

Resumen

Dinámica demográfica

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios en relación con las tendencias que se habían registrado en los últimos lustros. Las últimas cifras padronales apuntan a un brusco frenazo del crecimiento observado en el decenio pasado. El dato definitivo más reciente (1 de enero de 2011), arroja un total de 6.489.680 residentes en la Comunidad de Madrid y los datos provisionales a 1 de enero de 2012 parecen confirmar la tendencia.

En la pirámide que muestra la distribución por edad y sexo de la población actual de la Comunidad de Madrid se observa el efecto de las dinámicas demográficas. En la cima de la estructura por edades se aprecia el mayor peso de las mujeres ancianas. Se aprecia asimismo el menor tamaño de las generaciones nacidas durante la Guerra Civil y la inmediata posguerra, así como la mayor natalidad del año 1940. Destaca en la pirámide madrileña el gran peso de los adultos jóvenes –que se van trasladando progresivamente a edades más maduras a medida que avanza el año de observación- y el fuerte descenso de la fecundidad experimentado desde 1975. A partir de finales de siglo vuelve a ensancharse, como resultado tanto de la natalidad de la creciente población extranjera que llega a vivir a Madrid, como del paso por el tramo de edades más fecundas de las generaciones muy llenas nacidas en los años sesenta y setenta del siglo XX. En los años más recientes (2010, 2011) se puede observar un incipiente estrechamiento de la base de la pirámide, consecuencia del menor número de nacimientos registrados estos años, y que previsiblemente continuará en los próximos.

En la evolución de la población madrileña las migraciones siempre han jugado un papel fundamental. Durante decenios, Madrid fue destino de gran cantidad de personas procedentes de otras provincias españolas. Posteriormente, durante los años ochenta y noventa del siglo XX, el crecimiento migratorio se redujo drásticamente. Desde inicios del siglo XXI se aprecia un nuevo patrón marcado por una fuerte inmigración desde el extranjero. Sin embargo en los últimos años se observa una disminución en el número de residentes de nacionalidad extranjera y así en 2011, por primera vez en muchos años, el número de residentes de nacionalidad extranjera ha disminuido (1.067.585 en 2011 y 1.079.944 en 2010) y los datos provisionales a 1 de enero de 2012 (1.009.926) parecen confirmar esta tendencia.

La evolución reciente de la fecundidad de la Comunidad de Madrid refleja la sensibilidad de este fenómeno demográfico ante los cambios sociales y económicos. Tras una década larga de incremento de los indicadores de natalidad y fecundidad, a partir de 2009 vuelven a dibujar una tendencia decreciente. En la Comunidad de Madrid los hijos se tienen actualmente a una edad tardía (32,65 años en promedio).

Mortalidad

Una vez ajustadas por edad, las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años. La mejora es muy importante y constante, con la sola excepción de la segunda mitad de los años ochenta e inicios de los noventa, durante los cuales las tasas empeoraron entre los hombres y se mantuvieron estables entre las mujeres, debido no sólo, pero sí en buena medida, al empeoramiento de la mortalidad de los adultos jóvenes –especialmente los hombres- fundamentalmente por causas asociadas a hábitos y estilos de vida (accidentes de tráfico, VIH-sida y abuso de drogas). A lo largo de todo el periodo la Comunidad de Madrid presenta una mortalidad general más favorable que en el conjunto de España.

Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar pasando de 70,6 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 76,0 en mujeres en el año 1975 a 80,5 y 86,4 en 2010. Entre los años 2005 y 2010 el aumento de la esperanza de vida se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población adulta madura (de 50 y más años de edad), y especialmente de la anciana (70 y más). Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también como son las enfermedades del sistema circulatorio las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, seguida de las enfermedades respiratorias -sobre todo en los hombres-. La aportación de los tumores en este grupo abierto de edad es mucho menos significativa, aunque sí lo es en los varones de 50-69 años de edad. La contribución de las causas externas es importante en el grupo de hombres de 15 a 49 años de edad. La disparidad de la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres (5,9 años en 2010 en favor de éstas) se explica también fundamentalmente por la mortalidad diferencial en adultos y ancianos: Todos los grandes grupos de causas muestran una peor mortalidad en hombres que en mujeres, pero son principalmente las peores

tasas de tumores en hombres de 50 y más años las que más contribuyen a la brecha de supervivencia por sexo.

