujeres. Resultados De La Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. 2002. <http://www.mtas.es/mujer/MCIFRAS/W588.XLS>
 - 5.- Maltrato “técnico” se utilizó para designar el maltrato de las mujeres que aunque no se consideraban a sí mismas como maltratadas, respondieron que eran víctimas de determinados comportamientos considerados como indicativos de violencia por las personas expertas.
 - 6.- Luis Seoane, Ana Gálvez. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios públicos de salud. Informe del estudio cualitativo. Documento Técnico de Salud Pública. N° 92
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (12).
- La Violencia Contra Las Mujeres. Resultados De La Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales 2000.

Objetivo 10:

Elaborado a partir de:

Informe aportado por Servicio de Sanidad Ambiental a partir de las siguientes fuentes:

- Red de Control de la Contaminación Atmosférica en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.
- La Calidad del Aire en la Comunidad de Madrid: Periodo 1995 a 2000. Consejería de Medio Ambiente. Comunidad de Madrid.
- Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo Humano.
- Red Palinológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Calidad de las aguas de baño. Comisión Europea.

- Mapa de la red de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Calidad y Evaluación Ambiental. Consejería de Medio Ambiente de la Comunidad de Madrid.
- Mapa de la red del Municipio de Madrid. Departamento de Calidad Ambiental. Sección de Información Ambiental. Ayuntamiento de Madrid.

Objetivo 11:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (6).
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (12).
- Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Objetivo 12:

Elaborado por Plan de tabaquismo de la Comunidad de Madrid, a partir de la siguientes fuentes:

- Tabaco or Health in the European Union. Past, Present and Future. The T Consortium. European Comission. 2004.
- Encuesta Nacional de Salud de España. "2003. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Banegas J.R., Díez L., González J., Villar F., Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med. Clin. (Barc). 2005; 124(20): 769-71
- Zorrilla Torras B., García Marín N., Galán Labaca I., Gandarillas Grande Ana. Smoking attributable mortality in the Community of Madrid: 1992-98. Eur J Public Health. 2005. Vol. 15. No. 1, 43-50.
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (6).
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2004;10 (12).
- Galán I., Rodríguez-Artalejo F., Tobías A., Gandarillas A., Zorrilla B. Vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles mediante encuesta telefónica: resultados de la Comunidad de Madrid en el período 1995-2003. Gac Sanit. 2005; 19(3): 193-205.

Resumen

La población de la Comunidad de Madrid ha pasado de 4,3 millones de habitantes en 1975 a 5.921.066 (un 13,5 por ciento del total de la población española), según la cifra provisional del padrón continuo a 1 de enero de 2005. Desde finales del pasado siglo el crecimiento se ha visto acelerado de manera significativa por la inmigración. Hasta mediados los años noventa, el principal componente en la evolución de la población madrileña fue el crecimiento natural o diferencia entre nacimientos y defunciones. Pero a partir de la segunda mitad de los noventa el saldo migratorio pasa a ser el responsable fundamental de la dinámica poblacional en la Comunidad. A inicio del año 2005, según el padrón continuo, residen en la Comunidad de Madrid 766.673 personas de nacionalidad no española. Para esa misma fecha, el registro de tarjeta sanitaria contaba con 5.937.157 titulares, 680.786 de los cuales eran de nacionalidad extranjera.

De la pirámide de la población madrileña actual debe destacarse: (1) el gran peso relativo de las edades adultas jóvenes (25-39 años de edad), tanto por tratarse de cohortes de nacimiento muy llenas como por ser estas las edades en las que se da la mayor proporción de población inmigrante; (2) el incipiente ensanchamiento de su base, como consecuencia del reciente cambio de tendencia en la evolución del número de nacidos vivos; y (3) la tendencia al envejecimiento de la estructura por edades, pese a ser algo menor que en el conjunto de España (la población de 65 y más años es un 14,3 por ciento del total en Madrid, y un 16,7 por ciento en España), que según las proyecciones vigentes proseguirá y se acelerará en los próximos años.

Los 93.279 nacidos vivos (NV) residentes en la Comunidad de Madrid en 1976 (índice sintético de fecundidad de 2,9 hijos por mujer) se redujeron a 47.006 en 1995 (ISF 1,13). En los últimos diez años esta tendencia se ha estabilizado, primero, y mostrado un cierto remonte desde 1999. El calendario de la fecundidad de las mujeres madrileñas es muy maduro (edad media a la maternidad de 31,7 años). Los datos más recientes (2004, provisionales) estiman 70.310 NV y 1,35 hijos por mujer. A este incremento contribuyen tanto la creciente participación de los NV de madre no española (20 por ciento del total) como el hecho de que actualmente se encuentren en las edades de máxima fecundidad las generaciones muy llenas nacidas en los años setenta. El 91 por ciento de los NV son los primeros o segundos hijos de esa madre, por lo que apenas surgen nuevas familias numerosas.

La mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid continúa la tendencia de mejora que la ha situado entre las comunidades autónomas con más alta esperanza de vida al nacer, tanto en hombres (77,51 años) como en mujeres (84,36). La mortalidad Infantil se encuentra por debajo del 4 por mil NV (3,81), y las tasas de mortalidad de adultos jóvenes, cuya tendencia principalmente en los varones, supuso una gran pérdida de años potenciales de vida (APVP) entre 1985 y 1995, han evidenciado en los últimos dos lustros una clara mejora. Actualmente, el incremento de la esperanza de vida es responsabilidad, sobre todo, de la disminución de las probabilidades de muerte entre las personas mayores.

De acuerdo con los datos padronales provisionales a inicio de 2005, la distribución por nacionalidad de los extranjeros residentes en Madrid está encabezada por Ecuador (170 mil), Rumanía (96 mil), Colombia (71 mil) y Marruecos (68 mil). Los extranjeros que deciden instalarse en Madrid lo hacen mayoritariamente en busca de un puesto de trabajo, por lo que su distribución por edades es mucho más joven que la de la población de nacionalidad española. Los procedentes de América Latina cuentan con una proporción de mujeres (54 por ciento) mayor a la de hombres, justo al contrario ocurre con los residentes de origen africano, en los que son clara mayoría los varones (63 por ciento).

Según los resultados de la Encuesta de Población Activa del último trimestre de 2004, 2.952.800 residentes en la Comunidad de Madrid se declaran activos, lo que supone una tasa de actividad del 60,7 por ciento. De ellos, 204.100 se declaraban en paro (tasa de paro de 6,9 por ciento). En diciembre de 2004 el INEM tenía registradas a 176.328 personas en búsqueda de empleo, y en esa misma fecha 2.664.966 personas se encontraban dadas de alta en la Seguridad Social.

Todo este proceso de cambios sociodemográficos son la base sobre la que se sustentan los fenómenos de salud y enfermedad de los madrileños y madrileñas, siendo pieza clave en el análisis de factores de riesgo que permitirán una mejora en los indicadores de salud y soportarán las estrategias de prevención y promoción de salud en la Comunidad de Madrid.

La mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid ha mejorado claramente a lo largo de los últimos años. El episodio adverso más significado remite a la evolución de la mortalidad masculina en la segunda mitad de los años ochenta, como consecuencia de la confluencia de una serie de causas de muerte (sida, accidentes de tráfico, abuso de drogas) que afectaron principalmente a varones de edades jóvenes, cuyas muertes supusieron una gran cantidad de años de vida perdidos. En conjunto, sin embargo, la tendencia de la esperanza de vida al nacer es muy positiva, como lo es la mortalidad infantil (con una tasa de 4 por 1000 nacidos vivos), y sitúa a la Comunidad de Madrid entre las Comunidades Autónomas de cabeza, tanto en hombres como en mujeres.

La tendencia de las tasas ajustadas por edad (población europea), son ligeramente descendentes tanto en hombres (718,25 por 100.000) como en mujeres (455,17 por 100.000) en el 2002. La tasas Estandarizadas de Mortalidad tomando como población de referencia la población Europea, sitúan a Madrid en una posición intermedia-baja, en relación al resto de provincias, tanto en hombres como en mujeres. Lo mismo sucede con las tasas truncadas y con los índices comparativos de mortalidad por provincias.

Los indicadores de mortalidad tienden a perder sensibilidad para reflejar las condiciones de salud de las poblaciones a medida que estas envejecen y aumenta su longevidad de acuerdo con el proceso de transición demográfica y epidemiológica. Los estudios de carga de enfermedad añan en indicadores sintéticos las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades y lesiones. La carga de enfermedad de la población de la Comunidad de Madrid en el año 2002, calculando los años de vida ajustados por

discapacidad (AVAD), como resultado de sumar los años de vida perdidos (AVP) por muerte prematura y los años vividos con discapacidad (AVD) ponderados en función del grado de severidad de dicha discapacidad, ofrece una visión complementaria a los indicadores clásicos de mortalidad. Se estima que en la Comunidad de Madrid en el año 2002 se perdieron casi 600 mil años de vida sanos o AVAD, con una tasa de AVAD de 10,66 por mil personas. De ellos, el 53,2 por ciento en hombres y el 46,8 por ciento en mujeres. Las enfermedades no transmisibles son responsables del 88,0% del total de AVAD, seguidos de los accidentes y lesiones (6,0%), con marcada diferencia entre hombres (8,4%) y mujeres (3,3%) y del grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.

Por categorías de causas, la que produce mayor pérdida de AVAD son las enfermedades neuropsiquiátricas (31,9% del total de AVAD, significativamente mayor en mujeres (36,3%) que en hombres (28,0%)). Los tumores malignos son la segunda causa en importancia de AVAD (18,1% en hombres, 13,60% en mujeres). Las enfermedades circulatorias ocupan el tercer puesto (10,4% en mujeres, 12,1% en hombres). En la población masculina destaca igualmente la pérdida de años de vida sanos por enfermedades respiratorias (8,5%) y accidentes no intencionales (6,6% del total de AVAD), mientras que en la población femenina las respiratorias (7,6%) vienen seguidas de las enfermedades osteomusculares (6,9%)

En el año 2004 el conjunto mínimo básico de datos hospitalarios (CMBD) registró un total de 848.248 altas hospitalarias, de las que 798.288 correspondían a pacientes que viven en la Comunidad de Madrid. Un 17,8% (1.141.893) ingresaron para cirugía ambulatoria y no requirieron hospitalización, por lo que la cifra de altas hospitalarias de residentes en la Comunidad de Madrid asciende en el año 2004 a 656.395, de las que un 56,1% fueron en mujeres y un 43,9% en hombres. Destaca la presión ejercida por las mujeres en toda la edad fértil, de 15 a 49 años. En el resto de los grupos, los hombres acuden más al hospital que las mujeres.

Salud materno infantil

La salud infantil esta condicionada de forma clara por la atención al embarazo, parto y puerperio; éstas son muy adecuadas, tanto desde el punto de vista de la atención que se presta como en la solidaridad y equidad de la distribución teórica y legal de estos recursos. También desde el punto de vista de los indicadores de salud, con tasas de mortalidad infantil muy bajas y tasas de mortalidad materna prácticamente nulas. Sin embargo, estos indicadores están influidos de forma clara por las condiciones de vida de la madre y por la atención recibida durante el embarazo. El problema de la Inmigración es clave en este aspecto, debiéndose de hacer hincapié en la integración de las mujeres en el sistema sanitario; para ello deben realizarse acciones de educación para la salud destinadas a estos colectivos. La detección de metabopatías se realiza en el 100% de los niños que nacen en el sistema sanitario. Es necesario adecuar también, desde el punto de vista técnico, la rapidez de obtención de la población objetivo de los programas de salud pública, con el fin de seguir, evaluar y captar aquellas personas que no siguen los programas de cribado y vacunación establecidos en esta etapa de la vida.

Madrid es una población con un estilo de vida urbano, existe una percepción importante de contaminación urbana por parte de los ciudadanos, condicionado fundamentalmente por el tráfico y el entorno. Es por ello necesario realizar estudios de seguimiento que permitan conocer el impacto de esta contaminación en niños y adultos. El proyecto BIOMADRID es un ejemplo claro de estos estudios que permiten monitorizar desde el punto de vista biológico, los contaminantes en la población, mediante la utilización de biomarcadores. Es necesario conocer los niveles de contaminantes al nacimiento y realizar el seguimiento de una cohorte de recién nacidos.

Los jóvenes

La salud de los jóvenes debe 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 morbimortalidad, necesariamente es reducido en comparación con otras edades, si exceptuamos las causas externas y, fundamentalmente, los accidentes de tráfico y el suicidio. Entre las edades de 10 a 34 años, en el año 2004, han sido dados de alta 144.999 ciudadanos en los Hospitales de la Comunidad de Madrid y siendo residentes en la misma. Esto supone un 22,9% del total de ingresos hospitalarios. El primer grupo de causas corresponde a las de embarazo, parto y puerperio, 65.000 ingresos (45,47%). A distancia, y de forma correlativa, siguen las altas por enfermedades del aparato digestivo, causas externas, osteomusculares y conjuntivas, enfermedades del aparato respiratorio y los tumores. Se observa un aumento de los casos con la edad.

Respecto a la mortalidad en jóvenes de 10 a 34 años, durante el último año consolidado INE, han fallecido 908 ciudadanos, de ellos 395 (43,6%), lo son por causas externas, en las cuales tienen un gran impacto los accidentes por vehículos a motor con 155 muertes (17% del total), seguido del suicidio con 83 fallecimientos (9,14%) y otros accidentes 77 (8%).

Los estilos de vida de los jóvenes tendrán su repercusión en la edad adulta desde el punto de vista de su salud. Una gran parte de los jóvenes, un 73,8%, realizan alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 5,8% de los chicos y un 16% de las chicas no llegan a realizar algún tipo de actividad de forma regular al menos 3 veces a la semana.

El perfil nutricional general de la dieta de los jóvenes de la Comunidad de Madrid muestra las siguientes características: alto consumo de alimentos ricos en proteínas y grasas y bajo en hidratos de carbono, exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, insuficiente consumo de frutas y verduras elevada ingesta de chucherías saladas.

La proporción de jóvenes que fuma diariamente es superior en las mujeres (23%) que en los hombres (18,9%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 21% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente, frente al 12% en los que tienen 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 4,3% en mujeres. El 12,9% del total de entrevistados tienen permiso de los padres para fumar, aumentando al 33% en aquellos jóvenes que fuman diariamente.

Globalmente, el 10,6% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 53,6% como bebedores moderados, y el 35,7% como no bebedores. La proporción de bebedores a riesgo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, y en jóvenes de 16 años (7,7%) frente a los de 15 (6,3%). El 50,6% afirma haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses, y el 30% en los últimos 30 días, con una frecuencia ligeramente superior en las chicas. Por último, el 21,1% de los jóvenes ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol.

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 54,7% en el caso de los accidentes hasta el 23,7% sobre los métodos anticonceptivos.

El 21,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es superior en los chicos (25,1%) que en las chicas (17,9%), así como en los jóvenes de 16 años (21,3%) frente a los de 15 (10,5%).

Un 86,7% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual, cifra muy similar en los chicos y en las chicas.

Se está produciendo un incremento paulatino en la tendencia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Este aumento paulatino en las tasas de incidencia hace necesario replantearse las acciones encaminadas a disminuir las interrupciones voluntarias del embarazo y a que las actuaciones actuales o son insuficientes o no están diseñadas adecuadamente para incidir en los colectivos más vulnerables.

El hecho de que más del 50% de las IVE realizadas corresponda a mujeres inmigrantes, hace pensar en las dificultades que los programas de prevención y promoción de la salud encuentran para adecuarse a las características socioculturales de este colectivo no homogéneo. Un enfoque socio-sanitario integrador es fundamental para desarrollar estrategias preventivas y asistenciales en general, y también en relación a la salud reproductiva y a la prevención de embarazos no deseados.

Es necesario el desarrollo de nuevas experiencias e iniciativas que acerquen la oferta sanitaria a los grupos más vulnerables mediante la reducción activa de las barreras de accesibilidad, dando a conocer a las mujeres extranjeras la oferta y el derecho a la utilización de los servicios de planificación familiar, sin olvidar las dificultades que se perciben en algunos colectivos de inmigrantes para abordar en las consultas médicas cuestiones en relación con la sexualidad o la anticoncepción.

Los mayores

La cuestión del envejecimiento ha adquirido una importancia capital en nuestro tiempo por la magnitud y las repercusiones de un fenómeno que en el curso de unas pocas décadas ha cambiado radicalmente el perfil de la sociedad. No sólo aumenta el número de ancianos de año en año, sino que el aumento mayor corresponde al de los muy mayores, aquellos que tienen ochenta y cinco años o más. Además, cada vez es mayor el número de ancianos que viven solos. Este incremento de la longevidad se produce, en muchos casos, pagando un alto precio en forma de discapacidad y

pérdida de autonomía como consecuencia de las diversas patologías crónicas que la edad avanzada generalmente conlleva. Todo ello supone un aumento de la demanda de servicios sanitarios y sociales tanto por parte de los propios ancianos como de las familias que son las que tienen que paliar la escasez de recursos sociales de atención a los mayores. La población mayor de 64 años en la Comunidad de Madrid rondaba las 790.000 personas según el Censo de 2001 (casi un 15% del total). De acuerdo con las últimas cifras disponibles (Padrón Continuo a 1 de enero de 2005) esta cifra se eleva a 845.000. En algunos distritos de la capital y en algunos municipios de la Sierra Norte los porcentajes superan el 20%. Este aumento de los porcentajes según las proyecciones vigentes proseguirá y se acelerará en los próximos años. La esperanza de vida al nacer en la Comunidad de Madrid era en 2002 de 77,55 años para los hombres y 84,58 para las mujeres, ambas entre las más elevadas del mundo. A los 65 años los varones madrileños podían esperar vivir aún 17,53 años, y 22,10 las mujeres. Esto está suponiendo una carga importante para el sistema sanitario.

Las principales causas de mortalidad entre los mayores son las enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer, las enfermedades del aparato respiratorio y las del aparato digestivo. Las dos primeras causas (circulatorio y cáncer) responden en conjunto del 60% de toda la mortalidad en este colectivo.

Entre los hombres, la mayor mortalidad la ocasionan los tumores considerados en conjunto (4.846 fallecimientos), por delante de la mortalidad circulatoria (4.236 fallecimientos). Sin embargo, si se consideran de forma aislada patologías específicas la cardiopatía isquémica ocupa la primera posición (1.661 fallecimientos) seguida del carcinoma broncopulmolar (1.174 fallecimientos). Entre las mujeres, la mortalidad de origen circulatorio prácticamente duplica la debida al cáncer (6.688 frente a 3.182 fallecimientos). La principal causa de muerte en las mujeres es la cardiopatía isquémica (1.763 fallecimientos) seguida de la enfermedad cerebrovascular (1.660 fallecimientos).

La mortalidad tumoral está encabezada por el cáncer de mama (391 defunciones). La frecuentación hospitalaria de mayores de 64 años (214.000 altas) suponen la tercera parte del total de la población general.

Al igual que para la mortalidad, el principal motivo de morbilidad hospitalaria es la enfermedad circulatoria (21% de los ingresos). Sin embargo, las neoplasias, que ocupan el segundo lugar como responsables de mortalidad, pasan a ocupar la cuarta posición, por detrás de las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades nerviosas y de los órganos de los sentidos, y antes que las digestivas.

Los accidentes constituyen un serio problema de salud en los mayores, quienes se ven más expuestos al riesgo de sufrirlos debido a las deficiencias múltiples que les afectan, sobre todo a los de mayor edad. La caída accidental es el más frecuente tipo de accidente y la responsable de la mayor parte de fracturas de antebrazo y, sobre todo, cadera que se producen a esa edad. El 26% de los mayores de 64 años padece algún tipo de discapacidad, lo que supone un total de 198.000 personas. Entre los 80 y 84 años dicho porcentaje alcanza el 44%.

Existe una marcada tendencia al sobrepeso y al sedentarismo entre los mayores de 64 años. En conjunto presenta sobrepeso el 43% y obesidad el 14%. Hay mayor proporción de sobrepeso entre los varones y de obesidad entre las mujeres. En cuanto al ejercicio, no practica ninguno el 34% de los hombres y el 54% de las mujeres. El sedentarismo se acentúa notablemente a medida que aumenta la edad, afectando al 59% de los hombres y al 63% de las mujeres mayores de 74 años. Un 90% acudió a la atención primaria en su última visita a la sanidad pública y alrededor del 80% a atención especializada. Una gran mayoría de personas mayores de 64 años (más del 80%) consume medicamentos de manera habitual. El número promedio de fármacos consumidos por persona es de 1,74 y los consume por propia iniciativa el 22,5%. Sólo una minoría de mayores de 64 años (alrededor del 10%) utiliza alguno de los servicios sociales específicamente dirigidos a ellos, su mejora descargaría de alguna forma al sistema sanitario público. La enfermedad de alzheimer y las demencias relacionadas con la edad están subiendo de una forma espectacular en los últimos años, siendo necesario crear dispositivos específicos para la atención de estas patologías desde la orbita sociosanitaria. La Carga de Enfermedad por demencias se concentra en los grupos de edad más elevada, y en mayor medida entre las mujeres. Es mucho más incapacitante (90,8%) que mortal.

Salud mental

La salud mental es uno de los elementos que más discapacidad produce. Podemos acercarnos a una aproximación de la morbilidad en enfermedades mentales a partir de la morbilidad hospitalaria recogida en la rúbrica CIE 9 M.C. Se han producido un total de 13.174 ingresos hospitalarios en residentes en Madrid por estas causas, de ellos 6.808 hombres (tasa 2,08 por mil) y 6.365 mujeres (tasa de 2,31 por 100 mil). El análisis de los datos por edad evidencia un pico de incidencia de 15 a 19 años en mujeres (tasa de 2,81 por mil), en relación con ingresos por trastornos del comportamiento alimentario (TCA), así se han contabilizado 155 altas “anorexia” hospitalarias en chicas a la edad de 15 a 19 años y 17 altas por trastornos bulímicos. Esto supone un 41% del total de ingresos en este grupo de edad (419 altas por trastornos mentales esta edad). Se observa otro pico en los varones de 25 a 45 años, aumento que tiene que ver con las conductas relacionadas con el alcohol (de 35 a 40 años un 33%) y con consumo de drogas (de 35 a 40 años un 17%). Se ha producido una pérdida de 10.217 años de vida perdidos por estas causas en el último año, sin embargo este indicador no evidencia la carga que supone para el sistema sanitario este grupo de enfermedades por la gran discapacidad que producen. La primera causa de enfermedad son la depresión unipolar, las cuadros degenerativos-demencias y los cuadros relacionados con el abuso de alcohol. Es el grupo de causas con mayor peso en la carga de enfermedad. Uno de cada tres años perdidos por discapacidad (AVAD) los son por estas causas. Su distribución por edades es bimodal, con un primer máximo en las edades jóvenes (depresión, alcohol) y un segundo en el grupo de edades más avanzadas (demencias). Es mucho mayor peso de la discapacidad (94,7%) que de la mortalidad.

La tendencia del suicidio es (aunque se codifica como causas externas), desde 1975-2002, claramente ascendente e impacta en población joven, pero con unas tasas muy inferiores a las europeas y españolas.

Enfermedades Transmisibles

En cuanto a la prevención de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación en Madrid, se han logrado coberturas superiores al 95% de cobertura para la población seleccionada que son objeto de programas de eliminación o control y el sistema dispone de una inmunización infantil universal. 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, varicela, neumococo y gripe incluyendo la utilización de vacunas combinadas. La incidencia de estas enfermedades es baja. El 98% de las enfermedades transmisibles en la Comunidad corresponde a gripe y varicela, y descienden los casos de parotiditis, tuberculosis y paludismo.

Entre las patologías que son objeto de vigilancia, hay que destacar los descensos registrados en el año 2004 en los casos de parotiditis, otras hepatitis víricas, brucelosis, leishmaniasis, además de la gripe y la varicela.

En el año 2004 se notificaron 130 casos de paludismo. La mayoría de estas personas se infectaron en el continente africano, y son inmigrantes que viajan a sus países de origen, les sigue el grupo de viajeros de corta y larga estancia a esas zonas. Salud Pública recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo cuando se viaja a los países endémicos, así como establecer estrategias adecuadas de prevención en este grupo de población.

Además, durante 2004 se notificaron 687 casos de tuberculosis respiratoria, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 15,30 casos por 100.000 habitantes. También se produjo un descenso en los casos de legionella, con 54 afectados.

La Dirección General de Salud Pública y Alimentación ha activado mecanismos para reforzar la protección de los grupos socialmente desfavorecidos o con más dificultades para acceder al sistema sanitario con estrategias específicas de vacunación, como la desarrollada recientemente frente a la meningitis C, en la que se ha actualizado el calendario vacunal de 68.436 personas de estos colectivos.

En 2004 se notificaron 184 casos de tosferina en la Comunidad de Madrid, 304 en el 2003. Pese a que su incidencia se da principalmente en los menores (78%, entre los 0 a 9 años), se considera que son los propios adultos, los que en contacto con ellos, tienen un papel muy importante en la propagación de esta enfermedad, aunque habitualmente no la desarrollan.

Asimismo, en 2004 se produjeron 217 casos de hepatitis A, 234 personas afectadas en el 2003. La mayor parte de los casos se produjo en grupos de riesgo, que son los colectivos que tienen un mayor riesgo de infección por el virus y viajeros que se despla-

cen a zonas endémicas de hepatitis A, trabajadores en contacto con aguas residuales no depuradas o familias residentes en poblados marginales y a causa de la falta de prácticas básicas de higiene.

Se detectó actividad epidémica de gripe durante 6 semanas. El máximo epidémico correspondió a la semana 47 de 2003. Considerando la temporada en conjunto, la incidencia ha sido similar a la temporada anterior, sin embargo los niveles alcanzados durante la semana de máxima incidencia han sido mayores. La actividad epidémica ha estado asociada a la circulación de virus de la gripe AH3N2, similares a la cepa A/Fujian/411/2002.

Los aspectos más destacados de la enfermedad meningocócica por serogrupo C en la Comunidad de Madrid hasta el año 2004 eran los siguientes:

- La enfermedad afecta tradicionalmente a los menores de 5 años, y dentro de estos es el grupo de los menores de 1 año el de mayor incidencia.
- La incidencia en el grupo de 15 a 19 años supera al de 10 a 14 años. Y en la última temporada ambos grupos superan en incidencia al de 5 a 9 años.
- Elevada letalidad: 23,1% en la temporada actual. Letalidad que asciende al 42,9% en el grupo de edad de 10 a 19 años.
- Elevado porcentaje de casos y fallecidos, en el grupo de 10 a 19 años, vacunados con vacuna de polisacárido capsular en la campaña de 1997.
- Elevado porcentaje de casos y fallecidos en los colectivos con barreras de acceso al sistema sanitario (no vacunados).

En Septiembre de 2004 se inicia la vacunación de Meningitis C en todos los jóvenes de 10 a 19 años de la Comunidad de Madrid. Se han vacunado 420.000 jóvenes en la campaña de vacunación, lo que supone una cobertura global superior al 80%. Como consecuencia de esta campaña se han eliminado los casos de Meningitis C en vacunados, después de la semana 41 del 2005 (cierre de temporada epidemiológica).

Los brotes de origen alimentario tienen una tasa de incidencia de 2,65 brotes por 100.000 habitantes y de 34,5 casos por 100.000 habitantes durante el año 2004. En colegios y guarderías se han producido 23 brotes con un total de 947 enfermos.

Entre los brotes de origen no alimentario, los más frecuentes han sido las gastroenteritis de origen viral y se han producido 11 brotes de hepatitis A, enfermedad que es necesario trazar.

La incidencia anual de tuberculosis estimada para 2003 y 2004 (datos provisionales) en la Comunidad de Madrid ha sido de 19,8 y 14 casos por 10⁵ habitantes. La incidencia anual de tuberculosis está disminuyendo desde 1995, si bien en los últimos años de forma moderada. El grupo de edad más afectado es el de mayores de 74 años, donde se ha registrado una incidencia de 30,7 casos por 10⁵ habitantes. La incidencia registrada en menores de 15 años ha sido de 8,8 casos por 10⁵ habitantes.

El haber nacido fuera de España es el factor de riesgo de enfermedad tuberculosa que se presenta con mayor frecuencia, está presente en el 36,0% de los casos. En segundo lugar se sitúa la infección por el VIH/SIDA, presente en el 12,4% de los casos.

Hasta el 31 de diciembre de 2004 se habían notificado 18.505 casos de Sida al registro de casos de la Comunidad de Madrid, 16.966 casos tenían su residencia habitual en nuestra Comunidad en el momento del diagnóstico el 60,4% de ellos sabemos que han fallecido. En el año 2004 se notificaron 347 casos de Sida diagnosticados en ese año (a finales de 2003 se habían notificado 338 casos diagnosticados ese año). El 80% eran hombres y el 72% tenían entre 30 y 49 años al diagnóstico. Sólo se diagnosticó un caso pediátrico infectado por transmisión vertical. Entre los adolescentes/adultos (13 años o más de edad), de los 276 hombres, el 45% se habían infectado por compartir jeringuillas al usar drogas por vía parenteral (UDVP), el 17% (47 casos) se habían infectado por transmisión heterosexual (HTX) y el 29% a través de relaciones sexuales con otros hombres (HSH); de las 70 mujeres, el 29% eran UDVP y el 64% (45 casos) HTX. En relación al país de origen, se observa que el 14% no eran de España aunque residieran en la Comunidad de Madrid.

Enfermedades no transmisibles

La carga de enfermedad y la mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles (ENT) en Madrid está en aumento. Se ha estimado que en el año 2002 el 81,7% (200.155 años de vida perdidos – AVP) corresponden a mortalidad por enfermedades no transmisibles. El 88,3% de la carga de enfermedad en Madrid se debe a ENT.

Sobre la prevalencia de factores de riesgo, resumen a nivel poblacional de enfermedades no transmisibles, estimamos que alrededor del 41% no tiene ningún factor de riesgo, el 38,8% tiene uno, el 17,1% dos, el 2,9% tres, y el 0,2% cuatro. **Las prácticas preventivas son uno de los elementos clave para la mejora de la salud de la población.** En este sentido, la evaluación de las actividades que se realizan desde atención primaria o especializada son un indicador para evaluar la eficiencia del sistema sanitario en la prevención de enfermedad de los madrileños/as. Se estima que un 14,6% del total tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 42,8% está tomando medicación, el 33,2% se controla el peso, un 52,7% ha reducido la ingesta de sal, y un 33,6% hace ejercicio físico. El 63,4% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 36,6% no realiza ninguna. A un 19,1% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 19,3% toma medicamentos, el 47% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 27,7% practica ejercicio físico. El 54,6% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 45,4% no realiza ninguna. Por otro lado, un 7,2% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 10,4% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Los tumores malignos ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte y su importancia relativa ha ido incrementándose en los últimos años. Representan la primera causa de muerte en los varones desde el año 94 y la segunda causa en las mujeres.

En los varones los 4 tumores con mayor incidencia son los de pulmón, colon-recto, vejiga y próstata. La tendencia esta estabilizada en el cáncer de pulmón y aumenta en el de colon y recto y próstata. Estas tres localizaciones son también las que producen mayor mortalidad. En las mujeres, los de mayor incidencia son mama, colon y recto, útero y ovario. Están aumentando el de mama, colon y recto y pulmón y descendiendo el de estómago. Los que producen mayor mortalidad son el de mama, colon y recto y el gástrico. El cáncer de mama es además la principal causa de años potenciales de vida perdidos en las mujeres. Madrid se sitúa en un nivel intermedio en la comparación a nivel provincial, una vez que se ha controlado el factor edad. Así, la tasa estandarizada en varones por 100 mil para tumores malignos en Madrid en el año 2002 es de 239,40 y en la media estatal es de 252,57. En mujeres, la tasa en Madrid es 105,09 por 100 mil y en España 111,38 por 100 mil. La tendencia de mortalidad por tumores malignos en Madrid es estable o ligeramente descendente. En varones las tasas estandarizadas descienden desde 1994 en donde se alcanza un pico de 257,72 por 100 mil hasta la última cifra consolidada en el 2002 de 239,40 por 100 mil. En mujeres la situación es similar, apreciándose un tendencia ligeramente ascendente desde 1975 hasta 1994, tasa de 118,92 por 100 mil y estable hasta la actualidad 105,09 por 100 mil. En varones el cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad, 15.975 defunciones en el 2002, lo que supone un 27% de la mortalidad por tumores malignos. En mujeres la primera causas de mortalidad por tumores es el cáncer de mama, seguido del cáncer de colon y la tercera causa es el cáncer de pulmón. El principal factor de riesgo es el consumo de tabaco, con una mortalidad atribuible en nuestra Comunidad del 24,4% de todos los tumores malignos. Durante el año 2004 han sido dados de alta 65.192 personas diagnosticadas de tumor maligno. Los ingresos hospitalarios son superiores en mujeres 11,5 por 100 mil que en hombres 10 por 100 mil, a expensas fundamentalmente de los ingresos que se producen en las edades de 40 a 59 años en mujeres y fundamentalmente por cáncer de mama. En las edades superiores las tasas de ingresos hospitalarios son mayores en hombres.

La Carga de Enfermedad por tumores es mayor en hombres que en mujeres, afecta especialmente a los adultos maduros y tiene un peso mucho mayor del componente de mortalidad (91,2% del total de AVAD).

Se han registrado incrementos en la mortalidad en melanoma cutáneo, mieloma múltiple tumores malignos de sistema nervioso central y linfoma no Hodgkin. A éstos habría que añadir el cáncer de ovario con una tasa estandarizada por edad para la población europea de 6,12 por 100 mil en el año 2002. Finalmente, aunque la mortalidad por cáncer de pleura es muy baja, es esperable que la tendencia se invierta, teniendo en cuenta que la mayor parte de estos tumores son mesoteliomas, causados casi exclusivamente por exposición ambiental o laboral al asbesto. En Madrid existen una cohorte de población expuesta a este contaminante que debe ser seguida. La prohibición europea del uso de este material ha sido regulada en nuestro país recientemente.

Las enfermedades cardiovasculares suponen en Madrid 12.097 fallecimientos en el 2002, lo que supone el 30,9% del total de muertes. En 2004 se originaron 70.220

ingresos hospitalarios (11,21% del total). Las principales causas de muerte en este grupo son las cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica. En los 10 últimos años ha descendido de forma importante la mortalidad por enfermedades cerebro vasculares, tanto en varones como en mujeres (36 y 40% respectivamente). Este descenso probablemente sea debido, tanto a un mejor control de los factores de riesgo, que ha supuesto un descenso en la incidencia, como han reflejado registros europeos, como a un aumento en la supervivencia. Este aumento en la supervivencia se refleja también en el incremento de la frecuentación hospitalaria. Estas enfermedades son con diferencia las principales responsables del aumento de la esperanza de vida del decenio 1990-2000, tanto en hombres como, sobre todo, en mujeres, en las que su aportación agrega el doble de años (1,94) que el de la suma resto de causas (0,89). Su papel es especialmente importante en las edades más altas (por encima de los 50 años, y más aún de 70 en adelante). Las enfermedades cardiovasculares (CVC) aumentan progresivamente su carga con la edad. Los hombres registran más años perdidos por esta causa antes de los 70 años, y las mujeres después de esa edad. La discapacidad supone el 17,9% del total. Es la tercera gran causa con mayor número de AVAD, tras las enfermedades neuropsiquiátricas y los tumores.

La carga de enfermedad por diabetes es relevante a partir de los 30 años. Hasta los 70 es más discapacitante que mortal. En conjunto, el componente de discapacidad supone el 49,5% del total de AVAD por esta causa. La distribución por sexo es mayor en varones hasta los 70 años, edad a partir de la cual el número de AVAD es mucho más alto en mujeres.

Las enfermedades del aparato respiratorio suponen la tercera causa de muerte en Madrid, durante el año 2002 fallecieron 5.191 personas a causa de enfermedades del aparato respiratorio, lo que las sitúa en tercer lugar entre los grandes grupos de mortalidad, detrás de las ECV y el cáncer. En hombres, las tasas estandarizadas ascienden a 99,96 fallecimientos por 100.000 habitantes, en mujeres a 48,5.

Si no se tienen en cuenta el grupo de otras enfermedades del aparato respiratorio, la EPOC ocupa el primer puesto tanto en mortalidad proporcional (30,4% del total de defunciones por enfermedades del aparato respiratorio), como en tasas brutas (27,2 defunciones por 100.000 habitantes). En segundo lugar está el grupo formado por la neumonía, con un 23,4% y 20,9 defunciones por 100.000 respectivamente, seguida de la insuficiencia respiratoria con un 8,7% de la mortalidad y una tasa de 6,2 defunciones por 100.000 habitantes. Por sexos, la causa fundamental en hombres corresponde a la EPOC, con un 40,3% de la mortalidad, mientras que en mujeres, es la neumonía la que ocupa el primer lugar con un 25,7% (excluyendo el grupo de Otras enfermedades del aparato respiratorio).

Lesiones accidentales

Los accidentes y traumatismos (intencionados o no) constituyen uno de los principales problemas de salud pública tanto por su impacto en la mortalidad, en la que ocupan el quinto lugar como causa de muerte y el primero como causa de años potenciales de

vida perdidos, como sobre la morbilidad e incapacidad que generan, fundamentalmente los accidentes de tráfico, incluidos en este grupo. Entre 1990 y 2002 se ha producido un importante descenso en la mortalidad por causas externas (37% y 27% para varones y mujeres respectivamente).

El 16,8% de los jóvenes entrevistados en el SIVFRENT ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (20,8% frente a 13,2%). Un 8,9% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en el grupo de edad más joven.

Durante los últimos 12 meses un 0,6% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,8% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

En el año 2004 se produjeron 39.607 ingresos hospitalarios por esta causa, el 48,5% de personas entre 15 y 35 años y el 68,7% varones. La primera causa de ingresos son las fracturas, con un total de 17.875 ingresos (45%) el segundo grupo son las complicaciones de la asistencia médica con un total de 10.008 ingresos (25,3%). Las causas externas suponen una de las grandes generadoras de ingresos hospitalarios y morbilidad, suponiendo en 2004 un total de 39.607 ingresos hospitalarios, lo que supone un 6% del total de ingresos, una tasa de 738,9 por 100 mil en varones y una tasa de 604,9 por mil en mujeres.

Los accidentes de tráfico suponen en Madrid una tasa estandarizada de mortalidad de 12,61 por 100 mil en hombres (20,27 en España) y de 4,09 por 100 mil en mujeres (5,49 en España). Los accidentes de tráfico suponen el 32 por ciento de las muertes por causas externas. Aunque en los últimos 10 años la mortalidad ha descendido, en 2002 fallecieron 414 personas por esta causa. Sin embargo, el número de accidentes y de víctimas ha seguido aumentando en los últimos 9 años en cuantía similar al crecimiento del parque de vehículos.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2002, las muertes por suicidios en hombres alcanzaron la cifra máxima desde el año 1975. La tasa estandarizada es de 7,52 por 100 mil en hombres (11,52 en España) y de 2,46 por 100 mil en mujeres (3,77 por 100 mil en España). La carga de enfermedad de las causas externas de defunción se concentra en las edades jóvenes (15-44), y muy especialmente en los hombres (74,1% del total de AVAD corresponden a varones). Algo menos de uno de cada tres AVAD lo es por discapacidad (29,4%). El patrón general de las externas es aplicable a la carga de enfermedad por accidente de tráfico, salvo en la contribución de la discapacidad sobre el valor total de los AVAD, que es menor (18,2%).

La violencia hacia las mujeres es una de las más frecuentes y menos reconocidas violaciones de los derechos humanos y un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por sus consecuencias para la salud de las mujeres.

La probabilidad de que una mujer sea agredida por un familiar es 6 veces mayor de que lo sea por un desconocido. La forma más frecuente de violencia hacia las mujeres es la que proviene de su pareja actual o anterior. Los datos de la Comunidad de Madrid indicaron una prevalencia de maltrato técnico de 12,7 para el año 1999 y 13,4 para el año 2002, mientras el maltrato autodeclarado se situó en 4,9 y 4.7 respectivamente. Ambos tipos de maltrato ligeramente superiores a la media nacional donde los resultados preliminares indicaron una prevalencia de violencia proveniente de la pareja o expareja del 10,2%, dato semejante al encontrado en otros países de nuestro entorno.

Las condiciones medioambientales, laborales y los hábitos saludables son unos elementos que influyen de forma definitiva en la salud de los ciudadanos.

Calidad ambiental

La calidad del aire en la Comunidad de Madrid durante el año 2004 cumplió con los valores determinados por esta legislación para las medidas anuales, excepto para el NO₂ y las PM₁₀. El incremento del riesgo de morir oscila entre un 0,7 y 1% para aumentos de 10µg de SO₂, PM₁₀ y NO₂ y del 1,2% para un aumento de 1 mg de CO. La asociación de contaminación atmosférica con la mortalidad respiratoria y circulatoria presenta los riesgos de mayor magnitud. Para el conjunto de los países miembros de la UE (año 2000) se estima una mortalidad de alrededor de 300.000 fallecimientos anuales debidos a la contaminación atmosférica. Para España la cifra estaría en torno a las 16.000 muertes anuales.

El abastecimiento de agua de consumo en la Comunidad de Madrid ofrece una alta garantía de calidad. Dado el alcance de los tratamientos empleados en la actualidad en las aguas de la Comunidad de Madrid, es de suponer que la presencia de los pocos indicadores de contaminación microbiológica encontrados son atribuibles a la alteración del agua dentro de la red de distribución (depósitos intermedios y conducciones).

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. Todas las zonas calificadas como no aptas lo son debido a la detección de indicadores de contaminación microbiológica.

La intensa ola de calor que afectó a Europa occidental en el verano de 2003 se tradujo en un importante incremento de la mortalidad que afectó de manera especial a los mayores de 65 años y que llevó al primer plano de actualidad la importancia de los fenómenos meteorológicos extremos, un factor de riesgo ambiental tradicionalmente olvidado o minusvalorado. La Consejería de Sanidad y Consumo, decidió elaborar un Plan de Prevención de los efectos de las olas de calor que entró en vigor el 15 de Junio de 2004 y se mantuvo activado hasta el 30 de Septiembre. Entre las actividades del plan están, informar a la población de nuestra región sobre los niveles de riesgo y difundir las medidas de prevención y protección a adoptar frente a las altas temperaturas y comunicar a los servicios sanitarios y sociosanitarios el nivel de riesgo diario para que éstos pongan en marcha los mecanismos de intervención previstos en cada situación.

La contaminación biótica, tiene dos periodos de polinización relevantes por su mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera, y son: invierno y Cupresáceas, y primavera con Gramíneas y Olivo.

La vigilancia de Legionella ha censado en 2004, 3.563 instalaciones de riesgo, y se han cartografiado los casos esporádicos notificados de Legionella de los años 2003 y 2004 (de acuerdo con el criterio del Grupo de Trabajo Europeo para las infecciones de Legionella).

Respecto a la distribución espacial de los casos de legionella, no se ha detectado ninguna zona con agregación de puntos que permitan hacer sospechar ausencia de aleatoriedad y consiguientemente, presencia de una causa ambiental común a varios casos. Se han identificado 487 instalaciones situadas a menos de 500 m. de los casos, y, de ellas, 158 están en ese rango de distancia de más de un caso, es decir un 4,4%, que pueden constituir el objetivo sobre el que el programa de Prevención y Control de la Legionelosis focalice su atención.

Salud laboral

En cuanto al análisis de la salud laboral de la Comunidad de Madrid, la actividad que aglutina un mayor número de trabajadores es la representada por "Otras actividades empresariales". Dicho epígrafe corresponde a una gran actividad de Servicios que incluye, entre otros: actividades jurídicas, asesorías, estudios de mercado, análisis técnicos, publicidad, agencias de colocación y suministro de personal, y empresas de servicios de seguridad y vigilancia. En nuestra Comunidad 342.695 trabajadores estaban empleados en 2003 en dicha rama de actividad. A esta rama le siguió la Construcción, Comercio al por menor, Administración Pública, Comercio al por mayor y Hostelería.

La baja representatividad del sector industrial en nuestra Comunidad va a repercutir, de forma importante, en el perfil y características de la Enfermedad Profesional notificada en Madrid.

En 2003, última información disponible, en Madrid se notificaron un total de 1.467 Enfermedades Profesionales (EP). Las "Actividades diversas de servicios personales" cuyo epígrafe incluye, entre otras, los establecimientos de limpieza de prendas; las peluquerías y los establecimientos de mantenimiento físico corporal. Esta actividad en conjunto presenta una incidencia de enfermedad profesional 5 veces mayor al promedio total. A ésta, le siguieron: la fabricación de productos de caucho y plástico; la industria de la madera; y la construcción de maquinaria. Las lesiones más frecuentes son: las lesiones de mano-muñeca (20,8% sobre el total), y otras lesiones de miembro superior (26,4%) seguidas de las dermatitis (26,1%), el síndrome del túnel carpiano (8,4%) y el asma (8,1%). El asma se da con una mayor incidencia en 8 ramas de actividad. De éstas destacan: la Industria de la madera, la Industria de la alimentación, metalurgia, actividades sanitarias, fabricación de productos metálicos y las actividades de servicios personales (peluquerías, etc.).

Las dermatitis se dan con una mayor incidencia en 11 ramas de actividad. De éstas destacan: fabricación de maquinaria y material eléctrico; actividades de servicios personales (peluquerías, etc.) y fabricación de productos metálicos. El síndrome del túnel carpiano se da con mayor incidencia en 13 ramas de actividad. De éstas destacan: Industria del cuero y calzado; industria química y fabricación de productos minerales no metálicos.

La sordera profesional tuvo mayor incidencia en 6 actividades, destacando: la industria de la construcción de maquinaria y equipo mecánico y la industria de la madera y corcho.

Las lesiones de mano-muñeca, destacaron en 13 actividades, siendo las incidencias especialmente elevadas en la Industria del cuero y calzado y fabricación de productos minerales no metálicos.

Otras lesiones de miembro superior presentaron incidencias elevadas en 14 actividades, destacando: las actividades de saneamiento público y la industria de la madera y corcho.

Las lesiones de miembro inferior fueron más frecuentes entre 8 actividades, destacando la Construcción y la Venta y reparación de vehículos.

En 2003 se notificaron en Madrid un total de 32 enfermedades profesionales (EP) de naturaleza infecciosa, cifra que representa el 2,18% del total de EP notificadas 32. Estas enfermedades se distribuyeron en los siguientes grupos: tuberculosis profesional (9 casos), brucelosis profesional (9 casos), hepatitis vírica (9 casos) y otras infecciones (5 casos).

Hábitos saludables

Existe evidencia de que la realización de ejercicio físico, de forma programada y adecuada, mejora de forma importante la salud de la población, y actúa como un factor de “resiliencia” frente a conductas no saludables, previniendo así enfermedades relacionadas. Se estima que el 47,5% de los madrileños afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,2 veces 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 57% es inactivo. En los últimos años se incrementa el sedentarismo en la actividad habitual o laboral. En estos 9 años, ha aumentado de forma relativa un 12% en los hombres y un 23% en las mujeres. La actividad física en tiempo libre, sin embargo, se mantiene estable.

La población tiene un grado de conocimientos básicos aceptable en materia nutricional, mayor cuanto mayor nivel de instrucción. Los adultos manifestaron un perfil de preferencias alimentarias compatible con el mantenimiento de la dieta mediterránea. La preferencias de los madrileños/as son: los hombres preferían en mayor medida las patatas, las carnes, las legumbres y los embutidos. Las mujeres preferían el pescado, las verduras, frutas huevos y productos lácteos. Esto, no obstante, no se traducían en

que la alimentación se llevase finalmente a cabo, debido, quizá, a una falta de cultura nutricional que cohesionase esos conocimientos básicos.

Un 15,6% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,1% 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 la de hombres.

Sobre la antropometría, el 3,4% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres alcanzando una prevalencia del 5,9%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. El 36,8% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 16,1% al sobrepeso en grado I, del 13,6% al sobrepeso de grado II, y del 7,1% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad son mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementan rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y obesidad del 19,1%, comparando los promedios de 2002 y 2003 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres, sin embargo, el incremento es pequeño, del 3,4%.

El tabaco y otras drogas

En la Comunidad de Madrid, la mortalidad atribuible al tabaco en 1998 en mayores de 34 años fue del 15,9%, es decir, 5.783 muertes. En hombres fue 28,4% y en mujeres 2,8%. Las dos primeras causas de muerte en ambos sexos fueron el cáncer de pulmón y la EPOC (a diferencia de lo que ocurre en España la mortalidad por cáncer de pulmón ya se ha situado como primera causa de muerte también en mujeres fumadoras). Durante el período 1992-1998 la mortalidad atribuible al tabaco aumentó en términos absolutos un 8,2%, pero ello fue debido al envejecimiento de la población, pues ajustando por edad la mortalidad disminuyó un 6% en hombres y permaneció estable en mujeres; en éstas la mortalidad aumentó en el grupo de 35-64 años. La mortalidad por cáncer de pulmón permaneció estable en los hombres y aumentó en mujeres un 12%. Los años potenciales de vida perdidos disminuyeron un 14% en hombres y aumentaron un 42% en mujeres. La prevalencia de fumadores en Madrid (31,27%) es similar a la media española (30,97). Cerca de la mitad (46,60%) de los fumadores en España fuman 20 o más cigarrillos diarios, cifra ligeramente superior (48,63%) en Madrid. Por sexos, en las mujeres solo un tercio (33,27%) fuma en España más de una cajetilla diaria, mientras en Madrid esa cifra se eleva a 38,29%, siendo en hombres sin embargo este porcentaje claramente superior y similar en España y Madrid (56,12% y 56,89% respectivamente).

En adultos, los datos referidos a 2004 reflejan que el 36,3% de la población de 18 a 64 años son fumadores actuales (un 33,6% diarios y un 2,7% ocasionales), el 43,5% no fuman y el 20,2% son ex-fumadores. El consumo actual de tabaco es ligeramente más frecuente en los hombres, 37,3%, que en las mujeres, 35,3%. Esta diferencia es debida al mayor consumo en los hombres por encima de los 45 años, ya que por debajo de esta edad la frecuencia es mayor en las mujeres, salvo el grupo de 25-29 años.

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 66 centímetros cúbicos (cc.), 102 cc. en hombres y 33 cc. en mujeres. El 56,7% son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Globalmente un 3,6% son clasificados como bebedores a riesgo, un 54,4% como bebedores moderados y un 42% como no bebedores. La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,4 veces mayor que en mujeres.

Un 10,5% ha realizado al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 cc. y ≥ 60 cc. en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (20,5%). El 3% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 5%, frente al 0,7% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 26,9% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 19,3% en los últimos 30 días. La segunda sustancia es la cocaína, con un consumo en los últimos 12 meses del 2,9%. La droga menos consumida es la heroína, con una frecuencia del 0,2%.

De forma agregada, el 28,2% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 20,1% en los últimos 30 días.

Al 29,9% de los jóvenes les han ofrecido drogas en los últimos 12 meses, y a un 14,8% en los últimos 30 días.

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 puede alcanzar si (Estrategia “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la OMS):

- *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, y 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;*

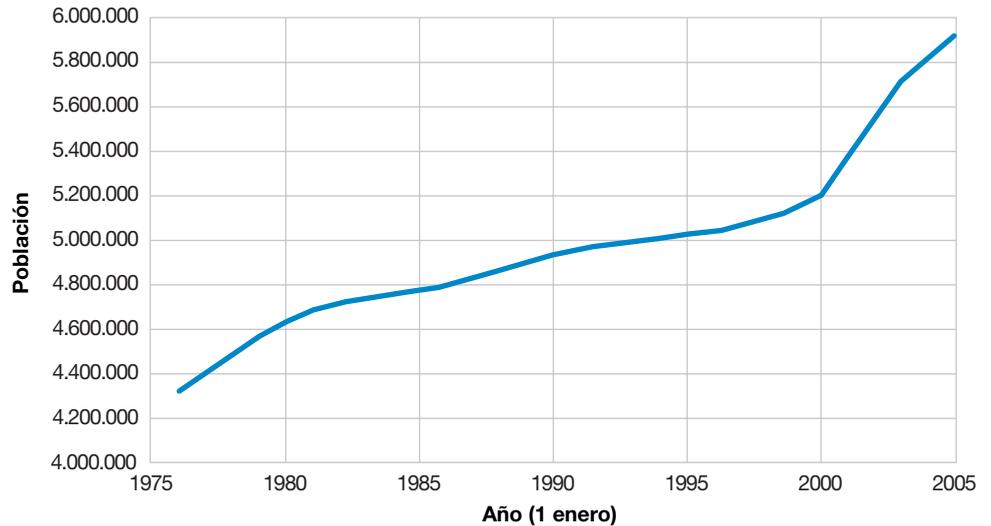
- *Todos los sectores de la sociedad asumen su cuota de responsabilidad a la hora de reducir las desigualdades sociales y económicas y de paliar sus consecuencias sobre la salud;*
- *Se encuentran disponibles los recursos públicos, privados y voluntarios para satisfacer las necesidades sociales y sanitarias 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

La Población de la Comunidad de Madrid ha pasado de 4,3 millones de habitantes en 1975 a 5.937.157 (un 13,5 por ciento del total de la población española), según la cifra provisional del Padrón Continuo a 1 de enero de 2005. Desde finales del pasado siglo el crecimiento se ha visto acelerado de manera significativa (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1. Comunidad de Madrid. Evolución de la población 1976-2005.

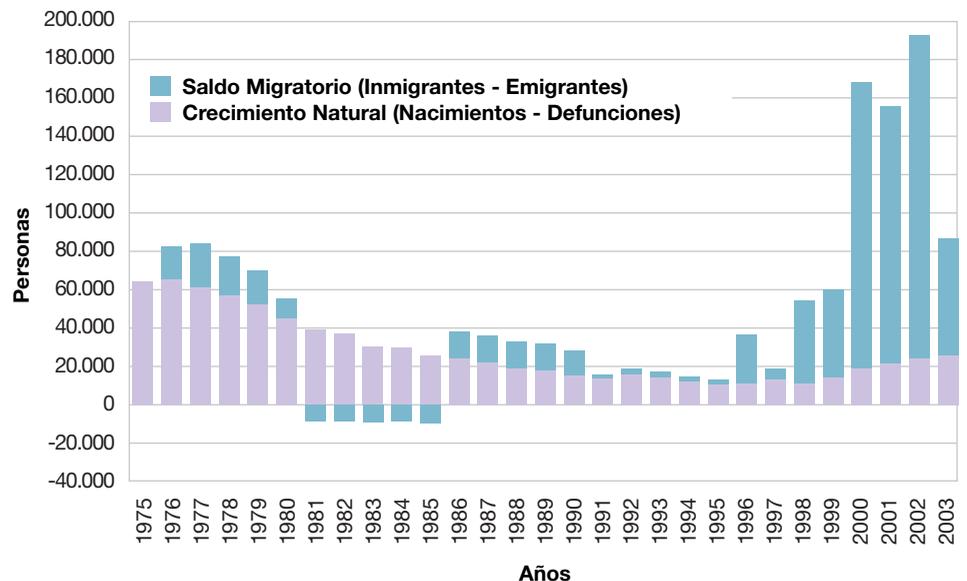
Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Como se aprecia en el Gráfico 2.2, la razón fundamental de este mayor incremento poblacional es el gran aumento del aporte debido a la migración. Hasta mediados los años noventa, el principal componente en la evolución de la población madrileña fue el crecimiento natural o diferencia entre nacimientos y defunciones. Pero a partir del último lustro del siglo XX el saldo migratorio pasa a ser el responsable principal de la dinámica poblacional en la Comunidad.

Gráfico 2.2. Comunidad de Madrid. Componentes del Crecimiento Demográfico 1975-2003.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La pirámide de la población madrileña actual (Gráfico 2.3) muestra un perfil fuertemente moldeado por la historia demográfica, tanto de muchas décadas atrás como de los años más recientes. Se destacan:

- el mayor peso de las mujeres a edades avanzadas, como consecuencia de su más alta esperanza de vida;
- el efecto de la Guerra Civil tanto en la merma de varones ancianos –por mortalidad militar- como en el déficit de nacidos en las cohortes de 1937 a 1939;
- el efímero incremento de la natalidad en el primer año de posguerra -1940-;
- el gran peso relativo de las edades adultas jóvenes -25-39 años de edad-, tanto por tratarse de generaciones muy numerosas –las nacidas en los años sesenta y setenta- como por ser estas las edades en las que se da la mayor proporción de población inmigrante;
- el profundo descenso de la fecundidad posterior al año 1975, que se refleja en el fuerte estrechamiento de la pirámide entre las edades 5 y 25; y
- el incipiente ensanchamiento de la base de la estructura por edades, como consecuencia de la coincidencia en el tiempo de dos factores: por un lado, el creciente número de nacimientos de madre de nacionalidad no española; y, por otro, el paso por las edades de mayor fecundidad de esas cohortes de nacimientos muy llenas ya citadas.

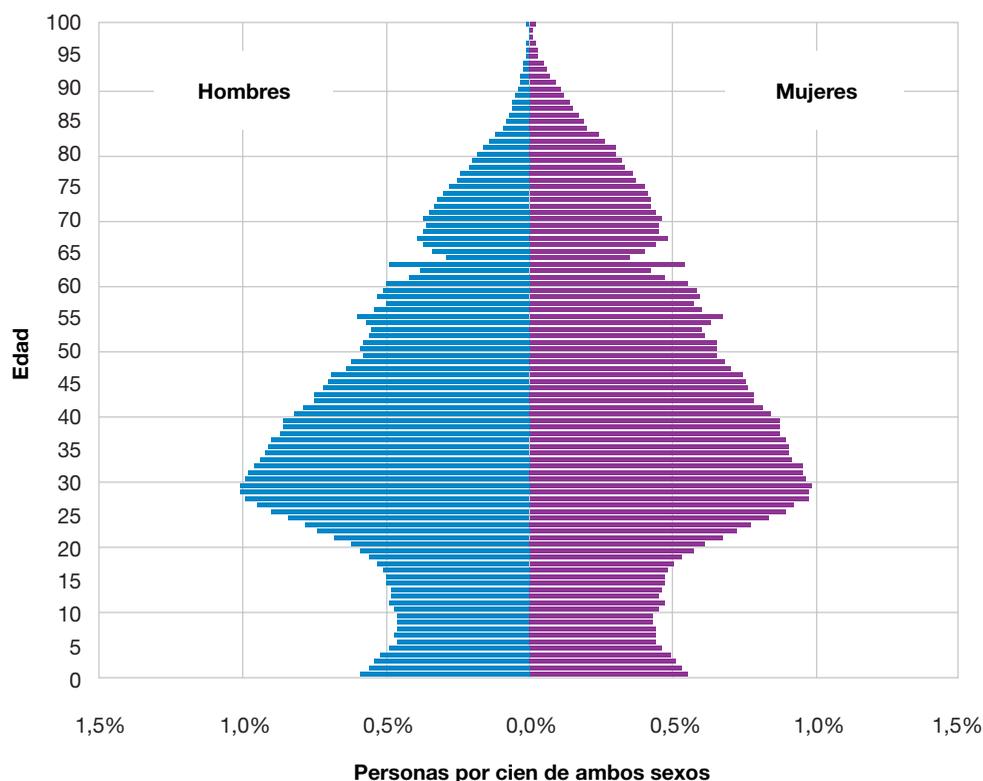


Gráfico 2.3. Comunidad de Madrid. Población por edad y sexo a 1 de enero de 2004.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 2.1. Comunidad de Madrid. Población a 1 de Enero de 2004.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

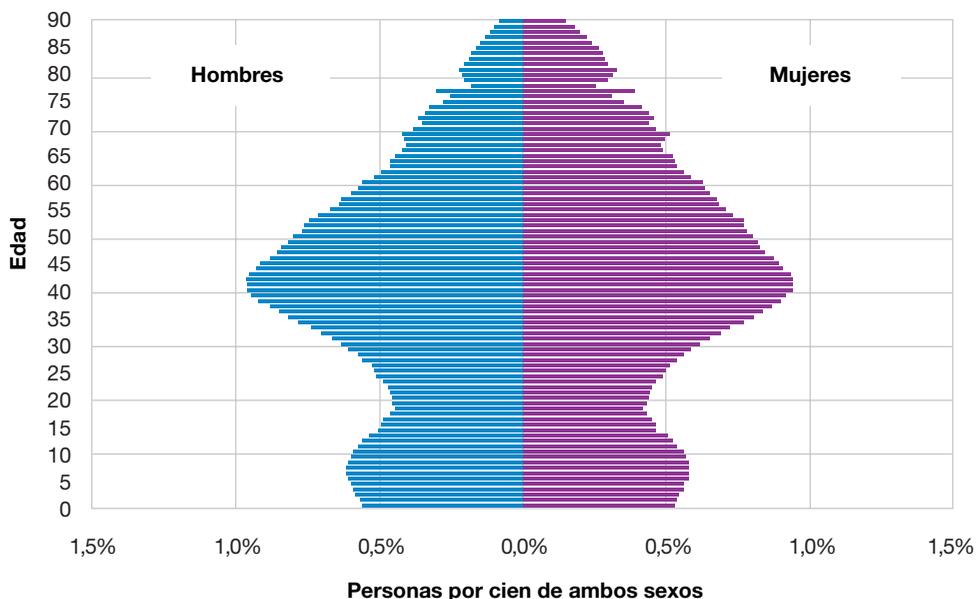
	Hombres	Mujeres	Total
Población total	2.806.631	2.998.198	5.804.829
P 0-19	586.192	556.176	1.142.368
P 20-59	1.759.723	1.801.911	3.561.634
P 60+	460.716	640.111	1.100.827
P 80+	68.648	148.557	217.205
P% 0-19	20,9%	18,6%	19,7%
P% 20-59	62,7%	60,1%	61,4%
P% 60+	16,4%	21,3%	19,0%
P% 80+	2,4%	5,0%	3,7%
Indice Envejecimiento	78,6%	115,1%	96,4%
Indice Dependencia Total	59,5%	66,4%	63,0%
Indice Dependencia Jóvenes	33,3%	30,9%	32,1%
Indice Dependencia Mayores	26,2%	35,5%	30,9%

La estructura de la población madrileña actual (Tabla 2.1) se caracteriza por ser algo menos envejecida que la del conjunto de España, por tener una gran proporción de personas en edades adultas (20-59 años) y, en consecuencia, por tener una relación de dependencia relativamente baja. Tanto el índice de envejecimiento como el de dependencia son mayores entre las mujeres que entre los hombres. La evolución de los índices de dependencia de jóvenes y mayores son inversas: el primero tiende a disminuir, mientras que el segundo va en aumento.

Según las proyecciones demográficas del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, en los próximos quince años son previsibles importantes cambios en la pirámide de la Comunidad de Madrid (Gráfico 2.4). La población total aumentará en casi 1 millón de personas, hasta cerca de los 6,8 millones. El grupo de edades más llenas alcanzará los 35-49 años, y tras unos años con mayor número de nacimientos, las

Gráfico 2.4. Comunidad de Madrid. Población por edad y sexo a 1 de enero de 2017.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



entradas por la base de la pirámide volverán probablemente a reducirse, a pesar de un mayor número promedio de hijos por mujer, como consecuencia del menor número de mujeres en edades fértiles. Proseguirá el proceso de envejecimiento, de modo que las personas de 60 y más años supondrán el 21,5 por ciento del total.

Los 93.279 nacidos vivos residentes en la Comunidad de Madrid en 1976 (Índice Sintético de Fecundidad de 2,9 hijos por mujer) se redujeron a 47.006 en 1995 (ISF 1,13). Tras ese prolongado periodo de continuado descenso de la fecundidad, que tocó fondo en 1998, los años recientes registran un aumento del número de nacidos vivos (Gráfico 2.5). Los datos más recientes (2004) estiman una fecundidad de 1,35 hijos por mujer y 70.310 nacidos vivos, cifra no alcanzada desde 1980. Las razones de ello han sido ya comentadas: por un lado, los nacidos de madre extranjera, que apenas eran 2.795 en 1995 (un 5,9 por ciento del total) son ya más de trece mil (un 20 por ciento del total). Por otro lado, el grupo de edades potencialmente fecundas es proporcionalmente muy numeroso en la actualidad, al corresponder a las cohortes muy llenas nacidas en los años inmediatamente anteriores al descenso de la fecundidad.

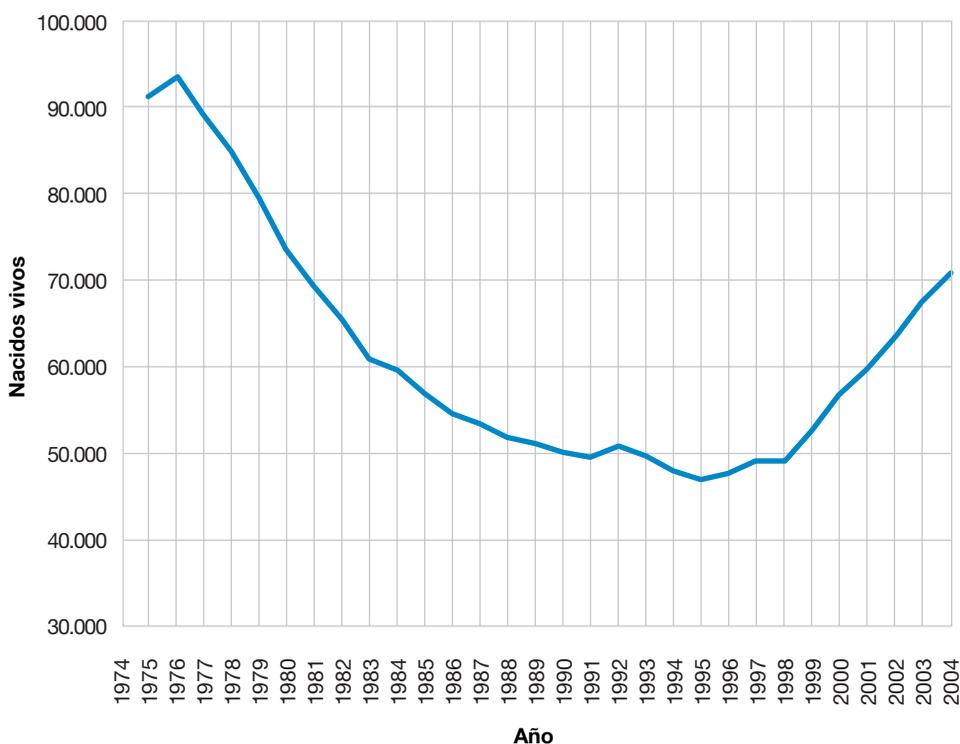


Gráfico 2.5. Comunidad de Madrid. Nacidos Vivos. Años 1975-2003.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La distribución por edad de la fecundidad madrileña ha ido madurando progresivamente. En el Gráfico 2.6 se aprecia tanto el descenso de las tasas, especialmente entre 1975 y 1990, como el desplazamiento hacia la derecha de la curva de las tasas específicas por edad. La edad media a la maternidad, que en 1980 era de 28,16 años (25,5 al primer hijo), es actualmente de 31,72 (30,35). El indicador es mucho menor en las madres de nacionalidad no española (28,75 años en 2004) (Gráfico 2.7).

Gráfico 2.6. Comunidad de Madrid. Tasas específicas de fecundidad por edad.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

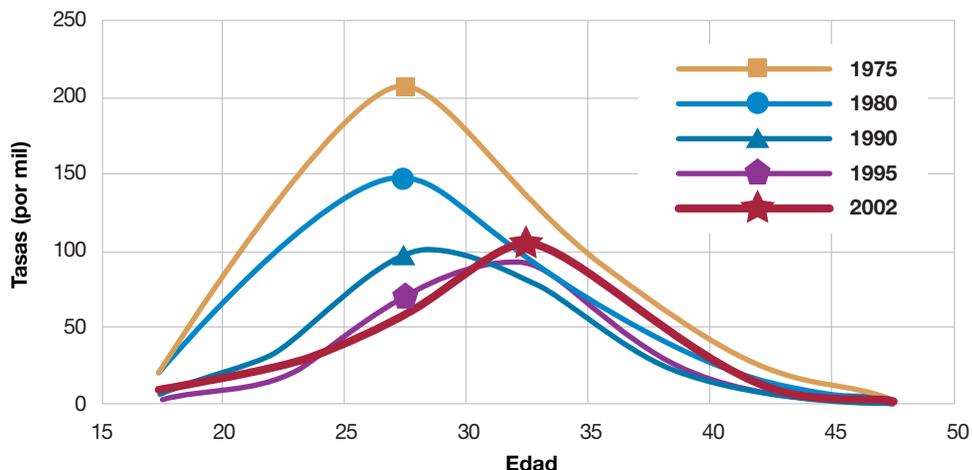
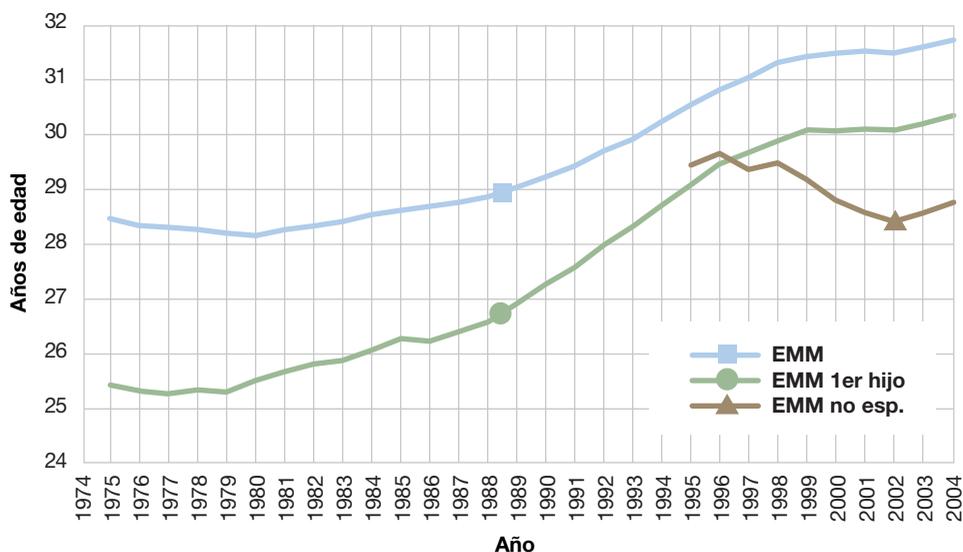


Gráfico 2.7. Comunidad de Madrid. Años 1975 a 2003. Edad Media a la Maternidad (total, al primer hijo y de madre no española).

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Otro aspecto a destacar en la fecundidad madrileña es la progresiva concentración de los nacimientos en los bajos números de orden. Es decir, cada vez es mayor la proporción de nacidos que son el primer o segundo hijo de esa madre. En 1975, estos eran el 70 por ciento del total de nacimientos (Gráfico 2.8). Actualmente la proporción es del 90 por cien: sólo uno de cada diez niños que nacen en la Comunidad de Madrid es un hijo de orden 3 o superior.

Finalmente, es necesario señalar la tendencia al aumento del número y la proporción de los nacidos vivos en partos múltiples, que era de apenas el 1,7 por ciento del total en 1985 (963 nacimientos) y ha doblado con creces esa cifra en 2002 (2.166 nacimientos; 3,43 por ciento).

Como ya se ha comentado, la migración –y en concreto, la inmigración extranjera- ha pasado a ser en los últimos años el principal componente del crecimiento demográfico de la Comunidad de Madrid. Según los datos del Padrón, los 39 mil residentes extran-

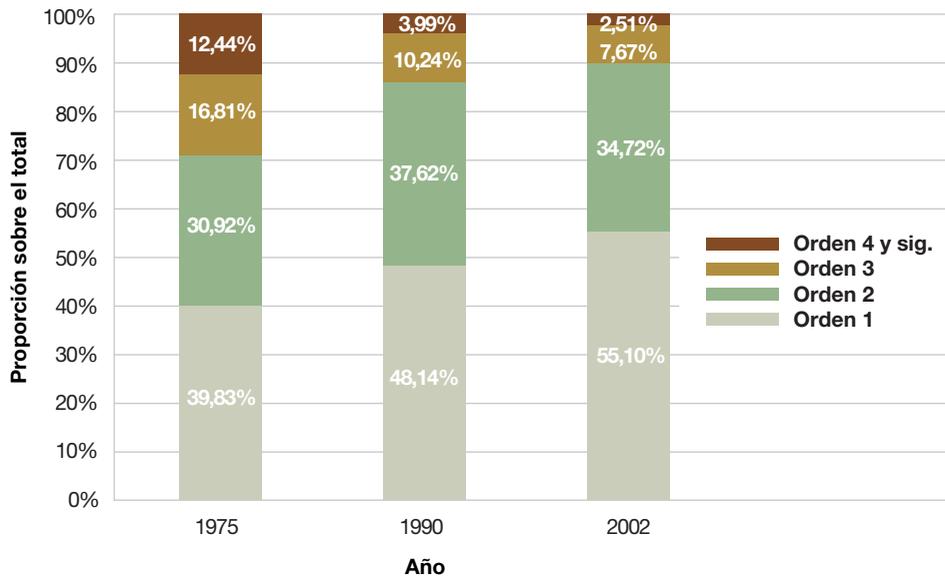


Gráfico 2.8. Comunidad de Madrid. Nacidos Vivos por orden de nacimiento. Años 1975, 1990 y 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

jeros inscritos en municipios madrileños en 1985 han pasado a ser más de 766 mil a primero de enero de 2005. Como se aprecia en el Gráfico 2.9, este crecimiento se ha producido especialmente a partir del año 2000.

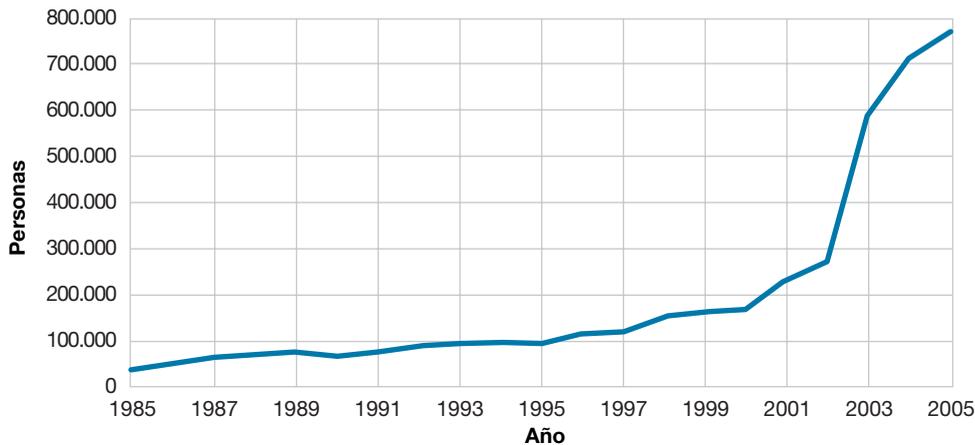


Gráfico 2.9. Comunidad de Madrid. Residentes extranjeros. Años 1985-2005.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

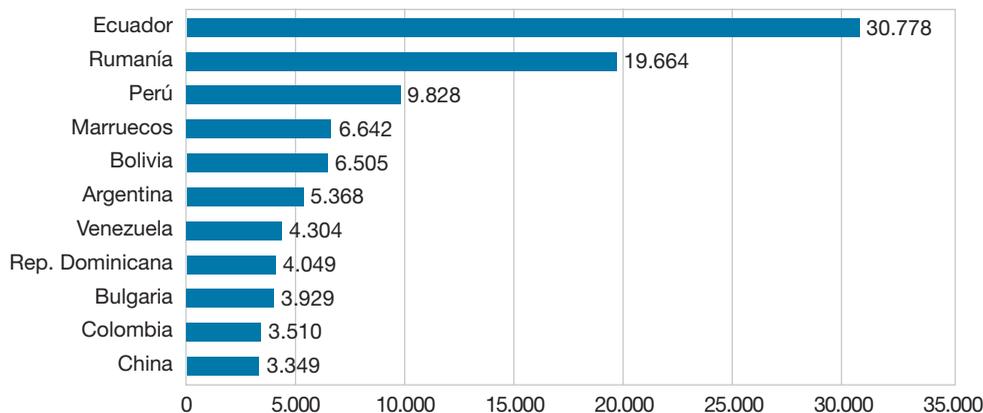


Gráfico 2.10. Comunidad de Madrid. Entradas de extranjeros durante el año 2003.

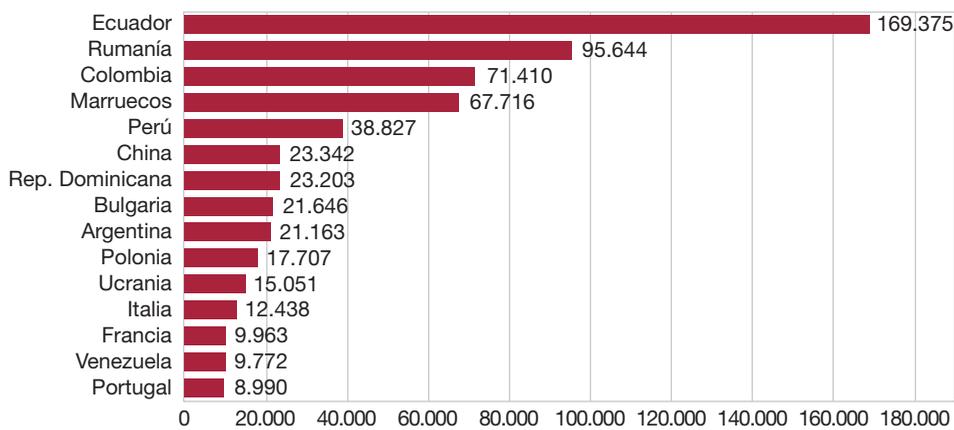
Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Las nacionalidades con mayor flujo de entradas durante 2003 han sido Ecuador y Rumanía, por delante de Perú, Marruecos o Bolivia (Gráfico 2.10). Las cifras provisionales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM) para el 2004 señalan, no obstante, un descenso drástico de nuevos empadronamientos en la Comunidad de Madrid de ecuatorianos frente a un aumento del número de rumanos y bolivianos.

La distribución por nacionalidad de los extranjeros residentes en Madrid es, de acuerdo con los datos padronales provisionales a 1 de enero de 2005, la reflejada en el Gráfico 2.11. Ecuador, Colombia, Marruecos y Rumanía son las procedencias más representadas. Significativamente, a diferencia de quince o veinte años atrás, entre las diez primeras nacionalidades no se encuentra ninguna de Europa Occidental, antes mayoritarias.

Gráfico 2.11. Comunidad de Madrid. Residentes extranjeros a 1 de enero de 2005 (Padrón provisional).

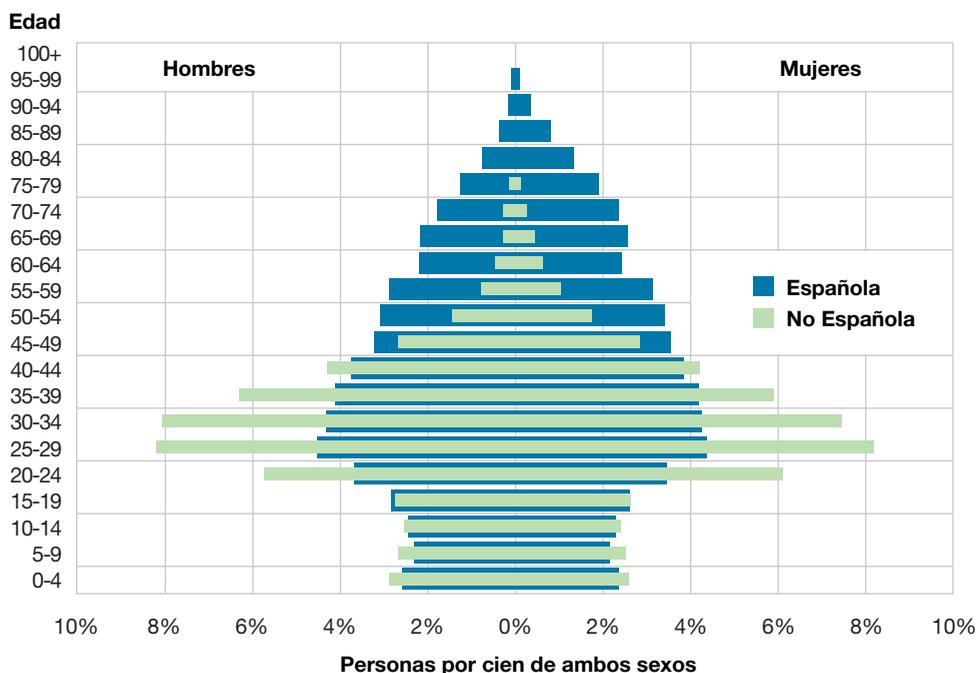
Fuente: INE. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Los extranjeros que deciden instalarse en Madrid lo hacen mayoritariamente en busca de un puesto de trabajo. Esto explica que la distribución por edades de esta población sea mucho más joven que el de la población de nacionalidad española (Gráfico 2.12).

Gráfico 2.12. Comunidad de Madrid. Población de nacionalidad española y no española. Año 2003.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La proporción de extranjeros de más de 50 años es poco menos que testimonial, y de momento tampoco es grande el peso de los niños (hijos de esos adultos jóvenes que vienen a trabajar).

Por nacionalidad, es posible distinguir distribuciones por sexo y edad diferenciadas. Así, los procedentes de América Latina cuentan con una proporción de mujeres mayor a la de hombres (Gráfico 2.13). Justo al contrario ocurre con los residentes de origen africano, en los que son clara mayoría los varones (Gráfico 2.14)

Edad

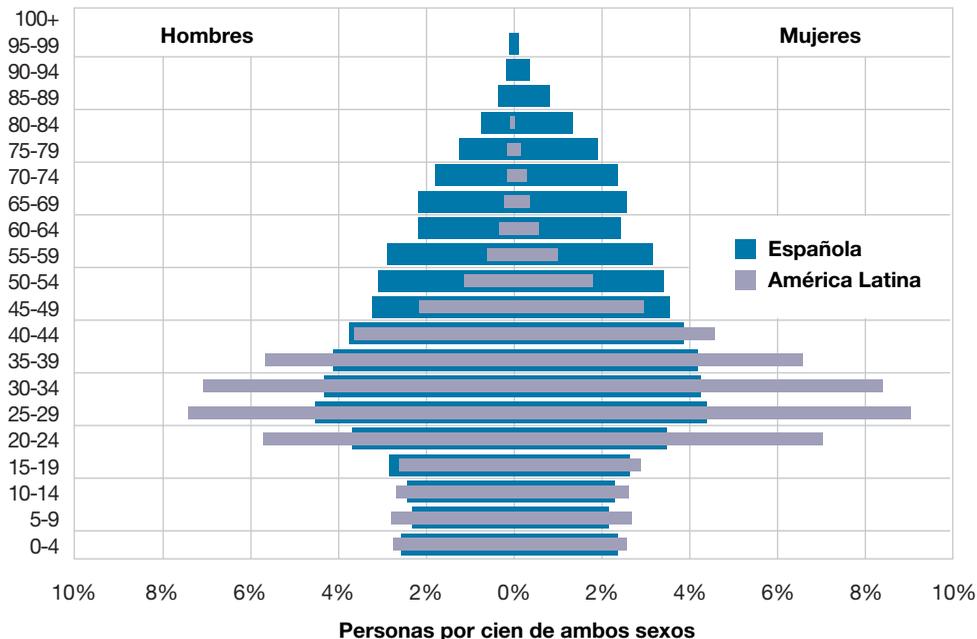


Gráfico 2.13. Comunidad de Madrid. Población de nacionalidad española y de países de América Latina. Año 2003.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Edad

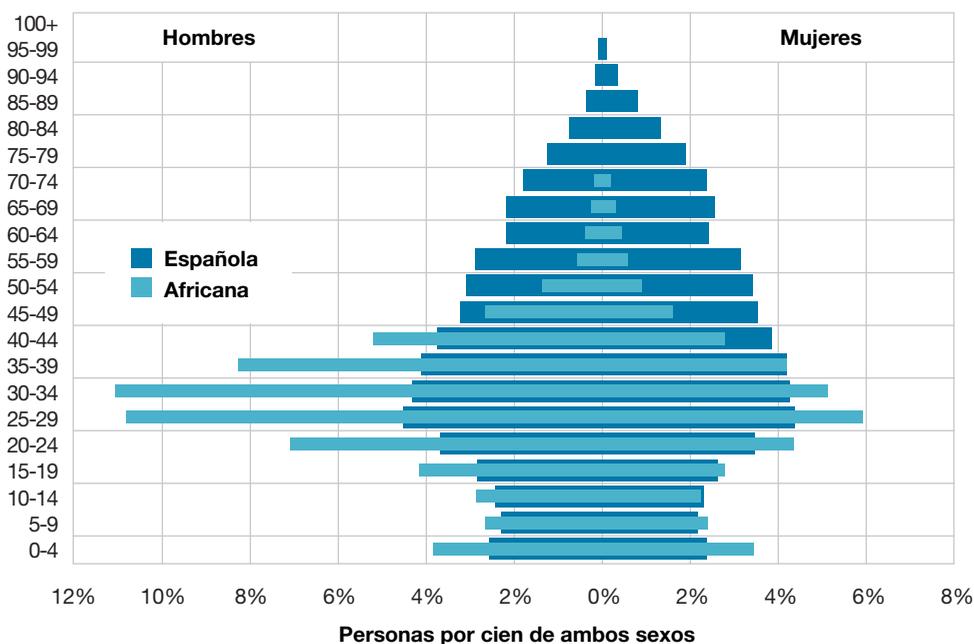


Gráfico 2.14. Comunidad de Madrid. Población de nacionalidad española y de países africanos.

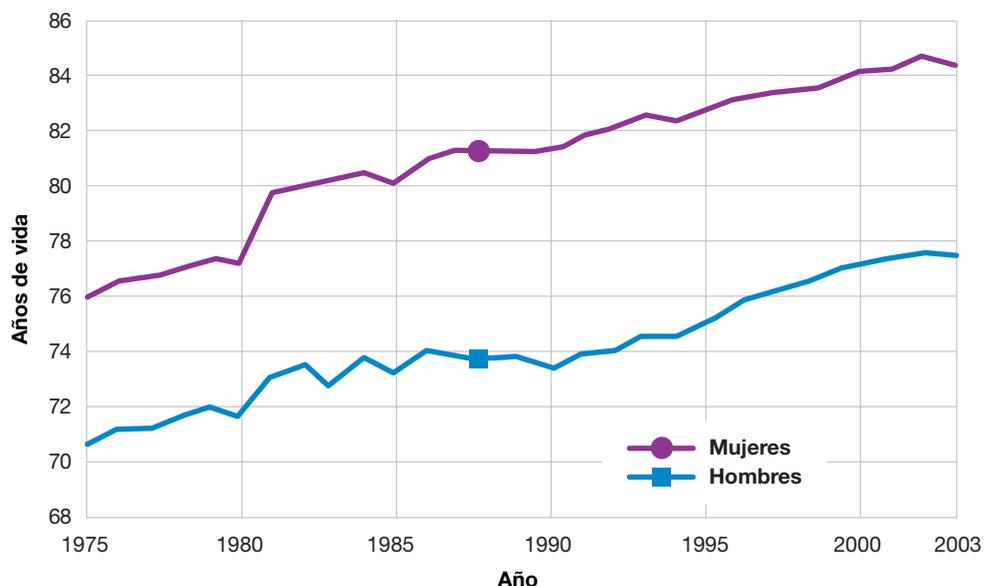
Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

2.2. Mortalidad General

La mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid ha mejorado claramente a lo largo de los últimos años. El episodio adverso más significativo remite a la evolución de la mortalidad masculina en la segunda mitad de los años ochenta, como consecuencia de la confluencia de una serie de causas de muerte (sida, accidentes de tráfico, abuso de drogas) que afectaron principalmente a varones de edades jóvenes, cuyas muertes supusieron una gran cantidad de años de vida perdidos. En conjunto, sin embargo, la tendencia de la esperanza de vida al nacer es muy positiva (Gráfico 2.15), como lo es la mortalidad infantil, (con una tasa de 4 por 1000 nacidos vivos), y sitúa a la Comunidad de Madrid entre las Comunidades Autónomas con mejores indicadores, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 2.15. Comunidad de Madrid. Esperanza de vida al nacer. Años 1975 a 2003.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La estructura de la mortalidad por edad de los últimos veinte años pone en evidencia la buena situación actual, y los problemas habidos entre 1986 y 1996 en las edades jóvenes (Gráfico 2.16). Las tasas de 20 a 39 años empeoran claramente entre 1986 y 1991, y en el siguiente quinquenio se manifiesta un desplazamiento de esa mortalidad desfavorable hacia grupos de edad más maduros (30-44). Entre 1996 y 2002 se advierte una notable mejora de las tasas no sólo a estas edades, sino también entre niños, adultos maduros y ancianos.

La tendencia de las tasas ajustadas por edad (población europea), son claramente descendentes (Gráfico 2.17) tanto en hombres (718,25 por 100.000) como en mujeres (455,17 por 100 mil) en el 2002. La tasas Estandarizadas de Mortalidad tomando como población de referencia la población Europea (Gráfico 2.18), sitúan a Madrid en una posición Intermedia-baja, en relación al resto de provincias, tanto en hombres como en mujeres. Lo mismo sucede con las tasas truncadas (Gráfico 2.19) y con los índices comparativos de mortalidad por provincias (Gráfico 2.20). En el Gráfico 2.21 se puede comparar la tendencia de las tasas estandarizadas de mortalidad madrileñas con las españolas desde 1975 hasta 2002 cuyas cifras se encuentran en la Tabla 2.2 .

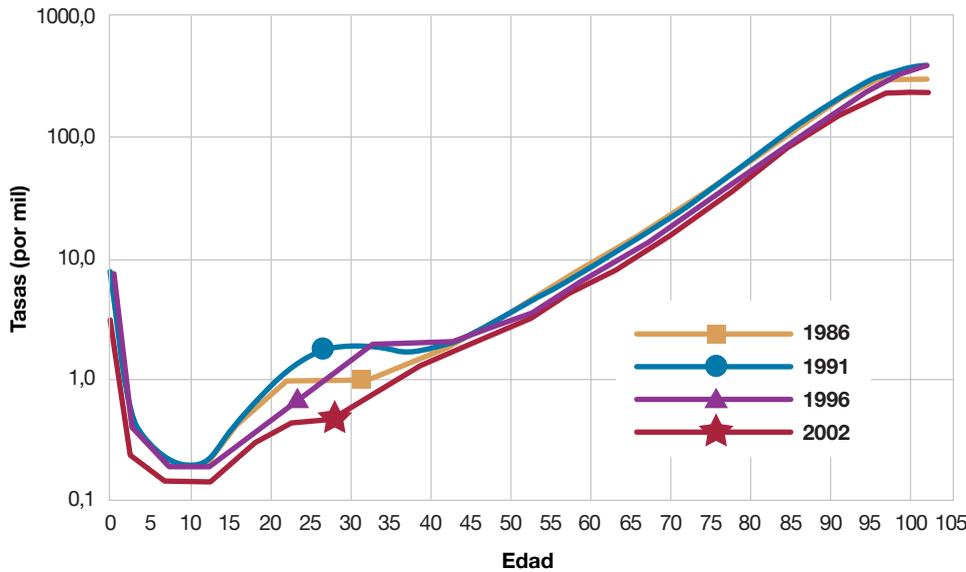


Gráfico 2.16. Comunidad de Madrid. Tasas específicas de mortalidad por edad. Ambos sexos. Años 1986 a 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

No existen grandes diferencias de mortalidad por Áreas Sanitarias una vez controlado el factor edad (Gráfico 2.22 y Tablas 2.3 y 2.4). Las razones estandarizadas de mortalidad (SMR), oscilan entre el 1,13 (1,04-1,22) del Área 1 al 0,90 del Área 2. El resto de Áreas se encuentran en esta franja. Las Áreas 1, 8, 10 y 11 tienen una mortalidad superior a la esperada de la Comunidad de Madrid. El Área 1 tiene tasas superiores al resto de la Comunidad de Madrid en enfermedades circulatorias, respiratorias y enfermedades del tejido conjuntivo. El Área 6 destaca en las enfermedades circulatorias. El Área 8 y el Área 10 en enfermedades endocrinas y metabólicas, enfermedades mentales y del comportamiento y enfermedades circulatorias. El resto de patologías analizadas no muestran diferencias significativas.

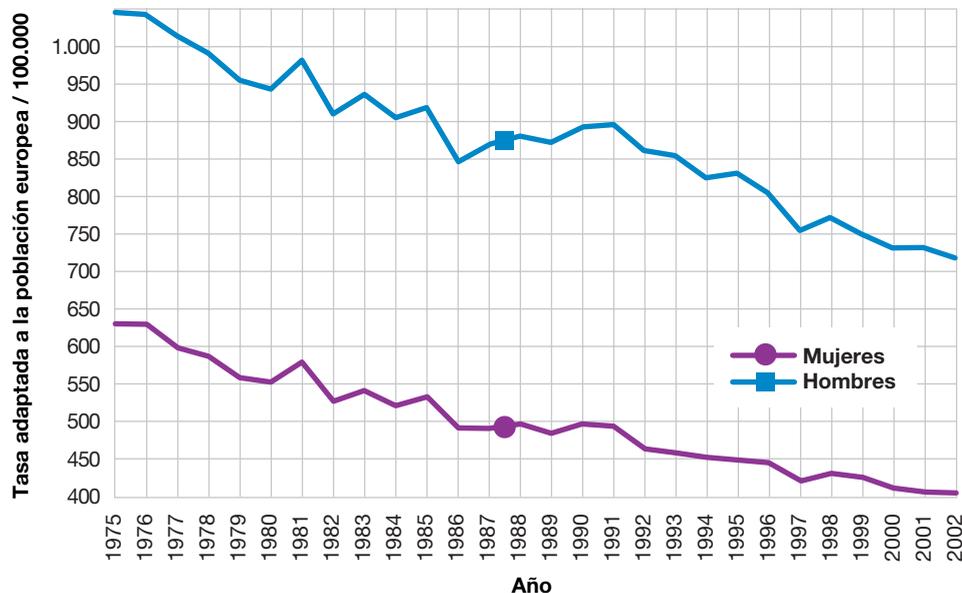


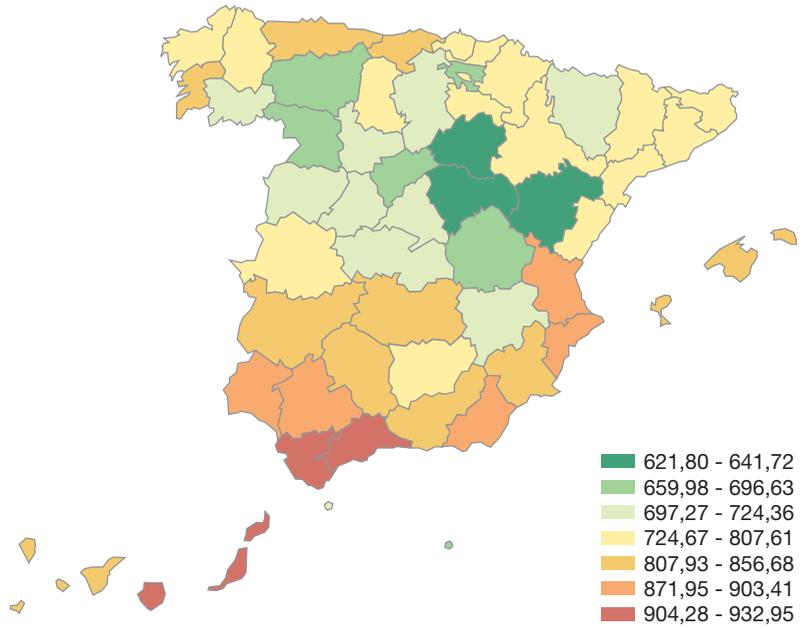
Gráfico 2.17. Comunidad de Madrid. Tasas de mortalidad ajustadas (población de referencia europea) por sexo. Años 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

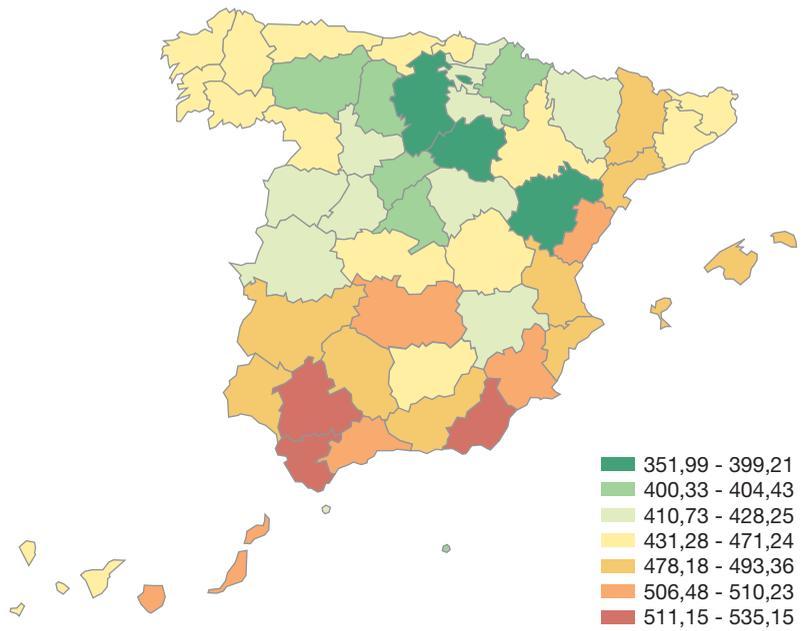
Gráfico 2.18. Tasas provinciales de mortalidad ajustadas (población de referencia europea). Año 2002. Hombres y mujeres.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III

Hombres



Mujeres



Hombres

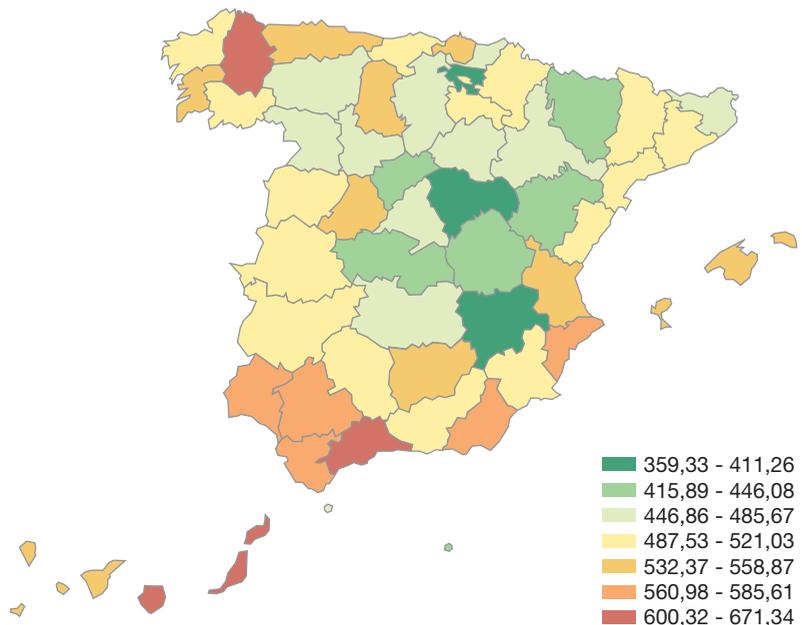


Gráfico 2.19. Tasas truncadas de mortalidad provinciales. Año 2002. Hombres y mujeres.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III

Mujeres

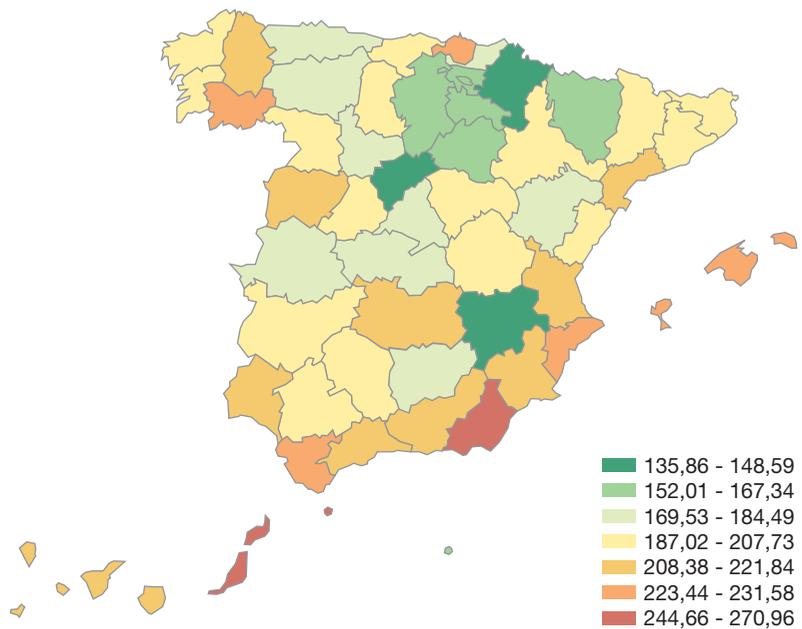
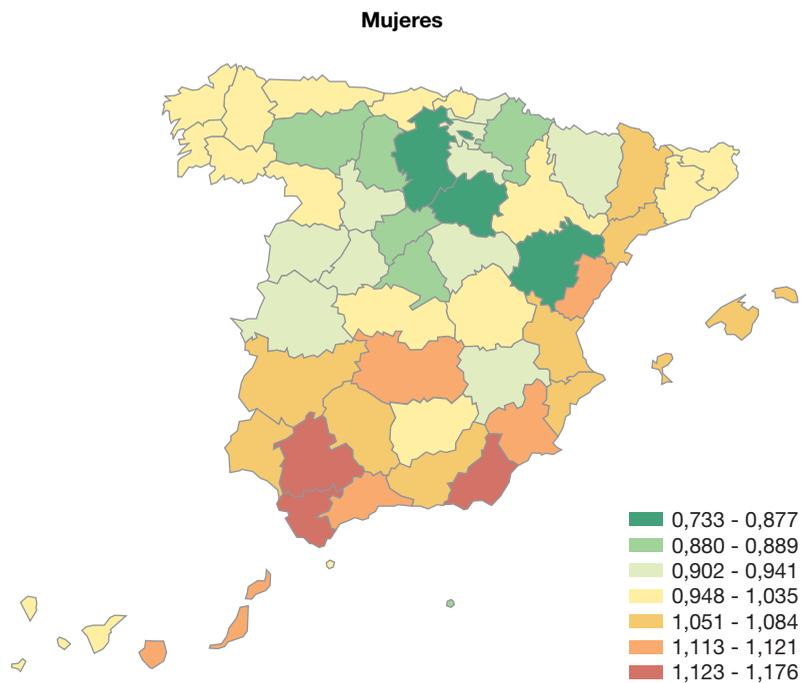
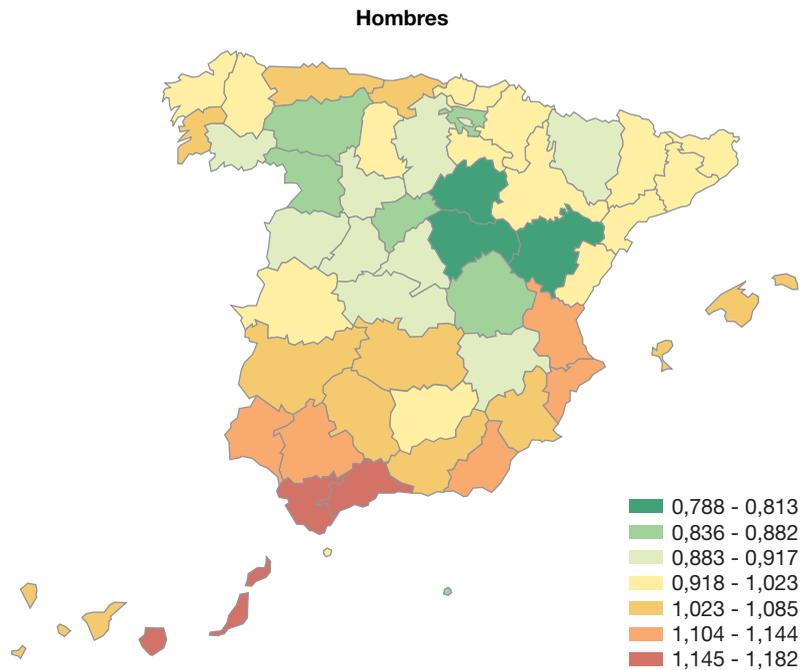


Gráfico 2.20. Índice de mortalidad comparativo, por provincias (tasas de mortalidad de referencia españolas). Año 2002. Hombres y mujeres.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III



Hombres

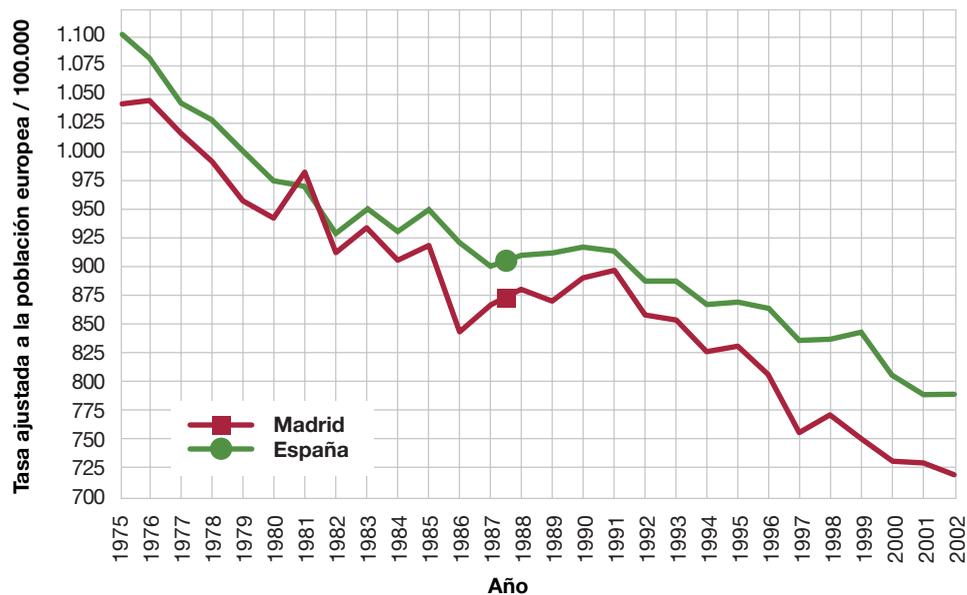


Gráfico 2.21. Tasas de mortalidad ajustadas (población de referencia europea). Años 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III

Mujeres

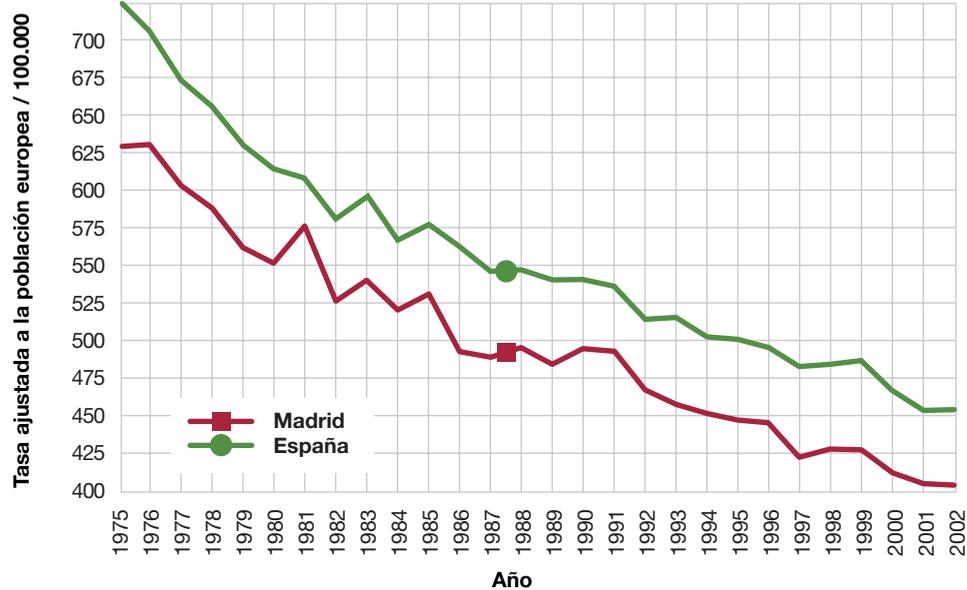


Tabla 2.2. Tasas de mortalidad ajustadas (población de referencia europea). Años 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III

	Hombres		Mujeres	
	Madrid	España	Madrid	España
1975	1.042,79	1.102,91	629,74	724,33
1976	1.043,89	1.078,23	630,65	701,23
1977	1.014,92	1.039,37	598,02	668,34
1978	989,47	1.026,65	587,48	654,57
1979	952,73	997,21	557,92	626,81
1980	942,65	974,56	552,26	614,14
1981	983,49	971,56	578,14	608,94
1982	911,30	928,52	526,60	577,67
1983	935,87	951,51	541,06	596,05
1984	905,69	931,66	520,59	567,58
1985	918,83	950,79	531,86	577,76
1986	844,64	916,52	490,91	562,47
1987	868,40	901,05	491,32	545,58
1988	880,08	910,19	496,68	548,00
1989	871,19	912,07	484,11	540,63
1990	892,08	918,07	496,10	541,41
1991	895,95	914,15	492,54	536,28
1992	858,16	887,10	464,48	512,84
1993	854,27	888,00	458,86	516,62
1994	826,25	866,79	452,15	502,51
1995	830,40	869,73	448,35	500,67
1996	804,42	863,76	445,26	496,24
1997	756,32	835,30	420,96	482,92
1998	772,55	837,85	429,72	484,87
1999	749,83	842,55	427,25	487,73
2000	730,81	803,30	412,67	465,24
2001	730,92	789,25	405,92	454,09
2002	718,25	789,53	404,43	455,17

Tabla 2.3. Comunidad de Madrid. Razón estandarizada de mortalidad por Áreas de Salud, según causas de defunción. Año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIE 10 Grandes grupos	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	0,91	1,04	0,98	0,95	1,02	0,97	1,05	1,00	1,07	1,04
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,09	0,77	1,09	0,92	0,95	0,82	1,18	1,07	0,90	0,95	1,11
II. Tumores	1,05	0,91	1,02	0,97	0,95	1,01	0,98	1,06	0,96	1,13	1,04
III. Enf. sangre y órganos hematopoyéticos, inmun.	0,68	1,28	1,37	0,91	0,97	0,96	1,06	1,10	0,94	1,24	0,97
IV. Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	0,91	0,72	1,15	0,87	1,04	1,09	0,82	1,54	1,00	1,47	1,12
V. Trastornos mentales y del comportamiento	0,94	0,79	1,14	0,97	0,92	1,06	0,77	1,73	1,17	1,79	1,00
VI-VIII. Enf. sistema nervioso y org. sentidos	0,95	0,87	0,98	1,00	1,08	0,95	0,91	1,27	1,20	1,14	1,00
IX. Enf. del sistema circulatorio	1,02	0,96	1,05	0,99	0,93	1,11	0,97	1,00	1,03	1,00	1,03
X. Enf. del sistema respiratorio	1,14	0,87	1,21	1,00	0,94	0,97	0,94	0,95	1,06	0,91	1,06
XI. Enf. del sistema digestivo	1,05	0,86	0,85	1,03	0,86	0,82	1,10	1,02	1,01	1,16	1,12
XII. Enf. piel y del tejido subcutáneo	1,35	0,84	0,55	0,85	0,66	0,55	0,82	1,73	1,43	1,14	1,31
XIII. Enf. sistema osteomuscular y tejido conjunt.	0,92	0,89	0,73	1,19	1,30	0,84	0,78	0,99	1,14	1,26	1,08
XIV. Enf. sistema genitourinario	1,15	0,92	1,25	0,93	0,88	1,13	0,85	1,12	1,05	1,15	1,00
XV. Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	4,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,79
XVI. Ciertas afec. originadas en período perinatal	1,57	1,47	0,94	0,61	0,52	0,97	1,14	0,65	0,40	1,60	1,22
XVII. Malformaciones cong., deform. anorm. cromos.	1,72	1,15	0,81	1,55	0,68	0,75	1,27	0,53	0,58	1,05	0,73
XVIII. Síntomas, signos y est. morbosos mal defin.	1,14	0,87	0,82	0,99	1,04	1,01	1,07	0,82	0,86	0,77	1,10
XX. Causas externas de traumatismos y envenen.	0,96	0,99	1,07	0,99	1,07	0,92	1,05	1,01	1,02	0,96	0,97

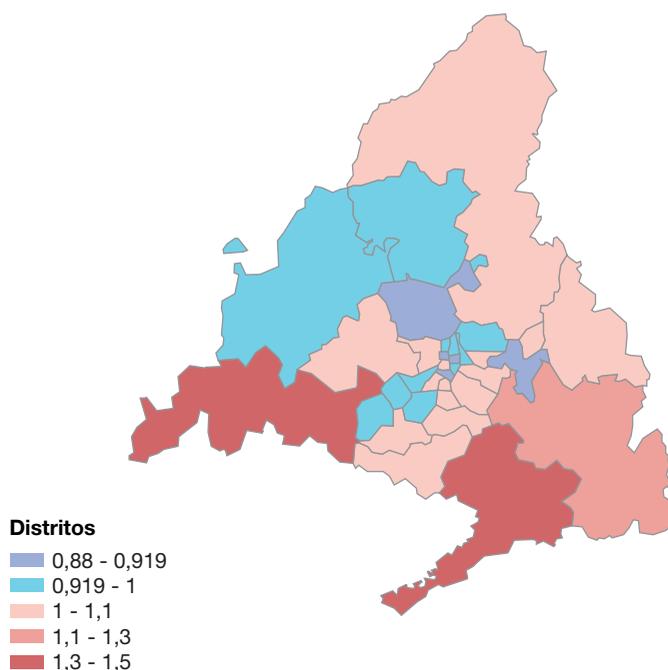
Distritos	Todas las causas				
	SMR	ICI	ICS		
Área 1	0101	Arganda	1,13	1,05	1,22
	0102	Moratalaz	1,03	0,97	1,09
	0103	Retiro	0,97	0,92	1,03
	0104	Vallecas	1,08	1,04	1,12
Área 2	0201	Coslada	0,91	0,83	0,99
	0202	Salamanca	0,88	0,84	0,92
	0203	Chamartín	0,95	0,90	1,00
Área 3	0301	Alcalá de Henares	1,03	0,97	1,09
	0302	Torrejón de Ardoz	1,07	0,98	1,18
Área 4	0401	Ciudad Lineal	0,96	0,92	1,00
	0402	San Blas	1,00	0,95	1,07
	0403	Hortaleza	0,99	0,94	1,05
Área 5	0501	Alcobendas	1,00	0,95	1,06
	0502	Colmenar Viejo	0,94	0,86	1,03
	0503	Tetuán	0,95	0,90	1,00
	0504	Fuencarral	0,90	0,86	0,95
Área 6	0601	Majadahonda	1,01	0,95	1,07
	0602	Collado Villalba	0,99	0,93	1,06
	0603	Moncloa	1,04	0,98	1,11
Área 7	0701	Centro	1,06	1,01	1,12
	0702	Chamberí	0,91	0,87	0,96
	0703	Latina	0,95	0,91	1,00
Área 8	0801	Móstoles	0,93	0,87	1,00
	0802	Alcorcón	0,93	0,87	1,00
	0803	Navalcarnero	1,43	1,33	1,54
Área 9	0901	Leganés	0,96	0,90	1,03
	0902	Fuenlabrada	1,07	0,98	1,16
Área 10	1001	Parla	1,07	0,98	1,16
	1002	Getafe	1,06	1,00	1,14
Área 11	1101	Aranjuez	1,31	1,22	1,39
	1102	Arganzuela	0,92	0,87	0,97
	1103	Villaverde	1,06	1,00	1,13
	1104	Carabanchel	1,02	0,98	1,07
	1105	Usera	1,04	0,98	1,10

Tabla 2.4. Comunidad de Madrid. Razón estandarizada de mortalidad por Áreas y Distritos de Salud. Año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 2.22. Razón estandarizada de mortalidad (SMR) por distritos sanitarios. Madrid, año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



2.3. Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida

La esperanza de vida “ $e(x)$ ”, y más concretamente la esperanza de vida al nacer “ $e(0)$ ” es el indicador sintético que mejor refleja, en una sola cifra, el nivel de mortalidad de una población. Habitualmente, la esperanza de vida se calcula en referencia a la mortalidad general. Aunque el concepto de esperanza de vida se utiliza también en la práctica clínica para expresar la supervivencia media vinculada a una enfermedad, como indicador poblacional demográfico-sanitario no es común construir tablas de mortalidad para una causa de muerte de manera aislada. Sin embargo, es posible calcular la participación por sexo y edad de cada causa de defunción en los cambios de la esperanza de vida.

En conjunto, el total de causas de muerte contribuye al aumento de la esperanza de vida en la década de los noventa en 3,37 años en los varones y 2,84 en las mujeres (Tabla 2.5). El segundo quinquenio (1995-2000) supone mayores mejoras (2,17 y 1,44 respectivamente en hombres y mujeres) que el primero (1,2 y 1,4).

	Hombres		Mujeres	
Esperanza de vida al nacer e(0)	1990	73,63	1990	81,49
	1995	74,83	1995	82,89
	2000	77,00	2000	84,33

Cambio e(0) (causas seleccionadas)	Hombres		Mujeres	
	1990-1995	1995-2000	1990-1995	1995-2000
TOTAL	1,20	2,17	1,40	1,44
TRANSMISIBLES	-0,30	1,02	-0,003	0,36
Sida	-0,56	0,81	-0,18	0,27
NO TRANSMISIBLES	0,99	1,33	1,17	1,01
Tumores	-0,20	0,28	-0,07	0,19
Cardiovasculares	0,78	0,82	1,11	0,83
Digestivas	0,21	0,20	0,12	0,04
Neuropsiquiátricas	0,005	-0,05	-0,16	-0,11
EXTERNAS	0,42	0,05	0,11	0,13
Accidentes tráfico	0,21	-0,05	0,08	0,03
MAL DEFINIDAS	0,10	-0,23	0,12	-0,06

Tabla 2.5. Contribución de las principales causas de muerte al cambio de la e(0). Comunidad de Madrid 1990-2000 (en años de vida).

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Por edad, las mayores ganancias se producen por encima de los 70 años de edad en las mujeres (Gráfico 2.23). Entre los varones, las ganancias están más repartidas a lo largo de las edades adultas (Gráfico 2.24). Es especialmente destacable, por excepcional, la contribución negativa del grupo de edad 30-49, mayor en hombres que en mujeres, que se produce en el quinquenio 1990-1995.

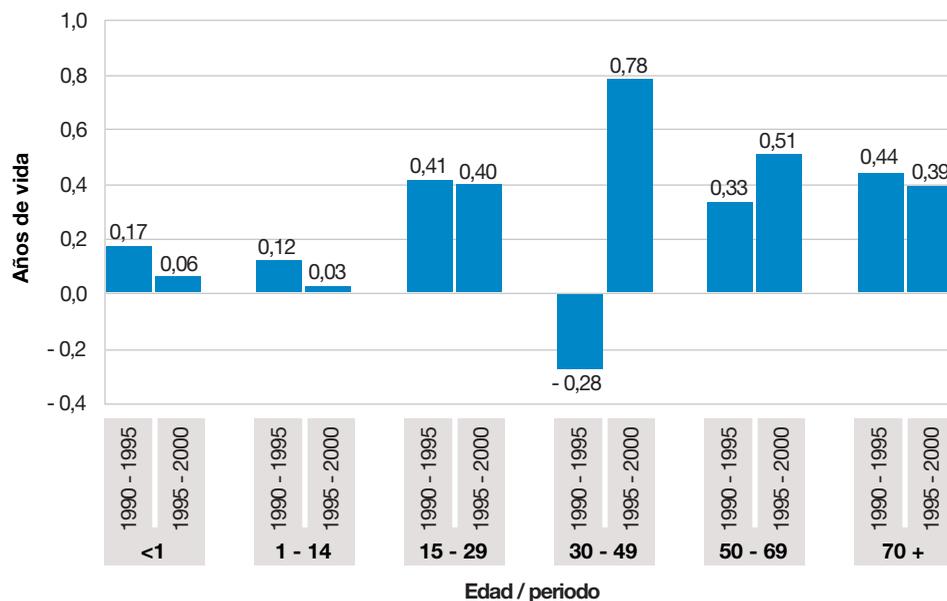
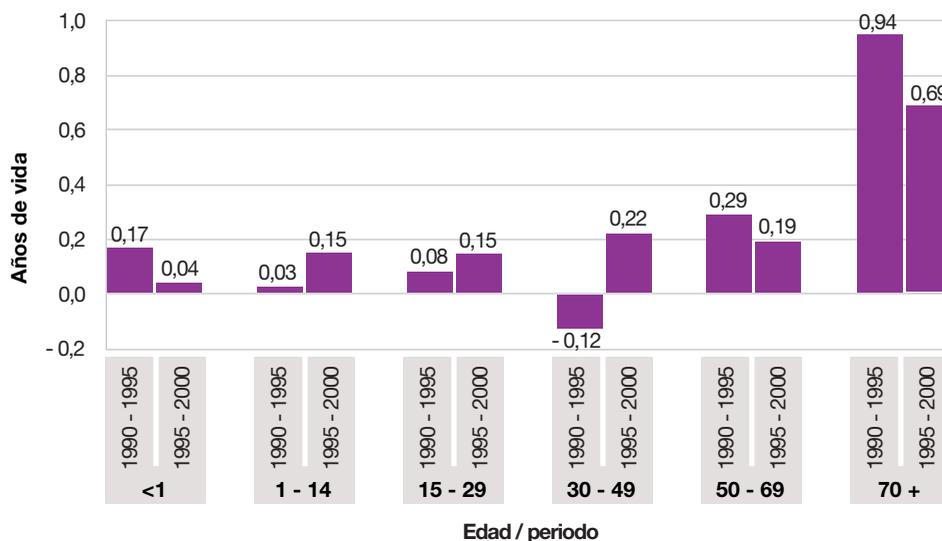


Gráfico 2.23. Comunidad de Madrid. Contribución de todas las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000. Hombres.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 2.24. Comunidad de Madrid. Contribución de todas las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000. Mujeres.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Se ha estimado la Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida de la población de la Comunidad de Madrid en los quinquenios 1990 a 1995 y 1995 a 2000.

Las enfermedades no transmisibles son, en conjunto, las que más contribuyen a esta mejora, con 2,32 años de aumento en hombres entre 1990 y 2000 y 2,18 en mujeres. Las causas externas (0,47 años en hombres y 0,24 en mujeres) y las enfermedades transmisibles (0,72 años en hombres y 0,36 en mujeres) también participan en la mejora. Sin embargo, ambos quinquenios muestran ciertas diferencias destacables (Gráficos 2.25 y 2.26).

En el primer quinquenio la ganancia total de esperanza de vida al nacer es de 1,2 años en hombres y de 1,4 en mujeres. Las enfermedades no transmisibles aportan 0,99 años de aumento en hombres y 1,17 en mujeres; las causas externas, 0,42 en hombres y 0,11 en mujeres. En cambio, las enfermedades transmisibles restaron esperanza de vida (-0,003 años en mujeres y -0,3 en hombres).

