

Madrid

2023

Informe

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



**Comunidad
de Madrid**

Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2023



Dirección General
de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Coordina: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros
Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No transmisibles
Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Edita: Dirección General de Salud Pública

Diseño y maquetación: Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Edición: octubre 2023

ISSN: 3020-2531

Publicado en España – *Published in Spain*

Para citar datos o utilizar figuras de este Informe se debe indicar la procedencia de la siguiente manera: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. 2023. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2023.

Dirección General de Salud Pública
Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

Elena Andradas Aragonés **Directora General de Salud Pública**
María Araceli Arce Arnáez **Subdirectora General de Vigilancia en Salud Pública**

Autores/as

Coordinación: Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No transmisibles.
Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros

Astray Mochales, Jenaro; Domínguez Berjón, María Felicitas; Esteban Vasallo, María Dolores; Gènova Maleras, Ricard

Soporte informático

Blanco Ancos, Luis Miguel

Diseño web

García Merino, Iñaki; Nieto Julia, Alba

Autores/as colaboradores/as

Abad Sanz, Isabel; Alonso García, Marcos; Álvarez Rodríguez, María de la O; Álvarez Ruiz, Natalia; Aquino Rodríguez, Rosario; Aragón Peña, Andrés; Aragonés Sanz, Nuria; Barbas del Buey, José Francisco; Bardón Iglesias, Rocío; Bustamante González, Soraya; Cabañas Pujadas, Gloria; Cañellas Llabrés, Soledad; Cenamor Largo, Noelia; Cevallos García, Carlos; Chalco Orrego, Juan Pablo; Córdoba Deorador, Esther; Del Pino Valero, Virginia; Díaz García, Luis Miguel; Díez Gañán, Lucía; Domínguez Rodríguez, María José; Febrel Bordejé, Consuelo; Fernández Aguado, Carmen; Fúster Lorán, Fernando; Gandarillas Grande, Ana María; García Comas, Luis; García García, Emilio; García Marín, Natividad; Gil Montalbán, Elisa; Gómez Herrador, Itziar; González Gómez, María Fernanda; Guedeja-Marrón Peinado, Javier; Gullón Gutiérrez, Elena; Gutiérrez Moronta, Marina; Gutiérrez Rodríguez, María Ángeles; Hernando Briongos, Piedad; Hernando García, Margarita; Huerta Cofiño, Marta Elena; Insausti Macarrón, Dolores; Iñigo Martínez, Jesús; Jiménez Bueno, Susana; Junco Bonet, Ana; Labrador Cañadas, María Vicenta; Lasheras Carbajo, María Dolores; López González, Raquel; López Zambrano, María Alejandra; Lozano Serrano, Carolina; Martín Martínez, Fernando; Martínez Arce, Rodrigo; Mata Pariente, Nelva María; Medrano Perales, Paloma; Mendoza Gómez, Isabel; Miguel Benito, Ángel; Milan Lanchares, María del Mar; Molina Olivas, Marta; Montero Morales, Laura; Morey Montalvo, Mariel; Muñoz Manso, F. Javier; Navarro Blanco, Adela María; Nieto Juliá, Alba; Nunziata, Antonio; Ortiz Marrón, Honorato; Palomino López, María Teresa; Parra Blázquez, David; Pérez Meixeira, Ana María; Pichiule Castañeda, Myrian; Pino Rosón, Candela; Portales Polo, Luis Fernando; Ramírez Muñoz, María Elena; Redondo Cueto, Sandra; Revuelta Álvarez, Almudena; Rodero Garduño, Inmaculada; Rodríguez Baena, Elena; Rumayor Zarzuelo, Mercedes; Saito Peña, Yukiko Haru; Sánchez Díaz, Jesús; Sánchez Gómez, Amaya; Sánchez Pérez, Emma; Santos Sanz, Sara; Sanz Moreno, Juan Carlos; Sanz Ortiz, Carmen; Sotodosos Carpintero, Mercedes; Torijano Castillo, María José; Tuya Bengochea, Zonmy; Vargas Gutiérrez, Erika; Vázquez Torres, María; Velasco Rodríguez, Manuel José; Zapirain Izaguirre, María

Agradecimientos

A Natalia de Frutos Cuesta y María Inmaculada Rodríguez López por su apoyo en gestiones administrativas.

A Guillermo García García-Verdugo, Juan Pablo Gil González, Miguel Hidalgo del Cid y Alicia Las Heras Lara, de Madrid Digital, por la asesoría para diseño web y herramientas informáticas.

A todos los profesionales que en su trabajo diario generan y ponen a disposición los datos que hacen posible la elaboración de la información que figura en este Informe:

- Profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Profesionales de apoyo tecnológico de la Consejería de Digitalización y de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Presentación

Constituye para mí una enorme satisfacción presentar la octava actualización del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid de 2023. Hace 20 años se inició la serie que nos ha permitido monitorizar el estado de salud de los ciudadanos de nuestra Comunidad.

Esta serie de documentos es resultado del cumplimiento de la responsabilidad contemplada 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.

En este sentido, hay que señalar que una de las características destacables de la LOSCAM es la importancia que se otorga al área de Salud Pública, a la que se reconoce un enorme potencial para contribuir a garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, y por este motivo, la Ley integra esa función dentro del sistema sanitario.

La Consejería de Sanidad, como institución con competencias para la prestación de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad de Madrid, tiene la responsabilidad de dar una respuesta eficaz a las necesidades de salud de la población. Favorecer esta respuesta basada en el análisis de las necesidades es la principal finalidad del Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, instrumento dirigido a favorecer una planificación más ajustada, tanto en contenidos asistenciales como en competencias de Salud Pública, enmarcado además en las estrategias diseñadas por la Organización Mundial de la Salud.

Por estos motivos, el documento que tiene en sus manos reviste una importancia estratégica, ofreciendo información fundamental para la toma de decisiones. De este proceso dependerá, en buena medida, nuestro éxito para conseguir un mejor estado de salud para toda la población madrileña.

Elena Andradas Aragonés

Directora General de Salud Pública

Índice

Índice	8
Resumen	10
Introducción	23
Estado de salud	24
Indicadores generales	25
Mortalidad	25
Morbilidad.....	28
Esperanza de vida	33
Carga de enfermedad.....	35
Estado de salud percibido	36
Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años (65-79)	38
Determinantes de la salud	43
Dinámica demográfica	45
Determinantes ligados al medio	48
Hábitos y estilos de vida en jóvenes	69
Hábitos y estilos de vida en adultos.....	78
Acciones preventivas	88
Enfermedades transmisibles	98
Enfermedades prevenibles por vacunación	100
Enfermedades de transmisión respiratoria.....	106
Enfermedades de transmisión zoonótica.....	112
Enfermedades transmitidas por vectores	113
Enfermedades de transmisión alimentaria	114
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral.....	118
Covid-19	128
VI Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid	135
Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas.....	137
Brotos.....	139
Enfermedades no transmisibles	141
Tumores	142
Enfermedades cardiovasculares	178
Diabetes mellitus	191
Enfermedades respiratorias.....	197

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	210
Causas externas	214
Enfermedades raras	217
Salud mental	221
Indicadores generales	222
Encuestas poblacionales	228
Suicidio	231
Salud laboral	235
Enfermedades profesionales	236
Accidentes de trabajo	239
Salud reproductiva y perinatal	243
Indicadores de nacimiento.....	244
Características de los partos	245
Mortalidad infantil	247
Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).....	250
Desigualdades sociales en salud	253
Mortalidad	254
Estado de salud percibido	263
Salud mental	264
Hábitos y estilos de vida.....	265
Violencia de género	271
Metodología	276
Fuentes y sistemas de información.....	276

Resumen

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Es un mandato legal contenido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, artículo 55.2), y en el Decreto 245/2023, de 4 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, como una competencia de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid 2023 es el octavo informe de la serie iniciada en 2003. Mantiene un formato web interactivo y una versión en formato PDF. Permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos y exportar las figuras.

El informe que se presenta actualiza los datos oficiales y cerrados de mortalidad y morbilidad hasta el último año/fecha disponible, así como sus determinantes, presentando también las últimas encuestas poblacionales disponibles de la Comunidad de Madrid.

Esta información, con los principales indicadores, incluidos los determinantes de salud, tiene como objetivo dar a conocer a la población, profesionales y gestores sanitarios, los datos necesarios que permitan evaluar la situación de salud de la Comunidad de Madrid, establecer las prioridades y poner en marcha las acciones de mejora.

VEINTE AÑOS DE INFORME DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID: PRINCIPALES HITOS

1. La esperanza de vida al nacimiento para ambos sexos, en la Comunidad de Madrid, en el año 2021, fue la más alta de todas las regiones de la Unión Europea.
2. La supervivencia media en la Comunidad de Madrid ha mejorado notablemente entre 2001 y 2021, más en hombres (4,58 años) que en mujeres (2,75). La esperanza de vida en 2021 es de 81,7 en hombres y de 87,2 en mujeres.
3. La mejora de la supervivencia de la población madrileña se produce sobre todo por la reducción de la mortalidad de las personas mayores de 65 años. El 56% de los años de esperanza de vida ganados entre 2001 y 2021 es atribuible a la población de 65 y más años de edad (71% en mujeres y 49% en hombres).
4. La población madrileña entre 2001 y 2022 ha crecido en 1,37 millones de personas (un 25,6%), al tiempo que ha aumentado su grado de envejecimiento (de 102,4 a 127,2 personas de 65 o más años por cada 100 jóvenes menores de 15).
5. En 2022 la presencia en la población madrileña de personas nacidas en el extranjero es mucho mayor (26,5%) que en el 2001 (9,4%).



6. El indicador de limitación grave de la actividad en mayores de 65 años es del 3,8% a los 65-69 años y del 6,8% a los 75-79 años. Las bajas prevalencias de los indicadores de discapacidad hacen posible el desarrollo de actividades de promoción de salud y preventivas para evitar la fragilidad y la sarcopenia en mayores de 65 años.
7. Según el Indicador Multidimensional de Calidad de Vida, elaborado por el INE, la Comunidad de Madrid, en el año 2022, presenta los mejores datos en la dimensión de salud entre todas las regiones de España.
8. En los últimos veinte años las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se han reducido a la mitad (descenso del 46% en hombres y 50% en mujeres). La menor mejora de los tumores (descenso del 35% en hombres y 20% en mujeres) ha hecho que pasen a ser en 2021 la principal causa de muerte en ambos sexos.
9. La mortalidad por cáncer de pulmón se ha duplicado (104% de aumento) en mujeres entre 2001 y 2021, pasando a ser la primera causa de muerte por tumores malignos en este sexo, por encima del cáncer de mama. El cáncer de páncreas no ha dejado de aumentar en estos últimos veinte años (15% en hombres, 26% en mujeres) a diferencia de la mayoría del resto de tumores.
10. El tabaquismo sigue siendo un problema de salud pública, aunque muestra una mejora evidente desde 2001 reduciéndose el consumo ocasional o diario en 16,6 puntos porcentuales en hombres, y 15,7 puntos porcentuales en mujeres. Sin embargo, siguen fumando 1 de cada 5 adultos. En jóvenes (15-16 años) la disminución de fumadores diarios es también muy importante (de 12,5 puntos porcentuales en chicos y 19,4 puntos porcentuales en chicas), con valores de 5,2% y 8, 2% respectivamente en 2022.
11. El sobrepeso y la obesidad en adultos (18-64 años) se mantienen en valores muy elevados. El problema es especialmente relevante en hombres: 53,8% en 2022 con un incremento anual de 0,91% en la serie desde 1994. En mujeres la prevalencia es del 32,7% en 2022, con un incremento anual de 1,5%. En jóvenes se ha pasado de una prevalencia de 17,9% en 2001 a 21,2% en 2022 en hombres y de 7,5% a 16,9% en mujeres.
12. El porcentaje de bebedores habituales (consumo de alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días) en la población de 18 a 64 años, para los años 2021-2022 fue de 49,9% (59,7% en hombres y 40,5% en mujeres) y permanece estable en la serie temporal.

13. Las enfermedades de transmisión sexual, excepto la infección VIH/sida, siguen una tendencia al alza en los últimos 20 años. En el último quinquenio el número de casos de sífilis, infección por *Chlamydia trachomatis* (incluyendo linfogranuloma venéreo) e infección gonocócica han aumentado un 67,4%.

14. La incidencia de infección VIH ha descendido tanto en hombres (12,8 puntos porcentuales) como en mujeres (4,9 puntos porcentuales), pero aún siguen generándose nuevos casos que podrían ser prevenidos, siendo la tasa en ambos sexos en 2021 de 9,1 por 100 mil. La incidencia de sida sigue un patrón similar de mejora desde 2007, de los 10,6 casos por 100 mil en hombres se ha pasado a 1,7 casos por 100 mil en 2021 y en mujeres de 3,0 por 100 mil a 0,6 por 100 mil. La mortalidad por sida ha tenido un descenso del 91,2% desde 2001 a 2021 en hombres y de 83,9% en mujeres (las tasas en 2021 son 0,61 y 0,31 por 100 mil respectivamente).

15. En los últimos 20 años hemos abordado dos pandemias por virus respiratorios: la pandemia por covid-19, de 2020 a 2023, ha tenido un gran impacto en la salud de los madrileños y la previa, en 2009, por gripe A (H1N1). La experiencia previa y los planes de preparación y respuesta son claves para dar respuesta a nuevas pandemias.

16. Enfermedades emergentes como la enfermedad por el virus del Ébola, la leishmaniasis, mpox o las multirresistencias a antimicrobianos han cobrado una especial importancia, por lo que deben potenciarse los planes específicos frente a nuevas enfermedades emergentes.

17. Las óptimas coberturas de vacunación en la población madrileña permiten controlar la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles, y han sido determinantes en el control de la pandemia por covid-19.

18. Se consolidan las altas temperaturas como nuevos riesgos ambientales. El número de días en alerta por calor (> 36,5°C) han aumentado en los últimos 20 años pasando de 10 días a 20 días de media por año, con una tendencia claramente ascendente.

La salud de la población de la Comunidad de Madrid sigue un patrón propio de países desarrollados.

A medida que un mayor número de personas llegan a una edad avanzada y que se modifican los patrones de vida y de consumo y las exposiciones ambientales, enfermedades no transmisibles como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se han hecho más prevalentes. Sin embargo, la salud no es del todo previsible y las enfermedades transmisibles pueden alterar de forma muy relevante estos patrones, como demuestra la reciente pandemia de covid-19.

La estructura de edad de la población condiciona la forma de enfermar y de morir.

La población madrileña aumenta y es previsible que lo siga haciendo en los próximos años. La pirámide actual de la población se caracteriza por un alto nivel de supervivencia -mayor en las mujeres que en los hombres- y un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 35 y los 54 años de edad, consecuencia tanto de la alta natalidad de los años sesenta y setenta del siglo XX como del gran aporte de población procedente del extranjero ocurrida durante el primer decenio del siglo XXI. Se advierte también el fuerte descenso del tamaño de las generaciones nacidas en los años ochenta y noventa, y el progresivo aumento de las cohortes nacidas entre 1999 y 2008. Tras ese año de nacimiento, los efectivos de población vuelven a disminuir.

La esperanza de vida de la población madrileña se recupera tras la pandemia a los niveles más altos de las regiones de Europa.

La esperanza de vida ha aumentado más de 11 años entre 1975 y 2021, hasta alcanzar actualmente los 81,76 en hombres y 87,28 en mujeres. Veinte años atrás, en 2001, los hombres podían esperar vivir 77,19 años y las mujeres 84,53.

En el año 2020 se pone en evidencia el gran impacto de la pandemia por covid-19 en la mortalidad: en un solo año, en relación con el 2019, las mujeres pierden casi 2,5 años de esperanza de vida, y los hombres más de 3. Las esperanzas de 2021, pese a la recuperación, no alcanzan todavía los niveles registrados en 2019, antes de la pandemia. La mortalidad por covid-19 afectó sobre todo a la población de más de cincuenta años de edad, y muy especialmente a la mayor de setenta.

El balance general del resto de causas en la mortalidad es claramente positivo, en términos de aumento de la supervivencia. Destaca la aportación positiva de los tumores en los hombres, así como de las enfermedades del sistema circulatorio y de las causas respiratorias en mayores de ambos sexos.

En mayores de 65 años, los indicadores de cronicidad, dependencia y fragilidad tienen bajas prevalencias, aumentan con la edad y permiten el desarrollo de actividades de promoción de salud y prevención a estas edades.

Una de cada cuatro o cinco personas de entre 65 y 79 años refiere algún grado de limitación de la actividad (GALI). La prevalencia de limitación grave de la actividad por un problema de salud en los últimos 6 meses es de 3,6% en los hombres y de 5,6% en las mujeres, casi el doble, y aumenta con la edad. Esta limitación de actividad se debe a causas físicas en su mayoría y en menor grado por causa mental. El indicador de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) estima algún grado de dependencia en un 11,8%, es mayor en las mujeres (14,2%) que en los hombres (8,9%); también existe un gradiente por aumento de la edad. En el indicador de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) los porcentajes de dependencia moderada, grave o total son del 7,8% para el total de la población de 65 años en adelante, 10,4% en mujeres

y 4,6% en hombres. En cualquier grado de dependencia, desde ligera a moderada, grave y total los resultados son mucho mayores en las mujeres que en los hombres. Una de cada cinco mujeres y uno de cada 10 hombres de 75 a 79 años presenta alguna dependencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

Las caídas y el miedo a caerse son un problema en los mayores de 65 años.

En los mayores de 65 años, un 10,2% sufrieron una o más caídas en el último año que requirieron asistencia sanitaria, cifra el doble en mujeres (13,3%) que en hombres (6,5%), y casi se duplica en el grupo de mayor edad.

Vive con miedo a caerse un 32,2% de las personas de 65 a 79 años (un 17,1% de los hombres y un 44,8% de las mujeres). Este hecho es importante, ya que el miedo a caerse es un buen predictor de caídas en el futuro.

El apoyo social en mayores de 65 años es elevado en nuestra sociedad y se ha incrementado en los años de pandemia en casi un 10%.

Un elevado porcentaje de la población mayor tiene un fuerte apoyo social: 55,6% de los hombres y 57,6% de las mujeres en el año 2022. Sin embargo, en 1 de cada 11 personas el apoyo social es pobre o nulo. La soledad sentida, no querida “siempre o casi siempre”, es del 9,2% en mujeres y del 4,6% en hombres, vuelve a repetirse la gran diferencia entre ambos.

La prevención de la fragilidad y de la sarcopenia deben ser objetivos de salud pública.

El indicador de fragilidad se estima en el 14% de la población de 65 a 79 años (10,0% en hombres y 17,4% en mujeres), la prevalencia aumenta con la edad, y es superior en las mujeres, llegando a alcanzar casi el 30% en mujeres de 75 a 79 años.

Sigue disminuyendo la tasa de natalidad y aumentando la edad media de la madre al nacimiento del primer hijo.

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008 y a partir de 2009 se inicia un descenso mantenido. La tasa bruta de natalidad en 2021 es de 7,61 nacidos vivos por mil habitantes.

La edad media de la madre al nacimiento del primer hijo es de 34,6 años; presenta un crecimiento sostenido desde el inicio de los años ochenta y supera los 30 años a mediados de los noventa. El porcentaje de nacidos vivos de madres con edades a partir de los 40 años, que venía aumentando desde los años noventa, parece acentuarse a partir del año 2009, salvo un estancamiento entre los años 2018-2020, alcanzando cifras superiores al 10%. El porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años va disminuyendo hasta situarse por debajo del 2% en la última década.

Las tasas de mortalidad infantil se mantienen en valores mínimos.

La tasa de mortalidad infantil es muy baja (2,53 por mil nacidos vivos) y con tendencia descendente en las últimas décadas. En estos últimos años la mortalidad neonatal precoz supone aproximadamente entre el 40 y el 50% del total de las muertes del primer año de vida.

Las neoplasias son el motivo más frecuente de ingreso hospitalario y de fallecimiento.

La principal causa de ingreso en los hospitales de la Comunidad de Madrid han sido las neoplasias, con el 11,8% del total de las altas, la segunda causa son las enfermedades del

aparato digestivo con el 11,2% y la tercera causa son las enfermedades del ojo y anexos con un 10,5%.

En 2021 han fallecido un total de 49.857 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 738,5 por 100 mil habitantes. La mayor causa de Años de Vida Perdidos (AVP) tanto en mujeres como en hombres fueron las muertes por tumores, por encima de las enfermedades del sistema circulatorio, el covid-19, y las enfermedades del aparato respiratorio.

Las mujeres consultan más en Atención Primaria que los hombres, hecho que se repite en las series anuales.

En 2021 se han registrado en la historia clínica electrónica de Atención Primaria AP-Madrid un total de 17.136.969 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 2.533,7 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres (2.916,1 y 2.118,7 en hombres).

Los motivos más frecuentes de consulta han sido las enfermedades infecciosas (contacto e infección por covid-19, otras enfermedades virales y las infecciones respiratorias agudas de vías superiores).

El nivel de salud autopercebida varía según factores demográficos y socioeconómicos.

El 75,6% de la población de 18 a 79 años consideraba que su salud era 'buena' o 'muy buena' en 2021, bajando al 70,5% en 2022. Esta situación empeora con la edad, y con la disminución del nivel socioeconómico y para todos los grupos los valores son inferiores en las mujeres.

La configuración urbana de la Comunidad de Madrid favorece el impacto en la salud de la contaminación atmosférica y las temperaturas extremas.

En el año 2022 se han producido 74 superaciones de Ozono Troposférico (más de 180 µg/m³).

El verano de 2022 ha sido el más cálido en España desde que hay registros. En la Comunidad de Madrid en 39 días se han superado los 36,5°C, y se ha estimado un exceso de mortalidad atribuible a la temperatura del 8,0%.

Los riesgos ambientales de enfermedades emergentes transmitidas por vectores condicionan una vigilancia entomológica y ambiental reforzada.

Se han producido en los últimos años problemas de salud relacionados con la prevalencia de vectores (flebotomos) como el brote de leishmaniasis en el suroeste de la Comunidad de Madrid. Se ha detectado la presencia de vectores potencialmente transmisores de arbovirus, que no estaban descritos en la Comunidad de Madrid como el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) y garrapatas (transmisor de virus hemorrágico de Crimea-Congo, etc.). El sistema de vigilancia de vectores transmisores de enfermedades permite proponer estrategias de control de vectores y potenciar actividades de educación sanitaria.

La epidemia de obesidad e inactividad física afecta a todas las edades.

En la Comunidad de Madrid uno de cada cuatro escolares de 12 años tiene sobrepeso, y el 13,4% presenta obesidad. El 16,5% tiene obesidad abdominal. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto general como abdominal, es mayor en niños que en niñas; y superior en aquellos que viven en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo.

Según datos autorreferidos, el 16,9% de las chicas y el 21,2% de los chicos de 15-16 años tenían sobrepeso u obesidad en 2022. En ambos sexos se observa una tendencia ascendente desde 1996, más pronunciada en mujeres.

El 50,4% de las chicas de 15-16 años no realiza al menos 3 días a la semana ejercicio físico intenso (siguiendo las recomendaciones de actividad física de la OMS), frente al 18,7% de los chicos.

En adultos de 18 a 64 años, el sobrepeso u obesidad en hombres es del 53,8% y en mujeres del 32,7% y tiene una tendencia ascendente. La inactividad física en tiempo libre (no realización de actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez), es del 79,6% en mujeres y del 73,1% en hombres.

El sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en hombres y aumenta con la edad y en niveles socioeconómicos más desfavorecidos.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 18 a 65 años ha aumentado un 10,5% en hombres de 2001 a 2022 (de 48,7% a 53,8%) y un 23,4% en mujeres (de 26,5% a 32,7%). Esta prevalencia aumenta con la edad y se mantiene la diferencia entre hombres y mujeres (31,3% en los hombres y 15,9% en las mujeres de 18 a 29 años; y 67,4% en los hombres y 44,0% en las mujeres de 45 a 64 años).

Aumenta al disminuir el nivel educativo y por clase social se observa también un gradiente, tanto en hombres como en mujeres, con prevalencias de sobrepeso u obesidad más altas en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos.

El consumo de sustancias psicoactivas continúa siendo un importante problema de salud, aunque las estimaciones de prevalencia son inferiores a las registradas a nivel nacional para la mayoría de las sustancias.

En 2022 las sustancias más consumidas, tanto legales como ilegales, entre la población de 15 a 64 años en la Comunidad de Madrid han sido por este orden: alcohol, tabaco, cánnabis, hipnosedantes, analgésicos opioides y cocaína. En general los hombres muestran prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres, excepto en el consumo de hipnosedantes, analgésicos opioides y consumo diario de cigarrillos electrónicos, cuyo consumo es más elevado en las mujeres.

Entre los 14 y los 18 años la sustancia psicoactiva más consumida es el alcohol, que junto a los hipnosedantes tienen una media de edad de inicio del consumo más baja (14 años).

El alcohol (32,2%), la cocaína (26,5%), la heroína (20,3%) y el cánnabis (15,3%) son las principales sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento en los centros de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid. El 41,1% de los pacientes consumen más de una sustancia. El 1,8% han acudido para tratamiento de una adicción sin sustancia/comportamental, de ellos el 56,2% por juego patológico, el 19,0% por adicción a internet/móvil y el 7,2% por adicción a los videojuegos.

El tabaquismo presenta una tendencia descendente, pero sigue representando un importante problema de salud y sigue estando más presente en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos.

El consumo de tabaco a los 15-16 años muestra una tendencia descendente y en el año 2022 son fumadores diarios el 5,2% de los chicos y el 8,2% de las chicas.

A pesar de la importante reducción del consumo de tabaco en los últimos años, todavía en 2022 son fumadores/as ocasionales o diarios un 23,0% de la población de 18 a 64 años (23,5% de los hombres y 20,4% de las mujeres). El patrón de mayor consumo se observa en el menor nivel educativo (35,2% de los hombres y 24,7% de las mujeres con menor nivel de estudios) y en las clases sociales más desfavorecidas (31,8% en hombres y 22,1% en mujeres), en el promedio de los años 2021-2022.

El consumo habitual de alcohol es mayor entre los hombres y entre personas de nivel socioeconómico más alto.

El porcentaje de bebedores habituales (consumo de alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días) en la población de 18 a 64 años, para los años 2021-2022 fue de 49,9% (59,7% en hombres y 40,5% en mujeres). Este porcentaje muestra un gradiente por clase social y nivel educativo, siendo mayor en el nivel socioeconómico más alto, tanto en hombres como en mujeres.

El programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas alcanza a todos los recién nacidos. Los cribados poblacionales de prevención del cáncer atienden progresivamente a más personas.

En 2021 un total de 54.251 neonatos completaron el proceso de cribado. De ellos 297 fueron positivos (0,55% de los nacidos) a alguna de las 19 enfermedades cribadas y se derivaron para su confirmación a la Unidad Clínica de Referencia, siendo finalmente 80 casos los confirmados, todos ellos asintomáticos para la enfermedad en el momento del diagnóstico.

La cobertura en 2022 de invitación del programa de detección precoz de cáncer de colon fue de 69,8% respecto de la población diana según tarjeta sanitaria (CIBELES) y del 95,0% en relación a la población elegible. El porcentaje de mujeres de 50 a 60 años con mamografía realizada es del 60,7% y en 2022 se ha invitado/citado a 349.732 mujeres, de las cuales un 50,0% han participado. El porcentaje de mujeres de 25 a 65 años con prueba de citología vaginal realizada en los últimos 3 años es del 78,4%.

El calendario vacunal para toda la vida muestra unas coberturas vacunales altas que se reflejan en la baja incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Las coberturas en primovacunación infantil se aproximan al 100% y la de vacunación antigripal en ≥ 65 años llegó al 69,7% en la temporada 2022-2023.

La cobertura de vacunación frente al coronavirus ha contribuido de forma definitiva al control de la pandemia por covid-19. El 96,2% de la población de 18 y más años ha completado la pauta vacunal y el 65,6% ha recibido una dosis de recuerdo.

Según los datos de la VI Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid, la prevalencia de inmunidad humoral frente al antígeno S de SARS-CoV-2 en la población de 2 a 80 años de edad es mayor del 95% y la de inmunidad celular alcanza el 85%.

En lo que se refiere a otras enfermedades prevenibles por vacunación, en 2022 aumentaron la incidencia de las enfermedades bacterianas invasivas como la enfermedad meningocócica, la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* y la enfermedad neumocócica invasora respecto a los años pandémicos 2020-2021, pero sin llegar a los valores pre-pandémicos y con tasas inferiores a la mediana del quinquenio previo.

La tosferina y la parotiditis permanecieron en tasas muy bajas, como en el año 2021, con un número escaso de casos confirmados. Varicela y herpes zóster aumentaron ligeramente su

incidencia, manteniéndose al igual que todas las enfermedades de este grupo en valores por debajo de la mediana de los últimos 5 años. No se confirmaron casos de sarampión, algo que no ocurría desde 2009.

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 435 casos de enfermedad neumocócica invasora. Se registró el serotipo de neumococo en el 84,8% de todos los casos y los más frecuentes fueron el serotipo 8 (20,9%), el serotipo 3 (17,3%) y el serotipo 22F (5,2%).

En el periodo pandémico se han diagnosticado en la Comunidad de Madrid más de dos millones de casos confirmados de covid-19.

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote de SARS-CoV-2 (covid-19) como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS reconoció la situación generada como pandemia global, que se ha mantenido hasta el 5 de mayo de 2023 día en que la OMS declaró el final de la emergencia. En la Comunidad de Madrid durante este periodo se han confirmado 2.005.382 casos.

La covid-19 se ha mostrado en ondas epidémicas y se han descrito siete ondas, cada una de ellas con sus características, generando impactos diferentes en los indicadores de incidencia, ingresos y mortalidad, que han estado influidos por el conocimiento de la enfermedad, la disponibilidad de vacunas y la evolución genómica del microorganismo. Las tasas más altas de incidencia se alcanzaron en la sexta ola (enero de 2022, con la variante ómicron).

La primera ola pandémica tuvo unas características muy especiales, ya que los métodos diagnósticos no se podían utilizar para el global de la población y se estima que los datos recogidos se refieren a los casos más graves y que estos suponen tan solo un 10% de la incidencia de enfermedad en base a los estudios de seroprevalencia. El impacto de la primera ola en términos de mortalidad fue muy intenso.

La situación pandémica y las medidas de control implementadas han tenido un impacto favorable en el control de otras enfermedades respiratorias.

Hasta el segundo año de la pandemia por covid-19, las restricciones de movilidad y de contacto social, así como las medidas de prevención utilizadas en la pandemia, en especial el uso de mascarillas, modificaron la epidemiología de algunas enfermedades, especialmente las de transmisión respiratoria.

Tras el levantamiento de estas medidas, la incidencia de gripe, legionelosis y tuberculosis ha aumentado de forma notable durante 2022. La incidencia de gripe es 14 veces superior a 2021, pero sin alcanzar las cifras de años anteriores. La legionelosis ha aumentado de forma considerable (un 32%) durante 2022, llegando a los 163 casos (sin asociación en brote comunitario). También la incidencia de tuberculosis aumentó un 8% respecto a 2021.

Tras la fase pandémica también han repuntado los casos de Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en menores de 2 años en la temporada 2022-23, recuperando la magnitud y la estacionalidad que mantenía en la etapa prepandémica.

La mayoría de los casos de enfermedades transmitidos por vectores son importados.

En 2022 se produjo un aumento muy notable de casos de dengue (124 casos), todos importados, en relación con el año anterior y la mediana del quinquenio previo. También la fiebre exantemática mediterránea presentó cifras superiores a las registradas en esos mismos períodos.

Tanto la enfermedad por virus Chikungunya y la enfermedad por virus Zika como la leishmaniasis y el paludismo se mantuvieron en incidencias inferiores a las de las medianas del quinquenio anterior.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran una marcada tendencia ascendente, excepto la infección por VIH/sida que mantiene una ligera tendencia decreciente.

En el año 2022 todas las infecciones de transmisión sexual han experimentado un incremento sensible respecto a las cifras notificadas el año anterior y en años prepandémicos. Las infecciones por Chlamydia y gonococo han visto aumentadas sus tasas de incidencia un 30,5% y 14,9% respectivamente. En el caso del linfogranuloma el incremento llega al 66,0%. También la sífilis sube de 20,23 a 24,72 casos por 100 mil habitantes. Por el contrario, las tasas de incidencia de infección por VIH y sida mantienen su tendencia descendente.

El brote de mpox ocurrido en 2022 en la Comunidad de Madrid es el de mayor magnitud de las regiones de Europa, y se investigó y controló de forma óptima.

En 2022 apareció en Europa una nueva enfermedad conocida previamente como viruela del mono o infección por monkeypox (actualmente mpox). En la Comunidad de Madrid se activó la alerta sanitaria el 17 de mayo y desde entonces hasta el 31 de diciembre de 2022 se notificaron a Salud Pública 4.025 casos de mpox, de los cuales se confirmaron 2.500 (62,1%), se descartaron 1.503 (37,3%) y 22 (0,5%) se clasificaron como sospechosos/probables.

La incidencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria es estable; la vigilancia y control de las resistencias antimicrobianas representa un reto de primer nivel.

El uso indebido y excesivo de los antimicrobianos es el principal factor que determina la aparición de patógenos farmacorresistentes. En la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) en el periodo de 2020 a 2022 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 4.980 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por estos microorganismos, de ellos 49,7% infecciones y 48,1% colonizaciones.

Los tumores que causan mayor mortalidad son, por orden de frecuencia: en hombres, pulmón, colon, próstata y páncreas; y en mujeres, pulmón, mama, colon y páncreas.

La mortalidad por cáncer de páncreas muestra una tendencia ascendente y pasa a ocupar el cuarto puesto en mortalidad por cáncer en ambos sexos.

La mortalidad por cáncer de pulmón supera por primera vez al cáncer de mama en mujeres.

Los tumores suponen la primera causa de mortalidad, analizando los grandes grupos de enfermedad, con un total de 13.024 fallecimientos en 2021 (7.345 en hombres y 5.679 en mujeres).

El tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón es el cáncer que causa mayor mortalidad tanto en hombres (1.794 fallecidos, 24,4% del total por cáncer) como en mujeres (798 fallecidas, 14,1% del total por cáncer), superando al cáncer de mama por primera vez. En los hombres muestra una tendencia descendente en los últimos años y en las mujeres la tendencia es ascendente.

En hombres, el cáncer de colon con 653 fallecimientos (8,9%), el cáncer de próstata con 579 defunciones (7,9%) y el cáncer de páncreas con 460 defunciones (6,3%) le siguen en frecuencia. Y en las mujeres, el cáncer de mama con 795 fallecimientos (14,0%), el de colon con 538 (9,5%) y el de páncreas con 485 fallecimientos (8,5%).

Globalmente, la supervivencia tras un diagnóstico de un tumor en los niños y adolescentes que residen en la Comunidad de Madrid es muy alta. Se estima que seis de cada siete personas entre 0-19 años con un diagnóstico de tumor maligno han sobrevivido al menos 5 años tras el diagnóstico, no existiendo grandes diferencias por sexo ni grupo de edad.

La enfermedad cardiovascular, que hasta hace unos años era la principal causa de muerte, ha pasado a ser la segunda causa de defunción en la población madrileña.

En el año 2021 se produjeron 11.615 fallecimientos por enfermedades circulatorias. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte dentro de este grupo, 33,8% en hombres, mientras en mujeres la insuficiencia cardiaca ocupa el primer lugar (24,0%, siendo este porcentaje de 17,4% en hombres) y la cardiopatía isquémica ocupa la cuarta posición (17,0%). Las enfermedades cerebrovasculares representan en hombres el 18,2% de este grupo de enfermedades y en mujeres el 20,4%.

La diabetes mellitus continúa representando una causa importante de morbilidad.

En la historia clínica de atención primaria constan 370.237 personas con episodio de diabetes (54,7% hombres). La mayor morbilidad hospitalaria se observa en hombres y sobre todo a partir de los 70 años. Tanto en hombres como en mujeres desde finales de los años ochenta se aprecia una tendencia descendente en la mortalidad por diabetes en la Comunidad de Madrid.

La incidencia anual de diabetes tipo 1 en menores de 15 años se sitúa en torno a 20 casos por 100 mil habitantes para niños y niñas. La menor incidencia se observa en el grupo de 0 a 4 años.
2021

Uno de cada 20 residentes en la Comunidad de Madrid tiene una enfermedad poco frecuente.

A 1 de enero de 2022 las personas con una enfermedad poco frecuente eran 307.159, el 5,7% de la población. Agrupando las enfermedades por capítulos destaca en primer lugar las anomalías congénitas en ambos sexos, seguido por el grupo de la patología endocrino-metabólica.

Se mantiene la tendencia estable de la mortalidad por causas externas.

Las causas externas, entre las que se incluyen las lesiones autoinfligidas y el suicidio, han supuesto un total de 1.647 fallecimientos (974 hombres y 673 mujeres) y 38.710 años de vida perdidos en 2021.

El suicidio sigue representando un problema y con mayor mortalidad en hombres.

En 2021 fallecieron 348 personas por suicidio, 253 hombres y 95 mujeres. Los años de vida perdidos por suicidio son claramente mayores en hombres y se concentran en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

La prevalencia de la violencia de pareja es elevada y afecta a una de cada 10 mujeres.

En 2020 la prevalencia total de violencia de pareja hacia la mujer fue de 10,1%: la violencia psicológica es la más prevalente, con un 9,1%, seguida por la violencia física con 3,0% y la prevalencia de violencia sexual con un 1,9%. Según nivel de estudios, clase social y nivel de ingresos en el hogar, hay un incremento gradual en la prevalencia a medida que la situación empeora.

La patología mental representa una causa importante de morbilidad en todos los grupos de edad.

Los años de vida perdidos por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid se concentran en las edades más avanzadas.

La morbilidad hospitalaria por patología mental refleja tasas destacadas en mujeres adolescentes debidas a trastornos del comportamiento alimentario y del estado de ánimo. En Atención Primaria hasta los 14 años los episodios de atención más frecuentes de patología mental son los relacionados con trastornos del comportamiento y del sueño, entre los 15 y 74 años se relacionan con problemas del estado de ánimo (ansiedad, depresión), y a partir de esa edad son superados por los trastornos de memoria y la demencia.

Las encuestas poblacionales muestran peor salud mental en mujeres, un gradiente socioeconómico y una tendencia desfavorable.

La prevalencia de distrés psicológico (valor de GHQ-12 de 3 o más puntos) en adolescentes de 4º de ESO (la mayoría con 15 o 16 años) es de 68,0% en chicas (51,4% en 2017) y 40,2% (33,3% en 2017) en chicos.

En población adulta (18 a 64 años) la prevalencia de depresión, según el cuestionario PHQ-8 (valor igual o superior a 10), fue en 2022 de 13,9% en mujeres y 8,0% en hombres. En 2019 estos valores fueron 7,0% y 3,8%, respectivamente.

Se observa un gradiente socioeconómico claro, con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral. En las mujeres con nivel educativo más bajo (estudios primarios o menos) se observa la prevalencia más elevada (29,6%).

Las interrupciones voluntarias del embarazo recuperan valores similares a los años pre pandémicos.

La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) es en 2022 de 12,76 por mil mujeres de 15 a 44 años, lo que supone una estabilización con las cifras de años pre pandémicas.

Del total de IVE notificadas el 47,6% correspondían a mujeres nacidas en España, entre las que la tasa se mantiene estable, mientras entre las nacidas fuera de España la tasa parece repuntar en 2022 (20,31) tras el marcado descenso en 2020 (16,72).

Por grupos de edad la tasa más alta corresponde a las mujeres de 20 a 24 años, que en 2022 ha sido de 22,13 por mil mujeres, seguida por la de las mujeres de 25 a 29 años, con una tasa de 19,19 por mil mujeres.

La incidencia de enfermedades profesionales se mantiene baja desde 2020.

La incidencia de enfermedades profesionales comienza a bajar en 2016 con un 15% de mejora anual durante el periodo 2016-2022 y mantiene desde 2020 unas cifras bajas respecto a los años prepandémicos. El mayor número de enfermedades profesionales comunicadas en 2022 pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, que condicionan patologías traumatológicas.

Los accidentes de trabajo siguen siendo más frecuentes en hombres.

En 2021 se produjeron en la Comunidad de Madrid 89.820 accidentes de trabajo (46.236 en hombres y 23.668 en mujeres). Esto representa una tasa de 23,07 accidentes de trabajo por 1.000 afiliados/as, la cual es superior a las de 2020 (19,34) aunque inferior a la de 2019 (25,46). La serie ha pasado de tasas en 2008 de 46,2 por 1000 trabajadores a 23,0 por mil trabajadores en último año disponible, lo que supone una mejora de un 4,29 % anual.

En 2021 se contabilizaron casi 20.000 accidentes de trabajo más que los registrados el año 2020, año en el que la pandemia de covid-19 alteró las condiciones de trabajo. A pesar de que el RD 12/2020 reconocía como accidente de trabajo aquellas bajas por covid-19 en personal sanitario y socio sanitario, y de la alta incidencia de esta enfermedad en este colectivo, esa consideración no ha tenido efecto visible sobre las cifras registradas.

Introducción

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

Es un mandato legal contenido en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, artículo 55.2), y en el Decreto el Decreto 245/2023, de 4 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, como una competencia de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2023 da continuidad a la serie de informes iniciada en 2003 y ofrece información sintética y resumida del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid. Mantiene un formato web interactivo y una versión en formato PDF y permite al usuario acceder a los datos más actualizados disponibles, así como consultar información de años previos y exportar las figuras y tablas

Siguiendo la línea editorial iniciada en años anteriores, esta nueva edición cuenta con un formato gráfico enmarcado en el la web institucional de la Comunidad de Madrid, que permite una navegación más rápida a partir del índice. La presentación se basa en figuras y tablas con textos explicativos, intentando que la lectura pueda ser dirigida a través de enlaces a la búsqueda de información adicional. Además, se ofrecen las descargas de datos en abierto y en formato “responsive”. Asimismo, se han incorporado datos interactivos que posibilitan explorar en una sola imagen diversas enfermedades, por grupos de edad, sexo y anualidad.

Es necesario tener en cuenta la situación pandémica que hemos vivido desde el inicio del año 2020 (en que OMS declaró el brote de SARS-CoV-2 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, hasta el 5 de mayo de 2023 en que la declaró el final de dicha emergencia), ha tenido un impacto importante en los indicadores de salud en este periodo.

El informe que se presenta actualiza los datos oficiales y cerrados de mortalidad y morbilidad hasta el último año/fecha disponible, así como sus determinantes, presentando también las últimas encuestas poblacionales de la Comunidad de Madrid disponibles.

La información contenida en el presente informe tiene como principal objetivo dar a conocer a la población, profesionales y gestores sanitarios, los datos necesarios que contribuyan a analizar la situación de salud de la Comunidad de Madrid, establecer prioridades y poner en marcha acciones de mejora que redunden en una mejor salud para todos los madrileños.

Estado de salud

Indicadores generales

Mortalidad

Morbilidad

Esperanza de vida

Carga de enfermedad

Estado de salud percibido

Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años (65-79)

Problemas crónicos de salud

Indicadores de dependencia

Limitación de la actividad (GALI)

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Caídas

Apoyo social

Fragilidad

El estado de salud de una población depende de una variedad de factores interrelacionados, denominados de forma genérica “determinantes”, que interactúan entre sí y no pueden ser considerados de forma aislada. Una población, para ser saludable, requiere abordar múltiples aspectos, incluyendo tanto intervenciones a nivel individual como medidas de salud pública a nivel comunitario. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son fundamentales para mejorar el estado de salud general de una población. A continuación, se analizan los principales indicadores que permiten monitorizar el estado de salud de la población de Madrid.

Indicadores generales

En 2021 han fallecido un total de 49.857 personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa bruta de 738,5 por 100 mil habitantes. Ambos indicadores, al igual que el resto de los que aparecen en la tabla, están todavía afectados por la mortalidad pandémica por covid-19. En 2021 la esperanza de vida al nacer se recuperó en relación con la de 2020, alcanzando los 87,3 años en las mujeres y los 81,8 años en los hombres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de salud para la población de la Comunidad de Madrid, por sexo, para el último año disponible (ver el apartado Metodología para profundizar en la descripción de cada indicador y las respectivas fuentes de información utilizadas).

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombre	Mujer	Total
Número de Defunciones	25.172	24.685	49.857
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	779,34	701,11	738,54
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	285,10	148,27	214,41
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	948,71	540,09	703,79
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	14.817,1	15.708,1	15.285,2
Esperanza de vida al nacer, en años	81,8	87,3	84,7
Esperanza de vida a la edad 65, en años	19,9	24,3	22,3
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,0004	0,2055	0,0926
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	415.232	307.929	723.161

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad

En 2021 los tumores fueron la principal causa de defunción en la población madrileña. Las mayores tasas brutas en los hombres y el conjunto de ambos sexos corresponden a los tumores, las enfermedades circulatorias y las enfermedades respiratorias. En las mujeres las enfermedades circulatorias ocupan el primer lugar, por encima de los tumores. Una vez ajustadas por edad (para superar el efecto de confusión que supone las diferencias de estructura por edades entre hombres y mujeres y entre distintos años) se aprecia que las principales causas de defunción en la población madrileña son, por este orden: los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio, y las enfermedades respiratorias, sin que varíe el orden en función del sexo. La mortalidad por coronavirus se presenta aquí diferenciada del resto de capítulos de CIE10 para

evidenciar la magnitud de su impacto. Pese a ser una causa específica de muerte, está en tercer lugar por orden de importancia, por encima del resto de capítulos de la CIE10. Para el resto de grandes grupos de causas, la distribución es semejante a la observada en años anteriores.

En la tabla siguiente se observan la tasa bruta de mortalidad (número de fallecimientos entre población a riesgo por 100 mil habitantes) y la tasa ajustada de mortalidad (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población estándar publicada por Eurostat en 2013, por sexo y grandes grupos de causas).

Tasas brutas y ajustadas de mortalidad, según sexo. Comunidad de Madrid, 2021

	Tasas brutas (por 100 mil)			Tasas ajustadas* (por 100 mil)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Covid-19	88,73	108,52	70,58	86,29	133,66	55,92
I. Infecciosas	10,03	10,22	9,86	9,56	12,23	7,67
II. Tumores	192,93	227,40	161,30	193,03	271,06	141,72
III. Sangre, inmunidad	3,27	3,00	3,52	3,01	3,79	2,53
IV. Endocrinas	12,38	11,18	13,49	11,62	13,76	10,04
V. Mentales	31,43	21,86	40,22	27,65	28,53	26,57
VI. Sist. nervioso	37,58	30,31	44,25	35,39	37,08	33,63
VII. Ojo	0,01	0,00	0,03	0,01	0,00	0,02
VIII. Oído	0,03	0,06	0,00	0,02	0,07	0,00
IX. Circulatorias	172,05	162,73	180,61	159,68	199,57	130,31
X. Respiratorias	77,50	88,83	67,11	71,79	112,01	48,42
XI. Digestivas	36,71	38,33	35,22	34,91	45,75	27,06
XII. Piel	3,82	3,19	4,40	3,50	3,97	3,10
XIII. Osteomusculares	6,83	4,64	8,83	6,14	5,78	6,23
XIV. Genitourinarias	25,97	22,45	29,20	23,33	28,93	19,97
XV. Maternas	0,01	0,00	0,03	0,02	0,00	0,03
XVI. Perinatales	1,07	1,21	0,94	1,42	1,50	1,34
XVII. Congénitas	1,60	1,39	1,79	1,76	1,59	1,93
XVIII. Mal definidas	12,15	13,84	10,59	11,52	15,90	8,34
XX. Externas	24,43	30,19	19,14	23,14	33,54	15,26
Todas las causas	738,54	779,34	701,11	703,79	948,71	540,09

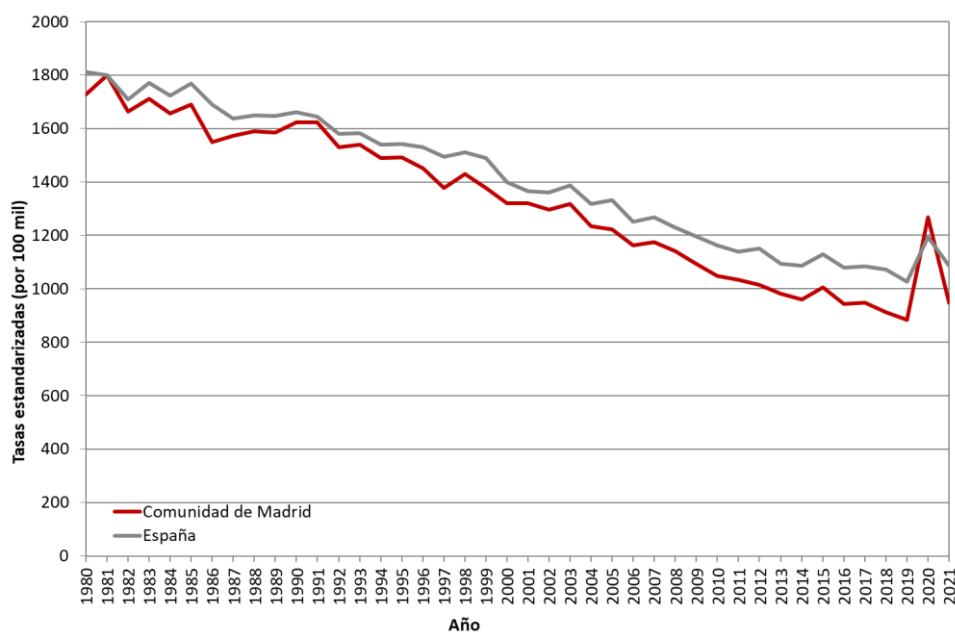
* Método directo. Población estándar Eurostat (2013)

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad general (todas las causas reunidas) en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución claramente favorable en los hombres. En el año 2020 se aprecia el efecto en la mortalidad de la pandemia por covid-19. Salvo en ese año, las tasas madrileñas se encuentran siempre por debajo de las del total de España.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por todas las causas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Se analiza la serie histórica desde 1980.

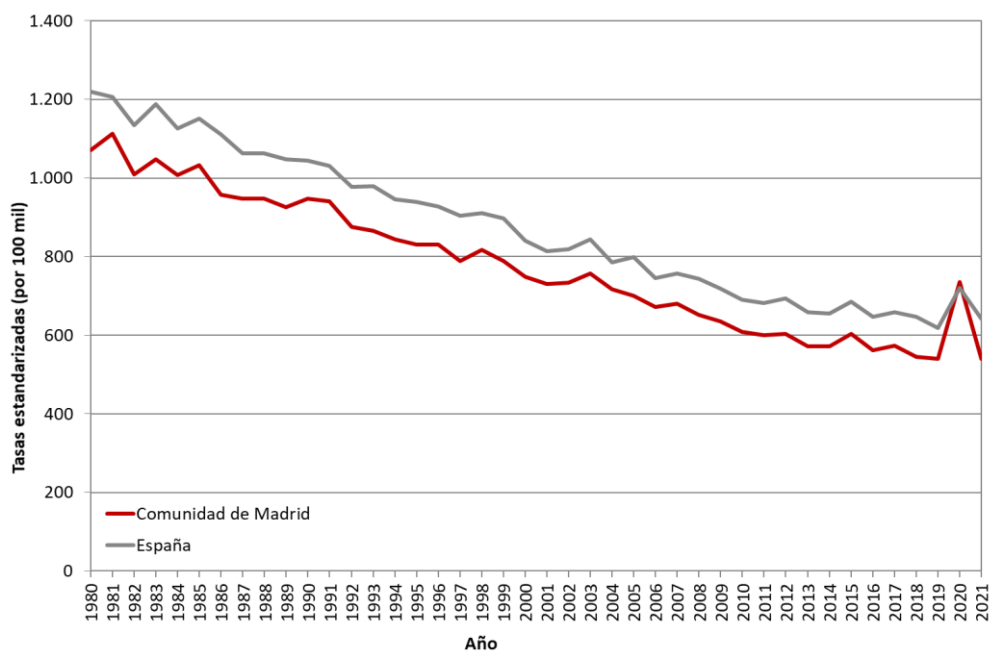
Evolución anual de la mortalidad en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad general (todas las causas reunidas) en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos decenios una evolución claramente favorable en las mujeres. En el año 2020 se aprecia el efecto en la mortalidad de la pandemia por covid-19. Salvo en ese año, las tasas madrileñas se encuentran siempre por debajo de las del total de España.

Evolución anual de la mortalidad en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Morbilidad

En 2021 se han registrado en la historia clínica electrónica de Atención Primaria AP-Madrid un total de 17.136.969 episodios activos (que han recibido al menos un apunte a lo largo del año), lo que supone una tasa de 2.533,7 episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria. Esta tasa fue marcadamente más elevada en las mujeres.

En la siguiente tabla se representa la morbilidad total en atención primaria de la Comunidad de Madrid, por sexo. Se ofrecen los episodios en orden de frecuencia y la tasa por 1.000 habitantes (nº de episodios por 1.000 personas que constan en Tarjeta Sanitaria).

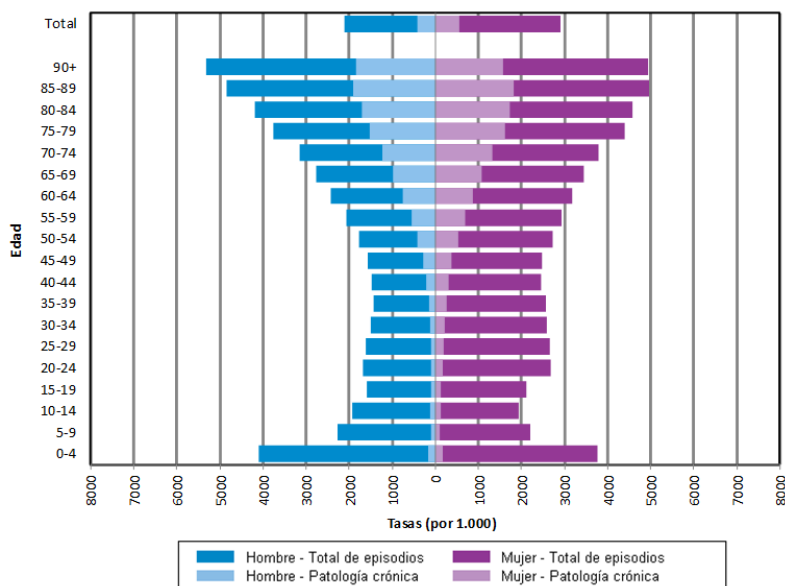
Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria, según sexo.
Comunidad de Madrid, 2021

CIAP	Total				Hombres			Mujeres		
	Orden	N	%	Tasa	Orden	N	Tasa	Orden	N	Tasa
A23.19-Contacto COVID-19	1	963.461	5,62%	142,4	1	439.262	135,4	2	524.199	148,9
A77-Otras enfermedades virales NE	2	934.957	5,46%	138,2	2	399.741	123,3	1	535.216	152,0
A77.01-Infección por COVID-19	3	863.609	5,04%	127,7	3	398.366	122,8	3	465.243	132,2
R74-Infecc respiratoria aguda superior	4	567.079	3,31%	83,8	4	249.570	77,0	4	317.509	90,2
K86-Hipertensión no complicada	5	436.903	2,55%	64,6	5	188.616	58,2	5	248.287	70,5
D19-Sig/sin de dientes y encías	6	352.454	2,06%	52,1	6	160.649	49,5	8	191.805	54,5
T93-Trastornos metabolismo lipídico	7	336.463	1,96%	49,7	8	141.215	43,5	7	195.248	55,5
A97-Sin enfermedad	8	291.148	1,70%	43,0	9	127.510	39,3	9	163.638	46,5
T90-Diabetes no insulino dependiente	9	268.670	1,57%	39,7	7	144.491	44,6	13	124.179	35,3
U71-Cistitis/otras infecc urinarias	10	234.301	1,37%	34,6	37	32.518	10,0	6	201.783	57,3
L03-Sig/sin lumbares	11	211.801	1,24%	31,3	11	85.865	26,5	12	125.936	35,8
A91-Res anormales pruebas NE	12	210.600	1,23%	31,1	10	100.634	31,0	15	109.966	31,2
P01-Sensación ansiedad/tensión	13	194.144	1,13%	28,7	17	55.137	17,0	11	139.007	39,5
T91-Déficit vitamínico/nutricional	14	170.075	0,99%	25,1	20	48.967	15,1	14	121.108	34,4
T86-Hipotiroidismo/mixedema	15	169.350	0,99%	25,0	50	26.447	8,2	10	142.903	40,6
Total Episodios		17.136.969	100,00%	2.533,7		6.871.011	2.118,7		10.265.958	2.916,1

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las mayores tasas por patología crónica se observaron en la población adulta y especialmente en los mayores. En todos los grupos de edad, exceptuando los más pequeños y los de 85 y más años, las tasas fueron superiores en las mujeres.

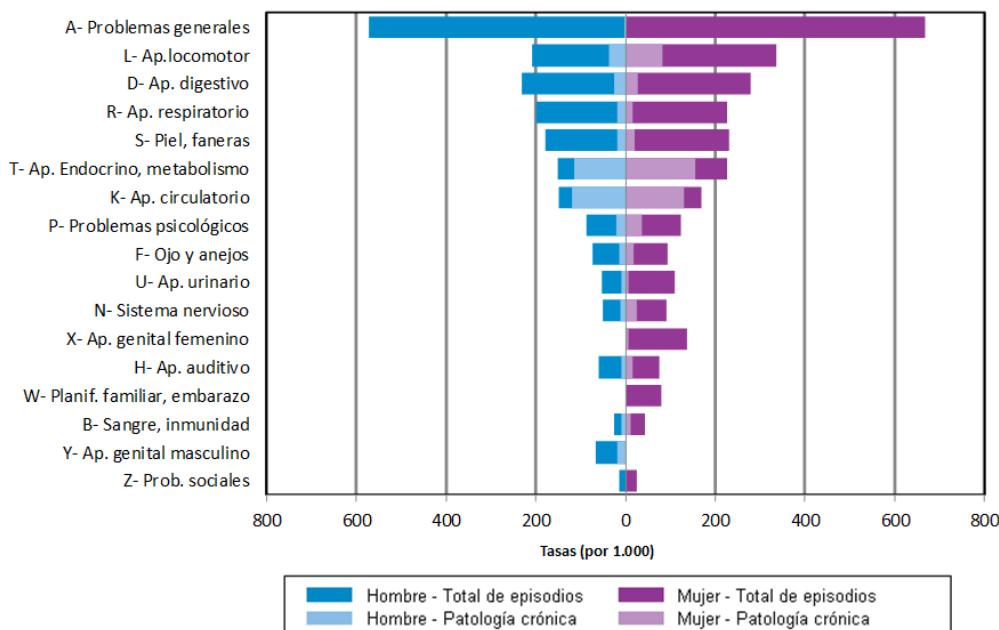
Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El capítulo de problemas generales ocupa el primer lugar de forma destacada al incorporarse en este capítulo los códigos CIAP utilizados para el registro de situaciones relacionadas con la infección por covid-19 (contacto, sospecha, infección confirmada...), lo que desplaza a la cuarta posición al capítulo de patología respiratoria, que ocupaba tradicionalmente el primer lugar. Dentro de las patologías crónicas incluidas en el seguimiento por protocolos de Atención Primaria, la más frecuente en la infancia es el asma, y en adultos la hipertensión arterial, los trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes mellitus tipo 2.

Morbilidad total y por patología crónica atendida en Atención Primaria agrupada en grandes grupos, según sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



La principal causa de ingreso en los hospitales de la Comunidad de Madrid en el año 2021 son las neoplasias con el 11,8% del total de las altas, la segunda causa son las enfermedades del aparato digestivo con el 11,2% y la tercera causa son las enfermedades del ojo y anexos con un 10,5% de todos los ingresos. La distribución por edad muestra que la primera y tercera causas de ingreso se producen en los pacientes de mayor edad, estando la segunda causa más distribuida entre todas las edades. Las enfermedades del aparato respiratorio son especialmente relevantes entre la población infantil. Los ingresos en los que se registró como diagnóstico principal al alta la infección por covid-19 supusieron el 4,5%, afectando especialmente a población a partir de los 35 años.

En la siguiente tabla se presentan indicadores de morbilidad hospitalaria por capítulo de la CIE-10-ES y la distribución porcentual por grupos de edad.

Morbilidad hospitalaria por causa y grupo de edad. Distribución porcentual
Comunidad de Madrid, 2021

CAPÍTULOS CIE-10-ES	Edad							Total
	<1	1-4	5-14	15-34	35-64	65-84	85+	
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	1,4	4,0	1,7	1,3	1,1	1,6	3,7	1,6
COVID-19 (U07.1) *	1,0	0,7	0,6	2,0	5,0	4,9	5,7	4,5
NEOPLASIAS (C00-D49)	0,3	2,2	5,1	6,5	13,4	14,2	9,4	11,8
ENF. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (D50-D89)	0,1	1,0	1,0	0,3	0,4	0,7	1,2	0,6
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	0,3	1,3	1,9	1,2	1,7	2,0	1,9	1,7
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO (F01-F99)	0,0	0,6	3,5	4,0	1,8	0,6	0,7	1,6
ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	0,5	4,7	6,0	2,1	4,1	3,0	2,0	3,3
ENF. OJO Y ANEXOS (H00-H59)	0,4	2,7	3,5	3,3	6,8	19,5	10,1	10,5
ENF. OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	0,2	3,2	3,4	0,6	0,6	0,3	0,1	0,6
ENF. APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	0,2	0,7	1,4	1,8	6,0	11,0	19,6	8,2
ENF. APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	16,9	31,8	9,3	5,3	3,9	5,4	11,4	6,1
ENF. APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	2,3	8,6	17,2	11,2	12,8	10,2	8,5	11,2
ENF. PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	0,3	1,6	3,7	5,9	4,1	2,1	1,7	3,3
ENF. APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO (M00-M99)	0,2	1,7	4,3	6,4	10,6	7,4	3,7	7,9
ENF. APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	2,9	8,1	10,8	8,1	7,7	6,6	7,8	7,4
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	0,0	0,0	0,0	23,1	7,2	0,0	0,0	5,7
AFECCIONES PERÍODO PERINATAL (P00-P96)	59,9	1,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y A. CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	6,2	12,4	7,6	1,2	0,4	0,1	0,0	0,8
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES P. COMPLEMENTARIAS, NCOC (R00-R99)	2,3	6,2	4,7	1,3	1,5	2,4	2,8	2,1
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS (S00-T88) / CAUSAS EXTERNAS (V00-Y99)	1,1	4,3	9,9	7,2	6,0	5,3	7,9	6,1
FAC. INFLUYEN ESTADO SALUD Y CONTACTO S. SANITARIOS (Z00-Z99)	3,5	3,0	4,2	7,4	5,0	2,7	1,7	4,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

* Altas hospitalarias con el código U07.1 COVID-19 en el diagnóstico principal

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

**Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Distribución porcentual.
Comunidad de Madrid, 2021**

CAPITULOS CIE-10-ES	Sexo		
	Total	Hombres	Mujeres
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	1,6	1,8	1,4
COVID-19 (U07.1)*	4,5	5,5	3,5
NEOPLASIAS (C00-D49)	11,8	12,1	11,5
ENF. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (D50-D89)	0,6	0,6	0,6
ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	1,7	1,6	1,8
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO (F01-F99)	1,6	1,5	1,7
ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	3,3	3,0	3,6
ENF. OJO Y ANEXOS (H00-H59)	10,5	9,9	11,0
ENF. OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	0,6	0,6	0,5
ENF. APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	8,2	9,3	7,3
ENF. APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	6,1	7,3	5,1
ENF. APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	11,2	13,3	9,4
ENF. PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	3,3	3,5	3,2
ENF. APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO (M00-M99)	7,9	7,6	8,1
ENF. APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	7,4	7,9	7,0
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	5,7	0,0	10,6
AFECCIONES PERÍODO PERINATAL (P00-P96)	0,8	1,0	0,7
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y A. CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	0,8	1,0	0,7
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES P. COMPLEM. NCOC (R00-R99)	2,1	2,5	1,7
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTROS (S00-T88) / CAUSAS EXTERNAS (V00-Y99)	6,1	6,7	5,7
FAC. INFLUYEN ESTADO SALUD Y CONTACTO S. SANITARIOS (Z00-Z99)	4,1	3,3	4,9
TOTAL	100	100	100

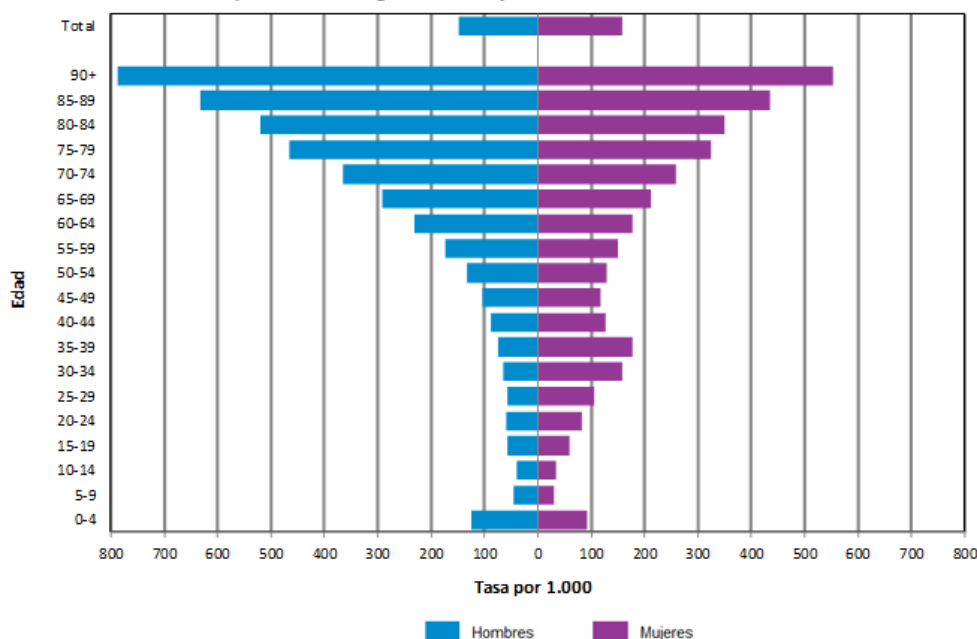
* Altas hospitalarias con el código U07.1 COVID-19 en el diagnóstico principal

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria aumenta fuertemente con la edad. En las edades fértiles se aprecia un incremento de la frecuentación en las mujeres, debido a la atención hospitalaria al parto. A medida que aumenta la edad las tasas van siendo progresivamente mayores en hombres que en mujeres.

En la siguiente figura se presenta la morbilidad hospitalaria por grupos quinquenales de edad en el eje vertical y las tasas por 1.000 habitantes en el eje horizontal.

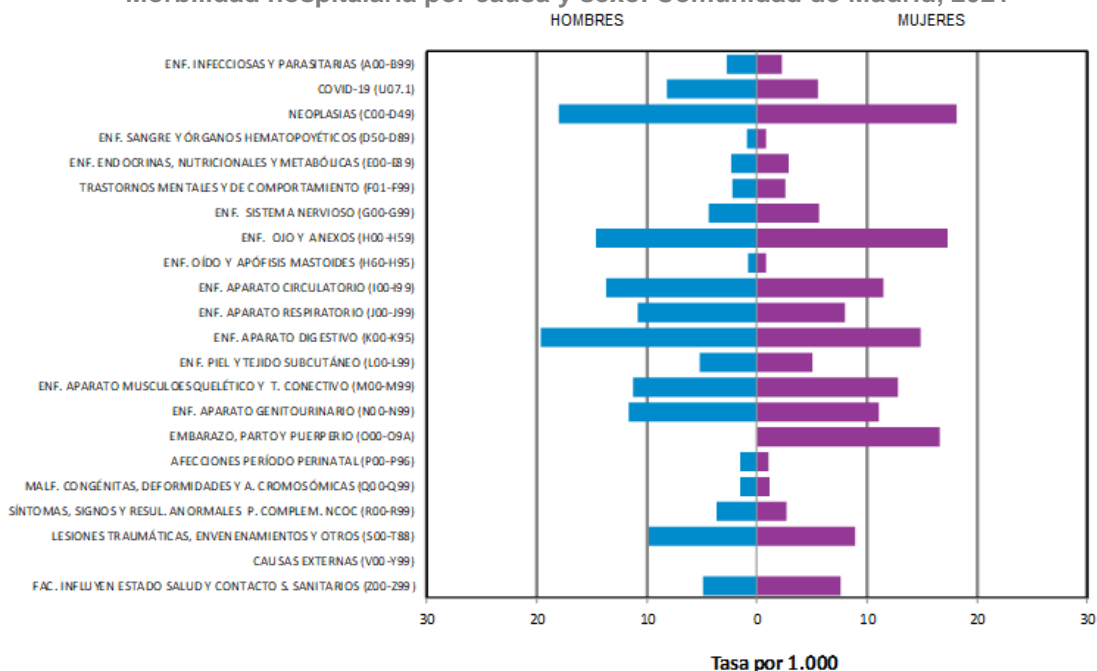
Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presentan las tasas de morbilidad hospitalaria según diagnóstico al alta y sexo por mil personas. En las causas de alta hospitalaria las neoplasias es el grupo que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, seguido por las enfermedades de ojos y anejos, superando ambos al de embarazo, parto y puerperio, que venía siendo el más frecuente en los años previos a la pandemia por covid-19. En los hombres destacan las enfermedades digestivas y las neoplasias, seguidas por las enfermedades de ojos y anejos.

Morbilidad hospitalaria por causa y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



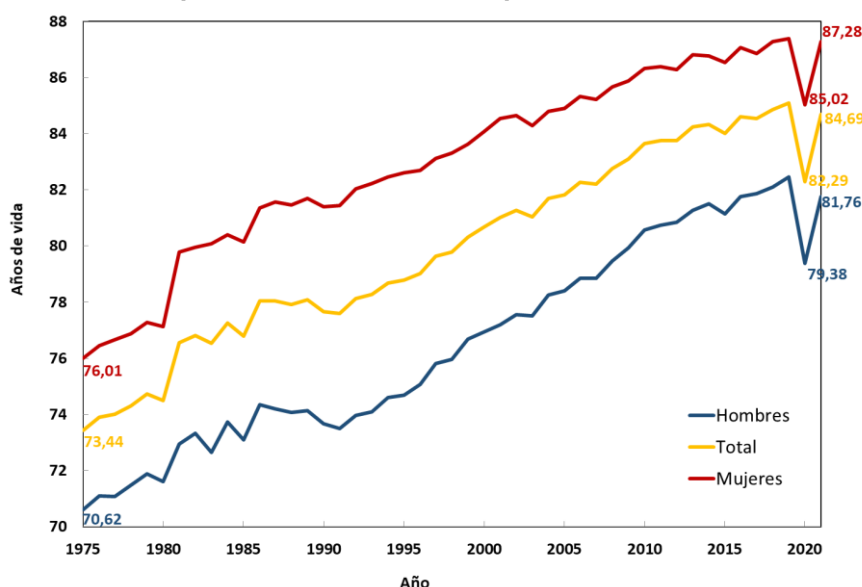
Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Esperanza de vida

La esperanza de vida ha tendido a aumentar, tanto desde el nacimiento como a los 65 años de edad, pasando de 70,62 años en hombres y 76,01 en mujeres en el año 1975 a 81,76 y 87,28 en 2021, respectivamente. En los últimos años la expectativa de vida ha mejorado más en los hombres que en las mujeres, de modo que la diferencia entre ambos sexos, que había llegado a ser de más de 8 años a inicios de los años noventa el siglo XX, se ha reducido hasta menos de 5 en 2019. En términos relativos, la esperanza de vida a los 65 años crece más rápidamente que la esperanza de vida al nacer. En 2016, por primera vez, los hombres de 65 años de edad superaron los 20 de expectativa de vida, y los 24 en caso de las mujeres de esa edad. La tendencia de mejora ha sido persistente a lo largo de todo el periodo, salvo en la segunda mitad de los años ochenta e inicio de los noventa, debido al efecto negativo, sobre todo en los hombres, de la mortalidad por accidentes de tráfico, VIH-sida y abuso de drogas. En el año 2020 se pone en evidencia el gran impacto de la pandemia por covid-19 en la mortalidad: en un solo año, en relación con el 2019, las mujeres pierden casi 2,5 años de esperanza de vida, y los hombres más de 3. Las esperanzas de 2021, pese a la recuperación, no alcanzan todavía los niveles registrados en 2019, antes de la pandemia.

En la siguiente figura se puede ver la esperanza de vida al nacer (número medio de años que espera vivir un ciudadano que nazca en la Comunidad de Madrid) y su evolución desde 1975 a 2021, por sexo.

Evolución de la esperanza de vida al nacer, por sexo. Comunidad de Madrid

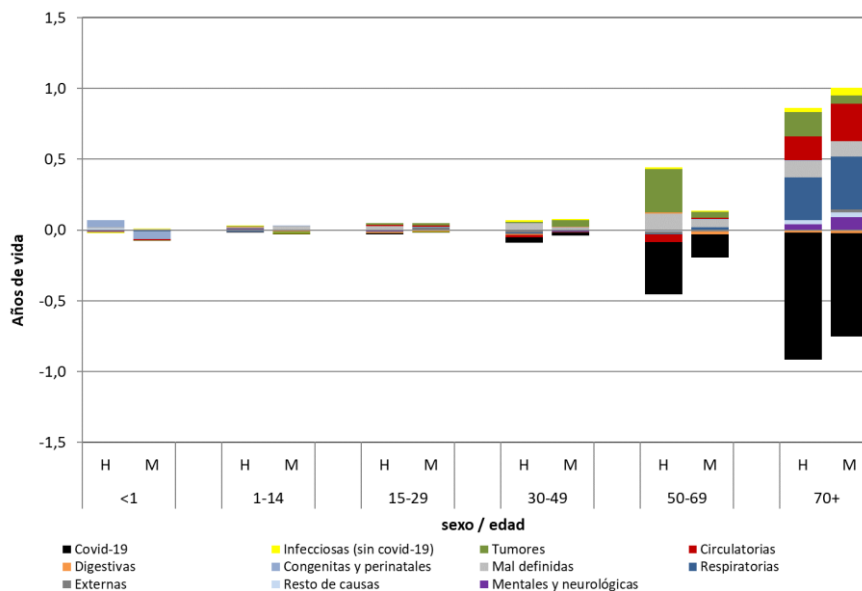


Fuente: Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Entre los años 2016 y 2021 se produjo un descenso de la esperanza de vida como consecuencia de la pandemia por covid-19. La mortalidad por esta causa afectó a la población de más de cincuenta años de edad, y muy especialmente a la mayor de setenta. El impacto negativo en la esperanza de vida, que es de una magnitud inédita, ha sido algo mayor en hombres que en mujeres. El balance general del resto de causas es claramente positivo, en términos de aumento de la supervivencia. Estas mejoras se concentran en la población de edades maduras. Destaca la aportación positiva de los tumores en los hombres, de las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres mayores y de las causas respiratorias en mayores de ambos sexos. El aporte positivo de las causas mal definidas se relaciona con la mejora de la calidad del registro de mortalidad.

La siguiente figura representa la contribución de cada causa y grupo de edad al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021.

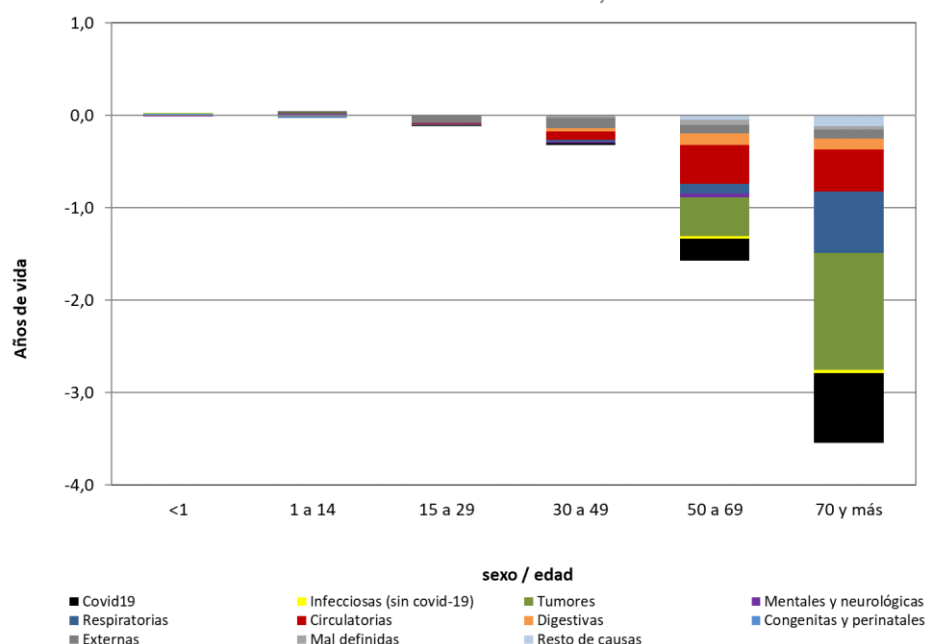
**Contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2016-2021**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE, Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La diferencia de esperanza de vida al nacer por sexo en 2021, 5,5 años mayor en mujeres que en hombres, se explica sobre todo por la mayor mortalidad en estos por encima de los 50 años de edad por tumores, covid-19, enfermedades respiratorias y enfermedades circulatorias.

**Contribución a la diferencia de esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres
Comunidad de Madrid, 2021**

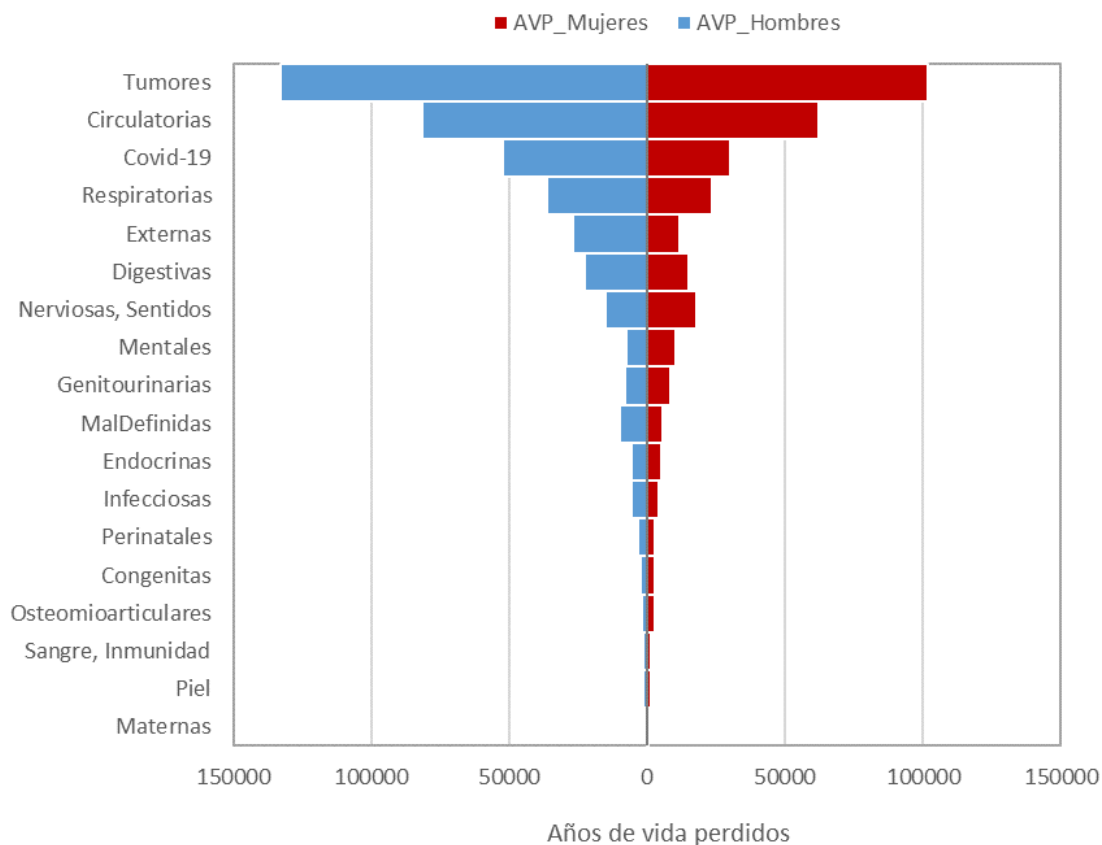


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE, Tablas de mortalidad, IECM. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Carga de enfermedad

En 2021, la mayor causa de Años de Vida Perdidos (AVP) tanto en mujeres como en hombres fueron las muertes por tumores, por encima de las enfermedades del sistema circulatorio, el covid-19, y las enfermedades del aparato respiratorio.

Años de Vida Perdidos (AVP) según causa de muerte y sexo.
Comunidad de Madrid, 2021

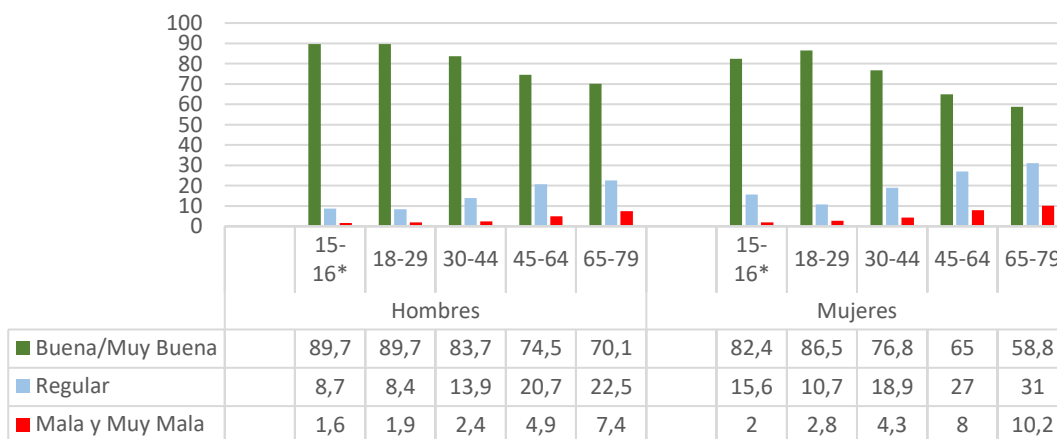


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Estado de salud percibido

La percepción “buena o muy buena” de la salud de 18 a 80 años es de 75,6% en 2021 y de 70,5% en 2022, el indicador es peor en las mujeres y empeora con la edad, como puede verse en las siguientes figuras.

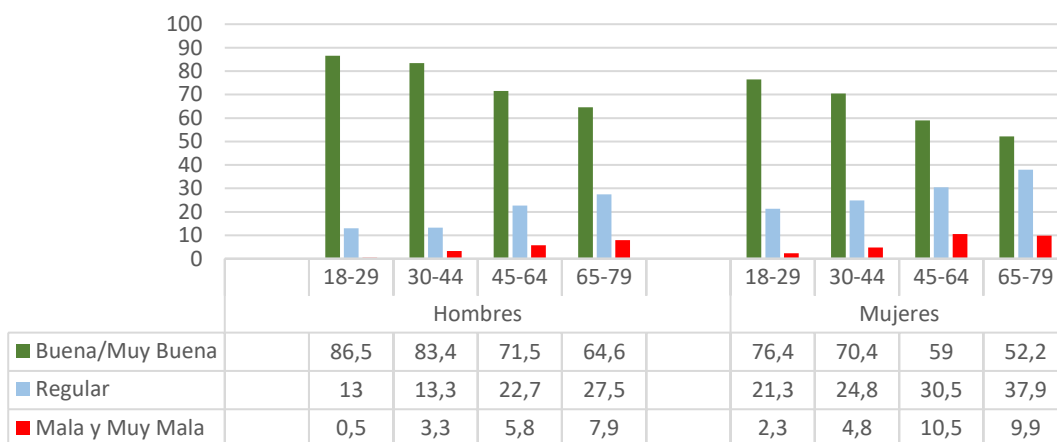
Percepción de salud. Comunidad de Madrid, 2021



* Alumnos de 4º ESO

Fuente: SIVFRENT-J, SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, Dirección General de Salud Pública. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

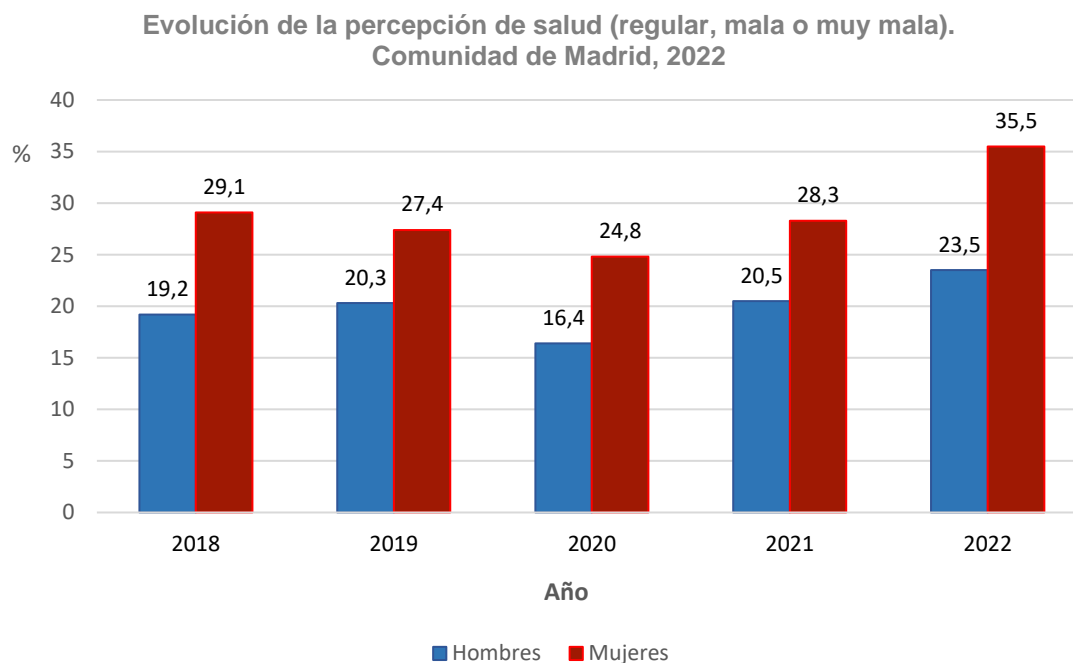
Percepción de salud. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, Dirección General de Salud Pública. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

En la siguiente figura se puede ver la evolución del indicador percepción de los dos años previos al inicio de la pandemia y de los años pandémicos, observando una mejora del indicador en el primer año pandémico, que puede ser consecuencia del contexto pandémico y un ligero

empeoramiento en los dos años siguientes. Si tomamos como referencia 2019, la percepción de salud ha empeorado en 2022 en 3,2 puntos en hombres y en 8,1 puntos en mujeres.



Fuente: SIVFRENT-A y SIVFRENT-M, Dirección General de Salud Pública. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

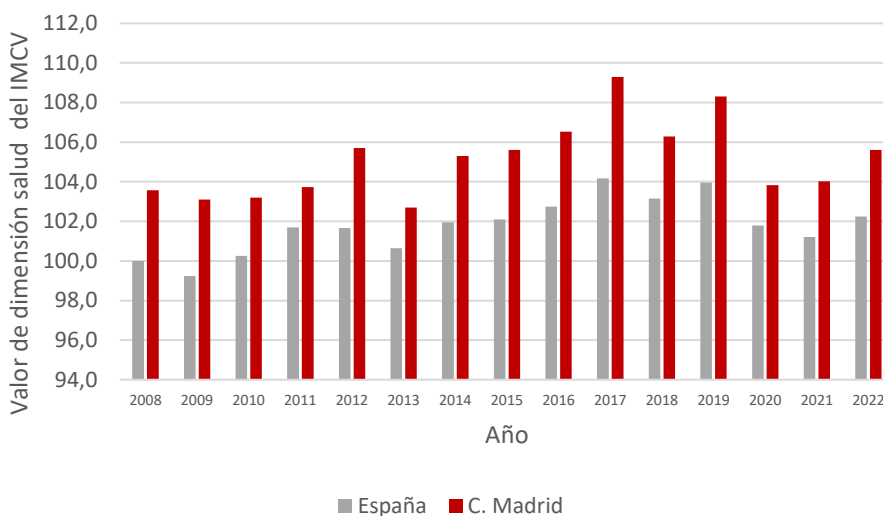
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Indicador multidimensional de calidad de vida

El Indicador multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) es un indicador compuesto de medición de calidad de vida que el INE presenta con carácter experimental, con el objetivo de culminar en un indicador multidimensional de calidad de vida estable dentro de la producción oficial de INE.

El IMCV, se compone de 9 indicadores y uno de ellos es el indicador de salud que contiene los siguientes indicadores: *esperanza de vida, esperanza de vida en buena salud, salud auto percibida, morbilidad crónica, limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses, acceso a cuidados sanitarios y determinantes en salud*. En la siguiente figura puede observarse la serie de este indicador desde 2008 a 2022 en el componente salud en donde Madrid destaca en el componente de salud respecto a España.

Indicador multidimensional de calidad de vida. Componente de salud



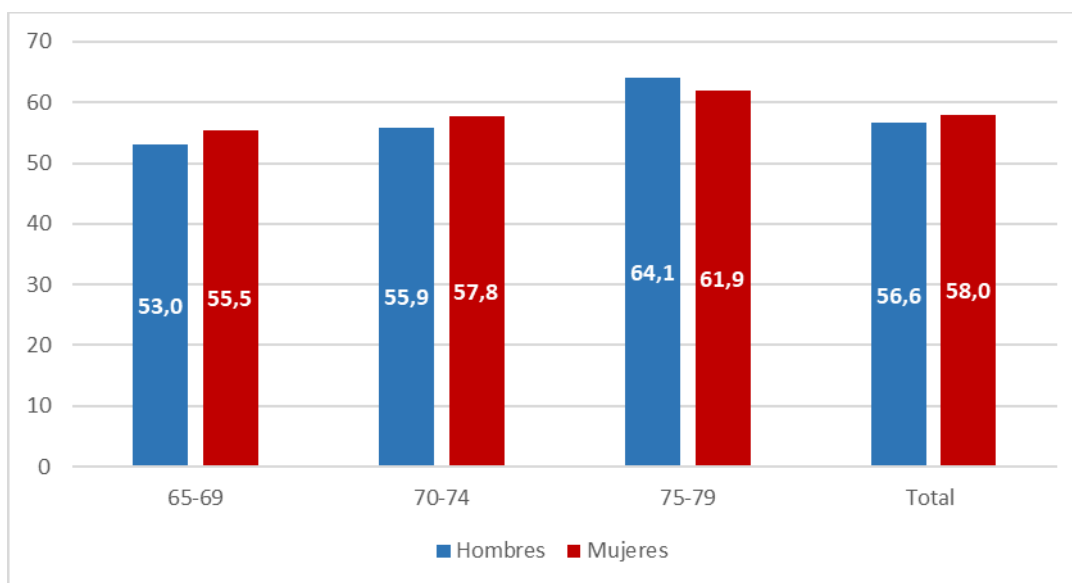
Fuente: Indicador multidimensional de Calidad de Vida – dimensión de salud (IMCV)- INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Indicadores de dependencia y fragilidad en mayores de 65 años (65-79)

Problemas crónicos de salud

Un 57,4% de la población de 65 a 74 años tiene uno o más problemas de salud, 56,6% hombres y 58,0% de las mujeres.

Prevalencia de enfermedades crónicas (una o más)
Comunidad de Madrid, 2021-2022



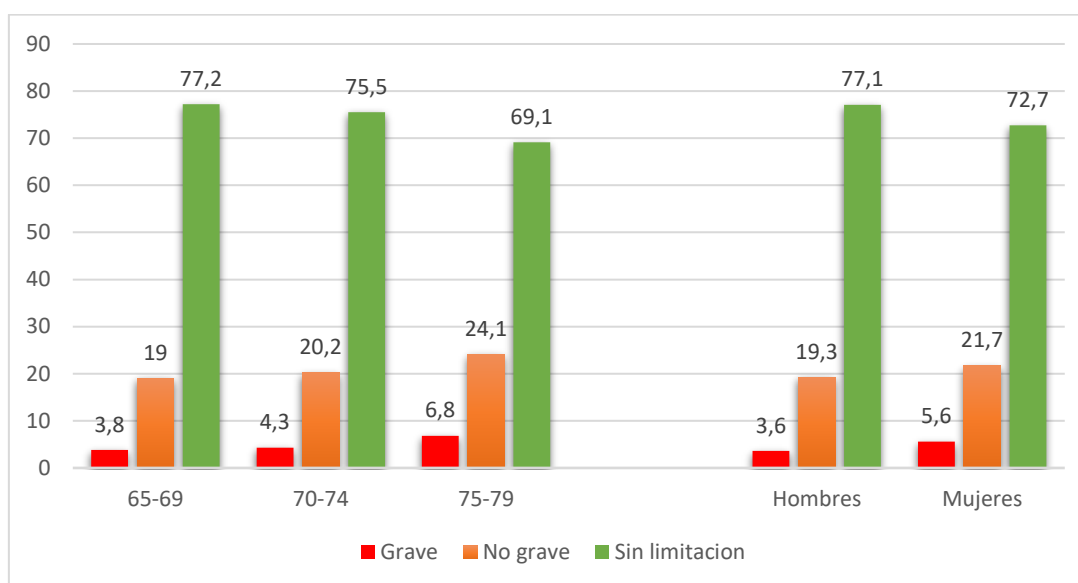
Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Indicadores de dependencia

Limitación de la actividad (GALI) – limitación últimos 6 meses por problema de salud

Una de cada cuatro o cinco personas refiere algún grado de limitación de la actividad (GALI). La prevalencia de limitación grave de la actividad por un problema de salud en los últimos 6 meses es de 3,6% en los hombres y de 5,6% en mujeres y aumenta con la edad; esta limitación de actividad se debe a causas físicas en su mayoría y menor es la limitación por causa mental o ambas.

Prevalencia de limitación de la actividad en los últimos seis meses por problemas de salud (GALI). Comunidad de Madrid, 2021-2022

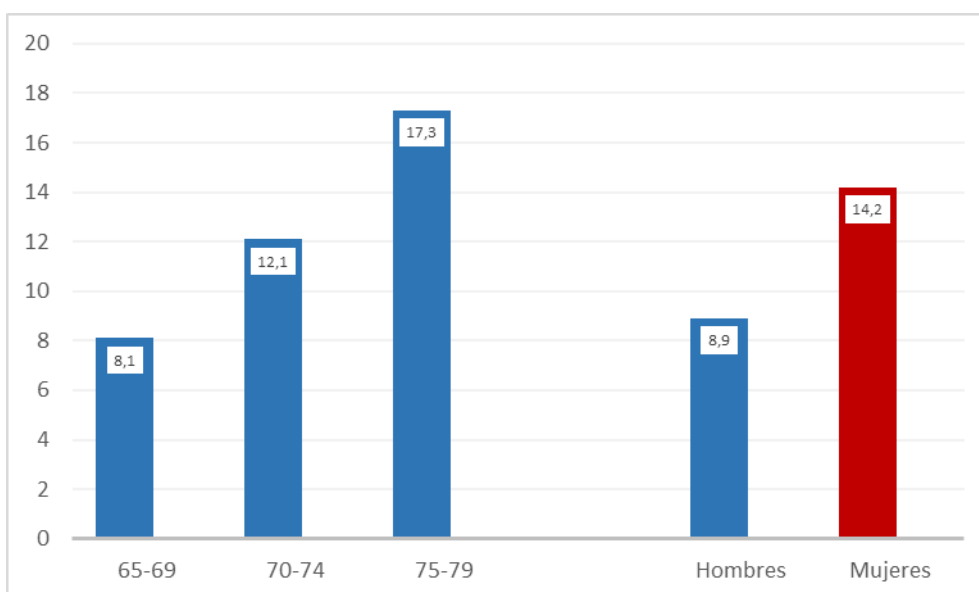


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Para las ABVD se aprecia algún grado de dependencia moderada, grave o total, en un 11,8%, es mayor en las mujeres (14,2%) que en los hombres (8,9%); también existe un gradiente por aumento de la edad, como puede verse en la figura siguiente. El ítem más elevado fue la dificultad para sentarse o levantarse de una silla o cama o acostarse.

**Prevalencia de dependencia para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
Comunidad de Madrid, 2021-2022**

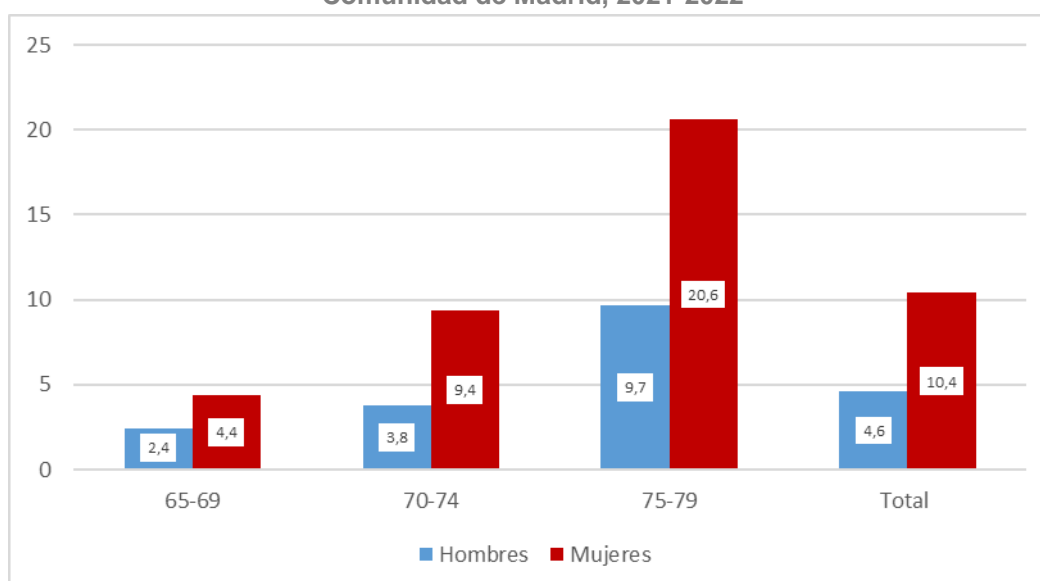


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Para las AIVD, los porcentajes de dependencia moderada, grave o total son del 7,8% para el total de la población, 10,4% en mujeres y 4,6% en hombres. En cualquier grado de dependencia, desde ligera a moderada, grave y total los resultados son mucho mayores en las mujeres que en los hombres.

**Prevalencia de dependencia para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Comunidad de Madrid, 2021-2022**



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Caídas

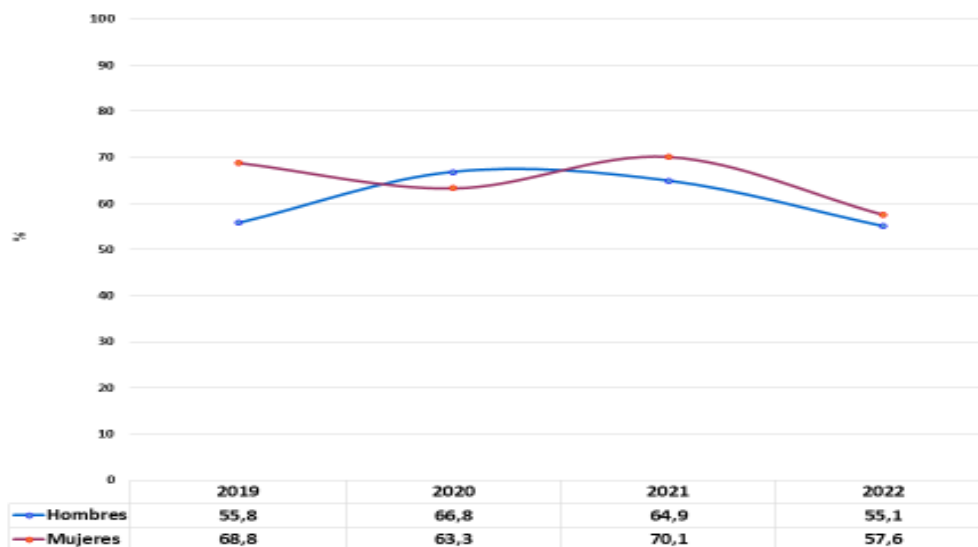
Un 10,2% de las personas, sufrieron una o más caídas en el último año que requirió asistencia sanitaria, cifra el doble en mujeres (13,3%) que en hombres (6,5%) y casi se duplica en el grupo de mayor edad.