Como ha ocurrido desde 2006, el número de defunciones, la mortalidad proporcional y las tasas brutas de mortalidad por tumores para el conjunto de ambos sexos superan en 2010 a las del sistema circulatorio, debido al continuado descenso de la mortalidad de estas últimas. Esto es así también en los varones. En las mujeres, las enfermedades circulatorias siguen siendo la causa con mayor número de defunciones, pero una vez ajustada por edad (método directo, población estándar europea OMS) los tumores pasan a ser la primera causa también entre ellas.

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

Morbilidad

La Atención Primaria de Salud es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario, así como el nivel asistencial en el que tienen lugar la mayoría de los contactos con el mismo. La actual informatización de la totalidad de las consultas de Atención Primaria permite obtener información precisa sobre la morbilidad atendida en ese nivel asistencial. En 2011, 4.647.757 personas tenían historia clínica activa en Atención Primaria, entendiendo como tal la historia clínica que ha recibido algún apunte (sin considerar las actividades preventivas) a lo largo del año, lo que supone un 73,5% de la población con Tarjeta Individualizada Sanitaria. El porcentaje de niños de 0 a 4 años y de ancianos de 65 a 84 años que han acudido a Atención Primaria es mayor que en otros grupos de edad. Para todos los grupos de edad entre los 15 y los 79 años la proporción de mujeres que han acudido a Atención Primaria es superior a la de hombres. Esto también ocurre en los nacidos fuera de España, los cuales, tanto hombres como mujeres, han acudido a consulta en menor proporción que los españoles.

En 2011 se han registrado en OMI-AP/AP-Madrid un total de 20.277.872 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 3.206,6 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Las mayores tasas se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores, y en todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores entre las mujeres. La patología respiratoria es la que aparece registrada con mayor frecuencia (19,5% del total de episodios, 21,9% en hombres y 18% en mujeres), seguida por la de aparato digestivo en los hombres y la de aparato locomotor en las mujeres. La tasa de episodios correspondientes a patología crónica ha sido de 704,3 episodios por 1.000 personas y se refiere principalmente al aparato circulatorio y endocrino. Por Dirección Asistencial se observa como, al igual que sucede con las personas atendidas, las tasas de episodios son más bajas en la DA Noroeste y más elevadas en las Direcciones Oeste, Sur y Sureste. El código CIAP más frecuente fue el correspondiente a la infección respiratoria aguda superior, que representó un 10,1% de los episodios, seguido por la hipertensión arterial no complicada y los trastornos del metabolismo lipídico.

En el año 2011 en el CMBD se registraron 1.041.834 altas hospitalarias correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 162,4 por 1.000 habitantes. El 47% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 34% en hospitales privados y el 19% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 56% del total de altas hospitalarias. Las tasas específicas de morbilidad hospitalaria por edad y sexo muestran que las tasas de las mujeres son superiores a las de los hombres en las edades de 15 a 54 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil) mientras en el resto de edades son superiores en los hombres. Al considerar las causas de alta hospitalaria y el embarazo, parto y puerperio es el grupo de causas que presenta la tasa más elevada (30,72 por mil). En las mujeres esta es seguida por la patología del sistema nervioso y órganos de los sentidos (22,96 por mil) y los tumores (19,80 por mil). Entre los hombres la primera causa de alta hospitalaria son los tumores (19,99 por mil), seguidos por las enfermedades del aparato digestivo (19,55 por mil) y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos

(18,73 por mil).