Los resultados por categorías y subcategorías permiten identificar con mayor precisión la participación de las causas detalladas. El VIH-Sida supuso entre 1990 y 1995 una pérdida de esperanza de vida al nacer de -0,56 años en hombres y -0,18 en mujeres. El agregado de las restantes causas transmisibles, incluidas las perinatales, aportaron por el contrario 0,26 de año a la e(0) masculina, y 0,17 a la femenina.

Del grupo de las no transmisibles debe destacarse el gran aporte de las enfermedades cardiovasculares (0,78 años en hombres y 1,11 en mujeres), gracias sobre todo a la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Presentan también contribuciones positivas las enfermedades digestivas (el doble en hombres que en mujeres: 0,21 y 0,12). En sentido contrario, los tumores evolucionaron negativamente entre las mujeres (-0,07 años), y especialmente entre los hombres (-0,2 años); y las enfermedades neuropsiquiátricas restaron esperanza de vida a las mujeres madrileñas (-0,16 años).

Finalmente, la mejora de la mortalidad por causas externas se evidencia especialmente en la evolución de los accidentes de tráfico, principal responsable en este grupo del aumento de la esperanza de vida entre 1990 y 1995, sobre todo en los hombres (0,21 años, frente a 0,08 en mujeres).

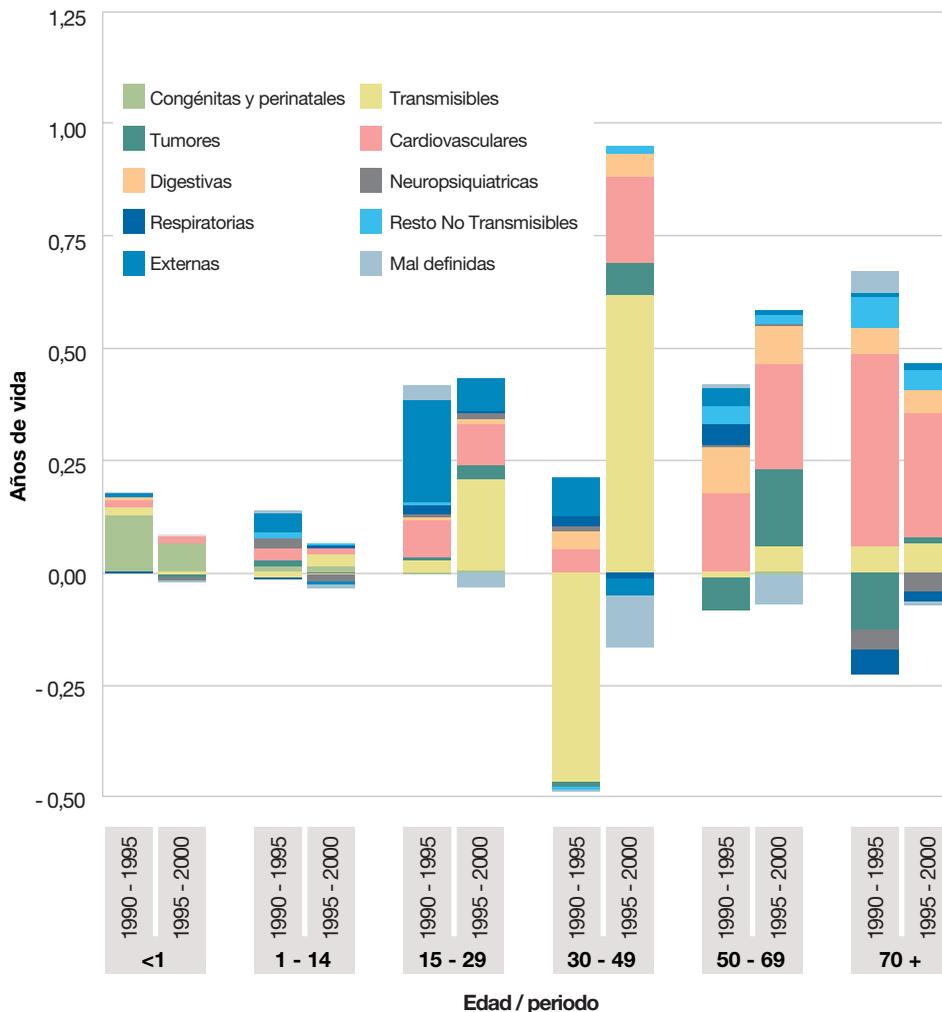


Gráfico 2.25. Comunidad de Madrid. Contribución de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000. Hombres.

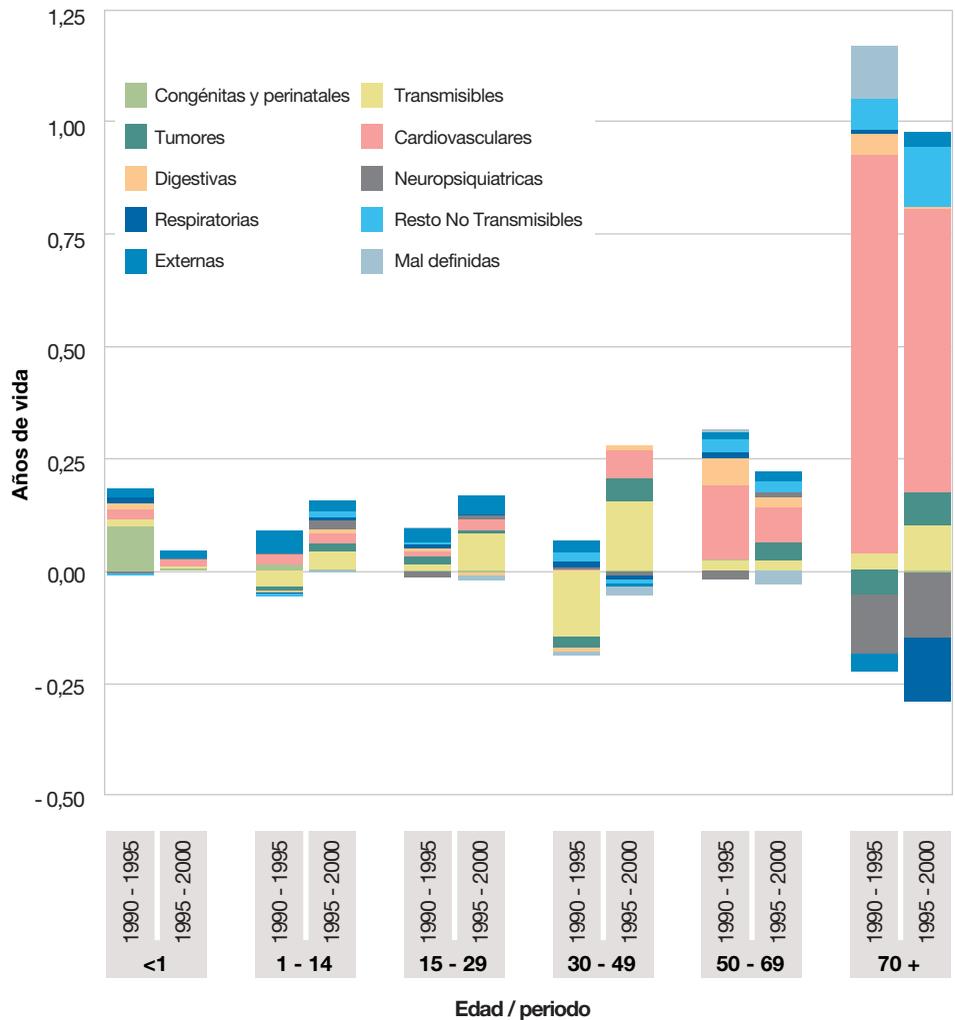
Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En el quinquenio 1995-2000, a diferencia del anterior, la esperanza de vida al nacer aumentó más en hombres (2,17 años) que en mujeres (1,44). Todos los grandes grupos de causas contribuyeron positivamente a la evolución de la $e(0)$, salvo las mal definidas (-0,23 en hombres, -0,06 en mujeres). El cambio de tendencia del VIH-Sida, de gran magnitud (0,81 años de aumento en hombres y 0,27 en mujeres) es el principal responsable de ello. Aun así, de nuevo es la reducción de la mortalidad de las causas no transmisibles la que más tiempo de vida añadido aporta a la población madrileña del último lustro del siglo XX: 1,33 años en hombres, y 1,01 en mujeres. Por su parte, las causas externas reducen notablemente su contribución en relación con el quinquenio anterior (0,05 años en hombres y 0,13 en mujeres).

A nivel de categorías y subcategorías, además del VIH-Sida debe señalarse la evolución positiva de los tumores (0,28 años en hombres y 0,19 en mujeres) y cardiovasculares (0,82 en hombres y 0,83 en mujeres, de nuevo con especial mención a las cerebrovasculares), digestivas (0,11 en hombres y 0,48 en mujeres. En cambio, las enfermedades neuropsiquiátricas (-0,05 en hombres y -0,11 en mujeres) y respiratorias (-0,14 en mujeres) siguen lastrando el incremento global de la esperanza de vida.

Gráfico 2.26. Comunidad de Madrid. Contribución de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000. Mujeres.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



2.4. Morbilidad hospitalaria

En el año 2004 el Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios (CMBD) registró un total de 848.248 altas hospitalarias, de las que 798.288 correspondían a pacientes que viven en la Comunidad de Madrid. Un 17,8% (141.893) ingresaron para cirugía ambulatoria y no requirieron hospitalización, por lo que la cifra de altas hospitalarias (Tabla 2.6) de residentes en la Comunidad de Madrid asciende en el año 2004 a 656.395, de las que un 56,1% fueron en mujeres y un 43,9% en hombres. En el Gráfico 2.27 se puede observar la distribución porcentual de las altas hospitalarias por edad y sexo, destacando la presión ejercida por las mujeres en toda la edad fértil, de 15 a 49 años. En el resto de los grupos, los hombres acuden más al hospital que las mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospital Privado	253.520	31,8	31,8	31,8
	Hospital Público	402.875	50,5	50,5	82,2
	Ambulatorios, Hospitales de día y técnicas especiales	141.893	17,8	17,8	100,0
Total		798.288	100,0	100,0	

Tabla 2.6. Frecuentación hospitalaria por tipo de asistencia prestada a residentes de la Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

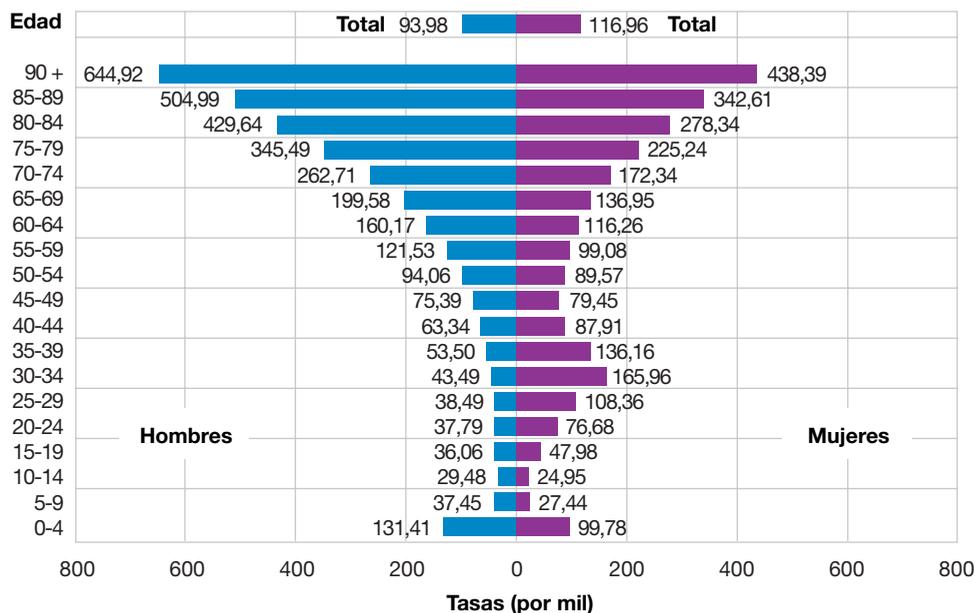


Gráfico 2.27. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La distribución porcentual de las altas hospitalarias según grandes grupos de causas (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9-Modificación Clínica), queda reflejada en el Gráfico 2.28. Los cinco capítulos diagnósticos con mayor frecuentación en los hospitales de Madrid son, además del embarazo, parto y puerperio (14%), las enfermedades del aparato digestivo (tasa por mil de 14,37 en mujeres y de 10,28 en hombres), las enfermedades del sistema circulatorio (tasa por mil de 12,98 en mujeres y de 10,84 en hombres), las enfermedades del aparato respiratorio (tasa por mil de 11,59

en mujeres y de 7,61 en hombres) y las neoplasias (tasa por mil de 11,35 en mujeres y de 10,68 en hombres). Todas ellas constituyen casi dos tercios de todas las altas hospitalarias producidas en el año (63,91 %). (Gráficos 2.29 a 2.33).

Gráfico 2.28. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

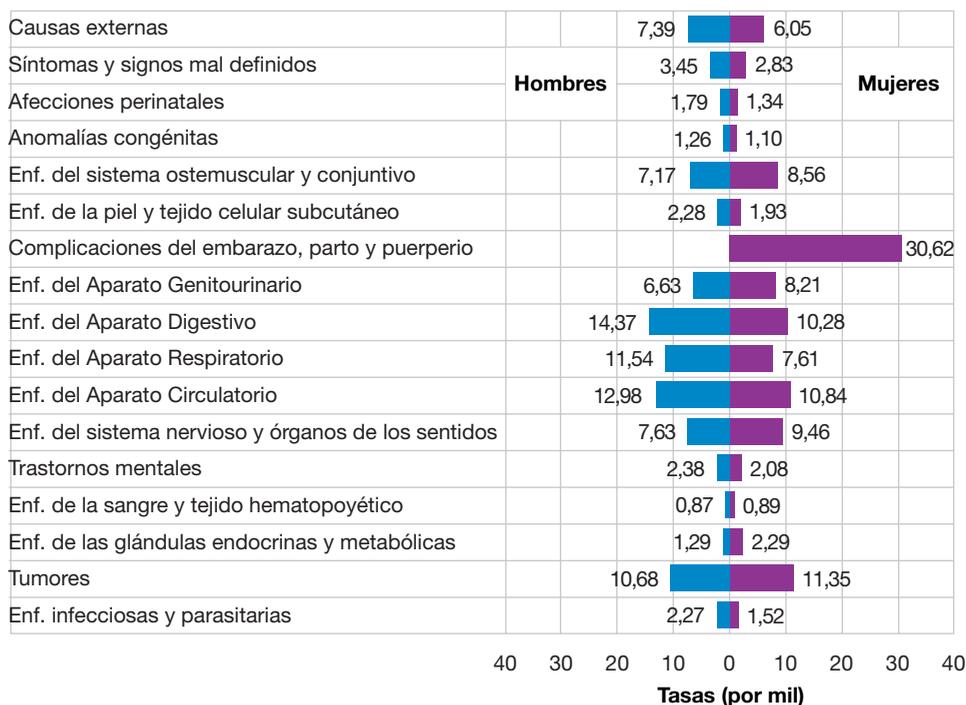
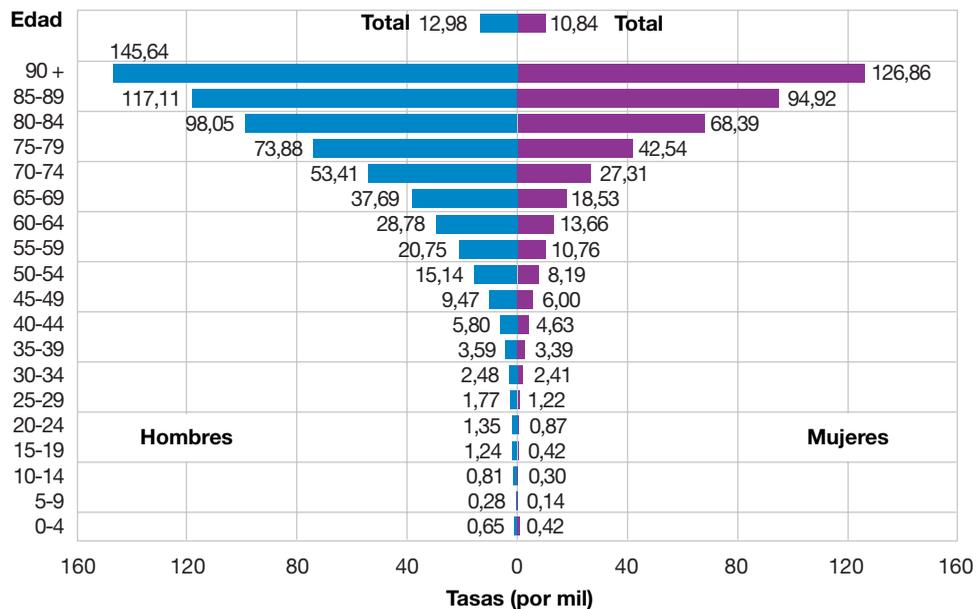


Gráfico 2.29. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



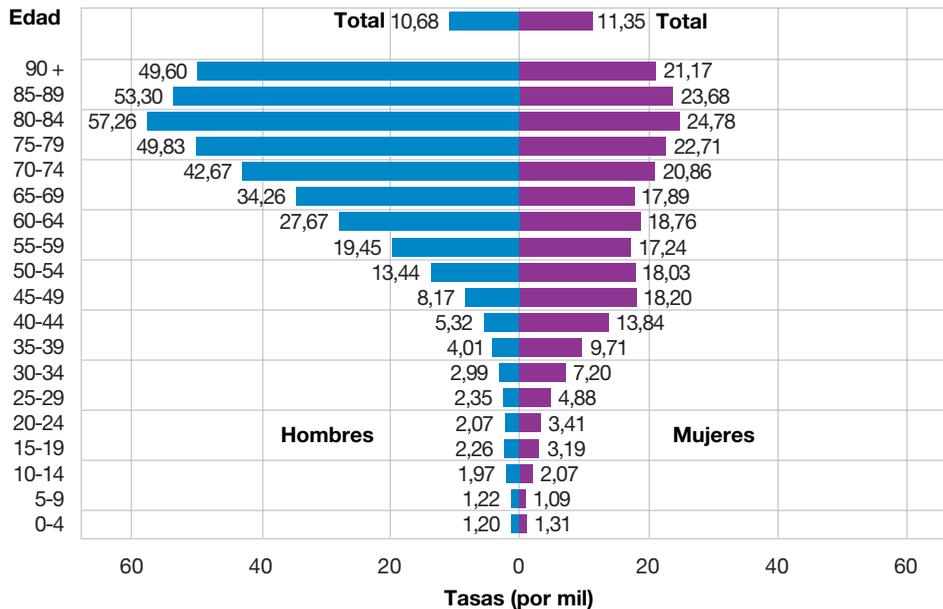


Gráfico 2.30. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumores por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

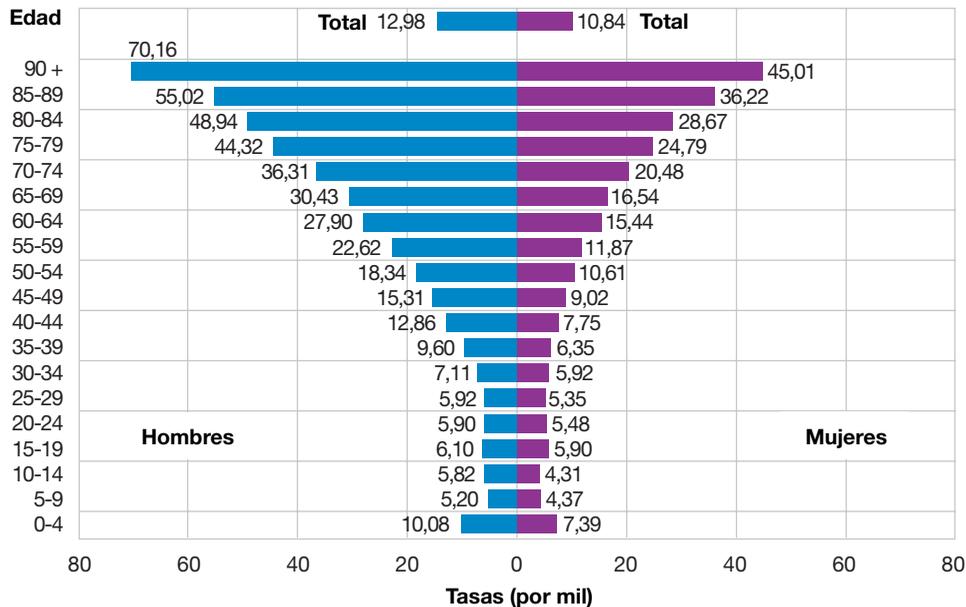


Gráfico 2.31. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades digestivas por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 2.32. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades respiratorias por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

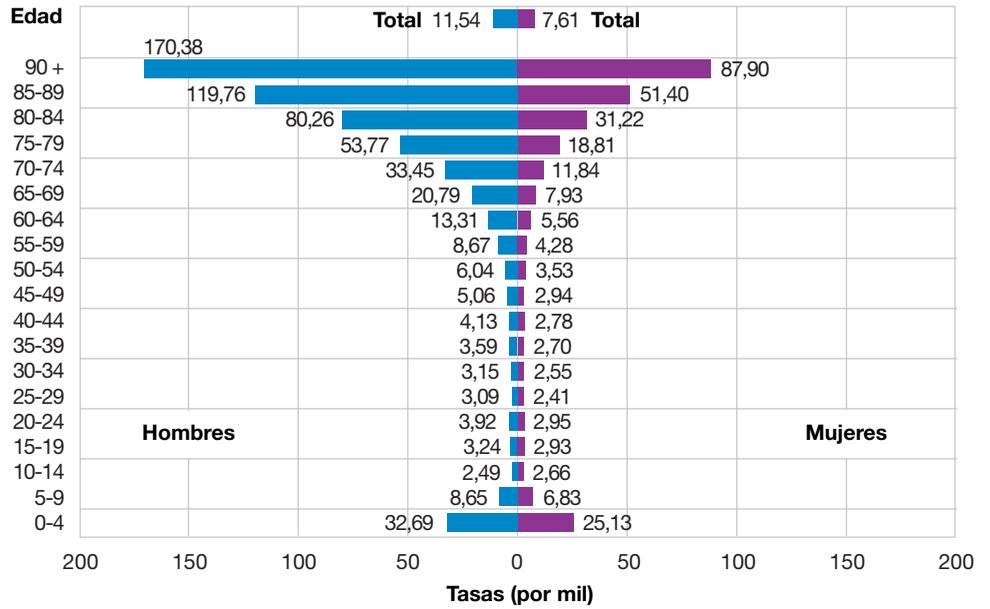
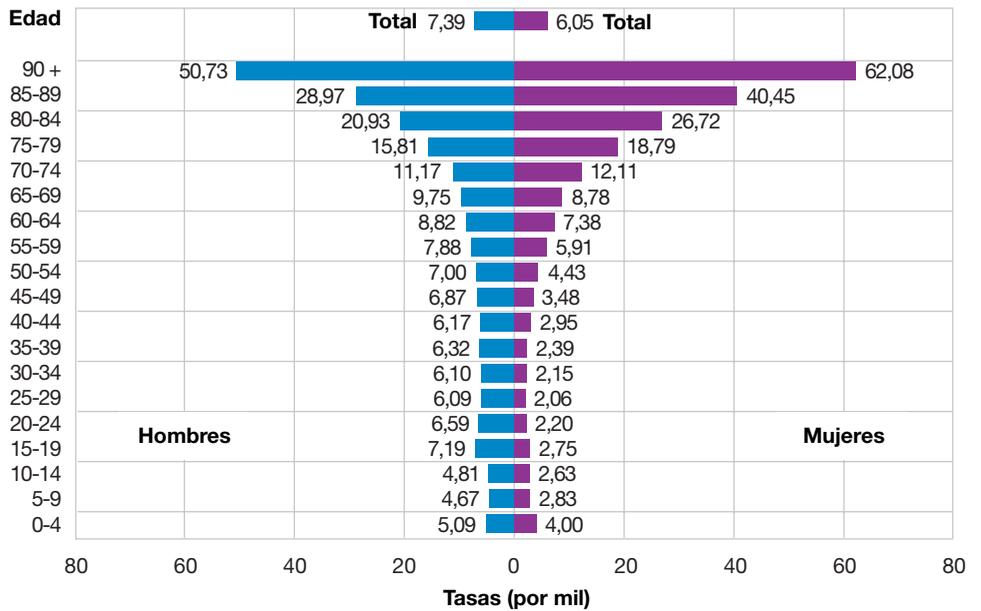


Gráfico 2.33. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por causas externas por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



2.5. Carga de enfermedad

Se estima que en la Comunidad de Madrid en el año 2002 se perdieron casi 600 mil años de vida sanos o AVAD, con una tasa de AVAD de 10,66 por mil personas (Tabla 2.7). De ellos, el 53,2 por ciento en hombres y el 46,8 por ciento en mujeres. Las enfermedades no transmisibles son responsables del 88,0% del total de AVAD, seguidos de los accidentes y lesiones (6,0%, con marcada diferencia entre hombres (8,4%) y mujeres (3,3%)) y del grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.

Por categorías de causas, la que produce mayor pérdida de AVAD son las enfermedades neuropsiquiátricas (31,9% del total de AVAD, significativamente mayor en mujeres (36,3%) que en hombres (28,0%)). Los tumores malignos son la segunda causa en importancia de AVAD (18,1% en hombres, 13,60% en mujeres). Las enfermedades circulatorias ocupan el tercer puesto (10,4% en mujeres, 12,1% en hombres). En la población masculina destaca igualmente la pérdida de años de vida sanos por enfermedades respiratorias (8,5%) y accidentes no intencionales (6,6% del total de AVAD), mientras que en la población femenina las respiratorias (7,6%) vienen seguidas de las enfermedades osteomusculares (6,9%).

Tabla 2.7. Comunidad de Madrid. Años de vida ajustados por discapacidad. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

GRUPOS	Total	AVAD		Tasa de AVAD (por 100.000 personas)		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	599.642	319.198	280.444	10.664	11.768	9.635
Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	35.669	17.867	17.802	634	659	612
Enf. no transmisibles	527.975	274.641	253.334	9.389	10.125	8.704
Accidentes y lesiones	35.998	26.689	9.308	640	984	320

CATEGORIAS	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Infeciosas y parasitarias	17.499	10.336	7.163	311	381	246
Infección respiratoria	5.920	3.586	2.334	105	132	80
Condiciones maternas	2.441	0	2.441	43	0	84
Condiciones perinatales	5.875	3.047	2.828	104	112	97
Deficiencias nutricionales	3.934	898	3.036	70	33	104
Tumores malignos	95.762	57.714	38.048	1.703	2.128	1.307
Otros tumores	2.598	1.566	1.032	46	58	35
Diabetes Mellitus	5.552	2.981	2.571	99	110	88
Enf. endocrinas y de la sangre	5.582	2.618	2.964	99	97	102
Neuropsiquiátricas	191.102	89.237	101.865	3.399	3.290	3.500
Enf. órganos de los sentidos	29.417	13.871	15.546	523	511	534
Enf. cardiovasculares	67.649	38.585	29.063	1.203	1.423	999
Enf. respiratorias	48.213	26.983	21.231	857	995	729
Enf. aparato digestivo	30.191	17.862	12.330	537	659	424
Enf. genitourinarias	7.181	4.369	2.812	128	161	97
Enf. de la piel	962	354	608	17	13	21
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	31.535	12.324	19.210	561	454	660
Anomalías congénitas	7.503	4.509	2.993	133	166	103
Enf. orales	4.730	1.669	3.061	84	62	105
Accidentes No intencionales	28.524	20.917	7.608	507	771	261
Lesiones Intencionales	7.473	5.773	1.701	133	213	58

GRUPOS	Total %	Sobre el total de cada sexo		Sobre el total de cada causa	
		Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
Total	100,0%	100,0%	100,0%	53,2%	46,8%
Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	5,9%	5,6%	6,3%	50,1%	49,9%
Enf. no transmisibles	88,0%	86,0%	90,3%	52,0%	48,0%
Accidentes y lesiones	6,0%	8,4%	3,3%	74,1%	25,9%

CATEGORIAS	Total %	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
Infeciosas y parasitarias	2,9%	3,2%	2,6%	59,1%	40,9%
Infección respiratoria	1,0%	1,1%	0,8%	60,6%	39,4%
Condiciones maternas	0,4%	0,0%	0,9%	0,0%	100,0%
Condiciones perinatales	1,0%	1,0%	1,0%	51,9%	48,1%
Deficiencias nutricionales	0,7%	0,3%	1,1%	22,8%	77,2%
Tumores malignos	16,0%	18,1%	13,6%	60,3%	39,7%
Otros tumores	0,4%	0,5%	0,4%	60,3%	39,7%
Diabetes Mellitus	0,9%	0,9%	0,9%	53,7%	46,3%
Enf. endocrinas y de la sangre	0,9%	0,8%	1,1%	46,9%	53,1%
Neuropsiquiátricas	31,9%	28,0%	36,3%	46,7%	53,3%
Enf. órganos de los sentidos	4,9%	4,3%	5,5%	47,2%	52,8%
Enf. cardiovasculares	11,3%	12,1%	10,4%	57,0%	43,0%
Enf. respiratorias	8,0%	8,5%	7,6%	56,0%	44,0%
Enf. aparato digestivo	5,0%	5,6%	4,4%	59,2%	40,8%
Enf. genitourinarias	1,2%	1,4%	1,0%	60,8%	39,2%
Enf. de la piel	0,2%	0,1%	0,2%	36,8%	63,2%
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	5,3%	3,9%	6,9%	39,1%	60,9%
Anomalías congénitas	1,3%	1,4%	1,1%	60,1%	39,9%
Enf. orales	0,8%	0,5%	1,1%	35,3%	64,7%
Accidentes No intencionales	4,8%	6,6%	2,7%	73,3%	26,7%
Lesiones Intencionales	1,2%	1,8%	0,6%	77,2%	22,8%

A diferencia de la mortalidad general, cuyo perfil está vinculado de manera directa y exponencial con la edad, la curva de AVAD por edad cobra importancia desde las edades jóvenes (Gráfico 2.34). Esto es así porque en la estimación de las pérdidas por discapacidad y muerte se tiene en cuenta la edad a la que se contrae la enfermedad o lesión, y en su caso la muerte, por lo que la cantidad de años perdidos es tanto mayor cuanto menor sea la edad de la persona.

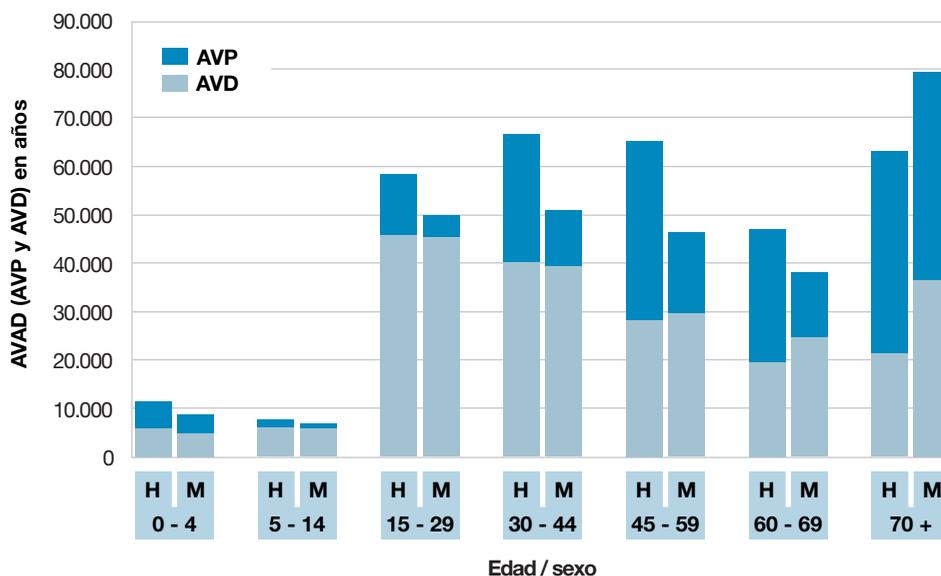


Gráfico 2.34. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

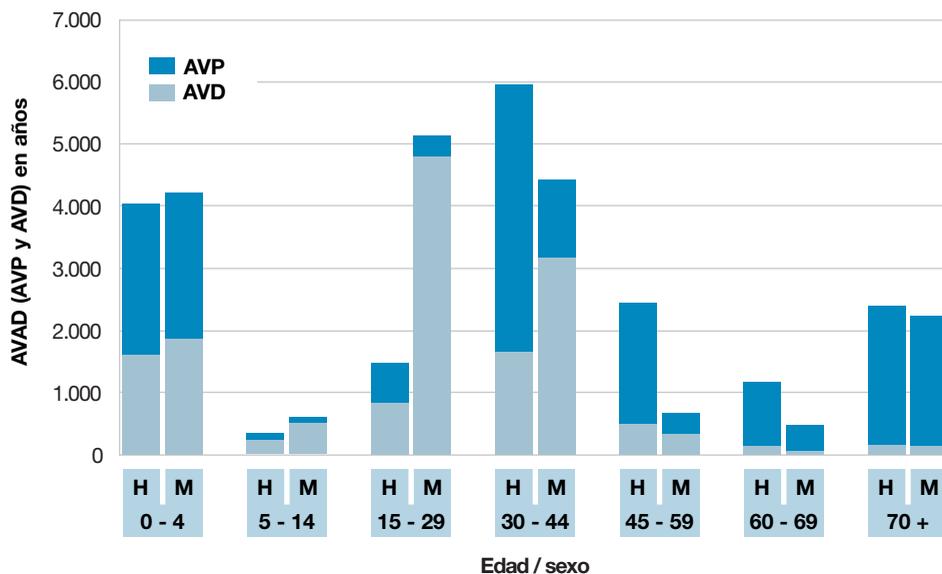
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En conjunto, el peso de la discapacidad es mayor que el de la mortalidad en las edades jóvenes, pero a partir de los 45 años (en varones) y de los 70 (en mujeres) los AVP -es decir, el componente de mortalidad-, pasan a ser la mayor contribución en la estimación de los AVAD.

La distribución por edad y sexo es además claramente diferente según el grupo de causas de enfermedad y muerte. Las causas transmisibles (infecciosas, perinatales, maternas, nutricionales) tienen sus valores modales en el primer grupo de edad (perinatales) y en los adultos jóvenes, bien por causas maternas y nutricionales (mujeres, con mucho mayor peso del componente de discapacidad) bien por el efecto del sida (hombres, con mayor participación de la mortalidad). En las personas mayores son las infecciones respiratorias las principales generadoras de AVAD por enfermedades transmisibles (Gráfico 2.35).

Gráfico 2.35. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Transmisibles por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

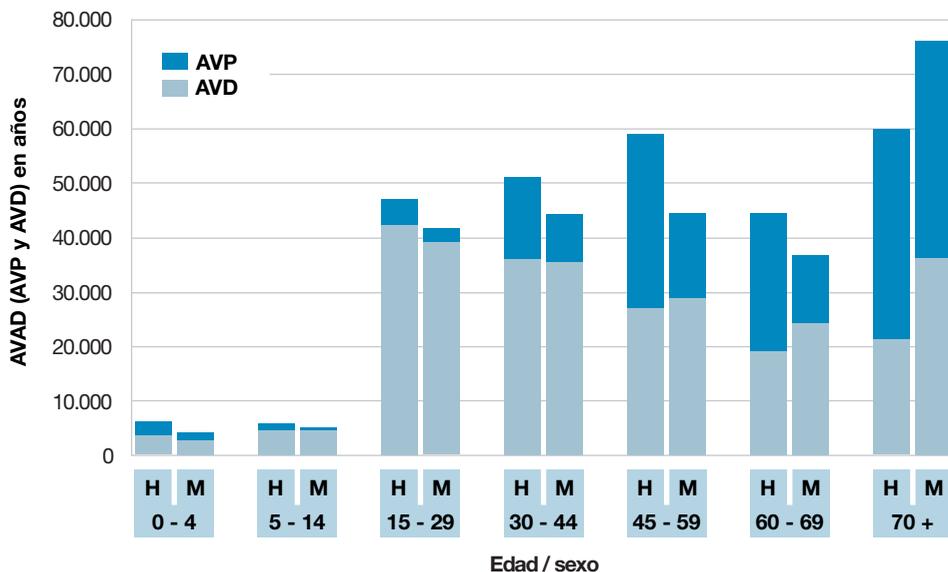
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



El perfil por edad de las enfermedades no transmisibles (Gráfico 2.36) es semejante al del total de causas (algo esperable, al suponer el 88 por ciento del total). El grupo de edad abierto (70+) es el de mayor número de AVAD, pero estos tienen gran importancia a partir de los 15 años de edad. Este patrón es combinación de causas con gran peso en edades muy elevadas (cardiovasculares, demencias) junto con otras de mayor impacto en edades jóvenes (depresión, asma) que cuentan con un importante componente de discapacidad.

Gráfico 2.36. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades No Transmisibles por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Las causas externas, finalmente, afectan más a los varones que a las mujeres, y se centran en las edades jóvenes (15-44 años) con un peso preponderante de la mortalidad en el valor total de los AVAD (Gráfico 2.37).

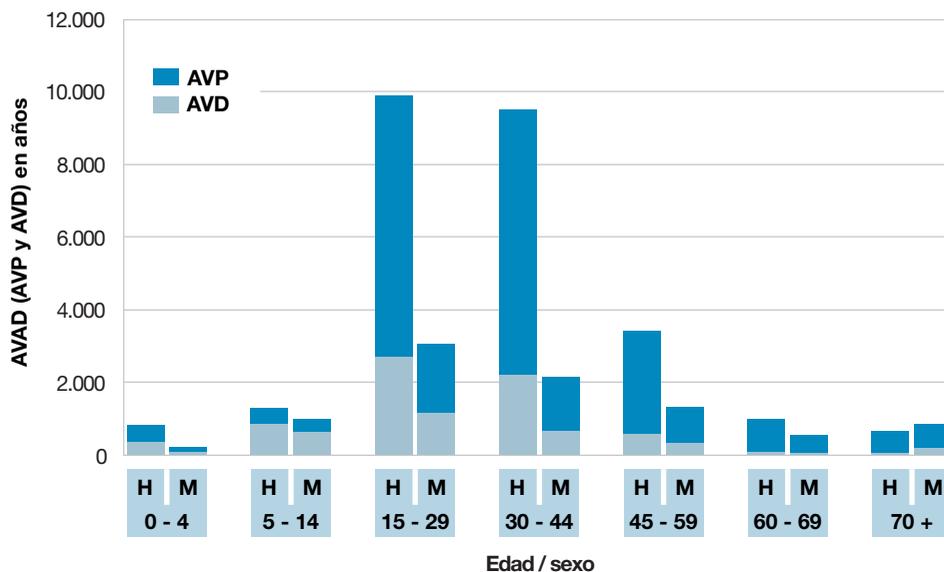


Gráfico 2.37. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Causas Externas (AVP) por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Las medidas de Carga de Enfermedad, como los AVAD, llevan a replantearse el papel de las distintas enfermedades en la salud de las poblaciones, habitualmente evaluado a partir de indicadores de mortalidad. Al tener en cuenta también las consecuencias no mortales, las enfermedades que generan muy pocas defunciones pero mucha discapacidad o mala salud cobran importancia frente a otras mucho menos discapacitantes. En la Comunidad de Madrid en el año 2002 (Tabla 2.8) las primeras causas de mortalidad son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cardiovascular y el cáncer de pulmón. Entre las tres suman un 23,5% del total de defunciones. Sin embargo, las causas que producen mayor número de AVAD son las enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, demencias, abuso de alcohol), las enfermedades osteomusculares (artritis, artrosis, osteoporosis) o las de los órganos de los sentidos (glaucoma, cataratas).

Mortalidad		AVAD	
1. Enf. CVC isquémica	10,3%	1. Depresión unipolar	9,8%
2. Enf. CVC cerebrovascular	7,5%	2. Demencia	7,8%
3. Cáncer de pulmón	5,8%	3. Enf. osteomuscular	5,2%
4. EPOC	4,6%	4. Abuso de alcohol	4,8%
5. Demencia	4,5%	5. Enf. órganos de los sentidos	4,8%
6. Cáncer colon/recto	4,1%	6. Enf. CVC isquémica	3,8%
7. Infecciones respiratorias (v bajas)	3,6%	7. Cáncer de pulmón	3,2%
8. Cáncer de mama	2,0%	8. Enf. CVC cerebrovascular	2,9%
9. Nefritis, nefrosis	1,9%	9. Accidentes de circulación	2,7%
10. Diabetes Mellitus	1,9%	10. Condiciones perinatales	2,5%
11. Cáncer de estómago	1,8%	11. EPOC	2,1%
12. Cáncer de hígado	1,7%	12. Cáncer colon/recto	2,0%
13. Accidentes de circulación	1,6%	13. Trastornos bipolares	1,6%
14. Enf. CVC inflamatoria del corazón	1,6%	14. Cáncer de mama	1,6%
15. Cáncer de próstata	1,6%	15. Adicción a drogas	1,5%

Tabla 2.8. Comunidad de Madrid. Principales causas de mortalidad y AVAD. Año 2002.

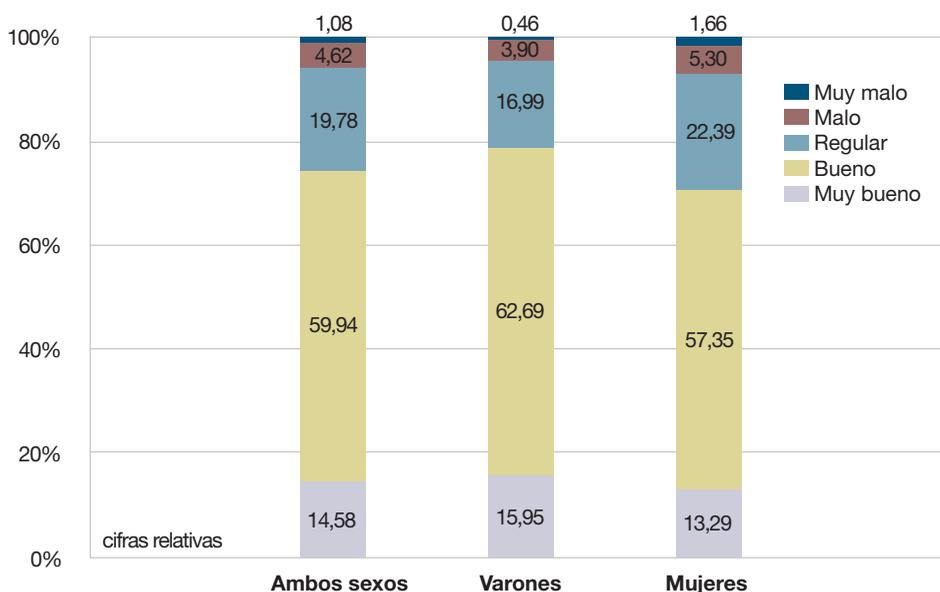
Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

2.6. La salud percibida

Los ciudadanos perciben mayoritariamente su Salud (Encuesta Nacional de Salud 2003), como buena o muy buena, existiendo diferencias entre hombres y mujeres (Gráfico 2.38). Así las mujeres tienen una percepción general de su estado de salud algo peor que la que los hombres tienen de sí mismos.

Gráfico 2.38. Comunidad de Madrid. Percepción del estado de salud. Año 2003.

Fuente: ENS 2003. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La prevalencia de factores de riesgo muestra que el 10,7% de la población general declara que tiene hipertensión arterial, un 8,2% el colesterol elevado, el 3,68% diabetes, el 8,29% padece asma bronquial o enfisema, el 3,68% tiene problemas de depresión y el 1,2% padece otras enfermedades mentales (Gráfico 2.39). Un 45,63% de las mujeres y un 33,89 % de los varones declara sufrir alguna dolencia crónica que produce limitación a sus actividades habituales (Gráfico 2.40). Cerca de un 9% de la población tiene algún síntoma que le impide realizar alguna actividad de ocio (Gráfico 2.41). El 11,5% de los varones y el 11,74% de las mujeres declaran que han padecido algún accidente en los últimos 12 meses (Gráfico 2.42).

Gráfico 2.39. Comunidad de Madrid. Prevalencia autodeclarada de enfermedades y factores de riesgo. Año 2003.

Fuente: ENS 2003. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

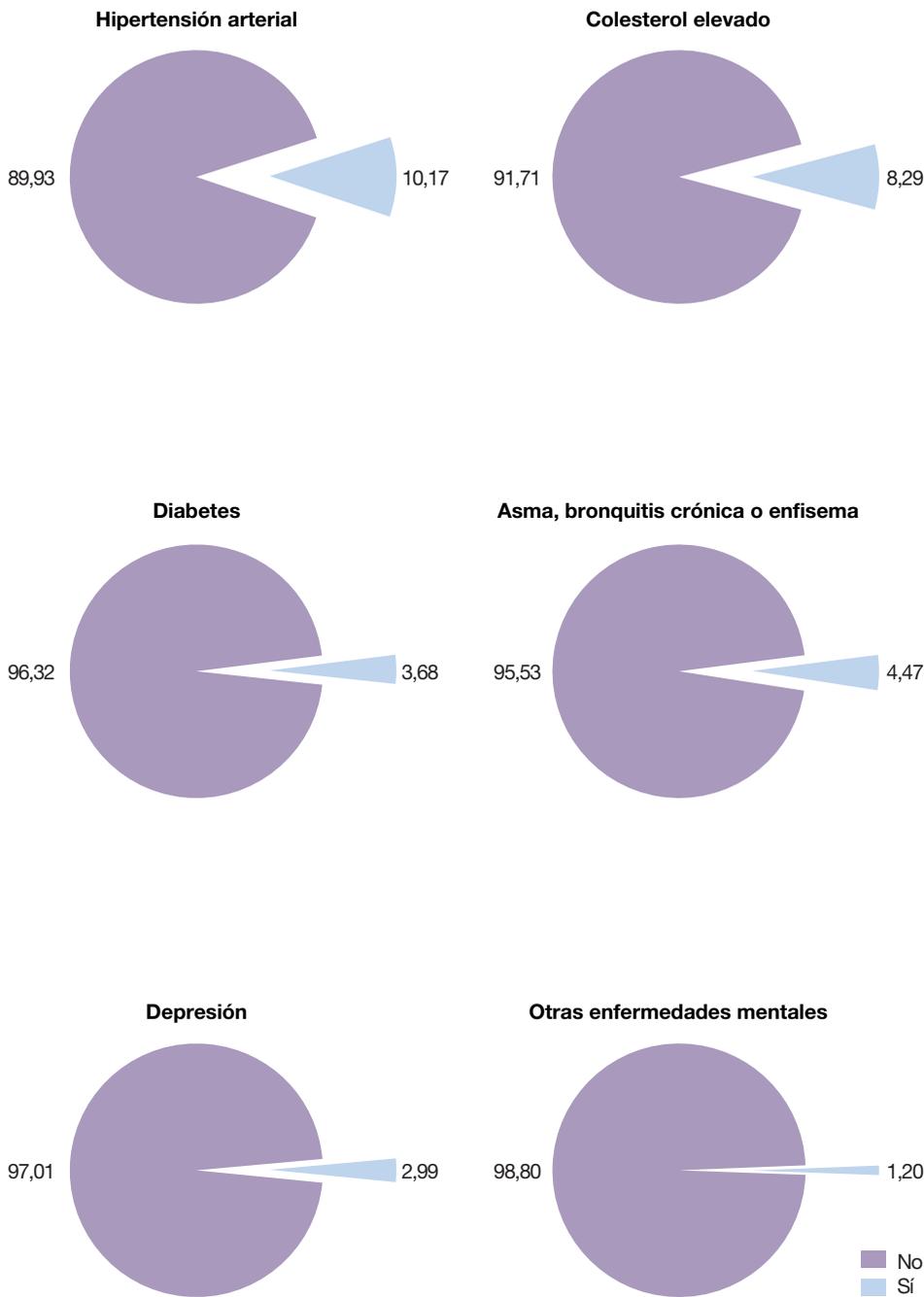


Gráfico 2.40. Comunidad de Madrid. Población con enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por sexo y limitación de las actividades habituales a causa de estas enfermedades. Año 2003.

Fuente: ENS 2003. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

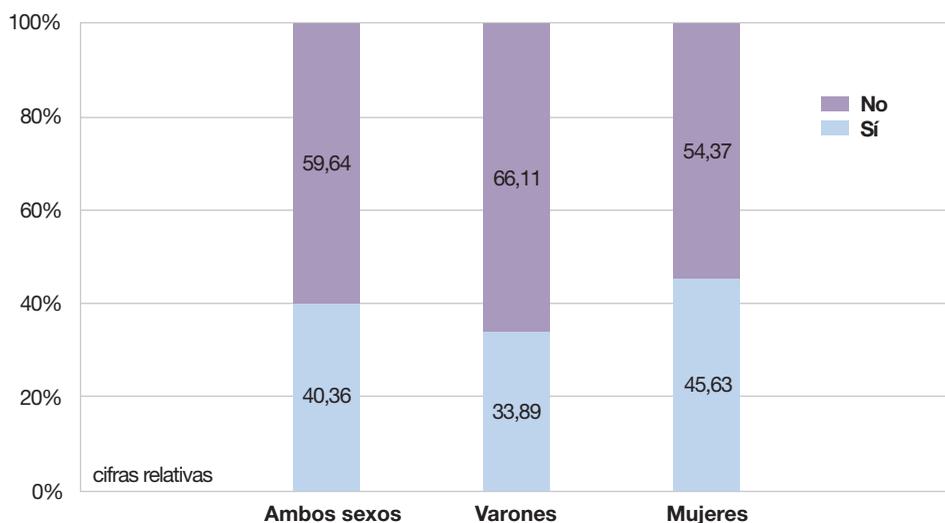


Gráfico 2.41. Comunidad de Madrid. Población por sexo y restricción de su actividad en el tiempo libre por algún síntoma. Año 2003.

Fuente: ENS 2003. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

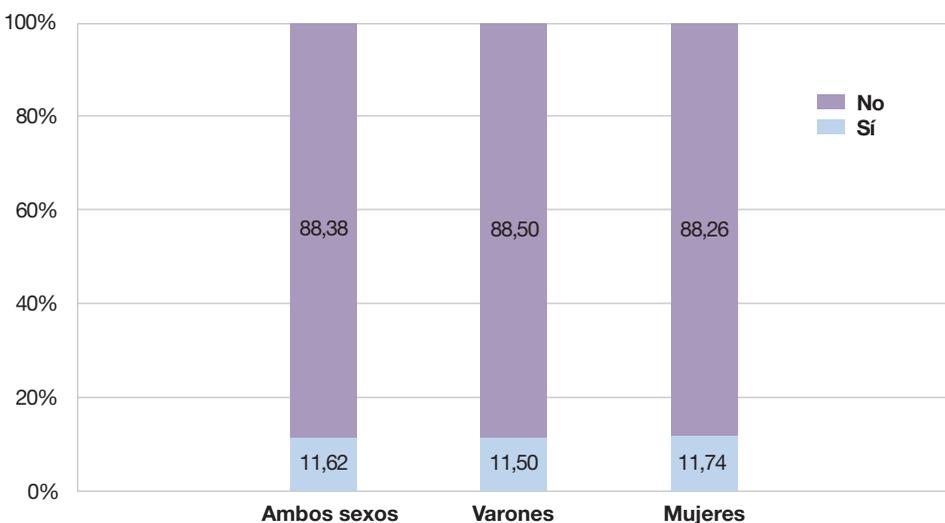
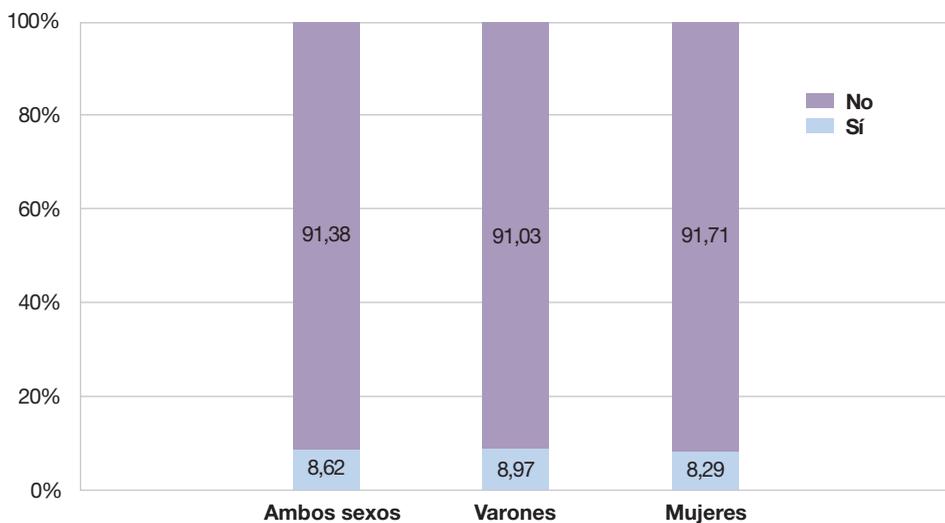


Gráfico 2.42. Comunidad de Madrid. Población por sexo y si ha sufrido accidente en los últimos doce meses. Año 2003.

Fuente: ENS 2003. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



2.7. La salud de los inmigrantes

Desde la segunda mitad de los años noventa, la presencia de población de nacionalidad no española ha aumentado extraordinariamente en la Comunidad de Madrid como ya se ha comentado. Los extranjeros residentes en Madrid conforman un colectivo muy heterogéneo, que por sus características sociales y económicas constituye uno de los principales grupos de población vulnerable ante las desigualdades de salud.

La población extranjera que establece su residencia en nuestra Comunidad lo hace mayoritariamente por motivos de trabajo. Una parte importante de ella está ocupando los sectores laborales menos deseados por la población autóctona. Por otro lado, en muchas ocasiones desarrollan tipos de trabajo para los cuales no han tenido una preparación o una formación previa, o bien no gozan de las condiciones de seguridad en el trabajo adecuadas. Las escasas cifras disponibles parecen señalar un mayor riesgo de accidentalidad laboral.

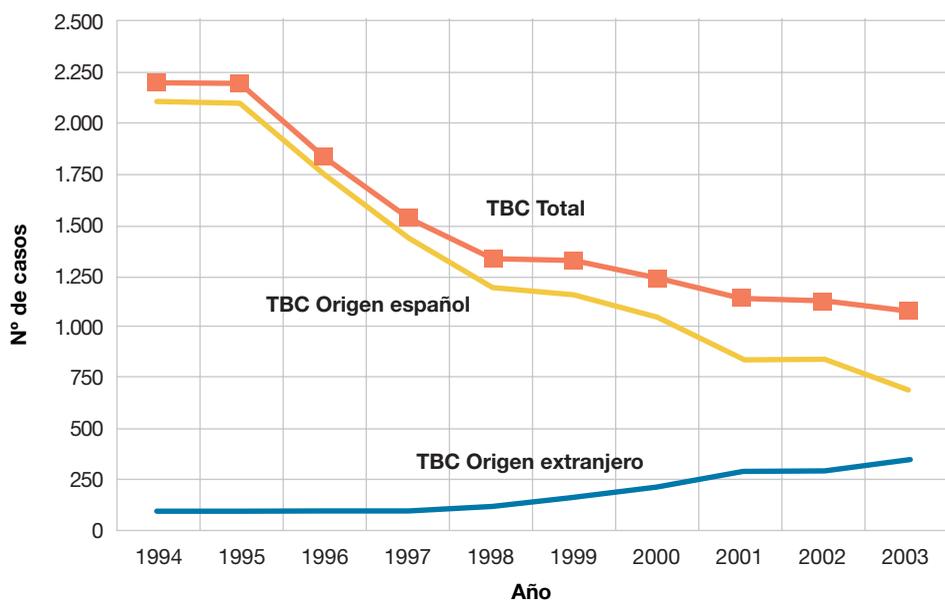
La tasa de natalidad en mujeres nacidas fuera de España es superior a la de las nacionales, con importantes diferencias según la procedencia (mayor en las Latinoamericanas). La edad media a la maternidad es menor que entre las mujeres españolas. Los problemas en relación con el embarazo en mujeres inmigrantes se han asociado a un deficiente o tardío control del mismo. Esta circunstancia podría relacionarse con un escaso hábito de realizar estos controles en sus países de procedencia ya que los sistemas sanitarios y/o los programas de prevención están en muchos casos pobremente desarrollados. Pero también con problemas de información, de adaptación cultural de los programas y de accesibilidad a los mismos.

En el año 2004 el 52 por ciento de las IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) realizadas en la Comunidad de Madrid correspondieron a mujeres provenientes de otros países, con algunas características significativamente diferentes a las mujeres autóctonas: son algo más jóvenes; un mayor porcentaje refiere vivir en pareja y estar casadas; son más las que tienen otros hijos vivos en el momento de la IVE y que tienen IVE previas y es mayor el porcentaje que no había acudido a ningún centro de control de anticoncepción en los dos últimos años.

Tanto en nuestra Comunidad como a nivel nacional el hecho de ser inmigrante es un factor de riesgo de sufrir determinadas enfermedades (tuberculosis (Gráfico 2.43), paludismo, hepatitis A, enfermedades mentales). La mayor parte de los residentes extranjeros procede de países pobres con sistemas sanitarios deficientes, por lo que en conjunto los niveles de inmunización son menores a los de la población autóctona. Los hijos de inmigrantes nacidos en nuestra Comunidad están correctamente vacunados, pero se encuentran bolsas de no vacunados en los niños mayores, adolescentes y adultos.

Gráfico 2.43 Comunidad de Madrid. Evolución de los casos de tuberculosis detectados en población española y extranjera. Años 1994-2003.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo.



En la Comunidad de Madrid el número de nuevas infecciones por VIH en personas con país de origen distinto a España ha aumentado de un 1,3% de los diagnósticos en 1991, a 38,9% en el 2002, observándose que el contacto heterosexual adquiere importancia en los nuevos diagnósticos en este colectivo. Se ha incrementado el porcentaje de casos de SIDA que afectan a personas de origen distinto de España, pasando de un 11,2% en el año 2001 a un 16,3 % en el año 2003 en el Registro de Casos de la Comunidad de Madrid. Además se observa que en una proporción elevada de los casos que afectan a inmigrantes se produce simultáneamente el diagnóstico de la infección y del SIDA.

A 31 de julio de 2005 hay 739.301 extranjeros con Tarjeta Sanitaria de los cuales un 45% está afiliado a la Seguridad Social y un 55% la obtuvo por empadronamiento. La red sanitaria pública es la más utilizada, aunque no se conoce el número de inmigrantes asistidos por otras vías. Los servicios de urgencia son el primer contacto con el sistema sanitario de la mayoría de los inmigrantes y la demanda de atención por problemas que tendrían que abordarse en atención primaria parece ser alta. Los motivos de consulta y hospitalización más habituales se relacionan con necesidades de la población joven. Las demandas más frecuentes son la atención gineco-obstétrica, la pediátrica y la medicina general.

2.8. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- *Seguimiento de Indicadores y Elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población.*
- *Programa de Difusión de la Información (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid).*
- *Programa para la Mejora de la Calidad y Análisis de las Estadísticas de Defunción (Encomienda de Gestión con el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid).*
- *Plan de Promoción de la Salud en Población Inmigrante y Población Gitana.*
- *Plan de Adaptación a Indicadores Europeos (Elaboración de estadísticas por factores que incidan en la igualdad, socioeconómicos, sociales, laborales etc.).*
- *Informes de Salud Sectoriales.*

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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. Mortalidad infantil

Actualmente, la mortalidad infantil (o mortalidad de niños menores de 1 año de edad) sigue considerándose por parte de muchos autores como un buen indicador del nivel socioeconómico de una comunidad, así como la mortalidad neonatal precoz es un buen indicador sanitario. Otros investigadores también señalan que la mortalidad neonatal puede ser un indicador válido para medir la calidad de las atenciones recibidas durante el período perinatal. Por este motivo resulta útil realizar un análisis periódico de estos indicadores para poder ver su evolución en el tiempo.

Durante el último siglo las tasas de mortalidad infantil han disminuido a nivel mundial, sobre todo en los países desarrollados. En España se ha producido también este descenso tan pronunciado, más intenso durante la segunda mitad del siglo XX, y se han equiparado sus cifras de mortalidad infantil a las de otros países desarrollados de Europa. De esta manera, mientras que en el año 1982 en Noruega había una tasa de mortalidad de 8,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en España esta cifra era de 11,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En el año 1988 las tasas de mortalidad infantil de estos dos países ya se habían igualado, con valores de 8,0 y 8,05 muertes por 1.000 nacidos vivos en Noruega y España, respectivamente.

La evolución de la mortalidad infantil del siglo XX en la Comunidad de Madrid es similar a la de España, aunque se sitúa siempre en valores más bajos. La tasa de mortalidad infantil y sus componentes continuaron disminuyendo durante las décadas de los ochenta y noventa, aunque no de manera tan pronunciada como en las anteriores. A continuación se analizan las tendencias de la mortalidad infantil y de sus componentes (mortalidad neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía y posneonatal) de los residentes en la Comunidad de Madrid, entre los años 1986 y 2002.

Durante el periodo 1986-2002, han fallecido en la Comunidad de Madrid un total de 4.923 niños/as, de ellos 2.163 mujeres (46%) y 2.760 hombres (54%) (Gráfico 3.1).

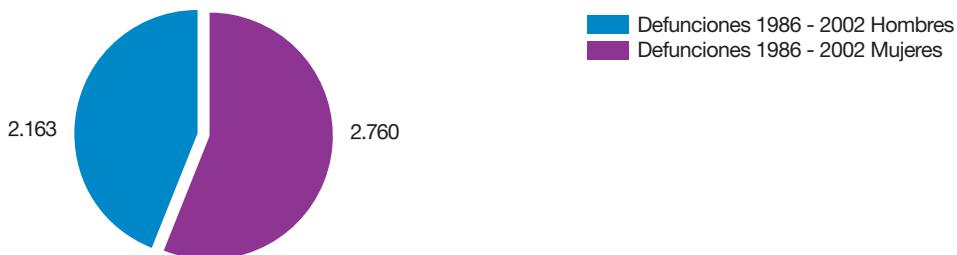


Gráfico 3.1. Comunidad de Madrid. Defunciones 1986-2002 en menores de un año.

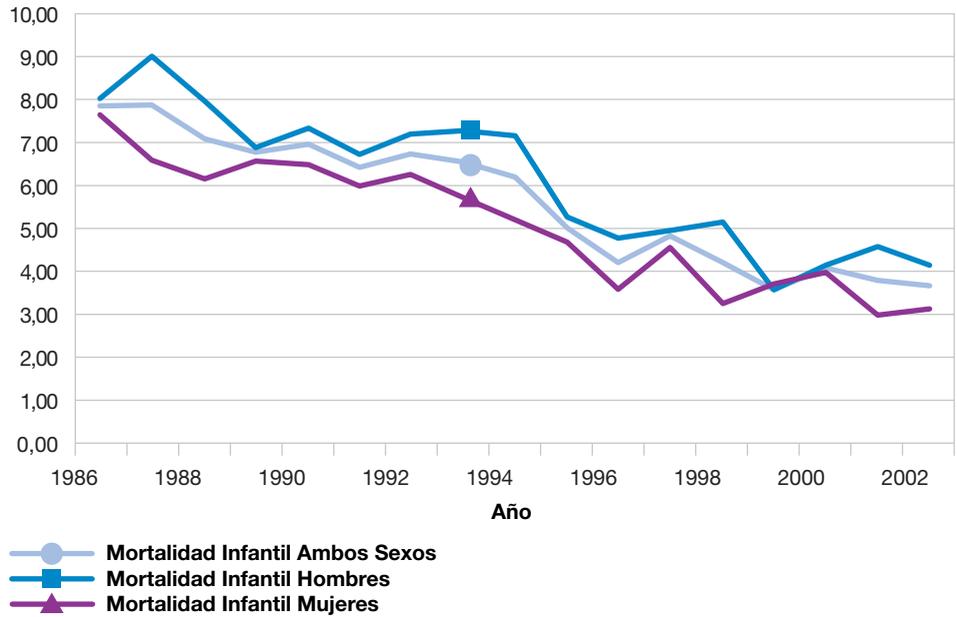
Fuente: IECM, Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Las tasas de mortalidad infantil calculadas para cada uno de los años estudiados oscilan entre 7,85 por 1.000 nacidos vivos el año 1986, y 3,64 en el año 2002.

Los niños presentan tasas de mortalidad infantil más elevadas que las niñas durante todo el período estudiado (Gráfico 3.2). Este comportamiento diferenciado de las tasas para cada uno de los sexos se da también en los componentes de la mortalidad infantil.

Gráfico 3.2. Comunidad de Madrid. Tasas de mortalidad infantil. Años 1986 a 2002.

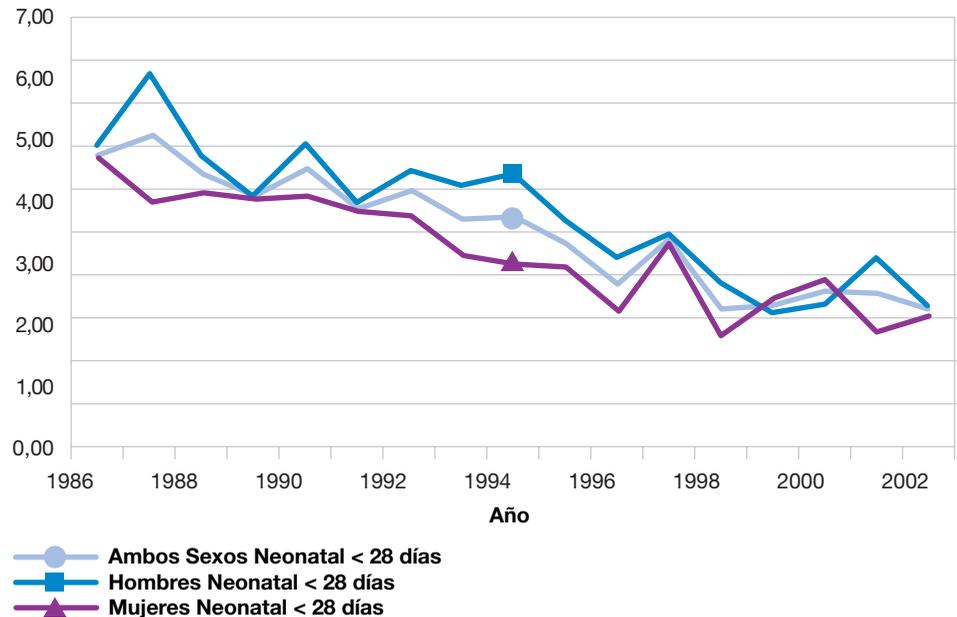
Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Las tendencias generales de la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad neonatal tardía y la tasa de mortalidad neonatal precoz son descendentes (Gráficos 3.3, 3.4 y 3.5). La disminución de la mortalidad neonatal se debe más a la disminución de la neonatal precoz que a la neonatal tardía. Así las tasas correspondientes a la mortalidad neonatal tardía disminuyen de una forma más suave aplanándose el descenso de las tasas a partir de 1998, durante el periodo estudiado y la mortalidad neonatal precoz continúa su descenso más marcado.

Gráfico 3.3. Comunidad de Madrid. Mortalidad neonatal. Años 1986 a 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



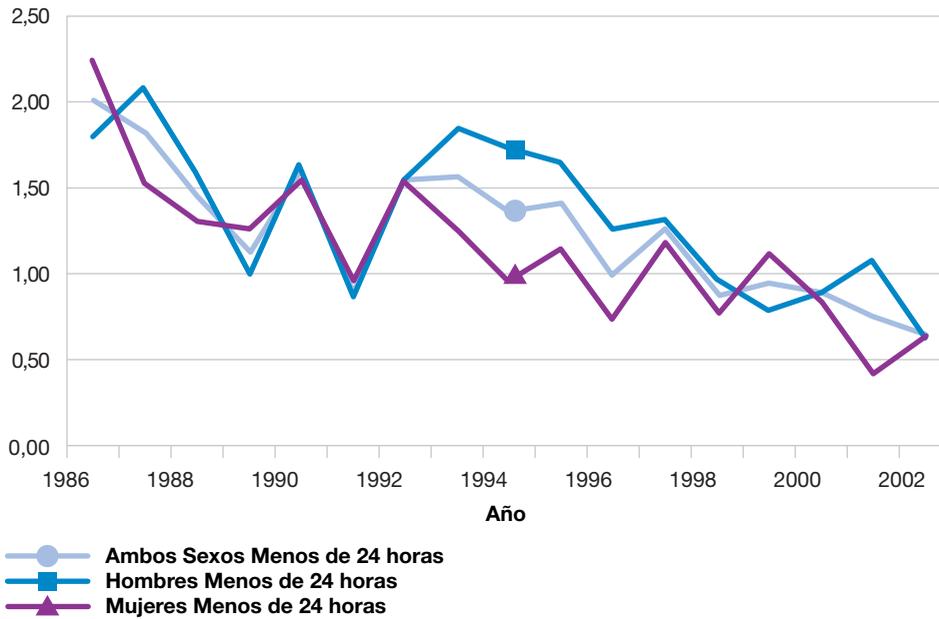


Gráfico 3.4. Comunidad de Madrid. Tasas de mortalidad neonatal precoz. Años 1982 a 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

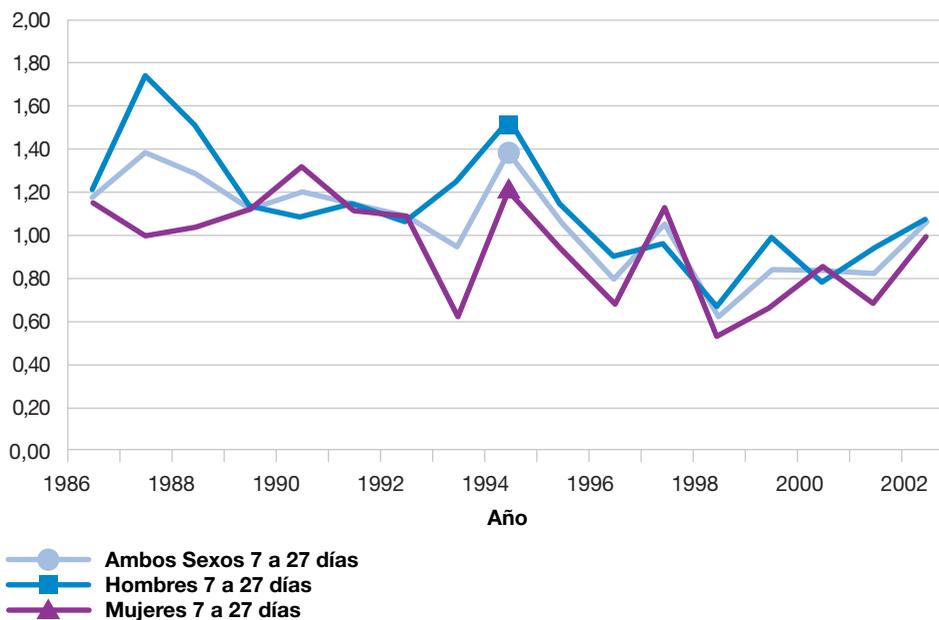


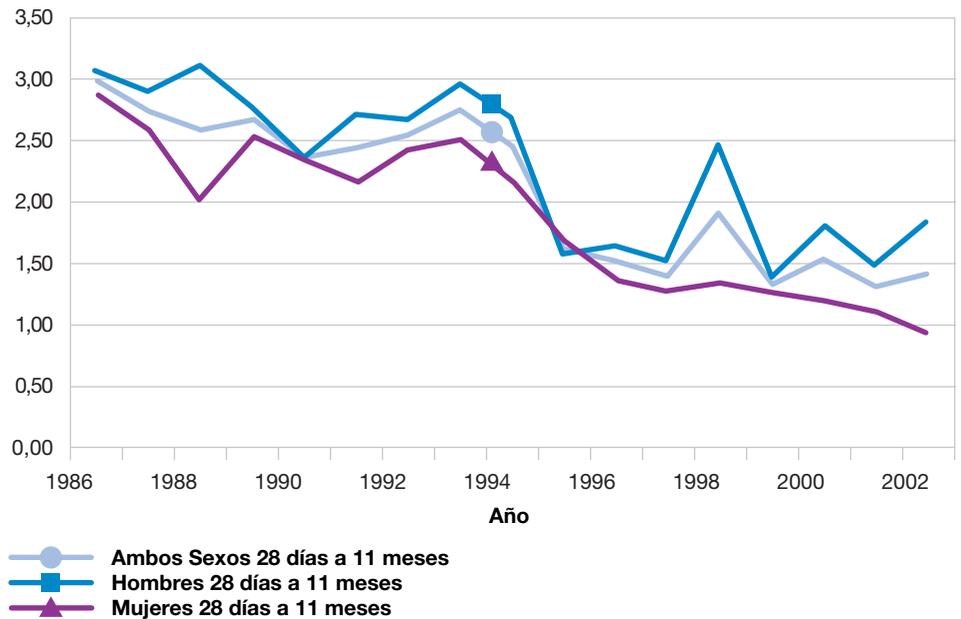
Gráfico 3.5. Comunidad de Madrid. Tasas de mortalidad neonatal tardía. Años 1982 a 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Las tasas de mortalidad posneonatal presentan un comportamiento más estable durante los 18 años estudiados. Únicamente se observa un aumento en el año 1998, con un valor de 1,93 muertes por 1.000 nacidos vivos. Este incremento se hace notar más en niños que en niñas. Asimismo, se percibe un estancamiento de la mortalidad posneonatal en el último período definido, concretamente en los años 1998 y 2002, llegando a alcanzar la tasa (1,41 defunciones por 1.000 nacidos vivos) (Gráfico 3.6).

Gráfico 3.6. Comunidad de Madrid. Tasas de mortalidad postneonatal. Años 1986 a 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



3.2. Morbilidad hospitalaria

Del total de ingresos hospitalarios de residentes en Madrid en 2004 entre los 0 y 4 años de edad fue de 37.578 (el 25,08%) por causas perinatales, el 25,1% debido a enfermedades del aparato respiratorio y el 8,1% por enfermedades infecciosas. Las tasas son más elevadas en varones que en mujeres. La causa más frecuente de ingreso perinatal son las ictericias del recién nacido (11%), el bajo peso al nacer y la inmadurez respiratoria fetal. (Gráficos 3.7 y 3.8)

Gráfico 3.7. Comunidad de Madrid. Distribución relativa de la morbilidad hospitalaria por causas (Grandes grupos de CIE-9). Edad de 0 a 4 años. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

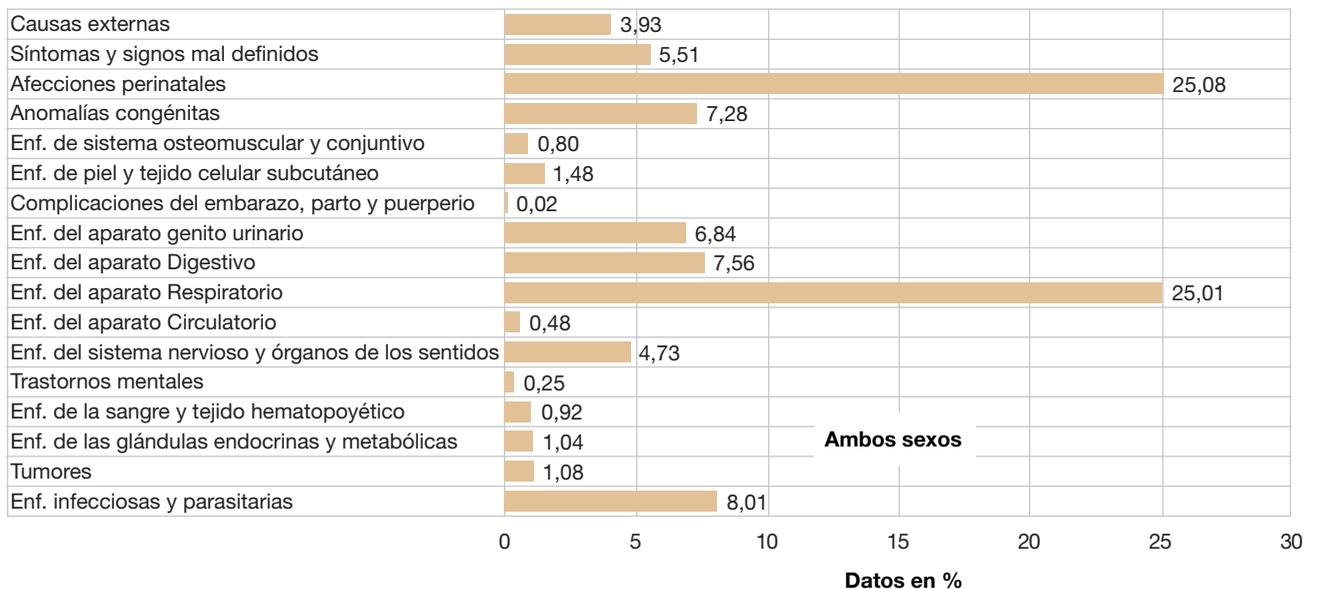


Gráfico 3.8. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por mil por grandes grupos CIE-9. Edad de 0 a 4 años. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Causas externas			5,43		4,28	
Síntomas y signos mal definidos			7,33		6,33	
Afecciones perinatales	33,54					28,56
Anomalías congénitas			11,91		5,99	
Enf. del sistema osteomuscular y conjuntivo			1,03		0,86	
Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo			1,84		1,82	
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio						
Enf. del Aparato Genitourinario			11,29		5,50	
Enf. del Aparato Digestivo			10,75		7,91	
Enf. del Aparato Respiratorio	34,87					26,92
Enf. del Aparato Circulatorio			0,69		0,45	
Enf. del sistema nervioso y órganos de los sentidos		Hombres	6,32		5,39	Mujeres
Trastornos mentales			0,42		0,18	
Enf. de la sangre y tejido hematopoyético			1,20		1,07	
Enf. de las glándulas endocrinas y metabólicas			1,41		1,15	
Tumores			1,28		1,41	
Enf. infecciosas y parasitarias			10,84		8,98	

3.3. Prevención de enfermedades metabólicas

En la prevención de la salud del recién nacido juega un papel fundamental el cribado neonatal de endocrino metabolopatías, que tiene carácter universal, permitiendo diagnosticar y tratar precozmente a todos los niños que nacen con ciertos errores congénitos. La cobertura alcanzada en 2004 en este programa ha sido, al igual que en los últimos siete años, del 100% de los nacidos en la Comunidad de Madrid (dos tercios de ellos en maternidades públicas y el tercio restante en privadas).

La incidencia de las metabolopatías en el año 2004 ha sido de 0,84 por diez mil recién nacidos para Hiperplasia Suprarrenal Congénita; 6,00 por diez mil recién nacidos para Hipotiroidismo Congénito; 0,99 por diez mil recién nacidos para las Hiperfenilalaninemias, que se encuentran dentro de lo esperado en la región europea y mediterránea ya que son enfermedades genéticas relacionadas con los movimientos migratorios.

La incidencia de hemoglobinopatías (5 por mil) ha sido mayor a la estimada en el estudio piloto y está aumentando debido a la llegada de población inmigrante de zonas con mayor incidencia genética.

Tabla 3.1. Comunidad de Madrid. Incidencia metabopatías y hemoglobinopatías en los últimos 10 años (1994-2004).

Fuente: Programa de Salud Materno Infantil: metabopatías. Servicio de Prevención de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hipotiroidismo Congénito	1 caso/2.500 recién nacidos
Hiperplasia Suprarrenal Congénita	1 caso/1.902 recién nacidos (incluidos hipotiroidismos transitorios)
*Hiperfenilalaninemias	1 caso/11.266 recién nacidos
Hemoglobinopatías	1 caso/200 recién nacidos (sólo desde mayo del año 2004)

**Hiperfenilalaninemias es el término que engloba las Fenilcetonurias severas y las benignas o leves.*

3.4. Monitorización de biomarcadores

La Vigilancia Ambiental en Madrid se realiza a través del análisis de diferentes contaminantes en aire, agua y alimentos. Para conocer el impacto real de los tóxicos ambientales en humanos, el proyecto Bio-Madrid investiga la factibilidad de implantar un sistema de biomonitorización. Uno de sus objetivos es conocer el nivel de contaminación presente en los niños de la Comunidad de Madrid al nacer. Se presentan los primeros resultados relativos a niveles de metales pesados en sangre de cordón umbilical en las dos zonas piloto de estudio.

Se han reclutado 145 trios de madre/padre/recién nacido residentes en las áreas 1 y 10, atendidos en el sistema público sanitario, que aceptaron participar tras presentarles el proyecto en las clases de preparación al parto. Se ha obtenido sangre de cordón umbilical de los bebés en el momento del parto y se ha recogido información de los progenitores sobre características socioeconómicas, exposiciones ambientales, ocupación, dieta, consumo de tabaco y otros posibles factores de riesgo mediante un cuestionario estructurado. Se han estudiado en sangre de cordón los niveles de cuatro metales pesados (arsénico, cadmio, mercurio y plomo).

Los metales pesados se han podido estudiar en la sangre de cordón de 112 niños, 51 del distrito de Vallecas y 61 de los distritos de Getafe y Parla. La concentración media encontrada en microgr/L es de 7,55 para mercurio, 0,27 para cadmio 13,75 para plomo y 2,5 para el arsénico. No se observan diferencias significativas en los niveles de estos metales en las dos áreas. Los análisis preliminares muestran que niveles de arsénico > 5 microgr/L se asocian significativamente con el consumo materno de tabaco durante el embarazo (OR=6.0), y varían con la exposición pasiva materna en el trabajo (OR=3.0). También el plomo se asocia con el consumo de tabaco activo (p=0.061) o pasivo (p=0.038). Para el cadmio la relación no llega a ser significativa (p=0.162).

Tabla 3.2. N° de muestras, valor máximo, mediana y valor mínimo de metales pesados en sangre de cordón umbilical de recién nacidos. Valores en microgramos por litro.

	Plomo	Mercurio	Cadmio	Arsénico
N° de muestras	115	109	115	115
Máximo	79,75	30,22	1,8	8,8
Mediana	13,75	7,55	0,27	2,5
Mínimo	3,12	0,25	0,25	2,5

El límite de detección para cadmio es de 0,25 y el de arsénico de 5. Hay 95 muestras con As<LD y 54 con Cd<LD

Fuente: Datos preliminares no publicados. Estudio de biomarcadores en Madrid. Biomadrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología Instituto Carlos III.

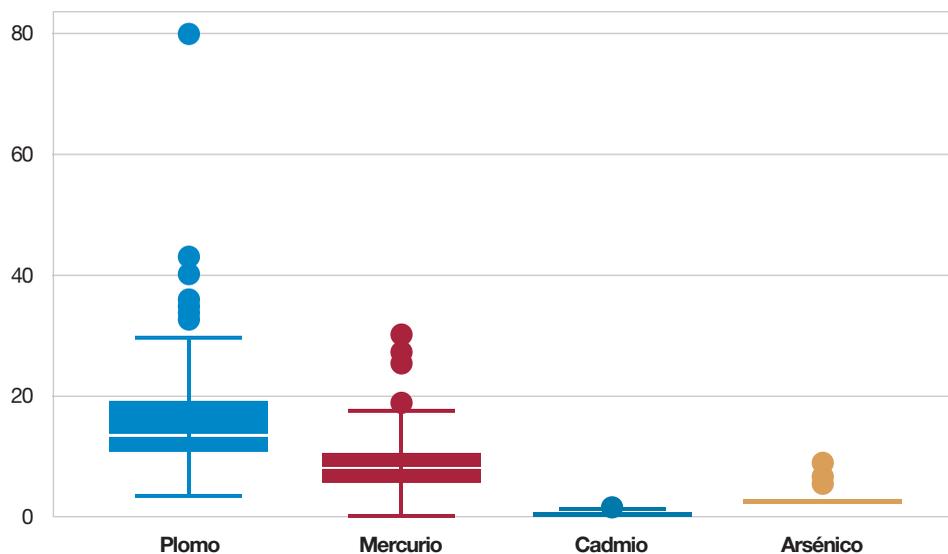


Gráfico 3.9. Metales pesados en sangre de cordón umbilical de recién nacidos. Valores en microgramos por litro.

Fuente: Datos preliminares no publicados. Estudio de biomarcadores en Madrid. Biomadrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología Instituto Carlos III.

A pesar de que el nivel de metales pesados detectados está muy por debajo de los estándares de intervención, tienen un valor muy importante porque marcan un punto de partida de contaminación al nacimiento, que está relacionada con los estilos de vida de la madre (consumo de tabaco, etc), exposición laboral y ambiental a estos contaminantes, incluyendo como elemento fundamental la dieta.

Este tipo de estudios son necesarios para conocer la dosis interna de exposición a los principales contaminantes ambientales en población general. A pesar del limitado tamaño muestral, se han encontrado asociaciones significativas relevantes para la prevención. Estos resultados muestran la viabilidad y la pertinencia de vigilar los niveles de metales pesados en el momento del nacimiento y podrán permitir en un futuro estudiar la asociación de estos niveles con las exposiciones de los padres.

3.5. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- **Programa de Salud Maternoinfantil y Prevención de Minusvalías.**
- **Plan de Detección Precoz de Hipoacusias en Recién Nacidos.**
- **Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres.**
- **Plan de Promoción de Salud en Sexualidad.**
- **Indicadores Relacionados con Atención Primaria, Atención al Embarazo, Atención al Niño Sano, Vacunas, etc.**
- **Seguimiento de Cohorte de RN Biomarcadores y Efectos en Salud.**
- **Calendario Vacunal y Vacunación Preventiva.**
- **Plan de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles.**

- ***Plan de Salud para la Población Inmigrante.***
- ***Plan Integral de Alimentación y Nutrición.***
- ***Plan de Seguridad Alimentaria.***

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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;*

4.1. Morbilidad y mortalidad en jóvenes

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 Morbimortalidad, es necesariamente reducido en comparación con otras edades, si exceptuamos las causas externas y fundamentalmente los accidentes de tráfico y el suicidio.

Entre la edad de 10 a 34 años en el año 2004 han sido dados de alta 144.999 ciudadanos en los Hospitales de la Comunidad de Madrid y siendo residentes en la misma. Esto supone un 22,9% del total de ingresos Hospitalarios. El primer grupo de causas corresponde a las de embarazo, parto y puerperio, 65.000 ingresos (45,47%). A distancia y de forma correlativa siguen las altas por enfermedades del aparato digestivo, causas externas, osteomusculares y conjuntivas, enfermedades del aparato respiratorio y los tumores. Se observa un aumento de los casos con la edad.

	Nº de ingresos	%	Tasa por mil
Total	144.999	100,00	274,78
Embarazo parto y puerperio	65.938	45,47	124,96
Enf. del aparato digestivo	12.544	8,65	23,77
Causas externas	9.103	6,28	17,25
Enf. de sistema osteomuscular y conjuntivo	8.171	5,64	15,48
Enf. del aparato genitourinario	8.053	5,55	15,26
Tumores	7.469	5,15	14,15

Tabla 4.1. Comunidad de Madrid. Morbilidad hospitalaria por principales causas de 10 a 34 años de edad. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En el año 2002 (último año consolidado INE), han fallecido 908 jóvenes de 10 a 34 años, de ellos 395 (43,6%), por causas externas, en las cuales tienen un gran impacto los accidentes por vehículos a motor con 155 muertes (17% del total), seguido del suicidio con 83 fallecimientos (9,14%) y otros accidentes 77 (8%).

	Número	%
Grandes grupos CIE 10	908	100,00
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	395	43,50
II. Tumores	136	14,98
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	113	12,44
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	69	7,60
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	64	7,05

Tabla 4.2. Comunidad de Madrid. Mortalidad proporcional por 5 principales causas de 10 a 34 años de edad. Año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Número	%
90. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	155	17,07
86. Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causa desconocida mortalidad	87	9,58
98. Suicidio y lesiones autoinflingidas	83	9,14
97. Otros accidentes	77	8,48
6. SIDA	46	5,07

Tabla 4.3. Comunidad de Madrid. Principales causas de muerte en jóvenes de 10 a 34 años (lista reducida CIE-10). Año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

4.2. Análisis de factores determinantes en jóvenes

4.2.1. Ejercicio físico en jóvenes

Una gran parte de los jóvenes, un 73,8%, realizan alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 5,8% de los chicos y un 16% de las chicas no llegan a realizar algún tipo de actividad de forma regular al menos 3 veces a la semana.

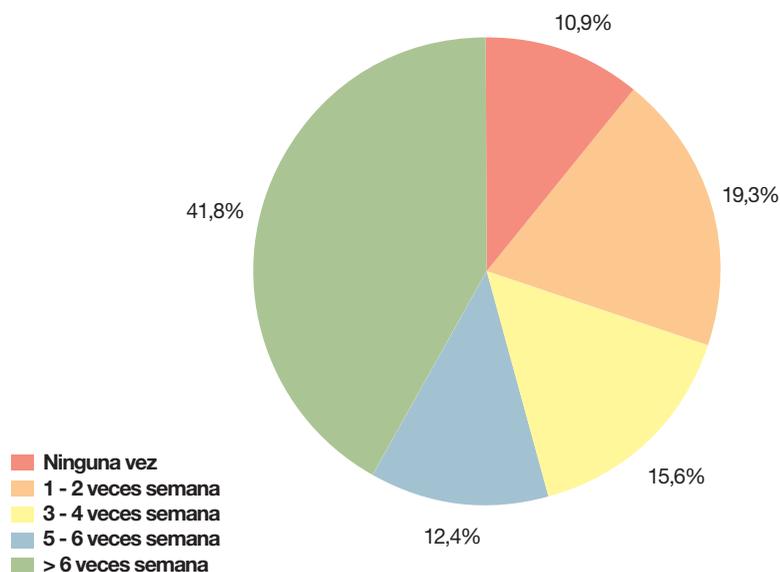
Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 30,3%, destacando que un 10,9% no realizan ninguna vez estas actividades (Gráfico 4.1). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,3% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 46,6% de las chicas.

En las Tablas 4.4 y 4.5 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado con gran diferencia sobre el siguiente es el fútbol, dado que un 75,8% lo practica alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el baloncesto. En las chicas, el baile/ballet es la actividad preferida, seguido de forma muy homogénea por el baloncesto, footing y aeróbic.

Comparando la estimación promedio del 2003-2004 con la de 1996-1997, de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Gráfico 4.2), se observa un incremento porcentual del 16,7% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Gráfico 4.1. Comunidad de Madrid. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal. Población de 15-16 años. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



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

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	11,1 (±2,4)*	5,8 (±1,7)	16,0 (±3,6)	11,2 (±3,3)	10,5 (±2,8)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	30,3 (±4,1)	12,3 (±2,8)	46,6 (±5,1)	30,2 (±5,9)	28,3 (±4,3)

*Intervalo de confianza al 95%

Tabla 4.4. Comunidad de Madrid. Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según género y edad. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hombres		Mujeres	
1. Fútbol	75,8%	1. Baile/ballet	29,0%
2. Baloncesto	39,6%	2. Baloncesto	20,9%
3. Footing	32,0%	3. Footing	20,9%
4. Pesas/Gimnasia	30,7%	4. Aerobic	20,8%
5. Bicicleta	28,4%	5. Fútbol	19,8%

Tabla 4.5. Comunidad de Madrid. Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

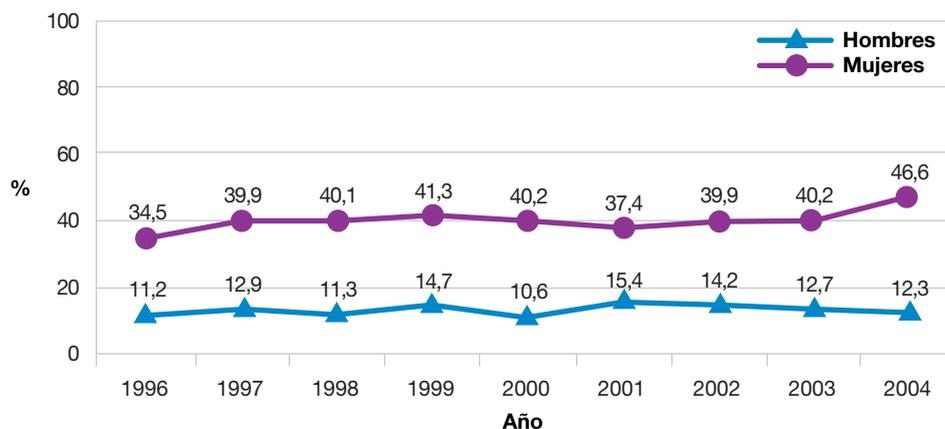


Gráfico 4.2. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

4.2.2. Hábitos alimentarios y estado nutricional

4.2.2.1. Hábitos alimentarios y estado nutricional de la población infantil

La encuesta de Nutrición Infantil en la Comunidad de Madrid examina la distribución de la ingesta de energía y macronutrientes de la población infantil de la Comunidad de Madrid en los diferentes momentos del día: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena, y entre horas. Se trata de un estudio transversal sobre una muestra representativa de 2039 niños de 6 a 11 años de edad de la Comunidad de Madrid.

La ingesta media de energía de la población estudiada (n=1.852; tasa de respuesta con los 2 recuerdos completados: 90,8%) fue 1.906 kcal/día (DE: 377,5 kcal/día). Por término medio, el mayor aporte energético se produce a través de la comida, que representa un 36,1% del aporte energético total diario, seguido de la cena (24,8%) y el desayuno (17,9%). La merienda proporciona el 14,7% de la energía, y el consumo a media mañana

y entre horas el 3,6% y 3,0%, respectivamente. La contribución relativa de los macronutrientes presenta una distribución más rica en proteínas y grasas en la comida, cena y desayuno, y en hidratos de carbono en la merienda, media mañana y entre horas. Conjuntamente, la comida y la cena proporcionan el 68,8% de las proteínas, el 53,8% de los hidratos de carbono y el 64,9% de los lípidos diarios (50,9% de los ácidos grasos saturados, 72,2% de los monosaturados y 72,4% de los poliinsaturados). Casi el 40% de los hidratos de carbono diarios son ingeridos en el desayuno y la merienda. El desayuno aporta también una importante proporción de los lípidos (17,2%), destacando en particular su contribución de grasa saturada (25,7% del total diario), similar a la de la comida (27,8%) y casi un 3% mayor que la cena (23,0%).

En la dieta de la población infantil de la Comunidad de Madrid, la comida continúa aportando la mayor cantidad de la energía total diaria, mientras que el desayuno no alcanza el 20%. En términos de macronutrientes, los alimentos de media mañana, merienda y entre horas, son proporcionalmente más ricos en hidratos de carbono, y los del desayuno, comida y cena, en proteínas y grasas.

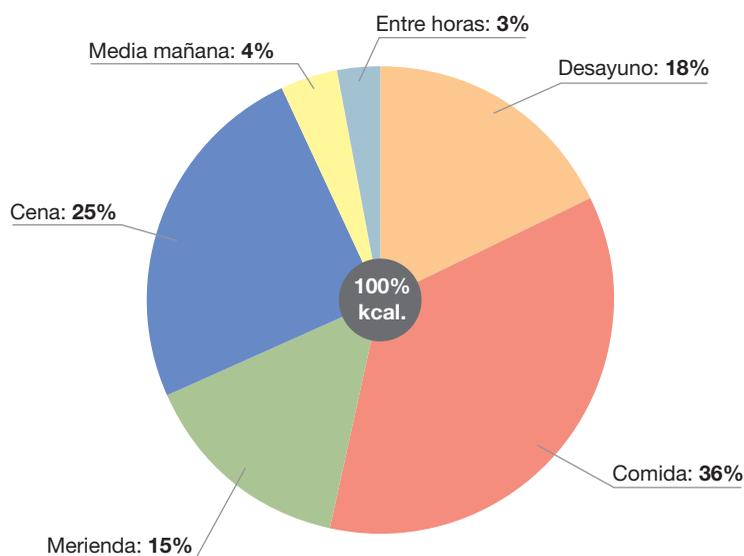
Tabla 4.6. Comunidad de Madrid. Ingesta media diaria de energía (kilocalorías totales) y macronutrientes (kilocalorías y % de la ingesta energética total). Población de 6-11 años. Ambos sexos. Año 2004.

Nutriente	Ingesta			
	Energía (kcal.)		% Energía	
	Media (DE)		Objetivo*	Promedio
	Niños: 1.980,9	Niñas: 1.825,6		
Hidratos de carbono	832,6 (194,1)		>50	43,6
Proteínas	329,3 (72,3)		10-13	17,4
Grasas	744,0 (179,2)		≤35	39,0
Ácidos grasos saturados	256,0 (78,0)		≤10	13,3
Ácidos grasos poliinsaturados	94,6 (34,8)		5	5,0
Ácidos grasos monoinsaturados	318,8 (75,6)		20	16,8
Energía total (kcal.)	1.905,9 (377,5)			

Fuente: Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Objetivo: Aporte proporcional recomendado, según los objetivos nutricionales intermedios de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, SENC, 2001.

Gráfico 4.3. Comunidad de Madrid. Distribución (%) del consumo de energía a lo largo del día. Población de 6-11 años. Ambos sexos. Año 2004.



Fuente: Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

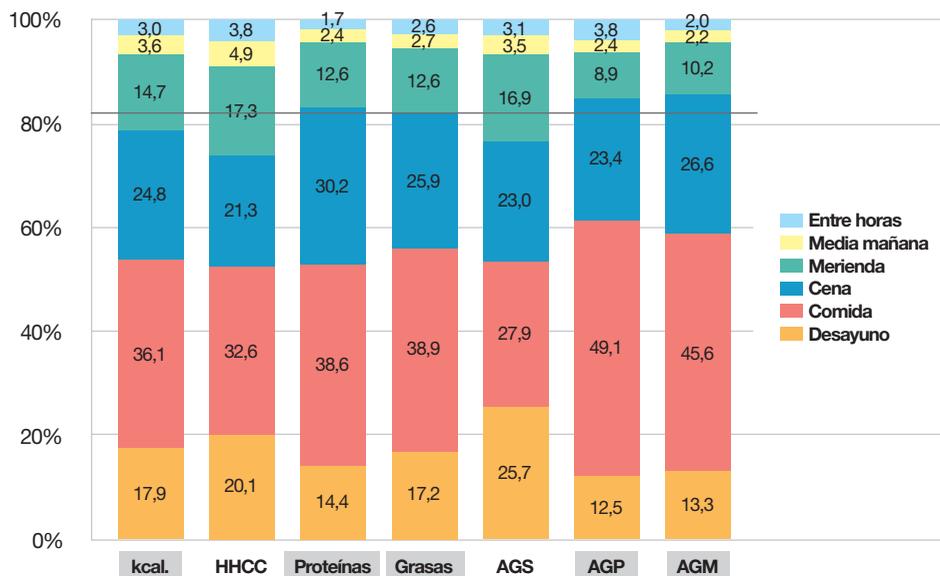


Gráfico 4.4. Comunidad de Madrid. Distribución (%) del consumo de energía y macronutrientes a lo largo del día. Población de 6-11 años. Ambos sexos. Año 2004.

Fuente: Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

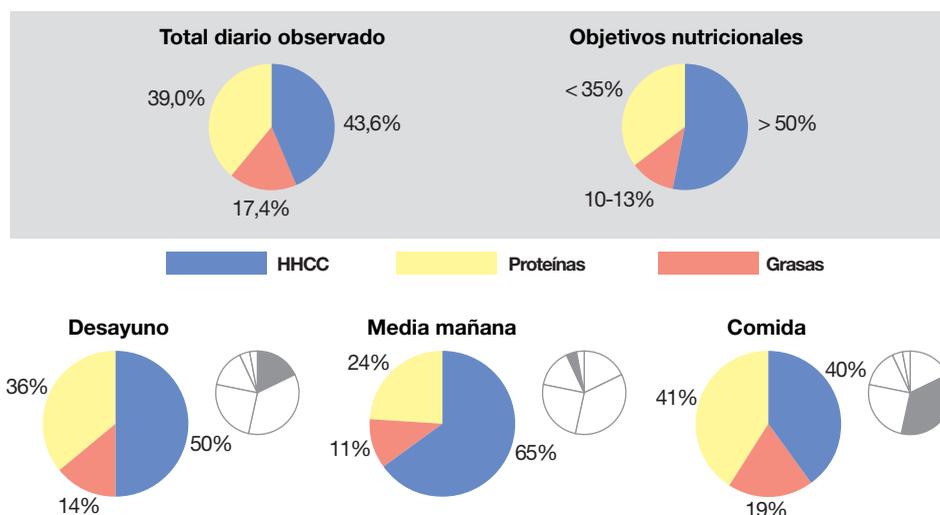


Gráfico 4.5. Comunidad de Madrid. Composición en macronutrientes de cada momento del día (aporte proporcional). Ambos sexos. Año 2004.

Fuente: Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En resumen :

- Los escolares configuran su modelo alimentario desde diversas influencias: familia, entorno social, colegio, medios de comunicación.
- Responden a unas señas de identidad de su tiempo, diferente al de sus padres y de sus abuelos, en lo que se refiere a la dieta.
- Sus preferencias no coinciden con lo que recomiendan los expertos.
- Es necesario introducirles en el interés por una alimentación saludable, pero teniendo en cuenta su propia perspectiva.
- Es recomendable seguir un proceso de negociación entre lo que les gusta y lo que les conviene.

4.2.2.2 Hábitos alimentarios en la población juvenil

Leche y derivados lácteos:

El consumo de este grupo de alimentos es de 3,6 raciones diarias, correspondiendo aproximadamente la mitad al consumo de leche y la otra a los derivados lácteos (yogur y queso).

El 13,4% de los jóvenes no llegan a consumir una ración de leche al día, y un 57,2% no alcanza las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche descremada o parcialmente descremada es muy frecuente: un 47,7% de las chicas y un 33,1% de los chicos que toman este producto, lo consumen de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Con el aporte de derivados lácteos el consumo de este grupo de alimentos tiende a incrementarse, aunque todavía un 41,7% de los jóvenes consumen menos de tres raciones diarias.

En la actualidad el consumo de leche y derivados lácteos en las chicas ha mejorado respecto a 1996. Sin embargo, este incremento se produce a costa de la mejora efectuada hasta 2001, ya que a partir de este año el consumo se ha estabilizado. En los chicos la evolución es muy estable durante todos los años de la serie (Gráfico 4.6).

Fruta y/o zumos:

El consumo medio de frutas es de 1,7 raciones diarias, que se ve incrementado a 3 si incluimos el consumo de zumos. Un 28,6% de los jóvenes no llegan a consumir una ración diaria de fruta, y un 54% no ingiere las dos recomendadas. Tanto el consumo medio como la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones de fruta al día, es sensiblemente superior en las chicas que en los chicos.

Si comparamos el promedio 2003-2004 frente a 1996-1997, se observa un aumento de la proporción de jóvenes que no consumen al menos 2 raciones de fruta al día, del 15,3% en los chicos y 14,1% en las chicas (Gráfico 4.7). Sin embargo, este incremento se produce por el cambio de 1996 a 1999, ya que a partir de este año el consumo se ha estabilizado, incluso mejora ligeramente en los chicos.

Verdura y hortalizas:

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) es de 1,3 raciones diarias. Un 32,2% de los jóvenes consumen menos de una ración diaria. Su consumo es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumen menos de una ración al día.

La evolución de este indicador muestra un incremento del 6,3% y 11,2% en los chicos y chicas respectivamente (Gráfico 4.8).

Valorando conjuntamente el consumo de frutas y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que

alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 55,4% de los chicos y el 40,9% de las chicas).

Carne y derivados:

El consumo medio agrupado de carne (filete de ternera/vaca/cerdo, pollo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas), es de 3,1 raciones diarias. El consumo de embutidos es de 1,1 raciones diarias.

La frecuencia de consumo es superior en los chicos que en las chicas, tanto de forma media como en la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones diarias.

Aun siendo todavía muy elevada, la proporción de jóvenes que consumen 2 o más raciones diarias de productos cárnicos ha descendido ligeramente, un 7,9% en los chicos y un 6,8% en las chicas (Gráfico 4.9).

Galletas y bollería:

El consumo de este tipo de alimentos es de 1,3 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que lo consumen dos o más veces al día es de un 29,4%, observándose una mayor frecuencia en los chicos (31,4%) que en las chicas (27,6%). No se encuentran diferencias según la edad.

En los chicos se observa una disminución del 11,3% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, mientras que en las chicas permanece estable (Gráfico 4.10).

Otros alimentos:

El consumo de pan es de dos raciones diarias, con un mayor consumo por parte de los chicos. El consumo acumulado de arroz y pasta es de casi 6 raciones a la semana, y el de legumbres de 3. Por otro lado, la ingesta de huevos o tortilla es de 5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de pescado es de tres a cuatro días a la semana, siendo superior el consumo de este alimento en las mujeres que en los hombres.

No hay grandes variaciones del consumo de estos alimentos respecto a años anteriores.

Chucherías saladas (patatas fritas, gusanitos, cortezas...):

El consumo de estos productos continúa muy extendido en la población adolescente. El 18,8% de los chicos y el 19,5% de las chicas consumen chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Sin duda, la oferta en el propio centro escolar influye en la frecuencia de su consumo, dado que en los centros en que disponen de cafetería el 21,5% toman 4 días o más a la semana estos productos, frente al 16,4% en aquellos que no tienen este servicio.

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.

Tabla 4.7. Comunidad de Madrid. Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según género y edad. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Consumo <1 ración de leche/día	13,4 (±1,6)*	11,0 (±1,9)	15,6 (±2,6)	12,5 (±2,6)	12,6 (±2,6)
% Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	41,7 (±2,4)	40,5 (±2,9)	42,8 (±3,7)	41,9 (±4,6)	42,0 (±3,8)
% Consumo <2 raciones de fruta/día	54,0 (±3,1)	59,5 (±3,3)	49,0 (±4,3)	48,9 (±4,5)	55,1 (±4,2)
% Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	32,2 (±2,5)	39,2 (±3,4)	25,8 (±2,6)	30,3 (±3,6)	32,0 (±3,7)
% Consumo ≥2 raciones de productos cárnicos/día	71,7 (±2,9)	77,1 (±3,2)	66,8 (±3,9)	70,0 (±4,1)	70,9 (±3,5)
% Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	29,4 (±2,0)	31,4 (±3,1)	27,6 (±2,5)	28,9 (±2,6)	28,2 (±3,3)

*Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 4.6. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de <3 raciones de leche y derivados al día. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

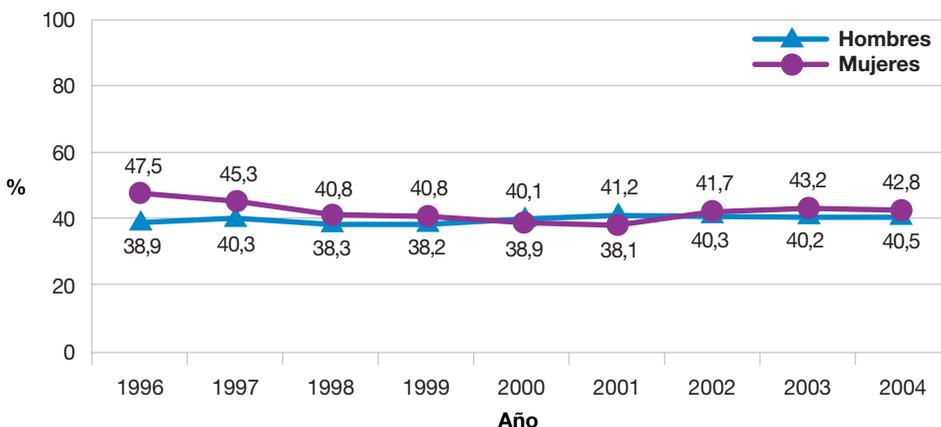
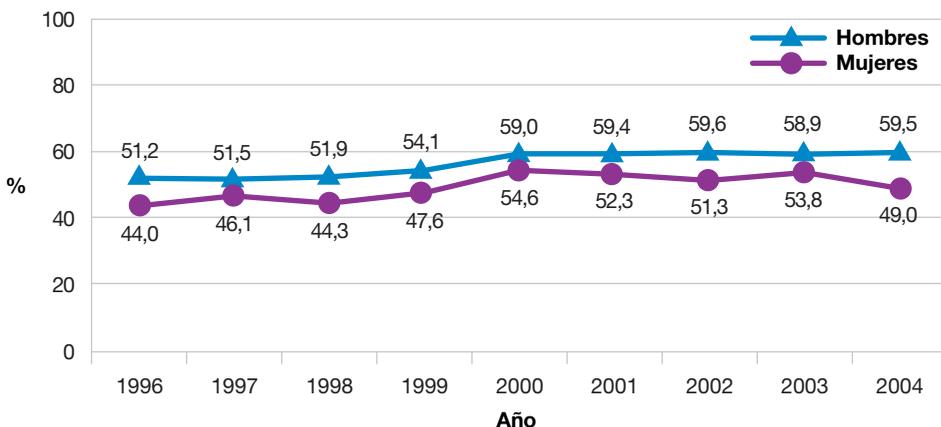


Gráfico 4.7. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de <2 raciones de fruta al día. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



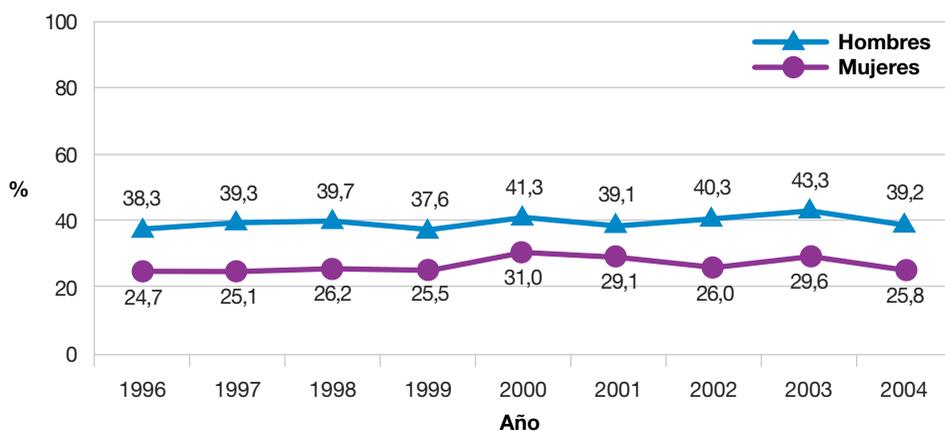


Gráfico 4.8. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de <1 ración de verdura al día. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

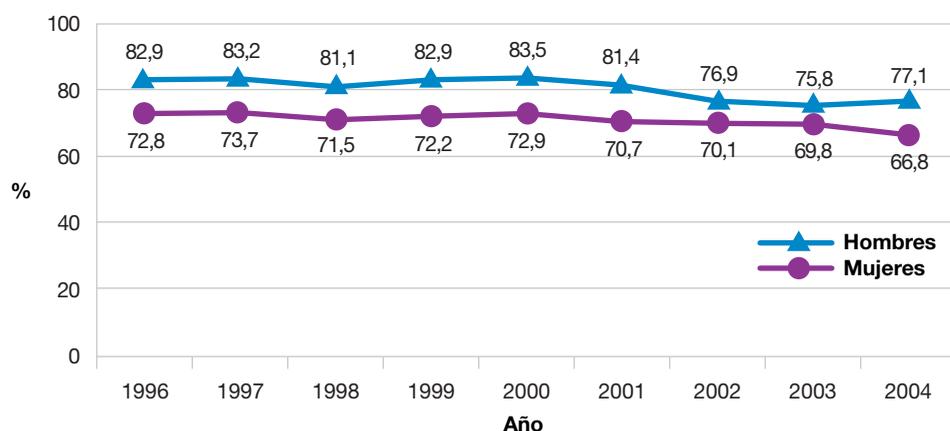


Gráfico 4.9. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de >=2 raciones de productos cárnicos al día. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

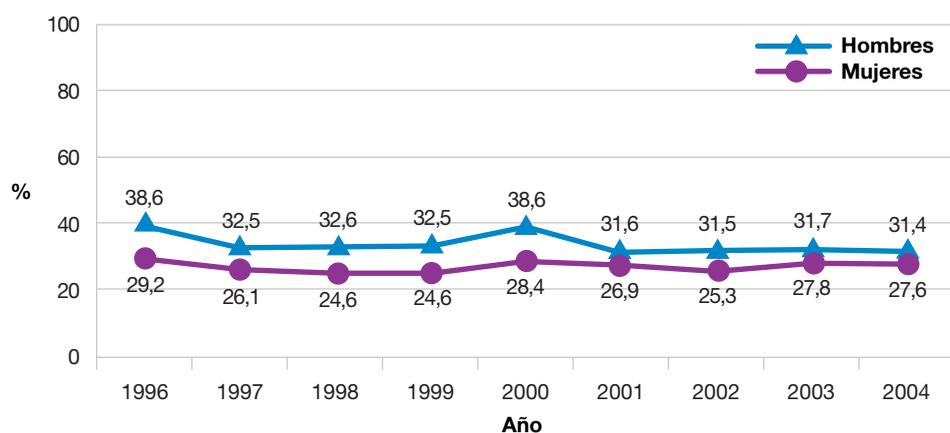


Gráfico 4.10. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de >=2 raciones de bollería al día. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

El perfil nutricional general de la dieta de los jóvenes de la Comunidad de Madrid muestra:

- Alto consumo de alimentos ricos en proteínas y grasas y bajo en hidratos de carbono.
- Exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería.
- Insuficiente consumo de frutas y verduras.
- Elevada ingesta de chucherías saladas.

4.2.3. Consumo de tabaco en jóvenes

El consumo de tabaco en jóvenes es un indicador importante para la valorar la situación del consumo de tabaco en un país. La incorporación de los jóvenes al consumo hace que aumenten las prevalencias en la edad adulta y una de las líneas de lucha contra el consumo de tabaco es la prevención antes del inicio. En Madrid se disponen datos procedentes de la intervención que se realizó en el marco del programa multicéntrico europeo “European smoking prevention framework aproach” (ESFA). Así los fumadores a los 13 y 14 años refieren que comenzaron el consumo a los 11 y 12 años en el 8%. Los fumadores regulares en Madrid son el 4,3%, cifras a similares e inferiores a las de otros países europeos. Los que nunca han fumado a los 13 años suponen el 70% de la población de esta edad (Gráficos 4.1 y 4. 2 y Tabla 4.1).

Gráfico 4.11. Porcentaje de fumadores regulares a los 11 años de edad.

Fuente: “European smoking prevention framework aproach”. Madrid.

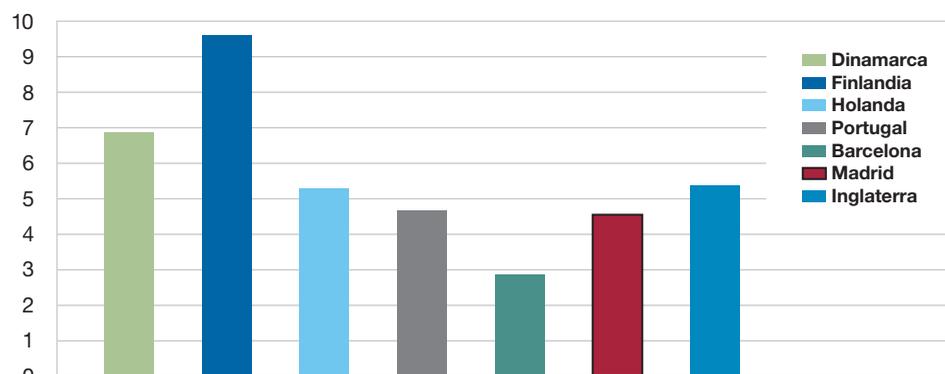


Gráfico 4.12. Porcentaje de jóvenes de 11 años que no han probado el tabaco nunca.

Fuente: “European smoking prevention framework aproach”. Madrid.

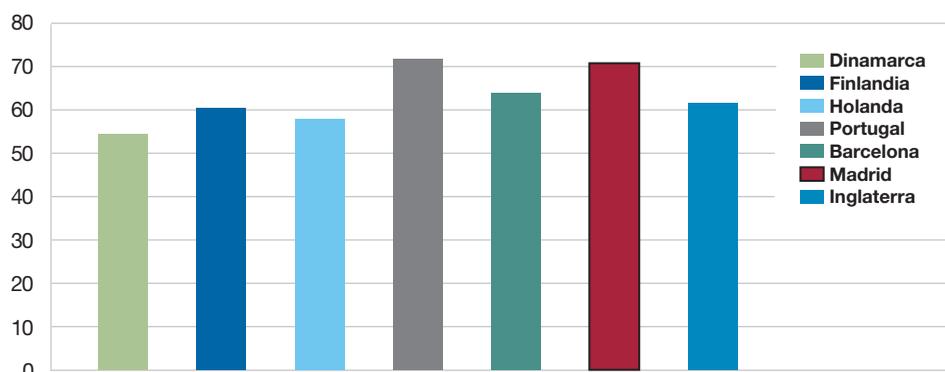


Tabla 4.8. Situación de inicio de consumo de tabaco a los 11 años.

Fuente: “European smoking prevention framework aproach”. Madrid.

	Chicos (%)	Chicas (%)
No fumo	90,4	86,3
Quiero dejarlo en el próximo mes	4,4	5,5
Quiero dejarlo en los próximos 6 meses	0,6	0,4
Quiero dejarlo en el próximo año	0,8	1,3
Quiero dejarlo en los próximos 5 años	0,4	0,6
Quiero dejarlo alguna vez (pero no en los próximos 5 años)	1,7	2,9
No quiero dejarlo	1,8	3,0

En el Gráfico 4.13 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 36,6% fuma con mayor o menor asiduidad, un 49,6% no fuman, y el 13,9% son exfumadores. Del total de jóvenes, el 21% fuma diariamente, y el 8,3% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 29,3% de fumadores habituales.

La proporción de jóvenes que fuma diariamente es superior en las mujeres (23%) que en los hombres (18,9%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 21% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente, frente al 12% en los que tienen 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 4,3% en mujeres (Tabla 4.9).

El 12,9% del total de entrevistados tienen permiso de los padres para fumar, aumentando al 33% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Aunque los chicos fuman en menor proporción que las chicas, tienen más frecuentemente permiso para fumar. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen. Cuando no fuma ninguno tienen permiso el 10,3%, cuando fuma uno el 15,1%, y cuando fuman los dos el 19,5%.

Si comparamos el promedio de los dos últimos años frente a los dos primeros se observa una disminución porcentual del 30% en los chicos y del 27,3% en las chicas, aunque comparando con los datos del 2003, la prevalencia no ha variado (Gráfico 4.14). La permisividad de los padres respecto al consumo de tabaco de los hijos continúa descendiendo, especialmente en las chicas (Gráfico 4.15).

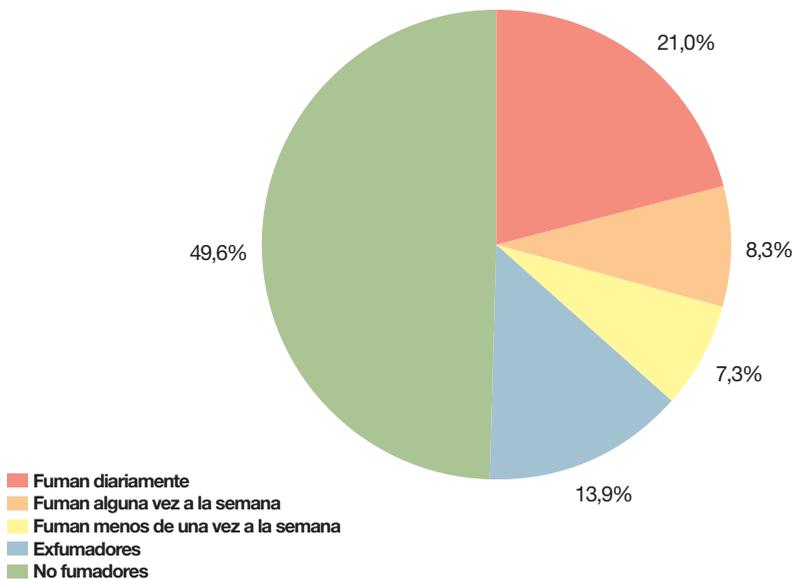


Gráfico 4.13. Comunidad de Madrid. Consumo de tabaco. Población de 15-16 años. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 4.9. Comunidad de Madrid. Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según género y edad. Año 2004.

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	21,0 (±3,3)*	18,9 (±3,8)	23,0 (±3,8)	12,0 (±2,9)	21,0 (±3,4)
Fumadores >10 cigarrillos	4,4 (±1,5)	4,6 (±2,1)	4,3 (±1,4)	1,5 (±0,9)	4,4 (±2,1)
Permiso de los padres para fumar	12,9 (±2,2)	15,6 (±3,3)	10,5 (±1,9)	7,2 (±2,1)	11,3 (±1,9)

*Intervalo de confianza al 95%

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 4.14. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

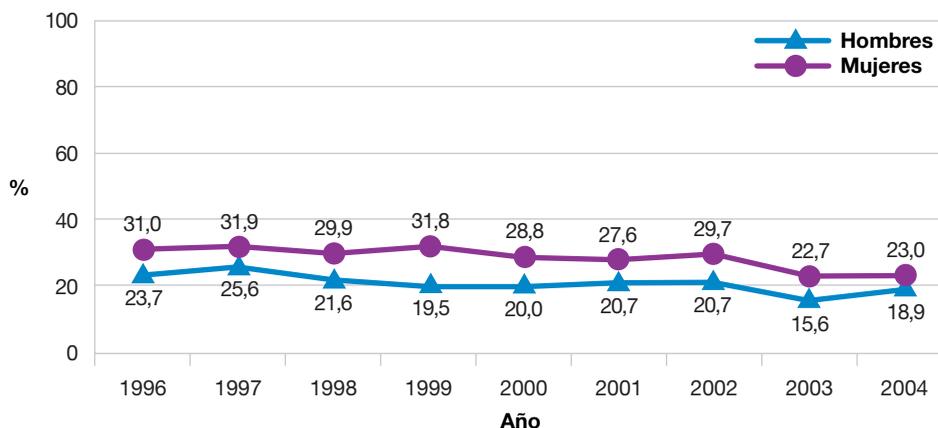
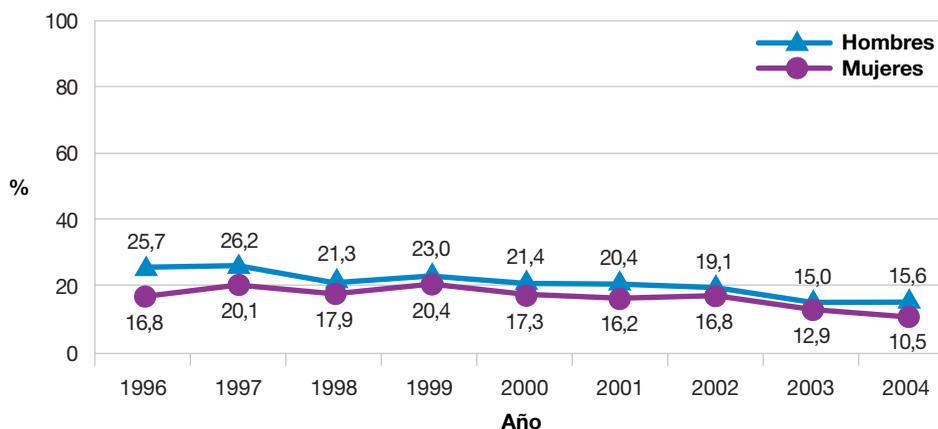


Gráfico 4.15. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



4.2.4. Consumo de alcohol

El 65,2% de los jóvenes ha consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la entrevista, y el 19% (22,6% de los chicos y 15,7% de las chicas) ha ingerido alcohol 6 o más días.