Vive con miedo a caerse un 32,2% (un 17,1% de los hombres y un 44,8% de las mujeres), este hecho es importante, ya que el miedo a caerse es un buen predictor de caídas en el futuro. El riesgo de caídas en esta población provoca inseguridades y malestar, además de que este tipo de accidentes en población que comienza a ser físicamente más vulnerable puede tener consecuencias.

Apoyo Social (OSSLO-3)

La falta de apoyo social, entendido como presencia de recursos provenientes de otras personas, es uno de los factores de vulnerabilidad. La gran mayoría pueden contar con 3 a 5 o más personas en caso de un problema grave. La puntuación de la escala OSSLO-3 muestra que, aunque en un alto porcentaje tienen un fuerte apoyo social, que supera a la mitad de la población, en 1 de cada 11 personas el apoyo social es pobre o nulo. Es llamativo el aumento de casi 10 puntos porcentuales en los años duros de la pandemia 2020/21, en donde la población se sentía con un mayor apoyo social.

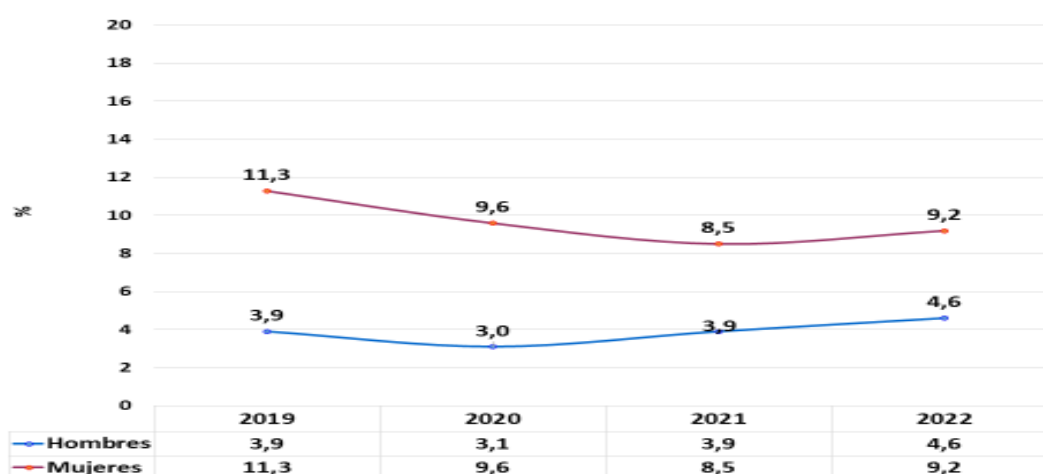
Percepción de apoyo social fuerte en personas de 65 a 79 años, según la escala OSSLO-3. Comunidad de Madrid. 2019-2022



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles

La soledad sentida, no querida “siempre o casi siempre”, es de 9,2% en mujeres y 4,6% en hombres. Vuelve a repetirse la gran diferencia entre hombres y mujeres.

Prevalencia del sentimiento de soledad siempre o casi siempre “no querida” en personas de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2022

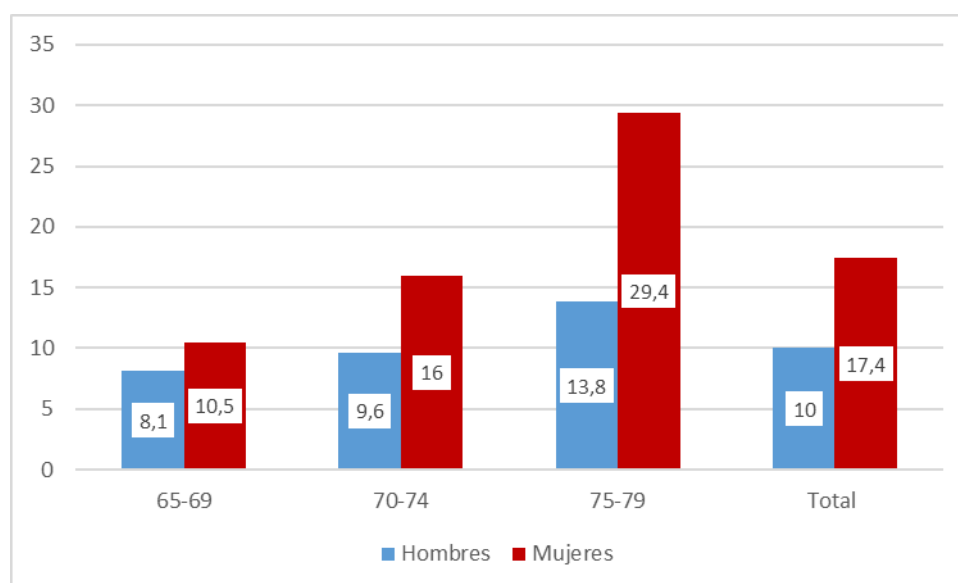


Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Fragilidad

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por pérdida de peso, cansancio, debilidad, marcha lenta y disminución de la actividad física. La sarcopenia, pérdida de la masa muscular, es característica de la fragilidad. El indicador de fragilidad, se estima en el 14% de la población de 65 a 79 años (10,0% en hombres y 17,4% en mujeres), la prevalencia aumenta con la edad, y es superior en las mujeres, como puede verse en la figura siguiente, llegando a alcanzar casi el 30% en mujeres de 75 a 79 años.

Prevalencia de fragilidad “escala de Frail adaptada”. Comunidad de Madrid, 2021-2022



Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Determinantes de la salud

Dinámica demográfica

- Evolución de la población
- Componentes del crecimiento demográfico
- Pirámide de población

Determinantes ligados al medio

Calidad del aire

- Contaminación atmosférica*
- Polen atmosférico*

Temperaturas extremas

- Olas de calor*
- Olas de frío*

Vectores transmisores de enfermedades

- Vigilancia de vectores y reservorios de Leishmaniasis*
- Vigilancia de vectores de arbovirus*
- Vigilancia de agentes zoonóticos en garrapatas*

Vigilancia de riesgos zoonóticos

- Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre*
- Vigilancia de enfermedades (parásitos gastrointestinales) en animales domésticos*
- Vigilancia de la rabia*

Calidad del agua

- Agua de consumo humano*
- Agua de piscinas*
- Agua en zonas de baño*
- Vigilancia y control de Legionella*

Alimentos

- Riesgos químicos asociados a alimentos*
- Presencia de agentes zoonóticos en alimentos*
- Vigilancia de resistencias antimicrobianas de agentes zoonóticos alimentarios*

Hábitos y estilos de vida en jóvenes

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Juego problemático de videojuegos e internet para adultos

Agregación de factores de riesgo

Hábitos y estilos de vida en adultos

Sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Repercusiones en la salud del consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones

Agregación de factores de riesgo

Acciones preventivas

Coberturas de vacunación

Indicadores de coberturas de vacunación en población infantil

Indicadores de coberturas de vacunación en población adolescente

Indicadores de cobertura de vacunación en población adulta

Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

Programas de cribados de tumores

Cáncer de colon y recto

Cáncer de mama

Cáncer de cervix

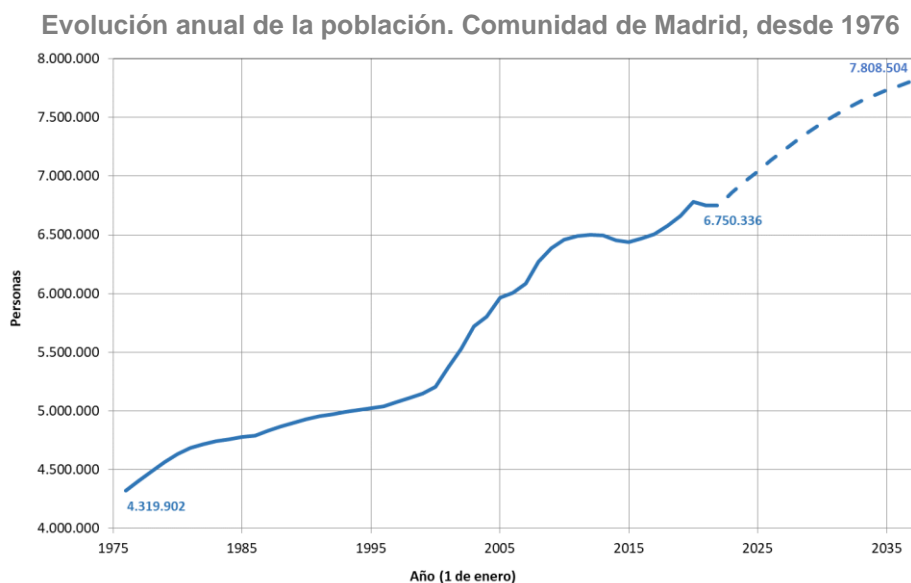
Los determinantes de la salud son aquellos factores o condicionantes de vida (sociales, económicos, políticos y ambientales), tanto de la persona como de su entorno, que influyen y afectan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Dinámica demográfica

Evolución de la población

La evolución demográfica es al mismo tiempo causa y consecuencia del estado de salud de una población. Las tendencias en la natalidad, mortalidad y migración hacen variar el tamaño de las poblaciones al tiempo que moldean su estructura por edades y sexo, representada por la pirámide de población. La población madrileña actual es el resultado de la secular reducción de la mortalidad prematura, un patrón de baja fecundidad que dura ya más de tres décadas y un importante peso de la población extranjera de edades adultas llegada en los últimos lustros. A ello hay que añadir los efectos de la crisis económica iniciada en 2008, y de la reciente pandemia por covid-19. En la figura puede observarse la evolución del número de habitantes por año desde 1976 hasta 2022 y la proyección de población desde 2023 a 2037 en la Comunidad de Madrid.

La serie temporal de población procedente del padrón continuo muestra una desaceleración reciente del fuerte crecimiento registrado desde finales de los años noventa del siglo XX. La principal causa de este cambio de tendencia es la variación en el patrón migratorio que había regido en el último decenio, que tiene consecuencias no sólo en el estancamiento y posible disminución futura de la población adulta, sino también en la reducción de las nuevas cohortes de nacidos. Sin embargo, desde 2016 la población madrileña vuelve a crecer, y en 2017 se alcanzan por primera vez en la historia los 6,5 millones de residentes en la Comunidad de Madrid. A primero de enero de 2021 se aprecia una disminución de población en relación con la empadronada un año antes, como consecuencia principalmente del efecto de la pandemia por covid-19: descenso del número de nacimientos, fuerte aumento de la mortalidad y crecimiento migratorio negativo. La proyección más reciente disponible, publicada en octubre de 2022, augura sin embargo una senda de crecimiento en el futuro próximo con mayor incremento poblacional que el previsto en estimaciones anteriores, superando en 2037 los 7,8 millones de personas.



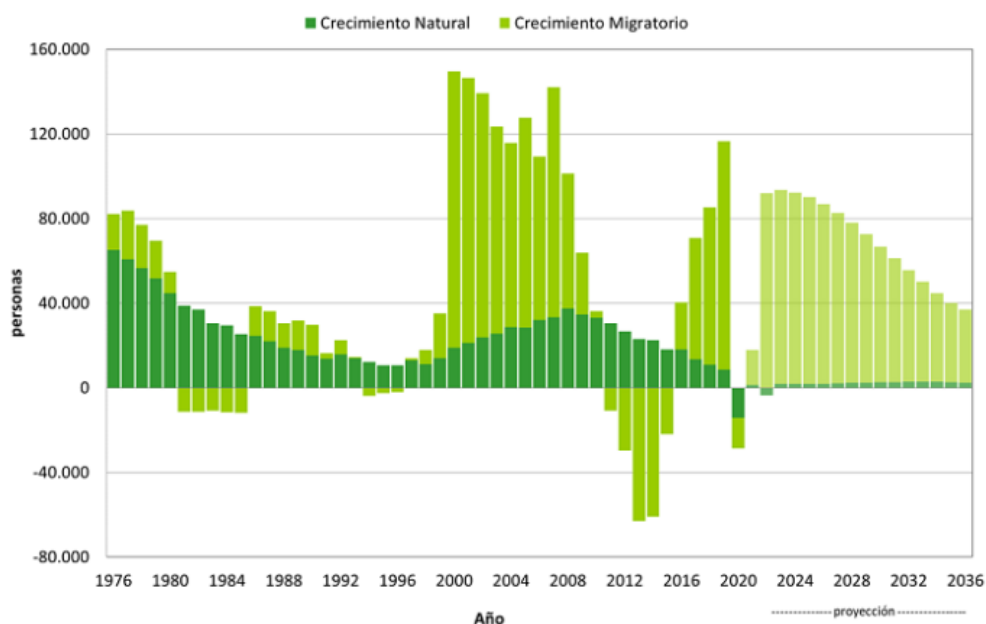
Fuente: Padrón Continuo y Proyecciones, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Componentes del crecimiento demográfico

En la figura siguiente se observa el crecimiento demográfico de la población de la Comunidad de Madrid desde 1976, con sus componentes: Crecimiento natural (nacimientos menos defunciones) en verde oscuro y el crecimiento migratorio (inmigrantes menos emigrantes) en verde más claro. Los datos a partir de 2022 son resultado de proyecciones de población.

El cambio de dinámica tanto en el balance vegetativo (diferencia entre nacidos y fallecidos) como en el saldo migratorio (diferencia entre entradas y salidas por migración) se aprecia claramente en la siguiente figura. A lo largo del último cuarto del siglo XX el crecimiento natural se fue reduciendo hasta alcanzar mínimos históricos, acompañado de un escaso saldo migratorio. La primera década del siglo XXI presentó entradas masivas por inmigración -principalmente procedente de otros países- y un incremento positivo en el balance entre nacimientos y defunciones. Ambas tendencias se truncaron a partir de 2010, con saldos migratorios negativos y un descenso del crecimiento natural. Entre 2016 y 2019 la inmigración volvió a ser alta, pero la pandemia por covid-19 ha frenado bruscamente este crecimiento. El balance futuro aquí mostrado es resultado de la proyección más reciente disponible, publicada en octubre de 2022, y muestra una previsión de bajo pero positivo crecimiento natural y un saldo migratorio fuertemente positivo pero decreciente a medida que avanzan los años.

Componentes del crecimiento demográfico. Comunidad de Madrid, desde 1976



Fuente: Movimiento Natural de la Población, Padrón Continuo y Proyecciones, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

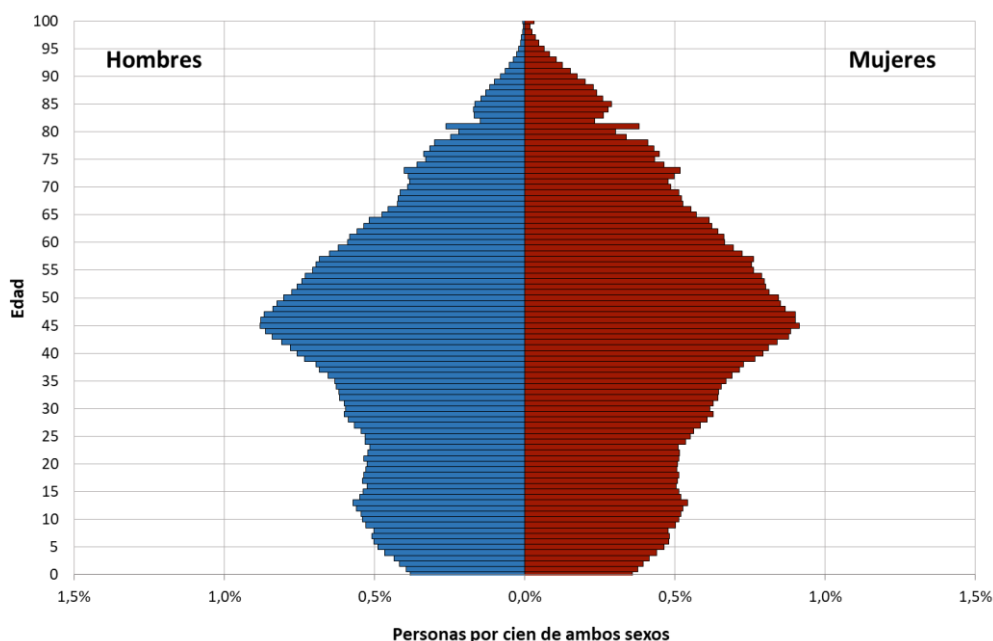
Pirámide de población

La pirámide de población representa la estructura de la población por edad y sexo como porcentaje sobre la población total. Las mujeres se representan a la derecha y los hombres a la izquierda.

La pirámide actual de la población madrileña se caracteriza por un alto nivel de supervivencia - mayor en las mujeres que en los hombres- y un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 35 y los 54 años de edad. Se advierte también el fuerte descenso

del tamaño de las generaciones nacidas en los años ochenta y noventa del siglo XX, y el progresivo aumento de las cohortes nacidas entre 1999 y 2008. Tras ese año de nacimiento, los efectivos de población vuelven a disminuir. El motivo de ello es no sólo el estancamiento e incluso reducción de la población extranjera (uno de cada cuatro nacidos vivos en la Comunidad de Madrid en los últimos años era hijo de madre no española, por lo que el peso de esta población sobre el total de la fecundidad madrileña era y aún es muy importante) sino también por un hecho demográfico estructural: el tamaño de las cohortes de mujeres en edades fértiles es ahora menor que años atrás, y continuará disminuyendo fuertemente en los próximos años, por lo que se puede asegurar sin temor a equivocarse que los nacimientos -y por tanto la base de la pirámide- continuarán reduciéndose en el futuro próximo. La crisis económica ha anticipado e intensificado un proceso que iba a producirse en cualquiera de los casos. El efecto negativo sobre la fecundidad de la pandemia por covid-19 se aprecia fundamentalmente en el menor tamaño de la cohorte nacida en 2021, aunque el impacto en la población madrileña se distribuye por todas las edades (en las personas mayores principalmente como resultado de la mayor mortalidad y en las edades adultas por las consecuencias de la pandemia en los flujos migratorios).

Pirámide de población a 1 de enero. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: Padrón Continuo, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Determinantes ligados al medio

Los determinantes de la salud ligados al medio son aquellos factores o condicionantes de vida relacionados con condiciones medioambientales que influyen y afectan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Calidad del aire

Contaminación atmosférica

La Dirección General de Salud Pública participa en el Plan Azul+ (Estrategia de Calidad del Aire y Cambio Climático en la Comunidad de Madrid 2013-2020) generando información al sistema asistencial y a la población general sobre superaciones de los niveles de ozono y de otros contaminantes atmosféricos, como el dióxido de nitrógeno y las partículas en suspensión.

Se hace un seguimiento diario de los niveles de los contaminantes atmosféricos con mayor impacto en salud de las dos redes de vigilancia (la autonómica y la del Ayuntamiento de Madrid), difundiendo en los boletines los datos de superaciones en los que se identifican a los grupos vulnerables y recogen recomendaciones sanitarias.



Más información:

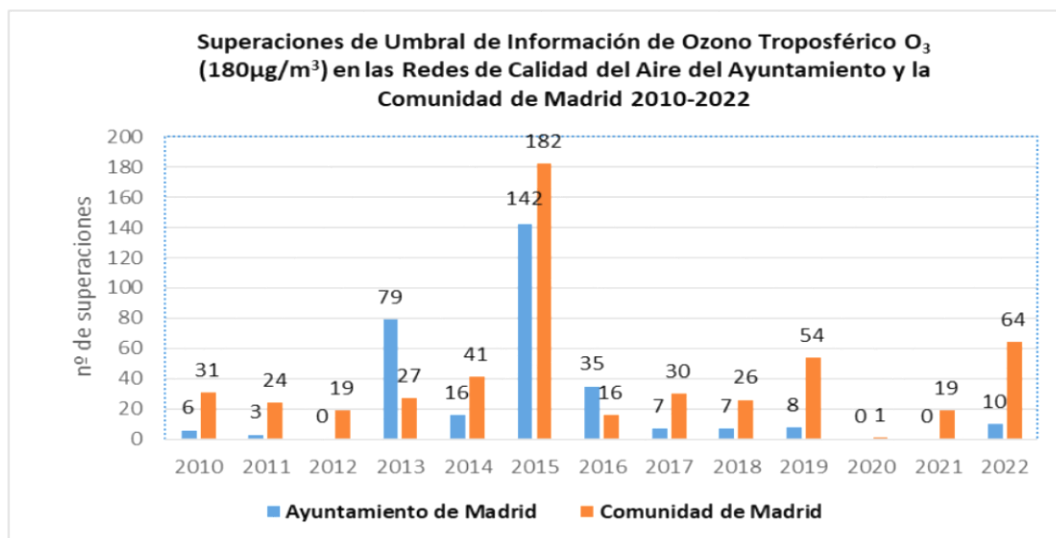
Calidad del aire y salud, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/calidad-aire-salud>

Indicadores de vigilancia de la contaminación atmosférica. Comunidad de Madrid, 2022

Contaminación atmosférica	2022
Superaciones del umbral o valor límite según normativa	75
Superaciones de ozono troposférico	74
Superaciones de dióxido de nitrógeno	1
Nº de días con aviso de intrusión de masa de aire africano	90

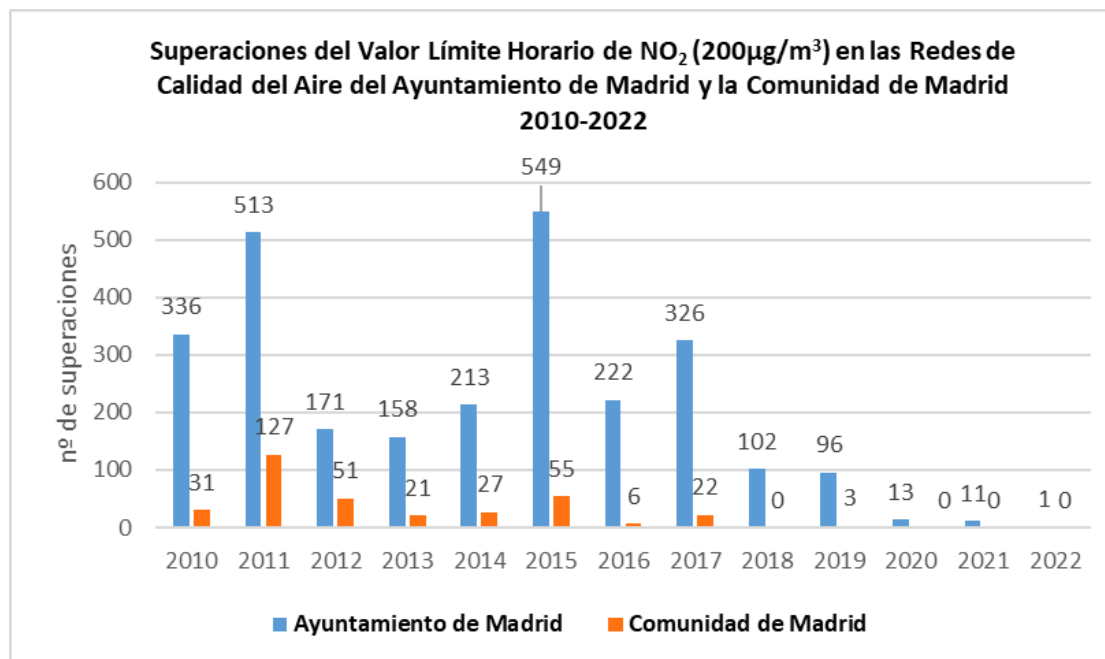
Fuente: Redes de vigilancia de calidad el aire de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid.
Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Superaciones de ozono troposférico



Fuente: Redes de vigilancia de calidad el aire de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Superaciones de dióxido de nitrógeno



Fuente: Redes de vigilancia de calidad el aire de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Polen atmosférico

Los niveles de polen se vigilan mediante muestreo ininterrumpido del aire los 365 días del año. En 2022 se dispuso de 10 captadores en diferentes puntos ubicados por toda la región (Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Coslada, Getafe, Las Rozas, Collado Villalba y 3 en Madrid).



Más información:

Polen y Salud: vigilancia e información, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/polen>

Informe técnico anual de situación Red Palinocam. Año 2022.

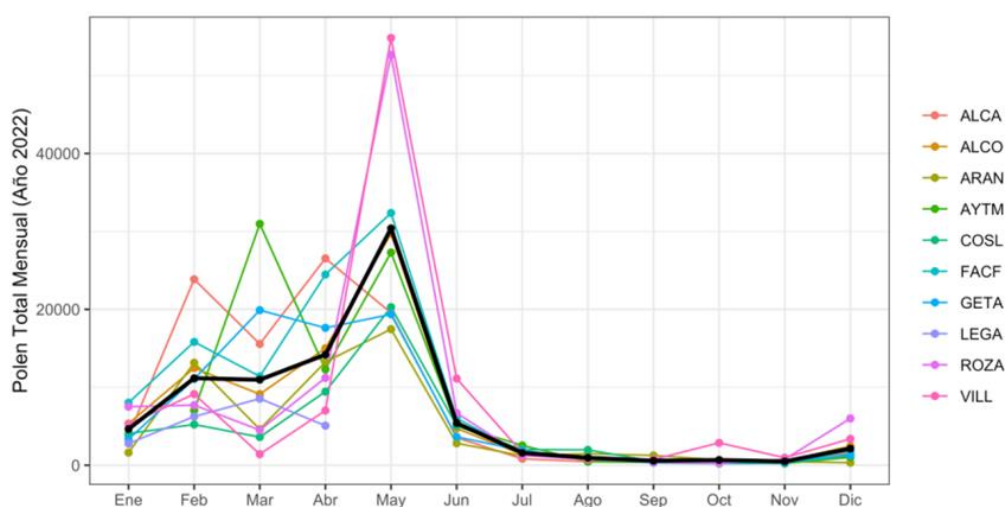
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/pole/informe_tecnico_anual_2022.pdf

Indicadores de vigilancia del polen atmosférico. Comunidad de Madrid, 2022

Vigilancia del polen atmosférico	2022
Muestras de aire analizadas	3.602
Días de aviso por predicción de superación del valor umbral	55

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

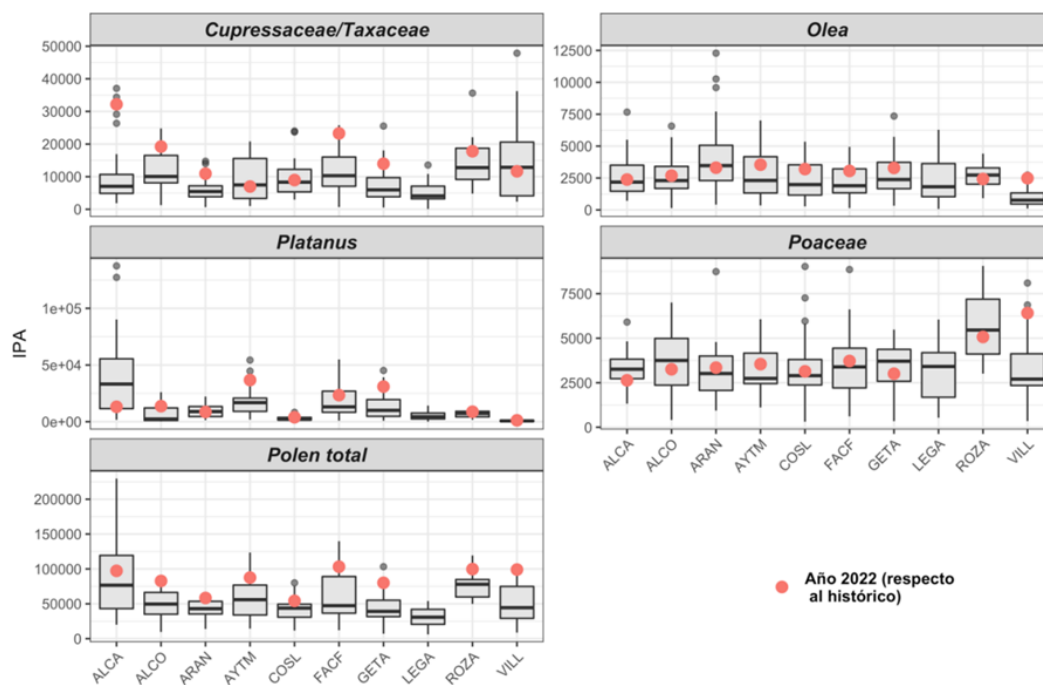
Evolución de la concentración de polen total. Comunidad de Madrid, 2022



Índice Polínico Mensual (IPM) del polen total (PT) en las estaciones de la red PALINOCAM. El promedio en la red del IPM del polen total se ha representado con una línea negra más gruesa

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Dirección Técnica Red Palinocam.

Comparativa de la cantidad de polen por tipo polínico respecto a la distribución media de datos en cada estación aerobiológica



Comparativa de la cantidad de polen registrada para cada tipo polínico en el año 2022 (punto rojo), respecto a la distribución media de los datos durante la serie histórica en cada estación aerobiológica. (Diagrama de cajas, representando cada caja los datos de Índice Polínico Anual (IPA) entre los cuartiles 1 y 3 (percentiles 25 y 75, respectivamente). *Se excluye Leganés durante el año 2022 por la interrupción del muestreo en el mes de mayo.

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM). Elaboración: Dirección Técnica Red Palinocam.

Temperaturas extremas

Dentro del contexto actual de cambio climático, el incremento global de temperaturas y el inicio tardío y abrupto del invierno, la Comunidad de Madrid dispone de planes de vigilancia y control de los efectos de la exposición a extremos térmicos: olas de calor y de frío.

Olas de calor

Los objetivos principales del Plan de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor son: disminuir la morbilidad y especialmente la mortalidad asociada a las altas temperaturas y mejorar la información dirigida a la población general (consejos y medidas preventivas específicas) y a profesionales sanitarios y socio-sanitarios.

Según AEMET, el verano 2022 ha tenido un carácter extremadamente cálido, con una temperatura media sobre la España peninsular de 24°C, valor 2,2°C por encima de la media (periodo de referencia 1981-2010). Se ha tratado del verano más cálido desde el comienzo de la serie en 1961 y por tanto del siglo XXI, habiendo superado en 0,4°C el anterior valor más alto de la serie, que era hasta ahora el de 2003.

En la temporada de vigilancia del 1 de junio al 15 de septiembre de 2022 la mortalidad observada en la Comunidad de Madrid por todas las causas y edades ha sido un 12,1% superior a la esperada, según la mortalidad en los 5 años previos al inicio de la pandemia de covid-19. Sin

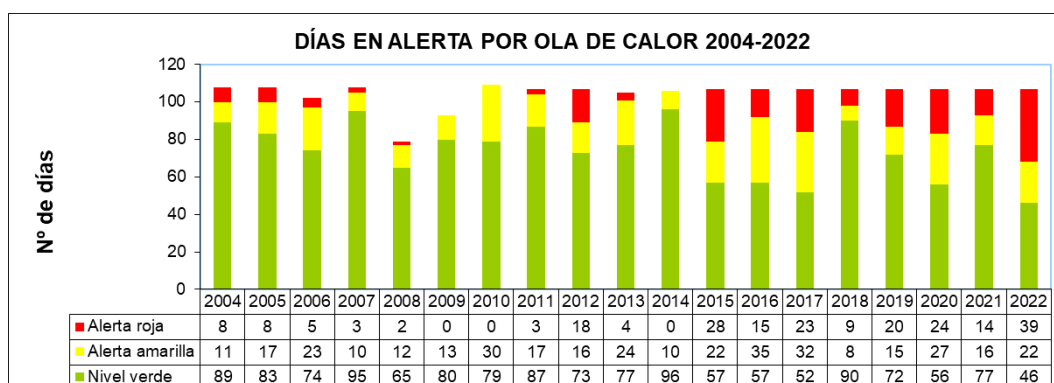
tener en cuenta otros factores, en la temporada de vigilancia, un 9,9% de la mortalidad por todas las causas puede atribuirse a las altas temperaturas. Si se consideran factores como casos diarios de infección respiratoria aguda grave y niveles en la atmósfera de ozono, la mortalidad atribuible a la temperatura se estima en el 8,0%.

**Indicadores de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor
Comunidad de Madrid, 2022**

Vigilancia y control de los efectos de las Olas de calor	2022
Días de alerta por ola de calor	61
Días en alerta 1 (Precaución)	22
Días en alerta 2 (Alto Riesgo)	39
Días con T ^a máxima registrada > a 36,5 °C y < a 38,5 °C	22
Días con T ^a máxima registrada > a 38,5 °C	18
T ^a máxima registrada	41,6 °C
Índice de intensidad del exceso de calor (IOC)	73,7

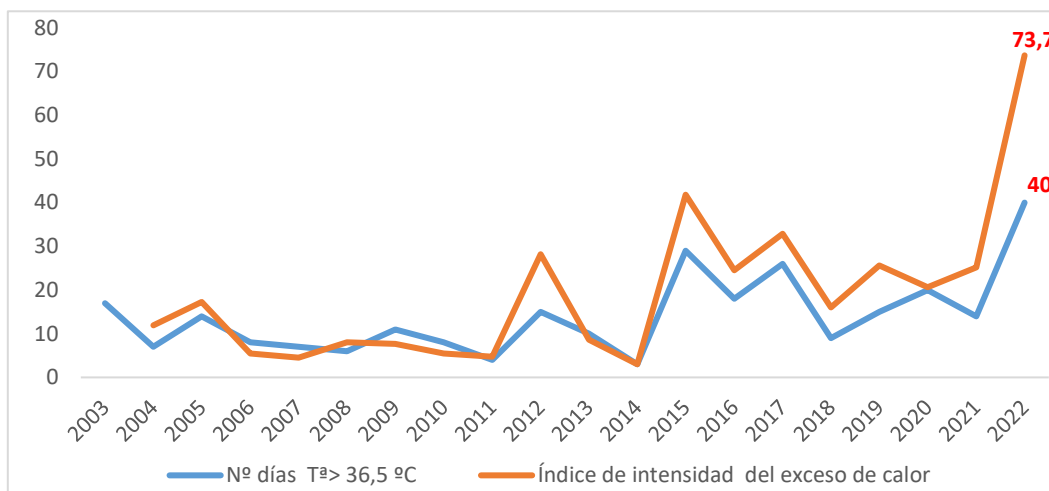
Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Evolución anual de días en alerta por ola de calor, Comunidad de Madrid



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y según los criterios establecidos en el sistema de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

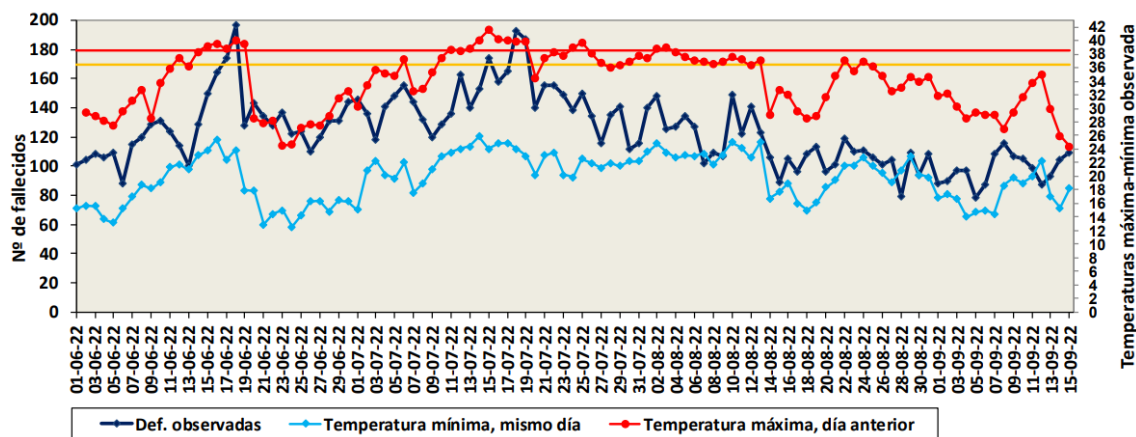
Evolución del número de días con superación del umbral 36,5°C e índice intensidad exceso calor. Comunidad de Madrid



El Índice de intensidad del exceso de calor (IOC) representa el exceso de grados centígrados por encima de la Tª umbral de 36,5°C a lo largo de todos los días de la campaña.

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Mortalidad total diaria observada, temperatura máxima observada del día anterior, y mínima del mismo día. Comunidad de Madrid, 2022



Tª máxima como media de las máximas registradas en las estaciones de Barajas, Retiro, Getafe y Cuatro Vientos. Líneas de temperatura en 36,5°C y 38,5°C.

Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Evolución de indicadores de mortalidad diaria de 1 de junio a 15 de septiembre por todas las causas para toda la población. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Exceso fallecimientos* O/E (%)	-4,7%	-1,7	-2,6	-2,4%	12%
Exceso **(M+3DE)	0	0	25	38	308
Nº días superan nº fallecimientos (M+3DE)	0	0	5	3	19

* O: observados; E: esperados. Superan valor medio esperado diario de mortalidad respecto a cinco años previos

** Superan límites máximos de mortalidad esperada (valor medio + 3 desviaciones estándar -DE-)

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Calor y salud, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/calor-salud>

Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2022. Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las olas de calor 2022.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_morbi_mortalidad_calor_temporada_2022.pdf

Olas de frío

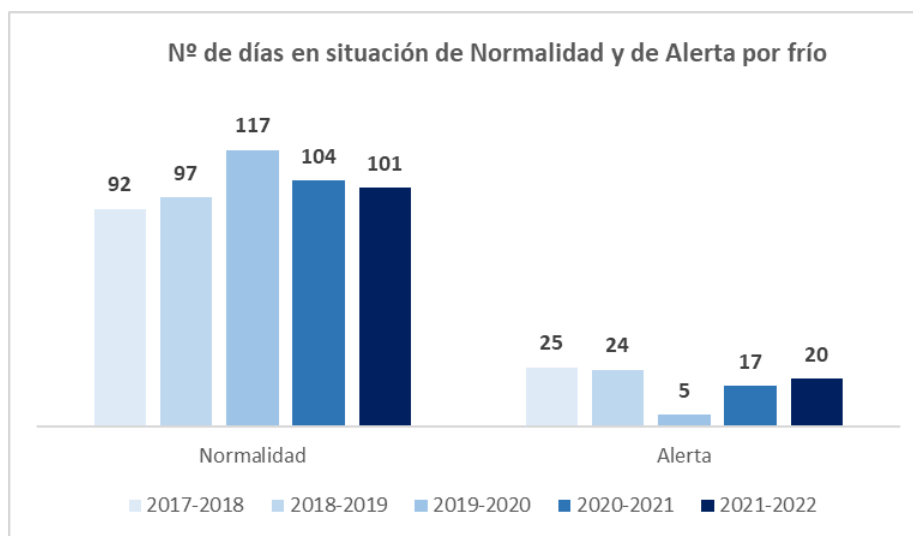
El Plan de Vigilancia y Control de los Efectos del Frío en la Salud de la Comunidad de Madrid está vigente desde el 1 de diciembre de cada año hasta el 31 de marzo del año siguiente y considera como temperatura umbral de disparo de mortalidad por frío los -2°C .

Los objetivos de este Plan son: disminuir la morbilidad y especialmente la mortalidad asociada a las bajas temperaturas; mejorar la información dirigida a la población general (consejos y medidas preventivas específicas) e incrementar la información dirigida a profesionales sanitarios y socio-sanitarios.

En la temporada 2021/2022 hubo 20 días consecutivos en alerta por ola de frío en el mes de enero. Sin embargo, no hubo ningún día en que la temperatura mínima (media de los cuatro observatorios utilizados) fuera inferior a -2°C (T^a de disparo de la mortalidad). La temperatura registrada más baja fue de $-1,7^{\circ}\text{C}$ el día 16 de enero.

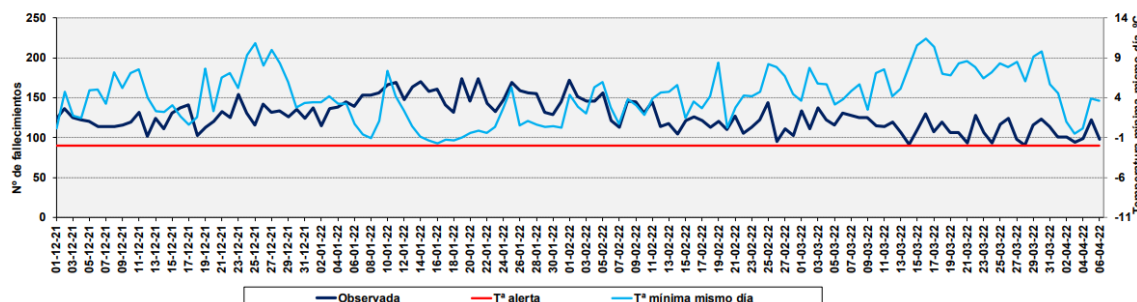
Desde el 1 de diciembre del 2021 al 31 de marzo del 2022, se observó un 5,8% menor mortalidad que la esperada.

Evolución por temporada de días en situación de normalidad y alerta por frío. Comunidad de Madrid



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y según los criterios establecidos en el Plan de vigilancia y control de los efectos del frío en salud. Elaboración Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Mortalidad total diaria observada, temperatura mínima observada del día anterior y temperatura de alerta (-2°C). Comunidad de Madrid, 2021-2022



Fuente: Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Evolución de indicadores de mortalidad diaria de 1 de diciembre a 31 de marzo por todas las causas para toda la población. Comunidad de Madrid

	2017-18	2018-19	2019-20 ^^	2020-21 ^	2021-22
Exceso fallecimientos* O/E (%)	2,4%	-1,4	NA	1,0%	-5,8%
Exceso **(M+3DE)	13	0	NA	33	0
Nº días exceso nº defunciones (M+3DE)	3	0	NA	4	0

* O: observados; E: esperados. Superan valor medio esperado diario de mortalidad respecto a cinco años previos

**Superan límites máximos de mortalidad esperada (valor medio + 3 desviaciones estándar -DE-)

^Curva de mortalidad coincidente con incremento de casos de covid-19 sin virus de la gripe circulante

^^Temporada afectada por inicio de primera ola de covid-19

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.





Más información:

Temperaturas extremas, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/temperaturas-extremas>

Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022 y de los efectos del calor 2022 <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50726>

Vectores transmisores de enfermedades

Factores como la globalización, el cambio climático, el movimiento de personas y mercancías hacen que el riesgo de introducción y propagación de enfermedades sea cada vez mayor. Según los expertos, el 28% de las enfermedades emergentes se transmiten por vectores, principalmente artrópodos y aves. Por ello se ha establecido un sistema de vigilancia que detecte y dé una rápida respuesta, coordinando actuaciones y con el apoyo científico necesario.

Los objetivos de este sistema de vigilancia de vectores son los siguientes: prevenir enfermedades infecciosas en el hombre causadas por virus, bacterias, protozoos y parásitos, transmitidas a través de vectores; mantener las redes de vigilancia entomológica y control sanitario-ambiental de vectores con interés en salud pública en la Comunidad de Madrid; analizar los resultados de la vigilancia y proponer estrategias de control de vectores en coordinación con las administraciones/instituciones afectadas y/o con competencias en la materia; informar a ciudadanos y profesionales, y potenciar actividades de educación sanitaria.

Esta vigilancia se realiza con la participación de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Instituto de Salud Carlos III (SCIII) y Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria (VISAVET), mediante la recogida de muestras de vectores para determinar tanto la presencia como el porcentaje de positivos a las distintas enfermedades. Así se toman muestras de flebotomos, mosquito tigre, garrapatas y mosca negra.

A continuación, se detallan los principales resultados de las tareas realizadas en el ámbito de la sanidad ambiental en la vigilancia de la leishmaniasis, arbovirosis y enfermedades transmitidas por garrapatas.



Más información:

Vectores y plagas, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vectores-plagas>

Vigilancia de vectores y reservorios de Leishmaniasis

La vigilancia se realiza tanto del vector (flebotomo) como de los reservorios (fauna silvestre y animales domésticos).

Los flebotomos actúan como vectores de la leishmania, por lo que el muestreo se basa en la captura de flebotomos, análisis de infectividad y tipo de animal del que se alimentan, diferenciación por especies y cálculo de densidades, diferenciando la zona suroeste, donde se produjo el brote de leishmaniasis (Fuenlabrada, Leganés, Getafe y Humanes de Madrid), y otras zonas de riesgo de la Comunidad de Madrid.

Vigilancia de vectores de leishmaniosis en la Comunidad de Madrid. Trampas, flebotomos y densidad

	Flebotomos	Zona brote (suroeste)	Otras zonas de riesgo
2022	Nº trampas y vectores identificados	536 trampas y 7.361 flebotomos	794 trampas y 10.022 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	18,3%	18,5%
	Densidad 2022	40,6 fl/m ²	37,4 fl/m ²
2021	Nº trampas y vectores identificados	508 trampas y 6.463 flebotomos	663 trampas y 3.731 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	40,2%	32,1%
	Densidad 2021	81,9 fl/m ²	28,9 fl/m ²
2020	Nº trampas y vectores identificados	512 trampas y 7.604 flebotomos	570 trampas y 5.817 flebotomos
	% de <i>Phlebotomus perniciosus</i>	33,2%	23,4%
	Densidad 2020	78,9%	38,4 fl/m ²

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la zona suroeste se colocan trampas de luz en 4 puntos que se muestrean mensualmente, desde junio a septiembre. En 2022 se han detectado 5 *Phlebotomus perniciosus* positivos a *Leishmania infantum* de los 209 capturados (prevalencia del 2,4%). Estos análisis se llevan realizando desde 2012 y fue en 2013 donde se detectó una infectividad más elevada, un 6,6% (57 positivos de 864). Por otra parte, del análisis molecular de la sangre ingerida por esta especie, se demuestra que el conejo y la liebre son los animales de los que se alimentan con más frecuencia. En concreto de los análisis realizados desde 2012 a 2022, el 69,5% (271 sobre 390) de las sangres encontradas eran de liebre y el 23,3% (91 de 390) de conejo.

En relación al papel de los lepóridos como reservorio de *Leishmania infantum*, se realiza un muestreo específico en estos animales. En zonas de riesgo, diferentes a la zona suroeste donde hubo el brote de leishmaniasis, en 2022 se han capturado 163 lepóridos, de ellos 2 positivos y 6 dudosos por serología.

Por otra parte, en la zona suroeste donde hubo el brote de leishmania, desde 2011 a 2022 se han analizado mediante PCR, 2.319 conejos y 680 liebres. El porcentaje de lepóridos infectados en estos años es de 29,6% para la liebre y de 17,4% para el conejo.

Evolución anual de la prevalencia de *Leishmania* en liebres y conejos. Comunidad de Madrid

Años	Liebres positivos/totales	Conejos positivos/totales
2011	11/33 (33,3%)	3/22 (13,6%)
2012	37/142 (26,1%)	4/55 (7,3%)
2013	20/61 (32,8%)	40/156 (25,6%)
2014	32/106 (30,2%)	87/407 (21,4%)
2015	48/140 (34,3%)	27/279 (9,7%)
2016	20/68 (29,4%)	61/335 (18,2%)
2017	13/49 (26,5)	70/301(23,3%)
2018	12/33 (36,4%)	41/223(18,4%)
2019	7/19 (36,8%)	37/269(13,8%)
2020	0/9 (0,0%)	3/73(4,1%)
2021	0/9 (0,0%)	30/157(19,1%)
2022	1/11(9,1%)	1/42(2,4%)
TOTAL	201/680 (29,6%)	404/2319 (17,4%)

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

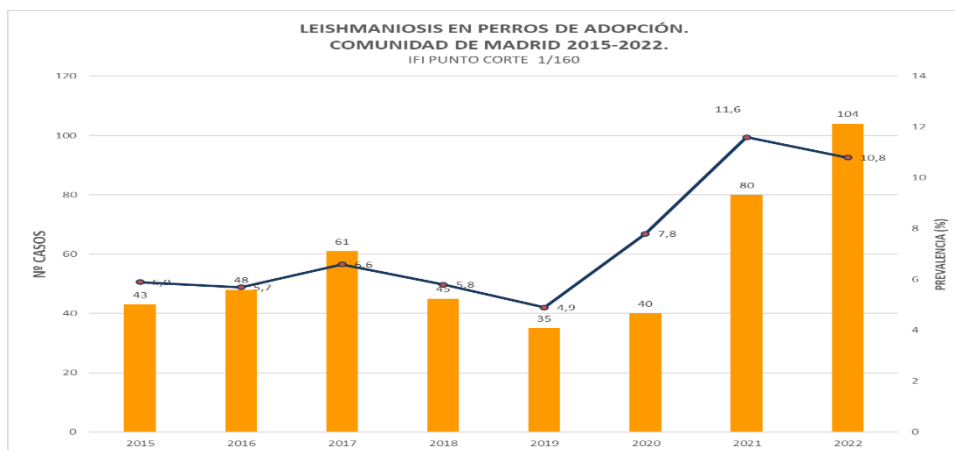
En relación al papel de animales domésticos (perros y gatos) como reservorios de leishmaniasis, la vigilancia se basa en el análisis de muestras de perros y gatos procedentes de los Centros de Protección Animal (CPA) colaboradores voluntarios durante todo el año, así como en 2 cortes (primavera y verano) efectuados en perros vagabundos en todos los CPA.

Vigilancia de leishmaniasis en perros y gatos de los Centros de Protección Animal de la Comunidad de Madrid

Año	Tipo de animal	Nº muestras	Positivas	Dudosas	Prevalencia
2022	Perros de adopción	963	104	68	10,8%
	Perros vagabundos	274	21	12	7,7%
	Gatos	64	15	1	23,1%
2021	Perros de adopción	701	80	54	11,6%
	Perros vagabundos	210	15	0	7,1%
	Gatos	63	13	0	20,6%
2020	Perros de adopción	527	55	42	10,4%
	Perros vagabundos	295	22	0	7,5%
	Gatos	12	3	0	25,0%

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Evolución anual de la prevalencia de leishmaniasis en perros de adopción Comunidad de Madrid



Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de vectores de arbovirus

El mosquito tigre (*Aedes albopictus*) es un mosquito invasor, procedente de Asia y presente en la costa mediterránea desde 2004, cuya importancia sanitaria se debe a su competencia en la transmisión de arbovirus (dengue, chikungunya y Zika).

En la Comunidad de Madrid se ha establecido una Red de Vigilancia Entomológica del *Aedes albopictus*, en la cual se colocan trampas de oviposición en lugares identificados con probabilidad de detectar el mosquito: en la red de carreteras de entrada desde el Mediterráneo a nuestra región y en dos centros logísticos de distribución de mercancías. Los resultados de estos muestreos nos permiten proponer medidas de prevención y control en los municipios afectados, a los profesionales y a la población, para minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades.

En la siguiente tabla se pueden observar los resultados de los muestreos realizados en la Red de Vigilancia entomológica de 2018 a 2022.

Red de vigilancia de *Aedes albopictus* en la Comunidad de Madrid: puntos de muestreo y muestras positivas

Año	Puntos de muestreo	Trampas recogidas	Positivas	% Positivas
2022	37	298	1	0,3
2021	39	308	7	2,3
2020	34	278	0	0,0
2019	44	368	0	0,0
2018	47	311	0	0,0

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de agentes zoonóticos en garrapatas

Las muestras de garrapatas se recogen principalmente en animales silvestres abatidos en actividades cinegéticas autorizadas en colaboración con la Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Agricultura y son remitidas a VISAVET para la identificación de especies y determinaciones analíticas de detección de los patógenos zoonóticos seleccionados en base a los resultados acumulados. A su vez se recogen muestras en los perros de los Centros de Protección Animal o son recogidas directamente de la vegetación en zonas con gran infestación de este parásito a demanda de los municipios u otras entidades. También llegan muestras de particulares.

Durante 2022 se han recogido muestras de 106 garrapatas procedentes de 10 cotos de caza que se han agrupado en 53 pooles y dos garrapatas procedentes de demandas de particulares. El 90% de estas garrapatas ha sido positivas a *Rickettsia* spp. y ninguna al virus de Crimea Congo. En la siguiente tabla se pueden ver los resultados de los muestreos realizados desde 2017.

Evolución de resultados de las analíticas en garrapatas. Comunidad de Madrid

Evolución de resultados de las analíticas en garrapatas (%)						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prevalencia de <i>Coxiella Burnetti</i>	2,7	0	0	0	0	0
Prevalencia de <i>Borrelia</i> spp	0	0	0	0	0	20
Prevalencia de <i>Rickettsia</i> spp.	35	61,5	97,5	78,7	39	90,9
Prevalencia de virus Crimea-Congo	-	-	-	-	-	0
Prevalencia de <i>Toxoplasma gondii</i>	-	-	-	-	-	0

Fuente: Evaluación del Programa de Vigilancia y control de Vectores y otros agentes con interés en salud pública. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de riesgos zoonóticos

Según organizaciones internacionales (FAO, OMS, OIE) algo más del 60% de los microorganismos que infectan a los humanos son agentes patógenos zoonóticos y así mismo el 75% de las enfermedades emergentes declaradas en los últimos 30 años son de origen animal. La creciente interacción de las personas con los animales propicia el aumento del riesgo de transmisión de determinados agentes patógenos. Estas premisas justifican el desarrollo de sistemas de vigilancia, prevención y control de zoonosis no alimentarias con el fin de evitar los riesgos asociados a las patologías asociadas a ellos

La vigilancia y la toma de muestras se lleva a cabo en fauna silvestre y animales domésticos. Los resultados de esta vigilancia nos permiten proponer estrategias de control para estas enfermedades, así como Informar a ciudadanos y profesionales y potenciar actividades de educación sanitaria.



Más información:

Zoonosis no alimentarias, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/zoonosis-no-alimentarias>

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre

En las muestras recogidas tanto en actividades cinegéticas autorizadas o como por el Centro de Recuperación de Animales Silvestres (CRAS) se investiga la presencia de tularemia, fiebre Q, virus del Nilo Occidental, psitacosis, hepatitis E, toxoplasmosis y otras parasitosis, etc.

En 2022 se han recibido 655 muestras de 213 animales procedentes de 58 municipios. Destaca la toxoplasmosis en carnívoros (15 positivos de 43 analizados, 34,9%) y en jabalíes (7 positivos de 25 animales, 28%).

Como novedad, en 2022 se ha realizado PCR en heces de 35 carnívoros silvestres (mapaches, zorros, tejones...) para determinación del nemátodo *Baylisascaris procyonis*, patógeno emergente con interés en salud pública, no detectándose en ninguna de ellas.

También se han realizado análisis para la detección de virus Toscana en lepóridos con resultado de 1 liebre positiva de 39 animales analizados (10 liebres y 29 conejos).

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre. Comunidad de Madrid, 2022

Enfermedad	Técnica	Aves	Animales positivos / Animales analizados				Quirópteros
			Rumiantes	Jabalíes	Lepóridos	Carnívoros	
Clamidiasis	PCR	0/61					
Fiebre Q	ELISA		0/24	0/25	2/39		
Hepatitis E	ELISA PCR		0/24	0/25	0/39		
Leishmania	IFI		0/24	0/25		0/45	
Lyme	PCR		0/23				
Parasitosis	TELEMAN		8/21	12/25		6/33	
Rabia	IFI PCR						0/19
Toxoplasma	ELISA		2/23	7/25	3/39	15/43	
Tularemia	CULTIVO				0/10		
West Nile	PCR	0/61					

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

En la siguiente tabla se muestra la evolución de los muestreos en los años 2018-2022.

Vigilancia de enfermedades en fauna silvestre, evolución anual. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Animales muestreados	169	100	360	283	213
Muestras obtenidas	247	299	604	1012	655
% muestras positivas	12,50%	6,35%	9,10%	10,07%	8,39%

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Vigilancia de enfermedades (parásitos gastrointestinales) en animales domésticos

Se monitoriza la prevalencia, así como los factores de riesgo asociados a parásitos gastrointestinales en animales de compañía para prevenir o limitar la aparición de riesgos para la salud de las personas.



Las muestras de animales domésticos proceden de los Centros de Protección Animal (CPA) distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. En relación al Sistema de vigilancia en perros susceptibles de adopción en 2022 se han procesado 477 muestras, resultando positivas (11,74%) a algún parásito (en 2021 resultaron positivas el 8,84% y en 2020 el 16,46%). En la vigilancia en perros vagabundos se han procesado 94 muestras, de las cuales 24 (25,5%) han resultado positivas a parásitos gastrointestinales de naturaleza zoonótica (6,98 % en 2021 y 16.07% en 2020).

A su vez en 2022 se han procesado 202 muestras de heces felinas procedentes de 4 Centros de Protección colaboradores, de las que 56 han resultado positivas (27,72%). En 2020 resultaron positivas el 25,0% y en 2021 el 29,9%.

Vigilancia de la rabia

El objetivo de esta vigilancia es descartar la posible transmisión de rabia al hombre a través de animales domésticos o silvestres, mediante observaciones antirrábicas en animales agresores, o análisis de virus rábico en cadáveres.

El Sistema de Vigilancia y Control de la rabia aglutina las actuaciones incluidas en la vigilancia epidemiológica de la rabia en su vertiente animal y se compone de dos elementos diferenciados:

- a) Vigilancia de rabia en animales agresores mediante observación antirrábica.
- b) Vigilancia de rabia en fauna silvestre mediante análisis de virus rábico y Lyssavirus.

Vigilancia de rabia. Comunidad de Madrid

	2019	2020	2021	2022
Notificaciones de agresiones	635	452	447	552
Observaciones realizadas	519	370	389	498
Análisis en fauna silvestre	8	2	17	21

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención y Vigilancia de zoonosis no alimentarias en animales domésticos y fauna silvestre. Elaboración: Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud.

Todos los resultados de la vigilancia en los 4 años han sido negativos.

Calidad del agua

Agua de consumo humano

La Dirección General de Salud Pública, desarrolla el Programa Autonómico de Vigilancia Sanitaria, realizando inspecciones y análisis de agua a fin de detectar y minimizar cualquier problema de salud pública.

El agua distribuida a través de las zonas de abastecimiento del Canal de Isabel II dispone de tratamientos adecuados y ofrece una buena calidad. De los 98 análisis completos realizados, sólo hay 3 muestras con nitratos (3,06%) y 7 muestran sulfatos (7,14%) por encima de sus valores paramétricos. En cuanto a resultados microbiológicos, 3 muestras tomadas presentaron bacterias coliformes totales (3,06%) por encima del valor paramétrico.



Más información:

Agua de consumo, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/agua-consumo>

Agua de piscinas

De las 859 muestras tomadas, sólo 91 han presentado alteraciones microbiológicas (10,59 %), relacionadas con deficiencias en el sistema de desinfección, tomándose las medidas de control necesarias.



Más información:

Piscinas y parques acuáticos, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/piscinas-parques-acuaticos>

Agua en zonas de baño

En la Comunidad de Madrid tenemos 4 zonas de baño autorizadas con 5 puntos de muestreo. En las siguientes tablas se puede observar tanto las inspecciones realizadas como la clasificación de las mismas, en los últimos 5 años.

Calificaciones de zonas de baño. Comunidad de Madrid

ZONAS DE BAÑO	2018	2019	2020	2021	2022
	Calificaciones otorgadas				
Las Presillas (Río Lozoya)	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
Los Villares- (Río Tajo)	Excelente	Excelente	Excelente	Buena	Buena
El Muro (Embalse de San Juan)	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Virgen de la Nueva (Embalse de San Juan)	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Playa del Alberche (Río Alberche)	Buena	Buena	Suficiente	Buena	Buena

Fuente: Evaluación del Programa de Aguas recreativas de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.



Más información:

Zonas de baño, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/zonas-bano>

Vigilancia y control de *Legionella*

La *Legionella* es una bacteria ambiental capaz de sobrevivir en un intervalo amplio de condiciones físico-químicas. Por lo que es necesario vigilar las instalaciones que con mayor frecuencia se pueden encontrar contaminadas con esta bacteria, torres de refrigeración y condensadores evaporativos, sistemas de agua caliente sanitaria (ACS), vasos de hidromasaje y sistemas de pulverización de agua ambiente, a fin de evitar o reducir al mínimo la aparición de brotes.

La evolución de las intervenciones realizadas estos últimos 5 años se refleja en la siguiente tabla.

Indicadores de vigilancia y control de *Legionella*. Comunidad de Madrid

Inspecciones, controles documentales, muestras y auditorías	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentaje muestras con presencia de <i>Legionella</i> en torres de refrigeración	14,89	12,86	15,13	11,06	15,02
Porcentaje de muestras con presencia de <i>Legionella</i> en agua caliente sanitaria	24,35	14,66	-	3,52	12,59

Fuente: Evaluación del Programa de prevención de *Legionella* de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.

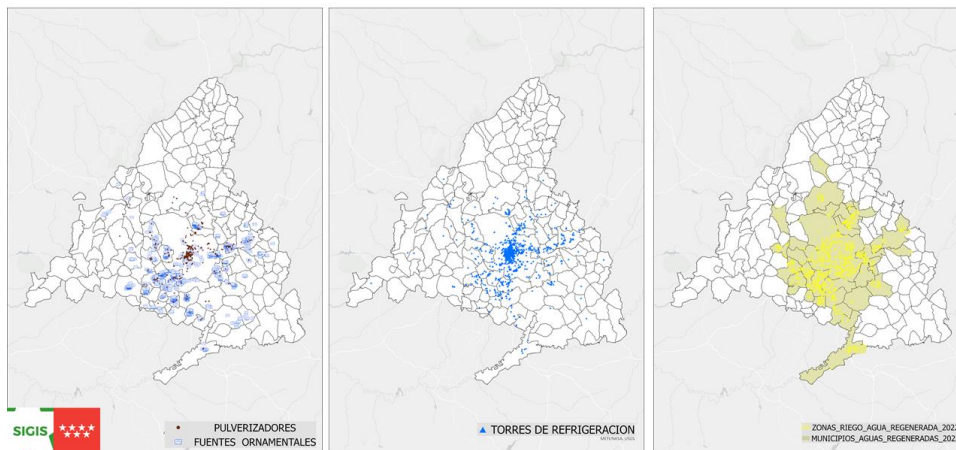
La prevalencia de muestras que no se ajustan a la reglamentación en torres de refrigeración de la Comunidad de Madrid fue de 15,02% en 2022. Esta cifra se viene manteniendo a lo largo de los años y se encuentra en el límite inferior de la prevalencia del 22,7 (IC95% 11,4-30,4) estimada en diferentes estudios realizados en este tipo de instalaciones¹.

En el caso del agua caliente sanitaria, la presencia de *Legionella* varía notablemente a lo largo de esos cinco años, especialmente en el año 2021, situándose las prevalencias en el rango del estudio anteriormente reseñado.

¹ M Viñuela-Martínez, MA Redondo-Cadenas, C, Alonso Calleja. Prevalencia de *Legionella* en instalaciones de suministro de agua en España: revisión sistemática y meta análisis. Publicación del Ministerio de Defensa Sandi. Mil. vol.78 no4 Madrid oct/dic.2022 Epub 26-Jun-2023

Distribución de las instalaciones de riesgo de *Legionella*. Comunidad de Madrid, 2022

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS
UBICACIÓN DE LAS INSTALACIONES DE RIESGO



Fuente: Evaluación del Programa de prevención de *Legionella* de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Sanidad Ambiental.



Más información:

Legionela, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/legionela>

Alimentos

Riesgos químicos asociados a alimentos

Los plaguicidas, también conocidos como fitosanitarios, son productos empleados para el tratamiento y prevención de enfermedades y plagas en las plantas y en los cultivos. El uso de productos fitosanitarios en agricultura es necesario para controlar las plagas que pueden desarrollarse en los cultivos y que afectan tanto a la cantidad como a la calidad de los vegetales que se recolectan para abastecer a la población. Los efectos para la salud motivados por el consumo de alimentos con residuos de plaguicidas podrían ser: carcinogénicos, mutagénicos, sobre la reproducción, neurotóxicos e inmunosupresores.

El total de las muestras analizadas fue correcto (no se han rebasado los límites máximos de residuos –LMR- de los plaguicidas autorizados y no se han detectado residuos de plaguicidas no autorizados).

En los últimos 5 años solo se detectaron residuos por encima del límite legal en un 3% de las muestras tomadas en 2019 (corresponde a 5 muestras).

Esto es coherente con los datos globales a nivel europeo, por lo que la exposición de la población a residuos de plaguicidas a través del consumo de alimentos no supone una preocupación.



Más información:

Plaguicidas en alimentos vegetales ¿debemos preocuparnos?

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/plaguicidas-alimentos-vegetales-debemos-preocuparnos>

Presencia de agentes zoonóticos en alimentos

Los programas de vigilancia de peligros biológicos en alimentos permiten valorar la exposición de la población y adoptar medidas para prevenir y limitar los posibles daños a la salud humana. Para ello se muestrean diferentes grupos de alimentos y, se determina, en función de ellos, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes*, *Campylobacter*, *Escherichia coli*, Enterotoxinas estafilocócicas, *Cronobacter sakazakii*, Histamina, *Cl perfringens*, *E. coli* O 157, *Trichinella* spp, Anisakis

En la siguiente tabla se detallan las muestras tomadas en los años 2018 a 2022.

Evolución anual de muestreos agentes zoonóticos en alimentos. Comunidad de Madrid

Muestreo agentes zoonóticos	Analizadas		Detectado	
	Año	Nº	Nº	%
	2018	785	50	6,37
	2019	747	25	3,35
	2020	209	22	10,53
	2021	683	36	5,27
	2022	513	23	4,48

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Durante el año 2022, dentro del grupo de carnes, huevos y derivados se han tomado 216 muestras de productos cárnicos de consumo en crudo, productos cárnicos de ave para consumo cocinado, preparados de carne de aves, canales de cerdo y jabalí para determinación de triquina, canales de cerdo para criterios microbiológicos, canales de aves, carne separada mecánicamente, gelatina y colágeno y ovoproductos para análisis de sus criterios microbiológicos.

En relación a los resultados insatisfactorios, hay 14 muestras incorrectas, y en la mayoría el parámetro que incumple es *Salmonella*. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los productos en los que se encontró presencia de dicha bacteria se consumen tras un tratamiento térmico, por lo que resaltamos la importancia de cocinar adecuadamente los productos y respetar las instrucciones del etiquetado al respecto.

En el grupo de productos de la pesca solo se ha realizado el muestreo de productos de la pesca madurados, se tomaron 35 muestras para determinación de histamina. En cuanto a los resultados, hubo 1 incumplimiento.

En alimentos listos para el consumo se analizaron 224 muestras. Estos alimentos son aquellos destinados al consumo sin necesidad de un cocinado ni de un tratamiento térmico capaz de eliminar las bacterias patógenas. No ha habido resultados insatisfactorios, lo que es muy favorable, teniendo en cuenta que en este grupo se toman muestras de alimentos destinados a

poblaciones vulnerables, como son los alimentos infantiles y los que se elaboran en restauración social (colegios, guarderías, residencias de mayores).

Del grupo de leche y derivados se tomaron 33 muestras, de las cuales 2 muestras de queso tuvieron resultados insatisfactorios, ambos por presencia de toxina estafilocócica.

La evolución de los resultados de los muestreos, realizados durante los últimos 5 años, se muestra en la siguiente tabla.

Evolución muestreos de agentes zoonóticos en alimentos de origen animal recogidos en comercio minorista. Comunidad de Madrid

Año	Analizadas	Detectado	%
	Nº	Nº	
2018	100	10	10%
2019	375	146	38,93%
2020	375	134	35,73%
2021*	--	--	---
2022	380	72	18,95%

* En el año 2021 no se realizó el muestreo debido a la pandemia de covid-19.

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control de Alimentos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

La información sobre los microorganismos zoonóticos se incorporan al *Annual EU One Health Zoonoses report* (<https://www.efsa.europa.eu/es/efsajournal/pub/7666>) el cual es elaborado conjuntamente por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y por el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC).

En los mataderos de la Comunidad de Madrid, se realizan controles ante y post mortem en los animales sacrificados para detectar animales afectados por enfermedades zoonóticas tales como Mal Rojo, Tuberculosis, Hidatidosis, Cisticercosis y Ectima contagioso, evitándose así su entrada en la cadena alimentaria.

Animales inspeccionados en mataderos y afectados por zoonosis. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de animales inspeccionados	27.352.241	27.679.221	26.375.927	24.850.721	25.523.611
Zoonosis matadero (nº animales)	7.900	10.378	7.891	10.758	16.440
% de animales afectados	0,03	0,04	0,03	0,04	0,06

Fuente: Evaluación del Programa Vigilancia y Control Oficial de Mataderos. Elaboración: Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Vigilancia de resistencias antimicrobianas de agentes zoonóticos alimentarios

En la Comunidad de Madrid, se lleva a cabo la vigilancia de la aparición de resistencias antimicrobianas en los patógenos zoonóticos y agentes comensales aislados en alimentos.

La vigilancia de resistencias antimicrobianas en agentes zoonóticos aislados en alimentos se lleva a cabo en tres ámbitos diferentes:

- Los muestreos de alimentos cuando se encuentran *Salmonella*, *Campylobacter* y *E. coli*.
- Los muestreos de alimentos recogidos en comercio minorista cuando se aísla *Salmonella*, *Campylobacter*, *Staphylococcus* resistente a la meticilina (SARM) y *E. coli* productores de betalactamasas.
- Los muestreos específicos en carne fresca de pollos de engorde y de pavo de para búsqueda de *E. coli* comensal productor de betalactamasas (BLEES).



Más información:

Vigilancia de resistencias antimicrobianas en alimentos

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-resistencias-antimicrobianas-alimentos>

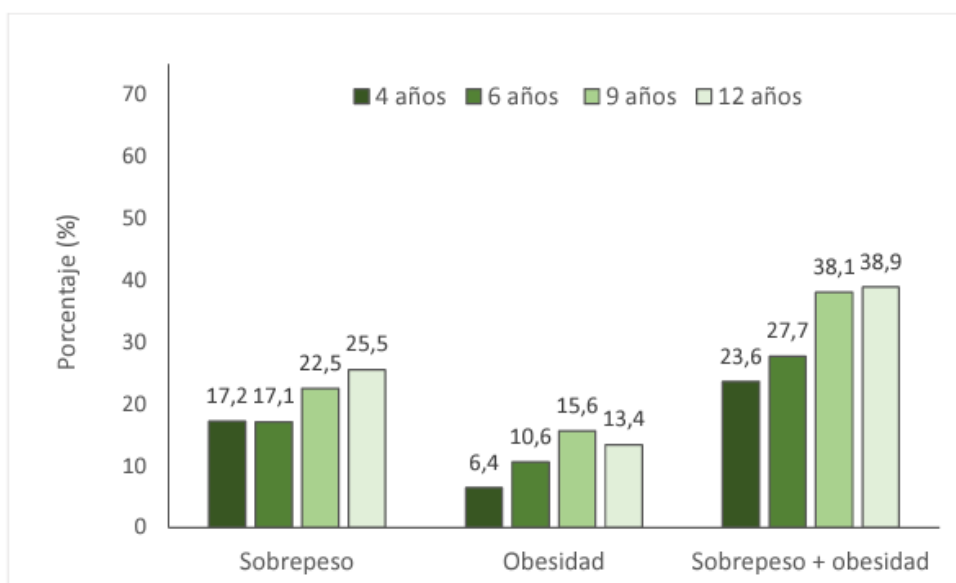
Hábitos y estilos de vida en jóvenes

Sobrepeso u obesidad

Según los datos del estudio longitudinal ELOIN, de los 4 a los 12 años de edad, la prevalencia de sobrepeso aumentó de 17,2% a 25,5%. En el caso de la obesidad, las prevalencias aumentaron de 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años y descendieron a 13,4% a los 12 años. La obesidad abdominal aumento de 7,8% a 16,4%.

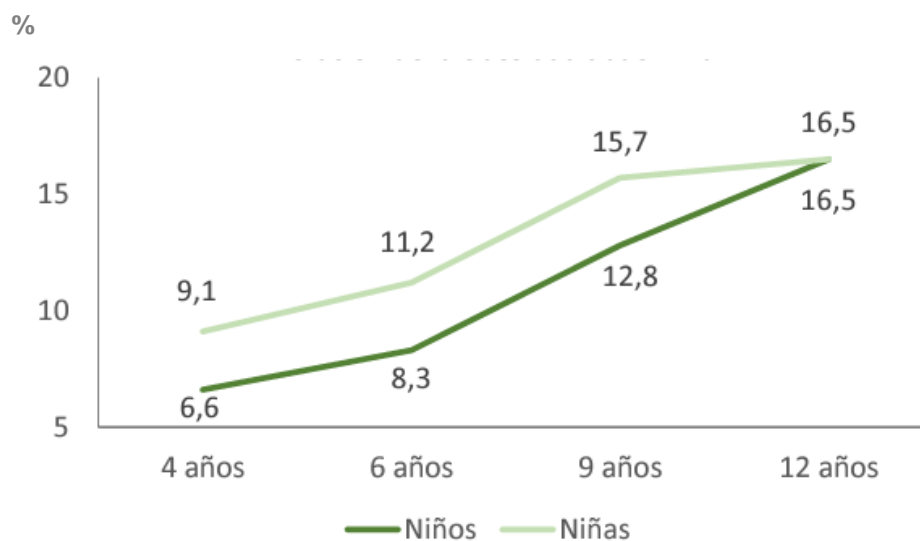
Se comprobó que la persistencia de la obesidad general era alta, de modo que el 59,1%, 62,8% y 65,4% de los niños/as que estaban en obesidad a los 4, 6 y 9 años respectivamente, permanecieron en obesidad a la edad de 12. Solo el 12,6%, 6,0% y 4,4% de los que habían estado en obesidad a los 4, 6 y 9 años respectivamente, remitieron a normopeso a los 12 años. En el caso de la obesidad abdominal, la persistencia a los 12 años fue de 50,5%, 70,8% y 73,3% de los 4, 6 y 9 años, respectivamente. Conviene señalar que los niños/as en obesidad general y abdominal a los 12 años tenían una mayor prevalencia y riesgo de presentar pre-hipertensión arterial, respecto a los que estaban en normopeso o sin obesidad abdominal respectivamente.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Comunidad de Madrid, 2012-2021



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Prevalencia de obesidad abdominal infantil. Comunidad de Madrid, 2012-2021



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto general como abdominal, resulta elevada en la población infantil, mayor en niños que en niñas; y superior en aquellos que viven en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo.

Prevalencia de obesidad a los 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2020-2021

	n	P (IC 95%)	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (N=2724)				
Niñas	132	9,5 (8,0-11,2)	1 (ref)	
Niños	233	17,5 (15,5-19,6)	2,0 (1,6-2,5)	<0,001
Nivel socioeconómico (N=2558)				
Alto	120	9,1 (7,6-10,8)	1 (ref)	
Medio	115	14,6 (12,2-17,3)	1,7 (1,3-2,2)	<0,001
Bajo	107	23,4 (19,6-27,6)	3,0 (2,3-4,1)	<0,001
Nivel educativo de la madre (N=2553)				
Universitarios superiores	46	6,1 (4,5-8,0)	1 (ref)	
Universitarios técnicos	31	9,5 (6,5-13,2)	1,6 (1,0-2,6)	<0,05
Secundarios 2º grado (Bachiller superior)	156	17,5 (15,1-20,2)	3,3 (2,3-4,6)	<0,001
Secundarios 1º grado (ESO) o inferiores	105	18,4 (15,3-21,8)	3,5 (2,4-5,0)	<0,001

OR: Odds Ratios estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico familiar y educativo de la madre. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.



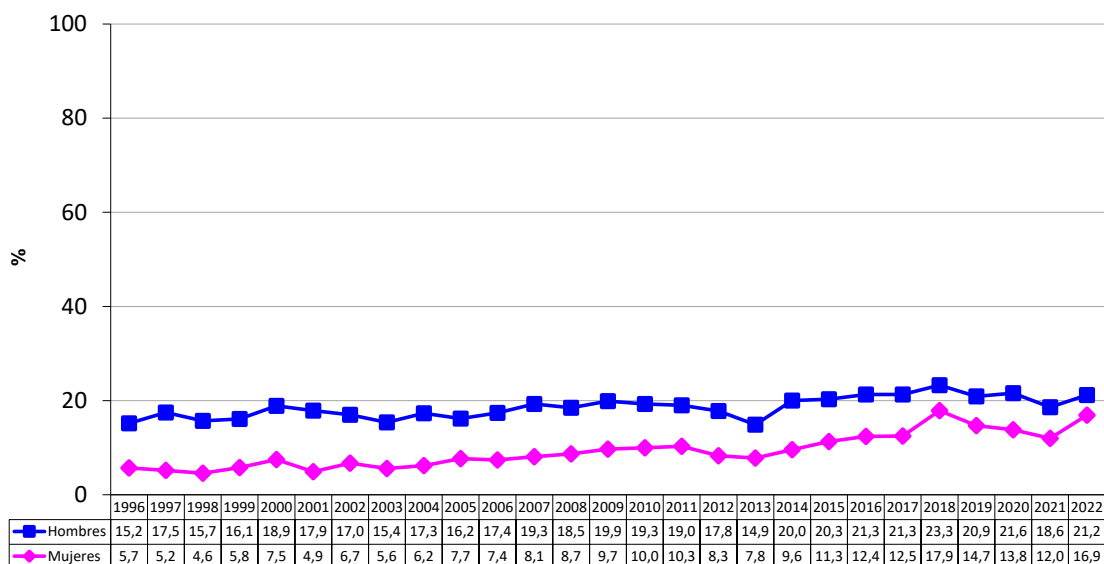
Más información:

Factores de riesgo de sobrepeso y obesidad infantil: alimentación, actividad física y uso de pantallas en la población de 12 años de la Comunidad de Madrid. Evolución de indicadores de los 4 a los 12 años de edad (Estudio ELOIN)

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50880>

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de sobrepeso u obesidad en jóvenes de 15 a 16 años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los chicos que en las chicas en todo el periodo estudiado (1996-2022). En ambos sexos se observó una tendencia ascendente desde 1996, más pronunciada en mujeres.

**Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*
Comunidad de Madrid**



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

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

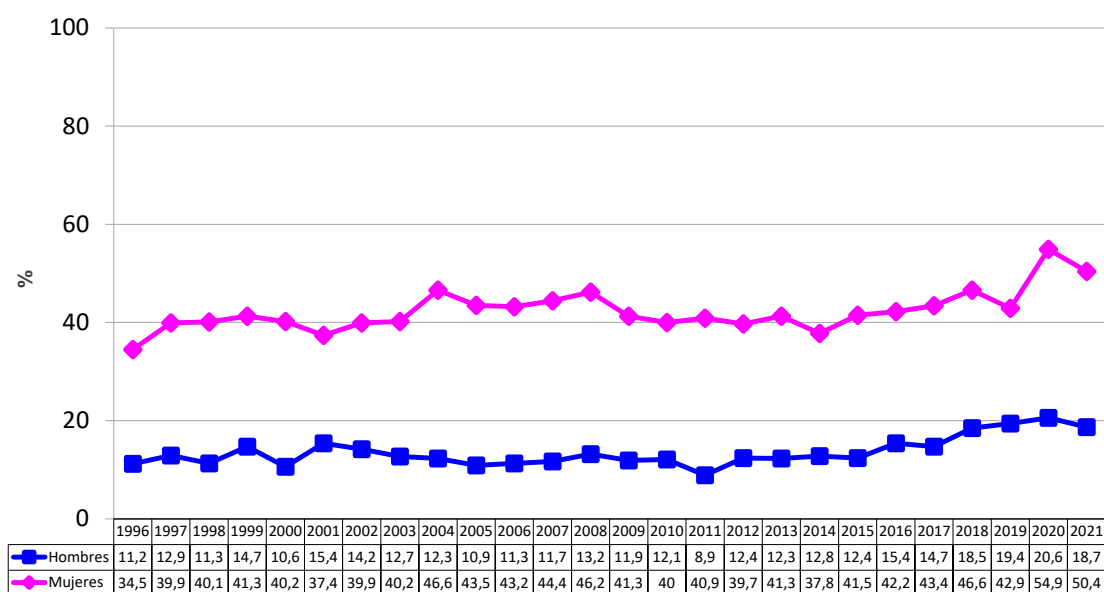
Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Inactividad física

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de inactividad física en jóvenes de 15 a 16 años en la Comunidad de Madrid. Se observan grandes diferencias entre chicas y chicos, siendo la prevalencia de no realización de ejercicio físico intenso al menos 3 días a la semana mucho mayor en las chicas. En ambos sexos se observa un empeoramiento en los últimos años (aumento de prevalencia de no realización de ejercicio físico intenso al menos 3 días/semana).

Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 ó más días a la semana. Comunidad de Madrid



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

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

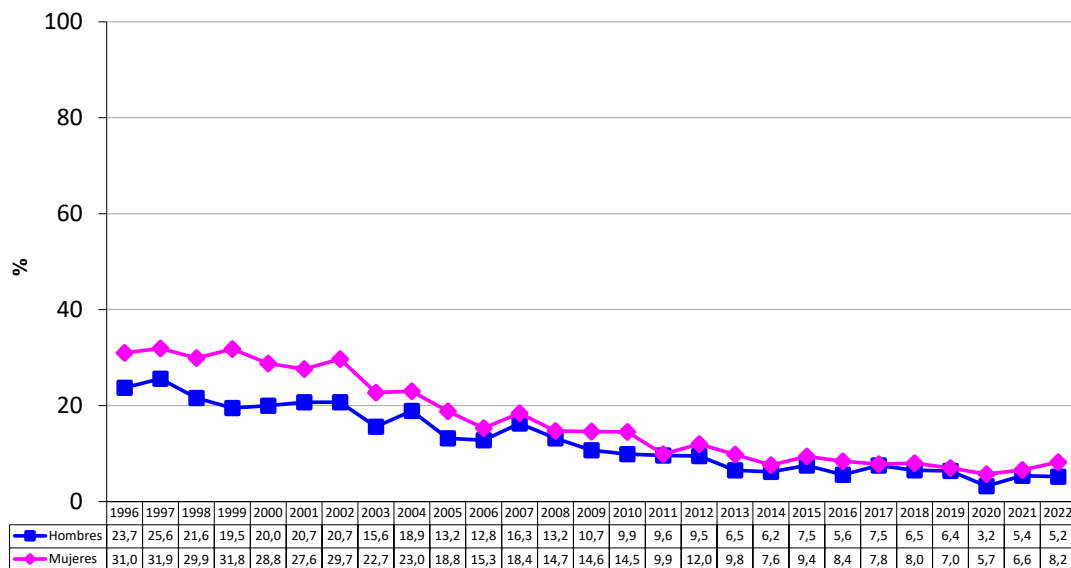
Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Consumo de tabaco

La prevalencia de fumadores diarios fue mayor en las chicas que en los chicos en todo el periodo estudiado (1996-2022), y en ambos sexos se observó un descenso muy importante y continuado desde 1996.

Evolución de la prevalencia de jóvenes que fuman a diario. Comunidad de Madrid



Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo de tabaco en la Comunidad de Madrid

<https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informeepivita2023.pdf>

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

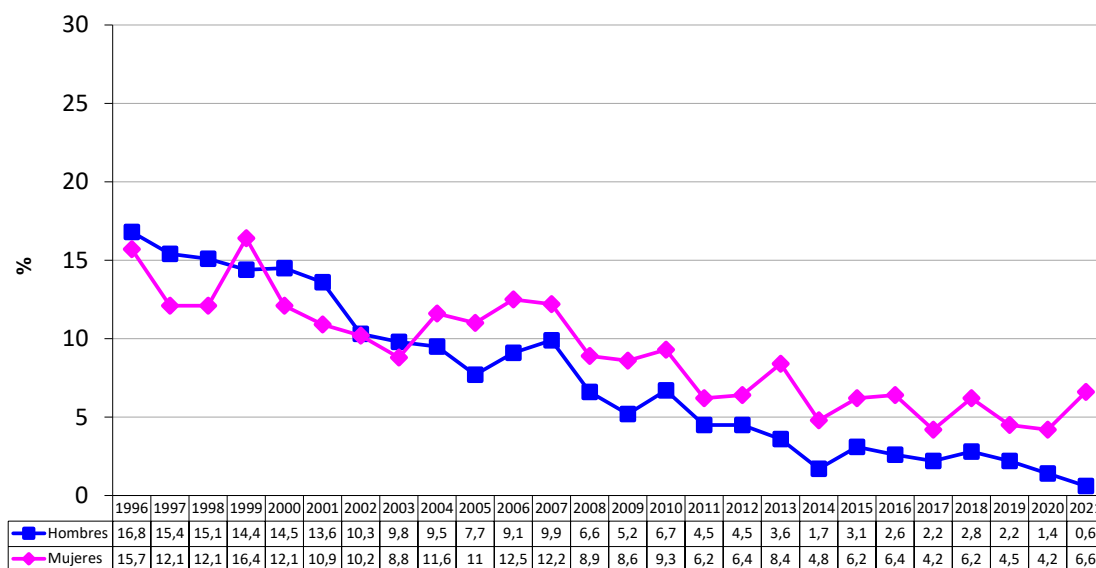
Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050660.pdf>

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores a riesgo es mayor en las chicas que en los chicos, aunque en ambos sexos se observa un descenso muy importante y continuado desde 1996.

Evolución de la proporción de jóvenes bebedores de alcohol a riesgo*
Comunidad de Madrid



*Bebedores a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc.en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050660.pdf>

Consumo de otras sustancias psicoactivas

Si consideramos además del tabaco y de alcohol, el consumo de otras sustancias psicoactivas, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes son las que presentan una edad de inicio más precoz.

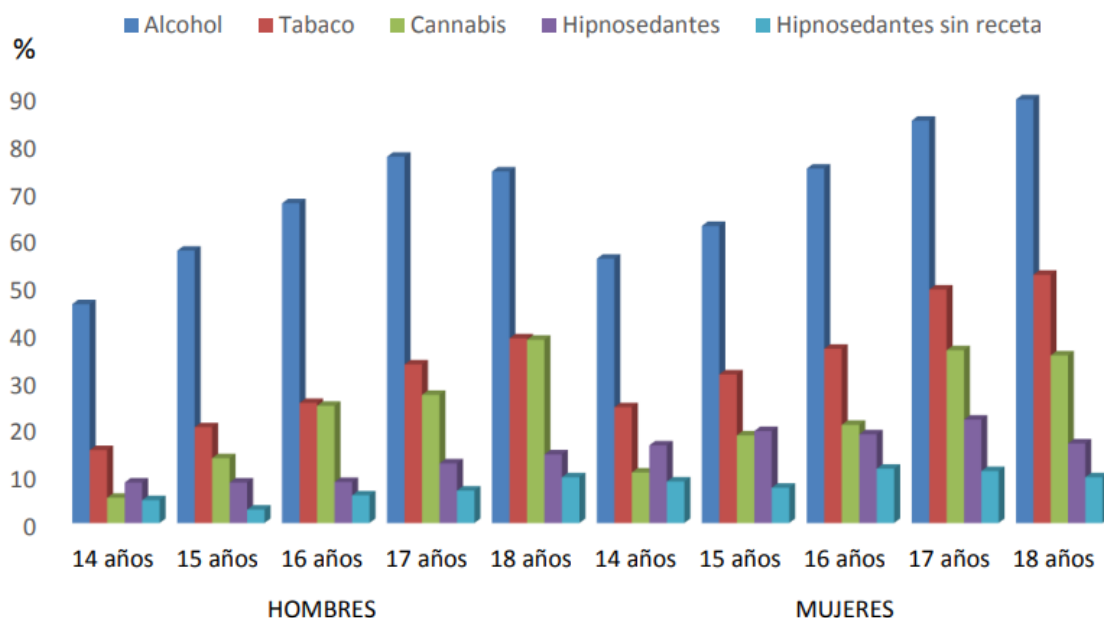
Media de edad de inicio al consumo de sustancias psicoactivas

	Comunidad de Madrid								España
	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2021	2021
Alcohol	13,7	13,7	13,5	13,9	13,9	14,1	14,1	14,0	14,0
Tabaco	13,2	13,2	13,8	13,7	13,9	14,2	14,1	14,1	14,1
Cannabis	14,5	14,6	14,7	15,0	14,9	15,0	15,0	14,9	14,9
Hipnosedantes	-	-	13,8	14,3	14,1	13,8	14,1	14,1	14,1
Hipnosedantes SR	14,1	13,9	13,8	14,5	14,3	14,0	14,3	14,4	14,4
Cocaína	15,3	15,1	14,1	15,2	14,7	15,2	15,1	15,3	15,3
Alucinógenos	15,1	15,1	15,0	15,4	14,1	15,6	15,5	15,6	15,6
Anfetaminas	15,6	15,2	14,0	15,4	14,9	14,6	15,2	15,3	15,3
Éxtasis	15,3	14,8	14,4	15,4	13,9	15,5	15,7	15,4	15,4
Inhalables volátiles	13,6	13,5	12,0	13,1	14,2	14,9	14,6	14,9	14,9
Heroína	14,1	14,0	12,0	14,8	14,1	14,4	13,7	14,7	14,7

SR: sin receta

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses Comunidad de Madrid, 2021



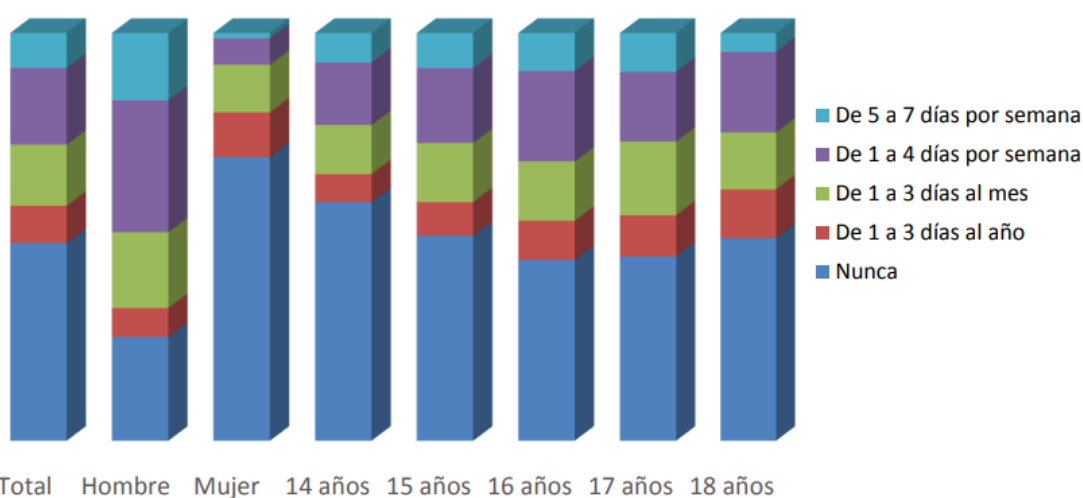
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Juego problemático de videojuegos e internet para adultos

Según la encuesta ESTUDES, la prevalencia de juego problemático de videojuegos siguiendo el criterio DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en alumnos/as de 14 a 18 años, ha sido del 6,5%, muy superior en chicos que en chicas (10,2% vs 3,0%).

El 27,3% de los alumnos encuestados visitan en internet páginas sólo para adultos (de violencia, sexo, etc.) al menos un día a la semana, con importantes diferencias por sexo (48,8% de los chicos y 7,8% de las chicas) y edad según se ve en la figura siguiente.

Frecuencia con la que los encuestados visitan en internet páginas sólo para adultos
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021

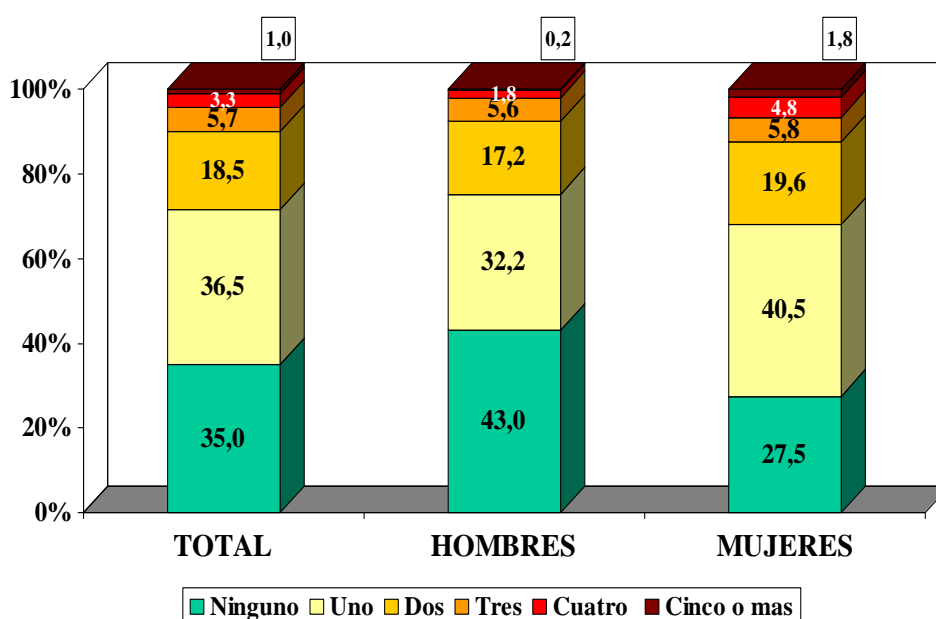
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050660.pdf>

Agregación de factores de riesgo

En la siguiente figura se presenta la agrupación de factores de riesgo en jóvenes de 15 a 16 años en la Comunidad de Madrid. Se han considerado los siguientes factores de riesgo: consumo de tabaco, alcohol, inactividad física, dieta desequilibrada, consumo de drogas ilegales, no utilización de métodos anticonceptivos eficaces y no utilización del casco en moto.

En 2021, la agregación de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por otro lado, la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo fue descendente, con una disminución porcentual en 2020/2021 comparado con 1995/1996 del 32,4% en hombres y del 4,6% en mujeres.

Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes. Comunidad de Madrid, 2021



*Factores o comportamientos de riesgo: se refieren a hábitos de salud de riesgo. Se han considerado los siguientes: sedentario; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto.

Fuente: SIVFRENT-J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

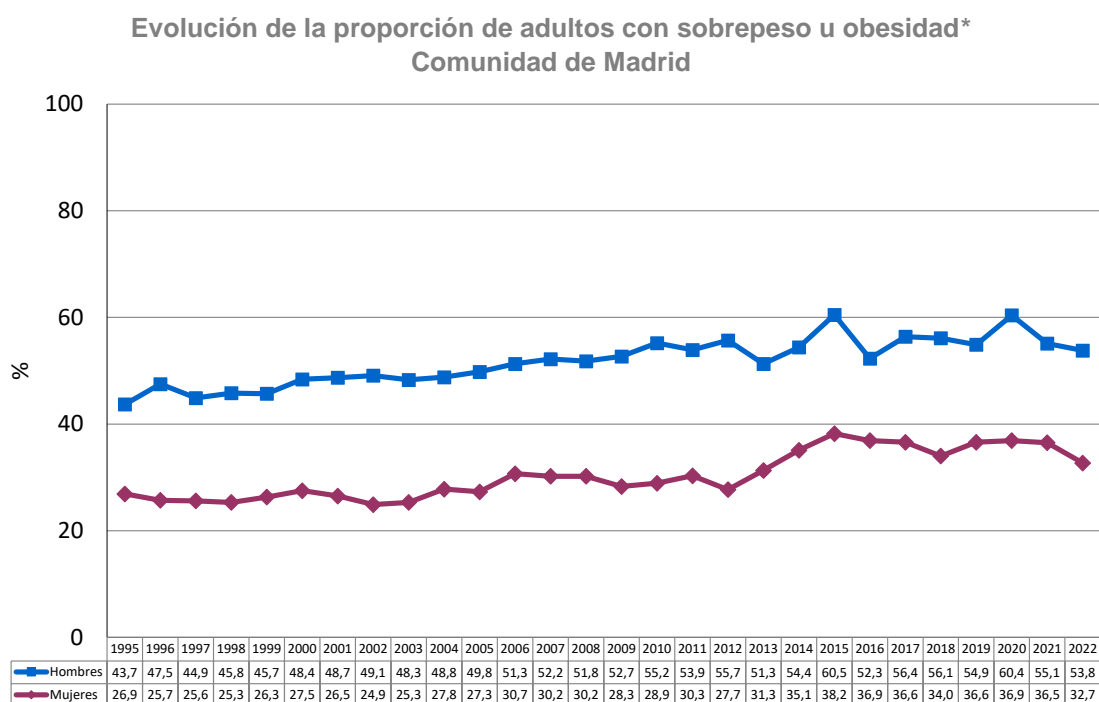
Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Hábitos y estilos de vida en adultos

Sobrepeso u obesidad

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de sobrepeso u obesidad en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los hombres que en las mujeres en todo el periodo estudiado (1995-2022). En ambos sexos se observó una tendencia ascendente desde 1995.



*Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

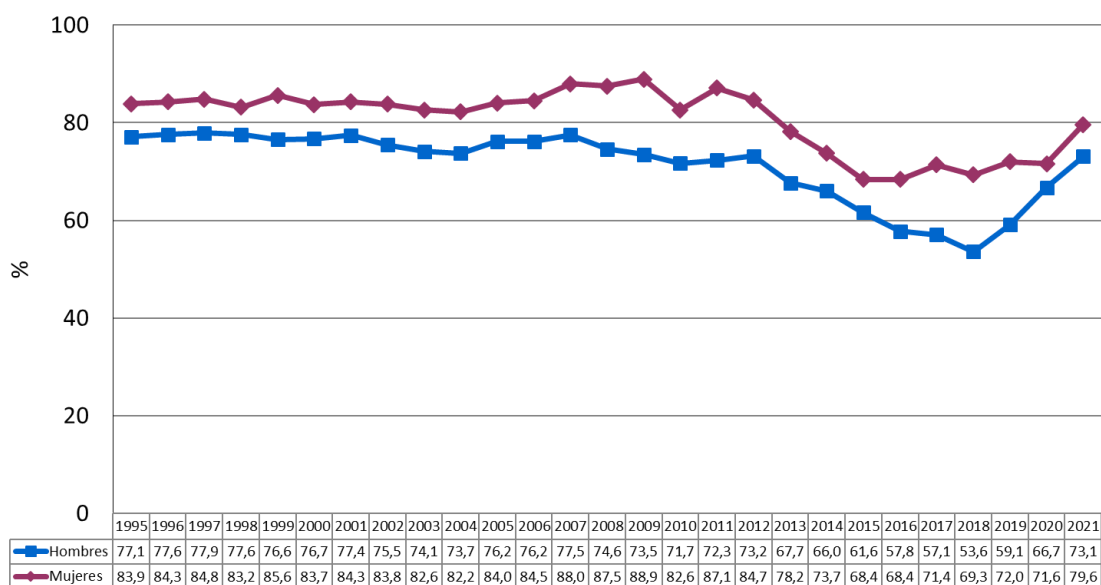
Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Inactividad física

En la siguiente figura se presenta la evolución de la proporción de inactividad física en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. La proporción de adultos no activos en el tiempo libre (no realización de actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez) es mayor en las mujeres que en los hombres, con cifras muy elevadas en ambos sexos. En ambos sexos se observa una tendencia ascendente desde 2019.

Evolución de la proporción de adultos no activos en tiempo libre*
Comunidad de Madrid



* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 minutos cada vez.

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

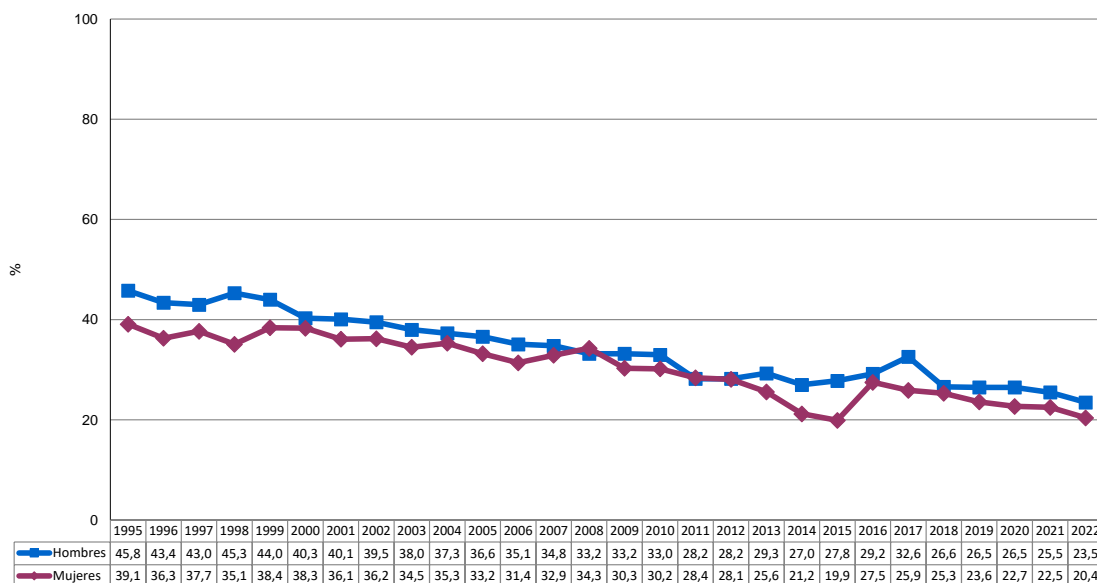
Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Consumo de tabaco

La prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres en todo el periodo estudiado (1995-2022) y en ambos sexos ha venido descendiendo, en hombres desde 1995 y en mujeres más claramente desde 2001, aunque en los últimos años este descenso se ha ralentizado.