Carga de enfermedad

En el año 2010 en la Comunidad de Madrid se perdieron 587.614 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud. El 50,8 por ciento corresponde a varones y el 49,2 por ciento a mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.076 por cien mil, confirmando la tendencia descendente de los últimos años (tasas publicadas en los anteriores Informes de Salud de 10.664 por mil en 2002, 10.265 en 2005, y 9.956 en 2006). Las enfermedades no transmisibles concentran el 92,3 por ciento del total de la carga de enfermedad, frente al 5,1 por ciento de las enfermedades transmisibles y el 2,6 de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (31,8 por ciento del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (17,7 por ciento), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,2) y las circulatorias (9,9 por ciento).

El peso de la mortalidad y la mala salud en la determinación del valor de los AVAD es muy distinto según la causa de enfermedad o lesión. En las enfermedades neuropsiquiátricas, el 94,2 por ciento de la carga de enfermedad se debe a las consecuencias no mortales generadas por estas patologías. En los tumores, en cambio, nueve de cada diez años de vida perdidos en 2010 lo fueron por mortalidad. En conjunto, el 37,6 por ciento de los AVAD fueron años de vida perdidos por muerte (AVP), y el 62,4 fueron años vividos en mala salud (AVD). Esta distribución varía según el sexo: 43,3% AVD y 56,7% AVP en los hombres, y 32,2% AVP y 67,8% AVD en mujeres. Estos resultados, como en años anteriores y, en general, también en otras poblaciones de condiciones demográficas y epidemiológicas semejantes a la madrileña, corroboran la imagen general de que las mujeres viven más (esperanza de vida más alta, menos años de vida perdidos por muerte) pero declaran tener peor estado de salud.

Salud infantil

En la Comunidad de Madrid el número de partos siguió aumentando hasta 2008, continuando la recuperación iniciada a finales de los años noventa. Sin embargo en 2009 se inicia un descenso que continúa en 2010. Tanto el aumento como el descenso es en términos relativos mayor para mujeres de nacionalidad no española. Durante este mismo periodo se incrementa el porcentaje de madres mayores de 40 años, así como el número de partos múltiples. En los últimos 5 años se observa una tendencia a la disminución de los porcentajes de partos prematuros y distócicos, después del aumento observado en años previos. Al igual que en los últimos años la mortalidad infantil registrada en el año 2010 es inferior a 4 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en los últimos años, si bien se observa un ligero aumento de la mortalidad infantil, de 3,23 en 2008 (la menor tasa observada en la región) a 3,92 en 2010.

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

El 86,5% de la población de 0 a 4 años acudió en 2011 a los centros de Atención Primaria. Cerca un cuarto (23,7%) de los episodios atendidos correspondían a cuadros de infección respiratoria aguda de vías altas. También la primera causa de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato respiratorio.

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

La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS recomienda, como estrategia de salud pública mundial, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y complementada hasta los dos años o más. En la Comunidad de Madrid se creó en 2009 un convenio de colaboración entre UNICEF y la Consejería de Sanidad que se mantiene en la actualidad, con el fin de

promocionar la lactancia materna en el Servicio Madrileño de Salud. Analizando los datos de los registros de atención primaria del SERMAS, para los lactantes nacidos en 2008 y 2009, las prevalencias de lactancia materna completa (sin fórmula adaptada) observadas fueron del 47,6% a los 2 meses, 33,1% a los 4 meses, 17,9% a los 6 meses y 6,4% a los 15 meses. A los seis meses continuaban con lactancia materna en alguna medida un 38,7%, por debajo del 60% propuesto como meta por la OMS. Al año de vida un 16,4% de los bebés tomaban leche materna. La duración de la lactancia materna media fue de 180,6 días (5,9 meses) y la mediana de 132 días (4,3 meses). Los motivos de abandono recogidos con más frecuencia fueron la hipogalactia (42,9% de los casos) y la decisión materna (27,2%). Estos datos indican posibilidades de mejora así como un análisis similar de años posteriores permitirá evaluar las intervenciones que se están realizando en la región en la actualidad.

La salud de los jóvenes

En el análisis de la morbimortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor. La mortalidad por causas externas ha disminuido dramáticamente en los últimos años en los adultos jóvenes, como consecuencia fundamentalmente de la disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico.