El consumo medio de bebidas alcohólicas supone una ingesta de 106 cc. de alcohol puro semanal. Los chicos, con una media de 120 cc., tienen un consumo superior al de las chicas (92 cc.). Asimismo, se observa un incremento del consumo, 98 cc. frente a 77 cc., en los chicos de 16 años respecto a los de 15.

La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, es el combinado o cubata.

Como en años anteriores, 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 10,6% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 53,6% como bebedores moderados, y el 35,7% como no bebedores (Gráfico 4.16). La proporción de bebedores a riesgo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, y en jóvenes de 16 años (7,7%) frente a los de 15 (6,3%).

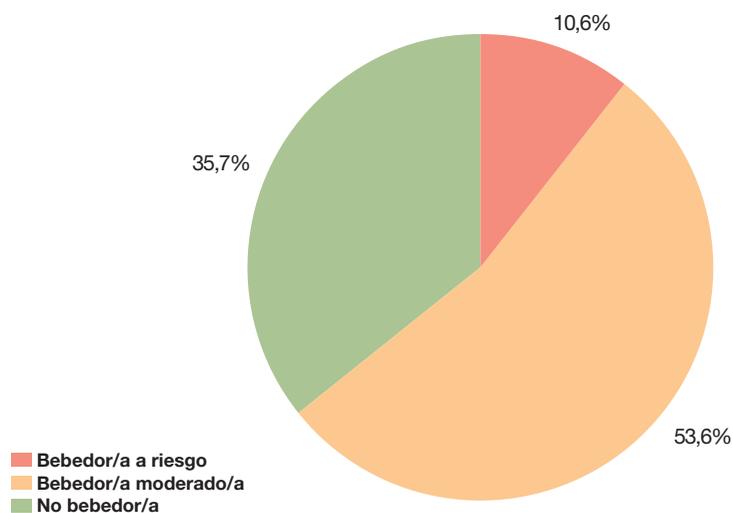


Gráfico 4.16. Comunidad de Madrid. Clasificación según cantidad de alcohol consumido*. Población de 15-16 años. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1 - 49 cc. en chicos y de 1 - 29 cc. en chicas.
Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es igual o mayor a 50 cc. en chicos y a 30 cc. en chicas.

El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (traducción 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 39,4% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo un poco más frecuente en los hombres que en las mujeres (40,8% frente al 38,1%), y en los jóvenes de 16 años (39%) respecto a los de 15 (30,8%). (Tabla 4.10)

El 50,6% afirma haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses, y el 30% en los últimos 30 días, con una frecuencia ligeramente superior en las chicas.

Por último, el 21,1% de los jóvenes ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol.

Durante el 2004 han continuado descendiendo una gran parte de los indicadores de consumo de alcohol, descenso que se viene observando desde principio de la presente década, y que es superior en los chicos que en las chicas (Gráficos 4.17-4.20). Comparando los promedios 2003-2004 con los dos primeros años de la serie, el descenso relativo más importante corresponde al consumo de riesgo, con una reducción del 40,1% en chicos y del 26,6% en chicas. Sin embargo, y aunque comparativamente con los primeros años de la serie el consumo es considerablemente inferior, se observa de forma consistente como durante este último año, todos los indicadores de consumo de alcohol se han incrementado ligeramente respecto al anterior, lo que puede marcar una inflexión en la tendencia descendente observada a lo largo de la serie.

Tabla 4.10. Comunidad de Madrid. Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según género y edad. Año 2004.

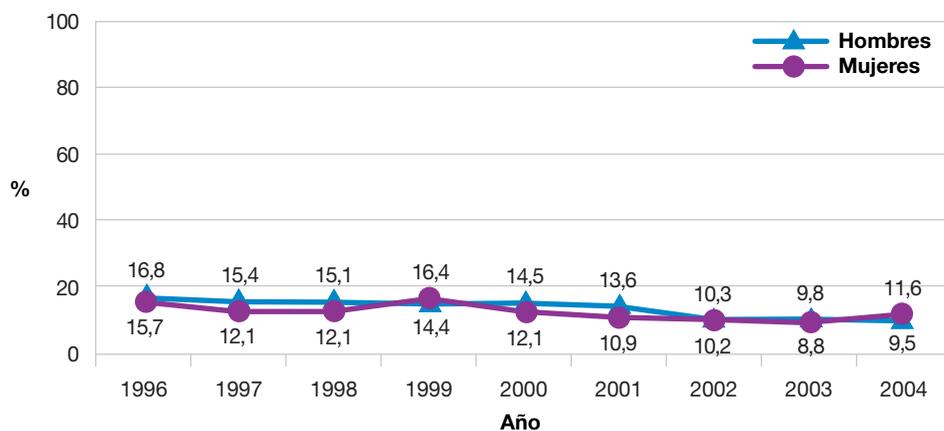
	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	10,6 (±2,0)*	9,5 (±2,9)	11,6 (±2,2)	6,3 (±1,7)	7,7 (±1,9)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	39,4 (±3,0)	40,8 (±4,3)	38,1 (±3,7)	30,8 (±2,7)	39,0 (±4,7)
Borrachera en los últimos 12 meses	50,6 (±3,1)	47,7 (±4,4)	53,3 (±3,6)	42,8 (±3,8)	50,6 (±4,3)
Borrachera en los últimos 30 días	30,0 (±3,2)	28,3 (±4,5)	31,6 (±3,5)	21,8 (±3,7)	31,1 (±4,7)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	21,1 (±2,9)	22,2 (±4,3)	20,1 (±2,9)	15,0 (±2,9)	20,7 (±2,8)

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 4.17. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de bebedores a riesgo*. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo



* Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es igual o mayor a 50 cc. en chicos y a 30 cc. en chicas

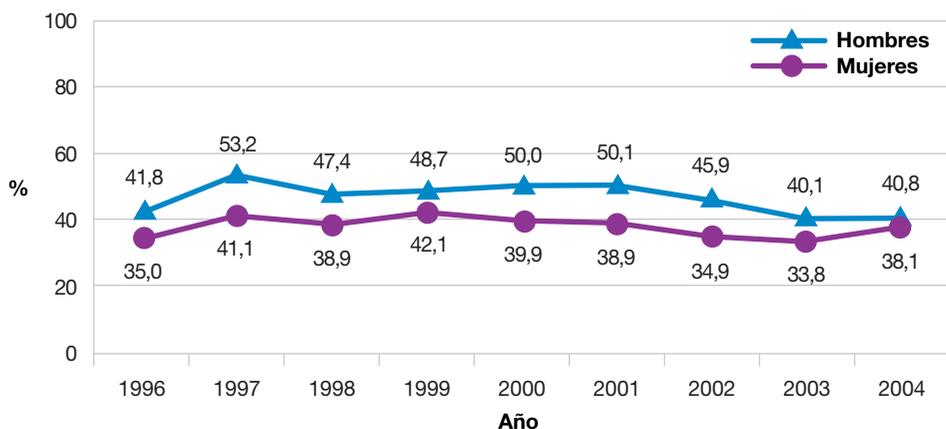


Gráfico 4.18. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

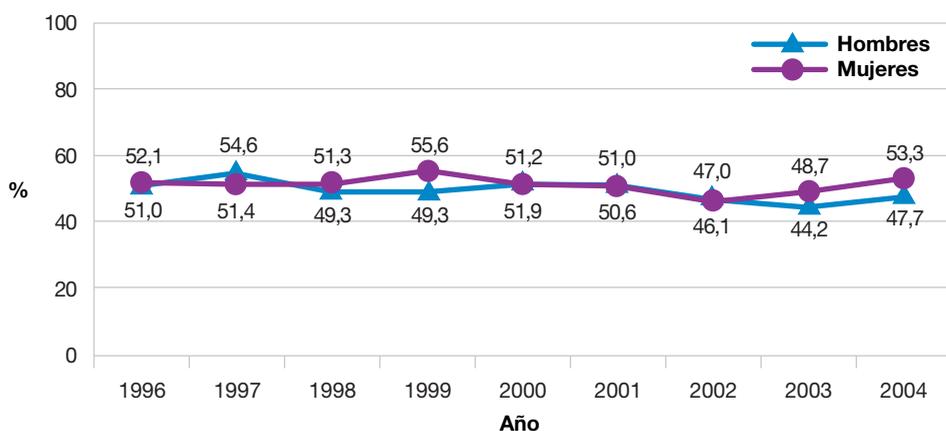


Gráfico 4.19. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

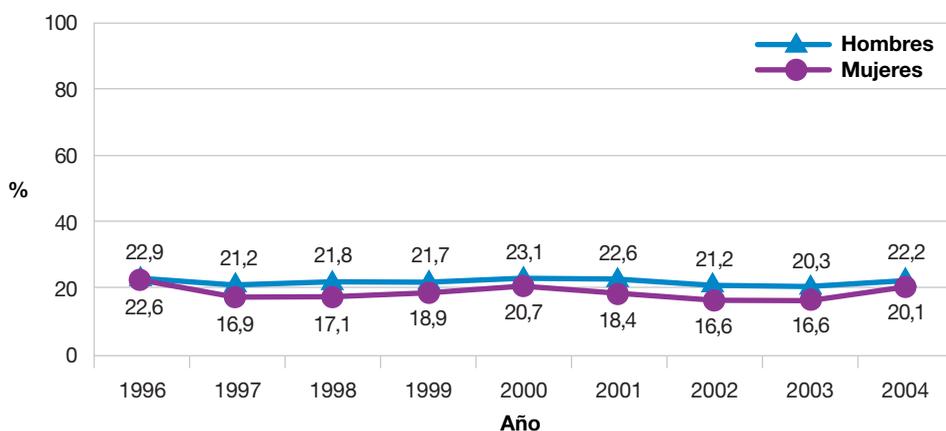


Gráfico 4.20. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que han viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

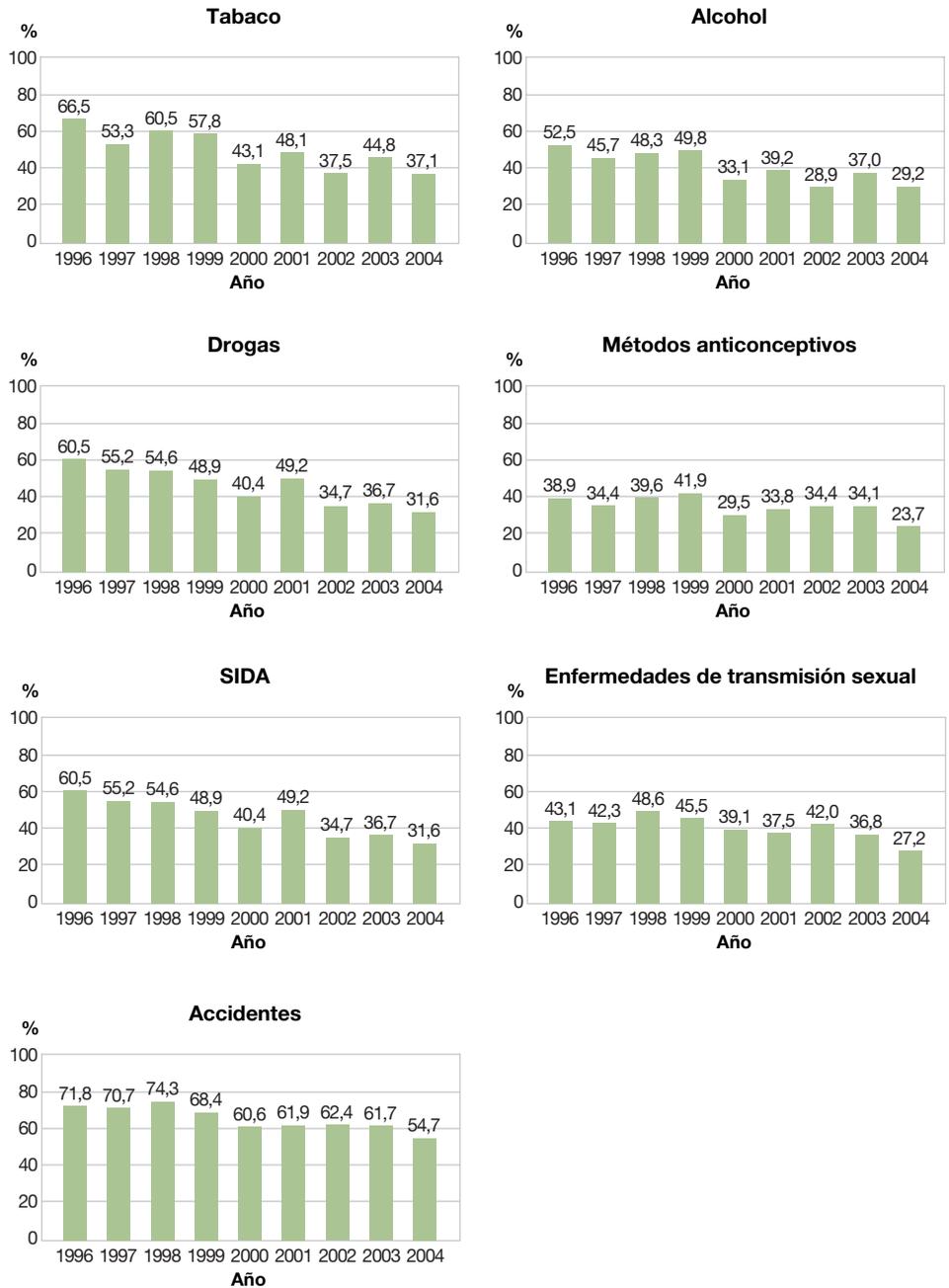
4.2.5. Información sobre temas de salud

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 54,7% en el caso de los accidentes hasta el 23,7% sobre los métodos anticonceptivos. (Tabla 4.11)

Desde 1996 ha mejorado la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, siendo particularmente importante en el consumo de tabaco, alcohol, drogas de comercio ilegal y métodos anticonceptivos (Gráfico 4.21).

Gráfico 4.21. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Tabaco	37,1 (±5,5)*
Alcohol	29,2 (±6,3)
Drogas de comercio ilegal	31,6 (±6,0)
Métodos anticonceptivos	23,7 (±5,7)
SIDA	36,6 (±6,4)
Enfermedades de transmisión sexual	27,2 (±6,4)
Accidentes	54,7 (±5,7)

*Intervalo de confianza al 95%

Tabla 4.11. Comunidad de Madrid. Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

4.2.6. Agregación de factores de riesgo en jóvenes

Con objeto de conocer el grado de agrupación de factores se han considerado siete indicadores: no realizar tres días o más a la semana ejercicio físico intenso; consumir menos de tres veces al día fruta o verdura junto a dos o más de productos cárnicos; consumir tabaco al menos con una frecuencia semanal; consumo de alcohol de riesgo (promedio diario de 50 cc. o más de alcohol en los chicos y de 30 cc. o más en las chicas); realizar algún consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto de forma habitual.

El 78,2% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,9% de ellos tienen dos, el 13% tres, el 8% cuatro, y el 6,1% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (Gráfico 4.22).

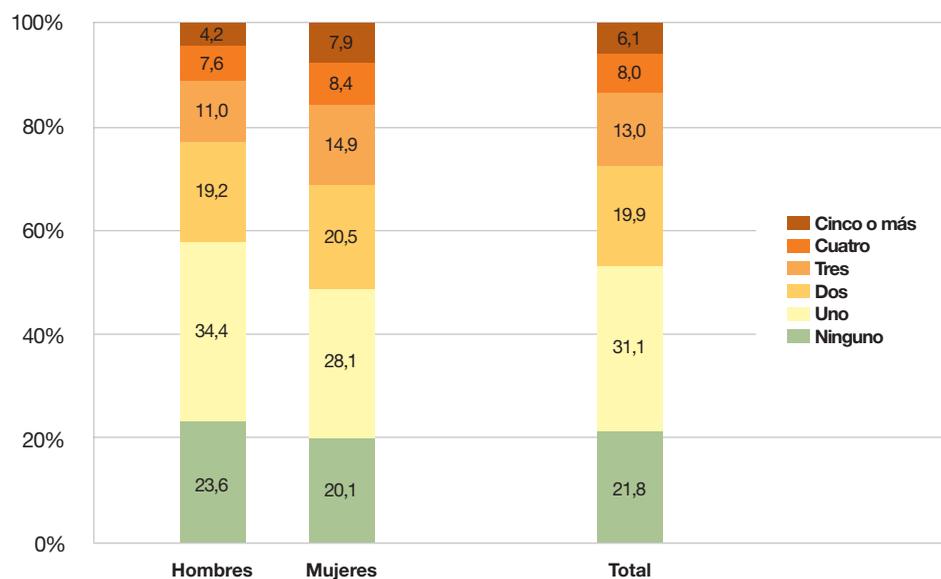


Gráfico 4.22. Comunidad de Madrid. Agrupación de factores de riesgo*. Población de 15-16 años. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

4.2.7. Evolución de los indicadores

A continuación, se reproduce sintéticamente la evolución de los principales indicadores, expresando el cambio porcentual de la razón de prevalencias del período 2003-2004 respecto al de 1996-1997. Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anti-conceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico solo posibilita el análisis de forma conjunta. En las Tablas 4.12-4.17 se describen los incrementos y disminuciones porcentuales superiores e inferiores a un 10%. El resto de indicadores (no tabulados) fluctúan entre estos dos valores.

Por ejemplo, el incremento del 23,9% del primer indicador de la Tabla 4.12, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de dividir la prevalencia promedio de este indicador del año 2003-2004 entre la prevalencia promedio de 1996-1997 y expresado en porcentaje.

Tabla 4.12. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Hombres.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+23,9
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	+21,1
Consumo <2 raciones de fruta al día	+15,3

Tabla 4.13. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Mujeres.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Ejercicio intenso <4 días a la semana	+16,7
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+15,1
Consumo <2 raciones de fruta al día	+14,1
Consumo <1 ración de verdura al día	+11,2

Tabla 4.14. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Hombres.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alcohol de riesgo	-40,1
Permiso de los padres para fumar	-37,0
Consumo de tabaco de forma diaria	-30,0
No utilización del casco en moto	-20,8
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-14,8
Borracheras en los últimos 12 meses	-13,0
Consumo de ≥ 2 raciones de bollería al día	-11,3

Indicador	Cambio porcentual (%)
Permiso de los padres para fumar	-30,9
No utilización del casco en moto	-28,2
Consumo de tabaco de forma diaria	-27,3
Consumo de alcohol de riesgo	-26,6

Tabla 4.15. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Mujeres.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de hachís en los últimos 12 meses	+14,3
Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	+12,0

Tabla 4.16. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Totales.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	-84,8
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-72,7
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-68,3
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-59,3
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-52,0
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-41,5
No utilización de métodos anticonceptivos eficaces en la última relación sexual	-18,0

Tabla 4.17. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Totales.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

4.2.8. Sexualidad responsable

El 21,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es superior en los chicos (25,1%) que en las chicas (17,9%), así como en los jóvenes de 16 años (21,3%) frente a los de 15 (10,5%).

Un 86,7% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual, cifra muy similar en los chicos y en las chicas. (Tabla 4.18)

Un 9,1% y 12,2% de hombres y mujeres respectivamente, no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (ningún método, marcha atrás, o no sabe con seguridad). La estimación de este indicador en el año 2003 es exactamente igual al obtenido en el 2002 y se mantiene en valores más bajos respecto a los cinco primeros de la serie (Gráfico 4.23).

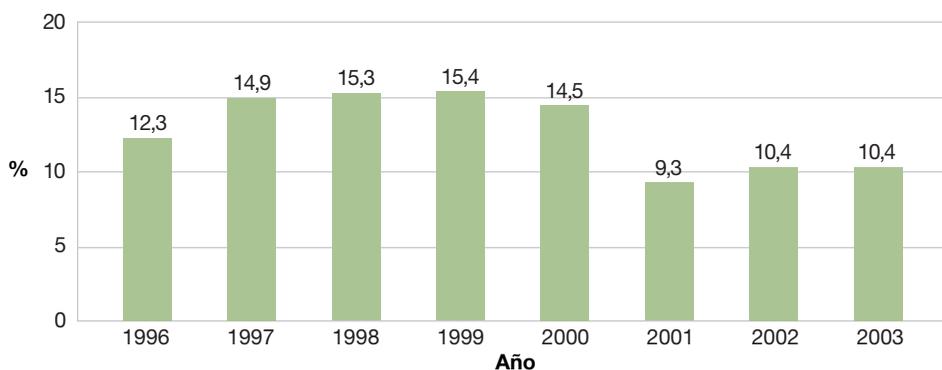
Tabla 4.18. Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según género y edad.

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	21,4 (±2,9)*	25,1 (±3,9)	17,9 (±2,9)	10,5 (±2,5)	21,3 (±3,1)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	86,7 (±4,1)	88,8 (±4,8)	83,7 (±5,6)	85,2 (±8,6)	88,3 (±6,0)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	10,4 (±3,2)	9,1 (±4,1)	12,2 (±4,9)	11,4 (±7,8)	11,6 (±5,3)

*Intervalo de confianza al 95%

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 4.23. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2003.



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3. Análisis de áreas focales

4.3.1. Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE)

La vigilancia epidemiológica de las IVE se inició en el año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). Están obligados a notificar los centros públicos y privados en los que se realizan IVE, el médico responsable de la intervención envía los cuestionarios normalizados de notificación a la Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Anualmente el registro de IVE de la Comunidad de Madrid remite la información al registro nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo).

La información que se presenta procede de las notificaciones de los centros públicos y privados, que cuentan con autorización para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo, de la Comunidad de Madrid. En el año 2004 notificaron IVE dos hospitales públicos (uno de los cuales cesó su actividad en junio de 2004) y 6 clínicas privadas. No están incluidas en esta información las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado una interrupción voluntaria del embarazo fuera de nuestra Comunidad.

El incremento paulatino de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid en los últimos años, hace necesario tener en consideración a este colectivo en el análisis de la información, con objeto de detectar diferencias socioculturales asociadas a las IVE y diseñar programas específicos de prevención.

En el año 2004 se han notificado al registro 19.438 IVE, el 17% (3.309) se realizaron a mujeres que residían fuera de nuestra Comunidad (un 29% en provincias limítrofes y un 11% en otros países). En un alto porcentaje de IVE practicadas a mujeres de fuera de la Comunidad de Madrid (14%), el motivo de la misma ha sido la presunción de graves taras fetales, y estas IVE se suelen realizar con más semanas de gestación.

Respecto al año 2003, el número de IVE notificadas ha aumentado un 5,2% entre las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, mientras que entre las no residentes, ha disminuido un 3%.

4.3.1.1. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid

El número de IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid presenta una tendencia creciente con un componente estacional de periodicidad anual. Si continua esta tendencia, el número de IVE pronosticadas por el modelo para 2005 serían de 17.028, solo de residentes de la Comunidad de Madrid (entre 13.640 y 20.795 con un intervalo de confianza del 95%). (Gráfico 4.24).

La tasa de IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) continúa aumentando situándose en el año 2004 en un 11,5 por mil (Gráfico 4.25).

Mientras que, según el padrón continuo de 1 de enero de 2004, el 17,4% de las mujeres en edad fértil (15-44 años) residentes en la Comunidad de Madrid son extranjeras, el 52% de las IVE practicadas y notificadas en el 2004 corresponden a este colectivo.

Así, cuando solo se consideran las mujeres españolas, la tasa de IVE disminuye a un 6,4 por mil.

Por grupos de edad, las tasas más altas de IVE por mil mujeres corresponden al grupo entre 20 y 29 años. Llama la atención el incremento observado en el grupo de edad de 15 a 19 años, que ha pasado de 4,5 por mil en 1996 a 11,3 en 2004 (Gráfico 4.26).

Las tasas de IVE en mujeres de 15 a 44 años se han obtenido para los municipios con una población de mujeres superior a 20.000 en este rango de edad. Se han obtenido las tasas para los años en los que existen datos del padrón continuo: 1998 a 2003. Los datos por municipios del año 2004 aún no están disponibles. Las tasas más altas han correspondido a los municipios de Alcalá de Henares, Madrid y Torrejón de Ardoz, estos dos últimos municipios tienen una tasa por encima del total de la Comunidad de Madrid desde 2002. En el año 2003, la tasa ha disminuido respecto a 2002 en Alcobendas, Alcorcón, Leganés y Móstoles, pero habrá que esperar para confirmar esta tendencia (Tabla 4.19, Gráfico 4.27).

Los datos sociodemográficos se resumen en las Tablas 4.20 y 4.21.

De las 16.129 IVE realizadas a mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, el 52% corresponde a extranjeras y en el 2,4% se desconoce el país de origen.

Por grupos de edad, el 0,3% de las mujeres que realizaron una IVE tenían menos de 15 años, el 51,7% entre 20-29 y el 0,3% más de 44 años. Al comparar el patrón de la distribución de las IVE por grupos de edad y país de origen, se observa que estas son más frecuentes en extranjeras entre los 20 y 34 años (Gráfico 4.28). La mediana de edad ha sido de 27 años tanto en mujeres españolas como en extranjeras.

En el momento de la IVE, el 40% de las españolas y el 58% de las extranjeras convivían en pareja.

Respecto al nivel de estudios, el 1,5% de las españolas son analfabetas o no tienen estudios y el 22,7% tienen estudios superiores, para las extranjeras estos porcentajes son del 2,3% y 12,2% respectivamente.

Las extranjeras refieren con más frecuencia tener recursos económicos propios (72,8% frente al 65,6% de las españolas).

El 47,8% de las mujeres no tenían hijos vivos en el momento de la IVE, el 8,2% tenía de 3 a 5 y el 0,5% 6 o más. De las que tenían hijos, el 1,9% parieron el mismo año de la IVE y un 21% habían tenido su último hijo 6 o más años antes. En relación al país de origen se observa que el 60,1% de las españolas no tenían hijos en el momento del aborto y el 5,3% tenía tres o más. Sin embargo, entre las extranjeras el 35,7% no tenían hijos y el 11,9% tenían tres o más.

Las mujeres que abortaron voluntariamente por primera vez fueron el 66,5% (72,4% de las españolas y 61,3% de las extranjeras). El 1,3% habían recurrido a la IVE en más de 4 ocasiones con anterioridad (0,6% de las españolas y 2,2% de las extranjeras). El 9,9% de las mujeres que habían abortado con anterioridad, recurrieron a la IVE el mismo año que la IVE actual.

En los 2 años previos a la IVE, el 61% de las mujeres españolas y el 75% de las extranjeras, no habían acudido a un servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos.

El porcentaje de mujeres que se informó de la posibilidad de realizar la IVE en un centro sanitario es del 38,4%. Las mujeres que acuden a informarse a un centro sanitario público aumentan de forma continuada, pasando de un 25,1% en el año 2001 a un 29,0% en 2004. Un 61,4% obtienen esta información fuera de los circuitos sanitarios (Prensa, Internet, amigos, etc.) (Tabla 4.22).

Un 3,5% de las mujeres españolas y un 2% de las extranjeras fueron atendidas para la realización de la IVE en los hospitales públicos (dos hasta junio de 2004 y solo uno desde entonces).

El 19,8% de las IVE practicadas en 2004, las sufragó la Administración Sanitaria (el 2,7% se realizó en hospitales públicos y el 17,1% en clínicas privadas).

Para el 97,8% de las mujeres, el peligro para su salud física o psíquica fue el motivo de la IVE y para el 2,1% (350 casos) la presunción de graves taras en el feto. En cuatro, el motivo referido fue la violación denunciada.

Las causas fetales más frecuentes fueron: la trisomía 21 (32% - 112 casos) el linfangioma (5,1% - 18 casos), la anencefalia (4% - 14 casos), la hidrocefalia, (3,7% - 13 casos) y la infección por VIH de la embarazada (3,4% - 12 casos).

El 59,1% de las IVE se practicaron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 7,2% después de las 15 semanas (IVE tardía); el 1,5% fueron con \geq 21 semanas. Las IVE de \leq 8 semanas fueron más frecuentes en las mujeres de 25 a 34 años ($> 60\%$) y las tardías en el grupo de 10 a 14 años (21,2%) (Gráfico 4.29).

De las IVE por motivo fetal, el 80% se realizaron tardíamente (después de la semana 15 de gestación), mientras que de aquellas realizadas por otros motivos solo el 8,7% fueron IVE tardías.

El método de intervención más frecuente para la realización de la IVE es la aspiración, utilizado en el 81,2% de los casos.

Como resumen podemos señalar:

- *Se está produciendo un incremento paulatino en la tendencia de las interrupciones voluntarias del embarazo. Este aumento paulatino en las tasas de incidencia hace necesario replantearse las acciones encaminadas a disminuir las interrupciones voluntarias del embarazo. Ya que las actuaciones actuales o son insuficientes o no están diseñadas adecuadamente para incidir en los colectivos más vulnerables.*
- *El hecho de que más del 50% de las IVE realizadas corresponda a mujeres inmigrantes, hace pensar en las dificultades que los programas de prevención y promoción de la salud encuentran para adecuarse a las características socioculturales de este*

colectivo no homogéneo. Un enfoque socio-sanitario integrador es fundamental para desarrollar estrategias preventivas y asistenciales en general, y también en relación a la salud reproductiva y a la prevención de embarazos no deseados.

- El incremento continuo de la tasa de IVE en menores de 20 años y la asunción por los adolescentes de conductas sexuales de riesgo al inicio de las mismas, alerta sobre la necesidad de readecuar los programas de educación afectivo-sexual dirigidos a adolescentes que les proporcione la formación necesaria para obtener unas relaciones sexuales satisfactorias y seguras y que eviten los embarazos no deseados y por tanto las IVE.
- En los últimos años, más de la mitad de las mujeres a las que se les realizó la IVE no habían acudido a un servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos.

En resumen y dada la situación actual parece imprescindible el apoyo institucional al desarrollo de nuevas experiencias e iniciativas que acerquen la oferta sanitaria a los grupos más vulnerables mediante la reducción activa de las barreras de accesibilidad dando a conocer a las mujeres extranjeras la oferta y el derecho a la utilización de los servicios de Planificación Familiar, sin olvidar las dificultades que se perciben en algunos colectivos de emigrantes para abordar en las consultas médicas cuestiones en relación con la sexualidad o la anticoncepción.

Es necesario elaborar programas para la reducción de IVE, teniendo en cuenta la perspectiva de género que involucre a la pareja, cuando exista, articulando estrategias que le incluyan como persona con responsabilidad en la prevención de embarazos no deseados.

La Atención Primaria debe de ser una pieza clave en los Programas de Prevención de las IVE, en especial asesorando en planificación familiar y en métodos anticonceptivos.

Tabla 4.19. Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil por municipio. Años 1998-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Alcalá de Henares	6,45	7,66	5,81	7,75	9,83	10,57	
Alcobendas	5,84	6,49	7,22	8,33	9,10	9,00	
Alcorcón	5,77	6,29	7,01	7,23	9,30	8,01	
Fuenlabrada	6,54	7,03	6,91	8,13	7,88	8,36	
Getafe	4,23	5,60	5,46	4,99	5,98	7,10	
Leganés	6,54	6,85	7,22	7,43	9,00	8,43	
Madrid	8,43	10,11	10,32	11,78	12,79	13,14	
Móstoles	6,32	6,47	7,00	8,78	10,38	8,76	
Parla	5,81	6,84	5,87	7,27	8,91	9,96	
Torrejón de Ardoz	6,45	7,00	8,99	8,17	11,67	11,96	
Resto de la CM	5,69	6,88	6,08	6,74	8,42	8,51	
Total de la CM	7,25	8,53	8,49	9,60	10,85	11,02	11,5

Población: Padrón continuo 1998-2003. Del año 2004 sólo disponemos de poblaciones para el total de la Comunidad.

	País de origen						Total		
	España		Otro país		No consta		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Grupos de edad	10-14	22	0,3%	30	0,4%			52	0,3%
	15-19	989	13,4%	655	7,8%	34	8,8%	1.678	10,4%
	20-24	1.796	24,4%	2.281	27,2%	126	32,6%	4.203	26,1%
	25-29	1.613	21,9%	2.407	28,7%	108	27,9%	4.128	25,6%
	30-34	1.354	18,4%	1.750	20,9%	85	22,0%	3.189	19,8%
	35-39	1.061	14,4%	957	11,4%	29	7,5%	2.047	12,7%
	40-44	489	6,6%	292	3,5%	5	1,3%	786	4,9%
	45 o más	35	0,5%	11	0,1%			46	0,3%
Convive en pareja	Sí	2.944	40,0%	4.849	57,8%	133	34,4%	7.926	49,1%
	No	4.377	59,5%	3.496	41,7%	253	65,4%	8.126	50,4%
	No consta	38	0,5%	38	0,5%	1	0,3%	77	0,5%
Estado civil	Soltera	5.176	70,3%	5.307	63,3%	312	80,6%	10.795	66,9%
	Casada	1.554	21,1%	2.528	30,2%	56	14,5%	4.138	25,7%
	Viuda	32	0,4%	55	0,7%	2	0,5%	89	0,6%
	Divorciada	257	3,5%	270	3,2%	3	0,8%	530	3,3%
	Separada	321	4,4%	195	2,3%	14	3,6%	530	3,3%
	No consta	19	0,3%	28	0,3%			47	0,3%
Nivel de instrucción	Analfabeta/ sin estudios	115	1,6%	191	2,3%	2	0,5%	308	1,9%
	Primer grado	740	10,1%	1.320	15,7%	15	3,9%	2.075	12,9%
	Segundo grado	4.783	65,0%	5.803	69,2%	251	64,9%	10.837	67,2%
	Tercer grado	1.668	22,7%	1.022	12,2%	119	30,7%	2.809	17,4%
	Inclasificable	12	0,2%	11	0,1%			23	0,1%
	No consta	41	0,6%	36	0,4%			77	0,5%
Situación laboral	Empresaria con empleados	69	0,9%	23	0,3%	3	0,8%	95	0,6%
	Empresaria sin empleados	141	1,9%	163	1,9%	3	0,8%	307	1,9%
	Asalariada	4.386	59,6%	5.794	69,1%	258	66,7%	10.438	64,7%
	Pensionista	37	0,5%	7	0,1%			44	0,3%
	Estudiante	1.057	14,4%	422	5,0%	55	14,2%	1.534	9,5%
	Parada	930	12,6%	1.094	13,1%	51	13,2%	2.075	12,9%
	Ama de casa	681	9,3%	819	9,8%	15	3,9%	1.515	9,4%
	Otras	47	0,6%	47	0,6%	1	0,3%	95	0,6%
	No consta	11	0,1%	14	0,2%	1	0,3%	26	0,2%
Ingresos económicos propios	Sí	4.831	65,6%	6.101	72,8%	269	69,5%	11.201	69,4%
	No	2.307	31,3%	2.017	24,1%	103	26,6%	4.427	27,4%
	No consta	221	3,0%	265	3,2%	15	3,9%	501	3,1%
Total	7.359	100,0%	8.383	100,0%	387	100,0%	16.129	100,0%	

Tabla 4.20. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Características sociodemográficas por país de origen.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 4.21. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Características sociodemográficas por país de origen.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	País de origen						Total		
	España		Otro país		No consta		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Número de hijos vivos	Ninguno	4.424	60,1%	2996	35,7%	283	73,1%	7.703	47,8%
	1	1.479	20,1%	2569	30,6%	55	14,2%	4.103	25,4%
	2	1.072	14,6%	1823	21,7%	37	9,6%	2.932	18,2%
	3	271	3,7%	664	7,9%	10	2,6%	945	5,9%
	4 o más	113	1,5%	331	3,9%	2	0,5%	446	2,8%
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	140	4,8%	165	3,1%	5	4,8%	310	3,7%
	1	536	18,3%	739	13,7%	22	21,2%	1.297	15,4%
	2	379	12,9%	657	12,2%	8	7,7%	1.044	12,4%
	3	332	11,3%	548	10,2%	19	18,3%	899	10,7%
	4	269	9,2%	572	10,6%	5	4,8%	846	10,0%
	5	220	7,5%	407	7,6%	11	10,6%	638	7,6%
	6 o más	1.053	35,9%	2.282	42,4%	34	32,7%	3.369	40,0%
No consta	6	0,2%	17	0,3%			23	0,3%	
Total de las que tienen hijos vivos	2935	100,0%	5387	100,0%	104	100,0%	8426	100,0%	
Número de IVE previas	Ninguna	5327	72,4%	5137	61,3%	266	68,7%	10730	66,5%
	1	1515	20,6%	2150	25,6%	90	23,3%	3755	23,3%
	2	379	5,2%	703	8,4%	17	4,4%	1099	6,8%
	3	99	1,3%	212	2,5%	9	2,3%	320	2,0%
	4	26	0,4%	108	1,3%	3	0,8%	137	0,8%
	5	8	0,1%	31	0,4%	1	0,3%	40	0,2%
	6 o más	5	0,1%	42	0,5%	1	0,3%	48	0,3%
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	165	8,1%	355	10,9%	15	12,4%	535	9,9%
	1	455	22,4%	921	28,4%	25	20,7%	1.401	26,0%
	2	321	15,8%	574	17,7%	22	18,2%	917	17,0%
	3	211	10,4%	366	11,3%	13	10,7%	590	10,9%
	4	184	9,1%	268	8,3%	10	8,3%	462	8,6%
	5	125	6,2%	173	5,3%	7	5,8%	305	5,7%
	6 o más años	556	27,4%	525	16,2%	29	24,0%	1.110	20,6%
	No consta	14	0,7%	62	1,9%			76	1,4%
Total de las que han tenido IVE previas	2.031	100,0%	3.244	100,0%	121	100,0%	5.396	100,0%	
Uso de servicios sanitarios de anticoncepción en los últimos 2 años	Sí, público	1.711	23,3%	1.523	18,2%	102	26,4%	3.336	20,7%
	Sí, privado	1.061	14,4%	379	4,5%	103	26,6%	1.543	9,6%
	Otros	56	0,8%	166	2,0%	1	0,3%	223	1,4%
	No	4.506	61,2%	6.285	75,0%	179	46,3%	10.970	68,0%
	No consta	25	0,3%	30	0,4%	2	0,5%	57	0,4%
Total	7.359	100,0%	8.383	100,0%	387	100,0%	16.129	100,0%	

		País de origen						Total		
		España		Otro país		No consta		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Dónde se informó de la posibilidad de esta IVE	Centro sanitario público	2.103	28,6%	2.501	29,8%	69	17,8%	4.673	29,0%	
	Centro sanitario privado	871	11,8%	611	7,3%	39	10,1%	1.521	9,4%	
	Otros	4.369	59,4%	5258	62,7%	278	71,8%	9.905	61,4%	
	No consta	16	0,2%	13	0,2%	1	0,3%	30	0,2%	
Tipo de Centros	Públicos	259	3,5%	179	2,1%			438	2,7%	
	Privados	7.100	96,5%	8.204	97,9%	387	100,0%	15.691	97,3%	
IVE financiadas por la Admón. Sanitaria	Sí	En centros públicos	259	3,5%	179	2,1%			438	2,7%
		En centros privados	1.194	16,2%	1.552	18,5%	10	2,6%	2.756	17,1%
	No	5.906	80,3%	6.652	79,4%	377	97,4%	12.935	80,2%	
Motivo de la IVE	Peligro para la salud de la embarazada	7.057	95,9%	8.331	99,4%	387	100,0%	15.775	97,8%	
	Presunción de graves taras fetales	227	3,1%	36	0,4%			263	1,6%	
	Peligro para la salud de la embarazada y feto con graves taras	72	1,0%	15	0,2%			87	0,5%	
	Violación denunciada	3	0,0%	1	0,0%			4	0,0%	
Semanas de gestación	Precoz: ≤ 8 semanas	4.557	61,9%	4.619	55,1%	359	92,8%	9.535	59,1%	
	> 8 y ≤ 15 semanas	2.189	29,7%	3.211	38,3%	24	6,2%	5.424	33,6%	
	Tardío: > 15 semanas	611	8,3%	552	6,6%	4	1,0%	1.167	7,2%	
	No consta	2	,0%	1	,0%			3	,0%	
Método de la intervención	Aspiración	6.115	83,1%	6.921	82,6%	61	15,8%	13.097	81,2%	
	Dilatación	315	4,3%	220	2,6%	1	0,3%	536	3,3%	
	Legrado	466	6,3%	956	11,4%	1	0,3%	1.423	8,8%	
	RU-486	334	4,5%	181	2,2%	324	83,7%	839	5,2%	
	Inyección intravenosa	107	1,5%	88	1,0%			195	1,2%	
	Inyección intrauterina	2	0,0%	2	0,0%			4	0,0%	
	Histerotomía	3	0,0%					3	0,0%	
	Histerectomía			1	0,0%			1	0,0%	
	Otros	17	0,2%	14	0,2%			31	0,2%	
Total		7.359	100,0%	8.383	100,0%	387	100,0%	16.129	100,0%	

Tabla 4.22. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Datos de la intervención por país de origen.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 4.24. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Evolución del número de IVE. 1987-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

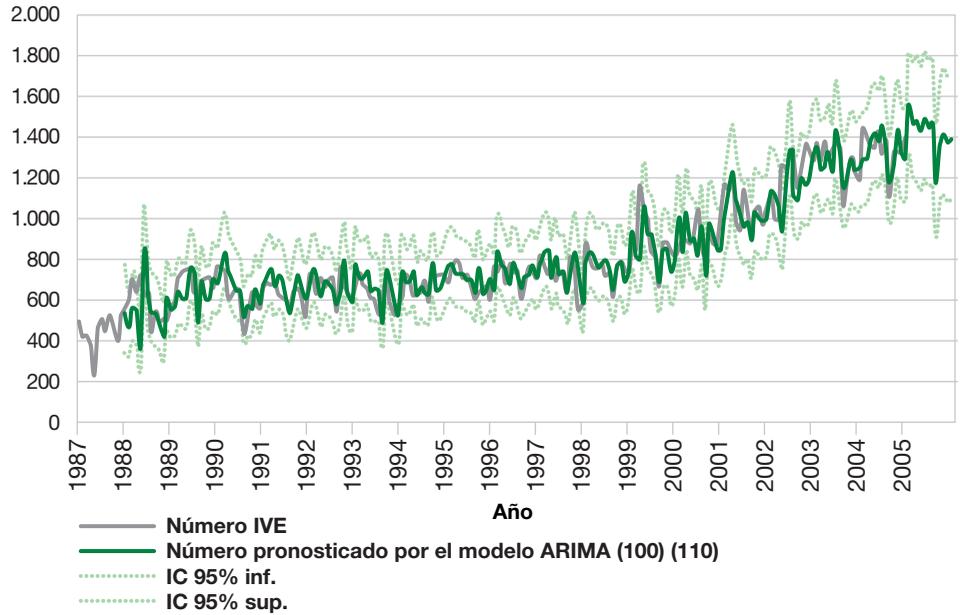


Gráfico 4.25. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Evolución de la tasa de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). 1991-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

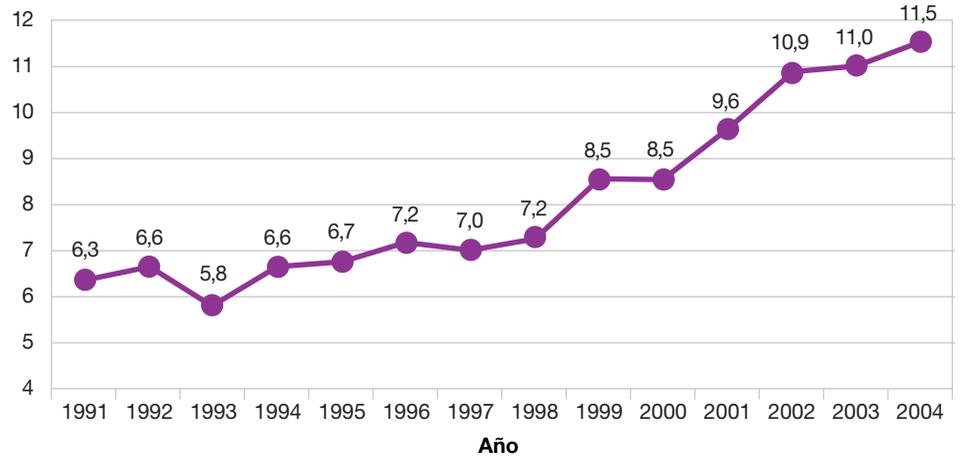
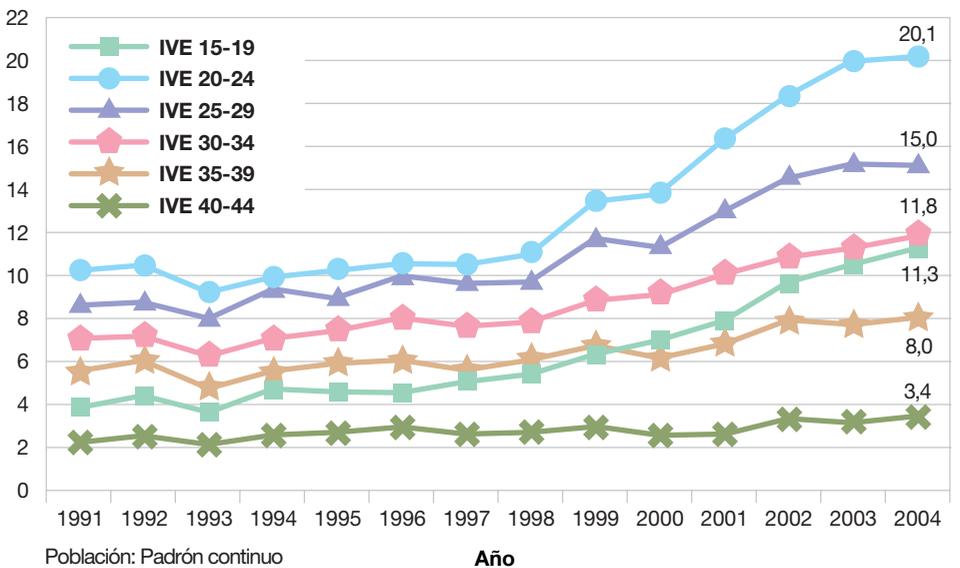


Gráfico 4.26. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil por grupos de edad. 1991-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



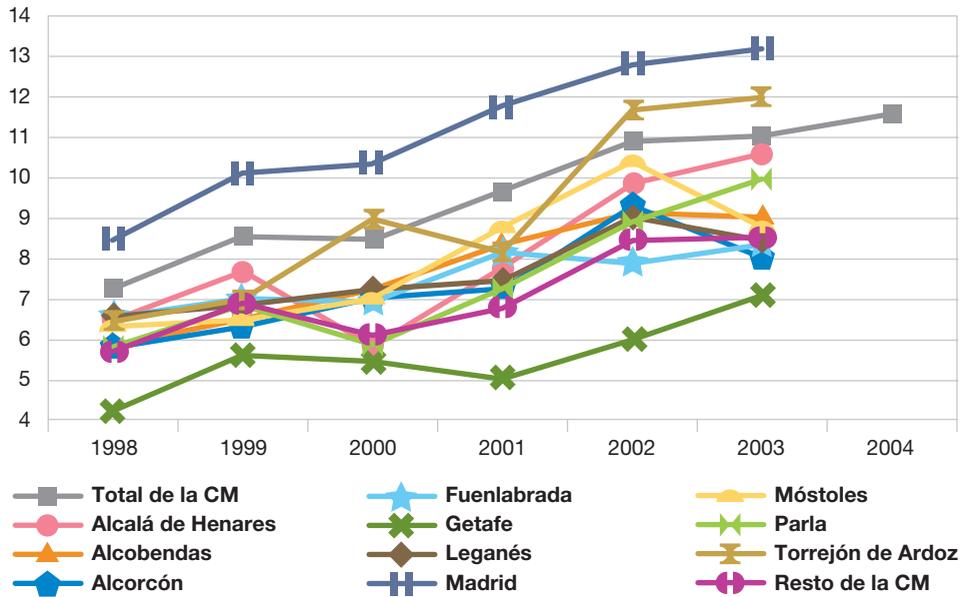


Gráfico 4.27. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil por municipios. 1998-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

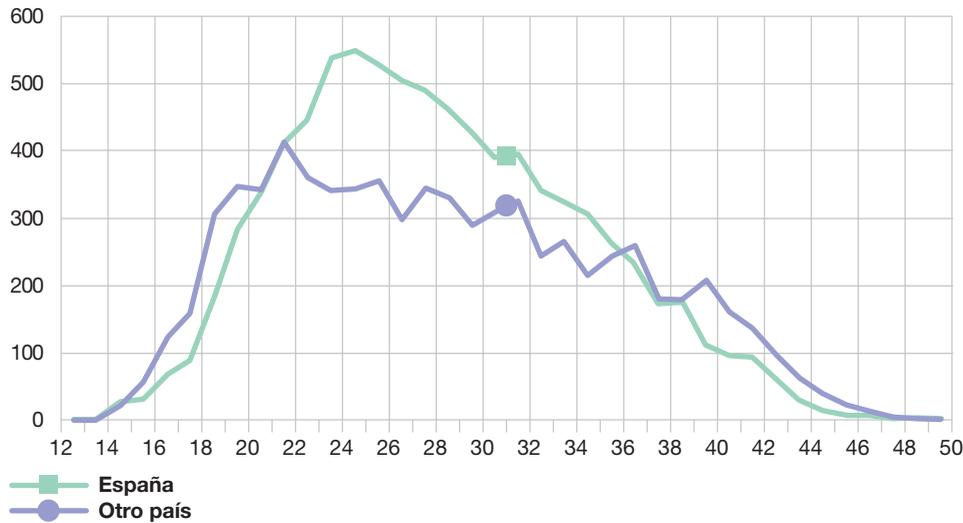


Gráfico 4.28. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, por edad y por país de origen. Año 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

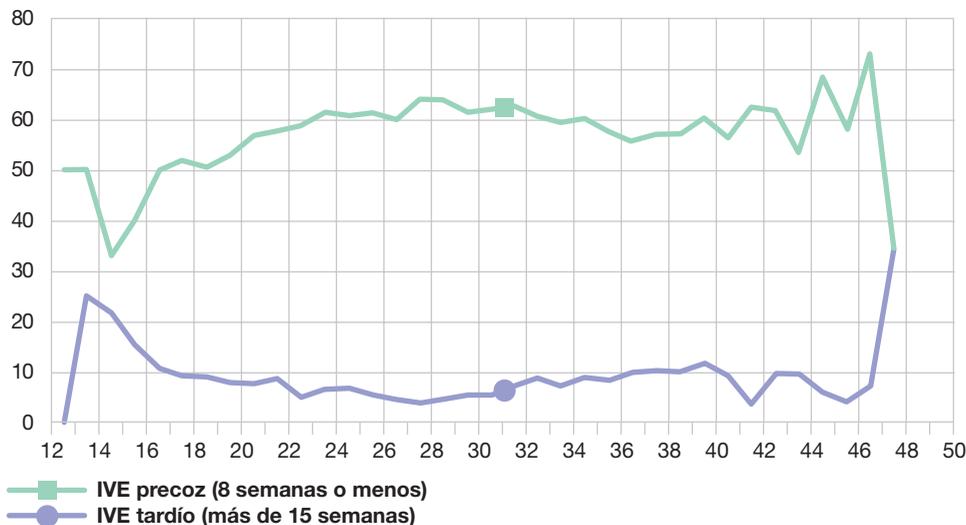


Gráfico 4.29. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, por edad y semanas de gestación. Año 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de la Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

4.4. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- *Programa de Promoción de la Salud Infanto-Juvenil.*
- *Programas de Prevención del Consumo de Drogas.*
- *Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil.*
- *Subprograma de Vigilancia Epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).*
- *Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.*
- *Plan Regional de Promoción y Educación para la Salud en los Centros Educativos.*
- *Plan Integral de Alimentación y Nutrición.*
- *Plan contra los Trastornos del Comportamiento Alimentario.*
- *Calendario Vacunal y Vacunación Preventiva.*

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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. Necesidades sociosanitarias de las personas mayores en la Comunidad de Madrid

La cuestión del envejecimiento ha adquirido una importancia capital en nuestro tiempo por la magnitud y las repercusiones de un fenómeno que en el curso de unas pocas décadas ha cambiado radicalmente el perfil de la sociedad.

Este cuadro se acentuará aún más en los próximos 15-20 años, cuando lleguen a la edad de jubilación las generaciones del “baby-boom” español, las nacidas en la década de los sesenta del siglo XX.

No sólo aumenta el número de ancianos de año en año sino que el aumento mayor corresponde al de los muy mayores, aquellos que tienen ochenta y cinco años o más. Además, cada vez es mayor el número de ancianos que viven solos. Este incremento de la longevidad se produce, en muchos casos, pagando un alto precio en forma de discapacidad y pérdida de autonomía como consecuencia de las diversas patologías crónicas que la edad avanzada generalmente conlleva. Todo ello supone un aumento de la demanda de servicios sanitarios y sociales tanto por parte de los propios ancianos como de las familias que son las que tienen que paliar la escasez de recursos sociales de atención a los mayores.

Para esta valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores en la Comunidad de Madrid se han utilizado las fuentes de información siguientes: el Censo de 2001, el Padrón Continuo a 1 de enero de 2004, el registro de mortalidad de la Comunidad de Madrid de 2002, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) correspondiente al año 2004, la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid 2001 y la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, realizada por el INE.

5.1.1. Aspectos demográficos

La población mayor de 64 años en la Comunidad de Madrid rondaba las 790.000 personas según el Censo de 2001 (casi un 15% del total). De acuerdo con las últimas cifras disponibles (Padrón Continuo a 1 de enero de 2004) esta cifra se eleva a 845.000. En algunos distritos de la capital y en algunos municipios de la Sierra Norte este porcentaje supera el 20%. El colectivo de mayores de 84 años es el que ha experimentado un mayor crecimiento relativo en las últimas tres décadas. En 2001 sumaban 82.000 personas (el 1,5% de toda la población), y en 2004 102.000 (1,75%). Entre 1970 y 2004 se ha multiplicado por dos su peso sobre el conjunto de las personas de 65 y más años (del 6 al 12 por ciento). En la Comunidad de Madrid había en 2001 aproximadamente 153.000 personas mayores de 64 años (una de cada cinco) que viven solas. De ellas, el 80% son mujeres (Gráficos 5.1-5.2).

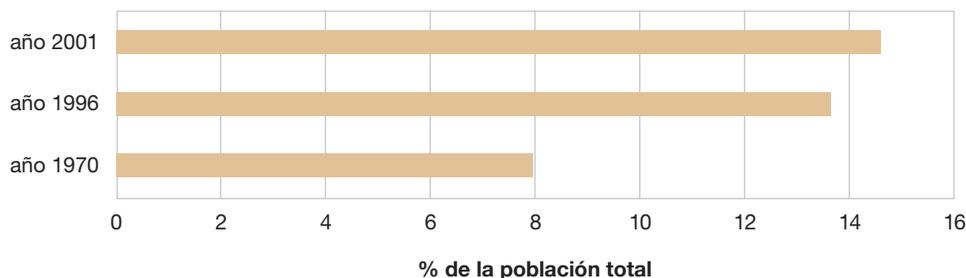


Gráfico 5.1. Evolución de la proporción de 65 y más años en la Comunidad de Madrid.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Existe un proceso de feminización de la vejez que se acentúa en los octogenarios. Las mujeres suponen alrededor del 60% de los mayores de 64 años y el 72% de los mayores de 84.

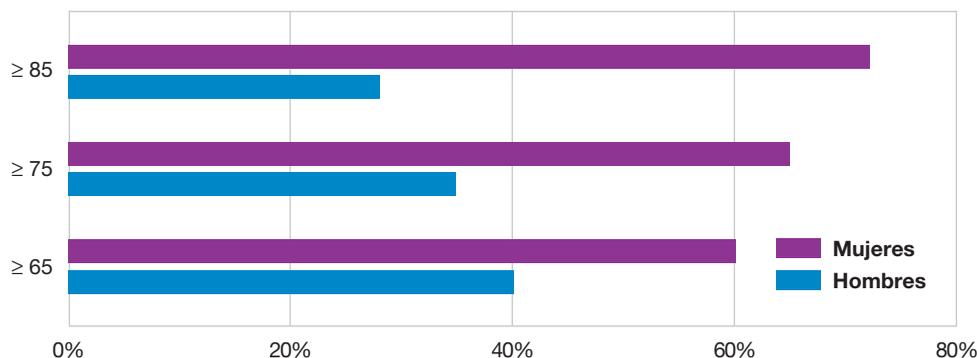


Gráfico 5.2. Distribución por sexo de la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

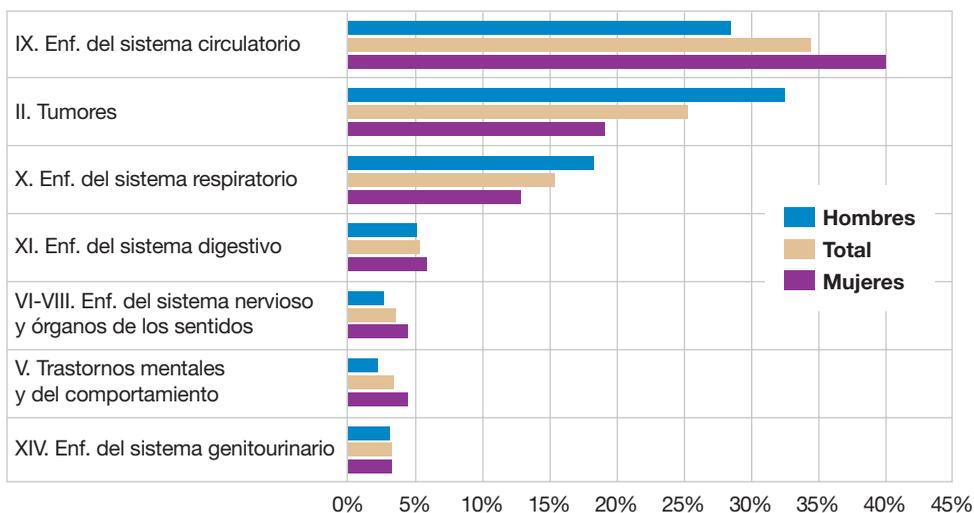
5.1.2. Mortalidad

La esperanza de vida al nacer en la Comunidad de Madrid era en 2002 de 77,55 años para los hombres y 84,58 para las mujeres, ambas entre las más elevadas del mundo. A los 65 años los varones madrileños podían esperar vivir aún 17,53 años, y 22,10 las mujeres.

Durante el año 2002 hubo 31.623 muertes de personas de 65 y más años, lo que supone el 80,5% de toda la mortalidad.

Gráfico 5.3. Principales causas de mortalidad en población de 65 y más años. Año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Las principales causas de mortalidad entre los mayores son las enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer, las enfermedades del aparato respiratorio y las del aparato digestivo. Las dos primeras causas (circulatorio y cáncer) responden en conjunto del 60% de toda la mortalidad en este colectivo (Gráfico 5.3.).

Entre los hombres, la mayor mortalidad la ocasionan los tumores considerados en conjunto (4.846 fallecimientos), por delante de la mortalidad circulatoria (4.236 fallecimientos). Sin embargo, si se consideran de forma aislada patologías específicas la cardiopatía isquémica ocupa la primera posición (1.661 fallecimientos) seguida del carcinoma broncopulmómar (1.174 fallecimientos).

Entre las mujeres, la mortalidad de origen circulatorio prácticamente duplica la debida al cáncer (6.688 frente a 3.182 fallecimientos). La principal causa de muerte en las mujeres es la cardiopatía isquémica (1.763 fallecimientos) seguida de la enfermedad cerebrovascular (1.660 fallecimientos). La mortalidad tumoral está encabezada por el cáncer de mama (391 defunciones) (Tabla 5.1).

Causa	Hombres	Mujeres
1ª	Cardiopatía isquémica (1.661)	Cardiopatía isquémica (1.763)
2ª	Cáncer de pulmón (1.174)	Enf. cerebrovasculares (1.660)
3ª	EPOC (1.079)	Insuficiencia cardíaca (1.513)
4ª	Enf. cerebrovasculares (953)	Otras enf. sistema respiratorio (982)
5ª	Otras enf. sistema respiratorio (814)	Otras enf. del corazón (942)
6ª	Neumonía (629)	Trastornos orgánicos senil y presenil (714)
7ª	Insuficiencia cardíaca (565)	Otras enf. sistema digestivo (622)
8ª	Otras enf. del corazón (548)	Neumonía (495)
9ª	Cáncer de próstata (528)	Diabetes (428)
10ª	Cáncer de colon (470)	Alzheimer (400)

Tabla 5.1. Principales causas específicas de mortalidad en mayores de 64 años durante el año 2002.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

5.1.3. Morbilidad hospitalaria

La frecuentación hospitalaria de mayores de 64 años (214.000 altas) suponen la tercera parte del total de la población general.

Al igual que para la mortalidad, el principal motivo de morbilidad hospitalaria es la enfermedad circulatoria (21% de los ingresos). Sin embargo, las neoplasias, que ocupan el segundo lugar como responsables de mortalidad, pasan a ocupar la cuarta posición, por detrás de las enfermedades de los aparatos respiratorio y las enfermedades nerviosas y de los órganos de los sentidos, y antes que las digestivas (Gráfico 5.4.).

En los varones, la EPOC es la causa específica más frecuente de morbilidad hospitalaria (6.433 ingresos), por delante de la neumonía (4.179). En las mujeres la enfermedad cerebrovascular es la primera causa de morbilidad hospitalaria (4.570 ingresos), seguida de la insuficiencia cardíaca (3.538).

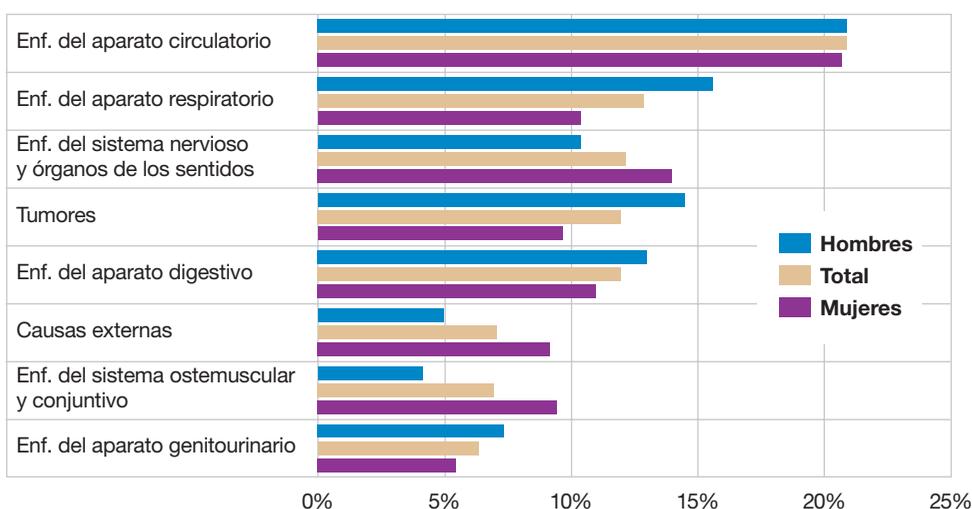


Gráfico 5.4. Principales causas de frecuentación hospitalaria en personas de 65 y más años. Año 2004.

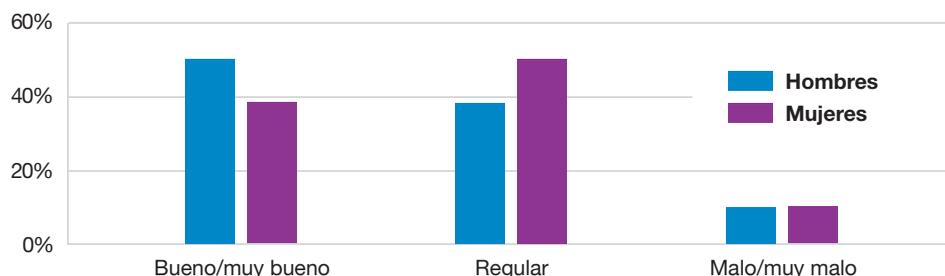
Fuente: CMBD 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

5.1.4. Estado de salud

Las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud que los hombres. El 51% de los hombres mayores de 64 años perciben su estado de salud positivamente, juzgándolo bueno o muy bueno (Gráfico 5.5). Esta percepción positiva la tiene sólo el 39% de las mujeres. Lo consideran regular unos porcentajes inversos a los anteriores: el 39% de los hombres y el 51% de las mujeres. Y malo o muy malo, el 9,4% de los hombres y el 10,2% de las mujeres.

Gráfico 5.5. Percepción del estado de salud en personas de 65 y más años en la Comunidad de Madrid.

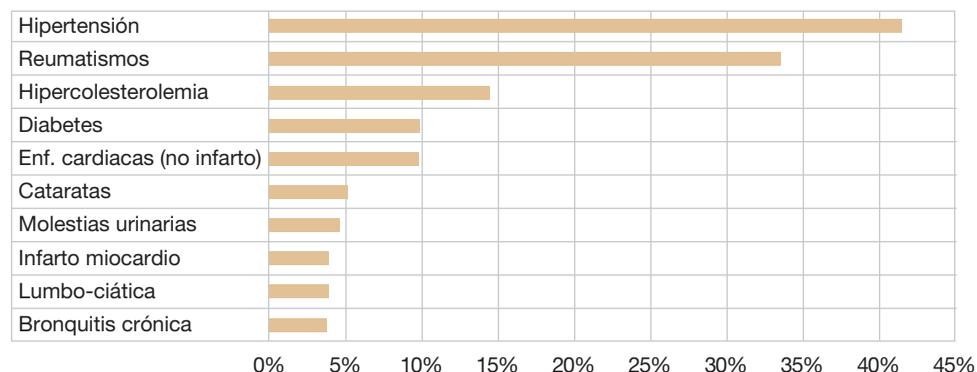
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Los principales problemas de salud (Gráfico 5.6) que afectan a los mayores de 64 años son de tipo crónico. Destaca en primer lugar la hipertensión, que afecta al 45% de las mujeres y al 36% de los hombres, seguida de los problemas reumáticos que se ceban de manera especial en el sexo femenino: el 43% de las mujeres los padece frente al 19% de los hombres. Ello hace que los problemas reumáticos se perfilen como la principal causa de restricción de la actividad en las mujeres, en tanto que en los hombres es la patología cardíaca, globalmente considerada, la causante principal de restricción de actividad.

Gráfico 5.6. Enfermedades crónicas más prevalentes en personas de 65 y más años en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Los accidentes constituyen un serio problema de salud en los mayores quienes se ven más expuestos al riesgo de sufrirlos debido a las deficiencias múltiples que les afectan, sobre todo a los de mayor edad. La caída accidental es el más frecuente tipo de accidente y la responsable de la mayor parte de fracturas de antebrazo y, sobre todo, cadera que se producen a esa edad.

La cobertura de vacunación antigripal en mayores de 64 años en la Comunidad de Madrid es del 64% en 2004. La cobertura de vacunación antineumocócica es del 63,75% en 2004. Para la difteria y el tétanos se sabe que la seroprevalencia de anticuerpos protectores disminuye con la edad y que a partir de los 40 años carece de dichos anticuerpos más del 40% de la población, por lo que es de imaginar que entre los mayores de 64 años dicho porcentaje será aún mucho mayor.

El hábito de fumar es inferior entre las personas de 64 y más años que en el conjunto de la población adulta. Fuma el 21% de los hombres y el 4,51% de las mujeres. Teniendo en cuenta los porcentajes de abandono, un 64% de hombres y un 10,51% de mujeres han estado sometidos al riesgo del tabaco.

Igualmente, el hábito de consumo alcohólico es menor entre los mayores. Bebe el 45% de los hombres y el 29% de las mujeres, siendo el consumo predominante ligero o moderado.

Existe una marcada tendencia al sobrepeso y al sedentarismo entre los mayores de 64 años. En conjunto presenta sobrepeso el 43% y obesidad el 14%. Hay mayor proporción de sobrepeso entre los varones y de obesidad entre las mujeres. En cuanto al ejercicio, no practica ninguno el 34% de los hombres y el 54% de las mujeres. El sedentarismo se acentúa notablemente a medida que aumenta la edad, afectando al 59% de los hombres y al 63% de las mujeres mayores de 74 años.

5.1.5. Discapacidades

El 26% de los mayores de 64 años padece algún tipo de discapacidad, lo que supone un total de 198.000 personas. Entre los 80 y 84 años dicho porcentaje alcanza el 44%.

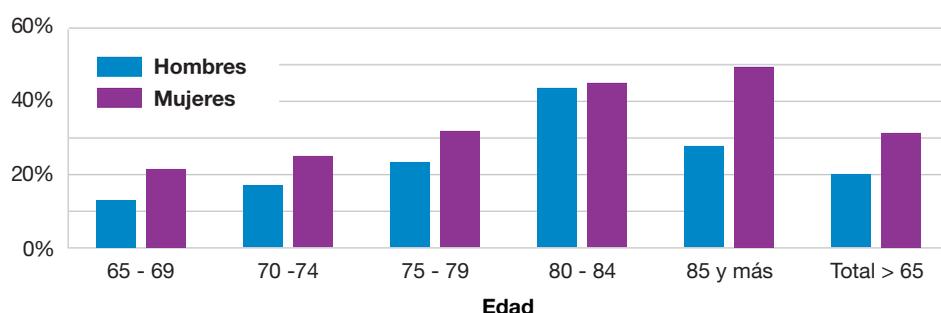


Gráfico 5.7. Tasas de discapacidad en personas de 65 y más años en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

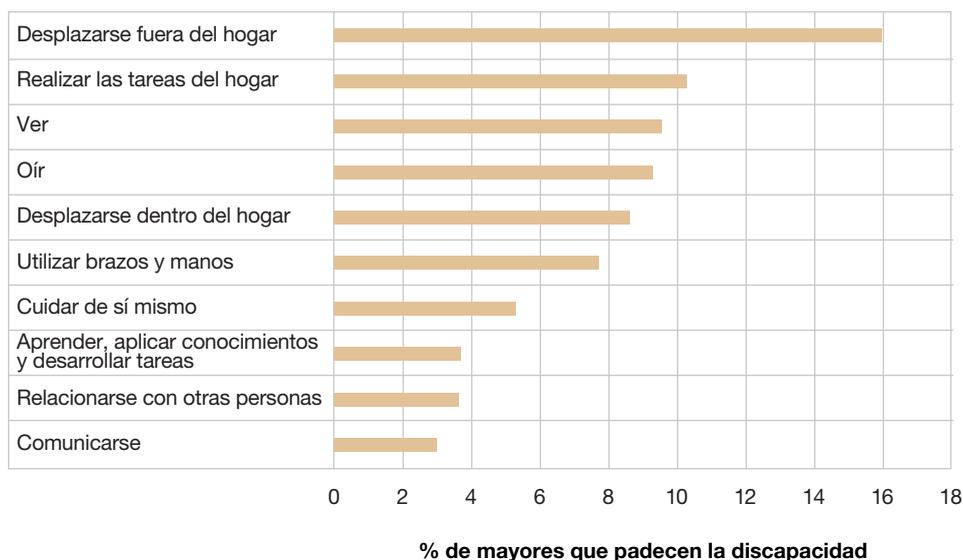
La discapacidad es predominantemente femenina afectando al 31% de las mujeres y al 20% de los hombres.

El 60% de los mayores con discapacidad no cuenta con ayuda de asistencia personal para desarrollar su actividad cotidiana. El 40% que sí dispone de dicha ayuda la recibe fundamentalmente de hijas y cónyuges femeninos.

Las discapacidades más frecuentes tienen que ver con el desplazamiento fuera del hogar y la realización de las tareas del hogar, seguidas de la capacidad para ver y para oír.

Gráfico 5.8. Principales discapacidades en personas de 65 y más años en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Las deficiencias que originan dichas discapacidades son, sobre todo, articulares, visuales y auditivas (Gráfico 5.8), aunque en las personas muy mayores (>85 años) las discapacidades tienen su principal origen en lo que se ha dado en llamar “Deficiencias Múltiples”, concepto estrechamente ligado a los procesos degenerativos que se acentúan con el envejecimiento progresivo de todos los órganos y sistemas.

Hay 81.000 personas mayores de 64 años con alguna discapacidad severa o total para las actividades de la vida diaria. De ellas, el 78% son mujeres.

El 28% de las mujeres mayores de 64 años que padecen alguna discapacidad viven solas. En el caso de los hombres ese porcentaje es del 11%.

5.1.6. Utilización de recursos sanitarios y sociales

Atención Primaria: los mayores de 64 años utilizan habitualmente la red sanitaria pública. Un 90% acudió en su última visita a la sanidad pública, de cobertura universal y gratuita. Globalmente, el grado de satisfacción de los mayores con la Atención Primaria puede considerarse alto. Se mencionan como aspectos más satisfactorios el hecho de la proximidad del Centro al domicilio –fácil accesibilidad-, así como el trato que se recibe por parte del personal sanitario. Por el contrario, dificultades de tipo burocrático-administrativo, como la facilidad para conseguir cita o el tiempo de espera para entrar en la consulta, así como el tiempo dedicado por el médico aparecen como las causas de mayor insatisfacción.

Atención Especializada: el porcentaje de pacientes que utiliza los servicios públicos está alrededor del 80%, inferior al de la Atención Primaria, siendo Cardiología la especialidad más solicitada, seguida de Traumatología, Oftalmología, Urología y Digestivo. El grado de satisfacción con la asistencia especializada es menor que el manifestado con la primaria. El equipamiento técnico del centro y el trato recibido por el personal sanitario son los aspectos más satisfactorios mientras que de nuevo los aspectos

burocrático-administrativos son los que concitan mayor insatisfacción, sobre todo el tiempo de espera hasta conseguir una cita con el especialista.

Ingresos hospitalarios: en torno a un 11% de los mayores de 64 años son hospitalizados a lo largo del año, lo cual supone aproximadamente 1/3 del total de ingresos que se producen en la población general. La causa principal del ingreso es la Intervención Quirúrgica y la mayor parte de la población ingresada (alrededor del 75%) lo está en hospitales públicos. El equipamiento y medios técnicos disponibles así como el trato y los cuidados recibidos por el personal sanitario son los aspectos más satisfactorios mientras que, nuevamente, los aspectos que no tienen que ver con la atención médica en sí, como los tiempos de espera o los trámites administrativos son los peor valorados. Por lo que se refiere a aspectos de hostelería, fundamentalmente los relativos al número de personas con las que se comparte habitación, se manifiesta satisfecho sólo el 30%.

Dentista: A tenor de los resultados de la Encuesta de Salud, la población mayor no presta demasiada atención al cuidado de su dentadura. Sólo el 31% había acudido al dentista durante el año anterior y casi el 20% no recordaba cuándo había ido por última vez. El 90% de la asistencia corre a cargo de profesionales privados.

Urgencias: Cerca de un 20% de las personas mayores requiere servicios de urgencia a lo largo del año. La mayor parte, el 74%, acude a las urgencias de un hospital público. Hay casi un 30% de pacientes que solicita atención de urgencia ante problemas de salud leves. Se declara satisfecho con la atención de urgencias el 36% de los mayores que la utilizan.

Consumo de medicamentos: una gran mayoría de personas mayores de 64 años (más del 80%) consume medicamentos de manera habitual. El número promedio de fármacos consumidos por persona es de 1,74 y consume por propia iniciativa el 22,5%. La polimedicación y la autoprescripción constituyen serios problemas potenciales de salud por la posible yatrogenia que conllevan en la población anciana.

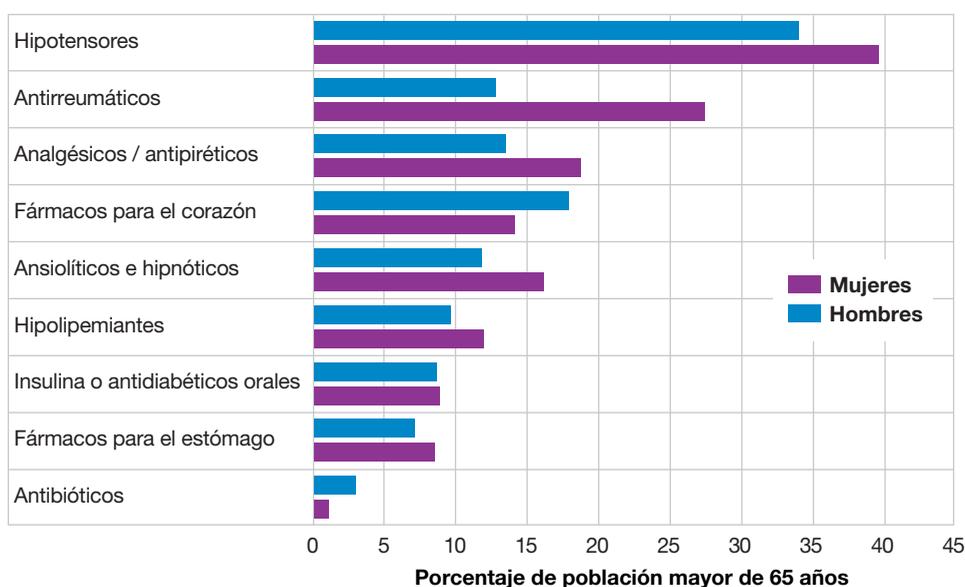


Gráfico 5.9. Consumo de medicamentos por la población de 65 y más años según la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Utilización de Servicios Sociales: sólo una minoría de mayores de 64 años (alrededor del 10%) utiliza alguno de los servicios sociales específicamente dirigidos a ellos. Hay una escasez general de recursos en todos los apartados que se consideren (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, plazas residenciales públicas) no sólo en relación con otros países de la Unión Europea (Tabla 5.2), sino también en relación con los objetivos previstos en el Plan Gerontológico de 1993. Se estima que hay 10.000 ancianos en lista de espera para conseguir una plaza en una residencia pública o concertada.

Tabla 5.2. Cobertura de los programas de ayuda a domicilio en Europa.

Fuente: S. Jacobzone (1999), "Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes: un aperçu des perspectives internationales", OECD Labour market and social policy occasional papers, nº 38

País	Cobertura (%) en población de ≥ 65 años
Austria	24,0
Dinamarca	20,3
Finlandia	14,0
Holanda	12,0
Suecia	11,2
Alemania	9,6
Luxemburgo	n.d.
Francia	6,1
Reino Unido	5,5
Bélgica	4,5
Irlanda	3,5
Italia	3,0
España	2,0
Portugal	1,0
Grecia	n.d.

5.2. Áreas focales: demencias (trastornos mentales orgánicos senil y presenil y enfermedad de Alzheimer)

El envejecimiento progresivo de la población lleva asociado el incremento paulatino de algunas enfermedades entre las cuales se encuentran las demencias. Según estimaciones de la OMS, las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer causan cada año en el mundo unos 276.000 fallecimientos de los cuales 93.000 son hombres y 183.000 son mujeres. Estas patologías representan el 0,5% del total de las causas de mortalidad. En la región europea, la mortalidad por esta causa ascendió en el año 2000 a 87.000 casos.

5.2.1. Mortalidad y carga de enfermedad

En España, las demencias causaron 10.544 muertes en el año 2000. En mujeres, con 7.187 fallecimientos, ocasionaron el 3,5% del total de la mortalidad total. En hombres, las 3.361 muertes correspondieron al 1,8% de la mortalidad. La sobremortalidad femenina hace que la razón de masculinidad sea de 0,9. La evolución de los últimos años presenta una tendencia claramente ascendente en ambos sexos, salvo en los años 1999 y 2000, en los que las tasas descienden debido al cambio de la codificación

CIE. Esta misma circunstancia ha sido la responsable del importante incremento de la enfermedad de Alzheimer, que en 1999 fue del 44% en hombres y del 54% en mujeres. Esta patología, en el año 2002 fue responsable de 5.382 defunciones, un 5,8% más que en 1999.

En la Comunidad de Madrid, fallecieron por demencia un total de 485 hombres (2,5% sobre el total de mortalidad), tasa estandarizada de 26,1 por 100 mil habitantes, y 1.105 mujeres (un 6,1% del total de mortalidad), con una tasa estandarizada de 27 por 100 mil habitantes. La enfermedad de Alzheimer dio lugar a 154 muertes en varones (0,8% de la mortalidad) y 381 en mujeres (1,8% de la mortalidad total). Las tasas estandarizadas fueron de 7,8 y 8,6 respectivamente. Analizando la evolución de ambas patologías desde el año 1975 se puede comprobar cómo la tendencia es claramente ascendente y de manera especialmente marcada desde los últimos años de la década de los 80. El incremento medio anual para la demencia es del 11,2% en hombres y del 12,1% en mujeres. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, estos valores ascienden al 19,2% en varones y al 22,5% en mujeres. Este comportamiento puede estar justificado en parte por el envejecimiento progresivo de la población, al que irremediamente van ligadas las enfermedades degenerativas, sin embargo, hay que pensar también en las mejoras producidas en el diagnóstico así como en su declaración en los certificados de defunción como causas fundamentales de estos cambios (Gráfico 5.10 y Tablas 5.4 y 5.5).

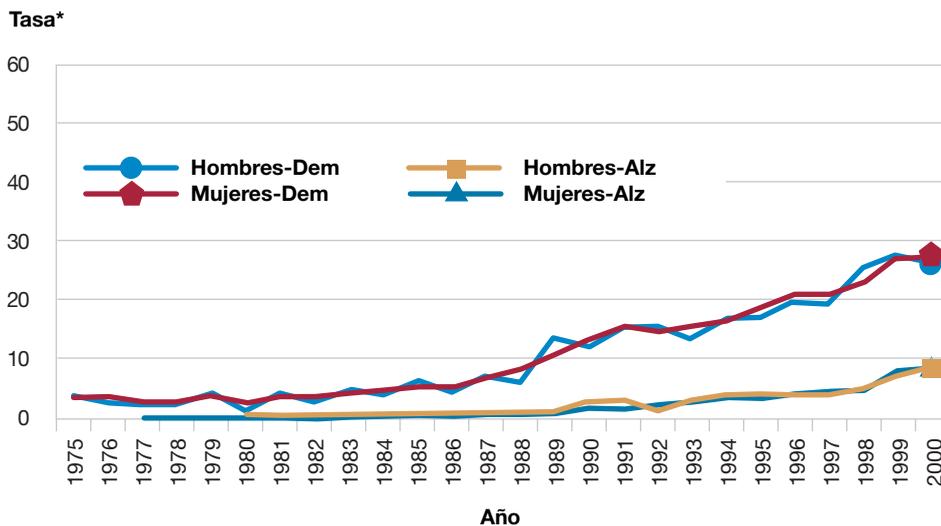


Gráfico 5.10. Comunidad de Madrid. Mortalidad por demencias (psicosis orgánica, senil y presenil, y Enfermedad de Alzheimer), 1975 a 2002, según sexo.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad

Tabla 5.4. Comunidad de Madrid. Mortalidad por demencias (psicosis orgánica, senil y presenil, y Enfermedad de Alzheimer), 1975 a 2002, según sexo.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Año	Hombres					Mujeres					
	Nº de def.	Tasa cruda	Tasa estand.	IC1	ICS	Año	Nº de def.	Tasa cruda	Tasa estand.	IC1	ICS
1975	26	1,25	3,30	1,89	4,71	1975	48	2,18	3,34	2,38	4,30
1976	21	0,99	2,73	1,48	3,98	1976	47	2,10	3,04	2,15	3,93
1977	16	0,74	1,97	0,94	3,00	1977	35	1,53	2,18	1,45	2,91
1978	18	0,82	2,13	1,08	3,18	1978	33	1,42	1,99	1,30	2,68
1979	32	1,44	3,73	2,36	5,10	1979	59	2,49	3,48	2,59	4,37
1980	15	0,67	1,46	0,67	2,25	1980	45	1,87	2,55	1,80	3,30
1981	36	1,59	3,79	2,48	5,10	1981	55	2,26	2,98	2,19	3,77
1982	27	1,19	2,52	1,52	3,52	1982	50	2,05	2,60	1,87	3,33
1983	41	1,79	4,63	3,15	6,11	1983	78	3,18	3,99	3,10	4,88
1984	43	1,87	3,94	2,70	5,18	1984	94	3,81	4,43	3,53	5,33
1985	63	2,74	6,38	4,71	8,05	1985	112	4,52	5,07	4,13	6,01
1986	53	2,29	4,75	3,41	6,09	1986	119	4,78	5,27	4,32	6,22
1987	82	3,52	6,95	5,38	8,52	1987	158	6,31	6,61	5,58	7,64
1988	68	2,90	5,86	4,43	7,29	1988	188	7,45	7,58	6,50	8,66
1989	167	7,07	13,40	11,32	15,48	1989	273	10,74	10,45	9,21	11,69
1990	156	6,56	12,41	10,42	14,40	1990	343	13,42	12,65	11,31	13,99
1991	193	8,10	15,01	12,85	17,17	1991	435	16,97	15,56	14,10	17,02
1992	208	8,68	15,32	13,19	17,45	1992	419	16,25	14,29	12,92	15,66
1993	193	8,01	13,60	11,65	15,55	1993	472	18,21	15,30	13,92	16,68
1994	253	10,44	16,60	14,52	18,68	1994	529	20,31	16,37	14,97	17,77
1995	265	10,88	17,11	15,02	19,20	1995	618	23,60	18,26	16,82	19,70
1996	314	13,02	19,88	17,65	22,11	1996	729	27,93	21,00	19,47	22,53
1997	306	12,63	18,77	16,65	20,89	1997	746	28,47	20,81	19,31	22,31
1998	389	15,91	25,49	22,93	28,05	1998	799	30,18	22,84	21,26	24,42
1999	509	20,58	27,62	25,21	30,03	1999	1.073	40,15	27,01	25,38	28,64
2000	485	19,40	26,10	23,80	28,40	2000	1.105	40,90	27,10	25,50	28,70

Gráfico 5.11. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por demencias, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-)

Fuente: IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

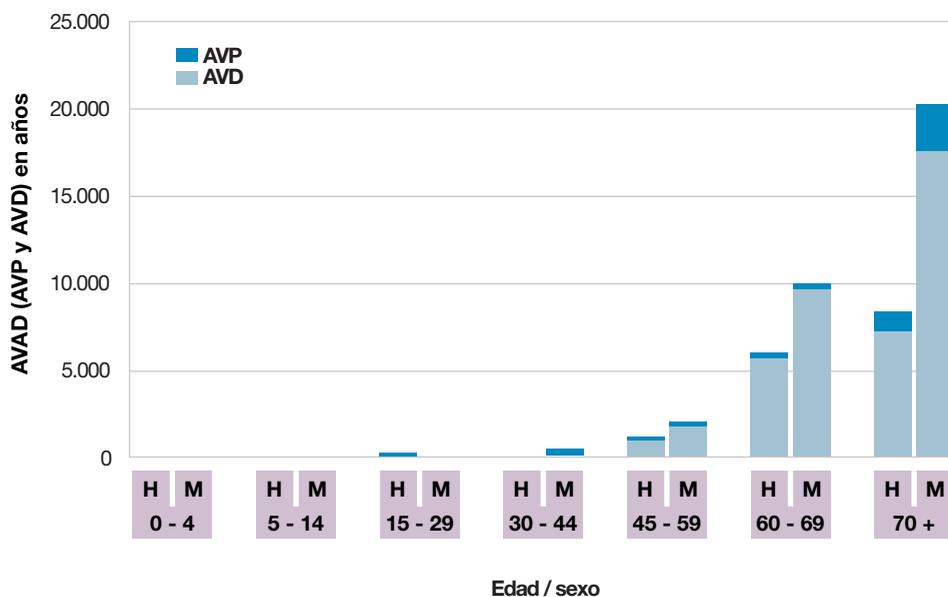


Tabla 5.5. Mortalidad por enfermedad de Alzheimer, 1975 a 2000, según sexo.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hombres						Mujeres					
Año	Nº de def.	Tasa cruda	Tasa estand.	ICl	ICS	Año	Nº de def.	Tasa cruda	Tasa estand.	ICl	ICS
1975						1975					
1976						1976					
1977						1977	1	0,04	0,05	-	0,16
1978						1978					
1979						1979	2	0,08	0,09	-	0,21
1980	3	0,13	0,22	-	0,47	1980					
1981	3	0,13	0,27	-	0,63	1981	3	0,12	0,13	-	0,28
1982	1	0,04	0,06	-	0,17	1982	2	0,08	0,09	-	0,22
1983	2	0,09	0,12	-	0,29	1983	1	0,04	0,05	-	0,14
1984						1984					
1985	7	0,30	0,52	0,13	0,91	1985	8	0,32	0,39	0,12	0,66
1986	3	0,13	0,18	-0,03	0,39	1986	5	0,20	0,22	0,02	0,42
1987	5	0,21	0,42	0,03	0,81	1987	14	0,56	0,56	0,26	0,86
1988	14	0,60	0,83	0,38	1,28	1988	21	0,83	0,83	0,47	1,19
1989	20	0,85	1,28	0,69	1,87	1989	28	1,10	1,10	0,69	1,51
1990	29	1,22	1,88	1,18	2,58	1990	38	1,49	1,42	0,97	1,87
1991	34	1,43	2,17	1,42	2,92	1991	45	1,76	1,65	1,17	2,13
1992	27	1,13	1,61	0,99	2,23	1992	70	2,72	2,46	1,88	3,04
1993	46	1,91	2,74	1,93	3,55	1993	80	3,09	2,71	2,11	3,31
1994	67	2,77	4,01	3,03	4,99	1994	106	4,07	3,47	2,80	4,14
1995	71	2,92	4,20	3,20	5,20	1995	107	4,09	3,31	2,68	3,94
1996	66	2,74	3,93	2,96	4,90	1996	128	4,90	3,81	3,14	4,48
1997	69	2,85	3,91	2,97	4,85	1997	155	5,92	4,58	3,85	5,31
1998	95	3,89	5,70	4,53	6,87	1998	160	6,04	4,75	4,01	5,49
1999	143	5,78	7,35	6,13	8,57	1999	289	10,81	7,69	6,79	8,59
2000	148	5,90	7,80	6,50	9,10	2000	337	12,50	8,60	7,70	9,50

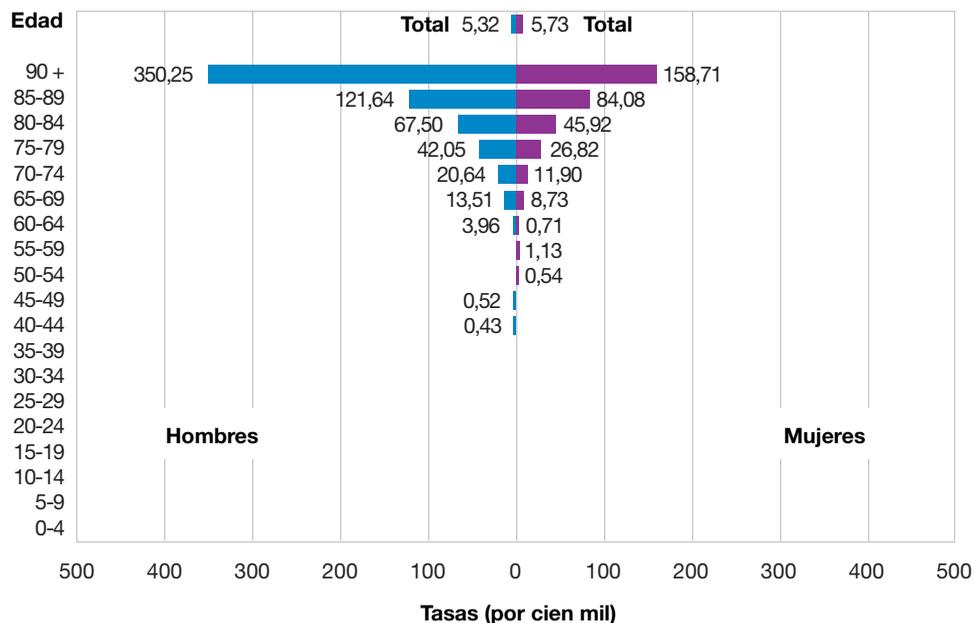
La Carga de Enfermedad por Demencias se concentra en los grupos de edad más elevada, y en mayor medida entre las mujeres. Es mucho más incapacitante (90,8%) que mortal.

5.2.2. Morbilidad

La tasa de ingresos por demencias en el año 2004 es de 5,32 por 100 mil en hombres y de 5,73 en mujeres. Estos ingresos se producen en las edades más altas de la pirámide, como puede verse en el Gráfico 5.12.

Gráfico 5.12. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por demencias por 100 mil por edad y sexo.

Fuente: CMBD 2004. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



5.3. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- **Programa de Promoción de la Salud de las Personas Mayores.**
- **Programas de Servicios Sociales.**
- **Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor.**
- **Plan Regional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe.**
- **Plan de Prevención y Control del Riesgo Cardiovascular.**
- **Plan Integral de Alimentación y Nutrición.**

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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. Morbilidad

La actividad de los centros de salud mental ha sido durante 2004 de 699.164 asistencias, se han instaurado 132.219 tratamientos, de ellos 52.854 han sido casos nuevos y se han producido 22.253 altas. Al mismo tiempo, podemos acercarnos a una aproximación de la morbilidad en enfermedades mentales a partir de la morbilidad hospitalaria. Se han producido un total de 13.174 ingresos hospitalarios en residentes en Madrid por estas causas, de ellos 6.808 Hombres (tasa 2,08 por mil) y 6.365 Mujeres (tasa de 2,31) por 100 mil. El análisis de los datos por edad evidencia un pico de incidencia de 15 a 19 años en mujeres (tasa de 2,81 por mil), en relación con ingresos por TCA, así se han contabilizado 155 altas “Anorexia” hospitalarias en chicas a la edad de 15 a 19 años y 17 altas por trastornos bulímicos. Esto supone un 41% del total de ingresos en este grupo de edad (419 altas por trastornos mentales esta edad). Se observa otro pico en los varones de 25 a 45 años, aumento que tiene que ver con las conductas relacionadas con el alcohol (de 35 a 40 años un 33%) y con consumo de drogas (de 35 a 40 años un 17%) (Gráficos 6.1-6.4).

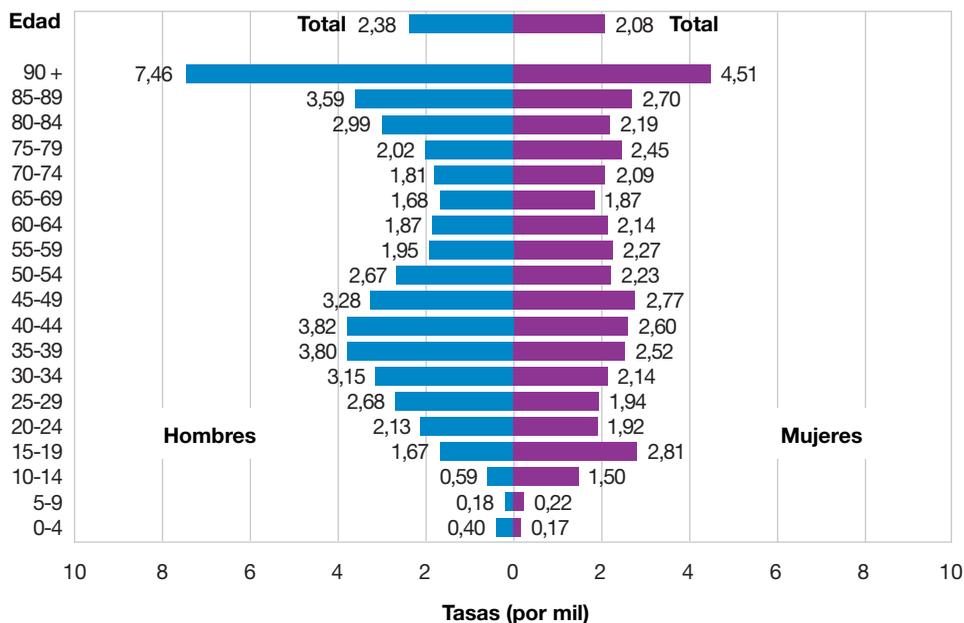


Gráfico 6.1. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades mentales por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

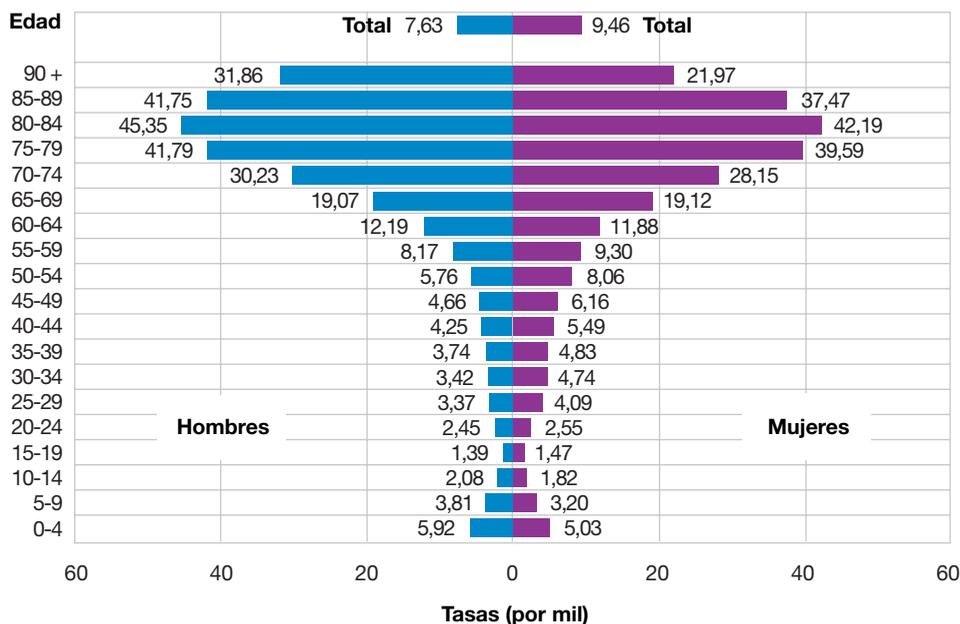


Gráfico 6.2. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos por mil por edad y sexo.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 6.3. Tasas de morbilidad hospitalaria por otras enfermedades mentales por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: CMBD 2004. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

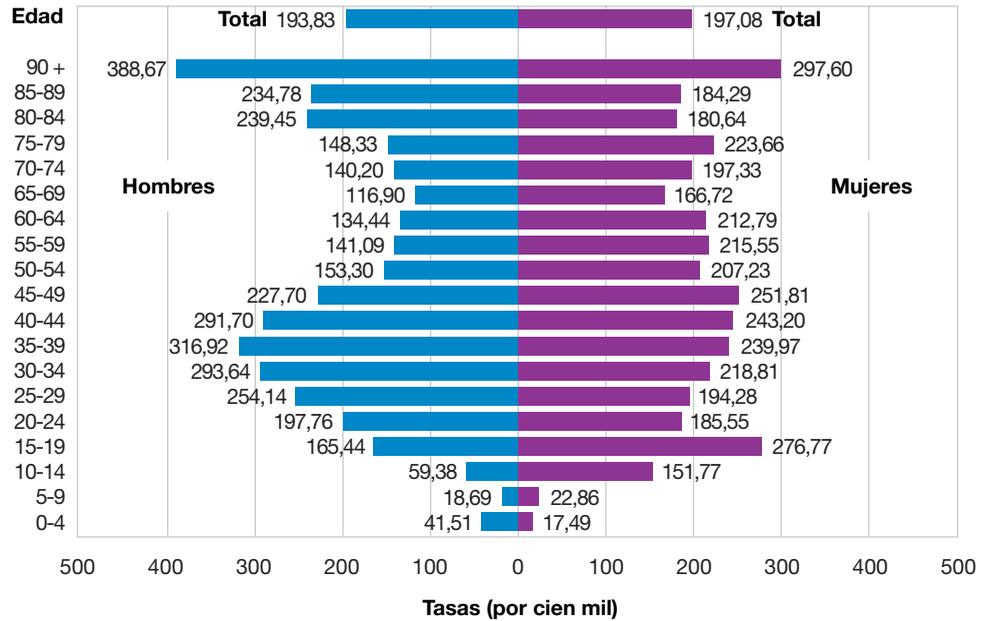
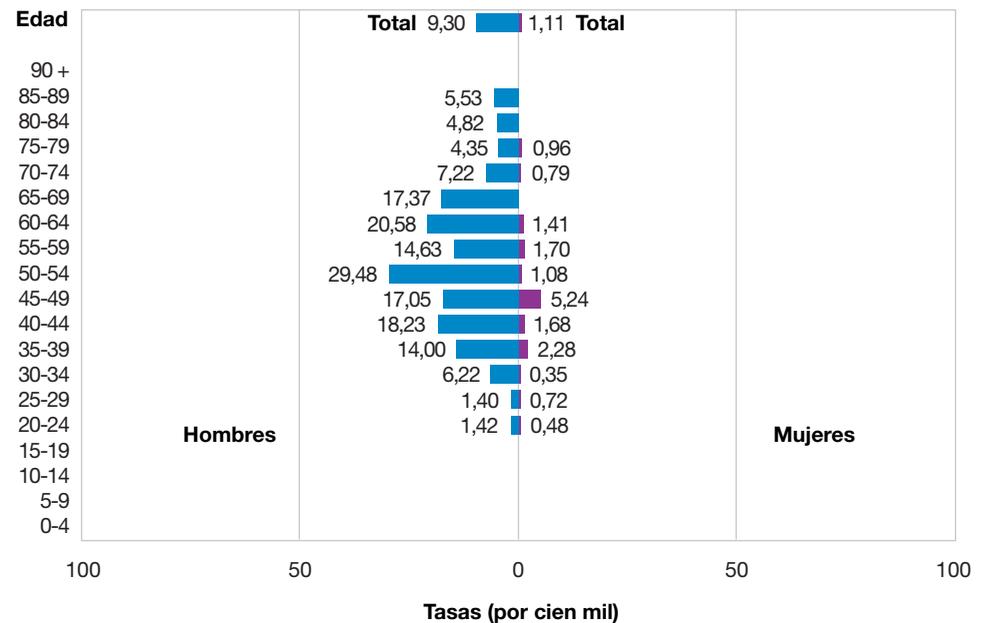


Gráfico 6.4. Tasas de morbilidad hospitalaria por psicosis alcohólicas por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



6.2. Mortalidad por enfermedades mentales

Se ha producido una pérdida de 10.217 años de vida perdidos por estas causas en el último año consolidado por el INE (2002), sin embargo este indicador no evidencia la carga que supone para el sistema sanitario este grupo de enfermedades por la gran discapacidad que producen. Un indicador que estima mejor es la carga de enfermedad que se representa en el Gráfico 6.5. La primera causa de enfermedad son la Depresión Unipolar,

los cuadros degenerativos-demencias y los cuadros relacionados con el abuso de alcohol. En el Gráfico 6.6 se representa la tendencia del Suicidio (aunque se codifica como Causas Externas), desde 1975-2002, con una tendencia claramente ascendente e impacto en población joven, pero con unas tasas muy inferiores a las europeas y españolas.

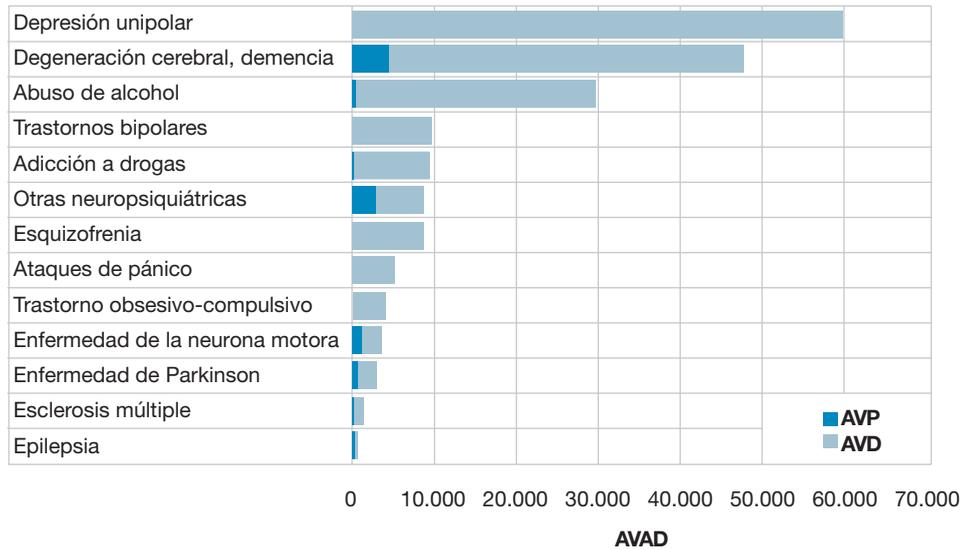


Gráfico 6.5. Enfermedades mentales y neurológicas (neuropsiquiátricas) según la Clasificación de Carga de Enfermedad. AVP y AVD. Comunidad de Madrid. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

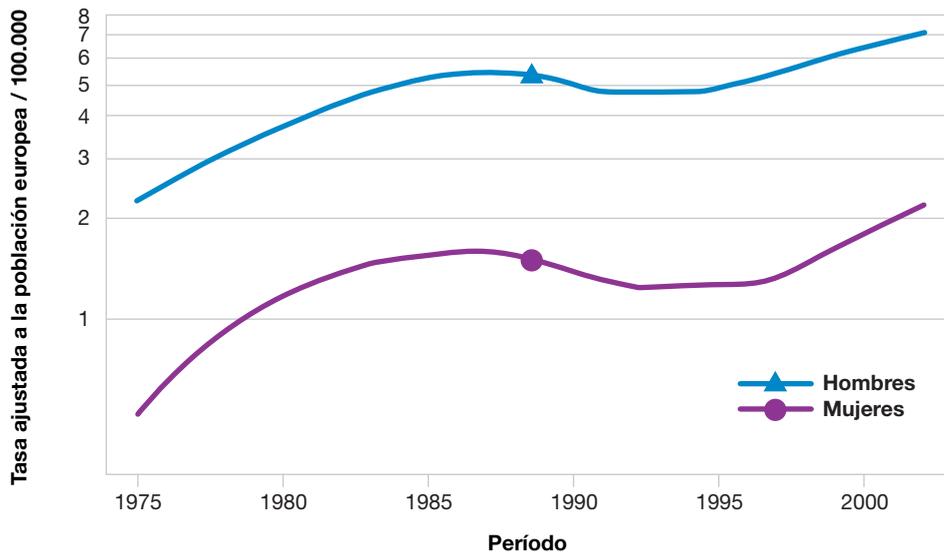


Gráfico 6.6. Mortalidad por Suicidio en la Comunidad de Madrid periodo 1975-2002. Tasas estandarizadas población europea. Tendencia suavizada.

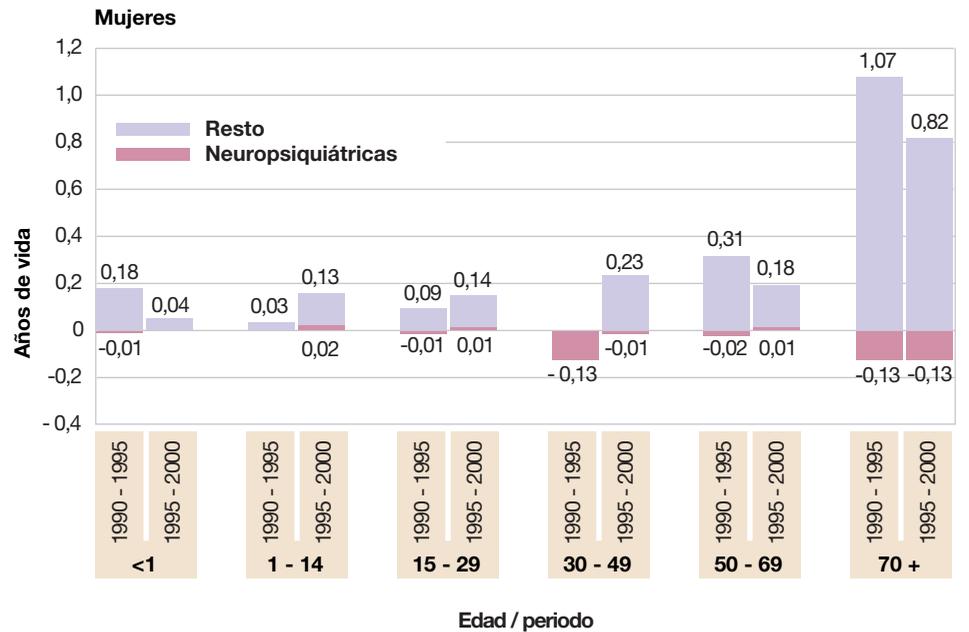
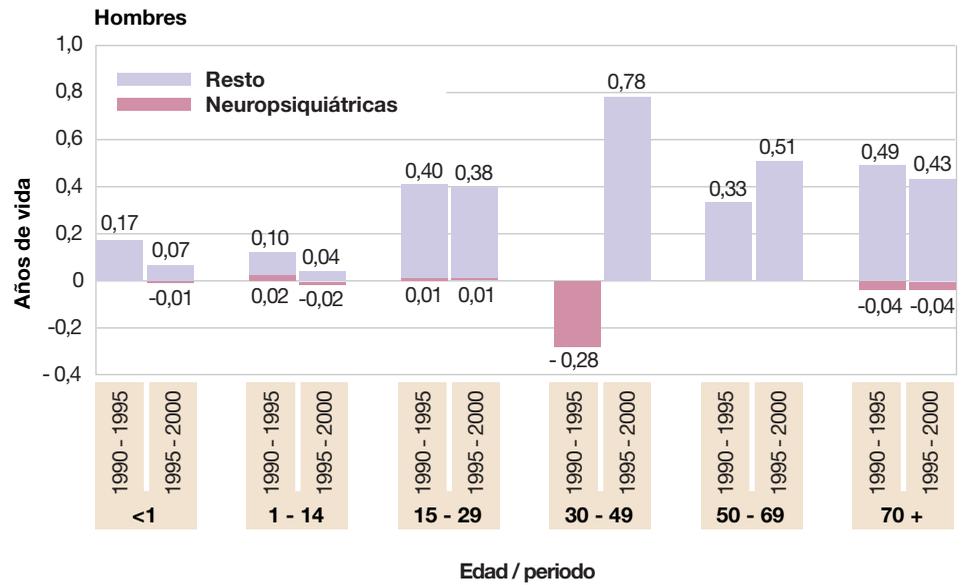
Fuente: a partir de <http://cne.isciii.es> Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

6.3. Contribución de las enfermedades mentales a los cambios en la esperanza de vida

Las enfermedades neuropsiquiátricas se cuentan entre las causas que más negativamente han contribuido a la evolución reciente de la esperanza de vida, especialmente por la pérdida de años registrada entre las mujeres de edades elevadas (70 y más).

Gráfico 6.7. Contribución de las Enfermedades Neuropsiquiátricas y el resto de causas al cambio en la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



6.4. Carga de enfermedad de las enfermedades mentales

Es el grupo de causas con mayor peso en la Carga de Enfermedad. Uno de cada tres AVAD los son por estas causas. Su distribución por edades es bimodal, con un primer máximo en las edades jóvenes (depresión, alcohol) y un segundo en el grupo de edades más avanzadas (demencias). Mucho mayor peso de la discapacidad (94,7%) que de la mortalidad.

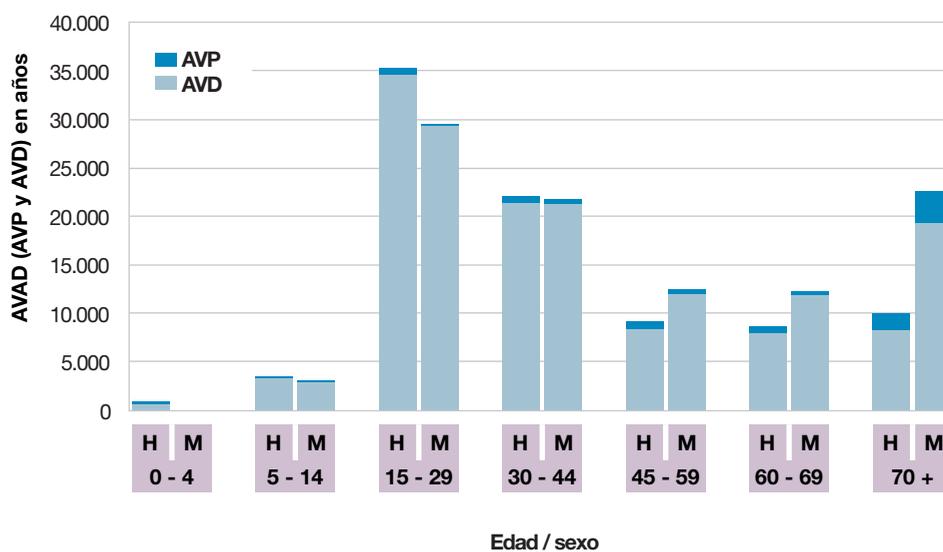


Gráfico 6.8. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Neuropsiquiátricas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

6.5. Áreas focales específicas: Trastornos del comportamiento alimentario

6.5.1. Ingresos hospitalarios por TCA (CMBD, 2004)

En la Comunidad de Madrid durante 2004 se produjeron un total de 656.395 ingresos hospitalarios en centros públicos o privados y por todas las causas, de pacientes residentes en la misma. De ellos, 487 ingresaron con diagnóstico principal de anorexia nerviosa (CIE 9ª 307.1), 62 por bulimia (CIE 9ª 307.51) y 37 ingresos por trastorno de la alimentación no especificado (CIE 9ª MC 307.50). Esto supone una tasa de ingresos de 9,9 por mil habitantes.

TCA	Nº de ingresos TCA	Total (%)
En diagnóstico principal	586	586

Tabla 6.1. Ingresos con TCA en el diagnóstico principal 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La proporción de mujeres en los ingresos por TCA es del 90,3%. En cuanto al tipo de diagnóstico según sexo, en ambos es la AN la principal causa de ingreso.

	Diagnóstico principal	Total		Mujeres		Varones	
		N	%	N	%	N	%
Ingresos de cualquier procedencia	AN	487	100	456	93	21	7
	BN	62	100	58	93	4	7
	TCA-NE	37	100	36	97	1	3

Tabla 6.2. Distribución por tipo de diagnóstico, género.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

6.5.2. Conductas relacionadas con los TCA en población juvenil (SIVFRENT-J, 1999-2003).

El número total de entrevistas realizadas en los cinco años fue de 10.213, 4.968 (48,6%) en chicos y 5.245 (51,4%) en chicas, con una media anual de 2.043. Durante el año 2003 se realizaron 1.995 entrevistas.

En la Tabla 6.3 se exponen las prevalencias de conductas relacionadas con el comportamiento alimentario para el año 2003 por género y la razón de prevalencias mujer/varón. Los resultados indican que un 34,3% de las chicas y un 15,7% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, percepción que lleva a hacer dieta adelgazante al 30,2% de las chicas y al 6,1% de los chicos. Esta es la conducta más frecuente entre todas las estudiadas y la menos frecuente es la utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos doce meses, con un 4,1% en chicas y un 0,8% en chicos.

La conducta de crisis de atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer es también muy frecuente, ya que es referida por el 27,5% de las chicas y el 10,1% de los chicos. Es de interés señalar que esta conducta solo va asociada a vómitos en el 5,5% de las chicas y en el 0,4% de los chicos, lo cual indica que en la mayor parte de los casos se trataría de un síndrome por atracón o una sobre ingesta compulsiva.

La presencia simultánea de crisis de atracones, vómito autoprovocado y restricción alimentaria de 24 horas, es referida por el 3,5% de las chicas y el 0,2% de los chicos, conjunción de conductas que presenta el mayor predominio femenino (razón de prevalencias de 16,8).

En cuanto a la realización de conductas compensatorias con el fin de perder peso, (restricción alimentaria de 24 horas o vómito autoprovocado o uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes (estas tres van en una sola pregunta)), refieren una cualquiera de ellas el 17,5% (14,3-20,8) de las chicas y el 3,8% (2,7-5,1) de los chicos, dos o más el 6,3% (4,5-8,1) de las chicas y el 0,7% (0,2-1,3) de los chicos y las tres de forma simultánea el 1,4% (0,7-2,1) de las chicas y un 0,2% (-0,1-0,5) de los chicos.

En todas las conductas estudiadas es evidente el predominio femenino, que es menor en la mera percepción de sobrepeso u obesidad, (razón de proporciones de 2), y cada vez mayor a medida que la conducta es más 'patológica' o 'comprometida' con la pérdida de peso: 10 veces mayor en mujeres el vómito autoprovocado y casi 17 veces mayor si el vómito se da con atracones y restricción alimentaria.

En la Tabla 6.4 figura el Índice de Masa Corporal (IMC) del grupo de alumnos que se perciben con sobrepeso u obesidad (se han agrupado todos los años). Solo el 10,5% de las chicas y el 40,8% de los chicos que se perciben con sobrepeso u obesidad presentan un IMC>25. Es de destacar que el 30% de las chicas que se perciben con sobrepeso u obesidad presentan un IMC por debajo de 20.

	Mujeres (N=1.016)		Hombres (N=979)		Razón M/H	
	Prev.	IC (95%)	Prev.	IC (95%)	M/H	IC (95%)*
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	34,3	31,1-37,5	15,7	13,5-17,9	2,2	(1,8-2,6)*
Dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	30,2	27,1-33,4	6,2	4,6-7,7	4,9	(3,7-6,4)*
Restricción alimentaria de 24 h. en los últimos 12 meses para adelgazar	12,0	10,0-14,1	3,1	2,1-4,1	3,9	(2,6-5,76)*
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso	9,3	6,9-11,7	0,9	0,2-1,7	10,1	(5,1-19,8)*
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses	4,1	2,7-5,4	0,8	0,3-1,4	4,9	(2,3-10,5)*
Crisis de atracones* en los últimos 12 meses	27,5	24,2-30,8	10,1	8,0-12,3	2,7	(2,2-3,3)*
Crisis de atracones + vómito autoprovocado	5,5	4,0-7,1	0,4	0,0-0,8	13,5	(4,9-37,1)*
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + restricción alimentaria de 24 h.	3,5	2,4-4,5	0,2	-0,1-0,5	16,8	(4,1-69,9)*

*¿Has sufrido crisis de atracones de comida en las que tuviste la sensación de no poder parar de comer?

*=P<0,000

IMC	Mujeres				Hombres			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
< 20	594	30,0	27,7	32,4	82	8,9	7,1	10,7
≥ 20-24,9	1.177	59,5	56,8	62,3	460	50,1	46,9	53,4
≥ 25-29,9	183	9,3	8,0	10,5	341	37,2	34,0	40,4
≥ 30	23	1,2	0,7	1,7	34	3,7	2,5	5,0
TOTAL	1.977				917			

*peso (en kg)/talla² (en mt), basado en el peso y talla autorreferidos

Tabla 6.3. Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, según género, 2003.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 6.4. Índice de masa corporal* de los adolescentes que se "perciben con sobrepeso/obesidad" en el período 1999-2003.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En cuanto a la evolución, en las Tablas y Gráficos siguientes figuran las prevalencias anuales (Tabla 6.5), el cambio medio anual (Tabla 6.6) y los Gráficos de evolución (Gráficos 6.9 y 6.10).

En las chicas la percepción de sobrepeso u obesidad ha pasado de una prevalencia del 44,5% en 1999 a una del 34,3% en 2003, lo que supone un descenso medio de un 6% anual ($p=0,000$). Otras conductas cuya prevalencia desciende de modo estadísticamente significativo en las chicas son la realización de dietas para adelgazar, un 3% anual ($p=0,02$) (cambio del 34,6% a 30,3%) y la autoprovocación de vómito de un 6% ($p=0,029$) (cambio del 12% al 9,3%). En los chicos no se aprecia evolución estadísticamente significativa de ninguna de las conductas estudiadas, excepto la conducta de restricción alimentaria de 24 horas que ha pasado del 2% al 3,1% lo que supone un incremento medio anual del 13%.