Evolución de la prevalencia de adultos fumadores actuales*. Comunidad de Madrid



* Fumador ocasional o diario

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo de tabaco en la Comunidad de Madrid

<https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informeepivita2023.pdf>

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

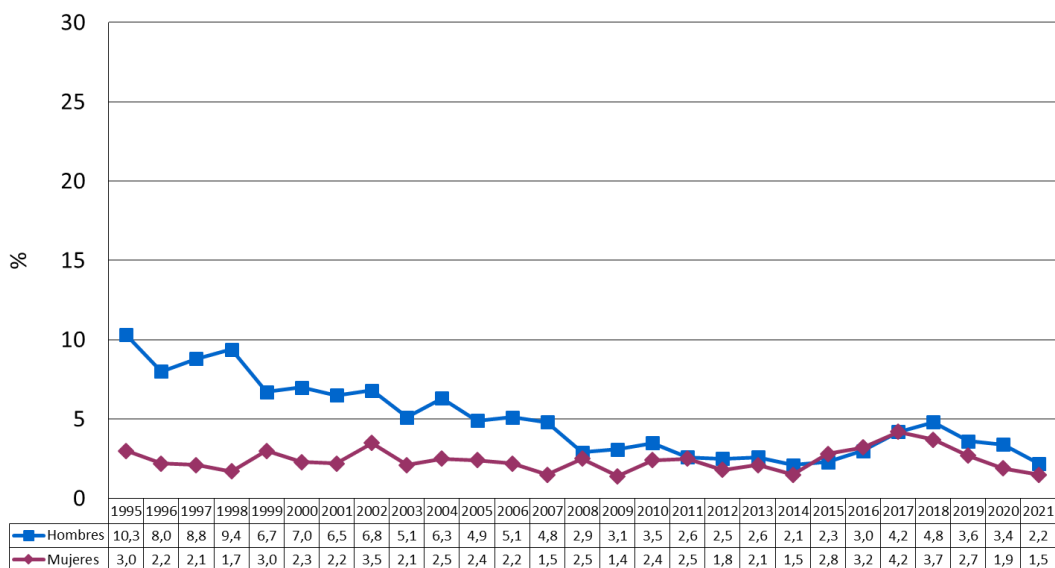
Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas. Comunidad de Madrid, año 2019

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050380.pdf>

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió en los hombres de 1995 a 2014, aumentando entre 2015 y 2018, para volver de nuevo a descender ligeramente en los últimos años. En las mujeres, la situación permaneció bastante estable hasta 2014, aumentando entre 2015 y 2017 y descendiendo claramente desde 2018.

Evolución de la proporción de adultos bebedores de alcohol con consumo promedio de riesgo*. Comunidad de Madrid



*Consumo de alcohol ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas. Comunidad de Madrid, año 2019

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050380.pdf>

Consumo de otras sustancias psicoactivas

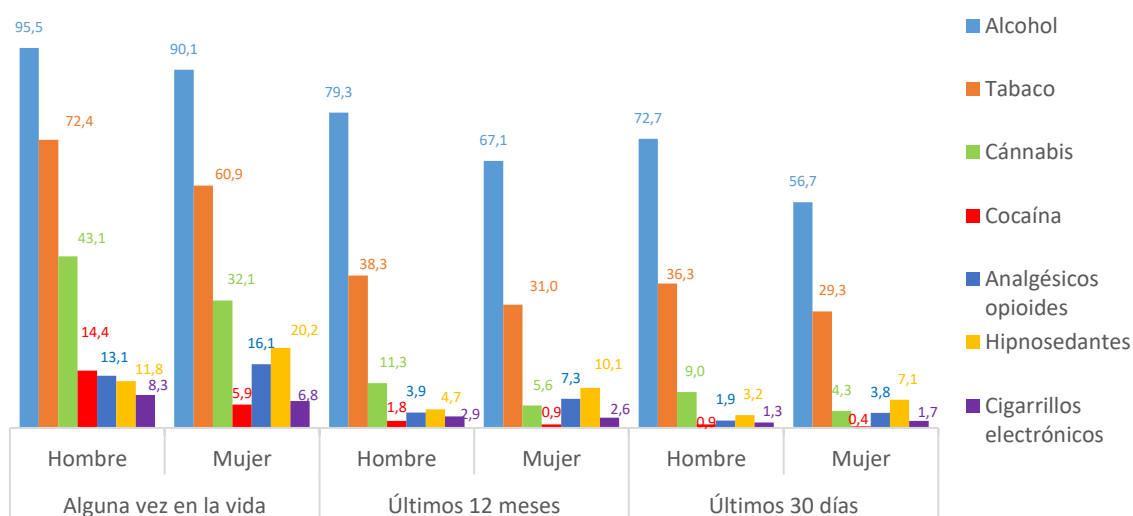
Si consideramos además del tabaco y de alcohol, el consumo de otras sustancias psicoactivas, en 2022 las sustancias más consumidas, tanto legales como ilegales, entre la población de 15 a 64 años en la Comunidad de Madrid son por este orden el alcohol, el tabaco, el cánnabis, los hipnosedantes, los analgésicos opioides y la cocaína.

Las prevalencias de consumo en la Comunidad de Madrid son inferiores a las registradas a nivel nacional para la mayoría de las sustancias, excepto para el consumo de alucinógenos e inhalables volátiles, en el que se encuentran ligeramente por encima.

Se presentan diferencias por sexo en el consumo de sustancias, mostrando en general los hombres prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres, excepto en el consumo de hipnosedantes, analgésicos opioides y consumo diario de cigarrillos electrónicos, cuyo consumo es más elevado en las mujeres.

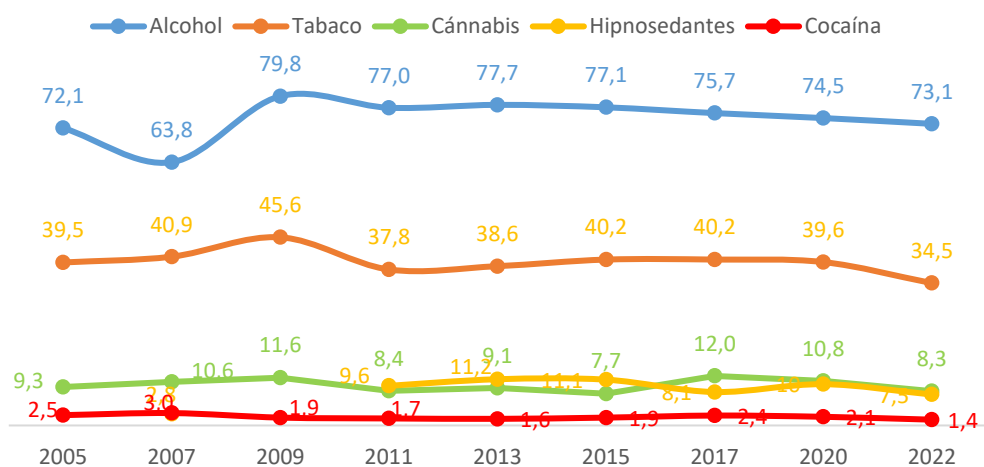
El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes, y se observa que las generaciones más jóvenes se han iniciado antes en el consumo de todas las sustancias estudiadas.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Evolución de la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses. Comunidad de Madrid



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas. Comunidad de Madrid, año 2019

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050380.pdf>

Repercusiones en la salud del consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones

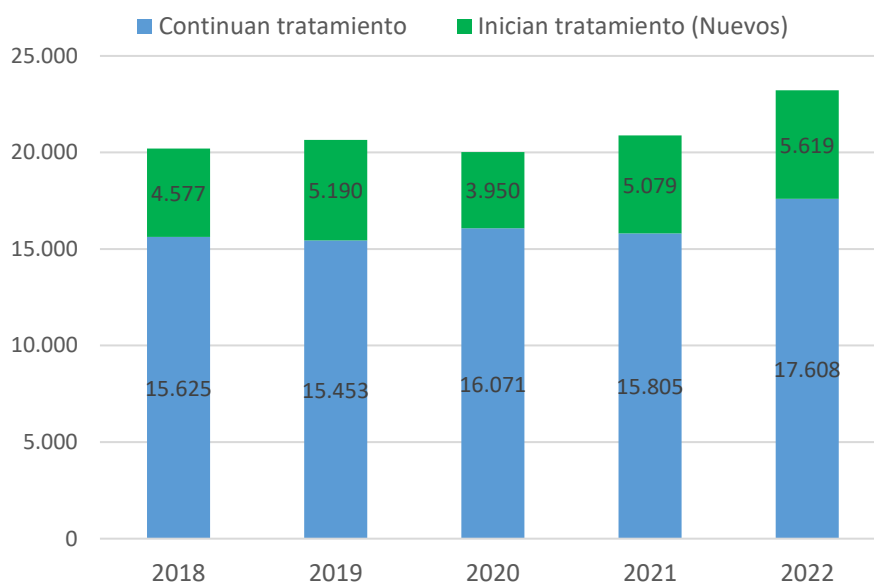
El alcohol (32,2%), la cocaína (26,5%), la heroína (20,3%) y el cánnabis (15,3%) son las principales sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento en los centros de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid. El 41,1% de los pacientes consumen más de una sustancia (media de 1,7 sustancias por paciente). El 1,8% han acudido para tratamiento de una adicción sin sustancia/comportamental, de ellos el 56,2% por juego patológico, el 19,0% por adicción a internet/móvil y el 7,2% por adicción a los videojuegos.

Se presentan diferencias por sexo en las sustancias que motivan el tratamiento, con un mayor papel en las mujeres del alcohol, cánnabis y de hipnosedantes, y en los hombres de los estimulantes, opioides y adicciones sin sustancia/comportamentales.

El 77,4% de los pacientes en tratamiento en 2022 eran varones, la media de edad era de 42,6 años (42,5 en hombres y 43,0 en mujeres). El 56,7% estaban solteros, no superando el nivel de estudios primarios un 10,4%. El 3,1% vivían en un alojamiento precario o inestable.

La edad media de inicio al consumo ha sido de 23,1 años, siendo más precoz en los hombres (22,7 años) que en las mujeres (24,5 años).

Evolución anual del número de drogodependientes en tratamiento. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro acumulativo de drogodependientes (RAD). Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

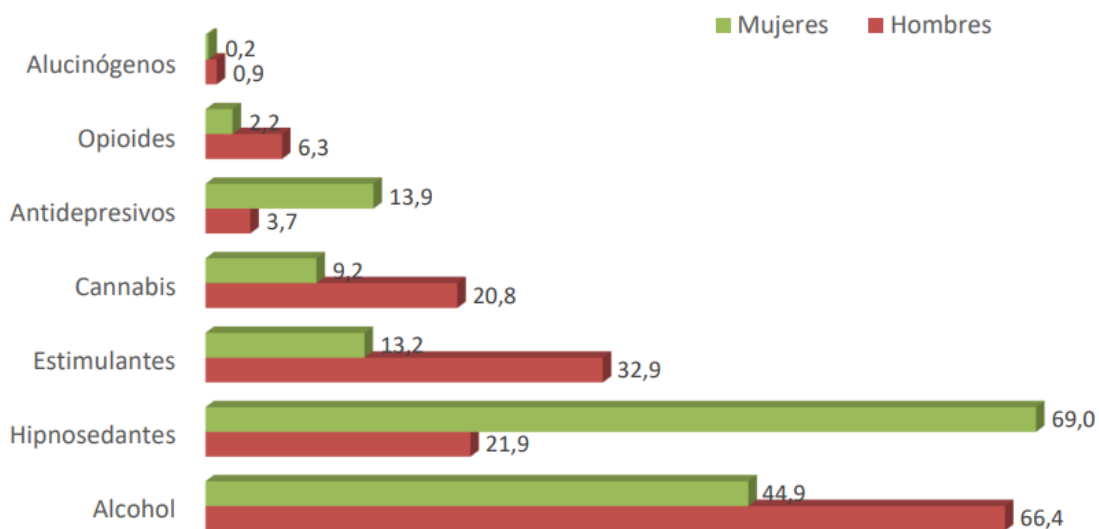
Descripción de las características de los pacientes incluidos en el registro acumulativo de drogodependientes (RAD). Comunidad de Madrid, 2021.

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050822.pdf>

La mayoría de los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas son hombres de mediana edad y en una importante proporción son policonsumidores (38,2%). En el año 2021, el 86,6% de los pacientes presentaban un consumo habitual y un 11,1% requirió ingreso hospitalario, lo que señala la importancia de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. El 30,4% tenía antecedentes de patología psiquiátrica, lo que coincide con la frecuente asociación entre trastornos mentales y abuso de sustancias (patología dual). La cocaína es la principal sustancia ilegal relacionada con el episodio de urgencias, seguida del cannabis, aunque el alcohol es, con diferencia, la principal sustancia que provoca la urgencia, estando presente en el 58,1% de los episodios, seguido de las benzodiacepinas (35,8%).

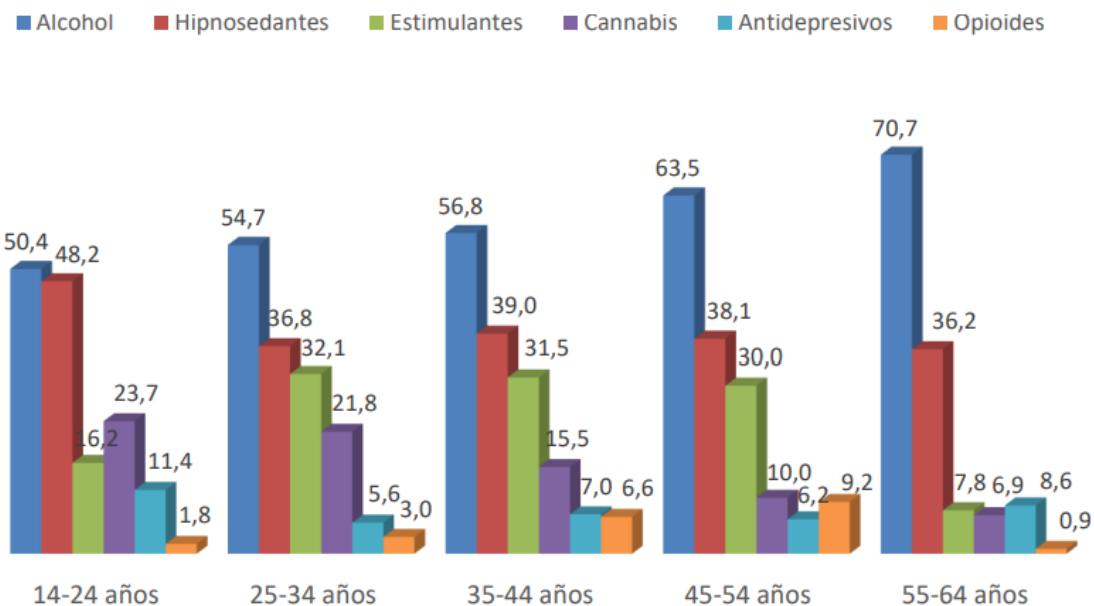
En las urgencias por consumo de sustancias el patrón de consumo de los pacientes difiere por sexo y edad, con mayor consumo en mujeres de hipnosedantes, que triplica el de los hombres, y antidepresivos que lo cuadriplica, y en hombres del resto de sustancias (especialmente estimulantes, cannabis y alcohol).

Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.
Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.

Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.
Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.



Más información:

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2021

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050824.pdf>

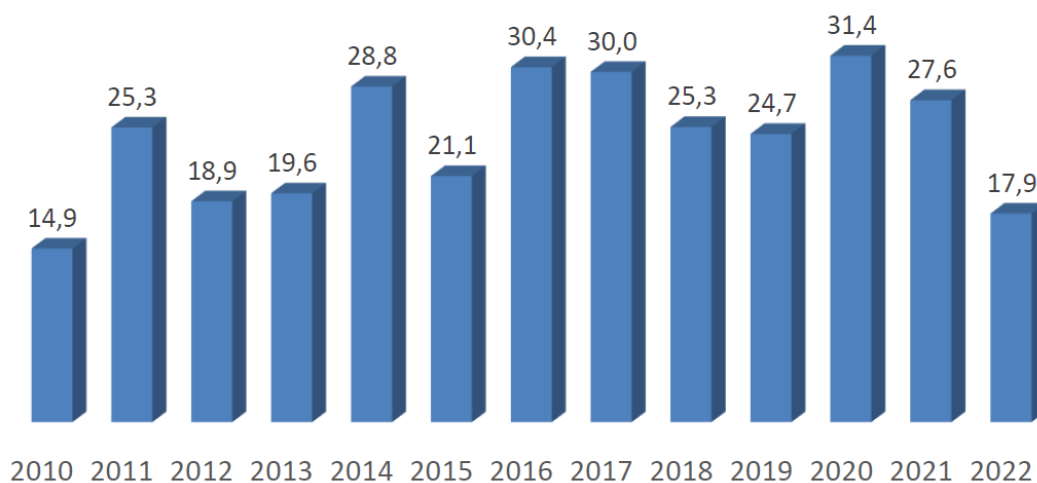
Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, año 2021

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050825.pdf>

Según los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el año 2022 se registraron 207 fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. El 78,2% de los fallecidos eran hombres, la edad media fue de 47,6 años y el 62,3% estaban solteros. En el 76,2% de los casos el fallecimiento se produjo en el domicilio y en el 3,5% había signos recientes de venopunción en el cadáver. En el 17,9% de los fallecidos se encontraron evidencias de suicidio, con diferencias por sexo (23,3% en mujeres y 17,3% en hombres).

Se detecta una media de 3,2 sustancias por sujeto. La principal sustancia psicoactiva ilegal detectada fue la cocaína (45,9%). En el 32,4% de los fallecidos se detectó cannabis y en el 15,5% metadona (opioides sintético de sustitución). Se detectaron benzodiazepinas en el 49,8%. El alcohol se detectó en el 37,7% de los fallecidos, encontrándose sólo esta sustancia en el 8,6% de los casos. Se presentan diferencias por sexo y por edad en las sustancias detectadas. Las mujeres presentan un mayor porcentaje de antidepresivos, hipnosedantes y opioides y los hombres de estimulantes y cannabis. La detección de alcohol, hipnosedantes y antidepresivos predominan en los mayores de 64 años, los estimulantes en los de 35-44 años, los opioides en el grupo de 35 a 54 años y el cannabis en los menores de 35 años.

**Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas con evidencia de suicidio
Comunidad de Madrid**



Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia en Adicciones.





Más información:

Consumo de sustancias psicoactivas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. Informe 2022

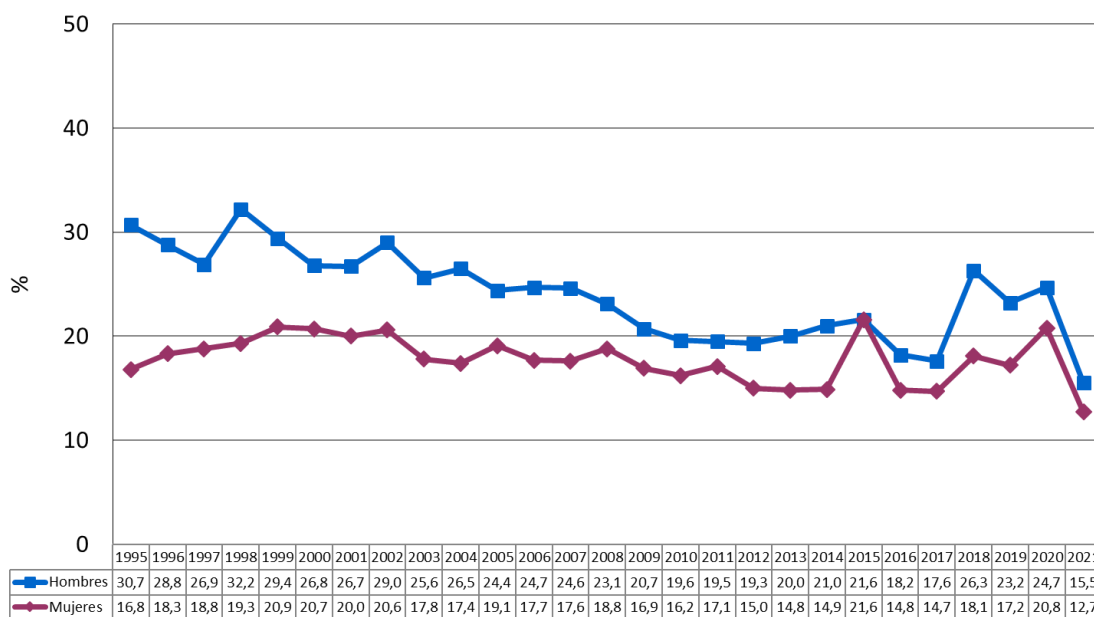
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050994.pdf>

Agregación de factores de riesgo

En la siguiente figura se presenta la agrupación de factores de riesgo en adultos de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid. En los adultos se han considerado: consumo de tabaco, alcohol, inactividad física y dieta desequilibrada.

En 2021, la agregación de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por otro lado, la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo fue descendente, con una disminución porcentual en 2020/2021 comparado con 1995/1996 del 32,4% en hombres y del 4,6% en mujeres.

Evolución de la proporción de adultos que tienen dos o más factores de riesgo*. Comunidad de Madrid



*Factores o comportamientos de riesgo considerados: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada.

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

Acciones preventivas

Coberturas de vacunación

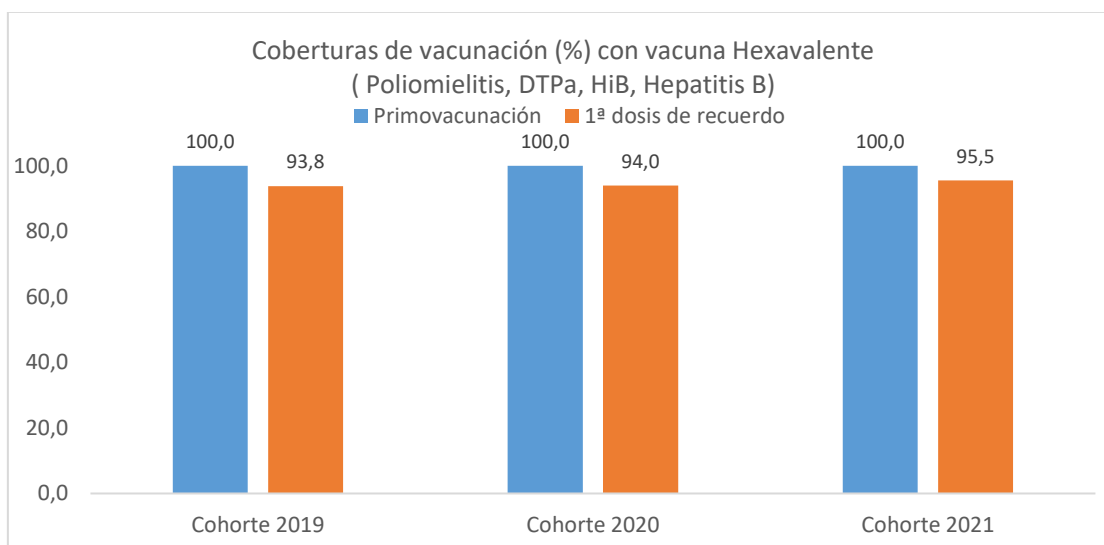
Las vacunas son la medida más eficaz para prevenir gran parte de las enfermedades transmisibles en todas las edades. El objetivo final de los programas de vacunación es garantizar el control de las enfermedades inmunoprevenibles en la totalidad de la población residente en nuestro entorno. Es de gran trascendencia extender las políticas de vacunación a todos los grupos de población con el fin de reforzar su impacto en el control de enfermedades transmisibles. Disponemos de un calendario de vacunación para toda la vida, desde antes del nacimiento hasta la edad adulta, que se actualiza e incluye, en función de la evidencia científica disponible, vacunas frente a más de 15 enfermedades, que se administran en función del estado de salud de cada persona. En las siguientes figuras se presentan los principales indicadores de coberturas vacúnales en la comunidad de Madrid.

Indicadores de coberturas de vacunación en población infantil

Vacuna hexavalente

Vacuna hexavalente (Hexa 2d): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna frente a poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B (HB).

Vacuna hexavalente (HEXA rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 3 dosis de vacuna frente a poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B (HB).



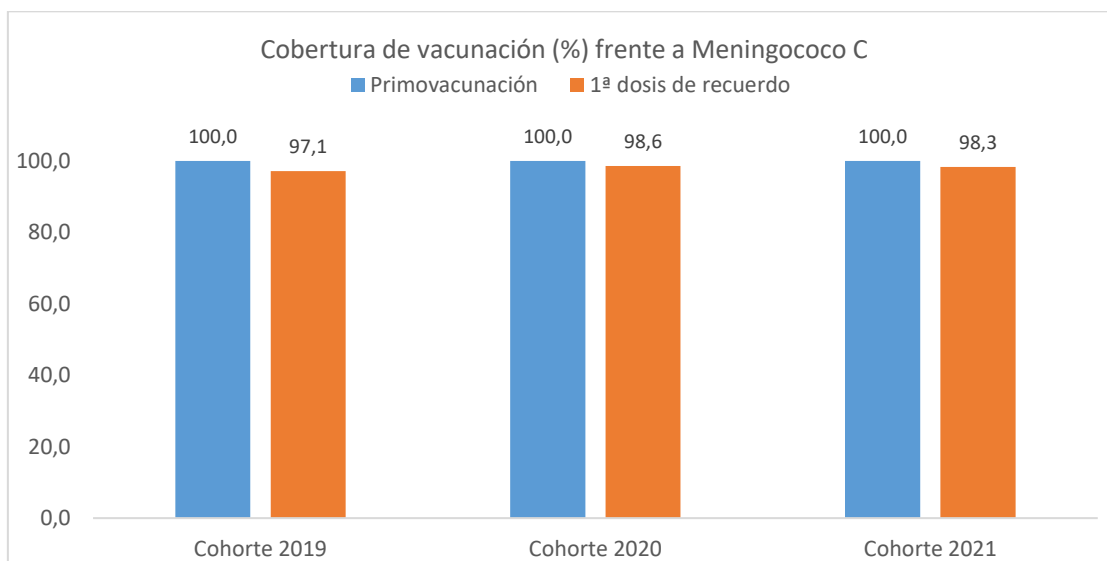
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

Vacuna frente a Meningococo C

Vacuna frente a Meningococo C (MenC 1d): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna MenC.

Meningococo C (MenC rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna que contiene MenC a partir de los 12 meses de edad.

En la siguiente figura pueden verse estos dos indicadores.

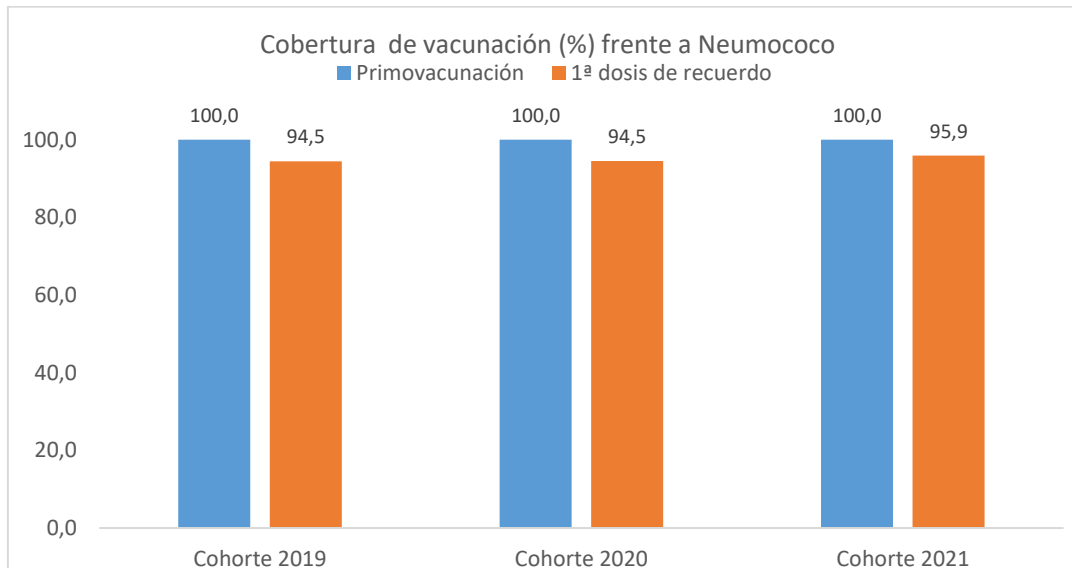


Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

Vacuna frente a Neumococo

Vacuna frente a Neumococo (VNC 2d): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de VNC.

Neumococo (VCN rec1). Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 3 dosis de vacuna frente a neumococo (VNC).



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

Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina

Difteria, tétanos y tosferina (dTpa 6a): Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos una dosis de vacuna dTpa

Coberturas de recuerdo (%) frente a difteria, tétanos y tosferina en población infantil.

Año	2019 Cohorte 2012	2020 Cohorte 2013	2021 Cohorte 2014	2022 Cohorte 2015
dTpa	93,0	90,0	89,8	93,4

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

Vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)

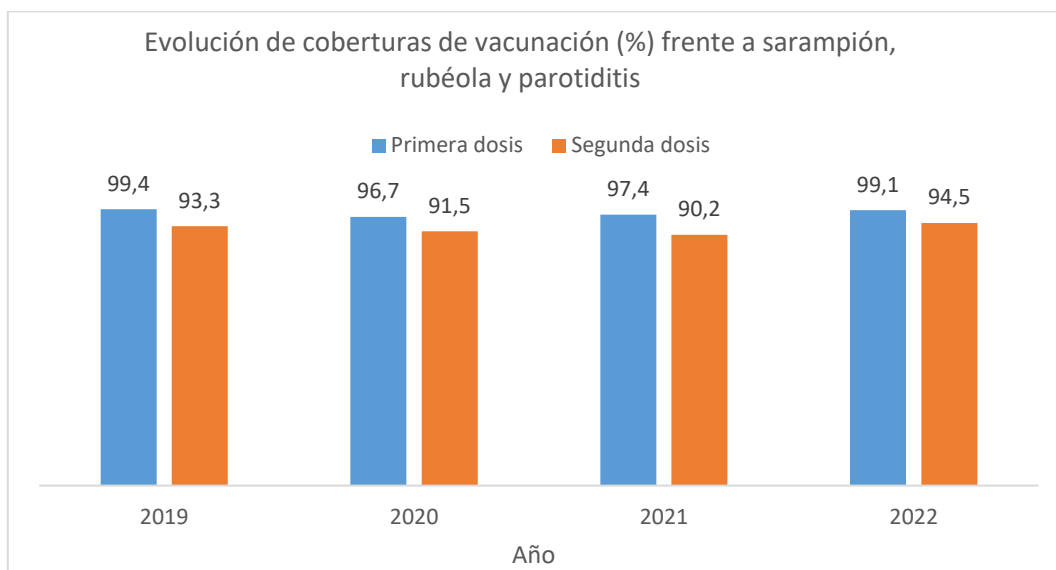
Primera dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna SRP

Segunda dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna que contenga SRP.

Coberturas de vacunación (%) frente a sarampión, rubéola y parotiditis.

Año	2019	2020	2021	2022
SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS				
Primera dosis	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019	Cohorte 2020
	99,4	96,7	97,4	99,1
Segunda dosis	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017
	93,3	91,5	90,2	94,5
VARICELA				
Primera dosis	Cohorte 2016	Cohorte 2017	Cohorte 2018	Cohorte 2019
	99,7	98,1	98,8	100,0
Segunda dosis	Cohorte 2014	Cohorte 2015	Cohorte 2016	Cohorte 2017
	83,9	88,6	89,2	93,5

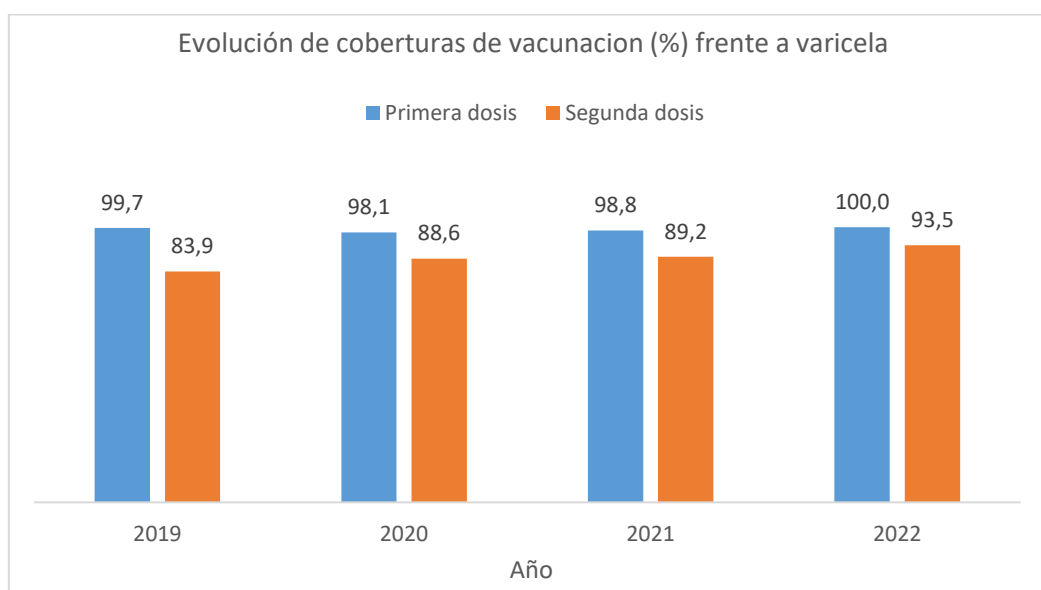
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad.



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

Vacunación frente a varicela (VVZ)

Primera dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 1 dosis de vacuna VVZ.
Segunda dosis. Porcentaje de niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis de vacuna que contenga VVZ.



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

Indicadores de coberturas de vacunación en población adolescente

Tétanos y difteria de baja carga

Tétanos y difteria de baja carga (Td): Porcentaje de adolescentes que han recibido al menos una dosis de vacuna Td.

Meningococo ACWY

Meningococo ACWY (MenACWY): Porcentaje de adolescentes vacunados con al menos 1 dosis de vacuna MenACWY a partir de los 10 años de edad. Se presentan los datos a partir del 2020 ya que esta vacuna se introduce en junio de 2019.

Coberturas de vacunación (%) en adolescentes.

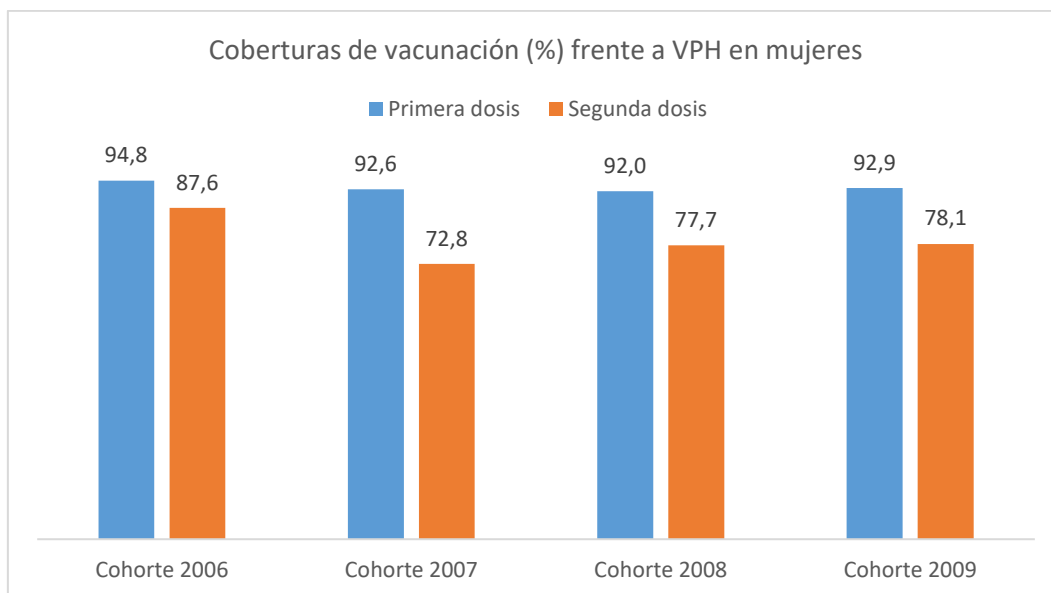
Año	2019	2020	2021	2022
Tétanos y difteria	Cohorte 2004	Cohorte 2005	Cohorte 2006	Cohorte 2007
	86,0	84,5	83,0	83,5
Meningococo ACWY		Cohorte 2007	Cohorte 2008	Cohorte 2009
		88,6	90,1	91,7

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

Virus del papiloma humano (VPH)

Primera dosis. Porcentaje de niñas vacunadas con al menos 1 dosis de VPH.

Segunda dosis. Porcentaje de niñas vacunadas con al menos 2 dosis de VPH.

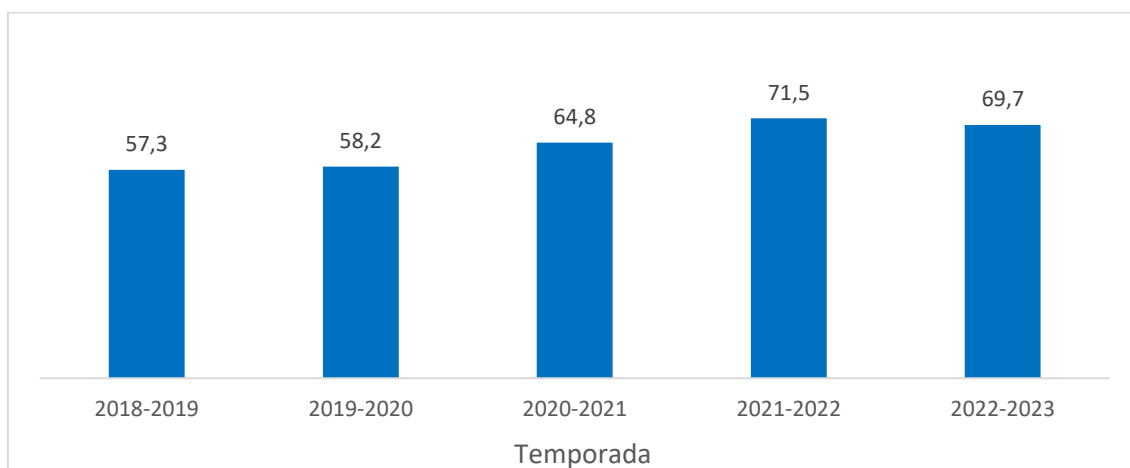


Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Elaboración: Servicio de Prevención de la Enfermedad.

Indicadores de coberturas de vacunación en población adulta

Vacunación frente a la gripe: Personas de 65 y más años. Porcentaje de personas de 65 y más años que han recibido una dosis de vacuna frente a la gripe en la temporada estacional indicada.

Evolución de las coberturas de vacunación (%) frente a gripe en personas de 65 y más años. Comunidad de Madrid. Temporadas 2018-2019 a 2022-2023.



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



Más información:

Vacunas. Información para profesionales

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vacunas-informacion-profesionales>

Informe de resultados de programas de vacunación. Coberturas de vacunación. Año 2021. Comunidad de Madrid.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/informe_coberturas_vacunacion_cm_2019-2022.pdf

Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

El Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas tiene por objetivo la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 19 enfermedades seleccionadas, con la finalidad de reducir la morbimortalidad y las discapacidades asociadas a las mismas. Está dirigido a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid, siendo en 2021 un total de 54.251 los que completaron el proceso de cribado. De ellos 297 fueron positivos (0,55% de los nacidos) y se derivaron para su confirmación a la Unidad Clínica de Referencia, siendo finalmente 80 casos los confirmados, todos ellos asintomáticos para la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Las tasas de detección más elevadas son las correspondientes al hipotiroidismo congénito (1/1808 RN), seguido por la fibrosis quística y la anemia falciforme (1/3617 y 1/3875 RN respectivamente).

En la siguiente tabla se detallan los casos confirmados y la tasa de detección por enfermedad.

Casos confirmados y la tasa de detección por enfermedad a partir del Programa de Cribado Neonatal. Comunidad de Madrid, 2021

Grupo de enfermedades	Casos confirmados (n)			Tasa de detección (1:nºRN)
	Niñas	Niños	Total	
Enfermedades endocrinas				
•Hipotiroidismo congénito (HC)*	15	15	30	1/1808
•Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC)	1	1	2	1/27126
Errores congénitos del metabolismo de aminoácidos:				
•Fenilcetonuria (PKU)* e (hiperfenilalaninemia benigna)	1	2	3	1/18084**
		2	2	1/27125**
•Enfermedad de orina con olor a jarabe de arce (MSUD)	1		1	1/54251
•Tirosinemia tipo I			0	-----
Errores congénitos del metabolismo de ácidos grasos:				
•Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD)*	5	2	7	1/7750
•Deficiencia primaria de carnitina (CTD)	1	0	1	1/54251
•Deficiencia de L-3 hidroxiacil- CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD)*		3	3	1/18084
•Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD)			0	-----
Errores congénitos del metabolismo de ácidos orgánicos:				
•Aciduria glutárica tipo I.1*	1	2	3	1/18084
•Acidemia isovalérica		0	0	-----
•Aciduria 3-hidroxi-3-metil glutárica (HMG)	0	0	0	-----
•Deficiencia de B-Cetotialasa (KTD)			0	-----
•Acidemias metilmalónicas (cbl Ay B, Cbl C, y Cbl D) / Acidemia Propionica (AP)	1	0	1	1/54251
Otras enfermedades				
•Anemia Falciforme (Drepanocitosis)*	8	6	14	1/3875
•Fibrosis Quística (FQ)*	11	4	15	1/3617
TOTAL	45	35	80	1/678

*Enfermedades endocrino-metabólicas incluidas en el Programa de cribado neonatal en el SNS

**Tasa de detección global de hiperfenilalaninemias: 1:10.850

Fuente: Programa de cribado neonatal de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Programas de Cribado Poblacional.



Más información:

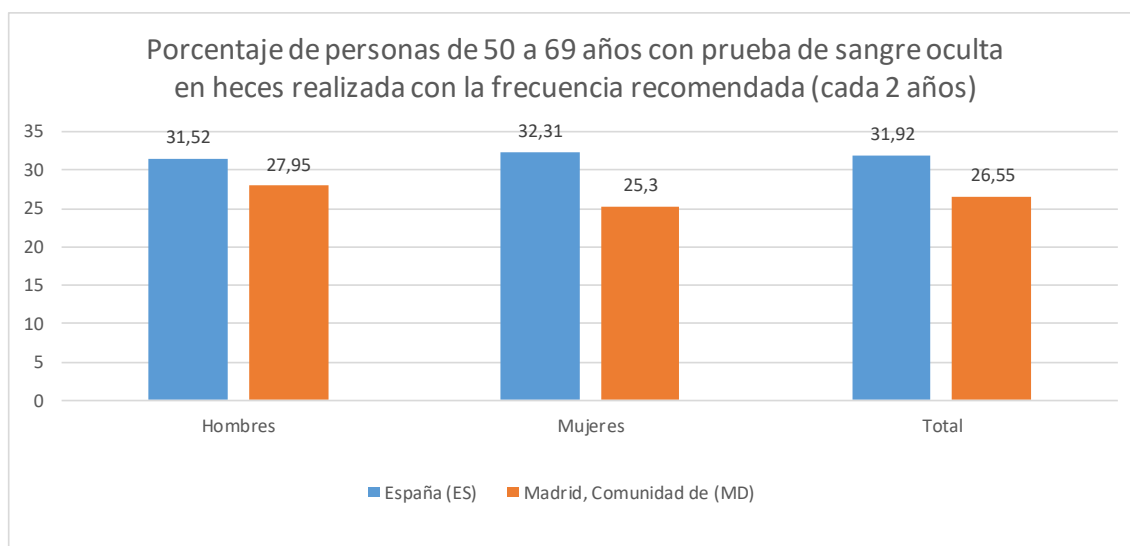
Cribado neonatal

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cribado-neonatal>

Programas de cribados de tumores

En las figuras siguientes se muestran los indicadores de los programas de prevención de cáncer de colon “PREVECOLON”, cáncer de mama en la mujer “PREVECAM”, y cáncer de cérvix uterino, obtenidos a partir de la encuesta europea de salud 2020, y publicados como “Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud”.

Cáncer de colon y recto



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Conclusiones más relevantes del año 2022:

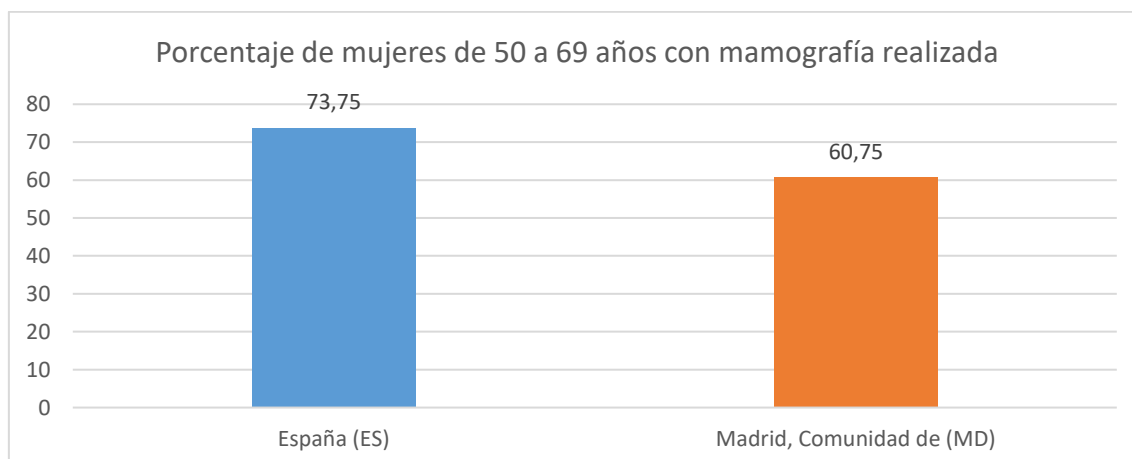
- En 2022 la población diana, a 31 de diciembre, ha sido 919.677 ciudadanos, según CIBELES. En cuanto a la población elegible en 2022, aplicadas las exclusiones definitivas y temporales propias del programa, ha sido de 674.425.
- La cobertura anual de invitación del programa de detección precoz de cáncer de colon es de 69,8% respecto de la población diana según CIBELES y del 95% en relación a la población elegible. Un total de 312.784 ciudadanos entregaron muestra para el test de Sangre Oculta en Heces en su centro de salud con resultado válido, dentro del circuito del programa PREVECOLON a lo largo de 2022, lo que supone una participación de 49%.
- De las 312.784 muestras con resultado válido obtenidas en 2022, resultaron positivas 17.606 (5,6%) y 295.178 negativas (94,4%).
- Durante el 2022 se realizó colonoscopia dentro del programa PREVECOLON a 14.235 personas con resultado positivo en SOHi, lo que supone el 80% de los resultados positivos generados. Los principales resultados pueden observarse en la siguiente tabla:

Resultados de colonoscopias realizadas en 2022

	%
Cáncer	3,2%
Neoplasias superficiales de riesgo alto	13,7%
Neoplasias superficiales de riesgo intermedio	18,01%
Neoplasias superficiales de riesgo bajo	21,81%
Lesiones no neoplásicas	4,6%
Colonoscopias normales	38,5%

Fuente: Memoria 2022. Elaboración: Servicio Madrileño de Salud.

Cáncer de mama



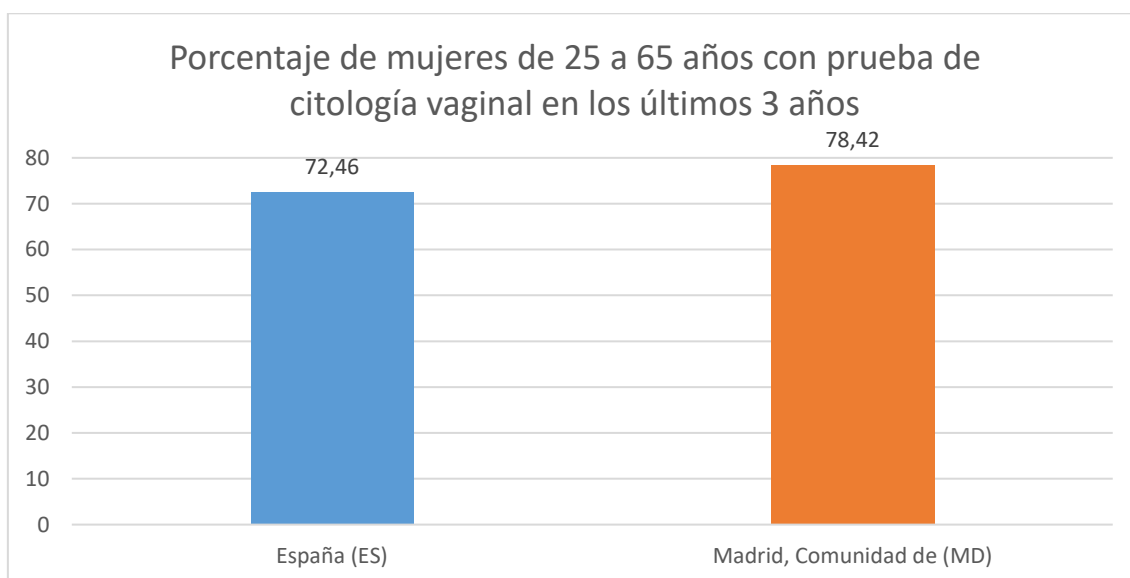
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Conclusiones más relevantes del año 2022:

- Se ha invitado/citado a 349.732 mujeres. Se han enviado 308.821 cartas de recuerdo a mujeres que no han participado en los últimos 7 años pese a haber remitido al menos una carta de invitación.
- De las mujeres invitadas o citadas, un 50% han participado. De las mujeres con cita el 80% ha participado. De las mujeres que han participado, un 44% ha sido en cribado inicial, un 38% en cribado sucesivo regular, un 15% en cribado sucesivo irregular (mujeres de rondas previas no atendidas que han sido invitadas) y un 3% de intervalo desconocido.

- La tasa de adhesión (porcentaje de mujeres que repiten del total de cribado excluyendo nueva entrada) es del 56%.
- Un 0,2% de las mamografías de cribado han dado como resultado un BI-RADS 3 y un 0,9% BI-RADS 4 o BI-RADS 5.
- En total, un 8,9 % de las mujeres que se realizan mamografías de cribado generan rellamadas a corto plazo, considerando ésta la suma de BI-RADS 0, BI-RADS 4 y BIRADS 5.
- En total, se han realizado 200.421 pruebas, de las cuales el 88% son mamografías de cribado.

Cáncer de cérvix



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Indicadores clave del Sistema nacional de Salud.

<https://inclasns.sanidad.gob.es/main.htmlhttps>

Memoria 2022, Servicio Madrileño de Salud.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/resumen_ejecutivo_memoria_sermas-2022.pdf

Enfermedades transmisibles

Enfermedades prevenibles por vacunación

- Enfermedad meningocócica
- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*
- Enfermedad neumocócica invasora
- Herpes zóster
- Varicela
- Parotiditis
- Tosferina

Enfermedades de transmisión respiratoria

- Gripe
- Legionelosis
- Tuberculosis
- Virus respiratorio sincitial (VRS)

Enfermedades de transmisión zoonótica

Enfermedades transmitidas por vectores

- Leishmaniasis

Enfermedades de transmisión alimentaria

- Hepatitis A
- Listeriosis
- Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Infección gonocócica
- Infección por *Chlamydia trachomatis*
- Sífilis
- Vih/sida

Covid-19

VI Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid

Seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión, rubéola, parotiditis y varicela

Seroprevalencia de anticuerpos frente a VHB, VHC y VIH

Prevalencia de inmunidad frente a SARS-CoV-2

Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas

Brotos

Mpox (llamada anteriormente viruela del mono o monkeypox)

En estos últimos años es de destacar la aparición de dos enfermedades que han condicionado de forma importante la epidemiología de las enfermedades transmisibles: desde 2020 en adelante, la pandemia por covid-19, y la aparición en 2022 de una nueva enfermedad en nuestro medio conocida previamente como viruela del mono o “monkeypox” (en adelante “mpox”). Se expone a continuación un resumen agrupado por mecanismo de transmisión.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Dentro de este grupo, aumentaron la incidencia de las enfermedades bacterianas invasivas: enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* y enfermedad neumocócica invasora, pero sin llegar a los valores prepandémicos y con tasas inferiores a la mediana del quinquenio previo. La tosferina y la parotiditis permanecieron en tasas muy bajas, como en el año 2021, con escasos casos confirmados. Varicela y herpes zóster aumentaron ligeramente su incidencia, manteniéndose al igual que todas las enfermedades de este grupo en valores por debajo de la mediana de los últimos 5 años. No se confirmaron casos de sarampión, algo que no ocurría desde 2009.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos Enfermedades de Declaración Obligatoria prevenibles por vacunación en la Comunidad de Madrid, de 2018 a 2022.

Casos de enfermedades prevenibles por vacunación. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Difteria	0	2	1	0	0
Enfermedad invasiva por <i>H.influenzae</i>	48	61	18	11	47
Enfermedad meningocócica	43	56	33	3	11
Enfermedad neumocócica invasora	664	698	240	211	435
Herpes Zoster	34.177	35.042	29.805	30.816	32.291
Parotiditis	1.476	1.875	501	132	227
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	7	2	5	5	1
Poliomielitis	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0
Sarampión	13	47	1	2	0
Tétanos	0	0	0	1	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0
Tosferina	347	228	72	16	14
Varicela	3.552	3.260	1.272	994	1.248

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

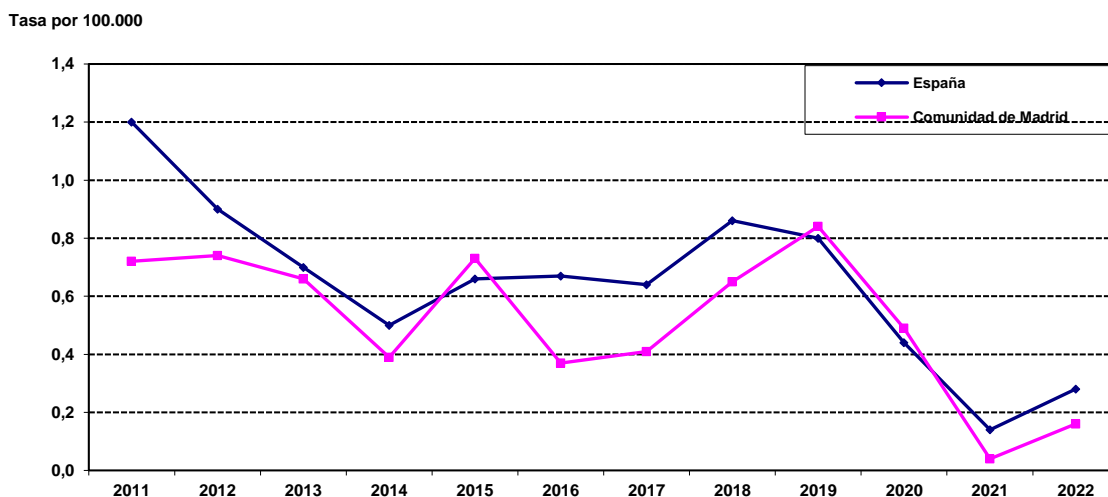
Enfermedad meningocócica

En el año 2022 se registraron 11 casos de enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, 8 casos más que en 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,16 casos por 100.000 habitantes.

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente por PCR y/o cultivo. Se pudo determinar el serogrupo (SG) en 7 casos (63,6%). De éstos, en 5 casos se registró SG B (71,4%), en un caso SG C (14,3%) y en un caso SG W (14,3%). En 4 casos se registró *N. meningitidis* sin serogrupar.

No se registró ningún fallo vacunal. Los 5 casos de SG B fueron: un recién nacido, un caso de 15 años y 3 adultos (los 5 sin vacunación frente a B); el de SG C era un caso de 2 meses, todavía sin vacunar. Y el de SG W tenía 72 años y no estaba vacunado.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad meningocócica

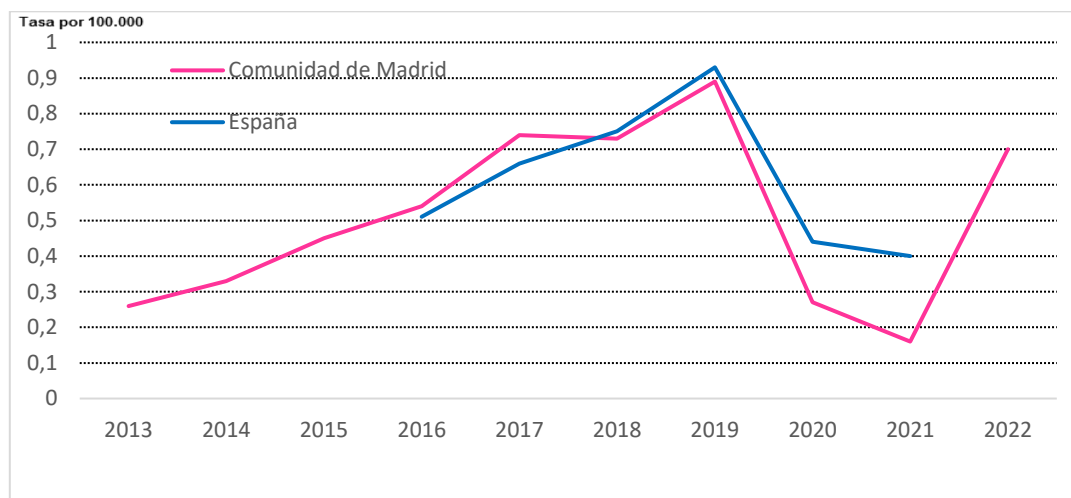


Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Durante el año 2022 se notificaron a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 47 casos de enfermedad producida por *Haemophilus Influenzae*, lo que supone una incidencia de 0,70 casos por 100.000 habitantes.

La distribución por sexo fue la siguiente: 53,2% hombres y 46,8% mujeres. La media de edad fue de 49,1 años, con un rango entre 0 y 89 años. Los menores de 5 años supusieron el 23,4% de los enfermos, el 63,8% fueron mayores de 45 años (44,7% mayores de 64 años).

Evolución anual de la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 435 casos de enfermedad neumocócica invasora, 224 casos más que en el año 2021. La tasa de incidencia pasó de 3,13 casos por 100.000 habitantes en 2021 a 6,44 casos por 100.000 en 2022.

El 59,1% de los casos fueron hombres. El rango de edad osciló entre los 0 y los 99 años, con una media de 54,4 años. Por grupos de edad, el 12,3% (55 casos) eran menores de 5 años (22 eran menores de un año) y el 43,2% mayores de 64 años (12% mayores de 84 años).

Se registró el serotipo de neumococo en el 84,8% de todos los casos (n=369). De éstos los más frecuentes fueron el serotipo 8 (20,9%), el serotipo 3 (17,3%), el serotipo 22F (5,2%), el serotipo 19A (3,8%), los serotipos 10A y 23A (3,5% cada uno), los serotipos 19F y 35B (3,3% cada uno), los serotipos 11A y 31 (2,7% cada uno), los serotipos 4, 9N y 15A (2,4% cada uno) y el serotipo 12B (2,2%). El resto de serotipos (hasta 39 distintos) representan menos del 2% cada uno.

La vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Neumocócica Invasora (ENI) se inicia en 2007 en la Comunidad de Madrid al iniciarse la vacunación con vacuna conjugada. Para el periodo de 2007 a 2022 se observa una elevada morbilidad (8.427 casos, incidencia media 8,14 por 100.000 habitantes) y mortalidad (928 fallecidos, letalidad de 11,0%) por esta patología, describiendo una tendencia ligeramente descendente en la incidencia y ascendente en la letalidad. La razón hombre/mujer es de 1,3 y las incidencias más altas se presentan en menores de 5 años y mayores de 59.

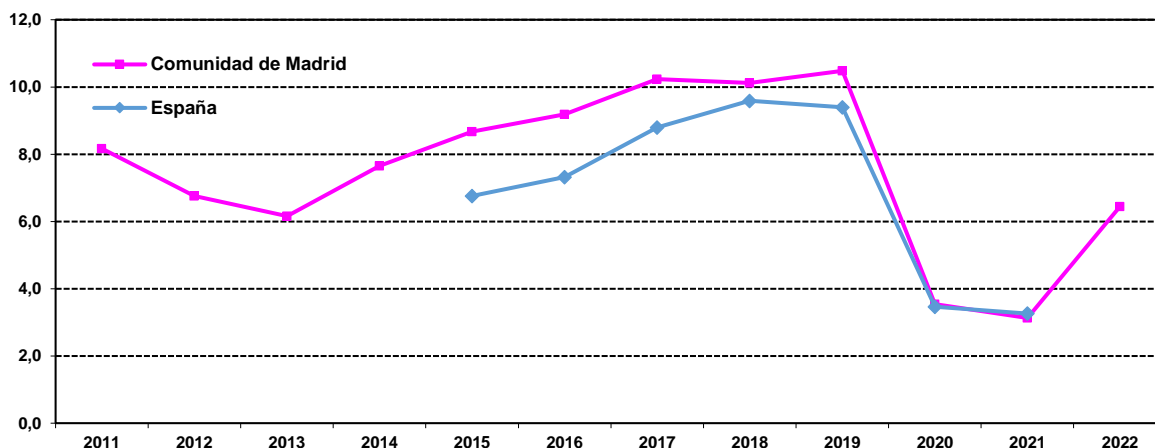
Las formas clínicas de neumonía bacteriémica (52,4%, letalidad 7,3%) y sepsis (17,2, letalidad 27,9%) fueron las más frecuentes. Presentaron secuelas el 2,5% del total. Constaban patologías de base en el 55,8%. La letalidad más alta se mostró con edad superior a 59 años, presentar sepsis o peritonitis y tener antecedentes patológicos.

Se identificaron 81 serotipos distintos, siendo el 8 (16,4%) y el 3 (9,9%) los más frecuentes. Se describe un reemplazo de serotipos durante el período de estudio. El 43,4% de los casos tenía vacunación antineumocócica (conjugada y/o polisacárida). De forma teórica, con la vacuna conjugada 20-valente se hubieran podido prevenir 203 casos y 23 fallecimientos en el último año. En el 29,7% de los casos se ha identificado alguna resistencia o no sensibilidad antibiótica, siendo la más frecuente a eritromicina (63,7% de los casos resistentes), a penicilina (32,3%) y a

levofloxacino (15,0%) y en el 11,0% la resistencia fue al menos a dos antibióticos. La presencia de resistencia antibiótica se asoció con una mayor letalidad.

Evolución anual de la incidencia de enfermedad neumocócica invasora

Tasa por 100.000



*Solo se recogen datos a nivel nacional desde 2015. No hay datos nacionales disponibles en 2022.

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

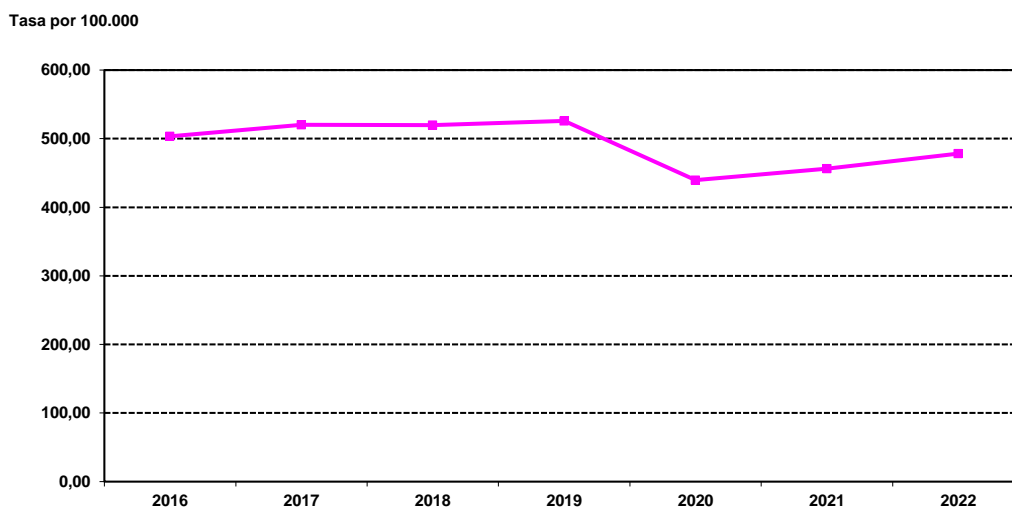
Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Enfermedad neumocócica invasiva en la Comunidad de Madrid. Evolución 2007-2022
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051013.pdf>

Herpes zóster

En el año 2022 se registraron 32.291 casos de herpes zóster en la Comunidad de Madrid, 1.475 casos más que en 2021. La incidencia acumulada pasó de 456,45 casos por 100.000 habitantes a 478,36 casos por 100.000 habitantes.

Evolución anual de la incidencia de herpes zóster. Comunidad de Madrid

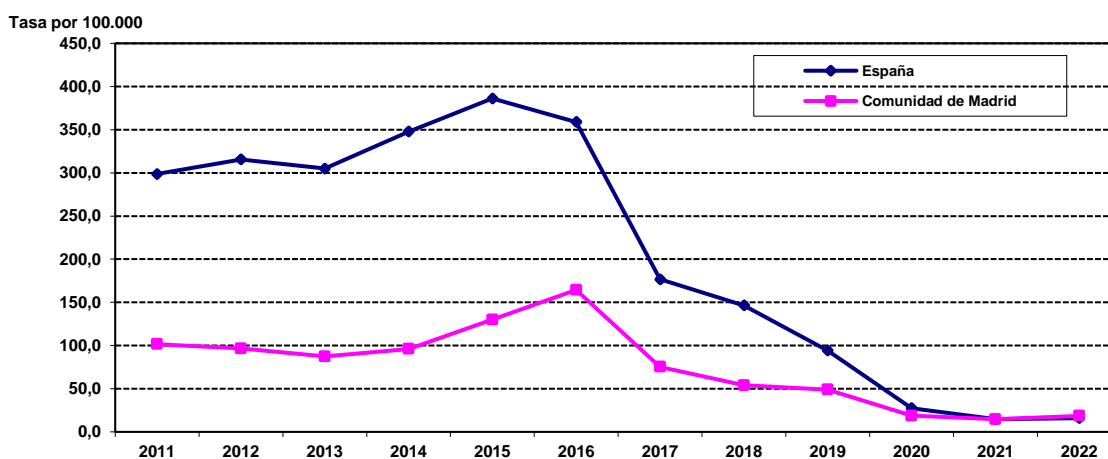


Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Varicela

Durante el año 2022 se registraron 1.248 casos de varicela, 254 casos más que en 2021. La incidencia acumulada pasó de 14,72 casos por 100.000 habitantes en 2021 a 18,49 casos por 100.000 en 2022

Evolución anual de la incidencia de varicela



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

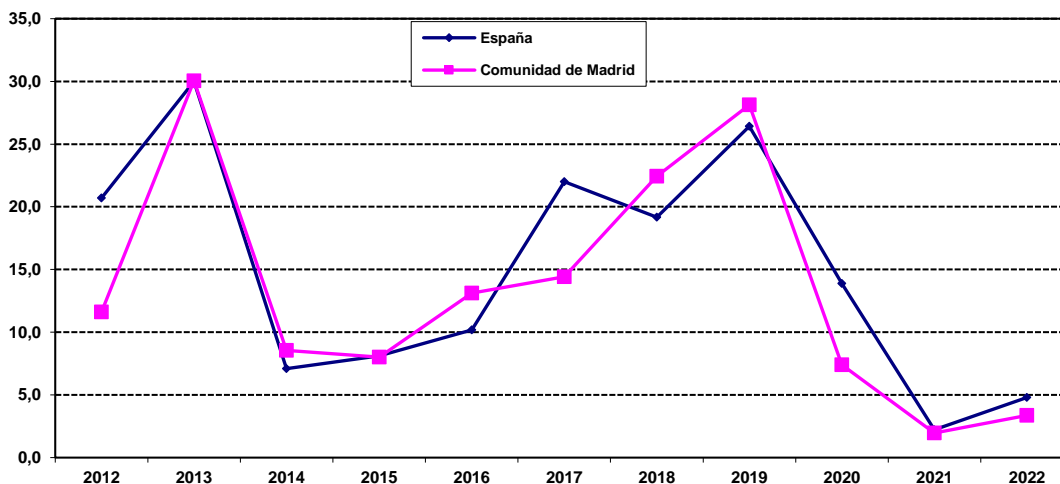
Parotiditis

En el año 2022 se registraron 227 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid, 95 casos más que en el año 2021. La tasa de incidencia fue de 3,36 casos por 100.000 habitantes, siendo de 1,96 casos por 100.000 en el año anterior.

El 55,5% de los casos se produjeron en varones. La media de edad fue de 15,2 años con un rango comprendido entre los 0 y los 90 años. El 74,4% de los casos eran menores de 15 años.

Evolución anual de la incidencia de parotiditis

Tasa por 100.000



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

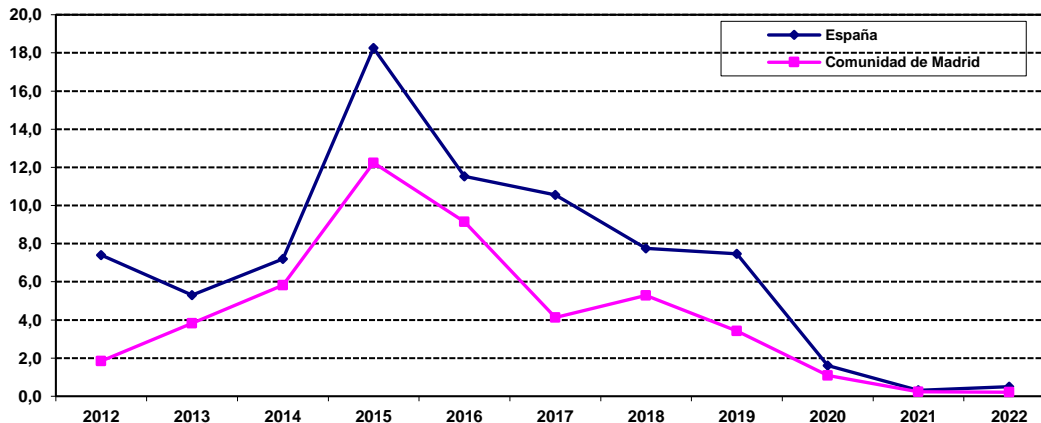
Tosferina

En el año 2022 se registraron 14 casos de tosferina en la Comunidad de Madrid, 2 casos menos que en el año 2021. Esto supone una tasa de incidencia de 0,21 casos por 100.000 habitantes.

Las mujeres supusieron un 57,1% de los enfermos. La edad media fue de 8,5 años con un rango entre 0 y 41 años. El 71,4% de los casos eran menores de 10 años.

Evolución anual de la incidencia de tosferina

Tasa por 100.000



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Enfermedades de transmisión respiratoria

Hasta el segundo año de la pandemia por covid-19, las restricciones de movilidad y de contacto social, así como las medidas de prevención utilizadas en la pandemia, en especial el uso de mascarillas, modificaron la epidemiología de algunas enfermedades, especialmente las de transmisión respiratoria. Tras el levantamiento de estas medidas, la incidencia de gripe, legionelosis y tuberculosis ha aumentado notablemente durante 2022. La incidencia de gripe es 14 veces superior a 2021, pero sin alcanzar las cifras de años anteriores. La legionelosis ha aumentado de forma considerable (un 32%) durante 2022, llegando a los 163 casos (sin asociación en brote comunitario). También la incidencia de tuberculosis aumentó un 8% respecto a 2021.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión respiratoria en la Comunidad de Madrid, de 2018 a 2022.

Casos de enfermedades de transmisión respiratoria. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Gripe	80.293	100.514	88.016	2.077	30.503
Legionelosis	142	89	69	111	163
Lepra	1	3	0	0	1
Síndrome respiratorio agudo grave	0	0	0	0	0
Tuberculosis	592	616	470	465	502

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

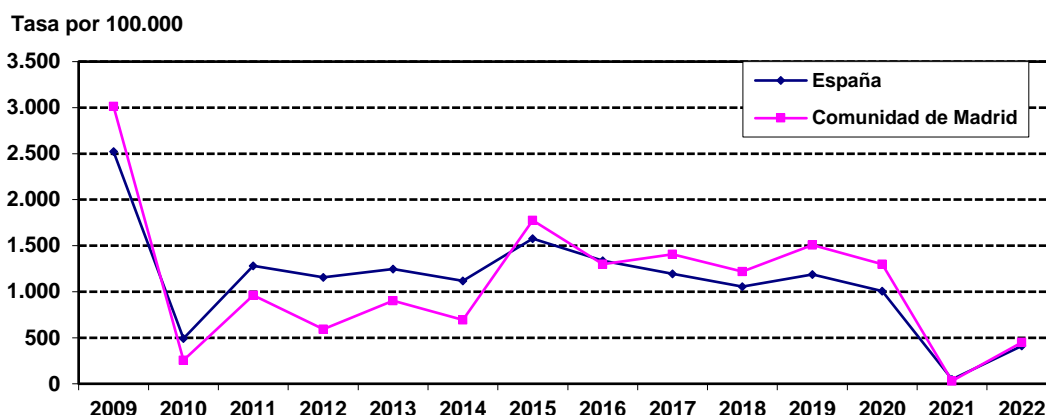
Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

Gripe

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid un total de 30.503 casos de gripe, valor en ascenso con respecto a la temporada previa (2.077 casos), pero sin alcanzar los registros previos a la pandemia. La tasa de incidencia fue de 451,87 casos por 100.000 habitantes, siendo ligeramente superior a la tasa de 413,12 registrada para el conjunto de España.

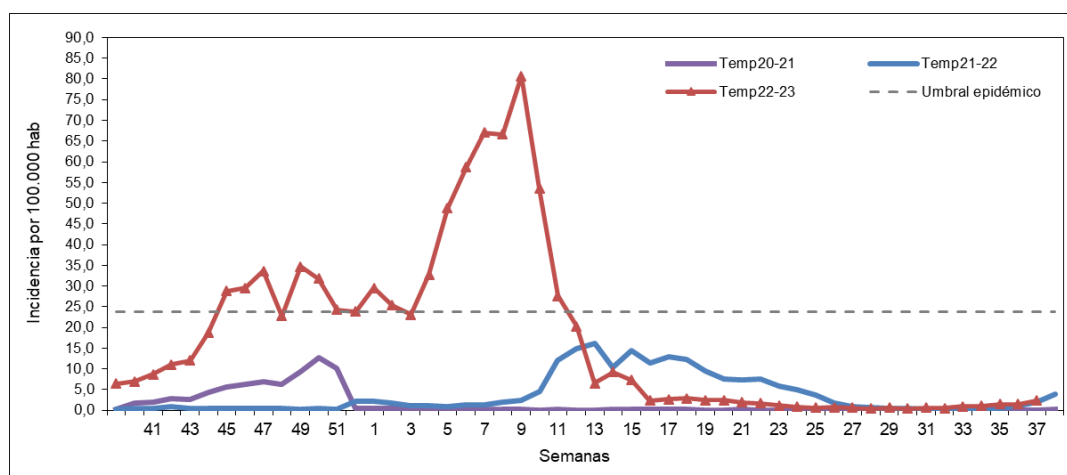
Evolución anual de la incidencia de gripe



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En la figura siguiente se muestran las curvas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de las tres últimas temporadas epidemiológicas, junto con el umbral epidémico, cuyo valor numérico es 23,87. Éste ha sido construido a partir de las 10 temporadas anteriores (exceptuando la temporada 2020-2021 en la que apenas hubo casos).

Evolución semanal de la incidencia de gripe. Comunidad de Madrid



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Gripe

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/gripe>

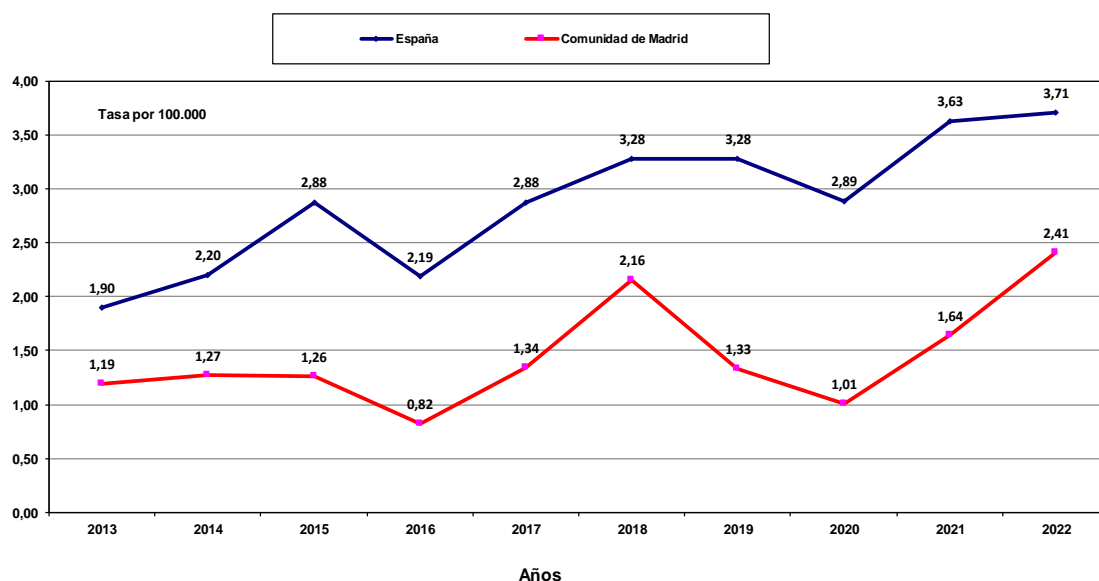
Legionelosis

En el año 2022 se registraron un total de 163 casos de legionelosis en la Comunidad de Madrid. En 2021 fueron 111, lo que presenta un aumento del 32%. La tasa de incidencia ha sido de 2,41 casos por 100.000 habitantes. Esta incidencia sigue siendo inferior a la de España.

La neumonía fue la forma de presentación en todos los casos. De los 163 casos, 117 (71,8%) fueron hombres. La edad media de los casos fue de 66 años, con un rango comprendido entre los 26 y los 100 años. El 52,8% de los casos fueron mayores de 65 años.



Evolución anual de la incidencia de legionelosis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Tuberculosis

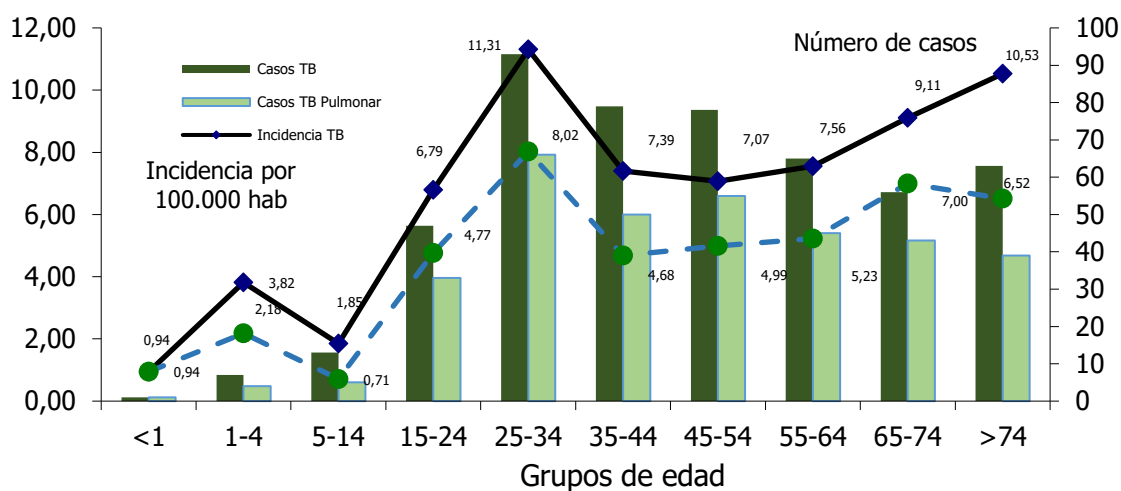
Durante el año 2022 se notificaron un total de 502 casos de tuberculosis en personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia 7,44 casos por 100.000 habitantes. Durante el año 2021 se registraron 465 casos (6,89 por 100.000). En 2019, año anterior a la pandemia, fueron 616 casos (9,24 por 100.000). El descenso especialmente relevante en el año 2020 que se mantiene en el 2021 puede estar influenciado tanto por las restricciones de movilidad y de contacto social, así como las medidas de prevención utilizadas en la pandemia frente a covid-19, en especial el uso de mascarillas.

En cuanto al sexo, hay un predominio masculino, con 307 casos en varones, que representan el 61% del total de casos y una tasa de incidencia de 9,50 casos por 100.000, frente a 195 (39%) casos en mujeres con una incidencia de 5,53 casos por 100.000. Por grupos de edad, la incidencia más elevada se observa en el grupo de 25 a 34 años (11,55 casos por 100.000 habitantes), seguido por el de mayores de 75 (10,3) y en tercer lugar el de 65 a 74 años (9,0). En menores de cinco años se han notificado solamente 8 casos (1,5%).

De los casos registrados en la Comunidad de Madrid, el 55,4% fueron personas nacidas en otros países, lo que representa una tasa de incidencia de 29,26 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis en población autóctona fue de 3,86 casos por 100.000 habitantes.

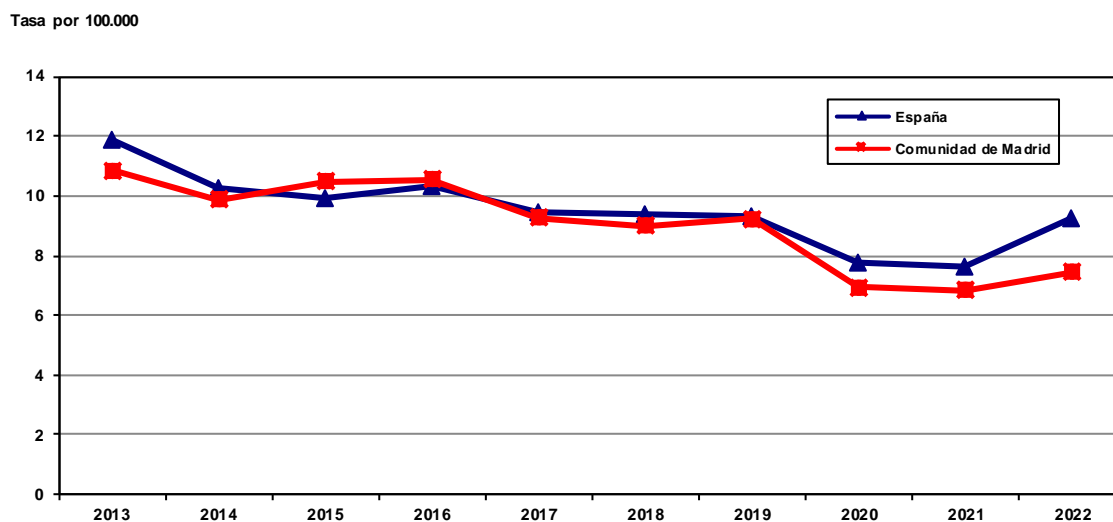
La localización anatómica más frecuente sigue siendo la pulmonar, con 341 casos (67,9%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 5,05 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva de 1,7 casos por 100.000 habitantes.

Tuberculosis, global y pulmonar. Comunidad de Madrid, 2022



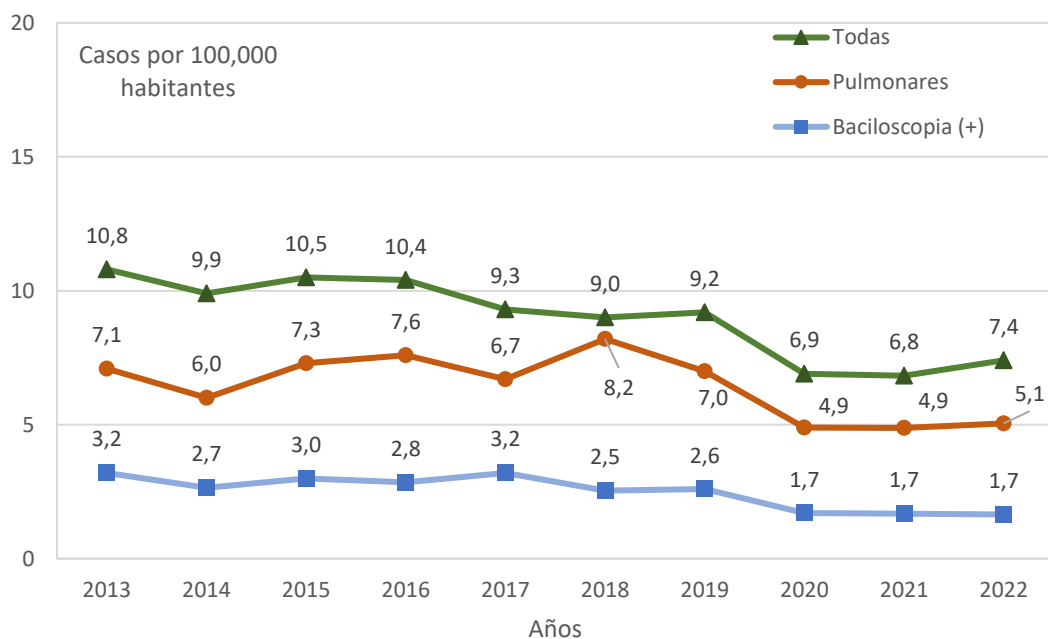
Fuente: Registro regional de casos de tuberculosis. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Evolución anual de la incidencia de tuberculosis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Evolución anual de la incidencia de tuberculosis según localización. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro regional de casos de tuberculosis. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Tuberculosis

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tuberculosis>

Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2021

www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_regional_tb_2021.pdf

Virus respiratorio sincitial (VRS)

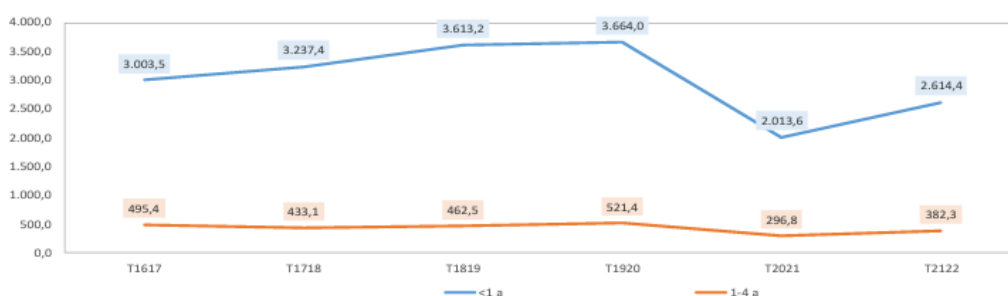
La infección por virus respiratorio sincitial (VRS), es una de las principales causas de morbilidad en los lactantes menores de 6 meses de edad. Con la finalidad de proporcionar protección inmunitaria frente al VRS a los niños durante sus primeros meses de vida se están desarrollando varias opciones de inmunización activa y pasiva, que incluyen nuevos anticuerpos monoclonales y vacunas.

Las manifestaciones clínicas asociadas a la infección por VRS que con más frecuencia motivan la demanda de asistencia sanitaria son la bronquiolitis, la neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, que pueden requerir ingreso en unidades de cuidados intensivos y ventilación mecánica. La mayoría de los casos graves se presentan en lactantes menores de 6 meses de edad. Aunque los recién nacidos prematuros o con comorbilidades tienen un mayor riesgo de tener una infección grave, el 80% de los que ingresan por este motivo no presentan factores de riesgo conocidos. El VRS también se ha asociado con una considerable carga de enfermedad e importantes costes económicos en la población adulta, especialmente en mayores de 65 años y en personas con enfermedad pulmonar o cardíaca grave y en

inmunodeprimidos. La vigilancia epidemiológica se efectúa por sistemas centinelas en Atención Primaria y en Hospitales y por códigos específicos en RAE-CMBD.

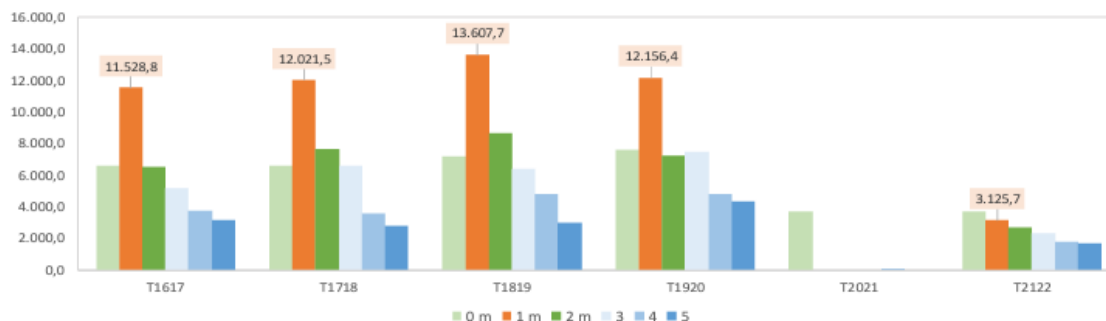
La infección por VRS afecta fundamentalmente a los niños menores de un año, según las estimaciones realizadas tanto a través del sistema de vigilancia centinela como del RAE- CMBD. Los datos aportados por el RAE-CMBD muestran que la mayoría de los niños que ingresan son menores de 3 meses. Las cifras de incidencia más altas se observan en los niños de un mes de edad. La mayor incidencia de ingresos atribuibles a bronquiolitis por VRS se observa entre los 30 y 90 días después del nacimiento.

Evolución de la incidencia de casos ingresados por virus respiratorio sincitial (VRS) menores de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid. Años 2016-2022.



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

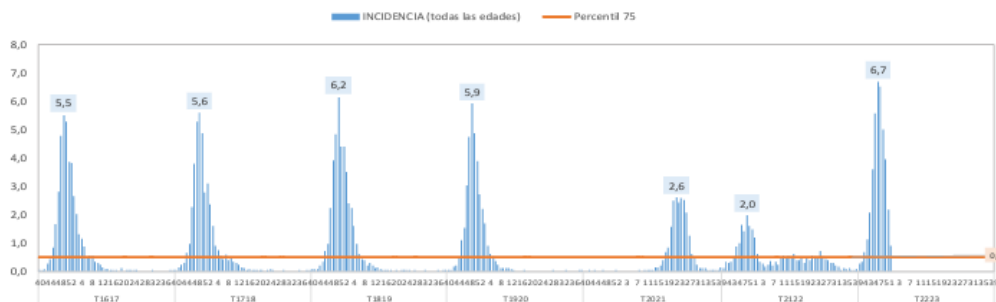
Evolución de la incidencia de casos ingresados por virus respiratorio sincitial (VRS) menores de 6 meses. Comunidad de Madrid. Años 2016-2022



Tasas por 100.000

Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Evolución semanal de la incidencia de casos ingresados por virus respiratorio sincitial (VRS). Comunidad de Madrid



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Virus respiratorio sincitial (VRS)

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/virus-respiratorio-sincitial-vrs>

Situación epidemiológica del Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Comunidad de Madrid. Temporadas 2016/17 a 2022/23

<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051013.pdf>

Enfermedades de transmisión zoonótica

La incidencia registrada de fiebre Q creció con respecto al año anterior y fue superior a la mediana del quinquenio anterior. Respecto al resto de enfermedades de transmisión zoonótica no hay variaciones especialmente reseñables en relación con los últimos años.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión zoonótica en la Comunidad de Madrid, de 2018 a 2022.

Casos de enfermedades de transmisión zoonótica. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Brucelosis	1	2	0	5	2
Carbunco	0	0	0	0	0
Fiebre Q	22	24	12	26	38
Hidatidosis	12	5	14	22	10
Leptospirosis *	0	2	2	2	2
Peste	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0
Toxoplasmosis congénita	3	0	0	0	0
Tularemia	0	0	0	0	1

* Casos importados

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Zoonosis
[Zoonosis no alimentarias | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2022 se produjo un aumento muy notable de casos de dengue, todos importados, en relación con el año anterior y la mediana del quinquenio previo. También la fiebre exantemática mediterránea presentó cifras superiores a las registradas en esos mismos períodos.

Tanto la enfermedad por virus Chikungunya y la enfermedad por virus Zika como la leishmaniasis y el paludismo se mantuvieron en incidencias inferiores a las de las medianas del quinquenio anterior.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos Enfermedades de Declaración Obligatoria transmitidas por vectores en la Comunidad de Madrid, de 2018 a 2022.

Casos de enfermedades transmitidas por vectores. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Dengue *	54	86	29	13	124
Enf. por virus Chikungunya *	14	15	5	0	2
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental *	1	0	0	0	0
Fiebre exantemática mediterránea	7	10	16	7	27
Fiebre hemorrágica vírica	0	0	0	0	0
Fiebre recurrente transmitida garrapatas	4	1	0	0	0
Leishmaniasis	64	50	29	56	49
Paludismo *	168	165	42	74	94
Enf. por virus Zika *	8	4	0	1	3
Infección congénita por virus Zika	0	0	0	0	0

* Casos importados

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

Leishmaniasis

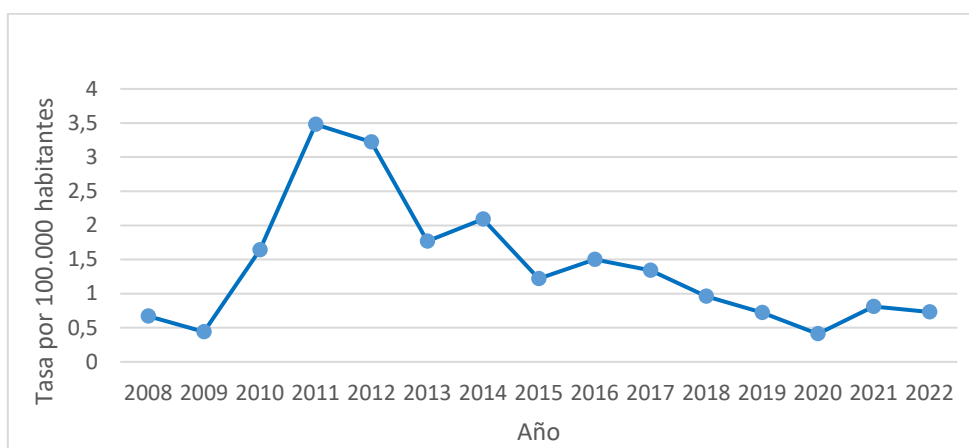
Durante el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 49 casos de leishmaniasis, 6 casos menos que en 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,73 casos por 100.000 habitantes.

El 63,3% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 1 a 88 años, con una mediana de 58 años. El 12,2% estaban en edad pediátrica. El 73,5% de los casos eran españoles, el 10,2% de América Latina, el 2,0% eran originarios de África y el 14,3% de otras partes de Europa o Asia.

El 57,1% de los casos tuvieron leishmaniasis visceral y el 42,9% leishmaniasis cutánea. Todos los casos se clasificaron como confirmados.

En el año 2022 no se notificaron casos relacionados con el brote comunitario de la zona suroeste de leishmaniasis.

Evolución anual de la incidencia de leishmaniasis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Leishmaniasis

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/leishmaniasis>

Enfermedades de transmisión alimentaria

Todas las enfermedades han aumentado su incidencia respecto al año anterior excepto el botulismo, cólera y triquinosis (en estas dos últimas no se han producido casos), y han superado las medianas de las incidencias del quinquenio anterior: campilobacteriosis, infección por *E. coli* productor de toxina Shiga o Vero, listeriosis, shigelosis y yersiniosis

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión alimentaria en la Comunidad de Madrid, de 2018 a 2022.

Casos de enfermedades de transmisión alimentaria. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Botulismo	0	1	0	4	1
Campilobacteriosis	2.612	2.832	2.102	2.534	3.049
Cólera	0	0	0	0	0
Criptosporidiosis	69	54	19	14	33
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	8	8	4	6	30
<i>F. tifoidea</i> y paratifoidea	9	10	2	3	9
Giardiasis	404	437	174	125	210
Hepatitis A	369	129	34	21	46
Listeriosis	92	89	43	57	80
Salmonelosis (exc. f. tif. y paratif.)	1.274	1.051	609	771	983
Shigelosis	61	99	38	51	116
Triquinosis	0	0	0	0	0
Yersiniosis	75	123	66	78	89

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

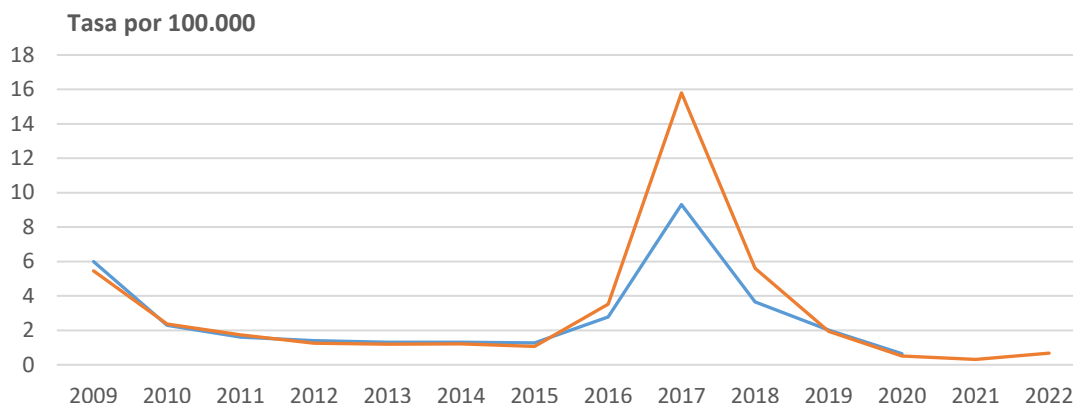
Zoonosis alimentarias
[Zoonosis alimentarias | Comunidad de Madrid](#)

Hepatitis A

Durante el año 2022 se registraron 46 casos en la Comunidad de Madrid, 25 casos más que en el año 2021. La tasa de incidencia fue de 0,68 casos por 100.000 habitantes. El 60,9% de los casos notificados en 2022 se dieron en hombres. La edad media fue de 33 años, con un rango que osciló entre 8 meses y 75 años. El 54,3% de los casos tenía entre 20 y 44 años.

En relación al país de origen, el 56,5% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron Colombia (n=6) y Venezuela (n=3). En el 36,9% (n=17) de los casos se recogió antecedente de viaje durante el periodo de incubación, siendo los países más habituales Colombia, Marruecos y México. En la siguiente figura se puede observar la evolución anual de las tasas por 100 mil de casos de hepatitis A.

Evolución anual de la incidencia de hepatitis A



*No hay datos disponibles de la incidencia en España en 2021 ni en 2022

— España — Comunidad de Madrid

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Hepatitis A
[Hepatitis A | Comunidad de Madrid](#)

Listeriosis

En el 2022 se registraron 80 casos de listeriosis en la Comunidad de Madrid, 23 casos más que en 2021, con una incidencia de 1,19 casos por 100.000 habitantes.