Durante los últimos años, el porcentaje de población atendida en Atención Primaria en los grupos de edad 5-14 años y 15-34 años, se sitúa en torno al 70-75% y 60-65% respectivamente. Las mujeres acuden más a consulta en el grupo de 15-34 años y la población extranjera acude menos en el grupo de 5-14 años.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, en el grupo de 5-14 años, hombres, la patología genitourinaria es mucho más frecuente que en mujeres y ocupa el tercer motivo de alta, tras la patología del aparato respiratorio y digestivo. En el grupo de 5-34 años, mujeres, las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, al incluir el parto normal, son el motivo de alta predominante; para el resto de motivos de alta, las tasas son casi siempre superiores en hombres.

El sedentarismo entre los jóvenes se da especialmente en las mujeres. Frente a un 12,1% de chicos de 14-16 años que no realizan al menos tres veces a la semana alguna actividad física intensa, hay un 40% de chicas en tal situación. El sedentarismo social, la clase social y la construcción de la identidad de género, se postulan como factores determinantes en la realización de actividad física en la infancia y adolescencia.

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

Fruto del sedentarismo y/o la mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad han aumentado entre los jóvenes en los últimos 15 años (20% hombres y 81% mujeres).

La práctica de medidas drásticas de adelgazamiento, especialmente en las mujeres, revela una preocupación excesiva, relacionada con modelos sociales, y/o un control inadecuado del propio peso. Un 31,9% de las chicas de 14-16 años realizaron en 2010, en los últimos 12 meses, alguna dieta de adelgazamiento, y el 15% practicó alguna conducta relacionada con trastornos del comportamiento alimentario (ayuno de 24h, vómito autoinducido, toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar).

El 20% de los jóvenes de 14-16 años son fumadores habituales en 2010. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido en los últimos 15 años más del 55%. Igualmente ha descendido en los últimos 15 años el consumo de alcohol, especialmente entre los bebedores definidos como "de riesgo" (8% en 2010), en los que el descenso ha sido en torno al 50%. Y del mismo modo ha descendido en general el consumo de drogas ilegales en la última década.

La tasa de IVE en 2010 en mujeres madrileñas en edad fértil (15-44 años) fue de 13,8 por mil, superior a la española, 11,5 por mil. El 60% de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en 2010 eran extranjeras. En las mujeres españolas la tasa de IVE ha subido durante el periodo 2004-2010 un 23,8%, y en las no españolas ha descendido un 6,6%, con un incremento importante en 2006. En éstas últimas es más frecuente la repetición de una IVE. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos

anticonceptivos o no usaba dichos métodos. Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios.

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

La salud de los mayores

La Comunidad de Madrid es una población envejecida, con un 15,0% de la población mayor de 64 años, y diferencias importantes según las zonas consideradas.

En la Comunidad de Madrid, cinco de cada seis muertes (83% del total) ocurridas en 2010 corresponden a personas con 65 o más años de edad. Esta proporción es mayor en las mujeres (88,1%), que gozan de una menor mortalidad prematura y un mayor nivel de supervivencia que los hombres (77,4%).

Los tumores en los hombres (tasa en población de 65 y más años de 1.369,3 por cien mil) y las enfermedades circulatorias en las mujeres (1.068,0 por cien mil) son las principales causas de defunción en la población mayor madrileña.

En 2011 un 92,4% de la población madrileña de más de 64 años con derecho a asistencia sanitaria pública fue atendida en las consultas de Atención Primaria, y un 38,9% de toda la población de esa edad fue ingresada en un hospital, lo que supone 374.785 altas hospitalarias, un 36% de todas las altas. Las tasas de altas hospitalarias en mayores de 64 años han aumentado un 41,5% en el periodo 2003-2011. En 2011 el 11,5% de las altas hospitalarias en este grupo de edad se debe a intervenciones de cataratas.

La patología del aparato circulatorio, básicamente crónica, constituye el motivo principal de consulta en Atención Primaria (hipertensión arterial no complicada especialmente) y la segunda causa de alta hospitalaria en mujeres (primera en mujeres de más de 84 años) y tercera en hombres.