Tabla 6.5. Prevalencias anuales de conductas relacionadas con los TCA, prevalencias medias del quinquenio y razón de tasas mujer/hombre, en adolescentes.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Año	Mujeres		Hombres		Razón M/H*		
		Prev.	(I.C.95%)	Prev.	(I.C.95%)	M/H	(I.C.95%)	
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	1999	44,5	41,4	47,6	17,3	15,5	19,1	2,60
	2000	39,1	35,5	42,7	20,5	18,4	22,6	1,90
	2001	36,0	33,0	39,0	20,7	18,3	22,9	1,70
	2002	36,0	33,2	38,8	18,3	16,1	20,5	2,00
	2003	34,3	31,1	37,5	15,7	13,5	17,9	2,20
	99-03	37,9	36,6	39,3	18,5	17,5	19,5	2,05
Dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	1999	34,6	30,7	38,5	6,2	4,8	7,6	5,60
	2000	32,9	28,8	37,0	6,4	4,6	8,2	5,10
	2001	29,8	26,1	33,5	6,5	4,9	8,1	4,60
	2002	30,8	28,1	33,5	7,2	5,6	8,8	4,30
	2003	30,2	27,1	33,4	6,1	4,6	7,7	4,90
	99-03	31,6	29,9	33,3	6,5	5,8	7,2	4,86
Restricción alimentaria de 24 h. en los últimos 12 meses para adelgazar	1999	10,3	8,6	12,0	2,0	1,3	2,7	5,20
	2000	13,7	12,0	15,4	1,9	0,9	2,9	7,20
	2001	8,9	6,9	10,9	2,2	1,4	3,0	4,00
	2002	12,4	10,4	14,3	2,9	1,8	4,0	4,30
	2003	12,0	10,0	14,1	3,1	2,1	4,1	3,90
	99-03	11,4	10,5	12,2	2,4	2,0	2,9	4,70
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso	1999	12,0	9,4	14,6	1,3	0,6	2,0	9,20
	2000	10,4	8,1	12,7	1,0	0,4	1,6	10,40
	2001	7,8	6,0	9,6	0,6	0,1	1,1	13,00
	2002	9,8	8,1	11,5	1,6	0,8	2,4	6,10
	2003	9,3	6,9	11,7	0,9	0,2	1,7	10,10
	99-03	9,8	8,9	10,8	1,1	0,8	1,4	9,02
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses	1999	6,0	4,4	7,6	0,8	0,2	1,4	7,50
	2000	4,7	3,2	6,2	0,8	0,2	1,4	5,90
	2001	5,6	4,1	7,1	0,3	0,0	0,6	18,70
	2002	6,2	4,8	7,5	0,6	0,2	1,0	10,30
	2003	4,0	2,7	5,4	0,8	0,3	1,4	4,90
	99-03	5,4	4,7	6,0	0,66	0,4	0,9	8,03

*Razón M/H: razón de prevalencias mujer/hombre

*=P<0,000

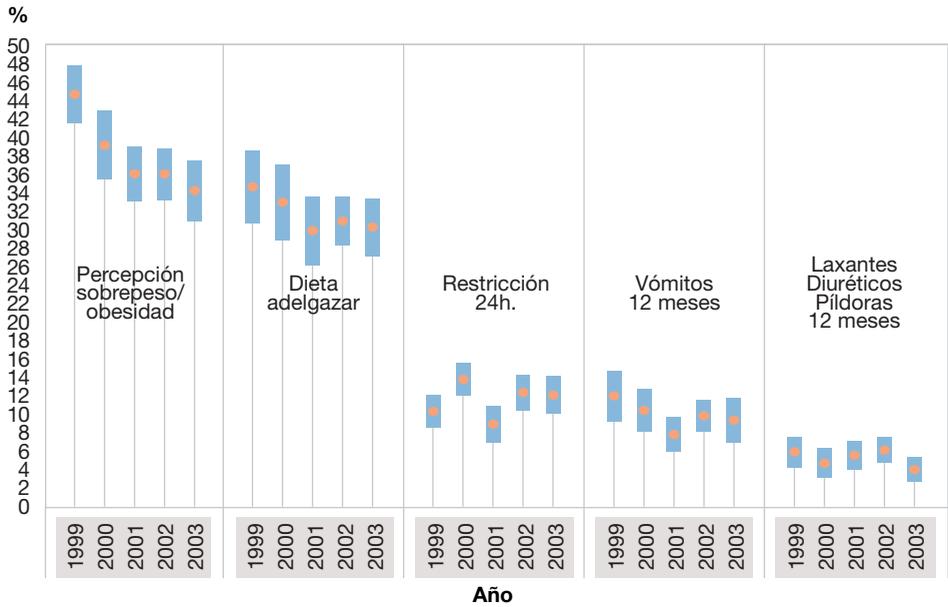


Gráfico 6.9 Evolución de conductas de riesgo de TCA en mujeres de 15 y 16 años.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

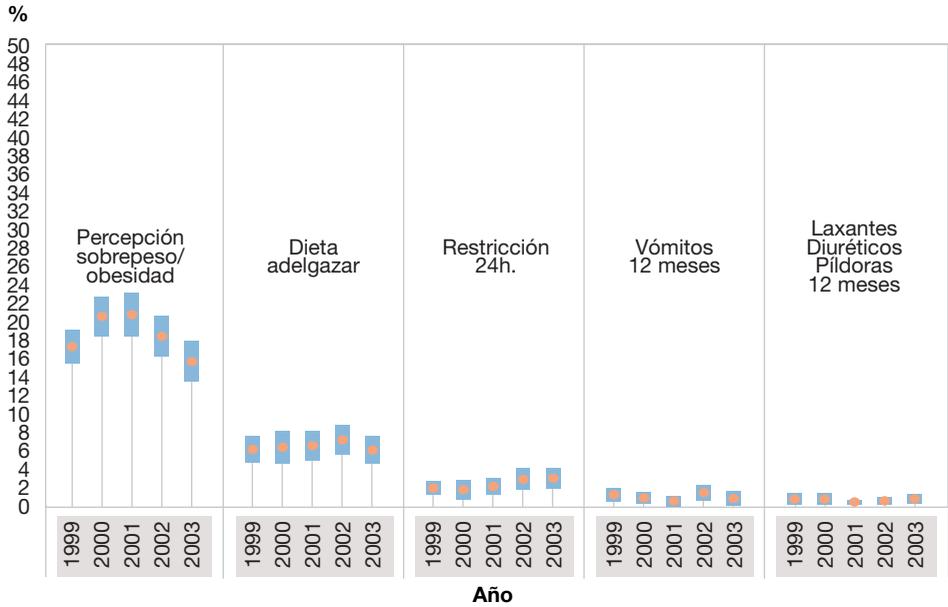


Gráfico 6.10 Evolución de conductas de riesgo de TCA en hombres de 15 y 16 años.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 6.6. Cambios medios anuales en la prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, en % e I.C. al 95%, según género.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Mujeres			Hombres		
	%	(I.C.95%)	P	%	(I.C.95%)	P
<i>Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad</i>	-6,1	(-8,4 a +3,8)	0,000	-2,6	(-6,6 a +1,4)	0,196
<i>Dietas para adelgazar en los últimos 12 meses</i>	-3,4	(-6,1 a -0,6)	0,017	+1,2	(-6 a +9)	0,744
<i>Restricción alimentaria de 24 h. en los últimos 12 meses para adelgazar</i>	+2,3	(-3,1 a +7,9)	0,415	+13,8	(+0,3 a +29,1)	0,045
<i>Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso</i>	-6,1	(-11,4 a -0,5)	0,035	-0,8	(-17,7 a +19,6)	0,931
<i>Laxantes, diuréticos, píldoras, adelgazantes en los últimos 12 meses</i>	-4,6	(-12 a +3,5)	0,256	-2,0	(-22,9 a 24,5)	0,868

*Se ha trabajado con el año como variable continua

6.5.3. Conductas relacionadas con los TCA en población adulta de 18 a 44 años (SIVFRENT-A, 2003)

En este apartado se describen las prevalencias de conductas relacionadas con los TCA obtenidas durante el año 2003. Un total de 1.323 personas forman parte de la muestra de estudio, 651 varones (49,2%) y 672 mujeres (50,8%).

Tabla 6.7. Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA según género y razón de tasas durante el 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Mujeres N=672			Hombres N=651			Razón	
	Prev.	(I.C.95%)		Prev.	(I.C.95%)		M/H*	(I.C.95%)
<i>Modificación dieta habitual, últimos 6 meses</i>	20,1	17,1 23,1	11,8	9,3 14,3	1,69	(1,3-2,2)**		
<i>Dieta especial, últimos 6 meses</i>	1,9	0,7 3,0	1,2	0,3 2,1	1,5	(0,6-4)		
<i>Modificación dieta habitual últimos 6 meses o dieta especial</i>	21,6	18,5 24,7	12,9	10,3 15,5	1,67	(1,3-2,1)**		
<i>Adelgazar como motivo principal de la dieta</i>	14,7	12,1 17,4	7,8	5,8 9,9	1,9	(1,4-2,6)**		
<i>Restricción alimentaria de 24 h. en los últimos 12 meses para perder peso</i>	1,3	0,5 2,2	0,8	0,1 1,4	1,74	(0,6-5,2)		
<i>Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso</i>	0,6	0,0 1,2	0,0	0,0 0,0	-	-		
<i>Laxantes o diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses</i>	2,7	1,5 3,9	0,5	-0,1 1,0	5,8	(1,7-19,6)*		
<i>Crisis de atracones en los últimos 12 meses</i>	10,1	7,8 12,4	6,1	4,3 8,0	1,6	(1,1-2,4)*		
<i>Crisis de atracones + vómito autoprovocado</i>	0,3	-0,1 0,7	0,0	- -	-	-		
<i>Crisis de atracones + vómito autoprovocado + restricción alimentaria de 24 h.</i>	0,3	-0,1 0,7	0,0	- -	-	-		

*Razón M/H: razón de prevalencias en mujer y hombre.

*p<0,05, **p<=0,001

De las 1.323 personas entrevistadas, un 21,6% (18,5-24,7) de las mujeres y un 12,9% (10,3-15,5) de los varones refieren haber realizado algún tipo de modificación en su dieta habitual durante los últimos 6 meses o haber realizado una dieta especial (Tabla 6.7). El 14,7% (12,1-17,4) de las mujeres y el 7,8% (5,8-9,9) de los varones refieren haber realizado dieta para adelgazar durante este período, lo que supone que las mujeres realizan 1,9 veces más frecuentemente que los hombres esta conducta ($p < 0,000$).

La restricción alimentaria de 24 horas para perder peso se observa en ambos sexos, siendo 1,7 veces más frecuente en mujeres, aunque no existe diferencia estadísticamente significativa por género. Ningún hombre de la muestra refiere haberse provocado el vómito con la intención de perder peso en los últimos 12 meses, frente al 0,6% de las mujeres. El uso de laxantes, diuréticos y píldoras para adelgazar es también más frecuente en mujeres que en hombres (2,7% vs 0,5%, respectivamente) al igual que las crisis de atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer. Las mujeres realizan esta conducta de atracones 1,6 veces más frecuentemente que los hombres, con una prevalencia de 10,1%, sin embargo esta conducta solo se da junto al vómito autoprovocado en el 0,3% de las mujeres.

En el Gráfico 6.11 figuran las tasas de prevalencia y los intervalos de confianza de las conductas riesgo de un trastorno del comportamiento alimentario comparando la población masculina frente a la femenina.

Se puede concluir que la realización de dieta para adelgazar y las crisis de atracones son las conductas de riesgo de TCA más frecuentes entre la población adulta, duplicándose ambas en el género femenino.

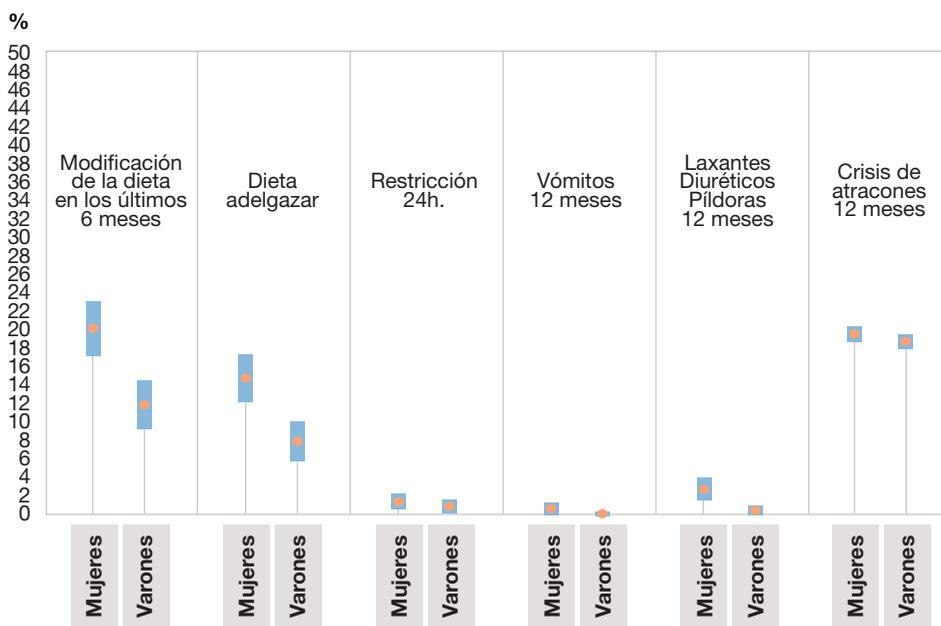


Gráfico 6.11. Conductas de riesgo de TCA en adultos de 18 a 44 años.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La presencia de alguna de las tres conductas compensatorias entre la población adulta, como es la restricción alimentaria de 24 horas, o el uso de laxantes o diuréticos o el vómito autoprovocado, supone un 3,57% (2,2-5) en las mujeres y un 1,2% (0,4-2,1) en los varones. La unión de las tres conductas simultáneamente, está presente sólo en la población femenina, en el 0,3% (-0,1-0,7).

En la Tabla 6.8 se muestra la prevalencia de conductas de riesgo de TCA en aquellas personas que refieren la realización de dieta para adelgazar según género. Las restricción alimentaria de 24 horas (4,04% mujeres vs 3,9% hombres), el uso de laxantes o diuréticos (10,1% mujeres) o las crisis de atracones (23,2% vs 5,9%, respectivamente) se dan más frecuentemente en la población que realiza una conducta de dieta para adelgazar que en el resto de la población.

Tabla 6.8. Distribución de conductas que presentan asociadas las personas que realizan dieta para adelgazar según género.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Mujeres N=99			Hombres N=51			Razón	
	Prev.	(I.C.95%)		Prev.	(I.C.95%)		M/H*	(I.C.95%)
Restricción alimentaria de 24h. últimos 12 meses	4,0	0,1	7,9	3,9	-1,4	9,3	1,0	(0,2-5,4)
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses	2,0	-0,8	4,8	0,0	-	-	-	-
Laxantes o diuréticos o píldoras adelgazantes últimos 12 meses	10,1	4,1	16,1	5,9	-0,6	12,4	1,7	(0,5-5,9)
Crisis de atracones en los últimos 12 meses	23,2	14,9	31,6	5,9	-0,6	12,4	3,9	(1,2-12,5)*

La combinación simultánea de conductas presenta un claro predominio femenino, al igual que las conductas por separado. Este resultado puede considerarse lógico, ya que las mujeres realizan dieta para adelgazar 1,9 veces más frecuente que los varones; siendo el vómito autoprovocado la conducta menos asociada a la misma.

6.5.4. Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario

El 16,7% de los chicos y el 37% de las chicas consideran que tienen exceso de peso o que están obesos.

El 29,4% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 22,1% han llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan 4,9 veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 35,5%. (Tabla 6.9)

En los años 2003-2004 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de chicos que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 23,9%. En las chicas este incremento es del 15,1% (Figura 6.12).

En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999, 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.

El 4,4% de los chicos y el 19,6% de las chicas responde afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 6,6% del total de mujeres responde a dos y el 1,3% a los tres). Concretamente, durante el último año el 11,2% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 11% se han provocado vómitos para perder peso, y un 6,8% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	27,3 (±2,4)*	16,7 (±2,4)	37,0 (±3,1)	27,5 (±3,4)	27,1 (±3,4)
% Realización de dietas en los últimos 12 meses	29,4 (±2,7)	14,4 (±2,8)	43,1 (±3,0)	28,9 (±3,3)	28,6 (±4,1)
% Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	22,1 (±2,7)	7,3 (±1,9)	35,5 (±3,1)	22,5 (±3,5)	20,9 (±3,7)
% No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	7,6 (±1,2)	3,6 (±1,3)	11,2 (±1,8)	6,9 (±1,9)	7,3 (±1,7)
% Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	6,1 (±1,2)	0,7 (±0,6)	11,0 (±1,6)	6,5 (±1,9)	5,9 (±1,8)
% Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	3,8 (±1,1)	0,6 (±0,5)	6,8 (±1,8)	4,0 (±1,7)	3,2 (±1,5)

*Intervalo de confianza al 95%

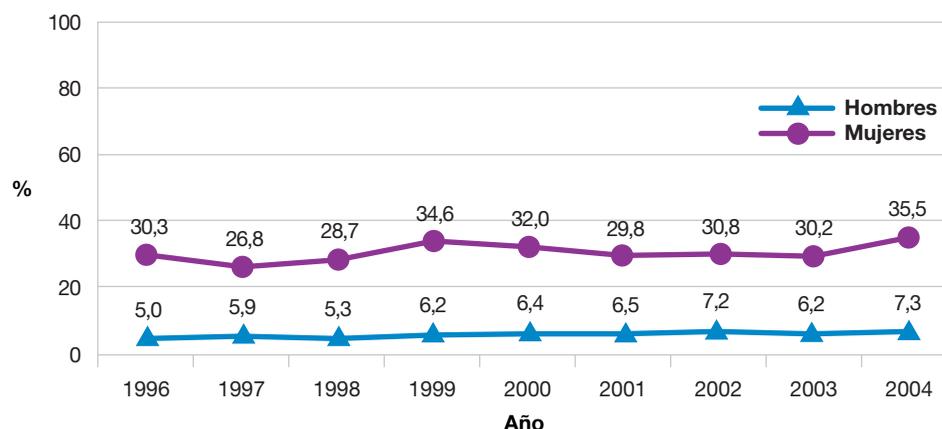


Tabla 6.9. Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según género y edad.

Fuente: SIMFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 6.12. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2004.

Fuente: SIMFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

6.6. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- **Plan de Educación para la Salud en la Escuela.**
- **Plan de Promoción de Salud Mental - Adicciones.**

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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 rubeola, 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 y prevenibles por vacunación

7.1.1. Coberturas vacunales en calendario

La vacunación infantil se realiza en todos los Centros de Atención Primaria del Servicio Madrileño de la Salud, Centros de Salud del Ayuntamiento de Madrid, Centro de la Consejería de Sanidad y Consumo y algunos Centros de Entidades de Seguro Libre. Esto supone un total de 507 centros de vacunación en la Región que envían mensualmente, de forma voluntaria, al Servicio de Salud Pública del Área correspondiente los registros de declaración de dosis de vacunas administradas por edades. Por tanto, el sistema de obtención de coberturas vacunales es un registro numérico de vacunación. El porcentaje de centros que declaran es muy elevado, llegando a una media anual del 99%.

El sistema de obtención de coberturas vacunales en menores de 2 años siempre ha sido un registro numérico de dosis de vacuna administradas, pero a lo largo de los años

se han ido modificando tanto las bases de datos como el sistema de introducción de los mismos, lo que dificulta su homogeneidad. En general se aprecia que los años en los que se ha realizado una modificación del calendario de vacunación infantil (1994, 1996, 1998, 2000 y 2004) muestran unas coberturas vacunales más bajas de lo esperado, posiblemente motivado por el cambio en las hojas de registro y por el tiempo necesario de implantación. Esto se hace especialmente patente en 1996 coincidiendo con el año en que se realizaron mayor número de modificaciones. La baja cobertura de tercera dosis de Hepatitis B en el año 1994 se debe a que solo abarca 6 meses ya que se introdujo en julio (Gráfico 7.1).

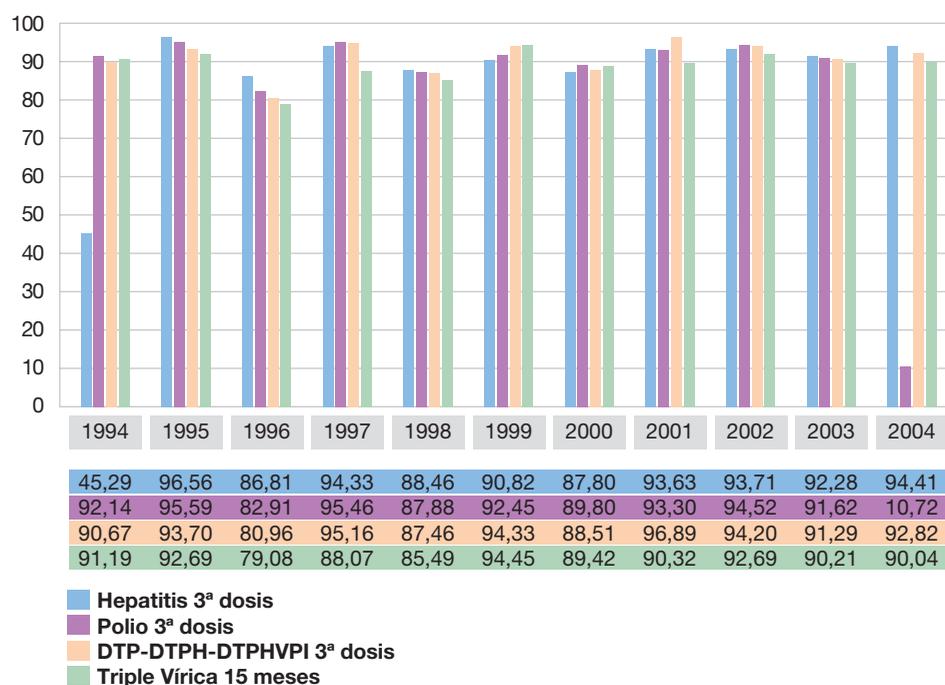


Gráfico 7.1. Comunidad de Madrid. Coberturas de vacunación en niños menores de 2 años. Años 1994-2004.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En los 11 años de la serie la dosis de los 6 años ha sufrido modificaciones tanto del tipo de antígeno administrado (1994 se introduce DT, 2000 se introduce DTPa) como de edad (1999 se pasa a los 4 años) lo que dificulta la interpretación de los datos. Destaca la cobertura obtenida en el año 2000 de 122,59% determinada, probablemente, por la vacunación de niños de diferentes cohortes de edad (4, 5 y 6 años) (Gráfico 7.2).

La interpretación de los datos de vacunación con Hepatitis B y Triple Vírica a los 11 años de edad debe tomarse con cautela dado que son vacunas que se administran en otras edades lo que justificaría las bajas coberturas obtenidas en diferentes años.

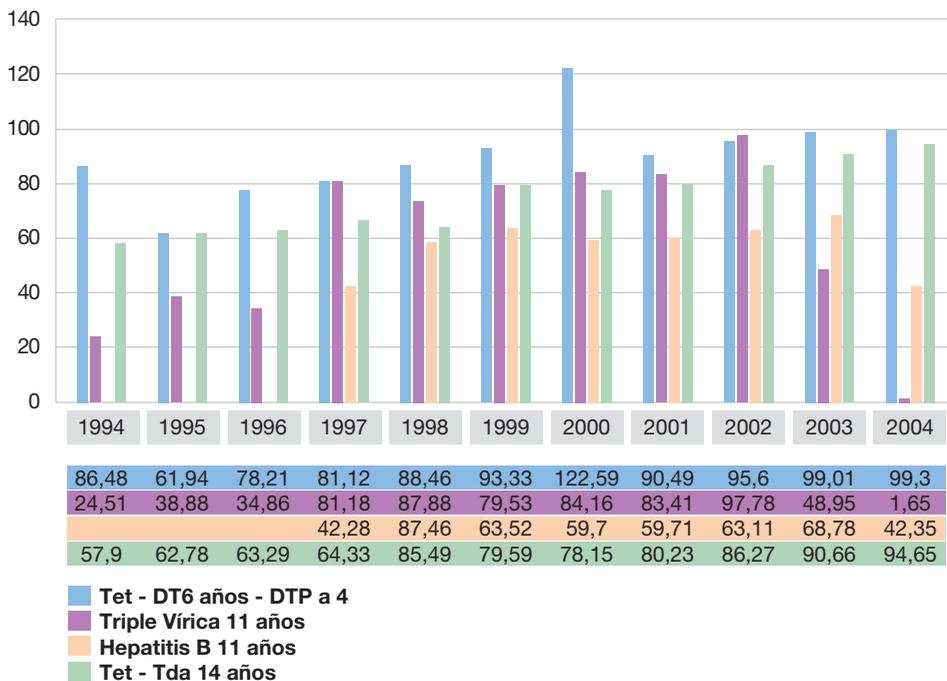
Si bien la segunda dosis de vacuna Triple Vírica a los 11 años de edad no se recomendó oficialmente hasta 1996, muchos centros la estaban administrando con anterioridad, por lo que se ha recogido en toda la serie. Solo en el año 2002 la cobertura vacunal ha sido elevada, probablemente por la coincidencia de la campaña de vacunación que se realizó entre finales de 2002 y principio de 2003.

La vacunación de Hepatitis B a los 11 años se introduce oficialmente en 1996, pero se estaba recomendando en años anteriores en diversas edades. Por este motivo, las coberturas aún siendo bajas no pueden interpretarse como que los niños no están vacunados pues pueden estar vacunados con anterioridad.

Tradicionalmente se ha apreciado que el cumplimiento del calendario vacunal disminuye con la edad, obteniéndose coberturas más bajas cuanto mayor es el niño. Sin embargo resulta destacable la progresión ascendente obtenida en la cobertura vacunal de la dosis de Tétanos-Difteria a los 14 años de edad, llegando al 94,65 % en el año 2004.

Gráfico 7.2. Comunidad de Madrid. Cobertura de vacunación entre los 4 y 14 años. Años 1994-2004.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La cobertura de vacunación en menores de 1 año es muy elevada (Gráfico 7.3). Así, a los 6 meses se administran simultáneamente la tercera dosis de DTPa-Hib-VPI, Meningococo C, Hepatitis B. Esto representa la vacunación completa para Hepatitis B y Meningococo C y la primovacuna para DTPa-Hib-VPI. El 92,82 % de los niños nacidos en 2004 han recibido 3 dosis de DTPa-Hib-VPI, de los que el 13,69 % se han vacunado fuera de la red del Servicio Madrileño de Salud. La vacunación completa frente a la Hepatitis B consiste en tres dosis administradas a los 0 – 2 – 6 meses de edad. El 94,41 % de los niños nacidos en 2004 han recibido 3 dosis de vacuna de Hepatitis B. De ellos el 13,83% se han vacunado fuera de la red pública.

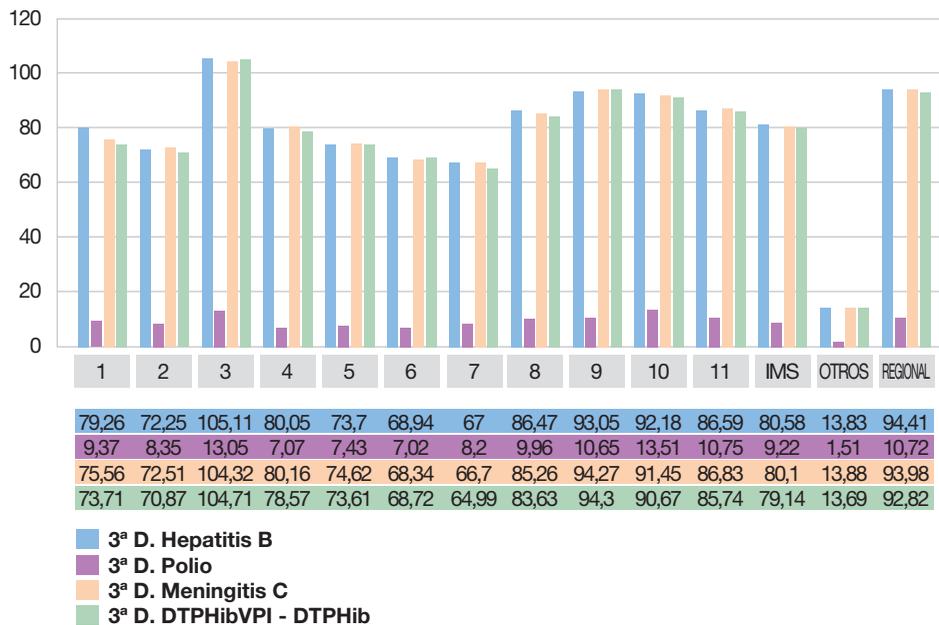


Gráfico 7.3. Cobertura de vacunación de 6 a 12 meses por Áreas Sanitarias. Año 2004.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La tercera dosis de vacuna conjugada frente Meningococo C la han recibido el 93,98 % de los niños a los 6 meses de edad. De ellos, el 13,88 % han sido vacunados fuera del Sistema Público.

El 92,04 % de los niños que han cumplido 2 años en 2004 han recibido la primera dosis de vacuna triple vírica a los 15 meses de edad (Gráfico 7.4). De ellos, el 13,74% han sido vacunados fuera del sistema público. El 1,57 % han recibido la primera dosis de Triple Vírica a los 12 meses de edad, previsiblemente por riesgo aumentado de enfermedad.

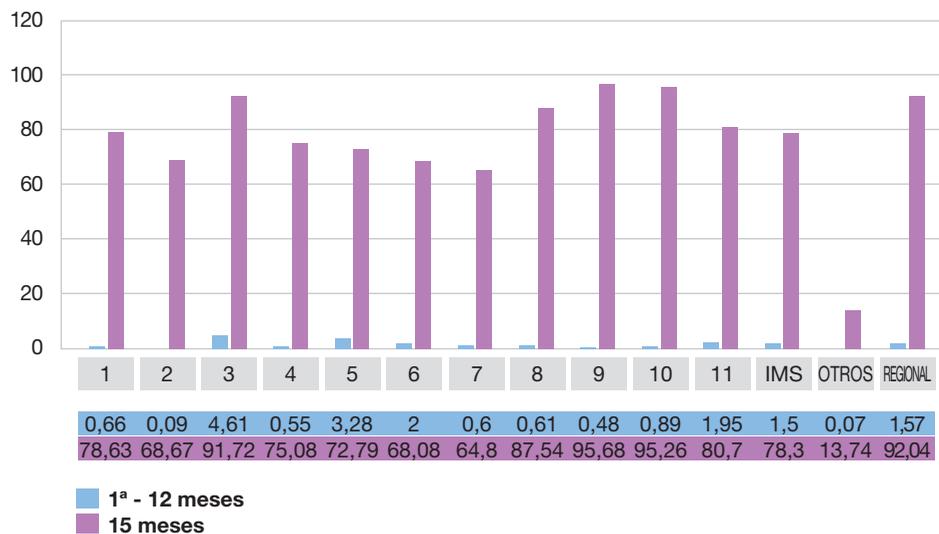


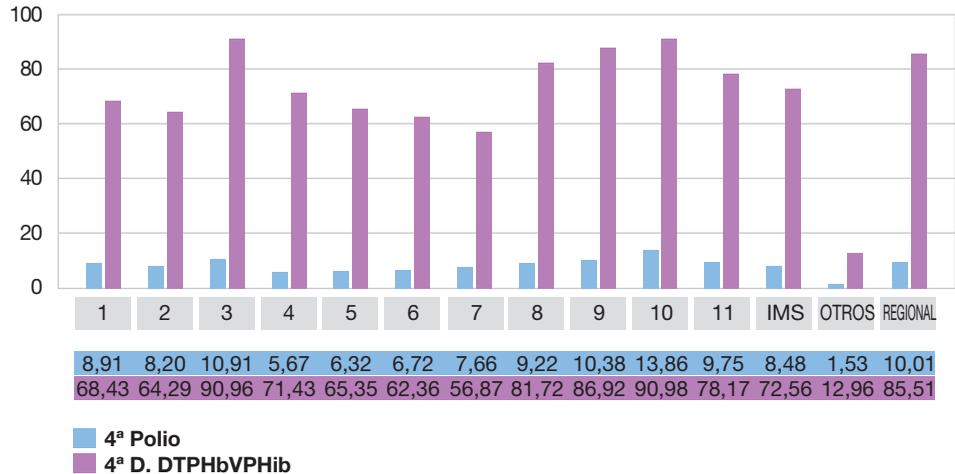
Gráfico 7.4. Cobertura de vacunación de Triple Vírica por Áreas Sanitarias. Año 2004.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

A los 18 meses de edad se administra la cuarta dosis de DTP-Hib-VPI, completándose la vacunación frente a Haemophilus influenzae tipo b (Gráfico 7.5). El 85,51% de los niños menores de 2 años han recibido esta cuarta dosis en el año 2004. El 12,96% han sido vacunados fuera del sistema público.

Gráfico 7.5. Cobertura de vacunación a los 18 meses por Áreas Sanitarias. Año 2004.

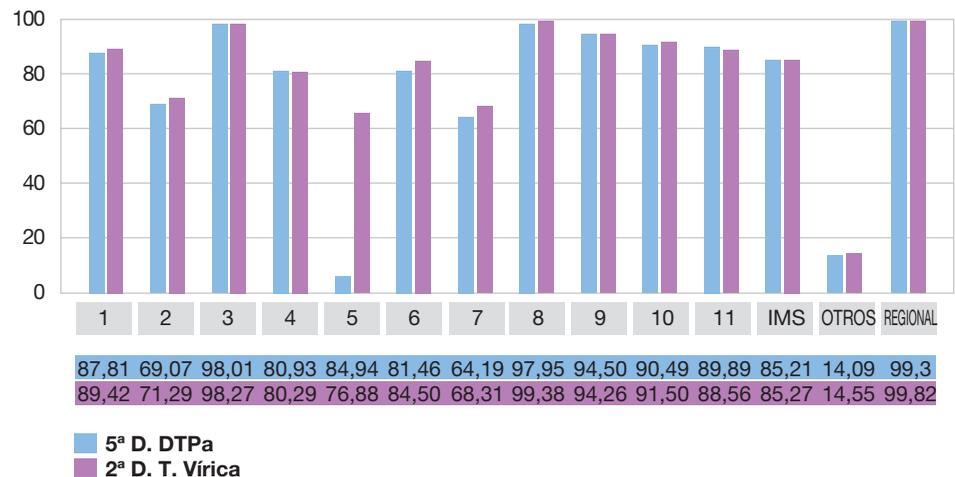
Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



El 99,3% de los niños que han cumplido 4 años en 2004 han recibido la cuarta dosis de DTPa (Gráfico 7.6). De ellos, el 14,09% han sido vacunados fuera de la red pública (Gráfico 7.6). La segunda dosis de vacuna Triple Vírica ha sido administrada al 99,82% de los niños de 4 años. De ellos, el 14,55% han sido vacunados fuera de la red pública.

Gráfico 7.6. Cobertura de vacunación a los 4 años por Áreas Sanitarias. Año 2004.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



A los 11 años se administran 3 dosis de vacuna frente a la Hepatitis B con la pauta 0-1-6 meses en niños no vacunados previamente. El 42,35% de los niños que han cumplido 11 años en el 2004 han recibido 3 dosis durante este año. La baja cobertura vacunal se debe a que han sido vacunados en edades anteriores. En el año 2004 se eliminó la segunda dosis de vacuna Triple Vírica a los 11 años de edad.

El 94,65 % de los niños que han cumplido 14 años en 2004 han recibido una dosis de Tétanos-Difteria tipo adulto. Esta cifra es la más elevada obtenida nunca en esta edad y significa una mejora en el cumplimiento del calendario vacunal muy significativa. (Gráfico 7.7)

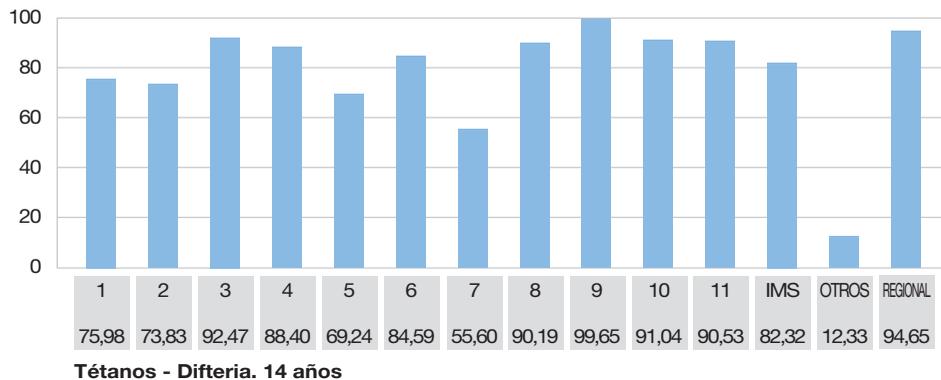


Gráfico 7.7. Cobertura de vacunación a los 14 años por Áreas Sanitarias. Año 2004.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.1.2. Cobertura de vacunación de gripe 1994-2004

La campaña de vacunación frente a la gripe que anualmente promueve la Consejería de Sanidad y Consumo va dirigida a determinados grupos de riesgo para la enfermedad, siendo los mayores de 65 años los principales destinatarios. Se observa que la cobertura de vacunación alcanzada en los últimos 11 años en este grupo de edad después de una tendencia decreciente, se ha estabilizado en las dos últimas temporadas en torno al 64%. Los datos evalúan la vacunación del sistema público, quedando fuera las dosis vendidas en oficinas de farmacia (Gráfico 7.8).

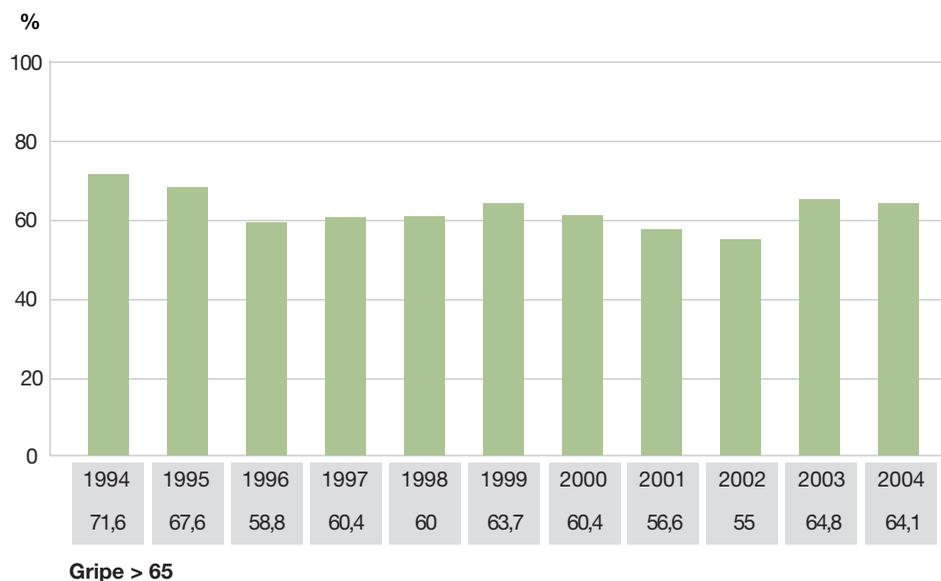


Gráfico 7.8. Cobertura antigripal mayores de 65 años. 1994-2004.

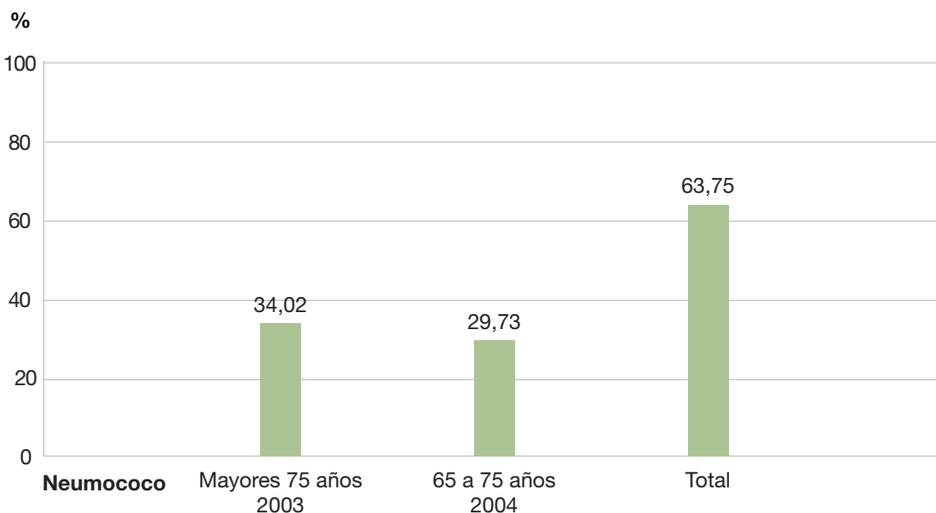
Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.1.3. Cobertura de vacunación de Neumococo 2003-2004

Durante la campaña de vacunación antigripal del año 2003 se realizó conjuntamente una primera campaña de vacunación frente a la enfermedad neumocócica en mayores de 75 años. Durante la campaña de 2004 ésta se ha completado para mayores de 65 años. La cobertura total obtenida mediante la suma de las coberturas de las dos campañas en mayores de 65 años es del 63,75%.

Gráfico 7.9. Coberturas Neumococo 2003-2004 mayores de 65 años.

Fuente: Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.1.4. La incidencia de enfermedades incluidas en el calendario vacunal

La incidencia de enfermedades incluidas en el calendario vacunal es muy baja en la Comunidad de Madrid en el año 2004. Destacan 289 casos de Parotiditis y 184 casos de tosferina, así como los 14 casos de rubéola. Estos casos están asociados de forma importante a las condiciones de vida y al estado vacunal previo, sobre todo en personas procedentes de otras nacionalidades (Tabla 7.1). La gripe es la enfermedad de declaración obligatoria con una mayor incidencia.

Tabla 7.1. Distribución de casos de enfermedades incluidas en calendario de vacunación.

Fuente: SNEDO. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla general EDOs. Distribución por Áreas y total CM. Año 2004

Enfermedades	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Área 10	Área 11	Otros	C. Madrid
Gripe (487)	5.395	5.935	2.921	5.931	13.878	7.952	14.801	11.114	5.808	2.597	13.055	95	89.446
Hepatitis B (070.03)	11	6	8	7	12	21	8	7	7	23	29	0	139
Difteria (032)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis (072.9)	26	31	25	20	50	40	6	12	15	16	47	1	289
Poliomielitis (045)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeola (056)	0	3	1	0	0	1	2	2	1	1	4	4	14
Sarampión (055)	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	0
Tétanos (037)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (033)	8	16	22	25	12	17	10	6	10	9	49	0	184
Rubeola congénita (771.0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita (090)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	5	0
Tétanos neonatal (771.3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae (038.41)	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	5

7.2. Enfermedades de declaración obligatoria

El 98% de las enfermedades transmisibles en la Comunidad corresponde a gripe y varicela, y descienden los casos de paperas, tuberculosis y paludismo. (Tabla 7.2)

Entre las patologías que son objeto de vigilancia, hay que destacar los descensos registrados en el año 2004 en los casos de parotiditis, otras hepatitis víricas, brucelosis, leishmaniasis, además de la gripe y la varicela.

En el año 2004 se notificaron 130 casos de paludismo. La mayoría de estas personas se infectaron en el continente africano, y son inmigrantes que viajan a sus países de origen, seguidos del grupo de viajeros de corta y larga estancia a esas zonas. Salud Pública recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo cuando se viaja a los países endémicos, así como establecer estrategias adecuadas de prevención en este grupo de población.

Además, durante 2004 se notificaron 687 casos de tuberculosis respiratoria, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 15,30 casos por 100.000 habitantes. También se produjo un descenso en los casos de Legionella, con 54 afectados.

La Dirección General de Salud Pública y Alimentación ha activado mecanismos para reforzar la protección de los grupos socialmente desfavorecidos o con más dificultades para acceder al sistema sanitario con estrategias específicas de vacunación, como la desarrollada recientemente frente a la meningitis C, en la que se ha actualizado el calendario vacunal de 68.436 personas de estos colectivos.

En 2004 se notificaron 184 casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid, 304 en el 2003. Pese a que su incidencia se da principalmente en los menores (78%, entre los 0 a 9 años), se considera que son los propios adultos, que en contacto con ellos, tienen un papel muy importante en la propagación de esta enfermedad, que habitualmente no desarrollan.

Asimismo, en 2004 se produjeron 217 casos de hepatitis A, 234 personas afectadas en el 2003. La mayor parte de los casos se produjo en grupos de riesgo, que son los colectivos que tienen un mayor riesgo de infección por el virus y viajeros que se desplazan a zonas endémicas de hepatitis A, trabajadores en contacto con aguas residuales no depuradas o familias residentes en poblados marginales y a causa de la falta de prácticas básicas de higiene.

Tabla 7.2. Nº de casos de enfermedades incluidas en SNEDO.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y
Alimentación. Consejería de Sanidad y
Consumo.

Tabla general EDOs. Distribución por áreas y total CM													
Año 2004													
Enfermedades	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Área 10	Área 11	Otros	C. Madrid
Enfermedades de transmisión respiratoria													
Gripe (487)	5.359	5.935	2.921	5.931	13.878	7.952	14.801	11.114	5.808	2.597	13.055	95	89.446
Legionelosis (482.83)	7	2	4	7	3	1	11	5	3	3	8	3	57
Varicela (052)	4.295	4.024	3.318	4.309	5.803	4.435	3.617	5.670	4.253	2.403	5.829		47.956
Tuberculosis*													
Tuberculosis Respiratoria (011)	93	32	34	60	41	46	83	39	31	33	167	28	687
Tuberculosis Meningea (013.0)	1	3		2			3		2		3	1	15
Tuberculosis (otras) (017)	14	8	11	14	11	11	15	11	3	7	34	4	143
Infecciones que causan meningitis													
Enf. Meningocócica (036)	13	10	5	9	7	15	13	16	4	5	12		109
Enf. inv. por H. Influenzae (038.41)		1					1				3		5
Meningitis bact., otras (320)	3	3	7	12	9	8	9	15	13	3	21	1	104
Meningitis víricas (047)	6	16	28	14	18	8	7	21	40	7	52	1	218
Hepatitis víricas													
Hepatitis A (070.1)	15	13	4	13	13	14	50	18	14	7	55	1	217
Hepatitis B (070.3)	11	6	8	7	12	21	8	7	7	23	29		139
Hepatitis, otras (070.9)	20	9	8		15	18	9	13	13	17	52	1	175
Enf. de transmisión alimentaria													
Botulismo (005.1)				1									1
Cólera (001)													
Disentería (004)			1	14	3	1	8				4		31
F. Tiroidea y paratifoidea (002)	1						1	3	1	1	2	9	
Triquinosis (124)					20		1	3	2		1		27
Enfermedades de transmisión sexual													
Infección Gonocócica (098)	7	9	1	6	7	6	7	4	4	1	9	1	62
Sífilis (091)	11	12	5	12	14	13	22	6	7	9	55	1	167
Antropozoonosis													
Brucelosis (023)	3	2	3	2	8	3		5	1	3	4	1	35
Leishmaniasis (085)		2			1	6	6	4	3		8		30
Rabia (071)													
Enfermedades prevenibles inmunización													
Difteria (032)													
Parotiditis (072.9)	26	31	25	20	50	40	6	12	15	16	47	1	289
Poliomielitis (045)													
Rubéola (056)		3	1			1	1	2	1	1	4		14
Sarampión (055)					1	1		1					3
Tétanos (037)													
Tos ferina (033)	8	16	22	25	12	17	10	6	10	9	49		184
Enfermedades importadas													
Fiebre amarilla (060)													
Paludismo (084)	7	2	18	4	2	1	13	28	33	10	12		130
Peste (020)													
Tifus exantemático (080)													
Enfermedades notificadas sistemas especiales													
Lepra (030)			1				1		1			2	5
Rubéola congénita (771.0)													
Sífilis congénita (090)						1	1				3		5
Tétanos neonatal (771.3)													
Encefalopatías Espongiformes	1							1		2	2		6
Tr. Humanas													
Otras													
Parálisis flácida aguda (<15 años) (357.0)		1			3	2	1	2			1		10

*Información procedente del Registro regional de TB, datos actualizados a 15/02/2005

7.3. Enfermedades objeto de vigilancia especial

7.3.1. Gripe

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado, que termina con la recuperación del enfermo en el término de 3-7 días. La importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de propagación, la extensa morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías.

Se expone el estudio descriptivo de la temporada de gripe 2003/04, a partir de los sub-sistemas de Vigilancia Epidemiológica de gripe disponibles en la Comunidad de Madrid: morbilidad declarada al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO) y a la Red de Médicos Centinela (RMC).

Se detectó actividad epidémica en la temporada durante 6 semanas. El máximo epidémico correspondió a la semana 47 de 2003. Considerando la temporada en conjunto, la incidencia ha sido similar a la temporada anterior, sin embargo los niveles alcanzados durante la semana de máxima incidencia han sido mayores. Se ha detectado una frecuencia de presentación mayor en hombres, 56,9% de los casos. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre 25 y 44 años, 37,8% de los casos. Las manifestaciones clínicas han sido: aparición súbita en el 86,2% de los casos, tos en el 92,7%, escalofríos en el 86,8%, fiebre en el 92,1%, debilidad y postración en el 90,4%, mialgias y dolores generalizados en el 87,9%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 79,2%, y contacto con enfermo de gripe en el 23,3%. El 15,6% de los casos tenía patologías previas. El 6,7% de los casos estaban vacunados. La actividad epidémica ha estado asociada a la circulación de virus de la gripe AH3N2, similares a la cepa A/Fujian/411/2002. (Tabla 7.3 y Gráficos 7.10, 7.11 y 7.12)

Temporada Epidemiológica	Nº casos notificados	Incidencia en la temporada x 10 ⁵	Pico máximo	
			Incidencia semanal	Semana-año
1999-00	379.817	7.562,0	1.052,5	2-00
2000-01	171.360	3.411,9	183,3	10-01
2001-02	283.067	5.636,2	753,0	2-02
2002-03	162.592	2.998,0	223,7	9-03
2003-04	162.574	2.842,7	367,7	47-03

Tabla 7.3. Casos de gripe notificados al SNEDO en las temporadas 1999/01 a 2003/04, en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 7.10. Gripe. Distribución semanal de los casos notificados a las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 1987/88 a 2003/04.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

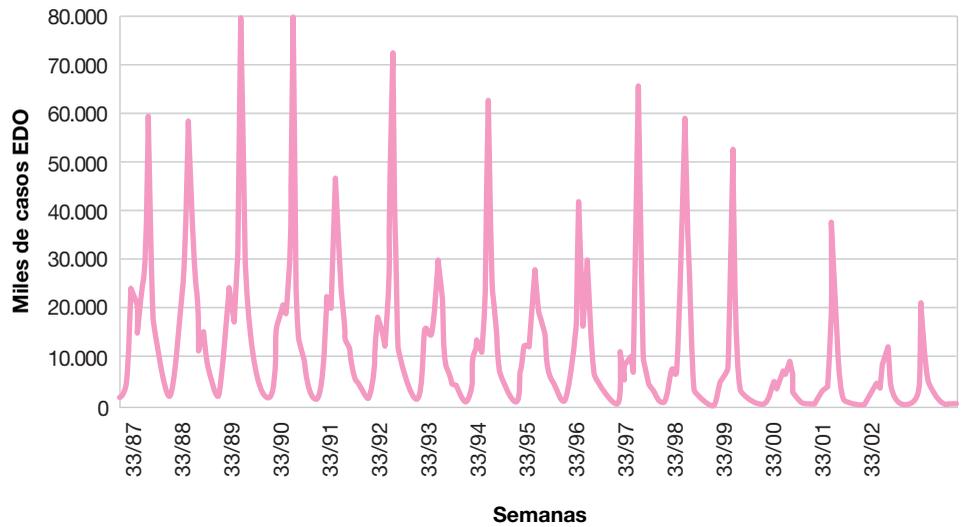


Gráfico 7.11. Distribución semanal de los casos de gripe notificados al SNEDO, a la RMC y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2002/03.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

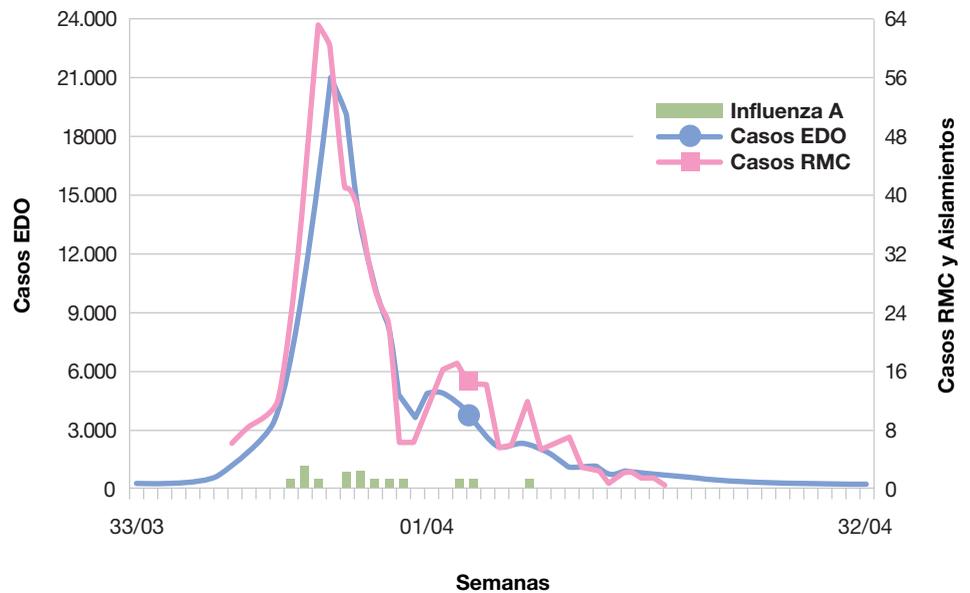
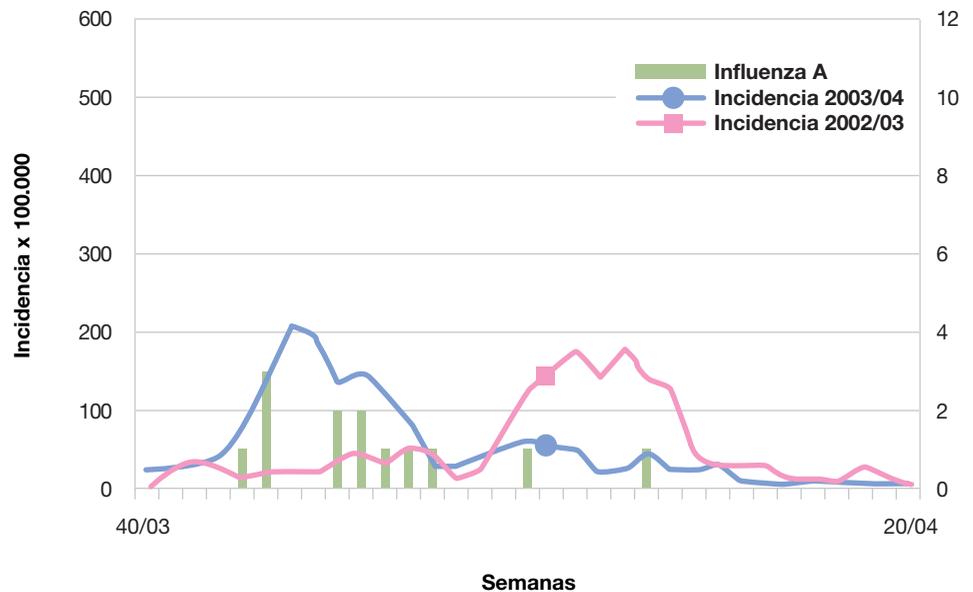


Gráfico 7.12. Incidencia de gripe Red de Médicos Centinelas 2003 y 2004. Tasas por 100 mil.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.3.2. Sarampión

Se está desarrollando un plan de eliminación de esta enfermedad, mediante notificación activa de casos sospechosos e intervención en el colectivo, una vez que se confirma el caso. Durante el año 2004 se han notificado 3 casos de sarampión (Gráficos 7.13 y 7.14).

En el marco de este Plan de eliminación del sarampión, se detectaron 8 casos confirmados de rubéola en el mes de febrero en personas procedentes de países latinoamericanos. La mayoría de los casos se habían producido en mujeres en edad fértil que residían en distintas áreas de salud. Se revisaron los casos notificados al sistema de EDO y se llevó a cabo una búsqueda activa de casos entre los contactos de los enfermos. Se identificó un total de 19 casos, 15 confirmados por laboratorio y 4 por vínculo epidemiológico. Todos ellos habían iniciado los síntomas entre el 1 de diciembre de 2002 y el 31 de marzo de 2003. No se pudo identificar una fuente de exposición común. Ninguno de los casos estaba vacunado con triple vírica o no pudieron documentar su estado vacunal. En la investigación epidemiológica se preguntó por el contacto con los servicios sanitarios y se observó que aunque la mayoría había contactado al menos una vez, ninguno recibió recomendación sobre vacunación frente a rubéola.

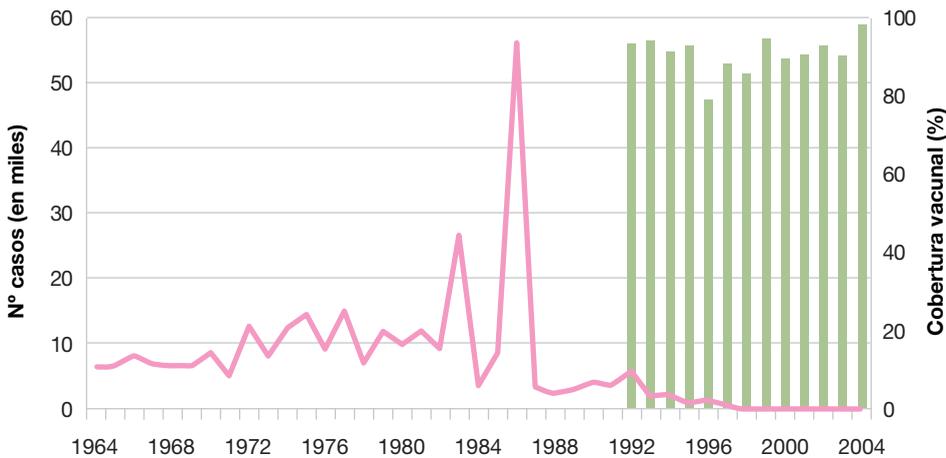


Gráfico 7.13. Casos de sarampión y cobertura vacunal. Comunidad de Madrid. Años 1964-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

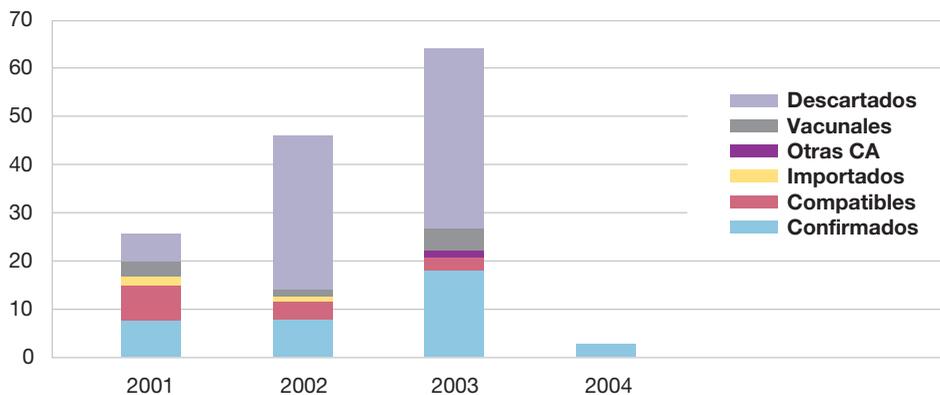


Gráfico 7.14. Casos de sarampión. Comunidad de Madrid. Años 2001-2004.

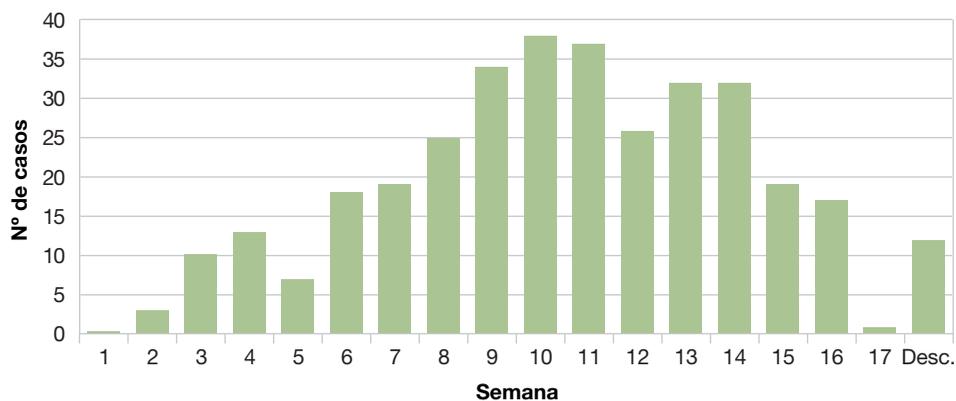
Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.3.3. Rubéola

Como consecuencia de la aparición de los casos de rubéola en colectivos de inmigrantes, se ha establecido un sistema de vigilancia de esta enfermedad a partir del año 2004, alertando previamente al sistema asistencial de la situación detectada y de las recomendaciones para hacer frente a esta enfermedad. La situación epidemiológica de la rubéola en la Comunidad de Madrid, semanas 1-17 (casos notificados hasta el 4 de mayo), es la siguiente (Gráfico 7.15):

Gráfico 7.15. Nº casos por semana de inicio de los síntomas de rubéola.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

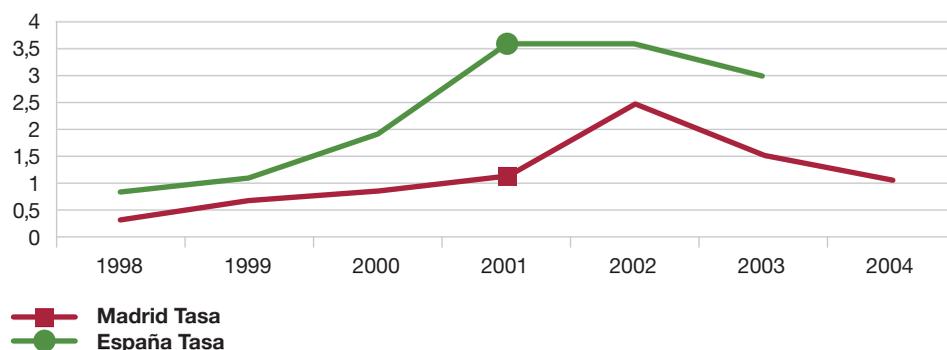


7.3.4. Legionelosis

Durante el año 2004 se han declarado un total de 57 casos de legionelosis, lo que supone una tasa inferior a la estatal (Gráfico 7.16)

Gráfico 7.16. Tasas de incidencia de legionelosis. Años 1998 a 2004.

Fuente: EDO. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.3.5. Meningitis

La evolución de la EMC en los últimos años, desde la campaña de vacunación del año 2000 hasta la actualidad (semana 21 de la temporada 2003-2004), se muestra en la Tabla 7.4 y en el Gráfico 7.17. Tras la campaña de vacunación y la introducción de la vacuna conjugada en el calendario de vacunaciones infantiles se observó una marcada disminución de la incidencia de la enfermedad en el grupo de edad de la intervención, que se aprecia en las temporadas que se sucedieron.

La disminución en la incidencia en los menores de 5 años, que fue muy marcada en la temporada 2000-2001, se siguió observando en la temporada 2001-2002. Posteriormente, en la temporada 2002-2003 se aprecia un ligero incremento de la incidencia, sobre todo en los menores de 1 año. En la temporada 2003-2004, sin embargo el incremento se muestra en el grupo de edad de 1 a 4 años, respecto a la temporada previa.

La incidencia del grupo de edad de 15 a 19 años se ha mantenido por encima del de 10 a 14 años a lo largo de todo el período.

Grupo de edad	2000-2001		2001-2002		2002-2003		2003-2004	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	3	5,04	1	1,68	2	3,36	1	1,60
1 a 4	6	2,92	3	1,46	4	1,95	6	2,68
5 a 9	6	2,43	4	1,62	2	0,81	1	0,38
10 a 14	1	0,38	6	2,28	1	0,38	3	1,10
15 a 19	4	1,27	8	2,53	2	0,63	5	1,60
20 a 24	2	0,46	5	1,15	2	0,46	3	0,69
25 a 44	11	0,59	11	0,59	6	0,32	8	0,39
45 a 64	5	0,40	5	0,40	4	0,32	3	0,23
>64	3	0,38	10	1,27	0	0,00	2	0,24
Total	41	0,76	53	0,98	23	0,42	32	0,56

Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Casos y tasas específicas por edad. Comunidad de Madrid, temporadas 2000-2001/2003-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Gráfico 7.17. Letalidad de la EMC. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-1997/2003-2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Los aspectos más destacados de la enfermedad meningocócica por serogrupo C en la Comunidad de Madrid son:

- La enfermedad afecta tradicionalmente a los menores de 5 años, y dentro de estos es el grupo de los menores de 1 año el de mayor incidencia.
- La incidencia en el grupo de 15 a 19 años supera al de 10 a 14 años. Y en la última temporada ambos grupos superan en incidencia al de 5 a 9 años.
- Elevada letalidad: 25% en la temporada actual. Letalidad que asciende al 66,7% en el grupo de edad de 10 a 14 años (dos fallecidos de tres casos).
- Elevado porcentaje de casos y fallecidos, en el grupo de 10 a 19 años, vacunados con vacuna de polisacárido capsular en la campaña de 1997.
- Elevado porcentaje de casos y fallecidos en los colectivos con barreras de acceso al sistema sanitario (no vacunados).

En septiembre de 2004 se inicia la vacunación de Meningitis C en todos los jóvenes de 10 a 19 años de la Comunidad de Madrid. Se han vacunado 420.000 jóvenes en la campaña de vacunación, lo que supone una cobertura global superior al 80%. Como consecuencia de esta campaña se han eliminado los casos de Meningitis C en vacunados. La comparación a semana 41 del año 2005 puede verse en la Tabla adjunta (Tabla 7.5).

Tabla 7.5. Enfermedad Meningocócica por Serogrupo C Comunidad de Madrid. Temporadas 2003-04 y 2004-05. Datos acumulados desde la semana 41 del 2004 a la semana 41 del 2005.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

EDAD	TEMPORADA 2003-04					TEMPORADA 2004-05				
	Casos	Éxitos	Vac. A+C	Vac. Conj.	Ambas Vac.	Casos	Éxitos	Vac. A+C	Vac. Conj.	Ambas Vac.
<1	1									
1	2	1		1						
2	2			2						
3	1			1						
4	1			1						
5										
6	1				1					
7										
8										
9										
10	1	1	1							
11										
12										
13	1		1							
14	1	1	1							
15										
16	2		1			1				
17	1	1	1							
18	2									
19										
20-24	3	1				1	1			
25-44	8	3				9	1			
45-64	2					4	2			
>64	2					2				
Total	32	8	5	4	1	17	4			

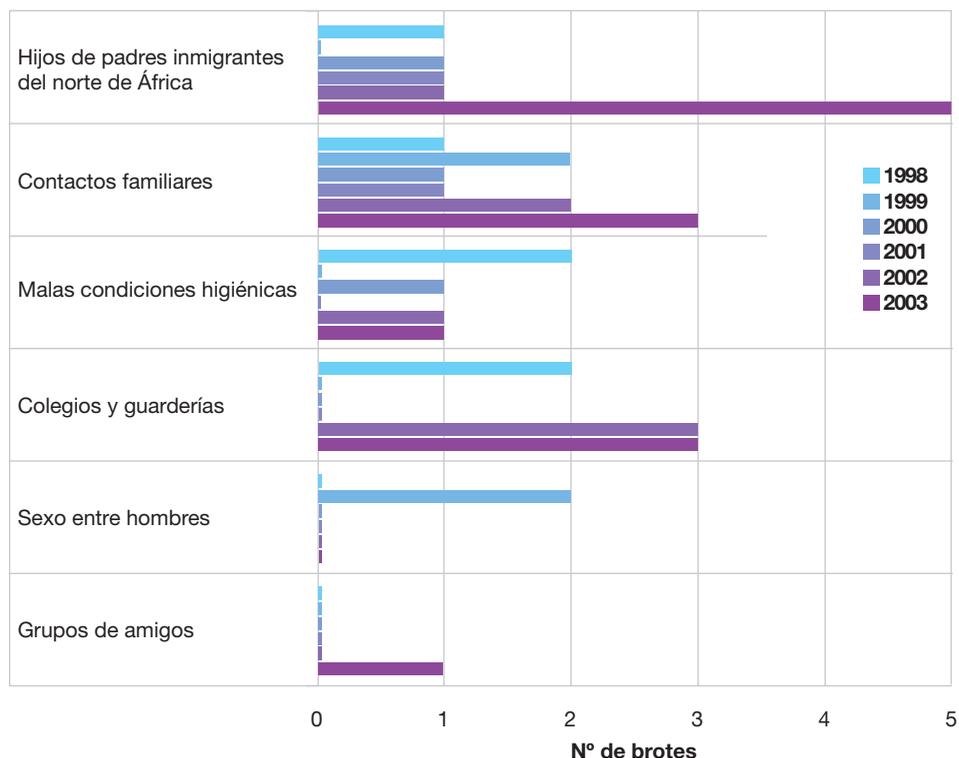
7.3.6. Hepatitis A

La Hepatitis A es una enfermedad elevadamente contagiosa. En los últimos años se ha producido un aumento del nº de casos de hepatitis A, ligado a factores de riesgo ambientales y de conducta. Se han revisado los factores de riesgo ligados a estos brotes y se aprecia la presencia de enfermedad en los casos índices con antecedentes de viajes a países en donde la prevalencia de esta enfermedad es alta, colegios, guarderías, desfavorecidos y practicas sexuales de riesgo.

	Nº brotes	Nº casos
1998	6	21
1999	4	22
2000	3	8
2001	2	6
2002	7	39
2003	13	45
2004	11	55
Media	5,83	23,5
Total	46	209

Gráfico 7.18. Nº de brotes y casos de hepatitis A en la comunidad de Madrid y factores de riesgo.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.4. Brotes

7.4.1. Brotes de origen alimentario

Durante el año 2004 se han declarado 154 brotes de origen alimentario, 80 de ellos (52%) han tenido lugar en colectivos, con un total de 1.628 casos (Tabla 7.6). La tasa de brotes por 100 mil habitantes es de 2,65 y la tasa de casos es 34,5 por 100 mil habitantes.

Tabla 7.6. Brotes de origen alimentario. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	57	37,1	263	13,2	373	5,2	54	47,0
Colectivo	80	51,9	1628	81,2	6643	93,0	48	41,7
Mixto	17	11,0	113	5,6	129	1,8	13	11,3
Total	154	100	2004	100	7145	100	115	100

Tabla 7.7. Brotes de origen alimentario. Lugar de consumo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Domicilio	68	44,3	350	17,5	458	6,4	64	55,6
Bares, restaurantes y similares	41	26,7	351	17,5	570	8,0	13	11,3
Colegios y guarderías	23	14,9	947	47,3	5051	70,7	20	17,4
Residencias de ancianos	4	2,6	109	5,4	565	7,8	1	0,9
Comedores de empresa	2	1,3	19	0,9	27	0,4	0	0
Otras residencias	1	0,6	8	0,4	8	0,1	0	0
Instituciones sanitarias	1	0,6	10	0,5	55	0,8	1	0,9
Otros lugares	13	8,4	208	10,4	407	5,7	16	13,9
Desconocido	1	0,6	2	0,1	4	0,1	0	0
Total	154	100	2004	100	7145	100	115	100

7.4.2. Brotes de origen no alimentario. Año 2004 (Datos actualizados a 25 de abril de 2005)

De los brotes de origen no alimentario llaman la atención los brotes de Hepatitis A y el brote de fiebre Q, producido en una granja escuela con 25 afectados.

Tabla 7.8. Brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gastroenteritis aguda	38	44,2	1718	82,5	9394	63,2	4	14,4
Hepatitis A	11	12,7	51	2,4	1338	9,0	9	32,1
Parotiditis	8	9,2	28	1,3	1408	9,4	0	0
Escabiosis	7	8,1	23	1,1	207	1,4	0	0
Escarlatina	5	5,7	24	1,2	144	1,0	0	0
Tos ferina	4	4,6	29	1,4	182	1,2	1	3,6
Shigelosis	2	2,3	127	6,1	989	6,7	1	3,6
Infección respiratoria	2	2,4	17	0,8	62	0,4	3	10,7
Molusco contagioso	2	2,4	9	0,4	290	2,0	0	0
Fiebre Q	1	1,2	25	1,2	41	0,3	2	7,1
Giardiasis	1	1,2	14	0,7	42	0,3	1	3,6
Eritema infeccioso	1	1,2	11	0,5	742	5,0	0	0
Hepatitis C	1	1,2	3	0,1	5	0,0	1	3,6
Brucelosis	1	1,2	2	0,1	10	0,1	2	7,1
Meningitis vírica	1	1,2	2	0,1	2	0,0	2	7,1
Legionelosis	1	1,2	2	0,1	2	0,0	2	7,1
Total	86	100	2.085	100	14.858	100	28	100

7.5. Tuberculosis

La incidencia anual de tuberculosis estimada para 2003 y 2004 en la Comunidad de Madrid ha sido de 19,8 y 14 casos por 100 mil habitantes. La incidencia anual de tuberculosis está disminuyendo desde 1995, si bien en los últimos años de forma moderada. El grupo de edad más afectado es el de mayores de 74 años, donde se ha registrado una incidencia de 30,7 casos por 100 mil habitantes. La incidencia registrada en menores de 15 años ha sido de 8,8 casos por 100 mil habitantes.

Por Área Sanitaria, la incidencia ha variado entre 9,8 y 26,3 casos por 100 mil registrada en las Áreas 5 y 7 respectivamente, el distrito con mayor incidencia registrada ha sido Centro con 35,9 casos por 100 mil habitantes. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 21,7 casos por 100 mil habitantes.

El haber nacido fuera de España es el factor de riesgo de enfermedad tuberculosa que se presenta con mayor frecuencia, está presente en el 36,0% de los casos. En segundo lugar se sitúa la infección por el VIH/SIDA, presente en el 12,4% de los casos. (Gráficos 7.19 a 7.24 y Tablas 7.9 a 7.12)

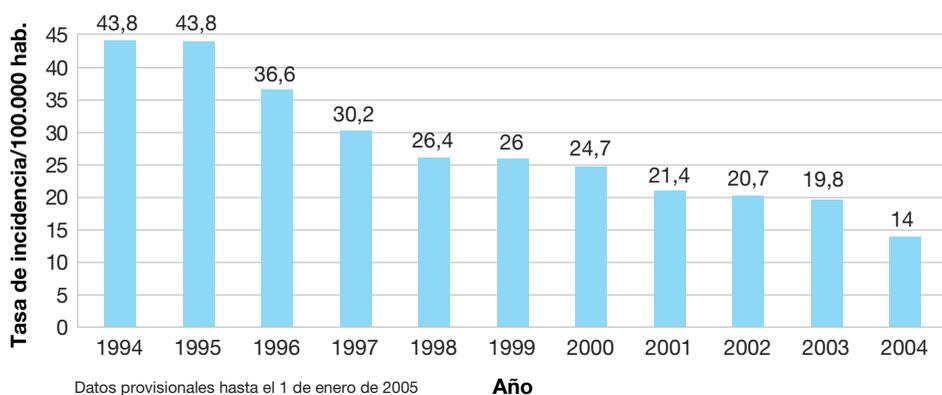


Gráfico 7.19. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1994-2004.

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	N	%	Tasa de incidencia por 100.000 hab.
Casos detectados	801	100,0	14,01
Género	Masculino	490	61,2
	Femenino	306	38,2
	Desconocido	5	0,6
Casos detectados de localización pulmonar	598	74,6	10,46
Grupos de edad	0-14 años	34	4,2
	15-24 años	102	12,7
	25-44 años	362	45,2
	45-64 años	128	16,0
	>64 años	152	19,0
	Desconocido	23	2,9

Tabla 7.9. Número de casos de tuberculosis detectados en 2004 (semanas 1-52) según género, localización pulmonar, y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Datos provisionales. Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid, salvo residentes en prisiones.

Gráfico 7.20. Incidencia anual y número de casos de tuberculosis específica por grupos de edad (Datos consolidados año 2003).

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

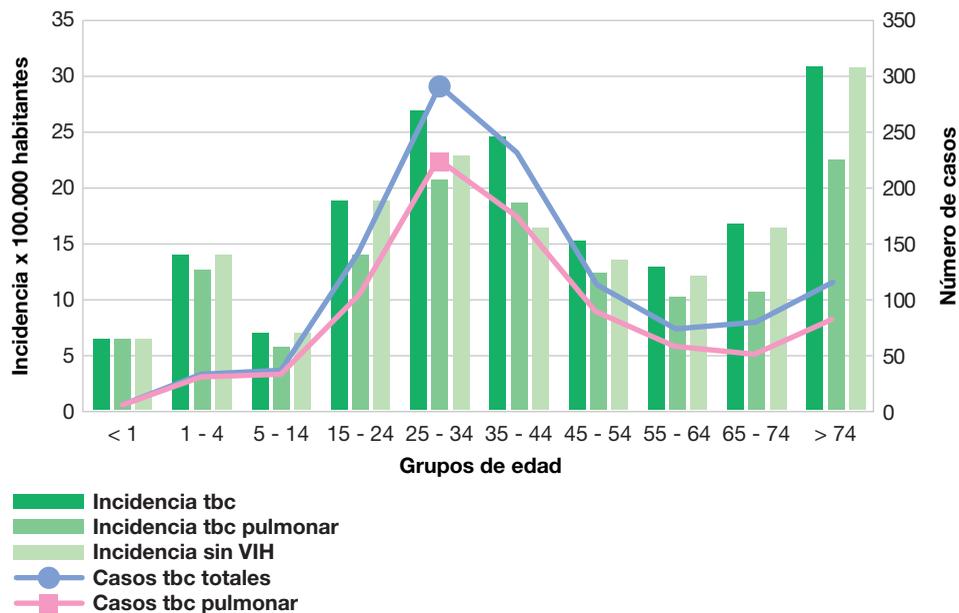


Gráfico 7.21. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes según área de residencia hasta 1 de enero 2005.

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

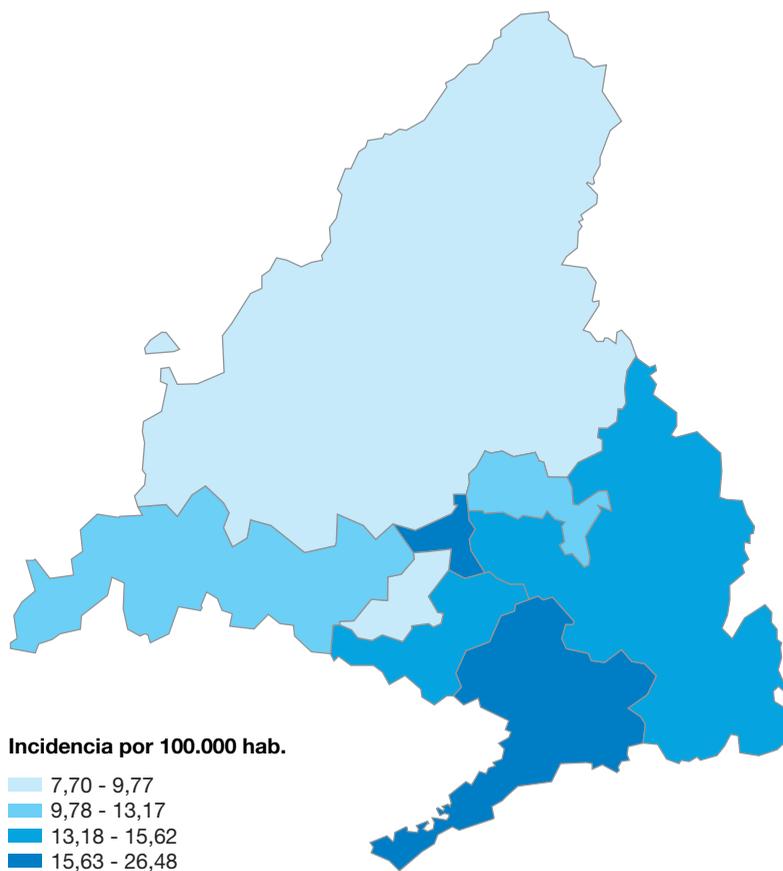


Tabla 7.10. Incidencia de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario, Comunidad de Madrid. Año 2003.

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Área - Distrito Sanitario		Población	Casos*	Incidencia por 10 ⁵
Área 1	Sur-Este	704.030	166	23,58
1.1	Arganda	115.893	12	10,35
1.2	Moratalaz	164.388	29	17,64
1.3	Retiro	125.913	23	18,27
1.4	Vallecas	297.836	101	33,91
Área 2	Centro-Norte	436.986	64	14,65
2.1	Coslada	147.546	25	16,94
2.2	Salamanca	148.078	21	14,18
2.3	Chamartín	141.362	18	12,73
Área 3	Este	321.576	65	20,21
3.1	Alcalá de Henares	216.786	40	18,45
3.2	Torrejón de Ardoz	104.790	24	22,90
Área 4	Noreste	561.912	87	15,48
4.1	Ciudad Lineal	230.352	29	12,59
4.2	San Blas	141.576	25	17,66
4.3	Hortaleza	189.984	32	16,84
Área 5	Norte	701.564	69	9,84
5.1	Alcobendas	244.270	15	6,14
5.2	Colmenar Viejo	101.330	4	3,95
5.3	Tetuán	147.301	24	16,29
5.4	Fuencarral	208.663	12	5,75
Área 6	Oeste	573.249	74	12,91
6.1	Majadahonda	255.424	27	10,57
6.2	Collado Villalba	202.626	28	13,82
6.3	Moncloa	115.199	19	16,49
Área 7	Centro-Oeste	551.242	145	26,30
7.1	Centro	142.125	51	35,88
7.2	Chamberí	152.647	25	16,38
7.3	Latina	256.470	68	26,51
Área 8	Sur-Oeste I	438.715	89	20,29
8.1	Móstoles	207.905	42	20,20
8.2	Alcorcón	154.441	28	18,13
8.3	Navalcarnero	76.369	14	18,33
Área 9	Sur-Oeste II	380.230	70	18,41
9.1	Leganés	176.900	29	16,39
9.2	Fuenlabrada	203.330	36	17,71
Área 10	Sur I	294.236	50	16,99
10.1	Parla	137.921	35	25,38
10.2	Getafe	156.315	14	8,96
Área 11	Sur II	755.202	194	25,69
11.1	Aranjuez	124.337	27	21,72
11.2	Arganzuela	142.347	41	28,80
11.3	Villaverde	133.193	37	27,78
11.4	Carabanchel	232.159	48	20,68
11.5	Usera	123.166	39	31,66
	Área desconocida/Prisión/Calle		4/24/33	
	Total	5.718.942	1.073	18,76
	Residentes otras CC.AA.		24	
	Total		1.158	

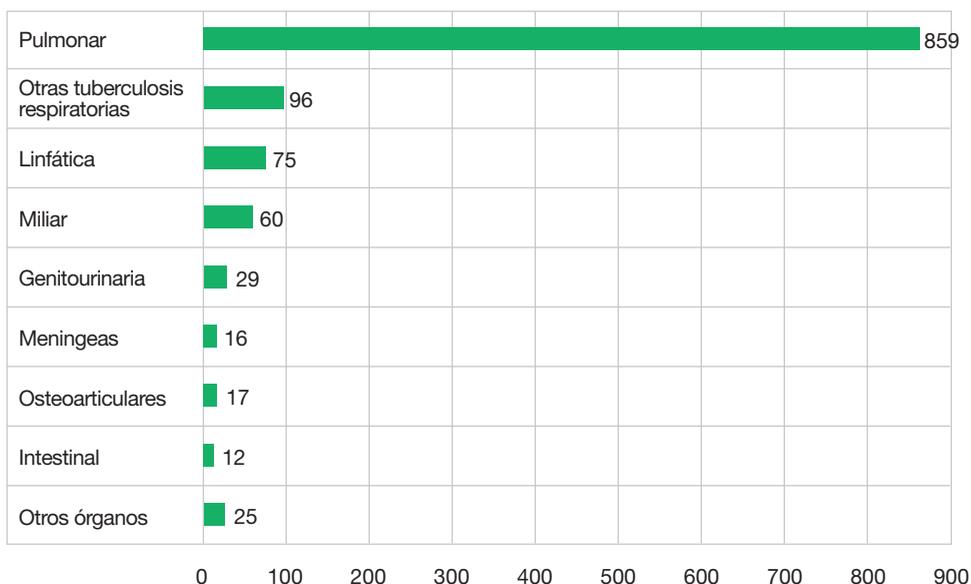
*La suma de casos por Distritos puede ser menor que la del Área pues se conoce el Área pero no el Distrito

Tabla 7.11. Incidencia de tuberculosis pulmonar y porcentaje de casos con localización pulmonar sobre el total de casos de tuberculosis por Área Sanitaria. Comunidad de Madrid. Año 2003.

Área	Nº de casos TBC pulmonar	Incidencia de TBC pulmonar por 10 ⁵	% de TBC pulmonar sobre total TBC
1	120	14,45	66,9
2	49	10,29	72,1
3	57	16,68	79,7
4	63	11,53	71,3
5	57	9,56	82,1
6	68	12,58	75,6
7	133	24,68	72,4
8	49	11,51	75,4
9	54	14,67	68,4
10	39	13,69	74,5
11	116	15,98	67,8
Desc./Prisión/Calle	6/7/20	-	50,1/84/83,3
Total	834	15,08	72,9

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 7.22. Distribución de los casos de tuberculosis según localización anatómica. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 7.12. Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según situación de riesgo asociada y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.

Situación de riesgo	% según grupos de edad					% sobre el total
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Origen no español (n=408)	8,0	24,0	55,3	11,0	1,8	35,3
VIH-SIDA (n=141)	0,0	2,9	85,0	11,4	0,7	12,7
Alcoholismo (n=127)	0,0	1,6	60,6	29,9	7,9	10,7
Uso de drogas (n=103)	0,0	2,9	90,3	7,8	0,0	9,1
Diabetes (n=55)	0,0	1,8	16,4	25,5	56,4	4,9
Neoplasia (n=46)	0,0	2,2	8,9	28,9	60,0	4,0
Indigencia (n=56)	1,9	7,4	53,7	31,5	5,6	4,8
Chabolismo (n=18)	0,0	18,8	43,8	18,8	6,3	1,4
Gastrectomía (n=6)	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	0,5
Silicosis (n=12)	0,0	0,0	8,3	16,7	75,0	1,1

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

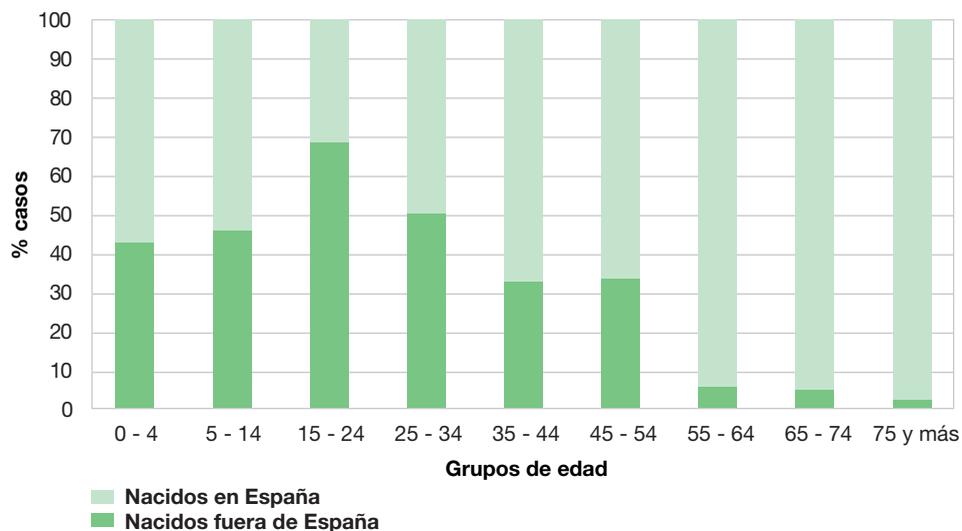


Gráfico 7.23. Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según lugar de nacimiento y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

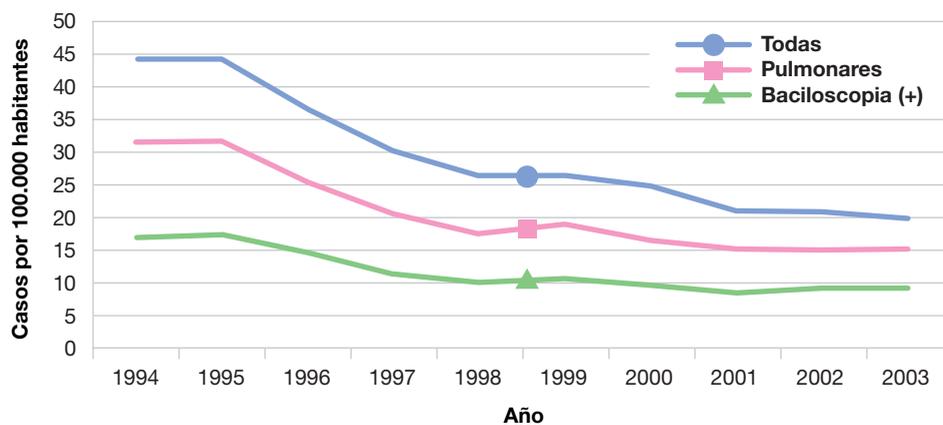


Gráfico 7.24. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Comunidad de Madrid. Años 1994-2003.

Fuente: Registro de Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.6. VIH/Sida

Hasta el 31 de diciembre de 2004 se habían notificado 18.505 casos de Sida al Registro de casos de la Comunidad de Madrid. 16.966 casos tenían su residencia habitual en nuestra Comunidad en el momento del diagnóstico y el 60,4% de ellos sabemos que han fallecido.

En el año 2004 se notificaron 347 casos de Sida diagnosticados en ese año (a finales de 2003 se habían notificado 338 casos diagnosticados ese año). El 80% eran hombres. El 72% tenían entre 30 y 49 años al diagnóstico. Sólo se diagnosticó un caso pediátrico infectado por transmisión vertical. Entre los adolescentes/adultos (13 años o más de edad), de los 276 hombres, el 45% se habían infectado por compartir jeringuillas al usar drogas por vía parenteral (UDVP), el 17% (47 casos) se habían infectado por transmisión heterosexual (HTX) y el 29% a través de relaciones sexuales con otros hombres (HSH); de las 70 mujeres, el 29% eran UDVP y el 64% (45 casos) HTX. En relación al país de origen, se observa que el 14% no eran de España aunque residieran en la CM. El 40% se había diagnosticado de infección por VIH tardíamente, en el año previo al diagnóstico de Sida (Tabla 7.18 y Gráficos 7.25 a 7.28).

A finales de 2004 había en la Comunidad de Madrid 6.719 casos de Sida vivos, el 81% había contactado con el sistema sanitario en los años 2003 o 2004. La prevalencia de casos de Sida en adolescentes/adultos por 100.000 habitantes era de 209 entre los hombres y de 56 entre las mujeres. En menores de 13 años la prevalencia era de 13 casos por 100.000 (Gráficos 7.29 y 7.30).

Hasta diciembre de 2004 se habían notificado, por los laboratorios, 65.145 pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas. En el año 2004 se han notificado un 3% más de pruebas positivas que en el 2003. A partir de esta cifra y teniendo en cuenta la movilidad de los pacientes de Sida entre los distintos centros y los fallecidos con infección por VIH, se estima que el número de infectados por el VIH conocidos y vivos a final de año estaría entre 20.000 y 25.000, incluidos los casos de Sida (Gráfico 7.31).

La prevalencia acumulada de infección por VIH, entre 1996 y 2003, en mujeres de la Comunidad de Madrid que paren un hijo vivo es del 2,23 por mil (Gráfico 7.32).

Las tasas de transmisión vertical (madre-hijo) de la infección por VIH 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 3% para el periodo entre 1998 y 2004 y son más altas para aquellos niños cuya madre se infectó por vía HTX (5%) que para las UDVP (1,5%). En los últimos 4 años, el 89% recibieron profilaxis durante el embarazo y/o durante el periodo perinatal, pero el 1,3% no recibió ningún tipo de profilaxis. En el año 2004 se han notificado 98 niños nacidos con anticuerpos, se sabe que 4 de ellos están infectados (4%).

De los accidentes ocurridos 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. Desde 1998 no se ha notificado ninguna seroconversión.

	Casos diagnosticados de Sida por año		Casos de Sida fallecidos por año	
	nº	% de variación respecto al año previo	nº	% de variación respecto al año previo
1982	1		1	
1983	8	700,00	2	100,00
1984	18	125,00	9	350,00
1985	60	233,33	29	222,22
1986	151	151,67	71	144,83
1987	271	79,47	128	80,28
1988	635	134,32	204	59,38
1989	842	32,60	410	100,98
1990	934	10,93	511	24,63
1991	1.161	24,30	641	25,44
1992	1.262	8,70	836	30,42
1993	1.350	6,97	1.060	26,79
1994	1.799	33,26	1.165	9,91
1995	1.688	-6,17	1.290	10,73
1996	1.595	-5,51	1.165	-9,69
1997 (1)	1.112	-30,28	583	-49,96
1998	888	-20,14	369	-36,71
1999	670	-24,55	321	-13,01
2000	646	-3,58	334	4,05
2001	566	-12,38	320	-4,19
2002	492	-13,07	299	-6,56
2003	470	-4,47	301	0,67
2004 (2)	347	-26,17	197	-34,55
Total	16.966		10.247 (3)	

Tabla 7.13. Casos de Sida de la Comunidad de Madrid diagnosticados y fallecidos por año. Variación respecto al año previo.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

- (1) Tratamientos antirretrovirales de gran eficacia (TARGA)
(2) Los datos del año 2004 están incompletos por retraso de la notificación
(3) Incluye un caso de Sida fallecido pero sin fecha conocida

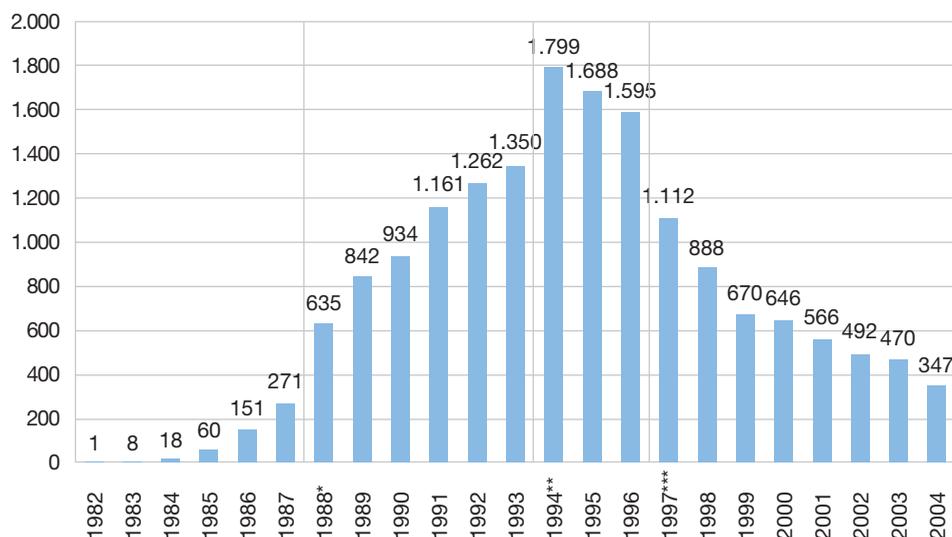


Gráfico 7.25. Casos de Sida de la Comunidad de Madrid notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

- 1988*: revisión de las enfermedades indicativas de Sida y los criterios diagnósticos de las mismas²
1994**: revisión de las enfermedades indicativas de Sida³⁻⁴
1997***: en el segundo semestre de 1996 se inician los tratamientos combinados con retrovirales de gran actividad (TARGA)

Gráfico 7.26. Casos pediátricos (≤ 12 años) de Sida de la Comunidad de Madrid notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004 por año de diagnóstico de Sida.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

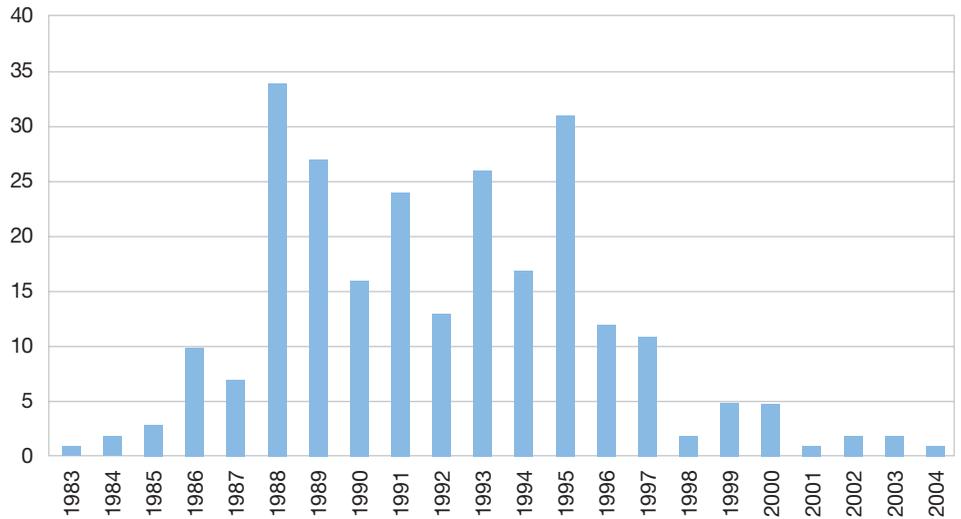


Gráfico 7.27. Casos de Sida de la Comunidad de Madrid notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004. Tasas de incidencia de casos de Sida por 100.000 habitantes y año según sexo.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

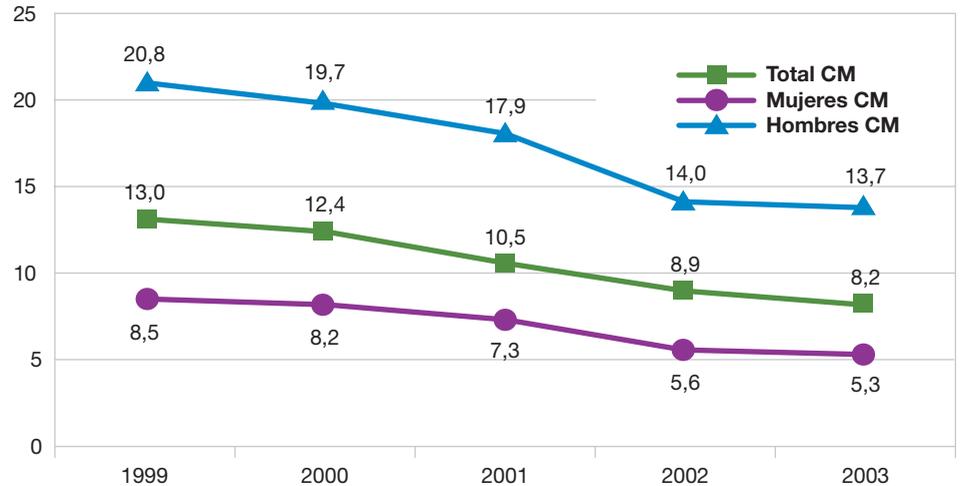
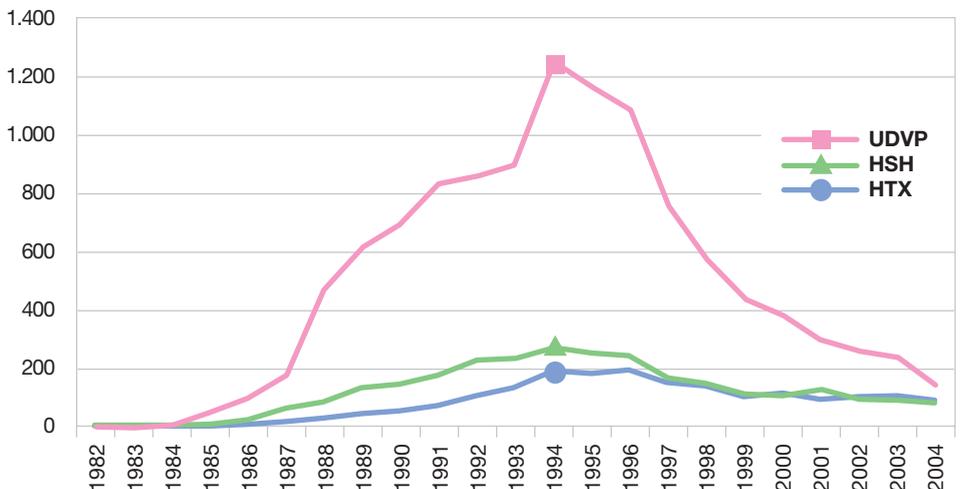


Gráfico 7.28. Casos de Sida de la Comunidad de Madrid notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004. Por grupo de transmisión y año de diagnóstico.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



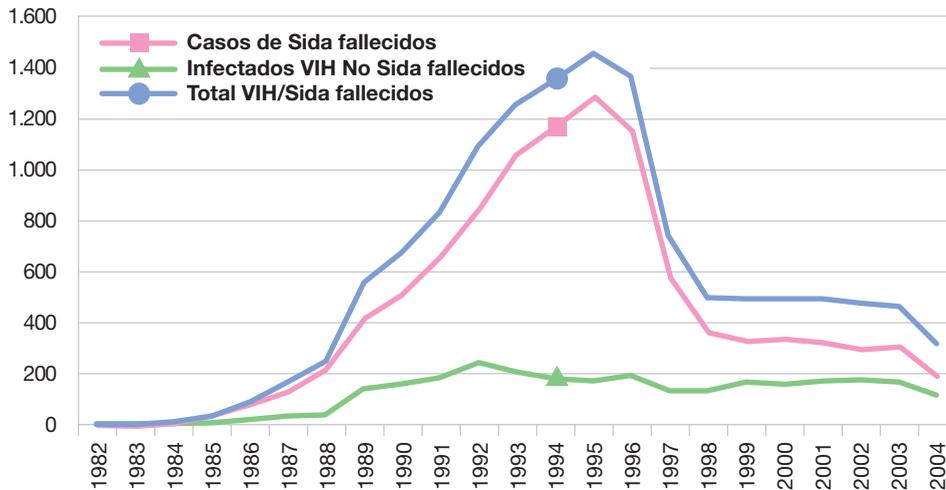


Gráfico 7.29. Fallecidos con infección VIH residentes en la Comunidad de Madrid según hayan sido diagnosticados o no de Sida. Años 1982-2004.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

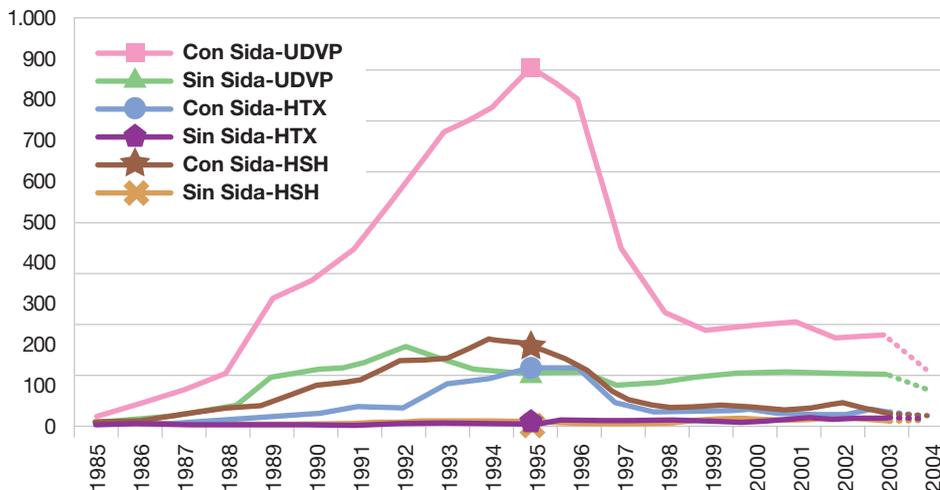


Gráfico 7.30. Fallecidos con infección VIH según hayan sido diagnosticados o no de Sida por grupo de transmisión.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

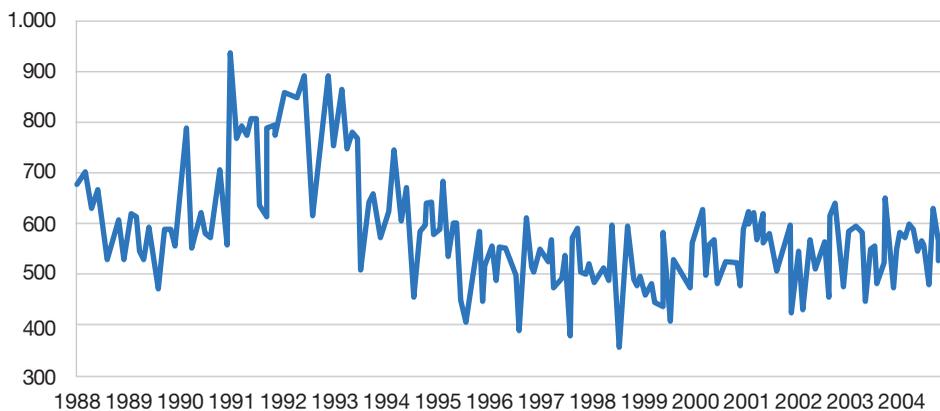
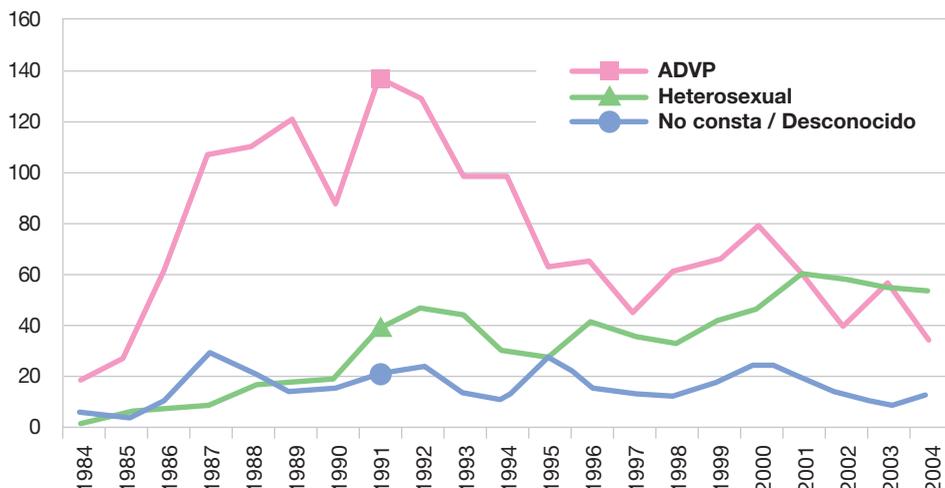


Gráfico 7.31. Número de pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas notificadas por laboratorios de la Comunidad de Madrid. Enero 1988-Diciembre 2004.

Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 7.32. Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la Comunidad de Madrid. Grupos de transmisión materna por año de nacimiento.

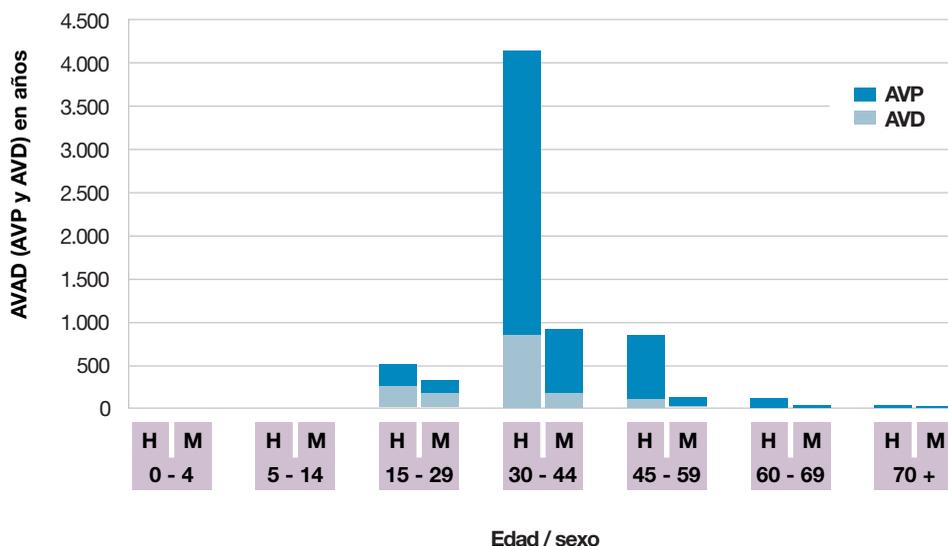
Fuente: Vigilancia de VIH/Sida Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La Carga de Enfermedad por VIH-Sida se encuentra claramente concentrada en las edades adultas (30-44) y en hombres. Es una enfermedad mucho más mortal que discapacitante, pese a que en el 2000, en relación con los años anteriores a la utilización de los antirretrovirales de gran actividad (TARGA), el componente de discapacidad ha pasado de un 10 a un 23 por ciento del total de los AVAD.

Gráfico 7.33. Comunidad de Madrid. Año 2002. 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-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.7. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- 1. Plan Regional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe.**
 - 2. Plan de Erradicación del Sarampión.**
 - 3. Plan de Actuaciones frente al VIH/Sida.**
 - 4. Sistema de Información Microbiológica.**
 - 5. Plan sobre Enfermedades Nosocomiales.**
 - 6. Plan de Enfermedades Transmisibles en Urgencias.**
 - 7. Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil.**
 - 8. Plan de Vigilancia de las Inoculaciones Accidentales.**
- **Programa de Vigilancia Epidemiológica para el Control de las Enfermedades Transmisibles:**
 - **Subprograma de Enfermedades de Declaración Obligatoria.**
 - **Subprograma de Brotes Epidémicos y Alertas Epidemiológicas.**
 - **Subprograma de Infecciones que causan Meningitis.**
 - **Subprograma de la Red de Médicos Centinela.**
 - **Subprograma de Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Poliomiéлитis (incluido en el Plan de Acción para Mantener un Estado Libre de Poliomiéлитis, Plan Nacional/Plan Europa OMS).**
 - **Subprograma de Vigilancia del Sarampión (incluido en el Plan de Eliminación del Sarampión, Plan Estratégico de la DGSPAC).**
 - **Subprograma de Vigilancia de Enfermedades Tropicales y Relacionadas con el Viajero.**
 - **Subprograma de Vigilancia de las Enfermedades Transmisión Sexual.**
 - **Subprograma de Vigilancia Seroepidemiológica.**
 - **Subprograma de Vigilancia de la Tuberculosis.**
 - **Subprograma de Apoyo a la Intervención en la Prevención y Control de la Tuberculosis.**
 - **Subprograma de Vigilancia VIH/SIDA (incluido en el Plan de Actuación de VIH/Sida, Plan Estratégico de la DGSPAC).**
 - **Calendario Vacunal y Vacunación Preventiva.**
 - **Programa de Enfermedades Prevenibles mediante Vacunación.**

Objetivo 8

**Reducir las enfermedades no
transmisibles**

8

Objetivo 8. Reducir las enfermedades no transmisibles (ENT).

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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.*

La carga de enfermedad y la mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles (ENT) en Madrid está en aumento. Se ha estimado que en el año 2002 el 81,7% (200.155 años de vida perdidos – AVP) corresponden a mortalidad por enfermedades no trasmisibles. El 88% de la carga de enfermedad en Madrid se debe a ENT.

8.1. Áreas focales determinantes

8.1.1. Factores de riesgo

No es posible abarcar todos los factores que han demostrado estar asociados con una mayor probabilidad de padecer ENT. La relevancia de cada factor de riesgo dependerá no sólo del grado de asociación con el daño de salud, sino también de la frecuencia del daño (magnitud), de su gravedad (complicaciones, letalidad) y de la posibilidad de prevenirlo (vulnerabilidad) actuando sobre el FR.

Como macro indicador resumen de los factores de riesgo en no transmisibles y con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se han considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se han seleccionado como indicadores: ser fumador actual y bebedor a riesgo. Para la actividad física se ha incluido un indicador que aglutine 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 inactivas durante las 24h. 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.

El 41% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 38,8% tiene uno, el 17,1% dos, el 2,9% tres, y el 0,2% cuatro (Gráfico 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 incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo casi 2 veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres (Gráfico 8.2).

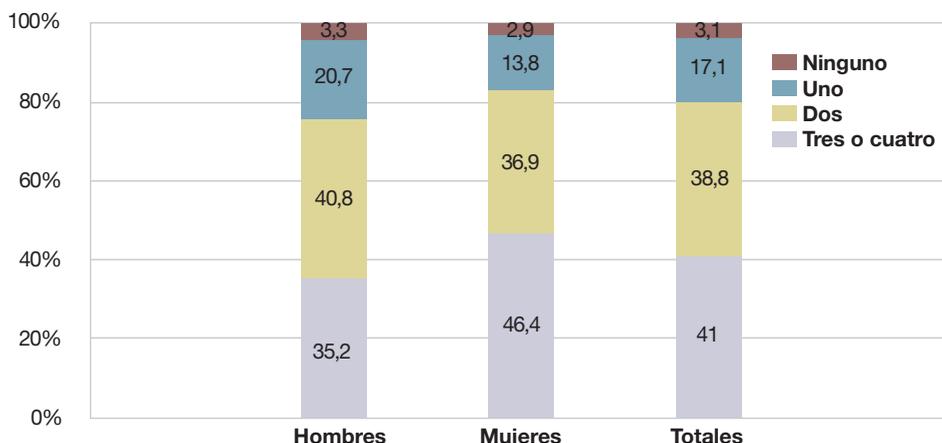


Gráfico 8.1. Comunidad de Madrid. Agrupación de factores de riesgo*. Población de 18-64 años. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada.

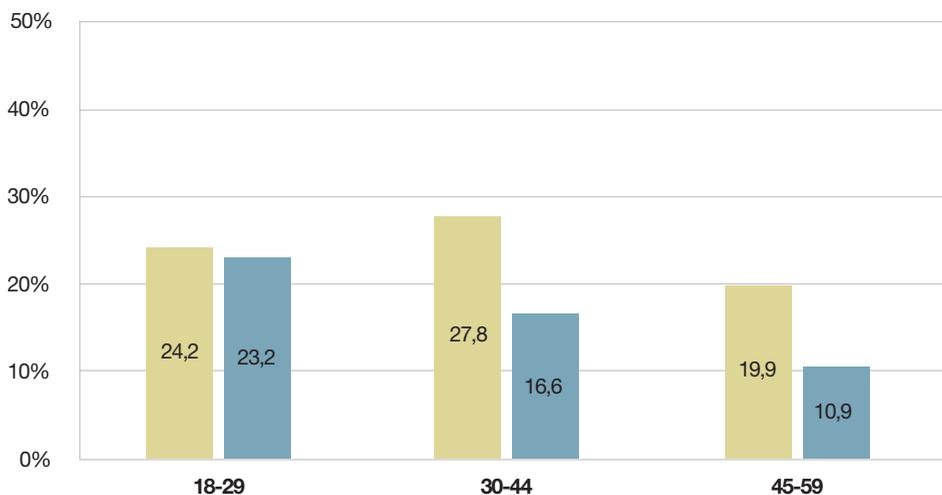


Gráfico 8.2. Comunidad de Madrid. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según género y edad. Población de 18-64 años. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada.

8.1.2. Prácticas preventivas

Las prácticas preventivas son uno de los elementos clave para la mejora de la salud de la población. En este sentido la evaluación de las actividades que se realizan desde atención primaria o especializada son un elemento clave para evaluar la eficiencia del sistema sanitario en la prevención de enfermedad de los/as madrileños/as. Por ello la evaluación de la cartera de Servicios de Atención Primaria en los aspectos preventivos, y la implantación de programas como el PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), o programas de cribado son elementos clave que deben de ser priorizados desde la Salud Pública.

En las Tablas 8.1-8.3 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 13% no cumple ambas recomendaciones.

Un 14,6% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 42,8% está tomando medicación, el 33,2% se controla el peso, un 52,7% ha reducido la ingesta de sal, y un 33,6% hace ejercicio físico. El 63,4% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 36,6% no realiza ninguna.

A un 19,1% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 19,3% toma medicamentos, el 47% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 27,7% practica ejercicio físico. El 54,6% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 45,4% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 7,2% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 10,4% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

De todos los indicadores relacionados con las prácticas preventivas (Gráficos 8.3-8.5), la realización de mamografías es el que ha sufrido los cambios más importantes, especialmente a partir la puesta en marcha en 1999 del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid. Comparando el promedio del año 2002 y 2003 con el de 1995 y 1996 el incremento es del 69,9% (Gráfico 8.6).

Tabla 8.1. Comunidad de Madrid. Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Período de tiempo	Edad	Total
Medición de tensión arterial < 5 años (1)	18 - 40 años	91,0 (±1,7)*
Medición de tensión arterial ≤ 2 años	> 40 años	91,9 (±1,8)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	90,3 (±2,8)
	Mujeres < 46 años	95,1 (±1,6)
Medición de colesterol < 5 años	Hombres ≥ 35 años	92,6 (±2,8)
	Mujeres ≥ 46 años	95,5 (±2,2)

* Intervalo de confianza al 95%

(1) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	14,6 (±1,5)*	16,4 (±2,3)	12,8 (±2,0)	4,6 (±1,6)	11,4 (±2,4)	27,2 (±3,3)
Colesterol elevado	19,1 (±1,7)	20,4 (±2,5)	17,9 (±2,3)	9,6 (±2,3)	17,8 (±2,9)	29,5 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 8.2. Comunidad de Madrid. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Edad	Total
Realización de citologías < 5 años	≥ 35 años	92,8 (±2,1)*
Realización de mamografías ≤ 2 años	≥ 50 años	89,6 (±3,7)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 8.3. Comunidad de Madrid. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de personas de 18-40 años que se han realizado medición de tensión arterial en los últimos 4 años

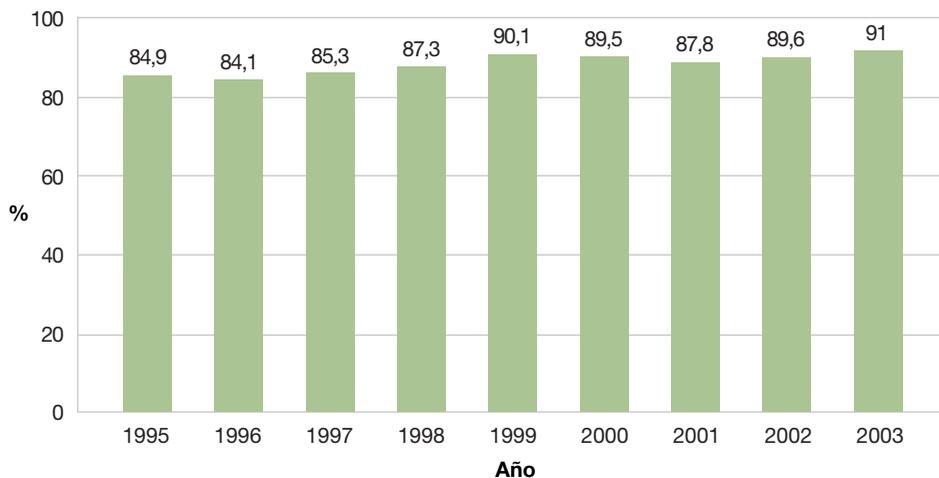


Gráfico 8.3. Comunidad de Madrid. Evolución de la medición de tensión arterial. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de personas mayores de 40 años que se han realizado medición de tensión arterial en los últimos 2 años

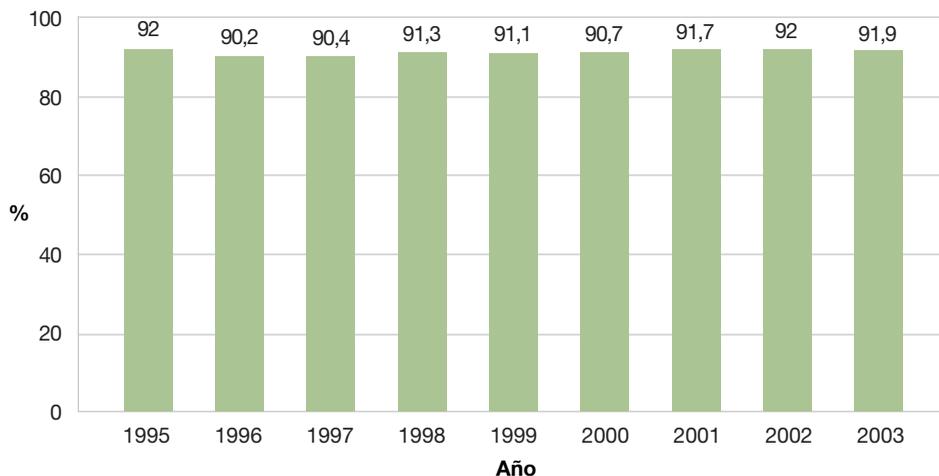
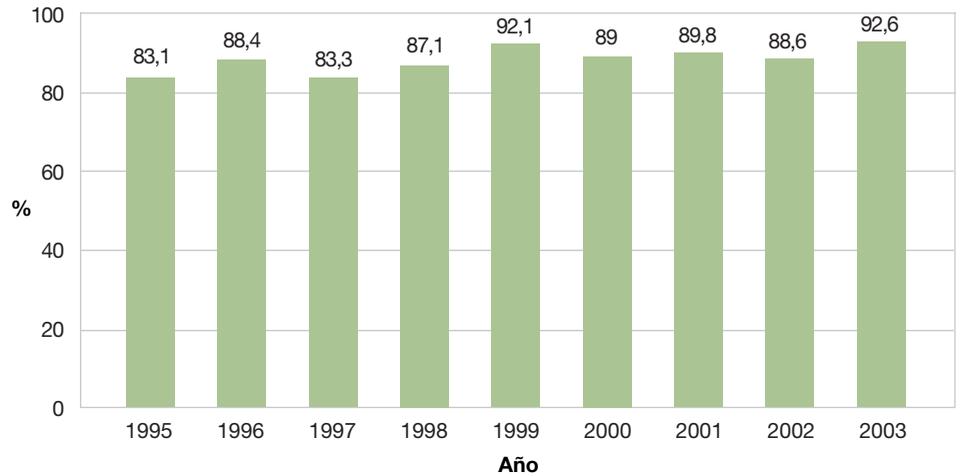


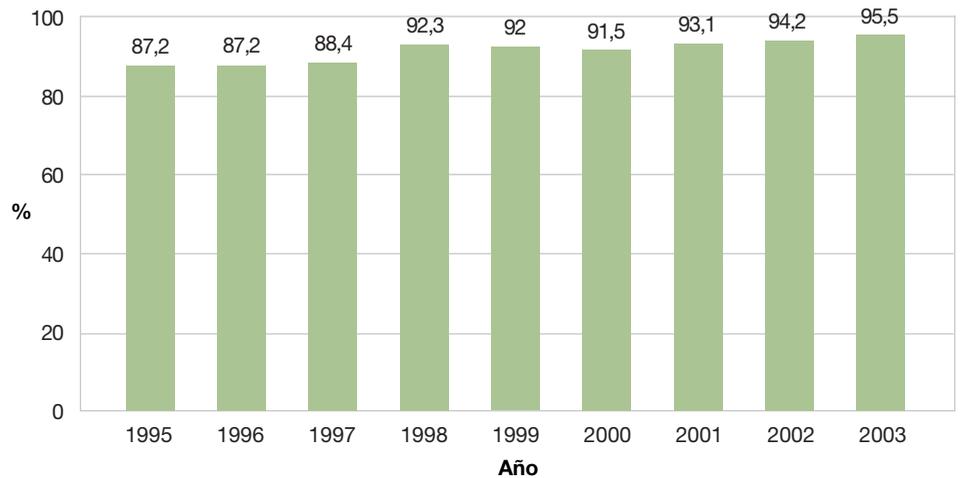
Gráfico 8.4. Comunidad de Madrid. Evolución de la medición del colesterol. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de hombres mayores de 34 años que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años



Proporción de mujeres mayores de 45 años que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años



Proporción de mujeres mayores de 34 años que se han realizado medición de citologías en los últimos 4 años

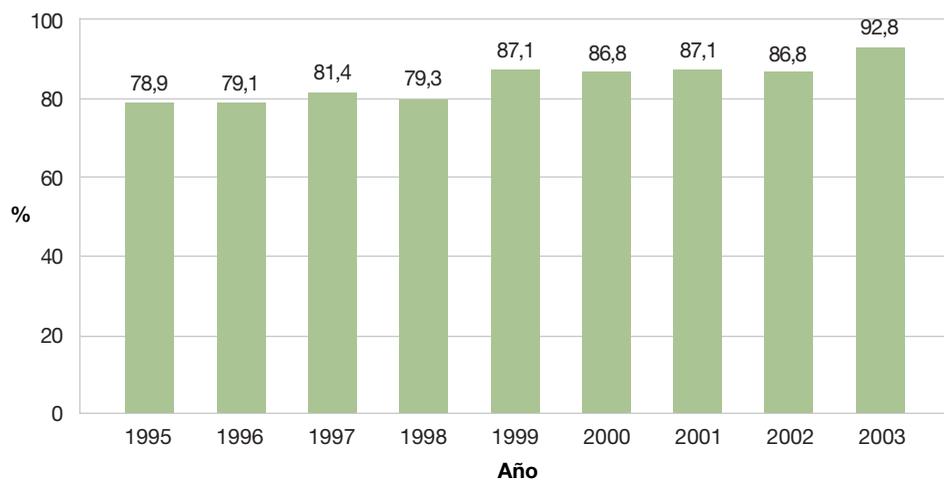
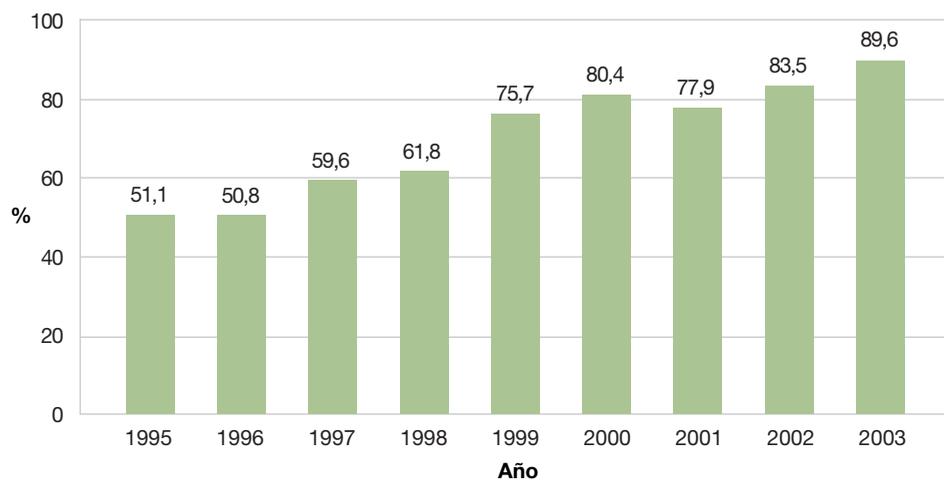


Gráfico 8.5. Comunidad de Madrid. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de mujeres mayores de 49 años que se han realizado medición de mamografías en los últimos 2 años



8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles

8.2.1. Tumores

Los tumores malignos ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte y su importancia relativa ha ido incrementándose en los últimos años. En la Comunidad de Madrid representan la primera causa de muerte en los varones desde el año 1994 y la segunda causa en las mujeres.