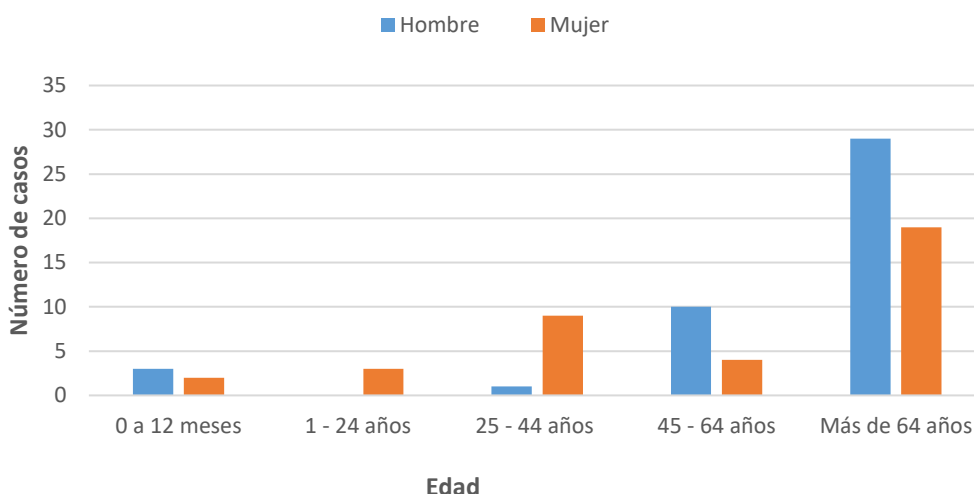
El 53,8% fueron varones y la edad media fue de 63 años con un rango comprendido entre los 0 y los 96 años. El 60,0% de los casos eran mayores de 64 años y un 33,8% entre 25 y 64 años. Hubo 5 casos de listeriosis neonatal (6,3%) y 10 casos de listeriosis del embarazo (12,5%). El 20,0% presentó meningitis (16 casos), el 46,3% septicemia (37 casos), el 26,3% fiebre sin meningitis ni sepsis (21 casos) y el 10,0% infecciones en otras localizaciones (8 casos).

En el caso de los 5 neonatos, la infección fue por transmisión vertical. Los 5 tuvieron buena evolución.

Todos los casos excepto uno fueron confirmados por microbiología (98,8%).

Del total de los 80 casos se hospitalizó el 92,5%. Se registraron 15 fallecimientos (18,8%). La distribución de los casos por edad puede verse en la siguiente figura.

Casos de listeriosis según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Listeriosis

[Listeria: la zoonosis más grave en embarazadas, niños, mayores e inmunodeprimidos | Comunidad de Madrid](#)

Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

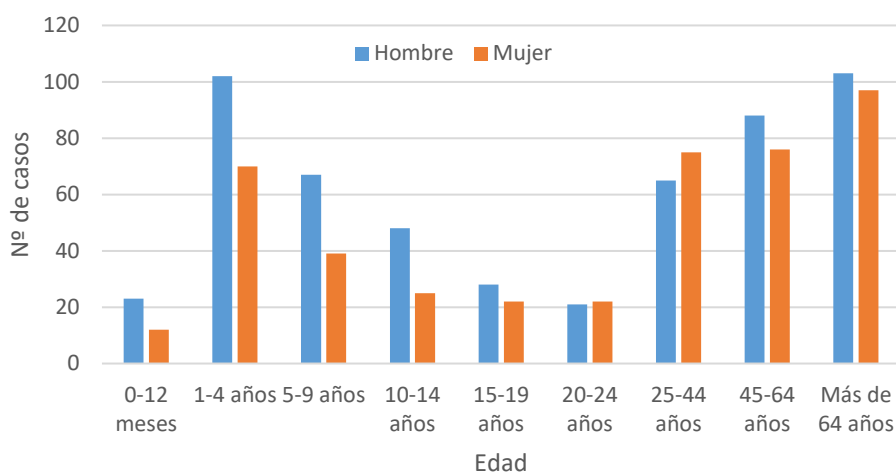
En el 2022 se registraron 983 casos en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 14,56 casos por 100.000 habitantes.

El 55,4% fueron hombres, la edad media fue de 33,5 años, con rango entre 0 y 97 años. El 31,8% de los casos eran menores de 10 años y el 37%, mayor de 44 años.

El 97,7% de los casos (960) se confirmó microbiológicamente y el resto se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con un caso confirmado. De los casos confirmados se registró la especie *Salmonella enterica* en 671 (69,9%). De éstas consta la subespecie *enterica* en 490 casos (73%).

Según la forma de presentación, en el año 2022 se registraron 14 brotes de salmonelosis no *typhi* con 49 enfermos; el 71,4% de los brotes tuvo relación con algún establecimiento de restauración y el resto aparecieron en un entorno familiar o de amigos. El alimento implicado más frecuentemente en estos brotes fue la tortilla de patatas (42,8%).

Casos de salmonelosis según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Salmonelosis

[Salmonelosis: la zoonosis más común en brotes alimentarios | Comunidad de Madrid](#)

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

En el año 2022 todas las infecciones de transmisión sexual han experimentado un incremento sensible respecto a las cifras notificadas el año anterior. Chlamydia y gonococo han visto aumentadas sus tasas de incidencia un 30,5% y 14,9% respectivamente. En el caso del linfogranuloma el incremento llega a prácticamente el 66%. También la sífilis sube de 20,23 a 24,72 casos por 100.000 habitantes y la sífilis congénita ha pasado de solo un caso en 2021 a 5 en 2022. En estos últimos, la mayoría de los casos propiciada por un inadecuado control y seguimiento del embarazo asociado a circunstancias de migración y situación social de riesgo de la madre. En la incidencia de casos notificados de hepatitis B aguda también se refleja el incremento pasando de 0,21 a 0,58 casos por 100.000 habitantes.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del número de casos Enfermedades de Declaración Obligatoria de transmisión sexual y parenteral en la Comunidad de Madrid, de 2018 a 2022, como puede observarse el incremento anual de estas enfermedades es muy importante.

Casos de enfermedades de transmisión sexual y parenteral. Comunidad de Madrid

	2018	2019	2020	2021	2022
Hepatitis B	27	29	14	14	39
Hepatitis C	661	958	349	449	519
Infección gonocócica	2.760	2.969	1.997	3.480	3.998
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> (excluido LGV)	2.305	3.370	2.353	3.127	4.080
Linfogranuloma venéreo	179	254	248	209	347
Sífilis	785	1.145	978	1.366	1.669
Sífilis congénita	4	1	1	2	5
Mpox	0	0	0	0	2.500

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

Hepatitis B

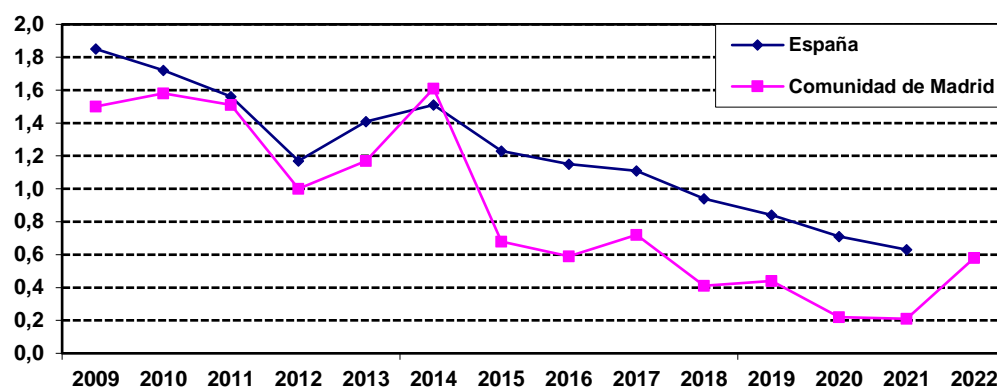
En el año 2022 se han registrado 39 casos de hepatitis B aguda en la Comunidad de Madrid, 25 casos más que en 2021. La incidencia fue de 0,58 casos por 100.000 habitantes.

El 74% de los casos fueron hombres. La edad media fue de 47 años con un rango que osciló entre 20 y 85 años. El 87% de los casos era menor de 65 años.

Se registró hospitalización en 27 de los casos (70%), y no se produjo ningún fallecimiento por hepatitis B. Según la forma de presentación, durante el año 2022 no se notificó ningún brote de hepatitis B.

Evolución anual de la incidencia de hepatitis B

Tasa por 100.000



*No hay datos de incidencia en España en 2022 disponibles

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

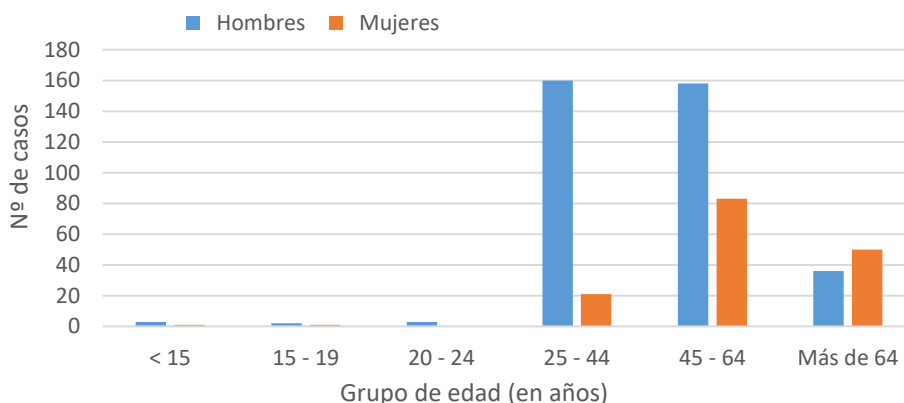
Hepatitis B
[Hepatitis B | Comunidad de Madrid](#)

Hepatitis C

En el año 2022 se registraron 518 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid, siendo la tasa de 7,67 casos por 100.000 habitantes.

En la siguiente figura puede verse la distribución por edad y sexo. El 69,9% de los nuevos diagnósticos de 2022 corresponden a hombres. La edad media fue de 50,8 años, con un rango que osciló entre 5 y 93 años. El 81,5% de los casos tenían edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, representando el 46,5%, los pacientes entre 45-64 años. El diagnóstico confirmado de VIH se presentó en el 24,9%. Los datos de riesgos registrados más frecuentes son: sexual (22,4%), uso de drogas inyectadas (10,6%), ambos (6,1%) y transfusiones (0,8%).

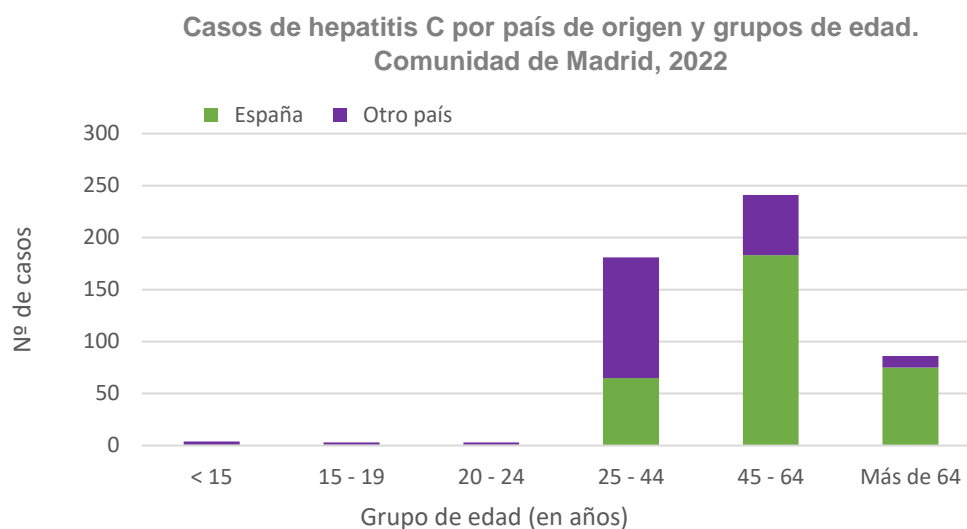
Hepatitis C por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



En relación al país de origen, figura siguiente, el 62,9% eran personas nacidas en España (n=326), siendo entre el resto las nacionalidades más frecuentes: Venezuela y Colombia con el 13,5% (n=26) cada una, y Ucrania con el 13% (n=25).



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Hepatitis C

[Hepatitis C \(VHC\) | Comunidad de Madrid](#)

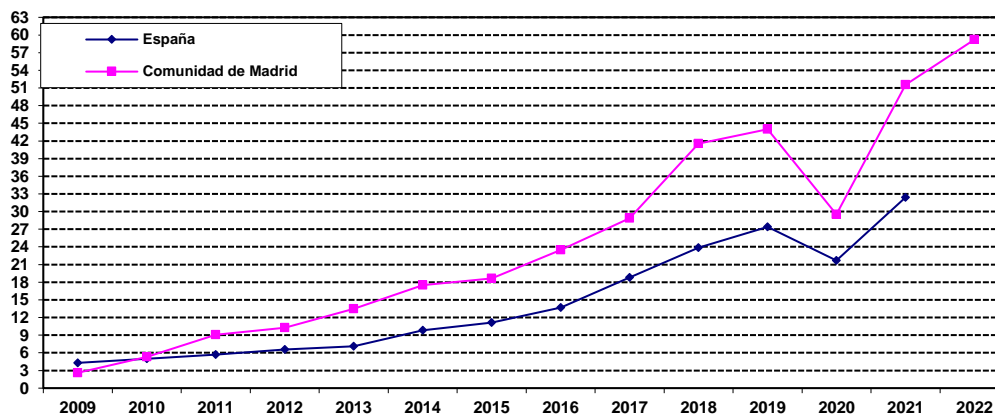
Infección gonocócica

Durante el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 3.998 casos de infección gonocócica, 516 casos más que en 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 59,23 casos por 100.000 habitantes.

En la distribución por sexo se observó un claro predominio en varones (84,8%). La edad media fue de 31,7 años, con un rango entre los 12 y los 75 años. El 81,4% de los casos eran de edades comprendidas entre los 20 y los 44 años. Considerando los casos en los que consta la forma de presentación clínica, la más frecuente en hombres fue uretritis en el 79,2% de casos, seguido de proctitis en el 14,1% y faringitis en el 6,5%. Entre las mujeres el predominio diagnóstico fue cervicitis con el 51,8% de casos, seguido de un 21,8% enfermedad inflamatoria pélvica y de uretritis con el 13,8%. En el 12,5% (n=498) de los casos consta positividad para VIH, en el 0,7% (n=26) para hepatitis C y en el 0,5% (n=18) de hepatitis B. Además, en el 21,7% (n=866) se identifica infección por *Chlamydia trachomatis* y en el 5,1% (n=203) por sífilis.

Evolución anual de la incidencia de infección gonocócica

Tasa por 100.000



*No hay datos de incidencia en España en 2022 disponibles

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

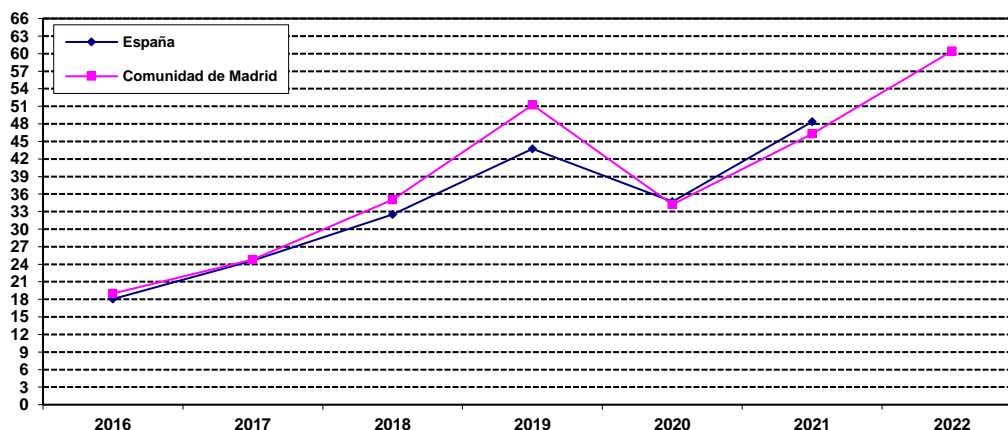
Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 4.080 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), 953 casos más que el año anterior, con una incidencia de 60,44 casos por 100.000 habitantes.

El 61,9% de los casos se observó en hombres. El rango de edad varió entre 0 y 86 años, con una edad media de 29,9 años. El 80,5% de casos se presentó en personas entre los 20 y los 44 años. El 58,6% (n=2.339) fueron españoles; el resto se reparten entre 69 nacionalidades, con predominio de países latinoamericanos (Venezuela con 264, Colombia con 239, Ecuador con 171 y República Dominicana con 127 casos fueron los más frecuentes).

Evolución anual de la incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis*

Tasa por 100.000



*No hay datos de incidencia en España en 2022 disponibles

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

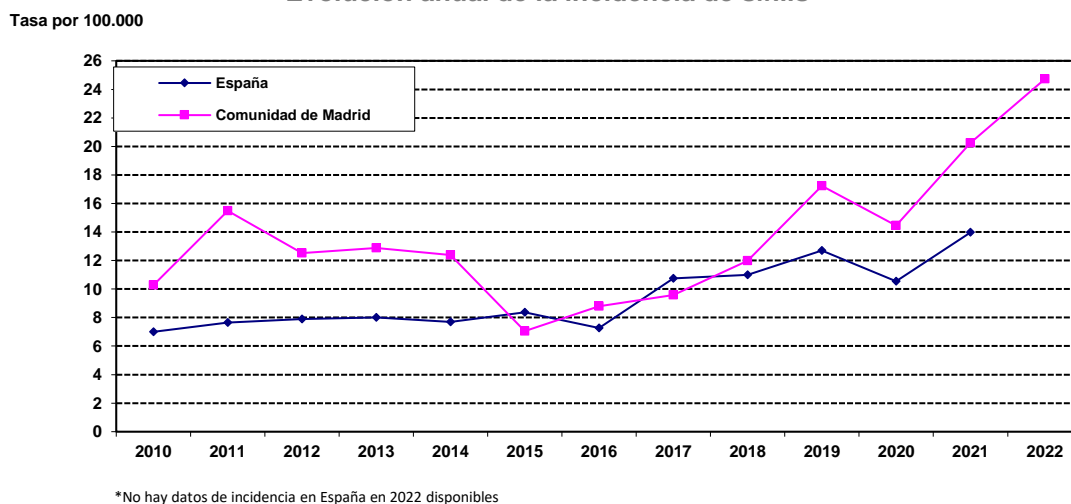
Sífilis

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 1.669 casos de sífilis (primarias, secundarias y latentes precoces), 303 casos más que en 2021, con una tasa de incidencia acumulada de 24,72 casos por 100.000 habitantes.

El 95,51% de los casos se registró en hombres. La edad media fue de 37,6 años con un rango que osciló entre 15 y 90 años. El 65,2% de los casos se presentó en varones del grupo de 25 y 44 años. El 99,6% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico y seis casos se clasificaron como probables por clínica y vínculo epidemiológico. Se registró sífilis primaria en el 28,5% de los casos, sífilis secundaria en el 29,1% y sífilis latente precoz en el 42,4%.

El 1,5% de casos (n=25) se registró con hospitalización. El 30,4% de los casos (n=507) se registró con infección VIH concomitante, el 6% con clamidia, el 6,4% con gonococia, el 2,5% con hepatitis C y el 0,8% con hepatitis B.

Evolución anual de la incidencia de sífilis



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

VIH/sida

La infección por VIH y el sida siguen siendo un problema de salud pública. En la Comunidad de Madrid, a pesar de los nuevos tratamientos durante 2021 más de 600 personas se han infectado de VIH, y 30 personas han fallecido por esta enfermedad, lo que supone 1.049 años de vida perdidos.

La principal vía de transmisión es la sexual.

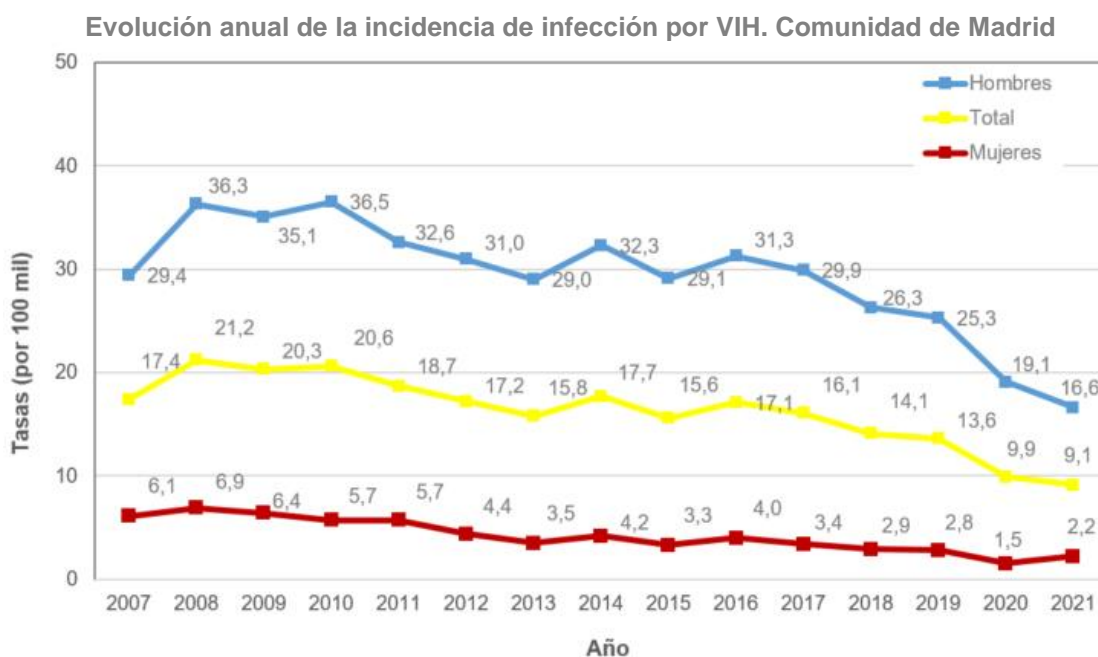
La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por la infección de VIH/sida en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

VIH/Sida. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	20	11	31
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	0,62	0,31	0,46
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,02	0,51	0,76
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	0,62	0,31	0,45
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	6,5	1,5	3,9
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,006	0,002	0,004
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	684	365	1.049

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

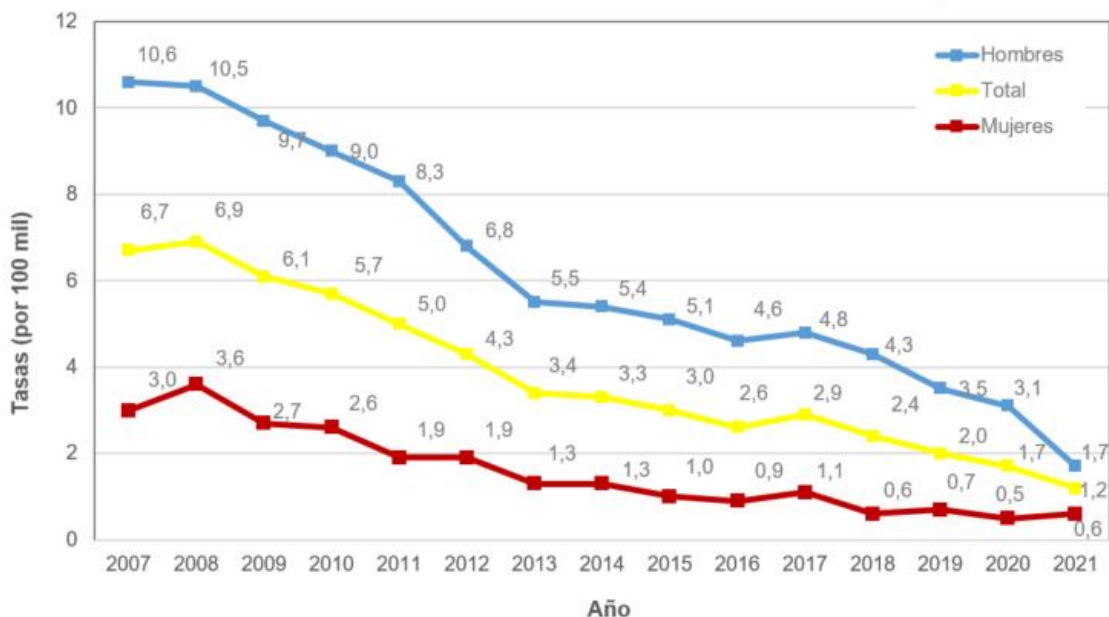
En la siguiente figura se observa la evolución de las tasas de infección por VIH por sexo en la Comunidad de Madrid de 2007 a 2021. En los últimos años la incidencia de infección por VIH, tras aumentar hasta 2010, ha tendido a disminuir tanto en hombres como en mujeres.



Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En la siguiente figura se observa la evolución de las tasas de casos de sida por sexo en la Comunidad de Madrid de 2007 a 2021. Desde 2008 la incidencia del sida ha tendido a disminuir, tanto en hombres como en mujeres.

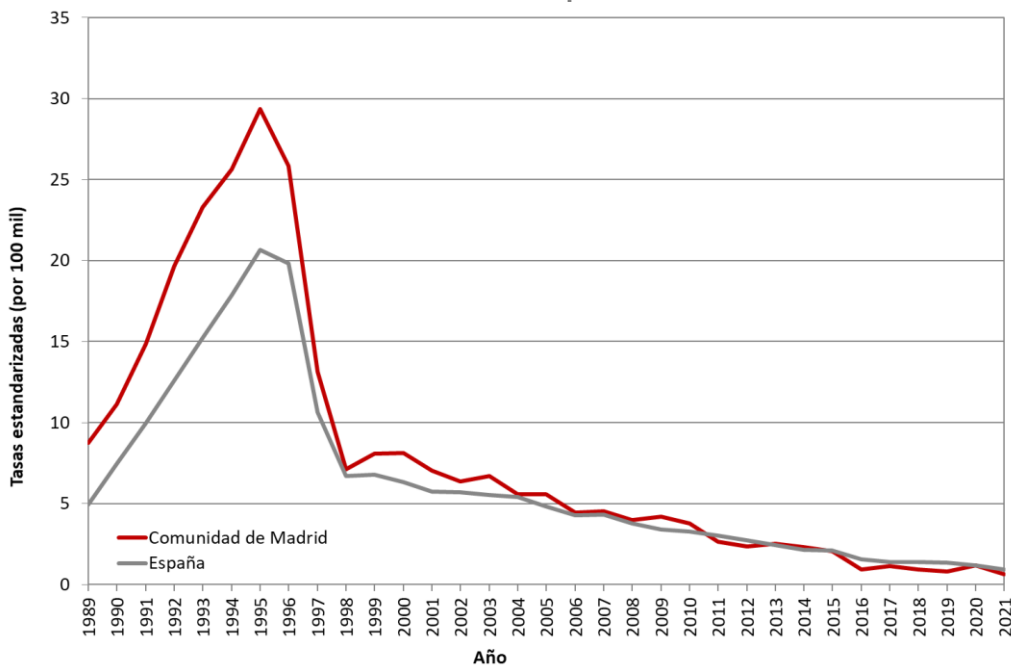
Evolución anual de la incidencia de sida. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

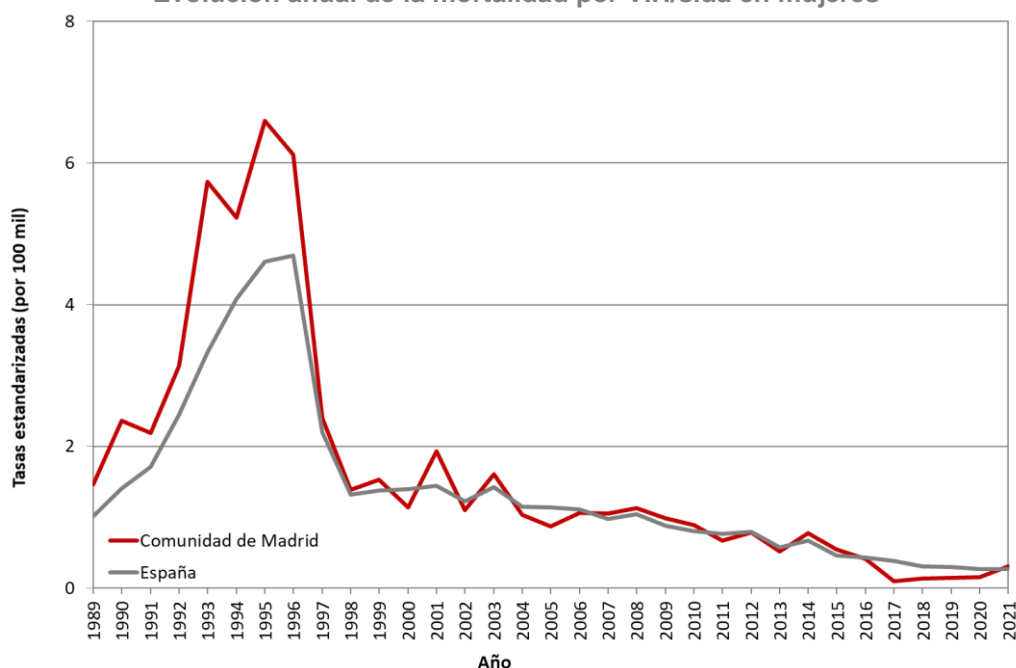
Tanto en hombres como en mujeres la ascendente mortalidad por VIH-sida fue frenada drásticamente en 1996-1997 con la administración de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA). Desde entonces las tasas han tendido a seguir disminuyendo de manera más suave.

Evolución anual de la mortalidad por VIH/sida en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

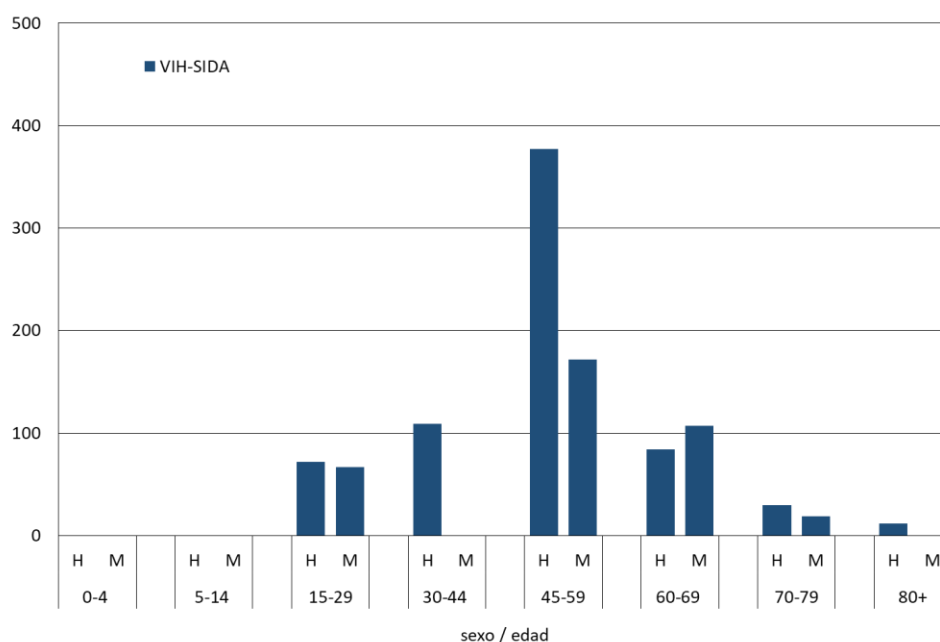
Evolución anual de la mortalidad por VIH/sida en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el VIH-sida en el año 2021. Los AVP por VIH/sida en la Comunidad de Madrid en 2021 no son muy cuantiosos. Son mayores en hombres que en mujeres, y se concentran en las edades adultas, aunque también en personas mayores se registran pérdidas.

Años de vida perdidos (AVP) por infección por VIH/sida. Comunidad de Madrid, 2021

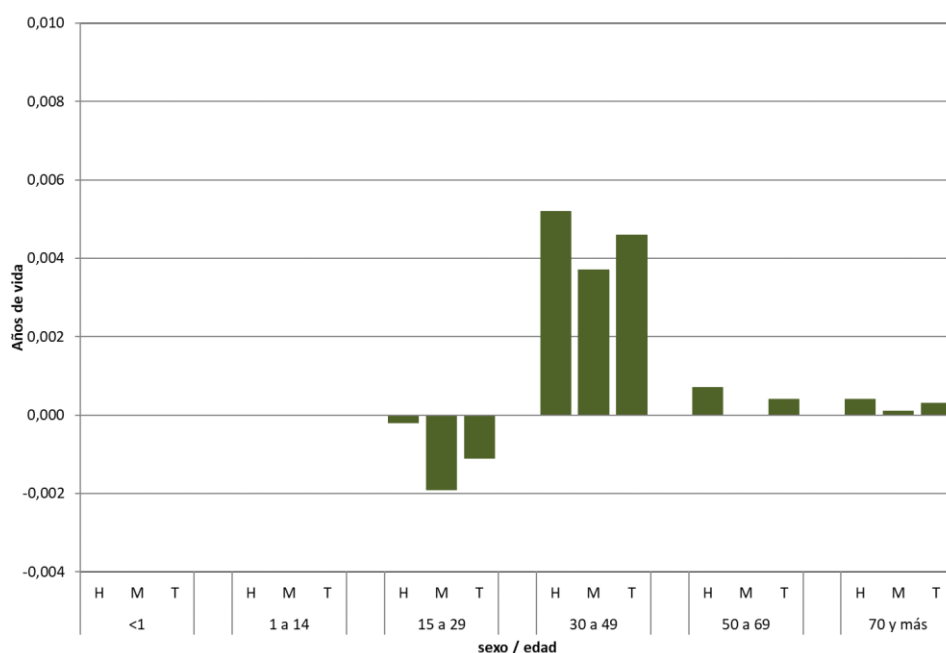


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el VIH/sida, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La estabilización de la evolución reciente de las tasas de mortalidad por VIH/sida ha hecho que las ganancias de esperanza de vida por esta causa, muy importantes en la segunda mitad de los años noventa, se hayan reducido considerablemente. La contribución sigue siendo ligeramente positiva y mayor en los hombres que en las mujeres. estas ganancias se concentran entre los 30 y los 49 años de edad. En el quinquenio estudiado se aprecia también una leve pérdida de esperanza de vida por VIH/sida en las mujeres de 15-29 años.

Contribución de la infección por VIH/sida al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros



Más información:

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vih-virus-inmunodeficiencia-humana-its-infecciones-transmision-sexual>

Covid-19

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote de SARS-CoV-2 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS reconoció la situación generada como pandemia global, que se ha mantenido hasta el 5 de mayo de 2023 en que la OMS declaró el final de la emergencia.

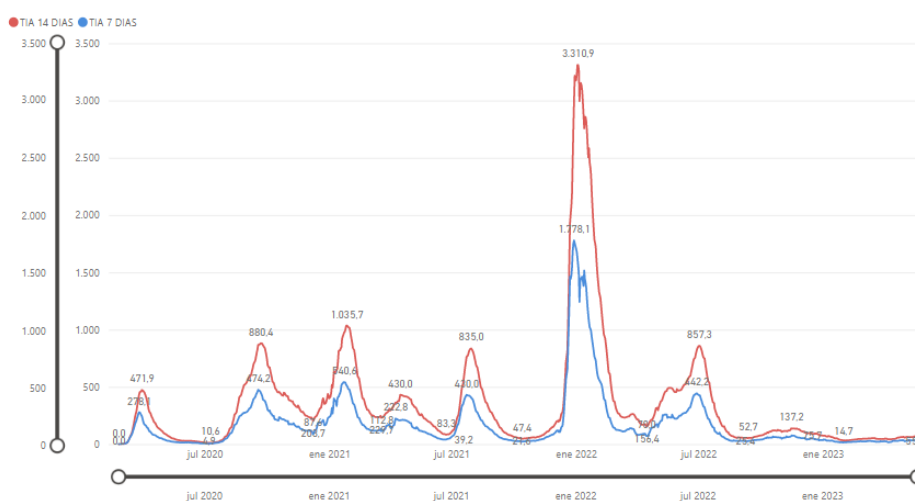
Durante este periodo se han diagnosticado en la Comunidad de Madrid 2.005.382 casos confirmados (se incluye la primera ola). La actividad de la salud pública ha sido de dedicación prácticamente total al control de esta pandemia en sus funciones de vigilancia y preventivas, con más intensidad en los dos primeros años. La covid-19, como puede verse en las figuras siguientes se ha mostrado en ondas epidémicas, hasta el momento se han detectado 7 ondas, cada una de ellas con sus características, generando impactos diferentes en los indicadores de incidencia, ingresos y mortalidad que han estado influidos por el conocimiento de la enfermedad, la disponibilidad de vacunas y la evolución genómica del microorganismo.

Es necesario destacar la primera ola pandémica con características muy especiales. Por un lado, las figuras de incidencia no cuantifican la intensidad, por falta de reactivos diagnósticos para el diagnóstico de todos los casos; se estima que los datos recogidos se refieren a los casos más graves y que estos suponen tan solo un 10% de la incidencia de enfermedad en base a los estudios de seroprevalencia realizados después de la primera ola pandémica. El impacto de la primera ola en términos de mortalidad fue muy intenso.

Principales indicadores covid-19

Desde el 25 de febrero de 2020, fecha en la que se diagnosticaron los primeros dos casos de covid-19 en Madrid, se han sucedido 7 ondas pandémicas, cada una con sus características en cuanto a incidencia y gravedad. La primera ola pandémica fue la más grave y letal, afectando en cuanto a gravedad a personas mayores de 55 años con factores de riesgo y a personas mayores. La prueba diagnóstica, las medidas de control, el aprendizaje en cuanto al manejo de los casos, y sobre todo el inicio de la vacunación y las altas coberturas alcanzadas, ha supuesto un cambio en cuanto a los indicadores de gravedad de la pandemia que se refleja en los indicadores a partir de 2021.

**Evolución de la incidencia de covid-19
Comunidad de Madrid, periodo pandémico 2020 a abril de 2023**

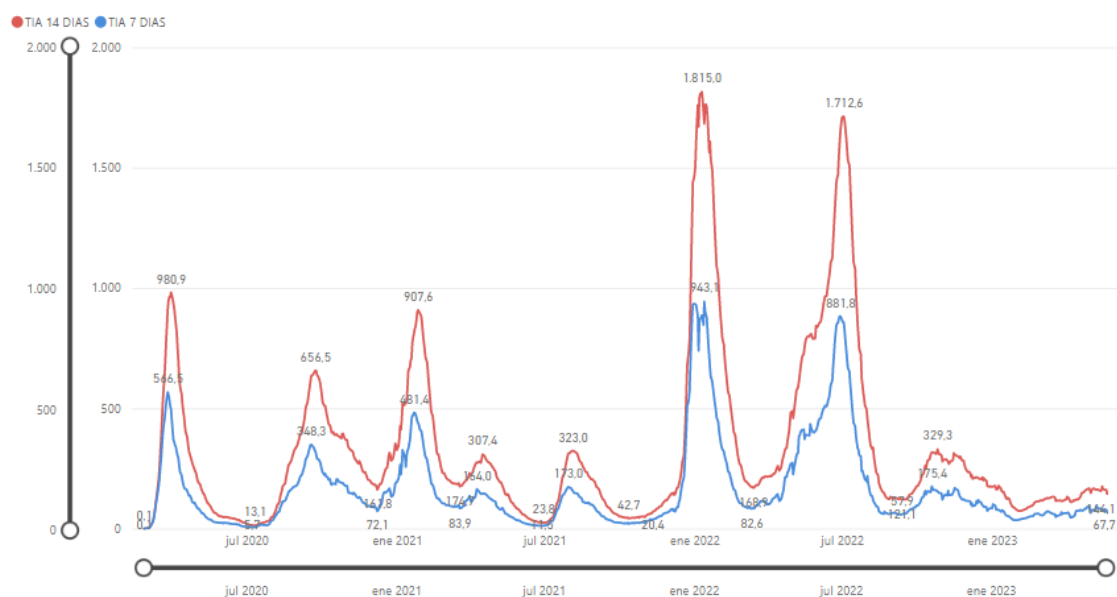


TIA: Tasas de incidencia por 100.000, a 7 y 14 días

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Evolución de la incidencia de covid-19 en población de 60 años y más
Comunidad de Madrid, periodo pandémico 2020 a abril de 2023



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En las siguientes tablas se pueden ver los indicadores de 2020 y 2021. En 2020 la repercusión de la covid-19 en gravedad fue muy superior.

Covid-19. Comunidad de Madrid, 2020

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	10.350	9.093	19.443
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	319,77	257,68	287,38
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	68,43	26,29	46,65
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	400,74	197,71	277,92
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil*	1.362,91 *	991,69 *	1.169,29 *
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2019 - 2020)	-3,306	-2,599	-3,042
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	145.196	96.202	241.398

* Hasta el 1 de julio de 2020 no entra en funcionamiento en España la Codificación de COVID-19 confirmado CIE10ES "U07,1". Para estimar este indicador se han tomado los códigos U07.1 y/o B97.29 en diagnóstico principal o secundarios.

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Covid-19. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	3.506	2.486	5.992
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	108,55	70,61	88,76
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	26,77	12,33	19,31
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	133,71	55,95	86,32
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.288,86	879,30	1.075,25
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2019 - 2021)	-1,312	-0,919	-1,202
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	52.424	30.380	82.804

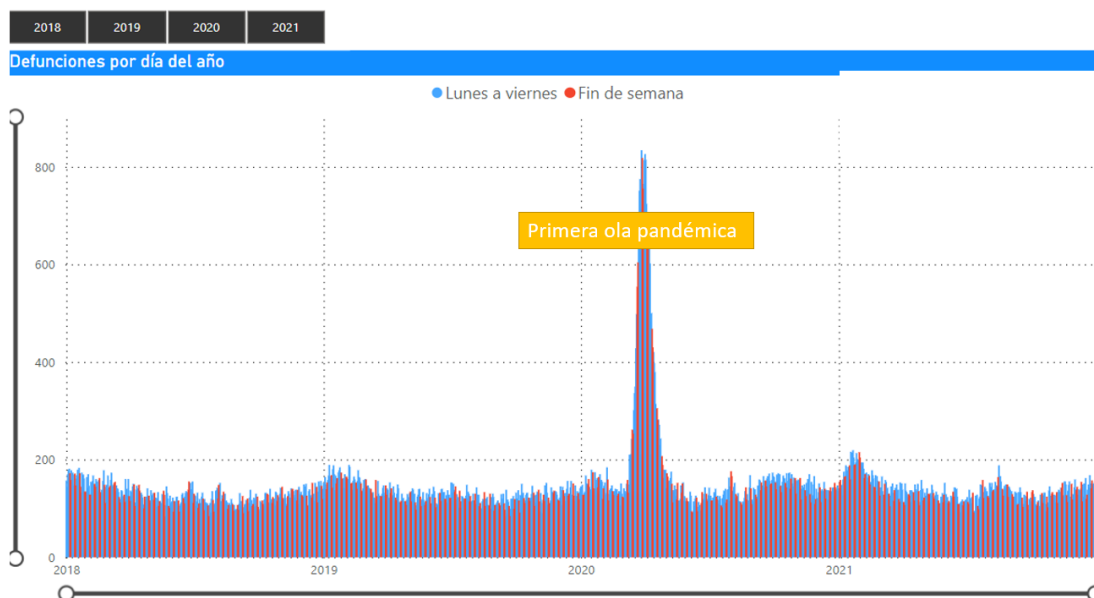
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Impacto demográfico

En las siguientes figuras se presenta la mortalidad diaria (datos INE) por todas las causas del periodo 2018-2021, tomado del portal estadístico de la Comunidad de Madrid. Se puede observar el pico de exceso de mortalidad atribuible al covid-19 durante la primera ola pandémica y el efecto de esta ola pandémica en el crecimiento natural de la población.

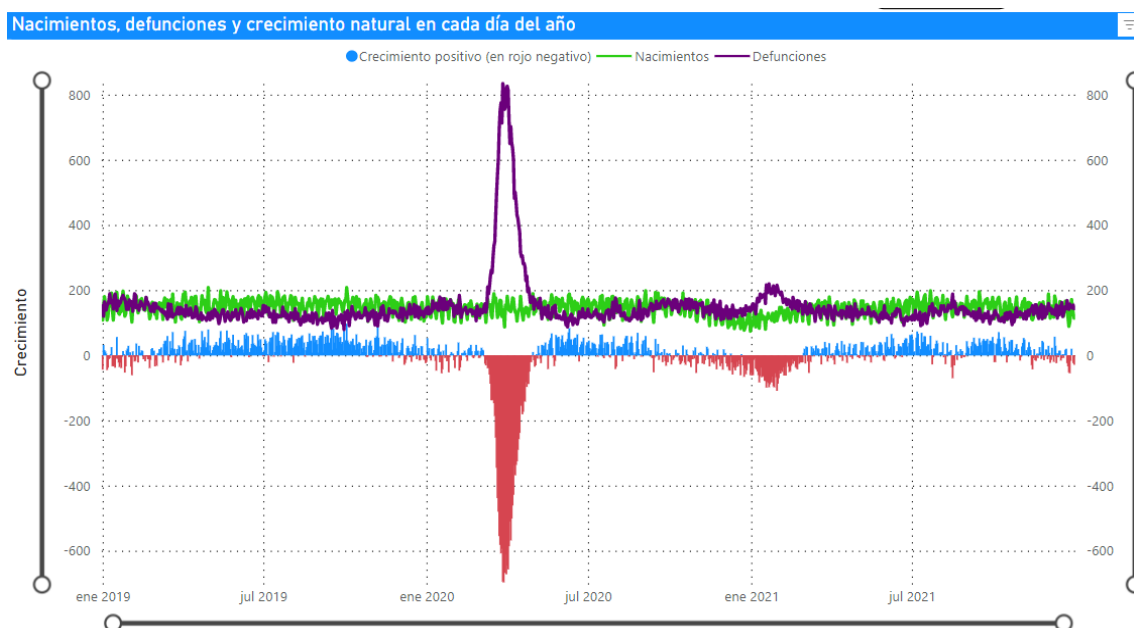
Defunciones diarias de residentes en la Comunidad de Madrid, 2018-2021

Defunciones diarias de residentes en la Comunidad de Madrid



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, en [Visualizaciones interactivas. Comunidad de Madrid](#) [consultada 22/05/2023]. Elaboración: Instituto de Estadística, Comunidad de Madrid.

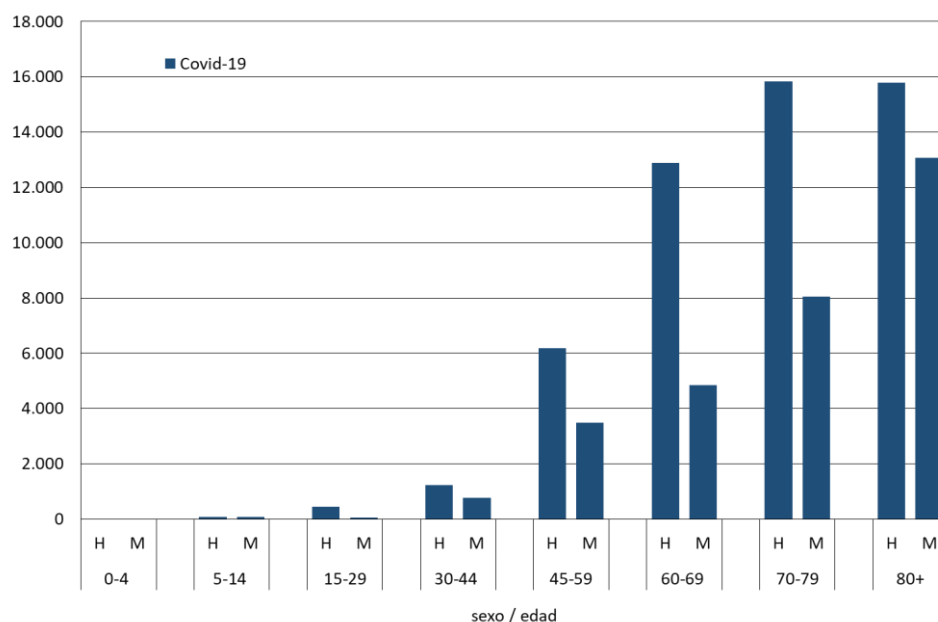
Nacimientos, defunciones y crecimiento natural en cada día Comunidad de Madrid, 2019-2021



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, en [Visualizaciones interactivas. Comunidad de Madrid](#) [consultada 22/05/2023]. Elaboración: Instituto de Estadística, Comunidad de Madrid.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para covid-19 en el año 2021. Los AVP por covid-19 en la Comunidad de Madrid en 2021 fueron muy numerosos, solo superados por los correspondientes al conjunto de los tumores y al global de las enfermedades del sistema circulatorio –debe recordarse que ambos son capítulos completos de la CIE-10, mientras que la covid-19 es una causa específica de la lista detallada-. Son mayores en hombres que en mujeres, y van aumentando con la edad.

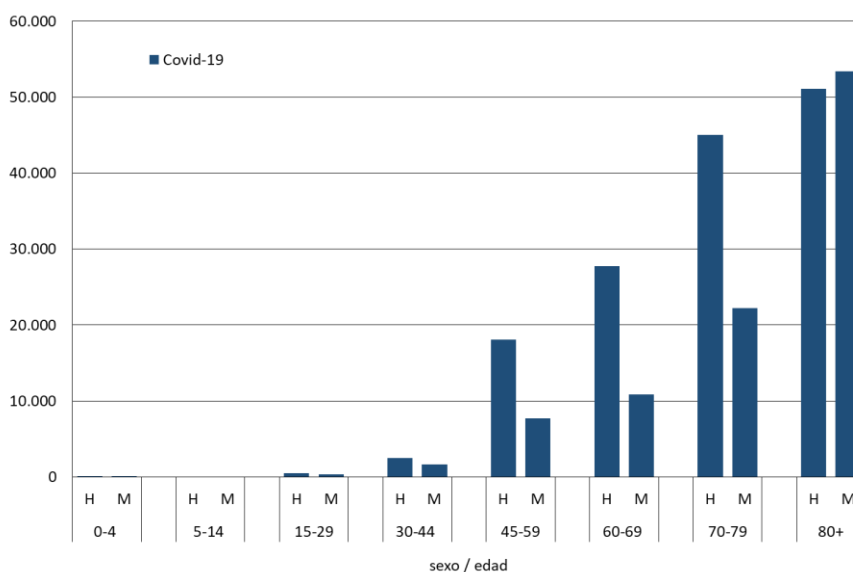
Años de vida perdidos (AVP) por infección por covid-19. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para covid-19 en el año 2020. La mortalidad por covid-19 en la Comunidad de Madrid en 2020 supuso una pérdida de años de vida extraordinaria, solo comparable a las registradas por la pandemia de gripe de 1918 o por la guerra de 1936-1939. Fueron mucho mayores en hombres que en mujeres, salvo en el grupo abierto de edad (80 y más). La cantidad de AVP va aumentando con la edad.

Años de vida perdidos (AVP) por infección por covid-19. Comunidad de Madrid, 2020

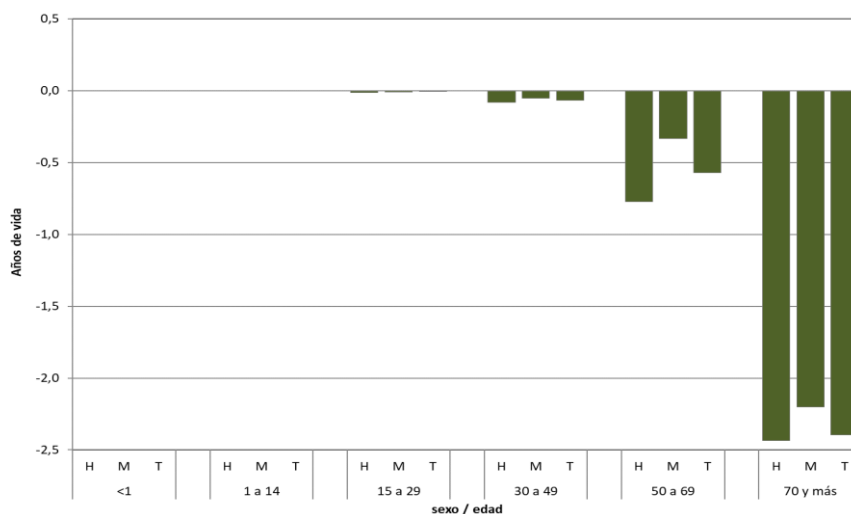


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la covid-19, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2019-2020. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La comparación entre los años 2019 y 2020 permiten tomar conciencia de la magnitud del impacto de la mortalidad por covid-19 en la pérdida de esperanza de vida al nacer, mayor en hombres que en mujeres y concentrado en la población de 50 y más años, y especialmente entre las personas mayores de 70.

Contribución de la covid-19 al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2019-2020

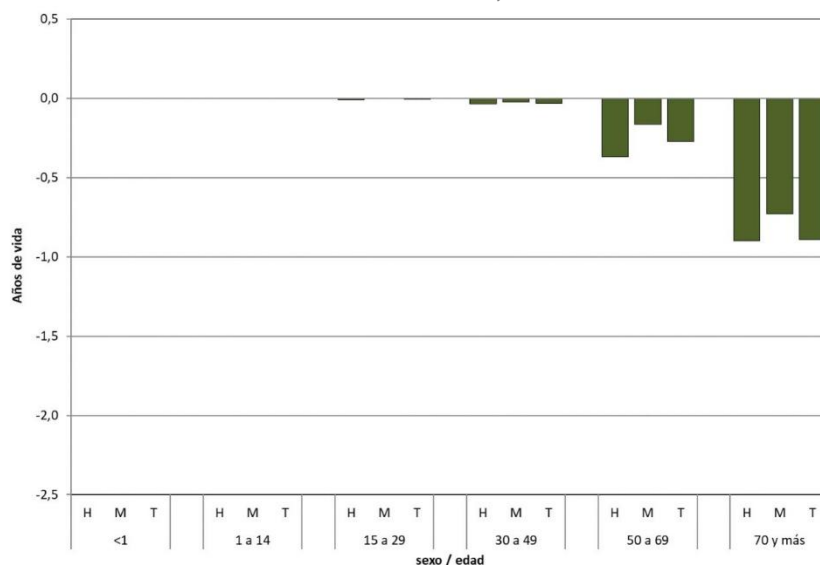


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la covid-19, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid entre 2019 y 2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

A comparar 2019 y 2021 la mortalidad por covid-19 ha supuesto también una pérdida de esperanza de vida al nacer tanto en hombres como en mujeres mayores de 50 años, y especialmente entre las personas mayores de 70, aunque muy inferior a la que se produjo en 2020, lo que ha supuesto una mejora en la esperanza de vida total.

Contribución de la covid-19 al cambio de la esperanza de vida al nacer Comunidad de Madrid, 2019-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la Comunidad de Madrid se han alcanzado altas coberturas de vacunación frente al coronavirus lo que ha contribuido de forma definitiva en el control de la pandemia por covid-19. A fecha 12 de junio de 2023, el 96,2% de la población de 18 y más años ha completado la pauta vacunal, y el 65,6% ha recibido una dosis de recuerdo.

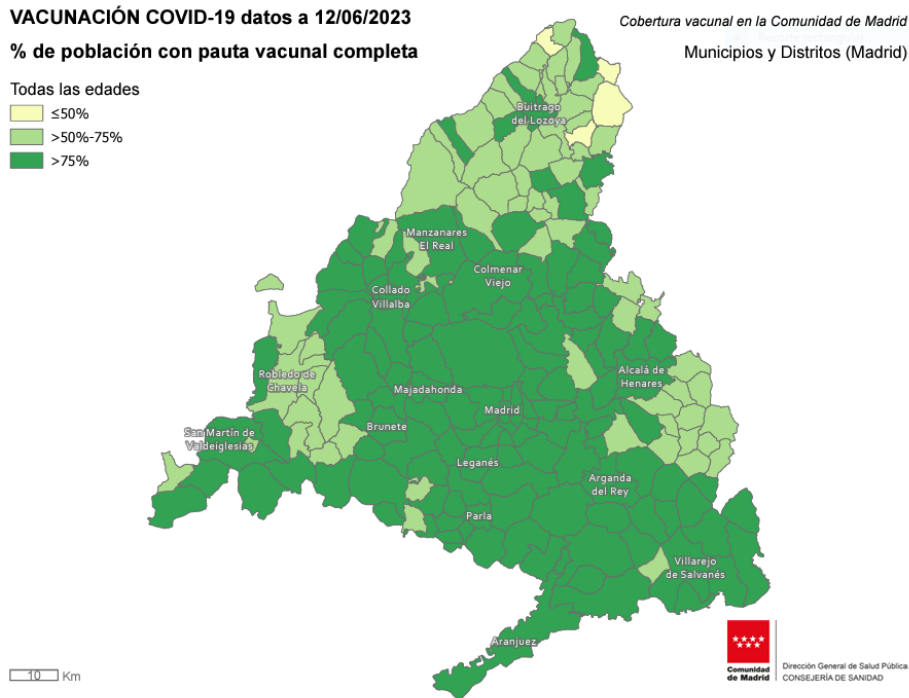
Cobertura de vacunación COVID-19

VACUNACIÓN COVID-19 datos a 12/06/2023

% de población con pauta vacunal completa

Todas las edades

- ≤50%
- >50%-75%
- >75%



Fuentes de datos: Población de referencia -> Padrón 01/01/2020 (D.G. de Estadística). Personas vacunadas -> Registro Unificado de Vacunaciones (Dirección General de Salud Pública).

Fuente: Registro Unificado de Vacunas, DGSP. Elaboración: Subdirección General de Prevención y Promoción de Salud



Más información:

Coronavirus

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/coronavirus>

VI Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid

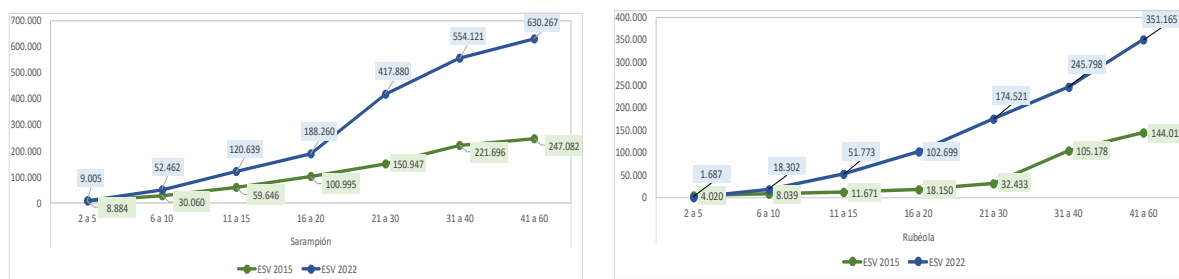
La Comunidad de Madrid realiza periódicamente Encuestas de Serovigilancia, cuyo principal objetivo es conocer el estado inmunitario frente a las enfermedades infecciosas de la población estudiada.

En el año 2022 se ha llevado a cabo la sexta Encuesta, que ha permitido estimar la seroprevalencia anticuerpos frente a sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, tosferina, hepatitis A, hepatitis C y VIH, así como la presencia de inmunidad humoral y celular frente a los antígenos S y N del virus SARS-CoV-2, debido a su relevancia en la pandemia.

Seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión, rubéola, parotiditis y varicela

En el año 2022 se ha observado un descenso de la seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión, rubéola y parotiditis con respecto a la encuesta anterior, que fue realizada en el año 2015. El descenso se aprecia a partir de los 11 años en relación con el sarampión y la parotiditis y en el grupo de 16 a 20 años en relación con la rubéola. La seroprevalencia de anticuerpos frente a varicela no alcanza el 95% en la población menor de 20 años. Aunque no se han detectado cambios en la incidencia desde la encuesta anterior, la posible presencia de susceptibles requiere la vigilancia continuada de estas enfermedades.

Estimación del número de personas susceptibles a sarampión, rubéola, por grupos de edad en los años 2015 y 2022



Fuente: VI Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Seroprevalencia de anticuerpos frente a VHB, VHC y VIH

La seroprevalencia de anticuerpos frente a VHB y VHC más alta se observa en la población adulta mayor de 60 años. Se aprecia un descenso en todos los grupos de edad con respecto al año 2015. El grupo de edad que presenta mayor seroprevalencia de infección por VIH es el de 31-40 años. La seroprevalencia de anticuerpos frente a los 3 virus es más alta en hombres y en personas con inmunosupresión.

Seroprevalencia de anticuerpos frente a VHC y VIH en los años 2008, 2015, y 2022

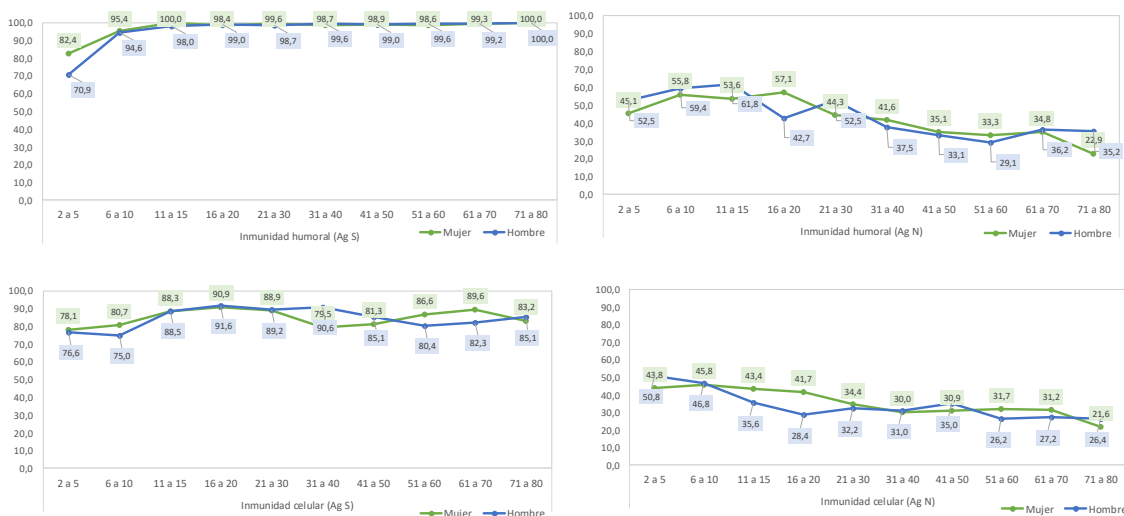


Fuente: VI Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Prevalencia de inmunidad frente a SARS-CoV-2

La prevalencia de inmunidad humoral frente al antígeno S en la población de 2 a 80 años de edad es mayor del 95% y la de inmunidad celular alcanza el 85%. En personas vacunadas, la prevalencia de inmunidad de ambos tipos frente al antígeno S es elevada y se mantiene a lo largo del tiempo. Tanto la prevalencia de inmunidad humoral como la de inmunidad celular frente al antígeno N disminuyen a medida que aumenta la edad. La prevalencia de inmunidad humoral y celular en personas sin antecedentes de covid-19 es mayor del 30%.

Prevalencia de inmunidad humoral y celular frente a los antígenos S y N por grupo de edad y sexo



Fuente: VI Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Encuestas de Serovigilancia, comunidad de Madrid (avance VI encuesta, 2022)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/encuestas-serovigilancia>

Vigilancia de multirresistencias antimicrobianas

La OMS ha declarado que la resistencia a los antimicrobianos es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad. El uso indebido y excesivo de los antimicrobianos es el principal factor que determina la aparición de patógenos farmacorresistentes. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC.

Entre los años 2020 a 2022 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 4.980 casos nuevos de pacientes infectados y/o colonizados por EPC. Se registraron 2.477 (49,7% del total) infecciones, 2.398 (48,1% del total) colonizaciones y en 105 (2,1%) se desconocía el estado de portador. En 2022 se observa un ligero incremento de infecciones con respecto a años anteriores donde permanecen más estables los datos de infecciones y colonizaciones, predominando las colonizaciones en 2020 y 2021.

Casos incidentes de infección y colonización por EPC. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	Total
	n=1596	n=1760	n=1624	n=4980
Infectados	738 46,2%	851 48,3%	888 54,7%	2477 49,7%
Colonizados	813 50,9%	877 49,8%	708 43,6%	2398 48,1%
Desconocidos	45 2,8%	32 1,8%	28 1,7%	105 2,1%

EPC: Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC)

Fuente: Sistema de Información de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP.
Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

El microorganismo aislado más frecuentemente es *Klebsiella pneumoniae* tanto en colonizados, 1.542 casos (64,3%), como en infectados con 1.699 casos (68,6%). La distribución de tipos de microorganismos por colonización e infección se mantiene durante los tres años del periodo de seguimiento, en primer lugar, *Klebsiella pneumoniae* (66,5%), seguida de *Enterobacter cloacae* (12,7%) y de *Escherichia Coli* (6,6%) como tercer microorganismo.

Tipo de microorganismo por colonizados/infectados. Comunidad de Madrid, 2020-2022

	Colonizados	Infectados	Desconocidos	Total
	n=2398	n=2477	n=105	n=4980
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1542 64,3%	1699 68,6%	73 69,5%	3314 66,5%
<i>Enterobacter cloacae</i>	329 13,7%	291 11,8%	14 13,3%	634 12,7%
<i>Escherichia coli</i>	151 6,3%	171 6,9%	7 6,7%	329 6,6%
<i>Klebsiella oxytoca</i>	105 4,4%	80 3,2%	5 4,8%	190 3,8%
<i>Citrobacter freundii</i>	116 4,8%	63 2,5%	2 1,9%	181 3,6%
<i>Serratia marcescens</i>	64 2,7%	89 3,6%	2 1,9%	155 3,1%
<i>Klebsiella spp.</i>	21 0,9%	26 1,1%	1 0,9%	48 1%
<i>Enterobacter aerogenes</i>	17 0,7%	15 0,6%	1 0,9%	33 0,7%
<i>Enterobacter spp.</i>	18 0,8%	6 0,2%	0 0%	24 0,5%
Otros	35 1,5%	37 1,5%	0 0%	72 1,4%

Fuente: Sistema de Información de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP.
Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

En casos incidentes el tipo de carbapenemasa más frecuente es la OXA-48, confirmada en 1.861 casos (37,4%). Durante estos tres años se observa un incremento progresivo de KPC, que desde 2021 es el segundo tipo de resistencia más frecuente.

Tipo de carbapenemasas en casos incidentes. Comunidad de Madrid

	2020	2021	2022	Total
	n=1596	n=1760	n=1624	n=4980
OXA-48	548 34,3%	621 35,3%	692 42,6%	1.861 37,4%
KPC	114 7,1%	192 10,9%	203 12,5%	509 10,2%
VIM	127 8%	183 10,4%	195 12%	505 10,1%
NDM	11 0,7%	5 0,3%	33 2%	49 1%
Otros¹	35 2,2%	13 0,7%	27 1,7%	75 1,5%
No tipado²	761 47,7%	746 42,4%	474 29,2%	1981 39,8%

¹ Otros: tipo de carbapenemasa declarada como otros y no especificada posteriormente o en un pequeño porcentaje corresponde a combinaciones de varios tipos de carbapenemasas (oxa-48+VIM; VIM+KPC...).

² No tipado: muestras no enviadas para su tipaje, o bien, muestras en las que el hospital conoce el tipo pero no se ha registrado en el sistema VIRAS.

Fuente: Sistema de Información de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), DGSP.
Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.



Más información:

Prevención y Control de las infecciones por EPC
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevencion-control-infecciones-epc>

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/infecciones-relacionadas-asistencia-sanitaria-iras>

Vigilancia de las Enterobacterias productoras de Carbapenemasas. Comunidad de Madrid, 2020-2022
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50939>

Brotos

En la siguiente tabla se muestran los datos relativos a brotes ocurridos en la Comunidad de Madrid (excepto covid-19), en los años 2021 y 2022.

Brotos y casos asociados en la Comunidad de Madrid (excepto covid-19)

	Año 2022		Año 2021	
	Brotos	Casos	Brotos	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	71	1239	61	1129
Gastroenteritis aguda no alimentaria	69	2643	31	908
Conjuntivitis	1	2	1	4
Dermatofitosis	1	10	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	2	16	10	86
Escabiosis	27	253	16	165
Escarlatina	11	39	1	4
Gripe	11	146	1	26
Hepatitis A	3	6	0	0
Impétigo	1	5	0	0
Infección vírica de vías altas	1	9	1	10
Infección respiratoria de vías bajas sin filiar	1	14	0	0
Legionelosis	2	4	1	2
Listeriosis	2	5	0	0
Varicela	6	20	0	0
Total	209	4411	123	2334

Aparecen sólo los procesos que se han presentado como brotes a lo largo del año en curso.
 Datos provisionales hasta la recepción de los informes finales de los brotes.

Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Más información:



Más información:

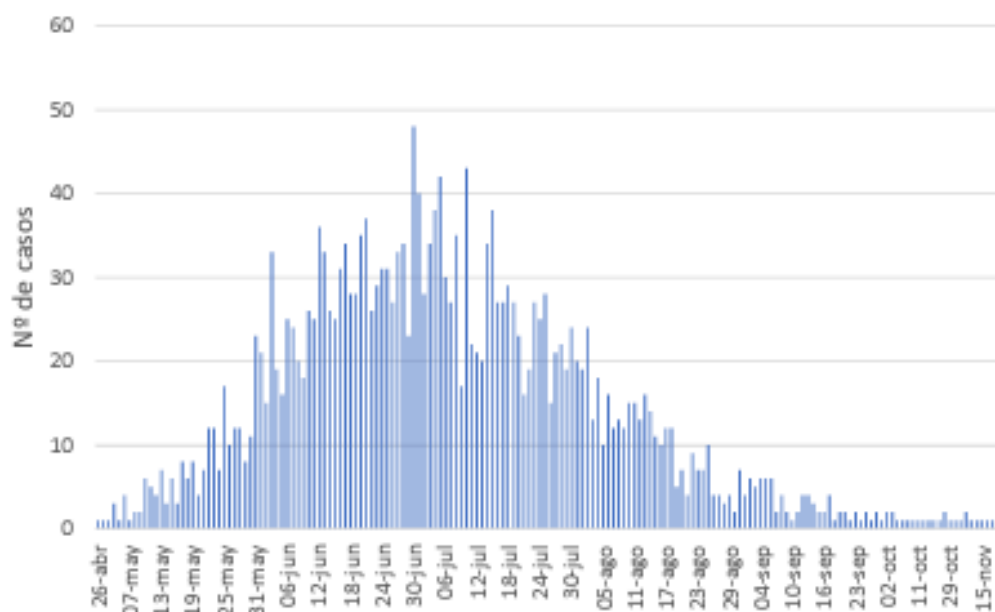
Vigilancia epidemiológica
[Vigilancia Epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Brotos epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2021.
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50963>

Mpox (llamada anteriormente viruela del mono o monkeypox)

En la Comunidad de Madrid se activó la alerta sanitaria el 17 de mayo de 2022 y desde entonces hasta el 31 de diciembre de 2022 se notificaron al Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles 4.025 casos de mpox, de los cuales se confirmaron 2.500 (62,1%), se descartaron 1.503 (37,3%), se clasificaron como sospechosos 21 (0,5%) y uno como probable (0,02%). La investigación epidemiológica de los primeros casos notificados determinó que el primer caso confirmado, un hombre, debutó con síntomas el 26 de abril y la primera mujer el 18 de mayo. Por fecha de inicio de síntomas se alcanzó el mayor número de casos el día 1 de julio, con 48 casos y por fecha de diagnóstico, el 4 de julio se confirmaron 73 muestras. La evolución de los casos a lo largo del año 2022 se representa en la figura siguiente.

Curva epidémica de casos de mpox por fecha de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid



Fuente: EDO. Elaboración: Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Según el sexo registral, 2.468 (98,7%) fueron hombres y 32 (1,3%) mujeres. Respecto a la identidad de género se identificaron 2.464 hombres cis (98,6%), 32 mujeres cis (1,3%), 3 mujeres trans (0,1%) y un 1 hombre trans (0,04%).

La mediana de edad fue de 36,3 años (rango intercuartílico: 12,5) y el rango de edades abarcó entre los 7 meses y los 82 años en hombres y entre los 19 y los 55 años en mujeres. El grupo mayoritario fue el de hombres de 30 a 39 años, con 1.006 casos (40,2% del total). Hubo 12 casos en menores de 20 años (11 hombres y una mujer), siendo solo dos de estos casos infantiles, en niños de 7 y 13 meses de edad, en los que la transmisión se produjo persona a persona por contacto con familiares. Los otros 10 casos fueron jóvenes mayores de 16 años sexualmente activos.

Más información:



Más información:

Mpox

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/mpox>

Situación epidemiológica de Mpox en la Comunidad de Madrid en 2022

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50939>

Enfermedades no transmisibles

Tumores. Indicadores Generales

- Tumor maligno de colon y recto
- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
- Tumor maligno de mama de la mujer
- Tumor maligno de cuello del útero
- Tumor maligno de otras partes del útero
- Tumor maligno de ovario
- Tumor maligno de próstata
- Tumor maligno de páncreas
- Cáncer en niños y adolescentes

Enfermedades cardiovasculares

- Cardiopatía isquémica
- Enfermedades cerebrovasculares

Diabetes mellitus

- Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años

Enfermedades respiratorias

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Asma

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

Causas externas

Enfermedades raras

Los tumores malignos, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas, la enfermedad de Alzheimer y la diabetes mellitus se cuentan entre las principales causas de mortalidad en la Comunidad de Madrid. Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares son los problemas de salud que producen un mayor número de años de vida perdidos.

Para estas enfermedades se conocen múltiples factores de riesgo que son compartidos y modificables, destacando entre ellos el consumo de tabaco, la obesidad, la falta de ejercicio físico, la mala calidad de la dieta y nutrición, los factores de riesgo ambientales y laborales. La alta prevalencia de exposición a estos factores de riesgo en las sociedades desarrolladas lleva a pensar que la carga de enfermedad por estas causas se mantendrá elevada en el futuro próximo.

La detección y seguimiento de problemas o determinantes de la salud de la población, mediante la recogida de datos, su integración, análisis e interpretación, y la utilización y difusión de esta información, entre quienes necesiten conocerla para desarrollar acciones orientadas a mejorar la salud, deben de ser en la actualidad una máxima prioridad para las autoridades de Salud Pública, y de estas acciones depende la supervivencia del propio sistema sanitario.

Tumores

Los tumores suponen la primera causa de mortalidad, analizando los grandes grupos de enfermedad, en hombres y en ambos sexos con un total de 13.024 fallecimientos, 7345 en Hombres y 5679 en mujeres. Las tasas de mortalidad ajustadas muestran que es 1,9 veces más frecuente en hombres que en mujeres. El tumor más frecuente en cuanto a la mortalidad que produce es el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón, 1794 casos en hombres 24,4%, del total de tumores con tendencia descendente en los últimos años y 798 casos en mujeres 14,1% del total de tumores, pero con una tendencia claramente ascendente en los últimos años. En hombres el cáncer de colon con 653 fallecimientos (8,9%), el cáncer de próstata con 579 defunciones (7,9%) y el cáncer de páncreas con 460 defunciones (6,3%) le siguen en frecuencia. En mujeres el tumor maligno de cáncer de mama con 795 fallecimientos (14%), el de colon con 538 (9,5%) y el de páncreas con 485 fallecimientos (8,5%), siguen en frecuencia al de tráquea bronquios y pulmón. Llama la atención el comportamiento del tumor maligno de páncreas con una tendencia claramente ascendente en los últimos años y con tasas de 16,59 por 100 mil en hombres y de 12,36 por 100 mil en mujeres, a los que hay que prestar una especial atención.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumores en 2021 en la población de la Comunidad de Madrid por sexo. El tumor más frecuente en cuanto a la mortalidad que produce es el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón.

Tumores. Comunidad de Madrid, Indicadores generales 2021

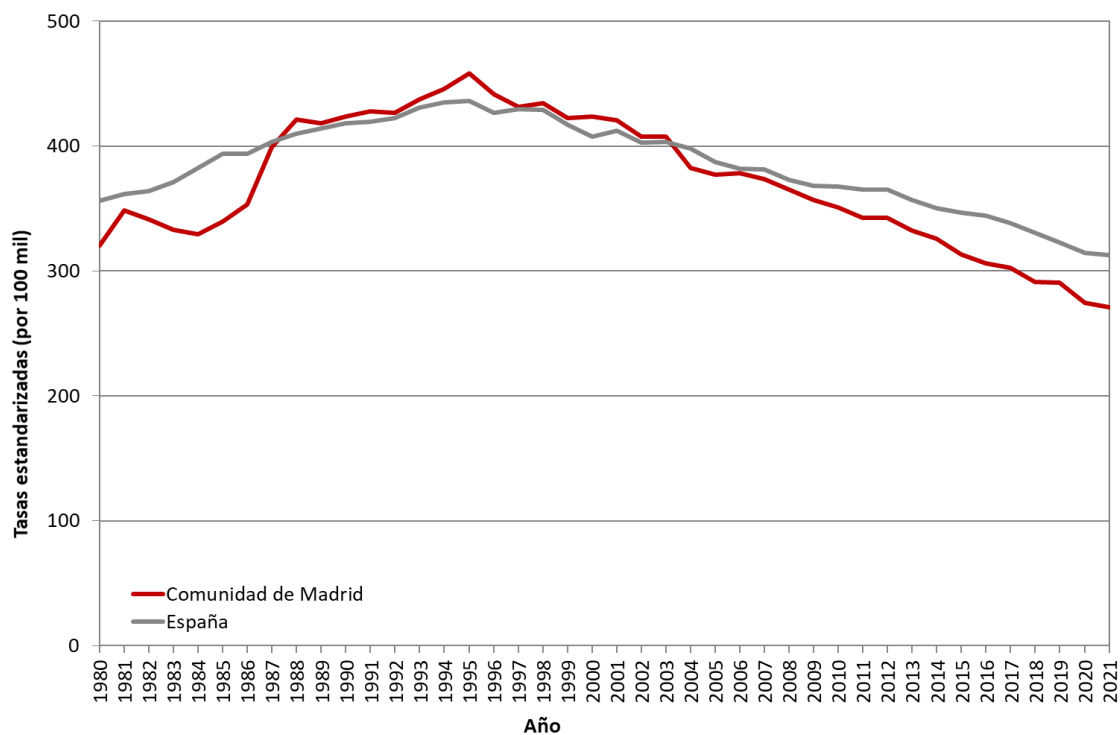
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	7.345	5.679	13.024
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	227,40	161,30	192,93
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	101,27	79,98	90,27
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	271,06	141,72	193,03
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1.798,87	1.808,44	1.804,18
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,499	0,151	0,342
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	133.177	101.999	235.176

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por tumores (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

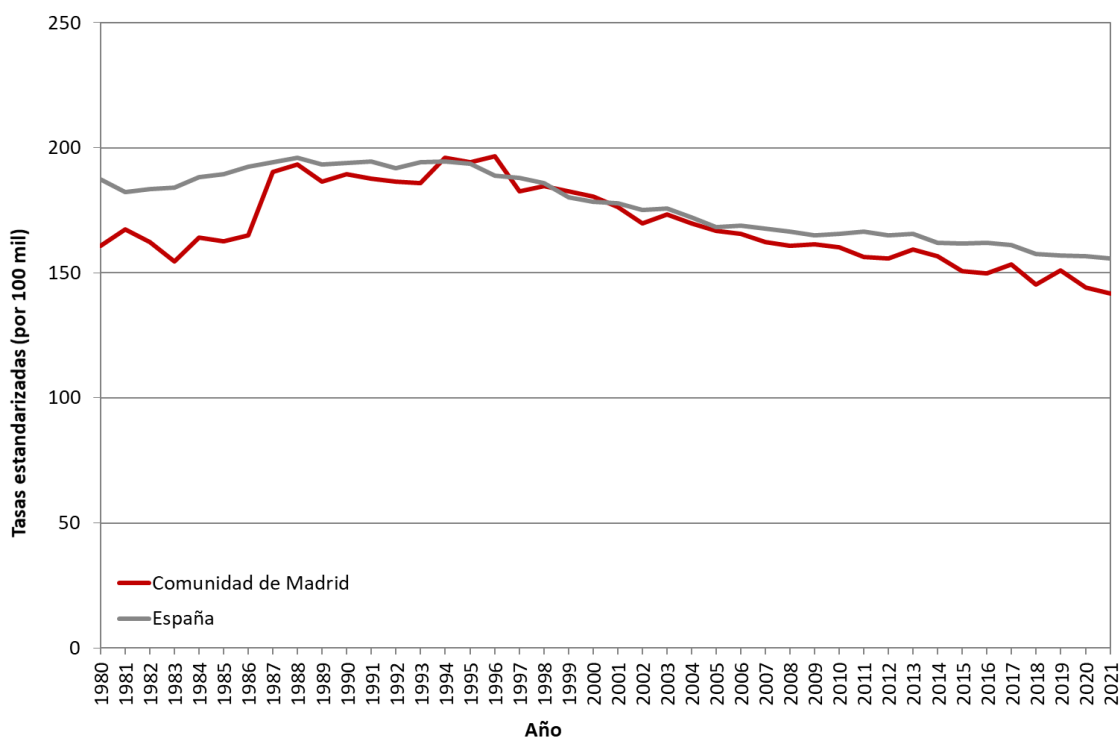
En ambos sexos, la mortalidad por tumores alcanzó su máximo a mediados de los años noventa del siglo pasado, y desde entonces las tasas ajustadas han tendido a descender.

Evolución anual de la mortalidad por tumores en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

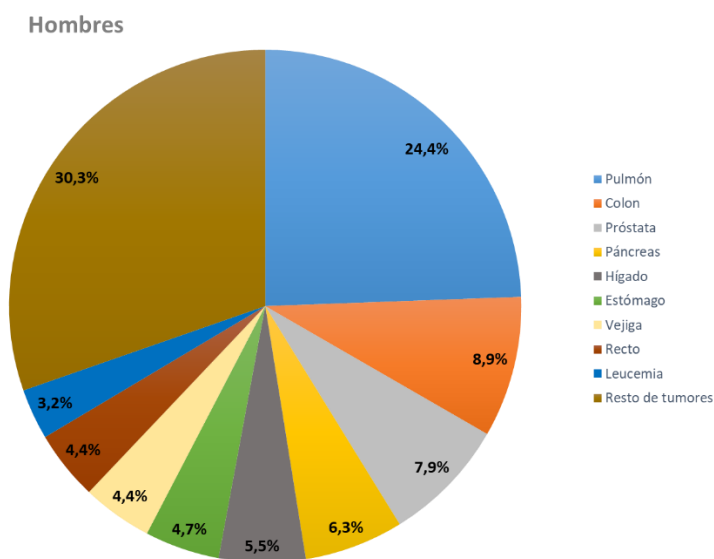
Evolución anual de la mortalidad por tumores en mujeres



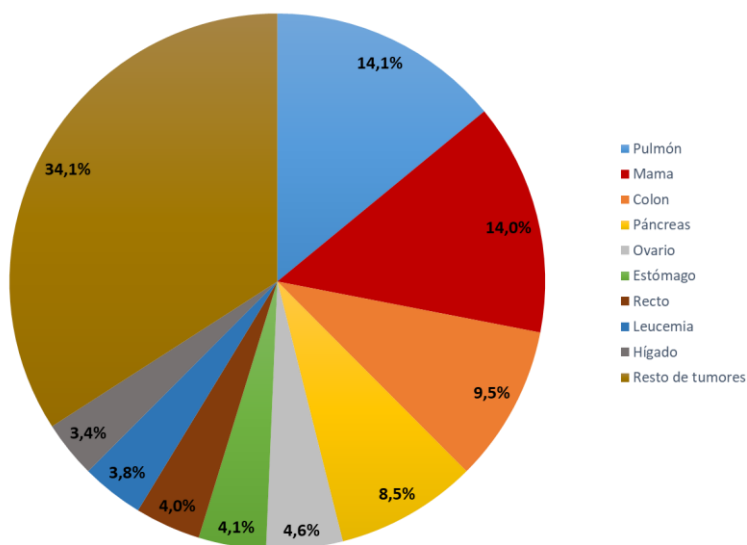
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Los tumores que causan mayor mortalidad en hombres son, por este orden, los de pulmón, colon, próstata y páncreas. En las mujeres, el cáncer pulmón pasa a ser, por primera vez en 2021, la neoplasia maligna con mayor mortalidad, por encima de la de mama, que tradicionalmente ocupaba esta primera posición. A pulmón y mama les siguen colon y páncreas.

Mortalidad proporcional por tumores por principales localizaciones, según sexo. Comunidad de Madrid, 2021



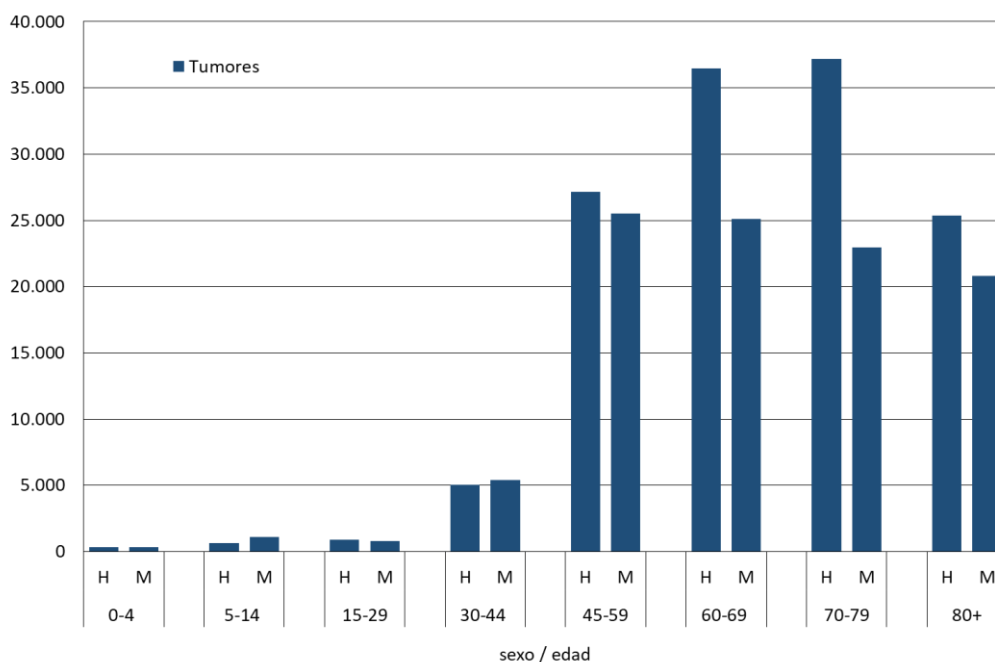
Mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para los tumores en el año 2021. Los AVP tumores en la Comunidad de Madrid en 2021 son mayores en hombres que en mujeres y tienen un peso muy importante a partir de las edades medias (de 45 años de edad en adelante).

Años de vida perdidos (AVP) por tumores según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021

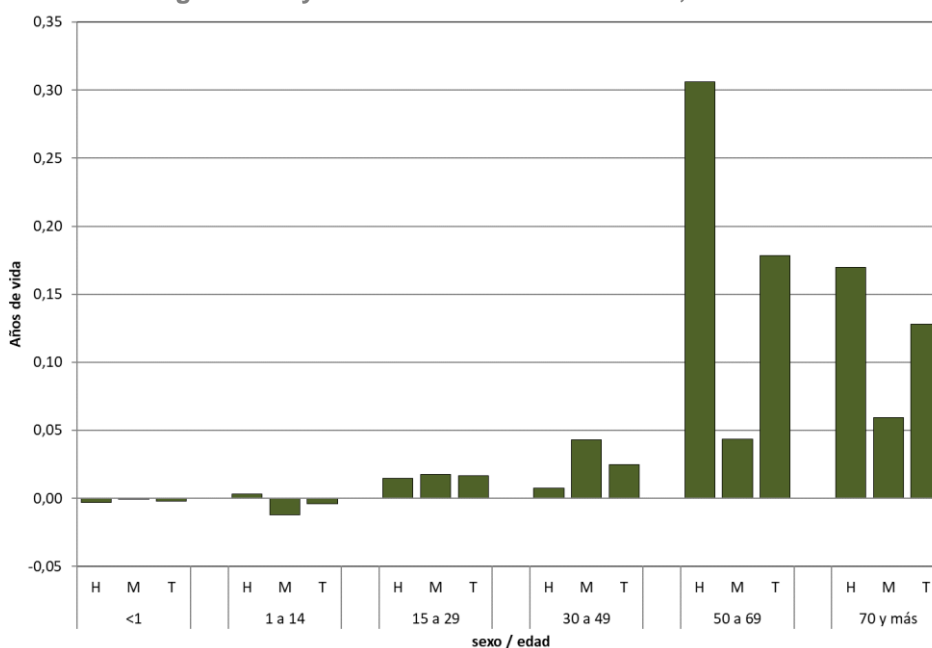


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los tumores, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La mortalidad global por tumores ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2016 y 2021, mucho más en los hombres que en las mujeres. Por edad, esa mejora se concentra por encima de los 50 años.

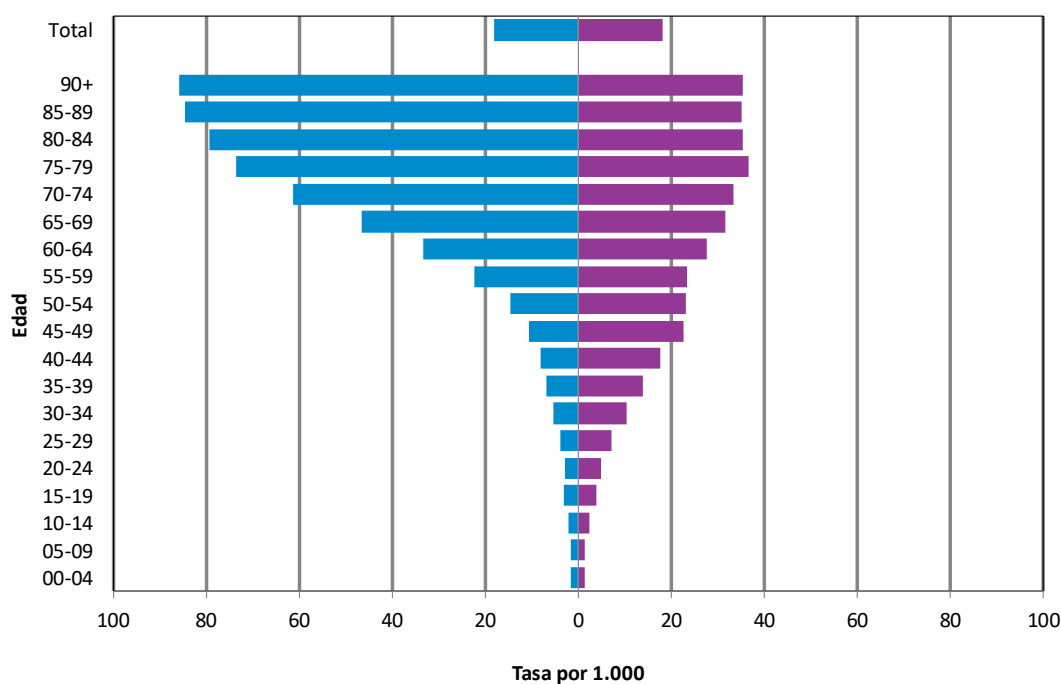
Contribución de los tumores al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumores malignos es mayor en mujeres que en hombres por debajo de los sesenta años de edad, y crecientemente mayor en hombres que en mujeres a partir de esa edad.

Morbilidad hospitalaria por neoplasias según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de colon y recto,

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de colon y recto en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Tumor maligno de colon. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	653	538	1.191
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	20,22	15,28	17,64
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	7,72	4,34	5,97
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	24,39	12,61	17,25
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	74,30	47,40	60,20
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,074	0,052	0,066
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	10.816	7.757	18.573

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano. Comunidad de Madrid, 2021

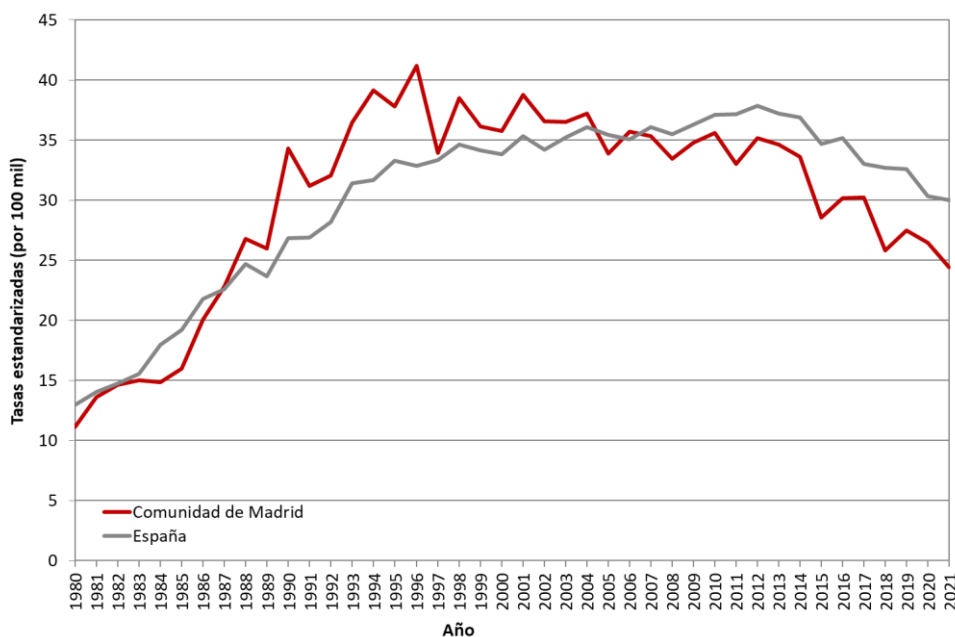
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	322	225	547
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	9,97	6,39	8,10
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	3,89	2,94	3,40
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	12,01	5,38	8,02
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	33,38	20,25	26,53
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,014	0,003	0,008
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	5.516	3.621	9.137

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad para los cánceres de colon y de recto (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

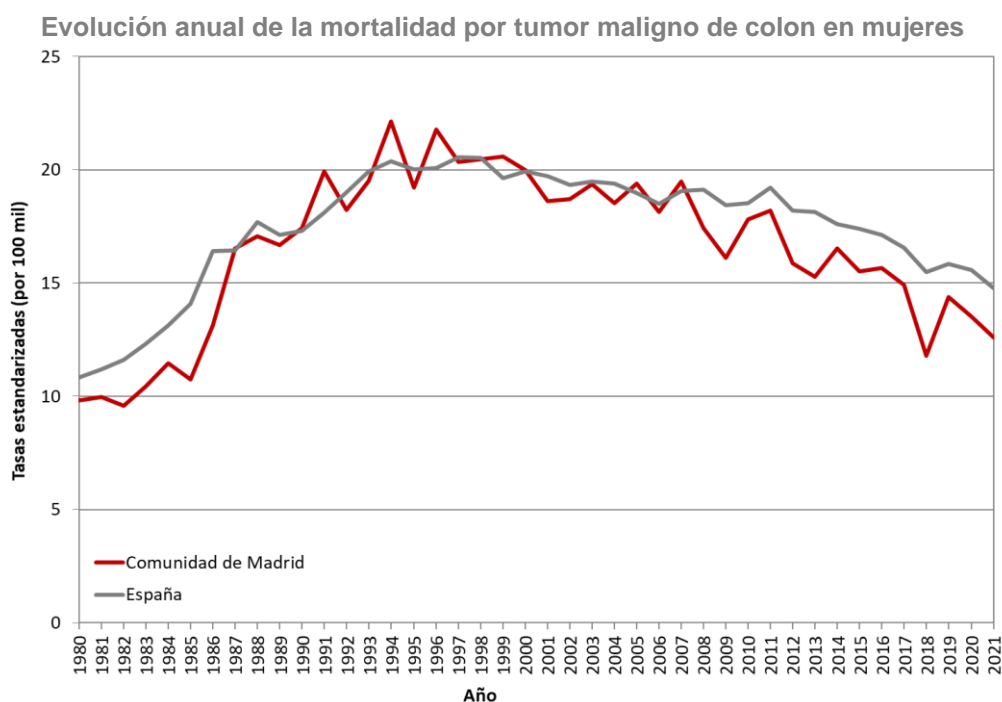
En hombres tras años de empeoramiento, desde mediados de los años noventa las tasas de mortalidad por cáncer de colon en la Comunidad de Madrid han tendido a estabilizarse e incluso descender de manera significativa.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de colon en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

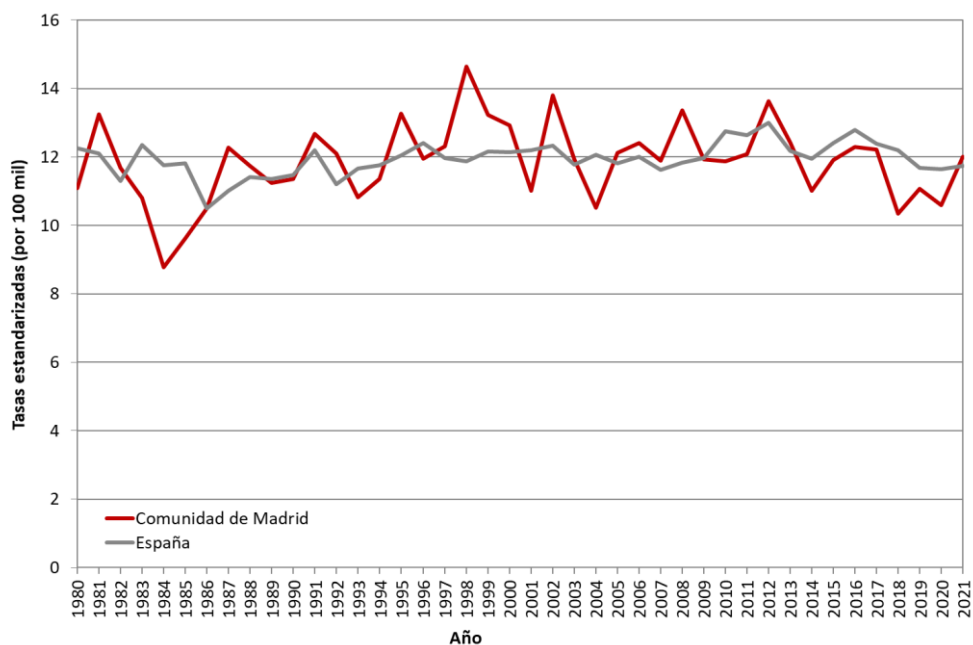
En mujeres tras años de empeoramiento, desde mediados de los años noventa las tasas de mortalidad por cáncer de colon han tendido a estabilizarse e incluso descender significativamente.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de mortalidad por cáncer de recto en hombres en la Comunidad de Madrid muestran en los últimos años una tendencia relativamente estable.

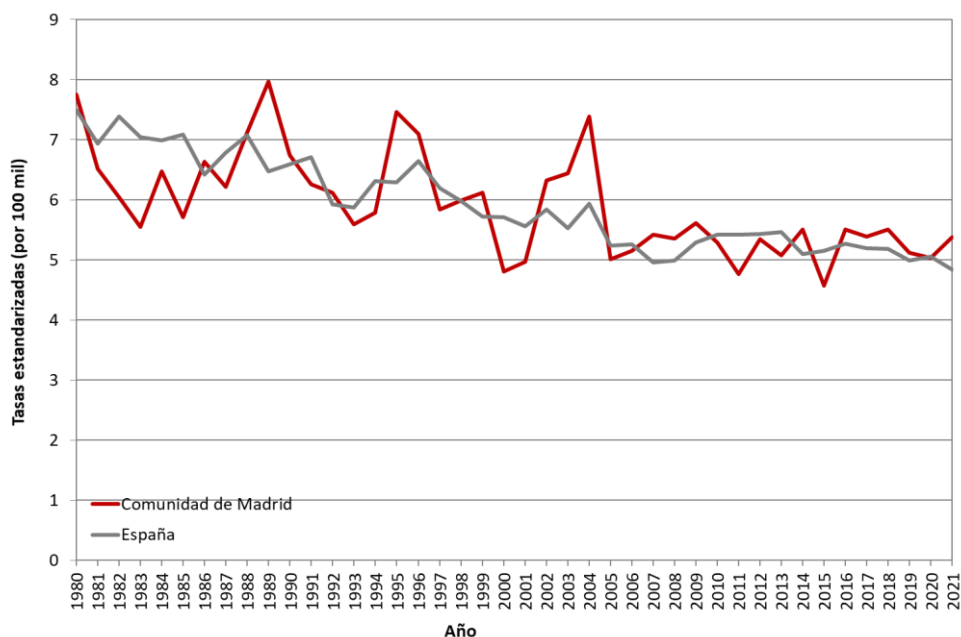
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de mortalidad por cáncer de recto en la Comunidad de Madrid han tendido a mejorar levemente en mujeres.