Salud mental

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

En Atención Primaria la patología mental representó un 4,2% de los episodios atendidos en 2011. Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con trastornos por ansiedad, depresión y problemas de sueño. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles, superior en hombres que en mujeres, muestra una tendencia estable a lo largo del siglo XXI y con valores similares al conjunto de España. En términos de morbilidad hospitalaria, las enfermedades infecciosas y parasitarias representan el 1,7% de las altas hospitalarias registradas en 2011; las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida; y las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias. Las enfermedades infecciosas representa aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; las tasas más altas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años; y las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda es la

primera causa, en todos los grupos de edad, de motivo de consulta por infección.

No obstante la importancia de estas enfermedades radica, más que en su impacto en términos de morbimortalidad, en el hecho de su posible prevención y control. En este sentido es importante la evaluación de las coberturas vacunales. En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros. El registro nominal de vacunaciones (en marcha desde 2006) es una oportunidad para mejorar no sólo la evaluación de las coberturas sino también para servir como instrumento para su mantenimiento y mejora constante.

La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo. Así en 2011, ante el brote comunitario de sarampión y el incremento en el número de casos de tosferina, se introdujeron modificaciones en el calendario de vacunación infantil consistentes en el adelanto de la primera dosis de triple vírica a los 12 meses y la administración de una dosis de dTpa a los 14 años.

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

En 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid y en el periodo de 2009 a 2012 se ha producido un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. En ambos brotes, además de la investigación epidemiológica, se han puesto en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los mismos.

Las infecciones de transmisión sexual siguen mostrando la tendencia ascendente ya detectada desde hace años.

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 2001 (26,0%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2011 la proporción de extranjeros ha sido de 47,3%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2010 fue de 25,2 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 3,3 por 100.000 en mujeres. El 48,4% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2010 fue de 9,2 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,2 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 84,5% en hombres y un 88,7% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con "enfermedad VIH avanzada" ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 29,1% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

Enfermedades no transmisibles

Los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid para ambos sexos, especialmente para el masculino, cuya tasa estandarizada de mortalidad (204,4 por 100.000) supera ampliamente a la segunda causa, enfermedades circulatorias (124,3 por 100.000). Constituyen además la segunda causa de carga de enfermedad y la primera en cuanto a años de vida perdidos. No obstante, la mortalidad por tumores ha disminuido de forma constante durante la última década en ambos sexos, en la Comunidad de Madrid y en España, que muestra tasas superiores. También ocupan los tumores el primer puesto entre las causas de morbilidad hospitalaria en hombres, aumentando las tasas de forma acusada con la edad. En las mujeres los tumores ocupan el segundo lugar en morbilidad hospitalaria (si excluimos el embarazo, parto y puerperio), tras las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (donde las intervenciones de cataratas causaron en 2011 el 56% de las altas). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón sigue siendo desde hace muchos años el que mayor mortalidad causa en los hombres, si bien en éstos las tasas han disminuido de forma constante en la última década. En

mujeres este cáncer ocupa ya el tercer lugar en número de fallecimientos, después de más de dos décadas de aumento constante de su tasa de mortalidad, superior a la nacional. Geográficamente se observa un patrón de agregación de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en el sur del municipio de Madrid y en mujeres en la zona central. El cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad causa en mujeres. El cáncer de colon y recto presenta la segunda mayor tasa de mortalidad por cáncer, tanto en hombres como mujeres.

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de mortalidad –con tendencia claramente descendente–, la cuarta en carga de enfermedad y la quinta en morbilidad hospitalaria en la población madrileña. Dentro de este grupo de enfermedades, las isquémicas son las que mayor mortalidad causan (40% del total de fallecimientos en hombres y 27% en mujeres en 2010, con tasa de mortalidad 2,4 veces superior en hombres). Se observa un patrón geográfico de mayor mortalidad por cardiopatía isquémica en la zona centro del municipio de Madrid. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades circulatorias, con tasas superiores en hombres (24,7 por 100.000 habitantes, frente a 20,9 en mujeres, para 2010).