La incidencia estimada de los tumores malignos en conjunto se ha estabilizado en los noventa después de un importante incremento en las décadas previas. A pesar de ello la tendencia es muy variable según localización y sexo.

En los varones los cuatro tumores con mayor incidencia son los de pulmón, colon-recto, vejiga y próstata. La tendencia está estabilizada en el cáncer de pulmón y aumenta en el de colon y recto y próstata. Estas tres localizaciones son también las que producen mayor mortalidad.

En las mujeres los de mayor incidencia son mama, colon y recto, útero y ovario. Están aumentando el de mama, colon y recto y pulmón y descendiendo el de estómago. Los que producen mayor mortalidad son el de mama, colon y recto y el gástrico. El cáncer de mama es además la principal causa de años potenciales de vida perdidos en las mujeres.

El principal factor de riesgo es el consumo de tabaco, con una mortalidad atribuible en nuestra Comunidad del 24,4% de todos los tumores malignos.

8.2.1.1. Mortalidad por tumores malignos

Madrid se sitúa en un nivel intermedio en la comparación a nivel provincial, una vez que se ha controlado el factor edad. Así la tasa estandarizada en varones por 100 mil para tumores malignos en Madrid en el año 2002 es de 239,40 y en la media estatal es de 252,57. En mujeres la tasa en Madrid es 105,09 por 100 mil y en España 111,38 por 100 mil. Las diferencia entre provincias pueden observarse en el Gráfico 8.6.

Hombres

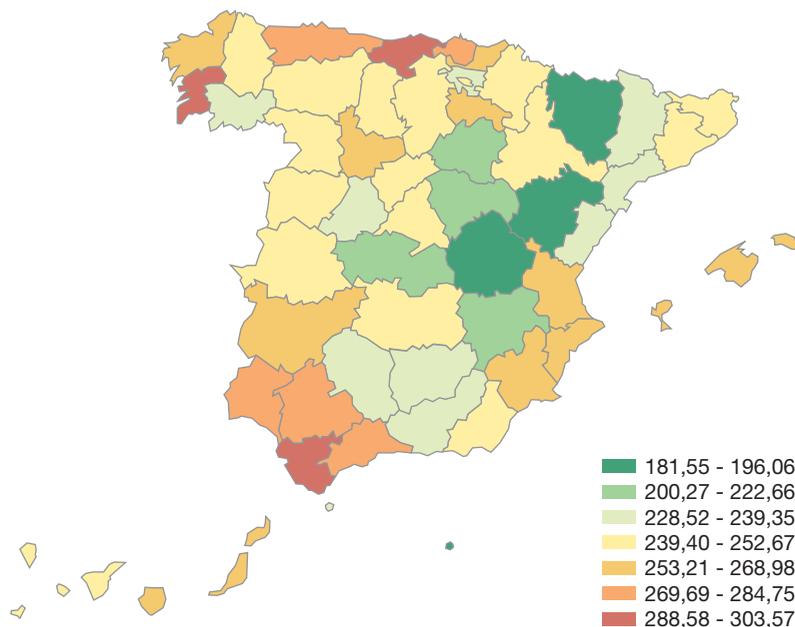
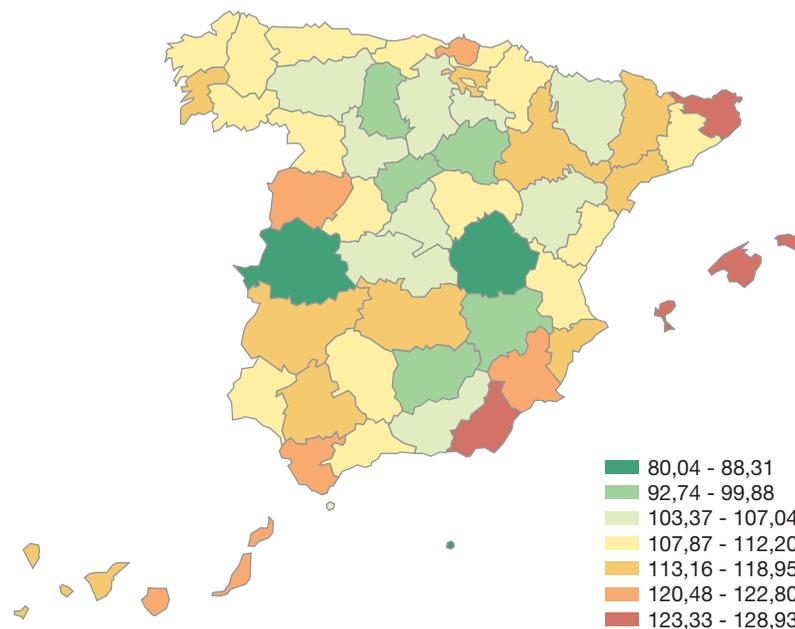


Gráfico 8.6. Mortalidad general por provincias por tumores malignos - año 2002 - tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

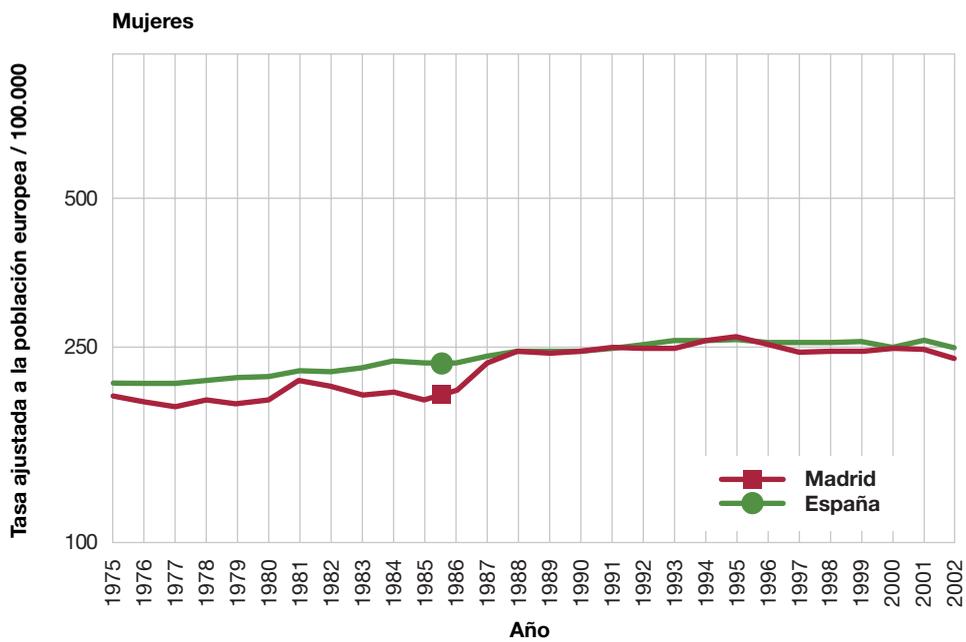
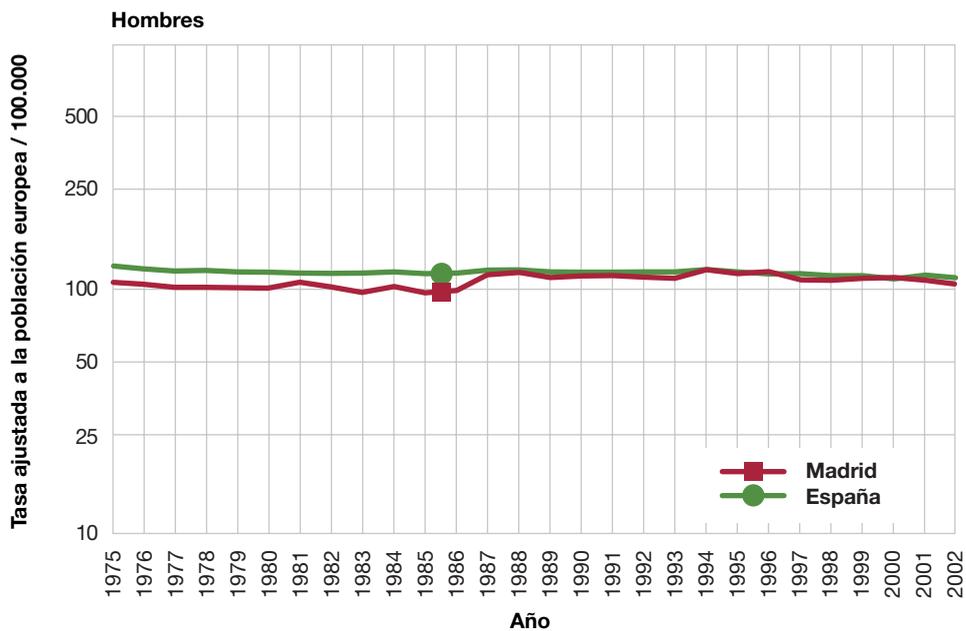
Mujeres



La tendencia de mortalidad por tumores malignos en Madrid es estable o ligeramente descendente. En varones las tasas estandarizadas descienden desde 1994 en donde se alcanza un pico de 257,72 por 100 mil hasta la última cifra consolidada en el 2002 de 239,40 por 100 mil. En mujeres la situación es similar, apreciándose un tendencia ligeramente ascendente desde 1975 hasta 1994, tasa de 118,92 por 100 mil y estable hasta la actualidad 105,09 por 100 mil (Gráfico 8.7).

Gráfico 8.7. Evolución de tendencia por tumores malignos en Madrid y España 1975-2002. Tasas estandarizadas con población Europea por 100 mil hombres y mujeres.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



En varones el cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad, 15.975 defunciones en el 2002, lo que supone un 27% de la mortalidad por tumores malignos (Gráfico 8.8).

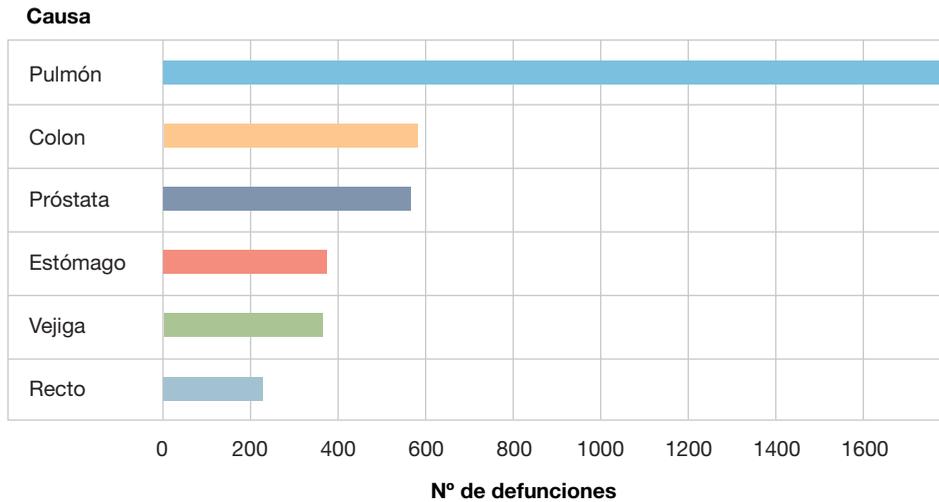
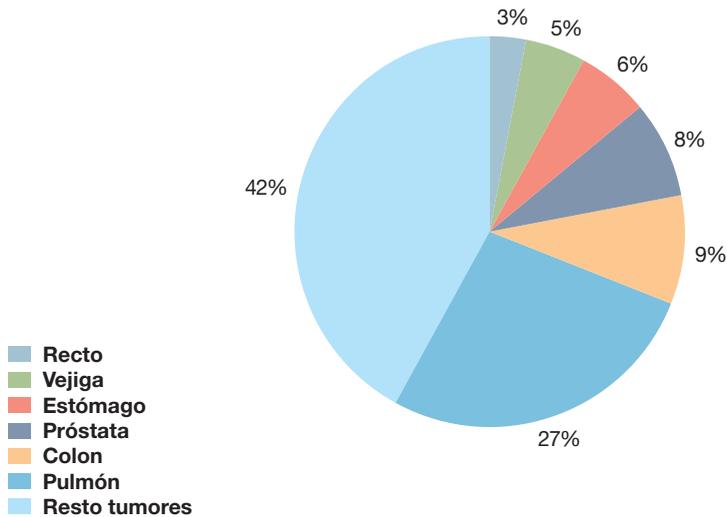


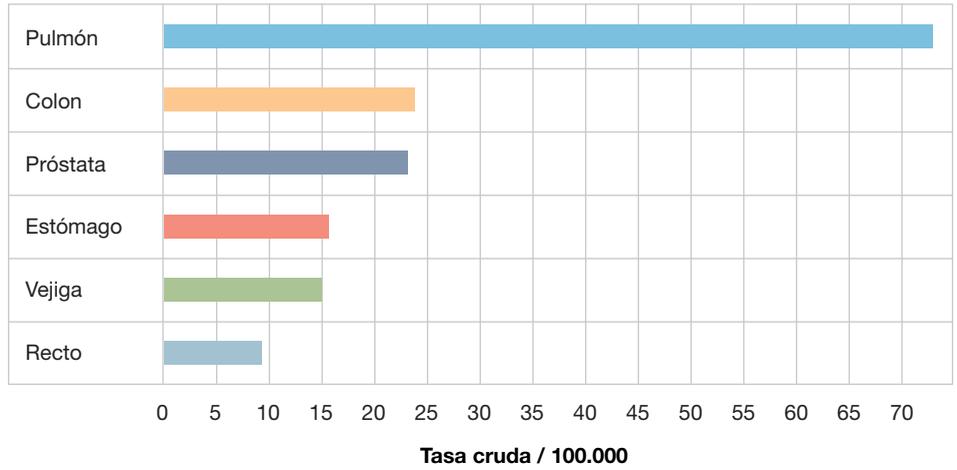
Gráfico 8.8. Comunidad de Madrid. Número de defunciones, mortalidad proporcional, tasas crudas y estandarizadas por 100 mil (población europea), y edad media a la defunción. Año 2002. Hombres. Tumores de pulmón, próstata, colon, estómago, vejiga, páncreas y recto.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

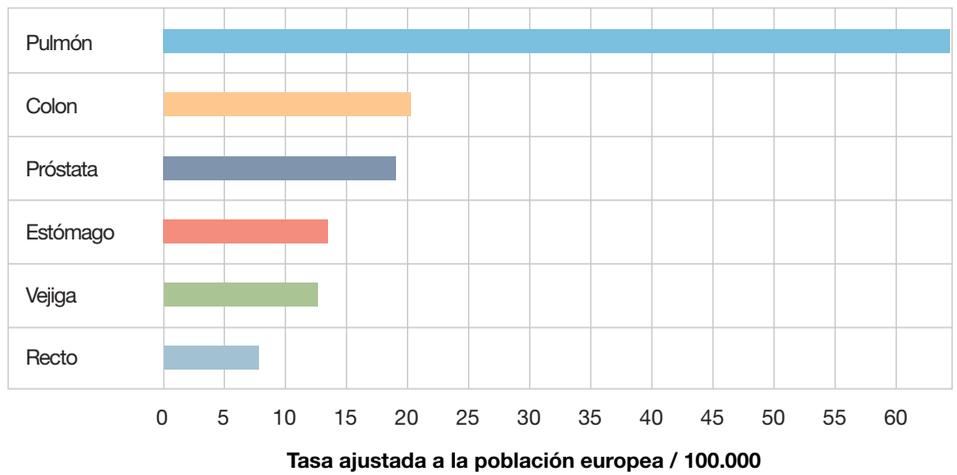
Mortalidad proporcional (sobre el total de tumores en hombres)



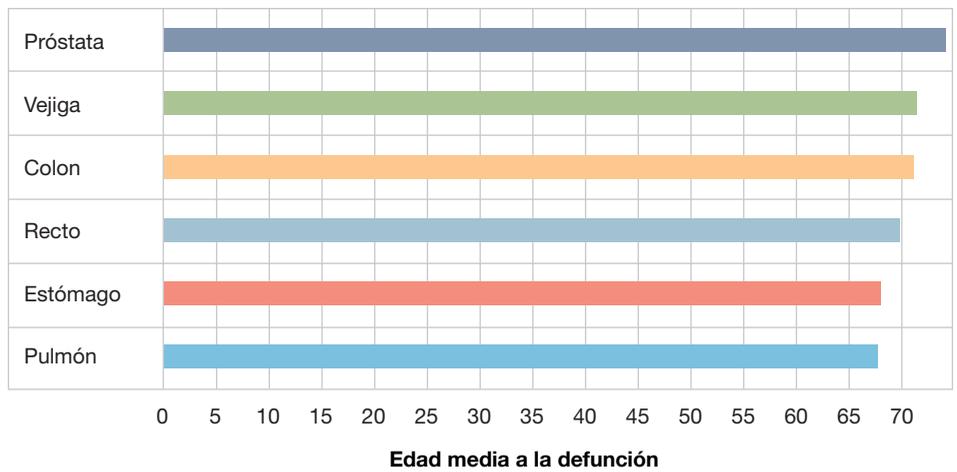
Causa



Causa



Causa



En mujeres la primera causa de mortalidad por tumores es cáncer de mama, seguido cáncer de colon y el cáncer de pulmón (Gráfico 8.9)

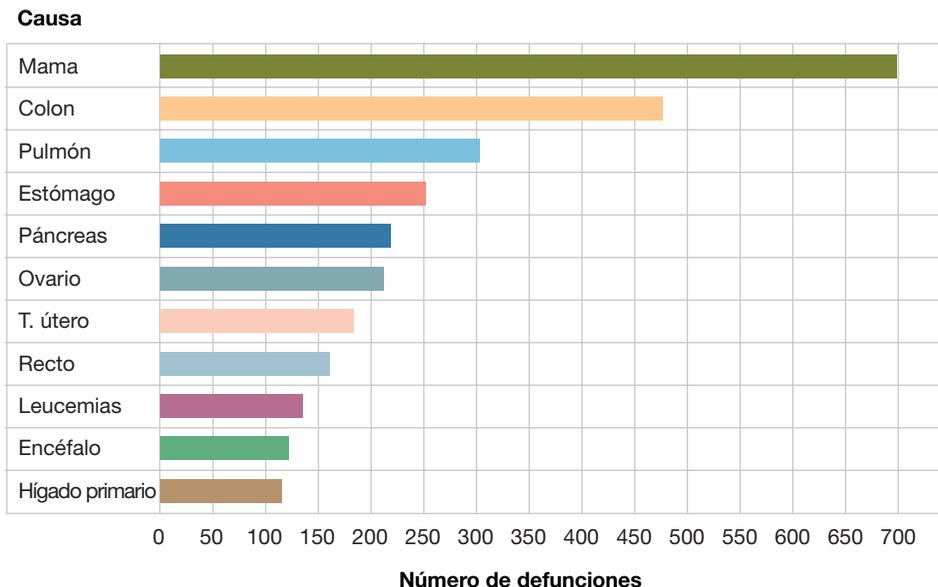
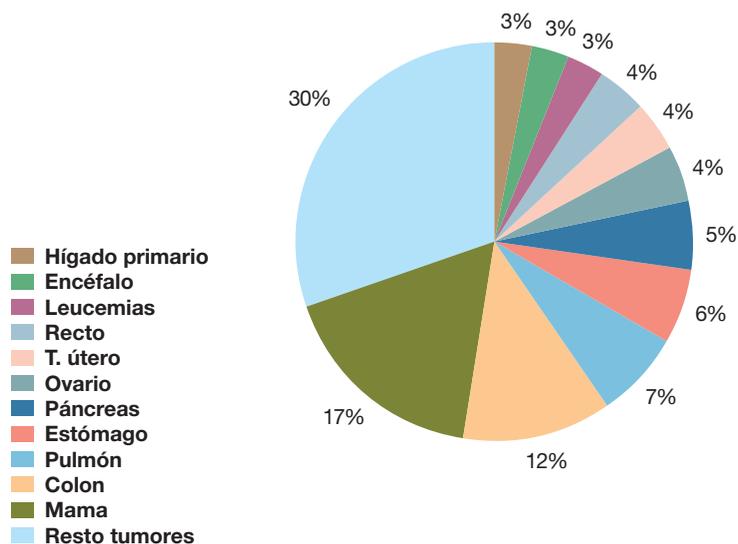


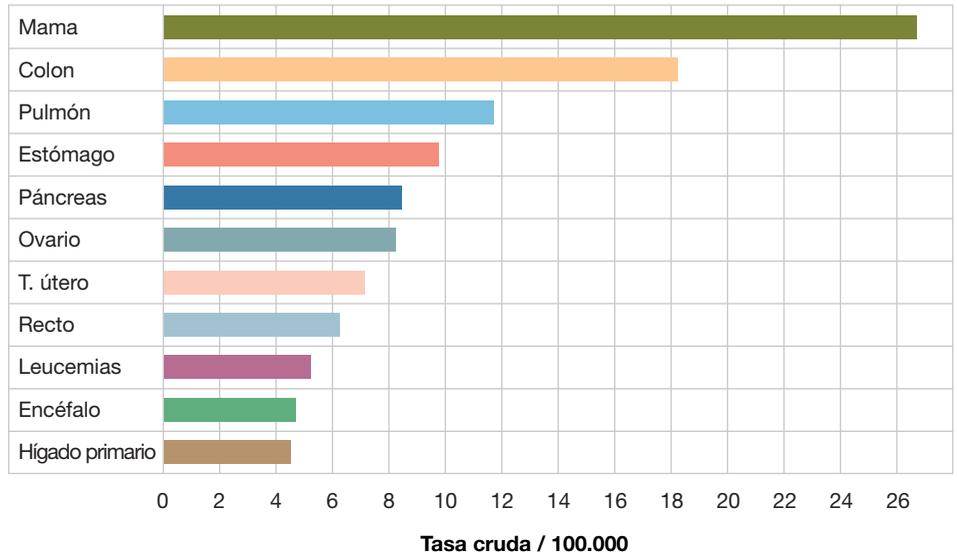
Gráfico 8.9. Número de defunciones, mortalidad proporcional, tasas crudas y estandarizadas por 100 mil (población europea) y edad media a la defunción, 2002. Mujeres. (10 principales tumores). Tumores de mama, pulmón, colon, estómago, páncreas, recto, ovario, útero, leucemias, encéfalo, hígado primario.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

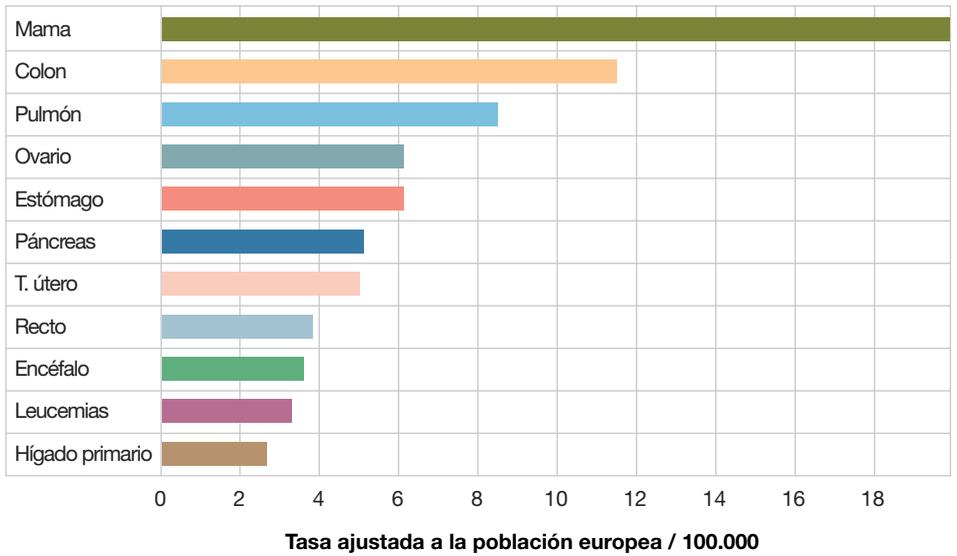
Mortalidad proporcional (sobre el total de tumores en mujeres)



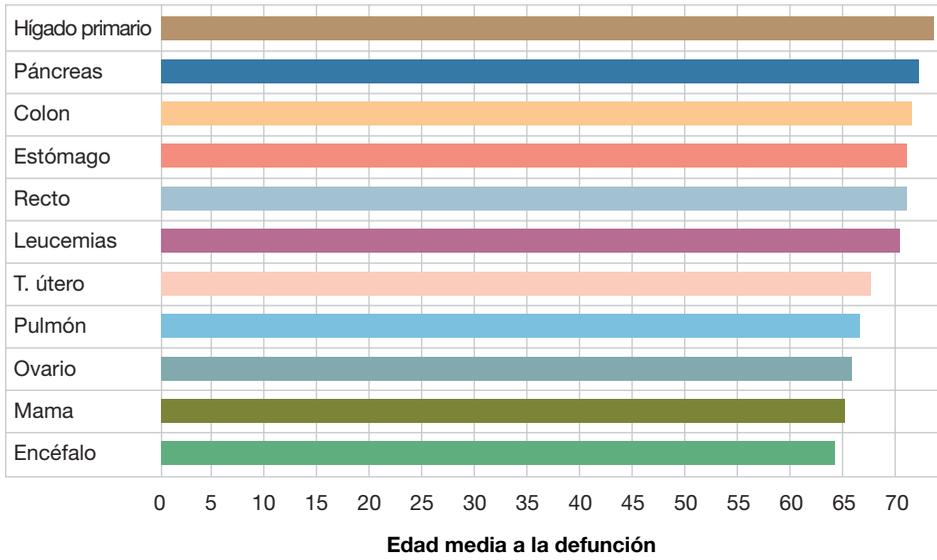
Causa



Causa



Causa

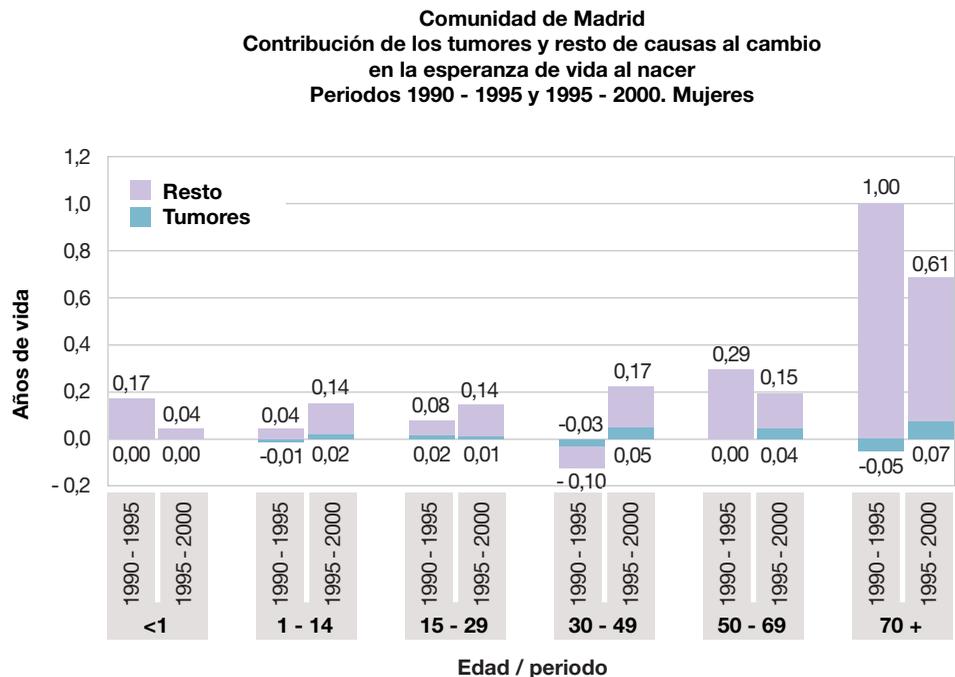
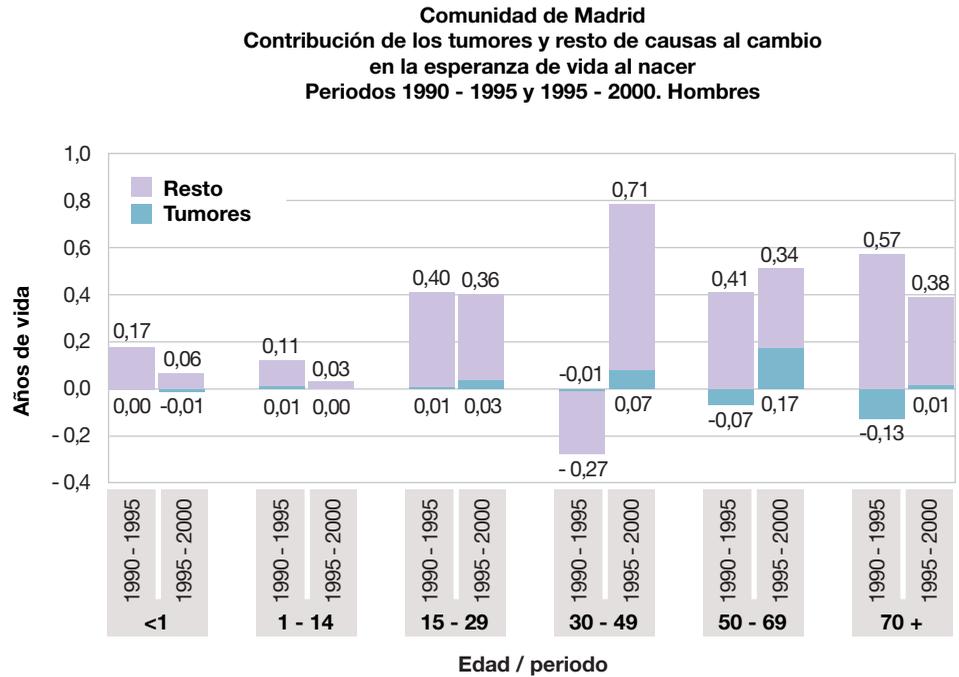


8.2.1.1.1. Contribución de los tumores a los cambios en la esperanza de vida

La contribución de todos los tumores a la evolución de la esperanza de vida fue negativa entre 1990 y 1995 (peor en los hombres de 50 y más años) y positiva entre 1995 y 2000 (de nuevo más en los varones).

Gráfico 8.10. Comunidad de Madrid. Contribución de la mortalidad por tumores malignos a la esperanza de vida.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.1.1.2. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por Tumores es mayor en hombres que en mujeres, afecta especialmente a los adultos maduros y tiene un peso mucho mayor del componente de mortalidad (91,2% del total de AVAD en el año 2002).

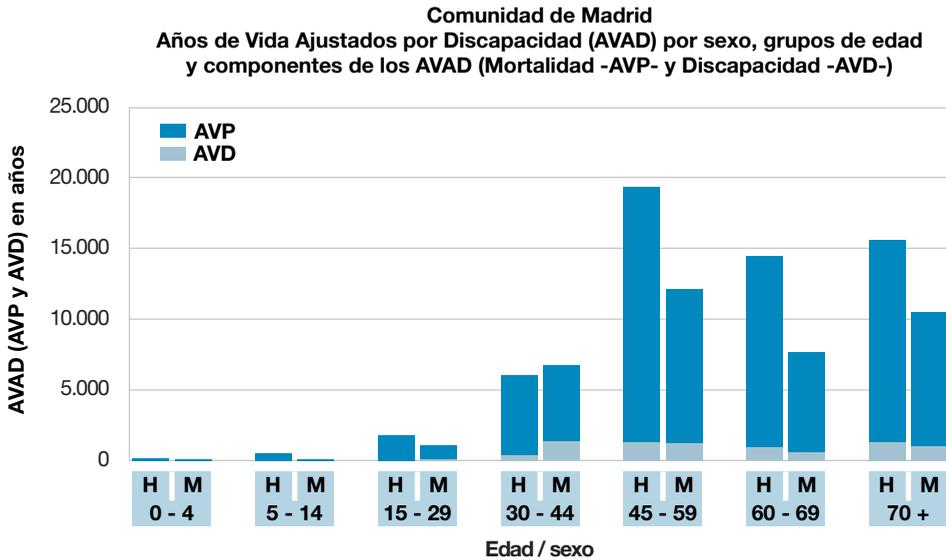


Gráfico 8.11. Comunidad de Madrid. Carga de enfermedad por Tumores Malignos. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.1.2. Morbilidad hospitalaria

Durante el año 2004 han sido dados de alta 65.192 personas diagnosticadas de Tumor Maligno. Los ingresos Hospitalarios son superiores en mujeres (11,5 por 100 mil) que en hombres (10 por 100 mil), a expensas fundamentalmente de los ingresos que se producen en las edades de 40 a 59 años en mujeres y fundamentalmente por Cáncer de Mama. En las edades superiores las tasas de ingresos hospitalarios son mayores en hombres.

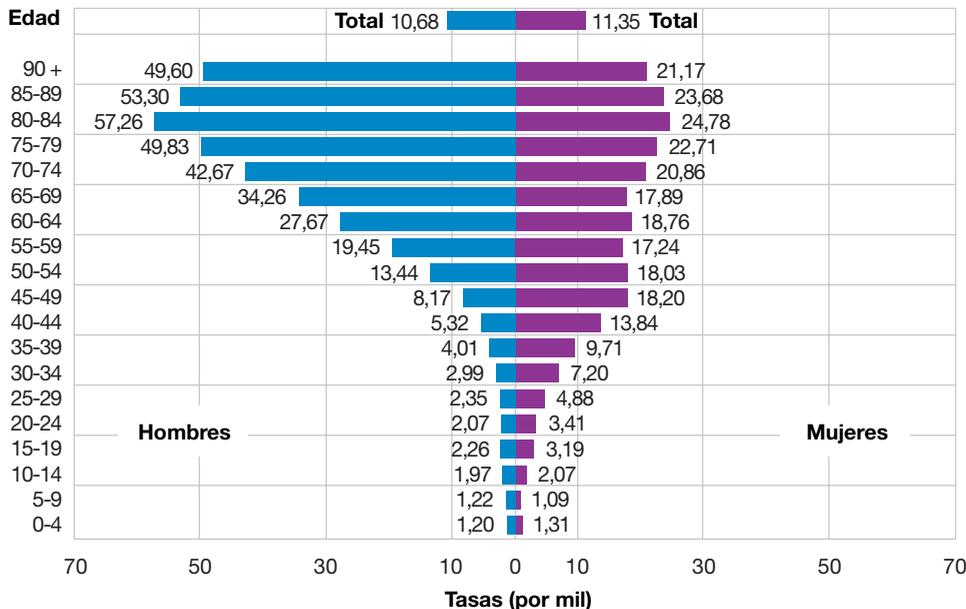


Gráfico 8.12. Comunidad de Madrid. Tasas de Morbilidad Hospitalaria por 1000, por sexo y edad. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.2. Cáncer de Pulmón

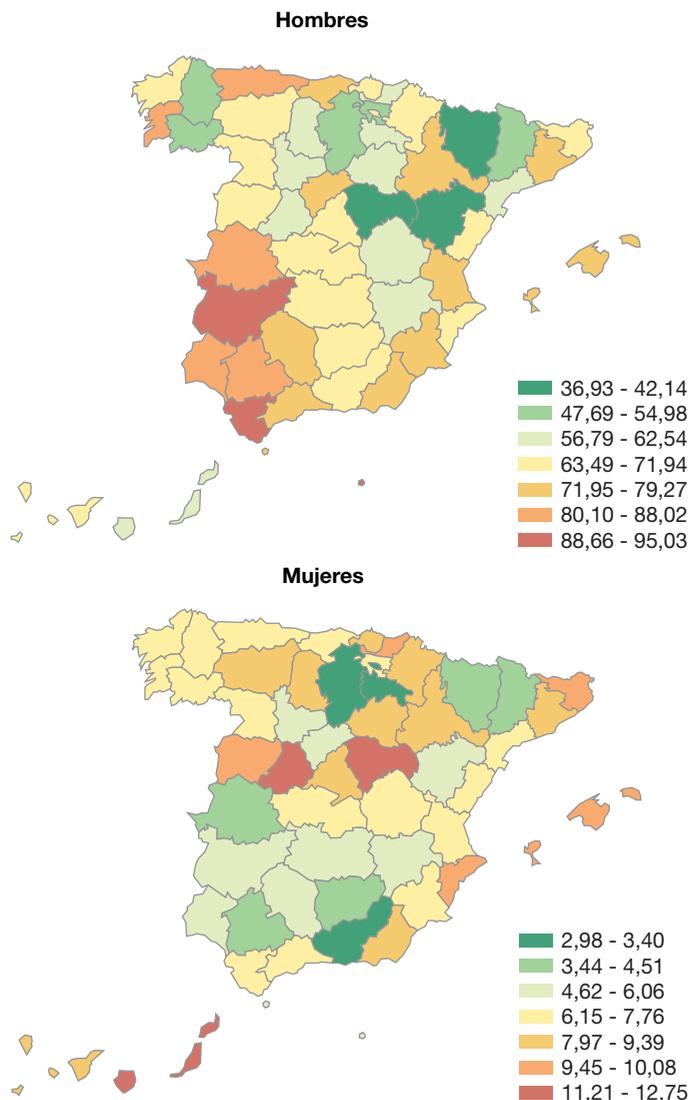
8.2.2.1. Mortalidad por Cáncer de Pulmón

El cáncer de pulmón es el tumor más importante en cuanto a mortalidad en el mundo occidental. En España supone unos 18.500 casos nuevos al año y ha sido responsable de 17.308 muertes en el año 2000. En Madrid el tumor de tráquea, bronquios y pulmón supone 2.081 muertes al año, con una incidencia estimada de casos nuevos ingresados por esta causa de 3.092 ingresos en el último año. El cáncer de pulmón se sitúa en un nivel intermedio a nivel nacional al analizar por provincias las tasas de mortalidad estandarizadas.

La tasa estandarizada en Madrid es de 64,79 por 100 mil en varones y de 8,47 por 100 mil en mujeres. A nivel estatal la media en varones es de 70,15 por 100 mil en varones y de 7,47 por 100 mil en mujeres (Gráfico 8.13). La tendencia de esta enfermedad en cuanto a mortalidad es claramente ascendente en varones y en mujeres comienza a observarse un aumento en la tendencia en los últimos años (Gráfico 8.14).

Gráfico 8.13. Mortalidad general por provincias para cáncer de pulmón. Año 2002. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



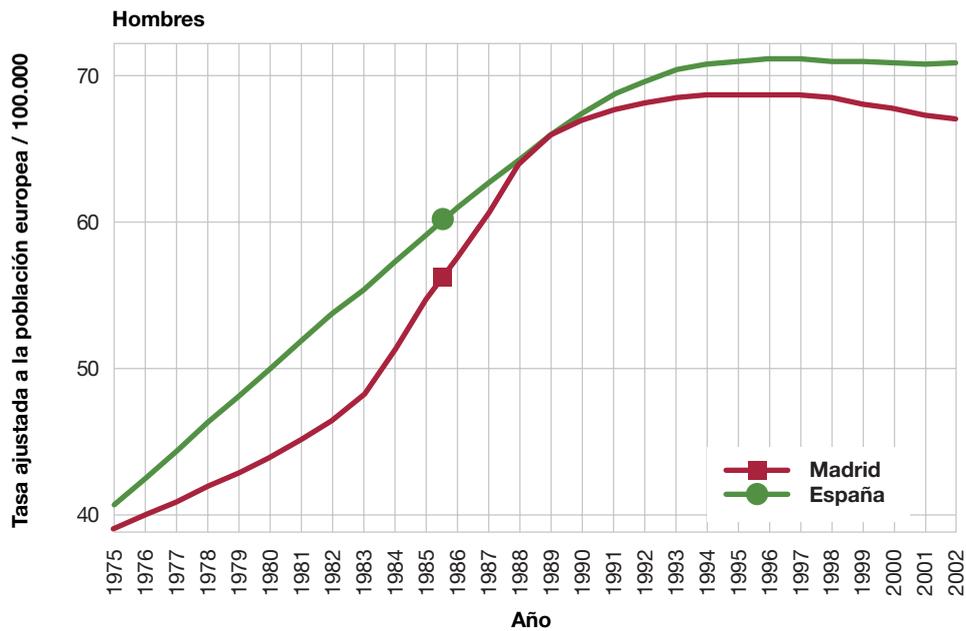
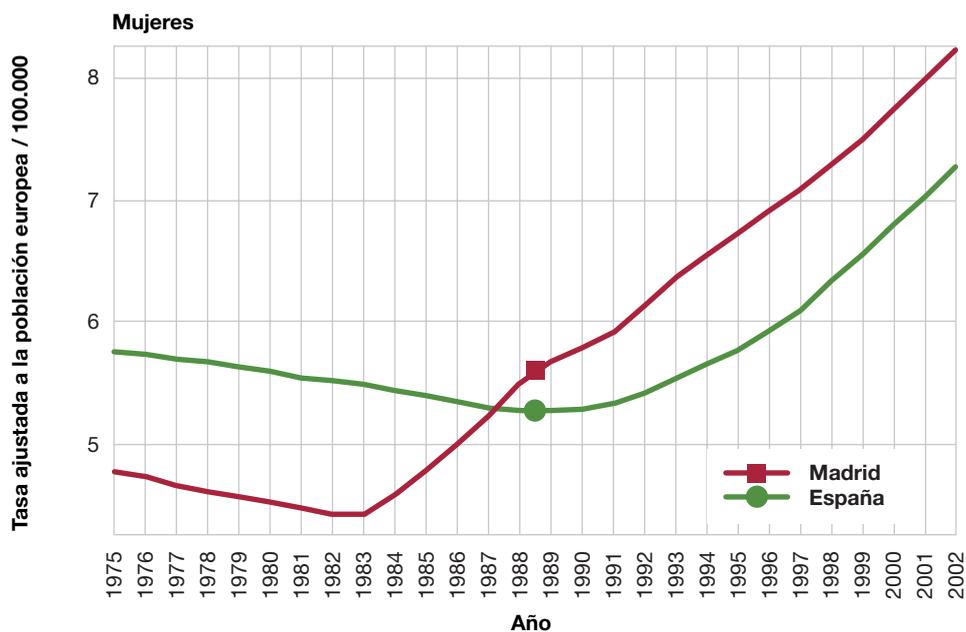


Gráfico 8.14. Evolución de las tasas estandarizadas por 100 mil (población europea), Madrid y España Años 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

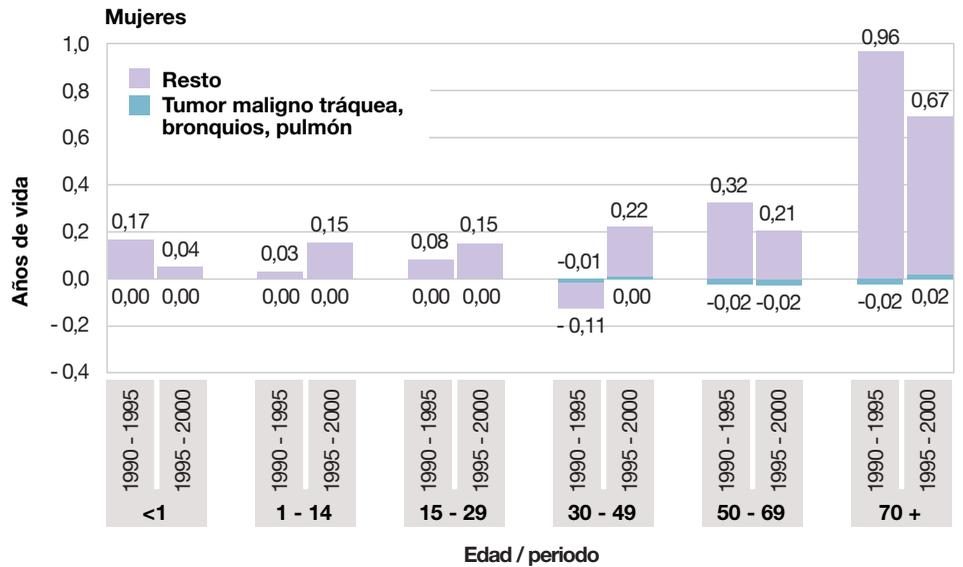
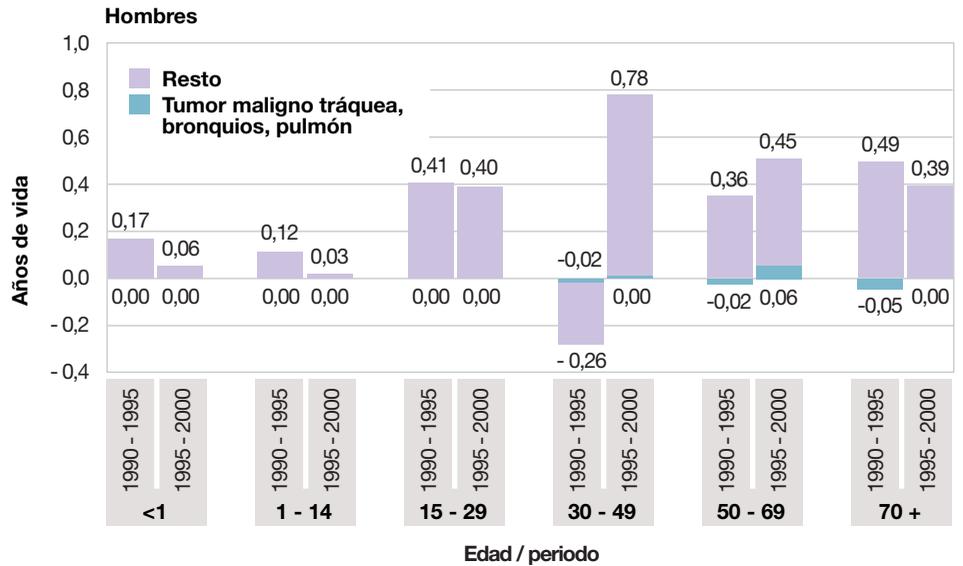


8.2.2.1.1. Contribución del Cáncer de Pulmón a los cambios en la esperanza de vida

La evolución del Cáncer de pulmón entre 1990 y 1995 restó esperanza de vida, aunque mínimamente, tanto en hombres como en mujeres. Esta tendencia levemente negativa se mantiene en las mujeres entre 1995 y 2000, periodo en el que se aprecian ganancias entre los hombres de mediana edad (50-69).

Gráfico 8.15. Comunidad de Madrid. Contribución de la mortalidad por tumores malignos a la esperanza de vida. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.2.1.2. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por cáncer de Pulmón (tráquea, bronquios y pulmón) es elevada a partir de los 45 años de edad, es claramente mayor en hombres que en mujeres, y la mayor parte de los años perdidos se debe al efecto de la mortalidad (96,7%), por sólo 3,3% por discapacidad. Es el primer cáncer en AVAD en hombres, y una de las principales causas de AVAD en varones (3ª causa, con un 5,1% del total). No así en mujeres (15ª), aunque presenta en éstas una tendencia al aumento.

Comunidad de Madrid. Año 2002.
Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cáncer de pulmón, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-)

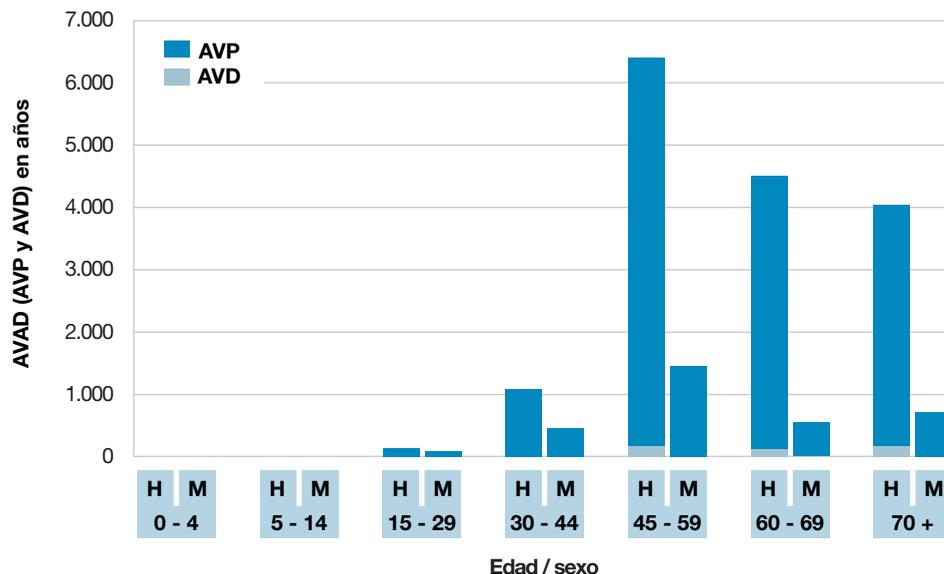


Gráfico 8.16. Comunidad de Madrid. Carga de enfermedad por Cáncer de Pulmón.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.2.2. Morbilidad hospitalaria

El cáncer de pulmón supone en Madrid una tasa de 105,49 ingresos por 100 mil en varones y de 17,08 por 100 mil en mujeres. La diferencia de frecuentación entre hombres y mujeres es muy elevada como puede observarse en el Gráfico 8.17, fruto de los factores de riesgo presentes en años pasados ligados fundamentalmente al consumo de tabaco y de exposición laboral.

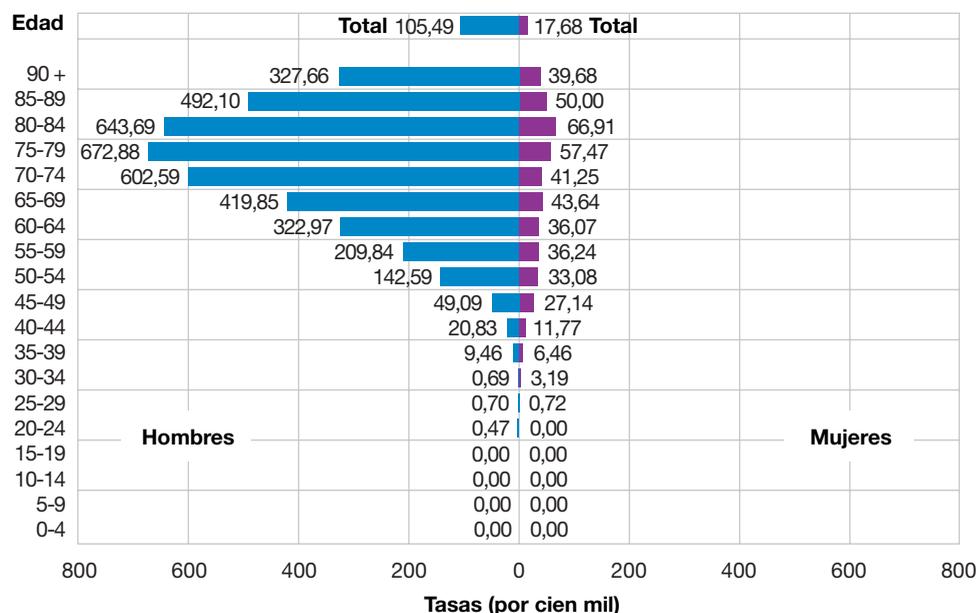


Gráfico 8.17. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

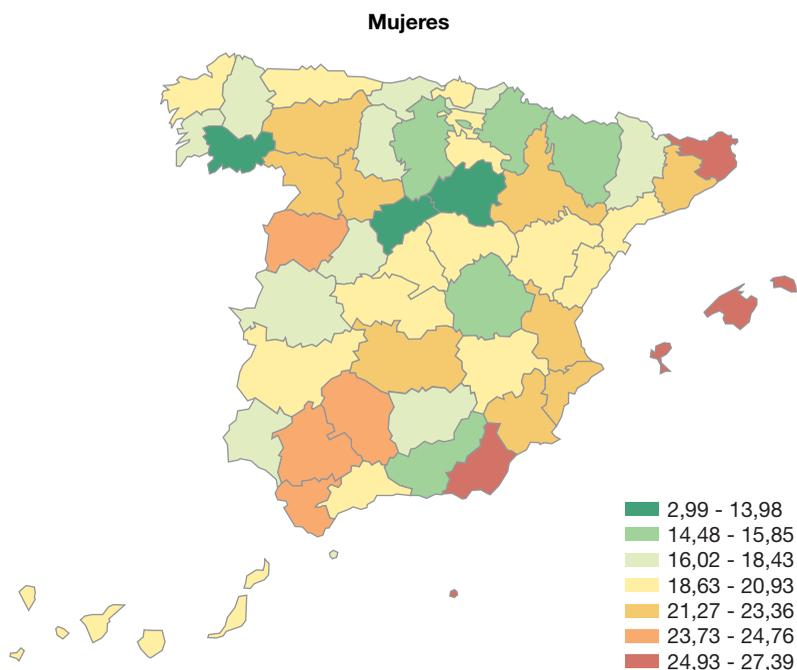
8.2.3. Cáncer de Mama en Mujeres

8.2.3.1. Mortalidad por Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales, estimándose que en los países de la Unión Europea, la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es del 8%. Anualmente en nuestro país se diagnostican unos 16.000 casos al año y produce la muerte de casi 6.000 mujeres. En España, la tasa de incidencia ajustada por edad en 1998 era de 67 por 100.000, la menor de la UE y, al igual que en otros países occidentales, ha sufrido un considerable aumento, más marcado entre las décadas del setenta al noventa (Lacey 2002, López-Abente 2000). Se estima que actualmente en España existirían 67.600 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en los últimos 5 años. En Madrid el cáncer de mama supone 701 muertes en el último año disponible de estadísticas de mortalidad (2002) y un total de 3.853 ingresos hospitalarios en el año 2004, estimándose una tasa de casos nuevos ingresados de 61 por 100.000 habitantes.

Gráfico 8.18. Mortalidad por provincias para Cáncer de Mama en mujeres. Año 2002. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



La tendencia de la mortalidad por cáncer de mama en Madrid, puede decirse que en los últimos años permanece estable y desde 1995 ha iniciado un cierto descenso hasta el 2002 (Gráfico 8.19).

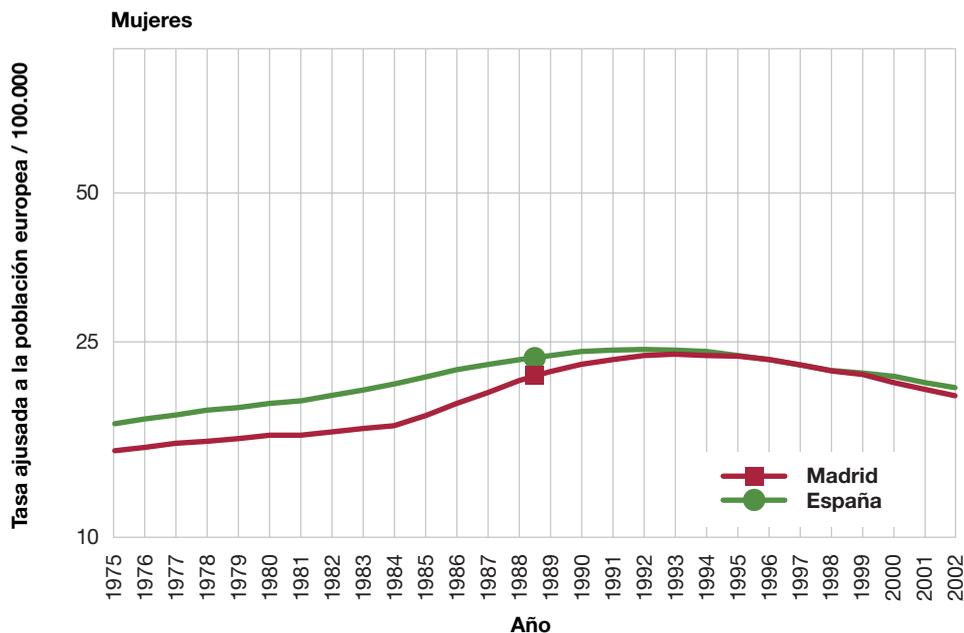


Gráfico 8.19. Evolución de tendencia de tasa estandarizadas por 100 mil población europea, Madrid y España 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

8.2.3.1.1. Contribución del Cáncer de Mama a los cambios en la esperanza de vida

La contribución del cáncer de mama a la evolución de la esperanza de vida fue negativa en el quinquenio 1990-95 (mujeres de 50 a 69 años), y positiva en el siguiente quinquenio, gracias a la aportación de ese mismo grupo de edad.

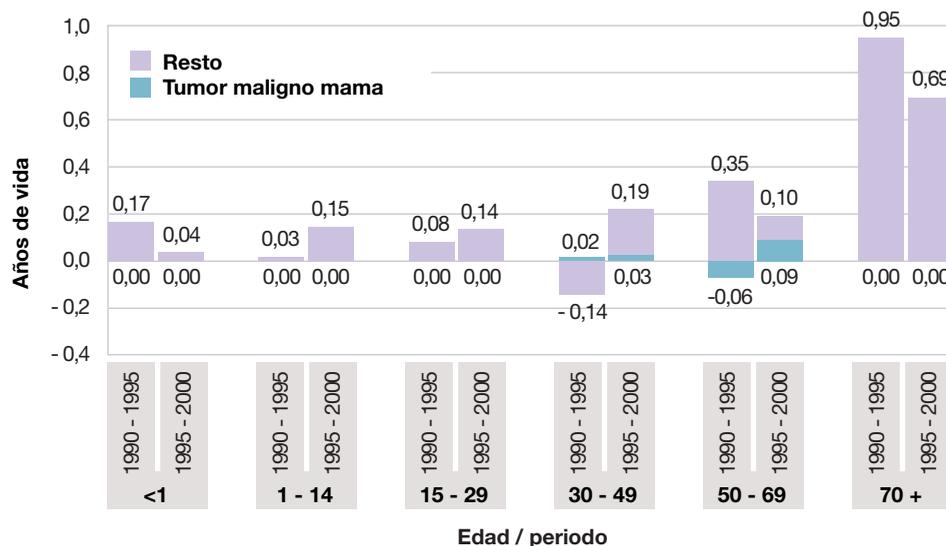


Gráfico 8.20. Comunidad de Madrid. Contribución de la mortalidad por cáncer de mama a la esperanza de vida. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

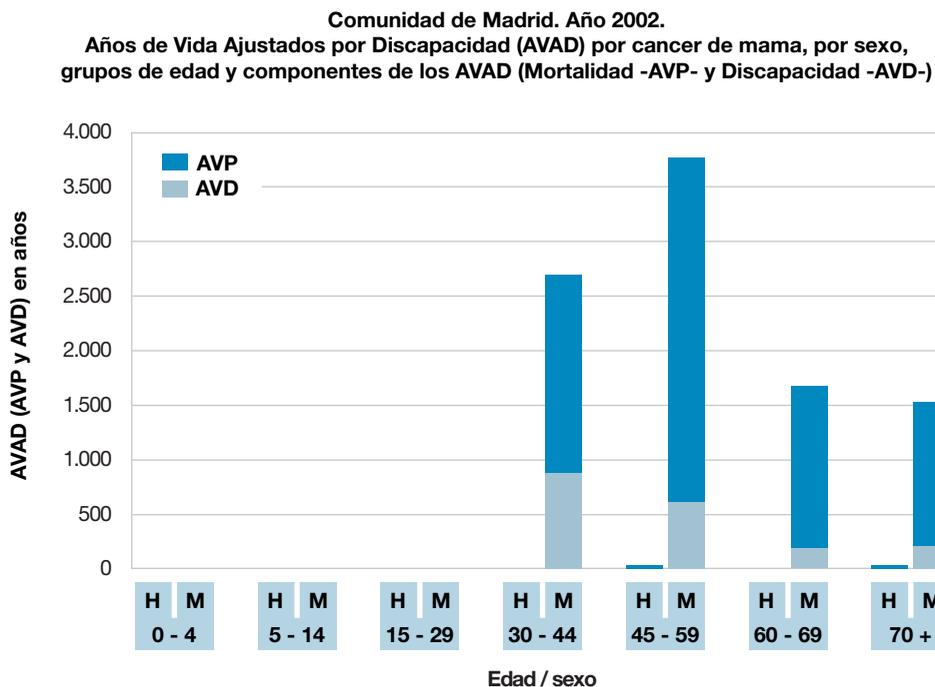
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.3.1.2. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por cáncer de Mama aparece con fuerza desde las edades adultas jóvenes (30 en adelante). Los casos en varones son excepcionales, por lo que su peso es mínimo. Supone un 3,4% del total de AVAD de la población de mujeres. Es el primer cáncer en pérdida de AVAD en mujeres. Es uno de los tumores, junto con el de vejiga, con mayor proporción de años perdidos por discapacidad sobre el total de AVAD (19,7%).

Gráfico 8.21. Carga de enfermedad por cáncer de mama.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

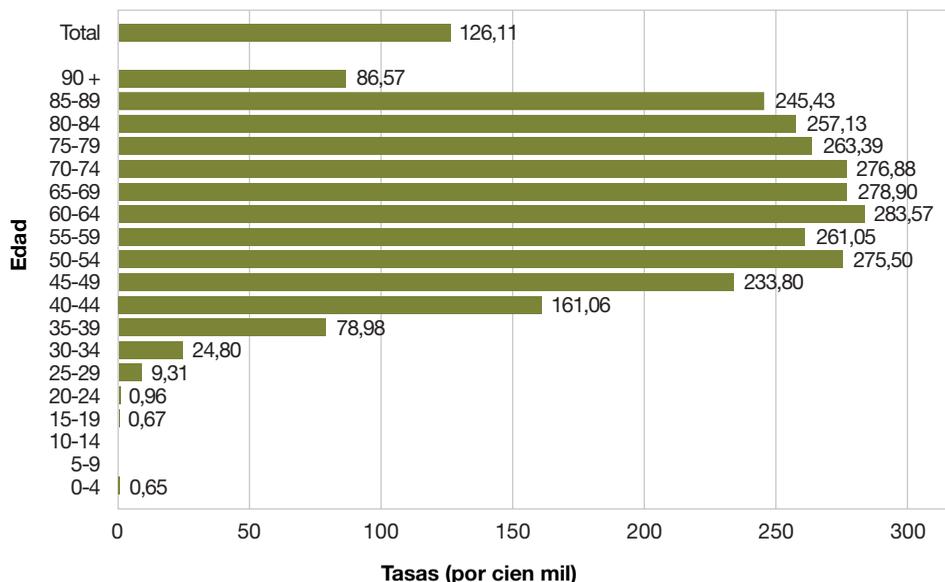


8.2.3.2. Morbilidad hospitalaria

La tasa de altas hospitalarias por cáncer de mama es de 126,11 por 100 mil. Destacamos las tasas de frecuentación en edades tempranas de 30 a 50 años, las cuales pasan de 24,80 por 100 mil en el grupo de 30 a 34 años a 275,50 por 100 mil en el grupo de 50 a 54 años.

Gráfico 8.22. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama de la mujer por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.4. Cáncer de Estómago

8.2.4.1. Mortalidad por Cáncer de Estómago

El cáncer de estómago ha sido durante la segunda mitad del siglo XX el tumor más frecuente del aparato digestivo en ambos sexos. Sin embargo, la caída de su incidencia y el ascenso de los tumores de colon y recto han colocado al cáncer gástrico en segundo lugar entre los tumores digestivos, tanto en tasas de mortalidad como de incidencia, en los países desarrollados. Su distribución presenta grandes variaciones geográficas, tanto entre países como entre regiones dentro de los mismos. Es más frecuente en hombres, con una razón de masculinidad de 2. A pesar del descenso observado, todavía existen en nuestro país 15.000 casos con cáncer de estómago diagnosticados en los últimos 5 años. En Madrid han fallecido durante el último año 631 personas por esta causa, lo que supone una tasa estandarizada de 13,62 por 100 mil en varones y de 6,12 por 100 mil en mujeres. La comparación de las tasas estandarizadas con la población europea pueden observarse en el Gráfico 8.23. La tasa estatal es de 15,06 en varones y de 6,50 en mujeres, tasas ligeramente superiores a las detectadas en la Comunidad de Madrid.

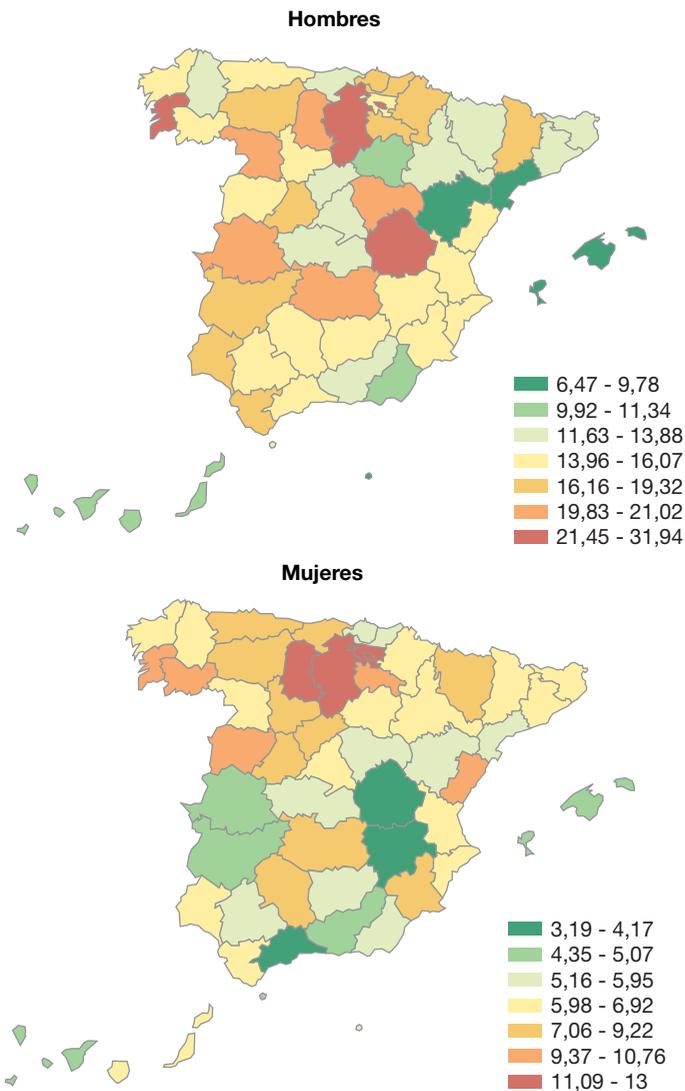


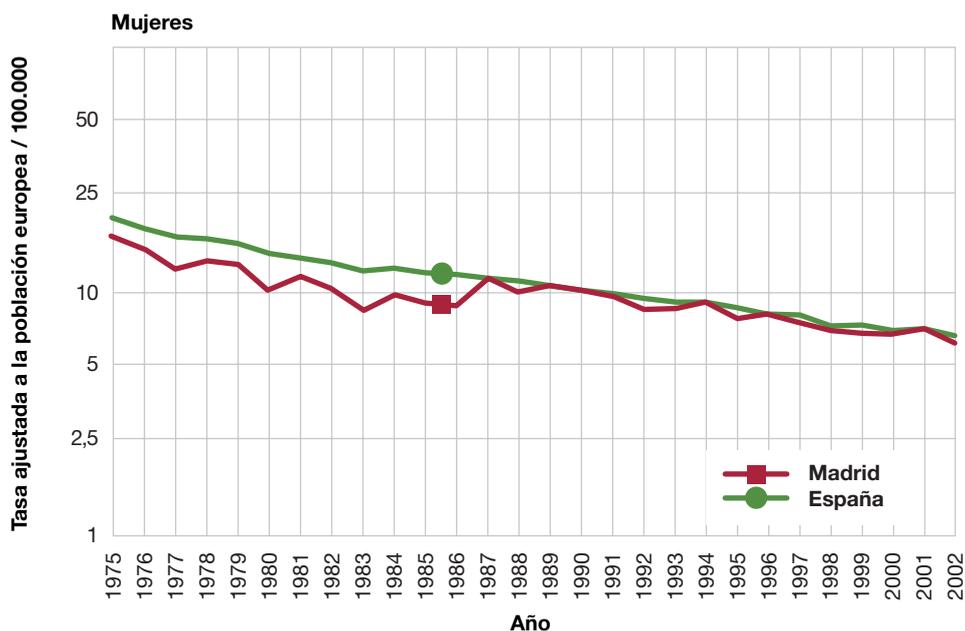
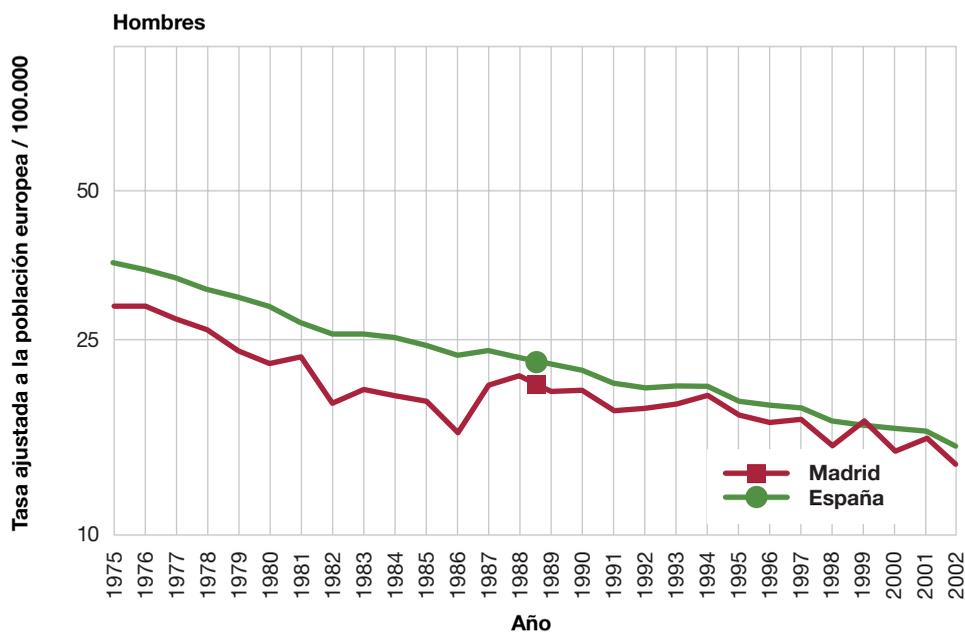
Gráfico 8.23. Cáncer de estómago. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

El análisis de la tendencia temporal de la mortalidad muestra un fuerte descenso hasta 1982, de un 4,5% anual, momento en el que la pendiente de caída se suaviza, aunque sigue descendiendo un 2% (Gráfico 8.24).

Gráfico 8.24. Cáncer de Estómago: Evolución de tendencia de tasa estandarizadas por 100 mil población europea, Madrid y España. 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



8.2.4.1.1. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por cáncer de estómago es mayor en hombres que en mujeres (casi 2 de cada 3 años perdidos). Es el cuarto cáncer con mayor carga en hombres. El peso de la discapacidad es escaso (4,4%) sobre el valor de AVAD. Se concentra en mayores de 45 años. (Gráfico 8.25).

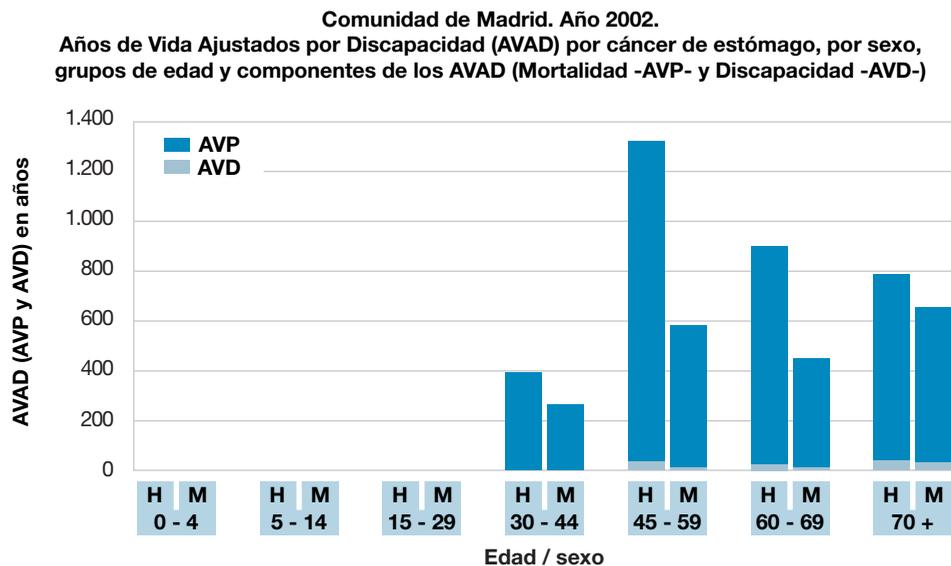


Gráfico 8.25. Carga de enfermedad por cáncer de estómago.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.4.2. Morbilidad hospitalaria

La tasa de altas hospitalarias por esta causa es de 23,43 en varones y de 15,65 en mujeres durante el año 2004. La distribución por edad puede observarse en el Gráfico 8.26.

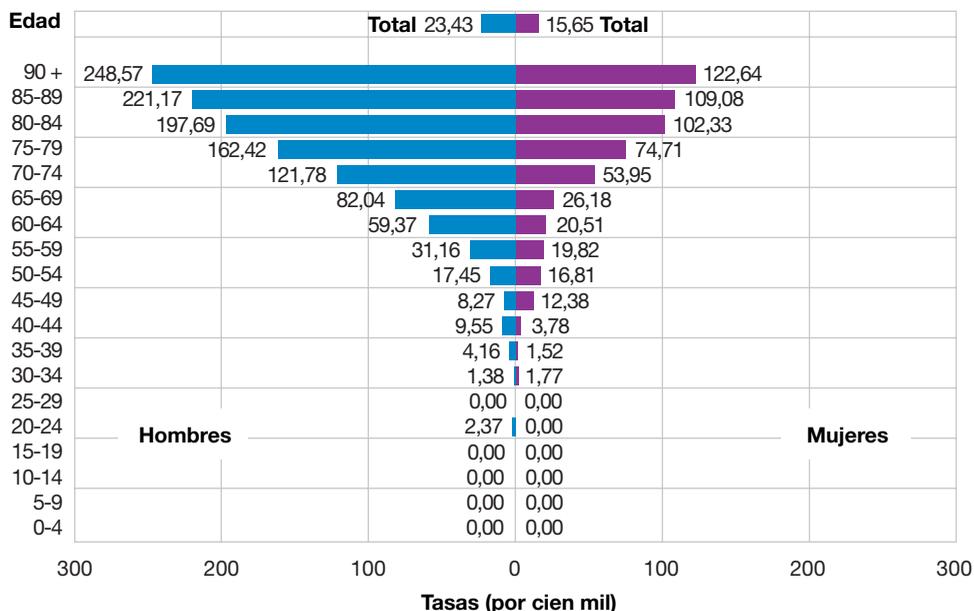


Gráfico 8.26. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de estómago por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

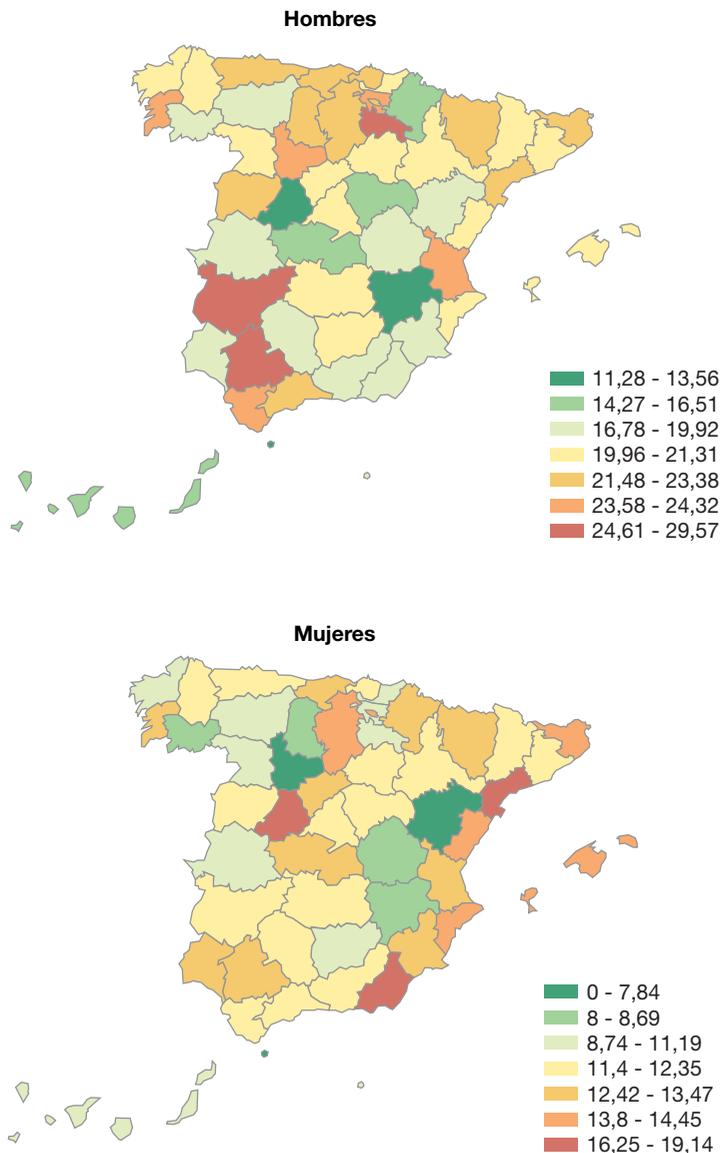
8.2.5. Cáncer de Colon y Recto

8.2.5.1. Mortalidad por Cáncer de Colon y Recto

El cáncer colorrectal causó 1.153 defunciones durante el año 2002. Los tumores de colon y recto suelen analizarse conjuntamente debido a los frecuentes errores de clasificación de los tumores de la porción recto-sigmoide. La mortalidad es muy elevada, constituyendo la segunda localización tumoral en importancia en hombres y en mujeres, con una tendencia temporal ascendente, con un incremento medio del 2,6% anual sin modificaciones desde 1975 en hombres y mucho menor, del 0,8% anual, en mujeres. En la actualidad la mortalidad es más alta en hombres, aunque en los años sesenta lo era en mujeres.

Gráfico 8.27. Cáncer de colon. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



En estos tumores, los datos de mortalidad no reflejan la verdadera incidencia de la enfermedad, ya que la supervivencia ha mejorado en los últimos años, principalmente en personas jóvenes. La tendencia reciente a la estabilización de la mortalidad puede reflejar las mejoras terapéuticas obtenidas con un diagnóstico precoz, por tratarse de tumores bastante accesibles a la exploración con sigmoidoscopio y a la generalización de las colonoscopias completas en grupos de riesgo identificados.

Las tasas de cáncer de colon en Madrid son similares a la media estatal: 20,43 por 100 mil en varones (20,82 en España) y 11,46 por 100 mil en mujeres (11,96 en España), tal y como puede observarse en el Gráfico 8.27. La tendencia de mortalidad por este tumor (Gráfico 8.28) sigue una curva ascendente.



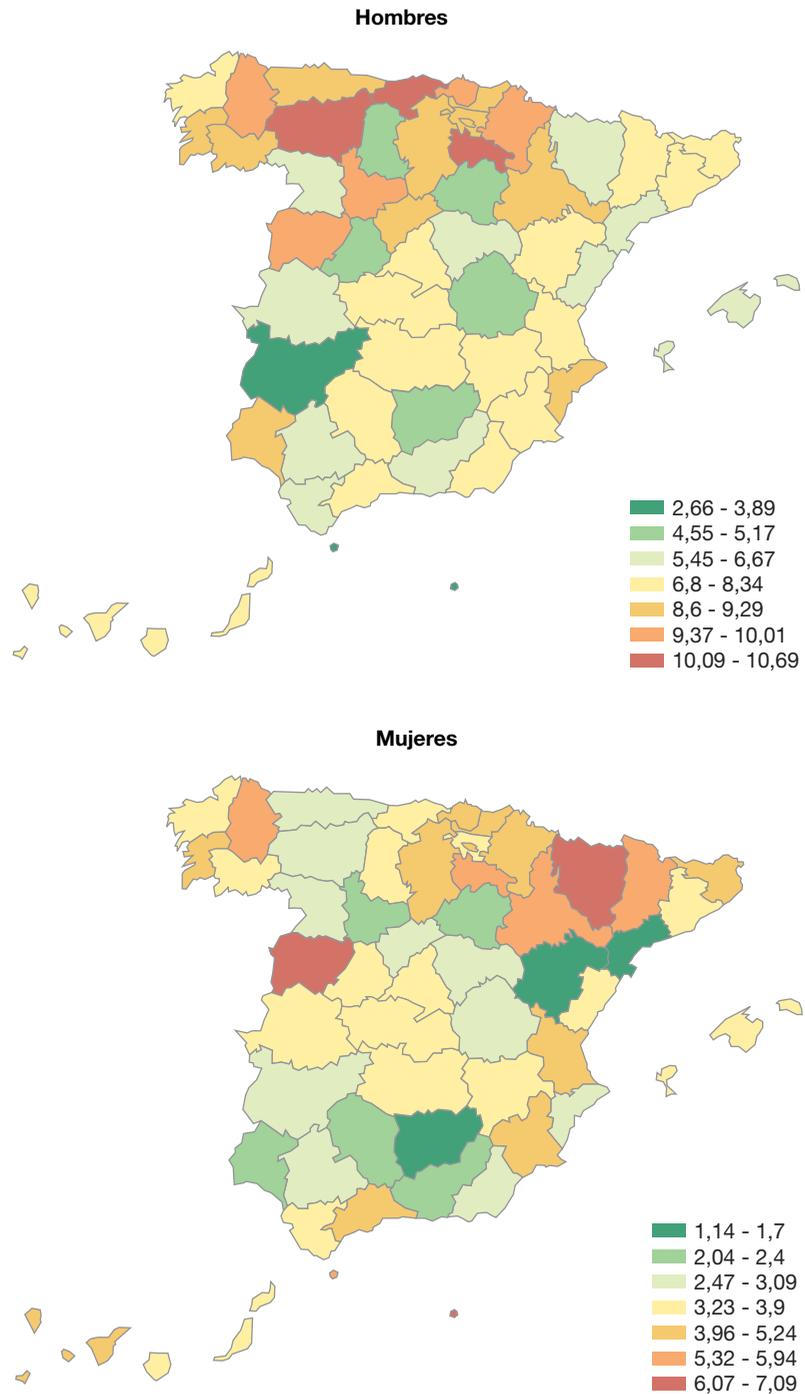
Gráfico 8.28. Cáncer de colon (153). Evolución de tendencia de tasa estandarizadas por 100 mil. Población europea. Madrid y España. Años 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

Las tasas de mortalidad por cáncer de recto son también similares a la media estatal, en varones en Madrid 8,03 por 100 mil (7,76 en España) y en mujeres de 3,86 en Madrid y de 3,68 en España. (Gráfico 8.29). La tendencia desde 1975 sigue patrones diferentes entre los varones con una tendencia ascendente y las mujeres, tendencia descendente, siendo similares al patrón estatal (Gráfico 8.30).

Gráfico 8.29. Cáncer de recto. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



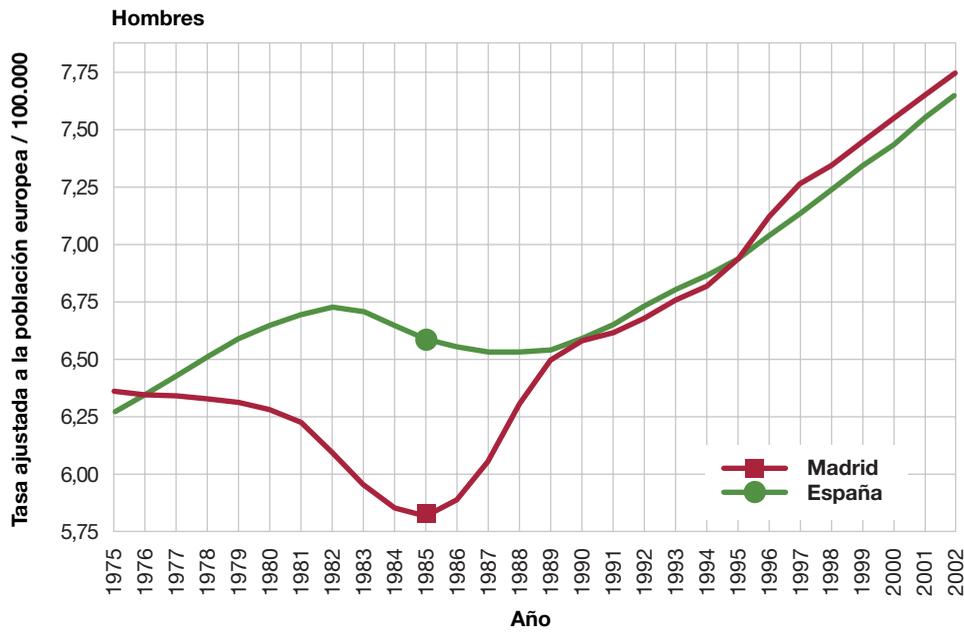
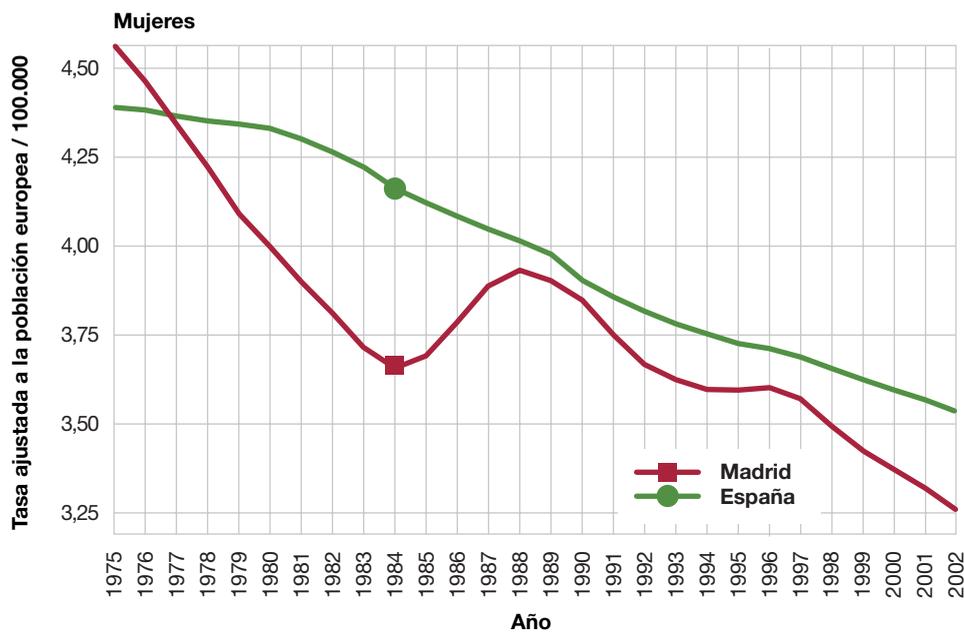


Gráfico 8.30. Cáncer de recto. Evolución de tendencia de tasa estandarizadas por 100 mil población europea. Madrid y España 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



8.2.5.1.1. Contribución del Cáncer de Colon y Recto a los cambios en la esperanza de vida

La contribución del cáncer de colon a la evolución de la esperanza de vida ha sido casi inapreciable –ligeramente negativa a partir de los 50 años de edad- a lo largo del decenio de los noventa, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 8.31. Contribución de la Mortalidad por cáncer Colo-rectal a la esperanza de vida.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

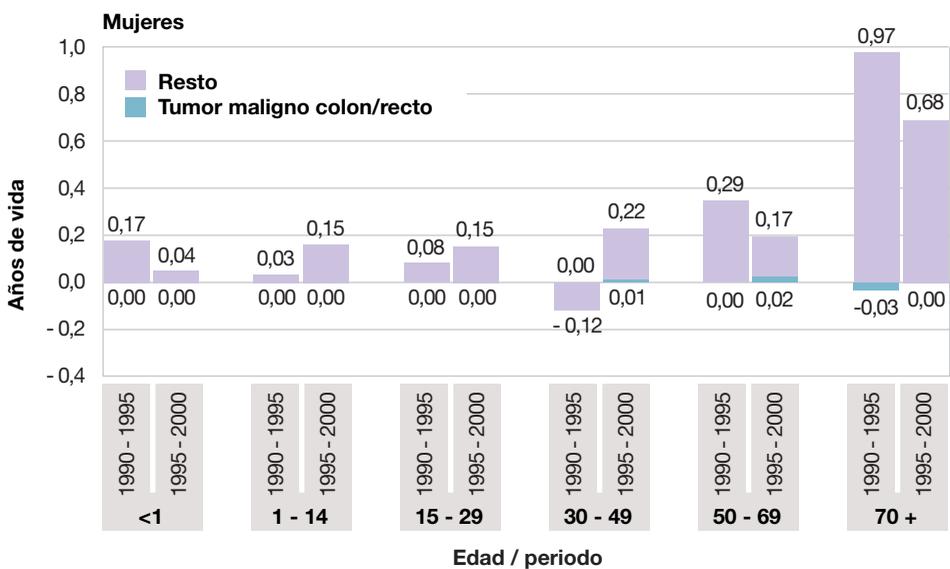
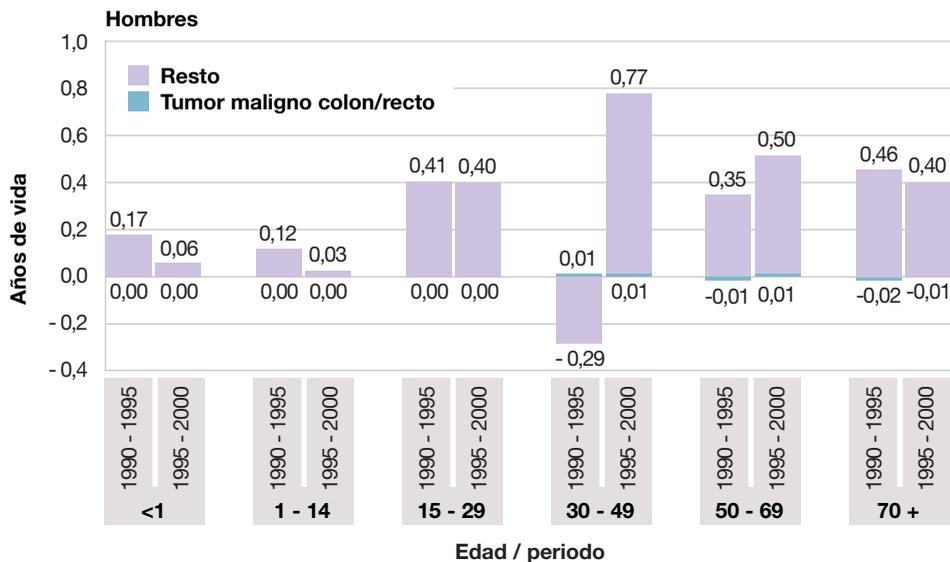
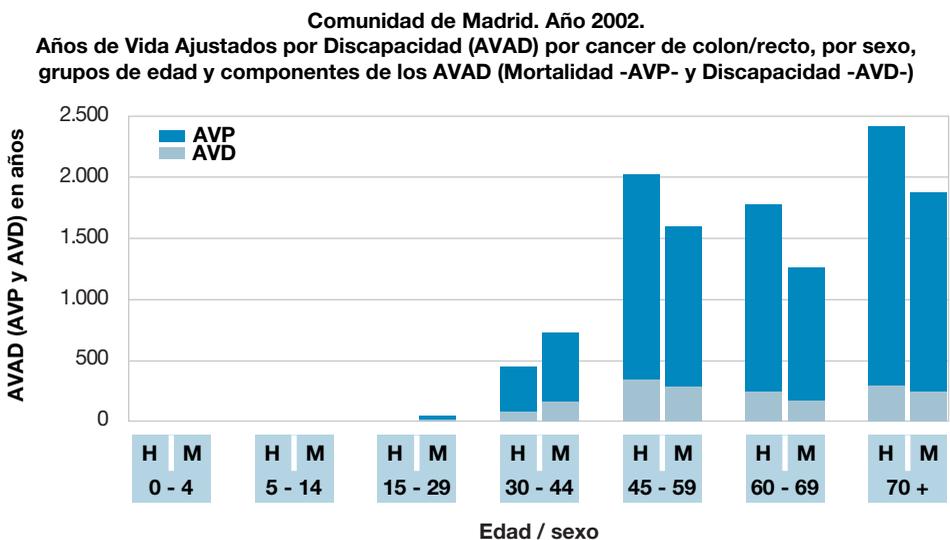


Gráfico 8.32. Carga de enfermedad por cáncer de colon-recto.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.5.1.2. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por cáncer de Colon y Recto es, a diferencia de la mayoría de los tumores, semejante en hombres y mujeres, aunque algo mayor en los primeros. Cobra peso a partir de los 45 años de edad. La discapacidad supone el 15,5% del valor total de los AVAD por esta causa. Es el segundo cáncer con mayor carga tanto en varones como en mujeres.

8.2.5.2. Morbilidad hospitalaria

La tasa de altas hospitalarias por cáncer de colon es de 47,01 en varones y de 35,19 en mujeres, la distribución por edad se observa en el Gráfico 8.33. El cáncer de recto tiene una tasa de alta hospitalaria de 36,06 en varones y de 23,80 en mujeres, la distribución por edad se observa en el Gráfico 8.34.

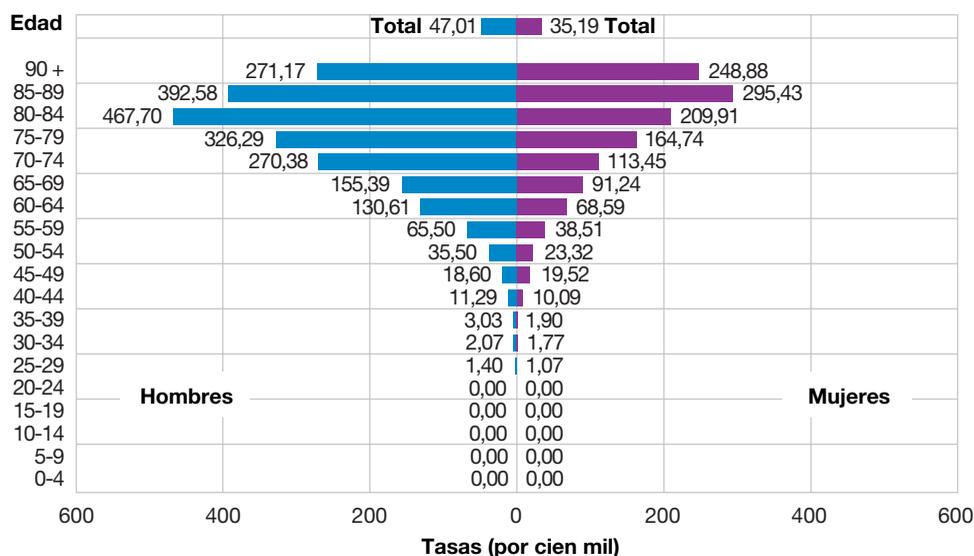


Gráfico 8.33. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de colon por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

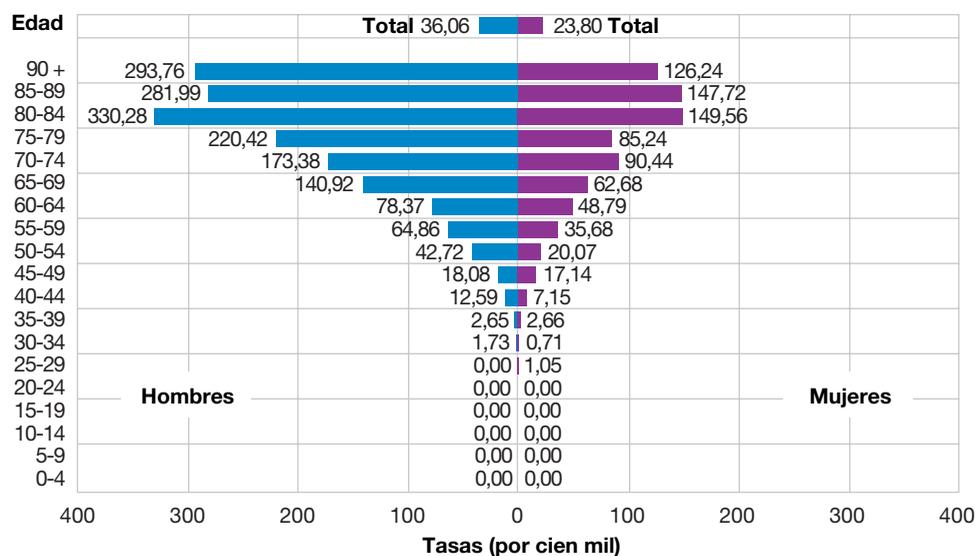


Gráfico 8.34. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de recto por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

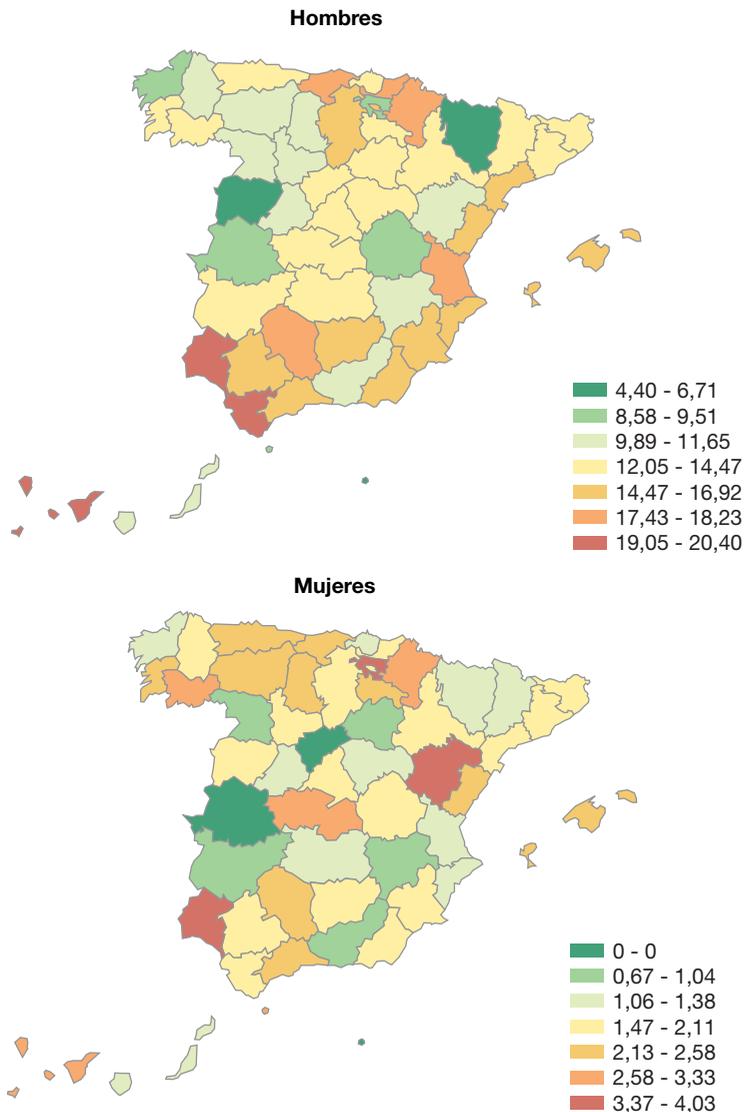
8.2.6. Cáncer de Vejiga

8.2.6.1. Mortalidad por Cáncer de Vejiga

El lugar destacado que presenta España en el entorno europeo respecto a la incidencia (1^{er} país) y mortalidad (2^o país), aconseja incluir un apartado específico en este capítulo. En España durante 2000 se produjeron 3.198 muertes por cáncer de vejiga en hombres y 720 en mujeres, siendo la tasa de mortalidad ajustada por la población europea de 13,36 en hombres y de 1,93 en mujeres por 100.000 habitantes. La estimación que ha hecho la IARC del número de casos nuevos que se produjeron en España en 1998 fue de 11.000 y la prevalencia parcial (casos diagnosticados en los últimos 5 años) es muy alta, cercana a los 40.000, cifra muy similar a la de tumores más frecuentes, como el cáncer colorrectal. Las tasas de incidencia estimadas por nosotros para el periodo 1997-2000 son superiores a las de la IARC. La supervivencia por este tumor en España a los 5 años del diagnóstico es de 72% en hombres y de 70% en mujeres, algo superiores a las del

Gráfico 8.35. Cáncer de vejiga. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



conjunto de Europa. En Madrid la tasa estandarizada de de cáncer de vejiga en hombres por la población europea de 12,70 en hombres y de 1,48 en mujeres, situándose en una tasas intermedias frente al total estatal (Gráfico 8.35). La tendencia de por este tumor es ascendente (Gráfico 8.36), tanto en hombres como en mujeres.

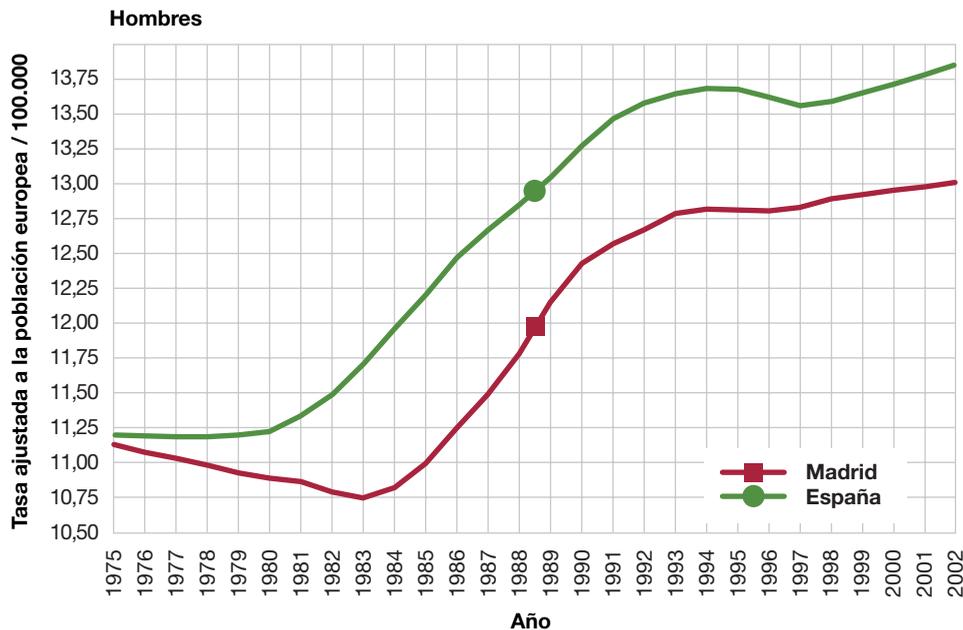
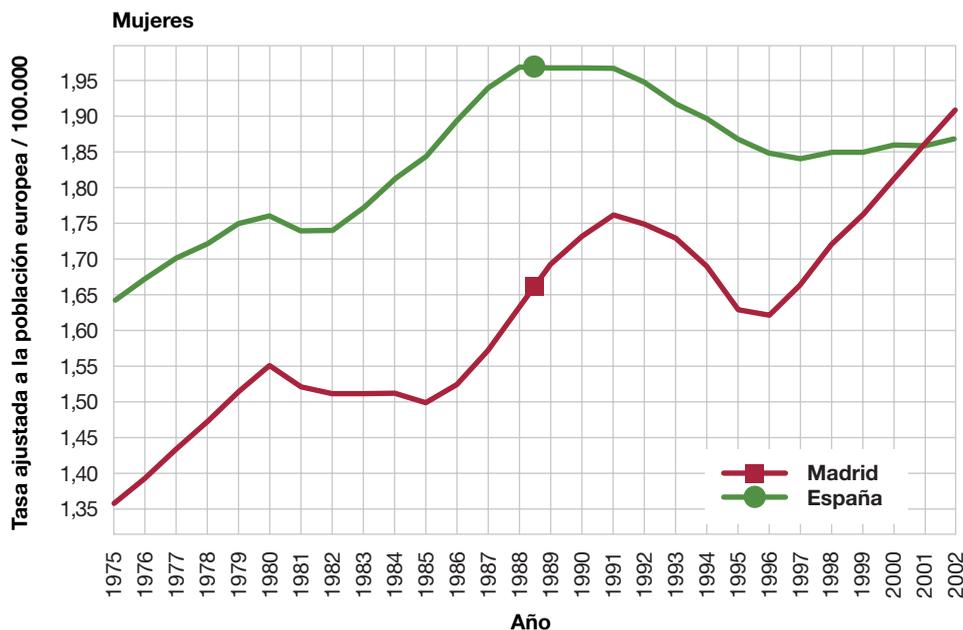


Gráfico 8.36. Cáncer de vejiga. Evolución de tendencia de tasa estandarizadas por 100 mil población europea, Madrid y España 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

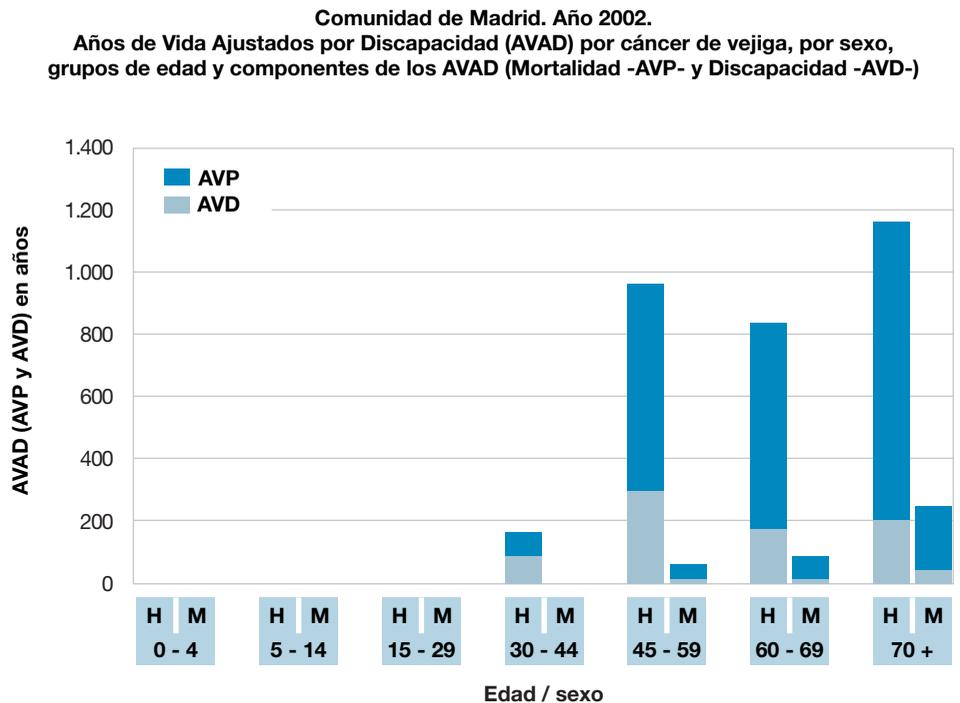


8.2.6.1.1. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por cáncer de vejiga es relevante a partir de los 45 años, siendo cinco veces mayor en hombres que en mujeres. Cuenta con el porcentaje de discapacidad más alto entre los tumores (23,8%).

Gráfico 8.37. Carga de enfermedad por cáncer de vejiga.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

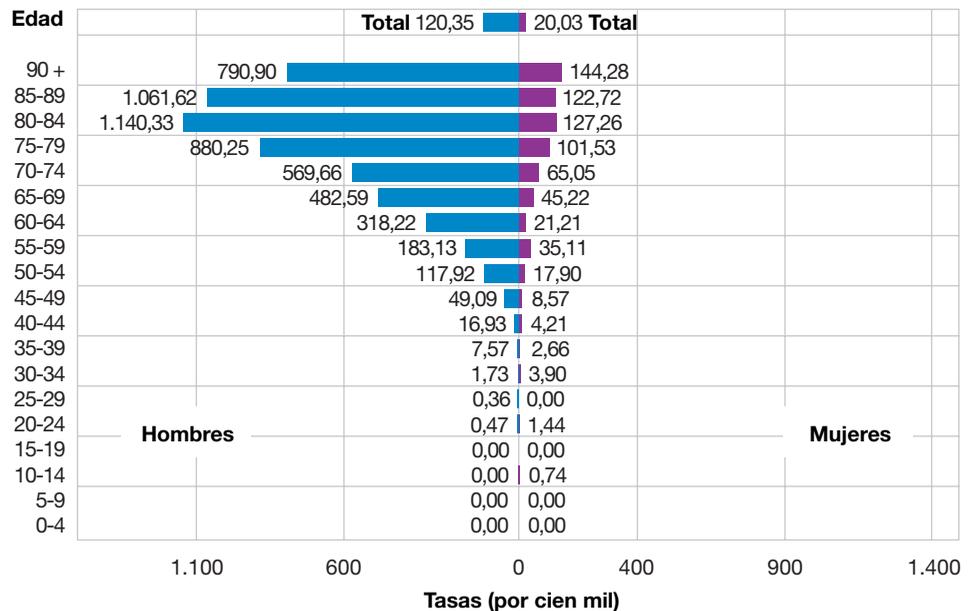


8.2.6.2. Morbilidad hospitalaria

La tasa de altas hospitalarias durante 2004 en los hospitales de Madrid es de 120 por 100 mil en varones y de 20,03 por 100 mil en mujeres. Se observa una gran diferencia entre la morbilidad en ambos sexos, similar a la comentada en las tasas de mortalidad.

Gráfico 8.38. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de vejiga por edad y sexo.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.7. Cáncer de Páncreas

8.2.7.1. Mortalidad por Cáncer de Páncreas

El cáncer de páncreas es un tumor muy letal. Las tasas estandarizadas por 100 mil en Madrid son de 9,24 en varones (9,81 en España) y de 6,04 en mujeres (5,14 en España). La distribución por provincias puede observarse en el Gráfico 8.39. La tendencia (Gráfico 8.40), supone un incremento importante de este tumor en los últimos años.

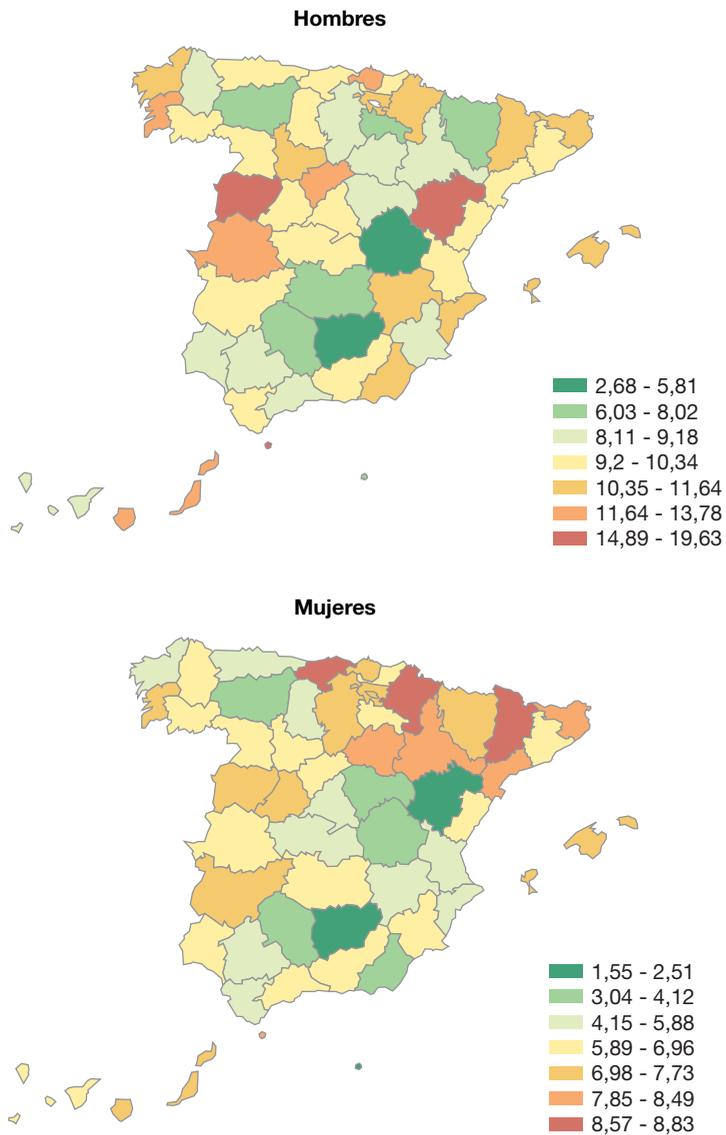
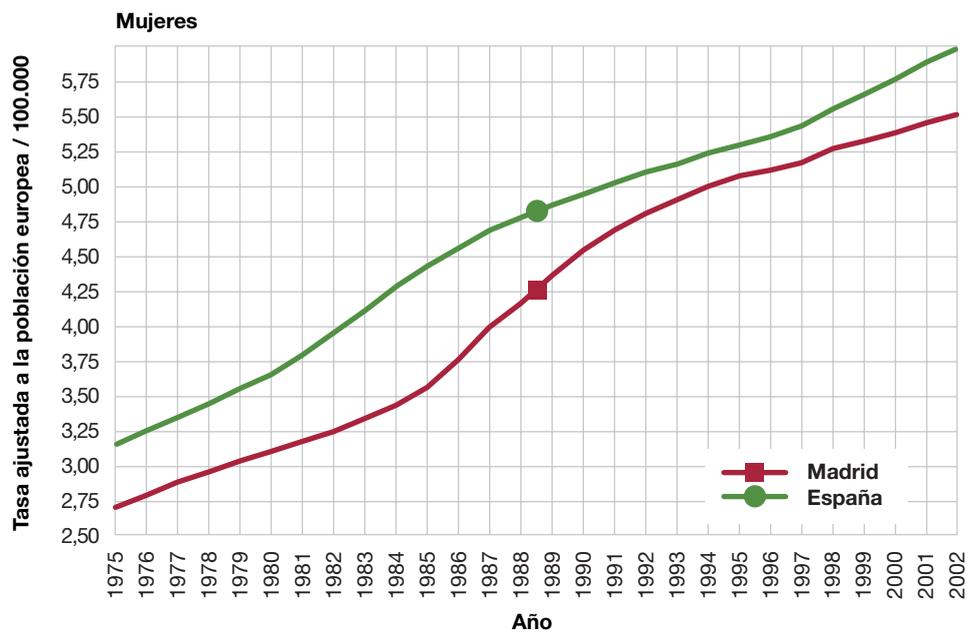
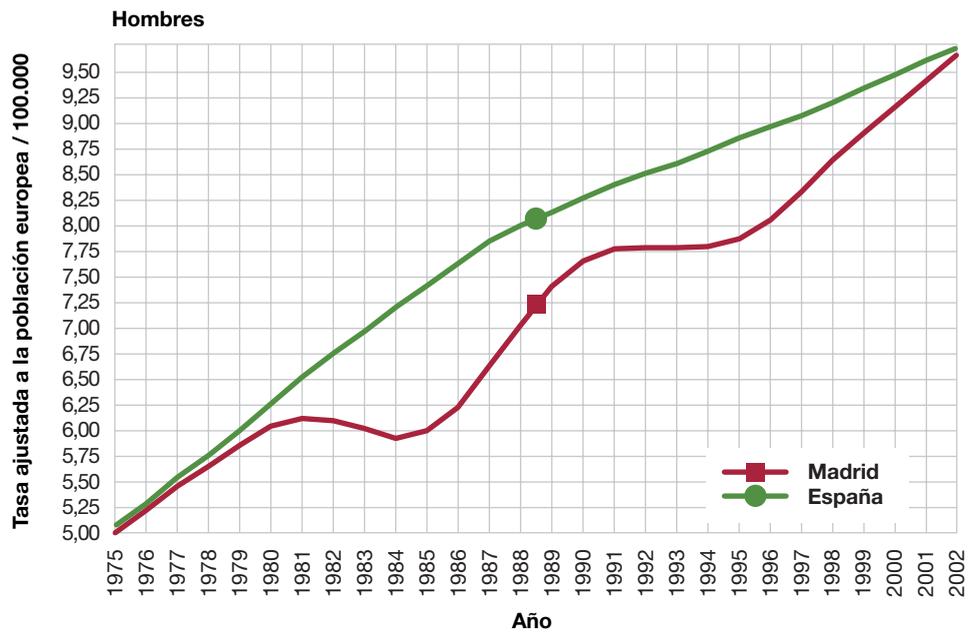


Gráfico 8.39. Cáncer de Páncreas. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

Gráfico 8.40. Cáncer de páncreas (153). Evolución de tendencia de tasa estandarizadas por 100 mil (ooblación europea). Madrid y España. Años 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



8.2.7.1.1. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por cáncer de páncreas es mayor en hombres que en mujeres. Su distribución por edades muestra una concentración a partir de los 45 años. Es uno de los tumores con menor esperanza de vida y, en consecuencia, con menor componente de discapacidad en el valor de AVAD (2,9%). En este tumor la elevada letalidad reduce el componente de discapacidad.

Comunidad de Madrid. Año 2002
Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cáncer de páncreas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-)

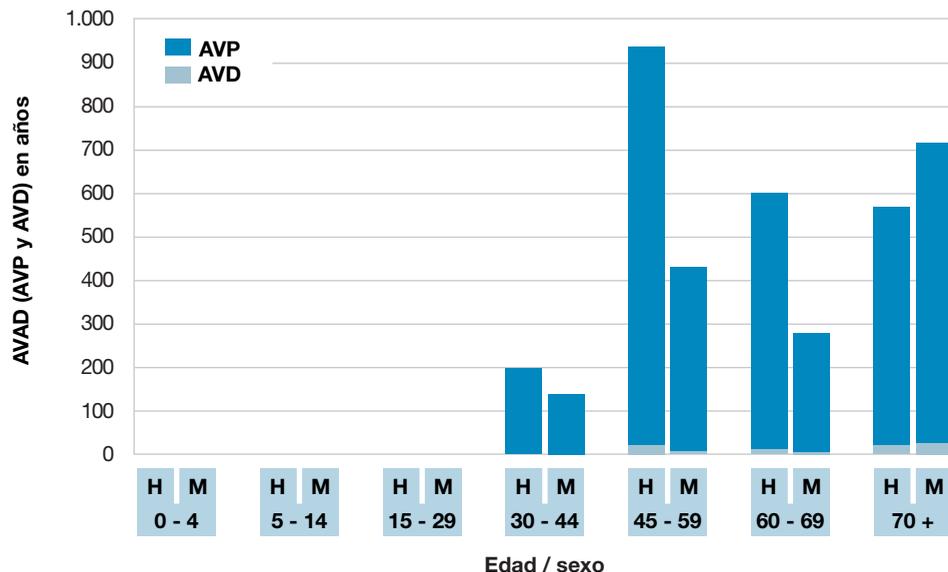


Gráfico 8.41. Carga de enfermedad por cáncer de páncreas.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.7.2. Morbilidad hospitalaria

La tasa de altas hospitalarias en 2004 es de 15,14 por 100 mil en varones y de 12,34 en mujeres. La elevada letalidad de este tumor permite acercarnos a la incidencia real del mismo, analizando la frecuentación.

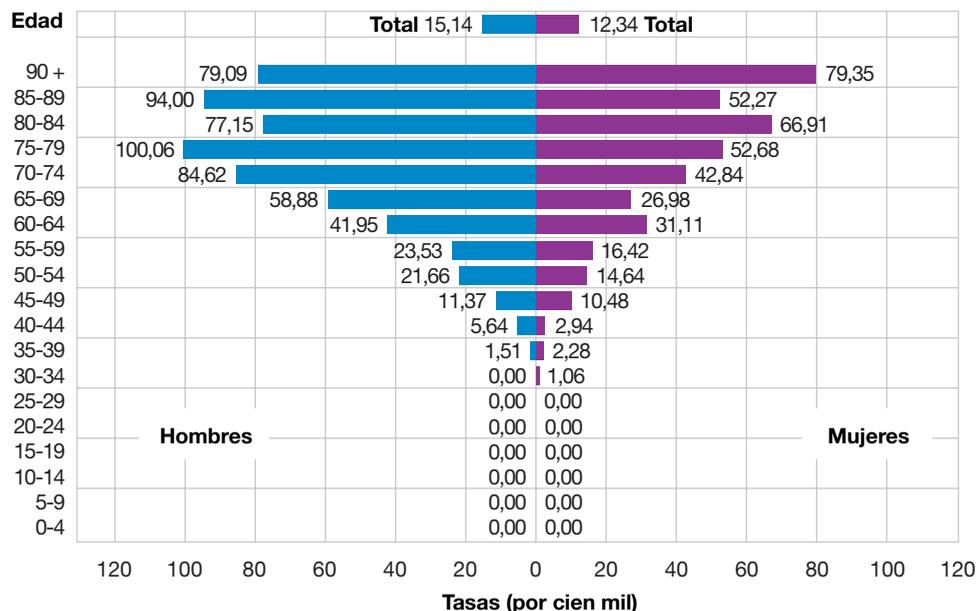


Gráfico 8.42. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de páncreas por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.8. Tumores emergentes

Además de las localizaciones mencionadas, existe un último grupo de tumores que requieren atención, debido a su tendencia ascendente en las últimas décadas. Se han registrado incrementos en la mortalidad en melanoma cutáneo, mieloma múltiple tumores malignos de sistema nervioso central y linfoma no Hodgkin.