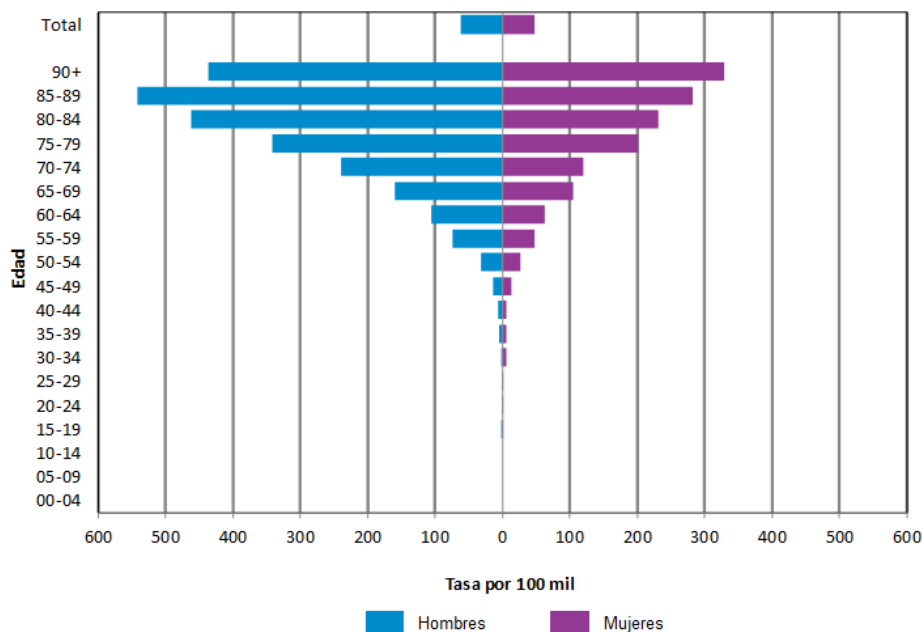
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de colon es mayor en hombres que en mujeres y creciente con la edad a partir de los cuarenta años. Las tasas específicas para cada grupo de edad y sexo son en general superiores a las del cáncer de recto, y de forma más marcada a partir de los 60 años.

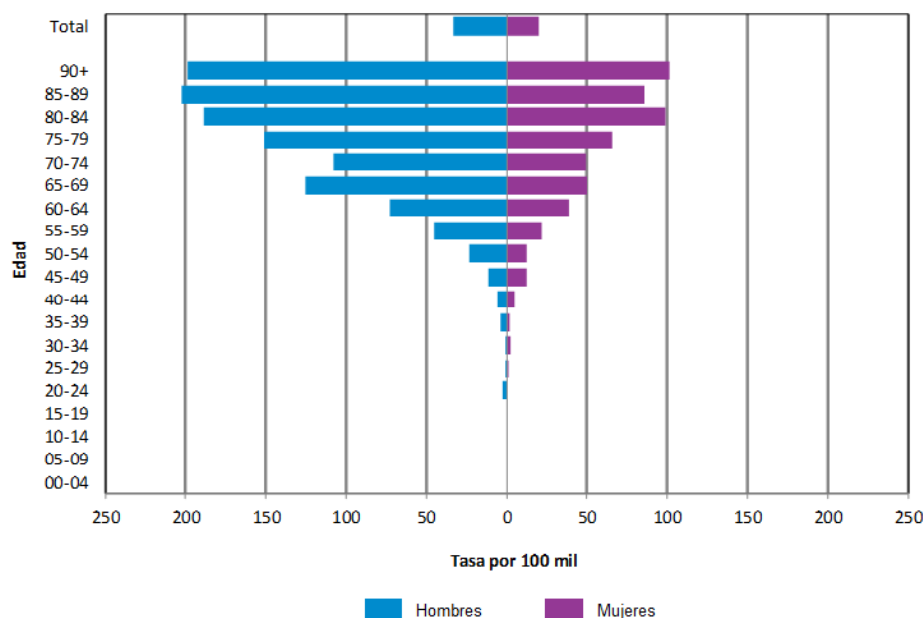
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de colon según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de recto es mayor en hombres que en mujeres y creciente con la edad a partir de los cuarenta años de edad.

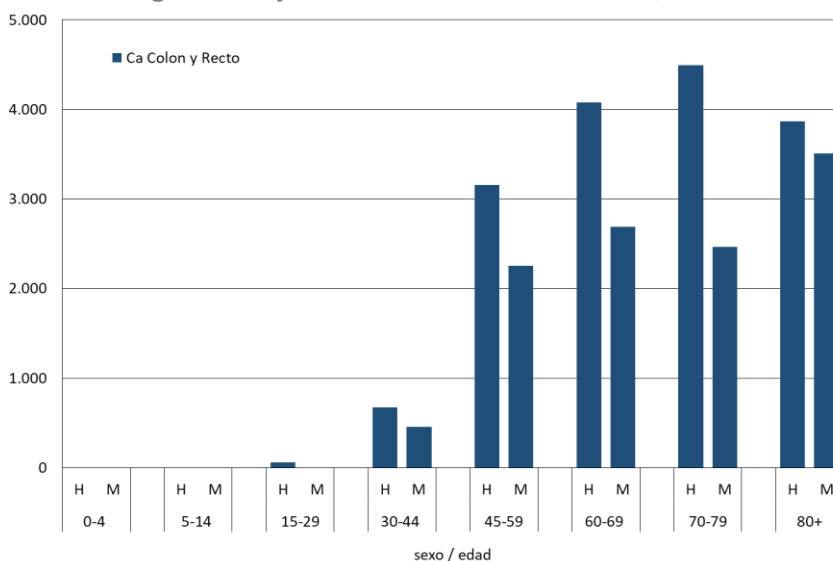
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de recto, porción rectosigmoide y ano según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para los cánceres de colon y recto en el año 2021. Los AVP por tumores malignos de colon y recto en la Comunidad de Madrid en 2021 son significativos a partir de los 45 años de edad. Por encima de los 45 años de edad son mayores en hombres que en mujeres.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de colon y recto según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



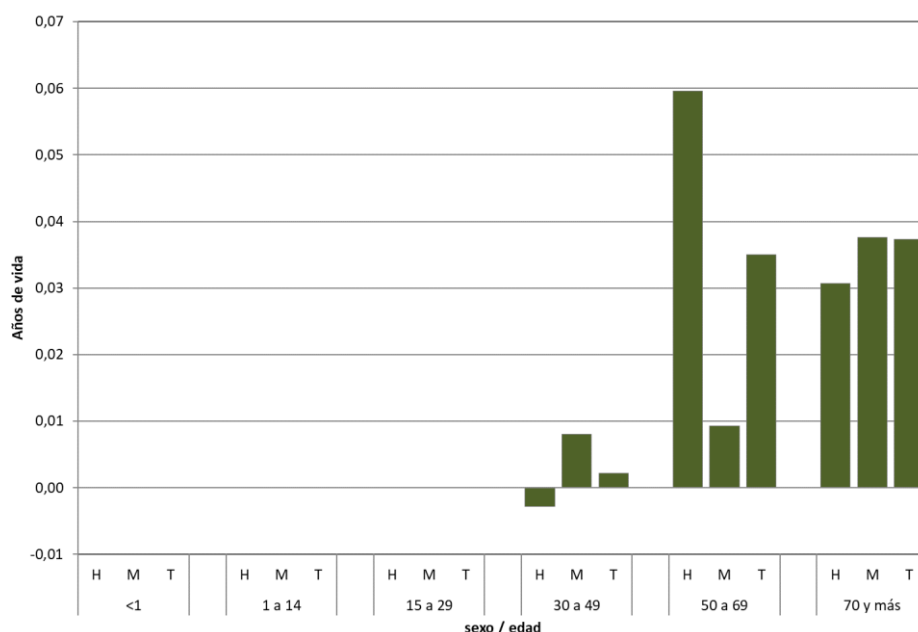
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los cánceres de colon y recto, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La contribución de los tumores de colon y recto al cambio en la esperanza de vida al nacer entre 2016 y 2021 es claramente positiva tanto en mujeres como, especialmente, en hombres.

Contribución de los tumores malignos de colon y recto al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Comunidad de Madrid. 2021

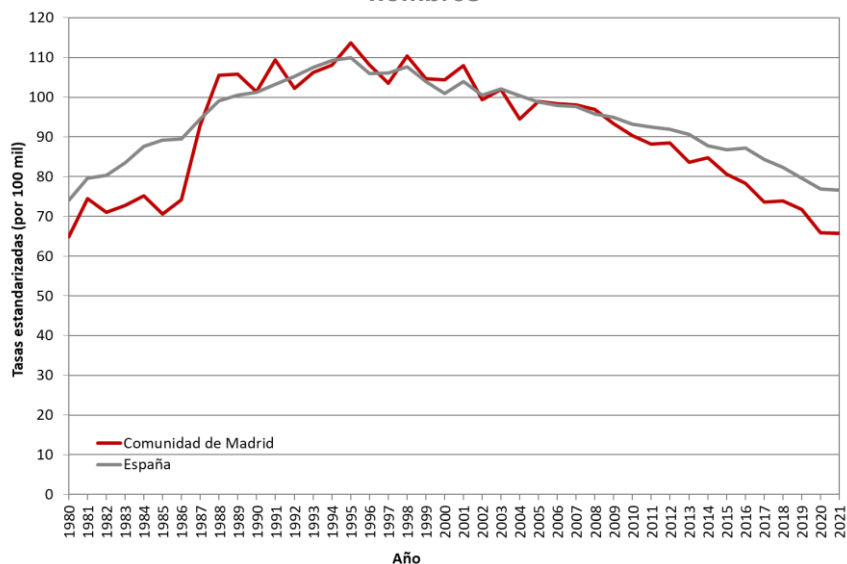
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.794	798	2.592
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	55,54	22,66	38,40
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	26,91	16,16	21,35
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	65,67	21,49	39,65
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil			
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,192	-0,039	0,082
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	34.186	16.767	50.953

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de pulmón (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución favorable en los hombres.

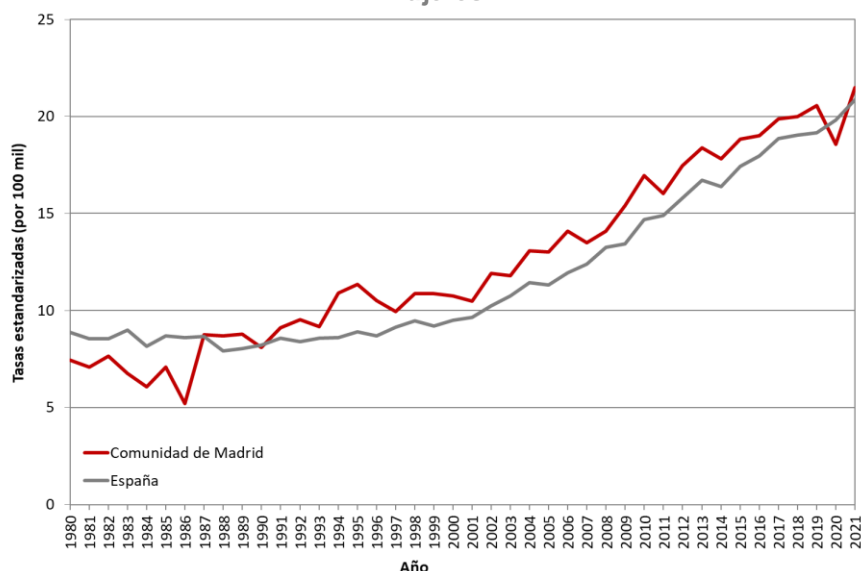
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una evolución muy desfavorable en las mujeres, como consecuencia principalmente de aumento de la prevalencia del tabaquismo a partir de la década de los 70.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en mujeres

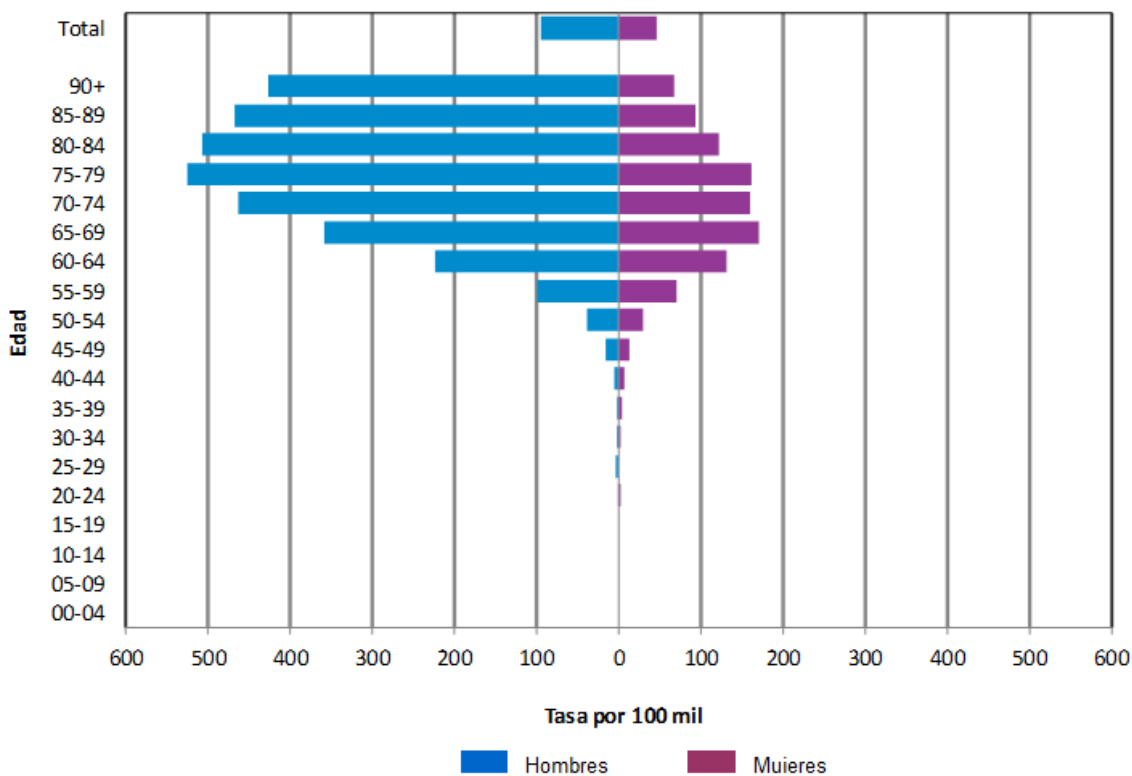


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid se concentra principalmente en los hombres a partir de los 55 años, con tasas mucho más altas que las de las mujeres.

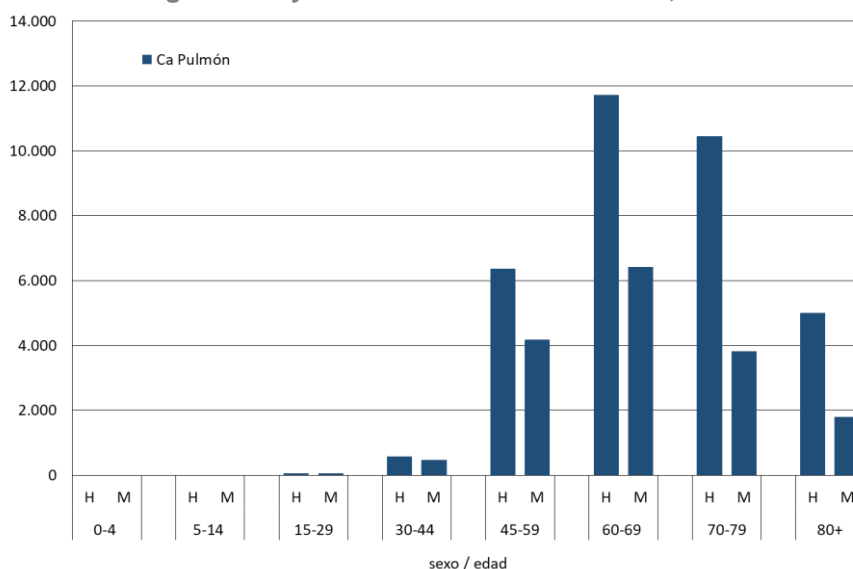
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón según edad y sexo, Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de pulmón en el año 2021. Los AVP por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad de Madrid en 2021 son mayores en hombres que en mujeres y en adultos maduros (45-69 años de edad) y personas mayores (70 y más años).

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021

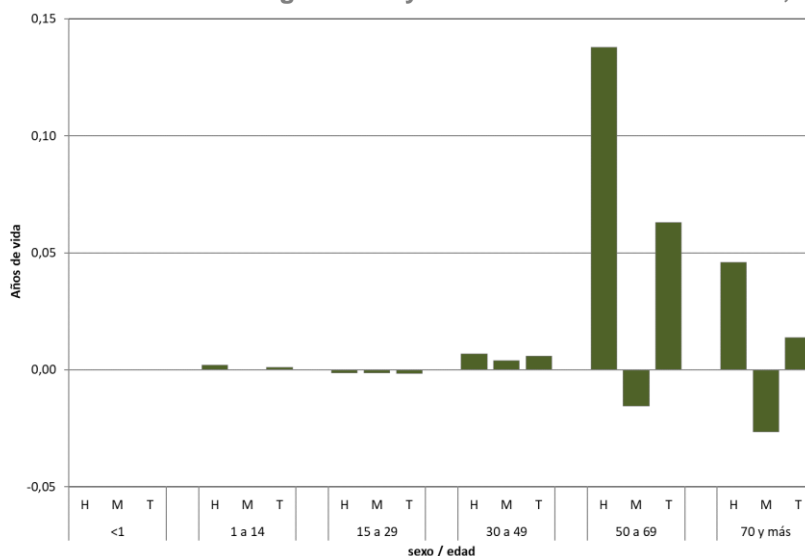


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de pulmón, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La contribución del cáncer de pulmón al cambio en la esperanza de vida al nacer entre 2016 y 2021 es claramente positiva en hombres mayores de 50 años, pero negativa en las mujeres de esas mismas edades.

Contribución del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Tumor maligno de mama de la mujer

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la población de la Comunidad de Madrid.

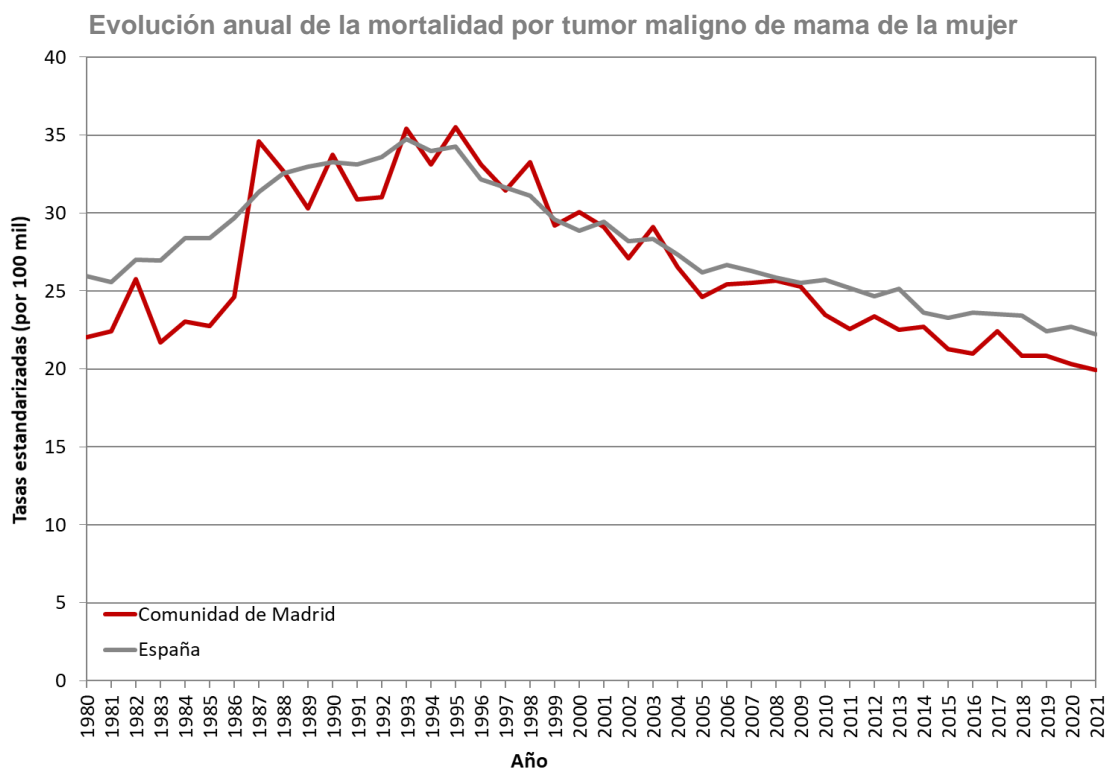
Tumor maligno de mama de la mujer. Comunidad de Madrid, 2021

	Mujeres
Número de muertes	795
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	22,58
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	17,31
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	19,92
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,023
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	16.725

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid ha tendido a disminuir desde mediados de los años noventa del siglo XX.

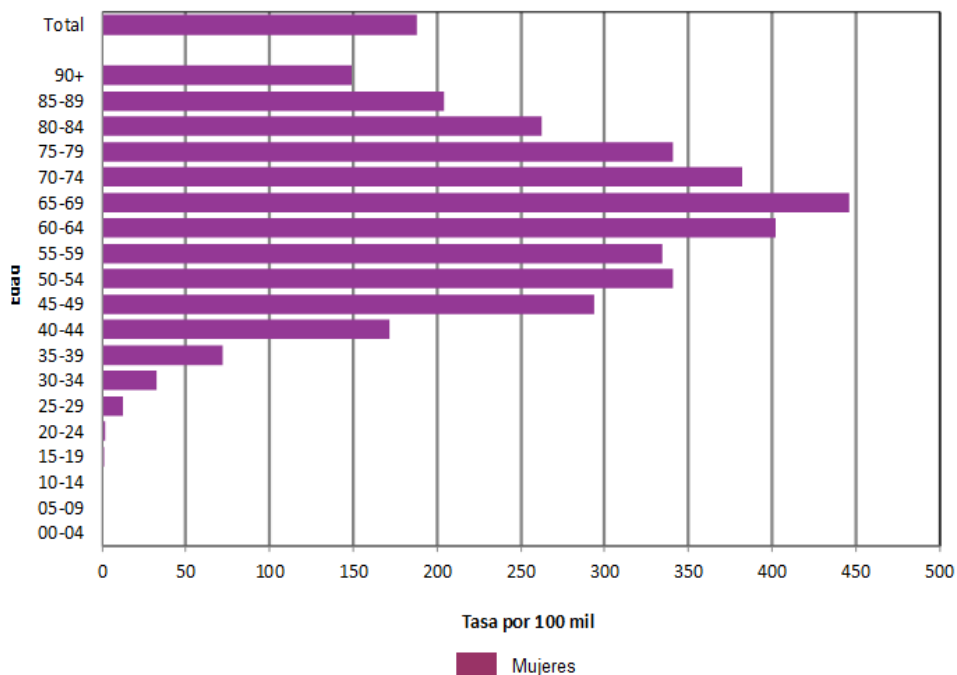
En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat para mujeres de España y la Comunidad de Madrid).



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid en 2021 se concentra principalmente entre los 45 y los 84 años de edad, alcanzando las tasas más elevadas entre los 60 y 74 años.

Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama de la mujer según edad. Comunidad de Madrid, 2021

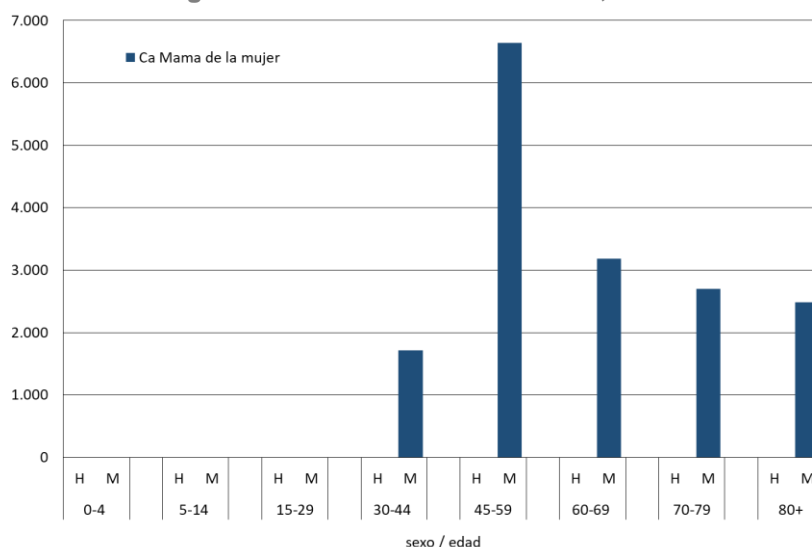


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de mama de la mujer en el año 2021.

Las pérdidas de años de vida son importantes a partir de los 30 años de edad, y especialmente entre las mujeres adultas maduras (45-69).

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de mama según edad. Comunidad de Madrid, 2021

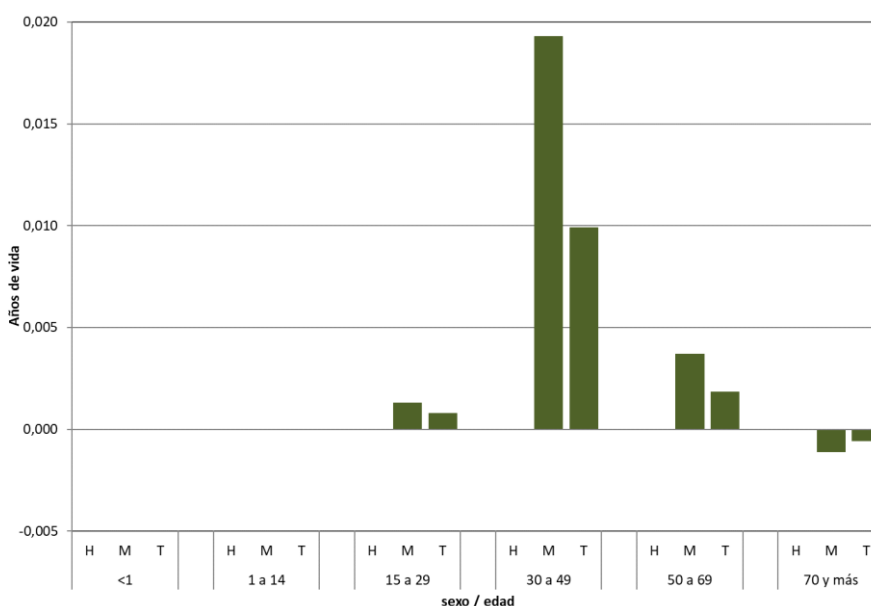


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de mama de la mujer, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos reunidos.

La mortalidad por tumor maligno de mama de la mujer en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución ligeramente positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 30 años, muy concentrada en el grupo de edad 30-49.

Contribución del tumor maligno de mama de la mujer al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Tumor maligno de cuello del útero

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de cuello del útero en la población de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de cuello del útero. Comunidad de Madrid, 2021

	Mujeres
Número de muertes	84
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	2,39
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,62
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	2,17
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	16,6
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	-0,012
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.247

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de útero (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.

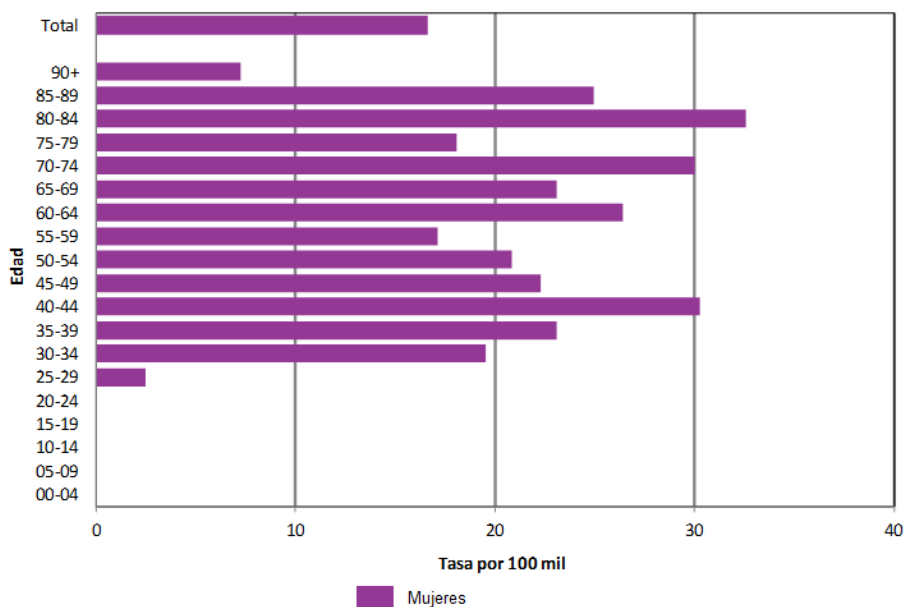
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de cuello del útero



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid se inicia a los 25 años y presenta un amplio rango de edades. Las tasas específicas por grupo de edad entre los 30 y los 89 años varían en el rango de 17,2-32,6 por 100 mil.

**Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de cuello del útero según edad
Comunidad de Madrid, 2021**

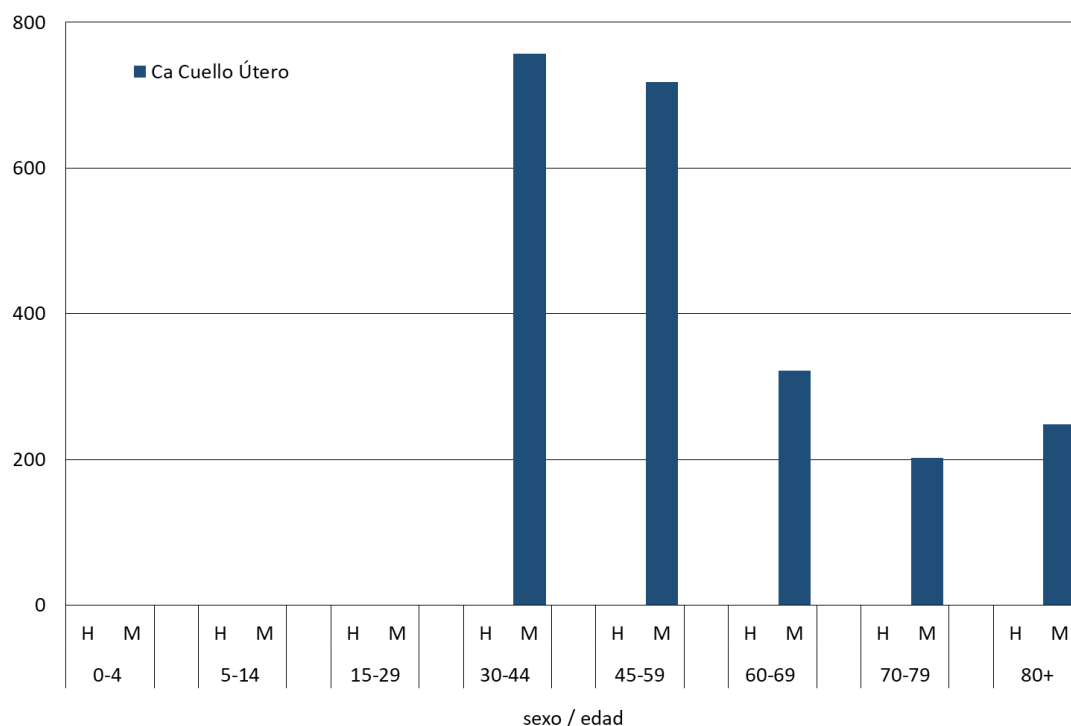


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de cuello de útero en el año 2021.

Los AVP por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid en 2021 se contabilizan a partir de los 30 años de edad, y especialmente entre los 30 y los 59.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de cuello del útero según edad. Comunidad de Madrid, 2021

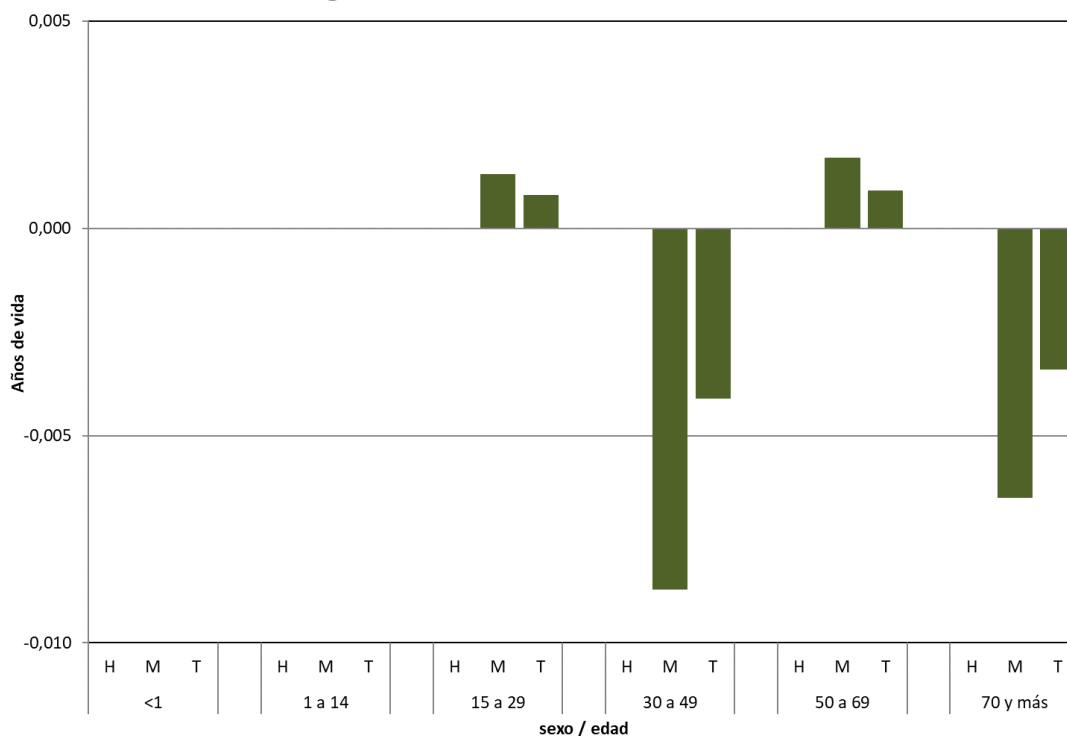


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de cuello de útero, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos reunidos.

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución globalmente negativa al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 30 años, aunque con un comportamiento levemente positivo en el grupo de edad de 50-69 años.

Contribución del tumor maligno de cuello de útero al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de otras partes del útero

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de otras partes del útero en la población de la Comunidad de Madrid.

Tumor maligno de cuerpo del útero. Comunidad de Madrid, 2021

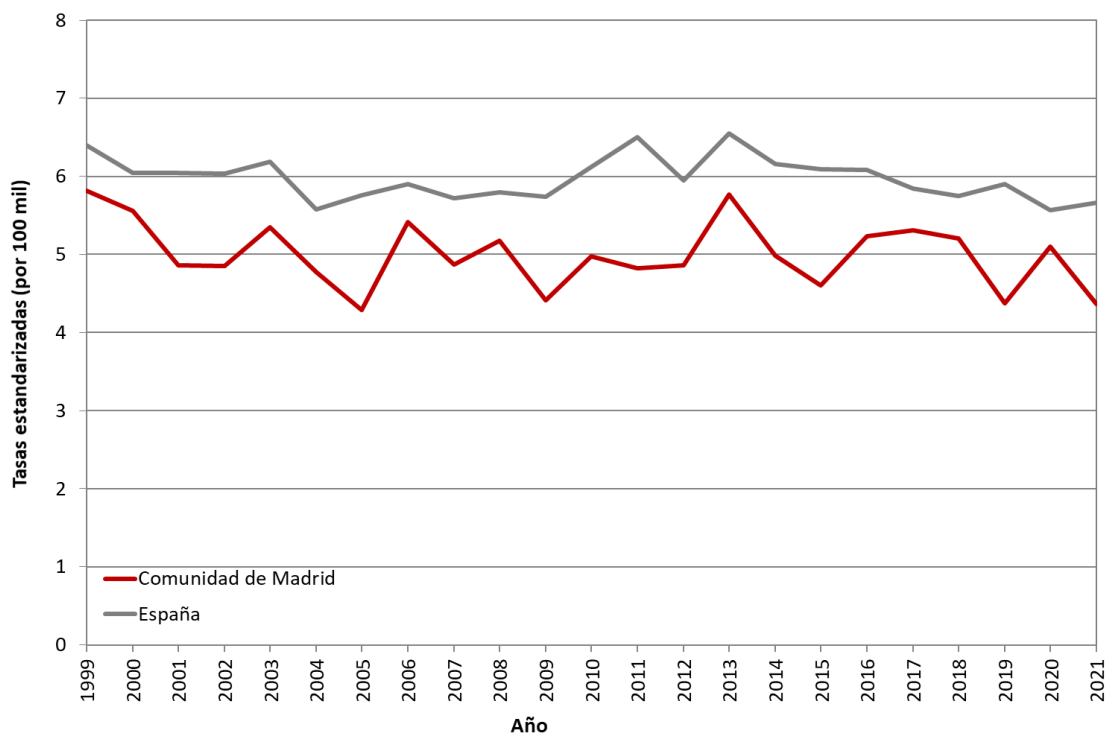
	Mujeres
Número de muertes	168
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	4,77
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,87
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	4,36
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	29,6
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,012
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	3.227

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuerpo de útero (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por tumor maligno de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.

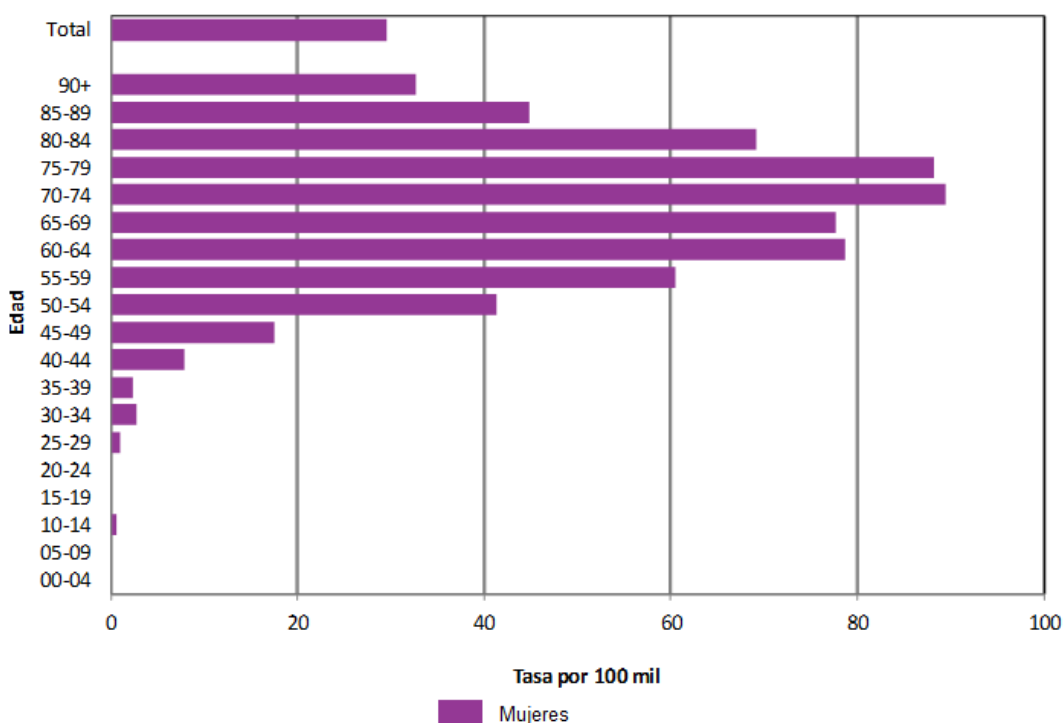
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de otras partes del útero



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por tumor maligno de otras partes del útero en la Comunidad de Madrid tiene un calendario por edad algo más maduro que el del cuello de útero. Las tasas son relevantes a partir de los 50 años, y especialmente desde los 60.

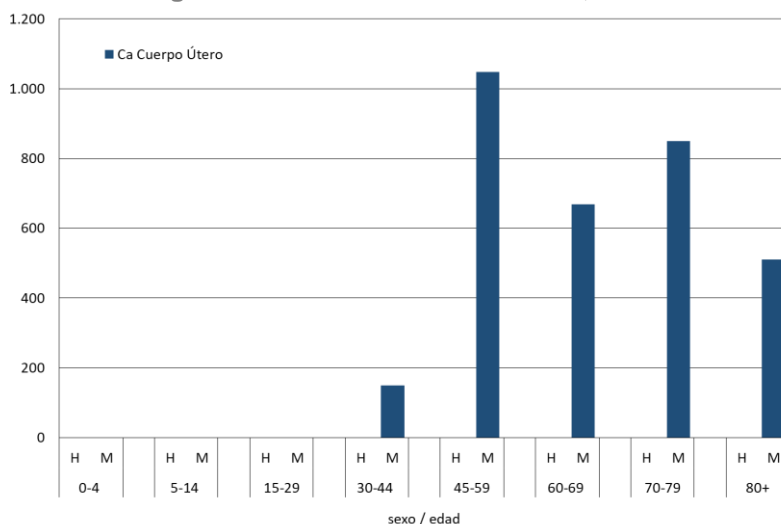
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de otras partes del útero según edad
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de cuerpo de útero en el año 2021. Los AVP por tumor maligno cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid en 2021 afectan a mujeres de 45 años de edad en adelante.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de otras partes del útero según edad. Comunidad de Madrid, 2021

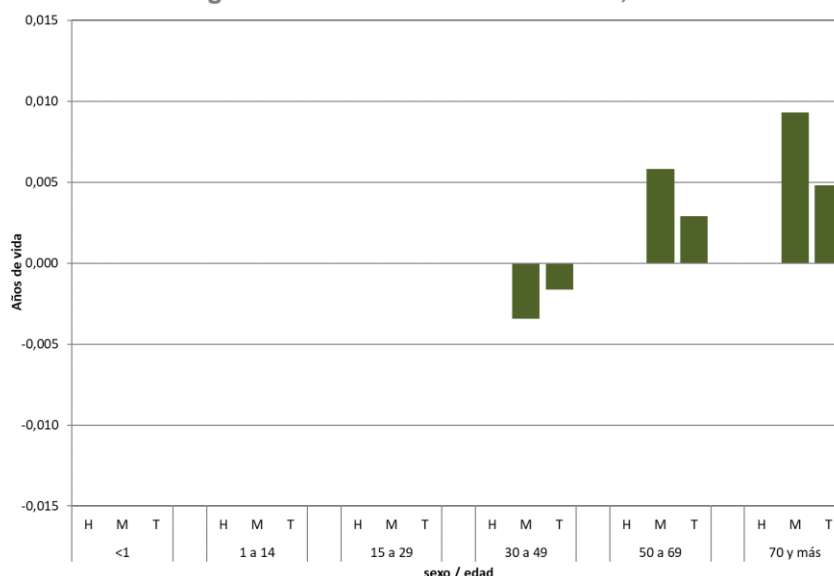


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de cuerpo de útero, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos reunidos.

La mortalidad por tumor maligno de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución ligeramente positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 50 años, aunque con un comportamiento levemente negativo en el grupo de edad de 30-49 años.

Contribución del tumor maligno de cuerpo de útero al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de ovario

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de ovario en la población de la Comunidad de Madrid.

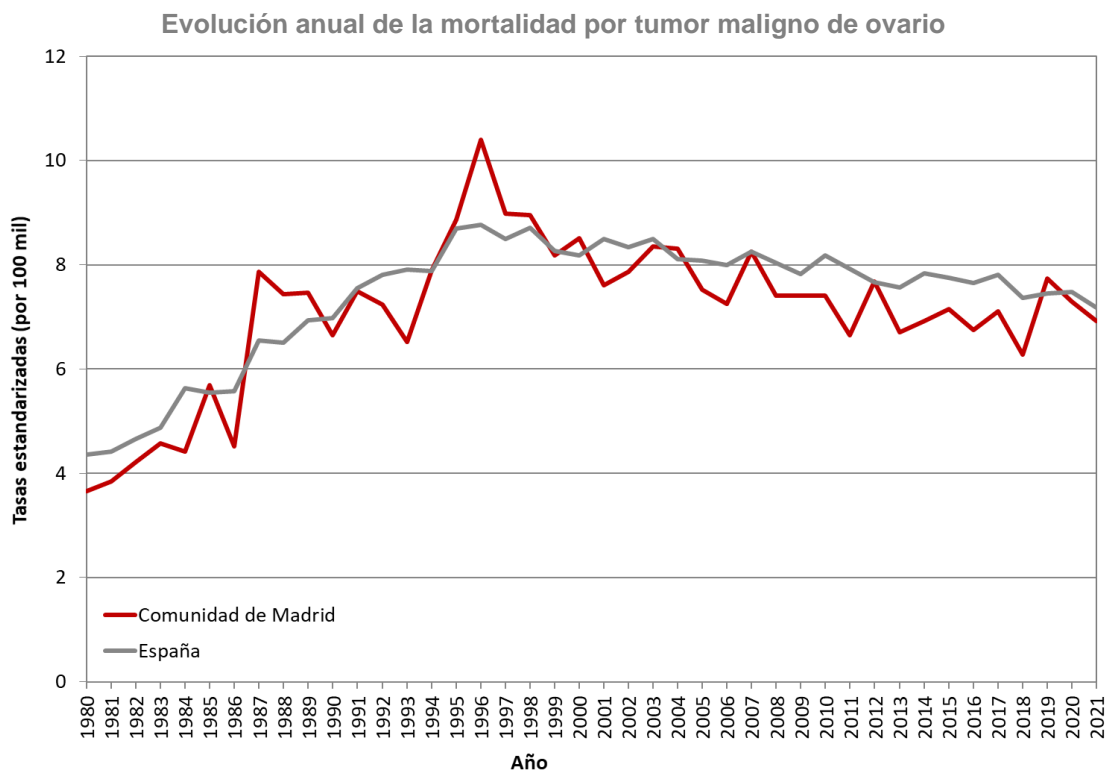
Tumor maligno de ovario. Comunidad de Madrid, 2021

	Mujeres
Número de muertes	262
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	7,44
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	6,13
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	6,92
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	24,0
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	-0,005
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	5.701

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de ovario (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

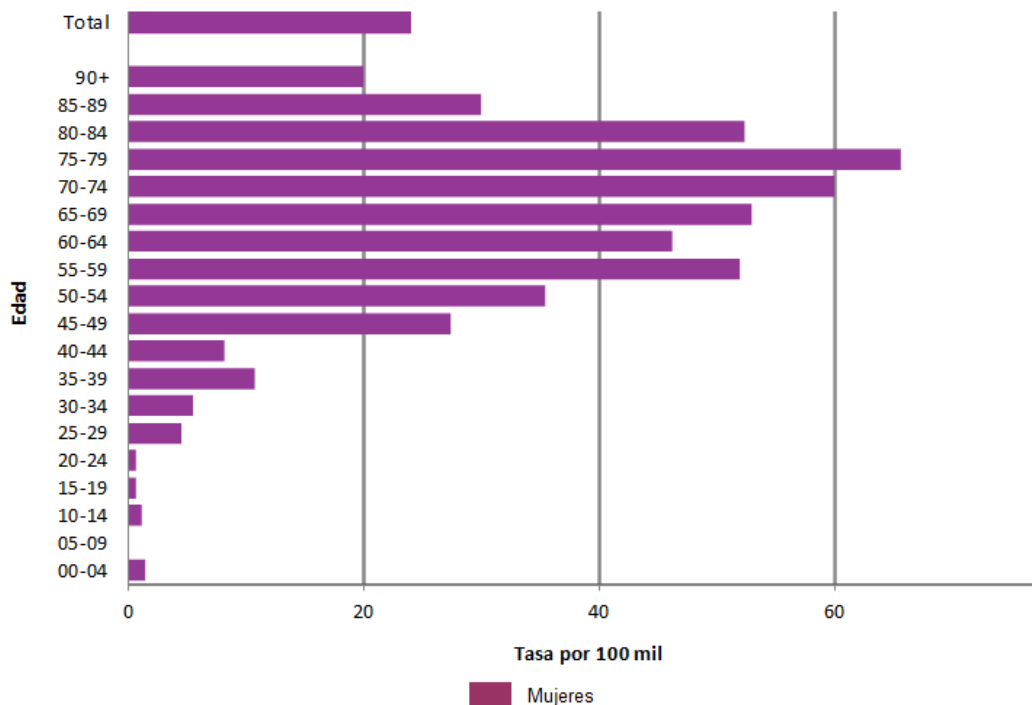
Tras un continuado empeoramiento desde 1980 hasta mediados de los años noventa, las tasas de mortalidad por cáncer de ovario se han estabilizado e incluso reducido ligeramente en los últimos años.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la Morbilidad Hospitalaria por cáncer de ovario según grupos de edad. A diferencia de otros tumores ginecológicos, en los que los ingresos hospitalarios de menores de 20 años son virtualmente inexistentes, el cáncer de ovario sí presenta una cierta frecuentación hospitalaria en menores. Las tasas más altas se encuentran entre los 55 y los 84 años de edad.

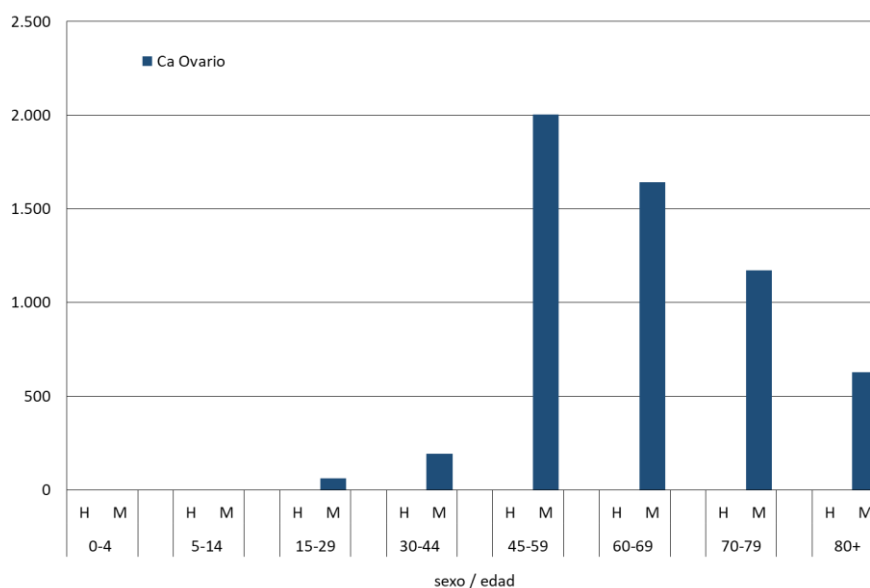
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de ovario según edad Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de ovario en el año 2021. Los AVP por tumor maligno de ovario en la Comunidad de Madrid en 2021 tienen su máximo entre los 45 y los 59 años, pero son significativos también por encima de los 60 años de edad.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de ovario según edad. Comunidad de Madrid, 2021

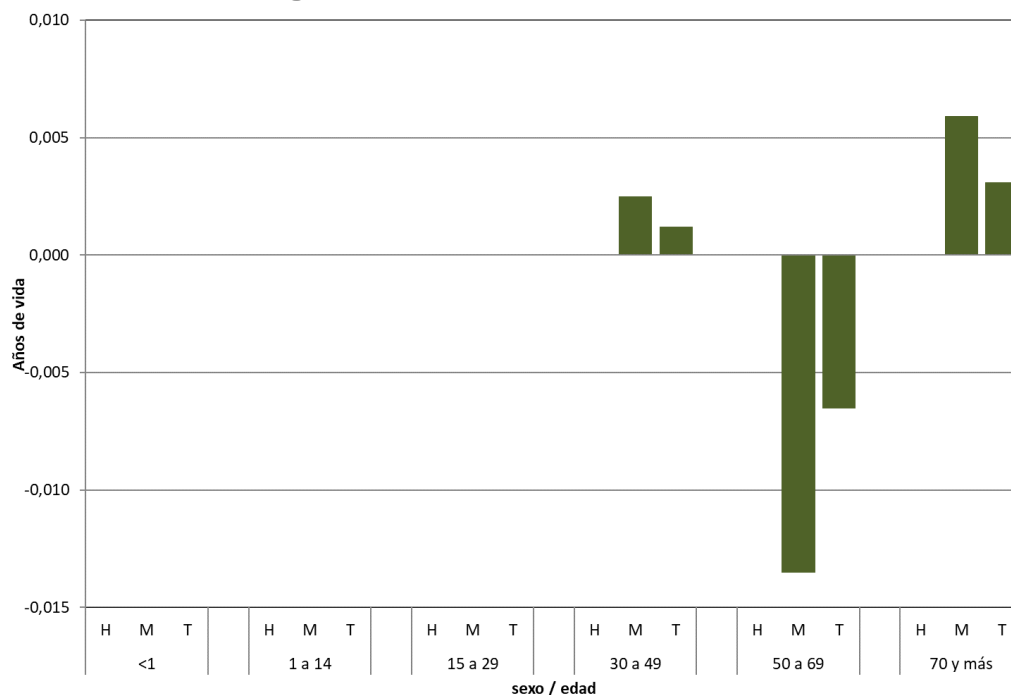


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de ovario, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos reunidos.

La mortalidad por tumor maligno de ovario en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución ligeramente positiva al cambio de la esperanza de vida en las mujeres mayores de 70 años y menores de 50, aunque con un comportamiento negativo en el grupo de edad de 50-69 años.

Contribución del tumor maligno de ovario al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de próstata

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por tumor maligno de próstata en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Tumor maligno de próstata. Comunidad de Madrid, 2021

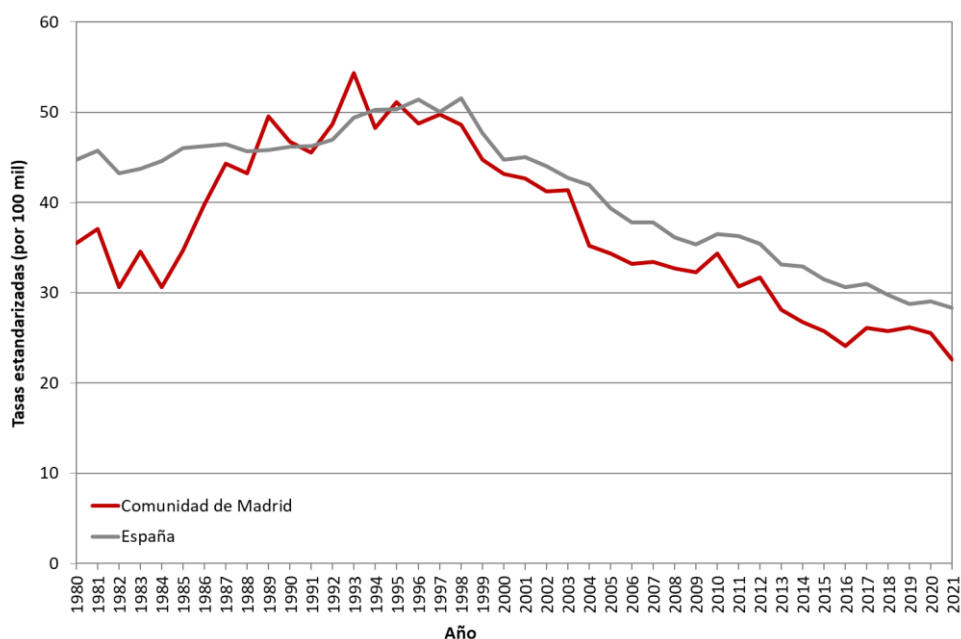
	Hombres
Número de muertes	579
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	17,93
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,84
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	22,59
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	148,1
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,018
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	7.204

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres de España y la Comunidad de Madrid. La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid ha tenido una evolución muy favorable desde mediados de los años noventa.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de próstata

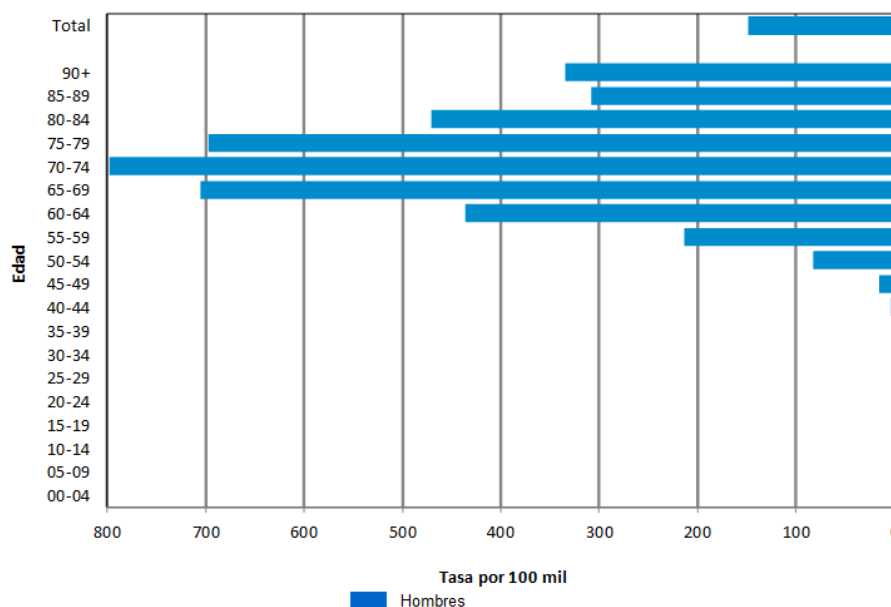




Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cáncer de próstata afecta a los adultos maduros y es especialmente importante a partir de los 60 años de edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 65 a 79 años.

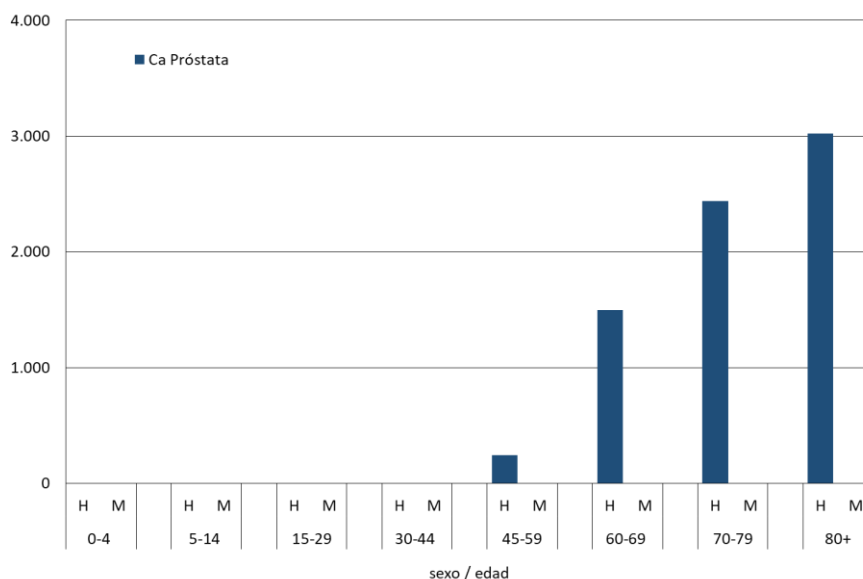
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de próstata según edad Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de próstata en el año 2021. Los AVP por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid en 2021 se inician a partir de los 45 años y tienen un peso importante y creciente hasta las edades más altas.

Años de vida perdidos (AVP) por tumor maligno de próstata según edad. Comunidad de Madrid, 2021

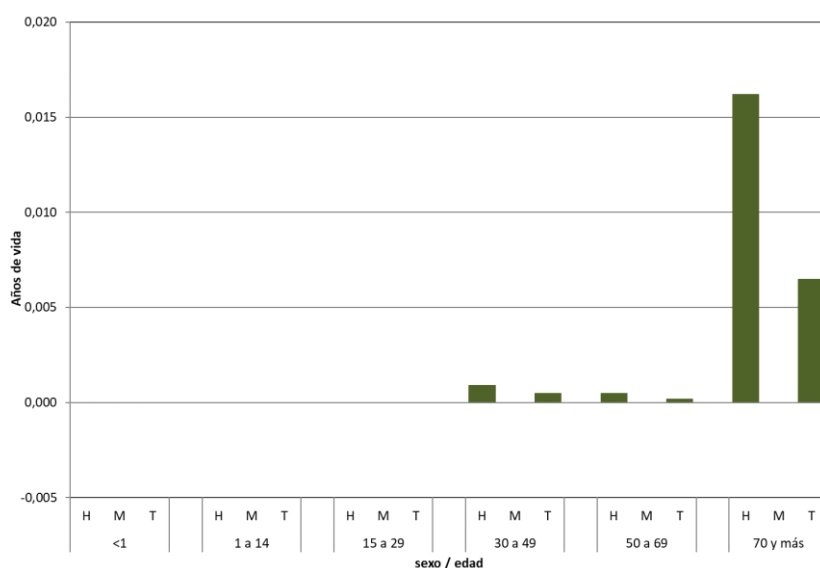


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por edad para el tumor maligno de próstata, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos reunidos.

La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Comunidad de Madrid ha tenido en los últimos años una contribución positiva al cambio de la esperanza de vida concentrada en los hombres mayores de 70 años.

Contribución del tumor maligno de próstata al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tumor maligno de páncreas

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cáncer de páncreas en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Tumor maligno de páncreas. Comunidad de Madrid, 2021

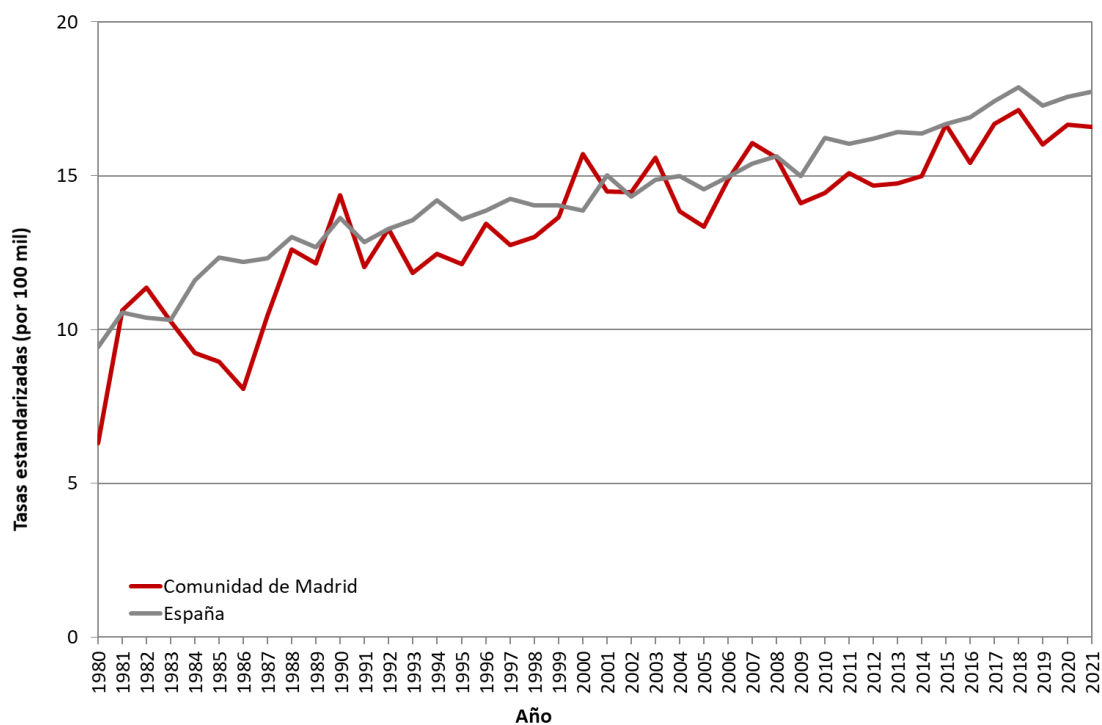
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	460	485	945
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	14,24	13,78	14,00
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	8,26	5,30	6,73
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	16,59	12,36	14,21
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	25,11	21,44	23,20
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	-0,007	-0,002	-0,006
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	9.191	8.130	17.321

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de páncreas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

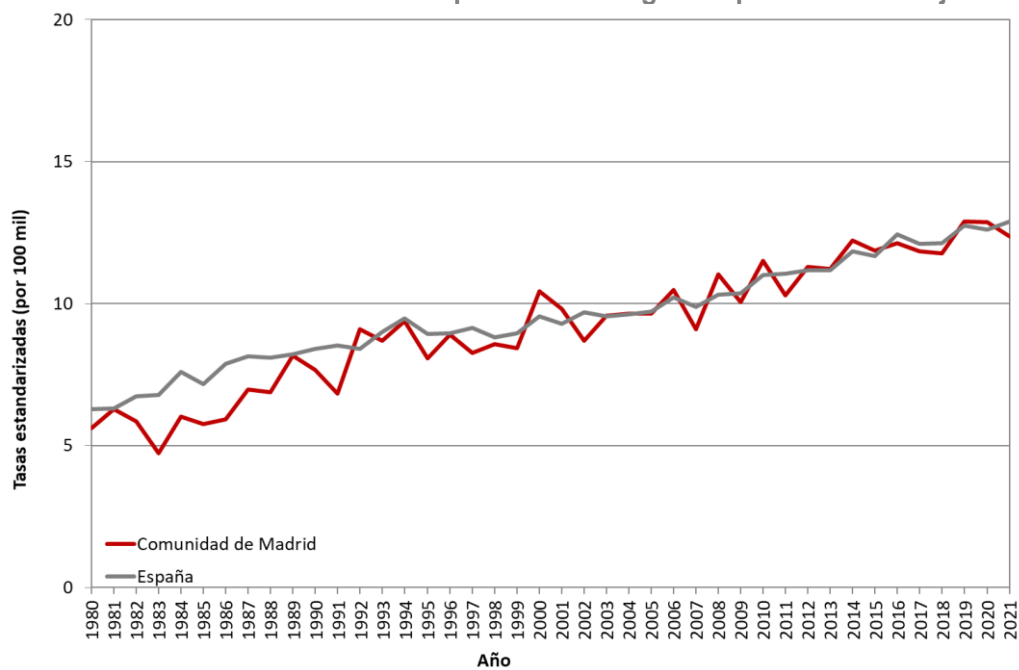
En ambos sexos, la mortalidad por cáncer de páncreas en hombres traza en la Comunidad de Madrid una evolución claramente ascendente en los últimos cuarenta años.

Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de páncreas en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

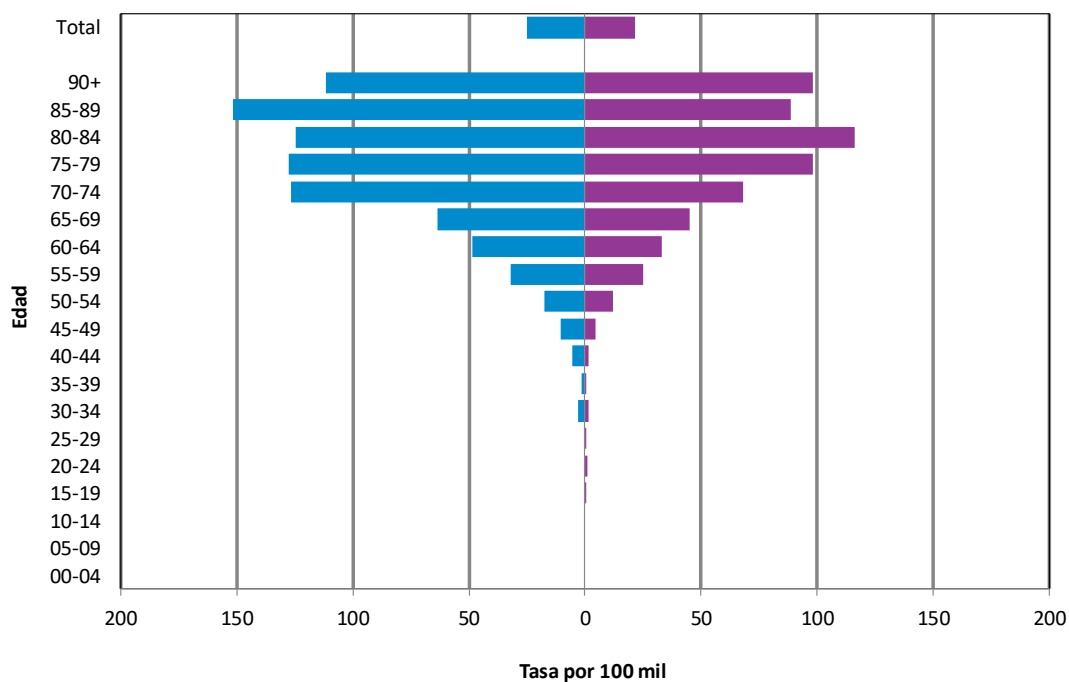
Evolución anual de la mortalidad por tumor maligno de páncreas en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por neoplasia maligna de páncreas afecta fundamentalmente a personas por encima de los 70 años.

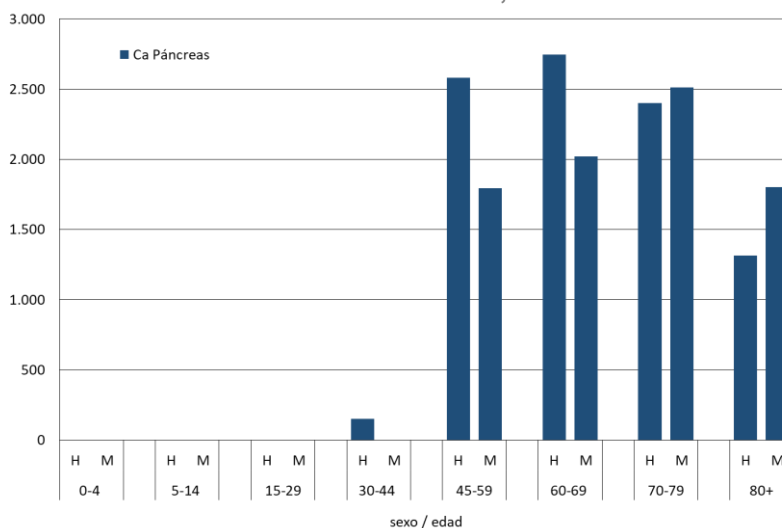
Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de páncreas según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el cáncer de páncreas en el año 2021. Los AVP por cáncer de páncreas en la Comunidad de Madrid en 2021 se concentran por encima de los 45 años de edad, con un calendario más joven en los hombres que en las mujeres.

Años de vida perdidos (AVP) por cáncer de páncreas según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2021

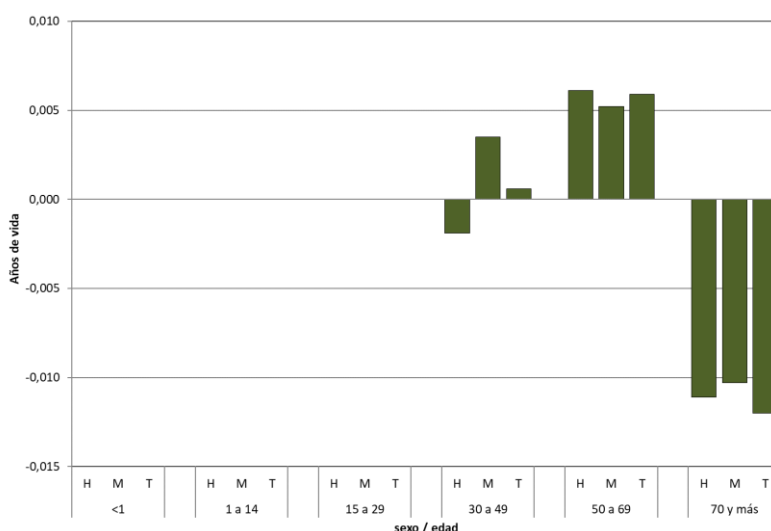


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el cáncer de páncreas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La mortalidad global por cáncer de páncreas ha contribuido de manera negativa al cambio de la esperanza de vida, entre 2016 y 2021, porque las mejoras conseguidas antes de los setenta años de edad se ven superadas por la resta de esperanza de vida registrada por encima de esta edad.

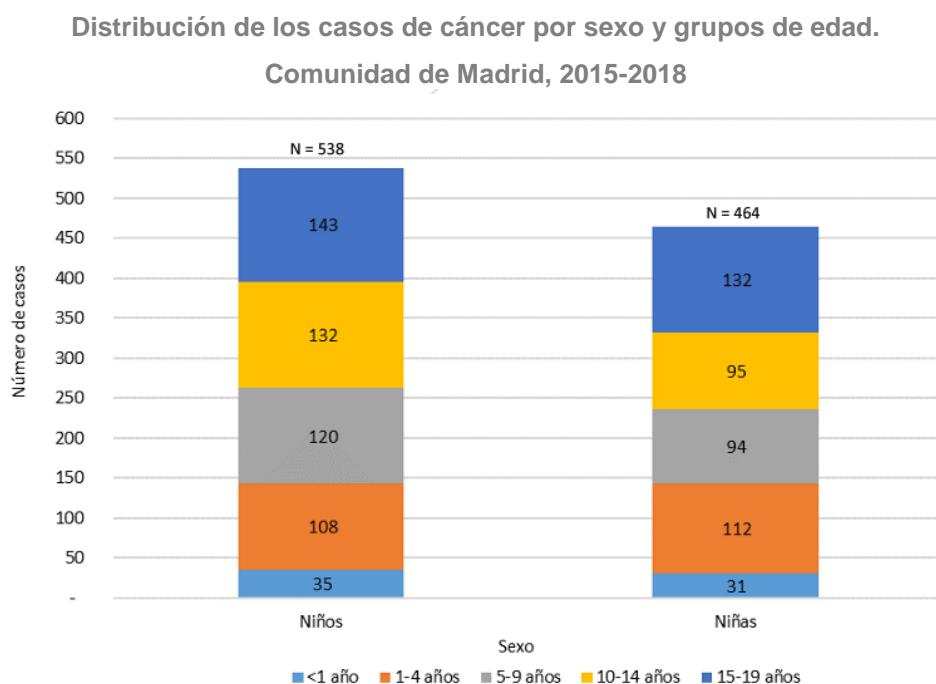
Contribución del cáncer de páncreas al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Cáncer en niños y adolescentes

Entre los años 2015-2018 se registraron un total de 1.002 tumores en 5.269.524 personas-año. El 53,7% se dieron en varones (538) y el 46,3% en mujeres (464). El 72,6% de los casos (727) fue diagnosticado entre los 0-14 años de edad y el 27,4% (275) entre 15-19 años. En el siguiente gráfico se observa la distribución por edad y sexo.



Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

La tasa bruta de incidencia entre los 0 y los 19 años fue de 190,15 casos/millón (192,74 al ajustar por la población mundial). En los niños la incidencia fue superior que en las niñas: 199,22 frente a 180,61 casos/millón. El tipo tumoral más frecuente entre los niños fue el de las leucemias (45,55 casos/millón; N=123), mientras que entre las niñas fueron los tumores del SNC (51,38 casos/millón; N=132).

Distribución y tasas brutas y ajustadas de los casos de cáncer entre los 0-19 años por sexo y grupo diagnóstico de la ICCC-3. Comunidad de Madrid, 2015-2018

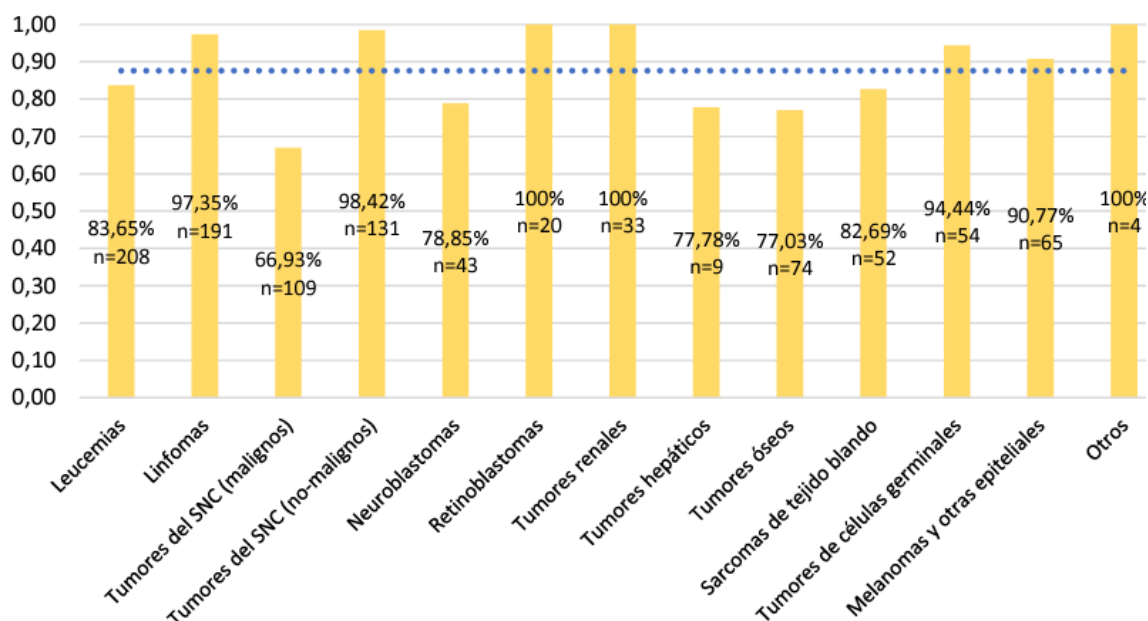
Grupo diagnóstico ICCC-3	Niños		Niñas		Ambos sexos		
	N	Tasa bruta	N	Tasa bruta	N	Tasa bruta	Tasa ajustada
I. Leucemias y enf. mieloproliferativas y mielodisplásicas	123	45,55	86	33,48	209	39,66	41,11
II. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	118	43,70	73	28,42	191	36,25	35,78
III. SNC y neoplasias intracraneales e intraespinales	108	39,99	132	51,38	240	45,54	45,48
IV. Neuroblastoma y otros tumores del SN periférico	28	10,37	15	5,84	43	8,16	9,54
V. Retinoblastoma	7	2,59	13	5,06	20	3,80	4,57
VI. Tumores renales	15	5,55	18	7,01	33	6,26	7,06
VII. Tumores hepáticos	5	1,85	4	1,56	9	1,71	1,84
VIII. Tumores malignos óseos	44	16,29	31	12,07	75	14,23	13,21
IX. Sarcomas de tejidos blandos y otros extraóseos	27	10,00	25	9,73	52	9,87	10,02
X. Tumores de células germinales, trofoblásticos y gonadales	36	13,33	21	8,17	57	10,82	10,86
XI. Otras neoplasias malignas epiteliales y melanomas malignos	24	8,89	41	15,96	65	12,34	11,82
XII. Otras y neoplasias malignas NE	-	-	4	1,56	4	0,76	0,73
Otros no clasificables	3	1,11	1	0,39	4	0,76	0,73
TOTAL	538	199,22	464	180,61	1002	190,15	192,74

Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.

Globalmente, la supervivencia tras un diagnóstico de un tumor en los niños y adolescentes que residen en la Comunidad de Madrid es muy alta. En el periodo estudiado, se estima que seis de cada siete personas entre 0-19 años con un diagnóstico de tumor maligno han sobrevivido al menos 5 años tras el diagnóstico, no existiendo grandes diferencias por sexo ni grupo de edad. La supervivencia de los pacientes con tumores malignos del SNC o con tumores diagnosticados en estadios avanzados es la más baja

La supervivencia a 5 años de los pacientes con un diagnóstico de tumor maligno fue de 85,92% a los 5 años (83,41 – 88,08). No existieron diferencias en la supervivencia por sexo ni por periodo vital entre infancia (0-14 años) y adolescencia (15-19). Por grupos de edad, los de 10 a 14 años presentaron la peor supervivencia (77,89% a los 5 años; 71,3 – 83,15) seguidos de los menores a 1 año (84,13%; 72,51 – 91,13).

Supervivencia observada a los 5 años para todos los tumores incluyendo los no-malignos del SNC, según grupo de la ICCC-3, 0-19 años, ambos sexos. Comunidad de Madrid, 2015-2018.



Fuente: RECAM-i, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer.



Más información:

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-epidemiologica-cancer>

Incidencia de cáncer en niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid, 2015-2018

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_incidence_cancer_infantil_2015-2018.pdf

Supervivencia de la población infantil y adolescente con cáncer de la Comunidad de Madrid, 2015-2018

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_supervivencia_cancer_infantil_2015-2018_0.pdf

Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular que hasta hace unos años era la principal causa de muerte, ha pasado a ser la segunda causa de defunción en hombres y en ambos sexos, con un total de 11615 fallecimientos, 5256 en hombres y 6359 en mujeres. El infarto agudo de miocardio y las cardiopatías isquémicas de corazón son las principales causas de muerte, 33,8% en hombres y 20,6% en mujeres, seguidas de la insuficiencia cardiaca, 913 casos en hombres (17,4%) y 1529 en mujeres (24%) y de las enfermedades cerebro vasculares, 957 muertes en hombres (18,2%) y 1298 en mujeres (20,4%).



La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por Enfermedades del sistema circulatorio en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Enfermedades del sistema circulatorio. Comunidad de Madrid, 2021

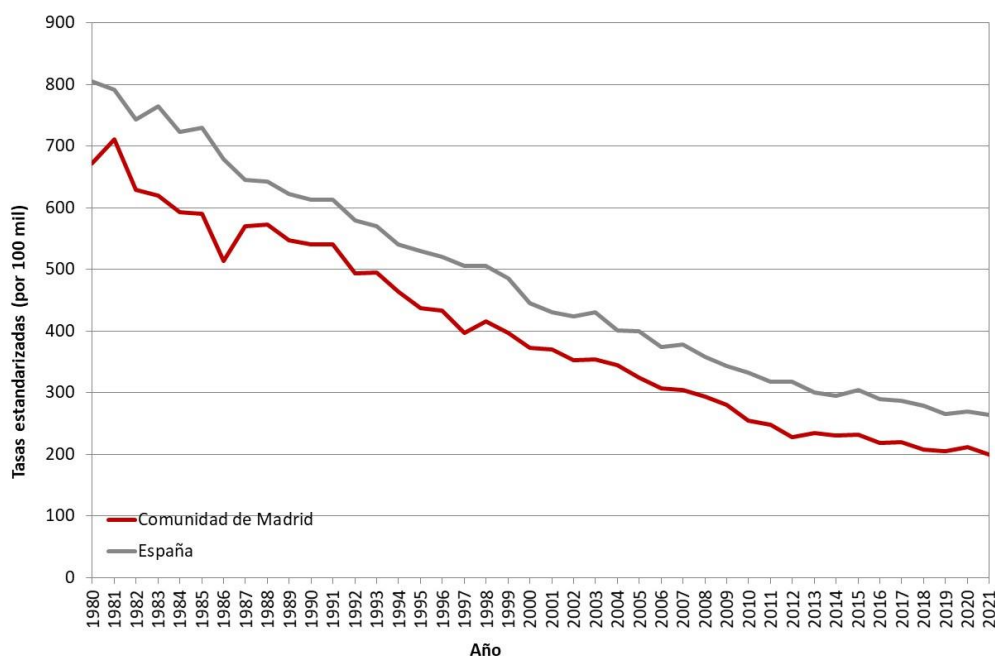
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	5.256	6.359	11.615
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	162,73	180,61	172,05
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	60,91	18,59	39,05
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	199,57	130,31	159,68
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1,375,36	1,144,61	1.255,09
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,102	0,264	0,194
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	81.434	62.254	143.688

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

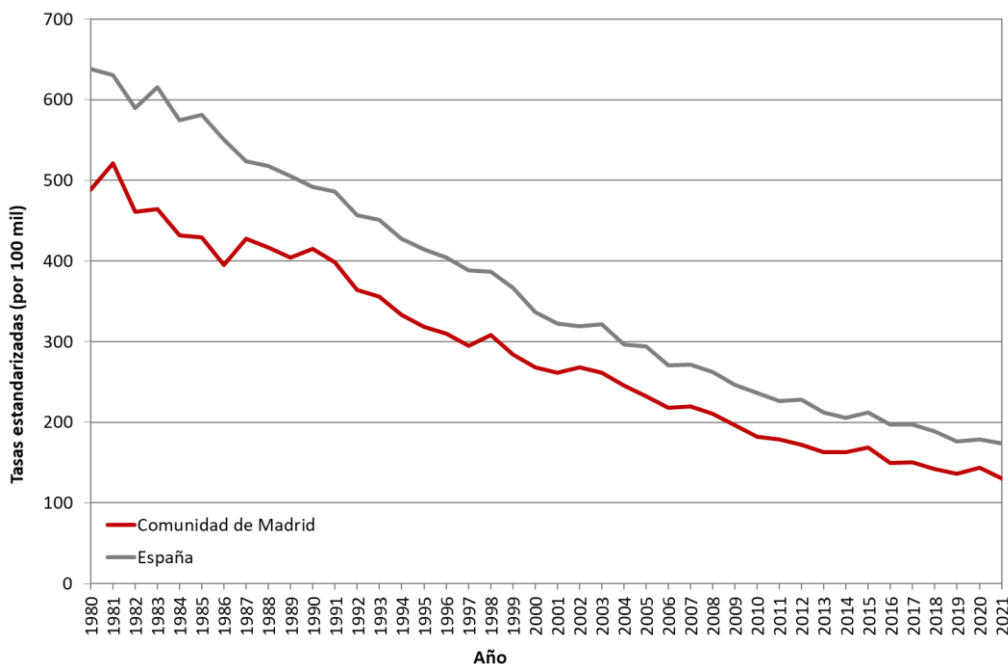
Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha sido fuertemente descendente en los últimos cuarenta años en la Comunidad de Madrid.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

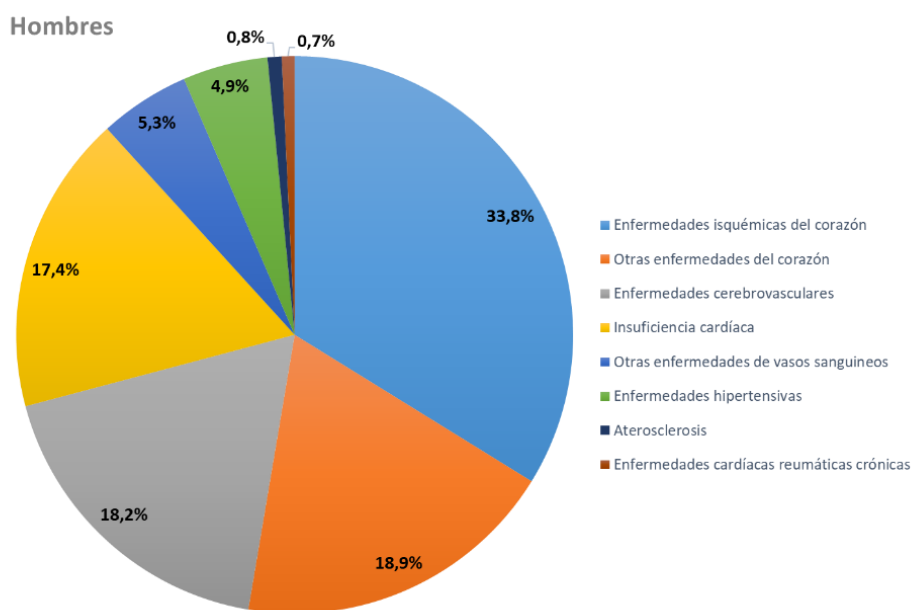
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres

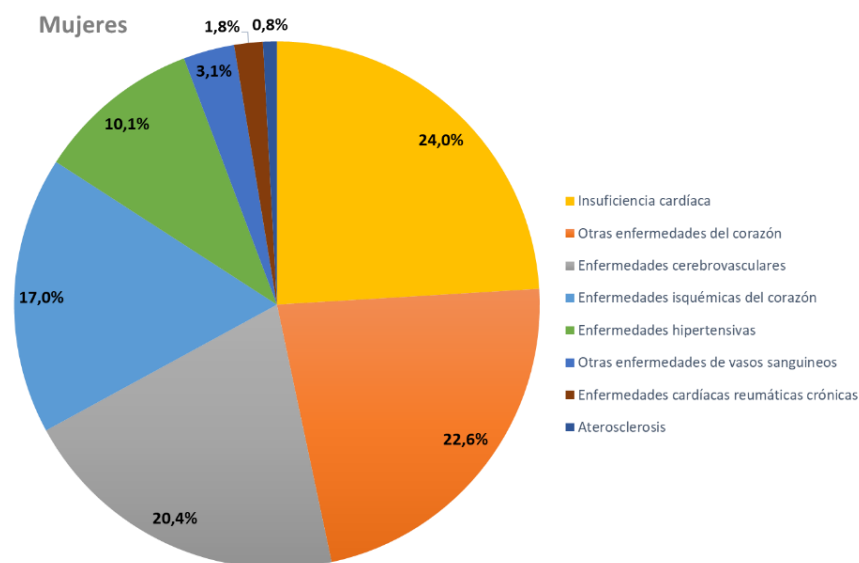


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte dentro de este grupo de enfermedades del sistema circulatorio en los hombres, suponiendo una tercera parte del total. En segundo lugar, aparece la insuficiencia cardíaca, y posteriormente el agregado de otras enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. En las mujeres la insuficiencia cardíaca pasa al primer lugar, con el agregado de otras enfermedades del corazón en segundo lugar, y las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica en tercera y cuarta posición.

Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio, por principales enfermedades, según sexo. Comunidad de Madrid, 2021

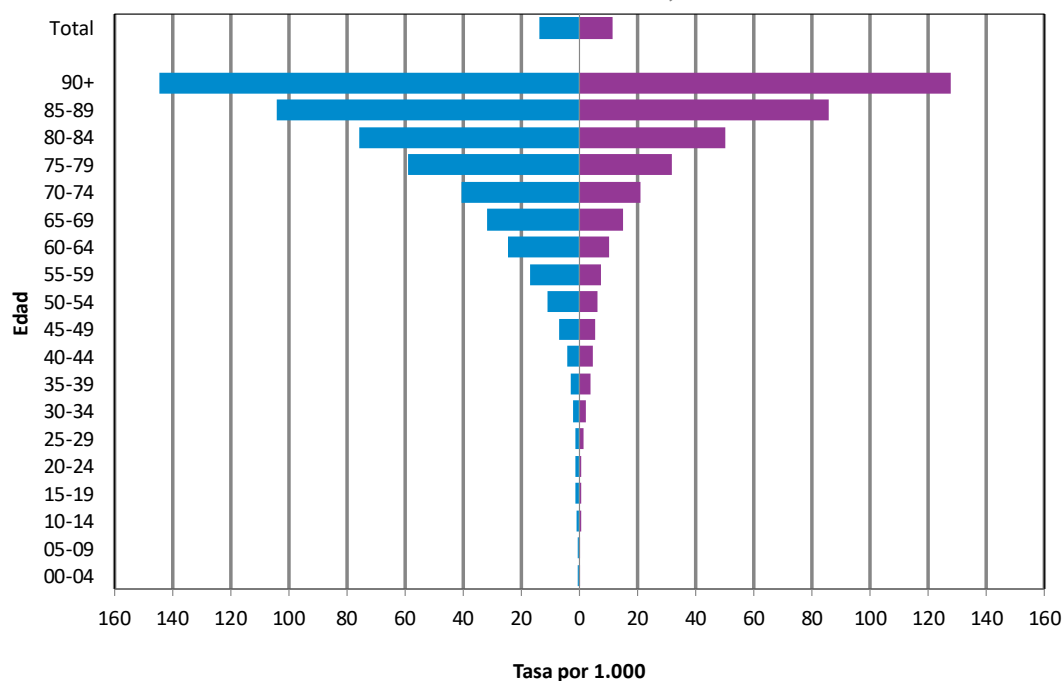




Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio es mayor en hombres que en mujeres y crece aceleradamente con la edad.

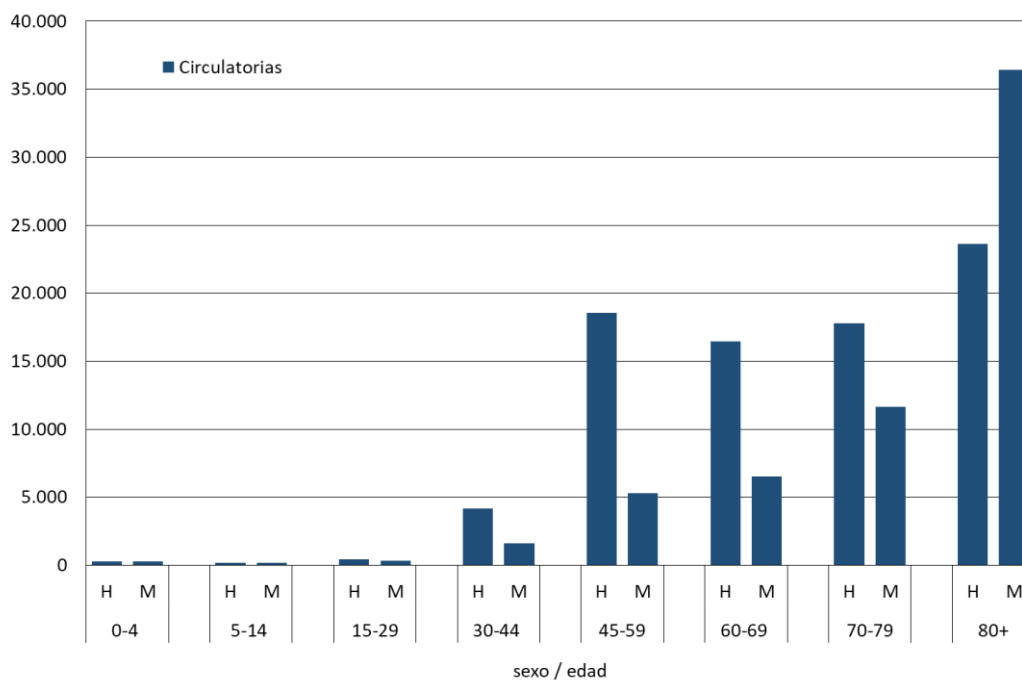
Morbilidad hospitalaria por enfermedades del aparato circulatorio según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema circulatorio en el año 2021. Los AVP por enfermedades del sistema circulatorio en la Comunidad de Madrid en 2021 son muy numerosos y aumentan con la edad. Son mayores en hombres que en mujeres antes de los 80 años de edad, y mayores en las mujeres de ese grupo abierto de edad.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades del sistema circulatorio según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021

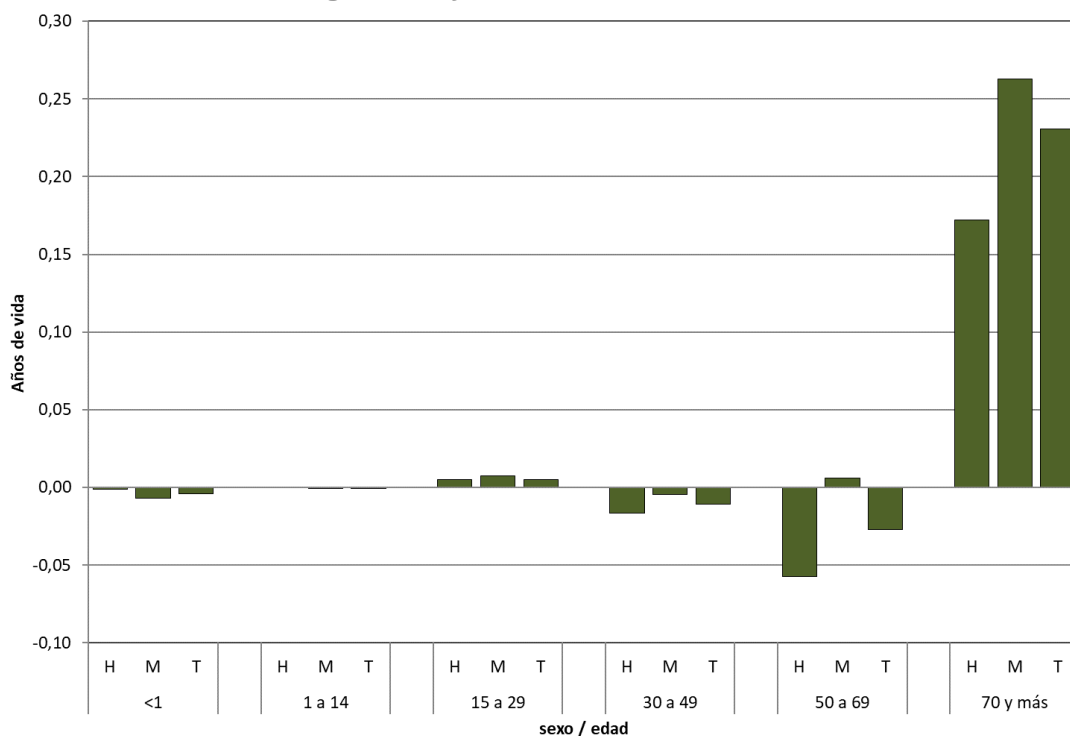


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades del sistema circulatorio, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La mortalidad global por enfermedades del sistema circulatorio ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2016 y 2021. Por edad, esa mejora se concentra en las personas mayores de 70 años.

Contribución de las enfermedades del sistema circulatorio al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Cardiopatía isquémica

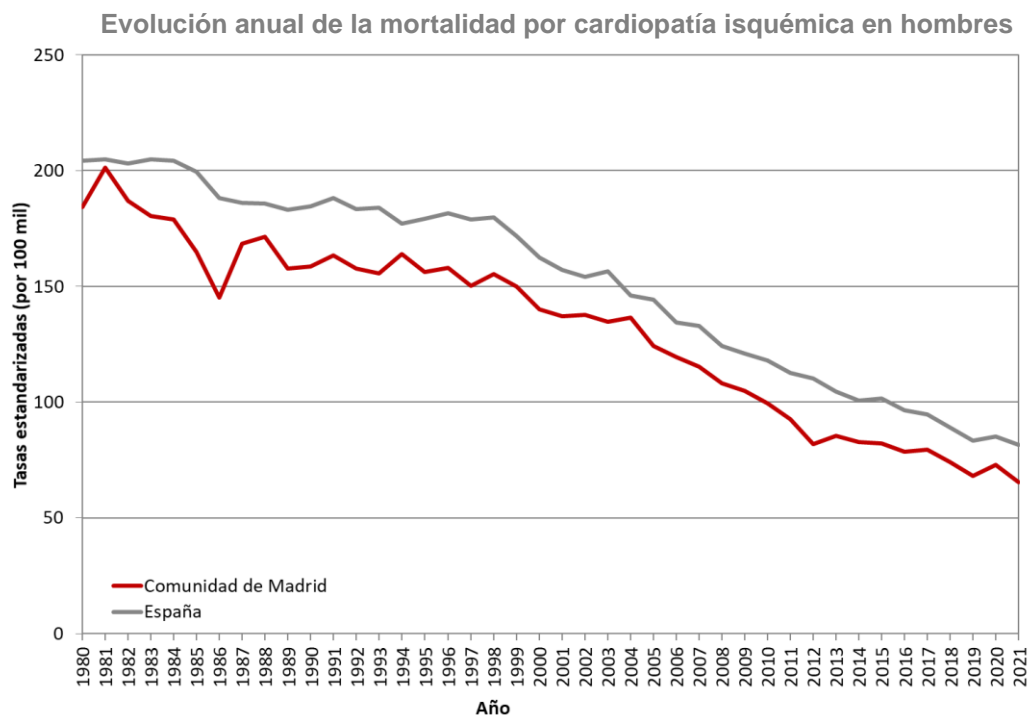
La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por cardiopatía isquémica en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid, 2021

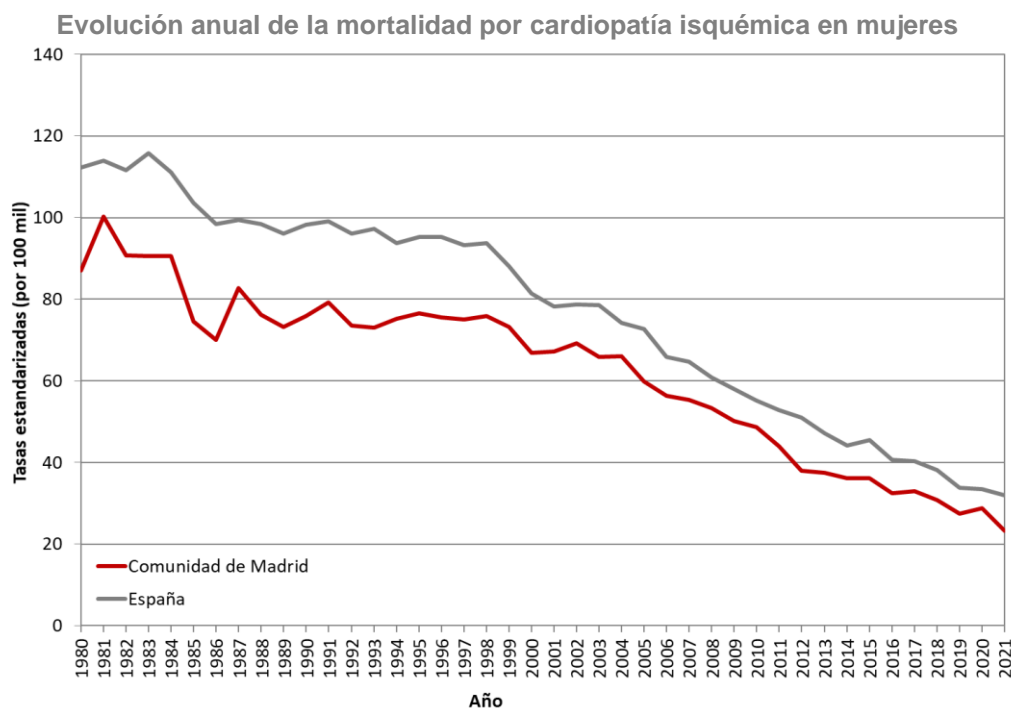
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	1.777	1.084	2.861
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	55,02	30,79	42,38
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	29,57	5,56	17,16
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	65,54	23,33	40,47
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	285,9	99,0	188,5
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,095	0,145	0,125
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	31.317	12.200	43.517

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las Tasas ajustadas de mortalidad por cardiopatía isquémica (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica en la Comunidad de Madrid en hombres y en mujeres muestran una tendencia descendente desde 1980.