Las enfermedades respiratorias continúan siendo la tercera causa de muerte en ambos sexos en 2010. Al igual que en España, continúan la tendencia descendente iniciada en 1999. Este grupo de enfermedades respiratorias representó en 2010 la quinta causa en carga de enfermedad en hombres y la sexta en mujeres, con un importante componente de discapacidad. La bronquitis y el enfisema pulmonar constituyen la primera causa de muerte por enfermedad respiratoria en hombres y la segunda en mujeres (por detrás de la neumonía), con tasas casi seis veces superiores en hombres; y la morbilidad hospitalaria por esta causa se concentra en varones, con un incremento progresivo a partir de los 45 años. El asma ocasiona ingresos hospitalarios preferentemente en menores de 15 años y en mujeres adultas de más de 40 años, aumentando progresivamente con la edad.

Las enfermedades digestivas suponen la quinta causa de mortalidad en ambos sexos, ocasionando el 5% de las muertes, y en ambos sexos se observa una tendencia descendente en las tasas de mortalidad. Las enfermedades digestivas presentan la segunda tasa más alta de altas hospitalarias en hombres, tras los tumores, y la quinta en mujeres. Las altas hospitalarias son más frecuentes en hombres y aumentan progresivamente con la edad a partir de los 40 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres.

Las enfermedades raras (ER) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por 10.000 habitantes, según lo establecido por la Unión Europea), con elevada morbilidad y mortalidad prematura. No existe una lista totalmente consensuada de ER a nivel internacional. Para este informe se ha considerado el listado de la clasificación de la Red Epidemiológica del Programa de Investigación sobre Enfermedades Raras (REpIER) y también el listado de las enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Las ER representan el 2,1% (N=859) de las causas de muerte de los residentes en la Comunidad de Madrid fallecidos en el año 2010, de las cuales la mitad corresponden a mujeres (51,1%) y el 15,3 % acontecen en menores de 45 años. En el análisis de la mortalidad por grupo patológico de la CIE-10, se observa la tasa bruta de mortalidad más elevada en el grupo de las enfermedades del sistema respiratorio (4,2 por 100.000) con mayor frecuencia de otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis; seguido de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (4,1 por 100.000) entre las cuales destacan las enfermedades que afectan a la motoneurona; y de las malformaciones congénitas (2,2 por 100.000 personas), con tasas más elevadas en malformaciones del aparato circulatorio. En 2011, las ER representan el 1,4% (N=14.522) de las altas hospitalarias de los residentes de la Comunidad de Madrid, de las cuales el 52,8% corresponden a mujeres.

Causas Externas

La morbimortalidad por causas externas en la Comunidad de Madrid es mayor en hombres que en mujeres. La carga de enfermedad por estas causas en 2009 fue el doble para los hombres y los años de vida perdidos más de dos veces y media superiores que en las mujeres. Desde finales de los ochenta en hombres, y desde antes en mujeres, la mortalidad por causas externas ha venido descendiendo en la Comunidad de Madrid; durante el periodo 2000-2008 descendió un 38,3% en hombres y un 18,7% en mujeres.

La mortalidad por causas externas se ha mantenido en la Comunidad de Madrid por debajo de la nacional durante todo el periodo 1975-2008, en torno al 35% inferior en hombres en los últimos años y al

20% en mujeres.

Este patrón descrito para las causas externas se explica en gran medida por el comportamiento de los accidentes de tráfico, que constituyen el componente más importante de la carga de enfermedad de aquéllas. En 2009 los accidentes de tráfico supusieron el 36,9% del total de años de vida perdidos por causas externas y el 18,75% de los años vividos con discapacidad.

En el periodo 2000-2008 el descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha sido superior al 60%, tanto en hombres como mujeres. La tasa de mortalidad en hombres se mantiene en unos valores en torno al triple de los de mujeres. Este patrón evolutivo es similar en el territorio nacional, que presenta no obstante unas tasas en torno al doble de las de la Comunidad de Madrid y un descenso de las mismas durante el periodo 2000-2008 algo inferior al registrado en la Comunidad de Madrid. Este importante descenso de las tasas de mortalidad debe ponerse en relación con los esfuerzos preventivos realizados esos años desde la Dirección General de Tráfico (DGT).

