

Resumen

Dinámica demográfica

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

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

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

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

Mortalidad

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

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

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

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

Morbilidad

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

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

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

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

Carga de enfermedad

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

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

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

Salud infantil

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

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

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

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

Resumen 3/10

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

La salud de los jóvenes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La salud de los mayores

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

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

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

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

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

Salud mental

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

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

Enfermedades transmisibles

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

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

Resumen 5/10

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfermedades no transmisibles

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

Resumen 6/10

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

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

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

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

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

Causas Externas

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

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

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

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

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

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

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

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

Calidad ambiental

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

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

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

Salud laboral

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

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

Hábitos saludables

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

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

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

Tabaco, alcohol, drogas

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

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

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

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

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

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