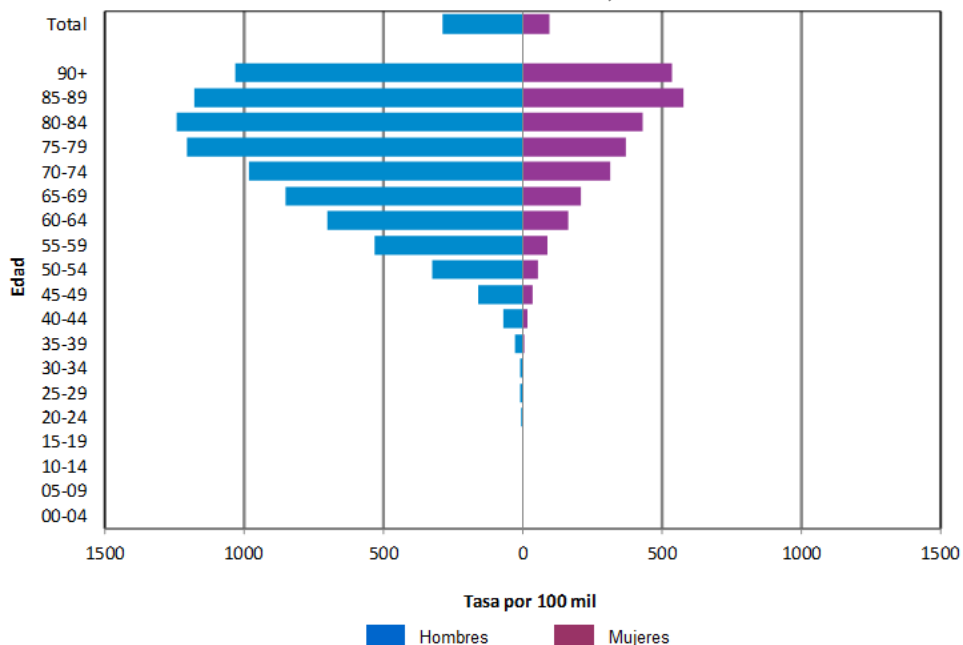
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica es claramente mayor en hombres que en mujeres y crece fuertemente con la edad a partir de los 40 años.

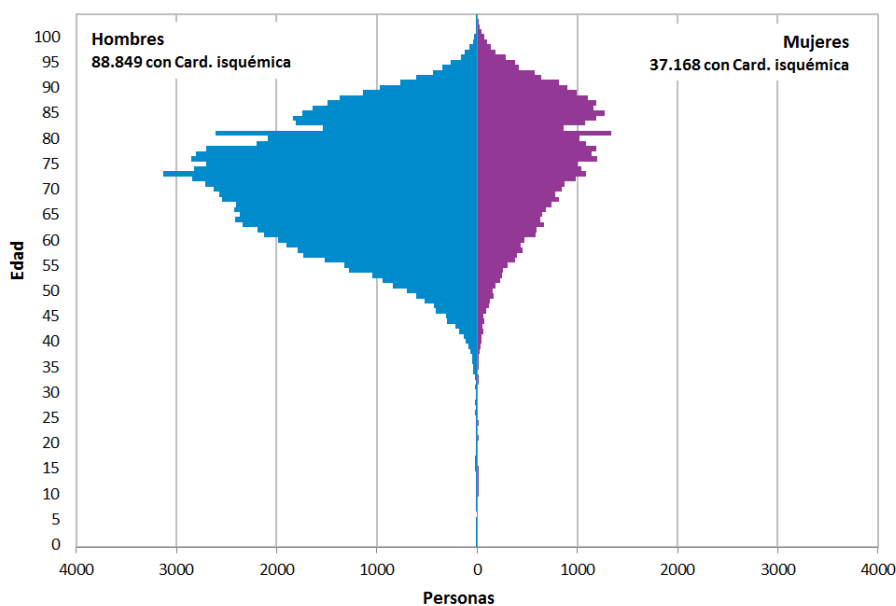
Morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad causada por los pacientes que están diagnosticados de cardiopatía isquémica, en los registros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. El número de personas con cardiopatía isquémica registrados en Atención Primaria es dos veces mayor en hombres que en mujeres. Estas últimas tienen un perfil por edad más maduro.

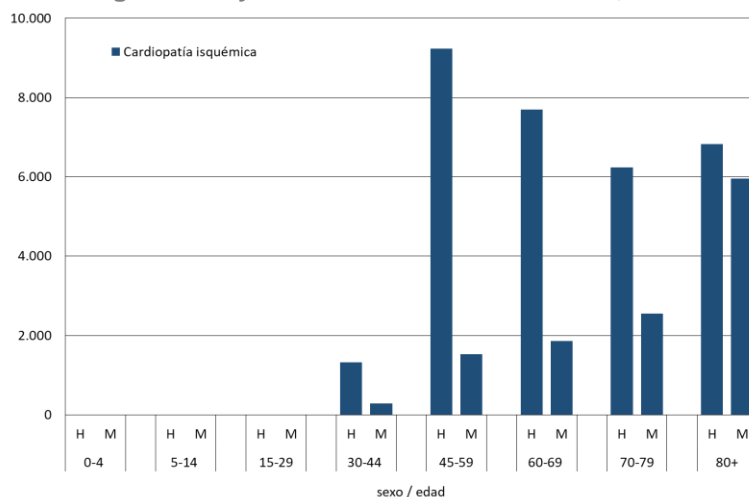
Morbilidad en Atención Primaria por cardiopatía isquémica según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la cardiopatía isquémica en el año 2021. Los AVP por cardiopatía isquémica en la Comunidad de Madrid en 2021 son muy cuantiosos, y mayores en hombres que en mujeres a cualquier edad.

Años de vida perdidos (AVP) por cardiopatía isquémica según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021

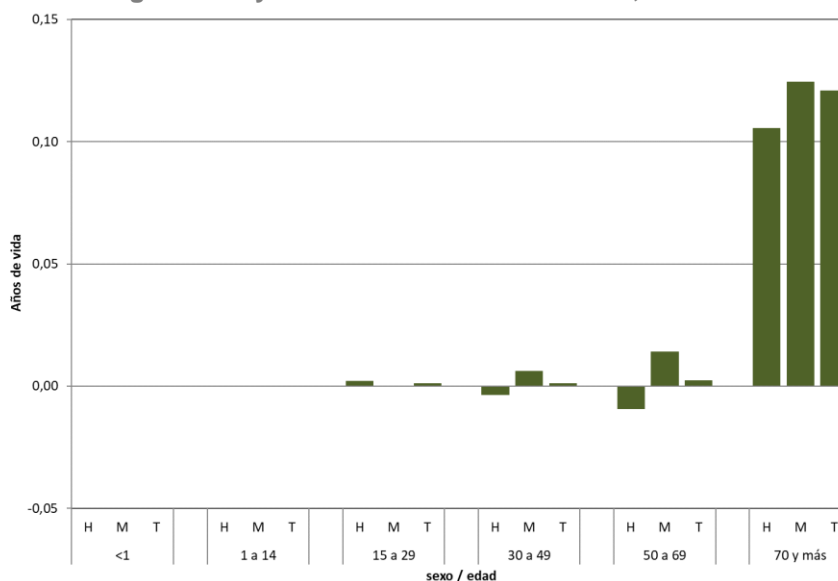


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para la cardiopatía isquémica, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La cardiopatía isquémica ha contribuido globalmente de manera positiva al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021, más en mujeres que en hombres. En ambos sexos esa aportación se concentra en los mayores de 70 años.

Contribución de la cardiopatía isquémica al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades cerebrovasculares

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Enfermedades cerebrovasculares. Comunidad de Madrid, 2021

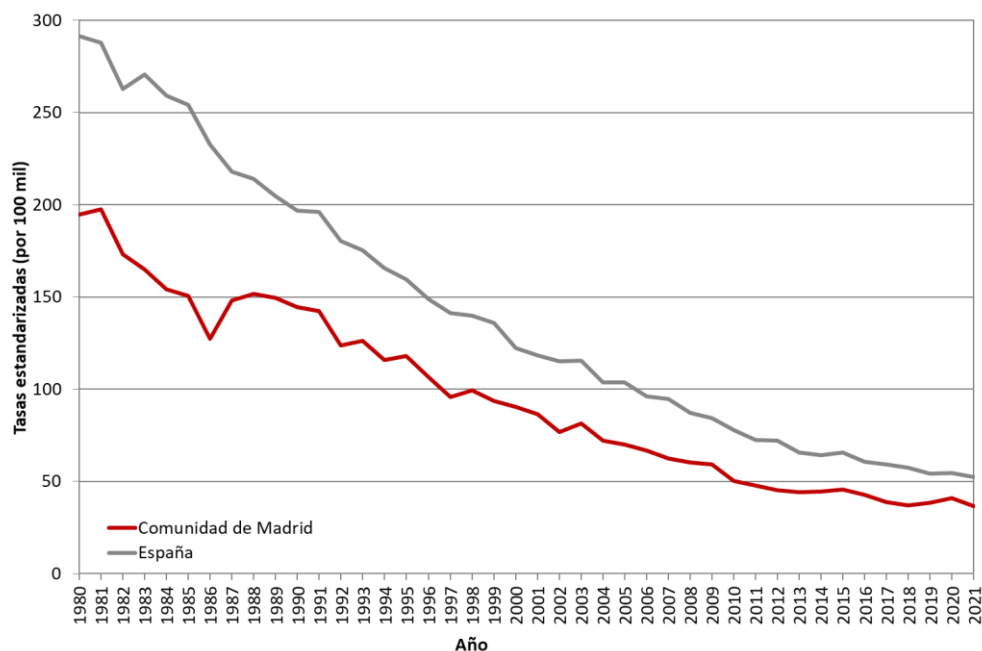
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	957	1.298	2.255
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	29,63	36,87	33,40
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	7,72	4,79	6,21
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	36,61	27,38	31,31
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	208,9	172,3	189,8
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,053	0,077	0,069
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	13.860	13.716	27.576

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

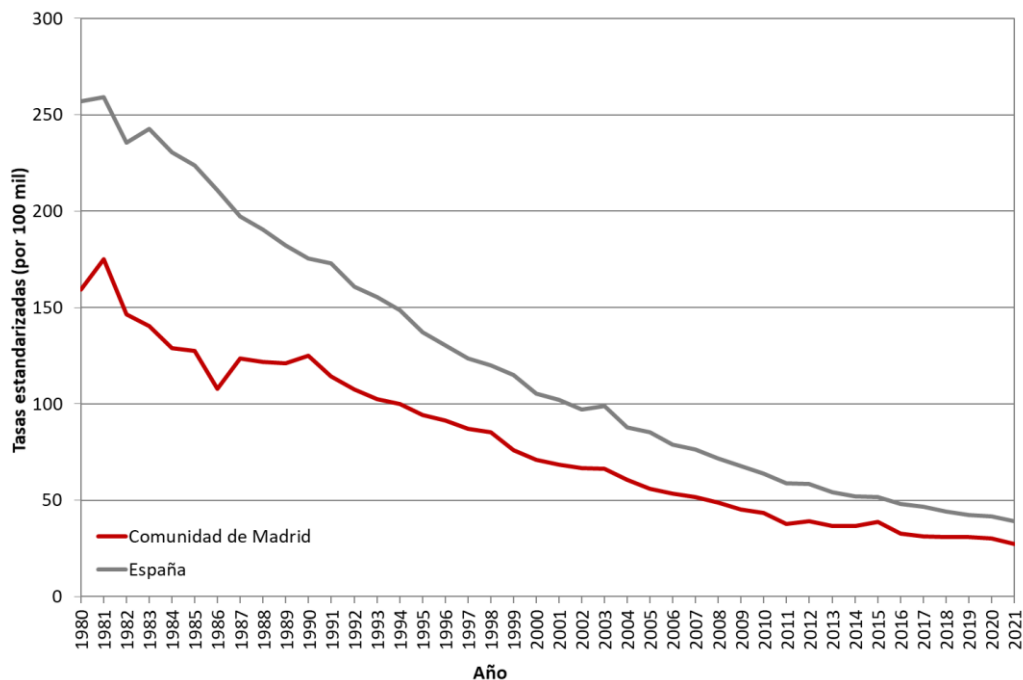
Tanto en hombres como en mujeres la evolución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha sido fuertemente descendente en los últimos cuarenta años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

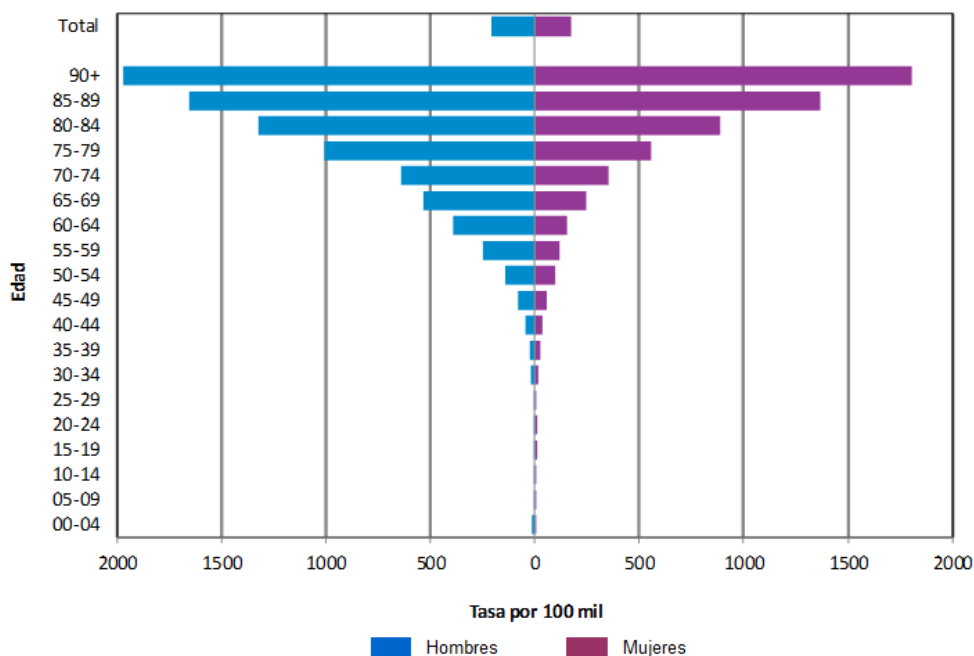
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La frecuentación hospitalaria por enfermedad cerebrovascular es mayor en hombres que en mujeres y crece aceleradamente con la edad.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021

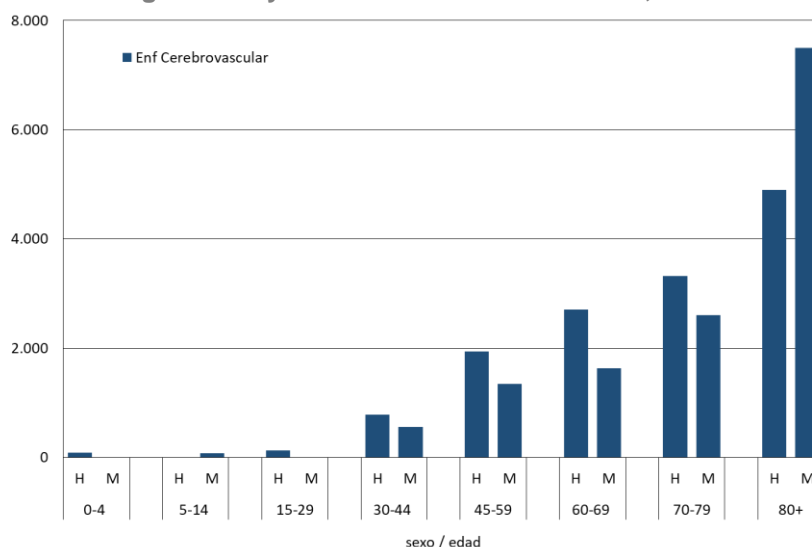


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades cerebrovasculares en el año 2021.

Los AVP por enfermedad cerebrovascular en la Comunidad de Madrid en 2021 tienen una presencia importante desde las edades adultas (45 en adelante). Antes de los 80 años el impacto es mayor en hombres que en mujeres. Por encima de esta edad las pérdidas son mayores en estas últimas.

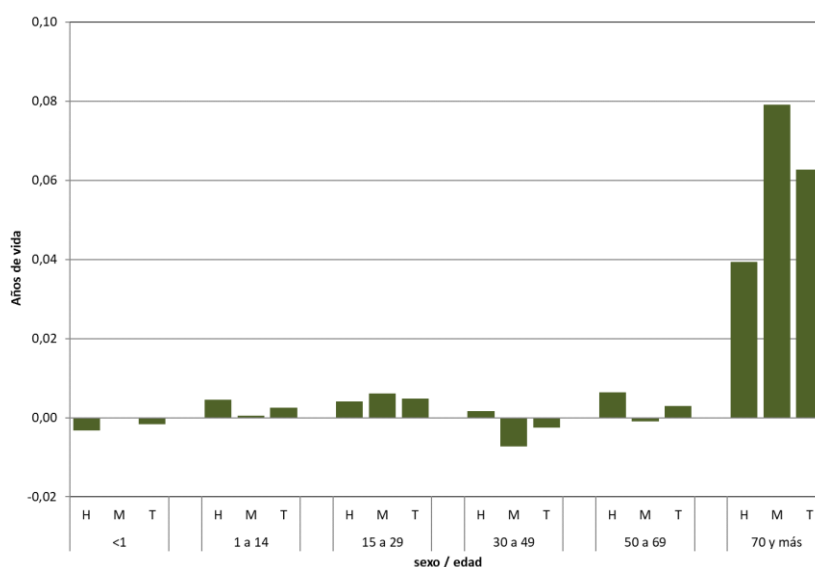
Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades cerebrovasculares según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades cerebrovasculares, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos. La reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2016 y 2021. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas.

Contribución de las enfermedades cerebrovasculares al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Diabetes mellitus

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por diabetes mellitus en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

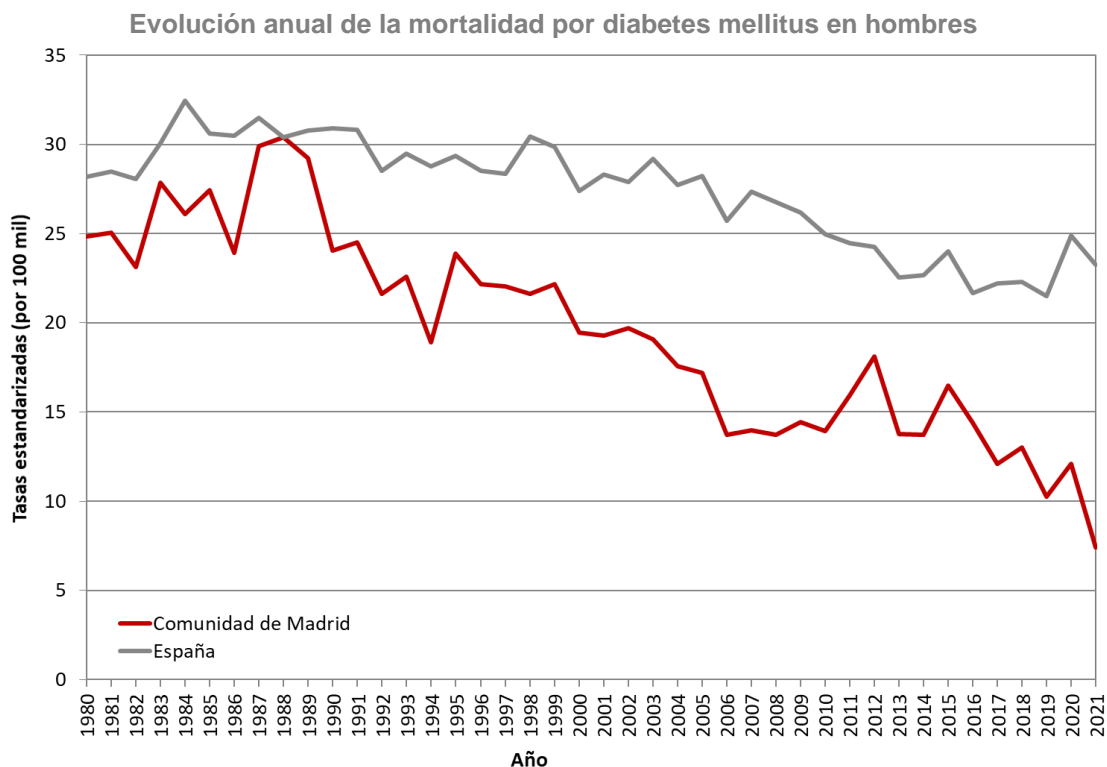
Diabetes mellitus. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	191	226	417
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	5,91	6,42	6,18
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,98	0,45	1,19
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	7,40	4,71	5,78
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	143,4	88,3	114,6
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,056	0,065	0,065
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	2.810	2.229	5.039

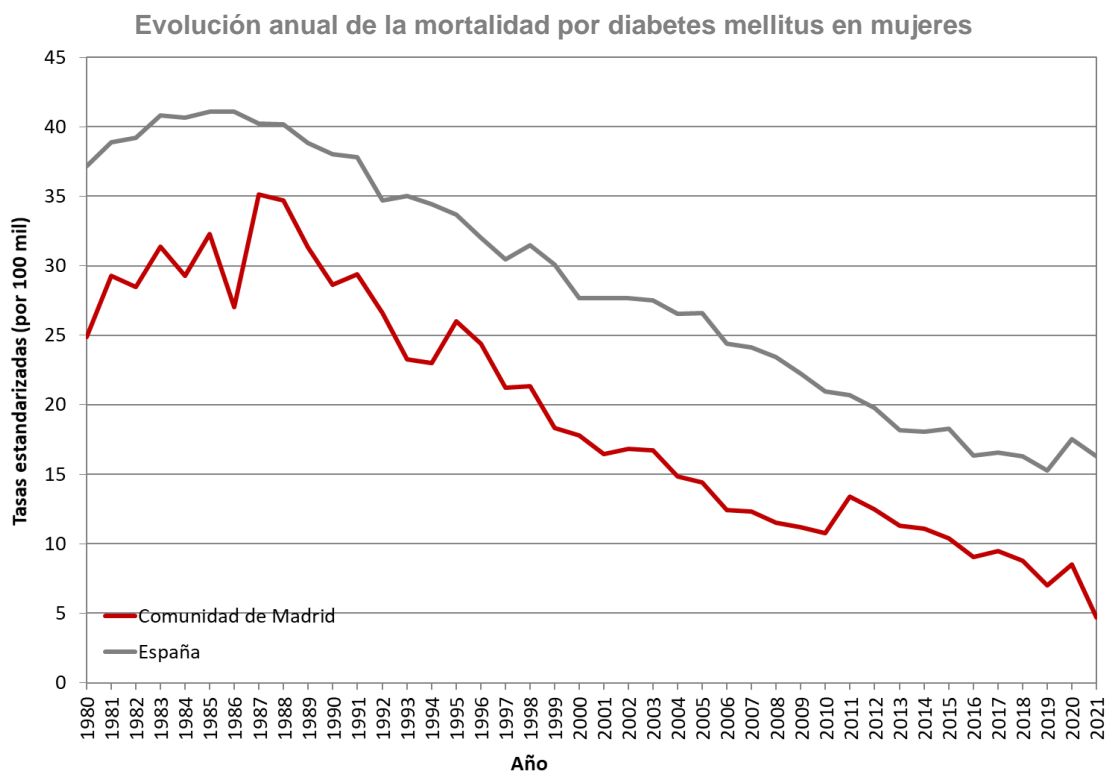
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por diabetes (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tanto en hombres como en mujeres desde finales de los años ochenta se aprecia una tendencia de mejora en la mortalidad por diabetes en la Comunidad de Madrid.



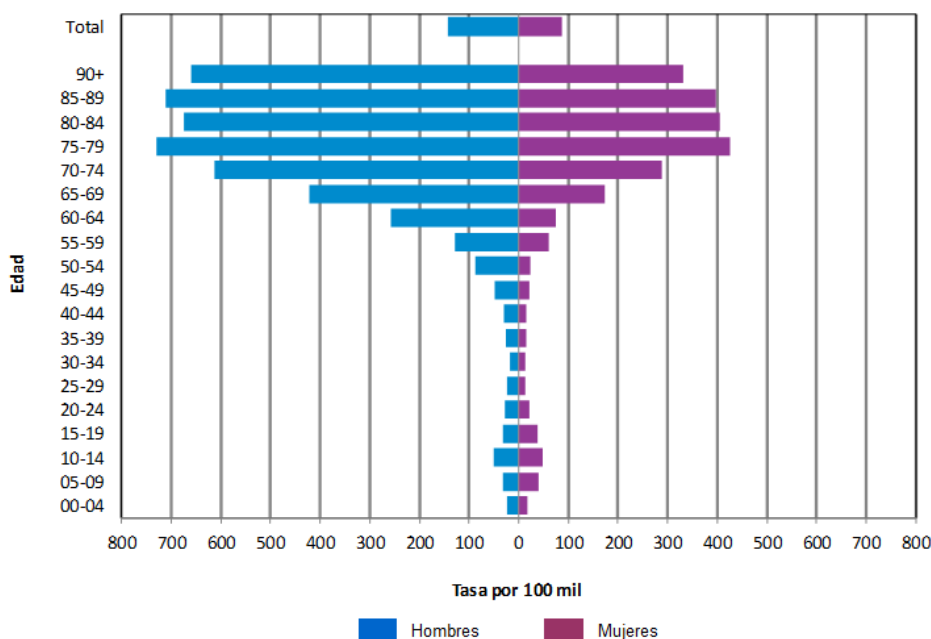
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por diabetes es mayor en hombres que en mujeres y aumenta fuertemente con la edad a partir de los 45 años, siendo superiores en 2021 a años previos. En el grupo de edad 10-14 se aprecia también un aumento en las tasas.

Morbilidad hospitalaria por diabetes mellitus según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021

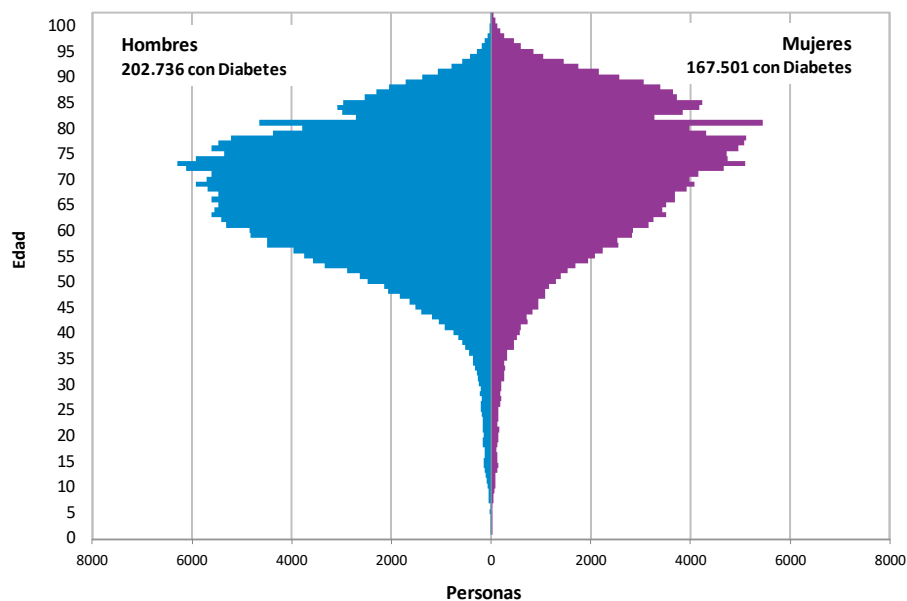


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad, causada por los pacientes que están diagnosticados de diabetes, en los registros de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

El número total de casos prevalentes de diabetes seguidos en Atención Primaria es mayor en hombres que en mujeres. Aquellos tienen una distribución por edad más joven.

Morbilidad en Atención Primaria por diabetes mellitus según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021

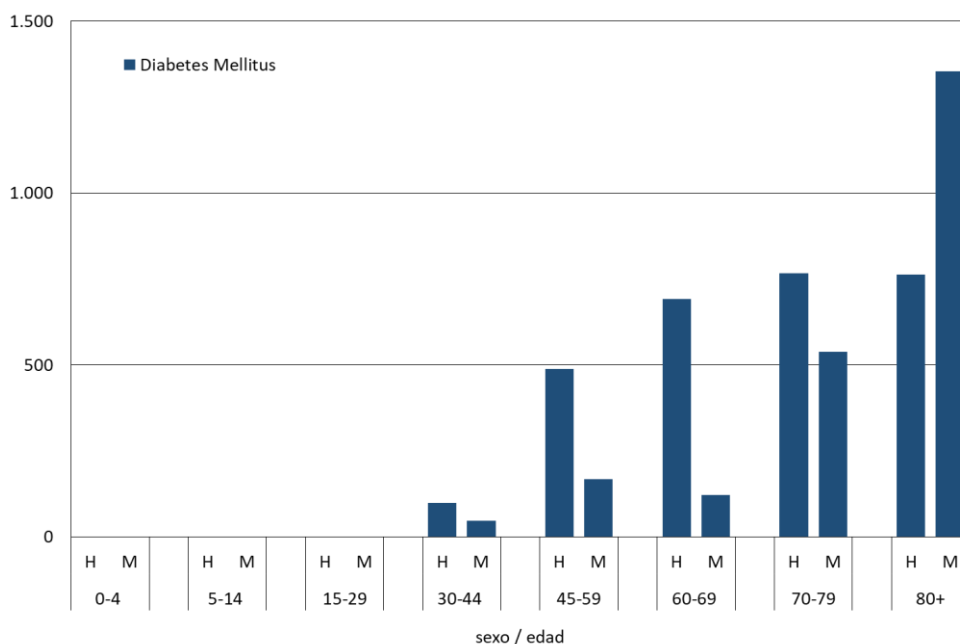


Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la diabetes mellitus en el año 2021.

Los AVP por diabetes en la Comunidad de Madrid en 2021 son relevantes a partir de los 45 años, con peso creciente a medida que aumenta la edad. Los hombres doblan a las mujeres antes de los 80 años de edad, y a partir de esta los AVP son mucho más cuantiosos en las mujeres.

Años de vida perdidos (AVP) por diabetes mellitus según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021

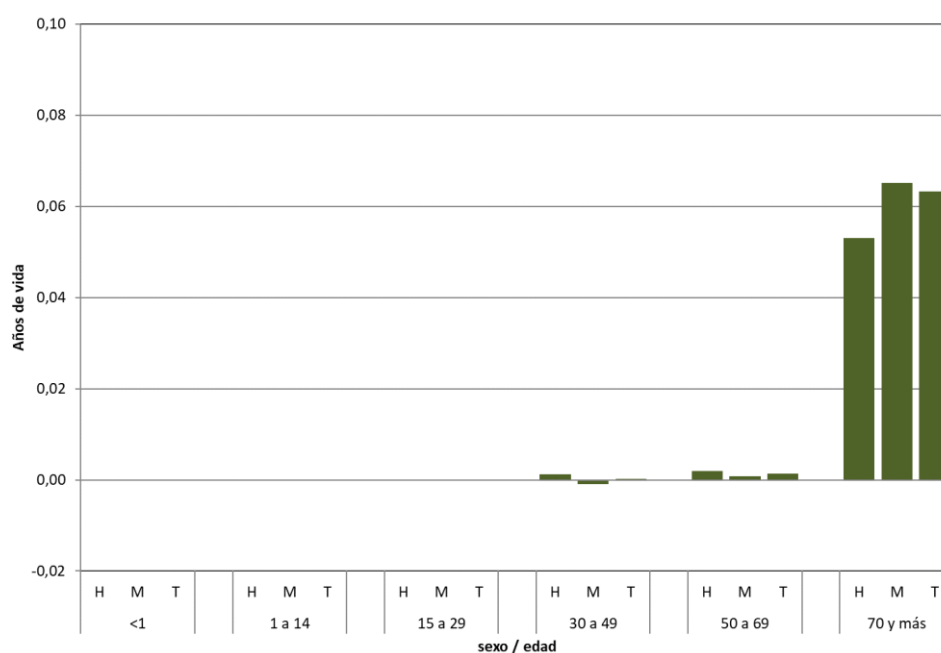


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por diabetes mellitus, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La reducción de la mortalidad por diabetes mellitus fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2016 y 2021. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas.

Contribución de la diabetes mellitus al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años

En la siguiente tabla se observa la incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente o tipo 1 (DM1) en la población menor de 15 años de edad, residente en la Comunidad de Madrid y su evolución por edad y sexo, relativa al periodo 2014-2021.

Tasas de incidencia media anual de diabetes mellitus tipo 1 por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2021.

Grupo de edad	Niños		Niñas		Ambos sexos	
	Tasa*	IC95%**	N	IC95%	N	IC95%
0-4 años	11,47	(9,6-13,3)	13,31	(11,3-15,3)	12,36	(11,0-13,7)
5-9 años	20,31	(18,0-22,6)	24,48	(21,9-27,1)	22,34	(20,6-24,1)
10-14 años	28,93	(26,1-31,7)	21,81	(19,3-24,3)	25,46	(23,6-27,3)
Total	20,46	(19,1-21,8)	20,09	(18,7-21,5)	20,28	(19,3-21,3)

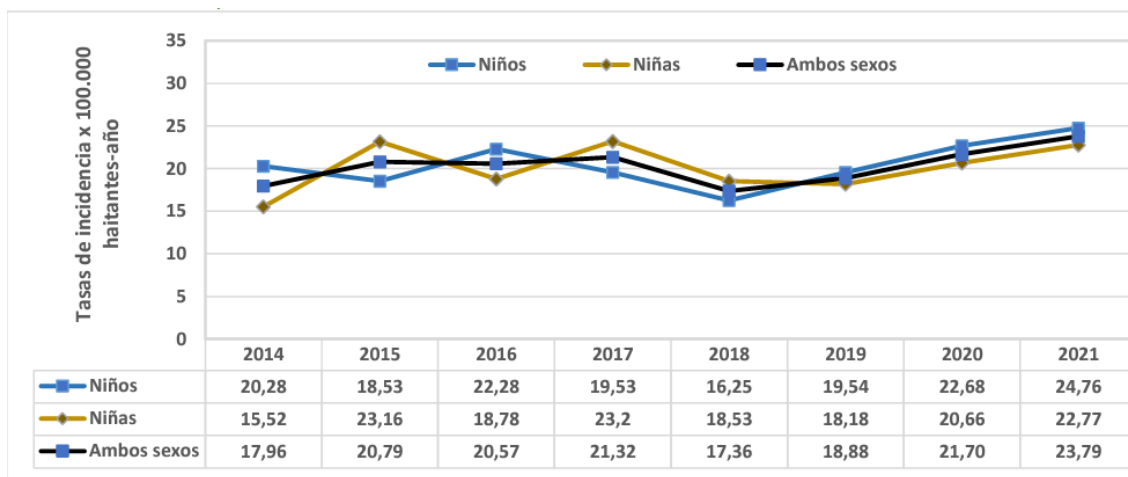
*Tasas de incidencia por 100.000 habitantes-año. Intervalo de confianza del 95%

Fuente: Registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Trasmisibles.

La figura siguiente presenta, para cada año, las tasas de incidencia por edad y sexo. En general, las tasas de incidencia entre 2014 a 2021 se han mantenido estables, tanto en niños como en niñas. Se observa que 2018 fue el año de menor incidencia y 2021 el de mayor incidencia en ambos sexos. La tasa de incidencia en 0-14 años en 2021 fue de 23,79 casos por 100.000 habitantes mientras que en 2014 fue de 17,96 casos por 100.000. Utilizando la regresión de Poisson, la evolución de la tasa de incidencia anual de 2014 a 2021, ajustada por edad y sexo,

fue ligeramente ascendente (RR:1,02 (IC95%:0,99-1,04), sin significación estadística. Se presentó similar evolución en niños y niñas.

Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años por sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2021.



Fuente: Registro de incidencia de diabetes mellitus insulinodependiente, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Trasmisibles.

La incidencia anual de DM1 en población infantil, menor de 15 años, en la Comunidad de Madrid se sitúa en torno a 20 casos por 100.000 habitantes-año para niños y niñas. La menor incidencia se presenta en el grupo de 0-4 años (12,36 casos por 100.000) para ambos sexos. En los niños, la mayor incidencia se observa en el grupo de edad de 10-14 años (28,93 casos) y en las niñas en el grupo de 5-9 años de edad (24,48 casos). La evolución de la incidencia ha sido estable a lo largo del periodo estudiado, excepto en los niños varones de 0 a 4 años, donde ha aumentado la incidencia.



Más información:

Diabetes, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/diabetes>

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la Comunidad de Madrid en la población menor de 15 años, 2014-2021 <https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM051031.pdf>

Enfermedades respiratorias

Las enfermedades del sistema respiratorio suponen la cuarta causa de mortalidad por capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por detrás de tumores, circulatorias e infecciosas en el año 2021. En total fallecieron por esta causa 5.232 personas en la Comunidad de Madrid (2.869 hombres y 2.363 mujeres). Las tasas de mortalidad ajustadas muestran que es 2,3 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias en 2021 en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

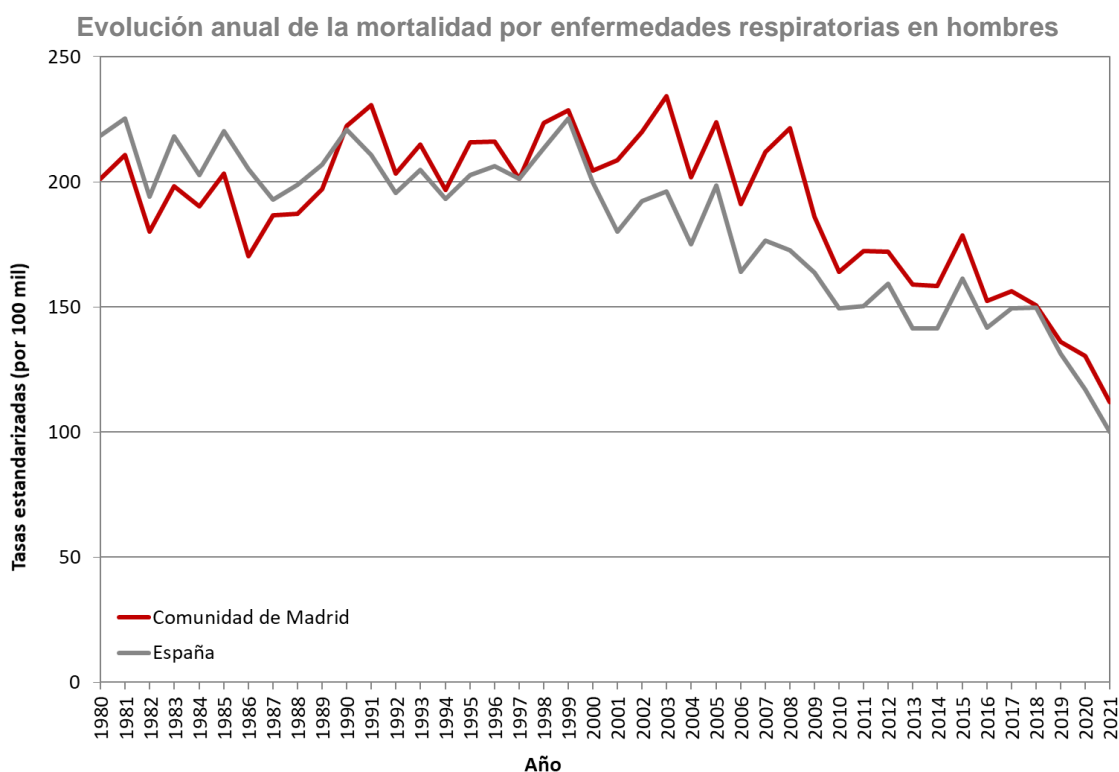
Enfermedades respiratorias. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	2.869	2.363	5.232
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	88,83	67,11	77,50
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	15,57	6,45	10,86
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	112,01	48,42	71,79
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1083,82	791,33	931,34
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,290	0,386	0,361
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	36.403	23.358	59.762

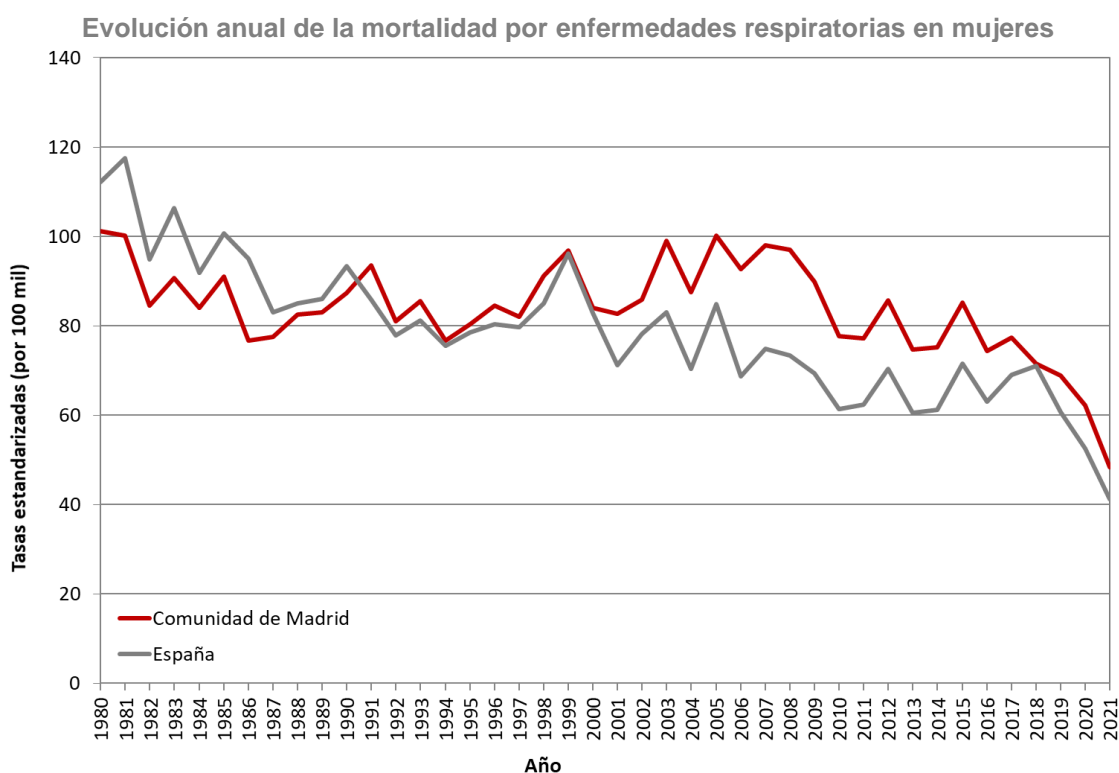
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades respiratorias (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

En ambos sexos, la mortalidad por enfermedades respiratorias se mantuvo relativamente estable desde 1980 hasta 2010, apreciándose un cierto descenso en el decenio más reciente hasta la actualidad.



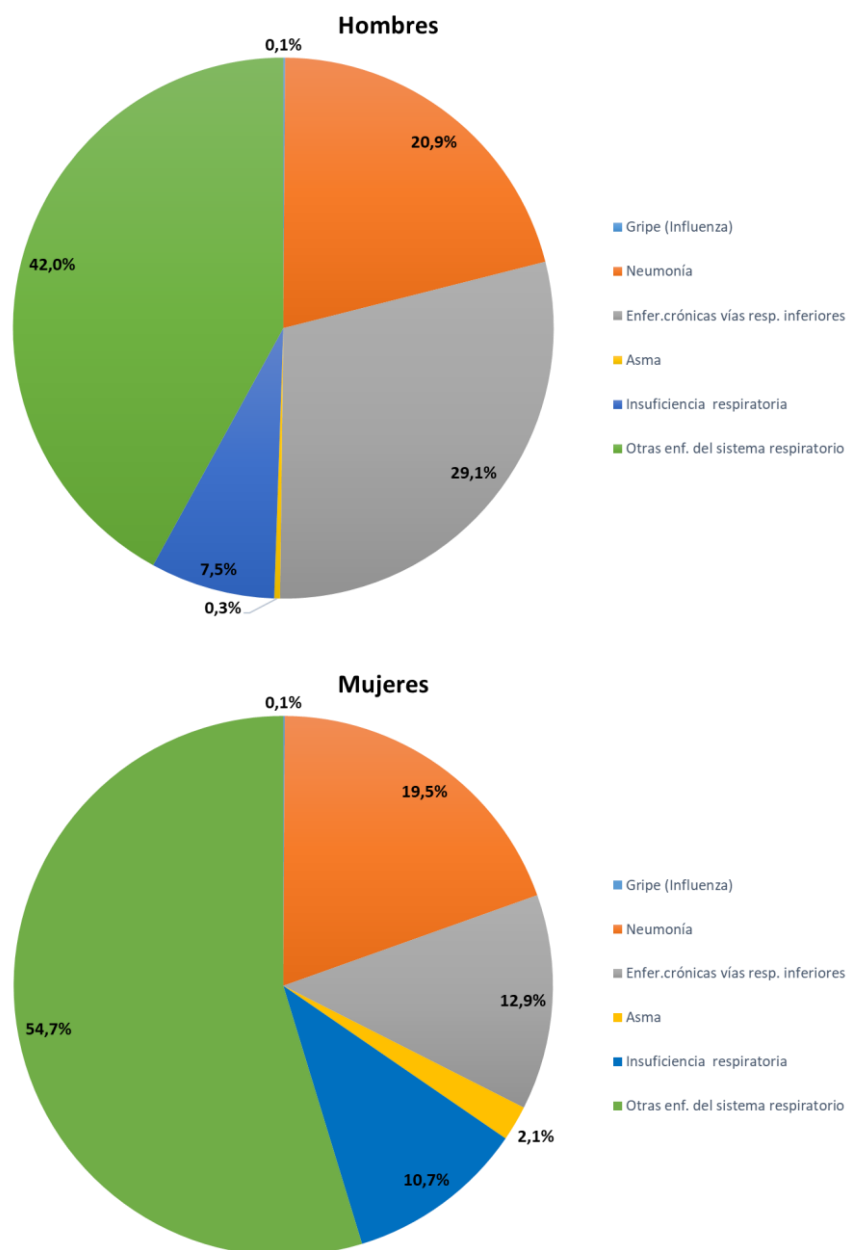
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Más allá del agregado de “otras enfermedades del sistema respiratorio”, que suponen cuatro de cada diez muertes en los hombres y más de la mitad en las mujeres, las principales causas de defunción por enfermedades respiratorias son la EPOC y la neumonía tanto en hombres como en ujeres.

Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio, según sexo. Comunidad de Madrid, 2021

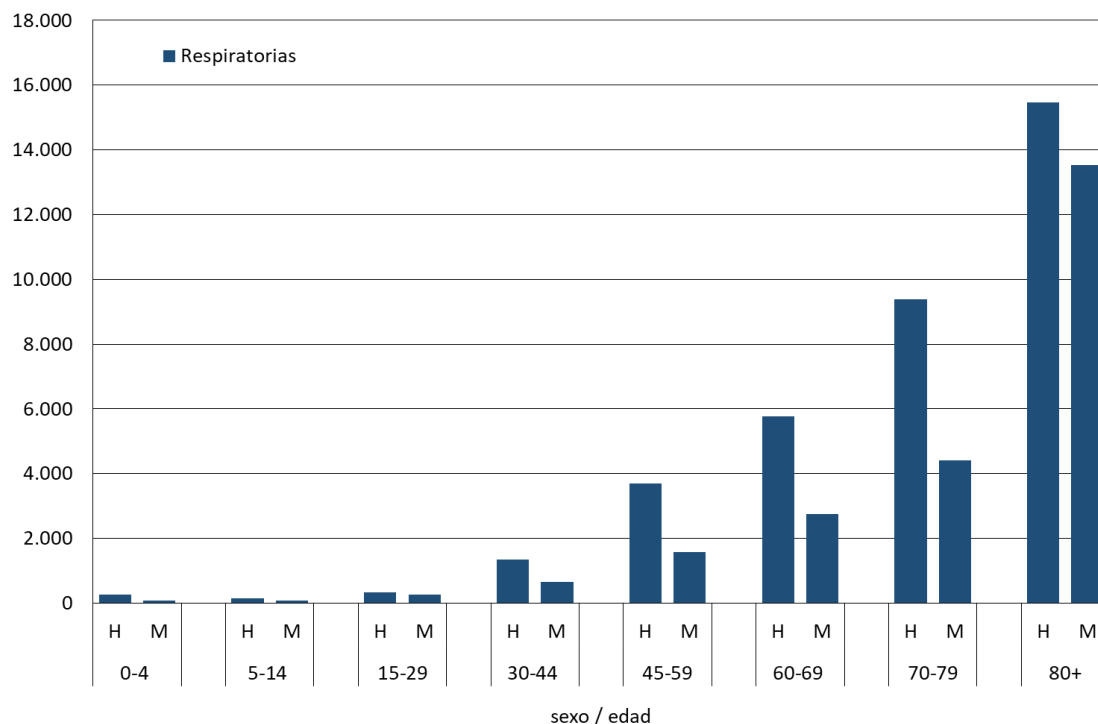


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades respiratorias en el año 2021.

Los AVP por enfermedades respiratorias en la Comunidad de Madrid en 2021 son mayores en hombres que en mujeres y crecen progresivamente con la edad.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades respiratorias según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2021

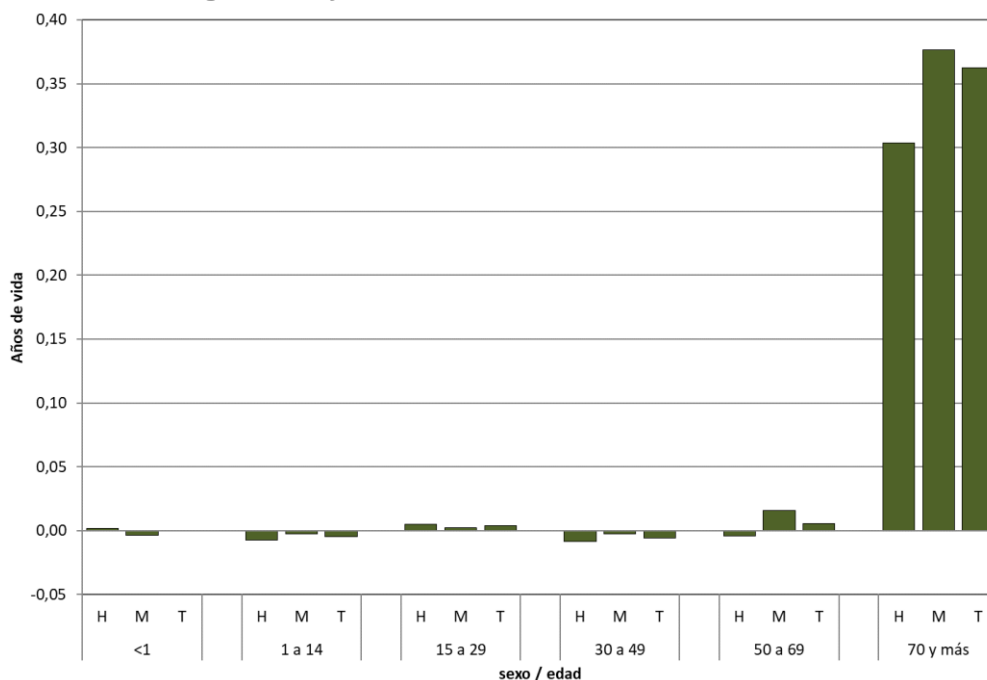


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades respiratorias, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La mortalidad global por enfermedades respiratorias ha contribuido muy positivamente al cambio de la esperanza de vida, entre 2016 y 2021, ligeramente más en mujeres que en hombres. Por edad, esa mejora se concentra exclusivamente en la población de más edad (por encima de los 70 años).

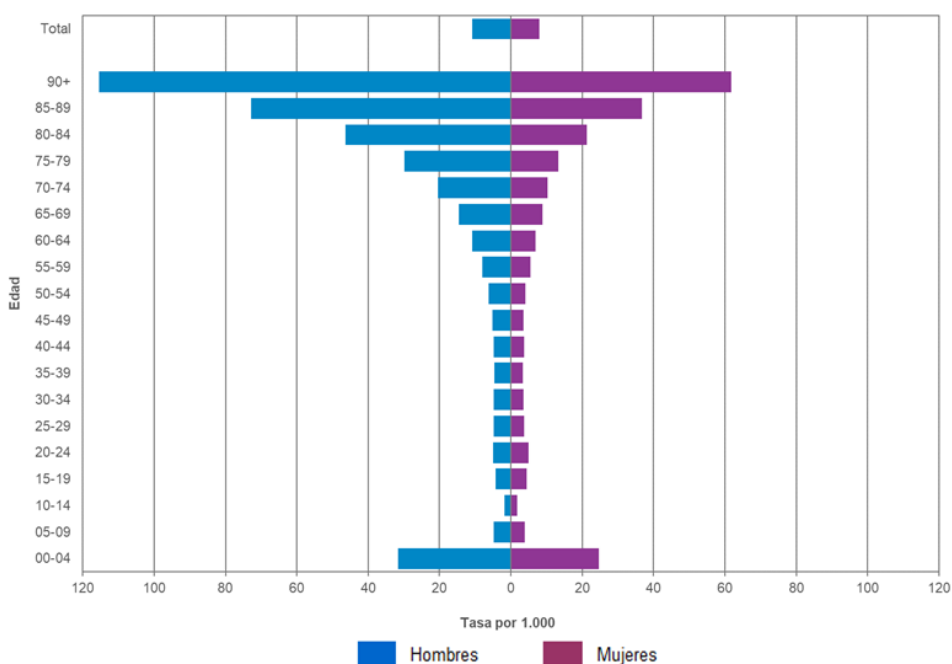
Contribución de los tumores al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema respiratorio se concentra en los primeros años de la vida y sobre todo en edades tardías, con predominio del sexo masculino.

Morbilidad hospitalaria por enfermedades respiratorias según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Comunidad de Madrid, 2021

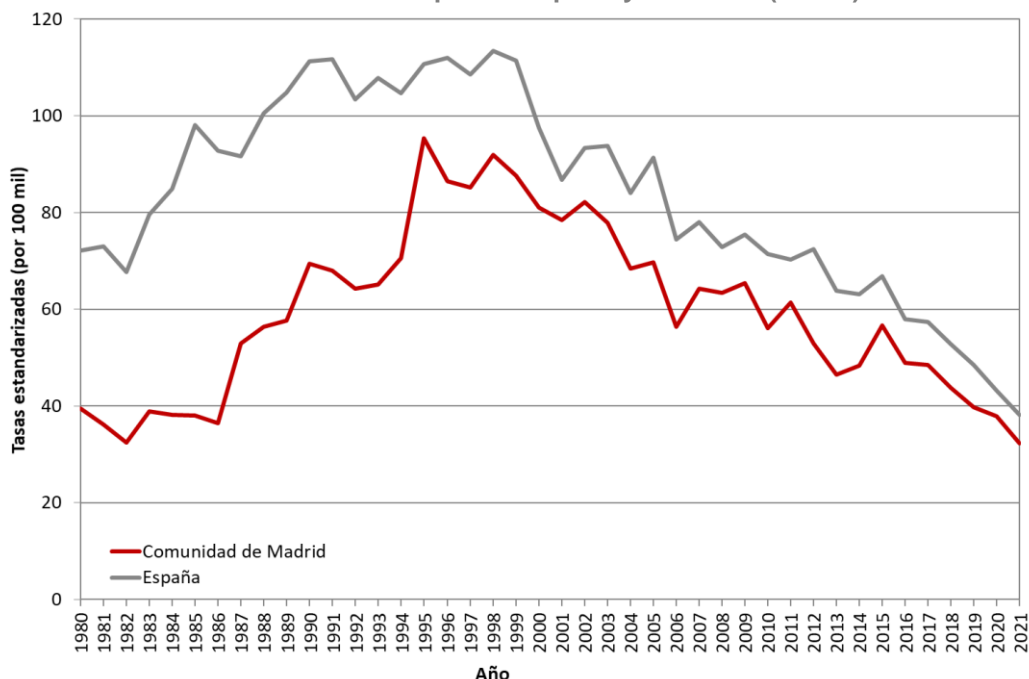
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	836	305	1.141
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	25,88	8,66	16,90
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	3,35	1,60	2,44
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	32,32	7,04	16,36
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	184,8	70,2	125,1
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,131	0,047	0,098
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	10.649	3.873	14.522

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por EPOC (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Tras un importante empeoramiento de las tasas entre mediados de los años ochenta y mediados de los noventa, la mortalidad por EPOC en hombres en la Comunidad de Madrid ha tendido a reducirse desde entonces.

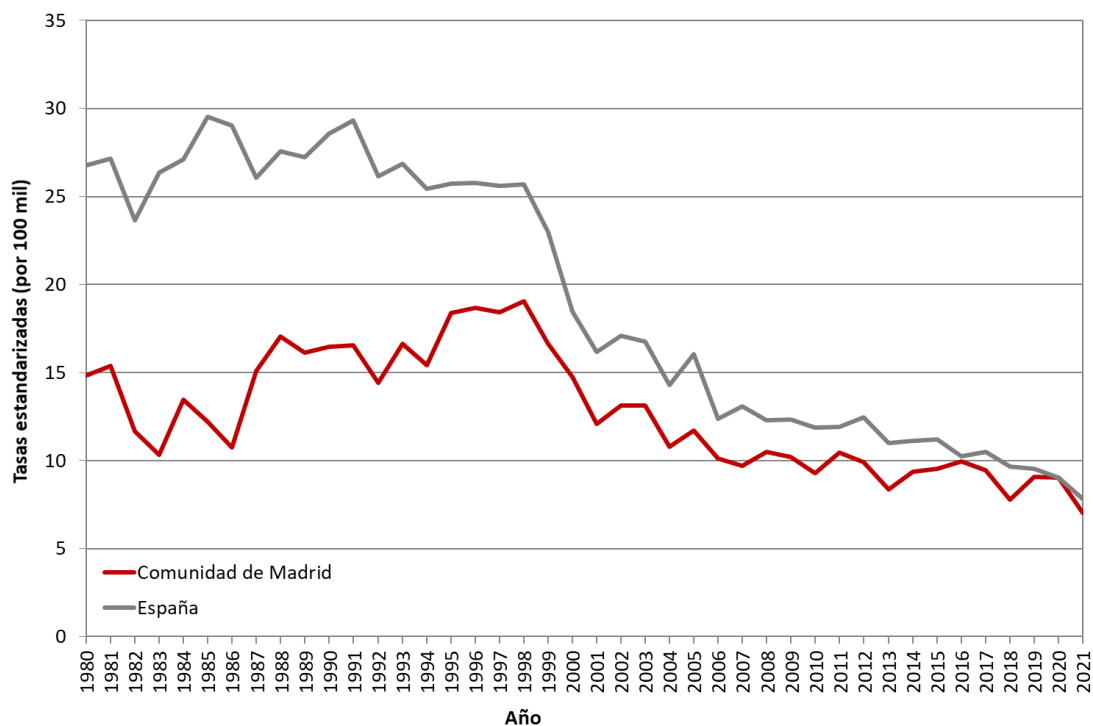
Evolución anual de la mortalidad por bronquitis y enfisema (EPOC) en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Tras un empeoramiento de las tasas entre mediados de los años ochenta y finales de los noventa, la mortalidad por EPOC en mujeres en la Comunidad de Madrid ha presentado una tendencia descendente hasta mantenerse estable en los años más recientes.

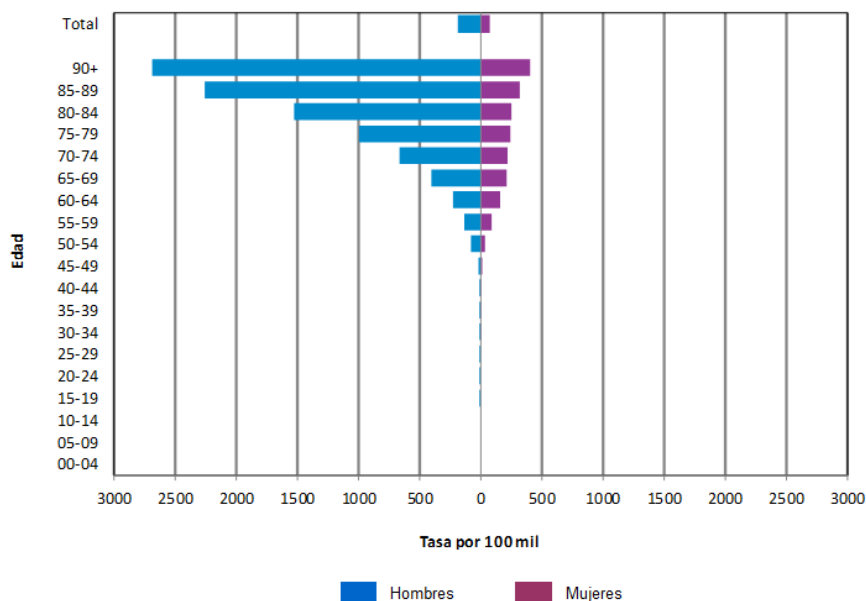
Evolución anual de la mortalidad por bronquitis y enfisema (EPOC) en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las altas hospitalarias por EPOC son claramente más frecuentes en hombres que en mujeres, y se incrementan de forma marcada con la edad, pese a haber disminuido respecto a años previos.

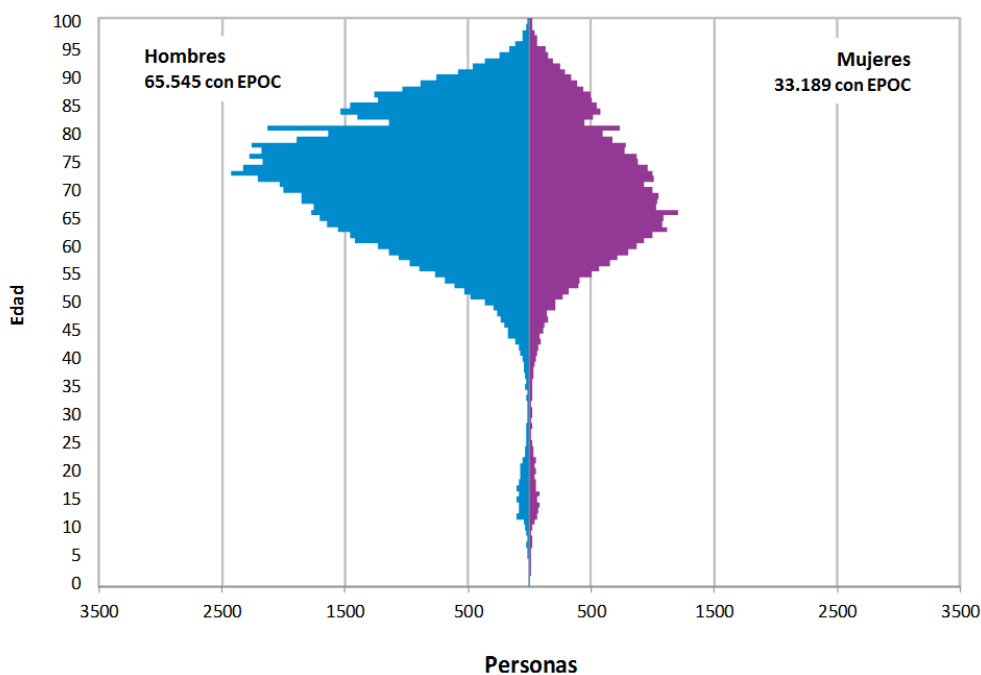
Morbilidad hospitalaria por bronquitis y enfisema según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la pirámide de cronicidad causada por los pacientes que están diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los registros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. A la derecha se representan las mujeres y a la izquierda los hombres. Como en la morbilidad hospitalaria, también la morbilidad por EPOC atendida en Atención Primaria es mayor en hombres que en mujeres y afecta a las edades más altas de la pirámide poblacional.

Morbilidad en Atención Primaria por EPOC según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021

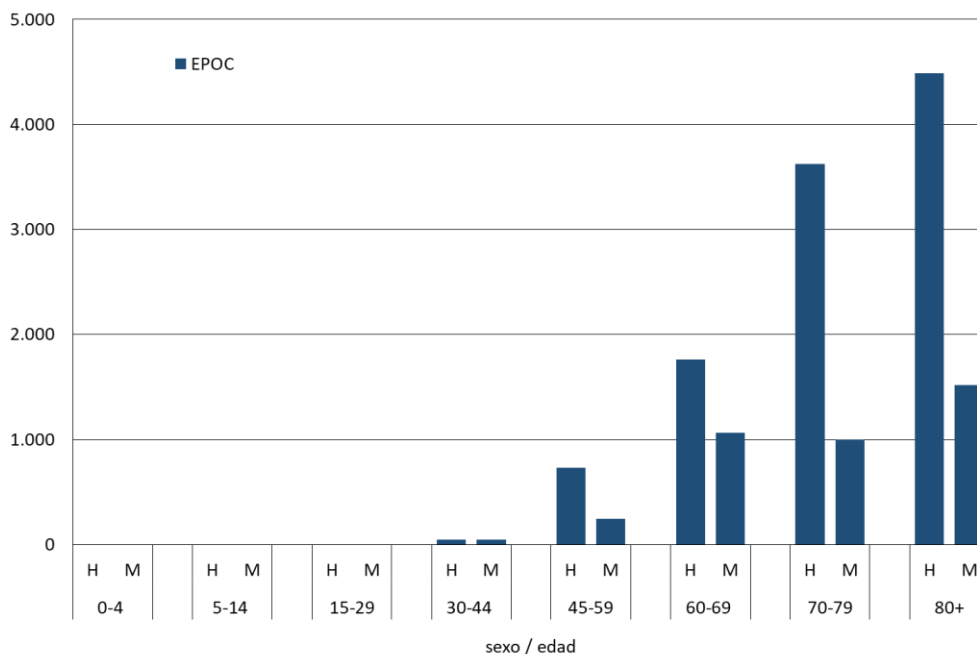


Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el año 2021.

Los AVP por EPOC en la Comunidad de Madrid en 2021 son notablemente mayores en hombres que en mujeres, y aumentan en función de la edad.

Años de vida perdidos (AVP) por bronquitis y enfisema (EPOC) según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021

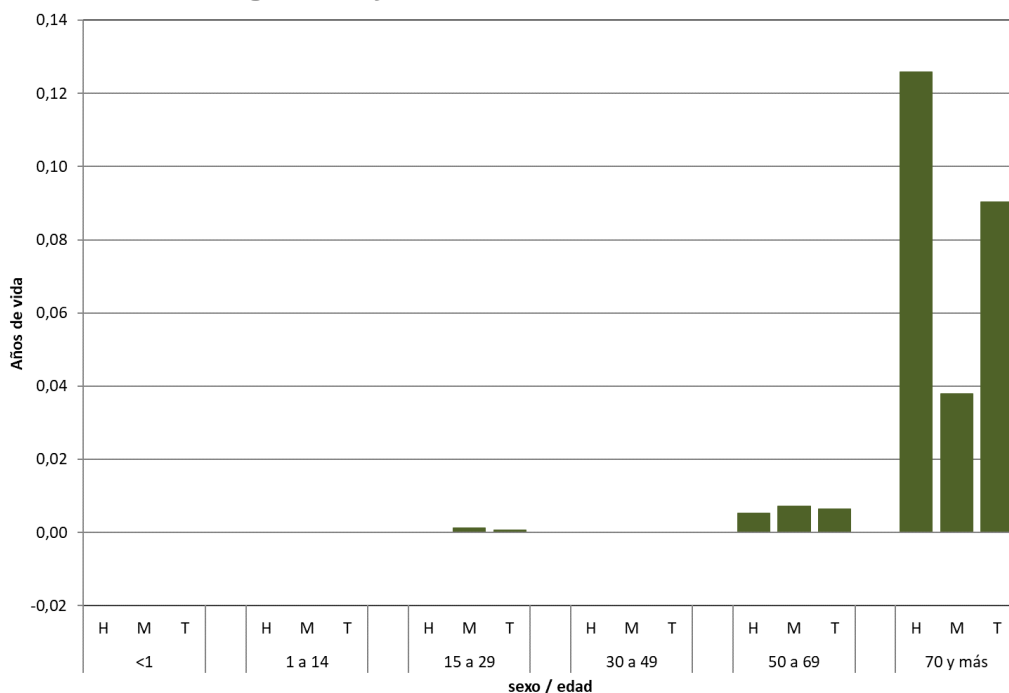


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La reducción de la mortalidad por EPOC fue una de las principales contribuciones positivas de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2016 y 2021. Esta mejora se concentra en la población de edades más altas y es claramente mayor en hombres que en mujeres.

Contribución de la EPOC (bronquitis y enfisema) al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Asma

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por asma en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Asma. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	10	50	60
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	0,31	1,42	0,89
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	0,07	0,13	0,10
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	0,36	1,04	0,81
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	19,44	36,80	28,50
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,000	0,006	0,003
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	149	581	730

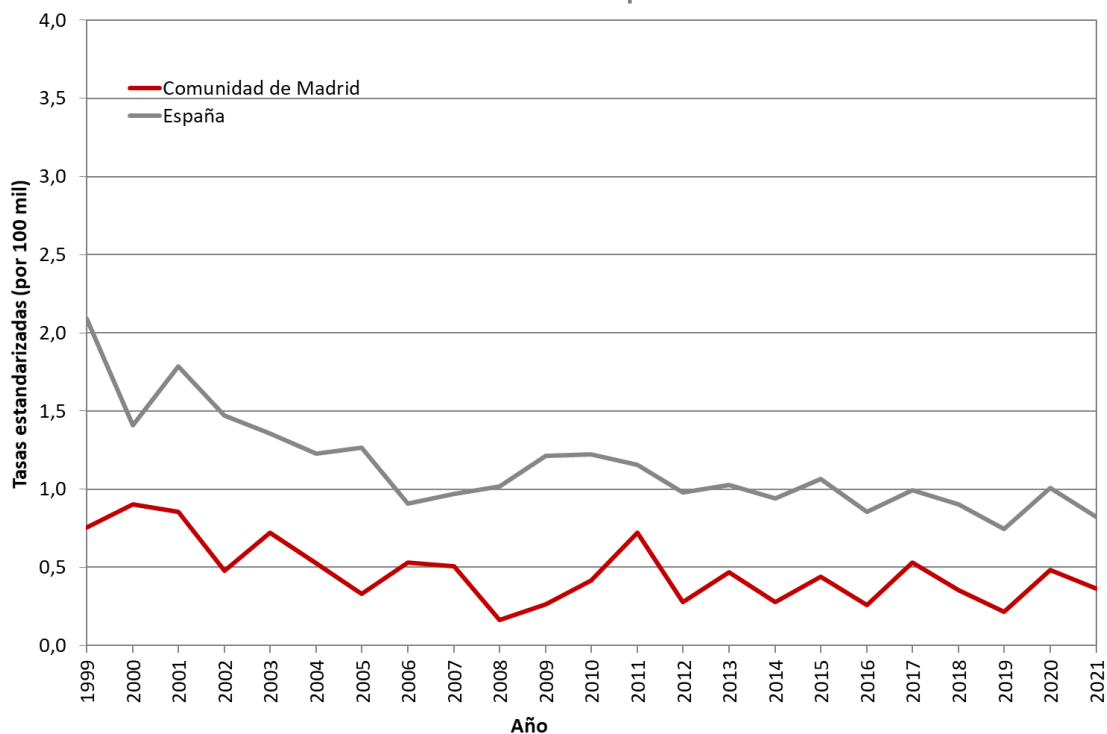
Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se observan las tasas ajustadas de mortalidad por asma (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

La mortalidad por asma en hombres en la Comunidad de Madrid ha tendido a mantenerse estable en los últimos años.



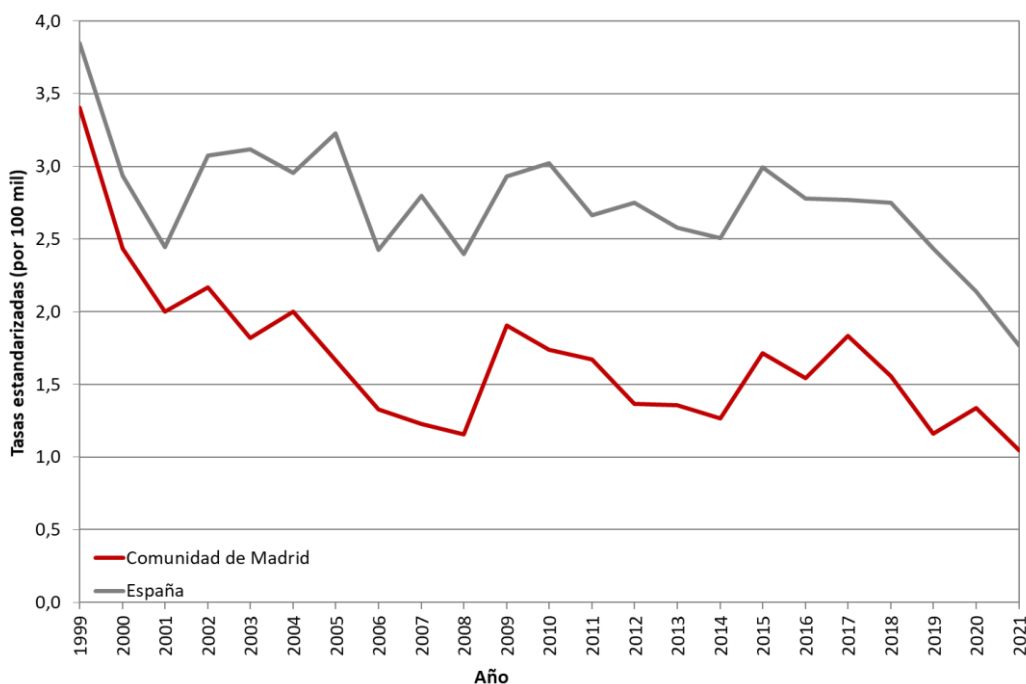
Evolución anual de la mortalidad por asma en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad por asma en mujeres en la Comunidad de Madrid ha tendido a reducirse en los últimos años.

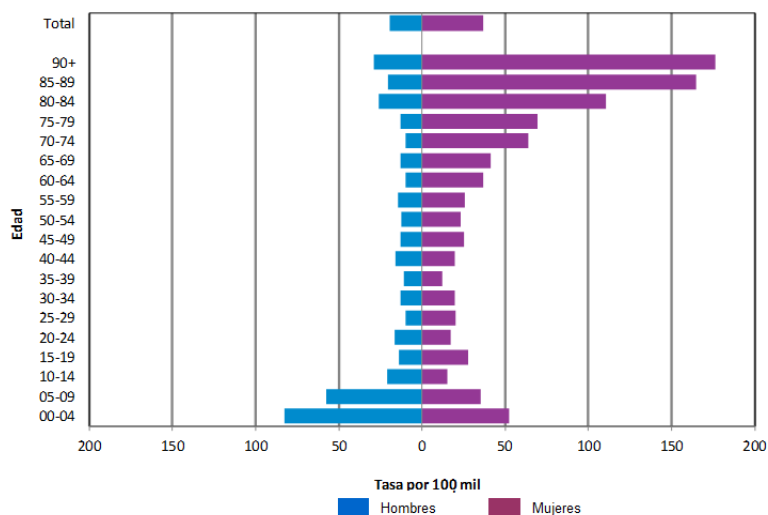
Evolución anual de la mortalidad por asma en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por asma en la Comunidad de Madrid en 2021 tiene un comportamiento bimodal, con máximos a edades muy jóvenes (menores de 10 años) y en edades muy ancianas. En los menores las tasas son más elevadas en los varones, mientras que en el caso de los mayores se acentúan las diferencias por sexo, siendo mucho más altas las tasas entre las mujeres.

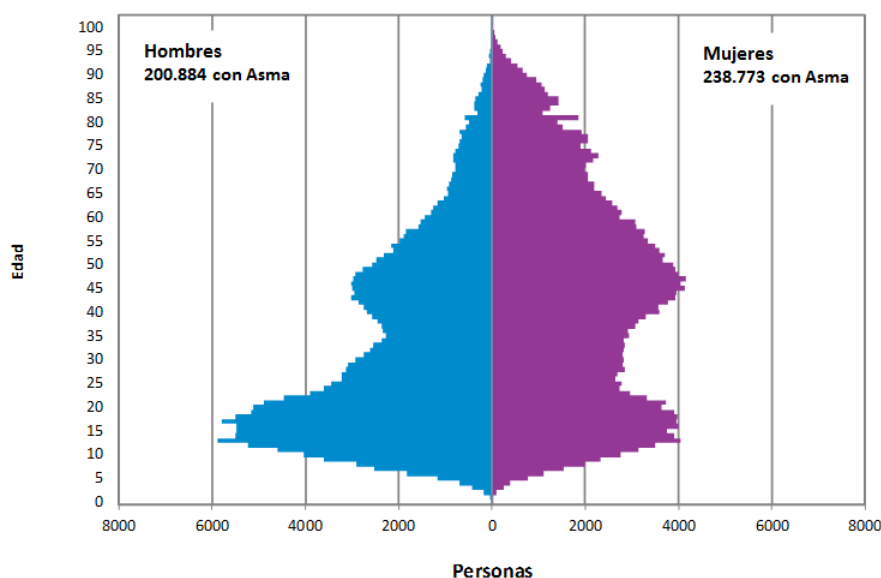
Morbilidad hospitalaria por asma según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

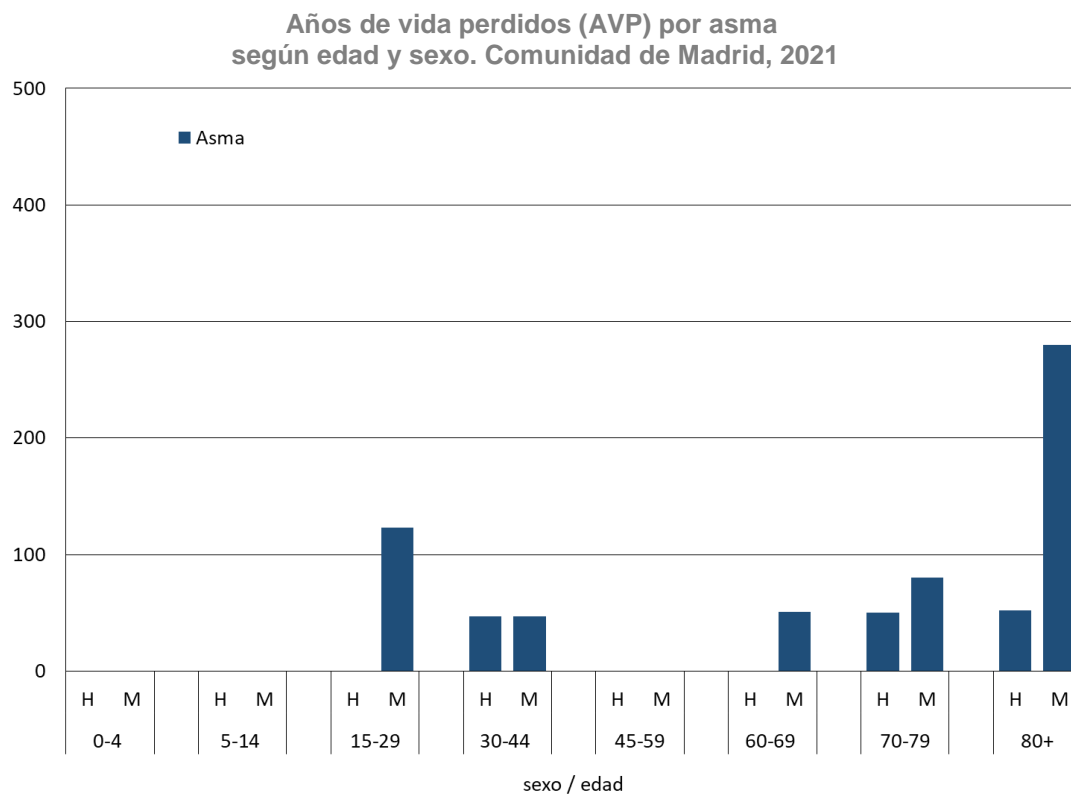
La siguiente figura representa la pirámide de los pacientes que están diagnosticados de asma, en los registros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. A la derecha se representan las mujeres y a la izquierda los hombres. El impacto del asma en la infancia y juventud observado en la morbilidad hospitalaria se refleja también en la morbilidad atendida en Atención Primaria. A partir de los adultos jóvenes el número de mujeres en seguimiento por asma es mayor que el de hombres.

Morbilidad en Atención Primaria por asma según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el asma en el año 2021. Los AVP por asma en la Comunidad de Madrid en 2021 son poco numerosos y relativamente erráticos, dadas las bajas tasas de mortalidad por esta causa. Son mayores en mujeres que en hombres.

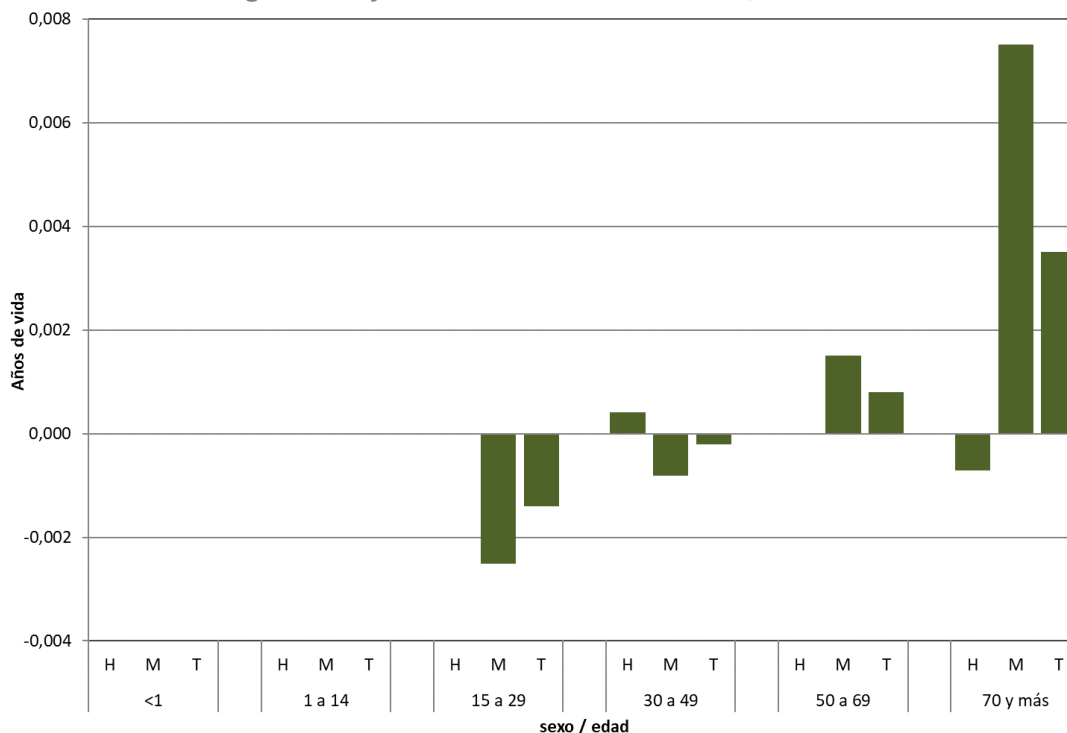


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer por asma, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La contribución del asma al cambio de la esperanza de vida de la población madrileña entre 2016 y 2021 es globalmente positiva, y concentrada en mujeres de edades altas.

Contribución del asma al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo Comunidad de Madrid, 2021

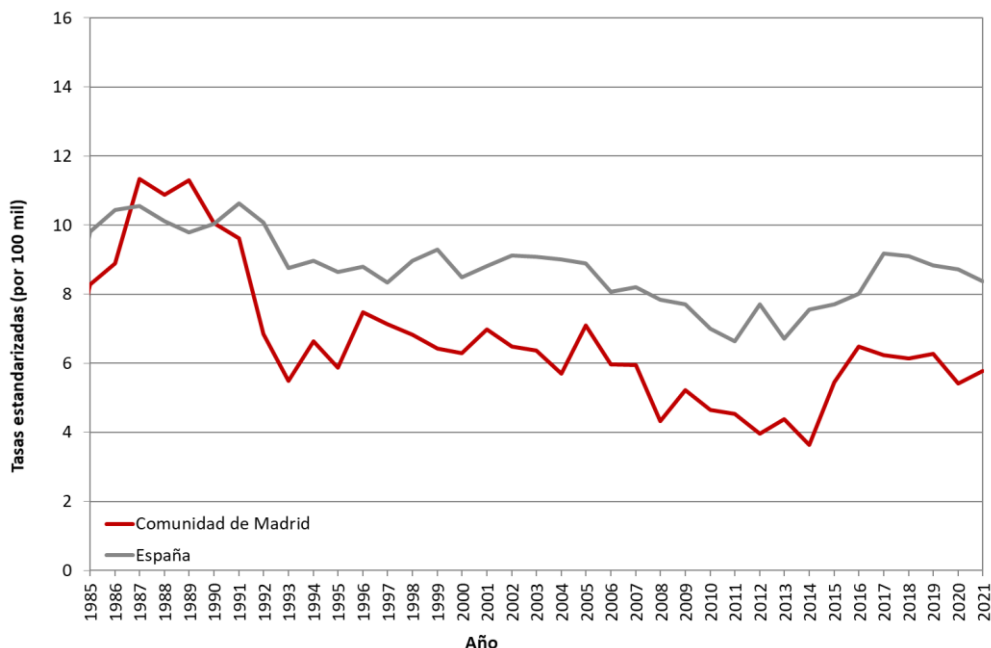
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	150	311	461
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	4,64	8,83	6,83
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,02	1,09	1,06
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	5,78	6,23	6,14
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	1128,6	1279,2	1207,4
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	0,000	-0,001	0,000
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	1.866	3.008	4.874

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

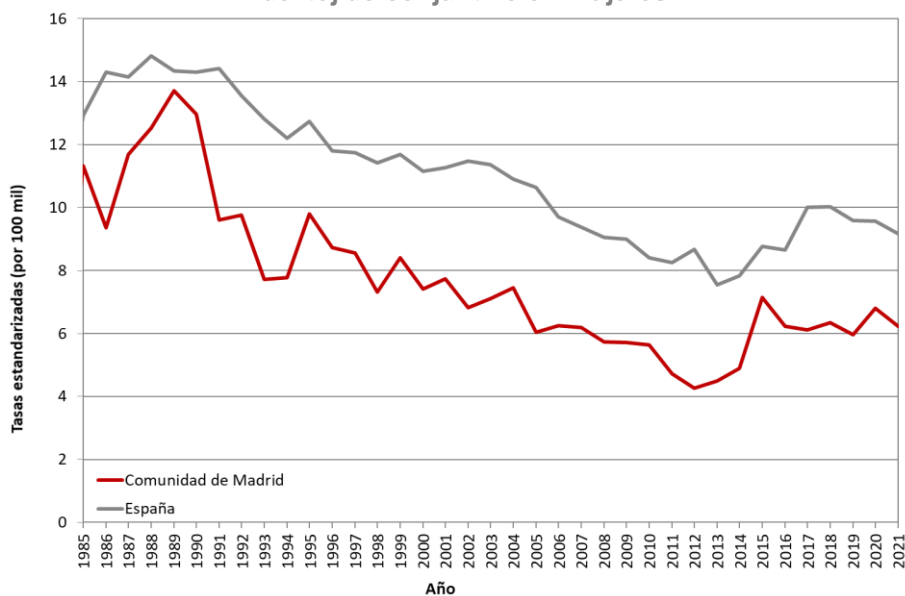
Tanto en hombres como en mujeres, desde la segunda mitad de los años ochenta, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres presentan una tendencia suavemente descendente, frenada en los últimos años.

Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

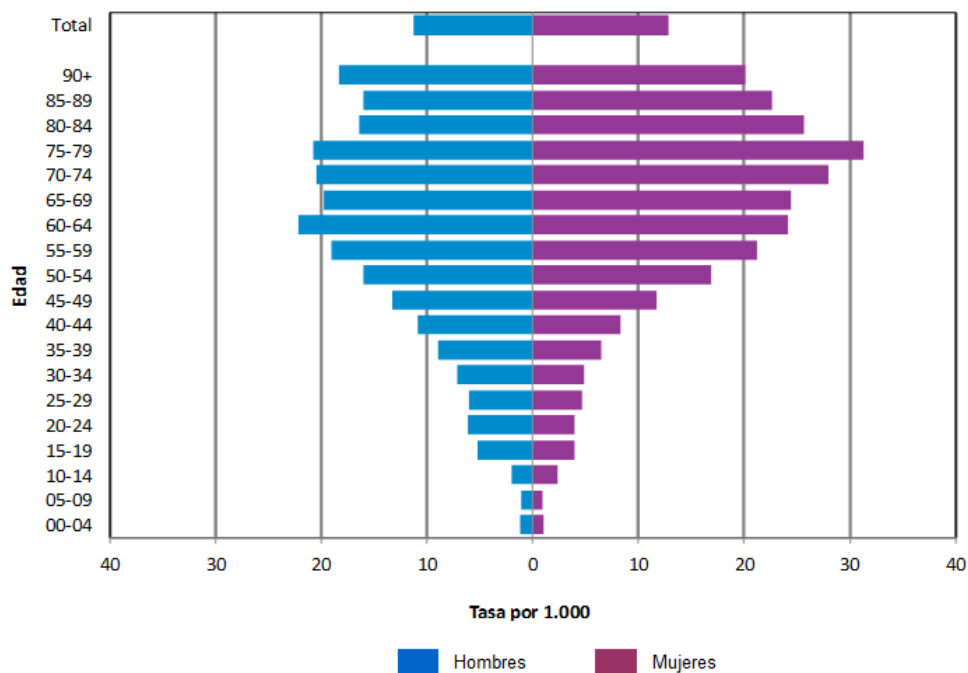
Evolución anual de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las mujeres se representan a la derecha y los hombres a la izquierda. La morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo afecta principalmente a personas mayores, y es en conjunto más alta en mujeres que en hombres, aunque entre los menores de 45 años la frecuentación es mayor en estos últimos.

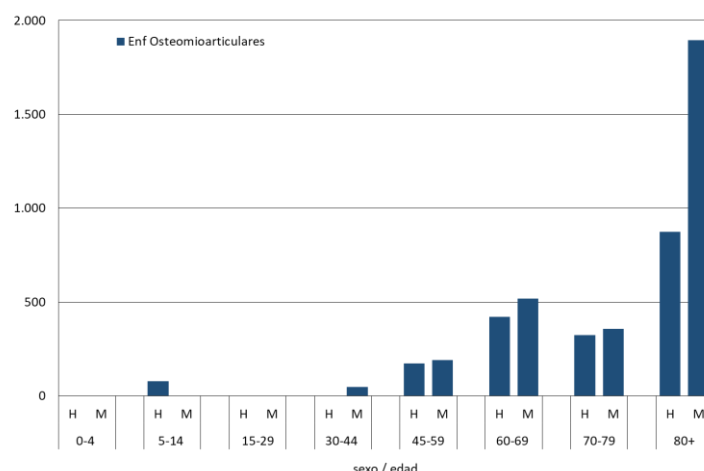
Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en el año 2021. Los AVP por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en la Comunidad de Madrid en 2021 aumentan con la edad a partir de los 45 años, siendo especialmente cuantiosos en las mujeres de más de 70.

Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2021

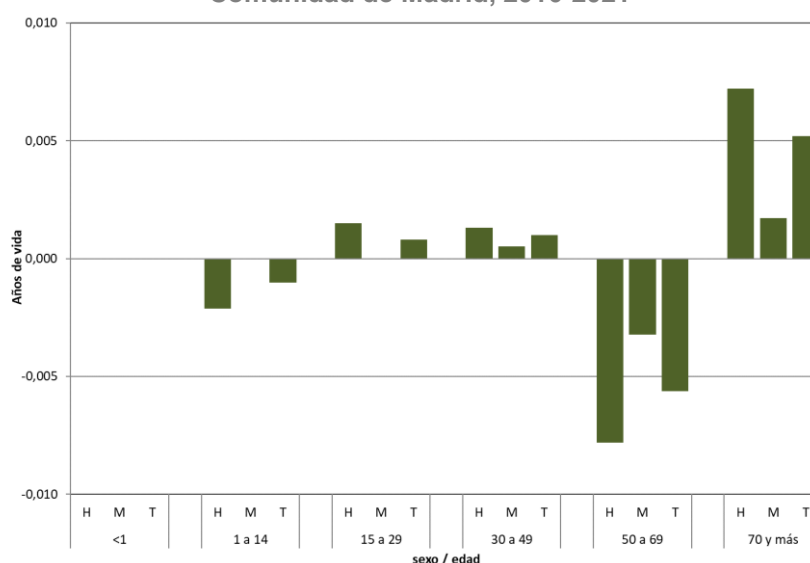


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo no han contribuido globalmente al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021, porque el balance entre las mejoras registradas en el grupo de edad de 70 y más se compensan con las pérdidas del grupo 50-69.

Contribución de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Causas externas

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por causas externas en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Causas externas. Comunidad de Madrid, 2021

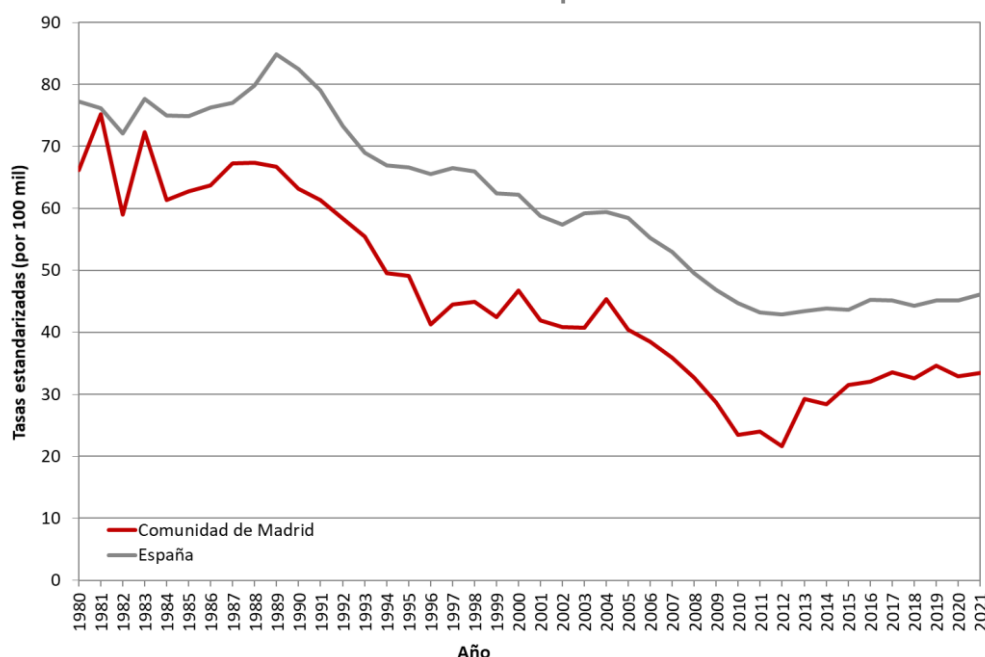
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	974	673	1.647
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	30,16	19,11	24,40
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	24,11	7,35	15,45
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	33,49	15,23	23,11
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	985,9	889,8	935,9
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	-0,026	0,027	0,000
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	27.061	11.649	38.710

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por causas externas (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

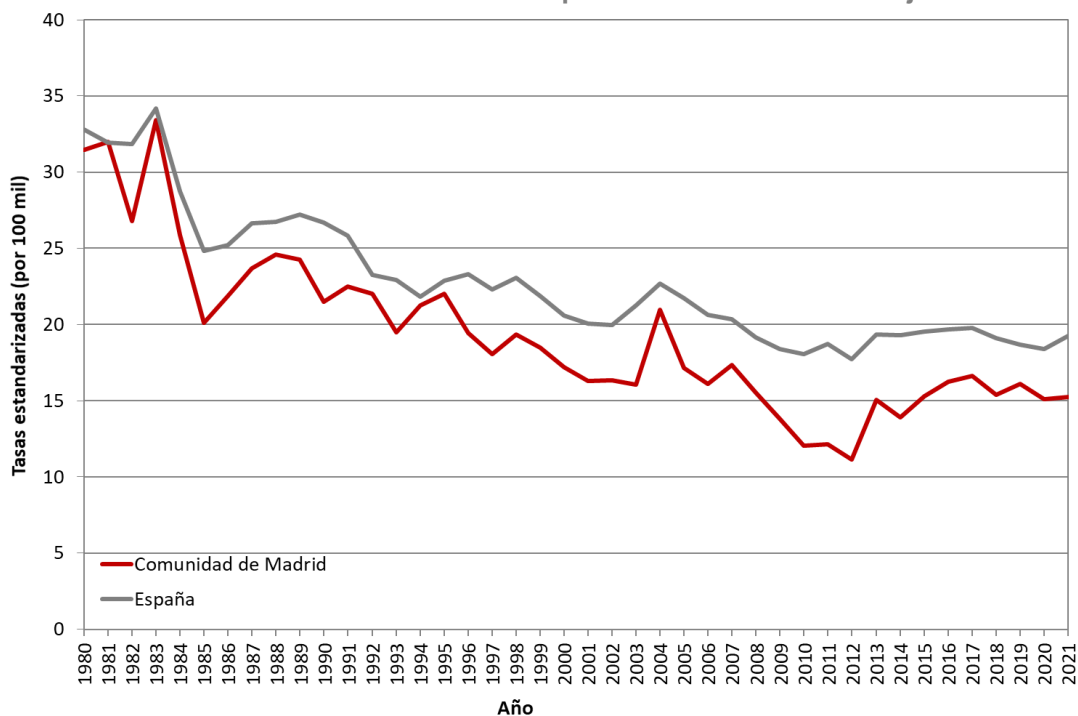
En ambos sexos, la mortalidad por causas externas en hombres traza en la Comunidad de Madrid una evolución descendente desde hace veinticinco años. Desde 2013 se ha observado un ligero aumento respecto a los años previos.