En Atención Primaria se ha observado en los últimos tres años un aumento de las lesiones del 18,3%, a expensas fundamentalmente de los mayores de 74 años. La morbilidad hospitalaria por causas externas afecta muy predominantemente a las personas mayores. Durante el periodo 2002-2010 las tasas han aumentado un 30,5% en mujeres y un 12% en hombres, fundamentalmente a expensas de los mayores de 65 años. A partir de la edad de 80 años las tasas han experimentado un aumento en mujeres superior al 60% durante ese periodo. Sería recomendable profundizar en el estudio de estos datos para poder conocer las posibles razones de este aumento.

Entre 2002 y 2011 las cifras anuales de víctimas mortales de violencia de pareja contra la mujer en España y la Comunidad de Madrid no se modificaron de forma sustancial. La prevalencia de maltrato en la mujer por violencia de pareja se estimó en 2009 en el 12,2% de las mujeres madrileñas. Las mujeres extranjeras y las jóvenes de 18 a 24 años se identifican como grupos de alto riesgo, prioritarios desde el punto de vista de la programación de intervenciones. La mayoría (72%) de las mujeres maltratadas no es consciente de su propia situación de maltrato. Solamente el 12% de las mujeres maltratadas acude a algún tipo de servicio para recibir apoyo específico por su problema de maltrato. La violencia de pareja contra la mujer está presente desde edades tempranas, pero es considerada por los adolescentes como un problema de la edad adulta y por ello las intervenciones y campañas pueden resultar inefectivas si no se tiene en cuenta esta circunstancia. Se hace necesario trabajar sobre las relaciones de género (modificación de las atribuciones, los roles y los estereotipos de género) y potenciar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como fortalecer las competencias profesionales del personal sanitario y potenciar el trabajo comunitario con los agentes sociales, especialmente con las asociaciones de inmigrantes y la comunidad educativa.

Calidad ambiental

Desde el año 2000, las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO) presentan, en general, una tendencia decreciente o al menos no creciente, sin que en 2010 y 2011 se registrasen superaciones de sus respectivos valores límite para protección a la salud humana. En lo que respecta a las partículas de hasta 10 micras de diámetro (PM₁₀) y el dióxido de nitrógeno (NO₂) se han superado los respectivos límites (diario y horario respectivamente) para protección de la salud humana en varias estaciones, y dado que el límite establecido en la legislación va disminuyendo cada año, si no se produce una reducción de las emisiones de cada uno de estos contaminantes, es previsible un incremento en el número de superaciones en los próximos años.

Existen dos periodos de polinización relevantes en los que existe una mayor asociación entre las reacciones alérgicas y los tipos polínicos presentes en la atmósfera: el invierno, con dos tipos polínicos consecutivos Cupresáceas/Taxáceas y Plátano y la primavera con otros dos tipos polínicos simultáneos: Gramíneas y Olivo. En 2011 tanto para Cupresáceas como para Plátano se alcanzaron picos con concentraciones más elevadas con respecto al máximo histórico.

El número total de instalaciones de riesgo localizadas y cartografiadas a final de 2011 era de 3.562. En lo que respecta a los casos de Legionella, durante los meses de octubre y noviembre de 2010 se produjo un brote comunitario de legionelosis en el centro del municipio de Madrid en el que se identificaron 47 casos, cuya investigación epidemiológica y ambiental fue consistente con que el origen del brote fuesen las torres de refrigeración existentes en la zona. Las medidas tomadas desde sanidad ambiental para su control (inspección y cierre de torres contaminadas) fueron efectivas, y el brote fue rápidamente

controlado. Los casos esporádicos (no asociados a brote) de 2011 han sido inferiores a los notificados durante el año 2010.

Salud laboral

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2011, se han notificado 5.458 partes de enfermedad profesional ocurridas en la Comunidad de Madrid. El 52,4% corresponden a hombres y el 44% al grupo de edad de 30 a 44 años. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo correspondiente a las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos es el que acumula la mayor cantidad de partes comunicados y entre las mujeres también destacan las enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos. En general, los trastornos osteomusculares y las dermatitis son las patologías más frecuentes.