Tabla 8.4. Comunidad de Madrid. Tumores emergentes. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000. Hombres.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

	Pleura	Melanoma	Encéfalo	LNH	Mieloma
1975	0,07	0,45	5,17	1,78	0,93
1976	0,14	0,28	3,98	2,21	0,83
1977	0,29	0,55	5,49	2,68	1,33
1978	0,23	0,50	5,12	2,77	1,49
1979	0,16	0,83	4,57	1,81	1,65
1980	0,26	0,71	4,28	2,19	1,24
1981	0,43	0,71	6,68	2,91	1,77
1982	0,68	1,03	6,90	2,71	2,21
1983	0,41	1,15	6,48	3,15	2,21
1984	0,12	0,41	5,15	2,85	1,71
1985	0,41	0,78	1,95	3,35	2,67
1986	0,05	1,41	1,99	3,56	2,08
1987	0,89	1,36	4,32	4,44	2,65
1988	0,39	1,47	4,21	4,29	2,81
1989	0,54	1,31	4,86	4,60	2,68
1990	0,69	1,51	4,28	5,41	2,72
1991	0,64	1,88	4,18	4,34	2,48
1992	0,75	1,84	4,49	5,73	2,77
1993	0,54	2,00	5,22	5,34	2,38
1994	0,80	1,82	5,74	6,17	3,36
1995	0,55	1,52	5,78	5,51	3,70
1996	0,54	2,10	6,30	5,33	3,17
1997	0,54	1,64	5,93	5,04	3,36
1998	0,85	2,28	5,62	4,68	3,50
1999	0,58	2,04	4,56	5,11	2,87
2000	0,62	1,96	5,05	4,99	3,76
2001	1,12	1,98	4,75	4,49	3,01
2002	0,85	2,09	5,67	4,07	3,07

A éstos habría que añadir el cáncer de ovario con una tasa estandarizada por edad (población europea) de 6,12 por 100 mil en el año 2002. Finalmente, aunque la mortalidad por cáncer de pleura es muy baja, en hombres también parece observarse un incremento en la década de los noventa. Es esperable que la tendencia se haga ascendente, teniendo en cuenta que la mayor parte de estos tumores son mesoteliomas, causados casi exclusivamente por exposición ambiental o laboral al asbesto. Se espera por tanto una epidemia de mesoteliomas en los próximos años, teniendo en cuenta exposiciones y el tiempo de aparición de esta enfermedad. Se han detectado agrupaciones de casos de estos tumores en áreas de la Comunidad de Madrid ligadas a exposiciones laborales previas. La prohibición europea del uso de este material ha sido regulada en nuestro país recientemente.

	Pleura	Melanoma	Encéfalo	LNH	Mieloma
1975	0,26	0,25	3,22	1,20	1,20
1976	0,14	0,34	3,15	1,38	1,00
1977	0,18	0,30	3,06	1,22	1,04
1978	0,05	0,64	2,63	1,29	0,71
1979	0,13	0,61	2,72	1,20	0,83
1980	0,14	0,36	3,62	1,47	1,06
1981	0,24	0,36	4,71	2,15	1,20
1982	0,05	0,59	4,27	1,65	1,18
1983	0,24	0,43	3,94	2,38	1,17
1984	0,15	0,80	4,01	2,19	1,40
1985	0,22	0,48	1,78	2,19	2,02
1986	0,14	0,89	1,85	2,23	0,95
1987	0,21	0,96	3,08	2,50	1,73
1988	0,26	0,85	2,94	2,68	1,86
1989	0,24	0,72	2,24	3,01	1,97
1990	0,37	0,74	3,43	2,49	2,24
1991	0,25	1,12	2,81	3,11	1,81
1992	0,36	1,14	3,48	3,37	2,17
1993	0,15	1,29	3,54	2,94	1,76
1994	0,25	1,77	3,65	4,09	2,22
1995	0,25	1,58	3,80	2,32	2,41
1996	0,36	1,00	3,54	3,50	2,03
1997	0,03	1,20	3,14	3,14	2,14
1998	0,07	1,31	3,33	2,84	2,11
1999	0,10	1,00	3,76	2,93	2,30
2000	0,15	1,33	3,40	3,56	2,26
2001	0,19	1,25	3,91	3,56	2,03
2002	0,09	1,14	3,59	2,84	2,05

Tabla 8.5. Tumores emergentes. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000. Mujeres.

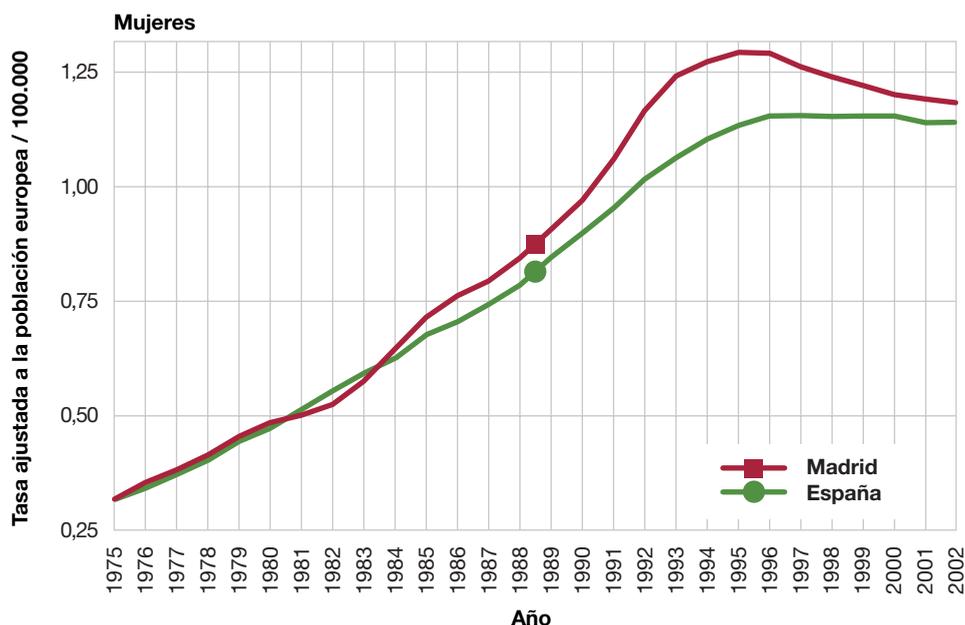
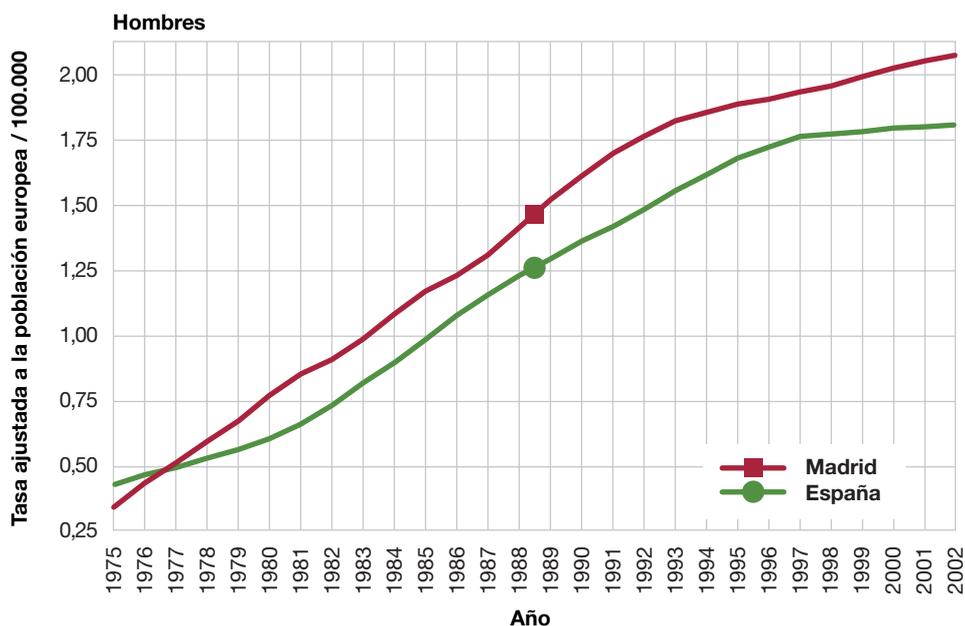
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

8.2.8.1. Melanoma cutáneo

La tasa estandarizada en hombres es de 2,09 por 100 mil y en mujeres de 1,14 por 100 mil. En los últimos años se aprecia un aumento de la incidencia de la mortalidad provocada por el melanoma, como puede observarse en el Gráfico 8.43.

Gráfico 8.43. Melanoma. Evolución de las tasas estandarizadas por 100 mil (población europea). Madrid y España 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



Durante el año 2004 han sido atendidos por melanoma en la Comunidad de Madrid 730 personas, suponiendo una tasa de incidencia de 13,27 por 100 mil. Llama la atención el número elevadísimo de "Otros tumores malignos de piel"; se han producido 6.919 altas por estos tumores lo que suponen el 7,31% de todas las atenciones que se han producido en el año 2004.

8.2.8.2. Mieloma Múltiple

La tasa estandarizada con la población europea es de 3,07 por 100 mil en hombres y de 2,05 en mujeres. La tendencia es ascendente en Madrid.

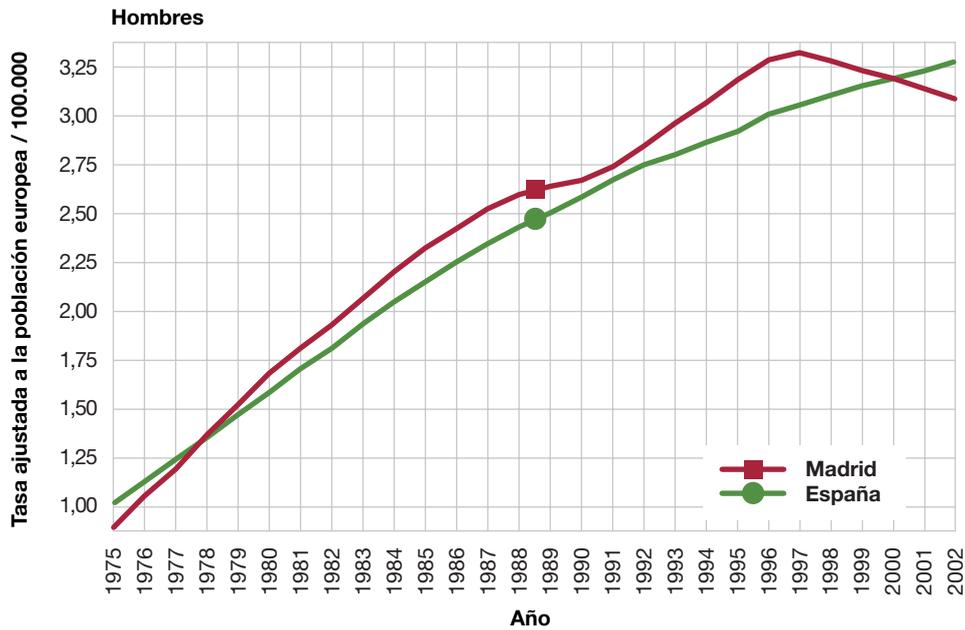
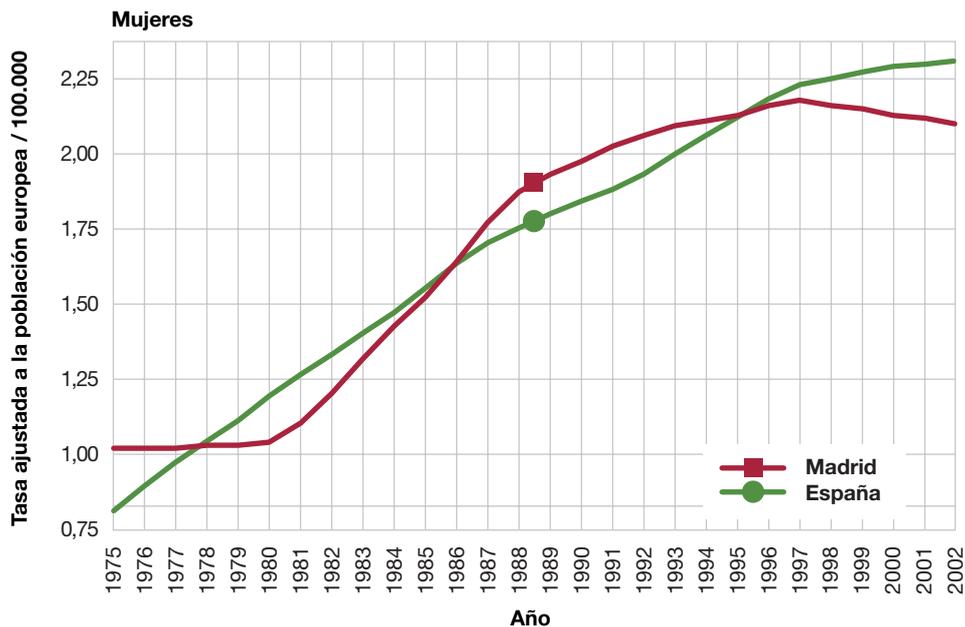


Gráfico 8.44. Mieloma Múltiple. Evolución de las tasas estandarizadas por 100 mil (población europea). Madrid y España 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

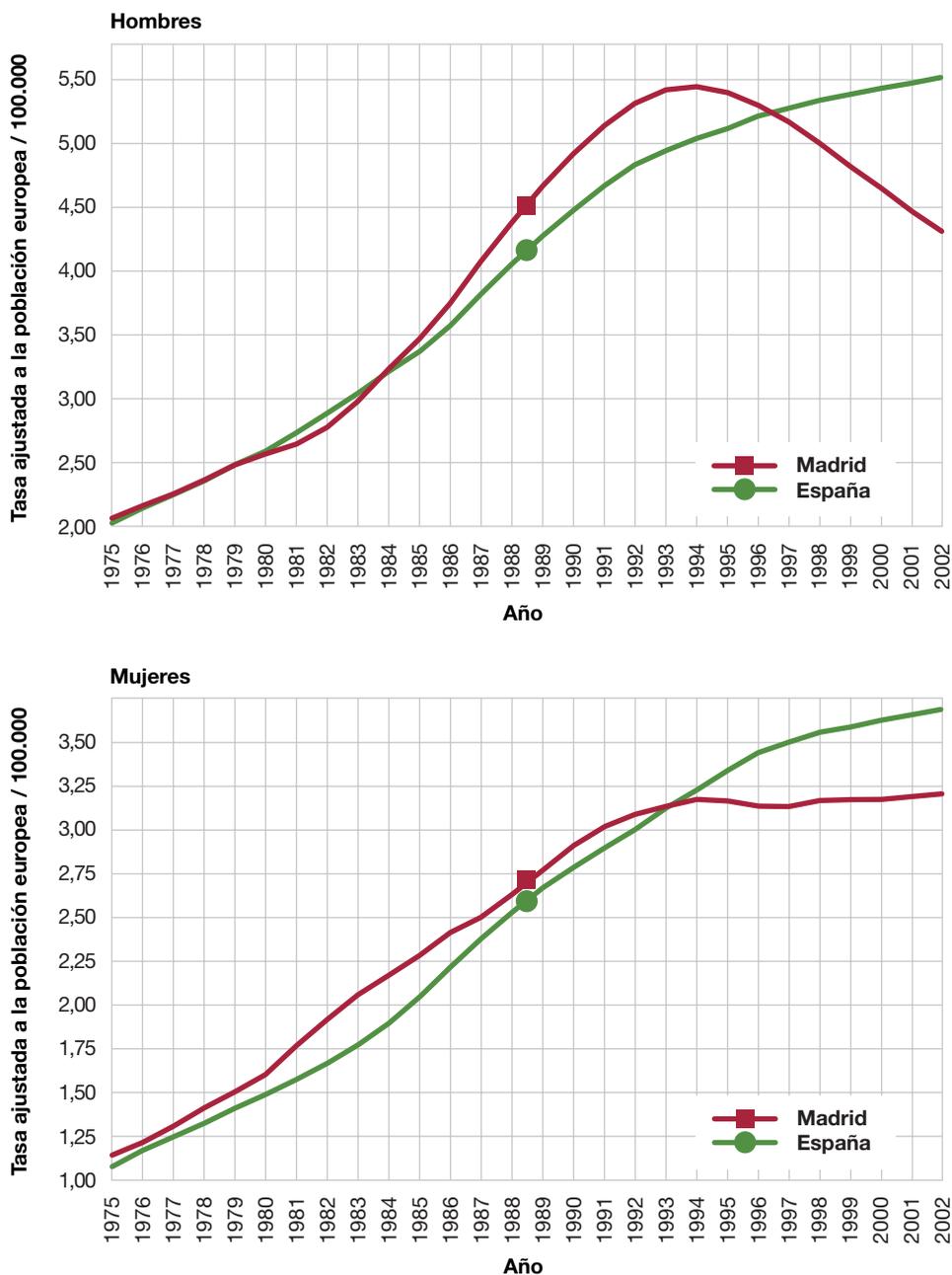


8.2.8.3. Linfoma no Hodgkin (LNH)

La tasa estandarizada con la población Europea es de 4,07 por 100 mil en hombres y de 2,84 en mujeres. La tendencia es ascendente en Madrid, aunque en los últimos años la mortalidad se ha estabilizado en mujeres e incluso desciende en hombres, posiblemente motivado por nuevos tratamientos.

Gráfico 8.45. Linfoma No Hodgkin. Evolución de las tasa estandarizadas por 100 mil (población europea). Madrid y España 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



8.2.8.4. Tumores de ovario

La tasa estandarizada es de 6,12 por 100 mil en mujeres. La tendencia es ascendente en Madrid.

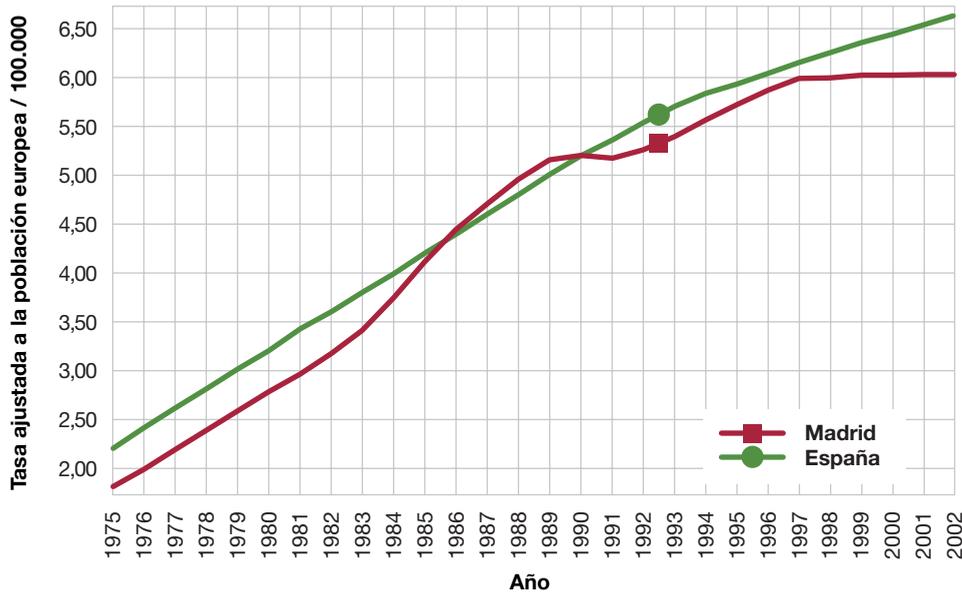


Gráfico 8.46. Tumores de ovario. Evolución de las tasas estandarizadas por 100 mil (población europea). Madrid y España 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

La tasa de altas hospitalarias por tumores de ovario en Madrid es de 18,89 por 100 mil en el año 2004.

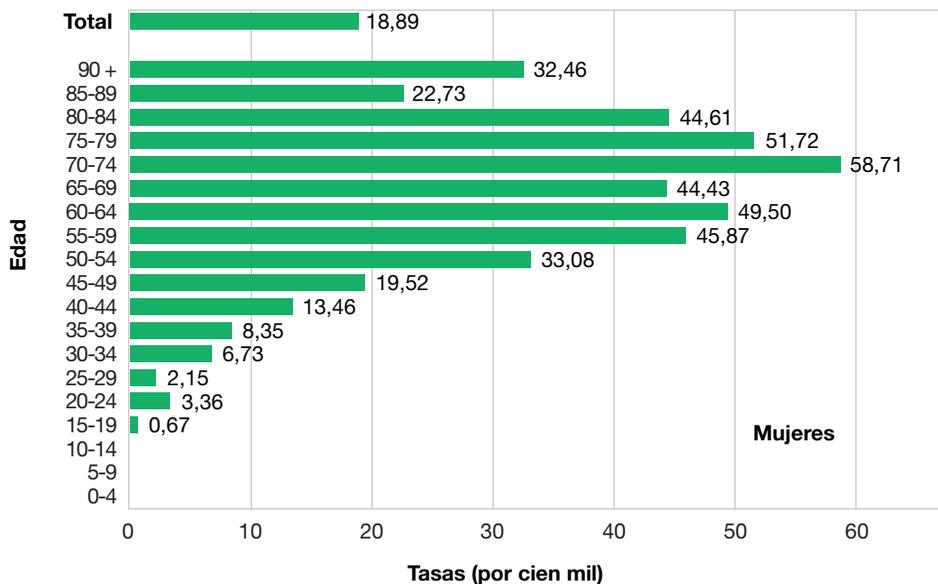


Gráfico 8.47. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por tumor maligno de ovario por edad. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9. Tumores infantiles

El cáncer en niños y adolescentes es la segunda causa de muerte entre 1 y 14 años. La tendencia temporal de la mortalidad por tumores malignos en menores de 20 años residentes en la Comunidad de Madrid en el período 1977-2001 ha experimentado un descenso importante. Así, la mortalidad por cáncer infantil ha caído un 41% entre 1977 y 2001 en nuestra región: un 46% en varones y un 33% en mujeres. El porcentaje medio de reducción anual de la mortalidad es del 2,22% para el período total y del 4,67% para el período más reciente. El mayor descenso se ha producido para los tumores malignos mal definidos (78%), los linfomas no Hodgkin (58%) y los tumores malignos encefálicos (45%). La disminución ha sido menor para las leucemias (38%) y los tumores malignos osteoarticulares (19%).

Gráfico 8.48. Comunidad de Madrid. Tendencia de las tasas de mortalidad para el total de tumores malignos y para las leucemias. Años 1977-2001.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

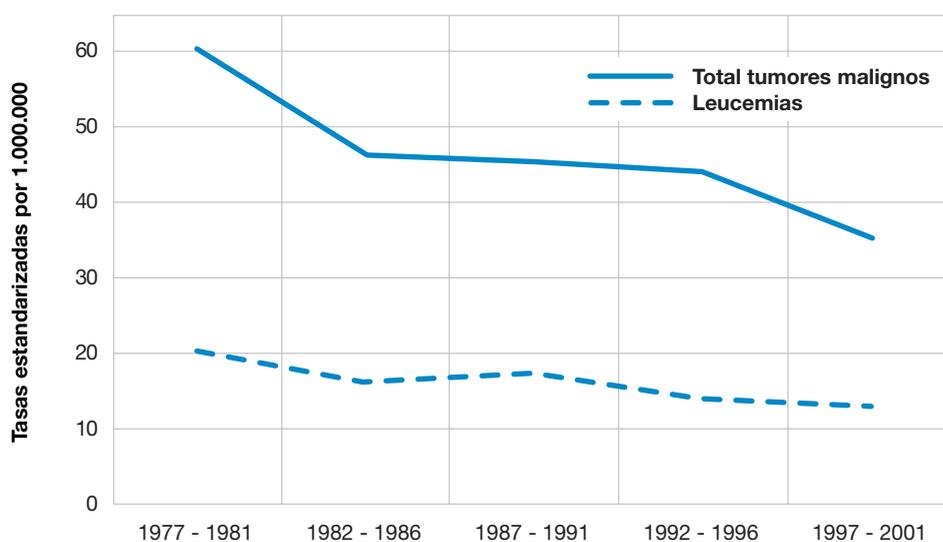


Tabla 8.6. Comunidad de Madrid. Porcentaje medio de cambio anual en la mortalidad (IC 95%) para el período completo (1977 - 2001) y para el período reciente (1992 - 2001), ajustado por edad y período de defunción. Total de tumores malignos y tumores seleccionados. Ambos sexos. 0 - 19 años. Años 1977-2001.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	PCA período total	PCA período reciente
Tumores malignos totales	-2,22 (-1,52/-2,90)	-4,67 (-1,17/-8,04)
Leucemias	-2,12 (-0,94/-3,29)	-2,27 (-0,39/-8,19)
Linfomas no Hodgkin	-3,34 (-1,17/-5,46)	-9,37 (+2,32/-19,73)
Tumores malignos encefálicos	-2,46 (-0,66/-4,23)	-6,30 (+2,83/-14,61)
Tumores malignos óseos	-0,77 (+1,60/-3,08)	+1,56 (+13,37/-9,02)
Tumores malignos mal definidos	-6,82 (-3,83/-9,72)	-12,24 (+6,51/-27,70)

En cursiva resultados estadísticamente no significativos

8.2.10. Enfermedades cardiovasculares

8.2.10.1. Mortalidad

Las enfermedades del aparato circulatorio se mantienen como primera causa de muerte en la población de la Comunidad de Madrid, suponiendo 12.097 fallecimientos en el 2002, lo que supone el 30,9% del total de muertes. En 2004 se originaron 70.220 ingresos hospitalarios (11, 21% del total) (Gráfico 8.49).

Las principales causas de muerte en este grupo de enfermedades son las enfermedades cerebro vasculares y la cardiopatía isquémica.

En los diez últimos años ha descendido de forma importante la mortalidad por enfermedades cerebro vasculares tanto en varones como en mujeres, (36 y 40% respectivamente). (Gráfico 8.50). Este descenso probablemente sea debido tanto a un mejor control de los factores de riesgo, que ha supuesto un descenso en la incidencia, como han reflejado registros europeos, como a un aumento en la supervivencia. Este aumento en la supervivencia se refleja también en el incremento de la frecuentación hospitalaria.

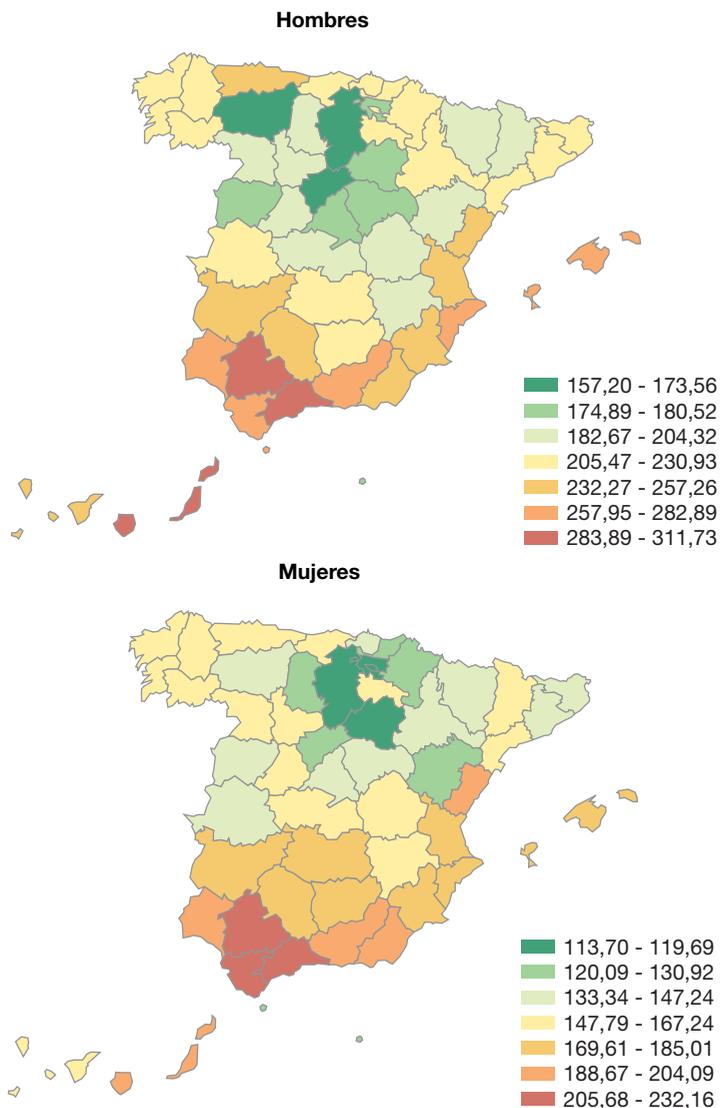


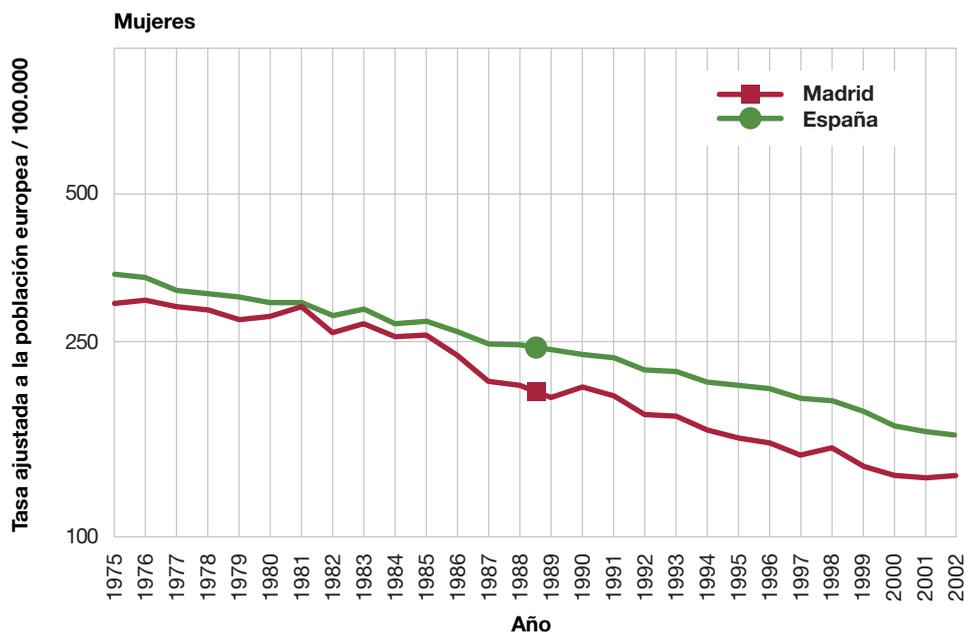
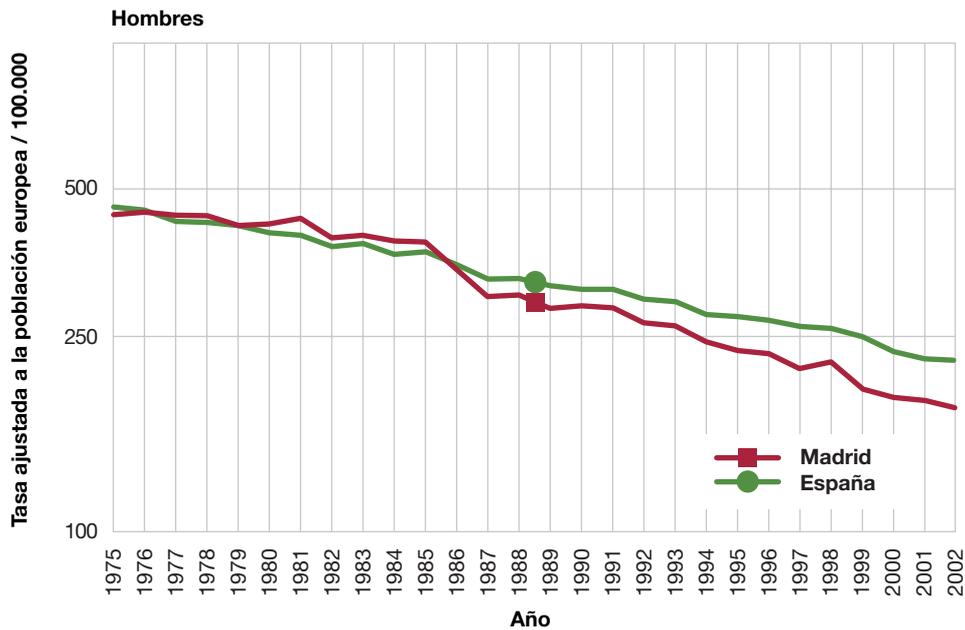
Gráfico 8.49. Enfermedades Cardiovasculares. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

La mortalidad por cardiopatía isquémica se mantiene estable e inferior a la de la mayoría de los países europeos. Sin embargo la frecuentación hospitalaria se ha incrementado, sobre todo en la población masculina, en los últimos años.

Gráfico 8.50. Evolución de las tasas estandarizadas (población europea). Enfermedades Cardiovasculares. Años 1975-2002. Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



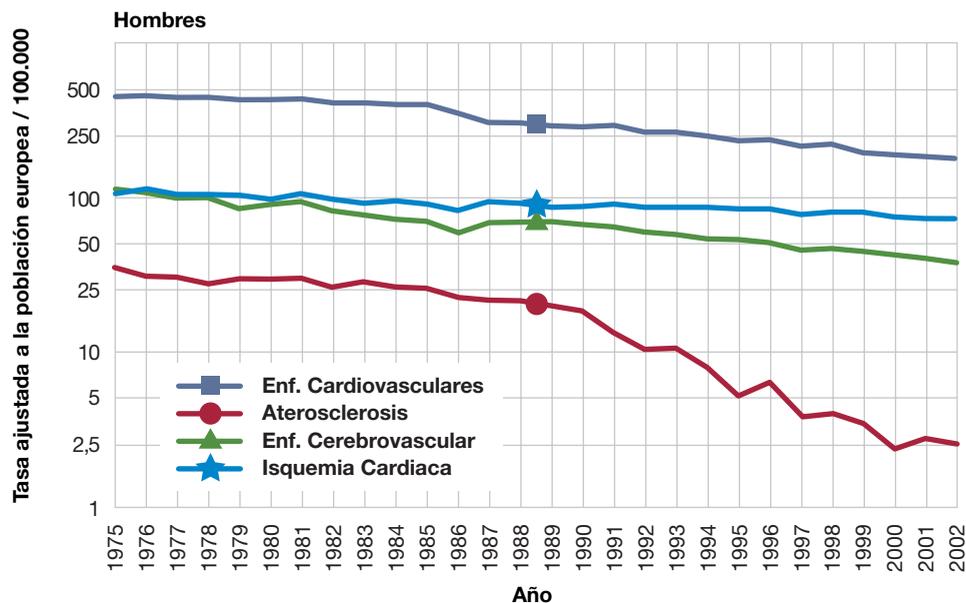
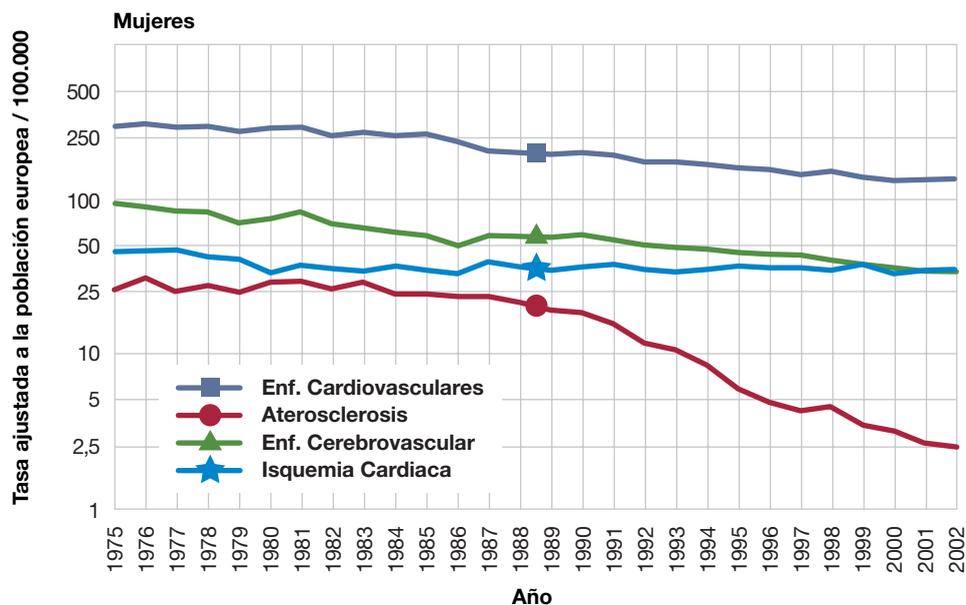


Gráfico 8.51. Comunidad de Madrid. Evolución de las tasas estandarizadas por cien mil (población europea). Enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, enfermedades cerebrovasculares e isquemia cardíaca. Años 1975 a 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

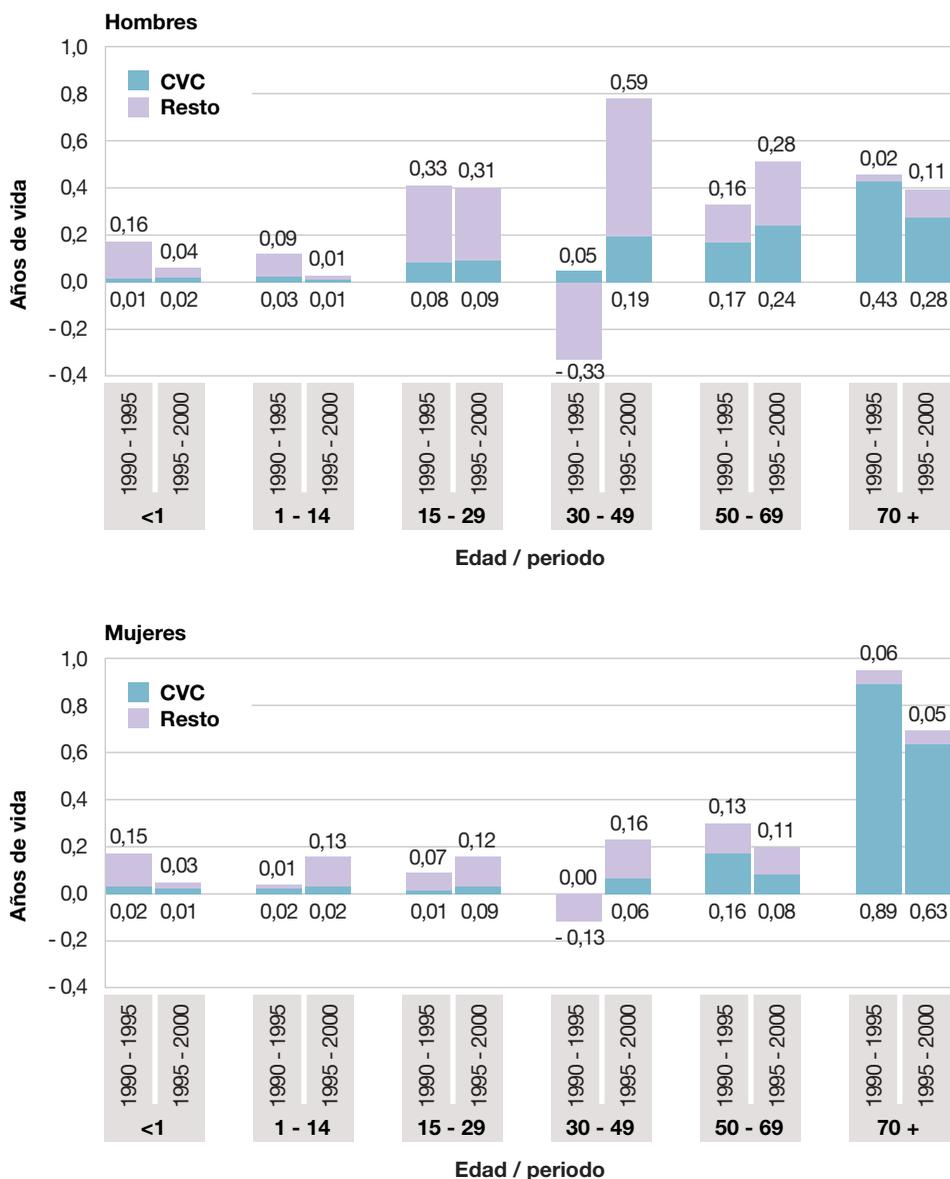


8.2.10.1.1. Contribución de las Enfermedades Cardiovasculares a los cambios en la esperanza de vida

Las enfermedades cardiovasculares son con diferencia las principales responsables del aumento de la esperanza de vida del decenio 1990-2000, tanto en hombres como, sobre todo, en mujeres, en las que su aportación agrega el doble de años (1,94) que el de la suma resto de causas (0,89). Su papel es especialmente importante en las edades más altas (por encima de los 50 años, y más aún de 70 en adelante).

Gráfico 8.52. Comunidad de Madrid. Contribución de las enfermedades cardiovasculares al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.10.1.2. Carga de enfermedad

Las enfermedades Cardiovasculares (CVC) aumentan progresivamente su carga con la edad. Los hombres registran más años perdidos por esta causa antes de los 70 años, y las mujeres después de esa edad. La discapacidad supone el 17,9% del total. Es la tercera gran causa con mayor número de AVAD, tras las enfermedades neuropsiquiátricas y los tumores.

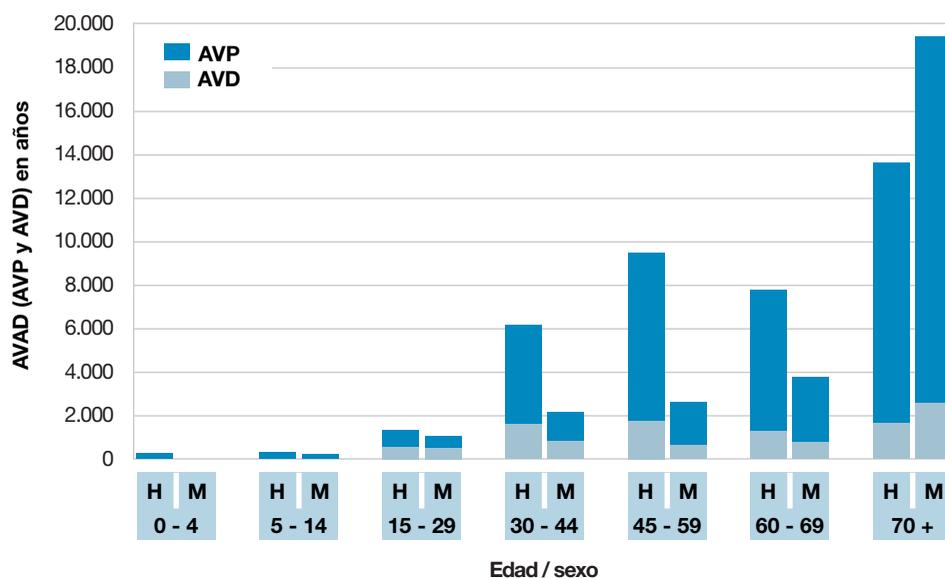


Gráfico 8.53. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Cardiovasculares, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La Carga de Enfermedad por enfermedad cerebrovascular aumenta sustancialmente con la edad. Es algo mayor en los varones en edades adultas, y en las mujeres a edades avanzadas, de modo que en conjunto es muy semejante por sexo. La proporción de discapacidad es mayor que en la enfermedad isquémica: uno de cada 3 AVAD lo son por discapacidad.

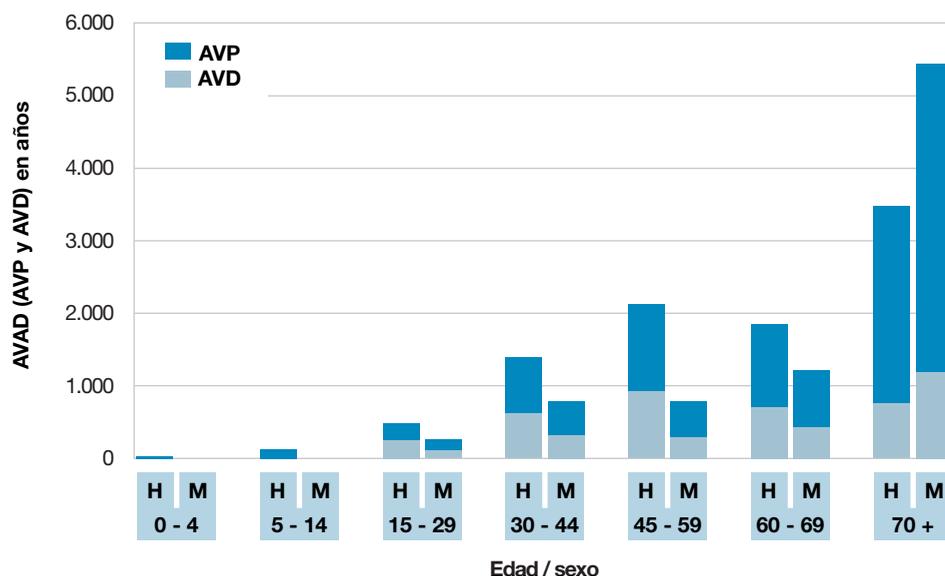


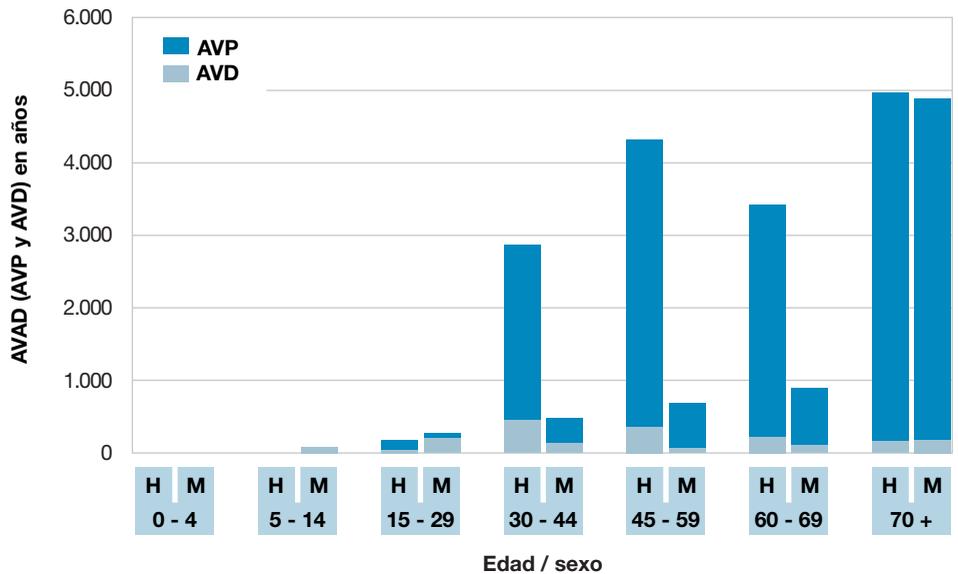
Gráfico 8.54. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedad Cerebrovascular, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La Carga de Enfermedad por Enfermedad Isquémica es significativamente mayor en hombres que en mujeres, especialmente entre los adultos (30-69). La discapacidad supone el 8,7% del total de AVAD. En relación con el resto de enfermedades cardiovasculares es la que tiene la distribución por edades más joven.

Gráfico 8.55. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedad Isquémica, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

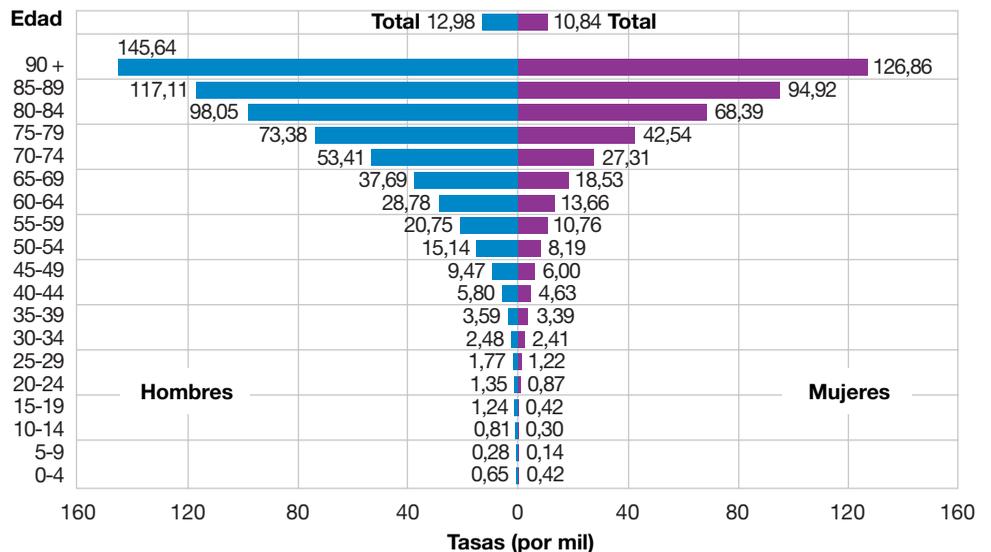


8.2.10.2. Morbilidad hospitalaria

Las enfermedades cardiovasculares suponen la segunda causa de ingreso hospitalario después de Embarazos y Partos. Durante el año 2004 la cardiopatía isquémica ha supuesto 10.604 ingresos hospitalarios en nuestra Comunidad.

Gráfico 8.56. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



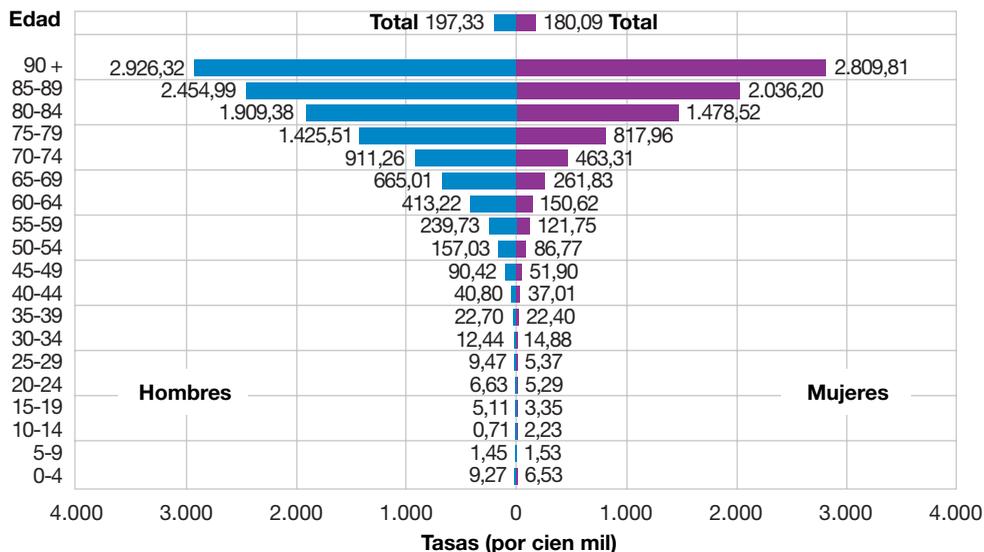


Gráfico 8.57. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedad cerebrovascular por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

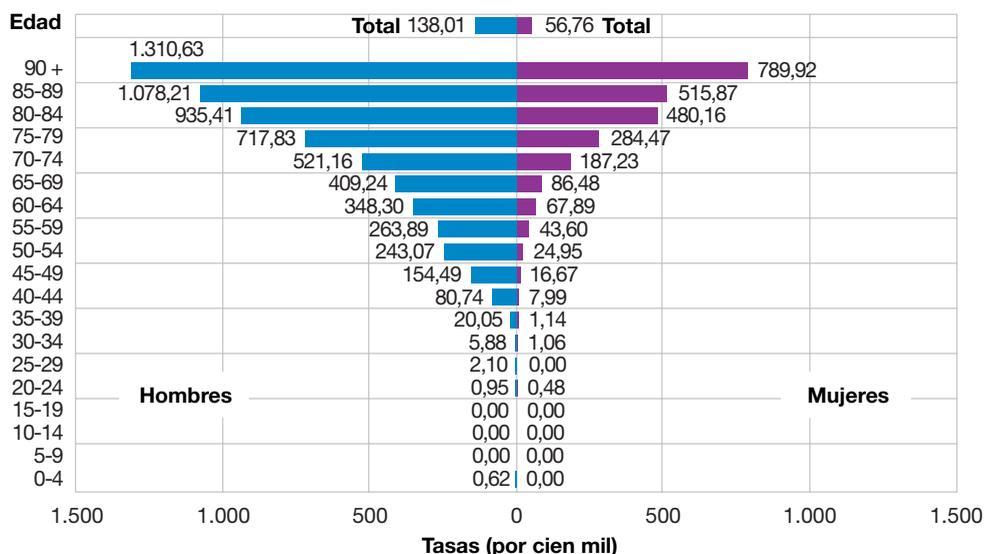


Gráfico 8.58. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

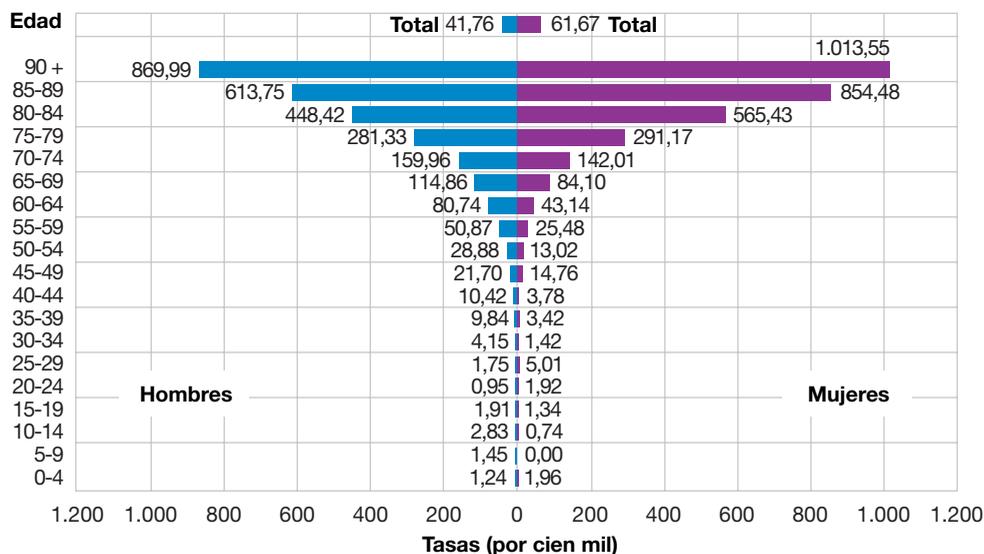


Gráfico 8.59 Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedad hipertensiva por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

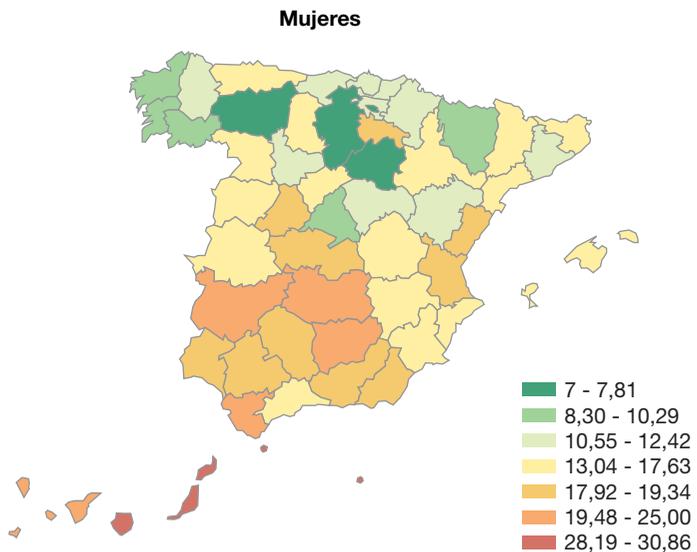
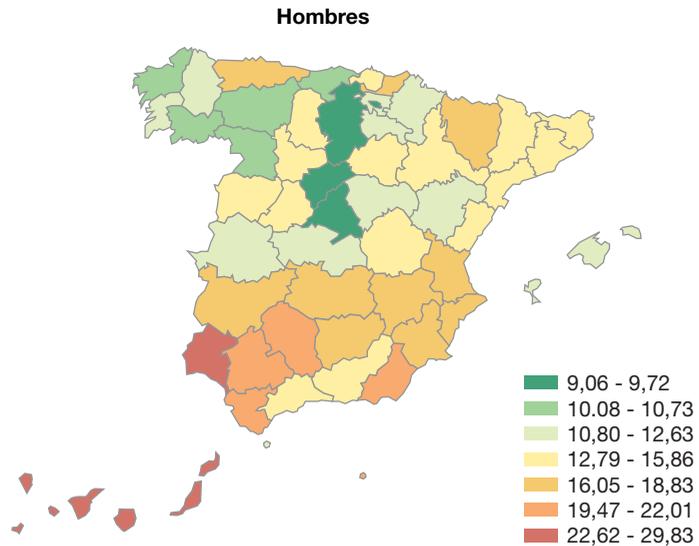
8.2.11. Diabetes

8.2.11.1. Mortalidad

En el año 2002 se han registrado 439 muertes por diabetes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa estandarizada de mortalidad con la población europea de 9,72 por 100 mil en hombres y de 8,30 por 100 mil en mujeres. Con respecto al resto de España, Madrid se sitúa en una posición baja, como puede observarse en el Gráfico 8.60.

Gráfico 8.60. Enfermedad Diabetes. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



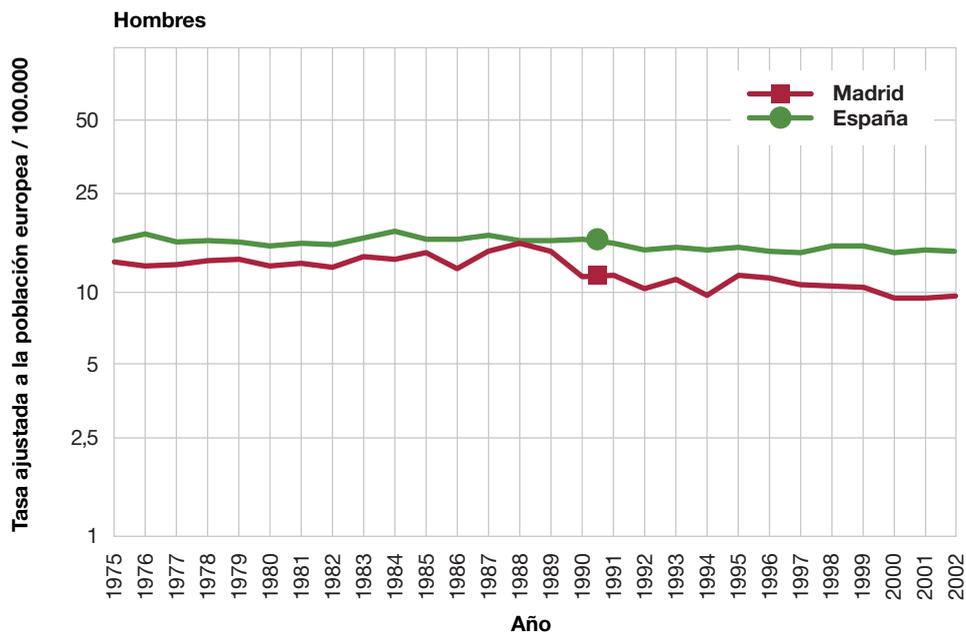
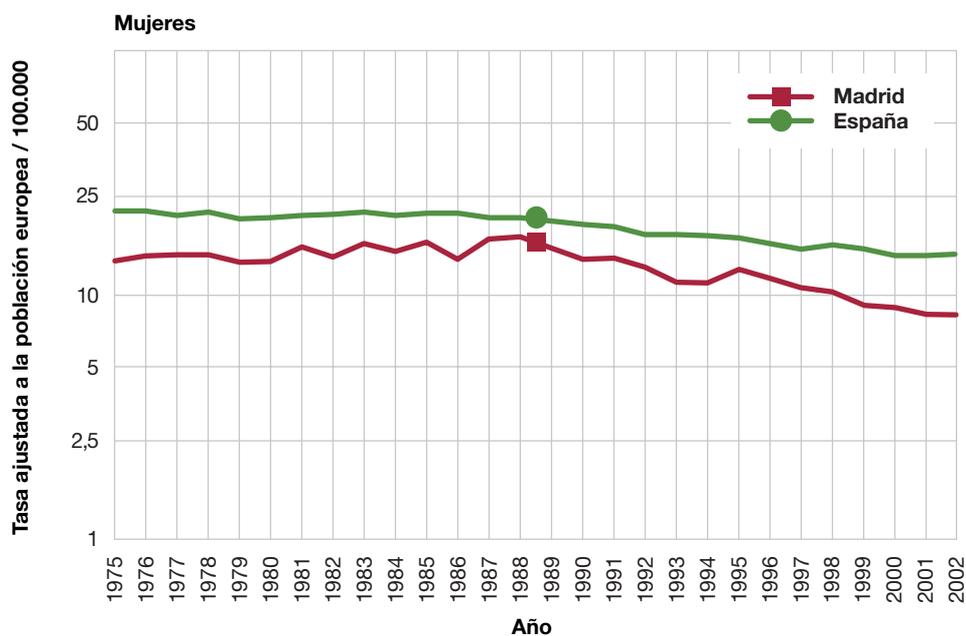


Gráfico 8.61. Tasas estandarizadas por 100 mil. Población europea. Hombres y mujeres. Periodo 1975-2002. Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

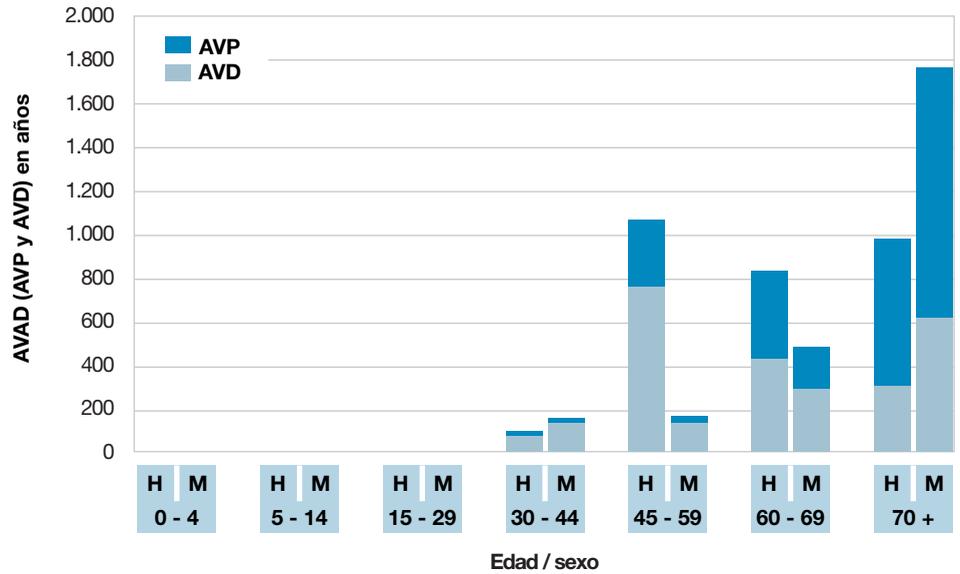


8.2.11.1.1. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad por Diabetes es relevante a partir de los 30 años. Hasta los 70 es más discapacitante que mortal. En conjunto, el componente de discapacidad supone el 49,5% del total de AVAD por esta causa. La distribución por sexo es mayor en varones hasta los 70 años, edad a partir de la cual el número de AVAD es mucho más alto en mujeres.

Gráfico 8.62. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Diabetes, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

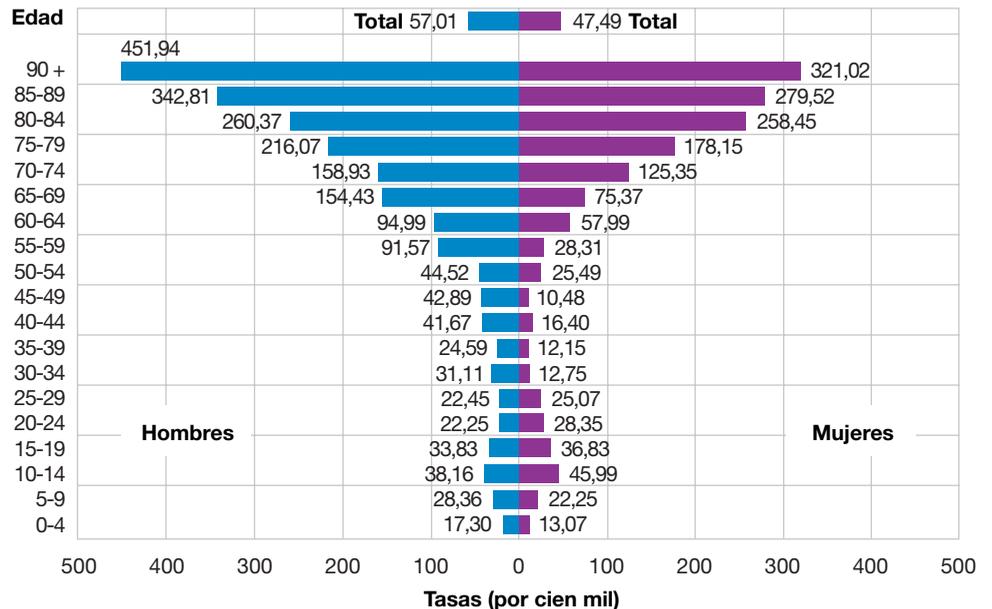


8.2.11.2. Morbilidad hospitalaria

Durante el año 2004 se han atendido en Madrid 3.081 episodios de diabetes, 1.630 en hombres (52%) y 1.451 en mujeres (48%) lo que supone una tasa de 57 por 100 mil en hombres y de 47,5 por 100 mil en mujeres.

Gráfico 8.63. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por diabetes por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La diabetes tipo I es una enfermedad crónica de alta incidencia en la infancia, produciendo por sus características, importantes cambios en la vida de las personas afectadas y en las de su entorno. En el año 1996 comenzó en la Comunidad de Madrid el Programa de Prevención de Diabetes, donde se enmarca el registro de incidencia de DMID en

niños menores de 15 años. El objetivo es obtener estimaciones fiables y comparables de incidencia de esta enfermedad por sexo, cohorte de nacimiento, área geográfica y tiempo. Se presentan aquí los resultados de los datos obtenidos desde octubre de 1996 a septiembre de 2003 a partir de la Notificación de casos nuevos en menores de 15 años. Participan los Servicios de Pediatría de todos los centros hospitalarios de la red sanitaria pública y dos centros privados así como: ADE (Asociación de Diabéticos de España).

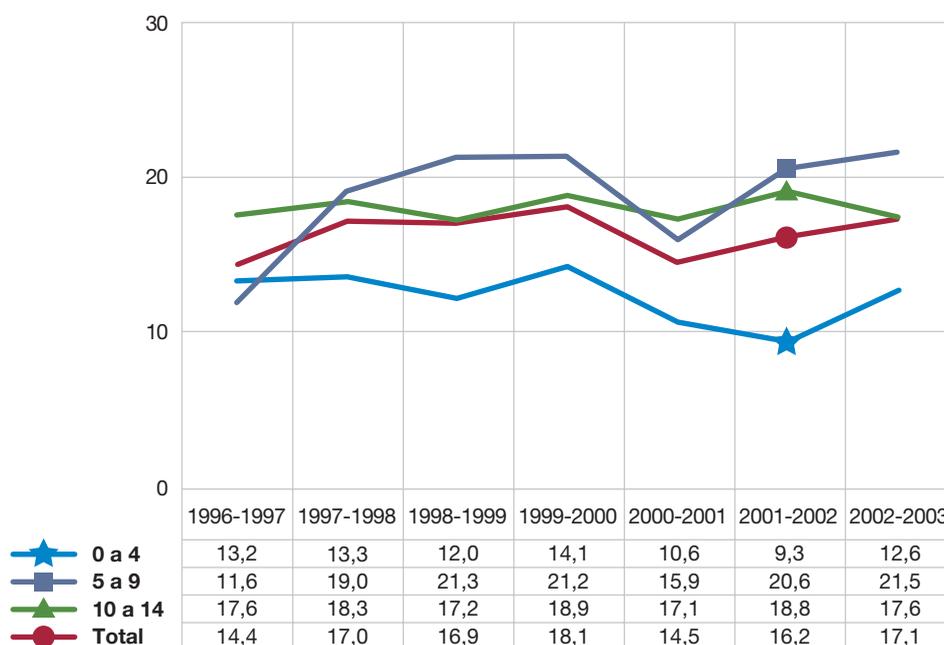


Gráfico 8.64. Comunidad de Madrid. Evolución de las tasas de incidencia de diabetes tipo I por grupos de edad. Años 1996 - 2003.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Se han recogido en el periodo de estudio 825 casos con el sistema de notificación y 77 casos a través de ADE. La tasa de incidencia anual oscila entre 15,3/100 mil en 1996-1997 y 19,5/100 mil en 1997-1998; siendo la tasa de incidencia media anual de 17/100 mil; por sexo es de 17,7/100 mil en varones y de 16,5/100 mil en mujeres. Por grupos quinquenales es de 13,3/100 mil en los niños 0 a 4 años, de 16,7/100 mil en los de 5 a 9 años y 20,8/100 mil en el grupo de 10 a 14 años.

Grupos de edad	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
0 a 4 años	114 (12,9)	95 (11,3)	209 (12,1)
5 a 9 años	145 (16,2)	181 (21,3)	326 (18,7)
10 a 14 años	198 (20,2)	147 (15,6)	345 (17,9)
Total	457 (16,6)	423 (16,1)	880 (16,3)

Tabla 8.7. Comunidad de Madrid. Distribución de los casos y tasas por 100.000/ personas-año, por sexo y grupos de edad. Años 1996 - 2003.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La tasa por Área Sanitaria según el lugar de residencia en el momento del diagnóstico no ofrece un patrón geográfico determinado.

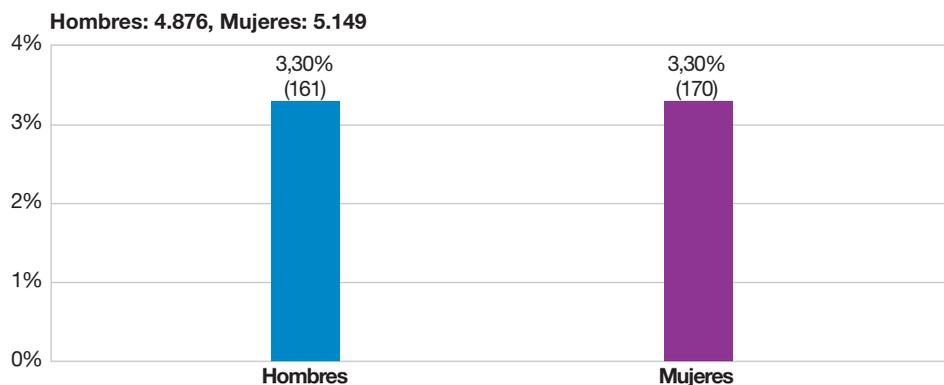
La distribución estacional nos muestra que en los meses de otoño-invierno se producen el 55,6% de los casos y en primavera-verano el 44,4%.

Durante los años 1996-2003 la incidencia de Diabetes Mellitus tipo I en la Comunidad de Madrid se ha mantenido estable, con una tasa de 16,3 por 100.000 personas año. A nivel mundial estaríamos dentro de un nivel alto de incidencia según la clasificación propuesta por el DIAMOND GROUP de la OMS. Comparándonos con estudios realizados en otras regiones españolas, nuestra incidencia ocupa un lugar intermedio: Cataluña (12,9), Navarra (14,1), Ávila (16,8), Málaga (19,4) y Canarias (23,2).

La prevalencia global de Diabetes Mellitus es de 3,30% (IC 95%: 2,96-3,67), sin diferencias significativas por sexos y edad (Gráficos 8.65 y 8.66).

Gráfico 8.65. Prevalencia de Diabetes Mellitus por género.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La mayor prevalencia se da en sujetos con nivel de estudios primarios o inferiores (8,4%; IC 95% 7,06-9,97) y secundarios de primer grado (3,68%; IC 95% 2,99-4,47), y es menor en los de estudios secundarios de segundo grado (1,81%; IC 95% 1,38-2,33) y universitarios (1,91%; IC 95% 1,43-2,51).

Gráfico 8.66. Prevalencia de Diabetes Mellitus por grupos de edad.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

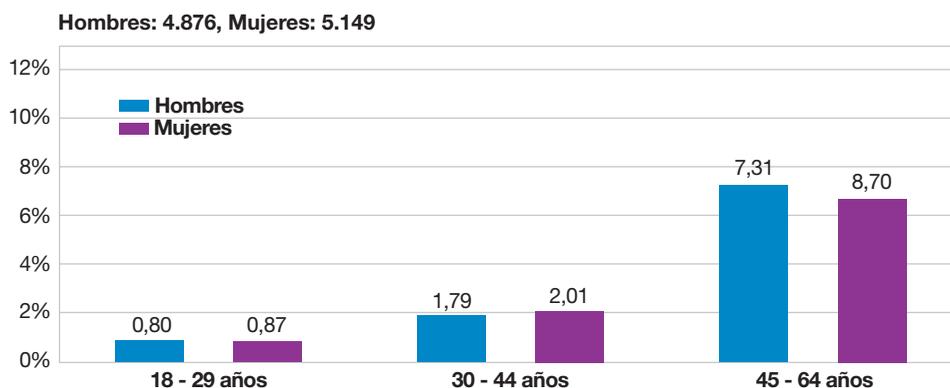
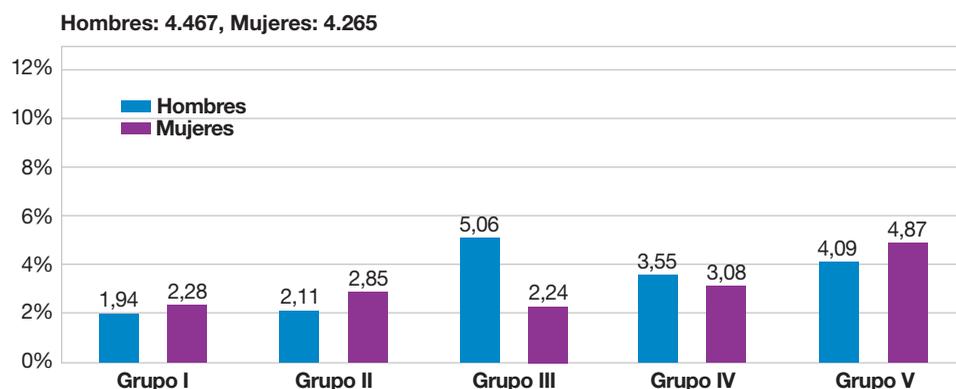


Gráfico 8.67. Prevalencia de Diabetes Mellitus por clase social.

Fuente: Servicio de Epidemiología.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La prevalencia de Diabetes Mellitus es mayor en grupos con menor nivel de estudios, y esta diferencia se mantiene en ambos sexos incluso al controlar por edad e Índice de Masa Corporal. Las diferencias de prevalencia por clase social no son tan marcadas y en el análisis ajustado se mantienen en hombres pero no en mujeres (Gráfico 8.67).

8.2.12. Enfermedades Respiratorias

8.2.12.1. Mortalidad

Las enfermedades del aparato respiratorio suponen la 3ª causa de muerte en Madrid durante el año 2002 fallecieron 5.191 personas a causa de enfermedades del aparato respiratorio, lo que las sitúa en tercer lugar entre los grandes grupos de mortalidad, detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En hombres, las tasas estandarizadas ascienden a 99,96 fallecimientos por 100.000 habitantes, en mujeres a 48,5.

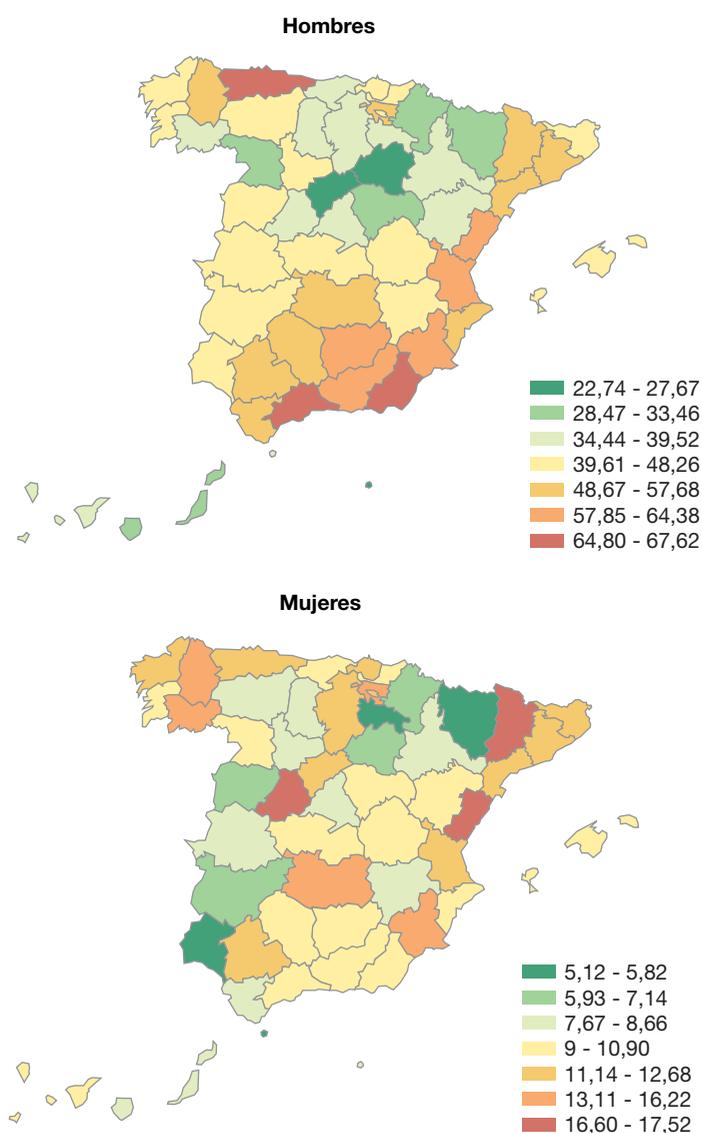


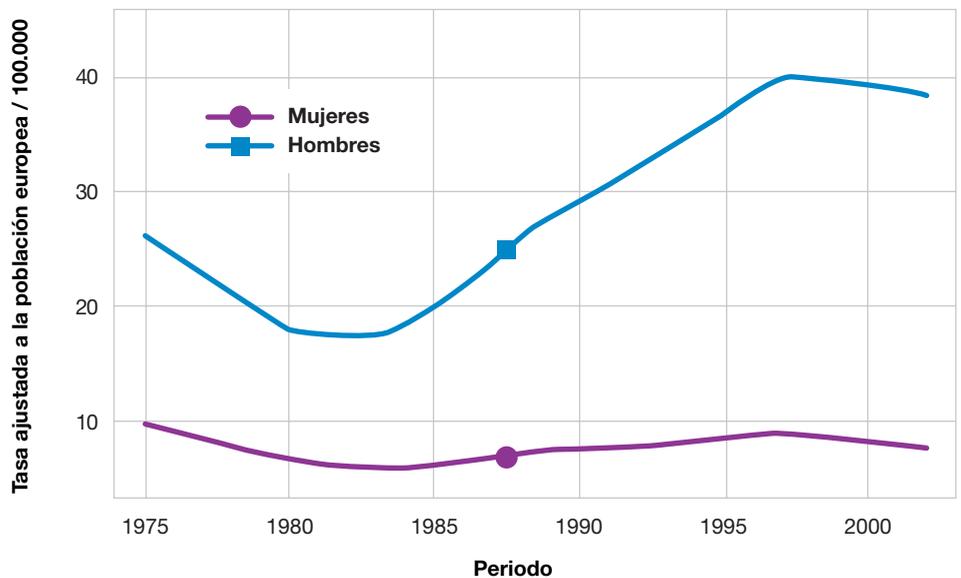
Gráfico 8.68. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Año 2002. Por sexo. Tasa ajustada a la población europea/100.000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

Si no se tiene en cuenta el grupo de Otras Enfermedades del Aparato Respiratorio, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ocupa el primer puesto tanto en mortalidad proporcional (30,4% del total de defunciones por Enfermedades del Aparato Respiratorio), como en tasas brutas (27,2 defunciones por 100.000 habitantes). En segundo lugar está el grupo formado por la Neumonía, con un 23,4% y 20,9 defunciones por 100.000 respectivamente, seguida de la Insuficiencia Respiratoria con un 8,7% de la mortalidad y una tasa de 6,2 defunciones por 100.000 habitantes. Por sexos, la causa fundamental en hombres corresponde a la EPOC, con un 40,3% de la mortalidad, mientras que en mujeres, es la Neumonía la que ocupa el primer lugar con un 25,7% (excluyendo el grupo de Otras enfermedades del Aparato Respiratorio).

Gráfico 8.69. Comunidad de Madrid. Mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica y sexo. Tasas estandarizadas. Población europea. Años 1975-2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

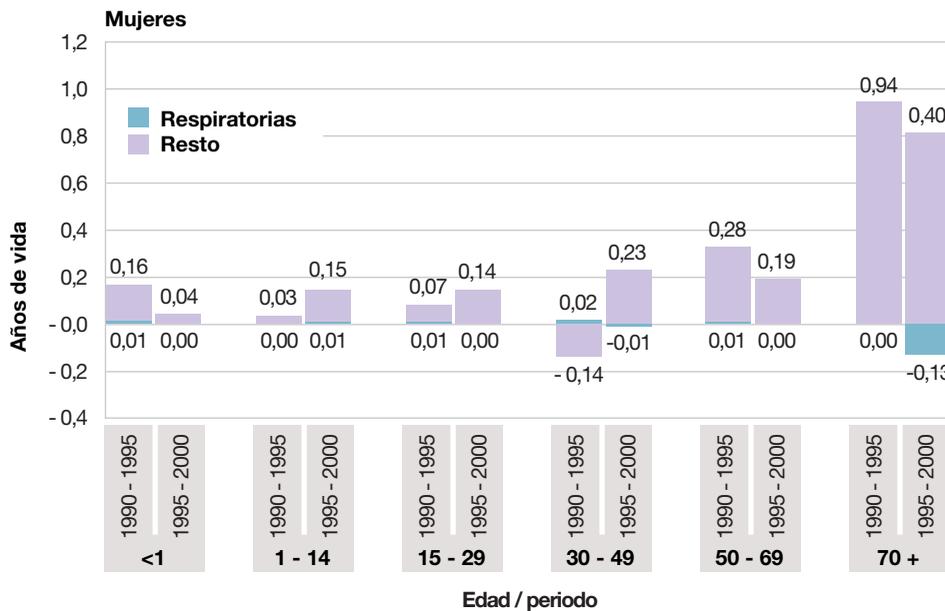
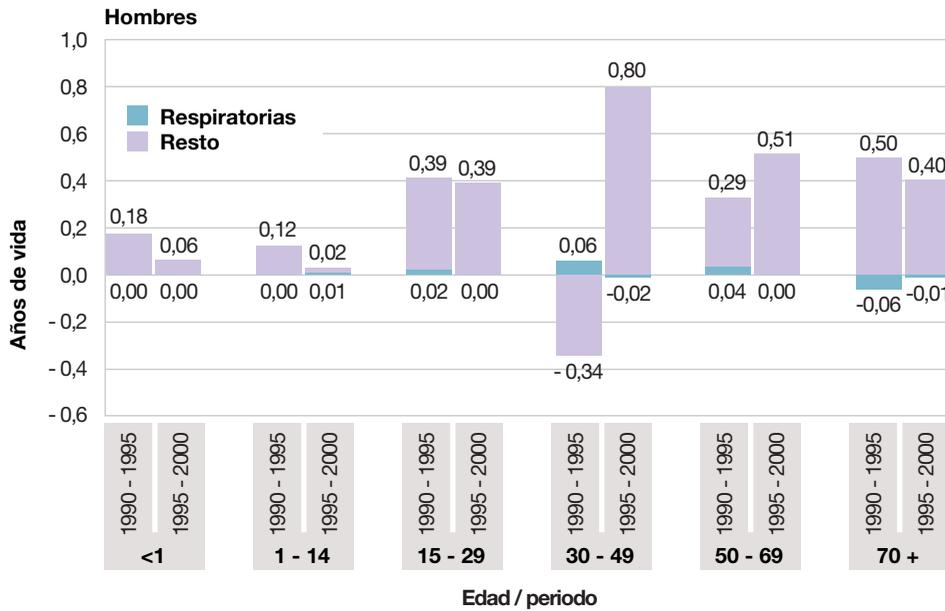


En la Comunidad de Madrid, en el año 2002, se registraron 1.470 defunciones por EPOC (1.128 varones y 342 mujeres), lo que hace una media diaria de 3,9 (2,9 y 1 respectivamente). La tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes es de 27,2 (42 en varones y 13,3 en mujeres). La razón de masculinidad de las tasas estandarizadas indica que esta patología es casi 5 veces más frecuente en varones que en mujeres (la tasa estandarizada es de 38,55 por 100 mil en Madrid y de 47,36 en España en hombres y de 7,67 y 10,30 en mujeres respectivamente).

Las enfermedades respiratorias han contribuido negativamente a la evolución reciente de la esperanza de vida en las mujeres mayores (70 y más). Antes de esa edad la evolución ha sido en conjunto positiva (Gráfico 8.70).

Gráfico 8.70. Comunidad de Madrid. Contribución de las enfermedades respiratorias al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

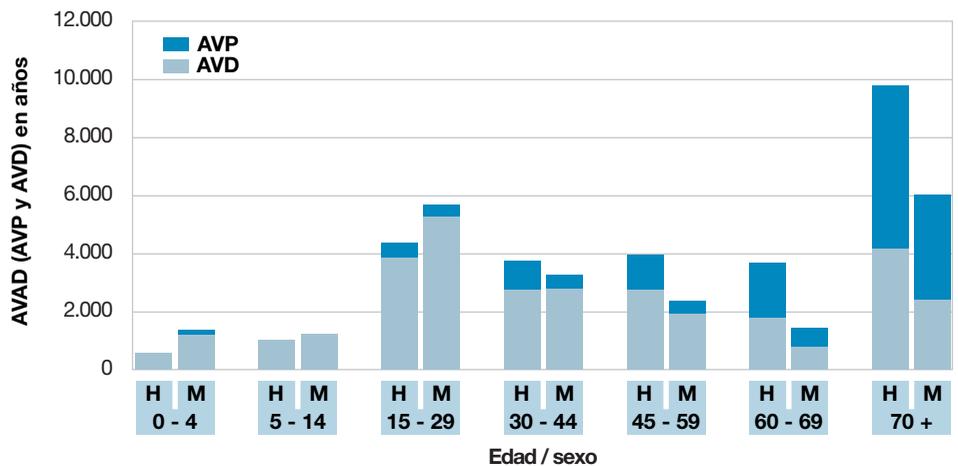


Las Enfermedades Respiratorias son el cuarto grupo de causas con mayor peso en la Carga de Enfermedad de la población madrileña, con un 8 por ciento del total de AVAD. En conjunto son mucho más discapacitantes (66,9% del total de AVAD) que mortales. A partir de los 60 años, sin embargo, el componente de mortalidad cobra importancia. En conjunto afectan más a varones que a mujeres.

La Carga de Enfermedad por EPOC se concentra en las personas mayores de setenta años, afectando mucho más a los hombres que a las mujeres, y con un peso de la mortalidad (51,7%) mayor que en el resto de las enfermedades respiratorias.

Gráfico 8.71. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Respiratorias, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.12.2. Morbilidad hospitalaria

La morbilidad por enfermedades respiratorias afecta a los niños de 0 a 4 años y a los adultos a partir de los 70. La morbilidad en hombres es mayor que en mujeres, tal y como puede verse en el Gráfico 8.72.

Gráfico 8.72. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades respiratorias por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

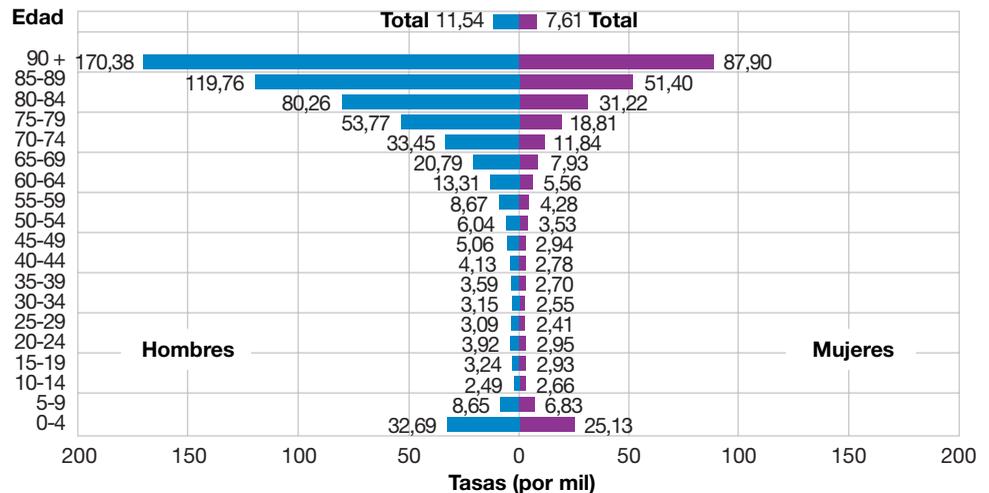
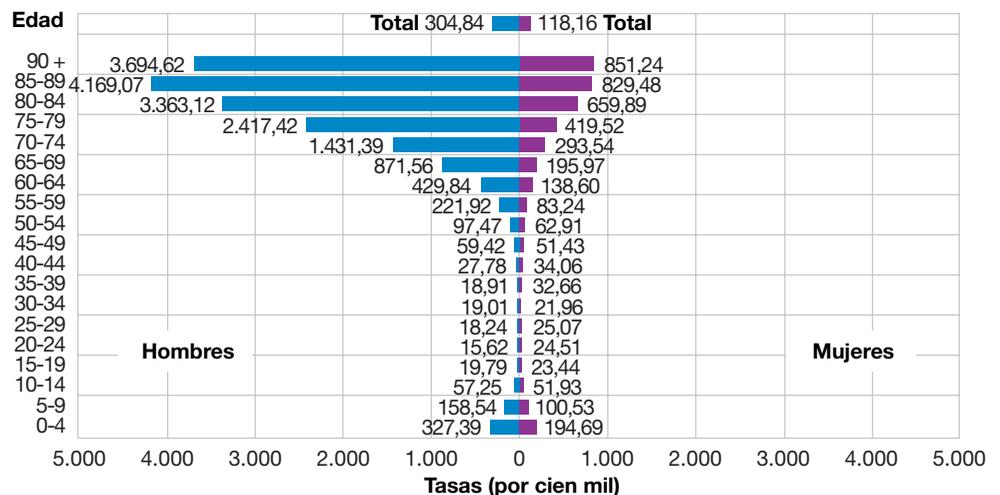


Gráfico 8.73. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por bronquitis, enfisema y asma por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La morbilidad por bronquitis, enfisema y asma puede observarse en el Gráfico 8.73. Durante el año 2004 han ingresado un total de 12.326 persona por este grupo de enfermedades en los hospitales madrileños, de ellos 8.716 (70%) son hombres y 3.610 (30%) son mujeres.

8.2.13. Asma

El asma es una enfermedad muy frecuente, especialmente en la población infantil y adolescente. Sin embargo y a consecuencia de que la mayor parte del asma poblacional corresponde a formas leves de la enfermedad, tanto la mortalidad como la frecuencia de ingresos hospitalarios se mantiene en cifras relativamente bajas. A pesar de lo cual, su prevalencia es elevada y da origen a una gran demanda de atención sanitaria tanto en atención primaria como en urgencias hospitalarias.

El análisis del incremento de la prevalencia sugiere que esta relacionada con la mejora diagnóstica.

Existe una fuerte asociación con determinados alérgenos, especialmente con el polen de gramíneas y plantago, que provocan asma de tipo epidémico en la época de máxima polinización.

8.2.13.1. Prevalencia

La prevalencia de asma es más frecuente en la población masculina en la infancia y adolescencia, invirtiéndose esta relación a favor de las mujeres a partir de los 25-30 años (Gráfico 8.74).

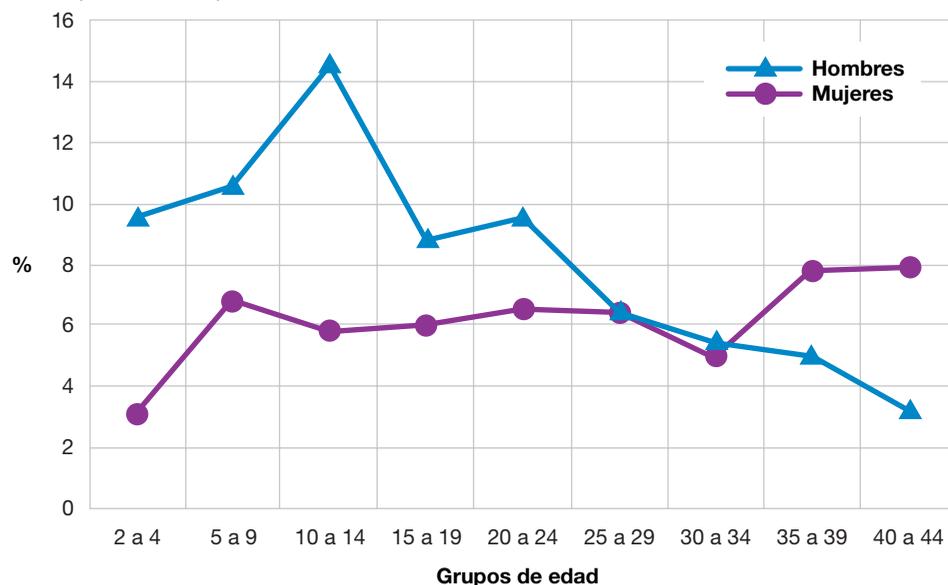


Gráfico 8.74. Prevalencia acumulada de asma según género y edad.

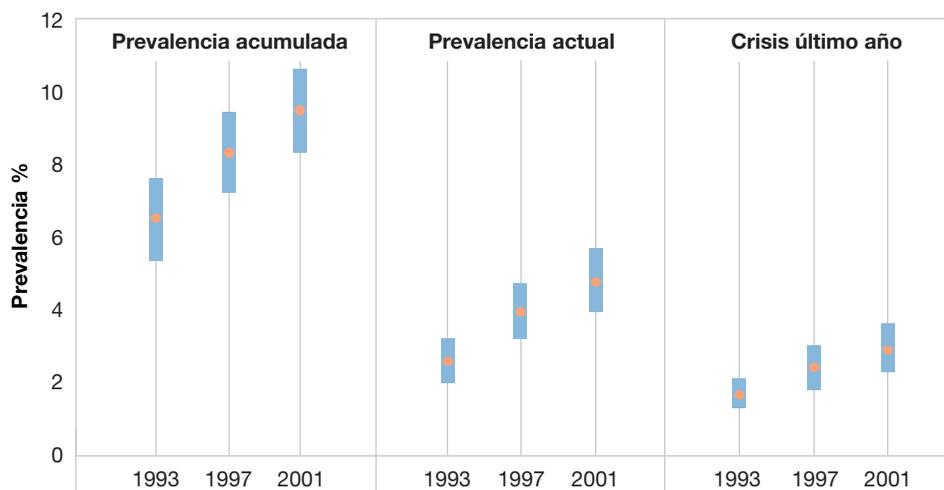
Fuente: Encuesta de Prevalencia de Asma de la Comunidad de Madrid 1993.

Estos dos indicadores de prevalencia están incrementándose de forma rápida en los últimos años (Gráfico 8.75). En la población comparable en las tres encuestas (18-44 años), se ha pasado de una prevalencia de asma acumulado del 6,5% (IC 95%:5,3-7,6) en 1993 al 9,4% (8,3-10,6) en el 2000-01; el asma actual ha variado del 2,6% (2,0-3,2) al 4,8% (4,0-5,7); y haber tenido crisis en el último año del 1,7% (1,3-2,1) al 2,9% (2,3-3,6).

Sin embargo, cuando se analiza la evolución de la prevalencia de diversos síntomas fuertemente predictores de asma (opresión en el pecho, falta de aire con sibilancias, sibilancias sin estar resfriado, y despertarse por falta de aire) no se observa un aumento de éstos (ni de forma aislada ni combinaciones de ellos) desde 1993 al 2000-01. Esto podría interpretarse como que la mayor parte de la dimensión del incremento de la prevalencia puede estar asociada a la mejora diagnóstica de la enfermedad.

Gráfico 8.75. Comunidad de Madrid. Evolución de la prevalencia de asma. Población de 18 a 44 años. Período 1993-2001.

Fuente: Encuesta de Prevalencia de Asma de la Comunidad de Madrid 1993 y SIVFRENT-A 1997-2001. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.13.1.1. Demanda sanitaria en atención primaria

La frecuencia de la demanda durante el 2002 en la población menor de 15 años fue de 4,1 episodios por cada 100 habitantes, de los cuales el 80% son casos y el resto crisis repetidas en los mismos individuos, lo que se traduce en una tasa de 3,4 casos por cada 100 habitantes año. En las personas de 15 o más años la incidencia de episodios y casos es coincidente, estimándose una tasa de 0,4 por cada 100 habitantes año.

Desde 1993 hasta la actualidad la incidencia de episodios por médico declarante se ha incrementado un promedio del 4,5% anual, aunque desde el año 2000 la demanda se ha estabilizado.

Se observa un patrón estacional bien definido, con un gran incremento de las crisis en el mes de mayo, para disminuir profundamente durante los meses de verano, y volver a incrementarse en septiembre, aumento que se mantiene durante los meses de invierno (Gráfico 8.76). Es importante destacar los picos, distribuciones de tipo epidémico, durante la segunda quincena de mayo y primera de junio de los años 1996, 1998, 2000, 2001 y 2002.

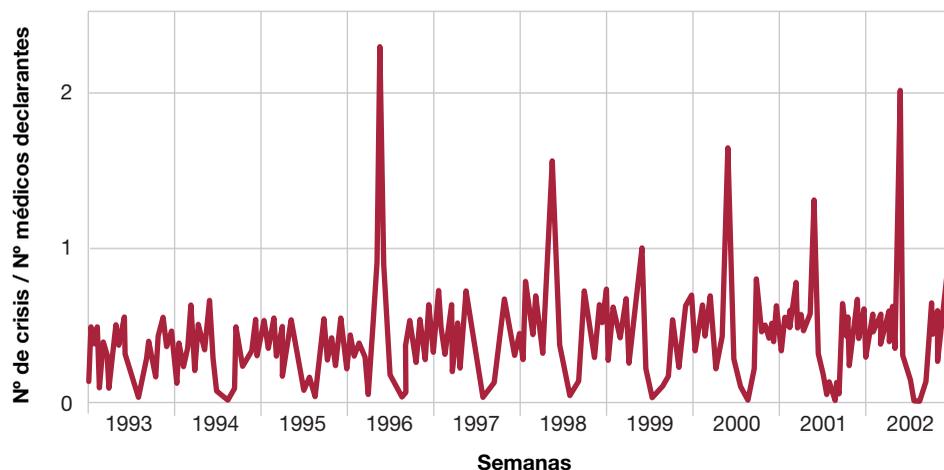


Gráfico 8.76. Comunidad de Madrid. Demanda sanitaria por asma en atención primaria. Años 1993-2002..

Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.13.1.2. Demanda sanitaria en urgencias hospitalarias

En el 2002, se estimó una demanda de 300 episodios de asma por cada 100.000 habitantes (teniendo en cuenta la frecuentación y población cubierta del hospital general universitario Gregorio Marañón). La tendencia es ascendente en proporciones muy parecidas a las de atención primaria, aunque en este registro conocemos que el incremento se produce también en la demanda urgente por otras patologías.

La variación semanal de la demanda urgente hospitalaria (Gráfico 8.77) es muy similar a la de atención primaria teniendo las dos series una correlación (coeficiente de correlación de Pearson) de 0,80.

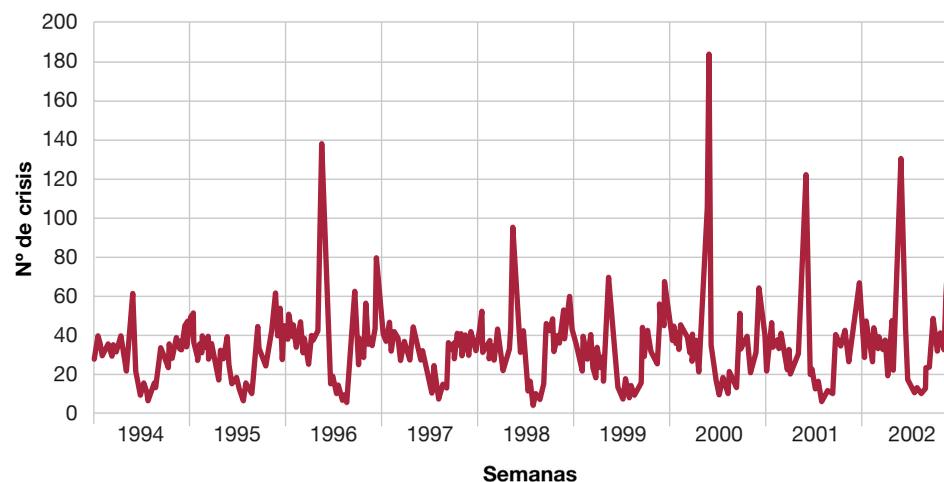


Gráfico 8.77. Demanda sanitaria por asma en urgencias hospitalarias. Comunidad de Madrid 1993-2002.

Fuente: Registro de Urgencias Hospital general Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

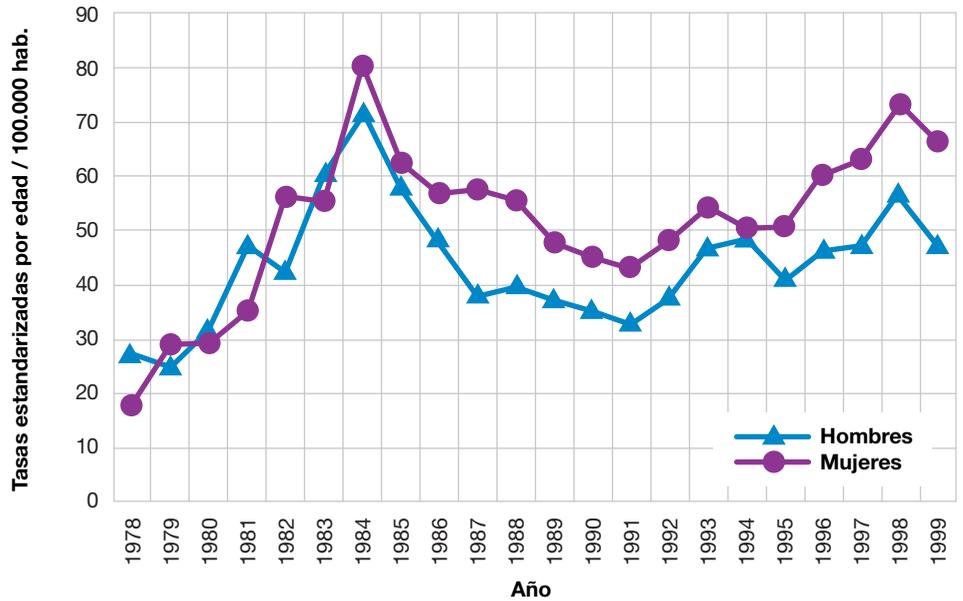
8.2.13.1.3. Altas hospitalarias

Durante el 2001, se produjeron 2790 ingresos hospitalarios debidos a asma según el CMBD de la Comunidad de Madrid, lo que significa una tasa de 51,4 por cada 100.000 habitantes, un 42,4 en hombres y 59,8 en mujeres. Desde 1991 a 1998 se observa un fuerte incremento de la hospitalización por esta enfermedad (Gráfico 8.78).

La media de estancia es de 6,2 días, tiempo que se va incrementando de forma lineal a medida que aumenta la edad.

Gráfico 8.78. Altas hospitalarias por asma en la Comunidad de Madrid 1978-1999.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

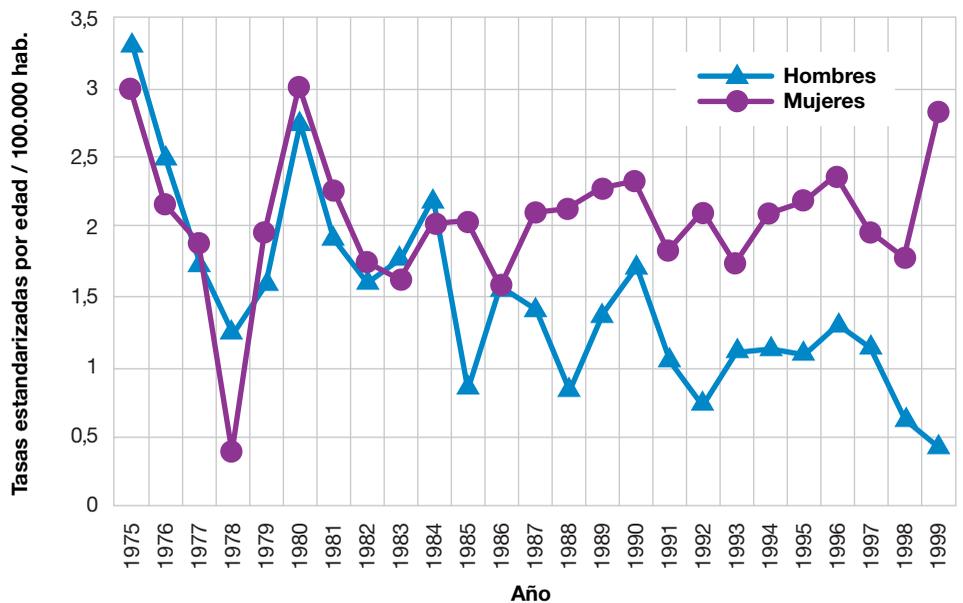


8.2.13.2. Mortalidad

En 1999 se produjeron 90 fallecimientos debido a esta causa con una tasa de incidencia en población masculina de 0,5 por 100.000 habitantes, y de 3/100.000 en la femenina.

Gráfico 8.79. Mortalidad por asma en la Comunidad de Madrid. Años 1975-1999.

Fuente: IECM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Los datos de la serie son muy irregulares (producto de la inestabilidad de las tasas dada su baja frecuencia) no apreciando un patrón en la serie a excepción de la mayor mortalidad en la mujeres desde la década de los ochenta (Gráfico 8.79).

El asma se cuenta entre las enfermedades que genera mayor carga en la población menor de treinta años. El 96,5 por ciento del total de AVAD se debe a la discapacidad que produce (Gráfico 8.80).

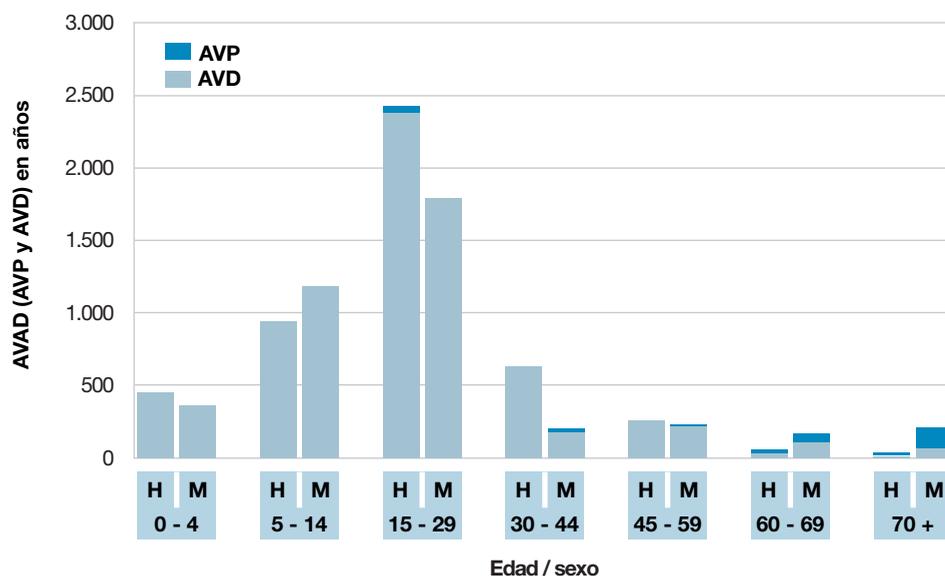


Gráfico 8.80. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Asma, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.13.3. Factores determinantes

8.2.13.3.1. Alergia

En la Encuesta de Prevalencia se estimó que el 74,9% de los asmáticos (diagnosticados clínicamente) tenían un prick test positivo a alguno de los 10 neuroalérgenos que se estudiaron, y un 62% era positivo a polen de gramíneas de plantago o de olivo (el más frecuente es el de gramíneas con un 57,3%).

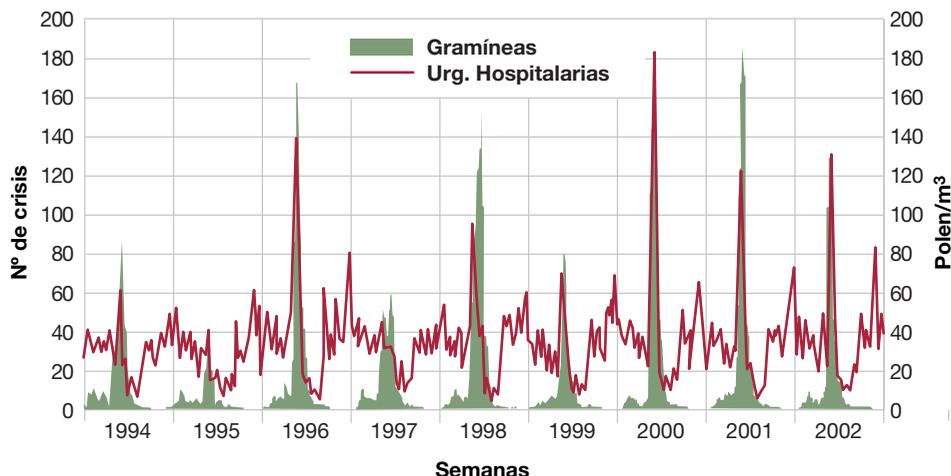
Por ello, en 1993 se puso en marcha la Red Palinocam, un proyecto de vigilancia de las concentraciones atmosféricas de polen en la Comunidad de Madrid mediante la instalación de diez medidores. En este proyecto, además de la Consejería de Sanidad y Consumo, participa la Universidad Complutense de Madrid a través de la Facultad de Farmacia, siete Ayuntamientos de la Comunidad (Getafe, Leganés, Aranjuez, Coslada, Alcobendas, Alcalá de Henares y Madrid) y el Centro de Asma y Alergia. Gracias a este dispositivo se conoce con mucha precisión la variación en el tiempo y en el espacio del contenido de polen en el aire, lo que sin duda es una herramienta de gran valor en la prevención de los efectos de la alergia.

Entre otras cosas, la Red ha permitido constatar que los principales tipos de polen de gran capacidad alérgica en Madrid se asocian positivamente con las urgencias hospi-

talarias por asma y la demanda en primaria, relación que en el caso de las gramíneas y plantago puede explicar el incremento epidémico de esta enfermedad durante la época estacional en el que eclosionan abruptamente en el ambiente (Gráfico 8.81).

Gráfico 8.81. Asociación entre el polen de gramíneas y la demanda sanitaria por asma en urgencias hospitalarias 1994-2002.

Fuente: Registro de Urgencias Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Red PALINOCAM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

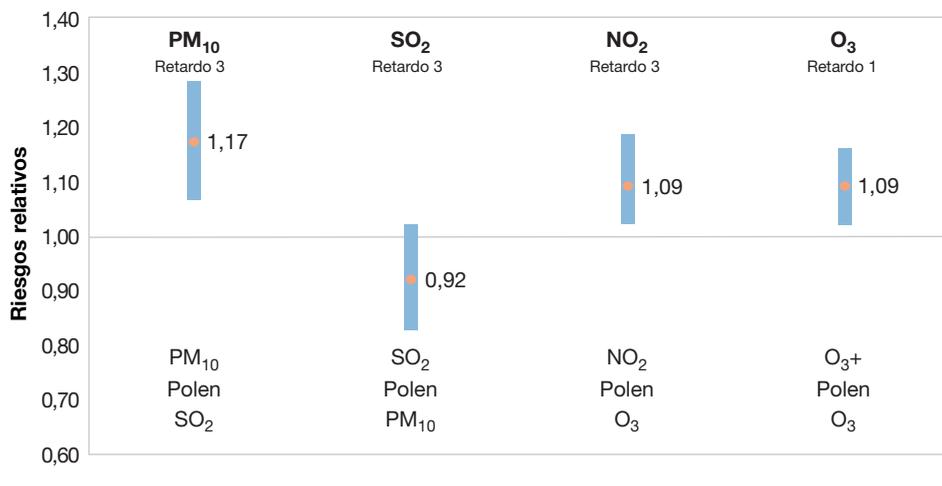


8.2.13.3.2 Contaminación atmosférica

La contaminación atmosférica puede incrementar el riesgo de desarrollar o precipitar crisis de asma a partir de diferentes mecanismos: por un efecto irritante directo sobre las vías aéreas sensibles; por un efecto tóxico sobre el epitelio respiratorio; generando hiperreactividad bronquial tanto alérgeno específica como no específica; o bien modificando la respuesta inmune, incrementando la susceptibilidad a un precipitante inmunológico. En el Gráfico 8.82 se observa la asociación entre diversos contaminantes e ingresos en urgencias.

Gráfico 8.82. Asociación entre contaminación y la demanda de crisis asmáticas en urgencias hospitalarias. Municipio de Madrid. 1995-1998. Modelos multicontaminantes. Riesgos relativos (IC 95%) para un incremento del contaminante de 25 µg.

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.13.3.3 Tabaquismo pasivo

El tabaquismo pasivo pre y posnatal ha sido asociado consistentemente con síntomas relacionados con asma (fundamentalmente sibilancias) y esta sociación parece que es superior en niños no atópicos. Asimismo los riesgos de mayor magnitud se establecen con el consumo de tabaco materno durante el embarazo.

En la Encuesta de Prevalencia de 1993 se preguntó a las madres de niños menores de 15 años por el consumo de tabaco durante la gestación, y se observó que el 31,1% de los niños con asma la madre había fumado durante el embarazo frente al 19,6% de los niños sin asma, obteniendo un Odds Ratio de 1,86 (IC 95%: 1,23-2,80) después de controlar las principales variables de confusión.

El asma en nuestra región es una enfermedad muy frecuente a nivel poblacional, especialmente en la población infantil y adolescente, generando también una importante demanda asistencial en la atención primaria. La carga de ingresos hospitalarios o de mortalidad es, sin embargo, baja. Esta circunstancia está relacionada con la intensidad de esta enfermedad, siendo la mayor parte del asma poblacional un asma “leve”.

Se observa un incremento de todos los indicadores de morbilidad, especialmente de la prevalencia poblacional, posiblemente relacionado con la mejora diagnóstica.

Existe una fuerte asociación con determinados alérgenos, especialmente con el polen de gramíneas y/o plantago, y que probablemente están implicados en el desarrollo de los picos epidémicos de asma que ocurren durante la segunda quincena de mayo y primera de junio.

Por otro lado, la relación detectada con la contaminación atmosférica y el tabaquismo materno, teniendo en cuenta la gran proporción de personas expuestas a estos agentes y la posibilidad de intervención sobre ellos, debería constituir una prioridad en las estrategias de control de esta enfermedad.

8.2.14. Enfermedades Osteomioarticulares

Los trastornos musculoesqueléticos o del sistema osteomioarticular (SOMA) resultan un problema significativo a nivel mundial. La solución de estos problemas ha estado concentrada en los aspectos médicos y de rehabilitación. Es tiempo de formular estrategias con el objetivo de prevenir estos trastornos y localizar las causas en el ambiente de trabajo que puedan estar actuando como factores de riesgo.

Los trastornos del SOMA constituyen un problema de salud ocupacional en los países industrializados, existiendo numerosos estudios de tipo longitudinal que han encontrado asociación entre diferentes ocupaciones y dolencias según regiones.

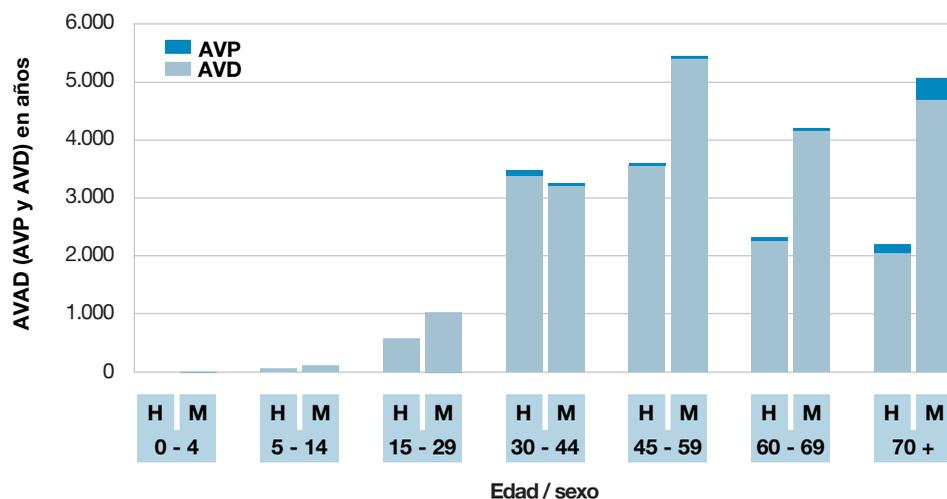
Los factores de riesgo del ambiente laboral han sido descritos y estudiados por diferentes autores, sobre todo los relacionados con levantamiento de cargas pesadas, posturas inadecuadas, trabajo repetitivo y organización inadecuada del trabajo. Se ha encontrado relación de causa efecto entre estos trastornos y factores psicosociales, y ambientales.

8.2.14.1. Mortalidad y Carga de enfermedad

Durante el año 2002 han fallecido por estas patologías 90 personas residentes en la Comunidad de Madrid, (38,9% son hombres y el 61,1% son mujeres) lo que supone 868 años de vida perdidos (AVP). De ellos 514 (59% del total) correspondieron a mujeres. Las personas de 70 y más años acumulan un total de 539 AVP (62%). Se trata de enfermedades poco mortales pero muy discapacitantes, como puede observarse en el Gráfico 8.83, suponiendo un total de 30.666 años de vida perdidos por discapacidad (AVD), es decir el 97,25% del total de carga de enfermedad generada por estas patologías.

Gráfico 8.83. Comunidad de Madrid. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Osteomioarticulares, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

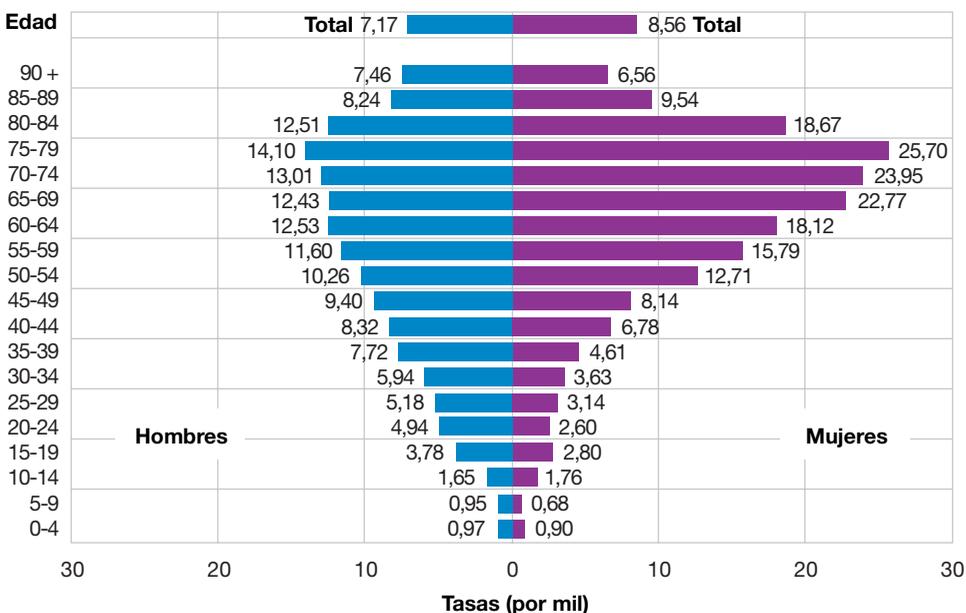


8.2.14.2. Morbilidad hospitalaria

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo son el grupo de enfermedades que producen una mayor frecuentación hospitalaria, tanto en hombres (7,17 por mil habitantes), como en mujeres (8,58 por mil habitantes). En total durante el año 2004 se han producido un total de 46.655 altas hospitalarias por este grupo de patologías lo que supone un 7,5% del total.

Gráfico 8.84. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.3. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- **Programa de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y de sus Factores de Riesgo:**
 - **Subprograma de Vigilancia de la Mortalidad por Enfermedades no Transmisibles.**
 - **Subprograma de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedades no Transmisibles.**
 - **Subprograma de Vigilancia de los Factores de Riesgo Asociados a las Enfermedades no Transmisibles (incluido en diferentes Planes estratégicos de la DGSPA, tabaquismo, diabetes....).**
 - **Subprograma de Vigilancia de la Diabetes Mellitus (incluido en Plan estratégico de la DGSPA).**
 - **Subprograma de Vigilancia del Asma.**
 - **Subprograma de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Cardiovasculares (incluido en el Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares, Plan Estratégico de la DGSPA).**
 - **Subprograma de Vigilancia de las Necesidades Socio-sanitarias de los Mayores (incluido en el Plan de Necesidades Sanitarias en las Personas Mayores, Plan Estratégico de la DGSPA).**
 - **Subprograma de Vigilancia de los Efectos del Calor sobre la Salud de la Población.**
 - **Sistema de Información de la Red Epidemiológica del Proyecto de Investigación sobre Enfermedades Raras.**
 - **Subprograma de Vigilancia Epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).**

Planes:

- **Plan Regional de Control y Prevención del Cáncer.**
- **Plan de Prevención y Control del Riesgo Cardiovascular.**
- **Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.**
- **Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor.**
- **Plan Regional de Promoción y Educación para la Salud en los Centros Educativos.**
- **Plan Integral de Alimentación y Nutrición.**
- **Plan contra los Trastornos del Comportamiento Alimentario.**
- **Plan de Prevención y Control de la Diabetes.**
- **Plan Sistema Integrado de Riesgos Alimentarios.**
- **Plan de Asma.**
- **Plan de Seguridad Alimentaria.**

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la OMS):

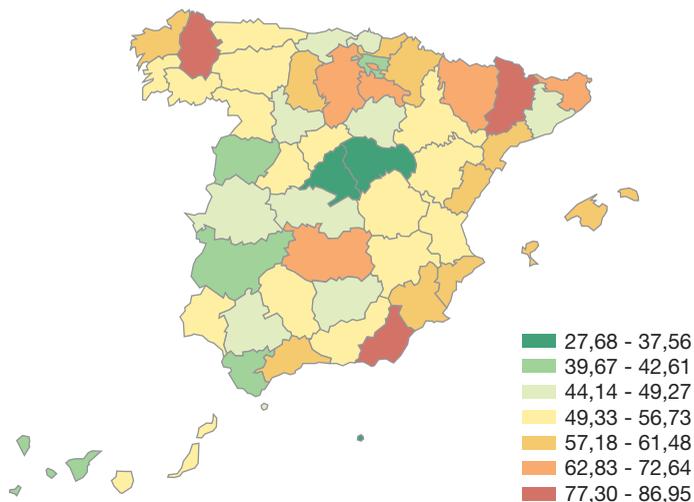
- *Las políticas públicas conceden una mayor prioridad a las cuestiones relativas a la cohesión social y a la seguridad en los entornos de vida y trabajo, y hacen frente a los principales determinantes de la violencia y los accidentes, prestando especial atención al consumo de alcohol;*
- *Todos los 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. Mortalidad por causas externas

Los accidentes y traumatismos (intencionados o no) constituyen uno de los principales problemas de salud pública tanto por su impacto en la mortalidad, en la que ocupan el quinto lugar como causa de muerte y el primero como causa de años potenciales de vida perdidos, como sobre la morbilidad e incapacidad que generan, fundamentalmente los accidentes de tráfico, incluidos en este grupo. Entre 1990 y 2002 se ha producido un importante descenso en la mortalidad por causas externas (37% y 27% para varones y mujeres respectivamente). El Gráfico 9.1 muestra la distribución de tasas por provincias y el Gráfico 9.2 la tendencia desde 1975 al 2002.

Hombres



Mujeres

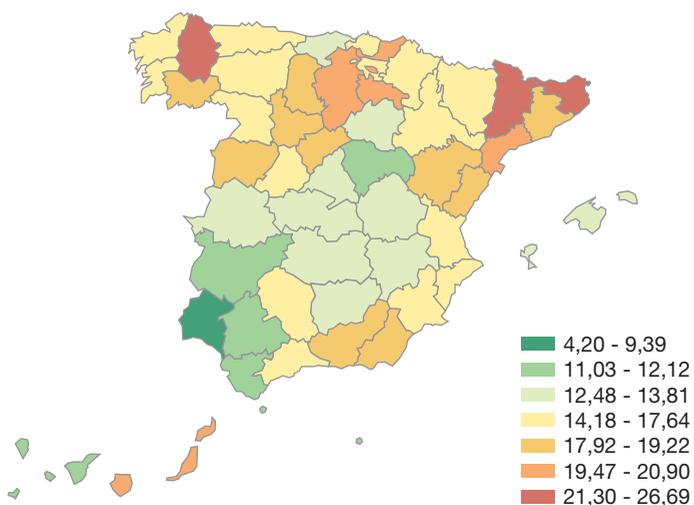


Gráfico 9.1. Mortalidad por causas externas. Tasa ajustada a la población europea por 100.000. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

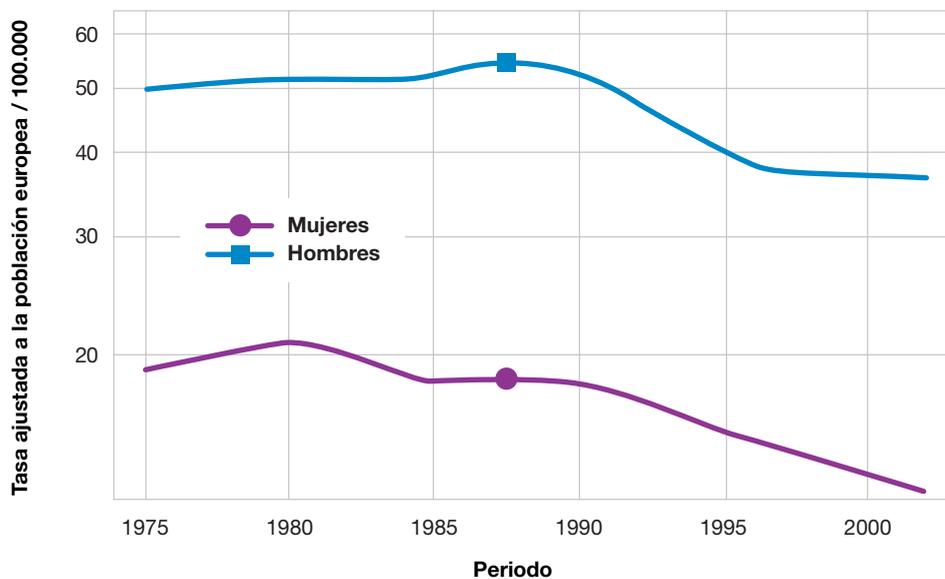


Gráfico 9.2. Comunidad de Madrid. Tendencia de tasas de mortalidad estandarizadas por causas externas (población europea) Años 1975-2002. Hombres y mujeres.

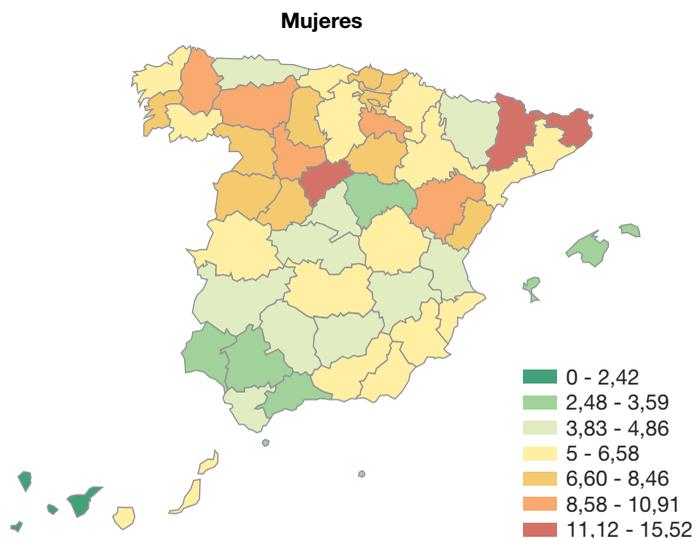
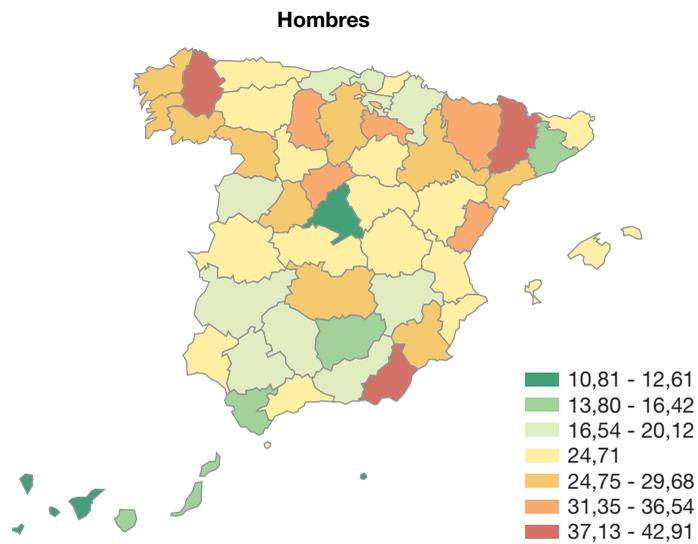
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

Los accidentes de tráfico suponen en Madrid una tasa estandarizada de mortalidad de 12,61 por 100 mil en hombres (20,27 en España) y de 4,09 por 100 mil en mujeres (5,49 en España). Los accidentes de tráfico suponen el 32 por ciento de las muertes por causas externas. Aunque en los últimos 10 años la mortalidad ha descendido, en 2002 fallecieron 414 personas por esta causa. Sin embargo, el número de accidentes y de víctimas ha seguido aumentando en los últimos 9 años en cuantía similar al crecimiento del parque de vehículos (Gráficos 9.3 y 9.4).

En la población de 16 a 64 años de la Comunidad de Madrid, alrededor de 350.000 personas, tuvieron algún accidente cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria en los últimos 12 meses.

Gráfico 9.3. Mortalidad por accidentes de tráfico. Tasa ajustada a la población europea por 100.000. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



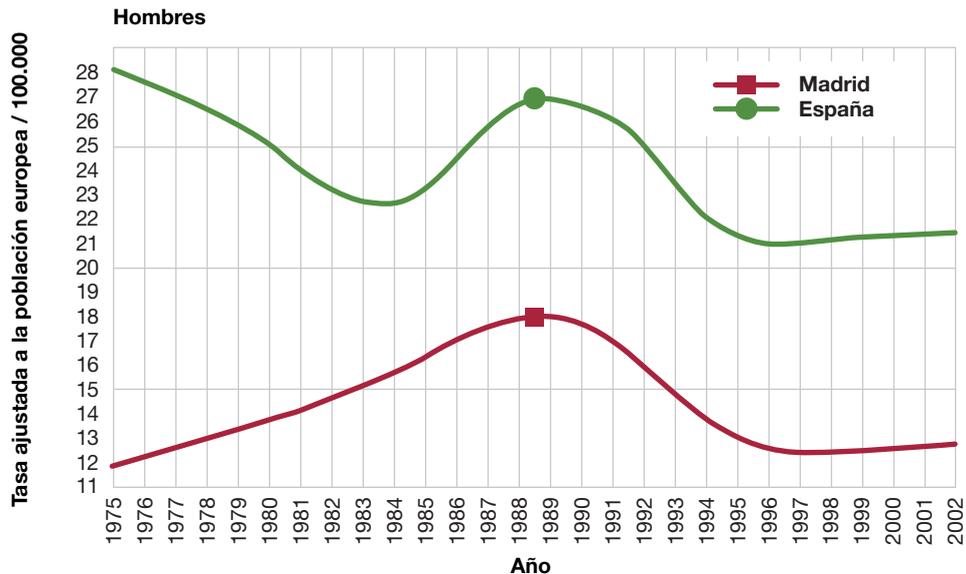


Gráfico 9.4. Mortalidad por accidentes de tráfico. Años 1975-2002. Tasa ajustada a la población europea por 100.000. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

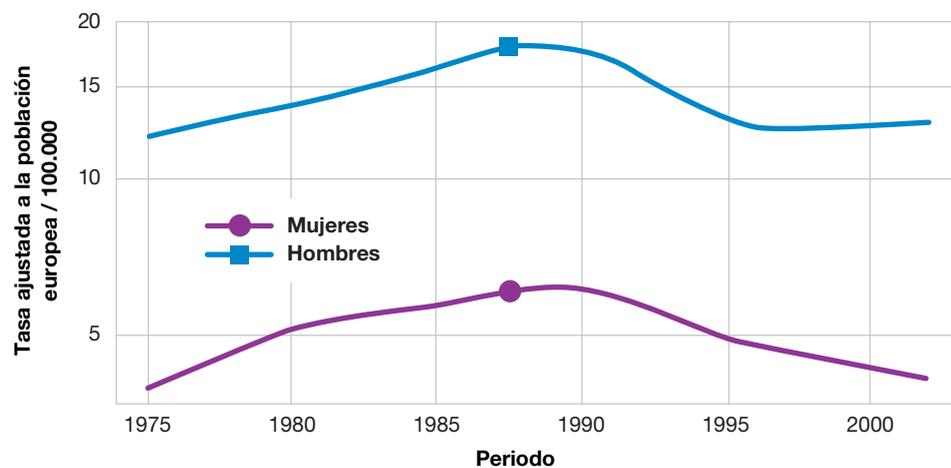
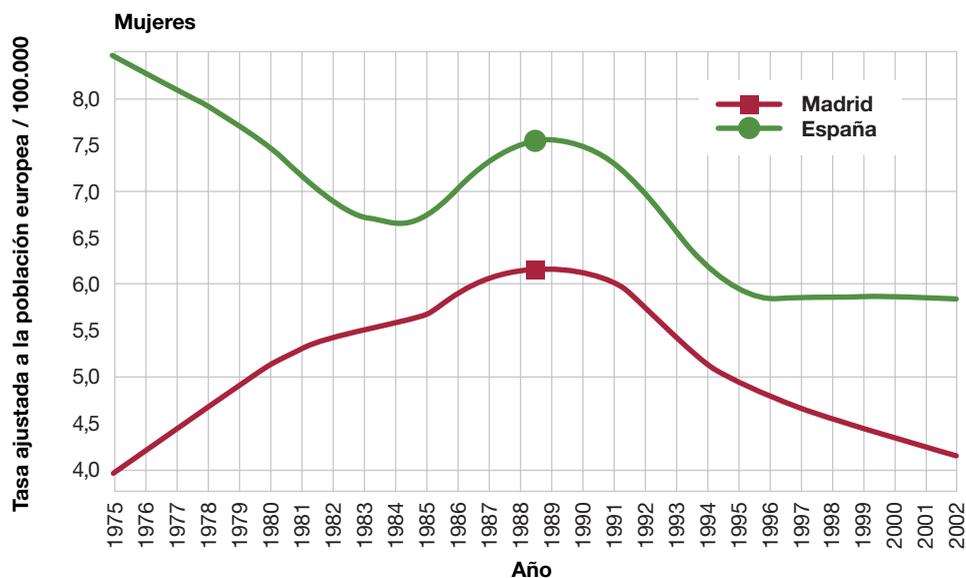


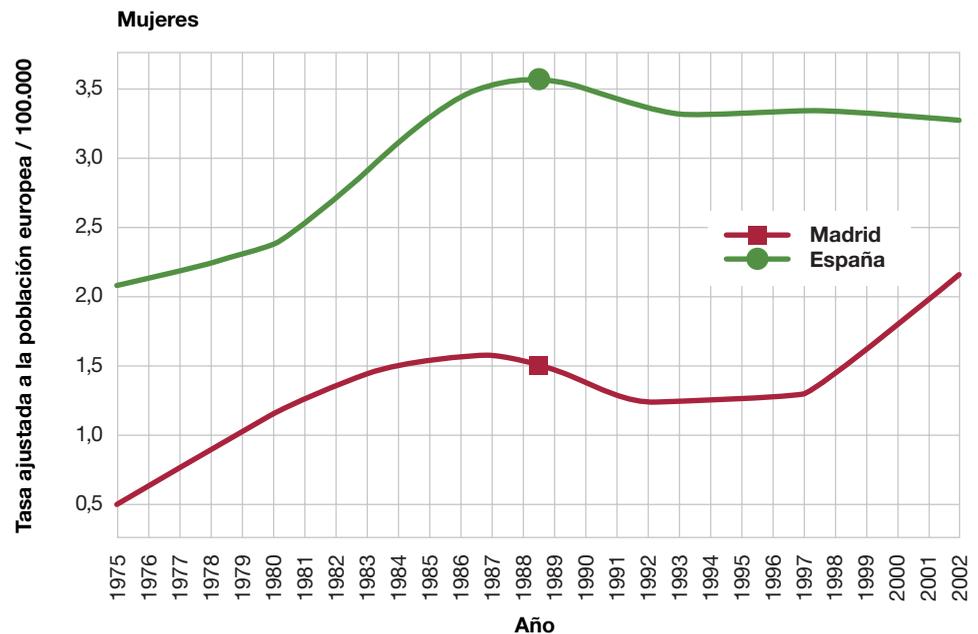
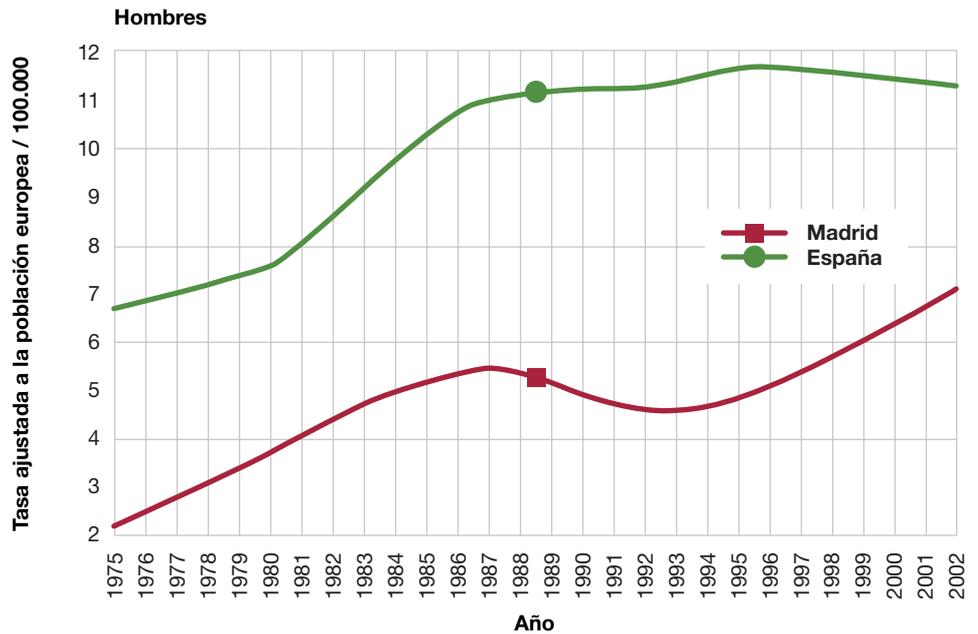
Gráfico 9.5. Comunidad de Madrid. Mortalidad por accidentes de tráfico. Tasas estandarizadas (población europea) por sexo. Años 1975-2002. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2002, las muertes por suicidios en hombres alcanzaron la cifra máxima desde el año 1975. La tasa estandarizada es de 7,52 por 100 mil en hombres (11,52 en España) y de 2,46 por 100 mil en mujeres (3,77 por 100 mil en España) (Gráfico 9.6).

Gráfico 9.6. Mortalidad por suicidio entre los años 1975 y 2002. Tasa ajustada a la población europea/100.000. Tendencia suavizada.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo, a partir de: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III.



9.1.1.1. Contribución de las Causas Externas a los cambios en la esperanza de vida

El conjunto de las causas externas de defunción ha permitido incrementar la esperanza de vida de los varones notablemente durante el decenio 1990-2000. En las mujeres la contribución ha sido mínimamente positiva y muy repartida en todos los grupos de edad.

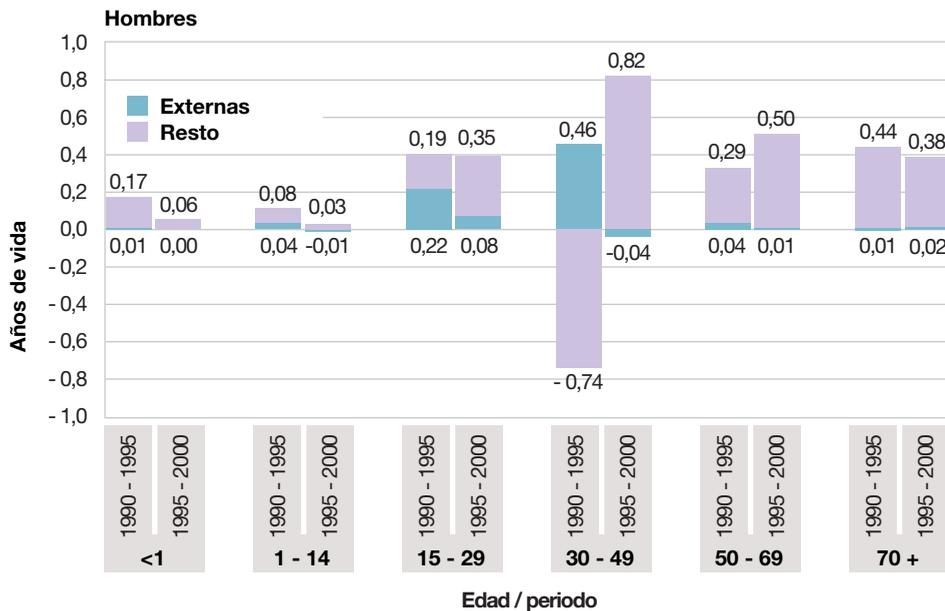
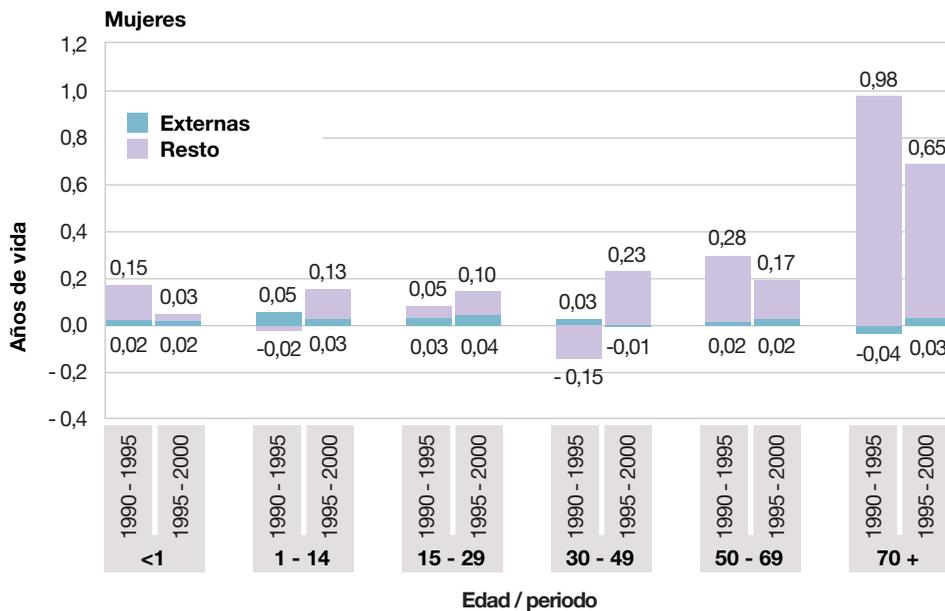


Gráfico 9.7. Comunidad de Madrid. Contribución de las Causas Externas y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

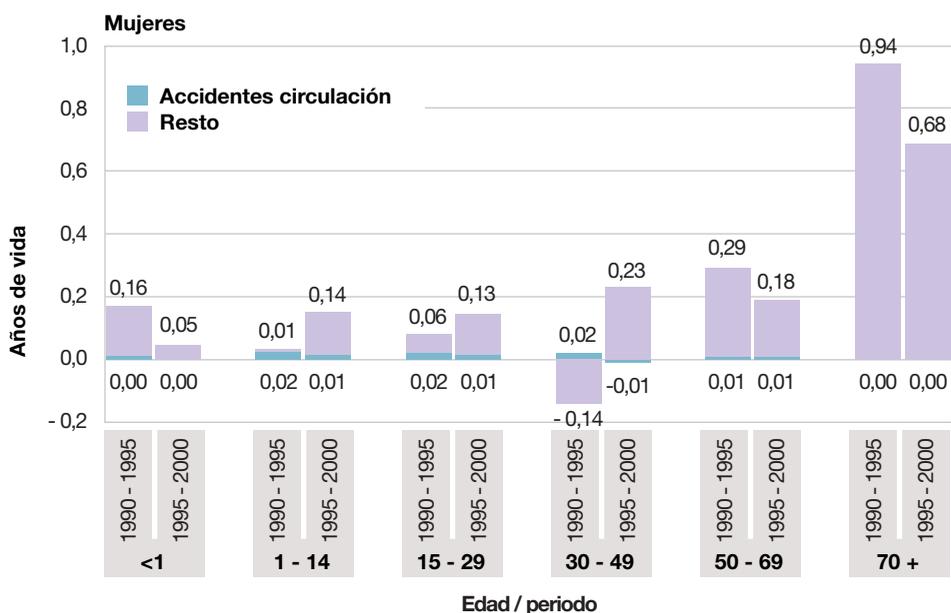
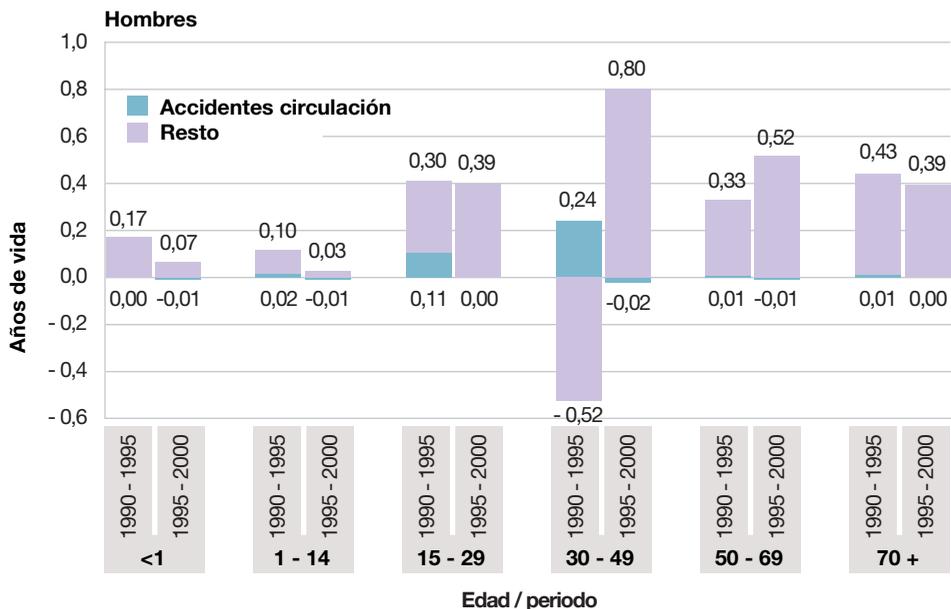
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Los accidentes de tráfico hicieron mejorar la esperanza de vida durante el periodo 1990-95, principalmente por la contribución en los hombres jóvenes. Durante la segunda mitad de los noventa, por el contrario, el aporte ha sido globalmente inapreciable.

Gráfico 9.8. Comunidad de Madrid. Contribución de los Accidentes de Tráfico y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Periodos 1990-1995 y 1995-2000.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



9.1.1.2. Carga de enfermedad

La Carga de Enfermedad de las causas externas de defunción se concentra en las edades jóvenes (15-44), y muy especialmente en los hombres (74,1% del total de AVAD corresponden a varones). Algo menos de uno de cada tres AVAD lo es por discapacidad (29,4%).

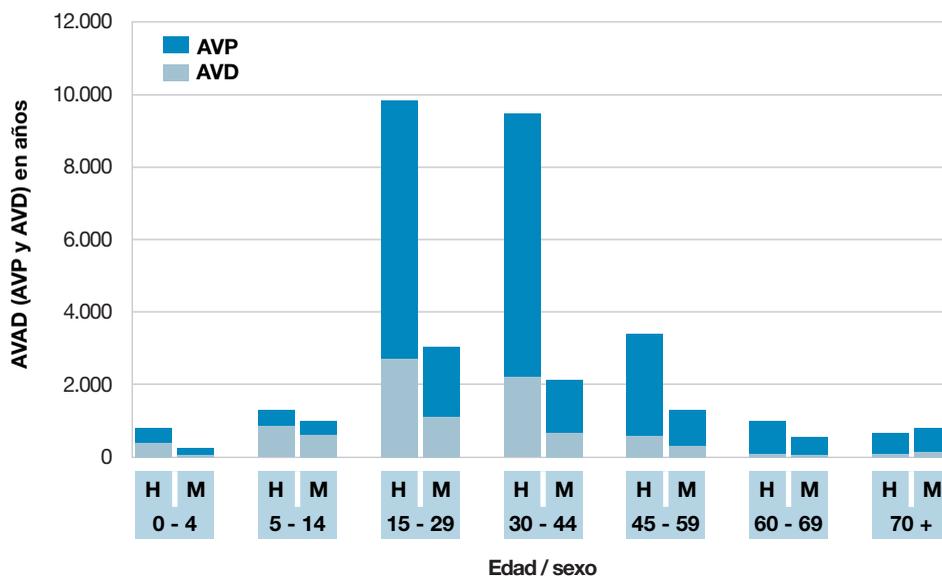


Gráfico 9.9. Comunidad de Madrid. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por Causas Externas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

El patrón general de las externas es aplicable a la carga de enfermedad por accidente de tráfico, salvo en la contribución de la discapacidad sobre el valor total de los AVAD, que es menor (18,2%).

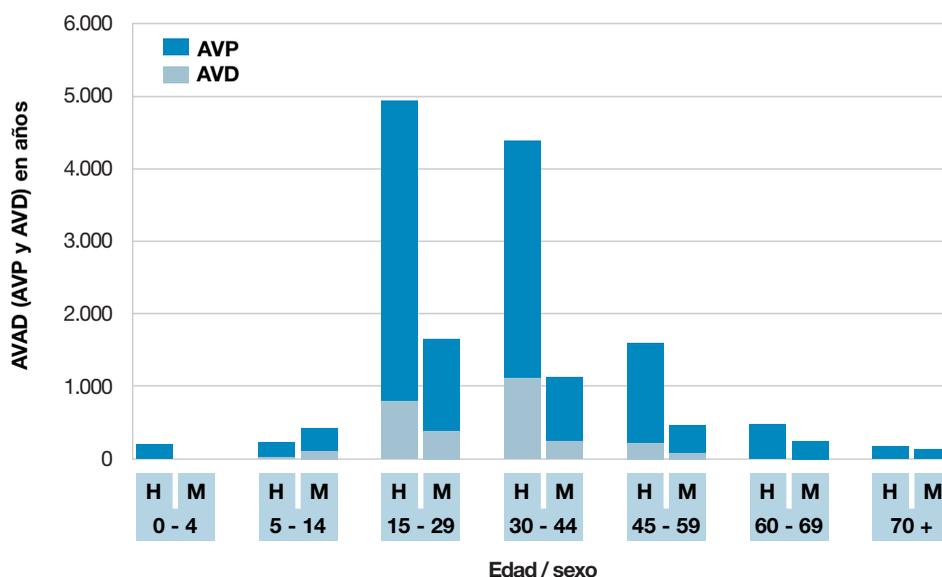


Gráfico 9.10. Comunidad de Madrid. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por Accidentes de Tráfico, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid. Año 2002.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

9.1.2. Morbilidad hospitalaria

En el año 2004 se produjeron 39.607 ingresos hospitalarios por esta causa, el 48,5% de personas entre 15 y 35 años y el 68,7% varones.

La primera causa de ingresos son las fracturas con un total de 17.875 ingresos (45%), el segundo grupo son las complicaciones de la asistencia médica con un total de 10.008 ingresos (25,3%). Las causas externas son una de las grandes generadoras de ingresos hospitalarios y morbilidad, suponiendo en 2004 un total de 39.607 ingresos hospitalarios, un 6% del total de ingresos, con una tasa de 7,39 por mil en varones y una tasa de 6,05 por mil en mujeres (Gráfico 9.11 y Tabla 9.1).

Gráfico 9.11. Comunidad de Madrid. Tasas de morbilidad hospitalaria por causas externas por edad y sexo. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

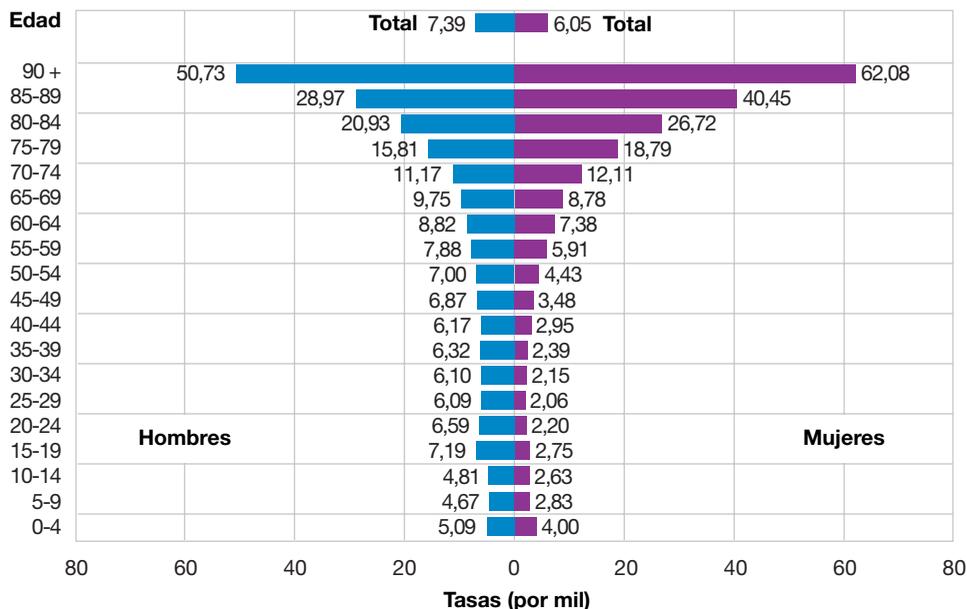


Tabla 9.1. Comunidad de Madrid. Morbilidad hospitalaria por causas externas. Año 2004.

Fuente: CMBD. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de las causas externas	Porcentaje acumulado
Causas Externas	Fracturas (800-829)	17.875	2,7	45,1
	Luxaciones (830-839)	2.259	0,3	5,7
	Esguinces articulaciones (840-848)	1.152	0,2	2,9
	Lesión intracraneal y fractura de cráneo (850-854)	1.560	0,2	3,9
	Lesión interna tórax, abdomen y pelvis (860-869)	674	0,1	1,7
	Heridas abiertas (870-897)	1.963	0,3	5,0
	Lesión vasos sanguíneos (900-904)	75	0,0	0,2
	Efectos tardíos causas externas (905-909)	144	0,0	0,4
	Lesión superficial (910-919)	110	0,0	0,3
	Contusiones (920-924)	499	0,1	1,3
	Scalp (925-929)	30	0,0	0,1
	Cuerpos extraños (930-939)	594	0,1	1,5
	Quemaduras (940-949)	541	0,1	1,4
	Lesión de nervios y médula (950-957)	110	0,0	0,3
	CE inespecíficas (958-959)	325	0,0	0,8
	Reacciones adversas a fármacos (960-979)	1.085	0,2	2,7
	Intoxicaciones (980-989)	257	0,0	0,6
	Otras no especificadas (990-995)	357	0,1	0,9
	Complicaciones de asistencia médica (996-999)	10.008	1,5	25,3
Resto de ingresos	616.777	94,0		
Total	656.935	100,0		

9.2. Violencia de Género

La violencia hacia las mujeres es una de las más frecuentes y menos reconocidas violaciones de los derechos humanos y un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por sus consecuencias para la salud de las mujeres.

La probabilidad de que una mujer sea agredida por un familiar es 6 veces mayor de que lo sea por un desconocido. La forma más frecuente de violencia hacia las mujeres es la que proviene de su pareja actual o anterior.

Podemos definir este tipo de violencia como la expresión de conductas agresivas que desarrolla el hombre frente a la mujer en el contexto de las relaciones de pareja. Son comportamientos recurrentes, basados en una relación de poder desigual entre los miembros de la pareja. La Organización de Naciones Unidas distingue diferentes formas de violencia de pareja aunque con frecuencia se ejercen simultáneamente: violencia física, sexual y psicológica que se acompañan de maltrato económico y ambiental.

La violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) es un proceso que generalmente se va instaurando de manera progresiva en su vida, adoptando diferentes formas de presentación que afectan tanto a la esfera física, como a la emocional y relacional de la mujer. El fenómeno de la violencia progresa de forma ascendente en la vida cotidiana, siendo cada vez más grave y de repercusiones más severas para la salud de las mujeres, llegando incluso a poner fin a su vida. A medida que el maltrato avanza van apareciendo los síntomas físicos y psicológicos que se relacionan con la frecuencia y la duración del mismo. Según la OMS, los efectos de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres pueden persistir largo tiempo después de que ésta haya terminado.

Los efectos de la violencia pueden ser físicos y/o psicológicos y a corto, medio o largo plazo, pudiendo encontrar lesiones que van desde erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves, hasta discapacidad crónica o la muerte. En EEUU hasta el 20% de las consultas a los servicios de urgencias de traumatología son consecuencia de los malos tratos y la frecuencia de hospitalización es el doble que para las mujeres que no han sufrido violencia. El embarazo se considera como un factor desencadenante de la violencia y un factor agravante de los casos preexistentes. La prevalencia de violencia durante el embarazo muestra un amplio rango, pudiendo afectar hasta al 20-23% de las embarazadas adultas. Esta proporción se incrementa cuando se trata de investigaciones llevadas a cabo con mujeres adolescentes.

Los efectos de la violencia sobre la salud física a medio y largo plazo están asociados a los daños psicológicos. Las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud como son una peor percepción de la salud tanto física como psíquica, mayor vulnerabilidad a las enfermedades debida en parte a alteraciones de la inmunidad como consecuencia del stress a que están sometidas, cuadros de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias), problemas menstruales, enfermedades de transmisión sexual o infección de vías urinarias.

Las consecuencias para la salud mental de la violencia abarcan también un rango amplio de gravedad. Las mujeres que sufren violencia tienen entre 3 y 4 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico. Más de las tres cuartas partes sufren al menos depresión leve o trastornos de ansiedad y hasta 1 de cada 3 está gravemente deprimida. En alguno de estos trastornos se ha comprobado una relación dosis-respuesta: a mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas. El síndrome de stress postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico.

La mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido perpetrados por una pareja actual o previa. Se da la circunstancia de que el riesgo de muerte de las mujeres víctimas de sus parejas, lejos de desaparecer se incrementa con la separación. La Tabla 9.2 muestra las mujeres que han muerto en España en los tres últimos años.

Tabla 9.2. Proporción de mujeres muertas en España por la pareja o ex-pareja en los años 2003 a 2005.

Fuente: <http://www.redfeminista.org/laley.asp>

Mujeres muertas	Total	Entorno familiar	Por la pareja o ex-pareja
2003	98	92	72 (73%)
2004	109	94	74 (67%)
2005 (hasta el mes de junio)	41	41	30 (73%)

El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son. Muchas mujeres víctimas de una situación de violencia crónica ven en el suicidio la única salida a su sufrimiento, hecho condicionado por el agotamiento emocional y psíquico que presentan.

Las mujeres que sufren violencia requieren una mayor atención por parte de los servicios sanitarios, incluso varios años después de padecerla. Este hecho conlleva un incremento del gasto sanitario, que debe sumarse a los enormes costes personales y sociales que genera.

Estudios llevados a cabo en el sistema sanitario asistencial muestran que es frecuente la violencia hacia las mujeres proveniente de sus parejas. En Estados Unidos entre las mujeres que acuden a los Servicios de Atención Primaria de Salud por cualquier motivo, el 20 % declara estar sufriendo malos tratos. En relación con la atención especializada se observó que las mujeres expuestas a violencia de su pareja, tuvieron un riesgo relativo de ser hospitalizadas, con cualquier diagnóstico, significativamente mayor que las mujeres no expuestas (RR = 1,2 - 2,1). Al valorar los riesgos específicos para diferentes diagnósticos, se obtuvieron, asimismo, riesgos relativos incrementados como puede verse en la Tabla 9.3.

Tabla 9.3. Riesgo de hospitalización en las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas.

Fuente: Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates And Relative Risk Of Hospital Admission Among Women in Violent Intimate Partner Relationships. Am J Public Health 2000; 90(9): 1416-1420.

Diagnóstico	Riesgo relativo (IC=95%)
Psiquiátrico	3,6 (2,8 - 4,6)
Lesión o envenenamiento	1,8 (1,2 - 2,8)
Enfermedades del sistema digestivo	1,9 (1,3 - 2,9)
Intento de suicidio	3,7 (1,6 - 9,2)
Agresión sexual	4,9 (1,1 - 22,1)

Las cifras de prevalencia acumulada de VPM obtenidas mediante encuestas en población general, muestran un amplio rango. Así, según el Informe Mundial de la OMS sobre Violencia y Salud, en 48 encuestas de base poblacional realizadas en distintos países del mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. Estas variaciones en la prevalencia pueden ser debidas a las diferencias de frecuencia en los distintos ámbitos de investigación, pero también a diferencias en la metodología utilizada. Investigaciones realizadas con cuestionarios estandarizados cuyas preguntas hacen referencia al último año de la vida de la mujer, muestran cifras de prevalencia menores y más consistentes (entre 6 y 12%).

En España, el Instituto de la Mujer ha realizado dos macroencuestas sobre violencia hacia las mujeres, una en el año 1999 y otra en el año 2002. La población diana estaba formada por las mujeres españolas de 18 o más años. Los resultados mostraron que el 12,4% y el 11,1% respectivamente, fueron consideradas “técnicamente” como maltratadas por alguien de su familia. Casi en el 75% de los casos la violencia provenía de la pareja. Frente a estos datos, ambas macroencuestas mostraron que sólo el 4% de las mujeres declaraba haberse sentido maltratada en los últimos 12 meses, y de ellas más de la mitad se referían a su pareja al señalar al maltratador.

Los datos procedentes de esas mismas encuestas para la Comunidad de Madrid indicaron una prevalencia de maltrato técnico de 12,7 para el año 1999 y 13,4 para el año 2002, mientras el maltrato autodeclarado se situó en 4,9 y 4,7 respectivamente. Ambos tipos de maltrato ligeramente superiores a la media nacional.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad y Consumo en el año 2004, llevó a cabo una investigación, para conocer la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres. Actualmente esta investigación se encuentra en proceso de análisis, mostrando los resultados preliminares una prevalencia de violencia proveniente de la pareja o expareja del 10,2%, dato semejante al encontrado en otros países de nuestro entorno. La Tabla 9.4 muestra los datos de prevalencia en función de los diferentes tipos de violencia y de la persona que la ejerce (pareja y/o expareja).

Tipo de violencia	Global (Pareja y/o ex-pareja) (%)	Pareja (%)	Ex-pareja (%)
Psicológica	8,7	8,6	9,8
Sexual	1,07	1,1	0
Física	2,4	2,4	4,2

Tabla 9.4. Prevalencia de violencia de pareja y/o expareja en el último año.

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Del total de mujeres encuestadas, sólo un 3% dicen sentirse maltratadas por su pareja o expareja en el último año y de las que cumplen los criterios técnicos de caso únicamente se identifican a sí mismas como tales el 26,26%. Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en la investigación cualitativa “La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud” realizada por el Instituto de Salud Pública.

9.2.1. La atención por parte del sistema sanitario

En la citada investigación cualitativa se asocia esa dificultad de tomar conciencia del maltrato con una débil propensión a demandar ayuda, sea cual sea su naturaleza. Además, la tenue asociación explícita entre maltrato y salud abunda en la dificultad para considerar específicamente a las/los profesionales sanitarios como interlocutores válidos para abordar el problema. Lo habitual es consultar -en mayor o menor medida- por las secuelas del maltrato, pero no por el maltrato mismo, que queda, en la mayoría de los casos, invisibilizado en el Sistema Sanitario.

La propensión a la confidencia y al desahogo en la figura del profesional sanitario, a pesar de ello, existe y es notoria, pero en la mayoría de los casos, considerando las manifestaciones de las mujeres consultadas, ni es favorecida, ni es correspondida.

El sanitario decide o no decide hacerse cargo de la confidencia de la mujer en función de su sensibilidad; de su saber y, por último, de los recursos con los que cuenta:

- La incompreensión es posiblemente el mayor escollo a salvar desde este punto de vista: la dificultad para entender por qué la mujer llega a esa situación y se mantiene en ella.
- Es normal que el sanitario, además, piense que sus conocimientos no se adecuan a intervenir en situaciones semejantes. La propensión a derivar el caso es, como consecuencia, típica (a Salud Mental o a Servicios Sociales), pero defrauda la demanda de la mujer, que las más de las veces no acepta la derivación, produciéndose la pérdida del caso.
- En tercer lugar, el profesional tampoco siente que la Institución reconozca su posible actuación como de su competencia ni que le provea de los medios adecuados para abordarla.

La sensibilización y la formación de los y las profesionales son, por tanto, acciones claves para el abordaje de la violencia por parte del Sistema Sanitario. Pero es también necesario un pronunciamiento expreso de la Institución acerca del deber de los profesionales inscritos en ella. Deber, en última instancia, de entrar en confidencia y de favorecer y tutelar el proceso de toma de conciencia de la mujer.

Atender adecuadamente a la confidencia es necesario, pero también es necesario que la confidencia sea directamente promovida. Detectar precozmente implica el proponer a la mujer que entre en confidencia con el sanitario, que confíe en él para contarle su problema. Para la detección también son precisos saberes, que habría que incorporar un proceso formativo que, como se dijo, es clave para el abordaje sanitario de la violencia: saberes sobre los síntomas (psíquicos y físicos) que hacen sospechar la presencia del maltrato; saberes acerca de las estrategias para conseguir que la mujer se decida a entrar en confidencia con el sanitario y, por tanto, a instaurar un proceso terapéutico.

9.3. Factores determinantes: indicadores

9.3.1. Accidentes en jóvenes

El 16,8% de los jóvenes entrevistados en el SIVFRENT ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (20,8% frente a 13,2%).

Respecto a la descripción del espacio o situación donde se produce el último accidente, en los chicos casi uno de cada dos accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 25,9% y 18,9% respectivamente). En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (20%) seguido de los accidentes de moto (17,9%).

Se observa un patrón relativamente uniforme de la frecuencia de accidentes a lo largo de la serie (Gráfico 9.12).

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	16,8 (±2,0)*	20,8 (±2,9)	13,2 (±2,2)	16,5 (±3,3)	14,8 (±2,2)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 9.5. Comunidad de Madrid. Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según género y edad. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

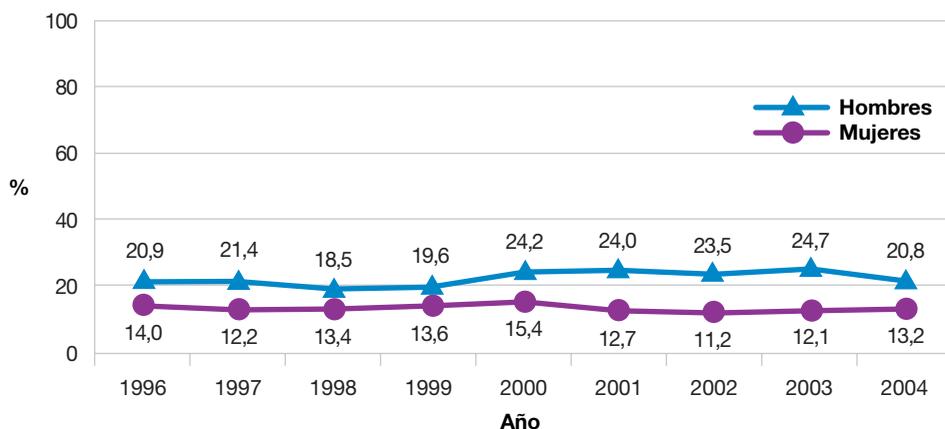


Gráfico 9.12. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos doce meses. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

9.3.1.2. Seguridad vial

El 15% de los jóvenes entrevistados no utiliza habitualmente el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje es del 8,2% en la circulación por carretera.

La no utilización del casco en moto es muy alta, dado que el 38,9% no se lo pone habitualmente.

La utilización del casco en bicicleta continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 94% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente.

Tabla 9.6. Comunidad de Madrid. Proporción de jóvenes que no utilizan cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según género y edad. Año 2004.

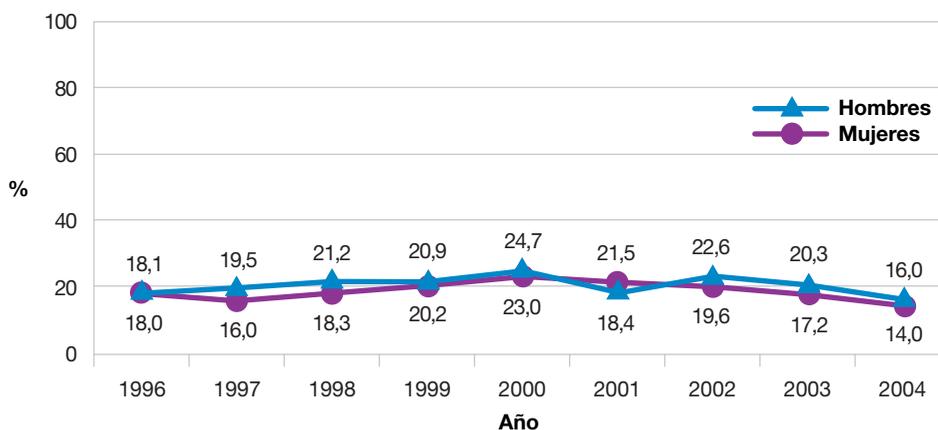
	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	15,0 (±2,2)*	16,0 (±3,3)	14,0 (±3,6)	13,0 (±3,8)	14,8 (±3,7)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	8,2 (±1,6)	8,9 (±2,2)	7,6 (±1,7)	6,3 (±2,1)	7,9 (±2,5)
No utilización del casco en moto	38,9 (±6,0)	36,0 (±6,9)	42,3 (±6,9)	38,2 (±7,0)	38,4 (±7,1)
No utilización del casco en bicicleta	94,0 (±1,2)	92,9 (±1,7)	95,5 (±1,5)	94,9 (±1,6)	93,0 (±2,1)

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 9.13. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan* el cinturón de seguridad por ciudad de forma habitual. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

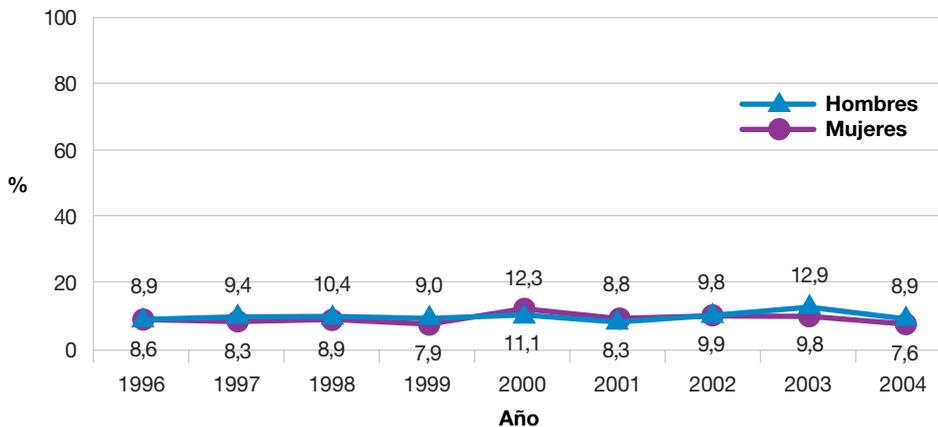


* No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

El 2004 ha sido el año en que globalmente la prevalencia de la no utilización del cinturón de seguridad por ciudad y carretera ha sido más baja (Gráficos 9.13 y 9.14). Desciende de forma importante en ambos sexos la no utilización del casco en moto (Gráfico 9.15).

Gráfico 9.14. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan* el cinturón de seguridad por carretera de forma habitual. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

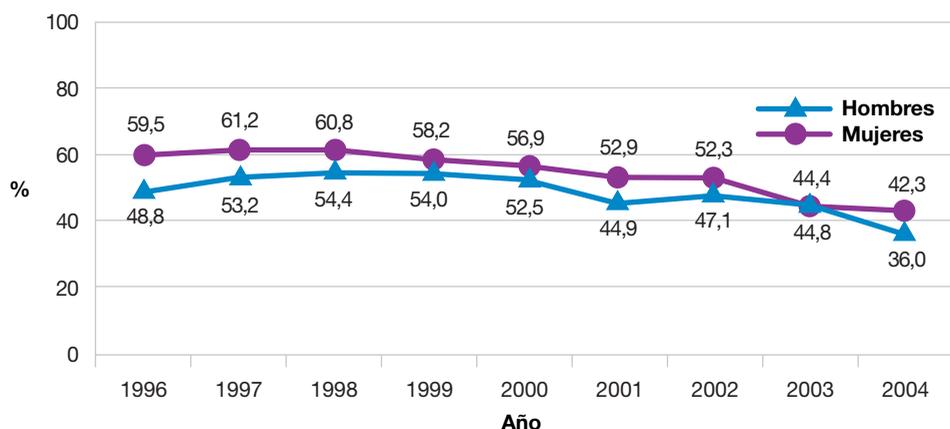


Gráfico 9.15. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan* el casco en moto de forma habitual. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* No utilización del casco: "nunca" o "algunas veces"

9.3.2. Accidentes en adultos

Un 8,9% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en el grupo de edad más joven.

Un 1,8% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (Tabla 9.6).

Durante los últimos 12 meses un 0,6% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,8% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno. No se aprecian grandes cambios en la serie temporal 1995-2003 (Gráfico 9.16).

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	8,9 (±1,2)*	11,9 (±2,0)	6,0 (±1,5)	10,8 (±2,4)	8,8 (±2,1)	7,2 (±1,9)
Accidente de tráfico	1,8 (±0,6)	2,5 (±1,0)	1,2 (±0,7)	2,3 (±1,2)	1,6 (±1,0)	1,5 (±0,9)

Tabla 9.6. Comunidad de Madrid. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Intervalo de confianza al 95%

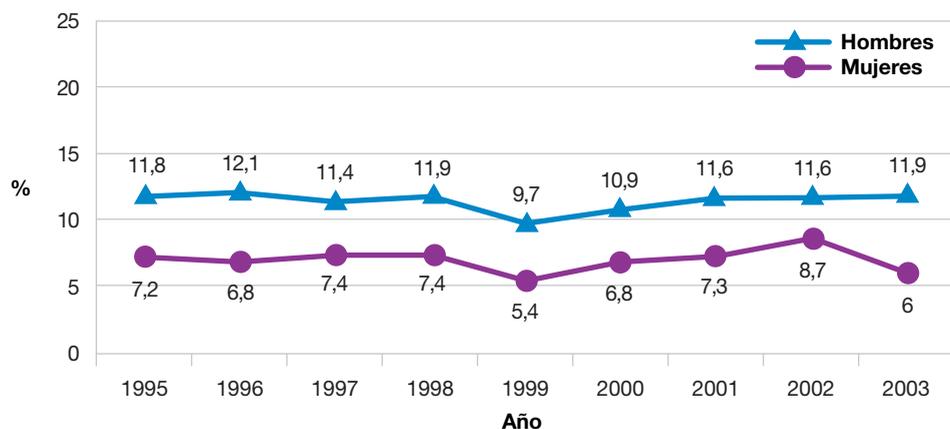


Gráfico 9.16. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos doce meses. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Un 11,3% del total de personas que viajan en coche, no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 0,8% en la conducción por carretera.

Un 5,3% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 8,4% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,6% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 2,7% de ellos.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en los Gráficos 9.17 a 9.20 podemos apreciar el cambio favorable tan grande que se ha producido en estos nueve años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2002-2003 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso habitual del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 34,6% y 68,9%. Asimismo, la disminución del uso del casco en moto es del 41,9% y 75,4%.

Tabla 9.7. Comunidad de Madrid. No utilización del cinturón de seguridad y casco en moto de forma habitual. Año 2003.

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	11,3 (±1,4)*	12,7 (±2,1)	9,9 (±1,9)	7,7 (±2,1)	11,5 (±2,5)	14,7 (±2,8)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	0,8 (±0,4)	0,9 (±0,6)	0,7 (±0,5)	0,8 (±0,7)	0,8 (±0,7)	0,7 (±0,6)
No utilización del casco en moto por ciudad	8,4 (±5,3)	7,4 (±6,2)	10,3 (±9,6)	8,2 (±6,9)	6,9**	11,8**
No utilización del casco en moto por carretera	2,7**	4,0**	0	0	8,0**	0

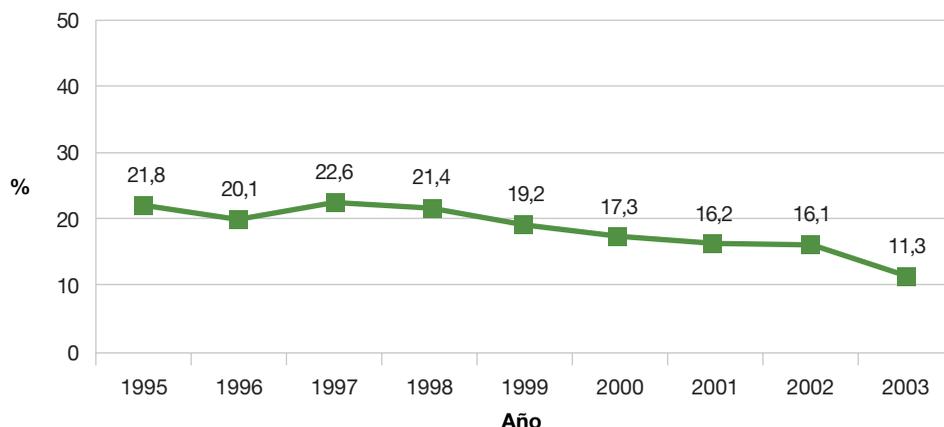
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

No utilización: Nunca o algunas veces

* Intervalo de confianza al 95%

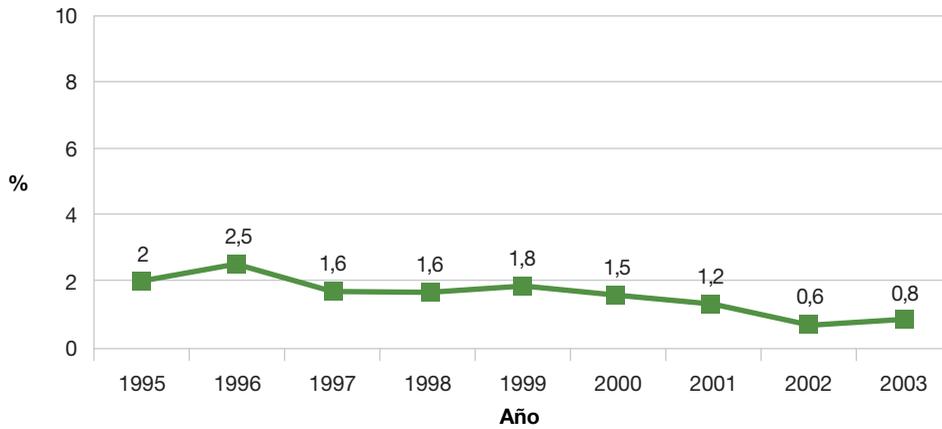
** Variación superior al 100%

Gráfico 9.17. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas que no utilizan el cinturón de seguridad por ciudad de forma habitual*. Población de 18-64 años. 1995-2003.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

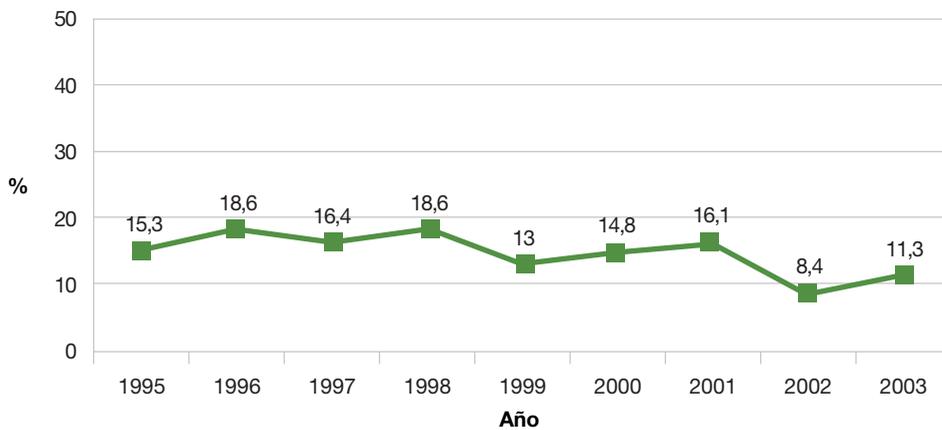
* No utilización: Nunca o algunas veces



* No utilización: Nunca o algunas veces

Gráfico 9.18. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas que no utilizan el cinturón de seguridad por carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

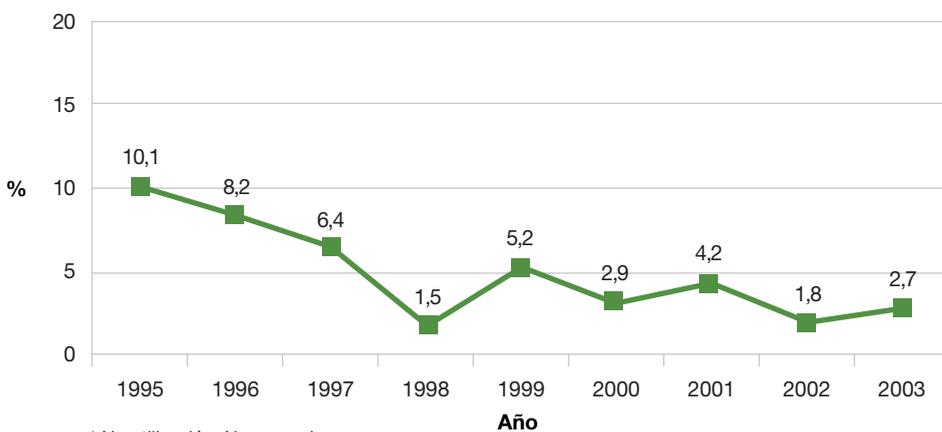
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* No utilización: Nunca o algunas veces

Gráfico 9.19. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas que no utilizan el casco en moto por ciudad de forma habitual*. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* No utilización: Nunca o algunas veces

Gráfico 9.20. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas que no utilizan el casco en moto por carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

9.4. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- *Plan Regional de Promoción y Educación para la Salud en los Centros Educativos.*
- *Plan de Detección, Asistencia y Asesoramiento de Víctimas de Maltrato.*
- *Plan de Vigilancia de Inoculaciones Accidentales.*

Objetivo 10
Un entorno físico sano y seguro

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.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la OMS):

- *Se desarrollan y se aplican unos planes de actuación nacional, regional y local para la prevención y la reducción de los riesgos medioambientales para la salud, y se utilizan instrumentos legales y económicos adecuados para reducir el consumo, los residuos y la contaminación;*
- *Se mejora la calidad del aire en las zonas urbanas al reducir la contaminación derivada de fuentes domésticas, industriales y de transporte con el fin de cumplir las directrices sobre calidad del aire de la OMS;*
- *Se toman medidas para garantizar el suministro de agua potable a todos los hogares de acuerdo con las directrices de la OMS relativas a la calidad del suministro de agua y se mejoran las prácticas de gestión global en materia de agua incluyendo medidas para controlar la contaminación;*
- *Se proporcionan sistemas adecuados de gestión de las aguas residuales, incluyendo la recogida, el tratamiento y la eliminación o reutilización final de todas las aguas residuales;*
- *Los productores de residuos aplican sistemas que garanticen la recogida y el tratamiento de los mismos, incluyendo la aplicación de políticas y estructuras destinadas al reciclaje y a la minimización de los residuos;*

10.1. Factores determinantes ambientales

10.1.1. Calidad del aire

La calidad del aire en la Comunidad de Madrid durante el año 2004 cumplió con los valores determinados por esta legislación para las medidas anuales, excepto para el NO_2 y las PM_{10} .

Las concentraciones de SO_2 y de CO (Gráficos 10.1 y 10.2) presentaron, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, y en ningún momento se registraron superaciones de sus respectivos valores límite para protección de la salud humana.

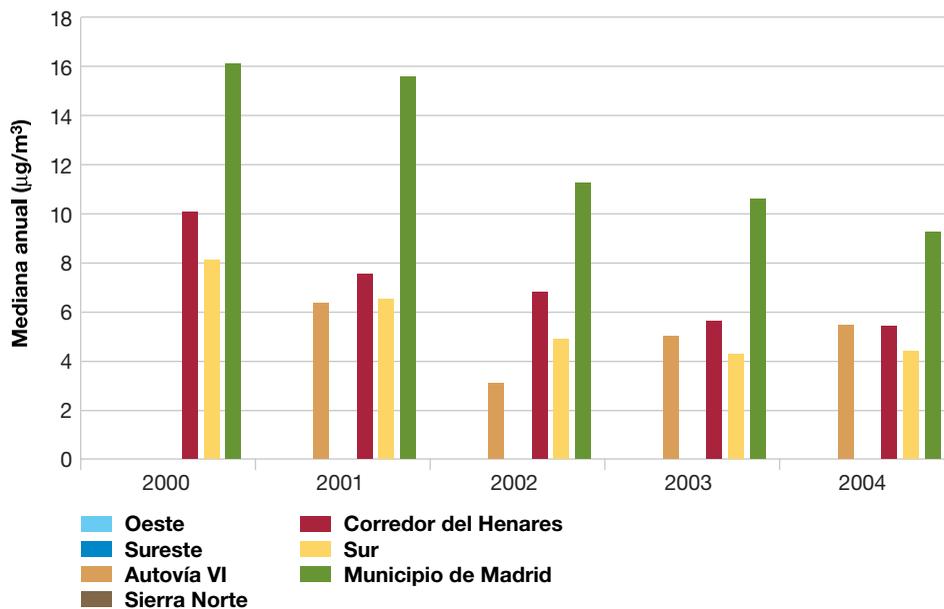


Gráfico 10.1. Evolución de la mediana anual de los valores medios diarios de SO₂

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

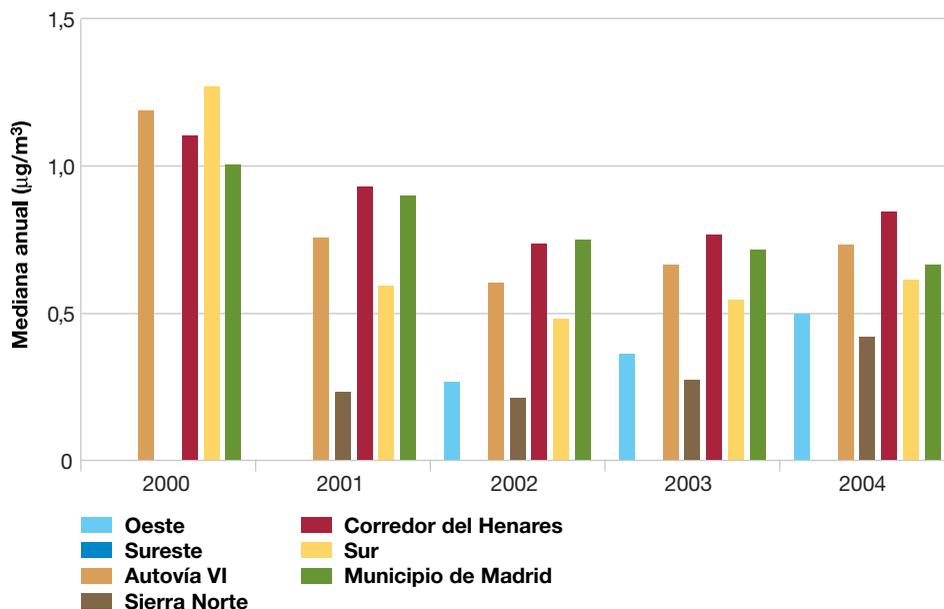


Gráfico 10.2. Evolución de la mediana anual de los valores medios diarios de SO₂

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La situación de las PM₁₀ y del NO₂ (Tabla 10.1 y Gráficos 10.3 y 10.4) es menos halagüeña, no sólo por haberse superado los respectivos límites (diario y horario respectivamente) para protección a la salud humana en varias estaciones, sino también porque, dado que este límite va ir 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.

Tabla 10.1. Comunidad de Madrid. Superaciones de contaminantes atmosféricos PM₁₀ y NO₂. Años 2002-2004.

	PM ₁₀			NO ₂		
	2002 ⁽¹⁾	2003 ⁽²⁾	2004 ⁽³⁾	2002 ⁽⁴⁾	2003 ⁽⁵⁾	2004 ⁽⁶⁾
Nº de superaciones	575	1.583	2.066	11	53	157
Nº de estaciones afectadas	35	40	38	5	12	19
Nº medio de superaciones por estación	16	40	54	2	4	8
Nº máximo de superaciones por estación	100	136	169	7	16	26

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

- (1) nº de superaciones del valor límite de 65 µg/m³ como valor medio diario de PM₁₀. R.D. 1073/2002.
- (2) nº de superaciones del valor límite de 60 µg/m³ como valor medio diario de PM₁₀. R.D. 1073/2002.
- (3) nº de superaciones del valor límite de 55 µg/m³ como valor medio diario de PM₁₀. R.D. 1073/2002.
- (4) nº de superaciones del valor límite de 280 µg/m³ como valor medio horario de NO₂. R.D. 1072/2002.
- (5) nº de superaciones del valor límite de 270 µg/m³ como valor medio horario de NO₂. R.D. 1072/2002.
- (6) nº de superaciones del valor límite de 260 µg/m³ como valor medio horario de NO₂. R.D. 1072/2002.

Gráfico 10.3. Comunidad de Madrid. PM₁₀, Nº medio de superaciones diarias por zona.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

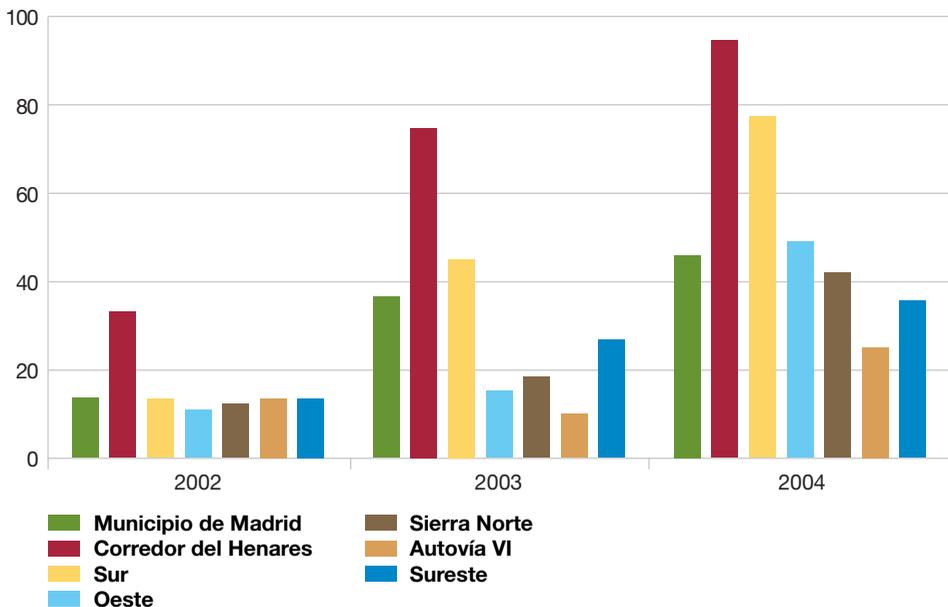
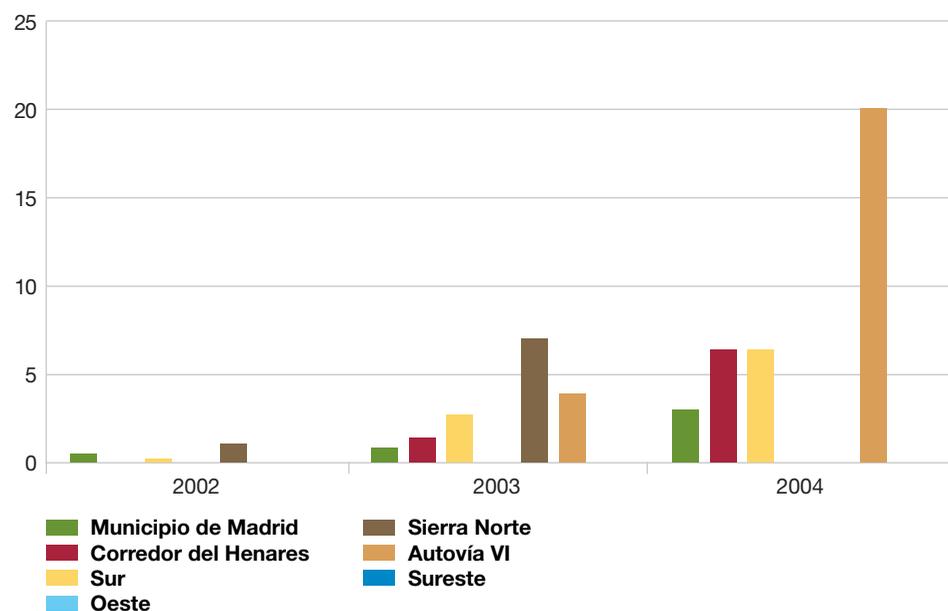


Gráfico 10.4. Comunidad de Madrid. NO₂, Nº medio de superaciones horarias por zona.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Es importante reseñar que los actuales límites impuestos por la normativa europea para las PM_{10} están siendo contestados por los países de la cuenca mediterránea dado que en éstos, la fracción de los componentes naturales de las PM_{10} (sobre los que no se puede actuar) es más elevada que en el resto de los países europeos. En consecuencia,

Año 2000



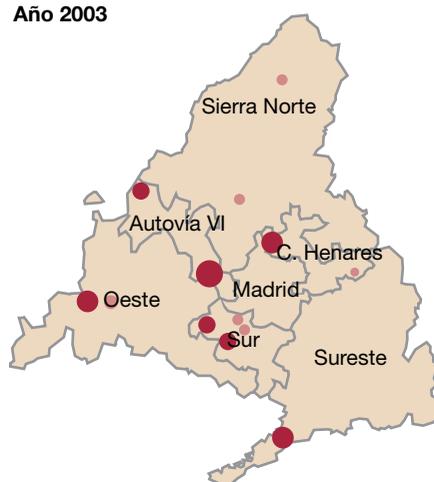
Año 2001



Año 2002



Año 2003



Año 2004



Superaciones de O_3

- 1 superación
- Hasta 10 superaciones
- Hasta 25 superaciones
- Hasta 35 superaciones
- Hasta 55 superaciones
- Hasta 75 superaciones
- Más de 75 superaciones

Gráfico 10.5. Evolución del número de superaciones de los valores límites horarios de protección a la salud para Ozono, por estación. Comunidad de Madrid. Periodo 2002-2004.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

se está valorando la utilización como parámetro representativo de las aportaciones antropogénicas, las PM_{2,5} (partículas en suspensión con diámetro menor de 2,5 µ).

En cuanto al Ozono (O₃) (Tabla 10.2 y Gráficos 10.5 y 10.6), durante el año 2004 se produjo un notable descenso en el nº de superaciones del umbral de información a la población (media horaria=180 µg/m³) respecto al año 2003 en el que se registraron valores inusualmente elevados tanto en las concentraciones como en el número de superaciones del umbral de información, registrándose incluso, por primera vez, superaciones dentro del municipio de Madrid. Hay que tener en cuenta que las anómalas condiciones meteorológicas de los meses de junio, julio y agosto del año 2003 (ola de calor) fueron muy favorables para la producción de O₃ troposférico.

En ninguna zona se superó el nivel de alerta (media horaria=360).

Gráfico 10.6. Comunidad de Madrid. O₃, Número medio de superaciones horarias por zona.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

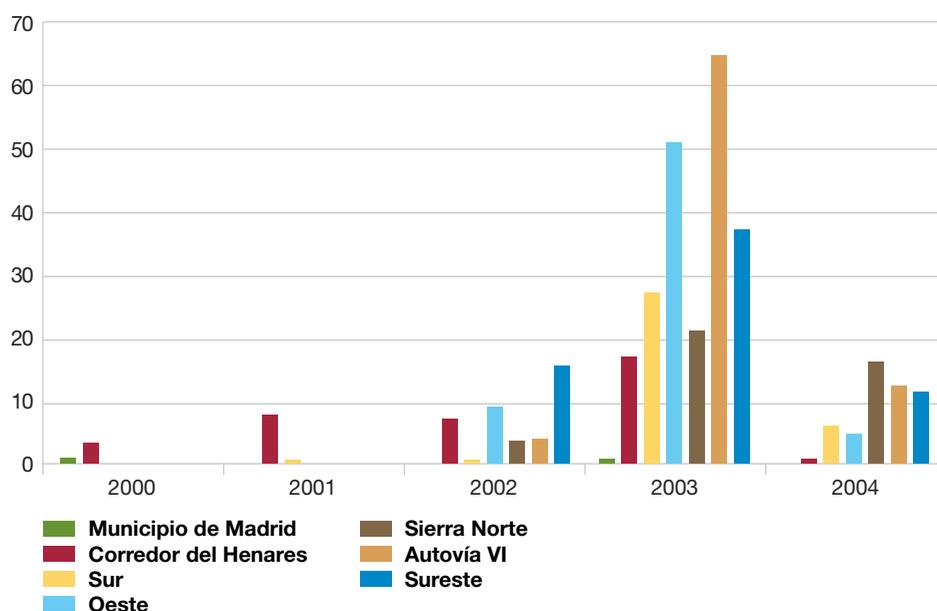


Tabla 10.2. Comunidad de Madrid. Número de superaciones O₃.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	O ₃				
	2000	2001	2002	2003	2004
Nº de superaciones	21	33	96	571	127
Nº de estaciones afectadas	11	5	9	24	13
Nº medio de superaciones	2	7	11	24	10
Nº máximo de superaciones por estación	7	19	30	88	24

10.1.2. Efectos en la salud de la contaminación atmosférica

Dos proyectos multicéntricos de investigación, el español EMECAS y el europeo APHEIS, cuyos últimos resultados se publicaron en el transcurso de 2004, han proporcionado una estimación fiable de los efectos de diversos contaminantes sobre la salud humana a medida que aumentan o disminuyen sus concentraciones ambientales.

Los resultados obtenidos en EMECAS sugieren la existencia de una asociación a corto plazo entre la contaminación atmosférica y la mortalidad diaria, así como con los ingresos hospitalarios, en el municipio de Madrid. El incremento del riesgo de morir oscila entre un 0,7 y 1% para aumentos de 10µg de SO₂, PM₁₀ y NO₂ y del 1,2% para un aumento de 1 mg de CO. La asociación con la mortalidad respiratoria y circulatoria presenta los riesgos de mayor magnitud. La asociación más elevada se establece con los valores medios de los contaminantes más que con los valores máximos diarios.

Si bien la magnitud de la asociación entre las variaciones diarias de los diversos contaminantes por un lado, y el impacto en salud, es débil, el hecho de que sea el conjunto de la población el que se ve expuesta a la contaminación atmosférica hace que desde el punto de vista de la salud pública el problema adquiera relevancia y cobre mayor fuerza la necesidad de ajustarse a los límites de contaminantes cada vez más estrictos que marca la legislación para reducir la morbimortalidad atribuible a los mismos. Para el conjunto de los países miembros de la UE (año 2000) se estima una mortalidad de alrededor de 300.000 fallecimientos anuales debidos a la contaminación atmosférica. Para España la cifra estaría en torno a las 16.000 muertes anuales.

10.1.3. Calidad de las aguas de consumo humano

La vigilancia y el control de la calidad del agua suministrada a través de sistemas de abastecimiento público requiere tanto la supervisión de las condiciones sanitarias de las estructuras implicadas en el abastecimiento (captación, depósitos, tratamientos, conducciones, etc) como el control de la calidad de las aguas. El Instituto de Salud Pública, a través de sus servicios territoriales, lleva a cabo su programa de vigilancia utilizando como herramienta básica el Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).

A raíz de la publicación del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, y de la consecuente actualización del Sistema Nacional de Aguas de Consumo, se diseña el sistema de control de aguas ajustándose a la definición de 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. En la Comunidad de Madrid existen las siguientes Zonas de Abastecimiento:

1. Veinte ZA del Canal de Isabel II. Definidas por cada Estación de Tratamiento. La mayor parte de las Zonas incluyen varios municipios. Abastecen a una población de 4.776.999 habitantes (95,1 %).
2. Treinta y cinco ZA de titularidad municipal. Corresponde a los abastecimientos municipales con suministro autónomo. 208.527 habitantes (4,2 %).
3. Cuatrocientas cuarenta y cinco ZA de titularidad no municipal (privados). Sistemas de abastecimiento con captación, tratamiento y distribución propia (no dependiente de la red del municipio), cualquiera que sea el destino del abastecimiento: urbanización, industria, hospital, colegio, etc. Se estima una población de 36.763 (0,7%).

En base a los controles efectuados por las empresas gestoras y los llevados a cabo por la Dirección General de Salud Pública, se presentan las siguientes conclusiones:

- 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.
- De los aproximadamente 12.424 análisis de agua efectuados por el Canal de Isabel II y de los 1.049 efectuados por el Instituto de Salud Pública, se verifica que sólo el 0,2% incumplen los límites establecidos en la legislación vigente.
- 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). Por otro lado, hay que destacar que los niveles de otros subproductos derivados de la desinfección y considerados de mayor trascendencia sanitaria, como es el caso de los trihalometanos, no superan en ningún caso las concentraciones recomendadas.
- 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 los sistemas de desinfección presentan deficiencias, por lo que las alteraciones más frecuentes son indicadores de contaminación microbiológica.
- Existe un importante número de suministros privados de aguas procedentes de pozos, que 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 cuando existen deficiencias en la desinfección así como los derivados de la existencia de niveles elevados de arsénico en algunos abastecimientos.

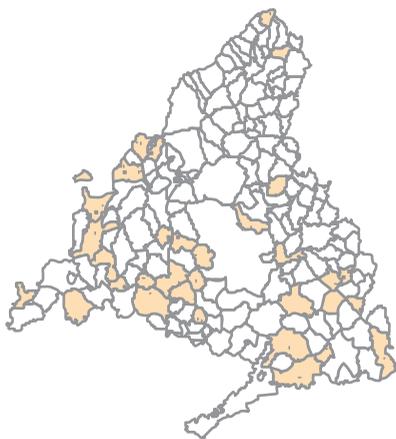
En el año 2000 se realizó un análisis de arsénico en el agua de abastecimientos de origen subterráneo de la Comunidad de Madrid mediante la toma de 353 muestras cuyos resultados pueden apreciarse en la Tabla 10.3 y en el Gráfico 10.7. En el año 2000 el límite permitido por la legislación era de 50µg/litro. Desde 2003 dicho límite ha quedado establecido en 10µg/litro. De acuerdo con este valor, el 26,3% (93) de los 353 abastecimientos superaban en la fecha de la toma de muestras el límite permitido. Aunque la inmensa mayoría eran suministros privados hubo 4 de propiedad municipal. Los titulares de los abastecimientos afectados fueron informados a fin de que procediesen a implementar las oportunas medidas de corrección. Desde entonces se hace un seguimiento anual de aquellos que superan los límites permitidos.

Tipo abastecimiento	Niveles de Arsénico ($\mu\text{g/l}$)				Total
	Indetectables ($\text{As}<1$)	Mínimos ($1<\text{As}<10$)	Tolerables ($10<\text{As}<50$)	Elevados (>50)	
Riego	1			1	2
Industria no alimentaria	8	40	26	3	77
Restauración	12	31	16	3	62
Internado	5	10	10		25
Industria alimentaria	3	16	8	1	28
Urbanización	13	71	16	5	105
Municipal	14	36	4		54
Total	56 (15,8%)	204 (57,8%)	80 (22,6%)	13 (3,7%)	353

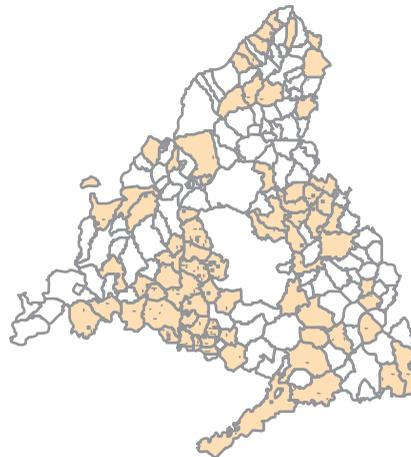
Tabla 10.3. Comunidad de Madrid. Número de abastecimientos y niveles de arsénico por tipo de abastecimiento.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

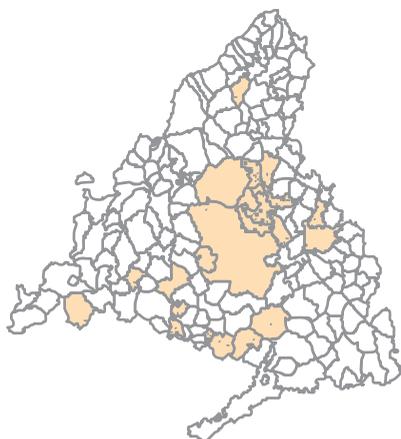
Abastecimientos con nivel de As < $1\mu\text{g/l}$ o no detectable (56)



Abastecimientos con nivel de As entre $1-10\mu\text{g/l}$ o o bajo (204)



Abastecimientos con nivel de As entre $10-50\mu\text{g/l}$ o o tolerable (80)



Abastecimientos con nivel de As > $50\mu\text{g/l}$ o o elevado (13)



Gráfico 10.7. Comunidad de Madrid. Distribución geográfica de los 353 abastecimientos de agua de bebida de origen subterráneo en la Comunidad de Madrid, según nivel de arsénico (mayo-julio de 2000).

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

- Por lo que se refiere a las alteraciones de calidad dentro de las redes domiciliarias, durante el año 2004 se ha llevado a cabo un estudio de concentraciones de plomo y otros metales en aguas de grifo de viviendas, no obteniéndose datos que alerten sobre un posible riesgo de contaminación del agua dentro de las conducciones interiores. El límite actual permitido se encuentra en 25µg/litro y será de 10µg/litro a partir de 2014. De las 242 muestras analizadas tan sólo 1 sobrepasaba los 25µg y sólo 2 más estaban por encima de los 10 µg.

En conclusión, el abastecimiento de agua de consumo en la Comunidad de Madrid ofrece una alta garantía de calidad. Dado el alcance de los tratamientos empleados en la actualidad en las aguas de la Comunidad de Madrid, es de suponer que la presencia de los pocos indicadores de contaminación microbiológica encontrados son atribuibles a la alteración del agua dentro de la red de distribución (depósitos intermedios, conducciones).

10.1.4. Calidad de las aguas de las zonas de baño

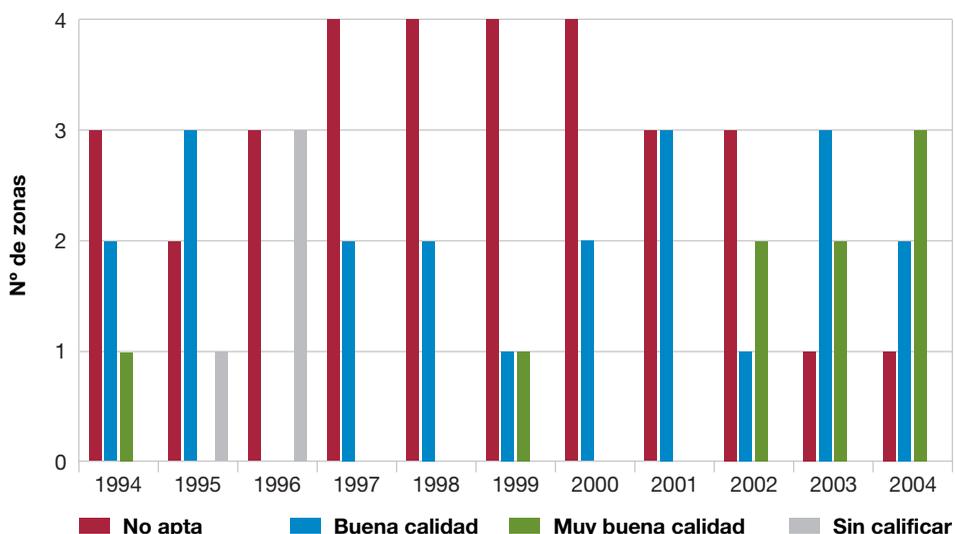
No hay duda de que el uso de aguas como actividad recreativa revierte de forma positiva sobre la salud y el bienestar. No obstante, frente a estos beneficios, hay que contraponer los riesgos sanitarios asociados a los accidentes, la exposición a contaminantes físicos como el calor, el frío y las radiaciones solares excesivas, y a la exposición a contaminantes del agua de baño.

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. Todas las zonas calificadas como no aptas lo son debido a la detección de indicadores de contaminación microbiológica.

En el Gráfico 10.8 y la Tabla 10.4 se muestra la evolución de los últimos años, según los datos publicados en el documento sobre “Calidad de las Aguas de Baño” de la Comisión Europea.

Gráfico 10.8. Comunidad de Madrid. Calificación zonas de baño. 1994-2004.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Durante 2004 la calificación de las seis zonas de baño fue la siguiente:

Municipio	Denominación de la zona	Calificación
Manzanares el Real	Charca verde	Buena calidad
San Martín de Valdeiglesias	Virgen de la Nueva	Muy buena calidad
San Martín de Valdeiglesias	El muro	Muy buena calidad
Estremera	Los Villares	Buena calidad
Aldea del Fresno	Playa del Alberche	No apta
Rascafría	Las Presillas	Muy buena calidad

Tabla 10.4. Comunidad de Madrid. Calificación de zonas de baño.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

10.1.5. Efectos en la salud derivados de las olas de calor

La intensa ola de calor que afectó a Europa occidental en el verano de 2003 se tradujo en un importante incremento de la mortalidad que afectó de manera especial a los mayores de 65 años y que llevó al primer plano de actualidad la importancia de los fenómenos meteorológicos extremos, un factor de riesgo ambiental tradicionalmente olvidado o minusvalorado.

Un estudio del Centro Nacional de Epidemiología realizado antes de concluir el año 2003 estimaba, para el conjunto del país, un exceso de mortalidad de 6500 fallecimientos sobre lo esperado en el período Junio-Agosto.

Sin embargo, en Junio de 2004, los datos sobre mortalidad general aportados por el INE señalaban 13.000 muertes más en el verano de 2003 con respecto al verano del año anterior. Para la Comunidad de Madrid, 1.133 muertes más. En el mes de mayor impacto de la ola de calor, Agosto, el incremento de mortalidad en nuestra Comunidad con respecto al mismo mes de 2002 fue del 20,23%, algo difícilmente explicable como consecuencia de la variación interanual. (Tablas 10.5 y 10.6)

Meses	Año 2002	Año 2003	Diferencia	Variación %
Junio	3.215	3.492	277	+8,62
Julio	3.066	3.324	258	+8,41
Agosto	2.956	3.554	598	+20,23
Total	9.237	10.370	1.133	+12,27

Tabla 10.5. Fallecimientos en la Comunidad de Madrid (todas las causas, todas las edades, ambos sexos) en los veranos 2002 y 2003.

Fuente: INE. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Meses	Año 2002	Año 2003	Diferencia	Variación %
Junio	28.771	31.766	2.995	+10,41
Julio	28.690	31.211	2.521	+8,79
Agosto	27.185	34.632	7.447	+27,39
Total	84.646	97.609	12.963	+15,31

Tabla 10.6. Fallecimientos en España (todas las causas, todas las edades, ambos sexos) en los veranos 2002 y 2003.

Fuente: INE. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Ante la evidencia del importante impacto en salud de las temperaturas extremas y con objeto de prevenir o minimizar dicho impacto en el futuro, la Consejería de Sanidad decidió elaborar un Plan de Prevención de los efectos de las olas de calor que entró en vigor el 15 de Junio de 2004 y se mantuvo activado hasta el 30 de Septiembre. Los resultados de dicho plan, en términos de reducción de morbimortalidad respecto a 2003, serán difíciles de evaluar habida cuenta de que el verano de 2004, a diferencia del anterior, no se caracterizó por temperaturas anormalmente altas para esa época del año. Lo que sí ha podido evaluarse es el funcionamiento del propio sistema de información y vigilancia de extremos térmicos.

10.1.6. Sistema de Información de Extremos Térmicos: Verano 2004

El Sistema de Información de Extremos Térmicos (ola de calor) permite informar del nivel de riesgo previsto en función de las temperaturas previstas para un determinado día y los 4 siguientes (suministradas por el INM), mediante la elaboración de un Boletín diario.

10.1.6.1. Criterios de definición de los niveles de riesgo

Nivel de riesgo 0 o situación de normalidad

Se considera que no existe un incremento de riesgo cuando la temperatura máxima prevista para los próximos cinco días es inferior a los 36,6° C. Esta situación expresa la “normalidad” de la temperatura estival en la Comunidad de Madrid.

Nivel de riesgo I o nivel de precaución

Se considera que existe un nivel moderado de riesgo con un perfil bajo de intervención cuando la temperatura máxima prevista para los próximos cinco días es igual o superior a 36,6° C e inferior a 38,6 con una duración que no supere los 3 días consecutivos.

Nivel de riesgo II o de alto riesgo

Se considera que existe un alto nivel de riesgo con un perfil elevado de intervención cuando la temperatura máxima prevista para los próximos cinco días es igual o superior a 38,6° C ó cuando se producen al menos 4 días consecutivos con temperaturas superiores o iguales a 36,6° C.

10.1.6.2. Actividades desarrolladas

Las actividades del servicio de Sanidad Ambiental durante el período de vigilancia (15 de junio al 30 de septiembre de 2004) fueron:

Seguimiento de la evolución de las temperaturas máximas previstas y de las observadas, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

- Coordinación con el INM para el envío y recepción de las distintas variables meteorológicas,
- Recepción diaria de los datos observados de las variables meteorológicas (temperaturas máximas y mínimas previstas para el día en curso y los 9 días siguientes), elaboradas para el ISP y proporcionadas por el INM.
- Elaboración y representación gráfica de las diferentes series de temperaturas.

Incorporación del Sistema de Información de Sanidad Ambiental al Plan de Respuesta ante los riesgos de las olas de calor por medio de las siguientes actuaciones:

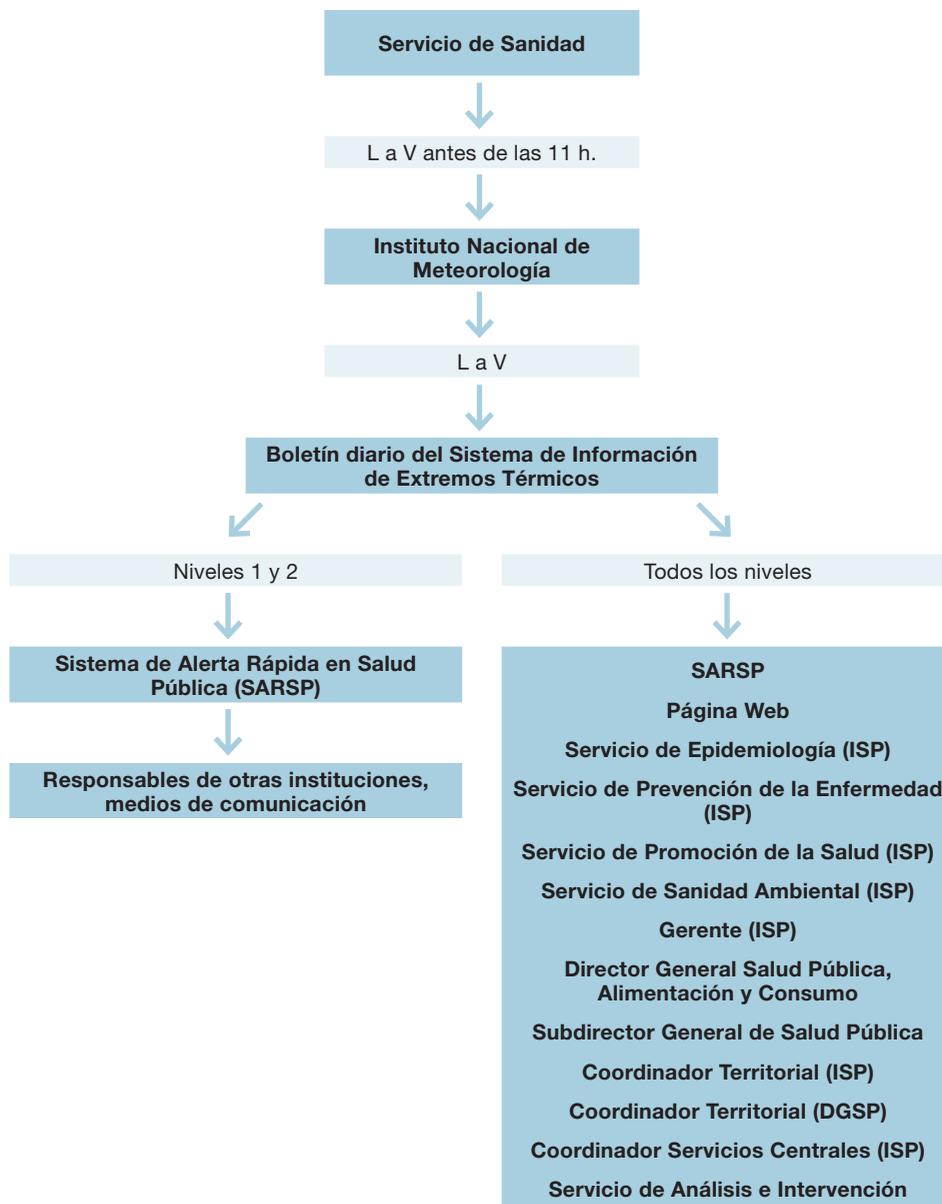
- Recepción diaria de los datos de previsiones meteorológicas elaboradas (temperaturas máximas previstas para el día en curso y los 9 días siguientes) para el Instituto de Salud Pública (ISP) por el Instituto Nacional de Meteorología del Ministerio de Medio Ambiente (INM).

- Elaboración del indicador diario de temperatura,
- Elaboración del Boletín Diario del Sistema de Información de Extremos Térmicos.

Difusión del Boletín Diario a: Servicio de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP), página web, Dirección General de Salud Pública y Alimentación (DGSPA) e ISP, según el esquema incluido más adelante.

Seguimiento de la evolución de los avisos de riesgo elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MISACO) para la Comunidad de Madrid.

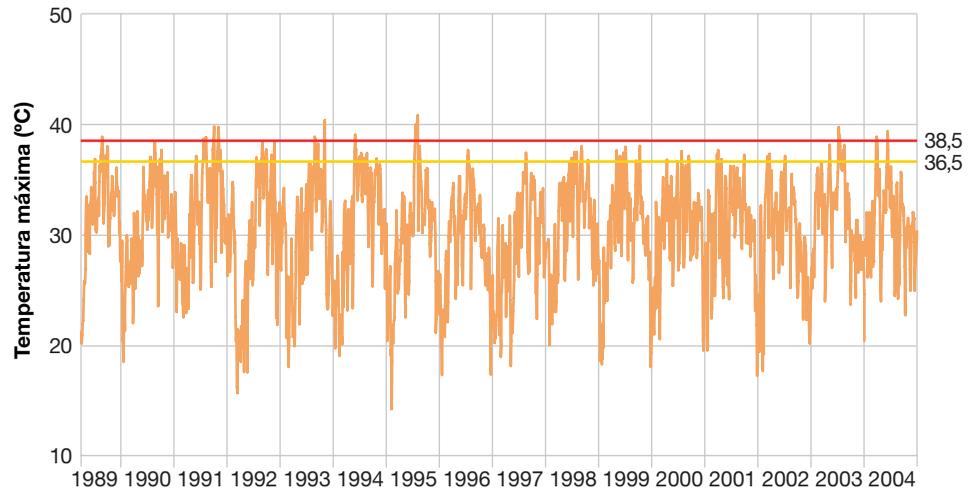
Vigilancia y control de los niveles de riesgo (Junio-Septiembre)



Teniendo en cuenta la serie de temperaturas máximas desde 1989, las altas temperaturas registradas durante los últimos días del mes de junio de 2004 sólo se pueden comparar con las registradas en las mismas fechas de 1994. Estas altas temperaturas tuvieron lugar antes de lo habitual, por lo que la exposición fue mayor de lo esperable para esta época del año (Gráfico 10.9). Por otra parte las altas temperaturas ocurridas a finales de julio de 2004 estarían dentro del rango de normalidad para esas fechas.

Gráfico 10.9. Serie de temperaturas máximas 1989-2004. Período del 01/06 a 30/09.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Las temperaturas máximas observadas durante el período 15/06 al 30/09 se caracterizaron por su normalidad, excepto durante dos cortos períodos: del 27 de junio al 1 de julio y del 23 al 25 de julio. En estas fechas, se alcanzaron las temperaturas máximas más elevadas de toda la estación; además, este aumento de temperaturas se produjo de forma brusca.

El 24 de julio con 39,5 °C fue el día que registró la temperatura máxima más alta, y el 3 de septiembre la más baja (22,5 °C). Sólo el 5% de los días la temperatura máxima estuvo por encima de los 37,7 °C.

Tabla 10.7. Medidas de tendencia central y de dispersión de la temperatura máxima diaria, período 15/06 a 30/09 de 2004.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Estadístico	°C
Media	31,2
Mínimo	22,5
Mediana	31,1
Percentil 95	37,7
Máximo	39,5

Si comparamos la serie de temperaturas previstas con la de temperaturas reales, observamos que entre las dos series (Gráfico 10.10) hubo una correlación positiva muy elevada, habiendo evolucionado ambas de forma muy parecida.

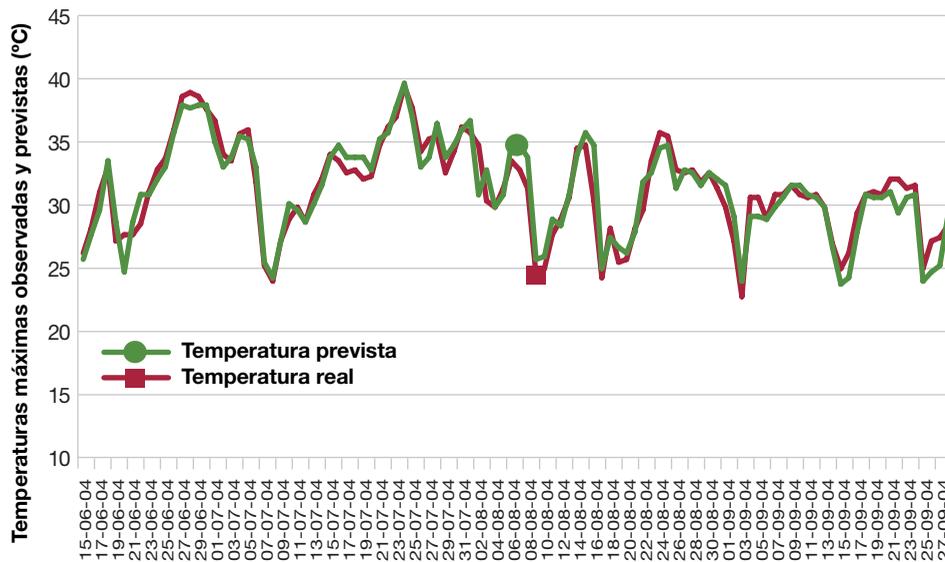


Gráfico 10.10. Evolución de las temperaturas máximas previstas del INM y de las temperaturas máximas observadas. Período 15/06 a 30/09 de 2004.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tal como se aprecia en el Gráfico 10.11 no hubo una gran diferencia entre los datos reales de temperatura y la predicción.

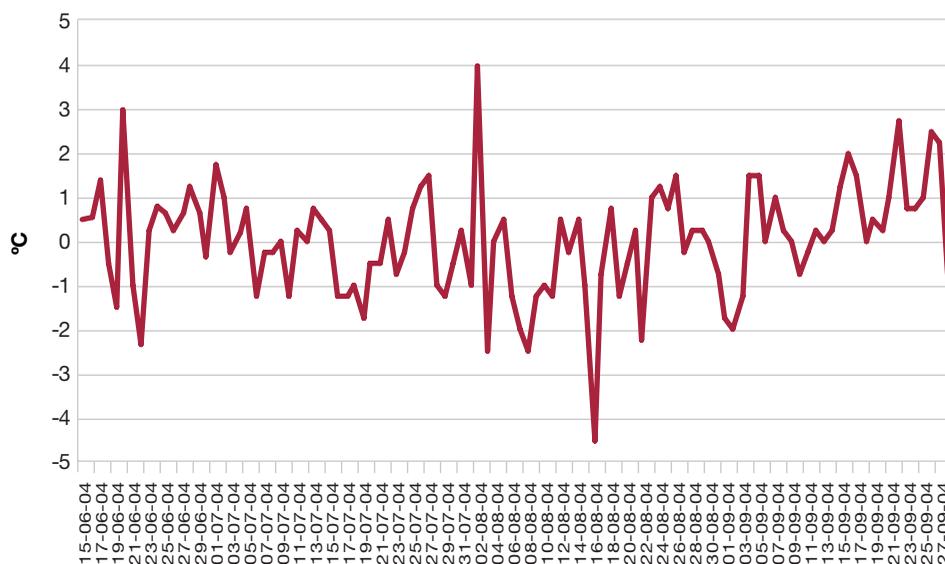


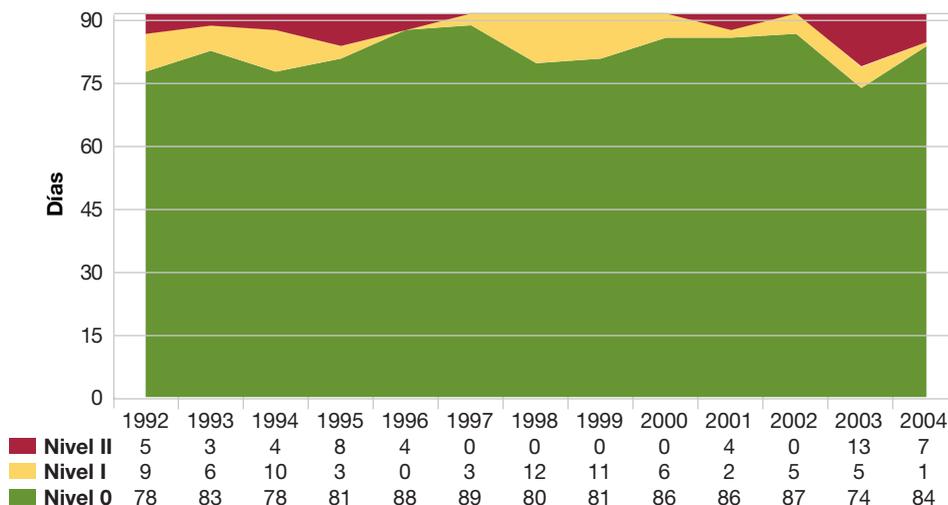
Gráfico 10.11. Error absoluto entre valores reales y predicción de temperaturas máximas. Período del 01/06 a 30/09 de 2004.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Si consideramos el período 1992-2004, el año 2004 (según las temperaturas observadas) fue un año intermedio para el nivel cero (84 días con nivel cero), un año con pocos días de nivel I (2 días) y el tercer año con días de nivel II (6 días).

Gráfico 10.12. N° de días en que se activarían los diferentes niveles de alerta del 15/06 al 15/09, período 1992-2004.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Desde el año 1992 al 2003, el verano que ha contado con menos días en nivel verde ha sido el del 2003 con 74 días y el que más el año 1997 con 89 días. El verano de 1998 contó con el mayor número de días en nivel amarillo (12) y en 1996 no hubo ningún día clasificado en este nivel. Por último todos los años menos 5 han contado con días en nivel rojo.

En cuanto al año 2004, teniendo en cuenta los niveles de alerta previstos en el Plan de Respuesta ante los riesgos del calor; con las temperaturas previstas, el nivel de alerta roja se disparó 6 días (27, 30 de junio y 20, 21, 22 y 23 de julio), y el de alerta amarilla 7 días (25 y 28 de junio y 19, 26, 27, 29 y 30 de julio), siendo el resto de los días nivel verde. Con la temperatura real se hubiera activado la alerta roja durante siete días (del 27 de junio al 1 de julio y 24 y 25 de julio) y la alerta amarilla 1 día (23 de julio) siendo los demás días nivel verde.

En relación con los datos proporcionados por el MISACO, comunicaron alerta amarilla 10 días (24 a 30 de junio, 19, 23 y 24 de julio) y alerta roja 3 días (20, 21 y 22 de julio), siendo el resto de los días nivel verde.

El desarrollo del Sistema de Información de Sanidad Ambiental, en su vertiente de vigilancia de la ola de calor, ha supuesto un primer e importante paso para el conocimiento y tratamiento de los extremos térmicos que se producen en nuestra región. Este Sistema se basa en la elaboración del Boletín Diario del Sistema de Información de Extremos Térmicos, el cual se ha distribuido desde el ISP a todos los sectores implicados. Se considera que el funcionamiento del Sistema durante el verano 2004 ha sido muy positivo, al cumplirse los objetivos de:

- Informar a la población de nuestra región sobre los niveles de riesgo y difundir las medidas de prevención y protección a adoptar frente a las altas temperaturas y
- Comunicar a los servicios sanitarios y sociosanitarios el nivel de riesgo diario para que éstos pongan en marcha los mecanismos de intervención previstos en cada situación.

10.1.7. Contaminación biótica: Polen atmosférico

El polen cumple un papel biológico fundamental en el ciclo reproductivo de las plantas y es además un importante alérgeno ambiental responsable de procesos alérgicos y crisis asmáticas.

La Red Palinológica de la Comunidad de Madrid, RED PALINOCAM, es la Coordinadora de este sistema de Vigilancia, analizando la evolución de los distintos tipos polínicos durante todo el año.

Existen dos periodos de polinización relevantes por su mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera, y son: invierno y Cupresáceas, y primavera con Gramíneas y Olivo.

Recuentos totales	Cupresáceas	Olivo	Gramíneas	Polen total
Alcalá de Henares	9.233	717	3.211	42.543
Alcobendas	7.803	2.660	5.038	37.845
Aranjuez	4.984	419	966	16.740
Coslada	5.431	278	1.302	14.300
Getafe	9.649	1.415	3.773	32.072
Leganés	8.249	1.328	3.538	27.739
C. Universitaria	4.919	149	1.069	21.675
Madrid Centro	450	3	53	1.637
Bº Salamanca	6.095	804	2.612	23.147
Collado Villalba	11.764	142	2.632	32.288
Media Red	6.858	792	2.419	24.999

*Los datos del captador de Madrid Centro corresponden a 154 días de muestreo

Durante 2004 el periodo de polinización del tipo polínico Cupresáceas (que abarca diferentes géneros y especies) se adelantó en el tiempo respecto a la media histórica de la red, produciéndose una máxima concentración a primeros del mes de Enero. Se superaron siete días los niveles muy altos, mientras que no se alcanzaron concentraciones elevadas el resto del periodo.

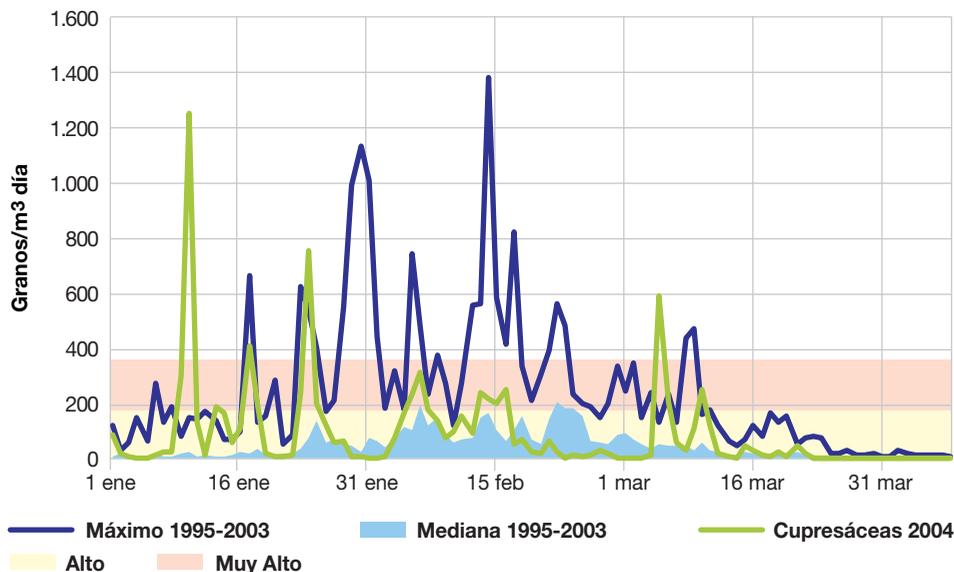


Tabla 10.8. Niveles de concentración total de polen durante el 2004 en cada uno de los captadores de la Red Palinocam.

Fuente: Red PALINOCAM. Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

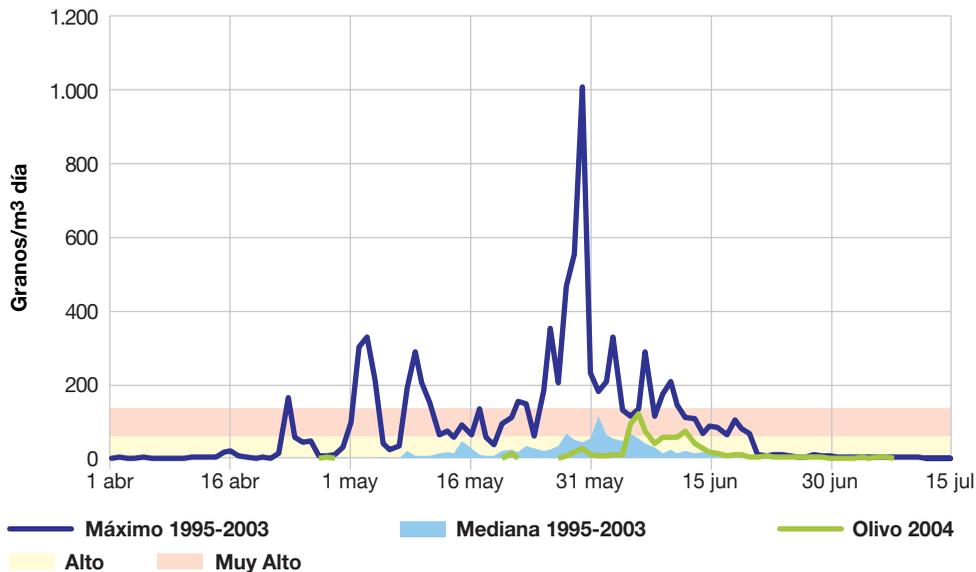
Gráfico 10.13. Comunidad de Madrid. Niveles de concentración de cupresáceas. Año 2004.

Fuente: Red PALINOCAM. Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La distribución estacional del polen de olivo fue muy corta durante el periodo, sólo se alcanzaron niveles altos en dos ocasiones durante la primera semana de junio, estando los niveles por debajo del nivel de la mediana del periodo de referencia el resto de los días.

Gráfico 10.14. Comunidad de Madrid. Niveles de concentración de olivo. Año 2004.

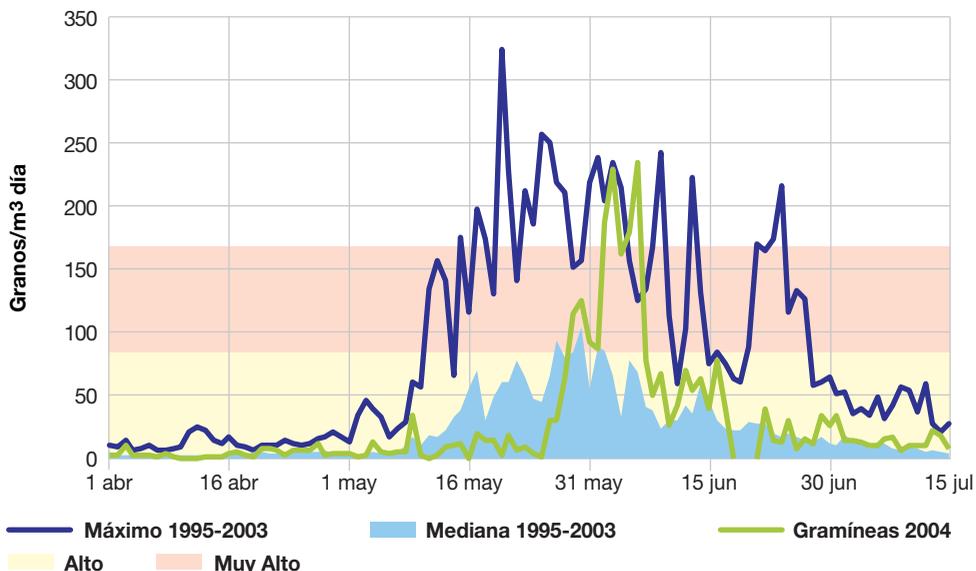
Fuente: Red PALINOCAM. Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



En cuanto a las Gramíneas se refiere, sólo se produjeron dos días de niveles muy altos, coincidiendo con el olivo, la primera semana de junio, mientras que en el resto del periodo de polinización los niveles han sido bajos o medios. Cabe destacar la corta duración del periodo respecto a la mediana histórica de 1995-2003.

Gráfico 10.15. Comunidad de Madrid. Niveles de concentración de gramíneas. Año 2004.

Fuente: Red PALINOCAM. Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



10.1.8. Legionellosis

El objetivo del sistema de control de Legionellosis es 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 Legionellosis que son notificados a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica, y de la relación espacial entre ambas informaciones, mediante la utilización de una herramienta de análisis geográfico, los Sistemas de Información Geográfica.

La información de partida proviene por un lado de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (casos) y por otro del Sistema de Información de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria (SISAHA).

El Sistema permite el conocimiento de la distribución geográfica de las torres de refrigeración y condensadores evaporativos correspondientes a las once áreas sanitarias, y por otro la localización de los casos notificados de Legionella. El análisis conjunto de estos datos facilita tener una 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 Legionellosis permite detectar posibles agregaciones espacio temporales, y orientar las actuaciones de vigilancia y control sobre las instalaciones cercanas. La información espacial se actualiza trimestralmente, y se editan las series cartográficas que se difunden entre la organización de la DGSPA, aunque la información disponible en el sistema permitiría la intervención en situaciones de crisis en el tiempo y la forma adecuados.

En el año 2004 se han localizado, a 31 de diciembre de 2004, 3563 instalaciones de riesgo (Gráfico 10.16), y se han cartografiado los casos esporádicos notificados de Legionella de los años 2003 y 2004 (de acuerdo con el criterio del Grupo de Trabajo Europeo para las infecciones de Legionella).

Respecto a la distribución espacial de los casos, no se ha detectado ninguna zona con agregación de puntos que permitan hacer sospechar ausencia de aleatoriedad y consiguientemente presencia de una causa ambiental común a varios casos, y se han identificado 487 instalaciones situadas a menos de 500 m de éstos, y, de ellas, 158 están en ese rango de distancia de más de un caso, es decir un 4,4%, que pueden constituir el objetivo sobre el que el programa de Prevención y Control de la Legionellosis focalice su atención (Gráfico 10.17).

Gráfico 10.16. Localización de instalaciones de riesgo: torres de refrigeración y condensadores evaporativos. Vigilancia de legionelosis y factores de riesgo ambiental. Área 8.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

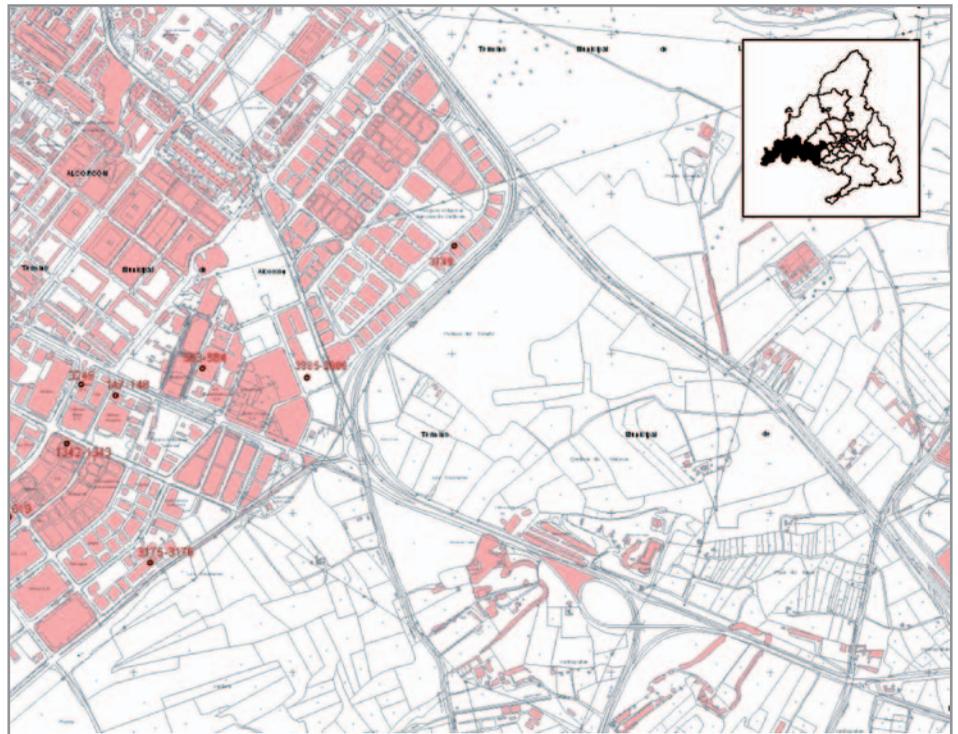
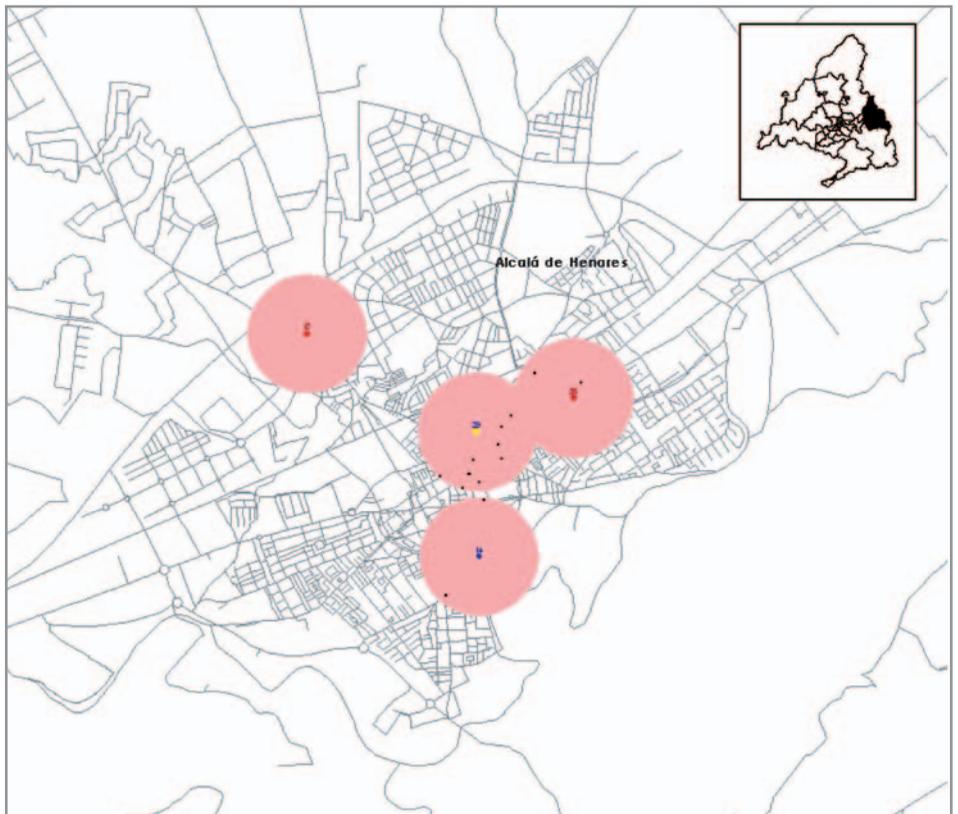


Gráfico 10.17. Análisis espacial. Casos de Legionella e instalaciones de riesgo. Área 3.

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



10.2. Factores determinantes en el entorno de trabajo: Salud laboral y enfermedades profesionales

Según se establece en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, la 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”.

El cuadro de enfermedades profesionales actualmente en vigor fue publicado en 1978 y está dividido en seis grupos:

1. Enfermedades provocadas por agentes químicos.
2. Enfermedades de la piel causadas por agentes que no se recogen en otras secciones.
3. Neumoconiosis.
4. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
5. Enfermedades provocadas por agentes físicos.
6. Enfermedades sistémicas no clasificables en otras secciones.

Es decir, en nuestro país el reconocimiento y la indemnización de las enfermedades profesionales está basado en el sistema de “lista cerrada”: existe una lista de enfermedades y profesionales potencialmente expuestos que define las enfermedades reconocidas como Profesionales y los trabajos a riesgo de contraerlas.

En España, la capacidad de detección de las Enfermedades Profesionales es deficiente en comparación con la de las enfermedades transmisibles. Esto es consecuencia, entre otros factores, a la falta de criterios homogéneos para la detección y diagnóstico de las enfermedades profesionales y al hecho de que rara vez estas son atribuibles de forma exclusiva a factores laborales. La rígida definición de Enfermedad Profesional confiere al sistema una gran especificidad y un alto valor predictivo positivo. Aun asumiendo en muchos casos la multicausalidad, existen altas probabilidades de que toda enfermedad notificada sea una enfermedad profesional. Sin embargo, en este contexto nos enfrentamos al gran problema de la subnotificación pues muchas enfermedades profesionales son diagnosticadas como enfermedades comunes no completando el flujo adecuado para estas contingencias (pensemos en el asma, dermatosis y otras muchas enfermedades de origen laboral que son atendidas en Atención Primaria y Especializada).

Otro factor que contribuye a esta falta de sensibilidad es la naturaleza diferenciadora de la prestación económica entre la enfermedad profesional y la enfermedad común. Desde el punto de vista económico, la Enfermedad Profesional es una circunstancia que, en principio, debería favorecer al trabajador interesado y conlleva prestaciones de seguridad social mejores que aquellas por enfermedad común. Finalmente, toda enfermedad profesional conlleva una investigación por parte de la Inspección de Trabajo y esto puede producir cierta resistencia a la notificación.

La sensibilidad del sistema es, por tanto, muy baja debido a la presencia de estos falsos negativos. Estas limitaciones del actual sistema de declaración de Enfermedades Profesionales hacen que los datos disponibles sean sólo una muestra de un problema de dimensiones desconocidas, lo que limita la eficacia de posibles intervenciones.

Tabla 10.9. Comunidad de Madrid. Número de trabajadores con la contingencia de Enfermedad Profesional cubierta. Promedio anual para 2003.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Código de actividad económica	Nº
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	9.254
Pesca y acuicultura	225
Extracción y aglomeración de carbón	84
Extrac. de petróleo, gas y minerales	734
Extracción de minerales no energéticos	1.322
Industria de alimentos, bebidas y tabaco	21.865
Industria textil y de la confección	13.562
Industria del cuero y del calzado	1.532
Industria de la madera y del corcho	4.297
Industria del papel. Artes gráfica y edición	45.397
Coquerías. Refinerías	1.640
Industria química	22.453
Fabricación de productos de caucho y plástico	8.549
Fabricación de productos minerales no metálicos	9.104
Metalurgia	4.604
Fabricación de productos metálicos	26.312
Construcción de maquinaria y equipo mecánico	15.718
Fabr. de maquinaria de oficina, equip. informáticos	5.594
Fabr. de maquinaria y material eléctrico	17.367
Fabr. de instrumentos médicos, de precisión	11.427
Fabr. de automóviles y remolques	14.006
Fabr. de otro material de transporte	7.799
Fabr. de muebles. Otras manufacturas. Reciclaje	14.156
Prod. y distrib. energía eléctrica, gas y agua	9.976
Construcción	212.814
Venta y reparación de vehículos. Combustible	42.400
Comercio al por mayor. Intermediarios	133.367
Comercio al por menor. Reparaciones	202.970
Hostelería	118.148
Transporte terrestre y por tubería	57.900
Transp. Marítimo	4.357
Transporte aéreo y espacial	22.970
Act. anexas al transportes. Agencias de viajes	79.745
Instituciones financieras y seguros	94.881
Inmobiliarias. Alquiler de bienes	35.439
Actividades informáticas. I+D	61.744
Otras actividades empresariales	342.695
Admón. pública, defensa	163.810
Educación	83.243
Act. sanitarias y veterinarias. Asistencia social	105.760
Act. de saneamiento público	12.104
Act. asociativas, recreativas y culturales	79.041
Act. diversas de servicios personales	29.381
Hogares que emplean personal doméstico	13.943
Total	2.163.689

Para la obtención de denominadores con el fin de hacer factible el cálculo de tasas se utilizó la población afiliada de 2003 con la contingencia de enfermedad profesional cubierta perteneciente a la Comunidad de Madrid y estratificada por código de actividad económica (CNAE) a dos dígitos.

Según esta información, en nuestra Comunidad en 2003, más de dos millones de trabajadores tenían la contingencia de Enfermedad Profesional cubierta, distribuyéndose principalmente en ramas económicas de Servicios y Construcción.

En la Tabla 10.9 se especifican los datos pormenorizados por código de actividad económica y en el Gráfico 10.18 se presentan las once actividades que acumulan el 75% de la población. En dicho Gráfico se observa que, en la Comunidad de Madrid, la actividad que aglutina un mayor número de trabajadores es la representada por “Otras actividades empresariales”. Dicho epígrafe corresponde a una gran actividad de Servicios que incluye, entre otros: actividades jurídicas; asesorías; estudios de mercado; análisis técnicos; publicidad; agencias de colocación y suministro de personal; y empresas de servicios de seguridad y vigilancia. En nuestra Comunidad 342.695 trabajadores estaban empleados en 2003 en dicha rama. A esta rama le siguió Construcción, Comercio al por menor, Administración Pública, Comercio al por mayor y Hostelería.

La baja representatividad del sector industrial en nuestra Comunidad va a repercutir, de forma importante, en el perfil y características de la Enfermedad Profesional notificada en Madrid.

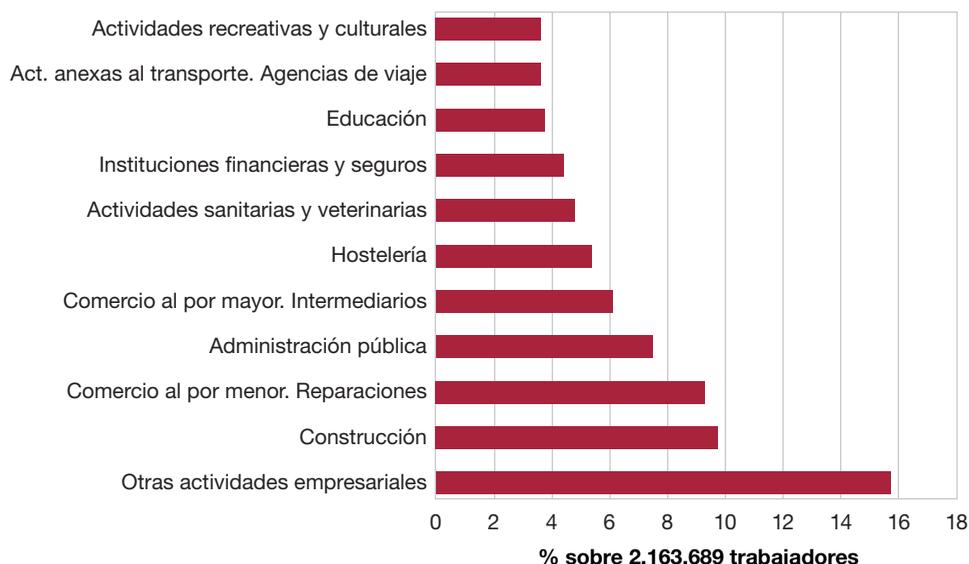


Gráfico 10.18. Comunidad de Madrid. Actividades económicas que acumulan el 75% de los trabajadores afiliados con la contingencia cubierta (datos de 2003).

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

10.2.1. Incidencia por ramas de actividad

En 2003, en Madrid se notificaron un total de 1.467 Enfermedades Profesionales (EP). En la Tabla 10.10 se presentan las ramas de actividad ordenadas por índice de incidencia de EP para la Comunidad de Madrid en 2003.

Tabla 10.10. Enfermedades profesionales notificadas e incidencias por actividad.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Nº EP	Incidencia /100.000	Razón de incidencias
Act. diversas de servicios personales	98	333,5	4,9
Fabr. productos de caucho y plástico	28	327,5	4,8
Ind. de la madera y del corcho	14	325,8	4,8
Construcción de maquinaria y equipo mecánico	49	311,7	4,6
Fabricación de productos metálicos	77	292,6	4,3
Actividades de saneamiento público	35	289,2	4,3
Metalurgia	13	282,4	4,2
Ind. textil y de la confección	36	265,5	3,9
Ind. de alimentos, bebidas y tabaco	58	265,3	3,9
Ind. del cuero y del calzado	4	261,1	3,9
Extrac. minerales no energéticos	3	227,0	3,3
Fabr. maquinaria y material eléctrico	39	224,6	3,3
Agricultura, Ganadería, Silvicultura	16	172,9	2,6
Industria química	35	155,9	2,3
Fabr. muebles. Otras manufacturas. Reciclaje	22	155,4	2,3
Fabr. prod. minerales no metálicos	14	153,8	2,3
Act. Sanitarias y Veterinarias. Asistencia Social	146	138,0	2,0
Fabricación de automóviles	18	128,5	1,9
Ind. del papel. Artes gráficas y Edición	57	125,6	1,9
Fabr. máquinas de oficina y mat. electrónico	6	107,3	1,6
Construcción	188	88,3	1,3
Fabr. otro material de transporte	6	76,9	1,1
Venta, reparación vehículos. Venta combustible	32	75,5	1,1
Hostelería	75	63,5	0,9
Coquerías. Refinerías.	1	61,0	0,9
Transp. Terrestre	27	46,6	0,7
Otras actividades empresariales	156	45,5	0,7
Comercio al por menor. Reparaciones domesti.	79	38,9	0,6
Fabr. instrumentos médicos y precisión	4	35,0	0,5
Act. Informáticas. I+D	19	30,8	0,5
Act. Asociativas, recreativas y culturales	22	27,8	0,4
Comercio al por mayor. Intermediarios	31	23,2	0,3
Act. anexas a transportes. Comunicaciones	14	17,6	0,3
Adm. Pública. Defensa	24	14,7	0,2
Inmobiliarias. Alquiler de bienes	5	14,1	0,2
Educación	9	10,8	0,2
Inst. financieras y seguros	6	6,3	0,1
TOTAL (referencia)	1.467	67,8	1,0

Como se observa, destaca una rama de servicios “Actividades diversas de servicios personales” cuyo epígrafe incluye, entre otras, los establecimientos de limpieza de prendas; las peluquerías y los establecimientos de mantenimiento físico corporal. Esta actividad en conjunto presentó una incidencia de Enfermedad Profesional 5 veces mayor al promedio total. A ésta, le siguieron: la Fabricación de productos de caucho y plástico; la Industria de la madera; y la Construcción de maquinaria.

10.2.2. Riesgo por actividad

A la hora de priorizar aquellas actividades que, potencialmente, más se beneficiarían de las intervenciones preventivas en materia de Enfermedad Profesional, deben analizarse dos parámetros conjuntamente, por una parte el índice de incidencia y por otra el número de trabajadores potencialmente a riesgo. En la Tabla 10.11 se presenta la matriz resultante de combinar, según actividad, la incidencia y la población distribuidas en cuartiles.

	Afiliados con la contingencia cubierta de Enfermedad Profesional			
	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
Incidencia Enfermedad Profesional Cuartil 1	Extracción carbón Pesca y Acuicultura Extracción de petróleo, gas Transporte Marítimo	Producción y distribución de electricidad, gas y agua	Transporte aéreo y espacial Inmobiliarias, alquiler de bienes	Instituciones financieras y seguros Educación Administración Pública. Defensa.
Incidencia Enfermedad Profesional Cuartil 2	Coquerías. Refinerías Fabricación otro material de transporte	Fabricación instrumentos médicos y precisión	Actividades Informáticas. I+D Transporte terrestre Venta y reparación vehículos/ venta de combustible	Actividades anexas a transportes Comunicaciones Comercio al por mayor. Intermediarios Actividades recreativas y culturales Comercio al por menor Otras actividades empresariales Hostelería
Incidencia Enfermedad Profesional Cuartil 3	Fabricación máquinas oficina y material electrónico Extracción minerales no energéticos	Fabricación de automóviles Fabricación de productos minerales no metálicos Fabricación de muebles. Otras manufacturas. Reciclaje Agricultura, ganadería, silvicultura	Industria del papel. Artes gráficas Industria química Fabricación máquinas y material eléctrico	Construcción Actividades sanitarias y veterinarias
Incidencia Enfermedad Profesional Cuartil 4	Industria del cuero y del calzado Metalurgia Industria de la madera y del corcho	Industria textil y de la confección Actividades de saneamiento público Construcción maquinaria y equipo mecánico Fabricación productos caucho y plástico	Industria de alimentos, bebidas y tabaco Fabricación productos metálicos Actividades diversas de servicios personales	

Tabla 10.11. Priorización de actividades según Incidencia de Enfermedad Profesional y población a riesgo.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Como muestra el sombreado las ramas prioritarias serían aquellas que ocupan a mucha población y que simultáneamente tienen asociada una mayor incidencia. Dicha Tabla destaca estas ramas de actividad:

- Construcción
- Actividades sanitarias y veterinarias
- Industria del papel y artes gráficas
- Industria química
- Fabricación de máquinas y material eléctrico
- Industria de productos alimenticios y bebidas
- Fabricación de productos metálicos
- Actividades diversas de servicios personales

Tipo de enfermedad profesional notificada

En la Tabla 10.12 se presenta la distribución de frecuencias de Enfermedad Profesional según el tipo. Como se observa, destacan en frecuencia las Lesiones de mano-muñeca (20,8% sobre el total), y Otras lesiones de miembro superior (26,4%) seguidas de las Dermatitis (26,1%), el síndrome del Túnel Carpiano (8,4%) y el Asma (8,1%).

Tabla 10.12. Tipo de Enfermedad Profesional notificada.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Nº EP	%	Incidencia por 100.000
Asma	119	8,11	5,50
Rinitis alérgica, sinusitis	2	0,14	0,09
Otras afecciones respiratorias	2	0,14	0,09
Asbestosis	1	0,07	0,05
Silicosis	10	0,68	0,46
Dermatitis	384	26,18	17,75
Síndrome del Túnel Carpiano (STC)	124	8,45	5,73
Lesiones de otros nervios	2	0,14	0,09
Conjuntivitis	2	0,14	0,09
Sordera	45	3,07	2,08
Lesiones de mano-muñeca	306	20,86	14,14
Otras lesiones de miembro superior	389	26,52	17,98
Otras lesiones de miembro inferior	44	3,00	2,03
Otra lesiones músculo-esqueléticas	2	0,14	0,09
Tuberculosis	9	0,61	0,42
Brucelosis	9	0,61	0,42
Hepatitis víricas	9	0,61	0,42
Otras infecciones	5	0,34	0,23
Mesotelioma	3	0,20	0,14
Total	1.467	100,00	67,80

Enfermedades profesionales más frecuentes: Categorización del riesgo por actividad

Se ha realizado un análisis pormenorizado de las incidencias de las enfermedades notificadas con mayor frecuencia según rama de actividad.

En la Tabla 10.13 se ha calculado la razón de incidencias para cada una de éstas patologías por rama de actividad, tomando como referencia la incidencia global por tipo de patología en el conjunto total de actividades. Dicha Tabla solo contempla aquellas razones de incidencia que, al menos, duplicaran la global para cada tipo de enfermedad.

	Asma	Dermatitis	Síndrome del túnel carpiano	Sordera	Lesiones de mano-muñeca	Otras lesiones miembros sup.	Otras lesiones miembros inf.
Agricultura, ganadería			5,66			5,41	
Extrac. minerales no metálicos ni energéticos					5,37		
Ind. de productos alimenticios y bebidas	10,81	2,83	4,79		3,24	3,05	2,25
Ind. textil y de la confección	2,68	3,32		3,55	4,71	5,33	3,63
Ind. del cuero y calzado		3,68	11,39		9,26		
Ind. de la madera y del corcho	21,16			33,57		6,47	
Ind. del papel. Artes gráficas y Edición					3,13		
Coquerías, refino de petróleo						3,39	
Ind. Química		4,27	6,99				
Fabr. de productos de caucho y plástico	4,25		6,12	5,62	10,79	3,90	
Fabr. de otros productos minerales no metálicos		3,71				3,67	
Metalurgia	7,90	3,67	3,79		4,62	4,83	
Fabr. de productos metálicos	6,91	4,50	4,64	7,31	3,24	4,02	3,74
Ind. de la construcción de maquinaria y equipo mecánico		2,51		76,47		5,31	3,13
Fabr. de maquinaria y mat. eléctrico		9,08	2,01	2,77	2,86		
Fabr. de mat. electrónico			3,12		2,54		
Fabr. de vehículos de motor, remolques			2,49		2,53	2,78	
Fabr. de otro material de transporte			2,24			2,14	
Fabr. de muebles; otras manufacturas		3,58	3,70				3,47
Construcción							5,08
Venta y reparación de vehículos. Venta combustible							6,96
Transporte terrestre							2,55
Actividades sanitarias y veterinarias	7,05						
Actividades de saneamiento público					2,93	13,33	
Act. servicios personales: lavanderías, peluquerías, etc.	6,19	8,63	2,97		5,79	2,46	
Todas las actividades	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabla 10.13. Razón de incidencias por actividad y tipo de enfermedad profesional.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En dicha Tabla se deduce que:

- El asma se da con una mayor incidencia en 8 ramas de actividad. De éstas destacan: la Industria de la madera, la Industria de la alimentación, Metalurgia, Actividades Sanitarias, Fabricación de productos metálicos y las Actividades de servicios personales (peluquerías, etc.).
- Las dermatitis se dan con una mayor incidencia en 11 ramas de actividad. De éstas destacan: Fabricación de maquinaria y material eléctrico; Actividades de servicios personales (peluquerías, etc.) y Fabricación de productos metálicos.
- El Síndrome del Túnel Carpiano se da con mayor incidencia en 13 ramas de actividad. De éstas destacan: Industria del cuero y calzado; Industria química y Fabricación de productos minerales no metálicos.
- La sordera profesional tuvo mayor incidencia en 6 actividades, destacando: la Industria de la construcción de maquinaria y equipo mecánico y la Industria de la madera y corcho.
- Las lesiones de mano-muñeca, destacaron en 13 actividades, siendo las incidencias especialmente elevadas en la Industria del cuero y calzado y Fabricación de productos minerales no metálicos.
- Otras lesiones de miembro superior presentaron incidencias elevadas en 14 actividades, destacando: las actividades de saneamiento público y la Industria de la madera y corcho.
- Las lesiones de miembro inferior fueron más frecuentes entre 8 actividades, destacando la Construcción y la Venta y reparación de vehículos.

10.2.3. Enfermedades profesionales de origen infeccioso

Durante 2003 se notificaron en Madrid un total de 32 Enfermedades Profesionales de naturaleza infecciosa, cifra que representa el 2,18% del total de EP notificadas 32. Estas enfermedades se distribuyeron en los siguientes grupos: tuberculosis profesional (9 casos), brucelosis profesional (9 casos) , hepatitis vírica (9 casos) y otras infecciones (5 casos) (Tabla 10.14).

Tabla 10.14. Comunidad de Madrid. Enfermedades profesionales de origen infeccioso. Año 2003.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Nº EP	% sobre 1467 EP totales
Tuberculosis	9	0,61
Brucelosis	9	0,61
Hepatitis víricas	9	0,61
Otras infecciones	5	0,34
Total de enfermedades infecciosas	32	2,18

En la Tabla 10.15 se pormenoriza la descripción de los casos notificados de tuberculosis profesional, brucelosis profesional y hepatitis vírica profesional.

- La tuberculosis se dio en trabajadores de actividades sanitarias, la coincidencia en el tamaño de plantilla de la empresa, en 6 de los nueve casos, indica la posibilidad de un agregado temporo-espacial de la enfermedad.

Tuberculosis				
Caso	Mes de notificación	Plantilla de la empresa	Actividad (3 dígitos)	Ocupación del afectado
1	enero	20	Act. deportiva	Profesionales del mundo artístico
2	enero	6.200	Act. sanitarias	Enfermeros
3	enero	6.200	Act. sanitarias	Enfermeros
4	febrero	6.200	Act. sanitarias	Trab. que se dedican al cuidado de personas
5	marzo	6.200	Act. sanitarias	Trab. que se dedican al cuidado de personas
6	abril	6.200	Act. sanitarias	Enfermeros
7	junio	6.200	Act. sanitarias	Trab. que se dedican al cuidado de personas
8	junio	7.988	Act. sanitarias	Auxiliares de enfermería
9	diciembre	7.988	Act. sanitarias	Médicos y odontólogos

Tabla 10.15. Comunidad de Madrid. Enfermedades profesionales infecciosas: descripción de casos de tuberculosis, brucelosis y hepatitis.

Fuente: MTAS. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Brucelosis				
Caso	Mes de notificación	Plantilla de la empresa	Actividad (3 dígitos)	Ocupación del afectado
1	junio	39	Ind. lácteas	Trab. de la ind. de la alimentación
2	junio	39	Ind. lácteas	Trab. de la ind. de la alimentación
3	agosto	39	Ind. lácteas	Trab. de la ind. de la alimentación
4	febrero	850	Act. veterinarias	Veterinarios
5	mayo	900	Act. veterinarias	Veterinarios
6	agosto	900	Act. veterinarias	Veterinarios
7	noviembre	825	Act. veterinarias	Veterinarios
8	noviembre	830	Act. veterinarias	Técnicos de sanidad
9	enero	no consta	no consta	no consta

Hepatitis				
Caso	Mes de notificación	Plantilla de la empresa	Actividad (3 dígitos)	Ocupación del afectado
1	junio	no consta	Act. sanitarias	Médicos y odontólogos
2	octubre	1.007	Act. sanitarias	Enfermeros
3	diciembre	no consta	Act. sanitarias	Enfermeros
4	julio	no consta	Act. sanitarias	Diversos técnicos de sanidad no clasificados
5	septiembre	1.160	Act. sanitarias	Enfermeros
6	octubre	1.160	Act. sanitarias	Personal de limpieza
7	diciembre	1.096	Act. sanitarias	Técnicos de las ciencias físicas, químicas
8	abril	7.988	Act. sanitarias	Técnicos de las ciencias físicas, químicas
9	noviembre	7.988	Act. sanitarias	Técnicos de las ciencias físicas, químicas

- La brucelosis se dio en las Industrias lácteas y en Actividades veterinarias. Respecto a los casos notificados en Industrias Lácteas se detectó coincidencia en el tamaño de plantilla de la empresa y un análisis más exhaustivo reveló concordancia en relación al municipio. Estos datos indican la posibilidad de un agregado temporo-espacial de la enfermedad. Los casos notificados procedentes de Actividades Veterinarias también comparten datos que sugieren la agregación.
- Las hepatitis se dieron en trabajadores de actividades sanitarias. Al menos la información procedente de cuatro de los nueve casos, sugieren la existencia de dos agregaciones temporo-espaciales.

10.3. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

1. Sistema Integrado de Vigilancia de Riesgos Ambientales.

- **Programa de Vigilancia de Riesgos Ambientales para la Salud.**
 - **Subprograma Sistema de Vigilancia de Riesgos Ambientales.**
 - **Subprograma Vigilancia de los Niveles de Contaminación Ambiental.**
- **Programa de Evaluación del Impacto Ambiental en Salud.**
- **Programa de Seguridad Química.**
 - **Subprograma de Vigilancia y Control de Biocidas.**
 - **Subprograma de Vigilancia y Control de Productos Químicos.**
- **Programa de Control Sanitario de Aguas y Actividades Recreativas.**
 - **Subprograma Aguas de Consumo Público.**
 - **Subprograma de Aguas Recreativas.**
- **Programa de Control Vectorial.**
- **Programa de Prevención de las Zoonosis.**
 - **Subprograma de Vigilancia y Prevención de Zoonosis Transmitidas por Animales Domésticos.**
 - **Subprograma de Vigilancia y Control de Zoonosis Transmitidas por Fauna Silvestre.**
 - **Subprograma de Vigilancia y Prevención de Zoonosis Emergentes.**

2. Sistema de Información de Riesgos Laborales.

3. Plan de Vigilancia de Inoculaciones Accidentales.

4. Plan de Asma.

5. Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor.

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 “Salud 21” de la Oficina Regional Europea de la 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.*

11.1. Ejercicio físico en adultos

Existe evidencia que la realización de ejercicio físico de forma programada y adecuada, mejora de forma importante la salud mental de la población, y actúa como un factor de “resiliencia” frente a conductas no saludables, previniendo así enfermedades relacionadas.

11.1.1. Frecuencia y Grupos de riesgo

El 47,5% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,2 veces 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 57% es inactivo.

La actividad física en tiempo libre, es estimada a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METS, que es el gasto metabólico teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que consuma 3 METS supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta

definición el 78,5% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 86,0% son inactivos.

Respecto al tipo de deporte practicado, existen considerables diferencias según el género, que podemos apreciar en la Tabla 11.1. En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es el fútbol, seguido de las pesas/gimnasia con aparatos y el footing. En mujeres la más frecuente es la natación seguido de la gimnasia de mantenimiento y el aerobico/gym jazz/danza.

En los Gráficos 11.1 y 11.2 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2003. Si comparamos los promedios de 2002-2003 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 11,7% en hombres y un 23,1% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene estable.

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral (1)	47,5 (±2,2)*	52,3 (±3,1)	42,9 (±3,0)	57,0 (±3,8)	43,5 (±3,7)	42,3 (±3,7)
No activos en tiempo libre (2)	78,5 (±1,8)	74,1 (±2,8)	82,6 (±2,3)	70,1 (±3,5)	78,9 (±3,1)	86,0 (±2,6)

(1) Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

(2) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas. 3 veces/semana. 30 min. cada vez

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 11.1. Comunidad de Madrid. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

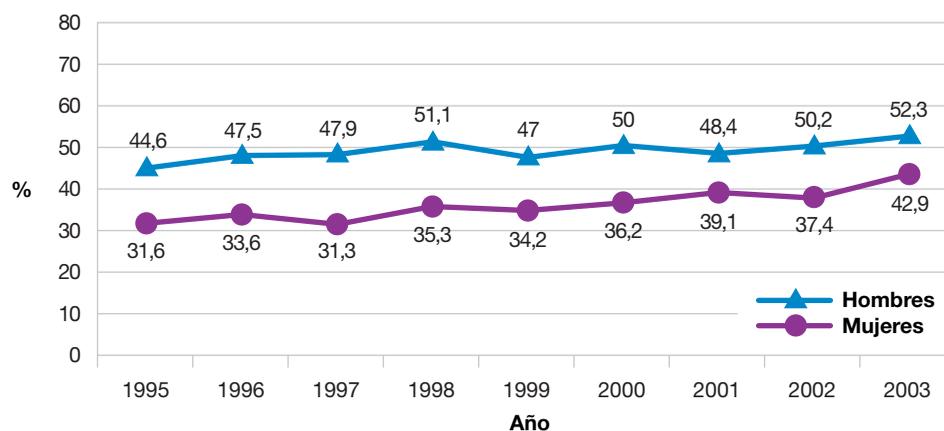


Gráfico 11.1. Comunidad de Madrid. Proporción de personas sedentarias en la actividad habitual/laboral. Años 1995 a 2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

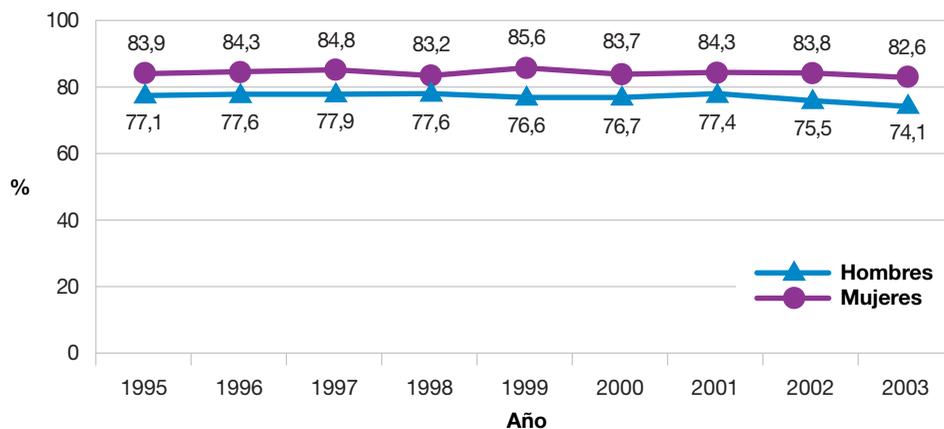
Hombre		Mujer	
1. Fútbol	13,6%	1. Natación	11,5%
2. Pesas/Gimnasia con aparatos	13,2%	2. Gimnasia de mantenimiento	9,5%
3. Footing	11,7%	3. Aerobic/GymJazz/Danza	7,5%
4. Natación	10,0%	4. Pesas/Gimnasia con aparatos	6,7%
5. Bicicleta	7,6%	5. Caminar a ritmo intenso	5,5%

Tabla 11.2. Comunidad de Madrid. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 11.2. Comunidad de Madrid. Proporción de personas no activas* en su tiempo libre. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



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

11.2. Perfil nutricional

Los factores que mas influyen en la toma de decisiones de los ciudadanos en relación a la alimentación, son:

1. La Calidad de los Alimentos
 2. El Precio
 3. El Sabor
 4. El concepto de Comida Saludable
 5. Preferencias Familiares
- Existen diferencias en función del Género. Los varones, especialmente los jóvenes, consideran el Sabor como importante, mientras que las mujeres están mas interesadas en Comida Saludable.
 - El Precio es un factor importante en las elecciones de comida para determinados grupos Socioeconómicos, como son los desempleados y los jubilados.
 - La Edad es otro de los factores que marcan diferencias entre los consumidores. Los jóvenes consumidores de la EU consideran la comodidad (comida precocinada) como un importante factor a la hora de elegir la comida.
 - Conocimiento e Interés. Como regla general parece que hay una relación directa entre grado de interés y nivel de conocimiento sobre alimentación: A superior nivel de interés por los temas alimentarios, mayor preocupación y niveles de información.

11.2.1. Hábitos alimentarios y estado nutricional de la población adulta

La Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid de 1993 supuso el primer estudio epidemiológico de carácter transversal, llevado a cabo sobre una muestra representativa de la población adulta (25 a 60 años) de la Comunidad de Madrid.

Su objetivo era conocer el patrón de consumo alimentario de la población adulta y detectar posibles grupos de riesgo nutricionales. Sus principales conclusiones fueron las siguientes:

- La dieta de los madrileños adultos presentaba desequilibrios por exceso de proteínas y grasas y, en los hombres, también por un consumo significativo de alcohol.
- Si a esto añadíamos un bajo nivel de actividad física, era comprensible la manifiesta aparición de sobrepeso: el 10% de los hombres y el 15% de las mujeres eran obesos en 1994.
- Estas cifras tendían a aumentar y hasta casi duplicarse con la edad y desde luego, han experimentado un incremento porcentual considerable con el paso del tiempo, hasta el 2003.

El estudio “Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimentarias en la población adulta de la Comunidad de Madrid”, describía los resultados de la segunda parte de la Encuesta Nutrición, en el apartado relativo a conocimientos, preferencias, aversiones y simbolismo alimentario. Ofreciéndonos algunas conclusiones valiosas para orientar las intervenciones en la promoción de una alimentación saludable:

- La población expresó un grado de conocimientos básicos aceptable en materia nutricional.
- Este grado de conocimiento era mayor cuanto mayor nivel de instrucción.
- La población adulta manifestó un perfil de preferencias alimentarias compatible con el mantenimiento de la dieta mediterránea.
- Los hombres preferían en mayor medida las patatas, las carnes, las legumbres y los embutidos. Las mujeres preferían el pescado, las verduras, frutas huevos y productos lácteos.
- En general identificaban aceptablemente bien la carga simbólica de los alimentos potencialmente mejores y peores para una alimentación saludable.
- Esto no obstante no se traducía en que dicha alimentación se llevase finalmente a cabo, debido quizá a una falta de cultura nutricional que cohesionase esos conocimientos básicos.
- Por ello, se consideraba necesario estructurar un programa de educación nutricional para la población.

La información de este apartado se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente 1,5 raciones/día en hombres y mujeres, aunque el 10,3% no ingiere ninguna cantidad .

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,3 raciones diarias y solo el 4,4% no realiza ninguna ingesta. La proporción de per-

sonas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 33,3% en hombres y de un 23,1% en mujeres (Gráfico 11.3).

El 51,5% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 58,9 % frente al 43,6% en los hombres.

Como podemos observar en el Gráfico 11.3, en los años de estudio, la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 16,5% en hombres y un 25,0% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros. Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 50,2% de las personas entrevistadas. El 8,8% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

Fruta y verduras

La media de consumo de fruta fresca es de 1,1 raciones/día, que se incrementa a 1,3 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,3 raciones/día. El 9,4% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta, y el 56,5 (62,8% de hombres y el 50,6% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día (Gráfico 11.4). 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 65,6% no llega a consumir tres raciones al día.

El consumo de fruta fresca es de todos los grupos de alimentos el que más está descendiendo en los últimos años. La proporción de personas que no ha consumido ninguna ración de fruta en las últimas 24 horas se ha incrementado un 31,2% en hombres y un 34,1% en mujeres a expensas fundamentalmente del grupo de 18 a 44 años. Esta disminución es compensada parcialmente con el incremento del consumo de zumos. A su vez, el consumo de verdura se ha incrementado ligeramente durante estos años de estudio, lo que repercute en que globalmente la proporción de personas con consumos inferiores a tres raciones de fruta (incluyendo zumos) y verduras se mantenga bastante estable (Gráfico 11.4).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 83,7%, han consumido algún alimento de este grupo. 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 50,7% de hombres frente al 39,5% de mujeres (Gráfico 11.5). No se observan grandes variaciones en los nueve años de estudio.

Pescado

El 48,6% 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 hombres que en mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

	Total	Género		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	89,7 (±1,3)*	89,6 (±1,9)	89,7 (±1,9)	83,2 (±2,9)	92,9 (±1,9)	92,7 (±2,0)
Leche y derivados	95,6 (±0,9)	94,7 (±1,4)	96,5 (±1,1)	93,7 (±1,9)	96,7 (±1,3)	96,3 (±1,4)
Dulces/Bollería	50,2 (±2,2)	52,5 (±3,1)	48,1 (±3,1)	50,1 (±3,8)	53,0 (±3,8)	47,6 (±3,8)
Verdura	72,5 (±2,0)	67,6 (±2,9)	77,2 (±2,6)	64,3 (±3,7)	74,8 (±3,3)	78,1 (±3,1)
Legumbres	16,7 (±1,6)	17,8 (±2,4)	15,6 (±2,2)	14,3 (±2,7)	17,5 (±2,9)	18,1 (±2,9)
Arroz	13,2 (±1,5)	16,8 (±2,4)	9,7 (±1,8)	14,5 (±2,7)	13,2 (±2,6)	11,9 (±2,4)
Pasta	15,6 (±1,6)	17,8 (±2,4)	13,6 (±2,1)	22,2 (±3,2)	14,7 (±2,7)	10,3 (±2,3)
Carne	71,9 (±2,0)	74,3 (±2,7)	69,5 (±2,8)	76,6 (±3,3)	73,0 (±3,4)	66,2 (±3,6)
Carne y derivados	83,7 (±1,6)	85,1 (±2,2)	82,3 (±2,3)	89,2 (±2,4)	83,8 (±2,8)	78,3 (±3,1)
Huevos	28,7 (±2,0)	29,4 (±2,9)	28,2 (±2,7)	31,4 (±3,6)	29,5 (±3,4)	25,4 (±3,3)
Pescado	48,6 (±2,2)	51,4 (±3,1)	45,8 (±3,0)	38,7 (±3,7)	51,0 (±3,8)	55,5 (±3,7)
Fruta fresca	69,4 (±2,0)	65,5 (±3,0)	73,1 (±2,7)	57,8 (±3,8)	69,4 (±3,5)	80,5 (±3,0)

* Intervalo de confianza al 95%

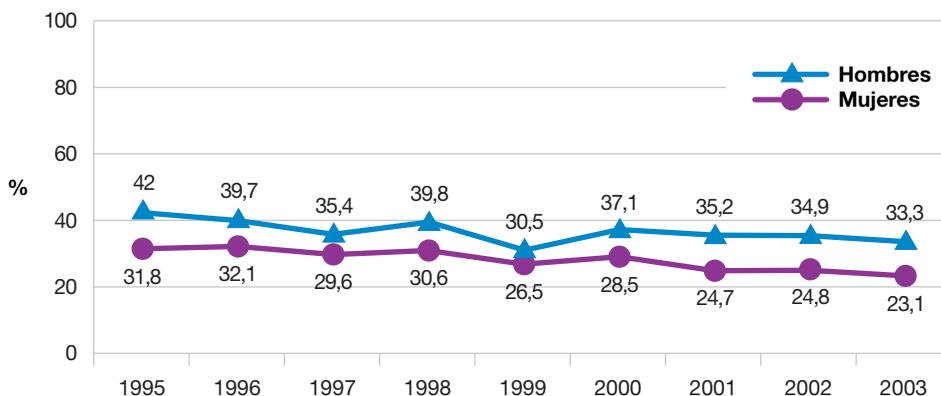


Tabla 11.3. Comunidad de Madrid. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 11.3. Comunidad de Madrid. Proporción de personas con consumo de <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

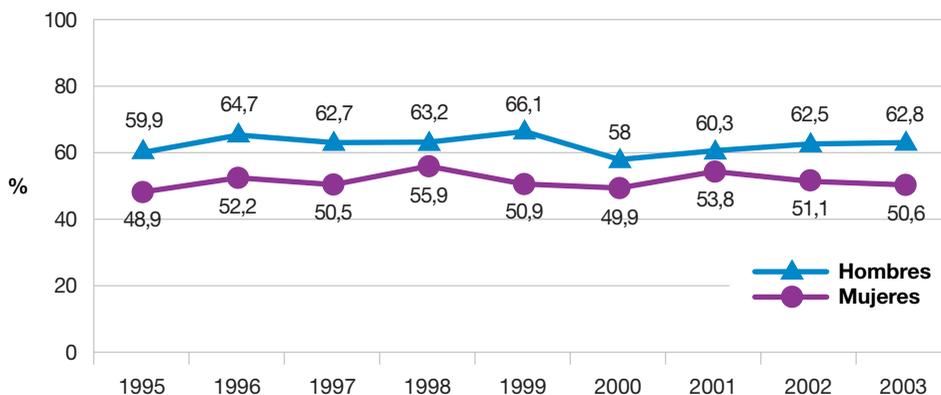
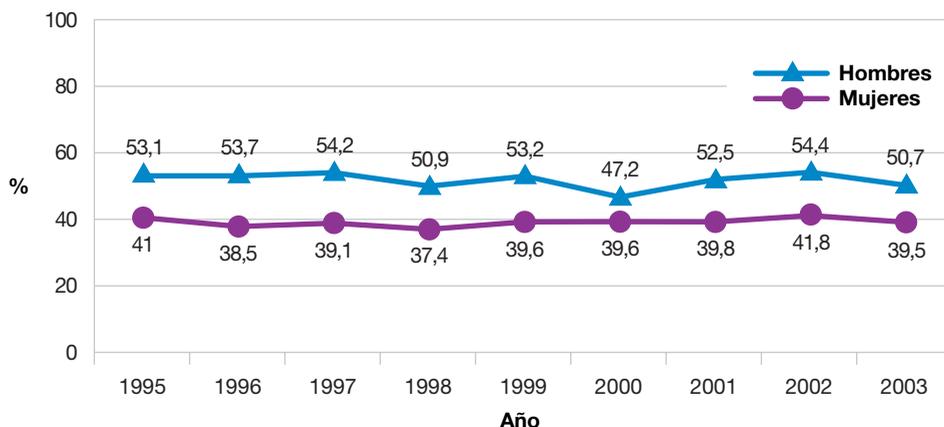


Gráfico 11.4. Comunidad de Madrid. Proporción de personas con consumo de <3 raciones de fruta y verdura en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 11.5. Comunidad de Madrid. Proporción de personas con consumo de 2 más raciones de cárnicos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



11.2.2. Dietas

Un 15,6% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,1% 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 11.4).

Al comparar los promedios de 2002 y 2003 respecto a 1995 y 1996 se produce un notable descenso de este indicador, disminuyendo un 18% en mujeres y un 5,2% en hombres (Gráfico 11.6).

Tabla 11.4. Comunidad de Madrid. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Año 2003.

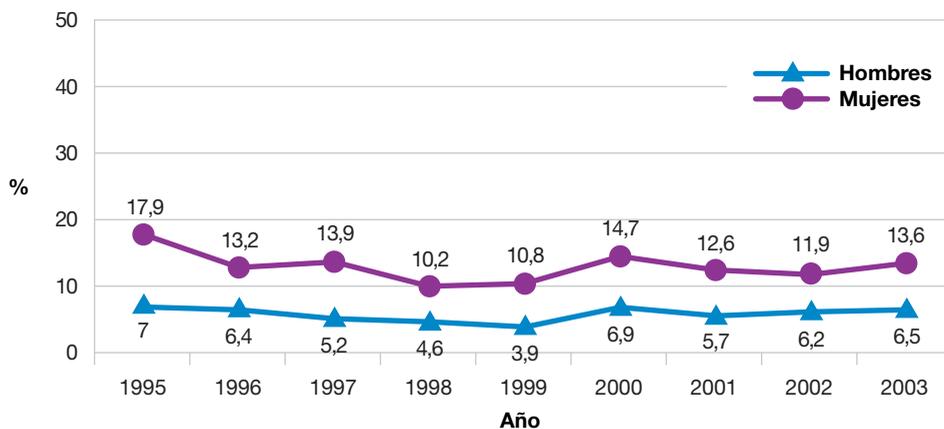
Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	15,6 (±1,6)*	11,7 (±2,0)	19,3 (±2,4)	16,0 (±2,8)	18,5 (±2,9)	12,3 (±2,5)
Dieta para adelgazar	10,1 (±1,3)	6,5 (±1,5)	13,6 (±2,1)	11,1 (±2,4)	11,6 (±2,4)	7,8 (±2,0)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 11.6. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo



11.2.3. Antropometría

El Índice de Masa Corporal, definido como el cociente del peso en kg/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 la Tabla 11.5.

El 3,4% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres alcanzando una prevalencia del 5,9%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. El 36,8% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 16,1% al sobrepeso en grado I, del 13,6% al sobrepeso de grado II, y del 7,1% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia (Gráfico 11.7) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y obesidad del 19,1%, comparando los promedios de 2002 y 2003 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres sin embargo, el incremento es pequeño, del 3,4%.

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente (1)	3,4 (±0,8)*	0,7 (±0,5)	5,9 (±1,4)	7,4 (±2,0)	2,1 (±1,1)	0,9 (±0,7)
Sobrepeso grado I (2)	16,1 (±1,6)	22,4 (±2,6)	10,1 (±1,8)	9,9 (±2,3)	17,4 (±2,9)	20,8 (±3,1)
Sobrepeso grado II (3)	13,6 (±1,5)	17,5 (±2,4)	9,9 (±1,8)	7,4 (±2,0)	12,0 (±2,5)	21,1 (±3,1)
Obesidad (4)	7,1 (±1,1)	8,4 (±1,7)	5,9 (±1,4)	2,8 (±1,3)	5,9 (±1,8)	12,5 (±2,5)

Tabla 11.5. Comunidad de Madrid. Distribución del Índice de Masa Corporal. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Intervalo de confianza al 95%
 (1) Índice de Masa Corporal <18,5
 (2) Índice de Masa Corporal 25-26,9
 (3) Índice de Masa Corporal 27-29,9
 (4) Índice de Masa Corporal ≥30

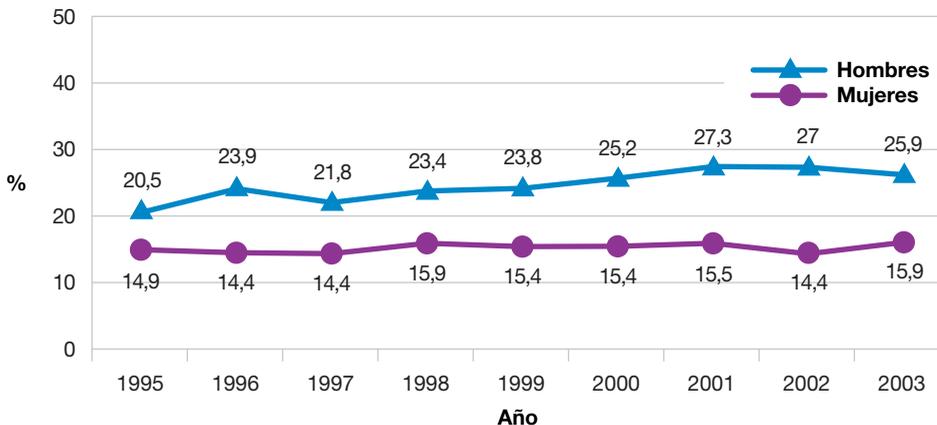


Gráfico 11.7. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso de grado II u obesidad. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT A. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

11.3. Alimentos sanos y seguros

En 1999, la Organización Mundial de la Salud adoptó la estrategia “Salud 21”, cuyo objetivo 11 “Una vida más sana”, establece en particular el objetivo 11.2.: “se deberá producir un aumento sustancial en la disponibilidad, capacidad de acceso y adquisición de alimentos sanos y seguros”. En enero de 2002, la OMS aprobó la “Estrategia global de la inocuidad de los alimentos”, cuya meta es reducir el impacto social y de salud de las enfermedades de transmisión alimentaria.

Es probable que los brotes alimentarios sean el único aspecto visible de un problema más amplio y persistente, que afecta de forma más grave a las poblaciones sensibles (niños, embarazadas, ancianos, enfermos).

Hasta hace poco, los sistemas para regular la inocuidad de los alimentos se basaban en definiciones legales de alimentos no inocuos, programas de cumplimiento de normas para retirar del mercado alimentos no inocuos y sanciones para las partes responsables después de los hechos. Estos sistemas tradicionales no son capaces de responder a los desafíos existentes y emergentes, ya que no brindan un enfoque preventivo. Durante la última década, ha habido una transición al análisis de riesgos; este enfoque basado en los riesgos brinda una base para la prevención.

Los programas de inocuidad de los alimentos están centrándose en un enfoque de la granja a la mesa, como medio efectivo para reducir los peligros transmitidos por los alimentos. Este enfoque holístico para el control de riesgos relacionados con los alimentos incluye tomar en cuenta cada paso de la cadena, desde la materia prima hasta el consumo del alimento.

11.3.1. Riesgos biológicos

Las enfermedades transmitidas por los alimentos provocadas por microorganismos son un problema de salud pública importante y creciente. La mayoría de los países con sistemas de notificación para enfermedades transmitidas por los alimentos han documentado aumentos significativos en las últimas décadas en la incidencia de enfermedades causadas por microorganismos en los alimentos incluyendo patógenos como *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* entero-hemorrágica.

En la evaluación de la exposición se incluye el muestreo y análisis de distintos productos para la investigación de la presencia de determinados microorganismos patógenos específicos. Durante los años 2003 y 2004 se han investigado la presencia de *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria monocytogenes* y *E coli O157* en diferentes tipos de alimentos. Se ha realizado además un muestreo para determinar a la presencia de anisakis en productos de la pesca.

La presencia de *Salmonella* se ha investigado en carnes, huevos y ovoproductos, leche y derivados, pescados y productos de la pesca y en otros alimentos en los que se incluyen comidas preparadas y vegetales.

En el grupo de carne fresca se analizaron carne de porcino, de ave de corral y carne picada.

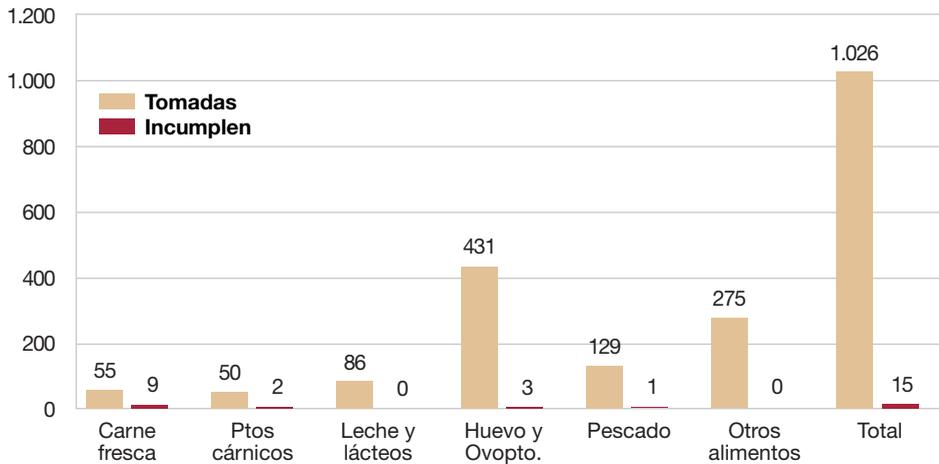


Gráfico 11.8. Comunidad de Madrid. Presencia de Salmonella sp por grupos de alimentos en 2004.

Fuente: Subprograma de Control de Contaminantes Biológicos. Servicio de Evaluación y Gestión de Riesgos Alimentarios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

El *Campylobacter* es un germen muy prevalente en carnes crudas. Minimizan el riesgo los procesos de cocinado previos a la ingesta de estos alimentos. Sin embargo y aunque el tratamiento culinario disminuya el riesgo de contaminación, es necesario tenerlo en cuenta, ya que la manipulación fundamentalmente casera de estos productos y las contaminaciones cruzadas pueden ser la causa de infecciones por este germen, fundamentalmente en niños. En el año 2003 la investigación de la presencia de *Campylobacter* en carne de aves con muestras tomadas en salas de despiece y el comercio minorista dio como resultado una prevalencia del 56,76% y del 50,7% en el 2004. En cuanto a la presencia de *Campylobacter* en preparados de carne de ave en 2004 han reflejado una prevalencia del 12%.

Se estima que cerca del 50% de estos gérmenes presentan resistencias distintos antimicrobianos.

En 2004 se ha investigado la presencia de *Listeria monocytogenes* en 720 muestras detectándose en una prevalencia muy baja del 0,56%.

La presencia de *E coli O157* se ha investigado en carne picada, carne de bovino madurada y vegetales troceados. En 2004 sólo se han detectado cuatro cribados positivos en carne picada y uno en carne madurada de un total de 108 muestras; en ningún caso se confirmó la capacidad verotoxigénica de los aislamientos.

11.3.2. Riesgos químicos

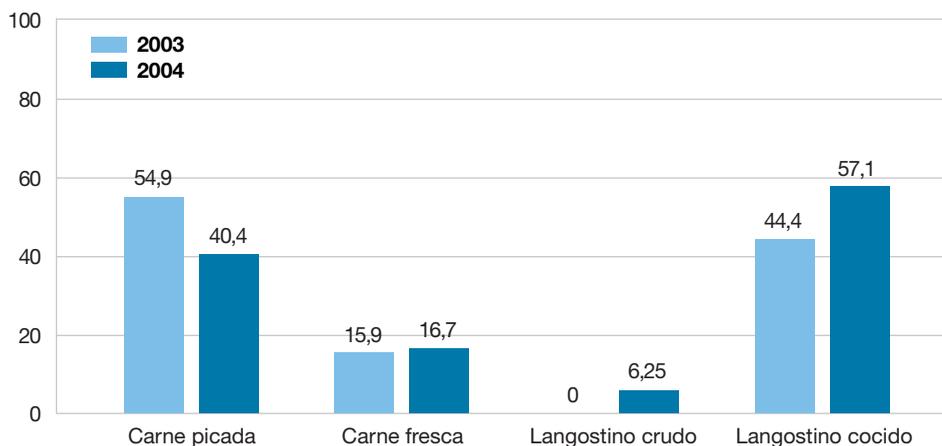
Las sustancias químicas son una fuente significativa de enfermedad transmitida por los alimentos, si bien con frecuencia los efectos son difíciles de vincular con un alimento en particular. Las sustancias químicas incluyen tóxicos naturales como las micotoxinas, contaminantes ambientales como los metales pesados y las dioxinas, y las sustancias de aparición natural en las plantas. Los aditivos, los plaguicidas y los residuos de medicamentos veterinarios, son usados deliberadamente para aumentar o mejorar el suministro de alimentos.

Las sustancias químicas de los alimentos pueden afectar a la salud después de una sola exposición (a corto plazo) o, más frecuentemente, después de la exposición prolongada.

Se ha puesto de relieve y tomado medidas sobre el mal uso generalizado de los sulfitos en los alimentos investigados. Pese a no estar permitido, se detectaron sulfitos en el 40,4% de las muestras de carne picada (54,9% en 2003) y en el 16,7% de las muestras de carne fresca (15,9% en 2002). En los langostinos crudos los incumplimientos son escasos (0% en 2003 y 6,25% en 2004). Los incumplimientos se han centrado en los langostinos cocidos (44,4% en 2003 y 57,1% en 2004).

Gráfico 11.9. Comunidad de Madrid. Tasa de incumplimiento de sulfitos en alimentos. Año 2004.

Fuente: Subprograma de Control de Residuos Químicos. Servicio de Evaluación y Gestión de Riesgos Alimentarios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

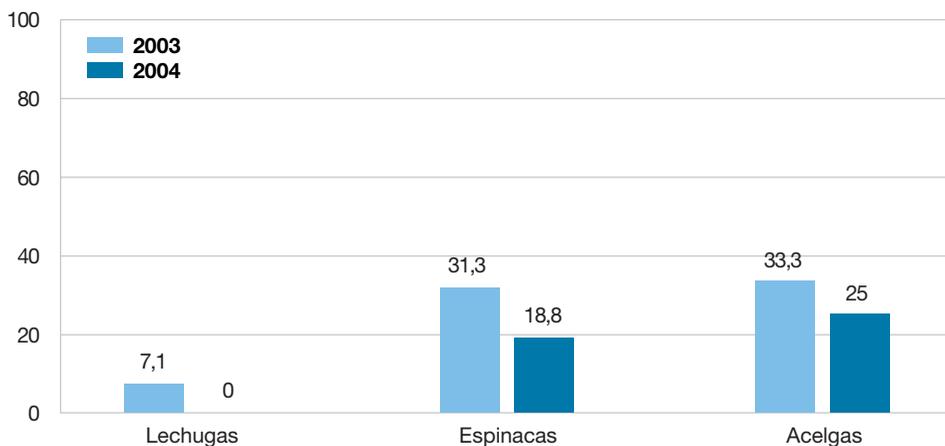


No hubo presencia fraudulenta de nitratos y nitritos en preparados de carne, ni presencia de colorante Rojo Sudán, carcinógeno prohibido para el consumo humano, en las muestras de chile y derivados.

Se corrobora que las hortalizas son la principal fuente de ingesta humana de nitratos, si bien se aprecia una reducción de los contenidos respecto a 2003. En lechugas, ninguna muestra superó el contenido máximo permitido (7,1% en 2003); en espinacas, el incumplimiento fue del 18,75% (31,3% en 2003); en acelgas no hay fijado un contenido máximo, por lo que se toma como referencia las espinacas, encontrándose un incumplimiento del 25% (33,3% en 2003).

Gráfico 11.10. Tasa de incumplimiento de nitratos en productos vegetales. Año 2004.

Fuente: Subprograma de Control de Residuos Químicos. Servicio de Evaluación y Gestión de Riesgos Alimentarios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La investigación de metales pesados en productos de la pesca confirma la bioacumulación de mercurio y cadmio en las especies muestreadas (emperador y pez espada), con una tasa de incumplimiento del 37,5%.

No hubo incumplimientos en contenido de hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs) en aceite de orujo de oliva ni en productos de la pesca ahumados, tanto en materia prima como en producto final.

Como en años anteriores, no se ha detectado la presencia de ninguno de los 6 políclorobifenilos (PCBs) distintos a dioxinas en la grasa de diversas especies animales. El escaso número de muestras de dioxinas no permiten extraer conclusiones, siendo necesario incrementar este tipo de análisis.

En el control de plaguicidas se tomaron muestras de productos de origen animal (grasa animal, huevos y miel), de origen vegetal (manzanas, zumo de naranja y uvas de vinificación), y alimentos infantiles (papillas de cereales y potitos de frutas).

En base a los resultados, se estimó la ingesta dietética de plaguicidas para la población de la Comunidad de Madrid. En comparación con la Ingesta Diaria Admisible (IDA) y con la Dosis Aguda de Referencia (DARf), se puede concluir que es improbable que la ingesta represente un peligro para la salud a largo (toxicidad crónica) y corto plazo (toxicidad aguda).

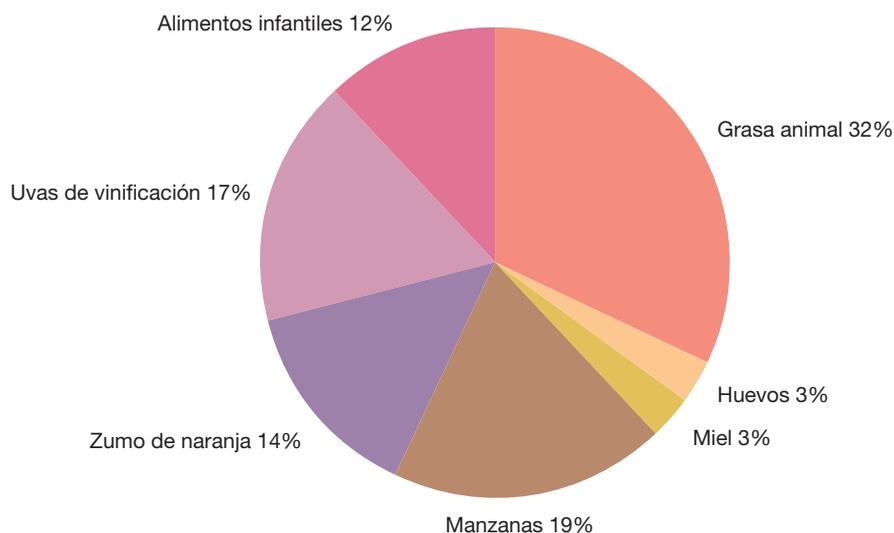


Gráfico 11.11. Comunidad de Madrid. Plaguicidas. Distribución de muestras tomadas por grupo de alimentos. Año 2004.

Fuente: Subprograma de Control de Residuos Químicos, Servicio de Evaluación y Gestión de Riesgos Alimentarios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

11.3.3. Medicamentos veterinarios

Desde 2002 no se ha detectado ninguna de las sustancias de efecto anabolizante y sustancias no autorizadas que han sido investigadas. Un año más, sólo se confirmaron incumplimientos en el uso de medicamentos autorizados: superación del Límite Máximo de Residuos (LMR) fijado para los antibacterianos (sulfadiazina, sulfametazina) y presencia de un tranquilizante en una especie de destino no autorizada (xilacina en porcino).

11.3.4. Otros riesgos químicos: alérgenos / materiales en contacto con alimentos

Al igual que en 2003, no se ha confirmado la presencia de gluten en los alimentos etiquetados como exentos.

Tampoco hubo incumplimientos en el contenido de histamina en conservas de la pesca, midiendo el contenido en histamina en el momento de la apertura y una semana después, práctica habitual en restauración comercial.

Investigado por primer año en conservas de la pesca en aceite, no se detectó BADGE, sustancia epoxídica empleada en materiales en contacto con los alimentos.

11.4. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

- *Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.*
- *Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil.*
- *Plan Regional de Promoción y Educación para la Salud en los Centros Educativos.*
- *Plan Integral de Alimentación y Nutrición.*
- *Programa de Actividad Física y Salud.*
- *Plan Integral de Alimentación y Nutrición.*
- *Plan Prevención y Control del riesgo Cardiovascular.*
- *Plan Control y Prevención del Cáncer.*
- *Plan de Seguridad Alimentaria: integra cuatro Programas:*
 1. *Programa de Vigilancia y Control de Contaminantes y Residuos en Alimentos:*
 - *Subprograma de Control de Contaminantes Biológicos.*
 - *Subprograma de Control de Residuos Químicos.*
 2. *Programa de Prevención y Control de Riesgos en Establecimientos Alimentarios.*
 3. *Programa de Implantación de Sistemas de Autocontrol.*
 4. *Programa de Gestión Sanitaria de Mataderos e Industrias Anejas.*

Objetivo 12

**Reducir los daños derivados
del alcohol, las drogas y el
tabaco**

12

Objetivo 12. Reducir 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 "Salud 21" de la Oficina Regional Europea de la 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.*

12.1. Consumo de tabaco en adultos

Según el informe de la Comisión Europea Tabaco o Salud en la Unión Europea (2004), más de 650.000 europeos mueren cada año como consecuencia del tabaco, una de cada siete de todas las muertes de la Unión Europea. La pérdida media de vida para cada fumador es de 14 años.

Una estimación conservadora de los costes atribuibles al tabaco en Europa arroja una cifra para el año 2000 entre 97.700 y 130.310 millones de euros, o entre 211 y 281 per capita (fumadores y no fumadores), o entre 1,04 y 1,39% del PIB en 2000.

El tabaco es la cosecha más fuertemente subvencionada por hectárea en Europa, si bien la Unión ha determinado una supresión progresiva de esta subvención entre 2006 y 2010. La Unión Europea es importadora neta de tabaco en bruto y exportadora neta de productos manufacturados de tabaco, aportando el 20% de la provisión mundial.

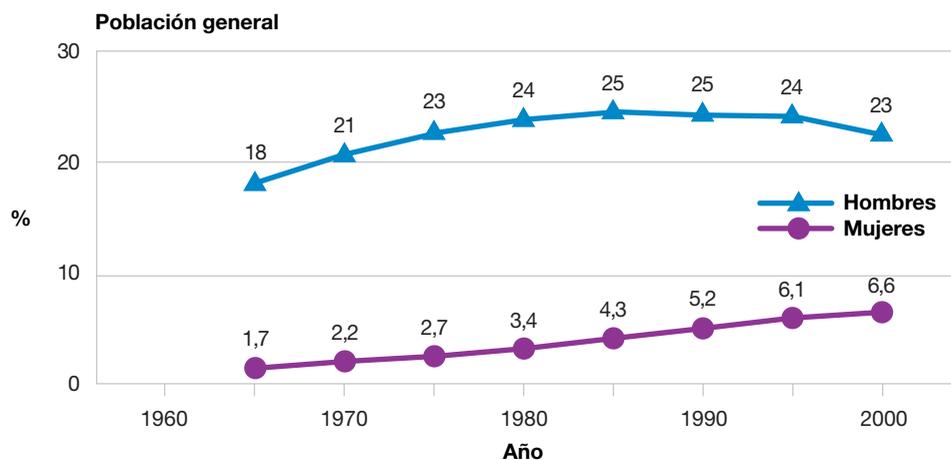
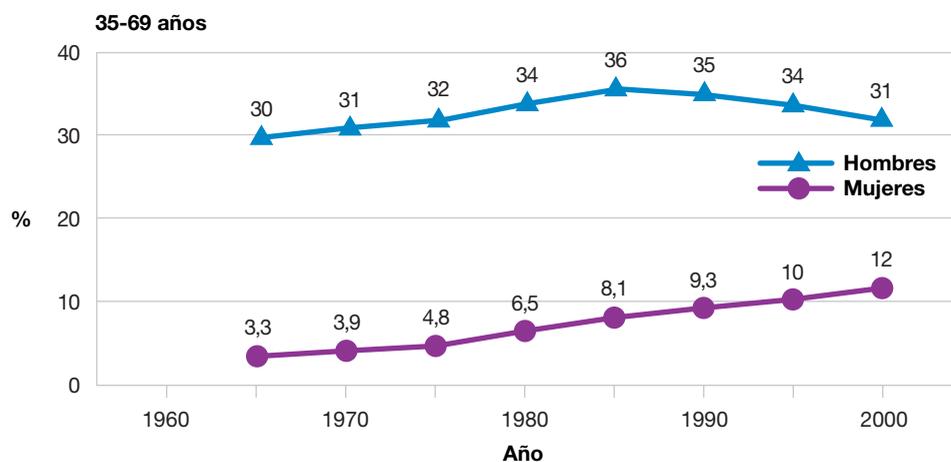


Gráfico 12.1. Porcentaje de muertes atribuibles al tabaco en la Europa de 25 miembros, en población general y en el grupo de 35-69 años.

Fuente: Figura tomada de Tabaco o Salud en la Unión Europea. 2004. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad.

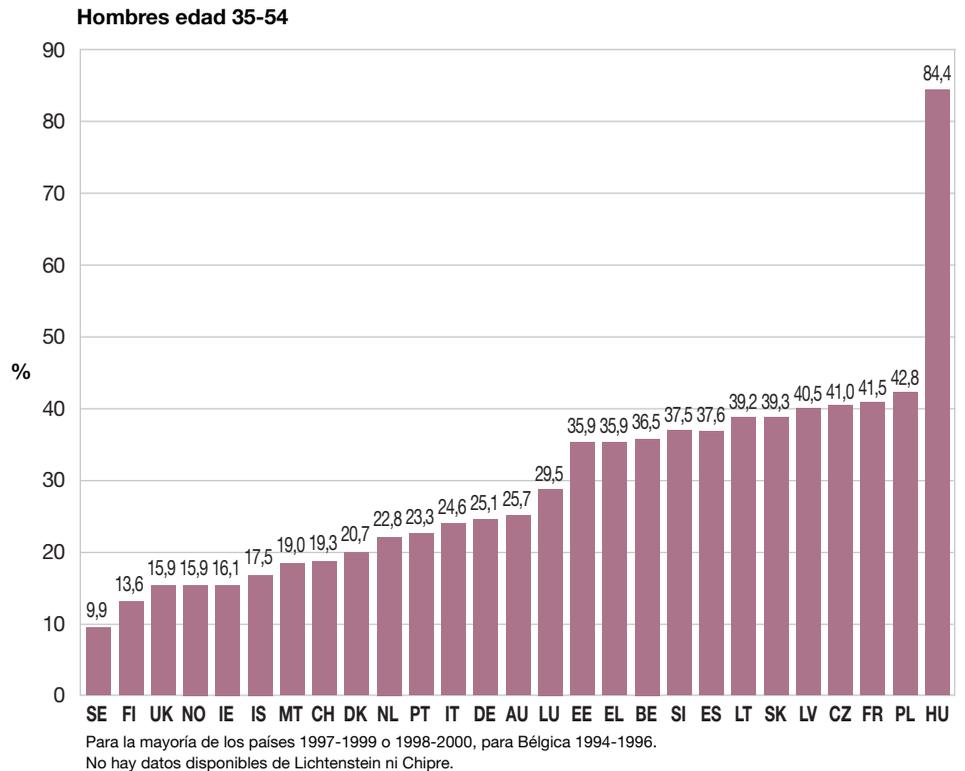


El Gráfico 12.1 muestra el porcentaje de muertes atribuibles al tabaco en la Europa de 25 miembros durante 1965-2000, en la población total y en el grupo de 35-69 años. La mortalidad en hombres alcanzó su pico a mediados de los ochenta, mientras que en las mujeres sigue aumentando.

El Gráfico 12.2 muestra las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en la Europa de los 25 a finales de los noventa. España, con 37,6 casos por 100.000 habitantes, ocupa el octavo lugar, muy por delante de países de su entorno como Italia (24,6) y Portugal (23,3) y algo más cerca Grecia (35,9); sólo Francia (41,5), entre los países de la Europa de los 15, se sitúa por delante de España. Sorprende por otro lado el caso de Hungría, con una tasa de 84,4, el doble del segundo país con mayor mortalidad, Polonia.

Gráfico 12.2. Tasas de mortalidad estandarizada de cáncer de pulmón, valor medio en los últimos 3 años disponibles.

Fuente: Figura tomada de Tabaco o Salud en la Unión Europea. 2004. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad.



En el Gráfico 12.3 puede apreciarse cómo España se sitúa entre los únicos cuatro países de la nueva Europa en que ha habido un incremento en las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en la década de los noventa, en este caso junto con Portugal, Grecia y Francia. En estos países las tasas han sido históricamente bajas comparadas con otros países de la Unión, lo que explica que aún persista su tendencia creciente. En cuanto a las mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en España es una de las más bajas de Europa, en torno a 5,6 por 100.000 a finales de los noventa; sin embargo, con un incremento anual medio en la década de los noventa de 6,8%, España es el segundo país de la Europa de 25 miembros con mayor incremento anual de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres, por detrás de Francia.

España ocupaba en 2003 el segundo puesto, por detrás de Italia, en la lista de países de la Europa de los 15 con la cajetilla de tabaco más barata de entre las diferentes comercializadas, una vez realizada la paridad de poder adquisitivo, además de ser el único país que no cumplió en ese año con el requerimiento de alcanzar unos impuestos interiores (excises) de al menos 60 por 1.000 cigarrillos. La existencia de este tabaco tan barato se debe al tipo de impuesto principal sobre el tabaco elegido por España, y en general por los países europeos cultivadores de tabaco, el cual se realiza *ad valorem*, es decir, proporcional al precio del tabaco sin impuestos, lo que permite proteger la fabricación de tabaco más barato (de menor calidad, con menores márgenes de beneficio para los minoristas o mediante otras técnicas de mercado), altamente competitivo.

Hombres edad 35-54



Para Bélgica 1978-96, para Hungría, Lituania y Rumanía el declive comenzó en 1993-94. No hay datos para Lichtenstein ni Chipre. Noruega tampoco figura por hallarse sólo disponibles los datos de 5 años. * Sin significación estadística.

Gráfico 12.3. Cambio anual medio en la mortalidad por cáncer de pulmón en los últimos 10 años disponibles, 1991-2000.

Fuente: Figura tomada de Tabaco o Salud en la Unión Europea. 2004. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad.

El Gráfico 12.4 muestra cómo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, el porcentaje de fumadores en España de 16 y más años de edad está disminuyendo desde mediados de los años noventa, situándose en 2003 en 30,97 % de fumadores (diarios y ocasionales). Los datos disponibles por sexo, correspondientes a 2001 y 2003, muestran la misma tendencia descendente para hombres y mujeres.

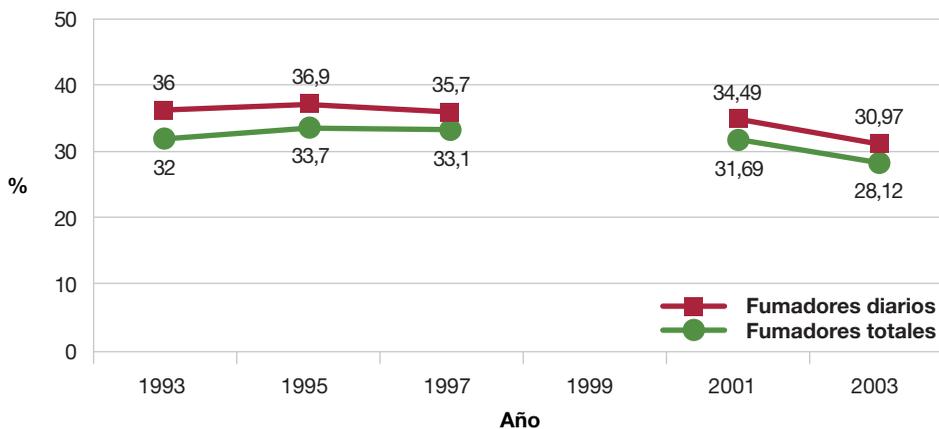


Gráfico 12.4. Prevalencia de fumadores en España. Encuesta Nacional de Salud.

Fuente: Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La Tabla 12.1 muestra la evolución de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España durante el periodo 1978-2001 en personas mayores de 34 años de edad. En ella puede apreciarse cómo por primera vez en 2001 se ha producido una disminución respecto a años anteriores en el número total de muertes atribuidas, como

consecuencia de la disminución ocurrida en varones, no así en mujeres, en las que continúa aumentando. Durante 2001 el 15,5% de todas las muertes (27,1% en varones y 2,9% en mujeres) de 35 y más años de edad fueron consecuencia del consumo de tabaco. Dos tercios de esas muertes fueron provocadas por cuatro causas: cáncer de pulmón (28,8%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (20%), cardiopatía isquémica (12,4%) y enfermedad cerebrovascular (8,9%), predominando la primera en el varón y la segunda en la mujer .

Tabla 12.1. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España durante el período 1978-2001.

Fuente: José Ramón Banegas y col. (2005)

Año	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
2001	54.233	100	49.366	91,0	4.867	9,0
1998	55.613	100	51.431	92,5	4.182	7,5
1995	53.964	100	50.098	92,8	3.866	7,2
1992	51.704	100	47.867	92,6	3.837	7,4
1989	47.232	100	44.077	93,3	3.155	6,7
1984	42.406	100	40.505	95,5	1.901	4,5
1978	37.259	100	35.978	96,6	1.281	3,4

En la Comunidad de Madrid, la mortalidad atribuible al tabaco en 1998 en mayores de 34 años fue del 15,9%, es decir, 5.783 muertes. En hombres fue 28,4% y en mujeres 2,8%. Las dos primeras causas de muerte en ambos sexos fueron el cáncer de pulmón y la EPOC (a diferencia de lo que ocurre en España la mortalidad por cáncer de pulmón ya se ha situado como primera causa de muerte también en mujeres fumadoras). Durante el período 1992-1998 la mortalidad atribuible al tabaco aumentó en términos absolutos un 8,2%, pero ello fue debido al envejecimiento de la población, pues ajustando por edad la mortalidad disminuyó un 6% en hombres y permaneció estable en mujeres; en éstas la mortalidad aumentó en el grupo de 35-64 años. La mortalidad por cáncer de pulmón permaneció estable en los hombres y aumentó en mujeres un 12 %. Los años potenciales de vida perdidos disminuyeron un 14% en hombres y aumentaron un 42% en mujeres .

El Gráfico 12.5 muestra los porcentajes de población fumadora, exfumadora y no fumadora en España y las distintas comunidades autónomas en 2003. La prevalencia de fumadores en Madrid (31,27%) es similar a la media española (30,97). Llama la atención Galicia, la comunidad con una menor prevalencia (25,18%) y sensiblemente inferior a la media de España.

En el Gráfico 12.6 puede verse el consumo de cigarrillos entre población fumadora de 16 y más años en España y la Comunidad de Madrid. Cerca de la mitad (46,60%) de los fumadores en España fuman 20 o más cigarrillos diarios, cifra ligeramente superior (48,63%) en Madrid. Por sexos, en las mujeres solo un tercio (33,27%) fuma en España más de una cajetilla diaria, mientras en Madrid esa cifra se eleva a 38,29%, siendo en hombres sin embargo este porcentaje claramente superior y similar en España y Madrid (56,12% y 56,89% respectivamente).

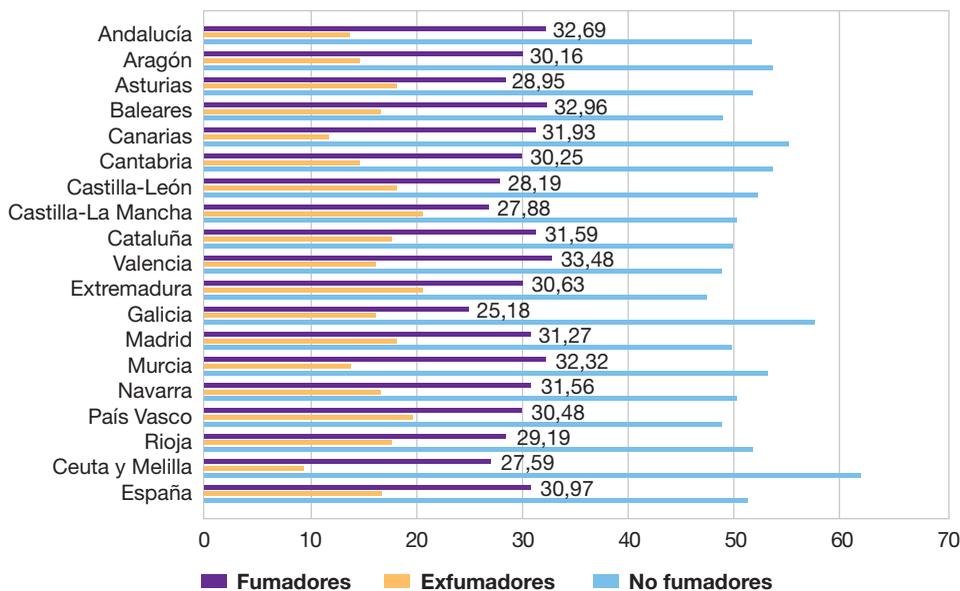


Gráfico 12.5. Consumo de tabaco en población de 16 y más años de edad.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad.

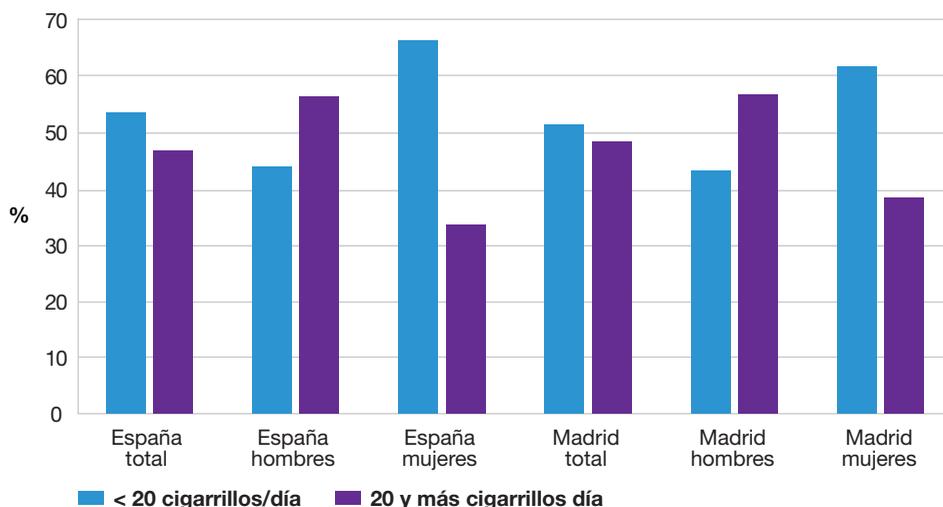


Gráfico 12.6. Consumo de cigarrillos entre fumadores en España y en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad.

La edad media de inicio en el consumo de tabaco en jóvenes españoles de 14-18 años, fumadores y ex-fumadores, fue para el año 2004 de 14,5 años para el consumo diario y 13,2 años para el consumo por primera vez, cifras que se mantienen prácticamente invariables desde 1998 (Gráfico 12.7)

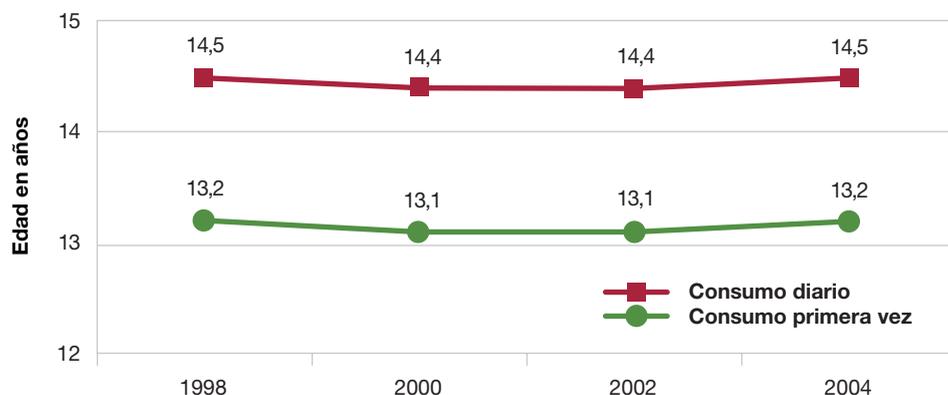
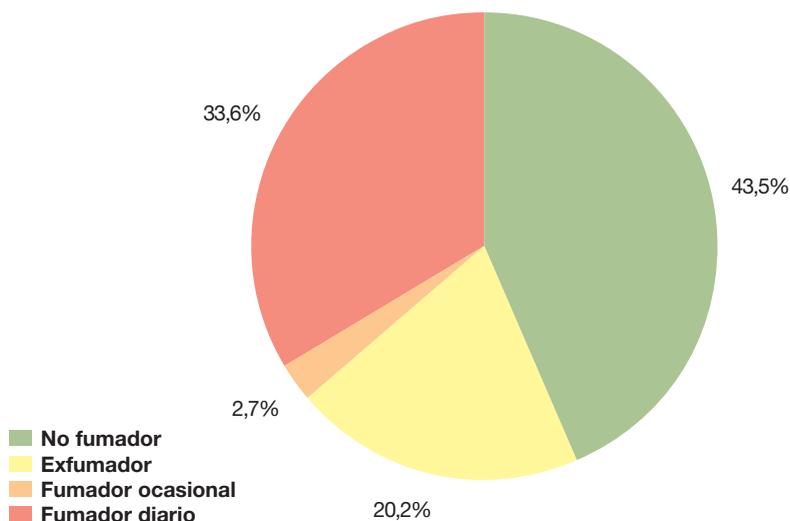


Gráfico 12.7. España. Edad media de inicio en el consumo de tabaco en jóvenes de 14-18 años de edad fumadores y ex-fumadores.

Fuente: Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 12.8. Comunidad de Madrid. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La prevalencia de consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid se mide de forma continua desde 1995 en la población adulta (18-64 años), y a partir de 1996 también en la juvenil (alumnos de 4º de ESO), a través de un sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles denominado SIVFRENT, desarrollado por el la DGSPyA a través del Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo. En adultos la vigilancia se realiza a través de encuestas telefónicas, en los jóvenes a través de cuestionarios autoadministrados.

En adultos, los datos referidos a 2004 reflejan que el 36,3% de la población de 18 a 64 años son fumadores actuales (un 33,6% diarios y un 2,7% ocasionales), el 43,5% no fuman y el 20,2% son ex-fumadores (Gráfico 12.8).

El consumo actual de tabaco es ligeramente más frecuente en los hombres, 37,3%, que en las mujeres, 35,3%. Esta diferencia es debida al mayor consumo en los hombres por encima de los 45 años, ya que por debajo de esta edad la frecuencia es mayor en las mujeres, salvo el grupo de 25-29 años (Gráfico 12. 9).

En los hombres, el tabaquismo está más arraigado en las personas que pertenecen a niveles socioeconómicos y educativos más bajos: por ejemplo, si comparamos los hombres que tienen menor nivel de estudios con los de nivel más alto, la probabilidad de fumar es actualmente un 76% superior en los de menor nivel de estudios. Además se observa una tendencia a incrementarse las desigualdades, ya que a mitad de la década de los noventa la mayor probabilidad de fumar en los niveles inferiores era de un 33%, y a finales de los noventa de un 60%. Por el contrario, en las mujeres hace unos años la mayor frecuencia de consumo se producía en los niveles más altos, siendo actualmente muy parecida. Probablemente, al igual que ha ocurrido en los hombres, en los próximos años las mujeres de menor nivel socio-económico fumarán más que aquellas que tienen mejor nivel.

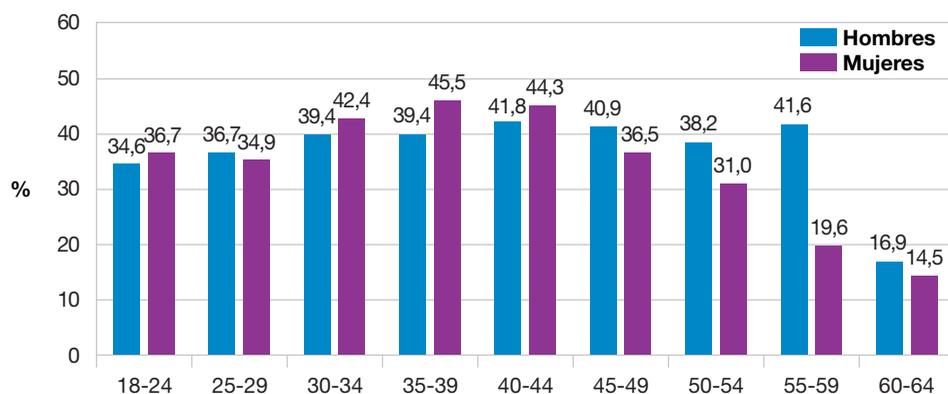


Gráfico 12.9. Comunidad de Madrid. Distribución de la prevalencia de consumo de tabaco según género y edad. Población de 18 a 64 años. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Respecto a la evolución del consumo de tabaco, podemos apreciar en el Gráfico 12.10 que el fuerte descenso del consumo en los hombres y el incremento de este hábito en las mujeres a final de la década de los ochenta y principio de los noventa, se ha modificado en la actualidad. Desde 1995, en los hombres continúa el descenso aunque de forma menos acelerada. Esta disminución está motivada por dos dimensiones: el incremento del número de ex-fumadores y la menor prevalencia de consumo de las cohortes jóvenes. Por este motivo todo apunta a que a corto plazo continuará produciéndose un descenso del consumo. En las mujeres, se observa también un incremento del número de ex-fumadoras y un importante descenso del consumo en la población más joven, por lo que se espera también que en los próximos años disminuya la prevalencia, después de un periodo, 1995-2000, en el que el consumo se había estabilizado.

La misma tendencia decreciente desde 1995 se observa por grupos de edad, tanto en hombres, como mujeres, salvo en éstas en el grupo de 45-64 años, en que se observa una tendencia creciente debido a la incorporación de las cohortes de fumadoras de la década de los ochenta (Gráficos 12.11 y 12.12).

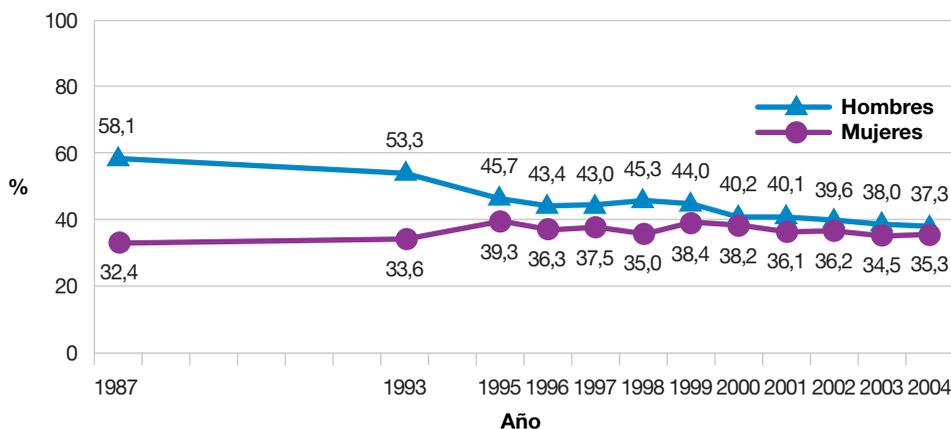


Gráfico 12.10. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de fumadores. población de 18 a 64 años. Años 1987-2004.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A 1995-2004. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Gráfico 12.11. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de fumadores por grupos de edad. Hombres de 18 a 64 años. Años 1995-2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

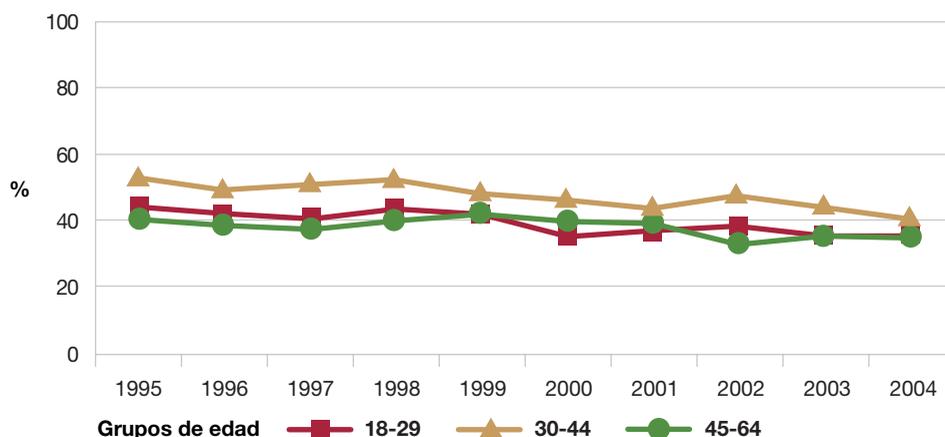
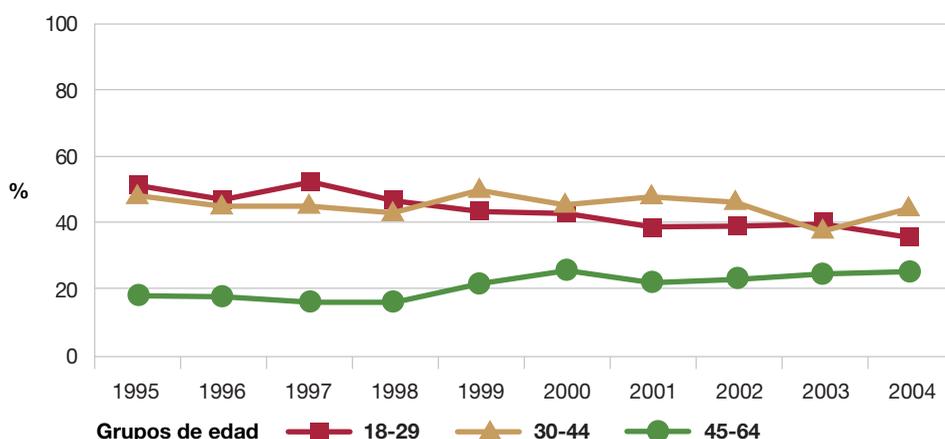


Gráfico 12.12. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de fumadores por grupos de edad. Mujeres de 18 a 64 años. Años 1995-2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Los Gráficos 12.13 y 12.14 muestran la evolución de la proporción de fumadores según el nivel de estudios. En ellas puede apreciarse en primer lugar, en concordancia con lo ya comentado más arriba acerca de la influencia del nivel socio-económico en el consumo de tabaco, cómo en los hombres predomina el hábito de fumar en las personas con nivel de estudios medio-bajo y bajo, mientras en las mujeres se aprecia por el contrario un menor consumo en la categoría de estudios más baja, todavía no integrada plenamente en este hábito adictivo. Por otro lado, se aprecia una tendencia decreciente en todos los niveles de estudios, salvo en el más bajo, que en los hombres muestra una tendencia mantenida y en las mujeres una clara tendencia en aumento, con un incremento del 37,7% en el periodo 1995-2004, reflejo de la extensión progresiva en este estrato social del hábito de fumar.

Durante el periodo 1995-2003 se ha estimado un descenso promedio anual en la prevalencia de consumo habitual de tabaco del -1,5% en hombres y de -1,4% en mujeres de 18-64 años. En los hombres el descenso es de mayor magnitud en la población con un nivel de estudios alto (-3,6%), invirtiéndose en el nivel de estudios más bajo. En las mujeres el descenso se produce a expensas básicamente del grupo de 18-29 años y

la disminución adquiere gran magnitud en las mujeres con nivel de estudio más alto (-3,9%); por el contrario la prevalencia se incrementa claramente en el nivel de estudios más bajo (3%). Asimismo, se ha comprobado también durante el mismo periodo que la proporción de abandono del tabaco presenta un incremento lineal en todos los estratos de edad y niveles de estudio analizados, aunque es mayor en la población de 18-29 años y menor en el nivel de estudios más bajo.

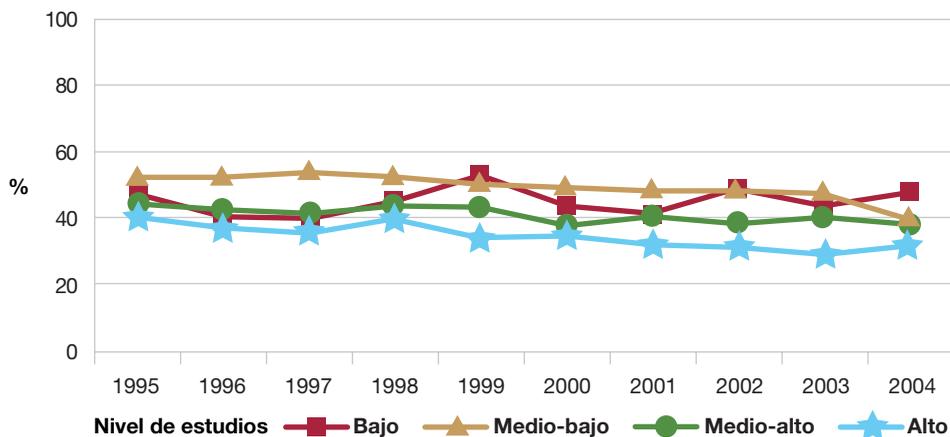


Gráfico 12.13. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de fumadores por nivel de estudios. Hombres de 18 a 64 años. Años 1995-2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

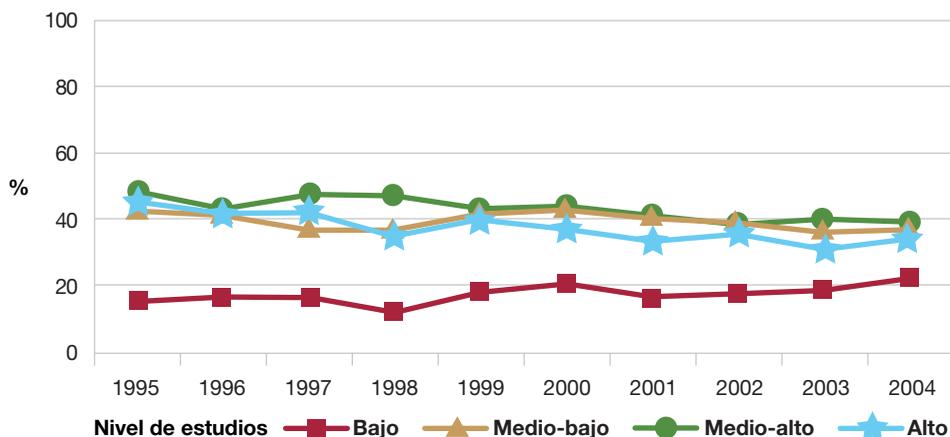


Gráfico 12.14. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de fumadores por nivel de estudios. Mujeres de 18 a 64 años. Años 1995-2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En el Gráfico 12.15 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes de 15-16 años en 2004, según el SIVFRENT. El 21% fuma diariamente, el 8,3% fuma alguna vez a la semana y el 7,3% esporádicamente, en total un 36,6% fuma con mayor o menor asiduidad; un 49,6% no fuman y el 13,9% son ex-fumadores. En el Gráfico 12.16 se observa la tendencia de la proporción de jóvenes de de 15 a 18 años con permiso de los padres y madres para fumar (ya comentado en el capítulo 4, pero que se reitera por su importancia).

Gráfico 12.15. Comunidad de Madrid. Consumo de tabaco. Población de 15-16 años. Año 2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

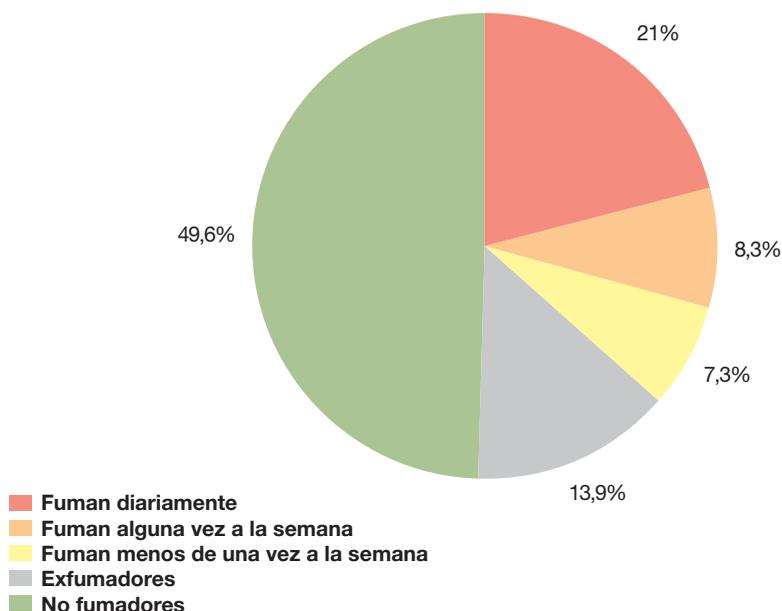
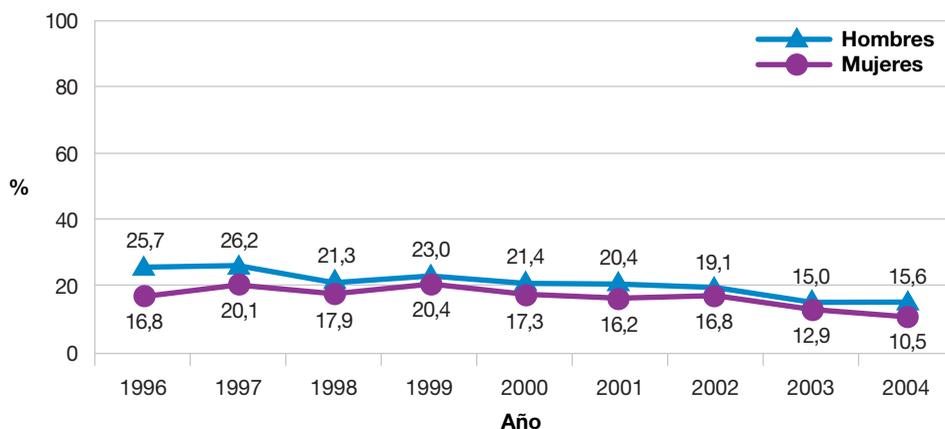


Gráfico 12.16. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



12.2. Consumo de alcohol en adultos

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 66 centímetros cúbicos (cc.), 102 cc. en hombres y 33 cc. en mujeres.

El 56,7% son clasificados como bebedores habituales, definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol se estima el total de alcohol ingerido durante la última semana mediante la frecuencia de consumo de diversas

bebidas alcohólicas, considerando como bebedor/a moderado/a aquellas personas cuyo consumo diario es de 1-49 cc./día en hombres y de 1-29 cc./día en mujeres. Bebedores a riesgo son aquellos hombres y mujeres con consumos de ≥ 50 cc./día y ≥ 30 cc./día respectivamente.

Globalmente un 3,6% son clasificados como bebedores a riesgo, un 54,4% como bebedores moderados y un 42% como no bebedores (Gráfico 12.7). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,4 veces mayor que en mujeres.

Un 10,5% ha realizado al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 cc. y ≥ 60 cc. en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (20,5%).

Del total de bebedores habituales, un 13,4% tienen el test de CAGE positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 3% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 5%, frente al 0,7% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

La evolución de los indicadores de consumo de alcohol describen un patrón diferenciado para hombres y mujeres. Por un lado, el consumo habitual de alcohol (Gráfico 12.8) se incrementa en las mujeres manteniéndose relativamente estable en los hombres, aunque hay que tener en cuenta que este incremento se produce a expensas del consumo moderado. Sin embargo, el consumo de riesgo sufre un descenso en los hombres del 35% comparando los promedios 2002-2003 respecto a 1996-1996, mientras que en las mujeres aumenta un 7,7%. Esto hace que las diferencias por género en la prevalencia de bebedores de riesgo disminuyan con el tiempo: de una razón hombre/mujer de 3,4 en 1995 se ha reducido a 2,5 en la actualidad. Lo mismo ocurre con el consumo excesivo en una misma ocasión (Gráfico 12.19), que sólo disminuye en hombres (un 10,3%). Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (Gráfico 12.19) se reduce en hombres y mujeres aunque la variabilidad en la población femenina es considerable dado que la prevalencia promedio de toda la serie es alrededor del 1%. Como resumen, se aprecia en hombres una evolución favorable de los indicadores de consumo de alcohol perjudiciales para la salud, mientras que en las mujeres se produce un moderado incremento de los mismos. La problemática del consumo de alcohol en jóvenes se ha comentado en el capítulo correspondiente (Capítulo 4).

Gráfico 12.17. Comunidad de Madrid. Clasificación según cantidad de alcohol consumido. Población de 18-64 años. Año 2003.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

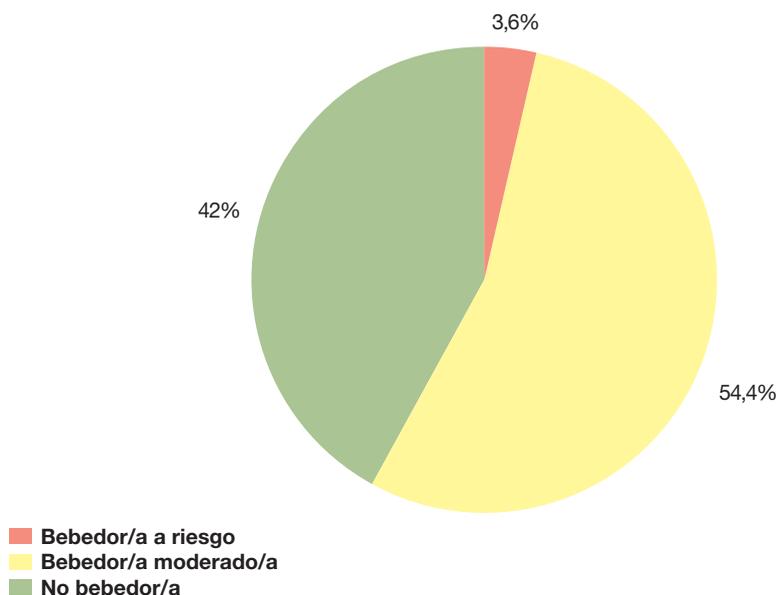
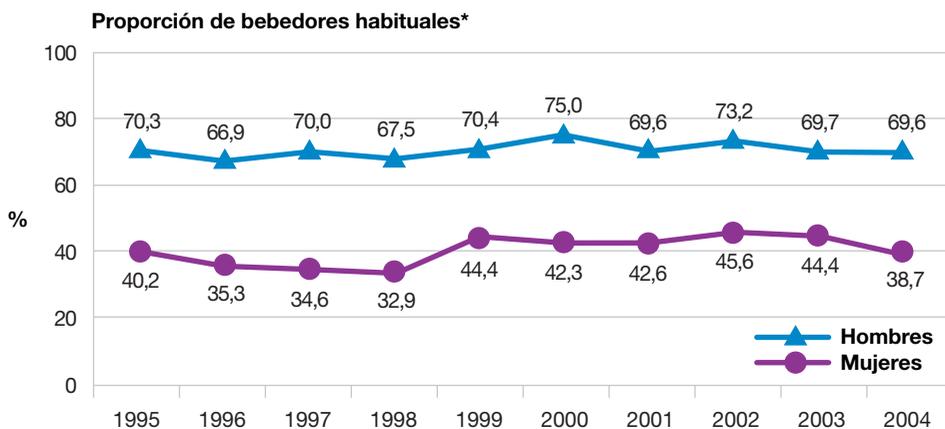
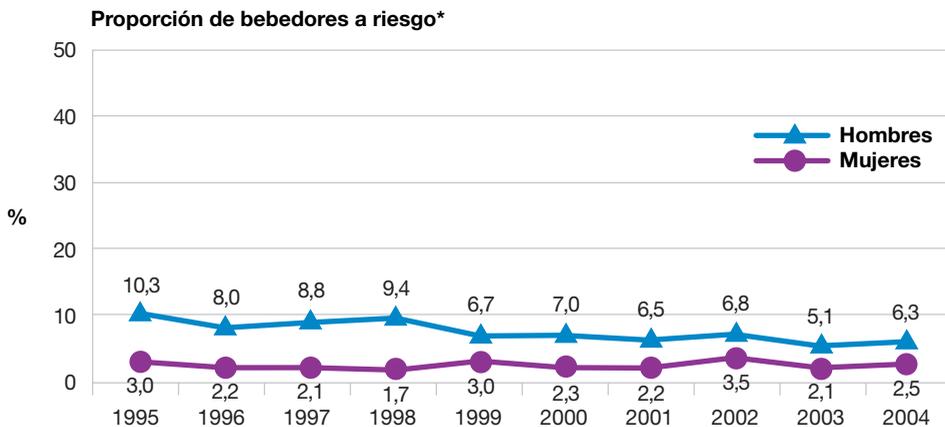


Gráfico 12.18. Comunidad de Madrid. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días



* Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres

	Total	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales⁽¹⁾	56,7 (±2,2)*	69,7 (±2,9)	44,4 (±3,0)	57,8 (±3,8)	55,3 (±3,8)	57,0 (±3,7)
Bebedores a riesgo⁽²⁾	3,6 (±0,8)	5,1 (±1,4)	2,1 (±0,9)	3,4 (±1,4)	3,3 (±1,3)	4,1 (±1,5)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días⁽³⁾	10,5 (±1,3)	14,2 (±2,2)	7,1 (±1,6)	20,5 (±3,1)	8,5 (±2,1)	3,1 (±1,3)
Test CAGE+ en bebedores habituales	13,4 (±2,0)	16,2 (±2,8)	9,2 (±2,7)	14,9 (±3,6)	15,3 (±3,7)	10,1 (±3,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	3,0 (±0,8)	5,0 (±1,5)	0,7 (±0,6)	5,5 (±2,0)	2,6 (±1,3)	1,4 (±1,0)

* Intervalo de confianza al 95%

(1) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

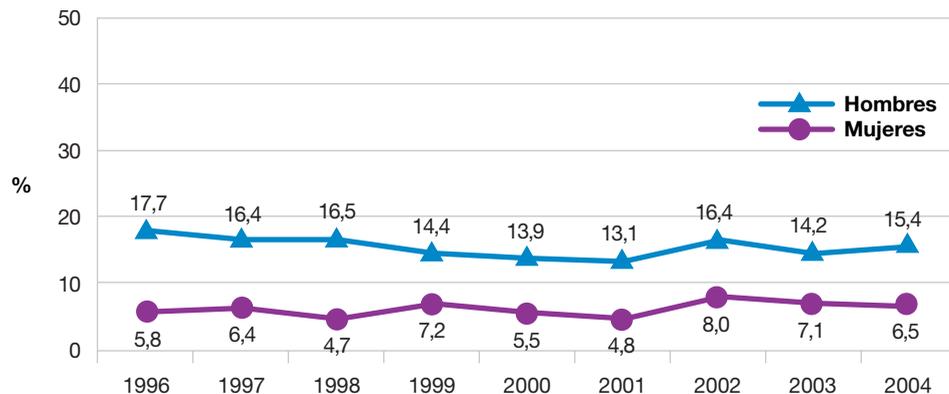
(2) Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres

(3) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres

Tabla 12.2. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de consumo excesivo en una misma ocasión*

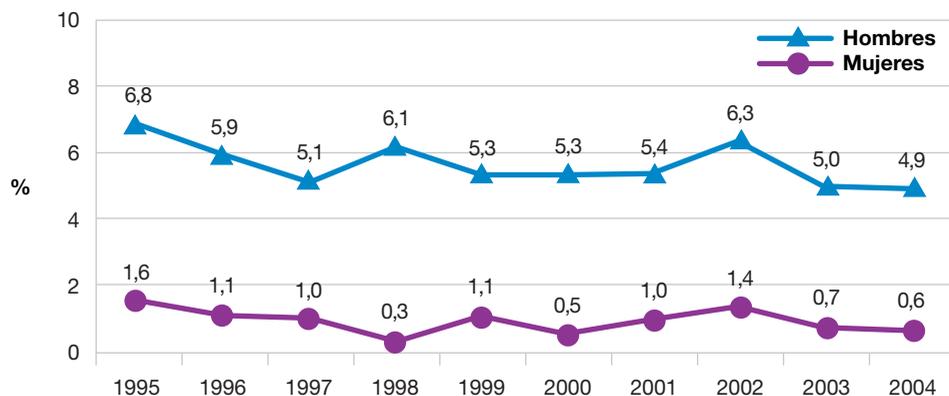


* Consumo de alcohol de ≥ 80 cc./día en hombres y ≥ 60 cc./día en mujeres a lo largo de una tarde o una noche

Gráfico 12.19. Comunidad de Madrid. Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión y conducir bajo los efectos del alcohol. Población de 18-64 años. Años 1995-2003.

Fuente: SIVFRENT-A 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días



12.3. Consumo de drogas de comercio ilegal

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 26,9% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 19,3% en los últimos 30 días. La segunda sustancia es la cocaína, con un consumo en los últimos 12 meses del 2,9%. La droga menos consumida es la heroína, con una frecuencia del 0,2%. (Tablas 12.3 y 12.4)

De forma agregada, el 28,2% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 20,1% en los últimos 30 días.

Al 29,9% de los jóvenes les han ofrecido drogas en los últimos 12 meses, y a un 14,8% en los últimos 30 días.

Los datos de consumo de estas sustancias son muy similares a los observados en el 2003, con una tendencia globalmente favorable en el consumo de tranquilizantes, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y sustancias volátiles. Sólo el consumo de hachís y cocaína presenta un incremento respecto a los primeros años de la serie, aunque con una estabilización de la tendencia (Gráfico 12.20).

Tabla 12.3. Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según género y edad.

Fuente: SIVFRENT-J 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,0 (±0,7)*	1,2 (±0,7)	2,6 (±1,2)	2,2 (±1,1)	1,9 (±1,2)
Hachís	26,9 (±3,3)	25,5 (±3,8)	28,1 (±4,1)	21,6 (±4,3)	26,2 (±3,9)
Cocaína	2,9 (±1,0)	3,3 (±1,5)	2,6 (±1,0)	0,6 (±0,5)	2,4 (±1,1)
Heroína	0,2 (±0,2)	0,4 (±0,4)	0,1 (±0,2)	0,1 (±0,2)	0,1 (±0,3)
Extasis u otras drogas de diseño	1,1 (±0,5)	1,1 (±0,7)	1,1 (±0,8)	0,4 (±0,4)	1,0 (±0,6)
Alucinógenos	1,0 (±0,5)	1,1 (±0,7)	0,9 (±0,7)	0,2 (±0,3)	1,0 (±0,7)
Sustancias volátiles	0,5 (±0,3)	0,5 (±0,4)	0,5 (±0,4)	0,2 (±0,3)	0,6 (±0,5)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 12.4. Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según género y edad.

Fuente: SIVFRENT-J 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Total	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	29,9 (±2,2)*	32,8 (±3,5)	27,2 (±2,8)	28,9 (±2,8)	29,0 (±3,2)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	14,8 (±1,8)	17,1 (±2,7)	12,7 (±2,5)	13,9 (±2,6)	14,8 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

Tranquilizantes sin prescripción

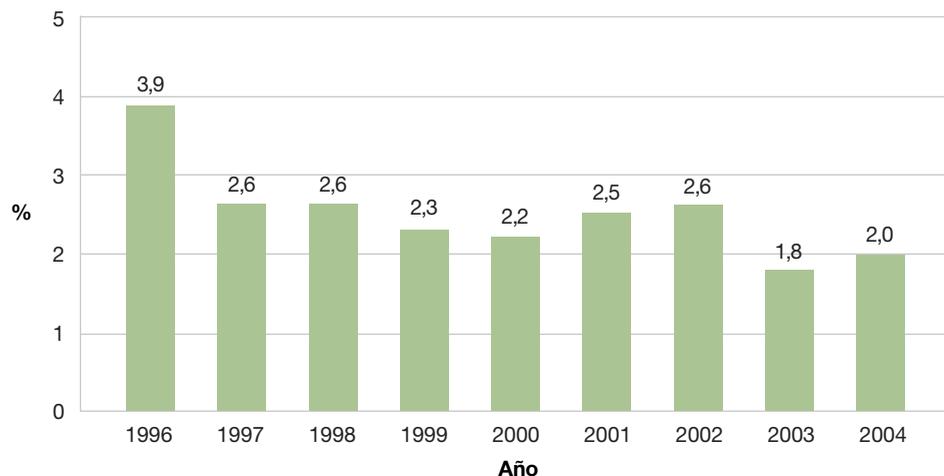
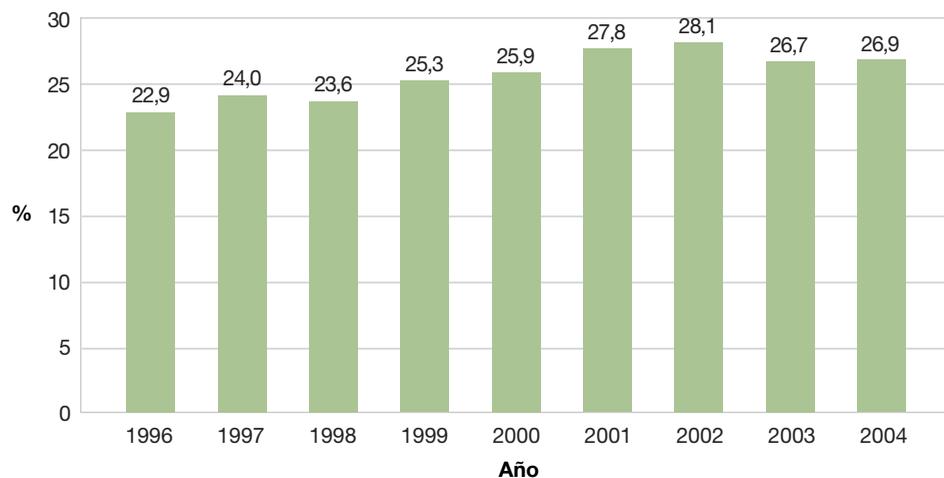


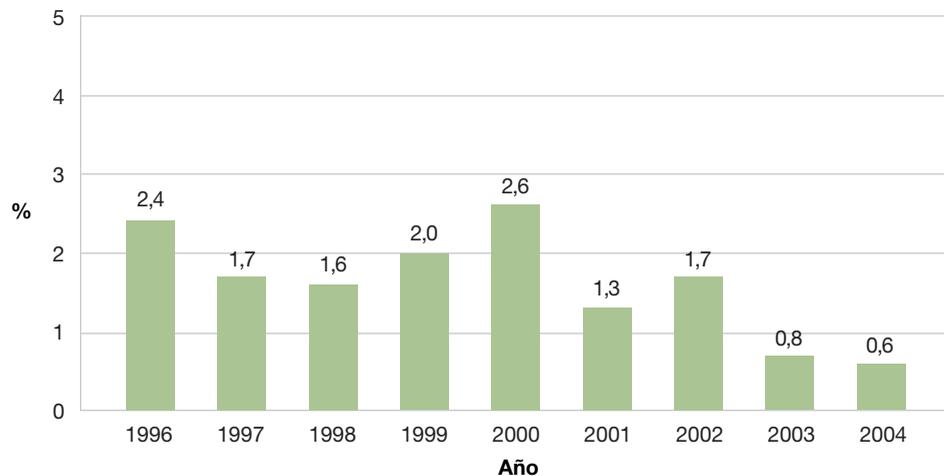
Gráfico 12.20. Comunidad de Madrid. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Años 1996-2004.

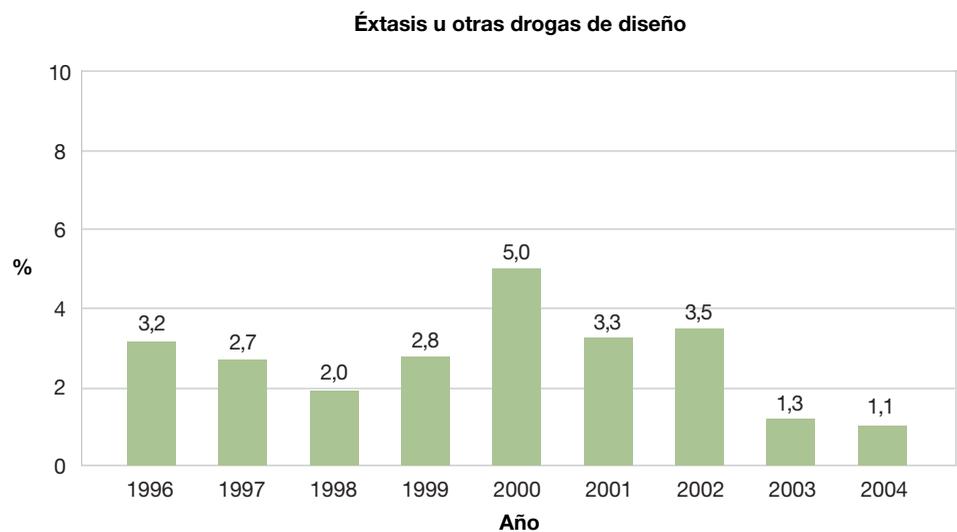
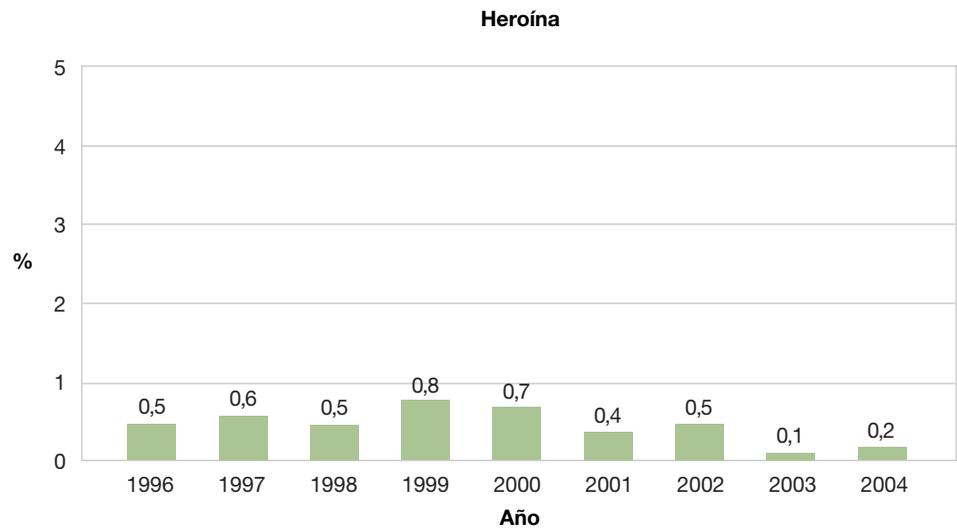
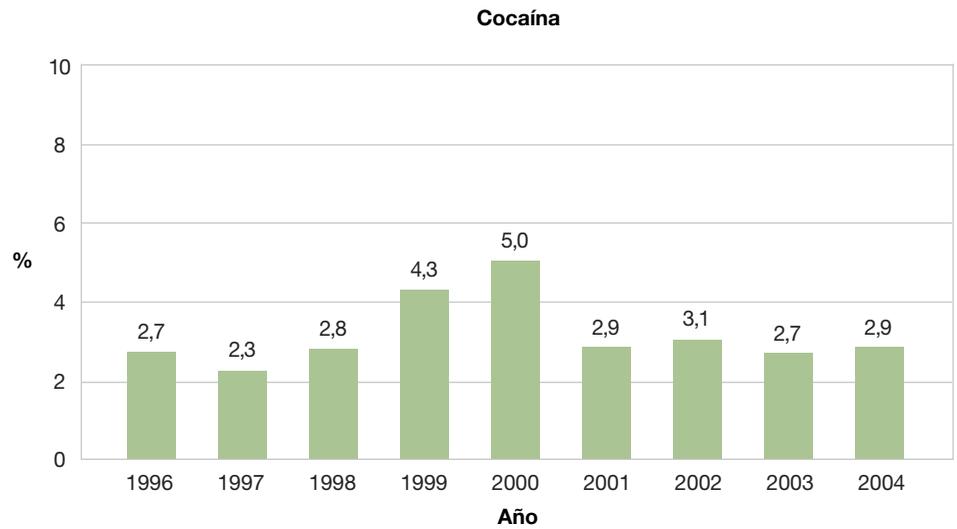
Fuente: SIMFRENT-J 2004. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hachís

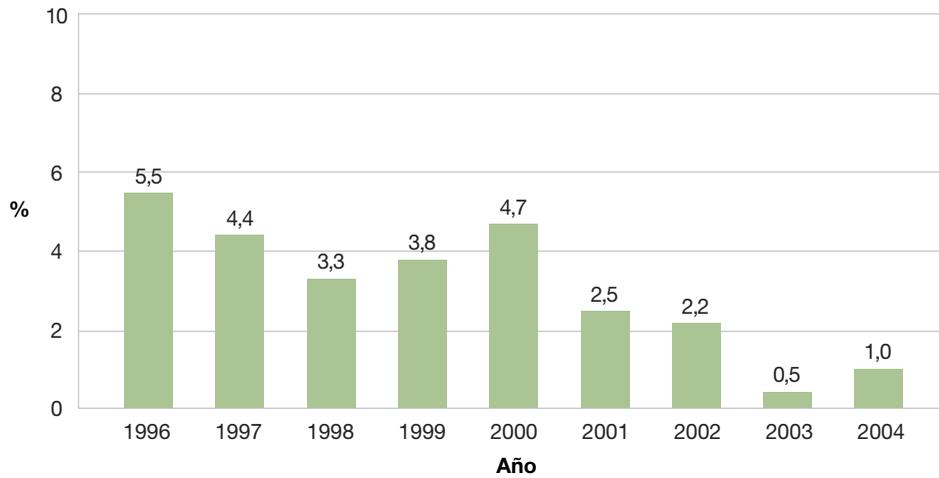


Speed o anfetaminas

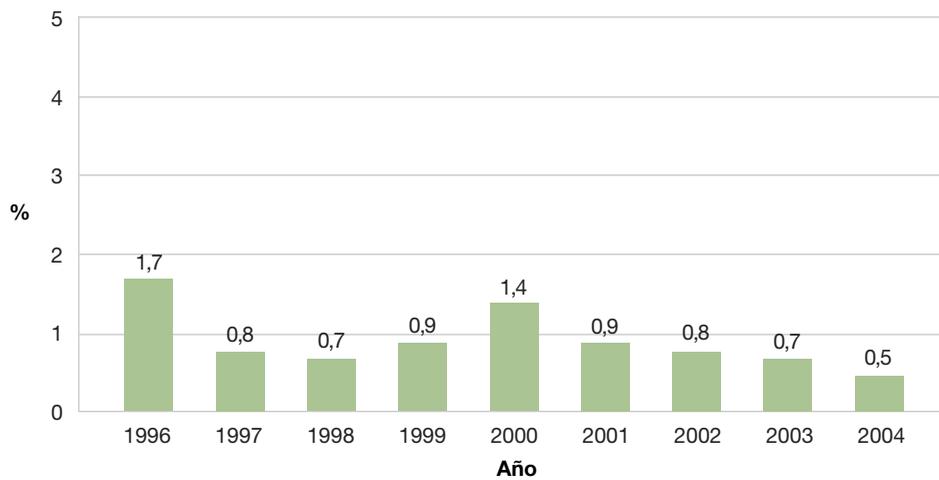




Alucinógenos



Sustancias volátiles



12.4. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar estos objetivos:

1. Plan de Tabaco.

2. Plan de Prevención de Alcohol y otras Drogas.

Edita

Dirección General de Salud Pública y Alimentación
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid
C/Julián Camarillo, 4b • 28037 Madrid

Teléfono: 902 545 100

Fax: 91 205 21 09

Maquetación y Producción

Estudio Graciela Varela



 Comunidad de Madrid