Evolución anual de la mortalidad por causas externas en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

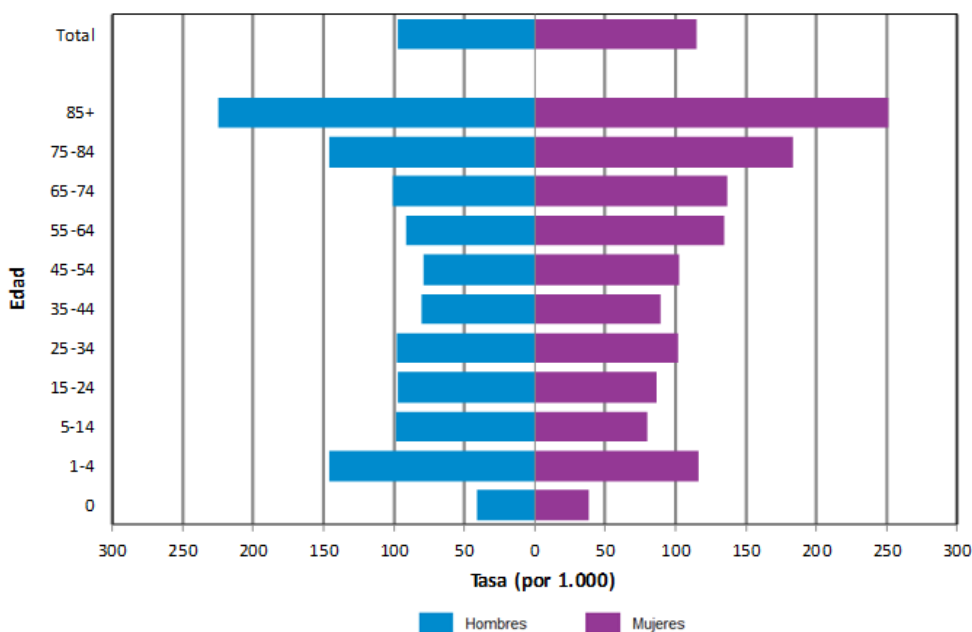
Evolución anual de la mortalidad por causas externas en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

El perfil por edad de las lesiones atendidas en Atención Primaria presenta un patrón bimodal, con un primer máximo entre los 1 y 4 años y otro en las personas de edades más elevadas. A partir de los 45 años las tasas son mayores en las mujeres.

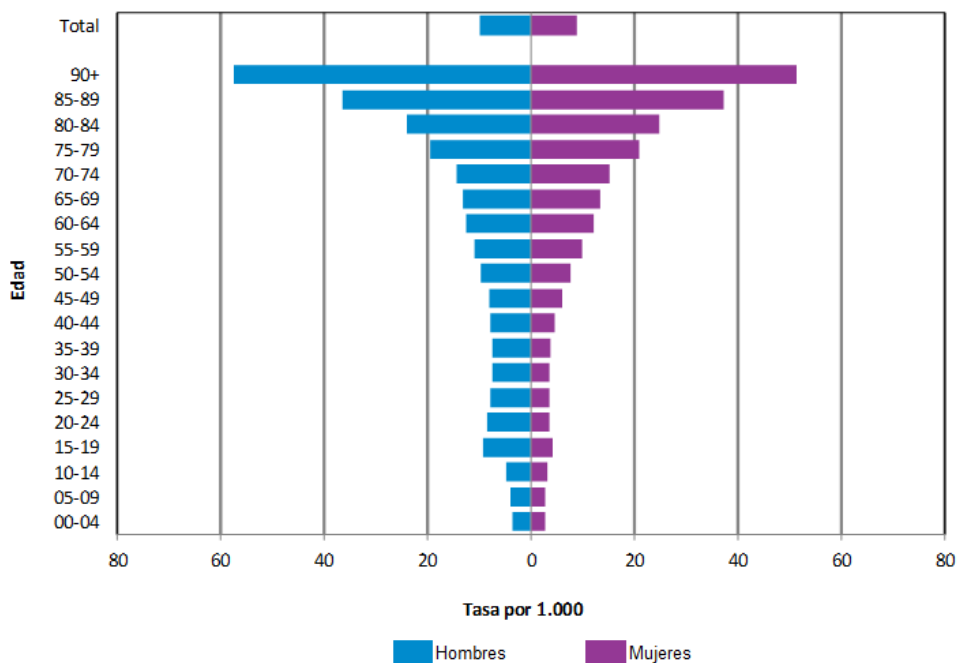
Lesiones atendidas en Atención Primaria según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad hospitalaria por causas externas está fuertemente asociada a la edad y es en conjunto mayor en hombres que en mujeres.

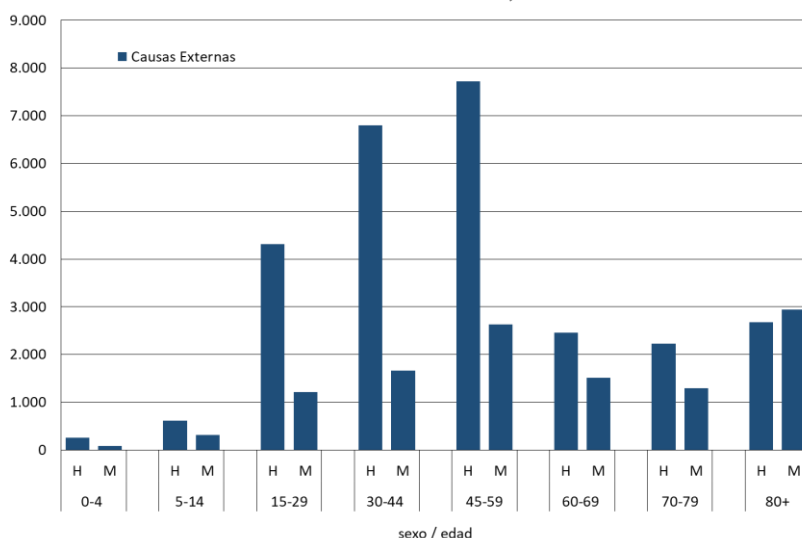
Morbilidad hospitalaria por causas externas según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las causas externas en el año 2021. Los AVP por causas externas en la Comunidad de Madrid en 2021 son claramente mayores en hombres que en mujeres y se concentra en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

Años de vida perdidos (AVP) por causas externas según edad y sexo
Comunidad de Madrid, 2021

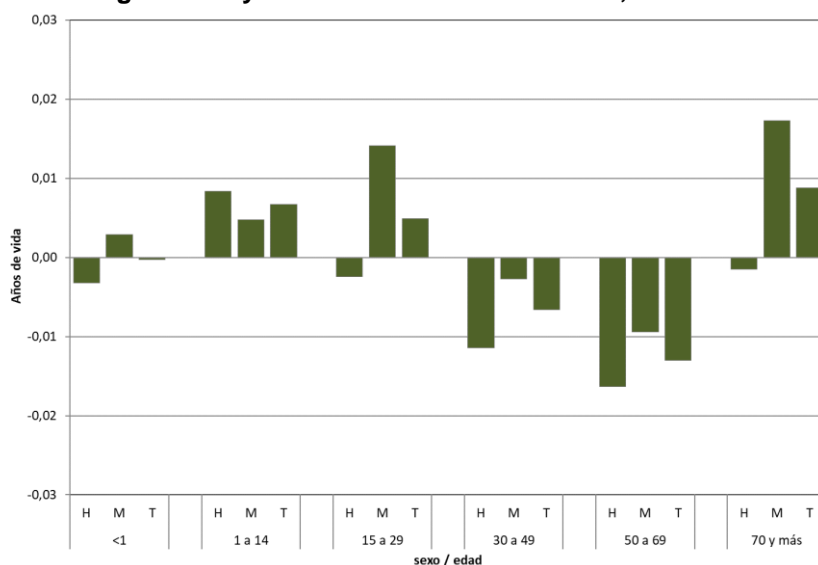


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para las causas externas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La mortalidad global por causas externas no ha contribuido al cambio de la esperanza de vida, entre 2016 y 2021. Por edad, jóvenes y mayores muestran una contribución positiva, compensada por la negativa de las edades adultas.

Contribución de las causas externas al cambio de la esperanza de vida al nacer según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Enfermedades raras

Las Enfermedades Poco Frecuentes (EPF) son un conjunto de enfermedades muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia y su elevada morbilidad y mortalidad prematura. El Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) tiene como finalidad estudiar y analizar, desde el punto de vista epidemiológico, las EPF en la Comunidad de Madrid. El objetivo de este informe es proporcionar información epidemiológica sobre las EPF en la Comunidad de Madrid.

Con los datos actualizados a 1 de enero de 2022, constan en SIERMA 440.811 personas afectadas por alguna EPF, que son o han sido residentes en la Comunidad de Madrid. De ellas, 307.159 continuaban a esa fecha en seguimiento en nuestra Comunidad. Dado que una persona puede tener más de una EPF, esto se corresponde con 388.536 casos, lo que representa una prevalencia estimada de EPF en la Comunidad de Madrid de 575,6 por 10 mil habitantes (541,9 en hombres y 606,5 en mujeres). En el análisis por sexo y edad (tabla 1) se observa que las prevalencias más altas corresponden a los mayores de 64 años, con tasas bastante similares en hombres (1.048,8 por 10 mil habitantes) y mujeres (1.036,1 por 10 mil). En la población infantil son más prevalentes en hombres, mientras que en la edad adulta (15-39 y 40-64 años) son más prevalentes en mujeres.

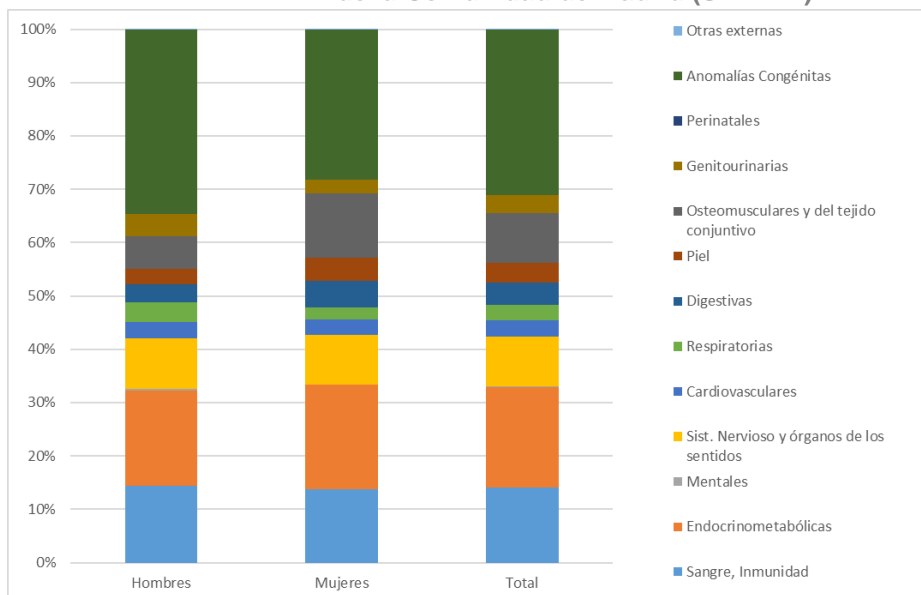
Enfermedades poco frecuentes. Prevalencia según sexo y grupos de edad. Número de personas y tasas por 10 mil habitantes a 1 enero de 2022. Comunidad de Madrid: Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
0	880	341,2	747	309,4	1.627	325,8
1-14	31.509	665,9	24.160	538,4	55.669	603,9
15-39	33.502	340,3	39.165	391,5	72.667	366,1
40-64	55.407	448,9	74.418	562,5	129.825	507,6
65 y más	53.746	1.048,8	75.002	1.036,1	128.748	1.041,4
Total	175.044	541,9	213.492	606,5	388.536	575,6

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Con respecto a la morbilidad agrupada por capítulos de la CIE-10-ES que puede observarse en la figura siguiente, destacan el grupo de anomalías congénitas en ambos sexos (31,1%, 34,6% en hombres y 28,2% en mujeres), al igual que el grupo de patología endocrinometabólica (18,8%, 17,8% en hombres y 19,6% en mujeres) y el grupo de patología hematológica y de la inmunidad (14,0%, 14,4% en hombres y 13,7% en mujeres). Existe una proporción mayor en mujeres que en hombres en el grupo de enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo (6,1% en hombres y 12,0% en mujeres).

Distribución porcentual de la morbilidad según sexo y capítulo de la CIE-10-ES a 1 de enero de 2022. Comunidad de Madrid: Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)



Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

De los 8.349 casos de enfermedades ReeR detectados desde el 1 de enero de 2010 hasta el 1 de enero de 2020, 5.938 están vivos y registrados como residentes en la Comunidad de Madrid a final de periodo. La Distrofia Miotónica de Steinert (14,9%), la Hemofilia A (10,6%), la Fibrosis Quística (9,1%), la Esclerosis Lateral Amiotrófica (7,8%), la Displasia Renal (7,5%) y el Síndrome de Marfan (7,2%) representan el 57,1% de todos los casos. Las principales diferencias por sexo

se encuentran en la Hemofilia A (Razón Hombres: Mujeres, H:M: 51,3:1), el Síndrome de X Frágil (Razón H:M: 4,3:1), la Enfermedad de Gaucher (Razón H:M: 2,0:1) y el Síndrome de Goodpasture (Razón H:M: 0,6:1).

Casos de enfermedades ReeR vivos a 1 de enero de 2020. Número y porcentaje según sexo y razón Hombres: Mujeres (H:M). Comunidad de Madrid: Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)

Enfermedad	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N	Razón H:M
Ataxia de Friedreich	71 (53,8)	61 (46,2)	132	1,2:1
Atrofia Muscular Espinal Proximal	38 (56,7)	29 (43,3)	67	1,3:1
Complejo Esclerosis Tuberosa	178 (50,4)	175 (49,6)	353	1,0:1
Displasia Renal	253 (57,1)	190 (42,9)	443	1,3:1
Distrofia Miotónica de Steinert	418 (47,1)	469 (52,9)	887	0,9:1
Enfermedad de Fabry	26 (44,8)	32 (55,2)	58	0,8:1
Enfermedad de Gaucher	22 (66,7)	11 (33,3)	33	2,0:1
Enfermedad de Huntington	120 (41,8)	167 (58,2)	287	0,7:1
Enfermedad de Niemann Pick	5 (55,6)	4 (44,4)	9	1,3:1
Enfermedad Rendu-Osler	113 (42,3)	154 (57,7)	267	0,7:1
Enfermedad de Wilson	122 (56,7)	93 (43,3)	215	1,3:1
Esclerosis Lateral Amiotrófica	255 (54,8)	210 (45,2)	465	1,2:1
Fenilcetonuria	104 (41,3)	148 (58,7)	252	0,7:1
Fibrosis Quística	265 (49,2)	274 (50,8)	539	1,0:1
Hemofilia A	615 (98,1)	12 (1,9)	627	51,3:1
Osteogénesis Imperfecta	132 (43,3)	173 (56,7)	305	0,8:1
Síndrome de Angelman	31 (40,3)	46 (59,7)	77	0,7:1
Síndrome de Beckwith Wiedemann	36 (52,2)	33 (47,8)	69	1,1:1
Síndrome de Goodpasture	49 (36,8)	84 (63,2)	133	0,6:1
Síndrome de Marfan	220 (51,3)	209 (48,7)	429	1,1:1
Síndrome de Prader Willi	60 (46,9)	68 (53,1)	128	0,9:1
Síndrome de X Frágil	132 (81,0)	31 (19,0)	163	4,3:1
TOTAL	3.265 (55,0)	2.673 (45,0)	5.938	1,2:1

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Las tasas de prevalencia por 10 mil habitantes a 1 de enero de 2020, se muestran en la siguiente tabla, la Distrofia Miotónica de Steinert es la enfermedad con la mayor prevalencia entre las 22 enfermedades ReeR, con 1,31 casos por 10 mil (1,29 en hombres y 1,33 en mujeres) seguida por la Hemofilia A con 0,92 casos por 10 mil (1,90 en hombres y 0,03 en mujeres) y por la Fibrosis Quística con 0,79 casos por 10 mil (0,82 en hombres y 0,77 en mujeres)

Prevalencia de enfermedades ReeR por 10 mil habitantes a 1 de enero de 2020, según sexo. Comunidad de Madrid

Enfermedad	Prevalencias (intervalo confianza al 95%)		
	Hombres	Mujeres	Total
Ataxia de Friedreich	0,22 (0,17-0,28)	0,17 (0,13-0,22)	0,19 (0,16-0,23)
Atrofia Muscular Espinal Proximal	0,12 (0,09-0,16)	0,08 (0,06-0,12)	0,1 (0,08-0,13)
Complejo Esclerosis Tuberosa	0,55 (0,47-0,64)	0,49 (0,43-0,57)	0,52 (0,47-0,58)
Displasia Renal	0,78 (0,69-0,88)	0,54 (0,47-0,62)	0,65 (0,60-0,72)
Distrofia Miotónica de Steinert	1,29 (1,17-1,42)	1,33 (1,21-1,45)	1,31 (1,22-1,4)
Enfermedad de Fabry	0,08 (0,05-0,12)	0,09 (0,06-0,13)	0,09 (0,07-0,11)
Enfermedad de Gaucher	0,07 (0,04-0,1)	0,03 (0,02-0,06)	0,05 (0,03-0,07)
Enfermedad de Huntington	0,37 (0,31-0,44)	0,47 (0,41-0,55)	0,42 (0,38-0,48)
Enfermedad de Niemann Pick	0,02 (0,01-0,04)	0,01 (0,00-0,03)	0,01 (0,01-0,03)
Enfermedad Rendu-Osler	0,35 (0,29-0,42)	0,44 (0,37-0,51)	0,39 (0,35-0,44)
Enfermedad de Wilson	0,38 (0,32-0,45)	0,26 (0,21-0,32)	0,32 (0,28-0,36)
Esclerosis Lateral Amiotrófica	0,79 (0,70-0,89)	0,59 (0,52-0,68)	0,69 (0,63-0,75)
Fenilcetonuria	0,32 (0,26-0,39)	0,42 (0,36-0,49)	0,37 (0,33-0,42)
Fibrosis Quística	0,82 (0,72-0,92)	0,77 (0,69-0,87)	0,79 (0,73-0,87)
Hemofilia A	1,9 (1,75-2,05)	0,03 (0,02-0,06)	0,92 (0,86-1,00)
Osteogénesis Imperfecta	0,41 (0,34-0,48)	0,49 (0,42-0,57)	0,45 (0,40-0,50)
Síndrome de Angelman	0,1 (0,07-0,14)	0,13 (0,10-0,17)	0,11 (0,09-0,14)
Síndrome de Beckwith Wiedemann	0,11 (0,08-0,15)	0,09 (0,07-0,13)	0,1 (0,08-0,13)
Síndrome de Goodpasture	0,15 (0,11-0,2)	0,24 (0,19-0,29)	0,2 (0,17-0,23)
Síndrome de Marfan	0,68 (0,59-0,77)	0,59 (0,52-0,68)	0,63 (0,58-0,7)
Síndrome de Prader Willi	0,18 (0,14-0,24)	0,19 (0,15-0,24)	0,19 (0,16-0,22)
Síndrome de X Frágil	0,41 (0,34-0,48)	0,09 (0,06-0,12)	0,24 (0,21-0,28)

Fuente: SIERMA, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/sistema-informacion-enfermedades-raras-comunidad-madrid-sierma>

Situación de las enfermedades poco frecuentes en la Comunidad de Madrid. Informe SIERMA 2023

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_sierma_mayo_2023.pdf

Salud mental

Indicadores generales

Encuestas poblacionales

Adolescentes: malestar-distrés psicológico

Población adulta (18-64 años): PHQ-8

Población mayor (65-79 años): PHQ-8

Suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. A continuación, se presentan indicadores que reflejan sobre todo las consecuencias más graves de las patologías mentales como la mortalidad y la morbilidad hospitalaria y en atención primaria.

Indicadores generales

La siguiente tabla resume los principales indicadores de morbi-mortalidad por trastornos mentales en la población de la Comunidad de Madrid, según sexo.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid, 2021

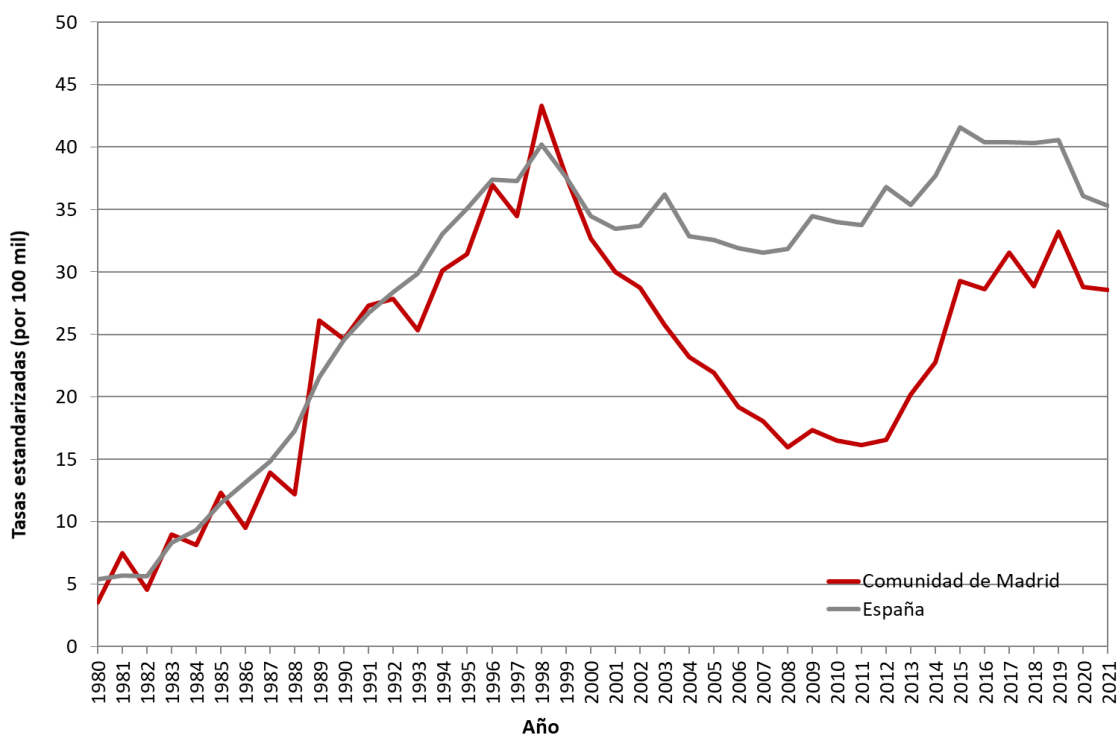
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	706	1.416	2.122
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	21,86	40,22	31,43
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	2,53	1,02	1,75
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	28,53	26,57	27,65
Tasa de morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	222,1	259,8	241,9
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	-0,008	0,015	0,005
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	7.418	10.555	17.973

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por trastornos mentales (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid. Se analiza la serie histórica desde 1980.

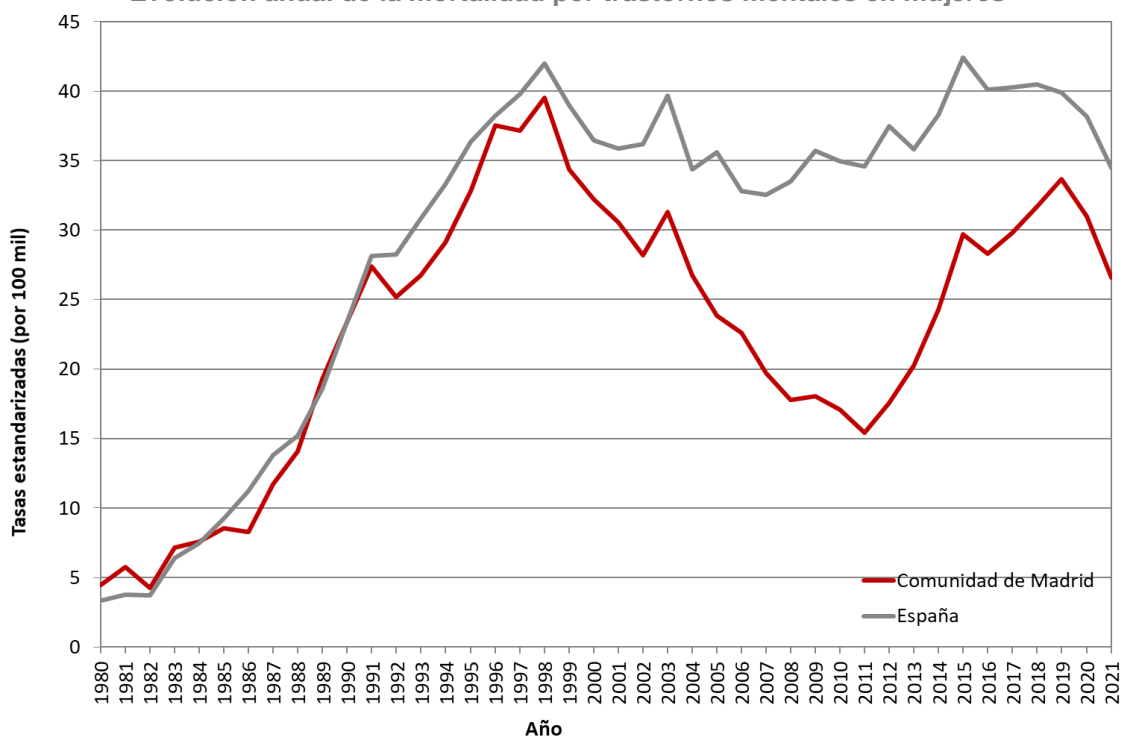
Tanto en hombres como en mujeres, tras un ascenso de la mortalidad por trastornos mentales desde 1980, con el cambio de siglo las tasas han tendido a disminuir, más en la Comunidad de Madrid que en el conjunto de España. En los últimos años se aprecia un nuevo aumento de la tasa.

Evolución anual de la mortalidad por trastornos mentales en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Evolución anual de la mortalidad por trastornos mentales en mujeres

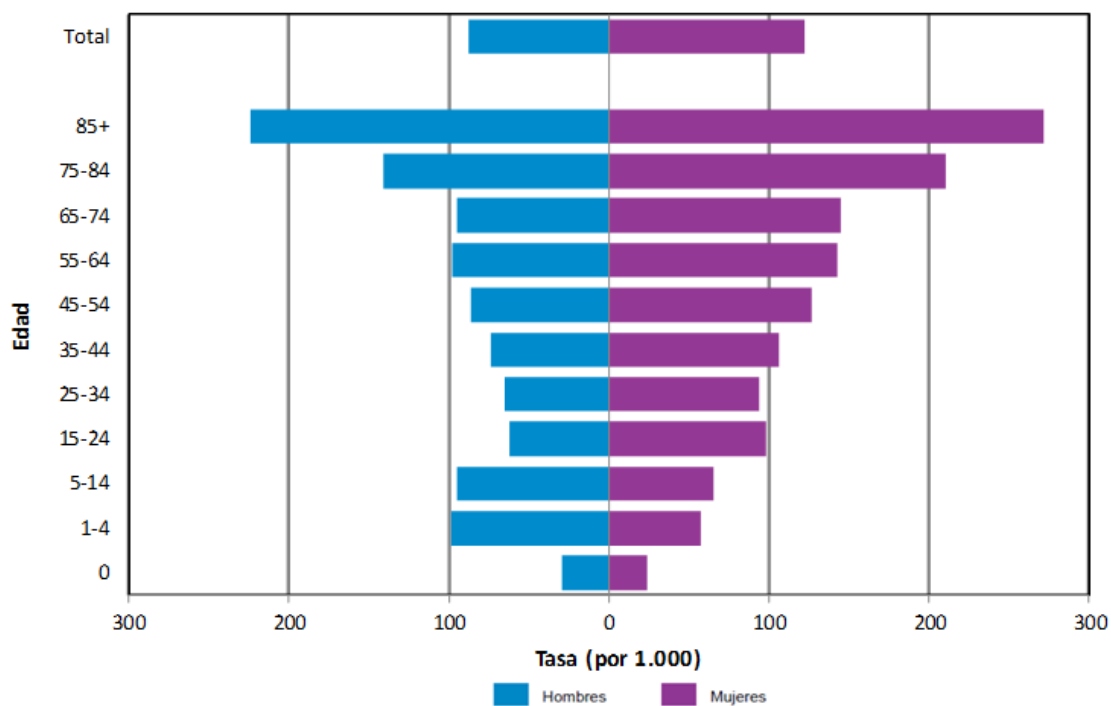


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Las tasas de morbilidad atendida en Atención Primaria crecen linealmente con la edad y son mayores en mujeres que en hombres, en edades superiores a los 14 años.

Patología mental atendida en Atención Primaria
Comunidad de Madrid, 2021



Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la figura se presentan las patologías mentales más frecuentes atendidas en atención primaria por edad y número de orden. Se expresa en cada casilla de la cuadrícula la enfermedad y código CIAP con un mismo color y el número de personas con algún apunte en el año 2021.

Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2021

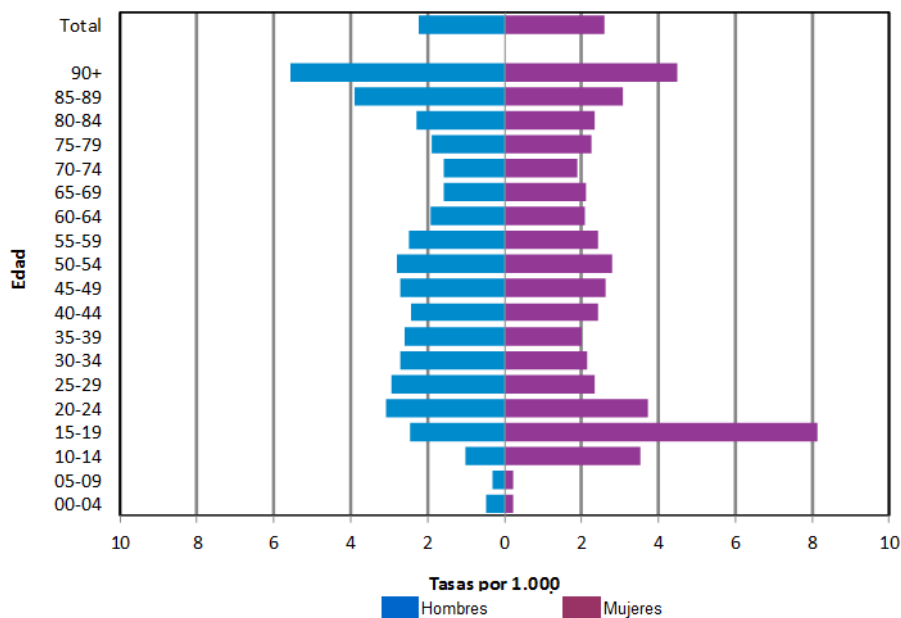
Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	P04-Sens/sent de irritabilidad/enojo N=543	P06-Trastornos del sueño N=263	P24-Probl específicos del aprendizaje N=136	P22-Sig/sin compor niño N=57	P11-Problemas de conducta N=24
1-4	P22-Sig/sin compor niño N=5424	P06-Trastornos del sueño N=3859	P24-Probl específicos del aprendizaje N=3799	P99-Otros problemas psicológicos/mentales N=1309	P04-Sens/sent de irritabilidad/enojo N=658
5-14	P22-Sig/sin compor niño N=11583	P81-Trastornos hipercinéticos N=10353	P24-Probl específicos del aprendizaje N=7965	P12-Enuresis N=4536	P06-Trastornos del sueño N=3523
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=17691	P76-Depresión/trastornos depresivos N=5578	P81-Trastornos hipercinéticos N=3707	P06-Trastornos del sueño N=2556	P23-Sig/sin comportamiento niño N=2362
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=29017	P76-Depresión/trastornos depresivos N=7843	P17-Abuso del tabaco N=4780	P06-Trastornos del sueño N=4422	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=4104
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=41269	P76-Depresión/trastornos depresivos N=12319	P17-Abuso del tabaco N=10866	P06-Trastornos del sueño N=9538	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=5669
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=43174	P76-Depresión/trastornos depresivos N=17858	P06-Trastornos del sueño N=16333	P17-Abuso del tabaco N=15254	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=5676
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=29411	P76-Depresión/trastornos depresivos N=17745	P06-Trastornos del sueño N=15900	P17-Abuso del tabaco N=14794	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=3789
65-74	P01-Sensación ansiedad/tensión N=15698	P06-Trastornos del sueño N=14017	P76-Depresión/trastornos depresivos N=13087	P17-Abuso del tabaco N=6907	P20-Trastornos de la memoria N=6858
75-84	P20-Trastornos de la memoria N=13909	P70-Demencia N=12440	P76-Depresión/trastornos depresivos N=11798	P06-Trastornos del sueño N=11356	P01-Sensación ansiedad/tensión N=10024
85+	P70-Demencia N=16845	P20-Trastornos de la memoria N=10426	P06-Trastornos del sueño N=6841	P76-Depresión/trastornos depresivos N=5598	P01-Sensación ansiedad/tensión N=4349

*Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La morbilidad por patología mental que requiere hospitalización se distribuye de manera relativamente regular a lo largo de todas las edades a partir de los 15 años, con tasas muy destacadas en las mujeres adolescentes (a expensas de trastornos del comportamiento alimentario, del estado de ánimo y del comportamiento) y en los hombres de más de 84 años.

Morbilidad hospitalaria por patología mental
Comunidad de Madrid, 2021

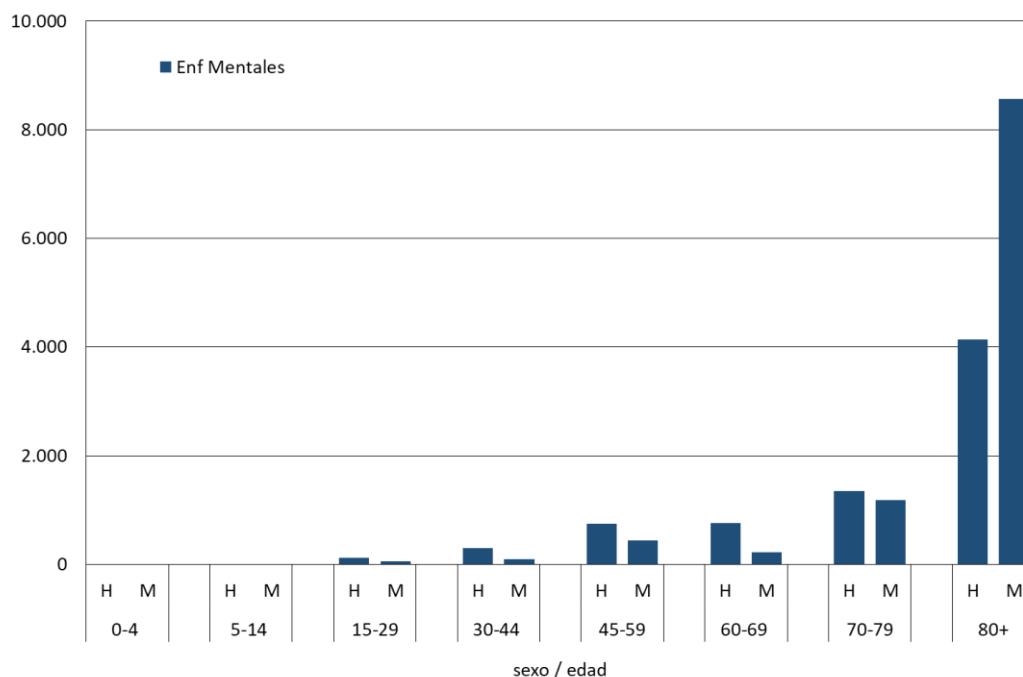


Fuente: RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Los AVP por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid en 2021 se concentran en las edades más avanzadas. Antes de los 80 años los hombres superan a las mujeres. Por encima de los 80 las pérdidas son mucho mayores en estas últimas.

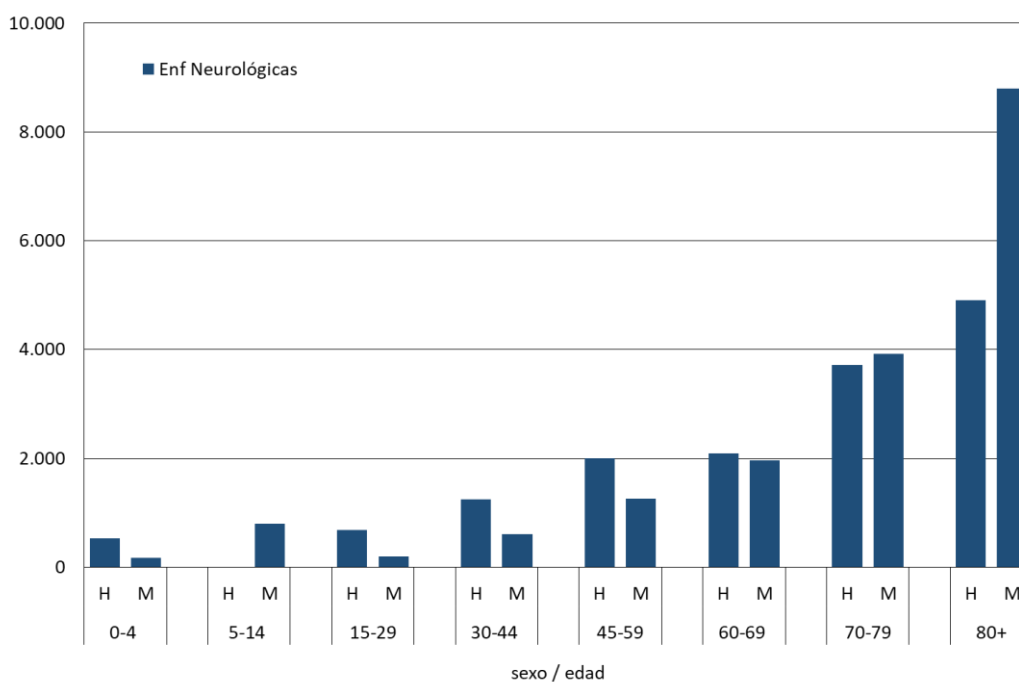
En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para las enfermedades mentales en el año 2021.

**Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades mentales
Comunidad de Madrid, 2021**



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

**Años de vida perdidos (AVP) por enfermedades neurológicas
Comunidad de Madrid, 2021**

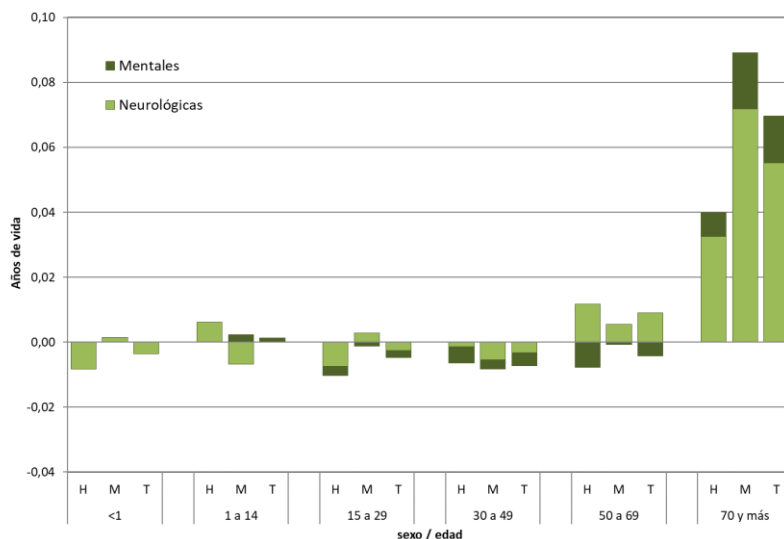


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La contribución de las enfermedades mentales y neurológicas al cambio de la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid ha sido globalmente positiva en el quinquenio 2016-2021 y se concentra por encima de los 70 años de edad. En términos generales, por encima de los 50 años de edad el balance es positivo, y por debajo de esta edad se producen leves pérdidas de expectativa de vida por estas causas.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos reunidos.

Contribución de las enfermedades mentales y neurológicas al cambio de la esperanza de vida al nacer. Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

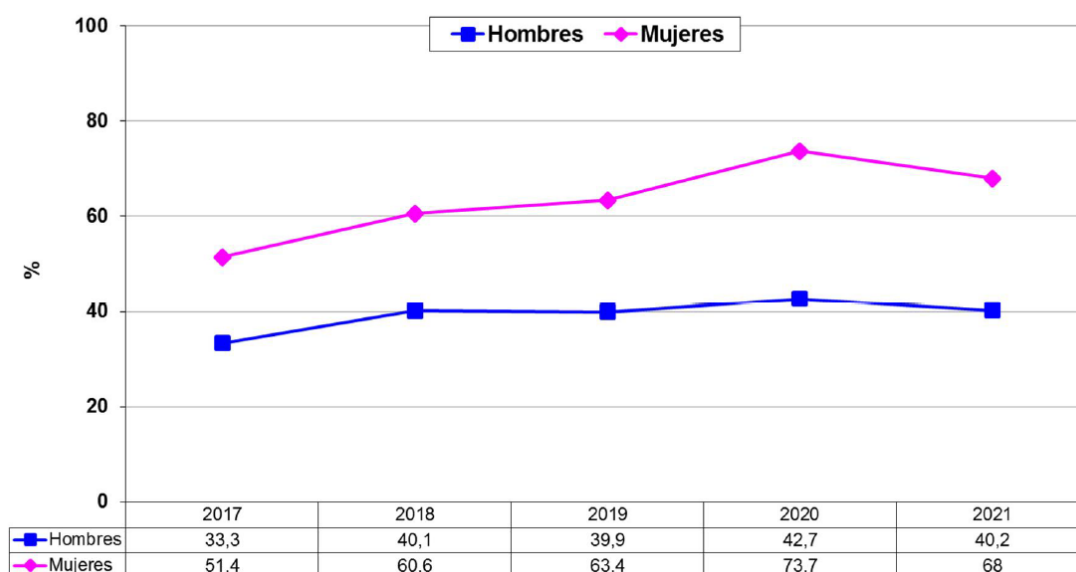
Encuestas poblacionales

Adolescentes: malestar-distrés psicológico

La detección temprana de problemas psicológicos o de un estado de mala salud mental es un asunto de gran importancia desde el punto de vista diagnóstico y más aún desde el punto de vista de la intervención. Aún, en las condiciones propias de la adolescencia, el GHQ-12 puede ser una medida válida para medir este malestar psicológico.

En el siguiente gráfico se muestra la prevalencia de distrés psicológico en adolescentes de 4º de ESO, mayoritariamente de 15 y 16 años, con una puntuación en la escala binaria del GHQ-12 de 3 o más de 3 puntos, siendo la prevalencia en mujeres de 68% y en hombres de 40,2%.

Evolución de malestar psicológico (GHQ-12=>3) por sexo en población de 4º de ESO, 15 a 16 años, 2017-2021



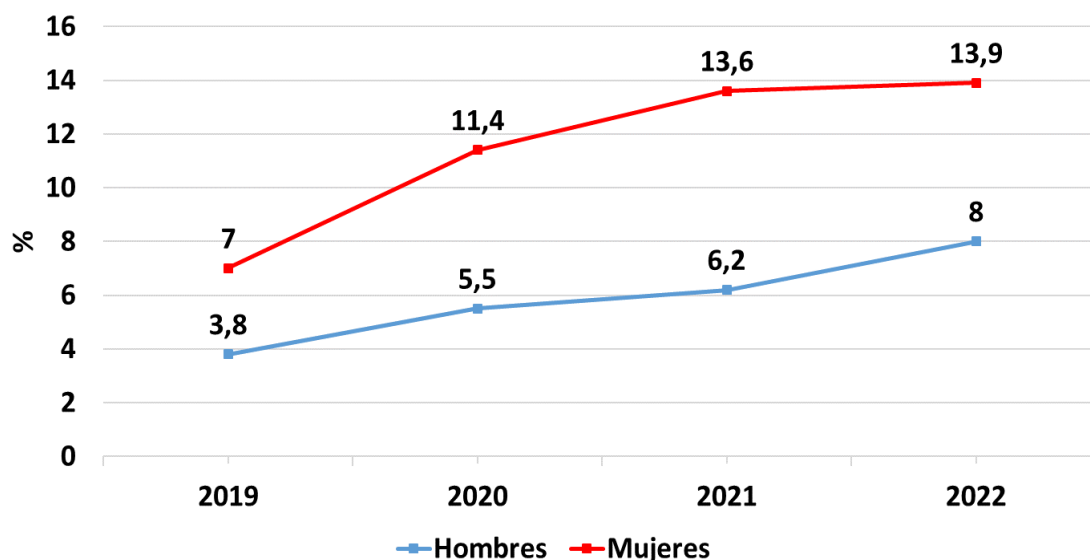
Fuente: SIVFRENT- J, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Es destacable el empeoramiento registrado en la prevalencia de malestar o distrés psicológico en 2020, fundamentalmente en chicas, pero también en los chicos, posiblemente relacionados con la pandemia y los factores asociados.

Población adulta (18-64 años): PHQ-8

La prevalencia de depresión en 2022 (PHQ-8 \geq 10) entre la población de 18 a 64 años, predomina de modo estadísticamente significativo en mujeres, como se aprecia en el gráfico, el mayor aumento se observa en mujeres entre 2020 y 2022, año en el que se estima un 13,9% (IC95% 12,3-15,3), mientras que en hombres alcanza un 8,0% (IC95% 6,0-8,3).

Prevalencia de síntomas depresivos (PHQ-8 \geq 10) * en población de 18 a 64 años
Comunidad de Madrid



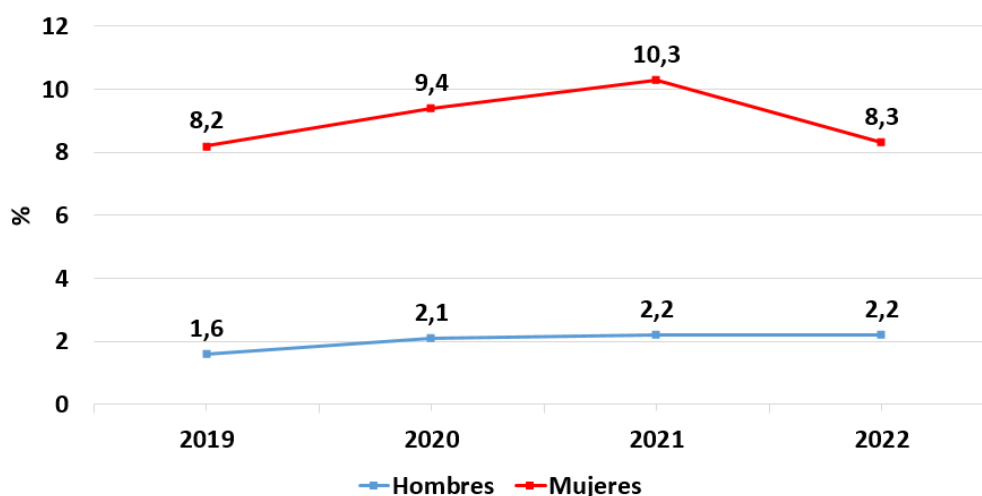
*Puntos de corte de depresión: \geq 10 (moderada + moderadamente severa + severa)

Fuente: SIVFRENT-A, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Población mayor (65-79 años): PHQ-8

La prevalencia de depresión en 2022 (PHQ-8 \geq 10) en población adulta mayor, entre 65 y 79 años, predomina de modo estadísticamente significativo en mujeres, un 8,3% (IC95% 6,2-10,9), mientras que en hombres alcanza al 2,2% (IC95% 1,1-4,0).

Desde 2019 a 2022 se aprecia en mujeres incremento hasta 2021, desde el 8,25% al 10,3%, con descenso en 2022 a cifras similar a año pre pandemia, 8,3%. En hombres apenas se aprecia diferencia en las prevalencias por año. Los cambios de prevalencia anuales no alcanzan la significación estadística.

Prevalencia de síntomas depresivos (PHQ-8 \geq 10) * en población de 65 a 79 años

* Puntos de corte de depresión: \geq 10 (moderada + moderadamente severa + severa)

Fuente: SIVFRENT-M, DGSP. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Suicidio

La siguiente tabla resume los principales indicadores de mortalidad por suicidio en la población de la Comunidad de Madrid por sexo.

Suicidio. Comunidad de Madrid, 2021

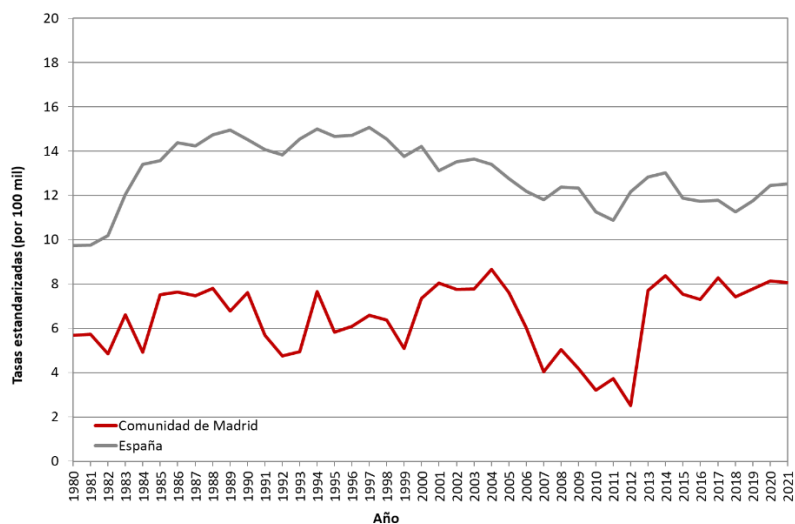
	Hombres	Mujeres	Total
Número de muertes	253	95	348
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	7,83	2,70	5,15
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	8,88	3,13	5,91
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	8,06	2,56	5,01
Contribución al cambio de esperanza de vida, en años (2016 - 2021)	-0,017	0,006	-0,007
Carga de Enfermedad. Años de Vida Perdidos (AVP)	9.255	3.411	12.666

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. RAE-CMBD. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En ambos sexos, la mortalidad por suicidio en hombres sigue en la Comunidad de Madrid una evolución ligeramente ascendente, más evidente en las mujeres que en los hombres. El descenso observado desde el año 2005 y el brusco incremento en 2013 no son reales, sino que tienen que ver con la mejora de la calidad de las notificaciones judiciales en este último año tras la degradación de los previos.

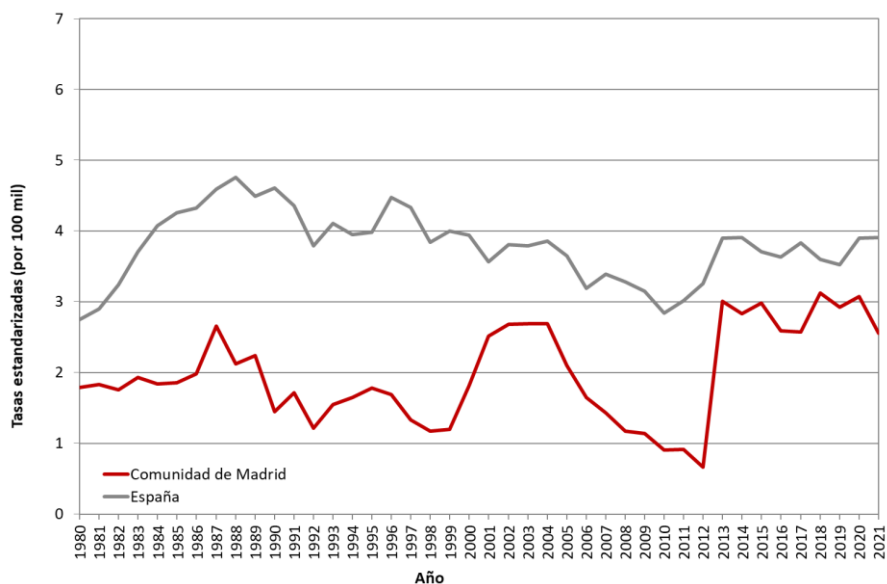
En las siguientes figuras se observan las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio (tasa de mortalidad ajustada por edad con la población europea definida por Eurostat) para hombres y mujeres de España y la Comunidad de Madrid.

Evolución anual de la mortalidad por suicidio en hombres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

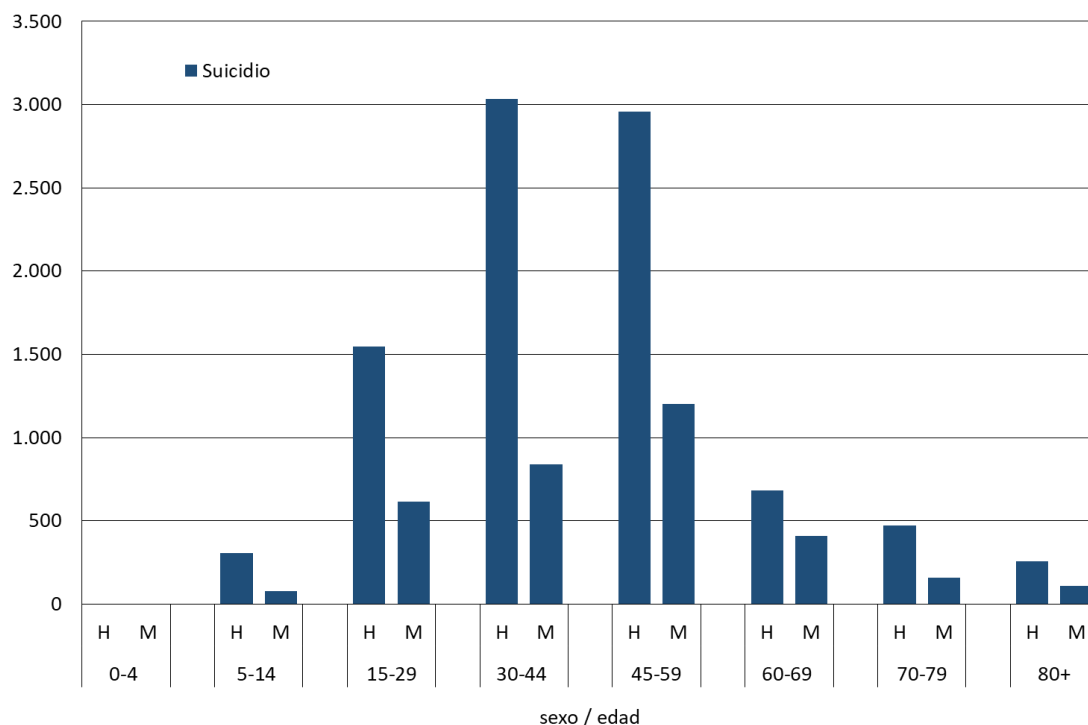
Evolución anual de la mortalidad por suicidio en mujeres



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

En la siguiente figura se presenta la distribución por edad y sexo del componente de mortalidad -los Años de Vida Perdidos (AVP)- del indicador clásico de carga de enfermedad -los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)- para el suicidio en el año 2021. Los AVP por suicidio en la Comunidad de Madrid en 2021 son claramente mayores en hombres que en mujeres y se concentra en los grupos de edad de jóvenes y adultos (15-59 años).

Años de vida perdidos (AVP) por suicidio Comunidad de Madrid, 2021

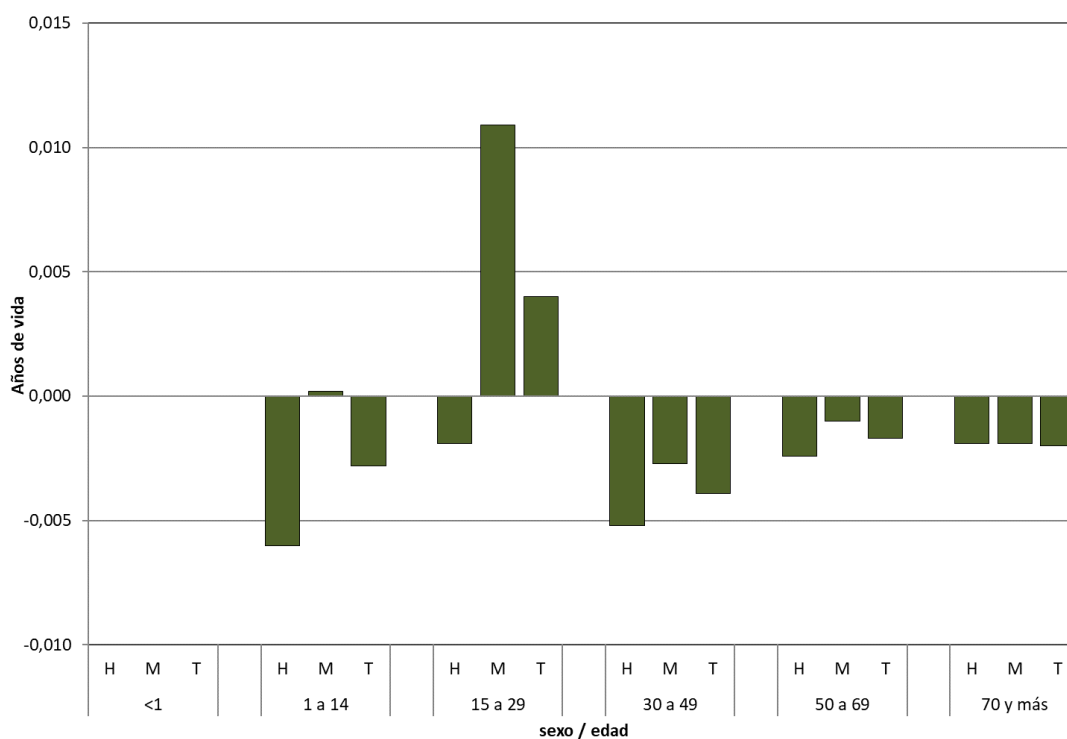


Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La siguiente figura representa la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer para el suicidio, por sexo y edad, en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2021. La contribución se expresa en años de esperanza de vida sumados o restados en el periodo estudiado como consecuencia de la disminución o aumento de la mortalidad por esa causa. Se presenta también el impacto en la esperanza de vida de ambos sexos.

La mortalidad global por suicidio ha contribuido al cambio de la esperanza de vida, entre 2016 y 2021 de manera ligeramente negativa en los hombres de cualquier edad. La contribución positiva de las mujeres menores de 30 años se ve compensada por las pérdidas en las mayores de esa edad, con un balance global de aportación nula para este sexo.

Contribución del suicidio al cambio de la esperanza de vida al nacer
Comunidad de Madrid, 2016-2021



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte, INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Salud laboral

Enfermedades profesionales

Accidentes de trabajo



La vigilancia epidemiológica de las repercusiones en salud derivadas de la exposición a riesgos y daños derivados del trabajo en la Comunidad de Madrid permite aportar información para la prevención de riesgos laborales y la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo.

A continuación, se muestran los últimos datos básicos consolidados sobre las lesiones y patologías derivadas del trabajo en la Comunidad de Madrid. Para el cálculo de tasas, se considera la afiliación a la Seguridad Social, de la población total y de forma desagregada por sexo.

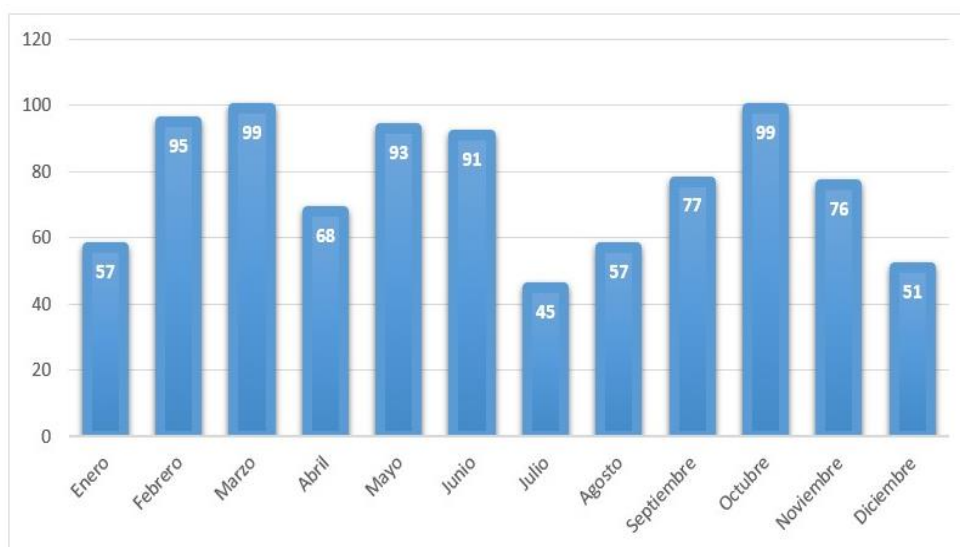
Enfermedades profesionales

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en su artículo 157 establece como enfermedad profesional “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe 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”. Y el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro -y posteriores modificaciones-, establece un listado (Anexo I) en que se enumeran una serie de enfermedades clasificadas en seis grupos -según agentes- y establece (aunque no de modo exhaustivo) las actividades laborales en las que se sabe que se ha podido producir la exposición a los mismos. Este Real Decreto incorpora un segundo anexo en el que están reflejadas otras de las que se considera que aún no se ha podido demostrar su relación directa con diferentes agentes, pero se prevé que acabarán pasando al Anexo I cuando haya evidencia y consenso suficiente.

En la Comunidad de Madrid, durante el año 2022 fue comunicado un total de 908 partes de enfermedad profesional (EP), de los cuales 438 correspondían a mujeres (48,2%), y 470 a hombres (51,8%), invirtiendo las proporciones observadas anteriormente. Del total de partes comunicados, el 60,9% conllevó baja laboral.

En la figura siguiente puede observarse la distribución mensual del número de partes de EP comunicados durante 2022, con descenso de comunicaciones durante los periodos vacacionales.

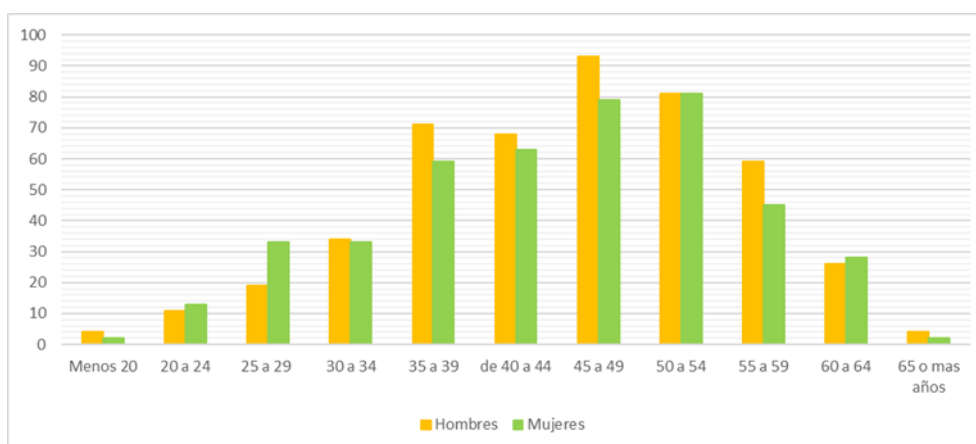
Partes de enfermedades profesionales comunicados por meses.
Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

La media de edad fue de 44,77 años. El número de partes correspondientes a mujeres solo es mayor en los grupos de edad de 20 a 29 y de 60 a 64 años, observándose un cambio en el perfil de la distribución por sexo respecto a lo observado en los últimos años.

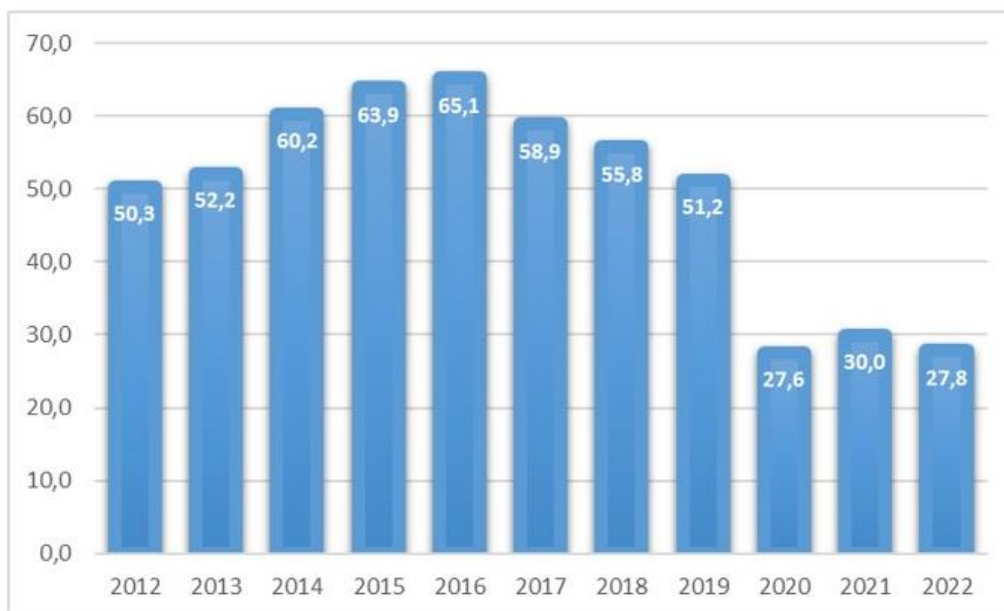
Distribución de los partes de enfermedades profesionales comunicados por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2022



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En cuanto a la evolución temporal del índice de incidencia de EP comunicadas, en 2022 se mantienen las cifras observadas desde el año 2020, en que se produjo un importante descenso respecto a años previos a la pandemia por covid-19.

Evolución anual del índice de incidencia de enfermedades profesionales comunicadas por 100.000 afiliados/as. Comunidad de Madrid



Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

La distribución de EP comunicadas en el año 2022, según el listado publicado en el Real Decreto 1299/2006, se muestra en la tabla siguiente. El mayor número de EP comunicadas pertenece al grupo de enfermedades causadas por agentes físicos, tanto en hombres como en mujeres, siendo este grupo el que tiene también una mayor incidencia por cada 100.000 afiliados/as.

Enfermedades profesionales comunicadas según el RD 1299/2006 (tipo de agente) Comunidad de Madrid, 2022

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Índice de incidencia por 100.000 trabajadores	N	Índice de incidencia por 100.000 trabajadoras	N	Índice de incidencia por 100.000 trabajadores/as
EP causadas por agentes químicos	24	1,40	33	2,08	57	1,72
EP causadas por agentes físicos	341	19,85	289	18,21	630	19,07
EP causadas por agentes biológicos	21	1,22	58	3,65	79	2,39
EP causadas por inhalación de otras sustancias y agentes ^(*)	38	2,21	15	0,95	53	1,60
EP de la piel causadas por otras sustancias y agentes ^(*)	42	2,45	43	2,71	85	2,57
EP causadas por agentes carcinógenos	4	0,23	0	0,00	4	0,12
Total	470	27,36	438	27,60	908	27,48

(*) No comprendidos en otros apartados

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En la distribución de las EP por patologías, se observó en 2022 que la epicondilitis (homo y bilateral) constituyen más de la cuarta parte de las EP comunicadas, seguidas de la afectación del túnel carpiano y de dermatitis alérgicas y por contacto. Se recogieron seis tumores: tres mesoteliomas y tres casos de cáncer de bronquio/pulmón.

Enfermedades profesionales comunicadas agrupadas por patología. Comunidad de Madrid, 2022

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Epicondilitis	231	25,4
Síndrome del túnel carpiano	166	18,3
Dermatitis alérgica y de contacto	97	10,7
Conjuntivitis	38	4,2
Tenosinovitis de Quervain	51	5,6
Dedo en gatillo	34	3,7
Patologías del hombro	24	2,6
Disfonías / Afonías	21	2,3
Asma	28	3,1
Otras patologías de la mano	13	1,4
Neumonitis, bronquitis, otros	6	0,7
Patologías de rodilla	6	0,7
Neumoconiosis	9	1,0
Hipoacusia	5	0,6
Asbestosis	2	0,2
TBC y estudio de contactos	3	0,3
Mesoteliomas	3	0,3
Cáncer vías respiratorias	3	0,3
Otras patologías de apto locomotor	68	7,5
Resto	100	11,0
Total	908	100

Fuente: CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

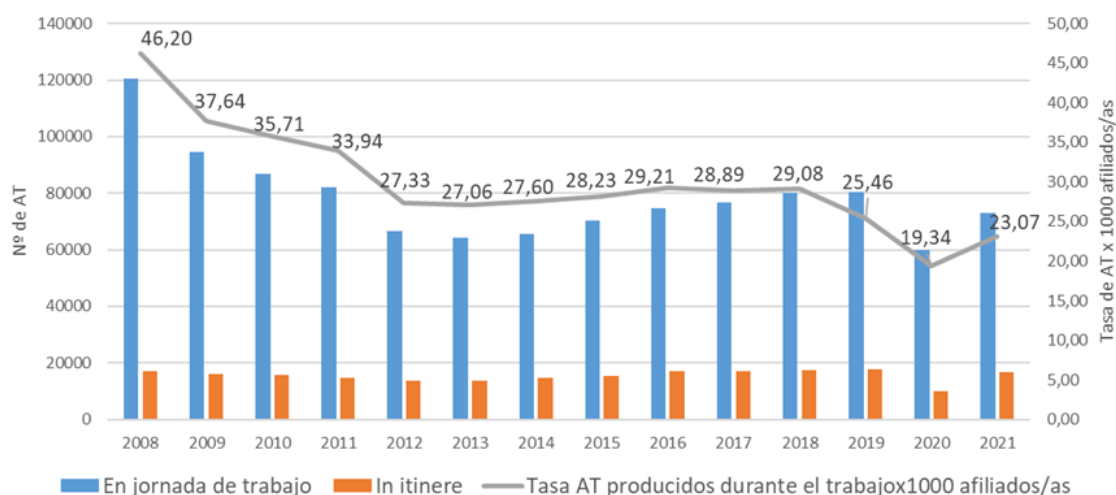
Accidentes de trabajo

Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo. Nuestra normativa amplía la calificación de Accidente de Trabajo a ciertas situaciones como: accidentes al ir o volver del trabajo (*accidentes in itinere*); los ocurridos en el desempeño de cargos electivos sindicales; los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa; los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo; las enfermedades, no incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo; las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente; así como

las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes.

Los últimos datos consolidados de Accidentes de Trabajo con baja –en adelante AT- disponibles en el momento de realizar el presente informe corresponden al año 2021. Durante este periodo se produjeron en la Comunidad de Madrid 89.820 AT, de los que 46.236 correspondieron a hombres y 23.668 a mujeres. Así, se contabilizaron casi 20.000 AT más que los registrados el año anterior, en que irrumpió la covid-19 en España, con el confinamiento posterior para las actividades no esenciales. El índice de incidencia por cada 100.000 afiliados/as en cada régimen de afiliación, en hombres y mujeres, ha descendido en todos ellos. A pesar de que el RD 12/2020 reconocía como AT aquellas bajas por covid-19 en personal sanitario y socio sanitario, y de la alta incidencia de esta enfermedad en este colectivo, esa consideración no ha tenido efecto visible sobre las cifras registradas. Este descenso rompió con la ligera tendencia ascendente que se estaba observando en los años precedentes como puede verse en la siguiente figura.

Evolución anual de los accidentes de trabajo según momento del accidente, y tasas de accidentes de trabajo (AT) durante el trabajo x 1000 afiliados/as. Comunidad de Madrid



Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

En la tabla siguiente se muestra la incidencia de algunos AT seleccionados por la forma de producirse o por sus efectos en salud. Se trata de los AT por accidentes de tráfico, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares graves, muy graves y mortales (G, MG y M), los sobreesfuerzos físicos y las agresiones.

Tasas de accidentes de trabajo por determinadas causas. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia (x 100.000 afiliados)	Nº AT	Incidencia (x 100.000 afiliadas)
AT por accidente de tráfico	7.010	425,16	4.058	267,75
AT por "Infartos y derrames cerebrales" (G, MG y M)	59	3,58	7	0,46
AT por sobreesfuerzos físicos	17.943	1.088,26	8.010	528,51
AT por agresiones	559	33,90	439	28,97

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Como indicadores de la repercusión o impacto inmediato de la siniestralidad se analizaron los factores que se muestran en las tablas siguientes.

Indicadores de la repercusión de los accidentes de trabajo. Comunidad de Madrid, 2021

	Hombres		Mujeres	
	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliados	Nº AT	Incidencia por 100.000 afiliadas
1º. AT que derivaron en hospitalización	1.534	93,04	1.896	125,10
2º. AT que produjeron amputaciones traumáticas	85	5,16	7	0,46
3º. AT que resultaron en muerte	73	4,43	7	0,46
4º. AT graves a mortales en jornada de trabajo (excluidos <i>in itinere</i>)	348	21,11	58	3,83

	Nº AT	Suma	Media
5º. Días de baja laboral ¹			
Hombres	56.172	1.875.140	33,38
Mujeres	31.357	1.152.826	36,76
6º. Años potenciales de vida productiva perdidos ²			
Hombres	73	1.361	18,64
Mujeres	7	207	29,57

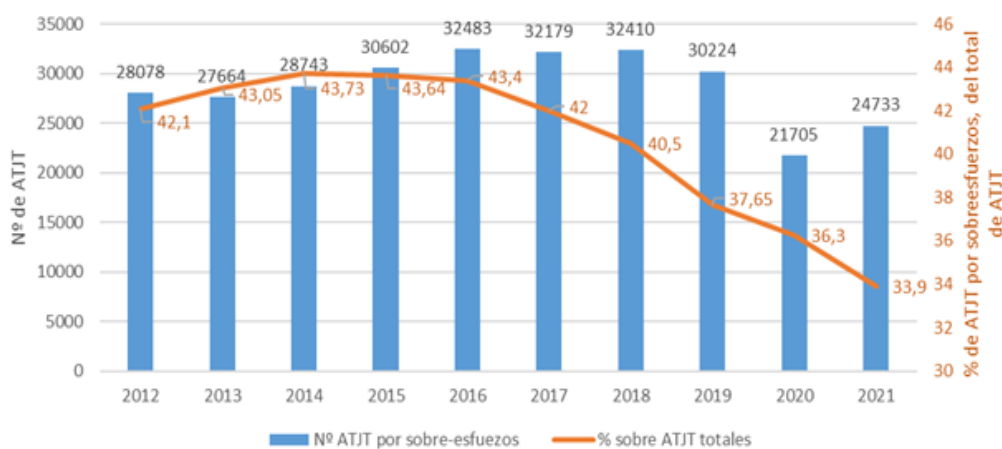
(1) Sin considerar los AT mortales

(2) Calculados sobre los AT mortales para un límite de edad productiva de 70 años

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.

Los AT por sobreesfuerzos constituyeron más de la cuarta parte del total de los AT (28,9%). Y considerando los AT por sobreesfuerzos ocurridos durante la jornada de trabajo (es decir, excluyendo aquellos ocurridos *in itinere*), los sobreesfuerzos fueron en más de 1/3 la causa de los AT. Dada la importante presencia de este tipo de accidentes, se muestra por separado en la siguiente figura la evolución de estos accidentes durante la jornada laboral, y el peso en relación al total de AT durante el trabajo.

Evolución anual de los accidentes de trabajo por sobreesfuerzos ocurridos durante la jornada de trabajo. Comunidad de Madrid



ATJT: AT ocurridos durante la jornada de trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.



Accidentes de trabajo mortales: Se produjeron 80 accidentes de carácter mortal (21 más que en el año 2020): 73 en hombres y 7 en mujeres. De los 80 AT, 70 se produjeron durante la jornada de trabajo; 6 hombres y 4 mujeres fallecieron por AT ocurrido *in itinere*.

Casi el 30% de las personas muertas por AT estaban trabajando en la construcción, y casi el 20% en transporte y almacenamiento.

Accidentes de trabajo mortales de trabajadores ocurridos durante el trabajo por secciones de actividad. Comunidad de Madrid, 2021

Hombres

	N	% sobre ATJT mortales	Incidencia Por 100.000 afiliados	ATJT mortales x cada 1.000 ATJT / sección
Construcción	20	29,85	12	170,02
Transporte y almacenamiento	12	17,91	9	204,36
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	11	16,42	6	139,65
Actividades administrativas y servicios auxiliares	6	8,96	4	93,56
Actividades sanitarias y de servicios sociales	6	8,96	10	362,32
Actividades profesionales, científicas y técnicas	3	4,48	2	323,28
Industria manufacturera	2	2,99	2	32,89
Hostelería	2	2,99	2	54,08
Información y comunicaciones	1	1,49	1	175,75
Administración pública, defensa seg social	1	1,49	2	48,08
Educación	1	1,49	1	242,72
Act. artísticas, recreativas y de entretenimiento	1	1,49	3	99,40
Hogares que emplean personal doméstico	1	1,49	6	568,18
Total	67	100,00	4	132,25

Mujeres

	N	% sobre ATJT mortales	Incidencia Por 100.000 afiliados	ATJT mortales x cada 1000 ATJT / sección
Comercio por mayor y menor, rep vehículos	1	33,33	0,44	0,33
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1	33,33	0,66	2,58
Administración pública, defensa seg social	1	33,33	1,61	1,27
Total	3	100	0,20	0,13

ATJT: AT ocurridos durante la jornada de trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social. Elaboración: Unidad Técnica de Salud Laboral.



Más información:

Salud laboral

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-laboral>

Cuadernos de Salud Laboral 2022

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51018>

Salud reproductiva y perinatal

Indicadores de nacimiento

Características de los partos

Mortalidad infantil

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)



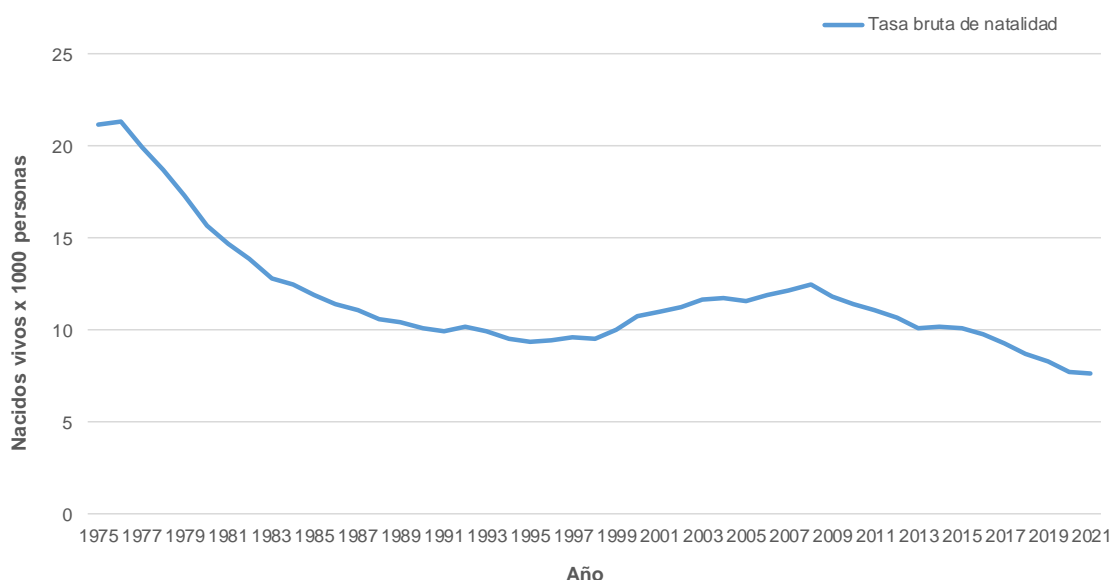
La vigilancia de la salud perinatal y reproductiva con la monitorización de algunos indicadores constituyen un elemento clave para conocer el nivel de salud de una población así como para evaluar el impacto de la implementación de políticas y programas sanitarios.

A continuación, se muestran los últimos datos para indicadores seleccionados relativos a partos y nacimientos, mortalidad infantil e interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid.

Indicadores de nacimiento

El número de nacidos vivos aumentó en la Comunidad de Madrid entre 1998 y 2008, y a partir de 2009 se inicia un descenso mantenido, solo estabilizado entre los años 2013 y 2015.

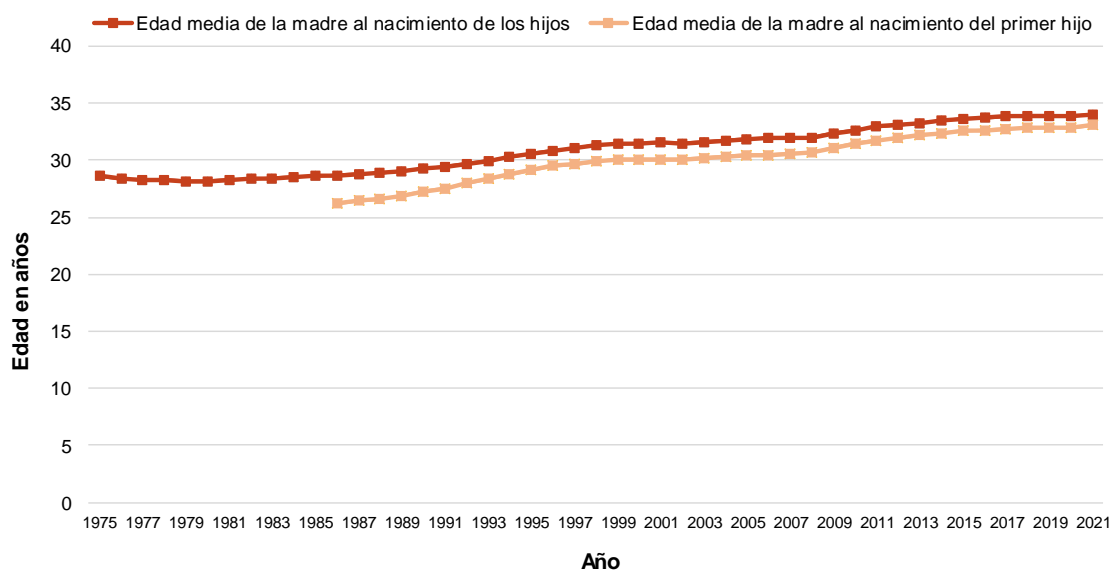
Tasa bruta de natalidad. Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La edad media de la madre al nacimiento de los hijos presenta un crecimiento sostenido desde el inicio de los años ochenta, y supera los 30 años a mediados de los noventa, incluso en las primíparas.

Evolución de la edad media a la maternidad. Comunidad de Madrid

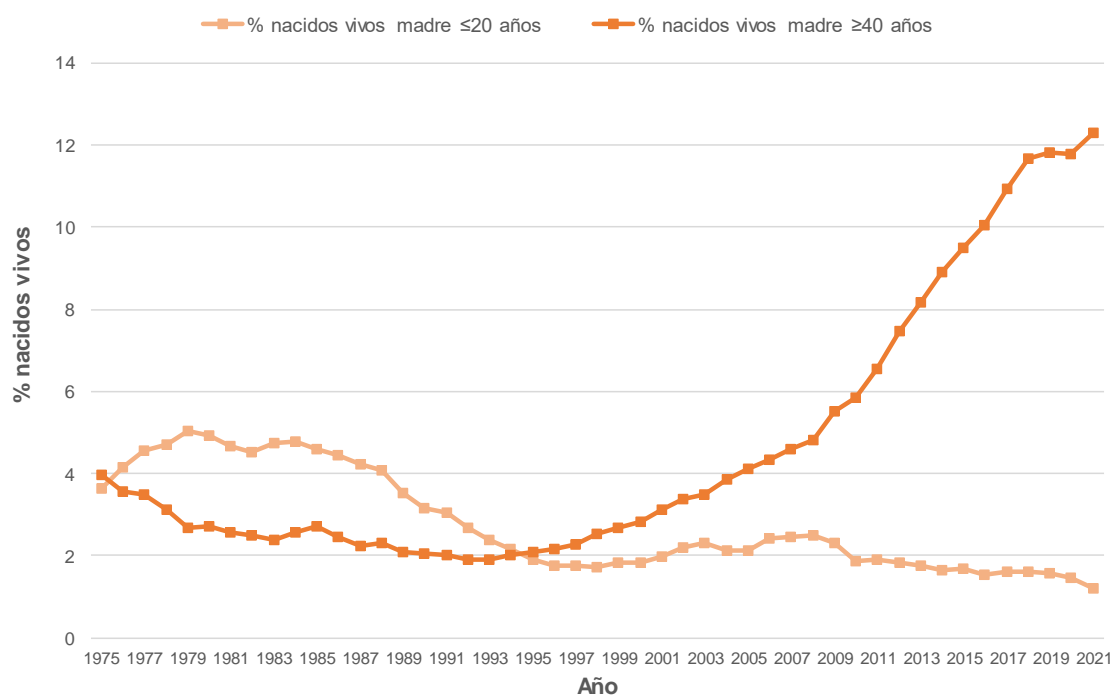


Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Características de los partos

El porcentaje de nacidos vivos de madres con edades a partir de los 40 años, que venía aumentando desde los años noventa, parece acentuarse a partir del año 2009, salvo un estancamiento entre los años 2018-2020, alcanzando cifras superiores al 10%. De forma especular, el porcentaje de nacidos vivos de madres hasta los 20 años va disminuyendo hasta situarse por debajo del 2% en la última década.

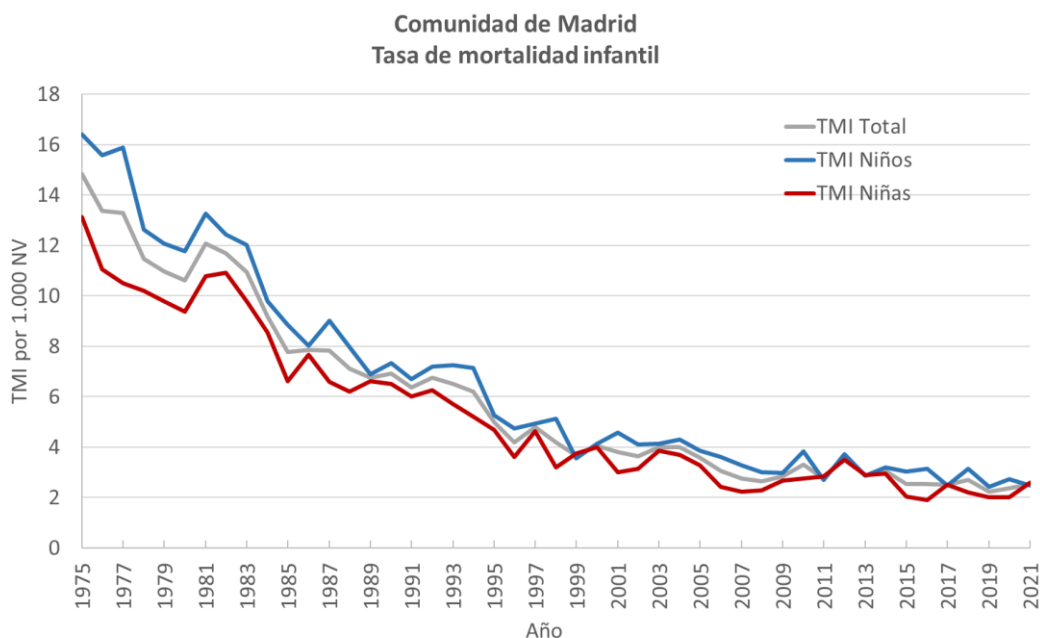
Evolución del porcentaje de nacidos vivos de madre ≤ 20 años y ≥ 40 años
Comunidad de Madrid



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mortalidad infantil

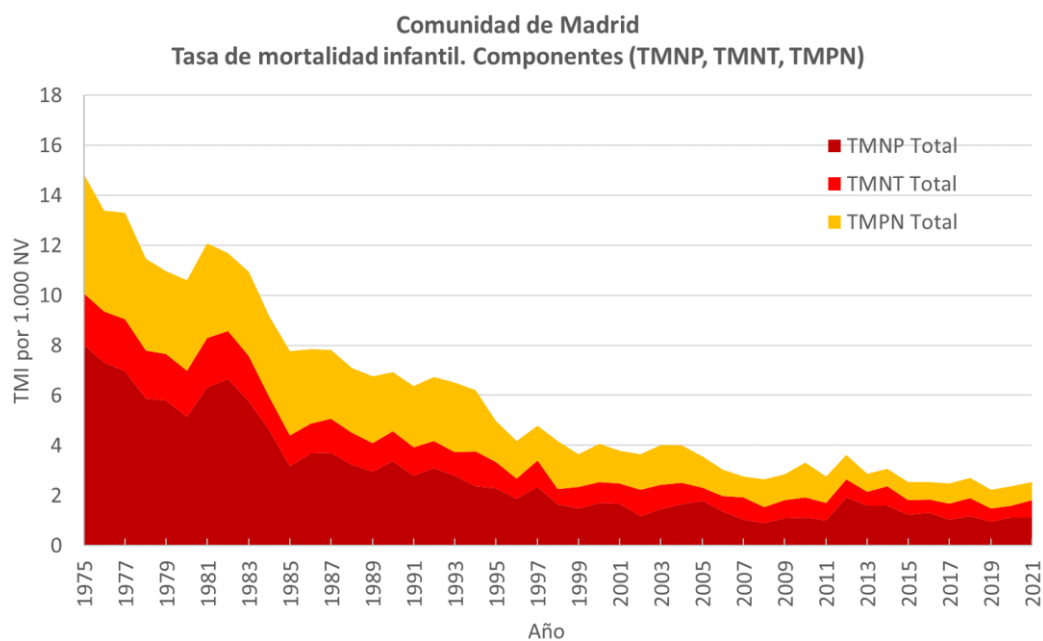
La tasa de mortalidad infantil (muertes de menores de un año de edad por mil nacidos vivos) ha alcanzado valores extraordinariamente bajos en la Comunidad de Madrid, tras una evolución descendente a lo largo de las últimas décadas.



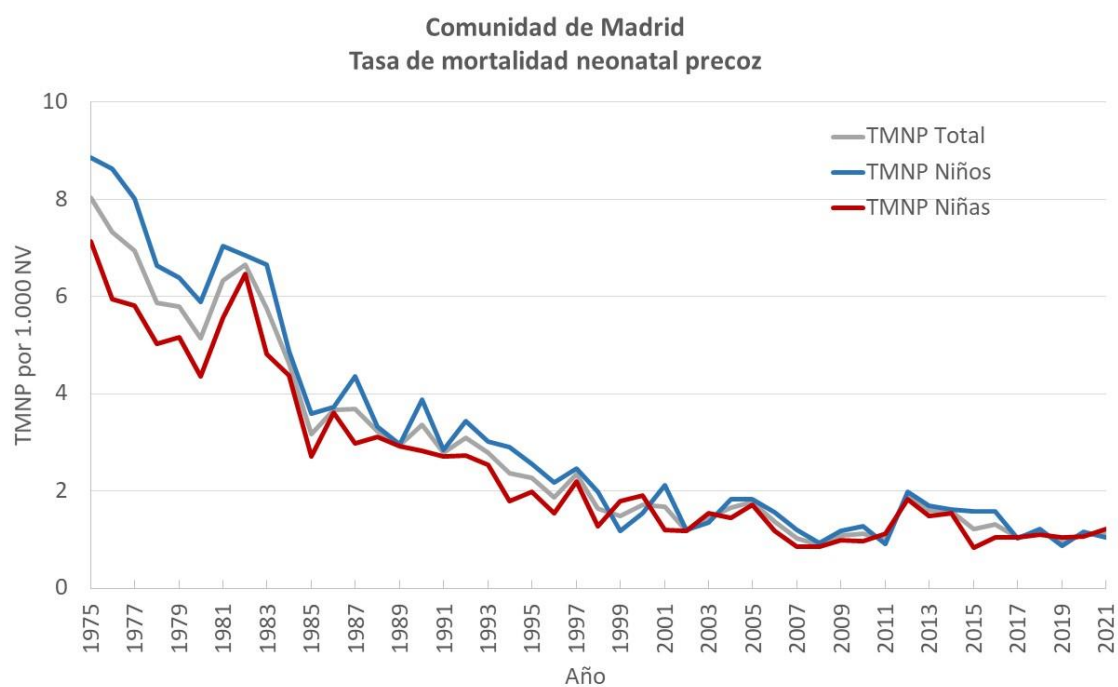
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

La mortalidad infantil suele desagregarse en tres componentes diferenciados. La tasa de mortalidad neonatal precoz (TMNP cubre la primera semana de vida (días 0-6),). La tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNT) cubre desde la semana segunda a cuarta (días 7-27). Y la tasa de mortalidad postneonatal (TMPN) cubre desde el día 28 hasta el 364 cumplido. A pesar de suponer un periodo de solo una semana de observación (frente a las tres semanas de la tardía y los once meses de la postneonatal), en estos últimos años la mortalidad neonatal precoz supone aproximadamente entre el 40 y el 50 por ciento del total de las muertes del primer año de vida.

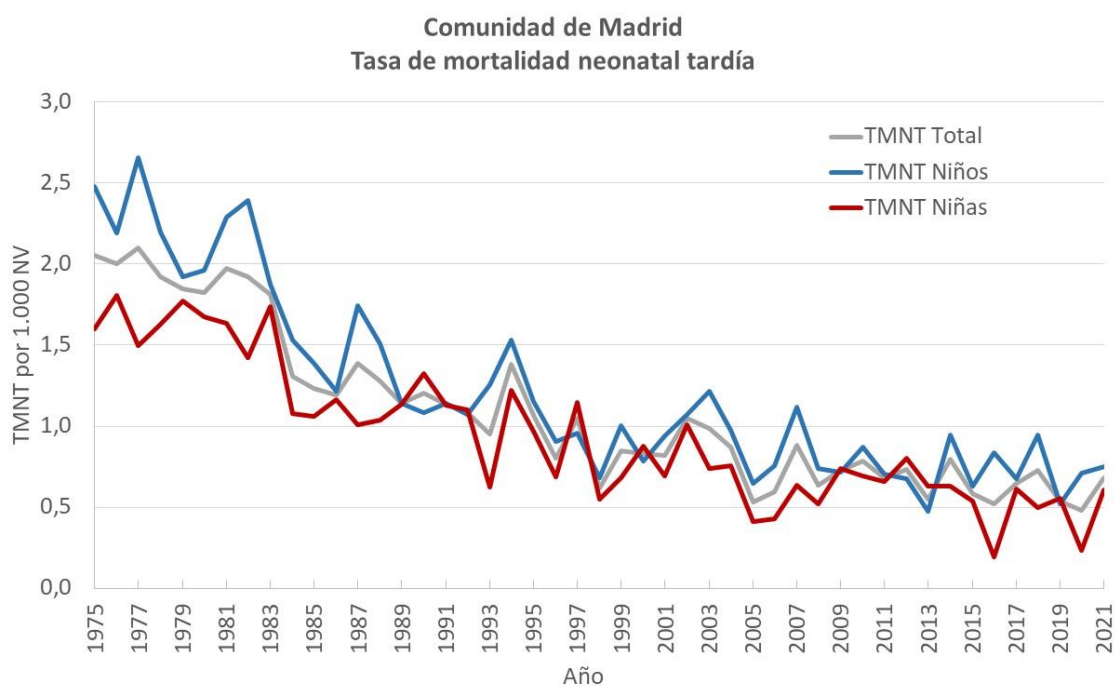
La evolución de estas tres tasas se puede apreciar en las siguientes figuras:



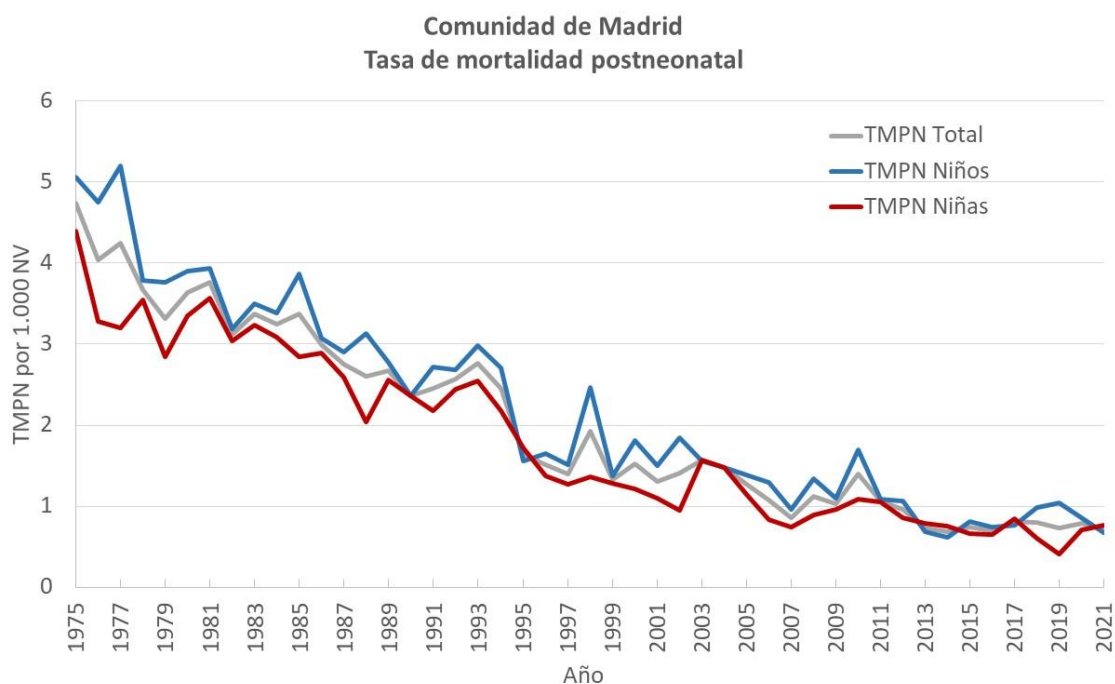
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

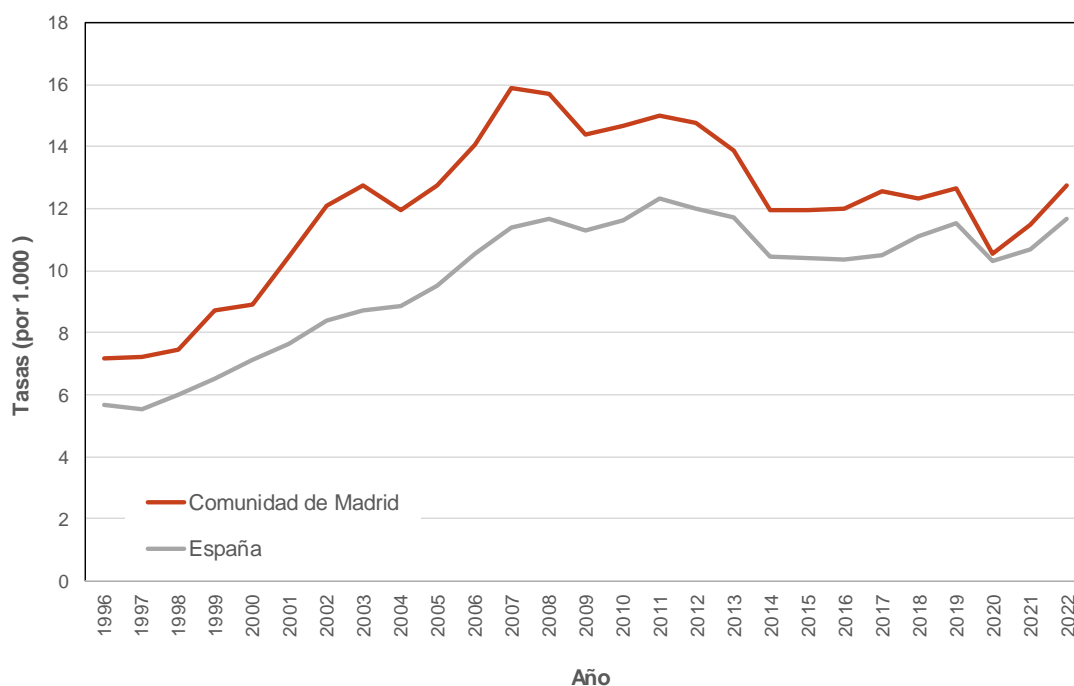


Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

En 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.042 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), y de ellas, 16.540 correspondieron a mujeres con residencia en la región. Las tasas alcanzan su máximo en los años 2007-2008, y tienen una fase de estabilización entre 2014 y 2019, descendiendo de forma importante en 2020 a 10,57 IVE por mil mujeres de 15 a 44 años para luego subir hasta 2022 (12,76).