Durante el año 2010 se produjeron en la Comunidad de Madrid, un total de 104.463 accidentes de trabajo con baja, lo que supone un descenso respecto a años previos. Los índices de incidencia de accidentes de trabajo más altos se observaron, entre los hombres, en la construcción y en la industria manufacturera, y entre las mujeres, en actividades sanitarias, veterinarias y sociales y en hostelería. En general, es reseñable también una reducción importante de los accidentes mortales, sobre todo en industria manufacturera y en transporte y almacenamiento; sin embargo, no se observa -como sería de esperar- descenso de los accidentes mortales en el sector de la construcción, en sintonía con la reducción de su actividad en nuestra comunidad.

Hábitos saludables

Dada su alta prevalencia, el sedentarismo en la vida laboral (en torno al 50% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (casi el 80% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. Mientras la inactividad física en el tiempo de ocio permanece estable en los últimos 15 años, el sedentarismo en la actividad habitual ha aumentado un 19,9% en hombres y un 28,2% en mujeres.

La alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2,4 raciones/día de media). Se observan sólo muy ligeras mejorías en la tendencia de estos consumos durante los últimos 15 años. Un bajo consumo de pan, sustituido por productos de bollería, galletas y cereales para el desayuno y un consumo en aumento de platos preparados son otras de las características del patrón alimentario de los madrileños. Cada vez es más frecuente el hábito de comer fuera de casa los días laborables (40% realizan alguna comida a la semana) y aumenta respecto a años anteriores la frecuentación de locales de comida rápida. El 25% de la población (el 45% de los jóvenes de 18-24 años) emplea menos de 44 minutos para comer fuera de casa.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 41,9% de la población de 18 a 64 años de edad, y el 55,2% de los hombres, tenían sobrepeso en 2010 (a partir del peso y talla autodeclarados). El sobrepeso aumenta con la edad (57,1% de población con exceso de peso en el grupo de 45-64 años). Durante los últimos 15 años este indicador se ha incrementado un 18,3% en hombres y un 8,7% en mujeres.

Tabaco, alcohol, drogas

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco en ambos sexos, con un descenso notable en 2011. En ese año el 28,3% de la población de 18-64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual, siendo por primera vez semejante la prevalencia en hombres y mujeres. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudio bajo. Nos hallamos no obstante muy lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo hasta 2011 (5,1% de personas expuestas), especialmente este año tras la publicación de la Ley 42/2010. La exposición pasiva a humo

de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de ambas leyes, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición es aún muy alta, un 26,9% de los hogares. La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición; de los encuestados en 2011 sólo el 5,2% en bares y cafeterías y el 2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En 2009 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 62,8%. En general el consumo de alcohol es mayor en hombres, tanto su prevalencia, como la cantidad consumida. En 2010 se estimó en un 2,9% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,5 más veces hombres que mujeres. La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis continúa siendo la más consumida. En 2009 la prevalencia de consumo en el último mes fue 8,4% (7,7% en 2007). El mayor consumo se produce en hombres y en el grupo de edad 15-24 años (23,6% lo consumieron durante el último mes). La cocaína fue en 2009 la segunda droga psicoactiva de comercio ilegal más consumida, con un 0,7% de entrevistados que la consumieron en el último mes (1,7% en 2007). El consumo es mayor en hombres (el 17,6% de los hombres la probaron alguna vez en su vida, frente al 7% de las mujeres) y en el tramo de edad 15-44 años. Un 0,8% de los encuestados consumieron éxtasis en el último año (1 % en 2007) y 0,3% en el último mes (0,2% en 2007); la prevalencia de consumo fue mayor en hombres y en el grupo 15-34 años.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias, con tendencia al aumento de la edad de los casos, siendo la cocaína la sustancia más a menudo implicada (44,3 % de las urgencias). La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia ligeramente ascendente, con oscilaciones, en la última década.