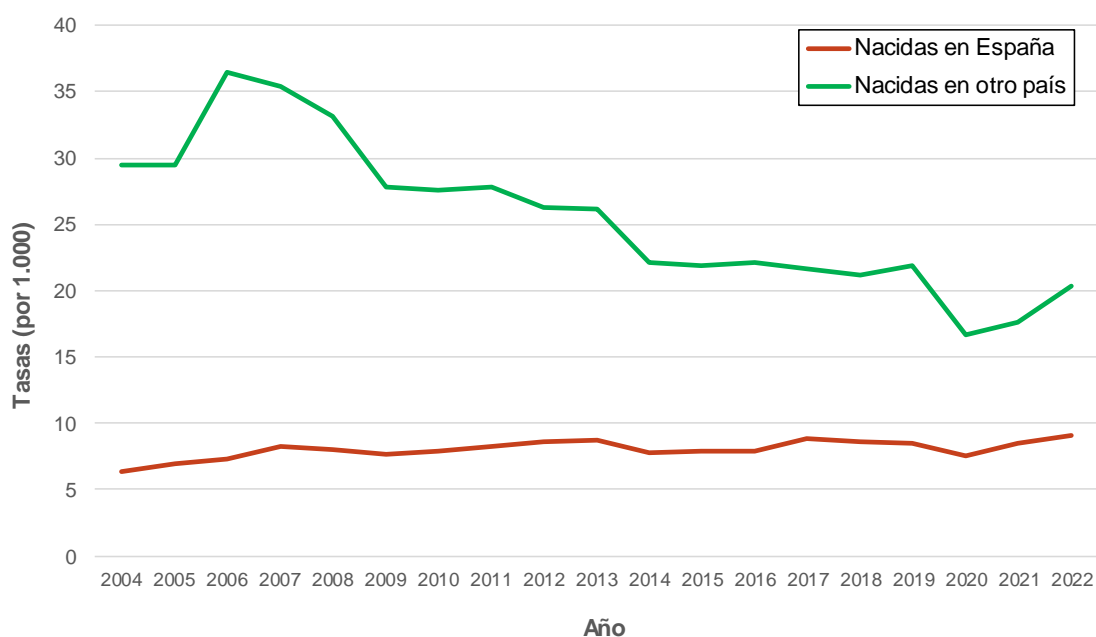
Tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de 15 a 44 años, por mil. Comunidad de Madrid y España



Fuente: Registro Regional de IVE y Ministerio de Sanidad. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Del total de IVE notificadas el 47,6% correspondían a mujeres nacidas en España, entre las que la tasa se mantiene estable, mientras entre las nacidas fuera de España la tasa parece repuntar en 2022 (20,31) tras el marcado descenso en 2020 (16,72).

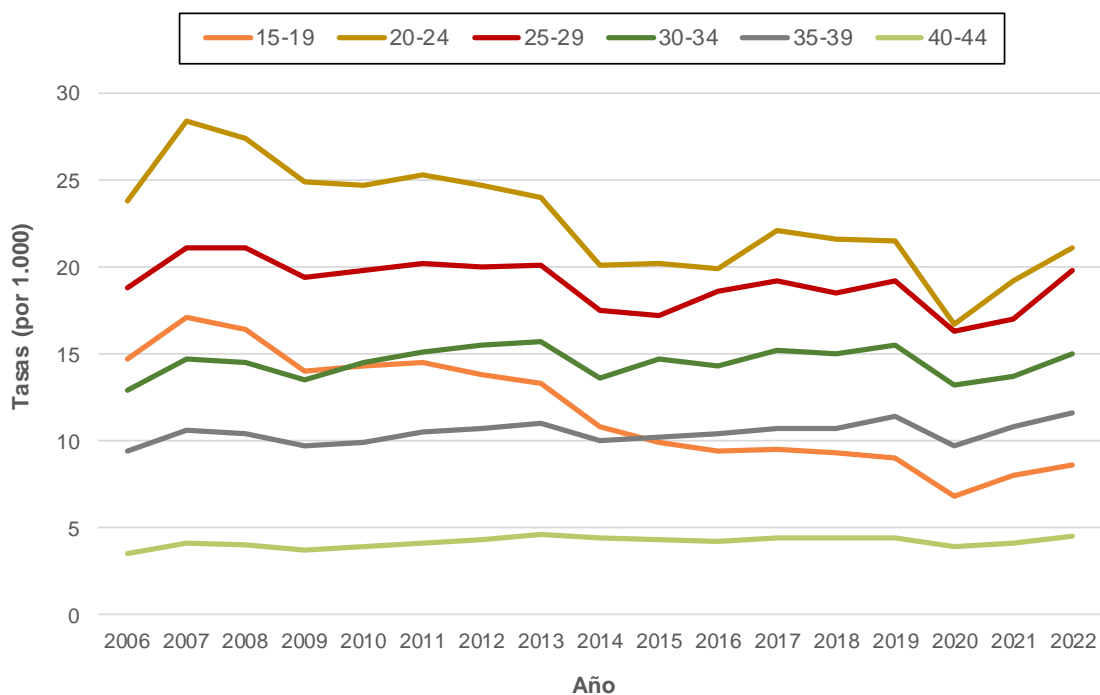
Evolución de las tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años), según origen. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Programa de vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual.

Por grupos de edad la tasa más alta corresponde a las mujeres de 20 a 24 años, que en 2022 ha sido de 22,13 por mil mujeres, seguida por la de las mujeres de 25 a 29 años, con una tasa de 19,19 por mil mujeres.

Evolución de las tasas anuales de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años) por grupos de edad. Comunidad de Madrid



Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Programa de vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual.



Más información:

Vigilancia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-interrupciones-voluntarias-embarazo-ive>

Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2022
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_ive_2022.pdf

Desigualdades sociales en salud

Mortalidad

- Mortalidad por todas las causas
- Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
- Mortalidad por cáncer
- Mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas

Estado de salud percibido

Salud mental

- Depresión mayor

Hábitos y estilos de vida

- Sobrepeso u obesidad
- Inactividad física
- Nutrición adecuada
- Tabaco
- Alcohol

Violencia de género

- Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer
- Víctimas mortales por violencia de género

El concepto de la Organización Mundial de la Salud del término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. La mayor parte de las desigualdades en salud entre las personas se deben a sus determinantes socioeconómicos. La detección y monitorización de las desigualdades en salud es imprescindible para orientar las acciones encaminadas a su reducción.

Con esta finalidad se presentan a continuación los últimos datos disponibles para indicadores seleccionados relativos morbilidad, hábitos y estilos de vida, y violencia de pareja contra las mujeres en la Comunidad de Madrid, en función de características demográficas y socioeconómicas.

Mortalidad

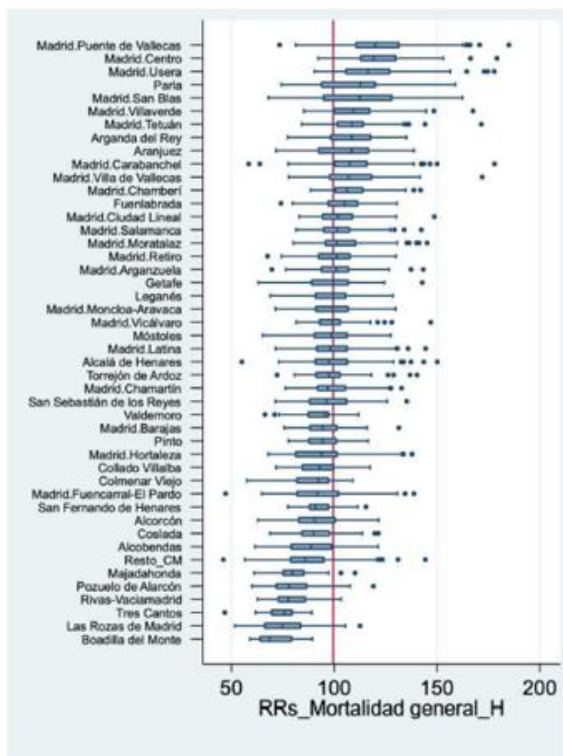
La distribución geográfica de la mortalidad no es uniforme y aleatoria, sino que puede explicarse por factores individuales y contextuales. Recientemente se ha identificado el nivel socioeconómico como uno de los mayores predictores de morbilidad. El tercer Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, elaborado en el marco del proyecto coordinado español MEDEA (Mortalidad por áreas pequeñas españolas y Desigualdades socioeconómicas y medioambientales), describe la distribución geográfica de la mortalidad por sección censal y sexo y analiza su asociación con la privación socioeconómica.

Se han seleccionado para este informe la mortalidad general, por enfermedades del sistema circulatorio, por cáncer y por suicidio y lesiones autoinfligidas.

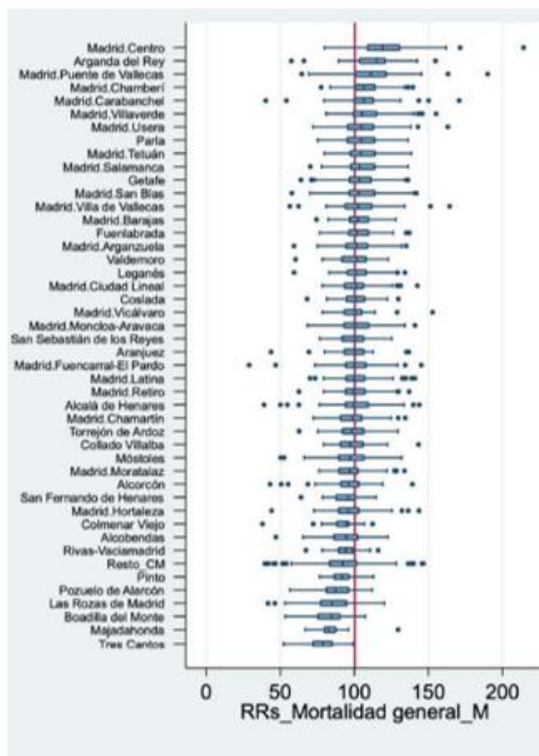
En las siguientes figuras pueden observarse la distribución de la mortalidad general por sección censal, según grandes municipios y distritos municipales de la ciudad de Madrid.

Mortalidad general, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



MUJERES

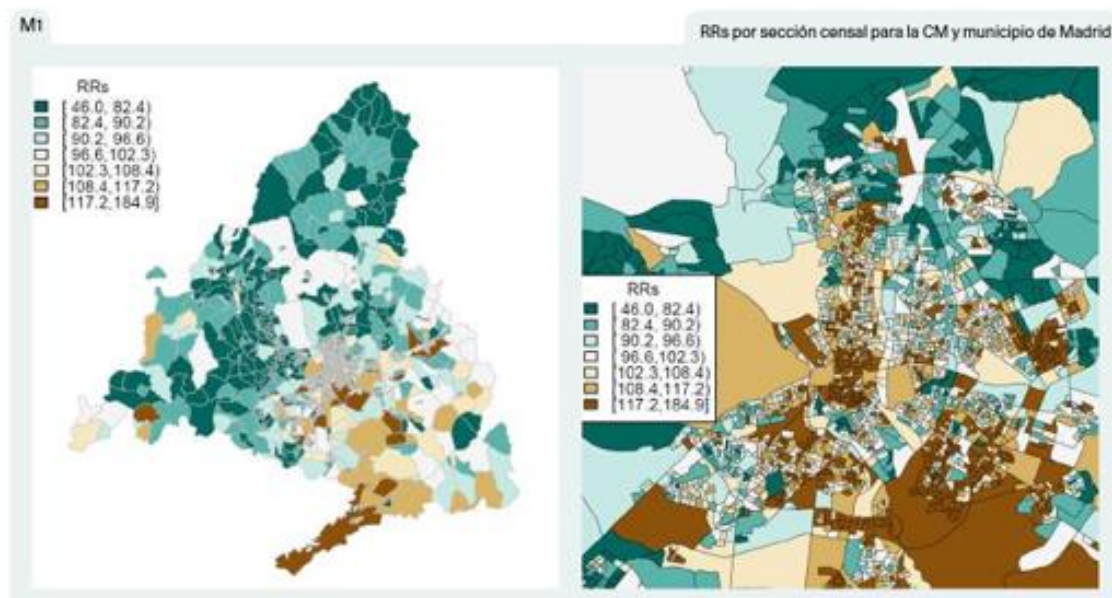


Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

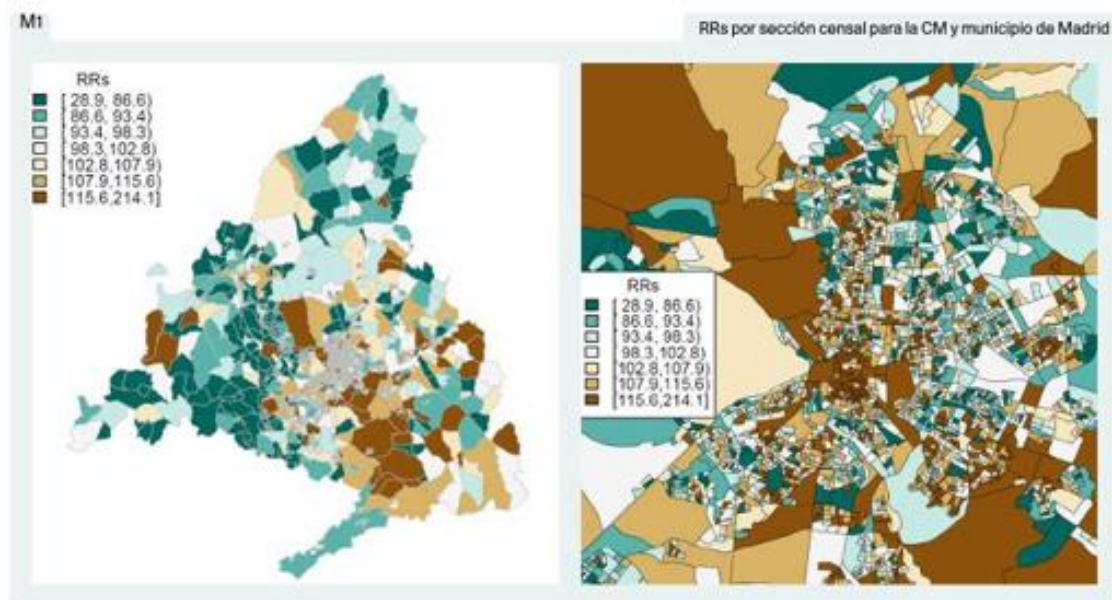


Mortalidad general, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



MUJERES



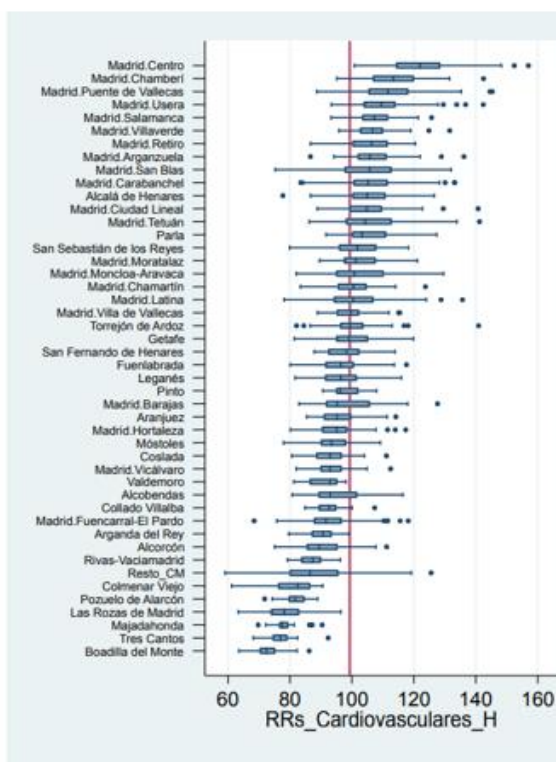
Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

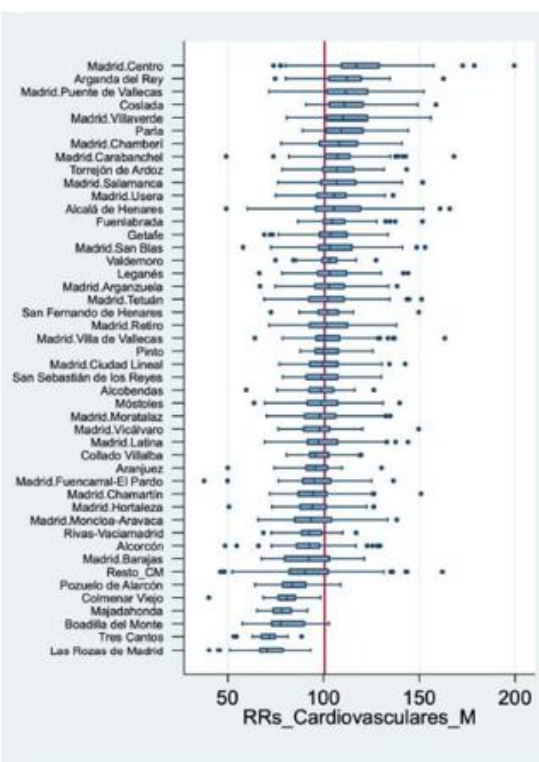
En las siguientes figuras pueden observarse la distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio por sección censal, según grandes municipios y distritos municipales de la ciudad de Madrid.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



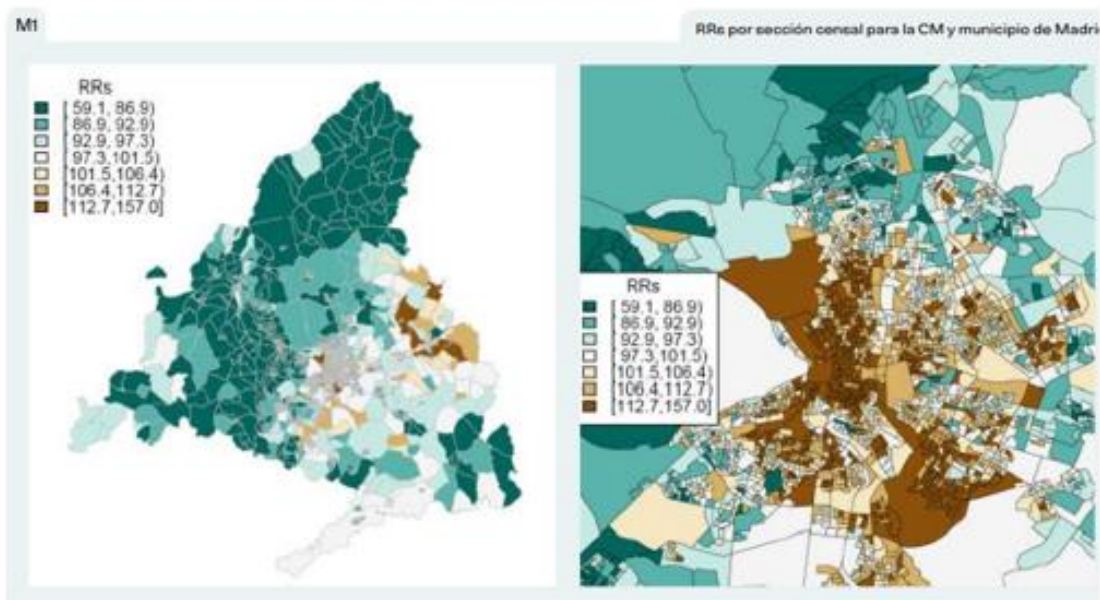
MUJERES



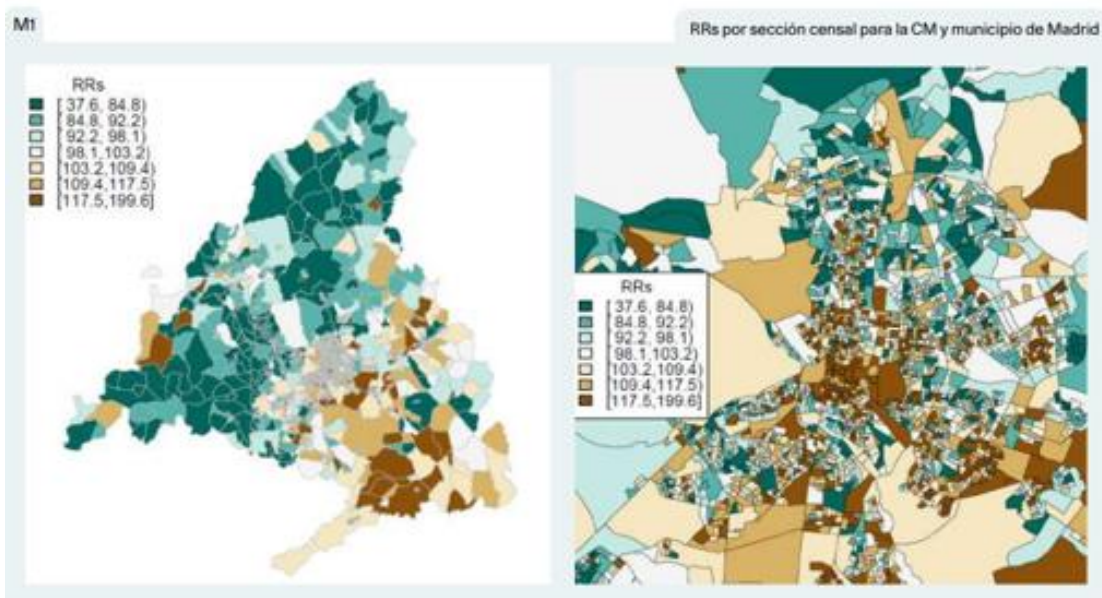
Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



MUJERES

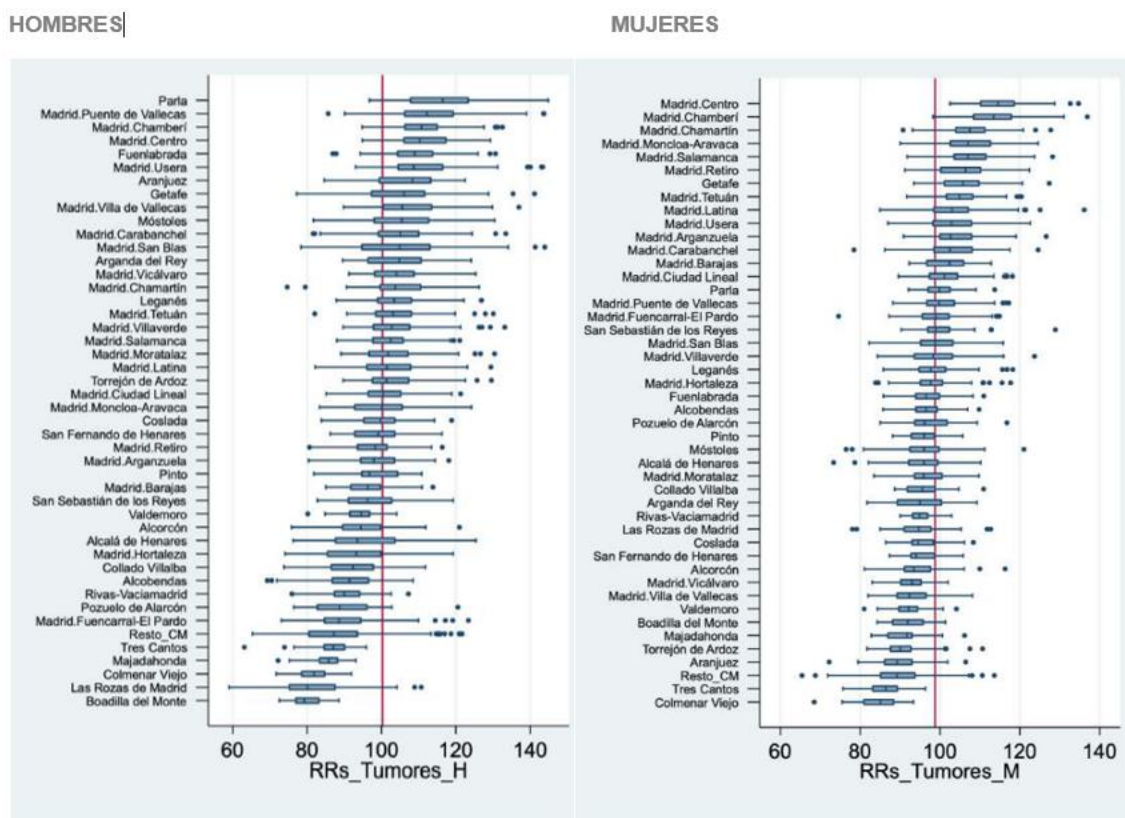


Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Mortalidad por cáncer

En las siguientes figuras pueden observarse la distribución de la mortalidad por tumores por sección censal, según grandes municipios y distritos municipales de la ciudad de Madrid.

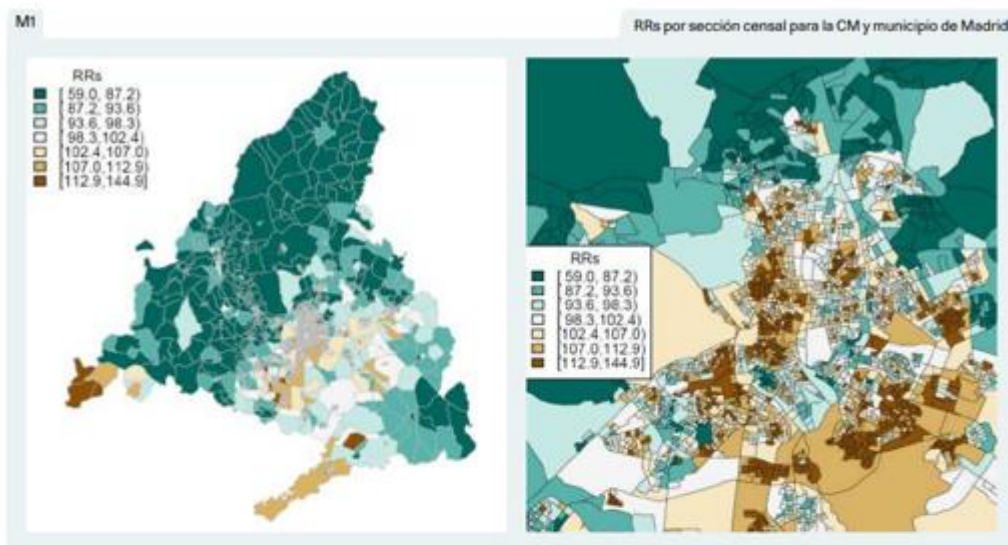
Mortalidad por tumores, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015



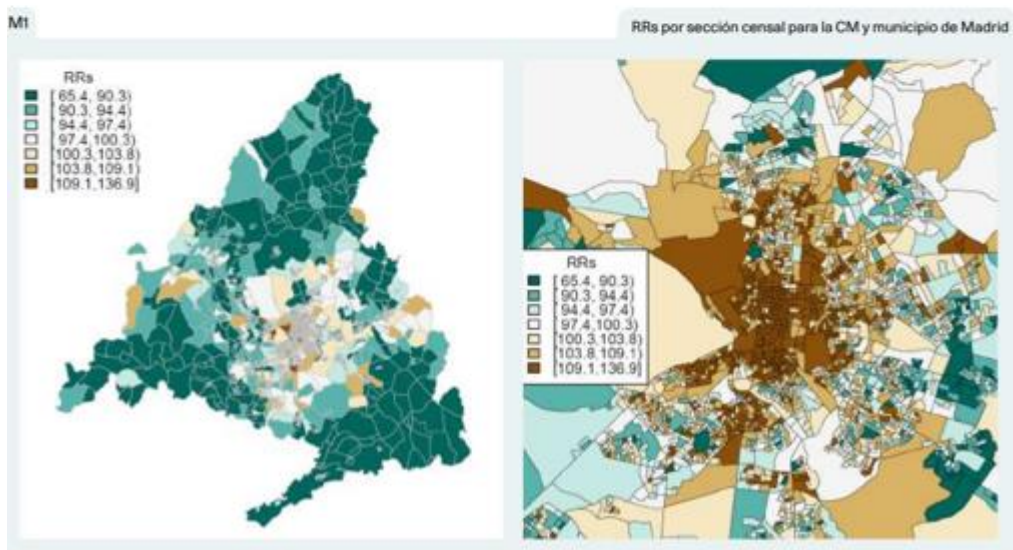
Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Mortalidad por tumores, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



MUJERES



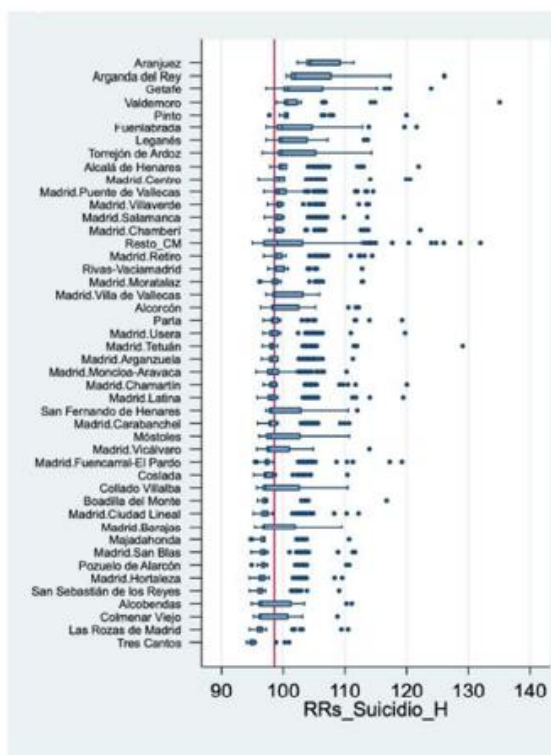
Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

Mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas

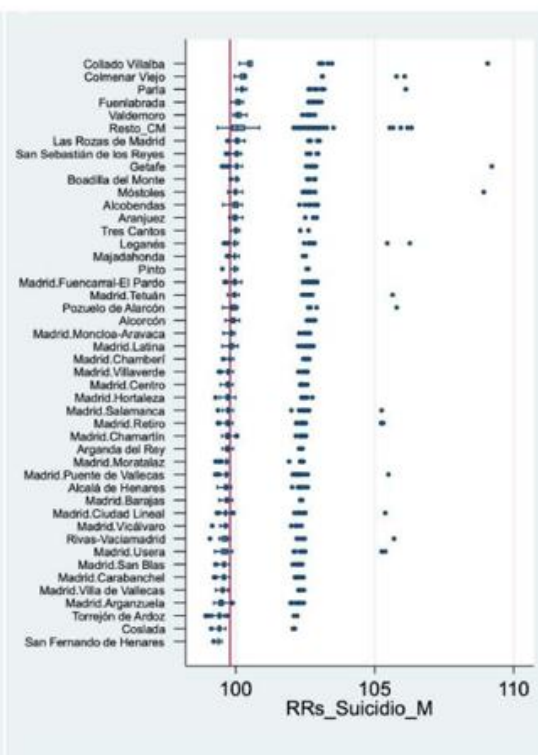
En las siguientes figuras pueden observarse la distribución de la Mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas por sección censal, según grandes municipios y distritos municipales de la ciudad de Madrid.

Mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



MUJERES

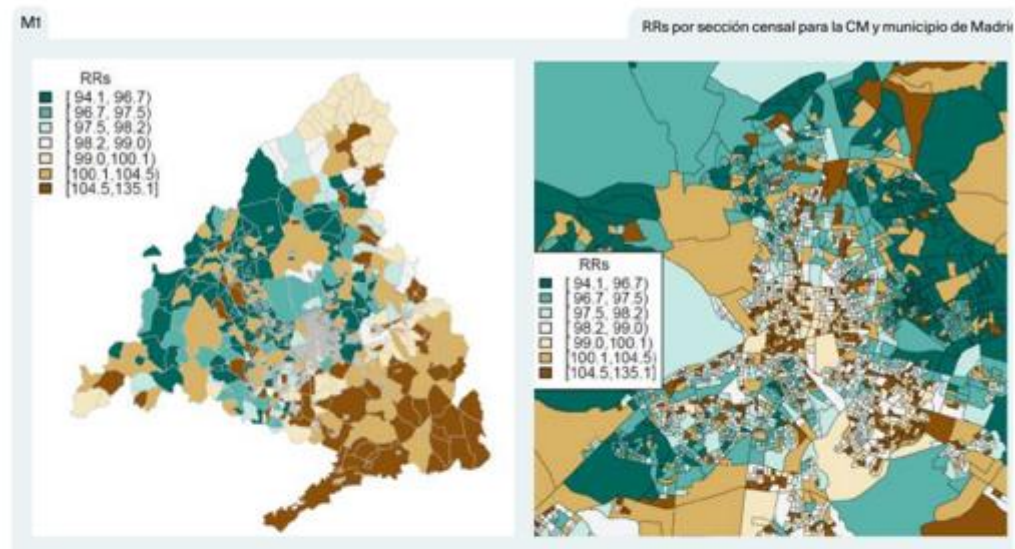


Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.

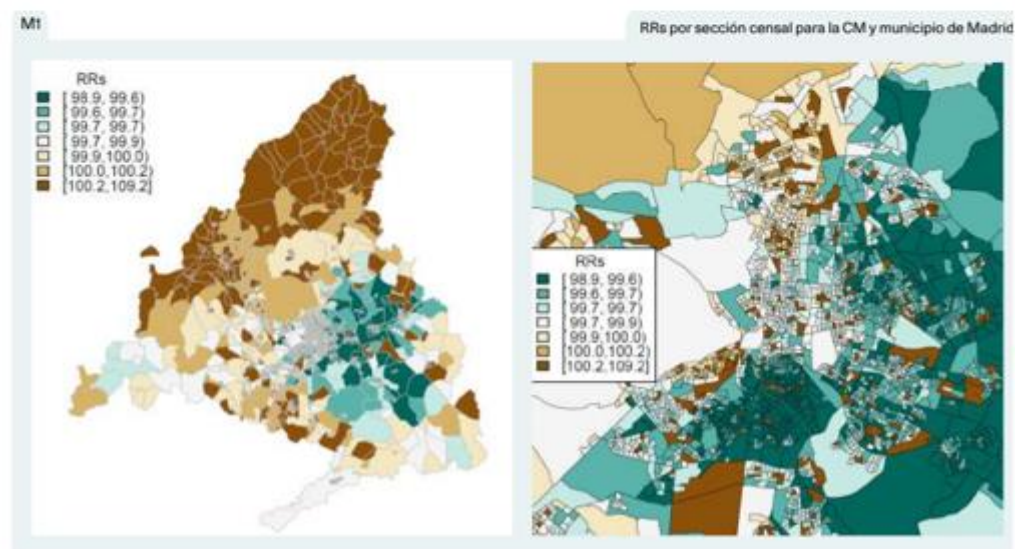


Mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas, riesgo relativo por sección censal según distritos municipales de Madrid y grandes municipios, por sexo. Comunidad de Madrid, 2008-2015

HOMBRES



MUJERES



Fuente: Tercer atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015. Elaboración: Proyecto MEDEA. Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid.



Más información:

Mortalidad y desigualdades socioeconómicas

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/mortalidad-desigualdades-socioeconomicas>

III Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-

2015 <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50460>

Estado de salud percibido

La percepción positiva de salud (buena o muy buena) empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, en los nacidos/as en otros países respecto a los nacidos en España, en personas paradas o con trabajo no remunerado respecto a las que tienen trabajo remunerado, y desciende de forma escalonada desde la clase social menos a más desfavorecida. En todas las categorías consideradas, excepto en la situación de desempleo, la percepción positiva de salud es menor en las mujeres que en los hombres.

Percepción de salud “buena y muy buena” por variables sociodemográficas Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	378	88,1 (84,7-90,9)	351	81,4 (77,5-84,8)	729	84,8 (82,2-87,0)
30-44	567	83,6 (80,6-86,2)	515	73,6 (70,2-76,7)	1.082	78,5 (76,3-80,6)
45-64	627	73,0 (69,9-75,9)	561	62,0 (58,8-65,1)	1.188	67,3 (65,1-69,5)
País Nacimiento						
España	1.274	80,5 (78,5-82,3)	1.137	72,7 (70,5-74,9)	2.411	76,6 (75,1-78,1)
Otros países	298	77,8 (73,4-81,7)	290	61,3 (56,9-65,6)	588	68,7 (65,5-71,7)
Nivel educativo						
Superior	700	86,0 (83,4-88,2)	700	77,3 (74,5-79,9)	1.400	81,4 (79,5-83,2)
Intermedio	593	77,4 (74,3-80,2)	514	68,1 (64,7-71,3)	1.107	72,8 (70,5-74,9)
Básico e inferior	279	72,3 (67,6-76,5)	213	56,6 (51,6-61,6)	492	64,6 (61,1-67,9)
Situación Laboral						
Trabajo	1.308	81,5 (79,5-83,3)	1.112	72,0 (69,7-74,2)	2.420	76,8 (75,4-78,3)
Paro	89	60,1 (52,1-67,7)	106	60,2 (52,8-67,2)	195	60,2 (54,8-65,4)
Estudiante	118	91,5 (85,3-95,2)	112	84,2 (77,0-89,5)	230	87,8 (83,2-91,2)
Trabajo no remunerado **			66	57,9 (48,7-66,6)	66	57,9 (48,7-66,6)
Jubilación/Pensionista	57	67,9 (57,2-76,9)	31	44,9 (33,7-56,7)	88	57,5 (49,6-65,1)
Clase social ***						
I-II	643	85,4 (82,7-87,7)	507	76,8 (73,5-79,9)	1.150	81,4 (79,3-83,3)
III	310	81,8 (77,6-85,4)	412	71,3 (67,5-74,8)	722	75,4 (72,6-78,1)
IV-V	544	72,8 (69,5-75,9)	420	61,1 (57,5-64,7)	964	67,2 (64,8-69,6)
Totales	1.572	80,0 (78,2-81,7)	1.427	70,1 (68,1-72)	2.999	74,9 (73,6-76,2)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Salud mental

Prevalencia de síntomas de depresión

La prevalencia de depresión de forma global fue de un 10,5%, más elevado en las mujeres que en los hombres (13,7% y 7,1%, respectivamente).

Para cualquier variable de las contempladas en la tabla siguiente, los porcentajes de las mujeres son sensiblemente superiores a los de los hombres. Se observa un gradiente socioeconómico claro, con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral. En las mujeres con nivel educativo académico más bajo (estudios primarios o menos) se observa la prevalencia más elevada (29,6%).

Prevalencia de depresión ⁽¹⁾ por variables sociodemográficas
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	37	8,6 (6,3-11,7)	67	15,7 (12,5-19,4)	104	12,1 (10,1-14,5)
30-44	39	5,8 (4,2-7,8)	75	10,8 (8,7-13,3)	114	8,3 (7,0-9,9)
45-64	63	7,4 (5,8-9,3)	135	15,1 (12,9-17,6)	198	11,3 (9,9-12,9)
País Nacimiento						
España	109	6,9 (5,8-8,3)	206	13,3 (11,7-15,1)	315	10,1 (9,1-11,2)
Otros países	30	7,9 (5,6-11,1)	71	15,2 (12,3-18,8)	101	11,9 (9,9-14,3)
Nivel educativo						
Superior	30	3,7 (2,6-5,3)	75	8,3 (6,7-10,3)	105	6,1 (5,1-7,4)
Intermedio	72	9,4 (7,5-11,7)	122	16,2 (13,8-19,1)	194	12,8 (11,2-14,6)
Básico e inferior	37	9,6 (7,1-13,0)	80	22,0 (18-26,5)	117	15,6 (13,2-18,4)
Situación Laboral						
Trabajo	87	5,4 (4,4-6,7)	159	10,4 (9,0-12,0)	246	7,9 (7,0-8,9)
Paro	32	21,9 (15,9-29,3)	46	26,3 (20,3-33,3)	78	24,3 (19,9-29,3)
Estudiante	13	10,1 (5,9-16,6)	31	23,3 (16,9-31,3)	44	16,8 (12,7-21,8)
Trabajo no remunerado **			25	22,3 (15,5-31,0)	25	22,3 (15,5-31,0)
Jubilación/Pensionista	7	8,3 (4,0-16,5)	16	24,2 (15,4-36,0)	23	15,3 (10,4-22)
Clase social ***						
I-II	32	4,3 (3,0-6,0)	52	7,9 (6,1-10,3)	84	6,0 (4,8-7,3)
III	26	6,9 (4,7-9,9)	73	12,7 (10,2-15,7)	99	10,4 (8,6-12,5)
IV-V	73	9,8 (7,9-12,2)	130	19,2 (16,4-22,4)	203	14,3 (12,6-16,2)
Totales	139	7,1 (6-8,3)	277	13,7 (12,3-15,3)	416	10,5 (9,6-11,5)

(1) Puntuación en el cuestionario PHQ-8 mayor o igual a diez puntos

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Hábitos y estilos de vida

Sobrepeso u obesidad

La obesidad/sobrepeso aumenta con la edad y en general es más frecuente en hombres que en mujeres en todas las categorías observadas. Disminuye al aumentar el nivel educativo y por clase social se observa también un gradiente, tanto en hombres como en mujeres, con prevalencias de sobrepeso u obesidad más bajas a medida que aumenta el nivel socioeconómico.

Prevalencia de sobrepeso/obesidad ⁽¹⁾ por variables sociodemográficas
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	131	31,3 (27,1-36,0)	67	15,9 (12,7-19,7)	198	23,6 (20,9-26,5)
30-44	353	52,5 (48,7-56,2)	236	33,9 (30,5-37,5)	589	43,0 (40,5-45,6)
45-64	575	67,4 (64,2-70,5)	392	44,0 (40,8-47,3)	967	55,5 (53,2-57,7)
País Nacimiento						
España	837	53,3 (50,9-55,7)	491	31,7 (29,5-34,1)	1328	42,6 (41,0-44,3)
Otros países	222	59,4 (54,3-64,2)	204	44,3 (39,8-48,8)	426	51,0 (47,6-54,4)
Nivel educativo						
Superior	396	48,8 (45,4-52,2)	215	23,9 (21,2-26,8)	611	35,7 (33,5-37,9)
Intermedio	423	56,0 (52,5-59,4)	300	40,3 (36,9-43,8)	723	48,2 (45,8-50,7)
Básico e inferior	240	63,7 (58,7-68,3)	180	49,5 (44,4-54,6)	420	56,7 (53,1-60,2)
Situación Laboral						
Trabajo	893	56,1 (53,6-58,4)	504	33,0 (30,7-35,4)	1.397	44,8 (43,1-46,5)
Paro	82	56,9 (48,8-64,8)	86	50,0 (42,6-57,4)	168	53,2 (47,7-58,6)
Estudiante	26	21,0 (14,7-29,1)	18	14,0 (9,0-21,1)	44	17,4 (13,2-22,6)
Trabajo no remunerado **			60	53,6 (44,3-62,6)	60	53,6 (44,3-62,6)
Jubilación/Pensionista	58	69,9 (59,2-78,7)	27	39,7 (28,8-51,7)	85	56,3 (48,3-63,9)
Clase social ***						
I-II	385	51,2 (47,7-54,7)	148	22,6 (19,6-26)	533	37,9 (35,5-40,4)
III	214	56,8 (51,7-61,7)	201	35,1 (31,3-39,1)	415	43,7 (40,6-46,9)
IV-V	437	59,7 (56,2-63,1)	326	48,4 (44,7-52,1)	763	54,3 (51,7-56,8)
Totales	1.059	54,5 (52,3-56,6)	695	34,6 (32,6-36,7)	1.754	44,4 (42,9-45,9)

(1) Se considera sobrepeso los valores $\geq 25\text{kg/m}^2$ y obesidad $\geq 30\text{kg/m}^2$

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Inactividad física

El sedentarismo en la actividad habitual, muestra un gradiente por clase social siendo mucho mayor en las clases sociales más desfavorecidas; por nivel educativo, mayor en universitarios/as y en general más elevado en los hombres (53,2%) que en las mujeres (47,5%).

Prevalencia de sedentarismo en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾ por variables sociodemográficas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	240	55,9 (51,2-60,6)	221	51,3 (46,5-56,0)	461	53,6 (50,3-56,9)
30-44	352	51,8 (48,1-55,5)	345	49,4 (45,7-53,1)	697	50,6 (48,0-53,2)
45-64	453	52,9 (49,5-56,2)	398	44,2 (41,0-47,5)	851	48,4 (46,1-50,8)
País Nacimiento						
España	898	56,8 (54,3-59,2)	818	52,5 (50,0-55,0)	1.716	54,6 (52,9-56,4)
Otros países	147	38,4 (33,6-43,4)	146	31,0 (27,0-35,3)	293	34,3 (31,2-37,6)
Nivel educativo						
Superior	599	73,6 (70,4-76,5)	557	61,6 (58,4-64,7)	1156	67,3 (65,0-69,5)
Intermedio	341	44,5 (41,0-48,0)	321	42,8 (39,3-46,4)	662	43,6 (41,2-46,1)
Básico e inferior	105	27,3 (23,1-32)	86	22,9 (19,0-27,5)	191	25,2 (22,2-28,4)
Situación Laboral						
Trabajo	840	52,3 (49,9-54,8)	766	49,7 (47,2-52,2)	1.606	51,0 (49,3-52,8)
Paro	68	46,3 (38,4-54,3)	48	27,4 (21,3-34,5)	116	36,0 (31,0-41,4)
Estudiante	98	76,0 (67,8-82,6)	103	78,0 (70,1-84,3)	201	77,0 (71,5-81,7)
Trabajo no remunerado**			20	18,0 (11,9-26,3)	20	18,0 (11,9-26,3)
Jubilación/Pensionista	39	46,4 (36,1-57,1)	27	39,1 (28,4-51,1)	66	43,1 (35,5-51,1)
Clase social ***						
I-II	531	70,5 (67,2-73,7)	397	60,3 (56,5-64,0)	928	65,8 (63,3-68,2)
III	259	68,3 (63,5-72,8)	392	68,1 (64,1-71,7)	651	68,2 (65,1-71,0)
IV-V	189	25,3 (22,3-28,6)	106	15,5 (13,0-18,4)	295	20,6 (18,6-22,8)
Totales	1.045	53,2 (51,0-55,4)	964	47,5 (45,3-49,7)	2.009	50,3 (48,8-51,8)

(1) Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

La prevalencia de inactividad física en tiempo libre es 74,7%, más elevada en mujeres (78,4%) que en los hombres (70,9%), persistiendo esta diferencia en los diferentes subgrupos analizados.

**Prevalencia de inactividad física ⁽¹⁾, por variables sociodemográficas
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	239	55,7 (51-60,4)	302	70,2 (65,7-74,4)	541	63,0 (59,7-66,1)
30-44	482	71,1 (67,6-74,4)	552	78,9 (75,7-81,7)	1.034	75,0 (72,7-77,2)
45-64	673	78,4 (75,6-81,1)	739	82,0 (79,4-84,4)	1.412	80,3 (78,3-82,1)
País Nacimiento						
España	1.108	70,1 (67,8-72,3)	1.202	77,1 (74,9-79,1)	2.310	73,5 (72,0-75,0)
Otros países	286	74,5 (69,9-78,6)	391	83,0 (79,3-86,1)	677	79,2 (76,3-81,8)
Nivel educativo						
Superior	560	68,8 (65,5-71,9)	667	73,7 (70,7-76,5)	1.227	71,4 (69,2-73,5)
Intermedio	540	70,5 (67,2-73,6)	593	78,9 (75,8-81,6)	1.133	74,6 (72,4-76,7)
Básico e inferior	294	76,4 (71,9-80,3)	333	89,0 (85,4-91,8)	627	82,6 (79,8-85,1)
Situación Laboral						
Trabajo	1.143	71,3 (69,0-73,4)	1.204	78,1 (76,0-80,1)	2.347	74,6 (73,1-76,1)
Paro	114	77,0 (69,6-83,1)	145	82,9 (76,5-87,7)	259	80,2 (75,5-84,2)
Estudiante	69	53,5 (44,8-61,9)	92	69,2 (60,8-76,4)	161	61,5 (55,4-67,1)
Trabajo no remunerado **			99	86,8 (79,3-91,9)	99	86,8 (79,3-91,9)
Jubilación/Pensionista	68	81,0 (71,1-88)	53	79,1 (67,7-87,2)	121	80,1 (73-85,8)
Clase social ***						
I-II	514	68,4 (65,0-71,6)	487	73,9 (70,4-77,1)	1.001	70,9 (68,5-73,2)
III	267	70,4 (65,7-74,8)	451	78,0 (74,5-81,2)	718	75,0 (72,2-77,7)
IV-V	559	74,8 (71,6-77,8)	577	84,5 (81,6-87)	1.136	79,4 (77,3-81,4)
Totales	1.394	70,9 (68,9-72,9)	1.593	78,4 (76,6-80,2)	2.987	74,7 (73,4-76,1)

(1) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Nutrición adecuada

El cumplimiento del indicador de consumo de 5 raciones o más diarias de fruta fresca y/o verdura es minoritario como se aprecia en la tabla siguiente, con una prevalencia de 6,8% y mayor en las mujeres respecto de los hombres; este bajo porcentaje se repite en todas las variables observadas con pequeñas variaciones: aumenta ligeramente con el aumento de la edad, de nivel educativo y clase social.

Consumo \geq 5 raciones diarias de frutas y/o verduras por variables sociodemográficas
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	17	4,0 (2,5-6,3)	30	7,0 (4,9-9,8)	47	5,5 (4,1-7,2)
30-44	37	5,4 (4-7,4)	47	6,7 (5,1-8,8)	84	6,1 (4,9-7,5)
45-64	57	6,6 (5,1-8,5)	86	9,5 (7,8-11,6)	143	8,1 (6,9-9,5)
País Nacimiento						
España	98	6,2 (5,1-7,5)	136	8,7 (7,4-10,2)	234	7,4 (6,6-8,4)
Otros países	13	3,4 (2,0-5,7)	27	5,7 (3,9-8,2)	40	4,7 (3,4-6,3)
Nivel educativo						
Superior	59	7,2 (5,7-9,2)	93	10,3 (8,5-12,4)	152	8,8 (7,6-10,3)
Intermedio	40	5,2 (3,8-7)	57	7,5 (5,9-9,7)	97	6,4 (5,3-7,7)
Básico e inferior	12	3,1 (1,8-5,4)	13	3,5 (2-5,9)	25	3,3 (2,2-4,8)
Situación Laboral						
Trabajo	91	5,7 (4,6-6,9)	132	8,5 (7,3-10)	223	7,1 (6,2-8)
Paro	6	4,1 (1,8-8,7)	10	5,7 (3,1-10,2)	16	4,9 (3-7,9)
Estudiante	6	4,7 (2,1-10,0)	6	4,5 (2,0-9,7)	12	4,6 (2,6-7,9)
Trabajo no remunerado **			9	7,9 (4,2-14,5)	9	7,9 (4,2-14,5)
Jubilación/Pensionista	8	9,5 (4,8-17,9)	6	8,7 (4,0-18,0)	14	9,2 (5,5-14,9)
Clase social ***						
I-II	61	8,1 (6,4-10,3)	71	10,8 (8,6-13,4)	132	9,3 (7,9-11)
III	19	5,0 (3,2-7,7)	50	8,7 (6,6-11,2)	69	7,2 (5,7-9)
IV-V	29	3,9 (2,7-5,5)	36	5,2 (3,8-7,2)	65	4,5 (3,6-5,7)
Totales	111	5,6 (4,7-6,8)	163	8,0 (6,9-9,3)	274	6,8 (6,1-7,7)

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Tabaco

En la tabla siguiente se muestran las prevalencias del indicador “fumadores/as ocasionales o diarios”. El patrón de mayor consumo se observa en el menor nivel educativo y en la categoría de situación laboral en paro y de clases sociales más desfavorecidas.

**Prevalencia de fumadoras/es diarios /ocasionales ⁽¹⁾ por variables sociodemográficas
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	103	24,0 (20,2-28,3)	89	20,6 (17,1-24,7)	192	22,3 (19,7-25,2)
30-44	178	26,2 (23,0-29,7)	160	22,9 (19,9-26,1)	338	24,5 (22,3-26,8)
45-64	201	23,4 (20,7-26,4)	188	20,8 (18,3-23,5)	389	22,1 (20,2-24,0)
País Nacimiento						
España	401	25,3 (23,2-27,5)	388	24,8 (22,7-27,0)	789	25,1 (23,6-26,6)
Otros países	81	21,1 (17,3-25,5)	49	10,4 (7,9-13,4)	130	15,2 (12,9-17,7)
Nivel educativo						
Superior	156	19,2 (16,6-22,0)	168	18,6 (16,2-21,2)	324	18,8 (17,1-20,8)
Intermedio	190	24,8 (21,8-28,0)	176	23,3 (20,4-26,5)	366	24,0 (22,0-26,3)
Básico e inferior	136	35,2 (30,6-40,1)	93	24,7 (20,6-29,4)	229	30,1 (26,9-33,4)
Situación Laboral						
Trabajo	375	23,3 (21,3-25,5)	335	21,7 (19,7-23,8)	710	22,5 (21,1-24)
Paro	63	42,6 (34,9-50,7)	44	25,0 (19,2-31,9)	107	33,0 (28,1-38,3)
Estudiante	27	20,9 (14,8-28,8)	25	18,8 (13,0-26,3)	52	19,8 (15,5-25,1)
Trabajo no remunerado **			18	15,8 (10,2-23,7)	18	15,8 (10,2-23,7)
Jubilación/Pensionista	17	20,2 (13-30,2)	15	21,7 (13,5-33,0)	32	20,9 (15,2-28,1)
Clase social ***						
I-II	149	19,8 (17,1-22,8)	129	19,5 (16,7-22,8)	278	19,7 (17,7-21,8)
III	82	21,6 (17,8-26,1)	139	24,0 (20,7-27,7)	221	23,1 (20,5-25,9)
IV-V	238	31,8 (28,6-35,2)	152	22,1 (19,2-25,4)	390	27,2 (24,9-29,5)
Totales	482	24,5 (22,7-26,5)	437	21,5 (19,7-23,3)	919	23,0 (21,7-24,3)

(1) Fumador ocasional: ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, fuma, pero no diariamente

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Alcohol

Los porcentajes de bebedores/as habituales para cualquier variable son considerablemente más elevados en hombres que en mujeres. Este porcentaje muestra un gradiente por clase social y nivel educativo, siendo mayor en personas con nivel socioeconómico más alto, tanto en hombres como en mujeres.

Proporción de bebedores/as habituales ⁽¹⁾ por variables sociodemográficas
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *	n	% IC (95%) *
Edad						
18-29	221	51,5 (46,8-56,2)	187	43,4 (38,8-48,1)	408	47,4 (44,1-50,8)
30-44	398	58,6 (54,9-62,3)	266	38,0 (34,5-41,7)	664	48,2 (45,6-50,7)
45-64	555	64,6 (61,4-67,7)	371	41,0 (37,8-44,2)	926	52,5 (50,2-54,8)
País Nacimiento						
España	969	61,2 (58,8-63,6)	678	43,4 (40,9-45,8)	1647	52,4 (50,6-54,1)
Otros países	205	53,4 (48,4-58,3)	146	30,9 (26,9-35,2)	351	41,0 (37,7-44,3)
Nivel educativo						
Superior	555	68,2 (64,9-71,3)	440	48,6 (45,4-51,9)	995	57,9 (55,6-60,2)
Intermedio	419	54,6 (51,1-58,1)	294	38,9 (35,5-42,5)	713	46,8 (44,4-49,3)
Básico e inferior	200	51,8 (46,8-56,7)	90	23,9 (19,9-28,5)	290	38,1 (34,7-41,5)
Situación Laboral						
Trabajo	999	62,2 (59,8-64,5)	663	42,9 (40,5-45,4)	1.662	52,8 (51,0-54,5)
Paro	64	43,2 (35,5-51,3)	51	29,0 (22,8-36,1)	115	35,5 (30,5-40,9)
Estudiante	62	48,1 (39,6-56,7)	59	44,4 (36,1-52,9)	121	46,2 (40,2-52,3)
Trabajo no remunerado **			33	28,9 (21,4-37,9)	33	28,9 (21,4-37,9)
Jubilación/Pensionista	49	58,3 (47,6-68,4)	18	26,1 (17,1-37,7)	67	43,8 (36,2-51,7)
Clase social ***						
I-II	513	68,1 (64,7-71,4)	334	50,6 (46,8-54,4)	847	59,9 (57,4-62,4)
III	221	58,3 (53,3-63,2)	238	41,2 (37,2-45,2)	459	48,0 (44,8-51,1)
IV-V	399	53,3 (49,8-56,9)	211	30,7 (27,4-34,3)	610	42,5 (40,0-45,1)
Totales	1.174	59,7 (57,5-61,8)	824	40,5 (38,4-42,6)	1.998	49,9 (48,4-51,4)

(1) Se considera bebedores/as habituales si han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días

* IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

** Ama de casa

*** IV-V: Más desfavorecidas

Fuente: SIFRENT-A. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.



Más información:

Factores de riesgo de enfermedad

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>

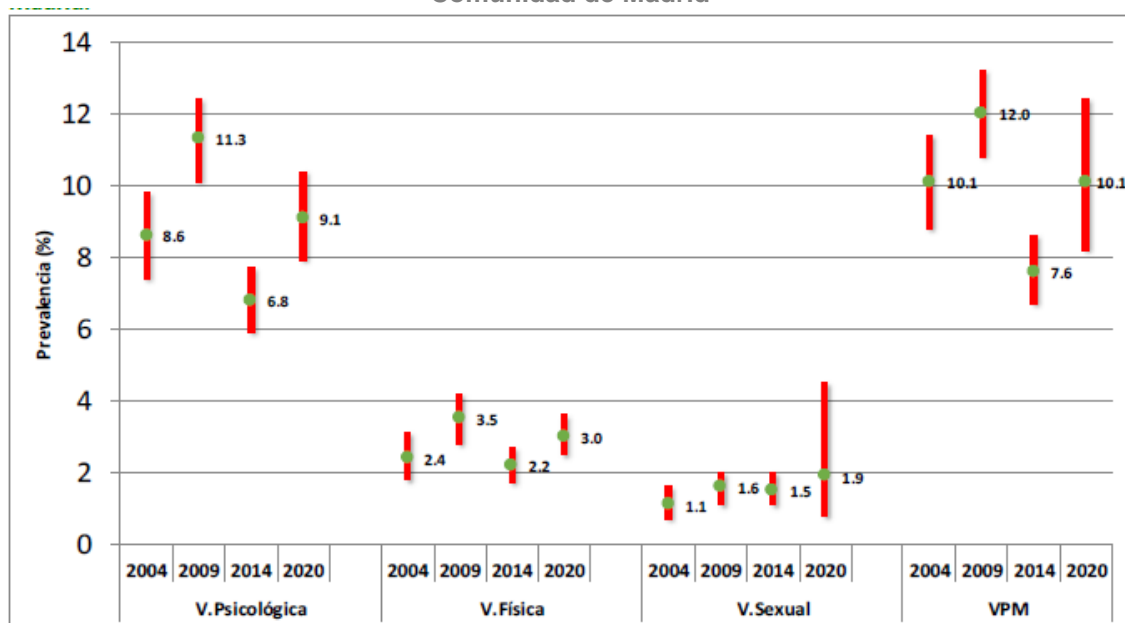
Violencia de género

Prevalencia de violencia de pareja contra la mujer

Desde el año 2004 la Comunidad de Madrid viene estudiando este fenómeno mediante encuestas específicas que se realizan con una periodicidad quinquenal. La mejora del conocimiento del tema es el primer paso para sentar las bases en las políticas e intervención sanitarias y no sanitarias.

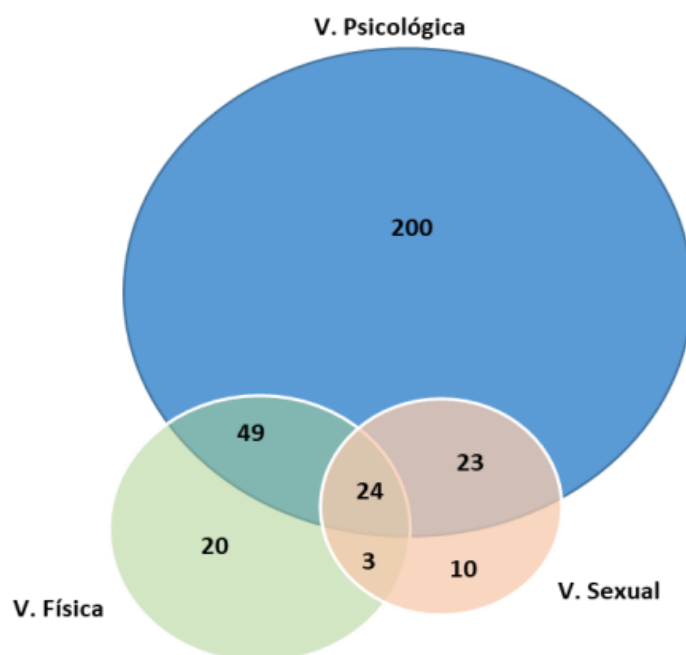
En la figura siguiente se presenta los resultados de prevalencia de violencia de pareja contra la mujer (VPM) según tipos, así como la evolución de la prevalencia de VPM. La prevalencia total de VPM fue de 10,1% (IC95% 8,2-12,4). Si se considera los tipos con sus intervalos, se observa que la prevalencia de violencia psicológica fue de 9,1%, (IC95% 7,9-10,4) la prevalencia de la violencia física fue 3% (IC95% 2,5-3,6) % y la prevalencia de violencia sexual 1,9% (IC95% 0,8-3,0). En total en 2020 fueron 329 mujeres que cumplieron criterios definitorios de caso de VPM, y de ellas 69,9% presentó un solo tipo de violencia, 22,8% dos tipos de violencia y 7,3% los tres tipos de violencia. En el análisis del gráfico encontramos que la violencia psicológica exclusiva fue la más frecuente y cuando se presentan dos tipos de violencia, la psicológica está casi siempre presente, como puede verse en las siguientes figuras.

Prevalencia de violencia de pareja hacia la mujer global y según diferentes tipos
Comunidad de Madrid



Fuente: Violencia de pareja hacia las mujeres. 1ª, 2ª, 3ª y 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Distribución de los tipos de violencia de pareja hacia la mujer (física, psicológica y sexual). Comunidad de Madrid, 2020



Fuente: Violencia de pareja hacia las mujeres. 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Si consideramos variables socioeconómicas se observa, que, según nivel de estudios, clase social y nivel de ingresos en el hogar, hay un incremento gradual en la prevalencia a medida que la situación empeora, como puede verse en la tabla siguiente.

Prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer (VPM) y de la violencia físico-sexual (VFS) según las características demográficas, socioeconómicas y familiares de las mujeres encuestadas. Comunidad de Madrid

	N	VPM			VFS		
		%	IC 95% *	Valor p	%	IC 95% *	Valor p
País Nacimiento							
España	2.554	8,1	5,8-11,2	<0,001	2,9	2,4-3,7	<0,001
Europa Occidental	51	4,1	0,03-82,,6		1,9	0,02-6,9	
Europa del Este	127	11,9	2,8-38,4		3,4	0,08-60,1	
América Central y Sur	470	17,1	13,3-21,7		8,0	5,5-11,3	
África	53	20,6	3,0-68,6		9,1	3,7-20,9	
Asia-Oceanía	15	20,0	0,9-87,1		6,8	1,,2-29,4	
Nivel de estudios							
Alto	1.258	7,5	4,0-13,9	<0,001	2,2	1,2-4,0	<0,001
Medio-alto	782	9,1	5,9-13,7		4,2	1,8-9,8	
Medio-bajo	685	14,5	10,3-20,1		6,5	1,8-20,9	
Bajo	578	11,8	6,5-20,7		5,0	1,5-14,9	
Actividad principal							
Trabajadora	2.122	10,2	7,1-14,4	0,24	4,0	2,4-6,5	0,05
Parada	249	12,9	11,4-14,5		4,5	1,8-10,42	
Estudiante	129	11,7	2,4-41,7		7,8	2,1-24,9	
Labores de hogar	431	9,1	6,3-13,0		4,0	1,0-15,1	
Jubilada/pensionista	374	7,43	5,1-10,7		1,8	0,1-14,5	
Clase social							
I	542	7,0	2,9-16,3	<0,01	1,13	0,2-5,9	<0,01
II	453	7,8	5,9-10,2		3,6	2,8-4,7	
III	913	7,5	4,3-12,7		2,2	1,1-4,5	
IV	688	13,2	9,3-18,4		6,0	2,0-4,3	
V (más desfavorecida)	534	16,2	6,7-34,2		7,8	3,9-9,4	
No consta	175	8,1	1,6-32,1		4,3	0,5-27,7	
Ingresos en el hogar							
<1.050	380	23,1	22,1-24,3	<0,01	10,12	3,4-2,7	<0,01
1.051-1.850	844	12,2	7,7-18,6		5,5	2,4-12,0	
1.851-2.700	804	8,4	8,0-8,7		3,0	10,9-8,3	
>2.700	888	4,8	3,2-7,3		1,2	3,2-4,15	

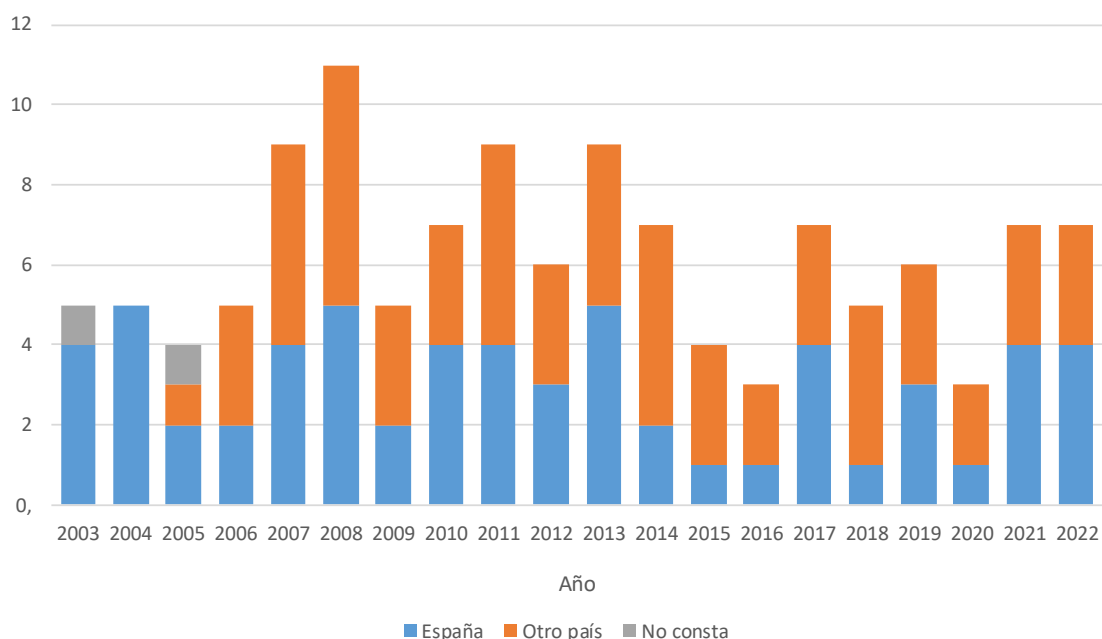
* IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Fuente: Violencia de pareja hacia las mujeres. 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Elaboración: Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Víctimas mortales de violencia de género

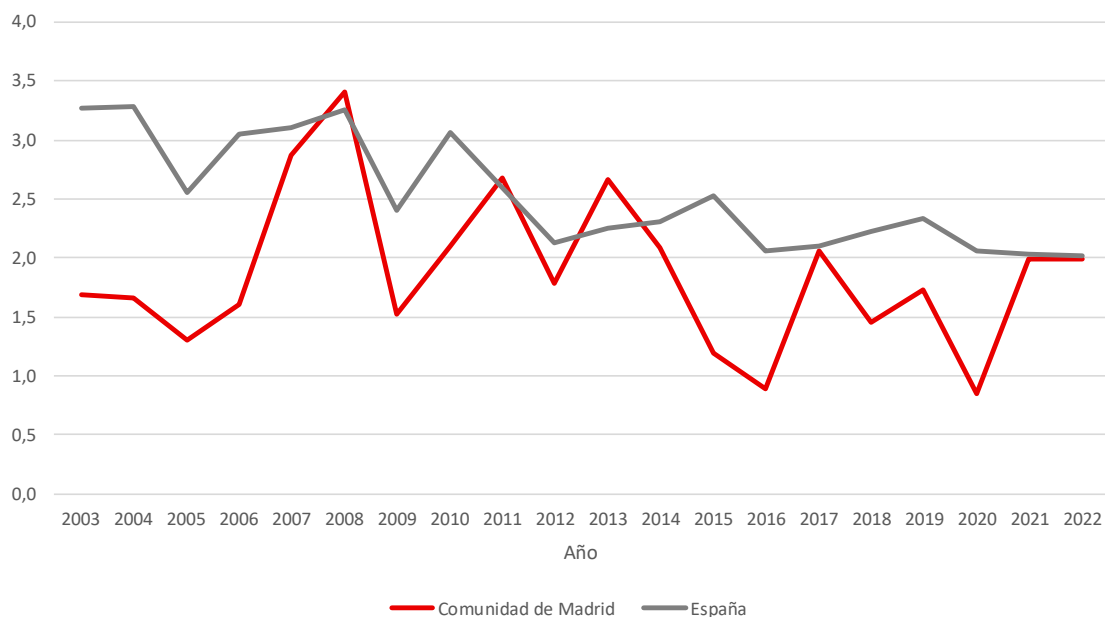
El Portal estadístico de 'Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género' <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/> permite extraer datos oficiales sobre indicadores predefinidos de Violencia de género como "Víctimas mortales, llamadas y denuncias por violencia de Género". En las siguientes figuras pueden observarse los datos relativos a víctimas mortales.

Número de mujeres víctimas mortales de violencia de género en la Comunidad de Madrid, según país de origen



Fuente: Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.

Mujeres víctimas mortales de violencia de género, tasa anual por millón, Comunidad de Madrid y España



Fuente: Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. Movimiento Natural de la Población, IECM e INE. Elaboración: Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros.



Más información:

Violencia de pareja contra las mujeres

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/violencia-pareja-mujeres#>

Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50583>

Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50970>

Metodología

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid compendia los principales datos sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo de nuestra población, junto con otros indicadores relevantes para analizar la salud de la población.

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

Los datos del Movimiento Natural de la Población del IECM y el INE se utilizan para la elaboración de indicadores de mortalidad.

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

También se ha incorporado información procedente de diversos sistemas de vigilancia específicos, así como de estudios específicos.

Fuentes y sistemas de información

Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas de nacimientos y defunciones son responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) y a nivel autonómico participa el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (IECM).

Estadística de defunciones

Recoge los fallecimientos anuales de las personas residentes en la Comunidad de Madrid. Los datos se recogen en el denominado Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción. Este documento lo cumplimenta el médico que certifica la defunción, en la parte relativa a los datos personales y las causas del fallecimiento. El Registro Civil en el que se inscribe la defunción, cumplimenta los datos relativos a la inscripción y el declarante o los familiares los datos relativos a la residencia, nacionalidad y profesión del fallecido. En el caso de defunciones que ocurren en circunstancias especiales y en las que interviene un juzgado, la información la cumplimenta el juzgado.

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

En las comparaciones de diferentes poblaciones, para eliminar el efecto de confusión que producen las diferencias de estructura por edades de las poblaciones se suele utilizar la técnica de la estandarización, bien directa o bien indirecta. La estandarización directa toma una misma población como estándar o referencia. En este Informe se considera como población de referencia la población estándar definida por Eurostat 2013. Las tasas ajustadas se calculan aplicando a cada grupo de edad de dicha población estándar la tasa específica de mortalidad observada para ese grupo de edad en la población de estudio. La suma de las defunciones por edad estimadas se divide entre la población estándar total, dando como resultado una tasa bruta ajustada. Esta tasa ajustada es comparable entre poblaciones, porque refleja únicamente el impacto de la mortalidad, y no el efecto combinado de esta y el grado de envejecimiento de la población.

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

La esperanza de vida, y más concretamente la esperanza de vida al nacer, es el indicador que mejor resume el impacto de la mortalidad en una población. La esperanza de vida estima el número promedio de años que una persona puede esperar vivir a partir de una edad determinada de acuerdo con las condiciones de mortalidad observadas en una población. Se calcula a partir de las tasas específicas de mortalidad por edad.

El indicador de contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer descompone las diferencias de esperanza de vida al nacer entre dos referencias de tiempo producidas por las distintas tasas específicas de mortalidad por causa, sexo y edad registradas en la población residente en la Comunidad de Madrid. Se ha seguido el método de Arriaga (Arriaga E. *Measuring and explaining the change in life expectancies*. Demography, 1984;21(1):83-96) implementado en el programa Epidat 4.2. En tanto que la esperanza de vida es un indicador fácilmente comprensible e interpretable, esta técnica es un buen modo de expresar la participación de las distintas edades y de las distintas enfermedades y lesiones en la evolución de la mortalidad global de una población.

Los estudios de Carga de Enfermedad tienen como objetivo estimar y sintetizar en un indicador único el impacto mortal y discapacitante y generador de mala salud de las distintas enfermedades y lesiones. Por razones técnicas, solo ha sido posible estimar el componente de mortalidad de la carga de enfermedad (los Años de Vida Perdidos por muerte, AVP). Los AVP tienen significación por sí mismos, además de ser el componente de medida de mortalidad prematura del indicador sintético de Carga de Enfermedad (los AVAD). Estiman la pérdida de años de vida que supone una muerte a una edad determinada en relación con la esperanza de vida para esa edad definida por una tabla modelo de mortalidad. Este indicador se calcula por edad, sexo y causa.

Los Años de Vida Perdidos (AVP) son el componente de mortalidad de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), el indicador clásico de carga de enfermedad. Los AVP se calculan como diferencia entre la edad de fallecimiento y la esperanza de vida estimada a esa edad según la tabla de mortalidad de referencia propuesta en el Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (GBD2019).

Estadística de nacimientos

Recoge los nacimientos ocurridos en la Comunidad de Madrid cada año. Los Registros Civiles son la fuente primaria de información, que se recoge a partir del boletín estadístico de parto. Estos boletines se cumplimentan en el momento de inscribir el hecho demográfico en el Registro Civil, por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el encargado del Registro Civil.

Morbilidad atendida***Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD***

La morbilidad hospitalaria se ha estudiado a partir de los datos anuales del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (RAE-CMBD), que incluye información de hospitales públicos y privados, tanto de hospitalización como de procedimientos registrados como cirugía mayor ambulatoria.

Para su análisis se ha considerado el diagnóstico principal al alta (codificado según CIE-10-ES). Para el cálculo de tasas se utilizó como denominador la población a 1 de julio del año analizado, estimada a partir del padrón continuo publicado por el IECM y siguiendo su misma metodología de interpolación. (http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_1.htm).

Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

Mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 14 a 64 años relacionados con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

En la Comunidad de Madrid se recogen los episodios de urgencias registrados en siete hospitales durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA).

Historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid)

Se han analizado los episodios de atención registrados en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP-Madrid). La estrategia utilizada para la extracción de datos es la de seleccionar, a partir de las historias clínicas abiertas, aquellos episodios en los que se ha realizado algún apunte a lo largo del año analizado. No se han incluido los episodios de actividades preventivas ni aquellos sin codificación o con esta no identificable.

Los episodios están codificados según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). Para clasificar los episodios de morbilidad en agudos y crónicos se ha utilizado una clasificación en patología crónica basada en la de *The Family Medicine Research Centre, FMRC, University of Sidney*.

Se considera personas con historia activa aquellas en cuya historia se ha realizado al menos un apunte a lo largo del periodo analizado. La edad se ha calculado a fecha 31 de diciembre del año analizado. Para el cálculo de tasas se utilizó como denominador la población registrada en la base de datos de Tarjeta Individual Sanitaria (Cibeles) a 30 de junio del año analizado.

Registros poblacionales***Enfermedades de Declaración Obligatoria***

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Su finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población.

La lista de enfermedades que son de declaración obligatoria y las modalidades de notificación están regulada a nivel estatal y autonómico. Se deben notificar los nuevos casos diagnosticados durante la semana epidemiológica en curso, que se inicia en lunes y finaliza en domingo.

El sistema se basa en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, y los datos recogidos en los formularios de notificación están protegidos por la normativa de protección de datos. La información generada se incorpora a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Más información: [Enfermedades de declaración obligatoria \(EDO\) | Comunidad de Madrid](#)

Registro regional de sida/VIH

Desde el inicio de la epidemia en 1981 se registran mediante notificación/captación todos los casos de VIH de la Comunidad de Madrid. En agosto de 2010 se publicó la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. En virtud de esta orden se crea un Registro Regional de casos de infección por VIH con/sin sida.

La información se obtiene por notificación/captación procedente de los centros que atienden a pacientes infectados por VIH. La información de este Registro se incorpora al Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH (SINIVIH) del Centro Nacional de Epidemiología.

Las tasas de incidencia de infecciones por VIH y de casos de sida se calculan a partir de las notificaciones incorporadas al Registro Regional de sida/VIH de infecciones por VIH y casos de sida, respectivamente, según año de diagnóstico y el número de personas-año correspondiente, estimado como población media residente en la Comunidad de Madrid. Miden la frecuencia

Más información: [VIH \(Virus de la Inmunodeficiencia Humana\) ITS \(Infecciones de Transmisión Sexual\) | Comunidad de Madrid](#)

Registro regional de casos de tuberculosis

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis está implantado en Salud Pública desde el año 1994. Las fuentes de información que utiliza son: las declaraciones EDO de los profesionales sanitarios, la búsqueda activa en los laboratorios de microbiología y la revisión de otras fuentes (RAE-CMBD, registro de SIDA, instituciones penitenciarias, etc).

Más información: [Tuberculosis | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS)

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realiza la vigilancia de las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) siguiendo las directrices del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid. Su objetivo es reducir el impacto de las infecciones por EPC en la salud de la población y establecer la vigilancia epidemiológica en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Esta vigilancia estableció la declaración obligatoria de los casos confirmados de infección y colonización por EPC.

Los datos proceden del sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS), en el módulo de multirresistencias. Estos datos son introducidos por los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del hospital. Aquellos datos procedentes de centros que no disponen del programa VIRAS o de

estudios de brotes en residencias son registrados en el sistema por el Programa de IRAS del Área de vigilancia y control de enfermedades transmisibles de la Comunidad de Madrid.

Más información: [Prevención y Control de las infecciones por EPC | Comunidad de Madrid](#)
[Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria \(IRAS\) | Comunidad de Madrid](#)

Registro acumulativo de drogodependientes (RAD)

Recoge la información epidemiológica sobre los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en los centros de la red de atención a drogodependientes. Contiene datos individualizados desde el año 1987.

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

El Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas tiene por objetivo la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 19 enfermedades seleccionadas, con la finalidad de reducir la morbimortalidad y las discapacidades asociadas a las mismas. Está dirigido a todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid.

La fuente de información es el Sistema de Registro de Cribado Neonatal (RECRINE) del Laboratorio de Cribado Neonatal de la Comunidad de Madrid.

Más información: [Cribado neonatal | Comunidad de Madrid](#)

Registro de vacunas

El registro nominal de vacunaciones se creó en 2006. En él se incorporan automáticamente las vacunas registradas en centros de Atención Primaria del SERMAS y los centros de vacunación del Ayuntamiento de Madrid, y recoge también el registro manual desde otros centros de vacunación, fundamentalmente del sector privado.

Los indicadores de cobertura pretenden conocer el estado vacunal de la población en lo que se refiere al calendario de vacunaciones. Las coberturas para vacunación infantil se calculan por cohortes de nacimiento, las definiciones corresponden a las consensuadas a nivel nacional por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y acordadas por la Comisión de Salud Pública en octubre de 2017.

Más información: [Vacunas | Comunidad de Madrid](#)

Registro poblacional de cáncer de la Comunidad de Madrid

La vigilancia del cáncer es una pieza más de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública. La vigilancia del cáncer incluye el desarrollo de un registro de base poblacional, que recoja, revise y analice información de forma sistemática y continuada en el tiempo sobre los nuevos diagnósticos de cáncer realizados en la totalidad de personas que residen en la región.

Un registro de cáncer de base poblacional permite conocer la incidencia del cáncer en una región tanto globalmente como por subgrupos de edad, sexo, o tipo de tumor y estudiar diferencias en la incidencia en grupos vulnerables de población.

El Registro Poblacional de Cáncer en la Infancia y Adolescencia (RECAM-i) está constituido por los casos con menos de 20 años en el momento del diagnóstico. El Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid es parte de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), y de la Red Europea de Registros de Cáncer (ENCR), y sigue sus recomendaciones con el objetivo de que sus resultados sean comparables con los de otros registros españoles y europeos.

Más información: [Vigilancia Epidemiológica del Cáncer | Comunidad de Madrid](#)

Registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente

En la Comunidad de Madrid, coordinado por la Dirección General de Salud Pública, se dispone desde 1997, del registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, que tiene el objetivo de vigilar su evolución y sus características epidemiológicas. Sus fuentes de información son las unidades de endocrinología pediátrica de todos los hospitales públicos y privados, que notifican nominalmente los casos. Como fuente secundaria de captación de casos se utiliza la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP-Madrid) y el RAE-CMBD.

El registro aplica los criterios establecidos en el estudio *Diabetes Epidemiology Research* Internacional en cuanto a definición de caso y grupos de edad. Se considera caso para ser incluido en el registro, a las personas menores de 15 años cuyo diagnóstico haya sido establecido, en tratamiento con insulina diaria y que resida en la Comunidad de Madrid en el momento de la primera administración de insulina. Se excluyen los casos de otros tipos específicos de diabetes mellitus (MODY, por enfermedades endocrinas, infecciosas o diabetes tipo 2).

Más información: [Diabetes | Comunidad de Madrid](#)

SIERMA

El Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) integra datos de enfermedad poco frecuente procedentes de varias fuentes de información sanitarias: el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias de centros públicos y privados (RAE-CMBD), la historia clínica electrónica de atención primaria, el registro de mortalidad, el Registro Madrileño de Enfermos Renales (REMER), la notificación de consumo de los medicamentos huérfanos (Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios), los datos del programa de cribado neonatal de enfermedades endocrinometabólicas, el registro de pacientes del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER) del ISCIII, la notificación de los profesionales de casos de registros clínicos y la notificación a través del formulario de Enfermedades Poco Frecuentes en la historia clínica electrónica de hospitales. Se excluyen las enfermedades oncológicas raras, las infecciones agudas raras, las enfermedades relacionadas con el embarazo o el puerperio y los envenenamientos raros.

El SIERMA participa en el registro estatal de enfermedades raras (ReeR), incorporando anualmente los casos confirmados de las enfermedades seleccionadas por consenso entre las Comunidades Autónomas.

Más información: [Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Comunidad de Madrid \(SIERMA\) | Comunidad de Madrid](#)

CEPROSS (registro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social)

El sistema CEPROSS (aplicación informática para la Comunicación de Enfermedad Profesional, Seguridad Social) recoge información relacionada con enfermedades sufridas por los trabajadores e incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Este sistema de nutre de las comunicaciones realizadas por las entidades gestoras y colaboradoras con la Seguridad Social.

Se dispone de información relativa a las personas afectadas (sexo, edad, nacionalidad), a su perfil laboral (ocupación, actividad económica), a su enfermedad (código CIE10, descriptivo, código EP RD 1299/2006), a su situación laboral (si existe baja, duración de la misma, si hay recaída, etc.) y, si ha sido cerrado el parte, el motivo del cierre y la calificación de la enfermedad.

Más información: [Salud laboral | Comunidad de Madrid](#)

Registro de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

El seguimiento de las IVE se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica tal y como establece la Orden de 16 de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones.

Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el profesional sanitario responsable de la intervención comunica los datos según protocolo normalizado. En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública, es la responsable de la consolidación y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad. Esta vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

Más información: [Vigilancia de las interrupciones voluntarias del embarazo \(IVE\) | Comunidad de Madrid](#)

Encuestas poblacionales**Encuesta de Serovigilancia (SEROVI)**

La Comunidad de Madrid realiza periódicamente Encuestas de Serovigilancia, cuyo principal objetivo es conocer el estado inmunitario frente a las enfermedades infecciosas de la población estudiada. En el año 2022 se ha llevado a cabo la sexta encuesta (SEROVI VI), que ha permitido estimar la seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, tosferina, hepatitis A, hepatitis C y VIH, así como la presencia de inmunidad humoral y celular frente a los antígenos S y N del virus SARS-CoV-2, debido a su relevancia en la pandemia.

Más información: [Encuestas de serovigilancia | Comunidad de Madrid](#)

SIVFRENT-J

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J) se puso en marcha en 1996 y se basa en la realización de encuestas autoadministradas en aula escolar, a una muestra anual de 2.000 personas representativa de la población escolar de 4º de Enseñanza Superior Obligatoria (15-16 años) de la Comunidad de Madrid.

Mide la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la población joven.

La clasificación del estado ponderal (sobrepeso, obesidad) se realiza a partir del peso y talla corporales referidos por la persona encuestada, con el cálculo del IMC como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m²). Se emplean los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al (Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. BMJ 2000; 320:1-6).

Se ha considerado ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Se ha considerado bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol ≥ 50 cc en los chicos y ≥ 30 cc en las chicas.

Para la agrupación de factores de riesgo se consideran: sedentarismo; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada (menos de 3 veces al día fruta/verdura junto al consumo de 2 o más productos cárnicos); consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces y no utilización del caso en moto.

Más información: [Factores de riesgo de enfermedad | Comunidad de Madrid](#)

SIVFRENT-A

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población adulta (SIVFRENT-A) se puso en marcha en 1995 y se basa en la realización de encuestas telefónicas a una muestra anual de 2.000 personas, con recogida de datos mensual, representativa de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

Mide la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en la población adulta.

La clasificación del estado ponderal (sobrepeso, obesidad) se realiza a partir del peso y talla corporales referidos por la persona encuestada, con el cálculo del IMC como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m²). Se ha considerado sobrepeso un Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs (*Metabolic Equivalent of Task* o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs. Se han considerado personas no activas a aquellas que no realizan actividades moderadas/intensas/muy intensas al menos 3 veces por semana durante al menos 30 minutos cada vez.

Se ha considerado consumo de alcohol de riesgo el consumo ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

Para la agrupación de factores de riesgo se consideran: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo); fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada (menos de 3 veces al día fruta/verdura junto al consumo de 2 o más productos cárnicos).

Variables sociodemográficas utilizadas: país de nacimiento, nivel de estudios (el más elevado alcanzado: universitarios/secundarios/primarios o sin estudios), situación laboral (trabajo activo/paro/estudiante/trabajo no remunerado (amas de casa)/jubilación o pensionista) y clase

social (se utiliza la propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología, clasificando en tres estratos (I-II -más favorecida-, III, IV-V -menos favorecida-).

En salud mental se ha empleado la clasificación de depresión mayor utilizando PHQ 8. Para obtener la prevalencia de depresión mayor se consideró la obtención de una respuesta afirmativa presente más de la mitad de los días en “tener poco interés o placer en hacer las cosas” o “sentirse desanimado/a o sin esperanza”, es decir, ánimo depresivo, anhedonia y al menos 5 ítems más del cuestionario presentes más de la mitad de los días.

Más información: [Factores de riesgo de enfermedad | Comunidad de Madrid](#)

SIVFRENT-M

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población mayor (SIVFRENT-M) se puso en marcha en 2018, con una muestra anual de 1.000 personas, representativa de la población general de la Comunidad de Madrid de 65 a 79 años. El cuestionario se compone de un núcleo estable de preguntas comparables al sistema dirigido a adultos (SIVFRENT-A) y de un apartado específico para este grupo de edad.

Más información: [Factores de riesgo de enfermedad | Comunidad de Madrid](#)

Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES)

Encuesta bienal dirigida a los estudiantes de secundaria y Formación Profesional de 14-18 años, realizada desde 1994. Su ámbito es estatal y sigue un muestreo por conglomerados bietápico, en el que se selecciona aleatoriamente en primer lugar el centro educativo y en segundo lugar el aula. Se analizan los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid.

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES)

Encuesta bienal sobre el uso de drogas dirigida a la población general de 15-64 años, realizada desde 1995. La información se obtiene mediante entrevista personal en los hogares, con cuestionario auto administrado con papel y lápiz para las preguntas sobre consumo de drogas. Su ámbito es estatal y sigue un muestreo trietápico, seleccionando en primer lugar la sección censal, en segundo lugar la vivienda y en tercer lugar el individuo dentro de cada hogar. Se analizan los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid.

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Violencia de género. Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid

Se trata de un estudio transversal de base poblacional, realizado a una muestra representativa de mujeres de 18 a 74 años residentes en la Comunidad de Madrid que tengan pareja o hayan tenido contacto con expareja en el último año. Sigue un muestreo aleatorio estratificado. La recogida de información se realiza a través de encuesta telefónica mediante el sistema C.A.T.I. (*Computer Assisted Telephone Interviewing*). Hasta el momento se han realizado cuatro encuestas, en los años 2004, 2009, 2014 y 2020. Las variables sociodemográficas utilizadas han sido: país de nacimiento, nivel de estudios, actividad principal, clase social e ingresos en el hogar.

Más información: Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020 [50583](#); [Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 5. Volumen 26. Septiembre-Octubre 2021](#)

Encuesta Europea de Salud en España

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, es la parte española de la *European Health Interview Survey* (EHIS), coordinada por Eurostat. El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad para permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud, añadiéndose además una serie de variables. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales.

Es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a los hogares, donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 15 y más años mediante un cuestionario común europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales.

El cuestionario consta de 4 módulos: módulo sociodemográfico (hogar e individual), módulo de estado de salud, módulo de asistencia sanitaria y módulo de determinantes de la salud.

Más información: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.htmlhttps>

Vigilancia ambiental

Redes de vigilancia de calidad el aire de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid

Mide los niveles de concentración de los principales contaminantes atmosféricos y los pone a disposición del público, así como de las distintas autoridades competentes. La Red de Calidad del Aire de la Comunidad de Madrid está compuesta actualmente por veinticuatro estaciones fijas de medida, distribuidas en seis zonas homogéneas del territorio de la Región:

- 3 en zonas urbanas o aglomeraciones: Corredor del Henares, Urbana Sur y Urbana Noroeste.
- 3 en zonas rurales: Cuenca del Tajuña, Cuenca del Alberche y Sierra Norte.

Además, hay una séptima zona gestionada por el Ayuntamiento de Madrid, que dispone de una red propia compuesta por estaciones repartidas por el municipio de Madrid.

Los datos obtenidos en la Red permiten establecer las líneas de actuación y, en su caso, diseñar medidas para alcanzar los objetivos definidos en los instrumentos de planificación regional.

Más información: [Calidad del Aire | Comunidad de Madrid](#)

Red Palinológica de la Comunidad de Madrid (PALINOCAM)

Es una red de vigilancia que analiza, cuantifica y predice concentraciones de polen a lo largo del año. Los niveles de polen se vigilan mediante muestreo ininterrumpido del aire los 365 días del año. Dispone de 11 captadores en diferentes puntos ubicados por toda la región (Alcalá de Henares, Alcobendas, Aranjuez, Coslada, Getafe, Leganés, Las Rozas, Collado Villalba y Madrid).

Desde la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid se ejerce la dirección científico-técnica y desde la Dirección General de Salud Pública se coordina la red. También se hace el análisis y lectura de muestras de tres tipos esporales de gran presencia en el aire y cuya

evolución estacional es útil desde el punto de vista de Salud Pública puesto que, junto con el polen, son causantes de alergias y asma en la población.

Más información: [Polen | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de Información de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental (SEGA) y SAHAWEB

La información sobre determinantes medioambientales en salud, alimentos seguros, resistencias antibióticas, enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores procede de los resultados obtenidos de la actividad de la Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental y registrados en los sistemas propios de información donde se integran todos los procesos y resultados vinculados a la inspección en Salud Pública.

ORALIMS

Es la base de datos del Laboratorio Regional de Salud Pública de la Comunidad de Madrid donde se graban los resultados de las muestras de alimentos y aguas, entre otras. La actividad prioritaria del Laboratorio Regional de Salud Pública es la realización de ensayos microbiológicos y fisicoquímicos de muestras de aguas y alimentos, así como el análisis de muestras clínicas para los Planes y Programas de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, que tienen como finalidad dirigir y formular las líneas de trabajo necesarias para que las intervenciones sanitarias mejoren la salud y calidad de vida de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Más información: [Laboratorio Regional de Salud Pública | Comunidad de Madrid](#)

Sistemas de información nacionales

- Sistema de información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC)

Más información: [SINAC - Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo \(sanidad.gob.es\)](#)

- Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño (NÁYADE)

Más información: [Sistema de Información Nacional de Aguas de Baño \(sanidad.gob.es\)](#)

- Sistema de Información Nacional de alertas alimentarias y de materiales en contacto con alimentos (ALCON)

Más información: [Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición](#)

Estudios/otros

ELOIN

Se trata de un estudio de cohorte prospectivo de base poblacional, constituido por una cohorte basal representativa de la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid, con seguimiento hasta los 14 años, con estudios (cortes transversales) a los 4, 6, 9, 12 y 14 años y con análisis de sangre a los 9 y 14 años. Es un estudio de vigilancia epidemiológica llevado a cabo en colaboración con la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.

La exploración física de peso, talla, cintura abdominal, y tensión arterial se realiza de manera estandarizada. El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de los valores medios de peso y talla con la fórmula: peso (kg)/talla (m²). La clasificación del estado ponderal a partir del IMC se realizó a partir de los criterios de la OMS. Se utilizó el percentil ≥ 90 como punto de corte para definir la obesidad abdominal de acuerdo a las recomendaciones de la *International Diabetes Federation*.

Más información: [Nutrición, alimentación y obesidad: vigilancia epidemiológica | Comunidad de Madrid](#)

Estudio MEDEA

La información que se expone se basa en una síntesis del tercer Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid (CM) 2008-2015, elaborado en el marco del proyecto coordinado español MEDEA (Mortalidad por áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socioeconómicas y medioambientales), supone la actualización de los dos informes previos e igualmente describe la distribución geográfica de la mortalidad por sección censal y sexo y analiza su asociación con la privación socioeconómica.

Se estudia la mortalidad general, 13 grandes grupos de causas de muerte y 25 causas específicas, según sexo. Los datos de fallecimientos y de población fueron asignados al seccionado de 2011, que comprende 4.272 unidades geográficas. Los indicadores de mortalidad para cada sección generados con la metodología de análisis espacial del proyecto, parten de la razón de mortalidad estandarizada, cociente entre fallecidos observados y esperados. Mediante métodos jerárquicos bayesianos de suavización espacial, se obtuvieron el riesgo relativo suavizado en cada sección (RRs) y la probabilidad de que este RRs fuese mayor de 1.

La privación socioeconómica se ha definido mediante el índice compuesto elaborado a partir de 6 indicadores simples del censo de 2011: desempleo, instrucción insuficiente (en personas de 16 o más años), instrucción insuficiente en jóvenes (de 16 a 29 años), trabajadores manuales, asalariados eventuales y viviendas principales sin acceso a internet.

Se estudia la asociación entre la mortalidad por sección censal y el índice de privación por cada quintil comparado con el más favorecido. Los indicadores de mortalidad e indicadores socioeconómicos se representan en mapas con la cartografía del seccionado de 2011 (INE).

Más información: III Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015: [BVCM050460, III Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid, 2008-2015](#)

Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad

Mantiene un sistema de información disponible online en el que se recogen, entre otros, el recuento de víctimas mortales por violencia de género incluyendo datos sociodemográficos de las víctimas y los presuntos agresores. Las cifras se refieren a mujeres víctimas mortales a manos de sus parejas o exparejas, en los términos del artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Los datos de 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que se basaba en la información facilitada por los medios de comunicación. Los datos a partir de marzo de 2006 proceden de la propia Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer.

Más información: <https://estadisticasviolenciagenero.igualdad.gob.es/>

Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador importante del impacto social y sanitario del uso nocivo de sustancias psicoactivas. Se trata de un registro específico de mortalidad que recopila información anual, desde 1983, sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

La información sobre muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas se recoge de fuentes forenses y toxicológicas. Este indicador forma parte del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) y se gestiona en el marco del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Desde 2017 se incluyen todos los fallecidos sin límite de edad (previamente se limitaba a 10-64 años) y a partir de 2019 todos los que presentan alcohol, aunque sea la única sustancia detectada (previamente solo se incluían aquellos casos en los que el alcohol se asociaba a otras drogas).

Más información: [Consumo de sustancias psicoactivas | Comunidad de Madrid](#)

Ministerio de Trabajo y Economía Social

El parte de accidente de trabajo con baja se debe cumplimentar obligatoriamente en aquellos accidentes de trabajo o recaídas, sufridos por trabajadores afiliados a la Seguridad Social con las contingencias profesionales cubiertas, que conlleven la ausencia del lugar de trabajo del trabajador accidentado de al menos un día, salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente, o se haya producido el fallecimiento de la víctima. La tramitación se lleva a cabo a través de procedimientos electrónicos y tiene lugar obligatoria e íntegramente a través de la aplicación Delt@.

El Ministerio de Trabajo y Economía Social facilita a la Dirección General de Salud Pública, de forma anonimizada, los registros de esta aplicación correspondientes al ejercicio anterior. Aportan diferentes variables relativas a la persona accidentada (sexo, edad, nacionalidad), a aspectos laborales (tipo de contrato, antigüedad, ocupación, régimen de afiliación), a la empresa contratante (actividad, organización preventiva, nº de trabajadores, etc.) y al accidente en sí (tipo, lugar, momento, agente, desviación, día de la semana, fecha, hora, diagnóstico, gravedad...).

Más información: [Salud laboral | Comunidad de Madrid](#)

Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo

El sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MoMo) fue desarrollado en 2004, en el marco del «Plan de acciones preventivas contra los efectos de las temperaturas excesivas», coordinado por el Ministerio de Sanidad, para reducir el impacto sobre la salud de la población como consecuencia del exceso de temperatura. El objetivo de MoMo es identificar las desviaciones de mortalidad diaria observada con respecto a la esperada según las series históricas de mortalidad, y permite estimar de forma indirecta el impacto de cualquier evento de importancia en Salud Pública.

Utiliza las defunciones diarias por todas las causas de los últimos diez años, sin incluir aquellas del año 2020 (por su comportamiento debido a la pandemia de covid-19). Esta serie se obtiene de los datos consolidados del INE, hasta la fecha en la que están disponibles, y a partir de entonces del Ministerio de Justicia que proporciona defunciones diarias por todas las causas procedentes de los registros civiles informatizados.

El número de eventos diarios esperados se calcula en función de los observados durante los 5 años previos a la pandemia por covid-19 (2015-2019) mediante modelos de regresión de Poisson ajustando por tendencia y estacionalidad. Se obtiene un valor medio de fallecimientos esperados cada día y valores extremos: límite superior y límite inferior (± 3 Desviaciones Estándar).

Más información: [informe_morbi_mortalidad_calor_temporada_2022.pdf \(comunidad.madrid\)](#)

Agencia Estatal de Meteorología (AEMET)

La Agencia Estatal de Meteorología actualmente está adscrita al Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico a través de la Secretaría de Estado de Medio Ambiente.

El objeto de AEMET, según el artículo 1.3 del Real Decreto 186/2008, de 8 de febrero por el que se aprueba su Estatuto, es el desarrollo, implantación, y prestación de los servicios meteorológicos de competencia del Estado y el apoyo al ejercicio de otras políticas públicas y actividades privadas, contribuyendo a la seguridad de personas y bienes, y al bienestar y desarrollo sostenible de la sociedad española.

Más información: [informe morbi mortalidad calor temporada 2022.pdf \(comunidad.madrid\)](#)

Instituto Nacional de Estadística (INE) – Sección estadística experimental

Esta sección del INE recoge proyectos en desarrollo que cuentan con aspectos innovadores pero que aún no han alcanzado la suficiente madurez en cuanto a fiabilidad, estabilidad o calidad de los datos como para incluirlos dentro de su estadística oficial. Se está trabajando en la elaboración del Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV), construido a partir de los indicadores de calidad del INE (fundamentalmente obtenidos de encuestas poblacionales), y que debe permitir establecer comparaciones territoriales. La calidad de vida se desglosa en 9 dimensiones entre las que figura la dimensión salud, para la cual se han elegido 8 indicadores: esperanza de vida al nacer, salud autopercebida, morbilidad crónica, personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses, necesidades no satisfechas de cuidados médicos, índice de masa corporal, fumadores diarios y ejercicio físico regular y sedentarismo en el tiempo libre.

Más información:

https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental_ind_multi_calidad_vida.htm

Padrón continuo de población

El Padrón Municipal es un registro administrativo donde constan los vecinos residentes por municipio. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponde a los respectivos Ayuntamientos, quienes deben remitir al INE las variaciones mensuales que se producen en los datos de sus padrones municipales. La Estadística del Padrón continuo se elabora a partir de la explotación exhaustiva de las variables básicas que contienen los ficheros padronales disponibles en el INE. Se utilizan los datos de la población residente en la Comunidad de Madrid a 1 de enero de cada año.

Más información:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990

Tarjeta Sanitaria Individual (Cibeles)

Es la base de datos de personas con derecho a la asistencia sanitaria pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Más información: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria>

Memoria Anual de actividad 2022. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

La memoria anual del Servicio Madrileño de Salud recopila la información relevante de la actividad desarrollada a lo largo del año por las distintas unidades y por los centros asistenciales públicos de la Comunidad de Madrid.

Más información: [Memorias e Informes del Servicio Madrileño de Salud | Comunidad de Madrid](#)





**Comunidad
de Madrid**

Dirección General
de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD